

درک و تفسیر زنان شهر ایلام از اقدام به خوددرمانی*

علی فیض‌اللهی**، زهرا رضایی نسب***، میترا حاجی‌زاده****

چکیده

هدف پژوهش حاضر، دستیابی به درک و تفسیر زنان از پدیده‌ی خوددرمانی است. این پژوهش، با روش پدیدارشناسی تفسیری انجام شده است. جامعه‌ی آماری آن زنان شهر ایلام در سال ۱۳۹۹ است که تعداد ۲۶ نفر از آنها به‌عنوان نمونه‌ی تحقیق با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند با معیار اشباع نظری انتخاب شده‌اند. ابزار گردآوری داده‌ها مصاحبه‌ی نیمه‌ساخت‌یافته و روش تحلیل داده‌ها روش اسمیت و همکاران (۲۰۰۹) است. برای اعتباریابی از معیار مقبولیت و باورپذیری استفاده شد و اطمینان‌پذیری از طریق روش ممیزی توسط متخصصان محقق شد. برای مقوله‌بندی، تحلیل و تفسیر داده‌ها از تکنیک «زاویه‌بندی نظری دنزین ۵» استفاده شد. یافته‌ها حاکی است، زنان مورد مطالعه تنگناهای معیشتی، ساده‌انگاری درمان، بی‌عدالتی در فضاها، درمانی و وجود زمینه‌های فرهنگی - اجتماعی خوددرمانی را برای توجیه رفتار خویش بیان می‌کنند. در نتیجه، زنان مورد مطالعه به دلیل نا آگاهی از پیامدهای خوددرمانی، برای رهایی از رنج درد، راحت‌ترین، سریع‌ترین و اقتصادی‌ترین روش را برمی‌گزینند. به‌طور کلی خوددرمانی محصول هم‌آیندی مواجهه‌ی سوگیرانه با کادر پزشکی از سویی و تجربه‌ی مواجهه‌ی غیر حرفه‌ای پزشکان از سویی دیگر در یک بستر فرهنگی است.

واژگان کلیدی

خوددرمانی، زنان خود درمان‌گر، روش تحلیل اسمیت، پدیدارشناسی، ایلام.

*. این مقاله برگرفته شده از پایان‌نامه کارشناسی ارشد میترا حاجی‌زاده با عنوان «پدیدارشناسی خوددرمانی زنان شهر ایلام» به راهنمایی دکتر علی فیض‌اللهی در دانشگاه ایلام در سال ۱۳۹۹ است.

** استادیار گروه جامعه‌شناسی دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ایلام، ایلام، ایران (نویسنده‌ی مسئول) (a.feizola@hi@ilam.ac.ir).

*** استادیار گروه جامعه‌شناسی دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ایلام، ایلام، ایران (z.rezaeiasab@ilam.ac.ir).

**** دانشجوی کارشناسی ارشد مطالعات فرهنگی، دانشگاه ایلام، ایلام، ایران (hajezadehmitra@gmail.com).

***** Denzin Theoretical triangulation

۱- مقدمه و بیان مسئله

بیماری و درمان را می‌توان همزاد زندگی بشر در پویهی تاریخ به شمار آورد؛ از آن‌رو که بشر همواره در کشاکش غلبه بر بیماری و بازیابی سلامتی خویش شیوه‌های بی‌شماری را آزموده است و امروزه یکی از این شیوه‌ها با عنوان خوددرمانی مسئله‌مند تلقی می‌شود. یکی از مسائل عمده و چالش‌برانگیزی که امروزه نظام‌های خدمات بهداشتی در جوامع در حال توسعه به‌طور خاص و همه‌ی جوامع به‌طور عام با آن مواجه‌اند، مسئله‌ی خوددرمانی است. خوددرمانی کنشی است که در خلال آن یک فرد با تعلیق تمام تجارب علمی و تخصصی نظام مراقبت بهداشتی تنها به شنیده‌ها یا آموخته‌های غیرتخصصی خویش یا سنت‌ها و اطلاعات عمومی - درست یا نادرست - منتشرشده در شبکه‌های مجازی و ... اتکاء کرده و تصمیم به درمان خودسرانه می‌گیرد که عمدتاً آثار و پیامدهای فردی، اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی دارد.

سازمان بهداشت جهانی «خوددرمانی را به‌عنوان انتخاب و استفاده از داروها از سوی افراد برای درمان بیماری‌ها به تشخیص خود یا علائم آنها تعریف می‌کند» (WHO, 1998). فانباخ و همکاران معتقدند، فرد در خوددرمانی بدون هیچ‌گونه ارزیابی پزشکی تصمیم می‌گیرد که چه دارویی را، چگونه و در چه شرایطی مصرف کند. خوددرمانی به اشتراک‌گذاری داروهای تجویز شده برای خود یا دوستان و اعضای خانواده، بدون توجه به مناسب بودن برای فرد، مصرف داروهای باقی‌مانده از نسخ قبلی یا عدم انطباق داروهای قبلی با مدت‌زمان و نحوه‌ی مصرف آنهاست (Pfaffenbach & et, 2010: 325). امروزه، پیشرفت‌های علمی و صنعتی در زمینه‌ی پزشکی و داروسازی، دسترسی به انواع داروها را ممکن کرده است، چنانچه این دسترسی با نظارت صحیح همراه نباشد، می‌تواند موجب مصرف خودسرانه‌ی داروها و خوددرمانی شود (طاهر گورابی، کیانی و مودی، ۱۳۹۱: ۱۵۹). طبق برآورد سازمان بهداشت جهانی، تقریباً ۴۰ درصد بودجه‌های درمانی صرف دارو می‌شود و مصرف نادرست دارو یک معضل جهانی است (پور رضا و همکاران، ۱۳۹۱: ۴۰).

شیوع خوددرمانی در مناطق مختلف دنیا بسته به عوامل مختلف فرهنگی، سیاسی، اقتصادی و... متفاوت است؛ برای مثال شیوع خوددرمانی در مناطق روستایی کشور پرتغال ۲۱/۵ درصد، در جمعیت بزرگ‌سال برزیل ۱۴/۹ درصد، مردم روستایی هند ۱۱/۹ تا ۵۰ درصد، در جمعیت بزرگ‌سال کوالالامپور ۶۲/۷ درصد، در جمعیت عمومی عمان ۴۲/۵ درصد، در جمعیت مسن ایران ۶۸ درصد برآورد شده است (نجفی‌پور و همکاران، ۱۳۹۷: ۳۳۲).

اگر چه مصرف بی‌رویه و خودسرانه‌ی دارو گسترش جهانی دارد، در ایران نیز ابعاد گسترده‌ای دارد و به‌عنوان یکی از چالش‌های عمده‌ی بخش بهداشت و درمان کشور بایستی بدان توجه

شود (طاهرگورابی و همکاران، ۱۳۹۴: ۱۶۶). امروزه، مصرف بی‌رویه‌ی دارو و به‌طور کلی خوددرمانی از بزرگ‌ترین مشکلات اجتماعی، بهداشتی و اقتصادی جوامع مختلف از جمله ایران محسوب می‌شود (کریمی، حیدرنیا و غفرانی، ۱۳۹۰: ۷۲). نرخ مصرف خودسرانه‌ی دارو در ایران نسبت به متوسط جهانی تقریباً ۳ برابر است. از این رو ایران به لحاظ مصرف دارو جزء ۲۰ کشور نخست دنیا و در آسیا بعد از چین رتبه‌ی دوم را دارد. این در حالی است که جمعیت کشور ایران از تعدادی از کشورهای آسیایی مانند هند، بنگلادش و پاکستان کمتر است (رضایی جابری و همکاران، ۱۳۹۵: ۵۴).

امروزه، پیشرفت فناوری و افزایش میزان باسوادی موجب شده است که مردم تقریباً درباره‌ی هر بیماری و درمان آن هرگونه اطلاعاتی را که لازم دارند، به دست آورند؛ برای مثال با عضویت در شبکه‌های اجتماعی از گروه‌های پشتیبانی‌کننده‌ای که اطلاعات پزشکی را به اشتراک می‌گذارند، پشتیبانی دریافت می‌کنند. از سوی دیگر، نارضایتی از پزشکان و نظام مراقبت‌های بهداشتی در دهه‌های اخیر افزایش یافته است و این نارضایتی مردم را تحریض می‌کند که حداقل خودشان برخی از علائم پزشکی بیماری خود را درمان کنند (Barkan, 2017: 65). باید توجه داشت که در دهه‌های اخیر چندین تحول موجب افزایش خوددرمانی شده است: اول، ظهور بیماری‌های مزمن به این معنی که افراد بیشتری با علائم بیماری زندگی خود را آغاز کردند که برای حفظ سلامتی خود یا برای جلوگیری از وخیم شدن بیماری مجبور به خوددرمانی هستند از جمله کنترل رژیم غذایی و وزن خود؛ دوم، ظهور اینترنت و شبکه‌های اجتماعی.

