

لا يوجد مكان آمن للولادة: شهادات النساء والقابلات

غزة 2008 – 2009

موجز المقال

تسعى النساء إلى أن يلدن في مكان يشعرن فيه بأمنهن وأمانات ومحميات ومؤمنات. بيد أن العديد منهن قد يُجبرن، في حالات النزاع، إلى الولادة في ظل ظروف مخيفة ومحفوفة بالمخاطر، حيث لا تتوفر فيها حتى أبسط مساعدة وحماية. تستند هذه الدراسة إلى مقابلات أجريت مع القابلات والنساء اللاتي ولدن خلال فترة 22 يوماً من الهجوم الإسرائيلي على غزة في ديسمبر 2008-يناير 2009، وتوضح خبرة الضعق والصدمة التي تتعرض لها النساء عندما يجدن مكاناً آمناً للولادة. لقد حكّت النساء عما شعرن به من خوف ساحق عندما عرفن أن ساعة الولادة قد حانت، وأنهن غير قادرات على الوصول إلى مستشفى أو إلى رعاية ماهرة أثناء القصف، وخوفهن من مضاعفات الولادة دون رعاية الطوارئ، فضلاً عن خوفهن على سلامة أسرهن وأنهن سيُفصلن عنهم. لم تكن معظم القابلات مستعدات، مادياً ونفسياً، لحضور ولادة خارج بيئة المستشفى، بينما كان الأطباء في انشغال غامر مع المرضى الذين تعرضوا لإصابات شديدة. إن قدرة الرعاية لدى القابلات للحفاظ على الولادة بصورة عادية قدر الإمكان كان حاسماً بوجه خاص في حالات من عدم الاستقرار السياسي، والنزاع، والفقر، والكوارث. فقد كان التخطيط للرعاية الطارئة عن طريق تحديد مكان القابلات، وتزويدهن بالمعدات الأساسية والأدوية، وإضفاء الشرعية على مهنتهن مع مدى مناسب للممارسة، والترخيص، والاحتياطي، والحوافز، سيسهل قدرتهن على الاستجابة لاحتياجات النساء عند الولادة.

عام 1948

"عندما كنا في وسط البحر، في منتصف الطريق إلى بيروت، كانت لدينا امرأة حامل على متن الطائرة، وكانت في حالة ولادة. من سيساعدها؟ يا ناس! استيقظوا! بالله عليكم، نحن بحاجة إلى المساعدة!" قالت لها خالتي، الله يرحم روحها، 'تعالى هنا' وأجلستها القرفصاء. وضعت المرأة رضيعاً، كان صبيّاً. لم يكن لديهم أي شيء يلفونه. كانت لدي مجموعة من الأشياء تخص ابني، فمت بفتحها وأعطيتها بعضها. لم يكن يوجد أي شيء لقطع الحبل السري. لكن أخي الأصغر إسماعيل كانت لديه قطعة من الحديد في جيبه، فأخذوها منه لقطع الحبل السري". (أم محمود، يافا).¹

عام 2009

"اتصل بي زوجها في الساعة الرابعة صباحًا وقال لي أن زوجته تعاني آلام الولادة، وأن سيارة الإسعاف لن تتمكن من الحضور لانشغالها الشديد في نقل الجرحى من جراء القصف. قلت له 'حاول إحضارها إلى بيتي، وسأحاول المساعدة'. لم يكن لدينا كهرباء، وكان الغاز قليلاً. وصلت المرأة إلى بيتي بعد أن سارت لمدة 20 دقيقة برفقة اثنتين من قريباتها. حاولت الاستعداد. بحثت في الظلام عن مقصين، وقمت بغليهما. كنت اتحرك عبر الظلام في بيتي وأنا مرتبكة، فلم أكن على استعداد لمثل هذه الحالة. فحصتها عندما وصوت، وأدركت أنها سرعان ما ستلد. بحثت مرة أخرى في الظلام، ووجدت مشبك حبل قديم احتفظت به مصادفة بأحد الأدراج منذ الحصار السابق. ثم ظللت أقرأ القرآن وأطلب من الله أن يساعدني. كنت خائفة جدًا من المضاعفات، فماذا سأفعل عندئذ؟ تمكنت من توليدها على الأرض، على ضوء الشموع، في الساعة الخامسة والنصف صباحًا. كانت هذه أول ولادة أقوم بها في بيتي. كان البرد شديدًا والظلام حالكًا، لكننا نجحنا في تدفئة الأم والوليد". (أم أحمد، قابلة غزة).

تستكشف هذه الدراسة بعض تجارب نساء وقابلات غزة في الولادة في أثناء 22 يومًا من الهجوم العسكري الإسرائيلي خلال الفترة 27 ديسمبر 2008 - 19 يناير 2009، حيث: "أدى الإغلاق شبه التام للحدود، إلى جانب الافتقار إلى نظم الإنذار المبكر أو المخابئ الواقية من القنابل، إلى حرمان السكان المدنيين من أي ملجأ على مدى أسابيع ثلاثة دون انقطاع تقريبًا من القصف الجوي والبحري، وقذائف المدفعية، والعمليات البرية".²

أسفر هذا الهجوم عن 1417 قتيلاً، من بينهم 116 امرأة و313 طفلاً؛ وإصابة 5380 بجراح، من بينهم 800 امرأة و1872 طفلاً.³ وهكذا، كان 30% من الوفيات و50% من المصابين من النساء والأطفال. إن النساء، بوصفهن راعيات أساسيات للأسر الكبيرة، معرضات للتأثر لا سيما في أعقاب الصدمات، عندما يتأتى عليهن إعادة بناء حياة أسرهم وسط الخسائر والدمار.⁴ وحتى في أوقات الاستقرار النسبي، تقع مهام العناية باحتياجات الأسرة الممتدة على عاتق النساء،⁵ خاصة حيث لا يتوفر سوى القليل من الخدمات الاجتماعية. تؤدي العواقب التي لا تُعد ولا تُحصى الناجمة عن الحرب إلى ترك النساء بلا مأوى؛ إما كأرامل غير محميات، أو المسؤولات الوحيدات عن أفراد الأسرة المصابين. ولهذا، أشارت التقارير إلى أن نوعية حياة نساء غزة عقب الهجوم كانت أسوأ من نوعية حياة الرجال.⁶

