

Chẩn đoán thai sớm ở Việt Nam thời kì sau 1975: Quyền lực, tính chủ thể và quyền công dân

TINE M. GAMMELTOFT

Trong ngành nhân học, sự phát triển công nghệ mang tính toàn cầu hiện nay về chẩn đoán thai sớm đã làm nảy sinh nhu cầu tìm hiểu các vấn đề khác nhau như: các cá nhân và cộng đồng có thể xác định và bảo lưu những giới hạn xác định như thế nào thì được xem là một con người bình thường; làm thế nào ngành y và công nghệ có thể ứng dụng để có cách nhìn chung về một cơ thể và sự sống “bình thường”; làm thế nào để các chính sách hướng đến tăng chất lượng cuộc sống, con người và loài người trở thành những vấn đề khoa học và cần phổ biến rộng; các nguồn lực và các chuyên gia y học được kiểm soát xã hội như thế nào; và bằng cách nào các hình thức xã hội hình thành những tri thức mới về ngành sinh học. Trong bài viết này, tôi giới hạn sự phân tích của mình trong những vấn đề về các cộng đồng người và quá trình ra quyết định, tìm hiểu con đường mà các cộng đồng xã hội hành động, bộc lộ và đấu tranh khi những phụ nữ mang thai ở Hà Nội, biết đứa con mà họ đang mang bị coi là “bất thường” theo cách gọi của y học. Các kĩ thuật hiện đại trong ngành sinh sản thường “có tính toàn cầu”- nói cách khác, sự chuyển giao mang tính nội lực từ phần này của thế giới đến phần khác (Inhorn, 2002; Whyte and Ingstad in press). Tuy nhiên, điều không may là, gần như tất cả các nghiên cứu nhân học trước đây trong lĩnh vực này đều được thực hiện ở các nước tự do chịu ảnh hưởng phương Tây (ví dụ, Browner và Press, 1995; Erickson 2003; Rapp, 1999). Các chiều cạnh khác biệt của các phong trào hành động và phản ứng xã hội về các kĩ thuật sinh sản mới có thể có, vì thế, vẫn chưa được nghiên cứu đầy đủ. Bằng cách quan tâm hơn tới những khác biệt văn hoá vùng trong lĩnh vực kĩ thuật chẩn đoán thai sớm áp dụng trên thế giới, các nghiên cứu dân tộc học không chỉ có thể nâng cao hiểu biết về những tác động toàn cầu của vấn đề tái sản xuất xã hội mà còn đóng góp để có cái nhìn đa diện hơn về hành vi xã hội của con người.

Phải quyết định hành động như thế nào trước kết quả xét nghiệm y học hoàn toàn mâu thuẫn với cảm giác cơ thể rằng mình mang thai hoàn toàn khoẻ mạnh, những phụ nữ này đứng trước một tình huống văn hoá chưa từng có: Họ có tin kết quả hay không? Họ nên giữ cái thai lại hay không? Chuyện gì xảy ra nếu họ giữ lại?

Hay không giữ? Họ nên tìm kiếm lời khuyên của ai? Họ nên tin lời khuyên của ai? Đối mặt với hàng loạt các câu hỏi hoang mang và đau đớn như vậy, hầu hết phụ nữ đều trải qua quá trình tìm hiểu các ý kiến khác nhau từ những mối quan hệ xã hội xung quanh trước khi đi đến quyết định. Trong khi ở vào tình huống đau xót về tình cảm - quyết định để cho đứa trẻ trong bụng chết hay sống - những phụ nữ này hiếm khi có thể giải quyết vấn đề khó khăn này bằng cách chỉ nhìn vào những tình cảm và quy chuẩn đạo đức của chính họ. Nhiệm vụ của họ, như hầu hết các phụ nữ bày tỏ, không phải là xác định nên làm điều gì là tốt nhất trong hoàn cảnh đó, từ trong chính trái tim họ. Nhiệm vụ của họ là hiểu xem điều gì là đúng đắn trong con mắt của những người khác. Không giống như hầu hết những phụ nữ New York trong nghiên cứu của Rapp (1999), nhìn chung những phụ nữ miền Bắc Việt Nam này dường như không thoải mái trong việc học hỏi kinh nghiệm và trong quan hệ với những người xung quanh.

Điều này làm nhớ lại những thảo luận nhân học trước đây về những quan niệm khác biệt mang tính văn hóa của con người và cá nhân rằng những con người Châu á đặc thù là phụ thuộc vào hoàn cảnh và cộng đồng, trong khi tính đặc trưng của người Châu Âu là lấy cá nhân làm trung tâm và tự chủ (e.g., Dumont 1986; Schweder và Bourne 1984). Nghiên cứu loại này, tuy nhiên, có xu hướng bản chất hóa và vật chất hóa những khác biệt văn hóa, trong khi ít chú ý tới những tranh luận nảy lửa hàng ngày về ý nghĩa, tính đồng nhất nhóm, và các giá trị tạo nên những quan niệm và hành vi cá nhân của con người (cf. Kleinman và Kleinman 1991). Không đi vào tìm hiểu những khái niệm cứng nhắc mang tính văn hóa về “cái tôi” và “con người”, tôi thấy sẽ dễ dàng hơn nếu phân tích sâu sắc những xung đột xã hội cụ thể mà cá nhân, cùng với những yếu tố khác, trở thành những tuýp người khác nhau. Trong bài viết này, tôi tìm hiểu làm thế nào những phụ nữ miền Bắc Việt Nam hành xử để tạo thành cái tôi và cuộc sống của mình khi phải đối diện với những thông tin y học làm đảo lộn cuộc sống của mình.

Các tổ chức xã hội: những đặc trưng của chủ thể.

Các nghiên cứu nhân học gần đây đã làm các phân tích về tổ chức xã hội trở nên quan trọng bằng cách đặt các hành động và quyết định cá nhân là trung tâm của những phân tích. Trong lĩnh vực tái sản xuất xã hội, xu hướng tập trung vào các chủ đề này đã bị chỉ trích là “lãng mạn hóa” quá trình tái sản xuất, cụ thể là khi các nghiên cứu về các xã hội thuộc Thế giới thứ ba trong đó các khó khăn kinh tế, xã hội và chính trị hạn chế những “lựa chọn tự do” mà các cá nhân có thể có. Viết về những kĩ thuật mới hỗ trợ cho khái niệm này, Marcia Inhorn chỉ ra sự cần thiết phải có những chất vấn với chính khái niệm “lựa chọn sinh sản”, cho rằng “đã đến lúc phải cân nhắc một cách nghiêm túc những khó khăn đang đặt ra với rất nhiều người bất hạnh, nhất là những nước thuộc Thế giới thứ ba, nơi mà những kĩ thuật này đang phát triển nhanh chóng” (2003:17). Phân tích mà tôi trình bày dưới đây bắt nguồn từ

