إعادة بناء الحياة

ضحايا الحرب في الشرق الأوسط
ومنظمة أطباء بلا حدود

فانيا كوفاتشيتش

ترجمة: سيمون سطيفو

تدقيق ومراجعة: بشير الحجي

د. خالد أحمدانه

حقوق الطبع والنشر والتوزيع: منظمة أطباء بلا حدود 2022
جميع الحقوق محفوظة

إلى السير إيان تشالمرز

أهدي هذا العمل إلى الشخص الذي أثر فيّ تأثيراً بليغاً بقيمه ونزاهته. سأبقى ممتنة لك أبداً أيها السير إيان تشالمرز على إلهاماتك المتميزة ومثالك الذي يحتذى به ووقوفك إلى جانب الحق.

جدول المحتويات

قائمة بالأشكال والرسومات 5

شكر 7

مقدمة 9

1 بحث أنثروبولوجي في برنامج أطباء بلا حدود للجراحة التقويمية 24

2 في مستشفى أطباء بلا حدود 35

3 المرضى وتاريخهم 61

4 أفكار وتأملات المرضى بشأن الرعاية في برنامج الجراحة التقويمية 82

5 آراء المرضى حول جودة الحياة 108

6 تأملات ونقاشات حول إعادة تأهيل ضحايا الحرب المدنيين والمرحلة التي تتلو ذلك 129

خاتمة 146

ملحق: تصنيف المشاركين على أساس العمليات الجراحية الرئيسية التي خضعوا لها 148

المراجع 149

الأشكال والرسومات

أعدت سارة إيماني جميع الرسومات حصرياً لهذا الكتاب.

1	اجتماع وضع حجر الأساس لبرنامج الجراحة التقويمية	20
2	خارطة منطقة عمليات برنامج الجراحة التقويمية	22
3	مريض في البيت	30
4	باحثة تنفذ مقابلات	31
5	مدخل مستشفى الجراحة التقويمية	36
6	مريض في غرفة المستشفى وهو جالسٌ على السرير	37
7	فناء المستشفى وفيه ملعب للأطفال	38
8	المستشفى من الداخل	39
9	حافلة أطباء بلا حدود تنقل المرضى بين المستشفى والفندق	40
10	جلسة علاج طبيعي	45
11	في غرفة العمليات	50

شكر

ألهمني في هذه المسيرة عددٌ لا يحصى من الأشخاص الذين شجّعوني وساعدوني كي أرتقي بذاتي. ولا بد أن أشكرهم جميعاً وأعرب لهم عن امتناني الذي لا يقتصر على الأسماء التي أذكرها هنا.

أود أن أعرب أولاً عن عميق امتناني للدكتور جان هيرفي برادول وميكائيل نيومان على إسهامهما في مقدمة هذا الكتاب. فقد أدليا بتعليقاتٍ وآراء بنّاءة على مسودّة الكتاب وقدما لي الحافز كي أُتمّ هذا المشروع، ودعماني في اللحظات العصيبة من هذه الرحلة.

كما أودّ أن أبعث بشكرٍ خاص إلى السيدة ميشيل سترينج على تفانيها في التحرير والخروج بهذا النص الجميل.

أتقدم إلى جميع المشاركين من المرضى وطواقم أطباء بلا حدود بالشكر والامتنان على إلهامكم لي وإطلاعي على قصصكم، وأقدر فيكم حماستكم وثقتكم وترحيبكم بي وكأني واحدةٌ منكم. أفعالكم الجميلة رسمت تفاصيل هذا البحث كما رسمت تفاصيل حياتي.

أتوجه أيضاً بجزيل الشكر إلى المترجمين الذين عملوا معي في الميدان: تانيا إسماعيل وألق نبيل سعدون وخلود كرم. وما صار هذا الكتاب سجلاً بيّناً وأداةً قيّمة للمستقبل إلا بإسهاماتكم التي لا تقدّر بثمن في تسهيل جمع البيانات وجهودكم في إعداد ترجمات ونصوص عالية الجودة.

إلى د. إسراء الجميلي، د. عزيز عبد العزيز، د. عمر عادل عبد الكريم، د. ناظم دريد ناظم، د. حسين عبد الله، عمار عبد الكريم خالد الشمري: أشكركم على دعمكم في التواصل مع المرضى.

شكراً للفريق الجراحي على المعلومات القيّمة التي قدمتموها لي واللحظات العاطفية التي تقاسمناها معاً في غرفة العمليات.

شكراً لك جيل برابانت لإطلاعي على نتائج تحليل بيانات برنامج الجراحة التقويمية.

شكراً لك سارة إيماني على إبداع هذه الرسومات الجميلة.

إنني ممتنة لجميع زملائي وأصدقائي: آنيليز كوري، كارولين سيغوان، مارك شقال، د. رشيد السامرائي، يحيى قليلة، على صراحتهم وانفتاحهم وعلى الحوارات الغنية التي جمعتنا. أقدّر لكم تعاونكم ومبادراتكم. فلولاكم لما حظيت بالأوقات الرائعة التي قضيتها في الأردن والعراق.

إلى صديقاتي العزيزات إيرينا بيرتوكيلي، شيلا راماسوامي، كيارا ليبورا، آنا ألفاريز مينغوتي: لقد أثريتُنّ حياتي بإخلاصكن وحكمتكن وبأسِكن. يبدو أن المسافات لا يسعها أن تفرقنا، فقد كنتنّ إلى جانبي دون قيدٍ ولا شرط.

وما كان تلاقي سبلنا إلا من حسن حظي.

مقدمة

المقصد

هذا الكتاب ثمرة ثلاثة أعوامٍ من التعاون مع أطباء بلا حدود، المنظمة الإنسانية الطبية التي حازت على جائزة نوبل للسلام سنة 1999 وتركز بشكلٍ أساسيّ على إيصال مساعدات الطوارئ والعمل بموجب مبدأ "تخفيف المعاناة الإنسانية".

لم أكن جديدةً على أطباء بلا حدود، فقد انضممت سنة 2010 إلى المنظمة لتنفيذ بحثٍ أنثروبولوجي كان يركز على تأمين الرعاية للمرضى المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية في كينيا (كوفاتشيتش وأموندي، 2011a؛ 2011b). وحين تواصل معي مركز أطباء بلا حدود للفكر والمعرفة في مجال العمل الإنساني CRASH عام 2017 -وهو وحدةٌ داخلية تعنى بالتفكير النقدي في الممارسات الميدانية- أدركت مدى أهمية المشروع المقترح، خاصةً أنني متخصصة في الأنثروبولوجيا الطبية، حيث سأحظى بفرصةٍ لإجراء بحثٍ مستقل يركز على برنامج أطباء بلا حدود للجراحة التقويمية الذي يعنى بضحايا الحرب في الشرق الأوسط.

