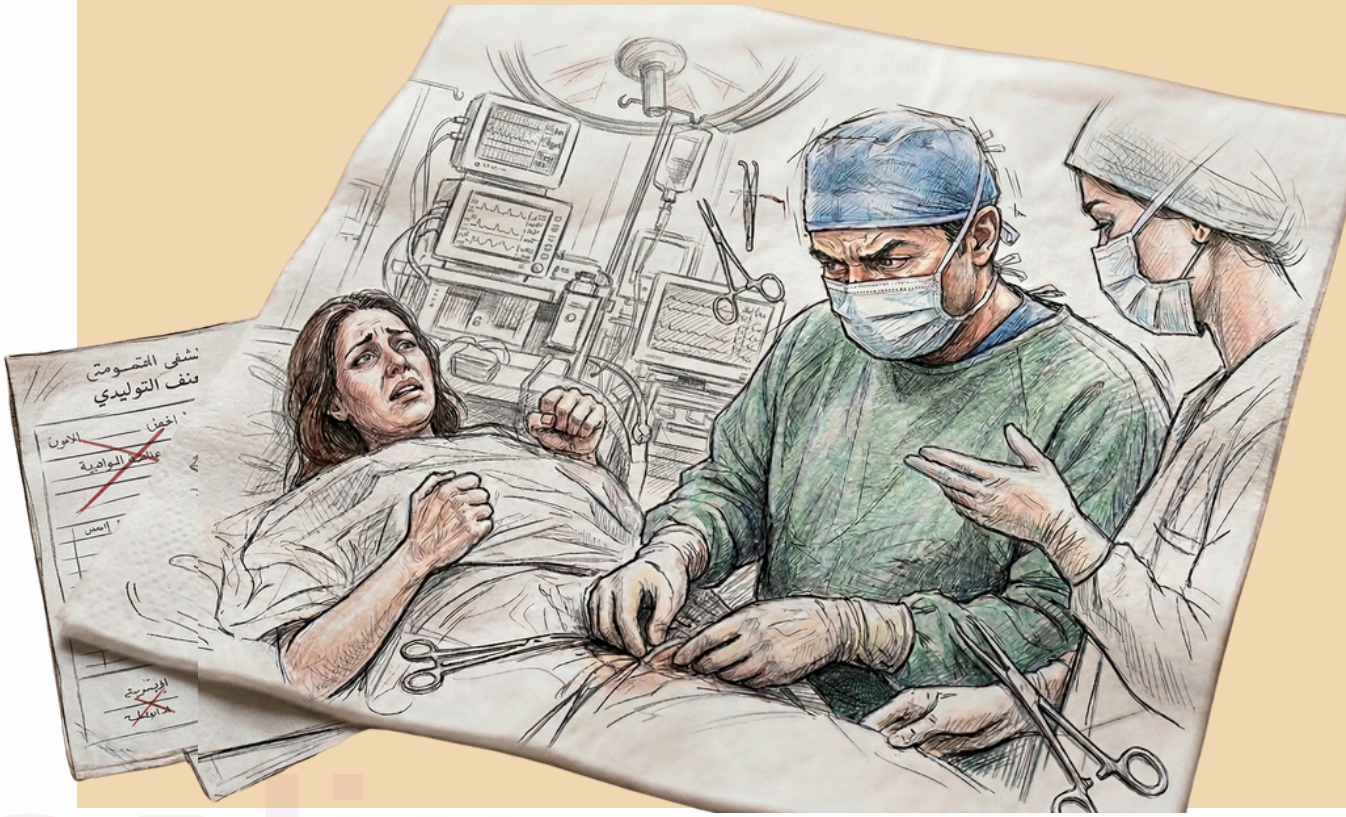
برنامج مي جمال للبحث النسوي

العنف التوليدي في المستشفيات الجامعية

"دراسة كيفية لإحدى المستشفيات الجامعية بالقاهرة"

الباحثتين: نـــدى ياســـر، و شيماء بـــكري



إدراك Edraak
Foundation
For development and equality
www.edraak-eg.org

برنامج مي جمال للبحث النسوي

تأتي هذه الأبحاث كنبضٍ مكتوب، وذاكرةٍ تقاوم النسيان، وامتدادٍ لصوتٍ آمن بأن المعرفة ليست حيادًا، بل موقف. هي ثمرة برنامج مي جمال للبحث النسوي، حيث التقت الأسئلة الجريئة بتجارب النساء، وانحازت الكلمات إلى ما ظل طويلًا مهمَّشًا أو مسكوتًا عنه. في هذه الصفحات، لا تُكتب الأبحاث بوصفها نصوصًا أكاديمية، بل كشهادات فكرية تحفر في طبقات الواقع، وتفكّك ما ترسّخ من يقين، وتعيد رسم العالم من زاوية من وُضعن دومًا على الهامش. هذا العمل تحية لمي جمال، واستدعاء لروحها التي رأت في البحث فعلَ مقاومة، وفي الكتابة مساحةً للنجاة، وفي المعرفة وعدًا بعدالةٍ ممكنة.

إدراك Edraak
Foundation For development and equality
www.edraak-eg.org

برنامج مي جمال للبحث النسوي

عـن البرنامج:

برنامج وجائزة مي جمال للبحث النسوي هو مسار لدعم الناشطات النسويات الشابات المهتمات بالبحث والكتابة من منظور نسوي عربي، وتشجيعهن وتزويدهن بفرص لتطوير مهاراتهن البحثية.

البرنامج موجه بالأساس للناشطات النسويات والمنخرطات في العمل على قضايا النساء داخل المجموعات والمنظمات النسوية، ولديهن اهتمام بالكتابة البحثية، ولكن لا تتوفر لهن الفرص لتعزيز معرفتهن وتطوير مهاراتهن.

نسعى من خلال هذا البرنامج إلى:

تمكين الناشطات النسويات المبتدئات في مجال الكتابة البحثية، وتزويدهن بفرص لتطوير مهاراتهن، والتشبيك مع عدد من المهتمات والمتخصصات، والحصول على الدعم والإرشاد لتطوير وإنهاء أوراقهن البحثية.

دعم إنتاج معرفة نسوية باللغة العربية مرتبطة بواقع النساء وقضاياهن في مصر.

الحفاظ على إنتاج معرفي نسوي مستمر يمتد عبر الأجيال، ويوثق قضايا وأصوات النساء.

Edraak
إدراك
Foundation
For development and equality
www.edraak-eg.org

العنف التوليدي في المستشفيات الجامعية

"دراسة كيفية لإحدى المستشفيات الجامعية بالقاهرة"

الباحثتين: نـدى ياسـر، و شيماء بـكري

برنامج وجائزة مي جمال للبحث النسوي

القاهرة – ٢٠٢٥

المقدمة:

تُعد لحظة الولادة من أكثر اللحظات حساسية في حياة النساء. وبينما يُفترض أن تحاط هذه اللحظة برعاية إنسانية تراعي كرامة النساء واحتياجاتهن، تكشف الإحصاءات والممارسات عن واقع مختلف. يولد في مصر يوميًا حوالي ٦٥٩١ طفلًا (Our World in Data, ٢٠٢٣)، وتشير بيانات الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء (٢٠٢١) إلى أن ٧٢٪ من جميع الولادات في مصر تتم عن طريق العمليات القيصرية، وهو ما يفوق المعدل المثالي (١٠-١٥٪) الذي أوصت به منظمة الصحة العالمية (WHO,٢٠١٥). هذا الارتفاع اللافت لا يعكس فقط تحوّل الولادات القيصرية إلى ممارسة طبية شائعة، بل يُشير إلى أشكال من العنف التوليدي تُمارَس ضد النساء باسم الضرورة الطبية.

لا يقتصر العنف التوليدي على العمليات القيصرية غير الضرورية، فالعنف التوليدي أو العنف المرتبط بالولادة هو مجموعة من الممارسات العنيفة الموجهة ضد النساء خلال مرحلة الحمل أو الولادة، أو فترة رعاية ما بعد الولادة، وتشمل هذه السلوكيات الاعتداء الجسدي مثل الضرب أو الصفع أو الدفع؛ والإيذاء اللفظي بما في ذلك الصراخ أو التوبيخ أو السخرية؛ والإيذاء الجنسي مثل التعليقات أو اللمسات أو الإيحاءات غير اللائقة؛ والفشل في الحصول على الموافقة المستنيرة قبل الإجراءات الطبية؛ وعدم الحفاظ على الخصوصية والسرية أثناء الرعاية؛ والتمييز على أساس الخصائص الاجتماعية مثل العمر أو الحالة الاجتماعية أو العرق أو الحالة الاقتصادية؛ ورفض إعطاء مسكنات للألم والإهمال أو التخلي عن النساء أثناء المخاض أو الولادة؛ والاحتجاز في المرافق الصحية بسبب عدم القدرة على دفع التكاليف (PLOS Medicine,٢٠١٥). ويُظهر هذا النمط من الممارسات، بما يتوافق مع ما تشير إليه الأدبيات النسوية، كيف تعكس الرعاية التوليدية البُنى الاجتماعية والسياسية التي تعيد إنتاج عدم المساواة الجندرية داخل المؤسسات الصحية.

ويعتبر العنف التوليدي واحدًا من أشكال العنف القائم على النوع الاجتماعي، ما يجعله ليس مقصودًا حصريًا، ولا يحدث دائمًا بين الأفراد. إن العنف التوليدي هو عنف بنيوي وتقاطعي، وهذا يعني أن الإكراه والإساءة قد يكونان غير مباشرين ومجهولين وغير مرئيين، وتنتجهما الدولة ومؤسساتها أو الأعراف الاجتماعية. وهو متجذر في سياقات سياسية واجتماعية وثقافية وطبية معقدة، وهذا يعني أن ظروف العمل والضغوط المالية والتسلسلات الهرمية المهنية والتعليم الصحي قد تشجعه أو تمكنه(The Conversation,٢٠٢٤).

وتُظهر الأدبيات أن العنف التوليدي ظاهرة عابرة للحدود، إذ رُصدت أشكاله حتى في أنظمة صحية متقدمة. ووُجد أن نقص التوعية بحقوق النساء أثناء الولادة يؤدي إلى استمرار بعض الممارسات غير الأخلاقية في المستشفيات الأوروبية، مما يؤكد أن المشكلة ليست مقصورة على الدول النامية فقط، بل تتجاوز الحدود الجغرافية والثقافية (European Journal of Midwifery, ٢٠٢٣)، كما أظهرت دراسة أسترالية أن واحدة من كل عشر نساء تعرّضت لمعاملة مسيئة أثناء الولادة (Keedle & Dahlen ٢٠٢٢).

أما في منطقة شرق البحر الأبيض المتوسط، فقد أبلغت النساء في ثلثي الدول المشمولة بالدراسة عن تعرضهن لما لا يقل عن ٦ من ٧ أشكال من الإساءة وعدم الاحترام أثناء الولادة، بغض النظر عن مستوى الدخل أو قوة النظام الصحي في البلد (Khalil, ٢٠٢٢)، والعنف التوليدي في المنطقة يشمل صورتان هما الأكثر شيوعاً: أ) الاعتداء البدني والجسدي، خاصة الإفراط في استخدام التدخلات الروتينية غير الموافق عليها. ب) الرعاية غير الكريمة وتشمل الإساءة اللفظية والإكراه والإذلال والتقليل من الشأن والتجريد من الإنسانية وانعدام الاحترام في الرعاية الطبية (Khalil, ٢٠٢٠).

في مصر، يؤدي الإفراط في استخدام التدخلات الطبية في رعاية الأمهات إلى تفشي معدلات عمليات الولادة القيصرية غير الضرورية والتدخلات الطبية دون داعٍ مثل اللجوء الروتيني إلى شق العجان والطلق الصناعي، وفصل حديثي الولادة عن أمهاتهم مباشرة بعد الولادة ووضعهم داخل الحضانة، مما يدفع العديد من النساء إلى الشعور بالإذلال والتجريد من الإنسانية والصدمة بعد ولادتهن (Ronzoni, forthcoming & Khalil).

وبالإضافة إلى ذلك، فإن المعايير الاجتماعية والثقافية الهرمية والأبوية التي تؤثر على النظم الطبية تحد من سلطة اتخاذ القرار لدى المرأة، وتزيل المساحة اللازمة لموافقتها المستنيرة وتُطبّع استخدام أساليب الترهيب في الرعاية الصحية للأمهات (Kabakian-Khasholian et al., ٢٠١٧). وأشارت دراسة بعنوان "وصف النساء لتجارب صدمة الولادة المرتبطة بتصرفات وتفاعلات مقدمي الرعاية الصحية" أن ما يقرب من ثلثيْ النساء اللاتي يعانين من صدمة الولادة يرجعون ذلك إلى التفاعلات السلبية مع مقدمي الرعاية الصحية (Reed et al., ٢٠١٧). وعلاوة على ذلك، وفي العديد من المستشفيات الحكومية، يؤدي الافتقار إلى الخصوصية والاكتظاظ ومحدودية مسكنات الألم وفرض وضعية الاستلقاء أثناء الولادة والتمييز ضد النساء الفقيرات والأميات وحرمانهن من مرافق أثناء الولادة، إلى تفاقم إحساس المرأة بالعجز وتعزيز تفشي صدمات الولادة التي تحدث في المستشفيات المصرية (Ronzoni & Giacomozzi et al., ٢٠٢١; Khalil,).