quan niệm này nhưng có tiến đến một bước cao hơn. Không cho rằng các cá nhân được tự do hành động không phải vì những khó khăn bên ngoài đặt ra với họ, tôi xây dựng một kiểm chứng sâu sắc về những hình thức và con đường của quyền lực tạo nên những chủ thể người. Bằng cách phân biệt quá rõ cá nhân và thế giới bên ngoài, người ta có nguy cơ đồng tình với cách hiểu con người là bản thể học trước thế giới xã hội của mình. Trong bối cảnh như vậy, cách nhìn của Maurine Merleau-Ponty về các đặc điểm xã hội tiềm tàng của cá nhân là rất có ích trong việc phân tích mối quan hệ gần gũi giữa cá nhân và môi trường xã hội: “Quan hệ của chúng ta với xã hội, cũng giống như quan hệ của chúng ta với thế giới, là sâu sắc hơn bất kì một khái niệm rõ ràng hay bất kì sự phê phán nào... Chúng ta phải quay trở lại xã hội, nơi chúng ta có những liên hệ với những thực tế cuộc sống, nơi chúng ta thực hiện những hành động không thể tách rời với mình trước bất kì hiện thực khách quan nào. Xã hội đã là như vậy trước khi chúng ta đến để nhận biết hay phê phán nó” (1995:362). Nói cách khác, là con người chúng ta không quan hệ với môi trường xã hội như chủ thể với khách thể; hơn thế, chúng ta hòa vào nó và là những phần của thế giới. Bài viết này được soi sáng bởi quan niệm hiện tượng luận của tồn tại xã hội trong thế giới và sự phân tích của Michel Foucault về quyền lực. Mặc dù lý thuyết hiện tượng học của Merleau-Ponty và hậu cấu trúc luận của Foucault có thể bị coi là đối chọi nhau, tôi cho rằng họ chia sẻ nhiều điểm chung-nhất là sự chia sẻ trong việc cố gắng chỉ ra cách mà chủ thể người bị tác động xã hội. Như Nick Crossley đã chỉ ra, “Có điểm chung giữa hai tác giả này và nó giúp nghiên cứu của họ -nhất là phân tích về sự thể hiện cá nhân, quyền lực, và chủ thể -được gắn kết và làm phong phú thêm vốn hiểu biết” (1996:99).

Quan điểm trung tâm của Foucault là không thể hiểu chủ thể nếu tách rời khỏi những câu hỏi về đặc điểm quyền lực trong xã hội. Vào thế kỉ 18, ông cho rằng, có một thứ quyền lực mới, “có tính lan truyền” đã xuất hiện, một hình thức quyền lực được thực hành trong cơ thể xã hội hơn là bên ngoài nó: “Quyền lực với đến được tính cách riêng của các cá nhân, chạm đến cơ thể họ và chuyển thành hành động, quan điểm, quan hệ cá nhân, các quá trình học tập và cuộc sống hằng ngày” (Foucault 1980:39). Hình thức quyền lực này, Foucault cho rằng, không bị giới hạn trong thế giới phương Tây hiện đại, hay các xã hội tư bản, hơn thế, nó lan rộng ra khắp thế giới. Tuy nhiên, từ những năm 1960, trong các xã hội công nghiệp, hình thức quyền lực “công kênh” này đã trở nên cần thiết lâu dài hơn, khi mà con người bắt đầu ảnh hưởng chính mình. ở đây bắt đầu xuất hiện khái niệm tính cá nhân “sâu sắc” mang màu sắc hiện đại của sự chọn lựa, tính tự chủ, trách nhiệm, và tự do ý chí.

Nghiên cứu dân tộc học của Rapp về thủ thuật chọc màng ối ở New York, được Rose (2001) dẫn ra cung cấp một ví dụ về hình thức mới lạ này của định chế trách nhiệm. Rapp chỉ ra những phụ nữ mang thai cảm thấy thế nào khi đối mặt với một quyết định cá nhân khi việc chọc màng ối phát hiện ra những dấu hiệu bất thường ở bào thai, sự lựa chọn có thể ảnh hưởng tới họ nhiều năm sau khi phải bỏ thai. Các kĩ

thuật phức tạp về siêu âm và chọc dò màng ối xác định những vấn đề của thai nhi, *đặt ra gánh nặng cũng như lợi ích của “sự lựa chọn” vào tận trái tim của những người trải nghiệm*” (Rapp, 1997:45, nhấn mạnh thêm). Phân tích của Rapp vì thế cung cấp dẫn chứng cho “tính chính trị của chính cuộc sống” (Rose 2001) được đặc thù ở những xã hội tự do bậc cao trong đó các chủ thể hành động tự do có trách nhiệm phải tự đưa ra quyết định quan trọng. Nhưng nếu xu hướng khái niệm hóa tự do cá nhân là gắn bó chặt chẽ với một hình thức cụ thể của xã hội, thì các hình thức khác của xã hội có thể tạo ra những ý tưởng khác về tính chủ động và hành động con người.

Đặc điểm đất nước: chẩn đoán thai sớm ở Việt Nam

Trong vài thập niên trước đây, chính phủ Việt Nam đã coi vấn đề tăng trưởng dân số là điểm trung tâm trong các chương trình chính trị, có những cố gắng phi thường trong việc giảm và kiểm soát số lượng dân số (cf. Gammeltoft, 1999). Ngày nay, những thông điệp của chính phủ tiếp tục coi dân số và phát triển là những vấn đề có mối quan hệ qua lại và tác động lẫn nhau, xem việc phát triển dân số ổn định, có chất lượng là tiền đề cơ bản cho tăng trưởng và phát triển quốc gia. Sự chú ý gần đây dường như chuyển từ việc tập trung hẹp vào kế hoạch hoá gia đình và sinh sản sang những khái niệm rộng và có chất lượng hơn như “sức khoẻ sinh sản”, “phúc lợi trẻ em”, và “chất lượng dân số”. Mục tiêu trọng tâm của *Chiến lược Dân số* quốc gia mới được thông qua gần đây nhất (2001) là nhằm tăng cường “chất lượng dân số” bằng cách không ngừng cải thiện “các khía cạnh thể chất, tinh thần và trí tuệ của dân số” (NCPFP 2001:13). Việc tăng cường này được coi là tiền đề cơ bản cho kế hoạch hiện đại hoá và công nghiệp hoá đất nước. Chính phủ sử dụng Chỉ số Phát triển Con người của UNDP để thao tác hoá khái niệm “chất lượng dân số” vốn hay bị lãng tránh. Các chỉ số chất lượng dân số của Việt Nam tuy nhiên không hoàn toàn giống như các chỉ số HDI. Một trong những điểm khác biệt là một trong những mục tiêu quan trọng đến 2010 là giảm số trẻ sinh bị dị tật bẩm sinh. Như một văn bản nhà nước đã nêu rõ: “Hoàn cảnh sống của những người bị dị tật bẩm sinh rất đau đớn, cuộc sống của thành viên gia đình họ cũng khốn khổ và khó khăn, và họ là gánh nặng cho xã hội...Mục tiêu là giảm tỷ lệ người bị dị tật bẩm sinh” (Ủy ban Dân số, Gia đình và Trẻ em 2003:140). Để giảm số trẻ em tàn tật và cũng đảm bảo quyền sinh sản của cha mẹ, Chiến lược Dân số nhấn mạnh sự cần thiết có những kiểm tra sức khoẻ tiền hôn nhân, nhất là kiểm tra di truyền cho những người bị coi là có nguy cơ bị những bệnh mang tính di truyền hoặc cho những người bị nhiễm chất độc hoá học.

