

## نابرابری‌های اقتصادی – اجتماعی در تجربه درد مزمن با تأکید بر فقر: پژوهشی کیفی در منطقه موکریان کردستان

ابوعلی ودادهیر<sup>۱\*</sup>  
زهره انواری<sup>۲</sup>  
لقمان شمسی<sup>۳</sup>  
حمیدرضا فرخ اسلاملو<sup>۴</sup>

### چکیده

این مقاله ضمن تصریح بر اهمیت تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت و بیماری، مناسبات بین درد مزمن و فقر را به مثابه مهمترین تعیین کننده اقتصادی و اجتماعی آن مطالعه می‌کند. برای تحقق این هدف، روش‌های پژوهش کیفی و به طور مشخص اتنوگرافی روایی، و حدود نه ماه حضور مستمر در میدان و انجام مشاهده و مصاحبه روایی با بیماران اسکلتی دارای درد مزمن بکار گرفته شده است. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل روایت مبتنی بر مضمون و از مدل سیال میلز و هابرمن استفاده شده است. یافته‌های این جستار نشان می‌دهد که نوعی درهم تنیدگی یا هم‌افزایی در شرایط محیطی، شاخص‌های جمعیت‌شناختی و دیگر تعیین کننده‌های اجتماعی در خصوص درد مزمن وجود دارد. به طور مشخص، شرایط جغرافیایی خاص منطقه موکریان به همراه نظام‌های فرهنگی و اجتماعی فقر گستر با سوق دادن افراد ساکن در منطقه به انجام فعالیت‌ها و شغل‌های سخت و فرسایشی، آنان را مستعد ابتلا به بیماری‌های اسکلتی دارای درد مزمن می‌نماید. همچنین فقر اقتصادی حاصل از مشاغل کم درآمد و ناپایدار و غیرایمن و بیکار شدن بر اثر درد و بیماری و ضعف یا فقدان حمایت اجتماعی کافی از یک سو، و عدم توسعه یافتگی، در حاشیه بودن و فقدان امکانات و تسهیلات خدمات بهداشتی و درمانی از سوی دیگر، بیماران اسکلتی دارای درد مزمن را در شرایط خطیر جسمانی و روانی و رنج روزافزون اجتماعی قرار داده است.

**واژگان کلیدی:** درد مزمن، فقر، اتنوگرافی روایی، انسان‌شناسی درد، تعیین کننده‌های اجتماعی درد

## مقدمه

در طول تاریخ بشری، درد به عنوان پدیده‌ای ناشناخته از جنبه‌های مختلفی مورد مطالعه، بحث و جدل قرار گرفته است و صاحب نظران این حوزه، دیدگاه‌های متفاوتی در خصوص ماهیت و ابعاد و علل آن ارائه نموده‌اند. به‌رغم اینکه درد پدیده‌ای میان رشته‌ای است و از منظر پزشکی، زیستی، روانشناختی و حتی دینی و مذهبی مطالعاتی درباره آن صورت گرفته است؛ ولی به طور سنتی حوزه درد و مدیریت آن در اختیار زیست پزشکی و مدل‌های آن است که بیشتر بر جنبه‌های نرووفیزیولوژیکی متمرکز است و کم و بیش درد را به سیستم ارسال علائم تقلیل داده است. لدر<sup>۱</sup> (۱۹۹۰) معتقد است رهیافت‌های زیست پزشکی، با تلقی بدن به مثابه ماشین (رویکرد مکانیکی)، تجربه درد را به مشاهده دقیق نشانه‌ها و علائم، محدود می‌کند. این رویکرد، زمینه‌های عاطفی و اجتماعی فرد و محیط فرهنگی وی را نادیده می‌گیرد و از واکنش فیزیولوژی بدن انسان حمایت می‌کند. این درک تک بعدی و ساده‌انگارانه از درد، بیش از یک و نیم قرن است که رویکردها و گفتمان‌های زیست پزشکی را در حوزه درد مسلط کرده است. این عوامل سبب کم رنگ شدن حوزه علوم اجتماعی به طور عام و انسان‌شناسی به طور خاص و نهایتاً کم توجهی به سهم عوامل فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی در ایجاد و تداوم درد و بیماری شده است.

با این حال، امروزه تأثیر عوامل اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، محیطی، روانشناختی و... به عنوان تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت واضح و مبرهن است. برای مثال، سواد و آموزش، دسترسی به امکانات بهداشتی از قبیل خدمات پزشکی و سلامت، توسعه نیافتگی و فقر اقتصادی و فرهنگی از جمله عواملی هستند که می‌توانند سلامت افراد را به تحت تأثیر قرار دهند. در این میان، همان‌طور که کوفی عنان<sup>۲</sup>، دبیر کل سابق سازمان ملل به درستی تصریح کرده است، "فقر بزرگترین دشمن سلامت در جهان در حال توسعه است." فقر همواره به عنوان یک مسأله جهانی و فراگیر مطرح بوده و ریشه‌گرفتاری‌ها و عقب‌ماندگی‌های بخش اعظم کره زمین به ویژه در عرصه سلامت و آسایش، از جمله جامعه ما را تشکیل می‌دهد (Fusted, 2010).

فقر با ابعاد و خوشه‌های گوناگون خود از جمله محرومیت یا کم‌داشتهای دوازده گانه آن (کم‌داشت در نهادها و فقدان دسترسی؛ فقر زمانی؛ ابعاد فصلی فقر؛ محل زندگی فقرا؛ انواع نامنی؛ بدزیستی (نبود آسایش) فیزیکی؛ فقر و کم‌داشتهای مادی؛ ضعف در مناسبات اجتماعی؛ تحقیر/مادونی قانونی و اسنادی؛ زد و بندهای سیاسی؛ فقدان اطلاعات؛ و کم‌داشت در تحصیل و

1. Leder

2. Kofi Annan

قابلیت‌های زندگی (Chambers, 2006, 2008) در زمره مهمترین مسائل و چالش‌های مردمان قوم کرد، نقش اصلی را در زندگی و بقای بیماران دارای درد مزمن بازی می‌کند. کردها عمدتاً در غرب ایران و در مناطق کوهستانی و مرزی سردسیر و با شرایط جغرافیایی خاص زندگی می‌کنند. اکثر شهرهای کردنشین از مناطق مرزی ایران هستند و مردم این منطقه در کنار مرزنشینی، به لحاظ قومیت، زبان و همچنین مذهب (غالباً مسلمان سنی مذهب هستند) در اقلیت به سر می‌برند یا در حاشیه هستند. عدم توسعه‌یافتگی، کمبود امکانات، نرخ بیکاری بالا، عدم دسترسی به امکانات و تسهیلات رفاهی، بهداشتی و... از یک سو، و شرایط محیطی و فرهنگی از سوی دیگر، زمینه‌های لازم برای تداوم و بازتولید انواع فقر و محرومیت را فراهم می‌نماید. بدین معنی که، در کنار فقدان ساختار اقتصادی مناسب، تقویت اعتقادات قومی و مذهبی، گسترش فعالیت‌های اقتصادی سخت و دشوار از جمله کولبری، کارگری و حتی کشاورزی سنتی به دلیل شرایط خاص جغرافیایی و محیطی منطقه رو به افزایش است. زندگی در چنین شرایطی بستر گسترش درد و بیماری‌های مزمن اسکلتی را فراهم نموده است؛ بطوریکه بیشتر زنان و مردان میان سال (پنجاه سال به بالا) از دردهای مزمن اسکلتی رنج می‌برند. اهمیت این موضوع، این ضرورت را ایجاد نمود تا در این پژوهش با رویکردی انسان‌شناختی، تأثیر جنبه‌های مختلف فقر و محرومیت بر درد مزمن را مورد مطالعه قرار دهیم. این رویکرد و کاربرت روش‌های خاص آن از جمله اتنوگرافی، تحلیل روایت و مشاهده مشارکتی، ما را قادر می‌سازد تا پیچیدگی‌های فرهنگی و اجتماعی مسأله‌ای مانند درد مزمن و سهم فقر در آن را در بافت زندگی کردهای موکریان به خوبی درک کنیم. زیرا همانگونه که کانراد و بارکر<sup>۱</sup> (۲۰۱۰) معتقدند، دانش پزشکی در مورد ناخوشی و بیماری توسط اقامه کنندگان دعوی و طرفین ذینفع ساخته و توسعه داده می‌شود. پس پژوهشگران باید از پزشکی شدن مسائل اجتماعی نگران باشند تا نادیده گرفتن یا تضعیف زمینه‌های اجتماعی، راه‌حل‌های پزشکی را تجویز و تقویت می‌کند. با این اوصاف در این پژوهش به دنبال یافتن پاسخی برای این پرسش خواهیم بود که فقر یا محرومیت چگونه می‌تواند بیماری و درد مزمن را ایجاد و یا تشدید نماید؟

