

المقاربة النسوية و القضايا الصحية: دراسة حالة أزمة كورونا المستجد Covid 19

Feminist approach and health issues



نبيل عاشوري

جامعة باتنة 1، الجزائر Nabil.achouri@univ-batna.dz

رفيق بوبشيش

جامعة باتنة 1، الجزائر ، rafikboubchiche@gmail.com

تاريخ الإرسال: 2020/07/13 تاريخ القبول: 2020/09/30 تاريخ النشر: 2021/01/01

ملخص:

يوضح فحص السياسات الصحية خلال العقدين الماضيين في معظم أنحاء العالم أنه نادراً ما كانت صحة المرأة في طليعة برامج التنمية الصحية الدولية أو كندا مخططات السياسات الصحية العالمية والوطنية، فالمرأة أصبحت عنواناً للتمييز والاضطهاد الذي يفرضه النظام الاجتماعي القائم على منطق النظام الأبوي المنحصر في الرجل. لذلك تهدف هذه الورقة إلى إثبات أن سياسات تعزيز الصحة التي تأخذ في الاعتبار الاختلافات البيولوجية والاجتماعية بين النساء والرجال تجاه المخاطر الصحية وعلاقات القوة غير المتكافئة بين الجنسين أكثر نسبة للنجاح والفعالية مقارنة بالسياسات التي تتجاهلها، وإعتمادنا في هذه الدراسة على المقاربة النسوية بمختلف تفرعاتها.

الكلمات المفتاحية: المقاربة النسوية؛ الجندر؛ الصحة؛ الأمن الصحي؛ الأمن الصحي العالمي.

Abstract:

The examination of health policies during the past two decades in most parts of the world shows that women's health has rarely been at the forefront of international health development programs or such global and national health policy plans, Women have become the title of discrimination and persecution imposed by the social system based on the logic of patriarchal system restricted to men. This paper worked to develop multiple mechanisms in an attempt, to reintegrate them into health policies. Therefore, this paper aims to demonstrate that health promotion policies that take into account the biological and social differences between women and men towards health risks and unequal power relations between the sexes are more successful and effective compared to the policies that ignore them, and our reliance in this study on the feminist approach with its various ramifications.

Keywords: Feminist Approach; Gender; Health; Health Security; Global Health Security.

* المؤلف المرسل: نبيل عاشوري ، Nabil.achouri@univ-batna.dz

مقدمة:

تختلف الأدوار والمسؤوليات التي يسندها المجتمع للنساء والرجال انطلاقاً من بيولوجيتهم ومكانتهم في الأسرة والمجتمع، هذه العوامل لها تأثير كبير على إدارة الأزمات الصحية، وعلى فعالية سياسات وبرامج تعزيز الصحة، وهذا ما تؤكد الأدلة على الاختلافات بين الذكور والإناث في الوفيات والأمراض والتعرض لعوامل الخطر. إن التدخلات المعززة للصحة التي تهدف إلى ضمان بيئات آمنة وداعمة، وظروف معيشية وأنماط حياة صحية، والحصول على المرافق الأساسية والخدمات الاجتماعية والصحية بحاجة إلى معالجة هذه الاختلافات بين النساء والرجال بطريقة منصفة لكي تكون فعالة. وتهدف هذه الورقة إلى إثبات أن سياسات تعزيز الصحة التي تأخذ في الاعتبار الاختلافات البيولوجية والاجتماعية بين النساء والرجال تجاه المخاطر الصحية وعلاقات القوة غير المتكافئة بين الجنسين أكثر نسبة للنجاح والفعالية مقارنة بالسياسات التي تتجاهلها، ولمعالجة هذا الموضوع نطرح الإشكالية التالية:

كيف يمكننا الوصول إلى بناء سياسة و استجابة متعددة القطاعات في مجال الصحة. تدمج بين منظور النوع الاجتماعي وبين تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض؟

وللإجابة عن الإشكالية التالية نطرح الأسئلة الفرعية التالية: ماهو تعريف الأمن الصحي؟ ماهي التحديات التي تعيق السياسات والبرامج الصحية في تحقيق أهدافها؟ كيف يساهم عدم المساواة بين الرجل والمرأة في فشل البرامج؟ ماهي محددات الصحة عند المنظور النسوي؟.

تعتمد الدراسة في تحليلها للموضوع على المقاربة النسوية باعتبار أن القضايا المرتبطة بالمرأة وعدم المساواة بين الجنسين تدخل ضمن اهتماماتها، فهي تمدنا بمفاتيح ومدخلات تساعدنا في فهم وتحليل الموضوع.

وتتضمن الإجابة عن الإشكالية في هذه الورقة على الخطة التالية :

1. إطار مفاهيمي.
2. الجانب نظري: النظرية النسوية.
3. القضايا الصحية من منظور النظرية النسوية.
4. دراسة حالة: فيروس كورونا المستجد Covid 19 من منظور الجنساني.

1. الأطار المفاهيمي

على الرغم من توفر مؤلفات عديدة حول "الأمن الصحي" و "الأمن الصحي العام العالمي"، لا يوجد تعريف متفق عليه عالمياً، إلا أننا نحاول تقديم عدة محاولات لضبط المفهوم.

1.1 /-الأمن الصحي والأمن الصحي العام العالمي

يشير مفهوم "الأمن الصحي" و "الأمن الصحي العام العالمي" إلى نظامان يتفاعلان مع بعضهما البعض، وهما قطاع الصحة العامة وقطاع الأمن، اللذان يلتقيان ويتفاعلان في مجموعة متنوعة من المواقف، فديباجة دستور منظمة الصحة العالمية لعام 1946 تشير إلى أن "صحة جميع الشعوب أمر أساسي لتحقيق

السلام والأمن" (منظمة الصحة العالمية، 2005)، في هذه الديباجة تم ربط بين الصحة والسلام والأمن وجعل الصحة هدف أساسي لتحقيق السلام والأمن.