فسأعمل في تخصصي في ميدان العمل الإنساني وسأنضم إلى مجموعةٍ من الكتاب الذي فحصوا بعين الناقد الممارسات الإنسانية، ومنهم من يشارك في أبحاث تتناول أطباء بلا حدود. وكانت أهمية مثل هذه الدراسة قد نوقشت على صفحات منشورات من قبيل "الأنثروبولوجيا الطبية. أنثروبولوجيا الممارسة" (باتريك بريك وأبراموفيتز، 2015). إلا أن البحث المقترح الذي يركز على برنامج الجراحة التقويمية بدلاً من الانشغال بمضامينه السياسية وبنيته المؤسسية استدعي منّي تصميم آلياتٍ استقصائيةٍ لبحث نسخةٍ مصغرة عن عالمنا والتعمق في تفاصيل العلاقات التي تجمع بين أناسٍ لا يختلفون عني كثيراً... أناسٌ تقاسموا زماناً ومكاناً كان للحرب أثرها عليهما، سواءٌ بشكلٍ مباشر أم غير مباشر. كما كان البحث في هذا العالم المصغر يستدعي التعمق في طبقةٍ تلو الأخرى بحثاً عن معنى أن أكون إنساناً في زمن الحرب. تلك كانت فرصةً استثنائيةً كي أكتشف عالمين: عالم ضحايا الحرب وعالم العاملين الإنسانيين. لم أتردّد في قبول التحدي والخروج بدراسةٍ أضعها بين يديكم هنا وتتفرد بين الدراسات الأنثروبولوجية النقدية التي تتناول المساعدات الإنسانية.

يختلف هذا العمل في عددٍ من النواحي عن الدراسات الإثنوغرافية النقدية الموجودة التي تبحث في عالم المساعدات الإنسانية. فعملي يركز بشكلٍ أساسيّ على العلاقات والتوترات والمفاوضات بين المرضى وبيئتهم الاجتماعية بما فيها البيئة الطبية، بدلاً من نقد المؤسسات والأنظمة وعلاقات القوة والسلطة. كما أنني لم أنظر بعين النقد تماماً، خلافاً للمؤلفين الذي بحثوا في الاقتصاد السياسي والعنف الهيكلي والعمل الإنساني النقدي (موس، 2004؛ موس وكروكنبيرغ، 2017؛ فارمر، 2011؛ 2006؛ فوكس، 2014؛ ريدفيلد، 2013). فقد حافظت على دور المراقب المنفتح على هذا التفسير وذاك. وصيغ الكتاب بأسلوبٍ سرديّ غنيّ بأصوات المشاركين الذي يصفون بكلماتهم وعباراتهم عالماً فريداً من نوعه.

بالمقارنة مع أولئك الذين يكتبون عن أنثروبولوجيا الحروب من زاوية نظرية، فهذا الكتاب يعبّر عن "التجريبيين" (ماكاتشيون، 2006، شرودر وشميت، 2001). إذ يرى هؤلاء المنظِّرون عنف الحرب كشيء يترك

أثراً جذرياً على الحياة ويقال أنه تأثيرٌ لا يفهمه إلا من عاش الحرب. ولم أتخذ في هذا الكتاب موقفاً نظرياً، كما أن عدسة الأنثروبولوجيا الفريدة التي نظرت من خلالها ورأيت العنف بكل أنماطه الجسدية والاقتصادية والنفسية والاجتماعية والرمزية أكّدت لي توافق هذه الأنماط مع المنظور التجريبي. ذلك كان إطار العمل الذي اعتمدت عليه في بَلوَرَة نموذجي البحثي كما كان دليلي في صياغة كتابي الذي تحملونه بين أيديكم.

يُوثّق هذا العملُ الواقعَ اليومي الذي يعيشه المرضى في المستشفى وبعد عودتهم إلى أوطانهم وبيوتهم. بحثت أيضاً في تجارب أولئك الذين قدموا لهم الرعاية ووثقتها. فقد كان الهدف العام للدراسة يتلخّص في إثراء المعارف التي قد تضع حجر الأساس لمقاربةٍ أكثر شمولاً إزاء إعادة التأهيل... مقاربةٌ من شأنها أن تتأقلم بما يتناسب مع احتياجاتِ المرضى على المدى الطويل. أردت أن أبتكر طريقة جديدة ننظر بها إلى المرضى من خلال وصف حياتهم اليومية خلال مرحلة إعادة التأهيل وبعدها، واحترامهم في الواقع الذي يعيشونه، وإشراكهم في رعايتهم وإعادة بناء حياتهم.

ومن هذا المنطلق، لم يقتصر تركيزي على جانب توفير وتقديم الرعاية الطبية. فالكتاب يصف ضحايا حرب سوريين وعراقيين، ورحلتهم التي بدأت بإصابة تلاها علاجٌ طبّيٌّ مرتجل في مواطنهم، ثم مجيئهم إلى مستشفى أطباء بلا حدود في العاصمة الأردنية عمّان، إلى أن تنتهي هذه الرحلة بعودتهم إلى بيوتهم. رحلةٌ يسعون خلال محطاتها الكثيرة إلى لملمة شظايا حياتهم السابقة واقتناص عناصرَ جديدةٍ من تجاربهم في العلاج والسفر، فيُكَوّنوا في نهاية المطاف واقعاً جديداً أعيد بناؤه. بحثت أيضاً في تفاعل طواقم أطباء بلا حدود والمرضى وكيف أسهم هذا التفاعل في مهمة العلاج والتعافي الشاقة التي تنتظر ضحايا الحرب هؤلاء. يزور القارئ في هذا الكتاب المساحات الخاصّة التي لا يمكن عادةً للمشاهد دخولها، وأقصد بذلك مستشفى أطباء بلا حدود من الداخل وبيوت المرضى من الداخل. وكلاهما فضاءان يزخران بتفاصيل التواصل الإنساني وبتصوراتٍ وعواطفَ وصراعات وتصالحات. كفاح الفرد للتغلب على ردود الفعل الغريزية الناتجة عن رؤية الأجساد الجريحة، والحاجة إلى اتباع الأعراف الاجتماعية والمؤسسية، والسيطرة على المعضلات الأخلاقية... كل هذا له أثرٌ ملموس على المريض والعامل الطبي على حد سواء.

يخرج كتاب إعادة بناء الحياة عن المألوف مرة أخرى. وليذكّرنا بالعواقب الوخيمة التي تلقي بها الحرب على كاهل الأفراد والمجتمعات، كان "أبطاله" أشخاصاً مصابين بجراح دائمة، والذين هم غالباً الناجون الصامتون من الحرب. أحد هؤلاء اسمه إسماعيل وسنتعرف على قصته بعد قليل. كتاب إعادة بناء الحياة يمنح إسماعيل صوتاً ويكشف عن الرابط بين قدرة المرء على الصمود ومصلحته الذاتية وبقائه على قيد الحياة. فيعرض منظور المريض وهو يستوعب مراحل إعادة تأهيله وما يتلوها. يقدّم هذا الكتاب فهماً يتجاوز الناحية الطبية لإعادة التأهيل ويتعمق في تفاصيل ومكونات عملية إعادة تأهيل الفرد ووجوده بكل مكنوناته العاطفية والرمزية والروحية والاجتماعية.

