قضايا الصحة الإنجابية

مختارات مترجمة من مجلة
Reproductive Health Matters
التي تصدر في بريطانيا ويتولى تحريرها:

ميـــرج بيـــرر ت ك سونداري رافندران

يتولى تحرير المطبوعة العربية:

د. آمال عبد الهادي د. نادية عبد الوهاب

تصدر عن مركز القاهرة لدراسات حقوق الإنسان

ساهم في ترجمة هذا العدد:
سمية رمضان شهرت العالم
مشيرة الجزيري

الإخراج الفني: أيمن حسين - مركز القاهرة

نشرت مقالات هذا العدد في الأعداد التالية
العـدد الثـالث مـــايو ١٩٩٤
العـدد الخامس مـــايو ١٩٩٥
العـدد الثامن نوفـمبر ١٩٩٦
العـدد التـاسع مـــايو ١٩٩٧
العدد الحادي عشر مايو ١٩٩٨

صورة الغلاف: نساء من مراكش تصوير بريل جولدبرج
صورة الغلاف و الصور الداخلية من إعداد R.H.M
الشعارات والرسوم مأخوذة من مطبوعات:
International Women's Tribune Centre

هذا العدد

■ تقديم
■ النساء والسياسات السكانية في إيران
هوما هودفار ٤

■ قصة مستزرعات نوربلانت في إندونيسيا
نينوك ويديانتوروا ١٧

■ استخدام وسائل جديدة لمنع الحمل منظور أخلاقي
جوان جويلرمو- فيجويروا بيري ٢٧

■ الحديث حول الحب و الجنس في المعسكرات الصحية للمراهقين في الهند
أندروكابور و سونال مهتا ٣٣

■ الحاجة إلى ماهو أكثر من المجموعات البؤرية للتوصل إلى معرفة المعلومات الحساسة
ديبوراه هيلتزر ، الين ميرسي ماكبيرا، وآن ماري وانجل ٣٩

■ إدراك وجهة نظر النساء عن الإجهاض في مصر
ديل هنتجتون، ليلى نوار، و داليا عبد الهادي ٤٨

■ **عرض كتاب**: التفاوض حول الحقوق الإنجابية
روزالند باتشسكي ٥٥

■ إطلالة ٥٩

تقديم :

يسعد مركز القاهرة لدراسات حقوق الإنسان أن يقوم بنشر موضوعات مختارة من مجلة Reproductive Health Matters والتي تصدر بمعدل عددين سنويا في بريطانيا منذ عام ١٩٩٣. وإذا كان المركز يسعى لاكتشاف العوامل الدفينة في الثقافة العربية التي تكمن وراء إهدار حقوق الإنسان، فإن مجال صحة المرأة هو مثال حي وخصب لبحث وتحليل تلك العوامل، بهدف فرز مجموعة القيم التي تتحكم وتؤثر في أجساد النساء وصحتهن.

لقد سعت الحركة النسائية المتنامية منذ عقود مضت إلى وضع قضايا صحة المرأة على جدول أعمالها بشكل شامل ليس فقط من منظور صحة الأم، وإنما أمتد مفهوم الصحة الإنجابية ليشمل كل أطوار حياة المرأة وليس فقط فترة خصوبتها. وقد اضطر صانعو القرار ومقدمو الخدمات الصحية - بعد مقاومة كبيرة أحياناً - إلى الإعتراف بأهمية معاجة قضايا صحة المرأة الإنجابية في علاقاتها بالظروف الاجتماعية والاقتصادية والسياسية التي تعيشها النساء.

وعبر العقود الماضية كشفت العلوم الطبية والاجتماعية والسلوكية وأيضا حركة النساء النشطات ما تتعرض له النساء من ضغوط خلال محاولة التحكم في خصوبتهن لأسباب متعددة، تبدأ من الأعراف والتقاليد وتنتهي بالنظم السياسية. وعادة ما تكون المرأة هى آخر من يتاح له اتخاذ القرار فيما يخص جزءا حميماً من جسدها وُهِبَ لها ليحمل سر استمرار النوع البشري، وبسببه أصبح جسدها ساحة للحرب بين مختلف الاتجاهات والأفكار عبر العصور وفي مختلف أقطار المعمورة.

ومن اللافت للنظر للمهتمين بشئون صحة المرأة الإنجابية تشابه ما تتعرض له النساء من ضغوط في أنحاء مختلفة من العالم، وتشابه منظومة القيم التي تحيط وتؤثر في اختيارات النساء وما يفرض عليهن من التزامات. وإن كان هذا لا ينفي الاختلاف بين احتياجات نساء في مراحل مختلفة من التطور الاقتصادي والاجتماعي بإفرازاتها الثقافية المتعددة.

وقد لاحظنا أن مجلة قضايا الصحة الإنجابية تعني بنقل أبحاث وخبرات النساء في دول مختلفة من العالم. ووجدنا في هذا الاتجاه حافزا لنا على اكتشاف التشابه والاختلاف والاستفادة من الخبرات الشبيهة والقابلة للتطبيق في منطقتنا. كما وجدنا فيها فرصة نأمل أن نستغلها بأن تحفز هذه المختارات المهتمين منا بهذا المجال لتجميع جهودهم البحثية وكتاباتهم لإصدار مؤلفات لقضايا الصحة الإنجابية للنساء العربيات، بعد أن بدأت تتعدد الجهود الرامية في هذا الاتجاه من مختلف المراكز البحثية والجمعيات الأهلية.

والمقالات التي اخترناها للترجمة لا تعبر بالضرورة عن وجهة نظر مركز القاهرة، ولكنها اختيرت

بسبب تناولها لقضايا صحية لم تأخذ حقها من النقاش لأسباب متعددة. وقد راعينا في اختيار الموضوعات للترجمة أن تقدم نماذجا متنوعة أغلبها من بلدان العالم الثالث، فضلاً عن أن تناقش أفكاراً ذات صلة بهمومنا الخاصة بصحة المرأة الإنجابية.

فهناك ذلك الجدل الدائر في إيران بين الحكومة الدينية باتجاهها البرجماتي في قضية تنظيم الأسرة والنسويات الإسلاميات اللاتي يسعين لتحقيق مكاسب للمرأة رغم القيود التي تفرضها الأصولية على الشارع الإيراني، وهو ما يثير قضية هامة في مجتمعاتنا تمس القراءة النسوية للنصوص الدينية، والتي تسعى لتفسيرات تأخذ في الاعتبار مصالح النساء، وتتعامل مع قضاياهن بمرونة وإنصاف.

وتتعرض مقالتان أخريتان لتجربة إدخال وسائل جديدة لتنظيم الأسرة في كل من المكسيك وإندونسيا بما يحيط بهذه التجارب من محاذير صحية وعملية وأخلاقية وما تفرضه من استنباط وسائل جديدة للتحكم في مسار هذه التجارب لمصلحة النساء. ويذكرنا هذا بالأبحاث الشبيهة التي أجريت في صعيد مصر على النوربلانت، وما أثير من جدل وسط المنظمات النسائية حول مدى التزامها بالمحاذير العلمية والعملية.

ويتطرق بحثان من الهند وماليزيا لتجارب ميدانية لتغيير مفاهيم وقيم شبان وفتيات واستكشاف أفضل الأساليب التي يمكن استخدامها لإضافة معلومات صحية لهذه المجموعات. هنا تضاف لنا خبرة في تناول بعض القضايا التي تتعامل معها الثقافة العربية بتحفظ باعتبارها من المحرمات مثل قضية الثقافة الجنسية، ويهمنا أن نشير في هذا الصدد إلى تجارب ميدانية شبيهة في بلدان عربية مثل مصر وفلسطين، وندعو القائمين عليها إلى توثيقها واستنباط دروسها أملاً في تطويرها وتعميمها.

ويسعى البحث المصري الذي أجرى في القاهرة والمنيا إلى إدراك وجهة نظر النساء حول تجربة الإجهاض الاضطراري ورصد احتياجاتهن خلال تلك الفترة الصعبة من حياتهن. وهو أحد الأبحاث القليلة والرائدة في هذا المجال الذي لم يطرق من قبل إلا نادراً.

وقد راعينا أن نعرض لبعض الكتب والمنشورات في إطلالة سريعة تتيح لمن يرغب أن يطلع على أحدث ما نشر في مجال الصحة الإنجابية.

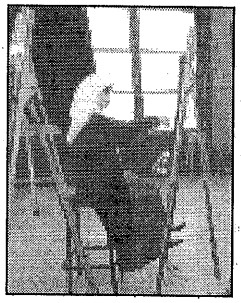
إن مركز القاهرة لدراسات حقوق الإنسان ليدعو المهتمين بشئون المرأة وصحتها للمساهمة بوجهات نظرهم في هذه المطبوعة. أملا في زيادة تواصلنا وتعاوننا لاستكشاف احتياجات النساء والخدمات المتاحة لهن من خلال تجربتهن بالأساس. ساعين في محاولتنا المستمرة لكشف كل ما يعوق استمتاع الجنس البشري بكامل حقوقه وعلى رأسها السلامة البدنية والنفسية.

د. آمال عبد الهادي د. نادية عبد الوهاب

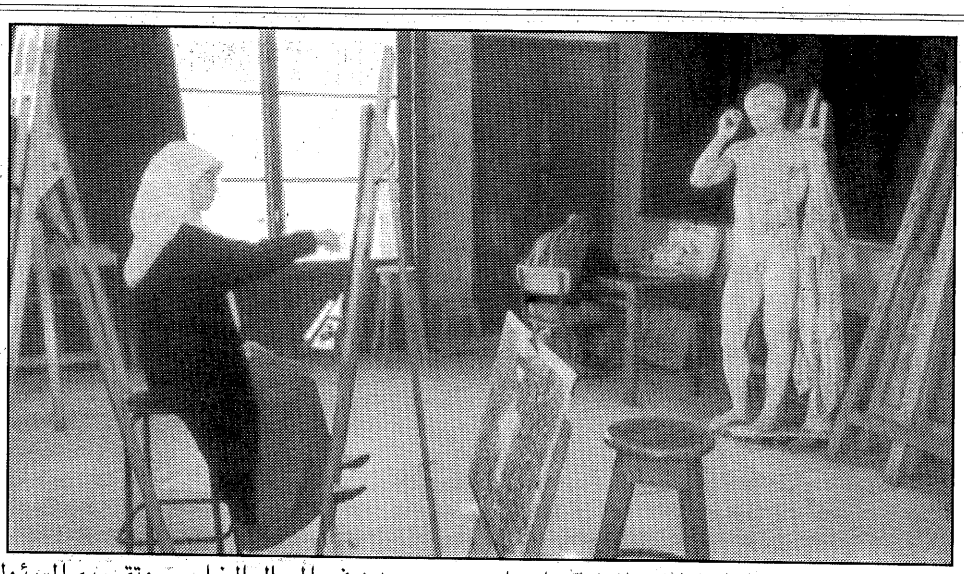
مساومة الأصولية :

النساء والسياسات السكانية في إيران

تبرهن لنا السياسات التى تتبعها حكومة إيران الإسلامية فى مجالات تنظيم الأسرة وتعليم المرأة وكذلك القوانين المنظمة لسوق العمل والعمالة والأحوال الشخصية، تبرهن على مدى مرونة النظام الإيراني ومدى الحنكة التى يدرج بها هذا النظام تحت لوائه، الأيديولوجيات المنافسة الى جانب كل ما يمكن أن تسهم به الحداثة فى سبيل بقائه. وقد ترتب على مرونة تلك السياسة أن راجع السياسيون الدينيون من القادة الكثير من مواقفهم الإسلامية وبالذات فيما يخص قضية تنظيم الأسرة . وفتح ذلك المناخ المشجع على إعادة النظر والتقييم للمواقف السابقة، المجال للنساء المطالبات بحقوق المرأة وبالذات النشيطات المؤمنات بالنظام القائم، ممن رفضن رؤية ذلك النظام للأدوار المخولة للمرأة المسلمة وحقوقها واعتبرنها رؤية بطريركية تتخفى تحت عباءة الإسلام. وقامت هؤلاء النساء بتطوير رؤيتهن الخاصة والعمل على نشر تلك الرؤى فيما يخص أدوار النساء وحقوقهن من داخل قراءة للنصوص الإسلامية تعتمد وجهة نظر المرأة بوصفها وجهة النظر المركزية فى تلك القراءات. وقد تسببت تلك الاستراتيجيات فى دفع النساء الى مواقف صعبة، استدعت منهن الدخول فى تحالفات صراعية وأيضا تنازلية مع النظام، إلا أنهن نجحن فى تحقيق بعض الإصلاحات ولا زلن يدفعن بالمزيد. لقد أدخلت تلك العمليات نوعا جديدا من النسوية البراجماتية الى الحلبة السياسية فى إيران ، نسوية تتحدى قوى الأصولية من الداخل.



بقلم
هوما هودفار



إن مراقبة النسويات الحثيثة لمظاهر انتشار واتساع الفكر الأصولي أمر لا يدعو للعجب، كذلك اهتمام النسويات برصد قدرة الأصوليين المتزايدة على صياغة التحالفات مع القوى اليمينية الأخرى وارتقائهم وتبوءهم سلطة الدولة، أمر منطقي وذلك لأن الأصوليات[1] بكل أنواعها تشترك فى نظرتها للأسرة كموقع للهيمنة الذكورية، كما تشترك فى حرصها على التحكم فى الجسد الأنثوي لنفس الدوافع. وفي هذا السياق يكون تاريخ الجدل حول مفاهيم تشكل النوع وعملية هدم وإعادة خلق مفهوم الأنوثة، وما يمثلها ذو دلالة خاصة بالنسبة لما يحدث فى الجمهورية الإيرانية الإسلامية ، فإيران واحدة من أولى الدول التى نجحت فيها الأصولية فى الوصول الى الحكم واحتكار سلطة الدولة فى الماضى القريب.

إن تعضيد النساء فى إيران للنظام القائم على هذا النحو المطرد، واسع النطاق صعب فهمه، إذا ما اعتمدنا الفرضية المضمرة فى كثير من أدبيات التشكل الثقافى والاجتماعي للنوع ، المهتمة بالأصولية وهى الفرضية التى تقول بأن كل أشكال الأصولية ما هى إلا رؤى وأحلام من الرجال وللرجال. وأحد أسباب الصعوبة فى فهم المثال الإيراني يكمن فى المفارقة الساخرة التى تشترك بمقتضاها النساء فى مجالات السياسة العامة، أى أنهن يتخلين عن الرؤى التى تحتم حصرهن فى المجال الخاص، وتقسيم المسئوليات ما بين اجتماعية وعائلية. علاوة على ذلك، وحتى بعد ما يزيد على عقد ونصف من الزمان ساهمت فيها النساء سياسيا فى تأسيس الدولة الإسلامية بوصفها الطريق ال نضالي فى سبيل تحقيق مجتمع إسلامي عادل، لا تبدو مؤشرات لا من النساء ولا من الدولة لإعادة النساء الى المجال العائلي الخاص.

لقد اكتشفت حكومة الدولة الإسلامية قدرات النساء غير المستغلة كقوى سياسية لها وزنها، فشجعت بدهاء استمرار النساء فى الحلبة السيا سية، ولكنها راحت فى نفس الوقت تدفع إليهن بالمثال " الإسلامي " للزوجة والأم الصالحة[2]. ويتعارض هذا الموقف بشكل جلى مع مواقف القادة السابقين ممن كانوا ينظرون الى السياسة على أنها مجال خاص بالرجال دون النساء، والى مجال العائلة الخاص والأمومة على أنها حجر الزاو ية فى حياة النساء. ومع أن آية الله خومينى كان معترضا بعنف على إعطاء النساء حق التصويت فى عام ١٩٦٣، إلا إن النظام أعلن أن الإسهام فى السياسة واجب دينى للجميع بما فى ذلك النساء. ومع هذا استمر نفس النظام فى تشريع القوانين المستمدة من رؤيتهم للتشريع الإسلامي الخاص للتراث التشريعي الإسلامي وتنفيذ التطبيقات التى تجعل من الأسرة مملكة الرجل على نحو مطلق حيث الزوجة (أو

الزوجات) والأولاد وبالذات منهم البنات، محرومات من حق الانتخاب والتصويت. وهكذا تتبدى فى النظام الإسلامي فى إيران أنماط تختص بها الرؤى الأصولية للعالم: ألا وهى أن النظام يمثل الإرادة الإلهية التى تحكم الرجال ويحكم الرجال بدورهم النساء من داخل العائلة.

إلا أن تلك الصورة البسيطة، المرتبة للأوضاع فى إيران تتبدد إذا ما أمعنا النظر فى التطورات السياسية. لقد وعدت الجمهورية الإسلامية الناس بمجتمع أفضل وخدمات اجتماعية أوفر لجمهور الناخبين بما فى ذلك النساء وأصبحت شرعيتها رهن قدرتها على الوفاء بتلك الوعود. لقد اضطر النظام الإيراني تحت ضغوط الواقع الاجتماعى والاقتصادي -و هو ما لا يمكن الاعتماد على الله وحده إزاءه - الى إعادة النظر فى الكثير من مواقفه السابقة، بما فى ذلك موقفه من تحديد النسل[٣] وعلى عكس توقعات الجماعات العلمانية، أثبت زعماء إيران قدرتهم على تعيين مصالحهم بدقة واتباع أفضل الوسائل التى تضمن سلطتهم السياسية[٤].

و ما سوف أحاول إبرازه هنا من خلال عرض سياسات الجمهورية الإسلامية فى مجالات تنظيم الأسرة وتعليم الفتيات والمشاركة فى سوق العمل والأحوال الشخصية، هو مرونة النظام ومدى الحنكة التى يتمتع بها فى فهم وإدراج كل ما تستطيع سبل الحداثة الإسهام به فى بقائه وذلك بالاستعانة بمقابلات تمت مع ٣٤٠ امرأة (من الريف والحضر) ومائة رجل من الحضر فى إيران[٥]. كما سوف يتبدى من هذا العرض الكيفية التى حققت بها المطالبات لحقوق المرأة بعض النجاح فى دفع قضيتهن عن طريق نشر تأويلهن للنصوص الدينية وهو التأويل الذى يأخذ وجهة نظر المرأة فى الاعتبار أولا، والنفع الذى عم عليهن اجتماعيا من جراء تحسين أوضاع النساء القانونية[٦]. وقد نجحت المطالبات بحقوق النساء[٧] فى إيران فى ربط أهدافهن بأهداف الحكومة فى مجال التنمية، بما فى ذلك جذب النساء لمؤازرة تنظيم الأسرة من أجل أسرة أقل عددا.

و فى حين نجحت تلك الاستراتيجيات فى إفساح مساحة للنساء يفاوضن منها الدولة على الكثير من مطالبهن، سواء كانت تلك المطالب تتعلق بالمزيد من الوظائف، أو تحسين لقوانين الزواج، إلا أن القوى المحافظة كثيرا ما تدعى أن تلك المطالب تتعدى على حقوق الرجال. وبذا تتخذ عملية التفاوض منحى ثلاثي الأضلاع، حيث تضطر النساء باستمرار الى خلق المبادرات الملائمة فى الحلبة السياسية، وبذا تظهر من خلال تلك العملية أشكال جديدة من العمل النسوى. وسواء أطلقنا على تلك الأشكال اسم النسوية الإسلامية ، أو على تلك الجماعات، النسويات الأصوليات أو النشيطات فى مجال إعادة تعريف الأدوار القائمة على النوع، فأنهن فى الواقع، وفى هذا المنعطف متحالفات الى حد بعيد مع النسويات العلمانيات فى إيران، حتى وان بدأ الأمر غير ذلك من كلامهن. ويبقى أن نراقب مدى نجاح تلك الاتجاهات فى تثبيت مصالح واحتياجات النساء فى مكان الصدارة من السياسة العامة وسياسات التنمية أو ما إذا كانت تلك الاتجاهات سوف تؤدى الى استراتيجيات تتسم بالحلول الوسط العابرة التى لا تدوم.

تاريخ تنظيم الأسرة

قامت فى إيران ولدهشة العالم فى عام ١٩٧٩ واحدة من أكبر الثورات فى التاريخ الحديث. واستبدلت حكومة الشاه نصف العلمانية بنظام سمى نفسه إسلاميا بقيادة آية الله خومينى، وهو زعيم دينى محافظ كان دائما معارضا للشاه وبرنامجه فى استحداث النمط الغربى. وقد استخدمت الثورة على نطاق واسع الشعارات والرموز الدينية مما جعل لها سمة الأصولية الإسلامية وكانت تلك الفرضية يعززها هاجس التحكم فى سلوك الإناث الجنسى وتشكيل العلاقات القائمة على اختلاف الأدوار على أساس من النوع وفقا لما يعتقد انه النموذج الإسلامي. فكان النموذج المصدر فى مجال تشكل النوع ثقافيا واجتماعيا يعد "إسلاميا" فى فحواه ومؤسس على القواعد الإلهية

وبذا فهو غير خاضع وغير قابل للنقاش. كان النظام يرى فى الزوجية والأمومة أدوار النساء الأسمى. وفرض الحجاب واستحدثت السياسات المشجعة على المعاش المبكر والعمل نصف الوقت للتقليل من مشاركة النساء فى سوق العمل. وأعفيت القاضيات من مناصبهن لأن القيادة الدينية السياسية الجديدة ادعت أن النساء ممنوعات من ممارسة مهنة القضاء بمقتضى القانون الإلهي. وفى نفس الوقت خفض سن الزواج[٨] وأعيد الاعتراف بزواج المتعة وتعدد الزوجات، وصور الزواج على انه الحل لمشاكل المجتمع. ولكن ومع هذا كانت النساء تدعون من حين الى آخر لإظهار مؤازرتهن للنظام، وعلى الرغم من مظاهر الالتباس فيما يخص النساء من قبل الحكومة الإسلامية إلا أن أعدادا ضخمة من النساء تظاهرن تعضيدا للجمهورية الإسلامية .

و كان من الواضح أن برنامج إيران فى تحديد النسل والذى بدأ العمل به فى عام ١٩٦٧ سوف يلغى بسبب الأيديولوجية المناهضة له من قبل الزعماء الدينيين[٩]. فقد كان معظمهم معارضا للبرنامج حيث اعتبروه أداة إمبريالية هدفها إنقاص أعداد المسلمين وإخضاع واستعباد الأمم المستضعفة. ومع أن الحكومة لم تحظر تداول وسائل منع الحمل إلا أن أسعارها تضاعفت وأصبح الحصول عليها غير مضمون على نحو منتظم. وهكذا ارتفع عدد السكان وفقا لإحصاء عام ١٩٨٦ الى خمسين مليونا، أى أربعة عشر مليونا أكثر من المتوقع.

و لكن ارتفاع نسبة المواليد والكساد الاقتصادى أفاقا الزعماء الدينيين على الواقع، فأدركوا أن المعدلات الرهيبة فى زيادة السكان تعرقل قدرتهم على الوفاء بوعودهم (بوصفهم حكومة المستضعفين) فى مجتمع إسلامي عادل يتمتع فيه الجميع بالرعاية الصحية والتعليم وتكافؤ الفرص. وقد تسببت معدلات التمدين العالية ومستوى الوعي السياسى بين جمهور المدن وهو القطاع الذى كان له أثر فعال فى السياسة القومية، فى تنامي الشعور لدى القادة بأهمية التحرك بسرعة لتلافى الأخطار التى يتضمنها هذا الوضع. وهكذا أصبحت مسألة زيادة السكان ومخاطرها على المستوى القومي والعالمي بالذات فى البلدان الإسلامية موضوعات تظهر فى الصحف والتليفزيون وتناقش فى الإذاعة، ويتناولها الزعماء الدينيون فى خطبهم، وشجع الخبراء الحكومة على أن تدخل على برنامجها سياسة واقعية فيما يتعلق بمسألة السكان وأن تنسق تلك السياسة مع سياستها الاقتصادية والاجتماعية على أن يتولى الزعماء الدينيون وضع الحدود الأخلاقية لبرامج تنظيم الأسرة. وصدق آية الله خومينى قبل وفاته فى ١٩٨٩ أخيرا على برنامج تنظيم الأسرة بعد أن كان من أشد معارضيه.

و كان معنى هذا أن أصبح على الحكومة أن تواجه التحديات التى يفرضها إعادة برنامج تنظيم الأسرة وتشجيع الناس عليه، وأن توضح الأسباب التى جعلتها تتخلى عن موقفها السابق من هذا البرنامج. وتبنى النظام بالاشتراك مع الزعماء الدينيين العمل باستراتيجيتين رئيسيتين:

أولاً، بدءوا حملة قومية لتوحيد الآراء حول الموضوع واستخدم كل من الزعماء الدينيين والخبراء فى تلك الحملة، لغة سهلة وبسيطة لشرح أهمية الاعتماد على الذات بالنسبة لدولة مستقلة ذات سيادة لا تريد أن تصبح أداة طيعة فى يد القوى الإمبريالية[١٠]. وأكدوا على النتائج السيئة لعدم التحكم في زيادة السكان كما تتبدى من المشكلات التى تواجهها الهند وباكستان وبنجلاديش والفيليبين وهى دول ذات أعداد سكانية ضخمة وفقيرة مما يدعوها إلى الاعتماد فى أحيان

كثيرة على العون الإمبريالي حتى تستطيع إطعام شعوبها. وتساءل الزعماء الدينيون عما إذا كان الإيرانيون يرضون لأنفسهم مثل تلك الحلول. وكان الرد بالطبع لا. وحتى يوضحوا الضرورة الملحة على العمل بسرعة لتجنب تردى الأوضاع أكدوا للجماهير أن الأمة ستواجه مأزقا لو لم يتم التحكم فى نسب المواليد خلال الجيل الحالى يتلخص فى خيار ين لا ثالث لهما: إما مواجهة الجوع أو فرض سياسة الطفل الواحد كما فعلت الصين. ولكن لو التزمت إيران بخفض معدل الزيادة فى السكان يصبح فى مقدورها بناء اقتصاد إسلامي قويا، ويكون فى مقدورها إثبات ذاتها كدولة حرة مستقلة. وأضافوا أن النبي سمح للمسلمين بممارسة منع الحمل فى أوقات الأزمات الاقتصادية.

ثانيا: حددوا بدقة السمات المكونة لبرنامج شامل لتنظيم الأسرة وجعلوا هذا البرنامج يندرج فى برامج الصحة العامة، وأعطوا لهذا البرنامج صفة التعبير عن الإرادة السياسية للحكومة. وقد ترتب على ذلك أن تقبل الناس هذا البرنامج كما لم يتقبلوا مثله من قبل مما جعل برنامج إيران من أنجح النماذج على الصعيد العالمى. وكان من أهم سمات البرنامج الإيراني هو اعترافه بدور النساء فى اتخاذ القرارات المتعلقة بالخصوبة، وذلك على الرغم من التحديات الأيديولوجية التى يمثلها هذا التوجه للنظام. وقد فتح هذا التوجه بدوره إمكانية المطالبة البراجماتية (من قبل الإسلاميات النشيطات) بحقوق المواطنة للنساء.

و مما يحسب للجمهورية الإسلامية أنها أبدت فهما مصقولا ورزينا للعوامل الاجتماعية والاقتصادية والسياسية المركبة التى تؤثر فى السلوك الإنجابي فى المجتمع. والبرنامج يتجنب بحرص الظهور بمظهر التدخل فى رغبات الأسرة واستقلاليتها، ولو لم يندرج ذلك على النساء من أفراد الأسرة بالذات. فهدف برنامج تنظيم الأسرة الإيراني وفقا لتصميم هذا البرنامج، أن يمكن الآباء والأمهات من تحقيق الأسرة التى يودونها لأنفسهم. والعمود الفقري لهذه السياسة هو منع الحمل غير المرغوب فيه، وتجنب حدوث التشوهات الخلقية الوراثية والمباعدة الزمنية بين حمل وآخر، الى جانب الحيلولة دون إهدار صحة الأم بسبب الحمل المتكرر، وكذلك علاج العقم وتحسين الصحة العامة فى المجتمع عن طريق الاهتمام بالنمو النفسى والبدني للأطفال والأسرة[١١] وتؤكد وثائق أخرى على تحسن أوضاع النساء الاجتماعية والاقتصادية داخل الأسرة والمجتمع بوصفها عاملا من عوامل نجاح البرنامج. وفى حين أن هذا البرنامج لا يحقق حلم النسويات وأهدافهن فى مجال الحقوق الإنجابية للمرأة، إلا انه يمثل تحسنا مطردا فى سياسات إيران فى هذا المجال تحت حكم الشاه، كما انه يعد أفضل من برامج شبيهة فى بلاد أخرى.

و كانت نتيجة هذا التوجه التقبل واسع المدى لفكرة تنظيم الأسرة فى إيران، كما تؤكد العديد من الإحصاءات الممثلة. وقد أكدت نتائج المقابلات التى أجريتها مع ٣٤٠ سيدة تلك النتائج حيث لم تعارض أو تبدى تشككها فى فائدة منع الحمل بالنسبة للنساء سوى ٥٪ من عينة البحث. وقد أثار هذا النجاح الذى تحقق فى فترة وجيزة دهشة موظفي الدولة وباغتهم. فقد تحقق خلال الخطة الخمسية الأولى انخفاض فى معدلات الزيادة السكانية تخطى حتى أكثر التوقعات تفاؤلا (أنظر الجدول) وبذا تشجع المنظمون على وضع أهداف أكثر طموحا.

معدلات نمو السكان فى إيران

السنة	عدد السكان	المعدل السنوي للزيادة
١٩٦٦	٢٥,٧ مليون	٣,١ ٪
١٩٧٦	٣٣,٧ مليون	٢,٧٪
١٩٨٦×	٥٠ مليون	٣,٤٪
١٩٩٢	٥٨ مليون	٢,٧٪
١٩٩٥	٦٣ مليون	١,٨٪

× لا يتضمن هذا الرقم حوالى ٢ مليون لاجئ من أفغانستان وكان المعدل الإجمالي للنمو فى تلك السنة هو ٣,٨٪ .

(الجدول يتبع تقديرات الأمم المتحدة فى الدراسات السكانية المتعلقة بإيران ما بين ١٩٩٢ وحتى ١٩٩٥)

ومما لا شك فيه أن الحكومة قد عملت لا على إقناع الناس باستعمال وسائل منع الحمل فقط، ولكنها عملت أيضا على توضيح الأسباب التى تجعل تحديد النسل أمرا مفيدا للأسرة وللبلد ككل. إلا أن ما يثير اهتمامنا أكثر من غيره فى هذا البرنامج هو ادراك الحكومة أن نجاح البرنامج يتوقف على الربط بين مصالح الأفراد، الأطفال وذويهم، وبالذات النساء وأهداف البرنامج. وقد وجدت النساء فرصة فى المطالبة بإصلاحات أخرى بسبب تمكينهن من المعلومات والتسهيلات والقنوات الثقافية الموائمة لنشر تلك الأفكار التى هيأت فى البداية من أجل تمكين الأسرة من تحقيق خياراتها الخاصة.

إن حكومة إيران والخبراء فى الميدان على وعى تام بأن السلوك الإنجابي ليس مجرد ظاهرة سيكولوجية أو بيولوجية، وإنما هو جزء لا يتجزأ من حيوات الناس وتجاربهم تشكله وتؤثر فيه العوامل الاقتصادية والاجتماعية والأيديولوجية . ولذا فان الإدراك والتقدير الذهني والنظري (على أهميته) لزيادة السكان نادرا ما يكون ذا تأثير قوى فى القرارات التى يتخذها الناس رجالا ونساء.

و بالرغم من نجاح البرنامج غير المسبوق إلا أن الحكومة وواضعي سياسات تنظيم الأسرة فى إيران يرون أن تعاون النا س والنساء بالذات ليس مؤكدا على الدوام. فهم يذكرون أن إيران قد شهدت قبل قيام الثورة انخفاضا ملحوظا وان كان مؤقتا فى معدلات زيادة السكان التى عادت للنمو السريع بعد إلغاء البرنامج وتطبيق السياسات التى أثرت بالسلب على أوضاع النساء القانونية والاقتصادية. وضمان استمرار مؤازرة النساء ومشاركتهن الفعالة ينظر إليه القائمون على الأمر بوصفه أمرا جوهريا لاستمرار النجاح، فنسبة ٥٣٪ من السكان البالغ عددهم ٦٠ مليونا تحت سن العشرين، وبالتالى لم يدخلوا المرحلة الإنجابية بعد. ولا ترى الحكومة الوسائل التعسفية مثل الحل الصيني الذى يفرض إنجاب طفل واحد حلا مقبولا كما أنها لا ترى فى ترك الحبل على الغارب للنمو السريع فى الأعداد بديلا معقولا.

الجدال حول وضع النساء

الى جانب التنمية العامة يعد الارتفاع بمستوى المعيشة والتحسين من الخدمات العامة وبالذات الصحية، وكذلك النهوض بأوضاع النساء الاقتصادية والاجتماعية، من أهم الضمانات لاستمرار نجاح السياسة السكانية. ولكن وعلى الرغم من تقبل الحكومة لهذا المبدأ بشكل عام، إلا

جذب اهتمام الحكومة الى ضرورة الربط الإيجابي بين مطالب النساء بالاستقرار والأمان فى الزواج و بين أهداف الحكومة فى معدلات أعلى من التنمية ومعدلات أقل فى زيادة السكان. إلا أن الحكومة حذرة، وذلك لأن أى محاولة من ناحيتها لتحسين حقوق النساء فى الزواج سيؤدى الى المواجهة المباشرة مع الذين يدعون أن حقوق الرجل فى العائلة هى حقوق مكفولة من الله.

و سوف استعرض فيما يلى باختصار تعقيدات النقاش حول وضع النساء الاقتصادى والاجتماعي، كما أشير لمأزق الحكومة، وأصف التطورات فى مجال الحلول البديلة البارعة المطروحة فى ساحة الجدل حول وضع المرأة، وهى تلك الحلول المبقية على روح الإسلام (على الأقل فيما يتعلق بالمفاهيم)، والأفكار التى تدور حول حقوق النساء الثقافية والقانونية والاجتماعية.

تعليم النساء

أظهر القائمون على تنظيم الأسرة أن هناك علاقة عكسية متناسبة بين مستوى تعليم النساء وعدد الأطفال الذين ينجبونهن. وكان المراقبون لآراء الزعامات الدينية المحافظة فى إيران خلال العقود الأولى من الثمانينات يتوقعون التراجع فى تعليم النساء وانتشارا أعم للأمية المتفشية بحدة بين النساء. لكن الواقع أثبت رغم بعض العراقيل التى عانت منها بعض النساء ممن كن يرغبن فى الدراسات الأعلى فى حقول تخصصاتهن، أن التعليم العام لم يتقلص وان القدرة على القراءة والكتابة ارتفعت بين النساء أكثر منها بين الرجال.

و ينتج معدل النجاح فى هذا الميدان (بالذات بالنسبة للنساء سواء فى الريف أو الحضر ممن محيت أميتهم) ينتج جزئيا من أن مجال التعليم قد وفر للحكومة الإسلامية مساحة واضحة يستطيعون من خلالها دحض معارضيهم. وقد أضعف رجال الدين من المقاومة التى كانت تواجه تعليم الفتيات بالذات فى الريف باستخدام الأحاديث النبوية، وبإعلان التعليم فرضا من الفروض المفروضة على كل مسلم. وقد كان الشاه قد ألغي الحجاب وأدخل نظاما تعليميا حديثا هدم سطوة العلماء التاريخية على المؤسسات التعليمية. ولهذا شجع العلماء الأباء على منع بناتهم من الذهاب الى المدرسة التى صوروها على أنها بؤرة للفساد وانعدام الأخلاقيات القويمة. أما الحكومة الإسلامية فأعادت الفصل بين الجنسين فى التعليم وأعادت الحجاب الى رؤوس التلميذات، وزادت من المحتوى الدينى فى المقررات والمناهج وأكدت على مناحي الثقافة التقليدية. وبذا أصبح التعليم أكثر قبولا من قبل الطبقات المحافظة فى ذات الوقت الذى استطاعت فيه الحكومة نشر رؤاها وأيديولوجيتها من خلاله. إضافة الى ذلك، ولأن المسجد كثيرا ما يكون المكان الوحيد المتاح لعقد اللقاءات الموسعة قويت العلاقة ما بين التعليم و أمور الدين[١٣]، لأن الكثير من مجموعات محو الأمية تلتقي فى المساجد بالذات فى الريف. من وجهة النظر الأيديولوجية إذن، استفاد النظام من دفع هذا الشكل من أشكال التعليم وكان الكثير من الإسلاميين يعتقدون أن التعليم هو خط المواجهة الرئيسي ضد زحف القيم الغربية والإمبريالية. وهكذا أصبح دفع تعليم النساء فى خدمة النظام حيث ساعده على نفى وإلغاء الفكرة التى كانت تقول بأن العلماء يقفون ضد تعليم النساء.

هناك أيضا نتائج قد لا تكون مقصودة ترتبت على انتشار التعليم ذي الطابع الإسلامي. لقد ساهمت الزيادة فى أعداد القادرات على القراءة والكتابة الى زيادة الشعور بالثقة فى النفس لدى المتعلمات، وضاعفت من قدرة هؤلاء النساء فى إدراك الخيارات المتعددة المتاحة لهن فى مناحي كثيرة من الحياة، وكان ذلك ملحوظا بدرجة كبيرة بين الريفيات بالذات اللواتي تحدهن العادات الاجتماعية التقليدية بشكل أوضح. فعلى سبيل المثال عبرت الكثيرات من المبحوثات فى الريف عن رغبتهن فى أن تصبح بناتهن (وأحيانا هن أنفسهن) مدرسات القرية أو ممرضاتها. كما عبرت بعضهن عن رغبتهن فى أن يصبحن عضوات فى البرلمان، أو داعيات دينيات، أو ما وصفنه ب: "هؤلاء اللواتي تتم معهن مقابلات فى التليفزيون" وكن يقصدن المتحدثات اللواتي يستضيفهن التليفزيون بانتظام للحديث عن شئون المرأة والعائلة. الآن وبعد أن ارتدت الكثيرات الحجاب أو التشادور، وأصبحن يستخدمن الخطاب الدينى فى التعبير عن أنفسهن،

أن الكيفية التى من الممكن بها تحسين أوضاع النساء اجتماعيا واقتصاديا ليست متفقا عليها. ففى حين أن إثارة النقاط التقليدية فيما يتعلق بالمكانة الاجتماعية والاقتصادية مثل الأمية يتوازى مع رؤية الحكومة فى هذا الصدد، إلا أن هناك ميادين ذات علاقة بمكانة المرأة اجتماعيا واقتصاديا إلا أنها تشكل تحديا للحكومة، ومنها على سبيل المثال المشاركة فى سوق العمل.

