

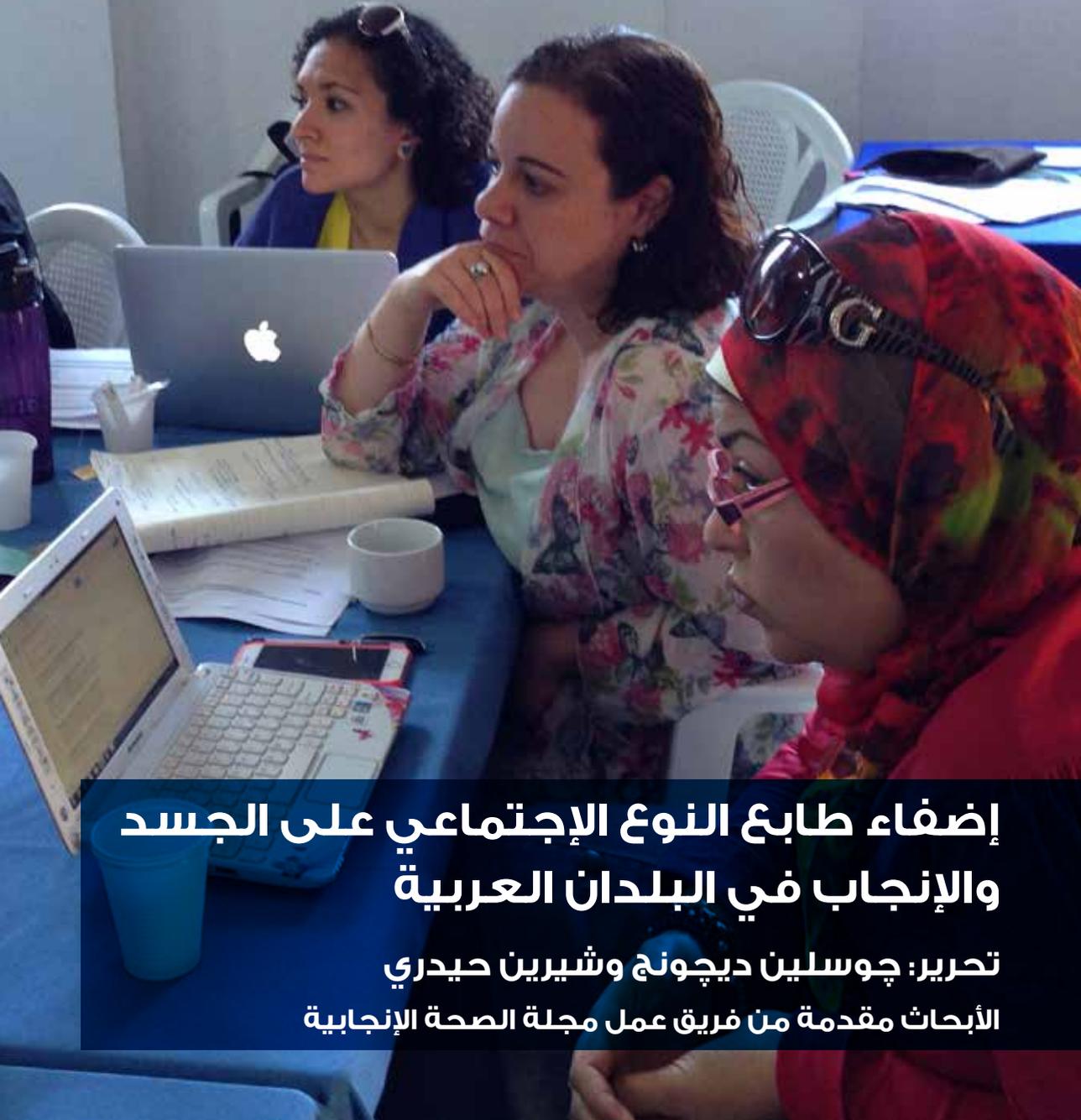
أكتوبر ٢٠١٧

RHM

JOURNAL

العدد الاضافي ٢٢

قضايا الصحة الإيجابية



**إضفاء طابع النوع الإجتماعي على الجسد
والإنجاب في البلدان العربية**

تحرير: چوسلين ديچونج وشيرين حيدري

الأبحاث مقدمة من فريق عمل مجلة الصحة الإيجابية

التحرير

؟؟ إضفاء طابع النوع الاجتماعي على الأجسام والإجباب
في البلدان العربية وتركيا
جوسلين ديجوج، شيرين حيدري

تعليق

؟؟ البحوث الصحية في منطقة مضطربة:
مجموعة عمل الصحة الإيجابية
جوسلين ديجوج، هدى زريق، سينثيا مينتي،
بلجين تكجي، ريتا جياكامان، هيام باشور، عاطف
جريسسي، نهى جاب الله.

مقالات بحثية

؟؟ رضا النساء وقدرتهن على التحكم أثناء الولادة،
في ثلاث دول عربية
تامار كاباكيان-خاشوليان، هيام باشور، أمينة
النمر، ميادة خروف، صلاح شبيخة، ناصر اللقاني،
رفيق بركات، عهدو الشيخ، نادية نامه، ربيع
شاهين، أنايذا بورتيللا.

؟؟ البقاء والتفاوض: روايات النساء السوريات في لبنان
حول المضاعفات الخطيرة لحديثي الولادة
ليفيا ويك

؟؟ التكيف مع تشخيص السرطان وعلاجه: دراسة
مقارنة عن المصابات بسرطان الثدي في تركيا
والأراضي الفلسطينية المحتلة
أيشيكان تيرزيوجلو، ووثام حموده

؟؟ مكان العمل الجنساني والمرأة العاملة في
قطاع صناعة الملابس في اسطنبول
باشاك جان

؟؟ إنه "مربوط": القوة والضعف وتجسيد الذكورة في
مصر
فرحة غنام

؟؟ جارة الرغبة: الحانات "الروسية" في عمان - الأردن
لانكا بينوفا

؟؟ وجهات نظر النازحات السوريات، ومقدمي الخدمات
الصحية،
تامار كاباكيان-خاشوليان، رما مرتضى، هيام
باشور، فيصل الكاك، هدى زريق.

حول السلوك المتعلق بالخصوبة والخدمات المتاحة في
غرب البقاع، لبنان

؟؟ الصحة والحقوق الإيجابية في القدس الشرقية:
تأثير العسكرية والسياسات الحيوية على خبرات
الحمل والولادة للفلسطينيات اللاتي يعشن في
حيكفر عقب
ليالي حمايل، دعاءحمودة، لين ويلشمان

؟؟ كيف يرون الأمر؟: آراء الشباب بشأن الزواج المبكر في
أوضاع ما بعد النزاع
سونيا إي إم نوكس

شكر وتقدير

أو أولويات المؤسسات التي ينتمون إليها.

الزملاء المراجعون

إليف أكسيت، كمران علي، ألكا باسو، أكسو بورا، ساره تشينوويث، إرنستينا كوست، سانبي ديدوغلو، كريستوفر دول، روزا دومينجيس، فيرونك فيليبجي، أجل فوستر، شيرين حمدي، ليزا هينتون، هانا كينزلي، هاسر نالابانت، رنا عبيدات، جولي بيتيت، مارتينا ريكس، جينان أوستا، ليزا وين.

الغلاف

أعضاء مجموعة عمل الصحة الإيجابية خلال اجتماعهم في ضهور الشوير، لبنان، ٢٠١٥.

حقوق الملكية الفكرية ©٢٠١٧

مجلة الصحة الإيجابية. جميع الحقوق محفوظة. غير مسموح بإعادة إنتاج، تخزين، نقل، أو توزيع أي جزء من هذا المطبوع بأي شكل كان، أو بأي وسيلة، دون موافقة كتابية مسبقة من مجموعة "تيلور أند فرانسيس" Taylor & Francis Group، التي يجب أن توجه إليها كتابة جميع طلبات الحصول على حقوق إعادة إنتاج المادة.

ISSN (Print) 0968-8080

ISSN (Online) 1460-9576

الترجمة

قام باتريك كامل بترجمة ملخصات المقالات إلى اللغتين العربية والفرنسية.

ترجمة مجلة الصحة الإيجابية على الإنترنت

تُنشر مقالات مختارة من مجلة الصحة الإيجابية بالعربية، والصينية، والفرنسية، والهندية، والبرتغالية، والروسية، والإسبانية. للاطلاع، انظر: www.rhmjournal.org.uk/rhm-in-translation

لقد ساعد العديد من الناس والمؤسسات على تحويل فكرة هذا الملحق إلى واقع. ونود أن نُعرب عن تقديرنا العميق إلى مركز بحوث التنمية الدولية (IDRC) في كندا، الذي تولى تمويل هذا العدد الخاص. بما في ذلك تمويل الحصول على طبعة مفتوحة من خلال تقديم منحة إلى كلية علوم الصحة بالجامعة الأمريكية في بيروت.

وقبل مركز بحوث التنمية الدولية، قام المكتب الإقليمي لمؤسسة فورد في القاهرة بدعم الشبكة من خلال التزام طويل المدى كان من شأنه تمكين الشبكة من النمو لتصبح ما هي عليه. كما وفر مكتب مجلس السكان في مصر قاعدة مؤسسية داعمة خلال الفترة المبكرة من حياة الشبكة.

ويجدر توجيه شكر خاص إلى كلية علوم الصحة، الجامعة الأمريكية في بيروت، لتوفيرها قاعدة أكاديمية مساعِدة استخدمتها الشبكة في تنسيق أعمالها منذ تسعينيات القرن العشرين.

نتوجه بالشكر أيضًا إلى باثيكا مارتين، بمكتب مجلة الصحة الإيجابية في لندن، لمساعدتها في إنتاج ونشر هذا العدد؛ وإلى غادة سعد، بالجامعة الأمريكية في بيروت، التي ساعدت المحرر الضيف في عمله. كما نتوجه بامتناننا القلبي إلى الزملاء مراجعي هذا العدد الخاص، الذين كرسوا وقتهم بكرم لتقديم تعليقات ساهمت كثيرًا في تحسين جودة الأوراق المقدمة، ونتوجه بالشكر، قبل أي شيء، إلى مؤلفي الأوراق البحثية لصبرهم خلال هذه العملية، وإلى أعضاء الشبكة الذين دعموا مؤلفي الأوراق بمساعدتهم على تحقيق هذا المشروع.

ترجع مسؤولية الآراء الواردة في المقالات إلى المؤلفين وحدهم؛ ولا تُعبر بالضرورة عن آراء وقرارات

تابعونا على الفيسبوك، وتويتر

اشتركوا معنا في لينكدإن

<https://www.facebook.com/reprohealthmatters>

<https://twitter.com/RHMJournal>

<https://www.linkedin.com/company/reproductive-health-matters>

مجلة الصحة الإيجابية

مجلة الصحة الإيجابية هي هيئة غير ربحية. تنهض بالصحة والحقوق الجنسية والإيجابية على المستوى العالمي. ننشر مجلة الصحة الإيجابية، التي يراجعها الزملاء، أبحاثاً عالية الجودة، وتحليلات معمقة، ومراجعات نقدية، حول كافة مجالات الصحة والحقوق الجنسية والإيجابية، كما تعمل على توليد المعرفة والأدلة، وتلهم بالجدد من التفكير والعمل.

جُري ترجمة مقالات مختارة من مجلة الصحة الإيجابية إلى لغات أخرى، بما فيها اللغة العربية. لمعرفة المزيد من المعلومات حول مجلة الصحة الإيجابية باللغة العربية، يُرجى الاتصال بالدكتورة هالة الدمنهوري على البريد الإلكتروني التالي: hala.md123@gmail.com. ويمكن الرجوع إلى الموقع الإلكتروني: <http://www.rhmatters.org/our-journal-content-language/arabic>

يضم هذا الملحق مجلة الصحة الإيجابية أوراقاً بحثية كتبها أعضاء مجموعة عمل الصحة الإيجابية (www.rhwg.org) وهي مجموعة بحثية متعددة التخصصات تتناول قضايا الصحة الإيجابية، مع التركيز على البلدان العربية وتركيا، ويصدر هذا العدد في عام ٢٠١٨، وهو العام الذي يشهد الاحتفال الثلاثين بالشبكة التي أسستها في القاهرة، مصر، د. هدى زريق وزملاءها. تتولى مهمة تنسيق الشبكة الآن د. جوسلين ديجونج (jd16@aub.edu.lb)، بكلية علوم الصحة بالجامعة الأمريكية في بيروت، لبنان، بدعم من لجنة استشارية تضم د. هيام باشور (سوريا)، ود. عاطف جريسي (تونس)، ود. ريتا جياكامان (الأراضي الفلسطينية المحتلة)، ود. بلجين تكسي (تركيا)، ود. هدى زريق (لبنان). وتحتل نهى جاب الله، ومقرها مصر، منصب المدير الإداري للشبكة.



RHWG

Reproductive Health Working Group

اضفاء طابع النوع الاجتماعي على الأجسام والإنجاب في البلدان العربية وتركيا

بقلم: جوسلين ديجونج،^(أ) شيرين حيدري^(ب)

(أ) جوسلين ديجونج Jocelyn DeJong: أستاذة وعميدة مشاركة، كلية علوم الصحة، الجامعة الأمريكية ببيروت، بيروت، لبنان.
المراسلات: jd16@aub.edu.lb

(ب) شيرين حيدري Shirin Heidari: مديرة ومحركة، مجلة شؤون الصحة الإيجابية، لندن، المملكة المتحدة/جنيف، سويسرا.

ترجمة: ???

الأوسط في الاعتبار، بما في ذلك تصوراتهن عن صحتهن، وعن الرعاية الصحية المقدمة لهن، وعن كيفية إدارة التحديات اليومية للحفاظ على رفاههن أو رفاه أسرهن المعيشية في سياق تزايد الفقر وعدم المساواة، وفوق كل شيء الاضطرابات الإقليمية.

يُعد هذا الملحق أول إنتاج جماعي لعمل أعضاء شبكة بحثية تشمل المنطقة العربية وتركيا، وهي مجموعة عمل الصحة الإيجابية، التي بدأت نشاطها منذ ما يقرب من ثلاثة عقود، وقد وفرت، منذ تأسيسها في عام 1988 كمجموعة صغيرة متعددة التخصصات البحثية، منبرًا لأصوات الباحثين الذين يعيشون أو يعملون في المنطقة، ويتناولون قضايا النوع الاجتماعي (gender) ورفاه وصحة النساء والرجال والشباب من منظور جغرافي وإصلاحي وغيرهما. لقد قامت المجموعة بذلك، على الرغم من القيود العملية والبيروقراطية والسياسية العديدة، وغالبًا وسط نزاعات سياسية وعدم استقرار.

نشأت فكرة هذا الملحق في محادثة بين لجنة الإدارة الإقليمية للشبكة خلال مأدبة غداء في جبال لبنان، حيث كانت المجموعة تكافح ضد حقيقة أن البحوث الملاءمة والمثيرة للاهتمام التي قُدمت في اجتماعات الشبكة السنوية لا تُجد في كثير من الأحيان طريقها إلى النشر

كان الشرق الأوسط محورًا للجغرافيا السياسية منذ نهاية الحرب الباردة، وموقعًا شبه ثابت للنزاعات داخل الدول وفيما بينها. وعلى الرغم من الاهتمام المتزايد بالمنطقة نتيجة لهذه النزاعات، ركزت التقارير غالبًا - سواء الأكاديمية أو الصحفية - على السلطوية السياسية والحركات الدينية المتطرفة. ونظرًا لهذه المشاغل، كانت الخطابات المتعلقة بالصحة والرفاه والعلاقات بين الجنسين توضع، في كثير من الأحيان، في إطار ظروف المستوى الكلي، مع عدم إيلاء اهتمام كاف بالسياق. علاوة على ذلك، انضمت هذه الاتجاهات إلى تأثير الاستشراق المستمر لإنتاج صورة لنساء الشرق الأوسط باعتبارهن يفتقرن إلى الفاعلية وفي حاجة إلى الدفاع عنهن من جانب الفاعلين الغربيين.¹ وفي الوقت نفسه، كان يجري تقييم صحتهن ورفاههن غالبًا من حيث المؤشرات الكلية منزوعة السياق التي تستخدمها الوكالات الدولية وغيرها من الهيئات. فقد خصت مثل هذه التقارير الشرق الأوسط، على سبيل المثال، بالانخفاض المتأخر الظاهر في الخصوبة:² وانخفاض الانتعاف بالخدمات الصحية الأساسية؛³ وارتفاع معدل انتشار السممنة والأمراض غير المعدية بين النساء؛⁴ أو المستويات المنخفضة على نحو استثنائي في العمالة النسائية على الرغم من ارتفاع حصولهن على التعليم.⁵ بيد أن هذه الأوصاف الكلية لا تضع وجهات نظر نساء الشرق

الموضوع ١: تصورات النساء حول صحتهن ورعايتهن الصحية

تركز الورقة الأولى، بقلم كاباتيان-خاسوليان والزملاء، على مدى رضا النساء اللاتي أُجبن في مستشفى لبنانية للأمومة عن عملية الولادة، بناءً على فترة طويلة من البحوث المتعلقة بالولادة في المنطقة، والتي قُدمت في الاجتماعات السنوية لمجموعة عمل الصحة الإيجابية. ومع اتباع المنطقة لاجتاه عالمي نحو زيادة الولادات المؤسسية، تثير هذه البحوث المهمة تساؤلات حول نوعية الرعاية التي حصل عليها النساء، وإلى أي مدى تؤخذ في الحسبان تفضيلاتهن في هذه العملية.

وبالمثل، تتابع عالمة الأثنوبولوجيا ويك Wick في ورقتها الموضوع نفسه، لكنها تمضي خارج المستشفى لإجراء مقابلات مع النساء في منازلهن، وغالبًا في مناطق نائية من لبنان، بعد أن عانى أطفالهن من مضاعفات للولادة تهدد الحياة، وتركز ورقتها على كيفية تأثير خطوط اللامساواة الاجتماعية على كل من الوصول إلى الرعاية الصحية والمرور بخبرتها، كما تشدد على الحواجز الاقتصادية أمام الرعاية، والتي لم تتناولها نسبيًا البحوث في المنطقة.

أما الورقة المقدمة من ترزولجو وحمودة، فهي تدور حول نوعية حياة النساء المصابات بسرطان الثدي، وتعرض الفرصة غير العادية التي وفرتها الشبكة للمقارنة بين العالم العربي وتركيا، وبدعم من المنح الصغيرة التي تقدمها مجموعة عمل الصحة الإيجابية، وجد باحث فلسطيني وباحث تركي أرضية مشتركة في بحثهما النوعية حول النساء في هاتين البيئتين. فسرطان الثدي يُعد مشكلة صحية متزايدة، وزاد انتشاره في المنطقة في السنوات الأخيرة^٧، وتعمل جماعات المجتمع المدني في المنطقة على تشجيع فحوصاته بالأشعة، على أن النهج عادة ما يركز

في المجالات الدولية، ويهدف هذا الملحق إلى توفير منتدى لنشر الأبحاث التي قُدمت في تلك الاجتماعات، وتسليط الضوء على أوجه تكامل الدراسات الفردية. ومع الإدراك بأن العديد من الكُتاب هم طلاب أو خريجون جدد ونشرهم للبحوث يُعد جديدًا نسبيًا، جرى تكليف مستشار من الشبكة لمؤلفي كل ورقة بحثية، لتوفير الدعم والتعليقات البناءة قبل تقديمها. أُختيرت الأوراق ذات الصلة بوجه خاص بمجلة الصحة الإيجابية من بين العديد من الأبحاث التي قُدمت على مدار تاريخ الشبكة البالغ ٣٠ عامًا، وعلى هذا النحو، فإن الأوراق الواردة في هذا الملحق كانت قد قُدمت في الاجتماعات السنوية لمجموعة عمل الصحة الإيجابية، أو حصل بعضها على «المنح الصغيرة» التي تقدمها المجموعة، كما حصل جميعها على دعم من مستشار من الشبكة.

والمقالات التي يتضمنها هذا الملحق، يمكن تنظيمها على نطاق واسع في مواضيع كانت تتكرر أيضًا في الاجتماعات العادية لشبكة مجموعة عمل الصحة الإيجابية، ويرد تاريخ الشبكة منذ إنشائها في ورقة ديجوج وأخرين. ومن خلال استكشاف سبب استمرار مجموعة العمل، خلال الورقة مسار إدارتها والنهج المتبع في الإرشاد وبناء القدرات، فضلًا عن الدروس ذات الصلة بالشبكات البحثية المماثلة في أماكن أخرى. كما تنتقي الورقة ثلاثة خطوط معينة من البحوث متعددة التخصصات والبحوث المقارنة التي أجراها أعضاؤها وتتناول الاحتياجات الإقليمية، وتشارك في الوقت نفسه في المناقشات العالمية المتعلقة بالصحة.

وفي أعقاب هذا الانعكاس الفكري التاريخي، تتناول الأوراق المتبقية ثلاثة مواضيع رئيسية.

على الجوانب الطبية لسرطان الثدي. ويخفق في دعم النساء لمواجهة المرض والتعامل معه.

الموضوع ٢: النوع الاجتماعي، والحياة الجنسية، والحياة اليومية

تستكشف ورقة Can في هذا العدد طابع النوع الاجتماعي الذي يسيطر على أماكن العمل ويعزز نجاح النمو الموجه نحو التصدير في تركيا. وكما أشرنا أعلاه، يجري غالبًا تصوير منطقة الشرق الأوسط باعتبارها خارج الوجود. في ما يتعلق بانخفاض وركود مشاركة الأيدي النسائية العاملة على الرغم من التقدم الكبير المتحقق في التحاق النساء بالتعليم. على أن هناك دراسات قليلة نسبيًا استكشفت تجارب النساء اللاتي ينضممن إلى القوى العاملة. وتستكشف هذه الورقة خبرات النساء الفعلية في ورش النسيج، حيث تسود في الوقت نفسه، على نحو يبدو متناقضًا، صورة جنسية الطابع للنساء مع استخدام اللغة العائلية.

تركز ورقتان في هذا العدد على الحياة الجنسية صراحة وتضع الرجال في الصورة. سواء كأفراد لهم شواغلهم الخاصة حول الحياة الجنسية أو كمستهلكين محتملين للخدمات الجنسية. تتأسس ورقة غنّام على البحوث الإثنوجرافية طويلة المدى في أحد أحياء القاهرة، ٨ وتبين عمليًا كيف يُشكل البناء الاجتماعي للحياة الجنسية كلاً من «الأداء» الجنسي للرجال الأفراد والتصورات المتعلقة بذلك. وتستقي وجود ارتباط بين الانشغال الاجتماعي ببيكاراة الأنثى في مصر والضغط الأقل عمومية، وإن اتسمت بالأهمية، التي توضع على كاهل الرجال في ما يتعلق بالأداء الجنسي، والأزمة التي تعقب عدم قدرته (ما يُسمى الربط).

تطرح ورقة بينوفا Benová منظورًا شجاعًا وغير معتاد من الحانات في عمان، الأردن، حيث

تعمل المضيفات من أوروبا الشرقية كعاملات مهاجرات. تصور الورقة بحس مرهف تصورات بعض هؤلاء النساء، فضلاً عن دوافعهن. وتوقعاتهن وخيبة أملهن في البلد المضيف وبيئة العمل، فضلاً عن القيود التي يواجهها كل من الرجال كرعاة والنساء كعملاء في هذه البيئة التي يسود فيها إلى حد كبير طابع النوع الاجتماعي.

الموضوع ٣: النزاع والنزوح

في ظل الحجم غير المسبوق من النزاع والنزوح القسري في المنطقة، لا يثير الدهشة تكرار الإشارة إلى ذلك في جميع الأوراق البحثية، فضلاً عن تأثير موضوعها المحدد على الصحة والرفاه، بما يشغل مساحة خاصة من أوراق هذا العدد الخاص.

وكان الدافع وراء ورقة كاباكيان-خاسوليان Kabakian-Khasolian والزملاء من لبنان وسوريا خطاب يتمثل في خطاب القلق الاقتصادي والسياسي في لبنان حول ارتفاع معدل خصوبة اللاجئين السوريين اللاتي تدفنن إلى لبنان منذ عام ٢٠١١. وتستكشف هذه الورقة تصورات النساء السوريات حول الإجاب والخصوبة. وتقدم تعارضًا مرحبًا به لمنظور المستوى الكلي المعروض في وسائل الإعلام.

تأخذنا همايل وآخرون في ورقتهم إلى الأراضي الفلسطينية المحتلة، حيث أثرت خطوطًا جديدة للاحتلال السياسي على صحة الأمهات. وحتى قسّمت المجتمعات المحلية، تركز الورقة على كفر عقاب، حيث يعاني الفلسطينيون من قيود متزايدة على حركتهم، بما في ذلك الانتقال من أجل الولادة، بما يؤثر على تكوين الأسرة والمستقبل الفردي لأعضائها. لقد بدأ هذا العمل من منحة صغيرة مقدمة من مجموعة عمل الصحة الإيجابية، وبعد ذلك نجح الباحثون في

وفي النهاية، ووسط هذه الاضطرابات الإقليمية، وجد باحثو شبكة مجموعة عمل الصحة الإيجابية قنوات إبداعية لطرح منظورهم حول المشكلات التي يواجهها النساء والرجال والشباب في المنطقة. وتتعزز وجهات نظرهم الفردية وتُصقل من خلال مناقشات داخل الشبكة مع باحثين آخرين يعملون في نفس السياق الإقليمي. وأيضًا بمقاسمة الخبرات المتنوعة عبر البلدان العربية وتركيا. ويُعد هذا الملحق إحدى فرص مقاسمة تلك الأصوات مع جمهور دولي أوسع نطاقًا. ونأمل أن يقدم رؤية أخرى لمنطقة غير مثلة جيدًا على نطاق واسع.

التمويل

حصل هذا العمل على معونة من منحة [grant number 106981-001] مقدمة من «مركز بحوث التنمية الدولية». أوتواو، كندا.

الحصول على تمويل إضافي من مصادر أخرى. ويشكل هذا العمل الآن الأساس لأطروحة دكتوراه.

تتناول الورقة النهائية، بقلم نوكس Knox. زواج اللاجئين الفلسطينيين المبكر في مخيم نهر البارد بعد انتهاء النزاع في لبنان. وتحدى النظرة التقليدية للزواج المبكر باعتباره يجري دائمًا على نحو «قسري». بإدخال منظور ضروري يتمثل في مشاركة الشباب في المناقشة. وتخلص الورقة إلى أن هؤلاء الشباب على الرغم من زواجهن في سن صغيرة جدًا، فقد أفدن بمشاركتهن في عملية صنع القرار، حتى في سياق المجتمع الأبوي. وتكمن الرسالة المهمة التي تنقلها هذه الورقة في أنه على الرغم من تكرار التقارير عن أثار الزواج المبكر الضارة، فلم يُنشر إلا القليل حول منظورات ومسارات الحياة البديلة للفتيات الصغيرات في بيئات النزاع وما بعد النزاع. وتنتهي الورقة بحجة مؤثرة: أن هؤلاء الشباب، مثلهن مثل جيلهن كاملاً، كان يجب ألا يكبرن في ظل ظروف النزاع.

المراجع

1. Ahmed L. Women and gender in Islam: historical roots of a modern debate. New Haven (CT): Yale University Press; 1993.
2. Abu-Lughod. Do Muslim women really need saving? Anthropological reflections on cultural relativism and its others. Am Anthropologist. 2002; 104(3): 783-790.
3. Fargues P. Women in Arab countries: challenging the patriarchal system? Reprod Health Matters. 2005; 13(25): 43-48.
4. Roudi-Fahimi F, Monem AA, Ashford L, et al. Women's need for family planning in Arab countries. Washington (DC): Population Reference Bureau; 2012.
5. World Bank. Opening doors: gender equality and development in the Middle East and North Africa: main report. Washington (DC): World Bank; 2013.
6. World Bank. Fairness and accountability: engaging in health systems in the Middle East and North Africa. Washington (DC): World Bank; 2013 [cited 2017 July 6]. Available from: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/16109> License:CC BY 3.0 IGO
7. Zohny H. The rising tide of cancer. Nat Middle East [Internet]. 2013 Oct 15 [cited 2017 July 6]; Available from: <http://palgrave.nature.com/nmiddleeast/2013/131015/full/nmiddleeast.2013.144.html>
8. Ghannam F. Live and die like a man: gender dynamics in urban Egypt. Stanford (CA): Stanford University Press; 2013.

البحوث الصحية في منطقة مضطربة: مجموعة عمل الصحة الإيجابية

بقلم: جوسلين ديجونغ،^(أ) هدى زريق،^(ب) سينثيا مينتي،^(ج) بلجين تكجي،^(د) ريتا جياكامان،^(هـ) هيام باشور،^(و) عاطف جريسي،^(ز) نهى جاب الله.^(ح)

- (أ) جوسلين ديجونغ Jocelyn DeJong: أستاذة ومساعدة العميد، كلية علوم الصحة، الجامعة الأمريكية في بيروت، بيروت، لبنان. المراسلات: jd16@aub.edu.lb
- (ب) هدى زريق Huda Zurayk: أستاذة فخريّة، كلية علوم الصحة، الجامعة الأمريكية في بيروت، بيروت، لبنان.
- (ج) سينثيا مينتي Cynthia Myntti: باحثة مستقلة.
- (د) بلجين تكجي Belgin Tekçe: أستاذة، قسم علم الاجتماع، جامعة بوجازيجي، اسطنبول، تركيا.
- (هـ) ريتا جياكامان Rita Giacaman: أستاذة، معهد المجتمع المحلي والصحة العامة، جامعة بير زيت، بير زيت، فلسطين.
- (و) هيام باشور Hyam Bashour: أستاذة، قسم طب الأسرة والمجتمع المحلي، كلية الطب، جامعة دمشق.
- (ز) عاطف جريسي Atf Ghérissi: أستاذ مساعد، جامعة تونس المنار، تونس العاصمة، تونس.
- (ح) نهى جاب الله Noha Gaballah: مديرة البرامج، مجموعة عمل الصحة الإيجابية، القاهرة، مصر.

موجز المقال: أنشئت مجموعة عمل الصحة الإيجابية في عام ١٩٨٨ في القاهرة، للنهوض بالأبحاث في البلدان العربية وتركيا حول صحة النساء وفقاً لتعريفها على نطاق واسع، وتناول هذه الورقة البحثية طرق مساهمة مجموعة العمل في مناقشات الصحة العالمية من خلال تقديم ثلاثة أمثلة لبحوث متعددة التخصصات أدت بتركيزها على السياقات المحلية، إلى تغيير أو حتى تحدي المقاربات السائدة حول الصحة، وغالباً ما أثارت قضايا جديدة تماماً، والأمثلة الثلاثة المذكورة في الورقة هي: (أولاً) البحوث المبكرة التي أجرتها الشبكة حول الأمراض التناسلية؛ (ثانياً) مجموعة واسعة من الدراسات الجارية حول الولادة/صحة الأم؛ و(ثالثاً) البحوث التي تظهر حول الصحة والنزاع. كما تناقش الورقة كيف ساهمت مجموعة عمل الصحة الإيجابية في تعزيز القدرة البحثية في المنطقة، مع استكشاف أسباب طول عمر هذه الشبكة البحثية.

الكلمات الرئيسية: الصحة الإيجابية، صحة المرأة، البحوث متعددة التخصصات، فرق العمل متعددة التخصصات، الشبكات البحثية، العلوم الاجتماعية، الأساليب الإثنوجرافية، الصحة العامة، العالم العربي، تركيا.

مجموعة عمل الصحة الإيجابية، كما يشير اسمها، بالتركيز على صحة النساء الإيجابية على نحو يعكس الخطابات المحلية والعالمية حول الصحة والحقائق الإيجابية في السنوات التي سبقت انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والصحة في القاهرة عام ١٩٩٤. على أن هذا التركيز المحدود قد نوقش منذ البداية، واتسع نطاقه مع مرور الوقت ليشمل صحة المرأة بشكل عام، فضلاً عن حياة الرجل،^١ ومدى تأثير الرجال على صحة النساء،^٢ وإدراج القضايا التي تهم المجموعات

مقدمة

أنشئت مجموعة عمل الصحة الإيجابية في عام ١٩٨٨ في القاهرة، للنهوض بالأبحاث في البلدان العربية وتركيا حول صحة النساء، وفقاً لتعريفها على نطاق واسع، من منظور إقليمي. وقد تطورت مجموعة عمل الصحة الإيجابية، على مدار حياتها لما يقرب من ثلاثة عقود، من التعاون بين العديد من الباحثين إلى شبكة أوسع نطاقاً وأكثر تنظيماً من الباحثين الذين يتبادلون ويقارنون مقارباتهم ونتائجهم. بدأت

البيولوجية-الاجتماعية الأخرى مثل المراهقين.² واللاجئين.⁴ فضلاً عن النساء في الفترة التالية لانقطاع الطمث.⁵ والنساء العزباوات.⁶

وتتبع مجموعة عمل الصحة الإيجابية الآن «اللجنة الاستشارية الإقليمية»، المكونة من خمسة من قدامى أعضاء المجموعة (وهم أيضاً باحثون وموجهون نشطاء). تركز منسقة مجموعة عمل الصحة الإيجابية (جوسلين ديغوج) في كلية علوم الصحة بالجامعة الأمريكية في بيروت؛ ويوجد أعضاء اللجنة على التوالي في لبنان، وفلسطين، وسوريا، وتونس، وتركيا. وعضوية المجموعة مفتوحة أمام الباحثين والممارسين في العالم العربي وتركيا؛ وتضم الأنثروبولوجيين، والاقتصاديين، ومتخصصي التربية، والقابلات، والممرضات، والأطباء، والعلماء في مجال السكان، والأخصائيين في مجال الصحة العامة، وعلماء الاجتماع. إلى جانب مجموعة من التخصصات الأخرى. معظم الأعضاء من النساء، وهو أمر غير معتاد في حد ذاته وفي المنطقة. يشارك أعضاء مجموعة عمل الصحة الإيجابية بنشاط في تخطيط وصياغة وتنفيذ الأهداف الحالية والمستقبلية للمجموعة. تضم مفكرة المجموعة فعالية رئيسية، وهي اجتماعها السنوي الذي يحضره حوالي 45 مشاركاً في المتوسط. ويقدمون بحوثاً في مراحل مختلفة من التطور. ما يقرب من ثلث المشاركين في الاجتماع السنوي هم أعضاء جدد في المجموعة. وأغلبهم عاد مؤخراً إلى المنطقة بعد إنهاء دراسة الدكتوراه في أماكن أخرى.

لقد نجحت مجموعة عمل الصحة الإيجابية. على الرغم من تزايد الانقسامات في المنطقة ومعاناتها من النزاعات. في خلق وسط سخي للباحثين. يرحب بالباحثين المبتدئين ويقدم لهم الدعم. فضلاً عن النقد البناء في جميع مراحل العملية البحثية؛ وتمكنوا معاً من تقديم صوت

جماعي ينطلق من منطقة تفتقر إلى التمثيل، وغير مفهومة بشكل جيد في مناقشات الصحة العامة العالمية وتطويرها. وقد وصلت مجموعة العمل دوماً انفتاحها نحو الاندماج التاريخي-الاجتماعي للصحة، والاهتمام بالخبرة المحلية المعاشة، وتفضيل البحوث متعددة التخصصات، بما يتيح اتخاذ طرق بديلة للتعرف على المخاوف المتعلقة بالصحة في سياقات فعلية.

تتناول هذه الورقة، من خلال استعراض تجربة مجموعة عمل الصحة الإيجابية، المنظور الذي نقلته المجموعة من المنطقة إلى المناقشات العالمية، بما يتجاوز مجال الصحة الإيجابية الأخذ في التطور بالفعل. كما تسعى الورقة إلى معالجة مسألة تمثل أهمية بالنسبة للشبكات بشكل عام، مثل تصورهم لقيمة الاستدامة وتحدياتها، فضلاً عن تلك المسائل التي تخص هذه الشبكة تحديداً - الاستمرارية، مع البقاء على صلة بتحديات الحياة اليومية في منطقة مضطربة. وبعد استعراض موجز لتاريخها، نختار ثلاثة موضوعات بحثية بعينها أجراها أعضاء الشبكة؛ ثم نناقش في القسم الأخير من الورقة كيفية عمل الشبكة ومساهماتها في بناء القدرات في مجال البحوث.

النهوض بالبحوث السياقية المهمة

منذ ثلاثة عقود، كانت مجالات السكان والصحة العامة غالباً ذات أهداف منفصلة وتكوينات مؤسسية رأسية. مما أثر بوضوح على البحوث المتعلقة بالإيجاب، وعلى الصعيد الدولي، طورت البحوث الاعتماد بصورة ساحقة على أساليب معين، ومسوح ديموجرافية، والتركيز على أهداف منفصلة للخصوبة والتحكم فيها، وبقاء الطفل، وصحة الأم، وفي أواخر الثمانينيات، عارضت الباحثات النسويات وأنصار الصحة هذه الأهداف الضيقة المنفصلة، وصاغت أجندة موسعة للحقوق والصحة الإيجابية، بما فيها

وتقدم هذه الورقة البحثية ثلاثة أمثلة لبحوث مبتكرة. وقد اخترنا هذه المجالات الثلاثة لأنها مستمرة بوجه خاص داخل الشبكة، علاوة على أن توقيتها مناسب أيضًا في ما يتعلق بالناقشات الإقليمية والعالمية على حد سواء. كما أنها توضح الكيفيات المختلفة التي اتبعتها المجموعة لدعم القدرات البحثية وتشجيع البحوث متعددة التخصصات ذات الأهمية المحلية والعالمية.

يتناول البحث الأول اعتلال الصحة الإيجابية: وهو يمثل جزءًا لا يتجزأ من الجهود التي يبذلها أعضاء المجموعة الأوائل منذ أواخر الثمانينيات لوضع أجندة بحثية، تركز عمدًا على تجاوز الأجندة الضيق السائدة في مجال التحكم في الخصوبة. لقد بدأ هذا الموضوع بدراسة في مصر، ذات غرض محدد يتمثل في أخذ تجارب النساء وتصوراتهن عن أجسامهن الإيجابية في الاعتبار؛ بالهام وتشجيع من عدد من الدراسات المحددة التي اضطلع بها مختلف أعضاء الشبكة في بلدان مختلفة على مر الزمن. وقد ساعدت هذه الدراسات بدورها في خلق شعور بالترابط داخل مجموعة عمل الصحة الإيجابية.

ويوضح الموضوع الثاني، حول صحة الأم/الولادة، دور الشبكة في الجمع بين الأعمال المتوازنة والمستقلة التي نشأت في بلدان مختلفة بالمنطقة. لقد انبثق هذا الموضوع من القلق بشأن فقدان تركيز البحوث الحالية في مجال صحة الأم على الصعيد العالمي، حيث ينصب اهتمامها على حالات الحمل عالية الخطورة، وقد أصبحت هذه المجموعة الفرعية من المبادرات البحثية حول صحة الأم جزءًا من شبكة مستقلة تتعلق بالولادة، وظلت مرتبطة بمجموعة عمل الصحة الإيجابية وتُقدّم دراساتها سنويًا في اجتماعاتها.

الصحة الجنسية، على الصعيد العالمي. كما ساهمت إلى حد كبير في تشكيل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الذي عُقد في القاهرة عام ١٩٩٤. وقد نال هذا التاريخ توثيقًا جيدًا.^{١١-٧}

اجتمع أول أعضاء في مجموعة عمل الصحة الإيجابية - وهم باحثون من العديد من البلدان العربية وتركيا - في القاهرة عام ١٩٨٨ تحت رعاية مجلس السكان*، وفي الوقت الذي برزت فيه وجهات نظر كلية حول الإيجاب وارتباطه بالصحة على الصعيد العالمي. شددت المجموعة على وضع أطر مفاهيمية لتحليل صحة المرأة وحقوقها في سياق الحقائق الإقليمية التي تشمل الفقر، والسلطة الأبوية، والأنظمة الاستبدادية، والسياسات الاقتصادية الليبرالية الجديدة، وقد سعت المجموعة إلى وضع تصور للصحة الإيجابية من حيث مسارات الحياة داخل مجالات العلاقات الاجتماعية الأوسع نطاقًا. واعتمدت التعريف التالي:

قدرة النساء على العيش، بدءًا من مرحلة المراهقة وما بعدها، في ظل خيار الإيجاب، والكرامة، والإيجاب الناجح، وحياة خالية بدرجة معقولة من مخاطر أمراض النساء والأمراض عمومًا.^{١٢}

حددت المجموعة مهمتها على نحو ثلاثي: إنتاج المعارف السياقية حول الصحة الإيجابية للنساء في العالم العربي وتركيا، وبناء القدرات المحلية في مجال البحوث الدقيقة، والتأثير على السياسات والممارسات في المنطقة.^{١٣} وسعت المجموعة، كجزء من هذه المهمة، إلى تعزيز البحوث المبتكرة ومتعددة التخصصات، التي كانت انعكاسًا للواقع الإقليمي وشواغله، لكنها تطورت أيضًا من خلال النقاشات مع الاتجاهات البحثية العالمية في مجال الصحة الإيجابية.

في البحوث، وذلك بالاستفادة على قدم المساواة بالعلوم الاجتماعية والسكانية والطبية الحيوية. ونظرًا لارتفاع مستويات ثقة المجتمع المحلي، التي رسختها البحوث النوعية المتعلقة بتصورات النساء، تمكن الفريق من تحقيق معدل استجابة مرتفع في المسح ومكونات البحث الإكلينيكية. ١٤ وجدت الدراسة أن تفشي الاعتلال الإيجابي بين النساء، لا سيما الإصابة بالتهابات الجهاز التناسلي، وهبوط الرحم والمهبل، وعلى الرغم من أن أعراض هذه الأمراض تضعف النساء، فقد اعتبرتها جزءًا عاديًا من حياة المرأة ولا يتطلب عناية طبية. ١٥-١٩

ساهمت دراسة الجيزة مباشرة في المناقشات العالمية حول كيفية التنفيذ عمليًا لأجندة الصحة الإيجابية التي ناقشها المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، وبخاصة الحاجة إلى توسيع نطاق الخدمات الصحية لتلبية كافة احتياجات صحة النساء، كما ساهمت الدراسة أيضًا في تغيير نظرة الأطباء لصحة المرأة، وتأثير البرامج المحلية، تعاونت مجموعة عمل الصحة الإيجابية مع وزارة الصحة المصرية في ثلاثة مراكز صحية ريفية، لتحسين تقديم الرعاية الصحية من خلال إدماج الشواغل الرئيسية التي تقع في صلب مقارنة الصحة الإيجابية. ١٢

ضمت دراسة الجيزة عدة ابتكارات: الاستعانة بمقاربة متعددة التخصصات بحق؛ والإشارة إلى ضرورة فهم كل من منظور المرأة والظروف الإكلينيكية، بغية تقييم الأمراض التناسلية بدقة؛ والتركيز على النساء والمجتمع المحلي لإنتاج رؤى جديدة ومهمة حول أسباب عدم استخدام الخدمات؛ والتدخل بالتعاون مع النظام الصحي بالقطاع العام لتحسين نوعية الخدمات وزيادة الاستفادة منها. أدت دراسة الجيزة مباشرة إلى عمل مائل قام به أعضاء مجموعة عمل الصحة الإيجابية في مصر، والأردن،^{١٦} ولبنان.^{١٧} حول

وأخيرًا الموضوع الثالث، حول العنف والنزاع والصحة، الذي برز تلقائيًا من خبرة معاناة الفلسطينيين التاريخية، لكن التركيز عليه أصبح أكثر حدة عندما بدأ العنف يتخلل المنطقة بأسرها تقريبًا في أعقاب حرب العراق، والانتفاضات العربية، والنزاع في سوريا، والنزوح الإجباري الضخم الذي تشهده المنطقة. وقد وجد الباحثون وأعضاء الشبكة، الذين يجرون دراسات فردية وإن كانت ذات صلة متبادلة، أن مجموعة عمل الصحة الإيجابية تُعد بمثابة منتدى لتقاسم هذه الاهتمامات المشتركة.

جوانب ارتباط الطب الحيوي والعلوم النفسية- الاجتماعية: البحوث حول الاعتلال الإيجابي

كان أول مشروع بحثي رئيسي بمثابة دراسة متعددة التخصصات، بدأت في أواخر الثمانينيات حول الصحة الإيجابية للنساء في المناطق الريفية بالجيزة، خارج القاهرة مباشرة، مصر. ضم الفريق البحثي عالمة أنثروبولوجيا (خطّاب)، وأستاذ طب التوليد/أمراض النساء (يونس)، وأخصائية بارزة في مجال الإحصاء البيولوجي (زريق).^{١٨} شملت الأعمال التحضيرية للدراسة صياغة الإطار المفاهيمي واختيار موقع الدراسة، والحصول على التراخيص الرسمية، وقد استغرقت حوالي سنة، مع العمل الميداني خلال الفترة ١٩٨٩-١٩٩٠. اتسمت هذه الفترة بقيمة كبيرة، أولاً في البدء بتشكيل فريق بحثي متعدد التخصصات بحق، وثانيًا في التعرف على المجتمع المحلي. اعتمدت الدراسة بدرجة كبيرة على الأساليب الإثنوجرافية، التي أكدت مركزية أولويات النساء وتصوراتهن. وكان هذا في وقت ارتكزت فيه غالبًا ما يُطلق عليها البحوث متعددة التخصصات على الطب الحيوي في نهجها، وفرضياتها، وأساليبها، مع اتخاذ العلوم الاجتماعية لدور مساعد في أحسن الأحوال. أحدثت دراسة الاعتلال الإيجابي في الجيزة - كما أصبح يُطلق عليها - نوعًا من التوازن والصرامة

الطابع الطبي على عملية الولادة. وقلّة الضغوط الرامية إلى إشراك النساء في الاختيارات حول الولادة. على أن معظم البحوث في المنطقة لا تزال تدور حتى الآن حول الولادات المنزلية والقابلات التقليديات. والممارسات إثنوجرافية الطابع إلى حد كبير. مع عدم الاهتمام بممارسات وخبرات الولادة «الطبيعية» (أي الولادة المهبلية دون تعقيدات) في المرافق الصحية. وهو مجال مهم تتجاهله البحوث.^{٢٥} وعلى سبيل المثال. أُجريت في عام ١٩٩٧ إحدى الدراسات المبكرة - التي توقعت حدوث تطورات لاحقة - على ٣٩ مستشفى وطني في لبنان. بهدف توفير المعلومات الأساسية التي يقدمها رؤساء أقسام الولادة حول ممارسات الولادة الطبيعية. ومدى قدرة النساء على ممارسة حق الاختيار في هذه العملية.^{٢٦} وقد كرر أعضاء الشبكة هذه الدراسة لاحقًا في الأردن.^{٢٧} وألهمت دراسات أخرى في المملكة العربية السعودية.^{٢٨}

وبعد ذلك. قام عدد من الباحثين. من أعضاء مجموعة عمل الصحة الإيجابية. بتشكيل فريق لإجراء بحوث في لبنان. وسوريا.^{٢٩} ومصر.^{٣٠} والأراضي الفلسطينية المحتلة^{٣١} لدراسة ممارسات المستشفيات خلال الحمل والولادة. وتقييم النتائج في مواجهة التوليد استنادًا إلى الأدلة؛ والأهم من ذلك. محاولة لفهم تجربة الولادة «الطبيعية». ليس فقط من خلال وجهات نظر الممارسين. وإنما بوجه خاص من خلال وجهات نظر النساء. وقد كان هذا البحث - وبعضه مقارن - يتعارض إلى حد كبير مع الاهتمام السائد لدى الممارسين والدوائر السياسية بشأن الولادة «عالية الخطورة» (أي التي تستتبعها مضاعفات طبية).^{٣٢}

استعانّت هذه الدراسات بتقنيات بحثية مختلفة لمعرفة خبرة الولادة في الإطار المؤسسي: مثل الاستبيانات. وبعضها مع جداول لتسجيل مدى تكرار الممارسات؛ والملاحظة المباشرة في

مدى انتشار حالات الإصابة بالأمراض التناسلية. كما ألهمت أيضًا العمل على المشاكل المتعلقة بنوعية خدمات الرعاية الصحية الإيجابية.^{٣٣} فضلًا عن دور نظام التعليم في التأثير على مهارات ومواقف أخصائيي التوليد/أمراض النساء. وكذا أهمية الكرامة في العلاقات بين الطبيب والمريض. ألهمت دراسة الجيزة أيضًا قيام زملاء الأنثروبولوجيين في شبكة المجموعة بعمل مهم حول التصورات الصحية لدى النساء في المنطقة.^{٣٤} كما ألهمت فريقًا متعدد التخصصات في فلسطين لبدء دراسة في نابلس حول تصورات النساء عن الصحة.^{٣٥}

علاوة على ذلك. شجعت دراسة الجيزة على إجراء المزيد من المشاريع البحثية متعددة التخصصات في مواضيع أخرى تتعلق بصحة النساء في المنطقة. وقدمت نموذجًا لتعاون متوازن ومحترم بين التخصصات التي يُنظر إليها كثيرًا بشكل هرمي في المنطقة.

صحة الأم: خبرة النساء في القلب من أبحاث الولادة
يكمن المثال الثاني الذي يوضح كيفية التداخل المتكرر بين البحوث المحلية. التي أجراها أعضاء الشبكة. والشواغل العالمية. في الدراسات المتعلقة بصحة الأم. وخاصة في عملية الولادة. كان الحافز وراء هذا البحث الإقليمي يرجع في جزء كبير منه إلى عمل أونا كامبل والزملاء في كلية لندن للصحة والطب الاستوائي. حول صحة الأمهات على الصعيد الدولي: الذي أشار إلى التركيز العالمي المتزايد على تشجيع النساء للولادة في مرافق الرعاية الصحية. على الرغم من أن نوعية هذه الخدمات قد لا تكون الأمثل. اهتم الباحثون في مصر ولبنان وسوريا بشواغل ماثلة حول نوعية الرعاية الطبية المقدمة محليًا أثناء الولادة. وعدم وجود خيارات للنساء بشأن ممارسات المستشفى أثناء الولادة. في ظل زيادة

تعديل بعض تلك الممارسات بعد مناقشة النتائج مع مديري المستشفى. وفي نهاية المطاف، وجدنا أن العديد من الممارسات ترتبط بقيود نظام الصحة، مثل الاكتظاظ ونقص التمويل، وليس مجرد الإهمال. لكن تقاسم المعلومات حينذاك أسهم في تمكين مديري المستشفى من تحسين الرعاية المقدمة.^{٢٤،٢٣}

التزم الباحثون في هذه المجموعة منذ البداية بمعرفة وفهم خبرات النساء في مجال الولادة ورعاية الأمومة، وهو ما لم يكن قد حظي سوى بقليل من الاهتمام حتى ذلك الحين. وهكذا، كشفت دراسة مبكرة في لبنان، عن طريق إجراء مقابلات مع النساء في منازلهن (وليس في المستشفى، حيث ترددن بشأن أهميتها)، أن جوانب كثيرة من تجارب الولادة كانت غير مريحة للنساء.^{٢٥} ذهب الباحثون السوريون إلى أبعد من ذلك، عن طريق اختبار التدخلات التي من شأنها تحسين تجارب النساء، سواء من خلال الزيارات المنزل بعد الولادة.^{٢٦} أو عن طريق تحسين مهارات الاتصال لدى مقدمي الرعاية.^{٢٧}

وعلى هذا النحو، نشأت الشبكة البحثية، «الخيارات والتحديات أمام تغيير الولادة»، ولديها ارتباط لا يتجزأ مع مجموعة عمل الصحة الإيجابية، وتداخلت العضوية بينهما، وكانت النتائج تُعرض دائماً في شبكة أوسع لمجموعة عمل الصحة الإيجابية، وفي الأونة الأخيرة، اضطلع الأعضاء بتنفيذ البحوث التي عُرضت في اجتماعات مجموعة عمل الصحة الإيجابية، واستفادت من المناقشات متعددة التخصصات. وعلى سبيل المثال، استكشفت إحدى الدراسات الفاعلية المحلية، في ثلاثة بلدان عربية، للممارسة الموصى بها عالمياً بشأن عمليات المراجعة الإكلينيكية لتحسين إدارة حالات «الموت مؤخراً» (النساء اللاتي توفين خلال الحمل والولادة).^{٢٨} واستكشفت مشروع آخر للتنفيذ البحثي ما إذا

غرفة الولادة والعنابر؛ والسرد النوعي للأحداث. وخلال هذه الأنشطة، في عام ٢٠٠١، قررت المجموعات متعددة التخصصات من الباحثين من مصر ولبنان، والأراضي الفلسطينية المحتلة، وسوريا، تكوين شبكة تستند إلى أبحاثهم السابقة، ويتمويل منفصل، بعنوان «الخيارات والتحديات أمام تغيير الولادة». ومع مرور الوقت، توسعت الشبكة إلى ما يتجاوز الولادة، حيث شملت اختبار مقاربات قياسية للرعاية قبل وأثناء وبعد الولادة.^{٢٩}

لقد حاولت هذه الدراسات، مجتمعة، إضفاء طابع إشكالي على العملية التي تجري في المؤسسات ويُطلق عليها طبيياً الولادات «الطبيعية»، في الوقت الذي تميل فيه البحوث والسياسات إلى تسليط الضوء على طرفي عملية الولادة، والولادة في البيت، أو الحالات شديدة الخطورة، وحالات طوارئ الولادة، في فترة مبكرة من عام ٢٠٠٠، على سبيل المثال، قام فريق متعدد التخصصات - ضم أطباء التوليد، وطبيب صحة عامة، وعالم أثنوبولوجيا، ومتخصص في الأطفال حديثي الولادة، وخبير إحصائي - بإعداد وإجراء أول دراسة لممارسات الخاض والولادة «الطبيعية» في أكبر مستشفى تعليمي للولادة في مصر، وهو مستشفى الجلاء في القاهرة. شملت الدراسة تصنيف أكثر من أربعين مارسة للولادة الطبيعية، رصدها فريق مراقبة مُدرَّب باستخدام قائمة مرجعية خاصة وُضعت خصيصاً للدراسة، ومقارنة هذا التوثيق الدقيق بالتوقعات التي وضعتها منظمة الصحة العالمية حول الولادة الطبيعية.^{٣٠} وكان عنصر الملاحظة ابتكاراً منهجياً جوهرياً بحق: توثيق الولادة كعملية بدلاً من التركيز على النتائج الإكلينيكية.^{٣١} ومن الواضح أن العديد من الممارسات، مثل حث الخاض على نحو غير مناسب، يشكل مخاطر صحية للنساء. وأمكن

جزئياً إلى توليد الزخم والحفاظ عليه في ما يتعلق بتجاوز التركيز على النساء، إلى دراسة نقدية للمحددات الاجتماعية والسياسية للصحة للجميع. تساءل الباحثون كيف يمكن فهم الصحة الإيجابية، أو بالطبع الصحة بشكل أكثر عمومية، على نحو منفصل عن عنف وضيوط الاحتلال العسكري الإسرائيلي. وتساءلوا كيف يمكن فهم الصحة الإيجابية، أو في الواقع الصحة بشكل أعم، على نحو منفصل عن العنف الذي يمارسه الاحتلال العسكري الإسرائيلي. وتؤكد أهمية ربط العافية الجسدية بالاعتبارات النفسية والاجتماعية. أدخل الباحثون مفهوم المعاناة الاجتماعية التي تؤثر على مجتمعات بأكملها. وليس الأفراد فقط. في إطارهم المفاهيمي. وقد وضعوا تدابير تستند إلى الخبرات المحلية، بما فيها: الإذلال، والكرب، وانعدام الأمان البشري، والحرمان: مع التشديد على آثار التعرض للعنف السياسي على الرفاه ومدى صحة النتائج.^{٤٩-٤٣}

إن دراسات الباحثين الفلسطينيين، وهم أعضاء أيضاً في مجموعة أبحاث الولادة المذكورة أعلاه، قد طرحت بُعداً مختلفاً في مناقشات الآثار المترتبة على النزاع، مع التركيز على رعاية الأمومة والولادة، ويمثل هذا التراكم المعرفي - بشأن حماية الأمومة، لا سيما الولادة في ظروف النزاع والحصار - أهمية كبيرة، نظراً للسياق الحالي الذي يشهد تزايد أعمال العنف في المنطقة. تؤثق هذه الدراسات خبرات النساء في الولادة خلال حالات النزاع، وتقدم أدلة ذات قيمة حول مشكلات محددة، مثل الولادة في ظل احتلال عسكري إسرائيلي. حيث نقاط تفتيش الجيش الإسرائيلي تُبطئ عادة، وكثيراً ما تمنع حركة النساء المتوجهات خلال الخاض إلى المرافق الطبية.^{٥٠} وهناك دراسة أجريت عن طريق مقابلة هاتفية - نظراً للصعوبات التي يواجهها باحثو الضفة الغربية للوصول إلى غزة - استكشفت

كان السماح باصطحاب رفيق خلال الخاض (في المستشفيات التي لا تسمح بذلك أو لا تشجعه) في مصر ولبنان وسوريا، سيكون فعالاً ومقبولاً في سياق المستشفيات العامة في المنطقة.^{٣٩}

وقد برز موضوع بين أعضاء مجموعة عمل الصحة الإيجابية، يتجاوز فريق الولادة، وهو البحث في ارتفاع المعدلات المرتفعة بالفعل للعمليات القيصرية في المنطقة.^{٤١،٤٢} فعلى الرغم من أن هذا الموضوع يمثل مصدر قلق عالمي، فإنه يتسم بديناميات إقليمية وقطرية خاصة. وجدت إحدى الدراسات التي أجراها مؤخراً أعضاء مجموعة عمل الصحة الإيجابية حول الخطابات السكانية في تركيا أن بعض الأطباء والمرمضين يعتبرون التدابير الرامية إلى تقليل الولادة القيصرية جزءاً من حملة سياسية لتشجيع الإجاب التي تنتهجها الحكومة. جنباً إلى جنب مع جعل تنظيم الأسرة، بما فيه الإجهاض، خدمات يصعب الوصول إليها. ونظراً لأن الأطباء يوصون بعدم إجراء أكثر من ولادتين قيصرتين، فقد قيل إن تشديد الرقابة على هذه العملية الجراحية سيخدم أيضاً إحياء سياسة تشجيع الإجاب.^{٤١}

وفي الختام، يمكن القول إن تلك المجموعة الواسعة من المبادرات البحثية المتعلقة بصحة الأم، استناداً إلى سياق المنظومة الثقافية والصحية في المنطقة، قد أسهمت في المناقشات الدولية الجارية حول نوعية الرعاية الصحية للأمهات وأهمية خبرات النساء في تقييم الجودة.^{٤٤}

الحروب، والنزاعات، والمعاناة الاجتماعية

في ظل واقع الحياة اليومية المعاش في الأراضي الفلسطينية المحتلة، كان التركيز على العلاقة بين الحرب/النزاع والصحة جزءاً حتمياً من الاهتمامات البحثية للباحثين الفلسطينيين في الشبكة منذ وقت مبكر. وقد أدت هذه الدراسات

تعزيز القدرات البحثية

بدأت مجموعة عمل الصحة الإيجابية حياتها في الثمانينيات بتأثير من «جوائز الشرق الأوسط» (ME Awards)، وهو برنامج ناجح لمنح تنافسية. أنشاه حينذاك مكتب القاهرة لمجلس السكان. بغرض تعزيز القدرة البحثية في المنطقة. يوفر برنامج «جوائز الشرق الأوسط» التمويل والإرشاد للباحثين في العالم العربي وتركيا. ومع مرور الوقت. أقام البرنامج جماعة من الباحثين المنتمين إلى عدة زوايا تخصصية: الاقتصاد. وعلم الاجتماع. والديموجرافيا. والأنثروبولوجيا. والتاريخ. والتخطيط الحضري. والصحة العامة. يهدف البرنامج إلى بناء القدرة البحثية من خلال برنامج جوائز تقوم على تنفيذه لجنة استشارية من الباحثين النشطين من المنطقة. وتنظيم اجتماعات صغيرة ومكثفة لكبار وصغار الباحثين من عدة تخصصات لمناقشة المسائل البارزة وذات الأولوية من حيث الأهمية النظرية. وتشجيع الدقة المنهجية والابتكار. ٥٥. وتجدر الإشارة إلى أن وجود جَمْع إقليمي يربط الباحثين من البلدان العربية وتركيا لم يكن معتادًا حينذاك. وقد ظهر مع مرور الوقت أن أوجه التشابه والاختلاف في هذه السياقات مثمر بدرجة كبيرة لأبحاثهم.

إن التطور التاريخي لمجموعة عمل الصحة الإيجابية يُفسر جزئيًا تكوينها الجغرافي. فالعديد من أعضاء المجموعة المؤسسين كانوا مشاركين نشطين في برنامج «جوائز الشرق الأوسط». وقد أرسى هذا البرنامج الأساس للصلات بين الباحثين عبر المنطقة. بما يمثل تراكبًا مهمًا للروابط الإقليمية. على عكس النمط السائد في المنطقة. حيث حصل معظم الباحثين البارزين في المجال على تدريبهم في. كما تتجه اهتماماتهم البحثية نحو أوروبا وشمال المحيط الأطلسي. وقد أقرروا بأن تحدي الرؤى التي تلقوها وخلق أطر جديدة للصحة الإيجابية يتطلب. مثل برنامج

أيضًا خبرات النساء اللاتي اعتمدن في الولادة على القابلات. خلال الهجوم الإسرائيلي على غزة في الفترة من ٢٢ ديسمبر ٢٠٠٨ إلى يناير ٢٠٠٩،^{٥٦} وتبين هذه الدراسة بوضوح «خبرات النساء. في ظل الضعف والصدمة. عندما لا يوجد مكان آمن للولادة». وكيف كانت القابلات «غير مهيات مادياً ونفسياً لحضور الولادة خارج بيئة المستشفى».^{٥٧}

وقد شملت الأبحاث في إطار هذا الموضوع تحليلات لأثر العنف في بيئات مختلفة. من حيث الأشكال المختلفة للألم والمعاناة وسبل البقاء والتأقلم. فضلاً عن الجهود التي تبذلها المنظمات الإنسانية لمساعدة السكان وحمايتهم. ونظراً لتوسع موجات النزاع العسكري والاحتلال والقتال بالوكالة الذي يجتاح الآن مساحات شاسعة من المنطقة. تشارك المجموعة حالياً على نطاق واسع في بحوث حول تجربة اللاجئين. والرعاية الطارئة والعددية في أوقات النزاع. وعلى أهداف المساعدة الإنسانية وتنفيذها.^{٥٨-٥٩} وتتردد الآن أصدااء هذا العمل حول النزاع. داخل مجموعة عمل الصحة الإيجابية. وقادت باحثين آخرين في العالم العربي. لم يكونوا جزءاً من المجموعة. إلى وضع النزاع والعنف والحرب كإطار أساسي لدراسة أسباب المعاناة البشرية والاعتلال والعجز والوفاة.

استفادت الموضوعات البحثية الثلاثة المذكورة أعلاه من طريقة عمل مجموعة عمل الصحة الإيجابية من حيث توفير الإرشاد. والتغذية المرتدة الداعمة. وفوق كل شيء الفهم السياقي. وبدلاً من تحديد أجندة بحثية في حد ذاتها. وفرت الشبكة منتدى لنشر البحوث. وتحديد البحوث الناشئة في المنطقة. وبذلك ألهمت القيام بمزيد من البحوث في مواضيع مماثلة. ونصف أدناه طريقة العمل هذه. في سياق عرض الخصائص التنظيمية والمسار التاريخي للمجموعة. من منظور هدفها المتمثل في النهوض بالقدرات البحثية في المنطقة.

حديثي التخرج. لإقرارها بالتحديات التي تواجه الباحثين الشباب في المنطقة. كثيرًا ما يجد الباحثون الذين أنهوا الدكتوراه في أوروبا أو أمريكا الشمالية. صعوبة في الانتقال مرة أخرى إلى العمل في المؤسسات الإقليمية. فبعضهم يجد نفسه معزولاً لأسباب سياسية أو اجتماعية. أو يكتشفون أنهم يفتقرون إلى زملائهم المقربين الذين يشاركونهم اهتمامات ماثلة. كما يخاطرون بالحوافز المالية والهيبية عند عملهم كمنفذين محليين لمشاريع عالمية أو محلية. أو عند توليهم إجراء عمليات تقييم الاحتياجات التي تطلبها وكالات المعونة الدولية. وبالتالي يتضاءل نطاق البحث النظري أو الابتكاري. كما تضيف مسؤوليات العمل والأسرة مزيداً من الضغط. وهناك آخرون يواجهون المزيد من التحديات الصارخة: كيف يواصلون أبحاثهم. بينما تتعرض حياتهم وسبل رزقهم للخطر أو تضيع في ظروف النزاع وعدم الاستقرار؟

وبالتفكير في الطرق التي غيرت خلالها المشاركة في الشبكة حياة مشاركيها كباحثين. يمكن تحديد مسارات متعددة. عرف أوئل الأعضاء في مجموعة عمل الصحة الإيجابية من بعضهم بعضاً أن العديد منهم كانوا مشاركين في دراسة الجيزة متعددة التخصصات حول الاعتلال الإيجابي. وقد احترم الأفراد المشاركين في الدراسة بعضهم بعضاً على المستوى الشخصي. وكانوا منفتحين أمام تعلم لغة التخصصات الأخرى. وتطوير فهم أساسي لما يمكن أن تقدمه تلك التخصصات لعمل المجموعة. واكتسبوا تدريجياً القدرة على إجراء بحوث متعددة التخصصات. والمناصرة خلال عملية تتسم بالصعوبة في بعض الأحيان. خلقت العلوم الاجتماعية السياسية المباشرة عدم ارتياح بين علماء الصحة. الذين كانوا يفترضون دائماً إمكانية الحياد العلمي. كان إدخال النوع الاجتماعي والفوارق الأخرى بين القدرات في الإطار التحليلي

«جوائز الشرق الأوسط». مجتمعاً جديداً من الباحثين. على أن يجمع بين العلوم الاجتماعية والصحية. وهذا المجتمع. مثل برنامج «جوائز الشرق الأوسط». يجب أن يكون أكثر إنتاجية. إن لم يكن فقط عابر للتخصصات والأجيال. بل يشمل أيضاً الدول العربية وتركيا. كما أدركوا أيضاً أهمية الإرشاد للباحثين الأقل خبرة في مراحل البحث. ونظراً لأن المجموعة نشأت في علاقة ببرنامج الجوائز المبكر هذا. فقد تأثرت بتعريفه للنطاق الإقليمي: الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. بما في ذلك تركيا. وبمرور الوقت. تطور الزخم الذي وفرته الاستمرارية التاريخية داخل مجموعة عمل الصحة الإيجابية. حيث أصبحت منتدى جذاباً للباحثين العرب والأتراك المهتمين بتبادل منظورات التنمية في هذه المنطقة واسعة النطاق من خلال الاستماع إلى أصوات محلية واكتشاف جوانب التبادل. فضلاً عن جوانب الاختلاف غير المتوقعة في طرق إنتاج الصحة محلياً. لا سيما الصحة الإيجابية. إن مثل هذه الروابط بين الجنوب والجنوب. التي اتخذت العديد من الأشكال في المحافل المختلفة. توفر السبل الابستمولوجية والمؤسسية لمقاومة عدم التوازن بين الشمال والجنوب في تطور المعرفة. ونظراً لاشتراك الباحثين العرب والأتراك. أصبحت اللغة الإنجليزية بمثابة اللغة الرئيسية لبرنامج «جوائز الشرق الأوسط» وأيضاً. لنفس السبب. لمجموعة عمل الصحة الإيجابية. على أن الاختيار العمدي للغة الإنجليزية المفهومة للباحثين العرب والأتراك. كان يعني في الوقت نفسه صعوبة تحديد الباحثين في شمال أفريقيا الفرانكوفونية الذين تكفي لغتهم الإنجليزية للمشاركة في التبادل الفكري الهادف.

لقد رحبت بحماس مجموعة عمل الصحة الإيجابية بمشاركة طلاب الدكتوراه والباحثين

تيسير عودتهم إلى ديارهم، وحصولهم على الاعتراف والترقيات، والنهوض بحياتهم الأكاديمية، وجلب الرؤى المبتكرة إلى الأصدقاء المحلية والإقليمية والدولية.

الشبكة الدائمة وأهميتها: الدروس المستفادة من الخبرة

لم يكن كل من حضر الاجتماعات الأولى لمجموعة عمل الصحة الإيجابية في مجلس السكان، في أواخر الثمانينيات بالقاهرة، يتصور أن حياة المجموعة ستمتد كل هذه الفترة. إن استمرارية مجتمع للمعرفة، مثل مجموعة عمل الصحة الإيجابية، ليس بالأمر اليسير في منطقة متفجرة مثل الشرق الأوسط؛ ويمكن تقديم بعض التفسيرات الأولى.

أولاً وقبل كل شيء، لبّت مجموعة العمل حاجة لموسسة بقوة بين الباحثين في المنطقة للتواصل مع باحثين آخرين، ومقاسمة الاهتمام بالصحة والرفاه في البلدان العربية وتركيا. تنامت أهمية هذا التجمع مع التطورات الأخيرة، والنزاعات السياسية في المنطقة التي تزيد من خطر العزلة. ومن الأهمية بمكان التعرف على الجوانب الإقليمية المشتركة والمختلفة من الأفراد الذين يجسدون المعرفة المباشرة؛ ولا يوجد سوى عدد قليل من المنتديات التي تتيح ذلك. يسهل على الباحثين التواصل مع الموجهين والزعماء في أوروبا أو أمريكا الشمالية أكثر من المنطقة، وتعد هذه العزلة الفكرية أمراً ممكناً حتى في الدوائر الأكاديمية الراسخة.

عززت مجموعة العمل دائماً الحوار حول الموضوعات التي تبرز على الصعيد العالمي، ولم يقتصر عملها على فرصة التعلم من المنطقة. وقد تجسّد هذا الحوار العالمي بطريقتين. فمنذ البداية، كان أعضاء المجموعة أنفسهم - الذين ينتمون بالفعل إلى تقاليد بحثية وتعليمية

يُعد تجربة جديدة ومثيرة للقلق، لكن التفاعل المتواصل في الجهود البحثية متعدد الأوجه أدى مع مرور الوقت إلى تقليص هذه التوترات. وفي الوقت نفسه، كان وضع أطر لمقاييس مناسبة يُعد خدياً لعلماء الاجتماع وبعض الباحثين في مجال الصحة العامة لبذل جهود من أجل فهم الأساس البيولوجي للظروف الصحية وأعراضها. فضلاً عن تقدير صعوبات ترجمة المفاهيم الهادفة إلى أدوات رقمية مختلفة.