Mặc dù Việt Nam không phải là quốc gia duy nhất trong khu vực Đông Á gắn việc phát triển đất nước với chất lượng dân số (cf. Anagonost 1997; Lock 1998), hoàn cảnh Việt Nam vẫn khác so với các nước khác ở một khía cạnh quan trọng: lịch sử chiến tranh hoá học. Trong thời kì Kháng chiến, máy bay Mỹ đã rải hàng triệu lít

thuốc diệt cỏ độc hại có tên “chất độc da cam” trên toàn lãnh thổ Việt Nam. Các vấn đề sức khỏe sinh sản thấy ở những cựu chiến binh bị nhiễm chất độc da cam bao gồm các trường hợp đẻ non, xảy thai tự nhiên, tử vong sơ sinh, dị tật bẩm sinh, ung thư trẻ em (Ian và Johansson 2001). Để chứng minh sự cần thiết của việc kiểm tra di truyền tiền hôn nhân cho những người thuộc nhóm “có nguy cơ”, chính phủ đưa ra những ví dụ thuyết phục từ những “nạn nhân chất độc da cam” trong cố gắng có đứa con khỏe mạnh: “Rất nhiều gia đình có con bị tật nguyền vẫn hi vọng rằng đứa con thứ hai, thứ ba sẽ không chịu hậu quả chiến tranh. Điều này khiến nhiều gia đình có tới ba bốn đứa con tật nguyền, gây ra sự đau khổ và khó khăn cho gia đình và xã hội” (Ủy ban Dân số, Gia đình và Trẻ em 2003:140). Những nỗ lực chính trị của Việt Nam hiện nay, vì thế, dường như được áp ủ bởi sự kết hợp giữa việc so sánh nạn nhân chịu hậu quả chiến tranh lâu dài và những nỗi sợ hãi mong manh rằng chất dioxin ở Việt Nam đã gây ra mầm bệnh lâu dài cho cơ thể xã hội, làm quốc gia gặp khó khăn trong việc đạt được các mục tiêu phát triển của mình. Hiện nay, các xét nghiệm di truyền như thủ thuật chọc màng ối và xét nghiệm máu alphafetoprotein (AFP) chỉ được sử dụng cho các mục đích thí nghiệm ở miền Bắc Việt Nam và không dễ được cung cấp. Nhưng siêu âm sản khoa, kỹ thuật rẻ tiền nhất trong các chẩn đoán thai sản, đang được các cơ sở y tế công và tư nhân cung cấp ngày càng phổ biến ở đô thị và ven đô. Ngoài ra, trong khoảng 5 năm qua, siêu âm ba chiều, được hiểu phổ biến là “siêu âm dị tật” đã trở thành nhu cầu chung của các phụ nữ có thai ở vùng đô thị⁴.

Địa điểm và mẫu nghiên cứu: phụ nữ mang thai ở Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

Bệnh viện Bà mẹ và Trẻ em Hà Nội có dịch vụ máy siêu âm hai chiều từ giữa những năm 1980, và năm 2003, bệnh viện mua máy siêu âm 3 chiều. Mẫu nghiên cứu bao gồm 55 phụ nữ trong đó có 30 phụ nữ lấy từ danh sách của phòng siêu âm 3 chiều trong thời gian từ 12/2003 đến 4/2004 và có 25 phụ nữ được lấy từ khoảng tháng 6 đến tháng 10 năm 2005. Trong những tháng đầu tiên của nghiên cứu, hàng ngày chúng tôi đến phòng siêu âm 3 chiều, quan sát và trò chuyện với những phụ nữ và nhân viên y tế. Khi kết quả siêu âm là thai bất thường, chúng tôi giới thiệu dự án với những phụ nữ có thai đó và mời họ tham gia. Có khoảng 4/5 phụ nữ đồng ý tham gia nghiên cứu này. Chúng tôi đã liên hệ liên tục với 30 phụ nữ đầu tiên, thực hiện các phỏng vấn lặp lại, đến thăm họ trước và sau khi phá thai hoặc sinh con, và theo chân họ tới các dịch vụ y tế. Tính thời điểm viết, sau hơn hai năm kể từ lần gặp gỡ họ đầu tiên, chúng tôi vẫn giữ liên lạc với hầu hết các gia đình này. Với nhóm 25 phụ nữ của năm 2005, chúng tôi có những tương tác bớt dầy đặc hơn, thường bao gồm một lần phỏng vấn cá nhân tại nhà và một vài lần trao đổi qua điện thoại. Cho đến bây giờ, chúng tôi chủ yếu cố gắng phân tích những hiểu biết và thu hoạch của mình sau năm đầu tiên nghiên cứu thực địa.

Độ tuổi của những phụ nữ trong mẫu nghiên cứu từ 20-44. Tất cả đã kết hôn. Đa đa số là có thai lần đầu hoặc lần thứ hai: 26 phụ nữ có thai lần đầu, 23 phụ nữ

đã có một con, bốn phụ nữ đã có hai con và hai phụ nữ đã có ba con. Một nửa trong số họ (n=27) sống theo mô hình gia đình hạt nhân, một nửa (n=28) sống theo mô hình gia đình truyền thống. Hầu hết (n=41) là cư dân Hà Nội, số còn lại thì sống ở các tỉnh đồng bằng sông Hồng xung quanh Hà Nội: Hà Tây, Vĩnh Phúc, Bắc Ninh (n=14). Về nghề nghiệp, những phụ nữ này là nhóm hỗn hợp, bao gồm sinh viên, kế toán, thợ may, công nhân, nông dân, giáo viên, công nhân vệ sinh, nhà báo, và nội trợ. Trừ một vài trường hợp ngoại lệ, họ đều có thu nhập ổn định-không cao lắm nhưng đủ sống như có nhà, ít nhất là có xe máy, tivi, tủ lạnh và không bị thiếu tiền cho con đi học. Vào thời điểm chúng tôi gặp họ, những phụ nữ này mang thai ở tuần từ 13-38 với các tình trạng bào thai khác nhau: một số thì các chuyên gia y tế cho là dị tật nhỏ như sót môi và các vấn đề khác như khuyết thiếu não (có các bộ phận chính của não, sọ và da đầu), không thể duy trì sự sống.

Hai phần ba số phụ nữ được nghiên cứu quyết định chấm dứt thai kỳ (n=37), và một phần ba (n=18) quyết định vẫn sinh con. Trong số 18 em bé được sinh ra, bảy bé đã tử vong trong và một thời gian ngắn sau khi sinh.

Trong những phần tiếp theo, trước tiên tôi sẽ tìm hiểu phụ nữ trong nghiên cứu của chúng tôi làm thế nào để quyết định phải làm gì khi có kết quả chẩn đoán thai. Vì tất cả phụ nữ mà chúng tôi nghiên cứu đều tham vấn với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và người thân trước khi quyết định phải làm gì, chúng tôi tập trung thảo luận các quyết định y học và gia đình ảnh hưởng đến sự trả lời và phản ứng của phụ nữ. Tiếp theo, dựa trên phân tích các thông tin dân tộc học đó, chúng tôi tìm hiểu làm thế nào mà những tri thức, chủ thể, quyền lực (subjectivities và governmentalities) có xu hướng hình thành khác nhau trong một khu vực Đông Á và đất nước xã hội chủ nghĩa như Việt Nam.

