برنامج مي جمال للبحث النسوي

المعوقات التي تواجه النساء غير المتزوجات في الوصول لخدمات الصحة الإنجابية والجنسية في مصر

الباحثة/ نيرة حشمت



Edraak
Foundation
For development and equality
ادراك
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

المعوقات التي تواجه النساء غير المتزوجات في الوصول لخدمات الصحة الإنجابية والجنسية في مصر

الباحثة/ نيرة حشمت

برنامج وجائزة مي جمال للبحث النسوي

القاهرة - ٢٠٢٥

قائمة المحتوى

١. المقدمة ٣

٢. المنهجية..... ٥

٣. السياق المجتمعي في مصر ٧

٤. نتائج الدراسة ٩

٤,١ الحرمان من المعرفة

٤,٢ الحق المؤجل: موقف الأسرة وحق النساء في "كشف النسا".

٤,٣ الطبقة والقدرة للوصول للخدمات الصحية الجنسية والإنجابية

٤,٤ معيار القرار الطبي: العمر أم إنقاذ حياة؟

٤,٥ المهنية الطبية في مواجهة المجتمع الأبوي

٤,٦ خدمة منقوصة: سياسات الدولة كمعوق أمام النساء

٥. كيف ترى النساء كشف النسا؟..... ٢٣

٦. الخاتمة ٢٤

المقدمة

ظهر سؤال البحث لدي بعد الضجة التي أثارتها واقعة ارتكاب طبيبة أمراض نساء وتوليد بمحافظة البحيرة - إحدى محافظات الدلتا في مصر- لواقعة تشهير وإفصاح عن تفاصيل خاصة لبعض النساء المريضات اللاتي خضعن للفحص معها في أحد المستشفيات الحكومية. أطلقت الطبيبة مقطع فيديو مصور عبر إحدى منصات وسائل التواصل الاجتماعي خلال شهر نوفمبر ٢٠٢٤ وصمت خلاله بعض مريضاتها بسوء الخلق، بل وأعلنت رفضها علاج إحداهن كرد فعل نابعاً من ثقافتها المجتمعية. ضجت منصات التواصل الاجتماعي على إثر تلك الواقعة ما بين التأييد والاستهجان خاصة بعد مطالبتها الرجال المصريين بوجوب إجراء تحليل الحمض النووى DNA للتأكد من نسب أطفالهم. حينها، كتبت صديقة "فيسبوكية" شهادتها عن طبيبة رفضت توقيع الكشف عليها تحت مبرر أنها مجرد "بنت صغيرة" ولم يسبق لها الزواج. أنا أيضا مررت بتجربة مماثلة، حيث رفضت الطبيبة توقيع الكشف عليّ واكتفت بتشخيص ما وصفته من أعراض وكتابة بروتوكول علاجي دون فحص طبي ما تسبب في زيادة حدة الأعراض وتفاقم المشكلة، ومن خلال عملي في مؤسسة نسوية وانخراطي في الحراك النسوي استقبلت العديد من الشهادات واستمعت لتجارب مشابهة، لذلك شغلني سؤال التحديات التي تواجه النساء والفتيات غير المتزوجات في طلب الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية.

في البداية ظننت أني أملك إجابة واضحة عن ماهية المعوقات التي تواجه النساء عموما، وغير المتزوجات خصوصا، في الوصول لخدمات الصحة الجنسية والإنجابية، لكن خلال عملية البحث والمقابلات المعمقة وجدت أن هناك تباين واضح يرجع في الأساس إلى غياب الوعي، فضلا عن سياسات الدولة المتماشية مع الأعراف المجتمعية المنبثقة من الثقافة الأبوية. كما أظهرت نتائج البحث تأثير عوامل مثل الطبقة الاقتصادية والاجتماعية، والبعد الجغرافي، واختلاف الأعمار، في خلق تباينًا واضحًا في الحصول على الخدمات الصحية الجنسية والإنجابية.

كانت أولى معوقات البحث هي قلّة الأبحاث العربية التي تتناول هذا الموضوع أو موضوعات مشابهة. في الحقيقة، لم أجد دراسات تتناول مسألة "الكشف على نساء لم يسبق لهن الزواج"، بل وجدت موضوعات قريبة مثل الثقافة الجنسية، وكانت أغلبها باللغة الإنجليزية. وربما يعود ذلك إلى أن البعض يجد سهولة في تناول موضوعات تتعلق بالثقافة الجنسية باللغة الإنجليزية، لكونها متداولة بين أصحاب الثقافة العالية، وليس بين الغالبية الذين يرون أن

كلمة "جنسية" – حتى وإن سبقتها كلمة "ثقافة" – تظل موضوعًا يُعدّ من المعيب تناوله. لكن، وعلى الرغم من قوة الثقافة المجتمعية الرافضة لهذا الموضوع، ما زلت أرى أهمية البحث والكتابة فيه باللغة العربية، لأنها لغة الأغلبية من النساء اللاتي كُتبت عنهن هذه الأبحاث، وهن الأحق بالوصول إلى المعرفة. كما أن البحث والكتابة في هذا المجال يسهمان في تقليص الفجوة الواضحة بين الممارسة والعلم، خصوصًا أن موقف طبيبة البحيرة لم يكن استثناءً، بل هو انعكاس لواقع تغلب فيه العادات والتقاليد على العلم وأخلاقياته. حتى بروتوكولات تعامل الأطباء والطبيبات مع طالبات الحصول على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية لا تراعي خصوصية المريضة، بل تخضع للتقاليد، إذ يُشترط وجود مرافقة مع المريضة كشرط أساسي للكشف، وذلك نتيجة لمخاوف تتعلق بادعاءات كاذبة قد تُوجَّه إلى الأطباء والطبيبات.

كان موضوع هذه الورقة في البداية هو محاولة استكشاف التمييز الذي يقع على النساء والفتيات غير المتزوجات في طلب الخدمات الصحية الجنسية والإنجابية، واعتمد البحث على شهادات النساء والعاملين/ات في المجال الطبي، وتحليل مواقف مقدمي الخدمة من تلك النساء، وكان انطلاقًا من أن مقدمي الخدمات يمارسون تمييزًا على النساء غير المتزوجات من التعامل غير المهني، لكن أثناء العمل على البحث وخلال المقابلات والتحليل كان هناك عامل أشد هو من يحكم العلاقات بين مقدمي الخدمة وطالبها، وهو السياق الثقافي الذي يشكل وجدان الجميع، وهو صاحب التأثير القوي، لذا ارتأيت أن موضوع هذه الورقة هو أكثر ارتباطا بالمعوقات الثقافية ككل والتي تشكل وعينا جميعًا كمقدمي وطالبي الخدمة.

١. المنهجية:

هذا البحث يهتم باستكشاف التحديات التي تواجه النساء غير المتزوجات ولم يسبق لهن الزواج للوصول إلى الخدمات الصحية الجنسية والإنجابية، من خلال الاستماع لقصص وسرديات النساء المختلفة في هذا الإطار ومحاولة فهم وتحليل تجاربهن وخبراتهن، بالإضافة لفهم وتحليل مواقف مقدمي الرعاية والخدمات للنساء غير المتزوجات، على أن يكن فوق ال ١٨ عامًا، ومتعلمات تعليم جامعي.

لذلك اعتمد هذا البحث على منهجية كيفية، حيث تم جمع المعلومات عبر مقابلات معمّقة شبه مُحكمة مع عدد من المشاركات، بهدف سرد تجاربهنّ الشخصية المتعلقة بتحديات الوصول إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية. وقد تم جمع بيانات هذه الدراسة من تسع مشاركات.

شملت الدراسة ثلاث مقابلات فردية، استغرقت كل مقابلة ما بين ٤٥ دقيقة إلى ساعة، وتم الحصول على موافقة المشاركات على إجراء المقابلات شفهيًا، وتم تسجيل هذه الموافقة في بداية كل مقابلة. وقد أجريت المقابلات في أجواء ودّية ومهنية، بما يساهم في تقليل الحرج عند الحديث عن موضوع البحث الذي يتناول معلومات حسّاسة تتعلق بالمشاركات.

كذلك أجريت مقابلة جماعية وجها لوجه مع ثلاث صديقات في جلسة واحدة استمرت لمدة ساعة ونصف، بالإضافة إلى مقابلة هاتفية مع السيدة (ن)، وهي مقابلة قصيرة كان الغرض منها الاستفسار عن الإجراءات التي واجهتها لإجراء تدخل جراحي لاستئصال الرحم، وقد تم إعلامها بمشاركة هذه المعلومات ضمن البحث.

كما تم عقد مقابلة مع إحدى مقدّمات الخدمات الحكومية العاملات في صعيد مصر، واستمرت لأكثر من ساعة عبر تطبيق "زووم"، وأخرى مع إحدى الناشطات في مجال الحقوق الجنسية والإنجابية، وتمت أيضا عبر "زووم" واستمرت لمدة ساعة.