يقدم برنامج الجراحة التقويمية الذي تديره أطباء بلا حدود، ومنذ أكثر من عقدٍ من الزمن، الرعاية لضحايا الحرب المَنسيّين، وهذا الكتاب يصوّر جزءاً من تجارب هؤلاء المرضى. كما يبحث في السياق السياسي والتنظيمي الذي دفع بالمنظمة إلى افتتاح المشروع في عمّان. ويشرح الفصل الأول من الكتاب بالتفصيل الأبحاث الأنثروبولوجية التي نتجت عن وجودي في البرنامج منذ أبريل/نيسان 2017 حتى

ديسمبر/كانون الأول 2018. ثم نتعرف في الفصل الثاني على العلاقات بين المرضى وطاقم المستشفى ومنظور أفراد الطاقم تجاه المرضى. أما الفصل الثالث فيركّز على المرضى وتاريخهم الشخصي والطبي قبل دخولهم المشروع، في حين يكشف الفصل الرابع عن رؤية المرضى للبرنامج. يعرض الفصل الخامس وصف المرضى لحياتهم بعد عودتهم إلى ديارهم، إلى جانب أفكارهم وتأملاتهم بشأن التأثير الذي طبعه المشروع فيهم. وأختم في الفصل السادس بوصفٍ تأملي للبحث ونقاشٍ يتناول مجالات الدعم الأوسع التي يحتاج إليها المرضى كي يصيروا جزءاً فاعلاً في المجتمع.

إسماعيل... واحدٌ من جرحى حربٍ كُثُر

السادس من أبريل/نيسان 2012. اجتاح نحو 20 ألف جنديٍّ الحيّ الذي يقع على مقربةٍ من بيت إسماعيل. بدأت قذائف الهاون تتساقط. كان إسماعيل في المنزل برفقة عددٍ من الرجال كانوا قد حاولوا إنقاذ بعض الجرحى من تحت أنقاض البيوت المنهارة. أصاب انفجارٌ المنزل في ساعةٍ مبكّرة من عصر ذلك اليوم، وكان إسماعيل أحد الذين أصيبوا بالشظايا، حيث أصيب في رجله. وفي خضمّ الذعر الذي كان يَلُفُّ المكان، داس جريح آخر عن غير قصد على فخذ إسماعيل فكسر عظم الفخذ كسراً تاماً. وقتها صارت رجله مخلوعة وكانت تتدلى كرِجل الدمية.

أجلاه أصدقاؤُهُ حاملين إيّاهُ على بابٍ استخدموه وكأنه نقّالةٌ طبية. كان الشارع يرزح تحت نيران القنّاصة وقذائف الهاون المتساقطة. وفي المنطقة المحيطة، كان الناس قد أحدثوا فتحاتٍ في الجدران كي يتسنى لهم التنقل من بيتٍ إلى بيت بأمان. نجح إسماعيل ومنقذوه في ركوب سيارة وكادت قذيفة دبابة أن تودي بحياتهم. وصلوا إلى نقطة الإسعافات الأولية المحتمية في إحدى المدارس. هناك كانت الأسرَّة قد حلت محلّ المقاعد الدراسية. لكن الإمدادات الطبية الأساسية كانت مفقودة، وكان العاملون يستخدمون قطعاً قماشية بدل الضمادات.

أدخل إسماعيل بُعَيد ذلك إلى مستشفى ميداني آخر حيث حصل على الرعاية على يد ميكانيكي سيارات دفعته مرارة الحرب إلى العمل مُمّرضاً. أخيط جرحه رغم أنه كان لا يزال مليئاً بالأوساخ، مما أسهم في التهابه. كان الجميع على علمٍ بأرجحية هذه النتيجة، لكن لم يكن في وسع أيٍّ منهم الحؤول دون حدوث التهاباتٍ خطيرة في ظل تلك الظروف.

قام أقارب إسماعيل بنقله في اليوم التالي إلى مستشفى حكومي في حمص، في مكانٍ بعيدٍ عن حيّه. كانت الطريق خطيرة للغاية، واضطرت السيارة إلى التحرك في خطوط متعرجة تجنباً للنيران. كانت جثث القتلى مستلقية في الشوارع. وقيل عن تلك الرحلة "أن من ينجو منها تكون أمه قد دعت له". كان السائق وجميع الركاب قد خفضوا رؤوسهم طيلة الطريق تجنّباً للرصاص. وكان إسماعيل مُخبّأً تحت قطعة قماشٍ مشمع على ظهر شاحنة (بيك أب) من طراز سكودا.

أدى مرور الشاحنة فوق مطبٍّ إلى تحوّل كسر إسماعيل. ولم يستطيعوا إعادة مطابقة جزئي العظم إلا بعد ساعة من المحاولات. على الطريق، نُقل إسماعيل إلى سيارة إسعافٍ تابعةٍ للهلال الأحمر. فقد إسماعيل وعيه قبل وصوله إلى المستشفى، ولم يستعده إلى حين أخرجوه من سيارة الإسعاف. أخبرهم أحد الممرضين

بأن ضابط مخابراتٍ كان يتعقبهم. لكن جنود النظام لم يوقفوا سيارة الإسعاف التي كانت تقلهم لحسن حظهم. كانوا قد صاروا رجالاً مطلوبين لمجرد أنهم جرحى، وكان عليهم مغادرة المستشفى في أقل من ساعة خوفاً من الاعتقال. خضع إسماعيل للتصوير الشعاعي ثم نقلوه إلى غرفة العمليات، حيث خضع لتخديرٍ موضعيٍ ناحيّ وقام الجراح بإدخال جهاز تثبيتٍ خارجيٍّ مكونٍ من مجموعة من القطع المعدنية داخل العظم كي يحافظ على تطابق جُزأي عظم الفخذ المكسور.

غادر إسماعيل مدينته حمص طلباً للعلاج في أحد مستشفيات ريف دمشق معتقداً أنه سيكون في مأمنٍ أكبر هناك. لكنهم وضعوه عند وصوله في مدرسة كانت قد حُوّلَت إلى مركزٍ للرعاية. كان الطبيب مصاباً هو الآخر وقد حلّ محلّه عامل كهرباء كان يؤدي مهام التمريض. لكن رغم هذا أحسّ إسماعيل أن الممرض أدى عملاً أفضل مما أداه طاقم المستشفى الحاصل على التدريب. كانت جراحه ملتهبةً بشدة آنذاك، وكانت القُطَب مفتوحةً وتنزّ قيحاً. بدأت عملية تنظيف الجروح واستئصال الأنسجة الميتة. ثم تلقى أخيراً حقنةً وريديةً مضادة للالتهاب. مكث إسماعيل في المستشفى الواقع في ريف دمشق مدة ستة أشهر.

تعرضت المنطقة في وقت لاحقٍ للقصف. وكانت الدبابات تطلق نيرانها بعنفٍ لم يعهد له إسماعيل مثيلاً. أصيب المستشفى، وقامت فرق الدفاع المدني بإجلاء إسماعيل الذي وجد نفسه في الشارع وقد اتكأ على مشّايته كي يهرب. واضطر أثناء فراره إلى الزحف مسافة كيلومترين كي ينجو بنفسه، مما أدى إلى تفتُّح جراحه. كانت قوات النظام قد أقفلت جميع الطرق ولم يستطع العودة إلى المستشفى.

