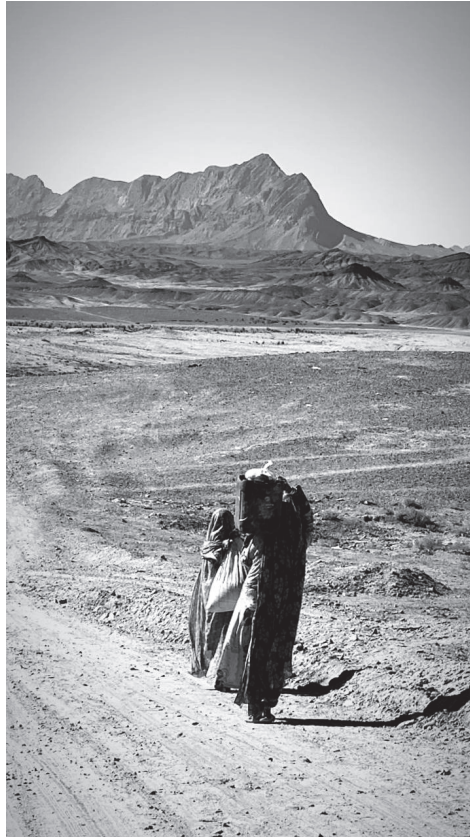


## پزشکی اجتماعی و جنسیت و سرمایه‌داری

گردآورنده و نویسنده و مترجم: ونوشه بحرانی



### مقدمه

در زمانه‌ای که سرمایه‌داری به تمام وجوه زندگی تجاوز کرده است، تصور جهان بدون آن و عبور به پس‌سرمایه‌داری مشکل می‌نماید. کنش‌گران در سراسر جهان در مواجهه با اثرات سرمایه‌داری در عرصه‌های مختلف، اثراتی چون فقر، نابرابری، گرسنگی، بیماری‌های جسمی و روانی، تجارت و سوءمصرف مواد مخدر، نظامی‌گری و جنگ‌های مخرب بی‌پایان، نژادپرستی، تبعیض جنسی، تبعیض طبقاتی و سنی و سایر انواع تبعیض براساس تفاوت‌های اجتماعی، گسترش زندان‌ها، بحران‌های زیست‌محیطی و غیره، علی‌رغم آگاهی از عامل وجودی و تداوم این معضلات، بدون رویارویی مستقیم با علت‌های ریشه‌ای و نادیده گرفتن این علل، به مقابله با آن‌ها می‌پردازند.

در این نوشتار تلاش می‌کنم به بررسی اثرات سرمایه‌داری و نوع متأخر آن، نئولیبرالیسم، از زاویه‌ی دید پزشکی اجتماعی و موضوع زن بپردازم، همراه با بیان معضلات و مثال‌هایی عینی که حاصل تجربه‌های شخصی‌ام در طول دوره‌ی کاری به عنوان پزشک هستند. ابتدا با شرح مختصری از چپستی پزشکی/اجتماعی

آغاز می‌کنم و سپس در بخش اول به مسئله‌ی عوامل اجتماعی و تأثیرات آن‌ها بر پزشکی و حوزه‌ی سلامت می‌پردازم. در بخش دوم در پنج قسمت به مسئله‌ی زنان و جنسیت در پزشکی، چه در مقام بیمار و مراجع و چه در مقام پزشک و کادر درمان، خواهیم پرداخت. عمده‌ی این متن گزیده‌هایی از ترجمه‌ی دو فصل از کتاب *پزشکی اجتماعی و تحولات آتی*<sup>۱</sup> است، اما همان‌طور که ذکرش رفت، این مقاله برخی تجربیات شخصی‌ام را نیز دربر می‌گیرد که حاصل اشتغال در حوزه‌ی سلامت، به‌عنوان متخصص داخلی، و حضور در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی شهرها و استان‌های مختلف ایران است. تمام جملاتی که داخل قلاب قرار گرفته‌اند، توسط نویسنده اضافه شده است.

### پزشکی اجتماعی چیست؟

نئولیبرالیسم از دهه‌ی ۷۰ میلادی با بازگرداندن سرمایه‌داری افسارگسیخته به دوران پیش از دستاوردهای مهم جنبش کارگری و حذف خدمات اجتماعی دولت‌های رفاه و دستاوردهای اجتماعی طبقه‌ی کارگر به تعمیق تمام اثرات مخرب سرمایه‌داری، از جمله خدمات بهداشتی و درمانی، منجر شد.<sup>۲</sup>

از حدود دو قرن پیش و به دنبال پیدایش رشته‌ی پزشکی اجتماعی، نشان داده شده است که ویژگی‌های اجتماعی بیش از مسائل زیست‌شناختی بر سلامت و بیماری انسان‌ها موثرند و از این رو تغییرات اجتماعی بیش از خدمات بهداشتی\_درمانی بر پیامدهای سلامت و بیماری تأثیر می‌گذارند. این دیدگاه برای صاحبان قدرت و ثروت تهدیدکننده است، چراکه تغییرات اجتماعی که زندگی و سلامت اکثریت جمعیت را بهبود می‌بخشد، تهدیدکننده‌ی قدرت و جایگاه و امتیازهای طبقه‌ی فرادست جامعه است. پزشکی بالینی گاه می‌تواند برای حیات پزشکان مخاطره‌انگیز باشد اما زمانی که بکوشد به ابعاد اجتماعی مشکلات سلامتی و پزشکی بپردازد، کار و حتی زندگی او می‌تواند مورد تهدید جدی قرار گیرد. از این رو است که پزشکی اجتماعی که توجه انتقادی به بی‌عدالتی و نابرابری دارد، در دالان‌های قدرت مورد توجه قرار نمی‌گیرد و باز هم به همان دلایل بالا بسیاری از دست‌اندرکاران و کنشگران این حوزه، تلاش می‌کنند بدون رویارویی با سرمایه‌داری به عنوان عامل اصلی مشکلات سلامت، با نتایج آن مبارزه کنند. اما برای تغییرات بنیادی و بهبودی فراگیر، پراکسیس ما در این حوزه باید مقابله با خود سرمایه‌داری و فراروی از آن باشد.