تم الوصول إلى المشاركات في هذه الدراسة من خلال نشر منشور على إحدى المجموعات النسوية المغلقة على منصة التواصل الاجتماعي فيسبوك، ومن خلال معارفي الشخصية. وقد تطوّعت جميع المشاركات لسرد تجاربهن، حيث مررن جميعهن بتجربة الكشف الطبي في القاهرة الكبرى، بينما خاضت اثنتان منهن تجربة الكشف في القاهرة ومحافظاتها الرئيسية.

أُجريت معظم المقابلات عبر تطبيق "زووم"، وذلك لاعتبارات تتعلق بمدة البحث والإمكانات المتاحة، باستثناء ثلاث مقابلات: واحدة أُجريت عبر تطبيق "واتساب" لظروف خاصة بالمشاركة، والثانية كانت مكالمة هاتفية، والثالثة كانت لقاء مباشرًا مع ثلاث صديقات. جميع الشهادات كانت لنساء لم يسبق لهن الزواج وقت الكشف، وجميعهن مستقلات ماديًا ويعشن في محافظة غير محافظتهن الأصلية، باستثناء مشاركة واحدة. وقد وافقت جميع المشاركات على تسجيل المقابلات واستخدام شهاداتهن في البحث، على أن تكون مجهّلة، وتم استخدام أسماء مستعارة للمشاركات.

ركّزت الباحثة على مدى معرفة المشاركات بحقوقهن الجنسية والإنجابية، حيث أجمعن على أن معرفتهن بهذه الحقوق بدأت في وقت متأخر، وبمجهودات فردية نابعة من رغبتهن في المعرفة. كما تناول البحث أسلوب تعامل مقدّمي الخدمة، سواء من الأطباء والطبيبات أو العاملين والعاملات في المنشآت الطبية، سواء كانت عيادات أو مستشفيات.

تم تحليل المقابلات بناءً على عدد من المحاور، من بينها العمر، والمحافظة التي نشأت فيها المشاركات، وطبقتهن الاجتماعية والاقتصادية، وذلك بهدف فهم طبيعة تعامل الأُسر في سنواتهن المبكرة مع احتياجاتهن الصحية، ومدى تأثير القدرة المادية على حصولهن على الخدمات الصحية المناسبة.

واجهت الباحثة بعض الصعوبات في الوصول إلى مقدّمي الخدمة، وكان التركيز الأساسي في البداية على محافظة القاهرة الكبرى، إلا أن محدودية الوصول إلى عدد كافٍ من المشاركات دفعت إلى التوسّع الجغرافي، وكانت جميع التجارب الموثقة داخل منشآت صحية خاصة.

كما شمل البحث جمع البيانات المتعلقة بمبادرات الصحة الخاصة بالنساء التي ترعاها الدولة، إلا أن موقع وزارة الصحة المصرية لا يوفّر سهولة كافية في البحث، بالإضافة إلى محدودية الأدبيات السابقة المرتبطة بالموضوع، خاصة فيما يتعلق بالفئة محل الدراسة، وهي النساء اللاتي لم يسبق لهن الزواج.

٢. السياق المجتمعي في مصر

يتسم المجتمع المصري بالمحافظية حينما يتعلق الأمر بالجسد أو الجنس، وتتضاعف الحساسية والتعقيد حينما يتعلق الأمر بالنساء والجنس، لذا نجد محدودية في الوعي بالصحة الجنسية لدى العديد من المصريين نتيجة القيود المُحيطة بالحديث والنقاشات عن الجسد والجنس، وقلة الوعي بالصحة الجنسية لكونها غير متوفرة للعديد من المصريين/ات، لذلك كان سؤال " من أين نعرف عن الجنس والإنجاب وما هي مصدر معلوماتنا" هو سؤال حاضر في جميع المقابلات والنقاشات خلال رحلة هذه الدراسة، وأجمعت المشاركات على مسألة غياب التوعية بماهية الجنس والإنجاب وربطهم ب "العيب والحرام".

أطلقت وزراة الصحة المصرية عدة مبادرات للصحة في إطار تنفيذ رؤية مصر ٢٠٣٠، والتي أعلنها الرئيس السيسي في ٢٠١٧ وقد قام المجلس القومي للمرأة بتكليف من رئيس الجمهورية بوضع استراتيجية لتمكين المرأة ٢٠٣٠، والتي صدرت في ٢٠١٧ وامتدادها الزمني إلى ٢٠٣٠، وشملت أربع محاور منها التمكين الاجتماعي والذي يشمل الصحة، ومحور حماية المرأة والذي يشمل القضاء على المظاهر السلبية التي تهدد حياتها وسلامتها وكرامتها، ويشمل ذلك "منع التمييز ضد المرأة وضمان حصولها على كافة حقوقها"١. كذلك، ذُكر في ديباجة الاستراتيجية أنها اعتمدت في مرجعيتها على الدستور المصري وعلى رؤية التنمية المستدامة ٢٠٣٠ -التي دعت لها الأمم المتحدة واستجابت لها مصر، وكذلك الاتفاقيات والإعلانات الدولية التي صدقت عليها مصر والتزمت بها مع تحفظاتها على بعض البنود فيها مثل اتفاقية "السيداو CEDAW" والتي تتحفظ على مادتين فيها ٢.

فيما يخص الصحة الجنسية والإنجابية الخاصة بالنساء، عمدت الاستراتيجية إلى الإشارة لذلك من خلال "الصحة الإنجابية للمرأة" وهو نفس التعريف الذي التزمت به وزارة الصحة على موقعها "الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة" والتي عنى بها الاهتمام بالنساء في فترة الحمل والولادة وما بعد الولادة، وأما في بند "دعم المرأة ذات الإعاقة" أشارت الاستراتيجية إلى حقهن في الخدمات الصحة الانجابية، وكذلك في الأهداف التفصيلية لمحور التمكين الاقتصادي، ذكر "تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية"٣، ولم تُذكر الصحة الجنسية بتاتًا. يعود غياب تناول الصحة الجنسية إلى الثقافة المحافظة لمصر كمؤسسات ومجتمع، ومن ناحية أخرى يبدو من الاتجاه السائد في مجمل الاستراتيجية أن التركيز هو

[١] وثيقة استراتيجية الوطنية لتمكين المرأة ٢٠٣٠ الصادرة عن المجلس القومي للمرأة ضمن خطة رؤية مصر ٢٠٣٠
[٢] ثيقة استراتيجية الوطنية لتمكين المرأة ٢٠٣٠ الصادرة عن المجلس القومي للمرأة ضمن خطة رؤية مصر ٢٠٣٠
[٣] وثيقة استراتيجية الوطنية لتمكين المرأة ٢٠٣٠ الصادرة عن المجلس القومي للمرأة ضمن خطة رؤية مصر ٢٠٣٠

دعم الخدمات الإنجابية وتنظيم الأسرة لتقليل عدد المواليد والحد من الزيادة السكانية، وذلك بما يتماشى مع توجه الدولة المصرية في السنوات الماضية من الشكوى من زيادة عدد المواليد. كذلك، جاءت مبادرات وزارة الصحة المعنية بالنساء فقط، مثل مبادرة "دعم صحة المرأة" أو "١٠٠ مليون صحة" التي ركزت على الأورام السرطانية وأمراض تضمنت السكري والضغط والسمنة ٤، وهناك مبادرات أخرى ركزت على صحة الأم والجنين، ووسائل تنظيم الأسرة مثل "من حقك تنعمي بصحة"، إضافة لمبادرة أخرى اهتمت الصحة النفسية للنساء.

وهنا يتضح غياب واضح لمفهوم الصحة الجنسية يعكس اتجاه الدولة المحافظ والرجعي حول الصحة الجنسية والذي ينعكس بدوره على المجتمع بتأكيد الممارسات التي تعيب وتوصم الخدمات الخاصة بالصحة الجنسية، أما فيما يخص الصحة الانجابية فقد اقتصرت على وسائل تنظيم الأسرة وهو يعني غياب إرادة الدولة في تحقيق تقدم في الصحة الإنجابية عبر تبني مفهوم شامل، والاهتمام فقط بخفض عدد المواليد كمسار لمواجهة الأزمة الاقتصادية.

تعني الصحة الجنسية والإنجابية وفقًا لمنظمة العفو الدولية (٢٠٢٤) الاستقلالية الجسدية، والتحكم بالشؤون الجنسية والإنجابية، وتقريرها بحرية ومسؤولية، دون إكراه، أو تمييز، أو عنف، وممارستها باستنارة ومعرفة، وإمكانية الوصول للمعلومات والخدمات اللازمة، وكذلك تقرير الإنجاب من عدمه، وحرية اختيار الشريك/ة أي كان جنسه.