### پیشینه نظری

نادیده گرفتن ابعاد اجتماعی درد در نظریه‌های حوزه درد و بیماری باعث شده است تا اخیراً پژوهشگران علوم اجتماعی و انسانی در این حوزه گام بگذارند و مسیر خود را کم و بیش از حوزه زیست پزشکی جدا نمایند. این فرایند، نقطه عطفی برای انسان‌شناسان پزشکی و درد است تا با

1. Peter Conrad and Kristin K. Barker

تمرکز بر بعد فرهنگی مسأله درد، اهمیت این مطالعه را نشان دهند. انسان‌شناسان پزشکی روی ابعاد و معانی فرهنگی درد و عمل درد تأکید دارند؛ و همانطور که سسیل هلمن<sup>۱</sup> معتقد است همه گروه‌های فرهنگی و اجتماعی به‌طور مشابه به درد پاسخ نشان نمی‌دهند و اینکه مردم چگونه درد را درک کنند و به آن پاسخ دهند، می‌تواند ناشی از پس زمینه‌های فرهنگی باشد. همچنین ارتباط دادن درد با سلامتی و موارد دیگر از عوامل فرهنگی ناشی می‌شود. او اضافه می‌کند که گروه‌های اجتماعی و فرهنگی خاصی، ممکن است برای درد ارزش قایل شوند. مخفی نگه داشتن درد یا ابراز آن در عموم، اگر در زمینه نظام ارزشی و اعتقادی گروه‌های اجتماعی خاص دیده شود، ممکن است خواستنی یا برخلاف میل باشد؛ علاوه بر این، ارزش‌ها و اعتقادات فرهنگی ممکن است تجارب درد را برای گروه‌هایی که آن را به صورت مسأله می‌بینند، نرمال نشان دهند (Helman, 1990: 158). جامعه‌شناسان پزشکی، مدل دردی را پیشنهاد می‌دهند که هدف آن تعریف درد نیست، بلکه این است که تعریف‌های مختلف درد را در نظر بگیریم، زیرا هر یک از دردمندان تجربه زندگی، وسایل ارتباطی، و پویایی تعامل بین درد و محیط اجتماعی و فرهنگی خود را دارا هستند (Duncan, 2000). این رویکرد جدید به درد، راه را پیش روی گفتمان‌ها و روایت‌های دیگر، به ویژه به جهان‌بینی مبتلایان به درد باز می‌کند و از آنجا که بدن، ذهن، احساسات، و درک‌های اجتماعی و فرهنگی همگی در هم آمیخته‌اند، فرد تعامل با محیط خود را - نه با ذهن، نه با مغز - به عنوان منبع مهم دانش در نظر می‌گیرند (Bendelow and Williams, 1995).

از گذشته، فقر بیشتر به عنوان مفهوم یا محرومیتی اقتصادی و مالی مد نظر بوده است و آن را به معنای کمبود خدمات یا کالاهای اساسی یا عدم برخورداری از حداقل امکانات معیشتی، تعریف می‌کردند. اما امروزه پذیرش بعد اقتصادی صرف برای نشان دادن فقر زیاد مورد پذیرش نیست و بر همین اساس صاحب نظران این حوزه تعاریف مختلفی از آن ارائه می‌نمایند. همسو با چمبرز، برادشاو<sup>۲</sup> (۲۰۰۷) پنج نظریه فقر را بیان می‌کند. اولین دیدگاه، کمبودهای فردی است. بر اساس این دیدگاه، فقر شامل مجموعه وسیعی و چند وجهی از تبیین‌هایی است که بر فرد به عنوان مسئول وضعیت فقرش متمرکز است. به طور معمول، نظریه‌پردازان سیاسی محافظه کار، افراد را به خاطر خلق مشکلاتشان مقصر فقر می‌دانند و استدلال می‌کنند که با کار سخت‌تر و انتخاب‌های بهتر، فقیر می‌توانست از مشکلات خود جلوگیری کند. نوع دوم نظام‌های اعتقادی فرهنگی است که از خرده فرهنگ‌های فقر حمایت می‌کنند. این دیدگاه که ریشه در فرهنگ فقر دارد، نشان می‌دهد که فقر با انتقال نسلی مجموعه‌ای از عقاید، ارزش‌ها و مهارت‌ها خلق می‌شود

1. Cecil G. Helman  
2. Bradshaw

که به صورت اجتماعی تولید اما به صورت فردی حفظ می‌شوند. افراد لزوماً مقصر نیستند، زیرا قربانی خرده فرهنگ یا اختلال عملکرد خود هستند. دسته سوم، فقری است که با تحریف‌ها و شناخت تفاوت‌های اجتماعی، اقتصادی و سیاسی حاصل می‌شود. نظریه‌پردازان این سنت نظام‌های اجتماعی، اقتصادی و سیاسی را عامل محدود کننده مردم برای دسترسی به منابع و فرصت‌های کسب درآمد معرفی می‌کنند. نوع چهارم فقر ناشی از نابرابری‌های جغرافیایی است. این دیدگاه تمرکز بر این واقعیت است که مردم، نهادها و فرهنگ‌ها در نواحی جغرافیایی خاصی واقع شده‌اند که با کمبود منابع مادی برای تولید درآمد روبه‌رو هستند و قدرت درخواست توزیع مجدد را ندارند. گروه آخر همبستگی متقابل دورانی و انباشتی است. این دیدگاه ترکیبی از چهار نظریه قبلی است. زمانی که فرد و اجتماعش در چرخه فرصت‌ها و مسائل گیر می‌کند و زمانی که مسائل و مشکلات تسلط می‌یابند، آنها به فرصت‌های دیگر نزدیک می‌شوند و مجموعه انباشتی از مسائل به وجود می‌آید که هرگونه واکنش مؤثر را غیرممکن می‌کند. تبیین چرخه‌ای، موقعیت‌های فردی و منابع اجتماعی را صراحتاً به مثابه وابستگی متقابل در نظر می‌گیرد.

مک‌گیبون و مک‌فرسون<sup>۱</sup> مطابق با نظر هانکیفسکی و کریستوفرسن<sup>۲</sup> (۲۰۰۸) در خصوص درهم تنیدگی یا رابطه هم‌افزایانه<sup>۳</sup> تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت<sup>۴</sup> و تأکید بر کنکاش برای یافتن پارادیم‌های خلاقانه هم‌افزایی به منظور فهم بهتر و پاسخگویی به دلایل بنیادی بیماری و ناخوشی، نحوه شکل‌گیری پژوهش‌ها و سیاست‌های حوزه سلامت از طریق هم‌افزایی را از زبان هانکیفسکی، کورمیر<sup>۵</sup> و دی‌مریچ<sup>۶</sup> (۲۰۰۹)، و هانکیفسکی و کورمیر (۲۰۱۰) این‌گونه توصیف می‌کنند: "هم‌افزایی یا درهم تنیدگی به مثابه پارادیمی جدید برای مقابله با رهیافت‌های تک بعدی و دو بعدی، بیش از پیش مورد پذیرش واقع شده است؛ رهیافت‌هایی که به منظور علم کردن پیچیدگی موقعیت‌های اجتماعی و تجارب تفاوت‌های ادراکی ضرورت‌ها و پیامدهای سلامت سر برآورده‌اند".

آنها معتقدند که نابرابری‌های حوزه سلامت باید از طریق برهم‌کنش سه بخش تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت، ایسم‌ها (ایستارها) به مثابه تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت و شرایط جغرافیایی به عنوان تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت توصیف شوند (به شکل ۱ نگاه کنید). آنها ادامه می‌دهند که عناصر موجود در هر بخش برهم‌کنش دارند. برای مثال، بی‌سوادی بر وضعیت

1. McGibbon and McPherson  
2. Hankivsky and Christofferson  
3. Intersectionality  
4. Social Determinants of Health (SDH)  
5. Cormier  
6. De Merich

اشتغال تأثیر می‌گذارد و آن هم به نوبه خود بر امنیت مسکن و غذا اثرگذار است؛ یا شرایط جغرافیایی نابرابر تفاوت‌های سلامت را در شهر و روستا نشان می‌دهد که بیشتر آمیزه‌ای از سیاست‌های تبعیض و جداسازی اقلیت‌ها است. همچنین باید به نحوه برهم‌کنش این سه حوزه با هم نیز توجه کرد. در شکل ۱، مفهوم نیروی مضاعف، راه مفیدی را برای اتصال پیچیدگی حوزه سلامت با اثرات اجتماعی تمامی این هم‌افزایی‌ها در چرخه زندگی فراهم می‌کند. برای مثال، درحالی که امنیت غذایی و مسکن فشار و استرس‌های جسمانی و روانی خاصی را به وجود می‌آورد؛ به طور همزمان، زنانی که هر دوی این کشمکش‌ها را تجربه می‌کنند، از طریق سرپیچی و نافرمانی کردن از تحلیل‌های ساده‌انگارانه، تحت تأثیر واقع می‌شوند.