Chấp nhận phá thai: sự tin cậy vào quyết định y học

Cũng giống như các cặp vợ chồng trẻ khác, hầu hết phụ nữ và họ hàng đều tỏ ra không tin vào kết quả khi lần đầu tiên được thông báo là bào thai “bất thường”. Hầu hết những cặp vợ chồng này đều có kế hoạch và mong muốn có đứa con đang mang trong bụng; hầu hết đều thấy khỏe mạnh trong thời gian mang thai và cho là mọi việc đều ổn. Việc phát hiện ra dị tật trong bào thai thường là không mong đợi, và việc tin vào kết quả siêu âm là bước nhảy vượt bậc của những phụ nữ này. Hình ảnh siêu âm ba chiều rõ ràng cho thấy một cơ thể sống bé nhỏ được hình thành đầy đủ: tim đập, miệng nhấp nháy cử động-hoàn toàn mâu thuẫn với kết quả y học mà họ nhận được: đứa trẻ này có thể không sống được. Bích, 33 tuổi, phải trải qua lần phá thai lần thứ hai khi được ba tháng do não thất của bào thai bị hở, một chỉ báo cho thấy bào thai đang phát triển bị tràn dịch não (hydrocephalus). Cô đã siêu âm năm lần tất cả, để cả cô và chồng đều tin là kết quả siêu âm là chính xác. Khi chúng tôi nói chuyện với cô vài ngày sau khi siêu âm lần thứ tư, Bích nói: “Thú thật, nếu tôi phải bỏ cái thai này tôi nghĩ nó sẽ ám ảnh tôi suốt đời. Tôi sẽ không bao giờ có thể

quên được. [...] Khi tôi biết điều này, tôi đã bị sốc. Tôi tự hỏi, tại sao nó lại xảy ra với mình? Tôi hỏi chị, tại sao nó lại xảy ra với tôi?” Hùng chồng cô tiếp lời: “Nói thật với chị, khi chúng tôi đi siêu âm lần đầu tiên và bác sĩ thông báo kết quả, tôi không tin điều đó chút nào. Chúng tôi đã đi siêu âm thêm vài lần nữa để chắc rằng kết quả là thực sự chính xác. Tôi đưa vợ đi siêu âm ở ba nơi nữa” (trao đổi với tác giả, 4/2/2004).

Không giống như những phụ nữ trong nghiên cứu của Rapp ở Bắc Mỹ, quyết định của những phụ nữ trong nghiên cứu này không phải là đứa trẻ nào có thể chấp nhận. Vấn đề là những câu hỏi đạo đức ở một đặc điểm xã hội khác, làm thế nào có thể ra quyết định trong phạm vi những mối quan hệ phức tạp với những người khác, bao gồm cả nhân viên y tế. Trong hầu hết các trường hợp, những phụ nữ được cung cấp thông tin rất sơ sài về tình trạng của đứa bé trong bụng. Nhìn chung, họ được thông báo một cách đơn giản là bào thai “bị dị tật”, và trong hầu hết các trường hợp họ được bác sĩ khuyên hoặc là giữ hoặc là bỏ cái thai. Chỉ biết là bào thai bị dị tật, nhưng thiếu những thông tin cụ thể về tình trạng của nó, những phụ nữ hầu như không thể ra quyết định về bào thai. Vì thế, quyết định đầu tiên mà họ phải đối mặt là có tin hay không chẩn đoán của bác sĩ. Năm phụ nữ chúng tôi nghiên cứu chọn lựa việc giữ lại cái thai thay vì bỏ theo lời khuyên của bác sĩ, trong khi một phụ nữ quyết định bỏ mặc dù bác sĩ khuyên là nên giữ lại. Tuy nhiên, đại bộ phận tuân theo chỉ định của bác sĩ, giống như Tuyết và họ hàng của cô, thấy rằng tốt nhất họ nên tin tưởng ý kiến của các chuyên gia.

Những cuộc trò chuyện của chúng tôi với những phụ nữ và gia đình họ cho thấy, tin tưởng vào kết luận y học không phải là quá trình tự động hay định sẵn mà nó đòi hỏi sự cố gắng nhận thức và nâng dần niềm tin một cách có chủ tâm của phụ nữ và họ hàng.⁷ Mặc dù rất ít phụ nữ thể hiện rõ ràng và thậm chí là ít bộc lộ hành động hơn-cảm giác hoài nghi về kết luận của bác sĩ, sự nghi ngờ về tính chính xác của chẩn đoán y học là thường thấy ở hầu hết các trường hợp phá thai mà chúng tôi biết. Ở một số trường hợp, không hề có sự tác động của chúng tôi, phụ nữ và họ hàng họ tuyên bố là họ chắc chắn tin vào ý kiến chuyên gia và không nghi ngờ điều gì về độ tin cậy của kết quả siêu âm và sự cần thiết của việc phá thai. Điều mà họ quan tâm dường như là nói về một điều mơ hồ nào đó, trên tất cả, một nỗi lo lắng về một sự đau đớn vô cùng và sự mất mát mà họ gánh chịu có thể nằm ở một chẩn đoán y học sai lầm. Chẳng hạn, khi chúng tôi nói chuyện với Tuyết hai năm sau khi phá thai, mẹ cô vẫn khẳng định nói rằng mặc dù đứa bé có khóc khi sinh và trông hoàn toàn bình thường, đầu của nó dường như dài hơn bình thường. Bà dường như vẫn cố tự thuyết phục mình là quyết định của bác sĩ là đúng đắn. Một số phụ nữ thể hiện sự nghi ngờ của mình rõ ràng hơn, chẳng hạn My, 29 tuổi, người phải phá thai ở tháng thứ năm vì bào thai bị phù (giữ nước bất thường). Khi chúng tôi gặp lại cô hơn một năm sau khi bỏ thai, My vẫn cảm thấy đau đớn: “Tôi cứ suy nghĩ mãi, đầu tôi hỗn độn như mớ bòng bong. Làm thế nào mà tôi lại tin kết quả siêu âm là chính xác chứ?

Họ đọc kết quả sai thì sao? Tôi cảm thấy tôi đã hành động sai lầm, tôi đã sai lầm khủng khiếp. Tôi cứ nghĩ đến con trai tôi, tôi ngủ mơ thấy nó. Nếu còn nó đã được mười tháng rồi đấy” (trò chuyện với tác giả, 19/1/2006).

