

## بارداری و نابرابری:

### از نطفه تا نوزاد در زهدان نظام سلامت

۷۹

**مقدمه:** در یک سده گذشته، گفتمان پزشکی یا «پزشکی شدن» نقش مهمی در شکل دادن به معناها و تجربه‌های بارداری و زایمان داشته است. در این پژوهش بخشی از سازوکارهای نظام سلامت در رابطه با بارداری و زایمان در بستر اقتصادی، سیاسی، اجتماعی و فرهنگی ایران امروز مورد مطالعه قرار گرفته است.

روشن: این تحقیق به صورت مردم‌نگاری چندمیدانه و مصاحبه‌های انفرادی و گروهی در دو بیمارستان دولتی و خصوصی و چند مرکز درمانی دیگر در مناطق مختلف تهران و فضاهای مجازی مرتبط با آنها در طول یک سال (۱۴۰۰-۱۳۹۹) انجام شده است. یافته‌های این پژوهش حاصل تحلیل مضمون با استفاده از کدگذاری تمهای حاصل از یافته‌هاست.

**یافته‌ها:** بیمارستان بخشی از نظام طبقاتی، سلسله‌مراتبی و نامتوازن جامعه خارج از بیمارستان را نمایندگی می‌کند. بدن باردار در فرآیند مراجعه تا زایمان بر اساس طبقه اقتصادی و فرهنگی که در آن قرار گرفته با انواع متفاوتی از قضاوتها روبرو می‌شود. میزان رویت‌پذیری و اثرشدن بدن باردار نیز بسته به نوع بیمارستان و هزینه‌های پرداخت‌شده متفاوت است. تفاوت در سرمایه‌های اقتصادی و فرهنگی و نامتوازن بودن دسترسی به اطلاعات همچنین دیدگاه و تصمیمهای خانواده‌ها در مورد تاریخ تولد، مراقبتهای بارداری، فرآیند زایمان و جنینهای «ناسالم» و «غیرعادی» را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد.

**بحث:** اکثر جامعه‌شناسان پزشکی پذیرفته‌اند که پیوندی بین طبقه اجتماعی و سلامت وجود دارد. تحقیق حاضر به‌وضوح نشان می‌دهد که زنان باردار یک طبقه متجانس اجتماعی نیستند و با توجه به تقاطع شرایطی که در آن قرار گرفته‌اند به پرورش نوعی از ملت نابرابر هدایت می‌شوند که مختصات آن در نخستین قدم در کمیت و کیفیت برخورداری از خدمات نظام سلامت بروز می‌یابد.

#### ۱- الناز ذهبی

کارشناس ارشد مطالعات فرهنگی، گروه مطالعات فرهنگی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.

#### ۲- نهال نفیسی

دکتر انسان‌شناسی فرهنگی، گروه مطالعات فرهنگی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران  
(نویسنده مسئول)

<nahalnaficy1400@gmail.com>

com>

#### ۳- شیرین احمدنیا

دکتر جامعه‌شناس، گروه جمعیت‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

#### واژه‌های کلیدی:

بارداری، پزشکی شدن، تهران، مردم‌نگاری، نابرابری، نظام سلامت.


تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۱/۱۷


تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۸/۲۰




## Pregnancy and Inequality: Embryo to Newborn in the Womb of Health System



▶ **1- Elnaz Zahabi**   
M.A. in Cultural Studies,  
Department of Cultural  
Studies, Faculty of  
Social Sciences, Allameh  
Tabataba'i University,  
Tehran, Iran,

▶ **2- Nahal Naficy**   
Ph.D. in Cultural  
Anthropology,  
Department of Cultural  
Studies, Faculty of  
Social Sciences,  
Allameh Tabataba'i  
University, Tehran, Iran.  
(Corresponding Author)  
<nahalnaficy1400@  
gmail.com>

▶ **3- Shirin Ahmadnia**   
Ph.D. in Sociology,  
Department of Cultural  
Studies, Faculty of  
Social Sciences, Allameh  
Tabataba'i University,  
Tehran, Iran

### Keywords:

Ethnography, Health  
system; Inequality, Preg-  
nancy, Medicalization,  
Tehran.

**Received:** 2023/04/06

**Accepted:** 2023/11/11

**Introduction:** For over a century now, the medical dis-  
course has played an important role in shaping the mean-  
ings and experiences of pregnancy and childbirth. In this  
research, a part of the mechanisms of the health system  
related to pregnancy and childbirth in the economic, po-  
litical, social, and cultural context of contemporary Iran  
has been studied.

**Method:** Multi-field ethnography was conducted, and in-  
dividual and group interviews were carried out in two  
public and private hospitals and several other treatment  
centers in different areas of Tehran and their online com-  
ponents during one year (2020-2021). The findings of  
this research are the result of the thematic analysis of the  
data obtained.

**Findings:** The hospital represents a part of the class sys-  
tem, hierarchy, and unbalanced power structure in the  
society outside the hospital. The pregnant body faces dif-  
ferent types of judgments in the process of referral to de-  
livery based on the economic and cultural class in which  
it is placed. The level of visibility and objectification of  
the pregnant body also varies depending on the type of  
hospital and the fees paid. The difference in economic  
and cultural capital and the imbalance of access to in-  
formation also affect the views and decisions of families  
regarding the date of birth, pregnancy care, the birth pro-  
cess, and “unhealthy” and “abnormal” fetuses.

**Discussion:** Pregnant women are not a homogenous social  
class, and due to the intersection of the conditions in which  
they are placed, they are led to develop a kind of unequal  
nation whose coordinates are the first step in the quantity  
and quality of services offered by the health system.

**Citation:** Zahabi E, Naficy N, Ahmadnia S. (2024). Pregnancy and Inequality: Embryo to New-  
born in the Womb of Health System. *refahj*. 24(92), : 3

URL: <http://refahj.uswr.ac.ir/article-1-4194-fa.html>



## **Extended Abstract**

### **Introduction**

The present article is the result of a one-year field research on the experiences of pregnancy and childbirth in the upper and lower Tehran (referring to socioeconomic status) medical centers in 2020s.

Since the beginning of the 20th century, pregnancy and childbirth in most parts of the world have been medicalized (Kukla et al, 2018: 2). The medicalization of childbirth does not only mean direct medical intervention in pregnancy and childbirth; rather, it refers to a culture that, both inside and outside of health centers, makes pregnancy a medical issue that requires crisis and risk management.

Iran, like many other countries, has been in the process of medicalization and commercialization of pregnancy and childbirth in recent decades.

This research has studied a part of bio-politics mechanisms of pregnancy and childbirth in Tehran using ethnographic method. The important point in this research is how the experience of pregnancy from conception to infancy is unevenly shaped in the mechanisms of the health system, and how these women with different economic, social and cultural capitals act and express themselves.

### **Method**

In this research, multi-field ethnographic method has been used. The fields include two public and private hospitals, several health centers, two midwifery offices in the south and east of Tehran, as well as virtual space, especially various pregnancy applications and WhatsApp groups. In addition, twelve individual interviews and seven group interviews were conducted. Two hospitals were continuously visited by the researcher more than other centers for around six months, three to four days a week from morning to the evening.

The ethnographer observed people in therapeutic environments and participated in their daily activities as much as possible, the methods that have been used to collect data in this type of study are unstructured, flexible, and unlimited, and include participatory observation, in-depth interviews, and natural language discourse analysis.

## **Findings**

Part of the research findings presented in this article is focused on the culture that governs the hospital and the existing hierarchy, the role and place of pregnant women in this space, and the knowledge they gain about the status of the economic class. A definition of health and a picture of the socialization of babies before entering this world is also presented. Some main findings are as follows:

### **1- Hospital: A separated island or part of the mainland:**

This research shows titles in the hospitals that are very important due to their representation of hierarchy. The wards, residents, interns, midwives and staff are all positioned vertically in relation to each other. The rules governing the hospital oblige the clients to follow this hierarchy and if they are not familiar with that, they are required to learn this.

### **2- Conscious choice or passive determinism:**

The pregnant body often becomes the subject of the judgment in the process of pregnancy to delivery. The economic poverty and the vague translation of scientific language concepts between pregnant women and the medical staff are two main factors in this process. The language of science usually places the doctors in a superior position to the patients. Dominance is doubled when poverty is involved in the patient's condition, and it leads to the insignificance of the patient's values, fears and their culture. This is much less among middle-class women, because they are able to build a more equal social relationship with medical staff than lower-class women due to their literacy and economic capital.

### **3- Public and private spaces:**

The place that welcomes patients creates a different form of space depending on the public or private services. The spaces in the public hospital are shared. The body also becomes communal, and is publicly displayed for medical students and even other visitors. In the private hospital, everything is the opposite. Even public rooms are not easily accessible to hospital staff. The body is a private matter that can only be accessed by one or two primary doctors.

#### **4- Healthy fetus in social classes:**

The type of exposure to the delivery method, abortion treatment and disability all differ based on the class in which people are placed. In the current research, people in two different groups of hospitals reacted differently towards the health of pregnancy and baby. It seems that the decision making in these cases is influenced by their class status rather than based on religious beliefs.

#### **5- Luxury babies Vs. Canal-sleeping babies:**

In the current mechanism of human production, some babies, by the decision of parents and doctors, enter this world before the due date in order to be born on specific dates desired by their wealthy parents. C-section has created the opportunity for women to submit themselves to the surgical blade before the beginning of natural delivery pain and give birth to their babies on a specific popular date. At the same time, some other babies stay in the birth canal until the last moments due to poverty and inability to pay hospital fees.

#### **Discussion**

Different dimensions of discrimination in different forms and sectors show that inequality in the field of location, language, body, services, and the quality of delivery condition all show that women and fetuses in their wombs have different experiences in the pregnancy process.

Findings show that hospital is not like an isolated island, but it is a part of a mainland. Some believe that the uniforms and the condition of the hospitalized patients makes the hospital a place that hides the existing class structure for the duration of treatment. It was shown that the social hierarchy extends in the hospitals and the life in the hospital is the continuation of the same structure that flows outside. The pregnant body also is exposed to judgments in the process of childbirth. Humiliation, and shame is a class distribution and lower-class women face this more frequently.

The condition of the body changes based on the location and type of public or private services. In fact, private and public affairs each impose special conditions on the pregnant woman's body.

We also followed the course of emotional evolution of hospitalized pregnant women in public sector, and we argued how this path leads to an evolution in class consciousness.

The health standards can be defined based on class characteristics. Social class has an important effect on people's beliefs and attitudes towards health. The type of exposure to the delivery method, abortion treatment and disability are all different based on the social class.

