

كل: مجلة لأبحاث الجسد والجنس
مجّد ٥، عدد ٢ (صيف ٢٠١٩)

الأبوية الطبية: تجارب القابلات القانونيات في لبنان نموذجًا

بقلم هبة عبّاني

ملخص:

إنّ المكانة الاقتصادية التي تتخذها النساء اليوم ليست مجرد صدفة، ولا لأنهن (غير) مؤهلات و متمكّنات من تولّي أعمال دون أخرى بحكم "طبيعتهن" والأساطير التي نسجت باسمهن منذ لحظة الخلق الأولى: حواء. وهكذا، كان وجود حواء-المرأة بحدّ ذاته دافعًا كافيًا لمحاربتها، واستمرّ هذا النهج بشكله المنظم حتى يومنا هذا، وإن اختلفت أدواته، وأسلحته. وقد اتخذت هذه المعارك طابعًا عنيفًا ودمويًا في أحيان، واستبداديًا في أحيان أخرى، ولكنها جميعًا عملت على إنتاج خرافات باتت تشكّل اعتقادًا أو قاعدة عامّة لتصورات حول النساء، تظهر مرّات بجلاء ووضوح وأحيانًا بخبث وضمور، ومفادها أنهن يفتقدن الأهلية والجدارة والقدرة والمصادقية التي تخولهن من الوصول إلى مواقع معينة في السلم الاجتماعي والاقتصادي. كنتيجة لذلك، تقبع النساء في أسفل هذا السلم، من ناحية المركز الوظيفي/المهني، الأجور، وظروف العمل، والأهمّ التقدير لقيمة عملهن هذا. لذا، نسعى من خلال هذه الورقة البحثية إلى المساهمة في دحض الخرافات التي تحيط بالنساء في مجال العمل، وتحديدًا في المجال الصحيّ عبر الإضاءة على عمل القابلات القانونيات، والدايات في السابق، ودورهن الأساسي والايجابي في صحة النساء والأمهات. كما نهدف إلى إبراز بعض الوقائع التاريخية والراهنة للتصدّي للطمس والتشويه التاريخي الممنهج لجهود وانجازات النساء وللمساهمة في إنصاف القابلات في مواجهة عمليّات التشويه والإجفاف والعزل المستمرة في ظلّ النظام الصحيّ الحالي.

تعدّ القبالة من أقدم المهن في التاريخ، وقد ارتبطت بشكل وثيق وعضوي بالنساء اللواتي زاولنها وكأنهن فطرن على التمرس بأساليبها ومهاراتها عبر توارث المعارف والخبرات المتراكمة والمتناقلة من أمهاتهن وجداتهن منذ مئات السنين وحتى يومنا هذا. وهنّ تسمّين قابلة وجمعها قابلات أو داية وجمعها دايات، وما من مفردة في اللغة للمذكر. وفي حين كانت القابلات صمّام أمان ودعم بالنسبة للنساء الحوامل والمجتمعات التي كنّ جزءاً منها، حيث كنّ يقدّمن أنفسهن كرفيقات للمشورة وسند يعمل ضمن مجتمعات يؤازر أفرادها فيها بعضهم البعض، إلا أن النظام الأبوي والرأسمالي الذي أقصى النساء كلياً عن القطاع الطبي استطاع أن يسلب القابلة مكانتها الاجتماعية وحيّزها في المجال الصحي، وخاصة في مجال صحّة الأمومة، بعد أن أقصى النساء المداويات والشافيات قبل ذلك عن ممارسة الطب عبر العنف والترهيب والتشهير. والنتيجة كانت سلباً منظماً لعلاقة الرعاية والدعم التي حظيت بها النساء الحوامل، واستبدالها بالاختصاص الطبي عامة، وخصوصاً ما يعرف اليوم بطبّ التوليد، ليحلّ الرجل/الطبيب مكان المرأة/القابلة قائماً ومشرفاً ومقرّراً في أكثر مواضع المرأة حميمية ودقّة: الحمل والولادة.

دفعني الالتزام بإنصاف القابلات إلى اعتماد منهجية تعتمد بشكل أساسي على مقابلات معهن، ليكون المصدر الأساسي لهذه الورقة. وقد قمت بإجراء خمس مقابلات مع خمس قابلات من مناطق مختلفة وفي أطر مختلفة، إثنين تعملان في مستشفى، واحدة في عيادتها الخاصة، واحدة تعلّم في الجامعة اليسوعية وهي النقيببة المؤسسة لنقابة القابلات القانونيات، والأخيرة تعمل في النقابة، ولكن جميعهن عملن في المستشفى في مرحلة ما. ولكن، بالإضافة إلى العمل الميداني، اعتمدت على مراجعة الأدبيات والدراسات حول تاريخ الطب والنساء والقبالة القانونية، بالإضافة إلى إحصائيات وبيانات مرتبطة بالصحة الإنجابية وصحة الأمهات والمؤشرات العالمية. وقد اعتمدت في الغالب على أدبيات ودراسات أجنبية لوضع البحث في سياق تاريخي وسياسي يفسّر مسارات وتطور عمل النساء في المجال الصحي وكيفية تبلور مفاهيمنا ورؤيتنا للصحة وللنساء وانتقالها نتيجة الاستعمار. أمّا بالنسبة للسياق اللبناني، واجهت صعوبة في العثور على نصوص وفيرة تؤرّخ لعمل القابلات القانونيات وتقدّم صورة مكتملة وواضحة عن انتقال النساء من العمل في التوليد من دايات إلى قابلات، وثمّ قابلات مساعدات لأطباء التوليد، فاستندت إلى المقابلات التي تمّ إجراؤها وبضعة موارد تقدّم لمحات حول تاريخ نشوء الطب وتطوره في لبنان، وروايات وأحاديث شفوية مع نساء.

تبدأ الورقة بالإضاءة على السياق التاريخي العالمي والمحلي اللبناني لإبراز التشوّحات في الخطاب الحالي الذي يلفت عمل النساء في القطاع الصحي. فهذا الكشف التاريخي بمثابة جسر أعبّر من خلاله وعبر محطاته إلى محطتنا المعاصرة، ولكني أعود إليه في أقسام أخرى من الورقة لأنه وثيق الارتباط بنتائج الحالية. ثمّ أنتقل إلى النظر في الوضع الحالي للقابلات القانونيات من النواحي القانونية والعملية، لأبحث فيما بعد في الثغرات والعيوب التي يتّصف بها النموذج الطبي المعني بصحة الأمومة والتوليد، والمتمثّل بأطباء التوليد، كما أقوم بمقارنة هذا النموذج مع ذلك الذي قد توفّره القابلات، استناداً إلى شهادتهن، مقارنة بين هذين النموذجين في بلاد أخرى وفقاً لدراسات ومراجعات.

لم يبرح ذلك الألم مكانه حين كنت في السابعة من عمري، حتّى جاءت جدّتي بزيت ساخن رائحته فوّاحة، ومسدّت في أن برفق وحزم معدتي. جدّتي لم تكن تميّز بين حرف وآخر ولم تعرف ما هي المدرسة قبل دخولي إليها وغيابي عنها لساعات خلال النهار. لكنّها، ورثت عن أمّها ما تيسّر من معارف وهبتها إيّاها الأرض، وخاصة تلك الوعرة بين الوديان، حيث تنبت الكنوز. هذه المعارف المرتبطة بالشفاء طبعت النساء مئات الأعوام قبل جدّتي، فهنّ كنّ الأكثر ارتباطاً بالطبيعة أي الأرض وأكثر تقديرًا لخيراتها.

وقد قامت النساء، قبل ظهور العلوم الحديثة، باستنباط معارف وعلوم من الطبيعة المحيطة بهن والبعيدة عنهن أيضًا، ودأبن على استكشاف تزيّقات وعلاجات أثبتت جدواها وما زال جزء منها مستخدمًا حتى يومنا هذا:

فالمرأة الحكيمة، أو الساحرة كان لديها مجموعة من العلاجات استخدمت على مدى سنوات عديدة. ولا تزال كثير من العلاجات العشبية التي طورتها السحرة مستخدمة في الصيدلة الحديثة. كان لديهم مسكنات للألم وعقاقير مسهّلة للهضم ومواد مضادة للالتهابات. (اهرينريش، ١٩٧٣، ص. ١٤)

فإنّ، كانت النساء سبّاقات وطلّيعيّات في ممارسة الطب والمداواة، رغم أنّهن لم يملكن الموارد المالية وحرية الحركة والتنقل والأموال لتطوير هذه الممارسة. وعلى العكس من ذلك، عوقبت النساء على نشاطهن في العلاج والشفاء. وقد شهدت أوروبا ما يُعرف بصيد الساحرات، أي النساء ولا سيّما المداويات منهن من خلال حملات منظمة من قبل الكنيسة والدولة، امتدّت من القرن الرابع عشر حتّى القرن السابع عشر، وبلغت ذروة جنونها في أواخر القرن الخامس عشر ومطلع القرن السادس عشر، حيث تمّ تنفيذ الآلاف من عمليّات الإعدام. قدّر أحد الكتاب عدد عمليّات الإعدام بمتوسط ٦٠٠ حالة سنويًا في مدن ألمانية معينة – أو اثنتين في اليوم. تمّ تدمير ٩٠٠ ساحرة في عام واحد في منطقة ويرتزبرغ، و ١٠٠٠ في كومو وجوارها. أمّا في تولوز، تمّ إعدام ٤٠٠ شخص في يوم واحد. في أسقفية تريير، وقدّر العديد من الكتاب العدد الإجمالي للقتلى بالملايين (اهرينريش، ١٩٧٣، ص. ٨-٧). أمّا في أميركا، تمّ إقصاء المداويات بطرق أخرى، أهمّها التوجه نحو التخصص والنشويه التدريجي والمنع القانوني للممارسات الخارجة عن الإطار التخصصي الباهظ الكلفة والذي كان مغلقًا أمام النساء.