فعلى المستوى الأيديولوجي ما زالت الجمهورية الإسلامية تحث على الأمومة والزوجية والاعتناء بالمجال الخاص بوصفها المجالات الأكثر ملاءمة للنساء. كما أن الحكومة لا تستطيع تشجيع النساء على العمل فى الوقت الراهن بسبب معدلات البطالة العالية. ويواجه النظام الإسلامي على الرغم من ميوله البراجماتية مأزقا عظيما. ويلعب فى هذا السياق كل من الزعماء الدينيين والنساء المطالبات بحقوق أكبر دورا بالغ الأهمية فى اقتراح الحلول " إسلامية المرجعية" لهذه المشكلات.

وليس كل منظري الأيديولوجية ممن يعملون فى الحكومة بشكل رسمي، ولكنهم نشطاء فى مجالات متعددة بوصفهم كتاباً وصحافيين وأساتذة وطلاباً فى المعاهد العليا بما فى ذلك المعاهد الدينية. وهم يتفقون بشكل عام على ضرورة توفير الحلول الإسلامية لمشكلات إيران، لكن ذلك لا يعنى بالضرورة انهم يتفقون على ما يعنيه ذلك. ففى حين يبدى البعض استعدادهم للنظر إلى أبعد من توجيهات الفقه التقليدي، يصر آخرون على الدفاع عن التعريفات التقليدية بالذات فيما يخص المسائل المتعلقة بالنوع. وقد وجه البعض جهودهم نحو تحسين وضع المرأة فى العائلة لما أدركوه من أن إمكانية تحسين أوضاعها فى فرص العمل ضئيلة فى المستقبل القريب. وبما أن العائلة هى حجر الزاوية فى أيديولوجية النظام الإسلامي فقد لقيت تلك المسائل الكثير من الاهتمام العام(١٢).

و قد اعتبرت الكثيرات فى عينة البحث الذى قمت به أن المفتاح فى مسألة تحسين أوضاع النساء فى العائلة والمجتمع هو حقوق المرأة القانونية والاقتصادية والعاطفية داخل مؤسسة الزواج، وقد اشتركت فى ذلك الرأي ، نساء تتباين ظروفهن الاجتماعية والاقتصادية كل التباين. والمعروف هو أن وضع النساء فى الزواج لا يشار إليه بشكل مباشر، لا فى الوثائق المنشورة من قبل عيادات تنظيم الأسرة ولا من قبل العلماء فى خطبهم. وقد اتسمت الخطب والأحاديث الهادفة لخلق إجماع فى الرأي فيما يخص تحديد النسل بأنها تبدى فهما لأهمية استقرار الأسرة والخصوبة. فعلى سبيل المثال حذر بعض الزعماء الدينيين النساء من خطر إنجاب عدد كبير من الأطفال الذى قد يترتب عليه شيخوختهن المبكرة وبالتالى عزوف الأزواج عنهن. وحذر آخرون من حاجة الرجال الى بيت هادئ وان المطالب الاقتصادية الكثيرة قد تؤدى بالرجل الى هجر منزله. أى أن انعدام الأمان للنساء فى الزواج يستخدم من أجل الترويج لتحديد النسل. وعلى النقيض، تسعى النسويات الى جذب اهتمام الحكومة الى ضرورة الربط الإيجابي بين مطالب النساء بالاستقرار والأمان فى الزواج و بين أهداف الحكومة فى معدلات أعلى من التنمية ومعدلات أقل فى زيادة السكان. إلا أن الحكومة حذرة، وذلك لأن أى محاولة من ناحيتها لتحسين حقوق النساء فى الزواج سيؤدى الى المواجهة المباشرة مع الذين يدعون أن حقوق الرجل فى العائلة هى حقوق مكفولة من الله.

و سوف استعرض فيما يلى باختصار تعقيدات النقاش حول وضع النساء الاقتصادى والاجتماعي، كما أشير لمأزق الحكومة، وأصف التطورات فى مجال الحلول البديلة البارعة المطروحة فى ساحة الجدل حول وضع المرأة، وهى تلك الحلول المبقية على روح الإسلام (على الأقل فيما يتعلق بالمفاهيم)، والأفكار التى تدور حول حقوق النساء الثقافية والقانونية والاجتماعية.

النساء فى سوق العمل

تحتوى الطرق التقليدية التى ينادى بها خبراء تنظيم الأسرة الذين يعتقدون أن تشجيع النساء على دخول سوق العمل يحد من خصوبة المرأة، على إشكاليات

للحكومة تتركز فى جبهتين. لقد شرعت الحكومة لسياسات عديدة للحد من أعداد النساء فى سوق العمل، وكان ذلك تحت شعار مساعدة النساء على حل التناقض بين واجباتهن الأسرية ومطالب العمل. وقد تضمنت تلك السياسات إتاحة المعاش المبكر للنساء وفرصة تحويل مرتباتهن للأزواج فى حالة ما إذا تركن العمل(١٤). لكن مدى نجاح تلك السياسات قابل للنقاش(١٥). و فى حين تركت بالفعل الكثيرات العمل أو حتى تركن البلد بأسره (ومعظم هؤلاء من العلمانيات المتعلمات تعليما عاليا) إلا أن هذا لم يعن إحجام الموجودات من الطبقات الأكثر تقليدية عن ملء الوظائف التى أخليت. ومع أن الحرب مع العراق قد تكون قد ساهمت فى بقاء النساء فى وظائفهن، إلا أن الملاحظ هو انخفاض إعداد النساء بالذات فى القطاع العام. وقد كانت تلك الظاهرة سبب شكاوى الكثيرات من النسويات الاسلاميات والنساء فى مجال العمل الرسمى.

إن أيديولوجية عدم اختلاط الجنسين التى تعد من أهم رموز النظام كانت من أهم الأسباب فى وضع حد أدنى لخفض اشتراك النساء فى سوق القوى العاملة. والواقع أن بعض الأيديولوجيين ومعهم النسويات قد نجحوا فى قلب الأطروحة المحافظة واستخدموا تلك الأطروحة ذاتها فى الدفاع عن حق اشتراك النساء فى سوق العمل. فعلى سبيل المثال عندما نادى آية الله صانعى بضرورة حجب النساء عن الرجال حتى لا تتكشف امرأة على رجل، إلا لو كان قريبها، كان فى ذلك مدعاة للنساء أن يبرزن حاجة إيران وفقا لهذا المنطق إلى طبيبات ومدرسات من النساء.. الخ(١٦). وهكذا يستطيع الكثير من المنادين بوجهة النظر الإسلامية أن يقولوا أن عدم الاختلاط لا يعنى إقصاء النساء واستبعادهن من مجالات العمل، بل يزيد من فرصهن فى العمل، فعدم الاختلاط سوف يقصى الرجال فى الواقع.

و قد كان تطور ونمو هذا المنظور البديل فى منتهى الأهمية بحيث أصبح من الصعب اتهام النساء العاملات ومن يؤازروهن بأنهن يقوضن الثقافة الإسلامية وأنهن عملاء للغرب. وهكذا يبدو وكأن النشطاء الحقوقيين الإسلاميين قد حلوا بمهارة التناقض الظاهري بين أيديولوجية النظام فى مسائل تشكل النوع والأدوار المخولة لكل نوع اجتماعيا، وبين الحاجة الى زيادة إسهام النساء فى مجال العمل. وفى حين تتطلب المرحلة القادمة الضغط على الحكومة من أجل توفير فرص عمل أكبر للنساء، والعديدات يفعلن ذلك(١٧)، يعانى ٢ مليون شخص من البطالة، يزداد عددهم يوميا كلما انضم المزيد من الشبان لمصاف القوى العاملة. ويعتقد واضعو السياسات ومعظم النساء أن إيران لا تستطيع توفير فرص العمل الكاملة، ويعزون مناصرة الحكومة لبرنامج تنظيم الأسرة وتغير موقفها من تحديد النسل لقلة عدد الوظائف بالنسبة للراغبين فى العمل.

و بما أن الرجال مسئولون أمام القانون كما أنهم مسئولون من وجهة نظر الدين والمجتمع ماديا عن أسرهم وزوجاتهم، يدرك أنصار قضايا المرأة أنه لا يمكن توقع أن تدفع الحكومة النساء لسوق العمل، وأن اشتراك النساء فى مجال العمل خارج المنزل على نطاق واسع هو فى أحسن الأحوال من الخطط طويلة الأمد. وفى هذا السياق، ومع عدم توفر المهارات المطلوبة فى حالة النساء يميل المطالبون بحقوق أكثر للمرأة الى تأكيد أهمية الأمان العاطفي والاقتصادي للنساء داخل الأسرة.

قانون الأحوال الشخصية

لقد بدا لنا واضحا من خلال هذه الدراسة أن الزواج القائم على العدل وشعور المرأة بالأمان داخل الأسرة، هو أقوى العوامل فى تحسين وضع المرأة، وذلك أن موضوع أمان المرأة داخل الأسرة لا العمل أو عدمه هو فى رأى النساء والمطالبات بحقوقهن ذو أولوية وان كان ذلك لا يبرز بشكل مباشر فى النقاشات المتعلقة بتنظيم الأسرة. كما تدل نتائج الدراسة على وجود علاقة قوية بين سلوك النساء الإنجابي والطرق التى يقيمن بها حقوقهن ومسئولياتهن داخل الزواج، وبالذات فيما يخص الطلاق وحضانة الأطفال والحقوق الاقتصادية

أثناء الزواج وكذلك عند الترمل. والنساء يدركن تماما أن مؤسسة الزواج أصبحت أقل أمانا بالنسبة لهن، وذلك بعد إلغاء قانون حماية الأسرة (١٩٦٧) الذى كان يحد من حق الرجل فى الطلاق، وهو ذات القانون الذى منع تعدد الزوجات إلا بإذن الزوجة الأولى أو المحكمة. وكان من رأى العلماء ومنهم آية الله خومينى نفسه أن قانون حماية الأسرة تدخل فى الحقوق التى منحها الله للرجل؛ ولذا تحتم بعد الثورة أن تعود للرجال حقوقهم فى التطليق كما يحلو لهم والزواج بأربع فى نفس الوقت بصفة دائمة وأي عدد من الزوجات لفترات مؤقتة[١٨] وكان ذلك بمثابة الكارثة للنساء.

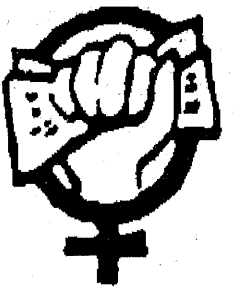
و قد أثرت عوامل كتلك التى ذكرناها لتونا على قرارات النساء فيما يتعلق بخصوبتهن وبحجم الأسرة التى سيكونونها، ويفسر لنا حماس النساء لتنظيم الأسرة. وقد أوضحت لقاءاتنا بالنساء أنهن على وعى تام بنتائج الزيادة فى السكان بالنسبة للبلد وللحكومة، كما أنهن أعربن عن وعى بحاجتهن للصحة النفسية والبدنية. فمن مجموع ١٩٠ امرأة تجاوبن مع البحث كان رأى ٨٢ أن العدد المثالي للأطفال فى الأسرة هو ثلاث، وكان رأى ٩٣ منهن أن طفلين هو العدد المناسب وقالت ١٧ أن طفلا واحدا هو الأمثل.

و لكنهن عندما تحدثن بشكل أكثر تفصيلا عن أوضاعهن الخاصة اتضحت لنا صورة مغايرة تماما. فالأغلبية التى رأت أن العدد الأمثل للأطفال هو واحد أو اثنين أو ثلاثة، شرحن الأسباب التى جعلتهن ينجبن أكثر من العدد الذى ارتأينه مثاليا، ولماذا تهدف بعضهن لتخطى هذا العدد المثالي فى المستقبل[١٩]

فأكدت العديد من النساء وبالذات ممن ينتمين الى جماعة محدودة الدخل أنهن سوف يكن فى حاجة الى ولدين على الأقل ليعيناهما عند الكبر لأن أزواجهن يعملون موسميا، ولن يكون فى استطاعتهم العمل عندما يتقدم بهم السن.

قيمة الأخ

و لا يرجع هذا التفضيل للبنين الى عدم حبهن لبناتهن. فعندما سألنا أى النوعين أكثر حدبا ورعاية للأهل قالت ٨٠٪ من العينة (٧٨ رجلا و١٤٠ امرأة) أن البنات أكثر رعاية للأهل. وكان عدم قدرة الفتيات على مساعدة أهلهن اقتصاديا مرجعه فى رأيهم زوج الابنة والدور المتوقع منها اجتماعيا. إضافة الى ذلك قالت بعض النساء أن الفتيات فى حاجة الى أخوة حتى يضمن عدم إساءة الزوج لهن. " فى بلدنا، امرأة بلا أخ هى امرأة بلا ظهر يحميها ويسئ زوجها معاملتها دون خوف من رادع يردعه" كما قالت إحداهن. وهى أرملة متقدمة فى العمر كانت لها ابنتان يضربهما زوجاهما على نحو متواتر ويهددانهن بالطلاق. وأشارت أخرى الى أن النساء فى ظل القانون الجديد لا يستطعن حتى زيارة أهلهن أو ترك البيت دون إذن الزوج خشية أن يطلقن فتحرمن من حقوقهن المادية بوصفهن ناشزات. ومع أن المتوقع من النساء وفقا للتقاليد السابقة كان الطاعة للزوج إلا أن عدم الطاعة لم يكن يتسبب فى الطلاق كما يحدث الآن. وكان هذا التكتيك غير معروف حتى وقت متأخر ولم تكن النساء يعرفن معنى كلمة "ناشز" إلا فى ظل المتغيرات الأخيرة. أما اليوم فالطاعة سلاح تخشاه النساء لأن الرجل يستطيع بموجبه حرمان المرأة من



الحقوق الضئيلة التى لم تزل لها[٢٠]. وعدم المساواة فى الحقوق يؤثر كذلك على نساء الطبقات المتوسطة، وان عبرن عن خياراتهن وأفصحن عنها بشكل مختلف. قالت هؤلاء باستثناء قلة منهن وكان بينهن عدد من طبيبات أمراض النساء أن الانطباع لديهن هو أن الزوجين فى الطبقة المتوسطة فى الثمانينات والتسعينات يكونان أسرا أكثر عددا مما كان الوضع عليه فى السبعينات. وقالت بعضهن أن الكثيرات ممن كن لا يرغبن فى أكثر من طفلين قبل الثورة أنجبن بعدها عددا آخر من الأبناء.

وكان اعتقاد معظمهن أن النساء من الطبقة المتوسطة كن ينجبن عددا أكثر من الأطفال لشعورهن بعدم الأمان فى الزواج. وعزا البعض الأسباب الرئيسية لهذا الشعور بعدم الأمان الى حقوق الرجل المطلقة فى الطلاق والزواج بأكثر من واحدة وحقه المطلق فى حضانة الأطفال.

و اعتقدت بعض النساء و(بعض الرجال) أن الرجل يفكر فى الزواج من أخرى حال تحسن ظروفه المادية. وتصبح الأسرة كثيرة العدد فى مثل تلك الحالة هى ضمان المرأة ألا يقدم زوجها على خطوة تكبله بالمزيد من الأعباء المادية. إضافة الى أن الرجل قد يطلق بسهولة ويأخذ الأطفال لو كانوا واحدا أو اثنين لكنه لا يستطيع العناية بالأطفال لو كانوا أكثر عددا. كما قالت امرأة فى الأربعين لها أربعة أطفال: " قد توافق امرأة على العناية بطفل أو اثنين لم تنجبهما ولكنهن قليلات من يرضين رعاية أربعة". ويلخص ذلك القول مشاعر الكثيرات فى عينة البحث الذى قمنا به. كان أمل النساء وفقا لذلك المنطق أنهن حتى لو فقدن أزواجهن فأن ذلك لن يعنى بالضرورة التخلى عن أطفالهن كذلك.

و مع أن النساء يحصلن على حق الطلاق لو تزوج أزواجهن عليهن إلا أن النساء فى العادة لا يلجأن لهذا الحل لمحدودية فرص الزواج من ناحية، ولخوفهن من فقد أطفالهن لو أنهن طالبن بالطلاق. وتقرر الكثيرات الاستمرار فى زواج مهين يتشاركن فيه مع أخرى فى الزوج.

و من المثير للاهتمام أن الرجال ممن أجابوا على أسئلة البحث أرادوا وعلى نحو متواتر عددا أقل من الأطفال، كما أن عدد الأطفال المثالي بالنسبة لهم لم يتعارض مع العدد الذى تصوروه أو أرادوه لأنفسهم. وبرروا تفضيلهم للأسرة الصغيرة على أساس من التكاليف المادية لتربية الأطفال. وعلى الرغم من أن معظمهم عبر عن رغبته فى إنجاب الأطفال من الجنسين إلا أن ١٢٪ منهم قالوا انهم لو لم ينجبوا سوى بنات فسيحاولون إنجاب صبى.

و كانت الكثيرات على دراية بأن أزواجهن يفضلون عددا أقل من الأطفال ونادرا ما كانت المرأة تختلف مع زوجها فى هذا الأمر على نحو علني، ولكنهن عندما يرغبن في الحمل مرة أخرى يدعين أن وسائل منع الحمل تصيبهن بأعراض جانبية ويتوقفن عنها. وعادة ما تدعى النساء أن الحمل حدث بالرغم من أنهن كن يستعملن وسيلة منع الحمل. والواقع أن هذا ممكن الحدوث لأنه بالرغم من انتشار وسيلة قطع الاتصال الجنسى قبل الإنزال المنتشرة بين الإيرانيين، إلا أن الرجال فى الغالب يرفضون تحمل مسئولية منع الحمل ولا يقبلون على العازل الطبي ولا على عمليات التعقيم. وتؤكد نتائج بحث حديث فى إقليم "ماركازى" أن حوالى نصف حالات الحمل هى غير مرغوب فيها وأن ما بين ٨٦ و٨٩ فى المائة من كل حالات الحمل حدثت والنساء كما يدعين يستعملن وسيلة لمنع الحمل[٢١]. ومع أن القائمين على هذا البحث الى جانب تقارير حكومية أخرى، يرجعون معدل فشل وسائل منع الحمل وهو معدل عال- الى عدم وفرة المعلومات اللازمة حتى بين المتعلمات إلا أن لقاءاتنا المعمقة تشير بوضوح الى أن الحمل فى كثير من هذه الحالات لم يكن غير مرغوب فيه، كما أنه لم يكن تصادفيا. ففى حين وافقت النساء على برنامج الحكومة فيما يخص تنظيم الأسرة إلا أنهن كن يضعن لأنفسهن أهدافا إنجابية خاصة بهن لضمان مصلحتهن فى النهاية. وعلى الرغم من التزام الحكومة النظري بتحسين وضع النساء الاجتماعى والاقتصادي ظل موقف الحكومة من قانون الأحوال الشخصية موقفا ملتبسا. ولأن النسويات على وعى تام بالمعنى المضمر فى هذا الموقف ومحبطات فى القنوات القانونية المفتوحة لهن بما فى ذلك

البرلمان قررن (و ذلك يشمل الإسلاميات) أن يعرضن قضيتهن على الرأي العام. ففى منتصف الثمانينات نجد مجلات المرأة وبالذات "زان أي روز" وهى مدعمة من الحكومة، وحتى الإذاعة وهي الصوت الرسمى للجمهورية الإسلامية، تبث التقارير عن إساءة الرجال لحقهم فى الطلاق وحضانة الأطفال. وتساءل الكثيرون : كيف ترجع مثل تلك الممارسات غير العادلة الى الإسلام ولماذا يفشل القانون الإسلامي فى حماية النساء؟

بالتدريج وتحت ضغط الرأي العام أدخلت الحكومة إصلاحات متواضعة على قانون الأحوال الشخصية، منها عقد زواج موحد ينص على شروط الطلاق، وشروط أخرى منها حق العمل ومكان الإقامة ومما أثار جدلاً، إعطاء المرأة أجر عن الأعمال المنزلية تتلقاه المرأة لدى الطلاق (والتى صدر بها القانون لعام ١٩٩٢) وقد كان هذا الحدث غير المسبوق والذي تم النقاش حوله من داخل منطق الخطاب الإسلامي تماما كان من الأهمية بمكان لأنه أشار الى إمكانية إصلاح الشريعة من داخل فلسفة القانون الإسلامي. و قد خلق ذلك حسا طوباويا بين النسويات الإسلاميات اللواتي عقدن العزم على الدفع بمزيد من الإصلاحات فى قانون الأحوال الشخصية. وتعكس تلك الجهود اهتمام النسويات بالعمل وفرص التعليم الى جانب بنود قانون الأحوال الشخصية. وكانت إحدى الاستراتيجيات فى هذا المضمار هى إغراق وسائل الأعلام بالحكايات التى تبرز الظلم الذى تعانيه النساء من أزواجهن تحت شعار الشريعة، مشيرات الى نتائج مثل ذلك السلوك لا على المرأة وحدها ولكن على المجتمع ككل. وبدأت أخريات العمل على فهم الشريعة من وجهة نظر تأخذ مصالح المرأة فى الحسبان وانطلاقا من روح النص الإسلامي والتراث. وقد نجحت النسويات الإسلاميات فى استقطاب رجال الدين الذين تحظى آراؤهم بالاحترام، كما استقطبن أعضاء من الحكومة وأعضاء البرلمان المنتخبين من أجل الكلام عن تلك المسائل على المستويات الرسمية، وذلك عن طريق إبراز المعنى الإيجابي فى السياسات التى يسعين لأن تتبناها الحكومة. وبما أنهن براجماتيات، فإن الكثيرات منهن يعلمن أن نشاطهن لن يكون مؤثرا إلا بوصفه تكتيكا للضغط من أجل الحصول على مزيد من التنازلات فى تلك الأمور التى تستطيع الحكومة إدخال الإصلاحات عليها. و قد نجحن بالتدريج فى إدخال الإصلاحات على قانون الأحوال الشخصية، وكثيرا ما كان ذلك عن طريق الدخول فى تحالفات غير مريحة مع قوى الحكومة وفى مواجهة الجدل المحتدم والنقد اللاذع من قبل القطاعات الأكثر محافظة وتقليدية فى المجتمع وهى هيئة القضاء المشرعة و مجلس الأوصياء وهو الهيئة الدينية التى تباشر البرلمان. أن النسويات الإسلاميات وقد شجعهن الإصلاح المحدود هذا، كما اتضح من التطورات فى سياسات تنظيم الأسرة يحاولن وقد رأين براجماتية الحكومة واستعدادها لإعادة النظر فى توجهاتها الأصلية، أن يعقدن تحالفات جديدة مع النظام، من أجل التأثير فى رؤيته لقضايا النوع ومن أجل تحسين أوضاع النساء كذلك. ومع أن تلك التحالفات ضمنية وغير رسمية إلا أنها لا تختلف كثيرا عن التحالفات البراجماتية بين المطالبين بحقوق النساء الصحية والمدافعين عن حقوق الإنسان وبين الاتحادات العالمية التى تهدف الى الحد من نمو السكان. وكما أن تأثير مؤتمر القاهرة للسكان والتنمية مازال غير منظور، كذلك مازال مدى قدرة النسويات الإسلاميات على دفع مطالب النساء هو الآخر غير منظور.

الهوامش

(١) رغم أن مفهوم "الأصولية" هو مفهوم تحليل إشكالي، فإنني استخدمه هنا ليشير إلى ذلك النوع من الحركات التي تنزع إلى إضفاء الشرعية على موقفها بالرجوع إلى النص المقدس والتي تشترك في أيديولوجيا متشددة فيما يتعلق بالنوع تقوم على السيطرة على النساء. أنظر:

Imam A, 1993. Women and Fundamentalism. Dossier (Wluml). 11/12/13; Marty ME and Appleby Observed. University Fundamentalism's RS, 1991. of Chicago press. Chcago; Hawley JS. 1994. Fundamentalism and Gender. Oxford University Press, Oxford.

(٢) Paidar P, 1995. Women and the Political Process in Twentieth-Century Iran. Cambridge University Cambrige; Tbari A, and yeganeh N, 1982. In Press. the Shadow of Islam: The Women's Movement in Iran. Zed Books, London; Sanasarian E. 1982. The Women Rights Movement in Iran. Praeger, New York.

(٣) Hoodfar H. 1995. Population policy and gender equity in post revolutionary Iran.In Obermeyer CM (ed). Family Gender and Population in the Middle East. American University in Cairo Press, Cairo.

(٤) Omid H. 1994. Islam and Post-revolutionary State in Iran. St Martin's Press, New York.

(٥) البيانات الأولية التي قدمناها هنا مستقاة من مشروع بحثي أوسع حول نتائج التشريع الإسلامي على النساء في إيران. وتشمل هذه العينة الفرعية ١٤٠ امرأة ريفية في ٩ قرى و ٢٠٠ امرأة حضرية (من محافظتي طهران وماراكازي بشكل رئيسي) و١٠٠ رجل حضري.

(٦) يزعمن أنه للوصول إلى مجتمع إسلامي حقيقي عادل على المرء أن يفصل النص المقدس عن ١٤٠٠ سنة من التفسير البطريركي. أنظر (Hodfar أعلاه.)

(٧) أشير إلى ناشطات إسلاميات عديدات وزعماء دينيين تقدميين ونساء علمانيات ومثقفين وخبراء آخرين في مجال تنظيم الأسرة.

(٨) قلص الحد الأدنى لسن الزواج من ١٦ إلى ٩ سنوات، وقد رفعته الإصلاحات لاحقا إلى ١٣ سنة وهي سن البلوغ المعترف بها ثقافيا. ،

(٩) كان البرنامج ناجحا وقد استطا ع في عشر سنوات تغطية ١١٪ من النساء في سن الإنجاب.

Aghajanian A, 1991. Population Change in Iran Popution 1966-88. A stalled demographic transition and Development Review. 17: 703-150

(١٠) Hoodfar H, 1994.Devices and desires: population policy and gender roles in the Islamic Republic. Middle east Report. Sept- Oct.

(١١) لا تناقش قضية الإجهاض تحت عنوان تنظيم الأسرة وإنما في سياق صحة النساء. وموقف الحكومة هو أن الإجهاض غير مقبول أخلاقيا كطريقة لتنظيم الأسرة. وهناك تباين في وجهات النظر الدينية حول الموضوع. لكن ظل الإجهاض في إيران غير مشروع إلا عندما تكون صحة الأم مهددة بدنيا أو نفسيا بشهادة طبيبين. أنظر Hood-far (3).

(١٢) See Paidar (2) above and Mir-Hosseini Z, 1996. Women and politics in Post-Khomeini Iran: divorce, veiling, and emerging feminist voices. Women and politics in the third world. Afshar H (ed). Merhan

(١٣) Merhan G,1991. The creation of the new Muslim women: female education in the Islamic Republic of Iran. Convergence.23:42-52.

(١٤) See Paidar (2) above. Omid (4) above. and Moghadam VM. 1993. Modrenizing women: gender and social change in the Middle Easst. Lynne Reinner. Boulder.

(١٥) بينما يعتقد بعض الباحثين أن الحكومة لم تنجح نجاحا كاملا(أعلاه) Moghadam يجادل البعض أنها نجحت. أنظر .

(١٦) See Moghadam F, 1994. Commoditionization of sexuality and female labour participation in Islam: implications for Iran. 1960-1990. Eye of the storm: women in post-revolutionary Iran . Afkhami M and Friedl E (eds). IB Tauris, New York.

Ayatollah Sane'i, 1996. Payman-e- Zan. nos. 50and 51.

(١٧) على سبيل المثال هنا سيل مطرد من المقالات في مختلف المجلات النسائية تلقت الانتباه إلى عدم كفاية محاولات الحكومة لخلق فرص العمل للنساء والترويج لاستخدامهن. وتطرح النائبات البرلمانيات هذه المسائل باستمرار.

(١٨) لنقاش مفصل حول التغييرات في قانون الأحوال الشخصية ونتائجه أنظر.a Mir- Hosseini Z, 1993. Marriage on Trial: study of Islamic family law. IB Tauris, London. For a more detailed account of temporary marriages, see Haeri S, 1987. Law of desire: temporary marriage in Shi'i Iran. Syracuse University Press, Syracuse.

(١٩) See also Asefzadeh S and Noklyani FA, 1996. Unwanted pregnancies among rural women of Ghazvine. Family Health.

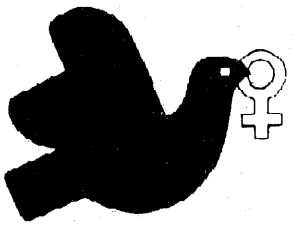
وقد كشفت دراساتهم حول حالات الحمل غير المرغوب فيها أنه بينما رأت النساء اللاتي أنجبن ثلاثة أبناء أن طفلين يكفيان رأت النساء اللاتي أنجبن اثنين أن ثلاثة يكفون .

(٢٠) Kar M and Hooder H,1996. Personal status law as defined by the Islamic Republic of Iran: an appraisal. Special Dossier (WLUML).1:7-35.

(٢١) من المهم أن نلاحظ أن أفضالي تقدر أن ٣٠٪ من حالات الحمل عند النساء الحضريات و٢٥٪ عن الريفيات هي حالات غير مرغوب فيها.

Afzali HM, 1996.Evaluation of family planning programmes in the Islamic Republic of Iran. Family Health. 1:3-18. In Asefzadeh and Nokiyani (19) above.

(٢٢) Hodason D. and Watkins SC, 1996. population controllers and feminists: strange bedmates at Cairo? paper presented at annual meeting . Population Association of America.



قصة مستزرعات نوربلانت فى إندونيسيا

فى يناير ١٩٨٦ وافقت وزارة الصحة الإندونيسية على استخدام مستزرعات نوربلانت، وبدأ بالفعل إدخالها إلى البرنامج القومي فى عام ١٩٨٧ ومع حلول عام ١٩٨٩، عندما وصل عدد مستخدمات المستزرعات إلى ذرو ته، كان قد أصبح متوافراً فى بعض الأقاليم والمناطق، بمحافظات إندونيسيا السبع و العشرين.

لقد تم إدخال استخدام المستزرعات بهدف توسيع نطاق وسائل منع الحمل المتاحة للمرأة الإندونيسية، وعلى نحو خاص لتوفير بديل فعال طويل المدى لعملية التعقيم ووسائل منع الحمل الرحمية. وفى عام ١٩٩٣، كان عدد النساء اللاتى يستخدمن المستزرعات فى إندونيسيا يصل إلى حوالى ١,٥ مليون امرأة، مما كان يمثل ٧٪ من مجموع المستخدمات لوسائل منع الحمل.

وبينما كان البرنامج الإندونيسي يمثل أكبر وأكثر برامج مستزرعات منع الحمل طموحاً فى العالم، فما تزال البحوث مستمرة حول كافة جوانبه وطريقة استخدامه، وذلك بهدف النهوض بجودة البرنامج ومدى فعاليته.

وترتكز هذه الورقة البحثية على البحوث والمقابلات المنشورة مع مديري البرامج، والذين لعبوا دوراً أساسيا فى اتخاذ قرار استخدام المستزرعات، إضافة إلى البعض من أوائل الباحثين الذين شاركوا فى البرنامج التدريبي، والأطباء الذين قاموا بتقديم خدمات المستزرعات، والنساء اللاتى يستخدمن حالياً هذه الوسيلة. وتوضح التجربة الإندونيسية مدى التحديات الضخمة من أجل تقديم هذه الوسيلة بشكل جيد، فضلاً عن تقديمها لدروس مفيدة للبرامج الأخرى.

بقلم
نينوك ويديانتورو

* "المستزرعات" "Implonts" هي أحد موانع الحمل الهرمونية الحديثة على شكل كبسولة يتم زرعها تحت جلد الذراع بعملية جراحية صغرى وتزال بعملية أخرى.

المرحلة التمهيدية

لقد مرت مستزرعات نوربلانت بفترة مكثفة من الدراسات التجريبية قبل الموافقة على استخدامها فى البرنامج القومي.

وقد تم اختبار هذه الوسيلة فى إندونيسيا بداية فى عام ١٩٨١، وذلك خلال التجارب الإكلينيكية التى كانت تضم ما يزيد عن ٨٠٠ امرأة فى جاكارتا وباندونج. وحصل الأطباء والقابلات على شهادات باجتياز التدريب اللازم، الذى اشتمل على: معرفة النظريات المرتبطة بالموضوع، والتدريب العملي على استزراع العقار، وكيفية تقديم الاستشارات؛ والتدريب النظري على كيفية إزالة المستزرعات. كما حصلت النساء على معلومات دقيقة حول هذه الوسيلة الجديدة قبل البدء فى استخدامها، وكانت الإجراءات الإكلينيكية خاضعة لإشراف جيد.

وعلاوة على ذلك، تم إعداد سجلات للتمكن من متابعة النساء المستخدمات للمستزرعات. وكان تنفيذ هذه التجارب الإكلينيكية خاضع لإشراف وتوجيه لجنة دائمة تتكون من ممثلين من الهيئة القومية لتنسيق تنظيم الأسرة (BKKBN)، ووزارة الصحة، بالإضافة إلى هيئتين حكوميتين أساسيتين تتوليان مسئولية سياسة تنظيم الأسرة وتنفيذها، فضلاً عن كلية الطب بإندونيسيا.

لقد كان التوسع خلال تلك الفترة يتم بصورة تدريجية. كان محدوداً فى البداية بالتجارب الإكلينيكية، ثم التجارب الميدانية المرتكزة على العمل بالمستشفيات، والتجارب الميدانية واسعة النطاق فى ١١ مستشفى تعليمي. وتشير كافة هذه التجارب إلى معدل عال لقبول المستزرعات، وهو ما يرجع أساساً لطول فترة فعاليته و مكان وضعه فى الذراع (مما يجعله أكثر قبولاً عن موانع الحمل الرحمية)، هذا إلى جانب أنه كان يُقدم مجاناً أو بتكلفة منخفضة. كما أن قبوله على المستوى الثقافى كان مرتبطاً أيضاً بتقليد فى إندونيسيا يسمى "سوسوك"، ويعنى إدخال بعض الأشياء تحت الجلد تعبيراً عن الجمال[1].

وقد أدى هذا المعدل المرتفع من قبول الوسيلة إلى إقناع وزارة الصحة بالموافقة على استخدامها.

ما أن تمت الموافقة على استخدام هذه الوسيلة، حتى جرى إدخالها إلى مختلف محافظات إندونيسيا، وعلى نطاق واسع. وعلاوة على تقديم المستزرعات خلال العيادات والمستشفيات، كان البرنامج يشتمل أيضاً على أنشطة لفريق متحرك "سفارى"- والمقصود به خدمات جماهيرية على نمط القوافل، ويتم تنظيمها عن طريق الحكومة أو المنظمات غير الحكومية عند الاحتفال بذكرى معينة أو مناسبة خاصة. وكانت هذه القوافل تفيد في توفير مجموعة متنوعة من خدمات الصحة وتنظيم الأسرة.

لقد وصلت أعداد المستخدمات الجديدات للوسيلة إلى ١٤٥٨٢٦ فى عام ١٩٨٧- ١٩٨٨، مقارنة إلى ٤٤٧٠٣ فى العام السابق له. وقفز الرقم إلى ٣٩٨٠٥٩ عام ١٩٨٩- ١٩٩٠، وهى تعد سنة ذروة التوسع، حيث قامت وحدات تقديم الخدمة المتحركة، على نمط "سفارى"[٢] بتركيب ٦٢٪ من كافة حالات المستزرعات.

إن هذا الانتشار السريع على مستوى البلد قد طرح أمام الحكومة تحديات أساسية لتدريب العاملين فى مجال الصحة، وإقامة تسهيلات مناسبة لتقديم الخدمة، فضلاً عن الإدارة الكلية للبرنامج.

وللمساعدة على الوفاء بهذه التحديات، شاركت فى برنامج المستزرعات هيئات حكومية أخرى ومنظمات غير حكومية، ومن بينها: رابطة أطباء إندونيسيا، ورابطة أطباء أمراض النساء والولادة، ورابطة القابلات الإندونيسيات. وفى نفس الوقت، تعاظمت البحوث ودراسات التقييم من أجل وضع خطة للتقدم و حل المشكلات.

ولقد أدركت استراتيجية البرنامج، فى الفترة ١٩٩١- ١٩٩٤، كافة المشكلات الناجمة عن الطلبات الواقعة على كاهل النظام نتيجة للتوسع السريع[٣]. ومنذ عام ١٩٩١- ١٩٩٢ كان العدد السنوي للمستخدمات الجدد للمستزرعات يتراوح بين ٢٧٥٠٠٠ و ٢٨٥٠٠٠ ممثلاً هبوطاً يصل إلى ما يقرب من ٤٠٠٠٠٠ سنوياً فى عامي ١٩٨٩- ١٩٩٠ و ١٩٩٠- ١٩٩١.

لقد تمت أبحاث[٤] عديدة فى إندونيسيا حول إدخال المستزرعات واستخدامها. وعلى الرغم من تنوع النتائج، فقد برزت بعض القضايا الأساسية. وتجدر الإشارة إلى أنه رغم تغير مدخلات البرنامج، و ملامح المستخدمات، فضلاً عن تغير العديد من العوامل الهامة طوال فترة تاريخ تنفيذ البرنامج، فقد استمر البرنامج فى التطور مع توسع إندونيسيا فى توفير الوسيلة وتعلمها من خبرتها الذاتية.