And finally, in the current mechanism of human production in Tehran, choices for parents are far different from each other and consequently for their babies, both before and after birth; however, it is not only in private sphere, rather in a public and political arena between those who are expected to play an active role in building a nation and those who do not.

### **Ethics**

This essay is on a code of ethics; and assumed names have been assigned to maintain the anonymity of participants. The health centers are also confidential.

## مقدمه

مقاله حاضر حاصل یک سال پژوهش میدانی در مورد تجربه‌های بارداری و زایمان در مراکز درمانی بالای شهر و پایین شهر تهران در آخرین سال سده ۱۴۰۰ هجری شمسی است. هرچند تولیدمثل ویژگی تمامی موجودات زنده است، خصوصیات انسانی، تولیدمثل را از یک فرآیند طبیعی و غریزی فراتر برده و به مسئله‌ای سیاسی، اجتماعی و فرهنگی نیز تبدیل کرده است؛ به طوری که در طول تاریخ، بدن و حتی ذهن و روح زنان باردار موضوع و محمل مناقشات گروهها و گفتمانهای مختلف بوده است.

از اوایل قرن بیستم میلادی، بارداری و زایمان در اکثر نقاط جهان به سمت پزشکی شدن یا طب‌زده شدن<sup>۱</sup> پیش رفته است (کوکلا<sup>۲</sup> و دیگران، ۲۰۱۸).

پزشکی شدن زایمان، تنها به معنای دخالت مستقیم پزشکی در بارداری و زایمان نیست؛ بلکه اشاره به فرهنگی دارد که هم در داخل و هم در خارج از مراکز بهداشتی-درمانی، بارداری را به شکل یک مسئله پزشکی نیازمند مدیریت بحران و خطر، نظارت دائم و داشتن دانش تخصصی پزشکی برمی‌سازد. مفهوم پزشکی شدن که توسط برخی محققان فمینیست به کار گرفته شده، به مداخله پزشکی در اموری که قبلاً تحت نفوذ پزشکی نبوده‌اند، ارجاع دارد (کاظمی، ۲۰۲۳).

در این دوره از زنان باردار انتظار می‌رود تا خوردن، نوشیدن، حرکات نوزاد در رحم، کاهش و افزایش وزن، روش خوابیدن، کنترل احساسات، در معرض محصولات مختلف قرار گرفتن، فعالیتهای جسمی و جنسی و موارد بسیار دیگری را به نظم درآورده و به طور دائم تحت نظارت داشته باشند و تمامی اینها را منطبق بر استانداردهای مسلط نظام سلامت به اجرا درآورند (کوکلا و دیگران، ۲۰۱۸).

- 
1. medicalization
  2. Kukla

کرونین فیشر و پارسل<sup>۱</sup> به نقل از بایرون می گویند از شروع دوره بارداری، مادران فضای خصوصی خود را از دست می دهند و با نصایح ناخواسته از افراد ناآشنا مواجه می شوند که به آنها می گویند چه چیزی برای خوردن و آشامیدن مناسب است، چه میزان استراحت نیاز دارند و چه کاری باید انجام دهند (فیشر و پارسل، ۲۰۱۹). پزشکی در مواجهه با زنان نقشی متناقض داشته است، از یک سو روند پزشکی شدن و تحمیل انضباط اجتماعی بر زنان و از سوی دیگر رهاکردن زنان از محدودیتهای بیولوژیک (کاظمی، ۲۰۲۳).

نظام سلامت که چارچوبهای رفتاری مجاز و غیرمجاز را مشخص می کند نظامی گسترده متشکل از پزشکی، بهداشت و سلامت و همچنین آن دسته رفتارهای عرفی است که به ظاهر ارتباطی با نظام پزشکی ندارند، اما تحت سیطره آن قرار گرفته و همان شیوه تربیتی را در رابطه با بدن به کار می گیرند که نظام سلامت در داخل نهادهای مربوط به بهداشت و سلامت تقویت می کند.

گویی در این دوران، یعنی از «باردارشدن» تا «وضع حمل کردن»، بدن زنان به مکانی تبدیل می شود که امانتی متعلق به اجتماع و آینده در آن نهفته است. به بیانی فوکویی، زنان ناگزیر باید یا انتظارات گفتمان غالب جامعه و زمانه خود را از یک امانتدار شایسته برآورده کنند و در این راه «موفق شوند» یا «شکست بخورند»، یا با تنظیم خود با گفتمانی جایگزین در مقابل جریان غالب «مقاومت» کنند؛ که در هر دو صورت از «سوژه شدن»<sup>۲</sup> گریزی ندارند. در واقع «خود زندگی» در بدو ظهورش به کانون کشمکشهای اجتماعی و منازعات سلطه (سیاسی، اقتصادی، مذهبی، ...) و اشکال سوژه سازی بدل می شود.

این اشکال سوژه سازی که فوکو آن را زیست سیاست<sup>۳</sup> می نامد، تنها به فرآیند «پزشکی شدن» محدود نمی شود و گفتمانهای مختلفی از حقوق اجتماعی و سلسله مراتب و کلیت حیات

---

1. Fisher and Parcell  
2. subjection  
3. biopolitics



اجتماعی را در برمی‌گیرد. به این ترتیب، تقلای فرد برای سلامت با منافع سیاسی، علمی، پزشکی و اقتصادی گره می‌خورد. (لمکه، ۲۰۱۱).

با وجود تأثیری که نظام سلامت بر بدن و زندگی زنان دارد، باید توجه داشت که ما با سوژه‌های رام و یکسانی مواجه نیستیم. زنان در بسترهای مختلف اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی با رجوع به امتیازات و سرمایه‌های مختلف، نظام سلامت را به شکلی یکسان به کار نمی‌گیرند. در واقع امکانات و نبود امکانات هر شخص برای تأثیر گرفتن از قدرت یا مقاومت در برابر آن تا حد زیادی منوط به شرایط مادی و به بیان بوردیو، انواع سرمایه‌هایی است که در اختیار فرد قرار دارد.

چنانکه دیدیه فاسین<sup>۱</sup> انسان‌شناس می‌گوید، موضوعات مربوط به زندگی، طول عمر، سلامتی و بیماری هرگز از موضوعات مربوط به نابرابریهای اجتماعی جدا نمی‌شوند (لمکه، ۲۰۱۱)؛ بنابراین نطفه‌گی، بارداری، زایمان و نوزادی هم مانند دیگر مراحل زندگی از نابرابریهای اجتماعی جدا نیستند و تأثیرپذیری زنان باردار و نوزاد در حال تکوینشان نیز متنوع و متفاوت است.

ایران نیز مانند بسیاری کشورهای دیگر، در دهه‌های اخیر در روند پزشکی‌شدن و همچنین تجاری‌شدن بارداری و زایمان قرار گرفته است. تقاضای بالا برای انواع زایمانهای سزارین و زایمانهای طبیعی بدون درد و شیوه نوین انواع زایمانها مانند زایمان در وان، زایمان با استفاده از محصولات گیاهی یا با استفاده از گاز و یا کمک هیپنوتیزم، انواع و اقسام کالاهای پزشکی مانند بالش بارداری، گهواره هوشمند نوزاد، انواع کلاسهای دولتی و خصوصی پیش از بارداری و حین بارداری، تعیین مامای خصوصی برای کل دوران بارداری و داشتن مامای همراه هنگام وضع حمل و همچنین منوهای مختلف بیمارستانی همگی نشان از تحولی عظیم در این بخش دارد.

---

1. Didier Fassin

این پژوهش با استفاده از روش مردم‌نگاری بخشی از سازوکارهای زیست سیاست معطوف به بارداری و زایمان در ایران را با تمرکز بر خدمات، امکانات و کالاهای نظام سلامت در دو میدان اصلی و چند میدان جانبی متفاوت در شهر تهران مورد مطالعه قرار داده است. این تحقیق ابعاد جدیدی از مسائل زنان باردار را که در زیست روزمره با آن روبرو هستند روشن کرده و راه را برای شناخت انواع سیاستها و بررسی (باز) تولید فرهنگی در جامعه هموار می‌کند.

استفاده از فناوریهای پزشکی و نوع مواجهه نظام دانش-قدرت در بستر فرهنگی مربوط به بارداری همچنین ابعاد جدیدی از تغییرات فرهنگی در ایران امروز را نشان می‌دهد. آنچه در این تحقیق برای ما مهم بوده این است که تجربه زنان باردار و فرزندانشان از نطفه‌گی تا نوزادی چطور، به‌گونه‌ای نابرابر، در سازوکارهای نظام سلامت رقم می‌خورد و این زنان (که البته خود در این عرصه تنها نیستند و درون نظام دیگری به نام خانواده به گونه‌های مختلف و با امکانها و نامکانهای مختلف جای گرفته‌اند) چگونه در این مسیر به چانه‌زنی، کنش‌ورزی و بیان‌گری می‌پردازند.

در این راستا، هم فهم عاملیت، روایت و جهان ذهنی و بدنی خود زنان «باردار» به عنوان حامل و محمل انسانی در حال تکوین برایمان اهمیت داشته و هم فهم ساختارهای تعیین‌بخشی که امکانها و نامکانهای آنها را به‌گونه‌ای نابرابر در نظام سلامت رقم می‌زنند.

### مرور ادبیات

در مطالعات «مادری»، بارداری، زایمان و مادری شامل وجوه سیاسی، اجتماعی و فرهنگی متنوعی است که به طور عمده با سه مبحث فمینیسم، کاپیتالیزم (سرمایه‌داری) و ناسیونالیسم (ملی‌گرایی) پیوند خورده است. از آنجاکه مسئله افزایش یا کاهش جمعیت یکی از ارکان اساسی سیاست‌گذاری دولتها بوده و فرزندآوری به شکلی مستقیم به کارکرد زیستی

بدن زنان اشاره دارد، منتقدان و نظریه‌پردازان فمینیست به طور عمده در این زمینه مطالعه کرده و در مبارزات برابری‌جویانه به شکلی مستمر به آن پرداخته‌اند. در جنبشهای مختلف فمینیستی مفهوم مادری بارها مورد ارزیابی و بازاندیشی قرار گرفته است؛ چنان‌که وسترولت در مورد تعامل همیشگی فمینیسم با مسئله مادری یادآوری می‌کند که اثرات ایده‌ها و انتظارات حول مسئله مادری روی تمامی زنان بچه‌دار یا فاقد فرزند است (بیر، ۲۰۱۹).