### بخش اول: عوامل تعیین‌کننده‌ی اجتماعی<sup>۳</sup> در برابر دیدگاه تعیین‌کنندگی جامعه<sup>۴</sup>

<sup>۱</sup> Social Medicine and the Coming Transformation: Howard Waitzkin, Alina Perez & Matthew Anderson

<sup>۲</sup> برگرفته از کتاب *کارنامه‌ی نئولیبرالیسم در ایران*، نوشته‌ی مسعود امیدی، انتشارات گل‌آذین، چاپ دوم، سال ۱۴۰۰.

<sup>۳</sup> Social determinants

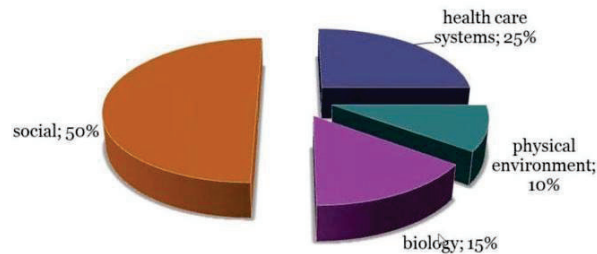
<sup>۴</sup> Social determination

آدر سراسر جهان تحقیق درباره‌ی عوامل تعیین‌کننده‌ی سلامت رونق گرفته است. این عوامل، عواملی غیرپزشکی هستند که بر وضعیت سلامت افراد تاثیر می‌گذارند. آن‌گونه که سالوادور آلدن می‌گوید: «فرد در جامعه موجودی انتزاعی نیست؛ به دنیا می‌آید، رشد می‌کند، زندگی می‌کند، کار می‌کند، تولید مثل می‌کند، بیمار می‌شود و در انقیاد محض از محیط پیرامونش می‌میرد. محیطی که ماهیت متفاوت آن، حالت‌های متنوعی از واکنش را در مواجهه با عوامل بیماری‌زا ایجاد می‌کند. این محیط مادی را دست‌مزد، تغذیه، مسکن، پوشاک، فرهنگ و سایر عوامل مادی و تاریخی تعیین می‌کنند.»

مشکلات جامعه و مشکلات ناشی از تضادهای اجتماعی مشکلات عمده در پزشکی و بهداشت عمومی هستند. وضعیت نظام سلامت با شرایط اجتماعی به گونه‌ای درهم تنیده‌اند که به ندرت می‌توان آن‌ها را از هم جدا کرد و تلاش برای پژوهش در یکی از آن‌ها بدون در نظر گرفتن آن دیگری و درهم‌تنیدگی‌شان به بیراهه رفتن است. این روابط حوزه‌های سلامت و تضادهای اجتماعی نه تنها سبب درک بهتر کلیت اجتماع می‌شوند بلکه مسیر تغییرات را نیز نشان می‌دهند. بر این اساس اصلاحات بهداشتی‌ای که به روابط سلامت و نظام مراقبت‌های بهداشتی با ساختارها و تناقضات اجتماعی گسترده‌تر نمی‌پردازند، محکوم به شکست هستند.

بر اساس مطالعات انجام شده، عوامل اجتماعی در حدود ۵۰٪ عوامل تأثیرگذار بر سلامت را شامل می‌شوند و این درحالی است که عوامل زیست‌شناختی تنها ۱۵٪ و نظام سلامت کشور ۲۵٪ سهم دارند.

## عوامل تأثیرگذار بر وضعیت سلامت



## عوامل اجتماعی ۵۰٪

محیط ۱۰٪

عوامل زیست‌شناختی (بیولوژی) ۱۵٪

نظام سلامت ۲۵٪

سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۸ گزارشی تأثیرگذار در مورد عوامل تعیین‌کننده‌ی اجتماعی منتشر کرد. آن‌گونه که در این گزارش آمده است، وضعیت نامناسب سلامت فقرا، شیب اجتماعی در سلامت در داخل کشورها و نابرابری‌های بهداشتی مشخص بین کشورها ناشی از موارد زیر است:

- توزیع نابرابر قدرت، درآمد، کالاها و خدمات در سطح جهانی و ملی
  - بی‌عدالتی در شرایط بلافصل و مشهود زندگی و شانس داشتن یک زندگی شکوفا
  - دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی، مدرسه و تحصیل
  - شرایط کار و اوقات فراغت، شرایط خانه‌ها، جوامع، شهرک‌ها و شهرها
- در مجموع، عوامل و شرایط ساختاری زندگی روزمره عوامل اجتماعی تعیین‌کننده‌ای را تشکیل می‌دهند که بر وضعیت سلامت مؤثر هستند و مسئول بخش عمده‌ای از نابرابری در این حوزه در هر کشور و در نسبت بین کشورها هستند.