بين حمل وآخر

إن مستخدمات المستزرعات فى إندونيسيا هن فى المتوسط من النساء فى أواخر العشرينيات من أعمارهن أو بداية الثلاثينيات، ولديهن ٣ أطفال وحصلن على مستوى

التعليم الابتدائى. وقد أوضحت الدراسات الحديثة أن حوالى ثلث المستخدمات لم يكن راغبات فى المزيد من الأطفال؛ كما أثبتت أيضا أن عدداً كبيراً من النساء يستخدمن المستزرعات كوسيلة لتحقيق فترة راحة بين الحمل والآخر؛ وبعض النسوة كن غير متأكدات حيال نواياهن المستقبلية شأن الإنجاب. وعلى الرغم من أن نسبة أساسية من المستخدمات، فى باكورة إجراء الأبحاث، لم يستخدمن من قبل موانع الحمل، فقد أوضحت البحوث الحديثة أن النساء اللاتى يخترن المستزرعات لديهن خبرة فى وسائل منع الحمل.

إن نسبة صغيرة فقط من النساء قد بدأن فى استخدام المستزرعات فى فترة ما بعد الولادة. ولكن نسبة دالة من المستخدمات بالحضر قد بدأن فى الاستخدام بعد الإجهاض[٥]. وهناك حاجة إلى مزيد من البحوث حول العلاقة بين استخدام المستزرعات وخدمات وسائل منع الحمل فى الفترة التالية للإجهاض.

مدى القبول

أوضحت دراسة ديناميات الاستخدام، التى أجريت عام ١٩٩٢، أن السبب الأساسي لاختيار النساء للمستزرعات كوسيلة منع الحمل يرجع إلى امتداد فعالية المستزرعات لفترة طويلة، فضلاً عن ملاءمتها. وكانت الدراسات السابقة قد أكدت على انخفاض تكلفة هذه الوسيلة، بالإضافة إلى الأساس الثقافى لقبولها. كما أفادت عدة دراسات أيضاً إلى أن ٢٠٪ أو أكثر من مستخدمات المستزرعات قد قبلن الوسيلة بناء على نصيحة بعض المسئولين الحكوميين فى مجالي الصحة أو تنظي م الأسرة، أو بناء على نصيحة الصديقات أو القريبات، وليس كاختيار يرجع لأسباب تخص وضعه.

ومن بين مستخدمات المستزرعات، اللاتى قد استخدمن سابقاً وسائل أخرى لتنظيم الأسرة، فإن حوالى ٧٠٪ من السيدات أبلغن بأن المستزرعات كانت "أفضل" وسيلة. وفى دراسة عام ١٩٩٢ حول ديناميات الاستخدام، أفادت غالبية النساء بأنهن سوف يقمن بتوصية نساء أخريات باستخدام هذه الوسيلة؛ وكان ثلث النساء تقريباً مهتمات بإعادة استخدام الوسيلة ذاتها مرة أخرى. ومن ناحية أخرى، أفادت رُبع النساء فى الدراسة أنهن لا يرغبن فى إعادة استخدام هذه الوسيلة مر ة أخرى، فى حين أفادت ثلث النساء بأنهن لن يوصين الأخريات باستخدام هذه الوسيلة نظراً لآثارها الجانبية.

إن نسبة المستخدمات (حوالى ٨٪) اللاتى أشرن إلى عدم الرضا الكلى عن تقديم الخدمة، كن يملن أساسا للإشارة إلى عدم كفاية المعلومات/ الاستشارات كسبب رئيسي لعدم الر ضا. ولكن المترددات على مراكز تنظيم الأسرة فى إندونيسيا، مثلهن مثل الناس فى كل مكان، لا يرغبن فى توجيه انتقاد للخدمات المقدمة إذا ما تم سؤالهن عن ذلك فى أى مسح. وهنا، ينبغي الاستعانة بمداخل بحثية مختلفة وأسئلة غير مباشرة، وذلك لاستنباط معلومات مفيدة. إن دراسات الحالة التى سنعرض لها أدناه، تقدم أحد هذه المداخل.

معدلات الاستمرار

وجدنا، فى غالبية الدراسات، أن معدلات الاستمرار فى استخدام وسيلة المستزرعات تعد عالية جداً- فما تزال ٨٠٪ من النساء تستخدم هذه الوسيلة بعد انقضاء مدة ٤ سنوات، رغم توقع التناقص مع اقتراب انتهاء مدى صلاحية الوسيلة (أى خمس سنوات). ويرجع ذلك، جزئياً، إلى أن نسبة ذات دلالة من المستخدمات للوسيلة (على سبيل المثال: ٤٠٪ فى غرب سومطرة، و ٦٦٪ فى غرب جاو ا) لم يعرفن أنه بالإمكان إزالة المستزرعات قبل مرور فترة الخمس سنوات[٦]. ومع ذلك، فحتى النساء اللاتى عرفن بإمكانية الإزالة المبكرة للمستزرعات، ما تزال معدلات الاستمرار بينهن تتراوح بين ٦٥- ٧٥٪ على مدى أربع سنوات.

كان ارتفاع معدلات الاستمرار أحد الملامح القوية في بداية الدراسات الإكلينيكية، حيث كان توفير المعلومات والاستشارات فى أفضل حال، وكانت خدمات إزالة المستزرعات متوفرة. ومع العمل من أجل توفير معلومات جديدة والتخطيط لبرامج تدريبية جديدة لإزالة المستزرعات، ينبغي أن تعكس معدلات الاستمرار في المستقبل رضى النساء، فحدود البرنامج لم تعد تلعب دوراً فى الإطالة المصطنعة للاستخدام.

المضاعفات والآثار الجانبية

وفقاً لدر اسة عام ١٩٩٢ حول ديناميات الاستخدام، فإن حوالى ١٠٪ من مستخدمات المستزرعات فى إندونيسيا أبلغن بحدوث ألم وحكة وتنميل أثناء الاستزراع، وأفادت ٢,٥ إلى ٥٪ من النساء بحدوث عدوى- وهى معدلات تزيد عما أظهرته الدراسات الإكلينيكية، وهو ما يعنى احتياج

المناطق الهامة لمزيد من الجهود البحثية و التدخلية. وكما كان متوقعاً، أفادت النساء بحدوث اضطراب فى الدورة الشهرية. وقد عانت حوالى نصف النساء أو أكثر من آثار جانبية تتراوح بين غياب الدورة الشهرية إلى وجود بعض البقع الدموية فى الفترة الواقعة بين دورتين شهريتين، فضلاً عن حدوث فترة نزف مطولة إلى حد ما. وتختلف أنواع الاضطرابات فى الدورة الشهرية من دراسة لأخرى فى إندونيسيا، وهو مجال تجرى فيه الآن المزيد من البحوث.

وتظهر الآثار الجانبية الأخرى بعض الاختلاف بين الدراسات. فعلى سبيل المثال، لم تذكر غالبية الدراسات حدوث تغيرات فى الوزن ، فيما أشارت إليها تقارير بعض التجارب الإكلينيكية، وهناك حاجة لمزيد من البحوث، ليس فى مجال الجانب الصحى مثل الآثار الجانبية فحسب، و إنما أيضا" الجوانب الاجتماعية السيكولوجية- وعلى سبيل المثال السلوكيات المرتبطة بعملية النزف. وتوضح دراسة حديثة قام بها هانهارت[٦] صعوبة الحصول على مثل هذه البيانات، والحاجة إلى استخدام أساليب كيفية للبحث.

إزالة المستزرعات

إن النساء فى إندونيسيا اللاتى يرغبن فى إزالة المستزرعات قبل موعد انتهاء الصلاحية قد صادفن، فى بعض الحالات، مشكلات تتعلق بإيجاد عاملين مدربين على تقنيات الإزالة. ويصعب تقدير كبر حجم تأثير هذه المسألة على تطويل معدلات الاستمرار. إن دراسة عام ١٩٩٢ حول ديناميات الاستخدام التى أجريت على ٣١٠٧ من المستخدمات الحاليات والسابقات قد وجدت إن ٣٨٪ من ٣٩٤ امرأة طلبن إزالة المستزرعات قد تمت الاستجابة لطلباتهن فى نفس اليوم. ولكن نساء أخريات قد تعرضن لفترة تأخير. ففى إحدى المحافظات نجحت ٣٠٪ تقريبا من السيدات فى إزالة المستزرعات ولكن بعد أن تقدمن بالطلب ثلاث مرات أو أكثر[٧].

واستجابة لهذا الموقف، تزايدت البرامج التدريبية الأساسية بشأن عملية إزالة المستزرعات. وفى نوفمبر ١٩٩٣، قامت رابطة أطباء أمراض النساء والولادة بإعداد "برنامج للخدمة الاجتماعية" فى غرب جاوا، وكان برنامجاً ضخماً تم خلاله إجراء ١٢٠٠٠ عملية إزالة للمستزرعات فى الرابطة عبر طبيبات وقابلات مدربات.

وهناك مشكلة أخرى تجرى البحوث حولها حالياً من خلال البرنامج الإندونيسي، وهى متابعة النظام الموضوع لضمان عودة النساء اللاتى انتهت مدة صلاحية المستزرعات التى يستخدمنها، حتى يجرين عملية إزالة لها. وقد أوضحت البحوث السابقة أن معدلاً يتراوح ما بين ١٥ إلى ٢٠٪ من المستخدمات لوسيلة المستزرعات لم يعدن بعد مدة انتهاء الصلاحية البالغة خمس سنوات[٨] . ويعمل البرنامج على اختبار أنظمة الإشراف المحسنة فى محاولة للتغلب على هذه المشكلة.

وعلاوة على ذلك، أوضحت الدراسات أن تكلفة إزالة المستزرعات تختلف بدرجة كبيرة، ويمكن أن تؤثر على تيسير النفاذ إلى خدمات الإزالة. ويعتبر هذا المجال ميداناً آخر للدراسات و التدخل.

التدريب والمعرفة

يجرى تقديم خدمات الاستزراع عن طريق مجموعة من العاملين فى مجال الصحة. وبينما تقوم القابلات بتولي مسئولية تقديم الخدمة للنساء بشكل أساسي فى عينة الدراسة الخاصة بديناميات الاستخدام، فإن الطبيبات قد لعبن الدور الأساسي فى غالبية البحوث الإكلينيكية المبكرة، إذ تحدد الخطوط المرشدة أن الممارسين الطبيين المتخصصين هم المسئولون عن وضع وإزالة المستزرعات.

وفى أثناء مرحلة التوسع الأولى للبرنامج القومي، تحول التدريب بدرجة كبيرة من تدريب للحصول على شهادة إلى تدريب أقل صبغة رسمية ، يمكن بمقتضاه أن يتولى الحاصلون عليه القيام بالتدريس لزملائهم؛ وسوف يتم التدريب خلال البرامج الجماهيرية. ولكن دراسات عديدة قد أفادت بأن حوالى نصف الطبيبات والقابلات القائمات على تقديم الخدمة لم يحصلن على تدريب رسمي، كما أن مدة التدريب ومحتواه يختلفان بدرجات كبيرة (٦ و٩ و١٠). ولم يؤكد كافة القائمين على تقديم الخبرة، الذين أجريت معهم مقابلات فى هذه الدراسات، على الحاجة إلى الأفلام والاستشارات، على سبيل المثال، كجزء من إجراءات تقديم المستزرعات.

وقد حددت إدارة الصحة الآن أن القابلات منوط بهن تقديم خدمات المستزرعات، إذا ما كن فحسب قد حصلن على شهادة أداء التدريب و يعملن تحت إشراف الطبيب. ويعد التدريب أحد المجالات التى اختارها البرنامج كميدان

اهتمام خاص. ويجرى الآن مباشرة برنامج ضخم لتدريب المدربين، كما يجرى أيضا إدخال التدريب على مستزرعات نوربلانت فى مراكز التدريب القومي كجزء من المنهاج التدريبي لتنظيم الأسرة بشكل عام.

الحملات الجماهيرية

إن منطق الحملات الجماهيرية (سفارى) يعنى محاولة تقديم أقصى امتداد للخدمات من خلال حشد الموارد المحلية وتعبئتها. وقد وجد أن أفضل رعاية فى مجال تقديم خدمة المستزرعات كانت عسيرة فى ظل هذه الظروف(١و٣). وعلى الرغم من حشد الموارد التطوعية، لم يكن من الممكن دائماً، فى ظل هذه الظروف، ضمان وجود العدد الكافي من العاملين التقنيين، أو المعدات أو الوقت اللازم. وبإدراك إدارة الصحة لهذه المسألة فى عام ١٩٩١، أمرت بإدخال خدمة المستزرعات إلى المستشفيات أو المراكز الصحية فحسب.

ومن المثير للاهتمام، أن دراسة عام ١٩٩٢ حول ديناميات الاستخدام قد وجدت بعض الإختلافات القليلة فى المتغيرات الرئيسية بين القوافل الجماهيرية و تقديم الخدمة في العيادات ، مثال: هل تم معرفة التاريخ الطبي للمريضة؟ و هل أجري لها فحص إكلينيكي قبل الاستزراع؟. وفى واقع الأمر، كانت معدلات انتقال العدوى المبلغ عنها أقل كثيراً أثناء قوافل "سفارى".

أصوات من داخل الميدان

أوضحت المسوح، من الناحية الكمية، أن غالبية مستخدمات المستزرعات فى إندونيسيا راضيات عن الخدمة ويوصين غيرهن من النساء باستخدام نفس الوسيلة، و كما بالنسبة لوسائل تنظيم الأسرة، وخاصة الوسائل الحديثة، فقد تم الإفادة بمختلف المشكلات. وفى بعض الأحيان، يُطلق على هذه التقارير اسم "حالات منفردة" أو ترجع إلى "تنفيذ غير صحيح للبرنامج المحلى". والبرنامج المسئول لا يمكن إلا أن يقدم الاهتمام الواجب لأنواع المشكلات التى تعبر عنها بشكل مباشر المستخدمات لوسائل منع الحمل، مهما كان عددهن. وتعتبر نتائج المسح بمثابة "الهيكل العظمى" للموضوع، أما "الحشو" فيأتي من خلال الاستماع للناس الذين مروا بخبرة الخدمة المباشرة. وتقدم فيما يلى بعض القصص التى روتها بعض المستخدمات لوسيلة المستزرعات، فضلاً عن بعض القصص من بعض القائمات على تقديم هذه الخدمة:

إيبو آى: تبلغ من العمر ٣٢ سنة، ولديها ثلاثة أطفال ومتزوجة من ترزي فى كابوتات التى تقع بضواحي جاكارتا. وفى فبراير ١٩٨٧، عندما أتيحت المستزرعات للمرة الأولى على مستوى الدولة، ذهبت ومعها ١٢ سيدة أخرى إلى إحدى عيادات تنظيم الأسرة لاستخدام وسيلة المستزرعات لمنع الحمل. لقد سمعن من إحدى القابلات أن هذه الوسيلة تمنع الحمل لمدة ٥ سنوات، أى فترة أطول مما توفره موانع الحمل الرحمية. كما سمعن منها أيضا عن ميزات هذه الوسيلة، ولكن لم يسمعن عن آثارها الجانبية المحتملة. ومن بين النساء الثلاث عشر ة ، لم تستمر سوى ثلاث سيدات فى استخدام المستزرعات لمدة خمس سنوات. وكانت إيبو آى واحدة منهن- لقد أعجبتها الوسيلة كثيراً، بحيث قررت إعادة استخدامها مرة أخرى، والآن مضى عامان من الجولة ا لثانية من استخدامها للمستزرعات. وهى تشعر أنها بصحة جيدة، كما كانت من قبل، وليست لديها أى شكوى على الإطلاق.

هناك أمر واحد فقط يعكر صفو تفكيرها: فعندما سألت طبيب العيادة عن الأخطار الممكنة إذا ما قررت إعادة استخدام الوسيلة للمرة الثالثة- بمعنى استخدامها بصفة مستمرة لمدة ١٥ سنة- لم يتمكن الطبيب من تقديم إجابة شافية لها، قائلاً إن الأمر ما يزال قيد البحث. وقد سببت هذه الإجابة لايبو آى نوعاً من عدم الارتياح. وعندما سألناها عما إذا كانت تشجع النساء الأخريات على استخدام المستزرعات، قالت أنها ستخبرهن ببساطة أنها لم تشتك من استخدام هذه الوسيلة. ولكنها ستخبرهن أيضاً أن عشرا من صديقاتها تعرضن لحالات نزف غير منتظم، وأربعا منهن تعرضن لحالات نزف شديدة، مما أدى بهن إلى إزالة المستزرعات قبل مرور فترة انتهاء الصلاحية، فترة الخمس سنوات، بمدة طويلة. وأضافت إيبو آى أنها لا تريد أن تتخذ القرارات للنساء الأخريات.

أما إيبو إيه، فهى امرأة شابه فى الثامنة عشرة من عمرها، ولديها طفل يبلغ من العمر ثلاث سنوات تعيش معه فى قرية صغيرة بشرق جزيرة لومبوك. زوج إيبو إيه أكبر منها- بعشرين عاماً، متزوج من امرأتين أخريين ولديه منهما عشرة أطفال والآن أصبحت زياراته لإيبو إيه غير منتظمة. وتستخدم إيبو إيه المستزرعات كوسيلة لمنع الحمل، إذ أخبرها زوجها أن لديه الكثير من الأطفال مما يضع على عاتقه حملاً كبيراً. ولكنها، فى واقع الأمر، ترغب فى طفل

ثان، وترى من الظلم أن تكتفي بطفل واحد فقط، بينما الزوجتان الأخري ان لديهما العديد من الأطفال. إنها لا تتذكر متى وضعت المستزرعات، ولا تعرف أن هناك ضرورة لإزالتها بعد مرور خمس سنوات، بل وحتى أنه يمكن إزالتها قبل ذلك، فلم يقدم لها أحد أى معلومات على الإطلاق.

لقد بدأت إيبو إيه فى استخدام المستزرعات، خلال إحدى حملات سفار ى، فى فترة ذروة التوسع فى البرنامج. كانت حينذاك صغيرة السن، وولدت ابنها الأول. وكان زوجها هو من تحدث مع الممرضة والطبيب. وبعد وضع المستزرعات، شرحت لها الممرضة الأمر بإيجاز موضحة كيف تعنى بموضع الاستزراع. كانت إيبو إيه تبدو عديمة الحيلة عندما أخبرناها بإمكانية الذهاب لمركز الصحة لإزالة المستزرعات. قالت أنهم فقراء ولا يذهبون على الإطلاق إلى خارج القرية، ويصعب بالنسبة لها مجرد تخيل إمكانية الوصول إلى مركز الصحة الذى يبعد ٣٠ كيلومتراً عن منزلها. وعندما سألناها عن الآثار الجانبية، قالت أنها تعرضت لحدوث بعض البقع الدموية البسيطة، ولكنها لم تهتم بالأمر كثيراً.

صعوبات

إيبو أتش: امرأة تبلغ من العمر ٢٧ سنة ولديها أربعة أطفال، ولا ترغب فى مزيد من الأطفال، ولذا فقد شجعتها العاملات الميدانيات بتنظيم الأسرة، بقريتها فى وسط لومبوك، على اتخاذ قرار استخدام المستزرعات لمنع الحمل. وقد كان ذلك خلال ذروة نشاط البرنامج. وقد ذهبت، مع نساء أخريات كثيرات من القرية، إلى برنامج سفارى للبدء فى استخدام المستزرعات. ومنذ ذلك الحين، لم يتوقف النزيف أبدا. وبعد مرور شهرين ذهبت إلى أقرب مركز صحي مع زوجها، الذى كان غاضباً. فالأمر لم يكن متعلقاً بقلقة على زوجته فحسب، وإنما لرفض زوجته ممارسة العلاقة الجنسية معه. كان بمقدور الزوج أن يتفهم هذا الأمر، ولكن النزف قد عكر صفو علاقتهما وأحالهما إلى زوجين يشعران بالقلق والاكتئاب.

وقام الطبيب بإعطاء ايبو إتش شيئاً ما، أسبوعيا لمدة شهرين، كتجربة بهدف وقف النزيف، ولكن العلاج لم ينجح. وفى نهاية الشهور الأربعة، أوصى الطبيب إيبو إتش بإزالة المستزرعات. ولما كان الطبيب لم يحصل على تدريب على إزالة المستزرعات فقد أحالها إلى إحدى القابلات فى القطاع الخاص فى برايا. كان موقع برايا البعيد يستلزم ضرورة السفر، وقد صاحبتها فى الرحلة العاملة الميدانية المختصة بتنظيم الأسرة التى كانت قد شجعتها من قبل على استخدام المستزرعات. وعندما وصلنا إلى برايا، كانت هناك صدمة أخرى تنتظرهما، فقد قيل لهما أن تكلفة الإزالة تبلغ ٥٥,٠٠٠ روبية (أى حوالى ٢٦ دولاراً أمريكياً)، وهو ما يعادل دخل شهرين بالنسبة لهذه الأسرة. وعندما أجرينا مقابلة مع إيبو أتش، كانت ما تزال مستخدمة للمستزرعات، وكان النزيف مستمراً منذ أكثر من ستة شهور. وأخبرتنا أنها تأمل فى الشهر القادم فى أن تحصل على ما يكفى من المال كي تدفع للقابلة أجرها وتزيل المستزرعات. وقد سأل زوجها غاضباً لماذا يقوم شخص بتشجيع استخدام "وسيلة يمكن أن تتسبب فى مشكلات كبرى، دون تحذير من آثارها الجانبية المحتملة". إنه يشعر بأنه تعرض لخدعه لأن "الأطباء لا يتحملون المسئولية، وفى الواقع يقودون إلى سوء العواقب. إننا فقراء وجهلاء، ولكن من الظلم البين معاملة الناس بهذه الطريقة ".

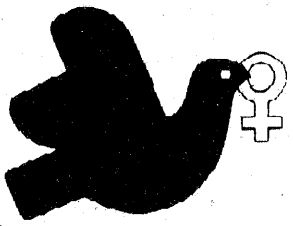
إن القائمين على تقديم الخدمة لديهم أيضاً العديد من القصص. الدكتورة إيه: هى رئيسة مركز الصحة فى جاكارتا سيلاتان، وتدربت على وضع وإزالة مستزرعات نوريلانت فى إحدى العيادات الرئيسية فى جاكارتا. إنها طبيبة ماهرة سواء فى عملية وضع المستزرعات أو إزالتها. وكثير من الأطباء يحيلون المرضى إلى الدكتورة إيه، وخاصة بشأن عملية الإزالة. إنها تمتلك أسلوبا جيداً للرعاية تجاه عميلاتها وحالاتهن، ولا تبالي فى إنفاق ساعات عمل إضافية للجلوس معهن و إعطائهن معلومات واضحة.

لقد مرت الدكتورة إيه بفترات كان يتأتى عليها خلالها مجابهة العاملات الميدانيات فى تنظيم الأسرة بشأن السيدات الراغبات فى استخدام المستزرعات. وقد أخبرتنا بإحدى هذه القصص عندما كان مطلوباً منها، فى صباح يوم ما، إجراء ١٣ عملية استزراع. وبعد سؤال السيدات، واحدة تلو الأخرى، عما إذا كن قد اتخذن قراراً حاسماً باستخدام المستزرعات، وعما إذا كن مستعدات لقبول الآثار الجانبية المكنة، علمت أن غالبية السيدات لا يعرفن أى شئ عن هذه الآثار الجانبية المحتملة، وأفادت السيدات بأنهن قد قيل لهن أن هذه الوسيلة يمكن استخدامها لمدة ٥ سنوات، أى فترة تزيد عن الفترة التى تمنحها أ ى وسيلة أخرى مألوفة لديهن. وبعد أن أمضت الدكتورة إيه أكثر من ساعة فى تقديم معلومات كاملة حول المستزرعات، قررت أربع نساء فقط، من بين ١٣ امرأة، استخدامها. وكانت هناك ثلاث سيدات منهن يرغبن فى مناقشة الأمر مع أزواجهن،

أما الباقيات فقد قررن ببساطة عدم استخدام هذه الوسيلة.

غضبت العاملة الميدانية فى تنظيم الأسرة بشأن هذا الأمر، وطلبت من الطبيبة تجنب "إخافة" السيدات، مُعبرة عن قلقها من أن كثرة المعلومات قد تؤدى إلى رفض الوسيلة الجديدة، وعندئذ فإنها لن تستطع إنجاز أهدافها فيما يتعلق بتقبل المستزرعات.

كانت الدكتورة إيه نفسها تشعر بالفزع نظراً لان الكثير من الطبيبات كن يحلن إليها السيدات اللاتى يرغبن فى إزالة المستزرعات. اعترفت الطبيبات أنهن لم ينلن فرصة إجراء أى عملية إزالة واحدة أثناء الفترة التدريبية، ومن ثم فقد كن يخشين من إجرا ئها. ووفقا لما تقوله الدكتورة إيه، أن من الأفضل النظر لطرق إزالة المستزرعات باعتبارها "فرصة لتطوير المهارة وصيانتها، وأيضا إذا ما قامت الطبيبة بإجراء عمليات الإزالة بنفسها، فهذا يجعلها أكثر حرصاً فى عمليات وضع المستزرعات ذاتها". أما بالنسبة للدكتورة إيه، فقد كانت عملية الإزالة تستنفذ الوقت وتستقطع وقتاً ثميناً من الأنشطة الأخرى بالعيادة.



اكتشاف متأخر

وفى غرب لومبوك، أخبرتنا الدكتورة سى بأن العاملات الميدانيات قد طلبن منها وضع المستزرعات لعدد كبير من النساء، وكانت ترغب فى الرفض لأنها كانت تعلم أن النسوة سيعدن إليها مرة أخرى محملات بالشكوى. وقد سألتها لماذا لم تقدم لهن المشورة قبل وضع المستزرعات. وهنا شاب الإحباط صوتها وهى تقول: "أنا من سورابايا، ولا أتكلم لغتهن جيداً وهن لا يفهمن لغة باهاسا إندونيسيا (اللغة القومية) على نحو جيد. والمستزرعات تتطلب تقديم معلومات كثيرة. وانظروا لي فأنا لدى الكثير من الأعباء فى مركز الصحة، وليس لدى وقت لتقديم المشورة؛ كما لا أعتقد أنني مسئولة عن القيام بذلك. إن وظيفتي كطبيبة هى وضع المستزرعات. أما العاملات الميدانيات بتنظيم الأسرة فمن واجبهن تقديم معلومات كاملة وأنا لا أعرف كيف يمكنني إيجاد حل لهذا الأمر. أنا اكره رؤية هذا العدد الكبير من السيدات الشاكيات اللاتى يعانين من النزيف، ولكنني لست سوى طبيبة صغيرة وأقوم بما يُطلب منى القيام به ".

إن المقابلات التى أجريت مع الباحثين فى اثنين من الدراسات المبكرة حول المستزرعات تقدم أيضا تصورات مثيرة للاهتمام. كان الباحثون يشعرون بأن الوسيلة تحمل إمكانات واعدة أثناء التجارب الإكلينيكية المبكرة، عندما كانت كافة الأمور تتم فى تحت إشراف. وبعد عام ١٩٨٦، أصبح من العسير متابعة السيدات والإشراف على تدريب القائمين على الخدمة وتنفيذ البرنامج، وخاصة فى البرامج الضخمة. وقد لوحظ رفض اقتراح مبكر بإجراء تدريب لإزالة المستزرعات إلى جانب التدريب على وضعها، وذلك نظراً لتكلفته العالية. وبنظرة للأحداث السابقة، نجد أن البرنامج قد أدرك الآن أن التدريب على الإزالة كان يجب أن يتم فى فترة مبكرة.

وحول الملاحظات الإيجابية، نقدم أيضاً القصص التالية:

إيبو إم: واحدة من ا لقائمات على تقديم الخدمة بالمركز الصحى، بنفس المنطقة الجنوبية فى جاكارتا التى حضرت فيها الدكتورة إيه أول تدريب على مستزرعات نوربلانت فى أواخر أعوام الثمانينيات وكانت دورة من ثلاثة أيام ذات طابع نظري. لم تكن إيبو إم تشعر بثقة كافية فى قدرتها على عمليات الإ زالة، ومن ثم كانت تحيل المستخدمات إلى الدكتورة إيه. وعندما أجرينا معها مقابلة فى مارس ١٩٩٤، تحدثت عن آخر دورة تنشيط معلومات أخذتها. كانت الدورة أكثر شمولاً وركزت على مدخل تقديم المشورة، كما ضمت تدريباً فى تقنيات وضع وإزالة المستزرعات باستخدام ذراع النموذج (ذراع نوربلانت)، مستعينة بمستخدمات حقيقيات تحت إشراف المدرب. إنها تشعر الآن بأنها أكثر كفاءة وثقة فى القيام بعمليات وضع وإزالة المستزرعات. ولقد أكدت أهمية تقديم المشورة للمستخدمات المستقبليات للمستزرعات، فضلاً عن ضرورة "مانتاب" (الحسم فى اتخاذ القرار) قبل وضع المستزرعات وذلك لتجنب القيام بعمليات الإزالة المبكرة غير الضرورية.

إن نتيجة التدريب الذى حصلت عليه كانت واضحة فى المقابلات التى أجريناها مع ٩ من مستخدمات وسيلة المستزرعات فى المنطقة المجاورة لمنطقة إيبو إم. كانت غالبية النساء من المستخدمات الخبيرات بوسائل منع

الحمل. وقد بدأن جميعهن فى استخدام المستزرعات نتيجة لقرار شخصي اتخذنه بأنفسهن، مع الإقرار بظاهرة "إيكو تيكو تان" (إتباع مثل الأصدقاء والجيران). كانوا أكثر "مانتاب" (حسماً) باستخدام مصطلح إيبو إم، عن النساء اللاتي تحدثنا معهن فى لومبوك. وهناك أربع من النساء التسع قمن مؤخراً بعمليات إزالة للمستزرعات، قامت بها إيبو إم، بعد مرور فترة السنوات الخمس، وتبعها تكرار لاستخدام الوسيلة مرة أخرى. وقد أثمرت مجموعة النقاش التى تضم النساء التسع عن نماذج مشتركة مثيرة للاهتمام فى مجال الخبرات. و لم تتعرض واحدة من هؤلاء النسوة للعدوى فى موقع الاستزراع، رغم أن كافة النساء تحدثن عن صعوبة عملية الإزالة وأنها استغرقت وقتاً طويلاً، مقارنة بعملية الاستزراع. وقد مرت بعض النساء بخبرة الآثار الجانبية مثل: الصداع، وعدم انتظام الدورة الشهرية، ولكنهن أفدن بقدرتهن على التكيف مع هذ ه الأعراض، واستخدمن للتعبير عن ذلك كلمة "مياسا" (أى أمر "عادى") لوصف هذه الأعراض. وتجدر الإشارة إلى أن الأعراض الخاصة بالدورة الشهرية لم تؤثر على العلاقة الجنسية وليس لها أية آثار اجتماعية- نفسية أخرى بين أفراد هذه المجموعة من النساء.

دروس وتحديات

يمثل إدخال استخدام المستزرعات كوسيلة لمنع الحمل استثماراً أساسياً لأى بلد. إنه يتطلب تدريبا وإشرافا جيدين للقائمين على تقديم هذه الخدمة، كما يتطلب أيضاً توفير تسهيلات وأدوات مناسبة، فضلاً عن المعلومات الخاصة بضرورة تقديم المشورة، والرعاية المتعلقة بعملية المتابعة. وبدون وجود هذا النظام المساعد، تتقلص فاعلية الاستثمار والبرنامج. ويمكن أن تسود الوسيلة على المدى القصير، بينما على المدى البعيد، سوف تسفر المشكلات الصحية وغيرها عن رفض استخدام الوسيلة، وربما حتى غيرها من خدمات تنظيم الأسرة.

وهناك العديد من البرامج التى قد ترغب فى الترويج للمستزرعات والنهوض بها كوسيلة لمنع الحمل بديلة للتعقيم. ويتطلب هذا الأمر استخداماً طويل المدى مع تكرار وضع المستزرعات. وإذا كان هذا هو الهدف، فهو حافز إضافي لضمان وجود "مستخدمات راضيات" مستمرات فى استخدام الوسيلة. وربما تتعلم بعض البلدان الأخرى من المشكلات التى عانى منها البرنامج الضخم الذى قامت به إندونيسيا والجهود التى بذلتها للتغلب على هذه المشكلات.

فعندما يبدأ العمل فى إدخال وسيلة جديدة، مثل المستزرعات، عادة ما يصاحب ذلك وجود ميل لإخفاء المعلومات أو التأكيد على الجوانب الإيجابية لتجنب المخاوف غير الضرورية بين المستخدمات المحتملات. ومع ذلك، تحدثنا تجربة إندونيسيا أن المستخدمات اللاتى يتعرضن للآثار الجانبية دون أن يتم تحذيرهن منها مسبقاً، من الأرجح أن يتوقفن عن الاستمرار وينقلن خيبة أملهن للنساء الأخريات. وفى مجتمع تُعتبر فيه التوصية الشخصية من جانب الأصدقاء أو أفراد الأسرة ذات أهمية كبيرة، يعد افتقاد المعلومات الكاملة أمراً له آثار سلبية.

وينبغي تقديم المعلومات الضرورية من خلال عاملات مدربات فى مجال تقنيات تقديم المشورة، وقادرات على نقل معلومات فعلية، مع ضرورة تعاطفهن وتشجيعهن للمستخدمات، فضلاً عن إلمامهن بظروف المستخدمات. ولقد أضافت إندونيسيا تدريباً آخر فى مجال تقديم المشورة من أجل تلبية هذه الاحتياجات.

والأسلوب المثالي يتضمن ضرورة أن يصبح نقل المعلومات عملية تبادل فى الاتجاهين. فعلى سبيل المثال، قد يكون من الجيد معرفة المزيد حول سلوك النساء تجاه أنماط تعطل الدورة الشهرية لفهم معنى الآثار الجانبية المحتملة. إن البدء فى استخدام وسيلة جديدة لا يستلزم فحسب نقل معلومات إكلينيكية إلى المستخدمات، وإنما أيضاً مواجهة الاهتمامات الثقافية والنفسية للنساء. وعند إثارة هذه الأمور أثناء المشورة، يمكن تعلم المزيد من الأشياء، ومن ثم نقدر على توقع التحديات المستقبلية التى يمكن أن يلقاها البرنامج. ويمكن استخدام نتائج البحوث، التى مرت من قبل فى إندونيسيا، من أجل تحديد بعض المجالات التى يُحتمل كشف المزيد عنها أثناء المشورات فى المستقبل.

إن نظرية تقديم خدمة المستزرعات ينبغي أن تتسم بالتوازن، مع وجود فرص لممارسة عملية وضع المستزرعات وإزالتها، أثناء التدريب. إن تقسيم التدريب على عملية الإزالة إلى مراحل يعد أمراً إشكالياً بالنسبة لأى برنامج ضخم. وينبغي ألا يتم إجراء تدريب رسمي فقط للقائمين على الخدمة، وإنما ينبغي تنمية مهاراتهم أيضاً من خلال القيام بأداء حد أدنى من هذه العمليات. وقد يصعب تحقيق هذه المسألة فى البرنامج في بدايته، حيث أن الطلب على عملية الإزالة لا يتسم بالتكرار. وفى السنوات المبكرة من استخدام هذه الوسيلة، كانت البرامج تميل إلى التركيز على

التدريب على وضع المستزرعات والتعامل مع الآثار المبكرة والجانبية. ويمكن للمناهج الرامية إلى التغلب على المشكلة أن تشتمل على تدريب تشيطي على "ذراع نموذج" إذا ما تطلب الأمر. ومن المرجح أن تشهد السنوات المبكرة متطلبات بشأن وجود نظام إحالة (Referral system) جيد الإعداد، يتعلق بإجراء عملية الإزالة فى نقاط الخدمة المركزية، والتى توفر الحد الأدنى، على الأقل، من القدرة على الوصول إليها بالنسبة للمستخدمات للوسيلة. ويمكن استخدام هذه النقاط المرجعية بدورها كمواقع تدريبية لتوسيع عدد القائمين الماهرين على تقديم الخدمة بأسلوب مرحلي.

ويُعد التدريب على تقديم المشورة عنصراً حاسماً من عناصر تقديم خدمة المستزرعات؛ سواء المشورة الأولية أو جلسات المتابعة، فكلاهما يعد من أساليب المساعدة على تقديم خدمة مُرضية على المدى البعيد. وهناك قضية تجدر مواجهتها: من هم الأكثر ملاءمة للاضطلاع بالدور الأساسي فى مجال تقديم خدمات المشورة.

وعلى الرغم من الطبيعة طويلة المدى لهذه الوسيلة، ينبغي إزالة كل مجموعة من المستزرعات بعد خمس سنوات من وضعها- ويتطلب هذا الأمر تنظيم إشراف فعال يضمن متابعة كل امرأة من المستخدمات. وبينما تسهل إدارة هذه المسألة أثناء التجارب الإكلينيكية، أو التمهيدية المبكرة، فإنه يخلق تحدياً أساسياً ما أن يتم البدء فى تقديم الخدمة المعتادة. و لهذا لابد من وجود نظام فعال منذ البداية الأولى. وسوف تستمر إندونيسيا فى مباشرة البحوث الإجرائية لتحسين نظم الإشراف على المستزرعات ومتابعتها.

وقد كانت قوافل السفاري قوة رئيسية لبرامج تنظيم الأسرة فى إندونيسيا، كما وجد أن القوافل الجماهيرية تحاول أن تزيد من عامليها وتسهيلاتها إلى ما يتجاوز قدراتها من أجل الوفاء بالمعايير الأساسية فى تقديم خدمة المستزرعات، ونتيجة لذلك كان ينبغي على البرنامج إجراء بعض التعديلات.

إن توقف نظام الاستهداف فى برنامج تنظيم الأسرة فى إندونيسيا عام ١٩٩٣ كان يرجع جزئياً إلى أنماط الصراع القائمة بين الدكتورة إيه والعاملات الميدانيات بتنظيم الأسرة، والتى عرضنا لها سابقاً. ويعد هذا التوقف تكيفاً آخر يهدف إلى ضمان عدم المساومة على معايير الرعاية.

و لابد أن تشكل سياسات التسعير الواقعية جزءاً من الدراسات التمهيدية والقرارات السياسية فى أى سياق جديد. إن عمليات وضع المستزرعات مجاناً أو بتكلفة منخفضة، إضافة إلى التكلفة المرتفعة لعملية الإزالة، يمكن أن تؤثر بصورة غير ملائمة على الاستخدام والاستمرار بما يتجاوز ما هو الأفضل بالنسبة لخير المستخدمات. وعلاوة على ذلك، فإذا كانت عمليات وضع المستزرعات مجاناً متاحة فحسب نتيجة للدعم الخارجي من جانب الجهات المانحة فى البداية، فإن البرنامج قد لا يكون قادراً على الاستمرار على الجهود الذاتية.