فيما يتعلق بالنظام الصحي المصري، تتفاقم مشكلة العنف التوليدي بسبب مجموعة من العوامل التي تؤثر على جودة الرعاية الصحية المقدمة للنساء أثناء الولادة. فمن المهم الإشارة إلى أن صدمة الولادة والعنف التوليدي هما جزء لا يتجزأ من تقاطع النظام الصحي ومعاييرنا الاجتماعية والثقافية. فكثيراً ما يعاني العديد من هؤلاء العاملين في مجال الصحة من صدمات بسبب المنظومة التي يعملون فيها، وفي كثير من الحالات، يعانون من الإرهاق بسبب نقص الموظفين والعمل بدون الموارد الأساسية اللازمة لتوفير الرعاية الجيدة (Khalil, ٢٠٢٠).

إن العنف التوليدي ليس مجرد نتيجة لسوء تصرف فردي، بل هو مشكلة بنيوية تتطلب إعادة النظر في السياسات الصحية، وتحسين بيئة العمل لمقدمي الرعاية، وتعزيز الوعي بحقوق النساء أثناء الولادة. لذا، فإن دراسة هذه الظاهرة في المستشفيات الحكومية الجامعية في مصر توفر فرصة لفهم أعمق لأسباب العنف التوليدي، وآثاره، والإمكانيات المتاحة لمكافحته.

أهمية الورقة:

تنبع أهمية هذه الورقة من سعيها لسد فجوة بحثية واضحة في الأدبيات المتعلقة بالعنف التوليدي في مصر، إذ تركز معظم الدراسات السابقة على تجارب النساء فقط، بينما يظل منظور مقدمي الرعاية – وخاصة الأطباء – غائبًا إلى حد كبير عن التحليل. تقدم الورقة محاولة لفهم كيف يُدرك الأطباء ممارسات العنف التوليدي، وكيف يبررونها، وأي ظروف بنيوية أو تعليمية تسهم في إنتاجها واستمرارها داخل المستشفيات الحكومية.

وتكتسب الدراسة أهمية إضافية من اختيار مستشفى جامعي حكومي كنقطة انطلاق، باعتباره فضاءً تعليميًا أساسيًا يُشكّل المرحلة الأولى في التكوين المهني لطالب الطب خلال سنة الامتياز. ففي هذا السياق، لا يتعلم الطبيب فقط المهارات التقنية، بل يُعاد تشكيل وعيه تجاه أخلاقيات المهنة، والتعامل مع المريضات، وحدود السلطة الطبية. ومن ثم، فإن فهم الممارسات التي يشاهدها ويتعلمها الأطباء الجدد داخل هذا الإطار يساعد في تفسير كيفية تشكّل أنماط العنف التوليدي واستدامتها داخل منظومة الرعاية الصحية.

وبذلك، تسهم هذه الورقة في توسيع النقاش حول العنف التوليدي باعتباره ظاهرة مؤسسية مرتبطة ببيئة العمل وتنظيم المستشفيات وطبيعة العلاقة بين الأطباء والنساء، بدل اختزاله في تجارب فردية أو أفعال معزولة. كما تبرز أهمية فهم كيفية إدراك الأطباء لممارساتهم اليومية، والدوافع والضغوط التي تُعيد إنتاج هذا العنف داخل المستشفيات الحكومية، بما يفتح المجال أمام أبحاث مستقبلية أوسع يمكن أن تُعمّق التحليل أو تقارن بين سياقات مختلفة داخل النظام الصحي.

منهجية الدراسة:

تنطلق هذه الدراسة من عمل بحثي مشترك شاركتُ في إجرائه - شيماء بكري - طالبة بتخصص علم الاجتماع، إلى جانب زميلتي ندى ياسر، طبيبة امتياز بقسم النساء والتوليد بمستشفى الدمرداش. وقد أسهم اختلاف الخلفيتين المعرفيتين والموقعيْن المهنييْن لكلٍ منا في تشكيل مقاربة البحث ومنهجيته. فمن جانبي، أتاح لي التكوين السوسيولوجي إطارًا تحليليًا نقديًا لفهم العنف التوليدي بوصفه ظاهرة بنيوية ترتبط بعلاقات السلطة، والتنظيم المؤسسي، والخلفيات الاجتماعية للمريضات. وفي المقابل، أتاح موقع ندى ياسر كطبيبة امتياز داخل المستشفى إمكانية الوصول الميداني والملاحظة المباشرة للممارسات اليومية داخل أقسام النساء والتوليد، فضلًا عن بناء درجة من الثقة مع الأطباء النواب ليتحدثوا معنا، ورصد تفاصيل دقيقة قد لا تكون متاحة لباحثة من خارج المؤسسة الطبية.

وقد انعكس هذا التداخل بين المنظور البحثي السوسيولوجي والممارسة الطبية اليومية على تصميم أدوات البحث وصياغة أسئلة المقابلات. كما أسهم هذا الموقع المزدوج في تمكيننا من رصد التوتر القائم بين الخطاب المهني المعلن والممارسات الفعلية

داخل المؤسسة الطبية، وقراءة تجارب النساء في سياقها الاجتماعي والبنيوي، لا باعتبارها حوادث فردية معزولة. وعليه، لم يكن موقعنا البحثي مجرد خلفية شخصية، بل عنصرًا فاعلًا أثّر على مسار البحث وأسهم في تعميق فهم ظاهرة العنف التوليدي داخل المستشفيات الحكومية الجامعية.

اعتمدت الدراسة على المنهجية الكيفية من خلال إجراء المقابلات المتعمقة شبه المحكمة، بما أتاح مساحة لفهم التصورات والتجارب الذاتية للمشاركين/ات في سياقها المؤسسي والاجتماعي. وقد انقسمت عينة الدراسة إلى ثلاث فئات رئيسية، بما يسمح بالمقارنة بين وجهات نظر الفاعلين داخل المؤسسة الطبية وتجارب النساء المتلقيات للخدمة.

أولًا: أجرينا مقابلات مع خمسة أطباء نواب بقسم النساء والتوليد بالمستشفى محل الدراسة (أربع طبيبات وطبيب واحد). وتركزت المقابلات على استكشاف بعض الممارسات والسلوكيات التي تندرج ضمن ما يُعرف بالعنف التوليدي، إلى جانب مناقشة مدى حضور أخلاقيات المهنة في عمليات التعليم والتدريب الطبي، ودور الأطباء الأقدم في نقل هذه القيم إلى الأطباء الأصغر سنًا والمسؤولين عن رعايتهن المباشرة. كما تطرقت المقابلات إلى مقارنات بين هذه المستشفى وبعض المستشفيات الجامعية الأخرى، مثل القصر العيني، وكذلك المستشفيات الخاصة، من حيث أنماط التعامل مع المريضات، وجودة الرعاية، وتوافر الموارد، ومستويات العنف والرفاه داخل بيئة العمل.

ثانيًا: وانطلاقًا من أهمية وضع منظور مقدمي الرعاية في سياق تجارب النساء أنفسهن، أجرينا مقابلات متعمقة مع أربع سيدات سبق لهن الولادة في المستشفى محل الدراسة. شملت العينة سيدتين خضعتا للولادة خلال السنوات الخمس الأخيرة، وسيدتين أخريين خلال السنوات العشر الماضية، بما أتاح تتبع التحولات المحتملة في ممارسات الرعاية عبر الزمن. وركزت المقابلات على توصيف تجربة الولادة داخل المستشفى بشكل عام، ورصد ما إذا كانت النساء قد تعرضن لممارسات أو سلوكيات محددة مرتبطة بالعنف التوليدي، وهي ذات الممارسات التي نوقشت مع الأطباء، فضلًا عن استكشاف مدى وعيهن بحقوقهن الإنجابية. كما ضمت العينة سيدات سبق لهن الولادة في مستشفيات حكومية أخرى، أو في مستشفيات خاصة، سواء قبل أو بعد تجربتهن في هذه المستشفى، وهو ما ساعدنا على بناء فهم أكثر شمولًا لتجارب الولادة عبر المقارنة بين السياقات المؤسسية المختلفة، خاصة في الحالات التي اضطرت فيها بعض النساء إلى اللجوء للمستشفى محل الدراسة لأسباب اقتصادية أو صحية طارئة.

ثالثًا: أجرينا مقابلة متعمقة مع د. ياسمين أبو العزم، أخصائية أمراض النساء والتوليد، والمهتمة بالتوعية بقضايا الصحة الجنسية والإنجابية. هدفت هذه المقابلة إلى تقديم منظور مهني نقدي حول ممارسات العنف التوليدي، وأسبابها البنيوية، ومدى وعي الأطباء بها، إلى جانب مناقشة معرفة النساء بحقوقهن، ووجود أو غياب آليات وقوانين قادرة على حمايتهن من هذا النوع من العنف، فضلًا عن طرح بعض المقترحات والتوصيات للحد من انتشاره.

وكان من المخطط إجراء مقابلات إضافية مع استشاريين/ات ونشطاء في مجال الصحة الإنجابية، من أجل تعزيز موثوقية الاستنتاجات التي توصلت إليها الدراسة، وربط النتائج بالسياق التاريخي لنضالات الحد من العنف التوليدي، ورصد الفجوات القائمة التي يمكن العمل على معالجتها. إلا أن ضيق الوقت حال دون تنفيذ ذلك، واكتفت الدراسة بالمقابلة السابقة بوصفها مصدرًا تحليليًا داعمًا.

صعوبات العملية البحثية :

واجهت العملية البحثية عددًا من الصعوبات المنهجية والميدانية التي أثرت على مسار البحث وأدواته، وكان من أبرزها محدودية الأدبيات المتاحة باللغة العربية التي تتناول العنف التوليدي في السياق المحلي، سواء من حيث التحليل النظري أو الدراسات الميدانية التي ترصد أحد أشكاله داخل المستشفيات الحكومية. وقد أسهم هذا النقص في تعقيد بناء الإطار النظري، كما انعكس على صعوبة التواصل مع بعض المشاركين/ات وإقناعهم بأهمية الدراسة وجدواها، رغم محدودية نطاقها وحجمها.

تمثلت إحدى الصعوبات الأساسية في إقناع الأطباء النواب بالمشاركة في المقابلات، حيث واجهنا قدرًا من التردد والارتياب تجاه عنوان الدراسة، إضافة إلى غياب واضح للوعي بتأثير المشاركة البحثية وأهميتها. وقد عبّر بعضهم/ن عن مخاوف تتعلق بسوء الفهم أو التعرض للمساءلة، وهو ما دفعنا، أثناء التواصل الأولي، إلى تعديل صياغة عنوان الدراسة من "العنف التوليدي" إلى "قياس جودة الرعاية الصحية المقدمة للأمهات أثناء الولادة"، والتركيز على توصيل رسائل مطمئنة تؤكد أن الهدف من البحث فهم الإشكاليات والسعي لمعالجتها، لا توجيه الاتهام أو إصدار أحكام. والتزامًا بالمصداقية والنزاهة الأكاديمية، حرصنا على توضيح محاور المقابلات وأهداف الأسئلة بشكل كامل قبل البدء في أي مقابلة.

كما واجهتنا صعوبة أخرى مرتبطة بالظروف المهنية وجودة الحياة للأطباء النواب المقيمين، إذ يقضون نحو ثلاثة أيام متواصلة داخل المستشفى، يعقبها فاصل زمني قصير لا يتجاوز ١٢ ساعة خارجها، وهو ما يرتبط بقلة النوم والضغط الشديد الناتج عن كثافة العمل. وقد جعل ذلك من تحديد مواعيد ثابتة للمقابلات أمرًا بالغ الصعوبة، فاضطررنا إلى إجراء المقابلات بعد انتهاء نوبات العمل الليلية أو في الأوقات التي ينخفض فيها ضغط الحالات داخل القسم. وساعدنا في تجاوز هذا التحدي كون إحدى الباحثات طبيبة امتياز داخل المستشفى، بما أتاح إمكانية التواجد المستمر وانتظار لحظات التفرغ المحدودة للأطباء الموافقين على المشاركة. ومع ضيق الإطار الزمني المخصص للبحث، شكّل ذلك ضغطًا إضافيًا أثّر على وتيرة العمل وعلى التجربة البحثية ككل.

امتدّت الصعوبات الميدانية لتشمل مقابلات السيدات اللاتي سبق لهن الولادة في المستشفى، حيث تنتمي الغالبية منهن إلى شرائح اجتماعية واقتصادية متواضعة، مع مستويات تعليمية محدودة، وهو ما صعّب الوصول إليهن عبر دوائرنا الاجتماعية

أو من خلال منصات التواصل الاجتماعي. وبناءً عليه، لجأنا إلى التواجد الميداني داخل عيادات النساء والسونار بالمستشفى، ومحاولة التعرف على سيدات سبق لهن الولادة بالمستشفى من بين المنتظرات للفحص، وطرح فكرة المشاركة عليهن بشكل مباشر. وقد مثّل ذلك تحديًا أخلاقيًا وبحثيًا بالغ الحساسية، حيث التزمنا طوال هذه العملية باحترام الحالة الصحية والنفسية للنساء، وتجنب الحديث مع من بدت عليهن علامات الإرهاق أو الألم، والاكتفاء بالتواصل مع من كنّ في وضع صحي مستقر وجئن لإجراء فحوصات أو استشارات روتينية.

وظهر تحدٍ إضافي خلال إجراء أولى المقابلات مع أحد الأطباء النواب، عندما طُرح سؤال متعلق بالعنف الجنسي بصياغة لم تكن الأنسب لطبيعة التفاعل، ما أثار لديه شعورًا بالاتهام ودفعه إلى اتخاذ موقف دفاعي ومحاولة إنهاء المقابلة سريعًا. وبالنظر إلى حساسية الموضوع، خصوصًا مع توجيهه لطبيب ذكر يعمل في تخصص النساء والتوليد داخل السياق الاجتماعي المحلي، قررنا عدم التوسع في هذا المحور خلال بقية المقابلات. وبدلًا من ذلك، عملنا على تطوير صياغات الأسئلة وأساليب طرحها، مع التركيز على العنف اللفظي والجسدي، وسلوكيات الخصوصية، والموافقة المستنيرة، بما يضمن شعور جميع المشاركين/ات بالاحترام والأمان، ويشجعهم/ن على الانخراط في النقاش بدافع الرغبة في فهم الإشكالية والمساهمة في معالجتها.