وقد أشارت ثريا عبيد، المدير التنفيذي لصندوق الأمم المتحدة للسكان، إلى أن تقارير تقصي الحقائق لم تذكر الوفيات والإصابات المتصلة بولادة النساء الحوامل اللاتي تعذر وصولهن إلى الرعاية، حيث لم تكن مرئية.⁷ وفي واقع الأمر، خاضت حوالي 3700 امرأة تجربة الولادة في أثناء تلك الأيام التي وصلت إلى 22

يومًا. وتوضح سجلات المستشفيات زيادة قدرها 31% في عدد حالات الإجهاض، وزيادة قدرها 50% في وفيات الأطفال حديثي الولادة، فضلاً عن زيادة أعداد الولادات المبتسرة ومضاعفات الولادة القيصرية، خلال تلك الفترة.²

تسعى النساء إلى أن يلدن في مكان يشعرن فيه بأمنهن وأمانات ومحميات ومؤنات. بيد أن العديد منهن قد يُجبرن، في حالات النزاع، إلى الولادة في ظل ظروف مخيفة ومحفوفة بالمخاطر، حيث لا تتوفر فيها حتى أبسط مساعدة وحماية. إن الحالة الفلسطينية تجسد أهمية السياق والطابع السياسي الكبير لتحقيق الأمومة الآمنة، وتوضح أن رعاية الأمومة تُعد أكثر من حدث نفسي-اجتماعي وطبي-بيولوجي. ومع الأسف أن الممارسين العاملين في مجال المعونة الإنسانية يميلون إلى التركيز غالباً على الحلول التقنية.^{8،9} توضح هذه الورقة كيف يمكن أن يسفر الوضع السياسي عن نتائج فظيعة على النساء وأطفالهن.

الهجوم على غزة

غزة هي قطاع صغير من الأراضي المكتظة سكانياً، تبلغ مساحتها 360 كيلو متر مربع، ويقطنها 1,600,000 نسمة، وهي محاطة تماماً بحدود مع إسرائيل، ومصر، والبحر الأبيض المتوسط.¹⁰ ولا تزال إسرائيل تسيطر على مجالها الجوي، ومياها الساحلية، وحدودها، خالقة بذلك "جيتو مُحكم".¹¹ وفي أعقاب انتخاب حركة حماس في عام 2006، فرضت إسرائيل حصاراً قيّداً بصرامة حركة الناس والسلع، مما أدى إلى خنق الاقتصاد والحصول على الضروريات الأساسية.² لقد أوقف عملياً الاتصال بين غزة والضفة الغربية والقدس، مما أسفر عن عواقب وخيمة على الحكم والاقتصاد والرعاية الصحية. كما أدى النزاع الداخلي منذ عام 2007 إلى تفاقم هذا الوضع من الحرمان.

إن وجود خدمات الرعاية الصحية الروتينية، والعدد الكبير نسبياً من الأطباء، وقصر طول المسافات، لم يعوض عن الآثار الضارة على العديد من المحددات الاجتماعية للصحة. يعاني 75% من سكان غزة من انعدام الأمن الغذائي، في ظل بطالة 40% من القوة العاملة.¹² توقف نمو 13% من الأطفال دون سن الخامسة، مما يشير إلى سوء التغذية المزمن ومخاطر ضعف التطور المعرفي.¹³ كما أعاق الحصار إعادة الإعمار؛ ولا تزال الكهرباء تُقطع خلال فترة طويلة من اليوم. لقد أسفر الإغلاق عن آثار مدمرة على خدمات الرعاية الصحية، مع نقص في المرافق والأدوية الأساسية (40% من المخزون في غزة، في وقت مبكر من عام 2011)، والمعدات والتدريب، وصعوبات الإحالة إلى علاج متخصص.¹⁴ في ظل هذه الظروف، تؤثر أشكال مختلفة من العنف والعزلة على جميع السكان، وتمس جميع جوانب الحياة.^{15،16}

وعلى الرغم من ذلك، توفرت تغطية عالية للرعاية من خدمات الأمومة: تحصل 99% من النساء على رعاية ماهرة عند الولادة، مع الاعتماد على المستشفيات الكبيرة وعيادات الأطباء، وقلّة الولادات المنزلية (1%). تحصل جميع النساء الحوامل تقريباً على الرعاية السابقة للولادة، وأساساً من الأطباء، ما عدا في مخيمات اللاجئين، حيث القابلات هن المقدمات الرئيسيات للخدمات. مع ذلك، لا تحصل على رعاية ما بعد الولادة سوى ثلث النساء فقط، بل عدد أقل حتى خلال الأيام القليلة الأولى بعد الخروج المبكر من المستشفى، كما أن الزيارات المنزلية ليست روتينية، والنساء يملن إلى عدم مغادرة منازلهن بعد وقت قصير من الولادة. وفي حين تحتاج نوعية الرعاية إلى تحسين، فإن هذا الاستخدام المرتفع لخدمات الأمومة يُعد مهماً لدى السكان، حيث يبلغ معدل الخصوبة الكلي 5.3¹³ بلغ تقدير معدل وفيات الأمهات في فلسطين 64 لكل 100 ألف مولود حي.¹⁷ ولا يتوفر سوى قدر قليل من المعلومات حول اعتلال صحة الأمهات. وفي ظل خطاب التحديث، قامت السلطات الصحية الفلسطينية والإدارة الإسرائيلية السابقة بإقناع جميع النساء الحوامل الولادة في مرافق الأمومة؛¹⁸ ومع ذلك، لم يتم التخطيط لنظام خاص بالرعاية الطارئة في حالات النزاع؛ وبالتالي وجدت النساء الحوامل والقابلات أنفسهن في ظروف غير مهيأة تماماً خلال هذا الهجوم.