وتعني الحقوق الجنسية والإنجابية بالحق في حرية اختيار الممارسات الجنسية والانجابية بحرية دون تمييز أو إكراه، وكذلك الحق في الوصول للمعلومات التي تساعد على اتخاذ قرارات مستنيرة بشأن جنسانيتنا، والحق في التمتع الجنسي دون وصم أو تمييز أو تهديد، ولتحقيق هذه الالتزامات، يجب على الدول إلغاء أو تعديل القوانين والسياسات والممارسات التي تجرم أو تعيق أو تقوض سبل الوصول أمام الأفراد أو مجموعة معينة إلى مرافق، وخدمات، ومنتجات، ومعلومات الصحة الجنسية والإنجابية ؛ كما يجب عليها ضمان إتاحة الوصول إليها، وضمان وصول الخدمات والمنتجات الخاصة بالصحة الجنسية والإنجابية بأعداد كافية وتوزيع عادل بين السكان وسهولة الوصول لها والمعرفة بها وجودتها٥.

بالرغم من أهمية هذه التعريفات التي تطورت عالميًا من التركيز على الحق في الإنجاب، لحق النساء في المتعة والكرامة والاستقلالية الجنسية، إلا أنها ماتزال -في كثير من الأحيان- تُواجه بتحديات كبيرة ومواجهة أشد من في السياق المحلي.

---

[٤] موقع مبادرة ١٠٠ مليون صحة الخاصة بدعم صحة المرأة

[٥] تعريف موقف منظمة العفو الدولية للحقوق الجنسية والانجابية

٣. نتائج الدراسة

٣,١. الحرمان من المعرفة

تُشكّل المعرفة المتعلقة بالجسد "تابوه" داخل المجتمع المصري بمختلف سياقاته المحلية، ولا سيما عندما يتعلق الأمر بجسد المرأة، الذي لطالما ارتبط بمفاهيم العيب والعار. فالمعرفة المرتبطة به تصبح محفوفة بالمخاطر والمحاذير الأخلاقية، مما أدى إلى تجاهل شبه تام لكل ما يخص الجسد، حتى التغيرات التي يمر بها خلال مراحل النمو. وقد ارتبط الحديث عن الجنس بالزواج فقط، ولا يُتناول إلا في أضيق الحدود، إن وُجد أصلًا.

عادة ما تُغلف المعرفة الجنسية بالعديد من التابوهات والممنوعات، ما جعلها مقترنة في وعي الفتيات بالشعور بالذنب والخوف من العقاب، وارتبطت داخلهن أي معلومة عن أجسادهن وجنسانيتهن بالمحظورات. أثر ذلك سلبًا على نموهن وتطورهن بشكل يزيد من احتمالات تعرضهن لممارسات غير صحية أو غير رضائية، سواء جرت في إطار يحظى بقبول مجتمعي أم لا.

تنبع تلك التصورات من ثقافة أبوية مجتمعية، ترى في النساء ملكية لذكور العائلة، وتنعكس في ممارسات خطرة على النساء مثل جريمة تشويه الأعضاء التناسلية للإناث، والزواج الإجباري (مثل زواج القاصرات)، بل تصل إلى حد ارتكاب جرائم بزعم الشرف، وذلك فيما يخص المجال الخاص، ولا يختلف الوضع في المجال العام الذي تواجه النساء والفتيات فيه جرائم جنسية متعددة ويتم تحميلهن اللوم، بل تلوم النساء أنفسهن، بسبب الثقافة التي حرمتهن من المعرفة، وعليه حرمتهن من بناء علاقة صحية مع أجسادهن.

الحرمان هنا ليس غيابًا عفويًا للمعلومات، بل هي ممارسة مجتمعية تهدف إلى تنفيذ التحكم الأبوي في الأجساد والتحكم في السلوك، خاصة للنساء والفتيات. مازال هناك تصور مجتمعي أن الرغبات والشهوات قد تختفي بغياب المعلومة، وهو ما واجهته إحدى الناشطات النسويات في الحقوق الجنسية والإنجابية.

تقول منى شعبان[٦]، *" كنا بنعمل ورشة توعية في مدرسة وكان الكلام مع البنات على جريمة تشويه الأعضاء التناسلية للإناث، وبدأوا المدربات يعرفوهن الأجساد عبارة عن ايه؟، واتكلمنا عن الجهاز التناسلي ولما بدأت المدربات عن يعني ايه*

[٦] عضوة مؤسسة بمبادرة ياء الملكية تأسست في محافظة أسوان عام ٢٠٢٠ تهتم بالعمل على التوعية بالصحة الجنسية والإنجابية داخل محافظة اسوان

نشوة وايه اثارة اعترضت المشرفة الاجتماعية، وقالت مينفعش يكلموا البنات عن حاجة زي كده، المدربة قالت للمشرفة البنات عايزة تعرف والأحسن تأخذ المعلومة مني متدورش عليها برا، بس المشرفة فضلت معترضة ليه البنات تعرف المعلومات دي"

يكشف هذا الموقف ما تتعرض له الفتيات من قمع مباشر لحقهن في المعرفة، حتى داخل المؤسسات التعليمية التي يُفترض أن تكون مساحة آمنة للتعلُّم، بدلا من تجريم الفضول الطبيعي وإعادة إنتاج القمع الثقافي داخل مؤسسة المدرسة. مازال هناك قدرا كبيرا من المقاومة لقضايا الصحة الجنسية والإنجابية داخل المؤسسات التعليمية، ليس فقط على مستوى التوعية، بل يمتد الأمر إلى قمع الحق في الفهم ذاته. ومن ثمّ، فإن إدراج هذه القضايا في المناهج الدراسية وتنظيم حملات توعوية عامة لم يعد خيارًا مؤجلًا أو ترفًا، بل أصبح ضرورة أساسية لضمان الكرامة الإنسانية، وحماية الأجساد، واحترام حق الأفراد في الفهم والمعرفة.

لا يقتصر الأمر على المؤسسات، بل يمتد إلى داخل بعض الأسر التي ترى في المعرفة وصمة مجتمعية قد تصيب الفتاة وأسرتها، وتعتبر أن مجرد معرفة الفتاة بجسدها وبالمسائل المتعلقة بالجنس دليل على سوء الخلق. وهكذا تُقدَّم المعرفة الجنسية بوصفها خطرًا أخلاقيًا لا ضرورة حياتية، فتضطر الفتيات إلى المرور بالتغيرات الجسدية دون أدنى معرفة بها، ويُتركن ليعانين بصمت مع تلك التحولات.

تقول نوارة:

"لما كنت في إعدادي في المدرسة، كان فيه بنت معاها فيديو جنسي، وكانت بتشرح للبنات عنه بطريقة مرعبة. فحكيت لماما وقلتلها: أنا مش هتجوز. واضطرت تشرحلي يعني إيه علاقة جنسية، بس من وجهة نظر دينية، وإن الحاجة دي فيها مودة ورحمة، وإنها ضرورية عشان الأمومة. وأكدت إنها قالتلي الكلام ده بس عشان أكون فاهمة ومتقبلة فكرة الجواز، لكن لو قلت لحد إنها عرّفتني ده هتعاقب، لأن كده هتبقى قدام الناس أم مش كويسة."

ولا يختلف موقف الأم والمُشرفة كثيرًا في جوهره؛ فكلتاهما على قدر من التعليم وتمتلكان أدوات المعرفة، غير أن أشكال الحرمان من المعرفة تختلف من امرأة إلى أخرى، وتتفاقم تبعًا للطبقة الاجتماعية، ومستوى التعليم، والموقع الجغرافي. غير أن الثقافة المجتمعية والوصم والعيب يظلون ذوي السيادة في الموقف، وهي الحاكم المشترك للموقفين، فوصول المعلومة محفوف بخطر سوء الأخلاق في موقف الأم، ومحاولة منع المعلومات في موقف المُشرفة، يعكس مدى تأثير الثقافة الأبوية في زرع الخوف والتردد داخل النساء بخصوص أجسادهن، وتحميلهن عبء نقل تلك المخاوف لأجيال مختلفة، خاصة في موقف الأم التي رأت ضرورة نقل المعلومة لكن تأثرها بالثقافة المجتمعية يجعلها تظن ما فعلته خطأ

يستوجب الإخفاء. هكذا تكون المرأة هي الفاعلة في الظاهر، لكنها لم تكن أكثر من أداة لاستمرار القمع الذكوري لأجساد النساء، بينما لا تستفيد النساء، بل تجني أجسادهن الوصم والتمييز.

تُشكل المعرفة أداة حماية وتمكين للنساء من التحكم في أجسادهن وحمياتها من كافة الانتهاكات والتمييز التي تواجهها في حياتهن، خاصة في سياق المجتمع المصري والذي تزداد فيه وتيرة جرائم العنف الجنسي في حق النساء والأطفال، والحرمان من حق المعرفة يجعلهن عرضة للمعرفة المشوهة، وهو ما يزيد من هشاشة صحة النساء الجنسية والنفسية، فلوم النفس والوصم يخلقون حاجزاً بين النساء وأجسادهن وعلاقة مشوهة، تتركهن فرائس للعنف والتمييز والأمراض المختلفة. كذلك يساعد الحرمان من المعرفة على زيادة فرص الاعتداء والانتهاكات في حق النساء.