في مرحلة لاحقة، حاولنا توسيع نطاق الدراسة ليشمل مستشفى القصر العيني، حيث قمنا بنشر دعوة للمشاركة في البحث داخل إحدى مجموعات "فيسبوك" المغلقة الخاصة بأطباء المستشفى، أوضحنا خلالها أهداف الدراسة وطبيعتها. إلا أننا قوبلنا بموجة من الهجوم والسخرية والارتياب، واتُّهمنا بمحاولة استدراج الأطباء النواب للحديث عن العنف التوليدي بهدف الإبلاغ عنهم للإدارة أو للأطباء المشرفين عليهم. وعلى الرغم من غرابة هذه الاستجابة في بدايتها، فإن تواصلنا لاحقًا مع إحدى الطبيبات العاملات في المستشفى أتاح لنا فهمًا أعمق للسياق، إذ أوضحت أن بيئة العمل هناك تتسم بقدر عالٍ من السمية، لا يقتصر فقط على التعامل مع المريضات، بل يمتد إلى العلاقات الهرمية بين الأطباء "السينيورز" والنواب الأصغر سنًا، وهو ما يفسر حالة الخوف والارتياب الشديدة تجاه أي نشاط بحثي قد يُنظر إليه باعتباره تهديدًا إضافيًا لهم داخل هذه البيئة.

نتائج الدراسة:

بعد جمع الشهادات من المقابلات المتعددة مع الأطباء والنساء، قمنا بتحليل البيانات وفق منهجية كيفية تستند إلى استقراء الأنماط المتكررة والتوترات البنيوية في السياق الطبي. سعى التحليل إلى تجاوز وصف الحالات الفردية نحو فهم أوسع للعوامل التي تُسهم في إنتاج العنف التوليدي داخل المستشفيات الحكومية. وقد أظهرت المقابلات تداخلًا واضحًا بين سلوكيات مقدمي الرعاية، وواقع البنية المؤسسية، ومدى وعي النساء بحقوقهن، ما دفعنا إلى تقسيم النتائج إلى خمسة محاور رئيسية تمثل أنماطًا متكررة في الشهادات. وهم أخلاقيات المهنة الطبية، بيئة العمل، خصوصية المريضات، بروتوكولات الولادة وإدارة الألم، النساء والعنف التوليدي.

أولا: أخلاقيات المهنة الطبية:

تعد أخلاقيات المهنة ركنًا محوريًا في مجال الطب، حيث تُشكل الأساس لعلاقة الطبيب بالمريض. ولا تقتصر مشكلات الرعاية التوليدية على نقص الموارد أو ضغط العمل فحسب، بل ترتبط أيضًا ببنية معرفية وتربوية تهمّش البعد الإنساني والنوعي في التدريب الطبي. تظهر المقابلات أن مفهوم "أخلاقيات المهنة" وتدريسه كمادة نظرية في كليات الطب غالبًا ما يُفصل عن الممارسة العملية داخل غرف الولادة مع ضغط العمل اليومي ونقص التدريب الممنهج، ما يُنتج فجوة بين النظرية والتطبيق.

> *" إن الضغوط الأكاديمية تضع التركيز الأكبر على المعرفة العلمية والتقنية لتحصيل الدرجات، بينما يتم تهميش الجوانب الأخلاقية والإنسانية كمواد غير مهمة. كما أن الطلاب يتعاملون مع مادة الأخلاقيات كمادة "نظرية" تُحفظ للامتحان، لكن لا يتم تطبيقها أو ترسيخها عمليًا أثناء فترة التدريب أو الممارسة الفعلية."*
>
> *"كما أن الأطباء الأصغر سنًا يكتسبون السلوكيات المهنية من المشرفين عليهم، والذين بدورهم قد لا يكونون مدربين بشكل كافٍ على التعامل الإنساني مع المرضى. وهذا يساهم في استمرار بعض الممارسات غير الأخلاقية داخل المستشفيات، حتى دون إدراك الأطباء لها كجزء من العنف التوليدي"*
>
> **د. ياسمين أبو العزم، أخصائية أمراض النساء والتوليد**

تعكس هذه الملاحظة البنية المؤسسية التي تُهمش التدريب العملي على القيم الأخلاقية لصالح التركيز على المهارات التقنية فينتج عن ذلك عدم تنظيم أخلاقي واضح للممارسات اليومية التي تنتقل بالتقليد من جيل لآخر، بل في كثير من الأحوال يُنقل أسلوب التعامل مع المريضات "كحالة مرضية"، وليس كإنسان لديه مشكلة مرضية وهو نوع من أنواع التشيئ، مما يؤدي إلى تطبيع ممارسات قد تتضمن تطبيعًا للعنف دون وعي. وبدون دعم مؤسسي وهيكلي لتدريب الأطباء الجدد على التعامل الإنساني، تصبح علاقة الطبيب بالمريضة عرضة لأن تتأثر بالضغط والموروث المهني أكثر من المبادئ المعلنة.

هذا التهميش للأخلاقيات المهنية يعززه سطحية منهج أخلاقيات المهنة الذي يتم تدريسه في الكليات الطبية في مصر، كما أشارت ندى -إحدى الباحثات بالدراسة- قائلة: "حين كنت طالبة درسنا وحفظنا العبارات الأخلاقية بطريقة سطحية وبعدم اهتمام ولم نتعلم أو نتدرب على تطبيق أخلاقيات المهنة بشكل عملي وبطريقة تراعي المحددات الاجتماعية للصحة".

ويُعد غياب التدريب الممنهج على مهارات التواصل مع المرضى أحد أبرز نقاط الضعف في إعداد الأطباء. وتظهر هنا إحدى المشكلات الأساسية في أن الأطباء الجدد لا يحصلون على أي تدريب ممنهج أو ورش عمل حول كيفية التواصل مع المرضى أو التعامل مع الضغوط النفسية المرتبطة بالعمل وهذا ما أكدته جميع المقابلات مع الأطباء النواب.

" اكتساب مهارات التعامل مع المرضى يتم بشكل فردي ومن خلال الخبرة الشخصية، وليس من خلال توجيه مؤسسي واضح." *د.خ طبيب|ة نايب|ة بقسم النساء والتوليد بالمستشفى*

"بعض الأطباء قد لا يدركون أن سلوكياتهم قد تكون غير أخلاقية أو غير مهنية، ببساطة لأنها أصبحت جزءًا من الثقافة السائدة داخل المستشفى"

د. م.ر طبيب|ة نايب|ة بقسم النساء والتوليد بالمستشفى

إن غياب التوجيه المؤسسي أو البرتوكول الواضح يجعل من التواصل مع المريضات مسألة فردية تُترك لاجتهاد كل طبيب، لا توجهها رؤية قيمية أو حقوقية. وبهذا، تُترك النساء لا فقط تحت رحمة النظام الطبي، بل تحت مزاج الطبيب وحالته الصحية والنفسية، ووعيه الفردي، وخلفيته الطبقية والنوعية في هذه المساحة الرمادية. مما يؤدي إلى تفاوت كبير في أسلوب التعامل من طبيب لآخر. وبدون وجود برامج تدريبية موجهة، تستمر هذه الفجوة بين المعرفة النظرية والممارسة العملية، وتُترك المريضة في وضع هش، تخضع فيه لتجربة طبية غير متساوية أو غير إنسانية في بعض الأحيان؛ مما يجعل تجربة المريضة تعتمد على "حظّها" في الطبيب الذي تتعامل معه، وليس على ضمانات ممنهجة. وهنا يتجلّى البعد البنيوي للعنف التوليدي؛ إذ تُختزل الأخلاق المهنية في الضمير الشخصي للطبيب، لا في نظام مُلزِم يضمن الحد الأدنى من التواصل الإنساني.

كما برز في المقابلات دور المستوى التعليمي والطبقي للمريضات في تشكيل طريقة التواصل معهن، مما يعكس تباينًا في التقدير والاحترام داخل المؤسسة الطبية ذاتها.

"المريضة اللي تعليمها كويس بتتفاعل معانا بشكل أسهل لكن بعض المريضات مش بيكون عندهم أي وعي عن اللي بيحصل، وده بيخلي التواصل معاهم أصعب وأحيانًا بيحصل توتر."

د. خ طبيب|ة نايب|ة بقسم النساء والتوليد بالمستشفى

يتضح هنا كيف يُعاد إنتاج التمييز الطبقي داخل ممارسات الرعاية، حيث تُمنح النساء المتعلمات اعترافًا أكبر بفاعليتهن وقدرتهن على التفاعل، بينما تُصوَّر النساء الأقل تعليمًا بوصفهن عبئًا تواصليًا أو أطرافًا غير قادرة على المشاركة. ولا تعكس هذه الازدواجية فقط قصورًا في التدريب على التواصل العادل، بل تشير أيضًا إلى غياب تصور مهني يقوم على المساواة في الاحترام والتفاعل، بغض النظر عن الخلفية التعليمية أو الاجتماعية للمريضة. كما تُظهر هذه الشهادة أن صعوبة تثقيف بعض المريضات حول حالتهن الصحية تُفسَّر من قبل الطبيب بوصفها عائقًا نابعًا من المريضة ذاتها، لا بوصفها مسؤولية مهنية تستدعي تطوير أدوات التعليم الصحي والتواصل العلاجي. ويكشف ذلك عن فهم محدود لدور الطبيب، يُختزل فيه التعليم الصحي من كونه جزءًا أساسيًا من الرعاية إلى عبء إضافي، وهو ما يسهم في إعادة إنتاج ممارسات إقصائية داخل السياق العلاجي.

ومن بين القضايا الأخلاقية التي أظهرت المقابلات خللًا واضحًا في تطبيقها، مسألة الموافقة المستنيرة، التي تُعد من أهم المبادئ في أخلاقيات المهنة ومن أسس احترام حق المرأة في اتخاذ القرار بشأن جسدها ورعايتها الصحية، ولكن غالبًا ما يتم التعامل مع توقيع المريضات على الموافقة كإجراء روتيني وشكلي لا يُمنح الوقت أو الاهتمام الكافي كما أُشير في المقابلات.

> *"في حالات كتير السينيور بيقول للجونيور: مضي العيانة على كذا كذا، من غير ما يشرح له هو نفسه المفروض يقول إيه، فبالتالي الجونيور بيروح ياخد التوقيع وخلاص، من غير شرح حقيقي، وساعات حوالي ٢٠٪ من المشكلة بترجع لأن المريضة مش فاهمة بسبب مستواها التعليمي، بس النسبة الأكبر إن الدكاترة مش بيعرفوا يشرحوا."*
>
> *د. م.ر طبيب|ة نايب|ة بقسم النساء والتوليد بالمستشفى*

تتحول الموافقة المستنيرة من ضمانة قانونية وحق إنساني إلى إجراء شكلي يُمارس بتلقين هرمي، لا يعكس إدراكًا حقيقيًا لحق النساء في المشاركة بالقرار الطبي, وهو ما يحول الموافقة المستنيرة من حق إنساني لمهمة بروتوكولية على الطبيب أن ينجزها. وبينما يُحمّل جزء من المسؤولية لمحدودية تعليم النساء، كمبرر للتجاوز على حقوقهن، بدلًا من أن يكون حافزًا لمضاعفة الجهد في الشرح والتمكين.

تكشف هذه الشهادة أن العامل الحاسم هو غياب مهارات التواصل وتوزيع الأدوار غير العادل داخل الطاقم الطبي. في هذه المنظومة، تصبح النساء ذوات الوضع الاجتماعي المتدني أهدافًا سهلة لانتهاك معرفي وجسدي أو للتجاهل أو الإقصاء عن الفهم لاحتياجهن الأكثر لادراك وفهم لما يحدث، مما يعيد إنتاج التفاوتات الطبقية والجندرية داخل ممارسات الرعاية.

> *"بعض المريضات يُطلب منهن التوقيع على وثائق تشمل السماح "بالولادة بأي طريقة يراها الطبيب مناسبة" دون شرح تفصيلي للخيار الأفضل لحالتهن. كما أن الموافقة عادةً ما يتم الحصول عليها في عجالة، خاصة في الحالات الطارئة، مما يمنع المريضات من فهم خياراتهن بشكل كامل."* *د. ن طبيب|ة نايب|ة بقسم النساء والتوليد بالمستشفى*

تُظهر هذه الشهادة كيف يُعيد ضغط العمل في المستشفى صياغة العلاقة بين الطبيب والمريضة ليصبح القرار الطبي أحادي الاتجاه، تحت ستار الطوارئ أو ضيق الوقت. وبينما يبدو المبرر تقنيًا، فإن النتيجة هي تقليص حق النساء في الفهم والمشاركة. في السياق المؤسسي لمستشفى حكومي تعليمي يعاني من نقص الكوادر وسرعة دوران الحالات، يُنظر إلى الموافقة المستنيرة كترف لا يتسع له الوقت، لا كحق لا يمكن تجاوزه.

إجمالًا؛ تُظهر هذه الشهادات أن مفهوم الموافقة المستنيرة في الممارسة الفعلية داخل المستشفى يتحوّل من كونه آلية لضمان استقلالية المريضة وحقّها في القرار الطبي إلى مجرّد إجراء إداري أو شكلي هدفه حماية المؤسسة والطبيب قانونيًا أكثر من حماية المريضة أخلاقيًا.