به‌طور کلی، بررسی تحولات پارادایمی در حوزه‌ی درمان و پزشکی نشان می‌دهد که هر عصری در پرتو پارادایم مسلط زمانه با چاره‌اندیشی‌ها و سوءتعبیرهایی دست‌به‌گریبان بوده است. چنانچه مطابق نظریه‌های بسیار کهن پزشکی و درمان، بیماری‌ها در عوامل ماوراء طبیعی ریشه داشتند و به باور مردمان باستان، خدایان یا ساحران در بیمار ساختن افراد مؤثر بودند. از این رو، درمانگران و ساحران اغلب درگیر توسعه‌ی «آیین‌هایی برای حذف ارواح شیطانی از بدن با انجام حجامت و مته‌کاری جمجمه برای خروج ارواح شیطانی» بودند. تا اینکه بقراط^۱ (۳۳۷-۴۶۰ قبل از میلاد) نظریه‌ی مبتنی بر مزاج را ارائه داد که بیماری را نوعی نبود تعادل بین مزاج‌های چهارگانه در درون بدن می‌دانست و برای ایجاد تعادل مجدد این مزاج‌ها درمان‌هایی را تجویز می‌کرد. این نظریه برای قرن‌ها مسلط باقی ماند تا اینکه لویی پاستور (۹۵-۱۸۸۲) - شیمیدان فرانسوی - نظریه‌ی میکروب بیماری را مطرح کرد. او درمان را بر کشتن باکتری‌ها متمرکز کرد

(Stolley, 2005:22). بنابراین توجه بشر به بیماری و غلبه بر آن از طریق استفاده از دارو همواره یک اصل بنیادین در رفتارهای بهداشتی از جامعه‌ی بدوی تا مدرن بوده است و بدیهی است در هر عصری احتمالاً برخلاف پارادایم مسلط زمانه با دخالت‌هایی خارج از روند جاری در درمان و مقابله با بیماری - از جمله روش‌های مربوط به پارادایم مردود انگاشته شده - مواجه بوده است و اکنون نیز این مسئله تحت عنوان خوددرمانی - که خلاف روندهای مقبول جاری در عرصه‌ی درمان و پزشکی است - همچنان تداوم یافته است.

این مطالعه بنا به تجربه‌ی زیسته و مشاهده‌ی مستقیم پدیده‌ی خوددرمانی در شهر ایلام و فقدان یا قلت مطالعه‌ی کیفی در این مورد و ضرورت مطالعه و آگاهی یافتن از دلایل و نحوه‌ی درک زنان از پدیده‌ی مزبور انجام شده است؛ لذا سؤال اصلی که در این تحقیق بدان پاسخ می‌دهیم این است که زنان خوددرمانگر چه درک و معنایی از پدیده‌ی خوددرمانی دارند؟ و چه دلایلی را در این باره روایت می‌کنند؟

۲- پیشینه‌ی پژوهش

پیکار و محمدی در «بررسی عوامل اجتماعی و فرهنگی مؤثر بر خوددرمانی و مصرف خودسرانه دارو در شهر کرد» با استفاده از روش پیمایشی نشان دادند که از بین متغیرهای معنادار، باورهای فرهنگی و ضعف قوانین پزشکی به ترتیب بیشترین تأثیر را بر مصرف خودسرانه دارو داشته‌اند (پیکار و محمدی، ۱۳۹۸).

رضایی جابری و همکاران در مطالعه‌ی «شیوع خوددرمانی و عوامل مؤثر بر آن در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر بندرعباس» نشان دادند که ۷۹/۵ درصد از زنان مورد بررسی، مصرف خودسرانه‌ی دارو داشتند. شایع‌ترین علل خوددرمانی نیز به ترتیب شامل: گرانی حق ویزیت پزشکان (۳۸ درصد)، تجربه‌ی قبلی از بیماری (۳۶ درصد) و مهم تلقی نکردن بیماری (۳۵/۸ درصد) بود (رضایی جابری، حسنی و محسنی، ۱۳۹۵).

کرانی و همکاران در پژوهش «بررسی وضعیت خوددرمانی و عوامل مرتبط با آن در سالمندان شهر کرمانشاه» دریافتند که مهم‌ترین عوامل مرتبط با خوددرمانی، اعتقاد به مهم نبودن بیماری‌ها، اعتقاد به بی‌خطر بودن داروهای گیاهی، گرانی ویزیت پزشکان و رضایت از خوددرمانی‌های قبلی است (کرانی و همکاران، ۱۳۹۳). پیرزاده و شریفی راد در مطالعه‌ی «آگاهی و عملکرد زنان نسبت به خوددرمانی با دارو بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی» نشان می‌دهند که ۸۶ درصد از زنان طی ۶ ماه گذشته حداقل در مورد یک بیماری خوددرمانی کرده بودند و عمده‌ترین علل خوددرمانی نیز

تجربه‌ی قبلی از بیماری و در دسترس بودن داروها بود (پیرزاده و شریفی راد، ۱۳۸۸).

تاجیک و همکاران (۱۳۸۷) در «بررسی شیوع خوددرمانی و برخی از عوامل مؤثر بر آن در زنان شهر اراک» دریافتند که شایع‌ترین علل خوددرمانی نیز به ترتیب شامل مهم تلقی نکردن بیماری‌ها (۶۹٪)، گرانی حق ویزیت پزشکان (۶۳٪)، نداشتن دفترچه بیمه خدمات درمانی (۵۵٪) و تجربه‌ی قبلی از بیماری (۵۳٪) بود (تاجیک، شمسی و محمدبیگی، ۱۳۸۸).

نصیر و همکاران در «مطالعه‌ی شیوع و الگوهای خوددرمانی با آنتی‌بیوتیک در اردن: یک مطالعه‌ی مبتنی بر جامعه» دریافتند که از بین پاسخ‌دهندگان، ۴۰/۴ درصد گزارش کرده‌اند که در ماه قبل بدون داشتن نسخه از آنتی‌بیوتیک استفاده کرده‌اند. شرکت‌کنندگانی که با آنتی‌بیوتیک‌ها خوددرمانی کرده بودند در درجه‌ی اول از آنها برای گلودرد و آنفلوانزا استفاده کرده بودند. شرکت‌کنندگان، خوددرمانی را در درجه‌ی اول با اتکاء به داروخانه‌ها ۵۷/۲ درصد و ۳۸/۸ درصد به داروسازان و ۳۵/۲ درصد بنا به تجربه‌ی قبلی خود تهیه کرده بودند (Nusair & et al, 2020).

طاها و همکاران در «مطالعه‌ی خوددرمانی و عوامل مرتبط با آن در بین زنان باردار تحت مراقبت‌های دوران بارداری در بیمارستان عمومی کمیسیه در شمال شرقی اتیوپی» دریافتند که تقریباً یک‌سوم و دوسوم زنان باردار به ترتیب خوددرمانی را با داروهای مرسوم و گیاهی انجام داده‌اند. تجربه‌ی قبلی دارو و فقدان سابقه‌ی سقط‌جنین در ارتباط با داروهای مرسوم، سابقه‌ی استفاده از داروی گیاهی و سطح تحصیلات دانشگاهی نقش داشته‌اند (Tuha & et al, 2020).

لوتز و همکاران در مطالعه‌ای با عنوان «استفاده از دارو در میان زنان باردار در برزیل» دریافتند، استفاده از دارو در دوران بارداری یک عمل معمول است که در سال‌های اخیر رو به افزایش است. این مطالعه الگوی مصرف دارو در بین زنان باردار را در یک مطالعه‌ی کوهورت مبتنی بر جمعیت، با شیوع بالای خوددرمانی توصیف می‌کند. خوددرمانی در بین زنان طبقات با درآمد کمتر، بین زنان سیگاری و زنان با سابقه‌ی بیش از یک‌بار زایمان بیشتر است (Lutz & et al, 2020).

لوکیسان و لاوانیا در «مطالعه‌ی روش‌های خوددرمانی در بین دانشجویان کارشناسی پرستاری در دانشگاه شرقی سریلانکا» که باهدف تعیین عوامل و میزان شیوع خوددرمانی در بین جامعه‌ی مورد مطالعه در قالب روش توصیفی بین مقطعی انجام دادند، دریافتند که خوددرمانی به‌ویژه در بین جوانان در حال افزایش است. یافته‌های مطالعه نشان می‌دهد که بیشتر دانشجویان مقطع کارشناسی پرستاری از اقدامات خوددرمانی آگاه‌اند و ۸۱ درصد از آنها نسبت به کاربرد و عواقب آن نگرش مثبتی دارند. هرچند بیشتر دانشجویان از عواقب خوددرمانی آگاه هستند، آنها نیمی از

جمعیت محسوب می‌شوند و این بدان معنی است که نیمی از مردم دانش کافی در مورد اقدامات خوددرمانی ندارند (Lokeesan & Laavanya, 2019).

