



Research Paper

Beyond the biomedical paradigm; A phenomenological reading of the lived experience of irritable bowel syndrome (IBS)

Ebrahim Ekhlesi^{1*}, Fatemeh Rafiee²

Received: Sep. 16, 2024; Accepted: Dec. 10, 2024

ABSTRACT

Sensitive bowel syndrome is considered as one of the coaaaammon psychosomatic diseases in young and sometimes middle age groups, which has a psychological and simultaneously spiritual origin, while including physical symptoms and complications, especially in the digestive system. Considering paradigms, approaches, theories, and also, reviewing experimental studies conducted in the specialized field of sociology of mental illnesses, one confirms that factors and fields effective in the occurrence of sensitive bowel syndrome are beyond the absolute realm of clinical and psychiatric view and, conversely, shows its relevance to sociological and social psychological variables in different levels of social reality. The aim of this study is to discover the representative themes of the components and substrates related to the lived experience of irritable bowel syndrome (IBS) among 25 men and women aged 19-45 years referring to gastroenterology clinics located in Tehran. Data collection has been done through application of in-depth and semi-structured interview technique while data mining has been performed on the basis of Moustakas method - under descriptive phenomenology. "Pre-illness lived contexts", "persistent physical distress", "complexity of diagnosis and difficulty of palliation", "established social and communication limitations", and "psychological difficulties following the illness" are the five final themes discovered related to various aspects of the IBS disease lived experience among the study informants. The aforementioned themes are second-hand constructs that have been abstracted in the form of moving from the realm of the concrete to the realm of the abstract, as well as following the coding of the interview data, multiple readings of the data, and subsequent revisions and adjustments of the themes. Criticizing Hegemonic medicalized exposure to illness, reducing of the dimensions and angles of the disease to its objective and physical aspect, and subsequently, neglecting the pervasive social, cultural and economic conditions and hardships in the anxious society form the main points of the conclusion of the article.

Keywords: irritable bowel syndrome (IBS), disease phenomenology, psychosomatic diseases, socio-cultural etiology of the disease

1. Associate Professor of Sociology, Faculty of Social Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

✉ eb.ekhlesi@atu.ac.ir

* Corresponding Author

3. Master's degree in Youth Studies, Faculty of Social Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

✉ frafiee2010@gmail.com

INTRODUCTION

Irritable bowel syndrome is one of the psychosomatic diseases focused on the digestive system, during which the normal functioning of the intestine is disrupted. In Iranian society, competitive lifestyle, anxiety-ridden life, time and space compactness, and increasing economic costs, especially in metropolitan cities, are some of the most important macro-contexts related to irritable bowel syndrome from the perspective of social etiology. Generalities regarding the importance of interdisciplinary approaches, the relationship between soul and body from the perspective of Mulla Sadra's philosophical tradition and the Western philosophical system centered on the ideas of Plato, Descartes, and Merleau-Ponty, and discussions related to the background of psychosomatic diseases with an emphasis on the social stress model constitute the main axes of the conceptual framework of the study.

PURPOSE

The purpose of the study is to explore the aspects of the lived experience of patients referring to gastroenterology clinics in Tehran.

METHODOLOGY

The research was conducted in the form of an interpretive paradigm and with a descriptive phenomenological method. Data collection was conducted using in-depth and semi-structured interviews with 44 sufferers referring to gastroenterology centers in Tehran. Data mining process was conducted based on the Claise method, and initial descriptive concepts related to the lived experience of IBS were identified in the form of 2500 descriptive codes. In the last stage, while reprocessing the previous categories, 5 final themes were constructed. Considerations regarding validity and reliability in its qualitative sense were addressed by sharing thematic findings with three informants.

FINDINGS

"Complexity of diagnosis and difficulty of relief", "Persistent physical burden", "Psychological difficulties following the disease", "Established social and communication limitations" and "Pre-illness lived contexts" are the five themes that govern the lived experience of having IBS. Psychologically, sufferers identify themselves as exposed to endless stresses. Furthermore, stress from the onslaught of disease symptoms, anxiety about the frequent need for the water closet, and concern about disclosing the disease are some of the most important permanent tensions reported in the study. Interviewees have narrated a wide range of objective limitations and difficulties experienced during interactions with others. Social and communication difficulties have simultaneously overshadowed the areas of "marital relationships", "family-kinship relationships", "doctor-patient relationships", and "professional relationships". The rupture of emotional bonds between couples and

the dissolution of marital relationships are among the most frequent experiences in the area of marital relationships of people with irritable bowel syndrome. In the present study, interviewees have discussed events and topics experienced prior to the time period of the illness. Life experiences prior to the onset of IBS, while shaping the anxiety and inflammation in the present of the study informants, have played a significant role in the occurrence and exacerbation of IBS.

CONCLUSION

Due to the ideas and practices contained in the discourses of medical sociology and the sociology of mental illness, the considerable frequency of IBS lived experience becomes more explainable in terms of the relevant social, economic, political, and cultural contexts. The physical complications of irritable bowel syndrome, such as "frequent bowel movements", "disorders in marital relationships", "lack of mobility and failure of movements and postures in daily life", "disgusting abdominal noises", "swollen abdomen" and the like, are in conflict with dominant gender stereotypes that cause social exclusion, a decrease in the quality of life of sufferers, and ultimately, the development of more anxiety. Patients with lower socioeconomic status, due to limited access to resources for disease management, perceive the physical symptoms and negative emotions resulting from the disease with greater depth and scope; the low socioeconomic status of IBS sufferers, in addition to determining an unfavorable lifestyle, leads to their deprivation of diagnostic and therapeutic access and, conversely, experiences such as ignoring the disease, self-medication, coping with the disease, and failure to seek and follow up on treatment. Anxiety and feelings of insecurity of sufferers due to their very low access to wealth and power make the experience of constant anxiety and despair in dealing with various aspects of daily life a constant aspect of daily life. In the final analysis, the cycle of "affecting anxiety-affected anxiety" in relation to the variable "unfavorable lifestyle" creates the basis for the further deepening of the disease among those suffering from irritable bowel syndrome. Conspicuous consumption and institutional competition are pervasive structural variables that, by playing a role in stabilizing the pervasive anxiety in society, socially determine a wide range of conditions for developing irritable bowel syndrome. In a consumption society, the very spirit of competition in consumption and greater display creates the basis for the development of worry and anxiety, both for "those who engage in conspicuous consumption" and for "those who are incapable of it" - although from two different perspectives; groups with social, cultural, and economic capital constantly experience fear of the possible decline of their boasted position; Conversely, those who are incapable of conspicuous consumption experience suffering as a result of their lived experience of inability to be conspicuous and inferiority in consumption. Consumption, on the other hand, through the development of a showy personality, also results in increasing self-alienation in those who consume, thus causing more anxiety in them; artificial



Abstract

activities aimed at the approval of others lead to the social actors' attention being diverted to existential concerns, their increasing distancing from their innate nature, and ultimately, leading to more anxiety and exposure to irritable bowel syndrome. The most general conclusion is that the lived experience of irritable bowel syndrome has micro and macro dimensions, as well as objective and subjective dimensions. Currently, diagnostic-therapeutic and clinical exposure to IBS has become the dominant approach in the healthcare system of Iranian society; This situation has also led to a neglect of the social, cultural, and economic contexts that are effective in the construction of the disease.

NOVELTY

The innovation of the article lies in its distance from the set of features that constitute the constituent aspects of the reviewed articles on the subject. The most important features of previous studies can be enumerated in the following description; most studies following the diagnostic and therapeutic approaches included in biomedicine have examined IBS from the perspective of internal medicine and gastrointestinal specialties, with a focus on pharmacotherapy procedures; also, in almost none of the studies, theoretical considerations of the sociology of mental illnesses, with their emphasis on mental and psychosomatic disorders as social constructs, have been taken into account. In addition, the absolute majority of studies have been conducted by employing quantitative methodology and employing statistical methods, and the phenomenological approach to IBS has been an important methodological omission in most of the reviewed studies. Finally, a very limited number of articles have addressed the theoretical and practical implications of IBS in terms of diagnostic and prescriptive statements and practices included in other medical traditions, including herbal medicine, complementary medicine, and alternative medicine.

CONFLICT OF INTEREST

The authors declare that there is no conflict of interest in the preparation and writing of this article. The study was conducted as a collaborative effort under the professional and legal relationships established in the scientific community, and all authors have made significant contributions to this work.

BIBLIOGRAPHY

- Aghighi, A., Issazadehghan, A., & Soleimani E. (2019). The Comparison of Mental Pathology Dimensions of Patients With Irritable Bowel Syndrome With Non-Diabetic Patients in Gastroenterology Clinics of Tehran. *Nursing and Midwifery Journal*, 17(4), 251-259.
- Alikhani, A. (2024). The challenges and barriers of interdisciplinary theorizing in Iran. *Interdisciplinary Studies in the Humanities*, 16(3), 5-28. doi: 10.22035/isih.2024.5302.5024
- Asadollahi, F., Taher Neshatdoost, H., Kalantary, M., Mehrabi, H., Afshar, H., & Daghighzadeh, H. (2014). Effectiveness of Spiritual Therapy on Somatic Symptoms in Female Patients with Irritable Bowel Syndrome. *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 12(3), 317-327.
- Bagheri Sheykhangafshe, F., Abbaspour, A., Savabi Niri, V., Bikas Yekani, M., & Keramati, S. (2024). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on alexithymia, pain intensity, and emotional regulation in children with irritable bowel syndrome. *J Child Ment Health*, 11(2), 100-120.
- Bagherian-Sararoudi, R., Kalantari, H., Afshar, H., Daghighzadeh, H., Abotalebian, F., Falah, J., et al. (2012). Relationship between Negative Affectivity and Severity of Irritable Bowel Syndrome (IBS) Symptoms. *Babol University of Medical Sciences*, 14 (2), 73-81.
- Borhani, M., Khoshzabn, F., Jodeiri, B., Naseri, M., Kamlinejad, M., & Talei, D. (2014). Functional Gastrointestinal disorders (FGID) and Iranian Traditional of Medicine (ITM). *Journal of Traditional Medicine of Islam and Iran*, 5(2), 116-123.
- Butt, T. & Langdrige, D. (2003). The Construction of self: the public Reach into Private Sphere. *Sociology*, 37(3), 479.
- Cockerham, W.C. (2012). *Medical Sociology* (M. Khajeh Deloi, H. Zanjani Zadeh, M. Dadgar Moghadam, S. Khademi, R. Asadi, Trans.). Mashhad, Iran: University of Medical Sciences Press.
- Crossly, N. (1995). Body Techniques, Agency and Intercorporeality: on Goffman's Relations in Public. *Sociology*, 29(1), 133-149.
- Ekhlasi, E., & Nemati, A. (2024). Analysis of the social-cultural contexts of the use of alternative medical diagnostic-therapeutic traditions and their relating living experience. *Indigenous Knowledge*, 11(21), 41-93. doi: 10.22054/qjik.2024.77597.1408
- Esmailpoor, B., & Aleyasin, S. A. (2017). Effectiveness of Emotional Intelligence Training on Quality of Life for Patients with Irritable Bowel Syndrome. *Psychological Models and Methods*, 7(26), 105-120.



Interdisciplinary
Studies in the Humanities

Abstract

- Farastkhah, M. (2016). *Qualitative Research Method in Social Sciences with Emphasis on Grounded Theory* (10th ed.). Tehran, Iran: Agah.
- Gu, Y., Lai, Y.T., Chang, F.R., & Chen, C.Y. (2023). Utilization patterns and prescription characteristics of traditional Chinese medicine among patients with irritable bowel syndrome in Taiwan. *Front Pharmacol.* 14, 1-12. doi:10.3389/fphar.2023.1201240
- Jahangirrad, M., Kraskian, A., & Naseri Moghaddam, S. (2021). Comparison of the effectiveness of cognitive behavioral therapy and emotion focused therapy on resilience in patients with irritable bowel syndrome. *Govaresh Journal*, 26(1), 25-31.
- Kashani, S. (2023). A multidimensional analysis of life satisfaction among Iranian students. *Journal of University Studies*, 2(2), 5-252. doi: 10.22035/jous.2024.5416.1092
- Khajedaluee, M., Vosooghnia, H., Bahari, A., Khosravi, A., Esmailzadeh, A., Ganji, A., Akhavan Rezayat, K., & Mahmoudi, R. (2014). Demographic, social and clinical characteristics in patients with irritable bowel syndrome in Mashhad in 2013. *Medical Journal of Mashhad university of Medical Sciences*, 57(3), 579-586. doi: 10.22038/mjms.2014.3016
- Khorsandi Taskooh, A. (2017). *Interdisciplinary Discourse on Knowledge*. Tehran, Iran: Institute for Cultural and Social Studies.
- Merleau Ponty, M. (1965). *The Structure of Behavior* (A.L. Fisher, Trans.). London, Methuen.
- Mohajel, N. , Sufiani, M., & Asghari, M. (2021). Existential Features of the Body in Merleau-Ponty Phenomenology. *Journal of Philosophical Investigations*, 15(35), 293-316. doi:10.22034/jpiut.2021.46602.2872
- Mohammadi, F. (2022). From hospital to cemetery: An analysis of unfinished mourning during the Covid-19 pandemic in Sanandaj. *Journal of Iranian Cultural Research*, 15(4), 153-183. doi: 10.22035/jicr.2023.2889.3243
- Momenzade, S. (N.D). Recurrent pain or referred pain in the body. Retrieved from <https://www.drmomenzadeh.com>
- Naghibi, S.A., & Chaleshgar Kordasiabi, M. (2017). A review of Social Determinants of Health. *Clin Exc*, 7(2), 50-62.
- Noorbala, A., Damari, B., & Riazhi Isfahani, S. (2014). Evaluation of Mental Disorders Incidence Trend In Iran. *Daneshvar Medicine*, 21(12), 1-10.
- Onisor, D., Avram, C., Ruta, F., Brusnic, O., Boeriu, A., Stoian, M., Boicean, A., & Sasaran, M. (2025). Burden of Common Mental Disorders in Ulcerative Colitis and Irritable Bowel Syndrome Patients: An Analysis of Risk Factors. *J. Clin. Med.*, 14, 499. doi:10.3390/jcm14020499

- Pashang, S., & khosh Lahjeh Sedgh, A. (2019). Acceptance and Commitment Therapy Compared with Metacognition Therapy in Reducing Symptoms and Increasing Life Satisfaction in Patients with Irritable Bowel Syndrome. *Govaresh Journal*, 24(1), 22-29.
- Rafiqi, S., Asghari, M., & Sufiani, M. (2020). The Role of Lived Body in Objectification of Objects from Merleau-ponty Point of View. *Shinakht*, 12(2), 71-93.
- Ramin, F., Shafiee, R., & Hosseini Amin, H. (2018). Soul-Body Relationship in the Views of Descartes and Merleau-Ponty. *Theological Reflection and Philosophical Criticism*, 23(91), 108-131. doi: 10.22081/jpt.2018.66268
- Rezaee, O. (2019). The root of 60 percent of diseases is psychosomatic disorders. *Islamic Republic News Agency*, Reterived from <https://www.irna.ir>
- Riahi, M.E., & Rahbari, L. (2014). Stress Process Paradigm in Sociology of Mental health: A Sociological Study of Stress. *Journal of Iranian Social Studies*, 8(1), 49-87.
- Sadeghi, O., Khayyatadeh, S.S., Esmailzadeh, A., Hasanzadeh Keshteli, A., & Adibi, P. (2015). A Study on The Relationship Between Dietary Patterns And Prevalence of Irritable Bowel Syndrome. *Avicenna Journal of Clinical Medicine. Scientific Journal of Hamadan University Of Medical Sciences And Health Services*, 22(3), 224-236.
- Samejo, K.H., Nangraj, A.A., Humaira, M., Memon, A., Ghani, T., & Faryal, S. (2024). Predictive Factors of the Persistence and Remission of Irritable Bowel Syndrome at Tertiary Care Hospital: Predictive Factors of the Persistence and Remission of Irritable Bowel Syndrome. *Pakistan Journal of Health Sciences*, 5(11), 221-225.
- Sarkeshik, S.H., Fatemineia, M.H., & Rafeii Honar, H. (2022). Philosophical-Psychological Explanation of the Truth of the Soul and its Relationship with the Body in View Point of Allameh Tabataba'i. *The History of Islamic Philosophy*, 1(4), 97-120.
- Seyyedjafari, J. (2019). The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Reducing Stress, Anxiety, Depression and Symptoms of Patients with Irritable Bowel Syndrome. *Journal of Excellence in Counseling and Psychotherapy*. 8(30), 40-52.
- Shafiei Darb Asiabi, F., & Rahmati, A. (2012). The Impact of Problem Solving And Assertiveness Trainings on Irritable Bowel Syndrome Symptoms. *Journal of Kerman University of Medical Sciences*, 19(5), 468-478.
- Shafiei, R., & Kavandi, S. (2022). The Position of the Body in Perception from the Point of View of Ibn-Sina and Maurice Merleau-Ponty, *Comparative Theology*, 13(28), 1-22. doi. 10.22108/coth.2022.131115.1655
- Shajari, M. (2007). Body and Soul in Islamic Thought. *Persian Language and Literature Journal*, 3(7), 75-109.
- Shokri, M., & Kordfirouzjaei, Y. (2011). Studying the duality of soul and body from the perspective of Descartes and Mulla Sadra. *Qabsat*, 16(22): 133-153.