فقرر المكوث في مكانٍ تسيطر عليه قوات النظام، لكن كان عليه الاختباء في حفرٍ أو تحت أدراج الأبنية والعيش في خوفٍ دائمٍ من قصف الصواريخ. ثم أسعفه الحظ فالتقى بأشخاصٍ يحملون تصاريح أمنية تُمكّنهم من أخذه إلى الطبيب. لم يكن قادراً على الاتكاء على طرفه المصاب. كان الطبيب مُسنّاً وكان قد سبق له وأن عمل في غزة (فلسطين). نصحه هذا الطبيب بأن يستغني عن المشاية ويبدأ باستخدام عكاز بدلاً منها، وقد أسهم هذا في استعادة قدرته على المشي.

قرر إسماعيل آنذاك مغادرة سوريا. واستغرق وصوله إلى الأردن شهراً ونصف. على الطريق إلى الأردن، أطلق جنود النظام النيران عليه وعلى من كان برفقته فأصابوا وقتلوا اثنين ممّن معه. لكن لم تكن تلك خاتمة المصائب. فحين وصلوا إلى الحدود رحّب بهم حرس الحدود الأردني، لكنهم لم يكونوا ليسمحوا لرجلٍ بدخول البلاد وحده دون أقربائه. كانت هناك عائلات سورية بأكملها على الحدود حين وصل إسماعيل وحاولوا دخول الأردن وليس في حوزتهم الوثائق المطلوبة، وقد عانت تلك العائلات المصير ذاته ولم يسمحوا لهم بالدخول. وحين أُجبروا على العودة بدأ حرس الحدود السوري بإطلاق النار فقُتلت خمس عائلات. وساعد إسماعيل على دفن الموتى في ذلك المكان. ثم التجأ الناجون إلى مسجدٍ قضى فيه إسماعيل كما قال واحدةً من أسوأ ليالي حياته.

نجح إسماعيل أخيراً في دخول مخيم الزعتري للاجئين في الأردن. وهناك قضى أول أسبوعين غير قادرٍ على الحصول على العلاج نظراً لطوابير الانتظار الطويلة. خرج إسماعيل من المخيم كي يعمل خبازاً في الأردن وبالتالي كان عليه أن يقف على قدميه مدة اثنتي عشرة ساعةً كل يوم. كان ألمه شديداً فانهار في أحد الأيام. تفتّح جرحه مرة أخرى وعاد الالتهاب. أخبره بعض الأصدقاء عن مستشفى في عمّان يعمل فيه فريقٌ تابع

لمنظمة أطباء بلا حدود. قال إسماعيل أن معاناته هدأت حين دخل مستشفى أطباء بلا حدود الذي بدأ فيه علاجه الحاسم.

الرعاية الجراحية لضحايا الحرب المنسيين

لا تختلف قصة إسماعيل كثيراً عن قصص مئات آلاف المدنيين في نزاعات الشرق الأوسط المعاصرة. ربما لم يشارك قطّ هؤلاء المدنيون في المعارك،[1] غير أنهم تعرضوا للقصف والملاحقة والتعذيب والإعدام. وصحيحٌ أنهم نجوا من الحرب، غير أن عنف الحرب ترك أثره فيهم جسدياً ونفسياً. لكن المجتمعات التي يعيشون فيها لا تعتبرهم من معاقي حرب، فهذا اللقب ينحصر في قدامى المحاربين الجرحى الذين يستطيعون الحصول على رعايةٍ طبيةٍ تخصّصية وبعضٍ من الدعم الاجتماعي والاقتصادي، في تعبيرٍ عن اعتراف المجتمع بتضحياتهم السامية باسم بلدانهم/مجموعاتهم السياسية (بلانك وسونغ، 2002). أما جرحى الحرب المدنيون، فيقاسون المصاعب التي يقاسيها قدامى المحاربين المعاقين لكنهم منسيون من أية مساعدات. لا أحد يلاحظ وجودهم ويشكلون جزءاً مُهملاً من المجتمع.

تُخلّف الحرب خسائر لا يمكن إنكارها على حياة المدنيين الذين بلغت وفياتهم في نزاعات الشرق الأوسط الراهنة مئات الآلاف. فالموقع الإلكتروني لضحايا حرب العراق[2] الذي يعد أكبر قاعدة بيانات عامة في العالم لوفيات المدنيين بسبب حوادث العنف، قد سجل بحسب تقديراته وفاة أكثر من 205,000 شخصٍ منذ العام 2003، علماً أن شهري يناير/كانون الثاني وفبراير/شباط 2019 وحدهما شهدا وقوع أكثر من 500 وفاةٍ في العراق يومياً (موقع ضحايا حرب العراق، لا يوجد تاريخ).

كذلك فإن عدد قتلى الحرب في سوريا كبيرٌ بالقدر ذاته. وكان المرصد السوري لحقوق الإنسان قد أبلغ في ديسمبر/كانون الأول 2018 عن 111,330 قتيل مدني (المرصد السوري لحقوق الإنسان، 2018) بينهم 20,819 طفلاً دون سن الثامنة عشرة و13,084 امرأة فوق سن الثامنة عشرة. أما التقارير في اليمن فمتقطعة وغير منتظمة وتشير الأرقام الصادرة غالباً عن السياسيين ووسائل الإعلام إلى وقوع أكثر من 10,000 وفاة،[3] علماً أنها تقديراتٌ ناقصة إلى حدٍّ كبير. يشار إلى أن جميع تلك الإحصائيات تقديرية، إذ يغلب ألا تحصي سجلات ضحايا الحرب القتلى والجرحى ما لم يكونوا في عداد الجيش (المرصد السوري لحقوق الإنسان، 2018؛ موقع ضحايا حرب العراق، لا يوجد تاريخ؛ مشروع بيانات مواقع ووقائع النزاعات المسلحة ACLED، 2019).

ولا يسعني سوى أن أفترض بأن عدد الضحايا الذين شوّهتهم الإصابات المرتبطة بالحرب أعظم بكثير. فغياب سجلات دقيقة يمثل مشكلة حقيقية، حتى بالنسبة للأفراد العسكريين الجرحى الذين لا تكون أعدادهم دقيقة. فحين ننظر إلى تصنيفات من قبيل "توفي متأثراً بجراحه" أو "نجا وأجلي" أو "تعرض لإصابات طفيفة" (وعاد إلى الخدمة) نجد أنها لا تشمل الجرحى الذين أصيبوا في حوادث ولا أولئك الذين تعرضوا لإصاباتٍ أقلّ شدةً ولم يتلقوا العلاج في أحد المرافق الطبية (بيلامي، 1995). وخلاصة القول أن إحصاءات ضحايا الحرب تقتصر في كثيرٍ من الأحيان على أولئك الذين فارقوا الحياة. ولا وجود لإحصاءات بأعداد الناجين الذين يعانون من أضرار دائمة، جسديةً كانت أم نفسية أم اجتماعية.

