

پژوهش‌های انسان‌شناسی ایران
سال ۱، شماره ۲
پاییز و زمستان ۱۳۹۰، صص ۱۳۵-۱۱۱

فرزندآوری به مثابه یک مسأله اجتماعی - فرهنگی: تأملی بر ساخت‌گرایانه به عمل‌سزارین در شهر تبریز، ایران

ابوعلی ودادهیر
فهیمة حسین‌نژاد
سید محمد هانی ساداتی
سیمین تقوی

تاریخ دریافت: ۱۳۸۹/۹/۱۳
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۲/۲۰

چکیده

معنای زایمان و رای فرایندهای زیست‌پزشکی است که در خلال آن رخ می‌دهد. زایمان در صورت‌بندی تفکرات زنان نسبت به خودشان سهمی اساسی دارد و آثار چشم‌گیری بر سلامت مادر و اعضای خانواده می‌گذارد. چگونگی تعریف و برساخت فرزندآوری برای تمامی گروه‌های ذی‌نفع از جمله پزشکان حائز اهمیت است. امروزه زایمان امری طبیعی نیست، بلکه به موضوعی برای مفهوم‌پردازی و مداخله پزشکی بدل شده است. شیوع عمل‌سزارین در سطح جهانی و در ایران مؤید آن است که زندگی زنان به شکل روزافزونی در حال پزشکی شدن است و زنان در دوره بارداری و زایمان بیش از پیش به دانش پزشکان وابسته می‌شوند. این مقاله با هدف مطالعه تغییرات صورت‌گرفته در نهاد فرزندآوری، عمل‌سزارین را یک مسأله اجتماعی - فرهنگی قلمداد و بر عوامل مؤثر فرهنگی، عنصر آگاهی و تجارب زیسته در ارتباط با مادری تصریح می‌کند. این مقاله با اتخاذ رویکرد برساخت‌گرایی در انسان‌شناسی و با طرح سؤالاتی از جنس چگونگی از ماهیت میان‌ذهنی، تعریفی و برساخت اجتماعی - فرهنگی مسائل مرتبط با زایمان از طریق عمل‌سزارین در ایران سخن می‌گوید. در این پژوهش، از روش کیفی برای گردآوری داده‌ها در شهر تبریز استفاده شده است و با استفاده از نوعی داده‌کاوی کیفی داده‌ها استخراج و تحلیل شده‌اند. این مقاله ضمن مرور پیشینه پژوهشی موضوع فرزندآوری و سزارین در انسان‌شناسی، نشان می‌دهد که فرزندآوری به طور اعم، و سزارین به طور اخص، یک برساخته اجتماعی - فرهنگی بوده است.

کلید واژگان: انسان‌شناسی سلامت و پزشکی، برساخت‌گرایی اجتماعی - فرهنگی، فرزندآوری، پزشکی شدن، سزارین، نظریه بنیانی.

vedadhir@gmail.com

استادیار گروه انسان‌شناسی دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران

دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی، گروه علوم اجتماعی دانشگاه تبریز

عضو هیأت علمی گروه جامعه‌شناسی دانشگاه پیام نور (مرکز خدابنده)، زنجان

دانشجوی دکتری و عضو هیأت علمی گروه مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

” آن درباره احساسات (ما) نیست- آن درباره داده‌ها است. این است واقعیت پزشکی زنان و زایمان مبتنی بر شواهد“^۱ گفته‌ای از ای. ام. یک پزشک زنان و زایمان در توجیه عمل سزارین. (به نقل از وندلند، ۲۰۰۷)

مقدمه

نگاهی به مسئله فرزندآوری در کشور نشان می‌دهد که بیش از ۴۰ درصد زایمان‌ها در کشور به روش سزارین انجام می‌شود و حتی استفاده از این روش در شهرهای بزرگ ایران از مرز ۷۰ درصد هم فراتر رفته است (امیرخانی، ۱۳۸۷: ۲۴). طبق آمار رسمی اعلام‌شده، ۵۰ درصد زایمان‌ها در بخش دولتی و بیش از ۸۰ درصد زایمان‌ها در بخش خصوصی تهران به روش سزارین انجام می‌شود. همچنین، در مقایسه با آمارهای سازمان جهانی بهداشت، نرخ عمل سزارین در کل کشور حدود سه برابر نرخ آن در سایر مناطق دنیا است (فلاحیان، ۱۳۸۶). همه این شواهد در جامعه این آمار در حالی است که سازمان جهانی بهداشت و همچنین انجمن پزشکان زنان و زایمان آمریکا^۲ میزان آرمانی عمل سزارین را در سال ۲۰۱۰ حداکثر تا ۱۵ درصد اعلام کرده‌اند (روگرس، ۲۰۰۷؛ باهنر و همکاران، ۱۳۸۹).

ایران تنها کشوری نیست که نرخ سزارین در آن بالا است. شواهد موجود حاکی از آن است که پدیده سزارین، نه فقط در بسیاری از جوامع توسعه‌یافته و در حال توسعه پدیدار شده، بلکه به شکل روزافزونی در حال گسترش است. برای مثال شواهد جامعه ایالات متحده آمریکا نشانگر آن است که این شکل از فرزندآوری، از ۴/۵ درصد کل زایمان‌ها در سال ۱۹۶۵، به ۲۵ درصد در سال ۱۹۸۸، ۲۶/۱ درصد در سال ۲۰۰۲ و ۳۰/۲ درصد در سال ۲۰۰۵ رسیده است و در کشوری اروپایی مانند سوئد، گستره آن از ۱۳/۸ درصد در سال ۱۹۹۴ به ۱۸/۱ درصد در سال ۱۹۹۹ و ۱۷/۷ درصد در سال ۲۰۰۶ (با تنوع منطقه‌ای بین ۱۱ الی ۲۷ درصد) افزایش پیدا کرده است (عزیزی، ۱۳۸۶: ۱۹۱؛ کارلستروم و همکاران، ۲۰۰۹: ۵۸). همچنین در آمارهای متفاوت، میزان انجام زایمان به روش سزارین انتخابی^۳ در بیمارستان‌های خصوصی برزیل، ۸ تا ۹۰ درصد تخمین زده می‌شود (استالبورگ، ۲۰۰۹؛ به نقل از عزیزی و سالاری، ۱۳۸۸: ۵۶). این آمارها تا جایی ادامه دارد که در یک جمع‌بندی کلی، میزان افزایش جهانی این عمل، طی سال‌های اخیر، از ۵ درصد به ۲۵ درصد گزارش شده است (محمدیان و همکاران، ۱۳۸۲: ۱۳۸).

¹It's not about feelings-it's about the data. This is evidence-based obstetrics. E.M., obstetrician, justifying a cesarean section.

²American College of Obstetricians and Gynecologists

³Elective Caesarian

عمل سزارین^۱ در زمره مهم‌ترین مداخله‌ها یا جراحی‌های پزشکی در شرایطی است که فرزندآوری یا زایمان واژینال، برای مادر یا کودک خطرآفرین باشد (احمدنیا و همکاران، ۲۰۰۹). سزارین مانند هر عمل جراحی دیگر، دارای عوارضی نظیر عفونت محل زخم، عفونت لگنی، عفونت ریوی، عفونت مجاری ادراری، آمبولی ریوی، عوارض بیهوشی و جز آن‌ها بوده و حتی میزان مرگ و میر و بیماری مادر و نوزاد در این روش زایمانی، بیشتر از زایمان طبیعی است (علی‌محمدیان و همکاران، ۱۳۸۲: ۱۳۸). به رغم عوارض و پیامدهای منفی گسترده‌ای که استفاده از این عمل جراحی می‌تواند برای مادر و کودک به وجود آورد، همچنان شاهد افزایش آن بدون وجود دلایل قانع‌کننده پزشکی هستیم (احمدنیا و همکاران، ۲۰۰۹؛ فن‌ویک و همکاران، ۲۰۱۰). در حال حاضر عمل سزارین به روشی رایج در زایمان، حتی بدون وجود شرایط و دلایل تهدیدآمیز مرتبط با سلامتی مادران و نوزادان، توسط اکثریت زنان مورد پذیرش قرار گرفته است و علت اصلی آن هم تقاضا و درخواست مادران برای انجام زایمان به این روش دانسته شده است (امیرخانی، ۱۳۸۷).

فرزندآوری به روش سزارین مانند هر پدیده انسانی دیگر در یک خلاء اجتماعی، فرهنگی و سیاسی رخ نمی‌دهد و از ابعاد و دلالت‌های اجتماعی، فرهنگی و سیاسی مهمی برخوردار است. برخی از جامعه‌شناسان و مردم‌شناسان آن را یک برساخته اجتماعی- فرهنگی تلقی کرده‌اند. در دو و سه دهه گذشته فرزندآوری به روش سزارین توجه بسیاری متفکرین علوم اجتماعی از جمله جامعه‌شناسان، انسان‌شناسان و تحلیل‌گران سیاسی را به خود جلب کرده و بدنه دانش و پیشینه پژوهشی پهن‌دامنه‌ای درباره آن شکل گرفته است (جینزبرگ و رپ، ۱۹۹۱؛ لی، ۲۰۰۳، ۲۰۰۶؛ وندلند، ۲۰۰۷؛ کلینگامن و بال، ۲۰۰۷؛ والش، ۲۰۰۹؛ سلاین، ۲۰۰۹). هر پدیده‌ای که در جامعه انسانی اتفاق می‌افتد، از مجاری ارزش‌ها، هنجارها و به طور خلاصه فرهنگ همان جامعه عبور می‌کند و تأثیر مستقیم یا غیرمستقیم این ویژگی‌ها بر آن پدیده، به تدریج در جامعه نمایان می‌گردد. سبک فرزندآوری نیز در هر جامعه‌ای از عوامل اجتماعی- فرهنگی و سیاسی قابل توجهی متأثر است و حتی در زمان جنگ یا صلح، افزایش یا کاهش نرخ مولید می‌تواند انعکاسی از فلسفه سیاسی و اجتماعی سبک زندگی در یک جامعه باشد. در این رابطه و با هدف نشان دادن اهمیت شکل‌گیری، گسترش و اثرگذاری سبک مشخصی برای فرزندآوری، این‌نگرید هیلدینگسون (۲۰۰۸) در بخش نتیجه‌گیری مطالعه خود تصریح کرده است که ترجیح شخصی یک زن برای زایمان از طریق عمل سزارین، در واقع پیروی او از یک سبک فرزندآوری در جامعه است (هیلدینگسون، ۲۰۰۸). مطالعه گرمارودی و همکارانش در ایران نشان داده است که

