مؤسسة تواصل للدراسات والتوعية الثقافية

The Egyptian Research and Training Center

المجلة المصرية للعلوم الاجتماعية والسلوكية

المجلة المصرية للعلوم الاجتماعية والسلوكية

مجلة علمية نصف سنوية - محكّمة

ISSN: 2682 - 2725

ملاحظات بحثية (Research Notes)
ميشيل جلفند

الاطار المفهومي لنخبة القوة الرأسمالية:مقاربة سوسيو- سياسية
محمد عبد المنعم شلبي

معالم ميثاق آفاق جديدة في علم الاجتماع الثقافي
محمود الذوادي

المساندة الاجتماعية وبرامجها في المجتمع المصري:
دراسة تحليلية لبرنامج تكافل وكرامة
عمرو سمير سيد حسنين

الإساءة الجنسية من قبل القائمين بالرعاية الصحية تجاه المريضات
آلاء ناصر الدين حسن أحمد

نوعية حياة أطفال مرضى السكر: دراسة ميدانية
آية جاد عبد المجيد جاد عصر

عرض كتب (Book Reviews)
شيرين أبو النجا

حوار الأجيال مع د.على الدين هلال
المحاور:إبراهيم فوزى

سكرتير التحرير
د. محمد أبو العينين

رئيس التحرير
د.عبد الحميد عبد اللطيف

العدد الثالث

ابريل ٢٠٢١

الإساءة الجنسية من قبل القائمين بالرعاية الصحية تجاه المريضات

آلاء ناصر الدين حسن أحمد

باحثة دكتوراه علم الاجتماع، كلية الآداب،جامعة القاهرة

الملخص:

يهدف هذا البحث إلى التعرف على طبيعة السياق الاجتماعي المصاحب للإساءة الجنسية من قبل القائمين بالرعاية الصحية تجاه المريضات الإناث، والتعرف على أنماط هذه الإساءة، وأسباب حدوثها، ورد فعل المريضات الإناث تجاه الإساءة. وينتمى هذا البحث إلى الدراسات الوصفية التحليلية، وتمثلت عينة البحث فى النساء اللاتي تعرضن لأحد أشكال إساءة المعاملة من قبل القائمين بالرعاية الصحية، وذلك باستخدام أسلوب كرة الثلج، واعتمد البحث على دليل المقابلة لجمع البيانات. وتوصلت نتائج البحث إلى أن بعض الأطباء يستغلون ضعف المريضات ومرضهن، ويقومون بفعل الإساءة بهن، وتمثل رد فعل حالات البحث مع الطبيب المسيء جنسيا إليهن فى نمطين هما: رد الفعل الإيجابي، ورد الفعل السلبى. واتخذ رد الفعل الإيجابي عدة أشكال هى «الصراخ والتوبيخ والانفعال، الضرب، تهديد القائم بالرعاية بالفضيحة، النشر على مواقع التواصل الاجتماعي». أما رد الفعل السلبي فمن مبرراته «الخوف من الفضيحة والعار، لوم الضحية، ضعف الشخصية، الخوف من الطبيب». كما أوصى البحث بضرورة تفعيل دور وسائل الإعلام ودور الأخصائيين الاجتماعيين في زيادة حملات التوعية المتعلقة بمواجهة التحرش الجنسى، ووضع القوانين الصارمة تجاه القائم بالإساءة الجنسية.

Sexual Abuse Committed by Health-Care Providers against Female Patients

Alaa Nasser Al-Din Hassan Ahmed

PhD Researcher in Sociology, Faculty of Arts, Cairo University

Abstract:

This study outlines the context of sexual abuse practiced by the health care providers against their female patients. The study seeks to identify the patterns, the reasons, and the reactions of female patients towards the abuse. This is a descriptive-analytical study on a snowball sample representing women exposed to some form of abuse by health care providers. An interview guide was used to collect the data. The study concluded that some doctors take advantage of the weakness of patients and their disease. Abused women reacted either positively or negatively. The positive reaction took many forms, such as "shouting, hitting, threatening the caregiver with a scandal, posting on social media platforms." The negative reaction was justified by "fear of scandal and shame, blaming the victim, weakness of personality, fear of the doctor." The research recommends activating the role of the media and the social workers by launching awareness campaigns and formulating strict laws against sexual abuse of female patients on the hands of health care providers.

أولا- مقدمة في موضوع البحث وإشكاليته:

حظيت قضية الإساءة الجنسية في الآونة الأخيرة باهتمام الأوساط الإعلامية والأكاديمية والمجتمعية باختلاف مستوياتها الاجتماعية والاقتصادية والسياسية، حتى أصبحت جزءًا من خطاب الحياة اليومية بين النساء في المجتمع المصري؛ فقديمًا كانت المرأة تخشى أن تتحدث وتصرِّح بتعرضها لأي شكل من أشكال التحرش؛ فقد كن يعتبرنه «عيبًا». ولكن مع تفاقم المشكلة وزيادتها وحدة صورها وجدن أن السبيل أمامهن هو التحدث بين بعضهن حول هذه المشكلة ومحاولة البحث عن حلول لها؛ لأنها أصبحت مشكلة حقيقية تعاني منها النساء في المجتمع المصري بصفة عامة يوميًا سواء في الأماكن العامة، مثل: الأسواق، والمواصلات العامة، والشوارع، والأماكن الخاصة سواء كانت مؤسسات تعليمية، أو أماكن عمل، أو نوادي رياضية، أو مستشفيات... إلخ (رشا محمد حسن، ٢٠٠٨: ١٥).

وتعدُّ ظاهرة الإساءة الجنسية للمرأة بمثابة الوباء الاجتماعي الشامل والخطير وسريع الانتشار الذي قد يصل إلى حد التعذيب والتشويه الجسمي والنفسي والاقتصادي والجنسي أو حتى القتل، لذا تعدُّ هذه الظاهرة من أكثر أعداء حقوق الإنسان التي تنكر مساواة النساء وتدمِّر الأمن النفسي لهن وتحط من قيمة ذواتهن ومنزلتهن وحقهن في التمتع بحريتهن الأساسية. فظاهرة الإساءة الجنسية للمرأة حاضرة في كل بلد ومجتمع وثقافة وعلى مختلف المستويات الاقتصادية والتعليمية والطبقية والإثنية والعمرية، ومهما كان إنكار هذه الظاهرة في المجتمعات الإنسانية إلا أن واقع الحال يشير إلى أن أكثر الممارسات والمعايير الثقافية تصب في نهر الإساءة إلى المرأة والى حقوقها (هيثم ضياء عبد الأمير، ٢٠١٣: ٣٥٧ -٣٥٨).

إن الانتهاك الجنسي من قبل المهنيين تجاه العملاء هو جريمة جنسية؛ وليس علاقة حب. ويجب اعتبار مؤسسات الرعاية الصحية كغرف العمليات، والعيادات، والمستشفيات، والأقسام الداخلية والخارجية، ودور الرعاية، والتمريض، وغيرها أماكن عالية المخاطر للجرائم الجنسية. نظرًا للفرص العديدة التي يتيحها وصول المهنيين إلى العملاء (W.,Tschan.2013: 129). ومن المفترض مسبقًا أن العلاقة بين الطبيب والمريض تتسم بمراعاه السرية والخصوصية والاستقلالية، مع مراعاة التنوع البشري والعادات والمعتقدات، ومن المعروف جيدًا أن ثقة المريض في الطبيب ترتبط بالحدود الخاصة بالممارسة الطبية والعلاقة العلاجية. ومنظور كلٍ منهما للجسم. وعندما تنحرف الممارسة الطبية إلي إساءة جنسية من قبل الطبيب تجاه المريض، تُصنف هذه الإساءة الجنسية علي أنها سفاح محارم بشكل ما (Claudio ,et al., 2009: 1075)، وتشير بعض الدراسات فيما يتعلق بتخصصات الأطباء المتهمين بالإساءة الجنسية للمرضي، إلى أن أطباء أمراض النساء والتوليد تصل نسبتهم إلى (٢٤,٦٧٪)، وأطباء الجراحة العامة (٥,٣٣٪)، بينما أطباء طب الأطفال (٤,٦٧٪)، وأمراض القلب، والعيادة الطبية، والطب النفسي (٤٪) (Ibid., 1078)

ثانيا- أهمية البحث:

تتمثل أهمية البحث في البعدين التاليين:

البعد الأول: أهمية نظرية، حيث يسهم البحث في إلقاء الضوء والتعرف على الاتجاهات النظرية المفسرة للإساءة الجنسية من قبل القائمين بالرعاية الصحية تجاه المريضات الإناث، وترجع أهمية اختيار موضوع البحث إلى ندرة البحوث والدراسات العلمية التي أُجريت على هذه الظاهرة، بالإضافة إلى تحديد أشكال الإساءة الجنسية والوقوف على المتغيرات المصاحبة لها.

البعد الثاني: أهمية تطبيقية، ويتحقق من خلال ما يضيفه البحث من نتائج لها أهميتها في المجتمع، ويحاول هذا البحث أن يقدم تفسيرا متكاملا لظاهرة التحرش الجنسى بالمريضات من قبل القائمين بالرعاية الصحية، ومن ثم الوقوف على أهم الأسباب والدوافع التى أدت إلى وجود هذه الظاهرة فى المجتمع المصرى، والوقوف على أهم المؤشرات والنتائج التى تسهم فى إيجاد حلول مناسبة لهذه الظاهرة.