Interdisciplinary
Studies in the Humanities

Abstract

- Soleimani E., & Esmaili A. (2021). The Effectiveness of Cognitive – Behavioral Hypnotherapy on clinical symptoms of Irritable Bowel Syndrome. *Rooyesh*, 10(5), 35-44.
- Soroori Sarabi, A. , Zamani, M. , Ranjbar, S., & Rahmatian, F. (2023). Innovation – But with Risk: The Strategic Role of IT in Business Risk Management. *Journal of Cyberspace Studies*, 7(2), 253-275. doi: 10.22059/jcss.2023.101605
- Soroori Sarabi, A., Arsalani, A., & Toosi, R. (2020). Risk management at hazardous jobs: A new media literacy?. *Socio-Spatial Studies*, 4(1), 13-24. doi: 10.22034/soc.2020.212126
- Soroush, A. (2000). *The World's Restless Entity* (4th ed.). Tehran, Iran: Serat Cultural Institute.
- Soulati Dehkordi, K., Rahimian, Gh., & Ghamrani, A. (2008). Evaluating The Relationship Between Irritable Bowel Syndrome and Stress. *Hormozgan Medical Journal*, 12(1), 13-19.
- Tassig, M., Mikló, J., & Subedi, S. (2014). *Sociology of Mental Illness* (3rd ed., A. Abdollahi, Trans.). Tehran, Iran: Samt.
- Tomraee, S. , Toosi, R. and Arsalani, A. (2024). Perspectives of Iranian Clinical Interns on the Future of AI in Healthcare. *Journal of Cyberspace Studies*, 8(2), 347-370. doi: 10.22059/jcss.2024.101610



مقاله پژوهشی

فراسوی پارادایم زیست‌پزشکی؛ خوانش پدیدارشناختی تجربه‌زیسته ابتلا به سندروم روده حساس

ابراهیم اخلاصی^{۱*}، فاطمه رفیعی^۲

دریافت: ۱۴۰۳/۰۶/۲۶؛ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۹/۲۰

چکیده

سندروم روده حساس به‌عنوان بیماری روان‌تنی واجد منشاء روحی‌روانی و همزمان، متضمن نمودهای گوناگون در دستگاه گوارش است. به‌موجب نظریه‌ها و مطالعات تجربی در جامعه‌شناسی بیماری‌های روانی، زمینه‌های مرتبط با عارضه سندروم روده حساس از مطلق قلمرو بالینی و روان‌پزشکی درمی‌گذرند و متقابلاً، بیماری با متغیرهای جامعه‌شناختی و روان‌شناختی اجتماعی در سطوح میانه و کلان واقعیت اجتماعی پیوند وثیق پیدا می‌کند. وجوه زندگینامه‌ای مبتلایان و رویدادهای تجربه‌شده از سوی آنان در جریان زندگی روزمره، مناسبات زناشویی و شغلی از تسهیل‌گرهای مهم ابتلا به بیماری هستند. هدف مطالعه کشف مضامین مرتبط با تجربه‌زیسته بیماری سندروم روده حساس در میان ۴۴ نفر از زنان و مردان ۱۹-۴۵ سال مراجعه‌کننده به کلینیک‌های گوارش واقع در شهر تهران است. گردآوری داده‌ها با استفاده از تکنیک مصاحبه عمیق و نیمه‌ساختاریافته و داده‌کاوی بر پایه روش کلازی- ذیل پدیدارشناسی توصیفی - انجام گرفته است. «زمینه‌های زیست‌شده پیشابیماری»، «ستوه جسمانی پایدار»، «پیچیدگی تشخیص و سختی تسکین»، «محدودیت‌های اجتماعی و ارتباطی تثبیت‌شده» و «دشواری‌های روان‌شناختی پیرو بیماری» مضامین نهایی پنج‌گانه مرتبط با وجوه چندگانه تجربه‌زیسته بیماری سندروم روده حساس در میان آگاهی‌دهندگان مطالعه هستند. مضامین یادشده بر ساخته‌های دست دومی هستند که در قالب کدگذاری داده‌ها، خوانش چندباره داده‌ها، حرکت از عرصه امر انضمامی به ساحت امر انتزاعی و جرح و تعدیل‌های بعدی مضامین تجرید شده‌اند. نقد رویارویی پزشکی‌شده با بیماری، تقلیل حداکثری ابعاد بیماری به وجوه عینی و جسمانی مؤکد در مناسبات زیست‌پزشکی و متقابلاً، تغافل از مضیق‌های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی فراگیر در «جامعه مضطرب» از مهم‌ترین محورهای سازنده نتیجه‌گیری مقاله هستند.

کلیدواژه‌ها: سندروم روده حساس، پدیدارشناسی بیماری، بیماری‌های روان‌تنی، سبب‌شناسی اجتماعی-فرهنگی بیماری

۱. دانشیار جامعه‌شناسی گروه جامعه‌شناسی دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

✉ eb.ekhlasi@atu.ac.ir

* نویسنده مسئول

۲. دانش‌آموخته کارشناسی ارشد مطالعات جوانان، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

✉ frafiee2010@gmail.com

۱. مقدمه و بیان مسئله

جهان مدرن به‌رغم دستاوردهای اثربخش، همزمان موجب مسائل اجتماعی متعدد بوده است. فقر، بیکاری، تبعیض، رقابتی‌شدن ساحات زندگی فردی و اجتماعی، کاهش احساس امنیت وجودی و بی‌ثباتی‌های ساختاری برخی از مسائل اجتماعی دامن‌گستر هستند که ثبات روانی روان انسان مدرن را به‌مراتب مخدوش و با رقم‌زدن اضطراب، سلامت جسمانی را از مدخل دیالکتیک ذهن و جسم از خود متأثر ساخته‌اند.

شیوع بیماری‌های عصبی و روان‌تنی^۱ محصول شرایط مسلط بر زمینه‌وزمانه مدرن هستند. اختلالات روان‌تنی ممکن است در افراد گوناگون با سنین مختلف بروز کنند، اما گروه سنی ۲۰-۴۰ سال محتمل‌ترین گروه سنی در معرض آسیب از این‌دست از بیماری‌ها هستند. بیماری سندروم روده حساس^۲، که با عناوین کولون اسپاستیک^۳، کولون تحریک‌پذیر^۴، کولیت مخاطی^۵، کولیت اسپاستیک^۶، کولیت عصبی^۷، روده اسپاستیک^۸ و روده عصبی^۹ از آن نام برده می‌شود، از جمله بیماری‌های روان‌تنی معطوف به سیستم گوارش است که طی آن عملکرد عادی روده مختل می‌شود. درد مزمن شکمی و تغییر در اجابت مزاج، گرفتگی عضلات، نفخ، یبوست، اسهال یا هردوی آن‌ها از مهم‌ترین نمودهای بیماری سندروم روده حساس هستند. طبق برآورد سازمان جهانی بهداشت، یک نفر از هر چهار نفر در طول زندگی به یکی از اختلال‌های روان‌پزشکی مبتلا می‌شود؛ در هر زمان، حدود ۱۹ درصد از جمعیت بزرگسال به اختلال‌های روانی مبتلا هستند (نوربالا، دماري، و ریاضی اصفهانی، ۱۳۹۳). اختلالات روان‌تنی ریشه بیش از ۶۰ درصد بیماری‌ها در کشور را به خود اختصاص داده‌اند که با برطرف‌شدن آن‌ها، سایر



مطالعات میان‌رشته‌ای در علوم انسانی

۱۵۶

دوره ۱۷، شماره ۱

زمستان ۱۴۰۳

پیاپی ۶۵

1. Psychosomatic

2. IBS

3. Spastic colon

4. Irritable colon

5. Mucous colitis

6. Spastic colitis

7. Nervous colitis

8. Spastic bowel

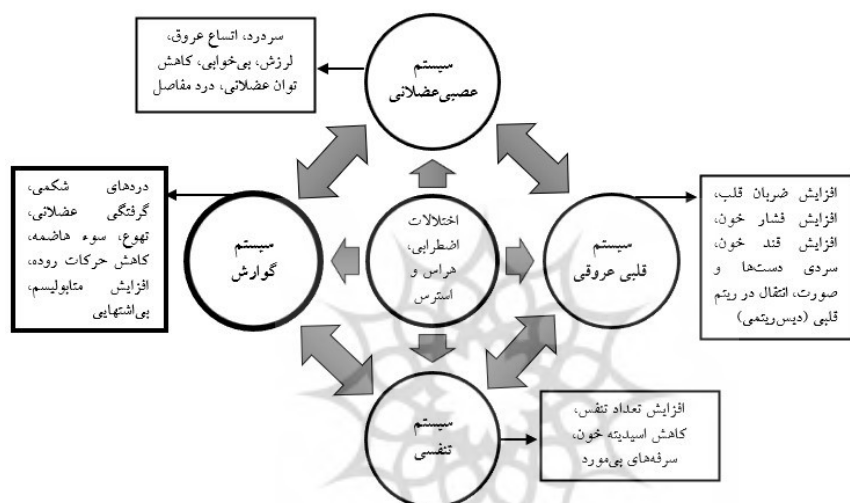
9. Nervous bowel

اختلالات جسمانی نیز درمان می‌شوند (رضائی، ۱۳۹۸). سبک زندگی رقابتی، زیست توأم با اضطراب، فشردگی زمان و مکان^۱ و هزینه‌های سرسام‌آور اقتصادی، به‌ویژه در کلان‌شهرها، برخی از مهم‌ترین کلان‌زمینه‌های مرتبط با بیماری سندروم روده تحریک‌پذیر از منظر سبب‌شناسی اجتماعی در جامعه ایران هستند که ابتلای حدود ۲۰ درصد از بزرگسالان به سندروم روده تحریک‌پذیر و افزون بر ۳ میلیون مراجعه سالانه به متخصصین گوارش را رقم زده است. برخی مطالعات نیز بر نقش بازنمایی‌های رسانه‌ای و فرهنگ بصری در تشدید فشارهای روانی و عادی‌سازی الگوهای ناسالم زیستن در بستر مدرنیته تأکید دارند و بر این باورند که ارتقای سواد انتقادی در مواجهه با رسانه، مؤلفه‌ای ضروری برای سلامت روانی و اجتماعی در دوران معاصر به‌شمار می‌رود (سروری سرابی و دیگران، ۲۰۲۰). هزینه سالانه سندروم روده تحریک‌پذیر در ایران افزون بر ۸/۲ میلیون دلار برای جمعیت بزرگسال شهری برآورد شده است (خواجه دلوئی، وثوقی‌نیا، بهادری، خسروی، اسماعیل‌زاده، گنجی، اخوان‌رضایت، و محمودی، ۱۳۹۳) که این خود بار سنگینی بر اقتصاد جامعه تحمیل می‌کند. به‌علاوه، سندروم روده تحریک‌پذیر دومین علت غیبت از محل کار پس از سرماخوردگی و شایع‌ترین، پرهزینه‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین نوع عارضه در میان ۲۵ اختلال گوارشی کارکردی است (سیدجعفری، ۱۳۹۸). بنا بر یک طبقه‌بندی، اختلالات عملکردی معده و روده‌ای در افراد بزرگسال مشتمل بر مواردی نظیر اختلالات عملکردی مری، اختلالات عملکردی معدی و اثنی‌عشر، اختلالات عملکردی روده‌ای، سندروم درد شکمی عملکردی، اختلالات عملکردی کیسه صفرا و اسفنکتر اودی^۲، و اختلالات عملکردی مرتبط با مقعد^۱ می‌شود

۱. فشردگی زمان و مکان ناظر به وضعیتی است که طی آن به‌واسطه وجود طیف گسترده‌ای از فشارها و هم‌چنین، تعدد بی‌شمار وظایف و انتظارات، کنش‌گران اجتماعی در مقام انجام کارهای مختلف مزید بر مواجه‌شدن با مشکلات زمانی از منظر مکانی نیز محدودیت را تجربه می‌کنند. احساس ناتوانی و ناکارآمدی نسبت به کارها و وظایف محوله از جمله مهم‌ترین توصیفات مرتبط با مفهوم فشردگی زمان و مکان است. حضور توأمان در چند جلسه مجازی در حین رانندگی نمونه مصداقی از مفهوم فشردگی زمان و مکان است که هم‌زمان دو عنصر «گشایش» و «مضیقه» را در خود لحاظ نموده است. فراهم‌بودن هم‌زمان امکان کنش رانندگی و مشارکت در چند جلسه در بازه زمانی مشخص، در حکم گشایش حاصل از فشردگی زمان و مکان محسوب می‌شود؛ در عین حال، امکان‌ناپذیری حضور هم‌زمان فیزیکی در جلسات یاد شده در حین رانندگی دیگر ممکن متبادر شده به ذهن در این‌باره است که ذیل وضعیت اکنون «امکان» آن قرین با محال، و مصداق «مضیقه» در مکان قلمداد می‌شود.

۲. Sphincter of Oddi: دریچه ماهیچه‌ای، با کارکرد کنترل میزان خروج صفرا و ترشحات لوزالمعده به دوازدهه.

که هر کدام، به استثنای درد شکمی عملکردی، طیفی از انواع اختلالات را ذیل خود مجتمّع ساخته‌اند (برهانی، خوش‌زبان، جدیری، ناصری، کمالی‌نژاد، و طالعی، ۱۳۹۳). اختلال اخیر کیفیت زندگی مبتلایان را شدیداً از خود متأثر می‌سازد. واقعیات فوق‌الذکر در خصوص بیماری سندروم روده حساس، وجود سویه‌های جامعه‌شناختی آن را در حداکثر وجه ممکن بازنمایی می‌کنند.



مطالعات میان‌رشته‌ای در علوم انسانی

۱۵۸

دوره ۱۷، شماره ۱
زمستان ۱۴۰۳
پیاپی ۶۵

شکل ۱. مهم‌ترین پیامدهای حاصل از اختلالات اضطرابی حسب سیستم‌های مختلف بدن

با عنایت به قرار داشتن گروه سنی دانشجویان در بازه زمانی ابتلا به عارضه روده تحریک‌پذیر، مطالعه تجربه‌زیسته ناظر بر آن ذیل ملاحظات مندرج در جامعه‌شناسی بیماری‌های روانی می‌تواند چشم‌اندازهای جدید را بر متولیان آموزش عالی کشور در جریان برنامه‌های معطوف به سلامت روان دانشجویان پدیدار نماید. اهمیت موضوع اخیر به‌ویژه از آن‌جا ناشی می‌شود که مقطع سنی مذکور برای دانشجویان مقارن با شکل‌گیری هویت و دستیابی به اهداف تحصیلی، شغلی و برقراری روابط اجتماعی پایدار است و رضایت از زندگی، با یادآوری نقش منحصر به فرد آن در بازه

مذکور (اجتهاد نژاد کاشانی، ۱۴۰۲) می‌تواند به‌وجه منفی از تجربه‌زیسته مبتلا به سندروم روده حساس متأثر گردد.

هدف پژوهش کاوش در وجوه تجربه‌زیسته مبتلایان مراجعه‌کننده به کلینک‌های گوارش شهر تهران است که وصول به آن از طریق تمهید پاسخ به این دو پرسش حاصل خواهد شد: ۱) وجوه سازنده تجربه‌زیسته بیماری سندروم روده تحریک‌پذیر در میان مبتلایان ۲۰-۴۰ ساله مراجعه‌کننده به کلینک‌های گوارش شهر تهران کدامند؟ ۲) زمینه‌های بیرونی ناظر بر تجربه‌زیسته بیماری سندروم روده تحریک‌پذیر در میان مبتلایان ۲۰-۴۰ ساله مراجعه‌کننده به کلینک‌های گوارش شهر تهران کدامند؟

۲. خوانش تحلیلی - انتقادی مطالعات پیشین

جست‌وجوی نظام‌مند پژوهش‌های ناظر بر سندروم روده حساس مبتنی بر کلیدواژه‌های چندگانه به‌انجام رسیده است. به‌عنوان نمونه، جست‌وجو در پایگاه تخصصی مقالات علمی^۱ بر مبنای معادل انگلیسی عبارت «سندروم روده حساس، جامعه‌شناسی بیماری‌های روانی»^۲ مقالات تمام‌متن بازه زمانی ۲۰۱۵-۲۰۲۵ را در اختیار قرار داد. مرور نظام‌مند یکصد مقاله منتخب برداشت‌های زیر را در دست نهاده است:

نخست، در غالب مطالعات، سندروم روده حساس ذیل رویکردهای تشخیصی درمانی زیست‌پزشکی، از منظر تخصص داخلی و گوارش و با امعان نظر به رویه‌های دارودرمانی مورد بررسی بوده است. به‌موجب یک مطالعه در این خصوص، اینفلیکسیماب^۳، به‌عنوان آنتی‌بادی مونوکلونال که در درمان کولیت اولسراتیو^۴ مورد استفاده قرار می‌گیرد، طی اتصال به فاکتور نکروزدهنده تومور-آلفا^۵، موجود در سرم خون، مخاط و مدفوع افراد مبتلا به بیماری کرون باعث خنثی‌شدن آن می‌گردد.

1. Researchgate.net
2. IBS Sociology of Mental Disorders
3. infliximab
4. ulcerative colitis
5. tumour necrosis factor-alpha; TNF-α





هم‌چنین، آن دسته از بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو که دارای تحصیلات دانشگاهی هستند و طول مدت بیماری طولانی‌تری را تجربه کرده‌اند، به میزان بیشتری در معرض افزایش خطر ابتلا به افسردگی و اضطراب هستند، به خصوص اگر فرزندان تحت مراقبت داشته باشند. در نهایت این‌که، احتمال افزایش خطر ابتلا به اضطراب در آن دسته از مبتلایان به عارضه سندروم روده حساس همراه با اسهال، که برخوردار از وضعیت شغلی فعال، واجد باورها و اعتقادات مذهبی و دارای تجربه زیسته مراقبت (از بیمار یا افراد سالمند) هستند، به مراتب بیشتر است. (اونیسر^۱، آورام^۲، روتا^۳، بروسنیک^۴، بویریو^۵، استویان^۶، بوینسن^۷ و ساساران^۸، ۲۰۲۵).

دوم، سندروم روده حساس در برخی از مطالعات از نقطه نظر ملاحظات روان‌کاوانه کاوش شده است. به استناد نتایج یک مطالعه در این باره، گنجاندن شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در برنامه‌های درمانی ممکن است به کاهش علائم عاطفی و فیزیکی مرتبط با سندروم روده حساس در کودکان کمک کند (باقری شیخانگفشه، عباس‌پور، صوابی نیری، بی‌کس یکانی و کرامتی، ۱۴۰۳).

سوم، ملاحظات نظری جامعه‌شناسی بیماری‌های روانی، با یادآوری تأکیدشان بر اختلالات روانی و روان‌تنی به مثابه سازه‌های اجتماعی، در مطلق مطالعات از نظر دور مانده است.

چهارم، در محدودی از مقالات، گفتارها و کردارهای تشخیصی-تجویزی مندرج در سنت‌های دگرپزشکی مورد توجه قرار گرفته‌اند. از حیث مفهومی، سنت‌های دگرپزشکی ناظر بر کلیه «دیگری»های سنت زیست‌پزشکی است که تمایزات موجود میان گفتمان اخیر

1. Onisor
2. Avram
3. Ruta
4. Brusnic
5. Boeriu
6. Stoian
7. Boicean
8. Sasaran

و دیگر گفتمان‌های قابل احصاء را در ساحات تشخیص، درمان و پیگیری‌های پسادرمان نمایندگی می‌کند (اخلاصی و نعمتی، ۱۴۰۳، ۴۴). به‌عنوان نمونه، تعداد ۷۳۳۰۶ نفر از تازه‌متلایان به سندروم روده حساس، حداقل یک‌بار از طب سنتی چینی^۱ برای درمان استفاده کردند. زنان از فراوانی بیشتر به ابتلا برخوردار بودند؛ بیماران استفاده‌کننده از داروهای غربی تمایل کمتری به استفاده از سنت طبی چینی از خود نشان داده‌اند؛ سرانجام این‌که، پزشکی گیاهی چینی^۲ رایج‌ترین شیوه درمانی مندرج در ذیل سنت طبی چینی است که طی آن گیاه چینی بایو زو^۳ و فرمول گیاهی «جیا-وی-زایو-یاو-سن»^۴ از بیشترین فراوانی استفاده (۹۸/۲٪) برخوردار هستند (گو، لای، چانگ، و چن^۵، ۲۰۲۳)؛

پنجم، اکثریت مطلق پژوهش‌ها با استخدام روش‌شناسی کمی به‌انجام رسیده‌اند و طی آن به تعدادی عوامل پیش‌بین^۶ در نسبت با سندروم روده حساس پرداخته شده است. به استناد مطالعه‌ای در این باره، طول مدت علائم کوتاه‌تر کمتر از ۳ سال همراه با سندروم روده تحریک‌پذیر D به‌منزله پیش‌بینی‌کننده نرخ بهبودی است. در این میان، پریشانی روانی، سطوح استرس بالا، همراه با علائم غیر گوارشی مانند کمردرد و خستگی، از نشانه‌های تداوم علائم محسوب می‌شوند (سام‌جو، نانگرای، هومایرا، ممون، قانی و فاریال^۷، ۲۰۲۴). به‌علاوه، در غالب مطالعات، اصل بیماری به‌مثابه پدیده عینی مفروض، مستقل از ارزش^۸ و در نسبت با دیگر متغیرها در نظر گرفته شده است. تلقی یاد شده از اقتضائات اساسی و پر استناد در انواع روش‌شناسی‌های کمی است. به‌علاوه، وجه اعظم متغیرهای مستقل در مطالعات سندروم روده حساس از نوع زمینه‌ای - جمعیت‌شناختی و معطوف به سطح خُرد واقعیت اجتماعی هستند؛ سرزنش بیمار و بی‌توجهی به پنداشت‌های تفسیری از دلالت‌های قهری حاصل از نگاه‌های

1. Traditional Chinese Medicine (TCM)

2. Chinese Herbal Medicine (CHM)

3. Bai-Zhu

4. Jia-Wei-xiao-Yao-San

5. Gu, Lai, Chang, & Chen

6. Predictive Factors

7. Samejo, Nangraj, Humaira, Memon, Ghani, & Faryal

8. Value-free





مسلط بر غالب مطالعات موجود است؛ ششم) خوانش پدیدارشناختی سندروم روده حساس مغفوله روش‌شناختی بیشتر پژوهش‌ها را تشکیل می‌دهد و به همین اعتبار، نمود پدیداری بیماری و چگونگی زیست آن مورد توجه محققان نبوده است؛ چه، بیشتر مطالعات به‌وسیله پزشکان، روان‌شناسان و پیراپزشکان به‌انجام رسیده‌اند.

