

رحم جایگزین: تأملی ساخت گرایانه بر پزشکی‌شدن مادری

محمود قاضی طباطبایی (Ph.D.)^۱، ابوعلی وادهیر (Ph.D.)^۲

۱- گروه جمعیت‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران، ایران.

۲- گروه علوم اجتماعی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: رحم جایگزین یکی از مهمترین علم-فن‌آوری‌های نوین تولید مثل و کمک باروری است که ضمن فراهم کردن جانشینی برای باروری طبیعی و راه حلی برای درمان ناباروری، به طور مستقیم یا تلویحی پزشکی شدن بیشتر تجربه مادری را دامن زده است. طبق نظر جامعه‌شناسان، پزشکی شدن/کردن فرایندی است چند بعدی که از طریق آن، مسائل و شرایط غیرپزشکی و طبیعی با استفاده از اصطلاحات، رویکردها، ابزارها و مداخله‌های خاص پزشکی تعریف شده و کنترل و مدیریت می‌شوند. این مقاله ضمن مرور اجمالی ساخت، ابعاد و دلالت‌های اجتماعی رحم جایگزین، به طور مشخص نشان می‌دهد که رحم جایگزین به چه نحوی در فرایند پزشکی‌شدن/کردن فزاینده مادری، به مثابه تجربه‌ای طبیعی، چند بعدی و پیچیده در زندگی زنان، دخیل است.

روش بررسی: این مقاله با بازنگری در بدنه دانش و پیشینه موجود در جامعه‌شناسی درباره رحم و مادر جایگزین در پی ارائه تحلیلی جامعه‌شناختی از ماهیت و دلالت‌های ساخت گرایانه موضوع است. با استفاده از مفهوم و نظریه پزشکی‌شدن در جامعه‌شناسی، این مقاله نشان می‌دهد که چگونه علم-فن‌آوری نوین رحم جایگزین به پزشکی شدن بیشتر تجربه مادری انجامیده است.

نتایج: تحلیلهای و تأملات جامعه‌شناختی نشان می‌دهد که شیوه‌های جانشین برای باروری طبیعی یا شیوه‌های نوین کمک به باروری و درمان ناباروری نظیر رحم جایگزین دارای هم ساخت اجتماعی، ابعاد و دلالت جامعه‌شناختی متعددی هستند و نقش آنها در بازتعریف و ساخت مسائل و تجربیات انسانی چشمگیر است. در این میان، رحم جایگزین با مغشوش کردن تمایز بین آنچه که در تجربه مادری طبیعی است و آنچه که ساخته یا محصول کار انسان‌ها است، شکل خاصی از پزشکی شدن تجربه مادری را منعکس می‌کند.

نتیجه‌گیری: مانند بسیاری از علم-فن‌آوری‌های نوین پزشکی، تولید مثل و روش کمک باروری، روش رحم جایگزین صورت‌بندی جدیدی از مفاهیم و تجربیات مربوط به زندگی زنان و به طور مشخص‌تر تجربه مادری را ارائه می‌کند که پزشکی شدن یا ورود هرچه بیشتر تجربه مادری، تحت نام‌گذاری، اقتدار یا هژمونی و مداخله پزشکی مهمترین ویژگی آن است.

کلید واژگان: پزشکی‌شدن، رحم جایگزین، مادری، ساخت گرایان اجتماعی، اقامه دعوی، باروری، ناباروری، علم-فن‌آوری.

مسئول مکاتبه: محمود قاضی طباطبایی (Ph.D.)، گروه جمعیت‌شناسی و انجمن جمعیت‌شناسی ایران، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه

تهران (جنب دانشگاه تربیت مدرس)، تهران، ایران.

پست الکترونیک: smghazi@ut.ac.ir

زمینه و هدف

تقریباً دو دهه گذشته، علم- فن آوری‌های^۱ نوین پزشکی و نوآوری‌های کمک باروری توجه بسیاری از جامعه‌شناسان، جمعیت‌شناسان، انسان‌شناسان و پژوهش‌گران حوزه مطالعات علم و تکنولوژی (STS) را به خود جلب کرده است (۱، ۲، ۳، ۴، ۵). اکثر این صاحب‌نظران و پژوهش‌گران ضمن پرهیز از بحث درباره پیچیدگی‌های تخصصی علم- فن آوری‌های نوین پزشکی، با استفاده از چارچوبها و مدل‌های نظری معاصر در علوم اجتماعی به مفهوم اعم کلمه تلاش کرده‌اند مناقشات، ابعاد، دلالتها و مهمتر از همه ساخت اجتماعی^۲ و فرهنگی این نوآوری‌های علم- فن آوران را روشن کنند. بنابراین، مطالعات، تأملات و تحلیل‌های جامعه‌شناسان و دیگر صاحب‌نظران اجتماعی بر علم- فن آوری‌های نوین پزشکی و کمک باروری را می‌توان در پنج مقوله یا محور اساسی طبقه‌بندی کرد:

۱- علم- فن آوری‌های نوین پزشکی و کمک باروری و پذیرش اجتماعی و فرهنگی^۳: این محور مطالعاتی بر این امر متمرکز است که مردم چگونه توسعه و تحولات جدید در علم- فن آوری نوین پزشکی و کمک باروری را می‌فهمند، به آنها واکنش نشان می‌دهند، ساخته‌های اجتماعی و فرهنگی مربوط به آنها را روایت می‌کنند و در نهایت می‌پذیرند. این حوزه همچنین مطالعات و تأملاتی را شامل می‌شود که دغدغه‌های اجتماعی، نگرش‌ها و جنبش‌های اجتماعی مربوط به این علم- فن آوریها و قابلیتها و کاربردهای آنها را در حوزه‌های متنوعی از جمله حوزه باروری و ناباروری و جنین‌شناسی (رویان‌شناسی)^۴ و در سطوح متفاوت فردی، گروهی، ناحیه‌ای، ملی، منطقه‌ای و جهانی مورد توجه قرار می‌دهند.

۲- علم- فن آوری‌های نوین پزشکی و کمک باروری و آینده‌شناسی^۵: این حوزه پژوهشی از یک سو به پیش‌بینی و آینده‌نگری امکانات و دستاوردهای علم- فن آوری‌های نوین پزشکی و کمک باروری و همچنین ابهامات و تردیدهای برخاسته از آنها، دلالت‌های اجتماعی، فرهنگی، سیاسی و اخلاقی بالقوه آنها، افقها و امیدهای آنها برای تأمین آینده‌ای روشن برای پزشکی، سلامت، باروری و دیگر حوزه‌های مرتبط می‌پردازد و از سوی دیگر، خطرات و بیم‌های آشکار و پنهان و آثار تبعیض‌آمیز و تخریبی این علم- فن آوریها را برای آدمی و تولید مثل و تکثیر انسانی مورد مطالعه قرار می‌دهد.

۳- علم- فن آوری‌های نوین پزشکی و کمک باروری و دلالت‌های معرفت‌شناختی، هستی‌شناختی، اخلاقی، فلسفی و سیاسی آن^۶: درباره دلالت‌های معرفت‌شناختی، هستی‌شناختی، اخلاقی، ایدئولوژیک و

۱- اصطلاح علم‌فن‌آوری (Technoscience) که در سطح وسیعی در این مقاله به‌کار رفته است، بر این نکته مهم دلالت دارد که در بسیاری از حوزه‌ها و نوآوری‌های مربوط به پزشکی و کمک باروری از جمله در بحث رحم جایگزین مرزهای سنتی بین علم و فن آوری از بین رفته است و کم و بیش حالت تصنعی به خود گرفته است. به همین دلیل و به منظور تأکید بر هم‌جوشی علم و فن آوری در حوزه نوآوری‌های مربوط به پزشکی و درمان ناباروری، با الهام از برونو لاتور (B. Latour) در سرتاسر این مقاله اصطلاح علم‌فن‌آوری به جای واژگان متمایز آنها یعنی علم و فن آوری استفاده می‌شود.

۲- معادل‌های فارسی متنوعی برای اصطلاح Social Construction به‌کار رفته است که از آن جمله می‌توان به "سازه اجتماعی"، "ساخت اجتماعی" و "برساخت اجتماعی" اشاره کرد. اصطلاح Social Construction قبل از هر چیز، مؤید ماهیت جمعی و مشارکتی ساختن یا خلق اجتماعی واقعیت است. بنابراین معادل فارسی درست آن می‌تواند هم‌ساخت اجتماعی یا اصطلاح زیبایی "همه باهم سازندگی" باشد که زمانی (قبل از ادغام با وزارت کشاورزی) به عنوان شعار و رسالت اساسی سازمان جهاد سازندگی سابق تلقی می‌شد. در سرتاسر این مقاله به منظور ارتقاء انسجام و سلیسی متن، معادل "ساخت اجتماعی" و "ساخت‌گرایی اجتماعی" برای Social Construction و Social Constructionism استفاده شده است، اما منظور اصلی همان "هم‌ساخت اجتماعی" و "هم‌ساخت‌گرایی اجتماعی" است.

3- New medical & Assisted-reproductive Technosciences & Social & Cultural Acceptance

4- Embryology

5- Future Studies

6- The Epistemological, Anthological, Ethical, deological & Political Implications

سیاسی علم- فن‌آوری‌های نوین پزشکی و کمک باروری از جمله رحم جایگزین، دو رویکرد اصلی وجود دارد: از یک طرف، برخی متفکران و نویسندگان برجسته مانند گریگوری استاک (۲۰۰۲) با اتخاذ رویکردی خوشبینانه مایلند از ارزش مباحث گسترده اما نه چندان روشن درباره دلالتها، مسائل و دغدغه‌های معرفت‌شناختی، هستی‌شناختی، اخلاقی، ایدئولوژیک و سیاسی این علم- فن‌آوریها بکاهند یا به نحوی آنها را کم‌اهمیت جلوه دهند. این دسته از صاحب‌نظران پیشنهاد می‌کنند که به جای پرداختن به نگرانیها و مسائل بالقوه اخلاقی و ایدئولوژیک و سیاسی برخاسته از این علم- فن‌آوریها و طرح مباحث بیهوده درباره تنگناهای بالقوه ناشی از آنها، ما باید توجه خود را روی چیزهایی متمرکز کنیم که می‌توانیم با استفاده از قابلیت‌ها، دستاوردها و ابزارهای خاص این علم- فن‌آوری، برای خلق دنیایی بهتر و مردم یا جمعیتی سرحال‌تر، سالم‌تر و بارورتر انجام دهیم (۶). در مقابل، تعدادی دیگر از چهره‌های شاخص جامعه‌شناسی و صاحب‌نظران اجتماعی و سیاسی مانند فوکویاما (۲۰۰۲)، هابرماس (۲۰۰۳) و رفکین (۱۹۹۸) به دلالتها و مسائل معرفت‌شناختی، هستی‌شناختی، اخلاقی، ایدئولوژیک و سیاسی علم- فن‌آوری‌های نوین پزشکی و کمک باروری از جمله زیست‌فن‌آوری پرداخته‌اند. برای مثال، فرانسیس فوکویاما در کتاب *آینده پساانسانی ما*^۱ (۲۰۰۲) آثار بالقوه زیست‌فن‌آوری و نوآوری‌های مرتبط با آن را بر آینده سرشت انسانی ما یادآور می‌شود. او هم داستان با آثار قبلی خود به ویژه کتاب *پایان تاریخ و آخرین انسان*^۲ (۱۹۹۲) مدعی است که زیست‌فن‌آوری، به از سرگیری دوباره تاریخ^۳ منجر شده است. از نظر او، مهمترین تهدید ناشی از پیشرفت‌های اخیر در زیست

فن‌آوری و مهندسی ژنتیک این است که این کاربرد فن‌آوریها به شکلی ریشه‌ای سرشت انسان را تغییر خواهد داد و ما را وارد دوره یا مرحله‌های جدیدی از تاریخ خواهد کرد که فوکویاما آن را "دوره پساانسانی تاریخ"^۴ می‌نامد (۷). همچنین، یورگن هابرماس، فیلسوف و منتقد اجتماعی برجسته آلمانی در کتاب خود با عنوان *آینده سرشت انسان* (۲۰۰۳) رویکرد متفاوت-تری را از فوکویاما نسبت به توسعه زیست‌فن‌آوری و دیگر علم- فن‌آوری‌های نوین پزشکی و کمک باروری در پیش می‌گیرد. وی در عین حال که مانند فوکویاما بر ضرورت قاعده‌مندی پیشرفت‌های اخیر در این علم- فن‌آوریها اصرار دارد، بر اهمیت اخلاقی و فلسفی این علم- فن‌آوریها و پیوند نزدیک آنها با امور مذهبی، هویتی و استقلال فردی نیز تأکید می‌کند. برای مثال، او ضمن طرح برخی از سئوالات اخلاقی و فلسفی درباره زیست‌فن‌آوری، مباحثی را درباره برخی دلالت‌های مرتبط با مشروعیت به کارگیری، حیطه عمل و محدودیت‌های مهندسی و مداخله ژنتیکی، از جمله همانندسازی انسانی را پیش می‌کشد. از نظر هابرماس، پیشرفت زیست‌فن‌آوری تمایز بین آنچه طبیعی است^۵ و آنچه انسانها خودشان خلق کرده‌اند^۶ را مغشوش کرده است (۸).