قد عزز تقرير التنمية البشرية السنوي الذي نشره برنامج الأمم المتحدة في عام 1994 بعنوان الأبعاد الجديدة للأمن البشري، حيث تم تحديد سبع فئات من التهديدات للأمن البشري: الأمن الاقتصادي والأمن الغذائي والأمن الصحي والأمن البيئي والأمن الشخصي والأمن المجتمعي والأمن السياسي، في هذا التقرير تم ربط الاهتمامات الصحية بالأمن البشري (الأمم المتحدة، 1994)، وفي ماي 2003، قدمت لجنة الأمن البشري تقريراً بعنوان "الأمن البشري الآن" إلى الأمين العام للأمم المتحدة (لجنة الأمن البشري، 2003). وصف هذا التقرير الأمن البشري بأنه مكمل لأمن الدولة، ولكن مع التركيز على حقوق الإنسان والتنمية البشرية، ومن التوصيات العشر المتعلقة بالسياسات الصادرة عن اللجنة، أشارت واحدة إلى الصحة: وذلك من خلال الإشارة إلى "منح أولوية كبرى للصحة من خلال ضمان حصول الجميع على الرعاية الصحية الأساسية".

كما ربط قرار جمعية الصحة العالمية 54.14 الصادر في عام 2001 "الأمن الصحي العالمي: " بالإبذار والاستجابة الوبائية"، فمفهوم الأمن الصحي في هذا القرار قد تم تعريفه على أنه " استراتيجية عالمية للوقاية من انتقال الأمراض المعدية عبر الحدود الوطنية"، ويعتبر هذا القرار خطوة أولى في ربط "الأمن الصحي العالمي" بالامتثال للوائح الصحية الدولية.

كذلك تطرق تقرير الصحة العالمي السنوي الصادر سنة 2007 تحت عنوان: " مستقبل أكثر أمناً: أمن الصحة العامة العالمي في القرن الحادي والعشرين (منظمة الصحة العالمية، 2007)، حيث يعالج هذا التقرير فقط "الأمن الصحي العالمي"، الذي يعرفه بأنه "... الأنشطة المطلوبة ... لتقليل من التعرض لأحداث التي تمس الصحة العامة، والتي تعرض الصحة الجماعية للسكان الذين يعيشون عبر المناطق الجغرافية والحدود الدولية المختلفة إلى الخطر".

واصلت منظمة الصحة العالمية زيادة على ذلك ربط الأمن الصحي بمكافحة الأمراض المعدية عندما أعادت تسمية مجموعة الأمراض المعدية باسم "الأمن الصحي والبيئة". (منظمة الصحة العالمية، 2007) ومع ذلك، على الرغم من الاختلافات الكبيرة في وجهات نظر للمؤلفين المختلفين حول نطاق ومحتوى الأمن الصحي والأمن الصحي العالمي، فإن الأدبيات تحتوي على نقاط مشتركة وهي:

*الحماية من التهديدات: تمثل هذه التهديدات، في الأمراض المعدية الناشئة المعرضة للجائحة مثل السارس وإنفلونزا الطيور، والإرهاب البيولوجي (Greenberg, 2002, p.237)

*دخول فواعل جديدة في ميدان الصحة، تتمثل هذه الجهات الفاعلة الجديدة في المنظمات الغير الحكومية، والأفراد بما في ذلك المؤسسات العسكرية، والتي أصبحت لهذه الأخيرة دور كبير في تحقيق الأمن الصحي، كما نلاحظ أن هناك مشاركة متزايدة للوحدات العسكرية في تدخلات الصحة العامة، ومن الأمثلة على ذلك مشاركة الجيوش الأجنبية في الاستجابة لكارثة تسونامي الآسيوية عام 2005 (Bristol, 2006, 384).

*ارتباطه بمصالح السياسة الخارجية: هناك قبول متزايد بأن الصحة هي مصدر قلق مشروع للسياسة الخارجية، في عام 1999 نظر مجلس الأمن التابع للأمم المتحدة لأول مرة في المشكلة الصحية، معلنا أن فيروس نقص المناعة البشرية (الايدز) يشكل تهديداً للأمن القومي. وقد تم توسيع نطاق المخاوف الصحية

للسياسة الخارجية منذ ذلك الحين لتشمل المشاكل العابرة للحدود مثل انتشار الأمراض المعدية الأخرى ووكذا حماية الفقراء الذين يعيشون في الدول الفاشلة . (Ingram, 2005,p. 522) وكما سعى المجلس لإقناع الدول المانحة بأنه من مصلحتها الخارجية تقديم مساعدات تنموية متزايدة.

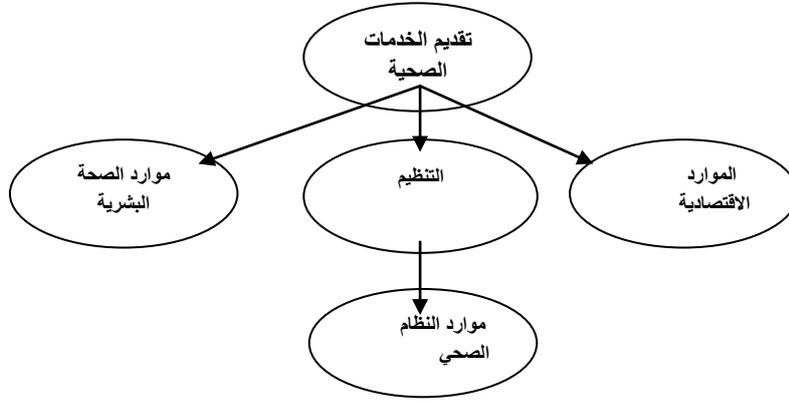
من خلال ماسبق يمكن أن نصل الى تعريف إجرائي لتعريف الأمن الصحي والأمن الصحي العالمي والذي نقصد به هو " اتخاذ كافة الاجراءات التي من شأنها المحافظة على الصحة العامة، والذي هو من احد مهام السياسات العامة، والتي تتطلب حضورا واضحا ومميزا في المجال الطبي والصحي."

نحن في هذه الورقة سوف نستعمل مفهوم الأمن الصحي والأمن الصحي العالمي كمرادفين باعتبار أن الأول امتداد للثاني.