ونتيجة لتلك الممارسات الوحشية والإقصائية التي طالت النساء المداويات، والتي تزامنت مع حملات من التشهير وتشويه السمعة والوصف بأوصاف شيطانية، حرمت النساء من المضي قدمًا بتطوير الطب وفقًا لرؤيتهن التي انبثقت من مصادر الطبيعة وتوجّهت إلى خدمة مجتمعاتهن المحلية ضمن ممارسة للطبّ والعلاج من منطلقات إنسانية وليس كممارسة خاضعة لمعايير السوق والعرض والطلب والربح وتجميع رأس المال. فوفقًا للمرجع الرائع "الساحرات والقابلات والممرضات: تاريخ النساء المداويات"، والذي يخبرنا عن تاريخ النساء في المجال الصحي "غالبًا ما كانت الساحرات المداويات بالسحرة الوحيدات الممارسات للطب في خدمة الأشخاص الذين ليس لديهم القدرة على الوصول إلى أطباء ولا مستشفيات والمنكوبون فقرًا ومرضىً" (اهرينريش، ١٩٧٣، ص. ٨-٧). وكننتيجة لتلك الحرب الشرسة، باتت المداويات ممرضات ومساعدات للأطباء الرجال الحائزين على الشهادات الجامعية والقابضين الحصريين على منابع العلوم والحقائق العلمية المتمثلة

بالمؤسسة الطبية الحديثة. ولم يتم استنباط هذه الحقائق العلمية حول الطب الحديث بناءً على تفوقه في تقديم العلاجات وتحسين صحة الناس، بل كان ذلك نتيجة لبطش السياسة والمال بوجهما العنيف في أوروبا والمرتبط بضخ رؤوس الأموال والإقصاء بالقوانين في الولايات المتحدة. فالحقائق التي نعرفها عن اسهامات النساء المداويات في المجال الصحي وتأثيرها على صحة الناس والمجتمعات تكاد تغيب بينما تحضر إخفاقاتهن فقط، في مقابل مؤسسات طبية ضخمة وهائلة التمويل والموارد البشرية والسياسية، والتي لا يبدو أنها تؤدي ضرورتها لناحية تحسين الصحة، فهي إما غير متاحة وإما متجهة في مسار ذي كلفة عالية جداً ونتائج لا زالت لا تمثل الآمال التي عقدت على الطب الحديث. وفي هذا الصدد يمكننا الاطلاع على تقرير منظمة الصحة العالمية لمراقبة الصحة للعام ٢٠١٨، والذي يبرز نتائج مخيفة على أكثر من مستوى، حيث يشير التقرير إلى أنه ووفقاً لإحصائيات العام ٢٠١٥، ماتت ٣٠٣٠٠٠ امرأة لأسباب تتعلق بالأمومة، وأكثر هذه الحالات كانت في البلدان المتدنية والمتوسطة الدخل. كما يظهر التقرير نفسه ووفقاً لإحصائيات العام ٢٠١٧ أن هناك ١٥١ مليون طفل تحت سن الخامسة يعانون من التقزم، و ٥١ مليون طفل أقل من الخامسة يعانون من نقص في الوزن، بالإضافة إلى ارتفاع نسبة الشباب المعرضون لخطر النوبات القلبية، كما أن ٤١ حالة وفاة من أصل ٥٧ مليون وفاة أي ٧١% من الوفيات هي نتيجة للأمراض غير المعدية (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٨). ولكن، رغمًا عن هذا الإخفاقات في تأمين الحاجات الصحية للناس الأخطاء الطبية الواسعة الانتشار لا تزال تحظى قانونياً وسياسياً واجتماعياً بإجماع شبه كلي يؤكد (وإن اشتكى لفظياً) من خلال ممارسته اليومية واعتمادها مقصداً للحاجة الصحية أهليتها ومصداقيتها ومرجعيتها في كافة المسائل المتعلقة بالصحة. أما القابلات فقد منعن من مزاوله مهنتهن لفترات طويلة، كما لحقت بهن حملات تشويه السمعة والاستخفاف إلى أن أصبح دورهن الريادي في مسألة صحة الأمومة دوراً لاحقاً يشبه ذلك المنوط بالمرضة، ويغدو بدوره دوراً مساعداً للرجل طبيب التوليد الحائز حصراً على الثقة والأهلية والأفضلية لرعاية النساء في لحظاتهم الأكثر حميمية.

وفي لبنان، وليد الاستعمار والملتحق حتى النخاع بالنظم والمناهج الأوروبية وآخر صيحات الليبرالية والسوق، يترك هذا التاريخ القومي والدموي بصمة تبدو ملامحها واضحة إذا ما نظرنا إلى واقع النساء والقابلات في يومنا هذا. وبالفعل، مع وصول الأطباء الأميركيين واليسوعيين إلى لبنان بدأت تتغير معالم مشهدها الطبي، فبدأت شروط ممارسة الطب تتبلور من خلال البدء بوصف الممارسين القدامى بالمشعوذين باعتماد والقوانين. فإن التعليم العالي دخل إلى لبنان أولاً عبر المبشرين الإنجليبيين الأميركيين الذين كانوا شديدي الارتباط بالأوروبيين عبر تأسيس الجامعة الأميركية في بيروت والتي عرفت آنذاك كما أن تطوّر المسار التاريخي والقانوني والاجتماعي في مجال الصحة يكاد يتماهى مع النموذجين الأميركي والأوروبي من خلال المؤسسة التدريجية لهذا القطاع والممارسات القمعية حيال ممارسي/ات الطب "غير المتخصصين/ات". وبالفعل، بدأت معالم المشهد الطبي في لبنان تتغير مع وصول الأطباء الأجانب إلى لبنان، الذين قاموا بدورهم بإدخال مفاهيم تضع معايير وشروطاً للممارسات الطبية. فوفقاً لسمير قصير، تاريخ بيروت "حتى منتصف القرن التاسع عشر، كان الطب في بيروت يمارس بطريقة ارتجالية.. لكن الأمور أخذت تنحو منحى مختلفاً مع الإصلاحات المصرية ونمو التجارة في أوروبا. وفي عام ١٨٣٩ أشار بلو نديل إلى وجود صيدلية يتولى إدارتها صيدلي متخصص، موضحاً أن حوانيت العطارين الأخرى لا تتوافر فيها الشروط المطلوبة" (قصير، ٢٠٠٦، ص. ٢٤٣). وبهذه الطريقة، أصبح لمفهوم التخصص الطبي أرضية قانونية ومن ثم اجتماعية وثقافية تضع الطبيب في مكانة مرموقة جداً حيث "بات الناس ينظرون إليه وكأنه نصف إله" (قصير، ٢٠٠٦، ص. ٢٤٤).

هذه النزعة التخصصية أو العلمية تطوّرت بفعل انتشار المدارس ونشوء أول جامعتين في لبنان: الكلية الإنجيلية السورية (الجامعة الأميركية اليوم)، وجامعة القديس يوسف. وفي جميع الأحوال، كان للمبشرين الأميركيين والفرنسيين الدور الحاسم في إدخال التعليم العالي إلى لبنان، فوفقاً لمسعود ضاهر كانت "مدارس جبل لبنان في القرن التاسع عشر جميعها في أيدي الرهبان والمبشرين.. وكان المبشرون الأميركيون أول من أدخل النشاط الطبي في العمل التربوي في سوريا ولبنان" (ضاهر، ١٩٧٤، ص. ٢١٩). وبحسب المصدر ذاته كانت الجامعتان في تنافس مستمر إذ مثلتا مصالِح الاستعمار في الشرق، وقد أدّى ذلك، فيما بعد إلى خنق الجامعة العربية في دمشق، وإحاقها بهيئة تعليمية أغلبها من الفرنسيين. (ضاهر، ١٩٧٤، ص. ٢٢٩-٢٣٢). وبالتأكيد وعلى نحو مشابه للسياق العالمي، لم يكن التعليم العالي، وخاصة الطب متاحاً للعامة، بل حكراً على الطبقات الميسورة، فالنجاح المهني الطبي يستلزم متابعة التخصص في دولة أوروبية من أجل ضمان ثقة الناس، حيث يشير سمير قصير في كتابه تاريخ بيروت إلى أن "إعلانات الأطباء في بيروت كانت تبرز نوعية الشهادة المصدق عليها ورقمها، وبطبيعة الحال، الجامعة التي تخرّج منها". وعلى خط مواز لعمليات المؤسسة والتسجيل للطب الحديث، تمّ تشويه صورة الطب التقليدي من خلال حملات تصفه بالشعوذة وملاحظات قانونية تقضي بإقفال دكاكين العطارين المخالفة للقانون، وصولاً إلى تعميم التقنيات الطبية الأوروبية بشكل كامل (قصير، ٢٠٠٦، ص. ٢٤٤-٢٤٥).