إن الرغبة والقدرة على إدارة البحوث وتحقيق انتشارها عن طريق الخبراء، سواء المحليين أو الخارجيين، تعد مساهمة إيجابية هامة لعملية إدخال وسائل جديدة مثل المستزرعات. ويمكن تقوية البرامج إذا ما اشتملت على فحص وتدقيق تفصيلي لآثار الوسائل الجديدة، وخاصة من زاوية توقعات المستخدمات.

تمثل الموضوعات البحثية التالية ملامح لبرنامج المستزرعات فى إندونيسيا: مسوح شاملة للمستخدمات؛ ودراسات لموضوعات إكلينيكية مثل عودة الخصوبة بعد استخدام المستزرعات، ومقارنة تقنيات الإزالة، والعلاج الهرمونى للآثار الجانبية؛ وبحوث عملية حول موضوعات مثل نظم متابعة المسار.

ولسوف تثير البحوث حتماً قضايا تتطلب متابعة. إن وجود برنامج بحثي مستمرا" يعد أمراً جوهرياً لأى برنامج لتقديم الخدمة يرغب فى الاستجابة للاحتياجات الناشئة. ويمكن أن تؤدى أساليب الاستبيان الكيفية المعمقة، التى تركز على توقعات وأفاق المستخدمات، إلى إفراز بصيرة ثقافية واجتماعية ونفسية غنية تساعد على تحسين نوعية الرعاية فى مراكز تقديم الخدمة.

خاتمة

كان برنامج تنظيم الأسرة فى إندونيسيا يتسم بالصراحة بشأن المشكلات والتحديات الخاصة بإدخال وسيلة المستزرعات على نطاق واسع.

ولم يكن تنفيذ "بعض خدمات المستزرعات" مصحوباً بجهود مناسبة لدعم جودة البرنامج، مثل: التدريب الشخصى، وتوفر المعدات والأدوات الطبية المناسبة، ووجود إشراف من جانب الخدمات الطبية(٣). وكاستجابة لذلك، أكدت الاستراتيجية البرنامجية القومية، فى الفترة ١٩٩١-١٩٩٤، الأهداف الخمسة التالية: تحسين نوعي ة الخدمة؛

وتوسيع شبكات تقديم الخدمة وتقويتها؛ و تنمية الاعتماد على الذات؛ وتقوية إدارة البرنامج؛ وتحسين التعاون على المستوى الدولى.

وتشتمل بعض التوصيات، الجاري الآن تنفيذها، على ما يلى: تطوير المعايير الخاصة بمواد المعلومات والتعليم والاتصالات والاستشارات والخدمات الطبية؛ وإعداد تدريب شخصي فى مجال تقديم المشورة؛ وتوفير خدمات إشرافية متقدمة؛ وتوفير أنشطة البحث والتقييم. إن اجتذاب مستخدمات جديدات للمستزرعات فى إندونيسيا، بعد الوصول إلى الذروة فى أواخر أعوام الثمانينيات، قد أخذ يتناقص تدريجياً إلى مستويات أيسر فى قيادتها.

إن التحديات التى تم توضيحها كنتيجة لتقديم المستزرعات تعكس حدوداً أوسع فى نظام تقديم خدمات تنظيم الأسرة والصحة فى إندونيسيا وكثير من البلدان الأخرى. وتجدر الإشارة إلى أن ضعف البنية الأساسية والإمدادات والتدريب الشخصى والإدارة، كلها أمور تبدو مُضخمة عندما يضغط التوسع السريع فى أى خدمة من الخدمات على النظام القائم، ما لم يتم بذل جهود خاصة.

ولكن العلاقة بين خدمات الاستزراع وقضايا الخدمة الأوسع نطاقاً يمكن أن تنجح، إلى حد ما، فى الاتجاه المضاد. ففى إندونيسيا، أدت البحوث التفصيلية حول الجودة المرتبطة بخدمة المستزرعات فى مجال الرعاية، فضلاً عن الجهود المستمرة لتحسين تقديم خدمات المستزرعات، إلى تحفيز النقاش حول هذه القضايا على نحو أوسع، مع إمكانية التأثير على جوانب أخرى للنظام الصحى، إلى ما يتجاوز الاحتياجات المباشرة المرتبطة بالوسيلة ذاتها.

كلمات شكر

إنني أتوجه بالشكر الجزيل إلى الزملاء بالمجلس القومي لتنسيق تنظيم الأسرة، والرابطة الإندونيسية لأطباء أمراض النساء والتوليد "ياياسان كوسوما بوانا"، ومجلس السكان بإندونيسيا الذى أمدنا بالكثير من المعلومات والمشورة- وخاصة فاليرى هول، التى ساعدتنا على مدار ال د راسة كلها بتشجيعها وانتقاداتها وأفكارها. كما أنني أشعر بالامتنان، على نحو خاص، لأولئك اللاتي يوفرن الخدمة للمستخدمات، ووافقن على إجراء مقابلات معهن حول خبراتهن.

المراجع

١- Ward, Sheila, Sidi, I P S, Simmons, Ruth et al, care in the1990. Service delivery systems and q uality of implementation of Norplant in Indonesia. Report prepared for Population Council, New York.

٢- Lubis, Firman, 1992. The experience of Norplant use in Indonesia.
ورقة مقدمة إلى اجتماع منظمة الصحة العالمية بعنوان:
The introdution of Fertility women's Perspectives on Regulation Technologies.
الذى عقد، فى الفترة ٥- ٩ أكتوبر ١٩٩٢، فى مانيلا.

٣- Implant Programme Strategy 1991- 1994. National Family Planning Coordinating Board (BKKBN). Jakarta, 1992.

٤- نتائج بحث منشور مؤخراً، تتضمن دراسة لديناميات الاستخدام (أنظر رقم ٦ أدناه) وتطرح بصورة تفصيلية أسئلة لعينة من حوالى ٣,٠٠٠ من المستخدمات للمستزرعات (سواء مستمرات أو غير مستمرات)، و٤٠٠ من القائمات على تقديم الخبرة فى محافظتين: غرب جا و ا وغرب سومطرة. وهناك دراسة ضخمة على ١١ محافظة (انظر رقم ٥ أدناه)، تغطى حوالى ٩,٠٠٠ من المستخدمات، غالبيتهن من المناطق الحضرية، تركز على صفات النساء والآثار الجانبية لاستخدام المستزرعات. وتعد هاتان الدراستان مصدراً لكثير من معلوماتنا حول الوضع الحالي، فضلاً عن بعض الدراسات والمراجعات الأخرى الأقل نطاقاً (وعلى نحو خاص: Tacoma, M.L. 1991). وهناك بحث آخر ما يزال مستمراً، تشير نتائجه، على نحو منتظم، إلى مجالات جديدة تتطلب المزيد من الدراسة والتقصي.

٥- Team Peneliti Norplant, 1993. Penerimaan Norplant di Indonesia: Hasil Penelitian Lapangan.
(قبول مستزرعات نوربلانت فى إ ندونيسيا: نتائج بحث ميدانى
Majalah Kesehatan Masyarakat Indonesia. Tahun XXI, Nomor 11

٦- Implants Use-)The 1992 Indonesia Norplant Dynamics Study: Final Report. National Family Planning Coordinating Board (BKKBN). Jakarta, 1993.

٧- Women's views ١٩٩٣, Hanhart, Jannemieke, on Norplant: a study from Lombok, Indonesia. In B. Mintzes, A. Hardon and J. Hanhart, (eds). NORPLANT: Under Her Skin. Women's Health Action Foundation and WEMOS, Amsterdam.

٨- Prihartono, J, 1991. NORPLANT removal due ar. Yayasan Kusuma Buana, and overdue 5- ye

٩- Ringkasan: Penerimaan Implant di Indo- Jakarta. nesia: Suatu Survey di Enam Propinsi.
(ملخص: قبول نوربلانت فى إندونيسيا: مسح فى ٦ محافظات)
Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN). Jakarta, 1989.

١٠- Penelitian Operasional Implant.
(بحث عمليات حول المستزرعات)
Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN). Jakarta, 1989.

استخدام وسائل جديدة لمنع الحمل: منظور أخلاقي

بقلم
جوان جويلرمو
فيجويروا بيريا

تهدف هذه الورقة البحثية إلى تقديم بعض الانعكاسات الفكرية حول خبرتنا الأخيرة فى المكسيك فى مجال إدخال استخدام أساليب جديدة لمنع الحمل إلى البرنامج الحكومى لتنظيم الأسرة . ويمكن اعتبار إحدى وسائل منع الحمل جديدة من زاويتين: أولا، إذا كان استخدامها قد بدأ مؤخرا فى بلد ما بشكل عام؛ وثانيا، إذا كان الفرد يستخدمها للمرة الأولى، سواء كانت أو لم تكن متاحة على نحو عام.

وفى إطار هذا التحليل، هناك أهمية خاصة لرصد الاختلافات فى نوعية التفاعل بين القائمين على تقديم خدمات تنظيم الأسرة، سواء من الأطباء أو المرضات، وبين مستخدمي وسائل منع الحمل الجديدة في حالتين:

- عندما يقدم القائمون على الخدمات تقييما" لأى وسيلة جديدة يجرى تطبيقها فى التجارب الإكلينيكية.
- وعندما يقدم القائمون على الخدمات أنفسهم الوسائل التى تُعتبر جديدة بالنسبة للمتعاملين يوما بيوم أثناء تقديم الخدمة العادية .

ويمكن مقارنة هذين الموقفين بما يجرى فى مجال البحث العلمي، حيث يتم التحكم في المتغيرات التى تؤثر على موضوع الدراسة، بينما تنقص أساليب الحكم أثناء تقديم الخدمات الصحية يوميا. و رأيي هنا يتلخص في حق الناس في نوعية جيدة من الرعاية فى كلا المجالين على قدم المساواة، ولكنهم- مع كل- لا يحصلون عليها.

وسائل جديدة

من بين الوسائل الجديدة لمنع الحمل المتاحة للمرأة فى المكسيك، بشكل عام، نجد: المستزرعات ا لهرمونية تحت الجلد، وحقن سيكلوفيم (cyclofem) مرة فى الشهر، التى تحتوى على مركب من الاستروجين و البروجستوجين. وقد أجريت دراسات عديدة على مدى قبول هذه الوسائل. وبالنسبة للوسائل الجديدة للنساء، هناك دراسات حول الأساليب الهرمونية لمنع الحمل، وتعقيم النساء، وموانع الحمل الرحمية. وتشتمل هذه الدراسات على معلومات تتعلق بنوعية الرعاية ذات الصلة بهذا التحليل.

وفى دراسة لمدى قبول المستزرعات الهرمونية، كانت النية تتجه للكشف عما إذا كان تقديم الخدمات يؤثر على مدى قبول استخدام الوسيلة. وقد تم عرض شريط فيديو تعليمي شاهدته كافة النساء اللاتى حضرن خدمات تنظيم الأسرة في كل مركز من المراكز المشاركة فى الدراسة. وقد حصلت النساء، من خلال مشاهدة شريط الفيديو، على مجموعة من المعلومات المتعلقة بكل وسيلة من وسائل منع الحمل المتاحة، ومنها المستزرعات الهرمونية. و بطبيعة الحال، اختارت بعض النسوة وسيلة المستزرعات الهرمونية بينما اختارت نسوة أخريات الوسائل الأخرى. وقد جرت مقابلات مع هاتين المجموعتين النسائيتين - مستخدمات المستزرعات الهرمونية، ومستخدمات الوسائل الأخرى باعتبارهن يمثلن مجموعة ضابطة (control group). وقد دارت المقابلات حول الخدمات التى حصلن عليها منذ بداية اتصالهن بالمشروع .

وكان أحد الأهداف يكمن فى تحديد السمات التى ميزت النساء اللاتى اخترن المستزرعات الهرمونية. ومن الزاوية الاجتماعية- الديموغرافية، لوحظ ارتفاع مستوى التعليم و زيادة الخبرة بوسائل منع الحمل بين النساء المستخدمات لطريقة المستزرعات الهرمونية، مقارنة بالنساء اللاتى اخترن الوسائل الأخرى. هذا فى حين تشابهت كافة السمات الأخرى إلى حد كبير. وعلى أية حال، فإن كل مؤشر من مؤشرات نوعية الرعاية فى الخدمات المقدمة التى اختبرتها الدراسة كانت تشير إلى أن الخدمات المقدمة للنساء مستخدمات وسيلة المستزرعات الهرمونية أفضل من الخدمات المقدمة للنساء مستخدمات الوسائل الأخرى[٢،١].

وعندما بدأت الدراسة، كان استخدام حقن السيكلوفيم فى المرحلة التمهيدية . وهو الأمر الذى يعنى عدم إمكانية وجود مجموعة ضابطة لأنه من المفترض فى المرحلة التمهيدية إعطاء الوسيلة التى تعطى فى "الظروف العادية" الملائمة فى العيادات المشاركة. وهكذا، فقد أخذت النساء اللاتى يرتدن المراكز الصحية حقن السيكلوفيم كجزء من العمل اليومي لهذه المراكز. ومع ذلك، فقد تم الاحتفاظ بسجل منفصل للنساء اللاتى اخترن تعاطى السيكلوفيم، وجرت فيما بعد متابعة لهؤلاء النسوة [٣].

وخلال المسح القومي لتحديد مدى خطورة الوسائل الهرمونية لمنع الحمل (١٩٨٨)، جرى تحليل لنوعية الخدمات الممنوحة للنساء عندما قررن للمرة الأولى وبدأن فى استخدام وسيلة معينة. وقد تمت مقابلات مع المواطنات اللاتى اشتملت عليهن عينتان قوميتان - عينة النساء اللاتى يستخدمن الوسائل الهرمونية لمنع الحمل، وعينة الأطباء والممرضات الذين يقدمون هذه الوسائل فى العيادات والمستشفيات العامة الخاضعة لإدارة وزارة الصحة (SSA). وقد اشتملت هذه الدراسة على الوسائل الهرمونية التالية لمنع الحمل: الحبوب، والحقن. كما اشتملت أيضا" على مقابلات مع النساء اللاتى يستخدمن العيادات التابعة لوزارة الصحة. وهكذا، فقد أمكن تحليل ملاحظات النساء حول خدمات تنظيم الأسرة التى يحصلن عليها، إضافة إلى ملاحظات الأطباء والممرضات القائمين على تقديم هذه الخدمات. [٤]

أما فيما يتعلق بتعقيم الإناث، فقد اشتمل المسح القومي للخصوبة والصحة (١٩٨٧) على قسم خاص موجه للنساء اللاتى قمن بعمل تعقيم بهدف تنظيم النسل. الأسئلة الموجهة للنساء كانت تدور حول الخدمات اللاتى حصلن عليها قبل العملية، وحول مشاركتهن فى عملية اتخاذ قرار بإجراء التعقيم[٥]. وأخيرا بالنسبة لموانع الحمل الرحمية، ففى المسح الخاص بمحددات استخدام موانع الحمل فى المكسيك (١٩٨٨)، كانت الأسئلة الموجهة للنساء تتعلق بأسباب اختيارهن لمختلف الوسائل، ومن بينها موانع الحمل الرحمية. وعلاوة على ذلك، فقد تم توجيه سؤال للنساء المستخدمات لموانع الحمل الرحمية حول ما إذا كن قد حصلن على معلومات حول هذه الوسيلة قبل استخدامها؟[٦] ويرجع السبب فى توجيه هذه الأسئلة إلى أن المؤسسات العامة قد أبلغت عن بعض حالات استخدمت فيها النساء موانع الحمل الرحمية بدون الحصول على موافقتهن المسبقة، كما حدث نفس الشيء أيضا" فيما يتعلق ببعض حالات تعقيم النساء. ومن هنا،فقد كنا معنيين بالكشف عما تقوله النساء حول تورطهن (من عدمه) فى قرار استخدام هاتين الوسيلتين.

ويركز التحليل التالي على البيانات التى اشتملت عليها تلك الدراسات سالفة الذكر. وكمعيار لقياس ومقارنة نوعية الخدمات المقدمة للنساء المستخدمات لمختلف وسائل منع الحمل، استخدمنا المعايير القائمة بشأن تقديم خدمات منع الحمل، كما حددتها الكتيبات المعدة للعاملين فى هذا المجال والقائمين على توفير هذه الخدمات.

تفضيلات وسائل منع الحمل

إن مقارنة البيانات الواردة بالمسوح الديموغرافية فى المكسيك، من عام ١٩٧٦ حتى أحدث مسح- وهو المسح القومي للخصوبة والصحة - صدر عام ١٩٨٧، توضح تناقص استخدام الحبوب بدرجة كبيرة من ٣٥,٩٪ إلى ١٨,٢٪ من مستخدمات وسائل منع الحمل. وفى نفس الفترة تضاعف استخدام وسيلة تعقيم الإناث لأربع مرات، من ٨,٩٪ إلى ٣٦,٢٪ من مستخدمات وسائل لمنع الحمل. أما استخدام موانع الحمل الرحمية ، فقد ظل مستقرا خلال نفس الفترة (حوالى ٢٠٪)، كما كان الحال بالنسبة لاستخدام الحقن (حوالى٥٪). وبالنسبة لتنظيم الحمل وفقا للدورة الشهرية أو عن طريق استخدام وسيلة القذف الخارجي، فقد استخدم زوج من بين كل أربعة أزواج هاتين الوسيلتين فى عام ١٩٧٦، فى حين انخفضت هذه النسبة، مع حلول عام ١٩٨٧، إلى زوج من بين كل ٦ أزواج[٥].

لقد أشار المسح القومي للخصوبة والصحة لعام ١٩٨٧ إلى استخدام ما يقرب من ٦٠٪ من النساء المتزوجات فى سن الإنجاب لأحد الأشكال المحلية لمنع الحمل. كما كشف المسح أيضا" عن أنه برغم ميل الاعتماد الكلى على الوسائل الهرمونية إلى الانخفاض، فقد استمرت هذه الوسائل تلعب دورا" هاما" عندما بدأت النساء للمرة الأولى فى عملية تنظيم الخصوبة؛ وقد صرح ما يزيد عن نصف النساء إنهن قد استخدمن إحدى الوسائل الهرمونية كأول وسيلة يستخدمنها لمنع الحمل(٧)

كما كشفت هذه المسوح أيضا" عما تعانيه خدمات تنظيم الأسرة من ناحيتين جديدتين من نواحي القصور عند التعامل مع النساء منفردات ومنحهن وسيلة لمنع الحمل كي يستخدمنها للمرة الأولى. أولا": لا تقوم هذه الخدمات بفحص ما إذا كانت بعض الوسائل، مثل الحقن أو الحبوب، قد تضر ببعض النساء، وهو ما يعنى تعريض صحة هؤلاء النسوة للخطر. ثانيا": عندما يتعلق الأمر بوسيلة دائمة، مثل التعقيم، لا يتأكد القائمون على خدمات تنظيم الأسرة أن النساء يتخذن قرار استخدام هذه الوسيلة و هن فى أفضل حالة ذهنية وأفضل ظروف. (٤, ٥, ٨, ٩)

وتؤكد مختلف كتيبات وسائل منع الحمل ضرورة تقديم معلومات للنساء حول السمات المميزة للتعقيم الجراحي (أى عدم قابليته للإلغاء)، وتوضح إتاحة الخيارات الأخرى فى مجال منع الحمل. وهناك توصية أيضا بمنح النساء "الوقت الكافي " لاتخاذ هذا القرار. وعلاوة على ذلك، يوصى أيضا" بالحصول على موافقة كتابية من المرأة. ويرجع السبب فى ذلك جزئيا" إلى حماية الطبيب، ولكن أساسا" لضمان فهم المرأة الكامل لهذا الأجراء. وتشير هذه الكتيبات إلى نقطة أخرى وهى ضرورة تجنب اتخاذ قرار إجراء التعقيم فى اللحظة الأخيرة، قبل ولادة الطفل أو الإجهاض أو فى لحظات الضغط النسبي الذى تتعرض له المرأة والتى لا تعد أفضل الفترات لاتخاذ مثل هذا القرار. ويقال، فى مثل هذه الفترات، إن من الأفضل تأجيل اتخاذ القرار لضمان شفاء المرأة بدنيا ونفسيا، وإذا كانت حديثة الولادة، فيأتي القرار بعد التأكد من أن طفلها فى صحة جيدة(٨).

ومن خلال المقابلات التى أجريناها، أثناء المسح القومي لمدى الخطورة بالوسائل الهرمونية لمنع الحمل، مع بعض القائمين على توفير الخدمة، أمكن الكشف عن وجود نقص كبير فى المعرفة بعوامل الخطر والآثار الجانبية الممكنة المقترنة باستخدام موانع الحمل الهرمونية. وفى نفس الوقت، لاحظنا أن النساء اللاتى أجرينا معهن مقابلات كن يعانين من نقص شديد فى الرعاية الصحية ذاتها. وكانت بعض النسوة تعرف أنهن يعانين من مشاكل صحية بعينها، حددها لهن أو أكدها القائمون على خدمات تنظيم الأسرة ، ومع ذلك لم تتبع هؤلاء النسوة، ولسبب غير واضح، العلاج المقترح. ويبدو أن النساء "المعرضات لاستخدام موانع الحمل الهرمونية" خارج إطار التجارب الإكلينيكية، أو غيرها من أشكال المشروعات البحثية، هن الأكثر عرضة للخطر، ويرجع ذلك إما لأن القائمين على توفير الخدمات لا يقدمون لهن المعلومات الضرورية أو لأن هؤلاء النساء أنفسهن لا يعتنين بصحتهن(٩).

ومن بين النساء اللاتى قمن بعمل تعقيم وأجرينا معهن مقابلات، صرحت ١٠٪ منهن أنهن لم يشاركن على الإطلاق فى اتخاذ قرار إجراء العملية، بينما صرحت ٤٠٪ أنهن لم يوقعن على استمارة الموافقة على إجراء العملية، هذا فى حين أفادت ٢٥٪ منهن عدم حصولهن على أية معلومات حول وسائل منع الحمل البديلة، ولا عن عدم قابلية عودة الخصوبة بعد عملية التعقيم(٨) وفى إحدى الدراسات الإقليمية، وجدنا أنه من بين النساء اللاتى استخدمن التعقيم كأول وسيلة على الإطلاق لتنظيم النسل، وصلت نسبة النساء اللاتى لم يشتركن فى اتخاذ قرار إجراء عملية التعقيم إلى ٥, ٣٪(١٠).

وفى المسح الخاص بمحددات منع الحمل بالمكسيك لعام ١٩٨٨، أفادت النساء اللاتى استخدمن موانع الحمل الرحمية أن القرار الأول بشأن استخدام هذه الوسيلة من وسائل منع الحمل لم يكن قرارهن، وإنما القائمين على تقديم الخدمة(١٠). ولا تشكل هذه المسألة نقطة القصور الوحيدة فى مدى وجود الرعاية التى كشفت عنها هذه المسوح.

وفى المقابل، وجدنا أن أفضل خدمة مقدمة كانت فى مشروعات نوربلانت (Nor plant)، خلال التجارب الإكلينيكية. وبالنسبة للنساء

اللاتى اخترن وسيلة أخرى لمنع الحمل غير المستزرعات الهرمونية، فإن نوعية الرعاية المقدمة، من جانب القائمين على تقديم الخدمة فى العيادة ذاتها، كانت منخفضة إلى حد كبير، وهو ما أضر النساء بالمجموعة الضابطة الخاصة بدراسة المستزرعات. إن غالبية النساء اللاتى تبنين استخدام المستزرعات الهرمونية كن مُبلِّغات بقوة تأثير هذه الوسيلة وآثارها الجانبية، بينما لم يصدق ذلك سوى على ٢٥٪ فقط بالنسبة للمجموعة الضابطة[٢].

وفى حالة السيكلوفيم، لم تكن نوعية المعلومات المقدمة خلال المرحلة التمهيدية جيدة، إذا ما قارناها بالمعلومات المعطاة فى حالة المستزرعات. كما أن بدائل منع الحمل المقدمة للنساء كانت قليلة و لم يكن ممكنا" متابعة النساء المستخدمات لهذه الوسائل، و مع ذلك فقد كانت أفضل ما يقدم خلال الرعاية التقليدية المعتادة. وتُعد هذه كلها مؤشرات حول نوعية الرعاية المقدمة فى خدمات تنظيم الأسرة والتى حددها بروس باعتبارها أساسية من وجهة نظر المستخدمات أنفسهن[١١]

ومن المعلومات المتوفرة حول تقديم الحبوب والحقن وموانع الحمل الرحمية والتعقيم، يمكننا أن نخلص إلى أن مقدمي الخدمة لم ينجحوا فى منح المرأة اختيارا" كاملا" لوسائل منع الحمل، طالما أن كافة هذه الوسائل متاحة بشكل معتاد فى برامج تنظيم الأسرة. ومع كل، تحصل النسوة على رعاية أفضل، عندما تكون هذه الوسائل جديدة بالنسبة للسكان بشكل عام، وتكون جزءا من مشروع بحثي يهدف إلى تقييم مدى قبولهن لها مقارنة بالوسائل الأخرى الموجودة بالفعل.

وعلى الرغم من أن البعض من هذه التفضيلات يمكن أن ينشأ من افتقاد مانحي الخدمة لتدريب كاف، فلا يعد هذا الأمر هو جوهر المشكلة. إن صلب الموضوع يكمن بالأحرى فى أهمية النظر إلى المنتفعات من الخدمة فى مجال تحليل الخدمات وعملياتها. وتوضح بيانات المسح القومي للخصوبة والصحة أن هذه التفضيلات فى نوعية الرعاية المقدمة تقترن بالمستوى التعليمي للمنتفعات وحجم المجتمعات المحلية التى يعشن فيها[٨]

ويمكن تفسير ذلك باختلاف نوعية الخدمات، المقدمة من القائمين على الخدمة، طبقا لتوقعات ومطالب المنتفعات اللاتى يتعاملون معهن. وبكلمات أخرى، فإن المنتفعات بالخدمة اللاتى يعرفن حقوقهن ولهن مطالب ويقدمن انتقاداتهن سوف يحصلن على مستوى من الخدمة أفضل كثيرا" من المنتفعات المطيعات الخاضعات[١٢]. ولكن إثبات ذلك بمثل هذه الكيفية يُعد أمرا" عسيرا" من خلال بيانات المسح القومي للخصوبة والصحة. إن ما يمكن تبيانه من هذه البيانات هو وجود اختلاف فى نوعية الخدمات المقدمة للمنتفعات من وسائل منع الحمل:

- أفضل نوعية من الرعاية هى المعطاة للمنتفعات بنوع جديد من وسائل منع الحمل فى مرحلة البحث، وهو ما وجدناه فى حالة المستزرعات؛
- نوعية متوسطة من الرعاية هى المعطاة للمنتفعات فى المرحلة التمهيدية ، ولكن بعض الإجراءات المعينة ما تزال ضرورية مثل حفظ سجلات منفصلة وإجراء متابعة دائمة، وهو ما وجدناه فى الدراسة الخاصة بالسيكلوفيم؛
- وأسوأ نوعية من الرعاية لاحظناها فى الوسائل التى لم تعد جزءا من مشروع بحثي، ولكنها دخلت إلى برنامج تقديم الخدمة المعتادة.

وهنا يُثار تساؤل، ما هى الآثار الأخلاقية لهذه التمايزات التى تؤثر بشكل مباشر على حقوق الناس فى نوعية جديدة من الخدمات، وذلك لاتخاذ قرارات حرة، مبنية على أساس المعرفة، حول تنظيم الخصوبة؟

انعكاسات أولية

إن أحد الاختلافات الأساسية القائمة بين المشاركين فى مشروع بحثي وغير المشاركين يكمن فى موافقة المشاركين المسبقة المبنية على المعرفة. وتؤكد البروتوكولات البحثية ضرورة توفر مستوى معين من المعلومات، فضلا عن الحرية الكاملة الخالية من أى نوع من الضغوط، قبل المشاركة، وذلك للتوصل إلى موافقة مبنية على المعرفة. وإذا ما تحدثنا بشكل مثالي، ينبغي تطبيق مبدأ مماثل عند توفير خدمات تنظيم الأسرة العادية، ولكن هذا لا يحدث مع الأسف.

وعلى سبيل المثال، نجد أن استمارة الموافقة الخاصة بتعقيم الإناث، والتى يجرى استخدامها فى العيادات بالمكسيك، لا تقدم أية معلومات أساسية حول الفوائد والآثار الجانبية المصاحبة لاختيار[١٣] وسيلة ما من وسائل منع الحمل. بل ونجد أن الاستمارة تماثل تماما تلك التى يجرى استخدامها فى كافة أنواع العمليات الجراحية الأخرى، وتنص على ضرورة أن يتحمل الفرد كافة النتائج الممكنة دونما ذكر أو تحديد لهذه النتائج؛ وهو الأمر الذى يسير على نفس خط الأوراق المطلوبة عند إجراء أى عملية

جراحية، و"القائم على تقديم الخدمة مخول له التصرف بأي طريقة يجد أنها ضرورية".

ويشير كل شئ إلى أن هذه الكلمات تهدف إلى حماية المؤسسة والطبيب الجراح، ولكنها لا تحمل ضمان أن الفرد أو الجمهور العام يفهم نتائج هذه الوسيلة أو آثارها الناجمة. وهو الأمر الذى يتيح للقائمين على تقديم الخدمة ممارسة قدر كبير من السلطة، فضلا عن تفسير مهامهم بأي شكل يختارونه. أما عن كيف يقومون بذلك، فهو أمر يعتمد على ملاحظتهم و إدراكهم لاحتياجات القطاع السكاني الذى يقدمون له خدماتهم، كما يعتمد أيضا على رؤيتهم لوظيفتهم ذاتها كمانحين للخدمات- و هذه الملاحظات قلما تثير أى تساؤل لدى مقدمي الخدمة أنفسهم، أو المؤسسات التى يعملون خلالها، أو حتى السكان أنفسهم[١٢].

وهكذا، يجدر تقصى الأمر فيما يتعلق ببعض الوسائل، مثل موانع الحمل الرحمية وتعقيم الإناث والمستزرعات ، والتى تعتمد اعتمادا كبيرا على جودة الرعاية المقدمة من القائمين على هذه الخدمات، فعندما يتفاوت حجم التفاعل الكائن بين مقدمي الخدمات والمنتفعين بها، تتعاظم مخاطر الممارسات التى تتناقض مع جودة الرعاية. وينبغي هنا إثارة القضايا الأخلاقية، ليس لفتح نقاش حول القيم الأخلاقية. وإنما بالأحرى لإعادة تعريف الحد الأدنى من المتطلبات اللازمة لإقامة علاقة بين مقدمي الخدمات فى مجال وسائل منع الحمل من جانب، والمنتفعات بها من جانب آخر، بحيث تمضى هذه العلاقة فى سلاسة دونما عواقب سيئة للطرفين.

بحثاً عن رؤية أخلاقية

تحتاج البحوث فى المستقبل للبدء بالتساؤل التالي:

ما مدى أخلاقية العلاقات التى نشأت بين القائمين على الخدمة، من غير المتخصصين فى عملية البحث ولكن المدربين على النهوض بوسائل منع الحمل وترويجها، وبين السكان غير المدربين على رعاية صحتهم ذاتها، ولكنهم قد تربوا على ضرورة إنجاب الأطفال؟ ولدراسة هذا التساؤل من كافة جوانبه، ينبغي أولا" الإجابة على الأسئلة التالية:

ما العمل إذا ما كان واضحا" أن حقوق الناس كمنتفعين بهذه الخدمات نادرا" ما تجرى مناقشتها خلال التدريب المنتظم للقائمين على تقديم خدمات تنظيم الأسرة فى المكسيك؟ ما العمل عندما يبدو واضحا" أن هذه الحقوق لا تؤخذ بعين الاعتبار سوى فى التجارب الإكلينيكية فحسب؟ ما العمل عندما يمتلك أحد الأطراف، خلال عملية التفاعل بين مقدم الخدمة والمنتفع بها، كمية كبيرة من المعلومات تعطيه وضعا متميزا بحيث يقدر على اتخاذ قرارات للطرف الثانى حول موضوع هام مثل إنجاب الأطفال؟

كيف يمكننا إعادة تحديد حقوق القائمين على تقديم الخدمات ومسئولياتهم بحيث يمكن خلق توازن فيما يتعلق بحقوق ومسئوليات المنتفعين بالخدمة؟ كيف يمكن لهذا التفكير الجديد أن يؤثر على بحوثنا التى نجريها على الوسائل الجديدة لمنع الحمل؟

وإذا كنا نحصل على موافقة مبنية على المعرفة فى حالة بروتوكولات التجارب الإكلينيكية، كيف يمكننا إذن أن نضمن الحصول عليها أيضا" فى حالة الخدمات الإكلينيكية اليومية؟ هل يتم الحصول على هذه الموافقة، المبينة على المعرفة، على قدم المساواة من كافة السكان الذين يحصلون على الخدمات؟ أم أن هناك رعاية خاصة يجدر تقديمها للمجموعات المهمشة؟

كيف يمكن إدارة هذه العلاقات بصورة أخلاقية؟ كيف يمكننا ضمان اتخاذ القرار بالموافقة على أساس حر ومبنى على المعرفة؟ هل نتعامل بالفعل مع مخاطر وتهديدات مؤسسية لحقوق الناس، أم أن الأمر ببساطة يمثل عجزا مؤسسيا؟ لماذا لا نبدأ فى تصور تقديم الخدمات كعملية تعلم متواصلة - أى كشكل مستمر من أشكال التجارب الإكلينيكية؟ لماذا لا نحاول تحديد رؤانا الأخلاقية بالمشاركة الصريحة للمنتفعين لخدمات تنظيم الأسرة ، وخاصة النساء؟

وفى دراسة نشرت عام ١٩٩٢، طرحت أنا و زملائي الحاجة الملحة لتوثيق ما يجرى بين مانحي الخدمة والمنتفعين بها، وذلك لفهم أسباب وضوح الصراع وعدم المساواة، ومن ثم نجعل هذه المعرفة عامة ونعمل على تضمين كل من يهتم فعلا بالنقاش حول كيفية حل الصراعات[١٣]. ومنذ ذلك الحين، طرح آخرون الحاجة إلى آليات تجعل الناس يعون حقوقهم، وتسهم فى ذات الوقت فى الإشراف على خدمات الصحة ومراقبتها[١٤] و لا تتعلق المسألة بمجرد تعديل الممارسة الإكلينيكية هنا أو هناك، وإنما ترتبط بالأحرى بإيجاد وسائل لضمان تحقيق العدالة و الإنصاف بين مانحي الخدمات والمنتفعين بها، فضلا عن ضمان اتخاذ كافة القرارات المتعلقة بالإنجاب فى مناخ

ديمقراطي.

وهذا لا يعنى سوى وجود منظور أخلاقي جديد حول مشاركة الخدمات الصحية فى مجال تنظيم الخصوبة، وهو الأمر الذى يهم القائمين على الخدمات الصحية وكذا المنتفعين بها. إن التصرفات الفردية فى مجال تنظيم الأسرة لها مضاعفات كثيرة بالنسبة لمستقبل السكان، من ثم تشكل جزءا" جوهريا" من التعريف التاريخي و الوجودي للإنسان. وإنه لمن الجوهري أن تدرك هاتان المجموعتان من الناس أنهم يشتركون فى صلات وعناصر جوهرية معينة كبشر تتجاوز أدوارهم كذات أو كموضوع للتدخل لتنظيم الأسرة.

إن تطوير وسائل جديدة لمنع الحمل يعد أمرا" ضروريا"، إذا كان يتأتى أن يجد الناس أمامهم مجموعة جديدة من الخيارات . ولكن عملية النهوض بالوسائل الجديدة يجب أن تشتمل على معلومات حول مميزات وعيوب كافة الوسائل المتاحة وذلك حتى يصبح تزايد الخيارات حقيقة فى إطار الممارسة. ويساعد هذا الأمر على ضمان اختيار الإنسان للوسيلة التى تلائم وضعه وقيمه ، دون أن يجد نفسه مضطرا للاعتماد على طرف ثالث يقوم بالاختيار بدلا منه. إن خلق الظروف التى تساعد على اتخاذ قرارات مبنية على المعرفة بشأن تنظيم الأسرة يجب ألا يقتصر على التجارب الإكلينيكية ، ولا يعتمد على مدى وعى القائمين الفرديين على تقديم الخدمة بحقوق مختلف جماعات السكان ، ولا على الطبقة الاجتماعية التى تنتمي إليها المنتفعات بموانع الحمل. وتخدم هذه التمايزات، على المدى البعيد، عملية الحد من الخيارات وتأكيد رسوخ التفاوتات القائمة. ويشترك الناس فى الظرف الإنساني، بعض النظر عن "مكانهم" فى المجتمع؛ ومن ثم ينبغي أن يمتلكوا الحد الأدنى من ضمانات حقوق الإنسان(١٦). إن جيل المعلومات ، فى أى مجال من مجالات المحاولة الإنسانية، يجب أن يسهم فى الخير المادي و الذهني و الاجتماعي للسكان - لا أن يضيف عناصر جديدة من عناصر التمييز إلى حياة الناس.

ملحوظة

تعد هذه الورقة البحثية جزءا من مداخلة مقدمة إلى مؤتمر أمريكا اللاتينية حول تطوير وسائل جديدة لمنع الحمل، احتفالا بالذكرى العشرين لبرنامج منظمة الصحة العالمية الخاص، المتعلق بالبحث والتنمية والتدريب البحثى فى مجال الإنجاب البشرى، و قد عقد فى مدينة المكسيك، فى الرابع والعشرين من يوليو عام ١٩٩٢ قام بالترجمة إلى الإنجليزية: إلين كالموس و مارج بيرر.

المراجع

١- re aceptabilidad de los implantes anticon- Encuesta sob- cepitvos Norplant'(informe Final)' Direccion General de Planificacion Familiar, SSA, Mexico,1992.

٢- Romero, L, Palma, Y y Jacome, T, 1993. Aceptacion y- uso de los implantes anticonceptivos Norplant' En J G Fig- ,Perea.(Compilador)' El entorno de la regulacion de la ueroa fecundidad en Mexico.Secretaria de Salud, Mexico. 163-85.

