

ساحره‌ها، قابله‌ها و پرستاران



تاریخی از زنان درمانگر

به کوشش باربرا اهرنرایش و دریدره انگلیش

ساحره‌ها قابله‌ها و پرستاران

تاریخی از زنان درمانگر



کلاه استودیو

First Published in English by Active Distribution in 2009.

This Edition is published by Kolahstudio for Free use of Persian language Readers. It is Translated from the AD March 2020 Version printed in Coratia

ساحره‌ها قابله‌ها و پرستاران

تاریخی از زنان درمانگر



کلاه استودیو

ساحره‌ها، قابله‌ها و پرستاران: تاریخی از زنان درمانگر
نوشته: باربارا اهرنرایش و دریدره انگلیش
مترجم: کارن رشاد
حروفچینی، صفحه‌آرایی و طراحی: کلاه استودیو
نشر اکلاه استودیو
تاریخ، نوبت نشر: سال ۱۴۰۲، نشر الکترونیک

www.KolahStudio.com , Email: studio@kolahstudio.com

یادداشت: ص.ع. به انگلیسی: Barbara Ehrenreich and Deirdre English
Witches, Midwives and Nurses , A History of Women Healers
موضوع: پژوهشی، Feminism- قرن ۲۱

پیشگفتار

زنان همیشه نقش درمانگری داشته‌اند. آنان دکتران و آناتومی‌شناسان بی‌مدرک تاریخ غرب بوده‌اند. آنان که سقط جنین می‌کردند، پرستار بودند و سنگ صبور. آنان داروشناسانی بودند که گیاهان دارویی را کشت می‌کردند و اسرار مزایا و مضرات آنها را با یکدیگر رد و بدل می‌کردند. قابله‌هایی در سفر، از خانهای به خانه دیگر و از دهکده‌ای به دهکده دیگر. زنان طی قرون متمادی پزشکی بی‌مدرک بودند که در فقدان دسترسی به هیچ کتاب و کلاسی، از یکدیگر می‌آموختند و تجربه‌هایشان را از همسایه‌به‌همسایه و از مادر به دختر به‌طور سینه‌به‌سینه انتقال می‌دادند. زنانی که مردم آنان را «زنان خردمند» می‌نامیدند اما حاکمیت آنان را شارلاتان یا ساحره می‌خواند. طبابت بخشی از میراث ما به منزله زنان است. تاریخ ماست، حق مسلم ما.

امروز، در هر حال، تامین سلامت به تملک متخصصان مذکر در آمده است. نبود و سه درصد پزشکان در کشوری مثل ایالات متحده مرد هستند و البته که این تقریباً شامل تمام پزشکان رده بالا و تصمیم‌گیر می‌شود. در جمع بندی کلی،

زنان کماکان اکثریت را در دست دارند- هفتاد درصد جامعه کارگران بخش تامین سلامت زن هستند- اما ما تنها به مثابه کارگر در این نظام که رؤسا و مدیرانش مرد هستند به کارگرفته شده‌ایم. ما دیگر تیماردارانی مستقل نیستیم که با نام خودمان یا برای کار خودمان شناخته شویم. ما، به طور کلی، تسهیلاتی سازمانی هستیم که جای خالی یک بازوی اجرایی بی نام و نشان را پر می‌کنیم: کارمند، تکنیسین، پرستار، نظافتچی، پیشیار تغذیه.

آنجا که مجاز هستیم در امر درمان دخالت کنیم، فقط در محدوده پرستاری است. و پرستارها از پیشیاران به بالا، در هر سطحی که باشند، صرفاً کارگرانی تدارکاتی^۱ هستند که در نسبت با دکتر تعریف می‌شوند (واژه لاتین آنسیلا یعنی خدمتکار زن). از پرستارن پیشیار که وظایف پست را باید بر طبق یک برنامه‌ریزی صنعتی بر دوش کشند، تا پرستاران متخصص که دستورات دکتر را به زبان پیشیاران ترجمه می‌کنند، پرستاران در جایگاه خدمه یونیفرم پوش در سایه سلطه متخصصان مرد مشغول به کار هستند.

خادم مسلکی ما با جهل ما تشدید می‌شود و جهل ما نیز به ما تحمیل شده است. به پرستارها تفهیم شده که پرسش‌گر نباشند، چالش‌گر نباشند. «دکتر عقل کل است.» او شمن است، متصل به دنیای ممنوعه و رمزآمیز علم که گویی از دسترس ما خارج است. زنان کارگر بخش سلامت، با محدود گشتن به کارهای زنانه غذا دادن یا نظافت کردن، از درون مایه علمی فعالیت خود بیگانه شده‌اند- یک اکثریت منفعل و ساکت.

به ما گفته شده که خدمت‌گذاری ما اساسی بیولوژیک دارد: زنان ذاتاً پرستار-گونه هستند نه دکتر-گونه. بعضی وقت‌ها ما حتی خودمان را اینطور متقاعد می‌کنیم که پیش از مردان، مغلوب آناتومی هستیم، اینکه زنان به قدری درگیر عادت ماهانه و تولید مثل هستند که هرگز آزادی پرداختن به فعالیت‌های خلاقانه بیرون خانه‌شان را نداشته‌اند. اسطوره‌ای دیگر، که از درون تواریخ رسمی پزشکی تراوش می‌کند از این قرار است که متخصصان مرد با اتمار بر قدرت فناوری برترشان به این سیطره دست یافته‌اند. بنا بر این، علم (مردانه) کمابیش به طور

اتوماتیک جای خرافات (زنانه) را گرفته است- همان که بعدها «خرافات خانوم بزرگ» خوانده شد.

اما تاریخ این نظرات را رد می‌کند. زنان درمان‌گرانی خودآئین بودند، معمولاً تنها درمانگر زنان دیگر و فقرا. و ما در دورانی که مورد مطالعه‌مان بود، با این حقیقت مواجه شدیم که متخصصان مرد بوده‌اند که به اتخاذ روش‌های من-در آوردی و طبابت آئین‌گونه گرویده بودند- و این زنان بودند که به مثابه درمان‌گرانی با رویکرد انسانی‌تر و آروینی به درمان قلمداد می‌شدند.

موقعیت امروزی ما در نظام سلامت «طبیعی» نیست. این وضعی است که باید توضیح داده شود. ما در این جزوه سوال کرده‌ایم: ما چگونه از جایگاه پیشین خود به مثابه رهبری، به جایگاه کنونی‌مان به مثابه خدمت‌کار رسیده‌ام؟

ما اینقدر دریافته‌ایم که: سرکوب کارگران زن بخش سلامت و طلوع سیطره متخصصان مرد یک پروسه طبیعی نبود که به طور اتوماتیک از دگرگونی‌های علم پزشکی منتج شده باشد. همین‌طور نتیجه اشتباه زنان در امر درمان‌گری نبوده است. این یک تصاحب‌گری حساب شده از سوی متخصصان مرد است. و این علم نبود که مردان را در این برد یاری کرد: نبرد واقعی بسیاری پیش‌تر از آنکه فناوری علمی مدرن توسعه یافته باشد در گرفته است.

سود این درگیری هم بسیار بوده: تک‌قطبی کردن سیاسی و اقتصادی پزشکی به معنای نظارت بر سازمان‌های بنیادین، نظریه و اجرای طبابت بود و بدین جهت سیطره بر منافع مالی و معنوی را به همراه داشت. و این منفعت امروز حتی دو چندان است چرا که سیره تام بر پزشکی به معنای سیطره بر این حق است که تعیین بکنیم چه کسی زنده بماند و چه کسی بمیرد، چه کسی باورسازی شود و چه کسی عقیم سازی، چه کسی سالم است و چه کسی دیوانه.

سرکوب درمانگران زن به دست بنیاد پزشکی نبردی سیاسی بود، و اول بدین جهت که این خود بخشی است از تاریخ نبرد جنسی به طور عام. جایگاه درمانگران زن همراه با جایگاه زنان در جامعه دچار فراز و نشیب شده است وقتی زنان درمانگر مورد تهاجم قرار گرفتند، به مثابه زن مورد تهاجم قرار گرفتند؛ وقتی به مبارزه پرداختند، در هم‌سنجی با همه زنان به مبارزه پرداختند.

این یک نبرد سیاسی بود، دوم، بدین جهت که نبردی طبقاتی بود. درمانگران زن، طبیب مردم بوده‌اند و نسخه هایشان بخشی از خرده فرهنگ ملت هاست. تا همین امروز، طبابت زنان در دل جنیش‌های طبقات فرودست که نبردی همیشگی به هدف رهایی از حاکمیت مستقر است شکوفا گشته. متخصصان مرد، در سوی دیگر، خادمان طبقه حاکم‌اند-چه به لحاظ پزشکی و چه سیاسی. منافع آنان در دانشگاه‌ها تامین گشته، بنیادهای بشردوستانه و قانون. آنان مالک چیرگی خود هستند- ولی نه چندان حاصل دسترنج خود- بلکه حاصل مداخله طبقه حاکم که مخدوم آنان است.

این جزوه نمودار آغاز یک پژوهش است که باید انجام گردد تا اینکه تاریخ ما کارگران عرصه سلامت را روشن سازد. شرحی است پاره پاره، سرهم‌بندی شده از منابعی که معمولاً خلاصه و گاه تحریف شده است، توسط زنانی که به هیچ روی متخصص تاریخ نیستند. ما به تاریخ غرب بسنده کرده ایم، چرا که نهاد هایی که امروز با آن‌ها رویرو هستیم صرفاً محصول تمدن غربی هستند. ما بسیار از ارایه یک تاریخ زمان‌بندی شده کامل فاصله داریم. اما بر دو فاز مجزا و مهم تمرکز داشته‌ایم. دو فاز از تصاحب مردانه بر عرصه سلامت: سرکوب ساحرگان در اروپای قرون وسطی، و طلوع حرفه مردانه پزشکی در آمریکای قرن نوزدهم.

شناخت تاریخی که بر ما گذشته، آغازی است برای شناخت راه ادامه نبرد.



ساحره‌گری و پزشکی در قرون وسطی

ساحرگان مدت‌ها پیش از گسترش فناوری نوین پزشکی زندگی می‌کرده و سوزانیده می‌شدند. غالب آنها درمانگرانی بودند تجربی که خود را وقف خدمت به جامعه رعایا کرده بودند و حذف آنان یکی از نخستین نمونه‌های کشمکش‌ها را در تاریخ سرکوب مردانه علیه زنان در مقام درمانگران رقم زد.

روی دیگر سرکوب ساحرگان در مقام درمانگران، ظهور سنت پزشکی مرد محور به پشتیبانی و حمایت طبقات حاکم بود. همین سنت پزشکی نوین اروپایی بود که در تبلیغ، اجرا و ترویج ساحره‌گیری و ارائه ادله پزشکی مبنی بر محکومیت ساحرگان، نقش پررنگ و کلیدی ایفا کرد:

از آنجایی که کلیسای قرون وسطا با پشتیبانی شاهان، شاهزادگان و مقامات سکولار بر امر آموزش و تمرین پزشکی تسلط کامل داشت، تفتیش عقاید مذهبی، در کنار بقیه موارد، از جمله نخستین نمونه‌هایی به شمار می‌رود که با تکیه بر آن افراد کاردان(حرفه‌ای) در مقام رد صلاحیت کار-

نابلدان (غیر حرفه‌ای‌ها) بر می‌آیند و حقوق آنها را در خدمت رسانی به فقرا خدشه دار می‌کنند^۱.

پدیده ساحرگیری ردپایی ماندگار از خود به جای گذاشت: از آن پس همواره بخشی از هویت زنان با مفهوم ساحرگری در آمیخته شده و تصویری مسموم به ویژه پیرامون زنان درمانگر و قابله در اذهان عمومی به جای مانده است. این حذف زود هنگام و دهشتبار زنان از عرصه درمانگری مستقل، نمونه‌ای خشونت آمیز و البته یک زنگ خطر به شمار می‌رفت: این مساله می‌رفت که به معضلی در تاریخ ما تبدیل شود. جنیش سلامت و بهداشت عمومی زنان در عصر حاضر ریشه‌هایی باستانی در محافل ساحرگان قرون وسطایی دارد و مخالفان آن نیز بسان اجدادشان عمل می‌کنند. همان کسانی که بی رحمانه حذف و نابودی ساحرگان را رقم زدند.

ساحره کشی و جنون پیرامون آن

عصر ساحره‌کشی در گذار از آلمان به انگلستان چهار قرن (از قرن ۱۴ تا ۱۷) به طول انجامید. این پدیده در بطن فئودالیسم زاده شد و با شدت و حدت بیشتری تا به عصر استدلال و منطق ادامه پیدا کرد. ساحره‌هراسی اگرچه در تمامی این اعصار در اشکال و مکان‌هایی مختلف ظهور پیدا کرد اما ماهیت اصلی آن هیچ‌گاه دستخوش تغییر نشد و آن برپایی کارزار ایجاد رعب و وحشت از سوی طبقه حاکم علیه جامعه زنان رعیت بود. ساحرگان به منزله تهدیدی سیاسی، مذهبی و جنسی نه تنها برای کلیسای کاتولیک و پروتستان بلکه همچنین برای دولت به شمار می‌رفتند.

ابعاد و وسعت ساحره کشی تکان دهنده است: در اواخر قرن ۱۵ و ابتدای قرن ۱۶ در آلمان، ایتالیا و دیگر کشورها هزاران هزار ساحره به کام مرگ سپرده و معمولاً زنده زنده در شعله‌های آتش سوزانده شدند. موج این ساحره‌هراسی در اواسط قرن ۱۶ ابتدا به فرانسه و در نهایت به انگلستان رسید. یک نویسنده تعداد ساحره سوزی‌ها را در برخی از شهرهای آلمان به طور متوسط ۶۰۰ نفر در سال و یا به عبارتی

روزی دو ساحره سوزی، به جز در یکشنبه ها، تخمین زده است . طی فقط یک سال در بخش ورتسبورگ^۲ آلمان تعداد نهصد ساحره و در بخش کومو^۳ و حوالی آن تعداد هزار ساحره به هلاکت رسیدند. در تولوس^۴ فقط در یک روز چهارصد ساحره به کام مرگ سپرده شدند. در اسقفنشین^۵ تربیه طی سال ۱۵۸۵ از کل جمعیت زنان دو روستا فقط دو زن زنده ماندند. نویسندگان بسیاری تعداد کشته شدگان را در این واقعه میلیون ها نفر تخمین زده‌اند که ۸۵ درصد آن را زنان تشکیل می دادند، زنان کهن سال، جوان و کودکان.

ما در این مبحث از گنجاندن دادگاه های ساحرگان انگلیس نوین که طی قرون ۱۶ و ۱۷ برپا شدند، اجتناب می کنیم و این بدان دلیل است که این واقعه از یک طرف در ابعادی بس کوچک تر و از طرفی دیگر در اواخر تاریخ ساحره کشی، در بسستر اجتماعی کاملاً متفاوتی نسبت به موج نخستین ساحره هراسی و ساحره سوزی در اروپا به وقوع پیوسته است. وسعت و ابعاد این ساحره کشی حاکی از آن است که ساحره گیری پدیده ای اجتماعی است که ریشه های آن را باید در مدت ها پیش از تاریخ پزشکی جستجو کرد. از لحاظ زمانی و مکانی شدیدترین و خصمانه ترین نمونه های ساحره گیری با دوران تحولات بزرگ اجتماعی در پیوند بوده است. تحولاتی همچون خیزش های توده ای دهقانان^۶، دسایس و توطئه ها، نخستین جرقه های ظهور سرمایه داری و طلوع پرتستانتیسم که پایه های فتودالیسم را به لرزه افکندند.