ابرای مثال، در مواجهه‌ای شخصی با زنی بلوچ و فاقد شناسنامه برخورد کردم که ۲۲ سال سن داشت اما سی یا چهل‌ساله می‌نمود. سه فرزند داشت که بزرگترین‌شان ۷ ساله و کوچکترین‌شان ۲ ساله بود. همسرش کارگر روزمزد بود و خود زن مبتلا به چاقی. از در که وارد شد نفس نفس می‌زد. از تنگی نفس و دردهای قفسه‌ی سینه، کمردرد، شانه‌درد و پادرد شکایت داشت. مدارک پزشکی‌اش را همراه خود آورده بود. کبد چرب، سندرم تخمدان پلی‌کیستیک، پیش‌دیابت و اختلال چربی داشت. تاریخ آزمایش‌ها و سونوگرافی مربوط به دو سال پیش بود. از آن زمان به دلیل ناتوانی در پرداخت هزینه‌ها درمان را ادامه نداده بود. اسفناک‌تر این‌که لیست تغذیه‌ی او تنها شامل این موارد بود: دو هفته یکبار گوشت مرغ، میوه و لبنیات هرگز، سایر منابع گوشتی منوط به خیرات و نان خشک در زمان‌هایی که غذای دیگری برای خوردن ندارند. مصرف نان خشک در این خانواده بالا بود و برای کاهش وزن و اصلاح وضعیت متابولیکش تغییر و تنظیم تغذیه لازم بود که با میزان درآمد خانواده به هیچ عنوان ممکن نبود.]

گزارش سازمان بهداشت جهانی (WHO) به قدرت و ثروت متمرکز اشاره می‌کند، اما هیچ‌کجا به «سرمایه‌داری» به عنوان عامل اصلی و یا حتی امکان تغییر آن به عنوان راهکار اشاره نمی‌کند. [تنها چیزی که سرمایه‌داری بی‌عیب و نقص انجام می‌دهد تولید و بازتولید نابرابری است. نخست از مسیر عمل‌کرد بازار برای استثمار نیروی کار و تصاحب مازاد سرمایه در قالب سود سهام و رانت و دوم با تأثیر بر سیاست‌های عمومی؛ نظام مالیاتی، خدمات عمومی (آموزش، سلامت، مراقبت‌های بلندمدت و تأمین اجتماعی) و زیرساخت‌های اجتماعی (مسکن، حمل‌ونقل، رفاه عمومی، کتابخانه‌ها و...). نتیجه‌ی عمل‌کرد سرمایه‌داری گسترش پیوسته‌ی نابرابری در همه‌ی ابعادش است. در دوران نئولیبرالیسم که از اوایل دهه‌ی ۷۰ میلادی آغاز شد نابرابری تقریباً

به همه‌جا گسترش یافت. در بسیاری از کشورهای کمونیستی سابق نتیجه‌ی گذار ناگهانی به سیستم سرمایه‌داری بدتر بود و سبب افزایش تکان‌دهنده‌ی مرگ‌ومیر به ویژه در مردان شد.

این‌که چگونه نابرابری سبب بیماری می‌شود پیچیده و مورد مجادله است. شرایط مادی نامناسبی که فقرا با آن مواجه‌اند، موجب خطرات جسمانی، مشکلات تکاملی و مشکلات اجتماعی شود. این موارد با هم تداخل می‌کنند و سبب هم‌افزایی شده و در سنین مختلف بیماری‌های متفاوتی ایجاد می‌کنند. هم‌چنین مراقبت‌های پزشکی ناکافی در هر مرحله‌ی زندگی می‌توانند در بیمار شدن دخیل باشند که بیشتر در گروه‌های آسیب‌پذیر جنسی، قومی و افراد ناتوان یا کم‌توان جسمی و قشرهای کم‌درآمد رخ می‌دهد. در بسیاری از کشورهای در حال توسعه سیستم‌های بهداشتی که پیش‌تر با بودجه‌ی عمومی اداره می‌شدند از بین رفته و جای خود را به بخش خصوصی داده‌اند. به‌طوری که در برخی مناطق، دستاوردهای بهداشت و سلامت سال‌های پیشین معکوس شده‌اند. سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۸ گزارش داد که این مسئله در ابتدا پدیده‌ای محدود به مناطق شهری بود اما اکنون مراقبت‌های بهداشتی ارائه شده در مقیاس کوچک با هزینه‌های بی‌حساب و کتاب تحت تسلط تعداد زیادی از ارائه‌دهندگان خصوصی این خدمات، از آفریقا و آسیا گرفته تا اروپا و آمریکا، درآمده است. (*Health, health care and capitalism: Colin Ley's*)

اگرچه ایران نیز در سال‌های اخیر واگذاری بخش‌های دولتی حوزه‌ی سلامت به بخش خصوصی، از بخش‌هایی از بیمارستان‌های سطح سوم دولتی گرفته تا واحدهای دندان‌پزشکی و داروخانه‌های مراکز بهداشتی-درمانی شهری و روستایی افزایش یافته است. به‌عنوان مثال از نتایج کاهش کمیت و کیفیت خدمات ارائه شده در مراکز بهداشتی درمانی این است که در سال گذشته شیوع مالاریای کشنده در سیستان و بلوچستان ده‌ها برابر شده بود در حالی که در چندین سال پیش از آن به مرز ریشه‌کنی رسیده بودیم. به قول مزدک دانشور در کتاب سلامت سوسیالیستی در مناظره با نئولیبرالیسم فقدان سرمایه‌گذاری دولتی نباید بهانه‌ی ورود سرمایه‌ی خصوصی به حوزه‌ی سلامت باشد. هدف سرمایه‌دار یافتن بهترین روش برای افزایش سود است و اگر این دیدگاه وارد مسأله‌ی درمان شود بیمار تبدیل به ابژه‌ای می‌شود که باید حداکثر سود از آن‌ها استخراج شود.