تطورت المجموعة وتوسعت مع تطور العمل وتوسعه، ونظمت اجتماعات سنوية دعت إليها الباحثين المهتمين بالبحوث الصحية المحلية متعددة التخصصات، من المغرب إلى العراق، واليمن، وسلطنة عمان، ومن السودان إلى تركيا. وقد ساعدت مقترحات التمويل الصغير (منح صغيرة تقدمها الشبكة) على الشروع في البحوث، ووفرت الاجتماعات الصغيرة للمتابعة فرصاً لتصميم دراسات مقارنة في البلدان المختلفة، وتمكين الإرشاد للباحثين الشباب في مختلف المراحل البحثية: طرح السؤال الصحيح بالنسبة للبلد والسياق، تصميم الدراسة، البحث الميداني وجمع البيانات وتحليلها، وكتابة النتائج ونشرها. وفي كل اجتماع سنوي، كان باحثون جدد ينضمون إلى الشبكة.

لقد أثرت مجموعة عمل الصحة الإيجابية في توقعات الباحثين الشباب وحياتهم المهنية، الذين يريدون العمل محلياً ويتمتعون بتفكير نقدي تجاه المناقشات العالمية، والآن أصبحت مجموعة العمل بالنسبة لهم بمثابة مجتمعهم البحثي الحيوي. لقد تعرفوا من خلال مجموعة عمل الصحة الإيجابية على الحقائق الإقليمية بما يتجاوز خبراتهم الوطنية، وهو ما يُثري عملهم في التدريس والبحث، وبطبيعة الحال، الإرشاد من مجتمع يضم كبار الباحثين الداعمين. رغم خطورته، قد ساعد في كثير من الحالات على

لا سيما لدعم المنسق والمساعدين، أمرًا حاسمًا في السنوات المبكرة من الشبكة. عند تأسيس أساليب العمل والاتصالات بين الباحثين، لكن الحاجة إلى التمويل التشغيلي لا تنته أبدًا. وغالبًا ما يبخر الممولون من قيمة الأنشطة الحيوية في الشبكة، مثل الاجتماعات وتوسيع العضوية.⁴¹ وقد أصدرت منظمة الصحة العالمية مؤخرًا دراسة خلل العوامل التي تؤدي إلى نجاح الشبكات البحثية. وأكدت التحدي المتمثل في إيجاد جهات مانحة مستعدة لتمويل هذه البنية الأساسية للشبكة.⁴²

ومن هنا يمكن القول إن الاعتماد على التمويل الخارجي المستمر يُعد نقطة ضعف أساسية بالنسبة لشبكات البحوث. ففي الوقت الحاضر، لا يُعتبر تمويل شبكات البحوث مألوفًا بين المانحين، الذين يقعون تحت ضغوط الفوز قصير المدى وسرعة الأثر الملموس. هذا، في حين تستغرق الشبكات البحثية وقتًا للبناء، ويتسم إظهار التأثير الملموس بالتعقيد.

في السنوات الأخيرة، كان الكثير من العمل التنظيمي والتنسيق في مجموعة العمل يقوم به أعضاء راغبين وقادرين على التطوع بوقتهم. ويعملون في مؤسسات توفر المرونة التي يحتاجونها. فتخطيط الاجتماع السنوي وحده يتطلب ساعات طويلة من عمل المنسق واللجنة الاستشارية. ويُعتبر حاليًا المنسق واللجنة الاستشارية من بين كبار أعضاء مجموعة عمل الصحة الإيجابية، حيث أصبح العديد منهم متقاعدين أو يقتربون من التقاعد. وقد لا يقدر الأعضاء الأصغر سنًا في مجموعة العمل على المشاركة في حمل عبء التنظيم والإدارة؛ فغالبًا ما يواجهون قيود العمل لساعات طويلة بينما لا تدعم بيئات العمل المؤسسي ذلك، ما يجعل من الصعب عليهم منح وقت كاف لمجموعة العمل. لا

مختلفة - جزءًا من شبكات عالمية مختلفة. وقد جلبوا تلك الأفكار والاتصالات المهنية إلى مجموعة عمل الصحة الإيجابية. وبالإضافة إلى ذلك، عزز المتحدثون الرئيسيون المختارون جيدًا في كل اجتماع سنوي التواصل الفكري العالمي، بما في ذلك مع بلدان الجنوب. وفي السنوات الأخيرة، تناول المتحدثون الرئيسيون موضوعات صعبة، مثل: الصحة الإيجابية في إطار الأهداف العالمية للتنمية المستدامة، والإسلام وقانون الأسرة في البلدان العربية، والتحديات التي تواجهها بحوث العلوم الاجتماعية في المنطقة.

يتمثل العامل الثاني والرئيسي لطول عمر مجموعة عمل الصحة الإيجابية في استمرارية التمويل. فقد حصلت مجموعة العمل على دعم مالي أساسي من مؤسسة فورد، من عام ١٩٨٨ حتى عام ٢٠٠٧، مع ثماني منح متتالية على مدى حوالي ٢٠ عامًا. وقد غطى التمويل الأولي تكاليف التنسيق والدعم البرنامجي، والاجتماعات السنوية، والاجتماعات المواضيعية، ومجموعات الدراسة، وأنشطة أخرى مثل التبادلات الإقليمية والتمويل الصغير لمشاريع بحثية جديدة. تعاملت المنسقة بوصفها قائد بحث، حيث قامت بتعبئة وإدارة مجموعة العمل، التي شارك كثير من منها في دراسة الجيزة حول اعتلال الصحة، وبمرور الوقت، تم استكمال منح مؤسسة فورد بتمويل من مصادر أخرى لمشاريع بحثية وحضور الاجتماعات، وعندما انتهى تمويل مؤسسة فورد، تمكنت مجموعة العمل من تأمين استمرار التمويل من المجلس الكندي لبحوث التنمية الدولية. يغطي التمويل الموجودة حاليًا تقديم دعم جزئي للمنسق ومدير البرنامج، ومصروفات للأعضاء للاجتماع والمحافظة على الشبكة، وبعض تكاليف البحوث. ويُعد التمويل الأساسي أو التمويل التشغيلي،

يتمثل العامل النهائي الذي يؤثر في طول عمر مجموعة عمل الصحة الإيجابية في قواعدها المؤسسية الصلبة. كان المكتب الإقليمي لغرب آسيا وشمال أفريقيا، لمجلس السكان، في القاهرة، مصر، يستضيف المجموعة خلال الفترة ١٩٨٨-٢٠٠٤. ومنذ عام ٢٠٠٤ إلى الوقت الحاضر، تستضيف كلية العلوم الصحية، الجامعة الأمريكية في بيروت، لبنان، مجموعة العمل. وقد شجعت المؤسسات الاستقلالية الفكرية والمالية لمجموعة العمل. وفي الوقت نفسه، ساهمتا كمؤسستين دوليتين راسخين في تيسير الأمور العملية اللوجستية، وحماية المجموعة من المشكلات السياسية المحلية. واستكشفت المجموعة خلال عملها إمكانية ترسيخ نفسها ككيان بحثي محلي وقائم بذاته في لبنان أو مصر، أو أي موقع آخر في المنطقة. لكنها استبعدت هذا الخيار في النهاية، نظراً للتعقيدات القانونية وجوانب الضعف السياسية، التي ليست بالقضايا الصغيرة في الشرق الأوسط. وعلى مر السنين، حصلت مجموعة العمل على دعم مؤسسي آخر، مع استمرار المساعدة التي يقدمها الموظفون؛ من فرد واحد يتمتع بذاكرة مؤسسية (نهى جاب الله في مصر)، وتوثيق المقررين التفصيلي للاجتماعات السنوية (تقليد بدأته سينثيا مينتي). وبالتالي، يوجد سجل لا يُقدر بثمن لتطور المجموعة.

الفكرة النهائية حول "المركز-الأطراف" في البحوث
نشأت مجموعة عمل الصحة الإيجابية من رغبة الباحثين الاجتماعيين والصحيين في العالم العربي وتركيا في بناء معرفة جديدة عن الصحة في منطقتهم، معرفة تستند إلى الواقع والشواغل الإقليمية ولكن في تفاعل مع الاتجاهات البحثية العالمية، وكان الطموح يتمثل في إنتاج بحوث تتسم بعدة صفات: النقد، الابتكار، الصلة، الأسس، الصرامة، الثراء، الثقة،

سيما دون تعويض مالي لمؤسستهم. ولعل مثال مجموعة عمل الصحة الإيجابية يُشجع الممولين على العودة إلى دعم تعزيز القدرات البحثية والبنية الأساسية للشبكات البحثية. وحتى ذلك الحين يبقى السؤال: من الذي سيقوم بهذا العمل التنظيمي المجاني في المستقبل؟

يكمّن العامل الثالث الذي يفسر طول عمر مجموعة عمل الصحة الإيجابية في قيادتها، التي نتج عنها روح جماعية قوية ودائمة. تتمتع القيادة بأبعاد تنظيمية وفكرية. كانت هدى زريق المنسق المؤسس، وقادت المجموعة لمدة عشر سنوات (١٩٨٨-١٩٩٨). ونجحت في جذب مجموعة متفانية من الباحثين والممارسين المتنوعين بالحاجة الملحة إلى توجيه انتقاد إلى الأطر العالمية لتعريف الصحة الإيجابية، وتطوير نظريات وأساليب ملائمة لسياق العالم العربي وتركيا. وقد تشكلت خلال تلك الفترة أولويات المجموعة، وقيمها، وثقافتها التنظيمية. كما أن الرؤية الواضحة التي وضعها أعضاء المجموعة قد ساهم أيضاً في تشكيل التزامها بإعطاء صوت لمنظور إقليمي عن طريق التفوق في مجال البحوث، وشجع على النقد الموضوعي والبناء، وأكد الزمالة والتضامن، وليس التنافس. بين الأعضاء، لقد أخذت مجموعة العمل تنمو ببطء في البداية للحفاظ على هذه الروح، التي تتعارض بشكل صارخ والعديد من المؤسسات التي عمل فيها الأعضاء، وأدت إلى جذب العديدين إليها. بعد عام ١٩٩٨، تولت إدارة المجموعة لفترة لجنة استشارية إقليمية تضم كبار أعضاء المجموعة، وقد أضفى ذلك صفة رسمية على الإدارة القائمة على المشاركة، لكنه لم يحقق فاعلية دون تعيين منسق. وفي عام ٢٠٠٨، تسلمت جوسلين دينج - وهي عضو بهيئة التدريس في الجامعة الأمريكية في بيروت - مهمة التنسيق على أساس عدم التفرغ، وقادت مع اللجنة الاستشارية المجموعة وفقاً للروح الأصلية.

مجموعة العمل. تُعد أيضًا نقطة جذب رئيسية للعضوية. هذا، علاوة على قواعد التضامن. سواء بالمشاركة في رعاية الأطفال أثناء الاجتماعات، أو تشجيع بحوث الزملاء الشجعان في سوريا. وكما لاحظت منذ فترة طويلة إحدى العضوات من فلسطين (ريتا جياكامان): «يساعد هذا الدعم الأفراد على التأقلم في زمن أصبحت فيه الجبهة الداخلية جبهة قتال».¹²

الهوامش:

* تأسس مجلس السكان في عام ١٩٥٢. ويقع مقره في نيويورك. يُجري المجلس بحوثًا تتناول القضايا الإنمائية والصحية المهمة. ويوجد لمجلس السكان مكتب إقليمي في القاهرة منذ عام ١٩٧٨. وقد تأسست الجامعة الأمريكية في بيروت عام ١٨٦٦. ولها مقر في ولاية نيويورك. وهي جامعة بحثية تركز على التدريس. وتتمتع بتعاليم بحثية قوية في مجالات العلوم الاجتماعية والصحة العامة.

** شغلت هند خطاب، في الوقت، موقع مدير البحوث في دلتا للاستشارات، القاهرة؛ والراحل نبيل يونس، هو أستاذ طب التوليد وأمراض النساء، جامعة الأزهر، القاهرة؛ وشغلت هدى زريق، في ذلك الوقت موقع مساعد أول بالمكتب الإقليمي لمجلس السكان لغرب آسيا وشمال أفريقيا، القاهرة.

التنوع، التركيز على النساء، التعاونية. تعدد التخصصات، وعلى مدى ما يقرب من ثلاثة عقود، حققت المجموعة نجاحًا في دعم البحوث التي اتسمت بتلك الصفات، وتواصل غرس الثقة والإحساس بالمجتمع المحلي بين الباحثين ذوي التفكير المماثل في المنطقة.

على أنه يصعب في بلدان الأطراف، مثل الشرق الأوسط، أن تتسم البحوث بالنظرة النقدية والابتكار. يتطلب التركيز الإقليمي السليم التمكّن من المعرفة العالمية والمحلية، فضلًا عن القدرة على إبداء ملاحظات محلية ذات مغزى عالمي، وعدم تقديمها ببساطة كانهراف عن العالمية أو كحجة تتعلق بالخصوصية. وتتسم هذه الاعتبارات بأهمية خاصة حيثما تقاطع الصحة، والنوع الاجتماعي، والأجسام؛ لأن هنا تحديدًا تتسم النزعات التعميمية العالمية بقوة شديدة، وهنا تحديدًا توجد حاجة إلى دراسات دقيقة حول الأدوار التأسيسية المتبادلة بين البدني والاجتماعي.

يشترك أعضاء مجموعة عمل الصحة الإيجابية في الالتزام الصارم بالبحوث ذات الصلة حول النساء، والصحة الإيجابية، والصحة العامة بوجه أشمل. لكن المشاركة في الشبكة يمنح للأعضاء ما هو أكثر من مجرد منصة للشحن الفكري من أجل التقاسم والتعلم. إن بيئة الزمالة الجماعية الداعمة، التي تطورت في

1. Ghannam F. Live and die like a man: gender dynamics in urban Egypt. Stanford (CA): Stanford University Press; 2013.
2. Myntti C, Ballan A, Dewachi O, et al. Challenging the stereotypes: men, withdrawal, and reproductive health in Lebanon. *Contraception*. 2002;65(2):165-170.
3. Giacaman R, Shannon HS, Saab H, et al. Individual and collective exposure to political violence: Palestinian adolescents coping with conflict. *Eur J Public Health*. 2007;17(4):361-368.
4. Terzioğlu A. Medical and cultural significance of having children and child health among Syrian and African immigrants in Istanbul. Paper presented at: Session IV-marriage and reproduction during times of duress. Reproductive Health Working Group Annual Meeting; 2015 Jun 13-15; Dhour Choueir, Lebanon.
5. Erol M. Menopause, andropause, and anxieties: medicalization of middle aged sexuality in Turkey. Paper presented at: Session III - midlife and aging transformations: medicalization of natural processes. Reproductive Health Working Group Annual Meeting; 2015 Jun 13-15; Dhour Choueir, Lebanon.
6. Sabbah D. Social inclusion or exclusion? Never married women in West Amman. Paper presented at: Reproductive Health Working Group Annual Meeting; 2010 Jul; Ain Sokhna, Egypt.
7. DeJong J. The role and limitations of the Cairo international conference on population and development. *Soc Sci Med*. 2000;51:941-953.
8. Obermeyer CM. The cultural context of reproductive health: implications for monitoring the Cairo Agenda. *Int Fam Plan Perspect*. 1999;25:S50-S55.
9. Zurayk H. Reproductive health in population policy: a review and look ahead. Paper presented at: XXIII General Population Conference of the International Union for the Scientific Study of Population (IUSSP); 1997 Oct 12-17; Beijing, China.
10. Zurayk H, Khattab H, Younis N, et al. A holistic reproductive health approach in developing countries: necessity and feasibility. *Health Transit Rev*. 1996;6: 92-94.
11. McIntosh CA, Finkle JL. The Cairo conference on population and development: a new paradigm? *Popul Dev Rev*. 1995;21(2):223-260.
12. Zurayk H. Women's reproductive health in the Arab world. Cairo: Population Council; 1994. (Regional Paper 39).
13. Giacaman R, Al-Ryami A, Bashour H, et al. Importance of research networks: the reproductive health working group, Arab world and Turkey. *Lancet*. 2014;383:483-485.
14. Khalil K, Farag A, Anwar AM, et al. Integrating a reproductive health framework within primary care services: the example of the RH intervention study. Cairo: Population Council; 2000; (Policy Series in Reproductive Health No.6).
15. Khattab H, Zurayk H, Younis N. Women, reproduction and health in rural Egypt (the Giza study). Cairo: American University in Cairo Press; 1999.
16. Khattab HA, Zurayk H, Kamal OI, et al. An interview-questionnaire on reproductive morbidity: the experience of the Giza morbidity study. Cairo: Population Council; 1997. (Policy Series in Reproductive Health No. 4).
17. El-Mouelhy M, El-Helw M, Younis N, et al. Women's understanding of pregnancy-related morbidity in rural Egypt. *Reprod Health Matters*. 1994; 2(4):27-34.
18. Zurayk H, Khattab H, Younis N, et al. Concepts and measures of reproductive morbidity. *Health Transit Rev*. 1993; 3(1): 17-40.
19. Khattab H. The silent endurance: social conditions of women's reproductive health in rural Egypt. Cairo: Population Council; 1992.
20. Mawajdeh SM, Al-Qutob R, Schmidt A. Measuring reproductive morbidity: a community-based approach, Jordan. *Health Care Women Int*. 2003; 24(7): 635-649.
21. Deeb ME, Awwad J, Yeretjian JS, et al. Prevalence of reproductive tract infections, genital prolapse, and obesity in a rural community in Lebanon. *Bull World Health Organ*. 2003;81(9):639-645.
22. Al Qutob R, Mawajdeh S. Assessment of the quality of prenatal care: the transmission of information to pregnant women in maternal and child health centers in Jordan. *Int Q Community*

- Health Educ. 1992; 13(1): 47-62.
23. Ghannam F, Sholkamy H, editors. Health and identity in Egypt. Cairo: The American University in Cairo Press; 2004.
 24. Giacaman R, Odeh M. Women's perceptions of health and illness in the context of national struggle in the old city of Nablus, Palestine. Egypt: Population Council Regional Office for West Asia and North Africa; 2002. (Monographs in Reproductive Health, N0.4).
 25. See a summary of these findings in: Choices and Challenges in Changing Childbirth research network. Routines in facility-based maternity care: evidence from the Arab World. BJOG. 2005;112:1270–1276.
 26. Khayat R, Campbell O. Hospital practices in maternity wards in Lebanon. Health Policy Plan. 2000;15(3):270–278.
 27. Sweidan M, Mahfoud Z, DeJong J. Hospital policies and practices concerning normal childbirth in Jordan. Stud Fam Plan. 2008; 39(1): 59-68.
 28. Altaweli RF, McCourt C, Baron M. Childbirth care practices in public sector facilities in Jeddah, Saudi Arabia: a descriptive study. Midwifery. 2014; 30(7): 899-909.
 29. Bashour H, Abdul Salam A. Syrian women's preferences for birth attendant and birth place. Birth. 2005; 32:20-26.
 30. Khalil K, Cherine M, Elnoury A, et al. Labor augmentation in an Egyptian teaching hospital. Int J Gynaecol Obstet. 2004; 85(1): 74-80.
 31. Wick L, Mikki N, Giacaman R, et al. Childbirth in Palestine. Int J Gynaecol Obstet. 2005; 89(2): 174-178.
 32. Kabakian-Khasholian T, El-Kak F, Shayboub R. Birthing in the Arab region: translating research into policy? East Mediterr Health J. 2012; 18(1): 95-99.
 33. Sholkamy H, Hassanein N, Cherine M, et al. An observation checklist for facility-based normal labor and delivery practices: the Galaa study. Cairo: Population Council; 2003. (Monographs in Reproductive Health 5).
 34. Khalil K, Elnoury A, Cherine M, et al. Hospital practices versus evidence-based medicine: categorizing practices for normal birth in an Egyptian teaching hospital. Birth. 2005; 32(4): 283-290.
 35. Kabakian-Khasholian T, Campbell O, Shediach Rizkallah M, et al. Women's experiences of maternity care: satisfaction or passivity? Soc Sci Med. 2000; 51(1): 103-13.
 36. Bashour H, Kharouf MH, Abdulsalam AA, et al. Effect of postnatal home visits on maternal/infant outcomes in Syria: a randomized controlled trial. Public Health Nurs. 2008; 25(2): 115-125.
 37. Bashour HN, Kanaan M, Kharouf MH, et al. The effect of training doctors in communication skills on women's satisfaction with doctor-woman relationship during labour and delivery: a stepped wedge cluster randomised trial in Damascus. BMJ Open. 2013; 3(8): e002674.
 38. Bashour H, Saad-Haddad G, DeJong J, et al. A cross sectional study of maternal 'near-miss' cases in major public hospitals in Egypt, Lebanon, Palestine and Syria. BMC Pregnancy Childbirth. 2015; 15:296.
 39. Kabakian-Khasholian T, El-Nemer A, Bashour H. Perceptions about labor companionship at public teaching hospitals in three Arab countries. Int J Gynaecol Obstet. 2015; 129(3): 223-6.
 40. Jurdi R, Khawaja M. Caesarean section rates in the Arab region: a cross-national study. Health Policy Plan. 2004; 19(2): 101-110.
 41. Erten HN. At least three children but at most three Csections: pronatalism and politics of reproduction in Turkey. Paper presented at: Session III: Reproductive health policies and practices in context (Turkey). Reproductive Health Working Group Annual Meeting; 2016 Jul 13-15; Broumana, Lebanon.
 42. WHO. Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. Geneva: World Health Organization; 2016.
 43. Giacaman R, Rabaia Y, Nguyen-Gillham V, et al. Mental health, social distress and political oppression: the case of the occupied Palestinian territory. Glob Public Health. 2011; 6(5): 547-59.
 44. Hammoudeh W, Mataria A, Wick L, et al. In search of health: quality of life among postpartum Palestinian women. Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res. 2009; 9(2): 123-132.
 45. Giacaman R, Abu-Rmeileh NM, Husseini A, et al. Humiliation: the invisible trauma of war for Palestinian youth. Public Health. 2007; 121: 563-571.
 46. Mataria A, Giacaman R, Stefanini A, et al. The quality of life of Palestinians living in chronic

-
- conflict: assessment and determinants. *Eur J Health Econ.* 2009; 10(1): 93-101.
47. Batniji R, Rabaia Y, Nguyen-Gillham V, et al. Health as human security in the occupied Palestinian territory. *Lancet.* 2009; 373: 1133-1143.
48. Giacaman R, Ghandour R. A people in danger. Effects on health of the 2014 Israeli offensive on the Gaza Strip. Lebanon: United Nations ESCWA; 2016. Available from: <https://www.unescwa.org/sites/www.unescwa.org/files/publications/files/people-danger-effects-health.pdf>
49. Mourtada R, Abdulrahim S. Can early marriage be reduced in a context of forced migration? A community-based multicomponent intervention with Syrian refugee girls in Bekaa, Lebanon. Paper presented at: Session II: Living with war and violence. Reproductive Health Working Group Annual Meeting; 2016 Jul 13-15; Broumana, Lebanon.
50. Giacaman R, Wick L, Abdul-Rahim H, et al. The politics of childbirth in the context of conflict: policies or de facto practices? *Health Policy.* 2005; 72: 129-139.
51. Wick L, Hassan S. No safe place for childbirth: women and midwives bearing witness, Gaza 2008-09. *Reprod Health Matters.* 2012; 20(40): 7-15.
52. Alsaba K. Militarization and the political economy of violence against women in Syria. Paper presented at: Session II: Living with war and violence. Reproductive Health Working Group Annual Meeting; 2016 Jul 13-15; Broumana, Lebanon.
53. Terzioğlu A. Helping the Syrian immigrants: obstacles and opportunities. Paper presented at: Session VI: Dilemmas of humanitarian crisis. Reproductive Health Working Group Annual Meeting; 2016 Jul 13-15; Broumana, Lebanon.
54. Hammoudeh W. War, violence, women and health: critique of existing data in the region. Paper presented at: Session II: Living with war and violence. Reproductive Health Working Group Annual Meeting; 2016 Jul 13-15; Broumana, Lebanon.
55. Lesch A. Middle East Research Awards program in population and development, an appraisal of the first decade. Cairo: The Population Council-West Asia and North Africa; 1990. (Regional Papers No. 35).
56. Freeman R. Learning by meeting. *Critical Policy Stud.* 2008; 2(1): 1-24.
57. World Health Organization/Tropical Diseases Research program. Key enabling factors in effective and sustainable research networks: findings from a qualitative research study. Geneva: WHO; 2016.

رضا النساء وقدرتهن على التحكم أثناء الولادة، في ثلاث دول عربية

بقلم: تامار كاباكيان-خاشوليان،^(أ) هيام باشور،^(ب) أمينة النمر،^(ج) ميادة خروف،^(د) صلاح شيخة،^(هـ) ناصر اللقاني،^(و) رفيق بركات،^(ز) عهدو الشيخ،^(ح) نادية نامه،^(ط) ربيع شاهين،^(ي) أنaida بورتيليا.^(ك)

(أ) تامار كاباكيان-خاشوليان Tamar Kabakian-Khasholian: أستاذة مساعدة. قسم صحة المجتمع المحلي والنهوض بالصحة. كلية العلوم الصحية. الجامعة الأمريكية في بيروت. ص.ب. ١١-٢٣٦٠. رياض الصلح/بيروت ١١٠٧-٢٠٢٠. لبنان.

المراسلات: tk00@aub.edu.lb

(ب) هيام باشور Hyam Bashour: أستاذة. قسم الأسرة وطب المجتمع. كلية الطب. جامعة دمشق. دمشق. سوريا.

(ج) أمينة النمر Amina El-Nemer: أستاذة. كلية التمريض. جامعة المنصورة. شارع الجمهورية. ميت خميس وكفر الموجي. المنصورة. محافظة الدقهلية ٣٥٥١٦. مصر.

(د) ميادة خروف Mayada Kharouf: محاضرة. قسم شؤون الأسرة وطب المجتمع. كلية الطب. جامعة دمشق. دمشق. سوريا.

(هـ) صلاح شيخة Salah Sheikha: أستاذ وعميد. قسم شؤون الأسرة وطب المجتمع. كلية الطب. جامعة دمشق. دمشق. سوريا.

(و) ناصر اللقاني Nasser El Lakany: أستاذ التوليد وأمراض النساء. قسم التوليد وأمراض النساء. كلية الطب. جامعة المنصورة. شارع الجمهورية. المنصورة قسم ٢. المنصورة. محافظة الدقهلية. مصر.

(ز) رفيق بركات Rafik Barakat: أستاذ التوليد وأمراض النساء. قسم التوليد وأمراض النساء. كلية الطب. جامعة المنصورة. شارع الجمهورية. المنصورة قسم ٢. المنصورة. محافظة الدقهلية. مصر.

(ح) عهدو الشيخ Ohoud Elsheikh: أستاذ مساعد. كلية التمريض. جامعة المنصورة. شارع الجمهورية. ميت خميس وكفر الموجي. المنصورة. محافظة الدقهلية ٣٥٥١٦. مصر.

(ط) نادية نامه Nadia Nameh: مساعدة بحثية. قسم صحة المجتمع المحلي والنهوض بالصحة. كلية العلوم الصحية. الجامعة الأمريكية في بيروت. ص.ب. ١١-٢٣٦٠. رياض الصلح/بيروت ١١٠٧-٢٠٢٠. لبنان.

(ي) ربيع شاهين Rabih Chahine: طبي توليد وأمراض النساء. قسم التوليد وأمراض النساء. مستشفى جامعة رفيق الحريري. بيروت. لبنان.

(ك) أنaida بورتيليا Anayda Portela: موظف تقنية. قسم صحة الأم والرضع حديثي الولادة وصحة الأطفال والراهقين. منظمة الصحة العالمية. Avenue Appia, ٢٠، ١٢٠٢، Geneva. جنيف. سويسرا.

ترجمة: ???

موجز المقال: يُعتبر رضا النساء وقدرتهن على التحكم أثناء الولادة من السمات المهمة في خبرة الولادة وفي نوعية مؤشرات الرعاية. يعرض هذا المقال نتائج مرحلة ما قبل التدخل لدراسة تناول التنفيد في مراكز متعددة في مصر ولبنان وسوريا. بغية إدخال نموذج مرافقة للمرأة الحامل أثناء المخاض في هذه البلدان. وقد أجرى موظفون ميدانيون مؤهلون مقابلات مع عينة تضم ٢٦٢٠ امرأة أُجبن في ثلاثة مستشفيات تعليمية عامة خلال الفترة من نوفمبر ٢٠١٤ إلى يوليو ٢٠١٥ في بيروت والمنصورة؛ وخلال الفترة من نوفمبر ٢٠١٤ إلى أبريل ٢٠١٥ في دمشق. هذا، علاوة على استخراج معلومات إضافية من الجداول الطبية. واستُخدمت صيغة معدلة من «مقياس ماكي لتصنيف الرضا أثناء الولادة». لقياس مدى رضا النساء. كما استُخدمت الصيغة المختصرة من «مقياس أجينتري للمخاض» (Labor Agency Scale) لتقييم قدرة التحكم أثناء الولادة. وكانت النتيجة الإجمالية للرضا مرتفعة في جميع البلدان. مع تسجيل أدنى مستوى للرضا في مصر. ترتبط قدرة التحكم خلال الولادة ارتباطاً مباشراً بالرضا. وتجدر الإشارة هنا إلى أن النساء ذات المستويات التعليمية المنخفضة شعرن بمستويات أعلى من الرضا عن الولادة. أما النساء اللواتي لديهن عدد أقل من الأطفال في مصر ولبنان. وأولئك اللواتي حصلن على رعاية من فريق من الأطباء الذكور والإناث في المستشفى السوري. فكان أكثر استياء من نظيرتهن. وقد تُفسر الاختلافات في إدارة الرعاية وتوفيرها بين البلدان الثلاثة الفروق في مستويات الرضا الملحوظة. وثمة حاجة إلى مزيد من

البحوث النوعية لتعميق فهمنا لمفاهيم التحكم والرضا في الثقافة العربية. وكذلك لتحديد العوامل المرتبطة بخبرات النساء الإيجابية في الولادة وذلك لإفادة في تقديم رعاية للأمومة عالية الجودة.

الكلمات الرئيسية: الرضا أثناء الولادة. تصور التحكم أثناء المخاض. مصر. لبنان. سوريا.

مقدمة

تعتبر الولادة حدثًا مهمًا يُحدث تغييرًا في الحياة. كما تؤثر خبرات النساء في الولادة على رفاه المرأة على المدى الطويل والقصير.^{٢٠} وتشير المراجعات المختلفة إلى أن شعور النساء بالتحكم أثناء المخاض يُعدّ محدّدًا مهمًا لإحساسهن بالرضا في خبرة الولادة.^{٤٥} بما يمثل مؤشرًا مهمًا على نوعية خدمات رعاية الأمومة.^١

لقد ثبت أن رضا المرأة عن تجربة الولادة يؤثر على علاقتها بطفلها الرضيع. وعلى احترامها الذاتي وصورتها الذاتية. كما يؤثر على توقعاتها للولادة في المستقبل.^{٧٣١} وقد ثبت أيضًا أن القدرة على التحكم أثناء الولادة تُعدّ أقوى عنصر في خبرات النساء في الولادة.^{١١٨} وفي سلوكهم أثناء المخاض وتفاعلهم مع مقدمي الرعاية.^١ بما يساهم إلى حد كبير في شعور النساء بالتحقق والرفاه بعد الولادة.^{١٢١} يرتبط الرضا أيضًا بموقف مقدم الرعاية. وحسن التواصل مع مقدمي الرعاية. ومدى استجابة الموظفين لتلبية احتياجات المرأة.^{١٣٩} ويشير تقرير إلى أن عدم الرضا تجاه الرعاية والتصورات المتعلقة بنقص السيطرة أثناء عملية الولادة قد أدى إلى تفضيل العمليات القيصرية في أي ولادة أخرى في المستقبل.^{١٤}

وقد أفادت الأدبيات عن ارتباط عدد من العوامل المتعلقة بالسياسات والتنظيم والإدارة. على المستوى الفردي ومستوى المنظومة. بالخبرات الإيجابية للولادة مثل: مشاركة النساء في عملية صنع القرار. ومدى الوصول إلى المعلومات. والألفة مع مقدم الرعاية. والدعم أثناء المخاض. ونوع الولادة.^{١٧-١٥.٥.١١} كما وجد استعراض منهجي

أن علاقة العوامل الديموجرافية - مثل التعليم. والسن. والحالة الاجتماعية-الاقتصادية. والحالة الزوجية - بالرضا عن الولادة ليست كبيرة. ما عدا بالنسبة لمستويات الرضا الأعلى عند تكرار الولادات^٥ وعند مستويات التعليم العليا.^٩

وعلى الرغم من الاعتراف المتزايد بأهمية الخبرات الإيجابية للنساء في الولادة. كسمة أساسية لنوعية الرعاية والعناية التي تركز على المرأة.^{١٨-٢٠} ركزت أساسًا البحوث المتعلقة بنوعية رعاية الأمومة على تجنب الآثار الضارة. ولكن مع إيلاء اهتمام ضئيل بخبرات النساء في الولادة.^{١١} وفي عام ٢٠١٦. طرحت منظمة الصحة العالمية إطارًا لنوعية رعاية النساء الحوامل والأطفال حديثي الولادة. مع تسليط الضوء على أهمية خبرات النساء بما يشمل توفير الرفقة أثناء المخاض والولادة. وكفالة تقديم رعاية محترمة للأمومة.^{١٢} كما شهدت الآونة الأخيرة حركات اجتماعية - مثل أنسنة الولادة. وتعزيز النهج الذي يركز على المرأة - تهدف إلى الحيلولة دون عدم الاحترام وسوء المعاملة. فضلًا عن تحسين خبرات المرأة مع الرعاية.^{١٣} ويُعدّ تقديم الدعم العاطفي من خلال مرافق الولادة أحد مكونات نازج الدعوة إلى احترام رعاية الأمومة.^{١٤.٢٥}

يهدف هذه المقال إلى وصف مستويات الرضا في خبرة الولادة. وقدرة التحكم في الولادة لدى نساء أجنبي في مستشفيات عامة بثلاث دول عربية متوسطة الدخل - مصر. ولبنان. وسوريا - وتحديد عوامل تقديم الخدمة المرتبطة بشعورهن بالرضا. ويحلل هذا المقال بيانات نتائج مرحلة ما قبل التدخل في دراسة تنفيذ بحثية بمراكز

الثلاثة: حيث توجد فجوة كبيرة بين الممارسات المتبعة بشكل روتيني وأفضل الممارسات في مجال رعاية الأمومة. علاوة على عدد من الممارسات غير الضرورية أو حتى الضارة، مثل: عدم ذكر حث الحماض، والحقن الشرجية، وشق المهبل خلال الحماض؛ ويجري تطبيقها بشكل روتيني.^{٢٢} كما أن معدل الولادات القيصرية في هذه البلدان يسير وفق تزايد هذه الاتجاهات في أنحاء العالم الكافة: حيث بلغ ٤١٪ في لبنان^{٢٤} بناء على دراسات تستند إلى المستشفيات، و٥٢٪ في مصر^{٢٥} وحوالي ٢٧٪ في سوريا^{٢٦} استناداً إلى الدراسات السكانية، وتشير دراسات سابقة في المنطقة إلى عدم وجود سياسات وطنية أو سياسات بالمستشفيات تدعم الرفقة أثناء الحماض في هذه البلدان. فضلاً عن أن خيارات النساء لوجود رفقة أثناء الحماض لا تؤخذ دائماً في الحسبان في لبنان، ولا تؤخذ في الاعتبار أبداً تقريباً في مصر وسوريا.^{٢٣} وهو الأمر الذي يتناقض واحتياج النساء للدعم وجنب خبرات الخوف والعزلة الموثقة سابقاً في هذه البلدان.^{٢١}

موقع إجراء الدراسة

تم اختيار مستشفى تعليمي عام في كل من المنصورة في مصر، وبيروت في لبنان، ودمشق في سوريا، كمواقع لإجراء المشروع. والمستشفيات الثلاثة هي مستشفيات تعليمية جامعية تقدم خدماتها للسكان الذين ينتمون إلى المستويات الاجتماعية-الاقتصادية المنخفضة والمتوسطة. كما تضم عدداً كبيراً من الولادات مقارنة بالمستشفيات الأخرى في مناطقهم الجغرافية. كما تخدم أيضاً مستشفيات بيروت ودمشق عدداً كبيراً من اللاجئين السوريين أو النساء النازحات داخلياً، ويوجد في مستشفيات المنصورة ودمشق قسم عام وقسم خاص. بينما لا يوجد في مستشفى بيروت سوى قسم عام، ومع ذلك، لم تشمل هذه الدراسة سوى المشاركات

متعددة لتطوير وإدخال نموذج رفقة أثناء الحماض في المستشفيات العامة. وقد حددت خلال هذه المرحلة مستويات خط الأساس للرضا وتصورات قدرة التحكم، بغية تنوير تنفيذ التدخل وقياس التغييرات أثناء التنفيذ.

خدمات رعاية الأمومة في البيئات الثلاثة

تختلف بنية نُظُم الصحة في البلدان العربية الثلاثة (مصر، ولبنان، وسوريا) المشاركة في هذا المشروع. وفي هذا الصدد، ينشط في مصر وسوريا القطاع العام والحماض في تقديم الخدمات. وفي لبنان، يهيمن القطاع الخاص. وتتسم الرعاية في البيئات الثلاثة بأنها مجزأة، مع عدم استمراريتها بدءاً من قبل الولادة إلى رعاية ما بعد الولادة. وتزايد نسبة الإنفاق الشخصي على الصحة في البلدان الثلاثة، على الرغم من أن أفضل نظام للتأمين الصحي فيهم يوجد في لبنان. وبالإضافة إلى ذلك، يؤثر استمرار عدم الاستقرار السياسي في المنطقة على تقديم خدمات الرعاية الصحية وتيسير الوصول إليها في هذه البلدان الثلاثة. ونلاحظ أن الوضع في سوريا قد تغير منذ بداية النزاع عام ٢٠١١، حيث أفادت التقارير بإغلاق حوالي نصف مرافق الرعاية الصحية العامة أو توقف عملها نتيجة لتعذر الوصول إلى الرعاية الصحية.^{٢١}

تصل معدلات الخصوبة الإجمالية في مصر وسوريا إلى حوالي ٣، بينما تبلغ ١,٥ في لبنان.^{٢٧} وقد شهدت المنطقة العربية، بما فيها هذه البلدان الثلاثة، انخفاضاً في مستويات وفيات الأمهات خلال العقود الأخيرة.^{٢٨} اقتراًنا بارتفاع مستويات القابلات الماهرات.^{٢٩} وتشير أحدث التقديرات إلى سبعة من كل عشرة مواليد في المرافق الصحية في سوريا^{٣٠} ومصر^{٣١} و٩٨٪ من الولادات في مستشفيات لبنان.^{٣٢} يزداد الطابع الطبي للولادة في بيئة المستشفى بهذه البلدان

من موت الجنين داخل الرحم، ومن قلت أعمارهن عن ١٨ سنة، طبقنا قيود العمر لتشمل النساء اللاتي يمكنهن إبداء موافقة مستنيرة دون الحاجة إلى الحصول على موافقة وصي، مع الأخذ في الحسبان أن الوصي القانوني للنساء اللاتي تقل أعمارهم عن ١٨ سنة قد لا يكون حاضرًا في وقت الاختيار، وقد بلغ المعدل العام للرفض ١,٤٪ في المواقع الثلاثة.

تتولى العاملات الميدانيات التدريبات فحص سجل الحاض والولادة يوميًا، والاقتراب من النساء المؤهلات للدراسة في جناح الولادة قبل خروجهن من المستشفى بفترة تتراوح من ٦ ساعات إلى ٤٨ ساعة كحد أقصى بعد الولادة، للحصول على موافقة مستنيرة وإجراء مقابلة باستخدام استبيانات هيكلية، وقد أمكن تقييم البيانات الاجتماعية-الديمقراطية، ورضا النساء عن خبرة الولادة وتصورهن عن التحكم أثناء الحاض، وذلك من خلال المقابلات مع النساء باستخدام الاستبيان، وبالإضافة إلى ذلك، تولى أحد الموظفين استخلاص المعلومات من الجداول الطبية على أساس يومي باستخدام نموذج أعده فريق الدراسة، وأمكن الحصول على معلومات حول نوع الولادة، ومقياس أبجار، وطول فترة الحاض، من المخططات الطبية.

ولقياس رضا المرأة، استخدمنا مقياس ماكي لتصنيف معدل الرضا أثناء الولادة، وهو مقياس من ٣٤ بند بشأن الموثوقية والصحة، ويتكون من ستة أبعاد فرعية تضم الجوانب المتصلة بالنفس، والشريك، والطفل، والمرضة/القابلة، والطبيب، ومقياس التصنيف العام،^٩ تشير النساء إلى درجة الرضا في كل عنصر باستخدام مقياس ليكرت المكون من ٥ نقاط، تم تعديل هذا المقياس إلى مقياس من ٣١ بند، الذي سبق ترجمته واستخدامه باللغة العربية في دراسة سابقة.^{٣٧} كما تمت تعديلات إضافية، تتعلق بالصيغة

اللاتي يستخدمن القسم العام من مستشفى دمشق ومستشفى المنصورة، أما الرعاية في فترة الحاض، فتقدمها أساسًا، في جميع المواقع الثلاثة، القابلات والممرضات والمقيمات، مع وجود اختلافات طفيفة بين البيئات المختلفة، تتولى كليات المقيمات رعاية الولادة في سوريا ومصر، وتتولى المقيمات وأطباء التوليد رعاية الولادة في لبنان، توجد في مستشفيات دمشق والمنصورة غرف تضم كل منها من ٤ إلى ١٢ امرأة في كل غرفة، بينما غرف الحاض والولادة في المستشفى المختار في بيروت مجهزة لتضم امرأة واحدة فقط، لا تسمح سياسات مستشفيات دمشق والمنصورة وجود رفقة أثناء الحاض، كما لا يقدم العاملون بها الدعم المستمر في فترة الحاض، تسمح مستشفى بيروت بالرفقة خلال الحاض، لكن هذه الممارسة ليست مؤسسية الطابع وغالبًا ما تُترك لتقدير مقدم الرعاية.

الأساليب

شاركت في الدراسة، في مرحلة ما قبل التدخل، عينة بلغت إجمالاً ٢٦٢٠ امرأة (٧٠٩ في المنصورة، و٧٠٥ في بيروت، و١٢٠٦ في دمشق)، أُجبن في ثلاثة مستشفيات مختارة، تم حساب حجم العينة استنادًا إلى نسبة تقليص مُقدرة تبلغ ٤٪ في المتوسط من معدلات العمليات القيصرية في البلدان الثلاثة (٣٥٪)، والناج الأولي للاهتمام بالدراسة التدخلية، والنظر في قوة بنسبة ٨٥٪ ومستوى دلالة يبلغ ٥٪، توجهنا إلى النساء اللاتي أُجبن ووافقن على المشاركة في الدراسة خلال الفترة من نوفمبر ٢٠١٤ إلى يوليو ٢٠١٥ في بيروت والمنصورة، ومن نوفمبر ٢٠١٤ إلى أبريل ٢٠١٥ في دمشق، استمر الاختيار خلال فترات زمنية مختلفة في جميع أيام الأسبوع، استبعدنا من الدراسة النساء اللاتي صنف مقدمو الرعاية حالاتهن عند وصولهن إلى المستشفى بأنها شديدة الخطورة، واللاتي عانين

بيروت، وجامعة دمشق، وجامعة المنصورة، والمستشفى في بيروت، و"لجنة المراجعة الأخلاقية" التابعة لمنظمة الصحة العالمية. كما كفلنا موافقة وتعاون إدارة المستشفيات الثلاثة المختارة. وحصلنا على موافقات خطية من النساء قبل إجراء المقابلات.

وقد أجرينا بدايةً تحليلًا وصفيًا للمتغيرات ذات الصلة بهذه الدراسة، واستخدمنا إحصاءات مربع كاي (Chi-squared statistics)، واختبار تحليل التباين (ANOVA) لمقارنة الخصائص الاجتماعية-الديموغرافية وتلك المتعلقة بالولادة بين المواقع المختارة في البلدان الثلاثة. أنشأنا درجات فرعية للأبعاد الفرعية لمقياس الرضا، بالإضافة إلى درجة الرضا التام. وأجرينا تحليل الانحدار المتعدد للتعرف على العوامل التي تحدد الرضا التام في هذه العينة. ولهذا الغرض، جمعنا متغيرات التعليم والنوع الاجتماعي (gender) لأطباء التوليد في متغيرات ثنائية. ضم انخفاض مستوى التعليم فئات الأميين والتعليم الأولي، وضم مستوى التعليم المرتفع فئات التعليم الابتدائي وأعلى. جمعنا متغير النوع الاجتماعي لطبيب التوليد باعتباره وجودًا وللجنسين في الفريق مقابل وجود جنس واحد فقط.

النتائج

بلغ متوسط عمر النساء عند الولادة في هذه المستشفيات ٢٦ عامًا، وأفادت الغالبية العظمى بأنهن لا يعملن خارج المنزل. كما تباينت المستويات التعليمية للنساء بين المواقع القطرية المختلفة؛ حيث زاد عدد النساء ذات المستوى التعليمي المنخفض في المستشفيات السورية واللبنانية، وزاد عدد النساء ذات المستوى التعليمي الأعلى من الثانوي في المستشفى المصري. مع مستويات أعلى من التعليم الثانوي. ووجدنا أن متوسط عدد الأطفال أعلى في سوريا (٣,٥٣)

باللغة العربية. لهذه الدراسة. أما البنود التي استبعدناها، وكانت تخص توقعات النساء، لم تكن ذات صلة بالنساء في هذه السياقات. وتم اختبار المقياس تجريبيًا في ثلاثة مواقع. لفهم الصياغات المستخدمة باللغة العربية. وتم حساب معاملات الانساق الداخلي للموثوقية لهذا المقياس المعدل من البيانات المستخدمة في دراسة سابقة أجريت في لبنان^{٣٧} (المقياس الإجمالي ٠,٩٥، النفس ٠,٩٣، الزوج/العائلة ٠,٩٧، الرضيع ٠,٨٣، المرضة ٠,٩٥، الطبيب ٠,٩٥). ووجد أنه قابل للمقارنة بتلك التي تمت الإفادة بها في الصيغة الأصلية للمقياس باللغة الإنجليزية.^٩

واستخدمنا مقياس أجينتري للمخاض، لتقييم تصور النساء عن التحكم؛ وهو مقياس من ٢٩ بند. مع صيغة مختصرة من ١٠ بنود تقيس التحكم الشخصي أثناء الولادة. مع خصائص سيكولوجية قوية ثابتة من الصحة والموثوقية. ٣٨. ويتم قياس درجة انفاق أو اختلاف النساء مع كل بند على مقياس ليكرت من ٧ نقاط. استخدمنا صيغة مختصرة من ١٠ بنود، التي تُرجمت إلى اللغة العربية ثم مرة أخرى إلى اللغة الإنجليزية للتأكد من دقة الترجمة. وتم اختبارها تجريبيًا في المواقع الثلاثة. وتم عكس الترميز للبنود التي صيغت بعبارات سلبية. بحيث أصبحت أعلى درجة على المقياس تعكس بند تحكم شخصي أعلى.

حددنا المتغيرات المستقلة من الأدبيات (التعليم، وكثرة الإنجاب، ونوع الولادة)، ومن البحوث التكوينية التي أجراها فريق الدراسة قبل التدخل. حيث لوحظ تفضيل النساء الحصول على الرعاية من الإناث مقدمات الدعم.^{٣٧}

وحصلنا على الموافقة الأخلاقية من "مجلس المراجعة المؤسسية" بالجامعة الأمريكية في

عنه في لبنان (٢,٦٨) ومصر (٢,١٩) (الجدول ١).

أعلاه في المستشفى المصري (٣٢,٤)%. وأدناه في المستشفى السوري (١٦,٣)%. وأفادت ١٤% فقط من النساء في مصر عن أقل من أربع زيارات ما قبل الولادة، بينما أفادت بذلك ٢٣,٧% من النساء في لبنان و٣٢,٥% من النساء في الموقع السوري (الجدول ١).

أفادت ٣٣% من النساء في لبنان بوجود أطباء من الذكور والإناث ضمن فريق تقديم رعاية الخاض والولادة، بينما كان أغلب أطباء التوليد من الذكور في الموقع المصري (٧٢,٥)%. ومن الإناث في الموقع السوري (٦٠,٦)%. وبلغ معدل العمليات القيصرية

جدول ١: الخصائص الاجتماعية-الديموجرافية والإيجابية للنساء، وفقاً للمواقع التَّطرية (العدد=٢٦٢٠)

الخصائص	سوريا العدد=١٢٠٦		لبنان العدد=٧٠٥		مصر العدد=٧٠٩		القيمة-p
	العدد	%	العدد	%	العدد	%	
العمر (متوسط (SD))	١٢٠٥	٢٦,٠٨ (٦,٠٧)	٦٩٠	٢٦,٠٧ (٥,٥٦)	٧٠٩	٢٦,٣ (٥,١٨)	٠,٦٦٣
تعليم المرأة							٠,٠٠٠
أمية	٤٢٢	٣٥,٠	٢٩٠	٢٩,٥	٨١	١١,٤	
أولي	٤٠٤	٣٣,٥	٢٣٩	٣٣,٩	١٤٦	٢٠,٦	
ابتدائي	١٧٩	١٤,٨	١٥٩	٢٢,٦	٢٣٢	٣٢,٧	
ثانوي	١٠٢	٨,٥	٢٦	٣,٧	٢٠٢	٢٨,٥	
جامعي	٩٩	٨,٢	٧٢	١٠,٢	٤٨	٦,٨	
تعمل							٠,٠٠٠
لا	١١٣٠	٩٤,٢	٦٧٢	٩٥,٣	٦٢٩	٨٨,٧	
نعم	٧٠	٥,٨	٣٣	٤,٧	٨٠	١١,٣	
عدد الأطفال (متوسط (SD))	١٢٠٦	٣,٥٣ (٢,٠٢)	٦٧٦	٢,٦٨ (١,٧٨)	٧٠٩	٢,١٩ (١,١٩)	٠,٠٠٠
نوع جنس الطبيب							٠,٠٠٠
أنثى	٧٢١	٦٠,٦	٣٦٢	٥١,٥	١٩٢	٢٧,١	
ذكر	٣٣١	٢٧,٨	٢١٦	٣٠,٦	٥١٤	٧٢,٥	
الجنسان في الفريق	١٣٧	١١,٥	٢٣٤	٣٣,٢	٣	٠,٤	
نوع الولادة							٠,٠٠٠
طبيعية	١٠١٠	٨٣,٧	٥٦٩	٨٠,٧	٤٧٩	٦٧,٦	
قيصرية	١٩٦	١٦,٣	١٣٦	١٩,٣	٢٣٠	٣٢,٤	
درجة أبحاث (متوسط (SD))	١١٩٥	٨,٥٢ (١,٥٢)	٦٩٥	٨,٨٤ (٠,٧)	٧٠٩	٨,٨٤ (١,٧٨)	٠,٠٠٠
الزيارات السابقة على الولادة							٠,٠٠٠
أقل من ٤ زيارات	٣٩٠	٣٢,٥	١١٧	٢٣,٧	١٠٢	١٤,٤	
٤ زيارات أو أكثر	٨١٠	٦٧,٥	٥٣٨	٧٦,٣	٦٠٧	٨٥,٦	

ملاحظة: قد لا يُضاف الإجمالي بسبب القيم المفقودة.

الدرجات التي حصلنا عليها في العينة من لبنان وأدنى الدرجات من مصر باستثناء الأبعاد الفرعية للرضيع والممرضة/القابلة حيث وجدنا أدنى المستويات في سوريا. أما تصور التحكم أثناء المخاض، وفقاً لمقياس أجينتري للمخاض، فقد كان يدور حول درجة متوسطة ($X=44.9$): تتراوح بين ٠-٧٠). وكان الأدنى في مصر (الجدول ٢).

كان متوسط درجة الرضا عن الولادة، وفقاً لمقياس ماكي لتصنيف الرضا أثناء الولادة، مرتفعاً في العينة بمجملها ($X=113.3$): يتراوح بين ٤٥-١٥٥). كان أعلى في لبنان ($X=127.4$; $SD=22$)، وأقل من المتوسط في مصر ($X=99.5$; $SD=20.5$)، وبلغ في سوريا ($X=104.2$; $SD=16.2$)، وتختلف أيضاً درجات الرضا للأبعاد الفرعية عن أعلى

جدول ٢: مستويات رضا النساء عن الولادة، وتصورهن عن التحكم أثناء المخاض، (مقياس أجينتري للمخاض): وفقاً للموقع القطري (العدد ٢٦٢٠)

المجموع		سوريا العدد=١٢٠٦		لبنان العدد=٧٠٥		مصر العدد=٧٠٩		
متوسط (SD)	العدد	متوسط (SD)	العدد	متوسط (SD)	العدد	متوسط (SD)	العدد	
(٢٤,٣) ١١٣,٣	١٤٩٢	(١٦,٢) ١٠٤,٢	٣٠٠	(٢٢,٠) ١٢٧,٤	٦٨٩	(٢٠,٥) ٩٩,٥	٥٠٣	الرضا النطاق (١٥٥-٤٩)
(٣,٢) ١٤,٨	٢٣٥٦	(٢,٦) ١٤,٤	١٠٥٦	(٣,٩) ١٥,٨	٧٠٤	(٣,١) ١٤,٣	٥٩٦	عام النطاق (٢٠-٤)
(٧,٢) ٣١,٠	٢٣٢٢	(٥,٤) ٣١,٥	١٠٤٢	(٧,٦) ٣٣,٨	٧٠٤	(٧,٥) ٢٦,٥	٥٧٦	الذات النطاق (٤٥-٩)
(٢,٤) ٦,٧	٢٤٤٨	(٢,٠) ٥,٢	١١٦٣	(١,٨) ٨,٩	٦٩٠	(١,٧) ٧,١	٥٩٥	الرضيع النطاق (١٠-٢)
(٦,٣) ٢٥,٤	١٧١٩	(٣,٨) ٢٢,٦	٣٨٩	(٦,٨) ٢٨,٩	٧٠٣	(٥,٠) ٢٣,٣	٦٢٧	ممرضة/قابلة النطاق (٣٥-٧)
(٥,٥) ٢٧,٣	٢٤٧٠	(٣,٨) ٢٦,٨	١١١٩	(٥,٦) ٣١,١	٧٠٤	(٥,٣) ٢٤,٠	٦٤٧	الطبيب النطاق (٣٥-٧)
(١,٨) ٧,٧	٢٣٦٠	(١,٢) ٧,٧	١٠٥٧	(١,٩) ٨,٧	٧٠٤	(١,٨) ٦,٣	٥٩٩	الزوج/الأسرة النطاق (١٠-٢)
(١١,٧) ٤٤,٩	٢٢٦٤	(١٢,٩) ٤٦,٢	١٠٧٨	(١١,٥) ٤٦,٥	٦٩٦	(٦,٦) ٤٠,٠	٤٩٠	مقياس أجينتري للمخاض

موقع قطري: بينما أزلنا نوع جنس الطبيب من النموذج الذي يضم عينة المواقع الثلاثة. وبين الجدول ٣ أن رضا النساء يزيد في عينة مصر مع زيادة عدد أطفالهن ($p<0.1$) وتصورهن عن التحكم أثناء المخاض ($p<0.000$). تحددت تنبؤات ماثلة لعينة لبنان ($p<0.000$). أما بالنسبة لعينة الموقع السوري، تتنبأ الزيادة في مستوى التحكم المتصور خلال المخاض بزيادة في مستوى الرضا ($p<0.000$). بينما وجود أطباء من الجنسين في الفريق يقلل من مستويات رضا المرأة عن الولادة ($p<0.05$). وعند

قمنا بحساب الروابط بين المتغيرات والأبعاد الفرعية لدرجة الرضا. فضلاً عن إجمالي مستوى الرضا عن الولادة، وقد وجدنا أن تعليم المرأة، وعدد الأطفال، وموقع البلد، ونوع جنس الطبيب، وتصور السيطرة، ترتبط إلى حد كبير بالرضا عن الولادة ($p=0.000$). بينما لم يتضح أن نوع الولادة يقترن إحصائياً بالرضا ($p=0.220$). أدخلنا تعليم المرأة، ونوع جنس الطبيب، وتصور التحكم، وعدد الأطفال، في نموذج انحدار متعدد، بغية تحديد العوامل المحددة للرضا العام بشكل منفصل لكل

مستوى الرضا ٤,٨٩ نقطة للنساء اللاتي يتمتعن بمستوى أعلى من التعليم، مقارنة بالنساء ذات المستوى التعليمي المنخفض (p<.000).

ضم عينات جميع المواقع الثلاثة. يظل التحكم المتصور أثناء الحاض (p<.000)، وعدد الأطفال (p<.01) . تظل مؤشرات مهمة لزيادة مستويات الرضا. إضافة إلى المستوى التعليمي للمرأة، انخفض

جدول ٣: تحليل الانحدار البسيط بمتغيرات التي تتنبأ بإجمالي الرضا عند الولادة، وفقاً للبلد وللعينة في مجملها

متغير	مصر العدد=٧٠٩			لبنان العدد=٧٠٥			سوريا العدد=١٢٠٦			المجموع		
	β	SEB	B	β	SEB	B	β	SEB	B	β	SEB	B
تعليم منخفض	٠,٠٠١-	٢,٠٨	٠,٠٤-	٠,٠٥٧-	١,٤٢	٢,٥٨-	٠,٠٥٧-	١,٤٢	٢,٥٨-	٠,٠٠١-	٢,٠٨	٠,٠٤-
أطباء من الجنسين في الفريق	-	-	-	٠,٠٩٦-	٠,٧٩	١,٧٩-	٠,١٠	٠,٧٢	٠,٢٤	-	-	-
عدد الأطفال	٠,٠١٣٧	٠,٧٨	٢,٣٠	٠,٠٣٨	١,٣٨	٠,٠١١	٠,٠٣٨	١,٣٨	٠,٠٣١	٠,٠٣١	٠,٠١٧	
مقياس أجنيتري للمخاض	٠,٠١٦	٠,٠١٦	١,٠٩	٠,٠٠٨	١,١٦	٠,٠٠٨	٠,٠٠٨	١,١٦	٠,٠٠٨	٠,٠٠٨	٠,٠٠٨	
R ^٢												
F ^٢												

p<.001; **p<.01; *p<.05***
 تمت إزالة متغير نوع جنس الطبيب من تحليل عينة مصر. حيث أفادت ثلاث نساء فقط بأنهن تلقين الرعاية من أطباء من الجنسين.
 ٢ معامل تحديد مدى تناسب النموذج مع البيانات.
 ٣ إحصائيات قياس مدى دقة قياس معامل الانحدار.

مناقشة

قامت هذه الدراسة بتقييم الرضا وتصور القدرة على التحكم أثناء الولادة بين عينة كبيرة من النساء يلدن في ثلاثة مستشفيات عامة في مصر، ولبنان، وسوريا، وكشفت نتائجنا عن درجة عالية من الرضا ومستوى متوسط من تصور قدرة التحكم أثناء الحاض في كل بلد وفي العينة الإجمالية من النساء اللاتي أُجبن في المستشفيات العامة الثلاثة، وكان التحكم المتصور أثناء الحاض مؤشراً مهماً على حسن مستويات الرضا بين نساء مواقع الدراسة الثلاثة.

وبالإضافة إلى ذلك، كان الرضا أقل في حالات وجود عدد قليل من الأطفال في عينتي مصر ولبنان، وتلقي الرعاية من فريق يضم أطباء ذكور وإناث في المستشفى السوري.

من المعروف أن عدم وجود خيار للنساء في العناية التي يحصلن عليها أثناء الحاض والولادة، ونقص الوعي بشأن الخيارات البديلة، يؤدي إلى انخفاض توقعات النساء أثناء الولادة^{٣٩} وقد يُفسر جزئياً ارتفاع مستوى الرضا الذي وجدته هذه الدراسة عند النظر في نوع الرعاية المقدمة في هذه المستشفيات، كما أن إجراء المقابلات مع النساء في أوائل فترة ما بعد الولادة في المستشفى قد يمثل أيضاً عاملاً في ارتفاع مستويات الرضا التي تمت الإفادة بها، أما الرضا الأولي ومشاعر الضعف البدني والعاطفي، فقد أفادت بها النساء مسبقاً لإخفاء أي مشاعر سلبية قد توجد لديهن^{٤٠} وقد كانت هناك إفادات مشابهة حول ارتفاع مستويات الرضا في عينة نساء في مستشفى للولادة في بلجيكا

في هذه البيئات.^{٤٣،٣٣،٤١} فضلاً عن غياب الدعم المهني أو العادي المستمر أثناء المخاض والولادة. يلعب دوراً في الحد من شعور النساء بقدرة التحكم. وفي الواقع، يمكن تفسير أعلى الدرجات التي لوحظت في لبنان مقارنة بالمواقع الأخرى، بتوفر الدعم العادي أثناء المخاض.

إن النتيجة التي وصلنا إليها، من أن النساء اللاتي شملتهن هذه الدراسة ويتمتعن بقدرة تحكم أعلى أفدن مزيد من الرضاح أثناء الولادة، إنما تماثل ما أفادت به الأدبيات من حيث تعريف قدرة التحكم الشخصية باعتبارها أهم مؤشر للرضا خلال الولادة في البيئات المختلفة.^{١٠،١٢،٤٠-١٢،٨} وقد وجدنا أن رضا النساء في الولادة يتحسن مع زيادة عدد الأطفال، لا سيما في عينتي مصر ولبنان. فقد مرت هؤلاء النساء بخبرات سابقة مع منظومة الرعاية، ولذلك تشكلت توقعاتهن بالفعل وفقاً للإجراءات المتبعة في تلك المرافق. ويمكن أن نعزو غياب هذه العلاقة في عينة سوريا إلى عدم وجود خبرة سابقة للولادة في مستشفى لدى النساء النازحات من المناطق الريفية إلى المناطق الحضرية بسبب النزاع السائد.

تميل درجات الرضا في هذه الدراسة إلى الانخفاض مع زيادة مستويات التعليم. كانت النساء ذات المستوى التعليمي المنخفض أكثر رضا من نظيراتهن ذات المستوى التعليمي الأعلى. وعلى الرغم من أن هذا الاتجاه لا يُعتد به إحصائياً، فقد لوحظ أساساً في عينة الموقع اللبناني. وكما أشرنا سابقاً، يمكن أن يُفسر انخفاض التوقعات من منظومة الرعاية بين هذه المجموعة من النساء هذه النتيجة، فضلاً عن عدم رغبتهن في التعبير عن عدم الرضا لا سيما عندما تجري المقابلات في بيئة المستشفى. لقد سبق أن قمنا بتوثيق انخفاض توقعات

وهولندا باستخدام نفس المقياس.^{٤١} واختلافًا مع نتائجنا، وجدت دراسة في الأردن مستويات عالية من الرضا عن رعاية الأمومة عند إجراء مقابلات مع النساء خلال زيارتهن للعيادات العامة في الأسبوع السابع بعد الولادة.^{٤١} وتجادل هودنته أنه لا يوجد وقت يمكن اعتباره الوقت الأمثل لقياس الرضا عن الولادة، وأن ذلك يعتمد إلى حد كبير على غرض الدراسة، وكما ذكرنا سابقاً. كان هدفنا في هذه الدراسة يتمثل في رصد الاختلافات في الرضا نتيجة للتدخل المخطط. كما استخدمنا البيانات التي تمت الإفادة بها هنا باعتبارها خط الأساس. وعلى الرغم من ارتفاع درجة متوسط الرضا، كانت هناك اختلافات طفيفة في المستويات بين المواقع الثلاثة؛ وهو الأمر الذي قد يُعزى إلى اختلاف عملية الرعاية بين مستشفى لبنان حيث تحصل النساء على غرف منفردة للمخاض والولادة، ومستشفى مصر حيث وجدنا أن الاكتظاظ وانعدام الخصوصية هي الشكاوى الرئيسية التي أعربت عنها النساء.^{٣١} ويمكن أيضاً تفسير هذه الاختلافات بسياق النزاع والنزوح الذي يؤثر على سوريا ولبنان. تضم مستشفيات هذين البلدين المشمولين بالدراسة تقديم خدمات للأجنات والنازحات داخلياً، ولذلك من المتوقع أن تتردد النساء في انتقاد الرعاية التي حصلن عليها بينما يشعرن "بالامتنان" لوصولهن إلى المستشفى وإجاب طفل يتمتع بالصحة.

وجدنا أن قدرة التحكم المتصورة أثناء المخاض تقع على مستوى متوسط في العينة الإجمالية، مع درجات أعلى قليلاً في لبنان وسوريا من مصر. من المعروف أن قدرة التحكم الشخصي يمكن تحقيقها بتوفير الدعم المهني أو العادي بهدف تمكين المرأة من تحمل الألم والشعور بالإحجاز والفاعلية الذاتية.^{٤٠،١٢،٨،٤١} وفي هذا الصدد، فإن غياب فرص المشاركة في عملية صنع القرار

في التواصل حول المسائل الشخصية والخضوع للاختبارات المهبليّة.^{٤٤،٤٥} ويُعتبر وجود مقدمي رعاية من الذكور في الفريق إلى جانب مقدمي الرعاية الإناث. من الأمور التي لا تبعث على الاحترام في هذا السياق ويؤثر على رضا النساء عن الرعاية.

حددت هذه الدراسة عددًا من القيود. تعتمد هذه الدراسة على البيانات التي تم جمعها لمشروع تدخل. وهو الأمر الذي لم يتيح لنا استكشاف جميع العناصر المحتملة المرتبطة برضا النساء. علاوة على ذلك. من الأرجح أن إجراء المقابلات مع النساء في المستشفى بعد الولادة بساعات أو أيام قليلة قد أدى إلى تحوّل الرضا تجاه مستويات أكثر تفضيلاً. ونحن نوصي أن تستوعب الأبحاث المستقبلية في هذا المجال التغييرات المتوقعة في خبرات الولادة لدى النساء على مر الزمن. إن الدراسات النوعية. التي تطرح فهماً متعمقاً لمفاهيم التحكم والرضا في الثقافة العربية. من شأنها أن تقدم إسهامات مهمة إلى الجهود المبذولة لإضفاء طابع إنساني على إجراء الولادة في مناطق أخرى.^{٤٦} فضلاً عن المساهمة في الخطاب العالمي حول عدم الاحترام وسوء المعاملة خلال الولادة.^{٤٧}

تقدم هذه الدراسة المقارنة متعددة الأقطار نظرة ثاقبة إلى خبرات النساء في الولادة ومدى رضاهن في البلدان العربية. وتوفر الدراسة معلومات سياقية حول أهمية شعور النساء بالقدرة على التحكم في تشكيل خبراتهن بشأن الرعاية في فترة الحاض. ما قد يسفر عن آثار مهمة على السياسات. والممارسات. والبحوث. وهناك حاجة إلى إجراء المزيد من البحوث لفهم الأبعاد المختلفة لخبرات النساء في الولادة في نُظُم الرعاية الصحية المختلفة ومناطق العالم المختلفة.

النساء. وذلك خلال دراسة نوعية أُجريت في تلك المواقع^{٤٦} وكشفت عن أن النساء يصلن إلى هذه المستشفيات مع معرفتهن بأن المنظومة العامة لا توفر سوى القليل. وبالتالي يقبلن السياسات والإجراءات دون معارضتها. وبالمثل. تولت دراسة سابقة في لبنان توثيق انخفاض توقعات النساء وعدم رغبتهن في الإفادة عن عدم الرضا. حيث ربطت النساء الرضا بنتيجة الولادة.^{٤٤} تفيد النساء عن تجارب سلبية في الولادة عندما لا تتطابق مع توقعاتهن وخبرتهن الفعلية.^{٤٥} ونحن نعتقد النساء في دراستنا لم يعانين من عدم التطابق هذا. نظراً لانخفاض توقعاتهن الأولية. قد توجد بعض الاختلافات في التوقعات وفقاً للمستوى التعليمي لهذه الفئة من النساء التي تستحق مزيداً من البحث. إن عدم الرضا بنوع الولادة في هذه الدراسة يماثل بعض البيئات الأخرى.^{٤٥} وربما شكّل تزايد العمليات القيصرية في البلدان الثلاثة توقعات النساء. عن طريق تطبيع هذه الممارسة وزيادة قبولها. وبالتالي انخفاض توقعات الولادة المهبليّة.

كان نوع جنس طبيب التوليد متغيراً آخر وجدنا أنه يقترن برضا النساء عن تجربة الولادة. وتجدر الإشارة إلى أن النساء في المستشفيات التي تناولتها هذه الدراسة ليس من حقهن اختيار مقدمي الرعاية الصحية. وجدنا في مستشفيات لبنان وسوريا فرقاً تضم الذكور والإناث من أطباء التوليد. والمقيمين. وطلاب الطب والتمرير الذين يحضرون الولادة. وكان هذا العامل يثير عدم الرضا بين النساء في المستشفى السوري. مقارنة بتقديم الرعاية من طبيب أو طبيبة. ويجب دراسة هذه النتيجة جنباً إلى جنب مع حقيقة أن غالبية النساء في عينة الموقع السوري يتلقين الرعاية من طبيبة. تُفضل النساء في الثقافات العربية طبيبات التوليد. حيث يشعرن بسهولة أكبر

شكر وتقدير

يود المؤلفون توجيه الشكر إلى إدارة وموظفي المستشفيات الثلاثة المشاركة، فضلاً عن جميع النساء اللاتي شاركن في الدراسة. كما يُعرب المؤلفون عن تقديرهم للدعم التقني المقدم من قسم صحة الأم والرضع والأطفال والمراهقين التابع لمنظمة الصحة العالمية. ويتوجه المؤلفون بالشكر إلى السيدة لورا وبك لمراجعة النسخ المبكرة من هذا المقال.

التمويل

حصلت الدراسة على تمويل من "التحالف المعني بالسياسة الصحية ونُظُم البحوث". منظمة الصحة العالمية (جنيف) بدعم من الوكالة النرويجية للتعاون الإنمائي (نوراد). والوكالة السويدية للتعاون الإنمائي الدولي (سيادا). ووزارة المملكة المتحدة للتنمية الدولية.