بر اساس شواهدی پراکنده، که البته فمینیست ها باید صحت آن را پیگیری کنند، ساحره گری در برخی مناطق نمادی از عصیان رعایا به رهبری زنان به حساب می آمد. هرچند در اینجا نخواهیم توانست به کنکاش عمیق بسستر تاریخی ساحره گیری بپردازیم، اما گذر کردن از کنار برخی اسطوره های رایج که در خصوص ساحره هراسی وجود دارد نیز برایمان ممکن نیست. چون این افسانه ها سعی در خدشه دار کردن منزلت و جایگاه ساحرگان و مقصر جلوه دادن آنان و رعایایی دارند که ساحرگان زندگی خود را صرف خدمت به آن ها می کردند.

^۲ Wertzberg(Würzburg)

^۳ Como Lombardei

^۴ Toulouse

^۵ Trier

^۶ Mass Peasant Uprisings

متأسفانه ساحرگان به دلیل فقر و بی‌سوادی قادر نبودند داستان‌های شان را برای نسل‌های بعدی به جا بگذارند و روایات موجود همچون تمامی تاریخ به دست جمععی نخبیه سوادآموخته ثبت شده‌اند و در نتیجه امروز ما تنها ساحرگان را می‌توانیم از دریچه چشمان شکنجه‌گرانشان بشناسیم.

دو نمونه از رایج‌ترین فرضیه‌های موجود در خصوص ساحره‌گیری توجیهی پزشکی دارند و به طر ضمنی به ارتباط موج ساحره‌هراسی و ساحره‌کشی با دوره‌های برون‌افکنی غیر قابل توضیح هستی‌ری و جنون اشاره دارند. در یک روایت این طور آمده است که دهقانان همگی دچار جنون شده بودند. بر اساس این روایت ساحره‌کشی، اپیدمی‌ای از انزجار و وحشت عمومی بود که به شکل توده‌های خشمگین دهقانان خون‌خواه مشعل به دست تجلی پیدا کرد. یک روایت روان‌شناختی دیگر از جنون خود ساحره‌گان سخن می‌گوید. گرگوری زیلبورگ^۷ مورخ روان‌شناسی در جایی می‌گوید:

... میلیون‌ها ساحره و کف‌بین، خیل عظیمی از روان‌پریشان و روان

رنجوران را شیفته و مسحور خویش کرده بودند ... برای سالیانی متمادی جهان

به یک آسایشگاه روانی تمام عیار می‌مانست...

اما در حقیقت ساحره‌کشی نه آدم‌کشی‌ای خودسرانه یا محفلی و نه خودکشی دسته‌جمععی عده‌ای از زنان روان‌پریش بود، بلکه روندی کاملاً سازمان‌یافته و قانونی بود. روندهای ساحره‌گیری یا شکار جادوگران، کارزارهایی کاملاً برنامه‌ریزی شده بودند که با حمایت مالی دولت‌ها و کلیسا مورد اجرا قرار می‌گرفتند. کتاب ملیوس ملیفیکاروم^۸ یا چکش ساحرگان^۹ نوشته رورنت کرامر و اسپرنگر^{۱۰} (دو پسر نور چشمی پاپ ایناسنت هشتم) به سال ۱۴۸۴، کتاب مقدس و وحی منزلی هم برای ساحره‌گیران کاتولیک و هم دوستان پروتستانشان به شمار می‌آمد و آشکارا اختیار تام و بی‌چون و چرای ساحره‌گیری را به آنها تفویض می‌کرد.

۷ Gregory Zilboorg

۸ Malleus Maleficarum

۹ Hammer of Witches

۱۰ Reverends Kramer and Sprenger

این کتاب سادیستی نزدیک به سه قرن کنار دست تمامی قاضیان و ساحره‌گیران به چشم می‌خورد. فرامین آمده در یک بخش حجیم از این کتاب در خصوص صورت جلسات قضایی بر ما نمایان می‌سازد که این جنون و هیستری چگونه به وجود آمد:

محاکمه یک ساحره باید به دست یک کشیش یا قاضی منطقه (ایالت) برگزار می‌شد که با نصب اعلامیه‌ای به تمامی رعایا دستور و هشدار می‌داد و آنها را موظف به خبرچینی می‌کرد. به رعایا امر شده بود که

چنانچه در ظرف ۱۲ روز پس از الصاق اعلامیه از وجود ساحره و فردی مرتد یا هر فرد مظنون به انجام اعمالی که به افراد، احشام، موهبات زمینی و دولت خسران وارد می‌کرد، با خبر می‌شدند بایستی بلافاصله او را شناسایی و تحویل می‌دادند.

هر کسی که از وظیفه خود در تحویل ساحرگان کوتاهی می‌کرد از جامعه طرد و با لیست بلند بالایی از مجازات‌های دنیوی مواجه می‌شد.

در صورتی که این اعلامیه تهدید آمیز و بدشگون موفق به کشف حتی یک ساحره هم می‌شد، دادگاهی کردن همان یک ساحره می‌توانست بهترین حربه در شناسایی و افشای ساحرگان بیشتری باشد.

در این کتاب کرامر و اسپرنگر به تفصیل و با جزییات کامل دستورالعمل‌های لازم در خصوص توسل به شکنجه در اعتراف‌گیری‌های اجباری و اتهام‌زنی‌های بیشتر را مطرح کرده‌اند. روال کار این‌گونه بود که فرد متهم را ابتدا تحت وعربان می‌کردند و تمامی موه‌های بدنش را می‌تراشیدند. سپس به وسیله انواع ابزار و آلات وی را مورد شکنجه قرار می‌دادند: این ابزار آلات شکنجه شامل شصت له‌کن^{۱۱}، تخت‌های شکنجه مجهز به طناب برای کشیدن دست و پاها^{۱۲}، میله‌های نوک تیز، پوتین‌های ساق‌خردکن، گرسنگی و ضرب و شتم می‌شد. آنچه که مسلم است ساحره‌کشی پدیده‌ای نبود که به خودی خود در میان رعایا پدیده آمده باشد، بلکه کارزاری بود حساب شده که به دست طبقه حاکم و با هدف تهدید و

۱۱ Thumbscrews

۱۲ The Rack

ارعاب به اجرا گذاشته شده بود.

جرایم ساحره‌گان

حال باید پرسید که ساحرگان چه کسانی بودند که این حجم از سرکوب وحشیانه ازسوی طبقه فرا دست را موجب شده بودند؟ بلا تردید در تمامی قرن‌های ساحره‌گیری، اتهام ساحره‌گری دامنه وسیعی از جرایم را در بر می‌گرفته است: از تلاش برای براندازی قدرت و خروج از دین (ارتداد) گرفته تا هزرگی و کفرگویی. از این میان البته سه اتهام اصلی که در طول تاریخ ساحره‌گری در سراسر اروپای شمالی مکرر به چشم می‌خورند عبارت هستند از: نخست، ساحرگان متهم به اغوای جنسی مردان به هر شکل ممکن آن هستند.

به زبان ساده آنها به سبب زن بودنشان مورد اتهام واقع می‌شوند. دوم، آنها به سبب سازمان‌مندی در مظان اتهام قرار می‌گیرند و سوم اینکه آنها متهم به دارا بودن قدرت‌هایی جادویی چه در آسیب رساندن به سلامت و چه در شفابخشی هستند. آنها اغلب به طور مشخص به سبب برخورداری از مهارت‌های پزشکی و مامایی مورد حمله قرار می‌گرفتند.

نخست بیایید نگاهی اجمالی به اتهام جرایم جنسی داشته باشیم. کلیسای کاتولیک قرون وسطای مساله سکسیسم را تا به مقام یک اصل دین بالا برده بود: در کتاب ملئوس آمده است که «زمانی که زنی با خود خلوت کرده و به فکر فرو می‌رود، تنها افکار شیطنانی به ذهن او خطور می‌کنند.» حتی اگر نتوان زن ستیزی کلیسا را از روی پدیده ساحره‌هراسی و ساحره‌کشی اثبات کرد، ردپای آن را می‌توان در تعالیم کلیسا در خصوص مساله آمیزش جنسی به وضوح مشاهده کرد. در این تعالیم این گونه آمده است که مرد در زن نطفه یک همونکولوس^{۱۳} یا یک آدم کوچک را می‌نهد که قرار است با حلول روح در آن به تکامل برسد. این نطفه برای رسیدن به غایت کمال خود به مدت ۹ ماه در زهدان سکنی می‌گزیند بدون آنکه از مادر هیچ خصیصه‌ای را بگیرد. همونکولوس به هیچ عنوان در زهدان در امان نیست. امنیت آن زمانی تأمین می‌شود که دوباره به دستان امن مرد

برگردد و به دست یک کشیش غسل تعمید داده شود. بدین ترتیب رستگاری روح فانی آن تضمین خواهد شد.

نمونه‌ای دیگر از خیال‌پردازه‌های غم‌انگیز متفکران مذهبی قرون وسطایی پیرامون مساله رستاخیز بود. آنها باور داشتند که در هنگامه رستاخیز تمامی انسان‌ها «مرد» زاده خواهند شد!

کلیسا زنان را با سکس پیوند زده بود و تمامی لذا یذ سکس منحوس بود چرا که منشا شیطنانی داشت. این باور وجود داشت که ساحرگان اغواگری و لذت جنسی را از هم خوابگی با شیطان (علی رغم شهرتش به داشتن اندامی به سردی یخ) به دست آورده بودند و بدین وسیله مردان را اغوا می‌کردند. در نتیجه وجود شهوت چه در مرد چه در زن در هر دو صورت گناه زن به شمار می‌آمد.

از طرفی دیگر ساحرگان متهم به از بین بردن توان جنسی مردان و مسبب ناپدید شدن آلت جنسی آنها و در خصوص جنس زن نیز متهم به انجام سقط جنین و مساعدت در زمینه پیشگیری از بارداری بودند:

همانطور که در فتوای علنی پاپ هم آمده است ساحره‌گان به هفت شیوه به کمک سحر و جادو بر عمل آمیزش و امر بارداری اثر می‌گذارند: نخست سوق دادن مردان به ابراز شوق و هوس بی‌حد و حصر، دوم سد کردن قدرت باروری و جنسی آن‌ها، سوم برداشتن آلت تناسلی آنها، چهارم تبدیل مردان به دیو با کمک سحر و جادو، پنجم از میان بردن توانایی باروری زنان، ششم فراهم آوردن شرایط سقط جنین و هفتم پیشکش کردن کودکان به شیاطین، در کنار دیگر حیوانات و موهبات زمینی که بدین وسیله می‌توانند چه بسیار طلسم‌ها که نکنند.

– ملئوس ملفیکاروم

در نگاه کلیسا تمامی قدرت ساحرگان در نهایت از شهوت و میل جنسی آنها نشأت می‌گرفت. و به باور آنها حرفه ساحرگی از آمیزش با شیطان آغازیدن گرفته

بود. در واقع هر ساحره با شرکت در جلسه‌ای عمومی شب‌اتِ ساحرگان^{۱۴} که شیطان -در شمایل یک بز- ریاست آن را عهده دار بود و با تازه واردان آمیزش می کرد، [باید]مورد تایید قرار می گرفت. ساحرگان در ازای قدرت سحر و جادو ای که کسب می کردند، متعهد می شدند که به شیطان وفادار بمانند و به او خدمت کنند. (جالب این جا است که در تصورات کلیسا شیطان نیز ماهیتی مردانه داشته است!) در ملئوس نیز به طور روشن و مشخص آمده است که شیطان همواره از طریق جنس زن وارد عمل می شود، همان گونه که در باغ عدن اتفاق افتاد:

سر منشا تمام سحر و جادو شهوات نفسانی است که در زنان سیری ناپذیر است ... در نتیجه آنان به منظور سیراب کردن شهوات نفسانی خود با شیطان هم بستر می شوند... کاملاً واضح است که جای تعجبی نمی ماند که تعداد زنانی که به گناه ساحرگری آلوده می شوند از مردان بیشتر است ... مستدام باد آن بالاترینی که وجود جنس مرد را از آلوده شدن به این گناه و جنایت بزرگ در امان نگه داشته است.

مسئله اینجا بود که نه تنها ساحرگان زن بودند بلکه آنها زنانی بودند که یک جامعه بزرگ مخفی را نیز ترتیب داده بودند. زنی که عضوی تایید شده در حزب شیطان بود به مراتب خطرناک تر و مخوف تر از زنی می نمود که مستقل عمل می کرد. دغدغه اصلی در سراسر ادبیات ساحره گیری این بود که در جلسات ساحرگان (شب‌ات ساحرگان) چه می گذرد؟ (در این خصوص با محجورترین و تکان دهنده ترین گمانه زنی ها برمی خوریم. از خوردن کودکان غسل تعمید داده شده گرفته تا اورجی های پرجمعیت و هم خوابگی با حیوانات)

در حقیقت شواهدی در دسترس است که زنان متهم به ساحره گیری در گروه های کوچک محلی همدیگر را ملاقات می کردند. این گروه ها در روزهای فستیوال به دور هم گرد می آمدند و تعدادشان به صد ها یا هزاران تن می رسید. بر اساس گمان زنی های برخی نگارندگان این گردهمایی ها موقیت هایی برای عبادات مذهبی این ملحدان والبتنه بی شک موقعیتی برای تبادل دانش و آموزه های گیاهی (دارویی)

و رد و بدل کردن خبرها نیز بوده‌اند. اگرچه از اهمیت سیاسی این گردهمایی‌ها شواهد اندکی در دسترس است، با این حال به سختی می‌توان متصور شد که آنها با شورش‌های دهاقین زمان خودشان بی‌ارتباط بوده‌اند. هر شکل دهقانی، تنها به مثابه تشکل بودنش، می‌توانست هر مخالفی را به خود جلب کند و امکان ارتباط میان دهات را افزایش داده و روحیه‌ای از تعلق به جمع و خودمختاری را در میان دهاقین تقویت کند.

ساحرگان در مقام درمانگران

در اینجا می‌خواهیم به موهوم‌ترین اتهام ساحرگان بپردازیم: ساحرگان نه تنها متهم به قتل و مسموم کردن، ارتکاب جرایم جنسی و دسیسه‌چینی هستند بلکه به سبب کمک‌رسانی و درمانگری آنها نیز مورد اتهام هستند. در ادامه روایت را از زبان یک ساحره‌گیر برجسته انگلیسی می‌خوانیم:

باید همیشه این را به خاطر داشته باشیم که در یک جمع بندی کلی منظور از ساحرگان نه فقط آن کسانی است که در قتل و شکنجه نقش دارند بلکه تمامی فالگیران، افسونگران، شعبده‌بازان و همه جادوگران که به طور رایج در مقام مردان و زنان خردمند از آنها یاد می‌شود در دسته ساحرگان قرار می‌گیرند و حتی آن دسته از ساحرگان خوب و خوش‌نیتی که قصدشان آزار و اذیت و تخریب و اشاعه فساد نیست بلکه در مقام یک درمانگر و قابله‌قصدشان کمک و یاری‌رسانی است... چه بسا هزاران بار برای زمین‌به‌تر و سودمندتر خواهد بود که تمامی ساحرگان به خصوص ساحرگان عافیت‌بخش به کام مرگ سپرده شوند.