2.1/-النظام الصحي:

حددت منظمة الصحة العالمية نظام الصحي في أنه "ككل مترابط، يتألف من العديد من الأجزاء المكونة له وهي مترابطة مع بعضها البعض، سواء كانت القطاعية أو المشتركة بين القطاعات، هذا الترابط ينتج عنه تأثير مشترك على صحة السكان".(منظمة الصحة العالمية، 1977) ومع ذلك، على الرغم من هذا الوصف العام، فإن مقارنة أنظمة الرعاية الصحية صعبة بسبب تنوع المكونات المختلفة وعدم وجود إجماع دولي على العديد من التعريفات. وعلى الرغم من ذلك فالرعاية الصحية هي علاقة متبادلة بين المكونات التالية الموجودة في معظم الأنظمة الصحية: الموارد والتنظيم والتمويل والإدارة وتقديم الخدمات الصحية.

الشكل 1: المكونات الرئيسية للأنظمة الصحية الوطنية



المصدر: من إعداد الباحثين

تحدد العلاقة بين المكونات المختلفة الموضحة في الشكل 1 أهمية كبيرة لنظام الخدمة الصحية في مختلف البلدان. داخل كل مكون هناك العديد من العناصر أو النظم الفرعية التي تصف واقع النظام الصحي في بلدان مختلفة.

تشمل مصادر النظام الصحي العديد من أنواع الموارد البشرية والمرافق الصحية والسلع الصحية الأساسية لتقديم الخدمات الصحية. هذا المكون يتطلب مدخلات من مختلف القطاعات الأخرى مثل التعليم والبناء وتصنيع.

أ. موارد الصحة البشرية: تشمل موارد الصحة البشرية الأطباء والممرضين ومجموعة متنوعة من الموظفين والاعوان .

ب. موارد النظام الصحي. تشمل المرافق الصحية العديد من الأنواع العامة والخاصة للمستشفيات لأنواع مختلفة من الأمراض. في العقود الأخيرة ، ومرافق لتوفير السلع الصحية تشمل كل من الأدوية والمختبرات، نهيك عن الكواشف ومعدات التشخيص والعلاج.

ج. التنظيم: هذا العنصر مهم في أنظمة الخدمات الصحية، وهو يحدد الطبيعة العامة لنظام الخدمات وغالباً يكون مسؤولية وزارة الصحة .

د. الموارد الاقتصادية للنظام الصحي: تمويل نظام الخدمات الصحية متنوع من مصادر مؤسسية، وتعد الضرائب العامة مصدر مهم لنظام الخدمات الصحية في كل دولة، كما يعد التأمين الإلزامي أو الاجتماعي هو شكل خاص من أشكال الضرائب الحكومية التي يتم فيها التمويل .

هـ. تقديم الخدمات الصحية: يمكن تعريف تقديم الخدمات الصحية على أنها " تلك الأنشطة التي تهدف إلى تحسين الصحة، وتخفيف الأعراض أو توفير الراحة من خلال الخدمات بما في ذلك المشورة والوقاية التدابير أو التشخيص المبكر أو العلاج أو الرعاية المقدمة للفرد أو المجتمع" (منظمة الصحة العالمية، 1996) يشير هذا المصطلح إلى مجموعة واسعة من الخدمات التي تؤثر على الصحة، بما في ذلك الصحة البدنية والأمراض النفسية .

كما يوجد هناك منظور آخر لخدمات الرعاية الصحية يأتي من مجال الصحة العامة حيث يتم تصور خدمات الرعاية الصحية في مفهوم الوقائية والتي تكون على ثلاثة مستويات: الوقاية الأولية والثانوية والثالثية .

تشمل الوقاية الأولية التحصينات وأنماط الحياة الصحية والعمل والعيش في بيئات خالية من المخاطر، وتسعى الوقاية الأولية للوقاية من المرض أو تأخير ظهوره، وهي تشمل التحصينات ضد الأمراض المعدية .

وتتضمن الوقاية الثانوية مجموعة من التدخلات التي يمكن أن تقلل من تأثير أمراض المرض بمجرد حدوثها وإبطاء تطورها .

أما الوقاية الثلاثية تكون موجهة نحو إعادة التأهيل للإعاقات الناتجة عن المرض والإصابة، الهدف من الوقاية في المستوى الثالث هو إعادة الأفراد إلى أحسن حالة ممكنة سواء كانت (جسدية وعقلية واجتماعية)، (لجنة ضمان صحة الجمهور في القرن الحادي والعشرين 2003) .

عملية الرعاية الصحية:

تشكل التفاعلات بين مقدمي الرعاية الصحية والمرضى بمرور الوقت عملية الرعاية الصحية. يمكن فحص هذه العملية من وجهات نظر متعددة:

*- تسلسل الخدمات المستلمة بمرور الوقت: يوفر فحص التسلسل الزمني لخدمات الرعاية الصحية رؤى حول توقيت الرعاية والاستجابة التنظيمية والكفاءة.

*- تشخيص للمريض: من خلال التشخيص والعلاج والإدارة والتعافي. (Shortell , Reinhardt , 1992,p.55)

2. الجانب نظري: النظرية النسوية.

انتشرت النظرية النسوية في العلاقات الدولية منذ أوائل التسعينات، وقد أدخلت هذه النظرية النوع الاجتماعي كفئة تجريبية وأداة تحليلية لفهم علاقات القوة العالمية بالإضافة إلى بناء أنظمة عالمية بديلة .

تحول الدراسات النسوية للسياسات الدولية- بعيدًا عن التركيز الفردي على العلاقات بين الدول- نحو تحليل شامل للجهات والهياكل عبر الوطنية وتحولاتها، مع تركيزها على الجهات الفاعلة من غير الدول والشعوب المهمشة والمفاهيم البديلة للسلطة، وتسعى هذه المجموعة إلى جعل النوع الاجتماعي فئة تحليلية مركزية في دراسات السياسة الخارجية والأمن والاقتصاد السياسي العالمي من خلال استكشاف مختلف السياقات التاريخية والجغرافية المتعلقة بها (Prugl, 2000, p.45).