عزیز و همکاران در «مطالعه‌ی الگوی فروش دارو و شیوه‌های خوددرمانی در ایالت پنجاب پاکستان» دریافتند که دسترسی به داروهای بدون نسخه مهم‌ترین عامل مؤثر در خوددرمانی است و فرهنگ اقتصادی اجتماعی، خصوصیات شخصی و سیستم مراقبت‌های بهداشتی نقش مهمی در شیوع خوددرمانی دارد. آنها به این موضوع اذعان دارند که خوددرمانی مزایا و معایبی دارد: از یک سو ممکن است مصرف‌کنندگان هزینه‌های مالی بسیاری متحمل شوند و بسیاری از رویدادهای نامطلوب دارویی و تداخلات دارویی را تجربه کنند و امید به زندگی می‌تواند کوتاه شود، اما از سوی دیگر خوددرمانی مناسب می‌تواند در وقت و هزینه صرفه‌جویی کند و مردم می‌توانند خود بیماری‌های جزئی خود را درمان کنند (Aziz & et al, 2020).

۳- چهارچوب مفهومی

در تحقیقات کیفی، معمولاً از نظریه تنها برای پرتوافکنی بر پدیده‌ی موردبررسی استفاده می‌شود و محقق درصدد اثبات یا رد مفروضه‌های آن نیست و به نظریه به‌عنوان ابزاری برای ایجاد حساسیت نظری نسبت به پدیده‌ی مورد مطالعه توجه می‌شود. در این مقاله، مفهوم مرکزی مرتبط با امر سلامت و بهداشت، خوددرمانی به‌عنوان یکی از عناصر خودمراقبتی است که طیف متنوعی از رفتارها در ارتباط با سلامتی و بیماری و مدیریت شرایط بیماری را در برمی‌گیرد. خودمراقبتی مشتمل است بر «به دست آوردن اطلاعات در مورد سلامتی و بیماری، پایش و خویش‌غربالگری، مدیریت بیماری خود؛ از جمله خوددرمانی و تنظیم اهداف و ترجیحات مشخص در مورد تصمیمات درمانی. اگرچه اصطلاح خودمراقبتی دلالت بر رفتاری فردی دارد اما شیوه‌های آن در یک شبکه‌ی اجتماعی رخ می‌دهند و بسیار متأثر از خانواده، دوستان و هنجارهای فرهنگی است» (Weiss & Lonquist, 2015: 159). دورکیم (۱۹۱۷-۱۸۵۸) نیز بر آن بود که رفتارهای فردی انسان را نیروهای اجتماعی بزرگ‌تری شکل می‌دهند، در کتاب خودکشی نشان می‌دهد که چگونه نیروهای اجتماعی، رفتار خودکشانه را به‌مثابه‌ی فردی‌ترین رفتار فرد تحت تأثیر قرار می‌دهند. برخی از دیدگاه‌های جامعه‌شناختی نقش محیط اجتماعی را در رفتارها، نگرش‌ها و دستاوردهای زندگی افراد مؤثر می‌دانند (Barkan, 2017: 15). این بدان معنا نیست که محیط اجتماعی یگانه عامل نهایی تعیین‌کننده‌ی شانس‌های زندگی است، بلکه به معنای این است که زمینه‌های اجتماعی نظیر جنسیت، طبقه، محل سکونت و شبکه‌های اجتماعی روابط و ... در فرصت‌های زندگی و در

کیفیت بهداشت، دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی باکیفیت و نیز در تصمیم‌گیری‌های ما در زمینه‌ی چگونگی درمان اثر می‌گذارند. چنان‌که میلز (Barakan, 2017:16) نیز می‌گفت که مردم اغلب با مشکلات فردی بسیاری نظیر بیماری و سایر آسیب‌ها مواجه‌اند که در زمره‌ی مشکلات شخصی قلمداد می‌شوند؛ ولیکن استدلال می‌کرد که مشکلات ساختاری موجود در جامعه اغلب زمینه‌ساز مشکلات شخصی همچون ناتوانی در درمان بیماری‌هایی است که افراد تجربه می‌کنند و «وقتی که جامعه‌شناسی پزشکی درباره‌ی چگونگی تأثیر زمینه‌های اجتماعی، نابرابری‌های اجتماعی و کیفیت مراقبت بهداشتی بر سلامت و بیماری بحث می‌کند از مفهوم تحلیل جامعه‌شناسی میلز بهره می‌گیرد» (Pescosolido, 2011:4).

نظریه‌ی عوامل بالادستی^۱ در جامعه‌شناسی پزشکی هم به عواملی در محیط اجتماعی اشاره می‌کند که در سلامتی و بیماری تأثیر می‌گذارد. اروینگ زولا^۲ استعاره‌ی فوق را برای توصیف حال پزشکی که به نجات دادن افراد غرق‌شده در رودخانه اشتغال دائم دارد به‌کاربرده است و اشاره به این دارد که جلوگیری از هل دادن مردم به رودخانه منطقی‌تر از انتظار نجات دادن جان افراد غریق است و تغییر عوامل بالادستی بیماری‌زا از کمک به درمان آنها در موقع بیماری منطقی‌تر است و تلاش‌های پایین‌دستی - توسط فرد - در زمینه‌ی بهداشتی تأثیر محدودتری دارد (Mckinlay, 2013:583-584).

مفروض دیدگاه کارکردگرایی هم این است که نظام مراقبت بهداشتی جامعه در خدمت تأمین و بهبود سلامتی افراد است و زمانی که افراد بیمار می‌شوند باید سلامتی خود را از متخصصان پزشکی طلب و برای بهبودی از دستورات آنها پیروی کنند. پزشکان بایستی از مهارت و توان تخصصی خود برای هدایت رفتار بیماران و معالجه‌ی بیماری استفاده کنند و بیمار نیز از دستورات پزشکان متابعت می‌کند (Stolley, 2005:30) اما زمانی که این نظام کارکردهای خودش را به‌درستی ایفا نکرده و از دستیابی به تأمین سلامتی افراد جامعه ناتوان باشد، افراد درصد خوددرمانی برمی‌آیند که نشانگر نوعی از اختلال کارکردی نظام مراقبت بهداشتی است.

در مقابل، دیدگاه تضاد در زمینه‌ی مراقبت‌های بهداشتی بر موضوعاتی از جمله نابرابری و تنش در درون سیستم مراقبت‌های بهداشتی تمرکز می‌کند (همان: ۳۱). موضوعاتی نظیر گروه‌های قدرت و نفوذ در درون نظام مراقبت بهداشتی، نابرابری در زمینه‌ی خدمات بیمه‌ای، کمبود پزشک

1. Upstream Factors theory

2. Irving Zola

در مناطق فقیرنشین و حاشیه‌ای، دسترسی به دارو، الگوهای بیماری و نحوه و امکان درمان از موضوعات موردعلاقه‌ی این دیدگاه است. دیدگاه کنش متقابل نمادین نیز بر سطوح خرد تعامل نظیر رابطه‌ی بیمار و پزشک، نحوه‌ی ارتباط، نحوه‌ی ویزیت، میزان تمرکز پزشک بر درمان بیماری و توجه به نگرانی‌های بیمار توجه نشان داده و همچنین «نحوه‌ی رفتار افراد در هنگام بیماری را تحلیل می‌کند» (Barkan, 2017: 17). به نظر وی خوددرمانی عمدتاً می‌تواند تحت تأثیر چنین تعاملات یا تجاربی باشد.

بر اساس دیدگاه برساخت‌گرایی اجتماعی، از آنجا که بیماری^۱ یک سازه و برساخته‌ی اجتماعی است، جامعه و فرهنگ هم در اینکه کدام علائم پزشکی به‌عنوان بیماری تلقی شوند و هم اینکه چگونه افراد را بیمار تلقی کرده و معالجه کرد، اثر می‌گذارند؛ بنابراین بیماری چیزی فراتر از علائم پزشکی است و مطالعات بین فرهنگی نقش فرهنگ را در شکل‌گیری دیدگاه‌ها در مورد جنبه‌های سلامت و بیماری و نیز واکنش‌ها نسبت به بیماری را نشان داده‌اند (Ibid: 63) و در این مورد، وجه مدنظر این مقاله چگونگی واکنش به بیماری و به‌اصطلاح درمان بیماری‌هاست و معناکاوی خوددرمانی نیز در چنین بستری مفهوم می‌یابد.

۱۴۴

بر اساس نظریه‌ی انتخاب عقلانی، یک فرد خردمند هنگام بیمار شدن می‌داند که با محدودیت‌هایی مواجه است و ترجیح می‌دهد که از بین گزینه‌های موجود بهترین و به‌صرفه‌ترین گزینه را انتخاب کند یعنی «گزینه‌های ممکن را شناسایی کرده، مزایا و معایب هر گزینه را تعیین می‌کند و در نهایت گزینه‌ای که حداکثر فرصت برای خشنودیش فراهم می‌کند را انتخاب می‌کند» (Weiss&Lonquist, 2015: 153).

در مقابل نظریه‌ی انتخاب عقلانی که تأکید زیادی بر انتخاب فرد دارد، نظریه‌ی استراتژی سازمان اجتماعی است که بر نقش گروه و سازمان اجتماعی به‌ویژه بر اهمیت روابط و داشتن تعامل اجتماعی و عضویت در شبکه‌های اجتماعی تمرکز می‌کند. شبکه‌های اجتماعی در این نظریه به‌عنوان سازوکاری است که از طریق آن افراد درباره‌ی مشکلات، درک آنها و تلاش برای مدیریت آنها اطلاعات کسب می‌کنند (Pescosolido, 1992: 1096). امروزه، جامعه‌شناسان و انسان‌شناسان پزشکی از تنوع گزینه‌های در دسترس بیماران سخن می‌گویند، جدول زیر این گزینه‌ها را نشان می‌دهد.