المراجع

1. Simkin P. Just Another day in a woman's life? Women's long-term perceptions of their first birth experience. Part I. Birth. 1991; 18(4): 203-210.
2. Nilsson L, Thorsell T, Wahn E, et al. Factors influencing positive birth experiences of first-time mothers. Nurs Res Pract. 2013; 2013: 349124.
3. Reisz S, Jacobvitz D, George C. Birth and motherhood: childbirth experience and mothers' perceptions of themselves and their babies. Infant Ment Health J. 2015; 36(2):167-178.
4. Meyer S. Control in childbirth: a concept analysis and synthesis. J Adv Nurs. 2013; 69(1): 218-228.
5. Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. Am J Obstet Gynecol. 2002; 186(5): S160-S172.
6. Tuncalp O, Were WM, MacLennan C, et al. Quality of care for pregnant women and newborn - the WHO vision. BJOG. 2015; 122(8): 1045-1049.
7. Waldenström U, Borg I, Olsson B, et al. The childbirth experience: a study of 295 new mothers. Birth. 1996; 23(3): 144-153.
8. McCrea B, Wright M. Satisfaction in childbirth and perceptions of personal control in pain relief during labour. J Adv Nurs. 1999; 29(4): 877-884.
9. Goodman P, Mackey M, Tavakoli A. Factors related to childbirth satisfaction. J Adv Nurs. 2004; 46(2): 212-219.
10. Green J, Baston H. Feeling in control during labor: concepts, correlates, and consequences. Birth. 2003; 30(4): 235-247.
11. Lobel M, DeLuca RS. Psychosocial sequelae of cesarean delivery: review and analysis of their causes and implications. Soc Sci Med. 2007; 64(11): 2272-2284.
12. Gibbins J, Thomson, AM. Women's expectations and experiences of childbirth. Midwifery. 2001; 17: 302-313.
13. Ahmad I, Nawaz A, Khan S, et al. Predictors of patient satisfaction. Gomal J Med Sci. 2011; 9(2): 183-188.
14. Ryding EL. Investigation of 33 women who demanded a cesarean section for personal reasons. Acta Obstet Gynecol Scand. 1993; 72: 280-285.
15. Fair C, Morrison T. The relationship between prenatal control, expectations, experienced control, and birth satisfaction among primiparous women. Midwifery. 2012; 28(1): 39-44.
16. Leap N, Sandal J, Buckland S, et al. Journey to confidence: women's experiences of pain in labour and relational continuity of care. J Midwifery Womens Health. 2010; 55(3): 234-242.
17. Bryanton J, Gagnon AJ, Johnston C, et al. Predictors of women's perceptions of the childbirth experience. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2008; 37(1): 24-34.
18. Siassakos D, Clark J, Sibanda T, et al. A simple tool to measure patient perceptions of operative birth. BJOG. 2009; 116: 1755-1761.
19. Arulkumaran S, Wells B, Boddington R. Lessons learnt from the reorganization of maternity

-
- services. *Br J Hosp Med (Lond)*. 2008; 69(2): 74–77.
20. Larkin P, Begley C, Devane D. Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis. *Midwifery*. 2009; 25: e49–e59.
 21. Attanasio L, Mcpherson M, Kozhimannil K. Positive childbirth experiences in US hospitals: a mixed methods analysis. *Matern Child Health J*. 2013; 18(5): 1280–1290.
 22. Tunçalp Ö, Were WM, MacLennan C, et al. Quality of care for pregnant women and newborns – the WHO vision. *BJOG* 2015; 122: 1045–1049.
 23. Diniz SG, Bick D, Bastos MH, et al. Empowering women in Brazil. *Lancet*. 2007; 370(9599): 1596–1598.
 24. White Ribbon Alliance. *Respectful maternity care: the universal rights of childbearing women*. Washington (DC): White Ribbon Alliance; 2011.
 25. World Health Organization. *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth: WHO statement*. Geneva: World Health Organization; 2014.
 26. Humanitarian Health Action [Internet]. Geneva: World Health Organization; c2017. Five facts on the Syrian crisis and its impact on health; 2016 Jan 12. Available from: <http://www.who.int/hac/crises/syr/releases/28january2016/en/>
 27. The World Bank [Internet]. Washington (DC): World Bank Group; c2016. Available from: <http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.CBRT.IN/countries>
 28. Alkema L, Chou D, Hogan D, et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1190 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *Lancet*. 2016; 387: 462–474.
 30. he World Bank [Internet]. Washington (DC):: World Bank Group; c2016. Available from: <http://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.BRTC.ZS?view=chart>
 31. Pan Arab Project for Family Health (PAPFAM) Survey. Damascus: Syrian Bureau of Statistics; 2009.
 32. El Zanaty F, Way A. *Egypt demographic and health survey 2008*. Cairo: Ministry of Health, El-Zanaty and Associates, and Macro International; 2009. Available from: <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/fr220/fr220.pdf>
 33. Ministry of Social Affairs. *Lebanon family health survey 2004*. Beirut: Ministry of Social Affairs & the Arab League; 2006.
 34. Choices and Challenges in Changing Childbirth Research Network (CCCC). *Routines in facility-based maternity care: evidence from the Arab World*. *BJOG*. 2005; 112: 1270–1276.
 35. DeJong J, Akik C, El Kak F, et al. The safety and quality of childbirth in the context of health systems: mapping maternal health provision in Lebanon. *Midwifery*. 2010; 26: 549–557.
 36. Ministry of Health and Population [Egypt], El-Zanaty and Associates [Egypt], and ICF International. *Egyptian demographic and health survey*. Cairo and Rockville. Maryland: Ministry of Health and Population and ICF International; 2015. Available from: <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/fr302/fr302.pdf>
 37. Kabakian-Khasholian T, El-Nemer A, Bashour H. Perceptions about labor companionship at public teaching hospitals in three Arab countries. *Int J Gynaecol Obstet*. 2015; 129: 223–226.
 38. Kabakian-Khasholian T, Shayboub R, Kanaan M, et al. Promoting women's participation in maternity care in Lebanon. *Int J Childbirth*. 2015; 5(3): 166–176.
 39. Hodnett ED, Simmons-Tropea DA. The Labour Agency Scale: psychometric properties of an instrument measuring control during childbirth. *Res Nurs Health*. 1987; 10(5): 301–310.
 40. van Teijlingen ER, Hundley V, Rennie A, et al. Maternity satisfaction studies and their limitations: "What Is, Must Still Be Best". *Birth*. 2003; 30(2): 75–82.
 41. Christiaens W, Bracke P. Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a crossnational perspective. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2007; 7(26). Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/7/26>.
 42. Mohammad KI, Alafi KK, Mohammad AI, et al. Jordanian women's dissatisfaction with childbirth care. *Int Nurs Rev*. 2014;61:278–284.
 43. Bashour H, Abdulsalam A, Al-Faisal W, et al. The patterns and determinants of maternity care in Damascus. *East Mediterr Health J*. 2008; 14(3): 595–604.
 44. Bashour HN, Kanaan M, Kharouf MH, et al. The effect of training doctors in communication skills on women's satisfaction with doctor–woman
-

-
- relationship during labour and delivery: a stepped wedge cluster randomised trial in Damascus. *BMJ*. 2013; 3: e002674.
45. Kabakian-Khasholian T, Campbell O, Shediak-Rizkallah M, et al. Women's experiences of maternity care: satisfaction or passivity? *Soc Sci Med*. 2000; 51: 103–113.
46. Sadler LC, Davison T, McCowan LME. Maternal satisfaction with active management of labor: a randomized controlled trial. *Birth*. 2001; 28(4): 225–235.
47. Bashour H, Abdulsalam A. Syrian women's preferences for birth attendant and birth place. *Birth*. 2005; 32(1): 20–26.
48. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLOS Medicine*. 2015; 12(6):e1001847.

البقاء والتفاوض: روايات النساء السوريات في لبنان حول المضاعفات الخطيرة لحديثي الولادة

بقلم: ليفيا ويك*

* ليفيا ويك Livia Wick: قسم علم الاجتماع والأنثروبولوجيا والدراسات الإعلامية، الجامعة الأمريكية ببيروت، بيروت، لبنان.

المراسلات: lw01@aub.edu.lb

موجز المقال: وضعت منظمة الصحة العالمية تقريرًا حول الأمهات والأطفال حديثي الرضع الذين نجوا من مضاعفات أثناء الولادة، وحول نظام للتدقيق والتغذية المرتدة بهدف إلى تحسين نوعية الرعاية في فترة الولادة وبعدها. وكجزء من دراسة مقارنة لأربعة مستشفيات في منطقة الشرق الأوسط. يناقش هذا المقال خبرات الأمهات اللاتي عانى أطفالهن الرضع من مضاعفات خطيرة عند الولادة في مستشفى رفيق الحريري الجامعي، المستشفى العام الوحيد في بيروت. استند المقال إلى مقابلات منزلية متعمقة بعد الولادة بعدة أسابيع، بهدف استكشاف خبرة نجا الأطفال الرضع من تعقيدات الولادة من خلال سرد الأمهات عن ظروف الولادة. ضمت الشواغل الأساسية لهؤلاء النساء الضعيفات والمهمشات: الحصول على رعاية للأطفال حديثي الولادة، وكيفية التعامل مع بيروقراطية المستشفى، والديون، وتجادل الورقة بأن الجوانب المالية والبيروقراطية للمضاعفات يجب أن تشكل جزءًا من نظام للتدقيق وصنع السياسة، إلى جانب المسائل الطبية، في السعي نحو تحقيق المساواة في الحصول على رعاية وإدارة جيدة قبل الولادة.

الكلمات الدالة: مضاعفات خطيرة، رعاية الأطفال حديثي الولادة، الحصول، تكلفة الرعاية، الشرق الأوسط.

مقدمة

في سياق منطقة تعاني من عدم الاستقرار السياسي، وتستضيف أكبر عدد من اللاجئين في العالم، فضلاً عن عدد كبير من الأيدي العاملة الأجنبية، جذر الاستعانة بمنظور متعدد الطبقات حول العلاقة بين الصحة، والحصول على الرعاية الصحية، ونظم الرعاية الصحية في منطقة الشرق الأوسط. لقد أولت البحوث مؤخرًا اهتمامًا خاصًا بالإنتاج الاجتماعي للمرض¹ والعلاقة بين الحرب واللاجئين والرعاية الصحية²، والحوكمة³، واستنادًا إلى هذه الأدبيات، نستكشف روايات النساء والأسر التي عانى أطفالها الرضع من مضاعفات خطيرة في مستشفى رفيق الحريري الجامعي، المستشفى العام الوحيد في بيروت. تسأل هذه الورقة: كيف يمكن أن يؤدي فهم المرأة للمضاعفات الخطيرة في الولادة إلى تنوير

وعينا بأسباب الأحداث المخوفة بالخطر وإدارتها؟ وكيف يمكن أن يساهم فهم أوسع لمسارات النساء الضعيفات في مساعدة مقدمي الخدمات وصانعي السياسة على التغلب على الحواجز التي تعترض وجود رعاية جيدة في الولادة؟⁴ تتعرض اللاجئات الفقيرات والنساء الأجنبية في لبنان لمخاطر من أجل الحصول على الرعاية الصحية. وتعد رعاية الرضع المعرضين للخطر بعد الولادة إشكالية بصفة خاصة، نظرًا لارتفاع التكلفة وندرة الرعاية التكنولوجية العالية. وتوضح الأدلة أن التغطية الشاملة للتدخلات ذات مردودية التكلفة من شأنها خفض اعتلال ووفيات حديثي الولادة⁵، بينما يمكن أن يؤدي ارتفاع التكلفة غير المتوقعة في العناية المركزة للأمهات أو الأطفال حديثي الولادة إلى دفع الأسر نحو الفقر المدقع⁶.

الخطيرة" حاليًا يضع في الحسبان العوامل الطبية القريبة أساسًا على حساب المسائل المتعلقة بالحصول على الرعاية وتكلفتها. وعلى هذا النحو، يحتاج مفهوم المضاعفات الخطيرة إلى توسيع نطاق تركيزه ليشمل المسائل الاجتماعية، والبيروقراطية، والإدارية، التي تؤثر على حياة النساء والأطفال حديثي الولادة.

وتجدر الإشارة إلى أن البيانات المقدمة هنا تستفر عن آثار منهجية على البحوث المتعلقة بصحة الأم والطفل. وفي حين يركز هذا المشروع على تجارب الأمهات، مثل معظم الأعمال السابقة حول المضاعفات الخطيرة التي يتعرض لها الأطفال حديثي الولادة، تطرح قصص النساء عن الرضع في المستشفى أن الآباء، فضلًا عن العاملين بالمستشفى، هم مقدمو الخدمات الأساسية ولذا يجب إدراجهم في البحوث المستقبلية.

ينقسم هذا المقال إلى أربعة أجزاء. يعرض أولاً، دراسة الحالة والأساليب. ويصف، ثانيًا، سياق النظام الصحي. ويضم، ثالثًا، ثلاث قصص حول خبرة المضاعفات الخطيرة. وينتهي المقال بالجدال حول ضرورة إدماج القضايا الإدارية والمالية على المستوى الجزئي، التي تتفاعل في المستشفى. باعتبارها جزءًا من حدث "المضاعفات الخطيرة".

الأساليب

كانت هذه الدراسة جزءًا من دراسة مقارنة لأربعة بلدان حول حالات المضاعفات الخطيرة التي تعاني منها الأمهات والأطفال حديثي الولادة في أربع مستشفيات عامة في الشرق الأوسط. أقرت كل من لجنة مراجعة أخلاقيات البحوث بمنظمة الصحة العالمية واللجنة المناظرة بالجامعة الأمريكية في بيروت، بروتوكول الدراسة. في لبنان، جمعت البيانات من مستشفى رفيق

مفهوم "المضاعفات الخطيرة": لحظة تاريخية موجزة في مجال الرعاية الصحية. لم يكن حتى منتصف التسعينيات أن ظهرت كتلة حرجية من بحوث السلامة في مختلف تخصصات الطب لتشكل نُظْم للإفادة عن مضاعفات الولادة.⁹ وقد شددت برامج التنمية وسياسات منظمة الصحة العالمية على "المناطق الجغرافية للصحة العامة".¹⁰ مع التركيز على أوجه الترابط بين المؤسسات ومقدمي الخدمات، وغيرهم من أصحاب المصلحة، فضلًا عن السياق الاجتماعي-السياسي. وقد تمثلت إحدى النتائج في وضع منظمة الصحة العالمية لأسلوب التقارير عن المضاعفات الخطيرة التي تعاني منها الأمهات والأطفال حديثي الولادة، ونظام التدقيق والتغذية المرتدة التي تهدف إلى تحسين الجودة والأداء في مجال الرعاية عن طريق البحث في سلسلة الأحداث التي تؤدي إلى مضاعفات خطيرة.¹¹ إن البحوث حول حالات المضاعفات الخطيرة للأطفال حديثي الولادة وليس حول حالات وفيات الرضع فقط (ظاهرة نادرة)، يمكن أن توفر المزيد من المعلومات حول الأخطاء التي حدثت وذلك لأن العينة أكبر، والوالدين متاحين لإعطاء تغذية مرتدة، كما يمكن أن تساهم في قيام هيئة العاملين المسؤولين عن التوليد ورعاية الرضع بتحسين ممارساتها. جنبًا لبيئة اللوم.^{12،13}

بناء على الأدبيات المتعلقة بالإنتاج الاجتماعي للمرض.^{14،15} واستنادًا إلى مفهوم شيرين حمدي حول "المسببات السياسية" للمرض،¹ فإنني أجادل من أجل فهم أوسع نطاقًا للمضاعفات الخطيرة التي تشمل عوامل اجتماعية واقتصادية وبيروقراطية. يتمثل أحد الشواغل الرئيسية لدى أفراد الأسرة في خوفهم من العجز عن تأمين الأموال اللازمة لعلاج الرضع، والتكتيكات المختلفة المستخدمة للتفاوض بشأن الرعاية المركزة للأطفال حديثي الولادة. لكن مفهوم "المضاعفات

ثمانية أمهات لرضع عانوا من مضاعفات خطيرة ومع أسرهم. بعد تقديم شرح للدراسة وإجراء عملية تفصيلية للموافقة الخطية المستنيرة. وبالإضافة إلى ذلك، قمت بتسجيل ملاحظاتي الميدانية بعد كل زيارة. كانت معظم الجيبات يعشن على مسافة لا بأس بها من المستشفى (٢٠١ ساعة بالسيارة). وعلى الرغم من أن انتقالني إلى منازلهم كان يستغرق وقتًا طويلًا، فقد شعرن بالراحة للتحديث خارج المستشفى. كما أن الفترة الفاصلة بعد الولادة أثرت الفهم حول كيفية تعامل الآباء والأمهات مع مضاعفات الولادة. وقد استغرقت المقابلات من ساعتين إلى ثلاث ساعات. وفي حين طلبت الاجتماع مع الأم، فقد انضم أفراد الأسرة الآخرين إلى الحديث. وهكذا، كان الزوج أيضًا. في بعض المقابلات، يسرد روايته. على أن القصص المقدمة هنا تستند أساسًا إلى المقابلات التي أجريت مع النساء. تنتمي الجيبات الثمانية إلى قطاع السكان المهمشين في لبنان. كانت خمسة منهن سوريات. وواحدة إثيوبية. واثنان من الرعايا اللبنانيين من قضاء عكار الحروم من الخدمات. كانت منازلهن صغيرة. تتراوح من شقق تضم غرفتين إلى كوخ سابق التجهيز في موقع بناء. وقد اقتصر في هذه الورقة على ثلاث قصص نظرًا لمحدودية المساحة. وأيضًا لأن هذه القصص تُعبر بشكل أفضل عن مواضيع القصص الثمانية: الكفاح من أجل البقاء، والتفاوض بشأن أسعار رعاية المضاعفات الخطيرة. مع الاحتفاظ في الوقت نفسه بالخصائص المميزة للقضية المطروحة. لقد اخترت حالات السوريات الثلاث. نظرًا لأن الصعوبات التي واجهتها للحصول على الرعاية الصحية كانت أكثر حدة حتى من حالات غيرهن من المهاجرات والمهمشات في لبنان. ولذلك توضح حالاتهن تكتيكات البقاء والمفاوضات بجلاء أكبر. شهدت إحدى الحالات الثلاث وفاة الرضيع بعد خروجه من المستشفى. ومع أنها حالة استثنائية في هذه

الحريري الجامعي لفترة امتدت ٤١ أسبوعًا. بين ١ أغسطس ٢٠١١ و٣١ مايو ٢٠١٢^{١٦} من إجمالي ١١٧٨ ولادة. حددت حالات ٤ أمهات. و١٧ طفل حديث الولادة. وحالة واحدة لمضاعفات أم-رضيع خطيرة. وذلك عن طريق شخص مقيم مدفوع الآخر لجمع البيانات وفقًا لمعايير منظمة الصحة العالمية. وملء استمارة منظمة الصحة العالمية (يمكن الاطلاع على مزيد من التفاصيل في المرجع السابق). جرى تعريف حالة المضاعفات الخطيرة للأطفال حديثي الولادة على أنها حالة أي رضيع عانى من اعتلال شديد (المعايير: أقل من ١,٥ كجم. أقل من ٣١ أسبوعًا من الحمل. أو معدل "أبجار" أقل من خمسة في ٥ دقائق) ونجا من المضاعفات خلال الأيام السبعة الأولى من حياته. وضمت المرحلة التالية تدقيقًا وتغذية مرتدة على أساس معياري. من خلال اجتماعات جماعية مصممة، في بيئة لا تلقي باللوم. لتحديد العوامل التي تتطلب التعديل.^{١٧} جرى الاتصال بالأمهات أولاً عن طريق إحدى الممرضات. وبعدها قمت بترتيب اجتماعات في منازلهن في أنحاء لبنان كافة. في الأسابيع التالية. وكان هدفي من التعاون مع هذا المشروع يكمن في وضع مجموعة دراسات الحالة الموجهة أنثروبولوجيًا (في مقابل التوجه الإكلينيكي الغالب). مستقاة من الأمهات وأو الأطفال حديثي الولادة الذين تعرضوا لمضاعفات خطيرة. طلبت من هؤلاء النساء إخباري بقصصهن حول المضاعفات الخطيرة التي تعرضن لها ووصف تجاربهن المرضية. وإخباري عن الولادة. والوجود بالمستشفى. وجهودهن في التعامل مع الحدث. وردود أفعال الناس في المستشفى وفي مجتمعاتهن. وتأثير تلك الأحداث على حياتهن.

أدرت المقابلات المنزلية المتعمقة باللغة العربية. وسجلتها. ونسخت أشرطة التسجيل؛ وذلك بعد الولادة بفترة تتراوح بين شهر وثلاثة أشهر مع

الدراسة، فإن القصة توضح كيف تُعتبر تكلفة الرعاية والحصول عليها ضروريين للحد من مخاطر وفيات الرضع وإصابتهم بالأمراض.

طلبت منهن سرد قصة الولادة من بداية الحمل حتى خروج الطفل من المستشفى. وهو ما أظهر "قصص" الولادة ورعاية أطفالهن الرضع في المستشفى.

البيئة

اعتزمت معظم النساء أن يلدن في مستشفيات أخرى. لكنهن ذهبن إلى مستشفى رفيق الحريري الجامعي في بيروت بسبب المضاعفات. لقد أسفرت الحرب الأهلية التي طال أمدها في لبنان (١٩٧٥-١٩٩٠) عن نظام للصحة لا يتمتع سوى بالحد الأدنى من لوائح الدولة. ويتطور كقطاع خاص دون معوقات. ويضم مجموعة مجزأة من مقدمي الخدمات بالإضافة إلى المنظمات غير الحكومية. فضلاً عن ارتفاع الإنفاق الشخصي (حوالي ٣٩٪ من الإنفاق على الصحة).^٥ يحصل أقل قليلاً من نصف المواطنين اللبنانيين على تغطية من خلال برامج الصحة الوطني. ويعتمد الباقون على الإعانات التي تقدمها وزارة الصحة العامة وقطاع المنظمات غير الحكومية. يحق للمواطنين اللبنانيين الحصول على رعاية في مستشفى عمومي بتكلفة منخفضة (٨٥٪ من رسوم المستشفى مُغطاة). أما الفئات المهمشة في لبنان التي لا تتمتع بوضع المواطنة - مثل الفلسطينيين، والبدو، والسوريين - فهم يعانون من قيود كبيرة للحصول على الرعاية الصحية. كان بإمكان البعض، قبل الحرب السورية، عبور الحدود السورية والحصول على خدمات أرخص.^{١٨} يبلغ عدد السوريين في لبنان ١,٥ مليون، ويشكلون ٢٥٪ من سكان لبنان. ينتشرون في جميع أنحاء البلد. بما يُعقد إدارة المعونة الإنسانية.^{١٩} وهو ما يشكل

عبئاً على الخدمات الصحية المضغوطة بالفعل. تقتصر الإحالة إلى المستشفى على حالات الطوارئ الطبية والتوليد. وتغطي مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين ٧٥٪ من التكلفة. وقد أسفرت ٣٤٪ أربع من حالات الولادة المُحالة إلى المستشفى في عام ٢٠١٥ عن ولادات قيصرية.^{٢٠} وبخلاف ذلك، بلغ متوسط تكلفة الولادة في أحد المستشفيات اللبنانية حوالي ٣٥٠ دولارًا. وهي تكلفة باهظة بالنسبة للعديد من الأسر. كما أن الأجانب ملزمون بسداد وديعة عند الوصول إلى المستشفى.^{٢١} وأفادت النساء بأن الحواجز أمام حصولهن إلى الرعاية الصحية الإيجابية تتمثل في التكاليف، والمسافة، وندرة وجود نساء بين مقدمي الرعاية الصحية.^{٢٢}

يضم مستشفى رفيق الحريري الجامعي ٦٤ سريراً لأمراض النساء والولادة، و ٢٠ حضّانة. ولا تزال مؤسسات القطاع العام تعاني من نقص التمويل ونقص العاملين. كما يعاني مقدمو الخدمات من تدني الروح المعنوية. وقد وجد مسح وطني عن مستشفيات الولادة أن حوالي نصف المستشفيات يفتقر إلى وحدة رعاية مركزة للأطفال حديثي الولادة. ويبدو أن إحالة حديثي الولادة إلى العناية المركزة يتركز على مفاوضات مع الأطباء.^{٢٣}

قصص عن الولادات العسيرة

يُعتبر الموضوع المشترك الأساسي في قصص المضاعفات الخطيرة هو الجانب المالي للحصول على الرعاية. وكيف تشكل مناورات التغلب على نظم سداد رسوم المستشفى عبئاً مرهقاً. بما يتضمن وزارة الصحة، والمنظمات غير الحكومية أو الخيرية، والقروض المقدمة من أفراد الأسرة أو الأصدقاء. وتشير القصص الإثنوجرافية الثلاث التالية إلى هذه الشواغل المالية، بالإضافة إلى المسائل الطبية والاجتماعية. القصص الثلاث

هي لأسر مهاجرين سوريين في لبنان. كانوا يعتمدون سابقاً على غطاء الرعاية الصحية القوي في سوريا. ولكن نظراً لأن الوصول إلى سوريا أصبح صعباً أو مستحيلًا منذ الحرب، فقد وجدوا أنفسهم في ظروف محفوفة بالخطر. وتوضح قصص المضاعفات الخطيرة النضال من أجل البقاء.

قصة عزة وأحمد

اتصلت بعزة. ورد زوجها أحمد. أخبرته أنني جزء من مجموعة بحثية تدرس حالات المضاعفات الخطيرة، وأود أن ألتقي بزوجه لمناقشة تجربتها مع المضاعفات التي تعرض لها الرضيع. قابلته في اليوم التالي في مكان عمله. أحمد من أصل سوري، ويعمل منذ طفولته في لبنان في حياكة الملابس بأحد المصانع. وتمكن أخيراً. بعد سنوات طويلة. من جمع المال من الأقارب ويعمل الآن لحسابه الخاص في متجر. اصطحبنني إلى منزله في جزء فقير بحي برج البراجنة، يقع في الضاحية الجنوبية لبيروت، على طريق ترابي. وهناك التقيت بعزة. حكيت عزة قصة ولادتها الأولى. في حضور زوجها ورضيعها وأبناء وبنات شقيق زوجها.

جاءها الخاض بعد ستة أشهر ونصف. كانت قد خططت مع زوجها العودة إلى قريتها قرب حلب. حيث يمكن أن تساعدوا الداية في الولادة. ولكن عندما جاءها الخاض، قال لها الطبيب أن تذهب إلى مستشفى رفيق الحريري الجامعي. وذهبت إلى هناك بدراجة نارية مع زوجها. أخبروها أنها في حالة مخاض، فطلبت شيئاً لوقفه، لكنهم قالوا لها إنه لا يمكن وقفه. طلبت شيئاً لتخفيف الألم؛ فقالوا "فات الأوان. وما من فائدة في هذه المرحلة، سوف تلدين قبل أن يبدأ تأثير عقاقير تخفيف الألم". أجبته ولداً بعد نصف ساعة. وسمعت الطبيب يقول للممرضات إن هذا الرضيع لن يعيش. لكن

الطبيب عاد وأخبرها أن الرضيع سوف يعيش. وعاش. وفي اليوم التالي، أخبرها الموظفون أنها يمكن أن ترى الرضيع. دخلت غرفة الحضانة ورأت الأطفال الرضع فيها، بما فيهم ابنها. وعادت إلى المنزل في اليوم نفسه.

تساءلت عزة وأحمد عن أسباب الولادة المبكرة. قال أحمد: "حسناً، ربما يتعلق الأمر بانتقالنا مؤخراً إلى هذا البيت، وبذلت عزة جهداً كبيراً في نقل الأشياء إلى هنا. والعناية بأطفال أخي". كما تصور أيضاً أنها تعاني من "تعب نفسي". بسبب النزوح والعيش مع أسرة شقيقه ووالدته. وفي حالة أخرى، قال الزوج:

"تشاجرنا في ليلة ولادتها المبكرة". تعلمون أن قدرًا كبيراً من العمل يقع على عاتقها. لأننا ستة أفراد نعيش في هذه الغرفة. وكانت زعلانة في تلك الليلة. هل تعتقدان أن هذا قد يكون سبب ولادتها المبكرة؟"

قضى طفل أحمد وعزة شهراً واحداً في الحضانة. كانت تضخ اللبن من ثديها وترسله مع زوجها إلى المستشفى كل يوم. وفي الأسبوع الرابع، لم يُعد لديها لبن. رأت الطفل مرتين فقط خلال هذه الفترة: في اليوم الأول، وبعده بيومين. وسمحوا لها بأن تلمسه مرة واحدة، عبر تمرير يدها من نافذة الحضانة.

احتاج طفل عزة نقل دم، فحشدوا جميع أفراد أسرتهما وأصدقائهما وتمكنوا من توفير المطلوب. وسألته من الذي سدد فاتورة الحضانة. قال أحمد إن وزارة الصحة دفعت ٢٠٠٠ دولار وجمعوا مبلغاً مماثلاً من صندوق الزكاة الإسلامي وثلاث منظمات غير حكومية تقع في الضاحية الجنوبية التي يسيطر عليها حزب الله، بفضل صديق لديه اتصالات. ويبرز هنا بوضوح دور العلاقات الشخصية. فقد أنفق ٢١ يوماً منتقلاً

مستشفى رفيق الحريري الجامعي، ولا يستطيعان حمل تكلفة تزيد على ٤٠٠ دولار. جاءها الخاض في الشهر الثامن من الحمل. أسرع وزوجها إلى المستشفى، واستخدم الفريق الطبي أثناء الولادة جهاز شفط الوليد، مما أسفر عن إصابة رأس الطفل. نُقل الطفل إلى غرفة العناية المركزة وظل بها لمدة ٤١ يومًا، وخلال تلك الفترة، كان هاشم يذهب إلى المستشفى يوميًا، ويُخصم المال من راتبه للتعويض عن غيابه عن العمل.

بعد أسابيع من الخصم والوقوع في أسر الديون، فقد هاشم الأمل وأخبر الأطباء أنه يريد إخراج الطفل من المستشفى ضد المشورة الطبية.

”ماذا أفعل، ليس بإمكاننا السداد وديوننا تزداد يوميًا بعد يوم، أريد أخذ الطفل إلى سوريا. بعد شهر وأنتي عشرين يومًا، بلغت ديونني ٣٠ مليون ليرة لبنانية (٢٠,٠٠٠ دولار). تمكنت من تغطية ١٥ مليون، ولا زلت مديونًا بمبلغ ١٥ مليون.”

لقد طلبت منه المستشفى سداد المال من اللحظة التي أبلغوه فيها أن ابنه في الحضانة.

”ذهب أتسول من وزارة الصحة والمؤسسات الخيرية، غطت الوزارة، في المرة الأولى، ٥ مليون. وفي وقت لاحق، منحت الوزارة والمؤسسات الخيرية ٥ مليون آخرين. كنت احتاج إلى الخروج يوميًا للبحث عن المال، وكنت أدفع نفقات الانتقال، وهي مُكلفة أيضًا. استنفدت راتبي وراتب أخي وراتب والدي في تكاليف الانتقال، وجزء من فاتورة المستشفى. ثم قالوا لي أنني لا أزال مدينًا بمبلغ ١٥ مليون (١٠ آلاف دولار). قمت بتوقيع اتفاق أنني سوف أدفع مبلغًا شهريًا حتى ينتهي تسديد الديون. لكنني لا أملك أي شيء، لا يمكنني أن ادفع. راتبي لا يكفينا لاستئجار غرفة وشراء طعام.”

من مكتب إلى مكتب ليطلب المال اللازم لتغطية رسوم الحضانة. وفي النهاية، دفع مبلغ ٧٥٠ دولارًا من جيبه اقترضه من شقيقه؛ فلم تكن لديه أي نقود على الإطلاق عندما أُجبت عزة.

أخبرتهم المستشفى في البداية أن التكلفة تبلغ ١٠,٠٠٠ دولار، فقال: ”حسنًا، لكننا لا نملك المال، ماذا نفعل؟ نخرجه من الحضانة ونتركه يموت.” أخبرته بعض الممرضات بما يجب أن يفعله. قلن له ألا يُخرج الرضيع أبدًا على مسؤوليته، وإنما عليه أن يثير مشكلة، وبالتالي، أخذ يصيح أنه غير قادر على الدفع، ولا يعرف ماذا يفعل. وأنه فقير، ولا يوجد عمل. وقال لموظفي المستشفى: ”ليمت الطفل في المستشفى بدلاً من أن يموت في منزل أسرته ... أنا لا أريده. سوف أتركه ليموت بين أيديكم وليس بين يدي. سوف أرحل، وليس بإمكانني أن أدفع لكم. إذا أردتم التخلص من الطفل وقتله، يمكنك ذلك، ولكن لا تطلبوا مني أن أقوم بذلك.” وبعد أربع وعشرين ساعة، قامت المستشفى بتخفيض المبلغ إلى ٥٣٠٠ دولار.

تغطي وزارة الصحة ما يصل إلى ٥٠٪ أو ٦٠٪ من التكلفة للأجانب المحتاجين مثل أحمد وعزة. ذهب أحمد إلى الوزارة وطلب رسالة من الوزير. سند إذني بمبلغ ٥٣٠٠ دولار المستحق. وبعد ثلاث زيارات، سلمه مستشار الوزير رسالة توجه بسداد ٣٠٠٠ دولار إلى مستشفى رفيق الحريري الجامعي.

قصة مريم وهاشم

قابلت بعد ذلك زوجان من المعرّة في محافظة إدلب، يعيشان في الضواحي الشمالية لبيروت. يعمل الزوج، هاشم، في قطاع البناء في لبنان منذ أربع سنوات. وتعيش معه زوجته، مريم، منذ عام ٢٠١٢. كانت تخطط للولادة في

وبعد شهر و١٢ يومًا. أخذنا ابنتهما إلى مستشفى حلب. بفضل قرض من صديق ومن أحد أفراد الأسرة. لكن العملية التي خضع لها الرضيع لم تنجح. فقد أصيب بعدوى وبدأ رأسه يتورم ويفرز صديدًا. أرادا العودة إلى لبنان. لكن إحضار الأسر إلى لبنان لم يكن قانونيًا في ذلك الوقت. ولذا اضطرروا إلى دفع المال إلى السلطات السورية من أجل العودة.

وعند عودتهم. ذهبوا لرؤية طبيب أطفال الذي ساعدهم على عرض الموضوع أمام وزارة الصحة لتغطية ٥٠٪ من تكلفة إعادة الطفل إلى المستشفى (٤٠٠٠ دولار). "كان هذا على رأس ما كلفتنا إياه الحضّانة. فضلًا عن تكلفة عودتنا إلى سوريا". ومرة أخرى. ظل هاشم يبحث لمدة ثلاثة أيام عن سُبُل لسداد تكلفة العملية التي يحتاجها ابنه. وأخيرًا وجد مانحين من الخارج. حيث تولت هيئة ألمانية-سورية مانحة تغطية مبلغ ٢٠٠٠ دولار المتبقي. قال هاشم: "أنا أشكره. لم يكونوا ليسمحوا لنا بمغادرة المستشفى دون سداد المبلغ. ودون أن نوضح كيف سنسدد ١٠٠ دولار شهريًا لتغطية الديون السابقة" التي تبلغ ١٠,٠٠٠ دولار.

"توقعنا في البداية أن ندفع ٤٠٠ دولار في الولادة. ثم ارتفع المبلغ ليصل إلى ٦٠٠ دولار ثم ٧٠٠ دولار. وتدبرنا الأمر. لكننا لم نعد قادرين على الاستمرار... أنا أعمل في مصنع لأحذية نسائية. واتقاضى ٣٣٠ دولارًا في الشهر. لا يمكن سداد تكلفة الحضّانة. إذ تبلغ تكلفة اليوم الواحد ٣٣٠ دولار. قالوا لنا إن الله سوف يساعدكم. والمؤسسات الخيرية سوف تساعد. وقد ساعدت بالفعل. لكننا لا نزال مديونين".

قصة أمل

القصة الأخيرة هي قصة أمل التي تعيش في غرفة سابقة التجهيز بأحد مواقع البناء

في بيروت. يعيش معها خمسة أقارب من الذكور. وابتها البالغ من العمر سنة واحدة. كانت تخطط العودة إلى بلدها في سوريا في الشهر الأخير من الحمل. لتلد على يد داية محلية. لكنها بدأت تشعر بتقلصات قوية في الشهر السابع من حملها. اتصلت بالطبيب. الذي طلب منها أن تأتي إلى المستشفى التي يعمل بها. دخلت المستشفى. ووجدتها مهجورة. انتظرت هي وزوجها. وبحثا في المبنى ولم يجدا أحدًا. وأخيرًا وجدوا سيدة أخبرتهما أن الطبيب في غرفة العمليات. قالت أمل إنها لا تستطيع الانتظار. وتشعر أن شيئًا يسقط منها. أجابتها السيدة قائلة إن الطبيب يطلب منها الذهاب إلى مستشفى رفيق الحريري الجامعي. وسوف يلحق بها. ذهبوا إلى مستشفى رفيق الحريري الجامعي. وأخبرتها الممرضة أنها في حالة مخاض. وأن الرضيع سيكون صغيرًا وسيحتاج إلى حضّانة.

بدأت أمل تشعر بتقلصات قوية. وطلبت من الممرضة توليدها. أجابت الممرضة أنها في حاجة إلى الانتظار وعدم دفع الجنين. لم يكن طبيب الأطفال المسؤول عن الحضّانات قد وصل بعد. قالت أمل: "لا أستطيع الانتظار". وقالت الممرضة: "عليك الانتظار. برجاء الانتظار". لكن مياه الرحم خرجت. وطلبت الممرضة مساعدة: "تعالوا. تعالوا. تعالوا!!!". بعد تقلصين آخرين. خرج الرضيع. صغيرًا ولونه أزرق. ويبيكي. قالوا لها: "لقد أجببت صبيًا وحالته ليست جيدة. ويحتاج إلى حضّانة لمدة شهرين". ثم ألبسوا الرضيع قناع الأكسجين. وبعد خمس دقائق أخذوه إلى الحضّانة.

ظل الرضيع في الحضّانة لمدة ١٨ يومًا. دفعت أمل وزوجها ٣٠٠ دولار للولادة. و٣٣٠ دولار لأول يوم في الحضّانة. ذهب زوجها إلى الوزارة عدة مرات حتى استطاع أخيرًا أن يحصل على بعض الدعم. عاد إلى المستشفى. حيث قالوا إن المبلغ سيغطي

أول ١٥ يومًا. وعليهم السداد بعد ذلك، وهو الأمر الذي كان مستحيلًا.

”كنا نخشى أن يأتي يوم يرغموننا على السداد، ولن نكون قادرين. لذا قررنا إخراج الرضيع من المستشفى والتوجه إلى حلب، حيث تكلفة الرعاية رخيصة“.

وفي اليوم الثامن عشر من عمر الرضيع، أبلغنا الطبيب أننا سوف نأخذه إلى سوريا. وقال الطبيب إن ذلك ليس من المستصوب، ولكن إن كان ضروريًا، فعلينا أن نتوجه مباشرة إلى مستشفى حلب بحيث يمكن وضعه في حضّانة“.

وصلوا إلى حلب، ووضعوه في حضّانة لمدة أربع ليال. ثم أخرجته المستشفى وعادوا إلى بلدها. وبعد ١٥ يومًا، بدأ الطفل يفقد وعيه لمدة خمس دقائق أو نحو ذلك، ثم بدأ ذراعه في التورم.

”عدنا إلى طبيب المستشفى الذي قال إن الطفل بصحة جيدة. قال ربما ألبستموه ملابس ضيقة أو شيء من هذا القبيل. قلنا طيب، وعدنا به إلى البيت. وبعد بضعة أيام، بدأ يلهث للتنفس أثناء الليل. أخذناه إلى المستشفى، ووضعوه على جهاز التنفس الاصطناعي، ودفعنا حوالي ٤٠٠ دولار. قالوا لنا ربما لم يكن متاحًا له ما يكفي من الأكسجين أثناء الولادة. ظل هناك لمدة أسبوع، ثم نقلناه إلى مستشفى أرخص في بلدتنا، حيث مكث ثلاث ليال. وفي الساعة الواحدة مساءً، في الليلة الرابعة، قالوا لنا إنه أصيب بنزيف في رئتيه ومات ...“.

لم تتوفر هذه المعلومات في مستشفى رفيع الحريري الجامعي في بيروت. ذهبت إلى المقابلة ومعني هدية للطفل، كما فعلت في جميع المقابلات الأخرى. وأصابني صدمة عند سماعي

بوفاة الطفل. وبعد خمسة أشهر، أصبحت أملاً حاملاً في طفل آخر. وفي الشهر الثامن من الحمل، عادت إلى بلدها وأجبت طفلاً يتمتع بالصحة بمساعدة داية.

مناقشة

يسلط مفهوم ”المسببات السياسية“ الضوء على تصور المرضى لأسباب مرضهم التي تمتد إلى ما يتجاوز المؤسسات الفاسدة، والدول، والمياه الملوثة، والأغذية غير المأمونة، والنفايات السامة، ويقدم بُعداً كوسمولوجياً واجتماعياً كلياً مهمّاً لأسباب المرض. وفي واقع الأمر، يكمن الحصول على الرعاية في البنى الاجتماعية والاقتصادية الكبيرة؛ وكثيراً ما كان دور الأنثروبولوجيين يتمثل في ربط خبرة المرضى بأنماط اجتماعية أكبر. وأنا أجادل هنا بأن الاهتمام بالجوانب المالية والإدارية على المستوى الجزئي في قصص المرضى، بالإضافة إلى الأسباب السياسية والاجتماعية الأكبر للمرض، يمكن أن توسع فهمنا لأسباب اعتلال الصحة إلى ما هو أبعد من الإدارة الطبية. وقد جادل باركنسون وبهروزان Parkinson and Behrouzan من أجل الاهتمام بالبعد الجزئي لحصول اللاجئين على الرعاية الصحية في لبنان، بالإضافة إلى فهم الأبعاد الخطابية والسياسية لحياتهم. وتوضح الحالات المذكورة أن فهم المرضى لأسباب اعتلال الصحة الشديد لا تقتصر على أنماط أكبر من الاستبعاد (مثل الحرب، ووضع اللاجئين، والنزوح، والفقر، وكونهم عمالة أجنبية)، وإنما تتعلق أيضاً بالعمل من أجل تأمين الأموال والرعاية في مؤسسة المستشفى نفسها. وبعبارة أخرى، تكمن العوامل المساهمة في إحداث مضاعفات خطيرة في ثلاثة مستويات مترابطة: الاعتبارات السياسية والخطابية الأكبر، ”العوامل الطبية القريبة“ التي تضم إدارة الحالات، والمستوى المؤسسي المتعلق بدخول المستشفى، والمدفوعات، وتنظيم الرعاية.

الجدد، وكانوا يعتمدون سابقاً على نظام الرعاية الصحية السوري الذي لم يُعد الوصول إليه الآن متاحاً بسهولة.

وقد تناولنا أيضاً قضيتين منهجيتين حول المضاعفات الخطيرة، تتعلق الأولى باختيار الجُيبين. مع بعض الاستثناءات،¹¹ تركز البحوث النوعية حول المضاعفات الخطيرة، التي تعانيها الأمهات والأطفال، على إجراء مقابلات مع الأمهات. وفقاً لمقابلاتي مع النساء، كان الآباء هم من يتولون التواصل مع المستشفى والرضيع لسهولة وصولهم إلى المستشفى، لأن زوجاتهم كانت تستريح بعد الولادة، أو لأنهم يأتون من مناطق ريفية ويعملون في بيروت. كان الآباء هم من ينتقلون ذهاباً وإياباً وإياباً إلى المستشفى، ويركضون من مكتب إلى مكتب سعياً للمال. علاوة على ذلك، في حالتين من حالات المضاعفات الخطيرة، لم تذكر السيدتان أي شيء لأنهما فقدتا الوعي خلال الإصابة بالمضاعفات.

ثانياً، كان معدل عدم الإجابة مرتفعاً، وهو ما يمكن أن يُعزى جزئياً إلى أن معظم عينة الدراسة كانت من المهاجرين. كانت بعض النساء تعيش بين سوريا ولبنان، ويصعب إيجادهن. أما الأخريات اللاتي أعطين أرقام هواتف غير صحيحة، فقد خشين أن تتصل بهن المستشفى طلباً للمال. وتجدر الإشارة إلى ارتباط القصص نفسها، فضلاً عن عدد عدم الجيبات، بالقلق على سداد المال.

الخلاصة

لقد ساعد سرد هذه القصص لأخصائيي الصحة على وضع إطار مختلف لتاريخ الحالة المعتادة ولنهج إكلينيكي تدقيقي، فضلاً عن إضفاء طابع إنساني على حالات المضاعفات الخطيرة ووضعها في سياقها. كما يمكن أن تساهم هذه الأصوات والخبرات في دفع حدود ما يفيد سياسة الصحة وتخصيص موارد

يواجه المهتمون في لبنان العديد من الصعوبات للحصول على رعاية الأمهات والأطفال حديثي الولادة، والتعامل مع بيروقراطية منظومة الصحة، وتتطلب الرعاية الصحية مفاوضات لا نهاية لها واستراتيجيات للبقاء. عند حدوث مضاعفات طبية، وقد أظهرت بحوث بلدان أخرى أن الحزن الناجم عن من فقدان الأطفال حديثي الولادة، فضلاً عن الأعباء المالية التي تسبب الضيق الشديد للأهل والأسرة في وقت الحدث، قد يسفر أيضاً عن عواقب نفسية واجتماعية طويلة الأمد.^{12,13} وتجدر الإشارة إلى أن رسوم الرعاية الصحية في القصص المذكورة أعلاه كانت تتسم جميعها بالتعقيد. يحتاج الجميع إلى الاعتماد على نوع ما من الاتصالات، في لبنان، تُيسر العلاقات السياسية الحصول على الرعاية الصحية.¹⁴ كان لأحمد صديق في الحي الذي يسكنه، نجح في أن يحصل له على تمويل من المنظمات غير الحكومية. وفي واقع الأمر، كان جميع من أجريت معهم مقابلات يعرفون شخصاً يمكنه المساعدة في الحصول على مبلغ مالي من المنظمات غير الحكومية أو صندوق الزكاة، ويبدو أن هذا جزء لا يتجزأ من طريقة تمويل الرعاية الصحية للفقراء، مع الدعم الجزئي من الوزارة. وهناك صعوبات متكررة في التنقل بين الوزارات لطلب المال، وتقترب أيضاً بانعدام الأمن وعدم كفاية التغطية. لم يكن أحمد وعزة، على سبيل المثال، يعرفان مدى قدرتهما على دفع رسوم الحضانة إلى أن حصلوا على "رسالة من الوزير". وظل هاشم ومريم مثقلين بديون ضخمة. وشعرت أمل وزوجها بالخوف من هذه الديون الكبيرة، فأخرجوا الطفل من الحضانة وعادوا إلى بلد مرقته الحرب، ما أسفر عن نتائج قاتلة، وفي الواقع، من بين الثمانية الذين أجريت معهم مقابلات، كان المهاجرون السوريون هم أكثر من يعيشون حياة غير مستقرة في ظل ظروف صحية صعبة؛ ذلك أن أغلبهم من المهاجرين

لقراءتها المتأنية لهذه المادة، ولعادة سعد وبولين خوري لقيامهما بأعمال التنسيق الأساسية. وقد قدمت الكاتبة نسخًا من هذه الورقة إلى اجتماع مجموعة عمل الصحة الإيجابية في تونس عام ٢٠١٢، وإدارة مستشفى رفيق الحريري الجامعي لأمراض النساء والتوليد في عام ٢٠١٣. ووتوجه الكاتبة بالشكر إلى الباحثين والأطباء لما طرحوه من أسئلة وتعليقات في كلا العرضين.

التمويل

حصلت هذه الدراسة على تمويل من منحه "منبر تنفيذ البحوث" Implementation Research Platform تحت إدارة منظمة الصحة العالمية (Implementation Research Protocol ID A1٥٧٧٠) إلى كلية العلوم الصحية، الجامعة الأمريكية في بيروت. لدراسة حول أربعة بلدان تتناول فقدان الأمهات مؤخرًا في المستشفيات العامة في مصر، ولبنان، وفلسطين، وسوريا.

المستشفى. لقد أمكن تخفيف المضاعفات والمعاناة عن طريق تيسير حصول الأمهات والأطفال حديثي الولادة على الرعاية الأساسية على مستوى المجتمع المحلي، وأيضًا من خلال المشورة وضمان الدعم المالي عندما يتطلب الأمر الدخول إلى مستشفى عالي التكلفة. كما أن تصبح السياسات الرامية إلى ضمان الحصول على الرعاية الصحية يجب أن تصبح عملية دينامية ومستمرة. تهدف إلى إدماج السكان الذين يعيشون باستمرار حياة تنسم بالتنقل وعدم الاستقرار. مع تزايد أعداد المهمشين.

شكر وتقدير

تود المؤلف أن تتوجه بالشكر إلى الجيبات في المقابلات والباحثين/الباحثات الذين شاركوا في دراسة فقدان مؤخرًا للأمهات والأطفال حديثي الولادة في أربعة بلدان. لا سيما جوسلين دينج لقيادتها وبصيرتها، والمؤلفة مننة لهيام باشور.

المراجع

1. Hamdy S. When the state and your kidneys fail: political etiologies in an Egyptian dialysis ward. *Am Ethnol.* 2008; 35(4):553-569.
2. Dewachi O, Skelton M, Nguyen V, et al. Changing therapeutic geographies of the Iraqi and Syrian wars. *Lancet.* 2014; 383(9915):449-457.
3. Parkinson SE, Behrouzan O. Negotiating health and life: Syrian refugees and the politics of access in Lebanon. *Soc Sci Med.* 2015; 146:324-331.
4. Batniji R, Khatib L, Cammett M, et al. Governance and health in the Arab world. *Lancet.* 2014; 383:343-355.
5. Chen B, Cammett M. Informal politics and inequity of access to health care in Lebanon. *Int J Equity Health.* 2012; 11:23.
6. Bohren M, Hunter E, Munthe-Kaas H, et al. Facilitators and barriers to facility-based delivery in low and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. *Reprod Health.* 2014; 11:71.
7. Darmstadt G, Bhutta Z, Cousens S, et al. Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save? *Lancet.* 2005; 365 (9463): 977-988.
8. Murray S, Akoum M, Storeng K. Capitals diminished, denied, mustered and deployed. A qualitative longitudinal study of women's four year trajectories after acute health crisis, Burkina Faso. *Soc Sci Med.* 2012; 75: 2455-2462.
9. Barach P, Small S. Reporting and preventing medical mishaps: lessons from non-medical near-miss reporting systems. *BMJ.* 2000; 320:759-763.
10. Brown T, Duncan C. Placing geographies of public health. *Area.* 2002; 34(4): 361-369.
11. Souza JP, Gulmezoglu AM, Carroli G, et al. The world health organization multicountry survey on maternal and newborn health: study protocol. *BMC Health Serv Res.* 2011; 11:286.

-
12. Filippi V, Brugha R, Browne E, et al. Obstetric audit in resource-poor settings: lessons from a multi-country project auditing 'near-miss' obstetrical emergencies. *Health Policy Plan.* 2004; 19(1): 57-66.
 13. Santos J, Pileggi-Castro C, Camelo J, et al. Neonatal nearmiss: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2015; 15:320.
 14. Farmer P. *Aids and Accusation: Haiti and the Geography of Blame.* Berkeley: California University Press; 1992.
 15. Farmer P. *An Anthropology of Structural Violence.* *Current Anthropology.* 2004; 45(3): 305-325.
 16. Bashour H, Saad-Haddad G, DeJong J, et al. A crosssectional study of maternal 'near-miss' cases in major public hospitals in Egypt, Lebanon, Palestine, Syria. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2015; 15:296. doi: 10.1186/s12884-015-0733-7.
 17. Benjamin A. Audit: how to do it in practice. *BMJ.* 2008; 336: 1241-1245.
 18. Chatty D, Mansour N, Yassin N. Bedouin in Lebanon: social discrimination, political exclusion, and compromised health care. *Soc Scie Med.* 2013; 82:43-50.
 19. UNICEF, World Food Program. *Vulnerability assessment of Syrian refugees in Lebanon,* 2016.
 20. UNHCR. *Syrian Refugees in Lebanon. Referral care at a Glance.* January-December 2015.
 21. Parkinson S. *Refugee 101. Palestinians in Lebanon show refugees from Syria the ropes.* Middle East Report [Internet]. 2014 April 3. Available from: www.merip.org/mero/mero040314?utm_medium=email&utm
 22. Masterson A, Usta J, Gupta J, et al. Assessment of reproductive health and violence against women among displaced Syrians in Lebanon. *BMC Women's Health.* 2014; 14:25.
 23. DeJong J, Akik C, El Kak F, et al. The safety and quality of childbirth in the context of health systems: mapping maternal health provision in Lebanon. *Midwifery.* 2010; 26:549-557.
 24. Filippi V, Ganaba R, Baggaley RF, et al. Health of women after severe obstetric complications in Burkino Faso: a longitudinal study. *Lancet.* 2007; 370:1329-1337.
 25. Roberts LR, Montgomery S, Lee JW, et al. Social and cultural factors associated with perinatal grief in Chhattisgarh, India. *J Community Health.* 2012;37:572-582.
 26. Kaye D, Kakaire O, Nakimuli A, et al. Male involvement during pregnancy and childbirth: men's perceptions, practices and experiences during the care for women who developed childbirth complications in Mulago Hospital, Uganda. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014; 14:54.

التكيف مع تشخيص السرطان وعلاجه: دراسة مقارنة عن المصابات بسرطان الثدي في تركيا والأراضي الفلسطينية المحتلة

بقلم: بقلم: أيشيكان تيرزيوجلو^(أ)، وونام حموده^(ب)

(أ) تأسناتذ مساعذ، برنامج الدراسات الثقافية، كلية الآداب والعلوم الاجتماعية، جامعة سباجي، توزلا، إسطنبول.

المراسلات: aysecan@sabanciuniv.edu

(ب) أسناتذ مساعذ، معهد المجتمع والصحة العامة، قسم العلوم الاجتماعية والسلوكية، جامعة بئرزي، بئرزي، فلسطين

ترجمة: د. منى محمد أحمد

موجز المقال: نستعرض في هذا المقال روايات المرض التي قدمتها المصابات بسرطان الثدي في تركيا والأراضي الفلسطينية المحتلة (OPT)، حيث نلقي الضوء على أوجه التشابه والاختلاف في الطرق التي يستوعبن بها التشخيص، ويتكيفن بها مع علاج السرطان. يقوم المقال على أساس ثلاثين، وخمس وثلاثين مقابلة شبه منظمة أجريت في كل من تركيا والأراضي الفلسطينية المحتلة على التوالي. حيث رصدنا بالفعل بعض أوجه التشابه بين هاتين البيئتين. كما توصلنا إلى أن تشخيص الإصابة بسرطان الثدي حدث درامي له مردود قوي بين أوساط الكثير من النساء في البيئتين المشار إليهما. مع تأكيد النساء في البيئتين على الارتفاع الحاد في حالات الإصابة بالسرطان. بيد أن الملفت للنظر أن هذا الارتفاع الملحوظ في انتشار سرطان الثدي بين النساء جعل السرطان يبدو وكأنه بالإمكان هزيمته. كما ظهرت تفاوتات واضحة في مستوى المعالجة الطبية وهيمنة الخطاب الطبي في البيئتين. وأن الخطاب الطبي هو الأكثر شيوعاً في السياق التركي. فضلاً عن أن الفروق الاقتصادية والاجتماعية كانت هي الأكثر وضوحاً في السياق التركي. بما لها من تأثير على الرعاية المقدمة. كما تؤكد النتائج أن الخبرات التي اكتسبتها المصابات بسرطان الثدي والطرق التي يستوعبن بها تشخيصهن تتشكل إلى حد كبير في ضوء السياق الثقافي الذي يحيط بهن داخل وخارج الدولة، وكذا الأوساط الثقافية.

الكلمات الدالة: سرطان الثدي، التكيف مع السرطان، المعالجة الطبية، الرعاية الطبية، الشرق الأوسط

مقدمة

السرطان في دول العالم النامي يقتضي تحقيق نقلة محورية في الأبحاث الصحية في الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط^١. كما أن الارتفاع العالمي في متوسط العمر المتوقع المصحوب بانتشار الحالات المزمنة قد ألقى الضوء على خبرات المرض والروايات الخاصة بأصحاب الأمراض المزمنة من يتعايشون لعدة عقود مع أمراضهم المزمنة ويتكيفون مع المخاوف البدنية، والنفسية، والاجتماعية التي يستحضرها المرض^٢. كما تشير الأدبيات إلى أن الطرق التي يستوعب بها الأشخاص واقع التعايش مع المرض تتشكل من خلال السياق الاجتماعي والثقافي المحيط بهؤلاء

ارتفعت معدلات الإصابة بمرض السرطان على نحو ثابت حول العالم، لاسيما في الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط^١. حيث أصبح السرطان ثاني أسباب الوفاة بعد أمراض القلب على مستوى العالم، الأمر الذي كان له عظيم الأثر على سياسات الصحة محلياً، وقومياً، وعالمياً^٢. وتذهب المؤرخة الطبية جولي ليفنجستون إلى أن السرطان قد أضحى أكثر الأوبئة شيوعاً، لاسيما في "العالم النامي"، الذي سجل أكثر من نصف حالات الإصابة الجديدة بالسرطان سنوياً^٣. كما أن ارتفاع الإصابة بالأمراض المزمنة، ومن بينها

الأشخاص^{٥١}. بما في ذلك تصور النساء للمرض والتكيف معه، وفهمه ومعايشة تجربته.

سوف نقوم بإلقاء الضوء في هذه الدراسة على روايات المرض للمصابات بسرطان الثدي، والناجيات منه في تركيا والأراضي الفلسطينية المحتلة. حيث نؤكد على أوجه التشابه والاختلاف في الطرق التي تستوعب بها النساء تشخيصهن بالمرض والتكيف مع علاج السرطان. لقد شهد الشرق الأوسط ارتفاعاً حاداً في معدلات الإصابة بالسرطان منذ الثمانينيات^{١١}. كما كانت معدلات الإصابة والوفيات مرتفعة في الإصابة بسرطان الثدي بين النساء على وجه الخصوص، وسرطان الرئة بين الرجال مقارنة بأنواع أخرى من السرطان^٧. وبالرغم من الانتشار المتنامي للسرطان في الشرق الأوسط، إلا أن أدبيات الخبرات الفعلية التي مر بها مرضى السرطان، لاسيما النساء المصابات بسرطان الثدي لاتزال محدودة حيث كان تركيز الأدبيات في معظمه على عوامل الإصابة بالمرض، والتشخيص، وأوجه الرعاية الطبية^{٨٩}. كما يستكشف هذا المقال المفاهيم الاجتماعية والثقافية لسرطان الثدي ويناقش مدى ارتباط تلك المفاهيم بالمعالجة الطبية المتنامية في ضوء السياقين الثقافيين. وكذلك ارتباطها بمعيشة المرضى، وردود أفعالهم تجاه الأمر برمته. تشير الدراسات الحديثة إلى أن الرؤى الطبية، والعلمية، والدينية تتشابك كلها في تشكيل المفاهيم والروايات الخاصة بالمرض بدلاً من استبعادها لبعضها البعض^{١٠١١}.

يذهب العالم النفسي والخبير في الأجناس آرثر كلاينمان في هذا البحث الرائد حول روايات المرض إلى أن فهم الطرق التي يقيم بها المرضى مرضهم بأنفسهم يعتبر أمر بالغ الأهمية بالنسبة للطبيب من أجل تقديم رعاية صحية فعالة وملموسة واخلاقية. كما يوضح أن تفاعلات

المرضى مع بيئتهم الاجتماعية، إلى جانب ظروفهم الاجتماعية والاقتصادية تعكس الطريقة التي يستوعبون بها مرضهم و يصيغون روايات المرض الخاصة بهم^{١١}.

المعلومات الأساسية والسياق

تعكس خبرات وروايات مريضات سرطان الثدي القوة الأكبر المحركة للأحداث السياسية والاقتصادية بالإضافة إلى الفوارق في كل من تركيا والأراضي الفلسطينية المحتلة، ومدى انعكاس ذلك على قطاع الصحة. ووفقاً لسياسات العولمة والليبرالية الجديدة المتبعة منذ الثمانينيات، أصبح هناك توجه قوي نحو التخصص والترويج التجاري لقطاع الصحة في تركيا الذي شهد ارتفاع سريع في أعداد المستشفيات الخاصة، غير أن الغالبية العظمى من تلك المستشفيات يلبي احتياجات المرضى من الطبقة الاقتصادية والاجتماعية العليا القادرة على تحمل تكاليف التأمين الخاص والتي تشكل ما يقرب من ١٥٪ من عدد السكان. أما باقي المرضى الأتراك فيتوجهون للمستشفيات العامة التابعة لتأمين الدولة، حيث يواجهون مشكلات تتعلق بالأزدحام في حجرات الانتظار والبنية التحتية المتردية، بسبب إهمال الدولة للمستشفيات العامة^{١٢}.

أما في الأراضي الفلسطينية المحتلة، يعتبر السياق السياسي والاقتصادي الشامل هو مفتاح فهم أوجه القصور في الخدمات الصحية وحصول النساء على الرعاية الخاصة بالسرطان. فعلى مستوى المنظومة الصحية حالت القيود المفروضة على قطاع الصحة الفلسطيني دون تطوير الخدمات الصحية بما فيها علاج حالات السرطان في الأراضي الفلسطينية المحتلة التي أصبح لها تاريخ في الاعتماد على نظام الإحالة. بالإضافة إلى أن وجود مثل هذه القيود على دخول الأجهزة لاسيما أجهزة العلاج بالأشعاع

الرحلات الشاقة كي يحصلن على الخدمات. أما عن النساء الأكثر ثراء، أو من بين القادرات على الحصول على بعض أنماط التأمين الخاص. فيذهبن غالباً إلى المستشفيات الاسرائيلية أو الاردنية . خاصة إذا كن في حاجة إلى علاج أكثر تخصصاً¹⁴.

المنهج

تركز في هذا المقال على دراستين نوعيتين (في تركيا والأرضي الفلسطينية المحتلة) كان الاعداد لهما جزء من مشروع مقارنة أكبر. من قبل مجموعة عمل الصحة الانجابية (RHWG). التي اضطلعت بمهمة البحث في جودة الحياة (QoL) التي تعيشها النساء المصابات بسرطان الثدي في أربعة دول شرق أوسطية. نلقي الضوء في هذا المقال على المقاطع التي ركزت الدراسات فيها على كيفية تكيف النساء مع التشخيص والعلاج في كلٍ من تركيا والأراضي الفلسطينية المحتلة. كان النهج المتبع هو البحث النوعي بهدف رصد وجهات نظر المرضى بشكل عام. بالإضافة إلى الوقوف على كيفية وضع تعريف وفهم المغزى من ملامح المرض وخبراتهم في العلاج.

وبالرغم من إجراء هاتين الدراستين كلٍ على حدة، إلا أن فرق العمل في الدولتين قامت بالتنسيق مع بعضهم البعض وتبادلوا الآراء فيما يخص الدليل الإرشادي للمقابلات والتقدم الذي تم احرازه في الدراسة. وفي حين تضمنت الأدلة الإرشادية للمقابلات لكل دراسة بعض الأسئلة المعنية بالسياق. كانت هناك بعض الأسئلة المتداخلة مع بعضها البعض في الدولتين. وبالنظر في ندرة الأبحاث التي تناولت تجارب النساء المصابات بسرطان الثدي في الشرق الأوسط. انصب اهتمامنا على فهم الخبرات الفعلية التي عاشتها نساء مصابات بسرطان الثدي. بالإضافة إلى فهم آثاره النفسية. والطرق المختلفة التي لجأت إليها النساء للتكيف مع

يعني أن النساء الساعيات إلى هذا النوع من العلاج يتعين إحالتهم إلى مستشفيات القدس الشرقية أو المستشفيات الأردنية أو الاسرائيلية إذا تطلب علاجهم رعاية طبية أكثر تقدماً. كما أن خدمات الرعاية الصحية في القدس الشرقية التي كانت في السابق هي أساس النظام الطبي الفلسطيني. أصبحت بعيدة المنال بالنسبة لأغلب الفلسطينيين حيث تضمن الإجراءات تقديم استمارات مطولة بهدف ضمان الحصول على التصاريح اللازمة لدخول القدس الشرقية سواء من الضفة الغربية أو من قطاع غزة. الأمر الذي يخلق المزيد من العقبات أمام حصول النساء على العلاج. كما أشارت النساء والعاملات بالمستشفيات إلى أنهن غالباً ما يحصلن على التصاريح بمفردهن في حين يمنع المرافقين لهن من أسرهن من ذلك. ما يعني أن النساء عليهن تحمل مشاق السفر بما في ذلك الخبرات المهنية التي يبرون بها عند نقاط التفتيش المؤمنة قبيل وعقب العلاج دون أي مساعدة من أفراد الأسرة.

أما بالنسبة للنساء القادمات إلى القدس الشرقية من قطاع غزة فإن عملية استخراج التصاريح على وجه الخصوص يعتبر أمر غير مأمون. وذلك لأنه يتعين على النساء البقاء في المستشفى خلال فترة العلاج بأكملها. ما يستلزم ابتعادهن عن أبناءهن وأسرهن لأسابيع كل مرة. أو ربما أكثر من ذلك. وفي الضفة الغربية يعقد نظام نقاط التفتيش الاسرائيلي الأمور على النساء غير المقيمات في المدينة التي يتلقين العلاج بها. لأن السفر من وإلى مراكز العلاج يزيد من قلق الرجال عليهن. لاسيما إن كن سيقمن بالرحلة بمفردهن. وبالرغم من محدودية مجال ونطاق الخدمات والقيود على التنقلات. إلا أن بعض خطط التأمين تضمن الحصول على قدر من الرعاية الطبية على الرغم من أنها تتطلب في بعض الأحيان أن تتكبد النساء عناء

من المرضى من يعالجون في المستشفى العام في منازلهم. أما في أيدين فكانت المريضات العشر يعالجون في المستشفيات العامة في المدينة أو في مدينة أزمير القريبة، حيث أجريت المقابلات في منازلهم. تم الحصول على الموافقة الشفوية الواضحة من النساء المشاركات في الدراسة. كما سجلت المقابلات مع النساء اللاتي وافقن على التسجيل الصوتي حيث تم تفرغها من قبل كل فريق بحثي. أما بالنسبة للنساء اللاتي رفضن التسجيل الصوتي، فتم تدوين الملاحظات بالنص الحرفي بخط اليد من قبل باحث مساعد مرافق للباحث الرئيسي بعد الحصول على موافقتهم بذلك.

استدعت معايير الاختيار أن تكون النساء على علم بتشخيص حالتهم وأن يكون تشخيصهن بسرطان الثدي قد تم قبيل المقابلة بثلاثة أشهر. كما حرصت فرق البحث على الاستعانة بنساء من مختلف الخلفيات الاقتصادية والاجتماعية والديموغرافية، متضمنة السن، والحالة الاجتماعية، والتعليم، والوظيفة. تراوحت أعمار النساء المشاركات في الدراسة التركية من ٣١ إلى ٧١ عام كن قد تم تشخيصهن بفترة تتراوح من ثلاثة أشهر إلى خمس سنوات قبل المقابلة. ومن بين من شملتهن الدراسة ست مطلقات أو غير متزوجات، وست عشرة متزوجات أثناء إجراء المقابلات، وثمانية أرامل. كما تراوحت مستويات التعليم بين سنتين من التعليم الابتدائي إلى الحصول على درجة الدكتوراة، وشملت الوظائف التي يعملن بها: ربة منزل، موظفة في بنك، سكرتيرة، محاسبة، عاملة نظافة، مدرسة، وصاحبة مطعم، ومن ثم فقد صنفتنا النساء الحاصلات على قدر من التعليم الجامعي، أو ما بعد ذلك، أو من لديهن تأمين خاص ساعد في حصولهن على جزء من علاج السرطان أو كله في مستشفى خاص، بأنهن أفضل من الناحية

مرضهن. وكذلك الدعم والموارد المتاحة لهن، وهو النهج النوعي الذي يعد الأنسب لهذه الدراسة. كما أن هذا النهج النوعي يفسح المجال أمام فهم أعمق لحياة و الأفراد خبرات التي عاشوها بالفعل^{١١٤}.

أجرينا ثلاثين وخمس وثلاثين مقابلة شبيهة منظمة على وجه العموم في كل من تركيا والأراضي الفلسطينية المحتلة على التوالي بين أعوام ٢٠١٠ و ٢٠١٢. وسوف نناقش فيما يلي المشاركة و الطرق المستخدمة في كل مكان على حدة.

تركيا

أجرى الفريق التركي ثلاثين مقابلة شبيهة منظمة في تركيا بين اعوام ٢٠١٠ و ٢٠١٢. منها عشرون مقابلة في إسطنبول، أكثر مدن تركيا ازدهارًا بالسكان، وعشر مقابلات في أيدين وهي مدينة صغيرة في داخل إقليم إيجة. تعتبر إسطنبول هي العاصمة الاقتصادية والثقافية وبالرغم من عدم كونها العاصمة السياسية لتركيا، إلا أن بها عدد ضخم من المستشفياتجهزة بعناية والعيادات المعنية بمرضى السرطان. ومن أجل تسليط الضوء على تأثير التفاوتات الجغرافية على الروايات التي يسردها مرضى السرطان داخل تركيا، قمنا بإجراء مقابلات أيضًا في أيدين التي تعد مدينة أصغر في المساحة وأقل تمددًا مع كونها أكثر حَفَظًا. تفتقر للمنشآت الطبية الكافية لعلاج مرضى السرطان. كما كانت المقارنة ضرورية لاستعراض بعض التفاوتات الثقافية والاجتماعية في التكيف مع مرض السرطان داخل تركيا. أجريت إحدى عشرة مقابلة في إسطنبول في إحدى المستشفيات التابعة للدولة (داخل الكافيتيريا وحجرات الانتظار)، كما أجريت خمس مقابلات في مستشفى خاص، بالإضافة إلى مقابلة أربعة

هو المستشفى الوحيد الذي يقدم العلاج الإشعاعي. أما عمّن لديهن تأمين خاص، أو أموال خاصة بهن، أو كن في حاجة إلى رعاية أكثر تخصصًا، فعادّة ما كن ينقلن إلى المستشفيات الأردنية أو الاسرائيلية¹⁴.

لقد أجرينا عشر مقابلات في شمال الضفة الغربية، وثلاث عشرة مقابلة في وسط الضفة الغربية (القدس الشرقية)، واثنى عشرة مقابلة في جنوب الضفة الغربية. كانت المقابلات تتم مع النساء داخل المنشآت، حيث تم تجهيز حجرات خاصة أو بعض الأركان لهذا الغرض. بالاتفاق مع طاقم التمريض في المستشفيات، أدار الباحث الرئيسي المقابلات بالاشتراك مع باحث مساعد كان يدون الملاحظات أثناء المقابلات. وبعد الانتهاء من المقابلات، ناقش الباحثون النصوص والملاحظات للتأكد من استكمالها وتحديد الخطوات التي ستبعب في التحليل.