^۱ Caesarian Section (CS)

وضعیت اشتغال زنان باردار، سطح تحصیلات آن‌ها و پایگاه اجتماعی و اقتصادی (SES) خانواده‌ها قویاً با شیوع سزارین در ارتباط هستند (گرمارودی و همکاران، ۱۳۸۱: ۴۸). بررسی‌ها نشان داده است که شبکه‌های اجتماعی^۱، شکل‌گیری و نحوه قرار گرفتن افراد در درون آن‌ها در زمره مهم‌ترین همبسته‌های اجتماعی پدیده سزارین است. برای مثال، مطالعه‌ای که اخیراً انجام شده است (هالورسین و همکاران، ۲۰۱۰) نشان می‌دهد که در میان مشاوران زنانی که به دلیل ترس از زایمان یا درد بالقوه زایمان، درخواست انجام عمل سزارین داشته‌اند، دو طیف از گرایش^۲ یا روش مواجهه دیده می‌شود، گرایشی که روی توانایی افراد برای غلبه بر موانع عاطفی انجام زایمان طبیعی تأکید می‌کند (گرایش توانمندانه^۳) و دیگری، گرایشی که تصمیم‌گیرنده نهایی شیوه تولد را خود زن می‌داند (گرایش خودمختارانه^۴). یافته‌های این مطالعه نشان داد که اتخاذ گرایش توانمندانه توسط مشاور متخصص، به شکل مثبت و معنی‌داری با تغییر در درخواست سزارین و انجام عمل زایمان طبیعی ارتباط دارد. همچنین همبستگی آماری معنی‌داری میان تغییر از اتخاذ گرایش خودمختارانه به اتخاذ گرایش توانمندانه، و افزایش درصد زنانی که تمایل خود را مبنی بر عمل سزارین تغییر دادند (از ۷۷ به ۹۳ درصد) و زنانی که زایمان طبیعی انجام دادند (از ۴۲ به ۸۱ درصد) مشاهده گردید (هالورسین و همکاران، ۲۰۱۰). این مطالعه، نشان می‌دهد که نوع شبکه اجتماعی پیرامون فرد و نگاه و ذهنیتی که فرد با قرار گرفتن در این شبکه به دست می‌آورد، می‌تواند تأثیر بسزایی در درخواست یا رد عمل سزارین داشته باشد.

کثرت دلایل غیرپزشکی منجر به انجام عمل سزارین، نشان می‌دهد درخواست برای عمل سزارین بدون وجود دلایل پزشکی بیش و پیش از آنکه مسأله‌ای پزشکی باشد، مسأله‌ای انسان‌شناختی و جامعه‌شناختی است؛ موضوعی که تا حد زیادی با پزشکی شدن^۵ جوامع به طور عام و با پزشکی شدن فرزندآوری و زایمان به طور خاص، نادیده انگاشته شده است (کانراد، ۱۹۹۲، ۲۰۰۷؛ جینزبرگ و رپ، ۱۹۹۱).

تحولاتی که در فرایند فرزندآوری، مکان آن و الگوهای مراقبتی زنان باردار اتفاق افتاده است، توجه انسان‌شناسان را به دگرگونی در الگوهای معنی‌داری تولد و مفاهیم ذهنی حول محور تولد جلب کرده است، چرا که هر جامعه‌ای، الگوهای خاصی را برای اندیشیدن و عمل کردن در مورد فرایند تولد در اختیار مادران قرار می‌دهد. جنبه‌های میان‌ذهنی، تعریف‌محور و برساخت‌گرایانه‌ای که این تجربه می‌تواند برای مادران داشته باشد، به مثابه چارچوبی محوری در

¹ social networks

² attitude

³ coping attitude

⁴ autonomy attitude

⁵ medicalization

این مطالعه لحاظ شده است. در این چارچوب زنان دیگر به عنوان موجودات منفعل در نظر گرفته نمی‌شوند، بلکه به مثابه سازندگان یا برساخت‌کنندگان فعال، معانی خاص و متعلق به خود را خلق می‌کنند. همان طور که هارولد گارفینکل^۱ عنوان می‌کند، کنشگران انسانی، "سازندگان واقعی"^۲ هستند و دانش ما درباره جهان ناکامل است (ساترلند^۳، ۱۹۷۹). از این منظر، ویژگی‌های اجتماعی و فرهنگی زنانگی هم از طریق افراد واقعی، در محیط‌های واقعی و زندگی روزمره واقعی ساخته می‌شود. نکته‌شایان ذکر این است که برخی از مدافعان حقوق زنان و حقوق مصرف‌کنندگان نیز با دستمایه قرار دادن عدم توجه مدل زیست- پزشکی صرف به ماهیت انسانی مخاطبان عمل سزارین، در خصوص افزایش این پدیده هشدار داده‌اند. منتقدان این عمل، دلیل شیوع آن را در سودمندی بیشتر و آسان‌تر بودن اجرای آن برای پزشکان دانسته‌اند و نه نیاز واقعی زنان به انجام عمل. مدافعان حقوق زنان تصریح می‌کنند که اگرچه در داخل و خارج از قلمرو علوم زیست‌پزشکی، بسیاری از متخصصان، درباره شیوع سزارین اظهار نگرانی‌هایی کرده‌اند، اما در حال حاضر، بدنه ایدئولوژیک انجمن پزشکان متخصص و جراحان زنان و زایمان، به مثابه سیستمی که در آن بدن زنان را ذاتاً معیوب تلقی می‌کنند، مورد سؤال و انتقاد قرار دارد (وندلند، ۲۰۰۷).

با اتکاء بر بدنه دانش و پیشینه پژوهشی صورت‌بندی شده در انسان‌شناسی و سایر حیطه‌های مرتبط علوم اجتماعی، در این مقاله تلاش شده است تا پدیده سزارین در ایران، از رویکردی برساخت‌گرایانه در انسان‌شناختی و جامعه‌شناسی (فابیون و مارکوس، ۲۰۰۸) و با استفاده از رویکرد روش‌شناختی کیفی مورد بازنگری و تأمل قرار گیرد. این مطالعه انسان‌شناختی در پی شناخت فهم زنان تبریزی از پدیده فرزندآوری و زایمان به روش سزارین است، شناختی که با بررسی فهم، سنخ‌بندی و روایت زنان در مورد سزارین و چگونگی حصول این آگاهی، نقش انسان و جامعه را برجسته کرده و به سهم خود برساخت اجتماعی- فرهنگی واقعیت‌ها و یا تصاویر سزارین در تبریز و ایران را پدیدار می‌سازد.

چارچوب نظری و پیشینه موضوع

سیمایی تاریخی مفهوم سزارین

سزارین یا وضع حمل از طریق عمل جراحی، عبارت است از تولد نوزاد از طریق شکاف دادن جداره شکم و دیواره رحم (جعفریان، ۱۳۸۱). نگاهی به پیشینه این مفهوم نشانگر آن است که

¹ Garfinkel, H

² reality constructor

³ Sutherland, M

اولین فردی که در تاریخ پزشکی، سزارین را به ثبت رسانده، فرانسوا روسه^۱ فرانسوی در سال ۱۵۸۱ است (عزیزی، ۱۳۸۶: ۱۹۱)، اما در نوشته‌های علمی پزشکی، نام این عمل جراحی از اواسط قرن ۱۷ به بعد آورده شده است. در ارتباط با پیدایش عمل سزارین سه روایت وجود دارد که هیچ‌کدام به طور کامل تأیید نشده‌اند؛ اول اینکه برخی معتقدند ژولیوس سزار از این طریق به دنیا آمده بود و اصل لغت سزار از نام او به عاریت گرفته شده است. در مقابل، شماری دیگر معتقدند نام این عمل از یک قانون رومی در قرن هشتم پیش از میلاد مسیح به دست آمده که از دفن کردن زنان حامله ممانعت به عمل می‌آوردند و قبل از دفن، کودک را از شکم مادر بیرون می‌آوردند و در نهایت، گروهی دیگر مفهوم سزارین را به معنی بریدن (یا در لاتین *Caedere*) در قرون وسطی اروپا می‌دانند، که به نظر می‌رسد همین روایت، منطقی‌تر از دو روایت پیشین باشد (ماندر، ۲۰۰۷). آنچه مسلم است این است که تا اواخر قرن نوزده میلادی یعنی تا زمان شکل‌گیری پزشکی علمی (زیست‌پزشکی)^۲ استفاده از عمل سزارین به علت مرگ و میر بالای ناشی از آن، چندان رایج نبوده است، ولی با بهبود فنون جراحی و بیهوشی، مراقبت‌های بهتر قبل و پس از عمل جراحی، به ویژه در مورد عفونت‌ها و خونریزی‌های مادران باردار، از این روش فرزندآوری در طول قرن بیستم به عنوان راه دیگری برای زایمان طبیعی نوزاد نام برده شده است (عزیزی، ۱۳۸۶؛ کودروس، ۲۰۰۰). بررسی‌های تاریخی درباره فرزندآوری و زایمان همچنین نشان می‌دهند که تا اواخر نوزده میلادی تقریباً تمامی زایمان‌ها در منزل انجام می‌شدند (پلیتری^۳، ۲۰۰۲). در آن زمان، فقط ۵ درصد زایمان‌ها یا حتی کمتر از آن، به دلیل بیماری‌ها یا خطرات جدی برای مادر، در بیمارستان‌ها صورت می‌پذیرفتند. شروع قرن نوزدهم سرآغاز تغییر محل زایمان از منزل به بیمارستان بود و این فرایند پزشکی شدن و کلینیکی شدن فرزندآوری و زایمان همچنان ادامه دارد. امروزه میزان زایمان در منزل، در انگلستان ۱ الی ۲ درصد، استرالیا ۲ درصد، زلاندنو حداکثر ۶ درصد، امریکا حداکثر ۱ درصد، سوئد کمتر از یک درصد و بسیاری از کشورهای توسعه‌یافته و دارا بسیار پایین است (مودی، ۱۳۹۰).