موج دوم فمینیسم در دهه‌های میانی قرن بیستم میلادی اوج انتقادات به مسئله مادری و نقش زنان در ساختار اجتماعی شکل‌دهنده این پدیده را در بر داشت؛ اما در دهه‌های بعد و در موج سوم، اصلاح‌گفتمان فمینیستی در راستای پوشش‌دادن گروههای مختلف زنان و به‌ویژه زنان در حاشیه، به تحول گفتمان مادری نیز انجامید. در این دوران، توانایی باروری نه به عنوان یک امر ذاتی و جنسیتی بلکه به عنوان یک نقش و هویت اجتماعی برای گروههای مختلف زنان اعم از رنگین‌پوستان، زنان خاورمیانه، زنان طبقات فرودست اقتصادی، اقوام در حاشیه، زنان معلول، زنان مجرد، مادران نوجوان و حتی طیف زنان هم‌جنس‌خواه مورد بحث قرار گرفت و به وجوه مثبت و منفی مادری در این گروهها پرداخته شد (رفعت‌جاه و دیگران، ۲۰۱۸). از موج دوم فمینیسم تا موج چهارم، تأکید منازعات فمینیستها در مورد مادران و مادری تغییر کرده و در طول زمان تکامل یافته است، اما همچنان سبب ایجاد اختلاف و درگیری در میان منتقدان فمینیست و در راستای تولید بینشهای نوین و اقل‌کننده است (بیر، ۲۰۱۹).

نظریه‌پردازان چپ‌گرای فمینیست نیز تولیدمثل به‌مثابه امر بازتولیدی<sup>۱</sup> را در ارتباط با سرمایه‌داری مورد مطالعه قرار داده و به بی‌توجهی به نقش زنان به عنوان نیروهای مولد جمعیت از جانب نظریه‌پردازانی چون مارکس انتقاد داشته‌اند. سیلویا فدریچی<sup>۲</sup> منشأ تبعیض

1. Beyer

2. reproduction

3. Silvia Federici

در مورد زنان را نیروی بازتولیدی آنان در تولیدمثل می‌داند. او بر دو جنبه از ویژگی سرمایه‌داری تأکید می‌کند: تولید کالا و تولید نیروی کار؛ که مسئولیت دومی بر دوش زنان گذاشته شده است. او به نامرئی‌بودن این دستگاههای مولد در نظریات مارکس نیز اشاره کرده و کار بازتولیدی زنان در جامعه سرمایه‌داری را بی‌مزدتر از مردان می‌داند. در واقع سرمایه‌داری و کارکرد تولیدمثل برای افزایش نیروی کار، جزء همان ساختارهای تعیین‌بخشی است که سیاستی ویژه را بر زیست‌زندگی مادر و جنین اعمال کرده است (فدریچی، ۲۰۱۴) در بستر تاریخی ایران نیز جمعیت به‌منزله پدیده‌ای زیست‌شناختی همواره موردتوجه دولتها بوده است. در این رابطه فیروزه کاشانی ثابت در کتاب خود با عنوان «شهروندان باردار: زنان و سیاستهای مادری در ایران» ایدئولوژیهای ناسیونالیستی ایران را در ارتباط با سیاستهای بازتولیدی و نظام سلامت در یک بستر تاریخی مورد مطالعه قرار می‌دهد. در این کتاب، مفهوم مادری در ارتباط با ناسیونالیسم بازتعریف شده و نشان می‌دهد که چگونه بدن زنان به ابزاری در خدمت به سیاستهای ساخت دولت-ملت تبدیل شده است. کاشانی ثابت استدلال می‌کند که ساخت دولت-ملت نوین نیازمند افزایش جمعیت و همچنین تعریف هویت دولت به عنوان محافظ ملت بوده است. در راستای این امر، سیاستهای افزایش جمعیت برای ساخت ملت در خدمت دولت نوین و در پی آن چرخش مفهوم مادری، سبب شد تا زنان به بهداشت، تحصیل و اشتغال دست یابند. همان‌طور که ایرانیان به واژه‌های جدیدی برای توصیف سرزمین خود دست یافتند، زنان نیز به درک چگونگی ساختن نقش مدنی خود رسیدند. زنان تنها شهروندان باردار نبودند، بلکه آنها آغاز به درک شهروندی کردند (کاشانی‌ثابت، ۲۰۱۱).

تا اواخر سلسله قاجار، مادری نه امری نظام‌مند بلکه فرآیندی متفاوت از روند معمول نقش مادران در خانواده هسته‌ای بوده و تربیت و بزرگ‌کردن نوزادان بیشتر در دستان دایه‌ها قرار داشته است. زایمان نیز به دست قابله‌های سنتی و در شرایط غیربهداشتی سبب

مرگ‌ومیر بالای نوزادان و مادران بوده است. در دهه ۱۹۴۰ میلادی (۱۳۱۸ تا ۱۳۲۸ شمسی) تعداد کلینیکها و بیمارستانها در ایران به شدت فزونی یافت، اما جمع‌آوری آمار در مورد فرهنگ مادری و اجرای توصیه‌های بهداشتی همچنان دشوار ماند (کاشانی‌ثابت، ۲۰۱۱).

قرن نوزدهم میلادی در سراسر جهان مصادف با اصلاحات مهم دولتی و اجتماعی در زندگی زنان است. در ایران نیز، علاقه به علم نوین به عنوان بخشی از اصلاحات در دوره قاجار و پهلوی اول بروز یافت و در پی آن ساخت دولت-ملت مدرن با مسئله بهداشت عمومی و امر بازتولیدی زنان پیوند یافت؛ بنابراین نشان‌دادن قدرت سیاسی دولت، با فراهم‌کردن شرایط بهداشتی و تأمین امنیت جان شهروندان ارتباط مستقیمی پیدا کرد. در این میان، حفظ جان زنان به عنوان تولیدکننده‌های ملت و مدافعان وطن، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار گشت و در اولویت سیاست‌گذاری دولتها قرار گرفت. همین امر سبب چرخشی مفهومی در مسئله مادری شد. عوامل سیاسی ذکر شده این تغییر معنایی را رقم زدند و مادری را به امری ایدئولوژیک تبدیل کردند که کاشانی‌ثابت با عنوان «مادرگرایی»<sup>۱</sup> از آن یاد می‌کند. وی مادرگرایی را نه تنها معطوف به بهداشت مادری، بلکه توجه به دغدغه‌های ناسیونالیستی می‌داند (کاشانی‌ثابت، ۲۰۱۱).

توجه به ویژگیهای مادری در ارتباط با مفاهیم ناسیونالیستی اولین پایه‌های نظام‌مندشدن مادری را شکل دادند. به تدریج سلامت و شرایط بهداشتی نگه‌داری از فرزند توسط مادران مورد توجه قرار گرفته و خودمراقبتی به تعبیر فوکو نیز در دوران بارداری افزایش یافت. مادرگرایان برای تربیت فرزندان تأکید زیادی بر باسوادی، بهداشت و فعالیت زنان در عرصه اجتماع با اولویت‌دادن به مادری داشتند.

کاشانی‌ثابت تفاوت بارزی بین مادرگرایان و فمینیستها قائل می‌شود و آن حفظ ساختارهای مردسالارانه در گفتمان مادرگرایی است. مادرگرایان با استفاده از فرصت فراهم‌شده و

#### 1. maternalism

اولویت دادن به نقش مادری با اصلاحاتی آرام حضور زنان در جامعه را مشروعیت بخشیده و نظم اجتماعی جدیدی را بنا نهادند که حضور زنان در سپهر عمومی را مشروعیت می‌بخشید. دولت برای دستیابی به مقاصد سیاسی خود، نظام بهداشت و سلامت مادران را در اولویت قرار داد و نتیجه آن کنترل تاریخی و ایجابی دولت بر بدن زن ایرانی شامل یک رابطه دیالکتیک میان دو امر متضاد یعنی در اختیار گرفتن سکسوالیته زنان و تولید برخی منافع مانند ورود زنان به مشاغل خاص بوده است (کاشانی‌ثابت، ۲۰۱۱).

مردم‌نگاری در عرصه مطالعات مادری در ایران قدمت چندانی ندارد، اما یکی از پژوهش‌های شاخص در این حوزه در سال‌های اخیر رساله دکتری شیوا علی‌نقیان (۲۰۱۹) با عنوان «مادری: تلاقی جنسیت و دیگر نظام‌های سلطه» در رشته انسان‌شناسی است که با روش خودمردم‌نگاری انجام شده و بعدتر به صورت کتابی با عنوان «خط آبی کم‌رنگ» منتشر شده است (علینقیان، ۲۰۲۲). در این پژوهش علی‌نقیان با رویکردی فمینیستی از تجربیات شخصی خود آغاز می‌کند و موضوع را به دامنه گسترده‌تر مادری بسط می‌دهد. او به خوبی نابرابری در امکانات اقتصادی، اجتماعی و سلامتی را در نوع مادری کردن به تصویر کشیده و اهمیت تفاوت زیست مادران را در درک وضعیت نشان می‌دهد. پژوهش حاضر از این اثر پیشگام در حوزه مطالعات مادری در ایران تأثیر گرفته است.

## روش

پژوهش حاضر به روش مردم‌نگاری چندمیدانه انجام شده است. میدانهای تحقیق شامل دو بیمارستان دولتی و خصوصی، چندین خانه بهداشت، دو مطب مامایی در جنوب و شرق تهران و یک مرکز مامایی در منطقه مرفه‌تر شمال تهران و همچنین فضای مجازی به‌ویژه اپلیکیشن‌های مختلف بارداری و گروه‌های واتس‌اپی برای ادامه ارتباط با مادران باردار بود. علاوه بر این، دوازده مصاحبه فردی و هفت مصاحبه گروهی (گروه‌های سه یا چهار نفره) در

این میدانها انجام شد. دو بیمارستان بیش از دیگر مراکز توسط پژوهشگر مورد بازدید مستمر قرار گرفتند و پژوهشگر در نیمه دوم سال ۱۳۹۹ به مدت شش ماه، سه تا چهار روز در هفته از نه صبح تا شش عصر در این دو بیمارستان حضور فعال داشته است. در هر دو بیمارستان مورد مطالعه عمده کارها و رسیدگیها توسط ماماها صورت گرفته و ماماها از نظر تعداد و میزان تأثیرگذاری نقش بیشتری از پرستاران داشتند. در مصاحبه‌ها اعم از فردی یا گروهی سه سؤال باز از قبل مشخص شده بود. نظر آنها در مورد بارداری و شرایطی که در آن قرار گرفته‌اند، دلایل آنها برای انتخاب مرکز درمانی که به آن مراجعه کرده‌اند و مواردی که خلاف انتظار آنها در وضعیت بارداری بوده است؛ سه سؤال اصلی این پژوهش بودند.