تقول علا[٧] *"مكنش عندي معلومات عن الصحة الجنسية، ومحدش كان بيكلمني عن حاجة، أنا اتعرضت من أخويا لاعتداء جنسي ممنهج، ومكنتش فاهمة لحد ما وقفته"*.

تخلص نتائج الدراسة إلى أهمية المعرفة للحد من العنف والاستغلال، ووضع حد لهشاشة وضع النساء في المجتمع. كذلك، يخدم حرمان النساء والفتيات من المعرفة استمرار الثقافة الأبوية التي تتحكم في مصائرهن وحياتهن، وتعزز علاقات القوة غير المتكافئة داخل المجتمع، إذ يُستخدم الجهل بوصفه آلية للضبط الأخلاقي. ونظرًا لأن أولى القرارات التي تواجهها الفتيات تكون مرتبطة بأجسادهن، فإن غياب المعرفة يؤثر في إحساسهن بالملكية والحرية في اتخاذ القرار والاختيار، ليس فيما يتعلق بالجسد فحسب، بل في مختلف جوانب الحياة.

وعلى هذا الأساس، يصبح الحرمان من المعرفة جزءًا من بنية اجتماعية تُقيّد استقلالية النساء وقراراتهن الخاصة. وفي المقابل، يُعدّ امتلاك المعرفة شرطًا أساسيًا لتحرير القرار من الوصاية المجتمعية أو المؤسسية، وتمكين النساء من ممارسة حقهن في الاختيار المبنى على الوعي.

٣,٢. الحق المؤجل: موقف الأسرة وحق النساء في "كشف النسا".

تتباين مواقف الأهل بخصوص الكشف عند طبيب/ة أمراض النساء قبل الزواج، وهو ما يعرف مجتمعيا ب "كشف النسا". في المعتقد الثقافي السائد "كشف النسا" حق مكتسب للنساء المتزوجة، ويرجع ذلك للتصورات أن " كشف النسا "خاص فقط بأمور الحمل والولادة، وبالتالي يحق للنساء المتزوجات، بينما يتم تجاهل مطالب وحقوق النساء غير المتزوجات في طلب خدمات صحية خاصة بالصحة الجنسية والإنجابية، دون إدراك لتأثير ذلك على صحة النساء

[٧] علا اسم مستعارة لصاحبة الشهادة في العشرينات من عمرها، مستقلة في القاهرة.

الجسدية. ترفض بعض الأسر الكشف خوفًا من الوصم المجتمعي، حيث ترى في ذلك خروجًا على الآداب العامة، وما يليق بالنساء فعله، فتكون العادات والتقاليد أولوية عن الاهتمام بصحة النساء وما قد يتعرضن له من مخاطر صحية. بعض النساء يعانين من مشكلات بسبب تأجيل الكشف إلى سن متأخر - أي بعد الزواج – حيث تكون حالتهن أكثر تدهورا وتتضاعف المخاطر الصحية. وفقا للنتائج، عادة ما تزداد فرص النساء والفتيات في الذهاب للطبيب/ة في المدن عنها في القرى، خاصة في المحافظات ذات الطبيعة الريفية ومحافظات الصعيد. يرجع ذلك لأن المدن بطبيعتها تتضمن فرص أقل لتدخل الآخرين في شؤون غيرهم، وليس الحال كذلك في القرى والمجتمعات الصغيرة التي يعرف الجميع بعضهم البعض.

تقول وردة[٨] " لا معندناش بنات تروح لدكتور نسا قبل الجواز أو اصلا تعمل سويت او حلاقة للمنطقة الحساسة لأن ده بيتعمل للزوج بس، ومفيش سيرة اي حاجة عن الجنس قبل الجواز"

يشكل الذهاب لطبيب/ة نسا تحدي كبير لبعض الأسر حيث يحمل عدة مخاوف وكذلك قد يحمل دلالات أخلاقية مختلفة بالنسبة لهم. تشير النتائج إلى أن بعض الأهالي يشعرن بالخوف والقلق إذا ما اكتشفن أن بناتهن زرن طبيب/ة النساء. في تلك الحالة يكون القرار لبناتهن لأنهن مستقلات وصاحبات قرار، بينما لو كان القرار بيدي الأهل لفضلوا العادات والتقاليد واستجابوا للثقافة السائدة كأولوية عن صحة بناتهن. يؤكد ذلك على ما تفرضه الثقافة الأبوية السائدة من خوف وقلق من الوصم والعار يصل إلى تجريد الأهل من مشاعر القلق على صحة بناتهن بالأساس.

تقول ميار[٩] *"لما ماما عرفت أني روحت لدكتور نسا عشان التكيسات كان ردها "تكيسات ولا حاجة تانية"*.

بينما يخاف الأهل دائما من زيارة بناتهم/ن غير المتزوجات لطبيب/ة النساء، يجد البعض طرق للتحايل على الموقف والاطمئنان على صحة بناتهم/ن، مثل إعطاء العيادات بيانات مختلفة واسم غير حقيقي. بالطبع يحدث هذا النوع من التحايل والحذر في المدن وليس القرى، حيث لا يعرف المواطنون/ات بعضهم/ن البعض. يمكن وصف الغرض في تلك الحالة بمحاولة التماهي مع العادات والتقاليد ولكن بشكل مختلف، وهو ما يحقق نتيجة جيدة في وقته وهي ذهاب المرأة للطبيب/ة، لكن على المدى البعيد يعيد إنتاج القمع الذكوري وتقديمه بشكل مختلف لضمان استمراره، وبذلك يبقى القرار المتعلق بجسد المرأة في يد الأهل وهم من يتخذون قرار الكشف وطلب الرعاية الصحية.

[٨] وردة اسم مستعار لصاحبة الشهادة - أصولها تعود لأحدى قرى الصعيد، مستقلة في القاهرة.
[٩] ميار اسم مستعار لصاحبة الشهادة - تعود أصولها لأحدى محافظات الصعيد.

تقول منى شعبان *"البنات والستات اللي لم تتزوج بتفضل تروح لدكتور في العيادة مش الوحدة الصحية، عشان الناس هتشوفها رايحة الوحدة وهي مش متزوجة يبقى رايحة ليه لكن تروح لعيادة الدكتور ومعاها والدتها مثلا كأنها هي اللي هتكشف وممكن الأم تكتب اسمها هي على الكشف مش البنت، وده في حالة أن أهلها متفتحين، انا شخصيًا كنت بتمنع قبل زواجي أروح مع حد وهي رايحة لدكتور النسا علشان لو حد شافني وأنا رايحة هيقول عني ايه؟"*

لا تنتهي التحكمات عند أساليب التحايل فقط، بل تتدخل الأسرة في خطط العلاج، وخاصة إذا كانت خطط العلاج تتضمن أدوية هرمونية أو منع حمل في بعض الحالات بما يثير قلق الأسر، والتي قد تصر على إعادة الكشف - الذي رفضته سابقًا - ولكن عند طبيب/ة معرفة للتحقق من مدى صدق المرأة، وبذلك لا تنتهى أشكال التحكم والسيطرة، بل يتم تجديدها وإعادة تقديمها بشكل يخدم الهدف الأساسي وهو السيطرة على أجساد النساء.

تقول علا[١٠] " *بعد الكشف الدكتورة قالتلي عندي تكيسات، وأدتني أدوية منع حمل، لكن والدتي لما سمعت ده قلقت وصممت نروح عند دكتور العيلة"*

اختلفت مواقف بعض الأسر باختلاف الأجيال، وكذلك الموقع الجغرافي الذي يشكل عامل فارق، فهناك أسر ليست لديها تلك المخاوف، ولكن ذلك لا يمكن رؤيته بدون سياقه الجغرافي والاجتماعي والطبقي، كون المرأة في مدينة صغيرة أو في إحدى محافظات الأقاليم يشكل فارق في التعامل عما إذا كانت النساء في العاصمة، وذلك بسبب المركزية والتي تترك أثارها على نواحي مختلفة في الحياة، وأكثرها تأثيرًا على النساء.

تقول دينا[١١] *"لما كنت في العشرينات مريت بتجربة غريبة وسألت أختي الأكبر المتزوجة، ولما حكيت لها قالتلي لا لازم نروح لدكتورة نسا مش هنعمل زي الأجيال القديمة ونفتي، وطمنتني من الموضوع، روحت كشفت"*

في جميع المقابلات كان هناك عنصرًا نسائيًا مشاركا في أدوار الرقابة أو المنع أو التحايل، وحتى في شهادة "دنيا" التي وجدت أختها داعمة، يظهر ذلك موقع النساء داخل المنظومة الاجتماعية الذكورية يقمن بدور حراسة المفاهيم الأخلاقية الأبوية والتي يدفعن هن أنفسهن ثمنها، ولكن كان مهم الإشارة أن جميع الشهادات كانت لنساء لديهن قدرًا من الاستقلالية المادية جعلت في ذهابهن للطبيب/ة قرارهن الشخصي، تحملن نفقاته وتبعاته، ولم يكن ذلك كافيًا لتدخل الأسرة بدورها الرقابي لفرض سيطرتها بشكل أو آخر، ولا يمكن استعباد البعد الجغرافي وكيف يؤثر في حياة النساء

[١٠] علا اسم مستعار لصاحبة الشهادة - مستقلة في القاهرة.
[١١] دينا اسم مستعار لصاحبة الشهادة - من مواليد القاهرة الكبرى.

