

فضاهای مجازی و توانمندسازی زنان باردار به‌مثابه گروه‌های خاموش

علیرضا دهقان‌نیری^{۱*}، عاطفه آقایی^۲، محدثه ضیاجی^۳

چکیده

براساس نظریه گروه خاموش، زبان و شیوه‌های ارتباطی، متأثر از شرایط اجتماعی است که در آن مردان قدرت و امکانات بیشتری دارند و زنان، به دلیل محرومیت، به‌مثابه گروه‌های خاموش محسوب می‌شوند؛ لیکن تحولات تکنولوژیکی اخیر و دسترسی به فضاهای مجازی به کاهش نابرابری‌های اجتماعی و تقویت گروه‌های ضعیف اجتماعی از جمله زنان انجامیده است. در این مطالعه، نحوه تأثیر فضاهای مجازی (سایت‌های مربوط به مراقبت‌های پزشکی دوران بارداری و زایمان) بر توانمندسازی زنان باردار به‌مثابه گروه‌های خاموش واکاوی شده است. این تحقیق با بهره‌گیری از روش نظریه مبنایی و نمونه‌گیری هدفمند با ۱۶ نفر از زنان باردار مراجعه‌کننده به این سایت‌ها و مصاحبه کیفی با آن‌ها انجام شده است. نتایج مطالعه نشان می‌دهد زنان با استفاده از فضای مجازی توانسته‌اند بر محدودیت ناشی از جنسیت فائق آیند و مسائل بارداری را بدون دغدغه بیان کنند و فضاهای مجازی به توانمندسازی ارتباطی زنان باردار یاری رسانده است. علاوه بر این، زنان توانسته‌اند به کمک اطلاعات حاصله از اینترنت، نقش فعالی در فرایند مراقبت‌های پزشکی خود ایفا کنند؛ بنابراین، فضاهای مجازی به تعدیل قدرت در رابطه پزشک و بیمار انجامیده است.

کلیدواژگان

دوران بارداری، رابطه پزشک و بیمار، زنان، زنان باردار، فضای مجازی، گروه‌های خاموش.

adehghan@ut.ac.ir
atefeaghaee@yahoo.com
m.ziyachi@gmail.com

۱. دانشیار گروه ارتباطات اجتماعی دانشگاه تهران
۲. دانشجوی دکتری ارتباطات دانشگاه تهران
۳. کارشناس ارشد جامعه‌شناسی دانشگاه علامه طباطبایی
تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۱۱/۲۰، تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۴/۱۴

مقدمه

دسترسی به اینترنت و استفاده از آن در بسیاری از نقاط جهان فراگیر شده است و این موضوع فرصت‌های جدید و چالش‌های زیادی را برای کاربران آن و افراد درگیر در سیستم بهداشت و درمان به وجود آورده است. در سال ۲۰۱۵، بیش از ۳ میلیارد و ۳۰۰ میلیون کاربر اینترنت در سطح جهان ثبت شد که قاره آسیا، با بیش از ۵۵ درصد، بیشترین سهم را در میان قاره‌های جهان داشت [۹]. میزان دسترسی به اینترنت در جهان، براساس آمار بانک جهانی، از ۱۷٫۶ نفر به ازای هر ۱۰۰ نفر در سال ۲۰۰۶ به ۴۰٫۷ نفر در سال ۲۰۱۴ افزایش یافته است [۱]. در ایران نیز، تعداد کاربران اینترنت از ۲۵۰ هزار نفر در سال ۲۰۰۰، به ۴۶ میلیون و ۸۰۰ هزار نفر در سال ۲۰۱۵ رسیده و ضریب نفوذ اینترنت نیز به ۵۷ درصد افزایش یافته است که از ضریب نفوذ کل جهان و ضریب نفوذ خاورمیانه بالاتر است [۹].

این گسترش فهم آنچه را جان تامپسون تغییر اشکال تعامل اجتماعی می‌نامد، آسان می‌کند. از نگاه وی، ظهور صنعت چاپ در اروپای قرن پانزدهم و شانزدهم اشکال تعامل رسانه‌ای و شبه‌تعامل رسانه‌ای را به تعامل رودررو اضافه کرده است. با تحول این رسانه‌ها، تعامل اجتماعی از مکان فیزیکی جدا شده و افراد، خارج از محیط مشترک زمانی-مکانی، می‌توانند با یکدیگر تعامل داشته باشند. در چنین فضای تعاملی، احتمال اینکه افراد اطلاعات را از منابعی، غیر از اشخاصی که در زندگی روزمره با آن‌ها تعامل مستقیم دارند، به دست آورند، بیشتر شده است [۳].

این تغییر روابط از طرفی ناشی از امکانات فضای مجازی برای برقراری روابط فرازمانی و فرامکانی و از طرف دیگر ناشی از خصلت اطلاعاتی مهم‌ترین بخش فضای مجازی یعنی اینترنت است. استفاده از اینترنت وابستگی و نیاز به عامل انسانی صاحب دانش را کاهش داده است. بنابراین، یکی از تحولات مهم دو - سه دهه اخیر ظهور فضای مجازی و تکنولوژی‌های مربوط به آن است [۷]. برخی از این تحولات تکنولوژیک، کاهش نابرابری‌های اجتماعی یا تقویت گروه‌های ضعیف اجتماعی را در پی داشته است [۱۱، ص ۸۶]. این توسعه، در جای خود، نابرابری قدرت افراد و گروه‌ها در روابط اجتماعی را تعدیل می‌کند.

بخش مهم و تأثیرگذاری از اطلاعات موجود در اینترنت، مطالب حوزه سلامت و درمان است. یکی از کاربردهای فضای مجازی و به خصوص اینترنت استفاده بیمار از فضای مجازی برای کسب اطلاعات پزشکی و دارویی است. اینترنت این امکان را فراهم می‌کند که مخاطب منفعل نباشد، بلکه نسبت به محتوای دریافت‌شده از فضای مجازی واکنش نشان دهد یا خود در تولید محتوا مشارکت داشته باشد.

اینترنت علاوه بر اینکه باعث ارتقای دانش و آگاهی‌های کاربران و مشارکت آنان می‌شود، به منزله فضایی که از قید بسیاری از محدودیت‌های اجتماعی آزاد است، زمینه‌ای را فراهم

می‌کند تا افراد و گروه‌های مختلف اجتماعی برای شنیده شدن صدایشان تلاش کنند. بر پایه همین تحولات، گروه‌های اجتماعی یا جنسیتی، که قبلاً به حاشیه رانده شده بودند، می‌توانند بیشتر از گذشته در فضای مجازی حضور یابند.

یکی از مطالب جذاب و پرتعداد مربوط به حوزه پزشکی را سایت‌ها و وبلاگ‌های مربوط به بارداری و زایمان ارائه می‌کنند. این سایت‌ها با بیان دقیق و جزئی اطلاعات مورد نیاز زنان باردار، طرفدارانی را در فضای مجازی به خود جلب کرده‌اند. زنان در این فضای مجازی امکان گفت‌وگو، تبادل نظر و دریافت اطلاعات در مورد یکی از تجارب زنانه زندگی خود را می‌یابند.

با توجه به استفاده مکرر زنان باردار از اینترنت برای کسب اطلاعات سلامت در دوران بارداری، پژوهش‌های بسیاری برای فهم بهتر این رفتار مهم انجام شده است. از این‌رو، لاگان و همکارانش (۲۰۱۰) در پژوهشی نشان دادند تقریباً ۹۴ درصد از زنان از اینترنت برای تکمیل اطلاعات ارائه شده از سوی متخصصان سلامت استفاده می‌کردند و در ۸۳ درصد از این زنان، این اطلاعات روی تصمیم‌گیری‌های مربوط به بارداری آن‌ها اثرگذار بوده است [۱۹]. در مطالعه دیگری، هابرتی و همکارانش (۲۰۱۳) نشان دادند تقریباً همه زنان مطالعه شده از اینترنت برای کسب اطلاعات سلامت خود در دوران بارداری استفاده کرده بودند [۱۷].

