

جنس‌گرایی و تأثیر آن بر زندگی

در ادبیات متداول، جنس‌گرایی به معنای رابطه‌ای اجتماعی در نظر گرفته می‌شود. در این رابطه، بر اساس وجود کلیشه‌های جنسیتی، مردان قدرت خود را بر زنان اعمال کرده، امکانات آنان را محدود و بر فعالیت آنان نظارت می‌کنند. نمونه‌های تاریخی فراوانی وجود دارد که نشان می‌دهند مهم‌ترین تفاوت زن و مرد در اندام‌های جنسی آنان است. زنان دارای قدرت فرزندآوری هستند. این ویژگی نه تنها به عنوان مثبت در نظر گرفته نشده بلکه برعکس از آنجا که مردان در سلسله مراتب اجتماعی در مراتب بالا قرار دارند خصلت فرزندآوری به عنوان عاملی جهت دور نگاه داشتن زنان از منابع کمیاب مطرح شده است.

برای دورانی طولانی در جوامع ابتدایی ویژگی‌های زنان مانند عادت ماهیانه، زایمان و دوران بعد از زایمان، بر نامطلوب بودن آنان جهت مشارکت اجتماعی در این دوران اشاره داشت و باعث جدایی آنان از زندگی اجتماعی می‌شد زیرا زنان در این دوران، به عنوان افراد آلوده یا نجس در نظر گرفته می‌شدند که دخالت آنان در زندگی اجتماعی به عواقب نامطلوبی در جامعه می‌انجامید. (مثال‌های متعددی در این زمینه در جوامع ابتدایی و باستانی وجود دارد). در دوران بعد (سده نوزدهم میلادی) به علت تغییرات اجتماعی و کسب حقوق مدنی در جوامع غربی که زنان نیز سعی در کسب حقوق مشابه با مردان را داشتند، با مخالفت در جهت تزویج آموزش مقاطع بالا برای زنان بر اساس ویژگی جسمانی آنان روبه‌رو هستیم. بر اساس این تفکر، در بدن انسان انرژی‌هایی وجود دارد و انرژی موجود در بدن زنان باید متوجه رحم آنان شود تا قادر به فرزندآوری باشد (Lips, ۱۹۹۳:۳۷).

اوج تأثیر کلیشه‌های جنسیتی و تأثیر آن بر سلامت زنان را در قرن نوزدهم، در شکل‌گیری بیماری هیستری می‌بینیم. تاریخ هیستری را می‌توان به عنوان مثالی مشخص از ویژگی مردسالارانه پزشکی در جهت تأکید بر فرودستی زنان، خطرناک جلوه دادن احساسات جنسی زنان و ضرورت نظارت بر زنان به منظور تأمین نظم اجتماعی در نظر گرفت. واژه هیستری، از لغت هیسترا (Hystera) به معنی رحم در زبان یونانی گرفته شده است. در آن زمان، ریشه بیماری هیستری در کارکرد نامناسب رحم و در نتیجه نوعی بیماری خاص زنانه در نظر گرفته می‌شد. تظاهرات رفتاری هیستری مانند گریستن، فریاد زدن، خشکی بدن، ضعف و غش، دمدمی مزاج بودن، عصبانیت و کج‌خلقی، رفتارهای خاص زنانه محسوب می‌شد.

یکی از راه‌های درمان رایج هیستری در نیمه قرن نوزدهم، خارج ساختن رحم و انجام عمل هیستریکتومی (Hysterectomy) بود، زیرا پدیده روانی هیستری دارای ریشه‌های جسمانی در نظر گرفته می‌شد. می‌توان گفت که با نسبت دادن بیماری هیستری به زنان، مکان اجتماعی آنان مشخص می‌شد زیرا رفتارهای

هیستریک را معمولاً در میان دختران جوان مجرد، بیوه‌ها و زنان مطلقه و یا زنانی که از ازدواج و داشتن روابط جنسی طبیعی در محدوده ازدواج سر باز می‌زدند و سعی در کسب حرفه و شغلی در محدوده آموزش یا سایر مشاغل داشتند، تشخیص می‌دادند. به عبارت دیگر نداشتن فعالیت طبیعی جنسی در جهت باروری را عامل هیستری در زنان در نظر می‌گرفتند اما باید در نظر داشت که با وارد کردن این بیماری در حوزه پزشکی، حاملان قدرت (مردان) توانستند از رفتارهای انحرافی زنان از کلیشه‌های رایج آن دوران یعنی ازدواج و فرزندآوری جلوگیری کنند و به تداوم نظم اجتماعی، یعنی ازدواج، روابط جنسی مشروع و فرزندآوری کمک کنند و از رفتارهای انحرافی یعنی مجرد، تحصیل، کسب شغل و حرفه جلوگیری به عمل آوردند (Tumer, ۱۹۹۵:۹۰-۹۴, Andermahr, ۲۰۰۰).