۴. علم- فن‌آوری‌های نوین پزشکی و کمک باروری و مطالعات مربوط به ساخت اجتماعی علم و فن‌آوری:^۷ پژوهشگران این حوزه مطالعاتی بر این باورند که توسعه و پیشرفت علم- فن‌آوری‌های نوین پزشکی در زمینه کمک باروری، در یک خلاء اجتماعی یا فرهنگی^۸ اتفاق نمی‌افتد و جامعه نیز به نوبه خود در صورت‌بندی و توسعه آنها سهیم است. یعنی امروزه توجه به افکار عمومی و پاسخگویی به انتظارات، سئوالات و

4- The post-human stage of history

5- Grown

6- Made

7- Studies on the social construction of science & technology

8- Social and cultural vacuum

1- Our Posthuman Future: Consequences of the Biotechnology Revolution

2- The end of history and the last man

3- The recommencement of history

موشکافی‌های خاص کارگزاران اجتماعی و فرهنگی، از جمله رسانه‌ها، سازمان‌های غیر دولتی، فعالان حقوق بشر و حیوانات و طرفداران محیط‌زیست، بخش گریزناپذیری از فرایند توسعه علم-فن‌آوری‌های نوین پزشکی و کمک باروری، از جمله علم-فن‌آوری رحم جایگزین است (۹).

۵. علم-فن‌آوری‌های نوین پزشکی و کمک باروری و فعالیت‌ها یا فرایندهای ساخت‌گرایانه: در سال‌های اخیر، این خط فکری یا موضوع، به کانون مباحث، تحلیل‌ها و مطالعات جامعه‌شناختی درباره علم-فن‌آوری‌های نوین پزشکی و کمک باروری بدل شده است. صاحب‌نظران اجتماعی و جامعه‌شناسان این حوزه، از جمله Peter Conrad (۲۰۰۵، ۲۰۰۶، ۲۰۰۷)، Webster و Brown (۲۰۰۴) بر این باورند که علم-فن‌آوری‌های نوین پزشکی و کمک باروری، به طور مستقیم یا غیرمستقیم با فرایندهای معطوف به ساخت اجتماعی، فرهنگی و حرفه‌ای موضوعات و مسائل انسانی، از جمله ناباروری مرتبط هستند. از این نظر، علم-فن‌آوری‌های نوین پزشکی در زمینه کمک باروری، با توجه به ویژگی‌های خاصی که دارند، ناظر بر نوع متمایزی از علم-فن‌آوری هستند که در آن، فرایند انتقال، توزیع، ترجمه و ترویج دانش، مهم‌تر و مؤثرتر از کشف و طرح دعاوی علمی است. در نتیجه، صورت‌بندی نوینی از مناسبات این علم-فن‌آوریه‌ها با جامعه، مسائل اجتماعی و تجربیات انسانی در حال شکل‌گیری است. به سخن دیگر، نوآوری‌های علم-فن‌آورانه در حوزه پزشکی و باروری، با ارائه رویکردها و شیوه‌های نوین جایگزینی برای باروری طبیعی و فرایندهای طبیعی مربوط به آن، تعریف دوباره‌ای از مفاهیم، مسائل و تجربیات مهم انسانی و اجتماعی مانند خانواده، ازدواج، خویشاوندی، نژاد و صفات پدری، مادری، خواهری، برادری و جز آنها ارائه

می‌دهند. این تعاریف و سنخ‌بندی‌های دوباره^۱ یا ساخت دوباره^۲ مفاهیم اجتماعی، ضمن آنکه مفهوم‌پردازی اجتماعی دوباره‌ای از مقوله‌ها و مفاهیم اجتماعی و فرهنگی را الزام‌آور می‌کند، مبانی و ابزارهای لازم برای مشروعیت‌سازی مرزبندی اجتماعی یا ساختاربندی دوباره جامعه یا در واقع طرحی نو از زندگی، جامعه و انسان ارائه می‌کند. برای مثال، نیک براون و اندرو وبستر در کتاب ارزشمند خودشان با عنوان *فن‌آوری‌های نوین پزشکی و جامعه: نظام بخشی دوباره زندگی* (۲۰۰۴)^۳ نشان داده‌اند که علم-فن‌آوری‌های نوین پزشکی و باروری، صورت‌بندی دوباره‌ای از مناسبات سه وجهی سلامت-بدن-فن‌آوری طرح می‌کنند. با الهام از سوگیری‌های نوین در مطالعات علم و تکنولوژی (STS)^۴، این دو بر این باورند که نوآوری اساسی مربوط به فن‌آوری‌های نوین پزشکی و باروری، در واقع، فرایند مولدی است که اشکال جدیدی از زندگی را به دنبال دارد. این نوع زندگی، دیگر شکل ساده و کاملاً طبیعی (ارگانیک) خود را ندارد، بلکه آن نوع زندگی توأمان نهادی، حرفه‌ای، اقتصادی و قانونی‌ای است که به طور انفرادی توسط مردم یا شهروندانی خلق می‌شود که بدن آنها آثار تحلیل‌برنده ناخوشی، بیماری و زوال را تجربه می‌کند. نوآوری ممکن است نه فقط تسکینی بر این آثار باشد بلکه حتی تعریف دوباره‌ای از معانی آنها در مراحل زندگی باشد. آنها همچنین نشان می‌دهند که چگونه فن‌آوری‌های نوین پزشکی، در حال صورت‌بندی و ترتیب مجددی از حدود و معانی متعارف دوره‌های زندگی از نظر ویژگی‌های جسمانی و دنیوی، فضایی، سطوح (خرد، میانه و کلان) و بدنی است. براون و وبستر با دسته‌بندی یا سرشکن‌سازی تغییرات اجتماعی

1- Redefinition and re-typification

2- Reconstruction

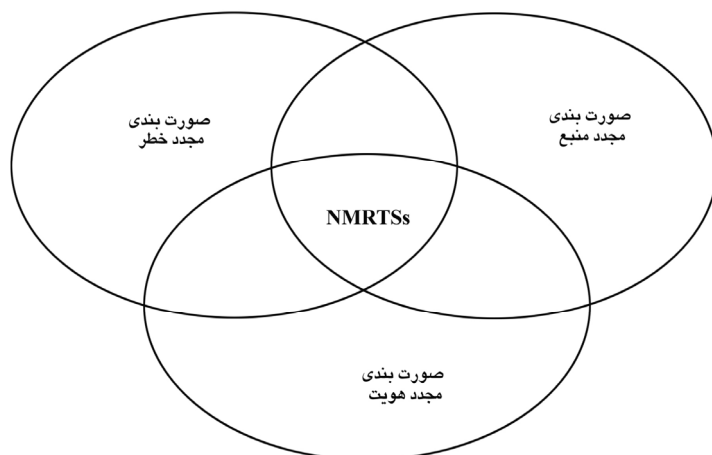
3- New medical technologies and society: reordering life

4- Science and Technology Studies

همانگونه که شکل ۱ نشان می‌دهد، علم-فن‌آوری‌های نوین پزشکی و باروری، در کانون تحولات زندگی مدرن قرار دارند و بسیاری از پدیده‌ها و مفاهیم عمده اجتماعی از جمله مفاهیم بیم، هویت و منبع را به نحوی بازتعریف و بازتولید می‌کنند که بیشترین اثربخشی را بر زندگی و وقایع و معانی بیولوژیک و اجتماعی انسان امروزی داشته باشد (۳).

نگاهی دقیق به مقوله‌ها و محورهای پژوهشی فوق نشان می‌دهد که همه آنها از نظر جامعه‌شناسی حائز اهمیت هستند. اما به نظر می‌رسد که مورد آخر، یعنی علم-فن‌آوری‌های نوین پزشکی در زمینه کمک باروری و فعالیتها یا فرایندهای ساخت‌گرایانه، در مقام مقایسه با محورهای دیگر از اهمیت بیشتری برخوردار است، برای اینکه از این نظر پارادایمها و نوآوری‌های اخیر پزشکی در زمینه کمک باروری، شیوه‌هایی را که مسائل فهمیده و تعریف می‌شوند و آنچه ما درباره آنها انجام می‌دهیم و آنگونه که زندگی می‌کنیم، را تحت تأثیر قرار می‌دهند. به طور مشخص‌تر، امروزه فن‌آوری‌های نوین پزشکی و کمک باروری، از جمله رحم جایگزین، عامل یا مؤلفه عمده‌ای در فرایندها و فعالیت‌های ساخت‌گرایانه اجتماعی، فرهنگی و حرفه‌ای تلقی می‌شود.

برآمده از این فن‌آوریها به دو نوع پیوستگیها^۱ و گسستگیها^۲، مباحث خود را به ساحت‌های جزئی‌تری از زندگی بسط می‌دهند. برای مثال، آنها پیوستگیها و گسستگی‌های اجتماعی ناشی از نوآوری‌های علم-فن‌آورانه را در حوزه‌هایی مانند علم-فن‌آوری‌های پزشکی مرتبط با تجدید نسل و باروری انسانی، فن‌آوری‌های معطوف به حفظ بدن، فن‌آوری‌های تعویض و اهدای اعضای بدن و به همین ترتیب معانی و فن‌آوری‌های مربوط به مرگ و مردن نشان می‌دهند. در این کتاب، براون و وبستر به شیوه‌هایی علاقه نشان می‌دهند که فن‌آوری‌های نوین پزشکی و کمک باروری، در عین حال که از حیث اجتماعی ساخته می‌شوند، فهم و دانش ما را از بدن، سلامت، باروری و ناباروری، بیماری، پزشکی و مرگ در کلیه دوره‌های زندگی از پیش از تولد و تولد و نوزادی تا سالخوردگی و مرگ می‌سازند. به باور آنها، این علم-فن‌آوریها با مفهوم‌پردازی و صورت‌بندی دوباره‌ای از مفاهیم بیم، هویت و منابع، در واقع، طرحی نو از زندگی را در عصر جامعه دانایی‌محور پیش می‌کشند؛ عصری که با نابرابری‌های جدی در تولید، توزیع و مصرف دانش، تأمل‌پذیری و مسئولیت‌پذیری اجتماعی بالا و انتظارات و امیدهای واهی و متناقض بسیاری شناخته می‌شود.



