

پژوهش‌های انسان‌شناسی ایران
دوره ۱۰، شماره پیاپی ۱۹
بهار و تابستان ۱۳۹۹، صص ۷۹-۵۵

برساخت اجتماعی جنین انسانی: تأملی بر شکل‌گیری انسان‌شناسی فناوری‌های انتخاب باروری

مرتضی کریمی^۱

ابوعلی وداده‌پیر^۲

زهره انواری^۳

رضا عمانی سامانی^۴

تاریخ دریافت ۱۳۹۹/۵/۹

تاریخ پذیرش ۱۴۰۰/۴/۱

چکیده

پیشرفت در حوزه وسایل کمک‌باروری و انتخاب باروری تغییراتی را در معنا و دلالت‌های منسوب به جنین و فرزند در دنیا ایجاد کرده است. برای نخستین بار، کنترل جمعیت پیش از تولد ممکن شده و از به‌دنیا آمدن فرزندان که ناهنجاری‌های جنینی دارند جلوگیری شده است و تنها به فرزندان «سالم» اجازه حیات داده می‌شود. این فناوری‌ها، که به‌مرور زمان به کشورهای درحال توسعه حرکت می‌کنند، محصولاتی صرفاً یا خنثی نیستند. بلکه دستگاه^۵ - به تعبیر میشل فوکو- هستند که در قالب یک فرم فرهنگی در دل شکل‌بندی فرهنگ بومی قرار می‌گیرند. معمولاً پیشگامان پزشکی طی فرایند زمانی و تاریخی به مشروعیت‌سازی، عادی‌سازی و بهنجار کردن این نوآوری‌ها پرداخته‌اند و موانع را از میان برداشته‌اند؛ از این‌رو تولد از امری صرفاً زیستی یا انتخابی شخصی به امری اقتصادی، سیاسی، فرهنگی و اجتماعی بدل شده است. به عبارت دیگر، دولت‌ها در چند دهه گذشته از کنترل کمی جمعیت فراتر رفته و به کنترل کیفیت جمعیت توجه کرده‌اند؛ بنابراین داشتن فرزند سالم، تنها یک فانتزی فردی نیست، بلکه امری است که تحقق آن تا حدود زیادی به سیاست‌گذاری‌های دولتی وابسته است. هدف این مقاله توجه به ضرورت مطالعات و تأملات انسان‌شناختی در این حوزه و این مقوله است که آیا ورود و کاربرد این فناوری‌ها مفید است. همچنین برای مطالعه این فرایند اجتماعی تغییر معانی و دلالت‌های فرهنگی مفهوم جنین و فرزند و سیاست‌گذاری‌های دولتی در جهت روتین‌شدن و عملیاتی‌شدن این فناوری روش اتنوگرافی چندجایی و دیدگاه‌هایی مرتبط پیشنهاد شده است.

واژه‌های کلیدی: انتخاب جنسیت، پزشکی‌شدن بارداری، تجربه لقاح، جنین، خانواده هنجار، فناوری‌های کمک به انتخاب باروری (ARTs & SRTs)، معنای فرزند، ناباروری.

^۱ پژوهشگر و دانش‌آموخته دکتری انسان‌شناسی، گروه انسان‌شناسی دانشگاه تهران

^۲ دانشیار انسان‌شناسی و مطالعات سلامت، گروه انسان‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران و عضو هیئت‌علمی مؤسسه قطب جامعه‌شناسی سلامت (CEHS) دانشگاه تبریز (نویسنده مسئول)؛ vedadha@ut.ac.ir

^۳ استادیار انسان‌شناسی، گروه انسان‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران؛ z.anvari@ut.ac.ir

^۴ عضو هیئت‌علمی پژوهشگاه رویان، پژوهشکده زیست‌شناسی و علوم پزشکی تولیدمثل جهاد دانشگاهی، مرکز تحقیقات اپیدمیولوژی، گروه اپیدمیولوژی و سلامت باروری، تهران

^۵ Apparatus

مقدمه و بیان مسئله

در این مقاله، به معانی و دلالت‌های فرهنگی مرتبط با «فناوری‌های انتخاب باروری»^۱ و نقش این فناوری‌ها در تعریف جدید از مفاهیم مهمی مانند بارداری نرمال، آغاز زندگی انسان یا پایان آن در دوران جنینی و معنای سلامت جنین پرداخته شود. فناوری‌های نوین پزشکی نه از یک خلأ فرهنگی و اجتماعی آمده و نه در یک خلأ فرهنگی و اجتماعی جاگیر می‌شوند. آن‌ها در یک نظم و مجموعه‌ای از مناسبات اجتماعی خاص، عموماً در غرب، شکل می‌گیرند و به شکل یک بسته معنایی به بسترهای فرهنگی و اجتماعی دیگر منتقل می‌شوند. همچنین، این فناوری‌ها برخلاف آنچه ممکن است به نظر برسد همیشه لازم و مفید نیستند (این هورن و بیرن‌بام-کارملی، ۲۰۰۸؛ این هورن و فان بالن، ۲۰۰۲)؛ بنابراین استفاده از آن‌ها در کشورهای میزبان، به‌ویژه کشورهای در حال توسعه یا کشورهایی با مبانی اعتقادات خاص - مانند کشورهای مسلمان - مسائل و چالش‌های اخلاقی، اجتماعی و فرهنگی مختلفی را به دنبال می‌آورند.

از این‌رو، مسیر تحقق این فناوری‌ها از کشور مبدأ تا کشور مقصد و مواجهه و تعاملات آن‌ها با فرهنگ‌های بومی، از سطح دولت‌ها تا کلینیک‌ها و شیوه‌های قانونی‌شدن، مشروعیت‌یافتن، عادی‌شدن، عرفی، هنجاری، عملیاتی‌شدن و در نهایت نهادینه‌شدن آن‌ها در یک نظام اجتماعی متفاوت و چالش‌های اخلاقی، ترس‌ها و امیدهای جدیدی که ایجاد می‌کنند نیز مهم است (براون و وبستر، ۲۰۰۴). توسعه فناوری‌های کمک‌باروری^۲ و انتخاب باروری با پیدایش وسایل پیشگیری از بارداری شروع شد. این وسایل تنها ابزاری تکنولوژیک نبودند، بلکه «اولین انقلاب در حوزه تولیدمثل» در طول تاریخ بشری محسوب می‌شدند که زمینه را برای تغییر در راهبردهای تولیدمثل و یک انقلاب اجتماعی و فرهنگی بزرگ‌تر فراهم کردند. یکی از آثار این ابداع، جداسدن تولیدمثل از رابطه جنسی و آسان‌شدن برقراری رابطه جنسی به قصد لذت و نه برای فرزندآوری بود. تنها ۲۵ سال بعد، یعنی در سال ۱۹۷۸ به‌دنیا آوردن فرزند با استفاده از لقاح مصنوعی^۳ (حذف رابطه جنسی) با تولد لوئیز براون^۴ در انگلستان ممکن شد. امروزه با استفاده از شبیه‌سازی و همچنین استفاده از یاخته‌های اهدایی و دخالت شخص سوم^۵، نیازی به اسپرم و تخمک پدر و مادر اجتماعی^۶ برای داشتن فرزند نیست (بناجیانو و همکاران، ۲۰۰۷).

^۱ Selective Reproductive Technologies (SRT)

^۲ Assisted Reproductive Technologies

^۳ آی‌وی‌اف (IVF) که سرواژه عبارت In vitro fertilization است.

^۴ Brown Louise

^۵ Third party

^۶ پدر و مادر اجتماعی والدین فرزندی هستند که با استفاده از تخمک، جنین یا اسپرم اهدایی به دنیا آمده‌اند و ممکن است هیچ پیوند ژنتیکی با فرزند نداشته باشند. به عبارت دیگر والدین خواهان و سفارش‌دهنده فرزند هستند.

از اوایل قرن بیستم این کوشش در میان انسان‌شناسان وجود داشت که بگویند نه فقط فناوری‌ها در بسترهای فرهنگی خاص و بر مبنای آن شکل می‌گیرند، بلکه اساساً تولیدمثل، امری تنها زیستی نیست. سورگنت و همکاران (۱۹۹۶) با مطالعه تطبیقی تولد در فرهنگ‌های مختلف و بررسی شیوه‌ها و فناوری‌ها و دانش غیراروپایی و مدرن تلاش داشتند این مسئله را نشان دهند (سورگنت و باسکوپ، ۱۹۹۶؛ سورگنت و جانسون، ۱۹۹۶). در این میان افرادی مانند فلویید به نقد پزشکی مدرن و ماشینی‌کردن و قطعه‌قطعه کردن فرایند بارداری و تولد، دانش اقتدارگرایانه پزشکی مدرن و کالایی‌کردن نوزاد و به‌شکل خلاصه به پزشکی‌زده شدن فرایند تولد پرداختند (دیویس-فلویید و سورگنت، ۱۹۹۷؛ میلر، ۲۰۰۹).

با پیدایش و پیشرفت وسایل کمک‌باروری، مسئله تولد و تولیدمثل به مسئله‌ای مهم، اجتماعی و اخلاقی در سراسر جهان تبدیل شد و یک‌بار دیگر، مانند سال‌های نخستین شکل‌گیری مردم‌شناسی، در مرکز پژوهش‌های انسان‌شناسی قرار گرفت (جینسبرگ و رپ، ۱۹۹۵؛ ترنر، ۲۰۰۶؛ فرانکلین و راگون، ۱۹۹۸)، اما سؤال مهم این است که چرا برخی کشورهای درحال توسعه، از جمله ایران، که گاهی با مسئله افزایش جمعیت^۱ (برای مثال در سال‌های ۱۳۵۵-۱۳۶۵) هم مواجه بوده‌اند، در استفاده از فناوری‌های کمک‌باروری پیشتاز بوده‌اند؟ برای مثال در ایران، عربستان و قبرس، غربال‌گری‌های پیش از زایمان برای تمام زنان اجباری است (گمیلتف و ولبرگ، ۲۰۱۴). در واقع، در هیچ کجای دنیا گسترش این فناوری‌ها به اندازه ۲۲ کشور اسلامی در خاورمیانه نبوده است (اینهورن و فان‌بالن، ۲۰۰۲). در سال ۲۰۰۸ در ایران وجود ۵۰ مرکز ناباروری و در سال ۲۰۱۵ حدود ۷۰ مرکز اعلام شده است (آمار غیررسمی حاکی از آن است که در حال حاضر بیش از ۱۰۰ مرکز در ایران فعال هستند) که اینهورن این اتفاق را «انقلاب وسایل کمک‌باروری ایرانیان» می‌داند و ایران را کشوری فرزندخواه یا پروناتالیست^۲ تلقی می‌کند (اینهورن و تریمانینه، ۲۰۱۲؛ عباسی شوازی و همکاران، ۲۰۰۸).