داده‌های گزارش سازمان بهداشت جهانی تقریباً به طور انحصاری به ارتباط عوامل فردی (مثلاً درآمد) و پیامدهای نامطلوب سلامتی اشاره می‌کند و به روابط علی یا فرآیندهای تغییر در شرایط جهان اشاره‌ای نمی‌کند. به نظر می‌رسد فرض چنین رویکردی این است که داده‌های علمی منجر به انتخاب سیاست‌های روشن‌نگرانه توسط اداره‌کنندگان و صاحبان منابع مالی جامعه خواهد شد. در حالی که تاریخ نشان داده است که رابطه‌ی بین دانش و قدرت اگر نگوییم هرگز، به‌ندرت مستقیم است. به این معنا که صاحبان قدرت و ثروت، به ندرت در عمل به داده‌های پژوهش‌های مرتبط با مشکلات اجتماعی تکیه می‌کنند. مگر این‌که جنبش‌های اجتماعی آن‌ها را وادار کنند. در این دوره‌ی تاریخی رهبران سیاسی دنیا نه تنها یافته‌های مرتبط با SDOH

(عوامل تعیین‌کننده‌ی اجتماعی سلامت<sup>۱</sup>) را نادیده می‌گیرند بلکه ادامه‌ی سیاست‌های اجرایی آن‌ها به بدتر شدن آن عوامل منجر می‌شود: سیاست‌هایی چون کاهش مالیات برای ثروتمندان و اجرای قوانینی که بر محیط‌زیست و آب‌وهوا تأثیر منفی دارند و منجر به آلودگی بیشتر، افزایش بیماری‌های شغلی و حتی اپیدمی‌هایی مانند کووید ۱۹ می‌شوند. همچنین قوانینی که سبب افزایش موارد زندانی شدن افراد می‌شوند اثرات نامطلوبی بر سلامت و مرگ‌ومیر دارند ناشی از خشونت پلیس و شرایط غیر بهداشتی زندان‌ها و در نتیجه گسترش اپیدمی‌هایی چون کووید ۱۹ است.

نژادپرستی ساختاری که به موجب آن قوانینی که تبعیض را منع می‌کنند به اجرا در نمی‌آیند سبب افزایش استرس مزمن و پیامدهای ناخوشایندی چون بیماری‌های فشارخون، بیماری‌های قلبی، سکت، سرطان و کووید ۱۹ در میان اقلیت‌های قومی- نژادی می‌شوند. نظامی‌گری با ناامنی غذا و مسکن، مهاجرت، کاهش هزینه‌های دولتی در حوزه‌های سلامت و بهداشت عمومی به دلیل هزینه‌های مالی جنگ سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این‌ها علاوه بر اثرات مستقیم روی سلامت به دلیل خود جنگ و آسیب‌های جانبی‌اش به جمعیت غیرنظامی، بودجه و خدمات کافی مادر و کودک را نیز کاهش می‌دهند، خدماتی از جمله برای کنترل موالید، که خود این مسئله منجر به افزایش نرخ مرگ‌ومیر نوزادان و کودکان، مرگ‌ومیر مادران و افزایش بیماری‌های عفونی قابل کنترل با واکسن مثل سرخک و فلج اطفال می‌شوند.

کسانی که روی SDOH مطالعه می‌کنند، جامعه را به‌عنوان مجموعه‌ای از افراد فرض می‌کنند. آن‌ها معتقدند در فرد بیماری یا وجود دارد یا ندارد. همچنین معتقدند تغییر در الگوی بیماری‌ها ناشی از اقلیت مبتنی بر «شواهد» تحقیقاتی است و سیاست‌گذاران، تصمیم‌گیری درباره‌ی برنامه‌های مفید را بر اساس ارزیابی‌های منطقی خود از یافته‌های پژوهش‌ها پیش می‌برند. در این رویکرد افراد یک جمعیت ویژگی‌های دموگرافیک متفاوتی دارند که «متغیر» نامیده می‌شوند. ویژگی‌هایی چون درآمد، تحصیلات، شغل، جنسیت، پیشینه‌ی نژادی- قومی و سن، این متغیرها «عوامل خطر» متفاوتی برای بیماری و مرگ‌ومیر در نظر گرفته می‌شوند. در نتیجه موقعیت اجتماعی مستلزم مواجهه و آسیب‌پذیری‌های مختلف است و مداخلات سلامت عمومی خطرات و رفتارهای فردی را هدف قرار می‌دهد. «اراده‌ی سیاسی» در کاهش نابرابری در دسترسی به منابع و نابرابری در نتایج سلامتی می‌تواند [تنها] منجر به اصلاحاتی شود که تأثیرات مضر عوامل اجتماعی را کاهش دهد. این اصلاحات می‌توانند در سیستم اقتصادی-سیاسی سرمایه‌داری جهانی کنونی اتفاق بیافتند. مثلاً چاقی و دیابت با مداخلات تغییردهنده‌ی رفتار افراد در کاهش قند، رژیم غذایی و ورزش کردن بهبود می‌یابند. [اما در مقابل] دیدگاه تعیین‌کنندگی جامعه، داده‌ها و تفاسیر و توصیه‌های متفاوتی را به دست می‌دهد. در این دیدگاه جامعه یک کلیت، و نه مجموعه‌ای از افراد، در نظر گرفته می‌شود. از این‌رو ویژگی‌های کلی آن نیازمند