وفي حين أننا لا نعلم الكثير عن أحوال النساء تحديداً في ظلّ هذه التحوّلات، لكنّ تطوّر القابلات التاريخي الذي يشبه إلى حدّ كبير المسار العالمي حدّد دون شكّ ملامح الدور النسائي في المجال الصحي والطبي. فقبل أن يكون هناك قابلة قانونية، كنّا نعرفها باسم الداية، في لبنان والمنطقة العربية. وكما في بقية العالم، كانت الدايات تتوارثن المعرفة عن أمهاتهن وجدّاتهن، وترافقن المرأة الحامل خلال حملها وولادتها وكذلك في فترة ما بعد الولادة ومن المؤسف غياب التوثيق للكفاءة التي اتسمت بها تلك الدايات فيما خلا بعض القصص المروية عبر الأجيال، وبعض الشهادات على المواقع الإلكترونية. ولكن، من جهة يعتبر هذا أمراً طبيعياً ومتسقاً تماماً مع نهج الإقصاء ومحو التاريخ وتحريفه لتصبح القصة المتداولة هي عدم كفاءة الدايات وتسببهن بارتفاع حالات وفيات الأطفال والأمهات بالإضافة إلى التعقيدات التي تتبع الولادة. ومن المعلوم أنّ الدايات مارسن هذه الصنعة لسنوات طويلة وحصلن على ثقة النساء والعائلة برمتها واستطعن أيضاً تخطّي التعقيدات، رغم معدّاتهن ومواردهن المتواضعة، حيث تروي الداية أم محمد في مقابلة لها مع أحد المواقع الإلكترونية:

وفي إحدى الذكريات الجميلة عندما أنجبت سيدة ثلاثة توائم ذكور شعرت الحاجة حينها بفرحة عارمة، وتنوه الحاجة سعودي إلى أن أعمار التوائم اليوم فوق الأربعين عاما وما زالوا يرسلون لها السلام مع والدتهم، ومن الحالات أيضاً من يزورها ويتفقّد أحوالها، وآخرون يهدونها بعض الهدايا تعبيراً عن احترامهم وحبهم لها. (حبيب، ٢٠١١)

ومن الواضح أنّ النعمة على الداية لم تكن صادرة عن الناس، وإذا ما سلأنا أمهاتنا وخالاتنا عن تجارب أمهاتنا مع الدايات لما سمعنا سوى المديح والرضا عن الدايات اللواتي لم تقمن فقط بعمليات التوليد، بل كنّ داعمات ومؤازرات ومشجعات للنساء في بيئاتهن الأمانة والحاضنة وضمن إمكانياتهن وقدراتهن. وفي المقابل، إنّ

وصف الداية أو القابلة بالجهل والتخلف كان نتيجة التحول الذي شهدته منطقتنا، وبالتالي لبنان، ظهر مع ظهور الطبِّ واختصاصات التوليد. وليس المقصود هنا القول أنّ عمل الدايات والولادات كان يخلو من أي مشاكل وتعقيدات، ولكن من ناحية هناك فرق شاسع في الموارد والمعدّات وسبل الوصول إلى المعلومات بين الدايات والأطباء الممارسين ضمن معايير الطب الحديث، ومن ناحية أخرى هناك محور ممنهج للكفاءة والأثر الاجتماعي في مقابل تضخيم لإشكاليّات رافقت الحمل والولادة وكانت في أحيان كثيرة نتيجة لحروب وأوضاع معيشية وسوء تغذية، إلخ. وأخيراً، تكثرت علامات الاستفهام حول أداء النماذج الطبية الحديثة والمقاربات المتبعة في صحّة الأمومة ولكن ستعالج الورقة هذه المسألة في قسم لاحق.

وفي هذا الإطار تفيد النقيبة المؤسسة لنقابة القابلات القانونيات في لبنان نايلة دوغان:

الدايات كنّ يقمن بمهام التوليد منذ وقت طويل جدًّا. ولكن، اعتبر الأطباء أنّ عمل الدايات يؤدي إلى مشاكل منها الالتهابات لدى الأطفال وموت الأمهات أو الجنين، فقرّروا خلق مدرسة القبالة. بالإضافة إلى ذلك، كان للداية دور كبير في القرى، حيث يطلبها الجميع، خاصة أن الثقافة كانت تقتضي أن يأتي الطبيب إلى المنزل، فالناس في تلك الأوقات لم يقصدوا المستشفيات من أجل الخدمات الطبية، بل العكس. وفي حين كانت تقوم بكل شيء فيما يخصّ التوليد والطفل وصحة الأم، ارتأى الأطباء أن يستفيدوا منها بشكل أفضل فخلقوا ما يسمى بالمرمّضة ومن ثمّ ما يسمى بالمرمّضة-القابلة. (دوغان، ٢٠١٩)

وبالتالي فقدت الداية مكانتها الاجتماعية والثقة التي اكتسبتها على مدى سنين عمل طوال على الرغم من تحاقها بالجامعات وحيازتها على شهادات، ليتربّع طبيب التوليد (غالبًا رجل) على عرش صحة النساء الإنجابية وتوليدهن. ولم يكن هذا التغيير مجرد انتقال مهمات من نساء إلى رجال، بل من رؤية إلى رؤية مختلفة تمامًا، من عمل مجتمعي إلى سلعة ممأسسة، من رعاية شاملة إلى رقم في قاعدة معلومات الطبيب. تشرح نايلة دوغان هذا الأمر:

مهنة القبالة بلبنان كانت للداية سابقًا. وكان للداية حينها القدرة على تنصيب مختار أو إزاحته من منصبه... ولكن النظرة الآن تختلف عن نظرة الناس إلى الداية في السابق حيث كانوا يعرفون قيمة عملها والدور الذي تؤديه. وقد عملن في العالم كلّه عندما كانت الولادات تتمّ في البيوت. وقد كان الأطباء يدوّنون ما تقوم به القابلات ويتعلّمون منه، إلى أن اعتبروا أن الدايات يتسببن بمشاكل صحية فقاموا بالغاء هذا الدور... تاريخيًا، كانت الولادة عملاً جماعياً، يشترك فيه الأهل والجيران وتقوم بإجراؤه القابلة في المنزل. أمّا اللواتي لا أهل لهن، فكنّ يقصدن المستشفيات. (دوغان، ٢٠١٩)

الواقع الراهن للقابلات القانونيات في لبنان
(أ) الأطر القانونية: الأخلاق أولاً؟

يمكن ملاحظة واستشفاف هذا التوجّه نحو تصنيف ووصف الدايات وممارستهن بالجهل وفقدان المهارة، والترويج للمؤسسات العلمية بوصفها مصدرًا وحيدًا للمعارف والخبرات، من خلال ظهور القيود على ممارسة التوليد في لبنان والتي بدأت بفرض شروط ومؤهلات على النساء اللواتي يمارسن هذه المهنة. وفي حين أن الدايات ربّما كنّ بحاجة لتطوير مهاراتهم وزيادة معارفهن، خاصّة لمواجهة التعقيدات التي قد ترافق الحمل، غير أنّ الأطر التعليمية التي فُرضت شكّلت عاملاً إقصائيًا للنساء، حيث اعتمدت على شكل واحد من نقل الخبرات، أي عبر مدارس القبالة، بالإضافة إلى تمركز هذه المؤسسات التعليمية عند تأسيسها في العاصمة، ممّا يجعل الوصول إليها مستحيلًا بالنسبة للنساء خارج العاصمة. ومن ناحية أخرى، كان تعليم النساء ما زال بالنسبة لغالبية المجتمع أمرًا غير محبذ للنساء أو على الأقلّ غير ضروري، إذ أن "دورها الأساسي" والأوّل رعاية المنزل والأهل أو الأولاد. وبالتالي، أبعدت هذه المركزية لمراكز التعليم والمتزمنة مع فرضها كشرط لمزاولة المهنة عدد كبير من الدايات عن ممارسة هذه الصنعة، جاعلة من ممارسات التوليد خارجات عن القانون، وبالتالي واصمة إياهن قانونيًا ومن ثمّ اجتماعيًا. وبالفعل، لم تتوقّف عن ممارسة التوليد في القرى والمناطق النائية، ولكن، أنتج هذا التحوّل هرمية بين القابلات، فأصبح هناك من جهة الدايات غير المتعلّقات والممارسات بشكل غير قانوني وغير مهني، والقابلات المتعلّقات والمؤهلات، الأمر الذي وضع حجر الأساس لتغيير الثقافة السائدة والمعتمدة على دايات إلى ثقافة تمنح ثقافتها للمؤسسة التعليمية على حساب المعارف المتداولة والشعبية والتي كان يمكن تطويرها ودعمها عبر اعتماد طرائق تعليمية متنوعة ومتاحة حول الأساليب الوقائية وكيفية الحد من المخاطر، تعزّز المهارات الموجودة أصلاً وتستفيد من أسسها وتضمن وصول الدايات إليها، وبالتالي تبقي هذه الخدمة الصحية الخاصة بالأمومة متاحة في المناطق النائية والفقيرة، حيث تعجز هناك النساء وعائلاتهن من الوصول أصلاً إلى الخدمة الطبية بشكلها الحديث. وفي هذا السياق تطلّعننا نايلة دوغان على بعض من هذا المسار وتشير إلى أنّه:

تمّ التفكير بإنشاء أول مدرسة للقبالة في لبنان في العام ١٩٢٠، فأصبح مطلوبًا من المؤهلات لممارسة القبالة أن تكنّ حائزات على شهادة البكالوريا، لتتمكّن من الالتحاق بالجامعة. فأدّى ذلك إلى إبعاد الكثيرات. كما أن الجامعة كانت في بيروت، وكان ممنوعًا على النساء القدوم من القرى إلى العاصمة، إضافة إلى التكاليف التي لم تكن بمقدورهن. أمّا اللواتي تمكّن من ذلك فبقي جزء منهن في بيروت، فيما عجزت الأخريات من استرداد تكاليف الدراسة حيث كانت خدماتهن في القرى مجانية نظرًا لطبيعة العلاقات في القرى. (دوغان، ٢٠١٩)

ومع مرور الوقت، أصبحت هذه الشروط أكثر صراحة وإلزامية، فبات على الدايات الالتحاق بالجامعات والحصول على إجازات لممارسة القبالة. ومن الملفت، أنّه قبل العام ٢٠٠٣، كان ينبغي على القابلات أن تدرسن التمريض أوّلاً حتى تتمكّن بعد ذلك من متابعة التحصيل العلمي لتصبحن قابلات قانونيات. وهذا الأمر يؤكّد على النظرة العامة للنساء في المجال الصحي الذي يفسح أمامهن المجال باحتلال مكان وحيد: التمريض. وبطبيعة الحال، لم يكن هذا الاختصاص متاحًا من الناحيتين المالية والجغرافية لكثير من النساء، حيث لم توقّره الجامعة اللبنانية في كافة فروعها، ليبقى حكرًا على الجامعات الخاصة، وتحديدًا الجامعة اليسوعية التي كانت سبّاقة في إنشاء مدرسة القبالة في العام ١٩٢٠، ليتحوّل فيما بعد إلى اختصاص جامعي بعد التمريض، ومن ثمّ

اختصاص منفرد في العام ٢٠٠٣. تخبرنا سونيا عثمان، وهي قابلة قانونية من طرابلس عن القيود التعليمية تلك:

في طرابلس، لم يكن هناك فرع لاختصاص القبالة في الجامعة اللبنانية. كان هناك فقط الجامعة اليسوعية. قبل فرض الشهادات الجامعية، كان هناك "معهد دلال الأصيل للتّريض"، الذي يقوم بتدريس الحياكة وغيرها من الأدوار "المتعلقة بالمرأة"، التي شملت القبالة. قبل ظهور مدارس القبالة والجامعات المتخصصة، تعرّفت على قابلات من كلّ لبنان، من صيدا وصور لأنهن كنّ يقصدن المعهد هنا في طرابلس، حيث لم يكن بإمكان أي منهن دفع تكاليف الجامعة اليسوعية الغالية جداً. ورغم ذلك، لم يعد هذا المعهد موجوداً اليوم لأن الدولة قالت أنّه لم يعد قانونياً أن تدرّس القبالة في معاهد، بل حصراً في الجامعة. (عثمان، ٢٠١٩)

وفي العام ١٩٧٩، أصدرت الحكومة اللبنانية مرسوماً يقضي بتنظيم مهنة القبالة في لبنان (مركز الابحاث والدراسات في المعلوماتية القانونية، ١٩٧٩)، ضمن شروطاً إلزامية لممارسة المهنة، أهمّها حيازة شهادة في القبالة من جامعة أو مدرسة تعترف بها الدولة اللبنانية، إضافة إلى حصولها على شهادة البكالوريا ونجاحها في امتحان الكولوكيوم الذي تجريه وزارة الثقافة والتعليم العالي لهذه الغاية. وهكذا اتجهت القبالة نحو التخصص لتصبح مهنة مأسسة تخضع لمعايير العلم الحديث الوافد إلى لبنان من نوافذ الاستعمار عبر المناهج التعليمية الأوروبية وتحديداً الفرنسية، والأميركية لاحقاً. ولكن، أكثر ما يثير الاهتمام في هذا المرسوم هو البند الأول من لائحة الشروط والذي ينصّ على "أن تتمتع بالصفات الصحية والعقلية والأخلاقية الضرورية لممارسة مهنة القبالة"، والمادة ١١ من البنود الجزائية والتي تنصّ على "كل قابلة حكم عليها بجناية أو محاولة جناية أو بجنحة شائنة أو محاولة جنحة شائنة أو ثبت أنها مصابة بخلل عقلي أو أنها تدمن تناول المسكرات أو المخدرات لا يحق لها، تحت طائلة العقوبات، ممارسة المهنة، وتسحب منها الإجازة بقرار معلل من وزير الصحة العامة" (مركز الابحاث والدراسات في المعلوماتية القانونية، ١٩٧٩).

وبما أن الدولة اللبنانية المنصهرة مع الأبوية لا تخبّ ظناً يفترض من جانبها تمييزاً واستخفافاً بالنساء، نجد، كما هو متوقّع أنّ الشرط المرتبط بالأخلاق والسلامة العقلية يغيب عن المراسيم الناظمة لعمل الصيدلي أو الطبيب، ليحضر فقط في المراسيم الناظمة لكلّ من مهنة القابلات والقانونيات ومهنة التمريض. من السداجة أن نرى هذا الأمر صدفه لا تستند إلى خلفيات ومساغي لتكبير النساء في تلك المهن، وبالنتيجة في المجال الصحي. وإذا ما افترضنا موضوعية وضرورة هذا الشرط، لماذا لا نجده في مراسيم تنظيم مهنتي الصيدلة (مركز الابحاث والدراسات في المعلوماتية القانونية، ١٩٥٠) والطب، (أطباء بلا حدود، ١٩٧٩) وهما على تماس مباشر، كما القابلات والممرضات (مركز الابحاث والدراسات في المعلوماتية القانونية، ١٩٧٩) مع الأشخاص الذين يحتاجون إلى الرعاية الصحية. ولكن، يبرز هذا الشرط أن هناك ربطاً مبطناً بين الاختلال العقلي والنساء وكأنّ الوضع الطبيعي للنساء هو الجنون والباقي استثناء يجدر إثباته. هذا النهج ليس ابتكاراً للدولة اللبنانية، فالأسطورة الذكورية وصمت النساء بالهستيريا والجنون وممارسة الشعوذة لتنتج نمطاً يتلّون من عصر إلى آخر ليتماشي مع أحداثه. وهكذا يتحوّل حرق الساحرات من قرون بعيدة إلى نصوص منمّقة لا تخدش حياء

المنظومة العالمية للحقوق والتحصّر ولكنها تحمل خبثاً تدسّه في العقول والنفوس وفي الخبز اليومي لتستمرّ بإنتاج خرافتها: النساء ناقصات عقل.

ومن ناحية أخرى، يجدر بالدولة اللبنانية تحديد ماهية الأخلاق قبل فرضها كشرط أوّل لامتهان وممارسة القبالة أو التمريض. فكيف لنا أن نعرف ما هي الصفات الأخلاقية وكيف تقوم الدولة بقياسها والمحاسبة على أساسها؟ هل ممارسة القابلات والممرّضات للجنس عمل غير أخلاقي؟ هل استضافة الرجال في منزلها عمل مناف للأخلاق؟ هل مناقشة الطبيب في المستشفى حول إجراء ما يعدّ قلةً أخلاق؟ هل عودتها إلى المنزل مع زميل لها هو مصدر تشكيك؟ هل يمكنها تناول الكحول؟ هل تعتبر علاقتها بزوجها وأولادها مصدرًا لجدارتها بحسب درجات الطاعة والامتثال؟ وماذا عن الرجال، ألا يحتاجون لبعض من الأخلاق؟

ولكن، هذا ليس بالأمر المستغرب في ظلّ نظام سياسي يستمد هيمنته من قوانين أحواله الشخصية الطائفية التي تنبذ كلّ من يغرد خارج سرب العائلة الطائفية، أي الوحدة الأكثر أهمية لناحية إعادة إنتاج النظام بحكامه وقوانينه ومؤسساته وأدواته ومفاهيمه وأخلاقه. فالعائلة هي المكوّن الأساسي للمجتمع والبوابة الحصرية للمواطنة والوصول إلى الحقوق. وبالتالي، تصبح أخلاق العائلة من أخلاق الأمة. ولأن شرف العائلة وأخلاقها يرتبط جذرياً بشرف وأخلاق نساؤها، يغزو قمع النساء و"تأديبهن" ضرباً من ضروب حفظ شرف العائلة وبالتالي الوطن، ومبرّراً للاستمرار في التمييز الممنهج ضدّه وإبقائهن تحت وصاية أنسابهن الذكور حتى لا تقسد أخلاق الأمة. فتحوّل المرأة من فرد مواطنة ذات حقوق وواجبات إلى امرأة تخضع لوصاية لرجل وتحمل اسم نسبه وتتحمّل مسؤولية صون هذا النسب وعدم تلطيخه أو الإساءة إليه داخل العائلة وخارجها. وعليه، يصبح هناك ضرورة لضبط سلوكيات وممارسات المرأة في المجالات العامة حتى لا يتناقض ذلك مع البنى الأخلاقية والهرمية والوظيفية لوحدة العائلة، فيختل النظام برمته. وبالتالي، نجد أصداء المسائلة الأخلاقية للنساء في القوانين المدنية والجزائية أيضاً التي تميّز في عقوباتها بين الزاني والزانية وتعاقب النساء المتزوجات من رجال أجانب بحرمان أولادهن من الجنسية، وتحد من حصولهن على المزايا في عملهن، وتحرمهن من قراراتهن الجنسية والانجابية ومن التحكم بأجسادهن.