¹ Francois Rosset

² biomedicine

³ Pillitteri, A

رویکرد برساخت‌گرایی اجتماعی- فرهنگی^۱

پدیده سزارین در این مطالعه به مثابه یک مساله اجتماعی- فرهنگی تلقی شده و با رویکرد برساخت‌گرایی اجتماعی- فرهنگی مورد بررسی قرار گرفته است. این رویکرد مسائل اجتماعی و فرهنگی را به مثابه برساخته‌های دسته‌جمعی، ادراکات و معانی ذهنی و میان‌ذهنی تلقی می‌کند. برای مثال، افزایش نرخ سزارین انتخابی در ایران، که از نظر سلامتی، پیامدهای منفی بسیاری برای مادر و نوزاد به همراه دارد، مسأله‌ای عینی است که با عبارت "نرخ سزارین انتخابی، به طور قابل توجهی در ایران بالا رفته است" شناخته می‌شود. اما برای اینکه بتوان از یک مساله اجتماعی سخن به میان آورد، بایستی در کنار این شناخت، درک و تصور گروه‌ها و انسان‌های درگیر در آن پدیده نیز، نسبت به موقعیت و شرایط خود، مورد تحلیل قرار گیرد. برای نمونه، آیا زنان سزارین را یک عمل جراحی خطرناک تلقی می‌کنند؟ آیا انجام آن را برای سلامتی مادر و کودک خطرناک می‌دانند؟ تصویری که جامعه از عمل سزارین دارد، چگونه است؟ چرا نرخ سزارین انتخابی در ایران افزایش یافته است؟ دلایل ترجیح سزارین، نسبت به زایمان طبیعی چیست؟ سوالاتی از این قبیل، به ذهنیتی که زنان در مورد سزارین دارند، اهمیت می‌دهند و آن را برجسته می‌سازند. چنین برخوردی با مسأله، به این دلیل مهم است که امروزه با اینکه از سزارین به عنوان عمل جراحی پرخطر یاد می‌شود، اما انجام آن همچنان رو به تزاید است. رویکرد "برساخت‌گرایی اجتماعی- فرهنگی" به دو دلیل به عنوان چارچوب نظری این پژوهش انتخاب شده است: ۱- این رویکرد، شناخت واقعی راه، شناخت از طریق کنش متقابل و تفسیر انسانی می‌داند. ۲- بر بعد ذهنی مسایل بیشتر از بعد عینی آن‌ها اهمیت می‌دهد. رویکرد برساخت‌گرایی یا برساخت‌گرایی اجتماعی- فرهنگی در تحلیل مسائل اجتماعی برای اولین بار توسط مالکوم اسپکتور و جان کیتسوز^۲ (۱۹۷۷) در اواخر دهه ۸۰ قرن بیستم مطرح شده است (قاضی طباطبایی و همکاران، ۱۳۸۶). این رویکرد تاکید می‌کند که آنچه به عنوان مسأله اجتماعی مطرح می‌شود، پدیده‌ای مستقل از ذهن نیست و تصور اینکه دیگران نیز در هر شرایط و جایگاهی که باشند، آن را به عنوان یک مسأله اجتماعی تلقی خواهند کرد، راه‌گشا نخواهد بود. مسأله اجتماعی چیزی است که برساخته می‌شود، ادعایی است که بایستی تلاش کرد تا دیگران آن را باور کنند و تا وقتی آن را باور نکنند هیچ اتفاقی نخواهد افتاد. کما اینکه قرن‌ها بشر در فقر زندگی می‌کرد، اما باور نداشت که فقر یک مشکل اساسی است. بنابراین، مشاهده می‌گردد که فقر بخشی از واقعیت اجتماعی بود و نه یک مساله اجتماعی (لاسکی، ۲۰۰۳؛ بست، ۲۰۰۸).

¹ social constructionism

² Spector, M. & J. I. Kitsuse

در همین زمینه، اسپکتور و کیتسوز (۱۹۷۷) مسایل اجتماعی را به عنوان واقعیت‌هایی تصور می‌کنند که گروه‌های مختلف اجتماعی، در طرح آن‌ها، شرط مقبولیت جمعی، دربارهٔ مسأله بودن آن‌ها را لحاظ می‌کنند (یوشی‌هاما، ۲۰۰۲). از نظر هربرت بلومر (۱۹۷۱) نیز، مسایل اجتماعی، بخشی از یک فرایند معنابخشی جمعی هستند که به طور مشخص از پنج مرحله عبور می‌کنند: ظهور مسأله^۱، مشروعیت یافتن مسأله^۲، بسیج نیروها برای کنش در برابر مسأله^۳، تنظیم طرح رسمی کنش در مباحثات^۴ و تبدیل طرح به یک مداخلهٔ عملی^۵. این مراحل به همدیگر وابسته بوده و حالت چرخه‌ای دارند، زیرا مسایل اجتماعی از طریق مراحل خاصی به صورت خطی و منظم به وجود نمی‌آیند. حالت چرخه‌ای مسایل نیاز به یک چارچوب تحلیلی اکتشافی دارد تا ارزش‌های متفاوتی که در فرایند تعریف وجود دارند را کشف نماید. نظریهٔ بلومر به طور خلاصه این است که مسائل اجتماعی، اساساً محصول یک فرایند اکتشاف، تعریف یا معنابخشی جمعی هستند، نه مجموعه‌ای از ترتیبات اجتماعی عینی مستقل همراه با برساختی طبیعی یا حقیقی (بلومر^۶، ۱۹۷۱).

مفهوم/نظریه پزشکی شدن^۷

پزشکی شدن، فرایندی را توصیف می‌کند که توسط آن، مشکلات غیرپزشکی، معمولاً به بهانهٔ بیماری یا کسالت، به عنوان مشکلات پزشکی تعریف شده و نحوهٔ رفتار با آن‌ها نیز نیازمند مداخلات پزشکی تلقی می‌شود. با چنین تعریفی، برخی از تحلیلگران، اظهار نموده‌اند که افزایش اقتدار و قلمرو پزشکی در زمره یکی از قوی‌ترین تحولات و دگرگونی‌ها در نیم قرن اخیر دنیای غرب بوده است (کانراد، ۲۰۰۷؛ کانراد و همکاران، ۲۰۱۰). نزدیک به چهار دهه از آغاز مطالعهٔ جامعه‌شناسان، انسان‌شناسان، مورخان، اخلاق‌گرایان زیستی، پزشکان و غیره درباره فرایند پزشکی شدن می‌گذرد. این تحلیل‌گران با مرور ریشه‌ها، دامنه و آزمون اثرات پزشکی شدن بر جامعه، پزشکی، بیماران و فرهنگ، کانون توجه خود را بر شواهد ویژه‌ای، دال بر وجود پزشکی شدن، قرار داده‌اند (همان). فرایند پزشکی شدن می‌تواند مسایل اجتماعی جدیدی را خلق کند یا به تشدید مسایل دامن بزند. پزشکی شدن مسایل اجتماعی می‌تواند خود به عنوان مسأله مطرح شود (گتزر و هاوکینس، ۱۹۷۹). ایوان ایلچ (۱۹۷۵) با اثر خود، *قلع و قمع یا فلاکت‌باری*

¹ emergence of a social problem

² iegitimation of the problem

³ mobilization of action with regard to the problem

⁴ formation of an official plan of action

⁵ transformation of the *official plan* in its empirical implementation

⁶ Blumer, H

⁷ medicalization

پزشکی: سلب مالکیت سلامتی^۱، یکی از اولین مطالعات را درباره مفهوم پزشکی شدن به ثبت رساند. او چنین استدلال می‌کرد که حرفه پزشکی، با شکل دادن به فرایندی که به عنوان آسیب غیرعمدی^۲ شناخته می‌شود، در عمل، در جهت زیان مردم حرکت می‌کند و شاهد آن، افزایش بیماری‌ها و مشکلات اجتماعی در نتیجه مداخلات پزشکی است. از نظر ایلچ این آسیب غیرعمدی در سه سطح اتفاق می‌افتد: سطح پزشکی^۳، شامل اثرات جانبی جدی و بدتر از مشکل اصلی، سطح اجتماعی^۴، که در آن همه افراد نسبت به حرفه پزشکی مطیع و وابسته می‌شوند تا بتوانند زندگی روزمره خود را در جامعه پیش ببرند، یا سطح ساختاری/فرهنگی^۵، که در آن مفاهیم پزشکی غربی با تلقی موضوعات مربوط به شفا یا بهبودی، سالمندی و مرگ، به عنوان بیماری‌های حوزه پزشکی، زندگی بشر را به شکل مؤثری دچار پزشکی شدن می‌کنند و از این طریق توانایی افراد و جوامع را برای مواجهه با این گذارهای "طبیعی"^۶ کاهش می‌دهند (ایلچ، ۱۹۷۵). از این رو، فرایند پزشکی شدن مسائل اجتماعی، از کاربرد در گروهی خاص تا تعریف و درمان رفتار را در برمی‌گیرد.

پرسنل پزشکی با استفاده از مدل پزشکی بیماری‌ها را شناخته و با پیش‌بینی جریان بیماری برای آن درمان ارایه می‌دهند. بر این اساس است که پیتز کانراد (۲۰۰۷)، در کنار تعریف پیشین، تعریف دیگری از پزشکی شدن ارائه می‌دهد: "تعریف رفتار به عنوان مشکل پزشکی و گواهی حرفه پزشکی برای درمان آن". بنابراین، پزشکی شدن توسط دو جبهه اعمال می‌شود: حرفه پزشکی و کاربرد غیرحرفه‌ای چارچوب پزشکی (کانراد، ۲۰۰۷). اصطلاح پزشکی شدن به دو فرایند مرتبط ارجاع داده می‌شود. نخست اینکه یک حالت، تجربه یا رفتار خاص معنای پزشکی پیدا می‌کند، یعنی به عنوان بیماری یا سلامت تعریف می‌شود. دوم: ابزار پزشکی با هدف حفظ انسجام هنجارهای فرهنگی، برای از بین بردن یا کنترل تجارب مشکل‌زا، که به مثابه انحراف تلقی می‌شوند، به کار برده می‌شود. پزشکی شدن می‌تواند در چندین سطح به کار برده شود: ۱- مفهومی، زمانی که از لغات پزشکی برای تعریف یک مساله استفاده می‌شود. ۲- نهادی، زمانی که پزشکان یک برنامه یا مساله را مشروعیت می‌بخشند و کنش متقابل بین بیمار و پزشک که از تشخیص و درمان برای حل مساله استفاده می‌شود (کانراد، ۱۹۹۲). ۳- ماهیت یک

¹ medical nemesis: the expropriation of health

² iatrogenesis

³ clinical

⁴ social

⁵ structural/cultural

⁶ natural

مسئله می‌تواند ارگانیک و یا غیرارگانیک باشد و مداخله برای بهبودی شرایط می‌تواند پزشکی شده و غیرپزشکی باشد. ترکیبی از این عناصر در جدول شماره ۱ قابل مشاهده هستند.