از میان پاسخها و مشاهدات پژوهشگر برای پی‌بردن به وضعیت نابرابری میزان تفاوت کیفیت دریافت خدمات سلامتی، تفاوت دسترسی به منابع مختلف برای برطرف کردن نیازهای دوران بارداری و میزان رضایت و انتخاب زنان در چگونگی زایمان مورد توجه قرار گرفته است. ثبت مصاحبه‌ها و اسناد دیگر در این پژوهش از طریق جمع‌آوری صداهای ضبط‌شده با اجازه افراد، عکاسی مجاز از محیط و دستگاہها انجام شد.

میدان مهم دیگر در این تحقیق فضای مجازی بود. با استفاده از روش موبایل‌گرافی داده‌ها از تعامل بین محقق و اشخاص استخراج شد. زمینه این تعامل در اپلیکیشنهای بارداری که هم نقش اطلاع‌رسانی را دارند و هم یک فضای اجتماعی برای مرادده و تعامل را میان کاربران شکل داده‌اند و همچنین فضای مجازی اینستاگرام، صفحات مربوط به مامایی و بیمارستانها و همچنین دو گروه واتس‌اپی زنان باردار بوده است.

## یافته‌ها

بخشی از یافته‌های تحقیق که در مقاله حاضر ارائه می‌شود معطوف به فرهنگ حاکم بر بیمارستان و سلسله‌مراتب موجود، نقش و جایگاه زنان باردار در این فضا و شناختی است که آنها از وضعیت طبقه اقتصادی درک می‌کنند. شباهتها و تفاوت‌های میان کنشهای زنان باردار در جایگاههای اقتصادی متفاوت و نابرابریها در تجربه بارداری مورد توجه قرار گرفته و همچنین تصویری از اجتماعی شدن نوزادان قبل از ورود به این جهان ارائه می‌شود.

### بیمارستان: بخشی از سرزمین اصلی

در یک روز معمول در بیمارستان زنی از اتاق پزشک به اتاق مامایی برگشت داده می‌شود. پرونده را به سمت ایترن<sup>۱</sup> که پسر جوان تازه‌کاری است گرفته و می‌گوید: «دکتر؟ خانم اقدمی اینو دادن گفتن دوباره چک بشه». رزیدنت<sup>۲</sup> کناری با افسوس سری تکان می‌دهد و می‌گوید: «می‌بینی مردم رو؟ به ایترن تازه‌کار میگه دکتر، به دکتر اقدمی میگه خانم اقدمی. این مردم کی می‌خوان این چیزا رو یاد بگیرن؟»

در فضای بیمارستان آشنایی نداشتن به القاب نکته‌ای منفی است. اگر زن باردار به اشتباه ایترنی را دکتر خطاب کند و برای پزشک اتند<sup>۳</sup> بخش تنها از نام فامیل استفاده کند، یکی از قوانین ناگفته مرکز را شکسته است. اهمیت القاب در این فضا به دلیل نمایندگی آنها از سلسله‌مراتب است. اتند بخش، رزیدنتها، ایترنها، ماماها، پرستاران و خدمه همگی در یک جایگاه عمودی در نسبت با یکدیگر قرار گرفته‌اند. طبق قوانین بیمارستانی تابلویی روی دیوارها وجود دارد که مقامات مختلف بیمارستان را از پزشک تا خدمه با رنگ یونیفرهای

1. intern
2. resident
3. attend



مخصوص معرفی می‌کند. پزشکان رزیدنتها را برای سرعت‌پایین انجام کار مؤاخذه می‌کنند. رزیدنتها با لحنی آمرانه دستورات را به اینترنها ابلاغ می‌کنند. سلطه مقامات بالاتر روی نیروهای پایین‌تر به‌وضوح قابل‌مشاهده است. در این میان زن باردار گاه سرگردان میان لجبازی و عصبانیت کادر درمان بلاتکلیف می‌ماند تا فرآیند درمانش طی شود.

در پژوهش حاضر، اکثر مراجعان بیمارستان دولتی ساکن جنوب شهر تهران و مناطق اسلام‌شهر، رباط‌کریم، شهر ری، میدان خراسان، شهریار، کهریزک و ورامین بودند. اتباع افغانستانی نیز بخش عمده‌ای از مراجعین را تشکیل می‌دادند. این بیمارستان در یکی از پرتراکم‌ترین مناطق تهران قرار دارد. محیط پیرامون آن با مردم، ماشینها، موتورها و چرخ‌دستیها اشباع شده است. در این فضا سالمندان و کودکان آرام‌تر از مردان جوانی هستند که کنار ماشینها و موتورهای خود با صدای بلند در حال صحبت، شوخی یا دعوا هستند. فضا، فضایی به‌شدت طبقاتی است. حجم فضا به‌صورت یکسان از حضور همگان اشغال نشده است. همان فضایی که در داخل بیمارستان براساس مقام طبقه‌بندی شده، اینجا و در خارج از بیمارستان نیز به چشم می‌آید.

برای حضور در این فضا باید نظام طبقاتی آن را شناخت. به صورتی ناخودآگاه معتادان می‌دانند چگونه در کنار دیوار در خود مچاله شوند تا مزاحم دیگران نباشند، کودکان می‌دانند چگونه چرخ را از میان صف تاکسی‌داران عبور دهند تا با کمترین میزان مزاحمت مانع حضور مردان جوان نشوند. زنان نیز می‌دانند بیش‌ازحد ایستادن و قدم‌زدن در این مکان معنای خوبی ندارد و باید زودتر از این مکان گذر کنند؛ و زنانی که به بیمارستان رجوع می‌کنند به‌مرور و طی نه ماه بارداری تفاوت میان اینترن، رزیدنت و پزشک را می‌آموزند. گویی قرار است همگان برای پیشگیری بیشتر از به حاشیه رانده شدن این نظام طبقاتی را بشناسند و رعایت کنند تا دوام آورند.

کودکان و سالمندان در مقابل جوانان، معتادان در برابر تندرستان، زنان در برابر مردان،

ایسترنها در برابر رزیدنتها و رزیدنتها در برابر متخصصین اقتدار را می‌پذیرند و زنان باردار و جنین در زهدانشان نیز در این سلسله‌مراتب قدرت جایگاه خود را به‌آرامی می‌یابند. فضای اطراف بیمارستان خصوصی به‌مراتب خلوت‌تر از بیمارستان دولتی است و زنانی که اکثراً با وسیله نقلیه شخصی مراجعه می‌کنند چندان در فضای خارج از بیمارستان دچار حس ناامنی حاصل از شلوغی قرار نمی‌گیرند. مراجعین عمدتاً از مناطق انقلاب، فلسطین، ونک و غرب تهران هستند. القاب در این بیمارستان نیز اهمیت بالایی دارند. مراجعین این بیمارستان، به‌واسطه داشتن پیشینه دانش اجتماعی نسبت به نظم موجود شناخت بهتری از سلسله‌مراتب دارند؛ دانشی که به آنها این امکان را می‌دهد تا از القاب در جای درست خود استفاده کنند و در مقایسه با مراجعین بیمارستان دولتی، برای پیشبرد و اظهار نیازات خود کمتر با واکنش منفی مواجه شوند.

### تقلیل فرودستی به جبر منفعلانه

بدن باردار، در فرآیند مراجعه تا زایمان بر اساس طبقه اقتصادی و فرهنگی که در آن قرار گرفته با انواع متفاوتی از قضاوتها روبه‌رو می‌شود. فقر اقتصادی و ترجمه نامفهوم زبانی بین زنان باردار و کادر درمان نقش بزرگی در این امر دارند. این دو در یک رابطه دیالکتیک سوژه را در جایگاه متفاوت قرار داده و مورد تشویق یا شماتت قرار می‌دهند.

یکی از مشکلات مهم در مفاهمه کلامی بین این دو گروه، تفاوت میان زبان علمی و زبان عامه است. کمتر پیش می‌آید زنانی که به بخش درمانگاه بیمارستان دولتی رجوع می‌کنند تاریخ دقیق هفته بارداری خود را بدانند. اکثر آنها حتی در مورد تاریخ آخرین قاعدگی خود تردید دارند. اکثر زنان، بارداری را با ماه محاسبه می‌کنند، اما چیزی که پزشکان می‌خواهند هفته بارداری است. در پزشکی به طور دقیق چند هفته و چند روز مهم است. رزیدنتها برای نوشتن شرح حال تحت فشار شدیدی هستند؛ مانند دستگاههایی که ناگزیر باید طی یک زمان

خاص در ساعت معلوم، تعداد مشخصی شرح حال تولید و زنان باردار را برای تحویل به بخش بعدی ارسال کنند. عدم تولید و ارسال به موقع، عتاب و بازخواست پزشکان و اتند بخش را به دنبال دارد. یکی نبودن زبان و نظام مفهومی این دو گروه یکی از مهم‌ترین عواملی است که کار را به تأخیر می‌اندازد.

اولین سؤال ثابت تمام رزیدنتها از بارداران این است که بارداری چندم آنهاست. در ذهن پزشک تولید بچه یا سقط جنین اهمیتی ندارد؛ بارداری حادث شده است و اگر زن دو سقط داشته و حال برای بار سوم باردار است باید بگوید بارداری سوم؛ اما در ذهن زنان مراجعه‌کننده، بارداری امری است که به زایمان منتهی می‌شود؛ بنابراین تعداد بارداری را اشتباه می‌گویند و رزیدنت هر بار تکرار می‌کند سقط نداشته‌ای و آنهایی که داشته‌اند (که در این بیمارستان کم هم نیستند) می‌گویند: «چرا داشته‌ام»؛ و رزیدنتی که تحت فشار برای هرچه زودتر سیاه کردن برگه شرح حال است، کلافه‌تر می‌شود و اولین بارقه واکنش منفی در این ارتباط اجتماعی آغاز می‌شود.

این امر در بیمارستان و مطبهای خصوصی به ندرت دیده می‌شود. با وجود آنکه برداشت اشتباه از تعداد بارداری در مراجعین خصوصی هم وجود دارد اما کادر درمان تقریباً بدون برخوردی تند با توضیح بیشتر سؤال را تفهیم می‌کنند. خلوتی بیشتر بیمارستان خصوصی و فشار کمتر بر کادر درمان به آنها این فرصت را می‌دهد تا با آرامش بیشتری برای پیشبرد این رابطه و رسیدن به یک نقطه مشترک زمان صرف کنند.

