The Global
Women's Institute
THE GEORGE WASHINGTON UNIVERSITY

أبعاد
abaad

يبقى الحزن في القلب

تطبيق نهج أساليب البحث المختلطة لفهم الروابط بين العنف القائم على النوع الاجتماعي والصحة النفسية، وسبل المواجهة واللجوء إلى خدمات الدعم النفسي بين اللاجئات السوريّات والنساء اللبنانيّات في لبنان.

يبقى الحزن في القلب:

تطبيق نهج أساليب البحث المختلطة لفهم الروابط بين العنف القائم على النوع الاجتماعي والصحة النفسية، وسبل المواجهة واللجوء إلى خدمات الدعم النفسي بين اللاجئات السوريّات والنساء اللبنانيّات في لبنان.

The Global
Women's Institute
THE GEORGE WASHINGTON UNIVERSITY

أبعاد
abaad

شكر وتقدير

نبذة عن المعهد العالمي للمرأة:

المعهد العالمي للمرأة هو معهد بحوث مقره في جامعة جورج واشنطن في واشنطن العاصمة. يُجري المعهد العالمي للمرأة بحوث تطبيقية وحملات مناصرة من أجل التصدي للعنف ضد النساء والفتيات والاستجابة له بشكل أفضل في سياق العمل الإنساني والإنمائي. ينصبّ تركيز المعهد العالمي للمرأة على دعم المنظمات غير الحكومية والجهات الفاعلة في المجتمع المدني لتلبية احتياجاتها المعرفيّة والتعليميّة بشكل أفضل من خلال عمليات المرافقة التقنية التي تضمن المشاركة الآمنة والأخلاقية عند إجراء البحوث حول العنف القائم على النوع الاجتماعي والرصد والتقييم خلال الأزمات. لمزيد من المعلومات، قم بزيارة globalwomensinstitute.gwu.edu.

نبذة عن منظّمة "أبعاد":

"أبعاد" هي منظمة مدنية غير طائفية غير سياسية وغير ربحية، تأسست عام ٢٠١١ بهدف تعزيز التنمية الاقتصادية والاجتماعية المستدامة في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، عبر تكريس مبدأي الكرامة والعدالة بين الجنسين، وتوفير الخدمات المباشرة والوقاية والحماية وتمكين المجموعات المهمشة، لا سيما النساء والأطفال. تضمّ "أبعاد" مجموعة ديناميكية من نشطاء وناشطات في مجال حقوق الإنسان، بالإضافة إلى محامين ومحاميات وخبراء وخبيرات في مجالاتهم/هن والأخصائيين/ات الاجتماعيين/ات والباحثين/ات الذين/اللواتي يكرّسون/يكرّسن جهودهم/هن لتحقيق المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة. تسعى منظمة "أبعاد" إلى تعزيز الشراكة بين النساء والرجال، وتفعيل مشاركة النساء من خلال تطوير السياسات، والإصلاح القانوني، وإدماج مفاهيم النوع الاجتماعي، وتعزيز إشراك الرجال في هذه العملية، وإلغاء التمييز، وتمكين النساء وتعزيز قدراتهن للمشاركة بفعالية في مجتمعاتهن. كما تسعى منظمة "أبعاد" إلى التعاون مع منظمات المجتمع المدني التي تُعنى ببرامج المساواة بين الجنسين وحملات المناصرة ودعمها. تعتمد منظمة "أبعاد" مبدأ تكافؤ الفرص وتلتزم بالحماية من الاستغلال والإساءة الجنسيين.

قائمة المحتويات

تعريف المصطلحات ٨.

الخلفيّة ٩.

العمل المنجز في مجال الصحة العقلية وخدمات الدعم النفسيّ الاجتماعي في لبنان ١٢

مُبرّرات الدراسة وأهدافها والسؤال المحوري في البحث ١٣

المنهجية ١٤

التصميم الكميّ ١٤

التصميم النوعي ١٩

الاعتبارات الأخلاقيّة ٢٢

تحليل المنهجية ٢٤

الخصائص الديموغرافية والاجتماعية - الاقتصادية للمشاركات في الدراسة نقاط الضعف البيئيّة ٢٨

نقاط الضعف البيئيّة ٣٠.

النتائج الرئيسية ٣٢

العنف القائم على النوع الاجتماعي ٣٢

عنف الشريك الحميم ٣٣

العنف الجسديّ و/أو الجنسيّ من غير الشريك ٣٤

أنواع أخرى من العنف القائم على النوع الاجتماعي ٣٥

عوامل خطر العنف القائم على النوع الاجتماعي ٣٥

عوامل خطر عنف الشريك الحميم ٣٥

الخصائص الفردية للمرأة ٣٥
الجنسية ٣٩
العمر عند أول حمل ٣٩

خصائص الشريك ٣٩
التعليم ٣٩
حالة العمل ٤٠
عوامل الخطر لعنف غير الشريك ٤٠

السلامة والأمن ٤٣

عوامل الخطر لأنواع أخرى من العنف القائم على النوع الاجتماعي ٤٤

عوامل حماية المشاركين/ات في مجموعات المناقشات المركزة ٤٤

الصحة النفسية ٤٥
أعراض الصحة النفسية بين المشاركين/ات في مجموعة المناقشات المركزة ٤٥
الصحة النفسية وعواقب العنف القائم على النوع الاجتماعي ٤٦
العنف الاقتصادي وعلاقته بالصحة النفسية ٤٧
العنف العاطفي/النفسي وعلاقته بالصحة النفسية ٤٧
العنف الجسدي وعلاقته بالصحة النفسية ٤٨
العنف الجنسي وعلاقته بالصحة النفسية ٤٩
الأعراف الاجتماعية والعنف الاجتماعي وعلاقتها بالصحة النفسية ٤٩
زواج الأطفال بالإكراه ٥٠
أنواع أخرى من العنف القائم على النوع الاجتماعي وعلاقتها بالصحة النفسية ٥٢
علاقة نقاط الضعف البيئية بالصحة النفسية ٥٤

المواجهة والبحث عن الخدمة ٥٤
المواجهة ٥٤
البحث عن الخدمة الرسمية وغير الرسمية ٥٥
العوائق التي تحول دون البحث عن الخدمة ٥٦
مقدمي/ات الخدمات والخدمات المتاحة ٦١

القيود ٦٤

مناقشة ٦٦

توصيات لتحسين الوصول إلى خدمات العنف القائم على النوع الاجتماعي والصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي ٧٢

تعريف المصطلحات

طفل: صبي أو فتاة دون عمر الثامنة عشر، بغض النظر عن السن القانوني للموافقة على الزواج المعتمد في بلد مُعيّن.

زواج الأطفال: هو زواج فتاة أو صبيّ قبل بلوغ سن الثامنة عشر، بما في ذلك الزواج الرسمي والزواج (أو الارتباط) غير الرسمي (أو غير الموثّق بشكل قانوني)، حيث يعيش طفل دون سن الثامنة عشر حياة زوجيّة مع شريك.

الحمل المُبكر: المعروف أيضًا بحمل المُراهقة، هو حمل الأنثى التي لم تبلغ سن العشرين.

العنف القائم على النوع الاجتماعي: عنف موّجه ضدّ شخص مُعيّن بسبب نوعه الاجتماعي، أو العنف الذي يطال أشخاص من نوع اجتماعي معين بشكل غير متناسب. ويسبب ضرراً جسيمًا للعائلات والمُجتمعات، وينتج عنه في معظم الحالات أذى جسديّ وجنسيّ ومعنويّ واقتصادي، بالإضافة إلى مُعاناة الأشخاص المُتعرضين له.

انتقال العنف بين الأجيال: يُشير إلى مفهوم أن التعرضّ للاعتداء أو مُشاهدة العنف خلال فترة الطفولة يؤدّي بالضحيّة إلى ارتكاب العنف في سنّ الرشد ضدّ الزوج/ة أو الشريك/ة أو حتّى ضدّ أطفاله/ا.

إساءة الأهل إلى الطفل وسوء معاملته: إساءة معاملة الطفل جسديًّا و/أو جنسيًّا و/أو معنويًّا، أو إهماله، خاصةً من قبل أحد الوالدين أو مقدم/ة الرعاية. تشمل الإساءة إلى الأطفال أي تصرّف أو إخفاق في التصرّف من قبل أحد الوالدين أو مقدم/ة الرعاية يؤدي إلى إلحاق ضرر فعلي أو محتمل بالطفل، قد يكون في منزل الطفل أو في المؤسّسات أو المدارس أو المُجتمعات التي يتفاعل معها. يُستخدم مُصطلح "إساءة معاملة الطفل" كمصطلح شامل للإشارة إلى الإهمال والاستغلال والاتّجار.

الاعتداء الجنسيّ: الملامسة أو السلوكيّات الجنسيّة التي تُمارس من دون موافقة الضحيّة بشكل صريح، بما في ذلك مُحاولة الاغتصاب أو المُداعبة أو لمس الأعضاء التناسلية بشكل غير مرغوب به، وإجبار الضحيّة على القيام بممارسات جنسيّة بالإكراه.

الاغتصاب: إيلاج المهبل أو الشرج، وإن سطحيًّا، بواسطة أي عضو من أعضاء الجسم أو أي غرض، أو إيلاج الفم بأي عضو جنسيّ من دون موافقة الضحيّة.

الخلفيّة

بعد مرور تسع سنوات على بدء الأزمة المستمرّة، في سوريا ومرور سنة تقريبًا على الأزمة الاقتصاديّة في لبنان [١]، يتفاقم حال عدم الاستقرار الذي يعيشه/تعيشه المقيمون/ات في لبنان ويزداد خطورةً. ففي المخيّمات المكتظّة باللاجئين/ات السوريين/ات، يؤدّي التشرّد الذي طالت مدّته، والثغرات المتزايدة المُتعلقة بوضع اللاجئين/ات القانونيّ، وانعدام أمنهم/هن الاقتصاديّ، والظروف المعيشيّة القاسية التي يعانون/يعانين منها، إلى معاناة ومخاطر، بما فيها العنف القائم على النوع الاجتماعي. وفي هذا السياق، يبقى العنف القائم على النوع الاجتماعي، وهو يشمل العنف المنزليّ والتحرّش الجنسيّ والاستغلال الجنسي، بالإضافة إلى الزواج المُبكر/القسري (بالإكراه)، أحد المخاطر الأساسيّة التي تُحتّم حماية النساء والمُراهقات منها [٢]. والحال أن الفشل في التصدّي بشكل مناسب لأعمال العنف القائم على النوع الاجتماعي وتداعياتها يحدّ من قدرة المجتمع على التعافي من الأزمات الإنسانيّة التي يمرّ بها وتقوّض صحّة الناجين/ات منها [٣].

بالإضافة إلى عدم الاستقرار السياسّي والاقتصاديّ، فاقم وباء كورونا احتمال حصول أعمال العنف القائم على النوع الاجتماعي، والأمراض النفسية، والمشاكل النفسيّة -الاجتماعيّة. فمنذ ١٤ تموز/يوليو ٢٠٢٠، انتشر الفيروس بين أكثر من ١٣ مليون شخصًا في ٢١٣ بلد، وقضى على أكثر من ٥٧٥ ألف شخصًا. على الرغم من انتشار الوباء في لبنان بشكل محدود نسبيًا (٢٤١٩ حالة و٣٦ حالة وفاة منذ تموز/يوليو ٢٠٢٠)، يعتبر فيروس كورونا "أزمة داخل أزمة"، وبالتالي، قوّض إمكانيّة الوصول إلى الموارد، وإيجاد فرص العمل، والحصول على الرعاية الصحيّة [٤]. وفي حين تمّ جمع البيانات لغاية إعداد هذا التقرير في نيسان/أبريل وأيار/مايو ٢٠١٩، إلا أن النتائج التي انبثقت عنه ما زالت صحيحة حتى اليوم، بما أن جائحة كورونا والأزمات الاقتصادية والسياسيّة قد فاقمت العنف القائم على النوع الاجتماعي وطالت الصحة سكان لبنان النفسية. علاوةً على ذلك، ظهرت عوائق جديدة بالأهميّة عينها حالت دون الحصول على خدمات الرعاية مع توقّف مُعظم مُقدمي/ات الخدمات الصحية عن توفير الخدمات إلى المجموعات وإلى الحالات الفردية غير الطارئة. والحال أن غالبية مقدّمي/ات خدمات الدعم العقلي والنفسي والاجتماعي ضمن إطار التصدّي للعنف القائم على النوع الاجتماعي في لبنان قد انتقلت إلى طرق التواصل عن بُعد أو حدّت من عدد المشاركين/ات في النشاطات الجماعيّة، الأمر الذي ولّد تحديًّا جديدًا سيّما في ظلّ انقطاع الكهرباء في لبنان وعدم توفّر الإنترنت أو قدرة المستفيدين/ات على امتلاك هاتف خليويّ ذكي أو حاسوب خاص. [٥]

يُؤثر العنف القائم على النوع الاجتماعي على الصحّة الجسديّة والنفسيّة والاجتماعيّة للناجين/ات منه وعائلاتهم/هن ومُجتمعاتهم/هن. ترتبط الدراسات حول العنف القائم على النوع الاجتماعي بالإصابة باضطرابات وأمراض نفسيّة من إحباط، واضطراب ما بعد الصدمة، وقلق، وسلوك انتحاري

[٦]. أظهرت دراسة تقييميّة أجرتها منظّمة الصحّة العالميّة عام ٢٠١٣ صلةً بين معاناة النساء من مشاكل خطيرة في الصحة النفسية واحتمال تعرّضهن إلى الأذى العنيف. وفي تقرير عن المُراجعة المنهجيّة للبيانات العلميّة حول عنف الشريك الحميم والعنف الجنسي من غير الشريك، وجدنا أن نسبة الإحباط مُضاعفة لدى النساء اللواتي تعرّضن لعنف الشريك الحميم. [٧]

بالإضافة إلى ذلك، أظهرت دراسات قام بها ليبيلنغ وكيزيري-ماينغو [٨] وجوكس وآخرين [٩]، الصلة بين العنف الجسديّ والجنسيّ من الشريك الحميم وبين الإحباط واضطراب ما بعد الصدمة. في سياق دراسة أقيمت عام ٢٠١٧، حدّد فريق جوكس [٩] أن ٨٤,٨٪ و٧١,٨٪ من النساء في بابوا غينيا الجديدة بعد انتهاء الصراع، اللواتي تعرّضن لأكثر من حادثة عنف جسديّ وجنسيّ من الشريك الحميم، قد أظهرن مُستويات عالية من اضطرابات ما بعد الصدمة، وعوارض إحباط على التوالي. كان هناك انخفاض ملحوظ في نسب النساء في بابوا غينيا الجديدة اللواتي عرفن تفاقماً في عوارض الإحباط واضطراب ما بعد الصدمة بعد التعرّض للاعتداء الجنسيّ من غير الشريك.

للتأثيرات النفسيّة الاجتماعية للعنف القائم على النوع الاجتماعي انعكاسات على عائلات ومُجتمعات الناجية منه، وقد تواجه هذه الأخيرة تداعيات اجتماعية مثل الطلاق والاعتداء والنبذ. [١٠] يحّد الفشل في الاستجابة لأعمال العنف القائم على النوع الاجتماعي وتداعياتها من التعافي الاجتماعي من الأزمات الإنسانيّة كما يقوّض صحّة الناجين/ات [٣]. إضافة إلى الانتشار الكبير للأمراض النفسيّة والعقليّة بين اللاجئين/ات السوريين/ات [١١] ونقص الموارد الكافية في لبنان، يُطرح سؤال حول الصحة النفسية للناجين/ات من العنف القائم على النوع الاجتماعي في لبنان، سيّما أن التشرد هو إحدى نقاط الضعف. ثمة نقص كبير في البحوث عن العلاقة المُباشرة بين التعرّض إلى كل أنواع العنف القائم على النوع الاجتماعي (مثلًا المعنويّ والنفسيّ والاقتصادي والجنسيّ) والصحة النفسية والعقليّة في لبنان. يجب على هذه البحوث تقييم معايير المخاطر بالإضافة إلى تقييم معايير الحماية والاستجابة السريعة في إطار الصحة النفسية والعنف القائم على النوع الاجتماعي في لبنان من أجل ملء الثغرات في البحث الإيجابيّ حول الصحة النفسية والعنف القائم على النوع الاجتماعي. لهذا السبب، أجريت هذه الدراسة بهدف فهم هذه العلاقة وهذه العوامل بشكل أفضل، وإلقاء الضوء على إمكانية أن تعيق الصحة النفسية أو تُحفز استجابة فعالة ضدّ العنف القائم على النوع الاجتماعي.

العمل المنجز في مجال الصحة العقلية وخدمات الدعم النفسيّ الاجتماعي في لبنان

ثمة أنظمة عدّة في لبنان تعمل على الصحة العقلية وخدمات الدعم النفسيّ الاجتماعي، بما في ذلك البرنامج الوطنيّ للصحّة النفسية (تماشيًا مع برنامج منظمة الصحّة العالميّة الخاص بالعمل لرأب الفجوة في مجال الصحة العقلية)، واستراتيجية وطنيّة للصحّة النفسيّة (تماشيًا مع خطة عمل شاملة للصحة النفسية للفترة الممتدة بين ٢٠١٣-٢٠٢٠ والصادرة عن منظمة الصحة العالميّة)، وفريق عمل الصحّة العقلية وخدمات الدعم النفسيّ الاجتماعي [١٢]، ونظام إحالة الفلسطينيين/ات الذين/اللواتي بحاجة إلى خدمات الصحة العقلية والدعم النفسيّ الاجتماعي التابع لوكالة الأمم المتحدة لغوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى، وخدمات الصحة العقلية والدعم النفسيّ الاجتماعي التي تقدّمها منظمات غير حكوميّة، وخمس مُستشفيات للصحّة النفسيّة، وثماني مصحّات عقليّة ("إصلاح الصحة العقلية في لبنان"، ٢٠١٦) [١٣]. تُفصّل استراتيجية وزارة الصحّة اللبنانيّة من أجل الصحة العقلية ومعاقرة مواد الإدمان في لبنان لفترة ٢٠١٥-٢٠٢٠ الصعوبات التي تعيق تقديم خدمات الصحة العقلية والدعم النفسيّ الاجتماعي، على غرار النقص في التمويل، والتنسيق غير الكافي أو غير الفعّال بين الفاعلين/ات في مجال الصحة العقلية والدعم النفسيّ الاجتماعي ومُقدّمي/ات الخدمات، والفجوة العامة في مستوى المعرفة عن خدمات الصحة العقلية والدعم النفسيّ الاجتماعي في أوساط مُقدّمي/ت الخدمات الصحيّة [١٤]. تُسلطّ هذه الاستراتيجية الضوء على أن الناجين/ات من العنف القائم على النوع الاجتماعي يعدّون/يعدن في صفوف الأشخاص الأكثر عرضةً للأمراض النفسية [١٤]. وفقًا لكيك وشاماي، تهدف الاستراتيجية إلى مُعالجة الصحة النفسية من خلال بناء نظام رعاية وطنيّ مُستدام [١٥].

إن عدد الجهات الفاعلة الإقليمية الوازنة التي توفّر الرعاية المتخصّصة قليل نسبيًا [١٥]، وهي بمعظمها منظمات غير حكوميّة، على غرار منظمة أطباء العالم التي تتعاون مع وزارة الصحّة منذ عام ٢٠١٥ من أجل النهوض بتوفير خدمات رعاية الصحة النفسية وتطوير مُقاربة متّصلة مبنيّة على المُجتمع [١٦]. تُشير مجموعة متنامية من البحوث المتمحورة حول الصحة النفسية بين اللاجئين/ات السوريين/ات، ومن بينهم/هن الذين/اللواتي يعيشون/يعشن في لبنان، ضرورة تعاون المُنظمات غير الحكوميّة والأكاديميين من أجل إعداد بحث عالي الجودة يهدف إلى تحديد سياق حاجات المُجتمعات المعرّضة للإصابة بصحتها النفسية وتكييف برامج وأنظمة تخدمها بشكل أفضل [١٧, ١٨, ١٩]. بالإضافة إلى ذلك، ثمة طلب كبير على خدمات رعاية الصحة النفسية تكون متماسكة ومناسبة ثقافيًا، تُشرك المُجتمع المحليّ في ما تدمج الرعاية النفسيّة [٢٠,٢١].

مُبرّرات الدراسة وأهدافها والسؤال المحوري في البحث

أجريت هذه الدراسة بالشراكة مع مُقدمي خدمات الرعاية الصحية لضحايا العنف القائم على النوع الاجتماعي والأكاديميين/ات اللبنانيين/ات، وهي تهدف إلى تلبية الحاجة لإجراء بحثٍ آمن وأخلاقيّ وعمليّ حول تأثير العنف القائم على النوع الاجتماعي على الصحة النفسية في لبنان. تهدف الدراسة إلى شرح أهمية الصحة النفسية بالنسبة إلى النساء الراشدات الناجيات من العنف القائم على النوع الاجتماعي في لبنان، من أجل توعية الشريحة المُتضرّرة ومُقدمي خدمات الرعاية/السياسات الصحيّة على حدّ سواء حول ترابط الصحة النفسية والعنف القائم على النوع الاجتماعي، والعمل على إرساء أنظمة إحالة أفضل، وتوفير الخدمات والسياسات النوعية. كما تستجيب الدراسة إلى طلب مراعاة اعتبارات ضحايا العنف القائم على النوع الاجتماعي بشكل أفضل عند إعداد برامج تقديم خدمات الصحة العقلية والدعم النفسيّ الاجتماعي، والعكس صحيح ("قطاعان فرعيّان" مُستقلّان داخل أنظمة التعاون الإنسانيّة).

أما السؤال المحوري المحدّد في البحث فهو: ما هي حاجات النساء الراشدات الناجيات من العنف القائم على النوع الاجتماعي من رعاية الصحة النفسية، وكيف يؤثر هذا العنف على قدرتهن على الحصول على خدمات الاستجابة للعنف القائم على النوع الاجتماعي وخدمات الصحة العقلية والدعم النفسيّ في شمال لبنان والبقاع؟ تُقيّيم الدراسة مخاطر التعرّض للعنف القائم على النوع الاجتماعي بين النساء السوريات واللبنانيّات في لبنان وعوامل الحماية منه، وترصد نقاط التداخل بينها، بالإضافة إلى وسائل التمكين من الحصول على الخدمات النوعية، والحواجز التي تعيقه. إلى جانب نتائج البحث المدرجة في هذا التقرير، يمكن إيجاد مجموعة من التوصيات العمليّة من أجل تلبية حاجات من يعاني من هذا الحمل المُزدوج بشكل أفضل، فيما يتم توصيف أيضاً ما تقوم به النساء أصلًا من أجل دعم أنفسهن وبعضهن البعض.