قریب به مطلق پژوهش‌های داخلی نیز به طریقی مشابه، مبتنی بر استلزامات پارادایم زیست‌پزشکی به سامان رسیده‌اند. اهم یافته‌های تجربی بدین‌شرح گزارش می‌شود: اثربخشی یکسان درمان شناختی-رفتاری و درمان هیجان‌مدار بر تاب‌آوری مبتلایان به سندروم روده تحریک‌پذیر (جهانگیرراد، کراسکیان موجمناری، و ناصری مقدم، ۱۴۰۰)؛ کاهش علائم سندروم روده تحریک‌پذیر به‌واسطه تغییر باورها (سلیمانی و اسماعیلی، ۱۴۰۰)؛ اثربخشی یکسان درمان مبتنی بر تعهد و درمان فراشناختی بر کاهش علائم سندروم روده تحریک‌پذیر و افزایش رضایت از زندگی در مبتلایان (پاشنگ و خوش‌لهجه صدق، ۱۳۹۸)؛ تفاوت معنادار افراد مبتلا و غیر مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر از حیث آسیب‌های روانی هم‌چون افسردگی، وسواس، شکایت جسمانی، اضطراب و حساسیت میان‌فردی و ضرورت توجه به مؤلفه‌های اختلالات روانی در جلسات درمان (عقیقی، عیسی‌زادگان، و سلیمانی، ۱۳۹۸)؛ تأثیر آموزش هوش هیجانی بر افزایش کیفیت زندگی مبتلایان به سندروم روده تحریک‌پذیر (اسماعیل‌پور و آل‌یاسین، ۱۳۹۵). خطر بیشتر ابتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر در میان مصرف‌کنندگان الگوی غذایی فست‌فودی در مقایسه با مصرف‌کنندگان الگوهای غذایی گیاه‌خواری، سنتی و غربی (صادقی، خیاط‌زاده، اسماعیل‌زاده، حسن‌زاده، و ادیبی، ۱۳۹۴)؛ تأثیر معنویت‌درمانی به‌عنوان رویکرد کاربردی درمانی بر کاهش علائم جسمی مبتلایان به سندروم روده حساس (اسداللهی، نشاط‌دوست، حمیدطاهر، کلاتتری، مهربابی، افشار، و دقاق‌زاده، ۱۳۹۳). تأثیر بیشتر آموزش حل مسئله در بیماران بالای ۳۰ سال در مقایسه با روش‌های درمانی روان‌شناختی و تأثیر آموزش جرأت‌ورزی صرف نظر از متغیر سن در کاهش علائم سندروم روده حساس (شفیعی درب‌آسیایی و رحمتی، ۱۳۹۱). نقش مؤثر عواطف منفی به‌عنوان یک بعد از

شخصیت نوع D در تشدید علائم سندروم روده حساس (باقریان سرارودی، کلانتری، افشار، دقاق زاده، ابوطالبیان، فلاح، و ادیبی، ۱۳۹۰). ارتباط معنادار استرس حاصل از مرگ همسر و بالا رفتن هزینه‌های زندگی با سندروم روده حساس و مجموعاً، تأثیر معنادار اتفاقات استرس‌زا بر ابتلا به سندروم روده حساس و ضرورت توجه به آن‌ها در مقام درمان (صولتی دهکردی، رحیمیان، و قمرانی، ۱۳۸۷). بدین ترتیب، وجه تمایز پژوهش حاضر استخدام الزامات و بایسته‌های روش‌شناسی کیفی در مقام توصیف نمود پدیداری سندروم روده حساس، رؤیت‌پذیر ساختن مؤلفه‌های ناظر بر تجربه زیسته سندروم روده حساس و نشان دادن بسترهای معطوف به تجربه زیسته ابتلا حسب موقعیت‌های زمان‌مندانه و مکان‌مندانه مبتلایان خواهد بود.

۳. چارچوب مفهومی پژوهش

با هدف ارتقای حداکثری سویه‌های نظری، ابتدا کلیات ناظر بر اهمیت رویکردهای بین‌رشته‌ای در تحلیل مسائل اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی مطرح شده است؛ رابطه نفس و بدن ذیل سنت فلسفی ملاصدرا و دستگاه فلسفی غرب با محوریت آراء افلاطون، دکارت^۱ و مرلوپونتی^۲ و زمینه‌پردازی بیماری‌های روان‌تنی در نسبت با مناسبات مدرن و با تأکید بر الگوی اضطراب اجتماعی محورهای بعدی بحث خواهد بود.

ظهور رویکردها و حوزه‌های بین رشته‌ای تابع شرایط زیست پیچیده جهان معاصر است. مسائل چندوجهی دنیای کنونی سبب شده تا هر رشته به تنهایی ناتوان از حل مسائل بغرنج باشد؛ بدین سان، ساحت‌های گوناگون علم با هم‌افزایی در صدد چاره‌اندیشی در خصوص مسائلی برمی‌آیند که در آن واحد متضمن سویه‌های گوناگون علمی هستند. به‌رغم ضرورت اتخاذ رویکردهای بین رشته‌ای در مدیریت و حل و فصل پایدار مسائل اجتماعی، اما، در مسیر تحقق آن دشواری‌هایی وجود دارد. فعالیت میان‌رشته‌ای شجاعت علمی، تهور

1. René Descartes

2. Maurice Merleau-Ponty





روشی و تبحر زبانی ویژه‌ای را می‌طلبد. متخصصان رشته‌های علمی برای مشارکت در فعالیت‌های بین‌رشته‌ای در اکثر مواقع مجبور به عبور از قواعد و مرزهای آکادمیک مرسوم هستند که این امر کاری سخت جلوه می‌کند. از این‌رو، فقدان گرایش پاره‌ای از متخصصان به همکاری‌های جمعی در خارج از تخصص و رشته خود از جمله موانع اساسی بر سر راه موفقیت فعالیت‌های بین‌رشته‌ای است؛ آن‌ها غالباً دانش، مهارت، رشته و حوزه تخصصی خود را مرجع می‌دانند و در بیان و اشاعه آن ابایی ندارند (خورسندی طاسکوه، ۱۳۹۶، ۹). بر این اساس، تعصب پیرامون حوزه تخصصی مانع رشد رویکرد بین‌رشته‌ای است. مزید بر موارد پیش‌گفته، «عوام‌زدگی»، «سیاست‌زدگی»، «مهندسی‌زدگی»، «غرب‌زدگی»، «سنت‌زدگی» و «حیرت‌زدگی» نیز از دیگر مهم‌ترین چالش‌ها و موانع فرهنگی پیش روی مطالعات میان‌رشته‌ای در ایران برشمرده شده‌اند (علیخانی، ۱۴۰۳، ۶).

به هر سوی، در سال‌های اخیر تلاش‌های چشمگیری در جهت شکوفایی رویکردهای بین‌رشته‌ای صورت گرفته است و به نظر می‌رسد حسب اقتضای شرایط اجتماعی، روند مذکور سیر صعودی داشته باشد. در این مقاله تلاش این است که با بیماری سندروم روده حساس به عنوان یک امر جسمانی که تاکنون در عرصه علوم پزشکی و روان‌پزشکی موضوع بررسی بوده است، رویارویی جامعه‌شناختی صورت پذیرد و عارضه یاد شده ذیل اتخاذ رویکرد بین‌رشته‌ای به مثابه امر اجتماعی خوانش شود. لازم به ذکر است که اتخاذ رویکرد جامعه‌شناختی در این ساحت مرادف با غفلت از منظرهای روان‌شناختی و پزشکی نیست؛ کاربست ملاحظات جامعه‌شناسی پزشکی به مثابه رویکرد بین‌رشته‌ای در مقام مطالعه سندروم روده تحریک‌پذیر در حکم تکمله‌ای بر رویه‌ها و اسلوب‌های پزشکی و روان‌پزشکی است. هم‌افزایی پژوهش‌های روان‌شناختی و درمانی با نگاه‌های نوین جامعه‌شناسی پزشکی می‌تواند افق‌های جدید را در خصوص سندروم روده تحریک‌پذیر بر برنامه‌ریزان نظام سلامت و نظام آموزش عالی کشور رؤیت‌پذیر نماید.

بخش دوم مباحث نظری را طی پرداختن به سویه‌های فلسفی مناسبات میان نفس و بدن پی می‌گیریم. در تاریخ فلسفه، ذیل انگاره اصالت نفس، آدمی نه موجودی بدنی، که



نفسانی محسوب شده است. در نگاه بیشتر متفکران پیشامدرن، بدن به‌عنوان مانع وصول به حقیقت محض تلقی می‌شود، فلذا، اهمیت آن به‌وجهی شایسته مورد توجه قرار نگرفته است. مطابق با تنسیق پیشامدرنی از بدن، اهتمام به امور بدنی حاجب در امر معرفت بوده است (شفیعی و کاوندی، ۱۴۰۱، ۶). در میان فیلسوفان مسلمان، دیدگاه ملاصدرا درباره رابطه بدن و نفس در قالب نظریه حرکت جوهری واجد جذابیت فراوان است. نفس از ریشه تنفس مشتق شده است؛ هم‌چنان که معنای ریشه روح، مانند واژه لاتینی اسپیریتوس^۱ به معنای باد است. به موجب وجه تسمیه نفس و روح، باد در عین ناپیدایی، برگ‌های درخت را به حرکت درمی‌آورد، هم‌چنان که نفس یا روح مخفی صرفاً از طریق آثار آن در بدن آشکار می‌گردد (شجاری، ۱۳۸۶، ۷۶ نقل از چیتیک^۲، ۱۹۹۸، ۲۶۹).

حسب نظریه حرکت جوهری، روح محصول حرکت جوهری بدن است و بدن و روح رابطه‌ای هم‌چون رابطه درخت و میوه دارند؛ همان‌اندازه که میوه و شاخه به‌طور طبیعی در کنار هم و با هم زیست می‌کنند، به همان اندازه روح و بدن نیز واجد ارتباط مشفقانه و مهرآمیز با هم هستند؛ پیوند آن‌ها جبری و مصنوعی نیست، بلکه یکی دنباله دیگری است. بدن نسبت به روح حالت زمینه و قوه را دارد. روح در زمینه بدن پرورش می‌یابد، اما نه این‌که بدن روح را می‌زاید. بدن تنها شرایط ظهور روح را فراهم می‌کند. روح موجود خاصی است که در ظهور نیازمند زمینه مادی، اما در بقاء مستقل از ماده و شرایط مادی است. به استناد قاعده «النفس جسمانیة الحدوث و روحانیة البقاء»، حدوث نفس، واقعیتی جسمانی و مادی، اما استمرار آن روحانی و غیرمادی است. عبارت اخیر بدین معناست که شرایط ظهور روح در زمینه مادی فراهم می‌گردد، اما روح به محض ایجاد، موجودیت مستقل از ماده پیدا می‌کند (سروش، ۱۳۷۹، ۷۵-۷۴). علامه طباطبایی، روح انسان را از جمله معانی نفس می‌داند؛ از نظر وی، حیات، قدرت و علم که قوام انسان‌ها به آن‌هاست، قائم به نفس است و بدون آن تحقق نمی‌یابند (سرکشیک، فاطمی نیا، و رفیعی هنر، ۱۴۰۱، ۱۰۱).

1. Spiritus

2. Chittick



به‌علاوه، عقل از نظر ملاصدرا نوعی عقل کلی و شهودی است که در مراحل بالا به‌طور مستقیم مفاهیم را کسب می‌کند. غایت عقل در نگاه صدرالمتألهین وصول به مرتبه بالمستفاد و تبدیل شدن به موجودی مجرد از عالم طبیعت و فنای الهی است. مطابق با نگاه صدرایی، انسان به‌واسطه برخورداری از عقل به‌مثابه حقیقت پیوسته، طی گذار از مراحل بالقوه، بالملکه، بالفعل و بالمستفاد قادر به مشاهده عقل فعال می‌شود.

برخلاف نگاه وحدت‌آمیز ملاصدرا، رابطه جسم و روان در سنت فلسفی غرب مبتنی بر ثنویت صورت‌تبدلی می‌شود. هرچند اندیشه ثنویت بدن و نفس در غرب یادآور نام افلاطون است، اما ریشه اصلی آن به سقراط برمی‌گردد. سقراط با این تسبیح که نفس قبل از بدن با حضور در عالم ثابت مثالی با حقایق جاویدان الهی آشنا شده است، بذر ثنویت بدن و نفس را افشاند و افلاطون با پروراندن بیشتر، آن را به ایده فلسفی متقن تبدیل کرد (شکری و کردفیروزجایی، ۱۳۹۰، ۱۳۵). در مجموع، از حیث تاریخی، در سنت فلسفه غرب، نفس در مقایسه با جسم، همواره از جایگاه برتر برخوردار بوده است. بر این اساس، افلاطون نفس و بدن را دو مقوله متفاوت از یکدیگر می‌داند که در عین وجود رابطه میان آن دو، اما نفس در قیاس با بدن داری موقعیت بالاتر است و بدن، در حکم بستر گناه و مانع کمال روحی قلمداد می‌شود. افلاطون ضمن معرفی نفس به‌مثابه موجودی الهی، جاویدان، بسیط، ثابت و متفکر، بدن را موجودی متغیر، گذرا و فاقد اندیشه معرفی می‌کند^۱ و بدین ترتیب، تمایز آن دو را اثبات می‌کند (شکری و کردفیروزجایی، ۱۳۹۰، ۱۳۵، نقل از افلاطون، ۱۳۶۷، ج. ۴، ۲۳۵۷).

۱. استعلا بخشی به ذهن و اندیشه و همزمان، اتخاذ نگاه فروترانگارانه و دست‌دومی به بدن در ادبیات فارسی نیز پژواک خود را به تواتر داشته است؛ از جمله، مولانا در دفتر دوم مثنوی معنوی در مقام توصیف برتری ذهن و اندیشه در قیاس با جسم و کالبد می‌گوید:

در زمین مردمان خانه مکن	کسب ییگانه، تن خاکی تو
کزار خود کن کار بیگانه مکن	تا تو تن را چرب و شیرین می‌دهی
کز برای اوست غمناکی تو	گر میان مُشک تن را جا شود
جوهر خود را نینسی فربهی	مُشک را بر تن مزین، بر دل بمال
روز مردن گند او پیدا شود	آن منافق مُشک بر تن می‌نهد
مُشک چه‌بُود نام پاک ذوالجلال	ای برادر تو همان اندیشه‌ای
روح را در قعر گلخن می‌نهد	گر گل است اندیشه‌ی تو گلشنی
ما بقی تو استخوان و ریشه‌ای	گر گلابی، بر سر جیبت زنند
ور بود خاری تو هیمه گلخنی	
ور تو چون بولی، برون افکنند	



در جنبش فلسفی جدید غرب، دوگانه ذهن-بدن ذیل دستگاه دکارتی صورتبندی تازه‌ای یافت؛ اهمیت دوباره نفس (ذهن) در نگاه دکارت به اندازه‌ای بود که وی اندیشیدن را معادل هستن در نظر گرفت و ذیل عبارت معروف «من می‌اندیشم، پس هستم» بنیاد جنبش جدید فلسفی در غرب و تالی‌های بعدی برآمده از آن را تثبیت نمود. بدن دکارتی نه بدن «اول‌شخص»، بلکه به مثابه شیء عینی است که از منظر خنثی و بی‌طرف «سوم‌شخص» مورد بررسی قرار می‌گیرد (محجل، صوفیانی، و اصغری، ۱۴۰۰، ۲۹۸).

از نظر دکارت، عقل عنصر مشترک آدمیان، حقیقت انسانیت و عامل تمیز انسان از حیوان است و تفاوت انسان‌ها صرفاً در روش به‌کارگیری عقل است. تسلط بر طبیعت، نهایی‌ترین غایت عقل در نگاه دکارت محسوب می‌شود. دکارت جهان را متشکل از دو جوهر ذهنی و فیزیکی می‌داند و ذیل آن، جسم را به منزله امر مادی و فیزیکی، به وجهی کاملاً مجزای از ذهن، به مثابه ساحت غیرمادی در نظر می‌گرفت. حسب نظریه دکارت، جسم و ذهن در عین برخورداری از تأثیرگذاری دوسویه بر یکدیگر، اما، قادر به ادامه حیات به صورت مستقل از یکدیگر هستند. هم‌چنین، از نگاه وی، ذهن انسان در عین هوشیاری، اما، تابع قوانین فیزیکی نیست و کنترل جسم را نیز بر عهده دارد. دکارت، جسم را فاقد توان تفکر، احساس و تجربه می‌داند و با تأکید بر اندیشیدن به عنوان ماهیت اصلی ذهن، حقیقت انسان را نه جسم او، بلکه ذهن او در نظر می‌گرفت (رامین، شفیع، و حسینی امین، ۱۳۹۷).