سوف نركز في الأجزاء التالية، في ضوء المعلومات القيمة التي أثمرت عنها الدراسات، على كيفية تقبل النساء لمرض السرطان وتحديدًا الطريقة التي تم تشخيصهن بالسرطان من خلالها؛ وكذلك تصوراتهن ومفهومهن عن سرطان الثدي؛ بالإضافة إلى خبراتهن في العلاج. تعتمد الأجزاء التالية على النتائج، حيث تركز على ثلاثة أبعاد مهمة تتعلق بخبرات النساء المصابات بسرطان الثدي وهي: التشخيص الأولي، وردود الأفعال بعد التشخيص/ استيعاب سرطان الثدي، والمعالجة الطبية والرعاية الطبية.

النتائج

التشخيص الأولي

إن ما يحدث في التشخيص الأولي يسلط الضوء على مرض السرطان في كل من تركيا والأراضي الفلسطينية المحتلة. فالسرطان، لاسيما سرطان الثدي، قد أصبح من بين الأمراض التي

الاجتماعية والاقتصادية. أما بالنسبة للأوضاع المرضية، فثمانية من النساء كن قد شخضن بأنهن مصابات بسرطان الثدي قبل ذلك بستة أشهر، و تسع عشرة منهن خضعن لجلسات علاج كيميائي وإشعاعي لفترة إستمرت من ١٢ إلى ١٨ شهر، وثلاث منهن تم شفائهن من مرض السرطان في الستة أشهر الأخيرة.

الأراضي الفلسطينية المحتلة

أجرى الفريق الفلسطيني خمس وثلاثين مقابلة شبه منظمة في الأراضي الفلسطينية المحتلة بين أعوام ٢٠١٠ و ٢٠١٢ حيث طبقت نفس معايير الاختيار والاعتبارات الأخلاقية في هذا السياق. وقد أجريت المقابلات في المستشفيات الثلاثة الوحيدة العاملة بالضفة الغربية، بما في ذلك القائمة في القدس الشرقية المحتلة التي كان علاج السرطان متاحا بها في ذلك الوقت بهدف رصد التفاوتات الجغرافية والمؤسسية، تراوحت مستويات التعليم للنساء من المدرسة الإعدادية إلى الحصول على شهادة إتمام الدراسة الجامعية، وكان من بينهن طبيبة. كما ضمت المشاركات في الدراسة الفلسطينية نساءً أصغر سنًا عن المشاركات من تركيا، بحيث تراوحت أعمارهن من ٢٥ إلى ٧١ سنة. كانت غالبية المشاركات متزوجات وقت إجراء المقابلات باستثناء امرأة واحدة عرياء، وأخرى مطلقة، وثالثة أرملة.

لقد أتاحت الدراسة الميدانية في المواقع الثلاثة الفرصة للتعرف على مجموعات متنوعة من النساء اجتماعيًا واقتصاديًا من المقيمت في مختلف أرجاء الضفة الغربية، وبعض المقيمت في قطاع غزة من يخضعن للعلاج في القدس الشرقية. كانت كل النساء اللاتي تم تشخيصهن بالسرطان مستحقات للتأمين من خلال وزارة الصحة الفلسطينية، حيث تم إيداعهن مستشفيات حسب أماكن إقامتهن، وحسب نوع العلاج المطلوب. كان مستشفى القدس الشرقية

قبل ذهابي للطبيب قلت لنفسى " لقد قضي الأمر" فأنا أعاني من السرطان وكنت للأسف على صواب."

أما في الأراضي الفلسطينية المحتلة فقد عبرت بعض النساء عن إدراكهن بأهمية الفحص الذاتي، وأشرن إلى أنهن كن يقمن به بعد أن سمعن عن سرطان الثدي. فكما أشارت ربة منزل في الستينات من عمرها تقيم في شمال الضفة الغربية قائلة:

" حصلت على دورات تدريب تعليمية حول سرطان الثدي في جمعية الشبان المسيحيين... شعرت بشئ يشبه الكتلة وأفصحت بذلك لإبنتي الطبيبة التي أخبرتني بأن أذهب لفحصها حيث قاموا [الطاقم الطبي] بأخذ عينة وأخبروني على الفور بإصابتي."

تميزت هذه المجموعة بأن لديهن وعيًا أكبر عن الغالبية العظمى من الفلسطينيات، ومن ثم كن قادرات على التصرف عند ملاحظة أى شئ غير عادي، مما أسفر عن تشخيصهن في مرحلة مبكرة من المرض.

ردود الأفعال عند التشخيص واستيعاب سرطان الثدي

في البيئتين مثلهم مثل غيرهم من الأماكن، يعتبر تشخيص السرطان في حد ذاته تجربة صادمة. ففي تركيا ترى كثير من المصابات بسرطان الثدي أن مجرد التفكير فيه أو حتى التلفظ بكلمة سرطان يستدعي السرطان إلى حياتهن. توضح ربة منزل في الستينات تقيم في أيدين التالي:

" عليك ألا تلفظ باسم المرض (سرطان الثدي) علانية. عليك أن تتجنب التفكير فيه بكثرة أو تمضية وقت طويل مع مصابات بسرطان

لاقت اهتمامًا إعلاميًا في تركيا منذ بداية الألفية الثانية، بفضل نشر عدد من الشخصيات العامة بعض الكتب التي تتناول خبراتهم في الإصابة بسرطان. وكذلك إنشاء مؤسسات معنية بسرطان الثدي على يد بعض المرضى وذويهم، بالإضافة إلى المسلسلات التلفزيونية التي تكون الشخصيات الرئيسية فيها من مرضى السرطان. كان هذا النوع من الاهتمام الإعلامي غير شائع في السياق الفلسطيني، بالرغم من زيادة حملات التوعية العامة والفحص في السنوات الأخيرة.

كانت غالبية النساء اللاتي شاركن في هذه الدراسات ممن تم تشخيصهن كن قد اكتشفن عن طريق الصدفة وجود خلل مصحوب بشعور بالألم، أو تكتل أو بثور على الصدر. ونادرًا ما كان التشخيص يحدث أثناء الفحص الدوري أو تصوير الثدي بالأشعة السينية. وفي بعض الحالات القليلة، لوحظ هذا الخلل من خلال الفحص الذاتي الدوري أو العملي الذي تضمن فحصا للصدر. وفي ضوء ازدياد الاهتمام الإعلامي بمرض السرطان في تركيا، كان الربط بين أى نوع من أنواع الخلل بسرطان الثدي يحدث تلقائيًا، فكما توضح سكرتيرة في الخمسينيات من العمر التالي:

"كنت أقوم بتجهيز منزلي لاستقبال فصل الربيع بعد انقضاء فصل الشتاء الطويل و أقوم بعملية تنظيف واسعة للمنزل.. وبينما كنت أعلق الستائر التي انتهيت من غسلها، اصطدم السبر الحديدي بصدري وشعرت بألم حاد حتى كدت أن أفقد الوعي. استمر الألم ليومين قمت على إثر ذلك بفحص الثدي أمام المرأة حيث وجدت كتلة غريبة الشكل على الجانب الأيمن من الثدي الأيمن. في المكان الذي كنت أشعر فيه بالألم، كان أول ما جال بخاطري أنه ورم وأنه سرطان الثدي. وحتى

للمرض يرتبط ارتباطًا وثيقًا بالموت. لاسيما في حالات التشخيص المتأخر وفي حالات كبار السن.

أما عن الأراضي الفلسطينية المحتلة فهناك أوجه تشابه واضحة من حيث ندرة استخدام كلمة السرطان ذاتها في الحديث، والإشارة إليه عادة بأنه "المرض الخبيث". فكما تقول ربة منزل في الثلاثينيات من عمرها: "إن الاسم في حد ذاته يبعث على الخوف". كما أن وصف الكثيرات لردود الأفعال الأولية عند التشخيص مستوحاة كلها من التشبيهات المتعلقة بالموت. فعلى سبيل المثال تقول ربة منزل أرملة في الخمسينيات من العمر:

" شعرت بأنني أقف على أعتاب الموت. أجهشت بالبكاء وكان حولي عشرات القتلى."

بالرغم من شيوع الخوف من السرطان. وتنامي الوعي العام بانتشاره في حالة تركيا مقارنة بالأراضي الفلسطينية المحتلة، إلا أن النساء في البيئتين كن يعقدن مقارنة بين السرطان والإنفلونزا كإشارة منهن إلى تكرار حدوثه والإمكانيات المتعلقة بالعلاج. ففي الأراضي الفلسطينية المحتلة اعتاد فريق البحث على سماع مقولة "إنه يشبه الإنفلونزا، ويمكن علاجه" كنوع من التأكيد للباحثين (وللمتحدثة ذاتها) بأن تشخيص إصابتها بمرض سرطان الثدي ليس بالأمر الخفيف، وأنه لا يعني حكمًا بالموت وذلك لإمكانية علاجه.

لقد شهدت الغالبية العظمى من النساء الأثراك المصابات بسرطان الثدي، نساء أخريات تم تشخيصهن بالسرطان لاسيما سرطان الثدي في محيطهم الاجتماعي قبيل تشخيصهن. كما فقدت اثنتان منهن أزواجهن بسبب سرطان الرئة. وسبعة من النساء كان لديهن إما أم، أو خالة، أو أخت مصابة بسرطان الثدي. تصف صاحبة

الثدي. غير أن تلك القاعدة الأخيرة كانت صعبة التنفيذ في حالتي. لأن أقرب صديقة لي كانت مصابة بسرطان الثدي. كنت أحيانًا أشعر بأنني قد استدعيت المرض إلى حياتي بسبب الوقت الطويل الذي كنت أمضيه مع هذه الصديقة نتحدث عن المرض."

توضح هذه المقولة أيضًا الخوف العام من مرض السرطان المتمثل في مفهوم سونتاخ الخاص بالعدوى الأدبية^٧. في إشارة إلى الانتشار الهائل والمروع لمرض السرطان الذي يتخطى أيضًا الجوانب الاجتماعية والاقتصادية في أي مجتمع. فضلًا عن الرأي القائل بأن سبب الإصابة بالسرطان هو السلوكيات الخاطئة التي يتبعها المرضى.

كان السرطان أقل ظهورًا وطرحًا للمناقشة في أيديين التي تعتبر أصغر نسبيًا وأكثر حفظًا عن إسطنبول، ومن ثم تجسد طابع حريم ذكر السرطان بشكل أكبر في المقابلات التي أجريت هناك. تضم إسطنبول عددًا ضخمًا من السكان المحافظين والمتدينين، حيث يرجع السبب في ذلك جزئيًا إلى ارتفاع معدلات الهجرة منذ الثمانينيات، لكن قلة عدد السكان في أيديين لا تسمح لأي منهم بأن يظل مجهولًا، أو أن يتصرف بشكل مختلف عن غيره في سياق مجتمعي آخر، على عكس إسطنبول. كما أن أيديين بها عدد أقل نسبيًا من المستشفيات عن إسطنبول، ولذلك فإن الحياة اليومية بها ليس لها نفس الطابع الطبي. كما تجنبت النساء من يستغرقن علاجهن عدة أشهر استخدام كلمة السرطان في المقابلات في أيديين، حيث أشرن إليه بهذا "المرض"، و"المرض الخبيث"، وفضلت النساء المتعافيات ألا تستخدم تلك الكلمة بما أن استخدامها ربما يستدعي المرض إلى حياتهن. إن هذه الرقابة الذاتية الشائعة المفروضة سواء على المتعافيات أو على المصابات بالسرطان تسهم في تعاضم الخوف العام من مرض السرطان في المجتمع. كما أن طابع التحريم

مطعم في الخمسينيات من عمرها هذا الانتشار الكبير للمرض قائلة:

"إن السرطان يشبه الانفلونزا، فهو يحيط بي في كل حين، وكل عام، أسمع أن ثلاثة على الأقل من بين أفراد عائلتي أو صديقاتي قد تم تشخيصهن بسرطان الثدي. وبعد تشخيصي أنا به وتشخيص أخريات، لم أعد أشعر بهول الصدمة عند سماع هذه الأخبار."

إن ادراك انتشار مرض السرطان وتجربة تشخيصه في جسد الشخص بعينه عادةً ما يستدعي البحث عن الأسباب في محاولة البحث عن مغزاه، فكانت هناك بطبيعة الحال أسباب لا علاقة لها بجسد المرأة، ومنها العوامل البيئية أو القوى العليا، وذلك اعتقادًا منها بأن المرض يأتي من الله ما يجعل التشخيص أمرًا يمكن احتماله. فقد حدثت امرأة غير متزوجة تقيم في مخيم شمال الضفة الغربية عن تلوث البيئة الطبيعية:

"توجد الكثير من حالات الإصابة بالسرطان في مخيمنا، وذلك لأنهم يزرعون خضروات ويستخدمون المبيدات (بالقرب منها)، وعندما أتت لجنة للكشف عن سرطان الثدي وسرطان عنق الرحم من أوجستا فيكتوريا اكتشفت ثلاثين حالة جديدة."

في كل من البيئتين، كان الإيمان والروحانية هما الطريقتين الأهم بالنسبة للنساء لفهم المغزى من السرطان، وكذلك فهم ما يحدث لهن، وتقبل مصيرهن. لقد رأت الكثير من النساء أن السرطان هو مشيئة الله، كما أكدن أيضًا على أن السرطان قد ساعدهن على إعادة اكتشاف الأمور الروحانية والدينية بداخلهن. تقول سيدة فلسطينية متقاعدة في الخمسينيات من العمر من وسط الضفة الغربية:

"لقد سلمت أمري إلى الله. لقد سئمت من كافة الأمور التي جعلني أشعر بالأمي، ولكن إن شاء الله سوف ينقل ذلك من ميزان حسناتي."

إن التوكل على الله، أو كما يعرف في هذه الحالة بأنه اليقين بأن "هذا ما منحني الله" وأن "المرض هو ابتلاء من الله" قد ساعد الكثير من النساء على تقبل تلك الحنة وفهم المغزى من الصراع لتحمل المشاق التي يتطلبها العلاج^{18,19}. كما تلعب الروحانيات والإيمان دورًا رئيسيًا في تقبل المرض وكذلك قرار الموافقة على العلاج، والكفاح من أجل النجاة، ومن ثم فإن التوكل غير مرتبط بحتمية المصير، حيث يتضمن أفكارًا خاصة ببناء المقاومة وفعل كل ما هو متاح من أجل محاربة المرض. ثم الاستسلام لمشيئة الله حيث نرى تصوير الله في الأراضي الفلسطينية المحتلة بأنه المسئول عن المرض والشفاء على حدٍ سواء. كما كان للدعاء والشعائر الدينية عظيم الأثر في رفع الروح المعنوية للنساء، إلى جانب كونهما من مصادر القوة.

وبالمثل في تركيا كانت عملية إعادة اكتشاف الروحانيات والإيمان مرتبطة بأن يتحول الإنسان إلى شخص أفضل. كما أكدت أغلب النساء بأنهن أصبحن أقوى من الناحية العاطفية وتعلمن أن يصبحن أكثر استقلالية ذاتيًا. كما وصفت امرأة أخرى القوة والاستقلالية التي تجسد في معرفة متى، ولماذا، ومن أي شخص تطلب المساعدة، كما أشارت ربتان منزل مسنات تعيشان في أيدين بأنهن قد أصبحن أكثر تدينًا عقب تشخيصهن، كما ارتدت إحداهن الحجاب وذلك للهدف العملي وهو تغطية شعرها الذي بدأ مرة أخرى في النمو:

"إن التوجه لله بالدعاء وزيارة أضرحة الأولياء

كانت أكثر طبية مقارنةً بالأراضي الفلسطينية المحتلة حيث يتم الحديث عن السرطان وكأنه ابتلاء من الله يعقبه جملة عن توفرا العلاج وأهميته.

في تركيا وفي مدينة إسطنبول على وجه الخصوص، تعتبر المصطلحات الطبية جزءاً عادياً للغاية من الحياة اليومية للمرضى، واللغة التي يستخدمونها ومفاهيمهم عن الصحة والمرض. تبنت معظم النساء لغة الطب حيث استخدمن مصطلحات طبية للحديث عن مرضهن. كما أن استخدام لغة الطب كان مرتبطاً بالمعرفة والحصول على مصادر مختلفة من المعلومات. كما كان لدى أغلب النساء ممن أجريت معهن المقابلات في إسطنبول تاريخ مرضي للسرطان. وفي بعض الحالات كن قد فقدن أزواجهن أو أحد أفراد الأسرة لهذا المرض. ومن ثم كان هناك معرفة بمختلف مراحل المرض، فضلاً عن الخيارات المتاحة للعلاج مقارنةً بأبدین حيث كانت روايات النساء لا تتسم بالطابع الطبي. وبالنسبة لبعض النساء في إسطنبول، ساعدت هذه المعرفة على التواصل مع المرض. وتوضح رواية سيدة أعمال في الأربعينيات من العمر هذا المثال:

” كلما عرفت شيئاً عن مرضي كلما أدركت بأنه يوجد مصطلح طبي خاص بكل شئ مرتبط بالمرض والعلاج. ومن ثم اتضح لي أن الأطباء والعلماء قد قاموا بأبحاث موسعة حول هذا الموضوع لسنوات. الأمر الذي يشعرنى بالثقة في معنى كلمة أني سأصبح يوماً من الأيام ناجية من السرطان.”

يعد هذا الأمر مخالفاً تماماً للخطاب الذي تبناه معظم النساء اللاتي التقينا بهن في الأراضي الفلسطينية المحتلة حيث كان التركيز على أن الشفاء التام هو من الله؛ بالرغم من اقتناعهن بأن الأطباء والعلاج هما من أهم أسباب الشفاء. كما أن نجاح الشفاء هو في نهاية المطاف ما

أصبحت من الممارسات المريحة التي جعلتني أشعر بأن الألام والغثيان أصبحوا أقل لفترة من الوقت. لقد كان هذا هو حالي قبل تشخيصي، ولكنني أصبحت أكثر تديناً خلال فترة علاجي من السرطان. كما أشعر بأنه أثناء الصلاة تكون هناك صلة خاصة بيني وبين الله وبأنه ينصت لكل ما أقول.”

وفي إسطنبول قالت موظفة في الثلاثينيات من عمرها بأنها ”اكتشفت” اليوجا خلال جلسات العلاج الكيميائي حيث ساعدتها على الهدوء بشكل كبير. وبأن يكون لديها منظور أفضل وأبسط وأكثر روحانية عن رؤيتها للحياة. كما شرحت امرأتان من إسطنبول فوائد موسيقى الرايكي التي تضي إحساساً بالراحة والشعور بالسلام والروحانية.

المعالجة الطبية والرعاية الطبية

تخل الرعاية الطبية جزءاً محورياً في حياة النساء مع كل تشخيص لسرطان الثدي. وبالرغم من التفاوتات في المفاهيم الثقافية للتشخيص، في البيئتين. فان حياة النساء تأخذ الطابع الطبي على الفور عقب التشخيص. وتصبح الزيارات لمكاتب الأطباء والعيادات والمستشفيات جزءاً لا يتجزأ من حياة المرأة اليومية. الأمر الذي يترك آثاراً على أجسادهن. وعلى حياتهن الاجتماعية. ومن خلال المقابلات توقفنا عند التفاوتات في الطرق التي استجابت بها النساء أو تعاملت فيها مع واقع كونهن مريضات؛ كما تتجلى هنا الاختلافات للموسمة بين البيئتين التركي والفلسطينية.

كما لاحظنا أن الروايات في البيئتين تعكسان اختلافات في السياق الذي يتم التعامل فيه مع السرطان ومرض السرطان على مستوى انتشار الخدمات الصحية وسريتها. ففي تركيا فإن المصطلحات المستخدمة للحديث عن السرطان

لحصوله على الخدمات. وفي الوقت الذي يعتبر أي نقاش مستفيض للسياق السياسي الأوسع خارج نطاق هذا المقال، إلا أنه هام عند تناول اختلاف التوقعات بين النساء في تركيا والأراضي الفلسطينية المحتلة. إن مطالب النساء وتوقعاتهن إزاء المنظومة الصحية في الأراضي الفلسطينية المحتلة يتأثر بأدراكهم القيود الصارمة المفروضة عليهن من قبل الاحتلال الإسرائيلي.

الجدير بالذكر أن السلبية لا تعني بالضرورة إهمال مستوى الرعاية التي يحصلن عليها. فقد أكدت النساء أثناء المناقشات حول الرعاية الطبية التي يحصلن عليها على النواحي المتعددة للرعاية بما في ذلك: الطريقة التي يتم التعامل بها معهم من قبل الطاقم الطبي؛ توفر العلاج. الأحوال المادية للمنشأة الصحية؛ بالإضافة إلى قرب المكان من المنزل ومن الأحياء. غير أنهن لم يتدخلن في التفاصيل الخاصة بالعلاج بصورة فاعلة مع مقدمي الخدمة، ولم يعربن عن رغبتهن في أن يعرفن أكثر من ذلك. كما تركزت أحاديثهن على الطرق التي يتم تقديم العلاج بها من قبل طاقم المستشفى، وسمات المنشأة العلاجية.. الخ. تقول ربة منزل من شمال غرب الضفة الغربية:

” تبدو الأمور حتى الآن جيدة. غير أن المبنى يجب أن يتم تجديده لأنه قديم. فالحالة النفسية للمرضى سوف تتحسن إذا أصبح المكان أفضل، وأكبر. ويطل على منظر جميل. لكن العلاج إجمالاً جيد. فأنا شخصياً لم أواجه أية مشكلات فعندما كنت أحتاج بعض الأدوية التي لم تكن متوفرة كنت أشتريها. غير أنني أسمع من مرضى آخرين بأن هناك نقص في الأدوية.. أما بالنسبة للطاقم الطبي هنا فلا بأس بهم. كما أن المكان نظيف و معقم، والمعاملة ممتازة فهم يقدمون لنا النصح. كما أن الطبيب لطيف للغاية والمرضات

تحده العناية الالهية. وفي الأراضي الفلسطينية المحتلة بدأ الوعي بمرض السرطان في الزيادة ولكن ليس بنفس تسليط القدر من الاهتمام الإعلامي والتأكيد على اكتساب المصطلحات الطبية كما في حالة تركيا. فنادراً ما كانت النساء يتبعن التطور الطبي الحيوي لتطور المرض. واعتمدن إما على العبارات المبهمة/العامية على لسان الأطباء. أو أشرن إلى التغييرات في الوظائف الحيوية كمؤشرات على التحسن. ما يعد اختلافاً عن المقابلات التي أجريت مع النساء في تركيا. وفي الأراضي الفلسطينية المحتلة كان تبني لغة الطب. على الرغم من وجودها في بعض الحالات. أقل تردداً. فعلى العكس. اقتصر تدخل النساء في العملية الطبية في المقام الأول على دور المريض السلبي. نعني بكلمة سلبية أن التركيز يكون على تتبع مسار العلاج الذي يصفه الأطباء. دون محاولة التدخل لمعرفة التفاصيل الطبية للعملية. مع الثقة بأن الله سوف يحدد في النهاية شفاء الإنسان.

وتجدر الإشارة إلى أن النساء في الأراضي الفلسطينية المحتلة غالباً ما كن يتحدثن عن الصعاب التي تواجههن في الحصول على الخدمة الطبية أو العقبات التي تحول دون تطوير منظومة الرعاية الصحية الفلسطينية من توسيع الخدمات بسبب القيود التي يفرضها الجيش الإسرائيلي على دخول النساء إلى المنشآت العلاجية. بالإضافة إلى أنواع الأجهزة المتاحة دخولها. وفي هذا السياق العام أعربت الكثير من النساء عن ارتياجهن لتوفر العلاج الذي أصبح متاحاً. وغالباً ما أشرن إلى أنهن يشعرن بالعرفان بسبب الرعاية المتوفرة واجتهاد الطاقم الطبي. كما يشعرن بالامتنان إذا توفرت الرعاية التي يحتاجونها في نفس المدينة التي يقيمون بها. أو تلك التي لا تتطلب الحصول على تصاريح إضافية. أو التي تتطلب اجتياز نقاط التفتيش

لاغبار عليهن. أنا راضية عن تواجدي هنا."

كما قالت امرأة أخرى في مستشفى القدس الشرقية:

"إن المعاملة الطبية هنا جيدة للغاية. كما أن الطبيب لطيف جداً لأنه يعامل كل شخص (مرضى) كصديق له؛ كما أنهم [طاقم الطبي] يعاملون المرضى على أكمل وجه."

غير أن بعض النساء الفلسطينيات الأخريات لاسيما المقيمات في جنوب الضفة الغربية كانت لديهن بعض الشكاوى:

"لو كانوا فقط يهتمون أكثر بكل مريضة مقيمة هنا لأنها ليست بخير. لو كانوا فقط يعاملوننا كبشر؟" (امرأة عزباء قى الخمسينيات من العمر)

"إن [الخدمات الطبية] لا بأس بها. لكن الشفاء بيد الله. أما لو أراد الانسان أن يحصل على شئ فهى أن يكون هذا الشئ أنظف وأفضل وأن تكون هناك أكثر من مريضة واحدة [في إشارة إلى المريضة الوحيدة القائمة على الوحدة]. وذلك لأن الأمور على هذا النحو فوضوية ومرهقة."

"لقد ذهبت خمس مرات لإجراء الجراحة. وكل مرة أسمعهم يقولون احضروها صائمة. وفي المساء يخبرونني بأنه لا يوجد سرير ويتعين على أن آتي في اليوم التالي."

وعلى عكس تركيا فإن التفاوتات الاقتصادية والاجتماعية بين النساء داخل نفس المستشفى لم تبدو وكأنها تلعب أي دور رئيسي في الرعاية التي تحصل عليها النساء في الأراضي الفلسطينية المحتلة. فقد بدا مكان وموقع المنشأة العلاجية له أهمية أكبر. ففي داخل أية منشأة صحية في

الأراضي الفلسطينية المحتلة يحصل المرضى عادةً على نفس نوع أو مستوى جودة الرعاية التي غالبًا ما يتم تغطيتها من قبل برامج التأمين الصحي المختلفة. كما توجد التفاوتات المتعلقة بجودة الرعاية داخل المنشآت العلاجية. علمًا بأن المستشفيات التابعة للمنظمات غير الحكومية لديها باع أطول في الرعاية المتخصصة والتمويل الأفضل بالإضافة إلى توفر الأجهزة بفضل التمويل الأجنبي. كما أن المستشفيين الحكوميين العاملين تحت مظلة وزارة الصحة. كان بينهما بعض الاختلافات في السمات والنهج الذي تقدم به الخدمة. فمستشفى شمال الضفة الغربية به حجرات منفصلة خاصة بالرجال والنساء وعدد أكبر من الممرضات اللاتي يعملن في وحدة العلاج الكيميائي ما إلى الحد من التزاحم ومنح المرضى المزيد من الاهتمام من قبل طاقم التمريض. وفي مستشفى جنوب الضفة الغربية. وأثناء الدراسة الميدانية. رأينا مرضًا واحدًا فقط كان يتفانى في خدمة المرضى في حجرة العلاج الكيميائي التي تستوعب الرجال والنساء. كما كان هناك نقص أيضًا في الأسرة والكراسي المريحة التي يجلس عليها المرضى. جدر الإشارة إلى أن الكثير من النساء اللاتي التقين بهن في جنوب الضفة الغربية أتين من خلفيات اجتماعية فقيرة. ومن ثم كن أقل حظًا في المطالبة بتحسين المنظومة الصحية. غير أن الوضع لم يكن كذلك بالنسبة لمستشفى شمال الضفة الغربية حيث أشارت بعض المريضات إلى أنه كان في إمكانهن السفر إلى الأردن لتلقي العلاج. إلا أنهن قررن البقاء في أماكنهن لرضاهن عن الرعاية التي يحصلن عليها. كما أن مستشفى القدس الشرقية التابعة لإحدى المنظمات غير الحكومية كان بها مزيج من المرضى المختلطين. حيث كان العدد الأكبر من وسط الضفة الغربية من هم أفضل حالًا اجتماعيًا واقتصاديًا عن نظرائهم من جنوب الضفة الغربية. وجدر الإشارة إلى أنه في السياق الفلسطيني.

جامعة. ويلاحظون الزي الرسمي الذي أرتديه بالإضلفة إلى سلوكي. ولهذا يقومون بشرح التفاصيل الخاصة بالعلاج ويعاملونني باحترام وعناية فائقة مقارنة بغيري من النساء من ليس لهن وظيفة أو من غير الحاصلات على أي قدر من التعليم الأساسي. كان بعضهم يعلم أنني يجب أن أعود إلى العمل بعد الانتهاء من جلسات العلاج الكيميائي. وذلك كانوا يجنبونني الانتظار في الصف. ويستقبلونني قبل المرضى الآخرين الذين كانوا أتوا من قبلي! لقد كانوا يقدرون بأني امرأة قوية لن تتخلى عن وظيفتها حتى أثناء العلاج من السرطان."

أما عن مريضات سرطان الثدي الأثراك. ممن لديهن أقرباء يعملون في قطاع الصحة. فهن يستفدن أيضاً من العلاقات الاجتماعية التي يحظون بها فيما يخص المستشفيات. كما أنهن فخورات بالأطباء. والمرضات. وحتى الصيدالة من بين أقاربهن. ويؤكدون على أنه بفضل هؤلاء الأشخاص. حصلوا على معاملة أفضل من قبل مقدمي الخدمة الصحية بشكل عام وكانت تجربتهم في المستشفى أفضل بكثير. فلم ينتظرن على سبيل المثال لوقت طويل للحصول على موعد مع الطبيب ولم يواجهن سوى بعض الأمور البيروقراطية البسيطة.

غير أن النساء من خلفيات اجتماعية واقتصادية فقيرة. قد أشرن إلى أن تجربة مواجهة عملية التشخيص والعلاج هي تجربة جعلتهن يشعرن بالإقصاء والدونية. كما أفدن بأنهن يشعرن بأنهن مهمشات ويتم التمييز ضدهن من قبل الأطباء والمرضات خلال فترة العلاج. بالرغم من بذلهن أقصى ما في وسعهن لفهم شروح الأطباء وتنفيذ مقترحات الأطباء. تقول ربة منزل تقيم في إسطنبول في الستينيات من العمر أن

عادةً ما تسعى النساء من هن أفضل حالاً اجتماعياً واقتصادياً الحصول على الرعاية في المستشفيات الاسرائيلية أو الأردنية. وبالرغم من أن العدد كان قليل بالنسبة للمشاركات في هذه الدراسة من خلفيات أعلى اجتماعياً واقتصادياً. إلا أنهن أكدن بأن قرارهن بالحصول على الرعاية كان من خلال وزارة الصحة الفلسطينية وذلك إما بسبب تفضيلهن البقاء قريباً من منازلهم. أو للخبرة الإيجابية التي عايشوها. غير أننا قد لاحظنا أن النساء الحاصلات على تعليم عالي. لاسيما العاملات منهن في الصحة. أو من لديهن أزواج يعملون بالصحة. كن أكثر وعياً بسبب توفر المعلومات المتاحة عن حالتهم وعن العلاج. وإجمالاً لم تكن هناك أية اختلافات أخرى في الخلفيات الاجتماعية والاقتصادية للمشاركة.

وفي تركيا تنوعت درجة ارتباط النساء بخدمات الرعاية الصحية. والتفاوتات في المستوى الاجتماعي والاجتماعي الذي اتضح بأنه يلعب دور هام في تشكيل خبرات النساء في الرعاية الطبية. كما كانت وظيفة المرأة. ومستوى التعليم. ونوع التأمين (العام أو الخاص). محل الإقامة. (الحضر/ الريف). وملبسها والزي العام هي كلها مؤشرات أساسية لمقدمي الرعاية الصحية لتحديد خلفية النساء. كما أوضحت أغلب النساء على أن مستوى تفاعلهن مع مقدمي الرعاية الصحية يعتمد أساساً على الخلفية الاجتماعية والاقتصادية. وليس على نمط المستشفى الذي يعالجن فيه. تشرح مريضة سرطان ثدي في الثلاثينيات من العمر تعمل في بنك التالي:

" على الرغم من أنني أتلقى أغلب العلاج من السرطان في مستشفى حكومي. إلا أن الطاقم الطبي يولوني اهتمام بالغ وعناية خاصة. كما أنهم يعلمون أنني خريجة

المناقشة

نلقي الضوء في هذا المقال على الخبرات التي تمر بها النساء من المصابات بسرطان الثدي في بيئتين شرق أوسطيتين، وهما الأراضي الفلسطينية المحتلة وتركيا. إن هذا النوع من الدراسات المقارنة يعتمد على الطرق النوعية التي تفتقر إليها الأدبيات، حيث إنها تتيح لنا القاء نظرة متعمقة بخصوص كيف أن السياق الثقافي يلعب دورًا في تجارب المرض والشفاء والروايات عنهما. وبالرغم من كوننا الباحثين الرئيسيين وكتابا هذا المقال، إلا أننا لا ندعي بأن النتائج التي توصلنا إليها يمكن تعميمها بالنسبة لكل النساء من المصابات بسرطان الثدي في تركيا والأراضي الفلسطينية المحتلة، حيث إننا نؤمن بأن النتائج التي توصلنا إليها والمناقشات تعطي فهم أعمق حول كيفية اسناد معنى لسرطان الثدي والتكيف معه. وفي حين تظهر الدراسات التي قمنا بها بتفاوتات ملحوظة في تجارب مريضات السرطان في هذه البيئات، لاسيما فيما يخص العلاج، إلا أننا نجد بعض أوجه التشابه بين البيئتين. وعلى غرار غيرها من الدراسات، نجد أن تشخيص سرطان الثدي يعتبر حدث درامي يستحضر ردود أفعال قوية في أوساط الكثير من النساء^(٧،٢٠٢١).

لقد لاحظت النساء في البيئتين وجود ارتفاع ملحوظ في انتشار السرطان بشكل عام، وسرطان الثدي بشكل خاص. وفي حين أن النساء كن يدركن أن هذه الزيادة مرتبطة بزيادة معدلات السرطان في المنطقة^(١٨)، إلا أنه كان من اللافت للنظر معرفة أن هذه الزيادة الملحوظة في انتشار سرطان الثدي قد جعل النساء يعتقدن بأنه قد أصبح في الإمكان التحكم فيه. كما قارنت النساء في البيئتين بين السرطان ومرض الانفلونزا، الأمر الذي يوحي بأن السرطان أصبح منتشر بشكل كبير. لكنه غير مخيف كما

الأطباء والمرضات تعاملوا معها على إنها "قروية جاهلة" عندما قرأوا في الملف الخاص بها بأنها لم تنهي مرحلة التعليم الابتدائي:

"لقد فترضوا على الفور بأنني لا أعرف القراءة والكتابة أو أي شيء يتعلق بالمستشفيات أو الطب، بالرغم من أنني تعلمت القراءة والكتابة في برنامج تعليمي خاص ولدي معرفة بالمستشفيات. وذلك لأنني طالما اصطحبت أبنائي واحفادي إلى هناك.. غير أنهم لا يثقون في أي كلمة ما أقول. ويرمقونني بنظرات بغيضة ويكررون كل شيء مرتين أو ثلاث مرات بطريقة بطيئة للغاية برغم تأكيدي بأنني أفهم ما يقولونه في المرة الأولى".

أكدت النساء من المكانة الاجتماعية والاقتصادية الفقيرة على أن الأطباء والمرضات لا يثقون في تفسيراتهن في مستشفيات الدولة التي يتلقون أغلب العلاج بها. كما عبرت النساء عن فكرة فقدان السيطرة على أجسادهن واشتكت العديد منهن من أن الأطباء لا يهتمون بالخصوصية في حجرات الفحص في المستشفيات الحكومية حتى أن أي شخص يمكن أن يدخل الحجرة دون طلب الحصول على موافقة بذلك ويرى النساء نصف عاريات أثناء الفحص. أشارن امرأتان أن الأطباء عادةً ما يحضرن المتدربين أو الطلاب "لاستكشاف" صدورهن، دون أخذ الإذن بذلك. تقول ربة منزل في الستينيات من العمر أن إحدى المرضات قد ارغمتها عمدًا على الانتظار من خلال تخصيص مواعيد لها في أوقات الذروة على الرغم من تأكيدها بأنها تريد أن يتم فحصها في أسرع وقت، وذلك لإنها لن تتمكن من الانتظار طويلاً بسبب الآلام الحادة التي تعاني منها.

سمعه عن العلاج في الأردن واسرائيل. في ضوء عدد المرضى في المقام الأول وعدد الممرضات القائمين على رعايتهم. وفي هذه المستشفى على وجه التحديد أثناء القيام بالدراسة الميدانية كانت هناك ممرضة واحدة عادةً تقوم برعاية من عشرين إلى سبع وعشرين مريض في ذات الوقت وبمساعدة متقطعة من ممرضة أخرى. لم يعكس هذا الأمر تجارب النساء في المستشفيات الأخرى من كان لديهن تجارب وتعامل إيجابي مع طاقم المستشفى. كما أوضحت ربة منزل في الثلاثينات من العمر في مستشفى أخرى في الضفة الغربية بأنها هي وزوجها كانوا يفكرون في البداية في السفر إلى الأردن لتلقي العلاج. ولكن بعد هذه التجربة الإيجابية قرروا الاستمرار في العلاج في الضفة الغربية.

وفي حين كانت أوجه التشابه بين خبرات النساء داخل وخارج البيئتين قائمة. إلا أن النتائج أوضحت أيضًا أن تجارب النساء من لديهن سرطان ثدي وطرق استيعاب التشخيص تأثرت في الأساس بسبب الظروف الاجتماعية والاقتصادية والمحيط الثقافي الذي يعيشون فيها داخل وخارج البيئات الثقافية. بهدف المقال من خلال إلقاء الضوء على التعامل مع النساء من الخلفيات الاجتماعية والبيئية المختلفة للنساء. وتجارب المرض. والخطاب الخاص بالمرض¹¹. إلى الإسهام في سد الفجوة في التواصل بين مقدمي الخدمة الصحية والمرضى من خلال مساعدتهم على التعرف بمعانتهم النفسية والاجتماعية الى جانب المعاناة الجسدية.

كما تعد هذه المقالة هامة بالنسبة لدراسة تاريخ الصحة والمرض بوصفه نموذج نادر للدراسات النوعية والمقارنة عن مرضى السرطان في الشرق الأوسط. إلا أن توسيع نطاق المقارنة ليشمل دول كبرى أخرى مثل لبنان ومصر من

كان في السابق. أما عن استخدام الخطاب الديني والمعالجة الطبية. فقد كانت هناك أوجه تشابه بين الطرق التي تأقلمت بها النساء الفلسطينيات والنساء التركيات الفقيرات في أيديهن من الحاصلات على قسط بسيط من التعليم الأساسي والخلفية الأكثر خفًا مع السرطان. كما لوحظ بأن التركيز على الإيمان في التكيف مع تشخيص سرطان الثدي هو السمة الغالبة في الأدبيات لاسيما بين النساء في الدول الإسلامية والعربية^{11,14,19,20}. فبالنسبة لهؤلاء النساء لا يترجم الإيمان بأنه استسلام للمصير. ولكنه يعتبر تأكيد على مسئولية الحصول على العلاج مع العلم بأن الشفاء التام يأتي من الله. في هذا الصدد. يلعب الإيمان دورًا في الحالة الناحية النفسية للنساء ويساعدهن في سعيهم لفهم مرضهن.

كما توجد تفاوتات واضحة في درجة المعالجة الطبية وانتشار الخطاب الطبي في البيئتين. وبينما لا نود ارهاق أنفسنا بالحجج وتعميم النتائج. إلا أننا يمكننا القول بأن الخطاب الطبي حول السرطان كان أكثر شيوعًا في السياق التركي. كانت تلك التفاوتات الجغرافية والاقتصادية والاجتماعية أكثر وضوحًا. حيث كانت النساء يستخدمن المصطلحات والمفردات الطبية مما أثر إيجابًا على العلاقات مع الأطباء وخيارات العلاج¹⁰. كما أن هذه التفاوتات الاجتماعية والاقتصادية لم تكن في نفس وضوح السياق التركي ربما بسبب واقع أن النساء من الطبقات الاجتماعية والاقتصادية الأعلى يحصلن على العلاج في دول أخرى. كما كانت هناك حالات شكوى من النساء بأنهن لم يتم معاملتهن "كبشر". لاسيما في إية مستشفى يكون بها تراحم للمرضى يقابله عدد محدود من الممرضات القائمات على حجرات وحدة العلاج الكيميائي. وقد قارنت عدد قليل من النساء بين الرعاية التي حصلن عليها بما

إلى ريتا جياكامان وبيلاجين تيكيه لتوجيهاتهم أثناء المشروع وفي المساعدة في تنقيح المسودات المختلفة لهذا المقال. كما نتوجه أيضًا بالشكر إلى جوسلين ديجوج لتعليقاتها المفيدة. كما نشكر أيضًا أوزليم كايا. يسيم نسيريز ياسين. ومحمد ايكينجي لاسهاماتهم في البحث في تركيا؛ وكذلك هديل دلول وجريجوار هيرفويت زبير لاسهاماتهم في البحث في الأراضي الفلسطينية المحتلة.

إقرار

لم يكن هناك أي تضارب في المصالح من قبل المؤلفين

التمويل

نتوجه بجزيل الشكر لمجموعة عمل الصحة الإيجابية (RHWG) لتقديمهم منحة أولية، متاحة لأعضاء الجمعية للقيام بهذا البحث، فضلًا عن كونها منصة أكاديمية لمناقشة النتائج التي توصلنا إليها في يوليو ٢٠١٠ في مصر. ويوليو ٢٠١١ في تونس. وفبراير ٢٠١٤ في اجتماعات مسقط السنوية.

نشأته توسيع دائرة الفهم حول الخبرات وتشكيل الروايات الخاصة بمریضات سرطان الثدي في الشرق الأوسط. كما يتناول هذا المقال التفاوتات الاقتصادية والاجتماعية التي تؤثر في تجارب السرطان داخل وخارج السياق الثقافي. يسعى المقال من خلال إلقاء الضوء على هذه التفاوتات التصدي لبعض المفاهيم المنتشرة ومنها المعتقدات الوجودية الإسلامية عن المرض، والتأثير المنتشر للإسلام في تشكيل خبرات وروايات الشعوب في الدول الإسلامية. كما تعتبر نتائج هذه الدراسة كاشفة لبعض الرؤى في فهم مجالات بحثية لم يتم التطرق لها في الشرق الأوسط، كما أنها تنطوي على مضامين هامة لتقديم الخدمات الصحية في ضوء فهم متعمق لآراء المرضى والمعاناة التي يمرون بها.

شكر وتقدير

أتاحت مجموعة عمل الصحة الإيجابية (RHWG) الفرصة للمؤلفين بأن يجتمعوا في يناير ٢٠١١ في بيروت. ويونيو ٢٠١٤ في إسطنبول لتنسيق عملية الكتابة، ونتوجه بخالص الشكر

1. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2014. WHO [Internet]. 2014 [cited 2016 Jun 23]. Available from: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>
2. Danaei G, Vander Hoorn S, Lopez AD, et al. Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioural and environmental risk factors. *Lancet*. 2005;366(9499):1784–1793.
3. Livingstone J. *Improvising medicine: an African oncology ward in an emerging cancer epidemic*. Durham (NC): Duke University Press; 2012.
4. Navarro V. Neoliberalism, globalization, and inequalities: consequences for health and quality of life. London: Baywood; 2007. p. 528.
5. Mattingly C, Garro LC. *Narrative and the cultural construction of illness and healing*. Berkeley (CA): University of California Press; 2000. p. 310.
6. Farmer P, Kleinman A, Kim J, et al. *Reimagining global health*. Berkeley (CA): University of California Press; 2013.
7. Al-Azri MH, Al-Awisi H, Al-Rasbi S, et al. Coping with a diagnosis of breast cancer among Omani women. *J Health Psychol*. 2014;19(7):836–846.
8. Dey S, Soliman AS. Cancer in the global health era: opportunities for the Middle East and Asia. *Asia Pac J Public Health*. 2010;22(3 Suppl):75S–82S.
9. Zohny H. The rising tide of cancer. *Nat Middle East* [Internet]. 2013 Oct 15 [cited 2016 Jun 23]. Available from: <http://palgrave.nature.com/nmiddleeast/2013/131015/full/nmiddleeast.2013.144.html>
10. Dole C. *Healing secular life: loss and devotion in modern Turkey*. Philadelphia: University of California Press; 2012. p. 302.
11. Balboni TA, Vanderwerker LC, Block SD, et al. Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *J Clin Oncol*. 2007;25(5):555–560.
12. Kleinman A. *Illness narratives: suffering, healing and the human condition*. New York: Basic Books; 1986.
13. Sanal A. *New organs within us: transplants and the moral economy*. Durham (NC): Duke University Press; 2011.
14. Hammoudeh W, Hogan D, Giacaman R. From a death sentence to a disrupted life: Palestinian women's experiences and coping with breast cancer. *Qual Health Res*. 2016;27:487–496.
15. Liamputtong P. *Researching the vulnerable: a guide to sensitive research methods*. Thousand Oaks: Sage; 2006.
16. Liamputtong P. *Qualitative research methods*. Oxford: Oxford University Press; 2009. p. 384.
17. Sontag S. *Illness as metaphor*. New York: Farrar, Straus and Giroux; 1978.
18. Hamdy SF. Islam, fatalism, and medical intervention: lessons from Egypt on the cultivation of forbearance (Sabr) and reliance on God (Tawakkul). *Anthropol Q*. 2009;82 (1):173–196.
19. Harandy TF, Ghofranipour F, Montazeri A, et al. Muslim breast cancer survivor spirituality: coping strategy or health seeking behavior hindrance? *Health Care Women Int*. 2009;31(1):88–98.
20. Doumit MAA, El Saghir N, Abu-Saad Huijer H, et al. Living with breast cancer, a Lebanese experience. *Eur J Oncol Nurs*. 2010;14(1):42–48.
21. Al-Azri M, Al-Awisi H, Al-Moundhri M. Coping with a diagnosis of breast cancer-literature review and implications for developing countries. *Breast J*. 2009;15 (6):615–622.

مكان العمل الجنساني والمرأة العاملة في قطاع صناعة الملابس في اسطنبول

بقلم: باشاك جان Basak Can

أستاذ مساعد، قسم علم الاجتماع، جامعة كوتش Koç، اسطنبول، تركيا.
المراسلات: basakcan@ku.edu.tr

ترجمة: ترجمة: أ.د. سهير جمال محفوظ

موجز المقال: يخصص هذا المقال أحوال العاملات في قطاع صناعة الملابس في حي منخفض الدخل في إسطنبول، وجاريهن العملية في جو العمل الجنساني وذي الطابع الجنسي داخل ورش الملابس. كما يدرس الملاحظات التي تم تدوينها داخل مكان عملهن؛ ولهذا الغرض، أجريت ٢٠ مقابلة شبه منظمة مع أولئك العاملات. اتضحت من هذه الدراسة ثلاثة مستويات مترابطة تركز عليها القضايا الجنسانية في قصص المرأة العاملة في قطاع الملابس. المستوى الأول يصور الأوضاع التي تعمل داخلها تلك المرأة من حيث الطابع الجنسي القوي الذي تصطبغ به، ويتعلق المستوى الثاني باستخدام مفردات علاقات القرابة وتجنب علاقات العمل غير الشخصية. وهذا يعني أن خبرات العاملات في مواقع الإنتاج الرأسمالية تكون موضع استهانة. ولا ينظر إليها إلا من المنظور الجنسي لأجسادهن. كما يرد ذكر أساليب الخطاب السائدة داخل الأسرة كثيرا خلال روايتهن عن دورهن في مكان العمل. أما المستوى الثالث فيحلل استجابات النساء لهذه الأساليب والصور التأديبية الجنسانية، سواءً بالخضوع لها، أو تخريبها، أو مناقضتها؛ أي الأسلوب الذي يتبعه في بناء ذاتيتهن. هذه المستويات الثلاثة تشير إلى أمرين: يكمن أولهما في الافتراضات الثقافية المتعلقة بالزواج والحياة الجنسية للمرأة ودورات الإجاب، وكيف تتجلى كل منها في مكان العمل. أما الثاني فيكمن في تبيان الأمثلة الجنسانية لهذه الافتراضات في بيئة عمل محددة، من خلال أدوارهن داخل الأسرة (كابنة، أو زوجة، أو أم، أو أرملة) والتي تكون الدافع وراء خياراتهن الإيجابية المستقبلية (سواء الزواج، أو إجاب طفل، أو الطلاق، أو ما إلى ذلك). يوضح هذا المقال أن الطرق التي يتم بها تفسير اختلاف المرأة والتعامل معها في قطاع صناعة الملابس هي جزء لا يتجزأ من قراراتها الإيجابية.

DOI: 10.1080 / 09688080.2017.1378064

الكلمات الرئيسية: المرأة العاملة، الجسد، النظرة الجنسية، تركيا، الإجاب، مصانع الملابس المستغلة للعاملات (ذات الأجور الزهيدة)

مقدمة

إن تأنيث القوى العاملة^{١-٥} أي المشاركة المتزايدة للمرأة في أسواق العمل، عملية متعددة الطبقات، تعكس التحولات الهيكلية العميقة في الإنتاج على المستوى العالمي، وكذا توزيع السلع والخدمات واستهلاكها. من بين هذه الطبقات الهامة عولة الإنتاج، والتي تفتح آفاقا لمناطق صناعية جديدة في البلدان المنخفضة

والتوسطة الدخل تحت ضغط المنافسة المتزايدة^١. غالبا ما تعتمد هذه المناطق الصناعية على العمالة النسائية منخفضة التكلفة، ومع ذلك، فإن حركة التصنيع القائمة على التصدير في تركيا والتي بدأت في ثمانينيات القرن الماضي لم ينجم عنها تأنيث القوى العاملة^٢. فبعد مُضيّ ثلاثة عقود من التعديل الهيكلي، لم تبلغ نسبة مشاركة المرأة في القوى العاملة

الحضرية سوى ٢٢ ٪. وهي أقل بكثير من غيرها من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل خارج منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا.^٨ لكن هناك صورة مغايرة إلى حد ما في قطاعات النسيج والملابس حيث تبلغ نسبة مشاركة المرأة في القوى العاملة ٣٧٪ و ٤٠٪ في قطاع الملابس فقط.^٩ وهو أكثر

في ضوء التركيز على تجارب الشباب الأصغر سنًا من الأسر المهاجرة ذات الدخل المنخفض، واللاتي عادة ما يعملن مقابل أجر زهيد، حيث يعملن بشكل غير رسمي في ورش الملابس. يستطلع هذا المقال الخطاب الجنساني والممارسات الجنسانية للعاملات، والتي يتم الترويج لها للحفاظ على قوى عاملة مرنة وسريعة في قطاع إنتاج الملابس في تركيا الموجه نحو التصدير.

المنهجية

يعتمد هذا المقال على ٢٠ مقابلة شفهية منظمة أجريت في عامي ٢٠٠٦ و ٢٠٠٧ مع عاملات يعيشن ويعملن في حي غازي، وكذلك الملاحظات التي تم رصدها في المصانع التي عملن فيها. يقع حي غازي في بلدية غازي عثمان باشا Gaziosmanpasa التي تعد إحدى مراكز الصناعات الأكثر كثافة من حيث العمالة في إسطنبول وتستضيف العديد من مصانع الملابس الجاهزة ذات الأجور الزهيدة.^{١٠} كانت جميع السيدات من أسر منخفضة الدخل، هاجرت من المناطق الريفية إلى إسطنبول في الثمانينيات أو التسعينيات من القرن الماضي. كانت ١٥ امرأة منهن غير متزوجات و تحت سن ٣٥. جميع النساء ولدن في إسطنبول ويعشن مع أسرهن التي هاجرت من المناطق الريفية إلى إسطنبول. أما الخمسة الآخرين فقد كن إما متزوجات أو مطلقات وتتراوح أعمارهن ما بين ٣٠ و ٥٠ سنة (أي أقدم نسبيًا من حيث الخبرة). كل النساء يعملن في نطاق صغير غير رسمي، أو شبه رسمي في مصانع الملابس زهيدة الأجر المملوكة لعائلة ما، والتي توظف من ٢٠-٥٠ عاملة في نفس الحي. أغلبهن لا يغطهن أي ضمان اجتماعي. يُذكر أن هذه المصانع ذات الأجر

قطاعات التصدير ازدهارا في تركيا. ومن أجل البقاء تحت ضغط المنافسة العالمية، تتجه الشبكات وترتيبات التعاقد من الباطن الموجهة نحو التصدير في صناعة الملابس للاعتماد على العمالة النسائية الرخيصة من شبكات الأقارب المقيمة على أطراف المراكز الحضرية.^{١١}

تشير الأبحاث العلمية المتعلقة بمصانع العلامات التجارية العالمية في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل إلى انتشار الأفكار المتعلقة بطواعية المرأة العاملة ومرونتها.^{١٢-١٥} ويتم توظيف هذا الطرح في استراتيجيات الإدارة الرامية إلى جذب رؤوس الأموال الأجنبية إلى بلد ما، أو لتحقيق الانضباط في صفوف القوى العاملة؛ ومن ثم، يهدف، وفقا للدراسات، إلى تكوين صورة "نساء العالم الثالث المطيعة" التي يسهُل توظيفها وكذا استغلالها. ومع ذلك، فإن الخطاب الإداري الذي يشدد على الطاعة والمرونة التي تتسم بها القوى العاملة النسائية من أجل جذب رؤوس الأموال الأجنبية غير شائع في أوساط عاملات الملابس في تركيا.

ولفهم التنظيم الاجتماعي لقطاع إنتاج الملابس في تركيا، نحتاج لاستكشاف الكيفية التي يتم بها استغلال عدم المساواة بين الجنسين، وشبكات الأقارب الكثيفة، على وجه التحديد القوى العاملة الرخيصة من الشباب، للحفاظ على مرونة وانضباط القوى العاملة في مجال الملابس. وهذا بدوره يتطلب أمرين: تحليل الآليات

الزهيد ليست ملوكة لأسرهن ولا أصهارهن.

بعد أن تمكنت من دخول مصنع من مصانع الملابس ذات الأجر الزهيدة، أنتقيت بعض العاملات من خلال طريقة عينة "كرة الثلج" وعقدت مقابلات مع كل منهن في منزلها خلال عطلات نهاية الأسبوع. قمت أيضا بالتواصل اجتماعيا معهن في المقاهي والحدايق في الجوار. استغرقت كل مقابلة ساعتين تقريبا، وبدأت بطرح أسئلة مفتوحة بشأن قصص الحياة وتجارب العمل. كنت مهتما في المقام الأول بأن أفهم كيف ترى العاملات أنفسهن من واقع الأدوار التي يقمن بها في مكان العمل وفي المنزل. حاولت أن أفهم كيف تؤثر الحالة الاجتماعية، والسن، والوضع في العمل على علاقاتهن مع الزميلات والزملاء، وكذا المشرفين في مكان العمل.

حصلت على الموافقة الأخلاقية لهذا البحث من مجلس المراجعة المؤسسية للبحوث في جامعة بوغازيجي Bogaziçi وتمت الموافقة المستنيرة الشفهية من جميع المشاركين.

استخدمت برنامج البحث النوعي (Nvivo) لترميز وفهرسة وتنظيم البيانات الخاصة بي. معالجة البيانات التي تم جمعها. قمت بتحديد الموضوعات المشتركة التي ظهرت في جميع المقابلات، والمصطلحات التي استخدمتها النساء اللاتي أجريت معهن المقابلات لمعالجة هذه الموضوعات. حيث تحدثن عن تجاربهن الحياتية والعملية. وعند تحليل البيانات، قمت بالتركيز على النقاش الذي دار حول الأدوار العائلية والأدوار المتعلقة بنوع الجنس، أو تعزيز أو تحدي تلك الأدوار في مصانع الملابس ذات الأجر الزهيدة.

النتائج

حددت هذه الدراسة ثلاثة مستويات مترابطة تتضح فيها الأمور الجنسانية في روايات عاملات

مصانع الملابس. المستوى الأول يتعلق بهيمنة النظرات الذكورية ذات الإيحاء الجنسي والصورة العامة لعاملات الملابس في ورش الملابس. أما المستوى الثاني فيتعلق بعملية المناقشات والممارسات الجنسانية، مثل أساليب الخطاب السائدة داخل الأسرة، والتحرش الجنسي، والقييل والقال حول عفة العاملات كآلية تأديبية تستخدم في تشغيل ورش العمل. وأخيرا، يضم المستوى الثالث استجابة المرأة بالخضوع، أو التخريب، أو ردود الفعل المناقضة لهذه التقنيات والصور. أي بناء ذاتيتهن.

النظرة الذكورية ذات الإيحاء الجنسي والصورة العام لعاملات الملابس

إن الصور التقليدية ذات الطابع الجنسي لعاملات الملابس والمتداولة في مكان العمل تحكم في رسم العلاقات بين العاملين بطرق مختلفة. فالصورة المهينة لعاملة الملابس، والتي توحى بأنها قد تكون سيئة السلوك، تقيد وتشكل العلاقات المنطقية والعملية للعاملات بين بعضهن البعض. وأيضا مع العمال الذكور. فعندما سألت زينب ذات الـ ٢٥ عاماً وهي غير متزوجة، على سبيل المثال، عن علاقاتها مع العاملين والعاملات في مكان العمل، قالت: "أنا أعرف جيدا كيف يتصرف كل فرد في مكان العمل. لو كنت فتاة سيئة، لن يتحدث معي أحد غير الرجال؛ فساعتها سيقول الرجال إنها فتاة لعوب، يمكنهم إقامة علاقات معها، ثم بعدها يرمونها!"

إنها تؤكد كيف ينظر إليها الجميع باحترام في مكان العمل. وفي نفس السياق، تملئ روايات النساء بتفاصيل الحياة في مكان العمل والتي تشير إلى الاحترام:

"من العيب أن تترك المرأة هاتفها يرن في

كثير من الأحيان في مكان العمل”

”الضحك بصوت عال سلوك لا يتناسب مع أي امرأة محترمة”.

”مصادقة المرأة للعمال الذكور تدل على أنها امرأة لعوب”.

تكشف روايات النساء مدى صعوبة عملهن. وكم يجب على المرأة أن تتوخى الحذر واليقظة لتتأذى بنفسها عن تلك الصورة وتظهر عفتها وأخلاقها من خلال تصرفاتها وكلماتها. وغالباً ما تقيم العاملة نفسها وزميلاتها من خلال المعايير الأخلاقية الذكورية. فالعنف الرمزي الذي تمارسه المرأة على نفسها وعلى النساء الأخريات يتوافق مع خضوع المرأة لنظرة الذكور في مكان العمل. وخلاصة القول أن العلاقات بين العاملات تتأثر بتوقعات بما تملبه أساليب المعاقبة الاجتماعية من توقعات على النساء وفقاً للسن . والوضع العائلي. والحالة الاجتماعية.

لا يتأثر حكم المرأة في جسدها في مكان العمل بالصورة الشائعة ذات الطابع الجنسي المحيطة بها في قطاع الملابس. لكنها تتأثر أيضاً بتصرفات زملائها من العمال الذكور. أو المشرف عليهم. فمن اللحظة التي تدخل فيها العاملة مكان العمل. يُنظر إلى جسدها وسلوكها. على سبيل المثال. ”سابيش”. التي تبلغ من العمر ٣٠ سنة، وهي غير متزوجة. تعمل في مجال المنسوجات منذ ١٥ سنة. تحكي كيف تشعر دائماً أن جسدها موضع مراقبة ورصد دائم من قبل العمال الذكور. ومراقب العمال:

”يتطلب مني عملي طول الوقت الانحناء ثم الوقوف. فأنا أتعرض لهذا الضغط النفسي الكبير حيث لا أستطيع العمل دون ارتداء المربلة (المئزر) وتغطية مؤخرتي. ... فهم يحملون في بطريقتهم نزعة انزعاجاً

شديداً. فهم يحكمون عليك وفقاً لما ترتديه”.

عائشة. امرأة أخرى تروي كيف كان من الصعب عليها ان تعتاد على أن تكون تحت المراقبة باستمرار وهي تتناول غداءها. وكيف كانت كثيراً ما تظن أن هناك خطأ ما في الطريقة التي تأكل بها طعامها. أوضحت جميع النساء اللاتي قابلتهن مدى انزعاجهن من الطريقة التي يحدث بها العمال الذكور والملاحظين فيهن أثناء العمل. وأتناول الطعام. والدردشة والمشى. فدائماً ما يكون جسد المرأة وتصرفاتها موضع نظر ومراقبة من جانب العمال الذكور في مصانع الملابس. هذه النظرة العامة الموجودة في ورش العمل هي حتماً نظرة ذات منطلق جنسي. تصور المرأة رمزاً للرجبة لا غير. وهكذا فإن عمل المرأة في تلك الورش لا بد أن يصاحبه إدراكها بأن كل أفعالها وأقوالها ستكون تحت المراقبة طوال الوقت. إذ يتبين أنه أمر حيوي بالنسبة للتنظيم الجنساني والانضباط الذي يحكم التعامل اليومي في مكان العمل.

فيما يلي. يقدم هذا البحث صورة أكثر تفصيلاً لنظم التحكم الإداري الجنسانية في مكان العمل. مع التركيز بشكل خاص على دور الأسرة والتعبير والمشاعر الأسرية.

أنظمة مكان العمل العالمية والوساطة المحلية والمشاعر الأسرية

تُستكمل نظرة الذكور ذات الإيحاء الجنسي والصورة العامة لعاملات قطاع الملابس من خلال انتشار سلسلة من الشبكات الأسرية والتعبير في الحياة اليومية في ورشة الملابس. الشبكات الأسرية جزء لا يتجزأ من حياة عاملة قطاع الملابس: فهي لا تؤثر فقط على الطريقة التي تتقدم بها للعمل بأجر أو تتركه. أو على اتخاذ القرارات المتعلقة بمسار حياتها. ولكن أيضاً

للتوبيخ من الملاحظين. هذا أحد الأسباب التي تجعل العديد من الفتيات يخرن ورش العمل التي تملكها وتديرها عائلات. حيث يتمكن من الدردشة مع زملاء العمل. أو توجه للحمام في أي وقت أو التدخين أو تناول وجبات خفيفة أثناء العمل. أو الوصول متأخرة قليلاً في مكان العمل. في مصانع الملابس المملوكة للأسرة والمستغلة للعاملات. حتى إن كان الموظف ليس من أقارب أصحاب العمل. فإن أساليب الخطاب السائدة داخل الأسرة تؤدي دور الوسيط في العلاقات في مكان العمل. والتي تعتبر وسيلة التعامل المهيمنة والشائعة بين العاملات وأصحاب العمل. فالعاملة تدعو المدير ورئيس العمال. الذي يكون دائماً من الذكور. "أبي" أي [الأخ الأكبر]. حتى إذا كان أصغر سناً بكثير. أما صاحب العمل فيدعو المرأة الأكبر نسبياً "أبلاً" أي [الأخت الكبرى]. يعد استخدام الألقاب العائلية بين الناس لاستدعاء المشاعر العائلية أمر شائع في تركيا.¹⁴ لكن السؤال هنا هو ما هي المشاعر التي يتم استدعاؤها. ومن؟ ولماذا في مكان العمل؟

حكى "هانم". التي تعمل كمراقب للجودة في ورشة عمل كبيرة نسبياً. هذه القصة: دعاها رئيسها إلى مكتبه لتحذيرها بشأن مجموعة من العمال. الذين تبين أنهم يحاولون تشكيل نقابة عمالية في مكان العمل. قال لها: "سأخبرك بشيء لا أصدقك" ويحكى لها كيف أصيب بخيبة أمل عندما سمع أن اسمها كان في القائمة. فأكرت هانم وطلبت مواجهتها بمن أخبروه أنها ستكون أحد مؤسسي نقابة العمال في مكان العمل. وانتهت المحادثة بهذا التأكيد:

"ليس من داعٍ لشيء من هذا القبيل. نحن نؤمن بك ونثق بك. في حال واجهتك أي مشاكل. عليك أن تأتي إلي مباشرة. فأنا لا

توضح كيف تضع الإدارة الاستراتيجيات لضمان فعالية الإنتاج. يعد استخدام أساليب الخطاب السائدة داخل الأسرة وجنب علاقات العمل غير الشخصية لا غنى عنه لضمان مرونة التعامل بين صفوف القوى العاملة. ولضمان استدامة الربحية في صناعة الملابس الموجهة للتصدير. يوضح هذا القسم كيف أن تحليل علاقات الإنتاج في ورش عمل الملابس لا يمكن القيام به دون دراسة العلاقة الوثيقة بين الأسرة. والشبكات الأسرية. واستخدام أساليب الخطاب السائدة داخل الأسرة.

على الرغم من الانتشار والتشعب الكبير غير الرسمي في إنشاء ورش الملابس. إلا أن هناك أكوادا شبيهة غير رسمية ولكن مطبقة عالمياً لتلك الأماكن الموجودة في جميع أنحاء اسطنبول. ويوضح بوروك ٢١ أن العمل ينظم بدقة شديدة مع انضباط في الوقت حتى في ورش الملابس الصغيرة. التي عادة ما تكون عبارة عن شركات مملوكة للأسرة. حيث توظف عمالاً غير مسجلين. وتضم عدداً كبيراً من أفراد الأسرة والأقارب والأصدقاء. والطريقة التي يتم بها تعيين الموظفين. والتفاوض على الأجر. وتنظيم ساعات العمل متشابهة في معظم ورش العمل الحضرية. فساعات العمل الطويلة المرهقة هي القاعدة في ورش الملابس. حيث يعملون ستة أيام في الأسبوع. وبالنظر إلى الطبيعة المدفوعة بالطلب التي تميز إنتاج الملابس العالمية. فإن مناوبات العمل الإضافي لا يتم الإعلان عن مسبقاً. ما يعني أن العمال يضطرون إلى الانقطاع الإجمالي عن أنظمة حياتهم اليومية. ومع ذلك. هذه الأشكال الاستبدادية للوائح تُطبق ولكن بشكل أكثر مرونة على أفراد الأسرة أو الأقارب الذين يعملون في الورش المملوكة للأسرة. في مصانع الملابس. عند التوقف عن العمل لدخول الحمام أو التدخين. والدردشة أو حتى مضغ العلكة. فإن ذلك قد يكون سبباً في التعرض

يستعصي علي نثيء".

خلال المحادثة، استدعي رئيس العمل مشاعر الولاء والإخلاص المنتظرة من "هامم" مستخدما في ذلك لغة أبوية أسرية. ومن ثم فقد جعل لغة الحوار ليننة خلال المواجهة مع "هامم". كعاملة، من خلال تصويرها على أنها عضو مخلص للشركة - كأسرة - إذ إنها تعمل في هذه الشركة لفترة طويلة من الزمن. وهكذا فمن خلال رفض ذلك المدير اللجوء للشكل الرسمي التقليدي التابع في مكان العمل للعلاقة بين الرئيس والمرؤوس، والطبيعة المحايدة المحددة التي تنظم قواعد الحقوق والواجبات المتعلقة بهذه العلاقة، يعيد المدير ترسيخ العلاقة مع العامل بأساليب الخطاب السائدة داخل الأسرة، حيث تكون الحقوق والواجبات أكثر عشوائية وانفتاحا. يعكس تصوير هامم لكان عملها السابق فهماً مشابهاً لعلاقات العمل المثالية، والتي تمتلئ باستدعاء مشاعر الأسرة. مثل المودة والحماية والأمن.

"كانت الأجواء جميلة هناك، بلؤها الحب والتعاطف والاحترام تماما كما في الأسرة ... اعتاد رئيسي السابق أن يقول لي هذا. كما اعتاد أيضا أن يقول لي "ابنتي هامم، إذا أسمعك أحدهم كلمة، أخبريني، فحتى لو كان أكثر العمال مهارة، فلسوف أطرده، ولن استمع إليه. نحن هنا إخوة وأخوات."

في رواية هامم، يُنظر إلى العلاقات الأسرية والمشاعر كملجأ للحماية ضد ظروف العمل القاسية. فالخضوع لعلاقات العمل التحكيمية والشخصية والجنسانية يعتبر طريقة لتأمين وضع العاملة وحقوقها في مكان العمل.

يكثر ذكر تلك الأمثلة التي تشير إلى مختلف العلاقات الأسرية بين أصحاب العمل

والعاملات في روايات العاملات. تُبين هذه الأمثلة أن رؤساء العمل أو الملاحظين يرتبون لقاءات ومواجهات يذكرون فيها للعاملات أنهم ينتظرون منهن الإخلاص لورشة العمل. تماما مثل الأسرة. وقد تبين أن هذه اللقاءات تكون وسيلة فعالة للإبقاء على الأجور منخفضة، وكذلك لضمان الولاء والطاعة من جانب العاملات. وحيث أنه يتم تعيين العاملات بشكل رئيسي من خلال شبكات الأقارب وأن العاملات تفضلن ورش العمل المملوكة للأسرة أو الجيران. فإن تحسين علاقات القرابة وأساليب الخطاب السائدة داخل الأسرة تعتبر مفيدة لمنع حالات التغيب عن العمل ولضمان استمرارية القوى العاملة. تستفيد الإدارة أيضا من الاعتبارات الأسرية التي تراعيها العاملات لإضفاء الشرعية أو التطبيع على ما يتعرضن له من استغلال في العمل. وبعبارة أخرى، فإن العلاقات الاقتصادية الخفية تحت ستار أساليب الخطاب السائدة داخل الأسرة والمعاملة بالمثل، تساهم في إخفاء ما يتعرض له المرأة العاملة من استغلال^{17،18} وذلك عن طريق تطبيع التسلسل الهرمي بين العاملات والمديرين من خلال أساليب الخطاب السائدة داخل الأسرة وعلاقات القرابة.

"نجاي"¹⁹ و"روفيل"²⁰ يعرضان أمثلة من أماكن عمل صينية تستخدم فيها العاملات الأسرة والأعداء الأثوية، بما في ذلك آلام الطمث أو غيرها من الالتزامات الأسرية المختلفة. لأخذ وقت مستقطع من العمل. تلاحظ "كوندو"¹⁸ أيضا في كتابها عن النوع الاجتماعي وعلاقات القوة في ورشة عمل يابانية، أن استمرار الأدوار العائلية للمرأة في مكان العمل يوفر درجة معينة من المرونة: فهناك قدر من التسامح مع العاملة، حيث يُنظر إلى مساهمة المرأة في العمل على أنها ثانوية. فيفترض أن يكون لها التزامات أخرى خارج مكان العمل نتيجة لتوقعات التطبيع

نفسها من ظروف العمل الشاقة.