Vì thế, trong rất nhiều trường hợp mà chúng tôi biết trong hoàn cảnh này, câu hỏi còn lại đến giờ là liệu kết luận của bác sĩ có tin tưởng được hay không. Vì mối quan hệ giữa ngành sinh y học và đảng-nhà nước là rất gần gũi, việc ra quyết định đặt thêm nhiều mối quan hệ vượt ra ngoài quan hệ thầy thuốc-bệnh nhân. Trong bối cảnh chính trị xã hội chủ nghĩa Việt Nam, việc không tuân theo lời khuyên của bác sĩ thể hiện sự không tin tưởng vào kỹ năng của các bác sĩ và kỹ thuật y học tiên tiến họ đang sử dụng, mà còn với nhà nước xã hội chủ nghĩa vốn đã đầu tư quá nhiều nỗ lực và nguồn lực để xây dựng hệ thống y tế sau bao năm thuộc địa và chiến tranh. Điều này được thể hiện rõ ràng trong quan điểm của bà nội 76 tuổi của Mai. Hiểu biết của bà về kết quả chẩn đoán thai thể hiện sự pha trộn giữa niềm tin vào khoa học và trình độ học vấn thấp, điều mà chúng ta vẫn thường thấy. Bà, một nông dân già sống ở vùng ngoại ô Hà Nội, đã đặt câu chuyện phá thai sau chẩn đoán của cháu gái trong bối cảnh lịch sử đất nước và gia đình:

Mọi người trong nhà tôi đều đồng ý bỏ cái thai đi. Nói thật với chị, chúng tôi không được học hành đầy đủ. Nhưng khoa học thì tiến bộ lắm, chúng tôi biết điều đó. Những bác sĩ ở bệnh viện rất giỏi. Họ có thuốc men, có tất cả mọi thứ. Chị biết không, một trong những con gái của tôi về nhà năm 1972 và sinh con trai, nhưng thằng bé bị vấn đề gì đó với tinh hoàn. Thằng bé sau đó đã được phẫu thuật và bây giờ thì nó hoàn toàn khoẻ mạnh. Chúng tôi thấy điều đó thật tài giỏi. [và về việc phá thai của Mai]...nếu chúng tôi không tin nhà nước, tin bác sĩ, chúng tôi đã không đồng ý (phá thai-ND). Nhưng bây giờ chúng tôi thấy thanh thản. Chúng tôi là nông dân, biết gì đâu. Chúng tôi cũng có hiểu biết, nhưng chúng tôi chẳng bao giờ được như các chị, là nhà khoa học. [...] Chẳng có gì phải lo lắng cả. Chúng tôi có nhà nước. Nhà nước rất giỏi, nhà nước giúp cho cháu chúng tôi (bào thai) thoát khỏi bệnh tật. Nếu chúng tôi không có nhà nước, chúng tôi sẽ rất lo lắng nếu nghe bác sĩ nói [có điều gì đó bất thường]. Nhưng bây giờ chúng tôi không lo lắng. Trong thời phong kiến [nếu một đứa trẻ tật nguyên được sinh ra], chúng tôi rất sợ chết. Làm thế nào mà chúng tôi có thể chăm sóc nó? Nếu nó đi sớm thì chúng tôi được giải thoát, nếu nó cứ nằm đó mãi thì làm thế nào? Chúng tôi rất sợ. Ngày xưa, tật nguyên thì không thể cứu chữa được. Chúng tôi không có khoa học. Vì thế bây giờ chúng tôi phải tin vào khoa học. Thật ra, nếu chúng tôi không tin vào nhà khoa học, chúng tôi biết tin ai? [trò chuyện với tác giả, 22/12/2003]

Như bà nội của Mai tâm sự, việc tin vào lời khuyên của bác sĩ giống như sự thể hiện sự trung thành, một sự nhận thức là thành viên của cộng đồng có nguồn gốc lịch sử từ chiến tranh nhân dân giành tự do và độc lập. Bằng cách chấp nhận kết quả chẩn đoán thai sớm, người ta cũng tự mình trở thành một công dân theo đúng nghĩa

của nó-người có thể nhận thức và biết ơn những nỗ lực xây dựng đất nước Việt Nam ngày nay. Quyết định phá thai vì thế không đơn thuần là việc bà mẹ đang mang thai có chấp nhận đứa con tật nguyền hay không được hoàn thiện mà còn cho thấy cô muốn trở thành một công dân kiểu gì.

Thế nhưng việc có tin hay không kết luận và chỉ định của bác sĩ ít khi chỉ do cá nhân hay vợ chồng quyết định. Hầu như tất cả các phụ nữ đều bàn bạc kết quả siêu âm với gia đình và họ hàng trước khi ra quyết định. Thông thường, như trường hợp của Tuyết, người phụ nữ và gia đình nhanh chóng đồng ý với quyết định của bác sĩ. Nhưng vẫn có một vài phụ nữ cảm thấy phải giằng co giữa các loại quyền lực khác nhau: một mặt là giữa gia đình và họ hàng, mặt khác là ngành y học được nhà nước hỗ trợ.

Tật nguyền như một vấn đề của dòng họ

Trong hầu hết các trường hợp, người phụ nữ, chồng, và gia đình đều sớm đi đến sự nhất trí sẽ làm gì dựa trên kết quả siêu âm mà không cần đến những bàn bạc nhiều và ít khi thách thức lại lời khuyên của bác sĩ. Thế nhưng vẫn có một vài trường hợp, nhất là khi phát hiện thai bất thường ở giai đoạn cuối thai kì, để đi đến quyết định cuối cùng gia đình phải trải qua những bàn bạc khó khăn. Như trường hợp của Lan, vấn đề não úng thủy-có rất nhiều nước trong não- của bào thai chỉ được phát hiện hai tuần trước khi sinh, và bác sĩ không đưa ra lời khuyên phải làm gì. Khi chúng tôi đến thăm gia đình, chúng tôi thấy một bối cảnh thể hiện chế độ trọng nam của dòng họ Việt Nam vốn được các nghiên cứu dân tộc học đề cập (e.g., Hy Văn Lương 1989): Bố của Lan, bố chồng, anh trai ruột, anh trai chồng, và chồng ngồi thành một vòng tròn trên sàn nhà. Lan và mẹ chồng ngồi im lặng bên ngoài vòng tròn đó, nghe cuộc nói chuyện của những người đàn ông, trong khi bố chồng Lan chỉ đạo của thảo luận. Ông đưa ra những lựa chọn để cân nhắc trong tình huống này, nhấn mạnh rằng nếu đứa trẻ này sẽ không có ích cho xã hội thì ông sẽ chọn giải pháp là chấm dứt thai kì. Khi những người đàn ông quyết định cô nên phá thai, Lan đồng ý mà không nói một lời⁹. Tuy nhiên, không phải tất cả phụ nữ đều để gia đình quyết định theo mức độ hoàn toàn như Lan. Chúng tôi thấy có những khác biệt lớn trong cách mà phụ nữ phản ứng với các quan hệ gia đình và dòng họ. Trong khi một số người gần như hoàn toàn giao quyền quyết định cho họ hàng, số khác-nhất là phụ nữ thành thị, phụ nữ trong độ tuổi từ ba mươi đến bốn mươi, và phụ nữ đã có một con và có xây dựng cuộc sống gia đình mình độc lập với gia đình chồng-có xu hướng hình thành quyết định trong đầu trước, sau đó tham khảo ý kiến của chồng và sau đó đơn giản là chắc chắn rằng các thành viên quan trọng trong gia đình đồng ý với họ.

Một vài phụ nữ, như Xuân, phản nản rằng gia đình họ “bắt” họ sinh con trong khi chính họ muốn phá thai hơn. Nhưng khi chúng tôi trò chuyện kĩ hơn với những

phụ nữ này, chúng tôi hiểu rằng điều này ở mức độ nào đó chỉ là bề nổi-nó được hình thành trong bối cảnh văn hóa trong đó các bà mẹ thường bị quy trách nhiệm khi sinh sản có trục trặc. Những gì mà những bà mẹ này nói với họ hàng là: “Nếu đứa bé sinh ra bị tật nguyên hoàn toàn và là gánh nặng cho gia đình, đừng có đổ lỗi cho tôi. Chính mọi người đã nói tôi giữ lại”.