1. illness

جدول ۱- طیف گزینه‌های مراقبت و مشاوره

مثال	مشاور	گزینه
پزشک، روان‌پزشک، داروساز، پرستار و ...	متخصصان	شاغلان پزشکی مدرن
جادوگر، شمن، طب سوزنی، قابله	درمانگران سنتی	شاغلان جایگزین پزشکی
مشاور تغذیه، مددکار اجتماعی و ...	درمانگران مدرن	حرف غیرپزشکی
همسر، والدین	خانواده، همسایه‌ها، دوستان، همکاران و همکلاسی‌ها	مشاور غیرمتخصص
داروی بدون نسخه، داروی محلی	خود مراقبتی دارویی	سایر
-	-	هیچ‌کدام

منبع: (همان، ۱۱۱۳)

۱۴۵

چنان‌که مشخص است، خوددرمانی شامل طیفی از گزینه‌های درمانگری سنتی، مشاوره با غیرمتخصصان و سایر گزینه‌های خودمراقبتی است.

مرور مطالعات انجام‌شده‌ی پیشین نشان داد، موضوع خوددرمانی تاکنون از سوی تعداد زیادی از محققین در رشته‌های مختلف مطالعه شده است؛ برای مثال برخی از تحقیقات بر عوامل اجتماعی و فرهنگی مؤثر در خوددرمانی و مصرف خودسرانه دارو تمرکز کرده‌اند. پیکار و محمدی (۱۳۹۸) و برخی دیگر نیز نوع داروها و شایع‌ترین بیماری‌ها یا عللی که باعث خوددرمانی می‌شود را مطالعه کرده‌اند (نجفی‌پور و همکاران، ۱۳۹۷؛ رضایی‌جبری و همکاران، ۱۳۹۵؛ کرانی و همکاران، ۱۳۹۳؛ پیرزاده و شریفی‌راد، ۱۳۸۸؛ تاجیک و همکاران، ۱۳۸۷). برخی از محققان هم آگاهی، نگرش و عملکرد خود درمانگرانه‌ی زنان باردار را بررسی کرده‌اند (پورترکرانی و همکاران، ۱۳۹۴). نکته‌ای که در همه‌ی این تحقیقات مشترک است، بهره‌گیری از روش‌های عمدتاً کمی بوده است؛ لذا این تحقیق درصدد دست یافتن به شناختی از تجربه‌ی زیسته و کشف دلایل خوددرمانی نزد کنشگران خوددرمان زن بوده و موضوع را با روش کیفی و از نوع پدیدارشناسانه مطالعه کرده است. در جمع‌بندی نهایی می‌توان گفت، برخی از رویکردهای نظری بر ویژگی‌های فردی و برخی دیگر بر ویژگی‌های ساختاری جامعه تأکید کرده‌اند. در این تحقیق برای ایجاد حساسیت نظری از مفاهیم نقش محیط و زمینه‌های اجتماعی در انتخاب نوع درمان، کارکردی بودن خوددرمانی، انتخاب عقلانی، استراتژی گروهی و سازمان در انتخاب نوع درمان گزینش‌شده‌اند و در تحلیل یافته‌های تحقیق نقش‌آفرین بوده‌اند.

۴- روش پژوهش

رویکرد تحقیق حاضر مبتنی بر پارادایم کیفی است که با روش پدیدارشناسی^۱ انجام شده است. پژوهشگران کیفی امور را در محیط طبیعی‌شان مطالعه کرده و سعی می‌کنند پدیده‌ها را بر اساس معنایی که افراد به آنها می‌دهند، برای خود معنا بخشیده یا تفسیر کنند (کرسول^۲، ۱۳۹۱: ۵۲ و ۵۳). پژوهش پدیدارشناسی «معنای تجارب زیسته افراد متعدد از یک مفهوم یا پدیده را توصیف می‌کند» (همان: ۷۹). در این تحقیق، داده‌ها از طریق مصاحبه‌ی نیمه‌ساختاریافته با زنان خوددرمانگر شهر ایلام گردآوری شده است. جامعه‌ی آماری پژوهش، زنان مراجعه‌کننده به داروخانه‌ها جهت خرید دارو بدون تجویز پزشک بوده‌اند. در روش کیفی تعداد مشارکت‌کنندگان پژوهش، به عوامل زیادی همچون ویژگی‌های میدان تحقیق، مشارکت‌کنندگان در پژوهش و ویژگی‌ها و همکاری آن‌ها بستگی دارد (حسین‌یزدی و فیاض، ۱۴۰۰: ۹۲) و نمونه‌گیری تا زمان رسیدن به اشباع نظری ادامه دارد. روش نمونه‌گیری استفاده شده در پژوهش حاضر از نوع نمونه‌گیری هدفمند^۳ است و نمونه‌گیری تا زمان رسیدن به اشباع نظری ادامه داشته و در نهایت با ۲۶ نفر مصاحبه شده است که بر اساس سه ویژگی: سکونت در شهر ایلام، تجربه‌ی خوددرمانگری و استمرار خوددرمانگری انتخاب شده‌اند. بر اساس روش تحلیل پدیدارشناسی تفسیری، داده‌ها از طریق کدگذاری باز و محوری تجزیه و تحلیل شده و مضامین اصلی تحقیق استخراج شده است. برای این منظور تحلیل داده‌ها در شش گام انجام شده است: گام اول، شامل خواندن و بازخوانی و تحلیل سطر به سطر مصاحبه‌ها و غوطه‌ور شدن در داده‌های اصلی و بازخوانی آنهاست؛ گام دوم، یادداشت‌برداری اولیه است. این سطح جزئی‌تر و زمان‌بر است و محتوای معنایی و زبانی را در سطحی بسیار اکتشافی به کار می‌برد. در این مرحله با سه تفسیر شامل توصیف گفته‌های مشارکت‌کنندگان یا موضوع مورد بحث متن، تفسیر زبانی جهت کشف کاربرد خاص زبان توسط مشارکت‌کنندگان و تفسیر مفهومی مواجه هستیم؛ گام سوم، شامل توسعه‌ی مضامین در حال ظهوری است که هم انعکاس‌دهنده‌ی افکار افراد مورد مطالعه‌اند و هم دربرگیرنده‌ی تفاسیر تحلیل‌گر هستند؛ گام چهارم، شامل جست‌وجوی اتصال بین مضامین ظاهر شده است و محقق سعی می‌کند بین مضامین مرتبط و متناسب ارتباط برقرار کند؛ گام پنجم، تکرار تمام مراحل به کاررفته برای مشارکت‌کننده‌ی اول جهت سایر مشارکت‌کنندگان در تحقیق است و در نهایت گام ششم، جست‌وجو و شناسایی

1. phenomenological method

2. Creswell

3. Purposive Sampling

الگوها در بین تمامی مشارکت‌کنندگان را شامل می‌شود» (Smith&et al,2009:82-100). قابلیت تصدیق^۱ از طریق حضور مستمر محقق در میدان تحقیق انجام و استخراج دقیق مصاحبه‌ها با بهره‌گیری از نظر ارزیابان محقق شده و قابلیت انتقال^۲ از طریق نگارش یادداشت‌های فنی، مقایسه و مقارنه‌ی یافته‌ها با ادبیات تحقیق و آرای صاحب‌نظران مورد وثوق قرار گرفت.

جدول ۲- مشخصات مشارکت‌کنندگان

کد	سن	مقطع تحصیلی	رشته‌ی تحصیلی	وضع تأهل	شغل	سطح درآمد	دفترچه بیمه درمانی
۱	۲۴	لیسانس	گیاه‌پزشکی	مجرد	دانشجو	متوسط	ندارد
۲	۲۵	دیپلم	علوم انسانی	متاهل	کارمند	متوسط	ندارد
۳	۳۷	لیسانس	علوم تربیتی	مجرد	خانه‌دار	پایین	ندارد
۴	۲۵	ارشد	ریاضیات	مجرد	خانه‌دار	پایین	ندارد
۵	۲۵	ارشد	مطالعات فرهنگی	مجرد	دانشجو	متوسط	ندارد
۶	۴۵	دیپلم	علوم انسانی	بیوه	خانه‌دار	متوسط	ندارد
۷	۳۰	فوق‌دیپلم	کامپیوتر	مجرد	منشی	متوسط	ندارد
۸	۳۱	لیسانس	روان‌شناسی	مجرد	معلم	متوسط	بیمه تأمین اجتماعی
۹	۳۳	دیپلم	علوم انسانی	متاهل	خانه‌دار	پایین	ندارد
۱۰	۳۵	لیسانس	روان‌شناسی	متاهل	معلم نهضت	متوسط	ندارد
۱۱	۲۵	لیسانس	علوم اجتماعی	مجرد	خانه‌دار	متوسط	ندارد
۱۲	۳۹	لیسانس	ادبیات	مجرد	خانه‌دار	پایین	ندارد
۱۳	۳۵	فوق‌دیپلم	حسابداری	متاهل	خانه‌دار	پایین	ندارد