في مجال العمل الإنساني، تعتبر الحروب المصدر الأول للمعاناة الإنسانية، وما برحت جراحة الحرب تشكل جزءاً لا يتجزأ من العمل الإنساني (جيانو وآخرون، 2013). يُطلَق أحياناً على أزمنة الحروب مصطلح وباءُ الإصابات نظراً للزيادة الحادة في حالات الإصابات الجماعية مقارنةً بأزمنة السلم. غير أن رعاية جرحى الحرب الذين يعانون من تلفٍ وتلوّثٍ واسع في الأنسجة تختلف اختلافاً كلياً عن رعاية الإصابات البليغة الروتينية (جيانو وآخرون، 2013). وهذا ليس بالأمر المفاجئ خاصةً وأن ثمة سباقاً مستمراً بين الأسلحة الحديثة المتطورة التي ينحصر هدفها في تدمير جسد الإنسان بكفاءة عالية من جهة والتطورات في المجال الجراحة الضرورية لتدبير الإصابات التي تزداد في شدتها أكثر فأكثر من جهةٍ أخرى.

وقد أسهمت الجراحة الحربية في واقع الأمر في تطوير ممارسات الجراحة ومعارفها منذ بداية الحروب البشرية (برويت، 2006)، علماً أن علاج مقاتلي الجيوش غالباً ما يتم في المستشفيات العسكرية الواقعة على مقربةٍ من ساحات القتال (غاواندي، 2004؛ برويت، 2006؛ بوتروسكوفيل، 2006). في حين أن المدنيين وغير المقاتلين وكذلك المقاتلين الذين لم يعودوا يشاركون في الأعمال القتالية قد يتلقون الرعاية الجراحية في مرافق طبية محلية مرتجلة الصنع أو في مرافق طبية تابعة لمنظمات على غرار اللجنة الدولية للصليب الأحمر أو شركائها أو الحركة الدولية للصليب الأحمر والهلال الأحمر (جيانو وآخرون، 2013) أو في مرافق تابعة لمنظمات مثل أطباء بلا حدود (تريل وآخرون، 2015).

بالنظر إلى ضحايا الإصابات البليغة في الحروب، نجد أن الدراسات الطبية تؤكّد على وجوب تقديم الإسعافات الأولية التي من شأنها إنقاذ حياة الناس في غضون الساعة الأولى من التعرض للإصابة وإلا فإن فرص بقاء أصحاب الجراح الحرجة على قيد الحياة تنخفض أكثر فأكثر (بيلامي، 1995). كما أن مكان الإصابة لا يقلّ أهميةً عن الزمن اللازم لتأمين رعاية الطوارئ في تحديد فرص البقاء على قيد الحياة، علماً أن أكثر الإصابات فتكاً تكون في الرأس والصدر. في حين أن الإصابات غير القاتلة التي تشيع عند من نجا من مرحلة النقل إلى المرفق الطبي، فيغلب أن تكون في الأطراف وتحديداً السفلية منها. كذلك، غالباً ما نرى الجروح السطحية التي تصيب الجلد والجهاز العظمي العضلي في مجموعة الإصابات غير القاتلة (تشامبيون وآخرون، 2003).[4] وتعد الخصائص التي تتسم بها الأسلحة الحديثة مسؤولةً عن هذا التوزع في الإصابات، حيث تكون معظم الإصابات نافذةً وتنجمُ عن شظايا المتفجرات كالقذائف والقنابل. وقد باتت الإصابات الناجمة عن الحروق والانفجارات والأعيرة النارية اليوم أقل شيوعاً بكثير مما كانت عليه بحسب البيانات التاريخية التي تعود إلى حروب الزمن الماضي، علماً أن أسباب إصابات المدنيين لا تختلف. وبينت سجلات مستشفى اللجنة الدولية للصليب الأحمر في كابُل بأن النسبة الأكبر للإصابات بين المدنيين الذين استقبلهم كانت تعود للشظايا والألغام (كوبلاند وسامنيغارد، 1999).

قد تتشابه أسباب الإصابات، بيد أن شدّة جراح المقاتلين والمدنيين وما يتبعها من الرعاية الجراحية تختلف. وشهد مركز إدارة الطوارئ في أربيل الذي استقبل جرحى معركة الموصل في العراق خلال عامي 2016 و2017 دراسةً تحليليةً ركّزت على الانتشار الوبائي للإصابات المرتبطة بالحروب بين المرضى (نيرلاندر وآخرون، 2019)، وبيّنت أن 46 بالمئة من أصل 1,725 مريضاً شملتهم الدراسة كانوا مدنيين. كما كان احتمال إصابة المرضى المدنيين بجروح في البطن أكبر بمرتين من المقاتلين، في حين كان احتمال خضوع المدنيين لعمليات بتر الأطراف أكبر بستة مرات من المقاتلين. كذلك نوّه مُعِدّو الدراسة إلى أن إصابات المدنيين وقعت نتيجةً

لضعف وسائل الوقاية من الانفجارات وأن حاجتهم إلى الرعاية الجراحية كانت أشد من حاجة المقاتلين إليها.

تنطوي جراحة الحروب على خدمات رعاية طوارئ في معظمها، معتمدةً في أغلب الأحيان على موارد محدودة في ظروفٍ يعمّها الارتجال. كما أن تأمينها يواجه تحدياتٍ هائلة، بدءاً بمشكلة القرب من ساحات القتال، ومروراً بإرهاق الطواقم واكتظاظ المستشفيات وانقطاع الكهرباء والمواد والإمدادات الطبية، وانتهاءً بصعوبة التنبؤ بالأحداث. كذلك فإن حالات الإصابات الجماعية في مناطق الحروب أكبر بكثير من مثيلاتها في حالات السلم، وتختلف عنها اختلافاً جذرياً. فاللجنة الدولية للصليب الأحمر تعتمد في فرز المرضى عند الحروب تصنيف "يترك كي يموت بكرامة"، وهي فئةٌ لا وجود لها في حالات الطوارئ العادية (جيانو وآخرون، 2013). وغالباً ما تُعتمَد بروتوكولات فرز المرضى في سبيل "إنقاذ حياة وأطراف أكبر عددٍ ممكنٍ من الناس بأقلّ ما يمكن من الوقت والموارد" (جيانو وآخرون، 2013: 10). وتؤدي الجروح الشديدة والرعاية التي تكون دون المستوى المطلوب إلى إعاقات حرب تلازم الناجين منها طيلة حياتهم. غير أن ثمة تقنياتٍ متطورةً من شأنها التخفيف بل وربما القضاء على آثار الإعاقة، لكنها تقنياتٌ لا يمكن تطبيقها في الظروف الميدانية، علماً أن هذه التقنيات التي تشمل تقنيات الجراحة التقويمية لا يمكن تنفيذها عادةً إلا في مستشفيات الإحالة في وقت لاحق.

بيد أن النزاعات التي امتدت على سنين طويلة في العراق وسوريا واليمن أدت إلى ندرة هذه المستشفيات أو حتى غيابها عن الوجود، كما أن ما تبقى منها قد يفتقر إلى المعدات الجراحية والطواقم المتخصصة. وهناك لا تقتصر معاناة المرضى الذين خضعوا لعمليات جراحية في ظروف عشوائية على الآثار الجانبية التي تخلفها الجراحات الميدانية، بل يتعين عليهم في أغلب الأحيان أن يتعافوا جسدياً وعاطفياً واجتماعياً دون أي دعم. يخضع المحاربون القدماء لخدمات إعادة التأهيل في بلدانهم، علماً أنها لا تحقق دائماً نتائج مُرضية رغم التقدم التكنولوجي الذي يشهده العالم (ميسينغر، 2009)، كما أنها لا تتوفر ببساطة لجرحى الحرب المدنيين. وهنا تعتبر أطباء بلا حدود واحدةً من منظماتٍ قليلةٍ تقدم الرعاية الجراحية التخصصية وتعيد تأهيل الناجين من حروب الشرق الأوسط. برنامج الجراحة التقويمية الذي انطلق قبل أكثر من عشرة أعوام يقع في مستشفى تخصّصي في العاصمة الأردنية عمّان اسمه مستشفى المواساة.