وقراراتهن الخاصة، وأن على الرغم من أن الذهاب للطبيب/ة في الأساس يشكل معضلة حيث يرى العديد من الأشخاص "اسأل مجرب ولا تسأل طبيب"، ويزداد الممانعة عند ما تكون النساء هن المرضى، أما في حالة أن الشكوى تخص الصحة الجنسية والانجابية فذلك تخضع لشروط مختلفة أهمها الامتثال للأدوار الجندرية المفروضة على النساء.

٣,٣. الطبقة والقدرة للوصول للخدمات الصحية الجنسية والإنجابية

تعزز الاستقلالية المادية من إمكانية النساء لاتخاذ قرارات خاصة بهن في حياتهن، وخاصة أجسادهن، وهي عاملًا مساعدًا في إمكانية وصول النساء للخدمات الصحية الجنسية والإنجابية، ورغم أهميتها لكنها لا تشكل الضمانة الكافية للوصول لخدمات صحية آمنة ومهنية. في هذه الدراسة، مرت جميع المبحوثات بتلك التجارب في عيادات خاصة، حيث كن قادرات أحيانًا على تحمل تكلفة الكشف والتحاليل، لكن قد يعيقهن عدم قدرتهن على الاستمرار في دفع نفقات فوق قدراتهن مقابل خدمات هي حق لهن، وبهذا تصبح القدرة المادية وسيلة مؤقتة لتجاوز الوصم والتصرفات غير المهنية التي تواجه النساء، والحق في الوصول للرعاية الصحية امتياز طبقي.

تقول وردة *"أنا بلجأ لعيادات خاصة أو في مستوى اقتصادي معين لحمايتي من التعامل الغير مهني"*

تقول ميار *" حد من معارفي رشحلي دكتور في القاهرة، والحقيقة روحت من غير ما اعرف اي معلومات عنه ولا سعر ولا أي حاجة، والمعاملة بتاعت الدكتور كانت كويسة جدا وسأل عن وجود عادات التدخين والمخدرات والكحول وممارسة الجنس ..الخ كان واضح انه متفتح بس كشفه كان غالي جدا ومعرفتش اتابع معاه لأني مكنتش قادرة ادفع الفلوس دي"*

رغم أن القدرة المالية اتاحت لهن الوصول لتلك الخدمات لكن لم تحميهن من بعض المواقف غير المهنية، وحتى في حالة توفير تلك الخدمات بشكل مجاني من جهات تقدم خدمات صحية جنسية للنساء، وتستهدف فئات مختلفة، لكنها أيضًا قد تفتقد للمهنية الطبية، وتتعرض النساء لممارسات غير مهنية وإقصائية مبنية على طبقتها الاقتصادية وهيئتها.

تقول نوارة: "*مريت بتجربة تحليل خاصة بالـ HIV في مكان تبع مؤسسة مجتمع مدني أو تنموي وبتقدم الخدمات دي، لكن كان في ازدواجية في التعامل، لإني لما ورحت قدمت نفسي أني بشتغل في اماكن بتقدم خدمات توعوية جنسية وبختلط بناس كتير وعايزة اطمن على نفسي كان تعامل مقدم الخدمة كويس جدا وقالي ولو عندك شريك جنسي عادي أقول أو باخد مخدرات، في نفس الوقت كان معايا واحدة تانية بتحلل وكان واضح من الهيئة والكلام أنها عاملة بالجنس التجاري وكانت بتقول أنها خايفة من نتيجة التحليل، فقعدت اطمنها واتكلم معها، لقيت مقدم الخدمة ملامح وشه*

اتغيرت وقالي لو ممكن تبعدي عنها، قلتله اطمن اللمس مش هيعديني لكن هو كان شايف أن الست دي أحقر من اني اتعامل معاها، وبعدين لما ظهرت النتيجة قالها ايجابي وبعد ما الست انهارت قالها سلبي "بس اديكي عرفتي الخضة" انهرت فيه ليه تعمل كده فيها قالي هي محتاجة الخضة دي عشان تعرف أن اليوم ده جي لو هي كملت في الجنس التجاري، قلتله بس انت كنت بتقولي عادي ان لو عندي شريك فايه اللي اختلف وقتها رد قالي "فرق بتعامل مع حد بن ناس وحد بفلوس" كان يقصد وصم الجنس التجاري".

توضح المقابلات أن امتلاك القدرة المالية بإمكانه توفير حل مؤقت للوصول لخدمات صحية ملائمة، وأن الطبقة تشكل حماية لكنها تظل هشة في مقابل الثقافة الراسخة، وأن المشكلة ليست فردية، ولكنها متجذرة حتى في أماكن يفترض منها تقديم تلك الخدمات بالأساس، بما يساعد على تحول السلطة الطبية ذاتها إلى أداة عقاب ووصم طبقي واجتماعي، بشكل متسق مع الثقافة المجتمعية السائدة الخاصة بأجساد النساء.

٣,٤. معيار القرار الطبي: العمر أم إنقاذ حياة؟

روان فتاة عشرينية وطالبة جامعية من محافظة الشرقية تعاني من حالة مرضية "تضخم بطانة الرحم" والتي تحتاج لتدخل جراحي عاجل، لكن الأطباء رفضوا الموافقة على إجراء الجراحة إلا بوجود موافقة كتابية من زوجها المستقبلي - والذي لا يوجد حتى الآن - وأخبروها أن تتعايش مع الألم، والذي تسبب في عدم إنهائها أحد امتحاناتها لأن المسكنات لم تعد مجدية معه. شكل رد فعل الأطباء خوفهم من أن يقاضيهم الزوج المستقبلي، وذلك على الرغم من تقديم الأب - الولي الرسمي بحسب القانون المصري - موافقة كتابية، إلا أن الأطباء في مستشفيات حكومية وخاصة رفضوا إجراء تلك العملية وإراحة روان من الألم، الذي يعوق حياتها بشكل كبير.[١٢]

على الصعيد الآخر كانت السيدة ن. وهي سيدة خمسينية لم يسبق لها الزواج، عند تشخيصها بوجود ورم في الرحم يتطلب جراحة استئصال الرحم، لم يطلب منها تقديم موافقة كتابية من الأب أو الزوج - بالرغم من وجود والدها على قيد الحياة - لكنها أجرتها وحرر لها الطبيب خطابا يثبت أن العملية هي السبب في انفضاض غشاء البكارة، وقد أجرتها على نفقتها الشخصية رغم أنها موظفة حكومية لها تأمين صحي.[١٣]

---

[١٢] تقرير صحفي باللغة الانجليزية، نشر على موقع أريج، في شهر مايو ٢٠٢٤، تحت اسم Guardianship in health: discrimination against women in Egypt

[١٣] شهادة جمعت بمعرفة الباحثة، والتي تعرف المبحوثة وعلى صلة قرابة بها.

توضح تلك الحالات أن العمر يمكن أن يشكل فارقا في اختلاف الإجراءات والمعاملة من طرف الأطباء. قد يرجع ذلك لأن الثقافة المصرية التقليدية تربط النساء والجنس فقط في إطار الزواج والإنجاب، ولذا في حالة روان عليها أن تنتظر شخصًا ما لا تعرفه، ليوافق على إجراء العملية في جسدها الخاص، تماشيًا مع العادات وتخوفًا من إمكانية مقاضاة الطبيب، أما في حالة السيدة ن، فلم تكن السيدة في حاجة للموافقة بسبب عمرها ولإقترابها من سن عدم الإنجاب. يطرح ذلك تساؤل حول قياس حياة النساء وتقييم اجراءاتهن الطبية بمسألة قدرتهن على الإنجاب، فكلما كانت قادرة على الإنجاب والزواج أصبح القرار خارج يدها.

٣,٥. المهنية الطبية في مواجهة المجتمع الأبوي

القطاع الطبي جزء من المجتمع؛ يحمل ثقافته وقناعاته، ويتبنى في كثير من الأحيان موقفه المحافظ من أجساد النساء، التي تهيمن عليها الثقافة الأبوية القائمة على الوصم الاجتماعي والنقد في حال خروج المرأة عن الأعراف وطلبها خدمات الصحة الجنسية والإنجابية. وفي هذا السياق، يتحول بعض الطبيبات والأطباء إلى أوصياء أخلاقيين على أجساد النساء. وخير دليل على ذلك موقف طبيبة النساء والتوليد "وسام"، وهي إحدى الطبيبات اللاتي يقدمن خدمات متعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية داخل أحد المستشفيات الحكومية في محافظة البحيرة، حيث نشرت فيديو على حسابها بأحد مواقع التواصل الاجتماعي، سردت فيه بعض الحالات المرضية التي حضرت إليها، وقامت بوصم النساء والفتيات وصمًا أخلاقيًا، بل ودعت إلى إجراء تحاليل الحمض النووي (DNA) للتأكد من نسب الأطفال إلى آبائهم.