از نیمه دوم قرن بیستم و با رواج فلسفه قاره‌ای، به‌ویژه پدیدارشناسی، بحث از نمود پدیداری بدن بر کنش‌گران اجتماعی حسب موقعیت‌های گوناگون مورد توجه فیلسوفان نام‌آوری هم‌چون موریس مرلوپونتی قرار گرفت. مرلوپونتی آگاهی را در بدن قرار می‌دهد و بدن را سوژه-بدنی محسوب می‌کند که در جهان پیرامون خود حضور دارد و از طریق تجربه ادراکی با اعیان در ارتباط است (رفیقی، اصغری، و صوفیانی، ۱۳۹۸، ۷۱). وی ضمن عبور از دوگانه ذهن-جسم دکارتی، به طرح مفهوم بدن‌مندی و جایابی آگاهی در بدن پرداخت. دغدغه نظری مرلوپونتی، تنظیم گونه‌ای چارچوب نظری برای



درک رابطه بدن و جهان از طریق جایگزینی آن به جای انفصال دکارتی بین ذهن فعال از یک‌سو، و بدن ساکن از سوی دیگر است (بات و لنگدريج^۱، ۲۰۰۳، ۴۷۹). در حال حاضر، پایه بیشتر آثار جامعه‌شناسی معاصر، در مورد تجسد یا در بدن‌بودگی^۲ از افکار مرلوپونتی ناشی می‌شود. وی با نفی دوگانگی دکارتی، امکان نزدیک شدن به حیات خودآگاه و ناخودآگاه را بدون دور نگه داشتن آن دو از قلمرو جامعه‌شناسی فراهم می‌آورد. از نگاه مرلوپونتی، غلبه بر دوگانه دکارتی در گرو توجه به این مهم است که موجودات انسانی را نباید فقط ذهن محض (شناسنده) یا مطلق بدن تلقی نمود و متقابلاً، لازم است طبیعت و ذات کلی آن‌ها به عنوان ذهن شناسنده در نظر گرفته شود (مرلوپونتی^۳، ۱۹۶۵). در نگاه مرلوپونتی، بدن عین شناسا و شناسا نیز عین بدن فرض می‌شود و افتراق بین بدن و ذهنیت، تنها محصول تفکر انتزاعی پیرامون طبیعت انسانی بوده است (کراسلی^۴، ۱۹۹۵). مفهوم بدن - شناسنده، تلاشی در جهت بازاندیشی روابط و مناسبات فیما بین ذهن، بدن و جهان پیش روی آن است. به علاوه، باید در نظر داشت که فناوری‌های نو مفاهیم این حوزه را تحت تأثیر قرار می‌دهند. مواجهه با فناوری‌های نوینی چون هوش مصنوعی در عرصه‌های زیستی و درمانی، نه تنها مرزهای سنتی ذهن و بدن را در هم می‌ریزد، بلکه ضرورت بازاندیشی نسبت ما با تکنولوژی، اخلاق، و آموزش را به مثابه سازه‌هایی در قلب تجربه زیسته انسان مدرن برجسته می‌سازد؛ درواقع، ورود فناوری‌های هوشمند به حوزه‌هایی چون سلامت، بار دیگر این پرسش را پیش می‌کشد که چگونه بدن انسانی در متن مناسبات فناورانه نو، تجربه می‌شود (تمرایی و دیگران، ۲۰۲۴). بدین سان، همان‌گونه که ذهنیت فی‌نفسه با جسمانیت تداخل پیدامی‌کند، ماهیت جهانی که بدن - شناسنده در آن به ایفای نقش می‌پردازد نیز به صورت متداخل و بین تجسیدی خواهد بود.

1. Butt & Langdridge
2. embodiment
3. Merleau Ponty
4. Crossly

جدول ۱. خلاصه مهم‌ترین دیدگاه‌های فلسفی ناظر بر رابطه نفس و بدن

اندیشمند	کلیت دیدگاه نظری
افلاطون	نفس به‌عنوان امر قدیم و روحانی (سرکشیک، فاطمی‌نیا، و رفیعی هنر، ۱۴۰۱). نفس به‌مثابه محبوس در زندان تن؛ تن به‌منزله گور نفس؛ نسبت نفس و بدن مانند نسبت صنعت‌گر و ابزار کار؛ نفس به‌عنوان امر جاودان، بسیط، تقسیم‌ناپذیر و دور از ترکیب و تجزیه (شجاری، ۱۳۸۶).
ملاصدرا	نفس به‌عنوان امر جسمانی در مرحله پیدایش و امر روحانی در مرحله بقا؛ ترکیب حقیقی نفس و تن؛ تأثیر دوسویه تن و نفس بر یکدیگر. (سرکشیک، فاطمی‌نیا، و رفیعی هنر، ۱۴۰۱). نفی ثنویت نفس و بدن؛ نفس به‌عنوان صورت بدن و ترکیب اتحادی نفس و بدن؛ حرکت و سریان دائمی جوهر جسمانی و حادث شدن نفس از جسم به واسطه حرکت جوهری (شجاری، ۱۳۸۶).
رنه دکارت	شک‌پذیری بدن؛ شک‌ناپذیری نفس؛ متفاوت بودن بدن از نفس؛ ادراک واضح و متمایز مبتنی بر وجود خدا و فریبکار نبودن او؛ مغایرت کامل میان نفس و بدن. (شکری و کردفروزجایی، ۱۳۹۰).
مرویس مرلوپوتی	امکان‌پذیری حضور سوژه در جهان به‌وسیله بدن؛ بدن به‌منزله سوژه ادراک و محل استقرار آگاهی؛ تبلور عینیت در تجربه ادراکی، نه آگاهی استعلایی؛ انتقاد همزمان از تعقل‌گرایی و تجربه‌گرایی به‌عنوان بنیادهای تفکر عینی؛ فرارفتن از دوگانه آگاهی-طبیعت و تلاش برای کنارهم‌گذاری گشتالتی آن‌ها؛ تأکید بر قصدمندی عملی مندرج در آرزوها و ارزش‌گذاری‌ها؛ تأکید بر بدن‌زیسته آشکار شده در تجربه اول‌شخص ما از خودمان؛ اهمیت شناخت عملی و حصول آن از طریق عادات و مهارت‌های بدنی. (رفیعی، اصغری، و صوفیانی، ۱۳۹۸). بدن به‌مثابه ابژه و سوژه؛ بدن به‌منزله سوژه مُدِرک و تجسدیافته؛ بدن به‌مثابه خاستگاه بقیه امور و امکان معنادار شدن اشیای جهان مشروط به ارتباط یافتن بدن با آن‌ها؛ وحدت و آمیختگی حواس انسانی؛ جسم‌مند بودن احساسات انسان و نبود احساس به‌وجهی مستقل از بدن (شفیعی و کاوندی، ۱۴۰۱).



در آخرین محور از مباحث نظری، زمینه‌پردازی بیماری سندروم روده حساس ذیل مناسبات اکنون حاکم بر جهان مدرن کانون بحث را تشکیل می‌دهد. بیماری‌های روان‌تنی^۱ حاصل تأثیر روان بر جسم هستند که اختلالات جسمی را به‌واسطه شرایط ناخوشایند ذهنی رقم می‌زنند. به‌بیان دیگر، بیماری‌های روان‌تنی، ناظر به دسته‌ای از اختلالات هستند که «بودشان» در ساحت روان، اما «نمودشان» در عرصه بدن پدیدار می‌شود. مبتلایان به بیماری‌های روان‌تنی ذیل طیف گسترده‌ای از دغدغه‌ها، نگرانی‌ها و فشار روانی زیست‌شده، اختلالات جسمانی متعدد را در سیستم‌های مختلف بدن، از جمله در دستگاه گوارش - در قالب عارضه سندروم روده حساس - تجربه می‌کنند. در مجموع، امکان ایجاد اختلالات روان‌تنی در همه بخش‌های بدن مانند قلب و عروق، پوست، سیستم تنفسی، دستگاه گوارش و غیره وجود دارد. در این میان، بیماری‌های

1. Psychosomatic



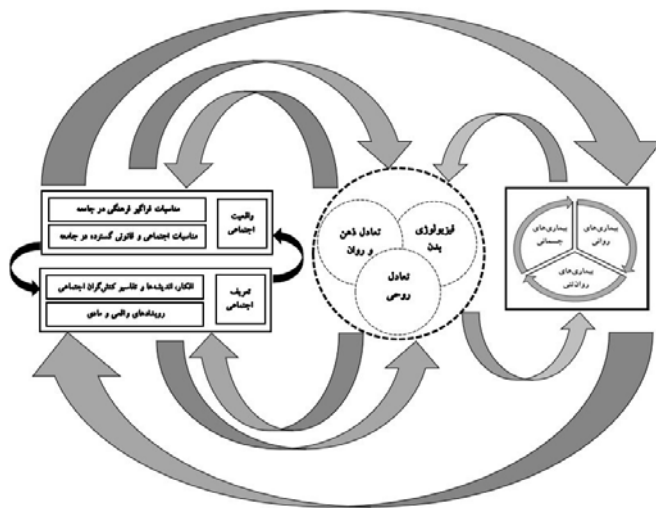
روان‌تنی دستگاه گوارش، به‌ویژه دردهای راجعه^۱ شکم (بین ۱۰ تا ۱۵ درصد) و سندروم روده تحریک‌پذیر (بین ۱۳ تا ۲۶ درصد، با ۱۲ مرتبه مراجعه به پزشک در سال به‌ازای هر بیمار) از شیوع بالاتر برخوردار هستند (خواجه دلویی، وثوقی‌نیا، بهادری، خسروی، اسماعیل‌زاده، گنجی، اخوان‌رضایت، و محمودی، ۱۳۹۳).

امروزه در سطح کلان، الگوهای زندگی به‌طور فزاینده پیچیده، دشوار و استرس‌زا شده‌اند؛ بر پایه فرض غالب، اضطراب در تمام مراحل و به‌عنوان جزئی از شرایط زندگی همواره وجود دارد. فرایند اضطراب اجتماعی حاصل ترکیب سه قلمرو مفهومی است؛ (۱) منابع اضطراب نظیر حوادث و فشارهای مزمن زندگی؛ (۲) میانجی‌ها و تعدیل‌کننده‌های اضطراب از قبیل حمایت اجتماعی و سبک‌های مقابله؛ (۳) تجلیات و پیامدهای اضطراب از لایه‌های میکروبیولوژی تا نمودهای عاطفی و رفتاری بیرونی (ریاحی و رهبری، ۱۳۹۳). در خصوص بیماری‌های روان‌تنی، عوامل استرس‌زای مزمن نظیر دلواپسی نسبت به وضعیت مالی، روابط شخصی و زناشویی، نگرانی بابت آینده فرزندان و هزینه‌های تحصیلی و آموزشی آن‌ها، تعارضات میان مناسبات کار و خانواده و جوه مسئله‌مند بیماری را تشکیل می‌دهند. از منظر جامعه‌شناختی، نوع مواجهه افراد با عوامل استرس‌زای مزمن در ربط وثیق با پایگاه اجتماعی آن‌ها قرار دارد. عملکرد کنش‌گران اجتماعی در رویارویی با عوامل استرس‌زا و حل و فصل مشکلات ناشی از عوامل فوق‌الذکر حسب تنوع در میزان دسترسی به منابع شخصی و اجتماعی و نیز متأثر از نقش‌ها و پایگاه اجتماعی‌شان متفاوت است. واقعیت اخیر، اهمیت بسیج منابع را به منظور مقابله با عوامل استرس‌زا به‌روشنی نشان می‌دهد؛ دقیقاً از همین نقطه‌نظر است که کژکارکردهای ساختاری و به دنبال آن،

۱. درد راجعه - درد ارجاعی - ناظر به حالتی است که طی آن، شخص دردی را در قسمتی از بدن احساس می‌کند که در واقع، ناشی از درد یا آسیب در بخش دیگری از بدن است. برای مثال آسیب دیدگی لوزالمعده (پانکراس) می‌تواند باعث ایجاد درد پشت شود، یا حمله قلبی می‌تواند محرک درد فک باشد. دلیل درد راجعه را باید در متصل‌بودگی عصب‌های درون بدن انسان با یکدیگر جست‌وجو کرد. وقتی بدن دچار یک محرک درد می‌شود، سیستم عصبی پیام درد را به مغز می‌رساند. در مرحله بعد مغز پیامی در مورد تجربه درد برای بدن ارسال می‌کند. برخی از اوقات بر اساس چگونگی گسترش عصب‌ها در بدن، مغز پیامی در مورد درد به قسمتی متفاوت از بدن غیر از ناحیه‌ای که درد از آن نشأت گرفته است، ارسال می‌کند. هم‌چنین، سیناپس‌ها، نقاط تماس عصب‌ها و رفلکس‌هایی که شخص ممکن است حتی از آنها باخبر نباشد، نیز می‌توانند دلیل پیام‌های دردی باشند که به‌عنوان نشانه‌ای از یک مشکل پزشکی در قسمت دیگری از بدن به یک ناحیه در بدن ارسال می‌شوند (سپروس مؤمن‌زاده، بی‌تا).

ضرورت مواجهه جامعه‌شناختی با بیماری و نقد همزمان فرایند پزشکی‌سازی^۱ اهمیت خود را به میزان گسترده‌ای بر اهل نظر پدیدار می‌نماید. تجربیات استرس‌زا در خلأ ظاهر نمی‌شوند؛ آن‌ها مدلول ساختارهای اجتماعی و حاصل جایگاه اشغال‌شده از سوی فرد در ساختار اجتماعی، مشتمل بر نظام قشربندی اجتماعی (طبقه، نژاد، جنسیت، قومیت، سن) و نهادهای اجتماعی (پایگاه و نقش‌های اجتماعی) هستند. باید تأثیر فناوری در زندگی امروزی را نیز در نظر گرفت؛ در جهانی که فناوری بدل به مؤلفه‌ای جدایی‌ناپذیر از زندگی روزمره شده، نمی‌توان از اثرات آن بر کیفیت زیست اجتماعی و سطوح تجربه‌شده اضطراب چشم پوشید؛ به‌ویژه آن‌گاه که این فناوری‌ها بدون پشتوانه راهبردی و نظام ارزشی پایدار به کار گرفته شوند و خود به منشأی برای اختلال در نظم روانی بدل گردند (سروری سرابی و دیگران، ۲۰۲۳). در همین راستا، بنا بر مطالعات، ۲۳ تا ۵۰ درصد از تفاوت‌های مشاهده‌شده در وضعیت سلامت روان از طریق تفاوت در رویارویی فرد با عوامل استرس‌زای حاصل از جنسیت، وضعیت تأهل و شغل قابل تبیین هستند (تاسیگ^۲، میکلو^۳، و سوبدی^۴، ۱۳۹۳، ۱۸۶). در مجموع، آن دسته از افرادی که در سلسله‌مراتب اجتماعی پایین‌تر قرار دارند، به واسطه کنترل کمتر بر شرایط و تجربه بیشتر استرس‌های طولانی و عواطف منفی، در معرض احتمال بیشتر ابتلا به بیماری با نمودها و نتایج فیزیولوژیکی قرار دارند. به موجب نتایج مطالعات مبتنی بر سبب‌شناسی اجتماعی بیماری^۵، عوامل اجتماعی سهم ۵۰ درصدی از بسترهای مؤثر در بروز بیماری‌ها را به خود اختصاص داده‌اند؛ این در حالی است که ژنتیک و بیولوژی ۱۵ درصد، محیط فیزیکی ۱۰ درصد و سیستم بهداشت و درمان ۲۵ درصد از زمینه‌های مؤثر در بروز و ابتلای به بیماری در میان کنش‌گران اجتماعی را تشکیل می‌دهند (نقیبی و چالشگر کردآسیابی، ۱۳۹۶).

1. Medicalizing
2. Tausig
3. Michello
4. Subedi
5. social etiology of the disease



شکل ۲. بازنمایی تصویری بازتولید بیماری در بستر مناسبات اجتماعی از منظر ملاحظات جامعه‌شناسی پزشکی

فرایند تکثیر اضطراب از دیگر ملاحظات بسیار مهم در امتداد فرایند اضطراب اجتماعی است که ضمن برخورداری از اهمیت بسیار بالا، قدرتمندی تبیین‌های جامعه‌شناختی از بیماری از یک‌سو و بسنده نبودن مواجهات زیست‌شناختی، پزشکی، روان‌پزشکی و روان‌کاوانه با بیماری از سوی دیگر را در سیاست‌گذاری مناسبات سلامت و بیماری در جامعه رؤیت‌پذیر می‌سازد. به موجب فرایند تکثیر اضطراب، عامل استرس‌زای اولیه باعث به وجود آمدن عوامل استرس‌زای ثانوی، انتقال آن به فرد دیگر و برانگیخته شدن دیگر عوامل استرس‌زا به عنوان بسترهای اساسی ذیربط با فرایند تکثیر استرس می‌شود. (کاکرهام^۱، ۱۳۹۱، ۳۶۲).

۴. روش تحقیق

پژوهش در قالب پارادایم تفسیری و با روش پدیدارشناسی توصیفی تهیه شده است. پدیدارشناسی از بهترین روش‌ها برای فهم تجربیات، احساسات، پنداشته‌ها و قصد و

نیات افراد در امور، وقایع و شرایط مختلف زندگی شان است (فراستخواه، ۱۳۹۵، ۷۰). نویسندگان مقاله در کاوش پدیدارشناسانه سندروم روده حساس ضمن فراتر بردن قلمرو آن از گستره زیست پزشکی، تلاش می کنند احساسات، پندارها، تلقیات و تفاسیر مبتلایان را مورد توجه دهند و از بسنده کردن به مطلق رویه مبتنی بر شواهد^۱ مورد تأکید در سنت زیست پزشکی دوری گزینند. مبتلایان به سندروم روده حساس اگرچه واجد ضایعه آسیب شناختی در روده بزرگ و سیستم دفع نیستند، اما، همواره تجربه رنج را زیست می نمایند و کیفیت زندگی آن ها دچار فروکاهش می شود. گردآوری داده با استفاده از مصاحبه عمیق و نیمه ساختاریافته با ۴۴ نفر از مبتلایان مراجعه کننده به مراکز گوارش شهر تهران انجام شده است. آگاهی دهندگان به صورت هدفمند و با امان نظر به معیارهای شمول انتخاب شده اند. داشتن تشخیص قطعی ابتلا به سندروم روده حساس، رضایت قلبی و اظهار علاقه جهت مصاحبه از ملاک های اصلی انتخاب آگاهی دهندگان بودند. نویسندگان با توجه به کاوش های اکتشافی و حسب بصیرت های حاصل از دیدگاه های نظری و پژوهش های تجربی، نمونه گیری هدفمند با حداکثر پراکندگی را برگزیده اند؛ در همین امتداد، معیارهای سن، شغل، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، مدت زمان بیماری، در انتخاب آگاهی دهندگان لحاظ شده اند. مدت زمان مصاحبه ها بین ۳۰ تا ۲۰۰ دقیقه در نوسان بوده است. بیشتر مصاحبه ها با موافقت آگاهی دهندگان ضبط و با توجه به ملاحظات اخلاقی پژوهش و اطمینان بخشی به مصاحبه شوندگان در خصوص محرمانگی اطلاعات به سامان رسیده اند. امکان توقف ضبط صدا و ختم مصاحبه در هر لحظه فراهم بوده است. متعاقب تبدیل مصاحبه ها به متن و خوانش چندین باره متون، فرایند داده کاوی بر پایه روش کلایزی انجام شد و مفاهیم توصیفی اولیه مرتبط با تجربه زیسته سندروم روده حساس (در قالب ۲۵۰۰ کد توصیفی) بدون الصاق سویه تفسیری به آن ها شناسایی شدند. در مرحله بعد و به دنبال حذف کدهای مشابه، باز ترکیب برخی کدهای قبلی و کدگذاری مجدد، معنابخشی به



کدها و استخراج معانی مندرج در اظهارات آگاهی دهندگان، مقولات انتزاعی تر معطوف به تجربه زیسته ابتلا به سندروم حساس شناسایی شدند. سرانجام، طی بازتحلیل، ترکیب و خلاصه سازی مقولات کشف شده قبلی، معانی انتزاعی تر ناظر بر تجربه زیسته سندروم روده حساس استحصال گردید. در آخرین مرحله، ضمن بازپردازش مقولات پیشین، ۱۹ مضمون فرعی و ۵ مضمون نهایی در قالب عبارات مختصر، موجز و شفاف بر ساخت شدند. ملاحظات معطوف به روایی و پایایی در معنای کیفی آن از طریق اشتراک گذاری یافته های مضمونی با ۳ نفر از آگاهی دهندگان مورد توجه قرار گرفت و جرح و تعدیل های مختصر در نوع صورت بندی مضامین بر ساختی صورت پذیرفت.