تمت مُشاركة خطّة البحث مع فريق العمل المعني بالعنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي وفريق العمل المعني بخدمات الصحة العقلية والدعم النفسيّ قبل مرحلة التطبيق الميدانيّ بهدف جمع المُلاحظات من أعضاء الفريقين وتكييف الأدوات والبروتوكولات على أساسها. أما الهدف الآخر فهو الحدّ من احتمال ورود نتائج سلبيّة غير مقصودة، وتعزيز أصحّية النتائج والاستفادة منها من قبل الجهات الفاعلة المعنية. يضم كلّ من فريقي العمل فاعلين مُختصين في مجالات الاستجابة للعنف القائم على النوع الاجتماعي والصحة النفسية، من الوكالات التابعة للأمم المُتحدة ومُنظمات غير حكوميّة دولية ومحليّة، وهما يهدفان إلى تنسيق وتحسين التدخلات الإنسانيّة والمُجتمعيّة في حالات العنف القائم على النوع الاجتماعي وخدمات الصحة العقلية والدعم النفسيّ على التوالي. تُنسق مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين/ات مع صندوق الأمم المتحدة للسكان أعمال فريق عمل التصدّي للعنف الجنسيّ والعنف القائم على النوع الاجتماعي،

الذي يعقد اجتماعات بشكل شهريّ، من خلال اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات (منصة تهدف إلى تعزيز الاستجابة الإنسانيّة). يدير البرنامج الوطني للسلامة النفسية، التابع لوزارة الصحّة، فريق عمل خدمات الصحة العقلية والدعم النفسيّ، بمساعدة منظمّة الصحّة العالميّة، ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف)، والهيئة الطبيّة الدوليّة. وبدوره، يعقد هذا الفريق اجتماعاته بشكل شهريّ.

المنهجية

تعتمد هذه الدراسة على نهج أساليب البحث المختلطة وتتضمّن استطلاع لآراء نساء راشدات أجري بشكل عشوائي شامل لكل القطاعات، بالإضافة إلى آراء نساء من المجتمع أعضاء في مجموعات النقاش المركزة، وموفري الخدمات، وأعضاء في المُجتمع.

التصميم الكميّ

إطار العيّنات

استهدفت الدراسة الكميّة النساء الراشدات اللواتي تتراوح أعمارهن بين ١٨ و٦٥ سنة، وقد حصلن أقلّه مرّة على خدمات "أبعاد"، غير إدارة الحالات. وتم استبعاد النساء اللواتي تتم إدارة حالتهن بطلب من مُقدّم/ة الخدمات من أجل احترام خصوصياتهن. بالتالي، يتضمن إطار العيّنات المُستخدم لائحة بكل النساء المستفيدات من خدمات الدعم النفسي الاجتماعي، ويستثني النساء المستفيدات من خدمات إدارة الحالة. لا يجب أن يغيب هذا التفصيل عن البال طيلة الدراسة، إذ أن العينة ليست عيّنة عشوائيّة أخذت من عامة السكان، وبالتالي، لا يمكن تعميم النتائج على جميع النساء. لكن، من خلال احترام خصوصيات بيانات إدارة الحالات، وإشراك النساء اللواتي يتفاعلن إلى حدّ ما ويثقن بخدمات "أبعاد"، ضمن الاستطلاع المشاركة الآمنة لجميع النساء تقريبًا اللواتي تم التواصل معهن، فنتج عنه فهمًا أفضل لحاجاتهن في مجالين حساسين، العنف القائم على النوع الاجتماعي والصحة النفسية.

تم اختيار المُشاركات بشكل عشوائيّ من المستفيدات من النشاطات النفسيّة والاجتماعية التي تقدمها "أبعاد"، ومنهن كل اللبنانيات واللاجئات السوريات والفلسطينيات اللواتي يعشن في لبنان، ٥٠٪ منهن من مُجتمعات اللاجئات السوريات. تم اختيار هذه الأسماء بشكل عشوائي من قاعدة بيانات الدعم النفسيّ والاجتماعي لقسم الشمال والبقاع، بواسطة وظيفة داخل برنامج مايكروسوفت إكسيل تختار عشوائيًّا.

تضمن إطار العيّنات النساء اللواتي استفدن من خدمات الدعم النفسي التي قدّمتها منظمة "أبعاد" في ٢٠١٧ و٢٠١٨. تم تسجيل ٩٧٦ مُشاركة من مُحافظتين، شمال لبنان والبقاع، بهدف إجراء مُقابلة مع ٨٢٤ امرأة وهو العدد الضروري لضمان صحّة النسب الناتجة عن هذه الدراسة. تم احتساب هذا العدد استنادًا على ٩٩٪ من مستوى الثقة على فترة زمنية محددة لـ ٤٠٠٠ امرأة مستفيدة في الشمال والبقاع في ٢٠١٧ و٢٠١٨، مع هامش خطأ بنسبة ٤٪. خفّضت الأرقام الأخيرة للدراسة هامش الخطأ إلى ٣,٦٪. استنادًا إلى استراتيجية العينات المذكورة أعلاه، تم التواصل مع ٩٨١ امرأة ووافقت ٩٧٤ منهن على المُشاركة في الدراسة (٥٧٣ امرأة من البقاع و٤٠٠ امرأة من الشمال). أنهت ٩٧٣ من النساء اللواتي شاركن الدراسة بنجاح. تُفسر عوامل عدّة الاستجابة بنسبة ٣٠٪. أوّلًا، لاحظ عدد من المنسقين/ات وجامعي/ات البيانات أن عدد من اللاجئات السوريات قد عدن إلى سوريا أو غيّرن أرقام هواتفهن، وبالتالي يصعب الوصول إليهن. بالإضافة إلى ذلك، ليس لدى جميع المُستفيدات هواتف خليويّة (أو أنهن لا يرغبن بُمشاركة أرقام هواتفهن الخاصة)، لذا يُسجلن أرقام هواتف أحد الجيران أو الأصدقاء في قاعدة بيانات "أبعاد" عندما يحصلن على الخدمات. بالإضافة إلى صعوبة الوصول إلى المُستفيدات وتسجيلهن.

تواصل الأخصائيون/ات الاجتماعيون/ات، الذين/اللواتي يعملون/يعملن في إحدى الهيكليتين الخاصتين بمنظمة "أبعاد" لتأمين مساحات آمنة للنساء والفتيات في الشمال والبقاع، عبر الهاتف مع مُجيبات مُحدّدات من أجل شرح الأهداف والتفاصيل المُتعلّقة بالدراسة وسؤالهن ما إذا كن يرغبن بالمُشاركة. إذا وافقت المُجيبات، يتم تعيين موعد مُحدّد للمُقابلة. أما النساء العاجزات أو غير المؤهلات (مثلًا لا يمكن الوصول إليهن)، فتم تسجيلهن تحت فئة الاستجابة.

الجدول ١: نسبة الاستجابة

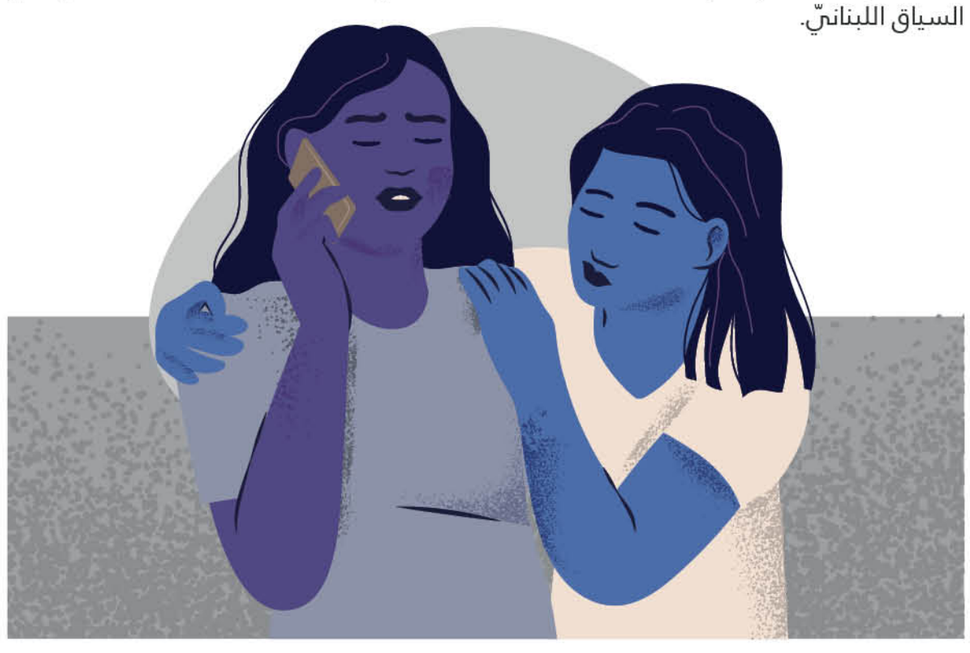
نسبة الاستجابة الأسريّة	
عدد النساء اللواتي تم اختيارهن من أجل التواصل	٢٠٥٠
عدد النساء اللواتي تم التواصل معهن	٩٨١
عدد النساء غير الممكن التواصل معهن أو العاجزات أو غير المؤهلات	٩٧١
نسبة الاستجابة الفرديّة	
عدد النساء المُختارات اللواتي أنهين المُقابلة في أحد مركز "أبعاد"	٥٨٥
عدد النساء المُختارات اللواتي أنهين المُقابلة في مكان آخر[1]	٣٨٩
عدد النساء المُختارات اللواتي لم ينهين المُقابلة[2]	٢٣
عدد النساء المُختارات اللواتي رفضن المُشاركة	٥
نسبة الاستجابة الفرديّة	٣٠٪

أدوات وتدابير جمع البيانات

يتألف فريق جمع البيانات من تسع نساء كاتبات أرقام (٣ في الشمال و٦ في البقاع) من المناطق حيث كُنّ يقمنَ بالدراسات، مع تدريب وتجربة يتضمنان كاتبة أرقام إضافيّة (العاشرة) من أجل تأمين بديل في حال كانت إحدى أعضاء الفريق مريضة أو كان أداؤها غير كافٍ. تم التدريب على يد المعهد العالمي للمرأة وأعضاء من فريق عمل منظمة "أبعاد" حول مفاهيم العنف القائم على النوع الاجتماعي، وكيفية إجراء المُقابلات مع العلم المُسبق عن الصدمات، ومبادئ البحث الكميّ، وطرق جمع البيانات، والعناية بأعضاء فريق العمل ومُراقبتهن. عقب هذا أسبوعين من التجربة.

تم إجراء المُقابلات في مراكز "أبعاد" للمساحات الآمنة للنساء والفتيات بهدف ضمان سريّة وأمن المُشاركات وكاتبات الأرقام، في بيئة تعرفها المُشاركات. في الحالات التي لم تتمكن المُشاركات من الوصول إلى مركز "أبعاد" الأقرب لهن، تم إجراء المُقابلات في أماكن سريّة وموافق عليها من قبل الطرفين. تم تأمين بدل النقل بالإضافة إلى الوجبات الخفيفة خلال المُقابلات.

تم تكييف أدوات البحث الكميّ المُستخدمة في هذه الدراسة من الموازين المستخدمة في السياقات الإنسانية، بالإضافة إلى تلك التي تستخدمها "أبعاد" في البحث حول العنف القائم على النوع الاجتماعي. تم وصف كل أداة بشكل مُلخصّ في الجدول ٢، بالإضافة إلى أصحيّتها في السياق اللبنانيّ.



الجدول ٢: المقاييس المستخدمة لتطوير الأداة الكمية

الأداة	الوصف	الأصحيّة في السياق اللبنانيّ
إعدادات الطوارئ الإنسانية والاحتياجات المتوقّعة مقياس (هيسبر) [٢٢]	تم تطوير مقياس هيسبر من أجل التقييم بشكل سريع للحاجات المُتوّقعة للشعب في سياق إنسانيّ داخل بلدان ذات المداخيل المُنخفضة والمُتوسطة. "يُفعّل المشاكل المُتوقّعة للأشخاص الذين يعيشون في حالات إنسانيّة يجب تقييمها بشكل سريع وبشكل موثوق ووفقًا لوجهات نظرهم الخاصّة." [٢٣]	تم اختبار مقاييس هيسبر في العديد من سياقات العمل الإنسانيّ (من ضمنها الأردن). وجد المُشاركون/ات في التجربة مواد شاملة وذات صلة، ما يشير إلى صلاحيّة المعايير والمضمون. "تبيّن أن المقياس مُطبّق ومُفيد في عدد من السياقات الإنسانيّة المُختلفة، ومُتوّفر في الإنكليزيّة والفرنسيّة والإسبانيّة والعربيّة والنيباليّة والكريوليّة الهايتيّة. حتى الآن، تم تجربة مقياس هيسبر فقط لدى السكان الراشدين." [٢٣] اخترنا إدخال ٥ أسئلة تتعلّق "بالمشاكل الخطيرة" مع العوامل البيئيّة مثل الطعام، الانفصال عن العائلة، الأمن، إلخ، التي كانت أكثر صلة بسكان الدراسة.
جردة (كوب) [٢٤]	لائحة أو "جردة" تدرج مُختلف طرق التأقلم مثل "الثقة بالله" أو اللجوء إلى الدعم المعنوي ونصائح الأصدقاء كطريقة للتأقلم.	لم يتم اعتمادها في لبنان أو في السياقات الإنسانيّة.
مقياس كسلر للمحنة النفسيّة (K-٦)	الـ(K-٦) هو نسخة مُلخصة عن الـ(K-١٠)، وهو المعيار المُستخدم بشكل واسع من أجل الكشف أو تحديد الخطورة. يُفضل الـ(K-٦) استخدام في الكشف عن أمراض القلق الزائد، بسبب اختصار ثباته في العيّنات الفرعيّة. [٢٥] يتم تقييم التجاوب مع ٦ مواد بواسطة مقياس ليكرت المؤلف من ٥ نقاط، يبدأ بـ"كل الوقت" (١) وينتهي بـ"أبدًا"(٥). تؤشر الدرجات العالية إلى عوارض أقل، حيث تتراوح الدرجات العامة بين ٦ و ٣٠. [٢٦] المشاكل النفسيّة الخطيرة نتيجة إيجابيّة في الدرجات العالية، بين ١٩ و ٣٠.	تم تصديق النسخة العربية لأداة الكشف (K-٦) (باستثناء العوارض الذهنيّة) في لبنان. [٢٧] وظفّت دراسة قام بها سيغال وآخرون عام ٢٠١٨ أدوات كشف مثل الـ (K-٦) العناية الأوليّة للاضطراب بعد الصدمة، مقابلة طبية عصبية مصغرة دولية معدلة لقياس الأمراض النفسيّة المُنتشرة بين اللاجئين/ات الفلسطينيين/ات والسوريين/ات في لبنان، ووجدت أن أكثر من نصف اللاجئين/ات يُعانون/يعانين من مشاكل نفسيّة خطيرة أو من اضطراب ما بعد الصدمة أو الاثنين معًا.
استبيان استقصائي لمنظمة الصحّة العالميّة عن "وضع صحّة وخبرة حياة النساء والفتيات في النزاعات" [٢٩]	مُقتبس من دراسة مُنظمة الصحّة العالميّة في مُختلف البلدان حول صحّة النساء وخبرات جمع المعلومات حول عنف الشريك الحميم والعنف الجنسيّ من غير الشريك في سياق الصراعات.	تم اعتماده وتجريبه من قبل المعهد العالميّ للمرأة واللجنة الدولية لحقوق الإنسان ومنظمة "كير" الدولية في جنوب السودان في السياقات الإنسانيّة. [٣٠]

تمت عملية الاختيار والتعديل النهائيين للمقاييس بالتنسيق مع المعهد العالميّ للمرأة ومُمثلين/ات من وحدة التنسيق خدمات رعاية الصحّة النفسيّة والعقليّة في لبنان من أجل تطوير أداة الاستبيان/ الدراسة. تم تصميم الأداة أوّلاً من أجل تصنيف أنواع العنف (من دون التحقيق في التفاصيل لتجنّب استرجاع الشعور بالصدمة من جديد)، وثانيًا من أجل تقييم العوارض للصحّة والسلامة العقليّة (من خلال مقياس أو اثنين من المقاييس المذكورة أعلاه، تم تكييفها بواسطة مُداخلات أخصائي/ ات خدمات رعاية الصحّة النفسيّة والعقليّة في لبنان)، وجمع المعلومات المُتعلّقة بالحصول على الخدمات، والتركيز على كل العوائق وعناصر التمكين للحصول على خدمات الاستجابة للعنف القائم على النوع الاجتماعي (عند طلب المساعدة وخلال الاستفادة من هذه الخدمات).

تم تقسيم الاستبيان الأخير إلى مُكوّنين أساسيّين. الأوّل هو الشكل الإداريّ حيث يُتابع جامعي/ ات البيانات المُقابلات (رمز المُحاور والتاريخ والموقع والمُشرف)، إنهاء الاستبيان/سبب عدم الإنهاء، وما إذا تم الحصول على مواقف واعية. عندما يتم التأكيد على الموافقة الفرديّة، يتم تعيين الجزء الثاني إلى المُستجيبين ويتألّف من الأقسام التالية (بالتسلسل):

١. المعلومات الديموغرافيّة المتعلّقة بالمُستجيبة وبشريكها (إذا وُجد)؛
٢. الوضع الاجتماعي الاقتصادي للأسرة؛
٣. نقاط الضعف البيئيّة، بواسطة أسئلة من مقياس هيسبر؛
٤. الاضطراب النفسيّ، بواسطة أسئلة من المُحاور- يُديرها استبيان K-٦؛
٥. العنف من الشريك الحميم (النساء اللواتي اختبرن زواج أو علاقة مستمرّة فقط) والعنف من غير الشريك (جميع النساء) – بواسطة أسئلة من استبيان مُنظمة الصحّة العالميّة "وضع صحّة وخبرة حياة النساء والفتيات في النزاعات"؛
٦. استراتيجيات المواجهة وطلب المُساعدة – بواسطة أسئلة من جردة "كوب"؛
٧. الحصول على الخدمات – بواسطة أسئلة صمّمها فريق الدراسة مبنيّة على الخبرات المكتسبة في مواقف مُماثلة؛
٨. سؤال عام عن أي تعليقات أو أسئلة أخرى رأت المُستجيبات أن الاستبيان لم يذكرها والحصول على معلومات مرجعيّة.

الاستبيان الكامل موجود في المُرفق ١. تم طرح الأسئلة على كل النساء، باستثناء الأسئلة المُتعلّقة بعنف الشريك الحميم التي تم طرحها فقط على النساء اللواتي اختبرن زواج أو علاقة مستمرّة (الموجودة في القسم الديموغرافيّ من الاستبيان). تمت برمجة أسئلة الاستبيان بواسطة برنامج "كوبو تولبوكس"، الذي تمّ تطويره للاستخدام في سياق العمل الإنسانيّ وبيئات الأزمات باللغة الإنكليزيّة، من ثم ترجمته "أبعاد" للغة العربيّة من أجل الاستخدام في الميدان.

تمّ تأمين الأجهزة اللوحية لكاتبات الأرقام التي يشغلها برنامج آندرويد ومن خلال برنامج "كوبو تولبوكس" لجمع البيانات، المُصمم للحماية من خسارة بيانات الاستقصاء في مناطق لا تملك خدمة البيانات عن بُعد. بدأت عمليّة جمع البيانات في أواسط آذار/مارس ٢٠١٩ وانتهت في مطلع أيار/مايو ٢٠١٩، من أجل تجنّب إجراء المُقابلات خلال شهر رمضان الكريم حينما يُعتبر التطرق لهذا الموضوع غير لائق.

التصميم النوعي

بعد الاستقصاء الكميّ، أجريت ١٥ مُحادثة مع فرق تركيز من أجل استكشاف النتائج أكثر داخل الجزء الكمي من الاستقصاء، مثلا تحقيق في معلومات تتعلق بالعوائق/المُحفزات للحصول على الخدمات المُتوفّرة هناك. أجريت ١٥ مُحادثة مع فرق تركيز (٧ في المُحافظات و١ على الصعيد الوطنيّ) مع قادة المُجتمع ومُقدمي الخدمات ونساء المُجتمع في كل من المُحافظتين:

- ٣ مُحادثات مع فرق تركيز مع المُقدمين الأوّليين لخدمات الاستجابة للعنف القائم على النوع الاجتماعي والصحة النفسية، من المُجتمع المدنيّ والمُنظمات غير الحكوميّة الدولية والأمم المُتّحدة والمؤسّسات الدولية أو المؤسّسات الخاصّة. أجريت مُحادثة في كل محافظة ومُحادثة على الصعيد الوطنيّ. (٣ في المجموع)
- مُحادثتين مع فرق تركيز مع قادة المُجتمع، القادة الروحيّين، مُمثلين من مؤسّسات للنساء وأعضاء أساسيين آخرين من المُجتمع الذين يُعزّزون البيانات من أجل التوصيل والمطلب الشاملين لخدمات الاستجابة للعنف القائم على النوع الاجتماعي والصحة النفسية في كل موقع على حدة.
- ٤ مُحادثات مع فرق تركيز في كل مُحافظة مع نساء المُجتمع، من أجل تعزيز المعلومات عن العنف القائم على النوع الاجتماعي من منظور اجتماعي. (٨ في المجموع)

تم تطوير توجيهين لمُحادثات فرق التركيز، يستهدف الأوّل الخدمات وقادة المُجتمع والثاني أعضاء المُجتمع. يتألف الأخير من أسئلة مفتوحة بالإضافة إلى تمارين تشاركيّة تتحدث عن مواضيع تتعلق

بخدمات للرعاية الصحيّة والنفسية والعنف القائم على النوع الاجتماعي، الموجودة في المُلحق ٢ و٣. تم اختيار المُشاركين/ات في مُحادثات فرق التركيز من خلال إرسال بريدًا إلكترونيًّا إلى كل أعضاء فريق عمل الاستجابة للعنف القائم على النوع الاجتماعي وعلى الأعمال الجنسيّة وأعضاء فريق عمل خدمات الرعاية العقليّة والنفسيّة، وطُلب منهم إرسال عضوًا من الفريق، المُختصّ إما بالعنف القائم على النوع الاجتماعي أو بالصحة النفسية أو بالاثنين معًا، ضمن ذلك أعضاء من مؤسّسات غير حكوميّة وطنيّة وعالميّة ووكالات للأمم المّتحدة.