نتایج تحقیق سانگ و همکارانش (۲۰۱۲) نیز نشان داد بسیاری از زنان به جای استفاده از فناوری برای مقاومت در برابر پارادایم غالب پزشکی، از دانش به دست آمده از اینترنت برای کامل کردن اعتماد خود به پزشک استفاده کردند [۲۷]. لو (۲۰۱۳) نیز بر نقش مهم فروم‌های حمایتی آنلاین در زمینه بارداری به منزله اقدامی برای دستیابی به حمایت عاطفی و اجتماعی برای زنان باردار تأکید می‌کند [۲۱].

از طرفی، زنان به مثابه یکی از گروه‌های خاموش در جامعه می‌توانند در این فضای جدید با ادبیات زنانه خود سخن بگویند و محتوای تولیدشده خود را در حجم بالا و با سرعت زیاد به دیگران منتقل کنند. برخی پژوهش‌های تجربی این نکته را مستند کرده است. براساس نتایج تحقیق فکوهی و میردامادی (۱۳۸۱)، شمار زنان متأهل در جامعه آماری تحقیق بیان‌کننده این امر است که فضای مجازی بین افرادی که به دلیل محدودیت‌های اجتماعی-فرهنگی امکان برقراری ارتباط در فضای واقعی را ندارند، ارتباط برقرار کرده است. همچنین، زنان در فضای شبکه بیشتر از مردان به انجام دادن کارهای جدی تمایل داشتند و زودتر به مشارکت در ایجاد ارتباط کلامی گرایش پیدا می‌کنند [۱۴، ص ۱۷؛ ۱۸، ص ۳۶].

نکته درخور توجه دیگر این است که زنان باردار علاوه بر اینکه از نظر جنسیتی گروه‌های خاموش به شمار می‌روند، در رابطه پزشکی-بیمار نیز در موقعیت فرودست قرار دارند. بنابراین، زنان باردار-هم به لحاظ جنسیتی و هم به لحاظ قرارگرفتن در موقعیت بیمار-به صورت دوجانبه جزء گروه‌های خاموش به حساب می‌آیند. با توجه به مباحث مقدماتی بالا، هدف ما در

این پژوهش مطالعه نحوه حضور زنان باردار به مثابه گروه‌های خاموش در فضای مجازی است و می‌خواهیم به دو پرسش اصلی زیر پاسخ دهیم:

۱. آیا حضور در فضای مجازی به زنان کمک کرده است که از وضعیت حاشیه‌ای فاصله بگیرند؟

۲. آیا فضای مجازی باعث تغییر رابطه زنان باردار و پزشک و تغییر موقعیت منفعل آن‌ها در مقابل پزشکان شده است؟

ملاحظات نظری

انتشار اطلاعات پزشکی از طریق اینترنت و ارتباطات فراهم‌شده در شبکه‌های مجازی، پزشکی‌شدن جامعه را تشدید کرده است. پزشکی‌شدن جامعه فرایندی است که در آن قلمروی پزشکی به حوزه‌هایی از زندگی مردم نفوذ کرده است که در گذشته در آن وارد نشده بود. رشد نهاد پزشکی مانند افزایش در تعداد پزشکان، پزشکی‌شدن وقایع زندگی مانند بارداری و پزشکی‌شدن انحرافات مانند اعتیاد [۱۰، ص ۵۴۲] از این موارد است.

همراهی اینترنت و امکانات فضای مجازی با پزشکی باعث بروز تغییر در روابط اجتماعی میان فردی و میان‌گروهی شده است؛ مثلاً می‌توان به امکان تقویت و توانمندسازی گروه‌های خاموش و حاشیه‌ای جامعه از جمله زنان از طریق فضای مجازی پرداخت. براساس نظریه گروه‌های خاموش، کرامارا^۱ ادعا می‌کند که زبان ساخته مردان است. زبان در هر فرهنگ خاص برای همه کسانی که به آن زبان تکلم می‌کنند، کاربرد یکسانی ندارد. به دلیل اینکه شیوه شکل‌گیری آن زبان از سوی همه گویندگان یکسان نیست.

طبق اظهار نظر کرامارا و نظریه پردازان دیگر، زبان ساخت دست مردان «به تعریف کردن جایگاه، کم‌بها کردن و محروم کردن زنان کمک می‌کند». بنابراین، زنان گروه‌های خاموش محسوب می‌شوند [۱۶، ص ۴۶۰]. در این مورد، آردنر^۲ خاموش بودن را ناشی از کمبود قدرت می‌داند. افرادی که قدرت چندانی ندارند، برای بیان مشاهدات خود دچار مشکل می‌شوند. خاموش بودن به این معنا نیست که افرادی که قدرت چندانی ندارند کاملاً خاموش‌اند. موضوع این است که افراد تا چه اندازه می‌توانند آن چیزی را که قصد بیانش را دارند، در مکان و زمانی که دوست دارند بیان کنند [۱۶، ص ۴۶۰].

تفاوت‌های جنسیتی ناشی از عوامل اجتماعی- فرهنگی در جریان جامعه‌پذیری و در طول دوره زندگی، اغلب به جاداشدن جهان اجتماعی مردان و زنان منجر شده است. از طرف دیگر، تفکر قالبی و کلیشه‌های جنسیتی موجب شده که زنان نتوانند در صحنه‌های مختلف جامعه

1. Kramarae
2. Ardener

به‌طور فعال حاضر شوند. این تفکیک‌ها و نابرابری‌های جنسیتی بین زنان و مردان در عضویت ارتباطی و اجتماعات فردی آنان نیز تأثیر می‌گذارد و زنان و مردان را به شبکه‌های اجتماعی متفاوتی سوق می‌دهد [۲، ص ۶۴].

اما تکنولوژی‌های جدید نوید تازه‌ای داده‌اند. با ظهور شبکه گسترده جهانی در دهه ۱۹۹۰ این تصور تقویت شد که این تکنولوژی ممکن است نقطه پایانی بر خاموشی صدای زنان باشد. میترا^۱ (۲۰۰۱) معتقد است: «تاکنون هیچ فرصتی مانند آنچه اینترنت برای صداداشتن فراهم کرده، مهیا نشده است. اینترنت جایی است که گروه‌های به حاشیه رانده شده نه تنها در آن می‌توانند سخن بگویند، بلکه انتظار شنیدن پاسخ را نیز دارند.»

در روابط میان فردی نیز می‌توان به تغییر نوع و شکل رابطه پزشک و بیمار به واسطه وجود فضای مجازی پرداخت. رابطه مؤثر پزشک- بیمار ابزار اصلی برای انتقال و گسترش سلامتی است [۲۹، ص ۱۲]. سه هدف اصلی این ارتباط، تأمین یک رابطه بین فردی خوب، تسهیل در تبادل اطلاعات و تأثیر و حضور بیمار در روند تصمیم‌گیری است [۱۵].

مشخص شده است که ماهیت رابطه اجتماعی بین پزشکان و بیماران بر موفقیت‌آمیز بودن اقدامات پزشکی مؤثر است [۱۰، ص ۱۹۱]. البته کیفیت این رابطه می‌تواند بر فرایند درمان تأثیرگذار باشد. اعتماد در رابطه پزشک- بیمار جزء لاینفک اثربخشی و کارایی تعاملات درمانی است [۱۳]. در طول زمان، رابطه پزشک و بیمار دچار تحولاتی شده است. این رابطه از مدل بیمارمحور مبتنی بر روابط بلندمدت، صمیمانه، هدفمند و پایدار به مدل پزشکی- زیستی مبتنی بر شخصیت‌زدایی از بیماران و سپس به مدل مصرف‌گرایی مبتنی بر مشارکت فعالانه بیماران در مراقبت پزشکی تغییر یافته است [۱۰، ص ۱۹۳]. مدل پزشکی- زیستی، سنگ بنای پزشکی مدرن است [۲۴، ص ۱۰].