جدول ۲. مشخصات دموگرافیک آگاهی دهندگان پژوهش

جنس	سن	وضعیت تاهل	شغل	تحصیلات	مدت ابتلا	مدت مصاحبه (دقیقه)
زن	۱۹	مجرد	محصل	دیپلم	۲ سال	۷۵
	۲۲		دانشجو	دانشجوی کارشناسی	۵ سال	۱۵۰
	۲۳				۵ سال	۱۸۰
	۲۹		منشی	لیسانس	۳ ماه	۱۱۰
	۲۵		مریبه مهد کودک		۱ سال	۸۰
	۳۱		کارمند		۱/۵ سال	۶۰
	۳۵	متاهل	مدیر پروژه	دانشجوی ارشد	۵ ماه	۷۰
	۲۶		کارمند	لیسانس	۶ ماه	۱۲۰
	۳۴				۸ ماه	۱۴۰
	۳۷				۲ سال	۳۰
	۲۷		راننده		۴ سال	۵۰
	۳۳		طراح وب	فوق لیسانس	۵ سال	۷۰
	۴۰		مدیر فروش		۳ سال	۱۲۰
	۲۹		مهندس معماری		۲ سال	۷۰
	۳۲		کارگر تولیدی	دیپلم	۷ ماه	۹۰
	۳۱		خانه دار	سوم راهنمایی	۹ ماه	۴۰
	۳۳			لیسانس	۲ سال	۲۰۰
	۳۷					۶۵
	۳۰			کاردانی	۵ سال	۱۰۰
	۲۹		آرایشگر	فوق دیپلم	۶ ماه	۲۰
	۳۹		دستیار دندان پزشکی		۴ ماه	۵۰
	۳۷	مطلقه	مریبه فنی و حرفه ای	لیسانس	۸ ماه	۶۰
	۳۰		کارمند	دانشجوی انصرافی	۷ ماه	۱۸۰
	۴۰		پرده دوز	دیپلم	۲ سال	۱۲۰
	۲۷		کشاورز	دانش آموز پایه ۱۲	۶ ماه	۵۰
	۲۳	مجرد	دانشجو	دانشجوی کارشناسی	۸ ماه	۶۰
	۲۳				۳ سال	۷۰

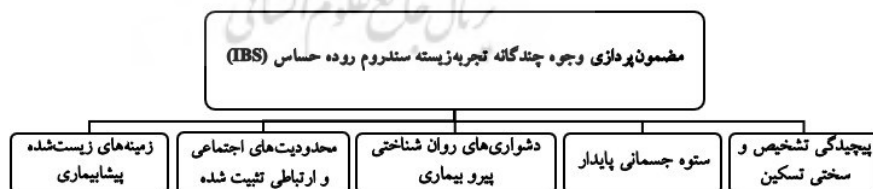




جنس	سن	وضعیت تاهل	شغل	تحصیلات	مدت ابتلا	مدت مصاحبه (دقیقه)
	۲۵	تاهل	کارگر	دیپلم	۱/۵ سال	۵۰
	۳۸		بیکار		۴ ماه	۹۰
	۲۷		راننده		۱ سال	۵۰
	۳۸		حسابدار	لیسانس	۱ سال	۵۰
	۲۲		مهندس عمران		۶ ماه	۳۵
	۲۸		بازاریاب		۴ سال	۴۵
	۳۰		بیکار		۱ سال	۶۰
	۲۵		کارآموز دامپزشکی	دانشجوی دامپزشکی	۱ سال	۳۵
	۳۸	متاهل	حسابدار	دانشجوی ارشد	۴ سال	۴۵
	۴۰		مدیر مالی		۳ سال	۶۰
	۳۶		فرهنگی	فوق لیسانس	۳ سال	۴۵
	۳۸		کارمند		۳ سال	۴۵
	۳۴		فرهنگی	دانشجوی دکتری	۱ سال	۵۵
	۳۹		فروشنده	لیسانس	۲ سال	۷۵
	۳۴		کارمند		۳ سال	۵۰
	۲۸		کارشناس بیمه		۶ ماه	۹۰
	۲۶		نظامی		۲ سال	۴۵

۵. یافته‌ها

در این مطالعه، طی چند مرحله تجرید داده‌های انضمامی، تعداد ۵ مضمون نهایی بر ساخت گردید؛ مضامین نهایی زوایای گوناگون تجربه زیسته ناظر بر بیماری سندروم روده حساس را در میان مشارکت‌کنندگان نشان می‌دهند. ویژگی‌های دموگرافیک مصاحبه‌شوندگانی که گزیده‌های منتخب از اظهارات آن‌ها ذیل ایضاح مضامین درج شده‌اند، به ترتیب گزیده‌ها در انتهای هر پاراگراف آورده شده‌اند.



شکل ۳. مضامین مرتبط با تجربه زیسته ابتلا به سندروم روده حساس

۵-۱. پیچیدگی تشخیص و سختی تسکین

مضمون «پیچیدگی تشخیص و سختی تسکین» نشان‌دهنده رفتاری‌ها و مناسباتی است که مصاحبه‌شوندگان در جریان استخدام رویه‌های زیست‌پزشکی برای رسیدن به تشخیص قطعی و نیز در مقام کاربست اقدامات متنوع کنترلی و تسکینی معطوف به بیماری تجربه کرده‌اند. طولانی‌شدن روند تشخیص بیماری، انجام آزمایش‌های پاتولوژی و تصویربرداری‌های متعدد از دستگاه گوارشی از جمله سختی‌های زیست‌شده در این باره است:

«خیلی زجر کشیدم تا [دکتر] فهمیدند کولیت عصبی دارم؛ ۳ تا دکتر گوارش رفتم، ۲ تا دکتر زنان، یه دکتر اورولوژی؛ یه عالمه آزمایش خون، ادرار، مدفوع، سونوی شکم، کلیه، مثانه، رحم، تخمدان و اندوسکوپی [انجام] دادم؛ جیگر در اومد؛ از استرس داغون شدم تا معلوم شد بیماریم کولیت عصبیه». (زن، ۲۳ ساله، مجرد، دانشجو).

مراجعه به تخصص‌های گوناگون و پشت سر گذاشتن انواع آزمون و خطاها از دیگر سختی‌های تجربه‌شده مبتلایان در فرایند تشخیص است.

«آن‌قدر دردم بدجور بود، ترسیدم کیست تخمدان باشه یا اندومتریوز^۱، رفتم دکتر زنان، سونوی واژینال [انجام] دادم، گفت مشکلی ندارم. بعدش رفتم متخصص داخلی، معاینه کرد و آزمایش داد بهم. آزمایشم سالم بود، اما چون پیوست هم داشتم، گفت باید بری متخصص گوارش». (زن، ۳۲ ساله، متأهل، کارگر تولیدی).

صرف هزینه‌های مالی زیاد و عدم دریافت درمان مشخص از دیگر سختی‌های تجربه‌شده در جریان تشخیص و تسکین بیماری است:

«یه دکتر گوارش رفتم، می‌خواست عکس و آزمایش جدید بده؛ واقعاً پول نداشتم؛ با بیمه آن‌قدر پول عکس و آزمایش و سونوگرافی و دارو دادم که بدبخت شدم. جواب عکس و آزمایش‌ها و نسخه قبلی رو نشون دادم و گفتم دارو هام بهم نساخته، ریختم دور». (زن، ۲۸ ساله، متأهل، خانه‌دار).

۱. Endometriosis). اندومتریوز از بیماری‌های نسبتاً شایع در زنان است که طی آن بافت اندومتریوم خارج از رحم رشد می‌کند. لگن شایع‌ترین محل آندومتریوز است که در آن قسمت تخمدان‌ها گرفتار اندومتریوز می‌شوند؛ در این بیماری بافت آستر (مخاط رحم) پرکار در بیرون از محل اصلی (رحم) پایه‌ریزی می‌شود. علت اصلی این اختلال ناشناخته و مبهم است. با این وجود، مواردی نظیر برگشت خون قاعدگی، عمل جراحی برداشتن رحم و ریختن سلول‌های اندومتر به حفره لگن در اثر برش جراحی، انتقال سلول‌های آندومتر توسط رگ‌های خونی و یا اختلال در سیستم ایمنی را از علل عمده ابتلا به آندومتریوز برشمرده‌اند. درد لگنی، قاعدگی دردناک، آمیزش جنسی دردناک (Dyspareunia) و نازایی از جمله نشانه‌های عمده بیماری اندومتریوز هستند.



برخی از مصاحبه‌شوندگان به دنبال ناامیدی از درمان پزشکی، به سنت‌های تشخیصی-تجویزی دگرپزشکی روی می‌آورند؛ تجربه‌ای متفاوت، که در اکثر اوقات، حالت تسکینی و موقتی داشته، و بعضاً با عوارض جانبی همراه بوده است.

«به مدت دارو گیاهی خوردم، بدک نبود، اما حوصله نداشتم [که] خوردنش رو چند ماه ادامه بدم، [مصرف داروهای گیاهی رو] قطع کردم درد و مَرَضام عود کرد». «دیدم داروی شیمیایی فایده نداره، رفتم دکتر طب سنتی؛ چند جور دارو گیاهی بهم داد، بد نبود، اما موقتی بود و لاغرم کرد». «دوسین تجویز کرد؛ ۲ ماهه دارم دوسین می‌خورم، یعنی عسل و سیاه‌دونه؛ به مقدار بهتر شدم، ولی استرسم که زیاد می‌شه، خوردنش فایده نداره». «بعضی شَبَا نعنّاخشک دم می‌کنم، می‌خورم؛ بهم می‌سازه، به کمی دردمو آرام می‌کنه، اما اونم برای چند ساعت خوبه؛ تا عصبی می‌شم دردم شروع می‌شه». «تا دل‌درد می‌شم مادرم می‌دونه مشکلم عصبیه، گل‌گاوزبون دم می‌کنه؛ بد نیست، اما فقط برای دو سه ساعت آرامم می‌کنه، یا فوفوش شب، راحت می‌خوابم». (مرد، ۲۸ ساله، متأهل، کارشناس بیمه)؛ (زن، ۳۰ ساله، مطلّقه، دانشجوی انصرافی)؛ (زن، ۳۷ ساله، متأهل، مربی فنی و حرفه‌ای)؛ (زن، ۳۴ ساله، متأهل، کارمند)؛ (زن، ۳۵ ساله، مجرد، مدیر پروژه).

مراجعه به روان‌پزشک از جمله تجربیات آگاهی‌دهندگان مطالعه است که در پی تشخیص قطعی سندروم روده حساس بدان دست می‌یازند؛ کانون روایت‌های بیماران در این باره، ناظر بر عدم موفقیت درمان‌های روان‌پزشکی، هزینه بالای مراجعه به کلینک‌های روان‌پزشکی، پرهیز از مراجعه به روان‌پزشک و احساس دائمی اضطراب به واسطه ترس از دریافت برچسب‌های منفی از سوی جامعه است.

«رفتم پیش روان‌پزشک، دو تا قرص آرام‌بخش داد که فقط می‌نداختم توی رختخواب. از زندگی افتاده بودم. نمی‌دونستم کی صبحه، کی شبه، بچه کجاست و داره چه کار می‌کنه؛ دیگه نخوردم و بقیه‌ش رو ریختم دور». «دکتر گفت اگر خوب نشدی، باید داروی آرام‌بخش بخوری؛ فقط آدم رو ۱۰-۱۵ ساعت می‌ندازه توی رختخواب؛ وقتی می‌خوابی، یاد می‌ره چقدر مشکل داری؛ دوباره که بیدار بشی [می‌بینی] همه چی عین قبله، فقط به روز خوابیدی، از مشکلات بی‌خبر بودی و اونا رو یادداشت رفته». گفتند باید بری پیش روان‌پزشک؛ یواشکی [رفتم] که کسی نفهمه؛ ۲-۳ تا داروی ضد استرس داد بهم؛ مثل معتادها مدام توی چُرْت بودم، اثری هم نداشت». «دکتر می‌گن برو پیش روان‌شناس؛ نفس‌شون از جای گرم در می‌یاد؛ من که نرفتم؛ ولی هر کی رفته می‌گه روان‌شناس برای نیم ساعت [یا] ۴۰ دقیقه، لااقل ۲۰۰، ۳۰۰ [هزار] تومن [پول] می‌گیره؛ ویزیت روان‌پزشک و داروهای اعصاب هم که سرسام‌آور؛ از کجا بیارم این پول‌ها رو بدم؟». (زن، ۳۲ ساله، متأهل، کارگر تولیدی)؛ (زن، ۳۳ ساله، متأهل، خانه‌دار)؛ (مرد، ۳۰ ساله، مجرد، بیکار)؛ (مرد، ۳۸ ساله، مجرد، بیکار).



۵-۲. ستوه جسمانی پایدار

بیماری سندروم روده حساس شرایط سخت جسمانی را برای مبتلایان رقم می‌زند. آگاهی‌دهندگان در موضع اظهار عوارض جسمانی بیماری، تعبیر «اجابت مزاج مشقت‌بار»، «آشفته‌گی‌های غذایی»، «تقلیل تحرک و فعالیت بدنی»، «حملات ویران‌گر علائم»، «دردهای گنگ و توان فرسا» و «ناراحتی‌های زنانه» را به‌کار می‌گرفتند.

«درد می‌پیچه توی دلم؛ سریع باید برم سرویس؛ چون کامل تخلیه نمی‌شه و دوباره نیم‌ساعت، یه ساعت بعد باید برم سرویس». «یه وقت‌هایی تا چند روز دفع ندارم، از بس می‌رم دستشویی، از خودم بدم می‌یاد». «دستشویی که می‌رم، مدفوعم کامل خارج نمی‌شه، مجبورم با انگشت خارجش کنم؛ روی اعصابمه». «فقط می‌رم دستشویی زور می‌زنم، از [شدت] زور زدن زیاد شقاق گرفتم؛ زخم و درد مقعد اعصابم رو داغون کرده». «از بس بیرون‌روی دارم و تندوتند خودم رو می‌شورم، بواسیر گرفتم، زخم شده، ورم کرده، خون می‌یاد ازش؛ درد داره، می‌سوزه، خارش داره؛ شده قوز بالا قوز». «زور می‌زنم واسه تخلیه و دفعم هم با فشاره؛ مقعدم زخم شده، دکتر گفت هموروئیده^۱. وقتی از دستشویی می‌یام تا یه ساعت نمی‌تونم بشینم، حتی روی یه جای نرم مثل مبیل و تخت». (زن، ۲۶ ساله، متأهل، کارمند)؛ (مرد، ۴۰ ساله، متأهل، مدیر مالی)؛ (زن، ۲۷ ساله، متأهل، راننده)؛ (مرد، ۳۴ ساله، متأهل، کارمند)؛ (زن، ۴۰ ساله، مطلقه، خیاط)؛ (زن، ۲۹ ساله، متأهل، مهندس معماری).

همان‌گونه که ملاحظه می‌شود مبتلایان همزمان از عدم دفع کافی و بیرون‌روی زیاد در قالب یبوست و اسهال-اظهار شکایت نموده‌اند. بیماران سندروم روده حساس علاوه بر مشکلات ناظر بر دفع، آشفته‌گی‌های غذایی را نیز تجربه می‌کنند:

«غذا خوردنم تعطیل شده؛ میل به هیچی ندارم. اگه چند روز هم غذا نخورم، اذیت نمی‌شم. دیگه همین جوری با شوهرم و بچه‌م یه لقمه می‌خورم، اما اصلاً بهم مزه نمی‌ده و خوردن غذا برام لذتی نداره». «از بس از خوردن ترسیدم، اشتها رو از دست دادم و دو سه هفته‌ای هم که سالم‌تر به‌تره و علامتی ندارم؛ دیگه میل نمی‌کشم چیزی بخورم». (زن، ۲۹ ساله، متأهل، آرایشگر)؛ (زن، ۳۳ ساله، متأهل، طراح صفحات وب).

۱. هموروئید (hemorrhoid) از بیماری‌های دستگاه گوارش است که طی آن وریدهای ناحیه تحتانی راست‌روده و مقعد متورم، و کشیدگی دیواره این عروق باعث تحریک می‌شود. عوامل افزایش‌دهنده فشار درون شکمی، به‌خصوص یبوست، نقاش اصلی را بروز بیماری هموروئید ایفاء می‌کنند.



کاهش امکان تحرک، نفخ، ورم شکم، نفس تنگی، دل درد شدید، درد کمر، تهوع و ناراحتی های زنانه از دیگر سختی های تجربه شده در مبتلایان است:

«تا پارسال هفته ای ۲ بار فوتسال می رفتم، اما الان با این درد و اسهال نمی شه ورزش کرد؛ یهو وسط راه یا دل پیچه می گیرم یا نیاز به سرویس بهداشتی پیدا می کنم و باید سریع برگردم». «از وقتی پیوستم و این درد لعنتی زیر دلم شروع شده، دیگه نمی تونم ورزش کنم؛ نه حوصله دارم، نه انرژی». (مرد، ۲۳ ساله، مجرد، دانشجو)؛ (زن، ۳۲ ساله، متأهل، کارگر تولیدی).

در زنان مبتلا، درهم تنیدگی اقتضانات دوران قاعدگی و عوارض جسمانی سندروم روده حساس شرایط سخت را برای آن ها رقم می زند:

«خیلی وقته پیرودم نامنظمه؛ وقتی هم [پریود] می شم، اسهال دارم؛ پشت سر هم خونریزی زیاد و اسهال [دارم]. پدرم درمی یاد توی اون یه هفته که پیرودم». «وقتی پریود می شم، درد تخمدانم به درد شکم اضافه می شه؛ جون می گنم تا پیرودم تموم بشه». «از وقتی مریض شدم، موقع رابطه جنسی یه دردی دارم که می خوام از درد بمیرم؛ از اون موقع دیگه با شوهرم رابطه ندارم، چون به جای لذت، باید عذاب بکشم». (زن، ۳۳ ساله، متأهل، خانه دار)؛ (زن، ۲۹ ساله، مجرد، منشی)؛ (زن، ۲۶ ساله، متأهل، کارمند).

شدت و گستره شکمی درد حاصل از سندروم روده حساس به گونه ای است که برخی مبتلایان آن را به «درد زایمان»، «سوراخ کردن بدن با میله داغ» و «قرار داشتن یک خروار سنگ در بدن» تشبیه کرده اند:

«زیر شکم خیلی درد می کنه، بعضی وقت ها دردم که زیاد می شه کمر و پهلوهام می خوان منفجر بشن؛ دردهام از درد زایمان هم وحشتناک تره. هر جا باشم زمین گیر می کنه». «وقتی دردم شروع می شه، زندگیم فلج می شه، یهویی شکمم می خواد از درد بترکه». [محل درد] درست کنار نافمه، انگار نافم داره با یه میله داغ سوراخ می شه، خیلی اذیتم می کنه». «دل پیچه می گیرم مثل درد زایمانه، ولی از موقع زایمان هم شکمم سنگین تره؛ وقتی می رم دستشویی، انگار توی شکم یه خروار سنگ بوده و یهو خالی شده». گاز روده، پدرم رو درمی یاره؛ مجبورم نوشابه، فست فود، حبوبات یا غذاهای تند نخورم یا کم بخورم، چون بعد خوردنش به غلط کردن می افتم». (زن، ۳۰ ساله، مطلقه، دانشجوی انصرافی)؛ (زن، ۳۷ ساله، متأهل، خانه دار)؛ (زن، ۳۱ ساله، مجرد، کارمند)؛ (زن، ۲۷ ساله، متأهل، راننده)؛ (زن، ۳۱ ساله، متأهل، خانه دار).