هذا التحوّل لا يمكن فهمه بمعزل عن الهرمية المهنية داخل المستشفى، حيث يُعاد تعريف الأخلاق الطبية على أساس الطاعة والانضباط سواء من الأطباء الأصغر أو المريضات، وليس المشاركة أو التواصل. فالأطباء الأصغر، بوصفهم الحلقة الأدنى في السلسلة، يتلقّون الأوامر بتنفيذ العملية وتوقيع الأوراق دون نقاش مطوّل، مما يجعل فكرة الحوار مع المريضة تُعتبر "ترفًا غير عمليًا" في بيئة عالية الضغط. وهنا يصبح العنف التوليدي بنيويًا لا فرديًا؛ أي أن غياب الشرح ليس مجرد تقصير فردي من الأطباء، بل نتيجة مباشرة لترتيبات السلطة داخل النظام الصحي التي تضع الكفاءة التقنية فوق الحق الإنساني في الفهم والمشاركة.

وتُظهر بعض الشهادات الفردية مدى اتساع الفجوة المعرفية بين المريضات ومقدمي الخدمة، إذ تتحوّل لحظة اتخاذ القرار الطبي إلى لحظة ارتباك وخوف، لا إلى مساحة مشاركة وفهم. ومن بين هذه الشهادات ما قالته إحدى السيدات عن تجربتها مع قرار التخدير أثناء الولادة.

> *"لا محدش شرحلي الفرق بين التخدير الكلي والنصفي بس أنا كنت خايفة من حقنة الضهر دي مؤلمة طبعًا، وما كنتش أعرف بقى إن في حاجة مثلًا بتتاخد تخليني محسش بالحقنة دي، محدش فهمني حاجة. فلما خيروني قلتله خلاص خدرني كلي."* حنان، إحدى المشاركات بالدراسة

تعكس هذه الشهادة بوضوح أثر غياب التواصل الطبي على اختيارات المريضة نفسها؛ فقرار حنان بالتخدير الكلي لم ينبع من تفضيل شخصي واعٍ بالمعرفة الشاملة بالإجراء، بل من خوفها الطبيعي من وخز إبرة التخدير. هذه الحالة تكشف أن العنف التوليدي لا يقتصر على الانتهاكات الجسدية أو اللفظية، بل يمتد إلى ما يمكن تسميته بـ"العنف المعرفي"، حيث تُسلب المرأة القدرة على اتخاذ قرار مستنير بشأن جسدها. إن عدم شرح خيارات التخدير هو مظهر من مظاهر سلب الفاعلية المعرفية من النساء وبالتالي سلب حقهن في اتخاذ القرار المستنير أثناء الولادة وهو ما يخل بالديناميكية السليمة بين الطبيب والمريض الذي يحول علاقتهم من علاقة تشاركية إلى علاقة سلطوية تحتكم إلى المعرفة.

تكشف هذه المقابلات أن الخلل في تطبيق أخلاقيات المهنة لا يعود إلى غياب الوعي الفردي فقط، بل إلى غياب منظومة متكاملة من بداية سنين التعليم الطبي تُدرّب وتُقيم وتدعم الطواقم الطبية في تعاملهم مع المريضات، وتضمن أن تُمارس الرعاية الصحية باعتبارها التزامًا أخلاقيًا وإنسانيًا، لا مجرد مهمة إكلينيكية.

ثانيًا: بيئة العمل وتأثيرها على مقدمي الرعاية:

تؤثر بيئة العمل على جودة الرعاية الصحية المقدمة للمريضات وتلعب دورًا حاسمًا في تشكيل العلاقة بين الطاقم الطبي والمريضات، خاصةً في المستشفيات الحكومية مثل الدمرداش، حيث تتراكم عوامل الضغط من نقص الموارد، ارتفاع عدد الحالات، والامتداد الزمني للنوبات. في هذا السياق، لا يُمكن فصل سلوك مقدمي الرعاية عن الضغوط الهيكلية التي تشكّل تجربتهم اليومية، لكن هذه الضغوط لا تبرر العنف، بل تستدعي مساءلة مزدوجة لكل من المنظومة الصحية وأنماط التفاعل المهنية داخلها.

> *"إحنا بنشتغل ٢٤ ساعة متواصلة بدون نوم تقريبًا، ومع ضغط الشغل وسط توتر وصويت وتنشنة، ده طبيعي ممكن نتعصب وردود فعلنا تبقى مختلفة عن لو كنا في بيئة أقل توترًا."*
>
> *د. م.ر طبيب|ة نايب|ة بقسم النساء والتوليد بالمستشفى*

ورغم أن إرجاع العصبية والانفعال المهني إلى الإرهاق المستمر قد يعكس بعدًا إنسانيًا مفهومًا، فإن شيوع هذا التفسير داخل الخطاب الطبي يكشف عن عملية تطبيع مؤسسية تُعاد من خلالها شرعنة ممارسات عنيفة باعتبارها استجابة طبيعية للضغط. فلا يُنتج الضغط هنا سلوكًا متوترًا فحسب، بل يمنح الطبيب – ضمنيًا - مشروعية للحدة والغضب في التعامل مع المريضات، ويحوّل المشاعر المهنية إلى أداة ضبط اجتماعي لجسد المرأة تحت ذريعة "الظروف الصعبة".

وبهذا المعنى، لا تظل بيئة العمل مجرد سياق محايد للممارسة الطبية، بل تصبح آلية لإعادة إنتاج الهرمية المهنية والتمييز الجندري، حيث تتحول المريضة، ولا سيما المنتمية إلى خلفية اجتماعية هشّة، إلى مساحة لتفريغ الضغوط اليومية، بما يجعل العنف التوليدي ممارسة بنيوية متكررة أكثر منه انفعالًا فرديًا عابرًا.

ورغم إقرار الأطباء بأن ضغط العمل يؤثر على سلوكهم، فإن المقابلات أظهرت أن البيئات المختلفة تُنتج تفاعلات مختلفة من الطبيب نفسه، ما يشير إلى تعقيد العلاقة بين الشخصية المهنية والظروف المحيطة.

"لو جبنا نفس الطبيب ونفس المريضة وديناهم لمستشفى خاص ببيئة عمل مناسبة، نايم كويس وهيولد عدد قليل، أكيد هيبقى التعامل أحسن من لو مسؤول عن عشرين أو أربعين مريضة في الحكومي."

د. م.د طبيب|ة نايب|ة بقسم النساء والتوليد بالمستشفى

يشير هذا الرأي إلى أن البيئة التنظيمية لمكان العمل تلعب دورًا حاسمًا في تشكيل مستوى ضبط النفس وأنماط التعامل المهني لدى الطبيب، إذ تتيح ظروف العمل الأقل ضغطًا مساحة أكبر للتعامل الهادئ واتخاذ قرارات أقل توترًا. غير أن هذا لا ينفي أن طبيعة العلاقة مع المريضة تظل، في كثير من الحالات، مشروطة بتصورات مسبقة حول موقعها الاجتماعي، لا سيما الفارق بين مريضة تتلقى خدمة مدفوعة في القطاع الخاص، وأخرى تعتمد على الخدمة المجانية في المستشفيات الحكومية.

وتعكس هذه الفروق بنية تمييزية أعمق من مجرد تأثير الضغط والإجهاد، حيث تتداخل الظروف المؤسسية مع القيم المهنية والتصورات الطبقية السائدة لتشكّل أنماطًا متفاوتة من التعامل مع المريضات داخل السياق العلاجي. وفي سياق متصل، شددت د. ياسمين أبو العزم على أن التباين في السلوك لا يرجع فقط للظروف، بل إلى اختلاف في القيم الذاتية والضمير المهني.

"نفس الطبيب اللي ممكن يكون بيتعامل بعصبية في الحكومي، لو نقلتيه لمستشفى خاص وهو مضغوط بردو، هتلاقيه بيتعامل بطريقة مختلفة تمامًا، عشان شغله ميتأثرش سواء لأسباب مادية بحتة أو أسباب تانية، وفيه دكاترة بتمارس العنف في الخاص زي الحكومي، وده راجع لشخصيتهم في الأساس وللاسف المسألة دي بالذات بتبقى كل واحد وضميره مفيش حاجة تانية هتحكمه

" د. ياسمين أبو العزم أخصائية أمراض النساء والتوليد

يلفت هذا التصريح الانتباه إلى البعد الاقتصادي والمؤسسي للعنف التوليدي؛ فاختلاف السلوك بين القطاعين الحكومي والخاص لا يرتبط فقط بالضمير المهني، بل أيضًا بمنطق السوق والخوف من العقوبة أو فقدان السمعة. في المستشفيات الخاصة تُمارس رقابة غير رسمية عبر سلطة المرضى باعتبارهم "دافعين"، مما يُجبر الطبيب على الانضباط اتقاءً للخسارة، في حين يغيب في المستشفيات الحكومية وجود نظام فعّال للمساءلة، وهو ما يخلق شعورًا عامًا بالإفلات من عواقب سوء المعاملة. هذه الفجوة في الرقابة تجعل المريضة في المستشفى الحكومي أكثر هشاشة، لأنها لا تمتلك أدوات الحماية، بينما يُجبر الطبيب في الخاص على ضبط سلوكه في التعامل مع المريضات خوفًا من فقدان "الزبائن أو السمعة". وبهذا، يصبح غياب العنف في الخاص انعكاسًا للرقابة الاقتصادية لا لتحسّن القيم المهنية.

ويُعزّز هذا الطرح ما أكدته ندى، إحدى الباحثات المشاركات في الدراسة، بالاستناد إلى خبرتها الميدانية كطبيبة امتياز بالمستشفى محل الدراسة، وطبيبة متدربة في المستشفى التخصصي التابع له، فضلًا عن تدربها في عيادات خاصة لأمراض النساء والتوليد؛ إذ تشير إلى وجود تباين واضح بين هذه البيئات العلاجية المختلفة، فتوضح: "لاحظت اختلاف شاسع بين كل هذه البيئات، ففي المستشفى الجامعي يظهر مقدمو الرعاية من ممرضين ونواب سلوك غليظ وعبوس وعصبية متبادلة بينهم وبين المرضى، وأحيانًا شعور بالتفضل. بالمقابل، في المستشفى التخصصي، يسود التفاؤل والابتسامات، وتتميز المعاملة الداخلية ومع المرضى، وتقديم الرعاية بود واهتمام. كما تختلف تجربة الولادة في عيادة أو مركز خاص، فهناك لا يكفل للمريضة الحق في الرعاية بطريقة ودية وإنسانية فقط، بل أيضًا الحق في تقديم أجود أنواع هذه الرعاية والحق في الرفاهية الصحية والرفاهية في تخصيص تجربة الولادة، حيث يقدرن النساء على تزيين المكان لاستقبال المولود الجديد والتنسيق مع الطبيب حول المنتجات المستخدمة للاعتناء به."

يُنتج هذا ما يمكن وصفه بـ"السياسة الجسدية الطبقية"، إذ تُعاد صياغة قيمة الجسد وفقًا لموقعه الاقتصادي. فالجسد القادر على الدفع يُحاط بالرعاية والانتباه والرفاهية، بينما يُختزل الجسد الفقير إلى عبء مؤسسي يُدار بأقل تكلفة ممكنة من الوقت والانفعال. ومن ثمّ، يصبح العنف التوليدي امتدادًا لمنطق الفرز الطبقي الذي يحكم النظام الصحي، لا مجرد أثر جانبي للضغط المهني.

وأخيرًا، أشارت المقابلات إلى غياب الدعم المؤسسي لمقدمي الرعاية الصحية في التعامل مع الضغط، ما يكرّس ثقافة الاعتياد على الإرهاق دون معالجة.

> *"مفيش تدريب حقيقي على التعامل مع الضغط، إحنا بنتعلم بالممارسة مع الوقت ازاي نفرغ الضغط ده وفيه اللي بيعرف يفصل بين الضغط وبين تعامله مع المريضات وفيه مبيعرفش."*
>
> *د. خ طبيب|ة نايب|ة بقسم النساء والتوليد بالمستشفى*

تكشف هذه الشهادة أن التعامل مع الضغط يُختزل في مهارة فردية لا في مسؤولية مؤسسية. فكل طبيب يُترك ليواجه الإرهاق بطريقته الخاصة، من دون منظومة دعم أو تدريب ممنهج. ومع الوقت، يتحوّل الإجهاد المهني إلى جزء من الهوية المهنية ذاتها، فيُعاد تعريف القسوة باعتبارها "تحمّلًا طبيعيًا" لضغوط العمل.

إن غياب سياسات الدعم النفسي والإشراف الجماعي يجعل الضغط حالة مزمنة تتسرّب إلى تفاعلات الأطباء مع المريضات، فيعيد إنتاج العنف بشكل يومي من دون وعي. فحين تُهمل المؤسسة احتياجات مقدمي الخدمة النفسية والجسدية، فإنها تخلق دائرة مغلقة من الإنهاك والعنف، يكون فيها الجميع متضررين الطبيب والمريضة معًا. لذا، لا يمكن فهم تحسين بيئة العمل باعتباره مطلبًا تنظيميًا فقط، بل إصلاحًا ثقافيًا يعيد تعريف "الرعاية" كممارسة متبادلة تشمل مقدّم الخدمة ومتلقّيها في آن واحد.

وعليه، فإن تأثير بيئة العمل لا يفسّر وحده ممارسة العنف أو التمييز، بل يتقاطع مع بنية أعمق من التحيزات الجندرية والطبقية التي تجعل من بعض النساء هدفًا أسهل للانتهاك. ومن ثم، فإن أي إصلاح حقيقي يجب أن يدمج بين تحسين الظروف المهنية وبين مراجعة القيم المهنية عبر تدريب جاد على التواصل الإنساني، والاعتراف بحقوق المريضات، خاصةً الأكثر هشاشة.