٣- تقييم الاستخدام الكفء، استمرار معدلات وأسباب عدم مواصلة تشكيل حقن السيكلوفيم فى وزارة الصحة، برنامج تنظيم الأسرة لدى السكان: تجربة تمهيدية (تقرير ختامي مؤقت) راجع:

Instiuto Nacional de la Nutricion Salvador Zubiran Y Di- Familiar, Mexico, 1992. reccion General de Planificacion (Mimeo)

٤- Encuesta Nacional Sobre Factores de Riesgo en la An- ticoncepcion Hormonal. (Informe de Resultados). Direccion General de Planificacion Famil- iar, SSA, Mexico,1988.

٥- Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud.(Informe al). SSA y Institue for Resource Development, 1989. Fin

٦- Encuesta sobre Determinantes de la Practica Anticon- ceptiva en Mexico.(Documento Metodologico). Direccion General de Planificacion Familiar, SSA,Mexico 1988.

٧- Dinam- ٠, Palma Y, Figueroa P,JG y cervantes, A 199 ica dal uso de metodos anticonceptivos en Mexico. Revista Mexicana de Sociologia. Ano Lll (Num 1): 5181.

٨- Figueroa P, JG, 1993. Anticoncepcion quirurgica, adu- cacion y eleccion anticoncepitva. En J G regula- Figueroa Perea (Compilador). El entorno de la cion de la fecundidad en Mexico.Secreetaria de Salud Mexico. 149-62.

٩- Figueroa P, J G y palma, Y, 1993. Anticoncepcion hormonaly salud: el caso de la poblacion atendida por la Secretaria de Salud. En J G Figueroa- Perea (Compilador). la regulacion de la fecundidad en Mei- El entorno de co.Secretaria de Salud, Mexico. 115-47.

١٠- See Figueroa P, J G, Palma Yy Aparicco, R, 1991, Toward an undenstanding of Contraceptive use dynamics in Mexico. world Healh Organizatian, Geneva. (In Press).

١١- Fundamental elements of the Quality ٩٠ Bruce, J 19- of care:a simple Framework. Studies in Family Planning. 21 (2):61-91.

١٢- Figueroa P.J G, hita, G y Aguilar, B M 1992 Algunas referencias sobre reproduccion, derechos humanosy planifi- o en el Seminario Mujer cacion familiar. Trabajo Presentad y Derechos Humanos. Programa Interdisciplinario de estudios de la Mujer y Comision Nacional de Derechos Humanos El Colegio de Mexico , Mexico.

١٣- Figueroa P, J G, Rivera, G Lopez M B et al 1992 . epcion quirurgica en Educacion reprodductiva y anticone Mexico (Informe rinal) Trabajo presentado en el Taller sobre Derechos Reproducivos en America Latina, coordindo por la Fundacion Carlos Chagas. Sao Paulo, Brasil (Mimeo)

١٤- see Declaracion de Mexico para una maternidad sin coyoc, Morelos, Mexico, Febrero 1993) and riesgos (Co consideraciones y recomendaciones. Reunion nacional de organismos no gubernamentates sobre poblaclon y desarrollo(Mexico. Abril 1993).

١٥- Cervantes, A 1993 . Mexico: politcas de de pobla- mocratizacion. En IV Confe- cion, drrechos humanos y de rencia Latinoamericana de Poblacion, la transicion demorafica en America Latina y el Caribe. Vol. l. INEGI LLSUNAM ; Mexico DF 759-89.

١٦- Miro, C 1982. Los derechos humanos y las politicas l de Investiga- de poblacion, En Segunda Reunion Naciona cion Demografica. Consejo Nacional de Ciencia y Technologia, Mexico 779-83.

الحديث حول الحب والجنس فى المعسكرات الصحية للمراهقين فى الهند

إن التربية الجنسية للمراهقين ليست لها مصادر متاحة - على نحو خاص - فى الهند، سواء كان ذلك في المنزل أو بين أفراد الأسرة أو المدرسة. ومع كل، تتزوج الفتيات عندما يبلغن السادسة عشرة من العمر، أما الفتيان فيتزوجون مع بلوغهم سن الثامنة عشرة، ومع الزواج يبدأ المراهقون فى نشاطهم الجنسى. ولقد بدأت منظمة "شتنا" (CHETNA) - وهى منظمة غير حكومية فى مدينة أحمد أباد، بولاية جوجارت- فى تنظيم ورش عمل فى عام ١٩٩٠ لتقديم التربية الجنسية كجزء من المعسكرات الضخمة التى تقام للمراهقات والمراهقين. إننا نستخدم أسلوبا" للتفاعل مع المراهقين من خلال ألعاب تمثيل الأدوار وغيرها من الألعاب، فضلاً عن قراءة بعض المواد المعدة، وإجراء مناقشات فى مجموعات صغيرة. ومن خلال هذه الأساليب نتحدث عن التغيرات الجسمانية والانفعالية التى تصاحب سن المراهقة، كما نتحدث عن الحب، والجنس، والنشاط الجنسى، وقضايا النوع -gen (der). لقد شاهدنا الكثير من التغيرات الإيجابية لدى الشباب، ولكننا وجدنا أيضاً أن مشاركة أولياء الأمور تعد مسألة جوهرية لدعم استمرار المكاسب المتحققة وتوفير المساندة اللازمة.

بقلم
إندرو كابور وسونال مهتا

وفى بلد مثل الهند، حيث تندر مناقشة الأمور الجنسية حتى بين الأزواج، تعتبر التربية الجنسية موضوعاً محظوراً. و ينظر للجنس والزواج باعتبارهما مترادفين، كما يوجد فصل جنسي صارم بين المراهقين والمراهقات، وخاصة فى المناطق الريفية. فعادة ما لا يُسمح للفتيات الريفيات باستكمال دراستهن بالمدرسة بعد البلوغ. ونادراً ما تتاح الفرص للفتيات والفتيان للتعارف أو التفاعل الاجتماعى، حتى من خلال المواقف التى تضم مجموعات. إن التربية الجنسية للمراهقين غير متاحة، على نحو خاص، من أى مصدر، سواء كان ذلك المنزل أو أفراد الأسرة أو المدرسة. ومع كل، تتزوج غالبية الفتيات عندما يبلغن السادسة عشرة من العمر، أما الفتيان فيتزوجون مع بلوغهم سن الثامنة عشرة. ومع الزواج يبدأ المراهقون فى نشاطهم الجنسى.

إن "شتنا" (CHETNA) - هى منظمة غير حكومية ترتكز فى مدينة أحمد أباد بولاية جوجارت، بالهند، وتنخرط منذ عام ١٩٨٥ فى تنظيم برامج للتربية الصحية كجزء من الاستراتيجية الدولية "من الطفل إلى الطفل"، حيث يجرى تدريب الأطفال والمراهقين على الدعوة والترويج للوعي الصحى. وفى إطار ورش العمل المذكورة، عادة ما كان فريق مشروعنا يلتقي بمراهقين يتحدثون مع أصدقائهم عن "العلاقات". ولقد أدركنا ما يمثله هذا الأسلوب من وسيلة للتطرق إلى قضايا الجنس والنشاط الجنسى مع النساء العاملات بالمشروع. وقد كررت الفتيات ذلك أكثر من الفتيان، الذين كانوا يحاولون إبداء عدم اهتمامهم، أو انشغالهم بأنشطة ورشة العمل. ولكننا لاحظنا، مع مرور الوقت، أن الفتيان كانوا مهتمين بالتفاعل مع الفتيات الحاضرات فى المعسكر، وأيضاً من العاملات فى المشروع من منظمة "شتنا".

وفى المرات القليلة التى تحدث فيها الفتيان عن

الجنس، وجدنا أن معلوماتهم مستقاة من الأدب الإباحي، ويبدو أنه متاح حتى فى القرى النائية. أما "الفتيان الأقوياء" الذين يمتلكون خبرة جنسية، فكانوا المصدر الرئيسي الآخر للمعلومات، إذ أمدوا الفتيان الأصغر بكل شئ تشعر به "الفتا ة " فيما يتعلق بالجنس. ولكن المعلومات، فى الحقيقة، كانت فى كثير منها مشوهة أو مبالغا فيها.

ومن الناحية الأخرى، تحصل الفتيات على المعلومات من صديقاتهن وشقيقاتهن المتزوجات، فضلاً عن زوجات أشقائهن اللاتى يماثلنهن فى العمر. ومرة أخرى، كانت هذه المعلومات تحمل كل الحقيقة أو نصفها، وكانت أفكار الفتيات ومعتقداتهن ترتكز على الخيال وما يسمعنه من قصص من قريناتهن اللاتى يملكن أيضاً معلومات غير كاملة أو لا يُعتمد عليها.

"فى الليلة الأولى، إذا جذب زوجك ساقك اليمنى، فإنك سوف تنزفين".

وبالتدريج، اتضح لنا أن هؤلاء الأطفال، الذين يمرون بمراحل النمو، يحتاجون بشدة إلى معلومات دقيقة حول الجنس والنشاط الجنسى، فضلاً عن احتياجهم لفرصة نقاش حول مختلف جوانب القلق الذى يعانون منه، وتبيان الشكوك العديدة لديهم. وقد بدأت منظمة "شتنا" فى إدارة ورش عمل حول التربية الجنسية فى عام ١٩٩٠، كجزء من معسكر صحي، حيث يتشارك المراهقون فى معسكرات سكنية، لمدة ثلاثة أو أربعة أيام، وبأعداد ضخمة.

المعسكرات المعنية بالصحة

تقوم منظمة "شتنا" بتنظيم معسكرات معنية بالصحة بناء على طلب المنظمات غير الحكومية والمدارس بكافة أنحاء ولاية جوجارت. وتمثلت الاستراتيجية التى تبنيناها فى إدخال موضوع الجنس والنشاط الجنسى، كأحد الموضوعات العديدة المرتبطة بالصحة، وذلك عبر بيئة تتيح التعلم التفاعلي وفى مناخ مفتوح و دونما محاسبة. كما بدأنا مؤخراً أيضاً فى تنظيم معسكرات اليوم الواحد التى تهدف إلى نشر التربية الجنسية، بل وقمنا أيضا، بناء على طلب مختلف المنظمات والمدارس، بتنظيم جلسات لورشة عمل واحدة.

إن المعسكرات الصحية للمراهقين عادة ما تضم ما بين ١٢٠ إلى ٢٠٠ شاب وفتاة فى وقت واحد، سواء فى مدرسة أو غيرها من الأماكن التى تتسع لعدد كاف من الغرف والتسهيلات لاستضافة المشاركين وعقد مختلف الندوات العامة الصحية، التى تدور كل منها حو ل قضية بعينها. وعادة ما يتم تثبيت مظلة لتغطية أرض الساحة المفتوحة بجوار مبنى الاجتماعات العامة والأنشطة، وذلك حتى نتمكن من تجميع كافة المشاركين فى وقت واحد.

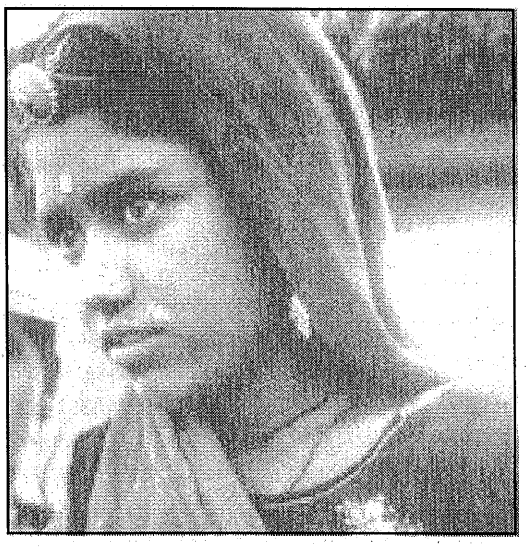
وتتراوح أعمار المشاركين بين ١١ إلى ١٨ سنة. و في المناطق الحضرية، نجد أن المشاركين من طلاب المدارس أو من مناطق تخدمها المنظمات غير الحكومية. أما بالنسبة للمناطق الريفية، فالأقلية من المراهقين ما يزالون يرتادون المدرسة. و أغلبيتهم إما متسربون من المدرسة أو يحضرون فصولا للتعليم غير الرسمى، أو فصول التدريب المهني.

وفتيات المناطق الريفية اللاتى يحضرن هذه المعسكرات، عادة ما تقل أعمارهن عن ١٦ سنة، وبعضهن متزوجات ولكن لم يبدأن بعد فى المعاشرة الزوجية.

وبهدف تحقيق الفعالية، نحتاج لمجموعة ذات خلفية متجانسة، بقدر الإمكان، من زاوية السن أو التعليم أو مكان السكن . أما المجموعات الأكثر تغايراً، فيمكن تقسيمها إلى مجموعات أصغر، وذلك بهدف تقديم المعلومات المناسبة. ويجرى تقسيم المشاركين إلى مجموعتين عمريتين: مجموعة من ١١ إلى ١٥ سنة ، ومجموعة من ١٦ إلى ١٨ سنة.

وقد تم تنظيم بعض المعسكرات المختلفة، التى تضم الفتيات والفتيان، فى حين كانت هناك معسكرات أخرى تقتصر على الفتيات أو الفتيان فحسب. ولاحظنا أن كل مجموعة منهما- سواء المختلطة أو المقتصرة على جنس واحد- لها مميزاتها. فالمجموعة غير المختلطة تتيح انفتاحاً أكبر من جانب المشاركين، بينما المجموعة الثانية تمد الفتيات والفتيان بفرصة متفردة لمزيد من التفا عل والتعلم والفهم حول نواحي التشابه والاختلاف بينهما.

و بما أنه يصعب فى السياق الهندي أن تحصل الفتيات المراهقات على إذن بالسفر أو البقاء خارج المنزل دون أولياء أمورهن، فقد كانت المنظمات غير الحكومية والمدارس التى تطالب بتنظيم المعسكرات، ترسل إحدى المشرفات البالغات مع الفتيات للمعسكرات المعنية بالصحة لرعايتهن، على أن تبقى معهن طوال فترة المعسكر. ويتم إعداد اجتماع لتوجيه هؤلاء المشرفات قبل المعسكر، لجعل مشاركتهن فعالة، ولتلبية احتياجاتهن من المعلومات، فضلاً عن حفزهن لمساندة المراهقات ودعمهن بعد المعسكر.



قضايا النوع والنشاط الجنسي

إن برنامج الأيام الثلاثة للمعسكرات المعنية بصحة المراهقين يبدأ بألعاب وتمارين لإذابة الجليد وبناء حالة من التآلف. بعد ذلك يتم تقسيم المشاركين إلى مجموعات. وترتاد كل مجموعة أربعا من القاعات الثماني فى اليوم الأول، وترتاد الأربع الباقية فى اليوم الثانى.

تشتمل القاعات على مواد تعليمية مثل الرسوم التوضيحية، والعرائس المتحركة، والكتب المصورة والمعارض. ومساحة كل قاعة تكفى لاستضافة ما يتراوح بين ١٥ إلى ٢٠ مشاركا، ومعهم أحد المسئولين القائمين على تسهيل انخراطهم فى عملية التعلم النشطة. وتستغرق زيارة المجموعة للقاعة ما بين نصف الساعة إلى ثلاثة أرباع الساعة، حيث تعمل المجموعة بأسلوب هيكلي، وإن كان يتسم بالمرونة. ويجرى تشجيع المشاركين على تطوير الأغاني وممارسة مختلف الألعاب التى تنطوي على رسائل صحية، وقراءة المواد المتاحة، وتوجيه أسئلة للمشرف، فضلاً عن المناقشة بين بعضهم البعض. وتضم الموضوعات الصحية بالقاعة ما يلى: الجسد، والصحة الشخصية، والصحة البيئية، والإسهال، والملاريا.

وفى صباح اليوم الثانى، يجرى تنظيم تجمع ولتنظيف القرية. أما الأنشطة الثقافية والألعاب التى تتم فى الخلاء خارج القاعات، فيجرى تنظيمها فى مساء كل يوم من الأيام الثلاثة.

وتبدأ جلسات التربية الجنسية فى فترة بعد الظهيرة، في اليوم الثانى، إذا ما كان المعسكر يتكون من ثلاثة أيام، أو مع اقتراب نهاية اليوم. إذا ما كان معسكراً ليوم واحد. وعادة ما يبدأ النقاش بتبادل أفكار المشاركين حول "النمو" أو التغيرات البدنية والانفعالية التى تحدث فى فترة المراهقة. و تضم المناقشات الأخرى دراسات حالة أو ألعاب تمثيل الأدوار. وهناك أيضاً تبادل الخبرات الشخصية حول طبيعة المراهقة الخاصة بكل فرد، بمساعدة المشرف، وخاصة بين الفتيات.

وعادة ما تعزي الفتيات أحد أسباب الزواج للمتعة المرتبطة بالعلاقات الجنسية، كما يستخدمن كلمة "حب" كمرادف للجنس. وأثناء مناقشة إحدى دراسات الحالة الخاصة بامرأة لديها أكثر من علاقة، نظراً لعدم وجود وقت كاف لدى زوجها، قالت إحدى الفتيات:

"كم تستغرق ممارسة الحب من وقت، إنها با لكاد نصف الساعة، و أى رجل يستطيع تدبير مثل هذه الفترة الزمنية بغض النظر عن انشغاله. ينبغى أن يُعبر عن "حبه" حتى وإن كان مشغولاً، حتى لا تشعر زوجته بالإهمال ".

شعرت فتاة أخرى بأن المرأة كانت ترتكب إثماً؛ فقد كان يجب أن تحصل أولاً على الطلاق من زوجها ثم تتزوج من حبيبها، فالنوم مع رجل يماثل الزواج.

وفى إحدى المرات، اشترك معنا صبى، وقال أنه سمع من أصدقائه الأكبر سناً أن متعة ممارسة الجنس مع الفتيات تشبه، وإن كانت أفضل كثيراً، المتعة التى يحصلون عليها من ممارسة العادة السرية. ولقد ظل منشغلاً لفترة طويلة بالرغبة فى ممارسة الاتصال الجنسى، لتصحيح معلوماته، وهو ما يمكن أن يحدث حتى خارج الزواج. ولا نعرف ما إذا كان قد نجح فى تنفيذ رغبته أم لا.

وتتم إثارة هذه الخبرات والقضايا عن طريق المشاركين عندما يكون المشرف من نفس جنس المراهقين. وبشكل واضح، عندما يكون المشرف رجلاً فى مجموعة من المراهقين الشبان يصبح الأمر أفضل، ولكن غالبية فريق "شتتا" من النساء، وهى من الأمور التى تحد عملنا.

وبالنسبة للمجموعة العمرية الأصغر سناً (من ١١ إلى ١٥ سنة)، فقد وجدنا من الأفضل البدء بالتغيرات البدنية والانفعالية بدلاً من ألعاب تمثيل الأدوار والمواقف من الحياة الواقعية.

وبعد مناقشات أولية، يتم تقديم معلومات تفصيلية حول قضايا الصحة الإنجابية بين أعضاء المجموعات الصغيرة. وتجرى مناقشة الموضوعات تبعاً للمجموعة، مثل موضوعات الدورة الشهرية والإجهاض والأمراض المنقولة جنسياً.

وقد وجدنا أن المعلومات العلمية حول موضوعات الدورة الشهرية تتسم بأهمية كبيرة. وهناك ممارسات ثقافية فى بعض أجزاء من الهند، مثل عزل البنات والسيدات اللاتى يعانين من الدورة الشهرية، وتقديم الطعام لهن على انفراد، وعدم السماح لهن بلمس الطعام أو أداء الطقوس الدينية. وتؤثر هذه الممارسات بدرجة كبيرة على مشاعر الفتيات بشأن قيمتهن الذاتية ويجعلهن يفكرن فى الدورة الشهرية باعتبارها لعنة. إن إدراك الدورة الشهرية باعتبارها عملية طبيعية فسيولوجية لا يساعد الفتيات فحسب على التعامل معها بصورة أفضل، وإنما يسهم أيضاً فى بناء علاقات صحية بين الجنسين.

ويطرح الأولاد تساؤلاً، أثناء هذه الجلسات، يتعلق بما إذا كانت شكاوى البنات من أوجاع الظهر والمعدة أثناء الدورة الشهرية شكاوى حقيقية أم أنها وسيلة لجذب الانتباه. كما أن الاعتقاد فى دونية المرأة نتيجة "لعدم طهارتها" أثناء الدورة الشهرية، يتفجر أيضاً بفعالية خلال مناقشات هذه المجموعات الصغيرة.

إن توفير معلومات حول الصحة الإنجابية بمصطلحات طبية، معزولة عن التغيرات السيكولوجية والانفعالية التى تحدث أثناء المراهقة، قد لا يتسم بالكمال. وعند إدخال المعلومات المرتبطة بالتغيرات الانفعالية والسيكولوجية التى يشعر بها الشباب أثناء فترة المراهقة، فإنهم يربطون بينها وبين أنفسهم وحياتهم. وهو الأمر الذى يساعدهم على قبول أنفسهم وقبول التغيرات التى تحدث فى أجسادهم وعقولهم، وعلى تنمية صورة ذاتية أكثر إيجابية.

ولذا، فإننا نطرح للنقاش الأساطير الشائعة حول الجنس والنشاط الجنسى فى كل معسكر من معسكرات صحة المراهقين. وعادة ما تجرى مناقشة معتقدات المشاركين وآرائهم بالتفصيل ولا نهملها بسبب عدم صحتها.

وتحدث كافة مناقشات المجموعات الصغيرة فى ذات الوقت، ويعرف كل فرد أن المجموعات الأخرى تناقش موضوعات مشابهة. وهناك مجموعة منفصلة تتكون من الكبار البالغين الذين يصاحبون المشاركين من المراهقين. ويناقش أحد أعضاء الفريق معهم نفس الموضوعات ولكن بعمق أكبر.

و بالنسبة للمشرفين، فتواصلهم مع المراهقين من أهل الحضر يكون أسهل لأن خلفياتهم متشابهة. ويستغرق الأمر فترة أطول فى الريف نتيجة تأثير عامل اللغة، ونقص التآلف مع المصطلحات الريفية.

ولا يتم تشجيع المراهقين فى الريف، وخاصة من الفتيات، على مناقشة قضايا الجنس، حتى مع النساء فى عائلاتهن. وبالتالى، و رغم أنه لا يوجد اختلاف كبير بين خبرات الفتيات الريفيات والحضريات، فإن سلوكهن فى التعبير يتسم باختلاف كبير. وعلى سبيل المثال، عندما تريد فتاة البيئة الريفية النقاش حول مشكلة صداقتها مع أحد الأولاد، فإنها قد تسأل أو تكتب مجرد ملحوظة تسأل فيها عما يجب أن تفعله وكيف تتصرف، وما إذا كان سلوكها غير أخلاقية وهلمجرا. إن نفس التساؤل عندما يصدر من فتاة من الحضر تذهب إلى المدرسة، يكون مطروحاً بشكل مباشر وبسيط حول شعورها بالإثارة عندما يلمسها صديقها

ومدى عمق حبها له، وتتساءل؛ كيف يمكن أن تستمتع " بكونها فى حالة حب"، دون أن تنغمس فى ذات الوقت فى التعبير البدني عن الحالة .

إن النقاشات المتعلقة بالمعتقدات والأساطير المرتبطة بالجنس والنشاط الجنسى تشتمل حتماً على قوالب نمطية حول قضية النوع- "قذارة الدورة الشهرية، وعدم طهارة المرأة". وعند إثارة هذه الموضوعات، تتحد المجموعة لمناقشة

قضية النوع. بعد ذلك، تقوم كل مجموعة بتمثيل مسرحية هزلية قصيرة حول أحد الموضوعات. إحدى المسرحيات رسمت صورة الابن الوحيد في الأسرة ومدى تدليل والديه له، بينما تنمو شقيقاته الفتيات ويقمن بإعالة الوالدين في شيخوختهما رغم ما عانته الفتيات من تمييز. ومما يثير الاهتمام، أن المسرحية صورت الفتيات المتزوجات باعتبارهن راعيات لاحتياجات الوالدين المالية، وهو ما يعكس تغيراً مجتمعياً كبيراً. وفي مسرحية هزلية أخرى، كانت هناك صورة لما يحدث إذا ما قام الأولاد بمضايقة البنات. عندئذ يقمن بضربهم لأنهن قويات مثلهن مثل الأولاد.

هذا الجزء من المعسكر كان يبعث على التسلية بالنسبة لكل المشاركين، كما أنه يساعد أيضاً في تقييم كيفية فهم المشاركين للقضايا المتعلقة بالتمييز القائم على نوع الجنس.

أما مع المراهقين من الأولاد، فالمناقشات حول اختلافات النوع أسهل في ادارتها مع الجمهور الحضري الذي يعد على دراية ووعي بهذه القضايا، في حين تمثلت الصعوبة الأساسية في موضوع التغيرات السلوكية. إنهم يدركون أن الرجال والنساء، على حد سواء، لديهم القدرة، إذا ما توفرت لهم فرص متساوية. ولكن، لم يكن واضحاً بالنسبة لهم كيف يسهموا هم أنفسهم في تغيير تلك القوالب النمطية الخاصة بقضايا النوع، وكيف يمكنهم تغيير أنفسهم، أما بالنسبة للمراهقين الريفيين من الأولاد، فكان ينبغي علينا أن نبدأ بالأساسيات الخاصة بالتمييز القائم على نوع الجنس وتبيان مظاهره .

ومن الناحية الأخرى، نستقي من خبرتنا أن الفتيات الريفيات قادرات بسهولة على استيعاب قضية التمييز القائم على الجنس أكثر من الفتيات الحضريات. والسبب في ذلك قد يرجع لوجود تمييزاً أقل أو خفي ضد الفتيات في الأسر الحضرية . وفي أحد المعسكرات الصحية، حيث شارك أولاد وبنات من المناطق الحضرية والريفية، أثيرت مناقشة هامة حول ماذا تفعل الفتاة أو الفتى عند العودة إلى المنزل بعد المدرسة وما مدى الاختلافات القائمة بين دور كل منهما. قالت المشاركات الريفيات أنه من المتوقع أن تساعد الفتاة في الطهي ، بينما يلعب الأولاد. ولكن ذلك لم يعتبر تمييزا بالنسبة للمشاركين من الحضر.

التساؤلات التي يطرحها المراهقون:

إن المشاركين في معسكرات صحة المراهقين يطرحون أسئلة، إما عن طريق كتابتها على قطعة من الورق دون الإشارة إلى أسمائهم، أو شفاهة ، وخاصة في المجموعات الصغيرة، حيث يشعرون بالراحة والأمان. وها هي أمثلة لبعض من هذه التساؤلات:

هل من الصحيح أن البنات الناميات جسدياً (صدورهن كبيرة) لا يتسمن بالأخلاق ؟

هل من الصحيح أن الفتيان الذين ليس لديهم شوارب ليس لديهم قدرة على الإنجاب؟

لماذا تأخذ الفتيات الجنس مأخذاً جدياً؟

عندما نتحدث للبنات، من قبيل المرح ليس إلا، فهن يأخذن الأمر مأخذاً جدياً، وعندما ننكر ارتباطنا الجدي يتوجهن إلينا باللوم. فهل هذا عدل؟

لقد قلت لها بالفعل أنني لن أتزوجها، ولكنها تمارس ضغوطاً لأنني نمت معها، فهل هذا عدل؟

هل يمكن للزوج تحديد ما إذا كانت زوجته قد مارست الجنس قبل الزواج، باستخدام أسلوب آخر بخلاف فض غشاء البكارة؟

ماذا يمكن أن يحدث إذا كان هناك من يستمتع بالجنس مع شخصين؟

لماذا توجد علاقات بين الرجل والرجل والمرأة والمرأة؟

أنا محبة للاستطلاع في القضايا الجنسية. وأريد أن أعرف كيف تحمل المرأة. لقد قبلني صديقي ذات مرة، فهل سأحمل؟

تأثير المعسكرات

إن تأثير المعسكرات الصحية لم يقتصر فحسب على تربية المراهقين، وإنما امتد أيضاً لإحداث تغيرات سلوكية في بعض الحالات. في إحدى التقييمات التي أجريناها لأحد المعسكرات، قال واحد من الأولاد: "لم أعد خائفاً من الاستحلام بعد، فلقد أدركت أنه ليس جريمة". وقال فتى آخر بعد المعسكر أنه أصبح يمارس أعمالاً منزلية مثل غسيل الملابس وعمل الشاي، وأصبح قادراً على مراعاة القوالب النمطية فيما يتعلق بالأدوار الخاصة بقضية النوع في المنزل.

وعلى الرغم من وجود نقص في التغذية الاسترجاعية المنظمة من جانب شركائنا بالمنظمات غير الحكومية، فقد تعلمنا أن مجموعات المشاركين في المعسكرات الصحية قد تطورت إلى مجموعات مستمرة واجتماعات منظمة في القرى، مع تقديم معلومات تتعلق بقضايا الجنس والنوع إلى الآخرين. وامتد الأمر حتى وصل إلى تقديم الفتيات لمعلومات لأمهاتهن وشقيقاتهن الكبار وزوجات أشقائهن.

كما تعلمنا أيضاً أن وجود مشرف مألوف للمجموعة، ولكن لم يعمل معها لفترة طويلة يعد أمراً هاماً ومساعداً فى مجال إثارة موضوعات حول الجنس والنشاط الجنسى مع مجموعة من الشباب للمرة الأولى. وعلاوة على ذلك، فإن استخدام المشرف لمنهج صبور وصريح لتناول الموضوع يمثل أيضاً ضرورة. فبخلاف ذلك، تستغرق المجموعة وقتاً طويلاً لتحقيق الانفتاح، وعندما تبدأ فى الشعور بالراحة يكون الوقت قد انتهى.

إن مناقشات المجموعات الصغيرة حول النشاط الجنسى تتطلب درجة أعلى من المهارة من جانب المشرف حتى لا تفقد الاتجاه أو يسيطر عليها عدد قليل من المشاركين. فلقد وجدنا، فى بعض الحالات، أن المراهقين يجعلون الجلسة تمتد دونما تركيز على الاتجاه. وإذا ما بدأ المشرف فى اتخاذ أحكام أخلاقية، ستبوء العملية با لفشل الأكيد. ولتجنب ذلك، وجدنا من المفيد استخدام فريق من المشرفين وليس مشرفاً واحداً، على الأقل فى الجلسة ا لخاصة بقضايا الجنس والنشاط الجنسى.

ويبذل المشرفون جهوداً واعية فى ممارسة ما يطرحون على المراهقين القيام به. وعلى سبيل المثال، يقوم كل فرد، سواء كان رجلا أو إمرأة، بجلب المياه وقرع الطبول وتنظيف القرية، ويمارس المشرفون نفس كمية العمل. وفى بعض الأحيان، نختار عن عمد أحد الأدوار غير الشائعة فى مجال قضايا النوع؛ فإحدى المشرفات، على سبيل المثال، تستخدم الكاميرا، فى حين يقوم أحد المشرفين من الرجال بكنس الأرضية.

تمكنا أيضاً من التوصل، مع مرور الوقت، إلى تقدير الحاجة إلى تعليم الأبوين واشتراكهما. فبعد أول معسكر للفتيات المراهقات، كان للآباء مواجهة مع فريق "شتتا" كادت أن تودي بكافة الجهود. ولكن أسبابا أخرى تكمن وراء ذلك.

"فى إحدى المرات، تأخرت الدورة الشهرية لمدة أربعة أيام. وهنا وبختني أمى، بل وضربتني. وبدأت تسألني أين ذهبت ومع من. ولم أستطع أن أفهم أسباب غضبها. أما الآن فأنا أعرف ماذا كانت تعنى. كان يجب أن تعرف أن عدم انتظام الدورة الشهرية هو أمر عادي إلى حد كبير. وإلى جانب ذلك، كان يجب أن تثق فى!". (هذه كلمات فتاة ريفية تبلغ من العمر ١٦ سنة).

تتسم التربية الجنسية للآباء بأهمية أيضاً، ليس فقط للحيلولة دون معارضتهم حضور أ بناءهم وبناتهم المراهقين للمعسكرات الصحية، وإنما أيضا" لضمان وجود شخص يرجع إليه المراهقون للحصول على المعلومات والمساندة، بحيث يستمر ويتطور ما يتعلمه الشباب خلال معسكرات صحة المراهقين.

الحاجة إلى ما هو أكثر من المجموعات البؤرية للتوصل إلى معرفة المعلومات الحساسة

يزداد الآن استخدام الوسائل الكيفية البحثية - مثل المقابلات المعمقة، ونقاشات المجموعات البؤرية، وملاحظات المشاركين - فى مجالات الأبحاث الخاصة بالصحة الإنجابية، وذلك بهدف تعزيز المعلومات التى يتم الحصول عليها بالوسائل الكمية التقليدية لجمع البيانات، مثل المسح الخاص بالمعرفة والسلوكيات والمعتقدات والممارسات (KABP)[1]. ولقد بدأ الباحثون، وكذا القائمون على تخطيط البرامج، فى إدراك أن الوسائل الكيفية يمكن استخدامها لاستنباط معلومات تتسم بالحساسية حول محددات التصرف مثل : السلوكيات والأعراف الاجتماعية، فضلا عن السياق الثقافى الذى تجرى خلاله ممارسة هذه السلوكيات. ونظرا" لأن هذه الوسائل تستعين بأدلة البحث ذات النهايات المفتوحة، يمكن استخدامها إذن لتوليد فرضيات حول العوامل غير المعروفة للباحث. وهو الأمر الذى يتيح استكشاف مجالات الاهتمام بدون أحكام مسبقة حول درجة استقرار معلومات أو سلوكيات الفرد - المستجيب- داخل نماذج معروفة .

بقلم :
ديبوارة هيليتزر
الين ميرسى ماكامبير
آن مارى وانجل

لقد نشأ أسلوب المقابلة المعمقة من الأنثروبولوجيا، ويعد أسلوبا "وسيطا" بين التقنيات غير الهيكلية وشبه الهيكلية للمقابلات. ويشبه هذا الأسلوب المحادثات أكثر من مجرد مقابلات، من ثم يتطلب عدة مهارات، من بينها القدرة على سبر الأغوار ومتابعة عمليات التصويب نحو الهدف. ويستعين هذا الأسلوب بدليل مقابلات يوفر مجموعة من الموضوعات التى تفيد القائمين على إدارة المقابلات فى تغطية كافة المجالات، ولكنها لا تحدد الأسئلة التى ينبغى سؤالها.[2]

لقد نمت تقنية مناقشات المجموعات البؤرية من العلاج الجماعى الذى يستخدمه الأطباء النفسيون. والفرضية التى يرتكز عليها العلاج الجماعى تقوم على ما يشعر به الأفراد -الذين يعانون من مشكلة أو اعتقاد مماثل عند الحديث حول مشكلتهم أو اعتقادهم- من أمان أكثر مع مجموعة من الناس الذي ن يشاركونهم نفس المشكلة أو الاعتقاد. [3] ولقد استطاع الباحثون فى مجال التسويق تطوير هذه التقنية فى سنوات الخمسينيات كوسيلة أولية

لاختبار المفاهيم والمواد والمنتجات. [٤،٥] كما استخدمها أيضا الساسة القائمون على وضع الاستراتيجيات، وذلك لفهم ملاحظات المرشحين و ص ياغة الحملات السياسية.[٦] أما فى مجال تنظيم الأسرة، فقد جرى استخدام مناقشات المجموعات البؤرية لاختبار مدى الفهم والاستجابة للرسائل التعليمية والمواد الإعلامية قبل تطويرها النهائي.[٧]

ويفضل القائمون على تخطيط البرامج جمع بيانات كيفية خلال الأساليب التى يمكن إدارتها بسرعة نسبيا وبدون تكلفة كبيرة. ولذا فقد جذبت نقاشات المجموعة البؤرية الانتباه فى مجال الصحة الإنجابية. ويجرى الحصول على المعلومات من مجموعة تتكون من ٦ إلى ١٠ أفراد معا، وتعتبر التقنية وسيلة سريعة وفعالة لمعرفة لماذا وكيف يتخذ قرار بمجال الصحة الإنجابية، و يعتبر هذا عاملا" مكملا" للبيانات المستقاة من الوسائل الكمية. وتحدد الأدبيات عيوب هذه الوسيلة، والتى تتحدد فى مدى مصداقيتها ومدى إمكانية تعميم المعلومات التى يتم استنباطها.[٨] كما أن كل مناقشات المجموعة البؤرية يجب التعامل معها كمقابلة، وليس ٦ أو ١٠ مقابلات؛ وهو الأمر الذى يجعلها وسيلة للمقابلات أكثر تكلفة. [٣]

وعلى الرغم من التحذيرات النظرية لمحدودية نتائج مناقشات المجموعة البؤرية [٨و٩]، فإن المراجع الحديثة للتقنيات الاثنوجرافية السريعة قد وجدت أن مناقشات المجموعة البؤرية تُستخدم بشكل عام باعتبارها الوسيلة الوحيدة أو الأولية لجمع معلومات فى المجالات الحساسة ببرامج الصحة [١٠و١١] ولا تقدم الأدبيات توثيقا للاختلافات القائمة بين البيانات التى يتم جمعها فى مناقشات المجموعة البؤرية، مقارنة بالبيانات التى يتم جمعها من خلال الوسائل الكيفية الأخرى. [٣و١٢]

ويبقى سؤال حول ما إذا كانت مناقشات المجموعة البؤرية يمكن أو يجب استخدامها باعتبارها الوسيلة الوحيدة لجمع البيانات فى المواقف التى تتطلب معرفة معلومات فى موضوعات حساسة من أجل التوصل إلى فهم شامل وصادق للأعراف الثقافية، فضلا عن الخبرات المتعلقة بعملية اتخاذ القرار، والسلوكيات، فى المجال الإنجابي. ويعد هذا المجال ميدانا هاما للبحوث المنهاجية[١٢].