در برخی موارد، مبتلایان به‌رغم منع پزشکی، اما، در مصاف با فشارهای هنجاری حاصل از شبکه‌های دوستی و خانوادگی، و با هدف اجتناب از طرد اجتماعی، به‌ناچار، ناگزیر از کنار گذاشتن محدودیت‌های پزشکی می‌شوند.

«سیگار و قلیون که می‌کشم دردم بدتر می‌شه؛ حاضرم غذا نخورم، از گرسنگی بمیرم، اما سیگارمو نذارم کنار. قلیون از دلخوشی هامه. با دوستانم که بیرون هستیم، اگه هماهنگ نباشم، منو توی لیست سیاه می‌ذارن». «توی مهمونی‌ها و عروسی‌ها مشروب هم یه کم می‌خوردم؛ از وقتی دکتر گفته نخور، کمترش کردم؛ مشروب، مثل سیگار و قلیون معده و روده‌م رو می‌ریزه به‌هم، اما نمی‌تونم اصلاً نخورم، [چون] اون وقت باید توضیح بدم که چه مشکلی دارم و قصه زندگیم رو تعریف کنم که توی مهمونی یا عروسی‌ای که همه مشروب می‌خورن، من چرا لب نمی‌زنم». (مرد، ۲۳ ساله، مجرد، دانشجو)؛ (مرد، ۳۰ ساله، مجرد، بیکار).

۵-۳. دشواری‌های روان‌شناختی پیرو بیماری

شرایط بعدی عارض شده بر جسم افراد مبتلایان به سندروم روده حساس صورتبندی روان‌شناختی آنان را از خود متأثر می‌سازد. از حیث روانی، مبتلایان خود را در معرض استرس‌های پایان‌ناپذیر بازشناسایی می‌کنند؛ نگرانی‌های پایدار ناظر بر سندروم روده حساس را می‌توان ذیل عنوان «اختلالات اضطرابی تعمیم‌یافته» بازشناسایی نمود که احتمالاً متأثر از یک اتفاق پراسترس یا یک دوره از استرس‌های شدید در زندگی به‌وقوع می‌پیوندند (محمدی، ۱۴۰۱؛ نقل از: شالچی، ۱۳۹۶: ۹). مزید بر مواردی نظیر کم‌حوصلگی، پرخاشگری و فروکاهش انگیزه، استرس از هجمه علائم بیماری، اضطراب از نیاز مکرر به سرویس بهداشتی، نگرانی از افشای بیماری برخی از مهم‌ترین تنش‌های دائمی گزارش شده در مطالعه هستند.

«حوصله دکتر رفتن و دارو خوردن رو ندارم؛ کلافه‌ام، داغونم؛ نمی‌دونم باید چه‌کار می‌کردم که نکردم. نمی‌دونم این کابوس کی تموم می‌شه. کم آوردم؛ این مریضی وامونده هیچ‌جوری خوب نمی‌شه؛ مطمئنم همین‌جوری تو بیچارگی می‌مونم تا بمیرم». (زن، ۲۷ ساله، متأهل، راننده).

استیصال نهادینه با رقم‌زدن درد نامتناهی و احساس ملال مستدام در مبتلایان، آرزوی مرگ را در کنار تجربه «شرمساری» تبدیل به عنصر آشنا برای آنان نموده است.

«آرزوم اینه که وقتی دل دردهای شدید می گیرم، خوب نشم، و از درد، توی رختخوابم بمیرم؛ خودم که جرأت خودکشی ندارم، بلکه این درد لعنتی من رو بکشه، راحت بشم». توی محل کارم عذاب می کشم؛ از ۸ صبح تا ۵ بعد از ظهر که سرکارم، به خاطر حفظ آبروم، از دل درد، فشار گاز روده و ترس نگه داشتن این همه گاز، تندوتند دستشویی رفتن و بواسیر، صد بار می میرم و زنده می شم». اگه جایی باشم که مجبور بشم خودم رو نگهدارم، از دل درد و فشار بدیخت می شم، می خوام بمیرم از درد و اذیت؛ می ترسم آبروم بره؛ خجالت داره». «توی مدرسه و کلاس آبرو نداشتم؛ واسه معلما و بچه ها خالی بستم که سنگ کلیه دارم تا کمتر مسخره کنن؛ همین جوری شدم سوژه خنده و مسخره بازی هاشون». هرکی سؤال می کنه، می گم زخم معده دارم؛ فامیل، دوست و آشناها براشون مهم نیست؛ فقط برای دخالت می پرسند که آدم چه مرگشه». (مرد، ۲۲ ساله، مجرد، مهندس عمران)؛ (مرد، ۲۵ ساله، مجرد، کارگر)؛ (زن، ۲۸ ساله، متأهل خانه دار)؛ (مرد، ۱۹ ساله، مجرد، محصل)؛ (مرد، ۴۰ ساله، متأهل، مدیر مالی).

رؤیت پذیری برخی از عوارض جسمانی بیماری نظیر صدای زننده شکم و حضور طولانی مدت و پرتکرار در سرویس بهداشتی، تجربه شرم را تثبیت، و آن را به عنوان بخش آزاردهنده زیست جهان زندگی روزمره مبتلایان بر آنان پدیدار نموده است.

«می ترسم توی جمع باشم، نفخ گرفتم، سروصدای شکم آن قدر زیاده که همه جا آبروم رو می بره؛ یه روز، سر امتحان یهو شکمم یه صدایی داد، همه برگشتن، نگاه کردن؛ می خواستم بمیرم از خجالت؛ نفهمیدم امتحانم رو چی جوری دادم و اودم بیرون». عصبی که می شم، معدهم پراز باد می شه؛ خیلی بده، نمی شه کنترلش کرد؛ آدم رو دیوونه می کنه؛ اگه بیرون باشم، از ترس این که آبروم نره، استرسم بیشتر و حالم بدتر می شه». این مریضی لا کردار یه جوریه که آبرو برات نمی ذاره؛ هیچ جوری نمی شه کنترلش کرد که دیگران کمتر بفهمن چته؛ آبروریزش آدم رو عصبی می کنه». (زن، ۲۵ ساله، مجرد، مربی مهد کودک)؛ (زن، ۳۹ ساله، متأهل، دستیار دندانپزشکی)؛ (مرد، ۲۶ ساله، متأهل، نظامی).

مراتب گسترده ای از تصویر منفی بدنی برساخت شده در میان مبتلایان متأثر از بازخوردهای نامناسب دریافتی در جریان تعامل با دیگران است.

«از خودم بدم می یاد؛ اگه ترسو نبودم شاید خودکشی می کردم؛ الان، مثل احمق ها فقط شب و روز رو می گذرونم». «خیلی مواظب غذا خوردنم هستم، برای ترس از دل درد و اسهال؛ توی یه سال ۱۵ کیلو وزن کم کردم؛ موهام داره می ریزه؛ یوست صورتم چروک افتاده؛ دستام از ضعف می لرزه؛ از خودم بدم اومده، با این قیافه ناجور». «لباسام به تم زار می زنن، از قیافه افتادم؛ بدم می یاد برم جلوی آینه خودمو نگاه کنم، به خصوص صورتم که این جوری استخون هاش زده بیرون، خیلی بد شده؛ شبیه معتادا شدم؛ خجالت می کشم با این قیافه و هیکل جایی برم». «به خاطر کم غذایی توی این ۱ سال، ۸ کیلو لاغر شدم؛ مریضی و درد هیکلم رو داغون کرده؛ از هیکلم متنفرم». (زن، ۲۲ ساله، مجرد، دانشجو)؛ (زن، ۲۳ ساله، مجرد، دانشجو)؛ (زن، ۳۴ ساله، متأهل، کارمند)؛ (مرد، ۱۹ ساله، مجرد، محصل).



۵-۴. محدودیت‌های اجتماعی و ارتباطی تثبیت‌شده

مصاحبه‌شوندگان طیف گسترده محدودیت‌ها و مضیق‌های عینی تجربه‌شده در جریان تعامل با دیگران را روایت نموده‌اند. قبل از این، مطابق با مضمون «دشواری‌های روان‌شناختی پیرو بیماری»، تلقی‌های فردی و ذهنی بر ساخت‌شده محور اصلی اظهارات مبتلایان را تشکیل می‌دادند؛ به‌طور متقابل، بر پایه مضمون «محدودیت‌های اجتماعی و ارتباطی تثبیت‌شده» تحمیل‌های بیرونی برآمده از بیماری در جریان مناسبات شغلی، خانوادگی، زناشویی و در مواردی، نحوه اقدامات عملی بعدی در مواجهه با آن‌ها کانون تأکید قرار گرفته‌اند. مضیق‌های اجتماعی و ارتباطی به‌طور توأمان، ساحت‌های «مناسبات زناشویی»، «مناسبات خانوادگی-خویشاوندی»، «مناسبات پزشک و بیمار» و «مناسبات شغلی» را تحت الشعاع خود قرار داده‌اند. در همین امتداد، گسست پیوندهای عاطفی میان زوجین و انحلال روابط زناشویی از جمله تجربه‌های پرتکرار در حوزه مناسبات زناشویی مبتلایان به سندروم روده حساس است:

«میل جنسیم کم شده؛ دیگه دکتر نفتم؛ چند جور یودر، قرص و ریشه جنسینگ برای زیاد شدن میل جنسی خوردم، اما اثر نداشت». «تا نصفه شب بیدارم؛ شوهرم بیدار می‌شه، عصبانی می‌شه و غر می‌زنه که چرا بیدارش کردم». «وسط رابطه [جنسی] یهو حالم بد می‌شه، باید برَم دستشویی؛ از خودم خجالت می‌کشم، جلو شوهرم خجالت می‌کشم؛ می‌فهمم از دستم خسته شده، اما [چیزی] بهم نمی‌گه که حالم بدتر از این نشه». خانمم به رابطه رغبت نشون نمی‌ده؛ اوایل مریضم خیلی غرغر می‌کرد و به خاطر مشکلات رابطه‌مون تحقیرم می‌کرد، اما الان یه مدته چیزی نمی‌گه؛ فقط خیلی سرد شده؛ شب‌ها برای خوابیدن، من رو می‌فرسته توی سالن، روی کاناپه بخوابم». (مرد، ۳۸ ساله، متأهل، حسابدار)؛ (زن، ۲۹ ساله، متأهل، مهندس معماری)؛ (زن، ۲۸ ساله، متأهل خانه‌دار)؛ (مرد، ۳۹ ساله، متأهل، فروشنده).

در سطور بعدی، برخی از پرتکرارترین تجربیات زیست‌شده ناظر بر اختلالات پیش‌آمده در حوزه «مناسبات شغلی» آورده شده‌اند.

«همکارام، زیاد دستشویی رفتم و رو برام دست‌گرفتن؛ یشت در دستشویی مثل خم... بهم می‌خندن». «توی محل کار، اذیت می‌شم؛ یک‌سره توی دستشویی‌ام؛ رئیس صد بار بهم تذکر داده که اگه مریضم درمان نمی‌شه به فکر شغل دیگه‌ای باشم». «دفتر بیمه دارم؛ باید مدام حضوری یا تلفنی با مشتری حرف بزنم، سروکله بزنم. تا می‌یام تمرکز کنم و جواب یه مشتری رو بدم، دلم



شروع می‌کنه به پیچ‌زدن و باید خودم رو برسونم به سرویس». (از وقتی سندروم روده حساس گرفتم، بعضی روزها یا خواب می‌مونم، یا درد و اسپاسم. [و] بی‌حالی، که مال بد خوابیدنمه، نمی‌ذاره از رختخواب کنده بشم؛ برای همین، دیر می‌رسم سر کارم؛ رئیس از توی دوربین می‌بینه و چند بار تا حالا منو توی دفترش خواسته؛ تأخیرهامو زده پای مرخصی‌هام). «همش قول دادم که بیماریم مشکل برای کارم درست نکنه؛ استرس این‌که توی محل کارم حال بد بشه، بیشتر حال رو بد می‌کنه». «هر جایی نمی‌تونم برم کار کنم؛ با این درد لعنتی هر کاری نمی‌تونم بکنم. یه پراید مدل پایین دارم که بیشتر وقت‌ها هم خرابه؛ دارم مجبوری باهاش کار می‌کنم که گرسنه نمونیم؛ با این مریضیم کار دیگه‌ای آرم بر نمی‌یاد». (مرد، ۲۵ ساله، مجرد، کارآموز دندانپزشکی)؛ (زن، ۲۹ ساله، مجرد، منشی)؛ (مرد، ۲۸ ساله، متأهل، کارشناس بیمه)؛ (زن، ۳۱ ساله، متأهل، کارمند)؛ (زن، ۳۰ ساله، مطلقه، دانشجوی انصرافی)؛ (مرد، ۳۸ ساله، مجرد، بیکار).

مدیریت زجرآور اجابت مزاج، احساس خجالت از مراجعه مکرر به سرویس بهداشتی، تحمل ناراحتی‌های طاقت‌فرسا حین مراجعه به سرویس بهداشتی، آگاهی دیگران از مشکلات مصاحبه‌شوندگان، کنجکاوی پیرامون چندوچون بیماری، و در نهایت، تجربه اذیت و استهزا از ناحیه دیگران، وجه مشترک اظهارات را در خصوص مناسبات شغلی در پیوند با بیماری سندروم روده حساس تشکیل می‌دهد.

حسب اظهارات آگاهی‌دهندگان، نوع مناسبات پزشک و بیمار به مثابه مصداق آشکار از ابعاد اجتماعی و ارتباطی، از جمله ساحت‌هایی است که متأثر از عوارض بیماری سندروم روده حساس صورت‌بندی نامتوازن پیدا کرده است.

«خجالت رو گذاشتم کنار، رفتم دکتر؛ سرخ‌وزرد شدم، مُردم و زنده شدم تا به دکتر گفتم چه مشکلاتی دارم». «از بس وضع ناچور بود، روم نمی‌شد برم دکتر و بگم چه مشکلی دارم؛ تایه سال از خجالت دکتر نفرتم؛ جونم دراومد از خجالت تا گفتم چم شده». «کلونوسکوپي کردم، دكترم آقا بود؛ به حدی خجالت کشیدم که خدا می‌دونه». (زن، ۳۷ ساله، متأهل، خانه‌دار)؛ (زن، ۴۰ ساله، مطلقه، خیاط)؛ (زن، ۳۷ ساله، متأهل، مربی فنی‌وحرفه‌ای).

در روایت‌های زیر، مشکلات برخاسته از ابتلای به سندروم روده حساس که روابط خانوادگی و شبکه‌های دوستی آگاهی‌دهندگان مطالعه را به وجهی منفی تحت‌الشعاع خود قرار داده‌اند، با استفاده از تعبیر گوناگون به تصویر کشیده شده‌اند:

«خانواده درکم نمی‌کنن؛ می‌خوان برن مهمونی، اصرار می‌کنن منم باشم. براشون اهمیت نداره توی چه وضعی‌ام؛ می‌خوان باهاشون باشم، حتی با عذاب و اعمال شاقه؛ از دستشون خسته شدم».





«خانمم می‌بینم چه وضعیتی دارم و از درد داره پدرم در می‌یاد، روزی صد بار می‌رم دستشویی، [ولی به اندازه] یه اپسیلون ناراحت نیست و براش اهمیت نداره که دارم از درد می‌میرم؛ هر وقت حالم بد می‌شه، با خونسردی لباس می‌پوشه و می‌ره بیرون؛ می‌گه حوصله آهوناله و مریض‌داری رو ندارم». «رفیق‌ام برام دست‌گرفتن، مسخره‌م می‌کنن و می‌گن دستشویی رو بکن اتاق خوابت؛ اوایل بهم برمی‌خورد؛ از روی بی‌کسی و تنهایی باهاشون موندم، می‌فهمم براشون مهم نیستم، اما می‌ترسم تنهاتر بشم. «دوستام زیاد دلشون نمی‌خواست با من باشن؛ خیلی جاها من رو نمی‌بردن؛ می‌گفتند سخته، اذیت می‌شی، دلت درد می‌گیره؛ از همه‌شون بدم می‌یاد». «هر وقت می‌خوایم بریم خونه مادرشوهرم، از روز قبلش زیاد چیزی نمی‌خورم، چند تا لیوان چای نبات زعفرونی، چای زنجبیل و عرق نعنا می‌خورم که درد و اسهال سراغم نیاد؛ وقتی می‌رم [اون جا] آرامش ندارم؛ مدام حواسم به این‌ه که حالم بد نشه و آبروریزی نشه؛ مهمونی زهرم می‌شه و برمی‌گردیم خونه». چند بار رفتم مهمونی؛ غذاشون بهم نساخت و دل‌درد شدم و از بس رفتم دستشویی، سوژه خنده شدم. بی خیال مهمونی‌رفتن شدم». «قید رفت و آمد با فک و فامیل، دوست‌و آشنا رو زدم. کسی نمی‌تونه کاری برای آدم بکنه، فقط می‌خوان سَرک بکشن توی زندگی و فضولی کنن، از مریضیت خوشحال بشن و توی دلشون بهت بخندن». (زن، ۲۲ ساله، مجرد، دانشجو)؛ (مرد، ۳۸ ساله، متأهل، حسابدار)؛ (مرد، ۲۳ ساله، مجرد، دانشجو)؛ (زن، ۲۵ ساله، مجرد، مربی مهد کودک)؛ (زن، ۲۹ ساله، متأهل، آرایشگر)؛ (مرد، ۲۲ ساله، مجرد، مهندسی عمران)؛ (زن، ۳۵ ساله، مجرد، مدیر پروژه).

دگر فهمی، رواداری، پرهیز از خشونت‌های کلامی و فیزیکی، تحمل، تاب‌آوری و مدارا از مهم‌ترین عناصر ضروری در تکوین و برساخت تعامل سازنده با کنش‌گران زیربُط در روابط زناشویی، مناسبات خانوادگی و شبکه‌های دوستی است. ضرورت‌های پیش‌گفته در جریان ابتلا به بیماری سندروم روده حساس دچار اختلال می‌شوند و بی‌تاب‌های حاصل از بیماری، با محوریت کنش‌های خشم‌گینانه و پرخاشگرانه، ملاحظات مذکور را از کانون توجه افراد مبتلا دور نگه می‌دارد؛ به عبارت دیگر، ملاحظات یاد شده موضوعیت و طریقت خود را برای مبتلایان به سندروم روده حساس از دست می‌دهند؛ ناتوانی و بی‌انگیزگی افراد مبتلا در التفات خاطر به ضرورت‌های ارتباطی-تعاملی، منجر به بازتولید شرایط مشقت‌بار و در نهایت، قرار گرفتن بیش از پیش مبتلایان در تله جهانی مشکلات و دیگر محدودیت‌های اجتماعی و فرهنگی می‌شود.

«کلافه، بی‌حوصله و دَمَق شدم. [اگر] کار خاصی هم نکنم، [باز هم] خسته‌ام؛ انگار کوه‌کندم». «بیشتر وقت‌ها عصبی، خسته، بی‌حال و داغونم. حوصله هیچی رو ندارم؛ از این زندگی مزخرف حالم به‌هم می‌خوره». «عصبی و پرخاشگر شدم؛ [اگه] شوهرم کمی کلام دوکلام بکنه، غُر

می‌زنم، داد می‌زنم؛ تحملم خیلی کم شده؛ دست خودم نیست؛ این بیماری لعنتی اعصابم رو داغون کرده». «از وقتی مریض شدم، خُلقم تنگ شده، زود عصبانی می‌شم؛ تحمل ندارم؛ چه خونه، چه محل کار؛ تا به چیزی می‌ره رو اعصابم، شروع می‌کنم به دادوبیداد؛ آن‌قدر ادامه می‌دم که دل‌درد می‌گیرم، سر دلم می‌سوزه و از درد و فشار، صدام بالا نمی‌یاد». (مرد، ۳۹ ساله، متأهل، فروشنده)؛ (زن، ۳۳ ساله، متأهل، طراح صفحات وب)؛ (زن، ۳۹ ساله، متأهل، دستیار دندانپزشکی)؛ (مرد، ۲۶ ساله، متأهل، نظامی).