تمّت المُحادثات بحضور مُدَوّن، وبعد الحصول على الموافقات عن سابق علم، تم تسجيل الصوت في كل المُحادثات ما عدا مُحادثة واحدة، حيث عبّرت إحدى المُشاركات عن عدم الارتياح لوجود مُسجلّات الصوت. أجريت مُحادثات فرق التركيز باللغة العربيّة وتم تدوينها باللغة الإنكليزيّة. استخدم فريق البحث منهجية البحث في المعلومات المتوفرة عن مواضيع محدّدة بهدف تحليل البيانات النوعيّة، واستحدث رموز بالاعتماد على مُراجعة الحديثين الأولين المدونين، ومن ثم أضاف هذه الرموز وراجعها بشكل مكرّر، وذلك باستخدام المنهجيّة المتجذّرة (أي بناء النظريات من خلال جمع البيانات). تم استخدم تطبيق "ديدوز" النوعيّ، وهو برنامج لتحليل البيانات النوعي بمساعدة الحاسوب، من أجل دعم التحليل النوعيّ. ركّز التحليل على تصوّر المُشتركات وفهمهن للعنف القائم على النوع الاجتماعي والصحة النفسية، بالإضافة إلى العوامل التي تساعد أو تمنع الناجيات اللواتي يحتجن إلى الدعم للحصول على خدمات الصحّة النفسية. يُركّز تحليل البيانات على تحديد مبادئ المُمارسات الفضلى لدعم هذه الفئة السكانيّة الفرعيّة المؤلّفة من الناجيات من العنف القائم على النوع الاجتماعي من أجل الحصول على الخدمات بشكل آمن.

الجدول رقم ٣: عدد ونوع المشاركين/ات في مُحادثات فرق التركيز

	عدد الأشخاص	عدد الفرق
مُقدّمي/ات الخدمات	١٩	٣
قادة المُجتمعات	٣٢	٤
النساء الأعضاء في المُجتمع	٦٣	٨
المجموع	١١٤	**١٥**

الاعتبارات الأخلاقيّة

اتّبعت الدراسة المبادئ الأخلاقيّة للبحث حول العنف القائم على النوع الاجتماعي [٣١,٣٢]. تتضمن هذه المبادئ ضمانة السعي للحصول على الموافقة الواعية بشكل طوعيّ، والقدرة على الانسحاب من المُشاركة في أي وقتٍ كان، وضمان السريّة للواتي تسجلن. علاوة على ذلك، استخدمت من أجل المُحافظة على سريّة البيانات التي جُمعت، والضمانات الرقميّة مثل الملفات المحميّة بكلمة السّر والبيانات المُشفرة التي لا يمكن إعادة وصلها بالأفراد. بسبب حساسيّة المسألة، انضم مُختص في الصحة العقلية والنفسيّة إلى الدراسة لإعطاء نصيحة مُختصّة ومشورة، ومُتابعة قضايا مُحدّدة، وضمان التطبيق الأخلاقيّ. تم تدريب الأخصائيين/ات الاجتماعيين/ات وكاتبي/كاتبات الأرقام التابعين لمنظمة "أبعاد" من أجل تأمين المرجعيّة الملائمة للخدمات المُحدّدة والضروريّة من أجل العنف القائم على النوع الاجتماعي والصحة النفسية. تم تحديد التفاصيل الإضافيّة للمخاطر المُحتملة وتدابير التخفيف المُعتمدة في الجدول رقم ٤. حصلت الدراسة على الموافقة الأخلاقيّة من مجلس المُراجعة المؤسسيّ من جامعة سيّدة اللويزة في لبنان.

الجدول ٤: المخاطر المحتملة وتدابير التخفيف

المخاطر المُحتملة للقيام بدراسة حساسة كهذه في سياقٍ إنسانيّ	التدابير المأخوذة للتخفيف من هذه المخاطر
إعادة إصابة الناجيات بالصدمات النفسية	أجرى/ت الموظفون/ات وجامعي/ات البيانات المُدربين/المدربات على مواضيع العنف القائم على النوع الاجتماعي والصحة النفسية نشاطات البحث وجمع البيانات الأخلاقيّ بهدف منع إعادة إصابة الناجيات بالصدمة النفسيّة ومنع أي تسريب للبيانات. تمت المُحافظة على الخصوصيّة من خلال إجراء المُقابلات في غرف خاصة داخل "أبعاد" والمساحات الآمنة للنساء والفتيات.
نقص في أنظمة الدعم الاجتماعي من خدمات دعم رسميّة/مُختصّة	تم إعلام الموظفين بدقّة عن التحديد الآمن وإجراءات الإحالة في لبنان، بالإضافة إلى إجراءات الإحالة في المنطقة. قدمت منظمة "أبعاد" الخدمات لكل المشاركات، لا تزال الخدمات ضدّ العنف القائم على النوع الاجتماعي مُتاحة في كل مواقع البحث لهذا المشروع في جميع مواقع "أبعاد" ضدّ العنف القائم على النوع الاجتماعي، مثلاً المساحات الآمنة للنساء والفتيات في مراكز التنمية الاجتماعية التابعة لوزارة الشؤون الاجتماعية اللبنانية. بالنسبة إلى الخدمات المُختصّة الأخرى، عقب الإحالة لفريق "أبعاد" المحليّ عن طريق الخط الساخن إحالة لنقاط التوصيل للخدمات ذات الصلة، وفقًا للحاجة والموقع الجغرافيّ.
الخطر الأكبر لانتهاك السريّة	مُتابعة قسم من المشاركين/ات من أجل تحليل العواقب (الإيجابية أو السلبيّة) غير المقصودة، كإجراء احترازي مُستمر حينما كان البحث قيد التنفيذ. السريّة والموفقة الشفويّة لكل المُشتركات والبيانات المجموعة بهدف منع تسريب البيانات والانعكاسات المُرتبطة بأي تسريب (مثلًا أفراد الأسرة المُسيئين المُسببين الضرر الإضافي للناجين).
زيادة التوترات المجتمعية بسبب موضوع البحث	الخدمات المُختصّة (العنف القائم على النوع الاجتماعي، إدارة الملف وخدمات الرعاية الصحيّة والنفسية) التي تُقدّمها أبعاد من دون مقابل ماديّ. بالإضافة إلى ذلك، تملك "أبعاد" إحالات مع جمعيّة أطباء بلا حدود، جمعيّة أطباء العالم، والهيئة الطبيّة العالميّة من أجل خدمات علم النفس والطب النفسيّ وفقًا للحاجة. تُقدم كل هذه الخدمات من دون مُقابل ماديّ أيضًا.
تحويل الموارد من الجهود الإنسانية المباشرة لإنقاذ الأرواح	لا تُؤثر المُشاركة في الدراسة على إمكانيّة حصول المُشاركات على الخدمات الإنسانيّة المُنقذة للأرواح. تبقى بياناتهن سريّة ولن تؤثر سلبًا على إمكانيّة حصولهن على خدمات أخرى، كما تمت توعية كل جامعي/ات البيانات والمُنسقين/ات حول الإحالات عندما تطلبها أو تحتاجها المُشتركات.

وضعت منظمة "أبعاد" سياسات أمان وعدم الإيذاء بهدف التأكد من الوصول بشكل آمن إلى المُشتركات وأنهن يتمكن من الحصول على الخدمات عندما يحتجن إليها. تتضمن هذه السياسات الحماية من الاستغلال والإساءة الجنسيّة، ومُدوّنة قواعد السلوك للمُوظفين في مكان العمل وفي الميادين، وآلية الاستجابة إلى الشكاوى في حال وجود مخاوف أو شكاوى من قبل أصحاب الحقّ، وسياسة حماية البيانات التي تضمن سريّة وأمن البيانات العائدة لأصحاب الحقّ أو المشاركين/ات في الدراسة، وهي متوفرة حسب الطلب.

تتضمن فوائد هذه الدراسة الأمور التالية:

١. وضع توصيات مبنيّة على البراهين للفاعلين/ات في مجال مكافحة العنف القائم على النوع الاجتماعي من خلال توظيف اعتبارات للسلامة العقليّة في العمل وإدراج السلامة العقليّة في البرامج التي تتعامل بشكل مُباشر مع الناجيات من العنف القائم على النوع الاجتماعي.

٢. تأمين نظرة داخليّة للعلاقة بين التعرّض للعنف القائم على النوع الاجتماعي والسلامة النفسية، وبحث تكوينيّ للتمكّن من تقديم براهين عن آثار ٤٢ العنف القائم على النوع الاجتماعي على السلامة العقليّة.

٣. قياس مُقدمي الخدمات المحليّين بالإضافة إلى تثقيفهم وإعلامهم بالحاجات المُحدّدة وسياقيّة المُتعلّقة العنف القائم على لنوع الاجتماعي على السلامة العقليّة.

٤. تأمين البيانات من أجل إبلاغ أكبر للبحث والبرمجة والتنسيق بين الوكالات حول المواضيع المُتعلّقة بخدمات الرعاية الصحيّة والعقليّة. المُمثلين المستفيدين/ات من هذا هم وزارة الصحّة (برمجة والتنسيق بين الوكالات داخل البرنامج الوطنيّ للصحّة العقليّة وفريق عمل خدمات الرعاية الصحيّة والعقليّة)، بالإضافة إلى مقدمي الرعاية الصحية الأولية (تشخيص وأنظمة الإحالات للصحّة العقليّة والعنف القائم على النوع الاجتماعي)، المُنظمات غير الحكوميّة ووكالات الأمم المُتحدة التي تعمل في مجال خدمات الرعاية الصحيّة والنفسية (برمجة وتوفير خدمات الرعاية الصحيّة والنفسية للناجيات من العنف القائم على النوع الاجتماعي، بالإضافة إلى تحديد والعنف القائم على النوع الاجتماعي لدى الأشخاص ذوي حاجات في مجال الصحّة النفسية).

الخصائص الديموغرافية والاجتماعية - الاقتصادية للمشاركات في الدراسة

شكّلت النساء اللبنانيّات ثلث المشاركين/ات في الدراسة أما البقية فهن سوريات أو فلسطينيات[٣]، وتراوحت أعمار الجميع بين الـ١٨ والـ٦٥ سنة. بلغ مُتوسّط العمر بين المُشاركات ٣٨ سنة، حيث اللبنانيّات أكبر سنًّا من السوريات (متوسط العمر ٤٢ للبنانيات مُقابل ٣٦ للسوريات). بالإجمال، تميل المشاركات في هذه العينة السكانية القائمة على الخدمات إلى أن يكن أكبر سناً من المتوسط الوطني [٣٣]، مع تراوح متوسّط العمر بين ٣٦ و٤٢. حصلت أكثر من نصف المُشاركات على أقل من التعليم الابتدائي، وظهر اختلاف ملحوظ في العلم بعد الثانويّة بين الجنسيّات، حيث وصل ١٧٪ من اللبنانيّات درسن بعد الصفوف الثانويّة مُقارنةً مع ٦٪ من السوريات.

لدى الأغلبيّة الساحقة من النساء (٩١٪) شريكات حياة (٩٣٪ من السوريات مُقابل ٨٩٪ من اللبنانيات)، وأفادت النسبة ذاتها أنها مُتزوجة. يحدث الزواج في هذه الفئة السكانيّة بشكل مُبكر في حياة المرأة، يبلغ متوسّط عمر الزواج ١٨ سنة ومُعظم النساء تزوجن قبل سن الـ٢٠ (٥٠٪ من اللبنانيّات و٦٨٪ من السوريات). ٣٠٪ من اللبنانيات و٤٤٪ من السوريات تزوّجن قبل سن الـ١٨. ١٥٪ من النساء قلن إنهن لم يُسألن إذا كن يردن الزواج من الرجال الذين أصبحوا أزواجهن. رغم إفادة اللبنانيات والسوريات لزيجات غير رضائيّة بنفس النسبة خلال حيواتهن، وصل عدد السوريات اللواتي أفدن زواج غير رضائيّ قبل سن الـ١٨ (١١٪) ضعف عدد اللبنانيّات (٥٪). مُعظم النساء (٨٦٪) حملن مرّة على الأقل، وحمل الأطفال أمر شائع بين الفئة السكانيّة لهذه الدراسة، مع ١٢٪ من اللبنانيّات و٢٠٪ من السوريات أفدن أن حملهن الأوّل حصل قبل سن الـ١٨.

الجدول ٥: الخصائص الديمغرافية للمشاركين في الاستقصاء

	الجميع ر= ٩٦٩ (٪)	لبنانيات ر= ٣٥٢ (٪)	سوريات ر= ٦١٧ (٪)
متوسط العمر	٣٨	٤٢	٣٦
التحصيل العلمي			
أقل من الصفوف الابتدائية	٥٨	٥٣	٦٢
أنهت الصفوف الابتدائية	٢٧	٢٦	٢٨
أنهت الصفوف الثانويّة	٥	٥	٥
أعلى	١٠	١٧	٦
متزوجات على مدى طويل	٩١	٨٨	٩٢
العمر عند الزواج			
دون سن الـ١٥	١١	٧	١٢
بين ١٥ و١٩	٥٢	٤٣	٥٦
بين ٢٠ و٢٤	٢٦	٣٣	٢٢
٢٥ وأكثر	١٢	١٦	١٠
متزوّجة قبل سن الـ١٨	٣٥	٣٠	٤٤
زواج قسري (بالإكراه)	١٤	١٤	١٦
زواج الأطفال بالقوّة	١١	٥	١١

نسبة المُشتركات العاملات كانت مُنخفضة، حيث أفادت ١٥٪ من النساء أنهن يعملن مُقابل المال، وكانت اللبنانيّات أكثر احتمالا للعمل من السوريات. اختلف مصدر الدخل المنزليّ مشكل ملحوظ بين الجنسيّات، مع إفادة نصف السوريات أن المُساعدات الإنسانيّة هي المصدر الأوليّ للمدخول في منازلهن مُقارنة بالنسبة ذاتها من اللبنانيات اللواتي أفدن أن أزواجهن يُؤمنون أغلب المدخول.

٣ ٩ نساء من الدراسة كُن من الجنسيّة الفلسطينيّة، ٧ (٧٨٪) أفدن أنهن نزحن إلى لبنان بسبب الصراع السوريّ. اعترف الباحثون أن وضع والموارد المتوّفرة للفلسطينيّات تختلف عن تلك المُتوفّرة للسوريات، لكن بسبب عددهن الضئيل ووضعهن كلاجئات، تم دمج تجارب الفلسطينيّات مع السوريات في هذا التحليل.

نسبة المُشتركات العاملات كانت مُنخفضة، حيث أفادت ١٥٪ من النساء أنهن يعملن مُقابل المال، وكانت اللبنانيّات أكثر احتمالا للعمل من السوريات. اختلف مصدر الدخل المنزليّ مشكل ملحوظ بين الجنسيّات، مع إفادة نصف السوريات أن المُساعدات الإنسانيّة هي المصدر الأوليّ للمدخول في منازلهن مُقارنة بالنسبة ذاتها من اللبنانيات اللواتي أفدن أن أزواجهن يُؤمنون أغلب المدخول.

الجدول ٦: الخصائص الاقتصادية للمشاركين في الاستقصاء

	الجميع ر= ٩٦٩ (٪)	لبنانيات ر= ٣٥٢ (٪)	سوريات ر= ٦١٧ (٪)
العمل مُقابل المال	١٥	١٥	١٥
المصدر الأساسيّ للمدخول			
غير متوفّر	٥	٥	٥
مال ناتج عن العمل الخاص	٨	٨	٨
الزوج	٢٩	٢٩	٢٩
الأهل	١٠	١٠	١٠
أقارب آخرون	٤	٤	٤
خدمات اجتماعية	٥	٥	٥
مُساعدات إنسانيّة	٣٤	٣٤	٣٤
أخرى	٦	٦	٦

يجب التشديد على أن المُشاركات في الاستبيان يُمثلن السكان من حيث أخذت العيّنة، مثلًا المُستفيدات من خدمات "أبعاد". التهميش هو خاصيّة مُشتركة بين المُستفيدات كونهن لاجئات و/أو موارد اجتماعيّة-اقتصاديّة مُنخفضة، الزواج المُبكر الذي غالبًا ما يحصل من دون الموافقة، والحمل المُبكر الذي يزيد من نسبة التوتّر ومرونة الأسر والمُجتمعات.

نقاط الضعف البيئيّة

أفاد ٩٠٪ من المُشاركات في الاستبيان أنهن يُعانين من مشاكل خطيرة بسبب عدم تلبية حاجاتهن. كان انعدام الأمن الغذائيّ – نسبة قليلة جدًّا، نوعيّة سيّئة، أو عدم القدرة على تحضير الطعام المُتوفّة-أكثر ضعف مُبلّغ عنه (٧١٪). أكثر من نصف النساء أفدن أنهن تُعانين من مشاكل خطيرة بسبب الصحّة الجسديّة (٦٢٪) أو لأنهن انفصلن عن أفراد العائلة (٥٦٪)، ونصف العدد أفدن أن الأمن والأمان مُشكلة خطيرة في مناطقهن السكنيّة (٥٠٪).

الجدول ٧: نقاط الضعف البيئية في ما بين المجيبات على الاستبيان

	الجميع ر= ٩٦٩ (٪)	لبنانيات ر= ٣٥٢ (٪)	سوريات ر= ٦١٧ (٪)
المشاكل الخطيرة المُتعلّقة بالطعام (غير كافٍ، نوعيّة سيّئة، (عدم القدرة على الطهي	٧٠	٦٢	٧٤
مشاكل خطيرة مع صعوبة وخطورة الدخول إلى الحمام	٢٩	١٧	٣٧
مشاكل خطيرة في الصحّة الجسديّة (بسبب المرض أو (الإصابة أو الإعاقة	٦٢	٥٦	٦٦
مشاكل خطيرة في الأمن والأمان حيث تعيش	٥٠	٣٨	٥٧
مشاكل خطيرة بسبب انفصالها عن أفراد العائلة	٥٦	٢٣	٧٤
عدد نقاط الضعف البيئيّة			
غير موجودة	٩	٢٠	٤
١	١١	١٨	٧
٢	٢٢	٢٦	١٩
٣	٢٧	٢١	٣٠
٤	٢٢	١١	٢٨
٥	٩	٤	١٢

كرّرت المُشتركات اللاجئات والمحلّيين في الشمال والبقاع انعدام الأمن الغذائيّ كمُشكلة مُنتشرة، ولاحظوا نقص في الحصول على الموارد المالي كمصدر أساسي لنقطة ضعفهم وكمُسبب أساسيّ في الجوّ المشحون وزيادة الطلب من العائلات. كما لخصّت امرأة عضو في المُجتمع في الشمال "كيفما نظرت إلى الموضوع، نعود دائمًا للمسألة الأساسيّة: الاقتصاد،" في حين ناقشت المُشتركات أن "تؤدي الإغاثة الماليّة إلى الإغاثة النفسيّة."

في الشمال، لاحظ أعضاء المُجتمع اللاجئ والمُجتمع المحليّ أن الجوّ المشحون يزيد من المطالب (مثلًا المُطالبة بأن يجني الزوج المال ويعيل عائلته وأن تحمل المرأة مسؤوليّة المنزل)، وأن الوضع الماديّ الصعب يزيد من المحنة والغضب والانفعال والانزواء والإرهاق النفسيّ. ناقشت اللاجئات المُشتركات في مُحادثات فرق التركيز أيضًا نقاط ضعف الأمن والأمان من ناحية نقص الأمن أو ملجأ واسع والانفصال عن أفراد العائلة، الخوف من الخطف والاحتجاز التعسّفي، والخوف على أفراد العائلة من التعرّض للأذية من قبل قوى الأمن والجيش.

أما بالنسبة إلى نقاط الضعف الناتجة عن الصحّة الجسديّة، فقد ناقشت النساء الأعضاء في المُجتمع التفاعل الدائريّ بين الصحة العقلية والصحّة الجسديّة، وسألت إحدى النساء، "كيف أتمكن من تأمين حاجاتي؟ أنا مُنهكة نفسيًا... ظهري ورجلاي تؤلمني."

أفاد أكثر من ربع المُشتركات في الاستبيان (٢٩٪)، من مواقع وجنسيات مختلفة، عن غياب حمّام نظيف. أفاد أكثر من ضعف العدد من السوريات (٣٧٪ مُقابل ١٧٪) أن هذه مُشكلة خطيرة، الأمرً الذي يتوافق مع عدد السوريات اللواتي يعشن في مُخيّمات غير نظاميّة. لكن تجدر المُلاحظة أن مُشكلة الحصول على حمّام نظيف ليست محدودة ببيئات معيشيّة مُحدّدة، لأنه يعيش في المنطقتين مُشتركين يعيشونً في مُخيمات غير نظاميّة والسكن المُنظّم. عند دراسة كل منطقة على حدة، أفاد ٢١٪ من النساء في الشمال و٣٥٪ من النساء في سهل البقاع عن مُشكلة خطيرة في الحصول على حمّامات نظيفة. لم يظهر الحصول على الحمامات في القائمة المستقلّة للعوامل البيئيّة الأكثر تأثيرًا على الصحة النفسية في مُحادثة فريق تركيز.

أفاد القادة الاجتماعيون في الشمال والبقاع عن الجهل ومُستويات تعليم ومعرفة دينيّة مُنخفضة كمصدر أساسيّ للإحباط، وسلطوا الضوء على تأثير العادات والقيم المُسيئة للصحّة العقليّة لدى النساء. زواج الأطفال أو الزواج القسري (بالإكراه) هو أحد هذه التقاليد، "الذي يتضمن اختلاف كبير بين الأعمار وهدفه الإغاثة الماليّة". مثلاً، قد يختار قائد المُجتمع شريكًا للمرأة، من دون موافقتها، أو أحيانًا من دون موافقة والديها. إذا أعطى كبير العائلة أمرًا، يجب تطبيق هذا الأمر، وعدم الالتزام به أمرٌ مُستحيل. مُعظم الزيجات التقليديّة تحدث في هذه الطريقة. وصف قائد مُجتمع آخر القواعد والتقاليد الذكوريّة، التي، مثلاً، "تسمح الصبيّ بالذهاب خارج المنزل لكن تمنع الفتاة."