---

<sup>1</sup> Social determinants of health

مطالعه‌ی تحلیلی اثر شرایط اجتماعی بر سلامت است. به جای سلامت-بیماری به عنوان مقوله‌های دوگانه، تعیین‌کنندگی جامعه، سلامت-بیماری را یک فرآیند دیالکتیک می‌داند. دیدگاه دیالکتیکی مستلزم تحلیل چندسطحی از چگونگی تأثیر شرایط اجتماعی مانند تولید اقتصادی، تولید مثل، حاشیه‌نشینی و ستم سیاسی بر فرآیند پویای سلامتی در میان گروه‌های مختلف جامعه است؛ کارگران در مقابل سرمایه‌داران، فقرا در مقابل ثروتمندان، زنان در برابر مردان و اقلیت‌های قومی-نژادی در مقابل اکثریت. به جای فرآیند ارزیابی و اعتماد به شواهد، تغییر سیاست‌ها و جمعیت‌هایی که از تضادهای اجتماعی و حرکت‌های اجتماعی منشا می‌گیرند و ستیزه‌هایی که از این تضادها ناشی می‌شوند لازم است. سلسله‌مراتب تعیین، تولید و بازتولید در سطح اجتماعی بر سلامت-بیماری تأثیر می‌گذارد؛ چنین سلسله‌مراتبی شامل روابط قدرت، انباشت سرمایه و تبعیض (تبعیض طبقاتی، نژادی و تبعیض جنسی) است که موجب نابرابری، استثمار و استرس مزمن و به تبع آن‌ها بیماری و مرگ زودرس می‌شوند. بهبودی‌های پایدار از طریق دگرگونی‌های اجتماعی ایجاد می‌شود: دگرگونی ویژگی‌های ساختاری سرمایه‌داری که سبب بیماری، مرگ زودهنگام، تخریب محیط زیست، جنگ، تأثیرات مخرب متعدد بر بشریت و سایر موجودات زنده و هم‌چنین کره‌ی زمین می‌شود. برای مثال در نمونه‌ی چاقی و دیابت که پیش‌تر گفته شد، تمرکز عزم اجتماعی باید بر صنعت غذایی در سرمایه‌داری باشد که دسترسی به غذای سالم را محدود کرده است. طبقه‌ی اجتماعی، نژاد و جنسیت از متغیرهای مهم SDOH هستند. [اما] به جای پرداختن به ارتباط متغیرها و پیامدهای نامطلوب سلامتی باید بر مکانیسم‌هایی تمرکز کرد که تبعیض طبقاتی، نژادپرستی و جنسیت‌گرایی از طریق آن‌ها سبب تبعیض و ستم و تأثیر بر سلامتی شده‌اند.

اکنون در بخش دوم این مقاله به مسئله‌ی جنسیت در نظام پزشکی و تبعیض‌های ساختاری و نظام‌مند علیه زنان در حوزه‌ی سلامت خواهیم پرداخت.

## بخش دوم: جنسیت و تبعیض جنسی

### ۱. سوگیری‌ها در تشخیص

[اگر چه قدمت «سلامت زنان» به بیش از نیم قرن پیش می‌رسد، اما این اصطلاح هم‌زمان که کلیت یک فرد انسانی را نادیده می‌گیرد، انسانی با تفاوت‌های بسیار از هم‌تای مذکر خود، تنها به مدل سنتی بیماری‌های زنان و زایمان اشاره دارد. به‌گفته‌ی دیدیه فسن<sup>۱</sup> انسان‌شناس نخستین شکل نابرابری در حوزه‌ی بهداشت و درمان دسترسی به مراقبت‌های پزشکی و دومین آن مربوط به کیفیت مراقبت‌های درمانی است.]

علی‌رغم پیشرفت در برخی عرصه‌های سلامت زنان، برخی از مشکلات منحصر به فرد یا رایج‌تر در میان زنان همچنان کم‌تر مورد توجه قرار می‌گیرد. بیماری‌هایی که زنان را بیشتر از مردان تحت تأثیر قرار می‌دهد

<sup>۱</sup> Didier Fassin



اختلالات خوردن، فیبرومیالژیا و اختلالات عملکرد جنسی هستند. باورهای غلط درباره‌ی «مسائل زنان» همچنان در پزشکی و در رسانه‌ها و باور عمومی نیز وجود دارند. برای نمونه، درحالی‌که تصور می‌شود ضربه‌ی مغزی در مردان جوان ورزش‌کار شایع‌تر است، مطالعه‌ای بر تمام ورزش‌ها در مدارس و دانشگاه‌ها نشان داده است که ضربه‌های مغزی و آسیب‌های سر در زنان شایع‌تر است.

با وجود این‌که مرگومیر کلی زنان در مقایسه با مردان در کشورهای توسعه‌یافته در وضعیت بهتری است، با این‌حال، گاه نتایج تطبیقی با سن در برخی شرایط وضعیت نامطلوب‌تری را نشان می‌دهد. مثلاً پیامدهای بیماری‌های قلبی-عروقی در زنان یائسه مشابه یا بدتر از وضعیت مردان (هم‌سن) است. هم‌چنین احتمال مرگ زنان در سال بعد از سکته‌ی قلبی بیشتر است که این احتمالاً به دلیل سوگیری جنسیتی در روش‌های تشخیصی و درمانی است. [در مطالعات انجام شده در ایران نیز نتایج مشابهی به دست آمده است.]

به روز رسانی رهنمودهای مربوط به مشکلات رایج سلامت که زنان را متاثر می‌کنند با تأخیر انجام می‌شود. انجمن اورولوژی (جراحی کلیه و مجاری ادراری) آمریکا در سال ۱۹۹۷ دستورالعملی برای مدیریت جراحی بی‌اختیاری استرسی ادراری منتشر کرد که تنها یک بار در سال ۲۰۰۹ و سپس دوباره در سال ۲۰۱۷ به روزرسانی شد. این در حالی است که تخمین زده می‌شود از هر سه زن یک نفر به این بیماری مبتلا باشند. در مقابل، دستورالعمل مدیریت اختلالات نعوظ در مردان در سال ۱۹۹۶ منتشر شد و بعد از آن در سال‌های ۲۰۰۰، ۲۰۰۵ و ۲۰۱۸ مجدداً به روزرسانی شد.