شکل ۱- نقش علم‌فن‌آوری‌های نوین پزشکی و باروری (NMRTSs) در ارائه طرحی نو از مؤلفه‌های اساسی زندگی مدرن

(اقتباس از منبع ۳)

- 1- Continuities
- 2- Discontinuities

در چهارچوب مقوله یا محور فوق و با کاربست نوعی رویکرد ساخت‌گرایی اجتماعی^۱، این مقاله در پی تأمل بر این امر است که چگونه یا با چه رویه‌هایی، پیشرفت‌های اخیر در حوزه علم-فن‌آوری‌های نوین پزشکی در زمینه کمک باروری، از جمله شیوه رحم جایگزین، صورت‌بندی جدیدی از زندگی انسانی و به طور مشخص، یکی از مهمترین تجربیات و فرازهای آن، یعنی تجربه مادری ارائه می‌کند که پزشکی شدن/کردن مادری یا ورود هر چه بیشتر تجربه مادری تحت نام‌گذاری^۲، اقتدار و مداخله پزشکی، از مهمترین ویژگی‌های آن است. از این رو، مقاله حاضر نشان می‌دهد که شیوه‌های نوین و جانشین باروری طبیعی، به ویژه شیوه رحم جایگزین، به اشکال متنوع خود (برای مثال: جانشینی در بارداری/مادر جانشینی مطلق^۳، جانشینی با تلقیح مصنوعی/مادر جانشینی جزئی^۴، جانشینی با استفاده از تخمک، گامت یا جنین اهدائی^۵ و جز آنها) با مغشوش‌سازی تمایز بین آنچه در تجربه مادری طبیعی است، و آنچه ساخته و پرداخته آدمی‌زاد است یا نتیجه اقدامات و فعالیت‌های ساخت-گرایانه آدمی‌زاد است، شکل خاصی از پزشکی‌شدن تجربه مادری را دامن می‌زند. بنابراین، در میان موضوعات اجتماعی و فرهنگی متنوع برخاسته از نوآوری‌های پزشکی در زمینه کمک باروری، به ویژه رحم جایگزین (برای مثال: دغدغه‌ها و نگرانی‌های اجتماعی و روان‌شناختی ناشی از انتخاب روش رحم جایگزین، انگیزه‌های زوجین برای انتخاب روش رحم جایگزین، دلایل، انگیزه‌ها و تجربیات زیستی میزبان یا مادر جانشین، واکنش اطرافیان نسبت به مشارکت در این شیوه درمان ناباروری و جز آنها)، این مقاله فقط به دلالت‌های ساخت‌گرایانه خاصی یعنی پزشکی شدن

تجربه مادری می‌پردازد. به بیانی دیگر، این مقاله بدون آنکه بخواهد دستاوردهای نوین پزشکی در خصوص درمان ناباروری و ارائه شیوه‌هایی اثربخش برای کمک به باروری طبیعی را کم اهمیت نشان دهد یا زیر سؤال ببرد، با اتخاذ رویکردی کارا و نوین در جامعه‌شناسی، یعنی ساخت‌گرایی اجتماعی، بر فرایندها و فعالیت‌هایی متمرکز است که علم-فن‌آوری رحم جایگزین، شکل متمم ایز و نوینی از پزشکی شدن تجربه مادری را به نمایش می‌گذارد. مقاله با بحث و بازنگری نسبتاً مبسوطی درباره رویکرد ساخت‌گرایی اجتماعی و پزشکی شدن/کردن، خواه به مثابه فرایندی ساخت‌گرایانه از حیث اجتماعی-فرهنگی و حرفه‌ای یا به مثابه مفهوم و نظریه-ای جامعه‌شناختی و ارتباط مفروض آن با مقوله باروری (تولید مثل) و فرایندها و وقایع طبیعی مربوط به طول دوره باروری زنان (لقاح، بارداری، تولد نوزاد، قاعدگی، یائسگی و جز آنها) و تجربه مادری شروع می‌شود. سپس به طور مشخص مباحثی درباره پزشکی شدن باروری (تولید مثل) مطرح می‌شود. در این بخش از مقاله ما نشان می‌دهیم که برخلاف این تصور سنتی و کلاسیک که فرایند پزشکی شدن پدیده باروری (تولید مثل) با تولد^۶ شروع می‌شود، امروزه با توجه به ظهور و ترویج علم-فن‌آوری‌های نوین درمان ناباروری یا کمک باروری، از جمله رحم جایگزین، این فرایند به دوران قبل از تولد^۷ از جمله فرایند لقاح تخمک یا شروع حاملگی^۸ کشیده شده است و در نهایت، مقاله با یک نتیجه‌گیری کلی و تأملی جامعه‌شناختی بر دلالت‌ها و آثار پیشرفت‌های اخیر در روش رحم جایگزین بر پزشکی شدن بیشتر تجربه مادری پایان می‌پذیرد.

ساخت‌گرایی اجتماعی: تمرکز اصلی این رویکرد بر نمایان‌سازی شیوه‌ها یا رویه‌هایی است که افراد و گروه‌ها به واسطه آنها در خلق معانی جهان اجتماعی

- 1- Social Constructionism
- 2- Designation
- 3- Gestational Surrogacy
- 4- Artificiel Insémination Surrogacy
- 5- Egg/Gamete/Embryo Donation Surrogacy

- 6- Birth
- 7- Prenatal
- 8- Conception

پیشین نتوانسته‌اند به یک نظریه واقعی در خصوص مسائل اجتماعی دست یابند و تنها تعاریف ذهنی هستند که می‌توانند هدف مناسبی برای آن دسته از جامعه‌شناسانی باشند که درصدد شکل دادن به نظریه‌ای واقعی در جامعه‌شناسی مسائل اجتماعی هستند.

این رویکرد هیچ شرایطی را لزوماً بد نمی‌داند و بر این ادعاست که جهان مادی، فی‌نفسه فاقد معنی است و این انسانها هستند که با کنکاشها و دخالت‌های ذهنی خود، به امور جهان مادی معنی می‌بخشند. از این رو، مسائل اجتماعی، در واقع، ساخته‌ها یا سازه‌های ذهن افراد هستند (۱۸). این امر، شامل اصطلاح مسئله اجتماعی نیز می‌شود. بدین معنی که اصطلاح مسئله اجتماعی، خود یک سازه یا ساخته اجتماعی است و بهترین شیوه فهم این مسائل و درک چگونگی تعریف و شکل‌گیری آنها، توجه به معانی لغات و تعاریف خاص آنها است (۱۵). بنابراین، ساخت‌گرایی اجتماعی، رویکردی است که به فرایندی توجه می‌کند که شرایط یا حالت اجتماعی، مسئله‌دار به نظر می‌رسند. بر ساخت اجتماعی مسائل و تجربیات انسانی، در کانون مباحث این رویکرد است. تحلیل‌های ساخت‌گرایان، بر فرایند یا فرایندهایی متمرکز است که مردم برخی شرایط اجتماعی را به مثابه مسائل اجتماعی می‌انگارند. از این نظر، برداشت ما از اینکه چه چیزی مسئله اجتماعی است و چه چیزی نیست، خود یک محصول یا ساخته اجتماعی است؛ چیزی که از طریق فعالیتها یا کارهای ساخت‌گرایانه، از جمله فعالیت‌های اقامه دعوی ایجاد یا ساخته می‌شود. برای ساخت‌گرایان اجتماعی، اقامه دعوی و فرایند تعریف شرایط ظاهراً مسئله‌دار اجتماعی از اهمیت بالایی برخوردار است و اقامه‌کنندگان دعاوی، صاحبان دعاوی مخالف و گیرندگان دعاوی (حضار یا مخاطبین) از عوامل و نیروهای اصلی ساخت مسائل و شرایط اجتماعی هستند (۲۲-۱۹). Loseke, D.R. این فرایند را

پیرامونشان شرکت می‌کنند (۱۰). این نوع خاص از رویکرد ساخت‌گرایی اجتماعی (رویکردی تعریفی نسبت به مسائل اجتماعی و تجربیات انسانی) برای اولین بار در جامعه‌شناسی توسط Spector و Kitsuse در اواخر دهه ۷۰ قرن بیستم مطرح شد و بنا بر دلایل بسیاری، از جمله قدرت تحلیل بالایی آن، از محبوبیت و اقبال بسیاری در میان جامعه‌شناسان و سایر تحلیل‌گران اجتماعی برخوردار شد و عمومیت یافت. ساخت‌گرایی اجتماعی، در واقع، تلفیق مناسب نظریه انگ زنی در بحث کچروی و بزهارکی (هاوارد بکر، ۱۹۶۳)، از یک سو و ساخت‌گرایی اجتماعی در جامعه‌شناسی معرفت یا "نظریه ساخت اجتماعی واقعیت (برگر و لاکمن، ۱۹۷۶) از سوی دیگر است (۱۱، ۱۲). این رویکرد همچنین در میان جامعه‌شناسان مسائل اجتماعی، به نظریه کنش متقابل نمادین یا نظریه رفتار جمعی تعاملی^۱ شناخته شده است. Herbert Blumer در مقاله بسیار اثرگذاری در سال ۱۹۷۱ با عنوان "مسئله اجتماعی به مثابه رفتاری جمعی"، مسائل اجتماعی را به مثابه محصول یا نتیجه فعالیت‌های دسته جمعی شماری از افراد جامعه تعریف می‌کند. او استدلال می‌کند که برای درک نحوه ساخت یک مسئله اجتماعی، توجه به فرایند کنش متقابل میان اقامه‌کنندگان دعوی و مخاطبین آنها ضروری است (۱۵-۱۳).

در میان نطه‌های گوناگون ساخت‌گرایی اجتماعی، این نوع یا نطه بر این فرض اساسی استوار است که فرایند تعریف و تاریخ طبیعی یک مسئله اجتماعی، مهم‌تر از شرایط یا موجودیت واقعی آن مسئله است. از این نظر، مسائل اجتماعی چیزی جز فعالیت‌های تعریفی افراد درباره شرایط یا رفتاری که آن را مشکل‌آفرین یا مسئله‌دار می‌بینند، از جمله فعالیت‌های تعریفی یا معطوف به اقامه‌دعوی سایرین، نیست (۱۶، ۱۷). از دیدگاه اسپکتور و کیستونز، هیچ یک از رویکردهای

1- Interactionist collective behavior

امور مربوط به شاکیان (مدعیان)، ناکامی در ایجاد یک شرایط اعتماد و اطمینان در رویه‌ها و فقدان همدلی برای شاکیان مسئله.

۴. فقدان پاسخ مناسب یا کافی به درخواستها و دعاوی شاکیان، توسعه فعالیت‌هایی برای ایجاد نهادهای جانشین، موازی یا مخالف در واکنش به رویه تثبیت شده مدیریت مسئله یا شرایط مسئله‌دار (۱۶،۲۳).

استراتژی‌های ساخت اجتماعی مسئله: به اعتقاد دانیلین لاسکی (۲۰۰۳) آدمی به دلیل پیچیدگی‌های موجود در جوامع بشری، قادر به تجربه تمام شرایط یا حالات آن نیست و در مواردی هم که به‌طور مستقیم تجربه می‌کند، به دلیل محدود بودن تجارب شخصی، تصورات مبتنی بر این تجارب عملی چندان چشمگیر نخواهد بود. بنابراین، اغلب افراد، شرایط یک مسئله اجتماعی را به‌طور مستقیم تجربه نمی‌کنند و آن شرایط، بخشی از واقعیت زیسته آنها خواهد بود. از نظر لاسکی، راه‌حل کلیدی فهم پیچیدگی‌های موجود در جهان بشری، زندگی اجتماعی، شرایط و افراد درگیر در این شرایط، استفاده از مقوله‌بندیها و سنخ‌بندی‌های ذهنی^۲ است؛ مقوله‌بندیها و سنخ‌بندی‌هایی که از حیث اجتماعی و فرهنگی ساخته می‌شوند.

ساخت گرایان اجتماعی با ساخت خطی^۳ مسائل و شرایط اجتماعی مخالف‌اند. از نظر آنها، شیوه‌ها و استراتژی‌های مختلفی برای ساخت اجتماعی مسائل یا تعریف آنها به مثابه شرایط مسئله‌دار وجود دارد. اقامه‌کنندگان دعوی مجبورند بر ابعاد یا جنبه‌های خاصی از شرایط متمرکز باشند. آنها صرفاً نمی‌گویند که X یک مسئله است بلکه آنها X را به عنوان مسئله‌ای از نوع/جنس خاص، مشخص (کراکتیرایز) می‌کنند. حتی نامها و عناوینی که آنها به یک مسئله نسبت می‌دهند، می‌تواند موضع آنها را نسبت به آن مسئله منعکس کند. نامیدن، فقط یکی از شیوه‌هایی است که اقامه‌کنندگان

"بازی یا کار مسائل اجتماعی"^۱ می‌نامد. این فرایند فقط ساخت اجتماعی شرایط را دربر نمی‌گیرد بلکه مردم و راه‌حل‌های مربوط به مسائل را نیز شامل می‌شود. به‌طور خلاصه، در حالی که در ساخت شرایط، بر تلاش‌های صورت گرفته برای اقناع، ترغیب و توجیه مخاطبان نسبت به منطقی، عقلانیت و اهمیت طرح مسئله یا موضوع تأکید می‌شود، در ساخت مردم تلاش می‌شود احساسات یا بعد حسی نگرش آنها نسبت به دعاوی اقامه شده تحت تأثیر قرار گیرد. در ساخت راه‌حلها نیز این سؤال اساسی مطرح می‌شود که برای مدیریت و حل مسئله چه باید کرد و چه زمانی برای ارائه و اجرای راهکار مناسب است. نکته‌ای که باید به آن توجه داشت این است که ساخت اجتماعی شرایط، مردم و راهکارها ضرورتاً فرایندهای مستقل از هم هستند و به شدت با همدیگر در تعامل‌اند (۱۸).

Spector و Kitsuse (۱۹۷۷/۱۹۸۷) چهار مرحله اساسی برای کار یا بازی مسائل اجتماعی پیشنهاد می‌کنند: ۱. گروه‌ها یا افراد (اقامه‌کنندگان دعوی) تلاش می‌کنند با نامیدن برخی شرایط یا رفتارها به عنوان ناخوشایند، نامطلوب، خطرناک و جز آنها، بر وجود برخی شرایط مسئله‌دار تأکید و آنها را عمومی کنند (به اطلاع عموم رسانند)، به مباحث و چالشها دامن زنند و نهایتاً یک مسئله اجتماعی یا سیاسی را تعریف کنند.