النتائج الرئيسية

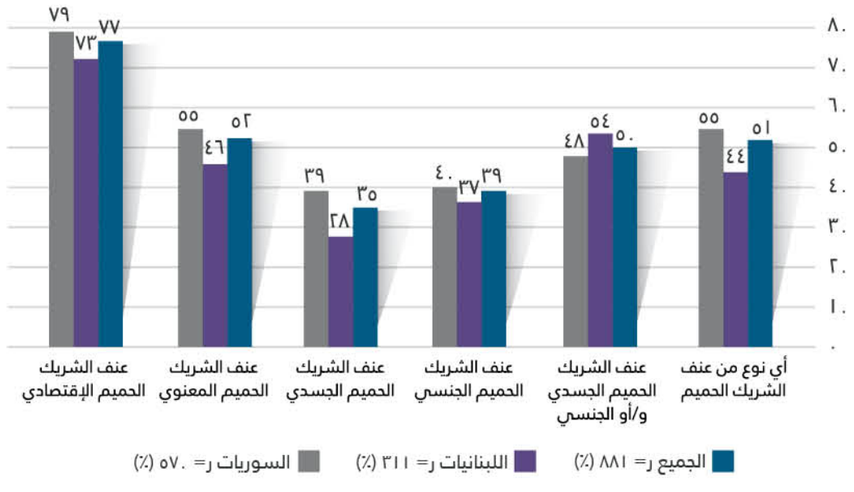
العنف القائم على النوع الاجتماعي

يمتدّ العنف القائم على النوع الاجتماعي في هذه الدراسة في كل مستوى من الحيوات العامّة والخاصّة، من ضمنها أبعاد العنف، مثل العنف الاقتصادي والمعنويّ من قبل الشركاء، العنف الجسديّ والجنسيّ من قبل الشركاء وغير الشركاء، والعنف العائليّ والتأسيسيّ من زواج الأطفال بالقوّة، القواعد الاجتماعية المُسيئة والتمييز. تعكس المُستويات العالية التي أفادت بها المُشتركات في الاستقصاء عيّنة مأخوذة من المُستفيدات من خدمات الدعم النفسيّ لـ"أبعاد" (المُستفيدات من القضايا المُتابعة)، وليس السكان في الإجمال. في حين أفادت المُشتركات في الاستبيان العنف وفقًا لمقياس مُنظمة الصحّة العالميّة للعنف، إلّا أن المُشتركين في مُحادثات فرق التركيز قد استخدموا القائمة المُستقلّة، الأمر الذي أدّى إلى نتائج أقل تنظيمًا.

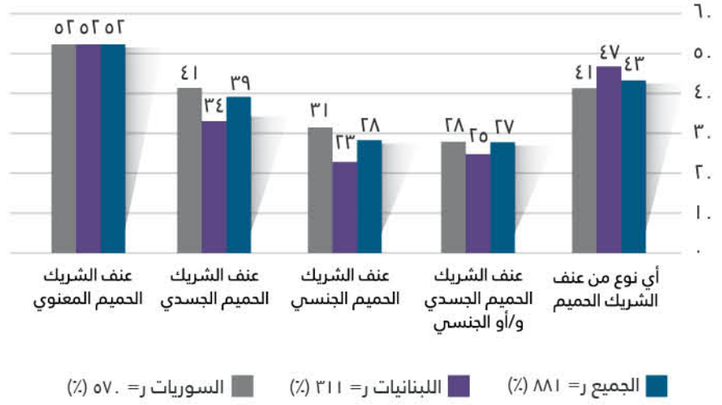
عنف الشريك الحميم

في الإجمال، أكثر من ثلاثة أرباع النساء في الاستقصاء على الأقلّ بُعد واحد من عنف الشريك في حيواتهن، ونصفهن عشن هذا العنف خلال الأشهر الاثنا عشر الأخيرة. يُظهر البيان ١ أن نوع العنف الأكثر انتشارا بين اللبنانيّات هو العنف المعنويّ (٥٤٪)، يليه العنف الاقتصادي (٤٤٪)، فالجسديّ (٣٧٪)، والجنسيّ (٢٨٪)، في حين لدى السوريات، العنف الأكثر شيوعاً هو العنف الاقتصادي (٥٥٪)، يليه العنف المعنويّ (٤٨٪)، فالجسديّ (٤٠٪) والجنسيّ (٣٩٪). يتّبع الانتشار الحالي لعنف الشريك موضة مُشابها (البيان ٢). من المُهم تسليط الضوء على أنه في هذا السياق واحدة من المُشاركات عانت من العنف الجسديّ و/أو الجنسيّ من الشريك الحميم. هذا الرقم أعلى من الرقم العالميّ للنساء اللواتي عشن هذا النوع من العنف حيث يتراوح الانتشار بواحدة من ٣ نساء عشن هذا الأمر [٧].

البيان ١: مُعدل انتشار عنف الشريك الحميم مدى الحياة، بشكل عام ووفقًا للجنسيّة



البيان ٢: مُعدل الانتشار الحالي لعنف الشريك الحميم، بشكل عام ووفقًا للجنسيّة



العنف الجسديّ و/أو الجنسيّ من غير الشريك

تحدث كل أنواع العنف الجسديّ و/أو الجنسيّ من غير الشريك، باستثناء الاغتصاب، بنسب مُتشابهة لدى المُشتركات اللبنانيات والسوريات، الأمر الذي يقترح أن اللجوء ليس عامل خطر أساسيّ بين النساء اللواتي تطلبن خدمات المُساعدة النفسيّ من المُنظمات غير الحكوميّة.

أفادت ١٩٪ من النساء أن اللمس الجنسيّ غير المرغوب به هو النوع الأكثر شيوعاً للعنف الجسديّ و/أو الجنسيّ من غير الشريك. قالت تقريبًا امرأة من بين ١٠ نساء (٩٪) أنهن حصلن على عروض ماليّة أو خدماتيّة مُقابل مُمارسة الجنس في حيواتهن. أفادت ٢٪ منهن أنهن أجبرن على خلع ملابسهن أو تم خلع ملابسهن بالقوّة من قبل غير الشريك. تعرّضت ٤٪ منهن للاغتصاب الذي لم يكتمل (مُحاولة اغتصاب). ضعف هذا العدد من السوريات أفدن التعرّض للاغتصاب من قبل غير الشريك (٢٪ مقابل ١٪) مُقارنة من اللبنانيات.

أدّى العار والخوف وعوامل أخرى مُتنوّعة إلى نقص في الإبلاغ عن العنف القائم على النوع الاجتماعي وعرقل القياس الدقيق لمُستوى الانتشار. بما أن عيّنة هذا الاستقصاء مأخوذة من المُستفيدات من خدمة "أبعاد"، باستثناء اللواتي يلتزمن في برنامج القضايا الخاصّة، يجدر الذكر أن تقديرات مُستويات العنف من الشريك الحميم بالإضافة العنف الجسديّ والجنسيّ من قبل غير الشريك، هي ناقصة.

أنواع أخرى من العنف القائم على النوع الاجتماعي

ظهرت مواضيع إضافيّة مُتعلّقة بالعنف القائم على النوع الاجتماعي من مُحادثات فرق التركيز. من بينها، العنف الهيكليّ على شكل التقلّب السياسيّ والاقتصادي، نقص في سياسات وقوانين الحماية، نقص في المُحاسبة القضائية والاجتماعية، التفرقة بين الجنسين، والمحاكم والمسؤولين الروحيّين، تفاقمت مع التعليمات الاجتماعية المُنتشرة بشكل كبير والتي "تسمح العنف الجسديّ والمعنويّ" ضدّ النساء.

أفادت إحدى المُشتركات أن النساء لسن محميات صدّ العنف، حتى على المستوى الهيكليّ، ووصفت الدولة "بمسيّرة العنف بسبب غياب القوانين والأنظمة (مثلًا الاغتصاب، الاعتداء الجنسيّ، إلخ.) وقوانين المحكمة الشرعيّة، أو غياب تطبيق القوانين أو في تحميل المسؤوليّة." يُشير هذا إلى القوانين التي تحمي الحقوق المدنيّة، مثل الزواج المدنيّ، الطلاق، الوصاية وغيرها، بالإضافة إلى القوانين للحماية من الإساءة الجنسيّة، لكنها ليست شاملة. لاحظ مُقدم/ة للخدمات "كان هناك قانون يُجبر الرجال على الزواج من ضحايا اعتدائهم الجنسيّ، بدل من سجنهم. تخيل أنه سيغتصبها كل ليلة." بالإضافة إلى السماح بزواج الأطفال، "لا تُفضل المحاكم النساء في أمور الطلاق والوصاية وتقسيم الأملاك."

كما أثارت مُحادثات فرق التركيز مسألة "الفشل الأخلاقيّ" وجوانب أخرى للبيئة الاجتماعية المُباشرة للمُشتركات مثل التعرضّ للعنف مُسبقًا، القواعد الاجتماعية المُسيئة، نقص في التوعية، وعوامل سلوكيّة (مثلًا الخيانة، تعاطي المُخدرات مثل الحشيش، غياب الاحترام أو التديّن). وصف المُشتركين الأعراف "حيث لا تستطيع النساء التنقل من مكانٍ إلى آخر من دون وجود والدها أو والدتها معها. ولا يزال قسم من الناس يُطبقون هذا العرف. حتى إن كنت تثق بالآخرين، يجعلك المُجتمع تخسر ثقتك بالآخرين... هناك فشل أخلاقي في هذا المجال وفي البلد في الإجمال." أفاد قادة المُجتمع في الشمال أن "الأطفال المُعرضين للعنف هم أكثر عرضة لمُمارسة العنف عندما يكبرون. يوضح البيان ٣ عوامل بيئيّة أخرى مُتعلّقة بالعنف، مفصولة حسب النموذج البيئيّ.

عوامل خطر العنف القائم على النوع الاجتماعي

عوامل خطر عنف الشريك الحميم

ماذا يؤثر على خطر عنف الشريك الحميم؟ تم إجراء التحليل لتحديد عوامل الخطر التي تلعب دورًا في حياة النساء والفتيات يزيد من احتمال التعرض لعنف الشريك الحميم على مدى الحياة وخلال الأشهر الاثني عشر الماضية. في هذا التقرير، ارتكز التحليل فقط على ارتباط عوامل مختلفة مع عنف الشريك الحميم الجسدي و/أو الجنسي. وقد تمّ الارتكاز على عنف الشريك الحميم

الجسدي و/أو الجنسي كنتيجة أولية لأنه يمثل المؤشر الأساسي لأهداف التطور المستدام الذي تراقب من خلاله البلدان تطوّرها في القضاء على عنف الشريك الحميم. على الرغم من ذلك، لا يهدف هذا الاستعمال الى التقليل من أهمية أنواع العنف الأخرى في حيوات النساء، مثل العنف العاطفي والاقتصادي.

تم تحليل عنف الشريك الحميم الجسدي و/أو الجنسي طبقًا لعوامل موضوعية: خصائص المرأة الاجتماعية والديموغرافية، وخصائص الشريكين، وظروف الزواج والأسرة لاختلافات كبيرة في نسبة النساء اللواتي يعانين من عنف الشريك الحميم في ظل ظروف مختلفة (الملحق رقم ٢). أجريت تحاليل ثنائية المتغير ومتعددة المتغيرات لعوامل مهمة لتحديد نسب الأرجحية غير المصححة ونسب الأرجحية المصححة. تم تضمين هذه العوامل الموضوعية في الاستبيان لالتقاط بعض العوامل المرتبطة المتعلقة بعنف الشريك الحميم في إطار بيئي الذي تم تكييفه بواسطة [٣٥]. تتم مناقشة العوامل الرئيسة من التحليل في هذا القسم.

التحصيل العلمي. يرتبط التحصيل العلمي للمرأة ارتباطًا وثيقًا بالتعرّض لعنف الشريك الحميم الجسدي و/أو الجنسي. عمومًا، أفادت النساء اللواتي حصلن على التعليم الثانوي أو العالي أنهنّ تعرّضن لعنف الشريك الحميم الجسدي و/أو الجنسي بنسبة أقل (٤٢ ٪) من النساء اللواتي أكملن التعليم الابتدائي فقط (٤٦ ٪) أو أقل من التعليم الابتدائي (٥٧ ٪). أظهر التحليل متعدد المتغيرات أن النساء اللواتي حصل شركاؤهن على أقل من التعليم الابتدائي كانوا أكثر عرضة بنسبة ٦٠ ٪ لتجربة عنف الشريك الحميم مقارنةً بأولئك الحاصلين على تعليم ثانوي أو أعلى. لاحظ المشاركون في مجموعة المناقشات المركزة أيضًا الافتقار إلى الفرص التعليمية كأحد عوامل عنف الشريك الحميم التي تفاقمت، وأشارت إحدى المشاركات إلى أن المرأة تحتاج إلى التمتع بـ"شخصية قوية، وهذا هو أول ما ينبع من الحصول على التعليم".

> [الفقر] يلقي بثقله على أكتاف الرجل ... ويطلق العنان لدوّامة العنف.
>
> مقدم خدمة مختلطة بين الجنسين
> مجموعة المناقشات المركزة، البقاع

العمل والمدخول. يرتبط العمل من أجل المال أو الانخراط في أنشطة مدرة للدخل بشكل كبير بعنف الشريك الحميم. عمومًا، كانت النساء اللواتي ينخرطن في أنشطة مدرة للدخل أكثر عرضةً بنسبة ١,٧ مرة لتجربة عنف الشريك الحميم من النساء اللواتي لا يعملن بأجر، في حين أن النساء اللواتي لم يكن أزواجهن يعملون بأجر في وقت المسح كن أكثر عرضة بنسبة ٣٠ ٪ لتجربة عنف الشريك الحميم في الأشهر الاثني عشر الماضية. قد يعكس عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في عنف الشريك الحميم مدى الحياة استنادًا إلى حالة العمل الحالية للزوج ببساطة دورة مستمرة من توظيف الذكور/البطالة المتأثرة بعوامل مؤسسية طويلة الأمد مثل عدم الاستقرار الاقتصادي وسياسة العمل الوطنية، حيث تأتي الضغوطات المالية وضغوطات الحالة وتذهب. ارتبط كون المرأة المصدر الرئيسي لدخل الأسرة بشكل كبير أيضًا بزيادة تعرضها لخطر عنف الشريك الحميم. أبلغت النساء اللواتي قلن إن مصدر دخل الأسرة الأساسي كان دخلهن الخاص أو من المساعدات الإنسانية عن معدلات مرتفعة مماثلة من عنف الشريك الحميم الجسدية و/أو الجنسية (٦٠٪ و٥٩٪ على التوالي)، وهن أكثر عرضة بمرتين لعنف الشريك الحميم في حياتهن مقارنةً بالنساء اللواتي قلن إن أزواجهن هم مصدر الدخل الرئيسي.

وقد تم دعم ذلك في مجموعات المناقشات المركزة، حيث كان العامل الأكثر تفاقمًا المبلغ عنه هو الافتقار إلى الوصول إلى الموارد المالية أو الأساسية، أو عدم الاستقرار الاقتصادي وعدم الوصول إلى فرص العمل. إضافةً الى ذلك، ربط العديد من المشاركات بين الفقر والمعايير الذكورية الضارة كعامل محفز لعنف الشريك الحميم. وأشار أحد المشاركين الذكور إلى أن "الوضع الاقتصادي، ونقص الوظائف، والافتقار إلى القدرة على تأمين احتياجات المنزل" تشكل ضغوطًا رئيسة على الرجال في المجتمع. قال آخر إن الرجال "يفكرون باستمرار في كيفية دفع [هم] فواتير الكهرباء، وكيف [سيحصلون] على الماء والغذاء [لأطفالهم]... [ثم] عندما تأتي [زوجاتهم] وتقول [لهم] إنهن يردن شيئًا و[إنهم] ليس بيدهم حيلة يضربنهن. هذا هو السبب وراء العنف الجسدي.

زواج الأطفال بالإكراه. أبلغت ثلاثة أرباع النساء اللائي أجبرن على الزواج قبل سن ١٨ عن تعرضهن للعنف الجسدي و/أو الجنسي في علاقتهن مقارنةً بنصف النساء اللواتي تزوجن أكبر سنًا بالموافقة. يشير التحليل متعدد المتغيرات إلى أن هؤلاء النساء أكثر عرضةً للإصابة بعنف الشريك الحميم خلال حياتهن وخلال الاثني عشر شهرًا الماضية مقارنة بالنساء اللواتي تزوجن اختياريًّا في سن أكبر.

> ... هم [الأزواج الشباب] لن يفهموا بعضهم البعض أو يعرفوا كيفية التعامل مع بعضهم البعض في هذه السن المبكرة ... توجد مشاكل أخرى بينهم بالتأكيد، إلى حد السعي إلى الطلاق.
>
> عضوات المجتمع النسائي، مجموعة المناقشات المركزة، البقاع

وصفت المشاركات في مجموعة المناقشات المركزة من النساء في المجتمع كيفية ارتباط زواج الأطفال القسري بعنف الشريك الحميم بسبب الافتقار إلى "التفاهم" الذي يؤدي إلى التوترات والجدال بين الزوجين. أدرجت مجموعات تركيز متعددة أيضًا منع الزواج المبكر كإجراء وقائي ضد عنف الشريك الحميم.

نقاط الضعف البيئية. على الرغم من أنها تُعتبر عمومًا في سياق مخاطر العنف غير الشريك، إلا أن نقاط الضعف البيئية هي مصدر إجهاد للنساء وأسرهن لأنها قد تؤدي إلى حدوث عنف الشريك الحميم. في مجتمع الدراسة، مثل عدد من الضغوطات البيئية المختلفة عوامل مهمة في عنف الشريك الحميم الجسدي و/أو الجنسي. على سبيل المثال، كانت النساء اللواتي أبلغن عن مشاكل خطيرة بسبب مرض جسدي أو إصابة أو إعاقة أكثر عرضة بنسبة ٤٠٪ للإصابة بعنف الشريك الحميم خلال حياتهن، وأكثر عرضة بمرتين للإصابة بعنف الشريك الحميم في الأشهر الاثني عشر الماضية مقارنة بالنساء اللواتي قلن إنهن لم يعانين من أي مشاكل خطيرة بسبب الصحة الجسدية. وكذلك زادت نسبة تعرض النساء اللواتي أبلغن عن عدم توفر الوصول الآمن إلى مرحاض نظيف أو الانفصال عن أفراد الأسرة (٤٠٪ و ٥٠٪ على التوالي) لتجربة عنف الشريك الحميم خلال حياتهن. إضافةً الى ذلك، فإن النساء اللواتي أبلغن عن مشاكل بسبب انعدام الأمن والأمان في المكان الذي يعشن فيه كن أكثر عرضة بنسبة ٤٠٪ لتجربة عنف الشريك الحميم في الأشهر الاثني عشر الماضية. من اللافت للنظر أنّ أي من مجموعات المناقشات المركزة لم تقم بإثارة هذه الأمور كجزء من مسار للعنف داخل المنزل.

باختصار، زاد خطر التعرّض لعنف الشريك الحميم الجسدي و/أو الجنسي لدى النساء ذات التحصيل العلمي المنخفض، واللواتي يعملن خارج المنزل، ولديهن مصدر دخل أساسي غير الذي يكسبه أزواجهن، واللواتي أُجبرن على الزواج قبل سن ١٨، ولديهن عوامل خطر بيئية وفقًا لنتائج هذه الدراسة. أمّا النساء اللواتي يعانين من مشاكل خطيرة على وجه التحديد بسبب انعدام الأمن في المكان الذي يعشن فيه أو بسبب تحديات جسدية، أو اللواتي لا يعمل شركاؤهم حاليًا، فمن المرجح أن يكونوا قد عانوا من عنف الشريك الحميم الجسدي و/أو الجنسي في الأشهر الاثني عشر الماضية يمكن العثور على نقاط الضعف الأخرى الناشئة من مجموعات المناقشات المركزة في الرسم البياني رقم ٣.

الخصائص الفردية للمرأة

الجنسية

تتفاوت نسبة النساء اللواتي يعانين من عنف الشريك الحميم الجسدي و/أو الجنسي بشكل كبير حسب الجنسية، حيث تتراوح من ٤٦٪ من النساء اللبنانيات إلى ٥٥٪ من النساء السوريات. يكشف التحليل ثنائي المتغير أن النساء السوريات أكثر احتمالا بـ ١,٤ مرة من التعرض لهذا النوع من العنف. كما يستمر حدوث العنف الجسدي و/أو الجنسي بمعدلات عالية بين هذه الفئة على مدى الحياة؛ قالت ٣٤٪ من اللبنانيات و٤٢٪ من النساء السوريات (إجمالي ٣٩٪) إنهن تعرضن لأحد هذين النوعين من العنف أو كليهما في الأشهر الاثني عشر الماضية.

العمر عند أول حمل

يرتبط الحمل المبكر أيضًا بشكل كبير بزيادة خطر الإصابة بعنف الشريك الحميم من بين النساء اللواتي حملن لأول مرة قبل سن ١٨، عانى ٦٢ ٪ من عنف الشريك الحميم. أبلغت النساء اللواتي حملن لأول مرة في سن ١٨ عامًا أو أكثر عن انخفاضًا ملحوظًا في لقاح عنف الشريك الحميم في زواجهن (٤٩ ٪، نسبة الاحتمالات غير المصححة ١,٧).

خصائص الشريك

التعليم

التحصيل العلمي للرجال هو عامل مهم مرتبط بعنف الشريك الحميم الجسدي و/أو الجنسي. أظهر التحليل ثنائي المتغير أن النساء اللواتي حصل أزواجهن على أقل من التعليم الابتدائي

كانوا أكثر عرضة ١,٧ مرةً من أولئك الذين أكمل أزواجهن التعليم الثانوي أو ما بعده لتجربة جسدية و/أو عنف شلل الأطفال. في النسب الحقيقية، أفادت ٥٦٪ من النساء اللواتي كان لأزواجهن أدنى مستوى تعليمي أنهن عانين من عنف الشريك الحميم مقارنةً بـ ٤٣٪ من النساء اللواتي كان أزواجهن لديهم أعلى مستوى. لم يكن التعليم عاملاً مهمًا على الرغم من ذلك في العنف الجسدي و/أو الجنسي الذي تعرض له في الأشهر الاثني عشر الماضية.

حالة العمل

كما هو الحال مع النساء، تعتبر حالة عمل الرجل عاملاً مهمًا مرتبطًا بالعنف الجسدي و/أو الجنسي. أفاد حوالي نصف النساء (٤٧٪) اللواتي كان أزواجهن عاطلون عن العمل في الوقت الحالي عن معاناتهن من عنف الشريك الحميم خلال الاثني عشر شهرًا الماضية، مقارنة بـ ٣٨٪ من النساء اللواتي أبلغن عن عمل أزواجهن في وقت الدراسة. ومع ذلك، لم تكن بطالة الشريك عاملاً مهمًا في عنف الشريك الحميم مدى الحياة.