امروزه، بیماران بر این باورند که آمادگی تضعیف قدرت پزشکان و مقاومت در برابر تجویزهای جامعه پزشکان را دارند [۲۳]. اطلاعات آنان از بدنشان و تجربیات خود برگرفته از باورهای اجتماعی ایشان از زندگی اجتماعی خود است [۲۳]. عوامل مختلفی موجب تغییرات در مدل زیستی شده است. سرولن^۲ چهار عامل تأثیرات اجتماعی، برنامه‌های سلامت عمومی، مسائل و مشکلات موجود در عرصه بهداشت و درمان و سطوح فناوری را در ایجاد تغییرات در عرصه مراقبت پزشکی مؤثر می‌داند [۱۰، ص ۱۹۳]. به‌طور خلاصه، ترویج مباحث پزشکی در فضای مجازی، دانش بیمار را افزایش داده و روابط پزشک- بیمار را متأثر کرده و قدرت پزشک را به چالش کشیده است.

1. Mitra
2. Seroline

روش‌شناسی

این پژوهش با استفاده از روش نظریه‌مبنایی به‌منزله یکی از راهبردهای تحقیق کیفی انجام شده است. تکنیک گردآوری داده‌ها نیز مصاحبه عمیق است. افراد مصاحبه‌شده ۱۶ نفر از زنان باردار مراجعه‌کننده به بیمارستانی در منطقه سعادت‌آباد تهران بودند که در ۶ ماه پاییز و زمستان ۱۳۹۴ به سایت‌های مربوط به مراقبت‌های پزشکی دوران بارداری و زایمان مراجعه کرده بودند. شیوه نمونه‌گیری از نوع هدفمند بود. منظور از نمونه هدفمند، نمونه‌ای است که محقق برای پاسخ به پرسش‌های پژوهش خود به آن نیاز دارد.

در روش نظریه‌پردازی داده‌محور، برخلاف منطق نمونه‌گیری آماری، نمونه و ساختار نمونه از پیش تعریف‌شده نیست، بلکه گام‌به‌گام در میدان و در حین گردآوری داده‌ها شکل داده می‌شود [۵، ص ۱۴۱]. بر این اساس، مصاحبه‌شوندگان به صورت هدفمند و قضاوتی، با در نظر گرفتن شرایط عمومی و امکان پاسخ‌گویی و مصاحبه، از میان زنان باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان مذکور در ۶ ماه پاییز و زمستان ۱۳۹۴ انتخاب شدند. مصاحبه تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت. اطلاعات مصاحبه‌شوندگان در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. اطلاعات مصاحبه‌شوندگان

| ردیف | نام | سن | نوبت بارداری | تعداد فرزند | وضعیت اشتغال | تحصیلات |
|------|--------|----|--------------|-------------|--------------|------------|
| ۱ | سارا | ۲۸ | اولین | - | شاغل | لیسانس |
| ۲ | ملیحه | ۲۵ | اولین | - | خانه‌دار | فوق دیپلم |
| ۳ | فاطمه | ۲۷ | دومین | یک | شاغل | لیسانس |
| ۴ | زهرا | ۲۶ | اولین | - | خانه‌دار | دیپلم |
| ۵ | سمیه | ۳۶ | سومین | - | دانشجو | فوق لیسانس |
| ۶ | مژگان | ۳۱ | دومین | یک | شاغل | فوق دیپلم |
| ۷ | فرنوش | ۳۶ | سومین | یک | خانه‌دار | دیپلم |
| ۸ | فاطمه | ۲۷ | اولین | - | دانشجو | فوق لیسانس |
| ۹ | ندا | ۲۴ | دومین | - | دانشجو | لیسانس |
| ۱۰ | هانیه | ۳۴ | سومین | یک | خانه‌دار | دیپلم |
| ۱۱ | سولماز | ۲۹ | دومین | یک | شاغل | دیپلم |
| ۱۲ | مریم | ۳۴ | سومین | یک | خانه‌دار | لیسانس |
| ۱۳ | بهار | ۳۰ | سومین | دو | خانه‌دار | دیپلم |
| ۱۴ | سحر | ۲۷ | اولین | - | شاغل | فوق دیپلم |
| ۱۵ | سپیده | ۲۸ | اولین | - | خانه‌دار | لیسانس |
| ۱۶ | انسیه | ۳۳ | دومین | یک | خانه‌دار | دیپلم |

جدول اطلاعات مصاحبه‌شوندگان نشان می‌دهد این افراد تحصیلات دیپلم به بالا دارند. بنابراین، امکان درک اطلاعات پزشکی ارائه‌شده در فضای مجازی را داشته‌اند.

در فرایند تحلیل داده‌ها، با توجه به اهمیت آن در نظریه‌زمینه‌ای، از شیوه کدگذاری نظری^۱ استفاده شده است که طی سه مرحله کدگذاری انجام پذیرفت: کدگذاری باز^۲، کدگذاری محوری^۳ و کدگذاری گزینشی^۴ [۲۹]. در این مراحل، که به صورت پیوسته دنبال می‌شوند، مصاحبه‌های انجام‌شده به صورت خط‌به‌خط تحلیل و کدگذاری شدند. در ابتدا و در مرحله کدگذاری باز، هر گزاره موجود در مصاحبه تحت یک مفهوم طبقه‌بندی شد و براساس ویژگی‌های هر مفهوم، تعداد زیادی کدهای باز و خام پدیدار شد. در مرحله کدگذاری محوری، هر تعداد از کدهایی که به لحاظ مفهوم مرتبط بودند، گردآوری و به محوریت یک مقوله سازمان‌دهی شدند. به این ترتیب، در مرحله دوم، به مرتب‌کردن و دسته‌بندی آن‌ها پیرامون موضوعات اصلی پرداخته شد. کدگذاری گزینشی نیز با انتخاب مقولاتی که در استخراج مضمون اصلی پژوهش مؤثر به نظر می‌رسیدند، دنبال شد. این مرحله با هدف یکپارچه‌سازی و تحلیل داده‌ها به منظور پدیداری مقوله اصلی و نظریه انجام می‌شود. از همه مهم‌تر این است که روابطی میان مفاهیم و مقولات فرعی و مقوله اصلی یا پدیده مطالعه‌شده برقرار و تشریح شود. برای صورت‌بندی این روابط، اشتراوس و کوربین و اووه فلیک مدلی پیشنهاد می‌کنند [۵، ص ۳۳۵]. در این مقاله، از این مدل استفاده شده است. در این پژوهش، برای دستیابی به اعتبار داده‌ها، از دو روش «تبادل نظر با هم‌تایان» و «کنترل از سوی اعضا»^۵ یا اعتبارسنجی از سوی مشارکت‌کنندگان استفاده شد. در روش اول، مراحل کار با دوستان و همکاران متخصص در میان گذاشته شد و کدگذاری‌ها بررسی شد و در روش دوم، داده‌ها با شرکت‌کنندگان در میان گذاشته شد و نتایج از سوی آن‌ها ارزیابی شد.

یافته‌های تحقیق

در این مرحله، ابتدا یافته‌های تحقیق در دو سرفصل «فضای مجازی و توانمندسازی ارتباطاتی زنان باردار» و «فضای مجازی و تعدیل قدرت در رابطه پزشکی و بیمار» ارائه و سپس رابطه بین مفاهیم و مقولات به دست آمده از یافته‌های تحقیق در مدل پارادایمی تحقیق نمایش داده می‌شود.