إن معالجة الضغط المهني ليست مسألة تقنية بل أخلاقية في جوهرها، لأنها تتعلق بتوزيع غير متكافئ للسلطة والانفعال داخل المؤسسة الطبية؛ فمن يُسمح له بالتعبير عن الضغط أو الانفعال، ومن يُطالَب بالسكوت. وهنا تكمن جوهرية العنف التوليدي كبنية تتغذى من اللامساواة، لا من القسوة الفردية.

ثالثًا: خصوصية المريضات وحقوقهن:

تُعد الخصوصية من أهم الحقوق الأساسية التي يجب أن تحظى بها النساء أثناء الرعاية الصحية، خاصة في سياق الولادة، حيث تكون المريضة في حالة من الضعف الجسدي والنفسي. ومع ذلك، كشفت المقابلات مع الأطباء والمريضات في المستشفى عن العديد من التجاوزات المتعلقة بالخصوصية، سواء خلال الكشف الطبي أو أثناء الولادة أو في غرف النوم.

ومن خلال تواجدي كباحثة في المستشفى أثناء إجراء المقابلات مع الأطباء والمريضات، والملاحظة الميدانية بالأقسام، لاحظت عدة ممارسات تؤثر على خصوصية المريضات. ومن أبرز هذه الملاحظات أن أبواب الغرف التي تُحجز فيها النساء قبل الولادة أو بعدها تظل مفتوحة في كثير من الأحيان، مما يجعل المريضات معرضات لأنظار العاملين والمرضى الآخرين أثناء تنقلهن داخل القسم. كما أن استخدام الستائر بين الأسرّة لم يكن دائمًا فعالًا، حيث لم تكن بعض الغرف تحتوي على ستائر، أو كانت موجودة ولكن لا يتم استخدامها. كما لاحظت تعامل الأطباء مع المريضات في ممرات المستشفى وأمام مقاعد الانتظار، حيث تم فحص الأشعة ومناقشة الحالة الطبية بشكل علني. رغم أن هذه الممارسة تهدف إلى الإسراع في تقديم الرعاية، إلا أنها تؤثر على خصوصية المريضات، حيث يتم اطلاع جميع الحاضرين على تفاصيل حالتهن الطبية دون مراعاة للسرية.

> *"لا الستاير دي حاجة لوجيستيك، انتي مش هتقدري تعملها كنايب. الفكرة إنك معندكيش ستاير متوفرة كتير، وكمان عندك عيانين كتير، فهتيجي تشدي الستارة عليهم، بس انتي أصلاً عايزة تتابعيهم وتبصي على المونيتور، فمش هتعرفي تعملي كده."* د. م.ر طبيب|ة نايب|ة بقسم النساء والتوليد بالمستشفى

يعكس هذا التصريح كيف يُنظر إلى الخصوصية كرفاهية يصعب تحقيقها في ظل ضغط العمل ونقص الموارد، لا كحق لا ينبغي التنازل عنه، فحين تُختزل الخصوصية في كونها "مشكلة لوجيستية"، يتم نزع بعدها الأخلاقي، ويُعاد تعريفها كإجراء اختياري يمكن التضحية به لصالح الكفاءة أو السرعة. هذه النظرة الأداتية للمبادئ الطبية كالخصوصية، تُحوّل الجسد الأنثوي إلى شيء خاضع تُبرَّر التدخّلات عليه بأي وسيلة تُحقّق غاية الطبيب أو مهمته المهنية.

وتُظهر الملاحظة الميدانية لبقاء أبواب غرف المريضات مفتوحة، واستخدام الستائر بشكل غير منتظم، أن المساحات التي يُفترض أن تكون مغلقة تتحول إلى فضاءات مكشوفة، تُخترق فيها خصوصية النساء أمام العاملين والزوار. هذا الانكشاف لا يقتصر أثره على شعور المريضة بالحرج فحسب، بل يعمّق شعورها بفقدان السيطرة على جسدها، خاصة إذا كانت تمر بتجربة مؤلمة كالولادة ولا تستطيع التعبير عن احتياجاتها. كما يعيد إنتاج علاقة سلطة غير متكافئة بين مقدمي الرعاية والمريضات، إذ تُدرّب النساء على قبول غياب الخصوصية بوصفه جزءًا من "النظام الطبيعي" للرعاية الحكومية.

كما أن الخصوصية لا تتعلق فقط بالمساحة المادية، بل تشمل أيضًا كيفية تعامل الأطباء مع جسد المرأة أثناء الفحص؛ بما في ذلك تغطية جسدها بشكل لائق. وقد كشفت الشهادات الطبية عن تباين وتضارب كبير في الالتزام بتغطية جسد المريضة.

> *"في وقت الهوجة أو الضغط ساعات كتير مش بتبقى متغطية، ودي حاجة مش كويسة، بس الدكاترة الكبار بيبقوا حريصين إنهم يغطوا المريضة، لكن الصغيرين ممكن ميأخدوش بالهم لأنهم بيعملوا كذا حاجة وبيشتغلوا كتير، فمش بيبقوا مركزين" د. م.ر طبيب|ة نايب|ة بقسم النساء والتوليد بالمستشفى*
>
> *"ساعات ممكن حد يفحص المريضة ومتبقاش متغطية كويس، دي أكتر حاجة ممكن مناخدش بالنا منها، إن احنا مبينين رجل المريضة أو حتة من جسمها." د. ن طبيب|ة نايب|ة بقسم النساء والتوليد*

تشير هذه التصريحات إلى أن مسألة التغطية تُعامل كأمر ثانوي قابل للنسيان، وليس كضرورة أخلاقية، بل تعتمد على اجتهاد الأفراد وخبراتهم. وهذا التضارب بين التوجهات الفردية والتطبيق العملي يعكس غياب سياسة مؤسسية موحدة تُلزم الطاقم الطبي بتطبيق معايير الخصوصية، وافتقارًا لآليات مراقبة فعالة داخل المستشفى، مما يخلق فجوة واضحة بين المبادئ المُعلنة والممارسات اليومية. في هذا السياق، لا تُخترق الخصوصية فحسب، بل تُعاد صياغتها كمجال تفاوض بين الضمير الفردي وضغط الواقع، وهو ما يُفرغها من معناها كحق أساسي للمريضات.

ويكشف هذا النمط من النسيان المتكرر أن انتهاك الخصوصية لا يحدث كاستثناء، بل كجزء من الممارسة اليومية التي تُطبّع انكشاف الجسد الأنثوي أمام أعين متعددة. فالتعامل مع التعرّي كأمر عادي أو غير مقصود يعكس تبلّدًا جسديًا ومهنيًا ناتجًا عن طبيعة التعليم الطبي، حيث يتعوّد الطبيب على النظر إلى الجسد كحالة سريرية، لا كإنسان. هذا الانفصال الإدراكي بين الجسد كموضوع مهني والجسد كذات لها شعور وكرامة هو أحد الجذور البنيوية للعنف التوليدي.

ومن ثمّ، فإن الحديث عن "التغطية" لا يتعلق بالأقمشة أو الستائر بقدر ما يتعلق بشعور الطبيب بقدسية الجسد وكيفية التعامل معه بحذر واحترام. إذ يصبح ما يُسمّى بـ"نسيان التغطية" تعبيرًا عن فقدان الحس الأخلاقي بالجسد النسائي، نتيجة بيئة مؤسسية لا تُدرّب العاملين على الانتباه لكرامة المريضة بوصفها جزءًا من الكفاءة المهنية نفسها.

من التحديات البارزة أيضًا هو عدد المتواجدين داخل كشك الولادة، حيث يتداخل دور المستشفى الجامعي في تعليم الأطباء الجدد "طلبة الامتياز" مع حاجة النساء للخصوصية. مما قد يؤدي إلى انتهاك خصوصية المريضات عن غير قصد.

"وجود عدد كبير في كشك الولادة أنا شايفه غير إنساني ومش مفيد لا للعيانة ولا للدكاترة."

د. م.ر طبيب|ة نايب|ة بقسم النساء والتوليد بالمستشفى

" المفروض نقلل العدد شوية، لأنه بيكون فيه امتياز كتير وتمريض ونواب فبيبقى كتير أوي، فممكن الدنيا تتنَظَّم بطريقة أفضل." د.م طبيب|ة نايب|ة بقسم النساء والتوليد بالمستشفى

تُظهر هذه التصريحات إدراكًا ضمنيًا بأن ازدحام كشك الولادة لا يضر فقط بالراحة النفسية للمريضة، بل أيضًا بجودة التعليم نفسه. ومع ذلك، يظل هذا الازدحام مقبولًا مؤسسيًا تحت مبرر "الضرورة التعليمية"، مما يعكس أولوية المعرفة الأكاديمية على كرامة الجسد الأنثوي. وهنا يتحوّل التعليم من وسيلة للرعاية إلى مبرر للعنف الرمزي، حيث تُعامل المريضة كأداة تدريب لا كإنسانة تمر بتجربة حساسة.

بالإضافة لهذه التصريحات انقسمت آراء الأطباء حول اختلاف شخصيات المريضات وانزعاج بعضهن وتوترهن من العدد الكبير داخل الغرفة، وعلى النقيض قد ترى بعض المريضات أن ذلك اهتمامًا زائدًا بها وأنها تتلقى رعاية مميزة. والأمر في النهاية متوقف على شخصية المريضة. ويكشف هذا الخطاب النسبي عن ميل لتبرير الانتهاك عبر الإرجاع إلى "اختلاف الطباع"، وتظل أعداد المتواجدين في كشك الولادة مرتبطة بالاحتياجات التعليمية للأطباء المتدربين، لا بآراء المريضات، وهو ما يبيّن التأثير البنيوي للمستشفى على تجربة الولادة.

تُظهر هذه الآراء اعترافًا ضمنيًا بتأثير البيئة التعليمية على خصوصية المريضات، وتفتح المجال لمساءلة السياسات التي تُعلي من قيمة التدريب على حساب راحة النساء وكرامتهن، على الرغم من كون التدريب بهذه الطريقة غير مفيد وقليل التأثير على سير العملية التعليمية للأطباء الجدد بشهادة الأطباء النواب. ومن ثم، فإن استمرار الممارسة لا يعكس فقط سوء تنظيم، بل أيضًا ثقافة مؤسسية تُقايض الكفاءة التقنية بالحق في الكرامة.

وفي محاولة لتحسين الأوضاع، بدأت المستشفى خلال الشهور الأخيرة تجربة فصل المريضات في غرف منفصلة.

"في الأول كانت كذا مريضة في نفس الأوضة جنب بعض ومفيش خصوصية، بس دلوقتي بدأوا يفصلوهم وكل واحدة في أوضة، ده كويس للمرضى عشان الخصوصية، بس مش سهل على الدكتور متابعتهم كلهم في أوض منفصلة بسبب قلة عدد الدكاترة.. فمش عارفة ده قابل للتنفيذ ولا لا." د. خ طبيب|ة نايب|ة بقسم النساء والتوليد بالمستشفى

تكشف هذه التجربة عن بداية تحول إيجابي تدريجي نحو احترام أكبر لخصوصية النساء، لكنه يظل مرهونًا بوفرة الكوادر الطبية والظروف اليومية. وهو ما يعكس هشاشة التغيير حين لا يكون مدعومًا بسياسات واضحة وبنية تحتية كافية. حيث أن تلك الخطوة تحتاج إلى إرادة إدارية قوية ودعم مادي وبشري كافٍ، وإلا ستبقى ضمن محاولات جزئية لا تُحدث تغييرًا حقيقيًا في تجربة النساء.

في المجمل، تظهر المقابلات والملاحظات الميدانية أن مسألة الخصوصية لا تزال مُهمّشة في بيئة مزدحمة وتعليمية مثل مستشفى الدمرداش. وتظل المعايير الأخلاقية مرتبطة باجتهاد الأفراد بدلًا من أن تكون جزءًا من منظومة مؤسسية تضع كرامة النساء في قلب الرعاية التوليدية. ومن ثم، فإن الخصوصية هنا تمثل مرآة للعنف التوليدي البنيوي في أبسط صوره: انتهاك يُبرّر بضرورات العمل، ويُعاد إنتاجه عبر ثقافة مهنية ترى الجسد الأنثوي مساحة مفتوحة للتعلّم أكثر مما تراه كذات لها حق في الاحترام.

رابعًا: بروتوكولات الولادة وإدارة الألم:

يمثل اتخاذ قرار الولادة سواء طبيعية أو قيصرية نقطة محورية في تجربة النساء. وعلى عكس ما يحدث في بعض المستشفيات الخاصة التي تُفضل الولادة القيصرية لأسباب متعلقة بالراحة والسرعة والجدوى الاقتصادية، تُظهر المقابلات أن هذه المستشفى والمستشفيات الجامعية بشكل عام يتمسكون بسياسة تفضّل الولادة الطبيعية، إلا إذا اقتضت الضرورة الطبية خلاف ذلك. كما أن إدارة الألم، في سياق الولادة الطبيعية والقيصرية، لا تزال محل جدل، في ظل تفاوت الممارسات، وغياب بروتوكول موحد يضمن استخدام المسكنات بشكل منظم.