فرزند در ایران، یک فیزیک صرف یا نفس یا مفهومی فردی نیست، بلکه بعدی مهم از حیات جمعی است که برساخته شدن هویت جنسی، جنسیتی، بزرگ‌سالی، خانوادگی و هویت شخصی را تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ بنابراین نبود فرزند، مانعی بزرگ بر سر کامل کردن هویت و همراه با نقص احساس خود^۳ است (قاهری و همکاران، ۲۰۱۶؛ کریمی، ۱۳۹۶). از این‌رو زنان نابارور، فشار اجتماعی بسیاری را از سوی جامعه و به‌ویژه زنان بارور دیگر تحمل می‌کنند و

^۱ Baby boom

^۲ Pronatalist

^۳ Sense of self

ناباروری را داغ ننگ اجتماعی می‌دانند و احساس می‌کنند که دیگران آن‌ها را قضاوت می‌کنند (کریمی و همکاران، ۲۰۱۱؛ کریمی و همکاران، ۲۰۱۵؛ حسن‌پور و همکاران، ۲۰۱۹). تبدیل و حفظ ناباروری به‌مثابه مسئله‌ای اجتماعی، پیشرفت فناوری‌های کمک‌باروری و دردسترس بودن آن‌ها و شعارهایی مانند «پایان ناباروری»^۱ که صاحبان یا مدیران مراکز درمان ناباروری (مانند ابن سینا و رویان) مطرح می‌کنند، به این افراد فشار می‌آورد تا حتی در صورت نداشتن تمایل شخصی، به درمان ناباروری روی بیاورند. درمانی که همراه با امید، اما استرس و فشارهای متعدد است و گاه سودهای کلانی برای اقامه‌کنندگان دعوی و ارائه‌دهندگان این خدمات دارد که پشت این «گفتمان امید» پنهان می‌ماند (کریستوفر و همکاران، ۲۰۱۸).

براساس نظر پژوهشگران، مسئله بارداری وضعیت انتقالی استرس‌زاست. در جریان بارداری، وزن، هورمون‌ها، تغذیه، تصویر و شکل بدنی، امیال و مسئولیت‌های اجتماعی افراد و به تبع آن، معانی ذهنی زنان تغییر می‌کند. همچنین این مسئله درباره زوجین نابارور افزایش می‌یابد (میلر، ۲۰۱۰). اضطراب در این موقعیت، تنها به زنان مربوط نمی‌شود و مردان نیز در حال رویارویی با وضعیت هویت انتقالی، از مرد بودن به پدر بودن هستند (دراپر، ۲۰۰۳). فناوری‌های کمک‌باروری نقشی دوگانه در دادن بیم و امید به مراجعان در جست‌وجوی درمان ناباروری دارند. سونوگراف‌ها و تصویربرداران معمولاً ضمن دادن امید به زوجین از احتمال شکست نیز صحبت می‌کنند (گملتافت، ۲۰۱۳)؛ از این‌رو بسیاری از محققان رابطه عدم قطعیت و فناوری‌های نوین را به عنوان حوزه مطالعاتی خود در موضوع تولیدمثل انتخاب کرده‌اند (فرانکلین، ۲۰۰۲؛ استراترن، ۱۹۹۲)؛ برای مثال اگرچه لقاح مصنوعی به‌منزله فناوری امید تصویرسازی می‌شود، حدود ۷۰ تا ۸۰ درصد افرادی که از آن استفاده می‌کنند، تجربه ناموفقی دارند و دلایل ناموفقیت و حتی موفقیت‌ها به شکل علمی به آن‌ها توضیح داده نمی‌شود و گاه برای خود پزشکان نیز مشخص نیست (فرانکلین، ۲۰۰۲، ۲۰۰۶). افزون‌براین، درحالی‌که میزان موفقیت اولیه (حدود یک‌سوم) در استفاده از لقاح مصنوعی در دفعات یا تلاش‌های بعدی زوجین نابارور کمتر می‌شود، هزینه انجام آن در مراکز ناباروری و کمک‌باروری افزایش می‌یابد.

این وضعیت تعلیق، افراد را به استفاده مضاعف از فناوری به‌منظور رسیدن به اطمینان خاطر بیشتر ناگزیر می‌کند. استفاده از این فناوری‌ها، در کشورهای درحال توسعه، که تجربه‌های خشونت‌های جمعی، مانند جنگ را هم از سر گذرانده‌اند و جوامع فرزندخواه، به‌ویژه در

۱ عنوان برنامه تلویزیونی که از شبکه چهار سیمای جمهوری اسلامی ایران بارها پخش شده و به یک شعار

تبلیغاتی برای مراکز درمان ناباروری بدل شده است.

کشورهایی که در آن‌ها ترجیح جنسی وجود دارد و ارزش اجتماعی پسر بیشتر از دختر است و همچنین در مکان‌هایی که امکانات و خدمات پزشکی ضعیف است، بیشتر از حد نرمال است (گمیلتف و ولبرگ، ۲۰۱۴). همین امر به بسط‌یافتن و طولانی‌تر شدن دوره‌ی اضطراب برای زوجین منجر می‌شود (گمیلتف، ۲۰۱۳). در این شرایط، معانی سمبلیکی در حین استفاده از فناوری‌ها، به‌ویژه سونوگرافی‌های چندبعدی و رنگی تولید می‌شود که مرتبط با معانی گسترده‌تر فرهنگی، از جمله معنا و کارکرد کودکی در یک فرهنگ است. در اینجا انسان‌شناسی خیال و واکاوی روایت‌های شخصی و تجربه‌ها و سرگذشت‌های فردی می‌تواند به فهم این پدیده و درک ارتباط تصاویر فردی و تصاویر جمعی‌تر کمک کند (گمیلتف، ۲۰۰۶، ۲۰۱۴).

سیاست‌های کوتاه‌مدت، میان‌مدت و بلندمدت دولت‌های مدرن، در تعریف و تصویرسازی از فرزند از نظر کنترل کیت جمعیت بسیار مهم هستند (گمیلتف و ولبرگ، ۲۰۱۴). این سیاست‌ها تنها به تصمیم‌گیری در باب تنظیم کمی جمعیت ختم نمی‌شوند، بلکه نسبت‌دادن وضعیت کشور در آینده به تولد فرزندان سالم و ساخت آینده کشور، به اتصال افق‌های فردی و جمعی در راستای بهبود کیفیت جمعیت می‌انجامد (گمیلتف، ۲۰۱۳). در واقع تصویرسازی‌های فردی، آرزوها و امیال برای داشتن فرزندان سالم، بدون فراهم‌بودن امکانات ساختاری امکان‌پذیر نیست و تنها در مراکز پزشکی و کمک‌باروری و در قالب دستورالعمل‌ها، برنامه‌ها و قوانین این مراکز به عمل درمی‌آیند (گمیلتف، ۲۰۰۸). تحقیقات انسان‌شناختی و جامعه‌شناختی درباره‌ی ابعاد فرهنگی و اجتماعی این فناوری‌ها در ایران همواره با غفلت همراه بوده است. این مقاله با ارائه‌ی شواهد و مثال‌هایی از ایران و جهان به رابطه‌ی میان فناوری‌های انتخاب باروری و جامعه پرداخته و نشان داده است که ورود این فناوری چه چالش‌ها، تعاملات، تقابل‌ها و تغییراتی را در معانی فرهنگی ایجاد می‌کند. تعریف ما از باروری نرمال، هویت جنین و این مقوله است که چه زمانی یک جنین انسان است و کی و تحت چه شرایطی می‌توان به زندگی او خاتمه داد (برای مثال، از طریق سقط جنین). همچنین تعریف ما از تعلقات انسانی، مسئولیت و انتخاب شخصی برای انتخاب اینکه جنینی زنده بماند یا نه، مورد تأمل قرار گرفته است. همچنین اینکه چگونه مسائل مرتبط به جنین از نظر اجتماعی و فرهنگی برساخته می‌شوند و دولت‌ها چگونه به منظور کنترل کمیت و کیفیت جمعیت به سیاست‌گذاری‌هایی در این زمینه می‌پردازند تا امیال و آرزوهای افراد را در جهت افق‌ها و دستورالعمل‌های ملی سوق دهند.

تغییر معنای تولد از امری «طبیعی» به امری فناورانه

تحولات در انسان‌شناسی و اهمیت مجدد تولد به عنوان امری فرهنگی

ترنر توجه روزافزون به مطالعات بدن در چند دهه اخیر را واکنشی به تغییر بنیادی در رابطه میان بدن، اقتصاد، فناوری و جامعه می‌داند. پیشرفت‌های علمی، به‌ویژه در قلمرو فناوری‌های نوین

کمک‌باروری و شبیه‌سازی یک وضعیت پروبلماتیک برای بدن انسان ایجاد کرده است. سن، بیماری و مرگ دیگر به‌عنوان واقعیت‌های تغییرناپذیر برای انسان در نظر گرفته نمی‌شوند (ترنر، ۲۰۰۶). در واقع سرعت در پیشرفت فناوری به متخصصان حوزه زیست‌شناسی کمک کرد تا در مورد باز نمودن پاتولوژی بدن و همچنین درمان آن یکه‌تاز شوند. همچنین آن‌ها ادعا کردند با دست‌کاری کردن بدن، که طبیعت آن را به انسان داده است ارتقا داده‌اند (لاک، ۲۰۰۸)، اما تا پیش از این، حتی انسان‌شناسان کلاسیک مسئله تولد را امری پیش‌پاافتاده یا مربوط به زنان، قابل‌ها و بعدها مربوط به پزشکی مدرن می‌دانستند. البته افرادی از قبیل مونتاگو (۱۹۴۹)، مالدینوفسکی (۱۹۳۲)، فورد، فردیمن و فرگوسن (۱۹۵۰) استثنا بودند که مسئله رشد جنین، نحوهٔ برخورد با جفت و دورهٔ بعد از زایمان را مطالعه کردند (سورگنت، ۲۰۰۴).

در این دوران، تولیدمثل به شکل نامرئی و پنهانی ممکن بود در مرکز توجه قرار بگیرد، اما در مجموع تولیدمثل امری حاشیه‌ای بود (فرانکلین و راگون، ۱۹۹۸). از سال ۱۹۷۰ به بعد، نظریات مهمی در حوزه انسان‌شناسی تولد و تولیدمثل شکل گرفت. کتاب «تولد در چهار فرهنگ: مطالعه بین‌فرهنگی تولد در یاکاتان، هلند، سوئد و آمریکا» (جردن، ۱۹۸۷) در این زمینه پیشگام بود. مسائلی مانند فرایند تصمیم‌گیری، حمایت عاطفی از زن باردار و ابزارهای مورد استفاده در جوامع با سطح فناوری پایین و بالا مورد توجه جردن بود. از نظر وی ابزارآلات مرتبط با تولد در گذشته، بومی، آشنا و انعطاف‌پذیر با نیاز هر زن بود، اما وسایل حرفه‌ای و تخصصی مدرن، ناآشنا، انعطاف‌ناپذیر و تولیدکنندهٔ نوعی اقتدار مبتنی بر فاصله‌گذاری میان فرد عامی و متخصص است (سورگنت، ۲۰۰۴). در گذشته، معمولاً زن حامی، یکی از خویشاوندان یا فردی با تجربه بیشتر یا قابل‌محل^۱ بود و این زن حمایت‌کننده، سطح دانش و تجربه‌ای نزدیک به زن در حال وضع حمل یا حتی هم‌سطح با او داشت (جردن، ۱۹۸۷).