ثالثاً: هدف البحث وتساؤلاته:

يتمثل الهدف الرئيسي للبحث في التعرف على طبيعة السياق الاجتماعي المصاحب للإساءة الجنسية من قبل القائمين بالرعاية الصحية تجاه المريضات الإناث.

وينبثق من هذا الهدف الرئيسي التساؤلات الفرعية التالية:

١- ما هي أنماط الإساءة الجنسية من قبل القائمين بالرعاية الصحية تجاه المريضات الإناث؟

٢- ما هي أسباب حدوث الإساءة الجنسية من قبل القائمين بالرعاية الصحية تجاه المريضات الإناث؟

٣- ما هي ردود أفعال المريضات حين يتعرضن للإساءة الجنسية من قبل القائمين بالرعاية الصحية؟

٤- ما هي أساليب التصدي لظاهرة الإساءة الجنسية للمريضات من قبل القائمين بالرعاية الصحية؟

رابعاً: الإجراءات المنهجية للبحث:

١- نوع البحث:

ينتمي هذا البحث إلى البحوث الاستطلاعية التي تهدف إلى التعرف على الظروف المحيطة بالظاهرة وكشف جوانبها أو أبعادها، فهي توفر قدرا من المعرفة حول الموضوعات المختلفة للأبحاث وبخاصة التي لم يسبق دراستها، وتتميز بالمرونة والشمولية والانفتاح.

٢- منهج البحث وأداة جمع البيانات:

اعتمد هذا البحث على المنهج الوصفي التحليلي باستخدام أسلوب دراسة الحالة، لوصف ظاهرة الإساءة الجنسية التي تحدث داخل بعض المستشفيات والعيادات والمراكز الطبية وتفسير ظهورها،

والكشف عن العلاقة الموجودة بين المتغيرات المختلفة والتحليل المنظّم للأسباب والعوامل التي تتحكم في مشكلة البحث للوصول إلى بعض النتائج والاستنتاجات التي تسهم في معالجة موضوع البحث وتقديم الحلول اللازمة له. وتبنى البحث أسلوب دراسة الحالة وذلك لفهم الظاهرة المدروسة فهمًا تفصيليًا، والتعرف على عينة البحث وتعاملهن مع واقعة التحرش الجنسي من قبل القائمين بالرعاية الصحية، وذلك فى ضوء المحيط الاجتماعي والثقافي بما يتضمنه من قيم وعادات وتقاليد وأفكار واتجاهات سائدة.

واعتمد البحث الحالى على دليل المقابلة المتعمقة لإتاحة التفاعل عن قرب مع المريضات اللائى تعرضن للإساءة الجنسية من قبل القائمين بالرعاية الصحية في مؤسسات وأماكن الرعاية الصحية.

٣- عينة البحث وخصائصها الديموجرافية:

تمثلت عينة البحث فى عشرين حالة ممن تعرضن للتحرش الجنسي من قبل القائم بالرعاية الصحية، من داخل القطاع الطبي والرعاية الصحية، وتم التوصل إلى جميع حالات البحث باستخدام أسلوب كرة الثلج Snowballing .

- الخصائص الديموجرافية لعينة البحث:

أ- توزيع مفردات عينة البحث المُساء إليهن وفقًا للعمر:

بلغت نسبة الإناث اللاتي تتراوح أعمارهن ما بين ٢٠ إلى أقل من ٣٠ عاماً ٤٥٪. واللاتي تتراوح أعمارهن ما بين ٣٠ إلى أقل من ٤٠ عاما ٣٠٪، واللاتي تتراوح أعمارهن ما بين ٤٠ إلى أقل من ٥٠ عاما ١٥٪، واللاتي تتراوح أعمارهن ما بين ٥٠ إلى أقل من ٦٠ عاما ١٠٪، ممن تعرضن للإساءة الجنسية من قبل القائم بالرعاية الصحية، أي أن ٧٥٪ من عينة البحث كانت أعمارهن تتراوح ما بين ٢٠ إلى إقل من ٤٠ عاماً.

ب- توزيع مفردات عينة البحث المُساء إليهن وفقا للحالة الاجتماعية:

يتضح أن ٧٥٪ من حالات البحث متزوجات، ١٥٪ من حالات البحث غير متزوجات، و٥٪ من حالات البحث مطلقات،٥ ٪ من حالات البحث أرامل .

ج- توزيع مفردات عينة البحث المُساء إليهن وفقًا للمستوى التعليمي:

يتضح أن ٣٥٪ من حالات البحث حصلن على الليسانس، و٢٥٪ من حالات البحث حصلن على البكالوريوس، ٢٥٪ من حالات البحث حصلن على الدبلوم، ٥٪ من حالات البحث حصلن على الابتدائية،٥ ٪ من حالات البحث ممن يفككن الخط، ٥٪ من حالات البحث من حصلن على محو الأمية.

د- توزيع مفردات عينة البحث المُساء إليهن وفقًا للحالة المهنية:

بلغت نسبة من تعملن من الإناث٥٠٪، ونسبة من لا تعملن٥٠٪.

هـ- توزيع مفردات عينة البحث المُساء إليهن وفقًا للدخل:

بلغت نسبة إجمالي الدخل للعاملات من هؤلاء الإناث اللاتي تتراوح أجورهن ما بين ١٥٠٠ إلى أقل من ٢٠٠٠ جنيه ١٠٪، واللاتي تتراوح أجورهن ما بين ٢٠٠٠ إلى أقل من ٢٥٠٠ جنيه٣٠٪، واللاتي تتراوح أجورهن ما بين ٢٥٠٠ إلى أقل من ٣٠٠٠ جنيه١٠٪، واللاتي تتراوح أجورهن ما بين ٣٠٠٠ إلى أقل من ٣٥٠٠ جنيه٣٠٪، واللاتي تتراوح أجورهن ما بين ٤٠٠٠ إلى أقل من ٤٥٠٠ جنيه ١٠٪، واللاتي تتراوح أجورهن ما بين ٥٠٠٠ إلى أقل من ٥٥٠٠ جنيه١٠٪.

و- توزيع مفردات عينة البحث وفقا لعدد أفراد الأسرة:

بلغت نسبة الأسر التي يتراوح عدد أفرادها من فردين إلى ٣ أفراد ٣٥٪، والتي يتراوح بها عدد الأفراد من ٤ إلى ٥ أفراد ٥٥٪، والتي يتراوح بها عدد الأفراد من ٦ إلى ٧ أفراد ٥٪، والتي يتراوح بها عدد الأفراد من ٨ إلى ٩ أفراد ٥٪.

ز- توزيع مفردات العينة وفقا لتخصص القائم بالتحرش:

اتضح أن نسبة الحالات التي تعرضت للتحرش الجنسي من قبل طبيب أمراض النساء٢٠٪ ، ونسبة الحالات التي تعرضت للتحرش الجنسي من قبل طبيب طوارئ (امتياز) ٥٪، وبلغت نسبة الحالات التي تعرضت للتحرش الجنسي من قبل طبيب الأشعة ٥٪، أما نسبة الحالات التي تعرضت للتحرش الجنسي من قبل طبيب الأسنان ١٥٪، وتمثلت نسبة الحالات التي تعرضت للتحرش الجنسي من قبل طبيب أمراض قلب ٥٪، وبلغت نسبة الحالات التي تعرضت للتحرش الجنسي من قبل طبيب سكر وغدد صماء ٥٪، أما الحالات التي تعرضت للتحرش الجنسي من قبل طبيب أمرض باطنة فنسبتها ٥٪، ونسبة الحالات التي تعرضت للتحرش الجنسي من قبل ممرض ٥٪، والحالات التي تعرضت للتحرش الجنسي من قبل طبيب عظام بلغت نسبتها ٥٪، ونسبة الحالات التي تعرضت للتحرش الجنسي من قبل طبيب أمراض صدر وحساسية ٥٪، بينما تمثلت نسبة الحالات التي تعرضت للتحرش الجنسي من قبل طبيب جلدية ١٠٪، أما عن نسبة الحالات التي تعرضت للتحرش الجنسي من قبل طبيب علاج طبيعي فكانت ٥٪.

ح- توزيع مفردات العينة وفقا لسن الحالة عند التعرض للتحرش:

بلغت نسبة الإناث اللاتي تتراوح أعمارهن ما بين ١٠ إلى أقل من ٢٠ عاماً عند التعرض للتحرش الجنسي من قبل القائم بالرعاية الصحية١٠٪، واللاتي تتراوح أعمارهن ما بين ٢٠ إلى أقل من ٣٠ عاماً عند التعرض للتحرش الجنسي من قبل القائم بالرعاية الصحية٦٠٪، واللاتي تتراوح أعمارهن ما بين٣٠ إلى أقل من ٤٠ عاماً عند التعرض للتحرش الجنسي من قبل القائم بالرعاية الصحية ٢٥٪، واللاتي تتراوح أعمارهن ما بين ٤٠ إلى أقل من ٥٠ عاماً عند التعرض للتحرش الجنسي من قبل القائم بالرعاية الصحية ٥٪.

ط- توزيع مفردات العينة لسن القائم بالرعاية الصحية:

بلغت نسبة القائمين بالرعاية الصحية الذين قاموا بفعل التحرش الجنسي للمريضات وتتراوح أعمارهم ما بين ٢٠ إلى أقل من ٣٠ عاماً ١٥٪، والذين تتراوح أعمارهم ما بين ٣٠ إلى أقل من ٤٠ عاماً بلغت نسبتهم٣٠٪، أما من تتراوح أعمارهم ما بين ٤٠ عاماً إلى أقل من ٥٠ عاما فكانت ٢٥٪، والذين تتراوح أعمارهم ما بين٥٠ إلى أقل من٦٠ عاماً٣٠٪.