- فضای مجازی و توانمندسازی ارتباطاتی زنان باردار

براساس مصاحبه‌های انجام‌شده با زنان باردار، حضور در فضای مجازی و استفاده از اینترنت، حداقل از سه بعد در سخن‌گفتن از مسائل و تجربه بارداری به زنان کمک کرده است. زنان در فضای اینترنتی اولاً می‌توانند با شفافیت و بدون محدودیت زبانی درباره مسائل مربوط به بارداری صحبت کنند. ملیحه ۲۵ ساله در این باره می‌گوید:

1. theoretical coding
2. open coding
3. axial coding
4. selective coding
5. member check

در فضای واقعی حتی موقع صحبت کردن با زن‌های دیگر معذب هستم. یه‌سری سؤالات هست که در ارتباط چهره‌به‌چهره حتی پرسیدنش از یه خانم، حتی اگر پزشکت هم باشه، خجالت‌زده‌ات می‌کنه. توی فضای اینترنتی به‌راحتی سؤال رو مطرح می‌کنم.

همان‌طور که محققان در نظریه گروه‌های خاموش ادعا کرده‌اند، فضای اینترنتی می‌تواند خاموشی زنان را به چالش بکشد. سارا ۲۸ ساله نیز می‌گوید:

خیلی از مشکلات بارداری چون یه‌جوری به مسائل جنسی مربوط می‌شه، با ابهام در موردش حرف زده می‌شه. در فضای واقعی، اما توی سایت یه حس امنیت داری.

این داعیه نظریه گروه‌های خاموش که زنان نمی‌توانند آنچه قصد بیانش را دارند، در مکان و زمانی که دوست دارند، بیان کنند، به ارتباطات رودررو مربوط می‌شود. اما اینترنت، به دلیل ویژگی بی‌مکانی و بی‌زمانی، این امکان را به زنان می‌دهد که بدون نگرانی سخن بگویند. فاطمه ۲۷ ساله در این باره می‌گوید:

در دنیای واقعی، خیلی از مسائل رو باید با ایما و اشاره گفت. توی سایت‌ها این چیزها دیگه مطرح نیست.

در جدول ۲، مشکلات ابراز نظر در فضای واقعی و برطرف شدن این مشکلات در فضای مجازی دسته‌بندی شده است.

جدول ۲. کدگذاری مفاهیم و مقولات مرتبط با شفافیت در بیان مسائل زنان باردار

| مقوله اصلی | مقوله جزئی | مفهوم | جملات مصاحبه‌شوندگان |
|------------------------------|----------------------------|---|---|
| | | | - توی سایت راحت درباره مسائل بارداری حرفت رو می‌زنی. |
| | رک‌گویی | معذب‌نبودن در سخن‌گفتن | - در فضای واقعی حتی موقع حرف‌زدن با زن‌ها معذب هستم. |
| سهولت و شفافیت در بیان مسائل | | در لفافه سخن‌نگفتن به کار نبردن برخی اصطلاحات | - توی اینترنت حرفم رو نمی‌پیچونم. - مجبور نیستی تو سایت با اصطلاح‌های دیگه حرفت رو بگی. |
| | محدود‌نبودن در کاربرد لغات | با ایما و اشاره سخن‌نگفتن | - در فضای واقعی، با ابهام در مورد خیلی از مشکلات بارداری صحبت می‌کنیم. - تو سایت مجبور نیستم با اشاره و کلمات استعاری نظرم رو بگم. |

دومین مقوله‌ای که صحبت کردن از مسئله زاننه را در فضایی مجازی آسان کرده است، سخن‌گفتن از مسائل زاننه بدون نگرانی و شرم است. همان‌طور که کرامارا در نظریه گروه‌های خاموش اشاره می‌کند، به دلیل موقعیت غالب و قدرتمند مردان در جامعه، سخن‌گفتن و بیان احساسات در دسترس زنان قرار ندارد. زهرا ۲۶ ساله در این زمینه می‌گوید:

نگران نیستم که در مورد سؤالم یا نظرم کسی قضاوت کنه.

سمیه ۳۶ ساله نیز می‌گوید:

تقریباً همه سؤال‌های مشابهی دارن. صحبت کردن راحت‌تره و معموله که سؤال‌های مربوط به مشکلات جسمی زنان مطرح بشه.

در جدول ۳، مشکلات مرتبط با احساس شرم در طرح مسائل مربوط به بارداری در فضای واقعی و رفع این مشکلات در فضای مجازی دسته‌بندی شده است.

جدول ۳. کدگذاری مفاهیم و مقولات مرتبط با شرم‌زدایی در طرح موضوعات مربوط به بارداری

| مقوله کلی | مقوله جزئی | مفهوم | جملات مصاحبه‌شوندگان |
|---|------------------------------------|---------------------------------------|---|
| | | گستاخانه‌نبودن طرح مسائل | - توی اینترنت کسی نمی‌گه طرف چقدر بی‌حیاست. |
| | مرسوم‌بودن طرح مسائل در اینترنت | مطرح‌شدن مسائل مشابه از سوی سایر اعضا | - برداشت بدی در مورد سؤال‌ات نمی‌کنن. - بقیه هم سؤال مشابه دارن، دیگه خجالت نمی‌کشی. |
| شرم‌زدایی در طرح موضوعات مربوط به بارداری | | قابل قبول بودن طرح مسائل در جمع | - چون همه می‌پرسن، دیگه عادی شده. - اونجا همه راحت حرف می‌زنن، به کسی بر نمی‌خوره. |
| | متهم‌نشدن به عدم رعایت ادب اجتماعی | مخارج از ادب نبودن طرح مسائل | - خودت رو نمی‌خواد معذب کنی به خاطر جمع. - توی اینترنت بی‌ادبی نیست هر سؤالی بپرسی. |
| | | | هرچی بپرسی یا هر نظر بدی، بی‌ادبی برداشت نمی‌شه. |

سومین موردی که در مصاحبه زنان باردار به آن اشاره شد، امکان گفت‌وگو از یک موضوع کاملاً زنانه در فضای مجازی است. در فضای واقعی، طرح مسئله‌ای مانند بارداری در جمع‌های خصوصی و زنانه اتفاق می‌افتد، ولی در فضای مجازی محدودیت‌های جنسیتی و مکانی بر طرح مسئله و امکان گفت‌وگو تأثیرگذار نیست. سولماز ۲۹ ساله در این باره می‌گوید:

صحبت از مسائل زنان، به‌خصوص مسائلی که به جسم و بدن زن مربوط می‌شه، فقط در جمع‌های زنانه و خصوصی مرسومه. اما من، بدون نگرانی از اینکه جمع زنانه هست یا نه، حرفم رو در فضای اینترنتی می‌زنم.

آردنر نیز در نظریه گروه‌های خاموش به این نکته اشاره می‌کند که گروه‌های خاموش، مانند زنان، در محیط‌های عمومی باید زبان خود را تغییر دهند. با توجه به یافته‌های مصاحبه با زنان باردار به نظر می‌رسد اینترنت به‌مثابه حوزه‌ای عمومی مستعدتر از حوزه عمومی پیش از خود این امکان را به زنان می‌دهد که دغدغه‌هایشان را بدون تغییر دادن زبان خود بیان کنند. همان‌طور که در یافته‌های جدول ۴ نیز مشخص است، اینترنت به زنان کمک می‌کند مسائل

بارداری را بدون محدودیت و خارج از فضاهای زنانه مطرح کنند. به عبارتی، تعامل و گفت‌وگو در طرح مسائل بارداری در فضای مجازی بهتر امکان‌پذیر می‌شود.