۵-۵. زمینه‌های زیست‌شده پیشابیماری

بیماری حاصل هم‌افزایی مجموعه به‌هم‌پیوسته از عوامل است. فروکاست زمینه‌های مرتبط با بیماری به یک یا چند بستر محدود، تقلیل‌گرایی آشکار در فهم بیماری را موجب می‌شود. در مطالعه حاضر، مصاحبه‌شوندگان به طرح وقایع و موضوعات تجربه‌شده مقدم بر دوره زمانی ابتلا پرداخته‌اند. تجربیات زیسته مقدم بر زمان ابتلا، ضمن رقم‌زدن اضطراب و التهاب در اکنون آگاهی‌دهندگان مطالعه، به‌مراتب در بروز و تشدید سندروم روده حساس ایفای سهم گسترده نموده‌اند.

«مدیر مالی شرکت بودم، درآمد خوب بود، زندگی خوبی داشتم؛ راضی بودم، اما خانومم راضی نبود. چون دلش، زندگی لاکچری می‌خواست، مثل زندگی برادر تازه‌به‌دوران‌رسیده‌ش که با دلالتی ره صد ساله رو به‌شبه رفت و مولتی‌میلیاردر شد». «خانمم تحت فشارم گذاشت که بَرَم سراغ شغل دوم؛ با زن برادر نوکیسه‌ش کورس گذاشت؛ الکی‌الکی خرج زندگی‌م چند برابر شد. چند سال بود که غیر از شغل دوم، پنج‌شنبه‌جمعه‌ها می‌موندم اضافه‌کاری؛ الان هم همین‌طوره؛ خسته شدم؛ آگه هم یه وقت پول برایش جور نکنم، دعوا مرافعه راه‌می‌ندازه، اعصاب من و بچه‌ها رو داغون می‌کنه؛ باید خفه‌خون بگیرم و فقط برایش پول بيارم». «۲ تا شغل دارم؛ ۷ روز هفته، روزی ۱۵، ۱۶ ساعت کار می‌کنم؛ نه تعطیلی دارم؛ نه استراحت، نه آرامش، نه غذای درست و حسابی؛ نه باشگاه، نه ورزش؛ صبح زود از خونه می‌زنم بیرون؛ شب وقتی می‌رسم خونه، جنازه‌ام؛ خسته و کوفته با اعصاب خُرد؛ استرس داره از پا دَرَم می‌یاره». «مثل س... گ از ازدواج گندم پشیمونم؛ آگه احمق نبودم و عجله نکرده بودم، الان با همکارم ازدواج می‌کردم؛ خیلی باهاش مَچَم؛ روحیات مون با هم جفت و جوره؛ سلیقه مون مثل همه؛ با من پایه‌ست». (مرد، ۴۰ ساله، متأهل، مدیر مالی)؛ (مرد، ۳۸ ساله، متأهل، حسابدار)؛ (مرد، ۳۴ ساله، متأهل، فرهنگی)؛ (زن، ۲۶ ساله، متأهل، کارمند).

نگرانی از افشای گذشته و آبروریزی‌های بعدی که از منظر مصاحبه‌شوندگان به‌مثابه واقعیت‌های مسکوت، غیر قابل گفت‌وگو نیز هستند، از دیگر الگوهای قابل مشاهده در بسیاری از روایت‌ها بود که ذیل عنوان «بسترهای زیست‌شده پیشابیماری» مجتمَع می‌شوند.





«ازدواج مصلحتی بود؛ از یه سال بعد [از] عروسی تا الان، دوباره رابطه مو رو با دختر خاله‌م شروع کردم، ولی پنهونی، که نه شوهر خاله‌م بفهمه، نه خانواده و [نه] خانمم؛ دو ساله با هم رابطه داریم، خیلی دوستش دارم». «از این وضع خسته شدم، دلم می‌خواد زودتر تکلیفم معلوم بشه. نمی‌دونم اگه شوهرم بفهمه عاشق همکارم شدم چی می‌شه؟ استرس دارم، دارم دیوونه می‌شم؛ توی برزخ گیر افتادم. تا تکلیفم معلوم نشه و یه زندگی جدید رو شروع نکنم، حالم بهتر نمی‌شه». «استرس دارم اگه رابطه مون لو بره، چی به سر خانواده و آبرومون می‌یاد؟ استرس یه لحظه و کم نمی‌کنه؛ تا فکر می‌کنم [ممکنه] رابطه‌م رو همه بفهمن، [و] چه اتفاق‌های وحشتناکی می‌افته، از دل‌درد می‌خوام بمیرم؛ تمام روده و معده می‌پیچه به هم؛ فقط با بدبختی خودم رو می‌رسونم سرویس». «یه‌ساله فهمیدم یکی از پسرهایی که باهاش رابطه داشتم ایدز گرفته؛ دارم دیوونه می‌شم؛ استرس دارم که [شاید] ازش [ایدز] گرفته باشم؛ می‌ترسم بزم آزمایش بدم. وقتی بهش فکر می‌کنم استرسم زیاد می‌شه و باید فوراً بزم دستشویی». (مرد، ۳۸ ساله، متأهل، کارمند؛ مرد، ۲۸ ساله، متأهل، کارشناس بیمه؛ زن، ۳۱ ساله، مجرد، کارمند).

مطابق با اظهارات ذیل، اختلافات تثبیت شده زن با خانواده پدری همسر، مرد را گرفتار دوگانه «نگهداشت پیوند زناشویی، حفظ خانواده و فرزندان» - «ترک خانواده پدری، خواهران و برادران» نموده است؛ وضعیت مذکور، از زمینه‌های اصلی بروز فشارهای روانی و ناراحتی‌های روحی منتج به عوارض گوارشی و ابتلا به سندروم روده حساس برشمرده شده است.

از اول ازدواج، همسر با پدر و مادر و خواهر و برادران اختلاف داشت؛ هر روز یک داستان، با بهانه‌های مختلف؛ بکش مکش تمامی نداشت؛ هیچ‌وقت رابطه درستی بین همسر و خانواده پدری شکل نگرفت؛ در بهترین وضعیت، حالت نه‌صلح نه‌قهر وجود داشت؛ همسر گفت بین من و خانواده‌ت یکی رو انتخاب کن. واقعاً برام زجر آوره؛ ولی مجبورم بسوزم و بسازم؛ وقتی سر موضوعی اعصابم خرد می‌شه، برمی‌گردیم اول خط؛ دوباره بحث و دعوا، فحاشی و زنده شدن کینه‌های قلبی؛ خودم بهتر می‌دونم چه جور دارم از داخل می‌سوزم؛ [من که] اصلاً ناراحتی معده و گوارش نداشتم؛ وقتی دکتر آخر سر گفت سندروم روده حساس دارم و باید به روان‌پزشک مراجعه کنم، قشنگ می‌فهمیدم که همین ناراحتی درونی چند ساله ذهن و روانمو داغون کرده و الان هم که [ناراحتی] زده به شکم و گوارشم». (مرد، ۳۶ ساله، متأهل فرهنگی).

مطابق با روایت بالا، درد فراق، دوری ادراک شده از والدین و فاصله‌گذاری با اعضای خانواده پدری در حکم مانع روحی بر فرد مصاحبه‌شونده پدیدار شده است؛ مانعی که وی را لحظه‌ای از خود رها نمی‌سازد و زمینه‌ساز فعال شدن نفرت پنهان از همسر و در نهایت، گرفتار شدن به عوارض گوارشی گردیده است؛ مضیقه‌ها و

بی‌تابی‌های روحی و روانی که گاه‌وبیگاه در فراز و فرودهای زندگی سر باز می‌کنند و چرخه خشونت و اختلاف را بازتولید می‌کنند.

۶. بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش تجربه‌زیسته ابتلا به بیماری سندروم روده حساس با استفاده از پدیدارشناسی توصیفی مطالعه گردید. شرایط ناخوشایند نظیر اختلالات آزاردهنده جسمی، مشکلات بغرنج روحی و روانی، درمان‌های ناموفق و پرهزینه، در کنار پیامدهای آزاردهنده هم‌چون رقم خوردن مشکلات در ارتباطات خانوادگی و تعاملات اجتماعی، مضیقه‌ها، محدودیت‌های بازدارنده در زندگی شغلی و زناشویی و نیز ناامیدی از بهبود بیماری از مهم‌ترین موارد مطروحه‌ای هستند که متأثر از سیطره‌شان بر زندگی مبتلایان، کاهش کیفیت زندگی را برای آنان باعث گردیده‌اند. در این مطالعه، تجربه‌زیسته سندروم روده حساس با کشف مضامین نهایی «پیچیدگی تشخیص و سختی تسکین»، «ستوه جسمانی پایدار»، «دشواری‌های روان‌شناختی پیرو بیماری»، «محدودیت‌های اجتماعی و ارتباطی تثبیت‌شده» و «زمینه‌های زیست‌شده پیشابیماری» رؤیت‌پذیر گردید.

تشخیص سندروم روده حساس موکول به انجام انواع آزمایش‌های پاتولوژی، سونوگرافی و تصویربرداری از اندام‌های گوارشی است. پزشک، در کنش‌گری‌های تخصصی ناظر بر تشخیص بیماری و استماع نشانگان^۱ اظهارشده از سوی مبتلایان، اطمینان از عدم وجود دیگر عوارض، به‌ویژه سرطان‌های احتمالی دستگاه گوارش را در اولویت قرار می‌دهد؛ مراحل یاد شده، علاوه بر زمان‌بری بسیار، موجب تحمیل هزینه‌های مالی سنگین بر بیمار هستند. قطعیت یافتن تشخیص ابتلا به سندروم روده حساس، اگرچه زمینه‌ساز آرامش در بیماران، به‌واسطه اطمینان‌شان از عدم ابتلا به سرطان روده و امثالهم است، اما، همزمان، با سوق دادن‌شان به ساحت امر روحی، ضرورت مواجهه با موقعیت‌های فراجسمانی، اعم از موقعیت‌های ذهنی، روانی و



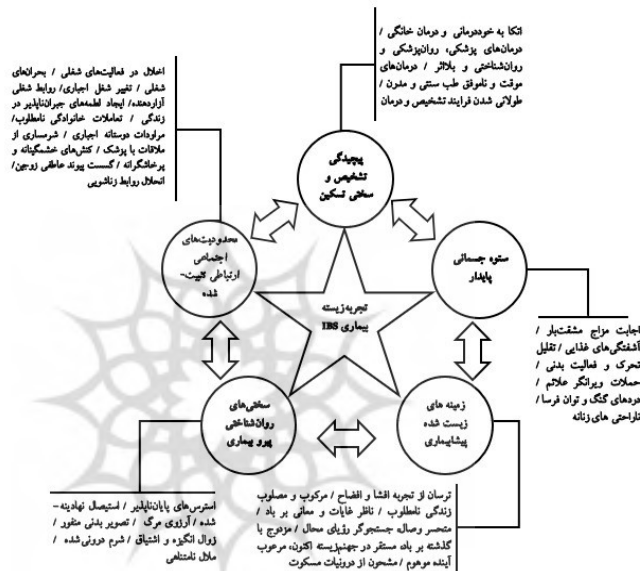


اجتماعی را بر آنان مبتلا پدیدار می‌سازد. از حیث نظری، بحث اصلی بر مدار نسبت میان جسمانیت و فراجسمانیت (اعم از ملاحظات روانی^۱ یا روحی^۲) سامان می‌یابد. به بیان انضمامی‌تر، پزشک از یک‌سو، با تأیید عدم وجود بیماری‌های خطرناک هم‌چون سرطان، آرامش خاطر را برای بیمار رقم می‌زند؛ از سوی دیگر، به‌طور هم‌زمان، وی ناگزیر از آگاه‌ساختن بیمار از عدم درمان قطعی سندروم روده حساس و معطوف نمودن بیماری به زمینه‌های «غیر زیست‌پزشکی» می‌گردد. در این مرحله و به دنبال آگاه‌شدن بیمار از وجود منشاء روحی-روانی مؤثر در بروز ستوه جسمانی پایدار حاصل از سندروم روده حساس، اتخاذ دیگر راهبردها، نظیر مراجعه به روان‌پزشک، بازخوانی گذشته، و بازاندیشی در نوع کنش‌گری‌ها و ذهنیات پیشین بر وی پدیدار می‌شود. آگاهی مذکور از نوع پدیداری و پسینی است که متأثر از نوع بدن زیست‌شده، پرده را از نقاب خویش برای فرد مبتلا برداشته است؛ آگاهی پیش‌گفته عاری از کمترین سویه استعلاپی مقدم بر بدن، آن‌گونه که امثال افلاطون و دکارت بر آن اصرار می‌ورزند، است. راهبردهای یاد شده در حکم صفحات جدید گشوده‌شده بر مبتلایان به سندروم روده حساس در مرحله پساتشخیص هستند. «کنش‌گری» و «خوانش تفسیری بازاندیشانه» عناصر مقوم مرحله پساتشخیص را تشکیل می‌دهند. بدین‌سان، آگاهی بیمار در مرحله پساتشخیص نقش اساسی را در کیفیت مدیریت «دشواری‌های روان‌شناختی پیرو بیماری»، ترقیق «محدودیت‌های اجتماعی و ارتباطی تثبیت‌شده» و برطرف ساختن نسبی «زمینه‌های زیست‌شده پیش‌ایماری» ایفاء می‌کند. در واقع، در مرحله پساتشخیص، بیمار مبتلا به سندروم روده حساس واجد این سنخ از آگاهی می‌شود که وجه گسترده‌ای از ناروایی‌ها، محدودیت‌ها، مضیقه‌ها و محذوریت‌های برخاسته از

۱. Psyche (روان)، هر چند اعم از مطلق واقعیت جسمانی است، اما با این وجود، واجد منشاء جسمانی و در ربط وثیق با آن قرار دارد؛ تا بدان‌جا که مراتب گسترده‌ای از اختلالات روانی (Mental Disorders) مولود عدم توازن در کیفیت شیمیایی مغز انگاشته می‌شوند؛ مطابق با آموزه‌های مندرج در پارادایم زیست‌پزشکی، دارودرمانی و کاربست مواد شیمیایی می‌تواند در مقام توازن‌بخشی مجدد و ایجاد تعادل در صورت‌بندی شیمیایی مغز به نحو مؤثری ایفاء نقش نماید. به‌عنوان نمونه، داروی فلوکستین (Fluoxetine) از گروه مهارکننده‌های بازجذب سروتونین در درمان افسردگی و اختلالات ناظر بر هراس استفاده می‌شود.

۲. Spirit (روح)، اعم از مطلق واقعیت جسمانی است و در عین برخورداری از نسبت‌های گوناگون با بدن، اما، از شأنیت استقلالی در برابر آن برخوردار است. مطابق با این معنا، مراد از روح، همان نفس است که تجرد بارزترین ویژگی آن را تشکیل می‌دهد.

تجربه‌زیسته سندروم روده حساس ذیل «بازاندیشی حداکثری» و استمداد از «رویه‌های درمانی-دارویی روان‌پزشکی» قابل رتق وفتق هستند و می‌توان به استناد آن‌ها بیماری را به‌میزان گسترده‌ای از حالت پاتولوژیک خارج نمود. حسب دیدگاه مرلوپونتی، آگاهی‌های این‌چنینی ماهیتی بدن‌مندانه دارند که از خلال اقتضائات، ملحقات و عوارض بدنی بر مبتلایان به سندروم روده حساس مکشوف گردیده‌اند.

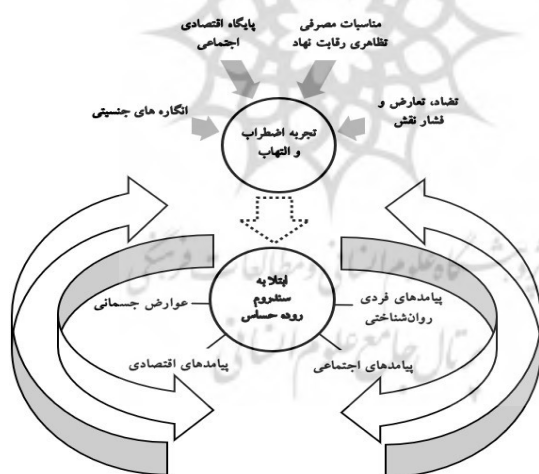


شکل ۴. روابط متصور میان مضامین برساخت شده مبتنی بر یافته‌های میدانی

ذهن‌آگاهی و تلاش فردی برای درمان، محوری‌ترین بن‌مایه سطور فوق را تشکیل می‌دهد؛ اتخاذ رویکردهای بازاندیشانه در فرایند مواجهه مبتلایان با بیماری از واقعیت‌های پسینی پهن‌دامنه‌ای است که به‌ویژه در مرحله اخیر از تجربه‌زیسته ابتلا به سندروم روده حساس واجد موضوعیت تام و تمام می‌گردد. با این وجود، خوانش بیماری سندروم روده حساس را نمی‌توان صرفاً محدود به نقطه‌نظر ذهن‌آگاهی و بازاندیشی‌های برآمده از آن نمود، چرا که ملاحظات ساختاری حاضر در ساحت زندگی فردی و اجتماعی نیز به‌مراتب بسیار زیادی در تجربه‌زیسته ابتلا به سندروم روده حساس کارگر



می‌افتند. فراوانی ابتلا به سندروم روده حساس در حکم یک واقعیت اجتماعی مسلم در جامعه ایرانی است که نسبت به کنش‌گران اجتماعی حالت بیرونی دارد و بر آن‌ها تحمیل می‌شود. خوانش ساختاری ابتلا به سندروم روده حساس متضمن بایسته‌ها و معرف الزامات مشخص برای متولیان جامعه در موضع برنامه‌ریزی اجتماعی و چینش مناسبات ساختاری جامعه خواهد بود؛ اولویت مواجهه اجتماعی با سندروم روده حساس و در نظر گرفتن مواجهه پزشکی و روان‌پزشکی با آن نه به مثابه قاعده که به منزله استثناء بر آن، از مهم‌ترین دلالت‌های بعدی حاصل از هژمونیک گشتن احتمالی گفتمان جامعه‌شناسی پزشکی در مصاف با بیماری سندروم روده حساس در آینده است. به موجب گفتارها و کردارهای مندرج در گفتمان‌های جامعه‌شناسی پزشکی و جامعه‌شناسی بیماری‌های روانی، فراوانی معنادار ابتلا به سندروم روده حساس حسب بسترهای اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی ذیربط به درجات تبیین‌پذیرتر می‌شود.