كانت البنية التحتية الطبية في غزة، قبل الهجوم، تتكون من 27 مستشفى و129 مرفق للرعاية الصحية الأولية، و3117 طبيب،¹² مع حوالي 102 قابلة تعمل في القطاع الحكومي، فضلاً عن أن عدد الولادات بلغ 53,450 سنوياً.¹⁹ وقد دُمرت خلال العملية العسكرية 15 مستشفى منها، و43 عيادة للصحة الأولية، وأصيبت بأضرار أو دُمرت 29 من أصل 148 سيارة إسعاف.³ لقد أدت النسبة المرتفعة نسبياً والنفوذ الأكبر للأطباء مقارنة بالقابلات إلى سيطرتهم على الرعاية السابقة للولادة والولادة وتهميش القابلات، مع ما ترتب على ذلك من آثار نفسية واجتماعية وأخرى تتعلق بالنوع الاجتماعي، نظرًا لأن معظم الأطباء من الذكور بينما النساء يفضلن القابلات. لقد تولت القابلات، قبل حرب الخليج الأولى في عام 1991، معظم الولادات الطبيعية بالمستشفيات؛ بيد أن تدفق الأطباء الفلسطينيين المطرودين من دول الخليج إلى غزة قد أسفر عن ضغط من أجل التوظيف، مما أحال القابلات إلى مساعدة الأطباء. وخلال تلك الفترة، لم تعد السلطات الصحية تسمح للقابلات إجراء الولادة في المستشفيات العامة أو العيادات أو المنازل.²⁰ وفي عام 2006، قامت "وكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى" (الأونروا)، المسؤولة عن الخدمات الصحية للاجئين الفلسطينيين (ثلاثي سكان غزة)، بإغلاق 6 وحدات للأمومة تقودها القابلات بمخيمات اللاجئين في غزة، حيث كانت الولادة الطبيعية مجاناً وبالقرب من المنزل.²¹ وقد تعطلت شبكة الداياات (القابلات التقليديات) والقابلات بالمجتمعات المحلية، اللاتي كُن يقمن الرعاية سابقاً في فترة

ما قبل الولادة، مما ترك فجوة عندما تكون إمكانيات الوصول إلى المستشفيات محدودة. كما أُهملت أيضًا مدارس القبالة والتدريب خلال تلك الفترة.

ونظرًا لأن كلتانا من القابلات العاملات في الضفة الغربية، فقد أردنا إبراز تجارب الولادة المختلفة لنساء غزة في وضع يشبه الحرب. ويربط هذه القصص بالسياق السياسي والتنموي وسياق النظام الصحي، فإننا نهدف إلى المساهمة في وضع استراتيجيات لتحسين رعاية الولادة في جميع الظروف. إن قصص النساء حول الخبرات اليومية في فترة الأزمات، ودور الأسرة والمجتمع المحلي، توفر رؤية ثاقبة حول طرق تكيفهن، كما تصور الافتقار إلى الحماية أثناء الولادة. إنها تصور الطبيعة الغادرة المستمرة للاحتلال، حيث تواجه المرأة الحامل - منذ ثلاثة أو أربعة أجيال وإلى الآن - القلق وواقع "عدم وجود مكان آمن". في حين قد يسفر الاحتلال الإسرائيلي أحيانًا، في حالات الحرب منخفضة الحدة (عادة)، عن إصابات قليلة،¹¹ فإن قصص الولادات هذه لا تصف مجرد تجربة عدة أسابيع من القصف والتدمير، وإنما أيضًا تكرار حالات الولادة لأجيال من النساء الفلسطينيات خلال الفرار، سواء من الحظر عند نقطة تفتيش¹⁸ أو من قصف القنابل. إن طريقة ولادتنا لا تتل دائمًا نفس القدر من الاهتمام في مجال الصحة العامة مثل طريقة وفاتنا، على الرغم من أثر إجهاد الأمهات على الحمل والولادة،²² لكنها يجب أن تتال اهتمامًا.

كثيرًا ما تحدد الأزمات السياسية والاقتصادية أين تلد المرأة وكيف تلد المرأة؛ وتتناول القصص المطروحة هنا "الأضرار الجانبية" للسياسة العالمية على إنجاب الأطفال. تظل قصص الولادة حية على مر الزمن وفي الذاكرة، وليس فقط في قلوب وعقول الأمهات. ففي دراسة حول المراهقين الفلسطينيين، بدأ صبي من بيت لحم يبلغ من العمر 16 سنة قصة حياته بصعوبة وصول والدته إلى المستشفى لولادته، وتأخرها عند نقطة تفتيش الجنود الإسرائيليين، وعدم السماح لوالده بدخول القدس معها، وخوف والدته من الاستمرار بمفردها.²³ وعبر الأجيال أصبحت هذه القصص، واعتلال الأمهات والأطفال حديثي الولادة، جزءًا لا يتجزأ من الهوية الفلسطينية وطريقة لإدراك العالم.

الأساليب

توفر هذه الدراسة النوعية شهادات 16 امرأة من النساء اللاتي أنجبن أو ساعدن في الولادة خلال الهجوم الذي استمر 22 يومًا. نظرًا لأننا نعيش في الضفة الغربية، ولم يكن إجراء مقابلات شخصية ممكنًا بسبب استمرار إغلاق قطاع غزة، فقد أجرينا المقابلات هاتفيًا مع النساء. استخدمنا أسلوب كرة الثلج لتحديد المشاركات، بأن سألنا بعض القابلات عما إذا كن يعرفن النساء اللاتي أنجبن، أو القابلات الأخريات اللاتي حضرن الولادات، خلال تلك الفترة؛ واتصلنا بهؤلاء النساء مباشرة، وسألناهن أيضًا عن الحالات الأخرى التي