شکل ۱: نیروهای مضاعف مزیقه‌ها: چارچوبی برای بررسی نابرابری‌های تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت (McGibbon et al. 2011: 65)

### پیشینه پژوهش

مطالعات زیادی وجود دارند که جنبه‌های مختلف فرهنگی و اجتماعی درد را بررسی کرده‌اند. زبروفسکی<sup>۱</sup> (۱۹۵۲) در کتاب "مردم در زمان درد"<sup>۲</sup> چشم‌انداز تأثیرگذاری را در رابطه بین فرهنگ و درد فراهم می‌کند. وی در نتیجه‌گیری از مطالعه خود نشان داد که پاسخ رفتاری مشخصی به

1. Zborowski  
2. People in Pain

تجربه درد وجود دارد که مبتنی بر قومیت و یا پس زمینه فرهنگی است. گوبرمن هیل<sup>۱</sup> (2015: 335) در مطالعه‌ای با عنوان اتنوگرافی درد به این نکته اشاره می‌کند که استفاده از تکنیک‌های اتنوگرافی در مطالعات پژوهشی، بصیرت بیشتری را نسبت سایر روش‌ها به دنبال دارد. همانطور که پلایز- بالستاز<sup>۲</sup> و همکارانش (2013: 496-497) در نتایج پژوهش خود در حوزه درد پیشنهاد می‌کنند، لازم است درد مزمن از طریق تجارب بیماران و در زمینه‌های خاص اجتماعی- فرهنگی تفسیر و بیان گردد.

مناسبات بین فقر و سلامت همواره در زمره مهمترین دغدغه‌های کارشناسان علمی، متولیان و سیاست‌گذاران حوزه سلامت بوده است. مروری بر دانستی‌ها، برنامه‌ها و مداخلات موجود نشان می‌دهد که مناسبات متقابل و پیچیده‌ای بین فقر و سلامت وجود دارد (Thiede and Traub, 1997؛ Kawachi, 2000؛ Wagstaff, 2002؛ Amzat and Razum, 2014). این مناسبات ها صرفاً به جوامع و جمعیت‌های در حال توسعه مربوط نمی‌شود، بلکه در جهان توسعه یافته نیز چنین مناسباتی وجود دارد (Wilkinson and Pickett, 2006). برای مثال، تیده و تراوب<sup>۳</sup> (۱۹۹۷) بر اساس داده‌ای طولی در آلمان نشان دادند که روابط پیچیده و چندسطحی و معنی‌داری بین فقر و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت قابل مشاهده است. گروول-کروپوکزیک<sup>۴</sup> (۲۰۱۷) معتقد است که نظرسنجی‌هایی که شدت درد را گزارش نمی‌کنند و ناهمگونی‌ها را گزارش می‌دهند احتمالاً نابرابری‌های اقتصادی و اجتماعی درد را دست کم می‌گیرند. او در مطالعه دوازده ساله نابرابری‌های اجتماعی-جمعیت‌شناختی مؤثر در درد مزمن نشان داد که شیوع درد مزمن رو به افزایش است. درد بر حسب جنس، تحصیلات و ثروت تفاوت زیادی از خود نشان می‌دهد، اما تفاوت‌های نژادی/قومی در درد اثر ندارد. موژیووا<sup>۵</sup> و همکارانش (۲۰۱۷) با مطالعه جنبه‌های منتخب آگاهی در حوزه سلامت در بین مراجعه‌کنندگان در معرض فقر، ادعا می‌کنند که اهمیت وضعیت مالی در ارتباط با هزینه‌های درمان و حتی در ارتباط با پیشگیری احتمالی عمیق‌تر شده است. سیلورمن<sup>۶</sup> و همکارانش (2016: 7) با مطالعه برنامه‌های ضد فقر در ارتقای سلامت اذعان می‌کنند که برنامه‌های ضد فقر که اثرات ماندگار بر فقر ایجاد کنند، تدوین نشده است.

در ایران، بدنه دانش و پیشینه پژوهشی و مداخلاتی مربوط به فقر و سلامت و مناسبات پیچیده آنها چندان فربه و پهن دامنه نیست و با کمتر از یک دهه پیشینه به شکلی بطئی دوران

1. Goberman-Hill  
2. Peláez-Ballestas  
3. Thiede and Traub  
4. Hanna Grol-Prokopczyk  
5. Mojžioová  
6. Silverman

کودکی و نوپایی‌اش را سپری می‌کند. ماهر در مقاله‌ای با عنوان رابطه فقر و سلامت در ایران (۱۳۸۴) یکی از اولین تأملات در این خصوص را از خود نشان داده است. در این مقاله او مشاهده کرد که به مانند سایر جوامع در ایران نیز رابطه دوسویه بین دو متغیر ثروت و درآمد و سلامت برقرار است. به زعم وی، نباید از عوامل زیربنایی و اثرگذار فرهنگی و سیاسی غفلت کرد؛ برای اینکه این عوامل می‌توانند هر دو سوی رابطه "فقر" و "سلامت" را تحت‌الشعاع قرار دهند.

بخش عمده‌ای از بدنه دانش و پیشینه موجود درباره رابطه فقر (فقر درآمدی) و سلامت توسط راغفر و همکارانش از جمله باباخانی (۱۳۹۱) صورت‌بندی شده است. در این مطالعات، مناسبات دو مفهوم عمدتاً با استفاده از شاخص‌های فقر درآمدی و مخارج دولت برای فقر و امید به زندگی و مرگ و میر کودکان برای سلامت، آزمون و بررسی شده است. نتیجه‌گیری این بوده است که افزایش فقر و نابرابری درآمدی اثر معکوسی بر امید به زندگی داشته و همچنین با میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال رابطه مستقیم دارد. افزایش هزینه‌های دولت در آموزش و بهداشت با امید به زندگی رابطه مستقیم و با مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال رابطه عکس دارد. بنابراین، دولت به عنوان نهادی سیاست‌گذار بایستی بتواند زمینه‌های مناسب برای ارتقاء سلامت افراد جامعه را فراهم آورد (باباخانی و راغفر، ۱۳۸۸؛ باباخانی و همکاران، ۱۳۹۱). در مقالات دیگری، راغفر و همکارانش (الف ۱۳۹۲، ب ۱۳۹۲) سهم ناکارآمدی نظام بیمه‌های درمانی در فقر خانوارهای کشور را نشان داده‌اند. مشاهدات آنها مؤید آن است که سالانه جمعیت قابل توجهی از مردم در روستاها و شهرهای کشور به علت مواجهه با پرداخت‌های مضاعف هزینه‌های سلامت به زیر خط فقر می‌روند، در حالی که در غربال‌گری‌ها و آمار مربوط به فقرا قرار نمی‌گیرند.

در همین راستا، اخیراً یوسفی و همکارانش (۱۳۹۲) پژوهشی را در حیطه مدیریت و اقتصاد سلامت با عنوان "مؤلفه‌ها، ابعاد و تعیین‌کننده‌های هزینه سلامت خانوارها" انجام داده‌اند. این مطالعه نشان می‌دهد که در مجموع ۹۳ نوع هزینه سلامت (مستقیم، غیرمستقیم و نامرئی) قابل شناسایی است که به نحوی بر خانوارهای ایرانی تحمیل می‌شود. از این میان، هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم سلامت و پزشکی به ترتیب بیش از ۷۰۰ هزار و ۶۰۰ هزار خانوار ایرانی را در مشقت و دشواری قرار می‌دهد. هزینه‌های مستقیم بهداشت و درمان سالانه باعث سقوط بیش از ۳۲۰ هزار خانوار به زیر خط می‌شود. طبق شواهد این مطالعه، انواع هزینه‌های سلامت در مجموع بیش از یک میلیون و سیصد هزار خانوار کشور را در مشقت و دشواری قرار می‌دهد (یوسفی، ۱۳۹۲؛ یوسفی و همکاران، ۲۰۱۴).



من حیث المجموع، عموماً "بار بیماری‌ها"، به ویژه بیماری‌های مزمن و غیرواگیر، در هر کشوری، به ویژه در کشورهای در حال تجربه تحولات جمعیتی و تغذیه‌ای<sup>۱</sup>، رابطه‌ای مستقیم و به مراتب قوی‌تر از آنچه پنداشته می‌شود با فقر و شاخص‌های اقتصادی و نابرابری درآمدی دارد؛ زیرا انسان فقیر به دلیل نداشتن درآمد کافی توان به دست آوردن غذا، مسکن و شغل مناسب را نداشته و به همین دلیل بیشتر در دام بیماری اسیر می‌گردد و از طرف دیگر دسترسی کمتری نیز به خدمات سلامتی دارد و در نتیجه درآمد وی همواره رو به کاهش و کم‌داشت‌هایش رو به افزایش است و این چرخه معیوب و خانمان‌سوز ادامه می‌یابد.