جردن تأکید بسیاری بر هم‌سازی سیستم‌های بومی تولد و سیستم‌های زیست‌پزشکی داشت و معتقد بود تحقیقات در این زمینه باید با توجه به تطبیق این دو نوع فرهنگ انجام شود (سورگنت، ۲۰۰۴؛ فان هولین، ۱۹۹۴). با آغاز موج دوم فمینیسم در دههٔ ۱۹۷۰ تجربه‌های تولیدمثلی زنان به‌عنوان منابع قدرت و همچنین انقیاد تحلیل شد. آن‌ها این دوگانه‌سازی را که تولیدمثل امری صرفاً زیستی و سایر چیزها (هر چیزی که زیستی نیست) اموری فرهنگی هستند، نقد کردند (جینسبرگ و رپ، ۱۹۹۱). با وجود دو دهه انتقاد انسان‌شناسانه، تولیدمثل هنوز امری طبیعی و جهانی، بدون زمان، ذاتی و غیرتاریخی تصور می‌شد (فرانکلین و راگون، ۱۹۹۸). سورگنت، تکنگاری‌هایی دربارهٔ «تولد در باریا» انجام داد

¹ Traditional Birth Attendant (TBA)

که فهم مردم آن منطقه و رفتارهای مرتبط با تولد را با توجه به جزئیات دینی، نقش‌های جنسیتی، سلسله‌مراتب شغلی، طب محلی و ساختار خدمات سلامت مفهوم‌پردازی کرد. او نشان داد تولد در باریبا یک مجرا برای اجرای مناسک، جادو و به همان میزان یک مخاطره فیزیکی است (سورگنت، ۱۹۸۲، ۱۹۸۹، ۲۰۰۴). در مقابل، از نظر دیوید-فلوید (۲۰۰۴) در آمریکا، که ۹۸ درصد تولدها در بیمارستان انجام شده و کمتر از ۲ درصد نوزادان در خانه و توسط قابله‌ها به دنیا می‌آیند، تولد امری «تکنوکراتیک» و پزشکی شده بود. در این دیدگاه، بدن همچون ماشین و پزشک همچون تعمیرکار و تکنسین دیده می‌شوند (سورگنت، ۲۰۰۴؛ دیوید-فلوید، ۲۰۰۴) و پزشکان از رویکرد خط تولید برای تولد استفاده می‌کنند تا تولید و کنترل کیفیت را ارتقا دهند. دانش، درد و احساس مادر در این سیستم تولد، در درجه دوم اهمیت است؛ درحالی‌که در سیستم‌های بومی، مادر در مرکز توجه قرار دارد و احساسات و دانش بدنمند او منبع اصلی معرفت نسبت به وضعیت تولد است (میلر، ۲۰۰۹).

فناوری‌های کمک‌باروری اثر مستقیمی بر احساس تکه‌تکه‌شدن خود^۱ دارند. همچنین دلالت‌های عاطفی و سمبولیکی که ایجاد می‌کنند «حالت‌های بودن» را تغییر می‌دهد و عاملیت^۲ افراد را به چالش می‌کشد (لاک، ۲۰۰۷: ۸۷۹). مارتین (۱۹۸۷) ضمن نقد بازنمودهای پزشکی از فرایندهای تولیدمثلی و بدن‌های زنان، به‌دنبال این بود که روایت خود زنان از تجاربشان درباره تولد، بارداری و زایمان را برجسته کند. او معتقد بود در جریان دخالت‌های فناورانه و نظارت‌های متخصصان، زنان احساسی از قطعه‌قطعه‌شدن و ازخودبیگانگی را تجربه می‌کنند (سورگنت، ۲۰۰۴).

در جریان گذار و انتقال محل تولد از خانه به بیمارستان، الگوهای حمایتی محلی و خویشاوندی جایی در سیستم جدید نداشتند و فنون، ابزار تولد و الگوهای مراقبت دیگر آشنا و منعطف با نیازهای افراد نبودند. این مسئله بیش از هر چیز سبب تضعیف قدرت دانشی محلی شد که در میان زنان از نسلی به نسل دیگر منتقل می‌شد. جردن معتقد بود در هر حوزه خاص وقتی که بیش از یک نظام دانش وجود دارد، یکی از انواع آن از دیگر انواع سبقت گرفته و فرایند مشروع‌سازی آن به کم‌ارزش‌شدن دیگر انواع منجر می‌شود. این نظام دانش اقتدارگرایی مشروع‌شده از طرف مردم، طبیعی و معقول تصور می‌شود. دانش اقتدارگرا همچنین می‌تواند به کنترل کنش‌ها، اشغال موقعیت‌ها و منزلت‌ها، یا اعتماد اجباری و تبعیت منجر شود. جردن به مطالعه درجه اقتدار و اینکه یک زن تا چه میزان می‌تواند خود را «صاحب» تجربه تولد بداند پرداخت (سورگنت و باسکوپ، ۱۹۹۶).

^۱ Fragmentation off self

^۲ Agency

فناوری‌های انتخاب باروری و کمک‌باروری؛ حد نهایی نفوذ فناوری

در سال ۱۹۷۸ نخستین فرزند از طریق لقاح مصنوعی به دنیا آمد. بعد از آن فناوری‌های کمک‌باروری در سراسر دنیا، از جمله کشورهای خاورمیانه و اسلامی با رشد چشمگیری همراه بود و پیامدهای اجتماعی، اقتصادی و سیاسی را در پی داشت. در واقع پزشکی همواره با ارزش‌ها، اعتقادات، و شکل‌های دانش وسیع‌تری که در آن جامعه یافت می‌شود ارتباط داشته و نمایانگر مجموعه تغییراتی گسترده‌تر در فهم هویت و بدن بوده است (براون و وبستر، ۲۰۰۴: ۸). وسایل کمک‌باروری به جهت اهمیت آن در بر ساخت هویت شخصی، خانوادگی و هویت جمعی «نماد کلیدی عصر ما» است (اینهورن و بیرنهام-کارملی، ۲۰۰۸). همچنین، رینا رپ معتقد است مسئله تولیدمثل باید در مرکز تحلیل‌های اجتماعی و فرهنگی قرار بگیرد (جینسبرگ و رپ، ۱۹۹۵). فناوری‌های کمک‌باروری دوگانه‌های مفروض را بی‌معنا کرده‌اند. دیگر تولیدمثل به جنس افراد بستگی ندارد. مرز طبیعت از فرهنگ یا هدیه از کالا یا امر زیستی از امر اجتماعی، هم‌جنسگرایی از ناهم‌جنس‌گرایی، امر انسانی از امر غیرانسانی، مقدس از عرفی و محلی از جهانی مشخص نیست (اینهورن و بیرنهام-کارملی، ۲۰۰۸: ۱۷۸). اگر خویشاوندی را مجموعه‌ای از روابط اجتماعی بدانیم که در واقعیت زیستی تولیدمثل ریشه دارد، ذات خویشاوندی توسط این فناوری‌ها نقد شده است. با وجود تفاوت روش‌های مختلف درمان ناباروری، بیشتر آن‌ها در یک چیز مشترک‌اند: جنین را خارج از بدن زن تشکیل می‌دهند و این یعنی جدا کردن روابط جنسی از تولیدمثل (همان: ۱۸۵). نداشتن رابطه ژنتیکی با یک یا هر دو والد، به امکان وجود پنج والد به شکل بالقوه منجر شد: اهداکننده تخمک، اهداکننده اسپرم (اهداکنندگان جنین)، در اختیار گذارنده رحم و پدر و مادر اجتماعی یا سرپرست فرزند (گولومبوک و فی‌وش، ۱۳۸۴). بدین ترتیب، فرزندآوری دیگر شامل طی کردن همه موارد سنتی، از جمله برقراری ارتباط جنسی، بارداری و به دنیا آوردن فرزند نمی‌شود. در واقع، تعریفی غیرسنتی از خانواده ارائه می‌شود که براساس آن خویشاوندی امری ثابت و زیستی نیست و می‌توان آن را به شکل اجتماعی بر ساخت (اینهورن و بیرنهام-کارملی، ۲۰۰۸: ۱۸۲).

در خلال تحقیقات، تست‌های ژنتیکی تشخیصی بیماری‌های موروثی توسعه یافت. تشخیص ژنتیک پیش از لانه‌گزینی^۱ یک آزمایش غربال‌گری است که در جریان لقاح مصنوعی می‌تواند ژن‌های غیرهنگار و معیوب را تشخیص دهد و از انتقالشان به رحم جلوگیری کند. از این تکنیک بعدها برای انتخاب جنس^۲ فرزند و مطالعات سلول‌های بنیادی و شبیه‌سازی استفاده شد. اینهورن این توانایی در برنامه‌ریزی مجدد رشد سلولی را بسیار مهم دانسته است (همان:

^۱ Preimplantation genetic diagnosis (PGD)

^۲ Sex selection

۱۸۵). اصطلاح «فناوری‌های انتخاب باروری»، نخستین بار توسط آیو ولبرگ^۱ ابداع شد. منظور او فناوری‌هایی بود که به‌نژادانه^۲ عمل می‌کند و مانع تولد انواع خاصی از نوزادان می‌شود یا تولد انواع خاص دیگری را ممکن و تسهیل می‌کند (گمیلنتف، ۲۰۱۴: ب: ۲۴۲). گمیلنتف و ولبرگ برای فناوری‌های انتخاب باروری نقش ویژه‌ای قائل هستند. البته این تقلاها چندان جدید نیستند؛ زیرا بشر در طول تاریخ، همواره تلاش کرده است تا بر نتایج تولیدمثل تأثیر بگذارد؛ برای مثال در ژاپن، در اوایل دورهٔ مدرن، کشتن نوزادان ناخواسته، شکل عادی تنظیم خانواده بود. در برزیل از فرزندان ضعیف، به عمد مراقبت لازم صورت نمی‌گرفت تا از بین بروند؛ در نتیجه تا همین چند دهه اخیر انتخاب در تولیدمثل تنها بعد از تولد نوزاد ممکن بود. از سال ۱۹۶۰ سونوگرافی‌های چندبعدی و بعدها انواع آزمایش‌های خون، غربالگری و دی‌ان‌ای به بخشی عادی از مراقبت از فرد باردار بدل شد. با مرئی‌شدن و قابلیت دیده‌شدن جنین، این فناوری‌ها این امکان را فراهم کردند که فرزندان خاصی بتوانند به این زندگی پا بگذارند و البته برخی دیگر این اجازه را نداشته باشند. جالب آنکه در بیشتر کشورها غربالگری‌های دوران بارداری به انتخاب افراد است، اما با کمال تعجب در ایران، عربستان و قبرس اجباری است (گمیلنتف و ولبرگ، ۲۰۱۴: ۲۰۲).

حتی در همان کشورهای دموکراتیک غربی، همان‌طور که رز به شکل کنایه‌آمیزی می‌گوید «افراد نه تنها آزادند که انتخاب کنند، بلکه برای آنکه زندگی‌شان را در راستای انتخاب درک کنند و به منصفهٔ ظهور برسانند مجبورند آزاد باشند» (گمیلنتف، ۲۰۱۴: ب: ۹). به عبارت دیگر، انتظارات اجتماعی برای تصمیم‌گیری اخلاقی فردی و ساختن یک خانوادهٔ بهنجار، فرد را به‌سوی اهداف کلان‌تری مانند کیفیت جمعیت و تأمین آیندهٔ کشور سوق می‌دهد و انتخاب استفاده از این وسایل را امری اجباری می‌کند؛ درحالی‌که سونوگرافی‌های تشخیصی پیش از زایمان انواع تصویربرداری در پزشکی هستند که تنها درمان تجویزی‌شان «کشتن» است. از آنجا که امکان درمان جنین بسیار محدود است، تشخیص ناهنجاری در جنین به کشتن و سقط جنین منجر می‌شود (همان: ۱۱). در اینجا قرارداد بار مسئولیت^۳ بر دوش فرد (درواقع نوعی از فردی‌کردن)^۴، به اسم «انتخاب» و پیامدهای فردی نشان‌دادن این فرایند بیشتر به چشم می‌آید.