جدول ۱: روابط و سنخ‌بندی ماهیت مسأله و نوع مداخله

ماهیت شرایط			
ارگانیک	غیرارگانیک		
کاربرد مناسب مدل پزشکی	پزشکی شدن انحراف (خطای نوع دوم)	پزشکی شده	نوع مداخله
(خطای نوع اول)	مداخله اجتماعی مناسب	غیرپزشکی	

این نوع‌شناسی مسایل، تصمیم‌گیری در پزشکی را نشان می‌دهد. در این جدول دو نوع مداخله و دو نوع خطا (تقریباً مشابه خطاها در آزمون فرضیه‌های آماری) وجود دارد. اعمال پزشکی تلاش می‌کنند تا خطای نوع اول را کاهش دهند و خطای نوع دوم را افزایش دهند. خطای نوع اول زمانی اتفاق می‌افتد که مشکل ارگانیک باشد، اما مداخله پزشکی صورت نگیرد و خطای نوع دوم زمانی روی می‌دهد که مشکل غیرارگانیک است، ولی مداخله پزشکی صورت می‌گیرد، در اینجا است که مسایل اجتماعی پزشکی می‌شوند (گتزر و هاوکینس، ۱۹۷۹).

نگاهی به پیشینه بررسی و نقد این پدیده در جامعه‌شناسی و انسان‌شناسی نشان می‌دهد که پزشکی شدن دارای ابعاد و ویژگی‌های مهم دیگری است که بدون توجه به آن‌ها درک سیمای جامع و واقعی این فرایند مشکل است. این ابعاد و ویژگی‌ها به قرار زیرند:

- ۱- گذر دوطرفه مسائل، تجربیات و حالات
- ۲- سیاست‌زدایی^۱ رفتارها، تجربیات و مسائل
- ۳- مسأله‌دار کردن^۲ تجربیات/ وقایع طبیعی
- ۳- فردی کردن و بسترزدایی^۳ رفتارهای اجتماعی
- ۴- ایدئولوژی
- ۵- هزینه‌های فرصت معنی‌دار برای جامعه (کانراد و همکاران، ۲۰۱۰)
- ۶- تعدد ابعاد و سطوح و مراحل (قاضی طباطبایی و همکاران، ۱۳۸۶؛ قاضی طباطبایی و ودادهیر، ۱۳۸۷).

¹de-politicization

²problematizing

³individualizing & de-contextualizing

در مجموع، به رغم فقدان اتفاق نظر انسان‌شناسان، جامعه‌شناسان و منتقدان پدیده پزشکی شدن در تعریف و مفهوم‌پردازی آن، تصوّر بر این است که کانراد تعریف یا سیمایی جامع‌تر و واقعی‌تر از این مفهوم ارائه می‌دهد: قضیه محوری در فرایند پزشکی شدن تعریف حالتی یا تجربه‌ای با استفاده از واژگان پزشکی است. در فرایند پزشکی شدن آنچه در عمل اتفاق می‌افتد این 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 (کانراد و اشنایدر، ۱۹۹۲). این خصیصه هنوز هم برای فرایند پزشکی شدن محوری محسوب می‌شود به طوری که کانراد در مقاله اخیر خود با عنوان *موتورهای متحوّل پزشکی شدن* (۲۰۰۵)^۱ بر ماهیت تعریفی این فرایند تأکید مجدد کرده است. کانراد تأمل خود در این باره را چنین بیان می‌کند:

“قضایای تعریفی به جوهره یا ماهیتی برای فرایند پزشکی شدن بدل شده است؛ تعریف مسأله‌ای در قالب اصطلاحات پزشکی، اغلب با عناوینی مانند ناخوشی یا اختلال (بی‌نظمی)، یا استفاده از مداخله‌ای پزشکی برای درمان آن” (کانراد، ۲۰۰۵: ۳۲).

“تعریف”^۲ ماهیت یا مهم‌ترین جریان اصلی دخیل در پدیده پزشکی شدن است و همین ویژگی است که آن را به چهارچوب یا رویکرد کلان‌تر برساخت‌گرایی اجتماعی- فرهنگی در انسان‌شناسی پیوند می‌زند.

پزشکی شدن فرزندآوری و زایمان

انتقال تولد از خانه به بیمارستان و کنترل فرایند تولد به وسیله متخصصان زنان و زایمان، نمونه عالی پدیده پزشکی شدن تولد است. از نظر تاریخی، زنان، زایمان را بدون کمک پزشکی و عموماً با کمک زنان دیگر که تجربه کمک به زائو داشتند، انجام می‌دادند. کودکان بدون دخالت در خانه متولد می‌شدند. هیچ‌کدام از این‌ها در جوامع مدرن و صنعتی بدون وسایل پزشکی و بیمارستانی اتفاق نمی‌افتد، زیرا در این جوامع اشخاص حرفه‌ای به مادر کمک می‌کنند و اعتماد به فناوری جایگزین اعتماد به طبیعت زنان شده است، تا جایی که تجهیزات و دستگاه‌ها لوازمی ضروری برای تولد کودک به حساب می‌آیند و بین نگرش مادران و پزشکان تفاوتی کیفی به وجود می‌آید (لی، ۱۹۹۷).

¹ The Shifting Engines of Medicalization

² definition

فرآیند فرزندآوری در پزشکی مدرن، قبل از تولد، حین زایمان و بعد از تولد، همه از جمله فرآیندهای پزشکی شده محسوب می‌شوند و مادر و نوزاد در تمام این مراحل از مراقبت‌های پزشکی برخوردار هستند. امروزه در اکثر کشورهای پیشرفته، زنان حامله تحت ”مراقبت‌های قبل از زایمان“^۱ هستند. یک تبیین مشروعیت‌آور و توجیه‌کننده برای پزشکی شدن حاملگی از اوایل قرن ۲۰ و استفاده از مراقبت‌های خاص پزشکی قبل از زایمان این است که نرخ مرگ و میر مادر و نوزاد کاهش یافته است (بارکر، ۱۹۹۸).

امروزه با حاملگی به مانند یک بیماری برخورد می‌شود. یعنی، جریان تولد یک کودک، رویه‌ای است که در ذهن مادر توسط پزشک ساخته می‌شود تا خود مادر. برخی از محققان معتقدند همه عوامل بهداشتی و سلامتی مامایی و زایمان به دلیل عوامل کارکردی و غیرکارکردی به طور فیزیولوژیک تعریف و تفسیر می‌شوند. این در حالی است که فاصله بین فرهنگ عامیانه در زمینه تولد با مسایل پیرامون آن از طریق روش‌های پزشکی مامایی بسیار گسترده است. در برخی از جوامع این فاصله فرهنگی عمیق بوده و به راحتی قابل مشاهده است. این موضوع به ویژه در خصوص بسیاری از مناطق جهان صنعتی صدق می‌کند. در این جوامع گروهی از زنان از برخی جنبه‌های مدیریت تولد در سیستم پزشکی رضایت کامل ندارند. برای مثال، گراهام و اواکلی^۲ (۱۹۸۱) بیان کرده‌اند که بین دیدگاه‌های پزشکان و مادران در خصوص تولد کودک، به ویژه در این زمینه که آیا فرآیند موجود فرآیندی طبیعی است یا پزشکی، تفاوت‌های اساسی وجود دارد. دیدگاه پزشکی از تجربه بارداری زنان حاصل شده است. زن باردار بیمار تلقی می‌شود و از ابتدای حاملگی تا زمانی که فرزندش متولد می‌شود تحت مراقبت پزشکی قرار می‌گیرد. این دوره برای مادر با دیگر جنبه‌های زندگی اجتماعی او گره خورده است، زیرا با تولد اولین فرزندش، او نقش اجتماعی جدیدی پیدا می‌کند و تغییرات عمیقی در موقعیت مالی، وضعیت تاهل، موقعیت منزل مسکونی و روابط شخصی او با دیگران حاصل می‌شود (به نقل از: کیوان آرا، ۱۳۸۶: ۲۶۶).

تأمل در فرآیندهای مربوط به پزشکی شدن فرزندآوری و زایمان این نکته اساسی را به ما یادآور می‌شود که وجود، تسلط و بسط دانش‌آمرانه پزشکی در حوزه‌های باروری، فرزندآوری و زایمان را نمی‌توان امری مسلم، کمی و عینی در نظر گرفت، بلکه این دانش خود یک برساخته و فرآورده اجتماعی و فرهنگی است که از طریق فعالیت‌ها، بازی‌ها و فرآیندهای دسته جمعی برساخته شده است و موضوعی برای خلق و برساخت دوباره و حتی بازنگری اساسی بر اساس

^۱ prenatal care

^۲ Graham, H. & A. Oakley

الگوها و تعاریف غیرپزشکی است. در موضوع سزارین تصویر برساخته شده از درد زایمان مادران و ریسک‌ها و پیامدهای زایمان طبیعی در ایران قابل بازسازی و تصویرسازی دوباره است.

روش تحقیق

رویکرد روش‌شناختی

این مقاله با توجه به ماهیت و اهداف مطالعه، از میان سه رویکرد روش‌شناختی کمی، کیفی و ترکیبی یا آمیخته (کرسول، ۲۰۰۹؛ تشکری و تدلی، ۲۰۰۹)، رویکرد روش‌شناختی کیفی را استفاده کرده است. در این مطالعه فرض بر این بوده است که برای شنیدن صدای زنان و فهم و تجربه زیسته آن‌ها با موضوع روش کیفی مناسب‌تر از سایر روش‌ها است. به علاوه، چنین به نظر می‌رسد که فهم و روایت زنان از دوران حاملگی و دلایل انتخاب عمل سزارین بر زایمان را نمی‌توان به شکل مطلوبی با شواهد و داده‌های عددی^۱ فهمید. روش‌های آماری فقط به ما می‌گویند چه تعداد از زنان سزارین را انتخاب می‌کنند، اما در مورد تصمیم‌گیری و دلایل انتخاب آن و دیدگاه ذهنی و میان‌ذهنی زنان تبیینی ارائه نمی‌دهند. از این رو، این مطالعه، با انتخاب رویکرد روش‌شناختی کیفی در صدد پوشش این خلأ شناختی درباره ذهنیت‌ها و تجارب زیسته زنان است.