### روش پژوهش

این پژوهش با رویکرد کیفی و روش اتنوگرافی روایی انجام گرفته است. انسان‌شناسان و پژوهشگران کیفی در پژوهش‌های خود در حوزه‌های بیماری و درد، در کنار مشاهدات و مشارکت‌ها، به روایت نیز علاقه نشان داده‌اند، آنان اتنوگرافی روایی را همچون تلاشی برای انتقال تماس‌ها و درگیرهای بازنمایانه و انعکاسی برخوردارهای میدانی می‌بینند. هارووینگ<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۰) معتقدند، در اتنوگرافی پژوهشگر جنبه‌های اعتقادی و فرهنگی را در گروهی از افراد یا جوامع مورد مطالعه قرار می‌دهد؛ و این رویکرد پژوهشی، بنیان طبیعت‌گرایانه و تفسیری دارد؛ و به باور لکمپت و شنسول<sup>۳</sup> (۱۰۱۰) این نوع مطالعات در مورد شناخت و تفسیر راه و روش زندگی مردم، درک باورهایشان و چگونگی تطابق آنها با تغییرات محیطی است. به لحاظ تاریخی، اتنوگرافی هم محصول و هم فرایند پژوهش است. این محصول شامل روایت‌ها، تفاسیر، بازسازی شبکه‌های اجتماعی، رفتارها، ارزش‌ها، اعتقادات، باورها، احساسات و ادراکات افراد در اقوام مختلف بوده است و مهمترین ویژگی‌ای که اتنوگرافی را به مثابه پژوهش علمی نشان می‌دهد این است که در آن، از آنچه که در میان مردم جامعه در بستر طبیعی رخ می‌دهد داستان یا روایتی تولید می‌شود ... و صداها، مختلف و افراد حاشیه‌ای نیز وجود دارند و حقیقت تنها در روایتی واحد بازنمایی نمی‌شود. از دید لکمپت و شنسول (۱۰۱۰)، اتنوگرافی روشی علمی، نظام‌مند و قابل تکرار است و به پژوهشگر اجازه می‌دهد تا از ابزار ضروری برای ورود به میدان و موقعیت‌های جدید بهره بگیرد، بدون آنکه خود را به پیش فرض‌ها یا ابزار از پیش موجود محدود کند. گابریوم و هالستین<sup>۴</sup> معتقدند اتنوگرافی روایی اگر چه از شیوه و اعمال روایتی مردم‌نگاران

1. Burden of Disease  
2. Demographic and Nutritional Transition  
3. Harrowing  
4. LeCompte and Schensul  
5. Jaber F. Gubrium and James A. Holstein

آگاه است، اساساً با کار روایتی آنهایی که تجارب و زندگی‌شان تحت نظارت و توجه است، ارتباط دارد. استفاده از واژه اتنوگرافی روایی برای بیان ترکیب حس‌های تشخیص تحلیلی، فرایندی، روش‌شناختی و معرفت‌شناختی است که برای فهم روایت در بافت اجتماعی ضروری است (Gubrium and Holstein, 2008: 250-251). همانطور که مارتین کورتازی<sup>۱</sup> (Cortazzi, 2007: 384-395) ادعا می‌کند، تحلیل ساختارها یا محتوای روایت در پژوهش‌های اتنوگرافی کافی نیست؛ بلکه لازم است گزارش‌ها به همراه انگیزه و توجه گویندگان و زمینه‌های فرهنگی که روایت در آن روی می‌دهد نیز در نظر گرفته شوند. روش اتنوگرافی روایی به معنی مطالعه اتنوگرافیکی روایت، می‌تواند ما را به فراسوی داستان‌ها و روابط واقعی‌شان با روای و تجربه ببرد. این روشی فرایندی و تحلیلی است که در بررسی دقیق شرایط اجتماعی، بازیگرانشان، و کنش‌های مرتبط با روایت‌ها، به عنوان هدف در نظر گرفته می‌شود.

مطابق با نظر اسپرادل<sup>۲</sup> (۱۹۸۰) میدان مطالعه اتنوگرافی باید ساده (محیط منفرد)، در دسترس، فاقد مزاحمت برای ورود و گردآوری اطلاعات و امکان تکرار فعالیت‌ها را داشته باشد؛ همچنین آنان معتقدند که در هر موقعیت فرهنگی باید سه عنصر مکان، کنشگران و فعالیت‌ها را لحاظ قرار داد. میدان مطالعه ما منطقه موکریان کردستان، شامل شهرهای کردنشین جنوب استان آذربایجان غربی و دریاچه ارومیه و قسمت بسیار کوچکی از شمال غرب استان کردستان (بخشی از شهرستان سقز) است. در این پژوهش، کار جمع‌آوری داده در مدت نه ماه حضور در میدان مطالعه (از فروردین ۱۳۹۷ لغایت آذر ماه همان سال)، اگرچه با مطالعات کتابخانه‌ای و مدارک و مستندات موجود در حوزه درد و بیماری آغاز شد؛ ولی رفته رفته و به منظور تبیین و توصیف تمام زوایای موضوع پژوهش از سایر ابزارهای روش اتنوگرافی از جمله؛ مشاهده، یادداشت‌برداری، مستندات و مصاحبه<sup>۳</sup> با بیماران دارای درد مزمن و شنیدن روایت آنان، استفاده شد. راپیان درد شامل ۱۳ زن و ۷ مرد بالای ۴۸ سال (انتخاب این رده سنی به علت شایع بودن بیماری‌های مزمن اسکلتی است و اینکه افراد در این سنین و پس از چندین سال زندگی با درد و بیماری تجربه و ذهنیت کافی در خصوص بیماری و درد و رنج خود دارند) بودند. تحلیل و تفسیر یافته‌های اتنوگرافیک هم فرایندی شناختی و هم ساز و کاری فنی و تکنیکی است؛ این کار در اتنوگرافی بیشتر فرایندی ذهنی است و نظم بخشی به داده‌ها، سازماندهی و کدگذاری آنها در طول جریان پژوهش انجام می‌شود. استخراج مضامین و معانی موجود و تفسیر روایت‌ها از طریق

1. Martin Cortazzi

2. Spradly

۳. مصاحبه با بیماران مبتلا به درد مزمن اسکلتی به زبان کردی و لهجه سورانی (لهجه رایج منطقه موکریان کردستان) انجام گرفته و سپس به زبان فارسی ترجمه و گزارش شده است.

تحلیل روایت مضمون‌محور ریزمن<sup>۱</sup> (۲۰۰۸) انجام شد و برای نیل به این هدف و همچنین تجزیه و تحلیل داده‌ها از مدل سیال<sup>۲</sup> میلز و هابرم<sup>۳</sup> (۱۹۹۴) استفاده شد. میلز و هابرم فرایند تحلیل داده را به عنوان سه فعالیت مستمر و سیال تقلیل داده، داده‌نمایی و طراحی و بازبینی نتیجه تعریف می‌کنند. این سه فعالیت تحلیلی در فرایند چرخه‌ای تعاملی قرار دارند. پژوهشگر در خلال گردآوری داده‌ها و سپس حرکت در بین تقلیل داده و داده‌نمایی و استخراج و بازبینی نتیجه، برای مابقی مطالعه در حال جابجا شدن است. در این دیدگاه تحلیل داده کیفی عملی مستمر و تکراری است. همچنین برای سنجش استحکام و اعتبار نتایج کار از رویکرد مورس<sup>۴</sup> (۲۰۱۵) استفاده کردیم. مورس پیشنهاد می‌کند که پژوهش کیفی به واژه‌شناسی علوم اجتماعی برگردد و به جای قابلیت اعتماد از "دقت"<sup>۵</sup> استفاده گردد و قابلیت اطمینان، اعتمادپذیری و قابلیت انتقال را با روایی، اعتبار و قابلیت تعمیم‌پذیری جایگزین گردد. مورس معتقد است که دقت در پژوهش‌های اجتماعی از طریق بازنمایی خاص تجرید، و بسط نظری، اعتبار نظریه‌های کیفی را مستعد تعمیم‌پذیری می‌سازد. روایی نیز تکرار را ممکن می‌سازد اگرچه در پژوهش‌های کیفی امر مشکلی است. "دقت" به عنوان یک مفهوم، مهم است و با ارزیابی بیرونی که دقت پژوهش کیفی را می‌سنجد، در ارتباط است.