## ۲. پایگاه اجتماعی بیماران زن

[پایگاه اجتماعی بیمار (سن، جنسیت، طبقه‌ی اجتماعی و قومیت و ملیت) بر رفتاری که در قبال او انجام می‌شود، اثرگذار است. نابرابری در درمان بر اساس جنسیت یکی از انواع بی‌عدالتی در پزشکی مدرن است، اما این نوع بی‌عدالتی اغلب با بی‌عدالتی بر اساس طبقه و نژاد نیز همراه می‌شود. درواقع تبعیض جنسیتی وقتی با سایر تبعیض‌های طبقاتی و نژادی همراه شود بر امکان دسترسی به امکانات تشخیصی و درمانی و میزان بقا تأثیر مستقیم می‌گذارد. مارکس معتقد بود که ستم بر زنان ریشه در موقعیت متفاوت آن‌ها در بازتولید اجتماعی دارد. حقوق زنان به مثابه ابزار بازتولید اجتماعی ذیل این نقش و در چارچوب خانواده و نه به‌عنوان یک انسان مستقل تعریف می‌شود. از جمله‌ی این حقوق، حق برخورداری از خدمات بهداشتی درمانی است.

در بسیاری از جوامع ایرانی، زنان از استقلال لازم برای مراجعه به مراکز درمانی و انجام مداخلات پیشگیری و درمانی برخوردار نیستند و نیاز به اجازه، همراهی و تأمین مالی بستگان ذکور دارند. این مساله در مناطق حاشیه‌ای، دورافتاده و کم‌برخوردار به دلیل پراکندگی و کمبود مراکز درمانی و کادر درمان، بعد مسافت و افزایش سهم پرداختی بیماران در درمانگاه سبب می‌شوند که پرداختن به مسأله‌ی سلامت زنان در اولویت



خرج و مخارج خانواده قرار نگیرد و به تعویق بیافتد. در ایران می‌توانیم چنین وضعیتی را در زنان ساکن حواشی سیستان و بلوچستان ببینیم. برای مثال و به‌عنوان مواجهه‌ای شخصی:

زن بلوچ ۳۷ ساله‌ی ساکن حاشیه‌ی زاهدان و مادر ۶ فرزند و فاقد شناسنامه برای دریافت خدمات درمانی مراجعه کرد. همسر زن کارگر روزمزد بود و زن درد تیپیک بیماری ایسکمیک قلبی داشت. از تپش قلب شکایت می‌کرد و مبتلا به بیماری افزایش فشار خون و افسرده و به‌شدت مضطرب بود. برای ایشان آزمایش خون نوشته شد و اکیداً توصیه شد که هر چه زودتر به پزشک متخصص قلب مراجعه کند. بیمار بلافاصله پرسید اگر شوهرش او را نبرد چه؟ و در پاسخ این سوال که چرا نبرد جواب داد: «می‌گویند هزینه‌ی انجام آزمایش و ویزیت پزشک را ندارم».

همان‌طور که بحث شد، مسئله‌ی دسترسی به خدمات پزشکی در حوزه‌ی زنان توزیعی نابرابر دارد و اغلب به شرایط اجتماعی فرد گره خورده است. به‌عنوان نمونه، در سرطان سینه و دهانه‌ی رحم، در شاخص‌هایی مانند میزان تشخیص، روش‌های غربالگری (مانند ماموگرافی و پاپ اسمیر) و میزان بقا، وضعیت فقرا نسبت به زنان متمول و آمریکایی‌های آفریقایی تبار نسبت به سفید پوستان بدتر است. [در مطالعاتی که در ایران انجام شده نیز مشخص شده است که بسیاری از زنان در مراجعه به پزشک برای تشخیص و درمان سرطان پستان تأخیر دارند که این تأخیر اغلب در سنین بالاتر، با سطح تحصیلات پایین‌تر و در طبقات فردوست و مناطق کم‌برخوردار دیده می‌شود].

### ۳. فرزندآوری

اختیار تصمیم‌گیری درباره‌ی فرزندآوری، تعداد و فاصله‌گذاری بارداری‌ها، سقط جنین و در یک کلام تولید مثل و حق بر بدن با تصویب قوانینی چون قانون حمایت از خانواده در اکثر نقاط دنیا با مردان و حکومت است. در اواخر دهه‌ی ۶۰ و اوایل دهه‌ی ۷۰ میلادی جنبش جدید فمینیستی بنا داشت به کلیشه‌های جنسیتی در پزشکی پایان دهد. زنان باور داشتند که باید بر بدن‌هایشان و سلامت باروری خود کنترل داشته باشند و با الگوی سنتی نهادهای قانونی و پزشکی که انتخاب‌های آن‌ها را محدود می‌کرد مبارزه می‌کردند. این جنبش به اندازه‌ی قدرتمند بود که زمانی که دادگاه عالی در سال ۱۹۷۳ قانون رو وی. وید<sup>۱</sup> را (رای دادگاه عالی ایالات متحده‌ی آمریکا که حق سقط جنین را به زنان داد) تصویب کرد با مقاومت چندانی رو به رو نشد. بعدها، زنان بیشتری به دانشکده‌های پزشکی وارد شدند، تا آن‌جاکه حتی تعداد زنان پذیرفته شده از مردان پیشی گرفت [و این خود سبب بهبود وضعیت درمانی زنان شد]. اما تهدیدها علیه قوانین باروری مانند داشتن حق سقط جنین در سال‌های اخیر به ویژه بعد از انتخابات ریاست جمهوری ایالات متحده در ۲۰۱۶ و پیروزی دونالد ترامپ به طور قابل توجهی افزایش یافته است. در سال‌های اخیر در ایران نیز دسترسی آسان و رایگان

<sup>1</sup> Roe v. Wade

به وسایل پیشگیری محدود شده و غربالگری ناهنجاری‌های جنین و هشدار درباره‌ی آن‌ها ممنوع شده است. به تجربه‌ی شخصی دیگری توجه کنید:

ازن ۱۹ ساله‌ی بلوچ ساکن حاشیه کنارک، صاحب سه فرزند ۴ ماهه، ۳ ساله و ۵ ساله به درمانگاه مراجعه کرد. همسرش کارگر یراق‌دوزی بود با درآمد ماهیانه ۲ میلیون تومان. ماهی یک‌بار مرغ مصرف می‌کردند، اما گوشت قرمز و لبنیات و میوه هرگز. ناهار و شام اغلب نان و چای می‌خوردند. مبتلا به کم‌خونی فقر آهن بود. می‌گفت زود باردار می‌شود و با توجه به مشکلات زندگی و جسمی توانش را ندارد. ارائه‌ی وسایل پیشگیری در مرکز درمانی محدود و ممنوع شده است. درخواست داشت برایش نسخه نوشته شود تا بتواند از داروخانه تهیه کند.