ورغم وجود معارضة لتصريحاتها، فإن قطاعًا كبيرًا أبدى تأييده لها، على الرغم من أن ما صدر عنها يُعد خروجًا على القسم الطبي، وانتهاكًا لسرية المرضى، ومخالفة لمقتضيات المهنية والإنسانية.[١٤]

قد يبدو أن موقف طبية البحيرة غير المهني وغير الأخلاقي تصرفًا فرديًا، لكنه لم يكن كذلك. كما أنه لم يكن ليحدث لولا أن هناك منظومة مجتمعية أخلاقية تدعم مثل تلك التصرفات، من الفضح وكشف أسرار المرضى لجعلهن عبرة لغيرهن، وهو ما يحدث بشكل يومي داخل أماكن تقديم الخدمات الصحة الجنسية والإنجابية. في حالة النساء غير المتزوجات، فهن يتعرضن لممارسات أعنف وأكثر تحكما، حيث يتغير دور الطبيب/ة من مقدم رعاية إلى مراقب اجتماعي وضابط سلوك يعيد من طرفه تفعيل الكود الأخلاقي الخاص بأجساد النساء، ويعيد تقديم القمع والسيطرة بشكل جديد، ما يسلب النساء كرامتهن وحياتهن في أحيان أخرى.

[١٤] خبر صحفي عن الدكتورة وسام شعيب بعد إحالتها للتحقيق على موقع المصري اليوم

يتقاطع توجه الدولة فيما يتعلق بالحقوق الصحية الجنسية والإنجابية مع التصورات المجتمعية السائدة عن النساء، ولا سيما مع اختزال مفهوم الصحة الجنسية والإنجابية في الصحة الإنجابية فقط، التي تُحصر بدورها في خدمات تنظيم الأسرة ووسائل منع الحمل. يتجلى ذلك في مبادرات الدولة الموجهة للنساء وفي طبيعة الخدمات الطبية المقدمة لهن، والتي جاءت في صلب أجندة الدولة الرامية إلى تقليل عدد المواليد في مواجهة الزيادة السكانية. وقد عزّز هذا التوجه العقل الجمعي المعتقد بأن طب النساء والتوليد يخص النساء المتزوجات فقط، خاصة في ظل عدم تقنين الدولة للإجهاض، رغم أنه يتسق مع الأهداف المعلنة المتعلقة بتنظيم الأسرة وتعزيز الحقوق الصحية للنساء، بل ويسهم في تحقيقها، إلا أن الدولة لا تختلف عن المجتمع في تبني تصور محافظ تجاه أجساد النساء، في حين كان يُفترض بها الالتزام بالحياد والإنصاف تجاه جميع المواطنين/ات. ويُعد هذا الموقف دعمًا للخطاب المجتمعي القائم على الوصم والرقابة على أجساد النساء.

يعزز كل ذلك من مناخ العنف والتمييز ضد النساء داخل العيادات وأماكن الكشف والتي يجب أن تخضع للمهنية والأخلاقيات الطبية، وتكون الأولوية الأولي للمريضة ومصلحتها، ولكن تُواجه النساء فيها بالاستنكار والعنف والوصم، وتتبعها الوصاية الأخلاقية في شكل وصاية طبية، تنفي عن النساء حقهن في طلب تلك الخدمة وحقهن في العلاج المنصوص عليه في القوانين والدستور، لكن أيضًا دخل المنشأة الطبية تقف الأعراف والتصورات المجتمعية بالمرصاد الأخلاقي للنساء.

في هذا الإطار، يتطلب الذهاب لطلب خدمة صحية جنسية وإنجابية الكثير من الشجاعة من النساء، وذلك لأنها تتحدى أعراف مجتمعية ستجدها في كل خطوة، بداية من الدخول والسؤال عن الكشف حتى الوصول لغرفة الكشف، والتي قد تجد فيها أشكال أخرى من الانتهاكات كتعليق على الجسد - خاصة النساء غير المتزوجات، حيث هناك تصور أنها لا يجب أن تزيد في الوزن. وكذلك الفحص غير المهني الذي ينتهك مساحتها الخاصة باسم الطب والسلطة الطبية للطبيب/ة داخل غرفة الكشف، ولا يقتصر الانتهاك على الشكل الجسدي فقط، بل له أشكال متعددة تشمل الانتهاك المهني في غياب الشرح الوافي لحالتها أو التعليقات التقييمية للمظهر كالوزن.

تقول علا : *"كان عندي مشكلة في البريود من أول ما جاتلي، عمرها ما جتلي بانتظام، وروحت اكشف عند دكتورة تبع التأمين العلاج بتاعي، وكان معظم الكلام بتاعها عن أني مليانة في الوزن، قبل التشخيص، بعد الكشف الدكتورة قالتلي عندي تكيسات، وأدتني أدوية منع حمل"*

معرفة المريضة بحالتها الصحية حقٌ أصيل، وكذلك احترام خصوصيتها وصون كرامتها. إلا أن ذلك قد لا يتحقق داخل غرفة الكشف، حيث يمتلك الطبيب/ة سلطة واسعة يُفترض أن تستند إلى المعرفة العلمية، ويقع على عاتقه/ا واجب حماية المريضة، والحفاظ على خصوصيتها، وتقديم شرح وافٍ وكافٍ حول وضعها الصحي. غير أن الواقع يكشف أنه تحت مظلة السلطة المهنية المطلقة للطبيب، إلى جانب السلطة المجتمعية المسلَّطة على أجساد النساء، لا يتحقق هذا الالتزام دائمًا. بل قد يتحول الطبيب/ة إلى قيّم أخلاقي أو اجتماعي، لا يُحاسَب عند انتهاك حق المريضة في معرفة حالتها الصحية، أو عند تجاهل مبدأ الموافقة المستنيرة قبل أي إجراء من إجراءات الكشف، أو عند عدم أخذ موافقتها على حضور أشخاص آخرين أثناء الفحص.

ولا يمكن إغفال أن سلطة الطبيب قد تتضاعف حين يكون رجلًا، إذ قد يرى أنه ليس ملزمًا بشرح الحالة، ويكتفي بكتابة العلاج، وهو ما يُعد انتهاكًا إضافيًا لحق المريضة في المعرفة. وفي ضوء هذه الممارسات والانتهاكات المتعددة، يتحول الكشف الطبي إلى تجربة صعبة ومرهقة للنساء، وتُعاد من خلالها إنتاج السلطة الأبوية المتحكمة في أجسادهن، عبر حرمانهن من تجربة طبية تقوم على الاحترام، والخصوصية، ومراعاة جميع حقوقهن.

تقول علا: *"الدكتور كان معندوش سونار قعد يضغط على بطني وكده، وسألني أنتي بيطلعلك شعر في جسمك كتير؟ قلتله لا عادي، راح كاشف رجلى من البنطلون وأنا مكنتش شايلة شعر جسمي أنا مش مشعرة فكان عادي، وراح قالي كده معندكيش شعر؟ بس أنا شعر رجلي مكنش كتير، الدكتور ده كان معاه ابنه بيدرب معاه كانوا قاعدين بيتكلموا ويتناقشوا وسايبني أنا وماما"*

تبدأ معاناة النساء مع الكشف بداية من الدخول للمنشأة الطبية نفسها، وسؤالها هل أنتِ "آنسة" أم لا، تواجه الاستنكار ومحاولات المنع، بحجة أن آنسة غير متزوجة لماذا تلجأ لكشف أمراض النساء؟، في إعادة للوم المجتمعي الخاص بطلب الخدمة، وتجاهل -عن جهل أو تعمد- مطالب النساء المختلفة لخدمات الصحة الجنسية والانجابية، وأن الزواج لا يجب أن يكون جواز المرور للنساء للكشف والعلاج، ولا يجب أن يكون عدم الزواج سبب في حرمانهن من حقهن في خدمة طبية جيدة وتكفل لهن الكرامة لا الوصم.