بالتأكيد، تختلف رؤيتنا "للأخلاق" التي تحرص عليها الدولة عن صداها الحتمي في إيجابيته والمنزّه عن أي تشكيك، حيث تعمل هذه الكلمة البرّاقة، "الأخلاق" بالمنهجية ذاتها. فمن منّا يملك الجرأة للاعتراض على فرض الأخلاق، ليصبح بالتالي ضدّ/عديماً للأخلاق. وهكذا، تظهر الدولة اللبنانية قلقاً على الشأن العام وحريصة على الحفاظ على الأخلاق والسلامة المجتمعية في مواجهة الانحلال الأخلاقي النسائي الذي يهدّد كياننا الغارق في جنّات يحرسنا ملائكة من الرجال. وفي الوقت ذاته، تصبح النساء القابلات والممرّضات مكسر عصا باستطاعة أي كان تهديدهن بأخلاقهن بعيداً عن موضوع النزاع، ما يزيد من هشاشتهن في مواجهة أي مظلومية يتعرضن لها، كنزاع على مسألة طبية، منافسة على مكانة ما، تحرّش جنسي، عنف، إلخ.

في المقابل، يحمل هذا المرسوم بعداً تعتبره القابلات إيجابياً لجهة تحديده لدوره القابلة القانونية وإعطائها صلاحيات من شأنها أن تمنحها بعضاً من الاستقلالية. وهي تنص على الآتي:

المادة ١ - إن القابلة القانونية هي المأذونة بعمل التوليد الطبيعي، تسهر على صحة الحامل مدة الحمل وحين الوضع تقوم بجميع الأعمال المتعلقة بمهنتها.

المادة ٢ - في حال تعسر الولادة، على القابلة القانونية أن تستدعي الطبيب أو أن ترسل الحامل إلى المستشفى.

المادة ٣ - يحق للقابلة القانونية العمل بمفردها وفي دور التوليد وفي أقسام التوليد في المستشفيات المختصة بالأمراض النسائية والتوليد وفي المستشفيات والمستوصفات والعيادات المختصة بأمراض الأطفال في حدود نطاق واجباتها المهنية.

المادة ٤ - تحدد بقرار من وزير الصحة العامة الأدوات والأدوية التي يحق للقابلة القانونية استعمالها لأجل ممارسة مهنتها. (مركز الأبحاث والدراسات في المعلوماتية القانونية، ١٩٧٩)

وفي حين تبدو بعض جوانب هذا المرسوم واعدة، لا سيّما في مادته الأولى، فهو يبقي على شكل من أشكال الهرمية بين الطبيب والقابلة في مادته الثانية، كما أنّه لا يحدد ماهية الأدوية التي يحق للقابلة وصفها، فتفيدنا القابلات اللواتي تمّت مقابلاتهن أن لائحة هذه الأدوية تتغيّر وتتعدّل وتتمركز نوعية هذه الأدوية على بعض من المضادات الحيوية، ذلك يترك حدود ممارسة القبالة خاضعاً لرحمة قرارات المؤسسات الرسمية الراسخة في بيروقراطيتها وتجاهباتها السياسية وذكوريتها. ومن جهة أخرى، يعكس الواقع المائل على الأرض وفي المجال التطبيقي صورة مختلفة تماماً.

(ب) القبالة في الحيز التطبيقي

تندر اليوم الولادات في البيوت، بعد أن كانت في السابق ممارسة طبيعية ومنتشرة. فبعد أن كانت خياراً لمعظم العائلات، أصبحت الولادات المنزلية ملاً لمن لا يملك تكاليف الولادة في المستشفى. ولا يزال الاعتقاد السائد والناجم عن حملات التشويه في لبنان يفيد أنّ المستشفى تمثل المكان الأكثر أمناً وسلامة لإجراء الولادة، علماً أن الولايات المتحدة والدول الأوروبية التي ابتكرت مؤسسات الطب الحديث باتت تتجّه بشكل واسع إلى العودة إلى الولادات المنزلية، حيث توفّر هذه الأخيرة البيئة الأكثر راحة ودعمًا للنساء في حالات الحمل والولادة:

فالإقبال على بيوت الولادة يزداد عاماً بعد عام، ففي بلدان أوروبا الغربية تتم أكثر من ٧٥ في المئة من الولادات على أيدي قابلات قانونيات... وفي الولايات المتحدة تشير دراسة صادرة عن "الجمعية الوطنية الأميركية" إلى تزايد الإقبال على بيوت التوليد في شكل لافت.. فزاد تبعاً لذلك معدل الولادات من ٢٠ ألفاً عام ١٩٧٥ إلى ٢٠٠ ألف عام ١٩٩٤. (الحياة، ٢٠١٤)

ومن جهة ثانية، لا تفرض الولادات المنزلية على القابلات تكاليف وأعباء تأسيس العيادة. ولكن، هذا التغيير الجذري وضع القابلات أمام معادلة تضع الاستقلالية المهنية والكفالية الاقتصادية في مواجهة بعضهما البعض. ليغدو الحق بالاستقلالية المهنية ترفاً للقدرات على تكبّد مشقاته المالية أو جهداً مضنياً ومضاعفاً تدفع ثمنه النساء مألأ ووقتاً وصبراً وصموداً. وبالتالي تبقى هذه الخيارات وحدها متاحة أمام القابلات: المستشفى، العيادة

الخاصة، ومؤخرًا نتيجة الأزمة السورية في مراكز الرعاية الصحية الأولية التابعة لوزارة الصحة ومنظمات المجتمع المدني المحلية والدولية.

ومن جديد، يفرض الواقع العملي توجه القابلات إلى خيارات دون الأخرى. حيث أن الوظائف المتاحة في المراكز الصحية والمنظمات هي وظائف حديثة النشأة ومرتبطة ارتباطًا وثيقًا بالأزمة السورية، كما أنها تضعهن ضمن هرمية أخرى على الرغم من الآثار الجيدة التي تركتها هذه التجربة لناحية قدرات القابلات والاستجابة الهائلة التي قدمتها في ظلّ نظام صحيّ لبنان يعتبر الصحة سلعة لا تحقّ إلا لذوي الدخل المرتفع ليبقى الفقراء وأصحاب الدخل المحدود خارج نطاق التغطية الصحية. في هذا السياق تفيد القابلة مارجي ميدلتون وهي قابلة قانونية ومسؤولة مشروع يُعنى بالرعاية الصحيةّ للأمهات والحوامل في منظمة أطباء بلا حدود: "ليس لدى العديد من اللاجئين معارف في لبنان، وبالتالي يصعب عليهم العثور على المساعدة داخل المجتمع المحلي". (أطباء بلا حدود، ٢٠١٣) تضيف ميدلتون: "غالبًا ما تجهل النساء الحوامل أين يجدر بهن الذهاب. وقد سمعنا قصصاً عن نساء اضطررن للولادة وحيدات دون مساعدة وتحت خيمة. أثار كثيرًا بمثل هذه القصص لأنني قابلة وأعرف مدى خطورة الأمر ومدى المعاناة والرعب الذي تعيشه أمّ وهي تضع وليدها وحيدة" (أطباء بلا حدود، ٢٠١٣). أمّا إنشاء عيادة خاصة لا يعدّ خيارًا فعليًا، حيث تواجه القابلة التي تريد أن تمارس عملها ضمن عيادتها الخاصة عقبات جمة أبرزها النظرة الدونية التي تغلب على العقلية اللبنانية وعلى عقلية النساء اللبنانيات، واعتقادهن أن أطباء التوليد أكثر كفاءة. ففي حال، تمكّنت القابلة أوّلاً من دفع أقساط الجامعة، وثم توفير المبالغ اللازمة لتأسيس العيادة، يبقى عليها أن تخصص مبالغ إضافية للصمود في وجه منافسة أطباء التوليد إلى أن تثبت جدارتها من جديد لتكسب نساءً يقصدن عيادتها. وبالفعل، تندر عيادات القابلات القانونية مقارنة مع عيادات أطباء التوليد، وهي وفقاً لعواضة، قابلة قانونية تمت مقابلتها، تقارب الـ ٣٠ عيادة في لبنان (عوادة، ٢٠١٩)، وهو عدد قليل جداً بالنسبة لعدد القابلات القانونيات. أمّا كالين صفير، وهي قابلة قانونية تمت مقابلتها، فتخبرنا عن تلك التجربة وما تكبّده من جهود ومصاريح حتى تنعم باستقلاليتها وتمارس القبالة بالطريقة التي تحبّ، حيث كانت قد عملت في المستشفى أكثر من مرّة ولكنها شعرت أنها محدودة وغير قادرة على ممارسة ما تعلّمته. ولكن، هي تدرك أن المنافسة مع أطباء التوليد هي ضرب من ضروب الخيال. فالشهادة التي تملكها لا تخولها على منافستهم نتيجة النظرة الاجتماعية التي ترى في الطبيب محط ثقة. استلزم كالين حتى تدخل في إطار المنافسة أن تصبح أكثر تخصصًا. وبالفعل، تابعت دراستها في فرنسا وتخصصت اختصاص فرعي في القبالة يسمى obstetrical ecography. وهو اختصاص لم يكن موجودًا في لبنان. ولكنها، تعتبر نفسها محظوظة كونها تمكنت مادياً واجتماعياً من السفر للحصول على شهادة أو اختصاص إضافي إذا صح التعبير. كما تضيف أنها عانت كثيرا في البداية، ولكنها أيضاً كانت محظوظة لتتمكن من الصمود حتى بدأ الناس بالاقبال على عيادتها كونها تخصصت في هذا المجال الفرعي للقبالة (صفير، ٢٠١٩).