والمتمصفح للدراسات النسوية يمكنه تمييز بين ثلاثة أشكال متداخلة للنسوية التي تمثل استدلال مفيد لمناقشة المساهمات المتنوعة في هذا المجال. وهي :

2 . 1 - النسوية التجريبية:

تحول النسوية التجريبية انتباهنا إلى المرأة والعلاقات بين الجنسين باعتبارها جوانب تجريبية في السياسات الدولية والعلاقات الإنسانية .

إذ تؤكد التحديات النسوية أن حياة المرأة وتجاربها، كانت ولا تزال مستبعدة في كثير من الأحيان في دراسة السياسات العالمية. وقد أدى هذا الاستبعاد الجنسي إلى بحث لا يقدم سوى وجهة نظر جزئية ومذكورية في مجال تدعي فيه النظريات السائدة أنها تشرح الواقع. (Halliday, 1988, p. 78)

كما تعمل النسوية التجريبية على تصحيح إنكار المرأة في السياسة العالمية بسبب الافتراضات الخاطئة التي تفيد بأن تجارب الذكور يمكن أن تحسب لكل من الرجال والنساء، وأن النساء إما غائبات عن الأنشطة السياسية أو الاجتماعية، وأن ليس لها صلة بالعمليات العالمية. علاوة على ذلك، منذ تسعينات القرن الماضي، اتخذت البحوث النسائية التجريبية مجموعة متنوعة من الأشكال المنهجية والفنية، مثل دراسات "المرأة في التنمية الدولية(WID)", و"التنمية ونوع الجنس(GAD)", هذه الأخيرة وثقت كيف أدى تحيز الذكور في عملية التنمية التي تهدف إلى القضاء على الفقر، وتمكين المجتمعات إلى سوء تنفيذ المشاريع وإلى حدوث نتائج سلبية(Kardam , 1994, p.23).

كما يوضح هذا الاتجاه الدور المركزي للمرأة كمنتجة ومقدمة للاحتياجات الأساسية في البلدان النامية، كما تكشف الدراسات التجريبية أن أكثر مخصصات المساعدة الإنمائية كفاءة هي في الغالب من نصيب المرأة مثل تمويل الائتمان، والتعليم والموارد الصحية. على سبيل المثال، فالأمم المتحدة سنة 2000 ترى أن زراعة النساء تمثل ثلاثة أرباع الإمدادات الغذائية للأسر المعيشية. (الأمم المتحدة، 2000). باحثون آخرون وجدوا أن الاستثمار في تعليم الفتيات هو أحد سياسات التنمية الأكثر فعالية من حيث التكلفة، مما أدى إلى مكاسب إيجابية للمجتمع بأكمله من خلال زيادة الدخل، وخفض معدلات السكان.

ويوثق الباحثون النسويون كيف أدى تكثيف العولمة الاقتصادية والاستقطاب الاجتماعي والاقتصادي، سواء داخل الدول أو عبرها إلى زيادة عدم المساواة بين الرجال والنساء في جميع أنحاء العالم، مع وجود أعداد غير متناسبة من النساء الفقيرات - يشار إليها غالبًا باسم "تأنيث الفقر" - بسبب أزمات الديون في العالم الثالث وسياسات التكيف الهيكلي في الجنوب. (Afshar Dennis, 1992, p.16)

2. 2 - النسوية التحليلية :

تفكك النسوية التحليلية الإطار النظري للسياسة العالمية والوطنية، وتكشف عن التحيز الجنسي الذي يعم المفاهيم الرئيسية، الذي يمنع الفهم الدقيق والشامل للسياسات الدولية.

ويشير المفهوم النسوي "للجنس" إلى البنى الاجتماعية الغير المتكافئة للذكورة والأنوثة على عكس الاختلافات الظاهرة بينهما بيولوجيا. وهذا يرتبط مع العلاقة التي تؤكد على أن الهيمنة، والاستقلالية والسيادة والقدرة العقل والموضوعية والعالمية للذكر، في حين يرتبط المفهوم المهيمن للأنوثة بغياب أو عدم وجود هذه الخصائص. لذلك يجب أن يخضع الكائن الأدنى، ممثلاً بالنساء، والجسد والنظام الفوضوي إلى الكائن الأعلى، الذي يمثله الرجال والدولة كمثل عقلائي يحمل هوية ذكورية (Butler, 1990, p. 23).

ويفسر المنظرون النسويون الدولة على أنها المنظم المركزي الرئيسي للسلطة القائمة على النوع الاجتماعي، وتعمل جزئياً من خلال التلاعب في المجالات العامة والخاصة. علاوة على ذلك، يرى المحللون النسويون أن الدول، متورطة في مجموعة من أشكال العنف ضد المرأة. على سبيل المثال، تدعم الدولة الليبرالية العنف ضد المرأة من خلال موقفها من عدم التدخل في المجال الخاص. وتعريفها القانوني للاغتصاب من وجهة نظر الذكور، والذي يفترض أن غياب الإكراه الصريح يعني موافقة الإناث. (Connell, 1990, p. 12)

2. 3 - النسوية المعيارية

تعكس الحركة النسوية المعيارية عملية التنظير في السياسات العالمية، كجزء من جدول الأعمال المعياري للتغيير العالمي، بمعنى أنها تساعدنا على التشكيك في معاني وتفسيرات معينة في السياسات العالمية، فإنهم ينظرون إلى السياق الاجتماعي والسياسي والذاتية كجزء من التفسير النظري، ويجلب المنظرون النسويون رؤى الممارسة النسائية، على سبيل المثال أخلاقيات الرعاية والنشاط الاجتماعي للمرأة والمساعدة الإنسانية، والتدخل وأدوات حقوق الإنسان في العالم الثالث، للتأثير على المناقشات الكبرى التي تدور حولها الأخلاقيات الدولية (Ackerly and True, 2006, p. 41)

لذلك يجادل Linklater بأن هذه المعرفة هي تحديات نسوية مترابطة لهيمنة السلطة الذكورية. على العلم نفسه، فهم يتشاركون في صراع معياري للحفاظ على الروابط العملية للسلطة القائمة على النوع الاجتماعي .