مدیریت و آنالیز داده‌ها (داده‌کاوی) با نظریه بنیانی^۲

استراوس و کوربین^۳ (۲۰۰۸) نظریه بنیانی را این چنین تعریف می‌کنند: نظریه بنیانی منشاء استقرایی دارد و ناشی از مطالعه پدیده‌ها است و نیز یافته‌های تحقیق فرمولی نظری از واقعیت را می‌سازند (استراوس و کوربین، ۲۰۰۸). سه عنصر اصلی نظریه بنیادی عبارتند از مفاهیم^۴، مقولات^۵ و گزاره‌ها^۶. چنانچه ذکر شد، با توجه به ماهیت این رویکرد روش‌شناختی و مدیریت داده، در این پژوهش از فن مصاحبه کیفی یا عمیق برای گردآوری داده‌ها و شواهد استفاده شده است. همچنین، در مرحله مدیریت و تحلیل داده‌ها از سه نوع کدگذاری استفاده شده است: کدگذاری باز، کدگذاری محوری و کدگذاری انتخابی است (مایر، ۲۰۰۱). کدگذاری به فرایند تحلیل اشاره دارد که از خلال آن مفاهیم تشخیص داده می‌شوند و ابعاد و خصوصیات آن در

¹ numeric

² grounded theory

³ Strauss & Corbin

⁴ concepts

⁵ categories

⁶ propositions

داده‌ها کشف می‌گردد. کدگذاری باز به آن بخش از کار اطلاق می‌شود که به طبقه‌بندی کردن پدیده‌ها از یادداشت‌های کوتاه پرداخته می‌شود که نتیجه نهایی آن، نام نهادن و طبقه‌بندی مفاهیم و در نهایت نظریه‌پردازی است (استراوس و کوربین، ۲۰۰۸).

مشارکت‌کنندگان و نحوه جذب آن‌ها

مشارکت‌کنندگان در این پژوهش، بر مبنای اصل اشباع در نمونه‌گیری نظری انتخاب شدند. در نمونه‌گیری نظری محقق نمونه‌هایی را انتخاب می‌کند که بیشترین سود را به لحاظ نظری داشته و سنگ بنای ساخت نظریه باشند. به نظر استراوس و کوربین نمونه‌گیری نظری به نمونه‌گیری اطلاق می‌شود که در طول فرایند تحقیق رشد می‌کند (استراوس و کوربین، ۲۰۰۸). از این رو، نمونه این مصاحبه شامل آن تعداد از زنان تبریزی می‌شود که با انجام مصاحبه با ایشان، بتوان به اشباع نظری رسید. اشباع داده‌ها^۱ معمولاً زمانی اتفاق می‌افتد که دیگر داده‌های جدید تولید نشود. اشباع، همچنین همراه با توسعه طبقاتی، با ویژگی‌ها و ابعاد خاصی همراه می‌شود که تغییرپذیر بوده و در موقع ساخت نظریه روابط بین مفاهیم را مشخص می‌کند (همان). در این مطالعه، مصاحبه با زنانی که عمل جراحی سزارین را به زایمان طبیعی ترجیح می‌دهند و زنانی که زایمان طبیعی را ترجیح می‌دهند، در بافت واقعی بیمار و بیماری یعنی در بیمارستان انجام شد. بدین ترتیب با انتخاب مرکز آموزشی و درمانی الزهراء شهر تبریز به مثابه محیط پژوهش، ۱۶ زن مورد مصاحبه قرار گرفتند. این مرکز (تأسیس ۱۳۵۱) در مجموع با بیش از ۳۰۰ تخت ثابت، ۲۸۸ تخت فعال و ۱۱ اتاق عمل در زمینه زنان و مامائی در زمره قدیمی‌ترین و فعال‌ترین بیمارستان‌ها یا در واقع قطب‌های آموزشی و درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی تبریز است. داده‌های به دست آمده از این مصاحبه‌ها، به ۳۶۴ قطعه شکسته شد تا در مرحله بعد کدگذاری شده و مقوله‌های آن استخراج شوند. در گام بعدی، هر یک از داده‌ها مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفت و برخی از آن‌ها در ذیل مقوله‌ای جدید لانه‌گذاری شدند و در این میان، نوع‌ها، شکل‌ها و طبقات از یکدیگر تفکیک شدند. در مرحله بعد، مقولات و مفاهیم برای ساختن و شکل‌دادن به گزاره‌های مفهومی مورد گزینش قرار گرفتند. و در نهایت با آشکار شدن ارتباط میان مقوله‌های استخراج شده و گزاره‌ها، خط داستانی مطالعه پدیدار شد که خلاصه آن در بخش پایانی مقاله آمده است.

^۱ saturation data

داستان آغاز حاملگی تا ورود به اتاق عمل

زن حامله با تجربه احساسات جدید، ناشناخته و شرایطی که تا پیش از این برایش مبهم بود وارد یکی از مهمترین مرحله زندگی خود یعنی تجربه مادری می‌شود. مادر شدن تمام زندگی زنان را تحت تاثیر قرار می‌دهد. اگر تا دیروز فقط زن بود، امروز مسئولیت مادر شدن و عواطف و احساساتی مادرانه تمام وجود زن را فرا می‌گیرد. حس به وجود آوردن یک موجود زنده و در عین حال ناشناخته حسی غریب برای تمام زنانی است که برای اولین بار حامله می‌شوند و همراه با اضطراب و استرس فراوان طعم شیرین مادر شدن را نیز می‌چشند. مادر شدن پا به وادی محبت نهادن است که آمادگی ذهنی، روحی و روانی را می‌طلبد. به یکباره یا با برنامه ریزی قبلی می‌فهمد که حامله است. اوایل باورش نمی‌شود، به دکتر مراجعه می‌کند حالت تهوع، سرگیجه، خستگی مفرط، گرفتگی عضلات و غیره واقعاً حامله است.

پرسش‌های بسیار زیادی در خصوص فرزندآوری و زایمان وجود دارد. چه خواهد شد؟ چگونه خواهد شد؟ آیا درد زیادی خواهد داشت؟ آیا بچه سالم به دنیا خواهد آمد؟ آیا خودش سالم خواهد ماند و نوزادش را در آغوش خواهد گرفت؟ و سوالاتی از این جنس. به دنبال چیزی است که او را از این همه بلا تکلیفی و بی‌خبری برهاند. از زنان فامیل، دوست و آشنا سوالاتش را می‌پرسد. به دنبال یک پزشک متخصص خوب زنان و زایمان می‌گردد تا تحت نظر دکتری خوب باشد. هر ماه به پزشک مراجعه می‌کند تا خیالش از بابت سلامتی نوزاد راحت شود. دیگر به مرحله‌ای رسیده که باید به فکر زایمانش باشد. هر کس نظری دارد برخی زایمان طبیعی را توصیه می‌کنند و برخی سزارین را. می‌گویند سزارین راحت و بدون درد است؛ خیلی‌ها سزارین می‌کنند پس خوب است.

او نیز مثل همه از درد می‌ترسد، به ویژه درد زایمان. دردی که حتی اگر قبلاً تجربه‌اش را داشته باشد باز به همان اندازه ترسناک و مبهم است. تصور اینکه ساعت‌ها در اتاق زایمان درد بکشد برایش سخت است. به همین خاطر به دنبال چیزی است که اولاً دردش را کاهش دهد و همچنین از این حالت غیرقابل پیش‌بینی به در آید. خیلی از زنانی را می‌بیند که سزارین کرده‌اند و اظهار راحتی می‌کنند. همسرش، مادرش، دوستان و اطرافیان که تأثیر زیادی بر افکار و تصمیمات او دارند، او را تشویق به سزارین می‌کنند. در این میان دلایل زیادی وجود دارد که اطرافیان او را به سزارین تشویق می‌کنند. همسرش از سلامتی و تاثیر زایمان طبیعی بر کیفیت روابط زناشویی‌شان می‌ترسد، مادرش به خاطر آسیب‌هایی که خود در زمان گذشته متحمل شده است و از روی دلسوزی نمی‌خواهد دخترش زایمان طبیعی کند و دوستانش سزارین را بهتر و راحت‌تر می‌دانند.

با دکتر خود به صحبت می‌نشیند. شرایط بیمارستان را نیز می‌سنجد. اتاق عمل در مقایسه با اتاق زایمان طبیعی (واژینال) دارای کیفیت بالاتری است. در اتاق عمل همه حواسشان به مادر است و به او می‌رسند، همه چیز استریل است و مادر با احترام به آنجا فرستاده می‌شود. قبلا از مادرانی که زایمان طبیعی کرده بودند شنیده بود که در اتاق زایمان طبیعی چند تخت را در کنار هم گذاشته‌اند، یکی درد می‌کشد، یکی فریاد می‌کشد، یکی با درد زیاد بچه‌اش را به دنیا می‌آورد و همه این‌ها باعث استرس و درد مادرانی می‌شود که حتی درد زیادی ندارند. در صورتی که زایمان طبیعی باید در آرامش کامل و با کمک یک ماما باشد. اکثر مواقع دانشجویان سال‌های اول به اتاق زایمان می‌روند و هر کسی دلش خواست دهانه رحم را معاینه می‌کند. همه غریبه هستند و این استرس مادر را زیاد می‌کند.