ولكن ماذا عن القابلات اللواتي لا تملكن ترف التحصيل العلمي الجامعات الفرنسية ولا الوقت أو الضمانات الاجتماعية التي تمكنهن من ذلك. لماذا ينبغي دائماً على النساء أينما حلن أن يبذلن مالأً وجهدً ووقتاً مضاعفاً للوصول، ولماذا عليهن إثبات جدارتهن باستمرار؟

ومن جديد، تؤكد نايلة دوغان على هذا الواقع، فتقول:

كان على القابلات العاملات في عيادات تكبد مسؤوليات ومصاريف جمة، ففضّلن العمل في مستشفى، ولكنهن خسرن استقلاليتهن وأصبحن في أسفل الهرم الذي بات يتصدره الطبيب. ومع الوقت، استطاعت هذه الهرمية أن تغير نظرة الناس إلى القابلة. (دوغان، ٢٠١٩)

فإذن تبقى المستشفى الخيار شبه الوحيد المتاح وليس المناسب بالنسبة للقابلات القانونيات، حيث تعمل معظمهن في المستشفيات، باعتبارهن موظفات يتلقين راتبًا شهريًا. لا يتخطى هذا الراتب مبلغ الألفي دولار، إلا في حالات قليلة وبعد مرور سنوات عديدة من العمل والخبرات المتراكمة. وقد عبرت عن هذا الأمر القابلات اللواتي تمت مقابلاتهن. ويغطي هذا الراتب إجمالًا ٣ إلى ٤ أيام عمل في المستشفى، ضمن دوامات ليلية أو نهائية مدتها ١٢ ساعة. ولكن، العمل في مستشفى، بصرف النظر عن محدودية مردوده المالي، يحدّ من مهام القابلة ويحيلها إلى منفذة لتعليمات طبيب التوليد. إذ أن الطبيب يملك السلطة النهائية في تقرير الإجراءات المتخذة حيال المرأة الموشكة على الولادة، بينما لا يحقّ للقابلة بالمشاركة في اتخاذ القرار، تعبر كالين صفير عن تجربتها في المستشفى:

عملت في المستشفى أكثر من مرة، ولكنني شعرت أنني محدودة جدًا، حيث لا أستطيع أن أطبق قناعاتي، كالتبيب دائمًا يفرض قرارته وله الحق الوحيد في القرار. العمل في مستشفى يحدّ من القابلة ويجعلها تؤدي دور الممرضة، بينما أنا أعرف أنه باستطاعتي القيام بالولادة ووصف الأدوية وأحيانًا أعلم أنني على حق في حالة ما ولكن أضطر للرضوخ إلى قرارات الطبيب، وبعد فترة اعتدت على تنفيذ الأوامر عندما يأسرت فقررت أنه لا يمكنني العمل في ظلّ نظام كهذا. (دوغان، ٢٠١٩)

يحصل هذا الإقصاء مع العلم أنّ القابلة ترافق المرأة منذ لحظة وصولها وتقوم بكافة المهام والرعاية اللازمين للمرأة إلى أن تصبح جاهزة تمامًا للولادة حتى يتولّى الطبيب الأمر من هناك، كما تشرح حنان عواضة بدقّة:

نحن نقوم بكل شيء ونؤدي كافة المهام، نأخذ السيدة إلى غرفة الولادة لكي تراها وتتألف معها، نشرح لها ما سنقوم به وما هو وضعها ونسألها عن تاريخها الطبي ونحدث معها ونراقب وضعها ونبقى معها إذا كانت بحاجة إلى إبرة الظهر. وخلال هذه الفترة التي قد تمتد إلى أكثر من ١٢ ساعة أحيانًا يأتي الطبيب مرة أو مرتين على الأكثر ولمدة ٥ دقائق أو ١٠ دقائق كحدّ أقصى، وعندما تصبح جاهزة للولادة يأتي ويقوم هو بالولادة. (عوادة، ٢٠١٩)

وبالتالي، تقوم القابلة بكل شيء، باستثناء التوليد، أي مهمتها الأساسية التي مارستها منذ آلاف السنين، ليترك لها مهمة مساعدة الطبيب والعمل الرعائي، الذي على أهميته ودوره الأساسي في عملية الشفاء والذي لا يقل أهمية عن التدخلات الطبية عبر الأدوية والإجراءات الأخرى، يعتبر أقلّ قيمة من من الجانبين المادي والمعنوي مقارنة بالشقّ الطبي الصرف، وهو أمر ليس مستغربًا ويرتبط ارتباطًا عضوياً بالتنميط الجندي للنساء، وفي الوقت ذاته في تحديد قيمة متدنية لأعمال النساء، فالنساء مسؤولات عن العمل الرعائي الذي يقمن به مجانًا في

المنزل وبأجر زهيد في مجالات العمل، كما أن الأعمال الرعائية "الخاصة بالنساء" هي ذات أجر زهيدة، كما أنّها تحظى بنظرة دونية.

ما نستنتجه وبوضوح أن النظام الأبوي دائم الحرص على نزع الانسانية عن المرأة، فهي بالنسبة إليه ستبقى دائماً وقبل كل شيء امرأة، أينما وجدت. وبالتالي، رؤية هذا النظام للنساء كأثياء، كمواضيع قابلة للاستغلال والتحرش، كعناصر خاضعة للرجال ومؤتمرة بقرارتهم، كناقصات، كخادمت غير مأجورات في منازل تغطيتها الأسرار، ستمتدّ حتمًا إلى أروقة المستشفيات الناشئة أصلاً على مبدأ استبعاد النساء، وسيحاول جاهدة إبقاء المرأة قابضة في أسفل سلم القطاع الصحي بالصرف النظر عن كفاءتها وجهودها، وخاضعة لإرادة الطبيب في جميع الأحوال، وهذا ليس غريباً عن النساء، وليس هذا امتداداً لدورهن "الطبيعي" في المنزل.

وبالفعل تعبّر كالين صفير عن دينامية التعامل الذكوري الذي تشبه إلى حدّ كبير التماهي دينامية التعامل مع الأب أو الزوج، كما هو رب البيت هو رب المستشفى ولديه السلطة الأعلى، وذلك في معرض حديثها عن الطريقة التي كانت تتبعها لإقناع الطبيب بالعدول عن إجراء العملية القيصرية الذي رأته إجراءً متسرّعاً، فهي لا تستطيع أن تبدي رأيها بوضوح، من نداء إلى نداء، وعليها دائماً مراعاة الهرمية، حتى لو كانت محقّة. تقول بعد ابتساماً: "علينا أن نجد طريقة لإقناعه، نكلّمه بهدوء ونقترح بما يشبه التحايل وليس عبر فرض رأينا. مثلاً نقول له، ما رأيك أن تبقى في عيادتك حتى انتهاء الدوام، ثم نرى بعد ذلك إن نجحت المرأة ووُلدت بطريقة طبيعية" (صفير، ٢٠١٩). ولا بدّ من التنويه أننا لسنا بمعرض التهم على الطبيب بوصفه فرداً يتمتع أو لا يتمتع بصفات معينة، ذكورية كانت أم لا، بل بصدد توصيف نظام كامل يضع فئة في موقع متسلط على فئة أخرى ويجعلها بعيداً عن أي شكل من أشكال المحاسبة عند ارتكاب الأخطاء سواء الطبية منها أو الأخلاقية مع المرضى والنساء الحوامل أو مع الممرضات والقابلات. وهناك قصص كثيرة ترويها نساء ولدن في مستشفيات وترويها ممرضات وقابلات عن نزق الأطباء وطريقة تعاملهن مع النساء سواء كانوا مريضات أو ممرضات أو قابلات، لتبلغ درجات التسامح مع الطبيب حدّاً يتيح له التتمّر، إصدار الأوامر، القيام بممارسات طبية غير صحيحة (سنتطرق لذلك في القسم الأخير)، والتحرش، حيث تروي إحدى القابلات م. س.، وهي ترفض ذكر اسمها بالكامل عن تعرضها لتحرش لفظي من طبيب توليد في إحدى المستشفيات. حيث قام هذا الطبيب وعلى سبيل "المزاح" بالتعليق على إحدى القابلات أمام زميلاتها واصفاً إياها في وضعية جنسية معه في الليلة السابقة كسبب لتعبها في ذلك اليوم. وفي حين أنها لم تجد في "مزحته" التي لا تمت إلى الواقع بصلة، سوى تحرشاً جنسياً غير مقبول من طرفها، طلبت منه الاعتذار عمّا قاله. ولكنه رفض بالتأكيد. فما كان عليها إلا أن أخبرت الإدارة التي رفضت طلبها وحاولت تهدئتها معتبرة أن الطبيب يمزح وأنه من المقبول أن يقوم بتلك المزحات لأنه يقوم بها دائماً. "فهذه طريقة كلامه" هكذا قالوا لها (صفير، ٢٠١٩).