جدول ۴. کدگذاری مفاهیم و مقولات مرتبط با تعاملی‌شدن طرح مسائل بارداری

| مقوله کلی | مقوله جزئی | مفهوم | جملات مصاحبه‌شوندگان |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------------------|--|
| | | | - بدون نگرانی از اینکه جمع زنانه هست یا نه حرفت رو می‌زنی. |
| | سهولت بیان مسائل در فضای | امکان سخن‌گفتن در جمع بدون نگرانی | - مجبور نیستی صبر کنی به جمع زنانه پیدا کنی برای مطرح کردن مشکلات. |
| تعاملی‌شدن طرح مسائل بارداری | عمومی | محدودنبودن به فضای خصوصی | - محدود نیستم که فقط با آشنایان نزدیکم که زن هستن حرف بزنم. - از حیطة مسائل خصوصی درمی‌آد. |
| | گفت‌وگو در فضای غیرزنانه | مهم‌نبودن جنسیت مخاطبان در طرح مسئله | - دیگه مهم نیست کسی که این متن رو می‌خونه حتماً زن باشه. - اصلاً فکر نمی‌کنم که زن‌ها پاسخ می‌دن یا نه مرد. |

بنابراین، همان‌طور که مقولات و مفاهیم مطرح‌شده نشان می‌دهد، فضای مجازی در نخستین گام به زنان امکان کاهش محدودیت‌ها و فشارهایی را می‌دهد که در دنیای واقعی چگونگی و محتوای سخن‌گفتن آنان را جهت‌دهی می‌کند. از این طریق، با کسب اعتمادبه‌نفس و آگاهی بالاتر، توان ارتباطی آن‌ها افزایش می‌یابد.

- فضای مجازی و تعدیل قدرت در رابطه پزشکی و بیمار

در این پژوهش، زنان مصاحبه‌شونده دلایل متعددی را برای مراجعه‌شان به این سایت‌ها بیان کرده‌اند. برخی از این دلایل و کارکردها بر نوع و محتوای رابطه آنان با پزشکان تأثیر گذاشته و موقعیت آنان را در رابطه با پزشک ارتقا بخشیده است. یکی از کارکردهای مهم اشاره‌شده زنان، آگاهی‌بخشی است. این سایت‌ها نکات علمی و توصیه‌های بهداشتی اطلاعاتی را به کاربر ارائه می‌دهند.

این آگاهی‌بخشی و ارائه اطلاعات علمی فقط با محوریت دوران بارداری نیست، بلکه مراحل رشد و تربیت کودک نیز مد نظر قرار گرفته است. این امر موجب می‌شود که چنین سایت‌هایی نه تنها برای زنان باردار، بلکه برای مادران نیز کارکرد داشته باشد. ندا ۲۴ ساله در این باره می‌گوید:

مقالات علمی زیادی برای تربیت بچه و نحوه رشد نوزاد داره.

جنبه دیگر این آگاهی‌بخشی، ارائه اطلاعات متعدد در حوزه پزشکی، سلامت، درمان، داروهای مختلف، ورزش، نکات تغذیه‌ای و مواردی از این دست است. مریم ۳۴ ساله در این زمینه معتقد است:

در مورد داروهای هم که باید توی دوران بارداری مصرف بشه خیلی اطلاعات می‌شه گرفت.

بهار ۳۰ ساله نیز در این باره می‌گوید:

در مورد تغذیه دوران بارداری و حتی بعدش در مورد تغذیه نوزاد.

سایت‌های مراقبت پزشکی دوران بارداری با در نظر گرفتن مجموعه اطلاعات مورد نیاز کاربران مختلف، کارکرد آگاهی‌بخشی را بهتر و دقیق‌تر اجرا می‌کنند. این امر موجب شده موقعیت منحصربه‌فرد پزشک به‌عنوان مرجع اصلی در ارائه آگاهی‌ها و مهارت‌های بهداشتی و درمانی به چالش تعدیل شود و نوع رابطه به مدل مبتنی بر مشارکت بیمار نزدیک شود. در جدول ۵، مفاهیم و مقولات مرتبط با کارکرد آگاهی‌بخشی فضای مجازی دسته‌بندی شده است.

جدول ۵. کدگذاری مفاهیم و مقولات مرتبط با کارکرد آگاهی‌بخشی

| مقوله اصلی | مقوله جزئی | مفهوم | جملات مصاحبه‌شوندگان درباره محتوای سایت |
|------------------|--------------------|--|---|
| | | | - مقالات علمی زیادی داره. |
| | آگاهی‌بخشی علمی | وجود مقالات علمی | - مقالات علمی زیادی برای تربیت بچه و نحوه رشد نوزاد داره. |
| | | دسترسی به مقالات پاسخ‌گویی به سؤالات پزشکی | - کلی مقاله می‌تونم بگیری از سایت. |
| | | وجود اطلاعات دارویی | - هر سؤال پزشکی‌ای داشته باشی می‌تونم بپرسی. |
| افزایش سطح آگاهی | | وجود اطلاعات دارویی | - اطلاعات دارویی در مورد دوران بارداری داره. |
| | آگاهی‌بخشی بهداشتی | توصیه‌های بهداشتی و ورزشی | - مسائل بهداشتی زیادی داره و توصیه‌هایی در مورد ورزش، یوگا و ماساژ. |
| | | توصیه‌های تغذیه و سلامت | - در مورد تغذیه دوران بارداری و حتی بعدش در مورد تغذیه نوزاد. |
| | | اطلاعات درمانی | - در مورد داروهای دوره بارداری خیلی اطلاعات می‌شه گرفت. |

علاوه بر این، دستیابی به مجموعه وسیعی از اطلاعات موجب شده انتظارات بیشتری در بیمار به وجود آید و نگرش متفاوتی به پزشک و وظایف او پیدا کند؛ مثلاً یکی از دلایل مهمی که زنان مصاحبه‌شونده برای استفاده از این سایت‌ها ذکر کرده‌اند، نیاز آنان به اطلاعات پزشکی و درمانی بیشتر در دوران درمان است. این درحالی است که در مراجعه به پزشک گاهی مسئله اختصاص نیافتن زمان و توجه کافی به بیمار از سوی پزشک وجود دارد. سحر ۲۷ ساله می‌گوید:

دکترم اون قدر با جزئیات همه‌چیز رو توضیح نمی‌ده.

به اعتقاد زنان مصاحبه‌شونده، مطالب چنین سایت‌هایی با گفته پزشکان منطبق است. ضمن اینکه سایت اطلاعات مفصل‌تری را در اختیار کاربر قرار می‌دهد. فرنوش ۳۶ ساله در این باره می‌گوید:

دکترم همون جوابی رو بهم داد که توی سایت نوشته بود؛ البته خلاصه‌تر.

از این گفت‌وگوها می‌توان نتیجه گرفت چنین سایت‌هایی با ویژگی‌هایی مانند عدم محدودیت زمانی و ارائه اطلاعات تفصیلی، رابطه پزشک و بیمار در دنیای واقعی را کامل می‌کنند. علاوه بر آگاهی‌بخشی عمومی مطرح‌شده، این سایت‌ها با ارائه هشدارها و توصیه‌های پزشکی به کاربران، توانایی و امکان ارزیابی بالینی از وضعیت خود را می‌دهند. فاطمه ۲۷ ساله در این باره می‌گوید:

شاید به موضوعی که خودت فکر کنی مهم نیست، توی این سایت‌ها می‌گه وقتی فلان علامت رو دیدی حتماً برو سراغ پزشک.

علاوه بر این، در چنین سایت‌هایی اطلاعاتی مانند معرفی بیمارستان‌ها و مراکز درمانی، معرفی آزمایش‌های مورد نیاز در طول دوران بارداری، معرفی فرایندهای مراقبت و درمان و... کارکرد توانایی ارزیابی بالینی را به نحو کامل‌تری اجرا می‌کنند. سپیده ۲۸ ساله در این باره می‌گوید:

بیمارستان‌هایی که اگه مشکل داشتی می‌تونن بری رو معرفی کرده.