وتقوم هذه الورقة البحثية بتوثيق النتائج التى تم استنباطها عبر وسيلتين من الوسائل البحثية الكيفية المختلفة، وهى: المقابلات المعمقة ومناقشات المجموعة البؤرية، وذلك فى قطاع سكاني يضم فتيات مراهقات فى ريف مالاوى. وتقدم هذه الدراسة دليلا ملموسا على أن الاعتماد على المعلومات التى تم الحصول عليها من خلال المناقشات البؤرية فحسب لا تعد كافية لفهم السياق الثقافى والأعراف الاجتماعية التى تتعلم فى إطارها النساء الشابات ويصبحن خلالها قادرات على مناقشة القضايا المتعلقة بالإنجاب والأمور الجنسية. وعلى الرغم من قيام نفس الشخص بإدارة المقابلات المعمقة ومناقشات المجموعة البؤرية، إلا أن الفتيات استجبن بصورة مختلفة لنفس الأسئلة فى الوسيلتين. وتؤكد هذه النتائج العلاقة بين الاستجابات المعطاة والمنهاج المستخدم. وعلاوة على ذلك، تثير هذه النتائج تساؤلات حول كيفية توصيل المعلومات فى المواضيع الحساسة إلى الفتيات الشابات بهدف مساعدتهن على الحيلولة دون حدوث حمل غير مرغوب فيه أو التقاط عدوى تنتقل عبر الممارسة الجنسي

الدراسة

كان أحد أهداف البرنامج القومي للسيطرة على مرض الإيدز(NACP) فى مالاوى يكمن فى تقليص مخاطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV) بين قطاع الفتيات المراهقات بالمناطق الريفية، حيث يعيش ٩٠٪ من السكان. وقد كان القائمون على تخطيط البرنامج مهتمين باستخدام قنوات الاتصال المناسبة محليا لتقديم المعلومات والمهارات التعليمية وترويج السلوكيات التى تقلل من الخطر. وبينما حقق البرنامج القومي للسيطرة على مرض الإيدز مستوى عال من المعرفة العامة حول مرض الإيدز بين السكان، خلال بث رسائل متنوعة عبر الإذاعة والكنيسة[١٤]، فإن هذه القنوات تعد قنوات عامة بدرجة كبيرة وقدرتها محدودة على استهداف مجموعات خاصة بهدف إثارة القضايا الحساسة بشأن الممارسة الخطرة والآمنة للجنس. بينما القنوات الأخرى الأكثر استهدافا لهذه المجموعات- مثل استشارة الأنداد و الأقران، وطقوس الاحتفال بسن البلوغ، والمناهج الدراسية بالمدارس الا بتدائية - لم يتم الاستفادة منها أو استخدامها بعد. ونتيجة لذلك، لم تمتلك المراهقات بعد أى فهم حول

كيف يمكن أن يتعرضن للإصابة بعدوى فيروس نقص المناعة نتيجة سلوكياتهن.

لقد تم الإفادة من الأعراف الاجتماعية فى مالاوى، والتى تشجع على بدء الممارسة الجنسية مبكرا". وتطرح التقارير أن اللقاءات الجنسية يمكن أن تبدأ بين الفتيات الصغيرات والأولاد أو الرجال الأكبر سنا"[١٤و١٥]. وفى خضم عملية النضج وتشكيل الهوية التى تؤثر على الخيارات والسلوكيات الجنسية، فإن المصادر التى تستقى منها النساء الشابات نماذج وقواعد العلاقات الجنسية، بما فى ذلك معرفة الجوانب المسبب ة للخطر، تختلف عن مصادر الرجال و الشباب أو النساء الأكبر سنا. إن الاستعانة بالأنداد والأقران والشبكات الاجتماعية كمجموعات مرجعية قد تتسم بأهمية خاصة بالنسبة لتحقيق استراتيجية اتصال ناجحة.[١٤و١٦] يشتمل منهاج الدراسة على وسائل كيفية للإحصاء السكاني، ومسحا سكانيا، والمسح الخاص بالمعرفة والسلوكيات والمعتقدات والممارسات، فضلا" عن وسائل كيفية كالمقابلات المعمقة، وملاحظات المشاركين، ومناقشات مجموعات بؤرية فى ١٢ قرية فى المنطقة الجنوبية من مالاوى. وهناك وصف تفصيلي للمنهاج فى مو ضع أخر.[١٤] وقد تم إجراء ما يصل مجموعه إلى ١٢٠ مقابلة معمقة و٣٢ مناقشة للمجموعات البؤرية مع ستين فردا يمثلون الفتيات المراهقات وبعض أعضاء الشبكات الاجتماعية فى قريتين ٠ وقد ضمت العينة الفتيات غير المتزوجات اللاتى لا يرتدن المدرسة، وأيضا الفتيات اللاتى ليس لديهن أطفال.

كان هدفنا يكمن فى معرفة الشبكات الاجتماعية والمعلوماتية للفتيات المراهقات فى ثلاث مجموعات عمرية : من ١٠ إلى ١٢ سنة، ومن ١٣ إلى ١٥ سنة، ومن ١٦ إلى ١٨ سنة. كيف يتعلمون الأمور الخاصة بالنشاط الجنسى، والأخطار المتعلقة بالإصابة بفيروس نقص المناعة ا لبشرية، و ما هى خبراتهم فى مجال الجنس، وما المهارات التى تساعدهم على تجنب العدوى. والدراسة مصممة أيضا لمعرفة الاختلافات القائمة بين السلوك الفعلى و الأعراف الاجتماعية مثالية الطابع، فضلا عن اكتشاف مدى معرفة الفتيات الشابات بالدورة الشهرية والجنس واستخدام الواقي الذكرى، وسلوكهن إزاء هذه الأمور.

الدورة الشهرية

أثناء المقابلات المعمقة، اتضح أن مدى معرفة الفتيات، من المجموعة العمرية ١٠-١٢ سنة، بالدورة الشهرية يختلف. بعضهن لا يعرف أى شئ على الإطلاق . أما اللاتى يعرفن كل شئ فقد كن صريحات وقلن أنهن تعلمن كل شئ عن الدورة الشهرية من صديقاتهن. فتاة واحدة فقط، من بين ٢٠ فتاة فى هذه المجموعة، كانت قد بدأت فى الدورة الشهرية، ولكن كافة الفتيات لم يجدن صعوبة أو عدم ارتياح فى الحديث عن الموضوع طالما يتحدثن عنه فى خصوصية.

أما فتيات المجموعة العمرية ١٣-١٥ سنة، فقد كانت معرفتهن بالدورة الشهرية أشمل كثيرا عن معرفة الفتيات بالمجموعة العمرية الأصغر؛ وهذه المعرفة الشاملة قد شملت أيضا حتى أولئك الفتيات اللاتى لم يبدأن بعد فى الدورة الشهرية. وبالنسبة للفتيات فى المجموعة العمرية ١٦-١٨ سنة، فقد بدأن جميعهن الدورة الشهرية، وتحدثن عن بدايات معرفتهن بها عن طريق صديقاتهن.

ومصدر المعرفة هذا له دلالته، فمن المفترض أن تعرف الفتيات كافة التفاصيل الخاصة بالدورة الشهرية من جداتهن أو خالاتهن- وفقط بعد ما يبدأن فيها. وقد كشفت المقابلات المعمقة عن أن غالبية الفتيات يمتلكن قدرا كبيرا من المعرفة بأمور الدورة الشهرية قبل مرورهن بخبرتها - وهو الأمر الذى يناقض الأعراف.

وفى المقابل، فقد لوحظ التقيد بالأعراف مثالية الطابع خلال مناقشات المجموعة البؤرية، حيث لم يكن من الممكن دائما مناقشة قضايا الدورة الشهرية والجنس بشكل مفتوح . ومن علامات بدء الدورة الشهرية لدى الفتاة ارتداؤها " شيتنج" (مريلة من القماش) فوق ملابسها. وفى أثناء مناقشات المجموعة البؤرية، قالت غالبية الفتيات، تحت سن ١٥ سنة- أنهن لم يحصلن على "شيتنج" بعد، ولكن الفتيات أجبن على سؤال لماذا ترتدى الفتاة " شيتنج" بقولهن أنه لحماية الملابس من التلوث والبقع أثناء الطهي. أما الفتيات اللاتى تتراوح أعمارهن بين ١٣ إلى ١٥ سنة وبدأن الدورة الشهرية، فقد وصفن، خلال مناقشات

المجموعة البؤرية، دلالة حصولهن على " شيتنج" فى علاقته بالدورة الشهرية، بينما الكثير من الفتيات، من المجموعات العمرية الثلاث، فى المقابلات المعمقة، قد وصفن استخدام " شيتنج" فى هذا الغرض تحديدا.

ومن الأهمية بمكان الإشارة إلى أن الفتيات اللاتى بدأن الدورة الشهرية لم يسمحن أبدا" بمناقشة موضوعات الدورة الشهرية، خلال مناقشات المجموعة البؤرية، فى حضور فتيات بنفس المجموعة، ولكنهن لم يبدأن بعد الدورة الشهرية. وعلاوة على ذلك ، فإن الفتيات اللاتى اعترفن أثناء المقابلات المعمقة بمعرفتهن لهذه الموضوعات، لم يرغبن فى مناقشتها أمام الأخريات فى مناقشات المجموعات البؤرية. وعندما قمنا بسؤالهن على انفراد عن سبب عدم رغبتهن فى مناقشة هذه الموضوعات فى حضور الفتيات الأخريات، كان ردهن أن السبب يرجع إلى أنهن من المفترض ألا يعرفن أى شئ حول هذه الموضوعات، ومن غير المناسب أن يشتركن فى مناقشة (عامة) تُثار فيها هذه الموضوعات. وهكذا، يتضح أنه حتى على الرغم من عدم احترامهن للأعراف أو وضعها موضع التنفيذ على المستوى الفردي، فإن احترامها واجب فى الأجواء العامة مثل مناقشات المجموعة البؤرية[١٧].

وقد كان من الهام ملاحظة أن كل فتاة كانت تعرف على وجه اليقين من منهن بدأت الدورة الشهرية ومن لم تبدأ. فما أن تبدأ الدورة الشهرية لدى الفتاة وتحصل على "شيتنج" ،حتى يصبح وضعها الجديد علنيا ويتغير السلوك تجاهها جذريا. إن هذا الإعلان عن الدورة الشهرية لا يؤكد فحسب أن الفتاة قد أصبحت امرأة ناضجة، وإنما يتيح أيضا المزيد من الإشراف على سلوكها أكثر مما إذا كان التغير الحادث لها معروفا للأعضاء (الإناث) من أسرتها المباشرة فحسب.

طقوس البلوغ

لم تحضر أى فتاة من فتيات المجموعة العمرية ١٠-١٢ سنة طقوس الاحتفال بالبلوغ ولا يعرفن عنها سوى القليل. ولقد أفادت الفتيات أثناء المقابلات أن الأولاد والبنات يحصلن خلال هذه الطقوس على نصائح تتعلق بالأخلاق الحميدة، وذلك فى مكان خفي. وتتولى الكنيسة هذه المهمة فى إحدى القرى ، بينما يتولى " أنانكونجوى" (الناصحون التقليديون) والنساء الكبار هذه المهمة فى قرية أخرى. ولم تكن الفتيات على دراية بما يحدث أثناء طقوس الاحتفال ذاتها.

أما الفتيات الأكبر سنا، بالمرحلة العمرية ١٣-١٥ سنة، فقد أعطين تفاصيل قليلة حول طقوس البلوغ أو أغراضها أثناء المقابلات. هذا، على الرغم من أن بعضهن قد أُجريت لهن هذه الطقوس بالفعل. وكما هو الحال مع الفتيات الأصغر سنا، فقد أفاد البعض منهن أن كافة الفتيات يشاركن فى هذه الطقوس، وأنه لا توجد أية قواعد تحكم المشاركة. وقالت بعض الفتيات، بطريق غير مباشر، أنهن قد حصلن خلال هذه الطقوس على تعاليم حول الصحة الشخصية والدورة الشهرية.

وقد أعطت الفتيات فى المرحلة العمرية ١٦-١٨ سنة نفس المعلومات أثناء المقابلات. وأفادت الفتيات أيضا أنهن قد حصلن على تعاليم بشأن احترام الوالدين وعدم دخول غرفة نومهما، فضلا عن عدم النوم مع الأولاد خوفا من خطر الحمل، بالإضافة إلى تعاليم حول كيفية الاستجابة مع أزواجهن أثناء ممارسة الجنس. إن بعض الفتيات اللاتى قلن بأنهن لم يمارسن الجنس قبل حضور الطقوس، قد اعترفن بأن التعليمات الصادرة لهن حول الجنس خلال الطقوس قد أغرتهن على محاولته، وهو ما قمن به بعد انتهاء فترة الطقوس.

ولقد اتضح خلال المقابلات أن الفتيات قد أعطين تعليمات بعدم التحدث حول مضمون الطقوس، وقد شعرن بعدم الراحة بشأن استجاباتهن للأسئلة المباشرة، رغم أن ما قدمنه من معلومات بشكل غير مباشر كان أكثر كثيرا". وأفادت بعض الفتيات أن مضمون الطقوس يُعد سرا، بحيث إذا ما أفشى به أى شخص فإنه يموت. إن أقل القليل هو ما كشفت عنه الفتيات، من المجموعات العمرية الثلاث، حول هذه الطقوس فى مناقشات المجموعة البؤرية . وإذا ما اعتمدنا على مناقشات المجموعات هذه، فإننا قد نعرف فقط أن الطقوس تهدف إلى نصح الفتيات اللاتى بدأن الدورة الشهرية بما ينبغى اتباعه من عادات تقليدية ، وقد تعرضت الفتيات لضغوط شديدة حتى يحضرن هذه الطقوس نظرا لأهميتها.

اللعب مع الأولاد

أثناء المقابلات المعمقة، أفادت الفتيات، من المجموعة العمرية ١٠-١٢ سنة، بعدم وجود تعليمات بشأن لعب البنات والأولاد المشترك، فيما عدا أن بعض الأمهات لا يسمحن لهن باللعب فى الليل عندما يضيء القمر، رغم أنهم يفضلون اللعب معا فى هذه الفترة أغلب الأحيان. وقد أفادت فتيات أخريات بأنهن غير مسموح لهن بخلع ملابسهن أمام الأولاد، وذلك لتجنب الإغواء. وقد أمرت الفتيات بعدم التحدث مع الأولاد بغير كلفة، وضرورة تجنب "الصداقة السهلة" التى يمكن أن تؤدى بهن إلى " أوهول" - أى البغاء. وعلى الرغم من هذه القيود، فإن الفتيات المستجيبات فى المجموعة أفدن بأن البنات يبدأن فى ممارسة الجنس في سن العاشرة، وفى بعض الأحيان تمارس البنات الصغار، تحت سن الخامسة، الجنس مع الأولاد الصغار.

ومن الناحية الأخرى، أفادت الفتيات فى هذا السن بمناقشات المجموعات البؤرية أنهن وجميع البنات الكبار مثلهن لا يلعبن مع الأولاد. والقاعدة فى هذه السن هى عدم إظهارهن لملابسهن الداخلية أو خلع ملابسهن أثناء اللعب مع الأولاد. كما ينبغى ألا يسمحن للأولاد بلمسهن.

ولم نوجه أى سؤال للفتيات الصغيرات فى مناقشات المجموعات البؤرية حول النشاط الجنسى، ذلك أن قادة القرية والبنات الأكبر سنا" قالوا أن ذلك غير مناسب.

أما البنات فى المجموعة العمرية ١٣-١٥ سنة، فقد أبلغن أثناء المقابلات المعمقة أنه قد طلب منهن التوقف عن اللعب مع الأولاد فى سن ١٢ سنة احتراما لأنفسهن. وكانت الأمهات والخالات يراقبن الفتيات للتأكد من اتباعهن لهذه القواعد. ولكن الفتيات تحدثن أيضا عن نشاطهن الجنسى:

"أولا"، تقوم الفتيات بممارسة الجنس سرا، ويلتقون مع الأولاد فى مكان خفي عندما يريدون الحديث والدردشة. وبعد ذلك يتبادلون العناق والقبلات، ثم يمارسون الأمر الكبير".

تحدثت الفتيات عن تطلعهن لممارسة الجنس بشكل مثير. وقالت بعضهن أنهن قد انتظرن ولم يمارسن الجنس إلا بعد طقوس البلوغ، بينما أفادت فتيات أخريات أنهن قد بدأن نشاطهن الجنسى بعد أول دورة شهرية. ومع كل، فقد قالت فتيات أخريات أن البنات يبدأن الممارسة الجنسية فى سن مبكر، أى من سن العاشرة. كما أفادت بعضهن أيضا أن الأصدقاء من الأولاد قد رجونهن ممارسة الجنس معهم، و أحيانا يجبرونهن على ذلك. وفى نقاشات المجموعة البؤرية لم تنكر الفتيات أن النشاط الجنسى بين البنات والأولاد كان شائعا.

أما الفتيات فى المرحلة العمرية ١٦- ١٨ سنة، فقد قدمن معلومات مشابهة أثناء المقابلات المعمقة، وتحدثت بعضهن عن قلق أولياء أمورهن من أن هذه الممارسة الجنسية قد تصل فى النهاية إلى حدوث حمل غير مرغو ب فيه. كما أشارت الفتيات أيضا إلى قبولهن دعوات ممارسة الجنس حتى لا يخذلن أصدقاءهن الأولاد، أو نتيجة لخوفهن من التعرض للضرب فى حالة الرفض، بالإضافة إلى أن بعض الأولاد يقومون بإغراء البنات بالمال. وخلال مناقشات المجموعات البؤرية، تحدثت الفتيات عن القواعد المفروضة عليهن. وعلى الرغم من إقرار الفتيات بحدوث الممارسة الجنسية فى أعمار مختلفة مع الأولاد، فقد تحدثن فحسب عن الأعراف مثالية الطابع والتى تنص على أن "الفتاة تبدأ فى الممارسة الجنسية بعد نمو ثديها، أو بعد بدء الدورة الشهرية، أو بعد طقوس البلوغ لأنها تتعلم كل شئ عن الجنس من "أنانكونجوى".

وعندما وجهنا سؤالا للفتيات، أثناء المقابلات المعمقة، عما إذا كن يقدرن على رفض دعوة لممارسة الجنس وكيف، كانت إجابات البنات من كافة المجموعات العمرية الثلاث متشابهة- هذا برغم أن عددا قليلا من الفتيات الأصغر سنا قد استجبن لهذه الأسئلة. أسباب الرفض التى ذكرتها الفتيات الأصغر تتعلق بعدم رغبتهن فى الحمل أو ممارسة الجنس. أما الفتيات الأكبر سنا، فى المجموعة العمرية ١٣-١٥سنة، فقد أشرن إلى خوفهن من التقاط عدوى إحدى الأمراض المنقولة عن طريق الجنس باعتباره عذراً كافيا. أما التكتيك الأكثر نجاحا فهو اتخاذ الدورة الشهرية عذرا. وقد أضافت الفتيات بالمجموعة العمرية ١٦-١٨ سنة لهذه الحجة عذرا أخر، وهو الخوف من الإصابة بمرض الإيدز.

أما الفتيات الأصغر سنا" فلم يستطعن التعليق على مدى إمكانية نجاح الرفض. ولم تنكر البنات الأكبر

سنا" أنهن لا يرفضن، بشكل عام، الدعوة لممارسة الجنس ، بل وأضافن أن البنات فى كثير من الأحيان أكثر اهتماما" بالجنس عن الأولاد. وفى حين شعرت غالبية الفتيات بالثقة فى إمكانية رفض دعوة الممارسة الجنسية، فقد أفادت بعضهن أن رفض مثل هذه الدعوة تسبب غضب الصديق. ومما له دلالة، أن كانت هذه المعلومات لم تظهر فى مناقشات المجموعة البؤرية.

تقنيات الإثارة الجنسية

كافة الفتيات فى المجموعة العمرية ١٠-١٢ سنة، والقليل من الفتيات فى المجموعة العمرية ١٣-١٥ سنة، لا يعرفن أى شئ عن تقنيات الإثارة الجنسية. وهناك عدد قليل من الفتيات فى مجموعة العمر المتوسط يعرفن بالفعل بعض الأمور حول هذا الموضوع، وقد تحدثن عن استخدام بعض الفتيات للجذور ووضعها فى المهبل حتى يصبح الجنس "أعظم وأجمل". فالجذور تجعل الجسم كله ساخنا، وهو ما يفضله الأولاد. وقد أفادت بعض الفتيات أن الجذور تُستخدم لجعل المهبل جافا ثم يتم إزالتها قبل ا لممارسة الجنسية.

كانت غالبية الفتيات بالمجموعة العمرية ١٦-١٨ سنة تعرف تقنيات الإثارة الجنسية التى وصفتها البنات الأصغر سنا. وأفادت فتيات هذه المجموعة العمرية بأن الجذور عادة ما يتم طحنها على شكل مسحوق وتجرى إزالتها قبل الممارسة الجنسية حتى لا يعرف الرجل. وقد كانت هذه المعلومات معروفة بشكل مشترك بين الصديقات من الفتيات.

وفى مناقشة المجموعة البؤرية، لم نوجه أى سؤال لفتيات أصغر المجموعات سنا حول هذه التقنيات، أما البنات فى المجموعات الأكبر سنا فقد اعترف البعض القليل منهن بمعرفة هذه التقنيات. وقد أشار عدد قليل من البنات إلى وضع جذور، وغيرها من العقاقير التقليدية، فى المهبل لضمان جفافه ورائحته الطيبة. ولكن غالبية الفتيات طرحن أن الغرض من استخدام هذه الجذور يكمن فى معالجة مرض يصيب المهبل يسمى " موكا" (الحكة و الإفرازات).

وسائل منع الحمل، وقضية الإجهاض

وقد أفادت الفتيات فى المجموعة العمرية ١٠-١٢ سنة أثناء المقابلات المعمقة عن سماعهن من صديقاتهن عن وسائل لتجنب الحمل، وأن هذه الوسائل تضم الحبوب وخيطا به عقار تقليدى يسمى " نكوزى" ترتديه الفتيات حول الخصر. وقليلات كانت الفتيات اللاتى يعرفن أى شئ عن الواقي الذكرى. وهناك فتاة واحدة فقط كانت تعرف إمكانية الحصول عليه من المستشفى ثم التخلص منه بعد استخدامه، ولكنها لم تكن تعرف فيم يُستخدم. أفادت الفتيات أيضا" بسماعهن عن الإجهاض عن طريق تناول عقار معين أو المداواة بالأعشاب أو الذهاب إلى سيدة مسنة للحصول على عقار للإجهاض. ولم نوجه أسئلة لهؤلاء الفتيات من هذه المجموعة العمرية حول هذه القضايا فى مناقشات مجموعة البؤرية.

أما الفتيات فى المجموعة العمرية ١٣-١٥ سنة، فقد أشرن أيضا إلى " نكوزى"، و عدم ممارسة الجنس، واستخدام الواقي الذكرى، و وسائل تنظيم الحمل والحصول عليها من المستشفى لتجنب حدوث الحمل. وهذه المعلومات تتبادلها الصديقات فيما بينهن. وتعرفن غالبية فتيات هذه المجموعة العمرية الواقي الذكرى وكيفية استخدامه وأين يمكن الحصول عليه. قالت الفتيات أنهن قد سمعن عنه فى الإذاعة ، ومن الصديقات، ومن المدرسة، ومن أفراد الأسرة، ومن الملصقات، ومن ممرضات المستشفى. ولم يكن واضحا ما إذا كانت أى فتاة فى هذه المجموعة قد استعانت به من قبل.

وكانت الفتيات فى مجموعة العمر المتوسط يعرفن أن الإجهاض غير قانوني، ولكنهن يعرفن أيضا أن الكثير من الفتيات يستعن بعملية الإجهاض لإنهاء الحمل. والوسيلة التى تمت الإشارة إليها تكرارا كانت " تناول كمية من الحبوب". وكانت الفتيات على وعى ودراية بخطورة الإجهاض وأنه قد يسبب الوفاة أو فقدان الخصوبة. وهناك بعض الفتيات فى هذه المجموعة العمرية لم يمارسن الجنس بعد، ومن ثم لا يعرفن أى شئ حتى عن منع الحمل. وفى مناقشات المجموعة البؤرية، لم تقر هؤلاء الفتيات بمعرفة أي شئ عن وسائل منع الحمل إلا بالنسبة للوسيلة المعروفة باسم " نكوزى". فقد أفادت الفتيات أن هذا الخيط الطبي قوى جدا" ويمكن أن يظل صالحا" لمدة ٦ سنوات.

وكانت كافة الفتيات فى المرحلة العمرية ١٦-١٨ سنة تعرف على الأقل بإحدى وسائل منع الحمل، وعادة ما يتحدثن عن عدم ممارستهن للجنس واستخدام الواقي الذكرى . وتعرف كافة الفتيات تقريبا الواقي الذكرى وكيف يمكن استخدامه والتخلص منه. وقد أفادت بعض الفتيات أنهن قد استخدمن الواقي الذكرى لتجنب الحمل وعدوى

الأمراض التى تنتقل عبر الممارسة الجنسية. وكانت هذه الفتيات يرين أن ممارسة الجنس مع وجود الواقي الذكرى جيدة، فى حين أن الأولاد لا يفضلون استخدامه. كان البعض القليل يعتقد أن وسيلة " نكوزى" من الوسائل الفعالة. وفى مناقشات المجموعة البؤرية، أقر عدد قليل من الفتيات المعرفة بالواقي الذكرى أو استخدامه.

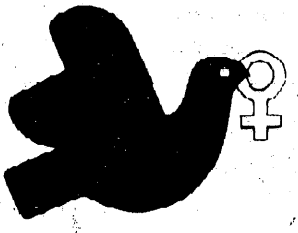
وأفادت غالبية هؤلاء الفتيات، فى المقابلات المعمقة، بمعرفتهن للإجهاض من خلال صديقاتهن أو جيرانهن اللاتى خضن هذه التجربة. كما أشارت الفتيات إلى الطب التقليدي وحبوب كلوروكين التى تستخدم كعقار يفضي إلى الإجهاض. ولقد اتفقن مع الفتيات الأصغر سنا" فى أن عدد حالات الإجهاض تزيد بين اللاتى يذهبن إلى المدرسة أكثر منه بين الفتيات اللاتى لا يذهبن للمدرسة، وذلك يرجع لضرورة الإجهاض بالنسبة لمن تذهب للمدرسة حتى تتمكن من البقاء فى المدرسة ومواصلة دراستها.

الأمراض التى تنتقل عبر الممارسة الجنسية، فيروس نقص المناعة البشرية/مرض الإيدز

لقد أفادت كافة الفتيات بالمجموعة العمرية ١٠-١٢ سنة، أثناء المقابلات المعمقة، بأنهن قد سمعن عن مرض الإيدز وأنه بلا علاج، كما كان بإمكانهن سرد قائمة بالأعراض التى يشعر بها من يصاب بهذا المرض. ولكن الفتيات لم تكن تعرفن أى شئ تقريبا عن الأمراض التى تنتقل عبر الممارسة الجنسية.

وبالنسبة للفتيات فى المجموعة العمرية ١٣-١٥ سنة، فقد أفدن بمعرفتهن عن الأمراض التى تنتقل عبر الممارسة الجنسية ، بل وكان بمقدورهن ذكر أسماء ثلاثة أمراض منها على الأقل، فضلا عن معرفة الأعراض العامة الشائعة. كانت الفتيات تعرفن أيضا أن الأمراض التى تنتقل عبر الممارسة الجنسية، باستثناء الإيدز، يمكن علاجها فى المستشفى باستخدام العقاقير. وقد ذكرت فتيات كثيرات استخدام الواقي الذكرى كوسيلة لتجنب الأمراض التى تنتقل عبر الممارسة الجنسية. وعلى الرغم من قلة معرفتهن بفيروس نقص المناعة البشرية ذاته، فقد كانت الفتيات يعرفن الكثير حول مرض الإيدز ومخاطرة وكيف يمكن الوقاية من نقل فيروس نقص المناعة البشرية أكثر من معرفة الفتيات بالمجموعة العمرية الأصغر.

أما الفتيات الأكبر، فقد كن يعرفن كل شئ عن الأمراض التى تنتقل عبر الممارسة الجنسية وأغراضها العامة وطريقة انتقالها. وقد اعتبرت فتيات كثيرات منهن أنهن معرضات للإصابة بمثل هذه الأمراض . وفى المقابل، وعلى الرغم من معرفة هؤلاء الفتيات بمرض الإيدز، فلم تشر سوى القليلات منهن إلى اعتقادها بتعرضها للخطر.



خاتمة

لقد أوضحت البيانات بجلاء أن المعرفة أو التجربة الفعلية تحدد ماذا تتحدث عنه الفتيات أثناء المقابلات المعمقة، أما فى مناقشات المجموعة البؤرية، فالقواعد هى التى تملى ما تتحدث به الفتيات. ويصدق هذا الأمر جزئيا على الفتيات فى المجموعة الأصغر، حيث يعد امتلاك معلومات حول الموضوعات الحساسة، مثل الدورة الشهرية والجنس، من الأمور السرية والمحظورة. وإذا كنا، خلال دراستنا هذه، قد استخدامنا مناقشات المجموعة البؤرية فحسب، لكنا قد خلصنا إلى أن الأعراف مثالية الطابع هى التى تنظم توقيت وتناقل أنماط معينة من المعلومات وشبكات الاتصال والسلوك التى يتم الالتزام بها أكثر مما ثبت عليه الحال عبر البحث.

وبدلا من ذلك، فقد وجدنا أن مناقشات المجموعة البؤرية قد استنبطت إجابات "صحيحة" أكثر من الناحية الاجتماعية ، كما نتج عنها بيانات جيدة حول الأعراف الاجتماعية، ولكن لم ينجم عنها بيانات جيدة حول مدى الانحراف عن تلك الأعراف . وفى المقابل، كانت المقابلات المعمقة والفردية ضرورية لاستنباط معلومات جيدة حول المعرفة والخبرة الفعلية.

وهكذا ، فقد خلصنا ، مثل الآخرين، إلى أن الجهود البحثية المرتكزة على المجتمع المحلى، والتى تسعى إلى الحصول على معلومات حساسة حول الموضوعات التى تدور حول الجنس والإنجاب، تحتاج لاستخدام أسلوب المقابلات المعمقة ومناقشات المجموعات البؤرية على الأقل. وفى المواقف التى يعرف فيها المشاركون بعضهم البعض، مثلما هو الحال بين مجموعات الأنداد فى المجتمع المحلى، فإن المحافظة على سرية الأسماء تصبح مستحيلة.[١٨و١٩] وهو

ما يختلف عن بحوث التسويق التى عادة لا يعرف فيها المشاركون بعضهم البعض.

وبالنسبة لدراستنا، فقد جرت المقابلات المعمقة قبل مناقشات المجموعات البؤرية، وذلك لقياس مدى اتساع المعلومات حول القضايا الحساسة ولاكتشاف الأعراف الاجتماعية التى يمكن أن تحد من مضمون مناقشات المجموعة البؤرية. ولقد وجدنا أن قيود موضوع مناقشات المجموعة البؤرية تزيد عن تلك الخاصة بالمقابلات المعمقة. ولذا، فنحن نوصى بإدارة المقابلات المعمقة قبل إدارة مناقشات المجموعة البؤرية، كما ينبغى إدماج سؤالين فى نهاية المقابلة المعمقة، وهما على النحو التالي:

" هل ، قلتِ لي اليوم عن أى شئ لا ترغبين فى مناقشته أمام مجموعة من أقرانك أو مع الآخرين الأكبر منك سنا"؟

" هل هناك أى شئ ناقشناه كان ينبغى ألا أسألك عنه؟"

إن الوسائل الجديدة لاستنباط المعلومات ، مثل المقابلات المزدوجة عن طريق " أفضل الأصدقاء" (٢٠) ومناقشات المجموعة الصغيرة التى تضم ثلاثة مشاركين متجانسين (مجموعة ثلاثية) (٢١) ، يمكن أيضا اعتبارها وسائل مناسبة، ويجدر استكشافها بالنسبة لهذه المواقف.

لقد كان الهدف الأساسى للبحث يكمن فى تحديد قنوات الاتصال الخاصة بنقل المعلومات والمهارات للوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية ومرض الإيدز. ولقد تعلمنا أن القيود الموضوعة على الحديث المفتوح حول القضايا الحساسة تحد من فرصة إتاحة المعلومات حول هذه القضايا بالنسبة للفتيات الصغيرات. إن البرنامج القومي للسيطرة على مرض الإيدز فى مالاوى يبحث عن وسائل تهدف إلى تقليص مخاطر الأمراض التى تنتقل عبر الممارسة الجنسية وفيروس نقص المناعة البشرية/ مرض الإيدز بين الفتيات المراهقات. ومع كل، فإن ذات الموضوعات المطلوب أثارتها غير مسموح بمناقشتها علانية مع الفتيات الصغيرات. وإيجاد سبل للتداخل، تتفق والأبنية التى تم تحديدها فى هذا البحث، ليست بالمهمة اليسيرة . إن استخدام وسيلة استشارة الأقارب والأقران أو الأنداد ، على سبيل المثال، والتى نجحت فى بعض المجتمعات المحلية الأخرى، يمكن أن تحقق نجاحا فى ريف مالاوى فحسب، إذا ما كان مسموحا للفتيات المراهقات بالنقاش فى الموضوعات ذات الصلة مع فتيات من نفس المرحلة العمرية أو أصغر منهن ولكن بقدر ضئيل.

إن توقيت ومضمون طقوس البلوغ يمكن أن تقدم مفتاحا لحل المشكلة . وطبقا لأقوال الفتيات اللاتى أجرينا معهن مقابلات، فإن الطقوس والشعائر فى فترة البلوغ تشجع النشاط الجنسى المبكر، بينما لا تتيح المعرفة أو تيسر النفاذ إلى مختلف مهارات و وسائل الحماية من الحمل غير المرغوب فيه والوقاية من العدوى. وبدون محاولة لتغيير الأعراف الاجتماعية التى تحظر على الفتيات المشاركة فى المعلومات الحساسة مع بعضهن البعض بشكل مفتوح، يمكن محاولة

التدخل، الذى يحظى بمساندة قيادة القرية والنساء ال أكبر سنا"، مثل تغيير طقوس البلوغ إلى أسلوب يمكن أن يقدم المعلومات بصورة أفضل ويعمل على تعلم مهارات، ومن ثم نحقق حماية الفتيات الصغيرات فى هذه المجتمعات المحلية عن طريق المحافظة على التراتبية المقبولة من أجل السيطرة على الطرق التى يمكن عبرها نقل معلومات خا ط ئة للفتيات الصغيرات، لن يعتبر أحد أن هناك انتهاكا للأعراف التقليدية ، كما يمكن أن يحدث إذا ما تم استخدام قنوات الاتصال العلنية لإذاعة المعلومات الحساسة.

إن استخدام أكثر من منهاج تحليل كيفي لن يؤدى فحسب إلى توسيع نوعية المعلومات التى يمكن الحصول عليها حول ا لأمور الجنسية والإنجابية فى المجتمع المحلى، وإنما يفتح أيضا الطريق أمام الكشف عن طرق مقبولة ثقافيا لنشر المعلومات الحساسة داخل المجتمع، مع نيل مساندة كافة أعضاء المجتمع ومن أجل صالحهم جميعا.

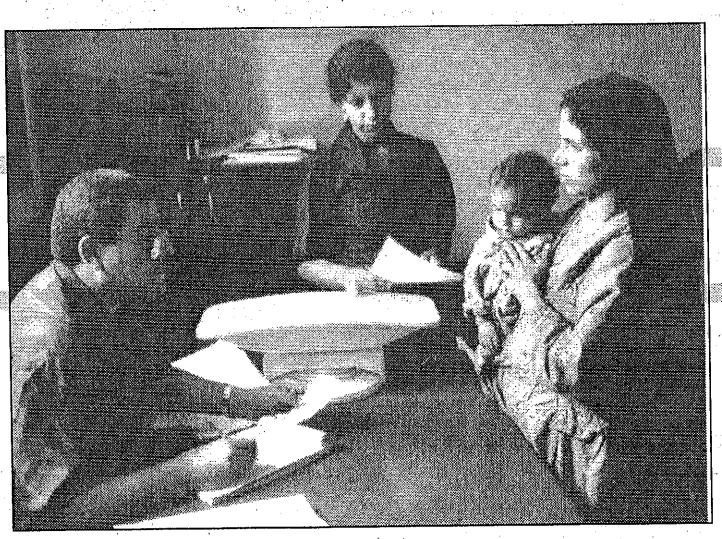
ملحوظة:

لقد تم جمع البيانات المستخدمة فى هذه المخطوطة فى إطار برنامج " المرأة ومرض الإيدز التابع للمركز القومي لبحوث قضايا المرأة، فى واشنطن العاصمة ، والذي يتم تمويله عن طريق مكتب الصحة بالوكالة الأمريكية للتنمية الدولية . كما أمكن توفير تمويل لهذه الدراسة أيضا" من خلال الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية فى ظل اتفاقية ا لتعاون DPE-5951-A-00-9033-00 لبرنامج زمالة الصحة وحياة الطفل بمعهد جامعة جونز هوبكنز للبرامج القومية .