عوامل الخطر لعنف غير الشريك

ما يقرب من ثلث (٣١٪) النساء في مجموعة الدراسة قد تعرضن لحادث أو أكثر من العنف الجسدي و/أو الجنسي من غير الشريك في حياتهن. يشمل العنف غير الشريك الذي تعرضت له مجموعة العينة العنف الجسدي (١٥٪) مثل الضرب أو التهديد بسلاح، والاعتداء الجنسي (٢٠٪)، بما في ذلك الاغتصاب (الكامل أو المحاولة)، والملامسة الجنسية غير المرغوب فيها وكذلك الاستغلال الجنسي، مثل عروض المال أو المزايا الأخرى مقابل الجنس ("المعاملات الجنسية"، ٩٪).
النتائج الرئيسة في هذا القسم تنبع من تحليل خصائص المرأة ومواطن الضعف البيئية، وعلى وجه التحديد، ارتباطها بالعنف الجنسي من غير الشريك. من الواضح أن العنف الجنسي من غير الشريك يستند إلى نوع الجنس ويشكل انتهاكًا لجسد المرأة، وهو انتهاك يتجاوز الألم أو الإصابة بسبب العنف الجسدي.

على غرار عنف الشريك الحميم، تم تحليل العنف الجسدي و/أو الجنسي من غير الشريك في سياق العوامل الفردية والعلائقية والمجتمع. تم استخدام جميع أنواع العنف الجنسي من غير الشريك في التحليل بدلاً من المتغير التمثيلي.

الموقع. أفادت أكثر من واحدة من كل أربع نساء (٢٦٪) في الشمال بتعرضهن للعنف الجنسي من غير الشريك وأكثر من واحدة من كل عشرة (١٢٪) تعرضن لممارسة الجنس مقابل خدمات، بينما ١٧٪ من النساء في البقاع تعرضن لممارسة الجنس. تعرضوا لاعتداء جنسي و٦٪ تم عرضهم لممارسة الجنس مقابل خدمات. أشار التحليل متعدد المتغيرات إلى أن احتمال تعرض النساء في الشمال للاعتداء الجنسي ضعف احتمال تعرض النساء في البقاع للاعتداء الجنسي (نسبة الاحتمالات ١,٩) أو ممارسة الجنس (نسبة الاحتمالات ١,٨) على مدى حياتهن. قد يعود هذا جزئياً إلى ارتفاع عمالة الإناث في الشمال من بين أسباب أخرى. ومع ذلك، لم يكن هناك اختلاف كبير في أوصاف عنف غير الشريك بين المناطق في مجموعات النقاشات المركزة. وصفت المجموعتان الخوف من الاعتداء الجنسي الذي يحدث في الأماكن العامة، وأشار أحد المشاركين/ات إلى أنه "قد يكون هناك اعتداء جنسي من قبل السائق" في سيارة أجرة أو حافلة مدرسية.

العمر. عمر المرأة عامل مهم في العنف الجنسي من غير الشريك. ذكرت النساء الأصغر سنا معدلات أعلى بكثير من العنف الجنسي من غير الشريك من المشاركين/ات في المسح الأكبر سنا. أصغر النساء في عينة الدراسة، اللواتي تتراوح أعمارهن بين ١٨ و٢٤ عامًا، معرضات أكثر بأربع مرات للاعتداء الجنسي مقارنة بالنساء في المجموعة الأكبر سنًا، اللواتي تتراوح أعمارهن بين ٥٥ و٦٥ عامًا.

وصفت عضوات المجتمع من النساء المواقف التي تتعرض فيها النساء والفتيات الأصغر سنًا للخطر، بما في ذلك أثناء الذهاب إلى المدرسة مع سائق مستأجر أو خلال التواجد في المنزل في ظروف مزدحمة مع زوار أقارب من الذكور. وصف/وصفت أحد/إحدى مقدمي/ات الخدمات خوف صاحب الحق من إرسال بناته إلى المدرسة: "أخبر الأب دائمًا أنه يجب أن يرسل الفتيات إلى المدرسة لأن أطفاله مجتهدون في المدرسة. سيقول ماذا لو تعرضوا للتحرش؟ ماذا لو تسببوا في مشاكل لي؟ لكني أقول له إن هذا ليس ذنبهم. هناك طرق يمكنك الاعتناء بها ". وصفت إحدى المشاركات في القبة خطر التحرش الجنسي أو الاعتداء الجنسي أثناء الذهاب إلى المدرسة، مشيرة إلى أن "الكثير من الفتيات أوقفن تعليمهن المدرسي والجامعي بسبب هذه المشاكل. إلا إذا قام رجالهن بإيصالهن إلى هناك وإعادتهم ". هذا مثال على العبء المزدوج الذي تواجهه الفتيات: صعوبة إيجاد وسيلة نقل آمنة إلى المدرسة تحد من وصولهن إلى التعليم، وقد تجبرهن على قضاء بعض الوقت في أماكن غير آمنة في المنزل. كان هناك أيضًا نقاش من قبل النساء البالغات حول عدم الأمان في الذهاب بدون أب أو زوج أو ابن كمرافق.

العمل خارج المنزل. يرتبط العمل من أجل المال أو الانخراط في أنشطة مدرة للدخل بشكل كبير بالعنف الجنسي من غير الشريك. وكانت النساء اللواتي ينخرطن في أنشطة مدرة للدخل مرتين أكثر عرضة للعنف الجنسي من غير الشريك مثل النساء اللواتي لا يعملن لقاء المال وثلاثة أضعاف أكثر من احتمال تعرضهن لممارسة الجنس مقابل خدمات. العمل خارج المنزل يعرّض النساء الى التواجد في أماكن غير مسموح بها اجتماعيًا بمثابة مساحات للنساء، والتنقل بين المنزل

ومكان العمل دون مرافقة. ناقشت المشاركات في مجموعات المناقشات المركزة التحديات التي تواجهها النساء تحت سلطة أصحاب العمل عديمي الضمير، وكذلك التحديات التي تنشأ عندما لا يتمكن أفراد الأسرة الذكور من مرافقتهنّ إلى مكان عملهم. وصف أحد المشاركين/ات في البقاع أن هناك "فتيات يذهبن للعمل في المزارع، يرعين الأبقار، يقطفن الزيتون والفاكهة. يعملن في المناطق الزراعية، وقطف الكرز والفواكه. يحصل الكثير من الاستغلال هنا لأنه يوجد وقت لكل [مناوبة]، لذلك يزيد المدير وقتًا إضافيًا على وقتهن الأصلي وفي معظم الأوقات لا يوجد شخص آخر لتفويض العمل إليه، وهم يعدونهن بدفع المزيد، لكنهم لا يفعلون".

يشير التحليل الكمي، المدعوم برؤى المشاركين/ات في مجموعة المناقشات المركزة، إلى أن العوامل الرئيسة التي تزيد من خطر الإصابة بالعنف الجنسي من غير الشريك هي: السن المبكرة، والمنطقة، والانخراط في أنشطة مدرة للدخل خارج المنزل.

من بين المجتمع قيد الدراسة، أبلغت النساء اللواتي أبلغن عن وجود مشكلة خطيرة من فئات مقياس الاحتياجات المتصورة لوضع الطوارئ الإنسانية المرتبطة بشكل عام بقدرتهن على الوصول إلى الموارد عن معدلات أعلى للاعتداء الجنسي غير الشريك والجنس التجاري مقارنة بأولئك الذين لديهم مشاكل أقل. على سبيل المثال، ٢٢٪ من النساء اللواتي أبلغن عن وجود مشكلة خطيرة في الطعام (أي أنهن يتناولن طعامًا كافيًا، أو "طعام جيد بما يكفي"، أو عدم قدرتهن على طهي الطعام) تعرضن لاعتداء جنسي، و ١٠٪ تعرضن للاعتداء الجنسي مقابل المال أو الخدمات الأخرى (الجنس التجاري) في حين أن ١٦٪ من النساء اللواتي ليس لديهن مشكلة خطيرة قد تعرضن للاعتداء الجنسي و٥٪ تم عرضهن. كذلك، فإن ما يقارب ربع (٢٤٪) النساء اللواتي قلن إنهن يعانين من مشكلة خطيرة بسبب الصحة الجسدية أو الإعاقة أبلغن عن تعرضهن للاعتداء الجنسي، وأفادت ١٠٪ أنهن تعرضن للمقايضة بالجنس. في المقابل، كانت معدلات العنف الجنسي لدى النساء اللواتي تتمتعن بصحة جيدة جسديًا أقل بكثير (١٤٪ و٦٪ على التوالي).

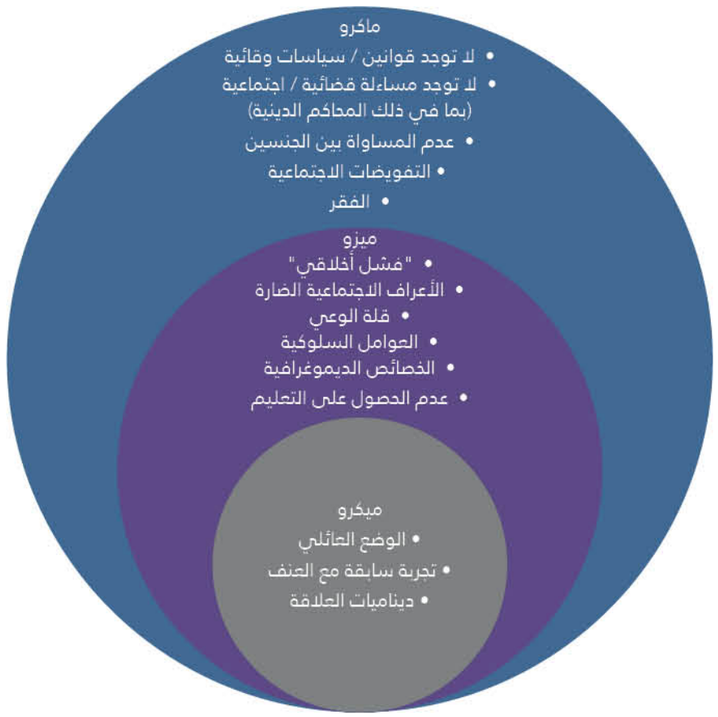
أفادت النساء اللواتي أبلغن عن معاناتهن من مشاكل خطيرة بسبب عدم توفر دخول سهل وآمن إلى المرحاض، وغياب الأمان والحماية في المكان الذي يعشن فيه، أو الانفصال عن أفراد الأسرة، عن معدلات أعلى بكثير من الاعتداء الجسدي والجنسي، ولكن ليس مع ممارسة الجنس. من بين النساء اللواتي يفتقرن إلى الوصول الآمن إلى مرحاض نظيف، تعرضت ٢٠٪ لاعتداء جسدي و٢٥٪ تعرضت لاعتداء جنسي من قبل غير الشركاء. خلافًا لذلك، من بين النساء اللواتي لديهن وصول آمن إلى المرحاض، أفاد ١٣٪ أنهن تعرضن للضرب أو التهديد بسلاح من قبل غير الشريك و١٩٪ أبلغن عن تعرضهن للاعتداء الجنسي. تعرضت نسب مماثلة من النساء اللواتي يعشن في مناطق تفتقر إلى الأمان والحماية لاعتداء جسدي أو جنسي من قبل غير الشركاء (١٩٪ و٢٥٪) مقارنة بالنساء اللواتي يعشن في مناطق آمنة، حيث تعرضت ١٠٪ منهن لاعتداء جسدي و١٦٪ اعتداء جنسي.

السلامة والأمن

السلامة والأمن في منطقة العيش هو مصدر قلق واضح آخر لعنف غير الشريك بين النساء اللواتي يعشن في تجمعات غير رسمية من الخيم وفي أماكن أكثر تقليدية.

عوامل الخطر لأنواع أخرى من العنف القائم على النوع الاجتماعي

الرسم البياني رقم ٣: نقاط الضعف البيئية/عوامل الخطر المرتبطة بالعنف القائم على النوع الاجتماعي



عوامل حماية المشاركين/ات في مجموعات المناقشات المركزة

في حين ركز التحليل الكمي على التفاقم أكثر من التركيز على عوامل الحماية، سلّط/ت المشاركون/ات في مجموعات المناقشات المركزة الضوء على بعض العوامل التي قد تحمي النساء من العنف القائم على النوع الاجتماعي. كانت عوامل الحماية الأكثر شيوعًا التي تم الإبلاغ عنها هي: أولاً، زيادة الوعي بين الرجال والنساء حول العنف وعواقبه، وثانيًا، الحصول على تعليم عام (أي الالتحاق بالمدرسة)، وثالثًا، الوصول بشكل أفضل إلى الموارد أو فرص العمل. بصرف النظر عن ذلك، أشار/ت المشاركون/ات أيضًا إلى أهمية قوانين الحماية وأنظمة الإبلاغ الآمنة عن العنف وتدابير السلامة المجتمعية والاحترام ومنع الزواج المبكر من قبل أفراد الأسرة وإنجاب عدد أقل من الأطفال والاحترام بين الشركاء والآباء تجاه أطفالهم كعوامل تساعد على حماية المرأة من العنف. خلال نقاش جماعي في البقاع، صرح أحد أعضاء المجتمع في البقاع أنّه "عندما تستعد المدارس لاحتياجاتنا، مثل مشكلة النقل، خاصة للمراهقين/ات، مثل تأمين سيارة يمكن أن تأخذنا وتعيدنا من المدرسة، لأن المدارس بعيدة جدًا عن المخيمات، ونحن بعيدين عن بعضنا البعض، فهذا مهم للغاية ". سلط/ت أحد/إحدى مقدمي/ات الخدمات في البقاع الضوء على أهمية "نظام إبلاغ مناسب للإبلاغ عن الأشخاص، حيث لا يكون هناك خوف من الإبلاغ".

الصحة النفسية

في الاستطلاع، تم قياس الصحة النفسية باستخدام تقييم K٦ + للضيق النفسي والذي بدوره يستخدم مقياسًا لزيادة الإيجابية لوصف تكرار ستة أعراض معينة خلال الثلاثين يومًا الماضية، تتراوح بين أي من الأيام (١). وجميع الأيام (٥). تم استخدام درجة القطع ١٩ من ٣٠ كتمييز بين الضيق النفسي الشديد والضيق الخفيف إلى المتوسط كنتيجة ثنائية التفرع: ١٩+ شديدة، و١٨ وما دون تعني أنها ليست شديدة. طبقت مجموعات المناقشات المركزة نهجًا تشاركيًا شبه منظم للإدراج الحر. يتناول القسم أدناه أنواع أعراض الصحة النفسية وعوامل تفاقم الصحة النفسية المفصّلة في الجزء النوعي للمشروع، بالإضافة إلى الصحة النفسية المبلغ عنها وعواقب العنف القائم على النوع الاجتماعي في كل من البيانات النوعية والكمية.

أعراض الصحة النفسية بين المشاركين/ات في مجموعة المناقشات المركزة

كانت أعراض الصحة النفسية الأكثر شيوعًا التي تم الاستشهاد بها بين المشاركين/ات في المناقشات المركزة هي الضغط أو القلق، والاكتئاب والخوف (يُشار إلى أنّ تكراره هو حوالى النصف بشكل متكرر)، وأخيرًا، الغضب، والتهيج، واضطراب الجسدنة[٤]. تشمل الأعراض الأخرى المبلغ عنها اضطراب زيادة النوم أو قلّته، القلق والضيق والتوتر والتفكير الانتحاري.

تم الإبلاغ عن الضغط/القلق نتيجة لتدهور الوضع المالي أو الاجتماعي أو تعرضه للخطر، والأعراف الاجتماعية والجندرية الضارة، والضغوط الأسرية، والمسؤولية المنزلية بما في ذلك رعاية الأطفال، وعدم القدرة على التنبؤ أو التخطيط للمستقبل، والابتعاد عن الأطفال الذين هاجروا، ووصم السكان الضعفاء. وصف أحد المشاركين/ات صعوبة التعامل مع هذا الضغط وإذا "استمرت النساء في قمع أنفسهن، فقد يعانين من سكتة دماغية". أشار/ت اللاجئون/ات والمشاركون/ات الذين/اللواتي يعيشون/يعشن في خيام غير رسمية إلى مصادر قلق إضافية مثل هيكل المسكن،

[٤] الجسدنة هي ظهور الأعراض النفسية كأعراض جسدية، على سبيل المثال الصداع والغثيان والإغماء وآلام الظهر وعدم انتظام ضربات القلب وما إلى ذلك.

وانعدام الخصوصية/المساحة، والتوتر بينهم/ن وبين قوات الشرطة/الجيش (الخوف من التعسف وكذلك ندرة فرص العمل التي يبقى بسببها الشباب "في المخيمات" و"لا يفعلون شيئًا" [عضوات مجتمع البقاع].

الصحة النفسية وعواقب العنف القائم على النوع الاجتماعي

تم قياس نتائج الصحة النفسية من خلال خصائص النساء والشركاء، وظروف الشراكة، ونقاط الضعف البيئية، وتجربة العنف من أجل فهم العوامل أو الدوافع الرئيسة المرتبطة بضعف الصحة النفسية. تم استكمال ذلك من خلال العلاقة المتصورة للمشاركين في مجموعات المناقشات المركزة بين أنواع مختلفة من العنف القائم على النوع الاجتماعي وأعراض الصحة النفسية.

في التحليل الوصفي، ارتبطت جميع أشكال العنف المبني على النوع الاجتماعي ارتباطًا وثيقًا بضيق نفسي شديد. تعاني النساء اللواتي تعرّضن للعنف الجنسي على وجه الخصوص من معدلات ضائقة شديدة أعلى بكثير من أولئك اللواتي لم يتعرضن لهذا النوع من العنف، حوالي ٨٢٪ من النساء اللواتي تعرضن لعنف الشريك الحميم أو عنف غير الشريك الجنسي مقابل حوالي ٦٧٪ بين أولئك اللواتي لم يتعرّضن له. في التحليل متعدد المتغيرات، فقدت جميع متغيرات العنف أهميتها، باستثناء الجنس التبادلي. كانت النساء اللواتي عرض عليهن المال أو غيرها من الخدمات مقابل ممارسة الجنس أكثر عرضةً بمقدار ٤,٢ مرة للإصابة بضائقة نفسية حادة من النساء اللواتي لم يسبق لهن أن تعرّضن لهذه التجربة، عند التحكم في جميع المتغيرات المهمة الأخرى.

الجنسية. كما هو متوقع بحسب مجموعة الدراسة، فإن نسبة النساء اللواتي يعانين من ضائقة شديدة، مرتفعة. في الإجمال، تعاني ٧٠٪ من النساء من ضائقة نفسية شديدة. أمّا النساء السوريات فتعانين من معدل أعلى بكثير من النساء اللبنانيات (٨٠٪ مقابل ٥٥٪)، وهنّ مرتين أكثر عرضةً للإصابة بضائقة شديدة وفقًا لنتائج التحليل متعدد المتغيرات.

العنف. تنتهك تجربة العنف شعور المرأة بالأمن والأمان، لا سيما عندما يحدث العنف في منازلهن أو من شخص يتحكم في الموارد اللازمة، مثل صاحب العمل. كما عانت النساء اللواتي تعرضن لأي نوع من أنواع العنف من ضغوط نفسية شديدة بمعدلات أعلى، مقارنة باللواتي لم يتعرضن للعنف. إضافةً إلى ذلك، فإن جميع أشكال عنف الشريك الحميم التي يتم اختبارها في أي مرحلة من حياة المرأة ترتبط بشكل كبير بمعدلات الضيق المتزايدة. ما يقارب ٨٠٪ من النساء اللواتي عانين من كل بعد من أبعاد عنف الشريك الحميم عانين من ضغوطات نفسية شديدة في الثلاثين يومًا الماضية، مقارنةً بـ ٦٥-٦٨٪ من النساء اللواتي لم يتعرضن لنفس الشكل من العنف.

نسبة النساء اللواتي أظهرن ضائقة نفسية شديدة مرتبطة بنفس أشكال عنف الشريك الحميم في الأشهر الاثني عشر الماضية وهي شبه متطابقة.

العنف الاقتصادي وعلاقته بالصحة النفسية

من بين النساء اللواتي أبلغن أنهن قد عانين من عنف الشريك الحميم الاقتصادي، أظهر ٧٨٪ ضغوطًا نفسية شديدة في الثلاثين يومًا السابقين للمسح مقارنة بـ ٦٦٪ ممن لم يختبرن مطلقًا عنف الشريك الحميم الاقتصادي. بالنسبة لأولئك اللواتي عانين من هذا العنف خلال الاثني عشر شهرًا الماضية، عانى ٨٠٪ من ضائقة شديدة مقابل ٦٦٪ لم يتعرضن للعنف الاقتصادي خلال العام. في حين أن المشاركين/ات في مجموعات التركيز البؤري لم يحدّن الجاني، فقد ذكرن سلسلة من أعراض الصحة النفسية المرتبطة بالعنف الاقتصادي. وشمل ذلك تدني الثقة بالنفس وعدم القدرة على اتخاذ القرارات.

الرسم البياني رقم ٤: وصف المشاركين/ات في مجموعة المناقشات المركزة للعلاقة بين العنف الاقتصادي والصحة النفسية

العنف العاطفي/النفسي وعلاقته بالصحة النفسية

وكذلك، من بين النساء اللواتي تعرضن للعنف العاطفي من قبل شريك، أظهر ٨٠٪ ضائقة شديدة بينما أظهر ٦٥٪ من النساء اللواتي لم يتعرضن لمثل هذا العنف نفس المستوى من الضيق النفسي. بالنسبة لأولئك اللواتي يعانين من العنف العاطفي الحالي، يؤثر الضيق النفسي الشديد على ٨١٪ مقارنةً بـ ٦٩٪ ممن لم يتعرضن للعنف العاطفي من قبل شركائهن خلال الفترة الزمنية عينها. أكد/ت المشاركون/ات في مجموعات المناقشات المركزة على صحة ذلك، ملمحين إلى أعراض الصحة النفسية مثل الاكتئاب والتوتر المرتبطة بالعنف العاطفي.

الرسم البياني رقم ٥: وصف المشاركين/ات في مجموعة المناقشات المركزة للعلاقة بين العنف العاطفي/النفسي والصحة العقلية

العنف الجسدي وعلاقته بالصحة النفسية

إنّ العنف الذي يهدد السلامة الجسدية للمرأة له نفس التأثير على الصحة النفسية. ٧٩٪ من النساء اللواتي عانين من عنف الشريك الحميم الجسدي و٨١٪ من اللواتي عانين من عنف الشريك الحميم الجسدي في الاثني عشر شهرًا الماضية يعانين أيضًا من ضائقة نفسية شديدة، مقارنةً بحوالى ٦٨٪ من أولئك اللواتي لم يعانين من عنف الشريك الحميم الجسدي خلال الفترات الزمنية عينها. أشار المشاركون في مجموعة المناقشات المركزة إلى أعراض إضافية مثل الخوف وأنماط النوم المتزايدة أو المتقطعة والتوتر وعدم الشعور بالراحة.