لكن قبل أن نتعمّق في تفاصيل البرنامج دعونا نتعرّف على الأسباب التي دفعت بمنظمة أطباء بلا حدود إلى التركيز على الجراحة المتعلقة بإصابات الحروب.

نبذة تاريخية عن أنشطة أطباء بلا حدود الجراحية

تمارس فرق أطباء بلا حدود تخصص الطب الجراحي منذ نشأتها سنة 1971. غير أن أيامها الأولى اتّسمت بنقص الموارد والخبرات، لذا فقد كانت تسهم في تأمين الرعاية الجراحية بإرسال جراحين إلى وكالات إغاثة أو منظمات رعاية صحية عامة أخرى مثل وزارات الصحة والمؤسسات الدينية والمنظمات غير الحكومية من قبيل منظمة (فرير دي هوم) والمفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين (ريغال وديكسميراس، 2011).

غير أن منظمة أطباء بلا حدود سعت في سبعينيات القرن الماضي إلى تحقيق طموحاتها في تنفيذ الأنشطة الجراحية بنفسها في لبنان (1976) وتشاد (1979) (برادول، 2011). لكن سرعان ما بدأت الفرق الميدانية بالتشكيك في قيمة الجراحين الإنسانيين الذين يُرسلون من الخارج للعمل في سياقات الطوارئ. فقد كانت الطواقم الميدانية المعنية بتنظيم عمليات الاستجابة للكوارث الطبيعية كالزلازل والفيضانات والأعاصير تواجه في أغلب الأحيان قيوداً تمنعها من الوصول إلى المناطق المتضررة، وتحديداً في مرحلة الطوارئ الأولية. ومن ثمَّ أدى تأخر وصولها إلى تلك المواقع إلى الحدّ بشكلٍ هائلٍ من إمكانية الحؤول دون وقوع الوفيات اعتماداً على التدخل الجراحي (براومان وفيدال، 2011).

وقد كانت هناك استثناءات، فقد أدى زلزال باكستان (2005) وآخر ضرب هايتي (2010) إلى إصابة الكثير من الناس جراء تساقط الكتل الخرسانية أو الأحجار الكبيرة نظراً لطبيعة الأبنية المحلية. فحتى بعد انتهاء مرحلة الطوارئ الحادة كان هناك عددٌ كبيرٌ من الجرحى الذين نجوا وكانوا بحاجةٍ إلى عمليات جراحية عظمية على المدى الطويل، وقد استجابت المنظمة إلى تلك الاحتياجات.

لكنها سرعان ما أدركت أن استغلال مواردها في المساعدات الجراحية للاجئين أكثرُ كفاءة من استغلالها في الاستجابة للكوارث الطبيعية. وقدمت فرق المنظمة في منتصف الثمانينيات الرعاية الجراحية للاجئين في السودان وزائير وأوغندا.

غير أن زيادة أنشطة الجراحة جعل من أطباء بلا حدود عرضةً للانتقادات الداخلية والخارجية نظراً لضعف جودة الرعاية التي كانت تقدمها طواقمها. وصبّت تلك الانتقادات تركيزها على سرعة وتيرة تبديل الجراحين الدوليين وغياب معايير البروتوكولات الجراحية وعدم كفاءة آلية إحالة أو إيجاد المرضى، فما كان من أطباء بلا حدود إلا أن حاولت دعم قدراتها الجراحية، فأخضعت عدداً من الأطباء العامين الأجانب العاملين معها إلى تدريبات جراحية بدأت أولها سنة 1984 خلال المهمات الميدانية في أوغندا والسودان ثم كررت التجربة لاحقاً في زامبيا. لم يكن مفهوم الطبيب-الجراح غريباً على البلدان التي كانت المنظمة تعمل فيها كالسودان وكولومبيا، خاصةً وأن الإجراءات الجراحية البسيطة في تلك الأماكن كانت تؤدى من قبل غير المختصين كالأطباء العامين.

كانت الاحتياجات الجراحية في بعثات أطباء بلا حدود الميدانية تزداد، وبازديادها كانت المنظمة تزيد من عدد أفراد طاقمها الميداني المدربين ولكنهم لم يكونوا متخصصين في الجراحة تخصصاً رسمياً. كذلك، فقد كان الأطباء الأجانب القادمين من "البلدان الغنية" مرادفاً للاستعمار، وكانت ضآلة مؤهلاتهم تُحرِج المنظمة، الأمر الذي أشعل شرارة نقاشاتٍ بدأت داخل المنظمة بشأن إخضاع الأطباء العامين في البلدان التي تعمل فيها لتدريباتٍ جراحية. وانطلاقاً من هذا المبدأ كرّست أطباء بلا حدود ستة أعوام لإنشاء كلية ممرضي التخدير في بنوم بنه في كمبوديا (التي افتتحت أبوابها سنة 1991 بالتعاون بين أطباء بلا حدود ووزارة الصحة وجامعتي باريس الشمالية وبوردو الفرنسيتين)، كما افتتحت مشروعاً للتدريب الجراحي مخصصاً للأطباء الإثيوبيين في ولديا (1993).

لكن المنظمة لم تتوقف عن توفير الرعاية الجراحية لجرحى الحرب بالتوازي مع تلك المحاولات الرامية إلى تحسين مهارات الطواقم الجراحية. وكانت أطباء بلا حدود تحذو حذو اللجنة الدولية للصليب الأحمر حيث كانت ترسل فرقها إلى المناطق الحدودية للبلدان التي تعاني الحروب كي تستقطب الجرحى من مناطق النزاع.

فقد كان جرحى جبهة تحرير شعب تيغراي على سبيل المثال يُنقَلون سنة 1983 من إثيوبيا إلى السودان، حيث كانت فرق أطباء بلا حدود تعالجهم، علماً أن معظم الحالات التي كانت تستقبلها كانت كسوراً مفتوحةً في الأطراف، مما شجع النقاشات بشأن أفضل السبل لعلاجها. وقد قدم ما جرى للمنظمة فرصةً كي تخطو إلى الأمام باتجاه توحيد معايير الرعاية، حيث أدخلت على سبيل المثال أجهزة التثبيت الخارجية في علاج تلك الإصابات والتي باتت من المعايير المعتمدة منذ ذلك الحين.