مراجع

Helitzer-Allen, D L and Kendall, C, 1992. Ex- -١
plaining differences between qualitative and quantita-
ring preg- tive data: a study of chemoprophylaxis du
nancy. Health Education Quarterly. 19(1).
Spradley, J P, 1979. The Ethnographic Interview. -٢
Holt, Reinhart and Winston, New York.
Bellenger, D N, Bernhardt, K L and Goldstuck- - ٣
er, J L, 1976. Qualitative Research in Marketing.
iation, Chicago. American Marketing Assoc
Smith, G H, 1954. Motivation Research in Ad- -٤
vertising and Marketing. McGraw Hill, New York.
Higgenbotham, J B and Cox, K K, 1979. Focus - ٥
Group Interviews: A Reader. American Marketing As-
sociation, Chicago.
٦- الاستخدام الشهير لهذه الطريقة، مؤخراً، كان خلال الحملة الانتخابية لجورج بوش عام ١٩٨٨، راجع:
How a murderer and a rapist became the Bush campaign's most valuable player, excerpt from: Simon, R, 1990. Road Show. Farrar, Straus and Girouz, New York.
retesting in Health Communication. NCI/HHS P -٧
US Department of Health and Human Services, Publi-
cation 84-1493, 1984.
Goldman, A E, 1962. The group depth inter- -٨
view. Journal of Marketing. 26 (July):61-68.
Glik, D and Gordon, A, 1987-88. Focus group -٩
e research in child survival: and methods for formativ
Ivoirian example. International Quarterly of Communi-
ty Health Education. 8(4).
Manderson, L and Aaby, P, 1992. An epidemic ١٠
in the field? Rapid assessment procedures and health
٥٠,-٣٩ research. Social Science and Medicine. 37(7):8
d lished between 1989 and 1993 using the key-١١
word 'focus group discussion' turned up 120 documents
describing studies which used this method as the pri-
mary information-gathering method.
oup interview: an Basch, C E, 1987. Focus gr -١٢
underutilized research technique for improving theory
and practice in health education. Health Education
Quarterly. 14(4):411-48.
Medium Term Plan, National AIDS Control Pro- ١٣
gramme, Ministry of Health, Malawi, 1989.
An investigation of ٩٣, Helitzer-Allen, D L, 19 - ١٤
community-based communication networks of adoles-
cent girls in rural Malawi for HIV/STD/AIDS preven-
tion messages. Final report, International Center for
Research on Women, Washington, DC. November.
orms as a Liomba, G. Cultural practices and n -١٥
factor in HIV transmission. Session No. 4: Cultural As-
pects, 9th Congress of CAMAS, Blantyre, Malawi,
March 1992.
Rogers, E M and Kincaid, D L, 1981. Commu- -١٦
nication Networks: Toward a New Paradigm for Re-
search. The Free Press, New York.
١٧- مناقشات المجموعة البؤرية، فى الأوساط المجتمعية المحلية، عادة ما تجرى فى الهواء الطلق تحت شجرة أو فى موقع منفصل منعزل، ولكن ليس موقعاً "خاصاً". وبينما لا يوجد تشجيع لأفراد المجتمع المحلى الآخرين للاشتراك فى المجموعة، فإن الذين يشتركون يبدون مرئيين بوضوح أمام المشاهد الخارجي، ومن ثم يجرى إدراك المناقشة باعتبارها مناقشة "عامة". ويظل هذا الانطباع قائماً، رغم كافة التأكيدات بشأن سرية البيانات المقدمة. وفى هذه الحالة، فإن "العام" أو "العلني" يشير إلى المعرفة المفتوحة بمن شاركوا فى المجموعة النقاشية، ومن ثم يمكن لمشاركين الآخرين كشف المعلومات التى جرى تبادلها فى النقاش بأسلوب يمكن أن يعرض سرية تصريحات المشاركين للخطر.
Khan, M E, Anker, M, Patel, B C et al, 1991. -١٨
The use of focus groups in social and behavioural re-
search: some methodological issues. World Health S
tatistical Quarterly. 44:145-49.
Vlassoff, C, 1987. Contributions of the micro- -١٩
approach to social sciences research. Report prepare
for IDRC, Canada.
Gittelsohn, J, Anliker, J, Davis, S et al, 1994. -٢٠
American Indian schoolchildren obesity prevention
y formative assessment protocol. Draft No. 4. stud
February.
Reibstein, D, 1985. Marketing: Concepts, Strat- -٢١
egies and Decisions. Prentiss Hall.

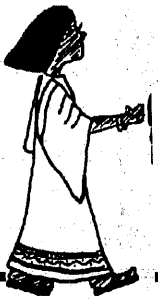
إدراك وجهة نظر النساء عن الإجهاض في مصر



تمت هذه الدراسة التي نفذت سريعا لاستقصاء إدراك النساء عن الإجهاض في مصر وقد استخدمت الدراسة المقابلات المتعمقة مع المرضى الخاضعين للعلاج في المستشفيات، والمجموعات البؤرية مع المستفيدات من خدمات تنظيم الأسرة والنساء اللاتي لا تستخدمن وسائل منع الحمل. إن أبرز الأمور التي تواجه المريضات (إذا كان الإجهاض.قد تم طبيعيا أو عمدا) هو بقاؤهن على قيد الحياة. وكانت ضرورة العودة فورا لممارسة روتين الحياة اليومية من أكثر ما يؤرق مريضات ما بعد الإجهاض اللاتي كن في حاجة إلى الراحة والاستشفاء.

وينطوي تقديم وسائل منع الحمل لمريضة ما بعد الإجهاض على مشاكل كثيرة لاعتقاد النساء أنهن في حاجة إلى استعادة توازنهن الجسدي قبل استعادة خصوبتهن.

إن تقديم المشورة لمريضات ما بعد الإجهاض للتقليل من المخاوف والتوتر وإمدادهن بالمعلومات الدقيقة والفهم حول الإجهاض الطبيعي المتعمد والخصوبة في المستقبل والعمل على راحة مريضات بعد الإجهاض من الأمور الهامة عند تقديم رعاية ما بعد الإجهاض.



بقلم
ديل هانتجتون ،
ليلي نوار ،
داليا عبد الهادي

و تصنف السياسة التي تطبق في مصر بخصوص الإجهاض على أنها سياسة مقيدة إذا ما قو رنت بالسياسات الأخرى حول العالم. فالإجهاض مسموح به فقط عندما يمثل الحمل مخاطر صحية بالنسبة للمرأة الحامل. وبصفة عامة يرى العلماء الدينيون في مصر أن إنهاء الحمل من أجل المحافظة على حياة الأم أمر مقبول، حتى بعد انتهاء مدة الـ ١٢٠ يوما المنصوص عليها في الأدبيات المختلفة[١]، ولكن إذا تم الإجهاض لأسباب أخرى لا تتعلق بالمحافظة على حياة الأم، تتعرض المرأة ومقدم خدمة الإجهاض للمساءلة القانونية. و في كل الأحوال، يعد الإجهاض من القضايا الحساسة بالنسبة لصحة النساء في مصر.

ويتفهم المجتمع الطبي والنساء في مصر جيدا مخاطر الحمل والولادة. وأقد أظهر مسح قامت به وزارة الصحة مؤخرا حول وفيات الأمهات قصورا خطيرا في إدارة فرق الولادة وخاصة الفشل في التشخيص المبكر للمضاعفات[٢]، وقصور التعامل مع الحالة بعد التشخيص.

وفي سياق الموارد الشحيحة في مستشفيات القطاع العام و مستشفيات الرعاية المتقدمة تعتبر هذه المعلومات على درجة عالية من الأهمية لفهم المخاطر الصحية التي ينطوي عليها الإجهاض غير الكامل مع الميل المعروف لتأجيل طلب الرعاية الصحية في المستشفيات.

ومن أهم نتائج القيود الاجتماعية والدينية والقانونية المفروضة على الإجهاض في مصر والتي تبعث على الأسف هى غياب المعلومات الدقيقة حول حالات الإجهاض المتعمد. فباستثناء سرد بعض المعلومات الطريفة حول الإجهاض، لا يوجد إلا القليل من البيانات حول تشخيص حالات مضاعفات ما بعد الإجهاض التي تحال إلى المستشفى.

إن تقديم المشورة لمريض ما بعد الإجهاض يتم في ظل ظروف تتسم بالتوتر والقلق، أكثر بكثير من خدمات رعاية الصحة الإنجابية الأخرى. وتعاني النساء بصفة عامة في هذه الظروف من الإرهاق الجسدي ودرجة عالية من التوتر والقلق تجاه قدراتهن الإنجابية في المستقبل وصحتهن بصفة عامة. وفيما غير ذلك، فقد وثقت الدراسة حالات قليلة عبرت فيها النساء عن مخاوف أو أفكار محددة حول نتائج الإجهاض أو المشاكل الأخلاقية التي ينطوي عليها إجراء الإجهاض المتعمد في مصر.

و قد أجرت مجموعة بحوث حديثة [٣] على ٥٥٠ سيدة مصرية بعد الإجهاض، ظهر أن ٤٨,٦ في المائة كن حوامل في أقل من ١٢ أسبوع وأن معظمهن كن يعانين من نزيف ٧٣٪ من درجة متوسطة من النزيف و ٢٤٪ من نزيف حاد) ووجد عدد قليل جدا من المضاعفات الأخرى (٢٪ من التهابات صديدية)، مما يؤكد الدلائل الأخرى التي تشير إلى اللجوء إلى الوسائل الشعبية للإجهاض (التسبب في حدوث نزيف/حمى أثناء الحمل) في مصر كما هو الحال في عدة دول أخرى، ومن هذه الوسائل على سبيل المثال حمل أشياء ثقيلة الوزن، وإدخال أشياء غريبة داخل الرحم وتناول الأدوية[٤،٥].

وقد ركز المشروع التجريبي الرائد لهذه الدراسة على التحسينات التي يمكن إدخالها في الرعاية الطبية وتقديم المشورة لمريضات ما بعد الإجهاض ويهدف هذا المشروع إلى تحول العلاج الإكلينيكي لمريضات مابعد الإجهاض من الاعتماد الكلي على عملية التوسيع و الكحت باستخدام التخدير العام، إلى استخدام آلات الشفط لاستكمال الإجهاض.

وأكد المشروع التجريبي الخاص بتقديم مشورة ما بعد الإجهاض على أهمية استخدام خدمات تنظيم الأسرة لتفادي الحمل غير المرغوب فيه في المستقبل، كما قدم معلومات للنساء حول الإجراءات الطبية ورعاية المتابعة.

وكانت هناك حاجة إلى مزيد من المعلومات حول إدراك النساء للإجهاض قبل التوسع في هذه التجربة الرائدة حتى يمكن تطوير أساليب ملائمة لتقديم المشورة لمريضات ما بعد الإجهاض، و أيضا تطوير الإجراءات الطبية المتبعة و قد استدعى هذا القيام بسرعة ببحث استطلاعي حول هذا الموضوع.

منهج البحث:

استخدمت الدراسة نوعين من البيانات الكيفية بين شهري مايو و يونيو ١٩٩٥ واستخلصت معظم النتائج من المقابلات المتعمقة التي تمت مع ٣١ امرأة أحلن إلى المستشفى بسبب مضاعفات ما بعد الإجهاض. واستعانت الدراسة بمريضات في مستشفى في القاهرة وأخرى في المنيا. حيث استخدم استبيان شبه مقنن في إجراء المقابلة معهن بحيث تم حثهن على وصف تجربتهن (رفضت إحدى النساء إجراء مقابلة معها).

كما تم جمع بيانات ذات طبيعة أكثر معيارية عن طريق المناقشات ضن مجموعات بؤرية مع مجموعتين تتكون كل منها من خمس إلى سبع نساء ممن يترددن على عيادات تنظيم الأسرة، إما في نفس المستشفى كمريضات ما بعد الإجهاض، أو في مستشفى أخرى قريبة منها.. كما عقدت مناقشة أخرى مع مجموعة من نفس الحجم من نساء أخريات في المناطق الريفية لا يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة ولسن حوامل.

النساء المشتركات في الدراسة

لم تجمع بيانات مفصلة حول قصص حياة النساء المشتركات في الدراسة[٦] وإن كان لهؤلاء النسوة نفس الخصائص الديموجرافية والاجتماعية و الاقتصادية. فمتوسط أعمارهن كان ٢٩ عاما، ولم يحصلن على أي تعليم رسمي أو حصلن على قدر قليل منه. وكافة النساء متزوجات، ولهن في المتوسط ثلاثة أطفال. وقالت الأغلبية إنهن لا يعملن، أي إنهن ربات بيوت. وأقر عدد قليل منهن أنهن يشاركن في مصروفات الأسرة. وقالت ثلث المشتركات انهم لم يستخدمن وسيلة لمنع الحمل بينما أقرت خمس من الإحدى وثلاثين مشتركة إنهن استخدمن وسيلة حديثة من وسائل تنظيم الأسرة في الحمل الذي أجهضن فيه. ولم تقل أي من النساء علانية أنهن سعين للإجهاض مما يدل على الحساسية الشديدة تجاه موضوع الإجهاض في مصر. واستخدمت المعلومات التي قدمناها (وليس نتيجة الفحص الطبي) لتصنيف الإجهاض على أنه إما تلقائي، أو احتمال أن يكون متعمدا، أو غالبا متعمدا. وسمى الإجهاض تلقائيا في الحالات التي وصفت فيها النساء حملهن على انه كان مرغوبا فيه أو مخططا مع عدم استخدام السيدة لأية وسائل تنظيم الأسرة.

و وصف الإجهاض بأنه احتمال أن يكون متعمدا إذا كان الحمل غير مخطط له أو لم يكن مرغوبا فيه وفي الحالات التي ذكرت فيه السيدة بطريقة غير مباشرة أنها تسببت في الإجهاض. وصف الإجهاض بأنه غالبا متعمد إذا اعترفت السيدة أنها كانت حاملا واتخذت إجراء من الممكن أن يكون قد تسبب في الإجهاض (بدون ادعاء رغبتها في إنهاء الحمل). ومن بين النساء الإحدى والثلاثين تسببت سبع منهن في إحداث الإجهاض عمدا، ومن المحتمل أن تكون ١٠ منهن قد تسببن في إحداثه و يعتقد أن ١٤ منهن قد أجهضن طبيعيا.

النتائج: الألم

لم تجمع بيانات حول ال حالة الطبية للنساء. ووصفت النساء أجسادهن بأنها كانت في حالة اضطراب متزايد بصرف النظر عما إذا كان الإجهاض تلقائيا أو متعمدا وشعرت النساء بهذه الحالة الفسيولوجية الحادة التي كان من أعراضها الأولى الآلام الشديدة في الجسم كله أما المصدر الأساسي للألم فكان الظهر وبالتحديد أسفله. كما شعرت أيضا بالألم في الصدر/القلب والمعدة والثديين[٧].

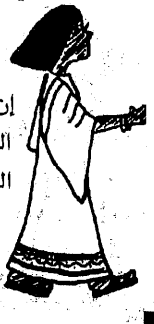
"أنا كنت باموت امبارح وكمان كنت باموت قبل العملية. أنا لسة موجوعة لحد دلوقت"

"أنا حاسة أن جسمي مكسر حتت حتى مش قادرة أنام ومش قادرة أقعد وحاسة إن فيه وجع جامد كل ما بأتحرك. أنا عرفة اني حاخد وقت لحد الألم ما يروح. دة أكثر وجع أنا حسيت بيه لغاية دلوقت"

ولم يكن سبب تألم النساء بهذه الصورة واضحا. ففي جامعة المنيا استخدم التخدير العام في حوالي نصف حالات علاج ما بعد الإجهاض[٤]. وقد يكون الألم ناتجا عن عدم استخدام المسكنات أو المهدئات قبل أو بعد إجراء العملية. أو بسبب وجود حالة مرضية استفحلت بسبب عملية الإجهاض. وقد أظهرت نتائج الأبحاث الأخرى الخاصة بالصحة الإنجابية في مصر وجود التهابات لم يتم علاجها بين النساء الريفيات مما ضاعف من ظهور أعراض أخرى غير مرتبطة بهذه الحالة المرضية[٥] وربما كانت هناك أسباب مماثلة تسببت في آلام مريضات ما بعد الإجهاض.

فقد الدم

تفاقمت الآلام المبرحة التي شعرت بها النساء بفقدهن الهائل للدم. وكان قد نما إلى علمهن انه من المتوقع أن يشعرن بفترة من الضعف بعد النزيف. والضعف الجسدي مسألة شديدة الأهمية بالنسبة للنساء ا لمصريات الفقيرات حيث إن حالتهن الجسدية أصلا ضعيفة بسبب قلة الغذاء وعبء العمل (خاصة النساء الريفيات).



"احنا أجسامنا تعبانة من الأول والسقط بيأثر جامد على صحتنا. والدم للي بيروح

من الست بيخليها أضعف من الأول وبيجيب أنيميا. وعشان كدة الست لازم تستريح عشان ترجع لها صحتها".

الشفاء

بعد أن تمر النساء بتجربة الإجهاض غير الكامل يواجهن العودة الوشيكة إلى الحياة الطبيعة والحاجة إلى استعادة الشعور بالتوازن الجسدي. وما هو جدير بالملاحظة أن النساء اللاتي اشتركن في المجموعات البؤرية ممن مررن بتجربة الإجهاض عبرن عن خوفهن من استخدام وسائل منع الحمل خلال فترة النقاهة بعد الإجهاض وشعرن أن أجسادهن قد اضطربت اضطرابا شديدا من جراء الإجهاض وعبرن عن حاجتهن القوية إلى استعادة التوازن الطبيعي:

"في الفترة دي الست بتكون سخنة بعد السقط. لكن بعد أربعين يوم تقدر تبتدي تأخذ وسائل منع الحمل يا إما حاتحمل" لذلك فقد طلبت النساء أن تكون هناك فترة "لتبردن" مدتها ٤٠ يوما مثل فترة ما بعد الولادة تستطيع خلالها. النساء أن يستعدن صحتهن ويحصلن على قسط أكبر من الأغذية الغنية بالبروتينات التي تساعد الجسم على استعادة اتزانه ووضعه الطبيعي.

وعبرت مريضات ما بعد الإجهاض عن اعتقادهن بأنه ما دام ليس لديهن مولود جديد فإنه ليس من المرجح أن يطلبن من أسرهن العناية بهن خلال الـ ٤٠ يوما اللاحقة على الإجهاض، فالأرجح في المناطق الريفية ألا تمتلك اسر النساء الموارد الكفيلة بأن تعوض غيابهن عن العمل في الأرض، إن الحاجة إلى العودة إلى العمل الذي يتطلب قوة بدنية وقدرة على تحمل مسئوليات رعاية الأطفال كانت من أهم ما أثار مخاوف وقلق مريضات ما بعد الإجهاض من الريف والحضر على حد سواء.

"عشان ترجع لحالتها الطبيعية لازم الست تاكل مضبوط ويكون عندها مكان تستريح فيه، ازاي أجيب دة كله في بلدنا منطقة ريفية لازم الستات تشتغل جامد ولازم ندي كل اللى نقدر عليه لولادنا".

وبالرغم من هذه الدراما لم تتعرض للحالة الصحية العامة للنساء، فقد وثقت دراسات أخرى العبء الكبير للمرضى من النساء المصريات في الريف[٨]. لذا فإن قلق النساء على قدرتهن على استعادة صحتهن البدنية له أساس من الصحة. وقد يعكس في الحقيقة فهما حقيقيا لصحتهن. إن هذه التربية تعضدها القيم الثقافية في مصر التي تعزز "ثقافة الصمت والاحتمال" التي تشجع النساء عل احتمال العلة بدلا من التماس الرعاية الصحية[٩].

لم تستحسن أي من النساء المشتركات في الدراسة فكرة استخدام وسائل منع الحمل مباشرة في فترة ما بعد الإجهاض لأسباب كثيرة. فالحاجة إلى استعادة نظام الجسم تغلبت على أي نوع من التدخل، بما في ذلك استخدام اللولب.

و لم تتوفر معلومات حول توقيت بداية العلاقات الجنسية بعد عملية الإجهاض غير الكامل ولم تتعرض الدراسة لهذه المسألة. ويتعين أن تخاطب الأبحاث الأخرى في المستقبل مسألة العلاقة بين فترة الامتناع الجنسي بعد الإجهاض واستخدام وسائل منع الحمل. وقد رأت النساء تماثلا بين الفترة التي تلي الإنجاب والفترة التي تلي الإجهاض بحث توقعن مدة من الامتناع عن ممارسة العلاقات الجنسية نتيجة العادات المرتبطة بالنزف. وقد امتد هذا التماثل ليتضمن توقيت عودة الخصوبة بعد عملية الإجهاض. وقد أعرب عدد كبير من النساء عن اعتقادهن بأن نزول الحيض لن يتم في الغالب إلا بعد مدة من الإجهاض قد تكون عدة شهور.

شبكات المساندة الاجتماعية

أظهرت نتائج الأبحاث في مصر أنه مع وجود نظام للمساندة من الشبكات الاجتماعية، تصبح النساء أكثر قدرة على التعامل مع حالتهن الصحية والتماس الرعاية. وقد ذكرت النساء نوعين من الرعاية: المساعدة في تحمل أعباء الأعمال البدنية وتفهم ظروفهن العاطفية والنفسية وقد بدا لهن أن أزواجهن وأسرهن غير قادرين على تقديم العون في هذين المجالين.

"المشاكل الجسمانية أهم حاجة. ولسة برضه حايكون فيه مشاكل ثانية زي مثلا الناس حاتقول على اية لما تعرف اني سقطت بس أنا عارفة أن أهم حاجة لازم اخد بالي منها هى أني ارتاح على الأقل شهرين عشان أقدر أرجع لصحتي. المشكلة هى ان مفيش حد يساعدني في الفترة دي.

وقد قال عدد كبير من النساء أن أزواجهن يمثلون مصدرا أساسيا لمحنتهن العاطفية:

"الست ممكن تكون مش زعلانه قوي بعد السقط. لكن أهل جوزها حايكونوا مستنينها وحايضايقوها عشان العيل اللي راح. أول مرة سقطت قالوا لي كان أحسن تموت البقرة بدل ما أسقط دلوقت حايضايقوني اكثر ولازم أبقة مستعدة

لكدة".

وأعتقد الكثير من النساء أن أزواجهن لا يستطيعون في الحقيقة القيام بدور نشيط لتقديم وسائل الراحة لهن والتخفيف عنهن لأن الإجهاض مسألة تخص النساء فقط. بالإضافة إلى ذلك تحدد المعايير الثقافية في مصر. دورا بسيطا للغاية للرجال في مساعدة النساء في أعمالهن. لذلك لا ترى النساء احتمال أن يكون أزواجهن سندا لهن في أعمالهن. وقد أشارت معظم مريضات مابعد الإجهاض إلى أن أقصى ما يمكن أن يأملن فيه هو ألا يكون الأزواج مصدرا إضافيا للقلق.

"ستات كثير بتمر بالآلام نفسية خصوصا إذا كان الزوج ما بيقدرش الموقف وما بيتصرفش على أنه فاهم الست حاسة بإيه (إحدى المشتركات في المجموعات البؤرية).

تتخوف النساء أن يركز الزوج أو أسرته على موضوعات مثل أن يكون الجنين قد نفخت فيه الروح، أو أن يلوم السيدة على فقد المولود. كما عبرت النساء أيضا عن خوفهن من أن يشك أهل الزوج في قدرتهن على الحمل والولادة بعد ذلك.

مرة أخرى. إن التعامل مع الأزواج وأسرهم كان من أهم مصادر القلق الملح بالنسبة للسيدات بعد الإجهاض، وكلما استطاعت النساء أن يبتعدن عن مصدر هذا القلق، كلما شعرن بالطمأنينة على قدرتهن على الشفاء المعنوي من نتائج فقد الحمل.

الغموض والمأزق الأخلاقي

كانت هناك درجة عالية من التأرجح بين النساء في موضوع الإجهاض وفقد الحمل فيما يتعلق بمعتقداتهن الدينية. أن الطريقة التي عبرت بها النساء المشتركات في الدراسة عن مواقفهن المتصارعة تجاه دور الله وتأثير مشيئته على الإجهاض هى طريقة مصرية صميمة بالرغم من أن هذا التأرجح موجود أيضا في مناطق أخرى كثيرة. وقد وصفت معظم المريضات ما فقدن على أنه مشروع طفل وليس طفلا حيا أو حقيقيا. وكانت النساء اللاتي رغبن غالبا في الإجهاض هن أكثر السيدات وضوحا في التعبير عن هذا الاعتقاد. وقد ركزت هذه المجموعة من السيدات على الجهود الكبرى التي يبذلنها في حياتهن اليومية من اجل رعاية الأطفال وربطن ذلك بأسباب عدم رغبتهن في الإبقاء على هذا الحمل الأخير وقرار إنهائه. إن إيمان النساء العميق بالله يجعلهن يعتقدن بأن الله قادر على أن يحملن مرة أخرى" بصرف النظر عن أفعالهن. وكان مشروع بحثي أنثروبولوجي حول العقم في مصر قد أظهر نتائج مماثلة إلى حد كبير(١٠).

"الحمل دة من عند ربنا وإن العيل يعيش دة برضه في ايد ربنا. لما الواحدة تسقط يبقى الحمل ده كان مقطوع منه الرجا لأن ربنا كان قادر يخليه"

وقد عبر عدد من النساء ممن مررن بتجربة إجهاض تلقائي أو متعمد سابقة ولكنهن حملن حملا كاملا في بعد ذلك عن هذا الاعتقاد أيضا خلال المجموعات البؤرية وتقول النساء إن الممارسات التي تسبب الاجهاض ليست بالضرورة ضد مشيئة الله لأن الله قادر على كل شئ و لا يستطيع إنسان أن يفعل شيئا ضد مشيئته. فالنساء يرين أنفسهن أدوات لتحقيق رغبات الله. إما إذا أسأن تفسير مشيئته فسوف تفشل أعمالهن و لا يكون لها نتيجة وقد ذكرت بعض المحاولات التي لم تنجح للإجهاض كمثال عن وسائل التدخل الإلهية. فقالت ثلاث مشتركات في المجموعات البؤرية:

"ربنا وقف الدم. لما أخذت الحقن ربنا وقف الدم ولما الدم وقف حملت ربنا كان عايز كدة".

"مابينفعش الست ممكن تشرب عصير بصل أو عصير توم وممكن تشتري أي حاجة من العطار. أنا عارفة ست جربت كل حاجة ومانفعتش. ربنا ماكانش رايد لها".

"أمي كانت حامل وكانت عايزة تسقط. أخذت سبع حقن لكن الحمل ماسقطش. والعيل اتولد عايش. كله في ايد ربنا واللي بيريده بيحصل".

وفي المقابل، عبرت النساء من المشتركات في المجموعات البوزية عن اعتقادهن أن الإجهاض المتعمد فيه تعطيل آثم للقدر الذي اختاره الله وأن النساء اللاتي تجهضن أنفسهن بتعرض أنفسهن لغضب الله وعقابه. كما أعربن عن اعتقادهن أن الإجهاض قد يسبب عقما للنساء ويعرضهن للتأثيرات الضارة بالصحة أو يعرض توافق الأسرة وصحتها للخطر.

أما النساء اللاتي أجهضن تلقائيا، (حوالي ١٤ من ٣١ مستجيبة)، فقد قررن أنهن يجهلن تماما أسباب الإجهاض مما أثار قلقهن عن قدرتهن على الحمل في المستقبل.

"أنا بس عايزة أعرف ازاي دة حصل. دي مشكلتي الوحيدة. فيه ناس بتقول اني حاسقط كل ما أحمل وأنا مش عايزة دة يحصل لي".

"نفسي اعرف دة حصل ازاي. أنا ماتخبطش ولا وقعت ولا حاجة من دي. وصحيح عايزة أعرف أية اللي حصل عشان ما يحصلش تاني في المستقبل".

وبالرغم من اعتقاد عدد قليل من النساء إن الإجهاض نتج عن قلة التغذية وعبء العمل الثقيل أو بسبب بعض الأمراض المتعلقة بتربية الماشية، فإن معظمهن قلن بأنه مشيئة الله. إلا أن اللجوء للعقيدة والإيمان بالله لم يقلل من قلقهن بالنسبة لحدوث إجهاض آخر في المستقبل إن الاعتقاد بأن الله قدر حدوث الإجهاض سبب كثيرا من الاضطراب للنساء خاصة وأن عددا كبير منهن لم يكتفين بعد بعدد الأطفال الذين يردن إنجابه. وبالرغم من أن النساء لم يسهبن في التفكير في موضوع نفخ الروح في الجنين إلا أنهن اعترفن بأنه موضوع اهتمام أفراد آخرين من أسرهم ومجتمعهن المحلي.

"الناس حاتفضل تضايق الست اللي سقطت. حايقولوا لها زي ما تكون قتلت روح. وحايقولوا لها أن دة ذنب كبير".

المناقشة

أظهرت هذه الدراسة عددا من أفكار النساء حول الإجهاض التلقائي والإجهاض المتعمد، وقد جاءت معظم النتائج من المريضات اللاتي مررن بتجربة جراحية طارئة لعلاج حالة الإجهاض شخصت بأنها تهدد حياتهن. و في محاولة لفهم التجربة المريرة التى مررن بها، فقد انصب اهتمامهن على الشفاء البدني مع احتمال الاحتفاظ ببعض ردود الأفعال العاطفية. ولم تتمكن هذه الدراسة من تحديد ظهور أية مخاوف أخرى بعد أن يصبح الشفاء أمرا مؤكدا. وذكرت النساء المشتركات من المجموعات البؤرية أن هذا الموضوع لن يمثل غالبا مشكلة، إلا إن الدراسة لم تتفحص هذا الموضع بعمق.

إن المخاوف التي ظهرت في هذه الدراسة شبيهة بمخاوف النساء اللاتي يعانين من مضاعفات مابعد الإجهاض التي تستدعي علاجا في المستشفى في سياق آخر والمتصلة بتطوير وتحسين الخدمات الصحية في مرحلة مابعد الإجهاض وأكدت هذه المخاوف الحاجة إلى إعطاء اهتمام أكبر لنوعية العلاج الطبي في مرحلة مابعد الإجهاض، خاصة الحاجة إلى تشخيص دقيق وعلاج للأسباب الفسيولوجية للآلام التي تعاني منها النساء بالإضافة لاستخدام مسكنات الآلام (بما في ذلك مسكنات ومهدئات قبل وبعد إجراء العملية).

إن الدلالات الأساسية لهذه الدراسة تتعلق بتقديم المشورة لمريضات ما بعد الإجهاض في هذا السياق.

ويمكن التوصل إلى وسيلة للتقليل من الضغوط stress من خلال تقديم ثلاثة أنواع من المساعدة: في المجال العاطفي، والإدراكي والمادي. إن الاضطراب العاطفي الذي ينعكس في الآراء التي تسلم بالقضاء والقدر حول أسباب الحمل غير المرغوب فيه أو سبب الإجهاض التلقائي تحتاج إلى تفهم عاطفي وبيئة لا تصدر أحكاما نهائية، انه يحتاج للمناقشة واتخاذ القرار، ويعد تدريب العناصر المختلفة في المجال الطبي على اكتساب مهارات الإنصات خطوة قيمة في اتجاه مساعدة النساء على الشفاء العاطفي من هذه التجربة، إن التوصل إلى فهم أكثر تطورا لانحيازات مقدمي الخدمات ومعتقداتهم فيما يتعلق بمريضات ما بعد الإجهاض يعد مقدمة لهذا النوع من التدريب.

إن توفير المعلومات الدقيقة سهلة الفهم للنساء حول أسباب الإجهاض وكونه لا يؤثر سلبيا بالضرورة على خصوبة المرأة، أمر هام للغاية لتقليل مخاوف النساء فيما يتعلق بالآثار طويلة المدى للإجهاض. كما يتعين رسم استراتيجيات لتوصيل الرسائل إلى أسر النساء حول حاجتهن إلى الراحة والاستشفاء. ويمكن توجيه رسائل خاصة لأزواج المريضات أو أقاربهن حتى يمكن تأجيل العودة لمباشرة الأعمال المنزلية وتوفير المساعدة المادية اليسيرة لسد حاجات النساء.

وأظهرت الدراسة أن توفير وسائل منع الحمل في فترة ما بعد الإجهاض تمثل مشكلة بالنسبة للنساء المصريات. ومن الواضح وجود اختلافات جوهرية بين تقديم خدمات وسائل منع الحمل للنساء اللاتي تعرضن لإجهاض متعمد في أوضاع طبية تجعله مصرحا به قانونا "الخوف على صحة الأم". وبين النساء اللاتي يلتمسن رعاية طبية طارئة نتيجة للإجهاض غير الكامل أو التلقائي. فقد أظهرت الدراسة أن هناك مخاوف أخرى أكثر إلحاحا تتعلق بالإجهاض التلقائي عن الحمل مرة أخرى.

إن البقاء على قيد الحياة من أهم ما يشغل بال النساء ثم تأتي بعد ذلك الشكوك حول القدرة على استكمال الحمل، إن اعتقاد النساء أنهن سوف يمررن بفترة طويلة من انقطاع الطمث، كما كان سوف يحدث في حالة الولادة والرضاعة الطبيعية، يقلل من وضوح الرسائل حول استخدام وسائل منع الحمل بعد الإجهاض.

ويتعين أن تأخذ البرامج التي تقدم خدمات تنظيم الأسرة

بعد الإجهاض هذه المسألة بعين الاعتبار وأن تعمل مع النساء منفردات على التعرف على احتياجاتهن من هذه الوسائل من خلال توضيح الحقائق حول استعادة الخصوبة وامكانية تطبيق الامتناع الجنسي في فترة ما بعد الإجهاض.

أما بالنسبة للنساء اللاتي مررن بتجربة الإجهاض التلقائي، فيجب توفير معلومات لهن حول أسبابه وتحويلهن إلى أحد مرافق الخدمات الصحية من أجل التشخيص السليم و العلاج الملائم لحالتهن.

ومن المستحسن بشدة أن تحصل النساء اللاتي تعرضهن لنزيف جاد بعد الإجهاض على خدمة متابعة للحالة تأخذ في الاعتبار الحالة الصحية العامة للسيدة، وحاجاتها الصحية، وعلاجها بطريقة كريمة وتوصيل المعلومات لها بوسيلة تتسم بالحساسية تجاه إدراكها لحالتها البدنية وتقديم وسائل منع الحمل المناسبة إذا مارغبت في ذلك.

إن تقديم الخدمات الطبية عالية الجودة التي تضم كل هذه العناصر لمريضات مابعد الإجهاض، هو من أكثر الأبعاد التي لا تحصل على اهتمام كاف في مجال رعاية صحة النساء في الدول النامية. إن الاستماع إلى ما يشغل بال النساء واحتياجاتهن متطلب أساسي من أجل تصميم برامج لتحسين الخدمات ونشر الوعي حول شروط الصحة العامة المرتبطة بقيود تقديم خدمة الإجهاض الآمن. وعلى الرغم من أن هذه الدراسة السريعة قد حددت المجالات التي تحتاج إلى تحليل أعمق (مثل الأسباب الطبية للآلام التي تحدثت عنها النساء والمعايير المحيطة بفترة ما بعد الإجهاض والامتناع عن الممارسة الجنسية) إلا أن منهجية الدراسة ساعدت كثيرا في تصميم برنامج لتقديم المشورة للنساء المصريات. ونحن نشجع بشدة البرامج الأخرى على أن تقوم بأبحاث كيفية مماثلة.

مراجع

١- Unsafe Abortion and Sexual Health in the Arab World. Conference, organized by International Planned Parenthood Federation and Syrian Family Planning Association, Damascus, December 1992.

٢- ypt National Maternal Mortality Study: Eg 1992-1993, Ministry of Health, Child Survival Project. July 1994. P31.

٣- Huntington D, Hassan EO, Toubia N et al, 1995. Improving the counseling and medical care of post abortion patients in Egypt. Studies in Family Planning. 26(6): 350-62.

٤- Abortion decision making ٩٥, Raghab AR, 19 in an illegal context: a case study from rural Egypt. Ph.D. thesis submitted to the University of Exeter (U.K.).

٥- Hoodfar H, 1986. Child care and child survival in low-income neighbourhoods of Cairo. Population a and North Africa Regional Pa- Council: West Asi pers. Population Council, Cairo.

٦- Women' refers to the postabortion patients' only, unless otherwise indicated.

٧- All of the citations are from the interviews with the postabortion patients unless otherwise noted.

٨- ab H, Zurayak H et al, 1993. Younis N, Khatt A community study of gynecological and related morbidities in rural Egypt. Studies in Family Planning. 24(3): 175-86.

٩- Khatab, HAS, 1992, The Silent Endurance: Social Conditions of Women's Reproductive Health otter (ed). UNICEF and Popula- in Rural Egypt. G P tion Council, Cairo.

١٠- Inhorn MC, 1994. Quest for Conception, Gender Infertility, and Egyptian Medical Traditions. University of Pennsylvania Press, Philadelphia.

عرض كتاب

التفاوض حول الحقوق الإنجابية

وجهة نظر النساء عبر بلدان وثقافات مختلفة

تقدم هذه الدراسة تحت عنوان "التفاوض حول الحقوق الإنجابية" سبع حالات من البرازيل ومصر* وماليزيا والمكسيك ونيجيريا والفلبين والولايات المتحدة الأمريكية، فتسلط الضوء حول الاستراتيجيات التي تتبعها النساء من أجل تحقيق الكرامة الإنجابية والجنسية في ظروف متباينة تتسم باختلاف الثقافات والبلاد والأقاليم، والأديان وطبيعة الحياة. ويتكون الكتاب من مقدمة وسبع دراسات حالة من الدول المذكورة أعلاه وينتهي بجزء خاص بالتحليل المقارن والرؤى السياسية عبر هذه البلاد.

تحرير روزاليند باتشسكي ،
كارين جود
دار نشر زد ، لندن ، نيويورك ١٩٩٨

نشأت فكرة الدراسات السبع - التي قامت بها فرق بحثية من الدول السبع تحت اسم "المجموعة الدولية للعمل الخاص بالبحث حول الحقوق الإنجابية" - من مبدأ أنه لا يمكن افتراض أن الحقوق الجنسية والإنجابية للنساء هدف يمكن السعي لتحقيقه وبالتالي يمكن تطبيقه تطبيقا عالميا وبشكل عام، حتى نعرف المزيد عن السياقات المحلية كيف تفكر النساء في شأن التفاوض حول الحقوق الإنجابية، والأمور الجنسية الأخرى المتعلقة بحياتهن اليومية.

الإطار المفاهيمي

بالرغم من أن البحث قد أثار عدة أسئلة، إلا أن التساؤل المحدد الذي حفز فرق البحث الساعية للقيام بهذه الدراسة هو:

كيف يمكن للنساء عبر البلاد والثقافات والأجيال المختلفة أن تصل إلى الشعور بالاستحقاق وتتمكن من التفاوض حوله فيما يتعلق بصحتهن الإنجابية والجنسية و سلامتهن ورخائهن؟ وفي أي ظروف وتحت أي شروط وفي ظل أية استراتيجيات تستطيع النساء التحكم والتصرف في أجسادهن وحقوقهن الإنجابية والجنسية؟

وتسعى هذه الدراسات إلى الكشف عن كيفية وتوقيت و قدرة اتخاذ القرار داخل الساحات "الخاصة" في الأسرة وفي العلاقات الجنسية وأيضا في المجالات الأكثر "عمومية" التي تخص الدولة والقيادة، والمؤسسة الدينية والمجتمع المحلي أي كافة الأشخاص والمؤسسات المسئولة عن مراعاة سلوك النساء الإنجابي والجنسي وبالإضافة إلى هذا المستوى السياسي الجزئي تناقش هذه الدراسات كيف تساعد سياسات الدولة الخاصة با لصحة والسكان على تعضيد المعايير التقليدية الخاصة بإخضاع النساء وفي أية ظروف تمكن هذه السياسات النساء من تغيير هذه المعايير.