ساحره-درمانگران اغلب تنها پزشکان عمومی تجربی برای آن دسته از مردمانی بودند که هیچ‌گونه دسترسی‌ای به خدمات پزشکی و پزشک و بیمارستان نداشته و به طرز گزنده‌ای با فقر و بیماری دست به‌گریبان بودند. در میان ساحره‌گری و قابله‌گری به ویژه ارتباط تنگاتنگی وجود داشت: کرامر و اسپرنگر ساحره‌گیر در جایی این‌گونه می‌نویسند: «هیچ کس به اندازه قابله‌ها به کلیسای کاتولیک

آسیب وارد نکرده است» این در حالی است که از سوی خود کلیسا کوچک‌ترین کمکی به دهاقین رنجور و دردمندانجام نمی‌شد:

یکشنبه‌ها پس از پایان مراسم عشای ربانی گروه گروه بیمار رنجور با تمنای کمک به کلیسا سرازیر می‌شد اما پند و اندرز و تشر تنها کمکی بود که نصیبشان می‌شد: «تو مرتکب گناه شده‌ای و حال خدا دارد تو را مجازات می‌کند. برو و او را سپاس گوی که در زندگانی بعدی کمتر دچار رنج و عذاب خواهی شد. زبان بسته دار و تاب آور و رنج بکش و در انتظار مرگ خود باش. مگر کلیسا برای مردگان دعا می‌کند؟

– جولز میشل، شیطان‌گرایی و جادوگری^{۱۵}

در مواجهه با بدختی و مصیبت فقرا کلیسا همیشه از حربه توسل به این اصل عقیدتی که زندگی در این دنیا گذرا و بی اهمیت است، استفاده می‌کرد. البته نه این که کلیسا با خدمات پزشکی مخالف باشد بلکه با خدمات پزشکی فقط برای طبقه فرادست موافق بود. پس می‌توان گفت که کلیسا در این زمینه رویکردی دوگانه و ضد و نقیض داشت. پادشاهان و نجیب زاده‌گان از وجود طبیبان درباری که یا مرد یا حتی گاهی اوقات کشیش بودند، بهره می‌بردند. مساله اصلی در حقیقت اعمال قدرت و کنترل بود: درمان طبقات فرادست به دست جنس مرد در سایه حمایت و رحمت کلیسا قابل قبول بود ولی درمان به دست جنس زن به منزله بخشی از جامعه رعیتی نه!

کلیسا تاختن به درمانگران دهقانی را هدف گرفتن سحر و جادو می‌دانست نه درمان. باور بر این بود که شیطان بر روی زمین از قدرتی واقعی برخوردار است و قلمک و بهره‌گیری از این قدرت به دست زنان جامعه دهقان، حالا چه در راه خوب و چه بد، برای کلیسا و دولت بسیار تهدیدآمیز و خطرناک بود زیرا هرچه قدرت‌های شیطانی آنها برای کمک به خود بیشتر می‌شد، اتکایشان به خدا و کلیسا سست تر می‌شد. آنان بالقوه می‌توانستند از قدرت‌های خود در سرپیچی از

فرمایند خداوند استفاده کنند. اینگونه انگاشته می‌شد که قدرت طلسم‌های جادویی در درمان بیماران با قدرت دعا و راز و نیاز برابری می‌کرده است ولی مساله اینجا بود که دعا و راز و نیاز در انحصار و کنترل کلیسا بود در حالی که طلسم و سحر و جادو این گونه نبودند. از اینرو مداوا به واسطه سحر و جادو حتی در صورت موفقیت هم به عنوان دخالتی منفور و بد فرجام در اراده خداوند قلمداد می‌شد که به یاری شیطان محقق شده بود. خود روش درمان نیز در این صورت منحوس و شرورانه به شمار می‌آمد. جالب آنکه در اینجا نیز هیچ مشکلی بر سر راه تمیز دادن درمان‌های ایزدی از شییطانی وجود نداشت زیرا این بدیهی بود که خداوند فقط از طریق کشیشان و اطبا اقدام می‌کند نه از طریق زنان طبقه دهقانی.

یک ساحره یا زن خردمند بر تعداد بی شماری روش درمان احاطه داشت که طی سالها از پوته آزمایش سربلند بیرون آمده بودند. بسیاری از نسخه‌های درمانی گیاهی که [ابتدا] به دست ساحرگان تهیه شده بودند همچنان در داروشناسی مدرن نیز کاربرد دارند. ساحرگان به داروهای ضد درد و التهاب و برطرف کننده مشکلات گوارشی دست یافته بودند. همان زمان که کلیسا درد زایمان را مجازات به حق زنان به سبب نخستین گناه حوا تلقی می‌کرد، ساحرگان از ارگوت^{۱۶} برای کاهش درد زایمان استفاده می‌کردند. امروزه مشتقات ارگوت از داروهای اصلی ای به شمار می‌آیند که در تسریع روند زایمان و کمک به بهبود پس از آن مورد استفاده قرار می‌گیرند. ساحرگان از بلادونا^{۱۷}، که امروزه همچنان به عنوان داروی ضد اسپاسم استفاده می‌شود، برای جلوگیری از انقباضات رحمی در صورت احتمال سقط جنین بهره می‌گرفتند. گفته می‌شود که دیگیتالیس^{۱۸}، که همواره دارویی مهم در درمان بیماری‌های قلبی به شمار می‌رود، به دست ساحره‌ای انگلیسی کشف شده بود. بی‌شک بسیاری از دیگر روش‌های درمانی ساحره‌گان ماهیتی کاملاً جادویی داشتند و اثر بخشی آنها، اگر بتوان گفت که اصلاً اثر بخش بودند، در گرو شهرشان بود.

نتایج روشهای [درمانی] ساحره-درمانگران به اندازه خود روش‌ها تهدید بزرگی برای کلیسای کاتولیک، اگر نه برای کلیسای پروتستان، به شمار می‌آمد. دلیل

۱۶ Ergot
۱۷ Belladonna
۱۸ Digitalis

آن است که ساحره-درمانگران تجربه گرا بودند: آنها به جای تکیه بر ایمان و تعالیم کشیشان، به آزمون و خطا و کنش و واکنش باور داشتند. آنها در دینداری رویکردی منفعلانه نداشته بلکه دارای نگرشی پرسش‌گرانه بودند. آنها به توانایی خود در یافتن راهی برای مواجهه با بیماری‌ها، بارداری و زایمان باور داشتند حالا چه از طریق مراقبه یا به کارگیری طلسم و جادو. به طور اجمالی باید گفت که جادو و سحر آنها علم زمانه شان به شمار می‌آمد.

کلیسا اما عمیقاً ضد تجربه گرایی بود، دنیای مادی را پوچ و بی ارزش می‌شمرد و به شدت به ادراک حسی بدبین بود. جستجو و کشف قوانین طبیعی حاکم بر پدیده های فیزیکی در نگرش کلیسا تلاشی بی فایده و کفرآمیز قلمداد می‌شد، زیرا در باور آنها جهان هستی هر لحظه به دست خداوند از نو خلق می‌شد. کرامر و اسپرنگر در ملئوس از آگوستین قدیس در خصوص خطایحواس نقل می‌کنند:

... حال درونمایه اراده^{۱۹} هر آن چیزی است که از طریق حواس و عقل که هر دو تابع قدرت شیطان هستند، دریافت و استنباط می‌شود. سنت آگوستین در کتاب ۸۳ پرسش متفاوت اینگونه می‌گوید: این شر که از آن شیطان است در تمامی شریان‌های نفسانی رخنه می‌کند؛ در اجسام حلول می‌کند، خود را با رنگ‌ها منطبق می‌کند، با اصوات در می‌آمیزد، در میان گفتگوهای آتشین و ناصواب می‌خزد، در رایحه‌ها جاری می‌شود، طعم‌ها را آبستن می‌کند و با بازدم‌های ویژه ای تمامی مجاری ادراک را می‌آکنند.

حواس [زمینی] زمین بازی شیطان اند. میدانسی که در آن شیطان تلاش می‌کند که ذهن مردان (انسان‌ها) را از ایمان منحرف کرده و به سوی زوال عقل (انحرافات عقلانی) و هذیان‌های نفسانی بکشانند.

در محاکمه ساحرگان دغدغه‌های ضد تجربه‌گرایی، زن‌ستیزی و جنسیتی کلیسا با هم تلاقی می‌کنند. تجربه‌گرایی و تمایلات جنسی هر دو نشانگر تسلیم شدن در برابر حواس و خیانت و یا پشت کردن به ایمان هستند. به این خاطر ساحرگان تهدیدی سه گانه برای کلیسا به شمار می‌رفتند: نخست اینکه آنها زن بودند و

از آن ابایی نداشتند. دوم آن که آنها درتشکل زیرزمینی زنان روستایی عضو بودند و سوم آن که آنها درمانگرانی بودند که روش‌های شان متکی بر مطالعات تجربی بود. به عبارتی در برابر تقدیرگرایی سرکوب‌گرانه مسیحیت، ساحره گان طلیعه داران امید به تغیر در این جهان قلمداد می شدند.

طلوع حرفه پزشکی اروپایی

مادامی که ساحرگان در میان مردم عادی مشغول به فعالیت و پیاده کردن شیوه های خود بودند، طبقات حاکم نیز مشغول پرورش تباری از درمانگران سکولار مخصوص به خود، یا به عبارت دیگر طبیبانی با تحصیلات دانشگاهی، بودند. یک قرن پیش از آغاز ساحره‌سوزی و ساحره‌هراسی یعنی در قرن سیزدهم، سنت پزشکی اروپایی به عنوان حرفه و علمی سکولار کاملاً تثبیت شده بود. بسی پیش‌تر از شروع دوره ساحره‌گیری، حرفه پزشکی فعالانه و مصرانه در حذف درمانگران زن، به عنوان نمونه در اخراج آنها از دانشگاه‌ها، دست داشت.

برای هشت قرن متمادی یعنی از قرن پنجم تا سیزدهم، موضع دگر جهانی (اخروی) و ضد پزشکی کلیسا مانع توسعه پزشکی به عنوان حرفه ای، در خور احترام شده بود. سپس در قرن سیزدهم امر یادگیری به واسطه ارتباط با دنیای عرب دستخوش تغییری اساسی شد.

کم کم در دانشگاه‌ها، دانشکده‌های پزشکی به وجود آمدند و مردان جوان و متمول بیشتر و بیشتری در پی تحصیل پزشکی برآمدند. با این حال کلیسا نظارت سختگیرانه‌ای بر این حرفه نوپا اعمال می‌کرد و توسعه آن را تنها در چارچوب تعالیم کاتولیک مجاز می‌دانست. طبیبان دانشگاهی نمی‌توانستند بدون یاری جویی از یک کشیش یا مشورت با او طبابت کنند یا در صدد شفای بیماری برآیند که از انجام اعتراف امتناع می‌ورزد. تا پایان قرن ۱۴ خدمات این طبیبان در میان قشر متمول تقاضا بسیاری پیدا کرده بود. البته آنها در تمام این مدرت با تلاش و زحمت بسیار درصدد بودند نشان دهند که توجه آنها به جسم مخاطره‌ای برای روح به همراه ندارد. داستان‌های پیرامون طبابت آنها [در واقع] بیشتر این احتمال را پررنگ می‌کند که آنان در واقع همان سلامت جسمانی را

نیز به شدت دچار مخاطره می‌کردند. مفهومی به نام علم در شیوه طبابت مرسوم به اواخر قرون وسطی که هیچ‌گونه مغایرت با دکترین و تعالیم کلیسا نداشت، حضور بسیار کم رنگی داشته است. دانشجویان پزشکی، همچون دیگر مردان دانش پروه جوان، سال‌ها وقت خود را صرف مطالعه افلاطون، ارسطو و الهیات مسیحی می‌کردند و نظریه(های) پزشکی آنها عمدتاً به کارهای گالن^{۲۰} محدود می‌شد. او طبیعی در روم باستان بود که نظریه رنگ پوست یا خلقیات آدمیان را برجسته کرده بود. بر اساس استدلال‌ات او تند مزاجان خشمناک، سرخ چهره‌گان مهربان و محزونان حسادت ورز هستند و الا آخر.

این در حالی است که یک دانشجوی طبابت و یا یک طبیب به ندرت امکان ویزیت بیماری را پیدا می‌کرد و کلاً هیچ‌گونه تجربه‌گری به او آموزش داده نمی‌شد. پزشکی به شدت با جراحی، که در همه جا پیشه‌ای حقیر و پست قلمداد می‌شد، متمایز بود. در آن زمان تشریح و موشکافی اندام بدن امری غریب و ناشناخته به شمار می‌آمد.

یک طبیب دانش آموخته دانشگاه در مواجهه با یک فرد بیمار چیزی بیشتر از توسل به خرافات در چنته نداشت. یکی از روش‌های رایج طبابت به خصوص در خصوص زخم‌ها، ریختن خون یا واگذاشتن خونریزی به حال خود بود. بنابر شرایط زمانی، ساعت روز، هوا و یا ملاحظات مشابه از زانو در درمان نیز استفاده می‌شد. اغلب نظریه‌های پزشکی بیش از آنکه بر مشاهدات متکی باشند بر منطق استوار بودند: «برخی مواد غذایی اسباب شوخ طبعی را فراهم می‌آورند در حالی که برخی دیگر سبب کثر طبعی می‌گردند. به عنوان نمونه آگلانسترین، خردل و سمیر رنگ صفرا را متمایل به قرمز کرده در حالی که عدس، کلم و گوشت بز پیر و گاو سبب صفرای سیاه می‌شوند.» این گونه تصور می‌شد که استفاده از اورد یا انجام آیین‌های شبه مذهبی می‌تواند مفید و موثر واقع شوند. طبیب ادوارد دوم، که دارای مدرک کارشناسی در الهیات و مدرک دکترای پزشکی از دانشگاه آکسفورد بود، برای درمان دندان درد او تجویز کرده بود که جمله «به نام پدر، پسر و روح

القدوس ، آمین» را بر روی آواره‌های او بنویسند؛ و یا اینکه با سوزنی که به کرم ابریشم زده شده را بر روی دندان او بکشند. روشی که اغلب برای درمان جذام مورد استفاده قرار می‌گرفت، تجویز سوپی بود که از گوشت مار سیاه به دام افتاده در خشکی و در میان سنگ‌ها تهیه می‌شد.

این وضعیت علم پزشکی را در زمانی به تصویر می‌کشد که ساحره -درمان‌گران با پرچسب رهروان سحر و جادو محاکمه می‌شدند. مادامی که طبیبان همچنان تشخیص‌های خود را از طالع بینی استنتاج می‌کردند و کیمیاگران سخت در تلاش بودند سرب را به زر تبدیل کنند، این ساحرگان بودند که شناخت وسیعی پیرامون استخوان‌ها و ماهیچه‌ها، گیاهان دارویی و داروهای گیاهی فراهم آورده بودند.

دانش ساحرگان به قدری گسترده و جامع می‌نمود که در سال ۱۵۲۷ پاراسلسوس^{۲۱} که پدر طب مدرن به حساب می‌آمد، با اعتراف به این مهم که او تمام آموخته‌های خود را مدیون ساحرگان است، کتاب خود پیرامون مبحث داروسازی را در آتش افکند.

سرکوب درمانگران زن

پایه‌ریزی و تثبیت پزشکی در قالب یک حرفه نیازمند تحصیلات دانشگاهی، توانست سدی قانونی در برابر حضور زنان در این حرفه فراهم آورد. به استثنای چند مورد، در تمامی دانشگاه‌ها بر روی زنان بسته بود. (حتی زنان طبقه فرادست نیز، با وجود تمکن مالی، از این قاعده مستثنی نبودند.) با اجرایی شدن قوانین صدور مجوز، تمامی پزشکان مگر آن دسته که از تحصیلات دانشگاهی برخوردار بودند از تمرین طبابت منع شدند. البته اجرای پیوسته این قوانین در عمل ممکن نبود زیرا در مقام مقایسه با خیل عظیم درمانگران عامی، شمار پزشکان دارای تحصیلات دانشگاهی انگشت‌شمار بود. با این حال، این قوانین به شیوه‌ای گزینشی اعمال می‌شدند و در وهله اول نوک پیکان خود را نه به سوی درمانگران دهقانی بلکه به سمت درمانگران متمول و دانش آموخته زن نشانه رفته بودند. زنانی که برسر داشتن تعداد یکسان ارباب رجوع شهرنشین با پزشکان دانشگاهی در رقابت بودند.