یک تجربه جدید با یک روش جدید رضایت‌خاطری برای مادر به وجود می‌آورد. زیرا علم پزشکی به کمک شتافته و در عین حال از زایمان طبیعی که خیلی‌ها آن را دیگر قدیمی تلقی می‌کنند به دور مانده است. سزارین را هم برای خود و هم برای کودک امن‌تر می‌داند. طبیعی است که وقتی هیچ اطلاع‌رسانی و آگاه‌سازی صورت نگرفته، زنان این جامعه حتی زنان تحصیل‌کرده و جوان از عوارض سزارین و عواقب آن آگاهی ندارند. آن‌ها فکر می‌کنند فشاری که در زایمان طبیعی بر سر نوزاد وارد می‌شود بر روی ضریب هوشی کودک تاثیر منفی می‌گذارد و با چنین باورهای غلطی سزارین را امن‌تر و بهتر تلقی می‌کنند. این تفکرات حول محور زایمان طبیعی نشان می‌دهد که پزشکی قدرت زیادی در مجاب کردن افراد یک جامعه داشته و سزارین یک سازه اجتماعی است. وقتی زن باردار خود را در مقام مقایسه با مادران و مادر بزرگ‌ها قرار می‌دهد از انتخاب خود مطمئن‌تر می‌شود. زیرا او زنی با بدنی ظریف و بدون تحمل است و نمی‌تواند تاب درد زایمان طبیعی را بیاورد. بعضی مواقع فکر می‌کند کم‌خون است، لگنش زیاد بزرگ نیست، تغذیه‌اش مناسب نیست طوری که اگر فشار زایمان طبیعی بر او وارد شود جسمش به تحلیل می‌رود. البته چنین افکاری متاثر از شرایط اجتماعی نیز می‌باشد که همیشه زنان را انسان‌های درجه دو می‌انگارند که حتی نمی‌توانند یک میز را بلند کنند و دختر بچه‌ها با این نگرش بزرگ می‌شوند. در کنار این، مسئله دیگر حفظ زیبایی اندام می‌باشد و این باور غلط که در سزارین شکم مادر کاملا خالی می‌شود و زودتر به اندام قبلی خود بر می‌گردد.

او برای زندگی برنامه ریزی می‌کند و طالب فرزندی برنامه‌ریزی شده است که جنسیت و زمان تولدش را بداند تا آن‌طور که باید، از او استقبال کند. انتخاب با اوست یا باید ساعت‌ها در اتاق زایمان به انتظار تولد کودکش درد بکشد یا خود شخصا به اتاق عمل رفته و بعد از ۱۰ دقیقه صدای گریه کودکش را بشنود. او شرایط را می‌سنجد و سعی در انتخاب بهترین شرایط می‌کند و چه چیزی بهتر از این‌که بدون درد و در کمال آرامش فرزند خود را به دنیا بیاورد. پزشکان جراح با لباس سبز رنگ احاطه‌اش کرده‌اند، رابطه نایبری بین پزشک و مادر وجود دارد. مادری که بعد از نه ماه زحمت و تحمل ناملايمات بارداری، اکنون خود را به دست فردی سپرده که دارای دانشی آمرانه است. آیا زایمان امری است که به دانش و علم پزشکی نیاز دارد؟ اگر

آری، پس باید به این پرسش جواب داد که چگونه در طول تاریخ زایمان یک امر طبیعی بود و بدون نیاز به پزشک اتفاق می‌افتاد؟ اگر نه، پس چگونه می‌شود که زنان به عنوان موجودات منفعل در برابر هژمونی پزشکی سر تسلیم فرود می‌آورند. به راستی جواب این سوالات در کجا است؟ جز اینکه به قدرت پزشکی ایمان بیاوریم و هر آنچه اتفاق می‌افتد را از دریچه قدرت ببینیم. پزشک قدرت تعریف مسایل به نفع پزشکی را دارد، مسایل طوری تعریف می‌شوند که منفعت پزشکان تامین شود و این یعنی پزشکی شدن و مصادره موضوع یا مساله.

در یک لحظه چیزی نمی‌فهمد. تیغ جراحی بر روی شکمش کشیده می‌شود، دکترها وقت تلف نمی‌کنند. هفت لایه از بدنش بریده می‌شود و دکتر با دست حفره‌ای را که به وجود آورده بازتر می‌کند. زمان زیادی نمی‌گذرد و سر نوزاد را بیرون می‌آورند و سریع دهانش را تخلیه می‌کنند. اولین گریه کودک شنیده می‌شود. زیباست و توصیف نشدنی. لحظه تولد یک انسان. خدایا عظمتت را شکر. گریه کودک، لبخند را بر لبان مادر می‌نشانند. لبخندی از شکر، از رضایت، از مادر شدن.

مقولات و گزاره‌های پژوهش

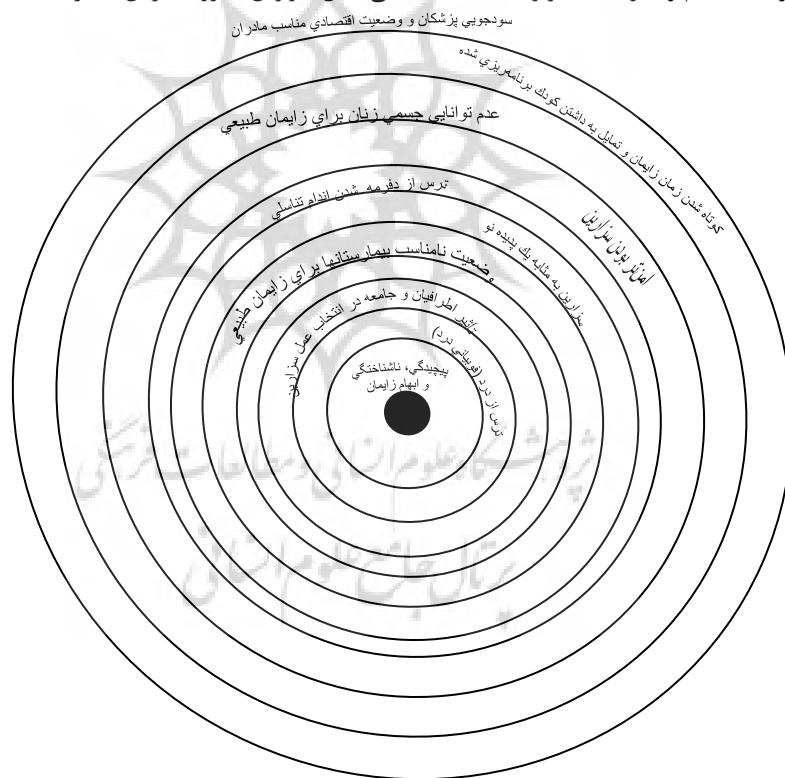
همان طور که در بخش‌های قبلی مقاله آمده است با انجام کدگذاری باز و شناخت مفاهیم، می‌توان به مرحله مقوله‌بندی و استخراج مقولاتی وارد شد که نسبت به مفاهیم از سطح انتزاع بالایی برخوردارند. این مقولات زیربنای ساخت نظریه هستند. یافته‌های تحقیق نشان می‌دهند که طرح مفاهیمی، در سطح کلی توسط زنان مشارکت‌کننده می‌تواند شامل مقولات زیر باشد.

- ۱- ناشناخته بودن و ابهام زایمان.
- ۲- ترس از درد زایمان طبیعی (ترس از درد، ترس از زایمان طبیعی، ترس از معاینات واژینال، استرس و اضطراب).
- ۳- تأثیر اطرافیان مهم^۱ و جامعه در انتخاب سزارین (پیشنهاد همسر، پیشنهاد خانواده یا دوستان، پیشنهاد پزشک).
- ۴- اعتماد به پزشکان و متخصصان زنان و زایمان.
- ۵- وضعیت نامناسب بیمارستان‌ها برای زایمان طبیعی (برخورد نامناسب پرسنل زایشگاه در طی ساعات درد کشیدن در زایمان طبیعی، وضعیت نامناسب اتاق زایمان طبیعی).
- ۶- تلقی سزارین به مثابه یک پدیده مدرن.
- ۷- ترس از به‌هم‌ریختگی و از شکل افتادن اندام تناسلی (پیشگیری از پاره‌گی‌های دستگاه تناسلی، پیشگیری از شل‌شدگی و تغییر شکل دستگاه تناسلی، تغییر نیافتن کیفیت روابط زناشویی).
- ۸- امن‌تر بودن سزارین.

^۱ significant others

۹- عدم توانایی جسمی زنان برای انجام زایمان طبیعی.
 ۱۰- کوتاه شدن زمان زایمان و تمایل به داشتن کودک برنامه‌ریزی شده.
 ۱۱- سودجویی پزشکان و وضعیت اقتصادی مناسب مادران.
 مقولات مذکور به دو دسته گزاره‌های ذهنی و گزاره‌های ساختاری قابل دسته بندی هستند. گزاره‌های ذهنی شامل مقوله‌های ۱، ۲، ۶، ۷ و ۸ و گزاره‌های ساختاری شامل مقوله‌های ۳، ۴، ۵، ۹، ۱۰ هستند. همان طور که شکل ۱ نشان می‌دهد در میان مقوله‌های مختلف استخراج شده از داده‌ها و شواهد کیفی این مطالعه، "ناشناختگی و ابهام عمل زایمان" مقوله و مفهومی جوهری^۱ است و در کانون مفاهیم و روایت‌های بدست‌آمده از زنان مشارکت‌کننده در خصوص عمل سزارین قرار دارد. در این شکل، فاصله سایر مقولات از مقوله مرکزی، به نحوی دفعات تکرار یا تصریح در خصوص آن مفاهیم و مقوله‌ها، داده‌ها و شواهد کیفی را نشان می‌دهد.