الرسم البياني رقم ٦: وصف المشاركين/ات في مجموعة المناقشات المركزة للعلاقة بين العنف الجسدي والصحة النفسية

العنف الجنسي وعلاقته بالصحة النفسية

كذلك الحال بالنسبة للعنف الجسدي، فإنّ ٨١٪ من النساء اللواتي عانين من عنف الشريك الحميم الجنسي في حياتهن أو خلال الاثني عشر شهرًا الماضية عانين من ضائقة شديدة مقارنة بنسبة أقل من النساء اللواتي لم يتعرضن للعنف الجنسي في نفس الفترات الزمنية (٦٧٪، ٦٨٪) على التوالي).

يرتبط أيضًا العنف الجنسي من غير الشريك الذي يتم التعرض له في أي وقت من حياة المرأة بشكل كبير بزيادة معدلات الضائقة النفسية الشديدة. إذ إنّ جميع النساء في مجموعة المسح اللواتي تعرضن لمحاولة اغتصاب أو اغتصاب كامل عانين من ضغوط نفسية شديدة مقارنة بحوالي ٦٩٪ من النساء اللواتي لم يبلغن عن تعرضهن لهذه التجارب.

أظهرت النساء اللواتي تم عرضهن لممارسة الجنس مقابل الحصول على الموارد (ممارسة الجنس) معدلات عالية من الضيق النفسي مماثلة لتلك التي تعرضن للاغتصاب. من بين النساء اللواتي تعرضن لهذا، عانى ٩٣٪ من ضغوطات نفسية شديدة مقارنة بـ ٦٨٪ من النساء اللواتي لم يسبق لهن أن خضعن لهذه التجربة. في التحليل متعدد المتغيرات، فقدت جميع متغيرات العنف أهميتها، باستثناء الجنس التبادلي. كانت النساء اللواتي عرض عليهن المال أو غيرها من الخدمات مقابل ممارسة الجنس أكثر عرضة بأربع مرات لضائقة نفسية حادة من النساء اللواتي لم يسبق لهن أن خضعن لهذه التجربة، عند التحكم في جميع المتغيرات المهمة الأخرى. قد يعكس هذا عبئًا عاطفيًا مزدوجًا للعنف الجنسي وظهور سلوك التواطؤ في انتهاكها.

الأعراف الاجتماعية والعنف الاجتماعي وعلاقتها بالصحة النفسية

بينما لم يُسأل المشاركون في الاستطلاع عن الأعراف الاجتماعية الضارة أو العنف الهيكلي، أكد المشاركون في مجموعة التركيز بشدة على العلاقة بين هذه الأنواع من العنف وأعراض الصحة النفسية مثل الضغط، والتعب الذهني، والتوتر، والتردد في اتخاذ القرارات.

الرسم البياني رقم ٧: وصف المشاركين/ت في مجموعة المناقشات المركزة للعلاقة بين الأعراف الاجتماعية/العنف والصحة النفسية

زواج الأطفال بالإكراه

إنّ أحد أعلى معدلات الضائقة النفسية الشديدة هي بين النساء اللواتي تعرضن لزواج الأطفال بالإكراه. ومن بين هؤلاء النساء، ٨٩٪ يعانين من ضائقة شديدة مقارنة بـ ٧٢٪ تزوجن لاحقًا بالموافقة. تتعرض النساء اللواتي خضعن لزواج الأطفال القسري ثلاث مرات أكثر من أولئك اللواتي لم يعانين من ضغوطات نفسية شديدة في التحليلات ثنائية المتغير ومتعددة المتغيرات مع جميع خصائص الشراكة الأخرى. ومن المرجح أن يؤثر زواج الأطفال بالإكراه على الصحة النفسية باعتباره انتهاكًا للثقة والأمان في العلاقة بين الوالدين والطفل، بينما تُجبر أيضًا الفتيات على الدخول في علاقة جنسية ليست لديهن القدرة على رفضها. وقد تردد صدى ذلك بين المشاركين/ات في مجموعة النقاشات المركزة، الذين/اللواتي أشاروا/ن إلى وجود صلة بين زواج الأطفال و"الضغط" والاكتئاب والتوتر.

الرسم البياني رقم ٨: وصف المشاركين/ات في مجموعة المناقشات المركزة للعلاقة بين زواج الأطفال والصحة النفسية

أنواع أخرى من العنف القائم على النوع الاجتماعي وعلاقتها بالصحة العقلية

قدم المشاركون في مجموعات المناقشات المركزة نظرة عن كثب على عواقب العنف القائم على النوع الاجتماعي على الصحة النفسية ، مشيرين إلى العلاقة ثنائية الاتجاه بين العنف القائم على النوع الاجتماعي والصحة النفسية. على وجه التحديد، يمكن أن يتسبب العنف القائم على النوع الاجتماعي في اعتلال الصحة النفسية، ويمكن أن يؤدي اعتلال الصحة النفسية إلى تفاقم العنف أو يؤدي إليه. تم الإبلاغ أنّ عنف الشريك الحميم يرتبط بشكل لا لبس فيه بنوع من العلاقة المتبادلة مع مشاعر الغضب والضغط والتهيج. لاحظ المشاركون الطبيعة الدورية للعنف والصحة النفسية، قائلين، "يمكن أن تكون الصحة النفسية [في نفس الوقت] سببًا ونتيجةً [للعنف]."

لاحظ/ت مقدّم/ة خدمة في البقاع أن جميع أنواع العنف القائم على النوع الاجتماعي قد تتعايش في علاقة واحدة، وأنها كلها تسبب اليأس والإرهاق والقلق والإرهاق الذهني، وأكد أحد أفراد المجتمع في الشمال على التفاعل بين العنف القائم على النوع الاجتماعي والضغوط البيئية، والتي تطلق الانهيارات العصبية. في حين أنّه قليلًا ما تم ذكر عنف غير الشريك في ما يتعلق بالصحة العقلية. تحدثت امرأة في البقاع عن الخوف الذي تشعر به من قيام شخص ما بالاعتداء جنسيًا على ابنتها عندما تغادر المنزل، وقالت أخرى أنه عندما يقوم رجل بالتحرش جنسيًّا بفتاة، يتم إلقاء اللوم على الفتاة ومن ثم تصبح خائفة من الخروج. كما ذكر هذا المشارك أنه إذا ذهبت المرأة لشراء أغراض وتبعها شخص ما، فلن يقولوا إن المشكلة تكمن في شخصيته؛ كانوا [ببساطة] يدعون أن هذا لم يكن ليحدث لو لم تكن لطيفة ولينة وأعطته موافقتها على القيام بذلك".

تم التركيز بشكل كبير خلال مجموعات المناقشات المركزة على العنف داخل الأسرة أو إساءة معاملة الوالدين للطفل أو سوء معاملة الطفل وتأثير الطلاق على الصحة النفسية، وهي أسئلة لم يتم طرحها في المسح المنظم. وأشار بعض المشاركين/ات إلى أن التدخل والعنف من جانب الوالدين (مثل الزواج القسري) يؤديان إلى الطلاق. سلط أحد قادة المجتمع في الشمال الضوء على ذلك قائلاً: "عندما أزور المحكمة الدينية، أسمع في الغالب عن الزيجات المنتهية بسبب إجبار الآباء لرجل معين على الزواج من ابنتهم. أيضًا، يجبر الآباء بناتهم البالغات من العمر ١٨ عامًا على الزواج من رجال أكبر سناً بسبب وضعهم المالي".

> "الطلاق ناتج عن الصحة النفسية
> ويسببها في نفس الوقت"
>
> مجموعة المناقشات المركزة مع مقدمي/ات
> الخدمات في الشمال.

علاقة نقاط الضعف البيئية بالصحة النفسية

تشكل نقاط الضعف البيئية عاملًا مهمًّا يؤثر على الصحة النفسية بين المشاركين/ات في الدراسة. من بين النساء اللواتي أبلغن عن تعرضهن لأي من نقاط الضعف البيئية، أظهر ٧٧٪ ضائقة نفسية شديدة مقارنة بـ ٢٢٪ بين أولئك اللواتي لم يبلغن عن أي نقاط ضعف. إضافة الى ذلك، زادت نسبة النساء اللواتي يعانين من ضائقة شديدة مع كل نقطة ضعف إضافية، حيث تراوحت من ٢٢٪ من النساء اللواتي لا يعانين من ضعف بيئي إلى ٩٤٪ من النساء اللواتي قلن إنهن يعانين من مشاكل خطيرة بسبب النقاط الخمس.

أظهرت نتائج التحليل متعدد المتغيرات أن عدد نقاط الضعف البيئية - التي تعكس مقدار الضغوطات على المرأة وأسرتها وتتحدى قدرتها على الوصول إلى الموارد - تفوق جميع الخصائص الأخرى في تأثيرها على الصحة العقلية. بالمقارنة مع بالنساء اللواتي أبلغن عن عدم وجود نقاط ضعف بيئية تعرّضت النساء اللواتي أبلغن عن نقطة ضعف واحدة أكثر بخمس مرات لخطر الإصابة بضيق نفسي شديد. أمّا النساء اللواتي أبلغن عن وجود خمس نقاط ضعف بيئية فكان احتمال تعرضهن ١٠٠ مرة أكثر.

ارتبطت المشاكل الخطيرة التي تؤثر على قدرة المرأة على التحرك بأمان في الأماكن العامة والخاصة لتلبية الاحتياجات بأعلى معدلات الضيق النفسي الشديد بين المشاركين/ات. شكّلت السلامة والأمن في المكان الذي تعيش فيه أهم نقطة ضعف فردية من حيث الصحة النفسية للنساء في المسح. من بين أولئك اللواتي أفدن بوجود مشاكل خطيرة تتعلق بالسلامة والأمن، أظهر ٨٥٪ ضائقة نفسية شديدة مقارنة بـ ٥٦٪ من النساء اللواتي لم يذكرن ذلك على أنه مشكلة خطيرة. وبالمثل، فإن ٨٣٪ من النساء اللواتي قلن إنهن يعانين من مشاكل خطيرة فيما يتعلق بالصحة البدنية و٨٢٪ من النساء اللواتي يعانين من مشاكل خطيرة في الوصول الآمن إلى مرحاض نظيف أظهرن ضائقة شديدة مقارنة بـ ٥١٪ و٦٦٪ على التوالي من بين النساء اللواتي لم تشكل لهنّ مشكلة نقاط الضعف هذه. على الرغم من مؤشر لوجود أي نقاط ضعف، فإن النساء اللواتي أبلغن عن مشاكل خطيرة بسبب السلامة والأمن في المكان الذي يعشن فيه أو بسبب الصحة الجسدية أو الإعاقة كنّ أكثر عرضة بشكل ملحوظ لإظهار ضائقة نفسية شديدة عند التحكم في جميع المتغيرات الأخرى، أي ٢,٨ و٢,٤ مرة، على التوالي.

على الرغم من أن الضائقة النفسية الأقل حدة كانت مرتبطة بانعدام الأمن الغذائي والانفصال عن الأسرة، فإن ثمانية من كل عشرة نساء أبلغن عن هذه المشاكل الخطيرة عانين أيضًا من ضيق نفسي شديد، مقارنةً بـ ٥١٪ من النساء اللواتي لم يبلغن عن مشاكل انعدام الأمن الغذائي و٥٩٪ منهن لم يبلغن عن مشاكل خطيرة بسبب الانفصال.

لاحظ أفراد المجتمع في كلتا المنطقتين، وكذلك مقدمي/ات الخدمات في الشمال، أن العنف في الأسرة أو من قبل الوالدين تجاه أطفالهم يتفاقم بسبب العوامل الاقتصادية وغالبًا ما يتزامن مع عنف الشريك الحميم وأشكال أخرى من العنف القائم على النوع الاجتماعي، وكلها تؤثر على ديناميات الأسرة ككل، وكذلك الصحة النفسية لأولئك الذين يقعون ضحية. وهذا يشمل الصحة النفسية للأطفال والأمهات والآباء. غالبًا ما تحدث هذه العوامل مع نقاط الضعف البيئية مثل عدم الوصول إلى الموارد المالية، والتي تسبب التوترات التي يمكن أن تفكك الأسرة وتسبب الهم أو القلق أو الصحة النفسية للخطر بشكل عام. أشار قادة المجتمع الذكور في الشمال أيضًا إلى تأثير الطلاق (والتوتر أو الشجار الذي يحدث بين الزوجين قبل الطلاق) على الأطفال "بصدمة نفسية". ومع ذلك، تمت مناقشة هذا من قبل نفس المجموعة التي قالت إن الاستقرار المالي للمرأة (الاستقلال) يمنحها إحساسًا بالاستحقاق الذي يسمح لها بالطلاق عندما تتشاجر هي وزوجها. من غير الواضح ما إذا كان "القتال" يشمل العنف أو يقتصر فقط على الحجج اللفظية، وما إذا كان هذا يرتبط بالخطاب حول التحكم في النساء من خلال أطفالهن، أو "لوم الضحية" عندما تخرج النساء من العلاقات لأنها مسيئة.

يهدف إكمال ما سبق قدمت البيانات النوعية نظرة عن كثب حول كيفية تأثير الأشكال المختلفة للعنف القائم على النوع الاجتماعي (وإن لم يتم تصنيفها حسب الجاني) على الصحة العقلية. توضح الجداول أدناه العلاقة المبلغ عنها بين العنف الاجتماعي والعنف العاطفي والعنف الجسدي والعنف الاقتصادي وزواج الأطفال والصحة العقلية.

في التحليل النوعي، تم إدراج في الفئات أدناه الرابط بين أنواع العنف المذكورة وتداعياتها المفصّلة على الصحة النفسية. يتم توضيح الطريقة التي يُظهر بها كل نوع من أنواع العنف نفسه وتأثيراته على الصحة النفسية للفرد في الرسوم البيانية أدناه. أظهر التحليل متعدد المتغيرات للمسح أيضًا

أن نقاط الضعف البيئية تشكل عاملاً مهمًا في الصحة النفسية للمرأة وتفوق معظم الخصائص الأخرى عند تقييم مخاطر الضائقة الشديدة. وقد تردد صدى ذلك في مجموعات المناقشات المركزة، حيث أشار المشاركون بشكل منهجي إلى التأثير المدمر للفقر ونقص الوصول إلى الموارد على تجاربهم مع العنف والصحة النفسية.

المواجهة والبحث عن الخدمة

سألت كل من الأدوات النوعية والكمية للدراسة النساء عن التكتيكات المختلفة المستخدمة لمساعدتهن على التعامل مع تجارب العنف والخدمات التي طلبنها من "أبعاد" وغيرها من الجهات الفاعلة.

المواجهة

قالت أكثرية النساء اللواتي شملهن الاستطلاع (٩٢٪) إنهن حاولن إيجاد الراحة في دينهن للتعامل مع العنف واتخذ حوالى ثلاثة أرباعهن تدابير فعالة للمواجهة وطلب المشورة بشأن ما يجب فعله (٧٨٪) والدعم العاطفي من المقربين منهن (٧٢٪). قالت أقل من نصف النساء (٤٦٪) إنهن حاولن قبول حقيقة أن العنف قد حدث ولا يمكن تغييره. ومع ذلك، لا يشير المسح إلى الفعالية أو الفائدة المتصورة لآليات المواجهة هذه. قدمت مجموعات المناقشات المركزة مزيدًا من التفاصيل السياقية أكثر من المسح حول أنواع آليات المواجهة التي حاولت النساء استخدامها للتعامل مع العنف، فضلاً عن فعاليتها (باستخدام النهج التشاركي للإدراج الحر). كانت الصلاة هي التداخل الوحيد الذي تم الإبلاغ عنه بين المشاركين/ات في الاستطلاع والمشاركين/ات في مجموعة المناقشات المركزة. في حين أن عدد قليل جدًّا من النساء أفدن بالاعتماد على الصلاة كآلية للمواجهة، وصفت إحدى النساء تجربتها في استخدام الروحانية للتعامل مع تجاربها اليومية: "أصعد إلى السطح في الوادي، وأتحدث مع الله. أجلس، أشرب كوبًا من المتة، وأدخن سيجارة، وأصرخ من كل قلبي، ثم أعود".

أدرجت عضوات المجتمع من النساء بشكل تراكمي ستة عشر آلية للتكيف، تتراوح بين الجهود التي تعتمد على قدرة الفرد على التكيف (أي التنظيم، والتواصل، والبقاء بمفرده، والنوم، والقناعات الداخلية أو "القناعة النفسية"، القراءة، الاستماع إلى الموسيقى، تحمل الموقف، الإفصاح عن الأمور، أو الخروج من المنزل)، إلى الجهود المبذولة لتغيير البيئة الخارجية للفرد (أي البحث عن وظائف والاتصال بقائد معسكر مستوطنات الخيام غير الرسمية "شاويش")، إلى آليات التكيف غير الصحية مثل التنفيس عن الغضب بوجه الأطفال، أو استخدام العنف، أو تدخين السجائر أو الشيشة "الأرغيلة" (التي قال بعض المشاركين/ات "تجعلك تسترخي")، واستخدام مسكنات الألم أو الأدوية الأخرى.

أما آليات المواجهة التي أفاد معظم المشاركين/ات أنها مفيدة فهي العثور على وظيفة، والاتصال بـ "الشاويش" أو قادة المجتمع في أنظمة النقل الذكية (المسؤولون عن أمن المخيم)، واستخدام مسكنات الألم أو الأدوية الأخرى. تم وصف آليات التأقلم الأخرى، مثل البكاء أو ترك الموضوع، على أنها "لا فائدة منها" لأن " يبقى الحزن في القلب". قالت إحدى المشاركات إنها لا تجد "شيئًا مفيدًا".

البحث عن الخدمة الرسمية وغير الرسمية

سعى عدد أقل إلى حد ما من النساء اللواتي شملهن الاستبيان الى المساعدة من العنف القائم على النوع الاجتماعي والجهات الفاعلة الأخرى مقارنة مع اللواتي سعين الى تدابير التأقلم. طلبت نسب مماثلة من النساء اللبنانيات والسوريات المساعدة من أي منظمة (٦٩٪ و٧١٪ على التوالي).

من بين النساء اللواتي طلبن الخدمات، كان نوع الخدمة المقدمة مختلفًا بشكل كبير عند تحليلها حسب الجنسية والمحافظة. شاركت نسبة أكبر من النساء السوريات (٧٨٪) في الدعم النفسي والاجتماعي للصحة النفسية مقارنة بالنساء اللبنانيات (٦٩٪). يعكس هذا على الأرجح تركيبة العينة، والتي تضمنت نساء، غالبيتهن سوريات، حصلن على خدمات نفسية واجتماعية.

ظهرت الفجوة في خدمات الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي أكثر وبشكل أوضح من حيث الموقع، إذ تسعى ٨٦٪ من النساء في منطقة البقاع للحصول على هذه الخدمات مقارنة بـ ٦١٪ في الشمال. مرة أخرى، يعكس هذا توزيع العينة بين خدمة "أبعاد" في المنطقتين. قدمت مجموعات المناقشات المركزة بعض الأفكار حول خدمات الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي، حيث أبلغت المجموعات من كلا المنطقتين عن وعي حول خدمات الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي على الرغم من أنه من غير الواضح ما إذا كان قد تم الوصول إلى هذه الخدمات، حيث أبلغ العديد من المشاركين/ات في جميع المجموعات أيضًا عن وصمة العار المتعلقة بهذه الخدمات. في حين سعت النساء اللبنانيات والنساء في الشمال إلى التدريب التعليمي والمهني في كثير من الأحيان (١٦٪ من اللبنانيات مقابل ٨٪ من السوريات، ٢٢٪ نساء في الشمال مقابل ٨٪ من النساء في البقاع)، كانت النساء السوريات في كثير من الأحيان يتطلعن إلى مقدمي/ات الرعاية الصحية (٨) ٪ مقابل ٣٪ من اللبنانيات). كانت مشاركة الرعاية الصحية متشابهة في المنطقتين معًا.

العوائق التي تحول دون البحث عن الخدمة

كان العائق الأساسي للنساء اللواتي أبلغن عن عدم سعيهن للحصول على خدمات الاستجابة للعنف هو عدم معرفة حول خدمات الدعم ضد العنف. عمومًا، قالت ٣١٪ من النساء إنهن ببساطة لا يعرفن عن الخدمات المتاحة. كان هذا النقص في المعرفة أكثر أهمية في منطقة البقاع حيث أدرجته ٣٥٪ من النساء على أنه العائق الأساسي، مقارنة بـ ٢٥٪ في الشمال. لم ينعكس هذا في مجموعات المناقشات المركزة، حيث تم الإبلاغ عن العوائق الأولية المتعلقة بالعوائق الاجتماعية أو القانونية، أو العوائق المالية، أو هيكل أو خدمات الاستجابة نفسها (انظر الرسم البياني أدناه).

قالت نسبة مماثلة من النساء اللواتي شملهن الاستطلاع (٢٧٪) أنهن لا يعتقدن أنهن بحاجة إلى خدمات. كان الافتقار إلى الحاجة باعتباره العائق الأساسي الأكثر شيوعًا في الشمال (٣٠٪) ومن بين النساء اللبنانيات (٣٢٪) منهن في البقاع أو بين النساء السوريات (كلاهما ٢٤٪). أقل شيوعًا، رغم ارتباطه بهن، ٩٪ من النساء قلن إن السبب الرئيسي لعدم طلب المساعدة هو أن حالتهن "ليست خطيرة" بما يكفي لتبرير اتخاذ مثل هذه الخطوة.

على الرغم من الإبلاغ عنها بمعدلات أقل بكثير من المعرفة والمعتقدات حول الخدمات، قالت ٥٪ من النساء إنهن محظورات من قبل أسرهن أو أزواجهن و٦٪ اخترن عدم طلب المساعدة لأنهن يخشين الانتقام إذا فعلن. أسفرت مجموعات المناقشات المركزة عن نتائج معاكسة، حيث أفاد عدد أكبر من المشاركات أن أزواجهن لن يسمحوا لهن بالتماس الخدمات أكثر من عدم معرفتهن بهذه الخدمات. أفادت النساء اللبنانيات، وبشكل أكثر تحديدًا، النساء في شمال لبنان، بأن هذه العوائق تمثل عوائق أساسية في كثير من الأحيان أكثر من النساء السوريات ونساء البقاع. قالت ٧ في المائة من النساء اللبنانيات إنهن غير مسموح بهن و٨ في المائة يخشين الانتقام مقارنة بـ ٤ في المائة من النساء السوريات اللواتي أبلغن عن أي من السببين. عند تحليل العوائق حسب المنطقة، أفادت ١٪ من النساء في البقاع بأنهن محظورات و٤٪ قلن إن الخوف كان عائقاً مقارنة بـ ١٢٪ و٨٪ على التوالي، الذين ذكروا ذلك في الشمال. نظرًا لأن جميع النساء اللواتي شملهن الاستطلاع قد حصلن على الأقل على خدمات الدعم النفسي والاجتماعي من "أبعاد"، فمن المحتمل أن تكون هذه العوائق أكثر انتشارًا بين عامة السكان.