به عنوان نمونه، پرونده یاکویا فیلیسی^{۲۲} در سال ۱۳۲۲ با اتهاماتی مبتنی بر طبابت غیر قانونی [بدون مجوز] از سوی دانشکده پزشکی دانشگاه پاریس به دادگاه ارجاع داده شد. یاکویا زنی باسواد بود و در زمینه پزشکی یک دوره ویژه (غیر تخصصی) را گذرانده بود. در این که بیماران او افرادی متمول بودند شکی نیست، زیرا همان طور که از شهادت آنها در دادگاه پیدا است، آنها پیش از مراجعه به یاکویا در خصوص بیماری خود نظر پزشکان به نام دانشگاهی را هم جویا شده بودند.

اتهامات اصلی او بدین قرار هستند:

او اقدام به درمان بیماری‌ها و جراحات داخلی یا آبسه‌های موضعی بیماران خود می‌کند و به طور مداوم به بیماران خود سر می‌زند و پیوسته نمونه ادرار آنان را به شیوه پزشکان مورد آزمایش قرار داده، نبض آنها را گرفته و بدن و دست و پاهایشان را مورد معاینه قرار می‌دهد.

شش شاهد اذعان کردند که با آن که پزشکان بسیاری از درمان آنها قطع امید کرده بودند یاکویا توانسته بود آنها را درمان کند. حتی یک بیمار اظهار کرده بود که یاکویا در زمینه هنر و مهارت پزشکی و جراحی از هر پزشک و جراح ارشدی در پاریس خردمندتر و چیره‌دست‌تر بوده است. با این حال تمامی این شواهد و شهادت‌ها در دادگاه ضد او مورد استفاده قرار گرفتند، زیرا جرم او در واقع بی‌کفایتی یا عدم صلاحیتش نبود بلکه اتهام اصلی او این بود که چطور اصلاً به عنوان یک زن به خود اجازه داده بود که به درمان و شفای بیماران مبادرت ورزد.

در همین راستا پزشکان انگلیسی دادخواستی را به پارلمان تسلیم کردند و طی آن از حضور زنان فرومایه و گستاخی که حرفه پزشکی را غصب کرده بودند اظهار تاسف کرده و خواستار اعمال جریمه و حبس‌های طولانی مدت برای زنانی شدند که در صدد فعالیت در این زمینه برآمده بودند. تا قرن ۱۴ کارزار طبابت حرفه‌ای علیه درمانگران زن تحصیل‌کرده شهری در سراسر اروپا تقریباً به غایت خود نایل آمده بود. پزشکان مرد انحصار مطلق در حوزه طبابت در میان طبقه فرادست را از آن خود کرده بودند (البته نه در حوضه مامایی. این حوضه برای سه

قرن دیگر همچنان حیطه تخصصی قابله‌های زن حتی در میان طبقه فرادست باقی ماند. این پزشکان مترصد بودند که در حذف خیل عظیم درمانگران زن - ساحرگان، نقشی کلیدی ایفا کنند.

همدستی میان کلیسا، دولت و نهاد حرفه‌ای طبابت در محاکمه‌های ساحرگان به اوج خود رسید و به عبارتی به بار نشست. با اعطای نقش کارشناس طبابت به طبیب، اتمسفری علمی بر سراسر جریان محاکمه حکم فرما شد. از او در خواست می‌شد که قضاوت کند چنانچه فلان زن ساحره است یا خیر و یا اینکه آیا مصیبتی به موجب ساحرگری وارد آمده است یا خیر. درمانیئوس اینگونه آمده است: «حال اگر این پرسش مطرح شود که چگونه می‌توان تمیز داد که آیا بیماری به سبب سحر یا نقص جسمی طبیعی عارض شده است، ما در جواب خواهیم گفت که نخستین قدم رجوع به داوری و قضاوت پزشکان می‌باشد.» در دوره ساحره‌گیری، کلیسا علناً حرفه‌ای گری پزشکان^{۲۳} را مشروعیت بخشید و بدین وسیله هر گونه درمانگری غیر حرفه‌ای را تقبیح و برابر با ارتداد اعلام کرد: «چنانچه زنی به خود این اجازه را دهد که بدون تحصیلات به درمان بیماران بپردازد ساحره به شمار می‌آید و مستحق مرگ است.» البته این در حالی است که هیچ زنی به هیچ عنوان از امکان تحصیل برخوردار نبود. در نهایت ساحره هراسی بهانه سهل‌الوصولی را در اختیار پزشکان قرار داد تا بتوانند با توسل به آن، اشتباهات خود در زمینه طبابت روزمره را توجیه کنند: مسبب هر آنچه که آنان در درمانش عاجز بودند، مسلماً سحر و جادو بود.

تمایز میان خرافات «زنانه» و پزشکی «مردانه» بر اساس تخصیص دو نقش «پزشک» و «ساحره» در جلسات محاکمه قطعیت پیدا کرد. مرجع قضاوت جایگاه اخلاقی و فکری پزشک مرد را بی‌نهایت بالا و عالی‌تر از درمانگر زن فرض کرد. به طوری که صلاحیت زن باید به تایید پزشک مورد قضاوت می‌رسید. مادامی که پزشک در روند محاکمه در جانب خدا و قانون قرار داده می‌شد، فردی مجرب هم تراز با وکلا و خداشناسان، ساحره در سوی تاریکی، اهریمن و سحر و جادو انگاشته می‌شد. و بدین صورت پزشک این جایگاه جدید خود را نه به دستاوردهای پزشکی و علمی خود بلکه به کلیسا و دولتی وامدار بود که به نحوه احسن در

خدمتگزاری آنها حاضر بود.

پیامد

پدیده ساحره‌گیری اگرچه نتوانست به حذف درمانگران زن طبقه فرو دست بیانجامد ولی توانست برای همیشه انگ خرافاتی و حتی دیو سیرت بودن را بر پیشانی آنها حک کند.

ساحرگان آن چنان در میان طبقات متوسط - نو ظهمور بی اعتبار شده بودند که در قرون ۱۷ و ۱۸ پزشکان تجربی مرد به سهولت توانستند به آخرین پایگاه درمانگری زن - محور یا همان مامایی یورش برده و دست درازی کنند. پزشکان غیر حرفه ای تجربی مرد یا به عبارت دیگر جراح - آرایشگران در انگلیس یورش را با ادعای برتری فنی خود در استفاده از پنس مامایی^{۲۴} ترتیب دادند (پنس قانونا به عنوان ابزار جراحی طبقه بندی شده بود و در نتیجه زنان بر اساس قانون از مبادرت به انجام جراحی و داشتن ابزار آن منع شده بودند).

بدین صورت به لطف جراح - آرایشگران، مامایی به سرعت در میان طبقه متوسط از خدمتی ارایه شده از سوی همسایگان به تجارتی پر سود مبدل شد که در قرن ۱۸ طبای واقعی توانستند با زور و به سختی در آن ورود پیدا کنند. قابله‌های زن در انگلیس بسیج شدند و متجاوزان مرد را به سوداگری و سوء استفاده خطرناک از پنس جراحی متهم کردند. ولی دیگر کار از کار گذشته بود و آنها با القابی همچون جاهل و پیرزنان خرافاتی که به خرافات گذشتگان چنگ می‌زنند، به باد انتقاد گرفته می شدند.

زنان و سرآغاز حرفه پزشکی امریکایی

اگرچه در امریکا تصاحب نقش‌های درمانگری به دست مردان در مقایسه با انگلیس و فرانسه دیرتر به وقوع پیوست اما در نهایت بسی فراتر رفت. شاید هیچ کشور صنعتی را نتوان پیدا کرد که امروزه درصد پزشکان زن در آن پایین تر از آمریکا باشد: این درصد در انگلیس ۲۴ درصد، در روسیه ۷۵ درصد و در امریکا

فقط ۷ درصد است و از آنجایی که مامایی، مامایی زن محور، همچنان حرفه‌ای رو به رونق در اسکاندیناوی، بریتانیا، هلند و ... محسوب می‌شود، از اوایل قرن بیستم عملاً با ممنوعیت مواجه شده است. با ورود به قرن جدید، اکثریت زنان از تحصیلات پزشکی منع شده بودند و تنها کسر قلیلی از زنان لزوماً جان سخت و البته متمول امکان قدم گذاشتن در این راه را پیدا کرده بودند. تنها نقش باقی مانده برای زنان، پرستاری بود که اصلاً قابل قیاس و هم‌ارز با نقش‌های مستقلی نبود که زنان [پیش‌تر] در مقام قابله و درمانگر عمومی از آن بهرمند بودند.

اما سوال این نیست که چگونه زنان از حرفه پزشکی کنار گذاشته شده و به سمت پرستاری سوق داده شدند بلکه مساله اصلی این است که اصلاً این دسته بندی‌های چطور و از کجا سر برآوردند؟

به عبارت دیگر چگونه یک گروه به خصوص از درمانگران که اتفاقاً مرد، سفید پوست و پرخواسته از طبقه متوسط بودند، توانستند رقبای درمانگرا محلی، قابله‌گان و دیگر اطباء تجربی را که در قرن هجدهم عرصه پزشکی امریکایی را در قبضه خود داشتند، به کناری بزنند.

تاریخ‌نگاران طب پاسخی عرفی در این خصوص ارائه می‌دهند. از دید آنها، این امر بدیهی می‌نماید که همواره تنها یک [یستر] طبابت حرفه‌ای امریکایی حقیقی وجود داشته است. یعنی یک دسته کوچک از مردان که اقتدار علمی و اخلاقی آنها در روندی نامنقطع از هیپوکراتیس^{۲۵}، گالن و اساتید برجسته طب اروپایی ساری و جاری بوده است. در غرب وحشی (سرحد امریکا) این پزشکان نه تنها مجبور به مبارزه با معضلات روزمره‌ای چون بیماری و مرگ بودند بلکه باید با تعدی‌های خیل عظیمی از اطباء تجربی عامی که معمولاً در جامعه زنان، بردگان سابق، سرخ پوستان، فروشنندگان جوازدار ادویه و دارو تصویر می‌شدند نیز مقابله می‌کردند. البته در اواخر قرن نوزده بخت و اقبال به حرفه پزشکی روی آورد و مردم امریکا به ناگاه احترامی قابل ملاحظه در خصوص دانش علمی طب از خود نشان داده و از باور به طبیبان قلابی دست کشیده و انحصار مستمر هنر درمان‌گری را به حرفه پزشکی حقیقی واگذار کردند.

با این وجود پاسخ واقعی به این سوال را نمی‌توان در درام علم در مقابل جهل و خرافه جستجو کرد. بلکه آن، بخشی از داستان بلند کشمکش‌های طبقاتی و جنسیتی بر سر قدرت در تمام زمینه‌های زندگی در قرن نوزدهم می‌باشد. آن زمان که زنان جایی در درمان‌گری داشتند، جایگاهی که در طب مردمی معنا پیدا می‌کرد. زمانی که این نوع از طب مردمی از بین رفت، دیگر جایگاهی برای زنان باقی نماند، به استثنای ایفای نقشی فرودست در مقام پرستار. آن دسته از درمانگرانی که به حرفه پزشکی پیوستند نیز چندان به سبب پیوندشان با علم مدرن شناخته نمی‌شدند بلکه برتری آنها در گرو ارتباطشان با بنگاه‌های تجاری نو ظهور امریکایی بود.

با نهایت احترام نسبت به پاسستور، کوخ و دیگر محققان برجسته طب اروپایی در قرن نوزدهم، باید اذعان کرد که این کارنگی‌ها و راکفلر‌ها بودند که با میانجی‌گری خود پیروزی نهایی و قطعی حرفه طب امریکایی را رقم زدند. به این خاطر امریکا در سال ۱۸۰۰ دیگر نمی‌توانست بیش از این فضایی یاس آور و نامطلوب برای رشد و نمو حرفه طبابت یا اصلاً هر حرفه دیگر فراهم آورد. تنها عده قلیلی از اطباء که از تحصیلات رسمی برخوردار بودند از اروپا به امریکا مهاجرت کرده بودند. در کل تعداد انگشت شماری مدارس طبابت و موسسات آموزش عالی در امریکای آن زمان وجود داشت و عموم مردم که به تازگی تجربه جنگ برای آزادی ملی را پشت سر گذاشته بودند، نگرشی خصمانه نسبت به هر گونه حرفه‌ای‌گری و نخبه‌گرایی خارجی داشتند.

در حالی که اروپای غربی انحصار طبای دارای تحصیلات دانشگاهی در زمینه برخورداری از حق درمان‌گری به یک قرن می‌رسید، در امریکا فعالیت در زمینه پزشکی به طور سنتی برای هر کسی که قابلیت و مهارت‌های لازم در این زمینه را داشت صرف‌نظر از جنسیت، نژاد و یا حتی تحصیلات رسمی، امکان‌پذیر بود. آن هاچینسون^{۲۶}، رهبر مذهبی دگراندیش در دهه ۱۶۰۰ همچون بسیاری دیگر از وزرا و همسرانشان، پزشکی عمومی بود. جوزف کت^{۲۷} تاریخ‌نگار پزشکی در جایی شرح می‌دهد که به عنوان نمونه، یکی از برجسته‌ترین و محترم‌ترین رجال در طب حرفه‌ای در وینزور، کانکتیکات قرن هجدهم، سیاهپوستی تازه از بند بردگی رها شده

۲۶ Hutchinson

۲۷ Josef Kett

به نام دکتر پرموس^{۲۸} نام داشت. در نیو جرسی طبابت عمدتاً، به جز در مواردی استثنایی، حتی تا اواخر ۱۸۱۸ تحت سیطره زنان بود ...

زنان در اغلب موارد با همسران خود در حرفه طبابت مشارکت می‌کردند: بدین صورت که مردان بخش جراحی را به عهده می‌گرفتند و همسران آنها بخش مامایی و مربوط به بیماری‌های ویژه زنان را انجام می‌دادند و انجام هر آنچه که در این دو دسته قرار نمی‌گرفتند را میان خود تقسیم می‌کردند. در مواردی دیگر زنان پس از کسب مهارت‌های لازم به واسطه نگهداری و مراقبت از اعضای خانواده یا با گذراندن دوره کارآموزی نزد یکی از بستگان و یا درمانگری حاذق، به فعالیت در زمینه طبابت مبادرت می‌ورزیدند. به عنوان نمونه، هریت هانت^{۲۹} یکی از نخستین پزشکان زن دوره دیده امریکایی، به مثابه بیماری خواهرش به پزشکی علاقمند شد و برای مدتی در یک تیم پزشکی خانوادگی متشکل از یک مرد و همسرش به فعالیت پرداخت و سپس به راحتی تابلوی مطب خود را نصب کرد. (بعد ها بود که او اقدام به تحصیل رسمی در این زمینه کرد.)

ورود پزشک

در اوایل دهه ۱۸۰۰ خیل رو به ازدیاد طبیبان دارای تحصیلات رسمی برای متمایز کردن خود از خیل عظیم پزشکان تجربی عامی متحمل مشقات زیادی شدند. شاخص‌ترین تمایز واقعی آنها در این بود که این پزشکان از تحصیلات رسمی برخوردار بودند. با اینکه این پزشکان که خود را «پزشکان قاعده‌مند»^{۳۰} می‌نامیدند مرد و معمولاً برآمده از طبقه متوسط و تقریباً در بیشتر موارد گرانتر از رقبای عامی خود بودند. خدمات این پزشکان قاعده‌مند عمدتاً به طبقه متوسط و فرادست که می‌توانستند از عهده پرداخت هزینه پرستج درمان به دست یکی از مردان هم طبقه خود برآیند، محدود می‌شد. در سال ۱۸۰۰ مد روز هم حتی این طور حکم می‌کرد که زنان طبقه متوسط و فرادست درخصوص مراقبت‌های ویژه زنان و زایمان نیز به پزشکان قاعده‌مند مراجعه کنند. سنتی که در نگاه مردمان ساده‌زیست‌تر به گونه‌ای فاحش زننده و قبیح قلمداد می‌شد.