1. Authentication

2. Portability

کد	سن	مقطع تحصیلی	رشته‌ی تحصیلی	وضع تأهل	شغل	سطح درآمد	دفتر چه بیمه درمانی
۱۴	۳۱	لیسانس	جغرافیا	متاهل	کارمند	متوسط	بیمه تأمین اجتماعی
۱۵	۳۰	دیپلم	علوم تجربی	متاهل	خانه‌دار	متوسط	ندارد
۱۶	۵۰	بی‌سواد	-	متاهل	خانه‌دار	پایین	ندارد
۱۷	۳۵	دیپلم	علوم انسانی	متاهل	منشی	متوسط	بیمه تأمین اجتماعی
۱۸	۳۰	سیکل	-	متاهل	خانه‌دار	متوسط	بیمه تأمین اجتماعی
۱۹	۲۵	سیکل	-	مجرد	خانه‌دار	متوسط	ندارد
۲۰	۴۵	بی‌سواد	-	متاهل	خانه‌دار	متوسط	ندارد
۲۱	۵۱	سیکل	-	مجرد	خانه‌دار	متوسط	بیمه تأمین اجتماعی
۲۲	۲۶	دیپلم	فنی	بیوه	خانه‌دار	متوسط	بیمه سلامت
۲۳	۳۲	بی‌سواد	-	متاهل	خانه‌دار	پایین	بیمه سلامت
۲۴	۵۵	بی‌سواد	-	متاهل	خانه‌دار	متوسط	ندارد
۲۵	۴۵	دیپلم	علوم انسانی	متاهل	خانه‌دار	پایین	بیمه سلامت
۲۶	۳۶	ارشد	روانشناسی	متاهل	کارمند	متوسط	بیمه تأمین اجتماعی

۵- یافته‌های پژوهش

پس از مصاحبه با هر مشارکت‌کننده، کدگذاری داده‌ها انجام شد و در جریان کدگذاری باز، تعداد ۳۳۷ گزاره‌ی معنادار و ۱۰۷ مفهوم اولیه به دست آمد، با تلفیق و یکسان‌سازی مفاهیم، ۱۹ مضمون فرعی و ۸ مضمون اصلی استخراج شد و با استفاده از مضمون‌های برآمده از تحقیق و با کشف دلالت‌های نهفته در مصاحبه‌ها نتایج تحلیل شده است.

جدول ۳- فرایند کدگذاری داده‌ها

مضمون اصلی	مضامین فرعی	مفهوم
تنگناهای معیشتی	ناتوانی اقتصادی	وضعیت اقتصادی ضعیف خانواده، وجود مشکلات اقتصادی زیاد در خانواده، مشکلات مالی، خراب بودن وضع اقتصادی خانواده، بیکاری سرپرست خانوار
	گرانی خدمات	بالا بودن هزینه‌های ویزیت و درمان، گرانی خدمات پزشکی، تله‌ی هزینه تراشی پزشکان
	مشارکت‌کننده ۲۵ ساله و کارمند	صرفه‌جویی در هزینه‌ها، نپرداختن هزینه‌ی تشخیصی غیر ضروری پزشکی (آزمایش و ...)
	هزینه‌ی فرصت از دست داده	نیود وقت کافی، صرفه‌جویی در زمان، تلف شدن وقت
ساده‌پنداری درمان	رفتار غیر مسئولانه	خوددرمانی غیر مسئولانه، خرید داروهای مستلزم داشتن نسخه، ساده‌انگاری سلامت و درمان، بدیهی‌پنداری پزشکی، مدیریت بدن ناشیانه، ناآگاهی از سازوکار عملکرد دارو
	تجربه‌ی قبلی بیماری	تجربه‌ی قبلی همان بیماری و اطلاع از درمانش، مهم نپنداشتن بیماری، کسب نتیجه‌ی مطلوب از خوددرمانی
ناکارآمدی نظام نظارت و پایش درمان	دسترسی آسان به اطلاعات	استفاده از تجربه‌ی آشنایان و فامیل، مشاوره با افراد دارای سابقه این بیماری، کسب اطلاعات از اینترنت و شبکه‌های اجتماعی، تبلیغات ماهواره
	عدم دسترسی به تسهیلات درمانی	استفاده از نسخه‌ی قبلی، ذخیره کردن باقی‌مانده‌ی داروهای قبلی، فقدان بیمه‌ی درمانی، عدم دسترسی به پزشک در موارد اضطراری
	دسترسی آسان به دارو	همکاری داروخانه‌ها، مشاوره دادن کارکنان داروخانه، مشاوره دادن داروساز داروخانه، کاسبی داروخانه، نبود نظارت صحیح بر درمان و دارو، فروش غیر مسئولانه‌ی دارو در داروخانه، تبعیت داروخانه از خواست دارویی بیمار
تجربه‌ی درمانی ناموفق	تجارب ناخوشایند درمان	ترس از خطای پزشکی، تجربه‌ی منفی از پزشک، تشخیص نادرست قبلی پزشک، تجربه‌ی ناخوشایند از درمان پزشکی
	جو اجتماعی	تبلیغات علیه پزشکان، تصورات سنتی عامه از درمان در غیاب پزشک
مواجهه‌ی سوگیرانه با کادر پزشکی	فرسایش اعتماد به پزشکان و کارکنان پزشکی	تصور از تعهد کارکنان پزشکی، عدم اعتماد به پزشک، عدم باور نقش پزشک در رابطه با بیماری خویش، نوع نگرش به تعهد پزشک، مسئولیت‌ناپذیری برخی از کارکنان پزشکی، احساس وجود بی‌عدالتی در نظام پزشکی-درمانی

مضمون اصلی	مضامین فرعی	مفهوم
	تلقی طمع و رزانه از پزشک	تصور طمع کار بودن پزشک، تلقی اقتصادی از نقش پزشک در فرایند درمان، کاسب پنداری پزشکان، تصور کاسب مسلکی از جامعه پزشکی.
مواجهه‌ی غیر حرفه‌ای پزشکان	نقض اخلاق پزشکی توسط پزشکان	معاینات و ویزیت گله‌ای در مطب، بی‌اعتنایی به حریم خصوصی بیمار، ویزیت بیمار در حضور دیگران به‌ویژه در مطب پزشکان متخصص زنان،
	ضعف در مهارت ارتباطی پزشکان	بی‌اعتنایی به وضعیت فرهنگی و اجتماعی محلی، فقدان توجه به رضایت یا ناخرسندی بیمار، تشدید بی‌اعتمادی بین بیماران، ویزیت سریع و کم محتوا
اعتماد نامتعارف	اعتماد مجازی	اعتماد به رسانه‌ها، اعتماد به فضای مجازی
	اعتماد به دیگری	اعتماد به همسایه، اعتماد به حرف فامیل و آشنا
مواجهه سنتی با درمان	رواج باورهای عامیانه	پای‌بندی به خرافات و خرافه‌پرستی، عدم اعتماد به جامعه پزشکی، سطحی‌نگریستن به بیماری، تأثیر زنان در خانواده جهت درمان
	بافت فرهنگی موافق خوددرمانی	شیوع بالای خوددرمانی زنان منطقه، استفاده از روش‌های سنتی و گذشتگان، اعتماد به طب سنتی، خوددرمانی به‌عنوان یک رفتار فرهنگی رایج، خوددرمانی به‌عنوان یک‌روند جاافتاده در جامعه، نبود فرهنگ درمانی در منطقه
		خوددرمانی به‌عنوان یک رسم و سنت فرهنگی، خوددرمانی به‌عنوان یک رفتار اجتماعی - فرهنگی در منطقه
درک و معنای زنان از خوددرمانی	سنت درمانی مرسوم	خوددرمانی به‌عنوان یک رسم و سنت فرهنگی
		خوددرمانی به‌عنوان یک رفتار اجتماعی مرسوم
	درمان بدون نیاز به پزشک	خوددرمانی به معنای درمان بیماری‌ها بدون تخصص
		خوددرمانی به معنای نتیجه‌بخش‌ترین روش درمان
	کنش آگاهانه و مفید	خوددرمانی به معنای کمتر درد کشیدن
		خوددرمانی به معنای خود پزشکی
خوددرمانی به معنای درمان سریع		

۱-۵- تنگناهای معیشتی اقتصادی

مضمون اصلی تنگناهای معیشتی دربرگیرنده‌ی مجموعه‌ای از مفاهیم و مضامین مرتبط با موضوع اقتصادی، تنگناهای معیشتی و مادی است که حول مضامین فرعی ناتوانی اقتصادی، گرانی خدمات، مدیریت خرج خانواده و هزینه‌ی فرصت ازدست‌داده در هنگام پیگیری درمان، قرار دارند و بر نقش عوامل اقتصادی در روی‌آوری زنان به‌سوی رفتارهای خوددرمانگران در هنگام بیماری صحنه می‌گذارند. چنان‌که مشارکت‌کننده‌ی ۲۵ ساله و کارمند، گرانی خدمات پزشکی نظیر ویزیت پزشک و نیز صرفه‌جویی در زمان را دلیل گرایش به خوددرمانی دانسته و گفته است:

اینو خوب میدانم که اگر برم دکتر همین داروها رو برام تجویز میکنه دیگه چرا وقت خودم رو هدر بدهم. به‌جای هزینه هنگفت ویزیت، میرم داروخانه و خودم را درمان می‌کنم و همین‌طور در وقتم صرفه‌جویی می‌کنم. معمولاً به خاطر مشکل مالی و بالا بودن حق ویزیت پزشکان به سمت خوددرمانی می‌روم.