در جدول ۶، مقولات مربوط به کارکرد فضای مجازی در کمک به زنان باردار برای ارزیابی بالینی خود دسته‌بندی شده است.

جدول ۶. کدگذاری مفاهیم و مقولات مرتبط با کارکرد توانایی ارزیابی بالینی

| مقوله اصلی | مقوله فرعی | مفهوم | جملات مصاحبه‌شوندگان |
|------------------------|--------------------------------|-----------------------|---|
| توانایی ارزیابی بالینی | کمک به تشخیص و حل شرایط بحرانی | هشدارهای پزشکی | - موضوعی که خودت فکر کنی مهم نیست توی این سایت‌ها می‌گه فلان علامت رو دیدی برو سراغ پزشک |
| | | هشدارهای پزشکی | - بهت می‌گه در چه مواردی نیاز داری حتماً با پزشکت مشورت کنی |
| | | توصیه به انجام آزمایش | - آزمایش‌هایی که باید در طول بارداری بدی و نوع آزمایش‌ها رو معرفی کرده |

همان‌طور که مقولات و مفاهیم مرور شده نشان می‌دهد، زنان باردار با حضور در فضای مجازی، گفت‌وگو با سایر زنان، مطالعه و کسب اطلاعات پزشکی و سلامت توانسته‌اند، حداقل در رابطه با پزشک معالج خود در دوران بارداری، در موقعیت فعالانه‌ای قرار بگیرند. آگاهی و مشارکت فعالانه بیمار، «قدرت» در رابطه پزشک و بیمار را تعدیل می‌کند. حاصل ارتباط مفاهیم و مقولات در یافته‌های این تحقیق، الگوی پارادایمی این تحقیق است که در شکل ۱ آمده است. البته برای روشن شدن روابط بین مقولات در مدل پارادایمی به توضیح جدول می‌پردازیم.

شرایط علی

همان‌طور که در مقولات استخراج‌شده از گزاره‌های معنادار مصاحبه‌شوندگان آمده است، شرایط علی که در ایجاد این پدیده دخیل‌اند، مقوله‌های سهولت و شفافیت در بیان مسائل بارداری،

شرم‌زدایی در طرح موضوعات بارداری و تعاملی شدن طرح مسائل بارداری‌اند. مطالعه شرایط علی نشان می‌دهد که این پدیده تک‌عاملی نیست، بلکه مجموعه‌ای از عوامل در پیوند باهم به بروز این پدیده منجر می‌شوند.

شرایط زمینه‌ای

زنان بارداری که با آن‌ها مصاحبه شد به اینترنت دسترسی داشتند و در مصاحبه به امکان دسترسی به اینترنت و ویژگی‌های آن اشاره کردند. آن‌ها تأکید کردند ویژگی‌های خاص اینترنت از جمله امکان تعامل آسان، مشخص نشدن هویت افراد و دسترسی سریع به اطلاعات این امکان را برای زنان فراهم می‌آورد که بتوانند با شفافیت و بدون شرم، به‌طور تعاملی، مسائل بارداری را مطرح کنند. فاطمه ۲۷ ساله می‌گوید:

چون هویتم معلوم نیست، راحت حرفم رو می‌زنم. نگران قضاوت دیگران نمی‌شم.

انسیه ۳۳ ساله می‌گوید:

هر سؤال پزشکی داشته باشم می‌تونم بپرسم. اطلاعات زیادی به‌سرعت در دسترسم قرار می‌گیره.

شرایط میانجی

پدیده «نقش اینترنت در توانمندسازی زنان باردار» که از تجربه زیسته مصاحبه‌شوندگان استخراج شد، به وضعیت اجتماعی-اقتصادی زنان باردار وابسته است. بنابراین، شرایط میانجی همچون «تحصیلات»، «درآمد و محل سکونت» و «تجربه زیسته قبلی خود یا دوستان» بر پدیده تحقیق، یعنی توانمندسازی زنان، مؤثر است.

شایان ذکر است شرایط میانجی به‌تنهایی سبب بروز مقوله محوری و راهبردهای اداره و کنترل آن نمی‌شوند، اما می‌توانند در مجموع مؤثر واقع شوند. انقلاب فناوری اطلاعات و ارتباطات موجب شده سرعت و دسترسی به اطلاعات افزایش یابد و امکان روابط در سطح مجازی خارج از ظرف زمان و مکان امکان‌پذیر شود. اما از طرفی این دسترسی برای همه یکسان نیست. افرادی که تحصیلات و درآمد بالایی دارند و از سواد رسانه‌ای بالاتری برخوردارند بیشتر می‌توانند از امکانات حاصل از انقلاب ارتباطی استفاده کنند. در این تحقیق نیز، همان‌طور که جدول اطلاعات مصاحبه‌شوندگان نشان می‌دهد، حداقل سطح تحصیلات زنان باردار مصاحبه‌شونده دیپلم است. از طرفی، این تحقیق در یک بیمارستان خصوصی در منطقه شمال تهران انجام شده که افراد مراجعه‌کننده به این بیمارستان وضعیت اقتصادی و اجتماعی بالایی دارند. هانیه ۳۴ ساله در این باره می‌گوید:

خیلی از مطالبی که در سایت‌ها نوشته شده نیاز به سطحی از سواد داره که برای همه قابل فهم نیست. مثلاً در مورد آزمایش‌های غربال‌گری.

ندا ۲۴ ساله نیز می گوید:

الان استفاده از اینترنت خودش یه مهارته. کاش کلینیک‌ها سایت‌ها رو معرفی کنن و یه راهنما بذارن برای سایت‌های خودشون.

مصاحبه‌شوندگان همچنین به تجربه زیسته قبلی خود در استفاده از اینترنت در مورد مسائل بارداری اشاره می‌کردند. همچنین، مصاحبه‌شوندگانی که نخستین تجربه بارداری را داشتند، به توصیه افراد دیگر به استفاده از این سایت‌ها ترغیب شده‌اند. مریم ۳۴ ساله نیز در مورد تجربه شخصی خودش می‌گوید:

در بارداری‌های قبلی چون خیلی از این سایت‌ها استفاده کرده بودم، این بار هم از همان اول رفتم سراغ اینترنت.

یا سحر ۲۷ ساله می‌گوید:

دوستانی داشتم که قبلاً از مطالب اینترنت استفاده کرده بودن، به من توصیه کرده بودن که حتماً به این سایت‌ها مراجعه کنم.

راهبردها

اقدامات آگاهانه و ناآگاهانه‌ای که در استفاده زنان باردار از اینترنت صورت می‌گیرد، مجموعاً استراتژی‌ها یا راهبردهای کنش/کنش متقابل را شکل می‌دهد. همان‌طور که در مقولات استخراج‌شده از مصاحبه با زنان باردار نشان داده شد، زنان باردار از راهبردهایی چون «مواجهه با اطلاعات پزشکی منتشرشده در فضای مجازی» و «استفاده از این مطالب در جهت ارتقای سطح آگاهی» و «توانایی ارزیابی بالینی» استفاده می‌کنند.