تصویر ۱: مفاهیم و مقوله‌های مربوط به خط داستانی عمل سزارین به روایت زنان مشارکت‌کننده



نتیجه‌گیری

¹ core concept

در این مقاله تلاش شد با اتخاذ رویکردی خاص از برساخت‌گرایی در انسان‌شناسی و جامعه‌شناسی (فابیون و مارکوس، ۲۰۰۸)، ماهیت برساخت‌گرایانه مفاهیم فرزندآوری و زایمان مورد تصریح قرار گیرد. این مقاله با توسل به نتایج پژوهشی کیفی به سهم خود نشان داد که مسلّم پنداشتن^۱ ماهیت زیست‌پزشکی مفاهیم یا رخداد‌های فرزندآوری و زایمان عملاً چشم ما را به طرح بسیاری از پرسش‌های اساسی درباره ماهیت و ویژگی‌های واقعی و دلالت‌های خاص این موضوعات می‌بندد. این مقاله نشان داد که فرزندآوری و زایمان در صورتی به مثابه رخداد‌هایی بنیادین و در عین حال طبیعی در زندگی افراد و خانواده‌ها شناخته می‌شوند که همواره با بحث‌ها و مناقشه‌های زیادی در حوزه‌های عمومی، خصوصی و حرفه‌ای همراه بوده‌اند و تصمیم‌گیری‌های مربوط به آن، از جمله تصمیم درباره نوع زایمان (طبیعی یا واژینال، با کمک مامای محلی یا مامای آموزش دیده یا با کمک و مداخله پزشک یا جراح / عمل سزارین و...) و محل انجام عمل زایمان (منزل یا بیمارستان) و چگونگی عمل زایمان، پیوسته با منظومه‌ای از باورها و نگرش‌های مبهم و دوگانه همراه بوده است. نکته‌ای که ذکر آن در اینجا ضروری به نظر می‌رسد، این است که شیوه‌های عقلانی‌سازی و مشروع‌سازی تصمیمات مربوط به باروری، فرزندآوری و زایمان در یک خلاء اجتماعی- فرهنگی، سیاسی و اقتصادی رخ نمی‌دهد. برای مثال، انتخاب و اتخاذ این تصمیمات به نحوی با فرایندها و تحولات اجتماعی- فرهنگی و سیاسی در جوامع انسانی از جمله مدرنیزاسیون، گسترش شهرنشینی و سطح توسعه اجتماعی- فرهنگی جوامع انسانی پیوند دارد.

این مقاله به سهم خود نشان داد که فرزندآوری پدیده‌ای صرفاً زیستی - پزشکی نیست و نباید به مثابه نوعی بیماری یا اختلال با آن برخورد کرد که نیازمند یک مداخله پزشکی باشد. از این‌رو، نمی‌توان فرزندآوری را صرفاً به قلمرو زیست‌پزشکی محدود کرد یا به نفع پزشکی آن را مصادره نمود. مطالعات و واکاوی‌های متعدد نشان داده است افراد و گروه‌های ذی‌نفع و مرتبط، به ویژه زنان، باورها، تصورات و تجربیات زیسته گوناگونی از فرزندآوری و زایمان دارند و معانی و گفتمان‌های مربوط به این رخدادها از تنوع فرهنگی یا میان فرهنگی قابل ملاحظه‌ای در جوامع انسانی برخوردار است. این، یعنی اینکه افراد و گروه‌های ذی‌نفع و مرتبط، به ویژه زنان به اشکال گوناگونی فرایندها و تجربیات زیسته مربوط به باروری، فرزندآوری و زایمان و مادری را می‌فهمند، تصمیمات و رفتارهای ناظر بر آن‌ها را عقلانی یا مشروع می‌سازند و در نهایت روایت و مفهوم‌پردازی می‌کنند (اشتاینبرگ^۲، ۱۹۹۶؛ سلین^۳، ۲۰۰۹).

^۱ taking for granted

^۲ Steinberg, S

^۳ Selin, H

بنابراین واقعیت و با توجه به ناکارآمدی‌ها و تنگناهای الگوهای کلاسیک زیستی - پزشکی، در فهم کلیت معانی فرهنگی و پیچیدگی‌های خاص رفتارهای باروری و فرزندآوری و تصمیم‌های مربوط به زایمان، امروزه بسیاری از متفکرین و پژوهشگران باروری و سلامت فرزندآوری و زایمان از الگوهای صرف زیستی - پزشکی روی برگردانده و به الگوهای تلفیقی‌تر^۱ و چندبعدی‌تر با محوریت الگوهای اجتماعی - فرهنگی سلامت و ناخوشی متوسل شده‌اند. به همین دلیل، دست کم در دو دهه گذشته بدنه دانش و پیشینه پهن‌دامنه‌ای در حیطه مطالعات اجتماعی - فرهنگی فرزندآوری و زایمان شکل گرفته است. همان طور که در بخش‌های قبلی مقاله، خلاصه‌وار بازنگری شده است، مطالعات و پژوهش‌های اشتانیرگ (۱۹۹۶)، لی (۲۰۰۳، ۲۰۰۶)، وندلند (۲۰۰۷)، کلینگامن و بال (۲۰۰۷)، والش^۲ (۲۰۰۹) و سیلین (۲۰۰۹) را می‌توان به مثابه بخش کوچکی از این بدنه دانش و پیشینه پهن‌دامنه (پارادایم فکری) تلقی کرد. در مجموع، مطالعات و پژوهش‌های متعلق به پارادایم فکری یا مدل اجتماعی - فرهنگی فرزندآوری و زایمان در چندین ویژگی با هم سهیم‌اند:

- ۱- عمدتاً ماهیتی انتقادی^۳ دارند. یعنی منتقد الگوهای خطی، صرفاً زیستی - پزشکی و یک بعدی از پدیده‌های فرزندآوری، زایمان و مادری هستند. برای نمونه، لی^۴ (۲۰۰۳) در آثار خود به ویژه در کتاب سقط جنین، مادری و سلامت روانی پروژه پزشکی شدن مادری را به نقد کشیده است (لی، ۲۰۰۳، ۲۰۰۶).
- ۲- عمدتاً ماهیتی تلفیقی داشته و از رویکردها و الگوهای میان‌رشته‌ای و چندرشته‌ای بهره برده و واکاوی‌ها و پژوهش‌های آن‌ها توسط تیم‌های ترارشته‌ای نوابری و هدایت می‌شوند.
- ۳- مفاهیم، موضوعات و تجربیات مورد مطالعه را مسلم تلقی نکرده و بر ماهیت پیچیده و نامعین آن‌ها تصریح دارند.
- ۴- عمدتاً بر این اصل موضوعه تصریح می‌کنند که سلامت و ناخوشی توسط عوامل اجتماعی - فرهنگی شکل می‌گیرند.
- ۵- موضوعات مرتبط با سلامت باروری و فرزندآوری، از جمله عمل زایمان و چگونگی آن به همان نسبت که هستارهایی عینی‌اند، ذهنی و میان‌ذهنی نیز هستند.
- ۶- ابعاد ذهنی و میان‌ذهنی^۵ سلامت و ناخوشی دست کم به اندازه ابعاد عینی^۶ آن از اهمیت برخوردار است.

¹ integrated

² Walsh, D. J

³ critical

⁴ Lee, E

⁵ subjective & enter-subjective

⁶ objective

تقریباً بخش عمده‌ای از ویژگی‌های فوق در واکاوی کیفی این مطالعه مورد تصریح قرار گرفته است. نتایج واکاوی کیفی و شواهد بدست آمده از مشارکت کنندگان در این مطالعه نشان می‌دهند که ابهام‌ها، تردیدها، نامعین‌گری‌ها و دوگانگی‌های^۱ مفهومی و معنایی زیادی در خصوص فرزندآوری و عمل سزارین وجود دارد. زنان مورد مطالعه، در خصوص زایمان از طریق عمل سزارین، مقوله‌ها و مفاهیم مختلفی را بیان و به اشکال گوناگونی مشخص و تعریف کرده و در نهایت سنخ‌بندی و روایت نموده‌اند. وجود این ابهام‌ها و دوگانگی‌های مربوط به فرزندآوری و زایمان، علاوه بر اینکه به سهم خود پیچیدگی‌های هستی‌شناختی، معرفت‌شناختی و روش-شناختی واکاوی در این مفاهیم و پدیده‌ها را نشان می‌دهد، به نحوی ماهیت انتخابی عمل سزارین و سایر تصمیم‌های مربوط به فرزندآوری و زایمان را به چالش می‌کشد (کر، ۲۰۰۹). این شواهد همچنین مؤید آن است که مشارکت کنندگان به سبک‌های گوناگونی، انتخاب یا عدم انتخاب عمل سزارین را مشروعیت‌سازی و عقلانی‌سازی می‌کنند. به طور کلی، همان طور که در شکل نشان داده شد، در میان مقوله‌های مختلف استخراج‌شده از داده‌ها و شواهد کیفی این مطالعه، ”ناشناختگی و ابهام عمل زایمان“ مقوله و مفهومی جوهری^۲ است و در کانون مفاهیم و روایت‌های بدست‌آمده از زنان مشارکت‌کننده در خصوص عمل سزارین قرار دارد و سایر مفاهیم و مقوله‌ها در فواصلی از مقوله مرکزی یا جوهری قرار دارند.

مقاله حاضر از نظر تحلیلی نشان می‌دهد که در میان گروه منتخبی از مادران تبریزی و در جامعه ایران، که از بسیاری از جهات از جمله از حیث جمعیتی، تغذیه‌ای، اپیدمیولوژیک و سلامت دوره‌ای انتقالی (در حال گذر)^۳ را سپری می‌کند، وقایع، تجربیات و فرایندهای طبیعی و نرمال فرزندآوری و زایمان به شکل روزافزونی در حال پزشکی شدن هستند و نیروها و موتورهای هدایت‌گر فرایند پزشکی شدن، از جمله پزشکان و جراحان زنان و زایمان، از استراتژی‌های گوناگونی برای تصویرسازی زیست‌پزشکی از این پدیده‌ها و نام‌گذاری و نهادینه کردن آن‌ها به مثابه موضوعات شک‌ناپذیر پزشکی استفاده می‌کنند. به نظر می‌رسد استراتژی‌هایی مانند ابهام‌افزایی و افسون‌زایی و نیز ترس‌آفرینی و تلاش برای استمرار و حفظ آنچه که ”ترس و بیم از زایمان طبیعی“^۴ نامیده می‌شود، همچنان در زمره مهم‌ترین راهبردهای برساخت پزشکی یا پزشکی‌سازی فرزندآوری و زایمان و تجربه مادری در جامعه ایران است.