خامساً: مفاهيم البحث:

- الإساءة الجنسية (Sexual Abuse):

تُعرَّف الإساءة الجنسية بأنها استخدام القوة والسُّلْطَة لممارسة الجنس مع المرأة، دون مراعاة لوضعِها الصحي أو النفسي أو رغباتها الجنسية، وهذه الإساءة تكون بالممارسة المباشرة مع المرأة، أو باستخدام تعبيرات لفظية أو تعليقات جنسية، كما تشمل أشكالَ العمليات الجنسية غير المرغوبة، كالتَّحَرُّش الجنسي والاغتصاب (جولتان حسن حجازي، عبد الرؤوف أحمد الطلاع، ٢٠١٠: ٥٤). وتنطوي الإساءة الجنسية على علاقة جنسية بين القائم بالرعاية الصحية والمريض، ويُعتبر هذا غير لائق وغير أخلاقي، بغَض النظر عن الشخص الذي بدأ العلاقة (Nadelson, et al.; 2002: 192). ويدخل التَّطَفُّل البدني الفعلي في إطار الإساءة الجنسية، سواء اتَّخَذَ طابعًا جسديًّا أو كان هناك تهديد بذلك، سواء بالقوة أو في ظل ظروف غير متكافئة أو قسرية (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٧: ٤). وتُعرَّف الإساءة الجنسية إجرائياً فى ضوء المؤشرات الآتية:

هى سلوك غير سوي.
الخروج عن المستويات المعيارية والاجتماعية.
كل تصرف يؤدي لإلحاق الأذى بالآخرين.
كل فعل يتعارض مع القيم.
الخروج عن المعايير بدرجة كافية تتجاوز حدود الغير.
استخدام القوة والسلطة لممارسة فعل غير لائق مع المرأة.
استخدام تعبيرات لفظية جنسية أو تعليقات جنسية مع المرأة.

سادساً: الدراسات السابقة

1- McNulty, Nick, Ogden, Jane & Warren, Fiona (2013) «Neutralizing the patient:The rapist's accounts of sexual boundary violations».

تهدف هذه الدراسة إلى التَّعَرُّف على مدى حدوث الاتصال الجنسي بين المعالجين النَّفْسِيين والمريضات، والتَّعَرُّف على انتهاكات الحدود الجنسية من قِبَلِ المعالِجين. أما عن الإجراءات المَنْهَجِيَّة

للدراسة: كان يُشترط أن يكون الاتصال الجنسي قد حدث بالفعل مع المريض سواء أكان مريضًا سابقًا أم مازال في طور العلاج، وقد شارك ثلاثة من الأطِبَّاء: رجلان وامرأة، وكانت تخصصاتهم هي: علم النفس الإكلينيكي، والطب النَّفْسِي.

وتمثلت نتائج الدراسة فى: أن معظم الأطِباء الذين لديهم علاقات جنسية مع المريضات من الذكور، كانوا عادةً أكبر سنًّا ذوي خبرة في هذه العلاقات. على المعالجين بذلُ جهودٍ للحدِّ من اختلال توازن القوى بين أنفسهم والمرضى، عن طريق تقليل مشاكل الصحة العقلية للمرضى، والتأكيد على عدم تجاوز الحدود في العلاقات. تَحَوُّلُ الرؤية الخاصة بالطبيب لدى المريض من صورةِ البطولة أو الإنقاذ من المرض إلى صورة الجاني المُعْتَدِي على ضحيته؛ بسبب حدوث انتهاكٍ للحدود الجنسية. ويتوقَّفُ نجاحُ العلاقة بين الطبيب والمريض على وجود الاحترام المتبادل بين الطرفين، أما إذا حدثت انتهاكات جنسية فإن تلك العلاقة تؤول إلى الفشل؛ بسبب عدم وجود التزام من الطرفين بحدود العلاقة بين الطبيب والمريض.

2- Wylie, Kevan R. & Oakley, Katie (2005) «Sexual boundaries in the relationship between clients and clinicians practising sexology in the UK».

وتمثل هدف الدراسة فى: إلقاء نظرة متفحِّصَة على الممارسات المتنوعة للأطِبَّاء والمعالجين النفسيين والممرضات في مجال العلاقات الجنسية في المملكة المتحدة. والإجراءات المَنْهَجِيَّة للدراسة تمَّت بإرسال ٢٣٥٢ استبيانًا بالبريد إلى أطِباء تمَّ تحديدُهم على أنهم ربما يعملون في مجالات العلاج النَّفْسِي والطب الجنسي في المملكة المتحدة وفي فرنسا. واتَّبَعَت الدراسة منهج المسح الاجتماعي. وأجاب ٨١٤ منهم بالتفصيل عن تدريبهم، والممارسة المهنية.

وتوصلت الدراسة إلى: أنه تمَّ تصنيفُ أفراد العينة من خلال تدريبهم الأوَّلي باعتبارهم أطِبَّاء أو غير أطِبَّاء، واستجابت مجموعة من ٢٧٩ طبيبًا و٥٣٥ شخصًا ليس طبيبًا. أحد مجالات الدراسة كان العلاقة بين المرضى وأطبائهم، واستكشاف مدى سوء السلوك الجنسي خاصةً. سعى استبيان الدراسة إلى استكشاف القضايا المتعلقة بالانتهاكات الجنسية من قِبَلِ المعالجين والأطِبَّاء العاملين في مجال الجنس، بما في ذلك مختلف الممارسات الجنسية أو الخبرات الجنسية للمرضى الذين يشعرون تجاه الأطِباء بعدم الارتياح. وأخيراً النتائج التي تمَّ التَّوَصُّلُ إليها بشأن أنواع الممارسات الجنسية المختلفة جعلت الأطباء يشعرون بعدم الراحة؛ بسبب تسليط الضوء على بعض الأطباء والمعالِجين في مجالات محددة، وذلك فيما يتعلق بقضايا مثل الاعتداء الجنسي والوَلَع بالأطفال. قد يكون من المثير للاهتمام أيضًا دراسة آثار هذه الديناميات على العلاج.

3- Jamal, Amr A. (2009) «Perception of physicians regarding the prevalence of unprofessional behavior among their colleagues in a tertiary care hospital in Saudi Arabia».

تبلور هدف الدراسة فى التَّعَرُّف على تصوُّر الأطِبَّاء فيما يتعلَّق بانتشار بعض السلوكيات غير المهنية التي يقوم بها الأطِبَّاء، حسب تقدير الأطِبَّاء أنفسهم، وذلك في مركز للرعاية الصحية بالمملكة العربية السعودية. وتمثلت الإجراءات المَنْهَجِيَّة للدراسة فى إجراء دراسة استقصائية مقطعية في مدينة الملك عبد العزيز الطبية بالرياض، بالمملكة العربية السعودية. وشارك في الدراسة ١٥٤ من الأطِباء من خمسة تخصُّصات: طب الطوارئ، وطب الأُسْرَة، وطب الباطنة، والتوليد وأمراض النساء، والجراحة، خلال الفترة من ٢١ يناير ٢٠٠٨ إلى ٢٠ فبراير ٢٠٠٨، وتمَّ استخدامُ المسح الاجتماعي. وتمثلت نتائج الدراسة فى النقاط التالية:

- كان معدل الاستجابة ٨٢٪. وكان الانتشار المقدَّر للسلوكيات المهنية غير المرغوب فيها ٢٥,٦٪. وأعلى معدلات السلوك الأكثر إدانةً كان كشف أسرار المريض وإفشاء معلوماته بنسبة (٥٠٪)، وأقل المعدلات إدانةً كان نقص الفضيلة الجنسية بنسبة (٣٪).

- من السلوكيات غير المهنية الأخرى التي تمت دراستها: السلوكيات المتعلقة بالإيثار، ومهارات الاتصال، والعلاقات مع شركات الأدوية، والإدارة المستندة إلى الأدلة، واحترام الزملاء، وأولوية رعاية المرضى، والصدق مع المرضى، والعمل الخاص والعمل الجماعي.

- كان أطِباء الأمراض الباطنة أكثر عرضة لممارسة السلوك غير المهني؛ بسبب لَمْسِهِم بطريقة مباشرة للمريضة.

- أظهر كبارُ السن انخفاضًا ملحوظًا في إدراك مدى انتشار السلوكيات غير المهنية.

- ارتفاعَ نسبةِ تصوُّر انتشار بعض السلوكيات غير المهنية بين الأطِباء .

وأوصت الدراسة بضرورة التدريب على إقامة برامج وأنشطة في جميع مستويات مراكز الرعاية الطبية. ومن المفيد النظر في التقديرات المشتركة للسلوك غير المهني، والمتعلقة بالإيثار، وسِرِّيَّة المريض، ومهارات الاتصال. ولا بُدَّ من صياغة التعريفات والتصريحات بشكل احترافي؛ للحاجة إلى تطوير البيانات الخاصة بالمجتمع على جميع المستويات، إضافة إلى استخدام تعاليم الإسلام كمرجع.

4- Meijman F.j.,(2004) «Sexual contact between doctor and patient».