لكن فرصة تعزيز الممارسات الجراحيّة الميدانية برزت في ظل الحرب الأهلية في سريلانكا. إذ كانت المنظمة قد افتتحت بحلول عام 1986 أربعة برامج جراحية لتعويض نقص الجراحين المحليين الذين كانوا قد فرّوا من البلاد خاصةً مَن كان منهم مِن أبناء الشعب التاميلي. فقد كان يصل عشرات الجراحين الأجانب سنوياً إلى سريلانكا لتقديم الرعاية لجرحى الحرب بين مجموعةٍ سكانيةٍ يبلغ تعدادها مليون شخص. وكانت المنظمة تكتسب خبراتٍ واسعةً من إدارة الأنشطة الجراحية إلى حين توقيع اتفاق السلام سنة 2000. خلق نطاق البرامج الجراحية والفترات التي امتدت عليها إطارَعملٍ خصباً لتحقيق قفزات كبرى على صعيد طبّ التخدير وإدارة غرف العمليات. بعدئذٍ بات كلُّ جراحٍ يُرسَل إلى الميدان يرافقه بشكلٍ ممنهجٍ أخصائيُّ تخدير (طبيب أو ممرض) وممرض متخصص في غرف العمليات.

بدأت منظمة أطباء بلا حدود أيضاً بالاقتراب أكثر من خطوط القتال وبالأخص في المناطق الحضرية. ومن الأمثلة على ذلك بعثاتها في الصومال (1991) والبوسنة (1992) ورواندا (1994). وقد أدى تعامل الطواقم مع مرضى يعانون من إصابات حديثة إلى إحداث ثورةٍ في ممارسات الجراحة الميدانية التي تتبعها المنظمة التي بدأت بإدخال إجراءاتٍ معقدةٍ كالجراحات البطنية والعظمية والوعائية التي كانت في العادة حكراً على الجراحين الأخصائيين.

كذلك حدث تقدمٌ على صعيد روابط الإمداد اللوجستية التي سمحت بتعزيز الاستجابة في السياقات الجراحية. فأثناء إبادة التوتسي الجماعية للتوتسي في رواندا سنة 1994 على سبيل المثال، وزعت المنظمة 300 صندوق تضمنت مواد طبية تكفي لإجراء 300 عملية جراحية. كانت تلك الصناديق من تصميم جاك بينيل الذي أعدها سنة 1990، وكانت صغيرة الحجم بحيث يسهل نقلها، مما مكّن من تحميلها في الميدان في شاحنتين صغيرتين (بيك أب). وقد كان لذلك أهميةٌ بالغة لتحقيق استجابةٍ سريعةٍ في سياق الإبادة الجماعية في رواندا. كما أسهمت الابتكارات اللوجستية إسهاماً أكبر في توحيد معايير الممارسات الجراحية إلى جانب تعزيز كفاءة أنشطة الإغاثة التي تضطلع بها فرق أطباء بلا حدود (فيدال وبينيل، 2009).

بدأت المنظمة تركز منذ العقد الأول من هذا القرن على تحسين جودة الرعاية الجراحية لتقليل الفجوة مقارنة بالبلدان التي لا تفتقر إلى الموارد. وقد اتخذت في سبيل ذلك العديد من الخطوات، منها توظيف المدراء الجراحيين في المقرات الرئيسية، وهم استشاريون متخصصون يقدمون الدعم الفنّي لنظرائهم في البعثات الميدانية، إلى جانب الاعتماد الممنهج على الطواقم المتخصصة في التخدير، وتعميم استخدام غرف الإفاقة، والتركيز على تدبير الألم، وتصميم مستشفيات نظيفة. وقد حققت المنظمة منذ منتصف العقد الأول من القرن الحالي ثورةً في كفاءة وفعالية سرعة الاستجابة، حيث طوّرت مستشفى كاملاً داخل خيام قابلة للنفخ. واستخدمت تلك المستشفيات القابلة للنفخ بنجاح في باكستان عام 2005 وفي هايتي عام 2010.

ومن أجل تحسين جودة الرعاية، درست المنظمة مراكز علاج الإصابات البليغة في الولايات المتحدة، حيث أن تلك المراكز تمتلك خبرةً في تدبير إصابات الأعيرة النارية الناجمة عن العنف في المدن، لكن كان لديها ميزة، بخلاف أطباء بلا حدود، هي تأمين تلك الرعاية في سياق يعمّه الاستقرار. إذن فقد ركزت الفكرة على التطلع إلى ما وراء الأهداف المعتادة للجراحات الإنسانية التي كانت تنحصر آنذاك في إنقاذ حياة الجرحى من خلال تقليل خسارة المريض لوظائفه الحيوية قدر الإمكان على المدى المتوسط والطويل.

وكانت بعثاتٌ على غرار تلك العاملة في بورت هاركوت في نيجيريا وبورت أو برانس في هايتي من الأمثلة التي تكشف نيّة المنظمة اعتماد بروتوكولاتٍ تركز على الإصابات البليغة في السياقات الإنسانية، وتركيز جهودها أكثر على تحسين النتائج من حيث تأثير الإصابات البليغة على القدرات الوظيفية للمرضى. فقد جاءت أجهزة التثبيت الداخلية (زرعات معدينة يُدخِلها الجراح في العظام لإصلاح الكسور) لتحلّ محلّ أنظمة وقف انسحاب العظم التقليدية (وهي مجموعة آليات هدفها تحديد استقامة العظام المكسورة) وهي مستخدمة في تدبير كسور الأطراف السفلية. وقد أدت التقنية الجديدة إلى تقليل مدة البقاء في المستشفى كما حسّنت النتائج الوظيفية. غير أن استخدام تجبير الكسور لم يكن مألوفاً في سياقات العمل الإنساني نظراً لصرامة معايير النظافة الصحية المطلوبة. وقد كانت المنظمة قلقةً إزاء تأمين ما يكفي من غرف العمليات المعقمة في ظل ظروفٍ ميدانيةٍ تفتقر إلى الاستقرار. وقد أدى هذا إلى استحداث مختبرات الأحياء الدقيقة الميدانية لمراقبة انتشار العدوى وتحديداً تلك التي يصاب بها المرضى في المستشفى والمقاومة للمضادات الحيوية.

في نهاية المطاف، انعكست كل تلك المعارف التي راكمتها أطباء بلا حدود على صعيد الرعاية الجراحية في برنامج الجراحة التقويمية الذي افتتحته في عمّان والذي يعتبر أطول برنامجٍ جراحيّ تديره المنظمة حتى تاريخه.

نشأة برنامج أطباء بلا حدود للجراحة التقويمية

يعود برنامج الجراحة التقويمية في نشأته إلى أسسٍ فريدةٍ من نوعها ومعقدة لا تزال إلى حدٍّ ما تنعكس في البرنامج حتى يومنا هذا. فبعد هجوم التحالف العسكري الذي قادته الولايات المتحدة الأمريكية على العراق وغزوه للبلاد سنة 2003، بات العمل في العراق يزداد خطورةً على المنظمات الإنسانية الدولية، علماً أن مصاعب الوصول إلى سكان هذا البلد تعود في تاريخها إلى أكثر من عشرين عاماً وتحديداً إلى زمن الحرب الإيرانية العراقية (1980 - 1988). كما أن العقوبات التي فُرضَت على العراق (1990) والهجوم العسكري الدولي رداً على غزو الكويت (1991) فاقمت مشكلة قدرة المنظمات على الوصول إلى الناس، علماً أنها استمرت لغاية عام 2003 إلى أن جاء الغزو الذي قادته الولايات المتحدة ليفاقم الوضع إلى مستويات شبه مستحيلة. فقد كان نظام صدام حسين قد دعا سابقاً عدداً كبيراً من وكالات الإغاثة للعمل في البلاد والإسهام في تخفيف التبعات الصحية للعقوبات. ثم جاء غزو القوات الأجنبية للعراق في مارس/آذار 2003 ليقوّي عزيمة العاملين الإنسانيين على العمل في البلاد، لكنها عزيمةٌ لم تدُم طويلاً. ففي 19 أغسطس/آب 2003، انفجرت شاحنةٌ مليئةٌ بالمتفجرات في مقرّ الأمم المتحدة في بغداد وأدت إلى مصرع 22 شخصاً. صحيحٌ أن الأمم المتحدة كانت قد لعبت في الأساس دوراً سياسياً، غير أن العديد من وكالاتها كانت تؤدي دوراً