فرد در هر مرحله‌ای از رشد که باشد، به موجودیتی که شکل گرفته است، احساس تعلق خاطر دارد. همچنین برای ترمیم خانواده و هویت شخصی خود و برداشتن داغ ناباروری از

¹ Ayo Wahlberg

² Act eugenically

³ Blaming

⁴ Individualization

پیشانی به آن موجودیت نیاز دارد و چشم امید دوخته است، اما نهادهای پزشکی، فرد را میان وضعیت وجودی سهمگین و تصمیم‌گیری سخت اخلاقی قرار می‌دهند؛ یعنی دوراهی کشتن جنین، یا انتخاب و رقم‌زدن یک زندگی دشوار برای آن کودک، خانواده و اطرافیان، با صرف هزینه برای دولت و جامعه (گمیلتف، ۲۰۱۴ ب؛ رپ، ۱۹۹۹). از سوی دیگر، این فیلتر گذاشتن بر سر راه جنین، رد شدن تعداد خاصی از جنین‌های سالم و کشتن تعداد دیگر، سبب شده است که بسیاری از نویسندگان این ابزار را شکل جدیدی از اصلاح‌نژادی^۱ بدانند. نوعی به‌نژادی یا اصلاح‌نژادی جدید، ظریف، نرم، علمی، لیبرال، داوطلبانه، منعطف و فردی‌شده که مسئولیت انجام آن برعهده خود فرد قرار گرفته و نقش دولت در آن به‌خوبی نامرئی شده است (گمیلتف، ۲۰۱۴ ب: ۲۴۴).

مقاومت فرهنگ‌های محلی در مواجهه با فناوری‌های جهانی

بسیاری از انسان‌شناسان به مسئله انتقال دانش و فنون مرتبط با زیست‌پزشکی، از زمینه‌های اولیه خود، یعنی فرهنگ و تمدن غربی که تعامل، تقابل و مقاومت دانش و سیستم‌های بومی را به همراه داشته‌اند، سخن گفته‌اند (اینهورن و بیرنهام-کارملی، ۲۰۰۸). برای مثال درحالی‌که در بسیاری از فرهنگ‌ها، والدگری امری صرفاً زیستی و طبیعی نیست، تمرکز بر درمان‌های فناورانه ناباروری تأکید فرهنگی غرب بر اهمیت والدگری زیستی را تقویت کرده اس (جینسبرگ و رپ، ۱۹۹۱: ۳۱۵). همچنین توسعه خدمات زیست‌پزشکی غربی و تولد مبتنی بر فناوری‌های بیمارستانی سبب جابه‌جایی یا رقابت با اعمال بومی یا آشفستگی و از بین بردن شکل‌های بومی دانش شده است (همان، ۳۱۸).

اینهورن و بیرنهام-کارملی با الهام از نظریه کنشگر-شبکه^۲ معتقدند فناوری‌ها تولیداتی اجتماعی-فنی هستند که به دست عوامل انسانی و غیرانسانی شکل گرفته‌اند. همچنین تنها زمانی عمیقاً به لحاظ فرهنگی جای‌گیر و به شکل تنگاتنگی با روابط قدرت مرتبط می‌شوند و سرانجام مورد پذیرش متخصصان و دریافت‌کنندگان بالقوه قرار می‌گیرند که در دل متن و بستر موجود روابط اجتماعی، هنجارهای فرهنگی و نظام‌های دانش به‌عنوان امری معقول دریافت شوند (اینهورن و بیرنهام-کارملی، ۲۰۰۸: ۱۷۸). کولیر^۳ و آونگ^۴ واژه سرهم‌بندی جهانی^۵ را برای توضیح این منظور پیشنهاد دادند. از نظر آن‌ها این فناوری‌ها زیرساخت‌های خاص فنی، دستگاه‌های مدیریتی یا رژیم‌های ارزشی هستند که انتقال پدیده‌های جهانی را

¹ Eugenics

² Actor- Network Theory (ANT)

³ Stephen Collier

⁴ Aihwa Ong

⁵ Global Assemblages

آسان می‌کنند. پدیده‌های که پتانسیل ویژه‌ای برای بافت‌زدایی^۱ و بافت‌زایی مجدد^۲، قابلیت انتزاع^۳ و ایجاد حرکت در مقابل موقعیت‌های مختلف فرهنگی، اجتماعی و شکل‌های زندگی دارند (ولبرگ، ۲۰۱۸: ۹).

فوکو، بعد از ابداع واژه صورت‌بندی دانایی (اپیستمه) به‌دنبال واژه‌ای بود که کردارهای گفتمانی و غیرگفتمانی را توضیح دهد؛ از این‌رو، واژه Dispositif را ابداع کرد که بسیاری از انسان‌شناسان پزشکی از آن استفاده کردند. این واژه در انگلیسی به دستگاه^۴ ترجمه شده و به معنای «گفتمان‌ها، نهادها، ساخت‌های معماری، تصمیم‌های تنظیمی، قوانین، اقدامات اداری، احکام علمی، قضایای فلسفی، اخلاق، انسان‌دوستانه و غیره» است (فوکو، ۱۹۹۴). ولبرگ نیز از این تعبیر فوکو استفاده کرد تا بگوید مسائل پیچیده‌ای مانند افزایش جمعیت، ناباروری و استفاده از وسایل انتخاب باروری تولیدات یا محصولات ساده علمی یا فنی نیستند، بلکه مجموعه‌ای از دانش‌های الگومند، کردارها، نظام روابط از سطح دولت و تنظیم قواعد و قوانین تا کلینیک‌ها و افکار و آرزوها و فانتزی‌های فردی محسوب می‌شوند. ولبرگ از مفهوم عادی‌سازی^۵ استفاده کرد. عادی‌سازی فرایندی تاریخی-اجتماعی است که به واسطه شکل‌های خاصی از فناوری پزشکی (انتخاب باروری) امکان ایجاد و نفوذ به پیکربندی نهادی، فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی و قانونی را پیدا می‌کند. او نشان داده است که چگونه این فرایند در کشور چین، از سوی پیشگامان پزشکی آغاز شده است و با کنارزدن موانع و تابوهای فرهنگی، به پذیرش نهایی در سطح مردم عادی رسیده و در نهایت به‌منزله راهی جدید یا سبک زندگی هنجار شده است (ولبرگ، ۲۰۱۸: ۹).

اینهورن در کتاب *ناباروری در سراسر جهان*، به جمع‌آوری تجربه کشورهای غیرغربی، از جمله کشورهایی با اکثریت مسلمان، از فناوری‌های کمک‌باروری پرداخته است. از نظر وی، کلینیک‌های فناوری‌های کمک‌باروری تقاطع امر جهانی، یعنی فناوری‌های نوین پزشکی و امر محلی و فرهنگ‌های بومی هستند. وی معتقد است این وسایل، در دل یک پازل فرهنگی درک و فهمیده می‌شوند و به خلأهای فرهنگی در کشورهای درحال توسعه منتقل نمی‌شوند. ملاحظات فرهنگی، اجتماعی، سیاسی یا اقتصادی محلی هستند که راه‌هایی را برای دریافت و کاربست آن‌ها ایجاد می‌کنند و البته در مواقعی هم در مقابل ورود این فناوری‌های ساخته‌شده در بستر غربی مقاومت می‌کنند. به بیان دیگر، در ذهن برخی افراد در کشورهای تولیدکننده

1 Decontextualization

2 Recontextualization

3 Abstractability

4 Apparatus

5 Routinization

این پیش‌فرض وجود دارد که فناوری‌های کمک‌باروری (به عنوان فناوری‌های پزشکی به‌ظاهر عاری از ارزش و به‌طور ذاتی سودمند) «مصون نسبت به فرهنگ» هستند؛ بنابراین می‌توانند «به طرز مناسبی» به هر جا و همه‌جا انتقال یابند و استفاده شوند (اینهورن، ۲۰۰۲: ۲۶۲).

فناوری‌های کمک‌باروری، بازتعریف معنای فرزند در فرهنگ‌های محلی

فوکو در کتاب تاریخ سکسوالیته (۱۹۷۶)، پیوند میان مسائل مربوط به بدن و سکسوالیته با مسئله باروری و جمعیت را در قرن هجده و نوزده نشان داده است (دریفوس و رابینو، ۱۳۷۹: ۲۹۵-۲۹۱). پیوندی که معنا و کارکرد فرزند و همچنین معنا و مفهوم والدگری، بزرگسالی، مرد یا زن بودن و... را در همه جوامع تغییر داده است. فارغ از اتفاقاتی که در دنیای غرب رخ داده است، در جوامع فرزندخواه (پروناثالیست)، هنوز هم می‌توان ارتباط بسیاری میان هویت شخصی، جنسی و هویت بزرگسالی افراد و فرزندآوری مشاهده کرد؛ برای مثال اینهورن می‌گوید ازدواج نزد مسلمانان یک پدیده جهان‌شمول است و بزرگسالان به‌محض اینکه استطاعت مالی پیدا کنند، باید تشکیل خانواده دهند. افراد نابارور با مقایسه «خودنابارور» خود با «دیگران بارور»، در موقعیتی خارج از «جمعیت باروران»، یعنی جمعیت افراد هنجار قرار می‌گیرند. این مسئله، این احساس به همراه دارد که آن‌ها از دیگران کمتر یا ناقص هستند (اینهورن، ۱۹۹۶: ۲۳۹). در ایران، دنیای زنان خانه‌دار و با تحصیلات پایین، به خانه و خانواده‌شان محدود می‌شود و هویت فردی و اجتماعی آن‌ها به هویت پدر، شوهر و فرزندانشان وابسته است؛ در نتیجه مادرشدن برای تکمیل هویت زنانه آن‌ها اهمیت حیاتی دارد. افزون‌براین حتی زنان تحصیل‌کرده، شاغل و همراه با هویت اجتماعی مستقل، برای نقش مادری و مادرشدن اهمیت خاصی قائل هستند (رفعت‌جاه، ۱۳۸۷). امروزه ناباروری بیش از ۱۵ درصد زوج‌های در سنین باروری را تحت تأثیر قرار داده است (اینهورن و بیرنهام-کارملی، ۲۰۰۸). در ایران این آمار بالای ۲۰ درصد گزارش شده است (محمد و اردلان، ۲۰۰۹)؛ بنابراین نسل جدیدی از فرزندان در حال شکل‌گیری است که با ابزار انتخاب و کمک‌باروری به دنیا می‌آیند (عباسی شوازی و همکاران، ۲۰۰۸). در اینجا این پرسش به‌وجود می‌آید که چرا بسیاری از ایرانیان، با وجود افزایش جمعیت، مشکلات و تنگناهای عدیده اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، همچنان خواهان فرزندآوری هستند.