۲. به رسمیت شناخته شدن این گروه‌ها به‌وسیله سازمانها، عاملیتها یا نهادهای رسمی. این ممکن است برخی تحقیقات رسمی، طرح‌هایی برای اصلاح و تأسیس یک عاملیت یا مرکز برای پرداختن به یک چنین دعاوی و خواسته‌ها را دامن بزند.

۳. ظهور دوباره دعاوی و خواسته‌ها به‌وسیله گروه‌های اولیه (اقامه‌کنندگان) دعوی یا گروه‌های دیگر، ابراز ناراضایتی از رویه‌ها و تلاش‌های صورت گرفته برای پرداختن به شرایط مورد نظر، مدیریت بوروکراتیک

2- Categorization and typification

3- Linear

1- Social problem work or game

ناباروری) استفاده می‌کنند. در میان تمامی فعالیت‌های اقامه‌دعوی و معطوف به ساخت اجتماعی، واقعیت فرایند پزشکی شدن/سازگی مثالی بارز است؛ فرایندی ساخت‌گرایانه که به واسطه آن، مسائل و شرایط پیچیده، غیرپزشکی و طبیعی مانند باروری- ناباروری با استفاده از اصطلاحات، رویکردها، ابزارها و مداخله‌های خاص پزشکی، نام‌گذاری، سنخ‌بندی و مدیریت می‌شود.

پزشکی شدن، فرایندی ساخت‌گرایانه: پزشکی شدن، از مهمترین و اساسی‌ترین فرایندهای ساخت‌گرایانه اجتماعی در جوامع انسانی است. این مفهوم در زمره معدود مفاهیم یا اصطلاحاتی است که به‌وسیله جامعه‌شناسان ابداع شده و به شکل موفقیت‌آمیزی در سطح زندگی روزمره رواج یافته است. Furedi در این باره می‌نویسد:

"پزشکی شدن، در زمره معدود مفاهیم موفق جامعه‌شناختی است که به پیشینه زندگی روزمره وارد شده است. ... کاربرد فزاینده این مفهوم جامعه‌شناختی، با ظنین آن با فرایندهای فرهنگی معاصر پشتیبانی می‌شود. شرایطی مثل سرطان، چاقی و ایدز همراه با داروهای نظیر Viagra & Prozac به همان نسبت که دارای معانی یا دلالت‌های پزشکی‌اند از معانی فرهنگی متعددی نیز برخوردارند" (۲۴).

به رغم اهمیت و جایگاه خاص مفهوم پزشکی شدن در جامعه‌شناسی و زندگی روزمره، نگاهی به پیشینه این مفهوم، دست کم از زمان چاپ مهمترین اثر Friedson, Eliot با عنوان حرفه پزشکی در سال ۱۹۷۰، نشان می‌دهد که پس از گذشت بیش از سه دهه نظریه‌پردازی اجتماعی درباره این مفهوم، هنوز تعریف مشترکی در مورد آن وجود ندارد. در حالیکه از پزشکی شدن به عنوان یک اسم^۲ که از نظر ادبی به معنی پزشکی ساختن^۳ است (۲۵)، برای معانی وسیع‌تری در بدنه

دعوی از آن برای سنخ‌بندی مسائل اجتماعی استفاده می‌کنند. سنخ‌بندی ماهیت یک مسئله اجتماعی می‌تواند اشکال متعددی به خود بگیرد. یکی از اشکال بسیار رایج سنخ‌بندی، ابراز موضع یا سوگیری خاصی نسبت به یک مسأله با طرح مباحثی از این دست است که مسئله مورد نظر می‌تواند از دیدگاه یا مدل خاصی بهتر درک شود. برای مثال، اقامه‌کنندگان دعوی تصریح می‌کنند که X واقعاً مسئله‌ای خاص (ژنتیکی، اخلاقی، پزشکی، تغذیه‌ای، اجتماعی، جرم‌شناختی، روان‌شناختی، سیاسی و جز آنها) است. در حقیقت، هریک از این مدلها، بعد یا سیمای متفاوتی از مسئله X را مورد تأکید قرار می‌دهد و به گونه متفاوتی آن را سبب‌شناسی^۱ نموده و در نهایت، راه حلی برای آن توصیه و تجویز می‌کند. نشان دادن و تبیین یک مسئله با استفاده از مثال‌هایی خاص، یکی دیگر از اشکال رایج در سنخ‌بندی مسائل اجتماعی است. غالباً این مثالها و موارد خاص هستند که حس و نگرش ما را نسبت به مسائل اجتماعی شکل می‌دهند و اقامه‌کنندگان دعوی اغلب ترجیح می‌دهند که از مثال‌های خاصی برای جلب توجه و حمایت ما استفاده کنند. از این‌رو، سنخ‌بندی، بخش عمده برساخت مسائل اجتماعی است. اقامه‌کنندگان دعوی به ناچار مسائل را به شیوه‌های خاصی کاراکتیرایز می‌کنند و فقط برخی از ابعاد مسئله نه همه ابعاد آن را مورد تأکید قرار می‌دهند. پارادایم یا سوگیری فکری خاصی را ترویج می‌کنند، بر علل و مدل‌های علی خاصی تمرکز می‌کنند و در نهایت، از خط‌مشی‌های خاصی برای مدیریت یا حل مسئله مورد نظر جانبداری می‌کنند (۱۹،۲۲).

سخن کوتاه اینکه، گروه‌های ذی‌نفع و اقامه‌کنندگان دعاوی متفاوت، از فرایندها، استراتژی‌ها و گفتمان‌های متنوعی برای بیان مشخصات، تبیین (سبب‌شناسی)، دلالت‌یابی، سنخ‌بندی و ساخت اجتماعی یک مسئله، موضوع یا تجربه انسانی (برای مثال، مسئله یا تجربه

2- Noun

3- To make medical

1- Etiology

دانش و پیشینهٔ مربوط استفاده شده است. به همین دلیل، مسائل، کج‌فهمیها و تشتت آرای چشم‌گیری در تعریف، مفهوم‌پردازی، بیان مشخصات و ترسیم سیمای واقعی آن وجود دارد؛ به طوری که حتی این ادعا که صاحب‌نظران و جامعه‌شناسان کلیدی این پدیده، به اجماعی بر سر تعریف آن نائل شده‌اند، بسیار سخت و بعید به نظر می‌رسد. پیتر کانراد از چهره‌های برجستهٔ نظریه و مفهوم پزشکی شدن، در این باره می‌گوید:

«هر چند که دربارهٔ پزشکی شدن خیلی نوشته شده، تعریف آن همیشه به وضوح بیان نشده است» (۲۶).
الیوت فردسون (۱۹۷۰) ضمن بحث دربارهٔ اینکه چگونه حرفهٔ پزشکی در یک سدهٔ گذشته به طور پیوسته برای کسب حق انحصاری روی دانش دربارهٔ بیماریها تقلا کرده است، بدون اینکه اشاره مستقیمی به واژهٔ پزشکی شدن داشته باشد، تعریف زیر را دربارهٔ آن ارائه کرده است:

«قلمرو اقتدار یا اختیاراتی که حرفهٔ پزشکی برای خود دست و پا کرده است، بسیار فراخ‌تر از ظرفیت‌های برهان‌پذیر و قابل‌توجیه آن برای درمان کردن در حال گسترش است. با این وجود، توفیق در کسب اقبال عمومی، کاربرد ناخوشی^۱ برای برچسب‌زدن به شکل نپذیرفتنی یک رفتار است که می‌توان با این فرض بر آن غلبه کرد که آن رفتار احتمالاً فقط توسط پزشکان قابل مدیریت و کنترل است. ... بنابراین، حرفه پزشکی پیش از هر چیزی این ادعا را مطرح می‌کند که برچسب ناخوشی و هر چیزی که این برچسب ممکن است به آن الصاق شود، در قلمرو اختیارات این حرفه است، بی‌توجه به این امر که آیا این حرفه صلاحیت و ظرفیت پرداختن مؤثر به آن را داراست یا خیر» (۲۷).

از نظر کینت اروین زولا (۱۹۸۳)، پزشکی شدن جامعه فرایندی است که به موجب آن، بخش‌های بیشتر و

بیشتری از زندگی روزمره تحت تسلط، نفوذ و نظارت پزشکی در می‌آیند (۲۶، ۲۸).

پیتر کانراد، ساخت‌گرایی اجتماعی دانشگاه براندایس، با الهام از آراء زولا و فردسون، پزشکی شدن را فرایندی اجتماعی- فرهنگی می‌داند که به موجب آن، یک حالت، واقعه یا مسأله که قبلاً غیرپزشکی انگاشته می‌شد، به مثابه مسأله‌ای پزشکی، اغلب با عناوینی چون ناخوشی یا اختلال (بی‌نظمی)^۲، نام‌گذاری، تعریف، فهمیده و در نهایت، درمان می‌شود. نتیجه این فرایند، انگاره یا پذیرش اجتماعی عمومی شکل پزشکی شده مسأله‌ای اجتماعی یا تجربه‌ای انسانی است (۲۶، ۲۹، ۳۰). از نظر کانراد:

«پزشکی‌شدن تعریف مسأله‌ای اجتماعی در واژگان پزشکی، استفاده از زبان پزشکی برای توصیف یک مسأله، اقتباس یک چارچوب پزشکی برای فهم یک مسأله، یا استفاده از یک مداخله پزشکی برای درمان آن را شامل می‌شود. این، در واقع، فرایندی اجتماعی- فرهنگی است که ممکن است به حرفهٔ پزشکی مربوط باشد یا نباشد، به کنترل اجتماعی پزشکی یا درمان پزشکی سوق پیدا کند یا نکند، یا نتیجه گسترش و ترویج عامدانهٔ حرفهٔ پزشکی باشد یا نباشد. آنچه مسلم است، این است که پزشکی شدن زمانی رخ می‌دهد که چارچوبی مفهومی یا تعریفی از قلمرو پزشکی، برای فهم یا مدیریت یک مسأله یا تجربه به‌کار برده می‌شود» (۳۱).

به رغم فقدان اتفاق نظر جامعه‌شناسان و منتقدان پدیده پزشکی شدن در تعریف و مفهوم‌پردازی آن، عموماً تصور بر این است که تعریف کانراد، تعریف یا سیمایی جامع‌تر و واقعی‌تر از این مفهوم ارائه می‌دهد. بنابراین تعریف، قضیه محوری در فرایند پزشکی تعریف حالت یا تجربه‌ای با استفاده از واژگان پزشکی است. در واقع در فرایند پزشکی‌شدن، آنچه در عمل اتفاق می‌افتد، این

2- A illness or a disorder

1- Illness

تجلی یک گذر یا تحول دوطرفه است که در جریان آن، مسائل، تجربیات و حالات مشخصی، از دنیا و قلمرو غیرپزشکی، خارج و تحت اختیارات یا قلمرو پزشکی قرار می‌گیرند. این تحول می‌تواند به اشکال متنوع و انعطاف‌پذیر نظیر انفرادی/ جمعی و افقی/ عمودی رخ دهد. از این‌رو، پزشکی‌شدن، فرایند دوطرفه و برگشت‌پذیری است که طرف دیگر آن، پزشکی‌زدایی^۴ است (شکل ۲). در حالی که پزشکی شدن، به معنی انتقال مسائل یا حالات از قلمرو غیرپزشکی به طرف پزشکی است، پزشکی‌زدایی، بیانگر فرایندی است که در خلال آن، مسائل پزشکی، خاصیت یا تعریف پزشکی خود را از دست می‌دهند و در قلمروهای غیرپزشکی تعریف و مدیریت می‌شوند. بررسی‌های تاریخی جامعه‌شناسان نشان می‌دهد که در قرن گذشته پزشکی‌شدن فرایند و جریان بسیار شایع‌تر و قوی‌تری از جریان پزشکی‌زدایی بوده است. با این حال، این به معنی فقدان شواهدی بر فرایند پزشکی‌زدایی است.