این مقاله صرفاً نتایج یک واکاوی کیفی درباره زایمان از طریق عمل سزارین را نشان

¹ ambivalence

² core concept

³ In transition

⁴ tokophobia

نمی‌دهد، بلکه، این مقاله تلاشی بود برای تصریح بر ماهیت برساخت‌گرایانه و تعریف‌محور مفاهیم و وقایع مهم زندگی مانند باروری، مادری، پدری و فرزندآوری. این مقاله نشان داد که واقعیت‌ها و تصاویر مربوط به این مفاهیم و وقایع در هر جامعه‌ای، از جمله جامعه ایران، از حیث اجتماعی- فرهنگی برساخته و خلق می‌شوند و نمی‌توان سازه یا تصویر خاصی از آن‌ها را مسلم، عینی، جهان‌شمول و ثابت فرض کرد. این مقاله در واقع دعوتی است برای انجام واکاوی‌ها و تأملات برساخت‌گرایانه و تعریف‌محور در حیطه "انسان‌شناسی سلامت و پزشکی"، به ویژه در مطالعات مربوط به سلامت باروری، فرزندآوری و تجربیات زیسته مادری و زایمان، و همچنین تلاشی است برای معرفی و بیان ویژگی‌های مدل‌های تلفیقی و کارآمد زیستی- فرهنگی در این حیطه مطالعاتی.



منابع

- امیرخانی، امیر (۱۳۸۷)، میزان سزارین در شهرهای بزرگ از مرز ۷۰ درصد هم گذشت، **بولتن خبری وزارت بهداشت**، درمان و آموزش پزشکی (آینه رسانه)، سه‌شنبه، ۱۳۸۷/۱۰/۱۰.
- بانهنر، علیرضا و شعبانی، علی‌اکبر و آقاجانی، مریم (۱۳۸۹)، «مطالعه مورد شاهدی عوامل مؤثر بر سزارین و روند ده ساله فراوانی آن در شهرستان دامغان ۱۳۸۶-۱۳۷۷»، **مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران**، دوره ۶، شماره ۱، صص ۳۸-۳۳.
- جعفریان، علی‌اکبر (۱۳۸۱)، **آشنایی با روش‌های زایمان بدون درد**، تهران: نشر دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی ایران.
- عزیزی، فریدون (۱۳۸۶)، «زایمان با عمل سزارین: افزایشی تکان‌دهنده، پژوهش در پزشکی»، **مجله پژوهشی دانشکده پزشکی**، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، ۳۱(۳): ۱۹۳-۱۹۱.
- عزیزی، مریم و پونه سالاری (۱۳۸۸)، «رویکرد اخلاقی در زایمان سزارین با درخواست مادر»، **مجله اخلاق و تاریخ پزشکی**، ۲(۲): ۶۶-۵۵.
- علی‌محمدیان، معصومه و همکاران (۱۳۸۲)، «بررسی تأثیر درخواست زنان باردار بر میزان سزارین انتخابی»، **فصل‌نامه پیش**، سال ۲، شماره ۲، صص ۱۳۹-۱۳۳.
- فلاحیان، معصومه (۱۳۸۶)، «سزارین در بین زنان ایران»، **گروه زنان و زایمان دانشگاه علوم پزشکی، پژوهش در پزشکی**، شماره ۲.
- کیوان‌آرا، محمود (۱۳۸۶)، **جامعه‌شناسی پزشکی**، اصفهان: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.
- گرمارودی، غلامرضا (۱۳۸۱)، «بررسی عوامل زمینه‌ساز انجام عمل سزارین در مادران باردار»، **فصل‌نامه پیش**، سال اول، شماره ۲، صص ۴۹-۴۵.
- قاضی طباطبایی، محمود؛ ابوعلی و دادهیر؛ علیرضا محسنی‌تبریزی (۱۳۸۶)، «پزشکی شدن به مثابه بازی: تحلیلی بر برساخت اجتماعی مسائل انسانی»، **پژوهش‌نامه علوم انسانی (ویژه نامه علوم اجتماعی)**، شماره ۵۳.
- قاضی طباطبایی، محمود و ابوعلی و دادهیر (۱۳۸۷)، «رحم جایگزین: تأملی برساخت‌گرایانه بر پزشکی شدن مادری»، **فصل‌نامه باروری و ناباروری**، دوره نهم، شماره دوم (تابستان ۱۳۸۷)، صص ۱۴۴-۱۶۴.
- محمدیان، علی و همکاران (۱۳۸۲)، «بررسی تأثیر درخواست زنان باردار بر میزان سزارین انتخابی»، **فصل‌نامه پیش**، سال ۲، شماره ۲: صص ۱۳۹-۱۳۳.
- ممودی، زهرا (۱۳۹۰)، **طراحی و آزمون الگوی تصمیم‌گیری مادران در مورد زایمان در منزل، شهر زاهدان**. پایان‌نامه جهت اخذ درجه دکتری بهداشت باروری. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی. دانشکده پرستاری و مامایی.

- ≠Ahmad-Nia, S. Delavar, B. Eini-Zinab, H., Kazemipour, S., Mehryar, A. H., & M. Naghavi (2009), "Caesarean Section in The Islamic Republic of Iran", In EMHJ 15 (6): 1389-1400.
- ≠Barker, K. (1998), *A Ship upon a Stormy Sea: The Medicalization of Pregnancy*, Published & Printed in Great Britain.
- ≠Best, J (2008), *Social Problems*, New Jersey: W. W. Norton.
- ≠Blumer, H (1971), "Social Problems as Collective Behavior", In *Social Problems* 18 (3): 298 - 306.
- ≠Cohler, R. C (1992), *Woman and Medicalization: A New Perspective*, New York: Wiley Blackwell.
- ≠Creswell J.W (2011), *Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches*, London: Sage.
- ≠Conrad, P (1992), "Medicalization and Social Control", In *Annual Review of Sociology* 18: 209-32.
- ≠——— (2005), "The Shifting Engines of Medicalization", In *Journal of Health and Social Behaviors* 46: 3-14.
- ≠——— (2007), *The Medicalization of Society: On The Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*, Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- ≠Conrad, P. & J. Schneider (1992), *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*, Philadelphia: Temple University Press.
- ≠Conrad, P., Mackie, T. & A. Mehrotra (2010) "Estimating The Costs of Medicalization", In *Social Science & Medicine* 70: 1943-1947.
- ≠Faubion, J. D. & G. E. Marcus (2008), Constructionism in Anthropology, In: Holstein, J. A. & Oubrium, J. F (eds), *Handbook of Constructionist Research*: 67-84, New York: The Guilford Press.
- ≠Fenwick, J. et al (2010), "Why Do Women Request Caesarean Section in A Normal, Healthy First Pregnancy?", In *Midwifery* 26 (4): 394-400.
- ≠Getz J.G. & Hawkins, R (1979), *Medicalization as Carcinogen*, Dallas: Southern Methodist University, Sociological Forum Publication.
- ≠Ginsburg, F. & Rapp R (1991), "The Politics of Reproduction", In *Annual Review of Anthropology* 20: 311-343.
- ≠Halvorsen, L, et al (2010), "Does Counselor's Attitude Influence Change in a Request for a Caesarean in Women with Fear of Birth?", In *Midwifery* 26 (1): 45-52.
- ≠Hildingsson, I (2008), "How Much Influence Do Women in Sweden Have on Caesarean Section? A Follow-up Study of Women's Preferences in Early Pregnancy", In *Midwifery* 24(1): 46-54.
- ≠Illich, I (1975), *Medical Nemesis: The Expropriation of Health*, London: Marion Boyars.
- ≠Karlström, A., et al. 2009. "Swedish Caregivers' Attitudes to Caesarean Section on Maternal Request". In *Women and Birth* 22 (2): 57-63.
- ≠Kerr, A. 2009, "Reproductive Genetics: From Choice to Ambivalence and Back Again", In Atkinson, P. Glasner, P. & M. Lock (eds), *Handbook of Genetics and Society*: 59-75. London: Routledge.
- ≠Klingaman, K. & H. Ball (200), "Anthropology of Caesarean Section Birth and Breastfeeding", In *Durham Anthropology Journal* 14 (1): 1-7.
- ≠Lee D. A (1997), *Medicalization of Childbirth: An Exploration of The Hospital-Centered Childbirth Experience*, Unpublished PhD Thesis: University of New Brunswick.
- ≠Lee, E (2003), *Abortion, Motherhood, and Mental Health: Medicalizing Reproduction in The United States and Great Britain*, New York: Aldine de Gruyter.
- ≠——— (2006), "Medicalizing Motherhood", In *Society Transaction* 43 (6).

- ≠Loseke D. R (2003), *Thinking about Social Problems: An Introduction to Social Constructionist Perspectives*, New York: Aldine de Gruyter.
- ≠Sutherland M. S (1979), *Pregnancy As a Social Construction*, Unpublished PhD Dissertation: Lakehead University. Canada.
- ≠Mander, R (2007), *Caesarean: Just Another Way of Birth?*, London: Routledge.
- ≠Mayer, T (2001), *Social Research: Issues, Methods and Process*, Philadelphia: Open University Press.
- ≠Pillitteri, A (2002), *Preparation for Child and Parenting: Maternal & Child Health Nursing, Care of Childbearing & Childrearing Family*, 4th Edition. Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins.
- ≠Quadros, LGA (2000) "Brazilian Obstetricians Are Pressured to Perform Caesarean Sections", In *British Medical Journal* 320: 1073-1074.
- ≠Rogers J (2007), *Guide to Pregnancy and Birth for Women with Disabilities*, New York: Demos Medical Publishing.
- ≠Selin, H. (ed) (2009), *Childbirth Across Cultures, Science Across Cultures*, New York: Springer.
- ≠Steinberg, S (1996), "Childbearing Research: A Transcultural Review", In *Social Science and Medicine* 43 (12): 1765-1784.
- ≠Spector M. & Kitsuse J (1987/1977), *Constructing Social Problems*, New York: Aldine de Gruyter.
- ≠Strauss. A. & J. Corbin (2008), *Basics of Qualitative Research*, 3rd Edition, Newbury Park: Sage Publications.
- ≠Teddlie, C. & A. Tashakkori (2009), *Foundations of Mixed Methods Research*, London: Sage.
- ≠Walsh, D. J (2010), "Childbirth Embodiment: Problematic Aspects of Current Understandings", In *Sociology of Health & Illness* 32 (3): 486-501.
- ≠Wendland, C (2007), "The Vanishing Mother: Cesarean Section and Evidence-Based Obstetrics", In *Medical Anthropology Quarterly* 21(2): 218-233.
- ≠Yoshihama, M (2002), "The Definitional Process of Domestic Violence in Japan: Generating Official Response Through Action-oriented Research and International Advocacy", In *Violence against Women* 8 (3): 366- 399.