تغییر نقش‌های خانوادگی، تاریخ شکل‌گیری کودکی و کارکردهای فرزند

خانواده‌های پدرسالار که یکی از محورهای آن‌ها اتکا به مسائل اقتصادی بود، جای خود را به خانواده‌های هسته‌ای دادند که بر مبنای عشق رمانتیک تشکیل شدند و تمام توجه خود را به پرورش کودکان معطوف کردند (گیدنز، ۱۳۹۰). در گذشته افراد نه براساس میل، بلکه به‌عنوان

نتیجه روابط جنسی صاحب فرزند می‌شدند. امکان نگهداری از نوزاد به اتفاقات طبیعی، بیماری‌ها و قحطی وابسته بود و درصد بسیار کمی از کودکان زنده می‌ماندند. والدین نوعی مکانیسم دفاعی در برابر مرگ فرزندان به‌وجود می‌آوردند و روابط سرد و فاصله‌داری با فرزندان برقرار می‌کردند تا از مرگ ناگهانی آن‌ها کمتر آسیب ببینند (آریس، ۱۹۶۲).

آریس معتقد است در جوامع قرون وسطی (میان‌ه) مفهوم کودکی وجود نداشت (همان: ۱۲۹) و همواره گمان بر این بود که کودک بزرگ‌سالی با اندام‌های کوچک‌تر و قوای بدنی کمتر است (برناردز، ۱۳۸۸: ۱۹۰)، اما در خانواده‌های هسته‌ای، زن و شوهر به مسائل زندگی یکدیگر، بهداشت، مراقبت، تربیت و رفتار کودکان توجه و علاقه نشان دادند و کودک جزئی ضروری از زندگی خانوادگی شد (آریس، ۱۹۶۲: ۴۰۲). بدین ترتیب رابطه والدین و فرزند از کودک‌کشی، برای ایجاد تعادل در جمعیت و مواد غذایی، که تا قرن ۴ میلادی امری رایج بود، به کودک‌سالاری بدل شد (اعزازی، ۱۳۸۰: ۱۳۴).

گولومبوک معتقد است زنان تمایلی ذاتی، یا غریزه مادری^۱ برای داشتن فرزند ندارند، بلکه انگیزه‌های مختلفی برای مادرشدن وجود دارد: موقعیت بزرگ‌سالی و هویت اجتماعی (نیاز به پذیرش به‌عنوان یک عضو مسئول و بالغ جامعه)، پیوندهای گروه اولیه و عواطف (نیاز به ابراز و دریافت عواطف و دستیابی به صمیمیت با شخص دیگر)، برانگیختگی و نشاط (علاقه بیشتر به زندگی) و گسترش خود^۲ (نیاز به احساس تداوم بعد از مرگ، همچنین نیاز به رشد در زمان حال و تجربه‌های یادگیری که به معنای زندگی می‌افزایند) (گولومبوک، ۱۳۸۴). انگیزه‌های افراد از فرزندآوری را می‌توان به دو دسته کلی تقسیم کرد:

انگیزه‌های روانی - اجتماعی

«فرار از داغ ننگ، شبیه دیگران یا هنجاربودن» از مهم‌ترین دلایل زوجین برای فرزندآوری است. ناباروری در جوامع فرزندخواه، یک داغ و نقص محسوب می‌شود. وقتی جامعه‌ای والدگری را در صدر نقش‌های اجتماعی می‌نشانند، افراد را برای رفتن به سوی ارزشمندترین کالای خود تشویق می‌کند. در مصر، مادری عنصر کامل‌کننده زن به‌شمار می‌آید (اینهورن، ۱۹۹۶: ۲۴۰). همچنین هویت مردانگی در جوامع مردسالار از طریق توانایی جنسی و بارورکردن زن به مرد اعطا شده و فرزند اثبات‌کننده مهم‌ترین نقش اجتماعی مرد، یعنی مردانگی است (همان). ذاکرمشقق معتقد است در ایران افراد قادرند تنها یک سال بعد از ازدواج ناباروری را پنهان کنند و به‌زودی معلوم می‌شود که آن‌ها شبیه دیگران نیستند و در نتیجه با انزوا روبه‌رو می‌شوند

1 Maternal Instinct

2 Expansion of the self

(ذاکرمشفق، ۱۳۸۷: ۸۹). مسئلهٔ فرزند در فرهنگ ایرانی با مفاهیم و معانی بسیاری مرتبط است. افراد تنها با ازدواج و به‌دنیا آوردن فرزند پا به دنیای بزرگ‌سالی می‌گذارند و بدون فرزند، نه‌تنها هویت پدری یا مادری ندارند، بلکه هویت مرد و زن‌بودنشان نیز به‌شدت خدشه‌دار می‌شود (کریمی، ۱۳۹۶).

نامیرایی، تنهایی و گسترش خود^۱ از دیگر انگیزه‌های روانی فرزندآوری است. از نظر بکر، انسان به مرگ خود آگاه است. نخستین مکانیسم دفاعی در مقابل وحشت از این آگاهی، دروغ‌گویی یا شخصیت یا قراردادن آگاهی در حالت ناخودآگاه است تا بر بیچارگی، پوچی و یأس انسان در مواجهه با جراحت میرایی سرپوش گذاشته شود (هاردی بایک، ۲۰۱۲: ۴۲۰)، اما افراد بیش از آنکه از مرگ بترسند، از بیهوده‌مردن می‌ترسند. آن‌ها می‌خواهند با مشارکت در چیزی مهم و ماندگار، اثری بعد از مرگ خود در جهان باقی بگذارند؛ اثری مانند ساختن یک مقبره، آسمان‌خراش و یک اثر هنری جاودانه یا فرزند (همان: ۴۲۱). اینهورن می‌گوید مصری‌ها معتقدند زمان و شرایط مردن آن‌ها را خدا از پیش مشخص کرده است، اما از مرگ و محو شدن خاطراتشان می‌ترسند (اینهورن، ۱۹۹۶: ۲۴۳). برای افراد فقیر شهرنشین، فرزند، بسط خود اولیه^۲ آن‌هاست. «با فرزند، شما احساس می‌کنید چیزی هستید، برای چیزی زندگی می‌کنید و چیزی به این جهان می‌آورد» (همان: ۲۴۴). روابط نزدیک خونی، مژده‌ای سمبلیک از تداوم و استمرار را ایجاد می‌کند و سبب می‌شود فرد یک موجودیت سمبلیک بزرگ‌تر، که محدودیت‌های بدن شخصی‌اش را گسترش داده است، احساس کند (لمبرت و همکاران، ۲۰۱۳: ۱۴۱۹). یکی از انگیزه‌های فرزندآوری در ایران نیز میل به تداوم و جاودانگی است. فرزندان، گسترش یافتهٔ افراد یا تداوم آن‌ها محسوب می‌شوند. این حضور و بقای خود در قالب فرزند می‌تواند در زمان زندگی والدین و بعد از مرگ آن‌ها باشد. موفقیت و شکست فرزندان، موفقیت و افتخار کرده و احساس می‌کنند یادگاری مفید بعد از خود به‌جا گذاشته‌اند؛ کسانی که سبب تداوم پیوند آن‌ها با دنیا بعد از مرگ آن‌ها خواهد بود. همچنین فرزند پرکننده تنهایی زوجین به‌ویژه زنان خانه‌دار است که باید در طول شبانه‌روز در محیط خالی خانه زندگی کنند؛ به‌ویژه آنکه زوجها با پیش‌بینی آینده نگران تنهایی در سنین سالمندی و بعد از فوت یا جدایی از همسر هستند (کریمی، ۱۳۹۶).

انگیزهٔ روانی و اجتماعی دیگر برای فرزندآوری کیفیت‌بخشی به زندگی با ایجاد تعلق و معناست. فرانکل معتقد است که ذهن انسان ناگزیر از یافتن معناست و تاب تحمل زندگی

^۱ Self-expansion

^۲ Primary self-extension

بی‌معنا را ندارد. روابط اجتماعی، به‌ویژه روابط نزدیک، که گاه مبتنی بر پتانسیل زیستی است، ارتباط عمیقی با معنا دارند. از نظر بامیستر^۱ تعلق‌داشتن، قسمتی ناگسستنی از روان انسان است و ضمن ایجاد ثبات و احساس ارزشمندبودن به فرد کمک می‌کند تا هویت اجتماعی مشترکی بسازد (کریمی، ۱۳۹۶؛ می، ۲۰۱۱). مصری‌ها فرزندان را مزه، صدا، نور و بوی زندگی می‌دانند و بی‌فرزندگی برای آنان شرایطی تهی، خسته‌کننده و بی‌معناست. برای مردان، فرزندان دلیل بازگشت به خانه و برای زنان همراه و رفیق برای پرکردن خانه هستند (اینهورن، ۱۹۹۶: ۲۴۵). یکی از کارکردهای فرزند در ایران از بین بردن یکنواختی زندگی است. بعد از چند سال تازگی رابطه از بین می‌رود و حرف‌ها و اتفاق‌ها تکراری می‌شوند؛ بنابراین فرزند می‌تواند اتفاقی جدید و عامل برهم‌زننده زندگی روزمره باشد؛ فرزندگی که گرمی، شیرینی، مزه زندگی و آوردنده رزق و روزی است (کریمی، ۱۳۹۶).

دلایل یا نیروهای اجتماعی-ساختاری و سیاسی

ناباروری می‌تواند تهدیدی برای ساختارهای اجتماعی باشد. وقتی اعضا به شکل فردی در امر فرزندآوری ناتوان‌اند، تولیدمثل اجتماعی در خطر قرار می‌گیرد. دلایل اجتماعی تمایل به فرزندآوری را می‌توان به سه دسته تقسیم کرد: امنیت اجتماعی، خواست قدرت و تمایل به بقای اجتماعی. کارستن^۲ خویشاوندی را حوزه‌ای از زندگی تعریف کرده است که افراد در آن احساسات، انرژی آفریننده و تخیلات و تصورات جدیدشان را سرمایه‌گذاری می‌کنند (میسن، ۲۰۰۸: ۳۲). فرزند یک سرمایه‌گذاری عاطفی برای آینده و دارایی به‌شمار می‌آید. در مصر، فرزندان خلأ کمبود کلی برنامه‌های دولت برای بیمه سلامت و برخورداری‌های بازنشستگی را پر می‌کنند (اینهورن، ۱۹۹۶: ۲۴۸). ذاکرمشفق نیز می‌گوید بیشتر زنان خانه‌دار ایرانی به این موضوع فکر می‌کنند و حدود یک‌سوم از این زنان نقش فرزند را «عصای پیری» می‌دانند (ذاکر مشفق، ۱۳۸۷: ۱۲۱).

زنان در کشورهایی مانند ایران قدرت اجتماعی بالایی ندارند و عموماً از نظر اقتصادی وابسته به شوهرانشان هستند. اعزازی معتقد است الگوهای آموزشی و جامعه‌پذیری در ایران به شکلی است که دختران را به شکل «زن-مادر» تربیت کرده است و آنان را افرادی با شخصیت‌های عاطفی، منفعل و در انتظار حامی بار می‌آورد (اعزازی، ۱۳۸۰: ۱۹۴). از دیدگاه ذاکرمشفق، ۷۵ درصد مشارکت‌کنندگان همسررداری را وظیفه زن می‌دانستند و معتقد بودند زن باید به امور جنسی و فراهم‌کردن راحتی شوهر توجه داشته باشد و وظیفه‌اش را در این

^۱ Baumeister

^۲ Carsten

زمینه به‌خوبی انجام دهد (ذاکرمشفق، ۱۳۸۷: ۹۴). همچنین در ایران و مصر حق طلاق با مردان است. برای زنان، داشتن فرزند برخوردار از قدرت به‌شمار می‌آید. مصری‌ها اعتقاد دارند فرزند مرد را به زنش متعهد نگه می‌دارد و این امر مانع طلاق یا چندهمسری می‌شود (اینهورن، ۱۹۹۶: ۲۵۳).