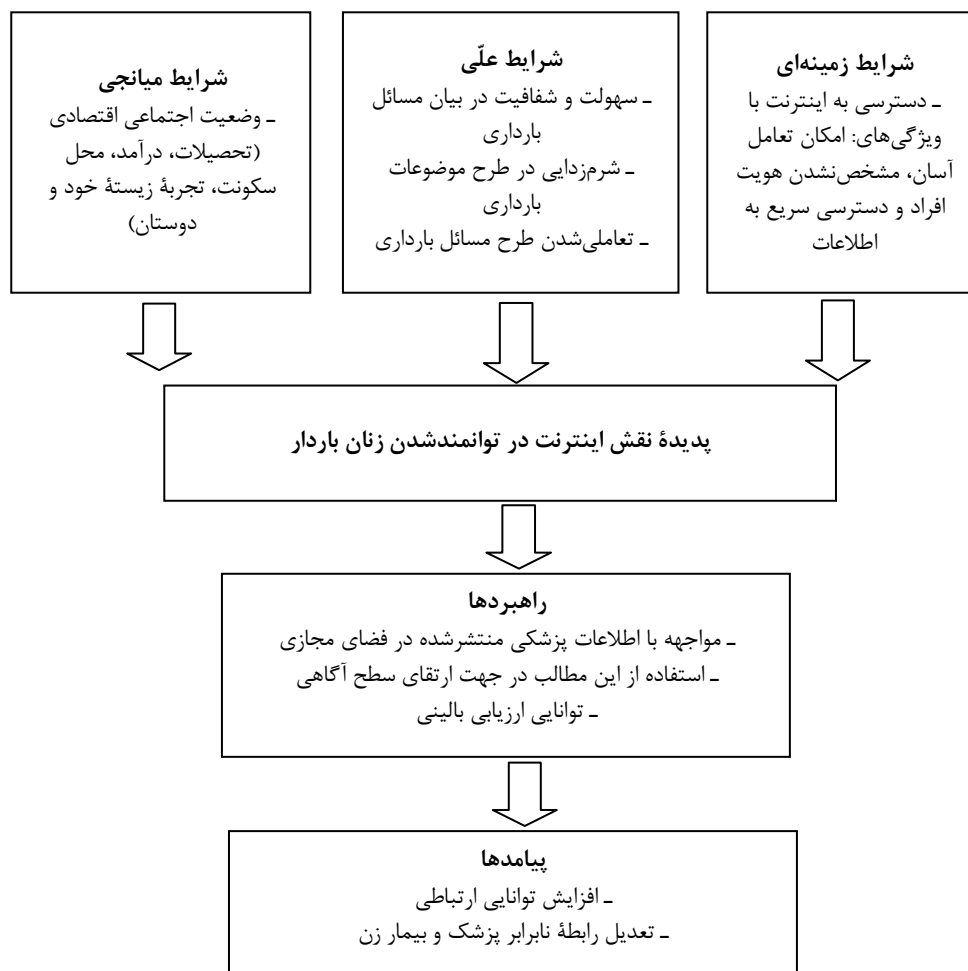
پیامدها

کنش‌ها پیامدهای پیش‌بینی‌پذیر و پیش‌بینی‌ناپذیر دارند که الزاماً از ابتدا مقصود کنش‌گر نبوده‌اند. پیامدها ممکن است در زمان حال یا آینده به وقوع بپیوندند و گاه ممکن است آنچه در یک زمان پیامد به‌شمار می‌رود، در زمانی دیگر به بخشی از شرایط و عوامل تبدیل شود. دو پیامد اصلی، افزایش توانایی ارتباطی زنان باردار و تعدیل قدرت در رابطه پزشکی و بیمار از طریق فضای مجازی بوده است. همان‌طور که زنان باردار در مصاحبه‌ها مطرح کردند، امکانات ارتباطی آن‌ها در فضای واقعی محدود بود. درحالی‌که فضای مجازی شرایط ارتباطی را برای آنان تسهیل کرده است. این شرایط جدید به آنان این فرصت را می‌داد که بتوانند در سطح گسترده‌تری به ارتباط و تعامل بپردازند. فرونوش ۳۶ ساله در این مورد می‌گوید:

وقتی وارد سایت‌های مربوط به بارداری می‌شم، انگار وارد یه جمع بزرگ شدم که می‌تونم باهاشون حرف بزنم. دیگه محدود نیستم. نه در مورد حرف‌هایی که می‌خوام بزنم، نه اینکه چطور عنوانشون کنم.

همچنین، وقتی سطح آگاهی زنان درباره مسائل بارداری به دلیل استفاده از اطلاعات منتشرشده در فضای مجازی و تعامل و ارتباط گسترده‌تر بالا می‌رود، در مواجهه با پزشک نیز می‌توانند به‌طور فعالانه‌تری شرکت کنند و رابطه آن‌ها از حالت یک‌طرفه به یک رابطه تعاملی تغییر پیدا کند. ملیحه ۲۵ ساله در این مورد می‌گوید:

با اطلاعاتی که از سایت‌ها به دست آورده بودم، هم حرف‌های دکترم رو بهتر متوجه شدم و هم تونستم در مورد نحوه زایمانم با دکترم راحت‌تر مشورت کنم. دیگه فقط دکتر نبود که صحبت می‌کرد. من هم در مورد درمانم نظر می‌دادم و سوالاتم رو می‌تونستم خیلی واضح‌تر بپرسم.



شکل ۱. مدل پارادایمی توانمندسازی زنان باردار

نتیجه گیری

طبق نظریه داده‌بنیاد حاصل از تحقیق، مقوله محوری که در این پژوهش کشف شد «نقش اینترنت در توانمندسازی زنان باردار» بود که به شکل‌های مختلف در داده‌ها تکرار شده و با دیگر مقوله‌های تحقیق نیز ارتباط دارد. این توانمندسازی ارتباطی زنان از طریق فضای مجازی، بنابر آنچه زنان باردار از تجربه زیسته خود بیان کردند، بیشتر بر شرایط علی چون «بیان مسائل به سهولت و شفافیت»، «شرمزدایی در طرح موضوعات مربوط به بارداری» و «تعاملی شدن طرح مسائل بارداری» مبتنی بوده است.

از پیامدهای مهم این توانمندسازی علاوه بر افزایش توان ارتباطی زنان، تغییر در رابطه زنان باردار به‌عنوان بیمار با پزشکشان است. رابطه پزشک با بیمار بر پایه مفهوم قدرت- دانش شکل می‌گیرد. به عبارتی، دانش پزشکی این قدرت را به پزشک می‌دهد که در رابطه‌ای نابرابر با بیمار قرار گیرد و فرایند درمان در یک رابطه عمودی جریان داشته باشد. اما انتشار گسترده اطلاعات در فضای مجازی و امکان دسترسی به این اطلاعات به زنان این امکان را می‌دهد که دانش خود را ارتقا دهند و بتوانند در فرایند درمان قدرت پزشک را تعدیل کنند.

از یافته‌های این تحقیق می‌توان نتیجه گرفت سکوت زنان در فضای مجازی به چالش کشیده می‌شود. زنان که به دلیل ساختار قدرت در جامعه در بیان احساسات و مسائل خود در فضای واقعی با مشکل مواجه‌اند، در فضای مجازی این امکان را می‌یابند که درباره مسئله‌ای کاملاً زنانه، همچون بارداری، به دور از نگرانی از قضاوت‌های اجتماعی به گفت‌وگو بنشینند.

انقلاب در فناوری ارتباطات و اطلاعات و همراهی فضای مجازی و پزشکی مدرن به تغییر در برخی معیارها و ویژگی‌های پزشکی مدرن، همچون تغییر در رابطه پزشک و بیمار، منجر شده است. اگر در الگوی پزشکی مدرن رابطه پزشک و بیمار بر قدرت و کنترل یک‌جانبه پزشک بر رابطه درمانی مبتنی بوده است، حضور پزشکی مدرن در فضای مجازی همراه با امکان مشارکت بیمار در فرایند درمان، این بعد از پزشکی- زیستی را دستخوش تحول کرده است. درواقع، فضای مجازی باعث شده است رابطه پزشک‌محور به سوی مدل مشارکت دوسویه پیش رود. امروزه بیمار به‌واسطه بهره‌مندی از اطلاعات موجود در فضای مجازی می‌تواند موقعیت منفعل خود را با جایگاهی فعال و مشارکتی جایگزین کند.