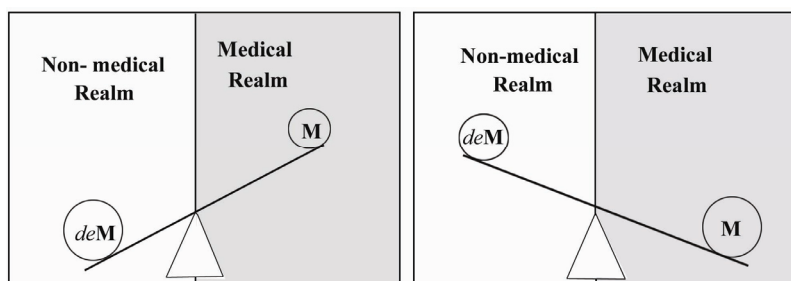
- *سیاست‌زدایی^۵ رفتارها، تجربیات و مسائل: سیاست پزشکی شدن این است که با تعریف مسائل اجتماعی- روانی و تجربیات و حالات انسانی بر اساس مدلها و چارچوب‌های تقلیل‌گرایانه^۶ و تنگ‌نظرانه زیست پزشکی که ماهیتاً به برداشتها و تجارب زیسته فردی که با مسئله یا رفتار مورد نظر دست به گریبان است و معانی رفتارهای شخصی در زمینه‌های اجتماعی، فرهنگی و سیاسی هیچ وقعی نمی‌دهد. در واقع، رفتارها، تجربیات*

است که همه مسائل، وقایع و حالاتی که زمانی در قلمرو غیرپزشکی قرار می‌گرفتند، با استفاده از تعاریف و اصطلاحات خاص پزشکی، وارد قلمرو آن می‌شوند (۳۲). این خصیصه هنوز هم برای فرایند پزشکی شدن محوری محسوب می‌شود؛ به طوری که کانراد در مقاله^۱ اخیر خود با عنوان "موتورهای متحول پزشکی شدن" (۲۰۰۵) ماهیت تعریفی این فرایند را مورد تأکید مجدد قرار داده است. کانراد تأمل خود را در این باره چنین بیان می‌کند:

«قضایای تعریفی به جوهره یا ماهیتی برای فرایند پزشکی شدن بدل شده است؛ تعریف مسئله‌ای در قالب اصطلاحات پزشکی، اغلب با عناوینی مانند ناخوشی یا اختلال (بی نظمی)، یا استفاده از مداخله‌ای پزشکی برای درمان آن» (۳۳).

مباحث فوق، جملگی بر این امر گواهی می‌دهند که تعریف^۲ ماهیت، مهمترین جریان دخیل در پدیده پزشکی شدن است. مضاف بر این، نگاهی به پیشینه بررسی و نقد این پدیده در جامعه‌شناسی و دیگر علوم مرتبط نشان می‌دهد که پزشکی‌شدن، دارای ابعاد و ویژگی‌های مهم دیگری است که بدون توجه به آنها درک سیمای جامع و واقعی این فرایند، دشوار به نظر می‌رسد. این ابعاد و ویژگیها به قرار زیرند:

- گذر دوطرفه مسائل، تجربیات و حالات^۳: همانگونه که بسیاری از صاحب نظران و جامعه‌شناسان فرایند پزشکی شدن به درستی اذعان کرده‌اند، پزشکی شدن،



شکل ۲- فرایندهای معکوس پزشکی شدن و پزشکی‌زدایی مسائل پزشکی و غیرپزشکی

4- deMedicalization
5- DePoliticization
6- Reductionist

1- The shifting engines of medicalization
2- Definition
3- A two-way transition of problems, experiences and conditions

به وسیلهٔ افراد سیگاری صحبت می‌کند. به طور خلاصه، رویکرد حاکم بر پزشکی شدن، با افکار عمومی و برداشت مبتنی بر عقل سلیم^۴ منطبق است و تبیینها و راه‌حل‌های معطوف به مسائل اجتماعی و رفتارها و حالتها را بیشتر در افراد جست و جو می‌کند تا در فرایندها، ساختارها و زمینه‌های فرا شخصی و اجتماعی (۳۵،۳۷).

- ایدئولوژی^۵: Waitzkin Howard در مقاله‌ای با عنوان "خرده سیاست پزشکی" (۱۹۸۶) نوشت که ایدئولوژیها در بسیاری از حیطه‌های شناختی، از جمله در پزشکی شکل می‌گیرند و تعامل پزشک و مریض ممکن است صحنه‌ای برای ایدئولوژی پزشکی باشد (۳۸). همانطور که بسیاری از ناظران و منتقدان اولیه پدیدهٔ پزشکی شدن، از جمله فردسون، ۱۹۷۰؛ زولا، ۱۹۷۲، ۱۹۷۷؛ کراوفورد، ۱۹۸۰؛ کانراد و اشنایدر، ۱۹۹۲؛ ویتزکین، ۱۹۸۶، ۱۹۸۹ اعلام کرده‌اند، فرایند پزشکی شدن، به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم، عمدی یا غیر عمدی، علایق و منافع حرفه‌ای، سیاسی و اقتصادی گروه خاصی را تأمین می‌کند. برای مثال، در حالی‌که برای صاحب‌نظران و جامعه‌شناسان انتقادی، پزشکی شدن به نحو احسن در خدمت منافع طبقه سرمایه‌دار حاکم است، فمینیستها با مرد-محور خواندن این فرایند، در پی نشان دادن این قضیه هستند که به چه نحوی یک حرفه مردسالار نظیر پزشکی، به شکل فراینده و نیت‌مندانهای مسائل و تجربیات خاص زنان (برای مثال، تجربه مادری) را با استفاده از اصطلاحات و ابزارهای پزشکی تعریف کرده است و به طور مشخص، بدن زنان را به جولانگاهی برای مداخله‌های پزشکی درآورده است. همچنین، پزشکی شدن به عنوان فرایندی حرفه‌ای و ایدئولوژیک، با تعریف و ساخت اجتماعی (نامیدن، وضع کردن، جا انداختن، نهادینه کردن و جز آنها) و تبدیل رفتارها، مسائل و تجربیات

و مسائل اجتماعی را تظهير سیاسی می‌دهد (۳۴،۳۵).
- مسئله‌دار کردن تجربیات، فرایندها و وقایع طبیعی^۱: موضوعیت و اهمیت پزشکی شدن در جامعه‌شناسی، اخلاق زیستی و پیشینه مربوط به فمینیسم، بیش و کم با قابلیت یا ظرفیت این فرایند در مسئله‌دار کردن تجربیات روزمره و وقایع حیاتی طبیعی، به ویژه در حیطه مراقبت‌های سلامت باروری زنان در ارتباط است. شواهد زیادی وجود دارد که وقایع زندگی و فرایندها و حالات جسمانی، نظیر بلوغ، تلقیح، بارداری، فرزندآوری، یائسگی، سالخوردگی و جز آنها، جملگی وقایع و تجربیات بهنجار و طبیعی بدن و زندگی‌اند. آنها نه حالات مرضی و غیربهداشتی‌اند و نه بیماری‌های خاص یا همانطور که پالی تصریح کرده است آنها شرایط بهنجار و سالمی هستند (۳۶).

- فردی سازی و بسترزادایی رفتارهای اجتماعی^۲: تلویحاً می‌توان گفت که پزشکی شدن بر فردی‌سازی/کردن و بسترزادایی مسائل و رفتارهای اجتماعی استوار است و این اندیشه را که افراد در قبال مسائل اجتماعی و کج‌روی‌های خود مسئول‌اند مورد حمایت قرار می‌دهد. در نتیجه، در یک فضای پزشکی شده فرض بر نکوهش و تقصیر افراد در قبال مسائل اجتماعی و کج‌روی‌های پیش‌آمده است. با تسامح یا پذیرش اندکی استثنا، می‌توان این نگاه یا رویکرد را به همه مدلها و نظام‌های مراقبت‌های بهداشتی مدرن، از زیست‌پزشکی گرفته تا پزشکی پیشگیرانه تعمیم داد. برای مثال، تمرکز و توجه اصلی پزشکی پیشگیرانه بیشتر در سطح فردی و خرد است تا اجتماعی و زمینه‌ای^۳ در پرداختن به مسائل اجتماعی و رفتارهای مرتبط با سلامت مانند کشیدن سیگار، به جای توقف تولید سیگار به وسیلهٔ کمپانی‌های دخانیات، این رویکرد پزشکی، از توقف یا ترک سیگار

1- Problematizing the natural events, processes or experiences

2- Individualizing and deContextualizin the social behaviors

3- Contextual

4- Common sense

5- Ideology

انسانی به سوژه‌هایی پزشکی، با کنترل، نظارت و رمزگذاری انحصاری دانش تخصصی و مهارت‌های فنی پزشکی و بسیاری از استراتژی‌های دیگر، در واقع، مدلها و عاملیت‌های غیرخودی یا بیگانه (برای مثال، مدلها و افراد غیرپزشکی، اقامه‌کنندگان دعاوی مخالف، مدل‌های پزشکی مکمل و جانشین) را به حاشیه می‌راند یا از دور خارج می‌کند.

- *تعدد ابعاد، سطوح و مراحل*^۱: بسیاری از صاحب‌نظران بر این باورند که پزشکی شدن، خواه به مثابه یک فرایند یا به مثابه یک مفهوم جامعه شناختی، هستاری چندبعدی، چندسطحی و چندمرحله‌ای است. در مورد اینکه پزشکی شدن، مفهومی یک بعدی است یا چند بعدی، بالارد و الستون (۲۰۰۵) استدلال می‌کنند که در آستانه قرن بیست و یکم، در جوامع تأمل پذیر^۲، دیگر نمی‌توان پزشکی شدن را مقوله‌ای یک‌بعدی، یک‌نواخت، خطی و تک علتی (نتیجه صرف تسلط پزشکی یا ناشی از حرفه‌ای‌گری در پزشکی) در نظر گرفت بلکه با توجه به تنوع و تعدد دعاوی مخالف یا رقیب، حضور منافع و علایق متفاوت و بعضاً متضاد، مشارکت فعال عموم مردم در تصمیمیها و چانه‌زنی‌های مربوط به سلامت و پزشکی، پزشکی شدن، مفهومی یا فرایندی چندبعدی است (۲۸).

از نگاهی دیگر، پزشکی شدن، فرایندی چندسطحی و چند مرحله‌ای است. از نظر کانراد و اشناپدر (۱۹۸۰، ۱۹۹۲)، پزشکی شدن می‌تواند دست‌کم در سه سطح متمایز مفهومی، نهادی و تعاملی به وقوع پیوندد. در پزشکی شدن مفهومی، مدلها، زبان، اصطلاحات و چارچوب مفهومی پزشکی برای درک و تعریف یک مسئله، رفتار یا تجربه به‌کار گرفته می‌شود. پزشکی شدن نهادی وقتی رخ می‌دهد که سازمان‌های مسئول، رویکردی پزشکی برای کسب مشروعیت، اصالت و درستی دعاوی خود و همچنین برای تصاحب و مدیریت یک مسئله، رفتار یا

تجربه اتخاذ کنند یا بپذیرند. در سطح تعاملی یا کنش متقابل پزشک- مریض، پزشکی شدن زمانی رخ می‌دهد که پزشکان، مسئله یا رفتاری اجتماعی را به عنوان پزشکی تعریف می‌کنند (برای مثال، در مرحله تشخیص پزشکی) یا با استفاده از اشکال و ابزارهای پزشکی، مسئله تشخیص داده شده را درمان کنند (در مرحلهٔ معالجه). در واقع، این سطح از پزشکی شدن به این سؤال کلیدی می‌پردازد که پزشکان در عمل چه می‌کنند و به چه نحوی با مسئله اجتماعی یا روانی برخورد می‌کنند (۳۲، ۳۹). گفتنی است که دو نکته اساسی را باید در این رابطه مورد توجه قرار داد: یکی اینکه احتمال عدم انطباق، تأخر و شکاف بین سطوح سه گانه فوق برابر صفر نیست و دیگر اینکه امروزه پزشکی شدن، در سطوحی فراتر از سه سطح مورد تأکید کانراد و اشناپدر رخ می‌دهد که از مهمترین آن می‌توان به سطح جهانی پزشکی شدن یا پزشکی شدن جهانی^۳ اشاره کرد. این گفته از Watts, Geoff شاید گویای این بعد یا سطح پزشکی شدن باشد که:

«پزشکی علمی مثل بقیه حوزه‌های علم و تکنولوژی بیش از همه دستاوردهای عملی و فرهنگی ما، بعد یا جنبهٔ جهانی و بین‌المللی خود را به اثبات رسانده است» (۴۰).