بقای اجتماعی، انگیزه سوم ساختاری است که افراد به‌دلیل آن به فرزندآوری فکر می‌کنند. تبار و شجره برای انسان‌ها بسیار اهمیت دارد. این موضوع را می‌توان از علاقه کسانانی که نمی‌دانند پدر و مادرشان کیست دریافت. شجره‌نامه به افراد کمک می‌کند از مختصات زمانی و مکانی مشخص و محدودی برخوردار باشند و در زمان و مکان لایتناهی غرق یا رها نشوند. این تاریخ شخصی به افراد امنیت هستی‌شناسانه می‌دهد و فرایند هم‌زمان ساخت خود و جاگیری آن درون شبکه خویشاوندی را آشکار می‌کند (کرامر، ۲۰۱۱: ۳۸۱-۳۸۲). شاید همین امر، تمایل به ادامه‌داشتن است که خود زنان (زنان بارور مثلاً مادر شوهر) بیشترین آزارها را به زنان نابارور می‌رسانند؛ زیرا خواهان تداوم نسل پدری‌شان هستند (کریمی و همکاران، ۲۰۱۱: ۱۵۰). همچنین مصری‌ها فرزندان را محافظانی می‌دانند که از حیف‌ومیل شدن دارایی‌ها و رسیدن آن‌ها به غریبه‌ها جلوگیری می‌کنند (اینهورن، ۱۹۹۶: ۲۵۶). زنان داشتن فرزند و ورثه بعد از خود را عاملی برای ادامه‌دادن درمان خود می‌دانسته‌اند (ذاکرمشفق، ۱۳۸۷: ۱۲۳).

از جمله انگیزه‌های سیاسی مصری‌ها برای بچه‌دار شدن، کمک به تداوم جامعه و همچنین آینده امت اسلامی است. آن‌ها خود را در یک جنگ جمعیتی در مقابل مسیحیت می‌دانند و فکر می‌کنند هرچه تعداد جمعیت مسلمانان بیشتر باشد، قدرت آن‌ها بیشتر می‌شود (تلقی جمعیت به مثابه قدرت). از نظر مصری‌ها تنظیم خانواده ریشه در غرب مسیحی دارد و توطئه‌ای برای کاهش تعداد مطلق مسلمانان است (اینهورن، ۱۹۹۶: ۲۵۶).

فناوری‌های کمک و انتخاب باروری؛ انقلاب، خون و امید

فرزندآوری با انگیزه‌های مختلف انجام شده و امری کاملاً فرهنگی است. همان‌طور که ویلیامز^۱ می‌گوید، تغییرات فناورانه را نباید فرایند ناگزیر ابداع تاریخی و حتی پاسخ به یک نیاز انسانی دانست، بلکه هر تغییر فناورانه را باید در قالب جایگاهش در پیکره‌بندی اجتماعی موجود بررسی کرد (فرانکلین، ۲۰۱۳). شیوع روزافزون وسایل کمک‌باروری، به‌ویژه در کشورهایی با اکثریت مسلمان مانند ایران، انقلابی اجتماعی در حوزه تولیدمثل به‌وجود آورده است، اما این انقلاب‌ها مانند هر انقلاب دیگری، با ایدئولوژی، خیال‌پردازی، پرده‌انداختن بر برخی واقعیت‌ها و برجسته‌کردن برخی واقعیت‌های دیگر توأم بوده است. فرانکلین لقاح مصنوعی را تکنولوژی امید

^۱ Raymond Williams

می‌داند و معتقد است این گفتمان امید بر پایه یک نظام ارزشی فراگیر (امید، پیشرفت و توان فنی) بنا شده است (فرانکلین، ۲۰۰۲). تلاش برای به دنیا آوردن «خواست یک کودک اعجاز‌گون» دیگر امری فیزیولوژیک یا فنی نیست. در اینجا فناوری نقش خدا را بازی می‌کند و به باور و قربانی کردن سرمایه‌های مادی و غیرمادی نیاز دارد. تکنیسین‌های درمان، امیدی را که مراجعان به فرزندآوری دارند، می‌گیرد و آن را در یک وعده رستگاری فناورانه استحاله می‌کند (فرانکلین، ۲۰۰۶: ۵۵۱)؛ از این‌رو نقش تخیل و تصویرسازی اهمیت می‌یابد. ژان‌پل سارتر، تخیل^۱ را پتانسیل ساختن تصویر تعریف می‌کند که ورای داده‌های حسی از ادراک می‌روند. قدرت تخیل در این است که ریشه در این توانایی انسانی دارد که جهان را متفاوت از آنچه وجود دارد، تصور کند (گمیلتف، ۲۰۱۴ الف: ۱۵۷). کاستریادیس^۲ در مقایسه با سارتر جنبه اجتماعی‌تری برای تخیل قائل است. از نظر وی هر واقعیت فنی‌ای، اگر از جامعه‌ای که در آن تولید شده است جدا بیفتد، معنایی اختصاصی به خود نمی‌گیرد و نمی‌تواند حسی یکپارچه و مقاومت‌ناپذیر را بر افراد انسانی که در عمل می‌خواهند از آن استفاده کنند تحمیل کند (استراوس، ۲۰۰۶: ۳۲۴).

روانکاو معتقد است ما بر خودمان شفاف و کاملاً مرئی نیستیم و ناخودآگاه و فانتزی‌های آن نقش مهمی در زندگی ما ایفا می‌کنند. فانتزی‌ها چه به‌عنوان شکلی از آرزوهای آگاهانه، افکار پوچ نیمه‌خودآگاهانه یا ناخودآگاهانه قسمت مهمی از تجربه، انگیزه‌ها، کنش‌ها و آرزوهای انسان را تشکیل می‌دهند؛ درحالی‌که در زندگی روزمره تصور این است که فانتزی چیزی در مقابل واقعیت است و با جهان شخصی و درونی افراد ارتباط دارد، لکن معتقد است، فانتزی‌ها اموری بین‌فردی و بین‌الذهانی هستند؛ بنابراین آن‌ها را ساختارهای اجتماعی می‌دانند (گمیلتف، ۲۰۱۴ الف: ۱۵۷). آلتوسر متأثر از لکان، معتقد بود ایدئولوژی بازنمودکننده روابط خیالی افراد است، اما آن روابط را «واقعی» جا می‌زند. ایدئولوژی یک روایت به‌ظاهر تام و کامل از واقعیت ارائه می‌دهد؛ درحالی‌که این روایت ناقص است و برخی جنبه‌های غیرممکن، واقعی و تحمل‌ناپذیر واقعیت را پنهان می‌کند (فیریتز و ایگلیستون، ۲۰۰۷: ۶۱).

البته این ایده‌ها و تخیلات در حوزه سلامت باروری در زندگی روزمره، به‌سادگی توسط ایدئولوژی‌های دولتی تولید نمی‌شوند، بلکه به‌عنوان رتوریک دولتی به شکل قطره‌ای در لایه ترس‌های بلندمدت، فانتزی‌ها و آرزوها و علایق رسوخ می‌کنند و توسط عاملان و متصدیان پزشکی یا رسانه‌ای با همکاری خود افراد، سیاست‌گذاری‌های دولتی را در عمل اجرا کرده و راه را هموار می‌کنند. درواقع، تخیلات افراد و ایدئولوژی‌های دولتی یکدیگر را می‌سازند و هر

^۱ Imagination

^۲ Castoriadis

دو ریشه در خیال‌بافی سلامت دارند (گمیلتف، ۲۰۱۴ الف: ۱۶۰)؛ بنابراین فناوری‌ها، حتی در بستر اجتماعی خود اموری خنثی یا خالی از قدرت نیستند. همچنین واردکردن و کار بست این فناوری‌ها همیشه مفید نیستند و امیدهایی که ایجاد می‌کنند مطابق واقع نیست. برای فهم این فناوری‌ها و استفاده مفید از آن‌ها مطالعات علوم اجتماعی به‌ویژه مطالعات انسان‌شناختی لازم است.

مطالعات انسان‌شناختی، راهی برای فهم و میانجیگری تجربه و عمل

در چند دهه اخیر، تخیل تأثیر بسیاری در خلق مجدد جهان‌های اجتماعی از جمله تصویر ملت، جامعه سالم و خانواده هنجار داشته است. آپادورا معتقد است، وقتی مردم امروز به شکل فزاینده‌ای به تخیل می‌پردازند و وجود خودشان را در قالب «زندگی‌های ممکن» شکل می‌دهند، این زندگی‌ها، که بخش‌هایی از آن خیال‌پردازانه است، باید اساس و بستر اتنوگرافی قرار گیرد (گمیلتف، ۲۰۱۴ الف: ۱۵۴). گمیلتف می‌گوید بارداری موقعیتی از زندگی بشری است که در آن عدم قطعیت‌ها در ارتباط با آینده، درحالی‌که هر روز به‌گونه‌ای فزاینده به وزن آن‌ها افزوده می‌شود، یک‌جا جمع می‌شوند. او معتقد است در برخی جوامع بیشتر زنان باردار تجربه مثبت و مطمئنی از حاملگی دارند، اما در جوامعی مانند ویتنام، عدم قطعیت‌ها بیشتر تجربه‌های شخصی و جمعی در گذشته ناخوشایندتر، شرایط اکنونی مشروط و تصادفی‌تر و آینده، شکننده‌تر است. گمیلتف معتقد است انسان‌شناسی باید به‌جای تمرکز بر قطعیت و یکپارچگی به سراغ موقتی‌بودن زندگی بشری برود (گمیلتف، ۲۰۱۳). از نظر وی، ایده امر خیالی در انسان‌شناسی می‌تواند به فهم برخی ابعاد خفیف‌تر، اما به لحاظ اجتماعی نیرومندتر حال روحی و حس‌ها منجر شود (گمیلتف، ۲۰۱۴ الف). وی بیش از یک دهه در ویتنام درباره وسایل کمک‌باروری و انتخاب باروری مطالعه کرده و متأثر از مکتب منچستر، معتقد است انسان‌شناسی باید به مطالعه متمرکز بر وقایعی خاص بپردازد. با مطالعه جزئی موارد انضمامی، همچنان که آن‌ها در طول زمان و در شرایط متنوع در حال شکل‌گیری هستند، انسان‌شناسی می‌تواند حالات اجتماعی را شناسایی و تحلیل کند. این شناسایی یک تصویر زنده، با جزئیاتی که نشان‌دهنده پیچیدگی پدیده هستند و منعطف و نه براساس قالب‌های نظری از پیش تعیین شده است (گمیلتف، ۲۰۱۴ ب).