هذا المنظور المعياري، لا يقتصر على الاختلاف بين الجنسين في العلاقات بين المذكر والمؤنث فقط، بل يتعلق بسياسات المعرفة، التي تدور حول هذه الأسئلة (كيف، ومن، وأي موضع في التسلسل الهرمي يمكننا أن نعرفه).

فهي لا تعتمد فقط على إدخال الجنس كبنية تحليلية من أجل تفسير تمهيش المرأة، بل تتساءل عن المفهوم الثنائي للنوع.

كما ترى أن المعارضة الحصرية المتبادلة بين الرجولة والأنوثة ليست "الجوهر الذي يمكن من خلاله تفسير التنظيم الاجتماعي"، بل هي بناء اجتماعي وجهاز تحليلي يجب تفكيكه، وتحويله. (Butler, 1990, p. 36).

51.

3 . القضايا الصحية من منظور النظرية النسوية.

3 . 1 - الجندر والمحددات الصحية:

الكثير من الدراسات الطبية والوبائية تميل إلى التركيز على الأسباب البيولوجية (وخاصة الوراثية) للمرض لدى الأفراد والسكان، إلا أن بعض علماء الأوبئة وعلماء الاجتماع، قاموا بفحص مساهمة العوامل الغير البيولوجية في الصحة، وتحديدًا السياقات التي يعيش فيها الأفراد والمجتمعات، وتعتبر هذه النظرة الأوسع لمسارات الوقاية من الأمراض.

يستخدم النسويون "المحددات الصحية" للإشارة إلى الاهتمام التجريبي والنظري الذي يسعى إلى فهم مجموعة العوامل الاجتماعية والثقافية والبيئية التي لها تأثير على صحة الأفراد والمجتمعات. والتي تعكس سلبيا على النساء اللاتي يواجهن الحرمان بسبب عدم المساواة الهيكلية التي تحد من الوصول إلى الموارد المادية والرمزية والتحكم فيها، مقارنة بالذكور. فباربارا ستارفيلد تعرفها بأنها "مجموعة واسعة من التأثيرات القريبة والبعيدة المتفاعلة على صحة الأفراد والسكان."

الجدول رقم 1: المحددات الصحية الرئيسية حسب كل تصنيف

Dennis Raphael دينيس رافائيل	وكالة الصحة العامة كندا	منظمة الصحة العالمية
الدخل وتوزيعه	الدخل والوضع الاجتماعي	الدخل والوضع الاجتماعي
شبكة الأمان الاجتماعي	شبكات الدعم الاجتماعي	شبكات الدعم الاجتماعي
التربية	التعليم ومحو الأمية	التربية
ظروف العمل	ظروف العمل	البيئة الاقتصادية
الإقصاء الاجتماعي	البيئة الاجتماعية	البيئة الاجتماعية
السكن	البيئة المادية	البيئة المادية

-	الممارسات الصحية الشخصية ومهارات التأقلم	الخصائص والسلوكيات الفردية الشخصية
- الحياة المبكرة	تنمية الصحة للطفل	-
-	علم الأحياء	علم الوراثة
-	الجنس البشري	الجنس البشري
وضع السكان الأصليين	الثقافة	-
الأمن الغذائي	-	-
- البطالة والأمن الوظيفي	-	-
خدمات الرعاية الصحية	الخدمات الصحية	الخدمات الصحية

المصدر: من إعداد الباحثين

كما يشير الجدول 1، فإن منظمة الصحة العالمية تعترف بعشرة محددات صحية، في حين حددت وكالة الصحة الكندية عشرة محددات) وكالة الصحة العامة الكندية، أما دينيس رافائيل Dennis Raphael حددها في 11 محدد (Dennis Raphael, 2004, p 341.342).

كما حدد بعض النسويون تصنيف آخر للمحددات الصحية تتفاعل مع بعضها البعض لتشكيل المشاكل الصحية، وهي المحددات الأساسية، ومحددات التقارب.

وتشير تسمية بعض المحددات "الأساسية" إلى أهميتها الأساسية لتشكيل النتائج الصحية وترتبط ارتباطاً وثيقاً بمنظور المستوى الكلي. ومع ذلك، تتفاعل هذه المحددات الكلية مع المحددات على المستوى المتوسط بطرق مهمة - أي الوصول إلى الموارد الرئيسية مثل التوظيف والتعليم ورعاية الأطفال - وهذه بدورها تؤثر على المستوى الجزئي " المحددات الفردية "

الجدول رقم 2: محددات ديناميكية للصحة

المشاكل الصحية	محددات التقارب	مصادر الموارد الأساسية	محددات الأساسية
• الأمراض • الوفيات	• التدخين • النظام الغذائي • الرياضة	• التوظيف • التربية • رعاية الطفل • أحياء آمنة • الخدمات الصحية	• الجنس • الطبقة لاجتماعية • السباق • العرق • وضع المهاجر • العمر • جغرافي • الإيجار

أ . النظام الاجتماعي والصحة:

يؤثر وضع المرأة المنخفض في الأسرة على وصولها إلى المعلومات المتعلقة بالصحة والتدابير الوقائية، وكذلك قدرتها على التماس العلاج. تشير الدلائل إلى أن قدرة النساء على اتخاذ القرارات لها تأثير كبير على صحة

أطفالهن. فعندما يتم توجيه الرسائل الصحية المخصصة للنساء إلى الرجال ، فإن تأثيرها المباشر على فهم المرأة وسلوكها قد يضعف بشكل مبدئي، من ناحية أخرى ، لا يمكن للمرأة أن تصل إلى المعرفة الصحية والمشورة الطبية، على سبيل المثال، وجدت دراسة أجريت في ريف بوليفيا أن 59 ٪ من النساء في المناطق التي تنتشر فيها الأمراض المستوطنة، لا يعرفن أنهن يمكن أن ينقلن المرض (Weinke, 1988, p101) ، كما أن بعض الأطباء لا يهتمون بنشر المعرفة الصحية لهدف الحد من فهم النساء.