يعرفنها. جرت المقابلات مع 16 امرأة - 11 امرأة أنجبت، و5 قابلات حضرن ولادات أخرى - في الفترة بين 17 فبراير و22 مارس 2009. كانت كل مقابلة تجريها إحدانا باللغة العربية، وتستمر حوالي 45 دقيقة. شرحنا للنساء أن غرض الدراسة هو إعطاء صوت لتجربتهن، وأن المشاركة اختيارية، مع الحق في رفض الاستمرار في أي وقت، واحترام السرية. لم ترفض سوى امرأة واحدة؛ أما النساء الأخريات فقد أعربن عن ثقتهن وحماسهن لاقتناص فرصة سرد قصصهن. طلبنا من النساء أن يروين تجاربهن، مع توجيه الأسئلة لهن خلال السرد لتحفيز المزيد من الشرح. أخذنا في الحسبان بالكامل كرامة النساء وخصوصياتهن وحساسياتهن، مع احترام الصمت والانصات لما يسردنه.²⁴

كنا نتوقف عن جمع البيانات عندما لا يطرح السرد مواضيع جديدة. قامت كل باحثة بنسخ المقابلات عن طريق مذكرات مدونة وترجمتها إلى اللغة الإنجليزية. قامت الباحثتان على نحو منفصل بترميز المحتوى، مما أنتج تخطيطاً وتصنيفاً رمزياً وفقاً للموضوعات، ثم مناقشة ومقارنة وتنقيح الناتج لتحديد الموضوعات البارزة في النصوص. وقد ضمت: الافتقار إلى الحماية، والخوف، والسجن، والعزلة، ودعم الأسرة. تمثل النتائج التي توصلنا إليها تصورات النساء حول تجربة الولادة في لحظة زمنية محددة فقط، بينما قد تتغير تجربة الصدمة على مدى الزمن ومع مدة معاناة والتعطيل.²⁵ لكن المتابعة بعد ذلك كانت مستحيلة حتى الآن.

النتائج

الوصول إلى مكان الولادة

"حاولت العثور على أي طبيب أو قابلة أو ممرضة في الجوار، لكنني لم أتمكن من العثور عليهم! كان زوجي متوترًا أيضًا، وظل يسأل شقيقاته عما يجب فعله إذا بدأ المخاض ولم نتمكن من الوصول إلى المستشفى. وضعنا جميع أوراقنا المهمة في حقيبة صغيرة واحدة، يمكننا حملها في حالة القصف. وكنا نبقى الحقيبة بجوارنا عندما ننام". (سلام)

"كنت ألد وأنا أسير. وأتوقف عن السير عند حدوث تقلصات، وأجلس القرفصاء على جانب الطريق أو أنحني على جدار حتى يزول التقلص، ثم أواصل السير. مشيت حوالي 30 دقيقة، بينما كانت الطائرات العسكرية فوقنا. كنت خائفة جدًا وأرغب في البقاء في المنزل والولادة فيه، لكن عائلتي لم تشجعني على ذلك لأنني أحتاج دائمًا للمساعدة". (نادية)

أنجبت في المستشفى 7 من 11 امرأة أجرينا معهن المقابلات، وأنجبت ثلاثة منهن في بيت أحد الأشخاص، وأنجبت الأخيرة في عيادة خاصة. سارت 6 نساء إلى مكان الولادة، ونقلت 3 منهن بواسطة سيارة إسعاف، واثنان في سيارات خاصة.

نظرًا لعدم وجود حماية للمدنيين واستحالة معرفة متى وأين سيتم القصف، كانت النساء اللاتي جاءهن المخاض في حيرة لما يجب فعله. عندما كانت النساء تستدعي سيارة إسعاف لنقلهن إلى المستشفى، كثيرًا ما كان السائقون يرفضون، إما لأنه غير مسموح لهم بدخول المناطق السكنية حيث القصف شديد، أو لأنهم كانوا يعطون الأولوية للمصابين. عادت بعض النساء من المستشفى، حيث كانت الولادة في بدايتها ولم يكن هناك عدد كاف من الموظفين، أو لأن كان قسم النساء والولادة كان مستخدمًا للمصابين. كان طاقم المستشفى مستنفدًا، على الرغم أنهم يبذلون من قصارى جهودهم للتحلي بالطف. كانت النساء تخشى من عدم العثور على داية؛ وفي الوقت نفسه كُن يخشين ترك أسرهن وعدم التمكن من العودة مرة أخرى. كان أغلب الأزواج في حالة توتر شديدة، ولا يعرفون كيف يتصرفون. كانوا يبقون عادة مع الأطفال، وتذهب النساء بمفردهن أو مع قريباتهن.

"في أحد الأيام، شعرت بآلام الولادة، وذهبت إلى الطبيب الذي قال لي أنه كان مجرد الخوف وطلب مني العودة إلى البيت. وفي المرة الثانية، بدأ المخاض في الساعة الرابعة صباحًا؛ ذهبنا إلى منزل شقيق زوجي. طلبنا سيارة إسعاف، وأخذني إلى المستشفى. وفي المستشفى، صاح الطبيب في وجهي وقال: 'ألا تخافين على حياتك؟ إن لم يكن لسلامتك، كان ينبغي تخافي على سائق سيارة الإسعاف! ألا تسمعين القصف المدفعي والقنابل؟ كيف تجيئين إلى المستشفى؟'. لقد جعلني أشعر بالذنب، وبدأت أفكر، 'ماذا لو كان سائق سيارة الإسعاف قد قُتل؟'" (دلال)

وعلى الرغم من تعرض النساء الشديد للتأثر، فقد أظهرن مقاومة وإصرار. "الحمد لله، أنا لا زلت على قيد الحياة وآمنة بعد كل هذا! أقول لنفسي أحيانًا ... كيف خرجت من المنزل ليلاً؟ ربما منحني الله القوة للقيام بكل ذلك. أعتقد أن قوتي نتجت عن التقلصات. كلما زادت التقلصات، كلما زادت قوتي! مشيت، ولم أكن أشعر بأي شيء سوى الريح والبرد والظلام، والقصف". (نادية)

المخاض والولادة

"الخوف، الرعب، أيًا كان ما أحاول وصفه، فلا يمكنني استخدام الكلمات المناسبة للتعبير عن المشاعر الحقيقية في ذلك الوقت! لا شيء يمكن أن يصف ما مررت به أو مدى خوفي على الحمل والولادة. إلى أين أذهب؟" (سلام)

كان الخوف هو العاطفة الغالبة التي أعربت عنها النساء: الخوف من عدم معرفة متى سيلدن، ومن عدم الوصول إلى المستشفى تحت القصف، ومن حدوث مضاعفات دون إمكانية اللجوء إلى رعاية الطوارئ، والخوف على سلامة أسرهن وانفصالهن عنها. لم يكن للانتظار نهاية، و"لم يوجد مكان آمن" في المنزل أو في المستشفى أو في الشارع.