۲۸ Dr. Primus

۲۹ Harriet Hunt

۳۰ regular» doctors

در زمینه مهارت‌های پزشکی و تئوری، اطباء به اصطلاح قاعده‌مند در مقایسه با رقبای عامی خود، یا همان پزشکان تجربی حرف بیشتری برای گفتن داشتند. تعلیم و تحصیلات رسمی آنان حتی در چهارچوب استانداردهای اروپایی آن زمان از معنا و ارزش تهی بود: مدت دوره‌های پزشکی از چند ماه تا دو سال متغیر بود. بسیاری از مدارس پزشکی فاقد امکانات بالینی بودند. پذیرش در این مدارس نیازمند ارایه دیپلم مقطع متوسطه نبود. در هر صورت آموزش سختگیرانه و جدی آکادمیک نمی‌توانسته میسر واقع شود. زیرا هیچ‌گونه نهاد (بدنه) علم پزشکی وجود نداشته است که کسی بتواند در آن به آموزش و تحصیل بپردازد. به جای تمام این‌ها، پزشکان قاعده‌مند آموخته بودند که اکثر بیماری‌ها را از طریق اقدامات درمانی تهاجمی هم چون خونریزی شدید، تجویز مقادیر فراوان ملین‌ها، کلرید جیوه (ملینی حاوی جیوه) و بعد ها تریاک، درمان کنند. (حرفه پزشکی اروپایی هم در این زمان در وضعیت بهتری قرار نداشت).

کاملاً بدیهی است که این روش‌های درمان یا کشنده بودند و یا آسیب‌هایشان چه بسا از خود بیماری اصلی به مراتب بیشتر بود. بر اساس قضاوت سرالیور و ندل هلمز^{۳۱}، که از اطباء شناخته شده بود، اگر تمامی داروهای تجویز شده به دست پزشکان قاعده‌مند آمریکایی در اقیانوس ریخته شوند، به نفع بشریت و البته به ضرر ماهیان خواهد بود.

پزشکان تجربی عامی بی‌شک قابل اعتمادتر و کاراتر از پزشکان قاعده‌مند بودند. آنها استفاده از داروهای گیاهی سبک و تغییر رژیم غذایی و دلجویی از طریق نوازش دستان بیمار را به مداخله‌های تهاجمی ترجیح می‌دادند. آنها شاید چیزی بیشتر از پزشکان قاعده‌مند نمی‌دانستند ولی حداقل کمتر احتمال داشت به بیمار آسیب وارد نمایند.

چه بسا آنها می‌توانستند به موقع جایگاه پزشکان قاعده‌مند را در میان مصرف‌کنندگان طبقه متوسط از آن خود کنند. اما آنها به اشخاص به خصوصی وصل نبودند. پزشکان قاعده‌مند بالعکس به سبب داشتن روابط نزدیک با افراد طبقه فرادست از نفوذ قانونی برخوردار بودند. تا سال ۱۸۳۰، در ۱۳ ایالت قوانین

صدور مجوز طبابت به تصویب رسیده بود و به موجب آن پزشکان غیرقاعده‌مند از مبادرت به طبابت منع و پزشکان قاعده‌مند تنها درمانگران مورد تایید دولت اعلام شده بودند. این اقدامی نابهنگام و شتاب زده بود. زیرا در آن زمان طبابت حرفه‌ای هنوز از هیچ پشتوانه مردمی برخوردار نبود و آن دسته‌ای ویژه از درمانگرانی که مدعی آن بودند نیز نزد مردم عامی کوچک‌ترین اعتباری نداشتند. به همین خاطر اجرایی کردن قوانین جدید ناممکن به نظر می‌رسید. این امکان وجود نداشت که درمانگران مورداعتماد مردم عادی به همین راحتی به امر قانون از طبابت منع شوند. مساله بغرنج‌تر بر سر راه اطمینان قاعده‌مند این بود که چنگ اندازی برای رسیدن گوی انحصار طبابت شعله‌های خشم عمومی را در قالب جنبش رادیکال سلامت^{۳۲} عمومی روشن کرد. جنبشی که تقریباً موفق شد یک بار برای همیشه نخبه‌گرایی طب در امریکا را در هم بکوبد.

جنبش سلامت عمومی

جنبش سلامت عمومی دهه ۱۸۳۰ و ۱۸۴۰ در روایت‌های سنتی از تاریخ طب معمولاً به عنوان موجی از شیادی و پزشکی خرده فرهنگ محور مردود شمرده می‌شود. واقعیت امر این است که این جنبش در پس نقاب پزشکی خود خبر از تحول اجتماعی گسترده‌ای می‌داد که جنبش‌های فمینیستی و کارگری شعله‌های آن را برافروخته بودند. زنان به مثابه ستون اصلی جنبش سلامت عمومی به شمار می‌رفتند. «جوامع فیزیولوژیکی زنان»^{۳۳} که همان دوره‌های «بدن خود را بشناس» [امروزی است] در همه جا پدیدار گشت. گروه‌هایی که آموزه‌هایی در خصوص آناتومی و بهداشت فردی را به زبان ساده در اختیار مخاطبان علاقمند قرار می‌دادند.

در این آموزه‌ها بر خلاف شیوه‌های درمانی مرگبار و کشنده پزشکان قاعده‌مند، تمرکز روی اقدامات پیشگیرانه بود. این جنبش بر مسایلی از قبیل استحمام مرتب (چیزی که در نظر بسیاری از پزشکان قاعده‌مند آن زمان گناه و پلییدی محسوب می‌شد)، استفاده از لباس‌های زنانه گشاد و راحت، مصرف غلات سبوس دار، حفظ اعتدال و لیست بلند بالایی از هر آنچه به مسایل زنان مربوط می‌شد، تاکید

۳۲ The Popular Health Movement

۳۳ Ladies Physiological Societies

می‌کرد. و تقریباً همان زمانی که مادر مارگارت سنگر^{۳۴} دختری خردسال بود، برخی از عناصر جنبش در تلاش بودند زنان را به پیشگیری از بارداری ترغیب کنند.

این جنبش حمله‌ای رادیکال به نخیه‌گرایی طب و مهر تاییدی بر کارکرد طب مردمی سنتی به شمار می‌رفت. شعار یکی از جبهه‌های این جنبش از این قرار بود: «هر کس طبیب خویش» و طی این جنبش آنها این نکته را روشن کردند که این شعار مشمول زنان نیز می‌شود. پزشکان قاعده‌مند دارای مجوز، به عنوان اعضا متعلق به طبقات بی‌مصرف انگل-سانی که بقای خود را فقط وام‌دار علاقه دهشت بار طبقه فرادست به کلرید جیوه و خونریزی بودند، به شدت مورد حمله قرار گرفتند. دانشگاه‌ها که نخبگان طب قاعده‌مند در آنجا به تحصیل می‌پرداختند به عنوان مکانی که در آن دانش جویان می‌آموزند کار و زحمت را پست و حقیر بشمارند و خود را در زمره اشراف قلمداد کنند، مورد نکوهش قرار گرفت. رادیکال‌های طبقه کارگر دست به راهپیمایی زدند و صنف پادشاهان، کشیشان، وکلا و پزشکان را چهار نیروی شیطنانی هم پیمان با هم اعلام کردند. در ایالت نیویورک جنبش از طریق یکی از اعضا متعلق به حزب کارگر، که هیچ فرصتی را برای تاختن به پزشکان دارای امتیاز از دست نمی‌داد، در مجلس اعلام حضور کرد.

پزشکان قاعده‌مند به سرعت خود را در اقلیت و به حاشیه رانده شده احساس کردند. جبهه چپ‌گرای جنبش سلامت عمومی اساساً با در نظر گرفتن حرفه طبابت به عنوان حرفه ای سزاوار «حق الزحمه» به شدت مخالف بود چه رسد حرفه ای با حق الزحمه هنگفت. جبهه میانه‌رو جنبش اما با مطرح کردن فلسفه‌های پزشکی نوین یا همان مسلک‌های جدید همچون مکتب التقاطی، گراهام‌گرایی، هومیوپاتی و بسیاری روش‌های فرعی دیگر، تلاش کرد به روش خود با اطبای قاعده‌مند به رقابت بپردازد. مسلک‌های جدید مدارس مخصوص به خود را راه اندازی و با تکیه بر روش‌های پیشگیرانه و درمان‌های گیاهی ملایم شروع به پرورش پزشکان خود کردند. در این محیط پُر التهاب و مملو از جوش و خروش طب، پزشکان قاعده‌مند قدیمی کم‌کم به یک مسلک شباهت پیدا کردند. مسلکی که فلسفه آن اتفاقاً به سمت و سوی کلرید جیوه و خونریزی و دیگر روش‌های پزشکی

تهاجمی گرایش داشت. تمیز دادن پزشکی واقعی در آن دوران بسی ناممکن می نمود. تا ۱۸۴۰ قوانین صدور مجوز تقریباً در تمامی ایالت ها لغو شده بود. نقطه اوج جنبش سلامت عمومی با شروع جنبش سازمان یافته فمینیست ها متقارن شد و پیوند این دو جنبش با یکدیگر به قدری تنگاتنگ بود که به سختی می توان گفت که کدام جنبش چه زمان آغاز شد و کدام یک در کجا پایان یافت. به گفته ریچارد شیریاک^{۳۵} تاریخ نگار بنام طب، این پیشکار در حمایت از سلامت زنان (جنبش سلامت عمومی) هم در علت و هم در معلول به مطالبه حقوق زنان به طور عام مربوط می شد و جنبش های زنان در این نقطه دیگر قابل تمیز نبودند. جنبش سلامت بر حقوق زنان به طور عام متمرکز بود و جنبش زنان بر سلامت و دسترسی زنان به تحصیلات در زمینه پزشکی به طور خاص تاکید می ورزید

در حقیقت رهبران هر دو جنبش با دستاویز قراردادن کلیشه های جنسیتی استدلال می کردند که زنان چه بسا می توانند پزشکان مجهزتری در مقایسه با مردان باشند.

سامویل تامسون^{۳۶} یکی از رهبران جنبش سلامت در سال ۱۸۳۴ جایی این گونه نوشته است: «نمی شود این مساله را انکار کرد که زنان از قابلیت های برتری در زمینه علم پزشکی برخوردار هستند.» با این وجود او احساس می کرد که جراحی، درمان و مراقبت از بیماران مرد باید به پزشکان تجربی مرد وا گذاشته شود. فمینیستی همچون سارا هیل^{۳۷} یک قدم فراتر گذاشت و در سال ۱۸۵۲ با طعنه گفت: «می گویند که این پزشکی حوزه مناسب برای مردان و تنها متعلق به آنان است! با دلیل و برهانی ده برابر ما می گوئیم که این حوزه متناسب زنان و تنها متعلق به آن ها است.» مسیله های طب جدید به واقع در مدارس خود را بر زنان گشودند، درست زمانی که تحصیلات طبابت قاعده مند زنان را از این حق محروم کرده بود. به عنوان نمونه زمانی که هرییت هانت از جانب دانشکده طب هاروارد پذیرفته نشد، تحصیلات رسمی خود را در مدرسه ای فرقه ای از سر گرفت. (در واقع اساتید هاروارد رای بر این دادند که با پذیرش او در کنار تعدادی دانشجوی مرد سیاه پوست موافقت شود اما دانشجویان تهدید به آشوب و شورش کردند.) اطبای

۳۵ Richard Shryock

۳۶ Samuel Thomson

۳۷ Sarah Hill

قاعده‌مند می‌توانستند به سبب تعلیم الیزابت بلک ول^{۳۸}، نخستین پزشک قاعده‌مند زن، برای خود نام و اعتبار کسب کنند. ولی دانشکده او (که مدرسه ای کوچک واقع در بخش شمالی ایالت نیویورک بود) به سرعت قطعنامه‌ای را وضع کرد که از پذیرش دیگر دانشجویان زن جلوگیری می‌کرد. نخستین مدرسه پزشکی دو جنسیتی عمومی، دانشکده ناقاعده‌مند پزشکی التقاطی مرکزی نیویورک در سیراکیوز بود و در نهایت دو دانشکده پزشکی تماما زنانه، که یکی در بوستون و دیگری در فیلادلفیا برپا شدند، خود دانشکده‌هایی ناقاعده‌مند بودند. محققان فمینیست باید حقیقا بیشتر در ژرفای جنبش سلامت عمومی دقیق شوند. از منظر جنبش ما امروز احتمالا این امر از مبارزات زنان بر سر حق رای مرتبط‌تر و به جاتر به نظر می‌رسد.

دو جنبه وسوسه انگیز این جنبش ازدیدگاه ما عبارتند از: ۱- این جنبش هم بیانگر مبارزات و کشمش‌های طبقاتی بود و هم مبارزات فمینیستی: امروز در برخی محافل سخن راندن در باب مسایل زنان در قالب دغدغه‌های طبقه متوسط، مد روز و شیک به نظر می‌رسد ولی نگاه به آن در قاب جنبش سلامت عمومی به ما تصویری از تلاقی و هم پوشانی انرژی و قدرت فمینیست‌ها و طبقه کارگر می‌دهد. آیا این بدان خاطر است که جنبش سلامت عمومی تمام مخالفان از هر طیفی را به خود جذب می‌کرد و یا این که هدفی یا ماهیتی ژرف‌تر در پس آن وجود داشت. ۲- جنبش سلامت عمومی تنها یک جنبش با هدف بهبود امکانات پزشکی و درمانی بیشتر و یا بهتر نبود بلکه جنبشی در پی یک سیستم بهداشت و سطح سلامت اساسا متفاوت بود. جنبشی که سعی داشت از بیخ و بن تعصبات، تعالیم و فرضیه‌های غالب پزشکی را زیر و زیر کند. امروزه ما انتقادات خود را معطوف به سازمان مراقبت‌های پزشکی کرده‌ایم و بر این فرضیه پافشاری می‌کنیم که زیر بنای علمی پزشکی رسوخ ناپذیر و غیر قابل تردید است. ما نیز باید به سهم خود فضا و ظرفیت‌های لازم برای پژوهش انتقادی پیرامون علم پزشکی را، حداقل در بخشی که به زنان مربوط می‌شود، فراهم آوریم.

در اوج جنبش سلامت عمومی در دهه ۱۸۳۰ و ۱۸۴۰ پزشکان قاعده‌مند - در واقع همان اجداد مجرب پزشکان امروزی - دچار رعب و وحشت شده بودند.

کمی بعدتر در سده نوزده زمانی که انرژی بنیادین جنبش رو به افول گذاشت و جنبش به انحطاط کشیده شد به مجموعه‌ای از مسلک‌های در رقابت با هم نزول پیدا کرد، پزشکان قاعده‌مند دست حمله زدند. در سال ۱۸۴۸ آنها نخستین سازمان ملی خود را بر پا کردند و آن را به تزویر انجمن پزشکی امریکا^{۳۹} نام‌گذاری کردند. جوامع پزشکی ایالتی و بخش‌ها که بسیاری از آنها عملاً در فضای هرج و مرج پزشکی حاکم بر دهه‌های ۳۰ و ۴۰ منحل شده بودند، شروع به شکل‌گیری مجدد کردند.