این سطح یا نوع از پزشکی شدن بر این امر دلالت دارد که پزشکی شدن، دیگر فرایندی صرفاً غربی یا محدود به دنیای مدرن غرب نیست بلکه در عصر اطلاعات و دنیای جهانی شده^۴، جایی که موانع و مرزهای سنتی ارتباطی و اطلاع رسانی، به ویژه در حوزه پزشکی در حال فرسایش است و دعاوی، تعاریف و برداشت‌های نوین پزشکی (عمدتاً از نوع مولکولی و ژنتیکی) درباره شرایط، بیماریها و مسائل، سریعاً مرزها و اقلیم‌های جغرافیایی را در می‌نوردند، پزشکی شدن، به فرایند و تحولی جهانی بدل شده است. این سطح از پزشکی شدن

3- Glo-Medicalization

4- Globalized world

1- Multiplicity of levels and dimensions

2- Reflexive

همچنین این سؤال کلیدی را مطرح می‌کند که چگونه در سطح جهانی، دعاوی، تعاریف، اصطلاحات، مدلها و سنخ‌بندی‌های پزشکی، از مسائل و رفتارهای اجتماعی و تجربیات و وقایع طبیعی زندگی انسانی شکل می‌گیرند و در قالب طرحواره‌ها، برنامه‌های کاری، پروتکلها، استانداردها، بروشورها، بیانیه‌ها و عمدتاً توسط سازمانها و عاملیت‌های جهانی و بین‌المللی تدوین، توزیع، توجیه، مشروعیت‌سازی و نهادینه می‌شوند.

پزشکی شدن، هم مسائل اجتماعی و روانی و رفتارهای انحرافی (مثل الکلیسم، اعتیاد، کودک آزاری، قماربازی، همجنس بازی، پرخاشگری، افسردگی و جز آنها) و هم فرایندها، صفات و تجربیات طبیعی زندگی (از قبیل بارداری، تولد، ناباروری، مرگ، تغذیه، مادری، پدری، نوزادی، کودکی، رشد، ناکارآمدی جنسیتی^۱، یائسگی، قاعدگی، پیری، ریزش مو، لاغری، چاقی و جز آنها) را در برمی‌گیرد (۲۵،۳۲). Heitman معتقد است که پزشکی شدن به شکل پیچیده و در عین حال ماهرانه‌ای فعالیت‌های انسانی را از قلمرو خصوصی و همچنین قلمرو اجتماعی خارج و آنها را تحت کنترل و اختیارات نظام پزشکی و دیگر مؤسسات ذی‌نفع درآورده است (۴۱). پژوهشها همچنین نشان می‌دهد که فرایند پزشکی شدن همیشه به شکل کاملی اتفاق نمی‌افتد و اندازه آن به شرایط، زمینه اجتماعی و فرهنگی مسئله، رفتار و تجربه هدف^۲ این فرایند بستگی دارد. برای نمونه، درحالیکه پزشکی شدن برخی وقایع یا مسائل مانند فرزندآوری و تولد تقریباً کامل است، برخی دیگر از وقایع یا مسائل، مانند اعتیاد به مواد مخدر و ناکارآمدی جنسی، به‌طور نسبی پزشکی شده‌اند. به‌علاوه، فرایند پزشکی شدن، از حیث دامنه یا گستره^۳ نیز متغیر است. برای مثال، مطالعات نشان داده است که زندگی زنان بیش از زندگی مردان پزشکی شده است و طیف وسیعی

از وقایع، تجربیات و تحولات بیولوژیک، جسمانی و اجتماعی آنها را در بر می‌گیرد. همچنین، مطالعات و پژوهش‌های متعدد نشان داده است که زنان بیش از مردان به پزشک مراجعه می‌کنند (۲۵،۴۲). به همین دلیل، صاحب‌نظران و نویسندگان فمینیست، پزشکی شدن/کردن را فرایندی جنسیتی می‌دانند که به مثابه حربه‌ای جدید برای حفظ هژمونی مردانه و ارزش‌ها و علایق مردسالارانه عمل می‌کند.

پزشکی شدن باروری (تولید مثل)^۴: همانگونه که بحث قبلی مقاله درباره پزشکی شدن نشان داد، وقایع حیاتی^۵ زندگی انسان، شامل تولد، مرگ، ازدواج، طلاق و کلیه پدیده‌ها و شرایط و تجربیات و فرایندهای کاملاً طبیعی مرتبط با آنها از قبیل نوزادی، کودکی، سال‌خودگی، مادری، پدری، تنظیم خانواده، باروری و ناباروری، روابط زناشویی، یائسگی، سقط‌جنین، سزارین و جز آنها، همراه با رفتارهای کچروی یا انحرافات اجتماعی و مسائل روانی، در زمره قلمروهایی هستند که بیش از بقیه حیطه‌ها و قلمروها پزشکی شده‌اند و در سطح وسیعی به حریم تعریف، تشخیص، و مداخله پزشکی وارد شده‌اند و تدریجاً به مسائل، موضوعات و تجربیاتی نظارت‌پذیر یا قابل‌کنترل^۶ از منظر پزشکی بدل شده‌اند. این همان فرایندی است که Illich, Ivan، منتقد و متفکر اجتماعی، آن را در کتاب *نمیسیس (فلاکت‌باری) پزشکی: رساله‌ای درباره مصادره سلامت (۱۹۷۵)*^۷، "پزشکی شدن زندگی"^۸ نامیده است (۴۳). در میان حوزه‌های مختلف وقایع حیاتی، باروری (تولید مثل) از شرایط خاصی برخوردار است زیرا بیش از بقیه حوزه‌ها و وقایع، از علم-فن‌آوری‌های نوین پزشکی متأثر بوده یا رنگ‌وبوی علم-فن‌آورانه به خود گرفته است. در دو دهه گذشته، توسعه سریع در دانش و علم-

4- The medicalization of reproduction

5- Vital events

6- Controllable

7- Medical nemesis: The expropriation of health

8- The medicalization of life

1- Sexual dysfunction

2- Target

3- Range

شدن گزینشی^۲ می‌نامد (۴۶) و حوزه‌ها و فرایندهای مختلف آن به یک اندازه پزشکی نشده‌اند با این حال از مراحل و فرازهایی کلی پیروی می‌کند که در شکل ۳ نشان داده شده است. پزشکی شدن باروری، دست کم دارای پنج مرحله زیر است:

۱. **تعریف ناباروری به مثابه انحراف/ ننگی اجتماعی و حتی گناه^۳:** در مرحله آغازین فرایند پزشکی شدن، ناباروری به عنوان شرایط یا حالتی بسیار نامطلوب، نامطبوع و حتی معصیت‌بار تعریف یا به ننگی اجتماعی بدل می‌شود. از حیث ترتیب زمانی، این مرحله یا گام طوری باید برداشته شود که رفتار یا حالت مورد نظر، پیش از ظهور و دریافت تعریف پزشکی، برچسب انحراف یا کچروی یا ننگ را بخورد. در نتیجه، کاربست زبان و اصطلاحات و تعاریف خاص پزشکی برای مسئله‌ای مانند ناباروری به شکل ماهرانه‌ای به تعاریف مرسوم، ذهنیتها و برداشت مبتنی بر عقل سلیم از آنها جامه نویی می‌پوشاند. به سخنی دیگر، مدلها، تعاریف، تأکیدات و تکنیک‌های پزشکی، ضمن صحنه‌گذاری بر تعاریف مرسوم و برداشت‌های مبتنی بر عقل سلیم از ناباروری، مدام همسویی بالا و ارتباط تداعی‌کننده^۴ بین بدی^۵ و مریضی^۶ را در خصوص مسئله ناباروری احیا القا یا برجسته می‌کند.

۲. **تجسس (کشف پزشکی):**^۷ رویکرد، مدل یا مفهومی پزشکی از مسئله‌ای چند بعدی و نسبتاً پیچیده مانند ناباروری معمولاً برای نخستین بار از رسانه‌ای حرفه‌ای و تخصصی (برای مثال، مجله‌ها، روزنامه‌ها، خبرنامه‌ها، کتابها، بروشورها، بیانیه‌ها، هشدارها، گزارش‌های تخصصی و نظایر آنها) اعلام می‌شود. در واقع، در این مرحله حرفه پزشکی اعلام می‌کند که علت پزشکی یا

فن‌آوری‌های نوین کمک باروری، معانی اجتماعی و فرهنگی و بیولوژیک، پدیده باروری و تجربیات و فرایندهای مربوط به آن، از جمله تجربه مادری را تغییر داده است. همانطور که Sharla و Ragone با الهام از Foucault و Heidegger دو فیلسوف و متفکر اجتماعی بلندآوازه اروپایی بحث کرده‌اند، علم-فن‌آوری‌های نوین باروری، مانند هر علم-فن‌آوری دیگر پزشکی، مقوله‌ای عاری از ارزش و بی طرف^۱ نیستند بلکه منعکس‌کننده و حامل قدرت و ارزش‌های خالقان و کاربران آن هستند. این علم-فن‌آوریها مصون از نفوذ سیاست و سیاستمداران نیستند و با پذیرش پزشکان و نهادهای مراقبت درمانی، به مثابه دلالتان یا واسطه‌های دانش پزشکی، قدرت و کنترل اجتماعی را خلق و توسعه می‌دهند (۴۴). از اینرو، این علم-فن‌آوریها در عین حال که خود ساخته‌هایی اجتماعی و فرهنگی‌اند، در اعمال و اهداف ساخت‌گرایانه‌ای مانند پزشکی شدن/کردن حوزه‌های مرتبط با باروری دخیل هستند. در یک برداشت کلی، می‌توان گفت که پزشکی شدن باروری اتفاق می‌افتد برای اینکه به لحاظ فرهنگی و اجتماعی در بسیاری از کشورها هنوز هم علم-فن‌آوری‌های نوین مورد اتکا و ستایش قرار می‌گیرند و پرهیز از استفاده از یا انکار آنها ممکن است فشار و بار اجتماعی و فرهنگی چشم‌گیری را بر افراد نیازمند تحمیل کند. مطالعه کینگ (۱۹۹۲) نشان می‌دهد که بسیاری از زنان از فن‌آوریها و روش‌های نوین باروری یا کمک باروری استقبال می‌کنند برای اینکه آنها نمی‌خواهند ریسک گناه و سرزنش مربوط به شکستها و ناکامی‌های ناشی از باروری طبیعی را بر عهده بگیرند. آنها همچنین نمی‌خواهند در معرض انگ بی‌مسئولیتی در قبال بارداری خود قرار گیرند (۴۵).

فرایند پزشکی شدن در حوزه باروری و مادری، هر چند که جنبه گزینشی دارد، چیزی Lee آن را پزشکی

2- Selective medicalization

3- Definition of infertility as deviant/an Social stigma

4- Association

5- Badness

6- Sickness

7- Prospecting (medical discovery)

1- Value-free and Neutral

شبه‌دولتی و غیردولتی (NGOs)، قانون‌گذاران (سنا‌تورها، نمایندگان مجلس، کمیته‌های تحقیق و تفحص پارلمانی و جز آنها)، فعالیت‌های اقامه‌دعوی خود را بسط داده و وارد مرحله‌ی مشروعیت‌سازی می‌شوند. تجربه نشان داده است که در صورتی که دعوی و نام‌گذاری پزشکی بر مسئله، حالت و رفتار خاص مورد نظر (برای مثال ناباروری) به شکل موفقیت‌آمیزی مشروعیت یابد و رسمیت پیدا کند، موضع و قدرت اقامه‌کنندگان دعوی پزشکی، تقویت و شرایط لازم برای حذف یا تضعیف دانشها، روایتها، مدلها و دعوی رقیب غیرپزشکی فراهم می‌شود.

۵. نهادینه شدن یک نام‌گذاری/تعریف پزشکی از مسئله^۳: در نهایت، وقتی نام‌گذاری یا تعریفی پزشکی از مسأله، رفتار یا حالت مورد نظر به بخشی از قانون یا نظام رسمی جامعه بدل شد، چنین می‌توان فرض کرد که آن تعریف، مدل و حتی علم-فن‌آوری به مؤلفه یا عنصری نهادینه‌شده از هستار فرهنگی^۴ آن جامعه بدل شده است. به اعتقاد کانراد و اشنایدر (۱۹۹۲)، نهادینه شدن دارای دو نوع اساسی است: تدوین (کدگذاری)^۵ و بوروکراتیزه شدن^۶.

تدوین: نام‌گذاری و تعریف مسئله‌ای اجتماعی یا شیوه‌ای نوین برای مدیریت شرایطی خاص مانند ناباروری، زمانی شکل مدون به خود می‌گیرد که آن، در واقع، به بخشی پذیرفته شده و مصوب از سیستم طبقه‌بندی پزشکی یا قانونی بدل شود؛ یعنی در متن قوانین گنجانده شود، از پشتیبانی و حمایت تصمیمات قضایی و دادگاه‌ها برخوردار شود یا به عنوان تشخیصی رسمی و معتبر در اسناد و منابع رسمی (کتابها، برنامه‌های کاری، گزارشها، اساسنامه‌ها،

تشخیص یا شیوه درمانی نوینی برای حل مسئله یا شرایط ناباروری کشف شده است.