تكوين ذاتية المرأة في مفترق الطرق بين المنزل والعمل
حتى هذه النقطة. حاولت أن أثبت أن وضع المرأة العاملة في مكان العمل يتأثر إلى حد كبير بالأوضاع وأساليب الخطاب السائدة داخل الأسرة وكذلك التلميحات المختلفة فيما يتعلق بحياتها الجنسية. ومع ذلك، فإن مشاركة المرأة في العمل بأجر منذ طفولتها لها تداعيات على حياتها وعلاقاتها الأسرية. ووضعها كابنة أو أم في المنزل. يحتاج التحليل المتعلق بذاتية المرأة العاملة إلى تتبع التفاعلات والتناقضات بين دورها والتزاماتها في الأسرة من ناحية، وخطاب العمل من ناحية أخرى.

تؤكد الإثنوجرافيات الحديثة للمرأة العاملة في المصانع العالمية أن ثقافة الاستهلاك المتصاعدة مع المعريات التي تلاحقها تشعل الرغبة داخلها في الاستقلال الشخصي وتحقيق الذات. هذه الرغبة تتناقض عمومًا مع واجباتها والتزاماتها العائلية. كان دخل النساء اللواتي تحدثت إليهن لا غنى للأسرة عنه. وكن جميعًا فخورات يعملن بطرق مختلفة. ومع ذلك، فقد وجدن أنفسهن في حصار بين واجباتهن الأسرية والرغبات الشخصية. واعتمدت الطريقة التي عبرن بها عن هذا الحصار وتطوير استراتيجيات للتعامل مع ذلك على وضعهن الأسري والحالة الاجتماعية والعمر.

تدور روايات الفتيات الصغيرات غير المتزوجات حول رغبات غير محققة وزواج مؤجل. بينما تدور روايات الأمهات، سواء كن أرامل أو لا، حول التأكيد على الكفاح المرير الذي لا ينتهي من أجل البقاء والحفاظ على أسرهن. بدلًا من رغباتهن الشخصية. على الرغم مما يذكره أصحاب العمل من أن الشابات تعتبرن عاملات بشكل مؤقت

المعنية بالنوع الاجتماعي. وعلى الرغم من أن ذلك يمثل خطرًا على استمرار الأدوار العائلية الذكورية، إلا أنه يتيح للمرأة العاملة وقتًا إضافيًا ومزيد من المرونة لا يتمتع بها العمال الذكور. أما في الحياة اليومية لمعظم ورش الملابس في تركيا، فإن أي أعذار نسائية خاصة، مثل الدورة الشهرية، لا يبدل بالضرورة على حصولها على عمل مخفف. تقريبًا كل النساء في هذه الدراسة حكى روايات عما يعانينه عند طلب الإذن (وهن في حاجة ماسة) لرعاية مرضاهن الأطفال أو الأبوين، ولكن رئيس العمال أو المدير لا يسمح لهن بالرحيل. وإذا تغيرن يومًا دون إذن من رئيس العمال، يتم خصم ثلاثة أيام من أجرهن الشهري. لا تستطيع المرأة التعذر بالمرض أو بالحيض لتأخذ إذنا بالخروج من العمل. حكى "نوران" كيف ينظر عادة للمرأة التي تعاني من آلام الطمث الشديدة كل شهر على أنها عديمة الفائدة ويمكن استبعادها بسهولة. في كثير من محلات الملابس، المرأة عمومًا هي التي تقوم بالتنظيف ومراقبة الجودة. وتظل واقفة طوال اليوم في العمل. تقول "سابيش":

"نعمل معي في القسم سيدات مُسنات، ويعانين من ألم مزمن، لكن لا يستطعن التحدث عن تلك الآلام، في الواقع. المرأة ليست ضعيفة على الإطلاق في قيامها بالعمل الذي تتولاه، بالنسبة لي. المرأة تعمل بجد أكثر من الرجل، لكنها لا تُحترم بقدر ما يُحترم الرجل. عندما يعبر الرجل عن مشاكله، يجد أذنا مُصغية، ولكن إذا اشتكت المرأة من مشاكل العمل، يُنظر إليها نظرة الذي يعاني من مشاكل وكأنه غير طبيعي."

في أماكن العمل الخاصة بقطاع الملابس في تركيا، لا تتيح الأدوار والالتزامات الأسرية، والمشاكل الأنثوية للمرأة أن تتسلح باستراتيجية لحماية

تحقيق الذات. تقرر الفتاة ترك العمل في قطاع الملابس من أجل وظيفة أفضل أجراً وأكثر بريقاً. على الرغم من أن خطاب التضحية لا يزال أداة استراتيجية هامة تستخدمها المرأة لمواجهة الورطة التي تقع فيها. إلا أن رغباتها الشخصية التي لم تتحقق تولد بداخلها مشاعر قوية من السَخَط. سواء تجاه العمل أو الأسرة. نشوب روايات العمليات نبرة اليأس وعدم جدوى الحياة والاكْتئاب في بعض الأحيان. ضارباً كل فرص المستقبل وآماله في مقتل. إن شعور هؤلاء الفتيات بذاتهن يتلخص في عبارة واحدة: "العجز عن تحقيق أحلامها. أو نيل ما تتمناه في الحياة" وذلك إما بسبب القواعد الصارمة لأوقات العمل. أو احتياجات أسرهن التي لا تنتهي. أما روايات النساء المتزوجات فهي تختلف قليلاً. ففكرة التضحية أساسية ولا غنى عنها لبناء الصورة الذاتية الخاصة بهن. ومع ذلك، على عكس الفتيات الصغار، فبدلاً من التأكيد على رغباتهن التي لم يستطعن تحقيقها، تبدو رواياتهن مميزة متمسمة بالفخر الذي ينبع من القدرة على الحفاظ على أسرهن. تتضمن الموضوعات الرئيسية في روايات المرأة المتزوجة الحسب الذي لا ينتهي من الديون والمدفوعات. وكيف تحاول جاهدة إنفاق أقل قدر ممكن من المال. وبدلاً من الرثاء على مصيرها. تؤكد كل منهن على الجهد الذي تبذله. ومجآحها في رعاية أسرتهن. وقدرتها على الوقوف على قدميها¹⁰. وعلاوة على ذلك. على الرغم من الصعوبات الاقتصادية التي تتحملها (التي تستمر جزئاً تعطل الزوج عن العمل أو وفاته). فهي تذكر باستمرار كيف أخلصت في عملها لدعم أسرتهن وحملت نل لاقته من مصاعب في العمل.

النقاش

كانت العلاقة بين الإنتاج الرأسمالي والإيجاب على جدول أعمال الباحثات في النزعة النسوية

لأنهن يتركن العمل بعد الزواج. إلا أنه عند التحدث مع الفتيات لم تظهر فكرة الزواج بالنسبة لهن أنها استراتيجية للخروج من العمل. فلم تصف الفتاة فكرة الزواج كملجأ محتمل للحماية ضد قسوة ظروف العمل. فبعد أن تعيش الفتاة مع أب عاطل عن العمل. تغلب على روايتها المخاوف من الاستمرار في جُرْع نفس الاضطهاد عندما تتزوج. علاوة على ذلك. توضح الفتاة أن الشكوك تساورها من الزواج؛ لأنها إذا تزوجت وتوقفت عن العمل. عندئذ لا يمكنها أن تطلب من زوجها المال. لأنها اعتادت أن تكسب مالها الخاص وتنفقه منذ طفولتها. باختصار. الفتاة لا تنظر إلى الزواج والعمل كمجالين متناقضين. بل على العكس. فالحالة المتواضعة داخل الأسرة واضطرابها للعمل لسنوات من أجل بقاء الأسرة يتضافران لتشكيل الموقف الدفاعي الشديد من جانبها بشأن الزواج. كما أن الاحتياج المستمر لعدم العاملة لأسرة والديها يزيد من ترسيخ هذا الموقف. وحتى الآن. لا تزال عائلات هؤلاء الشابات تضع النظام المحكم الصارم لحياتهن اليومية.

على الرغم من تلك المصاعب. تتفنن بعض النساء في رسم تكتيكات لاستقطاع المزيد من المساحات الشخصية لأنفسهن. يعد التكتيك الأساسي والأكثر شيوعاً وانتشاراً للفتاة هو الكذب على أسرتهن بشأن أجرها أو مواعيد عملها. فهي تريد قضاء المزيد من الوقت مع أصدقائها. وهي تشتكي من المبالغ الزهيدة التي تستطيع أن تنفقها على نفسها أو توفرها. على الرغم من استمرارها في العمل بأجر على مدى سنوات. وهكذا. فإن شكواها بشأن العمل والالتزامات العائلية تتداخل باستمرار مع مطالبها بقضاء المزيد من الوقت. وإنفاق المزيد من المال على نفسها. في بيئة كهذه لا تمثل فيها الأسرة ولا العمل الحالي مصدرًا للدعم ولا

أدوارها الأسرية (مثل ابنة، زوجة، أم، أرملة) وعلى تفضيلاتها الإيجابية المستقبلية (سواء أن تتزوج، أو تتركز بطفل، أو تحصل على الطلاق).

إن الأدبيات الحالية التي تتحدث عن العلاقة بين المرأة العاملة والصحة الإيجابية والجنسية تركز في الغالب على مسألة وصول المرأة إلى المعرفة والخدمات المتعلقة بالصحة الإيجابية والجنسية. تلقي هذه الدراسات الضوء على الجوانب الاجتماعية والاقتصادية والثقافية المتنوعة التي تعوق المرأة، والثمن العاطفي والمادي الذي تدفعه المرأة العاملة¹⁹⁻²² وعلى الرغم من ذلك، فقد فشلت معظم هذه البحوث في وضع عمليات المرأة الإيجابية ضمن شبكات أوسع من الأقارب والعمل.

البحوث الإثنوغرافية التي تدرس دور الجنس وديناميات الأسرة في وظائف التصنيع¹⁹⁻²¹ تقدم منظورا لإعادة التفكير بشأن العلاقة بين الإنتاج الرأسمالي والإيجاب. واستلهاما من تلك الأدبيات، يوضح هذا المقال أن الطرق التي يتم بها تفسير اختلاف المرأة والتعامل معها في قطاع صناعة الملابس لا يمكن فصلها عن قرارات المرأة الإيجابية. سواءً بوساطة وبدون وساطة. حيث يُنظر إلى القدرة الإيجابية للمرأة أولاً وقبل كل شيء كحجة لوضعها في خانة العاملة المؤقتة التي يمكن الاستغناء عنها في مشاغل الملابس. يضع أصحاب العمل الفتيات في إطار القوى العاملة التي يمكن الاستغناء عنها، وذلك لاعتقادهم أن إنتاجية المرأة محدودة بسبب الزواج والولادة. عند ذكر الجدال الأساسي المتعلق بالنوع الاجتماعي حول جسد المرأة والعمليات الإيجابية، يسعى أصحاب المصانع ذات الأجور الزهيدة إلى إضفاء الشرعية على تفضيلهم للفتاة الشابة غير المتزوجة على المرأة المتزوجة الأكبر سناً. كما أن الروايات عن النظرات الجنسية لجسد المرأة

منذ السبعينيات من القرن الماضي، فلقد دحضت الفرق الذي كان شائعاً في السابق بين الجنس والنوع الاجتماعي. وُحَدِثَ الإيديولوجيات والنظريات التي تقول بأن الإيجاب والعمل الإيجابي عمليات طبيعية وبيولوجية. ومن ثم طرحت تحليلاً نقدياً للإيجاب بوصفه عملية تتحكم فيها الحسابات الاجتماعية والسياسية. فمثلاً، أوضح فيديريسي،²¹ من بين آخرين، الدور المركزي لعمليات المرأة الإيجابية أثناء تكوين التراكم الرأسمالي البدائي. تكشف المناقشات حول أهمية الدور الإيجابي للمرأة لصالح الإنتاج الرأسمالي على خلفية الأزمة الرأسمالية التي شهدتها السبعينيات من القرن الماضي. وفي الواقع، كان لهذه الأزمة رد فعل تمثل في زيادة توظيف النساء.²⁷ كما أدى تأنيث العمل والإنتاج في جميع أنحاء العالم إلى ظهور الدراسات الإثنوجرافية حول العاملات في المصانع العالمية. في ضوء هذه الدراسات، أسوق الأمثلة الإثنوجرافية المستقاة من بحثي الميداني بين النساء العاملات في تركيا. لأثبت عدم إمكانية الفصل بين الأبعاد المنطقية للإيجاب، والنشاط الجنسي والعمل الرأسمالي في مصانع الملابس ذات الأجور الزهيدة. من أجل تتبع التفاعلات بين الإنتاج الرأسمالي والعمليات الإيجابية للمرأة، يمكننا الاستفادة من تعريف "ألمينج" لعملية الإيجاب بأنها: "عملية بيولوجية واجتماعية قد تثمر أو لا تثمر أطفالاً". فهي تدعونا للنظر للإيجاب في ضوء كونه عملية متعددة الطبقات تتكشف "طوال دورة الحياة وعلى جميع المستويات التحليلية"²⁸. كما تأخذ العمليات التأديبية أشكالاً جنسانية في مصانع الملابس المستغلة للعاملات؛ حيث تتجسد الافتراضات الثقافية حول الزواج، والنظرة الجنسية للمرأة، والدورات الإيجابية في مكان العمل. يتوقف التجسيد الجنساني لهذه الافتراضات حول المرأة في بيئة عمل محددة على

إن قطاع صناعة الملابس في إسطنبول يعد بيئة عمل غير رسمية إلى أقصى درجة. وتفتقر إلى الإطار القانوني السليم الذي يحمي المرأة وحقوقها الإيجابية؛ بل على العكس، فإنه يحرم المرأة العاملة فيه من التمكين بسبب استخدام أساليب الخطاب السائدة داخل الأسرة، والعلاقات بين الجنسين التي تتوسط التسلسل الهرمي في مكان العمل. إن قرارات المرأة الإيجابية والجنسية تأخذ بُعداً احتياطياً (تتجنب به للطوارئ). ذلك أن الزواج، وهو ضرورة للمرأة محدودة الدخل كي يكون لديها طفل، لا يكون استراتيجية تلجأ إليها لتترك العمل، ولا وضع إجباري يفرضه عليها المجتمع الذكوري. إن البعد الاحتياطي، والافتراضات الشائعة بشأن جسد المرأة، والعادات والأدوار الأسرية تلعب دوراً حاسماً في تحديد ميل المرأة العاملة إلى الزواج والإيجاب.

شكر وتقدير

قدم هذا المقال لأول مرة في اجتماع مجموعة ورشة عمل الصحة الإيجابية (RHWG) في بيروت لبنان، من ١٣-١٥ حزيران / يونيو ٢٠١٥. أتقدم بالشكر لكل من "بلجين"، و "تكس" و "جوسلين ديغوج" من ورشة عمل الصحة الإيجابية RHWG، وشيرين حيدري محررة مجلة الصحة الإيجابية (RHM) والمراجعين غير المعروفين لتعليقاتهم القيمة والمدروسة على النسخ الأولية لهذا المقال.

والتحرش الجنسي تكمن وراء قرارات المرأة الإيجابية. لأنه عادة ما تكون الفتاة الشابة، أو غير المتزوجة، أو الأرملة هي التي تتعرض لمثل تلك المواقف.

في معظم مصانع الملابس ذات الأجور الزهيدة، يتدخل الملاحظون وأصحاب العمل في علاقات الفتيات مع العمال الذكور، مؤكدين أنهم لا يستطيعون السماح لهؤلاء النساء بتلويث سمعة الشركة، وفي الغالب فإن المرأة التي تتعرض للتحرش الجنسي ينتهي بها المطاف إلى تشويه سمعتها أو الانتقاص منها، أو حتى طردها من مكان العمل. إن التحرش والتمييز اللذين تتعرض لهما هؤلاء النساء في مكان العمل يتوافق مع قراراتهن الزوجية. وبالنظر إلى أن إيجاب طفل خارج إطار الزوجية ليس مقبولاً اجتماعياً في تركيا، فإن تعاملات النساء مع الجنس الآخر في العمل يكون لها عواقب ملموسة على النساء وعلى قراراتهن الإيجابية على المدى القصير والطويل. على الرغم من أن العديد من النساء الشابابات يتزوجن بعد مواعيد أحد زملاء العمل، إلا أن بعض الفتيات تصر على البقاء بلا زواج، حيث تنشأ بعض الفتيات في أسر عادة يعجز الآباء عن رعايتها، فتعمل لرعاية أسرتها؛ ومن ثم تخشى أن تتعرض لنفس المصير إذا تزوجت. تقول فتاة أخرى أن الزواج قد يعني أنه يجب عليها ترك العمل، وعندئذ سيستحيل عليها أن تطلب من زوجها المال، فقد اعتادت أن تكسب مالها الخاص من سن مبكرة.

المراجع

1. Hossfeld L. Feminization of Labor. In: O'Brien J, editor. Encyclopedia of Gender and Society [Internet]. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.; 2009. p. 319–320.
2. Çag̃atay N, Özler Ş. Feminization of the labor force: The effects of long-term development and structural adjustment. World Dev. 1995;23(11):1883–1894.
3. Standing G. Global feminization through flexible labor. World Dev. 1989;17(7):1077–1095.
4. Standing G. Global feminization through flexible labor: a theme revisited. World Dev.

- 1999;27(3):583–602.
5. Richer Z. Feminization of labor. In: Ritzer G, editor. *The Wiley-Blackwell encyclopedia of globalization*. Malden, MA: John Wiley & Sons, Ltd; 2012.
 6. Balakrishnan R. *Hidden assembly line: gender dynamics of subcontracted work in a global economy*. West Hartford: Stylus Publishing; 2002.
 7. Çağ'atay N, Berik G. Transition to export-led growth in Turkey: is there a feminization of employment? *Rev Radical Pol Econ*. 1990;22(1):115–134.
 8. I'kkaracan I'. Why so few women in the labor market in Turkey? *Fem Econ*. 2012;18(1):1–37.
 9. Dedeođ'lu S. Türkiye'de Tekstil Sektörü ve Kadın is_çiler: Gaziantep, Kahramanmaraş,, Malatya ve Adıyaman Aras_ırması. *Uluslararası Çalış_ma Örgütü*. 2010.
 10. Dedeođ'lu S. Visible hands – invisible women: garment production in Turkey. *Fem Econ*. 2010;16(4):1–32.
 11. Salzinger L. *Genders in production: making workers in Mexico's global factories*. Berkeley: University of California Press; 2003. 217 p.
 12. Wright MW. *Disposable women and other myths of global capitalism*. New York: Routledge; 2006. p. xii+195
 13. Elias J. The gendered political economy of control and resistance on the shop floor of the multinational firm: a casestudy from Malaysia. *New Pol Econ*. 2005;10(2):203–222.
 14. Poster WR. Racialism, sexuality, and masculinity: gendering "global ethnography" of the workplace. *Soc Polit*. 2002;9 (1):126–58.
 15. Lee CK. Engendering the worlds of labor: women workers, labor markets, and production politics in the south china economic miracle. *Am Sociol Rev*. 1995;60(3):378–397.
 16. Fernandez-Kelly MP. *For we are sold, I and my people (Suny series in the anthropology of work): women and industry in Mexico's frontier*. Albany: State University of New York Press; 1984. p. 228.
 17. Ong A. *Spirits of resistance and capitalist discipline: factory women in Malaysia*. Albany: State University of New York Press; 1987. p. 268.
 18. Kondo DK. *Crafting selves : power, gender, and discourses of identity in a Japanese workplace*. Chicago: University of Chicago Press; 1990; p. xiii+346.
 19. Ngai P. *Made in China : women factory workers in a global workplace*. Durham: Duke University Press ; 2005; p. xi+227.
 20. Balaban U. *A conveyor belt of flesh: urban space and the proliferation of industrial labor practices in Istanbul's garment industry*. İstanbul: Friedrich Ebert Stiftung. 2011. 335 p.
 21. Yörük E. Labor discipline in the informal economy: the semiformal professional code of Istanbul's apparel urban factory. *Berkeley J Sociol*. 2009;53:27–61.
 22. Sirman N. The making of familial citizenship in Turkey. In: Keyman Fuat, I'çduygu Ahmet, editors. *Citizenship in a global world – European questions and Turkish experiences*. London: Routledge; 2005. p. 147–172.
 23. White JB. *Money makes us relatives : women's labor in urban Turkey*. 2nd ed New York: Routledge; 2004; p. xviii+176.
 24. Rofel L. Rethinking modernity: space and factory discipline in China. *Cult Anthropol*. 1992;7(1):93–114.
 25. Özar Ş, Yakut-Cakar B. Unfolding the invisibility of women without men in the case of Turkey. *Women's Stud Int Forum*. 2013;41:24–34.
 26. Federici S. *Caliban and the witch*. 1st ed. London: Autonomedia , Pluto; 2004. 285 p.
 27. Sassen S. *Toward a feminist analytics of the global economy*. *Indiana J Global Legal Stud*. 1996;4(1) [Internet]. Available from: <http://www.repository.law.indiana.edu/ijgls/vol4/iss1/2>.
 28. Almeling R. *Reproduction*. *Ann Rev Sociol*. 2015;41(1):423–442.
 29. Puri M, Cleland J. Sexual behavior and perceived risk of HIV/AIDS among young migrant factory workers in Nepal. *J Adolesc Health*. 2006;38(3):237–246.
 30. Puri MC, Busza J. *In forests and factories: sexual behaviour among young migrant workers in Nepal*. *Cult Health Sex*. 2004;6(2):145–158.
 31. Tang J, Gao X, Yu Y, Ahmed NI, Zhu H, Wang J, et al. Sexual knowledge, attitudes and behaviors among unmarried migrant female workers in China: a comparative analysis. *BMC Public Health*. 2011;11:436.
 32. Zheng Z, Zhou Y, Zheng L, Yang Y, Zhao D, Lou C, et al. *Sexual behaviour and contraceptive use among unmarried, young women migrant workers in five cities in China*. *Reprod Health Matters*. 2001;9(17):118–127.

إنه «مربوط»: القوة والضعف وتجسيد الذكورة في مصر

بقلم: فرحة غنام

أستاذ مشارك في الأنثروبولوجيا. كلية سوارثمور، سوارثمور، PA ١٩٠٨١، الولايات المتحدة الأمريكية.
للمراسلة: fghanna1@swarthmore.edu

ترجمة: أستاذة شهرت العالم

موجز المقال: يتناول هذا المقال مفهوم «الربط». بمعنى عدم قدرة العريس على ممارسة الجماع بما يؤدي إلى فض البكارة في ليلة الزفاف. وذلك بهدف استكشاف العلاقة بين الذكورة، والتجسيد، والأداء الجنسي. استنادًا إلى العمل الميداني الإثنوجرافي في مصر بين عامي ١٩٩٣ و٢٠١٥، تستكشف هذه الورقة مفهوم «ربط» العريس، وطريقة تعريفه وطرحه اجتماعيًا. وبعد تقديم إطار المفاهيمي لدراسة الحياة الجنسية والتجسيد، تنتقل الورقة إلى مناقشة معنى ليلة الزفاف؛ والمعطيات الاجتماعية التي يعتمد عليها الناس عند تحديد «الربط»؛ وكيف تعزو هذه المعطيات الأحداث المختلفة إلى قدرة/عدم قدرة العريس؛ وماذا تفعل النساء، لا سيما الأمهات، لحماية وشفاء أقاربهن الذكور من هذه الحنة. ولفهم لحظات عجز أو «فشل» الأفراد؛ لإنتاج الآثار البدنية، والاجتماعية المرغوبة، فمن المهم ألا نقصر نظرنا إلى الفرد على أنه جسد يتمتع بقدرة جنسية - بمعنى الجسد المحدد بوضوح والمقتصر على رغبات ومشاعر فريدة من نوعها. علينا أن نضع في الاعتبار أيضًا التكوينات الأوسع نطاقًا التي تربط الأجساد المختلفة، وتضفي عليها معانٍ معينة، وتنتج طابعها المادي. وتوضح مناقشتي أن فهمنا للحياة الجنسية، والصحة الإيجابية سيظل محدودًا إذا أخذنا في الاعتبار الرجال أو النساء فقط كأفراد منفصلة، أو كأزواج مستقلين. ويساعدنا استكشاف لحظات الضعف البيولوجي-الاجتماعي، مثل: مفهوم «الربط»، وكيفية ارتباطها بمشاريع أوسع نطاقًا في مجال النوع الاجتماعي، على فهم القضايا المتعلقة بالصحة الإيجابية والحقوق الجنسية بشكل أعمق.

الكلمات الدالة: التجسيد، الذكورة، الحياة الجنسية، المادية الجديدة، مصر.

مقدمة

رغبتها في خاطب آخر يعمل في الخارج. وعلى الرغم من وجود شكوك لدى عبده حول مزاعم عمه، ونفي سها الحازم أنها قالت أي شيء سيء عن خطيبها، فقد كان يجب فسخ الخطوبة؛ لأن الأسرة هددت عبده بأن تتبرأ منه إذا أصر على إتمام هذا الزواج؛ تحطم قلب عبده، وفكر في الزواج من سها دون مباركة عائلته. إلا أنه وافق بعد فترة على اقتراح أسرته، وخطب فتاة أخرى جميلة تعمل معلمة في مدرسة بقريةهم، كانت شقيقاته يعرفن الفتاة الشابه، ويعتقدن أنها زوجة مناسبة لشقيقهن. وفي ليلة الزفاف، بدت العروس مذهلة في الثوب الجديد الذي اشتراه

وقع (عبده) في حب (سها) عندما كان عمره ٢٢ سنة. وسها امرأة جميلة من قريته في صعيد مصر، وقد بذل جهدًا كبيرًا لإقناع أسرته بالموافقة على خطوبتهما. ترددت أسرة عبده؛ لأن أقارب سها يُعتبرون من مثيري الخلافات، ويخوضون معارك متكررة مع الآخرين. وبعد عدة محاولات، قَرِحَ عبده عندما رضخت أسرته ووافقت على الخطوبة، لكن سعادة الزوجين لم تستمر لفترة طويلة، حيث كان يجب فسخ الخطوبة بعد أن أصر أحد أعمام عبده أنه سمع مصادفة سها وهي تتكلم بشكل سيء عن ابن أخيه، وتعرّب عن

البيولوجية. أو الجذور الاجتماعية لـ «الربط»؛ بل انصب اهتمامي بالأحرى على الحياة الاجتماعية لهذا الوضع. وماذا يُعلِّمنا عن الحياة الجنسية. والنوع الاجتماعي، والسلطة، وطبيعة مادية الجسد. ولفهم لحظات عجز. أو «فشل» الأفراد لإنتاج الآثار البدنية والاجتماعية المرغوبة. فمن المهم ألا نقصر نظرنا إلى الفرد على أنه جسد يتمتع بقدرة جنسية - بمعنى الجسد المحدد بوضوح والمقتصر على رغبات ومشاعر فريدة من نوعها. علينا أن نضع في الاعتبار أيضًا التكوينات الأوسع نطاقًا التي تربط الأجساد المختلفة وتضفي عليها معانٍ معينة. وتنتج طابعها المادي. ويساعدنا استكشاف لحظات الضعف البيولوجي-الاجتماعي. مثل: مفهوم «الربط». وكيفية ارتباطها بمشروع أوسع نطاقًا في مجال النوع الاجتماعي على فهم القضايا المتعلقة بالصحة الإيجابية والحقوق الجنسية بشكل أعمق.

تعرض الورقة البحثية بداية الإطار المفاهيمي. ثم تنتقل إلى النظر في كيفية تعريف «الربط» وتناوله اجتماعيًا. وتولي المناقشة اهتمامًا خاصًا لعنى ليلة الزفاف؛ والمعطيات الاجتماعية التي يعتمد عليها الناس عند تحديد «الربط»؛ وكيف تعزو هذه المعطيات الأحداث المختلفة إلى قدرة عدم قدرة العريس؛ وماذا تفعل النساء. لا سيما الأمهات. لحماية وشفاء أقاربهن الذكور من هذه الحنة. ويتناول الجزء الأخير من الورقة تأثير دراسة «الربط» على فهم الفروق بين الجنسين والتزاوج بينهما.

تصور حول الحياة الجنسية

يستند هذا البحث إلى الدراسات النسوية بشكل عام ونهج «المادية الجديدة» بوجه خاص.^{٣١} يضم «التحول المادي» مجموعة مثيرة للاهتمام ومتنوعة من الدراسات. يصعب استعراضها على نحو كافٍ في هذه الورقة القصيرة.^٤ بيد أن

لها عريستها. ولسوء الحظ. انقطعت الكهرباء ولم يتمكن سوى القليلين من رؤية جمال الثوب والعروس. وأصبح هذا الحدث أكثر أهمية عندما اتضح أن عبده غير قادر على جماع عروسه. اعتبر الجميع أن الحدثين متصلين وتم تفسيرهما على أنهما إشارة إلى معاناته من «الربط» وسرى اعتقاد أنه بفعل أسرة سها. حاولت أسرة عبده أساليب مختلفة. وذهبت إلى العديد من المعالجات الحليين حتى وجدوا أخيرًا شيئًا نجح في فك الربط. وأصبح عبده قادرًا على إتمام الزواج بعد أسبوع.

أتناول في هذه الورقة البحثية «الربط». بعبارة استكشاف العلاقة بين الذكورة، والتجسيد، والأداء الجنسي. يُعتبر «الربط» وهو عدم القدرة على إتمام الجماع في ليلة الزفاف. حالة حدث عمدةً بسبب تكرار توريد تعويذة أثناء ربط عقده. أو حبس شيء. أو عن طريق إعداد «عمل» أو ممارسة «السحر» من خلال متخصصين يُعتقد أن لديهم قوى خارقة للطبيعة. وفي حين أشار الفقي إلى أن كبار السن من الرجال (والنساء) قد يعانون من «الربط». فلم أسمع خلال أكثر من ٢٢ عامًا من البحوث في مصر مناقشته علانية إلا في سياق ليلة الزفاف وفي ما يتعلق بالعريس.^١ وخلافًا للمشكلات الجنسية التي تجري عادة مناقشتها في تكتم ويندر ذكرها في المحادثات العارضة. فإن «الربط» - بمعنى عدم قدرة بعض العرسان على ممارسة الجماع بما يؤدي إلى فض غشاء بكاره العروس. التي من المتوقع أن تكون عذراء. في ليلة الزفاف - تجري مناقشته دون تردد أو حث. استنادًا إلى عملي الميداني الإثنوجرافي في القاهرة بين عامي ١٩٩٣ و٢٠١٥. وعده رحلات إلى صعيد مصر خلال تلك الفترة تستكشف هذه الورقة البحثية مفهوم «ربط» العريس. على وجه الخصوص. وكيفية تعريفه وتناوله اجتماعيًا. لا يتمثل شاغلي الرئيسي في هذه الورقة في اكتشاف الأسباب

وتوضح الحالات التي بحثتها في هذه الورقة أن التدفقات ليست جميعها فعالة أو عاطفية على قدم المساواة بنفس الطريقة. أو بنفس الدرجة. وأن علينا أن نواصل إدراك أوجه التباين (مثلاً: بين الابن والأب. والزوج والزوجة. والأم والطفل). التي تبني كيفية ارتباط الأجساد وتأثيرها وتأثرها بالأجساد والقوى الأخرى.

ليلة الزفاف

يمكن تعريف الاتصال الجنسي في مصر بطرق مختلفة: احتياج طبيعي. علامة على الرجولة. شرط للإيجاب. خطيئة. بادرة من الحب والمودة. علامة على الهيمنة. جسد للأعراف الاجتماعية التي تحدد الذكورة الغيرية. ويختلف المعنى المرتبط بهذا الفعل من وقت إلى آخر. ومن سياق إلى آخر. وللداء الجنسي معنى مهم بوجه خاص في ليلة الزفاف: فهي ليلة أساسية تمثل انتقال العروس والعريس إلى شخصين متزوجين اجتماعيًا^٦ تحول مكانة العريس وهوية العروس بطرق رئيسة بعد هذه الليلة. يؤسس أداء العريس لرجولته. بوصفه قادرًا على الاختراق والهيمنة ويساعد على انتقال عروسه من مركزها كآنسة أو بنت إلى امرأة متزوجة أو سيدة.^٧ تُستخدم في مصر كلمة «الدخلة» للإشارة إلى ليلة الزفاف. والتي تعني حرفيًا الدخول. وهو ما يعادل أول لقاء جنسي بين العروس والعريس مع الدخول إلى منزل جديد. وبداية حياتهما كزوجين معترف بهما اجتماعيًا. وعلى هذا النحو. تصبح عدم قدرة العريس على إتمام الفعل الجنسي مصدر قلق اجتماعي و عام. وليس ببساطة فرديًا وخاصًا. إن عدم القدرة على إقامة اتصال بدني مع الجسد الآخر وإنتاج الآثار المادية المتوقعة (مثل الدم الذي يؤكد البكارة اجتماعيًا). يصبح انقطاعًا في التدفقات العاطفية التي تؤسس العلاقات الجنسية القائمة بين الجنسين. ويؤدي هذا الانقطاع إلى حشد أفراد الأسرة والجيران والأصدقاء. الذين ينشغلون

هذا النهج يؤكد نقطتين ذات صلة بمناقشتي لـ «الربط». وتجدر الإشارة إليهما قبل الانتقال إلى مناقشة الحياة الجنسية والتجسيد في سياق مصر: أولاً. يهدف الماديون الجدد إلى مراعاة مدى «أهمية الأمور» ويسعون إلى رؤية تتجاوز النظر إلى الثقافة كمجرد نشاط. وتُجَنَّب تقليص الطبيعة إلى المواد السلبية التي شكلتها الثقافة والمجتمع وجعلتها ذات مغزى.^٨ ثانيًا. يتفق الماديون الجدد على الحاجة إلى طريقة لتصوير القوة التي تمسك بناصية التشابكات العميقة بين البشري وغير البشري. الخطابي والمادي والطبيعي والتكنولوجي. التي تُنتج واقعنا.^٩ تعتبر هاتان النقطتان أن العلائقية تُعد بمثابة المفتاح لفهم الجوانب المختلفة للحياة الاجتماعية. بما في ذلك الحياة الجنسية. وعلى هذا النحو. يتحول اهتمامنا من الجسد الفردي إلى التدفقات العاطفية بين الأجساد. يجادل ألدريد وفوكس. على سبيل المثال. أن «الجسد الجنسي الفردي» ليس هو ما يجب أن يشكل محور اهتمامنا. وإنما بالأحرى «التركيب المؤتلف للحياة الجنسية». أو «التدفق العاطفي [اللاشخصي] داخل التركيبات المؤتلفة للأجساد. والأشياء. والأفكار والمؤسسات الاجتماعية. والقدرات الجنسية. التي ينتجها هذا التدفق في الأجساد والتجمعات».^{١٠} إن تحويل الاهتمام إلى مفهوم التركيب المؤتلف. وهو المفهوم الذي طرحه أصلاً جيل ديليبوز Gilles Deleuze. يجعله ممكنًا وضروريًا لتفسير كيف «تؤثر (وتتأثر) العلاقات البشرية وغير البشرية بعضها بعضًا لإنتاج تأثيرات مادية. بما في ذلك القدرات والرغبات الجنسية. والهويات الجنسية. والعديد من 'الخطابات' حول الحياة الجنسية؛ وهذه التأثيرات تتكافأ نوعيًا بغض النظر عما إذا كانت العلاقة بشرية أو غير بشرية».^{١١} في حين أجد التركيز على العلائقية جذابًا. جادل المناقشة التالية الجزء الأخير من هذا المقتطف وتتشكك في الزعم بأن جميع القدرات الفاعلة تتكافأ نوعيًا.

أصر وتصرف ضد رغبات أب الأسرة. وخلال الحفل. حث شقيق العروس إحدى النساء الشابات اللاتي جئن معهم من القاهرة لعرض مهاراتها الرائعة كراقصة. نال الرقص الجميل إعجاب من جاءوا من القاهرة. لم يعجب الرقص القرويين؛ غضب شقيق العريس. وأصر على أن تتوقف الفتاة عن الرقص: لأن أسرته سوف تُتهم بأنها استدعت غازية [راقصة محترفة] لترقص في حفل الزفاف. وهو شيء مُخجل وغير مقبول اجتماعيًا في قريته. شعر جميع من جاءوا من القاهرة بالأسف تجاه الفتاة. التي انفجرت في البكاء عندما سمعت أنهم قد يعتبرونها غازية. لكن أم صلاح أدركت أنه من غير المناسب أن ترقص الفتاة بهذه الطريقة. وانتقدت بشدة شقيق العروس لإصراره على أن ترقص الفتاة وعدم احترامه للتقاليد المحلية. وبالإضافة إلى هذه المشاحنات وما أثارته من عدم ارتياح. انهارت الكوشة ولكن لحسن الحظ لم يُصب أحد. حدثت أخطاء أخرى أيضًا. وشعر الجميع بالراحة عند انتهاء الحفل وذهاب الزوجين إلى غرفة نومهم في المبنى الكبير. الذي يضم الأب. وزوجتيه. والعديد من الأبناء غير المتزوجين.

كان من المهم بالنسبة لأم صلاح أن تسرد هذا السياق قبل أن تصل إلى الجزء الرئيسي من قصتها. فما روته من أحداث كان يُنبئ عما سيحدث بعد ذلك. أيقظتها فجأة والددة العروس في الساعة السادسة صباحًا. وبدت شديدة الحزن والأسى. قالت لأم صلاح في صوت متعجل: «دول ربطوا الواد». وعلى الفور اتهمت والددة العروس والد العريس بأنه المتسبب في حالة ابنه. كان ولده معروفًا. كما عللت. بأنه «ربط» آخرين في الماضي. ومن المؤكد أنه «ربط» فريد لأنه عارض رغباته. وافقت أم صلاح على منطلق والددة سماح: لأن الرجل العجوز. كما قالت - لديه العديد من الكتب في منزله. ومعروف بعلاقاته القوية مع

بشدة في شرح ومعالجة الحالة التي قد تستمر لساعات قليلة فقط أو قد تمتد لفترة من الوقت؛ لذلك. وبغية فهم منطلق «الربط». علينا توجيه الاهتمام إلى الصعوبة البدنية التي يجب شرحها ومعالجتها. فضلاً عن تدخلات العقلانية والمادية اللازمة للشفاء وحماية العريس من هذه المحنة. علينا الاهتمام بالسياق الأوسع نطاقًا. والمعطيات الاجتماعية التي يستند إليها الناس عند تحديد وعلاج «الربط». والقوى التي تُشكل هذه العملية الدينامية.

سلطة الرجال

سماح. فتاة تبلغ من العمر ٢٤ سنة. وتسكن في أحد الأحياء منخفضة الدخل في شمال القاهرة. وقد وقعت بجنون في حب ابن عمته وخطيبها فريد. لم أقابل فريد أبدًا. الذي نشأ في صعيد مصر وقضى سنوات يعمل في الكويت لتأمين الأموال اللازمة للانتهاء من احتياجات زواجه. لكننا نعلم جميعًا مدى حب سماح له. وسعدت صديقاتها وجاراتها عندما كانت سماح تستعد للسفر مع أسرته إلى صعيد مصر. بعد أربع سنوات من الانتظار. لوضع اللمسات الأخيرة لزواجها والاحتفال بزفافها. ضمت الرحلة بعض الجارات وثيقات الصلة بالأسرة. ومن بينهن أم صلاح وابنتها الكبرى وتم استئجار حافلة صغيرة استغرقت ١٢ ساعة للوصول إلى قرية العريس. حكمت أم صلاح تفاصيل حية عن الرحلة. وإقامتهم في القرية. وزينة العروس وثوبها. وأكثر من ذلك بكثير. لكن تركيزها انصب على «الدراما الاجتماعية» التي تكشف خلال حفل الزفاف وأدت إلى تعقيد إتمام الزواج.^٩

للفداء بطلب عروسه؛ قرر فريد بناء كوشة [منصة يجلس عليها العروسان ومشاهدة الفرقة التي استأجروها للترفيه عن الضيوف]. لم تعجب فكرة الكوشة والد فريد. لكن العريس

قدرة العريسين على التصرف بالطرق المتوقعة اجتماعيًا. وبينما في حالة عبده، اشتبهت أسرته في أن أسرة سها هي من سببت له «الربط» لعدم رضاهم عن فسخ الخطوبة. كان من المعتقد في حالة فريد أن والده هو السبب لشعوره بأن ابنه خداه ولم يحترمه. توضح الخالتان أن الأجساد «ليست أشياء ذات حدود وخصائص ملازمة؛ بل ظواهر مادية-خطابية»¹. لا يوجد تعريف واضح ومحدد للجسد، لكنه يرتبط بأجساد أخرى، ويتأثر بأفعال وقوى مختلفة. ويُعتقد أنه يتأثر سلبًا بإرادة الآخرين، فضلًا عن أن أشياء وطقوسًا يعينها حميه وتشفيه. وتشكل مادية الأجساد عن طريق النوايا والمشاعر، وأقوال أشخاص آخرين، وفي الوقت نفسه، فإن «العلاقة بين المادي والخطابي تُعد إحدى التدايعات المتبادلة. ولا يمكن التعبير عن أي منهما في غياب الأخرى؛ فالمادة والمعنى يجري التعبير عنهما على نحو متبادل»¹. إن «الربط» ليس حالة بيولوجية فحسب، وليس بناءً اجتماعيًا؛ لكنه الاثنان في الوقت نفسه. ففي حين تُعتبر عدم قدرة العريس المادية بمثابة الجزء المركزي من الحالة، يتعلق «الربط» على قدم المساواة بقدرة الآخرين على الإقرار، والتحديد، وإلحاق الضرر أو التخفيف منه. بيد أن الأجساد لا تتشابك بيولوجيًا وخطابيًا فحسب، بل تمتلك ماديتها بالأحرى قدرات فاعلة تُشكل هذا التشابك. و«الربط» هنا لا يقتصر على كونه التركيب المؤلف الذي يتطلب خلاله المعنى الاجتماعية صلاحية بيولوجية، بل هو أيضًا التركيب المؤلف الذي تنشط من خلاله البيولوجيا نفسها لتشكيل المعاني الاجتماعية.

ومن نواحٍ عديدة، تُعد عدم قدرة الجسد على الأداء بمثابة التحقق المادي للتراتب الهرمي الاجتماعي. وعلاقات القوى التي تربط وتفرق بين الرجال والأسر. وكما يجادل فوكو، الحياة الجنسية هي «نقطة انتقال كثيفة بوجه خاص

السياح الأجانب وكبار المسؤولين. ويشير الأمران على حد سواء إلى نوع من المعرفة والقوة التي يمكن أن تُتوج بقدرات خارقة، واست أم صلاح صديقتها واقترحت أن يذهباً للتحديث مع والد فريد للتوصل إلى حل. شعرت الاثنان بالانزعاج عندما فتحت الباب زوجته الثانية (ليست والدة فريد، التي كانت مريضة ولا تتحرك)، وهي تلف رأسها بمنشفة كبيرة بما يشير إلى أنها امت استحمامها لتوها. وقالت إنها تُسخن المياه لزوجها ليستحم أيضًا. يشير هذا السلوك إلى أنها مارست الجنس في الليلة السابقة. وأنهم يتبعون القواعد الإسلامية التي تقضي بالاستحمام لتطهير أنفسهم والتخلص من النجاسة المرتبطة بالجماع. رأت أم صلاح أنه عار أن يقدر الرجل العجوز على مضاجعة زوجته بينما يتسبب في عجز ابنه الشاب عن الأداء الجنسي في ليلة الزفاف. ومع ذلك، تصورت أن عليهما التحدث بهدوء مع الأب وطلب مساعدته في إيجاد طريقة لمعالجة محنة فريد.

استمع لهما الأب دون إنكار التهم الموجهة إليه، لكنه أعطى خيوطاً خفية (مثل نبرة صوته ولغة جسدة) أكدت شكوكهما. اشتكى الأب من ابنه، وكيف عارض رغباته، وشدد على أن أنه لن يغفر له إلا إذا اعتذر له وقبّل يديه. ذهبت المرأتان إلى فريد وطلبته بالاعتذار. وقد فعل. وبعد قدر كبير من التضرع، لوح الأب بيده وقال لابنه «موافق، اذهب». ولدهشتها، «الواد اتفك في ساعاتها» إزال عنه الربط على الفوراً. وبعد ذلك، سرعان ما أكمل الزواج؛ وشاهدت الأسر قطع القماش ملطخة بالدماء، وبالتالي يمكن للأسرة العروس أن تعود إلى القاهرة وهي على يقين بالتحقق علانية من عفة ابنتهم.

كان من المعتقد في حالتي عبده وفريد على السواء أن التدفقات العاطفية للمشاعر والتوترات السلبية تتوجه، بمساعدة قوى خارقة، نحو إعاقة

شعرت أم أحمد بقلق شديد؛ لأن شقيق خالد الأكبر طارق، عانى من «الربط» لفترة امتدت لأكثر من أسبوع. فقد التقى طارق وهو مُدرّس في أواخر العشرينيات من عمره بمرضة شابة في القاهرة وخطبها، لكنه قرر إقامة زفافهما في قريته، مكان عيشهما المستقبلي. وصلت العروس مع أمها وأقربائها، الذين كان من المفترض أن يكتفوا خلال الزفاف ولا يغادرون إلا بعد الدُخلة. انتظروا الأخبار، لكنهم أدركوا في صباح اليوم التالي أن طارق لم يتمكن من إتمام الزواج. انتظروا لبضعة أيام، ولكن لم يحدث شيء. وكان على أم أحمد أن تتحرك؛ نتيجة لشعورها المتزايد بالحرَج. كما قالت (وربما لإمكانية استمرار مدة الضيافة إلى مالا نهاية). فقامت سرّاً بذبح حمامة، ولطخت قطعة من القماش بدمها وأظهرتها لوالدة العروس كدليل على عذريتها. تشككت قليلاً والدة العروس وتساءلت حول أثار الدم على القماش. لكن أم أحمد أسكتتها بأن أخذت تغني بصوتٍ عالٍ أغنية تؤكد أنها ليست دماء الحمام أو السمان، وإنما دماء أصيلة تدل على شرف الزوجين. وفي الوقت نفسه، سعت بنشاط إلى المعالجين في قريتها والقرى المجاورة إلى أن أمكن فك «الربط» بعد أسبوع.

لقد نتجت مشكلة طارق الجنسية من تركيب مؤتلف من العلاقات، والقوى، والتصرفات. برر تصرف أم أحمد الصعوبة التي يواجهها ابنها. وأعطى معنى لعجزه، كما حلل الآثار الاجتماعية المترتبة على «إخفاقه». سعت الأم إلى كل وسيلة ممكنة لدعم ابنها وتعزيز مكانته كرجل سليم، بدءاً من استخدام دم الحمامة، وتلاوة الصلوات، وأداء بعض الطقوس التي تعرفها. إلى استشارة العديد من المعالجين حول سبل مواجهة هذا الموضوع. وتُعتبر جهود وأفعال أم أحمد جزءاً من جهد أوسع تبذله النساء لإعداد رجال أصحاء. وقد جادلت في مكان آخر أن الذكورة ليست

لعلاقات القوة: بين الرجال والنساء، الشباب وكبار السن، الآباء والأبناء، المعلمين والطلاب، الكهنة والعلمانيين، الإدارة والسكان.¹¹ وتوضح حالة «الربط» هذه النقطة بجلاء. ففي جميع الحالات التي سمعت مناقشتها علناً، كان إما الرجال مثل والد فريد، أو الذكور المتخصصين هم من يمكنهم التسبب في «الربط» في ليلة الزفاف أو الشفاء منه. وكما جادل كامران علي، إذا «كان القضيب المنتصب وقوته لإرضاء المرأة يرتبط ارتباطاً مباشراً بخطاب السلطة والسيطرة وممارستها على كل من النساء والرجال الآخرين». فهذا يوضح مدى إلحاحية قضية مثل «الربط» ومدى حاجة أفراد الأسرة إلى التصدي لها بسرعة.¹² أما عند استمرار الحالة لفترة طويلة، فقد ينال التحدي من جميع الأطراف، بما فيهم العروس وأسرتهما الذين يسعون إلى تأكيد عذريتها في أسرع وقت ممكن.

المرأة، ودورها في الحماية

في حين أن الرجال هم عادة من يتسببون في «الربط» في ليلة الزفاف، فإن النساء يقمن بدور مهم في الحماية، والتفسيّر، والتعافي. فعلى العكس من أم فريد، التي لم تتمكن بشكلٍ كافٍ من حماية ابنها أو المساعدة في شفائه، تعمل الأمهات الأخريات بنشاط من أجل حماية أبنائهن. وحل مشكلات ليلة الزفاف. أم أحمد، وهي أم لأربعة أولاد وثلاث بنات، تدرك تماماً أهمية هذه الحالة. وعندما قابلتها في قريتها في صعيد مصر في أواخر التسعينيات، كانت تحتفل بزفاف أحد أبنائها خالد. وقد اتخذت تدابير خاصة لحمايته من «الربط»: حيث كان عرضة بشكل خاص إلى «الربط» لأنه سبق أن خطب امرأة أخرى في القرية، ثم فسخ الخطوبة في اللحظة الأخيرة، وهي الخطوة التي ربما أغضبت أسرة الفتاة الشابة.

نظرًا لتجربتها السابقة. أحضرت في صباح يوم الزفاف حجابًا جلبته من شيخ محلي وأعطته إلى خطيبة خالد لحمله تحت ملابسها. كان الحجاب يضم بعض الكتابة المختلطة بحروف اللغتين الإنجليزية والعربية. وصلاة قصيرة. وأظافر مقصوصة حديثًا من أصابع أيدي وأرجل العريس والعروس. كما واصلت أم أحمد وابتنتها الكبرى أداء طقوس حمائية أخرى (لا تقتصر على حُجُب «الربط». بل تشمل أيضًا حماية الزوجين وتعزيز خصوصيتهما) استمرت طوال اليوم وحتى لحظة دخول العروس والعريس إلى شفتيهما.

ولحسن الحظ. لم يكن لدى خالد وعروسه. ليلي. أي مشكلة. وتم زواجهما خلال ساعة. وأحدث هنا عنهما معًا عمدًا؛ فعلى عكس ما يتردد عادة من إيجابية اختراق الرجل لامرأة سلبية. وصفت ليلي ليلة الزفاف كجهد مشترك. وخلافًا لحالات أخرى من المتوقع فيها أن تقاوم العروس العريس لفترة من الوقت وتجعل اختراقه لها صعبًا عليه. كانت ليلي تدرك تمامًا حقيقة أن أشقاءها بحاجة إلى المغادرة في صباح اليوم التالي: ليعودوا إلى أعمالهم. وبعد نهاية الاحتفال. جلسنا في الطابق السفلي بمنزل أسرة العريس لشرب الشاي والدردشة خلال فترة الانتظار. وفي غضون ساعة استدعونا إلى شقة الزوجين: وسرعان ما اعتنت قريبات العروس بها وقدمن لها عصير الليمون. بينما كانت النساء المسنات. بما فيهن الوالدتين. يفحصن القماش الأبيض الملطخ بالدماء. بالنسبة لأم ليلي. أكدت بقع الدم عفة ابنتها ومكانتها كأب جيدة أحسنت تربية ابنتها. أما سعادة أم أحمد. التي عبرت عنها بالأغاني والزغاريد. فترجع إلى أنها حُتفل أيضًا بتأكيد رجولة ابنتها. فضلًا عن قدرتها على حمايته من «الربط».

فقط ما يعتقد الرجال ويقومون به كي يصبحوا رجالًا. وإنما أيضًا ما تعتقده النساء وتقوم به: كي يجعلن أبناءهن وأشقاءهن وأزواجهن وأباءهن رجالًا.¹⁷ ونحن نرى هذا القلق منتصرًا على الأعراف الاجتماعية المهمة الأخرى. مثل العذرية. فعلى ضوء الأهمية الاجتماعية الكبيرة للعذرية. كان من المذهل أن نرى طريقة تفكير أم أحمد في موقف ابنتها أمام أصهاره وسمعته في القرية. وكيف اعتبرتها أكثر أهمية من عذرية العروس.

لقد كانت أم أحمد. مثلها مثل العديد من النساء المسنات الأخريات. تشعر بالاستياء من وضع الشباب من الرجال تحت هذا الضغط في ليلة الزفاف. وتذكرت باعتزاز تلك الأيام عندما كانت الدُخلة بلدية [محلية/تقليدية] وتتم بمساعدة القابلة. وكل ما يقوم به العريس. كما تتذكر أم أحمد من ليلة زفافها وزفاف ابنتها الكبيرتين. هو أن يلف العريس إصبعه بقطعة من قماش أبيض. ثم يُدخله داخل العروس أمام القابلة وبعض الأقارب الإناث للزوجين. وإذا ما تردد العريس أو شعر بالإحراج لاستكمال المهمة. تتولي القابلة الأمر وتنتهي العملية في غضون دقائق قليلة. وأدى التحول إلى الدُخلة الأفريقي* [الأجنبية] - التي بدأت تصبح القاعدة على مدار الجيلين الماضيين في قرية أم أحمد - إلى انتقال أول لقاء جنسي بين الزوجين إلى خصوصية غرفة النوم. وإبعاد الأطراف الأخرى من المشهد. ومع ذلك لا يزال متوقعًا من الزوجين إظهار ما يثبت عذرية العروس في أسرع وقت ممكن. على أن هذا التحول أدى إلى توليد تحديات جديدة ووضع ضغوط جديدة. لا سيما على العريس.

الاقتران بالزواج: هو، وهي، وهم

صممت أم أحمد على حماية ابنتها الأصغر.

* لا تزال بعض العرائس وأسرهن تصر على الدُخلة البلدي لتجنب أي التباس في المستقبل حول عذرية العروس والمكانة الأخلاقية لأسرتها.¹⁷ وقد تشمل الأمثلة العمل خارج المنزل. وتكرار التفاعل المتكرر مع خطيبها واستمرار الخطوبة لفترة طويلة. وعدم الثقة من جانب أسرة العريس.

توجه اهتمام الباحثين عادة، ولأسباب جيدة، إلى القيمة الاجتماعية الملحقة بالعدزية والضغوط المبذولة على العروس خلال هذه الليلة.¹³⁻¹⁵ ويترك مثل هذا التركيز انطباعاً بأن الرجال لا يخضعون للأعراف الاجتماعية، وأن أجسادهم متحررة من أي تنظيم وانضباط. وينعكس هذا الاتجاه بوجه خاص في طريقة استمرار شيوع الأساطير والافتراضات غير المختبرة بشأن حياة الرجال الجنسية، ولا يقتصر انتشارها في الأدب الشعبي فقط بل يشمل أيضاً الأدبيات الأكاديمية في بقاع مختلفة من العالم.¹¹ وعلى الرغم من توفر مجموعة غنية من الأدبيات التي تتناول الحياة الجنسية، وبنيتها التاريخية والاجتماعية-الثقافية، فإن «أسطورة المصير الجنسي للرجال» التي تنتشر على نطاق واسع في الثقافة الشعبية لا تزال مستمرة دون تنفيذ في دراسات النوع الاجتماعي.¹¹ وخلافاً لما تطرحه وسائل الإعلام في مصر من تمثيلات وخطابات تواصل تعميم أسطورة شهية الذكور الجنسية الهائلة التي لا يمكن السيطرة عليها، فوجئت ليلي ... فما كانت قد تعلمته وتعتقد فيه أن الخوف من ليلة الزفاف هو من نصيب النساء فقط؛ لأنه اختبار لعدزيتها. ولم تكن مستعدة لرؤية قلق زوجها وتوتره. ولم تدرك ليلي إلا بعد زواجها أن الرجال يقلقون بشأن قدرتهم على الانتصاب. فقد كانت تعتقد أن الرجل يمكنه تلقائياً وبارادته أن يقدر على الانتصاب المتكرر كما يشاء. وحتى زوجها كان لديه انطباع بأن الرجل يمكنه ممارسة الجنس مع زوجته طوال الليل وفوجئ بعد أن تزوج أن الوضع ليس كذلك، وأن جسده عقل خاص به

ويحتاج إلى الراحة والنوم.⁴

إن تسليط الضوء على أن الرجال يقعون تحت ضغط. وأن أجسادهم تنضبط اجتماعياً. لا يعني عدم وجود أوجه رئيسة لعدم المساواة بين الجنسين. وممارسات أبوية قمعية تُشكّل ليلة الزفاف والتفاعل الجنسي على نطاق أوسع. هناك في الواقع أبعاد مهمة تقوم على النوع الاجتماعي، وتتعلق بمناقشتي، ويجدر أخذها في الحسبان. يستند «الربط» إلى افتراض عدم وجود عريس مُحصّن. بل إنهم جميعاً معرضون إلى قوى خارجية يمكنها أن تمنعهم من الأداء على النحو المتوقع. ولا تُعتبر حالتهم فشل أخلاقي أو ضعف فردي. بل تسببها بالأحرى قوى خبيثة خارجهم ويصعب - ولكن ليس من المستحيل - التغلب عليها، وفي المقابل، يُحكمون أخلاقياً على المرأة التي لا تنزف في ليلة الزفاف. ويُنظر إليها باعتبارها خالفت الأعراف الاجتماعية. وجاوزت طريق السلوك السليم. وهكذا وعلى الرغم من معرفة ليلي تماماً أنها لم تمارس أي علاقات جنسية من قبل، فقد كانت شديدة القلق بشأن عدم النزيف. لقد قرأت وسمعت ما يكفي لأن تعرف أن هناك بعض العذارى لا ينزفن. لكنها تعرف أيضاً أن الناس يسارعون في مثل هذه الحالات بإطلاق أحكام سلبية. ولم تكن تريد أن ترى نفسها أو أسرتها في وضع ملتبس قد يتطلب فحصاً طبياً للتحقق. وفي واقع الأمر. يرجع جزء من الحاجة الملحة لفك «الربط» إلى رغبة أسرة العروس في التأكيد العلني لعفة ابنتها بأسرع وقت ممكن. وتنعكس أهمية العدزية بوضوح في إطلاق تسمية الدم

† لا يزال حب الذكور للجنس المغاير غير محدد المعالم، وتقل إلى حد كبير الدراسات التي تتناوله. وحتى وقت قريب. كانت فقط «نظرية ودراسات المثليين. من نفس الجنس. هي التي يمكن أن تطالب بتناول أوسع نطاقاً وتعقيداً ودقيقاً للحياة الجنسية».¹¹ وتصدق هذه العبارة أيضاً في سياق الشرق الأوسط. حيث تندر الدراسات التي تستكشف الحياة الجنسية بشكل عام والغيرية الذكورية بوجه خاص.

‡ إن هذا التركيز على فرط النشاط الجنسي للرجل يميل في الخطاب الشعبي إلى المساواة بين الحياة الجنسية والذكورة. وفي الواقع، الرجولة هي مشروع جماعي ومشروط. يرتبط بممارسات متعددة مثل: الإمداد والشجاعة. واللباقة. والاعتناء الجيد. والقدرة على استخدام العنف في السياق الصحيح. لمزيد من المعلومات حول هذه القضية، راجع دراسات أخرى.¹¹

الناج عن أول جماع «شرف المرأة».¹⁷

الخاتمة

استهدفت في هذه الورقة البحثية تناول «الربط» دون إضفاء طابع باثولوجي. وفردى. وطبي على قضية يجري عادة شرحها وتناولها جمعياً واجتماعياً. ومن المهم عدم التسرع في مساواة «الربط» بـ «العجز الجنسي» أو اعتباره «غطاء للمثلية الجنسية»، أو «آلية لتحويل إلقاء اللوم».¹⁷ ولا ينبغي تجاهلها باعتبارها خرافة أو دجل. كما نرى في اتجاه المناقشات الأخيرة في وسائل الإعلام. وبعض الدوائر الطبية.¹⁸ بل يجب النظر إليها بالأحرى كمفهوم دينامي يوفر إحساساً بالقوة التي لا تقتصر على الجسد الفردي، وإنما تشمل العديد من التدفقات وجوانب التواصل التي تربط بين مختلف البشر وغير البشر، والطاقة الإيجابية والمشاعر السلبية، والرئي وغير الرئي، والاجتماعي والبيولوجي. توضح مناقشتي أن فهمنا للحياة الجنسية والصحة الإيجابية سوف يظل محدوداً إذا ما نظرنا للرجال والنساء بشكل منفصل. أو كأزواج مستقلين. والأمر لا يقتصر على ضرورة أن «نعيد الرجال مرة أخرى إلى وهم التناسل

كشركاء، أو أجداد، أو آباء، أو مُربين. أو صانعي القرار في العملية الإيجابية».¹⁷ بل نحن بحاجة أيضاً إلى النظر في العلاقات وأوجه عدم المساواة الأوسع نطاقاً التي تُنتج الرجال والنساء، وكيف أن هذه التكوينات من الروابط والقوى والأفكار تسفر عن إنتاج أجساد ذات طابع جنسي، فضلاً عن تشكيل معاني الصحة والرفاه، وإضفاء الشرعية على أفعال بعينها دون غيرها.

شكر وتقدير

اكتسب عملي حول النوع الاجتماعي والتجسيد ثراء من خلال مناقشاتي مع الزملاء في مجموعة عمل الصحة الإيجابية على مدار أكثر من عقدين. وقد أتاحت لي منحة مجموعة عمل الصحة الإيجابية أن أشعر في بحثي في أواخر التسعينيات حول النوع الاجتماعي والتجسيد، وأود أن أعرب عن امتناني للتغذية المرتدة التي وصلني من هيام بشور، جوسلين ديجنوج، وهدي زريق، واثنين من المراجعين لا أعرفهما، كما أود أن أعرب عن امتناني أيضاً إلى سابرينا ميرولد، ماثيو جولدمان، هانس لوفجرين، لدعمهم الهائل.

§ يجادل بدران وآخرون أن «عدم إتمام الزواج (يعنى العجز الجنسي في شهر العسل أو ليلة الزفاف ضعف الانتصاب في الليلة الأولى والفشل في فض البكرة) يُعد مشكلة طبية واجتماعية شائعة تواجه الممارسين الطبيين في المجتمعات المحافظة؛ ويرجع إليها ما تصل نسبته إلى 17٪ من الزيارات لعيادات الصحة الجنسية».¹⁸

** إذا بحثت في محرك جوجل عن كلمة «الربط» بالنسبة للعريس في ليلة الزفاف، سوف تظهر آلاف المدخل التي تناقش الجوانب الدينية والطبية لهذه الحالة في البلدان العربية المختلفة. وللإطلاع على أمثلة، يمكن النظر في مراجع أخرى.¹⁹

1. El Feki S. Sex and the citadel: intimate life in a changing Arab world. New York (NY): Pantheon; 2013.
2. Barad K. Posthumanist performativity: toward an understanding of how matter comes to matter. *Signs*. 2003;28(3):801–831.
3. Hekman S, Alaimo S. Material feminism. Bloomington: Indiana University Press; 2008.
4. Jagger G. The new materialism and sexual difference. *Signs*. 2015; 40(2):321–342.
5. Barad K. Meeting the universe halfway: quantum physics and the entanglement of matter and meaning. Durham (NC): Duke University Press; 2007.
6. Alldred P, Fox NJ. The sexuality-assemblages of young men: a new materialist analysis. *Sexualities*. 2015; 18 (8):905–920.
7. Turner V. The forest of symbols: aspects of Ndembu ritual. Ithaca (NY): Cornell University Press; 1967.
8. Butler J. Bodies that matter: on the discursive limits of sex. New York (NY): Routledge; 1993.
9. Turner V. Social dramas and stories about them. *Crit Inq*. 1980; 7(1):141–168.
10. Foucault M. The history of sexuality, vol. 1: an introduction. New York (NY): Pantheon; 1978.
11. Ali K. Notes on rethinking masculinities: an Egyptian case. In: Zeidenstein S, Moore K, editors. Learning about sexuality: a practical beginning. New York (NY): The Population Council; 1996. p. 98–109.
12. Ghannam F. Live and die like a man: gender dynamics in urban Egypt. Stanford (CA): Stanford University Press; 2013.
13. El-Kholy H. Defiance and compliance: negotiating gender in low-income Cairo. New York (NY): Berghahn Books; 2002.
14. Early E. Baladi women of Cairo: playing with an egg and a stone. Boulder (CO): Lynne Rienner Publishers; 1993.
15. Khuri F. The body in Islamic culture. London: Saqi Books; 2001.
16. Gutmann M. The missing gamete? Ten common mistakes or lies about men's sexual destiny. In: Inhorn M, Tjrnji-Thomsen T, Goldberg H, la Cour Mosegaard M, editors. Reconceiving the second sex. New York (NY): Berghahn Books; 2009. p. 21–44.
17. Sengers G. Women and demons: cult healing in Islamic Egypt. Leiden: Brill; 2003.
18. Badran W, Moamen N, Fahmy I, et al. Etiological factors of unconsummated marriage. *Int J Impot Res*. 2006; 18:458–463.
19. Sit el-Husn [web streaming video]. YouTube; 2015 [cited 2015 Dec 1]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=059g9c6HbCg>, accessed 2015 Dec 1 2015.
20. Inhorn M, Tjrnji-Thomsen T, Goldberg H, et al. Introduction: the second sex in reproduction? Men, sexuality, and masculinity. In: Inhorn M, Tjrnji-Thomsen T, Goldberg H, la Cour Mosegaard M, editors. Reconceiving the second sex. New York (NY): Berghahn Books; 2009. p. 1–20.

السابق اللائي يعملن في حانات عمان. كان لابد أن تستعرض هذه المقالة الأدبيات الضخمة التي خلل الهجرة العابرة للحدود الوطنية والإجبار في النساء وإيذائهن. لذلك ثمة بون شاسع بين المفاهيم المتعلقة بالنساء - اللائي يشتهبه في عملهن بالجنس - ويُنظر إليهن على أنهن "مفترسات ومُذنبات. وخطر يتهدد النسيج الأخلاقي للمجتمع"¹. وهؤلاء اللائي يُتاجر بهن. وما هن إلا ضحايا أبرياء للجماعات عبر الوطنية الإجرامية المستغلة. لذلك فإن المسافة الفاصلة بين هذين المنظورين² تتيح فرصة مذهلة لإجراء بحث اجتماعي بشأن جوانب شتى مثل الخيارات، والرغبة، والمشروع التجاري في إطار محدد بمنطقة الشرق الأوسط "بعد اندلاع الثورات" بوصفها مقصدًا من ناحية، والاتحاد السوفيتي بوصفه بلد المنشأ للمهاجرات من ناحية أخرى.

لقد اعتمدت بصفة خاصة على المؤلفات التي تناولت هجرة النساء في إطار طرح وجهة النظر التي مفادها أنه يمكن النظر إلى عمل النساء وظروف العمل. لا من منظور العمل العاطفي فحسب، بل ومن منظور ما يتضمنه من عناصر عمل محلية، وكذا خصائصه الفعالة.³ ومن ثم أقترح أن الطبيعة الجنسية لعمل النساء ليست أكثر من مجرد بُعد واحد لمسارات الحياة التي قادتتهن إلى العمل في الأردن. كما تعكس مكانتهن في ظل ظروف الاقتصاد الليبرالي الجديد العالمي التي تبرز خيارات هجرة العمالة النسائية.

ومنذ سقوط الاتحاد السوفيتي بدأت بلدان التكتل إصلاحات اقتصادية تميزت بالاعتماد على التخصص، وتقلص دور القطاع العام، فضلاً عن التغييرات السياسية التي أتاحت حرية الحركة.⁴ ومن ثم أدت تلك التغييرات إلى انعدام المساواة الاجتماعية والاقتصادية على نطاق واسع وارتفاع

بعد خميس ليالٍ متتالية قضيتها في زيارة ثلاث حانات مختلفة. وإجراء المقابلات مع عدد كبير من هؤلاء النسوة. بدأت أفهم سبب عزوفهن عن لقائي نهائياً؛ فالنهار مخصص لنيل قسط من النوم.

ثمة مكانة خاصة لبعض الملهي الليلية في عمان، التي توظف النساء القادمات من أوروبا الشرقية* كمضيفات. ربما يفترض المرء بسهولة منذ الوهلة الأولى أن الحانات عبارة عن أماكن للقاء يجري فيها التفاوض على إبرام صفقات جنسية، واتخاذ ترتيباتها والشروع في تنفيذها. بيد أن اهتمامي الأساسي بتلك الحانات ينبع من منظور الصحة العامة. ظننت أن العمل في الجنس كان يجري بالفعل هناك وأردت استيعاب الآثار المترتبة على تلك الممارسات على صحة النساء. إلا أن حقيقة عمل النساء وأماكن العمل كانت أشد تعقيداً وأكثر إثارة للاهتمام مما ظننت. وعلى ضوء تعديل فرضية البحث، حاولت هذه الدراسة فهم طبيعة التبادل التجاري الذي يحدث في هذه الحانات في إطار مفاهيم اجتماعية أوسع للعمل والهجرة، والهجرة الاقتصادية للنساء على وجه الخصوص. ومن أجل القيام بذلك أعدت هذه الورقة البحثية لوصف المضيفات وأماكن عملهن ("الحانات الروسية") ثم تمضي لفحص طبيعة الخدمات التي تُباع وتُشترى، وأنواع العملاء الذين يرتادون الحانات.

* يشير مدير الحانة والنساء أنفسهن إلى المضيفات بلفظ "الفتيات". لقد احتفظت بهذه الكلمة بين علامتي تنصيص في اقتباس مباشر عنهم بيد أنني أختار استخدام كلمة امرأة/ نساء في سردي.

ومع التركيز على هجرة العمالة والفاعلية الإنسانية للنساء القادمات من الاتحاد السوفيتي

الليلية حيث يعملن. وبصفة عامة تبدو تلك الملاهي الليلية شأن الملاهي الليلية الأخرى التي تمتد ساعات عملها من الساعة الثامنة مساءً وحتى الساعة الثالثة صباحاً تقريباً. ويوجد حارس أمن أو أكثر على مدخل الملهى وتراقب الكاميرات جميع التحركات. يشغل الموائد - على حسب الساعة التي تقصد فيها الحانة في المساء - إما مجموعات من نساء فانتان يرتشفن مشروباتهن، أو رجال يجلسون فرادى أو في مجموعات في صحبة النساء. وقد تتجاذب النساء الواقفات أو الجالسات إلى جوار زبائنهن أطراف الحديث معهن أو تمارحنهنم أو تبادلنهنم الضحكات. أو يحتسين الشراب. أو في بعض الأحيان يتبادلون العناق أو يرقصون معهن. وعند المدخل أو عند المشرب توجد منضدة تطل على المكان إطلالة جيدة تخصص للمدير. حيث تُسجل المشروبات التي تُقدم بعناية شديدة وتُعدّ الفواتير. ونادراً ما يُرى زبائن من النساء، أو الأزواج من الجنسين. إلا أنهم يرتادون تلك النوادي. ومن الملاحظ أنه ليس ثمة لافتة خارجية تشير إلى خدمة المضيفات التي توفرها النوادي. وربما يزور السائحون الذين لا يدرون بأمر خدمة المضيفات المكان لتناول الشراب. ترتدي النساء أثواب الحفلات وبعضهن يرتدين ملابس أو تنانير قصيرة للغاية. والعديد منهن شعرهن أصفر طويل. وأغلبهن من المدخنات. وتعج الموائد بأطباق صغيرة للمقرمشات ومناقض السجائر وأعقاب سجائر ملطخة بأحمر الشفاه.