مشارکت‌کننده‌ی ۳۶ ساله و فوق‌لیسانس روان‌شناسی نیز ضعف اقتصادی خود، بالا بودن هزینه‌ی مراجعه به پزشک و صرفه‌جویی در زمان را دلیل خوددرمانی دانسته است:

دکتر رفتن وقت زیادی را از آدم تلف میکنه. پول زیادی هم میگیرن و با پول ویزیت و دارو و آزمایش و ... کلی هزینه میذارن روی دستت. پس با خوددرمانی می‌توانی صرفه‌جویی زیادی بکنی و خوب هم بشی. چون هزینه دکتري بالاست، خوددرمانی می‌کنم. بقیه مردم هم چون وضعیت اقتصادی خودشون خرابه، خوددرمانی می‌کنند.

۲-۵- ساده‌پنداری درمان

زنان مورد مطالعه به دلایلی مانند اعتقاد به نتیجه‌بخش بودن خوددرمانی و برداشت ناشیانه از انتخاب محتمل دیگر زنان و به‌طور کلی رفتار غیرمسئولانه به خوددرمانی اقدام کرده‌اند، همان‌گونه که مشارکت‌کننده‌ی ۳۵ ساله، متأهل و با شغل منشی‌گری چنین اظهار داشته است:

بری پیش دکتر همون داروهایی رو برات مینویسه که قبلاً نیز برای اون بیماری برای خودت یا دیگران نوشته. مابقی زنان نیز ممکنه مثل من فکر کنند و مثل من رفتن پیش پزشک رو بی‌فایده بدانند.

مشارکت‌کننده‌ی ۳۶ ساله، متأهل و فوق‌لیسانس روان‌شناسی نیز به عوارض خوددرمانی بی‌توجه بوده و به دلیل بدیهی‌پنداری امر پزشکی، مصرف خودسرانه‌ی داروها را مشکل‌ساز نمی‌داند:

خیلی وقتا که ناخوش هستم یا از داروهای گیاهی استفاده می‌کنم یا اینکه میرم قرصی یا چیزی از داروخانه می‌گیرم. داروهای سرماخوردگی و مشکلات معده و مسکن‌ها رو معمولاً همیشه استفاده می‌کنم عوارض ندارن یا اگه دارند جوری نبوده که من متوجه بشم.

۳-۵- ناکارآمدی نظام نظارت و پایش درمان

مشارکت‌کننده‌ی ۲۵ ساله، لیسانس علوم اجتماعی و خانه‌دار، فروش بدون نسخه‌ی دارو توسط داروخانه‌ها را از دلایل خودرمانی خود دانسته است:

فروش دارو بدون نسخه پزشک توسط داروخانه‌ها و آسان کردن دسترسی به داروهای موردنیاز بیمار مهم‌ترین دلایل خودرمانی هستند. الان یک فرد که بیمار میشه می‌گه میرم داروخانه و در آنجا دکتر داروساز هست و دیگه نیازی به پرداخت ویزیت و نوبت گرفتن و معطلی نیست و خیلی راحت و سریع کارم راه می‌افته چون دکتر داروخانه طبق درسی که در مورد داروها خوانده بلد است که چه دارویی برای چه بیماری خوب هست داروی موردنظر را می‌گیرم.

مشارکت‌کننده‌ی ۳۷ ساله، لیسانس علوم تربیتی نیز دسترسی آسان به دارو را به‌عنوان دلیل خودرمانی ذکر کرده است:

من یه وقتی که با مشکل مواجه می‌شوم از مطالب شبکه‌های اجتماعی و توصیه‌ی آشنایان جهت انتخاب و تجویز داروی موردنظر کمک می‌گیرم. این را هم باید اضافه کنم که داروخانه‌ها بیشترین تأثیر را در فروش آسان و دسترسی آسان به دارو دارند و علی‌الظاهر از نظر تجاری هم کارشون نادرست نیست.

مضمون تجربه‌ی درمان ناموفق از مضامین مرتبط با نقش روابط پزشک - بیمار است که در گفته‌های مشارکت‌کننده فوق‌دیپلم کامپیوتر و منشی در قالب مفهوم خدمات‌دهی نامناسب کارکنان پزشکی نمود یافته است:

از تزریق دارو ترس دارم چون شنیدم فلانی آمپول زده اشتباهی بوده و باعث فوت طرف شده دیگه ترس اینو داشتیم. در بیمارستان‌ها متأسفانه کادر پزشکی تلاش نمی‌کنند علت درد را تشخیص بدهند و راهکار درمانی بدهند فقط یک‌مشت قرص و دارویی که هیچ‌کدام به کار نمی‌آیند و درمان‌کننده نیست تجویز می‌کنند.

۴-۵- مواجهه‌ی غیر حرفه‌ای پزشکان

مشارکت‌کننده‌ی ۲۵ ساله، لیسانس علوم اجتماعی و خانه‌دار، مواجهه‌ی غیر حرفه‌ای پزشکان مشتمل بر نقض اخلاق پزشکی و ضعف در مهارت ارتباطی پزشکان را دلیل خودرمانی دانسته است:

قبلاً که برای می‌گرنم به دکتر مراجعه کردم دکتر اعصاب می‌گفت به خاطر بینایی‌ات هست نزد چشم‌پزشک می‌رفتم می‌گفت به خاطر اعصاب هست و به یکدیگر پاسم می‌دادند. این دو دلیل داره اول اینکه چند تا بیمار را باهم ویزیت می‌کنند و حریمت را می‌شکنند پس ما مقصر نیستیم. دومین دلیلش اینه که مردم معتقدند که اکثر پزشکا تبحر ندارند و در اینجا تازه دارند طبابت را یاد می‌گیرند، ولی به محض اینکه تبحر پیدا کردن میرن شهرهای دیگه.

۵-۵- مواجهه‌ی سوگیرانه با کادر پزشکی

مشارکت‌کننده‌ی ۳۰ ساله، دیپلم و خانه‌دار مواجهه‌ی سوگیرانه با کادر پزشکی مشتمل بر فرسایش اعتماد به پزشکان و کارکنان پزشکی تلقی طمع‌ورزانه از پزشک را مهم دانسته است:

ترجیح می‌دهم که در منزل باشم و خوددرمانی کنم تا در دسر بیمارستان بکشم. اینو هم بگم که اعتماد چندانی به دکترها ندارم زیرا زن همسایه‌مون سردرد داشت رفت دکتر و یک قرص ساده براش نوشته بود درحالی‌که بعد از دو هفته معلوم شد که تومور مغزی داره. چون برخی از پزشکان سرسری ویزیت می‌کنند و زیاد ارتباط مناسب با بیمار نمی‌گیرند.

مشارکت‌کننده‌ی ۳۱ ساله، لیسانس جغرافیا، کارمند و متأهل هم گفته است:

نبود متخصصان خوب و مجرب، خطای بالای پزشکی، بی‌عدالتی در فضاهای پزشکی - درمانی، طمع پزشکی همگی به رواج پدیده خوددرمانی کمک کرده‌اند.

به نظر مشارکت‌کننده‌ی ۳۵ ساله، فوق‌دیپلم حسابداری و خانه‌دار نیز خوددرمانی بهتر از رفتن نزد برخی از این پزشکان طمع‌کاری است که فقط به جیب خودشان فکر می‌کنند.

هم‌راستا با مفاهیم عضویت در گروه‌ها و شبکه‌های اجتماعی، زنان با سازوکارهایی برای کسب اطلاعات درباره‌ی مشکلات، درک آنها و تلاش برای مدیریت آنها آشنا می‌شوند که نوع مواجهه‌ی آنها با مشکلاتشان را شکل می‌دهد. از آنجا که در جامعه‌ی مورد مطالعه هنوز روابط اجتماعی گرم و انتشاری همچنان تداوم دارد، لذا در مواردی تصمیم در مورد نحوه‌ی واکنش به بیماری، در تعامل با و در مشورت با دیگران و در جریان زندگی روزمره گرفته می‌شود و در این معنا دو مضمون اعتماد نامتعارف در درمان و مواجهه‌ی سنتی با درمان و درمانگری تأمل‌برانگیز و پذیرفتنی به نظر می‌آید.