حتی تا امروز نیم‌رخ برخی از بیماری‌های روانی شباهت فراوان با کلیشه جنسیتی زنانگی دارد یعنی دربرگیرنده رفتارهای انفعالی، احساسی، غیرعقلانی، وابستگی به دیگری، کمبود ابتکار و نیاز به حمایت از سوی دیگری است هرچند که نیم‌رخ بیماری، بیانگر اشکال افراطی کلیشه جنسیتی زنانه می‌باشند (Hackey ۱۹۹۳, Chesler, ۱۹۷۲). ویژگی‌های یک زن سالم به شرح زیر است کمتر مستقل و ماجراجو، بیشتر تلقین‌پذیر، کمتر پرخاشگر و رقابت‌جو، حساس نسبت به انتقاد، صدمه‌پذیر، احساساتی، علاقه‌مند به شکل ظاهر، کمتر عینی‌گرا و بی‌علاقه به ریاضیات و علوم. در صورتی که کلیشه جنسیتی، ویژگی یک مرد سالم را چنین مشخص می‌کند: مستقل و ماجراجو، تلقین‌ناپذیر، پرخاشگر و رقابت‌جو، انتقادپذیر، صدمه‌ناپذیر، عقلانی، بی‌توجه به ظواهر، عینی‌گرا و علاقه‌مند به ریاضیات و علوم (Lips, ۱۹۹۳:۲۵۷).

رفتارهای مقبول زنان در قرن نوزدهم با تظاهرات بیماری هیستری شباهت داشت. در قرن نوزدهم، کلیشه زنانه از لحاظ فرهنگی، دربرگیرنده رفتارهایی مانند جنس ضعیف‌تر بودن، آماده برای گریستن، غش کردن و خنده‌های بلند و بی‌دلیل بود. سایر شرایط زندگی آنان مانند محدودیت در حرکت، پوشیدن لباس‌های تنگ و فنردار، نداشتن سرگرمی و احساس پوچی و بیهودگی به رواج بیماری هیستری کمک می‌کرد. یکی از دلایل از بین رفتن تدریجی رفتارهای هیستریک از قرن بیستم به بعد را می‌توان تغییر در کلیشه جنسیتی زنان در نظر گرفت که دیگر دربرگیرنده رفتارهای هیستریکی نبود. در قرن بیستم گریستن و غش کردن به عنوان رفتارهای مطلوب اجتماعی برای زنان در نظر گرفته نمی‌شد.

جنس‌گرایی و علوم

در اثر جنس‌گرایی که تأثیر خود را بر علوم نیز می‌گذارد، رفتار زنان تحت نظارت قرار می‌گیرد. اگر زنی در چارچوب کلیشه جنسیتی عمل نکند، با اطلاق برچسب‌های علمی (هیستری) او را وادار به قبول هنجارهای

رایج جامعه خود می‌کنند و همچنین دیگران را از دست زدن به چنین رفتارهایی باز می‌دارند. بازتاب جنس‌گرایی جامعه در علوم مختلف از جمله پزشکی قابل مشاهده است.

طیف سلامت-بیماری فقط دارای جنبه‌های جسمانی و فیزیکی نیست بلکه شرایط زندگی، تصورات فرهنگی و کلیشه‌های جنسیتی در پدیده سلامت - بیماری بسیار مؤثر هستند. با توجه به اهمیت جنسیت در علوم مختلف از جمله پزشکی و بهداشت، انتقاداتی اساسی به علوم وارد می‌شود. مهم‌ترین انتقادات را می‌توان حول دو محور زیر قرار داد: (Stacey, ۱۹۹۳: Haraway, ۱۹۸۸, Harding ۱۹۸۷).