وينتقل هذا التساؤل بين مستويين من الحقيقة الاجتماعية. الأول على مستوى الإدراك، أي كيف تعبر

* قام بإجراء الدراسة في مصر مركز دراسات المرأة الجديدة

النساء بوضوح عن مخصصاتهن وتطلعاتهن في ضوء معايير المجتمع وحاجاتهن وحاجات أطفالهن المادية والمعنوية. أما التساؤل الآخر، فهو كيف تتفاوض النساء مع أزواجهن ومع الأطباء والسلطات الدينية والعامة وكيف يتمكن من الوصول إلى الموارد الشحيحة والخدمات حتى يستطعن ترجمة حاجاتهن إلى موقف محدد ومدروس لتحقيق العدالة.

الاستحقاق والتخصيص

يركز هذا الكتاب على القضايا الأخلاقية والوكالة السياسية. وحتى يمكن للحقوق الجنسية والإنجابية أن تصبح حقائق عملية لكافة النساء، يجب تضمين هذه الحقوق في كافة جداول أعمال الحركات التي تنادي بالعدالة الاجتماعية الديمقراطية.

إن العمل السياسي يمكن أن يكون فعالا فقط عندما تعي النساء حقوقهن ويشعرن بملكيتهن لأجسادهن ويقتنعن أنه يحق لهن أن يتوصلن إلى القرارات الخاصة بأجسادهن وقدراتهن الإنجابية. وقد حاولت المجموعة البحثية أن تخاطب هذا المستوى من تطلعات النساء ووعيهن.

لقد كانت فرق بحث المجموعة واعية تماما للحاجة إلى تعبير اكثر مرونة عن كلمة "حقوق" يأخذ في الاعتبار الوسائل اليومية التي تستخدمها النساء في التعبير عن إحساسهن بالحاجة، والعدالة أو تقدير الذات فيما يخص أجسادهن بالإضافة إلى الوسائل غير الرسمية والخرافية التي قد يلجأن إليها. ومن أجل التعرف على إدراك المستجيبات لحاجاتهن ومطالبهن (تجاه الأزواج أو الآباء والأمهات، أو مقدمي الخدمات الصحية أو الدولة) بجانب ما هو موجود بالفعل على الصعيد القانوني، فقد استخدمنا مفهوم "الشعور بالاستحقاق أو التخصيص" وكنا نأمل أن يساعد هذا المفهوم في إيضاح المكون الشخصي للحقوق أي ما تشعر النساء بأنه يحق لهن. و على هذا الأساس، فقد أصبح سؤال البحث كما يلي:

متى وأين وتحت أية ظروف يظهر هذا الإحساس بالاستحقاق أو التخصيص فيما يتعلق بالقرارات والاختيارات الجنسية و الإنجابية؟

وقد أظهرت الدراسة شعورا عميقا بين المستجيبات بعدم الثقة تجاه البيروقراطيين والعاملين في مجال المحاكم وتنفيذ القوانين، وبالتالي عدم الثقة في أن النظام الرسمي سيحمي حقوقهن أو مصالحهن وفي هذا السياق لا يعني الحديث عن الحقوق الجنسية والإنجابية إلا القليل بالنسبة لهذه النساء باستثناء من هن بالفعل مسيسات ومن خرطات في النضال المنظم الذي يفترض احتمال تحقيق العدالة.

وقد لفت نظر مجموعة البحث في موضوع الإحساس بالاستحقاق والتخصيص تركيز النساء على المطالب المعنوية للنساء من شركائهن وأقاربهن ومن يقدمون الرعاية لهن، أكثر من التركيز على إدراكهن لما يستحقونه من الدولة، و من القانون وقد اعتمدنا عند التفكير في فرضياتنا لتطوير هذا المفهوم على أن كثيرا من النساء، بما في ذلك النساء الفقيرات أو اللاتي ينقصهن التعليم الرسمي أو المنتميات لثقافات لا تتعرض للخطاب الخاص بالحقوق، سوف يعملن بوعي على الوفاء باحتياجاتهن وحاجات أطفالهن بما في ذلك المجال الخاص بالإنجاب والجوانب الجنسية الأخرى.

إن مفهوم "الشعور بالاستحقاق والتخصيص" يذهب إلى ما هو أبعد من مفهوم الحاجات لأنه ينطوي على قناعة بعدالة المطلب من الناحية الأخلاقية ربما بدون الاعتراف القانوني أو الرسمي الذي ينطوي عليه مفهوم الحقوق.

لذا فهو يشير إلى المساحة الموجودة بين الشعور بالحاجة والقدرة على التعبير عن الحقوق. إن الاستحقاق أو التخصيص يشير إذن إلى دلالة الأفعال والكلمات والتعبيرات المجازية أو حتى السلوك الذي يمثل تطلعا إلى تغيير وضع الإنسان أو وضع أطفاله (التطلع لحياة أفضل) وإلى إحساس بالقوة لتنفيذ ذلك من خلال كلمات الإنسان أو أفعاله.

ومن الواضح أن مثل هذا الهدف البحثي الفلسفي الواسع يمثل مشكلة من الناحية التحليلية والمنهجية بدأ هذا المشروع في التعرض لها. وبافتراض أن الكلمات التي يستخدمها الناس في تبرير سلوكهم (الشخصي) أو قراراتهم

سوف تختلف كثيرا عن أشكال التبرير وإضفاء الشرعية لأكثر علنية التي ينتهجها النشطاء في المجالات العامة، يصبح من الضروري تطوير وسائل أكثر دقة للاستماع إلى التعبيرات المختلفة والعادات المحلية واستيعابها وحتى محاولة فهم الأوقات التي يعبر فيها الصمت عن الإحساس بالتخصيص والاستحقاق. وقد أدى ذلك إلى مشكلة أخرى شائعة في مجال الأبحاث الكيفية تظهر بشكل ملح في الأبحاث التي تدور حول أكثر الأمور حميمية، ولكنها كثيرا ما تكون خادعة، وهى العلاقات الجنسية والإنجابية: كيف يمكن التفرقة بين ما هو معياري وما هو سلوكي، بين ما يقوله الناس وما يعتقدون أنه يجب فعله من ناحية وما يفعلونه في الحقيقة من ناحية أخرى.

وفي أثناء عملية البحث، مكنتنا التقارير الخاصة في ميدان البحث من الوصول إلى فهم أكثر دقة للتلميحات والصور النابعة من الثقافات المختلفة التي قد تثير إحساسا بالاستحقاق والتخصيص لدى النساء الفقيرات. على سبيل المثال، اتجهت النساء في البرازيل إلى الربط بين الاستحقاق و"حرية الذهاب والعودة" وترك المنزل للذهاب إلى الريف. واستخدمت النساء الأمريكيات من المدن الصغيرة في جنوب الولايات المتحدة نفس الكلمات تقريبا أي "أن أفعل ما أريد وأذهب حيثما أريد"، وذلك للدلالة على الوصول إلى مرحلة النضج وبداية الحديث عن الاستحقاق والمخصصات. وبنفس المنطق، رأت المستجيبات في مصر أن استحقاقهن للحرية في العمل والذهاب للأسواق مرتبط بإثبات عذريتهن عند الزواج علنا "الدخلة البلدي في المناطق الشعبية". وفي بعض الأحيان اتخذ تعبير النساء عن استحقاقهن ومخصصاتهن شكلا حزينا سلبيا، على سبيل المثال عندما تعبر إحدى المستجيبات عن الأسى والشعور بالظلم بسبب تعقيمها، أو لمنعها من الخروج للعمل، أو منعها من الحصول على معلومات جنسية، أو فرض الزواج المبكر والإنجاب عليها، وكثيرا ما انقلب هذا الأسى والحزن إلى تصميم من جهة النساء على أن تتمتع بناتهن بنصيب أكبر من الحرية عما حصلن هن عليه.

وأخيرا فقد دفعتنا الإجابات التي حصلنا عليها في من الميدان إلى النظر إلى الإحساس بالاستحقاق والتخصيص على أنه مفهوم ناشئ، ليس من الذات الثابتة أو الشخص المعزول (الفرد) كما يشار إليه في الفكر الكلاسيكي الحر) ولكن من سياق اجتماعي للمعايير والعلاقات التي تتغير وتفند وتُناقش بصفة مستمرة.

إن تحقيق تطلعات النساء ينتج عن التفاعل بين ما تقوله النساء أنها تحتاج إليه وتبغيه من ناحية وبين ما تعتقد النساء أن أسرهن والمجتمع يستطيعون تقديمه لهن في الواقع بالإضافة إلى ما تستطيع أن تقدمه النساء لأنفسهن من ناحية أخرى. يمكن القول إذن أن السعي وراء الاستحقاق هو دائما موضوع للتفاوض. فالتفاوض يتم داخل المرأة نفسها-بين المطالب والقيم المتنافسة وبين نفسها والعالم الخارجي الذي تمثل الأسرة الطبقة الأولى فيه.

وعندما تؤكد المرأة سلطتها في اتخاذ القرارات حول الإنجاب والجوانب الجنسية على أساس أن الأمر يخص جسدها أو صحتها هى أو لأنها أم ومسئولة بشكل أساسي عن أطفالها. لا يعني ذلك أنها أنانية أو تتصرف بما هو في مصلحتها فقط.

وكما تؤكد نتائج هذه الدراسة كثيرا ما تتحدث النساء عن أنفسهن على أساس كونهن مستقلات في اتخاذ قراراتهن (بعيدا عن الأزواج أو المعايير السائدة في المجتمع) مع إحساسهن بالمسئولية تجاه الآخرين (وهم غالبا الأطفال الأحياء). وبهذه الطريقة تتمكن النساء والأطفال من تحقيق أهدافهن وتوفيقها معياريا مع قرون من الثقافة الأبوية والتنشئة الاجتماعية التي تعرف النساء على أنهن راعيات للآخرين وينبغي عليهن التفكير في احتياجات جميع أفراد الأسرة قبل حاجاتهن. وفي المداولات اليومية حول الأمور المتعلقة بالخصوبة والجوانب الجنسية والعمل ورعاية الأطفال لا تعبر النساء بالضرورة عن الاستحقاق الذي يتعلق بهن شخصيا أو بأسرهن خاصة الأبناء، و لكن تؤخذ القرارات على مستويات مختلفة ومتعددة فيتداخل دائما نسيج علاقة الذات والآخر في حسابات النساء الأخلاقية، بحيث تكون جذور هويتهن الشخصية في الأسرة والمجتمع. على سبيل المثال تعتقد النساء الريفيات في نيجريا في ضرورة الراحة والعناية بالجسد أثناء الحمل حتى تستطيع المرأة أن تقوم بدورها كأم على وجه كامل بمعنى أنه يجب العناية بالنفس هنا من أجل النفس والأطفال.

التكيف والمقاومة

إذا كان الشعور بالاستحقاق يمثل وعي النساء بحقوقهن أو سلطتهن في اتخاذ القرارات، فإن مجموعة الاستراتيجيات التي أطلقنا عليها اسم سلسلة التكيف والمقاومة تمثل كيف يتجلى الاستحقاق على مستوى السلوك والحدث وقد فكرنا في سلم متدرج تربط فيه المنطقة الرمادية في المنتصف بين أفعال التكيف والمقاومة ويعكس الظروف الثقافية والمادية التي تجد فيها المستجيبات أنفسهن.

وحتى نستطيع أن نعرف ما إذا كان سلوك معين يفسر على أنه وسيلة للمقاومة أو طريقة مرنة للبقاء أو التكيف مع الضرورة، يتعين أن نتفحص السياق الذي تم فيه هذا السلوك، وفهم المرأة له، فالتصرف أو الفعل الذي يتسم بالتكيف في سياق ما، ربما يدل على المعارضة في سياق آخر مثل الهروب إلى الجارة بسب العنف المنزلي. و الفعل الذي يبدو وكأنه فعل المقاومة قد يتباين مع رأي المرأة الأخلاقي فيه. مثلا قرار الإجهاض بالرغم من الاعتقاد بأنه خطيئة أو أنه محرم.

إضافة إلى هذا التعقيد، فبالرغم من أن تصرفات النساء أو كلماتهن قد تكون غير متسقة، في هذه الحالات، قد لا ترى المرأة أي تعارض بين التصرف ضد معيار أو مبدأ معين والتحدث باحترام عنه. فالحقيقة أن التكيف كثيرا ما يعني عمليا طريقة توفيقية لا تتسم بالمواجهة لتحقيق آمال الإنسان وشعوره بما هو عادل. فقد علمتنا تجربة المستجيبات في الفلبين، على سبيل المثال، أن المتزوجات هنا يذعن دائما لرغبة الأزواج في ممارسة الجنس حتى لو لم تكن تلك هي رغبتهن، من أجل تحقيق بعض الفوائد الاستراتيجية مثل الحصول على مساعدة الزوج في الأعمال المنزلية أو الحد من الخلافات داخل المنزل.

لقد بدأنا ندرك أن النساء كثيرا ما تذعن للتوقعات التقليدية التي لا ترضين عنها حتى التوقعات التي تنتهك بوضوح إحساسهن بالسلامة الجسدية والرفاهية، من أجل كسب بعض المزايا في ظل علاقات القوى المحلية والمنزلية، التي تحد من قدرتهن على المناورة. وفي النهاية يذكرنا ذلك بأن الاستراتيجيات التي تنتهجها النساء تتواجد دائما في سياق يتسم بالسيطرة والإخضاع والموارد المحدودة.

إن هذه العملية المستمرة من المفاوضات من خلال أكثر الظروف محدودية التي تسعى إلى الوصول إلى الحلول الوسطية، تذكرنا أيضا بأن النجاح لكثير من النساء يعني القدرة على الانتقال من موقع الضحية إلى موقع الاستمرار في الحياة.

تبرير الأمومة

في النهاية لابد وأن نتساءل إذا كانت استراتيجيات النساء داخل سلسلة التكيف والمقاومة تبدأ في تغيير علاقات القوى القائمة داخل المنزل وخارجه وكيف يتم ذلك.

إن وسائل التكيف الاستراتيجية التي استخدمتها المستجيبات في هذه الدراسة للتفاوض حول استحقاقاتهن الإنجابية والجنسية كانت لا تزال تتسم بطبيعة رد الفعل ولم يكن لديها القدرة على تغيير وتحويل علاقات القوى.

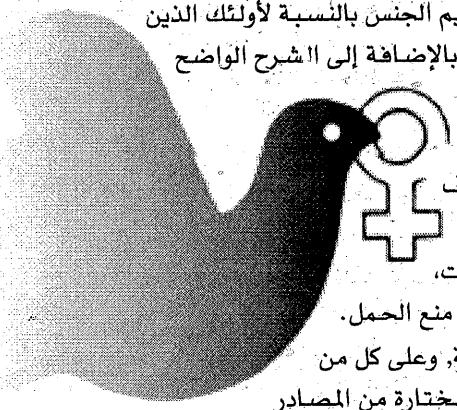
إن التأكيد على الحقوق أو الاستحقاقات كثيرا ما كان مرتبطا بالأنشطة الاقتصادية التي ينظر إليها بالتالي كجزء من مسئوليات وأعباء الأمومة. فعندما تقول النساء (كما فعلت الكثير من المستجيبات): "أنا التي يجب أن تقرر استخدام وسائل منع الحمل لأنني التي أتحمل مسئوليات وأعباء الأمومة" فإنهن يؤكدن أن الأمومة تشكل هوياتهن كناضجات. فالأمومة لكثير من النساء هي المجال الذي تختبر فيه النساء الشعور بالرضا والإشباع والسلطة ولكن ربما يدل هذا الموقف أيضا على الاعتقاد بأن الأعباء الثقيلة وأشكال عدم المساواة في النوع والطبقة فيما يخص الأمومة في الوضع الحالي، هي من طبيعة الأشياء، وأن الفقر والجهل وغياب نظم المساندة الاجتماعية تجعل الهوية المختلفة والأكثر علنية فيما وراء الأمومة بعيدة عن متناول النساء.

إن البحث يشير إلى رؤية لمجموعة من العلاقات المتحولة والمجتمع المتحول تتصرف فيه النساء كمواطنات كاملات وصانعات للقرار داخل المنزل وفي الحياة العامة. وفي نفس الوقت يمكن أن تقدم النساء دلائل على الاستحقاق في هذه اللحظة التاريخية وفي ظل التطور الاجتماعي الحالي حتى في غياب رؤية محددة لظروف أسرية ومجتمع يتسم بدرجة أعلى من العدالة- كما يقدمن حلولا وسطا لضمن سلامتهن الجسدية.

إن هذه هي اللحظة التاريخية الغامضة، المتوترة، الواعدة التي تجد نساء هذا البحث أنفسهن فيها الآن ومع نهاية القرن العشرين، فإن كثيرا من التجارب الحياتية التي قدمناها في هذا الكتاب والظروف الاجتماعية التي تحد من هذه التجارب سوف تتحدث إلى نساء العالم أجمع.

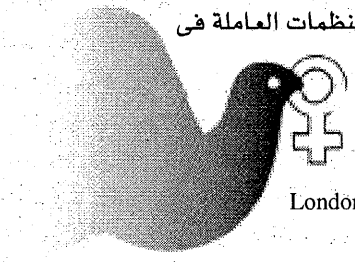
استكشاف النشاط الجنسى الصحى:

مرشد لتعليم الجنس فى مرحلة الشباب



Carey Jewitt, 1994 يعد بمثابة مصدر عملي لتعليم الجنس بالنسبة لأولئك الذين يعملون مع الشباب من سن ١٤ الى ٢٤ عاما . إذ أنه بالإضافة إلى الشرح الواضح والوافي للموضوعات الرئيسية , يحتوى الكتاب على تمرينات متنوعة , وبيانات توضيحيه وتاريخ بعض الحالات التى وضعت لمساعدة الشباب على اكتشاف اتجاهاتهم و مشاعرهم فيما يتعلق بتلك الموضوعات مثل صورة الجسم , والنشاط الجنسى والعلاقات، وفيروس الإيدز، والممارسة الأكثر أمنا للجنس ووسائل منع الحمل. وهناك تأكيد على التعلم الجماعي وطرق المشاركة, وعلى كل من المعالجة والمحتوى. ويقدم الكتاب أيضا مجموعه مختارة من المصادر الموصى باستخدامها للمتعاملين مع الشباب علاوة على قائمه بالمنظمات العاملة فى مجال تعليم الجنس للشباب.

متوفر لدى:



Healthwise Bookshop
Street Mortimer 27-35
London W1N 7RJ, England

ثبات معدلات الولادة القيصرية

حتى منتصف الثمانينيات، كانت معدلات الولادة القيصرية فى الدول المتقدمة مستمرة فى التزايد. حيث كان ما يقرب من ربع الولادات فى الولايات المتحدة وخمسها فى كندا يتم عن طريق الجراحة القيصرية بالمقارنة بنسبة تتراوح ما بين ستة إلى سبعة فى المائة فى هولندا واليابان وسلوفينيا وجمهورية تشيكوسلوفاكيا سابقا. أما فى السويد وإنجلترا فقد كانت المعدلات قد بدأت فى الثبات مع حلول عام ١٩٨٥ ، وأبطأت معدلات الزيادة فى دول أخرى. ومع ذلك كانت هناك زيادة فى معدلات الولادة الطبيعية بالنسبة للسيدات اللائى سبق لهن الولادة عن طريق الجراحة القيصرية، فيما عدا هولندا والمجر حيث كان ذلك بالفعل أمرا شائعا. وفى أواخر الثمانينيات وأوائل التسعينيات، كانت البيانات متفاوتة، ولكن هناك مؤشرات واضحة على ثبات معدلات الولادات القيصرية فى كل من النرويج وكندا والدانمارك وأيسلندا وسكوتلندا والولايات المتحدة الأمريكية . وكان لاتفاق الآراء والنصائح التى توصل إليها الأطباء المتخصصين حول الحالات الضرورية التى يتم فيها اللجوء إلى الجراحة القيصرية، علاوة على كتابات أصحاب الرأي ووسائل الإعلام وضغوط المدافعين عن صحة المرأة أبلغ الأثر للتقليل من معدلات الجراحات القيصرية غير الضرورية، ولكن انخفاض تلك المعدلات كان بطيئا.

1- Mac Farlane, Alison and Chambelain, Geoffrey, 1993. Maternity Action 62 (November/December) 8-9 Originally in the lancet.

الإجهاض الطبي في الشهور الثلاثة الأولى من الحمل

يعد موضوع الإجهاض الطبي باستخدام البروستاجلاندين أو الأدوية الكيماوية "ميفبريستون" من الموضوعات المثيرة للجدل فى السنوات الأخيرة، وهذا الكتاب يقدم عرضاً شاملاً للدراسات التى أجريت حتى الآن حول قبول الإجهاض الطبي. ووفقاً لمعظم الدراسات، فإن أغلب السيدات يفضلن الوسيلة الطبية إذا ما خيرن بين الوسائل الجراحية والطبية.

متوفر لدى:

The Population Council
One Dag Hammerskjold Plaza
New York, NY 10017,
USA

التحيز النوعى في الكتب التعليمية الطبية

لا تزال الصور التي توضح جسم الإنسان في الكتب الطبية التعليمية تتخذ من الجسم الذكري معيارا أو قاعدة وعلي الطلبة أن يستكملوا المعلومات الخاصة بالتشريح الأنثوي. وقد اظهر فحص لـ ٣٨٢٧ رسما توضيحيا من خمسه كتب تعليمية للتشريح، وأطلسان للتشريح وأربعة كتب للتشخيص الجسماني أن هناك عرضا مكثفا للجسم الذكرى فى رسومات توضيحيه لاعلاقة لها بالجهاز التناسلي حيث يمكن التعرف على الجنس. وتشكل الرسومات التى توضح الجسم الأنثوي حوالي ١١٪ من رسومات التشريح التى لاعلاقة لها بالجهاز التناسلي، و ٩٪ من رسومات التشخيص الجسماني التي لاعلاقة لها بالجهاز التناسلي، بينما وجدت الرسوم التوضيحية للجسم الذكرى فى ٤٣٪ ، ٢٤٪ من تلك الرسومات على التوالي.

و فى الفصول المخصصة للجهاز التناسلي فى كتب التشخيص الجسماني وجد أن هناك ٧١٪ من الرسومات توضح الجسم الأنثوي . وفى ستة من سبعة كتب للتشريح تساوى تقريباً عدد الرسومات التوضيحية الجسم الذكرى والأنثوي ، بينما فى الكتاب السابع زاد مرتين عدد الرسومات الأنثوية عن عدد الرسومات الذكرية. أما الرسومات التوضيحية المحايدة فقد ظهرت حتى فى الفصول التى تتناول الجهاز التناسلي، مثل العلاقة بين الأجزاء المختلفة لتجويف الحوض وسطح الجسم . ولكن تلك الرسومات التوضيحية المسماة محايدة لا تشير إلى الاختلافات الجسمية والوظيفية المعروفة بين الجنسين .

ومن الممكن أن تساهم عمليه فحص الرسوم التوضيحية فى الكتب التعليمية الطبية في التغلب على التحيز وتحسين العملية التعليمية فيما يتعلق بالتعامل مع صحة المرأة، وتشجيع زيادة الأبحاث الطبية التى تستعين بالنساء كمفحوصات وتغيير أسلوب تقديم الخدمة الطبية لصالح النساء

Mendelsohn KD, Nieman I. Z. Isaacs K et. al., 1994.
Sex and gender bias in anatomy and physical diagnosis text illustraios.
JAMA.272(16) : 1267-70.

المخاطر الطبية المتعلقة بالنساء الفقيرات

منذ عام ١٩٨٧، اعتمدت المحاكم فى الولايات المتحدة الأمريكية بشكل متزايد على شهادة الأطباء المتخصصين لمقاضاة النساء اللائى تم تصنيفهن من الفئات الأكثر عرضة للمخاطر الطبية بسبب عدم إذعانهن للنصيحة الطبية عند تعرضهن للإجهاض أو ولادة طفل ميت أوتعرضه للموت بعد الولادة. وتدرس هذه الورقة عدم فهم القضاة للمخاطر الطبية وفروق فهم واستيعاب تلك المخاطر لدى علماء الأوبئة والأطباء المعالجين والقضاة والمحامين والمريضات أنفسهن.

ففى واحدة من العيادات المتخصصة فى كاليفورنيا تتقابل الممرضة مع السيدة الحامل فى أول زيارة لها فى بداية الحمل ويتم تصنيفها باعتبارها أكثر عرضة للخطر، أو متوسطة التعرض للخطر، أو أقل عرضة للخطر، وفقا لقائمة طويلة من المحكات والمعايير. وبناء على الفئة التى تم إدراجها ضمنها، يتم تحديد نوعية الرعاية اللازمة لها ، للتعامل مع النتائج المحتملة أوالتعجيل بها أوالحد منها أو منعها أو معالجتها. ويؤثر ذلك عليها طوال فترة ترددها على العيادة، خلال فترة الحمل وأثناء الولادة.

غير أن تقدير المخاطر لم يكن دائما" تقديرا" موضوعيا"، بل تأثر بعوامل إجتماعية وأيديولوجية. ولوحظ أن هناك ميلاً لتصنيف النساء من أصل قوقازي أو آسيوي أو من المتحدثات بالأسبانية باعتبارهن أقل عرضة للمخاطر الطبية، بينما صنفت النساء السوداوات بأنهن أكثر عرضة للخطر، حتى لو إشتركن فى نفس عامل المخاطرة. على سبيل المثال، تم تصنيف النساء السوداوات الحوامل اللائى يعانين من ضعف التغذية باعتبارهن أكثر عرضة للخطر، بينما أرجعوا أعراض ضعف التغذية لدى النساء الآسيويات إلى فروق ثقافية، ولم يصنفن باعتبارهن معرضات للخطر. لذا فمن ناحية أصبح تصنيف "أكثر عرضة للخطر" وصمة. ومن ناحية أخرى أصبح تصنيف "أقل عرضة للخطر" قد يعنى إغفال بعض المشكلات. وقد تعالج السيدات الحوامل باعتبارهن فئات معرضات للخطر وليس بشكل فردى مع تقدم الحمل، خاصة إذا ما استمر فقدان الرعاية.

ومع تطور طب الأجنة أصبح هناك إتجاه متزايد نحو مناظرة الأم ووليدها باعتبارهما كيانين منفصلين، وإذا ما صنفت الأم باعتبارها أكثر عرضة للخطر، فإنه غالبا" ما يعد الوليد فى حاجة إلى الحماية من الأم. بينما إدمان المخدرات وغيرها من أشكال السلوك" التى تنطوي على درجة عالية من المخاطرة" تعتبر مشكلات صحية تنتشر بين السيدات من الطبقة الوسطى، وفى حالة انتشارها بين النساء الفقيرات الملونات يعتبرن مجرمات، و قد باءت بالفشل حتى الآن محاولات كسب تأييد مقاضاة ٥٤ سيدة من المعرضات للخطر لعدم إذعانهم للنصيحة الطبية إلا أن قضيتهن لازالت تدعو إلى القلق، كما أن الجمعية الطبية الأمريكية وجمعية الصحة العامة الأمريكية قد نددت بمقاضاتهن لأن ذلك من شأنه أن يبعد كثيرا" من النساء المعرضات للخطر عن طلب الرعاية الطبية. ولكن هناك دراسة ميدانية قام بها عدد من مديري البرامج المتخصصة فى رعاية الأمومة والمواليد عام ١٩٨٧، وجدت أن ٤٦٪ من أولئك السيدات اللائى يرفضن النصيحة الطبية ويعرضن أنفسهن وأجنتهن للخطر لابد من إحتجازهن.

وفى الوقت الذى ينظر فيه الأطباء المتخصصون والمسئولون القانونيون إلى العيادة الطبية باعتبارها بيئة آمنة للرعاية، فإن التهديد بالمقاضاة ربما يجعل تلك العيادة الطبية تبدو مكانا" غير آمن بالنسبة للنساء اللائى يعرفن إن سلوكهن المتعلق بصحتهن أوضاعهن المعيشية قد يضعهن ضمن الفئة الأكثر عرضة للخطر.

1-Handwerker, lisa, 1994. Medical risk: implicating poor pregnant women. Social Science and Medicine 38(5): 665-75.

الاستخدام الخاطئ لحبوب منع الحمل في مصر

أجرى استطلاع للرأي لـ ١٢٥٨ سيدة من مستخدمات حبوب منع الحمل أثناء إجراء مسح سكاني

وصحي عام ١٩٨٨ في مصر للتعرف على أشكال الاستخدام الخاطئ لحبوب منع الحمل. كان متوسط العمر في تلك المجموعة هو ٣٣ عاما، وكانت الأغلبية (٥٩ ٪) من الحضر . و كان لديهن في المتوسط أربعه أطفال على قيد الحياة و ٨٣ ٪ منهن لا يرغبن في مزيد من الأطفال. وحوالى ٤٤٪ منهن غير متعلمات؛ وكان متوسط سنوات التعليم أربعه أعوام . ومتوسط إستخدام الحبوب عامين (تتراوح فترة الاستخدام ما بين أقل من شهر إلى ٢٢ عاما) . و كان هناك تسع من كل عشر سيدات قد إستخدمن الحبوب التي تستغرق دورتها ٢١ يوما . وقد حصلت أغلبية السيدات على الحبوب أول مره من الصيدليات وإشترت ٩٨٪ منهن آخر علبة من هناك . وحصلت ٦٩ ٪ منهن على دورة واحدة من الحبوب على حده.

كانت أشكال الاستخدام الخاطئ هي عدم تناول الحبوب بانتظام (٢٤٪) لأسباب ترجع إلى الاعتقاد بأنه ليست هناك ضرورة الى ذلك، أو إلى أن الحبوب" تؤخذ عند الحاجة فقط". و أقرت ٣٧ ٪ من السيدات أنهن قد فشلن في تناول حبة واحدة طوال الشهر السابق، بسبب النسيان أو ضياع علبة الحبوب، أو الأعراض الجانبية بما في ذلك التعرض لنزيف مفاجئ . ومن بين أولئك اللائي فاتهن تناول حبة واحدة، ذكرت ٣٩٪ فقط أنهن قد تناولن حبتين في اليوم التالي ،وهذا بالفعل ما يجب حدوثه .و لأن النساء اللائي لا يتناولن كل الحبوب الموجودة في الشريط لايتعرضن دائما للحمل، فقد استنتجن أن نسيان تناول الحبوب مرة لاينطوي على أي مخاطرة وبالتالي فإنهن يفاجئن إذا ماحدث الحمل. ولم تعرف ٨٩٪ من السيدات كم يوما عليها أن تتوقف عن تناول الحبوب بين كل علبة و الآخرى (الإجابة الصحيحة هي ٧ أيام بالنسبة للعلبة ذات ٢١ حبة وليس هناك أيام توقف للعلبه ذات ٢٨ حبة). وغالبا ما تبدأ السيدات في تناول علبة جديدة بعد مرورخمسة أيام على بدء الدورة (٣٧ ٪) أو بعد مرور يوم على إنتهائها (٢٦ ٪). وقد كانت التعليمات الخاصة بتناول الحبوب بدءا من اليوم الخامس لانتهاء الدورة هي أول تعليمات تتعلق بتناول الحبوب في الستينيات في كل من الولايات المتحدة وغيرها من الدول ولم يطرأ عليها أية تغييرات في أي مكان منذ ذلك الحين.

ووجد أن التعليمات التي تستخدم من قبل المختصين والمعلومات التي تقدم للمستخدمات في حاجه للمراجعة و التصحيح والتحديث والتوفيق فيما بينها إذا ماإستلزم الأمر حتى يتسنى للطرفين الحصول على نفس المعلومات .

Trotier D A, Potter L.S Taylor B A et al, 1994, User characteristics and oral contraceptive compliance in Egypt .
Studies in Family Planing. 25 (5) : 284-92.

الرعاية الصحية للسيدات الأكبر سنا

Julie George and SHAH Ebrahim

طبعة ١٩٩٢

يتناول هذا الكتاب عدة موضوعات تتعلق بصحة السيدات الأكبر سنا، ويحتوى على أوراق حول مشكلات الصحة العامة التي يتعين على السيدات الأكبر سناً التعامل معها، مثل انقطاع الطمث وسلس البول وهشاشة العظام وسرطان الثدي وعنق الرحم. وهناك أوراق أخرى تغطى موضوعات إساءة معاملة الأكبر سنا، والرعاية الاجتماعية والمؤسساتيه،والمشكلات الخاصة بالسيدات من أقليات عرقيه في بريطانيا . أما الجزء الأخير فيقدم مجموعه من الاختيارات لتبنى اتجاه إيجابي نحو التقدم في العمر وتجنب المشكلات. وقام بكتابة كل ورقه متخصصون كما تضمن قضايا محل جدل مثل الخلاف حول فحص سرطان الثدي بالأشعة.

متوفر لدى :

Oxford University Press
Walton Street
Oxford OX2 6DP, England

قائمة إصدارات
مركز القاهرة لدراسات حقوق الإنسان

أولاً : سلسلة مناظرات حقوق الإنسان :

١. ضمانات حقوق الإنسان في ظل الحكم الذاتي الفلسطيني (بالعربية والإنجليزية) : منال لطفي، خضر شقيرات، راجى الصورانى، فاتح عزام، محمد السيد سعيد.
٢. الثقافة السياسية الفلسطينية – الديمقراطية وحقوق الإنسان : محمد خالد الأزعر، أحمد صدقي الدجانى، عبد القادر ياسين، عزمى بشارة، محمود شقيرات.
٣. ضمانات حقوق اللاجئين الفلسطينيين والتسوية السياسية الراهنة: محمد خالد الأزعر، سليم تماري، صلاح الدين عامر، عباس شبلاق، عبد ال عليم محمد، عبد القادر ياسين.
٥. الإصلاح الليبرالي المتعثر في مصر وتونس. جمال عبد الجواد، أبو العلا ماضي، عبد الغفار شكر، منصف المرزوقي، وحيد عبد المجيد.

تحت الطبع :
٤. حقوق الإنسان في ظل النظم الشمولية – حالة السودان ١٩٨٩ – ١٩٩٤. علاء قاعود

ثانياً : كراسات مبادرات فكرية :

١. الطائفية وحقوق الإنسان: فيوليت داغر.
٢. الضحية والجلاد : هيثم مناع.
٣. ضمانات الحقوق المدنية والسياسية في الدساتير العربية : فاتح عزام (بالعربية والإنجليزية).
٤. حقوق الإنسان في الثقافة العربية والإسلامية: هيثم مناع (بالعربية والإنجليزية).
٥. حقوق الإنسان وحق المشاركة وواجب الحوار: د. أحمد عبدالله.
٦. حقوق الإنسان – الرؤيا الجديدة: منصف المرزوقى.
٧. تحديات الحركة العربية لحقوق الإنسان: تقديم وتحرير : بهي الدين حسن (بالعربية والإنجليزية).
٨. نقد دستور ١٩٧١ ودعوة لدستور جديد: أحمد عبد الحفيظ
١٠. المواطنة في التاريخ العربي الإسلامي: د. هيثم مناع (بالعربية والإنجليزية).

ثالثاً : كراسات ابن رشد :

١. حرية الصحافة من منظور حقوق الإنسان. تقديم : محمد السيد سعيد – تحرير : بهي الدين حسن.
٢. تجديد الفكر السياسي في إطار الديمقراطية وحقوق الإنسان: التيار الإسلامي والماركسي والقومي. تقديم: محمد سيد أحمد – تحرير: عصام محمد حسن. (بالعربية والإنجليزية).
٣. التسوية السياسية: الديمقراطية وحقوق الإنسان. تقديم: عبد المنعم سعيد – تحرير : جمال عبد الجواد. (بالعربية والإنجليزية).

رابعاً : تعليم حقوق الإنسان :

١. كيف يفكر طلاب الجامعات في حقوق الإنسان ؟ (ملف يضم البحوث التي أعدها الدارسون تحت إشراف المركز في الدورة التدريبية الأولى ١٩٩٤ للتعليم على البحث في مجال حقوق الإنسان).
٢. أوراق المؤتمر الأول لشباب الباحثين على البحث المعرفي في مجال حقوق الإنسان (ملف يضم البحوث التي أعدها الدارسون - تحت إشراف المركز - في الدورة التدريبية الثانية ١٩٩٥ للتعليم على البحث في مجال حقوق الإنسان).
٣. مقدمة لفهم منظومة حقوق الإنسان. محمد السيد سعيد

خامساً: مبادرات نسائية:

١. موقف الأطباء من ختان ا لإناث. أمال عبد الهادي
٢. لا تراجع: كفاح قرية مصرية للقضاء على ختان الإناث . أمال عبد الهادي

مطبوعات أخرى :

١. " سواسية " : نشرة دورية باللغتين العربية والإنجليزية.
٢. رؤى مغايرة : مجلة غير دورية بالتعاون مع مجلة MERIP .
٣. رواق عربي : دورية بحثية بالل غتين العربية والإنجليزية.

إصدارات مشتركة :

أ. بالتعاون مع المجلس القومي للمنظمات غير الحكومية :
١. التشويه الجنسي للإناث (الختان) : أوهام وحقائق / د. سهام عبد السلام
٢. التشويه الجنسي للإناث/ أمال عبد الهادي

ب. بالتعاون مع المؤسسة الفلسطينية لدراسة الد يمقراطية (مواطن)
١. إشكاليات تعثر التحول الديمقراطي في الوطن العربي تحرير د.محمد السيد سعيد، د. عزمي بشارة

ج. بالتعاون مع جماعة تنمية الديمقراطية و المنظمة المصرية لحقوق الإنسان
١. من اجل تحرير المجتمع المدني: مشروع قانون بشأن الجمعيات والمؤسسات الخاص