در این زمینه، مضامین و مفاهیمی همچون تجربه‌ی منفی از مراجعه به پزشک، اعتماد به رسانه‌ها، اعتماد به فضای مجازی، اعتقاد به کاسب‌کار بودن پزشکان و مشاهده‌ی تأثیرگذاری خوددرمانی برجسته‌تر بوده‌اند.

مشارکت‌کننده‌ی ۲۴ ساله دانشجوی گیاه‌پزشکی گفته است:

بر اساس تجربه‌ای که قبلاً داشتم و با داروهایی که خودم مصرف می‌کردم خوب می‌شدم و دیگه دلیلی برای مراجعه کردن به پزشک نمی‌دیدم. معمولاً می‌دانم چه دارویی را مصرف کنم در جهت اینکه آن درد یا آن بیماری رفع بشه ولی تأثیر روی درمان آن بیماری که بهش مبتلا شدم خوب و مؤثر بوده. بیشتر آگاهی‌ام از طریق جستجو در اینترنت و فضای مجازی هست.

همچنین مضامین فرعی‌ای همچون رواج باورهای عامیانه و بافت فرهنگی موافق خوددرمانی، از مفاهیمی نظیر پای‌بندی به خرافات، سطحی‌نگریستن به بیماری، رواج استفاده از روش‌های سنتی و در نهایت رفتار فرهنگی غالب و رایج تشکیل می‌شود. در این زمینه مشارکت‌کننده‌ی ۲۵ ساله، دیپلم و کارمند خوددرمانی را به‌مثابه یک رفتار فرهنگی رایج می‌داند:

در منطقه‌ی ما این بحث جافتاده است که خوددرمانی با داروهای گیاهی، روش‌های سنتی و حتی داروهای دیگر باعث سالم ماندن فرد می‌شود و بهتر از این است که به دلیل اشتباه پزشکی بمیریم و به این رفتار عادت کرده‌ایم.

مشارکت‌کننده‌ی ۲۵ ساله دانشجوی کارشناسی ارشد مطالعات فرهنگی نیز به اعتماد به دیگری اشاره کرده است که می‌تواند یک رفتار فرهنگی تخریب‌گر باشد:

بیشترمون بدون اینکه در مورد دارویی که بهمون پیشنهاد شده تحقیق کنیم، میریم داروخانه و دارو را تهیه و مصرف می‌کنیم؛ یعنی برای هر دردی دارویی جهت رفع آن درد یا آن بیماری معرفی میشه. این موضوع شایعی است و بسیاری از زنان مثل من فکر می‌کنند که با روش‌های تجربه‌شده توسط دیگران، می‌توانند خودشان را درمان کنند و البته به لحاظ فرهنگی برامون این رفتار خوددرمانی جافتاده است و دید مثبتی بهش داریم.

۵-۶- درک و معنای زنان از خوددرمانی

مضمون درک و معنای زنان از خوددرمانی متشکل از سنت درمانی مرسوم، درمان بدون نیاز به پزشک و کنش آگاهانه و مفید بیانگر تلقی و درک زنان از خوددرمانی است. چنانچه مشارکت‌کننده‌ی ۴۵ ساله، بیوه و خانه‌دار بر آن است که:

وقتی که من خودم آگاهی دارم تا حدودی و با استفاده از تجربه‌ام و حرف‌های دیگران و اطلاعاتی که توی سایت‌ها هست تا حدودی میتونم مشکلمو حل کنم و به پزشک رجوع نکنم و اینکه برای بعضی از بیماری‌ها واقعاً نیاز نیست بری دکتر.

بحث و نتیجه‌گیری

سلامتی همواره برای انسان و به تبع آن برای جامعه مهم بوده است. از این رو هنگام بیماری سرعت اقدامات درمانی برای بهبودی اهمیت می‌یابد و در این راستا اقدامات افراد بر اساس فرهنگ درمانی موجود شکل‌های متفاوتی به خود می‌گیرد؛ از جمله مراجعه به پزشک یا عمل کردن بر اساس رسوم سنتی و محلی و مراجعه نکردن به پزشک و در اصطلاح امروزی، خوددرمانی بدیهی است، خوددرمانی امری تاریخی است که در دوره‌ی مدرن به دلیل تخصصی شدن بهداشت و درمان، امری ناپه‌نجانار، مخاطره‌آمیز و غیرعلمی تلقی می‌شود، ولیکن امروزه نیز گونه‌هایی از این پیشینه‌ی فرهنگی تاریخ‌مند درمان همچنان در بین مردم وجود دارد. به عبارتی خوددرمانی به‌مثابه یک سنت فرهنگی در جامعه و به‌ویژه در بین زنان ریشه دوانده است و از این رو گرایش به خوددرمانی همچنان در بین آنها گرایشی قدرتمند است. چنان‌که برآورد سازمان‌های متولی امر درمان نرخ مصرف خودسرانه‌ی دارو در ایران را بالاتر از میانگین جهانی نشان می‌دهد و از این نظر جزو ۲۰ کشور نخست دنیاست و این روند در ایلام نیز وجود دارد.

۱۵۵

مقایسه‌ی نتایج تحقیق با یافته‌های پژوهش‌های پیشین حاکی از همخوانی‌هایی در زمینه‌ی برهم‌کنش سازه‌های مرتبط با نهاد‌های پزشکی، اقتصادی و فرهنگ و اثرگذاری آنها در تصمیم به خوددرمانی در بین افراد خود درمان بوده است؛ برای مثال درباره‌ی باورهای فرهنگی و ضعف قوانین پزشکی؛ با مطالعات پیکار و محمدی (۱۳۹۸)؛ در زمینه‌ی حق‌گرانی ویزیت پزشک، تجربه‌ی قبلی از بیماری و مهم تلقی نکردن بیماری با مطالعات تاجیک و همکاران (۱۳۸۷)؛ رضایی و همکاران (۱۳۹۵)، کرانی و همکاران (۱۳۹۳) و پیرزاده و شریفی راد (۱۳۸۸)؛ در زمینه‌ی گرانی حق ویزیت پزشک، تجربه قبلی از بیماری، مهم تلقی نکردن بیماری؛ در مورد دسترسی آسان به دارو با مطالعات پیرزاده و شریفی راد (۱۳۸۸)؛ در زمینه‌ی اتکاء به داروخانه‌ها و داروسازان در تهیه‌ی دارو با مطالعات نصیر و همکاران (۲۰۲۰)؛ در زمینه‌ی تجربه قبلی از دارو و سابقه استفاده از داروی گیاهی با مطالعات طاها و همکاران (۲۰۲۰)؛ در زمینه‌ی وجود خوددرمانی در بین زنان طبقات با درآمد کمتر با مطالعه‌ی لوتز و همکاران (۲۰۲۰)؛ در زمینه‌ی خصوصیات شخصی زنان خود درمانگر و نقش نظام مراقبت‌های بهداشتی در روی‌آوری آنان به خوددرمانی با مطالعات عزیز و همکاران (۲۰۱۸) همخوانی دارد.

به‌طور کلی، نتیجه‌ی تحقیق درباره‌ی اینکه زنان شهر ایلام چه درک، تعبیر و تفسیری از کنش‌ورزی خوددرمانگرانه‌ی خویش دارند، حاکی از این است که درمان سریع و تسکین هرچه سریع‌تر بیماری به‌ویژه هنگام تجربه‌ی درد، اولویت درجه‌ی اول آنهاست و برای رسیدن به چنین

هدفی، راحت‌ترین راه را برای درمان انتخاب می‌کنند که مراجعه کردن به داروخانه‌هاست. آنها معتقدند، در صورت مبتلا شدن به یک بیماری تنها گزینه‌ی مطلوب، خلاص شدن از آن درد و بیماری است؛ لذا می‌توان گفت، درک آنها از پدیده‌ی خوددرمانی برگزیدن سهل‌ترین، کم‌هزینه‌ترین و سریع‌ترین راه‌حل است. ایشان معتقدند، این‌گونه کنش خوددرمانگرانه‌ی آنها محصول روابط و تعاملات نزدیک با دیگران است، زیرا هنگام بیماری، تصمیمات فرد در مورد شیوه‌ی اقدام به درمان و چگونگی مواجهه با بیماری در فرایند تعامل اجتماعی و یا در مشورت با دیگران شکل می‌گیرد و بنا به روابط گرم و انتشاری و نیز اعتماد به نزدیکان و آشنایان این فرایند بازتولید می‌شود. همچنین تحلیل روایت زنان از تجربه‌ی خوددرمانی‌شان نشانگر این است که وجود و تداوم نشانگان فرهنگی‌ای نظیر باورهای عامیانه، بافت فرهنگی، رایج بودن این رفتار به‌عنوان یک روش مرسوم و سنت اجتماعی در جامعه‌ی مورد مطالعه از جمله دلایلی است که زنان بدون تشخیص ریشه‌ای بیماری توسط پزشک، به‌صورت خودسرانه داروها را تهیه و مصرف می‌کنند و در صورت مشاهده کردن تأثیر مثبت دارو در درمان بیماری خویش، علاوه بر استفاده‌ی مجدد و خودسرانه از آن در زمان‌های دیگر آن را به دیگران نیز پیشنهاد می‌کنند.