زبان علم به‌طور معمول پزشک را در جایگاه فرادست نسبت به بیمار قرار می‌دهد؛ اما زمانی که فقر در شرایط بیمار دخیل باشد، ارزشها و ترسهای بیمار به میزان بیشتری بی‌اهمیت انگاشته می‌شود و در نهایت ممکن است به سرزنش فرهنگ آنان منتهی شود. گاه زنانی که عمدتاً از قشر سنتی جامعه بودند برای معاینه توسط ایترنهای مرد مقاومت می‌کردند. آنها با حضور ایترن مرد راحت نبودند و گاه باورهای ارزشی آنها به فرودستی طبقاتی‌شان برتری

یافته و به آنها قدرت اعتراض می داد. پس از چنین مشاجراتی زمانی که با زنان معترض چند ساعت بعد در بخش بستری ملاقات می شد ناراحتی خود را ابراز می کردند:

دیدید دکتر صبح چقدر عصبانی شد؟ من با شوهرم برای غربالگری هم کل شهر رو گشتیم تا سونوگرافی زن پیدا کنیم. آخرم شوهرم منو برد دکتر شخصی، کلی پول دادیم فقط واسه اینکه زن باشه. خب ما عادت نکردیم بدنمون رو به مرد نشون بدیم. به ما یاد دادن وقتی دکتر زن هست، دیدن مرد جایز نیست. خب اینجا هم مملکت اسلامییه. چرا باید دکتر مرد بذارن؟ دیدید آقای دکتر هم مسخره کرد؟ خندید گفت اسلامشون به خطر میفته!

آنها بیش از آنکه بخواهند طرف مقابل صحبت را برای محرم یا نامحرم بودن دکتر مرد مجاب کنند، در پی آن بودند که به گوش شخصی با روپوش سفید برسانند شماتی که شده اند عادلانه نبوده است. زن طبقه فرادست کمتر در موقعیت قضاوت قرار می گیرد. انتخاب پزشک و بیمارستانی که با ارزشهای فکری این زنان در یک راستا باشد یک انتخاب در دسترس است. آنها این امکان را دارند خود را در فضایی قرار دهند که نه تنها شماتت نشوند، بلکه مورد تشویق نیز قرار گیرند؛ مانند بیمارستان خصوصی مورد مطالعه در این تحقیق در منطقه مرفه تهران که فضای مذهبی بر آن حاکم بود. از آویختن دعاها به دیوارهای بلوک زایمان تا احترام به پوشش زن مذهبی و خواندن اذان هنگام نزول نوزاد توسط پزشک، همگی مادر مذهبی را در موقعیت امن ذهنی قرار می دادند.

در کنار مشکل ترجمه مفاهیم، فقر اقتصادی نیز نقش مهمی در نوع رویکرد با زن باردار دارد. اکثر مراجعین بخش دولتی گاه تمام آزمایشها و سونوهای لازم را به دلایل مختلف انجام نداده بودند. بی پولی و هزینه بالای آزمایشات، غربت در تهران و یا عدم باور ذهنی به چنین

۱. بیشتر زنان این قشر، از کلمه شخصی به جای کلمه خصوصی استفاده می کردند.

آزمایشهایی عمده دلایل بودند. عفونت در میان بارداران این گروه نیز امری رایج بود. عدم انجام آزمایشها در کنار داشتن عفونت سبب می شد آنها بارها به دلیل باردارشدن در چنین شرایطی مورد نکوهش قرار گرفته و حتی نوع جلوگیری آنها مورد قضاوت قرار گیرد. اینکه با وجود فقر مالی و شرایط ناایمن جسمانی باردار شده‌اند موضوعی است که سرزنش آن متوجه زن می شود، امری که مردان به دلیل عدم نیاز به معاینه در طول دوران بارداری با آن روبرو نمی شوند. در مقابل زنان در بخش خصوصی اکثراً بارداری خودخواسته دارند، دارای فرزندان کمتری هستند، فرصت انجام تمام آزمایشات را داشته‌اند و حتی اگر بارداری چندم آنها باشد جامعه این امر را ناشی از انتخاب آگاهانه آنها دانسته و مورداحترام قرار می دهد، امری که در مورد زنان فرودست به شکل جبر منفعلانه دیده می شود.

این تنها موردی نیست که زنان بابت آن شماتت می شدند. در دوران بیماری همه گیر کرونا بسیاری از زنان از ماسک پارچه‌ای استفاده می کردند و برخی ماسکها به وضوح دست دوز بودند. تعداد زیادی از زنان، ماسک را به گونه‌ای روی صورت می آوردند که فقط دهان را می پوشاند و بینی از ماسک بیرون می ماند. همین را هم با دست دائماً جابه‌جا می کردند. آنها متهم می شدند که نه تنها به فکر سلامت خود و دیگران نیستند، بلکه نسبت به سلامت جنینی که حمل می کنند هم بی مسئولیت بوده و صلاحیت کافی برای مادری ندارند. این قضاوت در صورتی انجام می گرفت که فضای درمانگاه نه تنها روزنه‌ای برای جریان هوا نداشت، بلکه سیستم به گونه‌ای طراحی شده بود که بیماران در گروههای چندنفره به داخل فرستاده می شدند.

### فضاهای عمومی و خصوصی

اتاق درمانگاه در بیمارستان دولتی دارای چهار میز برای شرح حال نویسی است؛ اما اکثر روزها تنها دو رزیدنت در بخش حضور دارند. اگر روزی احتمال داده شود بخش بیش از حد

شلوغ است با اصرار زیاد رزیدنت دیگری را از بخشی دیگر به این قسمت می‌آورند تا کمک‌حال دو رزیدنت دیگر باشد. روبه‌روی این چهار میز کوچک، چهار تخت و در کنار هر تخت یک دستگاه NST<sup>۱</sup> قرار دارد. زنان برای ورود به این اتاق یا باید به رزیدنتها مراجعه کنند و یا به دستور پزشک روی تختهای NST قرار گیرند. با وجود همه‌گیری کرونا و حساس‌بودن شرایط زنان باردار و درحالی‌که تقریباً در تمام مراکز خصوصی مورد مشاهده در بخش درمانگاه برای چکاپ وزن و فشار و NST زنان به‌صورت انفرادی وارد اتاق می‌شدند در اینجا مراجعه افراد گروهی بود.

هر بیست دقیقه سه زن روبه‌روی میزها قرار می‌گیرند؛ بدون پرده و دیواری که بین آنها و دیگران حائل باشد شکمهای برجسته و پراز ترک و رگهای خونی را به نمایش می‌گذارند. دستگاه روی شکم زنان گذاشته می‌شود و بعد صدای قلب سه جنین در فضا بلند می‌شود و تا بیست دقیقه ادامه دارد و همین سبب می‌شود همه با صدای بلندتری در این مکان صحبت کنند و به حجم شلوغی افزوده شود

در این مکان بدن به امری همگانی تبدیل می‌شود. بیمار به‌واسطه پرداخت هزینه کمتر، بدن عربانش در دیدرس بی‌واسطه دیگران قرار می‌گیرد. در واقع به‌واسطه حضور در بیمارستان دولتی و استفاده از خدمات عمومی، بدن نیز به امری اشتراکی بدل می‌شود.

از دیگر سؤالاتی که در درمانگاه از زنان پرسیده می‌شود مصرف مواد است. رزیدنتها با صدای بلند می‌پرسند: «تریاک، سیگار؟» با اینکه این سؤال در فرمهای بیمارستان خصوصی هم مشترک است اما در مشاهدات محقق هیچ‌گاه این سؤال با صدای بلند از بیماران بخش خصوصی پرسیده نشد؛ درحالی‌که در بیمارستان دولتی به‌صورت روتین پرسیده می‌شود و همگان حق شنیدن پاسخ را دارند. در کنار بدن عمومی و خصوصی‌شده زنان نیز برای

---

1. non-stress test

برقراری ارتباط اجتماعی از قواعد محیط پیروی می‌کند و پاسخ زنان به سؤالات خصوصی مربوط به سلامت شخصی خود با دیگران به اشتراک گذاشته می‌شود.

ساختمانها نیز برحسب کارکرد به فضاهای عمومی و خصوصی تبدیل می‌شوند. در بیمارستان دولتی بخش «پس از زایمان» راهرویی طویل است که تنها دو اتاق خصوصی در آن قرار دارد که تعریف آن با اتاق خصوصی رایج متفاوت است. این اتاقها شبی دویست هزار تومان<sup>۱</sup> قیمت دارند که شامل بیمه نیستند و آزاد پرداخت می‌شوند؛ اما نکته این است که این اتاقها دوتخته هستند و اتاق خصوصی معنای چندانی ندارد. دو فرد زایمان کرده در اتاق حضور دارند و تنها تفاوت آن با اتاقهای عمومی چهار تخته این است که فرد می‌تواند همراه داشته باشد؛ بنابراین با احتساب همراهان، حداقل چهار نفر در این اتاقها ساکن می‌شوند. این دو اتاق نیز همیشه پر بوده و با توجه به حجم مراجعین این بیمارستان، پاسخگوی نیاز بیماران نیست. در اتاقهای عمومی زنان در اتاقهای چهارتخته بستری می‌شوند، درها همیشه باز است و دسترسی به بیمار سهل‌تر.

بیمارستان خصوصی چهره‌ای متفاوت با بیمارستان دولتی دارد. اتاقهای عمومی دوتخته و تعداد اتاقهای خصوصی بیشتر است. در بخش خصوصی از نظر دسترسی به بیمار تفاوتی میان اتاق خصوصی و عمومی نیست، در هر صورت درها بسته است. بخش خصوصی فضای خصوصی را نیز ایجاد می‌کند. زنان به همراه همراهشان در اتاقها هستند، درها بسته می‌شود و زنان آزادانه حجاب از سر برمی‌دارند. در اینجا پرسنل دسترسی کمتری به اتاقها دارند. در زدن برای ورود به شدت رعایت می‌شود و کسی نمی‌تواند به راحتی وارد اتاقها شود. خلاف بیمارستان دولتی که پر از صدای نوزاد است اینجا کمتر صدایی شنیده می‌شود، چراکه اغلب زنان فردی را به عنوان همراه دارند تا کمک‌حالشان باشد و نیاز نیست مانند زنان در بیمارستان دولتی با شرایط سخت پس از زایمان همه‌چیز را به‌تنهایی بر دوش کشند.

۱. قیمت دلار در زمان انجام این پژوهش معادل ۲۴ هزار و ۴۸۶ تومان بوده است.