تقول علا *"أول ما روحنا للدكتور السكرتيرة اللي برا، واللي غالبا تعليمها بيكون بسيط، وفي الأول سألتنا مين فيكو اللي هيكشف، فماما ردت قالتلها بنتي، راحت الست وشها جاب ألوان ونادتنا في أوضة تانية وسألت ماما هي آنسة؟ فقلنا اه، راحت قالت طب ايه انسة جاية ليه لعيادة نسا"*

تحتم المهنية على الطبيب/ة شرح الحالة المرضية للمريض/ة، وشرح خطوات العلاج وأسباب اختيار العلاج، لكن في حالة النساء يبدو كما لو أن هناك اتفاق ضمني أن النساء أقل فهمًا وعليه لا يهتم الطبيب/ة بالشرح. لا يمكن اعتبار ذلك سهوًا مهنيًا، بل يُفهم ضمن سياقه المجتمعي وهو تعمد إقصاء النساء عن القرارات الخاصة بأجسادهن، خاصة القرارات المتعلقة بالخصوبة والإنجاب، وهو الدور المجتمعي المختار للنساء، فيتم التقليل من رأي النساء في أجسادهن تحت عنوان المعرفة الطبية، في تناسي واضح أن تلك المعرفة الطبية ليست أداة قمع للنساء، بل مفترض أن تمكنهن من صناعة القرارات المتعلقة بصحتهن وتضمن لهن حياة أكثر صحة وسلامة.

تقول ميار: *"روحت لدكتور في محافظتي في الصعيد، وأنا ليا حد من قرايبي معروف وسط الأوساط الطبية في محافظتي فمكنش عندي الفرصة أني اقول اني متجوزة، لأن ده هيوصل المحافظة صغيرة وكل الناس عارفة بعض، الدكتور عملي سونار خارجي وطلب تحاليل غالية أوي، ورغم كده مكنش فيه حاجة وكتبلي أدوية عرفت بعدين انها موانع حمل لتنظيم الدورة الشهرية، وانا مكنتش عايزة أخدها، لأن تحاليل الهرمونات عندي كان كويس، وكشفت مرتين في القاهرة واحدة منهم كانت دكتورة في منطقة شعبية في القاهرة وعشان تكشف عليا قلتلها اني متزوجة وهي كشفت عادي وعرفت أن عندي تكيسات على المبيض وخدت علاج وبقيت كويسة وطلع مكنش ليه لازمة علاج الهرمونات اللي خدته من الأول"*

يتمثل دور الطبيب/ة في تقديم التشخيص الطبي وليس التقييم الأخلاقي، فبين المهنية الطبية والوصاية الاجتماعية الأخلاقية تعارض شديد، يهدم المهنية ويحول غرفة الكشف من مساحة آمنة لمساحة وصم ومحاسبة اجتماعية. يعد الاحتياج الطبي ضرورة حياتية، لذا تلجأ النساء لبعض التحايل لتجنب الوصم، فمنهن من تدعى الزواج أو تستخدم أسماء مستعارة من بين حيّل أخرى. لأن الممارسات غير المهنية تجعلهن يخفن الكشف، مما يعرضهن لمخاطر صحية، ويعزز تطوير علاقة غير صحية مع أجسادهن التي جلبت لهن الوصم في الأساس، بينما كل ذلك يصب في النهاية في استدامة الثقافة المجتمعية الأبوية التي جعلت من أجساد النساء عدو وهدفها هو السيطرة عليها تمامًا.

تقول هالة[١٥] *"انا روحت لدكتورة نسا مرة واحدة بس عشان كانت البريود متأخرة وكنت شاكة أنه ممكن يبقى فى حمل ولا حاجه، كانت تجربتي نوعا ما لطيفة بس انا قولتلها إني متجوزة، الصراحة كان هيبقي عندي تخوف كامل إني أقولها إني مش متجوزة، لأن كان عندي تخوف قوي خاصة بعد فيديو دكتوره البحيرة اللي خرجت قالت كل تفاصيل كشف ستات عندها"*

[١٥] هالة اسم مستعارة لصاحبة الشهادة في أوائل الثلاثينات - مستقلة في القاهرة - من أحد محافظات الصعيد.

تقول دينا" *زميلة أختي كانت بتجري وقعت ونزل عليها دم وهي مش متزوجة راحت تكشف عند دكتورة، اتعاملت معاها وحش وقالتلها مفروض أصدق كده أنك وقعتي ونزل عليكي دم، اتجهت لدكتورة تانية والحمد لله كانت كويسة وطمنتها إن حصلها احتكاك رحم ونزل دم، والبنت كنا قلقانين عليها من الأثر النفسي اللي الدكتورة الأولى حطتها فيه*"

القطاع الطبي في مصر ليس منفصلًا عن سياقه الثقافي، خاصة في المحافظات والمجتمعات المحلية حيث يعرف الأشخاص بعضهم البعض نظرًا لطبيعة المكان الصغير، بعكس العاصمة، وهنا يعكس الموقع الجغرافي حاجز آخر أمام النساء في التمتع بخدمة صحية مهنية. تظهر النتائج أن السياق الثقافي يقوي أثره في المحافظات عن العاصمة، لكن ليس معنى ذلك أن العاصمة بعيدة عن ذلك وهو ما يظهر في شهادة دينا عن الطبيبة التي شككت في أقوال المريضة[١٦]، ولكن قد يكون في العاصمة مساحة أكثر لاختيارات مختلفة، من هنا يجب تعزيز تدريس أخلاقيات المهنة القائمة على مصلحة المريض/ة، وأساسها الحياد والسرية واحترام حق المريض/ة.

٣,٦. خدمة منقوصة: سياسات الدولة كمعوق أمام النساء

تختزل الخطابات الرسمية والثقافة المجتمعية النساء في الدور الإنجابي، وهو ما يشكل المعوق الأول والأساسي في الوصول للخدمات الصحة الجنسية في مصر. تعرف أجساد النساء وفقا لذلك فقط بدورها في الحمل والولادة، ولا يمكن النظر للجانب الجنسي كرغبة ومشاعر طبيعية يشعر بها الجميع. كذلك يحرص المجتمع على التحكم والسيطرة على أجساد النساء منذ الصغر، ليس عبر التلقين وبناء الحواجز بينهن وبين أجسادهن بالتربية المحافظة، ولكن عبر ممارسات عنيفة مثل تشويه الأعضاء التناسلية/الجنسية للإناث، الذي لم يُجرَّم قانونيًا إلا عام ٢٠٠٨، بعد ضغوط واسعة لوقف هذا الانتهاك الجسيم. ورغم ذلك مازالت تلك الممارسة مستمرة، بل ويحدث أحيانًا أن يتقدم بعض أعضاء مجلس النواب باقتراحات لإلغاء تجريمه استنادا للتصورات أن عملية التشويه تقضي على الرغبة الجنسية للنساء، واللي تعتبر بحسب المجتمع عيبًا كبيرًا. لذا رفض استخدام جانب "الصحة الجنسية " ليس نابعًا من فراغ بل هو استكمالًا لتلك الثقافة، واختزاله في الخدمات الإنجابية هو اتساق مع الثقافة المجتمعية ورؤية الدولة، لذا اختزلت الخدمات أيضا في موانع الحمل.

[١٦] دينا - اسم مستعار - مواليد القاهرة - شهادتها عن تعامل الطبيبات داخل القاهرة الكبرى.

تقول الطبيبة مريم١٧ :*"احنا بنستخدم صحة انجابية أو تنظيم أسرة، مفيش مسميات تانية بتتقال، لكن من وجهة نظري الناس تستاهل ومحتاجة تعرف حاجات أكتر بكتير من اللي بتتقدم، لأن خدماتنا قاصرة على وسائل تنظيم الأسرة ومتابعة الحمل، وحاليا ضموا فحوصات المقبلين على الزواج اللي هي تشمل الفحوصات والمشورة، وحتى الجزء ده مش بيطبق زي ما المفروض يطبق، والصحة الانجابية نفسها مش بتطبق صح التركيز كله على وسائل المنع"*

لا تشمل تلك الخدمات النساء غير المتزوجات بالطبع، رغم أن خدمات مثل موانع الحمل تهم فئات عدة من النساء وليس المتزوجات فقط، لكن المؤسسة الطبية الحكومية تخرج عن دورها الخدمي وتقوم بدور ضبط الأخلاق، وتضع القواعد التي تضمن أنها لا تصل إلا للنساء المتزوجات، واللاتي يرضين الصورة المجتمعية المتخيلة عن النساء اللاتي يحق لهن ممارسة الجنس، ودون ذلك يتم حرمانهن منها. هكذا تكون النساء غير المتزوجات غير مرئيات بالنسبة للدولة وخدماتها.