تنخرط النساء اللائى يُطلق عليهن اسم المضيفات أيضاً. في العمل من أوطانهن عن طريق الوكلاء. أو بترشيح من النساء اللائى يعملن في النادي الليلي بالفعل. ويتبادل المدير والفتاة المرشحة للوظيفة رسائل البريد الإلكتروني والمكالمات الهاتفية. حيث يشرح لها طبيعة العمل والمرتب وتقدم الفتاة صورتهن لاطلاع عليها والنظر في الأمر. وبمجرد التوصل

مستوى البطالة. فضلاً عن إشاعة مناخ من عدم اليقين بشأن منافع المواطنة.⁹ ورغم ما يمثله الفقر والبطالة كموضوعين شاملين صحيحين في هجرة العمالة على مستوى العالم. إلا أن الدراسة الحالية تفحص دوافع هجرة المجموعة المستهدفة بمزيد من التفصيل. من خلال تقصي صحة الافتراضات التي تصيغها حقائق اقتصادية أكبر. بدلاً من إجراء دراسات استقصائية متعمقة في حياة المهاجرات وخياراتهن.

المنهجية

صُممت هذه الدراسة بهدف فهم حياة النساء القادمات من الاتحاد السوفيتي السابق اللائى يعملن في "الحانات الروسية" في عمان واختيارتهن. وللحصول على قصص هؤلاء النسوة وتحديد المزيد من الموضوعات محل الاهتمام. وقع الاختيار على أسلوب إجراء المقابلات الفردية المتعمقة. لقد عرضت الموضوع على ست عشرة امرأة بثلاث حانات مختلفة في عمان. بعد أن حصلنا على موافقة مستنيرة من ثلاث عشرة منهن فشاركن في البحث. أجريت الدراسة أثناء شهري يونيو ويوليو ٢٠١٠ وأجريت المقابلات في محل عمل هؤلاء النساء في أركان هادئة من الحانات. بحيث لا يتمكن مديرو الحانات أو الزبائن من سماع الحوارات. وسجلتها كاتبة المقالة ونسختها وحللتها. كانت المقابلات باللغة الإنجليزية. إذ لم تجد النساء اللائى أجبن على الأسئلة غضاضة في التواصل بها. واستغرقت المقابلات ما بين ٣٠ و٩٠ دقيقة. أحيطت جميع المعلومات التي أفدنت بها بالسرية. كما استخدمت أسماء مستعارة ضماناً لحجب هوياتهن. وقد حصلت الدراسة على موافقة اللجان المحلية والمخصصة المعنية بالأخلاقيات الموجودة بجامعة الأردن.

الحانات "الروسية" في عمان

قبل الخوض في خليل حياة النساء، من المفيد بلا شك فهم الطبيعة العامة للملاهي

مشروب كحولي. ويصل سعر المشروب الكحولي في أغلب النوادي الليلية العادية إلى خمسة دنانير أردنية تقريبا (يعادل الدينار الأردني ١,٤ دولار أمريكي إبان إجراء هذه الدراسة الميدانية) أما في "الحانات الروسية" فيبلغ سعر الكوكتيل عشر دنانير أردنية (حانات متوسطة المستوى) وخمسة عشر دينارا أردنيا (الحانات الفاخرة). إذ يكون هذا السعر شاملاً ثمن وقت المرأة ورفقتها. وحسب التعليمات، تستغرق النساء ما بين ٢٠-٣٠ دقيقة لاحتساء الكوكتيل برفقة الزبون. وفي نهاية الأمسية يُجمع عدد مشروبات الكوكتيل التي تناولتها كل واحدة منهن لاحتساب عمولتهن التي تصل، حسب الحانة، إلى خمسة دنانير أردنية لكأس الكوكتيل الواحد.

تعمل المرأة غالبا ست ليالٍ في الأسبوع. وادعت بعض المجيبات على الأسئلة أنهن يحصلن على راتب يومي ثابت (بتراوح ما بين ٤٠٠ و ٦٠٠ ديناراً أردنيا شهريا) إلى جانب العمولة التي يحصلن عليها من كؤوس الكوكتيل. إلا أن الأخباريات أصابهن الاضطراب عندما تطرقنا إلى هذا الموضوع أثناء المقابلة. مشيرات إلى أنهن يعملن نظير العمولة التي يحصلن عليها فحسب. وأشارت النساء أنهن يستطعن أن يجنبن في المتوسط ما يبلغ ١٠٠٠ دينار أردني تقريبا شهريا قبل خصم الديون المستحقة للحانة. بيد أن أرباحهن تشهد تقلبات متوقعة (إذ توعد الحانات أبوابها أثناء شهر رمضان) وأخرى غير متوقعة (أثناء إجراء هذه الدراسة كانت الأعمال لا تزال متأثرة سلبيا بالأزمة المالية العالمية التي وقعت عام ٢٠٠٨).

رحلات النساء إلى عمان

تراوحت أعمار النساء اللاتي أجريت معهن اللقاءات ما بين ٢٣ و ٣٩ عاما. كانت سبع مجيبات منهن أوكرانيات. وثلاث روسيات. وواحدة من

إلى اتفاق شفهي. ينسق المدير الانتقالات والإقامة وتصاريح العمل ويتخذ الترتيبات المبدئية للإقامة مع الوكيل أو مع المرأة نفسها. وبمجرد أن يسارع مدير الحانة بالانتهاء من أوراق الهجرة (يُشار إليها في اللغة العربية بأوراق الإقامة أو تصريح الإقامة في هذه الحالة نوع معين من التصاريح لأغراض العمل في مجال الترفيه) لا يُصرح للمرأة بالعمل إلا في هذه الحانة بالتحديد. ويتحمل صاحب الحانة شخصا (وليس النشاط نفسه) المسؤولية عن الموظفة التي تعمل لديه أمام الجهات الحكومية المسؤولة عن الامتثال لقانون الهجرة. ويتطلب نقل إقامة المرأة لرب عمل جديد التعاون بين صاحب الحانة الحالي وصاحب الحانة الذي ستنتقل إليه المرأة في المستقبل إلا أن ذلك أمر نادر الحدوث خاصة في حالة نشوب خلاف بين المرأة وكفيلها.

ويطلب أصحاب الحانات من موظفاتهن سداد جميع التكاليف التي تكبدها في سبيل الحصول على التصاريح لهؤلاء الموظفات ومن ثم تُخصم تلك المبالغ من رواتبهن بمضي الوقت.

كان أصحاب ومديرو الحانات الثلاث التي أُجريت فيها المقابلات من العرب. اثنان منهم أردنيان والثالث لبناني. ويكون المالك أو المدير حاضرا في الحانة للإشراف على عمل هؤلاء النساء، وإعداد فواتير الموائد وتأمين العاملين. وفي أثناء ليالي نهاية الأسبوع المزدحمة يحضر كلاهما. ويستطيع زبائن الحانة دعوة امرأة أو امرأتين للانضمام إلى مائدتهن. وتستطيع المرأة أيضا الاقتراب من أحد الرجال وسؤاله عما إذا كان يريد احتساء الشراب. أو قد يكون الرجل زبونا مستديما لامرأة بعينها. وبينما تختلف أسعار الشراب بالنسبة للزبائن حسب نوعه، إلا أن جميع المشروبات التي يُطلق عليها اسم كوكتيل. سعرها ثابت بالنسبة للنساء. بصرف النظر عن نوع الشراب. سواء اختارت المرأة شرب الماء أو عصير فواكه أو

خيار آخر غير الهجرة بحثًا عن عمل لإعالة أسرهن.

لذلك فإن السبب الرئيسي وراء العمل في الخارج هو عدم توافر فرص العمل، وتدني مستوى الأجور أو وجود أعمال شاقة في أوطانهم. وذكرت امرأتان أنهن أردن مغادرة أوطانهم بسبب المشكلات الأسرية أو لفشلهن في علاقاتهن العاطفية.

وكذلك أشارت الشابات إلى رغبتهم في رؤية العالم واكتساب خبرات جديدة، وترددت المشاعر ذاتها التي عبرت عنها ماريا: "أنا أعيش وحدي، حرة طليقة، بلا مسؤوليات". أثناء إجراء المقابلات كان قد مر على آخر مجيبة على الأسئلة في الأردن ستة أسابيع، أما المتمرضات منهن فقد مضى على وجودهن هناك عشر سنوات، أما متوسط مدة البقاء فيصل إلى ثلاث سنوات. عملت سبع نساء قبل وصولهن إلى الأردن في بلدان أخرى كانت الأكثر شيوعاً، بينها سوريا وتركيا واليابان وكوريا والهند والصين. وكانت الأردن هي أول جهة توظيف في الخارج بالنسبة لست مجيبات.

وعند سؤالهن عن المدة التي يعتزمن البقاء أثناءها في عملهن، أجابت تسع مجيبات أنهن يتمنين التوقف عن العمل في أسرع وقت ممكن، أو بعد عام على الأكثر، وأوضحت بولا الأمر قائلة:

"أود لو أستطيع العودة إلى وطني فإننا أشعر بالإرهاق. إن هذه مهنة لا تناسب النساء". كانت امرأتان تعتزمان مواصلة العمل لما يزيد عن عام، وأخرتان لم تحسما أمر مواصلتهم العمل بعد. ويتمثل السبب الرئيسي لمواصلة العمل في الحانات بالأردن فيما يحصلون عليه من مال ومدخرات يحتجن إليها حتى يستطيعن بدء حياة جديدة، والزواج والانتهاج من تعليمهن، أو إقامة مشروع في وطنهن.

روسيا البيضاء، وأخرى من أوزبكستان، والثالثة من كازاخستان. كان أغلبهن يعشن بمفردهن ولم يسبق لهن الزواج؛ إلا أن إحداهن كانت متزوجة، وأخرتان مطلقتان. كانت امرأتان لديهما أطفال. حين كان أغلبهن يعشن في الأردن دون أقارب، وعلقت نادية، إحدى المستجيبات المتزوجات بقولها: "لقد أخبرت زوجي بكل التفاصيل بشأن الطريقة التي أتكسب منها هذا المال. أنه يتفهم الأمر، إلا أنه غيور، ولكن ليس بوسعه شيء، لأنه يعلم مدى حاجتنا لهذا المال". بيد أن ثمة امرأتان اختارتا عدم توضيح طبيعة عملهن لأسرهن. بينما ذكرت باقي النساء أنهن لا يواجهن أية مشكلات في ذكر ذلك لأسرهن.

أنهت المجيبات تعليمهن الثانوي، وحازت سبع منهن شهادات جامعية في التمريض، والحقوق، والاقتصاد والعلاقات الدولية، والمحاسبة، وإدارة المطاعم. عملت عشر نساء في موطنهن الأصلي عند مرحلة ما من حياتهن العملية، إلا أن جميعهن شعرن بخيبة الأمل بسبب تدني مستوى الأجور، ونقص الوظائف المناسبة لمستوى تعليمهن. ثلاث من المجيبات لم يستطعن العثور على عمل في أوطانهم، فسعين للعمل في الخارج. بالنسبة للنساء الأصغر سنًا، مثل ناليا، تمثل المشكلة في افتقارهن للخبرة العملية التي يستكملن بها تعليمهن:

"أنا شابة وحاصلة على شهادة جامعية غير إنني أفتقر إلى الخبرة التي تؤهلني للعثور على عمل بسهولة في روسيا. وما لا شك فيه أن السبب الأول وراء قدوم الكثير من الفتيات إلى الأردن هو أننا لا نجد عملاً ولا مألًا سهلاً حتى نعيش في روسيا".

كان العديد من المجيبات من المناطق الصناعية ومناطق التعدين الواقعة في أوكرانيا، حيث تبذرت فرص عمل الرجال، ولم يكن أمام النساء

عمل المضيضة

عندما طُلب من كل امرأة أن تصف عملها كمضيضة، حكّت عما تفعله وكذلك ما لا تفعله.. كانت طبيعة عملهن كمضيفات (استخدمت بعضهن كلمة نادلات) تتطلب تقديم خدمة تتسم بالود والتخلي بدمائة الخلق وجاذب أطراف الحديث مع الزبائن (باللغة الإنجليزية أو ربما الروسية إذ تلقي بعض الزبائن تعليمهم الجامعي في الاتحاد السوفيتي السابق) ومساعدتهم على قضاء وقت ممتع واحتساء الشراب والرقص معهم. إلا أنهن يدركن أنه ينبغي لهن تحقيق التوازن بين تلبية "احتياجات" الزبائن دون أن يعدهنهم بأكثر من اللازم. وأشارت كثير منهن إلى هذه الاستراتيجية بعبارة "التلاعب بالرجال" أو "اللعبة". إذ يتمثل هدف المضيضة في الحصول على أكبر عدد ممكن من كؤوس الكوكتيل. ويبدو أن الاستراتيجية المثلى هي أن يعتاد الزبون المضيضة، حيث تعتمد على الارتباط بينها وبين الزبون (الزبائن). ومع ذلك، توضح أنا أن الرجال، سواء كانوا في زيارة عابرة، أو من الزبائن المستديمين يسيئون فهم نوايا النساء أو طبيعة الحانة، ويسعون وراء الحصول على خدمات جنسية:

"إننا نخدم الموائد، فإذا رغب الزبون، يمكنه أن يدعوني لتناول الشراب معه أما إذا لم يبدو أي اهتمام فأغادر ولا أطلب منه شيئاً. أنا طوع أمر الزبون في حالة إذا ما طلب مني احتساء الشراب معه. وإذا راق لي ذلك الشخص أذهب للتحدث إليه إذ رقت له من تلقاء نفسه، أو قد أسأله قائلة ربما ترغب في دعوتي لتناول كأس معك، فهذا من صميم عملي ولا بد من احتساء الشراب، ورواد الحانة يعرفون النظام بالتأكيد. بعض الزبائن طيبون، وبعضهم دنيء الطبع، وقد يسأل بعضهم سؤالاً مباشراً "كم الثمن" [نظير ممارسة الجنس]فالناس طباعهم شتى، ويفتح أغلبهم زجاجات

الشراب [يشترون الكوكتيل] إلا أنهم يحبون الحديث عن الجنس أو الملامسة، وأنا أحاول صدهم بطريقة لطيفة دون صد، فنحن نمارس لعبة وأنا في حاجة للحصول على كؤوس بالطبع، إذ بدون كؤوس الكوكتيل لا أحصل على المال، لذلك أحاول الحصول على أكبر عدد منها قدر استطاعتي".

تظل أغلب النساء على اتصال ببعض الزبائن المستديمين خارج مجال العمل. وأشارت بعض الجيبات على وجه التحديد أنهن يتصلن ببعض الزبائن المستديمين أو يخرجن معهم لتناول الغداء كجزء من عملهن حتى يظل الرجال يرتادون الحانة:

"إذا راق لي أحدهم وأريد أن يكون زبوناً في المستقبل، نعم بالطبع يجب أن أكون على تواصل معه في جميع الأوقات. فهذه مصلحتي لأنه سيرتاد الحانة ويجعلني أكسب المال".

عند التعامل مع رجال لا يألّفون النظام قد تلجأ النساء في أسلوب تعاملهم إلى قطع وعود كاذبة كما أوضحت ياكترينا قائلة:

"أجأ إلى الكذب أحياناً عندما يرغب أحد الزبائن في الخروج معي بعد العمل. فيقول: "هل تستطيعين المجيء إلى الفندق الذي أقيم فيه؟ فأقول: نعم بالطبع سوف أحضر، فقط أفتح لي المزيد من زجاجات الشراب! " وهكذا أكذب. وعندما لا أكون في مزاج معتدل أرفض. إنني أكذب أغلب الوقت. وبعد ٢٠ مكالمة دون رد، يفهم الزبون الموقف لأنني لا أذهب إليه، أنا لا أستطيع أن أذهب [لكي أمارس] الجنس نظير المال".

وبينما اعترفت العديد من الجيبات أن هناك

ما الذي يشتريه العملاء؟

تميل الجيبات إلى تقسيم عملائهن إلى ثلاث فئات: الأردنيون المحليون، والخليجيون والغربيون مثل السائحين والجنود الأميركيين الذين يحصلون على إجازات راحة واستجمام أثناء انتقالهم من وإلى العراق. وأشارت بعض النساء أن الخليجين لا يحبذوا عادة إنفاق أموالهم على شراء كؤوس الكوكيتيل للنساء بل يطلبوا منهن أن يحضرن إلى فنادقهم ويتعاملون معهن وكأنهن فتيات ليل. ولاضطرار النساء لرفض مثل هذه العروض المباشرة فإن العمولات التي يحصلن عليها نظير رفقة هؤلاء الرجال قد تكون زهيدة للغاية، على الجانب الآخر فإن الغربيين، وخاصة الجنود بحكم طبيعتهم كضيوف عابرين، يكونون محل تقدير لأنهم عصريون وكرماء ويتعاطفون مع موقف النساء. إلا أن الأردنيين، وأغلبهم من المتزوجين في الأربعين أو الخمسين من عمرهم، يمثلون غالبية الزبائن المستديمين. ولقد درس العديد منهم في الاتحاد السوفيتي السابق ويتحدث الروسية مع النساء. وأنا أركز في هذه الدراسة على ما ترويه النساء عن النوع الثالث من الزبائن وهو الأشد أهمية.

ترى النساء أن الخدمة التي يشتريها هؤلاء الرجال لها بعدان: البعد الأول هو حاجة الرجال إلى الهروب من حياتهم، ويعتبرون الحانات شكلاً من أشكال الترفيه ومكاناً لتناول الشراب والاسترخاء مع صحبة جميلة ومثيرة. قد يأتي بعض الرجال من أجل فتاة بعينها، ويأتي البعض الآخر لأنهم يفضلون حانة محددة، وترى النساء فيما يقمن به جانباً من النصيح والاستشارة، إذ يتحدثن مع الرجال عن مشكلاتهم وهمومهم العائلية وتعتقد نادبة أن:

”أغلب الزبائن يأتون بانتظام ويشعرون بالراحة في الحانة لأنهم يكونوا على طبيعتهم، أما في

من النساء من تحصل على مال إضافي من ممارسة الجنس مع الزبائن، إلا أن هؤلاء اللاتي أجريت معهن اللقاءات نفين قيامهن بذلك، وأوضحنا أدريانا الأمر قائلة:

”إن أغلب الفتيات لا يمارسن الجنس مع الرجال نظير المال، إلا أن بعضهن يفعل ذلك، ولكن لا أحد يفصح عن الأمر. إنهن يعلن ذلك عادة مع الرجال الطاعنين في السن: حيث يمنحها الرجل المال نظير ممارسة الجنس معه.”

اعتبرت بعض النساء أن الإعجاب بهن ميزة من ميزات الوظيفة، وشبهن ذلك بالإدمان. فقد لا يبدو الأمر مسألة عمل على الإطلاق في البداية، كما تقول ناتالي:

”يمكنك العمل هنا إذا لم تتلقَ تعليمًا، وتجدين الأمر متعا عندما تطأ قدمك المكان في البداية. أتعلمين حين أتيت هنا في اليوم الأول قلت لنفسني: يا إلهي يمكنني احتساء الشراب، وتبادل النكات، والثثرة بلا توقف. ثم أحصل على أجر نظير ذلك؟!“

أما الأخريات فيشعرن بالاستياء حيال ممارسة هذا العمل كما أوضحت أنا:

”إن أسلوب التعامل بين الفتيات والزبائن حقير، لا سيما أن الجميع يظن أن الفتيات هنا كلهن سواء، وذلك غير صحيح. لقد أتيت هنا لكسب المال، ولا يعني ذلك أنني سأمنحك جسدي. إن كل ما أفعله هو جاذب أطراف الحديث ليس إلا، وليس أي فعل آخر.”

وأوضحت أدريانا، أكثر المضيفات خبرة، أنها أصبحت تتقبل ممارسة هذا العمل ويمكنها التحكم في التوقعات الغامضة للعملاء: ”أنا أحترم عملي، ومن يحترم عمله، يحترمه عمله.”

فإنني أرفض".

وكما تتلاعب النساء بآمال الرجال حتى يظلوا يرتادون الحانة، يخدع الرجال النساء بالكلام المعسول لإقناعهن بإقامة علاقة حميمة معهم وكما بينت ياكاترينا قائلة:

"يأتي الأردنيون المحليون إلى هنا فيرون الفتيات الجميلات، وبالطبع يرغبون في دعوتهم على الغداء أو العشاء، وشيئا فشيئا يحاولون إقامة علاقة [جنسية] معهن". وعبرت العديد من الحبيبات عن أنهن مللن أكاذيب الرجال، وعند سؤالهن عن آمالهن وطموحاتهن، عبرت الكثيرات من غير المتزوجات عن رغبتهم القوية في تكوين أسرة، ويرون في هذا السلوك من جانب الرجال استغلالاً لهذه الأموال.

وتشير المضيفات الأكثر خبرة مثل سيفتلانا إلى أنه من السذاجة انتظار مجيء "أمير" إلى الحانة، "إن الرجل الذي يحب زوجته حقاً ويسعد بحياته العائلية لن يأتي إلى هنا، فالرجال يأتون هنا سعياً وراء شيء ما بالطبع".

ميزة تنافسية: الاحتفاظ بالعمل

تزهو أعمال "الحانات الروسية" اعتماداً على الأموال التي تراود الزبائن، إذ تعرض النساء الصعبة الحلوة وربما يغذين الأموال داخل نفوسهم في الحصول على المزيد، إلا أن الحانة والنساء يجنون المال من استمرار نشاط الزبائن (سداد ثمن مشروباته وكؤوس الكوكتيل التي تحتسيها النساء)، فإذا نجح الزبون في إقامة علاقة جنسية مع المرأة نظير المال، أو أقام علاقة عاطفية معها، فسوف يكف عن ارتياد الحانة، وهو الأمر الذي لا يخدم المصلحة المشتركة لكل من الحانة والمضيفة. بل في حقيقة الأمر تتجلى مهارة النساء اللاتي يعملن في الحانات في قدرتهن على جعل الزبائن

الحياة الواقعية فهم لا يستطيعوا الكشف عن دخيلة أنفسهم، و بين العمل والأسرة تكون العلاقات مضغوطة ولا مجال للخطأ".

لقد شاركت أغلب الحبيبات آراءهن بشأن الحياة الخاصة لزيائتهن، خاصة فيما يخص علاقاتهم الزوجية والأسرية فعلى سبيل المثال توضح نينا:

"أنهم يتزوجون في هذه البلاد بلا مشاعر بحكم التقاليد، ويعتقدون أن المشاعر تأتي بعد الزواج بيد أنني لا أعتقد ذلك. لهذا فإن أغلب رواد الحانة من الرجال المتزوجين ولديهم أسر وأطفال، ومن ثم فهم يأتون هنا لأنهم تعساء في بيوتهم.. غير سعداء، لذا يأتي الرجل إلى الحانة ليتمل ويحيط نفسه بالعديد من الفتيات فينتشي ويسعد".

ثانياً يشكل عنصر الأمل في ممارسة الجنس أو إقامة علاقة جنسية عاملاً محفزاً لكثير، إن لم يكن أغلب الزبائن، وكما قالت أدريانا:

" يأتي البعض من أجل الاستمتاع بوقتهم، ولكن عدد الأفراد الذين قابلتهم في غضون العامين اللذين قضيتهما هنا من يأتون لهذا الغرض يُعدون على الأصابع، إذ يأتون ويجلسون فحسب ويتحدثون بل ويجعلوننا نشاهد ما أحضروه لزوجاتهم] تؤدي الحبيبة حركات تبين إخراج ملابس نسائية داخلية من إحدى العلب] إنه يهتم بزوجته ولا يريد أي شيء آخر. إنه يأتي لتناول الشراب فحسب والحديث عن أسرته. إن أغلب العمل الذي أؤديه لا يتعدى العميل (العملاء) الذي أعرفه بالفعل منذ فترة طويلة. ومع ذلك فهم يريدون الشيء ذاته، وقد يكون الزبون دمث الخلق، ويتحين الفرصة لإقامة علاقة معي، وأنا أنتهز هذه الفرصة للاحتفاظ به قدر الإمكان، وعندما يفرغ صبره فيسألني إن كنت أوافق أم أرفض،

العمل الذي يتخذ الطبيعة الجنسية

استعرض هاكورت ودونوفان الأنواع المختلفة للعمل في الجنس. بحيث لا يندرج تحتها سوى العمل الذي يتضمن ممارسة الجنس فعلياً^١. واستبعدا جانباً كبيراً من خدمة العمل الجنسي، مثل نوادي الرقص المثير، وصالونات التدليك، والمضيفات في الحانات. حيث يعد الغزل هو النوع الرئيسي من العمل الذي يُقدم سواء أعقبه أو لم يعقبه تقديم خدمات ذات طبيعة جنسية. وأود الإشارة إلى أن الجيبات اللائني شملت هذه الدراسة يقدمن خدمة متعددة الأبعاد تضم الرفقة، والترفيه، وتقديم الاستشارات تؤدي جميعها مع عناصر من الغزل والتلميحيات الجنسية. وكما أشار إيجان يكون أداء راقصي نوادي التعري الأمريكيين للزبائن المستدمين أكثر إرهاقاً^٢ إلا أنها تبدو كاستراتيجية أعمال حصيفة طويلة الأجل. إن عمل الجيبات ليس جنسياً إلا أنه يغلب عليه الطابع الجنسي بصورة كبيرة.

إن المؤلفات التي تناول ممارسة الجنس لأغراض تجارية، من منطقة أفريقيا جنوب الصحراء بصفة رئيسية. تناقش العلاقات غير الرسمية، حيث ربما يجري تبادل الخدمات والأموال أو السلع بين "الحبيب" و"الحبيبة" ولكن تظل هذه العلاقة في إطارها الحميم، ولا تُصنف على أنها ممارسة للجنس أو عمل جنسي في حد ذاته. لقد وصف هانتر بجدارة البعد الاقتصادي لهذه العلاقات على أنها إما تنصل بالإعاشة، أو الاستهلاك حسب كل علاقة. ولكن حتى في هذا الإطار ترى المرأة في امتلاك أكثر من حبيب وسيلة للتحكم أكثر في ظروف حياتها، وليس من قبيل اليأس^٣. ربما ليس من السهل وضع خط فاصل ينتهي عنده عمل المرأة وتبدأ بعده حياتها الشخصية إذا تطورت العلاقات القائمة على الأغراض التجارية. إن العيش على دخل يعتمد على العمولات ولا يمكن التنبؤ به، وضرورة تلبية توقعات الأسرة في

لا ينقطعون عن الجيء إلى الحانة، وكما ذكر أحد المديرين عند تعريفه بإحدى المضيفات: "هذه أدريانا إنها تستطيع التلاعب برجل لسنوات!". لذلك تعتمد أرباح الحانة ومكاسب النساء على استراتيجية بسيطة، ألا وهي عدم إقامة علاقة جنسية مع الزبائن.

ولا يعني ذلك القول بأن الزبائن لا يسيئون فهم طبيعة الخدمة التي تقدمها النساء في بعض الأحيان أو لا يسيئون تفسيرها عن عمد. ومع ذلك فإذا انتشرت سمعة إحدى الحانات على أنها مكان يمكن "العثور فيه على امرأة" فقد يعرضها ذلك للإغلاق على يد السلطات، وهو ما يسفر عن فرض رقابة ذاتية مشددة على تشغيل الحانة وسلوك النساء وعلاقتهم بالزبائن أثناء مواعيد العمل، وفي غير مواعيد العمل. إذ لا يُسمح للنساء بمغادرة الحانة مع الزبائن، ويتعين عليهن الوصول إلى الحانة ومغادرتها في سيارة أجرة توفرها الحانة. ويُؤدى هذا "الأداء التمثيلي" المصطنع بممارسة أعمال نزيهة مرتين يومياً أمام كل حانة، وهو ما يجسد الحد الدقيق الفاصل بين المشروعية والتهميش الذي يتعين على مديري الحانات الحفاظ عليه حتى يستمروا في مزاولته نشاطهم، بينما تؤدي النساء أدوار الإغراء لجذب زبائنهن والاحتفاظ بهم. قد يشجع بعض المديرين لقاء النساء بالزبائن أثناء وقت فراغهن للتسوق أو لتناول الغداء بغرض أن يستمر الزبائن في الذهاب إلى الحانة، إلا أن العلاقات الأخرى الحميمة إما تُحظر حظراً تاماً بوضوح، أو يجري إنشاء النساء عنها بشدة.

المناقشة

تتقاطع أبعاد اجتماعية واقتصادية واسعة في هذا البحث مثل العمل، والعلاقات، والهجرة، والفاعلية الإنسانية، والشباب/الجاذبية في ظل معوقات اقتصادية عالية جنسانية شاملة.

الوطن بتقديم الدعم المالي يجعل الشعور السائد بين النساء يتلخص في مقولة "الحياة دون الرجل شاقة". وهي مقولة تتطابق تطابقاً مذهباً مع المثل العربي القائل "ظل رجل ولا ظل حائط".

وفضلاً عن ذلك، فإن عمل الجيبات في رأبي يتعدى حدود العمل العاطفي الذي يجوز أن تؤديه، على سبيل المثال، مضيفات الطيران أو موظفات الاستقبال.⁹ وفي ظل المجتمع الذكوري الذي ينتمي إليه العملاء، كان أداء الجيبات على المستوى المتوقع من امرأة "بيضاء" راقية، يعد تعليمها ميزة في صالحها. وأرى أن عملهن تشوبه لحة من لحات العمل المنزلي أو الرعاية - فهو جسدي وعاطفي ويغلب عليه طابع الأنوثة، بالإضافة إلى أنه ينطوي على عناصر مؤثرة في توصيل التسلسلات الهرمية الاجتماعية وهيكل السلطة.¹⁰ إن تعيين عامل منزلي في الأردن والإشراف عليه عادة ما يخضع لسيطرة ربة المنزل، بلجأ الزبائن المستديمون إلى مصادر خارجية للإثارة الجنسية والرومانسية والصدافة التي ربما يفتقرون إليها في حياتهم الخاصة، إلا أن أسرهم لا تعلم شيئاً عن وجود هؤلاء المضيفات ولا عن عملهن.

خيارات هجرة "مستنيرة"

ثانياً/ تهدف هذه الدراسة إلى فهم كلٍ من المشاركات في البحث في ضوء كونها امرأة اتخذت قرار الهجرة، وقبلت فرص عمل تتعارض مع الخطاب الذي يروج لوجهة النظر التي مفادها أن المرأة "جارية مُعدّمة، وعدوانية، ولديها فرط نشاط جنسي، وليست شخصاً متعقلاً، قادراً على الحركة والتنقل".¹¹ وكانت إحدى الدراسات التي أجريت حول فتيات الليل المهاجرات في تركيا قد سلطت الضوء على أن المرأة تهاجر لأسباب اقتصادية واجتماعية في آن واحد، رغبة منها في الحفاظ على مستوى معيشتها، والاستفادة من فرص جديدة وخوض المغامرات، إن

استكتشاف خيارات المرأة ومفاهيم الإيجار والإيداء، لا يخفي قصصها وقراراتها فحسب، بل ويحول دون مناقشة أنواع الوظائف التي لا تتضمن عملاً جنسياً¹² كما أن حالة الذعر "الأخلاقي" بشأن "الإيجار"¹³ يغفل دراسة خيارات المرأة، والتغيرات التي تنسب فيها هجرة المرأة، سواء فيما يخص المرأة نفسها، أو مجتمعها الذي خرجت منه والدولة التي استقبلتها.¹⁴

يتقاطع هذا البحث أيضاً مع مجموعة متزايدة من المؤلفات التي تتناول الهجرة عبر الوطنية للإناث في الشرق الأوسط ضمن الخطوط العريضة للنظام الاقتصادي الليبرالي الجديد العالمي، فعلى بُعد بضع خطوات من "الحانات الروسية" تقع "الحانات المغربية" الأقل ثمناً، والتي تعمل بها نساء من مختلف دول شمال أفريقيا الأخرى. وفي بلد تُعد العلاقات الجنسية فيه قبل الزواج أمراً غير شائع وغير مسموح به اجتماعياً، توفر السوق المحلية العديد من الخيارات القانونية للقاءات الجنسية (والعديد من الخيارات غير القانونية لممارسة الجنس بلا شك). إن النساء في "الحانات الروسية" لا تقدمن سوى نوع واحد من الخدمة (نساء شقراوات، ومثيرات ومتعلمات ويتحدثن الإنجليزية).

الأدبيات الصادرة في منطقة الشرق الأوسط ترفض الطرح القائل بأن المهاجرات، حتى ولو كن من نفس الجنسية، تتشابه تجاربهن وأسلوبهن في وصف مسارات حياتهن.¹⁵ لقد أجريت في هذه الدراسة، مقابلات مع مهاجرات من مختلف دول شرق أوروبا والاتحاد السوفييتي السابق، والثقافات والهويات، من تعددت مساراتهن في الحياة واختلفت دوافعهن.¹⁶ ثمة عناصر أخرى متعددة للظاهرة الاجتماعية المتمثلة في هجرة الإناث للعمل في "الحانات الروسية" في عمان لم أتمكن من استجلائها بالتفصيل في هذا

العمل الميداني. والتي كان من الممكن أن تثري هذه الدراسة: من بينها: وجهات نظر الزبائن. والمشوار الطويل الذي تقطعته (بما في ذلك إعادة ادماجهن بمجتمعاتهم الأصلية).

ويمكن أيضا النظر إلى الفاعلية الإنسانية للنساء مقارنة بزبائنهن المستديمين. إذ تهاجر المضيفات إلى الأردن مستغلات جاذبيتهم وشبابهم. وعدم حملهن للالتزامات الاجتماعية نسبيا في بلدانهن الأصلية. لقد هاجرت النساء اللاتي أجريت معهن المقابلات في هذه الدراسة إلى الأردن طواعية. وكانت لديهن فكرة دقيقة عن نوع العمل المتوقع منهن في الحانات. كانت الجيبات شبابت متعلّمتات تعليماً عالياً ومعظمهن غير متزوجات. وأظهرن درجة عالية من الفاعلية والسيطرة على قراراتهن في الحياة والعمل والهجرة. أما على الجانب الآخر فإن الزبائن قد ينصب اهتمامهم على اللقاءات أو العلاقات الجنسية. لكن تقيدهم الأدوار المنوطة بهم والمتوقعة منهم داخل الأسرة بوصفهم الذكور. فضلا عن ذلك. فإن دخل الرجل يقيد حريته في التماس هذا النوع من الترفيه والاستهلاك الجنسي تقييدا شديدا. لذلك فإن المضيفات هن اللاتي يبحثن عن شريك في علاقة عاطفية. ويتخيلن أن مثل هذا الاتصال. أو على الأقل العلاقة التي تقمنها لأغراض جارية أمرا يمكن حدوثه. وكما هو الحال في سياقات أخرى. تتمتع المرأة بالفاعلية الإنسانية. ولا تعاني من حرمان. لكنها على وعي تام بأن جاذبيتها وحياتها الجنسية تشكل مورداً يمكنها استغلاله للمضي قدما في الحياة.¹¹ لقد شعرت النساء في هذه الدراسة أن الرجال في واقع الأمر هم "المحاصرين" داخل توقعات مجتمعهم وأدوارهم. وغير قادرين. بل وغير راغبين على التمرد في تصرف شبه طفولي. لقد اتخذت النساء قراراً اقتصاديا بالهجرة من أجل العمل. وهو أمر مرهق. ولكنه مقبول

بشكل مؤقت. إن لم يكن موضع الاحترام التام. إلا أن هذا العمل الذي يتوقون إلى تركه والعودة إلى حياتهن "الطبيعية" يوفر الدعم المالي لهن ولأسرهم.

عمل الإناث وجسدهن من منظور الهجرة العالمية

يتناول المحور الثالث والأخير طبيعة السياسية الحيوية لعمل الجيبات. على الرغم من الاختيارات "المستتيرة" (إن لم تكن التمكينية) للهجرة بين المشاركات في هذه الدراسة. فإن الطبيعة العالمية لصناعة المضيفات تكشف الحقائق القاسية للنظام الذي يوفر أفضل الوظائف مدفوعة الأجر لأصغر النساء سنا وأكثرهن جاذبية في كوريا واليابان. ولبنان أو تركيا للراغبين في العمل في الجنس. ومن ثم تبرز الأردن كوجهة ثالثة للنساء اللاتي إما "أكبر سنًا" (تعدين منتصف العشرينات) أو غير راغبات في ممارسة العمل بالجنس. مع احتمال حصولهن على إيراد أقل كثيرا. وعلى غرار دول أخرى في الشرق الأوسط فإن قواعد الهجرة في الأردن المتعلقة بالحصول على الإقامة لها عواقبها على توظيف المرأة وإيراداتها. وكما أظهرت بارفيز مهداوي بوضوح في أعمالها الأثنوجرافية بشأن العمال المهاجرين في دبي. فإن الاستغلال ممكن ومستفحل في العديد من الوظائف المختلفة.¹² فعلى سبيل المثال. وصفت عاملات المنازل السريلانكيات في لبنان بأنهن جوارٍ يعقود.¹³

وكما جاء في هذه الدراسة ترتبط النساء بصاحب الحانة الذي يكفل تصريح إقامتهن. ما يعني أن ترك رب العمل و البحث عن عمل في مكان آخر داخل الأردن أمر قد يطول. ويتطلب الاتفاق وحسن النية من ربي العمل كليهما. ومن ثم ترى النساء أن عدم قدرتهن على ترك صاحب العمل قد يكون مصدر متاعب محتمل لهن. يمثل عقبة كؤود في سبيل تمكينهن.

أهمية الطبيعة الجنسية والهامشية لعمل المرأة، وتنظيم علاقاتهن مع العملاء على ضوء استراتيجية أعمال الحانات، فضلاً عن آثارها السلبية على احترام المرأة لذاتها وشعورها بحرية الإرادة، كما أبرزت في هذه الدراسة أنه على الرغم من وضعها المتميز نسبياً بفضل حصولها على قسط من التعليم، إلا أنها حصرت خياراتها في نطاق محلي ضيق (دولة المنشأ والدولة المستقبلة) وكذلك في نطاق عالمي من التسلسلات الاقتصادية الجنسانية.

العرفان والتقدير

تعبّر المؤلفة عن امتنانها للتعليقات التي أبدتها أعضاء "مجموعة العمل حول الصحة الإيجابية" (RHWG) أثناء الاجتماعات السنوية لعامي ٢٠١٠ و٢٠١١، وخاصة تعقيبات الدكتور جوسلين دي جونغ ولورا ويك. كما توجه المؤلفة الشكر لأعضاء اللجنة المختصة المعنية بالأخلاقيات لتعليقاتهم واقتراحاتهم ودعمهم خلال العمل الميداني في عمان. كما تعرب أيضاً عن عرفانها للدعم الإضافي الذي حظي به البحث والتصاريح التي أصدرتها وزارة الصحة بالملكة الأردنية الهاشمية. كما أوجه الشكر إلى مساعدي الأردني في البحث، جيروئين جانسن، لمساعدتي في انتقاء الحانات الروسية، وتقديمي إلى أصحاب الحانات ومرافقتي في العديد من الزيارات إلى هناك، كما أشكر أيضاً المراجعين المجهولين.

التمويل

أُجِّز هذا العمل بمساعدة المنحة رقم (١٠٦٩٨١-٠٠١) المقدمة من مركز بحوث التنمية الدولية، أتاوا-كندا

المؤلفة

لينكا بينوفا - <http://orcid.org/0000-0001-8595->

وتتفق نتائج الدراسة أيضاً مع حقيقة أن هجرة الإناث تعد عملية سياسية^{١٩} - وفي ظل اقتصاد محلي داخل أوطانهم تنفضى فيه البطالة التامة أو الجزئية بين الذكور والإناث، يُنظر إلى النساء على أنهن المهاجرين "الأفضل" فيما يخص أخلاقيات العمل وموثوقية التحويلات المالية. إن ضعف النساء كقوة فاعلة اقتصادية في الأردن أمر جلي، عندما يقارن المرء مستويات تعليمهن العالي والاستثمار في الهجرة بمتوسط إيرادهن المنخفض وهيكل أجورهن القائم على أساس العمولات؛ حيث تتحملن وطأة المخاطر المتعلقة بالانخفاض الموسمي أو الدائم أحياناً في أعداد زبائن الحانة. إنهن يكسبن ما يكفي لتلبية مطالب مجتمعاتهن في بلدانهم بأداء وظيفة محترمة، عن طريق تلبية الاحتياجات الذكورية في الحصول على رفقة موزونة/ إضافية للحياة الأسرية. وبينما دخلت المرأة هذا المجال عن علم بموقعها ضمن التيار الليبرالي الجديد العالمي حيث يتوقف دخولهن على النوع والعرق والشباب واستعدادهن (عدم استعدادهن) للانخراط في العمل في الجنس الذي لم يكن قابلاً للتفاوض. لقد حُذِثن طويلاً، وبصورة تلقائية في كثير من الأحيان، عما يخلفه الشعور بتوقف حياتهم عن التطور من عواقب سلبية على الصحة العقلية؛ إذ عجزن عن العودة إلى العلاقات التي تمهد الطريق للزواج وإجاب الأطفال، وانشغلن عنها بتحقيق الأمان المادي.

الخاتمة

تعتمد هذه الورقة البحثية على العمل الميداني النوعي مع مضيفات يعملن في "الحانات الروسية" في عمان في عام ٢٠١٠، لاستكشاف طبيعة العمل الذي تؤدنه، والدوافع وراء هجرتهن، ونتائجها، وقد أبرزت نتائج الدراسة

1. Mahdavi P. Race, space, place: notes on the racialisation and spacialisation of commercial sex work in Dubai, UAE. *Cult Health Sex*. 2010;12(8):943–954.
2. Andrijasevic R. Migration, agency and citizenship in sex trafficking. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2010.
3. Gutiérrez Rodríguez E. Politics of affects: transversal conviviality. European Institute for Progressive Cultural Policies [Internet]. 2011 [cited 2017 Mar 7]. Available from: <http://eipcnet/transversal/0811/gutierrezrodriguez/en>
4. Kligman G, Limoncelli S. Trafficking women after socialism: to, through, and from Eastern Europe. *Soc Politics*. 2005;12 (1):118–140.
5. Petryna A. Life exposed: biological citizenship after Chernobyl. Princeton (NJ): Princeton University Press; 2002.
6. Harcourt C, Donovan B. The many faces of sex work. *Sex Transm Infect*. 2005;81:201–206.
7. Egan DR. Emotional consumption: mapping love and masochism in an exotic dance club. *Body Soc*. 2005;11 (87):87–108.
8. Hunter M. The materiality of everyday sex: thinking beyond 'prostitution'. *Afr Stud*. 2002;61(1):99–120.
9. Hochschild AR. The managed heart: commercialization of human feeling. Berkeley: University of California Press; 1983.
10. Gutierrez-Rodriguez E. Domestic work–affective labor: on feminization and the coloniality of labor. *Womens Stud Int Forum*. 2014;46:45–53.
11. Walby J. Extended holiday in Hurghada: Russian migrant women and 'Urfi marriage'. *Surfacing*. 2010;3(1):39–70.
12. Gulcur L, Ilkcaracan P. The "Natasha" experience: migrant sex workers from the former Soviet Union and Eastern Europe in Turkey. *Womens Stud Int Forum*. 2007;25 (4):411–421.
13. Agustin L. A migrant world of services. *Soc Politics*. 2003;10 (3):377–396.
14. de Regt M, editor. Ethiopian women in the Middle East: the case of migrant domestic workers in Yemen. African Studies Centre seminar of Amsterdam School for Social Science Research. Amsterdam; 2007.
15. Heyse P, Mahieu R, Timmerman C. The migration trajectories of Russian and Ukrainian women in Belgium. In: Timmerman C, Martiniello M, Rea A, Wets J, editors. *New dynamics in female migration and integration*. New York: Routledge; 2015. p. 68–101.
16. Wamoyi J, Wight D, Plummer M, et al. Transactional sex amongst young people in rural northern Tanzania: an ethnography of young women's motivations and negotiation. *Reprod Health*. 2010;7(2). doi:10.1186/742-4755-7-2
17. Mahdavi P. Gridlock: labor, migration, and human trafficking in Dubai. Stanford (CA): Stanford University Press; 2011.
18. Jureidini R, Moukarbel N. Female Sri Lankan domestic workers in Lebanon: a case of 'contract slavery'? *J Ethn Migr Stud*. 2004;30(4):581–607.
19. Silvey R. Power, difference and mobility: feminist advances in migration studies. *Prog Hum Geogr*. 2004;28(4):490–506.
20. Blanchet T. Migration to the bars of Bombay: women, village religion and sustainability. *Womens Stud Int Forum*. 2010;33(4):345–353.

وجهات نظر النازحات السوريات، ومقدمي الخدمات الصحية، حول السلوك المتعلق بالخصوبة والخدمات المتاحة في غرب البقاع، لبنان

بقلم: تامار كاباكيان-خاشوليان،^(أ) رما مرتضى،^(ب) هيام باشور،^(ج) فيصل الكاك،^(د،هـ) هدى زريق.^(و)

(أ) تامار كاباكيان-خاشوليان Tamar Kabakian-Khasholian: أستاذ مشارك، قسم النهوض بالصحة، وصحة المجتمع، كلية العلوم الصحية، الجامعة الأمريكية في بيروت، رياض الصلح، ص.ب. ١١-٢٣٦، ١١٠٧، ٢٠٢٠ بيروت، لبنان.

(ب) رما مرتضى Rima Mourtada: زميلة ما بعد الدكتوراه، قسم علم الأوبئة وصحة السكان، كلية العلوم الصحية، الجامعة الأمريكية في بيروت، رياض الصلح، ص.ب. ١١-٢٣٦، ١١٠٧، ٢٠٢٠ بيروت، لبنان.

للمراسلة: rm140@aub.edu.lb; rma.mourtada@yahoo.co.uk

(ج) هيام باشور Hyam Bashour: أستاذة، قسم طب الأسرة والمجتمع، كلية الطب، جامعة دمشق، دمشق، سوريا.

(د،هـ) فيصل الكاك Faysal El Kak: محاضر أقدم، قسم النهوض بالصحة، وصحة المجتمع، كلية العلوم الصحية، الجامعة الأمريكية في بيروت، بيروت، لبنان، (هـ) مشارك إكلينيكي، مركز الصحة النسائية، قسم التوليد وأمراض النساء، الجامعة الأمريكية لمركز بيروت الطبي، رياض الصلح، ص.ب. ١١-٢٣٦، بيروت، لبنان.

(و) هدى زريق Huda Zurayk: أستاذة، كلية العلوم الصحية، الجامعة الأمريكية في بيروت، رياض الصلح، ص.ب. ١١-٢٣٦، بيروت ٢٠٢٠، ١١٠٧، لبنان.

موجز المقال: كانت معدلات الخصوبة في سوريا مرتفعة نسبياً قبل نشوب النزاع، ففي عام ٢٠١٠، سجلت سوريا سادس أعلى معدل كلي للخصوبة في العالم العربي، لكنه شهد انخفاضاً قبل نشوب النزاع في عام ٢٠١١، ويؤثر النزوح نتيجة النزاع في السلوك المتعلق بالخصوبة، كما تتسم تلبية احتياجات النازحين لوسائل منع الحمل بالصعوبة، تستكشف هذه الدراسة وجهات نظر النساء ومقدمي الخدمة حول السلوك المتعلق بالخصوبة وتوفير الخدمات للاجئات السوريات في البقاع بلبنان. اعتمدنا منهجية نوعية لإجراء ١٢ جلسة مناقشة جماعية مركزة مع اللاجئات السوريات ضمن مجموعة من الفئات العمرية المختلفة، وإجراء ١٣ مقابلة معمقة مع مقدمي الرعاية من المنطقة نفسها، وتشير نتائجنا إلى أن حركة نزوح السوريات إلى لبنان لها انعكاسات على سلوك الخصوبة لدى المشاركات في الدراسة، وقد أعربت النساء عن آرائهن حول حجم الأسرة المفضل لديهن ومعايير صنع القرار في بيئة يحتجن فيها إلى المساعدة ويتعرضن للمثاقفة، لقد أدى عدم القدرة على تحمل تكلفة وسائل منع الحمل، في ظل خصخصة النظام الصحي اللبناني، مقارنة بتوزيعها المجاني في سوريا، إلى الحد من إمكانية حصولهن على خدمات تنظيم الأسرة، وينبغي بذل الجهد للحفاظ على الموارد الصحية ورصد الاحتياجات الصحية للاجئين، من أجل تحسين إمكانية الحصول على الخدمات والاستفادة منها.

الكلمات الرئيسية: صحة اللاجئين، تنظيم الأسرة، وسائل منع الحمل، الخصوبة، سوريا، لبنان.

مقدمة

لاجئاً إلى لبنان، حيث يعيشون داخل مجتمعات محلية في إسكان مؤقت، ومخيمات غير رسمية، أو أماكن مستأجرة، ووفقاً لمفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، يسكن غالبية اللاجئين السوريين إلى لبنان في البقاع، وهي أقرب منطقة زراعية في لبنان لسوريا.^١

وصف مفوض الأمم المتحدة السامي لشؤون اللاجئين النزاع الحالي في سوريا بأنه "أسوأ أزمة إنسانية في القرن الحادي والعشرين"، حيث أسفر مع حلول ديسمبر عام ٢٠١٥ عن ٤,٣ مليون لاجئ نزحوا إلى البلدان المجاورة، فضلاً عن ٧,٦ مليون نازح داخلي.^١ لقد نزح ما يزيد على مليون

إن "مجموعة الخدمات الأولية الدنيا للصحة الإيجابية" (اختصارًا: مجموعة الخدمات) التي وضعها فريق العمل المشترك بين الوكالات حول الصحة الإيجابية في حالات الأزمات، تتناول احتياجات الصحة الإيجابية في بداية حالة طوارئ بما يشمل وسائل منع الحمل.^٨ ومع ذلك، لوحظ أن استخدام النازحين واللاجئين لخدمات تنظيم الأسرة يكون في الحد الأدنى، ويعتمد إلى حد كبير على مدى ملاءمة تلك الخدمات لمعايير النازحين الثقافية، فضلاً عن العوامل السياقية، ومدى توفر وسائل منع الحمل، وقد وُجد أنها غير جيرة بالثقة.^{٩، ١٠} وُجد أن استخدام وسائل منع الحمل أقل عمومًا في مخيمات اللاجئين مقارنة بالمجتمعات المحلية التي لا تضم لاجئين في نفس الحي، وذلك بسبب المفاهيم الخاطئة، والخوف من الآثار الجانبية، والتعاليم الدينية.^{١١} كما وجدنا أيضًا أن انخفاض استخدام خدمات تنظيم الأسرة يقترن بضعف المعرفة بوسائل منع الحمل، حتى عندما كان الطلب عليها كبيرًا.^{١٢} وتتفاقم الصعوبات التي يواجهها عادة توفير الخدمات الصحية للسكان اللاجئين نتيجة لطبيعة النزاع الطويلة، حيث الوكالات الإنسانية غير مهيأة لمواجهة احتياجات هؤلاء السكان على المدى الطويل.

انخفض معدل الخصوبة الإجمالي في سوريا من مستوى شديد الارتفاع بلغ ٥,٣ في عام ١٩٩٠ إلى ٢,٩ في عام ٢٠١٠ قبل نشوب النزاع.^{١٣} وكانت سوريا في عام ٢٠١٠، لا تزال تحتل موقع سادس أعلى معدل إجمالي للخصوبة في العالم العربي،^{١٤} ومعدل أعلى بكثير (أقل قليلاً من الضعف) مقارنة بمعدل الخصوبة الإجمالي الذي بلغ ١,٦ في لبنان في تلك السنة.^{١٥} كان هناك أيضًا تعدد الزوجات، الذي بلغ ٥,١٪ في عام ٢٠٠٢ في سوريا.^{١٥} وأشارت النتائج المستخلصة من المسوح الوطنية في سوريا قبل اندلاع النزاع إلى

يختلف تفسير الأدبيات للتغيرات في السلوك المتعلق بالخصوبة بعد النزوح القسري، من ارتفاع الخصوبة بغية تعويض وفاة وفقدان الأطفال، إلى انخفاض الخصوبة نتيجة لعدم اليقين المصاحب لحياة اللاجئين، ويصف ماكجين^{١٦} McGinn الاستجابات المختلفة في سلوك الخصوبة بين اللاجئين في مناطق مختلفة للنزاع حول العالم. يُعزى انخفاض الخصوبة إلى نقص التغذية بين الخيمر اللاجئين في كمبوديا؛^{١٧} ويُعزى ارتفاع الخصوبة إلى الرغبة في الإجاب بعد الجازر في إثيوبيا؛^{١٨} بينما كانت الخصائص الاجتماعية-الديموغرافية، وملكية الأرض في البلد المضيف من العوامل المهمة في تحديد مستويات الخصوبة بين اللاجئين في بليز.^{١٩} وبالإضافة إلى ذلك، هناك اعتقاد بأن معرفة اللاجئين لوسائل منع الحمل واستخدامها قبل نشوب النزاع يؤثر على طلبهم عليها، كما تؤثر العوامل المتعلقة بتنظيم الخيم والحصول على الخدمات الصحية في البلد المضيف على ممارسات الخصوبة لدى اللاجئين.^{٢٠} وي طرح استعراض منهجي لصحة اللاجئين الإيجابية أن الهجرة، وصحة المرأة، والعوامل البيولوجية-النفسية-الاجتماعية، وصحة الرضع، يمكن أن تؤثر على سلوك الخصوبة.^{٢١} ويمكن القول إجمالاً إن سلوك الخصوبة في سياق الهجرة القسرية يتسم بالتعقيد، ويرتبط بالسياق، ويتأثر بعدد من العوامل التي تتفاعل بدرجات متفاوتة؛ ولذلك يصعب التنبؤ بها على المدى الطويل.^{٢٢}

تتسم احتياجات الصحة الإيجابية للاجئين بالتعقيد ولا تُلبي دائمًا لأسباب مالية ولوجستية.^{٢٣} وتُعد محدودية فرص الحصول على خدمات الصحة الإيجابية، بما فيها وسائل منع الحمل، أحد الشواغل الخمسة التي تحتل موقع القمة لدى اللاجئين، كما تزيد المخاطر التي تواجهها النساء من الحمل غير المرغوب، ومعدلات وفيات الأمهات وأيضًا وفياتهن في فترة ما قبل الولادة.^{٢٤}

نفاذ السوريين إلى سوق العمل مُقيّدًا في عام ٢٠١٤. بما يحد من قدرتهم على الكسب لتوفير الاحتياجات الأساسية. يعيش الآن ٧٠٪ من النازحين السوريين اللاجئين في لبنان تحت خط الفقر المدقع اللبناني.^{١١} وبالإضافة إلى ذلك، أفادت التقارير عن وجود توترات بين اللاجئين السوريين والمواطنين اللبنانيين، حيث يتنافسون على نفس الموارد والخدمات.^{١٢}

تتوفر خدمات الصحة الإنجابية، في مراكز الرعاية الصحية الأولية، للاجئين المسجلين في مفوضية شؤون اللاجئين. يجب أن يدفع اللاجئين ٣٠٠٠-٥٠٠٠ ليرة لبنانية (٢-٣ دولار أمريكي) للاستشارة، وتغطي المفوضية ما يصل إلى ٨٥٪ من الاختبارات التشخيصية للنساء الحوامل و٧٥٪ من إجمالي تكلفة الولادة.^{١٣} كما توفر أيضًا وسائل منع الحمل مجانًا (اللولب، وحبوب منع الحمل، والواقى الذكري)، فضلًا عن زيارتين بعد الولادة، ويحصل اللاجئون غير المسجلين على بعض الخدمات، مثل: التحصين، ورعاية الأطفال حديثي الولادة، وأول زيارة للرعاية السابقة للولادة، والعناية بالطفل والأم من الأمراض الحادة والمعدية.^{١٤}

يُعرب عمومًا الأطباء الذين يقدمون خدمات الصحة الإنجابية في المجتمعات المضيفة في لبنان عن ارتفاع معدلات الخصوبة لدى اللاجئين السوريين، وهو الأمر الذي دفعنا للبحث عن فهم متعمق لهذه الظاهرة واستكشاف التعقيدات المرتبطة بسلوك الخصوبة في هذا السياق. تستكشف هذه الدراسة وجهات نظر النساء ومقدمي الخدمات حول السلوك المتعلق بالخصوبة، واستخدام اللاجئات السوريات لهذه الخدمات في بلدة المرج، غرب البقاع، في لبنان. وتهدف إلى المساهمة في فهم أفضل للسلوك المتعلق بالخصوبة خلال النزاع وحالات النزوح.

ارتفع استخدام وسائل منع الحمل. وفي عام ٢٠٠٦، أفادت ٧٣٪ من النساء السوريات المتزوجات باستخدام وسائل منع الحمل مرة واحدة على الأقل خلال حياتهن، بينما يرغبن أيضًا في أسر كبيرة (٤,٩ طفل في المتوسط)، مما يعكس أن استخدام وسائل منع الحمل كان للمباعدة بين الولادات. وفي عام ٢٠٠٩، أفادت ٥٤٪ من النساء المتزوجات باستخدام وسائل منع الحمل حاليًا: ٥٩٪ في المناطق الحضرية، و٤٧٪ في المناطق الريفية.^{١٥} تستخدم ٢٢٪ اللولب، و٨,٩٪ حبوب منع الحمل، وتستخدم ٨,٩٪ الامتناع الدوري، و٣,٥٪ يستخدمن الحُقن.^{١٦} وفي مسح ضم ٤٢٥ لاجئة سورية في لبنان،^{١٨} أفادت ٣٤,٥٪ من النساء أنهن يستخدمن وسائل منع الحمل، وأساسًا اللولب، يليه حبوب منع الحمل عن طريق الفم، والامتناع الدوري. وكانت الحواجز التي ذكرت النساء أنها تحول دون استخدام وسائل منع الحمل تتمثل في: التكلفة، والانتقال إلى مواقع تقديم الخدمات، وعدم توافر الخدمات.^{١٨}

لا تعترف الحكومة اللبنانية رسميًا بالسوريين في لبنان كلاجئين، ولذلك لم تُقام مخيمات رسمية لهم كما هو الحال في البلدان المجاورة. ويعيش العديد من السوريين في البقاع في مبان غير منتهية البناء أو في واحدة من أكثر من ٩٠٠ مخيم غير رسمي. لا تتيح هذه المخيمات سوى قدر ضئيل من الحماية ضد ظروف المناخ، ويصعب وصولها إلى المياه النظيفة، وغالبًا ما تكون شديدة الاكتظاظ.^{١٩} تتولى الحكومات المحلية إدارة تلك المخيمات، بالتعاون مع المفوضية والمنظمات غير الحكومية المحلية والدولية.^{٢٠} يكافح أيضًا اللاجئون الذين يعيشون خارج المخيمات في مواجهة ارتفاع الإيجارات والمصروفات اليومية، على الرغم من النظر إليهم باعتبارهم جماعات مكتفية ذاتيًا من الناحية الاقتصادية، ومتعلمين، وقادمين من المناطق الحضرية في سوريا. كان

متخصصة تعمل في لبنان إلى تيسير تقاسم المعلومات بشأن استخدام وسائل منع الحمل.

اخترنا للمقابلات المعمقة عينة هادفة من مقدمي الرعاية الصحية، تضم ١٣ شخصًا. وكانت تتكون من: أطباء، وممرضات، وقابلات، حدد حراس العقارات هذه المجموعة من مقدمي الخدمات باعتبارهم ينخرطون بدرجة كبيرة في تقديم خدمات الصحة الإيجابية للاجئين السوريين في المرج. وقد تم اختيارهم من مراكز الصحة العامة، والمستشفيات، والعيادات الخاصة. على نحو يمثل جميع أنواع الخدمات الصحية التي يحصل عليها اللاجئون السوريون في هذا المجال. التقت إحدى المؤلفات (ربما مرتضى) بمقدمي الخدمة هؤلاء شخصيًا. وحصلت على موافقة مستنيرة وأدارت المقابلات. غطت المقابلات الفردية خبرات مقدمي الخدمات مع اللاجئين السوريين، وتصوراتهم عن ممارسات الخصوبة لدى اللاجئين، وإمدادهم بخدمات تنظيم الأسرة.

كانت جميع المقابلات مسجلة صوتيًا. وتم تفرغ التسجيلات حرفيًا باللغة العربية. تولينا إجراء تحليل مواضيعي لجلسات المناقشة الجماعية المركزة للنساء، ولقابلات مقدمي الخدمات على نحو منفصل باتباع نهج براون وكلارك^{٢٥} Braun and Clarke. اشترك اثنان من المؤلفين (تامار كاباكيان-خاشوليان، وربما مرتضى) في قراءات متعددة للنصوص كخطوة أولى. ثم ترميزها بشكل مستقل عن طريق تحديد الرموز والمفاهيم الناشئة والمتوقعة، وهو ما تم من خلال قراءة دقيقة للنصوص سطرًا بسطر. وبعد ذلك، ناقش المؤلفان المواضيع الناشئة التي كانت تتكون من مجموعات من المعاني الناشئة، وتقاسمها مع المؤلفين الآخرين في مناقشة عامة شكلت التفسير النهائي للنتائج. لم تكن هناك أي خلافات رئيسية فيما يتعلق بالمواضيع

لقد اخترنا إجراء جلسات مناقشة جماعية مركزة مع اللاجئات السوريات، بوصفه نهجًا موصى به لبحث تعقيدات السلوك^{٢٥} مع الأخذ في الحسبان لضعف أوضاعهن وتردهن تجاه المقابلات الفردية. كان اتصالنا الأول عن طريق بلدية المرج، التي حددت عددًا من حراس العقارات في المجتمع لمساعدة فريق الدراسة في تحديد المشاركين المحتملين. أدارت إحدى المؤلفات (ربما مرتضى) - وهي زميلة بحثية ما بعد الدكتوراه، ولديها تدريب مناسب وخبرة سابقة في مجال البحث النوعي - ١٢ جلسة مناقشة جماعية مركزة مع النساء المقيمات داخل وخارج الخيمات غير الرسمية. وكانت كل جلسة تضم ٦-١٢ امرأة متزوجة، تم اختيارها هادفًا للنساء، ووفقًا لأعمارهن وإقامتهن (داخل أو خارج الخيمات)، بهدف توفير التجانس داخل المجموعات والتعرف على نقاط الاختلاف بين الأجيال في سلوك الخصوبة بين المجموعات. وقد تم إدراج ثلاث فئات عمرية: أقل من ٢٥ سنة، ٢٦-٣٥ سنة، ٣٦ سنة فأكثر. استرشدنا في عدد الجلسات بمبدأ تشبّع البيانات.^{٢٤} جرت الجلسات داخل الخيمات غير الرسمية، وفي المراكز الصحية، وفي مقر رئيس البلدية، تضمن دليل موضوعات الجلسات ما يلي: تفضيلات عدد الأطفال، واستخدام وسائل منع الحمل، وعملية صنع القرار بشأن عدد الأطفال قبل وبعد النزاع والنزوح، وخبرة الخدمات الصحية. وشجعت الميسرة النساء على التعبير عن وجهات نظرهن في هذه المواضيع، فضلًا عن الجوانب الأخرى ذات الصلة التي تثير اهتمامهن. كما شجعنا تفاعل المجموعة الدينامي طوال المناقشات. وقد أدت خلفية الباحثة القائمة على المقابلة - بوصفها امرأة سورية لديها فهم جيد للثقافة السورية، وتحدثت مع النساء باللغة العربية - إلى تيسير التفاعل مع المشاركات في الجلسة وتشجيعهن على الانفتاح. كما أدى وضعها كامرأة سورية

لنوع المرفق الصحي الذي يعملن فيه كل منهم، حيث كانوا يعملون.

النتائج

كشفت التحليل المواضيعي عن المواضيع التالية، نقدمها هنا بشكل منفصل للنساء ومقدمي الرعاية الصحية: حجم الأسرة الذي ترغبه النساء؛ صنع القرار بشأن الخصوبة خلال النزوح؛ تصورات حول احتياجات منع الحمل وتوفرها؛ وجهات نظر النساء حول الرعاية الصحية؛ ثم وجهات نظر مقدمي الرعاية الصحية للنساء السوريات.

خصائص المشاركات

أدرنا ١٢ جلسة مناقشة جماعية مركزة، وبلغ عدد المشاركات الإجمالي فيها ٨٤ امرأة. أفادت جميع المشاركات، سواء اللاتي يعشن داخل أو خارج الخيمات غير الرسمية، أنهن يعشن مع أسرهن الممتدة في أماكن السكن نفسها. كانت الأسر التي تعيش خارج الخيمات غير الرسمية تمتلك بعض الموارد الاقتصادية الإضافية التي تمكنهم من دفع الإيجار. ويوضح الجدول ١ الخصائص الأخرى التي تصف المشاركات.

التي حددها المؤلفون. أقمنا مصفوفات للمساعدة في تحديد الصلات عبر المواضيع المختلفة والمقابلات المختلفة. تولى اثنان من المؤلفين (هيام باشور، وفيصل الكاك)، اللذين يعرفان المجتمع السوري وحالة اللاجئين، التحقق من صحة النتائج النهائي للمواضيع الأساسية والفرعية. أدمجنا مخرجات المكونين (جلسات المناقشة الجماعية المركزة، والمقابلات المتعمقة) في مرحلة الكتابة. ترجمنا إلى الإنجليزية الاقتباسات المختارة من المصفوفات، والتي سوف تستخدم في المخطوطة.

احترمنا تمامًا الالتزام الصارم بالمعايير الأخلاقية في مجال إجراء البحوث على البشر. وقد حصلنا على موافقة "مجلس المراجعة المؤسسية" بالجامعة الأمريكية في بيروت، ومثلي المجتمعات المحلية الرئيسيين. كما حصلنا أيضًا على موافقة مستنيرة من جميع المشاركين. احترمنا سرية الجيبات بعدم ذكر الأسماء الحقيقية. وأزلنا كافة محددات الهوية عند النسخ. أشرنا إلى المشاركات في جلسات المناقشة الجماعية المركزة وفقًا للفئة العمرية ومنطقة الإقامة (داخل أو خارج الخيمات غير الرسمية). وأشرنا إلى المشاركات في مقابلات المبلّغين الرئيسيين وفقًا

جدول ١: خصائص المشاركات في جلسات المناقشة الجماعية المركزة

الفئة العمرية	داخل أو خارج الخيمات	عدد النساء	منطقة النزوح في سوريا	المستوى التعليمي	عدد الأطفال لكل امرأة	الأطفال الذين ولدوا في لبنان
سنة ٢٥-١٨						
جلسة مناقشة ١	خارج	٨	ريف دمشق	٣ إعدادي ٣ ثانوي ٣ جامعة	٤-١	٦
جلسة مناقشة ٢	خارج	٨	بيانات غير متوفرة	٢ أميات ٢ إعدادي ٤ ثانوي	٤-٠ ١ حامل	٥
جلسة مناقشة ٣	داخل	٩	دير الزور حلب	القراءة والكتابة	٨-٠	٧
جلسة مناقشة ٤	داخل	٧	حضر وريف دمشق	٢ ثانوي ٥ جامعة	٢-٠	٠
سنة ٣٥-٢٦						
جلسة مناقشة ١	خارج	٦	حضر وريف دمشق	٣ ثانوي ٣ جامعة	٤-١	٠
جلسة مناقشة ٢	خارج	٦	حضر دمشق	١ أمية ٢ ثانوي ٣ جامعة	٦-١	٠
جلسة مناقشة ٣	داخل	١١	بيانات غير متوفرة	٣ أميات ٥ إعدادي ٣ ثانوي	٦-٢ ١ حامل	٠
جلسة مناقشة ٤	داخل	٦	دير الزور دمشق حلب	بيانات غير متوفرة	٨-١	٠
سنة ٤٥-٣٦						
جلسة مناقشة ١	خارج	٦	ريف دمشق	٥ إعدادي ١ ثانوي	١١-٤	١
جلسة مناقشة ٢	خارج	٦	بيانات غير متوفرة	بيانات غير متوفرة	١٠-١	٠
جلسة مناقشة ٣	داخل	٧	حضر وريف دمشق	١ إعدادي ٦ ثانوي	٩-٢	٠
جلسة مناقشة ٤	داخل	٨	حمص حلب ريف دمشق	بيانات غير متوفرة	١٣-٤	١

لأن يكون لدي ولد أو اثنين على الأقل حتى يدعمونني عندما أصبح كبيرة السن ... كما يمكنهم أيضاً مساعدة الفتيات (شقيقاتهن)". (٢٥-١٨) سنة، من الخيمات غير الرسمية).

ترغب النساء في إقامة توازن معين بين الجنسين في ما يتعلق بأولادهما. وكان تعزيز دعم الأسرة عاملاً مأخوذاً في الحسبان عند تحديد حجم الأسرة. كما أعربت عن ذلك إحدى المشاركات اللاتي يعشن خارج الخيمات غير الرسمية: "أخ لابني وأخت لابنتي". وبالمثل. "إرادة الله" كان لها تأثير بارز على رغبة المرأة في حجم الأسرة. وخاصة بالنسبة للنساء اللاتي تتراوح أعمارهم بين ٣٦-٤٥ سنة. وأيضاً ذوات المستوى التعليمي المنخفض. فقد اعتبرن أن "إرادة الله" حدد عدد أطفالهن. وأن الطفل يولد ومعه "رزقة". رغم ظروفهن الصعبة الحالية.

وأوضحت المرأة السورية الدور المهم للتسجيل في نظام المفوضية. بغية "تشجيع النساء على الحمل" والولادة خلال نزوحهم في لبنان. فقد كان للتسجيل داخل منظومة الأمم المتحدة أهمية خاصة. حيث يتيح لأسر النساء الحصول على المعونة للغذاء والمأوى. بالإضافة إلى الرعاية السابقة على الولادة وأثناء الولادة.