> *"في الخاص بيستسهلوا وبيلجأوا للقيصري أسرع، لكن هنا لا ، الطبيعي هو الأساس، ومش بنحول على قيصري إلا لو في خطر واضح أو ضرورة طبية، وحتى لو الحالة عايزة تولد قيصري مش بنوافق طالما ينفع تولد طبيعي." د.خ طبيب|ة نايب|ة بقسم النساء والتوليد بالمستشفى*

يشير هذا التصريح إلى فارق جوهري بين النظام العام والخاص: ففي حين تُستخدم الولادة القيصرية في القطاع الخاص أحيانًا كوسيلة تسويقية، تُعتبر في الدمرداش والمستشفيات الجامعية الأخرى خيارًا استثنائيًا تُفرضه البروتوكولات والسياسات الصحية. هذا يمنح بعض النساء فرصة أكبر لتجربة الولادة الطبيعية، رغم أن ذلك لا يعني دومًا أن التجربة مصحوبة برعاية متكاملة أو خالية من الضغط. ومع ذلك، فإن هذا التفضيل للولادة الطبيعية لا ينفصل عن البنية المؤسسية التي تحكمه: فوجود توصيات ومعايير جودة عالمية ولاعتبارات اقتصادية يكون الاختيار الأساسي هو الولادة الطبيعية، وليس دائمًا رغبة المريضة في حالة كانت ناتجة عن تفضيل شخصي أو خوف من ألم الولادة الطبيعية وتبعاتها، متجاهلين لرغبتها مادامت لا تخضع لظروف طبية محددة، وهو ما يعيد إنتاج نفس الهيمنة الطبية التي تستبعد النساء من اتخاذ القرار بشأن أجسادهن.

وفيما يتعلق بإدارة الألم، فقد كشفت المقابلات عن تفاوت واضح في الممارسات الطبية المتعلقة باستخدام المسكنات، سواء أثناء الولادة أو بعدها، وهو ما يعكس غياب بروتوكول موحد منظم لهذه الجزئية المهمة في الرعاية التوليدية. وتوضح ندى، استنادًا إلى خبرتها العملية خلال تدريبها في العيادات والمراكز الخاصة للولادة، أن غياب بروتوكول واضح لإدارة المسكنات ينعكس مباشرة على كيفية التعامل مع ألم النساء. وتشير إلى أن استخدام المخدر الموضعي كان يتفاوت بشكل ملحوظ تبعًا لعدد الحالات وحالة الطبيب المزاجية؛ ففي الأيام التي يكون فيها عدد الولادات أقل، كان الطبيب أكثر حرصًا في إعطاء المسكنات والمخدر الموضعي باهتمام شديد، بينما يقل هذا الاهتمام في فترات الإرهاق أو التكاسل. وتُبرز هذه الملاحظة كيف يُترك التعامل مع الألم لاجتهادات فردية ومزاجية، بما يهيئ لتفاوت واضح في جودة الرعاية المقدمة للنساء داخل الإطار نفسه.

تُظهر المقابلات أن التعامل مع الألم داخل المستشفيات الحكومية لا يقوم على مبدأ السيطرة الاستباقية عليه، بل على التدخل بعد حدوثه. فالألم لا يُعتبر عنصرًا أساسيًا في خطة الرعاية، وإنما يُنظر إليه كعرض جانبي يمكن احتماله أو تأجيل التعامل معه. هذا التوجه لا يعني أن الأطباء يرون الألم ضروريًا، بل أنهم يدركون سوء إدارته، لكنهم يعملون في بيئة تفتقر للآليات المؤسسية التي تتيح السيطرة عليه بفعالية.

> *"إدارة الألم في مصر وحشة جدًا، ده مش بس في النسا، ده في أي مستشفى. العيانين بيتوجعوا لما مش المفروض يتوجعوا، وبعد العملية المفروض الوجع يبقى فيه كنترول، مايبقوش موجوعين. بنديهم، بس التمريض مش دايمًا بيصرف على طول." د. م طبيب|ة نايب|ة بقسم النساء والتوليد بالمستشفى*

يُظهر هذا التصريح إدراكًا ذاتيًا من داخل المنظومة لقصور إدارة الألم، حيث يقرّ الطبيب بأن المريضات يعانين أكثر مما ينبغي، وأن أسباب ذلك لا تتعلق برؤية طبية للألم بل بتعقيدات إدارية وتنظيمية. بهذا المعنى، يتحول الألم من ظاهرة بيولوجية إلى نتيجة هيكلية لنقص الموارد وضعف المتابعة، وهو ما يجعل التجربة الجسدية للنساء انعكاسًا مباشرًا للخلل المؤسسي.

ولا تُعد الإشارة إلى "التمريض" هنا محاولة لإلقاء اللوم، بل تكشف خللًا أعمق في بنية الإشراف والمتابعة داخل المستشفى. فإدارة الألم لا تتوقف عند نية الطبيب أو توفر الدواء، بل تحتاج إلى منظومة مؤسسية متكاملة تضمن أن تُترجم الأوامر إلى رعاية فعلية. حين تغيب هذه السلسلة الرقابية، تصبح استجابات الألم متفاوتة ومزاجية، تُوزّع فيها الراحة أو المعاناة بحسب اجتهاد الأفراد لا وفق حقّ النساء في معاملة متساوية، مما يُسهم في إنتاج رعاية غير عادلة.

> *"في البرايفت بيدّوا إبيديورال، لكن هنا مش بنستخدمه كتير، وأنا واحد من الناس مبحبش أستخدمه لأنه ليه تعقيدات كتير وهنا مفيش عدد دكاترة كفاية، ممكن اتنين بس مسؤولين عن كل الحالات ، وبالتالي لو حصل اي مشاكل او مضاعفات مش هنعرف نتصرف بسرعة." د. م.ر طبيب|ة نايب|ة بقسم النساء والتوليد بالمستشفى*

يُظهر هذا التصريح أن العوامل المؤسسية - مثل نقص عدد أطباء التخدير والخوف من المضاعفات - تتحول إلى معيار حاكم لاتخاذ القرار الطبي، متقدمةً على احتياجات المريضة أو طلبها. في هذا السياق، يصبح الخوف من "التعقيدات" مبررًا كافيًا لحرمان النساء من أدوات تخفيف الألم، وكأن راحتهن الجسدية يُمكن التضحية بها من أجل انتظام العمل بوتيرته الطبيعية. وهكذا، يُعاد تعريف الألم بوصفه نتيجة "ضرورية" للنقص الهيكلي، لا تجربة إنسانية تستدعي الاستجابة. إن هذا المنطق المؤسسي، الذي يربط المعاناة بالضرورة النظامية بدلًا من الحق في الرعاية، يُجسّد شكلًا واضحًا من أشكال العنف التوليدي، حيث يُحمَّل الجسد النسائي أعباء العجز الإداري، متجاهلاً حق المرأة في الرعاية الآمنة والمتكاملة.

وفيما يتعلق بالقرارات اليومية حول منح المسكنات، يتضح أن الأمر كثيرًا ما يُترك لتقدير الطبيب بناءً على مدى ما يراه من معاناة ظاهرة على المريضة، لا على مقياس موضوعي أو تفضيلات المريضة نفسها.

"حسب العيانة متألمة قد إيه، بنديها، على حسب الحالة." د.خ طبيب|ة نايب|ة بقسم النساء والتوليد بالمستشفى

"بندي لما بتبقى موجوعة أوي د.ن طبيب|ة نايب|ة بقسم النساء والتوليد بالمستشفى

"هي موجودة ولو فيه حاجة صعبة اوي بنصرفهالها" د. م.ر طبيب|ة نايب|ة بقسم النساء والتوليد بالمستشفى

تعكس هذه الشهادات أن مسألة منح المسكنات تعتمد بشكل كبير على الحكم الشخصي للطبيب وتقديره للألم تُقاس بالبصر أو الانطباع، لا على تقييم ممنهج للألم أو معايير محددة أو بناءً على طلب المريضة. هذا يفتح الباب أمام التحيز أو التقليل من ألم المرأة، خاصة إذا لم تُظهر استجابات تُقنع الطبيب بأنها "تستحق" المسكن ويُنتج تمييزًا ضمنيًا بين من "تبدو متألمة بما يكفي" ومن لا تُقنع معاناتها الطبيب.

إن ترك القرار للطاقم الطبي دون إشراك المريضة أو الاعتماد على أدوات قياس موضوعية يعكس إقصاءً غير مباشر لصوت النساء داخل غرفة الولادة. هذا الإقصاء يُعيد إنتاج تراتبية قائمة على النوع الاجتماعي، حيث تُشكك النساء أكثر من غيرهن في معاناتهن ويُعاد تأطير الألم على أنه مبالغ فيه أو ناتج عن ضعف عاطفي. وفي هذا السياق، تتحول الممارسات التي تبدو محايدة على السطح إلى أدوات لإعادة إنتاج عدم المساواة البنيوية، حيث تُمنح بعض النساء (غالبًا ذوات الخلفية الاجتماعية الأضعف أو الأقل تعليمًا) مستويات أقل من الرعاية لمجرد أن شكواهن لا تُرى على أنها "حقيقية" بما يكفي.

"بعد الولادة القيصري الوجع كان صعب أوي، قعدت فيه ساعات كتير ما فيش حد جه مثلاً بص عليا أو اداني المسكنات، ولا الحاجات دي كلها، وكان يوم كامل ماخدتش مسكن غير في نهايته لما طلعت للوحدة. بس الكلام ده من ١١ سنة وقت ٢٠١٤ ، لكن دلوقتي بيدوهم المسكنات في الإفاقة تقريبًا. بس انا من ساعتها بقيت خايفة، وتاني مرة ولدت برّه، ما حبتش أجي هنا.." حنان، إحدى المشاركات بالدراسة

"لا مخدتش مسكنات ألم القيصرية كان وحش اوي خصوصا لما تيجي تنزلي من على السرير اول مرة، بس ممكن نقص المسكنات عشان كانت ايام الثورة بعد ازمة الاخوان ٢٠١٣ تقريبا، فاكيد كان بسبب لغبطة احوال البلد وقتها، لكن دلوقتي مش عارفة الوضع ايه.." صفاء، إحدى المشاركات بالدراسة

تُظهر شهادتا حنان وصفاء أن الألم الجسدي لا يُختبر فقط كمعاناة لحظية، بل كخبرة ممتدة تترك أثرًا نفسيًا واجتماعيًا طويل المدى. ففي حالة حنان، يتحول الوجع الجسدي إلى ذاكرة مؤلمة تُعيد تعريف علاقتها بالمستشفى؛ إذ يصبح الخوف من الألم سببًا في تجنب المكان ذاته الذي يُفترض أن يكون مساحة أمان. هنا لا يُنتج الألم خوفًا فحسب، بل قطيعة رمزية مع المؤسسة الطبية، تُجسد كيف يتحول العنف التوليدي إلى انعدام ثقة متوارث بين النساء والنظام الصحي.

أما شهادة صفاء، فتكشف بُعدًا آخر للألم بوصفه مرآة للهشاشة البنيوية للنظام الصحي. فغياب المسكنات وقت الاضطراب السياسي لا يُعّر فقط عن أزمة موارد، بل عن هشاشة أولويات الرعاية حين تُتأثر صحة النساء بسبب "ظرف عام" أو "ظروف بلد". بهذا المعنى، تصبح أجساد النساء المكان الذي تُترجم فيه الأزمات السياسية إلى معاناة يومية، فيتحول الألم الفردي إلى تجربة اجتماعية تُحمّل النساء عبء التكيف مع الخلل العام.

إن المقاربتين معًا تكشفان أن الألم ليس تجربة طبية بحتة، بل علاقة اجتماعية وسياسية تتقاطع فيها السلطة الطبية مع الظروف العامة، وتُعيد تعريف ثقة النساء بالمؤسسات الصحية. فالوجع هنا لا ينتهي بانتهاء الولادة، بل يستمر كعلامة على هشاشة الرعاية، وكذاكرة جماعية تتوارثها النساء عن المستشفيات الحكومية، حيث يصبح الخوف من العودة امتدادًا للعنف التوليدي نفسه.

بعد عرض شهادات النساء حول تجارب الألم وضعف إدارة المسكنات، يتضح أن هذه التجارب لا تُعبّر عن حالات فردية، بل عن خلل مؤسسي أعمق. ففي مستشفى تعليمي مزدحم كتلك المستشفى، حيث الأولوية للتعامل مع العدد الكبير من الولادات، تُهمّش إدارة الألم لصالح الإنتاجية، مما يجعل التجربة أكثر قسوة على النساء. وبينما تمثل أولوية الولادة الطبيعية نقطة إيجابية، فإن غياب الرعاية التلطيفية والفعالة يفرغ هذا الخيار من محتواه الإنساني، ويجعل الألم غير المُدار وجهًا آخر من أوجه العنف البنيوي في الرعاية الصحية؛ إذ يُعاد إنتاج معاناة النساء ضمن نظام يوازن بين الموارد لا بين الكرامة.

ومن هذا المنطلق، فإن إدارة الألم لا تُمثل مسألة طبية أو إجرائية فحسب، بل اختبارًا أخلاقيًا لمفهوم العدالة في الرعاية. فهي تكشف عن التقاءٍ مؤسسي بين ضعف البنية التحتية والموارد، ونقص التدريب، واللامبالاة المتجذّرة تجاه ألم النساء، مما يجعل التجربة الجسدية للولادة انعكاسًا دقيقًا لتوزيع السلطة داخل المؤسسة الطبية. ومن ثمّ، فإن تحسين رعاية الألم لا يعني فقط زيادة المسكنات أو الكوادر، بل يتطلب مراجعة التصورات السائدة عن النساء، وحقهن في التعبير عن آلامهن، والاعتراف بأن تخفيف الألم ليس "رفاهية"، بل حق أساسي من حقوق الرعاية التوليدية العادلة.