### یافته‌ها

نتایج ارائه شده در این بخش، شامل مشاهدات میدانی و گزارش تجارب و روایت بیماران اسکلتی دارای درد مزمن است که از طریق تبیین رابطه فقر حاکم بر جامعه مورد مطالعه و نحوه تأثیر آن بر تعیین‌کننده‌های اجتماعی درد و سلامت ارائه می‌گردد.

#### فرهنگ، آگاهی و پذیرش درد و بیماری: هم‌افزایی هویت و تعیین‌کننده‌های سلامت

عدم آگاهی از وضعیت جسمانی و سلامت بدنی به عنوان یکی از مهمترین عوامل دخیل در فرایند ابتلا به بیماری و درد مزمن در بین کردهای منطقه موکریان به چشم می‌خورد. آگاهی و مراقبت از بدن خود معلول عواملی از قبیل سطح تحصیلات و شغل می‌باشد. از آنجا که در بین قوم کرد (افراد ۴۸ سال به بالای مبتلا به درد مزمن) سطح سواد مردان و زنان پایین است و بیشتر آنان بی‌سواد و یا تحصیلاتی در حد مقطع ابتدایی دارند، انتظار می‌رود دانش و آگاهی در خصوص درد، بیماری و بدن پایین باشد. این عامل در بین زنان جامعه بیشتر به چشم می‌خورد

1. Cathrine Kohler Riessman  
2. Flow Model  
3. Miles and Huberman  
4. Janice M. Morse  
5. Rigor

(به جدول ۱ نگاه کنید)، زیرا شرایط فرهنگ حاکم، خصوصاً در چند نسل قبل، سواد و تحصیل علم را برای زنان جایز نمی‌دانست و دختران صرفاً با کسب مهارت‌های زندگی برای ازدواج آماده می‌شدند. از این رو عامل جنسیت در کنار سطح آگاهی و سواد نقش مهمی در جلوگیری از ابتلا به بیماری مزمن می‌تواند بازی کند. از سوی دیگر، عدم تحصیلات کافی و کسب مهارت کافی، نوع شغل افراد را نیز تحت تأثیر قرار داده است. به عبارت دیگر، فرهنگ فقر و فقدان سواد و تحصیلات، فقر اقتصادی را در این منطقه به بار آورده است و در جامعه سنتی کردستان، خصوصاً تا چند نسل قبل، کشاورزی و دامداری و کارگری شغل بیشتر مردان بوده است. زنان نیز که به لحاظ آگاهی شرایط بهتری نسبت به مردان ندارند، پا به پای مردان کارهای کشاورزی، دامداری را در روستا انجام داده‌اند و حتی قسمت شهرنشین نیز به علت عدم تخصص و مهارت کافی در فصول خاصی از سال کارهایی مانند کارگری در کوره‌های آجرپزی را نیز انجام داده‌اند. انجام کارهای سنگین به مدت طولانی و عدم مراقبت و آگاهی از وضعیت سلامت جسمانی، در کنار باورهای مذهبی و اعتقاد به قضا و قدر الهی در ابتلا به بیماری، درد مزمن را در بین بیماران تشدید کرده است.

جدول ۱: اطلاعات مصاحبه شونده‌گان

نام بیمار	جنس	سن	نوع بیماری	سابقه بیماری	تحصیلات	شغل
کبری	زن	۶۶	آرتروز زانو	۲۶ سال	بی‌سواد	خانه‌دار
معصومه	زن	۷۳	سایتدگی لگن - آرتروز زانو	۵ سال	بی‌سواد	خانه‌دار
دلنیا	زن	۸۲	آرتروز زانو - دیسک کمر	۲۶ سال	بی‌سواد	خانه‌دار
لیلا	زن	۷۰	آرتروز زانو - دیسک کمر	۳۰ سال	بی‌سواد	خانه‌دار
افسانه	زن	۵۷	دیسک کمر	۶ سال	دیپلم	خیاط
روناک	زن	۵۹	آرتروز زانو - دیسک کمر	۱۵ سال	بی‌سواد	خانه‌دار
زهره	زن	۴۹	آرتروز زانو - دیسک کمر - رماتیسم	۱۵ سال	بی‌سواد	خانه‌دار
سمیه	زن	۷۰	آرتروز زانو	۲۲ سال	بی‌سواد	خانه‌دار
شهبین	زن	۶۵	دیسک کمر	۲ سال	بی‌سواد	خانه‌دار
زهرا	زن	۶۴	آرتروز زانو - دیسک کمر	۳۷ سال	ابتدایی	خانه‌دار
مینا	زن	۵۳	دیسک کمر	۴ سال	بی‌سواد	خانه‌دار
آرزو	زن	۵۳	آرتروز زانو	۳ سال	بی‌سواد	خانه‌دار
فاطمه	زن	۵۷	دیسک کمر	۱۲ سال	فقط خواندن	خانه دار
احمد	مرد	۵۶	دیسک کمر	۱۵ سال	زیر دیپلم	کارمند (راننده)
مصطفی	مرد	۵۳	دیسک کمر	۳ سال	خواندن و نوشتن	کارمند
عزیز	مرد	۶۱	دیسک کمر	۵ سال	بی‌سواد	کشاورز
محمود	مرد	۴۸	دیسک کمر	۱۱ سال	زیر دیپلم	راننده
سعید	مرد	۵۴	ضایعه نخاعی	۱۰ سال	دیپلم	کارمند
سامان	مرد	۵۱	هیپ (تعویض مفصل)	۳ سال	ابتدایی	آزاد
علی	مرد	۶۲	شکستگی مهره کمر	۲/۵ سال	بی‌سواد	بنا

مردان اعتقاد کمتری به قضا و قدر (تقدیر) در بیماری دارند و آن را صرفاً به شرایط سخت کاری و محیطی و کار کشیدن بیش از حد از بدن و عدم آگاهی و اطلاع کافی از وضعیت جسمانی ربط می‌دهند. زنان در کنار کار سخت روزانه و زایمان، عدم آگاهی از وضعیت جسمانی و سلامت و اعتقادات دینی و مذهبی را دلیلی دیگر برای درد و بیماری می‌دانند. دلتیا یکی بیمارانی مبتلا به آرتروز زانو و دیسک کمر که فاقد سواد و تحصیلات می‌باشد و زندگی گذشته وی در روستا و با کار سخت کشاورزی و دامداری سپری شده است، علت درد خود را اینچنین بیان می‌کند:

"... قدیما [زمان زندگی در روستا] کارهامون زیاد بود، خانواده پر جمعیتی بودیم. دامداری می‌کردیم، نان می‌پختیم کارهای مربوط به درست کردن شیر، پنیر، دوغ ... انجام می‌دادیم. بعداً که به شهر آمدم هنوز این دردها رو نداشتم. اما کم‌کم خودشون نشون داد. ... اگرچه سرنوشت و تقدیر الهی را در این امر بی‌تأثیر نمی‌دونم، ولی بعضی وقتها هم می‌گم از کار و مشقت زیاده که به این وضع دچار شدم ولی خب باز راضی بودیم به رضای خدا، حتماً خدا اینطور خواسته" (دلتیا هشتاد و دو ساله، بی‌سواد، خانه‌دار).

زهرآ تجربه سی و هفت سال زندگی با درد مزمن آرتروز زانو و دیسک کمر را اینچنین بازگو می‌کند:

"... دیسک کمر رو نمی‌دونم بگم از کار بوده، شاید از این بوده که تو سن کم ازدواج کردم و بچه دار شدم. من تو بیست و هفت سالگی پنج تا بچه داشتم خوب به فاصله چند سال من پنج تا بچه آوردم، این زیاده. جوان امروزی تو بیست و هفت سالگی هنوز ازدواج نکردند. من می‌گم شاید از این باشه. ولی برای زانو هام مطمئنم می‌گم از زانو زدم. رو زانو تکیه کردن برای انجام بعضی کارها مثل خمیر ورز دادن یا روی زانو نشستن و چندین ساعت لباس شستن و... هستش. صد در صد مطمئن هستم که آرتروز زانو هام از اینهاست. ... قدیما زمان ما، زنها تو خونه وضع حمل می‌کردند. برای زایمان همسایه هم می‌رفتم و بیشتر درد و زانو هام رو از این می‌دونم. من چاق بودم می‌گفتند تو رو خدا تو بیا جلوی ما و به اصطلاح جلو ماما<sup>۱</sup> باش. زانو هام مثل حالت نماز خوندن خم میشه، تو اون حالت یه زن با اون هیكلش، خودش رو روی من می‌انداخت تا بچه به دنیا می‌اومد. اینها تو ذهنم هست می‌گم کاش این کار رو نمی‌کردم. به نظر خودم کمرم و پاهام از این بوده که این طور شده. اون موقع می‌گفتم ثواب داره، ولی الان می‌گم به خودم خیانت کردم و شر بود. اگه نمی‌کردم شاید الان اینطور نبودم. به خیال خودم، آدمی اهل خیر و خیرات بودم، ولی به خودم و وجود خودم خیانت کردم. نمی‌دونستم اگه می‌دونستم هرگز نمی‌کردم. بقیه هم نمی‌دونستند. اونا هم می‌گفتند بیا ثواب داره بیا فلانی وضعیتش اینطوره و ثواب داره، اونا هم نمی‌دونستند و گرنه اصرار نمی‌کردند" (زهرآ شصت و چهار ساله، خانه‌دار، بی‌سواد).