"تشجعهن المفوضية العليا لشؤون اللاجئين على الحمل. إذا لم يكن لديك طفل رضيع. حتى عندما يكون لديك أطفال. لا يحق لهن الحصول على المعونة. ولذا تحمل النساء بغية تلقي المعونة". (٣٥-٢٦) سنة. خارج الخيمات غير الرسمية).

وهناك أيضاً تصور لولادة أطفال تعويضاً عن الأطفال الذين فقدوهن نتيجة الحرب.

"نريد المزيد من الأطفال لأننا فقدنا الكثير ... لقد فقدت ابني البالغ من العمر ٨ سنوات.

أجريت مقابلات مع ستة أطباء/توليد/أمراض النساء، من بينهم طبيبتين. يعمل طبيبان في عيادات خاصة. ويعمل أربعة في مراكز الصحة العامة. وأجريت مقابلات مع خمس ممرضات يعملن في مراكز الصحة. وقابلتين تقدمان خدماتهما في مستشفى (جدول ٢).

جدول ٢: خصائص مقدمي الرعاية الصحية الذين أجرينا معهم مقابلات	
الخاصية	العدد
طبيب توليد/أمراض نساء ممرضات قابلات	٦ ٥ ٢
طبيب توليد/أمراض نساء	
عيادة خاصة العمل في مراكز الرعاية الصحية إناث ذكور	٢ ٤ ٣ ٣
الممرضات	
العمل في مراكز الرعاية الصحية إناث	٥ ٥
القابلات	
العمل في مستشفيات إناث	٢ ٢

حجم الأسرة الذي ترغبه النساء

أعربت اللاجئات السوريات عن رغبتهن في إجاب من أربعة إلى ستة أطفال. حيث كان ذلك قاعدة اجتماعية مقبولة قبل نشوب النزاع. يتحدد عدد الأطفال أيضاً بأهمية وجود طفل ذكر واحد على الأقل في الأسرة. وهو الأمر الذي يُعتبر ضماناً لاستمرار اسم العائلة. ولدعم الآباء والأمهات في فترة الشيخوخة. فضلاً عن دعم شقيقاته.

"لنفترض أنني أصبحت كبيرة السن. يجب أن أتأكد من حصولي على أطفال ذكور قبل ذلك. سوف تتزوج الفتيات ويفادرن. أنا بحاجة

بالمدرسة. والتسجيل القانوني لمن ولدوا في لبنان. عند البت في تحديد حجم الأسرة. وقد روت امرأة تعيش في مخيم غير رسمي قصتها:

"... تم تسجيل ابنتي في وثيقة أسرة والد زوجي. لأن زواجنا غير مسجل رسميًا في المحكمة. وهذا يعني أنها أخت زوجي (تتنهد) ... كنا نريد إجاب طفل كل عام، ولكن ليس بعد الآن."

"أننا نواجه مشكلة كبيرة. لدي ٣ أطفال ولا توجد أي مدرسة. وليس بمقدوري تحمل نفقات إرسالهم إلى مدرسة خاصة. أتولى بنفسي تعليمهم الحروف والحساب في المنزل". (٢٥-١٨) سنة، مخيم غير رسمي

صنع القرار بشأن الخصوبة خلال النزوح

كانت النساء تخشى أن يتخذ أزواجهن زوجة ثانية، حيث تعدد الزوجات مقبول ثقافيًا في بعض المناطق الريفية في سوريا. لا سيما عندما لا يوجد لدى الزوجين أطفال ذكور. فقد أصبح تعدد الزوجات يشكل تهديدًا أكبر للنساء بعد النزوح إلى لبنان. نظرًا لتعرض الرجال على نطاق واسع إلى نساء خارج مجتمعاتهم. فضلاً عن ترتيبات المعيشة التي يفرضها النزوح وتتيح تفاعلاً أكبر بين الرجال والنساء على خلاف الأعراف التقليدية التي حدت هذه التفاعلات في سوريا. ويأتي ذلك بالإضافة إلى ميل العائلات السورية النازحة إلى تزويج بناتهن العزباوات في سن مبكرة عن المعتاد في سوريا. في محاولة لضمان أمنهم الاجتماعي.

"إذا اختلفت معه، سوف يتزوج من امرأة أخرى. وسيقول أريد أطفالاً". (٢٦-٣٥) سنة، مخيم غير رسمي.

هناك قبول عام لدى المرأة السورية لهيمنة

فقد كل منا شخصًا أو اثنين من الأسرة. وإذا كان الوضع يسمح. سوف يرغب الجميع في إجاب المزيد من الأطفال". (٣٦-٤٥) سنة، خارج الخيمات غير الرسمية).

على أن هذه التفضيلات والاحتياجات تتعارض والصعوبات المفروضة على هذه الأسر بسبب النزوح. وقد كشفنا عن تغيير في اتجاه انخفاض معدل الخصوبة لدى النساء في الفئة العمرية ١٨-٢٥ بوجه خاص. مع رغبة بعضهن في الحد من عدد أطفال أسرهن إلى طفل واحد أو طفلين.

"صبي واحد وفتاة واحدة أكثر من كفاية في هذه الحالة. العدد الأقل أفضل. أعني أن الحياة صعبة. كل شيء مكلف. تحتاج المرأة إلى أن تكون قادرة على إعالة الأطفال وادخار المال". (١٨-٢٥) سنة، خارج الخيمات غير الرسمية).

لقد أدت الديناميات الجماعية في جلسات المناقشة المركزة إلى تشجيع النساء على عقد مقارنات بين الظروف المعيشية قبل وبعد النزوح. مع ملاحظة انخفاض رغبتهن في الإجاب: "كلاجنات. نسينا فكرة إجاب الأطفال". كما أعربت النساء عن قلقهن إزاء صعوبة توفير الاحتياجات الأساسية من الغذاء والمأوى. حيث إن الرجال. في حال وجودهم. عادة ما يكونوا عاطلين عن العمل وملزمين بدعم الأسرة الممتدة التي تقيم معهم".

"... يجب سداد الإيجار والكهرباء والماء. وإذا قُطعت المياه. نحتاج إلى شراءه. كل شيء تغير. وزوجي يجب أن يدعم كل فرد يعيش معنا هنا". (١٨-٢٥) سنة، خارج الخيمات غير الرسمية)

تضع النساء في اعتبارهن أيضًا عدم تكافؤ فرص الأطفال السوريين من حيث الالتحاق

”استخدمت النساء حبوب منع الحمل بعد إجاب عشرة أطفال. لكن لدينا امرأة واحدة أو امرأتين يرغبان في استخدام حبوب منع الحمل الآن”. (٢٥-٣٦). خارج الخيم غير الرسمي).

وعلى نقيض العبارة المذكورة أعلاه، أفادت النساء في الفترة العمرية ١٨-٢٥ سنة، اللاتي لم يستكملن حجم الأسرة المرغوب أو لم ينجبن طفلاً ذكراً واحداً على الأقل. أنهن لا يستخدمن وسائل منع الحمل. وأشارت بعض النساء في هذه المجموعة إلى خوفهن من أن تتسبب وسائل منع الحمل الحديثة في الإصابة بالعقم.

أشارت ديناميات جلسات المناقشة الجماعية المركزة إلى القلق المشترك بين النساء السوريات تجاه وسائل منع الحمل الحديثة المختلفة، ما يدفع المرأة في نهاية المطاف إلى اللجوء إلى الوسائل الطبيعية لتنظيم الأسرة. وكان انخفاض استخدام اللولب يرجع إلى تكلفته المرتفعة نسبياً في لبنان. على الرغم من أن هذه المسألة كانت أقل حدة بين النساء المقيمات خارج الخيمات غير الرسمية. فالنساء اللاتي يعشن في الخيم غير الرسمي لا يحبذن استخدام حبوب منع الحمل. وقد أعربن عن قلقهن حول نسيان تناولها بانتظام، لا سيما في ظل عيشهن في ظروف صعبة ومزدحمة. كما أعربن أيضاً عن قلقهن من عدم القدرة على حمل الأثار الجانبية لحبوب منع الحمل. واعتبرنها ”أسباباً إضافية للمرض” نظراً للصعوبات التي تكتنف حياتهن كلاجئات.

وجهات نظر النساء حول الرعاية الصحية

حدّثت النساء السوريات عن الصعوبات التي يواجهنها مع خدمات رعاية الصحة الإنجابية في لبنان. من حيث المعاملة التمييزية في المرافق الصحية، والافتقار إلى مقدمي خدمات إناث، وارتفاع التكلفة.

دور شريكها في عملية صنع القرار المتعلق بالخصوبة وتنظيم الأسرة. تعتبر النساء أن الرجال يتأثرون بالمعايير الاجتماعية والتوقعات الثقافية/ الدينية في ما يتعلق بتفضيل الأطفال الذكور والأسر الكبيرة. وقد ناقشن تغير الأدوار نتيجة للنزوح. وتشير عبارات مثل ”اعتدنا أن نخرج للزيارة”، و”لقد أصبحنا مثل الرجال الآن”، إلى تصورهن لتغيير الأدوار؛ حيث يشرن إلى اعتيادهن سابقاً في سوريا إلى الخروج للقاءات الاجتماعية. بينما الآن يحتجن إلى إدارة المهام المفترض أنها توكل إلى الرجال في أسرهن.

وفي حين كانت الأدوار ”الجديدة” المشار إليها أعلاه أكثر وضوحاً بين الفئة العمرية الأكبر سنّاً من النساء المشاركات. فقد أوضحت النساء الأصغر سنّاً تغيير أدوارهن في عملية صنع قرار الخصوبة. تستخدم النساء وضعهن كنازحات وظروفهن الاقتصادية الصعبة كدوافع لمناقشة موضوع المباعدة بين الولادات مع أزواجهن. على النقيض من أعرافهن المعتادة لصنع القرار. وهذا يظهر في تبرير النساء الشابات لكونهن أكثر مشاركة في عملية صنع القرار:

”لم يكن بمقدوري مناقشته هذا الموضوع معه من قبل. فإذا أراد الرجل طفلاً منك، لا يمكنك منعه. ولكني الآن لدي أسباب وجيهة لإقناعه وأن أقول لا”.

كما أفادت بعض النساء إلى لجوءهن إلى استخدام وسائل منع الحمل دون علم أزواجهن.

التصورات حول احتياجات وسائل منع الحمل ومدى توفرها

أعربت النساء عن احتياجاتهن الشديد لوسائل منع الحمل نظراً لظروفهن المعيشية الصعبة. لا سيما النساء الأكبر من ٢٥ سنة ويرغبن في قصر حجم العائلة على طفل واحد أو طفلين.

سوريا ٥٠٠ ليرة سورية (٢,٥ دولار). وفي بعض الأحيان مجاناً". (٢٦-٣٥ سنة، مخيم غير رسمي).

"يعود بعضنا إلى سوريا للحصول على علاج أو إجراء عملية جراحية، نظراً لارتفاع التكلفة في لبنان ... لقد ازدادت صعوبة عبور الحدود الآن". (٣٦-٤٥، خارج المخيم غير الرسمي)

وجهات نظر مقدمي الرعاية الصحية للنساء السوريين

كان هناك اتفاق عام بين مقدمي الرعاية الصحية الذين أجرينا معهم مقابلات أن اللاجئات السورية أعربن عن رغبتهن في إجاب المزيد من الأطفال، مقارنة بنظرائهن اللبنانيات، على الرغم من مشقة النزوح.

"عدد الولادات بين اللاجئات السوريات مرتفع، ولا يتوقف عند شيء معين أو عمر معين. إنهن مهووسات بالأطفال، ربما يرغبن في زيادة الإجاب بسبب ما يحدث معهم". (قابله، في مستشفى).

أوضح مقدمي الخدمة أن عددًا كبيرًا من اللاجئتين السوريتين في غرب البقاع قد نزحوا من المناطق الريفية في سوريا، بناء على رغبة الأسر الكبيرة؛ بينما ينتمي سكان الحضر الذين يقيمون في سوريا عمومًا إلى خلفيات اجتماعية-اقتصادية أعلى ولديهم عدد قليل من الأطفال.

"أولئك الذين ينتمون إلى شمال سوريا، لديهم تقاليدهم الخاصة، ويريدون تكوين عائلات كبيرة العدد. أما أولئك الذين ينتمون إلى دمشق، فلديهم تقاليد وأعراف مختلفة". (طبيب، المركز الصحي).

أشارت النساء السوريات إلى اتباع مقدمي الرعاية لنهج يستند إلى إطلاق أحكام، مما أسهم في تصورهن عن تلقي رعاية ذات نوعية متدنية.

"نتظرين في الطابور مثل الأغنام، ويتحدث شخص معك بطريقة سيئة، ويضحك شخص آخر عليك، وتحملين المهانة تلو الأخرى. وبعد كل ما عانيناه هناك من مهانة، أتينا إلى هنا لتعاني من المهانة مرة أخرى". (٣٦-٤٥، خارج المخيم غير الرسمي).

كما تحدثن أيضًا عن عدم وجود طبيبات بالمراكز الصحية في لبنان، وقد أثيرن الأسباب المذكورة على تفضيلهن لمقدمي الرعاية الصحية السورية. وذكرت بعضهن التماس الرعاية لدى طبيبة أمراض نساء من سوريا تعمل في البقاع.

"نحتاج إلى وجود طبيبات في المراكز الصحية، على سبيل المثال طبيبة أسنان، وأيضا طبيبة لمشاكل المرأة". (٢٦-٣٥، خارج المخيم غير الرسمي)

أعربت النساء السوريات عن شكواهن من ارتفاع تكلفة الرعاية الصحية في لبنان مقارنة بالخدمات العامة المجانية في سوريا، لقد أشرن إلى الفرصة (طول وقت الانتظار في المراكز الصحية) والتكاليف المالية، وهو ما شجع بعضهن إلى العودة إلى سوريا عند الإمكان لتلقي الرعاية بتكلفة أقل.

"إنها أكثر تكلفة الآن، حيث تبلغ ٢٠,٠٠٠ ليرة لبنانية (١٣ دولارًا)، ويصف الطبيب دواءً بمبلغ ١٥,٠٠٠ ليرة لبنانية (١٠ دولارات) أو ٢٠,٠٠٠ ليرة لبنانية (١٣ دولارًا)، أي تبلغ تكلفة الزيارة حوالي ٥٠,٠٠٠ (٣٣ دولارًا)؛ من أين سنحصل على المال؟ تبلغ تكلفة أفضل طبيب في

لبنانية (١٣ دولارًا) ... تأتي الكثير من اللاجئات إلى هنا ويطلبن مني معلومات عن وسائل منع الحمل ... يسألون عن الحُقن. وهي شيء موجود لديهن في سوريا". (مرضة، من مركز صحي).

وقد أشاروا إلى نقص وسائل منع الحمل التي تُوزع مجانًا في المراكز الصحية لتغطية حاجة اللاجئين السوريين في البقاع. وهو ما يتسبب وإفادات النساء عن احتياجهن لوسائل منع الحمل مجانًا أو بأسعار معقولة.

"كانت لدينا إمدادات جيدة من حبوب منع الحمل والواقى الذكري. لكنها لم تعد متوفرة. ويأتي الكثير من اللاجئين السوريين ويطلبون وسائل منع الحمل مجانًا. وليس لدينا المزيد لنقدمه". (مرضة، مركز للصحة العامة).

"تطلب نساء عديدات موانع الحمل. كانت وزارة الصحة تقدم لنا وسائل منع الحمل لفترة طويلة. كان لدينا آلاف الأساليب المختلفة. لكنه النساء أخذتها. وليس لدينا الآن حبوب منع الحمل. (طبيب، مركز للصحة العامة).

وكشفت خطابات مقدمي الرعاية عن المواقف السلبية التي تؤكد ما أفادت به النساء من خبرات المعاملة التمييزية عند التماس الرعاية في مجال الصحة الإيجابية.

"إنهن غير مسؤولات وجاهلات. لا تلتزم العديديات منهن بالمواعيد. إننا نعاني معهن بالفعل بوقت عصيب ... يستنفدنا". (طبيب، المركز الصحي).

"لديهن أطفال لا يذهبون إلى المدرسة. ورعايتهن لأطفالهن قليلة. إنهن جاهلات. القليل منهن متعلمات، لكن غير المتعلمات

وبموافقة النساء، أشار مُقدمي الرعاية الصحية إلى دور المعونة التي تقدمها وكالات الأمم المتحدة لتشجيع النساء على إنجاب المزيد من الأطفال خلال فترة نزوحهن.

"في بداية النزاع، اعتادت نساء عديدات أن يُعبرن لي عن رغبتهن في الاستفادة من وقتهن في لبنان. وأن ينجبن العديد من الأطفال. لا سيما أنهن يتصورن أن الرعاية الطبية جيدة في لبنان وأنهن مشمولات برعاية المفوضية". (طبيبة، عيادة خاصة).

أكد أيضًا مُقدمي الرعاية شواغل النساء بشأن تعدد الزوجات، وكيف يؤثر على قراراتهن لإنجاب المزيد من الأطفال، وكيف يقمن بالدور الاجتماعي المتوقع إما عن طريق إنجاب عدد من الأطفال أكثر مما يرغبن أو بقبول تعدد الزوجات.

"تضطر النساء على الحمل، بسبب تهديد أزواجهن بالزواج مرة ثانية ... الزوجات الثانية تُعد سهلة بالفعل بالنسبة للسوريين. وحتى في بعض الأحيان، تساعد الزوجة زوجها في اختيار الزوجة الثانية. وكثيرًا ما أرى في عيادتي رجالاً مع زوجتيه". (طبيب، مركز صحي).

وأفاد مُقدمي الرعاية الصحية بوجود طلب على وسائل منع الحمل من جانب السوريين الذين يستخدمون المراكز الصحية، وأشاروا إلى بعض الشواغل المتعلقة بعدم توافر حُقن منع الحمل التي طلبتها النساء السوريات، فضلاً عن تكلفة اللولب المرتفعة نسبيًا لهذه الفئة من السكان.

"غالبًا ما أنصحهن باستخدام اللولب ... نحن نمنح اللولب مجانًا في هذا المركز الصحي، لكنهن يحتجن إلى زيارة الطبيب لإدخاله ... تبلغ تكاليف الزيارة حوالي ٢٠,٠٠٠ ليرة

أكثر كثيرًا". (طبيبة، عيادة خاصة).

مناقشة

قامت الدراسات السابقة، التي تبحث في سلوك الخصوبة بين اللاجئين في العديد من البيئات، بالنظر في العدد المرغوب والعدد الفعلي للأطفال، وفترات المباشرة بين الولادات، وممارسات تنظيم الأسرة، والإجهاد، وأوضح أن زيادة الخصوبة ترجع إلى الحاجة إلى التعويض عن فقدان الأطفال، بينما يرجع انخفاض الخصوبة إلى صعوبة ظروف اللاجئين المعيشية.¹¹ على أن هذه الدراسات لم تأخذ في الاعتبار العوامل السياقية والعملية المعقدة التي تؤثر على سلوكيات الخصوبة لدى النساء في ظل ظروف النزوح. ركزنا في هذه الدراسة على سلوك الخصوبة لدى اللاجئات السوريات في المرح والبقاء، بما كشف عن التفاعل المعقد بين العوامل السياقية التي يُشجع بعضها على الحفاظ على ارتفاع الخصوبة ويُفضي بعضها إلى خفض الخصوبة، وفي موازاة ذلك، حددنا القضايا التي تدور حول عدم القدرة على تحمل التكلفة، ومدى قبول وسائل منع الحمل المتقدمة في ما يتعلق بوضع النساء واحتياجاتهن، فضلاً عن التمييز الذي يعانون منه في النظام الصحي اللبناني.

وعلى الرغم من أن هذه الفئة من اللاجئين انتقلت إلى بلد مجاور، يشتركون معه في اللغة وعلى دراية بخصائصه الثقافية، فإن نتائجنا تلقي الضوء على مدى ما تواجهه هؤلاء اللاجئات من تحديات نتيجة للتناقضات القائمة بين معاييرهن الاجتماعية وأوضاعهن السلبية الراهنة، عند اتخاذ القرارات المتعلقة بالخصوبة. إن الحفاظ على ارتفاع مستويات الخصوبة يشجعه تفضيل النساء لأسرة كبيرة، ولأطفال ذكور، ورغبتهن في التعويض عن الأطفال الذين

فقدنهن في الحرب، وخوفهن من ممارسة تعدد الزوجات التي تفاقمها ظروفهن المعيشية في لبنان، والمعونة المتوقعة من وكالات الأمم المتحدة، ومن ناحية أخرى، نجد عوامل لا تشجع النساء على تحقيق حجم الأسرة الكبير الذي يرغبن فيه، مثل: التغيرات السلبية في حياتهن بسبب الحرب والنزوح، والتحديات التي يواجهنها في النظام القانوني لتسجيل الزواج والموليد، فضلاً عن الصعوبات اللاتي يواجهنها في تعليم الأطفال.

يؤثر التوتر الناجم عن هذه العوامل على دور النساء في عملية صنع القرار في ما يتعلق بالخصوبة، عانت المرأة صعوبات اجتماعية واقتصادية دفعتها للقيام بدور نشط في عملية صنع القرار، واستخدمته كحجة مع أزواجهن للحد من عدد الأطفال في الأسرة، أو لاستخدام وسائل منع الحمل دون معرفة أزواجهن، وهو ما يكشف عن تغيير في الأدوار الاجتماعية للنساء، وفي المقابل، وعلى الرغم من إجاب عدد كبير من الأطفال، لا تزال بعض النساء يرغبن في المزيد من الأطفال خشية أن يتزوج أزواجهن مرة ثانية، وهي ظاهرة موثقة أيضاً بين اللاجئات الأفغانيات في إيران.¹² تستخدم النساء موازنة دقيقة في محاولة التكيف مع الظروف المختلفة التي تؤثر على رغبتهن في إجاب أو الحد من إجاب عدد من الأطفال، وعلى الرغم من أن وضعهن الجديد أشعرهن بالتمكين، وبالتالي شجعهن على المشاركة في عملية صنع القرار التي يهيمن عليها الذكور، فقد حرصن أيضاً على النظر في العواقب وبخاصة تعدد الزوجات، وعلى الرغم من وجود تعدد الزوجات على نطاق صغير في سوريا قبل اندلاع النزاع،¹³ فقد كان يشكل مصدر قلق كبير للاجئات في هذا المجتمع.

يسّرت مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين

والمنظمات غير الحكومية حصول النساء السوريات على الرعاية الصحية؛ وبينما ركزت على صحة الأم وتقديم المعونة للنساء الحوامل وأسرهن. فقد لعبت دورًا مهمًا في تخفيف رغبة المرأة في إنجاب المزيد من الأطفال. بيد أن دعم المفوضية على مدى سنوات قد تضاعف مع إطالة أمد الصراع. تاركًا المجتمع يختبر صعوبات أكثر حدة. تؤثر الآن على قرار النساء بتقليص حجم الأسرة.

يتأثر على اللاجئين السوريات التعامل مع ثقافة المضيف ونظامه الصحي الذي لا يستجيب لاحتياجاتهن. ويكشف خطاب مقدمي الخدمات الذين أجرينا معهم مقابلات في هذه الدراسة عن بعض القوالب النمطية القديمة التي تنبثق عن التواصل عن قرب بين الشعبين على مر السنين. ويؤكد إفادات النساء بشأن تعرضهن لمعاملة تمييزية في مراكز الرعاية الصحية. لم يكن مُقدمي الرعاية الصحية على دراية بمستويات الخصوبة وأنماط السلوك الشائعة في سوريا قبل نشوب النزاع. ولذا كان سلوك الخصوبة لدى اللاجئين السوريات بشكل صدمة بالنسبة لهن مقارنة بالبنانيات. وقد أسهمت المعاملة التمييزية التي واجهنها في ظروف الرعاية الصحية بدرجة كبيرة في الحد من إمكانية حصولهن على الرعاية الصحية. وتشمل العوائق الأخرى: الفرصة، والتكلفة المالية لوسائل منع الحمل، ومحدودية الوصول إلى الأنواع المفضلة من تلك الوسائل. وعدم توفر إناث لتقديم الخدمات. وقد وردت هذه الحواجز في دراسات سابقة أجريت في سوريا²⁸ وبين اللاجئين السوريات في لبنان.²⁹⁻³¹ وهناك ملمح مهم لاستفادة هذه الفئة من الرعاية الصحية، وهو السفر المتكرر بين سوريا ولبنان للحصول على الرعاية الصحية؛ وهي ظاهرة لا توجد عادة بين اللاجئين في أماكن أخرى.

يواجه نظام الرعاية الصحية اللبناني العديد

من التحديات في إدارة تدفق اللاجئين السوريين. في ظل غياب خطط الاستعداد للأزمات، والاعتراف الرسمي بأزمة اللاجئين، فضلاً عن الافتقار إلى التمويل الموجه لاحتياجات صحة اللاجئين، وتُعد إفادات مقدمي الرعاية عن نقص إمدادات وسائل منع الحمل أحد الأمثلة التي حددتها دراستنا. وهناك إفادات عن أن الحصول على إمدادات الصحة الإيجابية في الوقت المناسب يُعد تحديًا في بيئات إنسانية أخرى.³² إن نظام الرعاية الصحية اللبناني، الذي يعتمد أساسًا على القطاع الخاص وعلى محدودة قدرة المجتمعات المحلية المضيفة على تقديم الخدمات من خلال منظمات غير حكومية، يمثل تحديات كبيرة أخرى أمام تنظيم الرعاية الصحية في حالات الأزمات.³³ وقد أدى استمرار تدفق اللاجئين السوريين إلى زيادة الطلب على مقدمي الخدمات والمراكز الصحية ذات القدرة المحدودة. وهو الأمر الذي أسفر عن آثار غير مرغوب فيها على الرعاية المقدمة، ويمكن أن تُفسر عدم رضا النساء على نوعية الرعاية التي حصلن عليها، وهناك إفادات عن وضع مماثل. عند تقييم خدمات الصحة الإيجابية المقدمة للاجئين السوريين في الأردن.³⁴

بالإضافة إلى تبيان عدم تلبية النظام الصحي اللبناني باحتياجات الصحة الإيجابية للاجئين، تشير نتائجنا إلى عدم كفاءة برامج توفير الرعاية الصحية في حالات الطوارئ؛ كما في برنامج الحد الأدنى من الخدمات الأولية MISP. لمواجهة هذه الاحتياجات، وهو ما يؤكد ضرورة تخطيط وتوفير خدمات تنظيم الأسرة مع إيلاء اعتبار إلى العوامل السياقية والمعايير الثقافية للاجئين.³⁵⁻³⁹

تركز دراستنا على وجهات نظر النساء؛ ونظرًا لمحدودية الموارد والحساسيات المعروفة في البيئات التي تضم لاجئين، لم يكن من الممكن إدراج الرجال في الدراسة، وهو الأمر الذي يمكن

إيلاء الانتباه إلى التغييرات في سلوك الخصوبة وتيسير حصول اللاجئين على الخدمات، حيث يعانون من النزوح، ويواجهون تحديات تتمثل في الاختلافات القائمة في الرعاية الصحية والسياقات الثقافية.

شكر وتقدير

يود المؤلفون التوجه بالشكر إلى جميع النساء ومقدمي الرعاية الصحية المشاركين في الدراسة، كما يقدرّون المنحة المقدمة من مجموعة عمل الصحة الإيجابية لإجاز هذا المشروع، ويشكرون د. بيلجين تيكسي Dr Belgin Tekce لدعمها في مراجعة المسودات السابقة لهذه الورقة.

التمويل

حصل على البحث على معونة منحة (١٠٦٩٨١-٢٠١٠) مقدمة من مركز بحوث التنمية الدولية، أوتاوا، كندا.

أخذه في الحسبان في بحوث مستقبلية تهدف إلى تحسين فهمنا لهذا المجتمع في ما يتعلق بسلوك الخصوبة واستخدام وسائل منع الحمل. لم يتمكن أيضاً من اختبار الفوارق في الحصول على وسائل منع الحمل واستخدامها استناداً إلى منطقة منشأ اللاجئين السوريين. ولم نتح لنا الطبيعة المقطعية للدراسة الإمساك بنصائح التغييرات التي حدثت في المفاهيم والسلوك عبر مراحل زمنية مختلفة من حياة اللاجئين.

إن العوامل السياقية وتفاعلاتها المعقدة في التأثير على نتائج الخصوبة واستخدام خدمات الصحة الإيجابية الموضحة أعلاه، توفر مزيداً من الفهم لما هو معروف عن سلوك الخصوبة في حالات النزاع.^{٢١} ونحن نعتبر أن نظرتنا الفاحصة لآليات التغيير في سلوك الخصوبة تُعد إسهاماً قيماً في تراكم المعرفة في هذا المجال في حالات اللاجئين الناشئة، وتشير هذه الرؤى إلى ضرورة

1. United Nations High Commissioner for Refugees [Internet]. Geneva: UNHCR; c2001-2017. Syrian Regional Refugee Response – Inter-agency information sharing portal. [cited 2015 Dec]. Available from: <http://data.unhcr.org/syrianrefugees/regional.php>
2. McGinn T. Reproductive health of war-affected populations: what do we know? *Int Fam Plan Perspect*. 2000;26 (4):174–180.
3. Holck SE, Cates W Jr. Fertility and population dynamics in two Kampuchean refugee camps. *Stud Fam Plann*. 1982;13 (4):118–124.
4. Moss N, Stone MC, Smith JB. Fertility among Central American refugees and immigrants in Belize. *Hum Organ*. 1993;52(2):186–193.
5. Gagnon AJ, Merry L, Robinson C. A systematic review of refugee women’s reproductive health. *Refuge: Canada’s Journal on Refugees*. 2002;21(1):1–17.
6. Georgiadis K. Migration and reproductive health: a review of the literature. London: University College London, Department of Anthropology; 2008. Working Paper 1/2008.
7. Patel P, Roberts B, Guy S, et al. Tracking official development assistance for reproductive health in conflictaffected countries. *PLoS Med*. 2009;6(6):e1000090.
8. World Health Organization. Women and health: today’s evidence tomorrow’s agenda. Geneva: World Health Organization; 2009.
9. 2004 Inter-agency global evaluation of reproductive health services for refugees and internally displaced persons [internet]. Inter-Agency Working Group (IAWG); 2004. Available from: <http://iawg.net/resource/2004-interagency-global-evaluation-reproductive-health-servicesrefugees-internally-displaced-persons/>
10. Krause SK, Otieno M, Lee C. Reproductive health for refugees. *Lancet*. 2002;360:s15–16.
11. UNHCR. Refocusing family planning in refugee settings: findings and recommendations from a multi-country baseline study. Geneva: UNHCR; 2011; Available from: <http://www.unhcr.org/4ee6142a9.pdf>
12. McGinn T, Austin J, Anfinson K, et al. Family planning in conflict: results of cross-sectional baseline surveys in three African countries. *Confl Health*. 2011;5:11.
13. World Bank. World development indicators 2012. Washington (DC): World Bank; 2012. Available from: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/6014>
14. Lebanon Country profile. http://databank.worldbank.org/data/Views/Reports/ReportWidgetCustom.aspx?Report_Name=CountryProfile&Id=b450fd57&tbar=y&dd=y&inf=n&zm=n&country=LBN
15. Central Bureau of Statistics, Government of Syria. Family health survey in Syria 2002. Damascus: Government of Syria; 2002.
16. Syrian Commission for Family Affairs. The community based study on Syrian women’s attitudes and beliefs on family planning. Damascus: Government of Syria; 2006.
17. Central Bureau of Statistics, Government of Syria. Family health survey in Syria 2009. Damascus: Government of Syria; 2011.
18. Reese Masterson A, Usta J, Gupta J, et al. Assessment of reproductive health and violence against women among displaced Syrians in Lebanon. *BMC Women’s Heal*. 2014;14 (1):2242.
19. Doctors without Borders (MSF) [internet]. Geneva: MSF; c2017. Lebanon: heat wave adds to the woes of Syrian refugees in Bekaa Valley. 2015 Aug 20 [cited 2015 Dec]. Available from: <http://www.msf.org/article/lebanon-heatwave-adds-woes-syrian-refugees-bekaa-valley>
20. Doctors without Borders (MSF). Syrian refugees in Lebanon: this crisis cannot be forgotten. The Daily Star [Internet]. 2015 Jan 31 [cited 2015 Dec]. Available from: <http://www.dailystar.com.lb/News/Lebanon-News/2015/Jan-31/285925-syrian-refugees-in-lebanon-this-crisis-cannot-be-forgotten.ashx>
21. United Nations News Center [Internet]. New York: United Nations; c2017. Conditions of Syrian refugees in Lebanon worsen considerably, UN reports. 2015 Dec 23 [cited 2015 Dec]. Available from: <http://www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=52893#.VswINOYY7A0>

-
22. Harb C, Saab R. Social cohesion and CLI assessment – save the children report. London: Save the Children & American University of Beirut; 2014.
 23. UNHCR. Health services for Syrian refugees in Bekaa. Geneva: UNHCR; 2014.
 24. Morgan DL, Krueger RA. When to use focus groups and why. In: Morgan DL, editor. *Successful focus groups: advancing the state of the art*. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 1993. p. 3–19.
 25. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3(2):77–101.
 26. Majelantle RG, Navaneetham K. Migration and fertility: a review of theories and evidences. *J Glob Economy*. 2013;1 (101):2.
 27. Tober DM, Taghdisi M, Jalati M. "Fewer children, better life" or "as many as God wants"? Family planning among low-income Iranian and Afghan refugee families in Isfahan, Iran. *Med Anthropol Q*. 2006;20(1):50–71.
 28. Bashour H, Abdulsalam A. Syrian women's preferences for birth attendant and birth place. *Birth*. 2005;32 (1):20–26.
 29. Aptekman M, Rashid M, Wright V, et al. Unmet contraceptive needs among refugees. *Can Fam Physician*. 2014;60:e613–e619.
 30. Benage M, Greenough GP, Vinck P, et al. An assessment of antenatal care among Syrian refugees in Lebanon. *Confl Health*. 2015;9:8.
 31. Huster K, Patterson N, Schilperoord M, et al. Cesarean sections among Syrian refugees in Lebanon from December 2012/January 2013 to June 2013: probable causes and recommendations. *Yale J Biol Med*. 2014;87:269–288.
 32. Casey S, Chynoweth S, Cornier N, et al. Progress and gaps in reproductive health services in three humanitarian settings: mixed-methods case studies. *Confl Health*. 2015;9 (suppl 1):S3.
 33. Gulland A. Syrian refugees in Lebanon find it hard to access healthcare, says charity. *British Med J*. 2013;346:1869.
 34. Krause S, Williams H, Onyango MA, et al. Reproductive health services for Syrian refugees in Zaatar camp and Irbid City, Hashemite Kingdom of Jordan: an evaluation of the Minimum Initial Services Package. *Confl Health*. 2015;9 (suppl 1):54.

الصحة والحقوق الإنجابية في القدس الشرقية: تأثير العسكرة والسياسات الحيوية على خبرات الحمل والولادة للفلسطينيات اللاتي يعشن في حي كفر عقب

بقلم: ليالي حمائل^(أ)، دعاء حمودة^(ب)، لين ويلشمان^(ج)

(أ) ليالي حمائل Layaly Hamayel: مساعدة باحث، معهد المجتمع والصحة العامة، جامعة بيرزيت، بيرزيت، فلسطين.
المراسلات: hamayel.layaly@gmail.com

(ب) دعاء حمودة Doaa Hammoudeh: باحثة، معهد المجتمع والصحة العامة، جامعة بيرزيت، بيرزيت، فلسطين.

(ج) لين ويلشمان Lynn Welchman: أستاذة، مجلس الشيوخ، جامعة SOAS في لندن، لندن، المملكة المتحدة.
* العنوان الحالي: كلية سان أنطوني، جامعة أكسفورد، أكسفورد، المملكة المتحدة.

موجز المقال: تشير البحوث التي أجريت على المجتمعات المحلية المهمشة إلى ضرورة فهم المحددات السياسية للصحة الإنجابية، بالنسبة لسكان حي كفر عقب. قد تمثل السياسة الحيوية الإسرائيلية في القدس الشرقية عقبة أمام حصول الأمهات على رعاية صحية، ويتجلى ذلك عند إجبار النساء على عبور نقاط التفتيش العسكرية للولادة في المستشفيات الموجودة في القدس حتى يتمكن أطفالهن من الحصول على حق "الإقامة الدائمة"، وهي وثيقة مطلوبة للفلسطينيين من أجل العيش في القدس. استخدمنا تصميمًا أساسيًا نوعيًا، وأجرينا مقابلات معمقة شبه منظمة مع ٢٧ امرأة و٢٠ رجلاً، واستخدمنا أسلوب التحليل المواضيعي لاستخلاص المواضيع الأساسية والمواضيع الفرعية. وأفادت النساء بتعرضهن لظروف محفوفة بالخطر أثناء الحمل، ومخاوف من الولادة عند نقاط التفتيش. وكان الدعم الاجتماعي يقتصر على بعض النساء، بسبب عدم قدرة الزوج/الأسرة على الوصول إلى المستشفى في وقت الولادة. وأفاد الرجال باستياءهم نتيجة لعدم قدرتهم حضور الولادة. وتُعتبر الولادة في مستشفى بالقدس، كجزء من نقل حق الإقامة الدائمة إلى الأطفال، بمثابة إعادة تأكيد الوجود الفلسطيني في المدينة وخويل مواقع المعاناة إلى مواقع للمقاومة. تؤثر سياسات الإقامة الإسرائيلية وعزل القدس على الحمل والولادة، على المستويات البدنية والاجتماعية والنفسية. لدى النساء المقيمات في كفر عقب، وتشير النتائج إلى أهمية إدراج المحددات السياسية المتعلقة بالحصول على رعاية الأمومة والحمل الآمن عند وضع تصور للحقوق الإنجابية.

الكلمات الدالة: القدس الشرقية، الحقوق الإنجابية، السياسات الحيوية، النساء الفلسطينيات، الحصول على الرعاية الصحية، كفر عقب، نقاط التفتيش، الإقامة الدائمة.

في المدينة،^١ تجري ممارسة السياسة الحيوية الإسرائيلية، وهي "إنتاج وصيانة والسيطرة على السكان غير المرغوبين"^[٢، ص ١٢٠١]. من خلال عزل المدينة عن باقي الأراضي الفلسطينية المحتلة (الضفة الغربية وقطاع غزة)، وتحديد الأماكن التي يمكن أن يعيش وينجب فيها فلسطينيو القدس الشرقية،^{٣٧} لا يعيش ويعمل في القدس الشرقية سوى الفلسطينيون الذين لديهم "إقامة دائمة". وعليهم أن يثبتوا باستمرار أنهم

يرتكز وضع تصور للحقوق الإنجابية على حرية الفرد في اختيار عدد الأطفال، والمدة بين الولادات، وتوقيت الإنجاب،^١ وتشير البحوث في سياقات الظلم الهيكلية والاستعمار والنزاع إلى فشل هذا النهج في مراعاة المحددات السياسية للصحة الإنجابية.^{١-٢} وتوضح الدراسات التي أجريت في القدس الشرقية أن الحمل والولادة يتشابكان مع الممارسات التمييزية للسياسة الحيوية الإسرائيلية تجاه الفلسطينيين المقيمين

الإيجابية في هذه السياقات.^{1٠٦} ويُعد التوسع في كيفية تأثير العوامل السياسية على خبرات الصحة الإيجابية ضروريًا لطريقة تفكيرنا في الحقوق الإيجابية. وردًا على التجاوزات التاريخية والحالية في الصحة الإيجابية، صاغ الناشطون في مجال العمل مع النساء الملونات في كندا والولايات المتحدة مصطلح "العدالة الإيجابية" مع التركيز على ثلاثة عناصر: الحق في الإجهاد، الحق في الإيجاب، والحق في تربية أولئك الأطفال.⁴ وترتبط إضافة الحقين الثاني والثالث بالقمع الإيجابي الذي تتعرض له النساء الأمريكيات من مواطني الأسكا، وذوات الأصول الأفريقية واللاتينية والآسيوية.^{4٤} مثل التعقيم القسري¹¹ والعنف الجنسي. هناك تعريف للعدالة الإيجابية يعتبرها "الرفاه البدني، والعقلي، والروحي، والسياسي، والاجتماعي، والاقتصادي الكامل للنساء والفتيات" [١٠٠، ١]. وهو يتيح إدراج التفاوتات الهيكلية القائمة على العرق والطبقة التي تواجهها هذه المجتمعات اليوم، وتضم الأمثلة الظلم البيئي والسياسات المتعلقة بالتحدرات، والحصول على الرعاية الصحية، والسجن، والفقر.^{4٥} تتسق وجهات النظر الإيكولوجية للصحة الإيجابية والفهم المحلي: فقد وجدت دراسة أُجريت على تصور النساء للصحة الإيجابية في ثلاثة مجتمعات محلية فقيرة حول بيروت.^{11٦} أن الصحة الجيدة، عقليًا وجسديًا على حد سواء، تمثل أهمية أساسية. وكان الرفاه العام (الخلو من المرض والإجهاد) أثناء الحمل والأمومة، فضلًا عن القدرة على تربية الأطفال، بشكل جزئيًا من فهم كثير من النساء للصحة الإيجابية، وهناك عناصر أخرى تشمل تنظيم الأسرة، والعلاقات الزوجية الجيدة، والوضع الاقتصادي. وفي حين يفسر تعريف المؤتمر الدولي للسكان للحقوق الإيجابية تأثير الاحتلال الإسرائيلي على بعض السلوكيات الإيجابية مثل الخصوبة.^{11٧} فإنه يتجاهل روابط مهمة بين

يقيمون داخل الحدود التي تفرضها السلطات البلدية في القدس، وإلا يفقدون إقامتهم. علاوة على ذلك، يتطلب نقل الإقامة إلى الأطفال حديثي الولادة أن تلد الأم في أحد مستشفيات القدس، ولا تنطبق هذه الشروط على المقيمين اليهود، حيث يمكنهم الإيجاب والعيش خارج حدود القدس دون فقدان حق الإقامة في المدينة، تركز دراستنا على حي كفر عقب، الذي استُبعد من القدس الشرقية في عام ٢٠٠٢ بعد بناء الجدار العازل.^{1٠٩} نظرًا لأن العديد من الذين يعيشون هناك هم من سكان القدس، ولأن الحي أصبح مفصولًا عن القدس الشرقية، يجب أن تعبر النساء الحوامل نقاط التفيتش عند اقتراب موعد الولادة لتلد في مستشفى بالقدس. نحن نهدف إلى استكشاف المُحدّات السياسية للصحة الإيجابية في القدس الشرقية، لا سيما حصول الأمهات على الرعاية؛ وذلك من خلال شهادات الأمهات والآباء الذين يعيشون في كفر عقب.

معلومات أساسية عن الدراسة

وضع تصورات سياسية للحقوق الإيجابية

طرح المؤتمر الدولي الرابع للسكان والتنمية (المؤتمر الدولي للسكان)، الذي عقد عام ١٩٩٤، تصورًا للحقوق الإيجابية على النحو التالي:

"... الحق الأساسي لجميع الأزواج والأفراد في أن يقرروا بحرية ومسؤولية عدد أطفالهم، والمدة الفاصلة بين الولادات، وتوقيت الإيجاب..." [١٠٤، ١]

كانت هذه خطوة حاسمة في تحويل بؤرة التركيز من المستويات المجتمعية لتنظيم السكان إلى رفاه الأزواج أنفسهم، لا سيما النساء. بيد أن خبرات النساء في سياقات من الاستعمار والنزاع والمظالم/العنصرية الهيكلية، تشير إلى ضرورة زيادة تدعيم المُحدّات السياسية لحقوق النساء

الصحة الإيجابية والسياق السياسي للأراضي الفلسطينية المحتلة.

الصحة الإيجابية في الأراضي الفلسطينية المحتلة

يبدو الارتباط بين الاحتلال الإسرائيلي للأراضي الفلسطينية المحتلة وصحة النساء الإيجابية أكثر وضوحًا في تضاؤل فرص الحصول على الرعاية الصحية في أوقات اشتداد العنف. عند قصف قطاع غزة في عام ٢٠١٤، تضررت بشدة إمكانية الوصول إلى خدمات الصحة الإيجابية وتوفرها بسبب عمليات الإغلاق والتحميل الزائد للمستشفيات لعلاج الإصابات المرتبطة بالحرب. ونتيجة لذلك زادت خلال تلك الفترة مضاعفات الحمل. وحالات الولادة قبل الأوان، ومعدلات وفيات المواليد والأمهات.^{١٤} في الضفة الغربية، ترتبط عوائق الرعاية الصحية إلى حد كبير بعمليات الإغلاق، ونقاط التفتيش العسكرية التي تسيطر على الحركة داخل وبين المدن والقرى الفلسطينية. وهو ما يؤدي إلى تقلص إمكانية وصول النساء الحوامل إلى الرعاية قبل وبعد الولادة، والأكثر من ذلك، تسببت القيود المفروضة على الحركة في زيادة الولادات المستحثة والمنزلية والولادات عند نقاط التفتيش.^{١٥} ووجدت إحدى الدراسات أن:

"... ١٠٪ من النساء الفلسطينيات الحوامل يتأخرن عند نقاط التفتيش سنويًا. من عام ٢٠٠٠ إلى عام ٢٠٠٧، خلال انتقالهن للولادة في مستشفى، وأسفر ذلك عن ١٩ ولادة، و٣٥ رضيع، وخمس حالات لوفاة الأمهات، عند نقاط التفتيش".^{١٦}

لا يمكن التنبؤ بعبور نقاط التفتيش: فقد يستغرق من بضع دقائق إلى بضع ساعات؛ وفي بعض الأحيان تكون مغلقة لعدة أيام.^{١٧} وتعتبر هذه المواقع العسكرية أيضًا بمثابة بؤر للعنف تتفاوت من حيث الشكل والكثافة، بدءًا من المواجهات اللفظية/الجسدية بين الفلسطينيين

الذين يعبرون والجنود.^{١٨} إلى اعتداء كامل على الشباب الفلسطيني الذي يلقي الحجارة/ المولوتوف، حيث يطلق الجنود الغاز المسيل للدموع والرصاص المطاطي والرصاص الحي.

السياسة الحيوية في القدس الشرقية: الحواجز المادية وسياسة "مركز الحياة"

يخضع حمل وإجباب النساء اللاتي يعيشن في كفر عقب إلى أداتين من أدوات السياسة الحيوية: الحواجز المادية التي تنظم الوصول إلى المدينة (الجار العازل ونقاط التفتيش)، والقوانين التمييزية التي تحكم الفلسطينيين المقيمين في القدس (سياسة "مركز الحياة" ووضع "الإقامة الدائمة"). بعد احتلال إسرائيل للضفة الغربية عام ١٩٦٧، قامت بتقسيم الفلسطينيين إلى مجموعتين:^{١٩} أعطت الأفراد الذين يقيمون في القدس الشرقية "إقامة دائمة" (تُعرف بشكل غير رسمي باسم هوية القدس)، وأعطت الفلسطينيين في جميع المناطق الأخرى ما يُعرف الآن باسم "الهوية الخضراء" (إشارة إلى لون غلاف الوثيقة). كما قامت إسرائيل بإلحاق القدس الشرقية، بشكل غير قانوني، وأخضعت المقيمين الدائمين فيها لولايتها، وأصبح حاملي هوية القدس بمثابة المجموعة الوحيدة التي يمكنها أن تعيش وتعمل هناك.^{٢٠} يُعد حاملو بطاقة الهوية الخضراء الذين يعيشون في قطاع غزة أكثر عزلة، ويعانون من معظم القيود المفروضة على الحركة بما يتضمن محدودية أو عدم القدرة على مغادرة قطاع غزة، بما في ذلك القيام بزيارات إلى الضفة الغربية.^{٢١} علاوة على ذلك، يمنع أيضًا الحصار المفروض على قطاع غزة جميع الفلسطينيين في الضفة الغربية من زيارة قطاع غزة إلا تحت ظروف خاصة. أما حاملو بطاقة الهوية الخضراء الذين يعيشون في الضفة الغربية، فلديهم قدرة أكبر على الحركة، لكن وصولهم إلى القدس الشرقية محدود أو

بلدية القدس.¹¹ ويتعرض حاملو هوية القدس إلى فقدان حقهم في العيش بالمدينة، حتى لو كانوا عاشوا فيها طوال حياتهم. لقد اجتذب كفر عقب الأزواج الذين يحملون هويات مختلطة بين الضفة الغربية والقدس الشرقية، ذلك أنه أحد أحياء القدس الشرقية الذي لا يزال متاحًا للمقيمين في الضفة الغربية بعد بناء الجدار. ويتيح هذا الحي للفلسطينيين حاملي هوية القدس وهوية الضفة الغربية العيش معًا. دون المساس في الوقت نفسه بسياسة "مركز الحياة".¹²

السياسة الحيوية في القدس الشرقية: تسييس الحمل والولادة

يواجه سكان كفر عقب الذين يحملون هوية القدس عقبة رئيسية تتعلق بالحمل والولادة. فالسياسات التمييزية الإسرائيلية، التي تستهدف السكان العرب في القدس الشرقية، تبدأ "حرفيًا" عند الولادة¹³ [545.p.7]. في حين يحق تلقائيًا لأطفال سكان المدينة اليهود العيش في القدس الشرقية.¹⁴ فإن أهلية الأطفال الفلسطينيين للإقامة مرهونة بالوفاء بعدة شروط. يجب أن يولد الرضيع الذي يحمل أحد والديه على الأقل بطاقة هوية القدس. في مستشفى يقع في القدس ليتمكن من تقديم طلب للحصول على هوية القدس بعد عدة سنوات. وعلى الرغم من أن الولادة في مستشفى بالقدس لا تضمن الإقامة في القدس، فهي خطوة أولى حاسمة في بدء هذه العملية. لقد أصبح الحمل والولادة، نتيجة لهذه القيود، من مجالات ممارسة إسرائيل لسياساتها الحيوية. وتخلص دراسة نسوية من إعداد شلهوب-كيفوركيان Shalhoub-Kevorkian إلى ما يلي:

"تشير الدراسات المتعلقة بالنساء الحوامل واللاتي في حالة ولادة، في جميع أنحاء

غير قائم منذ انفصاله الكامل في عام ٢٠٠٠ عن بقية الأراضي الفلسطينية المحتلة.¹⁵ سوف نستخدم في هذه الورقة البحثية التسمية المستخدمة محليًا - حاملو هوية الضفة الغربية - لتفرقتهم عن حاملي الهوية الخضراء الذين يعيشون في الضفة الغربية وأولئك الذين يعيشون في قطاع غزة. تحت ظروف معينة، يمكن أن يقدم حاملو هوية الضفة الغربية طلبًا للحصول على تصاريح تمكنهم من المرور عبر نقاط التفتيش والدخول إلى القدس الشرقية (من الممكن لسكان قطاع غزة تقديم طلبات الحصول على تصاريح للضفة الغربية. لكن الحصول عليه شديد الصعوبة ويندر حقيقه). تكون التصاريح مؤقتة، تتراوح بين يوم واحد إلى سنة (وغير مسموح بالمبيت)، وتُمنح لأغراض محددة تتضمن العمل، والمواعيد الصحية، والسياحة الدينية، والعمل التجاري.¹⁶ منذ أن قامت إسرائيل بتعليق عمليات "لم شمل العائلات" في عام ٢٠٠٣ إلى أجل غير مسمى، لم يُعد حاملو هوية الضفة الغربية يحصلون على الإقامة الدائمة عن طريق الزواج.¹⁷ اعتاد الزوجان اللذين يحملان هوية الضفة الغربية-قطاع غزة على التمكن من العيش معًا في القدس الشرقية، من خلال عملية تدريجية تبدأ بحصول الطرف الحامل لهوية الضفة الغربية على تصريح للعيش في القدس، يليه الحصول على "وضعية المقيم المؤقت"، ثم "الإقامة الدائمة". أما الآن، لم يُعد العيش في القدس الشرقية خيارًا لهذه الأسر، حيث يُحظر على حاملي هوية الضفة الغربية دخول القدس بدون تصاريح.

تتمثل الأداة الثانية للسياسة الحيوية في القوانين الإسرائيلية المتعلقة بالإقامة الدائمة. إن سياسة "مركز الحياة"، التي أُدخلت عام ١٩٩٥، تُلزم المقيمين الدائمين بأن يثبتوا باستمرار أنهم يقيمون داخل القدس على النحو الذي حدده

دون قيد أو شرط تقريبًا إلى أطفالهم.^٧

نركز في هذه الدراسة على كيفية تأثير السياسة الحيوية، في شكل نقاط تفتيش والإقامة، على حصول النساء المقيمت في كفر عقب على رعاية الأمومة. وبكمن هدفنا في تقديم فهم أعمق لتأثير السياسات الإسرائيلية على خبرات الحمل والولادة لدى النساء والرجال الفلسطينيين في القدس الشرقية، فضلاً عن دراسة هذه النتائج في ضوء التعاريف الحالية للحقوق الإيجابية.

المنهجية

تقدم هذه الورقة مجموعة فرعية من النتائج التي أسفرت عنها دراسة أكبر حول الحياة الأسرية في كفر عقب (للاطلاع على الدراسة الكاملة، انظر: Hammoudeh et al ٢٠١٤). لقد استخدمنا تصميمًا أساسيًا للبحوث النوعية، حيث وضعنا مخططًا شبيه هيكلي للمقابلات. سأل قسم الصحة الإيجابية النساء عن خبراتهن في الحصول على الرعاية الصحية، مع التركيز على الحمل والولادة. وسُئِل الرجال عن خبراتهم في ما يتعلق بخبرات زوجاتهم بما يشمل، على سبيل المثال، وصولهن إلى المستشفى في وقت الولادة. شملت العينة ٢٧ امرأة و٢٠ رجلاً يعيشون في كفر عقب، وجرى تحديد المشاركين من خلال أسلوب كرة الثلج. اتصل الجيبون بداية بمعارفهم، الذين اتصلت بهم بعد ذلك الكاتبة الأولى أو الثانية. كان استخدام أسلوب كرة الثلج ضروريًا لتخفيف التشكك الذي قد يشعر به بعض الناس تجاه غرباء يجمعون معلومات شخصية في هذا المجال.^٨ ومع ذلك، فقد نجحنا في الحصول على عينة متنوعة (انظر الجدول ١). جرى العمل الميداني بين أكتوبر ٢٠١٣ وأغسطس ٢٠١٥، واستمر جمع البيانات حتى التشعب. حصلنا على الموافقة الأخلاقية من لجنة أخلاقيات البحوث بمعهد المجتمع والصحة العامة في جامعة بيرزيت.

العالم، إلى أهمية الصحة والرفاه الاقتصادي الأساسيين والدعم الاجتماعي والنفسي باعتبارها عوامل رئيسية تؤثر على رفاه النساء. تتطلب الظروف الخاصة للنساء الفلسطينيات في القدس الشرقية المحتلة أن نُدرج أيضًا في التقييم عوامل مثل العسكرة، والأيدولوجيات السياسية الحيوية، وأنماط الإخلاء الاجتماعية-القانونية بوصفها جرائم ضد النساء، بما يماثل الدراسات التي أُجريت في جنوب أفريقيا وفي الدول الخولة بالسيطرة على السكان"^٩ [٢٠١٠، p. ١٢٠].

يمثل حفظ الشرطة للأمن في الأماكن التي يمكن أن تعيش أو تنتقل أو تنجب فيها الأسر الفلسطينية، جميع أشكال السياسة الحيوية التي تستهدف السيطرة على السكان العرب في القدس الشرقية، وعلى سبيل المثال، جرى إعادة ترسيم حدود القدس الشرقية عن طريق الجدار الفاصل، بغية استبعاد المناطق الفلسطينية ذات الكثافة السكانية العالية، بينما ضمت أراض أقل كثافة سكانية.^{١٠} لقد تسببت سياسة "مركز الحياة" منذ عام ١٩٦٧ في إلغاء أكثر من ١٤,٠٠٠ إقامة فردية.^{١١} وبرت إسرائيل ذلك بفشل معظمهم في إثبات أنهم يعيشون داخل حدود بلدية القدس، وبكلمات جفريس Jefferis، فإن سياسة "مركز الحياة" تُعد "... واحدة من أكثر السياسات ضررًا، التي يصبح بموجبها سكان القدس الشرقية بلا دولة ..."^{١٢} [٩٦، p. ٨]. إن المقارنة بمزايا الإقامة والميلاد الممنوحة إلى السكان اليهود المقيمين في القدس الشرقية، تلقي الضوء على الجوانب التمييزية في القوانين الإسرائيلية. لقد أصبحت العائلات الفلسطينية التي عاشت في القدس قبل إنشاء إسرائيل عام ١٩٤٨ من "المقيمين الدائمين"، بينما يحصل المستوطنون اليهود من المهاجرين الجدد على المزايا الكاملة للعيش في المدينة والقدرة على نقل هذه المزايا

جدول ١: وصف المشاركين

الرجال	النساء	
٢٠	٢٧	العدد الإجمالي للمقابلات
٨	٧	عدد المستبعدين من التحليل
٥٢-٢٩	٤٤-٢٤	الفئة العمرية
٠	٥	التعليم: الثانوي أو أقل
٢	٢	المدرسة الثانوية
٧	١٠	بكالوريوس/دبلوم
٣	٣	درجة الماجستير أو أعلى
٣	٣	متوسط عدد الأطفال
١	٣	الزوجة حمل هوية الضفة الغربية، والزوج يحمل هوية القدس
٧	١٢	الزوجة حمل هوية القدس، والزوج يحمل هوية الضفة الغربية
٤	٥	يحمل الزوجان هوية القدس

الثانية قراءة جميع النصوص والترجمات للتحقق من الجودة والدقة. نوقشت وحُلت أي خلافات. استخدمنا التحليل المواضيعي: قرأت وأعادة قراءة الكاتبة الأولى والثانية قراءة المقابلات. حتى ظهرت تدريجيًا المواضيع الأساسية والفرعية. حددنا أولاً الفئات الوصفية استنادًا إلى مواضيع واسعة النطاق. ثم طورناها إلى فئات فرعية من خلال تحليل مقارن. قمنا بتلخيص كل مقابلة جديدة. وصنفناها إلى أجزاء داخل الفئات الموجودة أو في فئات جديدة.

استندت الرقابة على موثوقية وصلاحيّة النتائج إلى البيانات وتثليث الباحث: جمعنا البيانات من عدة مصادر؛ وبالإضافة إلى المقابلات مع المقيمين. أجرينا مقابلات أيضًا مع المُبلّغين والخبراء في المجتمع المحلي. كان شكل تثليث الباحث يتمثل في مناقشة النتائج مع الزملاء الذين أجروا بحثًا حول القدس الشرقية. ونقدم في هذا المقال، اقتباسات أصلية من المشاركين لدعم صحة نتائجنا. أزلنا كافة المعلومات الشخصية من الاقتباسات، واستخدمنا أسماء مستعارة. لضمان عدم الكشف عن الهويات، استبعدنا عدة شهادات من هذا التحليل في حالات عدم وجود أطفال لدى المقيمين. أو حالات الرجال/النساء الذين لديهم أطفال قبل انتقالهم إلى كافر عقب أو قبل عزل الحي (الجدول ١). برزت ثلاثة مواضيع من المقابلات المتبقية: تجربة الحمل والحوار أمام رعاية الأمهات، والفصل الاجتماعي والعزلة في وقت الولادة، ومفاهيم المقاومة. اخترنا الاقتباسات المؤثرة أو التوضيحية بوجه خاص، لدعم المواضيع.

النتائج

تجربة الحمل والحوار التي تعوق حصول النساء على الرعاية الصحية
عانت النساء من تصاعد القلق والخوف أثناء

أجريت الكاتبة الثانية المقابلات، ونسختها يدويًا الكاتبة الأولى. كلانا مُدرّب على البحث النوعي، ولديه خبرة واسعة في مجال جمع البيانات النوعية في الأراضي الفلسطينية المحتلة. إننا امرأتان فلسطينيتان، ولغتنا الأصلية هي العربية. أي اللغة التي أجرينا بها المقابلات. وقد سهّلت هوياتنا المقابلات مع النساء، وأتاحت اللقاء في منازلهن. التقينا بالمقيمين/المجيبات في الأماكن المريحة لهم. بما في ذلك المنازل وأماكن العمل والمقاهي. وكنا نشرح قبل كل مقابلة غرض البحث، وحق المجيب في رفض المشاركة أو إنهاء المقابلة في أي وقت. كما أوضحنا أيضًا التدابير التي اتخذناها لضمان السرية، وبعد ذلك أعرب المشاركون شفاهة عما إذا كانوا يوافقون على المشاركة في الدراسة.

تولت الكاتبة الأولى نقل النصوص المكتوبة بخط اليد باللغة العربية إلى الشكل الرقمي، وترجمتها إلى اللغة الإنجليزية، وأعدت الكاتبة

الحمل. وذلك لسببين: عبور نقاط التفتيش أثناء الحمل. وضرورة الولادة في أحد مستشفيات القدس. يُعتبر الذهاب إلى القدس مرهقًا بشكل عام بالنسبة لجميع النساء بسبب نقاط التفتيش. وأكثر إرهاقًا خلال فترة الحمل. تعبر العديد من النساء نقاط التفتيش بشكل منتظم خلال فترة الحمل لزيارة الأسرة. كما تلتمس معظمهن الرعاية السابقة للولادة في القدس.

”لقد استهلكتني مسألة كيفية الوصول إلى القدس الشرقية. وماذا أفعل إذا كانت نقطة التفتيش مغلقة. وأظل عالقة على الطريق. لقد رأيت امرأة تلد أمامي عند الحاجز. كنت أخشى أن يحدث لي نفس الشيء”. (ياسمين، امرأة فلسطينية في الثلاثينات، حمل هوية القدس)

ومن المثير للاهتمام، أن شعور النساء اللاتي يحملن هوية الضفة الغربية بالخوف من الولادة عند نقطة التفتيش كان أكبر من خوف النساء اللاتي يحملن هوية القدس. وربما يرجع ذلك إلى أن سكان القدس أكثر اعتيادًا على عبور نقاط التفتيش. نظرًا لأنهن يفعلن ذلك قبل الزواج. وفي المقابل، كانت احتمالات عبور النساء اللاتي يحملن هوية الضفة الغربية إلى القدس محدودة أو غير قائمة. فإذا لم يكن لديهن تصاريح، تصبح الولادة في مستشفى بالقدس شديدة الصعوبة:

”كنا حديثي الزواج. وكنت في الشهر الثامن من حملي الأول. تسلمت إلى القدس، إلى بيت أصهاري. بقيت في وضع 'غير قانوني' لمدة شهر كامل. لكن الأسوأ هو أنني شعرت وكأنني شخص غريب. أغني أننا تزوجنا منذ فترة قصيرة فقط. وكان زوجي يعمل في الشمال ولا يأتي سوى مرة واحدة في الأسبوع. وبطبيعة الحال، لا تستطيع أمي أن تصل إليّ. وكل هذا لضمان الولادة

الحمل. وذلك لسببين: عبور نقاط التفتيش أثناء الحمل. وضرورة الولادة في أحد مستشفيات القدس. يُعتبر الذهاب إلى القدس مرهقًا بشكل عام بالنسبة لجميع النساء بسبب نقاط التفتيش. وأكثر إرهاقًا خلال فترة الحمل. تعبر العديد من النساء نقاط التفتيش بشكل منتظم خلال فترة الحمل لزيارة الأسرة. كما تلتمس معظمهن الرعاية السابقة للولادة في القدس. كان التسجيل المسبق إجباريًا في المستشفى المقرر الولادة فيه. ويتطلب من النساء تحديد عدة مواعيد. يزداد تكرارها مع اقتراب نهاية فترة الحمل. وعبور نقاط التفتيش العادية يعني حتمًا التعرض للعنف خلال الانتقال:

”في إحدى المرات، كان جندي على وشك أن يضربني وأنا حامل لأنني خديته [لفظيًا] عند نقطة تفتيش. كنت عائدة لتوي من زيارة أمي في القدس. وكانت نقطة التفتيش مغلقة. كان الجميع يتدافعون. والغاز المسيل للدموع يملأ المكان. قلت إنني حامل وابني ينتظرني في المنزل. لكنه لم يسمح لي بالمرور. حذرني الآخرون [الفلسطينيون الذين ينتظرون العبور]. وقالوا لي أن أبتعد لأنه ضرب امرأة من قبل ... وفي اللحظة التي أدار فيها رأسه، عبرت؛ وبدأ يصيح ويجذبي من ملابسي”. (أصيل، فلسطينية في الثلاثينات من عمرها، حمل هوية القدس).

يمكننا القول، من إفادة أصيل، إن هذا الحادث وقع قبل عدة سنوات، عند نقطة تفتيش قلنديا، وهي النقطة الأساسية التي تنظم الدخول إلى القدس من كفر عقب. أما الآن، من الأقل ترجيحًا أن يحدث اتصال مباشر بين النساء الحوامل والجنود. حيث يتحققون هذه الأيام من الوثائق من وراء نافذة زجاجية. ومع ذلك، لا يمكن التنبؤ بساعات الانتظار. ويظل الإغلاق جزئيًا من الخبرة. علاوة على ذلك، تحدث مواجهات بين

هذا الموضوع قصص هؤلاء الأزواج من وجهات نظر كل من النساء والرجال. كان بعض الرجال يحملون تصاريح مؤقتة، ما يعني إمكانية مرافقة زوجاتهم، ولكن فقط إذا حدثت الولادة بين ساعات أو أيام معينة:

”لا يمكنني حضور الولادة إلا إذا حدثت بين الساعة السابعة صباحًا والساعة السابعة مساءً. لأن هذا ما يسمح به تصريحى. أما غير خارج هذه الأوقات، فعليها أن تذهب وحدها مع والدتها. وحتى إذا ولدت الساعة السادسة مساءً، لن يسمحوا لي بالدخول، ولن أكون معها. تخيلي أنك تكوني غير قادرة على حضور ولادة أطفالك، كيف سيكون شعورك؟“ (محمد، فلسطيني في العشرينات من عمره، يحمل هوية الضفة الغربية).

وقد شملت الدراسة رجالاً آخرين لم يتمكنوا من الحصول على تصاريح، ولذا لم يتمكنوا من الوصول. ووصفت إحدى السيدات كيف أن زوجها لم يتمكن من رؤية أطفالهم إلا بعد عدة أيام من ولادتهم. وتذكر والد آخر ممرارة اليوم الذي أجبته فيه زوجته، بعد إجراء فحص طبي في مستشفى القدس، عاد كرم إلى البيت لتجديد تصريحه، وترك زوجته في المستشفى وفقاً لتوصية الطبيب:

”كانت حاملاً في الشهر السابع، وتعاني من مضاعفات، ويجب أن تلد على الفور. نادتنى بشكل محموم وقالت إنها في حاجة إلى عملية. كانت ذلك في الساعة العاشرة مساءً، وقد انتهى تصريحى الساعة السابعة مساءً. لم أتمكن من تجديده ... أقصى ما كان في إمكاني أخذ شقيقتها وتوصيلها عند نقطة التفتيش ... وجلست في السيارة، وبدأت أبكي. وهي واحدة من المرات القليلة

في المستشفى الصحيح. لقد شعرت أنني في سجن بالفعل. وتدهورت حينذاك صحتي العقلية“. (ناتاشا، فلسطينية في الثلاثينات، تحمل هوية الضفة الغربية)

لجأت ناتاشا إلى التهريب [والمقصود هو عبور الفلسطينيين الذين يحملون هوية الضفة الغربية إلى القدس دون الحصول على تصريح]. حتى تجعل طفلها مؤهلة للحصول على الإقامة الدائمة.

كانت السيدة الثانية التي تحمل هوية الضفة الغربية في عينتنا البحثية لديها تصريح في وقت الولادة، لكن أسرتها لم تستطع زيارتها في المستشفى مع أن هذا من عادات أفراد الأسرة المقربين. أما السيدة الثالثة، فقد اغتنمت فرصة حصول أمها وأخواتها على تصريح بمناسبة الأعياد الدينية وطلبت من الطبيب أن يستحث ولادتها بحيث يكون أفراد أسرتها بالقرب منها. وعلى الرغم من أن النساء يمكنهن تجنب نقاط التفتيش بالولادة في مدينة رام الله المجاورة، فإن الحواجز التي تعوق الوصول إلى المستشفى وما يسفر عنها من تقلص الدعم الاجتماعي، محددة سياسياً. ويتضح ذلك أيضاً في تفضيل النساء الولادة في القدس على مستشفى يقع في كفر عقب؛ مستشفى يمكن أن يوفر الوثائق اللازمة لتسجيل المولود الجديد. لم يكن المستشفى متاحاً لجميع النساء الحوامل. نظراً لأنه كان مغلقاً وأعيد فتحه مؤخراً. ومع ذلك، أعرب معظم الجيبين عن قلقهم من أن الولادة فيه قد تضرر بالتسجيل في المستقبل.

الانفصال والعزلة في وقت الولادة

بالنسبة للكثيرين، كان الأزواج هم من يحتاجون إلى تصريح للدخول إلى القدس، لأنهم يحملون هويات الضفة الغربية، ويعكس

إلى تهريب أنفسهن. وحث الولادة. وعصيان أوامر الجندي عند نقطة التفتيش. يمثل حالات من المقاومة التي تقلب ديناميات السلطة. إنها طرق تستعين بها النساء عند وجود فرص أو ثغرات في السياسات الإسرائيلية القمعية. بغية تحقيق أهدافهن ورغباتهن. لقد خدث الجيبون أيضًا عن طرق أكبر يؤكدون من خلالها أنفسهم كعناصر فاعلة داخل منظومة السيطرة والتمييز الأكبر المفروضة عليهم. ويحتل تصميمهم على الولادة في مستشفى بالقدس. رغم عواقبها من تجربة الحمل والولادة. موقعًا مركزيًا في منح الإقامة الدائمة لأطفالهم. لقد اخترنا الاقتباس التالي من قصة كرم سالفه الذكر. بسبب قدرته على التعبير عن شعور أعرب عنه جميع الجيبين تقريبًا:

”إنه نضال. فهم يحاربونا ونحن نرد عليهم بحاربتهم بقوانينهم لأنها السلاح الوحيد لدينا. وهو ما ينطوي على مشاعر عديدة. بالإضافة إلى ضغوط مادية واجتماعية ونفسية. بمنحني الجانب الوطني دافعًا للتحمل. يقاوم آخرون بالبنادق. لكنني شخصيًا لا يمكنني ذلك؛ ولذا فإن هذا [الحفاظ على إقامة لزوجتي ونقلها إلى الأطفال] هو أسلوب مقاومتي”. (كرم، في الثلاثينات من عمره. فلسطيني يحمل هوية الضفة الغربية).