"كانت الأيام التي نلت موعد الولادة صعبة جدًا. كانت الليالي مثل الكوابيس. ماذا يحدث إذا بدأ المخاض في الليل؟ ماذا يجب أن أفعل؟ كيف سأصرف؟ من سيرافقني؟ إنهم يقصفون حتى سيارات الإسعاف! كنت أتنفس الصعداء كل صباح، عندما يظهر ضوء النهار". (رنا)

"جريت إلى المستشفى وأنا أعاني من آلام الولادة! ... هل هناك من يفهم ما شعرت به؟ أحاول الآن عدم التفكير في تلك الفترة، حيث يعيد التفكير المشاعر المؤلمة والمريرة مرة أخرى. لقد عانيت بمفردي!" (ريم)

"مشيت بمفردي متألمة لمدة ساعة وربع. وعندما وصلت إلى المستشفى، طلب مني الطبيب العودة، حيث لا يوجد عدد كاف من الموظفين وكانت المستشفى مليئة بالجرحى". (رولا)

حكى القابلة ميسون قصة امرأة بدوية جاءت إلى عيادتها لإعطاء تحصين وليدها التحصينات، والقصة كالتالي:

"عندما بدأت تشعر بآلام الولادة، كانت الدبابات الإسرائيلية في قريتهم. كان من المستحيل أن تترك المنزل سعيًا للحصول على مساعدة. جمعت أولادها الستة، وجلست في أحد أركان البيت انتظارًا، وهي خائفة، وتحاول البقاء صامتة حتى لا يجزع زوجها وأطفالها. تحملت آلام الولادة لساعات، بينما يجلس أولادها حولها لحمايتها، إلى أن أنجبت وليدها وهم يحيطون بها. بدأت تنزف، ونزفت كثيرًا، لكنها تذكرت نصيحة القابلة في ولادة سابقة بالعيادة أن تواصل تدليك الرحم لوقف النزيف. وقد فعلت ذلك حتى توقف. وعندما ابتعدت الدبابات بمسافة معقولة عن البيت، فتح الزوج الباب ونادى النساء في المنازل المحيطة لمساعدة زوجته، التي كان يخشى أنها تحتضر. تمكنت إحدى النساء من الحضور بعد ثلاثين دقيقة، وكان معها مقصين وقطعت الحبل السري. كان أولادها لا يزالون في حالة صدمة وهم يشاهدون أمهم غارقة في

الدم مع طفل صغير معلق خارج جسدها! قالت لي المرأة أنها شعرت كما لو كانت بقرة أو عنزة عند الولادة. كانت تشعر بالخجل والذنب!".

نتائج الولادة

"رأيت امرأة حامل في 41 أسبوعًا، وقد أجرت 7 عمليات ولادة قيصرية سابقًا. كان من المقرر أن تجري عملية قيصرية قبل أسبوعين، لكنها لم تذهب بسبب الحرب. لم يكن لديها أي فكرة أن ذلك يمكن أن يهدد حياتها إذا بدأ المخاض... وقد نقلتها فورًا إلى المستشفى". (انتصار، قابلة)

"تعاني العديد من النساء من الإجهاض والولادة المبكرة؛ وذلك بسبب الخوف والقنابل الفسفورية". (سمر، قابلة)

من بين الـ 11 امرأة، كانت الولادة لدى سبعة منهن ولادة مهبلية، ولدى 3 عن طريق عملية قيصرية، وتعرضت امرأة واحدة للإجهاض. أما المضاعفات التي تحدث عنها، فقد شملت: حمى النفاس، آلام في الظهر والرقبة من التخدير، والارتعاجية، وانخفاض درجة حرارة الوليد. وصفت القابلات والنساء الاكتظاظ في المستشفى، حيث تقاسمت النساء الأسرة والنوم على الأرض، وكثرة استخدام الأوكسيتوسين لتسريع الولادة. عانت النساء من الصدمة عند رؤية الجرحى في المستشفى، حيث كان المصابين يُنقلون أحيانًا إلى عنبر الولادة لنقص الأماكن في العنابر الأخرى. خرجت النساء والأطفال حديثي الولادة من المستشفى بعد الولادة مباشرة. وأفاد عدد من الأمهات الـ 11 أن أطفالهن الرضع يعانون من مشاكل في الجهاز التنفسي، وذلك بسبب الطقس البارد، والافتقار إلى الحرارة، وزيادة التيارات الهوائية في المنازل نتيجة لتحطم النوافذ.