خامسًا: العلاقة بين الطبيب والمريض:

تعدّ العلاقة بين الطبيب والمريضة من أهم المواقع الإنسانية في البيئة الطبية، فهي الإطار الذي تتفاعل فيه المعرفة العلمية مع السلطة المهنية، ومن خلالها تتشكّل ثقة المريضات وتجاربهن أثناء الولادة. وهذا يعني أن السلوكيات والممارسات التي تصدر عن مقدمي الرعاية لا تُعد مجرد أفعال فردية، بل تعكس فلسفة منظومة تُعيد تعريف ما يُعتبر سلوكًا "مهنيًا" و"مقبولًا".

تحت وطأة الضغوط المتراكمة داخل المستشفيات، يبرر بعض الأطباء الانفعال أو الشدة اللفظية والجسدية بوصفها وسائل لضمان سلامة المريضة والجنين. إلا أن هذا التصور يكشف عن اختلال عميق في العلاقة بين السلطة الطبية وجسد المرأة، حيث يُختزل التعاون في الطاعة، ويُشرعن العنف باسم الحماية.

> *العنف اللفظي والزعيق شوفت ناس بتعمل كده... وانتي بتولدي عيانة وهي عمالة تتحرك والبيبي هيتأذى، فساعات بيبقى مبرر التعامل بعنف، يعني فيه عيانين بيبقوا غريبين الأطوار خصوصًا الستات المصريين عندهم دايرة من الصويت والحركة وأفعال متهورة، هما معذورين بسبب الألم، بس احنا غصب عننا ساعات بنضطر يبقى فيه عنف أو زعيق عشان خايف على البيشنت وعلى الجنين، لكن ليه واحد يعذب واحدة من غير سبب؟ يعني هو مش عبيط." د. م.ر، طبيب|ة نايب|ة بقسم النساء والتوليد بالمستشفى*

يكشف هذا التعليق عن رؤية تُحمّل النساء مسؤولية ردود الفعل العنيفة تجاههن، في تجاهل تام لحقّهن في الألم والتعبير عنه؛ ويتم تصوير المريضة كعنصر فوضوي يجب السيطرة عليه، بدلًا من رؤيتها كفاعل مشارك في عملية الولادة. وهكذا يتحول القلق على الجنين إلى ذريعة للعنف تُخفي وراءها غياب الأدوات البديلة للتعامل مع الألم والاختلافات السلوكية. فالجنين يُستدعى كمبرر يعلو على جسد المرأة نفسها، فتُقدَّم السيطرة بوصفها حماية لا قهر. هذه الآلية الخطابية، الشائعة في سياقات العنف التوليدي، تنزع عن المرأة حقها في الألم وتحوّل الانتهاك إلى تضحية تُرتكب باسم المصلحة الطبية. وهكذا، يتحول خطاب "الخوف على الجنين "إلى أداة لإعادة إنتاج مركزية الجسد الأنثوي كمجال للرقابة، لا للرعاية، مما يجعل الإيذاء يُقدَّم كضرورة مهنية لا كخلل أخلاقي.

وتشير ندى، انطلاقًا من موقعها كطبيبة امتياز وبناءً على ملاحظاتها الميدانية داخل عيادات الحوامل، إلى أن الخلفيات الاجتماعية والثقافية تلعب دورًا في تطبيع أنماط معينة من العنف السلطوي. إذ تأتي بعض المريضات، خصوصًا في أول حمل لهن، بصحبة أمهاتهن اللواتي يتخذن موقعًا سلطويًا يشبه "المراقب الحليف" للطبيب. فالأم تساند تعليمات الطبيب، وتُضعف قدرة ابنتها على اتخاذ قرار بشأن جسدها، وكثيرًا ما ترفع صوتها عليها بلهجة تأديبية لتأكيد ضرورة الالتزام بـ"أوامر" الطبيب. هذا التماهي الأدائي مع سلطة الطبيب يُعيد إنتاج العلاقة الهرمية من داخل المجتمع نفسه، فيخلق بيئة تُطبّع العنف التوليدي وتجعله ممارسة عادية ومبررة كوسيلة لضبط المريضة والحفاظ عليها.

ولا تنبع السلطة الأبوية للمنظومة الطبية من المعرفة وحدها؛ فالتعامل الباطني مع الجسد وتعريته ماديًا أثناء الكشف لا يُنتج شعورًا بالحرج فقط، بل يضع المريضة في موقع أضعف من الطبيب، مما يرسّخ علاقة سلطة غير متكافئة. فحين يغيب الأساس التشاركي في التعامل، يصبح الكشف الطبي نفسه أداة أخرى لإعادة إنتاج هذه السلطة الأبوية داخل البيئة الطبية.

وإذا انتقلنا من المستوى البنيوي والاجتماعي إلى التجربة الانفعالية المباشرة للمريضات، يتضح مدى مركزية علاقة الطبيب بالمريضة في تحديد شعورها بالأمان أو الخوف داخل فضاء طبي غالبًا ما يُنظر إليه باعتباره بيئة باردة وجافة. فالأطباء هم أكثر عنصر إنساني تتعامل معه المريضة في سياق حساس يتعلق بصحتها وجسدها، وفي بعض الأحيان بحياتها وحياة جنينها.

"أنا كنت خايفة عشان مش معايا حد، لأن المستشفى هنا مش بتدخل مرافقين معانا، بس والدكتورة قالتلي ماتخافيش مش هتحسي بأي حاجة، إحنا معاكي هنا وكلنا حواليكي." إيمان، إحدى المشاركات بالدراسة.

تعكس هذه التجربة مدى أهمية أن تكون العلاقة بين الطبيب والمريضة علاقة تراحمية وإنسانية، قادرة على منح الطمأنينة في بيئة قد تكون مخيفة أو غير مألوفة بالنسبة للمرأة.

ختامًا، تظهر هذه الشهادات أن علاقة الطبيب والمريضة هي من أهم العناصر التي تحدد تجربة النساء أثناء الولادة وفي السياق الطبي، وهذه العلاقة تتأثر بالسلطة البنيوية والمعرفية مما يؤثر على نظرة الطبيب للمريضات وبالتالي التعامل معهن. وفي المقابل، نجد أن المعاملة الإنسانية والتراحمية الفردية قد تقلل من حدة هذا السلطة المهيمنة البنيوية وتمنح النساء الإحساس بالأمان في منظومة تضعهن في موقع هش.

سادسًا: إدراك النساء وتجاربهن في تفسير العنف التوليدي:

يلعب وعي النساء بحقوقهن أثناء الولادة دورًا أساسيًا في تفسيرهن لتجربتهن، وتحديد ما إذا كن قد تعرضن لعنف توليدي أم لا. وقد كشفت المقابلات عن تفاوت ملحوظ في هذا الوعي، حيث اعتبرت بعض النساء ممارسات عنيفة بمثابة "الوضع الطبيعي" في المستشفيات الحكومية، إلى أن مررن بتجربة مختلفة في هذه المستشفى. هذا التفاوت لا يعكس فقط نقصًا في التثقيف الطبي، بل يرتبط أيضًا بسياقات اجتماعية أوسع تُهمّش النساء وتُقصيهن من فهم حقوقهن في الرعاية الصحية.

"أنا ولدت مرتين قبل كده في مستشفى سيد جلال وهناك مدونيش مسكنات بعد الولادة ولا أي حاجة وكمان كانوا بيسمعوا شكوتي ويطنشوني مهتموش، لكن المرادي مكانش فيه مكان فاضي في سيد جلال فجيت ولدت في الدمرداش وادوني مسكنات. كنت فاكرة إن ده الطبيعي، يعني ان في الحكومي مهتموش وميدونيش مسكنات، بس لما جيت الدمرداش وشوفت المعاملة، حبيتهم وقررت أولد هنا تاني." صباح، إحدى المشاركات بالدراسة.

تعكس شهادة صباح كيف يساهم التطبيع مع الإهمال والعنف في تشكيل وعي النساء بأنماط الرعاية. فقبولها السابق لغياب المسكنات وتجاهل الشكوى لم يكن نتيجة "قصور إدراك"، بل نتاجًا لبنية مؤسسية ومجتمعية قدمت الإيذاء بوصفه

أمرًا طبيعيًا. لقد كشفت التجربة المختلفة في الدمرداش زيف ما كان يُقدم لها سابقًا كأمر عادي. مما يوضح كيف يمكن للتجربة الإيجابية أن تعيد تأطير ما سبقها وتمنح المرأة أدوات لتسمية العنف. وهكذا تتحول المقارنة بين التجربتين إلى أداة لإعادة تعريف ما يُعتبر "رعاية" وما يُعتبر "انتهاكًا"، بينما يظل غياب البدائل أو الخطاب الصحي الداعم سببًا في استمرار قبول كثير من النساء للإيذاء كأمر روتيني.

عدم معرفة النساء بحقهن في الحصول على مسكنات، أو حتى في فهم أن الألم المفرط ليس جزءًا حتميًا من الولادة، يخلق حالة من القبول الصامت تجاه الانتهاكات. هذا الوعي لا يتشكل بمعزل عن أداء المؤسسة الصحية نفسها. فالنظام الطبي ينظر للنساء كأجساد خاضعة للقرار الطبي، لا كأطراف فاعلة في علاقتها بالرعاية، ويُنظر للطبيب على أنه مصدر الحقيقة الوحيد إذ يملك السلطة المعرفية والتنفيذية أيضًا. لذلك، يصبح غياب المعرفة نتيجة مباشرة لهيمنة خطاب طبي مغلق يُقصي النساء من الفعل والفهم معًا.

تُظهر المقابلات أيضًا أن مفهوم الرعاية في المستشفى لا يتم كممارسة متصلة ومستمرة، بل كاستجابة ظرفية تُمنح عند الخطر وتُسحب عند الاستقرار. فالتعامل مع المريضات يتغير تبعًا لوضعهن الصحي لا باعتبارهن أصحاب حق في المتابعة والدعم بعد الولادة.

> *"حالتي مكانتش مستقرة، فجيت قعدت هنا من السابع لحد التاسع وكان فيه اهتمام، بس بعد الولادة لا ، مكانش فيه اهتمام ولا حد اتكلم معايا."* حنان، إحدى المشاركات بالدراسة

تكشف هذه الشهادة أن الاهتمام بالمريضة يظل مشروطًا بكونها في "خطر صحي محتمل"، بينما يُلغى هذا الاهتمام فور انتهاء الحدث الطبي نفسه، وكأن مهمة الرعاية تنتهي بولادة الجنين لا باستعادة الأم لعافيتها الجسدية والنفسية. هذا النمط يعكس تصورًا آليًا للرعاية يختزلها في النجاح الإجرائي لا في التعافي الإنساني، وهو أحد أوجه العنف التوليدي الذي يُغفل الأثر النفسي لما بعد الولادة.

وفي سياق متصل، تكشف تجارب بعض النساء أن الوصول إلى الرعاية لا يتحدد فقط بالحالة الصحية، بل أيضًا بالموقع الاجتماعي داخل المؤسسة. فالروابط الشخصية والعلاقات غير الرسمية تصبح أحيانًا أداة لتجاوز البيروقراطية أو تخفيف المعاناة، مما يخلق تفاوتًا خفيًا بين المريضات داخل نفس القسم.

> *"لما جيت ولدت، قريبتي كانت بتشتغل ممرضة هنا، وده ساعدني كتير. مثلًا الأشعة لو هنزل أعمل سونار بيبقى زحمة جدًا، أو لو بخلص إجراءات تانية بس جاية في وقت زحمة، وأنتي حتى لو تعبانة مش قادرة تقعدي، لازم تاخدي دور؛ فبصراحة هي كانت بتمشيهالي وبادخل علطول، لكن من ناحية الدكاترة فالمعاملة كويسة مع الكل."* حنان، إحدى المشاركات بالدراسة

هذه الشهادة تُظهر كيف يمكن للعلاقات الشخصية أن تخفف من الأعباء البيروقراطية، لكنها في الوقت نفسه تكشف عن اختلال في العدالة داخل منظومة الرعاية. فحين تصبح "العلاقات" وسيلة لتسهيل الإجراءات، تتحول المساواة المفترضة بين المريضات إلى امتيازات فردية تُوزع بناءً على المحسوبية لا الاستحقاق. وهكذا، تتجسد اللاعدالة الطبية في تفاصيل يومية، حيث تتحدد جودة التجربة لا بمدى استحقاق المرأة للرعاية، بل بمدى قربها من السلطة داخل المؤسسة.

وفي مستوى أكثر عمقًا، تُظهر الحوارات مع حنان كيف يغيب الوعي بالخيارات المتاحة داخل التجربة الطبية نفسها:

> *" مكنتش اعرف ان فيه مسكنات مخصوصة بتتاخد وقت القيصرية ولا كنت اعرف فيه في المستشفى هنا ولا لا ، يعني انا ولدت قبل كده في مستشفيات خاصة ومكنتش بحس بالألم خالص بس مكنتش اعرف ان ده بسبب المسكنات دي والتاب لوك وانهم بيدوني حاجة ، فلما جيت الدمرداش واتألمت كده استغربت وطلع اني المفروض اخد مسكنات بس محدش اداني غير اخر اليوم."* *حنان، إحدى المشاركات بالدراسة*

لا تكشف هذه الشهادة عن "نقص معلومات" فحسب، بل عن انتزاعٍ مباشر لحق المرأة في معرفة ما يجري داخل جسدها. حين تُحجب عنها نوعية الأدوية، آليات عملها، ومتى ولماذا تُمنَح، تُسلب قدرتها على الفهم والتقييم والاعتراض؛ يتحول الجسد إلى ساحة إجراءات صامتة بلا شرح. هذه ليست فجوة تواصل عابرة؛ إنها خرْق لسيادة الجسد، لأن الألم أو غيابه يقع عليها بلا أن تعرف مصدره أو معنى تغيّره.