بنابر گفته‌های زنان خوددرمان، آنها هنگام بیماری به دلایل اقتصادی و فرهنگی دنبال به‌صرفه‌ترین و در دسترس‌ترین گزینه برای درمان خویش‌اند و بنابراین زنان خوددرمانگر برای درمان خویش به‌صرفه‌ترین راه را که همانا خوددرمانی است، انتخاب می‌کنند و به این ترتیب خود را از تحمل درد نجات می‌دهند. از سوی دیگر، ممکن است آنها متناسب با میزان هزینه، میزان استطاعت مالی خود و نیز میزان رضایت تجربه‌شده‌ی ناشی از خوددرمانی قبلی تصمیم بگیرند. همچنین در بین زنان مورد مطالعه در زمینه‌ی خوددرمانی و در ارتباط با پزشکی گرایش مسلطی وجود دارد که محصول هم‌آیندی مواجهه‌ی سوگیرانه با کادر پزشکی از سویی و تجربه‌ی مواجهه‌ی غیرحرفه‌ای پزشکان از سوی دیگر است. از آنجاکه انسان‌ها بر اساس تفسیرهای ذهنی‌ای که از کنش متقابل خود با دیگران دارند، عمل می‌کنند و به‌طور مداوم رفتار خود و دیگران را بازتفسیر می‌کنند، این موضوع همچنان در جهت‌گیری و شکل‌دهی به کنش‌های خوددرمانگران زن اثر می‌گذارد.

پیشنهاد‌های پژوهش

- بیشتر مردم از عوارض و عواقب خوددرمانی یا بی‌اطلاع‌اند و یا اطلاع کافی ندارند، یکی از راهکارها می‌تواند فرهنگ‌سازی و اطلاع‌رسانی مناسب در مورد عوارض حاصل از خوددرمانی باشد. یکی از دلایل سوق یافتن بیشتر زنان به سمت خوددرمانی، وجود نوعی از بی‌اعتمادی بین مردم و پزشک است که لازم است برای اعتمادسازی به نظام پزشکی و مراقبت تمهیداتی اندیشیده شود.

- کلاس‌های آشنایی با عوارض خوددرمانی از سوی سازمان‌های مردم‌نهاد و اجتماع‌محور با جلب مشارکت سازمان بهزیستی در سطح محلات شهر ایلام برگزار کنند.

- محدود کردن داروخانه‌ها در فروش بی‌رویه‌ی دارو امری ضروری است.

- کمپین‌های آگاهی‌دهنده به مردم در مورد مضرات خوددرمانی ایجاد شود.

- تدوین آیین‌نامه و تعیین مجازات برای داروخانه‌هایی که با هدف تجاری دسترسی مشتریان را به هرگونه دارو را فراهم می‌سازند.

- نظام نظارت و پایش امور درمانی در سازمان‌های نظارتی همچون سازمان بازرسی استان تقویت شود.

منابع

- ◀ پورترکارانی، فاطمه، اشرف دیرکوند مقدم، عبدالحسین پور نجف و زینب غضنفری، (۱۳۹۴). «بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر ایلام در رابطه با خوددرمانی»، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، د ۲۳، ش ۷.
- ◀ پور رضا، ابوالقاسم، علی خلفی، اکبر قیاسی، مجاهد فرخ و محمد نور محمدی، (۱۳۹۱). «بررسی شیوع خوددرمانی و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران»، اپیدمیولوژی ایران، د ۸، ش ۴.
- ◀ پیرزاده، آسیه و غلامرضا شریفی راد، (۱۳۹۰). «آگاهی و عملکرد زنان نسبت به خوددرمانی با دارو بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی»، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان، د ۱۳، ش ۴.
- ◀ پیکار، زینب و اصغر محمدی، (۱۳۹۸). «بررسی عوامل اجتماعی و فرهنگی مؤثر بر خوددرمانی و مصرف خودسرانه دارو در شهرکرد»، جامعه شناسی مسائل اجتماعی ایران، د ۸، ش ۱.
- ◀ تاجیک، رضا، محسن شمسی و ابوالفضل محمدبیگی، (۱۳۸۷). «بررسی شیوع خوددرمانی و برخی از عوامل مؤثر بر آن در زنان شهر اراک»، مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی همدان، د ۱۶، ش ۱.
- ◀ حسین یزدی، مریم و ابراهیم فیاض، (۱۴۰۰). «مطالعه‌ی تجربه‌ی زیسته‌ی روابط زمانی و مکانی زنان سالمند در بستر زندگی روزمره‌شان»، مطالعات راهبردی زنان، د ۲۳، ش ۹۲.
- ◀ رضایی جابری، صدیقه، لاله حسنی و شکرالله محسنی، (۱۳۹۵). «شیوع خوددرمانی و عوامل مؤثر بر آن در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر بندرعباس»، مجله سازمان نظام پزشکی، د ۳۴، ش ۱.
- ◀ طاهرگورابی، رویا، زهرا کیانی و میترا مودی، (۱۳۹۵). «بررسی اپیدمیولوژیک خوددرمانی و عوامل مرتبط با آن در بین مراجعه کنندگان به داروخانه‌های سطح شهر بیرجند»، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، د ۲۳، ش ۲.
- ◀ کرانی، طاهره، طاهره اشک تراب، علی درویش پور کاخکی، سوده شهسواری، رقیه اسماعیلی، (۱۳۹۳). «بررسی وضعیت خوددرمانی و عوامل مرتبط با آن در سالمندان شهر کرمانشاه»، پرستاری سالمندان، د ۳، ش ۱.
- ◀ کرسول، جان، (۱۳۹۱). پویش کیفی و طرح پژوهش، ترجمه‌ی حسن دانایی فرد و حسین کاظمی، تهران: صفار.
- ◀ کریمی، محمود، علیرضا حیدرنیا و فضل الله غفرانی پور، (۱۳۹۰). «عوامل مؤثر بر مصرف خودسرانه داروها در سالمندان تحت پوشش مراکز شهری زرنديه»، مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک، د ۱۴، ش ۵.
- ◀ نجفی پور، رؤیا، فرزانه شیشه‌بر، حسن احمدی نیا، محسن رضاییان، (۱۳۹۷). «بررسی فراوانی خوددرمانی در دانشجویان پزشکی مشغول به تحصیل در دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان»، مجله علوم پزشکی رفسنجان، د ۱۷، ش ۴.

- Aziz, M. M. I, Masood. M, Yousaf. H, Saleem. D, Ye. & Y, Fang. (2018). "Pattern of medication selling and self-medication practices: A study from Punjab", Pakistan, *Journal PLoS ONE* 13(3).
- Barkan, S. E. (2017) *Health, illness, and society: an introduction to medical sociology*, Rowman & Littlefield.
- Lokeesan, V. & L, Laavanya. (2019) "Self-Medication Practices among Undergraduate Nursing Students", *International Journal of Pharma Research and Health Sciences*;7 (1).
- Lutz, B. H., V. L. A, Miranda. M. P. T, Silveira. T. S, Dal Pizzol. S. S, Mengue. & et all (2020) " Medication Use among Pregnant Women from the 2015 Pelotas (Brazil) Birth Cohort Study", *International Journal of Environmental Research and Public Health*,17(98).
- McKinlay, J. B. (2013) A Case for Refocusing Upstream: The Political Economy of illness. 583-596 in Conrad, P. (2013) *The Sociology of Health & Illness*, NY: Worth Publishers.
- Nusair, M. B. & S, Al-Azzam. & H, Alhamad. & M.Y, Momani. (2020) " The prevalence and patterns of self-medication with antibiotics in Jordan: A community-based study", *international journal of clinical practice*.
- Pescosolido, Bernice, (1992). " Beyond Rational Choice: The Social Dynamics of How People Seek Help", *American Journal of Sociology*, 97.
- Pescosolido, Bernice A. (2011). Taking 'The Promise' Seriously: Medical Sociology's Role in Health, Illness and Healing in a Time of Social Change. 3-20 in Pescosolido, B. A. Martin, J.K. McLeod, J.D. and Rogers, A. (2011) *Handbook of the Sociology of Health, Illness, and Healing: A Blueprint for the 21st Century*, edited by. New York, NY.
- Pfaffenbach, G. F. S, Tourinho. & F, Bucarechi. (2010). " Self-medication among children and adolescents" . *Current drug safety*, 5(4).
- Smith, J. A. P, Flowers. And M, Larkin. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis, Theory, Method and Research*, SAGE Publications Ltd.
- Stolley, K. S. (2005). *The basics of sociology*, Greenwood Press.
- Tuha, A. A. G, Faris. S. A, Mohammed. & M. Y, Gobezie. (2020). Self-Med-

ication and Associated Factors Among Pregnant Women Attending Antenatal Care at Kemisie General Hospital, North East Ethiopia, *Patient Preference and Adherence*, 14.

- ▶ Weiss G. L. & L. E, Lonquist. (2015). *The Sociology of Health, Healing and Illness*, Mary Baldwin College, Eighth edition.
- ▶ WHO (1998): The Role of the pharmacist in self-care and self-medication: *report of the 4th*.