#### ۴. خشونت علیه زنان

نمی‌توان از مسئله‌ی زنان در پزشکی صحبت کرد و به اثرات خشونت بر سلامتی زنان نپرداخت. زنان تلاش کرده‌اند بر این باور که خشونت خانگی اتفاقی معمول در زندگی زنان است، غلبه کنند. تقریباً یک چهارم زنان در طول زندگی خود قربانی خشونت خانگی می‌شوند که این موضوع اثرات مهمی در سلامتی و خدمات مورد نیاز آن‌ها دارد. در مقایسه با زنانی که هرگز مورد خشونت خانگی قرار نگرفته‌اند، زنان آزاردیده نزدیک به ۶ برابر بیشتر در معرض سوءمصرف مواد هستند، احتمال مشکلات خانوادگی و اجتماعی ۵ برابر بیشتر است و ۳ برابر بیشتر در خطر ابتلا به افسردگی هستند. (همان، ۳۰) زنانی که مورد آزار جسمی قرار گرفته‌اند بیشتر به بخش اورژانس مراجعه می‌کنند، ویزیت‌های سرپایی بیشتری دارند و بیشتر از خدمات تخصصی و دارو استفاده می‌کنند.

آمار زنانی که در معرض تماس جنسی ناخواسته قرار گرفته‌اند تکان‌دهنده است. در مطالعه‌ای که توسط انجمن دانشگاه‌های آمریکا انجام شده است، بیش از یک چهارم زنان سال آخر گزارش کرده‌اند که در طول چهار سال تحصیل در دانشکده، نوعی از تجاوز جنسی را تجربه کرده‌اند که تقریباً ۱۴ درصد از آن‌ها تجربه‌ی دخول یا تلاش برای دخول بوده است. خشونت علیه زنان به‌ویژه در میان افراد مشهور و ورزشکاران حرفه‌ای به یک فرهنگ ثابت در آمریکا و برخی کشورها تبدیل شده است. با همه‌ی این‌ها این اتفاق‌ها برای فرد آزاردهنده عواقب چندانی نداشته است. در میان نمونه‌های فراوان، یک مورد سلبریتی معروف بود که به مدت ۹ ساعت همسرش را که او هم به همان اندازه شهرت داشت به صندلی بسته و وادار به اعمال جنسی کرده و با چوب بیسبال مورد ضرب‌وشتم قرار داده بود. این بازیگر بدون هیچ اشاره‌ای به چنین حادثه‌ی خشونت‌باری به حرفه‌ی درخشان خود ادامه داد. در نمونه‌ای مشابه، یک ورزشکار دانشگاهی، علی‌رغم ارتکاب تجاوز جنسی و با وجود این اتهام به هیچ مجازاتی محکوم نشد و زندگی حرفه‌ای خود را به عنوان ورزشکار حرفه‌ای برتر ادامه داد.

گزارش دانشجویان دانشگاه بر نادیده گرفته شدن مکرر تجاوز جنسی تاکید می‌کند. در کتاب و فیلم مستند «شکارگاه» نویسندگان به ۲۵۹ مورد تجاوز جنسی در طی ۱۷ سال در دانشگاه استنفورد اشاره کرده‌اند که از آن میان تنها یک دانشجو اخراج شد. در این میان و در حالی که به نظر می‌رسید این مسأله فراگیر است، گزارش سناتور کلر مک کاسکیل<sup>۱</sup> در سال ۲۰۱۴ بیانگر آن بود که تقریباً در نیمی از دانشکده‌ها در پنج سال گذشته هیچ تحقیقی در موضوع اتهامات تجاوز جنسی انجام نشده است. این مسأله در سال ۲۰۱۶ زمانی به اوج خود رسید که یک ورزشکار دانشگاه استنفورد به دلیل تجاوز به زنی ناتوان علی‌رغم وجود شاهد عینی تنها به شش ماه زندان محکوم شد. جو بایدن، معاون ریاست جمهوری وقت، در پاسخ به حکم قاضی نامه‌ای تند نوشت، نظر کلی دولت اواما را بیان کرد و تا آنجا پیش رفت که پیشنهاد توقف بودجه‌ی فدرال برای دانشگاه‌هایی داد که نتوانستند به طور مناسبی به اتهامات تجاوز جنسی رسیدگی کنند. سیاستی که دولت ترامپ آن را دنبال نکرد.

آیا زنان پزشک و دیگر تخصص‌های بهداشتی در برابر تبعیض جنسی، آزار و اذیت و اعمال خشونت محافظت می‌شوند؟ قطعاً خیر. چندین دهه تحقیق نشان داده است که زنان متخصص حوزه‌ی سلامت و آن‌ها که در حال آموختن هستند، هم‌چنان متحمل چالش‌های بزرگی در این زمینه هستند. پژوهش مهمی در سال ۱۹۹۳ نشان داد که ۷۳ درصد دستیاران زن داخلی حداقل یک بار مورد آزار جنسی قرار گرفته‌اند. از سال ۲۰۰۰ نزدیک به نیمی از زنان عضو هأت علمی مورد آزار جنسی قرار گرفته‌اند و در سال ۲۰۱۴، ۶۶ درصد از زنان هیأت علمی چنین آزارهایی را گزارش کرده‌اند.