۱. به شخصی گفته می‌شود که در وضع حمل سنتی برای زانو تکیه گاه محسوب می‌شد تا با تکیه بر او و قرار گرفتن روی پشت و کول او ضمن حفظ تعادل، زانو شرایط مناسبی برای وضع حمل داشته باشد.

### فقر جغرافیایی و درد مزمن: هم‌افزایی شرایط محیطی و شاخص‌های جمعیت‌شناختی

پایین بودن سطح سواد و وجود نظام‌های فرهنگی حامی خرده فرهنگ فقر از یک سو، و عدم توسعه یافتگی، عدم استقرار مدرنیته و جایگزینی فعالیت‌های خدماتی به جای کار یدی از سوی دیگر، در کنار شرایط جغرافیایی خاص کردستان و وجود محیط طبیعی خشن و بسیار سخت برای زندگی و فعالیت‌های روزمره، زمینه را برای پرورش افراد قوی و خستگی ناپذیر مهیا می‌کند و فرهنگ قوم کرد همسو با این شرایط هرگونه ضعف و ناتوانی را نهی نموده و افرادی را که به دلایل مختلف از جمله بیماری، خود را از چرخه فعالیت و نبرد روزانه خارج می‌نمایند، تنبل و بی‌عرضه خطاب قرار می‌دهد. به این دلایل غالباً مردان، به عنوان تأمین‌کنندگان اصلی هزینه زندگی که به کارهای سختی از قبیل کشاورزی، کارگری و حتی در بعضی شهرها و روستاها کولبری مشغولند، درد و بیماری را امری شخصی، خصوصی و محرمانه می‌دانند و از ابراز عمومی آن خودداری می‌نمایند و در برابر آن از خود ضعف نشان نمی‌دهند به گونه‌ای که در برابر درد، سر خم کردن نشانه مردانگی نیست. مردان به پزشک مراجعه نمی‌کنند و یا زمانی این کار را انجام می‌دهند که عملاً از کار افتاده شوند. اگرچه شرایط مذکور و فرهنگ موجود تا حدودی بر زنان، خصوصاً زنان مسن، نیز اثرگذار بوده و شرایطی مشابه مردان دارند؛ ولی برای اکثر آنان پذیرش درد و بیماری بسیار راحت‌تر صورت می‌گیرد. از یک طرف زنان به راحتی ابراز درد می‌کنند و از بیماری و درد گلایه دارند که این می‌تواند تا حدی دلیلی برای جلب توجه باشد، از طرف دیگر به عنوان جنس دوم در جامعه، مخلوقی است که سهم بیشتری از درد و رنج دارد، که اطلاق عناوینی چون "ضعیفه" مدرکی دال بر پذیرش سهم بیشتر درد و رنج است. لذا تا زمانی که بیماری و درد عملاً فرد را از پا در نیآورد و تکانشان را نبرد، از ابراز جمله من بیمارم و یا اینکه درد دارم، خودداری می‌کنند. در چنین مواقعی دیگر نیازی به ابراز نیست، چون حالات بدنی و جسمانی و تغییر در روند فعالیت‌های عادی فرد، خود گواه همه چیز است، و درد و بیماری وی را به شکلی درآورده است که زبان بدن آن را بیان می‌کند. حتی در بعضی از مواقع کار از کار گذشته و هیچ اقدام و برنامه‌ای برای بیماری و فرد بیمار نمی‌توان انجام داد. برای مصطفی پذیرش بیماری دیسک کمر همین شرایط را دارد:

"...ما بدبختیمون اینه که تا از حرکت و کار نیافتیم، اون چیز رو بیماری نمی‌دونیم. وگرنه مثلاً کمر من دو سه سال بود درد می‌کرد و می‌دونستم کار میدم دستم و باید به پزشک مراجعه کنم ولی خب اهمیت نمی‌دادم. هی می‌گفتم چیزی نیست تا اینکه اینطور شدم. من اگه دنبال بیماریم بودم به این روز نمی‌رسید. من فکر می‌کنم هم سن و سال‌های من همه اینطوریند تا به جای باریک نرسه، پزشک نمی‌رند. چون از پا و حرکت نیفتاده بودم خودم رو بیمار نمی‌دونستم. به نظرم نسل و هم سن و سال ما

همه اینطوریند. شاید بین جوان‌های امروزی اینطور نباشه. تا زمانی که ما بتونیم بخوریم و حرکت کنیم، خودمون رو بیمار نمی‌دونیم" (مصطفی، پنجاه و سه ساله، کارمند، سواد خواندن و نوشتن).

حال سال‌ها زندگی در شرایط فقر جغرافیایی و انجام فعالیت و شغل‌های سخت و فرسایشی به علت حمایت‌های فرهنگی، درد و بیماری را برای افراد به بار آورده است. پذیرش بیماری و درد، و به تبعیت از آن ترس از کارافتادگی، برای مردان جامعه رنجی را با خود به همراه دارد، که بسیار از درد بیماری شدیدتر است. به طور کلی در جوامع اسلامی مسئولیت و سرپرستی خانواده برعهده مردان است و نان‌آوری و تأمین معاش وظیفه اصلی آنان است. بیماران مرد بیماری را برابر با از دست دادن مسئولیت و سرپرستی خانوار می‌دانند. ولی آیا بحث اقتصادی و تغییر مسئولیت در خانواده واقعاً سخت و غیرقابل تحمل است؟ مگر سرپرستی خانواده آن هم در شرایط بد اقتصادی، چه امتیازی دارد که آنها تمایل به از دست دادن آن ندارند؟ گویا مهمترین مسأله‌ای که برای مردان رنج‌آور و ناراحت کننده است، از دست دادن و کاهش اقتدار است؛ چیزی که عملاً با از دست دادن فعالیت اقتصادی و به دنبال آن سرپرستی خانواده، حاصل می‌شود؛ اقتداری که قانون، عرف، آداب و رسوم و فرهنگ جامعه قویاً به مرد اختصاص می‌دهد و از دست دادن آن حتی می‌تواند هم‌رده با از دست دادن مردانگی و ماهیت زندگی آنان باشد. اهمیت این مسأله در جدا کردن مردان از جامعه و خانواده نمایان می‌گردد.

"... اونی که زیاد فکرم رو مشغول و ناراحت میکنه اینه که نمی‌تونم کار و فعالیت اقتصادی داشته باشم این وظیفه بزرگ و سرپرست خانواده است قبلاً همه چشمشون به من و دست من بود الان اینطوری نیست اگه چیزی لازم باشه پسرم تأمین می‌کنه و همه نگامون به دست پسرم هستش و این خیلی ناراحت کننده است. اگه پای چیم هم مثل راستم بود خودم می‌رفتم کاری می‌کردم و پیش پسرم می‌موندم و یه جور پشتیبانی و حمایت بود. اونم اینقدر تحت فشار نمی‌بود. این سخته که آدم نتونه کسب و کار داشته باشه" (سامان، پنجاه و یک ساله، سواد ابتدایی، شغل آزاد).

این دقیقاً همان چیزی است که برای سعید نیز رنج زندگی به بار آورده است:

"...عامل همه اینها هم همین درد هستش؛ چون این درد روح و روان من رو به هم زده. یه جوری شده که قدرت و اقتدارم رو از من می‌گیره. الان یه جوری توان هیچی رو ندارم به نحوی اقتدارم کم شده، زن و بچه‌هام مثل گذشته ازم حساب نمی‌برند. قبلاً این طور نبود ولی الان خودم همچین حسی رو دارم" (سعید، پنجاه و چهار ساله، دیپلم، کارمند).