ولبرگ که بیش از یک دهه به مطالعه نحوه شکل‌گیری بانک اسپرم با رویکرد مردم‌نگاری سرهم‌بندی^۱ در چین پرداخته است، متأثر از مارکوس روش «اتنوگرافی چندجایی»^۲ را پیشنهاد

1 Assemblage ethnography

2 Site-multiplied assembling ethnography

می‌دهد. مردم‌شناسی سرهم‌بندی تحقیقی است که در آن تمرکز بر مشاهده شکل‌بندی اجتماعی پیچیده و مدام تغییر‌یابنده، در ارتباط با عناصر آن، نه تنها انسان‌ها، بلکه غیرانسان‌هاست (ولبرگ، ۲۰۱۸: ۲۰). اینهورن (۲۰۰۷) معتقد است تجربه بدنمندی^۱ در لقاح مصنوعی، پدیده‌ای است که به لحاظ مکانی خاص و از نظر فرهنگی متنوع است. فرد انسانی بدنش را در مکانی خاص، در لحظات تاریخی خاص، با افکار آگاهانه درباره اینکه بدن چگونه باید مدیریت یا درمان شود، تجربه می‌کند. همان‌طور که بورديو بیان می‌کند، سلوک بدنی^۲ شکل‌های فرهنگی خاص به خود می‌گیرد. کوچک‌ترین اعمال بدنی، شامل تفاوت‌های بسیار ظریف حالت، ژست، راه‌رفتن و نگاه کردن معانی نیرومندی دارند (اینهورن، ۲۰۰۷: ۳۹). از نظر بورديو، کودکان این حالت‌ها و ژست‌ها را بنا به طبقه و گروهی که در آن هستند یاد می‌گیرند. سلوک‌های بدنی به شکل الگوهای عادت‌شده فرموله می‌شوند و راهنمای دریافت‌های حسی هستند که بدن را مقید به عادت‌های خاصی برای ایستادن، حرف‌زدن و حرکت کردن می‌کنند. شخص با این سلوک‌ها به لحاظ بدنی آگاه و به زمینه متصل می‌شود. درواقع آن‌ها شکلی از خاطره بدنی^۳ هستند که از راه تعامل عملی با ساختار محیط زیستی متبلور می‌شوند. این شکل از «اتوماتیسم‌های بدنی» در اندیشه بورديو ریشه شهودها، احساسات و فهم عمومی ماست (تروپ و مورفی، ۲۰۰۲). به همین دلیل، بورديو محققان را به مطالعه دقیق سلوک بدنی و منش افراد در زندگی روزمره‌شان تشویق می‌کند؛ کاری که برای مثال، در مطالعه سلوک بدنی و منش مردان در محیط درمان ناباوروی در کشورهای مسلمان انجام داده است (اینهورن، ۲۰۰۷).

پزشکی نوین در ایران

در قرون ۱۸ و ۱۹، تمدن غربی زندگی را به‌عنوان موضوع کنترل مدنظر قرار داد. بعد از آن، قدرت به «محافظت از زندگی» علاقه‌مند شد (فوکو، ۱۹۸۸: ۱۴۷) و اکنون سیاست، فرایند وجود انسانی، یعنی اندازه و کیفیت جمعیت را مشخص می‌کند. همان‌طور که فوکو گفته است، زیست-سیاست به ناگزیر با رشد علوم تجربی، علوم انسانی و پزشکی کلینیکال پیوند دارد (رُز، ۲۰۰۱: ۱). در ایران این تحولات در حوزه سیاست و پزشکی از اواخر قرن ۱۹ و اوایل قرن ۲۰ آغاز شد. پزشکان اروپایی که در این دوره زمانی وارد ایران شدند پزشکی مدرن را به جامعه معرفی کردند؛ بنابراین در ایران، علاوه بر نقش دولت خودی، دولت‌های بیگانه، به‌ویژه انگلستان، روسیه و آلمان نیز که به دنبال منافع سیاسی خود بودند، بسیار پررنگ بود. بیماری‌های اپیدمیک مانند وبا و طاعون مستشاران غربی را با مخاطره روبه‌رو می‌کرد و منافع آن‌ها را در

1 Embodied experience

2 Bodily hexes

3 Body memory

منطقه به خطر می‌انداخت (الگود، ۱۳۵۶: ۴۳۷-۴۹۳). آموزش پزشکی همچنین روزنه مناسب و به‌ظاهر بی‌طرفی بود برای آنچه الگود، پزشک سفارت انگلستان که از سال ۱۹۲۶ به ایران آمد، آن را «نفوذ فرهنگ غربی» می‌نامید (همان: ۵۸۶). وقتی حکومت مرکزی تلاش داشت ارتش مدرن ایجاد کند، بیماری‌های اپیدمیک سربازان را درگیر کرد (ابراهیم‌نژاد، ۲۰۰۴). این نیاز فوری سبب ایجاد بیمارستان‌ها، شوراها، بهداشتی و کمپین‌های واکسیناسیون شد؛ بنابراین پاسخ به یک نیاز فوری (فوکو، ۱۹۸۰: ۱۹۵) یکی از مشخصات دستگاه و سازوکار «پزشکی مدرن» بود که به شکلی فرهنگی بدل شد (فرانکلین، ۲۰۱۳) و مجموعه‌ای از تغییرات در سطح نهادها، بناها، دستورالعمل‌ها، قوانین و هنجارها را در بازه‌ای تاریخی ایجاد کرد.

این تغییرات در حوزه جمعیتی و در قالب تنظیم خانواده از سال ۱۹۶۷ و دوره پهلوی دوم شروع شد، اما به دلیل در نظر گرفتن عوامل فرهنگی و دینی موفق نبود، اما بعد از انقلاب ۵۷ عنصر سومی به رابطه سیاست و پزشکی اضافه شد؛ ایدئولوژی دینی خاصی که دولت را در جهت پیشبرد اهداف خود در راستای کنترل جمعیت کمک می‌کرد و قادر بود اهداف ملی را با روایت‌های فردی، حتی در دورافتاده‌ترین مناطق روستایی یا در میان طبقات پایین جامعه عملیاتی کند (تابر و همکاران، ۲۰۰۶). شاید سیاست گسترش مراکز کمک‌باروری و انتخاب باروری در جهت عکس سیاست کاهش جمعیت در سال‌های بعد از انقلاب و به‌ویژه بعد از جنگ به‌نظر برسد، اما این مراکز با هدف بهبود و افزایش کیفیت زندگی خانوادگی و ثبات خانواده و همچنین به‌دنیا آمدن فرزند سالم پایه‌ریزی شد و حتی غربالگری برای همه زنان حامله را اجباری کرد؛ درحالی‌که در بسیاری از کشورهای اروپایی غربالگری تنها برای زنان خاصی با سنین بالا یا با سابقه بیماری‌های خاص تجویز می‌شود (جوان آنلاین، ۱۳۹۷). به هر حال، با وجود موانع فرهنگی، اخلاقی و فقهی بسیاری که بر سر راه توسعه این روش‌ها در ایران وجود داشت، اولین نوزاد از طریق لقاح مصنوعی در سال ۱۳۶۹ در ایران به‌دنیا آمد و قانون اهدای جنین در سال ۱۳۸۲ به تصویب رسید (اینهورن و تریماینه، ۲۰۱۲: ۱۳۱-۱۳۴).

نتیجه‌گیری

در این مقاله، پیچیدگی‌های ورود، عملیاتی‌شدن و عادی‌شدن فناوری‌های کمک و به‌ویژه انتخاب باروری اشاره شد. تغییرات در این حوزه نه با تصمیمی ناگهانی و صرف وارد کردن تجهیزات پزشکی، بلکه در سطح یک گفتمان یا دستگاه جدید در مدت‌زمان طولانی صورت گرفته است؛ گفتمانی که با ورود فناوری‌ها و دانش پزشکی بدون در نظر گرفتن شرایط اجتماعی و ملزومات فرهنگی شروع می‌شود و با جلب نظر مراجع دینی، تدوین قوانین مربوط و تبلیغات رسانه‌ای یا به تعبیر پزشکان، فرهنگ‌سازی در هر موردی- از پیوند اعضا گرفته تا انتخاب

باروری- به کاربرد این فناوری‌ها و عادی‌سازی آن‌ها منجر می‌شود (اینهورن و تریمانه، ۲۰۱۲: ۱۳۷). وقتی درمان احتمالی برای ناباروری وجود دارد، یا خطر تولد یک فرزند ناسالم بیش از اندازه برجسته شده است، فارغ از اینکه استفاده از وسایل کمک یا انتخاب باروری چقدر با شرایط مالی، اعتقادی و فرهنگی افراد سازگار باشد و با توجه به فشار اجتماعی ناباروری در جامعه، افراد تحت فشار قرار می‌گیرند تا برای درمان و رفع این نقص یا غربالگری‌های متعدد اقدام کنند؛ بنابراین انتخاب این وسایل، نه یک انتخاب شخصی، بلکه شاید اجباری باشد که با کابوس‌ها و واکنش‌های برساخته‌شده‌ای مانند پیری جمعیت و با پیوند خوردن یا پیوند دادن (تداعی معانی) تصاویر، خیال‌بافی‌ها و فانتزی‌هایی مانند خانواده سالم یا جمعیت یا امت سالم و تضمین آینده کشور در افراد درونی می‌شود.

باید توجه داشت که انگیزه‌ها و الگوهای تولیدمثل و فرزندآوری در هر فرهنگی با فرهنگ دیگر متفاوت است؛ بنابراین جوامع مختلف واکنش‌های گوناگونی به استفاده از فناوری‌های کمک‌باروری نشان می‌دهند؛ برای مثال ایده تک‌ژن‌بودن تولیدمثل که به‌موجب آن یک «پیشاکودک» کامل در اسپرم از قبل وجود دارد و وظیفه زن تنها حمل کودک و مراقبت از اوست، هنوز در بسیاری از فرهنگ‌های غیرغربی وجود دارد (فان بالین، ۲۰۰۹)؛ بنابراین علاوه بر توجه به بعد خیال‌گون این ماجرا، توجه به بدنمندی، مکان‌مندی و زمان‌مندی پدیده‌ای مهم است، اما نمی‌توان گونه‌گونه و چندمکانی‌بودن این پدیده پیچیده اجتماعی را به روش‌های سنتی علوم اجتماعی مطالعه کرد. برای مطالعه تمام ابعاد این فرایند اجتماعی، از نهادها و سازمان‌های مرتبط و قانون‌گذار گرفته تا کلینیک‌های درمانی و اینکه این فناوری‌ها چگونه وارد ساختار پیچیده و یکتای تولیدمثل جامعه ایرانی شده‌اند، به انسان‌شناسی با روش‌شناسی خاصی نیاز داریم. مطالعات اخیر، به‌ویژه پژوهش‌های اینهورن، ولبرگ و گمیلنت می‌توانند الگوهای خوبی برای شروع مطالعاتی از این دست در ایران باشند. این مطالعات به بینش و رویکرد انسان‌شناسی تفسیری و روش‌های اتنوگرافیک عمیق، بلندمدت و چندجایی نیاز دارند تا ابعاد مختلف این قبیل پدیده‌های نوظهور و آثار و پیامدهای اجتماعی-فرهنگی و سیاسی آن را ارزیابی کنند.