Theo dõi quá trình ra quyết định của các gia đình, chúng tôi nhận thấy rõ ràng là việc ra đời của đứa bé tật nguyên có những hậu quả xã hội và đạo đức cho toàn thể gia đình-và đặc biệt, cho cha mẹ và anh chị em của người phụ nữ mang thai và chồng cô. Trong một hoàn cảnh xã hội mà những giải thích về nghiệp chướng thường xuất hiện khi có điều gì không may xảy ra, quan điểm đạo đức của địa phương thường cho việc tật nguyên bẩm sinh có quan hệ trực tiếp với phúc đức của gia đình: Dị tật cơ thể là một chỉ báo cho tội lỗi đạo đức của ông bà, cha mẹ đứa trẻ. Khi đó, vấn đề với cha mẹ của đứa bé không chỉ là những dị tật có thể có với cơ thể đứa con của họ mà còn là nguy cơ ảnh hưởng đến thanh danh của dòng họ. Ngoài ra, mặc dù ai cũng biết bà mẹ sẽ là người chăm sóc đứa bé tật nguyên hàng ngày, người ta cũng cho rằng nhiệm vụ này không một bà mẹ nào có thể tự mình xoay sở nếu không có sự hỗ trợ xã hội và tài chính từ gia đình và dòng họ. Sự ra đời của đứa con tật nguyên vì thế có ảnh hưởng đến cộng đồng gia đình rộng lớn mà nó thuộc vào, cả về mặt xã hội và đạo đức. Hầu hết phụ nữ giải thích rằng họ chỉ có thể hành động sau khi tham khảo ý kiến ít nhất là với gia đình cha mẹ ruột và cha mẹ anh chị em chồng. Nói tóm lại, trong bối cảnh gia đình, những phụ nữ chúng tôi gặp cho thấy đã chuyển trách nhiệm sang những người khác thay vì đơn giản tự ra quyết định cá nhân theo lương tâm của mình. Họ cho thấy những khả năng khác nhau của hành động chủ yếu dựa trên các mối quan hệ xã hội của sự phụ thuộc và bổn phận, tự thấy mình có nghĩa vụ đáp ứng các nhu cầu và mong đợi của một tập thể lớn hơn. Một lần nữa, đây là vấn đề của ý thức thành viên/ sự thuộc vào: ý thức của người phụ nữ trong việc thuộc vào gia đình cô, sự thuộc vào dòng họ của đứa bé.

Khám thai và các tổ chức xã hội: tính thực tế của các mối liên hệ xã hội

Các chủ thể xuất hiện theo từng tình huống. Những phụ nữ chúng tôi gặp trong nghiên cứu này phải phản ứng trước thông tin y học đặt họ vào một hoàn cảnh là phải đưa ra một trong những quyết định đau đớn nhất trong đời. Như Bích nói: “Nó (kết quả siêu âm) cho chúng tôi cơ hội lựa chọn, hoặc là giữ hoặc là bỏ cái thai. Nếu chẩn đoán là đúng, đây là điều thuận lợi cho chúng tôi. Nhưng nó cũng đẩy chúng tôi vào tình huống phải làm điều tội lỗi, tội lỗi với chính đứa con của mình” (trao đổi với tác giả, 10/2/2004). Trong hoàn cảnh này, như chúng tôi đã thấy, hầu hết các phụ nữ đều phản ứng bằng cách chuyển tình huống khó khăn của mình thành câu hỏi là làm thế nào hành xử trong phạm vi các mối quan hệ xã hội với người khác-chuyên gia y tế và họ hàng-hơn là một câu hỏi về những niềm tin đạo đức của bản thân. Mặc dù có sự nhất trí gần như toàn bộ giữa bác sĩ, họ hàng, và phụ nữ

rằng quyết định cuối cùng là giữ hay bỏ cái thai phải để cho người phụ nữ mang thai, vì cô mới là người mang thai và có trách nhiệm chính với đứa trẻ, hầu hết phụ nữ trong nghiên cứu của chúng tôi không kể độ tuổi, nghề nghiệp, địa bàn cư trú, loại hình gia đình-dưỡng như rất cố gắng để giải thích với chính họ và với người khác rằng quyết định này không phải do mình họ đưa ra, mà cùng với và qua những người quan trọng về mặt xã hội.

Để làm điều này, họ hành động và bị thu hút bởi những giá trị và tính hợp lý cụ thể trong xã hội họ đang sống. Theo chủ trương của chính phủ, các giá trị về nghĩa vụ xã hội, sự trung thành, và chủ nghĩa tập thể là tối thượng. Trên tất cả, các cá nhân thích thú được nhìn thấy chính mình, khi trở thành những cá nhân có trách nhiệm xã hội: như những thành viên của gia đình mà họ có nghĩa vụ; như những công dân của đất nước mà họ yêu mến và gắn bó. Nhất là với phụ nữ, những phẩm chất như sự hi sinh, có trách nhiệm, lòng hiếu thảo, sự chung thủy được đặc biệt nhấn mạnh (Gammetoft 1999; Pettus 2003). Vì sự biến đổi kinh tế nhanh chóng đã tạo ra sự lo lắng là “các giá trị văn hóa truyền thống Việt Nam” sẽ biến mất khi bước vào hội nhập với nền kinh tế tư bản chủ nghĩa toàn cầu, các tạp chí khoa học và thường thức liên tục mô tả gia đình và đất nước như là các thiết chế mãi mãi và vĩnh viễn không thay đổi và có trách nhiệm chung, như một bài báo gần đây do Bà chủ tịch ủy ban Dân số, Gia đình và Trẻ em viết:

Trong nhận thức của nhà nước Việt Nam, gia đình luôn luôn là ngôi nhà thân yêu, một môi trường quan trọng sản sinh và nuôi dưỡng các phẩm chất và tạo nên tính cách của con người Việt Nam. Các giá trị truyền thống trước đây của đất nước Việt Nam như tình yêu đất nước, tinh thần đoàn kết, tính hiệu quả và sáng tạo trong công việc, ý chí kiên cường, bất khuất vượt qua khó khăn, thử thách sẽ được gia đình Việt Nam duy trì và phát triển qua lịch sử xây dựng và bảo vệ đất nước. [Lê 2004:4]