كان الجهل بخدمات الدعم ضد العنف، أو الاعتقاد بأنهم لا يحتاجون إلى الخدمات، من العوائق الأساسية بين النساء اللواتي أبلغن عن عدم سعيهن للحصول على خدمات الاستجابة للعنف.

هناك نقص كبير في الخدمات المتاحة للأشخاص الذين يواجهون العنف. تشعر أن هناك بعض المنظمات غير الحكومية التي تعمل من أجل وقف العنف، لكن هذه الخدمات التي يتم تقديمها إما للنساء أو الفتيات لا تغطي جميع جوانب المشكلة. على سبيل المثال، ترى امرأة تحتاج إلى مساعدة في قانون، لكن القانون يحمي السوريين/ات وليس اللبنانيين/ات والعكس صحيح. حتى عندما يتعلق الأمر بالصحة العقلية، إذ ليست كل الأمور متاحة، مثل الاستعانة بمساعدة الأطباء النفسيين، فهذا أمر مكلف كما تعلم.

مجموعات المناقشات المركزة مع مقدمي الخدمات في الشمال

غالبًا ما يسارع مقدمو/ات الخدمات المتخصصون هؤلاء في وصف الأدوية أو المرخيات مثل البنزوديازيبينات).

مجموعات المناقشات المركزة مع مقدمي/ات الخدمات في الشمال

إنّ الرسم البياني رقم ٩ أدناه هو مخطط فين ((Vennويسلط الضوء على العوائق التي أبلغ عنها المشاركون في الدراسة لخدمات العنف القائم على النوع الاجتماعي والصحة النفسية. أما الإجابات في جهة اليسار فهي من قبل مقدمي/ات الخدمات/قادة المجتمع؛ وإجابات أعضاء المجتمع في جهة اليمين، وفي الوسط نجد إجابات مشتركة من قبل الطرفين. تداخلت بشكل ضئيل للغاية العوائق المبلغ عنها بين المشاركين/ات في المسح والمشاركين/ات في مجموعات المناقشات المركزة. يمكن ملاحظة إجابات مجموعات المناقشات المركزة باللون الأسود، وإجابات الاستطلاع باللون الأزرق، والإجابات المتداخلة باللون البرتقالي.

الرسم البياني رقم ٩: العقبات التي تعيق المشاركين/ات في مجموعات المناقشات المركزة من الوصول إلى الخدمة

عند السؤال عن العوامل التي تدعم الوصول إلى الخدمة، ذكرت أكبر نسبة من النساء (٤٧٪) معرفتها بالخدمات التي تستهدف الأشخاص من خلفيتهم ووضعهم كدعم أساسي. تباينت هذه النسبة بين النساء من جنسيات مختلفة، حيث ذكرت ٥٢٪ من النساء السوريات أن هذا هو الدعم الأساسي مقارنة بـ ٣٩٪ من النساء اللبنانيات. كانت المعلومات الواضحة والتي يمكن الوصول إليها هي العامل الأساسي لـ ١٥٪ من النساء، على الرغم من أن المعلومات كانت أكثر أهمية بين النساء في منطقة البقاع (٢٠٪) منها في الشمال (٩٪).

فيما يتعلق بعوامل التسهيل المبلغ عنها في مجموعات المناقشات المركزة، لاحظ جميع المشاركين/ات العنوان القريب، والدعم الأسري، والخدمات الشاملة "مكان واحد يشمل جميع الخدمات"، وخدمات الدعم منخفضة التكلفة أو بدون تكلفة. بالإضافة إلى ذلك، لاحظ أفراد المجتمع أن توافر رعاية الأطفال وتوفير وسائل النقل (البقاع)، بالإضافة إلى زيادة توعية مقدمي الخدمة، سهلت وصولهم إلى الخدمات. أشار قادة المجتمع في البقاع والشمال إلى أهمية الإحالات المباشرة من مزود خدمة إلى آخر - بموافقة العميل - والتي تُفضّل فقط لإبلاغ العميل وتتوقع منه أو منها أخذ المبادرة لإجراء المكالمة. تم أيضًا تسمية المساحة السرية ومرافقة العميل (إذا طلب/وافق) على أنها عوامل تجعل الوصول إلى الخدمات أسهل. أبرزت إحدى قيادات المجتمع في البقاع أنه من الضروري توفير "مساحة خاصة للناجيات، لأنها لن تقبلن وجود هذا الشخص في منزلها، لذلك يتعين علينا مغادرة الخيمة وإبلاغهم [من الأخصائي النفسي]" في مكان آمن، مع وعد بالسرية "، وأشار آخر إلى أن اختصاصيي الصحة النفسية بحاجة إلى أن يكونوا" مؤهلين. هذا ليس بالأمر السهل، لأن المواقف تنقلب أحيانًا رأسًا على عقب "نتيجة ممارسين غير مؤهلين.

مقدمي/ات الخدمات والخدمات المتاحة

يمكن ايجاد أدناه مخطط فين (Venn) يوضح الوعي حول جميع الخدمات الرسمية وغير الرسمية المتاحة (لا تقتصر على العنف القائم على النوع الاجتماعي/الصحة العقلية) من قبل المجموعات المختلفة المشاركة في مجموعات المناقشات المركزة. على سبيل المثال، إذا تم ذكر الخدمة من قبل كل من مقدمي/ات الخدمة/قادة المجتمع وأفراد المجتمع، فإنها تقع في الدائرة الوسطى ("كلاهما"). في حين أن هذا يعتمد على عدد صغير من المناقشات النوعية، فقد تم تضمينه طيًّا لأنه قد يكون مفيدًا في اقتراح الأماكن التي نجحت فيها أنشطة زيادة الوعي ومعرفة أين ينبغي استهداف الأنشطة المستقبلية. راجع الملحق xxx للحصول على قائمة بمقدمي/ات الخدمات الذين/اللواتي تم الاستشهاد بهم/هن حسب المنطقة ونوع المشارك، مع الأخذ في عين الاعتبار أن هؤلاء قد لا يعكسون معرفة مقدمي الخدمة على مستوى السكان.

الرسم البياني رقم ١٠: العوائق التي تحول دون الوصول إلى الخدمات بين المشاركين في مجموعات المناقشات المركزة

بشكل عام، كان الرضا عن الخدمة مرتفعًا بين النساء اللواتي شملهن الاستطلاع اللواتي استفدن من الخدمات؛ ٩٢٪ قالوا إنهن رأين تغييرات إيجابية نتيجة لذلك. كان هذا المعدل ثابتًا عند تحليله حسب الجنسية والمنطقة. نظرًا لأنه تم إجراء مقابلات مع جميع المستجيبين في مراكز المنظمات غير الحكومية الذين تلقوا منها خدمات، فقد يعكس هذا جزئيًا تحيزًا في الإجابة.

القيود

في حين كان الغرض الرئيسي من هذه الدراسة هو الحصول على فهم أفضل لهذه العلاقة بين الناجين في لبنان، وكذلك كيفية تأثير صحة الناجين النفسية على الوصول إلى الخدمات الرسمية أو غير الرسمية، إلا أنها تهدف أيضًا إلى التنقل بالطريقة الأكثر أمانًا والأكثر أخلاقية للقيام بذلك نظرًا لحساسية الموضوع، وعدم وجود تعداد وطني أو قاعدة بيانات سكانية، وهيكل أنظمة النقل الذكية في لبنان، فإنها تشكل بيانات قائمة على الخدمة مستمدة من مجموعة عشوائية من عملاء "أبعاد"، وليس من عامة السكان. طرح جمع البيانات التمثيلية عن جميع النساء المقيمات في القبة والبقاع الشمالي تحديات عدة: ١) تم إجراء آخر إحصاء سكاني في عام ١٩٣٢ [٣٦] و٢) لا يمكن أخذ العينات بشكل منهجي في أنظمة النقل الذكية نتيجة لوجود خيام متعددة الأسر. على سبيل المثال، قد يواجه جامعو البيانات الذين صدرت لهم تعليمات باختيار كل خيمة ثالثة للمقابلة العديد من العقبات في القيام بذلك بشكل منهجي حيث يتم وضع الخيام بشكل تعسفي حيث توجد مساحة كافية لهم، وسيتعين عليهم اختيار أي فرد من خيمة متعددة الأسر للمقابلة، وبالتالي إدخال التحيزات في البيانات التي تم جمعها.

يوفر جمع البيانات حول مستخدمي الخدمة مزيدًا من النتائج العملية التي تتيح لنا فهمًا أفضل، وبالتالي تلبية احتياجات السكان المحددة لدينا. ومع ذلك، ينبغي النظر إلى هذه الدراسة على ضوء حدودها. أولاً، تستهدف الدراسة خدمة "أبعاد" في منطقتين: شمال لبنان (القبة) والبقاع الشمالي (لبوة وعرسال وبعلبك)، وكلاهما يعاني من نقص شديد في الخدمات ويصعب الوصول إليه أحيانًا لأسباب أمنية. كان جميع المشاركين/ات بالغين (> ١٨) مستخدمين لخدمة "أبعاد" في هذه المناطق يصلون إلى خدمات الدعم النفسي، ولكن ليسوا خدمات إدارة الحالات. تم استبعاد متلقي إدارة الحالات بسبب الطبيعة الحساسة لهذه الخدمات والمخاطر العالية لإعادة التسبب بالصدمة لدى أصحاب الحقوق مع الحالات الأكثر خطورة. يجب أن يؤخذ هذا في عين الاعتبار، حيث إن انتشار العنف القائم على النوع الاجتماعي واعتلال الصحة العقلية قد يكون أكبر أو أكثر حدة في مجتمع خدمتنا مما تنقله النتائج بالفعل. من الضروري أيضًا ملاحظة أن معدلات العنف القائم على النوع الاجتماعي والصحة العقلية بين المشاركين/ات لدينا ربما تغيرت بشكل كبير منذ جمع البيانات في أيار/مايو من عام ٢٠١٩ نتيجةً لعدم الاستقرار السياسي والاقتصادي المستمر.

مناقشة

من حيث النتائج الاجتماعية الديموغرافية، تزوج العديد من المشاركين/ات مبكرًا، وكان متوسط عمر الزواج ١٨ عامًا، وقد يكون هذا نتيجة الضغط الاجتماعي للزواج مبكرًا في لبنان، أو الضغط المالي، كما هو الحال مع الكثير من اللاجئين/ات. العائلات. من المهم أن نلاحظ أن الكثير من اللاجئات اللواتي أبلغن عن زواج الأطفال تزوجن قبل انتقالهن إلى لبنان، لكن هذا لا يعكس بالضرورة الواقع في لبنان، حيث قد لا تتمكن عرائس فتيات صغيرات كثيرات من الوصول إلى خدمات "أبعاد" أو أي شيء آخر. كما أن هناك معدلات عالية للحمل المبكر، حيث يُنظر إلى أن دور الزوجة في الزواج يقتصر على الإنجاب. في بعض السياقات في لبنان، كلما زاد عدد الأطفال الذين تنجبهم المرأة، ارتفعت قيمة تلك المرأة. وتجدر الإشارة أيضًا إلى أن خدمات الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية في لبنان نادرة، وقد يزيد ذلك من صغر سن الإنجاب وكذلك من عدد الأطفال الذين تنجبهم المرأة.

بينما ذكر ١٥٪ من المشاركين/ات شكلاً من أشكال التوظيف، أفاد المشاركون اللبنانيون بمعدلات أعلى من السوريين/ات. بالإضافة إلى ذلك، كان مصدر الدخل الرئيسي للمشاركين اللبنانيين/ات هو أزواجهن، بينما كانت المساعدات الإنسانية للمشاركين السوريين/ات. وهذه نتيجة مباشرة لإطار العمل القانوني في لبنان، الذي يحصر العمل للسوريين في ثلاثة قطاعات، هي البناء والزراعة والنظافة [٣٧]. كما يمكن أن يعود ذلك إلى العوامل الاجتماعية والسياسية التي تحد من مشاركة اللاجئين/ات في القوى العاملة اللبنانية (٣١، ٣٢]. ومؤخراً، نتيجة لتدهور الوضع الاقتصادي، كان هناك المزيد من التخفيضات فيما يتعلق بفرص العمل والدخل لكلا اللاجئين/ات وأعضاء المجتمع المضيف، والتي أشار إليها المشاركون في مجموعات المناقشات المركزة بالفعل كمصدر رئيسي للقلق.

ويرتبط ذلك بنقاط الضعف البيئية المبلغ عنها لمستخدمي خدمة "أبعاد"، حيث أبلغ ٩٠٪ منهم عن وجود مشكلة خطيرة تتعلق بالسلامة أو الأمن الغذائي أو الانفصال عن أفراد الأسرة أو توفر مراحيض نظيفة أو الصحة البدنية. كما ورد وصفه في مجموعات المناقشات المركزة، تضمنت اعتبارات السلامة الخيام المكتظة، وأحيانًا مع عائلات متعددة، إلى جانب البطالة و"الكثير من وقت الفراغ"، والسلامة في الأماكن العامة مثل وسائل النقل العام، فضلاً عن الاحتجاز التعسفي. تم الإبلاغ عن هذه الاعتبارات بشكل رئيسي من قبل اللاجئين/ات السوريين/ات، الذين يمنعهم وضعهم القانوني والاجتماعي والاقتصادي من البحث عن مأوى رسمي، وفي بعض الأحيان يعرضهم لخطر الاحتجاز من قبل قوى الأمن [٣٨]. ذكرت كل من النساء اللبنانيات والسوريات في مجموعات المناقشات المركزة الطبيعة الدورية للصحة الجسدية والنفسية، وكيف يمكن للإصابة بأمراض مزمنة أو اعتلالات جسدية أن تمنعهن من الاعتناء بأنفسهن، وكذلك كيف يمكن أن تظهر الصحة العقلية كأعراض جسدية.

في حين أبلغ اللاجئون السوريون عن معدلات ضعف بيئي أعلى من النساء اللبنانيات، فمن غير الواضح كيف تغير ذلك منذ جمع البيانات. منذ أيار/مايو ٢٠١٩، أثرت الأحداث السياسية والاقتصادية مثل استقالة الحكومة اللبنانية، والاحتجاجات في جميع أنحاء البلاد، والانهيار الاقتصادي، على جميع المقيمين في لبنان، سواء كانوا مضيفين أو مجتمع اللاجئين/ات.

نظرًا لأن معظم البحث في لبنان يركز بشكل أساسي على اللاجئين/ات، فإن أنواع نقاط الضعف بين السكان اللبنانيين تتطلب مزيدًا من التحقيق. تشير الأدلة القصصية من طاقم عمل "أبعاد" إلى أن نقاط الضعف قد زادت بشكل ملحوظ بين جميع المقيمين في لبنان، حيث فقد الكثير منهم مصادر دخلهم، وأبلغت النساء عن معدلات أعلى من العنف القائم على النوع الاجتماعي (عنف الشريك الحميم وعنف غير الشريك، فضلاً عن اعتلال الصحة العقلية. وقد تفاقم هذا الأمر بسبب جائحة كوفيد-١٩، التي سرّعت الانهيار الاقتصادي، وعزلت الناجين من العنف القائم على النوع الاجتماعي مع مرتكبيه، وخلقت حواجز مادية بين الأشخاص المتضررين وأنظمة دعمهم. بالإضافة إلى ذلك، تم تعليق العديد من الخدمات أو تكييفها أثناء الجائحة، مما ترك الناجين مع محدودية الوصول إلى الخدمات المنقذة للحياة. من المرجح أيضًا أن يتم تقليص الخدمات الإنسانية نتيجة للأزمة الصحية العالمية وعجز الميزانية في البلدان المانحة.

اختلف عنف الشريك الحميم قليلاً حسب الجنسية. في حين أن أعلى شكل تم الإبلاغ عنه من عنف الشريك الحميم كان عاطفيًا بين المشاركين/ات اللبنانيين/ات (٥٤٪)، كان الشكل الاقتصادي هو أكثر ما تم الإبلاغ عنه بين المشاركين/ات السوريين/ات (٥٥٪)، حيث تم الإبلاغ عن جميع أشكال العنف الأخرى بمعدلات أعلى من قبل المشاركين/ات السوريين/ات مقارنة بالمشاركين/ات اللبنانيين/ات. في حين أن معدل العنف الاقتصادي المبلغ عنه بين اللاجئين/ات السوريين/ات قد يُعزى إلى الأعراف الاجتماعية أو الوضع القانوني أو الشعور بالأمان، فإن ارتفاع معدلات العنف العاطفي بين اللبنانيين/ات المستجيبين قد يكون نتيجة للأولويات. على وجه التحديد، يتمتع أزواج المشاركين/ات اللبنانيين/ات بفرص أكثر للتوظيف (لأسباب قانونية)، وبالتالي ليسوا بالضرورة مضطرين للانخراط في الأنشطة المدرة للدخل (وفقًا لمعايير النوع الاجتماعي في لبنان)، وقد لا يواجهون إنكارًا من قبل أزواجهن في حال فعلوا ذلك. وبالتالي، قد يميل المشاركون اللبنانيون أكثر إلى التركيز على الانتهاكات العاطفية كأنواع من العنف، أو على أنها انتهاكات مهمة للإبلاغ عنها. ومع ذلك، ليس من الواضح سبب وجود اختلاف كبير في معدلات العنف الجسدي والجنسي بين المشاركين/ات اللبنانيين/ات (٣٧٪ و٢٨٪ على التوالي) بينما هذه المعدلات متطابقة تقريبًا بين المشاركين/ات السوريين/ات (٤٠٪ و٣٩٪ على التوالي).

أثارت العوامل المتعلقة بعنف الشريك الحميم الاقتصادي سؤالًا مثيرًا للاهتمام، لا سيما فيما يتعلق بالعمل والدخل. في منشور صادر عن البنك الدولي، Kiplesund and Morton (٢٠١٤)

[٣٩] سلط الضوء على الآثار المختلطة للتمكين الاقتصادي على معدلات العنف القائم على النوع الاجتماعي. أشارت مراجعة منهجية إلى أن "خمس دراسات وجدت ارتباطات وقائية وستة وثقت ارتباطًا بالمخاطر بين مشاركة المرأة في إنتاج الدخل وتجربة العنف في العام الماضي". [٤٠] في حين أن هذه الدراسة لا تركز على التمكين الاقتصادي والعنف القائم على النوع الاجتماعي، كان مستخدمو خدمة "أبعاد" الذين شاركوا في التدابير الحكومية الدولية أكثر عرضة للعنف القائم على النوع الاجتماعي، والذي يمكن أن يعود إلى الأعراف الاجتماعية والذكورية، وكذلك إلى مشاركة كل من الناجين والجناة في "الأنشطة الوقائية" مثل التدريبات ونشر التوعية حول النوع الاجتماعي.

تعكس النساء اللواتي تعمل وتتحكم في دخل الأسرة الأعراف الاجتماعية الصارمة التي تضع الرجال في موقع قوة من خلال السيطرة على الموارد، مما يهدد الهويات الذكورية للرجل والمكانة الاجتماعية خاصة في منطقة ترتفع فيها معدلات البطالة بين الذكور. قد تكون الهيمنة الجسدية والجنسية محاولة لاستعادة السلطة في هذه المواقف. تُعد حالة عمل الرجال أحد العوامل في تلبية معايير الذكورية الصارمة وعامل مهم مرتبط بالعنف الجسدي و/أو الجنسي. ما يقارب نصف (٤٧٪) النساء اللواتي كان أزواجهن عاطلين عن العمل حاليًا أبلغوا عن تعرضهم لعنف الشريك الحميم خلال الاثني عشر شهرًا الماضية، مقارنة بـ ٣٨٪ من النساء اللواتي أبلغن عن عمل أزواجهن في وقت المسح. لم تكن البطالة الحالية عاملاً هامًا على مدى الحياة في عنف الشريك الحميم والذي قد يعود الى العنف المتنوع مع العمل العرضي في مجتمع يعاني من بطالة ذكور عالية.

أما بالنسبة إلى عنف غير الشريك وعوامل تفاقمه، وجدنا أن المشاركين/ات في الشمال، وكذلك المشاركين/ات الأصغر سنًا في كلا المنطقتين، أبلغوا عن معدلات أعلى من الاعتداء الجنسي من غير الشريك. أفاد المشاركون في الشمال أيضًا عن ارتفاع معدلات المعاملات الجنسية. وفي حين أنه من الصعب دائمًا معرفة الانتشار "الحقيقي" بسبب وصمة العار والخوف والعوامل الأخرى التي تؤدي إلى نقص الإبلاغ، فمن المحتمل أن تكون معدلات العنف الجسدي والجنسي من غير الشريك - وخاصة العنف الجنسي - أقل بين هذه العينة القائمة على الخدمة من خدمة "أبعاد" بأكملها، حيث استبعدت النساء من الوصول إلى خدمات إدارة الحالة.

ويتعلق البعد الثالث نظرًا الى النتائج بالصحة العقلية. بينما استخدم الاستطلاع أداة فحص محددة للاضطراب النفسي، قدم دليل مجموعات المناقشات المركزة للمشاركين مرونة أكبر في وصف الصحة العقلية بكلماتهم الخاصة ومن خلال تجاربهم الخاصة. أظهر الاستطلاع أن ٧٠٪ من المشاركين/ات يعانون من ضيق نفسي شديد، وأسفر الإدراج الحر لمجموعة المناقشات المركزة عن نتائج وعبارات سياقية مثل "ضغط"، والتي يمكن ترجمتها إلى ضغط أو قلق، و"الغضب"، والتي يمكن ترجمتها بشكل فضفاض إلى "الغضب" أو "الحنق". بينما في اللغة الإنجليزية، قد لا تُترجم هذه المصطلحات إلى أعراض اعتلال الصحة العقلية. إذ من المهم مراعاة خاصيتين متأصلتين في السياق اللبناني. الأولى هي أن الناس يميلون إلى تقويض، وبالتالي التقليل من، أعراض اعتلال الصحة العقلية نتيجة للوصم والضغط الاجتماعي من أجل "البقاء قويًا" أو "استجماع رباطة الجأش" (يشار إليها ثقافيًا باسم "شدّ حالك/شدّي حالك"). أما بالنسبة للوصف الثاني، فقد تألفت أوصاف المشاركين/ات من تجارب مزمنة، وليس الضغط أو القلق الذي يشعر به المرء للحظة، أو الغضب الذي يشعر به المرء ردًا على حادث معين.