۳. اقامه‌دعوی (علائق پزشکی و غیرپزشکی)^۱: این مرحله نه فقط اهمیتی کلیدی در کل فرایند پزشکی شدن پدیده‌ای مانند باروری دارد بلکه مهم‌تر از آن، ماهیت ساخت‌گرایانه اجتماعی آن را منعکس می‌کند. از نظر کانراد و اشنایدر (۱۹۹۲)، فعالیت‌های اقامه‌دعوی مستلزم مشارکت همه نیروها و علائق در هر دو قلمروی پزشکی و غیرپزشکی است، زیرا مدلها، دعوی، تعاریف و علم-فن‌آوری‌های پزشکی در صورتی که با باورها، دعوی و مدل‌های غیرپزشکی بسیار قدرتمند، تثبیت شده و پذیرفته شده هم‌وارد باشند، شانس کمتری برای پذیرفته شدن، پیروزی و نهادینه شدن دارند. گفتنی است که در غالب موارد، حامیان کاربرد مدلها و تعاریف و فن‌آوری‌های پزشکی، در مدیریت مسائل و شرایط خاصی مانند ناباروری، برای تسهیل و تکمیل فعالیت‌های اقامه‌دعوی و جا انداختن و مشروعیت بخشیدن به مدلها و تعاریف پزشکی به دولت و عوامل حکومتی متوسل می‌شوند و بدین ترتیب، سیاست در فراز مهمی از فرایند پزشکی شدن/کردن وارد می‌شود.

۴. مشروعیت (مصونیت بخشی به نام‌گذاری و تملک پزشکی)^۲: به لحاظ کارکردی، در این مرحله از فرایند پزشکی شدن، از طریق کسب تأیید رسمی دولتی یا به رسمیت شناساندن حکومتی، تعاریف و تأکیدات و شیوه‌های نوین پزشکی مشروعیت می‌یابند و دعوی اقامه شده پزشکی رسماً مصونیت پیدا می‌کنند. در این مرحله، اقامه‌کنندگان دعوی با توسل به سازوکارها و شیوه‌هایی نظیر توجیه، ترغیب، تبلیغ و چانه‌زنی با افراد، گروه‌ها و نهادهای مرتبط، از جمله انجمن‌های حرفه‌ای تخصصی، عوامل و سازمان‌های دولتی،

3- Institutionalization of a medical designation of the problem

4- Cultural entity

5- Codification

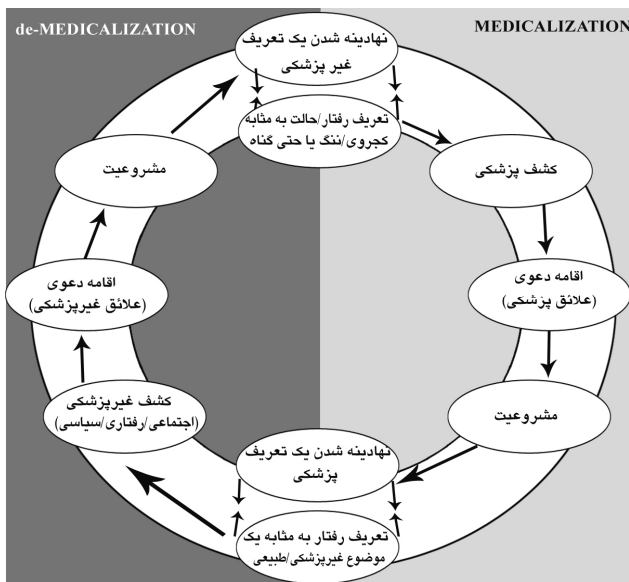
6- Bureaucratization

1- Claim-making (Medical and Non-medical interests)

2- Legitimacy (Securing Medical Turf)

فردی و متمایز زنان از تجربیات زیسته خودشان را به چالش می‌کشد یا جای آنها را می‌گیرد. به باور این متفکران، در هر حوزه یا تجربه‌ای، از جمله در حوزه باروری- ناباروری و مادری، نه یک دانش آمرانه بلکه چندین سیستم دانشی یا معرفتی وجود دارد اما در این میان، فقط برخی از آنها وزن یا بار اقتداری بیشتری دارند که دانش و حتی فرهنگ آمرانه پزشکی نامیده می‌شوند (۴۸، ۴۷، ۴۴).

نکته‌ای که نباید فراموش کرد این است که وجود و بسط دانش آمرانه پزشکی در موضوع باروری- ناباروری و مادری را نمی‌توان امری مسلم (داده شده)، کمی و عینی در نظر گرفت بلکه این دانش، خود یک ساخته و فرآورده اجتماعی است که از طریق فعالیتها، بازیها و فرایندهای دسته جمعی اقامه‌دعوی و تعریف محور از جمله بازی پزشکی شدن ساخته شده است و فی نفسه موضوعی برای خلق و ساخت دوباره و حتی بازنگری اساسی بر اساس مدلها و تعاریف غیرپزشکی است.



شکل ۳- مدل متوالی فرایند توسعه پزشکی شدن-پزشکی زدایی مسائل و تجربیات انسانی با تأکید بر مسأله ناباروری

پروتکلها، گزارشها و جز آنها) گنجانده شود یا به ثبت برسد.

بوروکراتیزه شدن: این فرایند مستلزم سرمایه‌گذاری وسیع، تأسیس و تثبیت سازمانها و بورکراسی‌های عریض و طویلی است که به لحاظ کارکردی، حمایت و پشتیبانی نهادی از فرایند پزشکی شدن را بر عهده دارند (برای مثال، تأسیس کلینیکها و مراکزی برای درمان ناباروری یا کمک به باروری). نام‌گذاری پزشکی مسئله‌ای اجتماعی یا شیوه‌ای نوین (برای مثال رحم جایگزین) برای شرایطی خاص، وقتی نهادینه می‌شود که آن به پارادایمی مسلط در پرداختن به مسأله یا شرایط مورد نظر بدل شود. البته باید به این نکته توجه داشت که چنین پارادایمی، هر آن ممکن است به‌وسیله پارادایمها، مدلها یا چارچوب‌های تعریفی رقیب (برای مثال، نام‌گذاریها و مدل‌های غیرپزشکی) که در اثر فعالیت‌های اقامه‌دعوی و ساخت‌گرایانه ظاهر می‌شوند، به زیر کشیده شود (۲۵، ۳۱، ۳۲).

همانطور که شکل ۳ نمایش می‌دهد، پزشکی شدن، به ویژه در حیطه باروری و ناباروری، از ماهیتی متوالی، چند مرحله‌ای، زمان‌بر، فرایندی و تعریف‌محور برخوردار است. بنابراین، در خلال یا پس از طی شدن یک فرایند کامل و متوالی پزشکی شدن است که رویکرد یا دانشی آمرانه^۱ از جانب پزشکی درباره پدیده باروری و تجربیات و فرایندهای طبیعی مرتبط با آن، از جمله تجربه مادری، پذیرفته شده و تثبیت و نهادینه می‌شود. همانطور که متفکران اجتماعی و انسان‌شناسانی مانند دیویس-فلوید و سارجنت (۱۹۹۷) و جردن (۱۹۹۷) تصریح کرده‌اند، همین دانش آمرانه است که به پزشکان و متولیان امور درمانی، قدرت، هژمونی و سروری خاصی را در خصوص باروری و تجربیات و فرایندهای مربوط به آن می‌دهد و در خلال فرایند پزشکی شدن است که این دانش آمرانه پزشکی، دانش و فهم و روایت

1- Authoritative knowledge

نتیجه گیری

این مقاله با وام گیری و بهره مندی از بدنه دانش و پیشینه موجود در رشته جامعه شناسی، به ویژه رویکرد ساخت‌گرایی اجتماعی و مفهوم پزشکی شدن، تحلیلی از ساخت اجتماعی و فرهنگی علم-فن‌آوری‌های نوین باروری و کمک به باروری، از جمله رحم جایگزین ارائه کرد. مقاله ضمن اشاره به نقش محوری علم-فن‌آوری‌های نوین پزشکی و کمک به باروری مانند رحم جایگزین، در صورت بندی زندگی در دنیای مدرن، دلالت‌های ساخت‌گرایانه خاص این علم-فن‌آوری‌ها در جامعه را با به‌کارگیری واژگان و مؤلفه‌های خاص رویکرد ساخت‌گرایی اجتماعی مورد تأمل قرار داد. این مقاله نشان داد که امروزه علم-فن‌آوری‌های نوین کمک به باروری یا جانشین برای باروری طبیعی مانند IVF، اهدای گامت و جنین و به طور مشخص، روش رحم جایگزین به عاملی کلیدی در تعریف، سنخ‌بندی و ساخت مجدد فرایندهای اجتماعی و مفاهیم کلیدی مربوط به باروری مانند خانواده، ازدواج، خویشاوندی، نژاد، صفات و تجربیات زیسته پدری، مادری، خواهری، برادری و جز آنها بدل شده‌اند که قبل از هر چیز بر پزشکی شدن فزاینده باروری و تجربیات زیسته زنان در رابطه با آن، از جمله تجربه مادری مؤثرند. با اتخاذ رویکردی ساخت‌گرایانه و با طرح سئوالاتی از جنس چگونگی^۱ به جای چرایی^۲، در این مقاله تلاش شد مکانیزمها و شیوه‌هایی نشان داده شود که پیشرفت در علم-فن‌آوری‌های نوین پزشکی در زمینه کمک باروری، کارکرد کنترل اجتماعی و نظارتی پزشکی را توسعه می‌دهد. بدین معنی که، علم-فن‌آوری‌های نوین کمک به باروری مانند رحم جایگزین، نه فقط سیستم دانش، کنترل و نظارت^۳ همه‌جانبه و آمرانه پزشکی بر افراد درگیر با مسائل و تجربیات مربوط به موضوع باروری

و ناباروری را تقویت کند بلکه حتی به طور مستقیم یا غیرمستقیم، کنترل اجتماعی حرفه پزشکی بر جامعه را نیز افزایش می‌دهد. علم-فن‌آوری‌های نوین کمک به باروری^۴ مانند رحم جایگزین با نشان دادن تواناییها و داشتن ظرفیت‌هایی برای جدایی گامت و تخمک از صاحب و اهدا کننده آن، تخمک و جنین از حامل آن و مادر پیش و پس از تولد نوزاد و نظایر آن، پزشکی شدن باروری را که پیش از این تصور می‌شد پدیده‌ای یا فرایندی پسا- تولدی است، به دوران پیش از تولد بسط داده است. این علم-فن‌آوریها نه فقط مناسبات و دامنه نفوذ تعامل بین زنان و تأمین کنندگان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در زمینه باروری و ناباروری را مداوم بخشیده است بلکه حتی مبین نوعی تمایل و تغییر ذائقه به سمت کاربرد بیشتر فن‌پزشکی^۵ در حوزه‌ها، مراحل و فرایندهایی از باروری است که در دوران پیش از تولد روی می‌دهند. همان‌طور که در بخش‌های قبلی این مقاله نشان داده شد، نمی‌توان زنان را افراد منفعلی^۶ در قبال ساخت پزشکی یا پزشکی شدن/کردن تجربیات زیسته و فرایندهای طبیعی زندگی‌شان مانند تجربه مادری قلمداد کرد. همان‌طور که کاترین ریزمن (۱۹۸۳) خاطر نشان کرده است، زنان نقش فعالی در پزشکی شدن/سازی زندگی و تجربیات خود دارند (۴۹) و در گفتمانها و معانی فرهنگی و بیولوژیک برخاسته از علم-فن‌آوری‌های نوین کمک به باروری ایفا می‌کنند زیرا این زنان هستند که با این علم-فن‌آوریها زندگی می‌کنند و از دلالتها و نتایج مثبت و منفی آن متأثر می‌شوند. وانگهی، پزشکی شدن مفهومی، مسئله یا تجربه زیسته‌ای مانند ناباروری یا مادری، برای مثال نام‌گذاری ناباروری به مثابه نوعی بیماری قابل درمان و کنترل از حیث پزشکی، مانعی برای سبب‌شناسی اجتماعی و فرهنگی آن محسوب نمی‌شود، زیرا مطالعات

4- Assisted reproductive technoscience

5- Technomedicine

6- Passive

1- How-question

2- Why-question

3- Control and surveillance system

نشان داده است که به رغم پزشکی شدن فزاینده پدیده باروری و تجربه مادری بر اثر رشد علم-فن‌آوری‌های نوین کمک به باروری در دو دهه گذشته، تعیین‌کننده‌ها و زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی و سیاسی، از نقشی اساسی در فرایند پزشکی شدن برخوردارند. برای مثال، مطالعات گیب و کالنان (۱۹۸۹) و راگون و ویلیس (۲۰۰۰) نشان داده است زنان طبقه پایین کمتر از زنان طبقه متوسط طالب و پذیرای علم-فن‌آوری‌های نوین پزشکی هستند. بررسی آنها همچنین نشان می‌دهد که قومیت بر میزان دسترسی به اهداء کنندگان تخمک و مادران جانشین مؤثر است (۴۴،۵۰). برای مثال، در حالی که زنان آمریکایی آسیایی تبار و یهودی، سطح بالایی از مشارکت در امر اهداء تخمک را نشان می‌دهند، از این گروه‌های قومی و مذهبی کمتر می‌توان زانی را پیدا کرد که حاضر به پذیرش مادری جانشین باشند یا رحم خود را اجاره دهند.