أصوات القابلات

"عندما اتصلوا بي، خرجت دون تفكير. تركت بيتي وزوجي وأطفالي، ومشيت في الشوارع الصغيرة الضيقة. كان بيتي معرضًا لخطر القصف، حيث كان حينًا مستهدفًا. لقد وجدت المرأة تلد، وحجم الاتساع 8 سم... ساعدتها على أن تلد ولادة طبيعية، على الأرض، على ضوء الشموع، في منزل كامل يضم أكثر من 40 شخصًا! كان كل شيء حولنا يهتز من القصف الثقيل!" (ميسون، قابلة)

"تم فحصها عندما وصلت إلى المستشفى، وقيل لها أنها لا تزال في فترة مبكرة من المخاض وعليها أن تسير لقوية التقلصات. ولذا ذهبت تتجول في الفناء الخلفي للمستشفى، لكن صاروخًا أصابها وفقدت ساقها، حيث كان يجب بترهما. أنجبت وليدها بعملية قيصرية، لكنها توفت بعد فترة وجيزة من العملية. أما الطفل فهو على قيد الحياة وبصحة جيدة". (سمر، قابلة)

"كنت أقوم بتعليم النساء كبار السن في المجتمع المحلي ما يجب عليهن فعله إذا بدأت آلام الولادة لدى أي امرأة وكيف يساعدها على الولادة. فقد تلقيت العديد من المكالمات من الناس يسألون عما يجب فعله". (انتصار، قابلة)

"سمعت عن الكثير من حالات الولادة في المنزل بمساعدة أفراد الأسرة. إنها سياسة غبية تلك التي تتخلي عن الولادة المنزلية وتشجع النساء على الذهاب إلى المستشفيات! لا سيما في حالتنا غير المستقرة!". (حنان، قابلة)

قالت معظم القابلات الخمس أن إعدادهن لم يكن جيدًا عندما تطلب منهن النساء تقديم المساعدة عند الولادة. وقد أفدن أنهن، في المنزل، قمن بغلي المقصات، واستخدام قفازات المطبخ للفحص المهلي، واستخدام مشابك الحبل السري القديمة من أطفال آخرين، أو ربط الحبل السري بخيط. أما في المستشفى، فقد أفدن بأنهن يعملن لفترتين، حيث لم يكن بإمكان بعض الموظفين الوصول إلى المستشفى. كان حضور النساء إلى المستشفى أكثر من المعتاد، نظرًا لزيادة عدد حالات الإجهاض والولادات المبكرة. وكانت المستلزمات والأدوية غير كافية في المستشفى، لكن لم يجرؤ أحد على الخروج لجلب المزيد. كان الدواء الخاص بالألم (بيثيدين) مخصصًا لتيسير الولادة لدى النساء اللاتي شهدن وفاة أحد أفراد الأسرة أو على خلاف ذلك، يعانين من صدمة خاصة. كان على القابلة الواحدة رعاية ثلاثة مرضى يعانون الارتعاجية الشديدة بوحدة الرعاية المركزة. وعلى الرغم من عملهن في ظروف صعبة للغاية، فقد حاولن الاستجابة لاحتياجات النساء.

"كنا جميعًا في حالة عصبية ونشعر بالغضب والتوتر. لم تكن حساسات، في بعض الأحيان، تجاه النساء خلال الولادة. وبعدها كنت أذهب لهن قبل خروجهن إلى منازلهن وأطلب منهن أن يغفرن لي أي خشونة أو عدم حساسية ربما بدرت مني خلال عملي معهن". (سمر)

أظهرت القابلات والأطباء، وغيرهم من العاملين بالمستشفى، التضامن مع بعضهم بعضًا، حسبما أفادت القابلات. عندما نكون في المنزل، يتصلون بمن يعيشون في مناطق محفوفة بالخطر - إذا كانت الهواتف المحمولة تعمل - للاطمئنان على سلامتهم. كانوا يشعرون أن جميع مقدمي الرعاية الصحية خلال تلك الفترة يتسمون بالشجاعة، حيث كانت حياتهم معرضة للخطر. طلبت أسرة سمر منها ألا تخاطر بحياتها وتخرج؛ فأجابت: "سأفعل ما بوسعي لمساعدة الناس، والله سيرعاني".

التضامن الأسرى وإعادة بناء الحياة

لعبت الأسرة الممتدة دورًا رئيسيًا في جميع السرديات، كما كانت الشبكة الاجتماعية للأسرة عاملاً حاسماً أيضاً في إعادة بناء الحياة الممزقة. كانت النساء يلجأن عند تشردهن إلى أفراد الأسرة سعياً للمأوى، وللدعم أثناء المخاض، وللغذاء لإطعام أسرهن، وللمساعدة في رعاية الأطفال، وللحصول على دعم عاطفي. وقد ساعدهم الدعم الأسري على البقاء. كان التعبير عن هذا التضامن جزءاً من نسيج جميع الروايات، لكنه كان يُعتبر عادياً وليس استثنائياً.

كانت النساء تشعرن بأن جذورهن تمتد في مجتمعاتهن المحلية من خلال الدعم الأسري. فقد كان يعطينهن الانطباع بأنهن في مرحلة الشفاء بعد انتهاء الهجوم، وأنهن في هذه المساحة من التدمير - مع عدم وجود أي مكان آخر يذهبن إليه - يبدأن في إعادة صنع حياتهن.

"لا أصدق أنني لم أمت. أشعر بالفعل أنني وُلدت من جديد. وأحاول الآن عدم التفكير في تلك الفترة". (ريم)

"أشعر الآن أنني بخير، ومستريحة، وآمنة. أنا سعيدة لأننا لم نُقتل، وعدنا إلى منزلنا، ولا يزال لدينا بيت لم يلحق به التدمير. أطفالنا آمنين، وزوجي لا يعمل، لكننا نعيش. حصلنا على مساعدة من والدي ووالديه". (دلال)

مناقشة

ترتبط قصص الولادة المذكورة هنا ارتباطاً وثيقاً بذاكرة النساء عن الحرب، والألم البدني للمخاض، وخوفهم على أسرهن من الموت والخطر. لقد ربطت النساء بين خوفهن وتوترهن بالمضاعفات التي مررن بخبرتها، بما في ذلك النزف، والولادة المبكرة، والارتعاجية. لم يتوفر لهن مكان آمن للولادة، ولا خطط للطوارئ يمكنهن الاسترشاد بها، وكُن يخشون بدء المخاض. بحثت كثيرات منهن عن مقدمي خدمات بالقرب من منازلهن تجنباً لمخاطر الرحلة إلى المستشفى، لكن بحثهن كثيراً ما كان دون جدوى. كانت النساء محاصرات بين الذهاب إلى المستشفى للولادة وخطر التعرض للقصف خلال الطريق.