۱- علوم مختلف، جنس‌گرا (زن‌ستیز) هستند و بر اساس مفروضاتی ثابت نشده، زنان را از مردان فرودست‌تر در نظر گرفته و با نظریه‌پردازی‌های خود به تداوم فرودستی زنان در جامعه و عدم دستیابی آنان به منابع کمیاب اجتماعی کمک می‌کنند. از طرف دیگر بسیاری از بیماری‌های زنان مانند بیماری‌های شکمی، کبد، قلب و ریه را به وجود رحم نسبت می‌دادند.

در سال‌های قرن بیستم نیز باید از نظریه فروید نام برد که در مورد شکل‌گیری هویت بحث می‌کرد. از دید او مرد موجود کامل و زن نسبت به مرد موجودی ناقص بود. او زن را به عنوان مرد اخته شده در نظر می‌گرفت. در نتیجه شکل‌گیری هویت در مردان به طور کامل صورت گرفته و مردان دارای هویتی مستقل می‌شوند. از آنجا که زنان مردان ناقص بودند، در شکل‌گیری هویت خود با مشکلاتی روبه‌رو بودند و قادر به دستیابی به هویت مستقل نبوده و همیشه دارای هویتی وابسته به دیگران خواهند بود.

۲- انتقاد دیگر به مورد کور جنسی علوم مربوط می‌شود. این ویژگی که بیشتر در نگرش علوم متداول امروزی وجود دارد، به این معناست که علوم در طی آزمایش‌ها، نظریه‌پردازی و در ویژگی‌های دیگر خود تنها مردان، تجارب زندگی آنان، خصوصیات و احساسات آنان را مدنظر قرار می‌دهند و با توجه به مردان دست به نظریه‌پردازی و آزمایش می‌زنند اما نتایج حاصل از نیمی از جمعیت را بر کل جمعیت (یعنی زنان و مردان) تعمیم می‌دهند. شرایط ویژه‌ای را که زنان در آن قرار دارند، تأثیر شرایط اجتماعی بر زنان و تجارب آنان مورد توجه قرار نمی‌گیرد.

نمونه‌هایی از بی‌توجهی پزشکی به سلامت زنان را می‌توان در مثال‌های زیر مشاهده کرد:

یک بررسی انجام شده روی تعداد ۲۲۰۷۱ داوطلب به منظور تعیین میزان تأثیر آسپرین بر کاهش خطر سکته قلبی که نتایج آن در سال ۱۹۸۸ انتشار یافت، اطلاعات مفیدی به پزشکان ارائه داد. در این بررسی تنها یک مشکل وجود داشت هیچ یک از افراد داوطلب، زن و یا زنان مسن که بیشتر از سایرین در معرض خطر ناراحتی قلبی هستند نبودند. بررسی دیگری در مورد تأثیر سیگار بر احتمال ابتلا به آب مروارید چشم،

دربرگیرنده ۸۳۸ مرد بود. بررسی دیگر در مورد رابطه میان بیماری‌های قلبی و کلسترول بالا، کاهش حرکت و سیگار کشیدن، دربرگیرنده ۱۲۸۶۶ داوطلب مرد بود و بار دیگر هیچ زنی در این آزمایش حضور نداشت (Schaeffer, ۱۹۹۲: P. ۵۱۹). در سال ۱۹۸۷ در انستیتوی ملی سلامت (آمریکا) مسئله سلامت زنان مطرح شد و بودجه اختصاص داده به آن ۱۳/۶ درصد کل بودجه مرکز بود. بسیاری از پزشکان و افراد فعال در مباحث زنان مطرح کردند که بررسی‌های سلامت در آمریکا روی نمونه‌ای خاص از مردان سفیدپوست صورت گرفته است و سپس بدون توجه به تفاوت‌های موجود میان افراد (یعنی تفاوت‌های نژادی و جنسی)، نتایج آن را به سایر افراد تعمیم داده‌اند. به عنوان مثال می‌توان از کمبود بررسی در مورد بیماری قلبی زنان نام برد و یا به بیماری ایدز اشاره کرد. درصد ابتلا به بیماری قلبی در زنان بسیار بالا است و افزایشی در ابتلا زنان به ایدز نیز مشاهده می‌شود. با وجود این تحقیقات، به موارد فوق توجهی ندارند. (همان)

برگرفته از کتاب: دگرگونی در نقش زنان

نویسنده: دکتر شهلا اعزازی