واپسین سخن اینکه علم-فن‌آوری‌های نوین پزشکی و کمک به باروری، مانند هر پدیده دیگر در عصر مدرنیته متأخر^۱ دارای دلالتها و نتایج اجتماعی مثبت و منفی‌ای هستند که از سطح بسیار بالایی از تأمل‌پذیری^۲ و نامعین‌گری^۳ برخوردارند. این علم-فن‌آوریها با توجه به ماهیت نامعین و تأمل برانگیز خودشان، دغدغه‌های اجتماعی و روان‌شناختی و دلالت‌های منفی بالقوه‌ای را برای افراد درگیر و غیر درگیر در آن به دنبال دارند. وانگهی، این علم-فن‌آوریها به مثابه هستارهایی عاری از ارزش و بی طرف نبوده و نیستند، زیرا با ارائه شیوه‌هایی برای درمان ناباروری یا کمک باروری، منافع و فواید خاصی را برای زوجین و همین طور، متخصصان حوزه پزشکی و باروری و سایر گروه‌های ذی‌نفع تأمین و تضمین می‌کنند. از این‌رو، امروزه این علم-فن‌آوریها بخش یا مؤلفه مهمی در فعالیت‌های اقامه

دعوی و مبتنی بر تعریف و بازی‌های ساخت‌گرایانه پزشکی‌اند. این علم-فن‌آوریها، به ویژه علم-فن‌آوری رحم جایگزین، ساخت و معرفت عینیت‌گرایانه، تقلیل‌گرایانه، مثبت‌گرایانه و پزشکی‌شده‌ای از تجربیات و فرایندهای پیچیده، چند بعدی و یکپارچه مربوط به باروری، از جمله تجربه مادری ارائه می‌دهند. به طور مشخص، علم-فن‌آوری‌های نوین کمک باروری از جمله رحم جایگزین، با افزایش تعداد بازیگران دخیل در امر لقاح و حاملگی و تجاری‌کردن و قراردادی کردن نسبی تجربه مادری، شکل خاص و متمایزی از پزشکی شدن مادری را منعکس می‌کند که می‌توان آن را مادری منفصل یا تکه پاره شده^۴ نامید. این نوع مادری پزشکی‌شده با ارایه تجربه‌ای مغشوش از آنچه در تجربه مادری، طبیعی، و آنچه که ساخته و پرداخته آدمی‌زاد است، در واقع مفهوم‌پردازی متفاوتی از تجربه مادری ارائه می‌دهد. سخن کوتاه اینکه، علم-فن‌آوری رحم جایگزین، به رغم تمامی پیشرفت‌هایی که داشته است و سهم مهمی که در فعالیت‌های اقامه دعوی و ساخت‌گرایانه مربوط به باروری و مادری داشته است، هنوز پاسخ قانع کننده و صریحی به این سؤال-مخمصه‌گونه^۵ که "مادر واقعی کیست؟"، صاحب تخمک یا حامل تخمک (صاحب رحم) نداده است. در نتیجه، در شرایط فعلی، تجارب باروری و مادری که به کمک این علم-فن‌آوری شکل می‌گیرند، چیزی فراتر از نوعی باروری و مادری تکه پاره شده نیست.

تشکر و قدردانی

دکتر محمدجلال عباسی شوازی، دانشیار و عضو هیأت علمی محترم گروه جمعیت شناسی دانشگاه تهران، با تشویق و حمایت پژوهشگران و نویسندگان این مقاله و ارایه پیشنهادات و نقادی‌های سازنده درباره آن، سهم ارزنده‌ای در نگارش این مقاله دارند که بدین‌وسیله،

4- Fragmented motherhood
5- Dilemma

1- Late/Secondary modernity
2- Reflexivity
3- Uncertainty

References

- 1- Clarke AE. Controversy and the development of reproductive sciences. *Soc Probl.* 1990;37(1)pp:18-37.
- 2- Elston MA. Introduction: The Sociology of Medical Science and Technology, In: *The Sociology of Medical Science and Technology*. Elston MA. (Editor.), Published by Blackwell Publisher, Oxford. 1997;p:1-27.
- 3- Brown N, Webster A. *New Medical Technologies and Society*. Published by Polity Press, Cambridge. 2004.
- 4- Lock M, Young A, Camborsio A. (Editors.) *Living and working with new medical technologies*. Published by Cambridge University Press. Cambridge. 2000.
- 5- Helen I. Health in Prospect: High-tech medicine, life enhancement and the economy of hope. *Sci Stud* 2004; 17(1):3-19.
- 6- Stock G. *Redesigning humans: Our inevitable genetic future*. Published by houghton Mifflin Company, Boston. 2002.
- 7- Fukuyama F. *Our Posthuman Future: Consequences of the biotechnology revolution*. Published by Profile Books, London. 2002.
- 8- Habermas J. *The Future of human nature*. Published by Polity Press, Cambridge. 2003.
- 9- Kerr A. *Genetics and Society: A Sociology of disease*. Published by Routledge, London & New York. 2004.
- 10- Berger P, Luckmann T. *The Social construction of reality: A treatise in the sociology of knowledge*. New York: Penguin Books. 1976.
- ۱۱- قاضی طباطبائی محمود، ودادهیر ابوعلی، محسنی تبریزی علیرضا. پزشکی شدن به مثابه بازی: تحلیلی بر برساخت اجتماعی مسائل انسانی، پژوهشنامه علوم انسانی، ویژه‌نامه علوم اجتماعی. شماره ۵۳، بهار ۱۳۸۶، صفحات: ۳۲۴-۲۸۹.
- 12- Becker, HS. *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*. New York: MacMillan. 1963.
- 13- Blumer H. *Social Problems as Collective Behaviours*. *Soc Probl.* 1971;18:298-306.
- 14- Yoshihama M. The definitional Process of domestic violence in Japan. *Violence against Women*. 2002;8(3/ March):339-366.
- 15- Mcright, MA, Riley DE. Challenging global warming as a social problem: An analysis of the conservative movement's Counter-Claims. *Soc Probl.* 2000;47(4): 499-522.
- 16- Spector M, Kitsuse J. *Constructing social problems*. Published by Aldine de Gruyter, New York. 1987 [1977].
- 17- Schneider JW. *Social problems theory: the constructionist view*. *Annu Rev Sociol.* 1985;11:209-29.
- 18- Loseke DR. *Thinking about social problems: An introduction to social constructionist perspectives*. Published by Aldine de Gruyter, New York. 2003.
- 19- Best J. *Constructionism in context*. In: *Images of Issues: Typifying Contemporary Social Problems*. Best J (Editor). Published by Aldine De Gruyter, New York. 1995;p:337-354.
- 20- Best J (Editor). *How Claims Spread: Cross-National Diffusion of Social Problems*. Published by Aldine De Gruyter, New York. 2001.
- 21- Best J. *Theoretical issues in the study of social problems and deviance*. In: *Handbook of Social Problems: A Comparative International Perspective*. Ritzer G (Editor). Published by Sage Publications. Thousand Oaks, CA. 2004;p:14-29.
- 22- Best J. *Social Problems*. Published by W. W. Norton, New Jersey. 2008.
- ۲۳- قاضی طباطبایی محمود، پاولاک دروتی، ودادهیر ابوعلی. برساخت یک مسأله اجتماعی - جمعیتی: درآمدی بر جمعیت‌شناسی اجتماعی اقتصادی اچ‌آی‌وی-ایدز در ایران. نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران. سال اول. ۱۳۸۵. شماره ۲، صفحات ۱۷۰-۱۳۶.
- 24- Furedi F. *The end of professional dominance*. *Society*. 2006;43(6):14.
- 25- Conrad P. *Medicalization and social control*. *Ann Rev Sociol.* 1992;18:209-32.
- 26- Conrad P. *Medicalization and social control*. *Ann Rev Sociol.* 1992;18:215.
- 27- Freidson E. *Profession of Medicine*. Published by The University of Chicago Press, Chicago. 1970;p:251.
- 28- Ballard K, Elston MA. *Medicalisation: A Multi-dimensional Concept*. *Social Theory & Health*. 2005; 3:228-241.
- 29- Conrad P. *The Shifting engines of medicalization*. *J Health Soc Behav*. 2005;46:3-14.
- 30- Conrad P. *The Medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Published by The Johns Hopkins University Press, Baltimore. 2007.
- 31- Conrad P. *Medicalization and social control*. *Ann Rev Sociol.* 1992;18:211.
- 32- Conrad P, Schneider J. *Deviance and medicalization: From Badness to Sickness*. Published by Temple University Press, Philadelphia. 1992 [1980].

- 33- Conrad P. The Shifting engines of medicalization. *J Health Soc Behav.* 2005;46:3.
- 34- Conrad P. The discovery of hyperkinesis: Notes on the medicalization of deviant behavior. *Soc Probl.* 1975;23:12-21.
- 35- Bond J. The medicalization of dementia. *J Aging Stud.* 1992;6(4):397-403.
- 36- Palley ML. Medicalization versus demedicalization of women's health care. *PS January 2004*;pp.67-68., Available at: www.apsanet.org.
- 37- Crawford R. Healthism and the medicalization of everyday life. *Int J Health Serv.* 1980;10:365-88.
- 38- Waitzkin H. Micropolitics of medicine: Theoretical issues. *Medical anthropology quarterly.* 1986;17(5):p. 134.
- 39- Conrad P, Schneider J. Looking at levels of medicalization: A comment of Strong's critique of the thesis of medical imperialism. *Soc Sci Med.* 1980; 14A:75-79.
- 40- Watts G. Looking to the future, in the *Cambridge Illustrated History of Medicine*, Porter R. (Editor.). Published by Cambridge University Press, Cambridge. 1996;pp:342-373.
- 41- Heitman E. Social and ethical aspects of in Vitro Fertilization. In: *The Sociology of Health and Illness Reader*, Nettleton S, Gustafson U (Editors). Published by Polity Press, Cambridge. 2002;p:57-64.
- 42- Cockerham WC. Health as a social problem. In: *Handbook of Social Problems: A Comprehensive International Perspective*, Ritzer, G. (Editor.) Published by Sage Publications, Thousand Oaks, CA. 2004;p:271-315.
- 43- Illieh I. *Medical nemesis: The expropriation of health.* Published by Pantheon, New York. 1975.
- 44- Ragone H, Willis SK. *Reproduction and Assisted Reproductive Technologies.* In: *The Handbook of Social Studies in Health and Medicine.* Albrecht GL, Fitzpatrick R, Scrimshaw SC (Editors). Published by Sage Publications, London. 2000;p:308-22.
- 45- King CR. The ideological and technological shaping of motherhood. *Women and Health.* 1992;19:1-12.
- 46- Lee E. *Abortion, Motherhood, and Mental Health: Medicalizing reproduction in the United States and Great Britain.* Published by Aldine de Gruyter, New York. 2003.
- 47- Davis-Floyd RE, Sargent CF. (Editors.) *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-cultural Perspective.* Published by California University Press, Berkley. 1997.
- 48- Jordan B. *Authoritative Knowledge and its Construction,* In: *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-cultural Perspective,* Davis-Floyd RE., Sargent CF (Editors). Published by California University Press, Berkley. 1997;pp:55-79.
- 49- Riessman CK. *Women and medicalization: A New Perspective.* *Soc Pol.* 1983;14/summer: 3-18.
- 50- Gabe J, Calnan M. *The Limits of Medicine: Women's Perception of Medical Technology.* *Soc Sci Med.* 1989;28:223-31.