در سرتاسر نیمه دوم سده ۱۹ پزشکان قاعده‌مند بی وقفه پزشکان تجربی عامی، پزشکان فرقه‌ای و پزشکان تجربی زن را در کل مورد حمله قرار دادند. این حملات با یکدیگر مرتبط بود بدین ترتیب که: پزشکان تجربی زن به سبب گرایش‌های فرقه‌ای‌شان و مسلک‌ها به سبب پذیرا بودن نسبت به زنان مورد حمله قرار می‌گرفتند. منازعه‌ها بر ضد پزشکان زن طیفی از نگرش‌ها را از نگرش پدرسالانه (چگونه یک زن محترم می‌تواند در دل شب به سبب یک فوریت پزشکی به ملاقات بیماری بشتابد) و تا نگرش تبعیض جنسیتی افراطی، در بر می‌گرفت. دکتر آلفرد استیل در خطابه خود به انجمن پزشکی آمریکا اینطور می‌گوید:

عده به خصوصی از زنان به دنبال رقابت با مردان در ورزش‌های مردانه هستند... و [زنان] مصمم در همه چی در به دنبال تقلید میمون وار از مردان می‌باشند حتی در انتخاب پوشش. از این طریق آنها شاید بتوانند همچون تمامی تولیدات عظیم و غول آسا نوعی حس تحسین را برانگیرانند. به خصوص که آنها گونه ای برتر از گونه خودشان را نشانه رفته‌اند.

نظیر این میزان از بدخواهی و کینه از جانب اپوزسیون جنسیت طلب امریکا نسبت به زنان در پزشکی را نمی‌توان در اروپا یافت. و این می‌تواند به دلایل زیر

باشد:

نخست اینکه تعداد زنان مشتاق به فعالیت در حرفه‌های پزشکی در اروپا بسیار اندک بود. دوم اینکه در هیچ کجا نمی‌توان جنبش‌های فمینیستی به اقتدار و سرسختی این جنبش در امریکا سراغ گرفت. در اینجا (امریکا) پزشکان مرد ورود زنان به حرفه پزشکی را به درستی با فمینیسم متشکل و سازمان یافته مرتبط می‌دانستند. سوم اینکه شالوده حرفه پزشکی اروپایی از مدت‌ها پیش کاملاً تثبیت شده بود و در نتیجه ورود رقبای جدید نمی‌توانست آن را به لرزه در آورد.

اگر زنانی هم پیدا می‌شدند که توانسته باشند به مدرسه پزشکی راه پیدا کنند، یکی پس از دیگری با موانع جنسیتی مواجه می‌شدند. به ویژه مداوم از سوی دانشجویان مرد مورد آزار و اذیت اغلب از نوع جنسی قرار می‌گرفتند. از طرفی دیگر اساتید از بحث در زمینه آناتومی در حضور یک زن امتناع می‌کردند. در کتب درسی همچون کتاب معروف مامایی متعلق به سال ۱۸۴۸ اینطور آمده است: «او [زن] دارای کله‌ای است بسیار کوچک برای خردورزی اما به اندازه کافی بزرگ برای عشق ورزی». فرضیه‌های علم زنان معتبری موجود بودند که از اثرات مخرب فعالیت فکری و خردمندانه بر اندام‌های تناسلی زنان خبر می‌دادند.

و این به اصطلاح پزشک زن که با این وجود فعالیت آکادمیک خود را به سرانجام می‌رسانید، معمولاً مراحل بعدی پیش روی خود را مسدود می‌یافت. در بیمارستان‌ها معمولاً بر روی پزشکان زن بسته بود و حتی اگر این چنین نبود، زنان اجازه گذران دوره کار ورزی در یک بیمارستان را نداشتند. و چنانچه او سرانجام امکان طبابت را به دست می‌آورد، برادران قاعده‌مند او از ارجاع بیمار به او سر باز می‌زدند و به شدت با عضویت او در جوامع پزشکی خود مخالفت می‌کردند.

و در نتیجه آنچه در نظر ما غریب و غم‌انگیزتر می‌آید، به عبارتی دیگر آنچه که شاید بتوان نام جنبش سلامت زنان را بر آن گذاشت، به این منظور در اواخر سده نوزده آغاز شد که خود را از گذشته خود یعنی جنبش سلامت عمومی جدا کرده و برای اعاده حیثیت خود تلاش کند.

اعضای مسلک‌های غیرقاعده‌مند از جمع اساتید دانشکده‌های پزشکی زنان پاکسازی شدند. اطباء پیشروی زن همچون الیزابت بلک ول به پزشکان قاعده‌مند

مرد پیوستند و خواستار پایان بخشیدن به مامایی تجربی (عامی) و فراهم کردن امکان تحصیلات کامل پزشکی برای تمامی آن کسانی که در زمینه پزشکی زنان و زایمان فعالیت می کردند شدند. و تمامی این اتفاقات در حالی به وقوع می پیوست که طبای قاعده‌مند هنوز از هیچ یا انداک برتری علمی نسبت به پزشکان سنتی یا درمانگرانی عامی برخوردار نبودند.

شاید توضیح این مطلب این طور باشد که زنانی که تمایل به کسب تحصیلات پزشکی رسمی در آن زمان داشتند به طبقه متوسط متعلق بودند. چه بسا برای این زنان راحت‌تر می نمود که با پزشکان قاعده‌مند برآمده از طبقه متوسط شناخته شوند تا با درمانگران زن متعلق به طبقه فرودست یا گروه‌های پزشکی فرقه‌ای (که پیش‌تر با جنبش‌های افراطی و رادیکال شناخته می‌شدند). این تغییر موضع در همبستگی شاید به مثابه این حقیقت بوده باشد که پزشکان تجربی عامی زن در شهرها به احتمال بسیار زیاد زنان مهاجر بودند (در عین حال پتانسیل پیدایش یک جنبش زنان فراطبقاتی حول هر محوری از دست رفته بود زیرا زنان طبقه کارگر به کارخانجات روانه شده بودند و زنان طبقه متوسط به زندگی بانو منشانه سبک ویکتوریایی خو گرفته بودند). حال دلیل آن هر چه بوده باشد، پیامد آن این بود که زنان طبقه متوسط از تاختن به پزشکی مرد محور دست کشیده و با شرایط وضع شده از سوی حرفه پزشکی مردانه نوظهور کنار آمدند.

پیروزی حرفه ای

پزشکان قاعده‌مند همچنان در شرایطی نبودند که بتوانند یک بار دیگر انحصارطلبی در پزشکی را به مناقصه بگذارند و تنها دلیل آن این است که آنها هنوز نمی‌توانستند ادعا کنند که به روش‌های موثر منحصر به فردی یا مجموعه دانش ویژه‌ای دست یافته‌اند. از طرفی دیگر یک گروه به خصوص شغلی نمی‌توانند فقط به مثابه برتری تکنیکی (فنی) از انحصارگری حرفه‌ای برخوردار شوند. یک حرفه به رسمیت شناخته شده تنها به یک گروه از کارشناسان خودخوانده اتلاق نمی‌شود بلکه به گروهی گفته می‌شود که در انتخاب اعضا و ساماندهی فعالیت

های خود یا به عبارتی دیگر در قیضه گرفتن حوزه‌ای به خصوص بدون مداخله خارجی، از قدرت قانونی برخوردار باشد. حال سوال این جا است که چگونه یک گروه خاص می‌تواند به جایگاه تام حرفه ای دست یابد؟ الیوت فرایدسون^{۴۰} جامعه شناس به این سوال اینگونه پاسخ می‌دهد:

یک حرفه به موهبت حمایت و پشتیبانی طبقه نخبه جامعه که نسبت به ارزش خاص نهفته در آن حرفه باور و نظری مساعد دارد، به جایگاه خود و حفظ آن نایل می‌شود.

به عبارتی دیگر حرفه ها به دست طبقه حاکم خلق می‌شوند. از این رو برای تبدیل طبابت به یک حرفه طب، پزشکان قاعده‌مند پیش از هر چیز نیازمند حمایت و پشتیبانی طبقه حاکم بودند.

از بخت خوب این پزشکان، دانش پزشکی و حمایت و پشتیبانی تقریباً در یک زمان فراهم آمدند. با تغییر قرن دانشمندان فرانسوی و به خصوص آلمانی نظریه میکروب شناسانه بیماری را مطرح کردند. نظریه‌ای که برای نخستین بار در کل تاریخ بشری بر شالوده‌ای عقلانی در خصوص پیشگیری و درمان بیماری‌ها استوار بود. مادامی که اطباء عامی امریکایی همچنان به پیچ‌پیچ در خصوص شایعات مشغول بودند و به بیماران کلرید جیوه می‌خوراندند، کسر کوچکی از نخبگان طب به منظور آشنایی و فراگیری دانش و علم جدید به دانشگاه‌های آلمانی سفر می‌کردند. این معدود پزشکان با شور و اشتیاق تحول‌خواهانه به امریکا بازگشتند. در سال ۱۸۹۳ پزشکان فارغ التحصیل از دانشگاه‌های آلمان (با حمایت مالی خیرین محلی) نخستین مدرسه پزشکی امریکایی به سبک آلمانی به نام جانز هاپکینز را تأسیس کردند. تا آنجا که به برنامه تحصیلی مربوط می‌شد، با ادغام کار آزمایشگاهی در علوم پایه در کنار کار آموزی بالینی یک نوآوری بزرگ در هاپکینز رخ داده بود. اصلاحات دیگر شامل استخدام اساتید تمام وقت و تأکید بر تحقیق و پژوهش و ارتباط تنگاتنگ مدرسه طبابت با یک دانشگاه کامل بود. جانز هاپکینز همچنین طرح مدرن آموزش پزشکی را ارایه داد. چهار سال تحصیل در مدرسه پزشکی پس از گذراندن چهار سال در کالج پزشکی. البته این طرح

امکان تخصیلات در زمینه پزشکی را از اکثر مردم مستمند و متعلق به طبقه کارگر می‌گرفت. در این میان امریکا در حال تبدیل به رهبر و پرچم دار صنعتی در جهان بود. ثروت به دست آمده از نفت، ذغال سنگ و استثمار بی‌رحمانه کارگران امریکایی در حال به ثمر نشستن در هیأت امپراطوری‌های مالی بود. برای نخستین بار در تاریخ امریکا انباشت ثروت یک شرکت (سهامی) برای انجام اعمال خیرخواه گسترده و متشکل، در مقیاس مداخله سازمان یافته در امور اجتماعی، فرهنگی و سیاسی ملت، کفایت می‌کرد.

بنیادها به مثابه ابزار دائمی این مداخله بر پا شدند. بنیادهایی چون بنیاد راکفلر و کارنیگی در نخستین دهه قرن بیستم پدیدار شدند و از اولین و اصلی ترین مواردی که در دستور کار خود قرار دادند همانا انجام اصلاحات پزشکی و خلق یک حرفه پزشکی امریکایی در خور احترام و منطبق بر علم بود.

آن گروه از پزشکان تجربی امریکایی که این بنیادها در صدد پشتیبانی مالی از آنها برآمدند به طور طبیعی به دسته نخبگان علمی پزشکان قاعده مند متعلق بودند. (بسیاری از این پزشکان خود برخواسته از طبقه حاکم و همگی مردانی شهر نشین و با تخصیلات دانشگاهی بودند.) در سال ۱۹۰۳ حمایت‌های مالی فروانی به سمت مدارس پزشکی سرازیر شد. البته شرط دریافت این حمایت کاملاً واضح و روشن بود یعنی تعهد و پیروی از مدل جایگز هاپکینز و لا غیر. موسسه کارنگی برای انتقال این پیام یکی از کارمندان خود به نام آبراهام فلکسنر^{۴۱} را مامور کرد که به کل مدارس پزشکی در سراسر کشور- از هاروارد گرفته تا رده پایین‌ترین مدارس تجاری سرکشی کند. فلکسنر تقریباً به تنهایی تصمیم می‌گرفت که کدام مدارس شایستگی دریافت حمایت مالی و در نتیجه ارزش پابرجا بودن را دارند. از این رو به مدارس بزرگ‌تر و بهتر (که همانا از قبل خود بودجه کافی برای نهادینه و اجرایی کردن اصلاحات مقرر را داشتند) وعده اعطای وام‌های هنگفت از سوی بنیاد داده می‌شد. هاروارد از جمله یکی از برندگان خوش اقبال بود و رییس آن در سال ۱۹۰۷ با غرور و افتخار توانست اعلام کند: «آقایان تنها راه گرفتن بودجه برای پزشکی چه بسا بالابردن سطح آموزش پزشکی می باشد» این در حالی است که دیگر مدارس فقیر و کوچک‌تر که در واقع مدارس فرقه‌ای و مدارس ویژه سیاهان و

زنان را شامل می‌شد، در نظر فلکسنر ارزش نجات دادن نداشتند. تنها راه موجود پیش پای چنین مدارسی تخته کردن درها و یا ادامه دادن به فعالیت خود تا زمانی بود که فلکسنر در گزارش خود آنها را رسماً مهجور اعلام می‌کرد.

گزارش فلکسنر که در سال ۱۹۱۰ انتشار یافت در واقع به منزله اولتیماتوم بنیادها به بدنه طب امریکا محسوب می‌شد. با انتشار این گزارش تعداد بیشماری از مدارس پزشکی از جمله شش مدرسه از هشت مدرسه پزشکی مختص به سیاه‌پوستان و همچنین اکثریت مدارس ناقاعده‌مند که مامنی برای دانش‌آموزان زن به حساب می‌آمدند، مجبور به بستن درهای خود شدند. پزشکی یک بار برای همیشه به عنوان شاخه‌ای از آموزش عالی که تنها از طریق آموزش پر هزینه و طولانی مدت دانشگاهی قابل پیگیری و در دسترس بود، به تثبیت رسید. این کاملاً درست است که با رشد روز افزون دانش پزشکی، نیاز به آموزش بلند مدت‌تر اجتناب‌ناپذیر و ضروری می‌نمود. با این وجود فلکسنر و بنیادهای موجود به هیچ عنوان قصد نداشتند این آموزش را در دسترس خیل عظیم درمانگران عامی و پزشکان ناقاعده‌مند قرار دهند. در عوض درهای دانشگاه‌ها و مدارس پزشکی با قدرت بر سیاه‌پوستان، اکثریت زنان و مردان فرودست سفید پوست بسته شد. (فلکسنر در گزارش خود از این حقیقت ابراز تاسف کرد که چگونه هر پسر بچه خام مغز یا کارمند وامانده‌ای تا بدان زمان می‌توانسته است در حرفه پزشکی قدم بگذارد. از آن پس پزشکی به شغلی مختص مردان سفید پوست برآمده از طبقه متوسط مبدل شد.

البته پزشکی فراتر از یک شغل بود و در نهایت به یک حرفه مبدل شد. به عبارت دقیق‌تر یک گروه ویژه از درمانگران، یعنی پزشکان قاعده‌مند، از این پس نماینده این حرفه بودند. پیروزی آنها به هیچ عنوان مبتنی بر مهارت و دانش نبود. این پزشکان قاعده‌مند، در یک چشم به هم زدن و با انتشار گزارش فلکسنر به دانش علم پزشکی دست نیافته بودند، بلکه به هاله علم دسترسی پیدا کرده بودند. حال آیا شرایط به همین منوال باقی می‌ماند اگر مدارس یا دانشگاه‌هایی که این آقایان از آنها فارغ‌التحصیل شده‌اند در گزارش فلکسنر مورد نكوهش قرار گرفته بودند؟ مگر آنها در انجمن پزشکی امریکا عضویت نداشتند و مگر این انجمن پیشقراول انجاء اصلاحات علمی نبوده است؟ به لطف برخی دانشمندان خارجی و

بنیادهای طب شرقی، این طبیب به «مرد اهل علم» تبدیل شده بود: مصون از هر گونه نقد و نظارت و تقریباً بدون نیاز به رقابت.