Sự toàn vẹn văn hóa và trường tồn của dân tộc Việt Nam được xem như là phụ thuộc vào khả năng của mỗi cá nhân trong việc thực hiện các trách nhiệm xã hội của họ trong gia đình và cộng đồng; những cá nhân không làm tròn bổn phận này sẽ làm ảnh hưởng không chỉ đến dòng họ mà cả dân tộc. Trong cách nhìn nhận của chính phủ, thay vì xem quan hệ giữa người và người là tự do và độc lập, các cá nhân được hình dung là có quan hệ hữu cơ với các tồn tại xã hội, gắn bó với nhau thông qua những bổn phận chung dựa trên quan hệ máu mủ. Trong cuộc sống hàng ngày, một loạt các phương pháp hình thành công dân có mục tiêu “dẫn đường chỉ lối” được thực hiện nhằm thấm nhuần mọi người về ý thức trách nhiệm và nghĩa vụ xã hội. Trong các chiến dịch vận động xã hội chủ nghĩa, bộ máy hành chính nhà nước-trường học, các thiết chế chăm sóc sức khỏe, nhân viên dân số-đào tạo và giám sát người dân cách bảo vệ sức khỏe và vệ sinh cá nhân và trực tiếp hướng dẫn họ về khoảng cách và số lần sinh (Drummond 2004; Gammeltoft 1999; Pettus 2003). Các thông điệp giáo dục được truyền đến người dân qua hệ thống loa phóng thanh, truyền hình, tranh vẽ

cổ động dân tường, bảng tin, biểu ngữ đường phố hoặc cán bộ địa phương đến tận nhà chẳng hạn như nhắc nhở các bà mẹ cho con uống vitamin A hằng năm, bắt đầu sử dụng các biện pháp tránh thai hiện đại sau sinh, hay để đảm bảo là trẻ em được cha mẹ cho đến trường. Đây là một hình thức xã hội mà trong đó các loại hình chính của quyền lực hoạt động bằng cách thẩm nhuần các nghĩa vụ xã hội và ý thức trách nhiệm hơn là việc mang đến quyền và tự do. Các công dân được mong đợi là có quan hệ với nhau như chủ thể của bốn phạm và tôn trọng, tuân theo các chuẩn mực và quy tắc do nhóm đại diện cho lãnh đạo đặt ra-giáo viên, bác sĩ hay nhân viên dân số. Trong cộng đồng chính trị này mối quan tâm đến người khác được thể hiện bằng cách quan sát và chăm sóc họ, hơn là để họ tự do (cf. Milwertz 1997).

Tuy nhiên, con người là đa dạng, và loài người có thể vượt qua và biến đổi các điều kiện xã hội: “Được sinh ra mang cả nghĩa để thuộc về thế giới và để hoà nhập vào thế giới. Thế giới đã có trước, nhưng chưa bao giờ hoàn hảo; ở điểm đầu tiên chúng ta được đặt ra bên ngoài, ở điểm thứ hai chúng ta mở ra vô hạn các khả năng” (Merleau-Ponty 1995-453). Như ở trường hợp Việt Nam, mặc dù các đường lối xã hội thống trị có thể mang lại tính thống nhất tương đối và các khái niệm bất biến về nhân cách lí tưởng, các kinh nghiệm cá nhân lại có xu hướng vượt ra khỏi các quan niệm đó. Như Aihwa Ong (2003:9) nhận xét: không một “phép tổng đơn giản các công dân” nào được hình thành từ các mảnh lối quyền lực khác nhau có thể được thực hiện để quản lý các cá nhân và dân số.

Các nghiên cứu nhân học gần đây tiến hành ở Việt Nam cung cấp những dẫn chứng phong phú về việc các lí tưởng quốc gia đã bị tranh cãi và phá vỡ như thế nào trong cuộc sống hằng ngày (e.g., Gammeltoft 2002; Pettus 2003; Taylor 2004). Trong khi đi thực địa, chúng tôi thấy vô số các ví dụ về những cách mà phụ nữ lẩn tránh hoặc chống đối giới chức trong các tình huống khác nhau để phù hợp với mục tiêu của họ nhất. Chẳng hạn, An kháng kháng đòi mang từ bệnh viện về nhà đứa con gái hai tuổi bị tật nguyền, bỏ qua lời khuyên của mẹ chồng là bỏ rơi nó. Hi vọng có đứa con trai, Quý mang thai lần thứ tư, mặc dù hiểu rất rõ là cô đang tự đưa mình và chồng-đảng viên và cán bộ chính quyền-đến sự phản đối của chính quyền sở tại. Để giữ bí mật về cái thai, cô được giấu kín trên tầng thượng khi đồng nghiệp của chồng tới nhà chơi. Như vậy, khi những phụ nữ mang thai trong nghiên cứu của chúng tôi bị đưa vào tình huống phải ra quyết định khó khăn là tôn trọng chỉ định y khoa hay bốn phạm xã hội với họ hàng, điều này không đơn thuần được xem như một sự phục tùng thụ động và mù quáng với quyền lực hay là tinh thần tập thể mà hơn thế, như một sự trả lời thực tế với tình huống cá nhân. Như Bích nói, phụ nữ nhận thức được rằng họ đang ra những quyết định mà có thể ám ảnh họ suốt đời-và vì thế họ muốn dựa trên ý kiến tập thể chứ không chỉ là quan niệm cá nhân.

Kết luận

Các kĩ thuật thai sản mới hiện nay đang đặt con người trên toàn thế giới trước những tình thế tiến thoái lưỡng nan mới. Trong khi đại đa số các nghiên cứu nhân học về chẩn đoán thai sớm đã được tiến hành ở các quốc gia Âu-Mỹ, bài báo này tìm hiểu những phụ nữ Hà Nội, Việt Nam đã hành xử như thế nào để có được quyết định khó khăn khi kết quả siêu âm cho thấy họ đang mang bào thai dị tật. Phân tích cũng cho thấy các thiết chế xã hội xung quanh phụ nữ trong tình huống này không chỉ tìm ra phương án hành động khi nhận được kết luận y học có vấn đề, mà còn cho thấy họ giải quyết tình huống khó khăn của họ theo cách cho phép họ chia sẻ trách nhiệm với người khác.

Trái ngược với công dân các xã hội nhấn mạnh quyền tự trị cá nhân và chủ nghĩa cá nhân, phụ nữ ở miền Bắc Việt Nam sống trong một thế giới xã hội cho phép họ đưa vấn đề kết quả chẩn đoán thai sớm thành vấn đề của cộng đồng mà họ thuộc vào, chứ không phải là vấn đề ưu tiên đạo đức cá nhân và đưa vấn đề theo nghĩa quan hệ xã hội chứ không phải là thuyết phục đạo đức cá nhân. Sống trong một xã hội cung cấp cho họ những phương tiện văn hóa đầy quyền lực, được nhìn nhận chính mình trong sự gắn kết chặt chẽ với người khác thông qua những nghĩa vụ và cam kết khác nhau, phụ nữ có thể chia sẻ với người khác gánh nặng ra quyết định liên quan đến mạng sống của con người đầy khó khăn. Trường hợp của Việt Nam này vì thế không đơn giản minh họa cho các khái niệm “Khác” mang tính văn hóa về cái tôi và cá thể-nó cũng cho thấy làm cách nào con người có thể hành xử dựa trên những nguồn lực văn hóa xã hội cụ thể xã hội mang lại khi phải có câu trả lời cho những thông tin các công nghệ y sinh học cung cấp, ép buộc các chủ thể bằng những quy chuẩn văn hóa thống trị đầy lắt léo. Trường hợp Việt Nam vì thế chỉ ra tầm quan trọng của ngành nhân học sinh sản trong sự xem xét một cách rõ ràng cách mà những khái niệm “công dân” và cấu trúc dòng họ hoạt động như những nguồn xã hội cho cách nghĩ và hành động của cá nhân. Nghiên cứu trường hợp này cũng thêm vào ngành nhân học cách hiểu cách chủ thể người và chủ đích ảnh hưởng theo các cách khác nhau đến các đặc điểm khác nhau của quyền lực, khi con người trong cuộc sống tìm những giải pháp đương đầu với khó khăn và xác nhận những mối quan hệ xã hội duy trì sự tồn tại của họ./.