وحتى مع ذلك، كانت النساء فاعلات في تجارب المخاض والولادة. ويبدو أن رغبتهن في البقاء وولادة حياة جديدة دفعتهن لاعقلانياً إلى تجاوز مخاوفهن وخطر الموت الوشيك. كانت النساء مدفوعات لإيجاد حل. أعربت بعضهن عن صدمة شديدة، ولكن أيضاً صلابه.

خلال هذا الهجوم، قامت إحدى القابلات الخبيرات في غزة، وهي فيزا شريم، وبشجاعة ومبادرة فردية، بالمساعدة في 52 ولادة بالمنزل وفي عيادة القرية.²⁶ بيد أن معظم القابلات شعرن أنهن غير مجهزات، وليست لديهن المهارات الأساسية والمواد والثقة لتقديم الرعاية في المجتمع المحلي. لم تتوفر لديهن أطقم

الولادة أو إمدادات الطوارئ، ولم يشعروا بحماية النظام في حالة حدوث مضاعفات. أما الأطباء، من ناحية أخرى، فغير موجودين بالمجتمعات المحلية، وكان الأطباء في المستشفى في انشغال شديد مع المصابين بجروح بالغة. إن توفر نظام لقابلات ماهرات ومدربات ومؤهلات للعمل في ظل الظروف الصعبة داخل بنية داعمة، كان يمكن أن يزيد من إمكانية حصول النساء على رعاية الأمومة في مثل هذه الأزمات.

الآثار المترتبة على السياسات

لا تتعلق الدروس المستفادة من هذه الخبرات بفلسطين فحسب، لكنها ذات صلة أيضاً بالنسبة للعديد من البلدان التي تعاني من الاضطراب السياسي والتدخل العسكري والكوارث.²⁷ يجب الإقرار بأن الحقائق السياسية التي تشكل الأسباب الجذرية لانعدام الأمن البشري هي التي تحول دون تحقق الظروف اللازمة للأمومة الآمنة، كما تُعد أحد أسباب اعتلال صحة المهات والأطفال حديثي الولادة ووفاتهم. وفي حين قد تتخلص بعض المجتمعات المحلية من الأحداث العنيفة، فإن استمرار التعرض للإجهاد اليومي الناتج عن النزاع يمكن أن يقضي على آليات التكيف والمقاومة.²⁵ إن توفر إطار لحقوق الإنسان في تعزيز الصحة، كما تتصور يامين،²⁸ يمكن أن يتيح لنا الانتقال من النظرية إلى الممارسة، ولكن فقط إذا تم تناول المسائل السياسية التي تنتهك حقوق الشعب ورفاهه.

تمد القابلات النساء عادة بالظروف اللازمة للولادة من حيث الرعاية والدعم خلال اللحظات الحرجة في الحمل والولادة، وبعد الولادة، والأمومة، والإحالة عند حدوث مضاعفات. إن قدرة القابلات في الرعاية للحفاظ على الولادة العادية كلما أمكن تُعد حاسمة بوجه خاص في حالات عدم الاستقرار السياسي، والنزاع، والفقر، والكوارث. تميل القابلات إلى الوجود بالقرب من المجتمع المحلي، سواء جغرافياً أو اجتماعياً، وبالتالي فهن أكثر استعداداً وأسرع استجابة، وتزداد إمكانيات وصولهن للفئات المهمشة، وفي أوقات الأزمات؛ كما أنهن مدربات للمساعدة في الولادة مع الحد الأدنى من المعدات، فضلاً عن تقديم الرعاية والمشورة والدعم. ومع ذلك، وما دام صناع القرار لا يعترفون بالمهارات الخاصة لدى القابلات كمفتاح لرصد صحة الأمهات والأطفال حديثي الولادة، فمن الصعب تحسين أداءهن وتعليمهن أو دافعهن. يجب أن تضطلع القابلات بدور رئيسي في فريق ونظام صحي لرعاية الأمومة، لا أن يقتصر الأمر على استدعائهن في أوقات الأزمات. تحتاج القابلات إلى دعم، وإشراف، مع تجهيزهن لمساعدة النساء الحوامل وتوليد النساء ورعاية الأطفال حديثي الولادة في أي وقت وفي أي ظرف من الظروف. إن التخطيط للرعاية الطارئة - عن طريق تحديد موقع القابلات، وتزويدهم بالمعدات الأساسية والأدوية في المنزل وفي العيادات، وإضفاء الشرعية على

مهنتهن مع نطاق مناسب للممارسة والترخيص والدعم والحوافز - من شأنه تيسير قدرتهن على الاستجابة لاحتياجات المرأة عند الولادة.

وعلى الرغم من الأدلة على فوائد الرعاية التي تقودها القابلات،²⁹ تُركت النساء والأطفال حديثي الولادة في غزة دون وصول إلى الخدمات وفي سياق سياسي غير مستقر، بينما كان الأطباء مثقلين بالأعباء. يُعد تحسين رعاية الأمهات والأطفال حديثي الولادة مسألة ملحة، ليس فقط في البلدان ذات أعلى معدلات للوفيات، وإنما أيضاً حيث سيسهم تحسين الرعاية الصحية قبل الولادة في للتوعية الشعبية بالتضامن الإنساني بما يستهدف تقليص عدم الإنصاف والظلم.²⁸

لقد طُرِح الحق الجماعي في التنمية بديلاً للمفهوم الضيق لحق الفرد في الصحة، كإطار لسياسة التنمية الدولية، وهو يشمل الحاجة إلى نظام عامل للصحة العامة يمكنه تناول المقومات الأساسية لصحة المرأة.³⁰ توضح هذه الدراسة حول الولادة في فلسطين أهمية توفر بيئة تقضي إلى احترام النهوض بصحة الأمهات والمواليد ورفاههم، وما يستتبع ذلك من مسؤوليات. إن الالتزامات والتدخلات السياسية والاجتماعية، سواء المحلية أو العالمية، تكمن في صميم المبادرات الرامية إلى خلق بيئة للأمومة الآمنة، وازدهار العدالة الاجتماعية.