هدفت هذه الدراسة إلى التَّعَرُّف على طبيعة الاتصال الجنسي بين الطَّبِيب والمريض. وتوصلت نتائج الدراسة إلى: تحظر قوانينُ الممارسة الطبية على الطَّبِيب ممارسةَ الجنس مع المريضة. ومع ذلك، يتبين أن هذه الممارسة غير محكومة بقواعد صارمة التنظيم، ولذلك هناك حاجة إلى الكثير من

المناقشات والدراسات العلمية. وعلاوة على ذلك، تتطلب القيود المهنية الأخرى في العلاقة بين الطَّبِيب والمريض - على سبيل المثال الاتصال الجسدي «غير الطبي»، ومواعدة المريض، وقبول الهدايا من المريض، والتعامل مع أفراد العائلة والأصدقاء - مزيدًا من الاهتمام؛ لتسهيل إعادة التحقُّق من عدم وجود علاقة جنسية مع المريض. وقد تمَّ التأكيد على الحاجة إلى إعادة التحقُّق من خلال التغييرات المتوقَّعة في التوازن بين الانخراط أو الانفصال في العلاقة بين الطَّبِيب والمريض؛ بسبب التأثيرات على بروتوكولات الممارسة الطبية والرعاية الشخصية. ونتج عن ذلك أن:

- المسافة في العلاقة بين الطَّبِيب والمريض تؤثِّر على العمل، وهذا التطور غير مؤكَّد؛ بسبب رؤية الطَّبِيب «في كامل رصانته» باعتباره العنصر الرئيسي من عناصر تقديم الخدمات الطبية.
- وجود تشاؤم ثقافي حول العلاقة الجنسية بين الطَّبِيب والمريض.
- عدم وجود الاتصال الجنسي بين الطَّبِيب والمريض يُعتبر جزءًا من الخدمة الطبية المُثْلَى.

5- Hall. K.H, (2001) «Sexualization of the doctor patient relationship: is it ever ethically permissible?».

تمثلت أهداف الدراسة فى التَّعَرُّف على أخلاقيات العلاقة بين الطَّبِيب والمريض من خلال استكشاف ثلاثة جوانب من العلاقة بينهم، وهذه الجوانب هي: ١- التَّعَرُّف على الخصائص العامة لأخلاقيات العلاقة التي تعزِّز الرعاية الصحية. ٢- أهمية الثقة والعلاقة الائتمانية بين الطَّبِيب والمريض، ودور قوة الطبيب وسُلْطَته في العلاقة. ٣- دور الاختيار والموافقة في العلاقة بين الطَّبِيب والمريض. واعتمدت الدراسة منهجياً على المقالات الرئيسية المُدْرَجَة في قاعدة البيانات العلمية بالمجلس الطبي النيوزيلندي، ومجموعة الأخلاقيات المُوصَى بها في مجال طبيعة حدود العلاقة بين الأطباء والمرضى في الخمس عشرة سنة الماضية.

وتوصلت الدراسة إلى أن العلاقات تكاد تكون غير أخلاقية دائمًا، وأن هناك اختلافًا في طبيعة الهَيْمَنَةِ بين الأطِبَّاء والمرضى، حيث يسيطر الأطِباءُ بشكل كبير على مرضاهم بسبب الفروق بينهما؛ وخاصةً فيما يتعلَّق باستقلالية المريض وقُدْرَتِهِ على الموافقة على إقامة علاقة جنسية. وبالنسبة للمريض السابق، فإنه في ظروف خاصة جدًّا يمكن أن تكون هذه العلاقاتُ مسموحًا بها أخلاقيًّا. بالإضافة إلى أن المعايير التي يَحْكُمُ بها المجلسُ الطبي النيوزيلندي على القبول الأخلاقي للعلاقات الجنسية مع المرضى ليست كافية، مما يؤدي إلى اختلالٍ كبير في توازن القوى في العلاقة بين الطَّبِيب والمريض.

سابعاً: الاتجاهات النظرية في تفسير الإساءة الجنسية بين القائم بالرعاية الصحية والمريضات:

تُمثِّل الاتجاهات النظرية – عامة – كَمًّا معرفيًّا أو مجموعة من الفرضيات والحقائق العلمية المقبولة نسبيًّا، وتقوم النظرية بشرح الظواهر وتفسيرها. فتعتمد الاتجاهات النظرية على مجموعةٍ من القضايا التقريرية والمنطقية والمجردة والمقبولة التي تحاول تفسيرَ العلاقات بين الظواهر المختلفة. وتلعب الاتجاهاتُ النظريةُ دورًا أساسيًّا في توجيهِ البحث والملاحظة وترشيد الوصف نفسه، سواء كان هذا الدور ظاهرًا أو ضمنيًّا، وتساعد الباحثَ على تحديد المتغيِّرات أو العناصر المهمة في نطاق دراسته. ويَتَّفِقُ جميعُ العلماء الآن على وجوب بروز دور النظرية في توجيه البحث وقيادته (علي ليلة، ٢٠٠٥: ٤٣).

وهناك العديد من النظريات والنماذج التفسيرية التي ظهرت في ثمانينيات وتسعينيات القرن العشرين تتعلَّق بنشأة التحرش الجنسي. طرح العديد من المُنَظِّرِينَ العاملين في مجال التحرش الجنسي تفسيرًا من المنظور الاجتماعي والثقافي، باعتباره نتاجًا للمجتمع الغربي الذي يصف عمومًا هَيْمَنَةَ الذكورِ على الإناث من خلال المعتقدات والاتجاهات والقِيَمِ الراسخة التي تضعُ النساءَ في مرتبةٍ أدنى بسبب جِنْسِهِنَّ، هذه الفئة من النظريات والنماذج تنظر إلى التحرش الجنسي كنتيجة لقوة تستمدُّ مشروعيتها من الثقافة وتباينات المكانة الطبقية بين الرجال والنساء. علاوةً على ذلك، يُنْظَرُ إلى سلوك التحرش الجنسي على أنه نتيجة حتمية للخبرات والتجارب الثقافية، ولا يعدو بأي حال من الأحوال أن يكون نتاجًا لبيئة العمل فقط. هناك فئة ثانية من النماذج النظرية السببية المقبولة على نطاق واسع للتحرش الجنسي، هي النماذج التنظيمية التي تنظر إلى التحرش الجنسي باعتباره نتيجةً لعدم المساواة في السُّلْطَةِ والمَكَانَةِ داخل التنظيم، ويُنْظَرُ للتحرش الجنسي باعتباره إساءةَ استعمال السُّلْطَةِ لإكراه المرأة (Whaley, L. Gary.; et al. 1998: 21-22).

١- النظرية النِّسْوِيَّة

هي حركة اجتماعية تجمع بين النظرية والممارسة السياسية، تسعى لتحقيق المساواة بين الرجال والنساء ترجع أصولها الأولى إلى إنجلترا، في القرن الثامن عشر؛ حيث قدَّمَت ماري ولستون كرافت التماسًا للمطالبة بحقوق النساء. وفي أوئل القرن العشرين كان هذا المصطلح يشير إلى المناديات بمنح المرأة حقَّ الاقتراع، وإلى غيرهن من الداعين إلى السماح بالترشيح للانتخابات والتحاق النساء بالتعليم وبالمهن المختلفة (جوردن مارشال، ٢٠٠٠: ٣٧١).

ظهرت النِّسْوِيَّة كمدخل في العلاقات الدولية بعد إقحام مسائل (الجنس – النوع) في ميدان

العلاقات الدولية عبر النظرية النقدية، وأبحاث السلام والدراسات الإنمائية في ثمانينيات القرن العشرين، وقد تَجَسَّدَ وجودها مع صدور مقال بمجلة المدرسة اللندنية بعنوان «المرأة والعلاقات الدولية». لكن النِّسْوِيَّة كحركةٍ تعود الإرهاصات الأولى لتَبَلْوُرِهَا حسب العديد من الكُتَّاب إلى ظهور الحركات النِّسْوِيَّة الغربية، التي يُؤَرَّخُ لظهورها بأوائل عصر الثورة الصناعية، حيث بدأت تتعالى الأصوات النسائية الأوروبية المنادية بالمساواة مع الرجل، إلا أن ذلك لم يَتَحَوَّلْ إلى حركةٍ اجتماعية احتجاجية، ولم تَتَّخِذْ شكلَ التعبيرِ المُنَظَّمِ إلا مع مطلع القرن التاسع عشر. وقد أدَّت انتفاضةُ النساء هذه إلى عَقْدِ أولِ مؤتمر في باريس عام ١٨٩٢ يُدْعَى مؤتمرَ النساء العالمي الأول، طالبت فيه المرأة بحقوقها القانونية، مثل حقِّها في التعليم، وحقِّها في الانتخاب، وتبعًا لذلك حصلت المرأةُ على حَقِّهَا في الانتخاب في كلٍّ من بريطانيا والولايات المتحدة الأمريكية عامي ١٩١٨ و١٩٢٠ على التوالي، وكان لهذه المشاركة الواسعة أثرُها الإيجابي لإبراز الدور الذي أصبحت تَضْطَلِعُ به المرأةُ في هذا الميدان.

تُعرَّف النسوية بأنها «الاعتراف بأن للمرأة حقوقًا وفرصًا مساوية للرجل»، وذلك في مختلف مستويات الحياة العلمية والعملية، على اعتبار إقصاء المرأة منها (Cynthia ,Enloe, 1989: 5). وتنظر النظرية النِّسْوِيَّة إلى التحرش الجنسي باعتباره نتاجًا للمجتمع الأبوى ونظام النوع الذي يحتفظ بالهيمنة والنموذج المعياري للذكورة بصفة خاصة، كما يُعَزِّزُ من قوة الرجل، مستندًا في ذلك إلى ثقافة المجتمع والاختلافات بين وضع المرأة والرجل (Uggen, Christopher.; et al. 2004: 66).