امکانات این فضا مانند عدم محدودیت زمانی مشاوره و کسب اطلاعات، امکان نظر دادن، طرح پرسش و دریافت پاسخ موجب شده است ساختار روابط از الگوی زیستی به الگوی اجتماعی تغییر یابد. تمرکز سایت‌های مربوط به بارداری بر بعد روانی است. این سایت‌ها با فراهم آوردن امکان مواجهه و تعامل زنان باردار با یکدیگر و به اشتراک گذاشتن تجربیات تلخ و شیرین متفاوت خود، ترسیم وضعیت نوزاد و ارائه راهنمایی‌های مورد نیاز مادر، به حمایت روانی و عاطفی مادر، تقویت حس مادرانه و کمک برای پذیرش موقعیت جدید خود می‌پردازند؛

به‌خصوص که زنان برای مطرح کردن مسائل خود در فضای واقعی با محدودیت‌هایی روبه‌رو هستند که فضای مجازی با غلبه بر بخشی از این محدودیت‌ها تا حدودی امکان ارتباط آزادانه‌تر را برای آنان فراهم می‌آورد.

هنوز در جامعه ما دانش پزشکی رسمی جایگاه مسلطی در فرایندهای درمان و مراقبت از بیماران دارد و زنان باردار از طرفی به‌عنوان نیازمندان به مراقبت‌های پزشکی و از طرف دیگر داشتن هویت زنانه، موضع ارتباطی ضعیف‌تری دارند. اما فضای مجازی پیامدهای دیگری مانند شکستن سکوت زنان، تعدیل رابطه درمانی پزشک‌محور و یک‌سویه، تعدیل روابط قدرت پزشک و بیمار و تعدیل نگرش پزشکی-زیستی و تقویت بعد روانی و اجتماعی در رابطه درمانی و ظرفیت برابرسازی در حوزه عمومی برای زنان و مردان را به همراه داشته است. درنهایت، باید به این نکته اشاره کرد که این تحقیق با رویکرد کیفی انجام شده است. بنابراین، هدف پژوهش‌گران در این تحقیق، تعمیم یافته‌ها نبوده است. بلکه هدف، فقط شناخت نحوه حضور تعداد محدودی از زنان باردار در فضای مجازی و تأثیر کاربری این فضا بر موقعیت آنان در برخی اشکال رابطه اجتماعی است.

منابع

- [۱] بانک جهانی (۲۰۱۵). آمار کاربران اینترنتی. دسترسی در وب سایت: <http://data.worldbank.org>
- [۲] باستانی، سوسن؛ صالحی، مریم (۱۳۸۶). «سرمايه اجتماعی شبکه و جنسیت: بررسی ویژگی‌های ساختی، تعاملی و کارکردی شبکه اجتماعی زنان و مردان در تهران»، *مطالعات جامعه‌شناختی*، ش ۳۰.
- [۳] تامپسون، جان. ب (۱۳۹۱). *رسانه‌ها و مدرنیته*، ترجمه مسعود اوحدی، تهران: سروش.
- [۴] عاملی، سعید (۱۳۸۳). «جهانی‌شدن‌ها: مفاهیم و نظریه‌ها»، *ارغنون*، دوره ۱۰، ش ۲۴، ص ۵۸-۵۰.
- [۵] فلیک، اووه (۱۳۸۸). *درآمدی بر تحقیق کیفی*، ترجمه هادی جلیلی، تهران: نشر نی، چ ۵.
- [۶] فکوهی، ناصر؛ میردامادی، مهرداد (۱۳۸۱). «فضای سایبرنتیک به‌مثابه فضای شهری در تهران»، *مجله انسان‌شناسی*، ش ۲.
- [۷] کاستلز، مانوئل (۱۳۸۰). *عصر اطلاعات: اقتصاد، جامعه و فرهنگ: ظهور جامعه شبکه‌ای*، ترجمه افشین خاکباز، تهران: طرح نو.
- [۸] گیدنز، آنتونی (۱۳۸۴). *چشم‌اندازهای جهانی*، ترجمه محمدرضا جلائی‌پور، تهران: طرح نو.
- [۹] مرکز آمار جهانی اینترنت (۲۰۱۵). کاربران اینترنتی در جهان در نواحی مختلف (نوامبر ۲۰۱۵). دسترسی در وب سایت: <http://www.internetworldstats.com>
- [۱۰] مسعودنیا، ابراهیم (۱۳۸۹). *جامعه‌شناسی پزشکی*، تهران: دانشگاه تهران.
- [۱۱] یزدخواستی، بهجت؛ عدلی‌پور، صمد؛ کیخانی، الهام (۱۳۹۲). «حوزه عمومی و گفت‌وگو در فضای مجازی شبکه‌های اجتماعی (بررسی تأثیر شبکه‌های اجتماعی مجازی بر گفت‌وگوی میان فرهنگ‌ها)»، *نشریه مطالعات فرهنگ-ارتباطات*، س ۱۴، ش ۵۳، ص ۸۱-۱۰۱.

- [12] Arora N. 2003, Interacting with cancer patients: the significance of physicians' communication behavior. *Soc Sci Med*, 57(5): pp 791–806.
- [13] Banerjee, A., Sanyal, D. 2012, Dynamics of doctor–patient relationship: A cross-sectional study on concordance, trust, and patient enablement, *J Family Community Med*, 19(1): pp 12–19.
- [14] Benedickt, M. (1991). *Cyberspace: first steps*.
- [15] Brédart A., Bouleuc C., Dolbeault S. 2005, Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology, *Curr Opin Oncol*, 17(14): pp 351–354.
- [16] Griffin.Emory.A. 2011, *A First Look at Communication Theory*, Published by McGraw-Hill, ISBN 978-0-07-353430-5, pp 460-466.
- [17] Huberty, J., Dinkel, D., Beets, M. W., & Coleman, J. (2013). Describing the use of the internet for health, physical activity, and nutrition information in pregnant women. *Maternal and child health journal*, 17(8), pp 1363-1372.
- [18] Jones, S. (1995). *Understanding community in the information age*. Sage, California.
- [19] Lagan, B. M., Sinclair, M., & George Kernohan, W. (2010). Internet Use in Pregnancy Informs Women's Decision Making: A Web-Based Survey. *Birth*, 37(2), pp 106-115.
- [20] Lee R. G., Garvin T. 2003, Moving from information transfer to information exchange in health and health care, *Soc Sci Med*, 56(3): pp 449–464.
- [21] Lev, E. (2013). Prenatal googling: online information seeking by Israeli women during pregnancy. *International Review of Social Research*, 3(2), pp 69-87.
- [22] Lurner, L. & West, R. 2003, *Introducing Communication Theorys*, Boston: McGraw Hill College.
- [23] Lee R. G., Garvin T. 2003, Moving from information transfer to information exchange in health and health care, *Soc Sci Med*, 56(3): pp 449–464.
- [24] Lev, E. (2013). Prenatal googling: online information seeking by Israeli women during pregnancy. *International Review of Social Research*, 3(2), pp 69-87.
- [25] Lurner, L. & West, R. 2003, *Introducing Communication Theorys*, Boston: McGraw Hill College.
- [26] Mitra, A. 2001. Marginal Voices in Cyberspace, *Journal of New Media & Society*, 13(1): pp 29-48.
- [27] Song, F. W., West, J. E., Lundy, L., & Dahmen, N. S. (2012). Women, Pregnancy, and Health Information Online The Making of Informed Patients and Ideal Mothers. *Gender & Society*, 26(5), pp 773-798.
- [28] Stewart M. A. 1995, Effective physician-patient communication and health outcomes: a review, *CMA*, 152(9): pp 1423–1433.
- [29] Strauss, A., Corbin, J. 1998, *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*, Thousand Oaks, CA: Sage publications.