ولكن، هل للطبيب بمفرده القدرة على بسط سلطة كهذه؟ وهل تأتي هذا السلطة فعلاً من مهارة وعلم يفوقان غيره من العاملات في المجال الصحي، أم أن مصدر سلطته يتغذى ويغذي بنية النظام الأبوية والرأسمالية التي تقمع وتقصي النساء من جهة، وتجعل من الحقوق الصحية سلعة تنافسية عصية على الفقراء وذوي الدخل المحدود؟ هذا ما سنقوم بمعالجته في القسم الأخير من خلال تسليط الضوء على المقاربات والممارسات المختلفة

في مجال صحة الأمهات والصحة الانجابية، كما الإجراءات والخيارات الطبية التي باتت أمام النساء الحوامل، والبعد الاقتصادي للنظام الصحي فيما يخص صحة الأمومة والولادة.

صحة الأمهات في قبضة طبيب التوليد

أقوم في هذا القسم بالمقارنة بين مقاربة الدايات سابقاً والقابلات حالياً وتلك الخاصة بأطباء التوليد العاملين ضمن النظام الطبي الحديث، من أجل إبراز الاختلافات والتباينات في النتائج الصحية فيما بين هذين النموذجين عبر النظر في جوانب عدة منها الكلفة، نوعية الرعاية، طريقة الممارسة، والنتائج المترتبة على صحة الأمومة بشكل عام. ولا شك أن أبرز هذه الاختلافات يكمن في المنطلقات الأساسية في النظرة إلى الولادة. فالقابلات تقاربن الحمل الولادة بوصفهما فعلاً طبيعياً، أي أنه يحصل من تلقاء نفسه منتبغاً نظاماً بيولوجياً مجهزاً بطبيعته لإتمام الحمل وإنجاز الولادة، فتقوم به المرأة وتحدد قوانينه ومواعيد جسدها، وبالتالي يعترفن بجسد المرأة باعتباره جسداً واعياً لحاجاته بحكم تركيبته وفطرته الطبيعية، ومؤهلاً للولادة من دون تدخل طبي بمعنى من دون إجراء طبي إضافي يتمثل بإدخال عناصر كالأدوية والجراحة، فيما خلا الحالات حيث تبرز تعقيدات أو مشاكل صحية معينة. وتعتبر القابلة أنّ التدخل المطلوب ينبغي أن يلعب دوراً مرافقاً وموakباً للمرأة في هذه الفترة الدقيقة والحساسة، وداعماً لها ولخياراتها. ترى القابلة في الحمل تجربة شديدة التأثير بالمرأة، وهي فعلاً كذلك، وبناء على ذلك تنظر إلى موضوع الحمل بطريقة شاملة وليس فقط من ناحية التفاعلات الجسدية والعضوية، بل ترى أن صحة المرأة والجنين تخضع لعوامل كثيرة تتفاعل مع بعضها البعض لتتيسر مساراً طبيعياً، أي الولادة، وتضمن حصوله بأمان وراحة وثقة. في المقابل، ينظر الطبيب إلى الولادة كوضع بحاجة إلى علاج أو على الأقل إلى تدخل طبي ما، فتقتصر مهمته بشكل حصري على إجراء الفحوصات ووصف الأدوية من دون الأخذ بعين الاعتبار للجوانب الرعائية الأخرى التي تحتاجها النساء في مرحلة الحمل خصوصاً، وكافة الأشخاص المستفيدين/ات من الخدمات الصحية، حيث يسقط مفهوم الرعاية من المقاربة الصحية للطبيب بشكل شبه كامل تنعدم أحياناً فيه المقاربة الانسانية لمسألة الصحة. تخبرنا سيدة تمت مقابلتها عن تجربتها الصادمة في الولادة والتي أدت بها إلى أزمة نفسية بعد الولادة عن ما عرضت له في إحدى المستشفيات. تروي أنها لم تتجاوب مع المخدر وظلت لفترة معينة قادرة على السمع وخلال ولادتها كانت تسمع صوت الطبيب يقول أنها "مثل البقرة وناصحة وكيف بدنا نبرمها" وإلخ من هذه الأمور (م، ٢٠١٩). وهكذا تصبح الحامل مريضة فتتغير احتياجاتها الأساسية إذ تفقد الرعاية والمتابعة وتستبدلهم بزيارات سريعة وملف طبي و يضع أدوية. وفي هذا الإطار تقول نايلة دوغان:

مهمتنا ليست فحسب القيام بالولادة، بل هي مهمة تبدأ منذ لحظات الحمل الأولى. نحن نرافق المرأة في كافة مراحل حملها، وقبله وبعده. فخلال هذه المرافقة هناك بناء ثقة وتبادل وتشارك لمسائل خاصة وحساسة. إن علاقة المرأة بالقابلة هي علاقة أساسية في حياة المرأة، من شأنها أن تمكن المرأة وتمنحها القدرة على اختيار الخيارات الأفضل لصحتها. هذا الرابط الحميم انكسر في ظل وجود المعادلة الجديدة التي استبدلت هذه العلاقة بعلاقة مع طبيب قد ينسى تفاصيل وضعها لأنها بالنسبة إليه زبونة وعليه أن يرى أكبر عدد من الزبائن في أسرع وقت ممكن. بعض النساء تنتظرن الطبيب على أمل أن يظهر،

وهنّ لا تعلمن أنه لن يعود، فتبقيين بالانتظار وترفضن أن تقوم القابلة بفحصهن إلى أن تياسن من رجوع الطبيب فتقبلن في النهاية.. وأيضاً خسرت النساء قدرتهن على تقرير خياراتهن الانجابية، وبتن خاضعات لتعليمات الطبيب التي، في أغلب الأوقات تملّي عليهن قراراتهن الانجابية. أمّا القابلة فهي تواكب المرأة ولا تملّي عليها قراراتها، لأن تمكين النساء يقع في صلب ضمان صحّة أفضل لها. والعكس صحيح، فصحة النساء هي قرارهن الواعي والمستنير... (دوغان، ٢٠١٩)

ومن جانب آخر، قدّمت المداويات الساحرات، والدايات حفيداتهن في هذا الجزء من العالم عملهن في خدمة مجتمعاتهن فاستفادت منه الفقيرات وغير القادرات على تكبّد تكاليف الرعاية الصحيّة، ووجدن فيه دوراً اجتماعياً يمارسنه، حيث تجيب الداية أمّ محمد لدى سؤالها عن أجرها "أعوذ بالله عمري ما طلبت من حدا فرنك (...). كل واحد وجهده". كما تستذكر "إحدى الأسر المستورة" التي أصر الأب فيها أن يعطيها أجرها ولكنها رفضت وقالت بعطف: "يمه اشترى فيهم دجاجة لزوجتك" (حبيب، ٢٠١١). أمّا القابلات القانونيات اليوم، فهنّ موظفات يعملن ل ١٢ ساعة في اليوم مقابل راتب محدّد بصرف النظر عن عدد النساء والولادات والمهام. بينما يرى الطبيب في المرأة الحامل زبونة، فكأما ازداد عدد الزبونات ازداد الربح وتقلّص الوقت المخصّص للعناية بالمرأة. أمّا في المستشفى، فالطبيب هو متعاقد يتقاضى أجرًا عن كلّ حالة تصل عبره، وكأما ازداد عدد الحالات كأمّا ازداد سلطة على المستشفى وابتعد عن المسائلة والمحاسبة. وكنتيجة لذلك، تنتقل لوثة مضاعفة الربح إلى أروقة المستشفى، فيغدو الطبيب زائرًا سريعًا للنساء، كما أنه أحيانًا لا ينجح في الوصل لإجراء الولادة، فتقوم القابلة بهذه المهمة، ولكنّه، مع ذلك، يتقاضى أجره لقاء عملها، وأحيانًا يقبض الطبيب أجرًا "من تحت الطاولة" من المرأة ليقوم هو بتوليدها، بالإضافة إلى ما يتقاضاه من المستشفى وفق ما روت حنان عواضة خلال المقابلة (عوادة، ٢٠١٩). ولا تقتصر ممارسات الأطباء على مقايضة الوقت اللازم للعناية بالربح المالي، بل أنّها أرسّت نمطًا من الخيارات الطبية التي تثير القلق من أجل مزيد من الربح المالي لناحية الارتفاع الشديد في نسب الولادات القيصرية، الولادات المبكرة المفتعلة، الطلق الاصطناعي، إبرة الظهر، وغيرها. ومن الملفت أنّ هذا التسليح للخدمة الطبية يجري بالشراكة مع الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي وشركات التأمين. يلخّص الدكتور عدنان مروّة هذه العملية ببراعة ودقّة لا متناهين:

في لبنان، يتبيّن من المسوحات منذ التسعينات المنحى التصاعدي في اعتماد الولادة القيصرية... والنسبة الأعلى كانت في بيروت حيث تتوفر أعداد وفيرة من المراكز وأطباء التوليد، كما تتوفر سهولة الاستشفاء على نفقة وزارة الصحة. نسبة الولادة القيصرية كانت متدنية في محافظة لبنان الشمالي، فالأنماط الاجتماعية ما زالت تعتمد على الولادات المنزلية وعلى دور أكبر للقابلات فيها. يزداد اللجوء إلى الولادات القيصرية مع توفر التأمين الصحي. هذا التفاوت في اعتماد الولادة القيصرية لا يمكن تفسيره بمبررات علمية أو فوارق فيزيولوجية وإنما يعكس إلى حدّ كبير الافراط في التدخلات الطبية... في لبنان قد يرتبط الافراط في اعتماد الولادة القيصرية الى التخمة في أعداد أطباء التوليد... لذا يسعى الى توقيت مواعيد الولادة للحوامل عبر اللجوء الى عقاقير لتحفيز تقلصات الرحم أو ثقب الكيس الأميوسي أو الولادة القيصرية. هذه التدخلات من شأنها أن تزيد من احتمال تعثر الولادة أو الانتهاء بالعملية القيصرية وقد ازدادت ممارسات توقيت موعد الولادة من نسبة متدنية في السبعينات والثمانينات الى نسبة ٢٥ % من الولادات حاليًا، لأسباب مختلفة أهمها الرغبة في تحاشي العمل في أوقات معينة،

والفروق بين التعويضات المهنية للعملية القيصرية والولادة الطبيعية. كما أن للمركز الاستشفائي مصلحة في زيادة إشغال الأسرة وبالتالي المردود من الشركات والصناديق الضامنة. (مرّوة، ٢٠١٠)

وفي المحصلة، نجد أن حاجات الأمهات الصحية بشقيها الرعائي والطبي أصبحت عرضة للتدهور على الصعيدين النفسي والجسدي نتيجة تفضيل مقاربة الأطباء ومنحها الثقة العمياء في اتخاذ القرارات المرتبطة بصحة الأمومة وتطبيقها على أجساد النساء بدلاً من إشراكهن، وفرض التدخلات غير المطلوبة وغير الملائمة بهدف زيادة الأرباح وكسب مزيد من الوقت من أجل زيادة الزبائن. فوقاً للقليل الذي أوردناه لا يبتعد أطباء التوليد في لبنان عن مقاربة الحمل بالولادة مقاربة انسانية فحسب، بل يخرق بواسطة تلك الممارسات توصيات منظمة الصحة العالمية حول ضمان نوعية الخدمات الصحية المرتبطة بصحة الأمومة، وهي: الأمان أي عدم إلحاق الأذى بالمرضى بواسطة العلاجات التي من المفترض أن تداويهم؛ مركزية المرأة وهي تقديم العناية المحترمة والمستجيبة لخيارات وحاجات وقيم المريض/ة وأن تكون كافة الخيارات العيادية مستندة إلى مبادئه/؛ الفعالية أي تجنب الهدر بما في ذلك هدر المعدات والمواد والأفكار والطاقة؛ والكفاءة أي تقديم الخدمات بناء على معرفة علمية إلى كل من هو بحاجة إليه.

خلاصة

يمكننا أن نستنتج ممّا سبق أنّ الأبوية والرأسمالية توأمان يتحدان لصنع عالم يجعل من سكانه بؤساء وفاقدين لأبسط حقوقهم في سبيل زيادة الربح. ويبدو واضحاً أنهما يتغذيان ويكملان بعضهما البعض. حيث تعمل الأبوية على الإمعان في قمع المرأة وتعنيفها لتصبح أكثر عرضة للاستغلال، في البيت حيث تعمل بشكل مجاني، وفي سوق العمل الذي يواظب على منحها أجوراً زهيدة مقابل أعمال متعبة وشاقة. ولا ينفصل القطاع الطبي عن النظام الكلي في الاعتماد على الأبوية وخطابها وقوانينها ليضع من جديد النساء في قوالب تنعتهن بالجهل وعدم الكفاءة وتقلل من شأنهن، كما تبيح لنفسها إرهابهن عبر انتهاك حواسهن وأجسادهن من خلال التحرش اللفظي والجسدي والتعنيف الكلامي الذي يحط من قدرهن والأساليب الفوقية لتعمل كافة هذه الأدوات في الحد من وصولهن إلى حقوقهن وتمتعهن بالتقدم والاستقلال المهني والشخصي. وبطبيعة الحال، تذهب جائزة الانجازات الأبوية إلى الرأسمالية التي لم تتوافق تماماً مع اتجاهات ومقاربات النساء في المجال الصحي فأصبحت قيمتها مضاعفة، حيث تعمل النساء في المستشفيات لساعات طويلة مقابل القليل، ويبرع الطبيب في التفنن بابتكار إجراءات وتدخلات طبية ترفع من قيمة الفاتورة. كما أنّ التواطؤ في هذا النهب المنظم يجري بمباركة النظام اللبناني الذي يتكبّد صندوق ضمانه الاجتماعي تكاليف كل ولادة يجريها طبيب في مستشفى، في حين أنّ القابلات القانونيات موظفات ضمن راتب موحّد بصرف النظر عن عدد الولادات، وهنّ اليوم يتنّ مجازات وأعضاء في نقابة، ومكلفات بمرسوم حكومي بإجراء الولادات الطبيعية.

وفي حين اعتمد الطب الحديث خلال عملية إقصائه للدايات والقابلات على التعبئة لعدم كفاءة القابلات بحجة ازدياد نسبة وفيات الأمهات والمواليد الجدد، وانتشار الالتهابات وغيرها من المشاكل الصحية، يبدو الطب

الحديث أكثر خطراً على صحّة الأمومة اليوم في ظلّ المعطيات الحالية، حيث أنّ خفض معدّل وفيات الأمهات أصبح من أهداف التنمية للألفية، وباتت الإجراءات الطبية تشكّل خطراً متزايداً على صحّة الأمهات سواء لجهة تزايد العمليات القيصرية أو التحديد المسبق للولادة عبر تزويد المرأة بعقاقير، إلخ. والأهمّ من ذلك، أنّ هذا النظام الطبي الحديث يقصي الأكثر فقراً وتهميشاً بشكل كلما من الوصل أصلاً إلى الخدمة الصحية. ولعلّ أبرز أوجه التعاون بين الأبوية والرأسمالية تتمثّل في إرساء ثقافة استهلاكية لدى النساء الأمهات، حيث باتت خياراتهن تعتمد بشكل رئيسي على المظهر النخبوي لعملية الولادة والمتمثّل بموضة اختيار تواريخ ولادة جذّابة، وأطباء مشهورين، والاتجاه نحو العمليات القيصرية لتجنب آلام المخاض أو تجنب "تشوّه" أعضائهن التناسلية جرّاء الولادة الطبيعية.

والمطلوب اليوم، العمل على فضح هذه المنظومة، وتخصيص مزيد من الموارد والدعم للقابلات بكافة الأشكال المتاحة. فهذه الورقة هي نتاج عمل تطوّعي محدود الموارد، بينما يبقى الكثير من الحقائق المستورة قسراً برداء الأبوية المقيت، وهناك أصوات تنتظر لتخبر قصتها سواء من ناحية التفاني الذي قدمته الدايات سابقاً والقابلات اليوم، أو من قبل النساء غير المرتاحات في علاقاتهن مع أطباء التوليد. وقد حاولت هذه الورقة الإجابة عن أسئلة كثيرة، ولكنها انتهت بأسئلة أكبر وأعمق تتطلب جهداً وموردًا والتزامًا بانصاف جداتنا وأسلافنا وطبيعتنا الأم.

- أطباء بلا حدود (٢٠١٣). غالبًا ما تجهل النساء الحوامل إلى أين يجدر بهن الذهاب.
 أمل حبيب (٢٠١١). الداية أم محمد تروي ذكرياتها مع حالات الولادة. موقع الرسالة.
 جريدة الحياة (٢٠١٤). القابلة القانونية تسترجع دورها وتنافس أطباء التوليد.
 عدنان مروّة (٢٠١٠). اتجاهات مقلقة في خدمات الأمومة الصحية. موقع لبيانون فايلز نقلًا عن جريدة النهار.
 نقابة الأطباء (١٩٧٩). قانون تنظيم ممارسة مهنة الطب في لبنان. لبنان.
 مرسوم مزاولة مهنة الصيدلة. لبنان (١٩٥٠). مركز الأبحاث والدراسات في المعلوماتية القانونية.
 مرسوم تنظيم مهنة القبالة. لبنان: الجامعة اللبنانية (١٩٧٩). مركز الأبحاث والدراسات في المعلوماتية القانونية.
 مسعود ضاهر (١٩٧٤). تاريخ لبنان الاجتماعي: ١٩١٤-١٩٢٦. الطبعة الثالثة. دار الفارابي.
 سمير قصير (٢٠٠٦). تاريخ بيروت. الطبعة الثالثة. دار النهار للنشر.

Awada, H. (2019, April 24). Midwife. (H. Abbani, Interviewer)

Barbara Ehrenreich, D. E. (1973). *Witches, Midwives, and Nurses: A History of Women Healers* (Second Edition ed.). The Feminist Press.

Doughane, N. (2019, February 26). Midwife. (H. Abbani, Interviewer)

M, N. (2019, January). Mother. (H. Abbani, Interviewer)

Osman, S. (2019, April 10). (H. Abbani, Interviewer)

S, M. (2019, March 22). Midwife. (H. Abbani, Interviewer)

Sfeir, C. (2019, April 04). Midwife. (H. Abbani, Interviewer)

WHO. (2018). *World Health Statistics: Monitoring Health for the SDG's*.

World Health Organization, W. (2018). *World Health statistics: Monitoring Health for SDGs*.