Tài liệu tham khảo

1. Anagnost, Ann 1997 *National past-Times: Narrative, Representation, and Power in Modern China*, Durham, NC: Duke University Press
2. Bauman, Zygmunt, 1998 *Freedom*. Minneapolis: University of Minnesota Press
3. Brower, Carole H., and Nancy Press, 1995 *Normalization of Prenatal Diagnostic Testing*. In *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction*. Faye D. Ginsburg and Rayna Rapp, eds. Pp. 307-322. Berkeley: University of California Press.
4. Craig, Davis 2002 *Familiar Medicine: Everyday Health Knowledge and Practice in Today's Vietnam*. Honolulu: University of Hawai'i Press.

5. Crossley, Nick 1996 Body-Subject/Body Power: Agency, Inscription and Control in Foucault and Merleau-Ponty. *Body and Society* 2 (2): 99-116.
6. Drummond, Lisa 2004 The Modern "Vietnamese Woman": Socialization and Women's Magazines. *In Gender Practices in Contemporary Vietnam*. Lisa Drummond and Helle Rydstrom, eds. Pp 158-178. Singapore: Singapore University Press
7. Dumont, Louis 1986 *Essays on Individualism. Modern Ideology in Anthropological Perspective*. Chicago: University of Chicago Press.
8. Erikson, Susan L 2003 Post-Diagnostic Abortion in Germany: Reproduction Gone Awry, Again? *Social Science and Medicine* (56): 1987-2001.
9. Foucault, Michel 1980 Prison Talk. *In Power/Knowledge: Selected Interviews and Other Writings 1972-1977*. Colin Gordon, ed. Pp. 37-54. New York: Pantheon.
10. Gammeltoft, Tine 1999 *Women's Bodies, Women's Worries: Health and Family Planning in a Vietnamese Rural Community*. Richmond: Curzon Press.
11. 2002 Between "Science" and "Superstition": Moral Perceptions of Induced Abortion among Young Adults in Vietnam. *Culture, Medicine and Psychiatry* (26): 313-338.
12. 2006 "Beyond Being": Emergent Narratives of Suffering in Vietnam. *Journal of the Royal Anthropological Institute* (n.s) (12): 589-605.
13. Gammeltoft, Tine and Nguyen Thi Thuy Hanh In Press The Commodification of Antenatal Care: Obstetrical Ultrasound Scanning in Urban Vietnam. *Reproductive Health Matters* 15(29).
14. Hy Văn Lương 1989 Vietnamese Kinship: Structural Principles and the Socialist Transformation in Northern Vietnam. *Journal of Asian Studies* 48(4): 741-756.
15. Inhorn, Marcia C 2001 The "Local" Confronts the "Global": Infertile Bodies and New Reproductive Technologies in Egypt. *In Infertility around the Globe: New Thinking on Childlessness, Gender, and Reproductive Technologies*. Marcia C. Inhorn and Frank van Balen, eds Pp. 263-282. Berkeley: University of California Press.
16. 2003 *Local Babies, Global Science: Gender, Religion, and In Vitro Fertilization in Egypt*, New York: Routledge.
17. Kleinman, Arthur, and Joan Kleinman 1991 Suffering and its Professional Transformation: Toward an Ethnography of Interpersonal Experience. *Culture, Medicine, and Psychiatry* 15: 275-301.
18. Lê, Thu Thị 2004 The Vietnamese Family in the Cause of National Industrialization and Modernization. *Population, Family and Children*, September-October: 4-5.
19. Lê, Tuyết Nhâm Thị and Annika Johanson 2001 Impact of Chemical Warfare with Agent Orange on Women's Reproductive Lives in Vietnam: A Pilot Study. *Reproductive Health Matters* 9(18): 156-164.
20. Lock, Margaret 1998 Perfecting Society: Reproductive Technologies, Genetic Testing, and the Planned Family in Japan. *In Pragmatic Women and Body Politics*. Margaret Lock and Patricia Kaufert, eds. Pp. 206-239. Cambridge: Cambridge University Press.
21. Merleau-Ponty, Maurice 1995 [1962] *The Phenomenology of Perception*. New York: Routledge.
22. Milwertz, Cecilia Nathansen 1997 *Accepting Population Control: Urban Chinese Women and the One-Child Family Policy*. Richmond: Curzon Press.
23. National Committee for Population and Family Planning 2001 *Vietnam Population Strategy 2001-2010*. Hanoi: National Committee for Population and Family Planning .
24. Ong, Aihwa 2003 *Buddha is Hiding: Refugees, Citizenship, the New America*. Berkeley: University of California Press.
25. Pettus, Ashley 2003 *Between Sacrifice and Desire: National Identity and the Governing of Femininity in Vietnam*. New York: Routledge.
26. Rapp, Rayna 1997 Real-Time Fetus: The Role of the Sonogram in the Age of Monitored Reproduction. *In Cyborgs and Citadels: Anthropological Intervention in Emerging Sciences and Technologies*. Gary Lee Downey and Joseph Dumit, eds. Pp. 31-48. Santa Fe, NM: School of American Research Press.
27. 1998 Refusing Prenatal Diagnostic: The Meanings of Bioscience in a Multicultural World. *Science, Technology and Human Values* 23(1): 45-70.
28. 1999 *Testing Women, Testing the Fetus: the Social Impact of Amniocentesis in America*. New York: Routledge.

29. Rose, Nikolas 1999 Powers of Freedom: Reframing Political Thought. Cambridge: Cambridge University Press.
30. 2001 The Politics of Life Itself. Theory, Culture and Society 18(6): 1-30.
31. Schweder, Richard A., and Edmund J. Bourne 1984 Does the Concept of the Person Vary Cross Culturally? *In* Culture Theory: Essays on Mind, Self and Emotion. Richard A. Schweder and Robert A. LeVine, eds. Pp. 158-199. Cambridge. Cambridge University Press.
32. Taylor, Philip 2004 Godness on the Rise: Pilgrimage and Popular Religion in Vietnam, Honolulu: University of Hawai'i Press.
33. Trâm, Quyên 2005 30 Năm Thành tựu Ngành Y (30 years of achievements for the health care sector). Sức khỏe và đời sống, April 30:1
34. Ủy ban Dân số, Gia đình và Trẻ em 2003 Những Nội dung Chủ yếu của Pháp lệnh Dân số (The main contents of the population ordinance). Hanoi: Nhà Xuất bản Lao động Xã hội.
35. Whyte, Susan, and Benedicte Ingstad, eds. In Press Disability Connections. *In* Disability in Local and Global Worlds, Benedicte Ingstad and Susan Whyte, eds. Pp. 1-29. Berkeley: University of California Press.
36. Tine Gammetoft. 2007. "Prenatal diagnosis in postwar Vietnam: power, subjectivity and citizenship". *American Anthropologist*, Vo. 109, No.1. Pp. 153-163.

Nguồn: Tine Gammetoft. 2007. "Prenatal diagnosis in postwar Vietnam: power, subjectivity and citizenship". *American Anthropologist*, Vo. 109, No. 1. Pp.

Người dịch: *Trần Thị Minh Thi*