وتحاول النِّسْوِيَّة تفكيك وزعزعة استقرار نُظُمِ الثنائية المذكر/المؤنث؛ على اعتبار أنها مصدرُ تمييزٍ بين الجنسين، التي تعمل منذ الأزل لصالح الذكور، ويستند التحليل في الفكر النِّسْوِي العربي إلى قضية أساسية مؤدَّاها أن المرأة العربية تعاني من عدم المساواة بسبب واقع اجتماعي فَرَضَتْهُ البِنْيَةُ الأبوية لهذه المجتمعات، التي تعلي من مكانة الرجل ودوره في الحياة الاجتماعية، وتفرض على المرأة واقعًا متدنيًا يلخِّص دورها في الأدوار الأسرية والمنزلية (Donnelly,Jack,2013:212).

وهناك من ينظر إلى العنف والاعتداءات الجنسية الموجَّهَة إلى المرأة باعتبارها نوعًا من الاستبعاد المكاني للمرأة من الفضاء المادي، ويرتكز هذا الاتجاه على عدة تفسيرات، من بينها: المشاكل المكانية التي تعاني منها المرأة ليست مشاكلَ في الحراك أو الانتشار في الفضاء المادي؛ وذلك لأن مساحة الفرد في الفضاء المادي لا تعتمد على الخيارات الحرة المستقلة، ولكنها نتاج لعلاقات القوة الاجتماعية؛ فالنساء يعشن حياة محددة مكانية؛ بسبب الخوف من الفضاء،

ولمحدودية العلاقات الشخصية المكانية؛ فالمرأة تحدِّد قراراتها بشأن الأماكن التي تَرْتَادُهَا بناءً على ما إذا كانت هذه الأماكن آمنة أو خطرة؛ حيث يتمُّ تقسيمُ الأماكن إلى مساحات خاصة في الليل وأماكن خاصة بالذكور، وأماكن أكثر أمنًا للنساء اللائي يشعرنَ بالخوف على أنفسهن. فإذا قررت المرأة عدم الخروج والبقاء في المنزل خوفًا من الاعتداء عليها، فإن ذلك يجعلها أكثر سيطرة على الفضاء العام، عن طريق تقييد قدرتها على التنقل بسبب الخوف، والنساء دون قصد يساهمن في إعادة إنتاج الهيمنة الذكورية على الفضاء، أي إعادة إنتاج الفضاء باعتبارِه ساحةً ذكورية، فكثير من النساء يقضين حياتهن تحت ما يُسَمَّى بحظر التجوال الظاهري .(Koskela, Hille. 1999: 111-112)

وتهتم الباحثة بالنظرية النسوية لما لها من أهمية في دراسة قضايا التحرش الجنسي والإساءة الجنسية؛ وذلك لأن النظرية النسوية تنظر إلى التحرش الجنسي باعتباره نتاجًا للمجتمع الأبوي، كما يعزِّز من قوة الرجل، ويفرض على المرأة واقعًا متدنيًا يلخص دورها في الأدوار المنزلية والأسرية. وأيضًا نجد أن الإناث يتعرضن للعنف الجنسي بشكل كبير، وأن الغالبية الساحقة من الجناة هم الذكور.

٢- مقولة تباينات القوة:

في واحدة من المقالات المبكرة الأولى عن العنف الأسري، كتب عالم علم الاجتماع العائلي «ويليم جود William, Goode» عام ١٩٧١ مقالة عن «الإكراه والعنف في الأسرة»، موضحًا أنه لأسباب عديدة استبدلَ مفهوم الإكراه Force بمفهوم آخر يفضِّله هنا وهو القوة Power. وفي السياق المستخدَم هنا فالقوة تعني القدرة على فرض إرادة شخص على آخر بدون موافقته ودون أدنى اعتراض (عدلي السمري، ٢٠٠١: ٧٧). وهناك أربع مجموعات رئيسية يستخدمها الأفراد في دفع الآخرين لخدمة غاياتهم؛ وهي: المتغيرات الاقتصادية، والهيبة أو الاحترام، والقوة والتهديد بها، والإعجاب والصداقة أو الحب. وتُوجد هذه المجموعات الأربعة في العلاقة بين الطبيب والمريض؛ فبعض الأفراد والجماعات يمتلكون المزيد من تلك الموارد الاجتماعية أكثر من غيرها، وبالتالي فهم أكثر قدرة على تحقيق أهدافهم، فلا يمكن للأنظمة الأسرية أو أية نظم اجتماعية أخرى تعتمد على القوة وحدها أن تستمر طويلًا أو حتى يمكن الحفاظ عليها من خلال القوة وحدها؛ حيث يستند تفاعل الأدوار اليومية إلى التدفق المستمر للاحترام، والمودة، والخدمات أو الهدايا التي يقدِّمها كل عضو من أعضاء الأسرة للآخرين. ولكن من ناحية أخرى كيف يكون استخدام القوة مفيدًا في إنجاز الأمور؟ وذلك عندما يريد شخصٌ ما مَنْعَ شخص آخر من تنفيذ بعض الأفعال المنحرفة، غير اللائقة أو الخاطئة. وبالتالي فعندما يضعف أحد أفراد الأسرة في السيطرة على الآخرين،

فذلك يرجع إلى عدم استطاعته أن يسيطرَ على قَدْرٍ من القوة أكثر من الآخرين، لذلك من السهل أن نرى أن جزءًا كبيرًا من القوى البنيوية للأسرة سوف يضعف؛ لأن القوة والتهديد بها لهما أثر كبير في عملية التنشئة الاجتماعية. وتُعتبر أطروحه Goode في دراسة العنف الأسري من مصادر تباينات القوة، ويمكن استخدامها في العلاقة المهنية بين الطبيب والمريض (William, Goode J. 1971:624) .

كما يؤكد رواد هذا الاتجاه أن مشكلة التحرش الجنسي في العديد من المجتمعات ليست مشكلة فردية، بل هي مشكلة اجتماعية عامة؛ لأن الكثير من النساء يَجِدْنَ أنفسهن في موقف من مواقف التحرش الجنسي، وهذا الموقف ربما لا يرتبط بسياق اجتماعي بعينه، بل تتعرض الأنثى لهذا الفعل في العديد من السياقات الاجتماعية المختلفة، وداخل العديد من المؤسسات الاجتماعية التي تتعامل معها الأنثى، ومن خلال العديد من الأفراد ذوي الإمكانات والوظائف المختلفة (Kendall, Rospenda, Kathleen M.,.; et al,1998:40)، (Diana. 2003:166).

يتضمن العنف الأسري سمةً مشتركة عامة بين كل أنماطه، وهي: تباينات القوة – الأكبر أو الأقوى أو الشخص الذي يحوز أكبر قدر من مصادر القوة – وهم هؤلاء الذين يفرضون إرادتهم على الآخرين الأصغر أو الأضعف، أو الذين لا يحوزون أية مصادر للقوة. ويذهب Finkelhore خطوة أبعد عندما يذكر أن أكثر الأنماط شيوعًا لا يرجع لمجرد أن الأكثرَ قوةً ينتهك الأقل قوة؛ ولكن لأن الأعظم قوة ينتهك الأدنى قوة. ذلك هو النمط الشائع المشترك، ويميل الانتهاك إلى الانجذاب نحو علاقات على قدر عالٍ من القوة المتباينة (عدلي السمري، ٢٠١٣: ١٥٥).

ويستخدم Finkelhore الانتهاك الجنسي كمثال؛ حيث يتضمن الشكلُ الشائع من الانتهاك الجنسي المسجَّل ذكورًا بالغين في مراكز ذات سلطة، ضحاياهم من الإناث في مراكز ثانوية أدنى (عدلي السمري، ٢٠١٠: ٧٥). فالمتحرش غالبًا ما يكون في مركز قوة أو سُلْطَةٍ (فهو رئيس في العمل، أو معلم في مؤسسة تعليمية أو ضابط عالي الرتبة في وحدة عسكرية، أو طبيب في مستشفى أو عيادة خاصة، وغيرها) (عدلي السمري، ٢٠١٣: ٢٢١). ومن المحتمل أن تتضمن التحرشات الجنسية على الأقل في البداية إغراءاتٍ ووعودًا بالمكافآت بدلًا من استخدام الإكراه؛ فالأكبر أو الأقوى أو الشخص الذي يحوز أكبر قدرٍ من مصادر القوة هم الأشخاص الذين يفرضون إرادتهم على الآخرين الأصغر أو الأضعف أو الذين لا يحوزون أية مصادر للقوة، فالمتحرش قوي الشخصية، وتكون خبرته في العمل كبيرة، مقابل ضحية خجولة وخبراتها في العمل محدودة، فهذه العناصر تعني أن لديه قدرًا أكبر من القوة الاجتماعية والمهنية مقارنةً بها، وبما أن الاعتداء الجنسي يُعَدُّ أحد أشكال تأكيد القوة في العلاقة، وحيث إن الشعور بالكفاءة

الذاتية لدى المرأة يرتبط برفض محاولات الاعتداء الجنسي، فهذا يؤكد ويدعم هذا الاتجاه النظري ويؤكد وجوده في الواقع، وهذا ما أكَّدَه موروكوف في دراساته حول الاعتداء الجنسي (Patricia J., Morokoff.; et al. 1997: 790).