كما وجدت الدراسات المتعلقة بالآثار الاقتصادية للملاريا في كولومبيا أن النساء انتظرن لفترة أطول لطلب العلاج لأن عملهن المنزلي كان ضروريًا لأفراد الأسرة الآخرين، هذا التمييز نجده كذلك في الرعاية الصحية، فالأولوية للرجال فهم يتلقون أولوية في التشخيص والعلاج (Bonilla E, 1991, p. 12)

وبوجه عام يتم توضيح الفروق بين الجنسين أيضا في النتائج الاجتماعية والشخصية للأمراض المعدية مثل الجذام أو فيروس نقص المناعة البشرية، فالنساء يعانين بشكل أكبر من التمييز، ويحتمل أن يتحملن مسؤولية مرضهن، وأن يعزلن عن عائلتهن والمجتمعات، كما يستغرقن وقتًا أطول للتعافي مقارنة بالرجال، كما أظهرت الأبحاث في الواقع وجود تحيز إكلينيكي لصالح الذكور في تشخيص الأمراض المزمنة الشائعة بين الجنسين. على سبيل المثال ، النوبة القلبية .

فالأطباء افترضوا ذات مرة أن "النموذج الأولي" لمرضى أمراض القلب كان من الذكور ، فإن المؤشر الرئيسي للفشل الصحي الوشيك الذي استخدموه في تشخيصهم كان ألمًا حادًا في الصدر. وقد أظهرت الدراسات الحديثة أنه بالنسبة للنساء، فقد كان التعب، بدلا من ألم الصدر (Kessler . Magee , p.679).

يشير الباحثون إلى ظاهرة تسمى "هيكل الفرصة" الذي من خلاله يصل الأشخاص المتميزون إلى البيئات المادية المعززة للصحة (مثل المياه النظيفة والغذاء الجيد والمأوى)، والوصول إلى التكوين المحلي للموارد (على سبيل المثال، المدارس الجيدة، مراكز رعاية الأطفال آمنة وعالية الجودة، والمجهزة بشكل أفضل) في حين أن الاختلاف في هيكل الفرصة هذا واضح بشكل واضح بين الذكور والإناث ، فمن المهم بنفس القدر إدراك أهميته في فهم عدم المساواة بين المجموعات. على سبيل المثال، النساء من خلفيات منخفضة أكثر عرضة للتدخين، وزيادة الوزن، والعيش في أحياء غير آمنة، والحفاظ على مسؤولية أكبر أو وحيدة لرعاية الأطفال و/ أو كبار السن، وأداء كميات كبيرة من العمالة المنزلية غير المدفوعة الأجر.

من المفارقات أن النساء وغالبيتهن من النساء الفقيرات، يعرضهن لموقعهن الاجتماعي إلى مجموعة كبيرة من المخاوف الصحية البدنية والنفسية الاجتماعية، بما في ذلك إجهاد العضلات وإصاباتهم، بالقلق، والتوتر، ووفقًا للعديد من المنظرين النسويين، فإن الحراك الاجتماعي للمرأة كان ولا يزال طويلا مُقيّدًا من خلال المعايير الاجتماعية والسياسية الأبوية التي تساوي "قيمة المرأة" (MacIntyre, Ellaway, 2000, p.332) .

دراسة حالة: فيروس كورونا المستجد Covid 19 من منظور الجنساني.

سلط تفشي فيروس كورونا أو مايسمى CoV-19 في العالم بداية من ديسمبر الضوء على عواقب الفشل في تبني منظور جنساني في الأمراض المعدية، من أول حالة تم الإبلاغ عنها في وهان الصينية، في ديسمبر 2019، وقد صنفته منظمة الصحة العالمية كجائحة عالمية في 11 مارس 2020 (منظمة الصحة العالمية، 2020)، ويستطيع الفيروس أن ينتشر بين البشر مباشرة، فقد تجاوز حاجز ثلاث ملايين ونصف شخص

حول العالم، من بينهم أكثر من ثلاث ملايين إصابة بمرض فيروس كورونا من بينهم 246 ألف حالة وفاة، مع وحوالي 1.11 مليون حالة تماثلت للشفاء (منظمة الصحة العالمية، ماي 2020). ومع ذلك، فقد كان أحد الشواغل الخاصة في حالة SARS-CoV-2 هو "تأنيث فيروس كورونا أثناء تفشيه".

فقد شكلت الأدوار المرتبطة بالنساء والفتيات في العالم مخاطر كبيرة بهذه الجائحة، وتتعلق بالمرض نفسه وبالمخاطر الناشئة عن الاضطراب الاجتماعي الناجم عنها التي تفرزها على أوسع نطاق، فالأدوار التقليدية للنساء كمقدمات للرعاية (سواء داخل الأسرة وكعاملين في مجال الرعاية الصحية)، قد وضعهن في خطر خاص، فمثلا الأدوار المرتبطة بالحمل، فقد أشارت معلومات محدودة عن تأثير الكورونا على الحمل، فالأدلة المتوفرة تشير أن النساء الحوامل المصابات بالفيروس تعرضن إلى زيادة خطر الإجهاض التلقائي، والزيغ المرتبط بالحمل، والوفيات، لاعتبار أن عملية الحمل يضعف المناعة، أما الأدوار المرتبطة بالرعاية الصحية، فالنساء يشكلن ما حوالي 70 بالمائة من العاملين في الصحة، فقد دأبت وسائل الإعلام الصينية على الترويج لقصص تمدح طبيعة "القداسة" و "الشبيهة بالمحارب" للنساء العاملات في الخطوط الأمامية كمرضات، فكانت هذه البطولات عنوانا للإرهاق والتمييز .