## ۵. زنان در حرفه‌ی پزشکی

اما طرف دیگر داستان مسئله‌ی پزشکان و تبعیض‌های جنسی در خود حوزه‌ی کادر درمانی است. نقش‌های سنتی خانم پرستار- آقای دکتر، در فرهنگ ما نفوذ کرده است. پژوهش‌ها روی کودکان پیش‌دبستانی در دهه‌ی ۱۹۷۰ نشان داده‌اند که این کودکان «می‌دانستند» زنان پرستار و مردان دکتر هستند. حتی شخصیت‌ها را با این نوع بینش تغییر می‌دادند. آن‌گونه که ونسا هگی<sup>۲</sup> توضیح می‌دهد این الگو را می‌توان تا دوران ویکتوریایی ردیابی کرد: «پرستاری هم یک معضل بود و هم مسیری برای ورود زنان به پزشکی حرفه‌ای. از یک طرف پرستاری برای بسیاری از زنان مسیری مستقیم به درون دنیای پزشکی بود و از طرف دیگر حرفه‌ای شدن و مدرن‌سازی نقش پرستاری در نیمه‌ی قرن نوزدهم به معنای پذیرش الگوی آرمانی پذیرفته‌شده و ایده‌آل زنانگی طبقه‌ی متوسط بود. بنابراین سؤال «چرا پرستار نباشیم؟» تهدیدی دائمی برای هویت و موجودیت متزلزل زنان پزشک بود».

<sup>1</sup> Senator Claire McCaskill

<sup>2</sup> Vanessa Heggie

آزمایی که دوره‌ی طرح عمومی و تخصص را در بوشهر و قم می‌گذراندم بارها با این مساله روبه‌رو شدم. بسیاری از مراجعه‌کنندگان در بوشهر مرا ناخودآگاه و از روی عادت آقای دکتر خطاب می‌کردند. در اورژانس بیمارستان در قم با بی‌شمار زنان پزشک و مردان پرستار و بهیار پیش می‌آمد بیمار زن یا مرد مرا خانم پرستار و همکار مرد پرستارم را آقای دکتر خطاب کنند. این در حالی بود که آن‌ها می‌دیدند این من هستم که معاینه می‌کنم و دستورات درمانی را به پرستار مرد می‌دهم و همکارانم مرا خانم دکتر خطاب می‌کنند. در حال حاضر نیز که پزشک متخصص در درمانگاهی در مرکز شهر تهران هستم بارها از طرف همکاران کادر درمان خانم بحرانی خطاب شده‌ام در حالی که پزشکان مرد همواره با عنوان آقای دکتر یا دکتر نامیده می‌شوند.<sup>۱</sup>

آبراهام فلکسنر<sup>۱</sup> در تحقیقی در سال ۱۹۱۰ که به سفارش بنیاد کارنگی<sup>۲</sup>، بنیادی برای توسعه‌ی دانش، صورت گرفته بود، خواستار بازنگری در سیستم آموزش پزشکی و تعطیلی بسیاری از دانشکده‌های پزشکی شد. بر مبنای این گزارش، به بهانه‌ی نیاز به دانشکده‌های پزشکی بهتر و علمی‌تر و با هدف محدود کردن آموزش پزشکی سیاه‌پوستان، پنج دانشکده‌ی پزشکی فعال متعلق به آفریقایی‌آمریکایی‌ها تعطیل شد. این امر که ورود دانشجویان آفریقایی-آمریکایی به دانشکده‌های پزشکی را محدود کرده بود، حضور دانشجویان دختر در رشته‌ی پزشکی را هم محدود کرد. [دست آخر] با این که دو مدرسه‌ی اختصاصی آمریکایی‌های آفریقایی‌تبار واجد معیارهای لازم برای دوره‌ی آموزش پزشکی شناخته شدند، تنها یک مدرسه‌ی اختصاصی پزشکی زنان، یعنی کالج پزشکی زنان پنسیلوانیا، توانست به کار خود ادامه دهد. برای مدت ۶۰ سال این کالج تنها دانشکده‌ی پزشکی زنان در ایالات متحده‌ی آمریکا بود. با وجود این که سایر دانشکده‌های پزشکی نیز دانشجویان زن را می‌پذیرفتند، اما آن‌ها تا دهه‌ی ۷۰ میلادی به طور متوسط تنها ۶ درصد ورودی هر کلاس را تشکیل می‌دادند. علاوه بر حضور حداقلی زنان در میان دانشجویان پزشکی، این مسأله در نقش‌های مدیریتی و گردانندگان دانشکده‌ها بیشتر دیده می‌شد.

به‌رغم برخی پیشرفت‌ها، دستاوردها هنوز محدود و غیر دائمی هستند. سلامت هم‌چنان موضوعی سیاسی است و در هر دوره‌ی ریاست جمهوری مشمول سیاست‌های جدید می‌شود، دولت ترامپ برنامه‌هایی برای کاهش تخصیص بودجه به والدین در صورت سقط جنین و همچنین سست شدن اجرای قوانین و مقررات آموزش برای کاهش آزار جنسی ارائه کرده است. اتهام تجاوز جنسی در پردیس‌های دانشگاهی، موسسات آموزش پزشکی و در هالیوود روز به روز بیشتر می‌شوند. همانند تأثیر تبعیض طبقاتی و نژاد پرستی بر سلامت، تأثیر نافذ جنسیت‌زدگی و تبعیض جنسی و خشونت علیه زنان هم‌چنان مشکلاتی نیازمند اقدام باقی مانده‌اند.

<sup>۱</sup> Abraham Flexner

<sup>۲</sup> Carnegie Foundation