منابع

- اعزازی، شهلا (۱۳۸۰). *جامعه‌شناسی خانواده*. تهران: انتشارات روشنگران.
- الگود، سیریل (۱۳۵۶). *تاریخ پزشکی ایران و سرزمین‌های خلافت شرقی*، ترجمه باهر فرقانی، تهران: انتشارات امیرکبیر.
- برناردز، جان (۱۳۸۸). درآمدی بر مطالعات خانواده، ترجمه حسین قاضیان، تهران: نشر نی.
- جوان آنلاین، دهم دی ماه ۱۳۹۷ shorturl.at/mzTY8
- دریفوس، هیوبرت و رابینو، پل (۱۳۷۹). میشل فوکو: فراسوس ساختارگرایی و هرمنیوتیک، ترجمه حسین بشیریه، تهران: نشر نی.
- ذاکر مشفق، اعظم (۱۳۸۷). بررسی جامعه‌شناختی تاثیر ناباروری بر زندگی زنان نابارور مراجعه کننده به مراکز ناباروری تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد تهران شمال، دانشکده مدیریت و علوم اجتماعی.
- رفعت جاه، مریم (۱۳۸۷). دختران جوان و اوقات فراغت، فصلنامه مطالعات جوانان دوره ۱، شماره ۱۳، صص ۱۵۱-۱۷۳.
- کریمی، مرتضی (۱۳۹۶). «معنا، مفهوم و کارکرد فرزند در ایران»، *فصلنامه انجمن ایرانی مطالعات فرهنگی و ارتباطات*، شماره ۱۳، صص ۱۱۱-۱۴۵.
- گولومبوک، سوزان و فی‌وش، رابین (۱۳۸۴). *رشد جنسیت*، ترجمه مهرناز شهرآرای، تهران: ققنوس.
- گیدنز، آنتونی (۱۳۹۰). *جامعه‌شناسی*، ترجمه منوچهر صبوری، تهران: نشر نی.
- Abbasi-Shavazi, M. J., Inhorn, M. C., Razeghi, H. B., & Toloo, Gh. (2008) The Iranian ART Revolution: Infertility, Assisted Reproductive Technology, and Third-Party Donation in the Islamic Republic of Iran. *Journal of Middle East Women's Studies*, 4, 1-28.
- Aries, P. (1962). *Centuries of Childhood: A Social History of Family Life*, New York: Vintage Books.
- Benagiano, G., Bastuanelli, C., & Farris, M. (2007). Contraception: A Social Revolution. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 12, 3-12.
- Brown, N., & Webster, A. (2004). *New Medical Technologies and Society: Reordering Life*, Cambridge: Polity.
- Christopher, M., Jane, W., & Wendy, L. (2018). Conflicted Hope: Social Egg Freezing and Clinical Conflicts of Interest. *Health Sociology Review*, 27(1), 45-59.
- Davis-Floyd, R. E. (2004). *Birth as an American Rite of Passage: With a New Preface*, LA: University of California Press.
- Davis-Floyd, R. E. (2008). Embodied Progress: A Cultural Account of Assisted Conception. *American Anthropologist*, 100, 1059-1061.
- Davis-Floyd, R. E., & Sargent, C. (1997). *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives*, LA: University of California Press.
- Draper, J. (2003). Blurring, Moving and Broken Boundaries: Men'S Encounters with the Pregnant Body. *Sociology of Health & Illness*, 25, 743-767.
- Ebrahimnejad, H. (2004) *Medicine, Public Health and the Qājār State: Patterns of Medical Modernization in Nineteenth-Century Iran*, Lieden: Brill.

- Elgood, C. (1951). *A Medical History of Persia and the Eastern Caliphate from the Earliest Times Until the Year A.D. 1932*, Lieden: Brill.
- Ferretter, L., & Eaglestone, R. (2007). *Louis Althusser*, London: Routledge.
- Foucault, M. (1980). *Power/Knowledge: Selected Interviews and Other Writings, 1972-1977*, New York: Harvester Press.
- Foucault, M. (1988). *The History of Sexuality*, New York: Vintage Books.
- Foucault, M. (1994). *The Order of Things: An Archaeology of the Human Sciences*, New York: Vintage Books.
- Franklin, S. (2002). *Embodied Progress: A Cultural Account of Assisted Conception*, London: Routledge.
- Franklin, S. (2006). Origin Stories Revisited: IVF as an Anthropological Project. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 30, 547-555.
- Franklin, S., & Ragone, H. (1998). *Reproducing Reproduction: Kinship, Power, and Technological Innovation*, Pennsylvania: University of Pennsylvania Press.
- Franklin, S. (2013). *Biological Relatives: IVF, Stem Cells, and the Future of Kinship*, Durham, NC: Duke University Press.
- Gammeltoft, T. M. (2006). Beyond Being: Emergent Narratives of Suffering in Vietnam. *Journal of the Royal Anthropological Institute*, 12, 589-605.
- Gammeltoft, T. M. (2008). Figures of Transversality: State Power and Prenatal Screening in contemporary Vietnam. *American Ethnologist*, 35, 570-587.
- Gammeltoft, T. M. (2013). Potentiality and Human Temporality: Haunting Futures in Vietnamese Pregnancy Care. *Current Anthropology*, 54, S159-S171.
- Gammeltoft, T. M. (2014a). Toward an Anthropology of the Imaginary: Specters of Disability in Vietnam. *Ethos*, 42, 153-174.
- Gammeltoft, T. M. (2014b). In *Haunting Images: A Cultural Account of Selective Reproduction in Vietnam*, LA: University of California Press.
- Gammeltoft, T. M., & Wahlberg, A. (2014). Selective Reproductive Technologies. *Annual Review of Anthropology*, 43, 201-216.
- Ghaheri, A., Shojaei Shahrokhadi, M., Zayeri, F., Maroufizadeh, S., & Karimi, M. (2016). Relationship among Life Satisfaction, Anxiety and Fertility Quality of Life in Women. *Koomesh*, 17, 957-965.
- Ginsburg, F., & Rapp, R. (1991). The Politics of Reproduction. *Annual Review of Anthropology*, 20, 311-343.
- Ginsburg, F. D., & Rapp, R. (1995). *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction*, LA: University of California Press.
- Hardie-Bick, J. (2012). Transcendence, Symbolic Immortality and Evil. *Human Studies*, 35, 415-428.
- Hasanpoor-Azghady, S. B., Simbar, M., Vedadhir, A. A., Azin, S. A., & Amiri-Farahani, L. (2019). The Social Construction of Infertility Among Iranian Infertile Women: A Qualitative Study. *Journal of Reproduction and Infertility*, 20(3), 178-190.
- Inhorn, M. C. (1996). *Infertility and Patriarchy: The Cultural Politics of Gender and Family Life in Egypt*, Pennsylvania: University of Pennsylvania Press.
- Inhorn, M. C. (2007). Masturbation, Semen Collection and Men's IVF Experiences: Anxieties in the Muslim World. *Body and Society*, 13, 37, 37-53.

- Inhorn, M. C., & Birenbaum-Carmeli, D. (2008). Assisted Reproductive Technologies and Culture Change. *Annual Review of Anthropology*, 37, 177-196.
- Inhorn, M. C., & Tremayne, S. (2012). *Islam and Assisted Reproductive Technologies: Sunni and Shia Perspectives*, New York: Berghahn Books.
- Inhorn, M. C., & Van Balen, F. (2002). *Infertility around the Globe: New Thinking on Childlessness, Gender, and Reproductive Technologies*, Berkeley: University of California Press.
- Jordan, B. (1987). The Hut and the Hospital: Information, Power, and Symbolism in the Artifacts of Birth. *Birth*, 14, 36-40.
- Karimi, M., Omani Samani, R., & Shirkavand, A. (2015). A Qualitative Study of The Experience of Infertile Woman in Iran. *Payesh*, 14(4), 453-465.
- Karimi, M., Shirkavand, A., & Omani Samani, R. (2011). P-070 Isolated infertile Women under the Pressure from Fertile Women in Iran. *Human Reproduction*, 26, i150-i151.
- Kramer, A. M. (2011). Kinship, Affinity and Connectedness: Exploring the Role of Genealogy in Personal lives. *Sociology*, 45, 379-395.
- Lambert, N. M., Stillman, T. F., Hicks, J. A., Kamble, S., Baumeister, R. F., & Fincham, F. D. (2013). To Belong Is to Matter: Sense of Belonging Enhances Meaning in Life. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 39, 1418-1427.
- Lock, M. (2008). Biomedical Technologies, Cultural Horizons, and Contested Boundaries. In Hackett, E. J., Amsterdamska, O., Lynch, M., & Wajcman, J. (Eds.), *The Handbook of Science and Technology Studies*, Cambridge, Mass: MIT Press: 875-900.
- Mason, J. (2008). Tangible Affinities and the Real Life Fascination of Kinship. *Sociology*, 42, 29-45.
- May, V. (2011). Self, Belonging and Social Change. *Sociology*, 45, 363-378.
- Miller, B. D. (2009). *Cultural Anthropology in a Globalizing World*, London: Pearson
- Miller, T. W. (2010). *Handbook of Stressful Transitions across the Lifespan*, New York: Springer.
- Mohammad, K., & Ardalani, A. (2009). An Overview of the Epidemiology of Primary Infertility in Iran. *Journal of Reproduction & Infertility*, 10, 213-216.
- Rapp, R. (1999). *Testing Women, Testing the Fetus: The Social Impact of Amniocentesis in America*, New York: Routledge.
- Rose, N. (2001). The Politics of Life Itself. *Theory, Culture & Society*, 18(6), 1-30.
- Sargent, C. F. (2004). Birth. In C. R. Ember, & M. Ember (Eds.), *Encyclopedia of Medical Anthropology*, New York: Springer: 224-230.
- Sargent, C. F., & Bascope, G. (1996). Ways of Knowing about Birth in Three Cultures. *Medical Anthropology Quarterly*, 10, 213-236.
- Sargent, C. F. (1982). *The Cultural Context of Therapeutic Choice*, New York: Springer.
- Sargent, C. F. (1989). *Maternity, Medicine, and Power: Reproductive Decisions in Urban Benin*, Berkeley: University of California Press.
- Sargent, C. F., & Johnson, T. M. (1996). *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method*, New York: Praeger.
- Saroukhani, B., & Rafat, J. (2004). Sociological Factors Related to the Re-definition of Women's Social Identity. *Woman in Development and Politics* 2, 71-91.

- Strathern, M. (1992). *Reproducing the Future: Essays on Anthropology, Kinship and the New Reproductive Technologies*, Manchester: Manchester University Press.
- Steaus, C. (2006). The Imaginary. *Anthropological Theory*, 6, 322-344.
- Throop, C. J., & Murphy, K. M. (2002). Bourdieu and Phenomenology: A Critical Assessment. *Anthropological Theory*, 2, 185-207.
- Tober, D. M., Taghdisi, M. H., & Jalali, M. (2006). "Fewer Children, Better Life" or "As Many as God Wants"? *Medical Anthropology Quarterly*, 20(1), 50-71.
- Turner, B. S. (2006). Body. *Theory, Culture & Society*, 23, 223-229.
- Van Balen, F. (2009). Infertility and Culture: Explanations, Implications, and Dilemmas. In L. Culley, N. Hudson, & F. van Rooij (Eds.), *Marginalized Reproduction: Ethnicity, Infertility and Reproductive Technologies* (pp. 34-48), London: Routledge.
- Van Hollen, C. (1994). Perspectives on the Anthropology of Birth. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 18, 501-512.
- Wahlberg, A. (2018). *Good Quality: The Routinization of Sperm Banking in China*, Oakland, California: University of California Press.