تقول الطبيبة مريم: *"بالنسبة لوسائل تنظيم الأسرة لم يسبق أن جت واحدة طالبت بوسيلة وهي مش متجوزة ده محصلش معايا، لكن عموما الست اللي بتيجي تطلب وسيلة ضمنيا بتكون متزوجة لأنها بتملا استمارة ورقية أو الكترونية وبيكون مكتوب فيها أسم الزوج ورقمها القومي، لكن بتيجي ستات بيكون لسه مغيرتش بطاقتها ومكتوب آنسة وده مش بيمنع حصولها على الخدمة"*

ذهاب النساء غير المتزوجات هو تحدي بالنسبة لهن، لأن غالبية من يذهبن هناك يستهدفن مجانية الخدمة، وربما عدم استطاعتهن تحمل العيادات الخاصة، ورغم وجود طبيبات هناك والسماح بدخول مرافقة مثل الأم أو الأخت الكبري، إلا أن النساء/الفتيات يخشين الكشف المهبلي رغم عدم السماح باستخدام أي أجهزة أو أدوات مهبلية في فحص غير المتزوجات. يرجع ذلك إلى التربية المحافظة التي خوفتهن من أجسادهن وجعلت العذرية خوفهن الأكبر، ومن ناحية أخرى تخاف الطبيبات على أنفسهن من الكشف المهبلي لذا يستوجب وجود أحد أفراد الفريق الطبي معها مثل الممرضة أو دكتورة مساعدة تجنبًا للشكوى ضدها بأي أسباب أخلاقية، لذا هناك سيف معلق على الرؤوس ذو اتجاهين واحدة في اتجاه البنات والخوف على العذرية وخرق العرف الاجتماعي، وواحدة اتجاه الطبيبات/الأطباء ودورهن/م في استمرار تلك الأعراف.

[١٧] اسم مستعار لطبيبة تخصصها صحة إنجابية وتعمل في إحدى وحدات الصحية التابعة لوزارة الصحة، داخل أحد المحافظات المصرية، وهي العيادات التي تقدم خدمات تنظيم الأسرة والصحة الانجابية للنساء

تقول الطبيبة مريم "وأنا في امتياز في مستشفى الجامعة جت بنت بتشتكي من حاجة بتحصل من علاقة جنسية، والبنت كانت آنسة وصغيرة في السن، والدكتورة قالت لها هنعمل كشف نسا والبنت ومامتها اللي معاها وافقوا، والدكتورة طلبت مني أكون موجودة معاها عشان البنت دي غالبا مرت بعلاقة جنسية ومتجيش بعد كده تقول أننا اللي عاملنا حاجة، وبعد ما حضرنا أوضة الكشف خرجنا لقينا البنت دي ومامتها مشيوا"

" خليني أقول أن الدكاترة بتخاف، لأن في نوع من أنواع الترقب وفي اعتداءات كتير بتحصل على الفرق الطبية، ومفيش أي أمان ليهم في االدكاترة طول الوقت بتخاف أنه في حالة الغلط هي اللي هتضر، خصوصا في الحاجات الاخلاقية".

يعكس ما سبق أن القصور في القطاع الطبي ليس نتاج نقص معرفة أو إمكانيات محدودة فقط، ولكن هو قصور بنيوي نابع من سياسات الدولة التي تقوي وتآزر الثقافة المجتمعية السائدة، والتي ترى التحكم في أجساد النساء هو قمة القيم الأخلاقية دون اعتبار لأي قيم إنسانية ومهنية، وبذلك تقر الدولة أن شرط الجنس للنساء هو الزواج، وهو ما يأكد أن التصور الأخلاقي بخصوص الجنس والنساء، والمعرفة به تهديدا يجب منعه، وهو ما يعني أن هناك خطاب أخلاقي يجب تفكيكه لتغيير سياسات الدولة التي تهمش أجساد النساء، ذلك ضمان تقديم خدمة مهنية جيدة للنساء هي بالأساس حقهن.

٤. كيف ترى النساء كشف النسا؟

يظل كشف النسا يحمل تحديات للكثير من النساء، فهن نتاج هذا السياق الذي صمم على تهميش أجسادهن وجعلهن حبيسات هذا الهامش، وانعكس ذلك بدوره على علاقة النساء بأجسادهن كملك لهن يحق لهن التصرف بها كما يخترن، وأن يتخذن القرارات الطبية المناسبة لهن. وعليه، تصبح تجربة كشف أمراض النساء مصدر لمشاعر مختلفة ومختلطة، فهناك من تخاف تكرارها نتيجة تعامل غير مهني من بعض أفراد القطاع الطبي، رغم استمرار المشكلات الصحية، بما يؤثر عليهن صحيًا.

تقول ميار *"لسه عندي مشاكل مع الدورة من وقت للتاني لحد دلوقتي، ولأني مضطرة أفضل موجودة في محافظتي، ولاني مقفولة من التجربة الأولى ليا مع دكتور هناك، حاسة أني مش قادرة أعمل ده.*

والحقيقة كشف النسا ده حاجة سخيفة جدا وبحس فيه بالانتهاك رغم أني عارفة هو ايه وهيحصل ايه"

كذلك تلعب الثقافة السائدة أيضًا دورًا كبيرا في تشكيل مخاوف النساء، حيث يتعلمن منذ الصغر أن أجسادهن وخاصة الأعضاء التناسلية لهن مناطق محرمة لا يجوز الكلام عنها أو لمسها أو استحضارها بأي شكل، بل تستخدم أسماء الأعضاء التناسلية للإناث كمسبّة، وذلك نتيجة لثقافة تعتبر أن الجنس شأن رجالي فقط، كل ذلك يكون في وعي النساء اللاتي يذهبن للكشف، وتنعكس تلك الثقافة في المنشأة الطبية ليجدن كشفًا تقنيًا مجردًا من أي تمهيد نفسي وشرح كاف أو احتواء لمخاوفهن. على العكس، أحيانا يتم نهرهن أو إنكار آلامهن، ما يحول الكشف لتجربة قاسية تترك أثرها في وعي النساء.

تقول وردة : *"أنا طول الوقت عندي احساس أن كشف النسا ده انتهاك وخصوصًا لما بكون بكشف مع دكتور مش دكتورة، معرفش ليه، بس يمكن لأن مرة من المرات اللي روحت فيها لدكتور كنت بكشف كشف نسا بجهاز بيدخله جوا المهبل والجهاز غالبًا بيفتح جوا أو حاجة فأنا اتوجعت جدا، فصوت فالدكتور قالي اسكتي او وطي صوتك الناس هتسمعك برا، الاسلوب كان فيه تعنيف لأني اصلا في في عيادة نسا والطبيعي اني اتوجع، من وقتها بكش لو رايحة لدكتور رجل"*

٥. الخاتمة

خلال رحلتي البحثية، التي انطلقت من فرضية أن تهاون الأطباء/الطبيبات في صحة النساء- سواء عبر رفض الكشف أو من خلال ممارسات غير مهنية- ليس نتاج تصرفات فردية معزولة، تبيّن أن هذه الممارسات تعكس بنية مجتمعية متشابكة تمارس الأبوية والوصاية على النساء وأجسادهن، مدعومة بسياسات دولة تعزز هذه الثقافة المعادية للنساء، وتختزلهن في الدور الإنجابي، ولا تعترف لهن بحقوق جنسية خارج إطار الزواج والإنجاب. وقد أسهم ذلك في إنتاج سلطة طبية غير محايدة تعيد إنتاج هذا القمع داخل غرف الكشف. وهو ما يسلط الضوء على الحاجة إلى تغيير بنيوي في الممارسة الطبية في مصر، يضع مصلحة المريضة في الصدارة، بعيدًا عن الضغوط المجتمعية والوصاية الأبوية.

وخلال البحث، اتضح أن النساء يواجهن مستويات متفاوتة من التحديات، تحددها عوامل مثل الطبقة الاجتماعية، والموقع الجغرافي، والحالة الاجتماعية. كما تبيّن أن الاستقلال المادي يشكّل نقطة انطلاق نحو الاستقلال في اتخاذ القرارات الطبية وغيرها، غير أن القدرة المادية وحدها لا توفر ضمانة كافية للحماية من الانتهاكات أو من التعامل غير المهني. إذ تظل الثقافة السائدة هي الإطار الحاكم، حتى داخل الأماكن التي يُفترض أن تقوم على الحياد والمهنية، مثل غرف الكشف.

وبناءً على ذلك، لا يمكن فصل تحسين خدمات الصحة الجنسية والإنجابية للنساء عن النظر في موقعهن داخل الهامش المجتمعي؛ فهنّ غالبًا غير مرئيات، ما يؤدي إلى تغييب مصالحهن وأولوية سلامتهن الصحية عن الأولويات المجتمعية والحكومية. وبينما تُطلق الدولة استراتيجيات قومية لصحة النساء وكرامتهن، تُترجم هذه الاستراتيجيات أحيانًا إلى سياسات تنتهك حق المرأة في جسدها. إذ لا يمكن إحداث تغيير حقيقي دون تفكيك الخطاب المجتمعي الذي يهمّش النساء، ومراجعة أثره على القطاعات المختلفة، وفي مقدمتها القطاع الطبي.

ويحتاج هذا القطاع إلى إعادة تعريف دوره الحقيقي بوصفه مقدمًا لخدمات صحية، وإلى إعادة ضبط حدود السلطة الطبية بحيث تستند إلى المعرفة العلمية لا إلى الامتثال للثقافة السائدة، فضلًا عن إرساء تعريف واضح وجاد للأخلاقيات المهنية، يضمن سرية المريضة، وحقها في المعرفة، وموافقتها المستنيرة على خطط العلاج المقترحة.