#### فقر اقتصادی-اجتماعی و درد مزمن: هم‌افزایی شرایط جغرافیایی و تعیین‌کننده‌های سلامت

به طور کلی شغل و حرفه‌های کم درآمد و فقدان بستر و زمینه مناسب فعالیت‌های اقتصادی درآمدزا در کردستان، فقر مالی را گسترش داده است. همانطور که پیش‌تر نیز ذکر شد، کاهش

اقتدار مردان و از دست دادن جایگاه در خانواده و جامعه که نتیجه از دست دادن شغل و فعالیت اقتصادی است، جایگاه و وضعیت اقتصادی بیمار را نیز دستخوش تغییر می‌نماید. بیمار به دلیل نداشتن مهارت کافی، و آموزش و تحصیلات مناسب از انتخاب شغل و حرفه جدید محروم است. همچنین به دلیل فقدان امنیت و حمایت شغلی در جامعه، به ندرت برای کارگران و کشاورزان حمایت‌هایی از قبیل بیمه از کار افتادگی وجود دارد؛ لذا این عوامل آنها را زیر فشار اقتصادی قرار می‌دهد. به علاوه بالا بودن هزینه زندگی و داشتن خانواده‌های پر جمعیت در میان قوم کرد، اجازه پس‌انداز را به آنها نمی‌دهد. با این شرایط اکنون بیمار باید در فکر مهیا کردن هزینه‌های درمان درد و بیماریش باشد. بالا بودن هزینه‌های خدمات پزشکی، عدم حمایت اجتماعی از افراد، فقدان بیمه درمانی کارآمد و همچنین کمبود نظارت و کنترل نحوه محاسبه و دریافت هزینه‌های پزشکی، بیمار را نگران و سردرگم می‌کند. چه بسا در بسیاری از موارد بیماران به همین دلایل از ادامه فرایند درمان سرباز می‌زنند و زندگی با درد را بر این شرایط ترجیح می‌دهند. دنیا که با چنین شرایطی غریبه نیست، علت تأخیر در درمان و جراحی زانوهای خودش را اینگونه بیان می‌کند:

"...اون موقع پزشکا خیلی اطلاعات به ما نمی‌داند؛ مثلاً همون پزشک تو مهاباد می‌گفت چاره‌ای نداری فقط باید دارو بخوری؛ داروی خیلی گران قیمت تجویز می‌کرد و هیچ تأثیری هم نداشت. سال نود و یک تو قزوین پیش پزشک متخصص رفتم. گفت که زانوهای جراحی می‌کنم ولی هر زانو بیست میلیون می‌گیرم. واسه اون موقع زیاد بود. می‌گفت نتیجه عمل هم نمی‌دونم چی می‌شه" (دلنیا هشتاد و دو ساله، بی‌سواد، خانه‌دار).

اگرچه آمارها نرخ بالای شهرنشینی را در منطقه موکریان نشان می‌دهند، ولی این نرخ فقط در حد همان آمار و ارقام است و شهرنشینی با تمام جوانب، امکانات و فرهنگ خود در این شهر حاکم نشده است و هنوز رگ و ریشه‌های زندگی سنتی به چشم می‌خورد. هنوز هم در فصل کشاورزی و زراعت درصد کثیری از مردم به روستا و زادگاه آبا و اجدادیشان می‌روند و مانند سابق به کار و فعالیت کشاورزی مشغول می‌شوند و بعد از اتمام کار با بازگشت به شهر به کارهایی مثل کارگری، رانندگی، مغازه‌داری و... می‌پردازند و حتی عده‌ای هم که به طور ثابت در شهر می‌مانند به کار خرید و فروش محصولات کشاورزی مشغولند. مواردی از این قبیل باعث تولید و بازتولید فرهنگ و سبک زندگی به شیوه گذشتگان می‌شود و این موارد در ریز امورات روزانه مردم قابل رؤیت است؛ از غذا، تغذیه، آداب معاشرت گرفته تا رفت و آمد، مهمانی، تفریح، سبک زندگی و... با پرسه زدن و گشتن در شهرها و مراکز استان‌های کشور و یا مشاهده آمار و ارقام موجود، می‌توان این موضوع را درک کرد که حداقلی از نما و فرایند متمدن شدن، توسعه



شهری و تکنولوژی نوین پزشکی در اکثر شهرهای کشور (خصوصاً مراکز استان‌ها) به چشم می‌خورد و برج‌های سر به فلک کشیده، گالری‌ها، فرودگاه، راه‌آهن، بیمارستان، درمانگاه و کلینیک‌ها، چهره و نمای تمدن شهری را به نمایش می‌گذارند و مردمانشان را زیر پروبال ناز و نعمت نگه می‌دارند و برای نیازهایشان پاسخ‌های قرار داده‌اند؛ اما غالب شهرهای کردنشین در فاصله اندک با این امکانات و تسهیلات انبوه، تبعیض و تفاوت را لمس می‌کنند. چنین شهرهایی با حداقل امکانات پزشکی و درمانی-بهداشتی (اکثر شهرهای منطقه موکریان فقط دارای یک بیمارستان می‌باشند و از کمبود پزشکان متخصص و فوق‌تخصص، کلینیک‌های تخصصی، تجهیزات و امکانات نوین پزشکی محروم هستند)، بیماران را نیازمند امکانات شهرهای همجوار می‌کند؛ خصوصاً بیماران دارای درد مزمن که به طور مستمر باید زندگی خود را در درمانگاه‌ها و کلینیک‌ها سپری کنند. برای مثال، در بسیاری از شهرهای این منطقه دستگاه ام‌آر‌آی وجود ندارد و بیماران برای یک تصویربرداری ساده باید به مراکز استان مراجعه نمایند و یا حتی در صورت وجود تجهیزات، به علت کمبود آن (یک دستگاه از این قبیل تجهیزات در بیمارستان دولتی مستقر می‌شود) باید ماه‌ها به انتظار نوبت بنشینند.

لذا علاوه بر بحث مالی، به نوعی فقر اقتصادی و اجتماعی منطقه موکریان، از قبیل فقدان امکانات و تجهیزات پزشکی، و فقدان وسایل ارتباطی مانند فرودگاه، راه‌آهن و... نیز منجر به طولانی شدن فرایند درمان و نهایتاً دلسرد شدن بیمار از روند درمان و رها کردن معالجه می‌گردد. سامان از جمله بیماران دارای درد مزمن است که فرایند تشخیص درد و بیماری برایش بسیار پیچیده، هزینه‌بر، طولانی و نگران‌کننده شده بود. او که بعد از تصادف از ناحیه لگن به عارضه سائیدگی دچار شده بود روز به روز درد بیشتری داشت:

"اینجا اون موقع تو شهر خودمون پزشکم سه ماه من رو سرکار گذاشت و گفت جراحی می‌کنم ولی انجام نداد. نمی‌دونم جرات نداشت، چی بود ولی هی به تأخیر می‌انداخت. هر دفعه ده روز، پانزده روز. بعد اون رفتم تهران، پزشک‌های خوبی هم اونجا بودند اونجا برام نوبت جراحی گذاشتند. ... تهران رفتن برام سخت بود، دور بود؛ بایستی با قطار و اینا می‌رفتی برام سخت بود. گفتند همین جراحی رو تو ارومیه هم پزشک‌ها انجام می‌دن. سال نود و پنج همون جا هر دو سمت رو جراحی کردم و تا الان خوب بودم ولی امسال بعد تعطیلات عید، سمت چپ مجدداً شروع به درد کرد و کلاً من رو از حرکت و پا انداخت و بدون عصا دیگه نتونستم حرکت کنم و راه برم. تو تبریز پیش پزشک متخصص مغز و اعصاب رفتم بعد از معاینه، ام‌آر‌آی و عکس و اینا من رو به پزشکی که جراحی کرده بود ارجاع داد و گفت که تو مشکل دیسک نداری و مشکل همون مفصله" (سامان، پنجاه و یک ساله، سواد ابتدایی، شغل آزاد).