والأخطر أن هذا الإخفاء يُنتج "ارتباكًا جسديًا "فحين لا تعرف المريضة أن عدم الألم في الولادات السابقة كان نتيجة تدخلات دوائية محددة، يصبح ألمها الحالي لغزًا شخصيًا تُلام عليه ضمنًا (بتبالغ) بدل أن يُرى كفشلٍ في الرعاية. هنا يتحول الألم إلى اختبار استحقاق غير مُعلن: "من لا تَعرف لا تطلب، ومن لا تطلب لا تنال". بذلك يصير الصمت المؤسسي أداة ضبط؛ يفرض الخضوع، ويعيد إنتاج عدم المساواة عبر تحويل الجهل المفروض إلى عقوبة جسدية.

كما أن تغييب الشرح قبل وبعد العملية يمحو "الموافقة المستنيرة" بوصفها عملية لا ورقة؛ فالموافقة الحقيقية تقتضي معرفة البدائل (إبيديورال/تاب لوك/بروتوكولات المسكّنات)، وفهم المخاطر والفوائد وتوقيت الإعطاء. حين تغيب هذه الخطوات، لا تكون المريضة قد وافقت، بل سُلِّمت. وهنا يتبدّى العنف التوليدي في صورته العارية: ألمٌ بلا تفسير، وإجراءٌ بلا مشاركة، ونتيجة تحملها المرأة وحدها بينما تظل أسبابها داخلية إلى المؤسسة وبعيدة عن المساءلة.

وقد أظهرت المقابلات مع الأطباء أن غياب وعي النساء بحقوقهن هو جزء من السياق اليومي للعمل الطبي.

"فيه ستات بتبقى متخيلة إن أي حاجة الدكتور يقولها تتعمل وخلاص، ومبتسألش عن حاجة."

د.خ طبيب|ة نايب|ة بقسم النساء والتوليد بالمستشفى

"الوعي عند المريضات بيفرق جدًا، المريضة اللي تعليمها كويس بتسأل وبتفهم، وبتتفاعل، غير اللي مش فاهمة أي حاجة." *د.ن طبيب|ة نايب|ة بقسم النساء والتوليد بالمستشفى*

"كما أشار د.م.ر إلى أن بعض الأطباء يفتقدون مهارات التواصل، مما يؤدي إلى صعوبة في إيصال المعلومات للمريضات ذوات التعليم المحدود."

تعكس شهادات الأطباء رؤية مهنية تُحمل النساء جزئيًا مسؤولية ضعف التواصل، دون مساءلة المنظومة الصحية عن دورها في تعزيز هذا الوعي أو ضمانه. فعندما تُترك قرارات مثل الموافقة المستنيرة أو المسكنات لتقدير الطبيب، يصبح غياب وعي النساء أداة لتبرير تهميشهن وسلب حقهن في المشاركة. ومن هنا، لا يمكن فهم محدودية الوعي كقصورٍ فردي، بل كنتاج لبنية طبقية وجندرية تُقيّد وصول النساء إلى المعرفة الطبية وتُضعف أدوات الاحتجاج لديهن. تجربة صباح وحنان تمثلان نموذجين لآليتين مختلفتين للعنف التوليدي: الأولى تُظهر كيف يُطبع الإهمال حتى يبدو طبيعيًا ويصبح غير مرئي إلا بعد المقارنة، والثانية تُظهر كيف يُعاد إنتاج الجهل لضمان استمرار الخضوع. كما أن كلاهما أظهرا كيف يمكن لفعل المقارنة وحده بين مستشفيين أو موقفين أن يُحدث تحولًا جذريًا في إدراك النساء لحقوقهن، كلاهما يؤكد على ضرورة جعل الوعي أداة ضمنية في عملية الرعاية الصحية، لا مجرد نتاج عشوائي للتجربة الشخصية ويؤكد على أن الوعي ليس فقط أداة للفهم، بل شرطًا للمساءلة.

إن مواجهة العنف التوليدي تتطلب تجاوز الخطاب الذي يُحمّل النساء مسؤولية صمتهن، نحو بناء منظومة رعاية تُدرج الوعي كجزء أصيل من العملية الطبية ذاتها. فالمعرفة هنا ليست ترفًا، بل هي الأساس الأخلاقي للرعاية، إذ تتيح للنساء استعادة حقهن في الفهم، والاعتراض، والمشاركة في القرار الطبي وهي الحقوق التي يُقاس بها جوهر العدالة في أي نظام صحي.

الخاتمة:

تكشف هذه الدراسة أن العنف التوليدي ليس حدثًا عارضًا أو ناتجًا عن ممارسات فردية، بل هو ظاهرة بنيوية تتشكل عند تقاطع السلطة الطبية، ونقص الموارد، وضعف التنظيم المؤسسي، وتفاوت الوعي بين النساء. ومن خلال تحليل شهادات الأطباء النواب وتجارب النساء، ظهر بوضوح أن الممارسات المسيئة داخل غرف الولادة تُعاد صياغتها باعتبارها "جزءًا من

النظام"، وهو ما يمنحها شرعية متوهمة ويجعلها مألوفة داخل الحياة اليومية للمستشفى، ويُضعف في الوقت ذاته أي إمكانات فعلية للمساءلة أو الإصلاح.

لقد أبرز التحليل أن العنف التوليدي يُعاد إنتاجه عبر سلسلة مترابطة ونسق كامل من السياسات، تبدأ من قاعات التدريس التي تُهمل البعد الإنساني وأخلاقيات المهنة، وتمر بكشك الولادة حيث الخصوصية والتواصل مسألتان ثانويتان، وبيئة العمل التي تطبع الصراخ وإهمال الألم والعنف مع المريضات، ولا تنتهي عند غياب آليات واضحة للمساءلة المؤسسية أو الاعتراف القانوني بالعنف التوليدي كعنف يستوجب الحماية. في المقابل، ظهر بوضوح أن صوت النساء، رغم غيابه النسبي عن صناعة القرار، يظل شاهدًا على هذا العنف، وفي بعض الأحيان مرآة تكشف عدم وعيهن بحقوقهن، مما يعزز استمرار الانتهاك. وهذا الإطار البنيوي هو ما يسمح بترسيخ الهرمية الطبية وإعادة إنتاج علاقات السلطة الجندرية داخل نظام الرعاية الصحية.

كما كشفت الدراسة أن الفجوة بين التعليم النظري والتطبيق العملي تساهم في تطبيع ممارسات مهينة وغير إنسانية، في ظل غياب التوجيه والتدريب على التعامل مع المريضات بوصفهن شريكات في الرعاية. وقد ساهم ضغط العمل اليومي، ونقص الكوادر والموارد، وسوء التنظيم الإداري، تُسهم في خلق بيئة تبرر ممارسات غير إنسانية - مثل الصراخ أو تجاهل الخصوصية وإهمال الموافقة المستنيرة - وتُخفيها خلف خطاب "الضرورة" و"الازدحام" و"الوقت الضيق".

وفي المقابل، أظهرت المقابلات مع النساء أن محدودية الوعي بالحقوق الإنجابية، خاصة في ظل الفقر ونقص التعليم وندرة المعلومات، دفعت بعضهن لتقبّل العنف باعتباره طبيعيًا ولا يمكن تجنبه في الولادة في مستشفى حكومي، بينما بدأت أخريات – خصوصًا ممن يمتلكن تجارب سابقة متعددة مع القطاعين العام والخاص – في التشكيك في "الطبيعي" والمطالبة برعاية أكثر احترامًا وإنسانية.

وتؤكد نتائج الدراسة أن معالجة العنف التوليدي تتطلب فهمًا بنيويًا شاملًا، لا يكتفي بوصف التجارب، بل يعيد طرح أسئلة حول كيفية إعداد الأطباء، وتوزيع الموارد، وتنظيم الأقسام التعليمية داخل المستشفيات الجامعية، وطبيعة العلاقة الهرمية التي تحكم التفاعل بين الأطباء والنساء، وضرورة إدماج صوتهن داخل النظام الصحي. كما تبرز الحاجة إلى توسيع البحث مستقبلًا ليشمل مستويات أخرى من الفاعلين، مثل الاستشاريين، الإدارة، وأقسام التمريض، فضلًا عن ربط الظاهرة بتاريخ الممارسات الطبية في مصر وبرامج الإصلاح الممكنة.

وإلى جانب هذا التوسع النوعي، تقتضي الضرورة كذلك توسيع الإطار المكاني للدراسة ليشمل عددًا أكبر من المستشفيات الحكومية الجامعية، بما يسمح بالوصول إلى عينة أكثر تنوعًا وتمثيلًا، ويعزز إمكانية تعميم النتائج على نطاق أوسع داخل منظومة الرعاية الصحية. ونطمح أن تكون هذه الدراسة خطوة أولى في مسار بحثي أعمق، نعمل فيه على تطوير هذا التوسع المستقبلي وجمع بيانات أكثر شمولًا حول أشكال العنف التوليدي في سياقات طبية متعددة.

وبذلك، لا تقف الدراسة عند حدود رصد الانتهاكات، بل تسهم في تقديم قراءة أعمق للعنف التوليدي بوصفه قضية اجتماعية وجندرية وسياسية، تتجذر عند تقاطع الجندر والسلطة داخل المجال الطبي. ويجعل هذا الفهمُ مواجهةَ العنف التوليدي ضرورةً إنسانية ومجتمعية تتجاوز الحلول التقنية الضيقة، نحو إعادة بناء الرؤية الكلية للرعاية الصحية الإنجابية في مصر على أساس من العدالة والاحترام وحق النساء في رعاية آمنة وإنسانية.

المراجع:

١. Bohren, Meghan A., Joshua P. Vogel, Erin C. Hunter, Olha Lutsiv, Suprita K. Makh, João Paulo Souza, Carolina Aguiar, et al. ٢٠١٥. "The Mistreatment of Women During Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review." PLoS Medicine ١٢ (٦): e١٠٠١٨٤٧. https://doi.org/١٠,١٣٧١/journal.pmed.١٠٠١٨٤٧

٢. Giacomozzi, M., De La Torre, F. F., & Khalil, M. (٢٠٢١). Standing up for your birth rights: An intersectional comparison of obstetric violence and birth positions between Quichua and Egyptian women. International Journal of Gynecology & Obstetrics, ١٥٥(٢), ٢٤٧–٢٥٩. https://doi.org/١٠,١٠٠٢/ijgo.١٣٨٩٠

٣. Giacomozzi, M., De La Torre, F. F., & Khalil, M. (٢٠٢١). Standing up for your birth rights: An intersectional comparison of obstetric violence and birth positions between Quichua and Egyptian women. International Journal of Gynecology & Obstetrics, ١٥٥(٢), ٢٤٧–٢٥٩. https://doi.org/١٠,١٠٠٢/ijgo.١٣٨٩٠

٤. Kabakian-Khasholian, T., Bashour, H., El-Nemer, A., Kharouf, M., Sheikha, S., Lakany, N. E., Barakat, R., Elsheikh, O., Nameh, N., Chahine, R., & Portela, A. (٢٠١٧). Women's satisfaction and perception of control in childbirth in three Arab countries. Reproductive Health Matters, ٢٥(sup١), ١٦–٢٦. https://doi.org/١٠,١٠٨٠/٠٩٦٨٨٠٨٠,٢٠١٧,١٣٨١٥٣٣

٥. Khalil, M. (٢٠٢٠). Exploring obstetric violence in The Eastern Mediterranean region. In Fra(m)menti, Share-Net Netherlands, Linking Research, Policy and Practice to Critical Creativity (pp.٣١-٨).

٦. Khalil, Merette, Kashi Barbara Carasso, and Tamar Kabakian-Khasholian. ٢٠٢٢. "Exposing Obstetric Violence in the Eastern Mediterranean Region: A Review of Women's Narratives of Disrespect and Abuse in Childbirth." Frontiers in Global Women's Health ٣ (April). https://doi.org/١٠,٣٣٨٩/fgwh.٢٠٢٢,٨٥٠٧٩٦

٧. Kumar-Hazard, Bashi, Hannah Dahlen, and Hazel Keedle. n.d. "١ In ١٠ Women Report Disrespectful or Abusive Care in Childbirth." The Conversation.https://theconversation.com/١-in-١٠-women-report-disrespectful-or-abusive-care-in-childbirth-١٨٦٨٢٧

٨. Reed, R., Sharman, R., & Inglis, C. (٢٠١٧). Women's descriptions of childbirth trauma relating to care provider actions and interactions. BMC Pregnancy and Childbirth, ١٧(١). https://doi.org/١٠,١١٨٦/s١٢٨٨٤-٠١٦-١١٩٧-٠

٩. Schantz, Clémence, Patrizia Quattrocchi, Rodante Van Der Waal, Stella Villarmea, and Virginie Rozée. n.d. "Obstetric Violence: Abuse During Childbirth Is Widespread, but the First Step to Fighting It Is Naming It." The Conversation. https://theconversation.com/obstetric-violence-abuse-during-childbirth-is-widespread-but-the-first-step-to-fighting-it-is-naming-it-٢٣٥١٦١

١٠. Sever, M., & Uluşen, M. (٢٠٢٣). Obstetric violence in pregnancy and childbirth as a violation of women's human rights. European Journal of Midwifery, ٧(Supplement ١). https://doi.org/١٠,١٨٣٣٢/ejm/١٧٢٤٩٨

١١. World Health Organization. WHO Statement on Caesarean Section Rates. Geneva: WHO, ٢٠١٥. WHO/RHR/١٥,٠٢. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en