### «جنین سالم» در طبقات اجتماعی

در بیمارستان دولتی مورد پژوهش تولد فرزندان با نقص جسمی و ذهنی بارها مشاهده شد. مراجعین این بخش به طور معمول هزینه انجام تستهای آنومالی را ندارند یا به دلایل دیگر انجام نداده‌اند. در بخش NICU که نوزادان نارس قرار دارند روی کارت تخت اکثر نوزادان در جواب رابطه فامیلی والدین کلمه مثبت نوشته شده است که احتمال مشکلات ژنتیکی را افزایش می‌دهد. بارها در بخش پس از زایمان با مادرانی معاشرت صورت گرفت که پس از گفتگوهای روزمره و خنده‌های معمول مشخص شد فرزندشان دارای مشکل جسمانی است. از بریدگی کنار لب تا مشکلات چشمی که پزشکان احتمال عفونت مغزی داده‌اند. در طول این مدت هیچ‌کدام از این زنان در حالت گریه و ناراحتی نبودند. واکنش آنها بیشتر از نوع انکار و تأکید بر تشخیص نادرست پزشکان بود. آنها در مرحله بعد خواست خدا را دخیل می‌دانستند و باور داشتند که فرزندشان خوب می‌شود. در مقابل، در بیمارستان خصوصی تولد این دسته نوزادان نزدیک به صفر و در مقابل سقط درمانی رواج داشت. مراجعین سقط درمانی با گریه‌های شدید و ترس از بیماری در بارداریهای بعدی مشاهده شدند، گویی که ظرفیت داشتن یک فرزند معلول را به هیچ طریقی در خود نمی‌یافتند.

در بیمارستان خصوصی، سارا زنی ۳۷ ساله در بارداری اول خود در بخش لیبر<sup>۱</sup> با گریه‌های شدید حضور داشت. جنین سارا مبتلا به سندروم داون تشخیص داده شده بود و پس از طی آزمایشهای مختلف ژنتیکی مجوز لازم اخذ شده و به بیمارستان رجوع کرده بود. سارا و همسرش که هر دو دارای مدرک دکترای فیزیک بودند دچار بحران عظیم روحی گشته و نکته‌ای که مدام در حرفهای سارا تکرار می‌شد ترس از وقوع تکرار مشکل در بارداریهای بعدی بود. سارا حتی با وجود اطمینان از سقط در بارداری حاضر، همچنان از معلولیت در بارداریهای آینده بیم داشت.

1 labor: زایمان



شیرین نیز زنی بود که برای زایمان فرزند دوم خود در بیمارستان خصوصی حضور داشت. فرزند اول دارای اতিسم بود و همین مسئله چنان از ظرفیت روانی شیرین و بخصوص همسرش خارج بود که زندگی آنها به طلاق انجامیده و شیرین در آستانه تولد فرزند دوم خود به مادری مجرد بدل گشته بود.

طبقه اجتماعی تأثیر مهمی در باورها و نگرشهای افراد به سلامتی دارد. مادران قشر فرودست در تحقیق حاضر به گونه‌ای نسبت به خبر وجود موردی مشکل‌ساز در جنین خود واکنش نشان می‌دادند که گویی این اتفاق نیز مانند دیگر جریانات سخت زندگی آنها چالشی روزمره است و چاره‌ای جز پذیرش آن ندارند. اکثریت آنها باور داشتند اگر خودخواسته سقطی را انجام دهند مورد قهر خدا قرار گرفته و یا حادثه بدتری بر سر خانواده یا دیگر فرزندان آنها می‌آید. در نهایت اگر با قاطعیت پزشکان برای سقط مواجه می‌شدند به اکراه رضایت می‌دادند. آنها خلاف طبقه فرادست، داشتن فرزند معلول را در تضاد با حفظ سرمایه‌های اجتماعی نمی‌دیدند، چرا که بیشتر دسترسی آنها به انواع سرمایه حذف شده بود. داشتن فرزندی با مهر «ناسالم» و «غیرعادی» نیز در کنار دیگر فرودستیهای آنها قرار می‌گرفت.

یکی از علل این واکنش متفاوت به منابعی که دانش به دست مادران می‌رسد ارتباط دارد. طبقه فرودست اطمینان بیشتری در دریافت اطلاعات از منابع مختلف مانند پزشکان، مادران، بستگان، دوستان، تلویزیون و فضای مجازی دارد. در حالی که گردش اطلاعات در زنان طبقه متوسط دارای فیلتر محدودتری است و متمرکز بر منابع رسمی پزشکی، کتابها و مقالات است؛ به گونه‌ای که تنها از مجاری رسمی پزشکی می‌توانند به هرگونه اقدام عملی در این زمینه اعتماد کنند. به‌عنوان مثال زمانی که اعلام شد واکسن کرونا برای زنان باردار مجاز است و می‌توانند برای تزریق آن به مراکز رجوع کنند، آن دسته مادرانی که بیشترین قرابت را در

مراجعات مکرر به پزشکان داشتند به شکل سهل تری تزریق واکسن را پذیرفتند. در مقابل زنانی که کمترین دسترسی به نظام درمانی را داشتند کمتر از دیگران به این واکسن اعتماد کرده و خیل عظیمی از آنان ترجیح دادند در دوران بارداری واکسن را تزریق نکنند. در واقع احتمال خطری که از واکسن متوجه خود و به خصوص جنینشان شود را بیشتر از مضرات کرونا دانستند و روایتهای اطرافیان و فضای مجازی برای آنها بیش از سخن پزشکان باورپذیر بود. در گروه زنانی که از طبقه ضعیف تر اقتصادی بودند بارها این جملات تکرار شد:

- آدم نباید تو بارداری زیادم به حرف دکتر گوش بده. اکثراً میخوان پول بچاپن، آدم رو هم دستی دستی مریض می کنن. حتی بچه رو هم نباید دکتری کرد. همون طور که مادراهامون ما رو بزرگ کردن روش بدی نبوده؛ الآن مگه ما مشکلی داریم؟ من بچه اولم رو تا الآن یکی دو بار بردم دکتر. اصلاً به دکتر عادتش ندادم.

- خاله من همیشه به بچه ها و نوه های خودش خاک شیر داده و همه هم سریع خوب میشن، هیچ کس هم مشکلی پیدا نکرده.

در مقابل، در گروه مادران طبقات مرفه و عمدتاً تحصیل کرده دائماً تأکید می شد:

- بالاخره باید به فرقی بین ما که تحصیل کردیم با مادری که درس نخونده باشه. همیشه که ما هم مثل اونا باشیم.

- من دیگه مامای خصوصی گرفتم، حتی شده نصفه شب هم بش پیام دادم که مثلاً بچه تکون نمی خوره یا لک دیدم. همیشه سریع جواب میده. من جز حرف ماما و دکترم نمی تونم به کسی اعتماد کنم.

- این روشهای خاله‌خان‌باجی دیگه قدیمی شده. زشته به خدا آدم تو این زمونه با درمان خونگی هزار بلا سر خودش و بچه‌ش بیاره که تازه وقتی به دنیا اومد و بزرگ شد معلوم بشه چه مشکلاتی پیدا کرده.

مشاهدات در بعضی پژوهشهای دیگر نیز نشان می‌دهد به هر میزان که امکان دسترسی افراد به منابع پزشکی شامل منابع انسانی و فناوری بیشتر باشد، بیشتر نیز تحت سلطه گفتمان پزشکی قرار دارند. در واقع تأثیر گفتمان پزشکی روی انتخابهای آنان بیشتر است. قدرت این گفتمان را می‌توان تا حدودی از موفقیت پزشکی در ساخت زایمان به عنوان وضعیتی با خطر ذاتی که نیاز به مدیریت فنی متخصصین زنان و زایمان دارد توضیح داد (لین، ۱۹۹۵)

### نوزادان لاکچری و نوزادان کانال‌خواب

در تهران بیمارستانهای خصوصی با منوهای مختلف نیازهای بارداران متمول را برآورده می‌کنند. این منوها بسته به میزان قیمت، خدمات مختلفی را ارائه می‌دهند. از لباس مادر و نوزاد تا دیزاین اتاق با وسایل مختلف و همچنین «کیفت»هایی که در اختیار ملاقات‌کنندگان قرار می‌گیرد و تجهیزات اتاق مانند تخت همراه و وان و توپ زایمان. بخشی از سزارینهای درخواستی مربوط به تاریخهای خاص است که در فرهنگ عام به تاریخهای لاکچری معروف شده است. عده‌ای برای تاریخ تولد نوزاد خود در تاریخهای رند مانند ۹۹/۹/۹ برنامه‌ریزی می‌کردند. برخی دیگر تقاضای درخواست سزارین هم‌زمان با روز تولد شخصیت‌های مقدس مذهبی را داشتند، یا سعی می‌کردند تاریخ تولد فرزند خود را با تاریخ تولد یکی از والدین و یا تاریخ نامزدی و ازدواج یا دیگر تاریخهای خاص خانوادگی خود تطبیق دهند. این قبیل درخواستها تنها در بیمارستان خصوصی امکان‌پذیر است.

در مقابل، سزارین درخواستی در بیمارستانهای دولتی برای کاهش هزینه دولت حذف

شده و تنها سزارینه‌های اجباری انجام می‌شود. برای سزارینه‌های اجباری نیز پزشک به درخواست والدین برای زایمان در یک روز خاص توجهی ندارد و زایمان را براساس حضور شیفته‌های کاری خود و دیگر ملاحظات پزشکی قرار می‌دهد. افرادی که به بیمارستان دولتی مراجعه می‌کنند شانس چندانی در انتخاب روز زایمان ندارند. باین‌وجود افراد متعددی برای زایمان در روزهای خاص مذهبی به بیمارستان رجوع می‌کردند، اما درخواست آنها به‌هیچ‌عنوان موردپذیرش قرار نمی‌گرفت. در واقع تمایل به زایمان در تاریخ خاص در میان تمامی اقشار دیده می‌شود، اما آنچه امکان ساخت تاریخهای خاص تولد را به افراد می‌دهد به میزان سرمایه آنها بستگی دارد.

\*\*\*

یکی از میدانهای مهم این پژوهش مطب مامایی بدون تابلو در محله‌ای نزدیک به بهشت‌زهره بود.

در یک عصر زمستانی درحالی‌که آماده برای ترک محل بودیم با صدای محکم کوبیدن مشت بر در، زنی زائو همراه با مردی که جوان‌تر به نظر می‌رسید وارد ساختمان شدند. زن به‌وضوح درد می‌کشید و در حال زایمان بود! هر دو افغانستانی بودند، اما از صورت زن که در حال دردکشیدن بود سن زن قابل حدس نبود. مرد گفت که زن را برای زایمان آورده است!