### بحث و نتیجه‌گیری

به باور کانراد و بارکر (۲۰۱۰) در مطالعه اجتماعی بیماری باید در نظر داشت که تمام بیماری‌ها در سطح تجربی و به صورت اجتماعی و براساس نحوه درک افراد از زندگی با بیماری بر ساخته می‌شوند. بر همین اساس و مطابق با دیدگاه گوبرمن هیل (۲۰۱۵) و پلایز- بالستاز و همکارانش (۲۰۳۱) به منظور دستیابی به بصیرت بیشتر با استفاده از تکنیک‌های اتنوگرافی درد مزمن را از طریق تجارب بیماران و در زمینه‌های خاص اجتماعی- فرهنگی مطالعه کردیم. یافته‌ها نشان داد که وجود ابعاد و خوشه‌های مختلف فقر (Bradshaw, 2007 and Chambers, 2006, 2008) در منطقه موکریان زمینه را برای شیوع بیمارهای اسکلتی دارای درد مزمن فراهم نموده است. در این مقاله ما به کمک هم‌افزایی سه بخش شرایط محیطی، شاخص‌های جمعیت‌شناختی و تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت، نحوه اثرگذاری ابعاد مختلف فقر بر درد مزمن را نشان دادیم؛ و همچون تیده و تراوب (۱۹۹۷)، کاواچی (۲۰۰۰)، واگ‌استف (۲۰۰۲) و آمزت و رازوم (۲۰۱۴) تأکید می‌کنیم که مناسبات متقابل و پیچیده‌ای بین فقر و سلامت وجود دارد. شرایط جغرافیایی خاص کردستان در کنار نظام‌های فرهنگی حامی فقر با وادار کردن افراد به انجام فعالیت‌ها و شغل‌های سخت و فرسایشی، آنان را مستعد ابتلا به بیماری‌های اسکلتی دارای درد مزمن می‌نماید. همسو با یافته‌های گروول-کروبوکزیک (۲۰۱۷) تحصیلات و سواد بر بیماری و درد مزمن اثر می‌گذارد. به این معنی که فرهنگ حاکم با تقویت و حمایت از عدم تحصیل و سواد آموزی (خصوصاً در بین زنان) زمینه شیوع بیماری و درد مزمن را فراهم می‌سازد. از سوی دیگر فرهنگ مسلط با ننگ دانستن بیماری و درد، و ممانعت از ابراز آن، زمینه را برای نهادینه شدن درد و بیماری به عنوان مسأله‌ای لاعلاج فراهم می‌نماید. یافته‌ها این پژوهش همسو با نتایج مطالعه ماهر (۱۳۸۴)، باباخانی و راغفر (۱۳۸۸) و باباخانی و همکارانش (۱۳۹۱) نشان می‌دهد که بیماری و درد با ثروت و وضعیت اقتصادی در ارتباط است. همچنین این نتایج در راستای نتایج موژی‌شوا و همکارانش (۲۰۱۷)، راغفر (۱۳۹۲ الف و ب) و یوسفی (۱۳۹۲ و ۲۰۱۴) مبنی بر پیرنگ بودن اهمیت وضعیت مالی در هزینه درمان، تأکید می‌کند که فقر اقتصادی حاصل مشاغل کم درآمد و همچنین بیکار شدن بر اثر درد و بیماری و نبود حمایت اجتماعی، بیمه درمانی مناسب و ضعف آنچه که سیلورمن و همکارانش (۲۰۱۶) تحت عنوان برنامه‌های کاهش فقر بیان می‌کنند؛ از یک سو، و عدم توسعه یافتگی و فقدان امکانات و خدمات پزشکی و مراجعه به شهرهای بزرگ کشور برای پیگیری و معالجه درد و بیماری از سوی دیگر، بیماران اسکلتی دارای درد مزمن را با چالش روبه‌رو می‌کند و بیمار و خانواده وی را در مشقت و دشواری قرار می‌دهد.

## منابع

- باباخانی، م.، راغفر، ح. (۱۳۸۸)، رابطه نابرابری درآمد و سلامت در ایران طی سال‌های ۱۳۸۵-۱۳۵۵، *مدیریت سلامت*، شماره ۱۲ (۳۷): ۹-۱۶.
- باباخانی، م.، قاسمی، س. ر.، رفیعی، ح.، راغفر، ح. و بیگلریان، ا. (۱۳۹۱)، رابطه عدالت توزیعی و سلامت در ایران، *رفاه اجتماعی*، سال ۱۲، شماره ۴۶: ۲۵۹-۲۷۸.
- راغفر، ح.، خضری، م.، واعظ مهدوی، ز.، سنگری مهدب، ک. (۱۳۹۲ الف)، تأثیر ناکارایی نظام بیمه‌های درمانی در فقر خانوارهای کشور، *حکیم*، دوره ۱، شماره ۹-۱۸.
- راغفر، ح.، زرگری، ن.، سنگری مهدب، ک. (۱۳۹۲ ب)، اندازه‌گیری نابرابری در هزینه‌های سلامت ایران، *حکیم*، دوره ۱۶، شماره ۲: ۸۹-۹۷.
- ماهر، ع. (۱۳۸۴)، بررسی رابطه فقر و سلامت در ایران، *رفاه اجتماعی*، دوره ۵، شماره ۱۸: ۱۲۹-۱۴۸.
- یوسفی، م. (۱۳۹۲)، *خانوارها و هزینه‌های سلامت: اجزاء، ابعاد و تعیین‌کننده‌ها*، رساله دکترای مدیریت و اقتصاد سلامت، تهران، دانشگاه تربیت مدرس.
- Amzat, J., Razum, O. (2014), *Medical Sociology in Africa*. New York: Springer
- Blllll ll Gillinn A. ddd ii lliams ii mnn J. ()))) ) ssssss sss ii gg tee  
llll imm: twrrss a cccill yyy ff iii ,, *Sociology of Health and Illness*,  
17(2):139-165.
- Brsss wwwddd K. ()))) ) "iiiiii ii ff vvvrrty ddd Anti-Poverty Programs in  
Cmmiiii ty Dvll ppmttt ,, *Community Development*, 38(1): 7-25.
- Chambers, R. (2006), What is Poverty? Who asks? Who answers? In: United Nations Development Programme (UNDP): *Poverty in Focus*, International Poverty Centre.
- Chambers, R. (2008), *Revolutions in Development Inquiry*, London: Earthscan.
- Crrr dd, Pttrr ddd Brrrrr , Kristin K. ()))) ) "eee iiiii ll Cottt rttt inn of  
Illsss :: Key Iiiii ttt s ddd Policy Implittt i''''''''", *Journal of Health and Social  
Behavior*, 51(S): S67-S79.
- Crrtiiii , aa rtin (2)))) , NNrrtt ive Alll yii s in rrrrrrr rrrr " in Plll Atii ooo,,  
Amanda Coffey, Sara Delamont, John Lofland and Lyn Lofland, *The  
Handbook of Ethnography*, Sage, PP 384-394.
- Decc,, Gratt ()))) ) MMdd-Body Dualism and the Biopsychosocial Model of  
Pii :: Wttt Did Dssrrr tss Rlll ly aay?,, *Journal of Medicine and Philosophy*,  
25(4): 485-513.
- Fusted, M. A. (2010), *Poverty*, Minnesota: ABDO Publishing Inc.

- Goberman-Hill, Rachael (2011), *British Journal of Pain*, 9(1): 32–35.
- Grol-Proooyy, H. (1117). *based on 12-yr* : 33-322.
- Gubrium, Jaber F. and Holstein, Jann A. (2009) "Nrrrtt ive rrrrrr rrrr", in Sharlene Nagy Hesse-Biber, and Patricia Leavy, *Handbook of Emergent Methods*, New York, The Guilford Press.
- Hiii vyyy, O & Crr mirr, R. (2009) "IItt rreett illll ity add llll ic pll icy: mmm lessons from existing mlll", *Political Research Quarterly*, 64(1): 217-229.
- Hiii vyyy, O., & Crr ittffrree, A. (2000), "IItt rreett illll ity ddd tee ttt rrrmittt s ff llll t: A Ciiii in rrr eeett iv,,", *Critical Public Health*, 18(3), 271–283.
- Hankivsky, O., Cormier, R. & de Merich, D. (2009), *Intersectionality: Moving women's health research and policy forward*, Vancouver: mmm's Health Research Network.
- Harrowing, J. N. and Mill, J. and Spiers, J. and Kulig, J. and Kipp, W. (2010), *Int. Journal of Qualitative Methods*, 9(3): 240-251.
- Helman, Cecil G. (1990), *Culture, Health and Illness*, 2nd Edition, London: Wright.
- Kwiiii I. (2000) "IImmm llllll ity ddd Hlll t" I: Brmmn L, Kwiiii I. *Social Epidemiology*, London: Oxford University Press. PP: 76-93.
- LeCompte, M. D. and J. J. Schensul (2010), *Designing & conducting ethnographic research: An introduction*, 2nd Edition, AltaMira Press.
- Leder, Drew. (1990), *The Absent Body*. Chicago, Chicago University Press.
- McGibb,, .. add cc Pher,, , .. (2000), "AAll yigg Itt rreett illll ity & Cmnl iii ty rrrrr r to Adrrss tee ooill Dtt rrrmittt s ff mmm" s Hlll t,, *Women's Health and Urban Life*, 10(1): 59-86.
- Miles, Matthew B. and Huberman, A. Michael. (1994), *Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook*, Sage Publications, Inc.
- jjj ívvá, Adéla. Dvřkkkvá, Dagmar and Kajanová, Alena (2017). Selected aspects of health literacy in clients. *kontakt*. 2017:1–6.
- rrr ee, Jiii ee .. (2000) , CGritill Alll ysis of Strategies for Determining Rigor iQ Qll itttt ive llll ry,, *Qualitative Health Research*, 25(9): 1212–1222.
- Peláez-Ballestas, Ingris. Pérez-Taylor, Rafael. Aceves-Avila, José Francisco. and Burgos-Vargas, Rubén (2000) "Ntt -Belonging': Illness Narratives of