ممنوع کردن قابله‌ها

وضع قوانین جدید و سرسختانه صدور مجوز، انحصارگری پزشکیان در زمینه طبابت را در ایالت‌های آمریکا یکی پس از دیگری قطعی و تثبیت کرد. تنها سد باقی مانده بیرون راندن اندک نفراتی بود که همچنان به سنت پزشکی گذشتگان به طبابت مشغول بودند یعنی همان قابله‌ها. در سال ۱۹۱۰ حدود ۵۰ درصد از کودکان به دست قابله‌هایی که بیشتر سیاه‌پوست یا مهاجران متعلق به طبقه کارگر بودند، به دنیا می‌آمدند. این وضعیت به هیچ عنوان برای تخصص زنان و زایمان که به تازگی پدیدار شده بود، قابل تحمل نبود: این بدان دلیل بود که رجوع هر یک نفر زن از طبقه فرودست به یک قابله به منزله باختی دیگر برای اعتبار پژوهش و تحصیلات دانشگاهی بود. منابع گسترده مواد آموزشی مختص به طبقه فرودست در رشته زنان و زایمان در آمریکا بیهوده صرف قابله‌های نادان می‌شد. علاوه بر آن، زنان طبقه فرودست به طور متوسط پنج میلیون دلار سالانه به جیب قابله‌ها می‌ریختند، ۵ میلیون دارای که می‌توانست برای اهالی مجرب و حرفه‌ای هزینه گردد.

متخصصان زنان و زایمان معهدا به اسم علم و اصلاحات به طور علنی حمله خود را نسبت به قابله گان شروع کردند. قابله گان به عنوان زنانی به طرز ناامید کننده‌ای پلشت، نادان و بی‌کفایت مورد تمسخر و استهزا قرار می‌گرفتند. آنها به طور مشخص مسول شیوع عفونت‌های اداری^{۴۲} و کوری [مادر زادی] به سبب ابتلای والدین به بیماری سوزاک^{۴۳} شناخته می‌شدند.

دو عارضه‌ای که به راحتی با به کارگیری راه کارهایی که حتی کم‌دانش‌ترین قابله‌ها نیز بر آنها تسلط داشتند، قابل پیشگیری بودند. (شستن دست‌ها برای پیشگیری از عفونت‌های اداری و قطره چشمی برای جلوگیری از کوری) از اینرو راه حل آشکار در جهت ایجاد یک حرفه زنان و زایمان حقیقتاً مبتنی بر مبانی رفاه

۴۲ Puerperal Sepsis

۴۳ Ophthalmia

همگانی می‌توانست این باشد که خیل عظیم قابله‌گان با راهکارهای پیشگیرانه آشنا کرده و این روش‌ها را در دسترس آنها قرار دهند. این دقیقاً همان اتفاقی است که در انگلیس، آلمان و در بیشتر ملتهای اروپایی به وقوع پیوست. قابله‌گری از طریق آموزش و پرورش ارتقا پیدا کرد و به شغلی مستقل و تثبیت شده مبدل شد.

با این وجود متخصصان زنان و زایمان در امریکا چندان به مراقبت‌های مترقی در زمینه زنان و زایمان پایبند نبودند. در واقع بر اساس پژوهشی از پرفسور جانز هاپکینز در سال ۱۹۱۲ اکثر پزشکان امریکایی در مقایسه با قابله‌ها از مهارت کمتری برخوردار بودند. نه تنها این پزشکان در پیشگیری از بیمارهای نامبرده بی تجربه بودند بلکه به شدت تمایل داشتند بیمار را هر چه سریع‌تر به تیغ جراحی بسپارند. روشی که هم جان مادر هم جان نوزاد را با خطر جدی روبه‌رو می‌کرد. با این تفاسیر باید گفت که قابله‌ها بودند که شایستگی دریافت حق انحصارگری قانونی در زمینه مراقبت‌های زنان و زایمان داشتند و نه پزشکان انجمن پزشکی آمریکا. اما اطبا قدرت داشتند و قابله‌ها نه. تحت فشارهای شدید از سوی نهاد حرفه طبابت، ایالت‌ها یکی پس از دیگر قوانینی را تصویب کردند که به موجب آن قابله‌گری ممنوع و فعالیت در زمینه بیمارهای زنان و زایمان تنها به اطبا محدود شد. و این برای زنان طبقه کارگر و فرودست به معنای بهرمندی از بدترین خدمات و در مواردی حتی معادل عدم دریافت خدمات درمانی بود. (به عنوان نمونه، پژوهشی در باب نرخ مرگ و میر نوزادان در واشنگتن نشان می‌دهد که نرخ مرگ و میر در میان نوزادان بلافاصله طی سال‌های پس از تصویب قانون ممنوعیت فعالیت قابله‌ها رو به افزایش گذاشت. البته برای پزشکان، ممنوعیت فعالیت قابله‌ها به منزله از میدان به در کردن یک رقیب دیگر بود. و بدین صورت زنان آخرین پایگاه خود به عنوان پزشکان تجربی مستقل را از دست دادند.)

زن چراغ به دست

پرستاری تنها موقعیت شغلی باقی مانده در حوزه سلامت برای زنان شد. پیش‌تر پرستاری هرگز به عنوان یک شغل دارای حق الزحمه وجود خارجی نداشت و این جنبه از آن می‌بایست به شکلی ابداع می‌شد. در اوایل قرن ۱۹ یک پرستار

صرفاً به زنی اطلاق می‌شد که از قضا از کسی حالا از یک کودک بیمار یا از یکی از اقوام سالخورده پرستاری می‌کرد. البته بیمارستان‌هایی نیز وجود داشتند که پرستاران را استخدام می‌کردند. اما بیمارستان‌ها در آن روزگار بیشتر سرپرناهی برای فرودستان فقیر به شمار می‌آمدند که خدمات و مراقبت‌های جزیی ارائه می‌دادند. پرستاران بیمارستان‌ها آنطور که در تاریخ آمده است، عده‌ای بدنام و مستعد به باده‌گساری و روسپیگری و سرقت بودند. از این رو شرایط در بیمارستان‌ها اغلب رسوار کننده و ننگین آور بود. در اواخر ده ۱۸۷۰ یک کمیته بازرسی در بازدید خود از بیمارستان بلوو نیویورک نتوانسته بود در کل ساختمان بیمارستان حتی یک قالب صابون پیدا کند. اگرچه پرستاری چندان رشته گیرایی برای زنان کارگرمحسوب نمی‌شد، اما برای زنان اصلاح طلب ساحت کاملاً پهنآوری به شمار می‌رفت چرا که اصلاحات در خدمات بیمارستانی نیازمند اصلاح و بهسازی [شغل] پرستاری بود.

برای این که پرستاری مورد قبول پزشکان و زنان بافضیلت قرار می‌گرفت باید وجهه کاملاً جدیدی به آن داده می‌شد. فلورانس نایتینگل^{۴۴} توانست در بیمارستان‌های مستقر در جبهه نبرد کریمه به این تغییر جامعه عمل بپوشاند. بدین صورت که او پرستاران پیر و فرتوت که در اردوگاه‌های جنگی مشغول به فعالیت بودند را با یک گروه از زنان منضبط و هوشیار متعلق به طبقه متوسط جایگزین کرد. دوروتیا دیکس^{۴۵} از اصلاح طلبان ساختارهای بیمارستانی امریکا، این نوع رسته تازه از پرستاران را به بیمارستان‌های تعاونی جنگ داخلی شناساند.

تصویری که از این نوع جدید پرستار در ذهن عموم نقش شد، زنی بود چراغ به دست که در نهایت از خودگذشتگی به مجروحان رسیدگی می‌کرد. این گونه بود که مدارس واقعی پرستاری درست پس از نبرد کریمه در انگلستان و پس از جنگ‌های داخلی در خود امریکا، شروع به ظهور کردند. در همین میان تعداد بیمارستان‌ها نیز رو به افزایش گذاشت تا امکان پاسخگویی به نیازهای آموزش پزشکی فراهم شود. دانش‌جویان پزشکی برای کارآموزی نیازمند حضور در بیمارستان بودند و مادامی که پزشکان در حال تحصیل علم بودند، لازم بود که بیمارستان‌ها از کادر

پرستاری باکفایت و خویی برخوردار باشند.

در واقع نخستین مدارس پرستاری تمام تلاش خود را می‌کردند که دانش‌آموزان خود را از میان زنان طبقه فرادست انتخاب کنند. دوشیزه یوفمیا وان رنس‌لر^{۴۶} که از یک خانواده قدیمی اشراف زاده بود با حضور خود در نخستین کلاس برگزار شده در بلوو این بیمارستان را مورد لطف خود قرار داد. و در جانز هاپکینز که ایزابل همپتون^{۴۷} مشغول آموزش و تعلیم پرستاران در بیمارستان آن دانشگاه بود، گلایه یک پزشک پیشگام می‌توانسته به شرح زیر باشد:

دوشیزه همپتون در گزینش دانشجویان پرستاری از میان طبقه فرادست بسیار موفق عمل کرده‌اند اما متأسفانه ایشان گویی تمامی آنها را از روی زیبایی‌های ظاهری انتخاب کرده‌اند و به همین سبب کادر درمانی در وضعیت غم‌انگیزی قرار دارد.

شاید بد نباشد که در اینجا نگاه دقیق‌تری به زنان خالق شغل پرستاری بیاندازیم زیرا به معنای واقعی آنچه ما امروزه به عنوان شغل پرستاری می‌شناسیم، محصول سرکوب زنان فرادست عصر ویکتوریایی می‌باشد. به عنوان نمونه دوروتیا دیکس وارث مال و مکنث بسیاری بود. فلورانس نایتینگل و لوئیس شویلر (بازوهای محرک در خلق نخستین مدرسه پرستاری در امریکا به سبک نایتینگل) اشراف زادگانی اصیل بودند. این زنان از رفاه و آسایش بانو منشانه ویکتوریایی گریخته بودند. دیکس و نایتینگل تنها در سنین سی سالگی و در مواجهه باچشم اندازی از یک دوره مجرد طولانی و بی‌ثمر اقدام به فعالیت در حرفه اصلاح طلبانه خود کردند. آنان زمان و انرژی خود را صرف رسیدگی و درمان بیماران کردند زیرا این کار در آن زمان یک علاقمندی طبیعی و قابل قبول برای زنان برآمده از طبقه آنها به شمار می‌رفت.

نایتینگل و شاگردان پس از او مهری ماندگار از تعصبات مختص طبقه خود را بر پیشانی (پیکر) شغل پرستاری بر جای گذاشتند. در تعالیم آنها تمرکز بر اخلاقیات بود تا بر مهارت‌ها. به همین خاطر محصول نهایی یا همان پرستار

۴۶ Miss Euphemia Van Rensselaar

۴۷ Isabel Hampton

نایتینگلی در واقع یک بانوی ایده آل به حساب می‌آمد که از خانه به بیمارستان کوچ کرده و از وظایف فرزندآوری معاف شده بود. از نگاه پزشک، پرستار در واقع فضیلت زنانه اطاعت مطلق را با خود به محیط بیمارستان آورده بود و از نگاه بیمار، او جانفشانی فداکارانه یک مادر را به همراه آورده بود. و از نگاه کارمندان رده پایین بیمارستان او انضباط قاطعانه ولی مهربانانه یک مدیر خانواده را که به سرو کله زدن با خدمه عادت داشت، منعکس می‌کرد.

با این حال علی‌رغم شمای چشم نواز «بانوی چراغ به دست» مابقی کار پرستاری چیزی جز کارهای خانگی سنگین و با مزد کم نبود. دیری نپایید که بیشتر مدارس پرستاری شروع به جذب زنان از طبقه کارگر و طبقات متوسط رو به پایین که تنها گزینه‌های دیگرشان کار در کارخانه و یا انجام کارهای دفتری بود، کردند.

با این وجود فلسفه وجودی آموزش پرستاری دستخوش تغییر نشد. در هر صورت آموزگاران همچنان زنان پرآمده از طبقه متوسط و فرادست بودند. این مربیان تاکید و پافشاری خود را در خصوص تکوین ویژگی‌های اخلاقی (شخصیتی) بانو منشانه و تعلیم منش اجتماعی به پرستاران افزایش دادند و این رویکردی بود که در بیشتر سده بیستم به چشم می‌خورد: به عبارت دقیق‌تر تحمیل ارزش‌های فرهنگی طبقه فرادست به زنان طبقه کارگر. (به عنوان نمونه حتی تا همین اواخر نیز به اکثر دانشجویان پرستاری آداب مختص طبقه فرادست همچون ریختن چای، گرمی داشتن هنر و مواردی از این دست آموزش داده می‌شد. کمک پرستاران حتی امروز نیز به پوشیدن کمربند و استفاده از آرایش و در کل الگوبرداری از رفتار زنان طبقه بهتر توصیه می‌شوند.

اما پرستار تربیت یافته به سبک نایتینگلی تنها خصایص بانومنشانه طبقه فرادست را در جهان کارگری بازتاب نمی‌داد بلکه او اصل روحیه زنانگی را آنطور که در جامعه جنسیت‌گرای ویکتوریایی تعریف شده بود، مجسم می‌کرد. و آن چیزی نبود جز این مهم که او یک زن بود. خالقان شغل پرستاری، آن را یک رسالت طبیعی برای زنان قلمداد می‌کردند که پس از مادر شدن در رتبه دوم قرار می‌گرفت. زمانی که یک گروه از پرستاران انگلیسی پیشنهاد کردند که پرستاری از الگوی حرفه پزشکی که بر شاخص سنجش و اهدای مجوز استوار است، پیروی

کند، نایتینگل اینگونه پاسخ داد: «پرستاران را نمی‌توان بیش‌تر از مادران ثبت کرد و یا مورد سنجش قرار داد. یا همان‌طور که یک تاریخ‌نگار پرستاری تقریباً یک سده بعدتر گفته: «زن به‌طور غریزی پرستاری است تعلیم یافته به دست مادر طبیعت.» (ویکتور رابینسون، پزشک، کلاه سفیدان، روایت پرستاری^{۴۸}). اگر زنان به‌طور ذاتی پرستار زاده شده بودند اما از نظر نایتینگل آنها «ذاتاً» پزشک نبودند. او در خصوص اندک زنان پزشک هم عصر خود اینگونه می‌نویسد: «آنها در صدد بودند که مرد باشند و در نهایت موفق شدند به مقام مردان درجه سه (رده پایین) نایل شوند.» در حقیقت با افزایش شمار دانشجویان پزشکی در اواخر قرن ۱۹، تعداد دانشجویان پزشکی زن رو به کاهش گذاشت. زنان [گویی] حد و اندازه خود را در سیستم سلامت یافته بودند.

همان‌گونه که جنبش فمینیسم با خیزش حرفه‌ای‌گری طب به مخالفت برخواست، پرستاری را نیز به عنوان اهرم سرکوب زنان به چالش نکشید. در حقیقت فمینیست‌های اواخر قرن ۱۹ خود در مقام ارج نهادن به ایماژ زنانه مادر/پرستار برآمدند. جنبش زنان در امریکا از کشمکش خود برای احقاق برابری جنسیتی تمام عیار دست کشیدند تا تمرکز خود را مشخصاً روی حق رای منعطف کنند. و آنها حاضر بودند برای احقاق این مهم به تبعیض‌آمیزترین اصول ایدئولوژی ویکتوریایی تن دهند: آنها اینگونه استدلال می‌کردند که زنان به داشتن حق رای نه به این خاطر که انسان هستند بلکه به این دلیل که مادر هستند، نیاز دارند. جولیا وارد هو^{۴۹} فمینیست اهل باستن با غلیان احساسات در جایی این‌طور می‌گوید: «زن مادر نسل است. نگهدارنده طفولیت عاجزانه آن، نخستین آموزگار آن و غیورترین قهرمان آن. زن همچنین معمار خانه است کسی که تمام جزییاتی که به زندگی خانوادگی زیبایی و برکت می‌بخشند، به او محول شده‌اند.» و کلی مدح و ستایش دیگر که آن قدر دردناک هستند که بهتر از نقل بیشتر آنها پرهیز شود.