وتجدر الإشارة إلى أن المشاركين/ات السوريين/ات أبلغوا عن معدلات أعلى من الضيق النفسي (٨٠٪ مقابل ٥٥٪ لدى المشاركين/ات اللبنانيين/ات)، وأنهم أكثر عرضة بمرتين لتجربة الضيق. يمكن أن يعود ذلك إلى الظروف المعيشية غير المستقرة والوضع القانوني، فضلاً عن العوامل الاجتماعية والاقتصادية الأخرى مثل عدم الاستقرار المالي، على الرغم من أنه من غير الواضح كيف تغيرت هذه الديناميكيات منذ بداية الأزمة الاقتصادية في منتصف عام ٢٠١٩. ويتماشى هذا مع الدراسات الأخرى التي تسلط الضوء على أهمية العوامل البيئية للصحة النفسية. إذ قامت دراسة Segal et al ٢٠١٨ بواسطة [٢٨] بقياس انتشار الأمراض النفسية بين اللاجئين/ات الفلسطينيين والسوريين/ات في لبنان ووجدت أن أكثر من نصف اللاجئين/ات يعانون من أمراض نفسية خطيرة أو اضطراب ما بعد الصدمة أو كليهما. بالرغم من ذلك، فإن العوامل البيئية المشابهة لتلك المذكورة من قبل مستخدمي خدمة "أبعاد" (مثل السكن المستقر والعمل بأجر) شكلت انخفاضًا بنسبة ٧٩٪ و٦٦٪ في خطر الإصابة بالأمراض النفسية، على التوالي.

تمت ملاحظة الرابط بين العنف القائم على النوع الاجتماعي والصحة النفسية من قبل المشاركين/ت في مجموعات المناقشات المركزة وكذلك من قبل موظفي "أبعاد" على أنها علاقة ثنائية الاتجاه تلعب فيها العوامل البيئية أيضًا دورًا رئيسًا. من بين هذه الجمعيات، تم الإبلاغ عن أعلى معدلات الضيق بين النساء اللواتي أجبرن على الزواج تحت سن ١٨ (٨٩٪ يعانين من ضيق شديد مقارنة بـ ٧٢٪ تزوجن لاحقًا رضائيًا)، رغم أن معظم المشاركين/ات السوريين/ات المتزوجين في سن مبكرة (٧٨٪) كن قد تزوجن قبل الصراع السوري. عند التحكم في المتغيرات المهمة الأخرى، مثل العوامل البيئية، يفقد الزواج في سن مبكرة أهميته الإحصائية. في حين أن خطر الإصابة بأعراض اعتلال الصحة النفسية مرتفع للغاية بالنسبة لسكاننا من الأطفال المتزوجين بالإكراه، فقد ارتبطت عوامل الخطر الأخرى باعتلال الصحة العقلية أيضًا. من المهم ملاحظة التواجد المشترك لأنواع مختلفة من العنف، وتذكر أن هذه الدراسة لا تقيم العلاقة السببية بين العنف القائم على النوع الاجتماعي والتوتر النفسي، ولكنها تحاول فهم العلاقات وخطر الضيق. في لبنان، تم الإبلاغ عن عدم الاستقرار المالي والعوامل البيئية الأخرى كعامل خطر رئيسي لزواج الأطفال وأشكال أخرى من العنف القائم على النوع الاجتماعي؛ [٤١] ومن ثم، ينبغي النظر في الصحة النفسية للناجين/ت من العنف القائم على النوع الاجتماعي في هذا الإطار منذ المسح، وأفاد المشاركون/ات

في مجموعة التركيز عن عوامل خطر بيئية مماثلة.

من أجل فهم الاستجابة الفردية والهيكلية للعنف القائم على النوع الاجتماعي والصحة النفسية بشكل أفضل، ركز المسح ومجموعات التركيز أيضًا على آليات المواجهة وسلوك طلب المساعدة، وتحديداً البحث عن الخدمة. ومن المثير للاهتمام، أنه لم تكن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين التأقلم وتحسين الصحة العقلية بين المشاركين/ات في الاستطلاع، على الرغم من أنها قد تكون أقوى إذا تضافرت مع الخدمات. وردد المشاركون في مجموعات المناقشات المركزة - بعض الضغوطات يتم التعامل معها بشكل أفضل على المستوى الهيكلي أكثر من التعامل الفردي. طلب الاستطلاع من المشاركين/ات الإبلاغ عن آليات التأقلم التي يستخدمونها، لكن لم يسألوا عما إذا كانت مفيدة، في حين طلبت مجموعات المناقشات المركزة الإجابة عن السؤالين. كانت هناك أيضًا اختلافات كبيرة في أنواع آليات المواجهة المدرجة في الاستطلاع مقابل مجموعات المناقشات المركزة، مما يشير إلى أن أنواع المواجهة في الاستطلاع قد لا تكون مفيدة، ولكن آليات المواجهة الأكثر "نشاطًا" التي اقترحها المشاركون/ات في مجموعة التركيز هذه تسعى بنشاط للحصول على عمل). كما هو مذكور في قسم النتائج، تعتمد آليات المواجهة التي وجدها المشاركون في مجموعات المناقشات المركزة بشكل كبير على العوامل الخارجية المتغيرة مثل حالة التوظيف أو السلامة الشخصية أو الأمن، بدلاً من تغيير المنظور الداخلي (مثل القبول)، والاعتماد على قوة أعلى لاستمداد القوة (مثل الصلاة)، أو استخدام وسائل الإلهاء مثل القراءة أو الاستماع إلى الموسيقى أو النوم. هذا ليس مفاجئًا نظرًا للأهمية المثبتة للعوامل البيئية في تحديد نتائج العنف القائم على النوع الاجتماعي والصحة العقلية.

عند سؤالهن عن سلوكيات البحث عن أنواع مساعدة أخرى، أشار ما يقارب ٧٠٪ من المشاركات إلى الوصول إلى الخدمات استجابةً لتجاربهم مع العنف والصحة النفسية، مع كون العقبة الأساسية هي الافتقار إلى المعرفة حول هذه الخدمات. يمكن تفسير ذلك من خلال صياغة الأسئلة المتعلقة بخدمات العنف (أي طُلب من الضحية الإبلاغ عن الخدمات التي تم طلبها استجابة لتجارب العنف أو الصحة النفسية، أو معالجة القضايا المتعلقة بهذه التجارب[٥])، والطريقة التي تقدم بها "أبعاد" خدماتها للأشخاص من خلفيات ثقافية متنوعة.

في حين تقدم "أبعاد" خدمات تتعلق بالعنف القائم على النوع الاجتماعي والصحة النفسية، إلا أنها لا تحد خدماتها في هذا الإطار دائمًا باستخدام هذه المصطلحات. في بعض السياقات في لبنان، لا سيما في مجال البحث، لا يجوز ثقافيًا دائمًا التحدث عن العنف القائم على النوع الاجتماعي أو الصحة النفسية، لذلك يتم تأطير خدماتنا على أنها خدمات "دعم" بدلاً من استجابة للعنف القائم على النوع الاجتماعي أو خدمة رعاية الصحة النفسية وتكييف الاستجابة مع احتياجات صاحب الحق وخلفيته الثقافية. قد يكون أثر جانب آخر على الرد على هذه الأسئلة وهو وصمة العار. تم التحقق من صحة ذلك من قبل المشاركين/ات في مجموعات المناقشات المركزة، الذين ذكروا توافر كل من خدمات العنف القائم على النوع الاجتماعي والصحة النفسية، لكنهم أفادوا بعدم القدرة أو الرغبة في الوصول إلى هذه الخدمات كنتيجة مباشرة للوصمة. إضافة الى ذلك، قد يمتنع بعض الذين حصلوا على هذه الخدمات عن الإبلاغ.

كان العامل الميسِّر الأكثر شيوعًا للوصول إلى الخدمات هو معرفة أن الخدمات تستهدف الأشخاص من الخلفية عينها في لبنان، تنظر المجتمعات اللبنانية أحيانًا إلى الخدمات الإنسانية على أنها تستهدف اللاجئين/ات السوريين/ات [٤٢]، مما قد يشكل حاجزًا أمام النساء اللبنانيات. قد يتم تخفيف ذلك في عينة السكان لدينا لأن النساء يتمتعن بفرص أكبر للوصول إلى المعلومات حول الخدمات الأخرى. بينما أبلغ ٩٢٪ من السكان عن حدوث تغيير إيجابي نتيجة للخدمات، يجب أن يُنظر إلى ذلك على ضوء تحيز الاستجابة.

[٥] سؤال: لقد ناقشنا مواضيع حول صحة المرأة والعنف. هل سبق لك الوصول إلى الخدمات لمساعدتك في معالجة أي من هذه المشكلات؟

توصيات لتحسين الوصول إلى خدمات العنف القائم على النوع الاجتماعي والصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي

الممارسون/ات الإنسانيون/ات والحكوميون/ات /مقدمو/ات الخدمات

١. تقديم خدمات شاملة وبتنسيق جيد وذات كلفة زهيدة أو حتى بدون كلفة للعنف القائم على النوع الاجتماعي وخدمات الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي، مع دعم الإحالة إلى الرعاية المتخصصة (أي رعاية المرضى الداخليين أو الرعاية النفسية[٧])

تؤكد النتائج المعروضة في هذا التقرير على أهمية مسار الإحالة المعزز بين خدمات العنف القائم على النوع الاجتماعي والصحة النفسية، ورغبة أفراد المجتمع في إنشاء "أماكن تشمل جميع الخدمات" منخفضة التكلفة أو بدون تكلفة. أشار بعض المستجيبين إلى الحواجز الاجتماعية واللوجستية والمالية التي يمكن التغلب عليها من خلال توفير خدمات شاملة ومتنوعة بتكلفة منخفضة أو من دون تكلفة ويمكن الوصول إليها في مكان واحد. هذا يحد من الزيارات المتعددة، ومن تكاليف النقل، والوقت والطاقة المستهلكة في الانتقال من مزود إلى آخر. يجب أن تتضمن هذه الخدمات الشاملة خدمات العنف القائم على النوع الاجتماعي للأشخاص الذين لديهم اعتبارات خاصة بالصحة النفسية (والعكس صحيح)، ويجب تكييفها لتناسب الفئات العمرية المتنوعة. لاحظ المشاركون/ات أن خدمات مثل الدعم النفسي الاجتماعي كانت متاحة في كثير من الأحيان للبالغين الأصغر سنًا ومتوسطي العمر، ولكنها لم تكن متاحة دائمًا للأطفال والمراهقين وكبار السن. يجب أن تأخذ البرامج المستقبلية في الاعتبار هذا الأمر وتضمن أن الخدمات متاحة للأشخاص من مختلف الفئات العمرية. بالإضافة إلى ذلك، يجب دعم الناجين الذين يحصلون على هذه الخدمات في الحصول على الرعاية الثانوية ومن طرف ثالث عند الحاجة.

في حال موافقة مستخدم الخدمة، يجب إجراء الإحالات مباشرة إلى مزود الخدمة، من خلال المكالمات الهاتفية أو الزيارات الشخصية، بدلاً من مجرد تقديم معلومات للمستفيد حول الخدمة.

٢. عقد جلسات توعية وحملات حول مختلف أشكال العنف القائم على النوع الاجتماعي، بما في ذلك إلقاء اللوم على الضحايا وزواج الأطفال القسري على مستوى المجتمع ومقدمي/ات الخدمات.

أ. حملات التوعية الشعبية وجلسات إلقاء اللوم على الضحايا

لاحظ/ت المشاركون/ات في مجموعات النقاشات المركزة تأثير إلقاء اللوم على الضحية (إلقاء اللوم على الناجيات من العنف القائم على النوع الاجتماعي لتجاربهن مع العنف والصحة النفسية) على صحتهن النفسية واستمرار المزيد من الوصم. يجب أن يستمر مقدمو/ات الخدمات في عقد جلسات توعية على مستوى المجتمع حول النوع الاجتماعي والأسباب الجذرية للعنف القائم على النوع الاجتماعي، بالإضافة إلى إجراء التدريبات بين مقدمي/ات الخدمات من أجل التخفيف من لوم الضحايا على كلا المستويين. يجب أن تكون التوعية على مستوى المجتمع في متناول الناس من جميع الأجناس والجنسيات والأعمار والمواقع. إحدى الأساليب المستخدمة لذلك هي استخدام خدمات الهاتف المحمول للوصول إلى أكبر عدد من الأشخاص. يجب أن تستهدف تدريبات مقدمي/ات الخدمة جميع الجهات الفاعلة الإنسانية، بدلاً من مجرد الحماية أو الجهات الفاعلة في الخطوط الأمامية للصحة النفسية، من أجل تشجيع المزيد في الوصول إلى خدمات الحماية والصحة النفسية. يجب تضمين الإدارة والبرنامج وموظفي الدعم في هذه التدريبات من أجل إجراء أي تعديلات ضرورية على البرامج وتذكيرهم بأهمية تعميم مراعاة المنظور الجنساني لجميع الموظفين. يجب أن تشمل التدريبات أيضًا الوقاية من الاستغلال والاعتداء الجنسيين والاستجابة لهما. نظرًا للأزمة الاقتصادية الحالية، وزيادة ضعف السكان المضيفين واللاجئين/ات، واحتمال زيادة معدلات العنف القائم على النوع الاجتماعي واعتبارات الصحة النفسية، فإن توعية الموظفين بشأن العنف القائم على النوع الاجتماعي، والحماية من الاستغلال الجنسي والاعتداء الجنسي، والنهج الذي يركز على الناجين أمر ضروري لتوفير خدمات آمنة ويمكن الوصول إليها.

ب. حملات وجلسات التوعية الشعبية حول التأثير الجسدي والنفسي لزواج الأطفال على الفتيات الصغيرات

يجب أن يستمر/تستمر مقدمو/ات خدمات العنف القائم على النوع الاجتماعي في عقد جلسات توعية مجتمعية حول الآثار الجسدية والنفسية لزواج الأطفال القسري على الفتيات الصغيرات، وكيف يمكن أن يكون زواج الأطفال مؤشرا لتجارب العنف في المستقبل. كان زواج الأطفال بالإكراه أحد أكبر عوامل الضيق النفسي بين المشاركين/ات في المسح. وقد ردد المشاركون في مجموعة المناقشات المركزة الذين أشاروا إلى الضغط الهائل والعبء الهائل من زواج الأطفال القسري على العرائس، وعلاقتهن بالشخص الذي تزوجن به وعلى أطفالهن في المستقبل.

يجب أن يتمتع/تتمتع مقدمو/ات الخدمات الذين/اللواتي يقدمون/يقدمن الجلسات بفهم سياقي للفئة التي يتوجهون اليها، ويفضل أن يأتوا من خلفية مماثلة من أجل تعزيز الثقة والتفاهم المتبادل.

٣. الانخراط مع المجتمعات المحلية عند تطوير حملات التوعية وإزالة الوصم عن الصحة العقلية

حيث أنه سبق أن أُقيمت حملات من قبل البرنامج الوطني للصحة النفسية (NMHP) في وزارة الصحة العامة (MoPH) حول الصحة النفسية. يجب أن يتم تنظيم المزيد من الحملات الشعبية أو المجتمعية التي تستخدم المصطلحات المألوفة والسياق (مثل "ضغط" أو "تعب نفسي" وجدت دراستنا أن المصطلحات المستخدمة لوصف الصحة العقلية (أو اعتلال الصحة) تختلف عن المصطلحات السائدة (مثل الاكتئاب، "اكتئاب"). قد يقلل العديد من المشاركين/ات في مجموعات المناقشات

[٧] يرجى الأخذ بعين الاعتبار الى ضرورة الرعاية اللازمة عند وصف الأدوية النفسية، حيث لاحظ بعض المشاركين/ات في مجموعات المناقشات المركزة أن الأطباء النفسيين يسارعون أحيانًا في وصف الأدوية مثل البنزوديازيبينات.

المركزة من تجاربهم مع الصحة النفسية باستخدام مصطلحات أو عبارات ملطفة (مثل "ضغط") لوصف أعراض أكثر حدة (مثل أعراض القلق الشديد). يجب أن تعالج الحملات التي يقوم بها مقدمو الخدمات، بما في ذلك الجهات الفاعلة في المجال الإنساني/المجتمع المدني، والمعاهد الخاصة، والجهات الفاعلة الحكومية هذه القضايا بطريقة تتناسب مع السياق والتشاور مع المجتمعات المحلية بشأن المصطلحات المناسبة.

٤. توظيف وتدريب مقدمي/ات خدمات مؤهلين وحساسين ويمكن الوصول إليهم من أجل خدمات الصحة النفسية وغيرها من الخدمات غير المتعلقة بالعنف القائم على النوع الاجتماعي (مثل المساعدة الأساسية أو النقدية أو الغذاء).

يجب أن يتأكد مقدمو/ات الخدمات والهيئات الحكومية من أن تكلفة خدمات الصحة النفسية منخفضة أو شبه مجانية، وأن يوفروا النقل الآمن ورعاية الأطفال لمستخدمي الخدمة عند الضرورة، وأن يتم توزيعها جغرافيًا لتغطية المناطق الضعيفة والمحرومة. أشار المشاركون في مجموعة النقاشات المركزة إلى وصمة العار الهائلة المتعلقة بالسعي للحصول على خدمات الصحة العقلية ونقص مقدمي الخدمات المؤهلين لدعمهم باعتبارات الصحة العقلية. ذكر أحد قادة المجتمع في البقاع أن المساحات الآمنة غالبًا ما تكون غير متوفرة في المخيمات، وأن مقدمي خدمات الصحة العقلية لا يتخذون تدابير كافية لضمان السرية وراحة أصحاب الحقوق. قد يكون أحد الحلول لمقدمي/ات الخدمة إنشاء خدمة متنقلة بها مساحة مادية آمنة وسرية لتوفير الخدمة.

تكمن مشكلة أخرى وهي أن بعض مقدمي/ات خدمات الطب النفسي قد يسارعون في وصف الأدوية مثل البنزوديازيبينات. يجب مراقبة خدمات الطب النفسي للتأكد من جودتها من قبل خبراء الصحة العقلية والطب النفسي (داخل الهيئات الإنسانية أو الحكومية)، ويجب أن تكون خدمات الطب النفسي مصحوبة بعلاج نفسي عندما يكون ذلك ممكنًا.

٥. تقييم وتحديد سياق أنشطة التمكين الاقتصادي قبل التنفيذ، ومراقبة مستخدمي/ات الخدمة في جميع أنحاء وبعد التنفيذ

بالنظر إلى الطبيعة المتضاربة لتأثير التدابير الحكومية الدولية على تجارب العنف القائم على النوع الاجتماعي، لا ينبغي إجراء أنشطة التمكين الاقتصادي إلا بعد إجراء تقييم شامل للمخاطر المحتملة للعنف القائم على النوع الاجتماعي نتيجة لأدوار الجنسين المعكوسة. أبرزت البحوث السابقة أن النساء اللاتي ينخرطن في الاتفاقات الحكومية الدولية قد يكونن أكثر عرضة للعنف القائم على النوع الاجتماعي بسبب الأدوار الحالية للجنسين، والتي تملي على الرجال أن يدروا الدخل وأن النساء يجب أن ينخرطن في العمل المنزلي غير المأجور. هذه الأدوار المقلوبة للنوع الاجتماعي قد تعرض النساء لخطر أكبر للعنف القائم على النوع الاجتماعي لذلك، يجب أن تقترن أنشطة التمكين الاقتصادي برصد حالات العنف القائم على النوع الاجتماعي أو العاملين في مجال الدعم النفسي والاجتماعي، خاصة للخدمات غير السكنية، أو في حالة استمرار العيش مع الجناة. وتدخلات التمكين الاقتصادي للمرأة التي تجريها جهات فاعلة غير حماية - على سبيل المثال الجهات الفاعلة في مجال العنف القائم على النوع الاجتماعي - يجب أن تدمج اعتبارات الحماية في برامجها وتطلب التوجيه الفني من الجهات الفاعلة في مجال الحماية.

٦. استهداف المجتمعات المضيفة واللاجئين/ات والمهاجرين للتوعية بالعنف القائم على النوع الاجتماعي والصحة النفسية في حال سمح هدف المشروع بذلك، وتعميم مفاهيم التماسك الاجتماعي في جميع الأنشطة من أجل التخفيف من احتمال الانقطاع عن الدراسة أو انخفاض معدل التسجيل من قبل أفراد المجتمع المضيف

إذا سمحت أهداف المشروع، يجب أن تستهدف خدمات العنف القائم على النوع الاجتماعي والصحة النفسية جميع الأشخاص المقيمين في الدولة. وهذا يشمل المجتمعات المضيفة واللاجئين/ات والمهاجرين. تسلط المناقشات الأخيرة بين الشركاء في المجال الإنساني الضوء على العوائق التي تحول دون وصول المجتمع المضيف والمهاجرين (مثل العمال المنزليين المهاجرين) إلى الخدمات، بما في ذلك المعرفة المحدودة بالخدمات، فضلاً عن الاعتقاد بأن هذه الخدمات لا تستهدف ديموغرافياتهم.

٧. التأكد من توفّر خدمات رعاية الأطفال وخاصة عند استهداف النساء

وأشار/ت المشاركون/ات إلى أن رعاية الأطفال كانت عائقًا أمام الوصول إلى الخدمات، لأنهم/ن غالبًا لا يشعرون/يشعرن بالأمان أو غير قادرين/ات على ترك أطفالهم/ن في المنزل. يمكن أن تعمل خدمات رعاية الأطفال في الموقع للأطفال من جميع الأعمار كعامل تسهيل وصول النساء إلى الخدمات.

٨. الانخراط مع المزيد من مقدمي/ات الخدمات السوريين/ات، حيث وجد أصحاب الحقوق السوريون/ات أنه مفيد من حيث الارتباط والشعور بالراحة مع مقدم/ة الخدمة

يعاني اللاجئون/ات من نقاط ضعف محددة، وبالتالي قد يشعرون براحة أكبر في طلب الدعم من مقدمي/ات الخدمات من نفس الخلفية عندما يكون ذلك ممكنًا. يمكن أن يتخذ ذلك شكل إشراك الأعضاء السوريين/ات في المنظمات الإنسانية في التوعية أو الخدمات الأخرى، أو العمل مع مقدمي/ات الخدمات السوريين/ات غير الرسميين الآخرين أو قادة المجتمع لبناء الثقة مع أفراد مجتمع اللاجئين/ات.

أبعاد
abaad

نحنا جدّك، بلّغي عن العنف

WE STAND BY YOU, REPORT VIOLENCE

81788178

www.abaadmena.org

@abaadmena