فالعاملات الطبييات من مقاطعة قانسو حلق رؤوسهن بشكل جماعي قبل إرسالهن للمساعدة في مكافحة تفشي الفيروس التاجي، وخلال شهر مارس، تحدثت هيئة الإذاعة البريطانية مع ممرضة قالت إنه لم يُسمح لموظفي المستشفى بتناول الطعام أو الراحة أو استخدام المراض خلال نوباتهم لمدة 10 ساعات (الإذاعة البريطانية، 2002).

في حين أن هذا ينطبق على جميع العاملين في المستشفى، فإن النساء يتحملن أيضًا طبقة أخرى من التمييز، من خلال عدم حصولهن على الاحتياجات الخاصة بالحوض، تقول " جيانغ جينجنيج " أنه لم يفكر الكثير من الناس في توفير منتجات الفترة المناسبة لعشرات الآلاف من العاملات الطبييات". كما أرسلت السلطات الصينية أكثر من 41 ألف عامل صحي من جميع أنحاء البلاد لدعم الطاقم الطبي في مركز تفشي المرض في مقاطعة هوبي، فقد أصيب 387 عاملاً صحياً في الصين بـ COVID-19 ، أكثر من 90٪ منهم من الممرضات، بحسب اتحاد شنغهاي النسائي، وهو هيئة حكومية. (اتحاد شنغهاي النسائي، 2020).

كما أن العيش وسط المخيمات يجعلهن على اتصال وثيق مع مجموعات كبيرة من الأشخاص مما يعرضهن إلى إمكانية انتقال العدوى من المريض، مع عدم وجود مساحات آمنة .

بالإضافة إلى ذلك النساء في جنوب العالم يلعبن دورًا كبيرًا في جمع الطعام وإطعام أسرهن، فهن تتحملن في المقام الأول عبء الحصول على الغذاء من الأسواق والمحلات التجارية، مما يزيد من خطر تعرضهن للفيروس أكثر (منظمة الصحة العالمية، 2020) .

كما كان لتفشي الجائحة أثر كبير على اقتصاديات البلدان المتضررة، فقد قدر برنامج الأمم المتحدة الإنمائي ذلك في عام 2020 أن النمو الاقتصادي في العالم قد انخفض انخفاضًا كبيرًا مما أثر على كثير من الشركات وحركة التجارة (برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، 2020)،. هذا الأثر الاقتصادي للفيروس كان له تأثير غير متناسب على النساء، اللاتي يشكلن جزءًا كبيرًا من القطاع الزراعي والصناعي. فمثلا، تواجه مصانع الملابس في آسيا بما في ذلك بنغلاديش وكمبوديا وفيتنام وإغلافاً وشيكا، وتهدد سبل عيش 40 مليون عامل ملابس، وما

يقرب من 80٪ من هؤلاء العمال هم من النساء، فعند إزالة مصدر دخلهن الحيوي وأحياناً الوحيد من مصادر الدخل قد يعني أنهن يواجهن المزيد من الفقر. علاوة على ذلك، في البلدان النامية، يعمل أكثر من ثلثي النساء في الاقتصاد غير الرسمي، بدون إجازة مرضية وإعانات بطالة مما يعرض دخلهن ورفاههن للخطر. (الأمم المتحدة، 2020).

في جميع هذه الأدلة، تعرضت النساء والفتيات لخطر غير متناسب من فيروس كورونا، فقد أشارت اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات التابعة للأمم المتحدة التابعة للمجموعة المرجعية للمساواة بين الجنسين في العمل الإنساني إلى أن "دور النساء والفتيات في التعافي بعد الأزمة سيكون أساسياً لتسهيل التطبيع المعجل للمشهد الاجتماعي والاقتصادي". كما تقول ماريا هولتسبرغ، مستشارة الشؤون الإنسانية ومخاطر الكوارث في هيئة الأمم المتحدة للمرأة في آسيا والمحيط الهادئ: "تؤدي الأزمة دائماً إلى تفاقم عدم المساواة بين الجنسين" (الأمم المتحدة، 2015).

الخاتمة

تشهد البرامج والخطط الصحية فشلاً كبيراً للوصول إلى الأهداف المرجوة، فقد عجزت مختلف الدراسات في التقاط الأثر الإيجابي للبرامج والخطط الصحية سواء تعلق بالرعاية الصحية داخل الأسرة أو المجتمع. فالكثير من برامج التعديل الهيكلي، وضعت أعباء إضافية على النساء، فقد أدت التخفيضات في برامج الرعاية الصحية المدعومة من الدولة إلى انخفاض القدرة على الوصول إلى الرعاية الصحية لأفقر السكان.

وقد جادل النقاد بأن أدوار الجنسين والسلوكيات ذات الصلة بالصحة المرتبطة بهذه الأدوار في العديد من برامج أدت إلى التركيز على تغيير السلوك على المستوى الفردي، بدلاً من التغيير السياسي على المستوى المجتمعي.

نبيك على أن بعض التدخلات والبرامج واستراتيجيات الحد من المخاطر التي يتعرض لها النساء والرجال على سواء لا تراعي الاختلافات بين الأدوار بينهما. على الرغم من أن المعرفة بالاختلافات بين الجنسين في الصحة متاحة بشكل متزايد.

لذلك فالنسويون في المجال الصحي يرون أن نجاح سياسات والبرامج الصحية يجب أن تأخذ في عين اعتبارها النقاط التالية:

* يجب أن تأخذ أي من هذه المبادرات في الاعتبار مشاركة أصحاب المصلحة الرئيسيين في المجتمعات وتحتاج إلى أن تكون مقبولة على المستوى الفردي والأسري وكذلك مستوى المجتمع، ففي العديد من المجتمعات التقليدية، يعمل الزعماء التقليديون، أو قادة القرى كحراس بوابة في جميع الأنشطة التعليمية والمجتمعية، لذلك من الضروري دمج أصحاب المصلحة الرئيسيين في أي سياسات وتدخلات لتعزيز الصحة مصممة للحد من عدم المساواة بين الجنسين.

* إشراك الجماعات والمجموعات المستهدفة في جميع جوانب وضع السياسات والبرامج وتنفيذها وتقييمها، لكي تكون ذات معنى أكبر.