على الرغم من أن الحفاظ على الإقامة هو مفهوم أكثر عمومية يشمل ممارسات أكبر. فإنه يقع أيضًا في صميم الولادة والإنجاب: نظرًا لأن الولادة في مستشفى بالقدس تُعد بمثابة الخطوة الأولى لحصول الأطفال على هوية القدس.

مناقشة و خلاصة

إن البحوث التي تُجرى في سياقات الاستعمار. وعلى المجتمعات المحلية التي تعاني من تمييز

جدًا في حياتي التي بكيته فيها. كانت أسوأ لحظة. وأخذت أقول: لماذا أنا؟ ولماذا الآن؟ كان شعورًا فظيعةً. كان زوج شقيقة زوجتي قادرًا على أن يكون هناك؛ أما أنا. زوجها. لم أتمكن من الوجود هناك”. (كرم، في الثلاثينات من عمره. فلسطيني. يحمل هوية الضفة الغربية).

كان هذا صعبًا أيضًا بالنسبة للنساء اللاتي شملتهن هذه الدراسة:

”إنه لا يحصل على التصاريح رغم أن زوجته من القدس! أنا أجبث أربعة أطفال. وزوجي لم يأت معي في أي ولادة. عندما أكون في المستشفى بمفردتي. أشعر أن روحي تخرج من جسدي: أريد زوجي بجانبني لمساعدتي”. (مريم، في الثلاثينات من عمرها. فلسطينية. حمل هوية القدس).

إن هذا الانفصال لا يسفر عن عواقب نفسية فقط. بل عملية أيضًا. وبخاصة في ما يتعلق بالرعاية بعد الولادة. وقد وصفت إحدى السيدات أنها كان يجب أن تعبر نقاط التفتيش لمدة أشهر بعد الولادة. نظرًا لإصابة وليدها بمضاعفات واحتياجه إلى إشراف طبي. وقالت إنها لجأت إلى مساعدة أشقائها لأخذها في سيارة ذهابًا وإيابًا لأنها لم تكن على دراية بهذا الجزء من المدينة. كما وصف كرم أيضًا كيف كان على زوجته أن تقود السيارة وهي لا تزال تعاني من عُز الجراحة لكي تصل إلى المستشفى في القدس. حيث كان أطفالهم حديثي الولادة محتجزين في الحضّانة؛ ذلك أن تصريحه لم يكن يسمح له بالقيادة.

مفاهيم المقاومة

كان الجيبين يتصرفون. قسرًا وليس اختيارًا. بطرق تكفل استعادة السيطرة على أجسادهم وحياتهم. يمكن أيضًا رؤية بعض القصص التي سبق ذكرها من منظور مختلف: لجوء النساء

موقعًا مركزيًا في ما يتعلق بدوافعهم للتغلب على الحواجز التي تعترض الولادة في مستشفى يقع في الجانب الآخر من الجدار. وقد ذكر ذلك صراحة جميع المشاركين تقريبًا في الدراسة. وبكلمات شلهوب-كيفوركيان، المرأة في القدس الشرقية "... تجد طرقًا جديدة لمقاومة القمع الاستعماري. ويصبح عناصر في التحرير أكثر وضوحًا" [1٠٢٠٢.p, 1]. من خلال حمل الظروف القاسية الدائمة للولادة في مستشفى بالقدس. تمكن سكان كفر عقب في تحويل هياكل القمع اليومية إلى مواقع للمقاومة. واستعادوا بذلك جوانب من حياتهم التي تخضع لتنظيم شديد من الدولة: الحمل والولادة.

إن تعريف الحقوق الإيجابية باعتبارها "... الحق الأساسي لجميع الأزواج والأفراد في أن يقرروا بحرية ومسؤولية عدد أطفالهم. والمدة الفاصلة بين الولادات. وتوقيت الإجاب ..." [1٠٤.p, 1]. لا يكفي للإمساك بناصية المحددات السياسية لحصول أمهات كفر عقب على الرعاية الصحية. وتشمل إعادة وضع تصور لهذا التعريف. ليتناسب وسياق القدس الشرقية. الحق في حمل خال من العنف السياسي والقلق والخوف. والحق في حرية اختيار مكان الولادة. والحق في الوصول إلى شبكات الدعم الاجتماعي.

شكر وتقدير

قدمت بداية بعض المواضيع التي نوقشت هنا إلى المؤتمر السنوي لمجموعة عمل الصحة الإيجابية الذي عُقد في عام ٢٠١٥. ونود أن نتوجه بالشكر إلى الأستاذة ريتا جيكامان Rita Giacaman ويوك رابايا Yoke Rabaia لدعمهما الهائل خلال كتابة هذه الورقة.

التمويل

يتقدم المؤلفون بالشكر والتقدير إلى

منهجي. ندعو إلى توطيد الصلة بين الحقوق الإيجابية والمحددات السياسية للصحة الإيجابية. وتؤكد ذلك دراستنا حول سكان كفر عقب. توضح نتائجنا أن عسكرة الحياة اليومية وأدوات السياسة الحيوية لسيطرة الدولة من خلال نقاط التفتيش. وتنظيم الحركة. والقوانين المتعلقة بالإقامة. تخلق إحساسًا متزايد بالخوف والقلق أثناء الحمل. وتمثل الشواغل الأساسية في التعرض للعنف أثناء الحمل. والخوف من الولادة عند نقاط التفتيش. والحواجز التي تعترض الوصول إلى مستشفى في القدس. علاوة على ذلك، تضاعف الدعم الاجتماعي الذي حصلت عليه النساء اللاتي شملتهن دراستنا. خلال الحمل وعند الولادة وبعدها بأشهر؛ وذلك نتيجة للفصل بينهن وبين أزواجهن أو أقاربهن. وتؤكد هذه القصص نتائج شلهوب-كيفوركيان^٢ Shalhoub-Kevorkian في مقابلاتها مع نساء القدس الشرقية. ففي دراستها. قيدت نصف النساء حركتهن تفاديًا لنقاط التفتيش وأنواع أخرى من العنف السياسي. كما أفادت ٣٥٪ منهن قطع اتصالهن. أثناء الحمل أو وقت الولادة. بأفراد أسرهن أو أزواجهن بسبب نقاط التفتيش. وتضيف شهادات دراستنا إلى الكتابات الموجودة حول الصحة الإيجابية في الأراضي الفلسطينية المحتلة. من خلال عرض هذه الخبرات من وجهة نظر الرجال الذين لم يتمكنوا من اصطحاب زوجاتهم إلى المستشفى وتقديم الدعم لهن في الأشهر التي تلت الولادة. يجب فهم هذه النتائج ضمن السياق الأوسع للتحكم في السكان. التي تمارسه إسرائيل ضد سكان المدينة الفلسطينية-العرب.^{٢٢٧، ٢١٩} ويصبح التمييز واضحًا عند مقارنة الحواجز التي تواجه المقيمين الدائمين بالامتيازات والحريات الممنوحة للسكان اليهود في القدس. في ما يتعلق بالحركة والولادة. وكان وعي المشاركين بالسياق السياسي يحتل

الدراسة على دعم إضافي بمنحه مقدمة من المجلس العربي للعلوم الاجتماعية - "عدم المساواة، والحراك، والتنمية، في المنطقة العربية". الجولة الثانية (٢٠١٦-٢٠١٤). وتموله وكالة SIDA السويدية.

مجموعة عمل الصحة الإيجابية في العالم العربي وتركيا (RHWG) لدعمها هذا المشروع من خلال منحة بحثية أولية. واستنادًا إلى البحث الذي اكتمل في إطار المنحة الأولية، حصلت

المراجع

1. Reproductive rights as human rights: a handbook for national human rights institutions. [Place unknown]: UNFPA, The Danish Institute for Human Rights, The Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights; 2014.
2. Shalhoub-Kevorkian N. The politics of birth and the intimacies of violence against Palestinian women in occupied East Jerusalem. *Br J Criminol*. 2015; 55(6): 1187-206.
3. Petchesky RP. Editorial: conflict and crisis settings: promoting sexual and reproductive rights. *Reprod Health Matters*. 2008; 16(31): 4-9.
4. Kimala P. What is reproductive justice? How women of color activists are redefining the pro-choice paradigm. *Meridians Fem Race Transnationalism*. 2010; 10(2): 42-56.
5. Bridges KM. Quasi-colonial bodies: an analysis of the reproductive lives of poor black and racially subjugated women. *Colum J Gender & L*. 2008; 18: 609-646.
6. Gurr B. The failure and possibilities of a human rights approach to secure Native American women's reproductive justice. *Societies Borders*. 2012; 7(1): 1-28, p. 20.
7. Makdisi S. A racialized space: social engineering in Jerusalem. *Contemp Arab Aff*. 2009; 2(4): 542-51.
8. Jefferis DC. Institutionalizing statelessness: the revocation of residency rights of Palestinians in East Jerusalem. *Int J Refugee Law*. 2012; 24(2): 202-30.
9. Alkhalili N, Dajani M, De Leo D. Shifting realities: dislocating Palestinian Jerusalemites from the capital to the edge. *Int J Hous Policy*. 2014; 14(3): 257-67.
10. Abbas D. Kafr Aqab: an urban space in crisis. Paper presented at: Rural areas: exploring challenges and opportunities for their conservation and development; 2014 Apr 27-29; Birzeit, occupied Palestinian territories.
11. Volscho TW. Sterilization racism and pan-ethnic disparities of the past decade: the continued encroachment on reproductive rights. *Wicazo Sa Review*. 2010; 25(1): 17-31.
12. Kaddour A, Hafez R, Zurayk H. Women's perceptions of reproductive health in three communities around Beirut, Lebanon. *Reprod Health Matters*. 2005; 13(25): 34-42.
13. Pell S. Reproductive decisions in the lives of West Bank Palestinian women: dimensions and contradictions. *Glob Public Health*. 2017; 12(2): 135-155.
14. Bluemel I, Daher M, Lafi M, et al. Gaza Strip joint health sector assessment report. Gaza: Health Cluster; 2014.
15. Bosmans M, Nasser D, Khamash U, et al. Palestinian women's sexual and reproductive health rights in a longstanding humanitarian crisis. *Reprod Health Matters*. 2008; 16(31): 103-111.
16. Shoaibi H. Childbirth at checkpoints in the occupied Palestinian territory. *The Lancet* [Abstract]. 2011.
17. B'Tselem [Internet]. Jerusalem: B'Tselem: the Israeli Information Center for Human Rights in the Occupied Territories. Checkpoints, Physical Obstructions, and Forbidden Roads; 16 Jan 2011 [updated 2017 Feb 8; cited 2017 Mar 15]. Available from: http://www.btselem.org/freedom_of_movement/checkpoints_and_forbidden_roads
18. B'Tselem [Internet]. Jerusalem: B'Tselem: the Israeli Information Center for Human Rights in the Occupied Territories. Beating and abuse of Palestinians by the Israeli Security Forces; 1 Jan 2011 [updated 2012 Sep 9; cited 2017 Mar

-
- 15]. Available from: http://www.btselem.org/ beating_and_abuse
19. OCHA [Internet]. East Jerusalem: OCHA in occupied Palestinian territories. Overview of access of Palestinians from Gaza in 2016; 10 Feb 2017 [cited 2017 Mar 15]. Available from: <https://www.ochaopt.org/content/overview-access-palestinians-gaza-2016>
20. The humanitarian impact of the West Bank barrier on Palestinian communities. oPT: UNOCHA, UNRWA; 2008.
21. Palestinian families under threat: 10 years of family unification freeze in Jerusalem. Jerusalem: Society of St. Yves, Catholic Centre for Human Rights; 2013.
22. Jefferis D. The "Center of Life" policy: institutionalizing statelessness in East Jerusalem. *Jerusalem Q.* 2012;50:94–103.
23. B'Tselem [Internet]. Jerusalem: B'Tselem: the Israeli Information Center for Human Rights in the Occupied Territories. Revocation of residency in East Jerusalem; 1 Jan 2011 [updated 2013 Aug 18; cited 2015 Dec 3]. Available from: http://www.btselem.org/jerusalem/revocation_of_residency
24. Hammoudeh D, Hamayel L, Welchman L. Beyond the physicality of space: East Jerusalem, Kufr 'Aqab and the politics of everyday suffering. *Jerusalem Q.* 2016; 65: 35-50.

كيف يرين الأمر؟ آراء الشباب بشأن الزواج المبكر في أوضاع ما بعد النزاع

بقلم: سونيا إي إم نويس

مستشارة التنمية الاجتماعية، مؤسسة ابتكار للبحوث والاستشارات، بيروت، لبنان.
 المراسلات: sonyaemk@gmail.com

ترجمة: أ.د. سهير جمال محفوظ

موجز المقال: إن الفهم الحالي لقضية الزواج المبكر في أوضاع النزاع وما بعد النزاع غير مكتمل وما زال في مرحلة البحث. كذلك لا يعكس بشكل كاف آراء وخطاب الفتيات المراهقات. وعلى الرغم من أن الكثير من الأدبيات، وتقارير التنمية، ووسائل الإعلام الرئيسية تؤكد على انتشار الفقر والمخاطر الصحية وعدم تمتع الشباب اللاتي يتزوجن في وقت مبكر بحق اتخاذ القرار إلا أنها نادرا ما توفر منصة مفتوحة لهؤلاء المراهقات للتحدث من خلالها. في عام ٢٠٠٧، دُمر مخيم للاجئين الفلسطينيين في شمال لبنان وأجبر سكانه على الفرار. وعانت الأسر العائدة الأمّرين مما لاقته من مصاعب بالغة وتطويق عسكري. وبعد عام من تلك الأحداث قمت بإجراء بحوث اثنوجرافية في المخيم مع فتيات خضعن للزواج المبكر، أو في طريقهن لذلك، وكذا مع أمهاتهن، ومع عاملين في منظمات غير حكومية. قمت بالبحث في عمليات صنع القرار التي ينجم عنها الزواج المبكر، إلى جانب رأي أولئك العرائس المراهقات في الحياة الزوجية. وقد وُصف قرار الزواج المبكر الذي لا يكون قرارا إجباريا ولا أحادي الجانب، بأنه عملية تقييم لعوامل عدة، من بينها الصعوبات الاقتصادية، وانعدام الأمن والشعور بالوحدة. وكثير من هذه العوامل ما هي إلا نتائج أفرزها النزاع. تعتبر نتائج هذه الدراسة حدياً لفهم الشائع للزواج المبكر - كل من القرار ونتائجه - وتستدعي مزيداً من الدقة والاختلاف عند تصميم التدخلات. كما أن هذه النتائج وثيقة الصلة بالموضوع، وبشكل خاص وسط تقارير الأجهزة الإعلامية التي تعتمد على إثارة الضجة حول الزواج المبكر في مجتمعات اللاجئين السوريين؛ ذلك أن إظهار الفتيات اللاتي يتزوجن في وقت مبكر في صورة الضحية يستقطب الاهتمام الدولي، لكنه لا يعد بالضرورة انعكاساً دقيقاً لفهم الفتيات الحقيقي لوضعهن. DOI: 10.1080 / 09688080.2017.1383738

الكلمات الدالة: حالات النزاع والأزمات، ما بعد النزاع، الزواج المبكر، المراهقات، اللاجئون، الصحة الجنسية والإيجابية، لبنان، فلسطين.

مقدمة

تركز المنظمات التنموية وجماعات حقوق الإنسان بشكل متزايد على ظاهرة الزواج المبكر.^{٢١} خاصة بين اللاجئين السوريين الفارين من العنف السياسي المروع منذ ٢٠١١.^{٢٤} يرتبط الزواج تحت سن ١٨ بمجموعة من العواقب السلبية المختلفة، وتشمل زيادة المخاطر الصحية للفتيات وانتهاك حقوقهن.^{٢١} حيث أن المراهقات المتزوجات ترتفع لديهن احتمالات الحمل المبكر، مع ما ينتج عن ذلك من مخاطر زيادة وفيات الأمهات والمواليد في فترة النفاس، وزيادة معدلات

إصابتهم بالأمراض؛^{٢٧} وغالبا ما يعانون من افتقار الوعي والمعرفة بشأن صحتهم الإيجابية أو بشأن الاحتياجات الصحية لأطفالهن.^٧ يعرف الزواج المبكر بأنه سبب ونتيجة في نفس الوقت لانخفاض مستوى التحصيل العلمي^٨ كما يرتبط ارتباطاً وثيقاً بدوامه الفقر وبقائها واستمرارها.^٧

ينتهك الزواج المبكر حقوق الأطفال.^{٢١} وتذكر الكثير من الأدبيات أن الزواج المبكر يلغي قدرة المراهقات على اتخاذ القرار.^{٢١} وأن المراهقات العرائس يتزوجن ضد إرادتهن، وهو حرمان من

لحماية الفتيات من العنف أو التحرش الجنسي.^{٧٨,٧٩} وفي أوضاع النزاع وما بعد النزاع في المنطقة العربية، تم توثيق زيادة في الزواج المبكر في كل من السودان، والعراق، وفلسطين، واليمن.^{١٨-١١,٢} وأيضاً بين اللاجئين السوريين في الأردن^٤، ولبنان^٥.

وتجدر الإشارة إلى أن معظم البحوث الأكاديمية على الزواج المبكر تتألف من مجموعة من التقييمات الكمية في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، وجنوب شرق آسيا، ومعظمها في ظروف مستقرة.^{١٩,٩٨,٩٩} غير أن موضوع الزواج المبكر في أوضاع النزاع وما بعد النزاع، لم يحظ بعد بالاهتمام البحثي الكافي.^{١١,٢٠,٢١} مع مراجعة منهجية للبحث الكمي عن أثر الصراعات على التحولات في مرحلة المراهقة (بما في ذلك سن الزواج) "ما يكشف عن ندرة الأدبيات التي تتناول أثر الصراعات على نتائج الصحة الجنسية والإنجابية على الفتيات".^{٢٢} بل إن النذر اليسير من الأبحاث الأكاديمية هي التي تستخدم الأساليب الكمية للتحقيق في الزواج المبكر في أوضاع النزاع أو في مرحلة ما بعد النزاع.^{٢٣} ولا حظى المنطقة العربية سوى بالقليل جداً من تلك الأبحاث.^{٢٤} وفي استعراض قامت به الأمم المتحدة للأدبيات المتعلقة بالزواج المبكر في الأوضاع الإنسانية، برزت الحاجة إلى عمل "تحليل نوعي متعمق، وشامل، يستند على ما يدلي به المصادر، مع مراعاة التداعيات السياسية طويلة الأجل، بحيث يغطي البلدان العربية من منظور إقليمي".^{٢٥}

في الواقع، إن الدراسات النوعية التي تبحث عن آراء المراهقات حول قضية الزواج المبكر في أوضاع النزاع وما بعد النزاع يمكن أن تنتج رؤى فريدة من نوعها.^{٢٤,٢٣,٢١,٢٠} ففي مخيمات اللاجئين ومستوطنات المشردين داخليا في أوغندا، على سبيل المثال، ناقشت المراهقات التحولات في

الاستقلال بذواتهن يستمر طوال حياتهن.^{٢٦} لكن بعض الأدبيات تشير إلى الحاجة إلى المزيد من الفهم الدقيق لدوافع الزواج المبكر وعواقبه.^{٩١} وتتحدى الارتباط بين زواج المراهقات وغياب القدرة على اتخاذ القرار.^{٢٧} وتشير بعض الأدبيات الأخرى بأن تلك النتائج تختلف بالنسبة للمتزوجات في سن ١٢ عن المتزوجات في سن ١٨٦.

الزواج المبكر أكثر شيوعاً في جنوب آسيا بنسبة (٥٦٪) وغرب ووسط أفريقيا بنسبة (٤٦٪) وشرق وجنوب أفريقيا بنسبة (٣٨٪).^{١١} وفي المنطقة العربية، تتزوج ما بين ١٤٪ إلى ٢٤٪ من الفتيات تحت سن ١٨، على الرغم من أن المعدلات تختلف بشكل كبير من دولة لأخرى وأيضاً تختلف داخل الدولة الواحدة.^{١٣,١١} ونظراً لعدم وجود بيانات حديثة للتعديد السكاني الوطني في لبنان، فإن البيانات الإحصائية محدودة؛ ومع ذلك، فبحسب معظم التقديرات فإن معدل الزواج المبكر منخفض في لبنان، حيث أن ١,١٪ من اللبنانيات اللاتي تتراوح أعمارهن بين ٢٠-٢٤ تزوجن في سن ١٨ في عام ٢٠١٠.^١

وبلغ إجمالي معدل الخصوبة ١,٧ لجميع النساء المتزوجات في عام ٢٠١٤.^{١٥} ومع ذلك، في ٢٠١٠، لم تتزوج سوى ١٨,٩٪ من اللاجئات الفلسطينيات في لبنان قبل بلوغهن سن ١٨، وبلغ معدل الخصوبة الكلي ٣,٢ لجميع الفلسطينيات المتزوجات في عام ٢٠١٤.^{١٥} في لبنان، تحدد قوانين الأحوال الشخصية السن القانونية المختلفة للزواج في مختلف الطوائف الدينية، ويتمسك اللاجئون الفلسطينيون في لبنان في الأساس بما تقره المحكمة السنية اللبنانية، حيث السن القانوني للزواج هو ١٢ سنة للبنين و٩ سنوات للبنات.^١ وفي الأدبيات الأكاديمية والتنمية ترتبط حالات الطوارئ المعقدة بارتفاع في الزواج المبكر، وغالباً ما تكون محاولة

العلاقات الأسرية والعلاقات الناجمة عن النزاع والنزوح. وقد عرّفوا الزواج المبكر على أنه استراتيجية للتكيف في مواجهة الشعور بالوحدة، التي تفاقمت بسبب فقدان الحوار التقليدي مع الكبار والأجداد.^{١١}

هناك أيضا مجموعة كبيرة من الأدبيات غير الرسمية، (نشرتها منظمات الأمم المتحدة والمنظمات غير الحكومية، فضلا عن وسائل الإعلام)، والتي تستخدم أساليب البحوث الاثنوجرافية عند التحقيق في قضية الزواج المبكر في حالات النزاع أو ما بعد النزاع. لكن ليس كل هذه الأدبيات على جانب كبير من الدقة والموثوقية. فهناك عناوين مثل "كيف يُسمح للفتيات الصغيرات بالزواج؟" أو "البؤس الذي لا يوصف الذي تعيشه العروس الطفلة"^{١٢} تلك العناوين تهول من تلك الأوضاع، وتثير الرأي العام ضد ظاهرة الزواج المبكر (كما أشير في الانتقادات التي قوبلت بها تغطية الأزمنة السورية).^{١٣} وبعض التقارير تعطي الأولوية لقصة الضحية، لتظهر كل حالات الزواج المبكر للبنات على أنها قسرية وغير سعيدة، على الرغم من أن النتائج الخاصة التي توصلوا إليها قد تختلف عن ذلك. ٣ غير أن هناك تقارير أخرى، توفر عن عمد هذه الرؤى المختلفة، وتعمل على تصحيح المفاهيم الشائعة بشكل عام.^{١٤}

وأخيرا، فإن معظم الأدبيات الأكاديمية وغير الرسمية تقدم تدخلات قياسية ومحددة لمنع ظاهرة الزواج المبكر: التعليم المستمر للفتيات المعرضات للخطر، والحد من الفقر لأسرهم و / أو رفع وعي الآباء بالمخاطر الصحية للزواج المبكر مع مراعاة التدابير الأمنية الإضافية لحالات النزاع.^{١٥،١٦} لكن الأدلة التجريبية على فعالية هذه التدخلات محدودة، والحاجة ماسة إلى إجراء مزيد من البحوث.^{١٧} وعند إجراء استعراضا منهجيا لقاعدة الأدلة لإعداد البرامج من أجل تقليل

العنف ضد المراهقات في الأوضاع الإنسانية (ما في ذلك الزواج المبكر)، تم تحديد ثلاثة تقييمات فقط (من أصل ٥٨٣٠) وهي قوية بما يكفي للمراجعة، وهي تحدد أن "هناك حاجة ملحة لوجود الأدلة لتوجيه القرارات لإعداد البرامج".^{١٨} وعلاوة على ذلك، فإن بعض جوانب من هذه التدخلات القياسية تتعرض أيضا للانتقاد.^{١٩}

استطلع هذا البحث آراء وتجارب الزواج المبكر بين المراهقات المتزوجات، أو المخطوبات اللاتي يعشن في مخيم نهر البارد للاجئين الفلسطينيين في شمال لبنان. ولقد أجريت هذا البحث خلال فترة ما بعد النزاع، بعد سنة واحدة من التدمير العنيف الذي شهده المخيم في عام ٢٠٠٧.

الصراع في مخيم نهر البارد للاجئين الفلسطينيين، والحياة بعد انتهاء فترة النزاع

أقيم مخيم نهر البارد للاجئين في عام ١٩٤٩ للفلسطينيين النازحين قسرا من أجزاء من دولة فلسطين الواقعة تحت الانتداب قبل عام ١٩٤٨، والتي أصبحت فيما بعد دولة إسرائيل. بدأت وكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين (الأونروا) تقديم خدماتها هناك منذ عام ١٩٥٠.^{٢٠} وفي عام ٢٠٠٩، كان هناك تقريبا ٤٢٠,٠٠٠ لاجئ فلسطيني في لبنان.^{٢١}

معظم هؤلاء اللاجئين لم يسمح لهم بأن يصبحوا مواطنين لبنانيين، ولا أن يمنحوا حقوقا مدنية^{٢٢} وعلى هذا النحو فهم يعملون بشكل أساسي لحسابهم الخاص، أو يعملون في القطاع الاقتصادي غير الرسمي. يعيش معظم اللاجئين الفلسطينيين حياة متدنية، ويتعرضون لظروف صحية أسوأ من جيرانهم اللبنانيين.^{٢٣}

في عام ٢٠٠٧، كان يعيش حوالي ٣٠٠٠٠ شخص في مخيم نهر البارد والمناطق المتاخمة له.^{٢٤} كان المخيم واحدا من أكبر الأسواق في

الخيم واقتصاده يتعافى من آثار النزاع. وبسبب النقص المزمن في التمويل لم تتمكن الأونروا من استكمال إعادة بناء الخيم.^{٣٨} ولا يزال نصف هؤلاء العائلات يعيشون في مساكن مؤقتة.^{٣٨} بما في ذلك حاويات جاهزة، مبانٍ من الطوب، أكواخ شبيهة مغطاة أو مرائب أو شقق مشتركة. ومع انهيار اقتصاد الخيم، ظل سكانه يعتمدون على مساعدات الإغاثة والدعم التي تتناقص تدريجياً.^{٣٨}

وفي النهاية، انخفضت فرص الحصول على الرعاية الصحية انخفاضاً كبيراً. حيث أن المستشفيات الثلاثة في الخيم، وكذا أربعة عيادات وستة مرافق صحية قد تدمرت تدميراً كاملاً أو جزئياً أثناء النزاع.^{٣٩} وخلال بحثي، كانت المرافق الصحية الوحيدة المتاحة في الخيم عبارة عن عيادات مؤقتة توفر الحد الأدنى من الخدمات على مدار ٢٤ ساعة.^{٣٩} ولمدة عام ونصف بعد النزاع، لم يكن هناك خدمات للرعاية المتنقلة بشكل منتظم. حيث كانت خدمات الرعاية في حالات الطوارئ تتطلب الخروج من الخيم عبر نقطة تفتيش عسكرية. ثم اقتراض سيارة تابعة لمنظمة غير حكومية محلية أو إيقاف سيارة أجرة مشتركة غير رسمية لمسافة تستغرق ٢٠ دقيقة بالسيارة للوصول إلى أقرب مستشفى.^{٣٩}

المنهجية

في الفترة من تموز/ يوليو ٢٠٠٨ إلى أيار/ مايو ٢٠٠٩، توليت العمل الميداني النوعي في مخيم نهر البارد للاجئين الفلسطينيين.^{٣٩} وكان البحث أولياً وموجهاً نحو العمل.^{٤٠} مستخدماً عينات هادفة ودؤوبة.^{٤١} قمت بتحديد المستجيبات المحتملات من خلال المنظمات غير الحكومية المحلية والأصدقاء والعارف في الخيم. وحصلت على الموافقة الأخلاقية من مجلس المراجعة المؤسسية في الجامعة الأمريكية بيروت. ومن ثم

شمال لبنان وزودت معظم أنحاء لبنان بالسلع الأساسية بأسعار معقولة.^{٤٥} غالبية السكان كانت تعمل داخل الخيم، وكان اقتصاد الخيم يعتمد على العملاء القادمين من الخارج.^{٤٥}

في مايو ٢٠٠٧، سرعان ما نشب صراع عنيف بين الجيش اللبناني وجماعة إسلامية غير فلسطينية مقيمة في الخيم، وتم تشريد جميع سكان مخيم نهر البارد قسراً.^{٤٥} استمرت أعمال العنف لمدة خمسة أشهر، وتم تدمير معظم المباني والبنية التحتية في الخيم، حيث قدرت الخسائر بحوالي ٣٠٠ مليون دولار أمريكي.^{٤٦} وقتل حوالي ١٨٠ جندي من الجيش اللبناني، مما أدى إلى توليد مشاعر معادية تجاه الفلسطينيين.^{٤٦}

خلال النزاع، لجأ غالبية المشردين إلى مخيم آخر للاجئين الفلسطينيين أو فروا إلى المدن والبلدات المجاورة.^{٤٦} وسمح الجيش اللبناني للعائلات بالعودة إلى المناطق المتاخمة للمخيم في نوفمبر ٢٠٠٧، حيث واجهوا صعوبات بالغة، بما في ذلك نقص إمدادات المياه والكهرباء.^{٤٦} وعاد الفلسطينيون ليجدوا منازلهم قد أحرقت، وممتلكاتهم قد نهبت، والجدران قد اكتسبت برسوم معادية للفلسطينيين.^{٤٧} وتفاقمت الأزمة عندما قام الجيش اللبناني بفرض طوق حول الخيم. كان دخول الخيم يتطلب تصاريح الدخول الصادرة عن مكتب الجيش للمعلومات العسكرية لمدة عامين بعد الصراع، وظلت نقاط التفتيش قابضة في جميع مداخل الخيمات، مما أدى إلى توقف النشاط التجاري بفعالية بين الخيم والمناطق المحيطة.

على الرغم من الاستجابة الفاعلة من قبل المجتمع الإنساني الدولي والمنظمات غير الحكومية المحلية الفلسطينية واللبنانية، ومؤتمرات المانحين ومناشآت من الأونروا والحكومة اللبنانية، لا يزال

العربية تضم أماكن العيادات في نهر البارد التي تقدم خدمات الرعاية الخاصة بالنساء والتوليد OB / GYN. مع أسماء الأطباء وساعات الزيارة. قمت أيضا بتوزيع منشورات إعلامية باللغة العربية لتوعية المتزوجات بالحمل الصحي والولادة الآمنة.

قمت بنفسي وبمعاونة اثنين من المساعدين بأجر، بتفريغ وترجمة جميع المقابلات والمجموعات البؤرية إلى اللغة الإنجليزية، بجانب المذكرات المدونة لملاحظات المشارك. استخدمت التحليل الموضوعي للمحتوى⁴¹ وتشمل نهج النظريات المعروفة⁴² و تحليل الخطاب الأساسي⁴³ وذلك لتحديد المواضيع والمفاهيم والتفاهات. قمت بالتحقق من صحة النتائج من خلال مناقشات أجريتها مع ثلاثة من العاملين في منظمات غير حكومية. التقيت أيضاً بفتاتين من المستجيبات المخطوبات، كل على حدة، للتحقق من صحة تفريغ وترجمة مقابلاتهن.

نتائج البحث

قرار الزواج

على الرغم من أن الكثير من الأدبيات تصف الزواج المبكر كقرار تتخذه الأسرة، دون أخذ مشورة العروس المعنية، وغالبا رغما عنها^{44,45} إلا أن أيا من المراهقات اللاتي تحدثت معهن أيدت هذا الرأي، فقد أصرت جميع المستجيبات، بما في ذلك بعض من تعرضن لضغوط من الأسرة من أجل الزواج، على العبارة التالية:

"لم يجبرني أحد على الخطبة"

ثم أكدن أن القرار النهائي بالخطبة أو الزواج، وفقا للمستجيبات، كان قرارهن - وإن كان بمراعاة ما يرغبه الأهل.

إن وجود الدافع الواضح للموافقة على الزواج المبكر - وهي محبة الخاطب المتقدم للزواج - تشير

قمت بوضع وتنظيم دليل إرشادي لإجراء المقابلات المتعمقة والمجموعات البؤرية. وقد تم تنفيذ معظم العمل الميداني تقريبا باللغة العربية؛ تمت مراجعة الدليل الإرشادي مع الأصدقاء في الخيم من أجل التأكد من دقة اللغة. طلبت موافقة مستنيرة شفويا قبل إجراء المقابلات أو المجموعات البؤرية، وقدمت ملخصا للبحث لجميع المستجيبات.

تم إجراء اثنين وعشرين مقابلة متعمقة مع المراهقات: ١١ منهن متزوجات، و فتاة واحدة مطلقة و ١٠ مخطوبات رسميا. †

أجريت أيضا مقابلات مع ٥ من أمهات الفتيات، و ١٢ من العاملين في منظمات غير حكومية، جنبا إلى جنب مع ٣ مجموعات بؤرية، وبلغ إجمالي الفتيات ١٥. وكان من بين معايير الاختيار أن تكون الفتاة تحت سن الـ ١٨، وأن يكون الزوج أو الخطبة قد تم أثناء أو بعد النزاع. لم يشمل البحث سوى الفتاة الفلسطينية اللاجئة والمقيمة في نهر البارد، التي ارتبطت أو تزوجت من لاجئ فلسطيني ومقيم في نهر البارد، فضلا عن ذلك، شملت عمليات المشاركة والملاحظة: ١٦ محادثة غير رسمية مع الأمهات، و ١٦ محادثات غير رسمية مع مجموعات من فتيات تتراوح أعمارهن بين ١٦-٢٠ سنة؛ وحفلاتي زفاف و "ليلة الفتيات"، التي تُعقد في الليلة السابقة على الزفاف.

طلبت تسعة من المستجيبات أن يحضر المقابلات عامل من منظمة غير حكومية. وتمت معظم المقابلات في أماكن خاصة داخل منازل المستجيبات. طلب عشرة من المستجيبات أن أدون الملاحظات باليد وتم تسجيل باقي المقابلات. وقامت إحدى المنظمات غير الحكومية المحلية بتنظيم المجموعات البؤرية في الخيم، وعُقدت في أماكن عملهم؛ وتم تسجيل اثنين منها، بعد انتهاء المقابلات، قمت بتوزيع قائمة اتصال باللغة

غير الحكومية] والأنشطة الكشفية. وأن أذهب أيام الأحاد لزيارة أبناء عموتي [خارج المخيم] وبأنه لا يمكن أن يعارض ذلك."

العامل الرئيسي الذي ذكرته جميع المستجيبات هو تأثير النزاع ونوعية حياتهن بعد النزاع. حيث تقول الفتيات:

"إذا لم يقع هذا النزاع. لما كنت متزوجة / مخطوبة الآن."

إن فهم هؤلاء الفتيات لحياتهن وقراراتهن دائماً ما كان مصطبغاً باعتبارات لحالاتهن بعد النزاع: فالحياة أصبحت غير آمنة وأكثر قمعاً (لا سيما بسبب الوجود العسكري). وأكثر فقراً. وأصبح المستقبل أكثر قتامة.

توضح إحدى المراهقات أنها اختارت الارتباط لأنها تشعر بضرورة تخفيف العبء عن والديها. قالت لي أميرة، ١٧ عاماً. وهي مطلقة ولديها طفل:

"لقد وافقت لسبب واحد فقط. وافقت بسبب الوضع هنا. لأنني أردت تخفيف العبء عن والدي. وذلك لأن وضعهما الاقتصادي ليس جيداً."

كما أوضحت المستجيبات بشكل عام الرغبة في مغادرة مساكن عائلاتهن. تمارا، وهي فتاة تزوجت وحملت من سن ١٦ عاماً. وصفت الظروف المعيشية لعائلتها بعد النزاع قائلة:

"عشرة أشخاص في غرفة واحدة - تخيلي ذلك! عشرة. هذا أكثر من اللازم. والشجار الذي لا ينتهي. لقد كنت أختنق."

اعترفت بعض الأمهات بهذه الدوافع. تزوجت ابنة يارا الكبرى في سن ١٥. لسبب واحد. ألا وهو مغادرة المنزل. فقد تزايد الشك في رأس زوج يارا

إلى أن علاقة الحب تكون قد بدأت من قبل. وهو ما لا تعترف أي من المستجيبات به. ففي منطقة نهر البارد المحافظة. غالباً ما يُنظر إلى علاقات المراهقات غير المصرح بها كدليل على مخالفة الأعراف. وهكذا. وصفت المستجيبات مجموعة متنوعة من العوامل المؤثرة على قرارهن بقبول عرض الزواج. قالت لي المستجيبات مرارا. "قبلت [عرض الزواج] لأن أهلي وافقوا على ذلك"

قالت دلال، ١٧ سنة:

" في البداية. لم أرغب في الارتباط: كنت أظن أنني ما زلت صغيرة جداً. لكن والديّ قالوا لي إنه شخص طيب. وأنه سيعتني بي. ففكرت في الأمر وقررت أنهم على حق."

وكإشارة إلى دورهم في صنع القرار. أخبرتني بعض المستجيبات كيف أنهن رفضن العديد من عروض الزواج من "خُطّاب غير مناسبين". أو من رجال لم يروقوا لهن.

أخبرتني مايا. وهي مخطوبة من سن ١٥ عاماً. عن أول عروض الزواج التي تلقتها:

"لم أكن أعرفه. كان صغيراً جداً ولم يستقر بعد. قلت لأمه: ما زلتِ تعتنين بابنك. كيف تتوقعين منه أن يتكفل بي؟"

كما قامت العديد من الفتيات المراهقات بوضع شروط مع خطابهن قبل الموافقة على الارتباط. سامية البالغة من العمر ١٦ سنة. نصحتها أختها الكبرى بكتابة قائمة شروط. وعلى خطيها الموافقة عليها. وكانت قائمتها مستفيضة. وكانت فخورة بذلك:

"طلبت من خطيبي حرية الحركة. مثلما منحتني الأسرة... قلت له أنني سأظل أقوم بأنشطتي الفنية. وأذهب إلى مراكز المنظمات

بشأن سلوك ابنته بعد النزاع، تقول يارا:

"بعد النزاع، أخبرتني ابنتي بأنها قد تفعل أي شيء، أي شيء للخروج من المنزل. فقلت لها، "لا تتزوجي هذا الرجل. انتظري لتجدي شخصاً أفضل"; لكنها قالت إنها تريد أن تخفف عنا العبء الذي تحمله على الأسرة. قالت إنها لا تريد لي أن أتعرض للضرب في كل مرة تخرج فيها."

وهناك دافع رئيسي آخر للزواج المبكر وهو الشعور بالوحدة، فبعد النزاع، فقدت جميع المستجيبات الاتصال بأقرب الأصدقاء والأقربان. حيث أصبحت الفتاة تعيش في حي جديد عليها، وغالبا انقطعت عن الدراسة، وقد عبّرت الفتيات بشدة عن حزن هذه الخسارة خلال مناقشاتنا، حيث كانت تغلبهن الدموع في كثير من الأحيان لدى ذكر صديقاتهن المقربات اللاتي فقدن التواصل معهن، لكنهن كن أكثر هدوءاً وأقل انفعالا عند الحديث عن قصة الخطبة أو حفلات الزفاف. قالت لي عبيير، البالغة من العمر ١٦ عامًا وهي متزوجة:

"نادراً ما أخرج، فلم يعد لدي أي أصدقاء"

ثم أخرجت لي عبيير أحد ممتلكاتها الثمينة، قلادة أعطتها لها صديقتها المقربة عندما كانتا في سن ١٢ عاماً، حيث لم تعد إلى الخيم بعد النزاع. وفي معرض حديثنا عن خطبتها فيما بعد، سألتها "لن حكيتِ عن قصة خطوبتك وتفاصيلها؟" فحدقت في وجهي قائلة: "أحكي لمن؟ أنا لا أتحدث مع أحد هذه الأيام."

بشرى، حُطبت في الـ ١٦ من عمرها، وأكدت الصلة القوية بين خطبتها وبين الوضع بعد النزاع:

"كنت دائماً أتساءل عن سبب خطبة الفتاة

الصغيرة ثم تزويجها مبكراً، وقلت لنفسى إنني أريد أن أرتبط عندما أكون أكبر سناً. ولكن بعد النزاع، وما استتبعه من تغيير، وجدت أنه من الأفضل أن أرتبط... قبل ذلك، لم أكن أعاني هذه الضغوط أبداً، كنت سعيدة، ما شعرت بالوحدة أبداً؛ ولكن بعد أن عدنا إلى هنا، بعد النزاع، شعرت بفراغ كبير في حياتي."

وقد تفاقم ذلك الشعور القاتل بالوحدة لدى للفتيات اللواتي تركن الدراسة. فثلاث فقط من بين الـ ٢٢ فتاة من أجريت معهن المقابلات لا تزلن في المدرسة؛ فقد ترك معظم الفتيات المدرسة بعد النزاع، ولكن قبل خطبتهن. تركت العديد من الفتيات المدرسة بعد فشلهن في اجتياز السنة الأكاديمية، أو اجتياز الامتحان المطلوب للدخول للصف العاشر. فكل منهن تقول أنه بعد النزاع، لم يعد من الممكن التركيز، ولم تعد تحب المدرسة لأنها فارقت صديقاتها، وأوضحت دلال، ١٦ سنة، مخطوبة، قائلة:

"كنت أرغب في مواصلة دراستي، ولكن بعد ذلك، عندما أخفقت في المدرسة إفي سن ١٥، قلت إن الفتاة يجب أن ترتبط، وتنعم بحياة جديدة."

جربة الزواج المبكر

كثيراً ما يوصف الزواج المبكر بأنه يديم حياة المشقة والفقر والتعاسة؛ ٧،٤،٣ وهو ما أكدته بعض المستجيبات في هذه الدراسة. ومع ذلك، فقد زعمت غالبية المستجيبات أنهن سعيداء في أوضاعهن الجديدة، حيث أن الصعوبات التي تواجههن لم تكن نتيجة الزواج المبكر، لكن بسبب النزاع والحرمات الناتج عن هذا النزاع. فالحياة كانت صعبة لأنهم كانوا يعيشون في فقر مدقع، ولأن المجتمع أصبح الآن يتعرض للقمع الشديدي، فتضائل الأمل في التغيير.

مرتفعة في هذا الوضع بعد النزاع. وذلك بسبب غياب المستشفيات. وضعف خدمات الطوارئ على مدار ٢٤ ساعة وخدمات الإسعاف. والظروف القاسية بشكل عام (وتشمل قلة إمدادات المياه وتدني النظافة الصحية).

أوضحت بعض المستجيبات من المتزوجات أن كلا منهن تتعرض لضغط كبير من الأسرة لتحمل. تروي أميرة. وهي فتاة تزوجت من سن ١٦ عاما. وحملت ثم طُلقَت في سن ١٧. قائلة بمرارة:

” أرادت [عائلته] أن أحمل من الشهر الأول. وكنت أرفض. أرادو أن يعرضوني على الطبيب بعد الشهر الثاني! لكنني لم أرغب في إجاب الأطفال. ظلمت أمتي. أمتي الأحملة.”

ومع ذلك. فقد أبدت العديد من المستجيبات رغبتهن الخاصة في إجاب الأطفال. فكثيرا ما قيل لي: ”لا يوجد شيء أفضل من منزل به أطفال.”

بينما بدت العديد من المستجيبات مصدومات عندما سألت إذا كن مستعدات للأمومة. على سبيل المثال. أصرت تمارا. وهي فتاة تزوجت وحملت في سن الـ ١٦ وتعيش في مرآب كئيب. قائلة:

” بالطبع. كنت سعيدة بالحمل! أحب الأطفال. بالطبع كنت أرغب في الأطفال - أي عدد من الأطفال يكتبه الله لي!”

السبب الآخر وراء سرعة حمل الفتاة قد ينبع من نقص المعرفة. فثلثا المستجيبات من المراهقات لم يكن لديهن أي علم بالمخاطر الصحية الشديدة التي قد يتعرضن لها هن وأطفالهن عند الإجاب المبكر. فقد تعرضت الفتاة لمعلومات

على الرغم من كل تلك الصعوبات. كنت أسمع في كثير من الأحيان بعض التعبيرات عن الرضا عن حياتهن الجديدة. فعلى سبيل المثال أصبح للفتاة مكان خاص بها (مهما كانت صغيرا). ومتعته في الحفاظ على هذا المكان مرتباً. وأصبحت تملك وقتها وتخطط فيم تقضيه. أوضح بعضهن أنهن استطعن تكوين صداقات جديدة بعد الزواج. وغالبا كانت مع أخوات الزوج أو غيرهن من الفتيات من عائلة زوجها. أو مع جيرانها الجدد.

أوضحت رولا قبل أن تتزوج وهي في سن الـ ١٦ قائلة:

”كنت أشعر بالملل. فقد كنت لا أغادر المنزل طوال اليوم. أما الآن فقد أصبح لي بيتي. وأقوم بطهي طعامنا ثم الذهاب للتسوق.”

كانت أكثر مصادر البهجة شيوعا بالنسبة للفتاة تتعلق بزوجهن. وحملها. وأطفالها. حيث أصرت ليلي. وهي متزوجة من سن ١٦ عاما. قائلة:

”حقا. لا يوجد شخص أفضل منه في الخيم بأكمله! فهو يعتني بي. يأخذني ويشترى لي كل ما أحتاج ... والآن بعد أن أصبحت حاملاً. يطمئن علي أثناء فترة عمله. ويتأكد من أنني في أيد أمينة ولدي من يرعاني.”

كما يرتبط الزواج المبكر أيضا بالولادة المبكرة والمتكررة.^{٧٤} فمن ضمن المراهقات المتزوجات والبالغ عددهن ١٢ فتاة من أجريت معهن المقابلات. هناك ٣ قد أُجِبن بالفعل و٨ حوامل. وكان متوسط المدة بين العرس والحمل ثمانية أشهر ونصف. وقد أجهضت ما لا يقل عن ثلاثة مستجيبات. ووفقا لموظفي المنظمات غير الحكومية. فإن المخاطر الصحية للولادة المبكرة في نهر البارد كانت

فسألتها أي نوع من وسائل منع الحمل استخدمت. فاحمرت ليلى من الخجل قائلة:

"الاتفاق بينك وبين زوجك ... أتعلمين. لقد قمنا باتفاق - وليس حبوب منع الحمل أو اللولب - نحن لم نفعل أي شيء ولم أحمل."

يَعزى هذا النقص المتزايد في المعرفة الأساسية بالصحة الإيجابية إلى قلة الرعاية الصحية قبل وبعد الولادة. وعدم انتظامها. وقد تم توفير الرعاية الأساسية عند الولادة مجاناً في العيادات المؤقتة للأونروا والمنظمات غير الحكومية؛ إلا أن من بين ثمانية مستجيبات من الحوامل. لم تتمكن ثلاثة من الحصول على الرعاية الصحية المنتظمة قبل الولادة. بالإضافة إلى الفهم الخاطئ حول تكاليف الزيارة. كان هناك افتراض أن أي زيارة للطبيب قبل الولادة تتطلب عمل موجات فوق صوتية، وتكلفتها ١٠ \$ أمريكي.

توضح تمارا وتبلغ من العمر ١٦ عاماً. وهي حامل في شهرها الثالث قائلة:

"لم أذهب إلى الطبيب. لأنه لا مال لدينا - فزوجي يدفع الإيجار من ماله... أنا لا أستطيع تحمل تكلفة الموجات فوق الصوتية."

النقاش

على الرغم من أن كثير من تقارير التنمية وحقوق الإنسان تشير إلى أن المراهقات يُجبرن على الزواج المبكر.^{٧٢} إلا أن بعض الأدبيات الأكاديمية تضع قرارات الحياة داخل سياقها. مشيرة إلى أن: "اختيار الزوج" ليس مسألة تكون إجابتها بنعم / لا^{٧٣}. وعند مناقشة قضية تمكين المرأة، أكدت نائلة كبير على أن الحق في اتخاذ القرار لا يقتصر على صنع القرار: "الأمر يمكن أن يأخذ شكل المساومة والتفاوض. الخداع والتلاعب. التخريب والمقاومة. بالإضافة إلى عمليات التفكير والتحليل المعرفي غير الملموس."^{٧٤} ولا تزال بعض

خاطئة أو لم تكن على علم بوسائل منع الحمل. الفتاة ضياء، حُطبت في سن الـ ١٧ وما زالت في المدرسة. لم ترد أن تتسرع في الحمل: ومع ذلك، قالت:

"يقولون إن حبوب منع الحمل. واللولب. يمكن أن تؤخر الحمل كثيراً. وربما تسبب ضرراً ... وهكذا. يجب ألا تتناول حبوب منع الحمل في بداية الزواج. قد يكون ذلك أنسب بعد ولادة الطفل الأول. عندئذٍ يمكن أن تتناولها. لكن قبل أن يكون لديك طفل - فهذا يضر ولا يفيد."

سارة. وهي فتاة جريئة مخطوبة في سن الـ ١٦ عاماً. كانت من القلائل اللواتي أردن تعلم المزيد عن الجنس. وعن صحتها الإيجابية بشكل علني:

"نحن الفتيات المخطوبات. لا نعرف ما يحدث بعد حفل الزفاف. نحن نسمع القصص. ويصيبنا الرعب. لكننا لا نعرف أي شيء." الأشكال الوحيدة من وسائل منع الحمل التي استخدمتها المستجيبات من المراهقات - عادة تكون بعد الإجهاض أو الولادة الصعبة - هي الامتناع عن ممارسة الجنس أو الانسحاب. على الرغم من أن بعض الفتيات تعرفن حبوب منع الحمل واللولب. لكن لم تستخدمها. كما لم يرد ذكر الواقي الذكري أبداً.

كانت ليلى. البالغة من العمر ١٧ عاماً. تعرضت لحالتي إجهاض. وفي شهرها الخامس من الحمل الثالث قالت:

"بعد أن تعرضت لأول حالة إجهاض. قمت بعمل اتفاق - قال لي الطبيب لا تحملي على الفور. انتظري خمسة أشهر حتى تصبحي أفضل - لذلك نفذت الاتفاق على مدى خمسة أشهر كاملة."

المراهقة يحيل حياة الفتاة إلى وضع أسوأ كثيراً من حالها قبله.^{٤٣} ولكن تلك الأدبيات لا تطرح أي بدائل واقعية أمام الفتيات.^{٤٤} لقد كشفت كل فتاة تزوجت مبكراً، أو في طريقها للزواج مبكراً، في هذه الدراسة أن حقها في الطفولة قد انتهك نتيجة للنزاع في المقام الأول، ثم بسبب الحياة القاسية التي واجهتها بعد النزاع، وأخيراً من خلال العوامل الهيكلية الكامنة في نشأتها داخل مخيم كلاجئة فلسطينية لا تتمتع بأي حقوق مدنية، وفي ضوء هذه النتائج، يشكك هذا البحث في علاقة السببية الوحيدة، والتي هي في كثير من الأحيان مفترضة مسبقاً، بين الزواج المبكر والتنوعية المنذية للحياة. فلقد أوضحت المستجيبات في هذه الدراسة أنهن يعشن نفس نوعية الحياة التي يعيشها باقي القاطنين في الخيم؛ فقد كن غارقات في الصراع من أجل البقاء، ومع الفقر المتوطن الذي ازداد سوءاً بسبب النزاع والقمع الذي يتعرضن له بعد النزاع، لا بسبب زواجهن أو خطبتهن. فالفتاة المستجيبة لا ترى أنها ضحت بمستقبلها عند زواجها مبكراً، ولكنها ترى أنها بدأت مستقبلها في وقت مبكر قليلاً. فقد نشأت الفتاة وترعرعت وتشكلت توقعاتها في إطار ما تراه في الخيم من حولها: أن تصبح زوجة وأماً، وليس من امرأة أمامها تنحو منحىً مختلفاً، اللهم إلا ما ندر، فلماذا لا ترغب في أن تصبح زوجة وأماً؟^{٤٥} وبعد تدمير منزل أسرتها وسبل عيشهم - مثلما جرى لكل من تعرفهم - وضياح أي أمل في التعافي يلوح في الأفق، لماذا ترى أي فائدة من الانتظار وتأجيل الزواج؟

وقد أظهرت الأدبيات أن الفتيات اللاتي يتزوجن في وقت مبكر أكثر عرضة لبعض المخاطر الصحية بما في ذلك في الولادة المبكرة.^{٤٦} وهذا المراهقات العربيات يفتقرن إلى المعلومات حول مسائل الصحة الإيجابية.^{٤٧} وهذا ما تؤكد

الأدبيات الأخرى تركز على التأثير البنيوي للنظام الذكوري في المجتمعات العربية، حيث يؤيد الرجال الأكبر سناً آراء التمييز بين الجنسين، والتمييز على أساس السن، وبراغي التقييم أثر ذلك على الأسرة بأكملها، ويتأثر بأواصر المودة والاحترام، حيث أوضح استطلاع اثنوجرافي عن الزواج المبكر في إيران أن:

”الحقيقة هي أن الطريقة التي يدرك بها الرجال والنساء، ويديرون الأمر ويتفاوضون على مختلف القوى التي تمارس على حياتهم (والتي هي بالغة الأهمية بكل المقاييس لتحسين صحتهم وحقوقهم) هي جزء لا يتجزأ من النطاق الأوسع لبناء الهوية الاجتماعية والتفاوض بشأنها.“^{٤٨}

هذا البحث يدعم فهماً مختلفاً وأكثر دقة لعملية صنع القرار فيما يتعلق بالزواج المبكر.

فبعد إجراء مقابلات مع ٢٢ فتاة مراهقة، وجدنا أنه لم تشعر أي منهن بأنها أُجبرت على الخطبة أو الزواج، بل على العكس، اتخذت الفتاة هذا القرار بعد التشاور مع عائلتها، ما يعكس فهمها لواقعها في أوضاع ما بعد النزاع الصعبة بشكل خاص، وكان الموضوع المشترك بين الفتيات هو فقدان الصداقات والأقران بعد النزاع، وخاصة بالنسبة لمن انقطعت عن الدراسة. يؤكد هذا البحث على أهمية الأدبيات الحديثة المتعلقة بالمراهقات والنزاع^{٤٩}؛ حيث تسلط الضوء على أهمية الشعور بالوحدة كدافع رئيسي للزواج المبكر - على غرار النتائج النوعية في أوغندا.^{٥٠} إن فهم ظاهرة الزواج المبكر في حالات الطوارئ المعقدة ينبغي ألا يغفل تأثير فقدان الأقران،^{٥١} وما ينتج عن ذلك من استراتيجيات الصمود والتكيف مع واقع الحال.

تفترض الأدبيات أيضاً أن الزواج المبكر في سن

عن طريق الإهمال، أو الجهل، أو سوء التخطيط. يمكن أن تمثل عنفاً يمارس ضد أجساد النساء السوريات وصحتهن الجنسية والإجابية.^{٢١} بالإضافة إلى ذلك، فإن الصورة النمطية المحددة مسبقاً للفتاة كضحية تُعرّض نفس الفتاة التي تزعم الدفاع عنها للحرمان من حقها في اتخاذ القرار.

الخاتمة

تشدد الحاجة إلى مزيد من الاعتراف بمدى اختلاف السياقات التي تؤدي إلى تفاهات مختلفة وتجارب متباينة مع الزواج المبكر: فزواج الفتاة في سن الـ ١٢ يختلف عن زواجها في سن الـ ١٧؛ والعلاقة مع زوج يكبرها بـ ٢٠ عاماً تختلف عن علاقة لا يزيد فارق السن فيها عن خمس سنوات. فنشأة الفتاة في مخيم للاجئين تفرز توقعات مختلفة عن الفتاة التي تنشأ في جو من الاستقرار النسبي، والدوافع الناجمة عن الفقر تختلف عن تلك التي تنجم عن النزاع وانعدام الأمن في فترة ما بعد النزاع، والتي تختلف بدورها عن الدوافع التي تنجم عن الخوف على السلامة الشخصية. في نهر البارد، رأيت المستجيبات أن زواجهن المبكر هو استجابة لمجموعة من العوامل. معظمها نتيجة النزاع. لا ينبغي أن يُجبر أي طفلة على اتخاذ مثل هذا القرار؛ بل والأولى من ذلك ألا يتعرض الطفل لويلات النزاع وأوضاع ما بعد النزاع. إن التصميم على إظهار دور هؤلاء المراهقات كضحايا - وخاصة إذا كن لا يرين أنفسهن كذلك - ينفي دورهن كعناصر فاعلة في حياتهن الخاصة. ويعزز العوامل الهيكلية التي تؤدي إلى الزواج المبكر منذ البداية.

تركز أغلب السياسات والمشاريع المصممة للحد من الزواج المبكر على زيادة فرص إتاحة التعليم، والتوسع في خيارات سبل العيش وزيادة الوعي المجتمعي.^{٢٢} هناك بعض الأدبيات الأكاديمية التي تشكك في صحة العلاقة السببية بين

نتائج الدراسة من مخاوف. فالمعلومات المستقاة من المستجيبات حول الإجاب المبكر، والتعرض للإجهاض المتكرر، مع عدم وجود وسائل منع الحمل الحديثة، وعدم الاهتمام بالرعاية الصحية قبل الولادة وبعدها، توضح الافتقار العام للوعي والمعرفة، وانتشار معلومات مضللة بشأن أساسيات الصحة الإجابية. هذه المخاوف كانت ملحمة بشكل خاص في مخيم نهر البارد في مرحلة ما بعد النزاع، حيث يفتقر إلى الخدمات الطبية الكافية، ويعاني من قلة المياه والكهرباء.

وأخيراً، على الرغم من أن إظهار الفتاة المراهقة التي تتزوج مبكراً في صورة الضحية لا يزال نهجاً شائعاً في تقارير وسائل الإعلام والتنمية، وبالتأكيد يحظى بالاهتمام الدولي.^{٢٣} فقد أوضح هذا البحث وغيره من الأبحاث^{٢٤،٢٥} أن نظرية الضحية ليست بالضرورة مثبلاً دقيقاً لفهم الفتيات لتجاربهن في الزواج المبكر. فالزواج المبكر، "كما يُنظر إليه في النطاق الاجتماعي الأوسع والسياق الثقافي [...] يأخذ معنىً مختلفاً. والمجتمعات المحلية في كثير من الأحيان تظهر مفهوماً مختلفاً، فلا يعتبر بالضرورة انتهاكاً لحقوق الفتيات الشخصية."^{٢٦} وعلى هذا النحو، فالتدخلات القياسية لمنع أو معالجة الزواج المبكر، والتي تركز على أساس نظرية الضحية، قد لا يتردد صداها مع المراهقات المعرضات للخطر، وقد لا تكون فعالة، وربما حتى تؤدي لتعرضهن للأذى. فعلى سبيل المثال، انتقد عمال المنظمات غير الحكومية والأكاديميين الاستخدام الشائع لـ "التدخلات الشخصية" للحد من الزواج المبكر في مجتمعات اللاجئين السوريين في لبنان، فقد فشلت في إثبات أن الزواج المبكر جاء نتيجة للعنف النظامي، وأخفقت في معالجته في ضوء ذلك على مستوى المجتمع أيضاً: "من الضروري أن نعترف بأن السياسات، والتدخلات، والقيود التي تفرضها هذه الأنظمة الواسعة كفاءةً، سواء

بعد النزاع يعد أيضاً استجابة مجتمعية. ويجب معالجته من خلال إنعاش المجتمعات المحلية. اقتصادياً واجتماعياً. في أوضاع ما بعد النزاع في هذا الخيم للاجئين الفلسطينيين. ينبغي أن يكون أي تدخل للحد من الزواج المبكر جانباً من مشروع أكبر يستهدف تعافياً عادلاً. تعافياً يعترف بالصدمة. وبالظلم الذي مارس داخل مجتمع نهر البارد. وإن لم يقدم تعويضا عنهما.

شكر وتقدير

تستعرض هذه المقالة البحث الذي تم إعداده ليكون مكملاً لرسالة الماجستير في الجامعة الأميركية في بيروت. والمقدم في اجتماع مجموعة العمل المعنية بالصحة الإيجابية لعام ٢٠٠٩. أشكر جزيل الشكر مستشارتي جوسلين ديلاج. وأعضاء لجنة الأطروحة: سوسن عبد الرحيم. ربا عفيفي وروزماري صايغ، وإلى معهد عصام فارس للسياسات العامة والشؤون الداخلية في الجامعة الأميركية لدعمه. أشكر ريتا جياسامان لملاحظاتها السخية ورؤاها عن هذه المقالة. وأقدر بشكل خاص المشورة والتسهيلات المقدمة من ياسمين مور و فدوى خلال بحثي. وخدمة التفريغ الصوتي والترجمة التي تمت بمعرفة زينة غنطوس وفوزي عبد الله. سأظل مدينة لكرم مجتمع نهر البارد. ولا سيما المنظمات غير الحكومية مثل جمعية النجدة. والنبعة. ومبادرة الطفل والشباب الفلسطيني وجمعية الرفاه. ولعلا خشان وعائلتها.

زيادة فرص التعليم والحد من حالات الزواج المبكر.^{٤٦،٤٧،٤٨} أو التي تعترف بأن العلاقة المتبادلة بين الحد من الفقر وانخفاض معدل الزواج المبكر يجب وضعه في سياق التغيرات المجتمعية والاحتياجات التنافسية الأخرى.^{٤٩} أو التي تتحدى فعالية التدخلات بين الأشخاص دون تدابير لمواجهة العنف النظامي.^{٥٠} ولكن هذه الأسئلة لا ترد كثيراً في تقارير التنمية أو وسائل الإعلام الرئيسية. إن النتائج التي توصلت إليها تدعم الحاجة إلى وجود المزيد من الدقة والتجديد عند تصميم مثل هذه التدخلات. والضغط التي تتناول الزواج المبكر في أوضاع ما بعد النزاع تتطلب وجود بدائل إضافية. يجب أن تستهدف التدخلات الاستجابة إلى العوامل غير المباشرة التي تحفز المراهقات على الارتباط والزواج المبكر. مثل معالجة حالة العزلة وفقدان الصداقات والأقران. وذلك من خلال تصميم برامج لجمع المراهقات معا في أماكن معتمدة اجتماعياً (مثل مراكز المنظمات غير الحكومية)؛ مما يساعد على معالجة الصدمة وانعدام الأمن الذي تعاني منه هؤلاء الفتيات. عن طريق توفير فرص مقبولة اجتماعياً لهن للعمل الهادف و / أو المنتج (مثل إعداد دروس خصوصية للأطفال الأصغر سناً. أو إصلاح أو الاعتناء بالأماكن العامة. أو العمل مع كبار السن). مع توفير فرص الحصول على خيارات غير تقليدية قدر الإمكان (مثل التدريب المهني، والقيادة، ودورات المشاركة المدنية. وما إلى ذلك).

إن الزواج المبكر في أوضاع النزاع وكذا ما

1. United Nations Children's Fund. Early marriage: a harmful traditional practice, statistical exploration. New York (NY): UNICEF; 2005.
2. World Vision. Untying the knot: exploring early marriage in fragile states. London: World Vision; 2013.
3. Human Rights Watch. How come you allow little girls to get married? Child marriage in Yemen. New York (NY): HRW; 2011.
4. Save the Children. Too young to wed: the growing problem of child marriage among Syrian girls in Jordan. London: Save the Children; 2014.
5. Charles L, Denman K. Syrian and Palestinian Syrian refugees in Lebanon: the plight of women and children. *J Int Womens Stud.* 2013;14(5):96–111.
6. Economic and Social Commission for Western Asia. Child marriage in humanitarian settings in the Arab Region: dynamics, challenges and policy options. Beirut: ESCWA; 2015.
7. United Nations Population Fund. Marrying too young: end child marriage. New York (NY): UNFPA; 2012.
8. Haberland N, Chong E, Bracken H. Married adolescents: an overview. Washington (DC): Population Council; 2003.
9. Svanemyr J, Chandra-Mouli V, Raj A, et al. Research priorities on ending child marriage and supporting married girls. *Reprod Health.* 2015;12:80.
10. Crandall A, VanderEnde K, Cheong YF, et al. Women's age at first marriage and postmarital agency in Egypt. *Soc Sci Res.* 2016;57(3):148–160.
11. United Nations Children's Fund. Ending child marriage: progress and prospects. New York (NY): UNICEF; 2014.
12. Roudi-Fahimi F, Ibrahim S. Ending child marriage in the Arab region. Washington (DC): Population Reference Bureau; 2013.
13. Rashad H, Osman M, Roudi-Fahimi F. Marriage in the Arab world. Washington (DC): Population Reference Bureau; 2005.
14. Population Reference Bureau DataFinder. Washington (DC): Population Reference Bureau; 2014.
15. United Nations Relief and Works Agency for Palestine Refugees in the Near East. Department of health: annual report. Amman: UNRWA; 2014.
16. Amnesty International. Rape as a weapon of war in Darfur. New York (NY): Amnesty International; 2004.
17. Internal Displacement Monitoring Center. Iraq: children gravely affected by the situation (2003–2008). Geneva: Internal Displacement Monitoring Center; 2008.
18. Khawaja M. The recent rise in Palestinian fertility: permanent or transient? *Popul Stud.* 2000;54(3):331–346.
19. Jain S, Kurz K. New insights on preventing child marriage: a global analysis of factors and programs. Washington (DC): USAID; 2007.
20. Kottegoda S, Samuel K, Emmanuel S. Reproductive health concerns in six conflict-affected areas of Sri Lanka. *Reprod Health Matters.* 2008;16(31):75–82.
21. Schlecht J, Rowley E, Babirye J. Early relationships and marriage in conflict and post-conflict settings: vulnerability of youth in Uganda. *Reprod Health Matters.* 2013;21(41):234–242.
22. Neal S, Stone N, Ingham R. The impact of armed conflict on adolescent transitions: a systematic review of quantitative research on age of sexual debut, first marriage and first birth in young women under the age of 20 years. *BMC Public Health.* 2016;16:225.
23. Tremayne S. Modernity and early marriage in Iran: a view from within. *J Middle East Women's Stud.* 2006;2(1):65–94.
24. Schuler SR, Bates LM, Islam F, et al. The timing of marriage and childbearing among rural families in Bangladesh: choosing between competing risks. *Soc Sci Med.* 2006;62(11):2826–2837.
25. BBC. Syrian conflict: untold misery of child brides. 2014 Aug
20. Available from: <http://www.bbc.com/news/worldmiddle-east-28250471>
26. Alhayak K. "I must save my life and not risk my family's safety!" Untold stories of Syrian women surviving war. 2015 Jun 26. Available

- from: <http://www.jadaliyya.com/pages/index/21989/i-must-save-my-life-and-not-risk-myfamily%E2%80%99s-safet>
27. Women's Refugee Commission. A girl no more: the changing norms of child marriage in conflict. New York (NY): Women's Refugee Commission; 2016.
 28. International Centre for Research on Women. Solutions to end child marriage: what the evidence shows. Geneva: International Centre for Research on Women; 2011. Available from: <http://www.icrw.org/files/publications/Solutions-to-End-Child-Marriage.pdf>
 29. Noble E, Ward L, French S, et al. State of the evidence: A systematic review of approaches to reduce gender-based violence and support the empowerment of adolescent girls in humanitarian settings. *Trauma, Violence and Abuse*. 2017. DOI:10.1177/1524838017699601
 30. Yasmine R, Moughalian C. Systemic violence against Syrian refugee women and the myth of effective intrapersonal interventions. *Reprod Health Matters*. 2016;24(47):27–35.
 31. Kabeer N. Resources, agency, achievements: reflections on the measurement of women's empowerment. In: Sisask A, editor. *Discussing women's empowerment –theory and practice* (Sida Studies No.3). Stockholm: Swedish International Development Agency; 2001. p. 17–59.
 32. United Nations Relief and Works Agency for Palestine Refugees in the Near East. Nahr el Bared Palestinian refugee camp: UNRWA relief, recovery and reconstruction framework 2008–2011. Beirut: UNRWA; 2008.
 33. United Nations Relief and Works Agency for Palestine Refugees in the Near East. Needs assessment: Palestinian refugees in Lebanon. Beirut: UNRWA; 2008.
 34. Tiltnes AA. Falling behind: a brief on the living conditions of Palestinian refugees in Lebanon. Oslo: Fafo Report; 2005. (Fafo Report 464).
 35. Tiltnes AA. A socio-economic profile of the Nahr el Bared and Beddawi refugee camps of Lebanon: based on the 2006 labour force survey among Palestinian refugees in Lebanon. Oslo: Fafo Paper; 2007; (Fafo Paper 16).
 36. World Bank and Government of Lebanon. Nahr el Bared crisis appeal: post-conflict relief, recovery and reconstruction. Beirut: UNDP; 2007.
 37. Chassay C. Families salvage what bombs, looting and arson did not destroy. *The Guardian* [Internet]. 2007 Oct 31. Available from: <http://www.guardian.co.uk/international/story/0,,2202013,00.html>
 38. In Lebanon, UN chief and World Bank president show commitment to leaving 'no one behind.' United Nations News Centre [Internet]. 2016 Mar 25. Available from: http://www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=53547#.Vvk_3BJ95E4
 39. Meyerson-Knox S. Early marriage in post-conflict Nahr el Bared Palestinian refugee camp [unpublished master's thesis]. Beirut: American University of Beirut; 2009.
 40. Bryman A. *Social research methods*. 3rd ed. New York (NY): Oxford University Press; 2004.
 41. Ritchie J, Lewis J. *Qualitative Research Practice: A Guide for Social Science Students and Researchers*. 7th ed. London: SAGE Publications Ltd; 2007.
 42. Inhorn MC. Infertility and patriarchy; The cultural politics of gender and family life in Egypt. 1st ed. Philadelphia (PA): University of Pennsylvania Press; 1996.
 43. Giacaman R, Shannon HS, Saab H, et al. Individual and collective exposure to political violence: Palestinian adolescents coping with conflict. *Eur J Public Health*. 2007;17(4):361–368.
 44. Noack P. Adolescent peer relations in times of social change. In: Crockett L, Silberseisen R, editors. *Negotiating adolescence in times of social change*. 1st ed. New York (NY): Cambridge University Press; 2000. p. 136–154.
 45. DeJong J, El-Khoury G. Reproductive health of Arab young people. *BMJ*. 2006;333(7573):849–851.
 46. Mensch BS, Singh S, Casterline JB. Trends in the timing of first marriage among men and women in the developing world. New York (NY): Population Council; 2005. (Working paper no. 202).