إن السيطرة الجندرية هي التي تقوم على قوة الرجل وسيطرته؛ فالقوة تمثِّل جوهر التحرش، فهي تُستمد من المكانة الاجتماعية أو المكانة المؤسَّسِية الرسمية للفرد، وهذه السيطرة تتضمن التعليقات والأفعال الإذلالية والطلبات الجنسية سواء أكانت اللفظية أم الجسدية(Padavic,Irene.; et al. 1997: 684) .

ربطت اتجاهات تباينات القوة ما بين الجندر والتفاوت في حيازة القوة بين الرجال والنساء؛ فأفعال التحرش الجنسي ما هي إلا خطوة إضافية على طريق العنف الجسدي والمعنوي المُوَجَّهِ ضد المرأة، فالهدف من هذا التحرش قد لا يكون دائمًا جنسيًّا بحتًا بقَدْرِ ما هو تأكيد لسُلْطَةِ الشخص المتحرِّش، واعتبار المرأة ملكًا له. فالمرأة التي تتعرض للتحرش الجنسي تُعتبر من قِبَلِ المُعْتَدِي عليها أنها محظوظة، ويجب عليها القبول، فهو لا يتخيل إطلاقًا إمكانية أن ترفضه المرأة المَحْظِيَّة (Gilles, Annie. 1999: 95-96).

ويتناول هذا البحث مقولة تباينات القوة، لأن القوة تعني القدرة على فرض إرادة شخص على آخر بدون موافقته ودون أدنى اعتراض، ولأن القوة وممارستها هي أساس التحرش الجنسي، فهذه القوة ترتبط بمكانة المتحرش داخل المنظمة، أو الفروق والتباينات القائمة على أساس المكانة الاجتماعية أو الثقافية بين الرجال والنساء، فالقوة تمثِّل جوهر التحرش الجنسي عند الرجال.

٢- الاتجاه الاجتماعي الثقافي:

تحاول النظرية الاجتماعية أن تقدِّمَ تفسيرًا للعنف الذي تتعرض له المرأة. وتتعدد التوجهات العامة والأطر النظرية والدراسات التي تحاول أن تبرزَ العلاقة بين الرجل والمرأة، والأسباب التي تدفع إلى العنف ضدها، وقد تباينت التوجهات ما بين اتجاه ليبرالي يرى أصحابه أن المجتمع يتجه نحو الاعتقاد أن قدرة النساء العقلية والجسدية - بحكم طبيعتهن - أقل من قدرة الرجال، واتجاه اشتراكي يحاول أنصاره توضيح أن اضطهاد المرأة يتمثل في قانون الملكية الفردية، تلك المؤسسة التي تمحو أي نوع من المساواة بين الرجل والمرأة، وإذا قُدِّرَ للمرأة أن تتحرر من اضطهاد الرجل فلا بُدَّ أن يحل النظام الاشتراكي بدلًا من النظام الرأسمالي؛ حيث ستكون المرأة وقتها مستقلةً اقتصاديًّا عن الرجل، وبناءً على ذلك ستكون متساوية معه. وهناك الاتجاه الراديكالي الذي يعتمد منظوره على المقدمات الجسدية للمرأة، باعتبار أن جسد المرأة هو نَكْبَتُهَا، بحيث جعلها تصبح مستغَلَّة من قِبَلِ الرجل عبر التاريخ، فحاول الرجال السيطرة على أجساد النساء من

خلال التحرش الجنسي والاغتصاب والاعتداء بالضرب (منى محمود عبد الله، ٢٠١٤: ٤٢-٤٣).

يتعامل النموذج الاجتماعي والثقافي مع السياق المجتمعي الجنسي أثناء حدوث التحرش الجنسي، ويفترض هذا النموذج أن التحرش الجنسي في مكان العمل هو مظهر من مظاهر الهَيْمَنَةِ العامة للذكور على النساء، ووفقًا لهذا النموذج، فإن المضايقة هي إحدى الآليات للحفاظ على هيمنة الذكور على النساء مهنيًّا واقتصاديًّا، عن طريق تخويفهن لمغادرة ساحة العمل. هذا النموذج يحمِّل الرجال والنساء مشاكلَ الاختلاط الاجتماعي في طرق الحفاظ على هذا الهيكل من الهيمنةِ والتَّبَعِيَّةِ. ويكافئ الذكور على السلوكيات العدوانية والحازمة تجاه النساء، في حين أن المرأة الجذابة جنسيًّا تكون سلبية، وتتجنب الصراع. ويتخلى الذكور عن مسئوليتهم تجاه النساء، وأن لهم موقفَ قوةٍ أكبر في المجتمع يبرِّرون به سلوكَهم، ويتجاهلون أي نتائج ضارة من أعمالهم تجاه مجموعات أقل قوة في المجتمع، أي النساء .(O'Hare, A. Elizabeth;et al. 1998: 564) ويعتمد البحث على الاتجاه الاجتماعي الثقافي؛ لأن التحرش الجنسي فعل ناجم عن الأنظمة النوعية ذات السيطرة الذكورية، تلك السيطرة التي تمكِّن الرجال من أن يمارسوا القوة الجنسية؛ لتأكيد سيادة الرجل وسيطرته، والحفاظ على هذه السيطرة وإعادة إنتاجها باستمرار، لذلك يستغل الطبيب قُوَّتَه وسلطته على المريضة ويتحرش بها.

ثامناً: نتائج البحث

أولاً: ردود أفعال المرضى الإناث تجاه الإساءة الجنسية من قبل القائم بالرعاية الصحية:

انقسمت ردود أفعال حالات البحث «المريضات» تجاه الطبيب المسيء إليهن جنسياً إلى نمطين: الأول رد الفعل الإيجابي، والثانى رد الفعل السلبى.

١- رد الفعل الإيجابي: اتخذ رد الفعل الإيجابي عدة أشكال تتمثل فى:

أ-الصراخ والتوبيخ والانفعال:

ذكرت بعض الحالات كالحالة (٢) التى تبلغ من العمر ٢٩ عاما تعرضت للإساءة الجنسية أثناء بلوغها ١٩ عاما من قبل طبيب طوارئ، باطنة وذكرت الحالة «إنت بتكشف هنا ليه هو انت بتحط إيدك هنا ليه، أنا متسيبش حقى خالص»، أما الحالة (٣) التى تبلغ من العمر ٢٩ عاما أنها تعرضت للإساءة الجنسية أثناء بلوغها ٢٦ عاما من قبل طبيب أشعة وذكرت: «علِّيت صوتي عليه وهزّأته في قلب المكان وتعصّبت عليه ورفضت إني أكمِّل الأشعة»، والحالة (٤) تبلغ من العمر ٣٠ عاما تعرضت للإساءة الجنسية أثناء بلوغها ٢٨عاما من قِبَل طبيب أسنان، وذكرت الحالة: «صرخت في وشه وشتمته جامد ولمِّيت عليه العيادة وحكيت الموقف كله لكل الناس»، أما عن الحالة (٨) فتبلغ من العمر ٤٨ عاما

تعرضت للإساءة الجنسية أثناء بلوغها ٤٨ عاما من قِبَل طبيب باطنة، وذكرت الحالة «رُحت متعصبة عليه وزعقتله جامد»، بينما الحالة (١٥) - تبلغ من العمر ٥٠ عاما - تعرضت للإساءة الجنسية أثناء بلوغها ٣٠ عاما من قبل طبيب باطنة، وذكرت الحالة: «إيه العمايل دي هو انت هتهزر معايا وقمت من مكاني ومشيت»، والحالة (١٨) تبلغ من العمر ٢٥ عاما تعرضت للإساءة الجنسية أثناء بلوغها ٢٢ عاما من قبل طبيب جلدية وذكرت الحالة: «زعقت فيه وقولتله إيه اللي انت بتعمله ده «، والحالة (١٩) تبلغ من العمر ٢٥ عاما تعرضت للإساءة الجنسية أثناء بلوغها ٢٢ عاما من قِبَل طبيب جلدية وذكرت الحالة: «قررت إني أعلِّي صوتي جامد رُحت لبنت الريسبشنست جت ودخلت لي، في إيه في إيه، قولتلها مافيش واضح إني كنت فاكره نفسي جاية في مكان محترم لما تيجو تشغلوا ناس ابقوا عارفين انتوا جايبينهم منين».

ب-الضرب:

ذكرت بعض الحالات كالحالة (٥) - تبلغ من العمر ٣٣ عاما - تعرضت للإساءة الجنسية أثناء بلوغها ٣٠عاما من قِبَل طبيب أمراض قلب وذكرت الحالة»: هبشت وشه بإيدي»، أما الحالة (٦) التى تبلغ من العمر ٣٥ عاما التى تعرضت للإساءة الجنسية أثناء بلوغها ٢٩ عاما من قِبَل طبيب أمراض نسا وذكرت الحالة»: رد فعلي معاه كان عنيف، ضربته برجلي فرجع لورا واعتذر مني»، واالحالة (١٥) تبلغ من العمر ٥٠ عاما تعرضت للإساءة الجنسية أثناء بلوغها ٣٠ عاما من قِبَل طبيب باطنة وذكرت الحالة: «أنا ضربت إيده برجلى».