شکل ۵. مقدمات پیشینی و پیامدهای پسینی تجربه زیسته سندروم روده حساس

متغیر ساختاری جنسیت، ناظر بر توقعات اجتماعی از کنش‌گران اجتماعی در مقام «زنانگی» و «مردانگی» است. عوارض جسمانی سندروم روده حساس، نظیر «تکرر در

دفع مزاج»، «اختلال در روابط زناشویی»، «کم تحرکی و فشل شدگی تحرکات و سکانات در زندگی روزمره»، «سروصدای مشمزنکننده شکم»، «شکم متورم» و امثال آن در تنافر با انگاره‌های مسلط از جنسیت هستند که طرد اجتماعی، فروکاهش کیفیت زندگی مبتلایان و در نهایت، تکوین اضطراب بیشتر در آن‌ها را باعث می‌شوند. به‌طور مشخص‌تر، زنان مبتلا - در مقایسه با مردان - آسیب‌پذیری بیشتر را تجربه می‌کنند، چرا که ظهور و بروز سندروم روده حساس در آنان به مراتب شدیدتر از مردان است، فلذا، عوارض بیماری آزاردهنده‌تر ادراک می‌شود و پیچیدگی‌های درمان و بهبودی در آنان رو به تزاید می‌گذارد. تبعیض‌های جنسیتی در خانواده، ایفای نقش‌های اجتماعی چندسویه، تعارض در ایفای نقش‌ها، فقدان حمایت اجتماعی به‌ویژه در موقعیت‌هایی مانند طلاق و سرپرستی خانواده، انتظارات خانواده و شبکه‌های دوستان، در کنار وضعیت‌های محدودکننده نظیر بیکاری و فقر - غالباً به دلیل دسترسی کمتر به مشاغل خوب و پردرآمد - محیط ناامن شغلی، تألمات روحی و خشونت‌های برخاسته از مضیقه‌های اقتصادی و دیگر موارد مشابه از جمله متغیرهایی هستند که اضطراب مضاعف را در پیوند با عنصر زنانگی برای زنان رقم می‌زنند و زمینه‌ساز تجربه بیش از پیش بیماری سندروم روده حساس می‌شوند.

تأثیر متغیر پایگاه اقتصادی اجتماعی بر ابتلا به سندروم روده حساس در طیف کثیری از پژوهش‌های تجربی نشان داده شده است. بیماران با پایگاه اجتماعی اقتصادی پایین‌تر، به دلیل محدودیت در دسترسی به منابع جهت مدیریت بیماری، نشانگان بدنی و عواطف منفی حاصل از بیماری را با عمق و گستره بیشتر ادراک می‌کنند؛ پایگاه اقتصادی اجتماعی پایین مبتلایان مزید بر رقم‌زدن سبک زندگی نامساعد، موجب محرومیت آنان از دسترسی‌های تشخیصی-درمانی و متقابلاً، زیست تجربیاتی نظیر تغافل از بیماری، خوددرمانی، کنار آمدن با بیماری، عدم مراجعه و پیگیری درمان می‌گردد. اضطراب و احساس ناامنی به واسطه بهره‌مندی بسیار پایین مبتلایان از منابع ثروت و قدرت، تجربه اضطراب و استیصال دائم را بدل به وجه ثابت زندگی روزمره می‌سازد. حالت یاد شده، مطابق با الگوی استرس اجتماعی، عنصر سلامت را





تحت الشعاع قرار می‌دهد. به بیان دیگر، قرار گرفتن ساختاری در پابگاه اقتصادی اجتماعی پایین، تجربه اضطراب را به مثابه عامل تعیین کننده بیماری بر مبتلایان کم بهره از سرمایه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی پدیدار می‌سازد؛ پابگاه اقتصادی اجتماعی پایین، تجربه زیسته اضطراب را به منزله محصول شرایط سخت زیست شده، هم در مقام تجربه بیماری و هم به واسطه زیست مناسبات از کنترل خارج شده زندگی، بر کم بهره گان اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مکشوف می‌سازد. در تحلیل نهایی، چرخه «اضطراب عامل - اضطراب معلول» در نسبت با متغیر «سبک زندگی نامساعد» زمینه ساز تعمیق بیماری در مبتلایان به سندروم روده حساس می‌شود.

مصرف تظاهری از متغیرهای ساختاری ای هستند که به واسطه ایفای نقش پر رنگ در تثبیت اضطراب در جامعه، مراتب گسترده‌ای از زمینه ابتلا به سندروم روده حساس را به صورت اجتماعی رقم می‌زنند. در جامعه مصرفی، کنش گران اجتماعی تمایز از دیگر کنش گران اجتماعی و برتری جویی بر آنان را مبتنی بر «مصرف مشروط به تأیید و نظارت‌گری دیگران» بنیان می‌نهند. نفس رقابت در مصرف و نمایش بیشتر، زمینه ساز تکوین نگرانی و اضطراب، هم برای «عاملان به مصرف تظاهری» و هم برای «ناتوانان از آن» - اگرچه از دو مدخل متفاوت - می‌شود؛ گروه‌های برخوردار از سرمایه اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی دائماً هراس از فروکاست احتمالی موقعیت تفاخری را تجربه می‌کنند؛ به طور متقابل، ناتوانان از مصرف تظاهری، ذیل تجربه زیسته عجز در تظاهر و فروتری در مصرف، تجربه رنج را بر خود مکشوف می‌بینند. مصرف تظاهری از دیگر سوی، به واسطه تکوین شخصیت نمایشی، از خودیگانگی فزاینده را نیز در عاملان به مصرف متحقق می‌سازد و بدین سان، تجربه اضطراب بیشتر را موجب می‌گردد؛ کنش‌گری‌های معطوف به تأیید دیگری، موجد به محاق رفتن توجه به دغدغه‌های وجودی، فاصله‌گیری روزافزون از سرشت فطری، و در نهایت، رقم زدن اضطراب بیشتر و زیست بیماری سندروم روده حساس در کنش گران اجتماعی می‌شود.

در نهایت، تجربه زیسته ابتلا به سندروم روده حساس واجد ابعاد خُرد، کلان، عینی و ذهنی است. مواجهه تشخیصی- درمانی و بالینی^۱ با سندروم روده حساس رویکرد مسلط در نظام بهداشت و درمان ایران را تشکیل می‌هد و متعاقباً، نادیده‌انگاری زمینه‌های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی مؤثر در برساخت بیماری را باعث گردیده است؛ برساخت جمعی اضطراب در کنش‌گران، محصول چینش‌های نامساعد اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی است که در مقام عینیت بخشی به سندروم روده حساس ایفای نقش می‌کنند. توجه برنامه‌ریزان اجتماعی و متولیان نظام سلامت به نهادینه‌سازی رویکردهای معطوف به حمایت اجتماعی به‌عنوان راهکار مهم در مواجهه اجتماعی با سندروم روده حساس شایسته تأمل است. رویارویی فراگیر با بیماری سندروم روده حساس موقوف به لحاظ سطوح چندگانه مرتبط با آن و توجه به روابط دیالکتیکی میان آن‌ها و لایه‌های متداخل واقعیت اجتماعی در مقام فهم و سیاست‌گذاری‌های ناظر بر پیشگیری اجتماعی از آن خواهد بود.





اجتهادنژاد کاشانی، سیدسالار (۱۴۰۲). تحلیل چندبعدی رضایت از زندگی در میان دانشجویان ایرانی.

مطالعات دانشگاه، ۲(۲)، ۵-۲۵. doi: 10.22035/jous.2024.5416.1092

اخلاصی، ابراهیم؛ و نعمتی، امیر (۱۴۰۳). واکاوی زمینه‌های فرهنگی- اجتماعی مصرف سنت‌های تشخیصی درمانی دگرپزشکی و تجربه زیسته ناظر بر آن. دو فصلنامه دانش‌های بومی ایران، ۱۱(۲۱)، ۴۱-۹۳.

doi: 10.22054/qjik.2024.77597.1408

اسداللهی، فاطمه؛ نشاطدوست، حمید طاهر؛ کلانتری، مهرداد؛ مهربابی، حسینعلی؛ افشار، حمید؛ و دقاق‌زاده، حامد (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی معنویت‌درمانی بر علائم جسمی بیماران زن مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر. تحقیقات علوم رفتاری، ۱۲(۳)، ۳۱۷-۳۲۷.

اسماعیل‌پور، بنفشه؛ و آل‌یاسین، سیدعلی (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش هوش هیجانی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر. روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، ۷(۲۶)، ۱۰۵-۱۲۰.

باقری شیخانگفته، فرزین؛ عباس‌پور، آرش؛ صوابی نیری، وحید؛ بی‌کس یکانی، مهدیه؛ و کرامتی، سمیرا (۱۴۰۳). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ناگویی هیجانی، شدت درد، و تنظیم هیجان کودکان با نشانگان روده تحریک‌پذیر. فصلنامه سلامت روان کودک، ۱۱(۲)، ۱۰۰-۱۲۰.

باقریان سرارودی، رضا؛ کلانتری، حمید؛ افشار، حمید؛ دقاق‌زاده، حامد؛ ابوطالبیان، فرزانه؛ فلاح، ژاله، و ادیبی، پیمان (۱۳۹۰). ارتباط بین عواطف منفی و شدت علائم سندروم روده تحریک‌پذیر. مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل، ۱۴(۲)، ۷۳-۸۱.

برهانی، مهدی؛ خوش‌زبان، فریبا؛ جدیری، بهزاد؛ ناصری، محسن؛ کمالی‌نژاد، محمد؛ طالعی، داریوش (۱۳۹۳). اختلالات عملکردی سیستم گوارش و طب سنتی ایران. طب سنتی اسلام و ایران، ۵(۲)، ۱۲۳-۱۱۶.

پاشنگ، سارا و خوش‌لهجه صدق، انیس (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان فراشناختی بر کاهش علائم و افزایش رضایت از زندگی بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر. گوارش، ۲۴(۱)، ۲۲-۲۹.

تاسیگ، مارک؛ میکلو، جانت؛ و سوبدی، سری (۱۳۹۳). جامعه‌شناسی بیماری‌های روانی (چاپ سوم؛ ترجمه احمد عبداللهی). تهران: سمت.

جهانگیرراد، میترا؛ کراسکیان موحمناری، آدیس؛ و ناصری‌مقدم، سیاوش (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان هیجان‌مدار بر تاب‌آوری افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر. گوارش، ۲۶(۱)، ۳۱-۲۵.

خواجه دلویی، محمد؛ وثوقی نیا، حسن؛ بهادری، علی؛ خسروی، احمد؛ اسماعیل زاده، عباس؛ گنجی، آریتا؛ اخوان رضایت، کامبیز و محمودی، راحیل (۱۳۹۳). ویژگی های جمعیتی اجتماعی و بالینی بیماران سندروم روده تحریک پذیر. دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۵۷ (۳)، ۵۷۹-۵۸۶.

doi: 10.22038/mjms.2014.3016

خوهرسندی طاسکوه، علی (۱۳۹۶). گفتمان میان رشته ای دانش. تهران: پژوهشکده مطالعات فرهنگی و اجتماعی.

رامین، فرح؛ شفیعی، راضیه؛ و حسینی امین، حسین (۱۳۹۷). رابطه نفس و بدن از منظر دکارت و مرلوپوتی. نقد و نظر، ۲۳ (۹۱)، ۱۰۸-۱۳۱. doi: 10.22081/jpt.2018.66268

رضائی، امید (۱۳۹۸). ریشه ۶۰ درصد از بیماری ها، اختلالات روان تنی است. خبرگزاری جمهوری اسلامی ایران، برگرفته از <https://www.irna.ir>

رفیعی، سمیه؛ اصغری، محمد؛ و صوفیانی، محمود (۱۳۹۸). نقش بدن زیسته در عینیت بخشی به اعیان از نظر مرلوپوتی، دوفصلنامه فلسفی شناخت. پژوهشنامه علوم انسانی، ۱۲ (۲)، ۷۱-۹۳.

ریاحی، محمد اسماعیل؛ و رهبری، لادن (۱۳۹۳). رویکرد فرایند استرس در جامعه شناسی سلامت روان، مطالعه جامعه شناختی استرس. مطالعات اجتماعی ایران، ۸ (۱)، ۵۰-۸۷.

سرکشیک، سیده هادی؛ فاطمی نیا، محمد حسن؛ و رفیعی هنر، محمد (۱۴۰۱). تبیین فلسفی- روان شناختی حقیقت نفس و رابطه آن با بدن از دیدگاه علامه طباطبائی. تاریخ فلسفه در اسلام، ۱ (۴)، ۹۷-۱۲۰.

سروش، عبدالکریم (۱۳۷۹). نهاد ناآرام جهان (چاپ چهارم). تهران: مؤسسه فرهنگی صراط.

سلیمانی، اسماعیل؛ و اسماعیلی، آسان (۱۴۰۰). اثربخشی هیپنوتیزم درمانی شناختی- رفتاری بر علائم بالینی سندروم روده تحریک پذیر. رویش روان شناسی، ۱۰ (۵)، ۳۵-۴۴.

سیدجعفری، جواد (۱۳۹۸). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش استرس، اضطراب و افسردگی و نشانه های بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر، تعالی و مشاوره و روان درمانی، ۸ (۳۰)، ۴۰-۵۲.

شجاری، مرتضی (۱۳۸۶). بدن و نفس در تفکر اسلامی. زبان و ادبیات فارسی، ۳ (۷)، ۷۵-۱۰۹.

شفیعی درب آسیایی، فائزه؛ و رحمتی، عباس (۱۳۹۱). تأثیر آموزش حل مسئله و جرأت ورزی بر علائم سندروم روده تحریک پذیر. دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ۱۹ (۵)، ۴۶۸-۴۷۸.

شفیعی، راضیه؛ و کاوندی، سحر (۱۴۰۱). جایگاه بدن در امر ادراک از منظر ابن سینا و موریس مرلوپوتی. الهیات تطبیقی، ۱۳ (۲۸)، ۱-۲۲. doi: 10.22108/coth.2022.131115.1655





شکری، محمود و کردفیر وزجایی، یارعلی (۱۳۹۰). بررسی ثنویت نفس و بدن از دیدگاه دکارت و ملاصدرا. قیسات، ۱۶(۲۲)، ۱۳۳-۱۵۳.

صادقی، امید؛ خیاط‌زاده، سید سعید؛ اسماعیل‌زاده، احمد؛ حسن‌زاده، عمار و ادیبی، پیمان (۱۳۹۴). بررسی ارتباط بین الگوهای غذایی و شیوع سندروم روده تحریک‌پذیر. مجله پزشکی بالینی ابن‌سینا، ۲۲(۳)، ۲۳۶-۲۲۴.

صولتی دهکردی، سیدکمال؛ رحیمیان، قربانعلی؛ قمرانی، امیر (۱۳۸۷). بررسی رابطه بین استرس و سندروم روده تحریک‌پذیر. مجله پزشکی هر مزگان، ۱۲(۱)، ۱۳-۱۹.

عقیقی، اکبر؛ عیسی‌زادگان، علی و سلیمانی، اسماعیل (۱۳۹۸). مقایسه ابعاد آسیب‌شناسی روانی بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر با افراد غیر مبتلا در کلینیک‌های تخصصی گوارش شهر تهران. مجله دانشکده پرستاری و مامایی، ۱۷(۴)، ۲۵۱-۲۵۹.

علیخانی، علی‌اکبر (۱۴۰۳). چالش‌ها و موانع فرهنگی نظریه‌پردازی میان‌رشته‌ای در ایران. مطالعات میان‌رشته‌ای در علوم انسانی، ۱۶(۳)، ۲۸-۵. doi: doi:10.22035/isih.2024.5302.5024

فراسخته‌خواه، مقصود (۱۳۹۵). روش تحقیق کیفی در علوم اجتماعی با تأکید بر نظریه گراندد تئوری (چاپ دهم). تهران: انتشارات آگاه.

کاکرهام، ویلیام سی (۱۳۹۱). جامعه‌شناسی پزشکی (ترجمه محمد خواجه‌دلونی، هما زنجانی‌زاده، ملیحه دادگر مقدم، سمانه خادمی، رضا اسدی). مشهد: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی مشهد.

محبجل، ندا، صوفیانی، محمود؛ و اصغری، محمد (۱۴۰۰). ویژگی‌های اگزیزستانسیال بدن در پدیدارشناسی مرلپوتنی. پژوهش‌های فلسفی دانشگاه تبریز، ۱۰(۳۵)، ۲۹۳-۳۱۶. doi:10.22034/jpiut.2021.46602.2872

محمدی، فردین (۱۴۰۱). از بیمارستان تا آرامستان؛ تحلیل سوگواری‌های ناتمام در دوران پاندمی کرونا در شهر سنج. تحقیقات فرهنگی ایران، ۱۵(۴)، ۱۵۳-۱۸۳. doi:10.22035/jicr.2023.2889.3243

مؤمن‌زاده، سیروس (بی‌تا). درد راجعه یا درد ارجاعی بدن. برگرفته از <https://www.drmmomenzadeh.com>

نقیبی، سیدابوالحسن؛ و چالشگر کردآسیابی، مشرفه (۱۳۹۶). مروری بر تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت. تعالی بالینی، ۷(۲)، ۵۰-۶۲.

نوربالا، احمدعلی؛ دماري، بهزاد؛ و ریاضی اصفهانی، سهند (۱۳۹۳). بررسی روند شیوع اختلالات روانی در ایران. دانشور پزشکی، ۲۱(۱۲)، ۱-۱۰.

Butt, T. & Langdridge, D. (2003). The Construction of self: the public Reach into Private Sphere. *Sociology*, 37(3), 479.



- Crossly, N. (1995). Body Techniques, Agency and Intercorporeality: on Goffman's Relations in Public. *Sociology*, 29(1), 133-149.
- Gu, Y., Lai, Y.T., Chang, F.R., & Chen, C.Y. (2023). Utilization patterns and prescription characteristics of traditional Chinese medicine among patients with irritable bowel syndrome in Taiwan. *Front Pharmacol*. 14. 1-12. doi:10.3389/fphar.2023.1201240
- Merlaeu Ponty, M. (1965). *The Structure of Behavior* (A.L. Fisher, Trans.). London, Methuen.
- Onisor, D., Avram, C., Ruta, F., Brusnic, O., Boeriu, A., Stoian, M., Boicean, A., & Sasaran, M. (2025). Burden of Common Mental Disorders in Ulcerative Colitis and Irritable Bowel Syndrome Patients: An Analysis of Risk Factors. *J. Clin. Med.*, 14, 499. doi:10.3390/jcm14020499
- Samejo, K.H., Nangraj, A.A., Humaira, M., Memon, A., Ghani, T., & Faryal, S. (2024). Predictive Factors of the Persistence and Remission of Irritable Bowel Syndrome at Tertiary Care Hospital: Predictive Factors of the Persistence and Remission of Irritable Bowel Syndrome. *Pakistan Journal of Health Sciences*, 5(11), 221-225.
- Soroori Sarabi, A. , Zamani, M. , Ranjbar, S., & Rahmatian, F. (2023). Innovation – But with Risk: The Strategic Role of IT in Business Risk Management. *Journal of Cyberspace Studies*, 7(2), 253-275. doi: 10.22059/jcss.2023.101605
- Soroori Sarabi, A., Arsalani, A., & Toosi, R. (2020). Risk management at hazardous jobs: A new media literacy?. *Socio-Spatial Studies*, 4(1), 13-24. doi: 10.22034/soc.2020.212126
- Tomraee, S. , Toosi, R. and Arsalani, A. (2024). Perspectives of Iranian Clinical Interns on the Future of AI in Healthcare. *Journal of Cyberspace Studies*, 8(2), 347-370. doi: 10.22059/jcss.2024.101610