*تعميم مراعاة المنظور الجنساني" كاستراتيجية عالمية لتعزيز صحة المرأة، وتعني هذه الاستراتيجية دمج اهتمامات كل من المرأة والرجل في صياغة ورصد وتحليل السياسات والبرامج والمشاريع فيما يتعلق بتعزيز الصحة.

*التدخل اللازم للقضاء على التحديات التي تعيق المرأة كالنظام الأبوي الراسخ، والزواج المبكر، وانعدام الاستقرار الإرادة السياسية، وعدم المساواة الاجتماعية، والتحرير، والعملة، ومستويات محو الأمية المستمرة بين النساء والفتيات

*التمكين الاقتصادي للمرأة وذلك بتعزيز قدرة النساء على الاستجابة بشكل أفضل للتحكم في الصحة في البيئة المادية والاجتماعية والسيطرة عليها، عن طريق تمكينها من رأس المال الصديق للبيئة وكذلك رأس المال الاجتماعي والثقافي .

فالتمكن يهدف إلى مساعدة النساء على: اكتساب المعرفة والوصول إلى حقوقهن، والوصول إلى الائتمان، وتحسين وصولها إلى الخدمات الأساسية، لأن الرعاية الصحية الأنثوية يمكنها أن تفهم مشكلة المرأة بشكل أفضل.

زيادة مشاركة المرأة في العمليات السياسية وعمليات صنع القرار الأخرى - على مستوى الأسرة والمجتمع المحلي والوطني - وضمان أن القوانين وتنفيذها لا تميز ضد المرأة. هذه التدابير لها إمكانات كبيرة لتحسين المساواة بين الجنسين وإنجاح السياسات الصحية.

قائمة المراجع:

الدوريات والملتقيات

1. اتحاد شنغهاي النسائي، 2020، تقرير حول وضع الممرضات في الصين.
2. هيئة الإذاعة البريطانية، تقرير حول فيروس كورونا، 2020.
3. لجنة الأمن البشري ، الأمن البشري الآن: حماية وتمكين الناس ، 2003 نيويورك ، الأمم المتحدة
4. لجنة جودة الرعاية الصحية في أمريكا، 2001، تقرير حول "نظام صحي جديد للقرن الحادي والعشرين"، واشنطن العاصمة.
5. لجنة ضمان صحة الجمهور في القرن الحادي والعشرين 2003، تقرير حول " مستقبل صحة الجمهور في القرن الحادي والعشرين ، معهد الطب. واشنطن العاصمة:
6. منظمة الصحة العالمية، 2005 ، وثائق WHO Basic ، العدد الخامس والأربعون.
7. منظمة الصحة العالمية 2007 : تقرير "مستقبل أكثر أمناً: أمن الصحة العامة العالمي في القرن الحادي والعشرين"، منشورات منظمة الصحة العالمية جنيف.
8. منظمة الصحة العالمية (1996). تكامل تقديم الرعاية الصحية (سلسلة التقارير الفنية لمنظمة الصحة العالمية رقم 861).
9. منظمة الصحة العالمية (1977). تحسين أداء المراكز الصحية في النظم الصحية بالمنطقة (منظمة الصحة العالمية التقنية).
10. الأمم المتحدة 1994. برنامج الأمم المتحدة الإنمائي ، تقرير التنمية البشرية ، 1994 أوكسفورد مطبعة جامعة أكسفورد.
11. الامم المتحدة " تقرير برنامج الامم المتحدة الانمائي حول أثر فيروس كورونا على الاقتصاد العالم ، 2020.

12. الأمم المتحدة، تقرير اللجنة الدائمة المشتركة بين وكالات الأمم المتحدة ، "الأزمة الإنسانية في آسيا " 2020

13. سلسلة التقارير رقم (869). جنيف: منظمة الصحة العالمية

المراجع باللغة الجنبية

1. Ackerly, B. and True, J. (2006) 'Studying the Struggles and Wishes of the Age: Feminist Theoretical Methodology and Feminist Theoretical Methods,'
2. Afshar, H. and Dennis, C. (1992) Women and Adjustment in the Third World (London).
3. Bristol N. Military incursions into aid work anger humanitarian groups, The Lancet, 2006, vol. 267 (pg. 384-86)
4. Butler, J. (1990) Gender Trouble: Feminist Subversions of Identity (New York).
5. Bonilla E, . Salud y desarrol-lo. Aspectos socioeconómicos de la malaria en Colombia. Bogotá:Plaza & Janes; 1991
6. Connell, R. J. (1990) 'The State and Gender Politics', Theory and Society, 19.
7. Hidden from International Relations: Women and the International Arena', Millennium.
8. Ingram A. The new geopolitics of disease: between global health and global security, Geopolitics, 2005, vol. 10 (pg. 522-45)
9. Greenberg DS. USA expands homeland health security, The Lancet 2002 ,vol. 359 pg. 237.
10. Kardam, N. (1991) Bringing Women in: Women's Issues in International Development Programs (Boulder).
11. Kabeer, N. (1994) Reversed Realities: Gender Hierarchies in Development Thought. Kali for Women, New Delhi; Verso, London
12. MacIntyre S., & Ellaway, A. (2000). Ecological approaches: Rediscovering the role of the physical and social environment. New York: Oxford University Press. p. 332
13. Prugl, E. (2000) The Global Construction of Gender (New York)
14. Raphael, D., editor. Social determinants of health: Canadian perspectives. Toronto: Canadian Scholars' Press. p. 331-342.
15. R.C., & Magee, W.J. (1993). Childhood adversities and adult depression: Basic patterns of association in a U.S. National Survey. Psychological Medicine, 23 ,
16. Riska, E. (2002). From type A man to the hardy man: Masculinity and health. Sociology of Health and Illness, 24(3), 347-358.
17. Shortell SM, Reinhardt UE, editors. Improving health policy and management: nine critical research issues for the 1990s. Chicago: Health Administration Press; 1992.
18. Weinke TH, . Cardiac morbidity due to Chagas' disease in a rural community in Bolivia. Epidemiol Infect. 1988;101.