ج- تهديد القائم بالرعاية بالفضيحة:

ذكرت بعض الحالات كالحالة (٣) - تبلغ من العمر ٢٩ عاما - التى تعرضت للإساءة الجنسية أثناء بلوغها ٢٦ عاما من قِبَل طبيب أشعة ذكرت أنها «هددته إنى هتشتكي عليه وهاخد معاه أكشن». أما الحالة (٩) التى تبلغ من العمر ٢٤ عاما فتعرضت للإساءة الجنسية أثناء بلوغها ١٨ عاما من قبل طبيب باطنة ذكرت أنها «فضحناه في المستشفي كلها وعملنا فيه شكوي طبعا عشان يبقي عبرة لغيره في المستشفي ووعدوا إني حقي هيرجع ولا حياة لمن تنادي»، والحالة (٢٠) تبلغ من العمر ٢٤ عاما تعرضت للإساءة الجنسية أثناء بلوغها ٢٣ عاما من قِبَل طبيب علاج طبيعي وذكرت: «بدأت أعترض وأزعق وأنادي الناس وملقتش حد خالص – رد فعل جوزي: اضايق جداً وراح هناك بهدل الدنيا ومكنش فيه حد مصدقه ومحدش رضي يوريله الدكتور لدرجة إنه فكر إنه يعمله محضر».

د-النشر على مواقع التواصل الاجتماعي:

وذكرت الحالة (٧) التى تبلغ من العمر٢٥ عاما التى تعرضت للإساءة الجنسية أثناء بلوغها ٢٢ عاما من قِبَل طبيب سكر وغدد صماء، أن رد فعلها: «كتبته على الفيس بوك على صفحتي عشان محدش غيري يتعرض للتحرش من الأطباء».

٢-رد الفعل السلبي:

تمثل الرد الفعل السلبى فى عدم الذهاب للقائم بالرعاية الصحية (الطبيب) ذاته مرة ثانية، كالحالة (١) التى تبلغ من العمر ٣٣ عاما التى تعرضت للإساءة الجنسية أثناء بلوغها ٣٢ عاما من قبل طبيب أمراض نسا، وذكرت أنها» مشيت وسبته وقولت مش هروح تاني ليه»، أما الحالة (١٠) فتبلغ من العمر ٢٩ عاما تعرضت للإساءة الجنسية أثناء بلوغها ٢٣ عاما من قبل طبيب عظام وذكرت: «خرجت من عنده والممرض خرج ورايا وندە عليا لقيته بيقولي على فكرة الموضوع مش محتاج كل ده أصلا إنتي مش محتاجة عملية جيبي الدواء بس ومتجيلهوش تاني»، والحالة (١١) تبلغ من العمر ٥٢ عاما تعرضت للإساءة الجنسية أثناء بلوغها ٣٦ عاما و٢٩ عاما من قِبَل طبيب أسنان وطبيب أمراض نسا، وذكرت أنها «مرحتش تاني ليهم وحسيت إنهم رجاله مش تمام»، والحالة (١٤) تبلغ من العمر ٣١ عاما تعرضت للإساءة الجنسية أثناء بلوغها ٢٥ عاما و٣٠ عاما من قِبَل طبيب أسنان وطبيب تحاليل وذكرت أنها «مشيت وسبته ومكملتش ضرسها». وتبين أن من مبررات رد الفعل السلبى (عدم القيام برد الفعل):

- الخوف من الفضيحة والعار
- لوم الضحية
- ضعف الشخصية
- الخوف من الطبيب

وتتفق معظم الحالات في أن عدم رد الفعل ناتج عن الخوف من الفضيحة والعار كالحالة (٤) التى ذكرت «الفضيحة والعار والناس هتبعد عنى»، أما الحالة (٢) فأكدت على ذلك «الواحدة ماتفضحش نفسها – الناس تقول أكيد عملت حاجة دفعته للتحرش بيها»، أما الحالة (٣) فقالت «سكت عن حقى علشان شخصيتى ضعيفة – وأخاف يتقال إنتي اللي اتحرشتي بيه»، والحالة (٥) تؤكد على ذلك «الناس هتبعد عني ويقولوا عليا كلام وحش وأنا اللي رُحت بلبس ملفت وإني هزرت وضحكت معاه بصوت عالي»، بينما قالت الحالة (٦) «بلاش ندخّل الحكومة عشان منتفضحش وكمان وسائل الإعلام هتعرف ويجيبوا اللوم علينا»، أما الحالة (٧) «أنا مكنتش قوية كفاية وآخد رد الفعل ضده في وقتها ولا قدرت اتكلم ولا حتي أقول لحد وفضلت بعدها إني أسكت وكتبت على الفيس بوك على صفحتي عشان محدش غيري يتعرض للتحرش من الأطباء»، والحالة (٨) «بخاف من الفضيحة الشباب في المنطقة ممكن يحاولوا يكسروا الشقة ويتهجموا عليا واشمعني احنا منتحرّش بيكي يعني انتي عاملة شريفة علينا وعند الدكتور عادي»، والحالة (٩) «خُفت من الفضيحة وبتغاضي عن حقى علشان المجتمع ينظر لى إنى إنسانه وحشة»، أما الحالة (١٠) «مش عارفة أمسك عليه حاجة، الممرض واقف وماما واقفة، فالطبيعي إنو معملش حاجة هو واقف بيكشف عليا بس أنا اللي حاسة»، والحالة

(١٣) «اشتكيت لأهلى قالولي إحنا نصوت ونخرب الدنيا جوه ونخش نبهدله قولتلهم يلا بينا نمشي أدام أنا خلاص بقيت كويسة علشان بخاف من الدكتور وبخاف الناس تفضحنى وأخاف انه يدينى حاجه تموتنى لو اتكلمت»، والحالة (١٦) «ماعملتش مشكله بس أنا كنت جبانه والمستشفي بالليل تخوف وأنا أول مرة كنت أروح المستشفي دى وكنت فاكرة إن جوزي هيبقي معايا بس سابني ومشي والمستشفي كانت عاملة زي السجن ولا تشوفي حد ولا حد يشوفك».

ثانياً: أسباب حدوث الإساءة الجنسية من قبل القائم بالرعاية الصحية:

تبين من خلال الدراسة الميدانية أن حالات البحث يُرجعن أسباب حدوث الإساءة الجنسية من قبل القائم بالرعاية الصحية إلى عدة أسباب تتمثل فى:

- ارتباط الإساءة الجنسية بالشكل والملبس (المكياج والزى)، وجاء ذلك فى المرتبة الأولى حيث ذكر ٣٠٪ من حالات البحث ذلك. مع تركيزهم على مرتكبي الإساءة، وارتباطها أيضا بفكرة أن المرأة هي السبب في كل شيء يحدث لها بسبب أسلوبها وطريقتها. فتبين أنه كلما زاد التقدم في العمر، كانت النساء أكثر ارتباطاً بالتقاليد والاستمرار في مقولة المرأة هي اللي دفعت المسيء جنسياً إلى ارتكاب فعلته.
- وفي المرتبة الثانية الشعور بعدم الأهمية وعدم القدرة على أخذ الحق وذلك بنسبة بنسبة ١٥٪.
- والمرتبة الثالثة كانت حرمان القائم بالرعاية الصحية من إشباع غريزته الجنسية ونسبة من ذكرن ١٥٪.
- وفي المرتبة الرابعة عدم وجود إيمان بالله وعدم الثبات على المبادئ والقيم والأخلاق الحميدة وذلك بنسبة ١٠٪.
- أما المرتبة الخامسة فكانت إقامة علاقة ودية بين المريضة والقائم بالرعاية الصحية بشكل أكثر تجاوزاً وهذا بنسبة ١٠٪.
- وفي المرتبة السادسة تتحدث المريضة عن حياتها الزوجية مع القائم بالرعاية الصحية بنسبة ٥٪.
- وأخيراً المرتبة السابعة حيث جاء كلٌ من سوء الحالة الاقتصادية للمريضة، وصمت المريضة، وعدم الدفاع عن نفسها بنسبة ٥٪ لكلٍ منهما.

وبصفة عامة يرى مفردات عينة البحث أن الإساءة الجنسية قد تنبع من التربية الخاطئة للأطفال. كما أن سيطرة الأطباء على المريضات نابع من إحساسهم من كونهم ذكورًا وبالتالي يشعرون بالسيطرة والتملك والحصول على أي شيء في أي وقت ويرجع ذلك أيضا إلى المكانة الاجتماعية التي يضيفها المجتمع على الأطباء والقائمين بالرعاية الصحية بصفة عامة.

ثالثاً: مبررات خضوع المريضات للقائم بالرعاية الصحية

اتضح من خلال الدراسة الميدانية أن حالات البحث يرين أن من مبررات خضوع المريضات للإساءة الجنسية من القائم بالرعاية الصحية يرجع إلى:

- الفقر والاحتياج أو السكوت مقابل خدمة مجانية أو وعد بالزواج، وهذا ما ذكرنه ٧٠٪ من حالات البحث.
- عدم مراعاة القائم بالرعاية سوء الحالة الصحية للمريضات، وذلك بنسبة ١٥٪.
- شهرة القائم بالرعاية الصحية ومركزه الاجتماعي ومكانته المرموقة تسببت في خوف وهدر حقوق بعض المريضات بسبب إحساسهن أنهن ليس لهن من يدافع عنهن والتشكيك دائماً فى كلامهن، وهذا بنسبة ١٥٪.