ماما با عصبانیت توضیح داد که اینجا زایمان انجام نمی‌شود. اصرار مرد و درد زن ماما را به معاینه واداشت. عصبانیت ماما چند برابر شد. دهانه رحم ده سانت باز بود، موهای نوزاد به‌وضوح دیده میشد و ماما نمی‌دانست که دقیقاً چه مدت است که نوزاد در کانال زایمان باقی مانده است.

زائو به اتاق زیر راه‌پله برده شد. روی تخت خوابانده و کپسول اکسیژن آماده شد. کپسول کار نکرد و همین شرایط را بحرانی‌تر از پیش کرد. نوزاد در کانال زایمان گیر کرده و برای بیرون کشیدن او نیاز به دستگاه بود. هیچ‌کس در آن شرایط به اندازه ماما متوجه نبود که خطر تا چه حد جدی است. چاره‌ای جز انتقال زن به بیمارستان نبود. برای بیرون کشیدن نوزاد یا باید از دستگاه استفاده می‌شد که در این مکان موجود نبود و یا زن تحت سزارین اورژانسی قرار می‌گرفت. کپسول اکسیژن نیز برای کمک به نفس کشیدن زن از کار افتاده بود.

با ماشین شخصی ماما زن به بیمارستان انتقال داده شد و تحت سزارین اورژانسی قرار گرفت و از مرگ نجات یافت. مرد همراه هیچ پولی برای پرداخت بیمارستان نداشت. تنها حرفش این بود: «خودتون پول رو بدید. ما که نگفتیم بیارینش بیمارستان». ماما عصبانی بود، شکایت داشت که کار کردن در این محله را از سر عشق انجام می‌دهد، برای اینکه مردم این محله را دوست دارد، اما مجبور می‌شود که از جیب خود هزینه کند و خیریه باز نکرده است. مرد حرفش یکی بود: «ما نخواستیم بیارینش بیمارستان که پولش رو خودمون بدیم» و مادر بین مردی از نهاد خانواده و نماینده نظام درمانی بلا تکلیف مانده بود.

زن افغانستانی آخرین نفر از مراجعین به این مرکز نبود. گروهی در این محل هستند که زایمان را تا آخرین مرحله به تعویق می‌اندازند، زن تا آخرین لحظات در خانه می‌ماند و درد می‌کشد و سپس به یک مطب مامایی بی‌نام مراجعه می‌کنند تا ماما را تحت فشار گذاشته و با وسایلی اندک در اتاقی زیر پله‌ها با اکسیژنی که اعتباری به کارکردش نیست فرزند خود را به دنیا آورند. نوزادانی که تا آخرین لحظات در کانال زایمان می‌مانند و زنده ماندن آنها بستگی به مدت‌زمان انتظار و اکسیژنی دارد که بتوانند به آن دست یابند. ماما تنها زمانی که از سلامت

این دو تا رسیدن به بیمارستان مطمئن باشد آنها را به بیمارستان ارجاع می‌دهد. در غیر این صورت برای نجات جان آنها در کمترین امکانات عمل زایمان را انجام می‌دهد. گرچه افرادی با تابعیت ایرانی نیز در میان آنها هستند، اما عمده این افراد را مهاجرین افغانستانی تشکیل می‌دهند و از آنجاکه زایمان در مکانی غیر از بیمارستان نیاز به استشهاد محلی برای اخذ شناسنامه دارد اکثریت بدون آنکه گواهی تولد دریافت کنند به خانه می‌روند و در دسته افراد بدون شناسنامه‌ای قرار می‌گیرند که در آمارها نیز شمرده نمی‌شوند.

تبعیض در وضعیت زنان در برخورداری از خدمات نظام درمان متفاوت است. زنانی که به‌ویژه همسران ایشان از قشر کارمندی دولتی مراکز مختلف هستند بهترین سیستم بیمه را در اختیار دارند. زایمان در بهترین بیمارستان خصوصی تهران با استفاده از بیمه تکمیلی که رقم مناسبی را برای زایمان پرداخت می‌کند سبب می‌شود قشر یقه‌سفید دولتی بیشترین مراجعه را در کنار دیگر ممولین به بیمارستانهای خصوصی داشته باشند. پس از آن افرادی با بیمه‌های معمولی هستند که می‌توانند بخشی از هزینه زایمان را از طریق بیمه تخفیف گرفته و مابقی را نیز خود پرداخت کنند. پایین‌تر از این طبقه معمولاً افرادی با بیمه سلامت قرار دارند، بیمه‌ای که در سال ۱۳۹۰ برای تحت پوشش قرار دادن نیازمندان آغاز به کار کرد، اما همچنان نیازمندانی هستند نیازمندتر از دیگران که آنچنان در طبقه زیرین هرم قرار گرفته‌اند که نمی‌توانند از شانس داشتن بیمه سلامت و زایمان در یک بیمارستان دولتی - آموزشی نیز برخوردار شوند. افرادی بدون کارت شناسایی و بدون داشتن هویتی که فرزندانشان برای ساخت یک ملت اهمیتی داشته باشد.

## بحث

در این مطالعه، پژوهشگر با حضور مستمر در چند میدان در طول یک سال کوشیده تا بخشی از سازوکارهای زیست‌سیاست معطوف به بارداری و زایمان در ایران را نمایان کند.

مرور ادبیات حوزه میان‌رشته‌ای و انتقادی «مطالعات مادری» نشان داد که در این حوزه، بارداری، زایمان و مادری به طور عمده با سه مبحث فمینیسم، کاپیتالسم (سرمایه‌داری) و ناسیونالیسم (ملی‌گرایی) پیوند خورده است. متفکرین چپ بیشتر باروری را به عنوان نیروی مولد یا بازتولیدی زنان در تولید نیروی کار در نظام سرمایه‌داری در نظر گرفته و آن را منشأ تبعیض در مورد زنان دانسته‌اند، چرا که «کار بازتولیدی»<sup>۱</sup> زنان نسبت به کار تولیدی مردان تا حد زیادی نامرئی و بدون مزد می‌ماند. تاریخ‌نگاران متأخر در این حوزه نیز بر نسبت فرآیندهای فرزندآوری و فرزندپروری با فرآیندهای دولت-ملت‌سازی تأکید کرده و نشان داده‌اند که چگونه بدن زنان به ابزاری در خدمت به سیاستهای ساخت دولت-ملت تبدیل شده است.

یافته‌های این پژوهش ابعاد متفاوتی از تبعیض را در شکل‌های گوناگون و بخش‌های مختلف نمایان می‌کنند؛ از نابرابری در حوزه مکان، زبان، بدن، دریافت خدمات، مختصات سلامتی و چگونگی نوع زایمان همگی نشان می‌دهند که زنان و جنین در زهدانشان تجربیات مختلفی را در فرآیند بارداری کسب می‌کنند.

ون‌در‌گیست و فینکلر<sup>۲</sup>، دو متخصص مردم‌نگاری در بیمارستان، معتقدند که بیمارستانها را به لحاظ نسبتشان با جهان اجتماعی بیرون از بیمارستان به دو گونه متفاوت می‌توان دید: برخی مانند کوزر<sup>۳</sup> (۱۹۶۲)، سالیسبری<sup>۴</sup> (۱۹۷۸) و گافمن<sup>۵</sup> (۱۹۶۱) بیمارستان را جامعه‌ای مستقل از سرزمین اصلی در نظر گرفته‌اند. تعریف پارسونز<sup>۶</sup> (۱۹۵۱) از نقش بیمار به عنوان دوره‌ای دوری برای آماده‌کردن خود برای بازگشت به زندگی نرمال و آغاز دوباره کارها نیز نشان از تفاوت این مکان دارد، جایی که قوانین و تعهدات زندگی معمولی به طور موقت برداشته شده است. از دید این نظریه‌پردازان، بیمارستان مکانی جدا از زندگی روزمره افراد

1. reproductive labor  
4. Salisbury

2. Van der Geest and Finkler  
5. Goffman

3. Koser  
6. Parsons

است. فرهنگی که در کل با دنیای واقعی متفاوت و حتی گاهی برعکس آن است. حتی محققین مارکسیست در واکنش به رویکرد کارکردگرای پارسونز، بیمارستان را نهادی تعریف کرده‌اند که واقعیت اجتماعی را مخفی می‌کند. چنین دیدگاهی باور دارد که افراد با ورود به بیمارستان طبقه اقتصادی، مقام اجتماعی و شغلی خود را از دست می‌دهند و با تغییر لباس به یونیفرمهایی یکسان به نمونه‌ها و بدنهایی ناشناس تبدیل می‌شوند.

در مقابل، ون‌در‌گیست و فینکلر دیدگاه دیگری را پیش رو می‌گذارند: آنها ادعا می‌کنند که زندگی در بیمارستان نباید در مقابل زندگی خارج از بیمارستان یا همان زندگی واقعی تلقی شود؛ بیمارستان جزیره نیست، بلکه حتی اگر نخواهیم بگوییم پایتخت، حداقل بخش مهمی از سرزمین اصلی است. این دو نویسنده به مدد تحقیقات و نوشته‌های محققین در قسمتهای مختلف جهان مانند وان آمستل<sup>۱</sup> و وان‌در‌گیست در گینه جدید، آندرسون<sup>۲</sup> در غنا، گیبسون<sup>۳</sup> در آفریقای جنوبی و زمان<sup>۴</sup> در بنگلادش این نظریه را ارائه می‌دهند که سلسله‌مراتب اجتماعی در بیمارستانها نیز ادامه دارند. در واقع زندگی در بیمارستان در ادامه و روند همان ساختاری است که در بیرون از آن جریان دارد (گیست و فینکلر، ۲۰۰۴).

نظام طبقاتی بیمارستانی که با حساسیت در ذکر درست عناوین، یونیفرمهای مجزا و جایگاه مشخص برای هر گروه تعریف شده است، نشان می‌دهد که بیمارستان نهادی است که بخشی از نظام طبقاتی جامعه خارج از بیمارستان را نمایندگی می‌کند.

\*\*\*

علی‌نقیان ملاحظه روش‌شناختی در پژوهشهای مطالعات مادری در سالهای اخیر در ایران را این‌گونه بیان می‌کند که این پژوهشها عموماً به تفاوت‌های میان مادران بی‌توجه بوده و آنها را تا حد یک طبقه متجانس اجتماعی فرو می‌کاهند، چیزی که مطالعات مادری از دهه ۱۹۸۰ به بعد

1. Van Amstel  
3. Gibson

2. Anderson  
4. Zaman



در واکنش به آن گسترش یافت تا بر تفاوتها و پاره‌های هویتی گوناگون مادران دست بگذارد و دانشی را بنیان گذارد که بازنمای گروههای حاشیه‌ای مادران نیز باشد (علی‌نقیان، ۲۰۱۹).