بدین صورت بود که جنبش زنان از تاکید و پافشاری نخستین خود بر فراهم کردن امکان فعالیت زنان در حرفه‌های مختلف، دست کشید: چرا باید برای پیگیری علاقمندی‌های (مشغولیات) ناچیز مردانه مادرانگی را رها کرد؟ و البته

۴۸ Victor Robinson, MD White Caps, The Story of Nursing

۴۹ Julia Ward Howe

انگیزه حمله به خود حرفه‌ای‌گری به عنوان جریان‌ی نخبه محور و تبعیض آمیز مدت های مدیدی بود که به فراموشی سپرده شده بود. در عوض رویکردی حرفه‌ای نسبت به عملکردهای طبیعی زنان باب شد و کارخانه در کسوت علم مدرن خانه‌داری مورد تعریف و تمجید قرار گرفت و به مادرانگی به عنوان حرفه ای نگاه شد که همچون پرستاری و تدریس نیازمند کسب مهارت‌ها و آمادگی‌های تقریباً یکسانی می‌باشد.

از اینرو مادامی که برخی از زنان در تکاپوی برسازی زمینه‌ای حرفه ای برای نقش‌های درون-خانوادگی زن بودند، برخی دیگر مشغول بازنمود و پر رنگ کردن این نقش‌ها در نقش‌هایی حرفه‌ای همچون پرستاری، تدریس و بعدتر مددکاری اجتماعی بودند. زنی که در صدد بود به انگیزه‌های زنانه خود در محیط خارج از خانه جامعه عمل پیوشاند، شغل‌های نام برده شده در بالا به عنوان ادامه نقش طبیعی درون خانوادگی‌اش، پیش روی او قرار داده می‌شد. متقابلاً زنی که تصمیم به ماندن در محیط خانه می‌گرفت، تشویق می‌شد که به خود همچون یک پرستار، معلم و یا مشاور که در محدوده خانواده مشغول فعالیت است، نگاه کند. در نتیجه فمینیست‌های طبقه متوسط اواخر قرن نوزدهم برخی از شدیدترین تناقضات نگاه جنسیتی را منحل کردند.

نیاز پزشک به یک پرستار

البته جنبش زنان در هر حال در جایگاهی نبود که بتواند آینده پرستاری را رقم بزند. بلکه این تصمیم در دستان حرفه پزشکی قرار داشت. در ابتدا اطباء مرد کمی نسبت به پرستاران نایتینگلی جدید موضعی‌ای بدبینانه داشتند. شاید به این خاطر که این را فقط یک تلاش زنانه دیگر برای رخنه در حرفه پزشکی قلمداد می‌کردند. اما آنها خیلی زود مغلوب اطاعت و فرمانبرداری شکست ناپذیر پرستاران شدند. (نایتینگل بر سر این مساله کمی وسواسی عمل کرد. زمانی که او با پرستاران تازه تعلیم یافته خود به شبهه جزیره کریمه قدم گذاشت، پزشکان نخست آنها را کاملاً نادیده گرفتند. نایتینگل [هم] به پرستاران خود اجازه نداد که به هزاران سرباز بیمار و مصدوم یاری رسانند مگر اینکه پزشکان این دستور را صادر کنند. پزشکان که از این رویکرد به شگفت آمده بودند سرانجام از موضع

خود عقب نشینی کردند و وظیفه تمیز کردن بیمارستان را به آنها محول کردند. در نگاه پزشکان مستاصل شده قرن ۱۹، پرستاران یک موهبت الهی به شمار می‌آمدند: سرانجام یک بهیار پیدا شده بود که قصد رقابت با پزشکان قانون مدار را نداشت و از اصول پزشکی‌ای برخوردار نبود که بخواهد در صدد تحمیل آنها برآید و به نظر می‌آمد کسی است که هیچ رسالت دیگری در زندگی جز خدمت و کمک رسانی ندارد.

در حالی که هر پزشک قاعده‌مند از حضور پرستاران استقبال می‌کرد، اما در نگاه این مردان علم اول قرن بیستم حضور آنان ضروری بود. پزشکان جدید پسا فلکس‌نر به ندرت امکان داشت که زمان خود را با دست روی دست گذاشتن و انتظار برای مشاهده تاثیرگذاری روش‌های درمانی مخصوص خود، تلف کنند بلکه آنها بیماری را تشخیص می‌داند و داروهای لازم را تجویز می‌کردند و به سراغ بیمار بعدی می‌رفتند. آنها نمی‌توانستند استعدادها و آموزش آکادمیک پر هزینه خود را بر سر مراقبت‌های کسالت‌آور از بیمار در بستر افتاده هدر دهند. از این رو آنها به دستیاری صبور و مطیع نیاز داشتند. کسی که از عهده پست‌ترین کارها و نه بیشتر برآید و به طور خلاصه به یک پرستار احتیاج داشتند.

بهبودی در معنای واقعی آن به دو عامل بستگی دارد: درمان و مراقبت و به عبارتی پزشکی و پرستاری. درمانگران عامه قدیمی هر دوی این عملکردها را با هم ادغام کرده بودند و در هر دوی این جنبه‌ها کارشان ارزش و اهمیت داشت. (به عنوان نمونه قابله‌ها نه تنها به هنگام زایمان حضور داشتند بلکه تا زمانی که مادر آمادگی لازم را برای مراقبت از فرزندان خود پیدا می‌کرد، در کنار او می‌ماندند.) اما با پیشرفت علم پزشکی این دو عملکرد به طرز برگشت ناپذیر از هم جدا شدند. درمان به حوزه انحصاری پزشکان تعلق گرفت و مراقبت به پرستاران سپرده شد.

تمامی ارج و احترام به سبب بهبودی بیمار و تشخیص و درمان سریع نصیب پزشکان شد و این بدین خاطر بود که تنها پزشکان به راز و رمز علم احاطه داشتند. اما خدمات پرستاران از طرفی دیگر به ندرت فرقی با خدمات یک خدمتکار داشت. زیرا آنها از هیچ قدرت جادویی برخوردار نبودند و در نتیجه نمی‌توانستند مدعی ارج و احترام و اعتبار باشند.

پزشکی و پرستاری در قالب دو عملکرد همپوشان ظهور یافتند و در جامعه ای که پرستاری به عنوان شغلی زنانه تعریف شده بود، پزشکی بی درنگ شغلی ذاتا مردانه قلمداد می‌شد. چنانچه پرستار با ایده یک زن متناسب به تصویر کشیده می‌شد، پزشک نیز مردی متناسب انگاشته می‌شد که عمل و هوشمندی را با نظریه های انتزاعی و عمل‌گرایی مصرانه در آمیخته بود. دقیقاً همان ویژگی هایی که زنان را شایسته فعالیت در شغل پرستاری می‌کرد آنها را از فعالیت در زمینه پزشکی باز می‌داشت و بالعکس. لطافت طبع و معنویت ذاتی آنها در جهان خشن و خطی علم جایگاهی نداشتند. و از طرفی دیگر قاطعیت و حس کنجکاوی سیب می‌شد که مردان صلاحیت مراقبت و تیمار داری برای ساعات طولانی از بیماران را نداشته باشند.

این مساله اثبات شده است که در هم کوبیدن این کلیشه ها امری ناممکن می‌نماید. اگرچه ممکن است رهبران (گردانندگان) انجمن پرستاران امریکا سعی در اثبات این قضیه داشته باشند که پرستاری دیگر شغلی زنانه محسوب نمی‌شود و در واقع شغلی خنثی است و یا شاید در صدد جذب پرستاران مرد برآیند تا بلکه بتوانند تصور غالب را دگرگون کنند و یا اینکه بر این مساله پافشاری کنند که پرستاری به همان اندازه پزشکی نیازمند تحصیلات آکادمیک می‌باشد اما این مانورها در جهت حرفه‌ای کردن شغل پرستاری در بهترین حالت به منزله فرار از حقیقت وجود تبعیض جنسیتی در سیستم بهداشت است و در بدترین حالت، خود حرکتی تبعیض‌آمیز است که شکاف میان زنان فعال در کادر درمانی را عمیق‌تر کرده و به سلسله‌مراتب تحت کنترل مردان دامن می‌زند.

نتیجه گیری

ما هر کدام لحظه‌های مخصوص خود را از تاریخ داریم که باید به آنها بپردازیم و هر کدام همچنین کشمکش های مختص به خود. چه چیزی می‌توانیم از گذشته بیاموزیم که بتواند ما را در جنبش سلامت زنان در عصر حاضر یاری دهد؟ برخی از نتیجه گیری های ما به شرح زیر است:

ما در تاریخ پزشکی در نقش تماشاچیان منفعل ظاهر نشده‌ایم. بلکه سیستم

کنونی از دل رقابت میان مردان و زنان درمانگر زاده شده و شکل گرفته است. حرفه‌پزشکی به طور مشخص فقط یک نهاد دیگر نیست که تبعیض، بر حسب اتفاق، در آن مشهود باشد، بلکه دژی است که برای حذف ما (زنان) طراحی و برافراشته شده است. این بدان معنا است که مساله تبعیض جنسیتی در سیستم سلامت اصلا امری تصادفی نیست و تنها بازتاب‌دهنده تبعیض جنسیتی در جامعه به طور کلی و یا نگاه جنسیتی فرد فرد پزشکان نیست، بلکه این مساله از لحاظ تاریخی چه بسا از خود تاریخ طب کهن‌تر است. به عبارتی دیگر این تبعیض جنسیتی معضلی عمیق و نهادینه است.

دشمن ما (زنان) تنها مردان و یا شوونیسم مردانه نیست: به عبارتی خطر اصلی از سوی کل سیستم (ساختار) طبقاتی است که این امکان را در اختیار درمانگران مرد طبقه فرادست قرار داده است که بتوانند ما را مغلوب کنند و ما را به اطاعت و تسلیم وا دارند. تبعیض جنسیتی نهادینه از سوی یک ساختار طبقاتی که از اقتدار و قدرت مردانه پشتیبانی می‌کند، تداوم می‌یابد.

هیچ توجیه تاریخی مستدلی در پس حذف زنان از نقش‌های درمانگری وجود ندارد. ساحرگان به سبب خصایصی چون عمل‌گرایی، تجربه‌گرایی و اخلاق ستیزی مورد تهاجم قرار گرفتند. اما در قرن نوزدهم این روند وارونه گشت: و زنان بسیار شکننده، احساساتی و ناسازگار با اصول علمی به تصویر کشیده شدند. کلیشه‌ها به سبب فراهم آوردن آسودگی و آرامش مردان دستخوش تغییر شدند. طبیعت ذاتی زنانه ما هیچ دلیلی برای توجیه مطیع بودن ما در زمان کنونی پیدا نمی‌شود.

مردان در سیستم بهداشت قدرت خود را به واسطه انحصار بر علم طب حفظ می‌کنند. علم، ما را مبهوت و سردرگم کرده است و در ما این باور را جا انداخته است که آن کاملاً فراتر از درک همگان و به عبارتی دست نیافتنی است. گاهی ما در عوض به چالش کشیدن مردان که این ساحت را در قبضه خود گرفته‌اند، از روی استیصال و درماندگی اقدام به طرد علم می‌کنیم. در حالی که علم طب نه تنها می‌تواند همچون یک نیروی رهایی بخش به ما امکان کنترل بدن خود را بدهد، بلکه می‌تواند به ما در زندگی حرفه‌ای مان در مقام فعالان در زمینه سلامت قدرتی واقعی ببخشد. در این نقطه از تاریخ، هر تلاشی برای کسب و

اشتراک‌گذاری دانش پزشکی بخش سرنوشت‌سازی از این نبرد به حساب می‌آید. جزوات و دوره‌های بدنت را بشناس ، پروژه‌های خود یاری، مشاوره و کلینیک‌های آزاد زنان از جمله این فعالیت‌ها هستند.

حرفه‌ای‌گری در طب چیزی نیست جز نهادینه کردن انحصارطلبی مردان طبقه فرادست. ما هیچ‌گاه نباید حرفه‌ای‌گری را با خبرگی و زبردستی اشتباه بگیریم. خبرگی چیزی است که نیازمند صرف وقت است و قابلیت اشتراک‌گذاری را دارد. در حالی که حرفه‌ای‌گری، همانطور که از تعریف آن نیز بر می‌آید، نخبه‌گرایانه، انحصاری، نژادپرستانه و متکی بر تبعیض جنسیتی و طبقاتی است. در گذشته در امریکا زنانی که در پی آموزش رسمی طب بودند ، کاملاً حاضر بودند که حرفه‌ای‌گری را به عنوان جز لاینفک آن بپذیرند. آنها توانستند جایگاه خود را ارتقا دهند اما تنها با سوار شدن بر دوش خواهران خود که از امتیازات یکسانی برخوردار نبودند. کسانی چون قابله‌ها، پرستاران و درمانگران مردمی. هدف ما در عصر حاضر نباید باز کردن درهای حرفه طبابت انحصاری بر روی زنان باشد بلکه آرمان‌مان باید گشودن درهای پزشکی بر روی تمامی زنان باشد.

این بدان معنا است که ما باید شروع کنیم به در هم شکستن تمایزات و موانع موجود میان زنان فعال در زمینه سلامت و مصرف‌کنندگان زن. ما باید بر روی دغدغه‌های مشترک متمرکز شویم. مصرف‌کنندگان باید نسبت به نیازهای زنان فعال در زمینه سلامت آگاهی پیدا کنند و زنان فعال در حوزه سلامت باید سازگار با نیازهای زنان به مثابه مصرف‌کنندگان عمل کنند. زنان فعال در حوزه سلامت می‌توانند در پروژه‌های جمعی خودیاری و خودآموزی و همچنین در نقد و مبارزه در برابر سیاست‌های نهادهای سلامت نقش رهبری را ایفا کنند اما آنها به پشتیبانی و همبستگی از سوی یک جریان صاحب اثر از جامعه زنان مصرف‌کننده نیازمند خواهند بود.

امروزه سرکوب ما به عنوان زنان فعال در حوزه سلامت به طرز غیر قابل انکاری با سرکوب ما به عنوان جنس زن مرتبط است. پرستاری، نقش غالب ما در سیستم سلامت صرفاً به منزله تعمیم نقش‌هایمان در قالب همسر و مادر می‌باشد. پرستار به مثابه هویتی اجتماعی بدین دلیل برسازی شده است تا به زن فعال در زمینه سلامت تلقین شود که یاغی‌گری نه تنها به عنوان یک حرفه‌ای

بلکه حتی به عنوان یک زن در خور او نیست. این بدان معنا است که نخبگان مرد در حوزه طب به طور کلی سهم بسزایی در استمرار تبعیض جنسیتی در جامعه ایفا می‌کنند. پزشکان به مثابه روسای یک کارخانه هستند که کارگران آن را عمدتاً زنان تشکیل می‌دهند. تبعیض جنسیتی در جامعه به طور کلی ضامن این مهم است که اکثر نیروی انسانی زن در حوزه سلامت کارگران خوبی هستند: مطیع و منفعل. حذف این تبعیض جنسی به منزله حذف یکی از ستون‌های سلسله‌مراتب حوزه سلامت خواهد بود.

در عمل این به ما نشان می‌دهد که در سیستم سلامت نمی‌توان بسیج کارکنان را از بسیج فمینیست‌ها منفک دانست. تنها راه برقراری ارتباط با کارکنان زن حوزه سلامت به عنوان کارکنان، از طریق مخاطب قرار دادن آنها به عنوان زنان میسر خواهد شد.