رابعاً: أساليب التصدي لظاهرة الإساءة الجنسية للمريضات من قبل القائمين بالرعاية الصحية:

اتفقت جميع مفردات البحث على ضرورة وضع آليات للتصدي لظاهرة الإساءة الجنسية من قبل القائمين بالرعاية الصحية تجاه المريضات، مع تفعيل اللوائح والقوانين ضد كل من يخالف هذه الآليات ويخون أمانة المهنة، ويهدد أمن وسلامة المريضات.

استخلاصات لنتائج البحث:

- من مبررات عدم القيام برد الفعل من المريضات الخوف من الفضيحة والعار وأن اللوم ينصب على الضحية بسبب ملابسها الملفتة أو بسبب كونها امرأة.
- أن بعض الأطباء يستغلون ضعف المريضات فيقومون بالإساءة إليهن.
- عدم إدراك البعض مفهوم الإساءة الجنسية وأن لمس الطبيب المريضات يعتبر حقًا مشروعًا نظرا لصيته المنتشر في المنطقة ولكبر سنه ولأخلاقه الحميدة المشهور بها وازدحام عيادته الخاصة وتردد المرضى عليه.
- بسبب الثقة المفرطة في الأطباء وعدم توقع حدوث الخطأ يحدث التحرش الجنسي من الأطباء للمريضات ويتسبب ذلك في الكثير من المعاناة لدى المريضات .
- كلما سكتت المريضات عن حقهن زاد التحرش الجنسي من قبل القائمين بالرعاية الصحية .
- إن شهرة الطبيب ومركزه الاجتماعي ومكانته المرموقة تسببت في خوف وهدر حقوق كثير من المريضات بسبب إحساسهن أنهن ليس لهن من يدافع عنهن والتشكيك دائما فى أن آراءهن خاطئة.
- استعطاف الأطباء للمريضات كي يحصلوا على رغباتهم الخبيثة في الإساءة إليهن .

تاسعاً: توصيات البحث:

- يجب تفعيل دور وسائل الإعلام في زيادة حملات التوعية المتعلقة بمواجهة الإساءة الجنسية بكل أشكالها.
- ضرورة حرص وسائل الإعلام على عرض تلك الحملات من خلال مادة تليفزيونية مبسّطة لكي يسهل على الفئة الأمية من الأسر فهمها وتنفيذها.
- يجب تفعيل دور الأخصائيين الاجتماعيين من خلال القيام بحملات توعية تصل إلى السيدات لمساعدتهن وتوعيتهن بتغيير أفكارهن عن الثقة الزائدة في القائمين بالرعاية الصحية، وكيفية التعامل معهم عند التعرض للإساءة الجنسية، وما هي أنماطها، وكيفية الدفاع عن أنفسهن .
- توعية الفتيات بشتى الطرق والوسائل المتاحة والممكنة بحقوقهن في ملكية أجسادهن وكيفية الحفاظ عليها.
- تشجيع القائم بالرعاية الصحية على الالتزام بتعاليم دينهم وأخلاق مجتمعهم وحسن التصرف والسلوك.
- عمل محاضرات تكثيفية للقائم بالرعاية الصحية عند تخرجه بالحفاظ على المريضات والتعامل معهن في حدود نطاق الكشف والعلاج فقط .
- وضع القوانين الصارمة تجاه القائم بالإساءة الجنسية.

عاشراً: المراجع

المراجع العربية:

١- جوردن مارشال، موسوعة علم الاجتماع، ترجمة محمد الجوهري وآخرين، المجلد الثالث ، المشروع القومي للترجمة،، المجلس الأعلى للثقافة، القاهرة،٢٠٠٠.

٢- جولتان حسن حجازي، وعبد الرؤوف أحمد الطلاع، الإساءة الزوجية لدى المرأة الفلسطينية في ضوء بعض المتغيرات في محافظة غزة، مجلة الزرقاء للبحوث والدراسات الإنسانية، جامعة الزرقاء الخاصة، الأردن مجلد (١٠)، العدد(١)، ٢٠١٠.

٣- رشا على عبد العزيز، وزينب بنت محمد زين العايش، سيكولوجية العنف ضد الأطفال،عالم الكتب، القاهرة، ٢٠٠٩.

٤- عدلي السمري، العنف في الأسرة: تأديب مشروع أم انتهاك محظور، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية،٢٠٠١.

٥- عدلي السمري، العنف في الأسرة، الزعيم للخدمات المكتبية والنشر، القاهرة،٢٠١٠.

٦- عدلي السمري، قضايا اجتماعية معاصرة، الزعيم للخدمات المكتبية والنشر، القاهرة،٢٠١٣.

٧- علي ليلة، بناء النظرية الاجتماعية، ط٢، المكتبة المصرية للطباعة والنشر، الإسكندرية،٢٠٠٥.

٨- منظمة الصحة العالمية، منع الاستغلال والانتهاك الجنسيَّيْن والتصدي لهما من جانب المنظمة، مكتب الامتثال وإدارة المخاطر والأخلاقيات، ٢٠١٧.

٩- منى محمود عبد الله، الأبعاد الاجتماعية والثقافية للتحرش الجنسي بالمرأة، ط١، المكتب العربي للمعارف، القاهرة،٢٠١٤.

١٠- هيثم ضياء عبد الأمير العبيدي، الإساءة للمرأة على وفق بعض المتغيرات، مجلة العلوم التربوية والنفسية، العدد(١٠٣)، العراق،٢٠١٣.

المراجع الأجنبية:

1- Claudio, Cohen, Kelian, Rogério L'Abbate, Oliveira, Reinaldo Ayer, Gobbetti, Gisele Joana , Massad, Eduardo:(2009) Sexual Harassment in The Physician-Patient Interaction: Analysis of Charges Against Doctors in The State of Sao Paulo. Sao Paulo: Clinical Science, Vol.64, N.11.

2- Cynthia .Enloe,:(1989),Bananas, Beaches and Bases: Making Feminist sense in international politics. Berkely. university of California.

3- Donnelly, Jack: (2013), Universal Human Rights in Theory and Practice,

Cornell University Press, 3 rd, New York.

4- Meijman, F.J.: (2004) Sexual Contact between Doctor and Patient, Journal Article, Vol.16.

5- Gilles, Annie: (1999) Le harcèlement moral: la violence perverse au quotidien de Marie-France Hirigoyen, Syros, Paris.

6- Jamal, Amr A.:(2009) Perception of Physicians Regarding the Prevalence of Unprofessional Behavior among their Colleagues in a Tertiary Care Hospital in Saudi Arabia. Journal of Taibah University Medical Sciences. King Saud University, Vol.4, N.1.

7- Kendall,Diana: (2003)Sociology in our Times, The Essentials. 11th edition. Wedsworth, Canada.

8- Hall, K.H: (2001),Sexualization of the Doctor-Patient Relationship: Is it ever Ethically Permissible? Family Practice, Vol.18, N.15.

9- Koskela, Hille: (1999),Gendered Exclusions: Women's Fear of Violence and Changing Relations to Space, Journal Article, Geografiska Annaler. Series B, Human Geography, Vol. 81, N.2.

10- McNulty, Nick, Ogden, Jane & Warren, Fiona: (2013) Neutralizing the Patient: The Rapists Accounts of Sexual Boundary Violations, Journal of Psychology and Psychotherapy, Vol.20, N.3 :189-198.

11- Nadelson, Carol & Notman, Malkah T:(2002) BoundarIes in the Doctor-Patient Relationship, Theoretical Medicine and Bioethics, Vol 23, N.3 :191-201, Kluwer Academic Publishers, Printed in the Netherlands.

12- O'Hare, A. Elizabeth & O'Donohue, William: (1998) Sexual Harassment: Identifying Risk Factors. Archives of Sexual Behavior, Vol. 27 N.6 :561-580.

13- Morokoff, Patricia J., Kathryn, Quina & Others: (1997) Sexual Assertiveness Scale (SAS) for women: Development and Validation, Journal of Personality and Social Psychology, Vol.73, N.4 :750-804

14- Rospenda, Kathleen M., Richman, Judith A. & Nawyn, Stephanie J.: (1998) Doing Power: The Confluence of Gender, Race and Class in Contra Power

Sexual Harassment, Gender and Society, Vol. 12, N.1: 40–60

15– Uggen, Christopher & Blackstone, Amy: (2004) Sexual Harassment as a Gendered Expression of Power. American Sociological Review. Vol 69, N.1 :64–92

16– Goode, William J.:(1971), Force and Violence in the Family, Journal of Marriage and FamilyNational Council on Family Relations , Vol. 33, N.4 :624–636

17– Wylie,Kevan R. & Oakley, Katie:(2005),Sexual Boundaries in the Relationship between Clients and Clinicians Practising Sexology in the UKM Sexual and Relationship Therapy, Vol.20 , N.4 : 453–456.

18– Tschan, W,: (2013) Abuse in Doctor–Patient Violence against Women and Mental Health, Key Issues Ment Health :129–138.

19– Whaley, Gary L. & Tucker, Shirley H.:(1998) A Theoretical Integration of Sexual Harassment Models. Equal Opportunities International, Vol.17, N.1:21–29.

TAWASOL
For Studies & Cultural Awareness Foundation

ERTC
The Egyptian Research and Training Center

The Egyptian Journal of Social and Behavioral Sciences

The Egyptian Journal of Social and Behavioral Sciences (EJSBS)

This Journal is an International Peer-reviewed Scholarly Journal

Published Twice Per Year

ISSN: 2682 - 2725

Editor
Dr. Abdel-Hamid Abdel-Latif

Editorial Secretary
Dr.Mohammed Aboelenein

Issue No. 3

April 2021