نباید مراجعه زنان به نظام درمانی را تصمیمی انفرادی و منحصر به خود زنان دید. این انتخاب به عوامل دیگری مانند تمایل همسر، میزان بودجه خانواده و فرهنگ آنها نیز ارتباط دارد. در واقع انتخاب زنان در خلأ روی نمی‌دهد و در بستر و تقاطعی از شرایط مختلف شکل می‌گیرد. به هر میزان که فرد دچار تبعیضات متقاطع بیشتری از قبیل تبعیض جنسیتی، اقتصادی، نژادی یا قومیتی باشد، در دسترسی به فرصتها و منابع امکان کمتری دارد. پزشکی مدرن با وجود خدماتی که در تأمین سلامتی بشر کرده است، با این انتقاد مواجه است که گروههای تحت ستم که از نابرابریهای طبقاتی، نژادی، قومیتی و جنسیتی در رنج هستند را نادیده گرفته است.

مواجهه پزشکی با زنان و مشکلات آنها عموماً متأثر از شرایط و مفروضات جامعه پدرسالاری بوده است (کاظمی، ۲۰۲۳). در ایران نیز از ورود پزشکی نوین تا استقرار آن و تأسیس نظام مراقبت سلامت مسیری طولانی طی شد. نظام مراقبت سلامت در یک قرن اخیر و متأثر از شرایط سیاسی، اقتصادی و اجتماعی تحولات و تغییراتی را از سر گذرانده که اگرچه به طور نسبی منجر به پیشرفت و بهبود وضعیت کلی سلامت شده، اما همچنان مسئله عمده این حوزه، یعنی دسترسی همگانی و برابر به سلامت حل نشده باقی مانده است (کاظمی، ۲۰۲۳).

نظام سلامت به شکل یک کل نه‌تنها در پیشگیری از مشکلات سلامتی و فراهم کردن خدمات درمانی امکانات را به‌گونه‌ای برابر توزیع نکرده است، بلکه با تبدیل متخصصین، پزشکان و کادر درمان به کارگران نظام سلامت که موظف به رعایت دستورالعملهای از پیش نوشته هستند، نوع مواجهه با مراجعین را نیز در یک مکانسیم عدم توازن قدرتی قرار داده است.

\*\*\*

ون‌درگیست و فینکلر در مقاله خود در مورد مردم‌نگاری در بیمارستان به تحقیقاتی ارجاع می‌دهند که نشان داده‌اند امکانات برای تحقیقات انسان‌شناسی در بیمارستانها متفاوت است. درحالی‌که به واسطه وجود کمیته‌های اخلاق پژوهش<sup>۱</sup> گرفتن مجوز برای چنین تحقیقاتی به دلیل حفاظت شدید حریم خصوصی و سلامت بیماران (و حفاظت کارکنان خود در مقابل افراد کنجکاو) در بیمارستانهای غربی دشوار است، نگرانی بابت بیماران در بیمارستانهای آفریقا و آسیا کمتر دیده می‌شود که نتیجه آن دسترسی راحت‌تر پژوهشگران به بخشهای بیمارستانی است (گیست و فینکلر، ۲۰۰۴).

در پژوهش حاضر نیز، گرچه برای دسترسی به بیمارستان دولتی فرآیندی بوروکراتیک و زمان‌بر داشته‌ایم، اما عدم دسترسی به تمامی بیمارستانهای خصوصی مستقل و مجوز دسترسی به تنها یک بیمارستان خصوصی-آموزشی نشان می‌دهد که آموزش پزشکی در ایران نیز به امری طبقاتی تبدیل شده و ابژه‌شدن بدنهای طبقه فرودست بسیار سهل‌تر از دسترسی به بدن فرادستان است.

\*\*\*

اکثر جامعه‌شناسان پزشکی پذیرفته‌اند که پیوندی بین طبقه اجتماعی و سلامت وجود دارد، حتی اگر ماهیت این پیوند مورد تردید باشد (هیگز و اسکمبرل<sup>۲</sup>، ۲۰۱۹). تعریف سلامتی در پزشکی با تعریف سلامتی در طبقه افراد متفاوت است. سلامتی جریانی نسبی و فرهنگی است که به هر میزان که فرد چارچوب پزشکی آن را پذیرفته باشد به آن باور دارد. این مسئله در چگونگی برخورد با سقط درمانی، نوع مواجهه با فرزند معلول و نوع مراقبت بارداری و نوزادی قابل مشاهده است.

در میدان تحقیق حاضر، با توجه به اینکه مراجعین بیمارستان خصوصی عمدتاً از قشر مذهبی طبقه متوسط بودند و مراجعین بیمارستان دولتی نیز عمدتاً از قشری سنتی و فرودست

1. Institutional Review Boards
2. Higgs and Scambler

بودند که مذهب بخشی از زندگی آنهاست، مشاهدات نشان می‌دهد تصمیم‌گیری در این موارد بیش از آنکه بر مبنای باورهای مذهبی افراد باشد، تحت تأثیر جایگاه طبقاتی آنها است. فرزند معلول قبل از به دنیا آمدن برای طبقه متوسط تحصیل کرده به «دیگری» بدل شده است

\*\*\*

در سازوکار فعلی تولید انسان، برخی نوزادان، با تصمیم والدین و پزشکان زودتر از موعد پا به این دنیا می‌گذارند. تحقیق حاضر نشان داد که سزارین این فرصت را به وجود آورده تا زنان زودتر از اینکه درد زایمان به سراغشان آید خود را به تیغ جراحی بسپارند و نوزاد خود را در تاریخی خاص به دنیا آورند. در همین زمان که برای تولد این نوزادان لحظه‌شماری می‌شود، برخی دیگر تا لحظات آخر در کانال زایمان می‌مانند و برای زنده ماندن تلاش می‌کنند و گاه نیز آن قدر قوی نیستند که بتوانند تاب بیاورند. اطرافیان آنها تا حد ممکن زمان زایمان را به تأخیر می‌اندازند، چرا که امکانات لازم برای ورود آنها به این جهان را ندارند. نوزادان گروه اول تاریخ‌سازان خانوادگی هستند. آنها نیاز درونی والدین به تطبیق تاریخ را برآورده می‌کنند. همچنین به علت برخورداری از سرمایه‌های لازم برای کشور نیز اهمیت دارند و امید می‌رود تا نقش فعالی در ساختن تاریخهای افتخارآمیز ملی داشته باشند. در مقابل نوزادان کانال‌خواب که فاقد شناسنامه‌اند، اهمیت لازم برای ساخت یک ملت را نیز ندارند و از بدو تولد در حاشیه و به‌دوراز دسترسی به منابع اقتصادی، اجتماعی و سیاسی می‌مانند. این نوزادان که اکثراً به خانواده‌های مهاجر افغانستانی تعلق دارند، به شکل واضحی سیاستهای نظام سلامت را در بدن زن مهاجر عیان می‌کنند. زن باردار مهاجر با توجه به مکانی که در آن قرار گرفته به پرورش نوع جدیدی از ملت هدایت می‌شود که مختصات آن در نخستین قدم در کمیت و کیفیت برخورداری از خدمات درمانی بروز می‌یابد.

\*\*\*

## ملاحظات اخلاقی

مجوز ورود به بیمارستانها از طریق اتوماسیون اداری دانشکده محل تحصیل و دانشگاههای مقصد در بیمارستانهای تحت نظارت آنها و حضور در مراکز بهداشت و مراکز مامایی از طریق نامه دانشگاه اخذ شده است. این پژوهش با کسب کد اخلاق ویژه تحقیق در مراکز درمانی انجام شده<sup>۱</sup> و به دلیل ملاحظات اخلاقی، از نام بردن مراکز درمانی اجتناب و تمامی اسامی افراد استفاده شده در این پژوهش مستعار است.

---

۱. شناسه کد اخلاق تحقیق حاضر: IR.ATU.REC.1399.079

- Alinaqian, Shiva (2019). *Motherhood at the Intersection of Gender and other Systems of Domination: An Autoethnography of the Social Construction of Motherhood in the City of Tehran*; Doctoral Dissertation. University of Tehran. (in Persian)
- Beyer, C. (2019). Motherhood and 21st century feminism: Reaching out across the divide. *Feminist Encounters: A Journal of Critical Studies in Culture and Politics (Double Issue: Feminism and Motherhood in the 21st Century)*, 3(1-2), 1-6.
- Cronin-Fisher, V., & Parcell, E. S. (2019). Making sense of dissatisfaction during the transition to motherhood through relational dialectics theory. *Journal of Family Communication*, 19(2), 157-170.
- Federici, Silvia (2021). *Caliban and the Witch: Women, the Body and Primitive Accumulation of Capital* [Persian translation by Mehdi Saberi]. Tehran: Nashr e Cheshmeh.(in Persian)
- Kashani-Sabet, F. (2011). *Conceiving citizens: Women and the politics of motherhood in Iran*. Oxford University Press on Demand.
- Kazemi, S (2022). Universal and Equal Access to Health, As a Neglected Necessity; *Salamt-I ijtimai (Community Health)* ISSN 2423-4702; Vol. 9 No.3;2022 (in Persian)
- Kazemi, S. (2023). *Women in modern medicine: a critique of gender discrimination in medicine*. Self-published in cooperation with Damoon publication; 2023
- Kukla, Rebecca and Wayne, Katherine (2018). *Pregnancy, Birth and Medicine*. The Stanford Encyclopedia of Philosophy. Edward N. Zalta (ed.), URL = <<https://plato.stanford.edu/archives/spr2018/entries/ethics-pregnancy/>>.
- Lane, K. (1995). The Medical Model of the Body as a Site of Risk: A Case Study of Childbirth. *Sociology of health & illness monograph series*, 53-72.
- Lemke, Thomas (2007). *Biopolitics: An Advanced Introduction* [Persian translation by Mohammad Zohdi Goharpour and Fatemeh Sadat Mirahmadi]. Tehran: Nashr e Saless.(in Persian)
- Rafatjah, Maryam, Vedadhir, Abu Ali, & Alinaqian, Shiva (2018). The Enigma of “Mothering” in Feminist Theory and its Paradigm Shifts . *Zan in Tose'eh va Siasat (Pajoohesh Zanan)*, 16 (4), 551-579. (in Persian)

- Scambler, G & Higgs, P (2000). *Modernity, medicine and health: medical sociology towards 2000* Farhameh pub. (in Persian)
- Van der Geest, S., & Finkler, K. (2004). Hospital Ethnography: introduction. *Social science & medicine*, 59(10), 1995-2001.