شكر وتقدير

نود أن نتوجه بالشكر والتقدير إلى النساء اللاتي أنجبين وساعدن على الولادة تحت الإكراه، وتقاسمن رواياتهن بقلوب وعقول مفتوحة. إننا نُقدر أيضاً جميع السرديات التي لم تُكتب على مر أجيال، لكنها جزء من التاريخ الفلسطيني. ونحن ممتنون لروزماري صايغ لما قدمته من إلهام في باكورة سرديات الولادة لدى اللاجئات، فضلاً عن العديد من الروايات الشفوية. كما أننا نقدر أيضاً دور فريق العمل الإقليمي بالصحة الإنجابية، لتوفير منبر لعرض هذه الدراسة. نُشر ملخص لهذه الدراسة في: Lancet, 11 June 2010: DOI: 10.1016/S0140-6736(10)60821-5.

No safe place for childbirth: women and midwives bearing witness, Gaza 2008-09



تنتظر النساء المساعدات الطبية التي تقدمها منظمة أطباء بلا حدود في قبو المسجد، خان يونس، غزة 2002

© مجلة قضايا الصحة الإيجابية 2012

References

1. Sayigh R. **Palestinian camp women as tellers of history.** *Journal of Palestine Studies*. 1998;27(2):46
2. UN Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA). In: **Locked In: The Humanitarian Impact of Two Years of Blockade on the Gaza Strip.** Jerusalem: OCHA; 2009;p. 12
3. World Health Organization. **WHO Specialized Health Mission to the Gaza strip.** Geneva: WHO; 21 May 2009;
4. Palestinian Centre for Human Rights. **Through Women's Eyes. A PCHR Report on the Gender-Specific Impact and Consequences of Operation Cast Lead.** Gaza: PCHR; 2009;
5. Young IM. **Lived body vs. gender: reflections on social structure and subjectivity.** *Ratio*. 2002;15(4):410–428
6. Abu-Rmeileh N, Hammoudeh W, Mataria A, et al. **Health-related quality of life of Gaza Palestinians in the aftermath of the winter 2008–09 Israeli attack on the Strip.** *European Journal of Public Health*. 2011;Doi:10.1093/eurpub/ckr131; Published 15 September 2011
7. Obaid T. **Restoring reproductive health services and addressing post-traumatic stress in Gaza. 20 January 2009.** At: <http://149.120.32.2/news/news.cfm?ID=1248> Accessed 22 May 2010
8. Sandal J, McCandlish R, Bick D. **Editorial, Place of birth. Midwifery 2012.** <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2012.08.003>
9. Berer M. **Repoliticising sexual and reproductive health and rights.** *Reproductive Health Matters*. 2011;19(38):4–10
10. Courbage Y. **Gaza, an ever rebellious demography.** In: Larudee M editors. **Gaza-Palestine. Out of the Margins.** Birzeit: IALIS, Birzeit University; 2011;
11. Gordon N. **From colonization to separation: exploring the structure of Israel's occupation.** *Third World Quarterly*. 2008;29(1):25–44
12. Giacaman R, Khatib R, Shebaneh L, et al. **Health status and health services in the occupied Palestinian territory.** *Lancet*. 2009;373(9666):833–849
13. Abdul-Rahim H, Wick L, Halileh S, et al. **Maternal and child health in the occupied Palestinian territory.** *Lancet*. 2009;373(9667):967–977
14. Malka H. **Gaza's Health Sector under Hamas.** Washington, DC: Center for Strategic and International Studies; 2012;
15. Laurie M, Petchesky R. **Gender, health, and human rights in sites of political exclusion.** *Global Public Health*. 2008;3(S1):25–41
16. Wick LC. **The practice of waiting under closure in Palestine.** *City and Society*. 2011;23(S1):24–44
17. Hogan M, et al. **Maternal mortality for 181 countries, 1980–2008: a systematic analysis of progress towards Millenium Development Goal 5.** *Lancet*. 2010;375:1609–1623
18. Wick LC. **The practice of humanitarianism: a village clinic in Palestine.** *Global Public Health*. 2011;6(5):534–546
19. Ministry of Health. **Health Status in Palestine 2009.** Nablus: Ministry of Health; 2010;
20. Communication with Dr. Sylvia Pivetta, WHO, Gaza. 29 September 2011.
21. United Nations Relief and Works Agency (UNRWA). In: **Annual Report of the Department of Health 2006.** Jerusalem; 2007;p. 59
22. Torche F. **The effect of maternal stress on birth outcomes: exploiting a natural environment.** *Demography*. 2011;48(4):1473–1491
23. Hammack P. **The cultural psychology of Palestinian youth: a narrative approach.** *Culture and Psychology*. 2010;16(4):507–537

24. Khalili Laleh. **The ethics of social science research.** In: Heacock R, Conte E editor. **Critical Research in the Social Sciences.** Birzeit University, Birzeit: IALIIS; 2011;
25. Miller K, Rasmussen A. **War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings: Bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks.** *Social Science & Medicine.* 2010;70:7–16
26. UNFPA. **State of the World Population 2010. From Conflict and Crisis to Renewal: Generations of Change.** New York: UNFPA; 2010;
27. Andersen JM, Rodney P, Reimer-Kirkham S, et al. **Inequities in health and healthcare viewed through the ethical lens of critical social justice; contextual knowledge for the global priorities ahead.** *Advances in Nursing Science.* 2009;32(4):282–294
28. Yamin AE. **Will we take suffering seriously? Reflections on what applying a human rights framework to health means and why we should care.** *Health and Human Rights.* 2008;10(1):45–63
29. Hatem M, Sandall J, Devane D, et al. **Midwife-led versus other models of care for childbearing women.** *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2008; Issue 4, Art. No: CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub2
30. Fox A, Meier BM. **Health as freedom; addressing social determinants of global health inequities through the human right to development.** *Bioethics.* 2009;23(2):112–122