محورياً في العمل الإنساني (المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، برنامج الأغذية العالمي، اليونيسيف، منظمة الصحة العالمية). لم يمرّ سوى شهران حتى تعرضت اللجنة الدولية للصليب الأحمر في العاصمة إلى هجومٍ بالمتفجرات أودى بحياة شخصين. كان العاملون الإنسانيون يبحثون مستقبل أنشطتهم في البلاد في الوقت الذي كانت فيه تلك الجرائم تخيم على الموقف. وهناك، في عالم المساعدات الإنسانية الصغير في العراق، برزت شخصية مهمة اسمها مارغريت حسن. كانت مارغريت أيرلنديةً تعيش في العراق منذ عقود، وكانت تتحدث اللغة العربية وترأس الفرع المحلي لمنظمة كير (CARE). لم يكن يختلف اثنان على لطفها وروعة شخصيتها، كما لم يتخيل أحد أنها ستتعرض للخطف والإعدام. لكن هذا ما حدث بالضبط في نوفمبر/تشرين الثاني من عام 2004، علماً أنه حتى المتطرفين طالبوا بالإفراج عنها بمن فيهم زعيم القاعدة في العراق. صَدَمَت مشاهد إعدامها عمّال الإغاثة وأجزعتهم جزعاً شديداً.

بات جلياً آنذاك أنه ما من مأمنٍ لأحد من الخطف والهجوم، باستثناء بعض المناطق الواقعة في إقليم كردستان العراق ربما. وقررت منظمة أطباء بلا حدود في عام 2005 سحب فرقها من كافة المناطق الأخرى في العراق، دون أن يضعف ذلك اهتمامها بتأمين المساعدات الإنسانية للعراقيين.

وقد تطلب استئناف التواصل مع العراق وبدء برنامج الجراحة التقويمية عملاً معقداً. فقد التقى فريق أطباء بلا حدود بالفريق الجراحي التابع لنقابة أطباء العراق، التقوا في باكستان، حيث كانوا يعملون على الاستجابة للاحتياجات الجراحية في أعقاب زلزالٍ ضرب سنة 2005. وعندئذٍ فتح الأطباء العراقيون أعيُن ممثّلي المنظمة على كيفية تعاونهم مع بعضهم بغض النظر عن انتماءاتهم السياسية والدينية. فقد كانت روح التعاون تلك فريدةً من نوعها آنذاك، في سياقٍ يشهد ظهور مجموعاتٍ طائفيةٍ وسياسيةٍ عنيفةٍ من مختلف المذاهب والأطياف بوتيرة سريعة. بيد أن لطف وتعاضد الأطباء العراقيين لم يتبدلا في ظل الأوضاع التي تشهدها بلدهم التي كان أفراد الجيش والميليشيات فيها يقتحمون بشكلٍ ممنهجٍ غرف المستشفيات كي يقتلوا الجرحى ويهاجموا عمال الرعاية الصحية.

شرع الجانب العراقي بنقاشاتٍ تناولت آلية الدعم الجراحي الذي يمكن لمنظمة أطباء بلا حدود تأمينه في العراق، وناقش الطرفان سبيلين محتملين لذلك. الأول يقضي بتحسين إمكانيات غرف الطوارئ بشكلٍ عامّ في العراق اعتماداً على إمدادات منتظمة وثابتة وتدريبات مستمرة للطواقم. فقد كانت تلك التعديلات ضروريةً جداً في ظل الزيادة الهائلة في عدد الجرحى الذين تستقبلهم المستشفيات العراقية في إطار حالات الإصابات الجماعية. إلا أن الطموح كان أكبر من ذلك. فبما أن قوام مجموعة المرضى المستهدفين أناسٌ يعانون من عجزٍ وظيفيّ شديد، لذلك رأى المشاركون في الحوار بأن الرعاية طويلة الأمد عنصرٌ أساسيّ، ولا بد من أن يتجاوز العلاج مرحلة رعاية الطوارئ. عندها خرجت إلى النور فكرة مستشفى ينفّذ عملياتٍ جراحةً تقويميةً تخصصية. غادر الفريقان باكستان وكلهم التزامٌ بالبقاء على اتصال أملاً بتحقيق التعاون على هذا الهدف في العراق.

الرسم 1: الاجتماع الذي وضع حجر أساس برنامج الجراحة التقويمية. رسمٌ يبيّن الاجتماع الذي جمع فريقي نقابة أطباء العراق وأطباء بلا حدود والذي وضع حجر الأساس لبرنامج أطباء بلا حدود للجراحة التقويمية في عمّان.

لم يتأخر كثيراً التنفيذ الفعلي للمشروع الذي انطلق في عمّان في شهر يونيو/حزيران 2006 بجولة نقاشاتٍ ومفاوضاتٍ بادرت إليها منظمة أطباء بلا حدود، وشارك فيها كلٌّ من وزارة الخارجية الأردنية والهلال الأحمر الأردني ونقابة أطباء العراق ووزارة الصحة العراقية. كانت المنظمة تهدف إلى كسب موافقة السلطات الأردنية والعراقية على افتتاح برنامج الجراحة التقويمية. جرى توقيع الاتفاقية التي تسمح لمنظمة أطباء بلا حدود بممارسة نشاطها في عمّان والذي يشمل استخراج تأشيرات دخول للعراقيين الجرحى للعلاج في الأردن. وعلى الفور افتتح مستشفى الجراحة التقويمية التخصصي أبوابه عام 2006 معتمداً على غرف عملياتٍ وأسرّةٍ استأجرتها المنظمة من الهلال الأحمر الأردني. لم يستقبل المشروع في البداية سوى الجرحى القادمين من العراق، إلا أنه لاحقاً، وفي أعقاب العنف الذي اندلع في سياق الربيع العربي (2011) وفي إطار نزاعاتٍ مسلحةٍ أخرى مستمرة أو جديدة، بدأ باستقبال المرضى من سوريا واليمن وليبيا وفلسطين.

مشروع الجراحة التقويمية اليوم

تدير منظمة أطباء بلا حدود اليوم برنامج الجراحة التقويمية في مستشفى المواساة الواقع في عمّان، علماً أن بعض الجراحين الذين شاركوا في النقاشات الأولية التي دارت في باكستان لا يزالون يعملون في البرنامج الذي ينفّذ عملياتٍ جراحيةً تخصصية في طبّ العظام والطب التجميلي وجراحة الوجه والفكين على مرضى

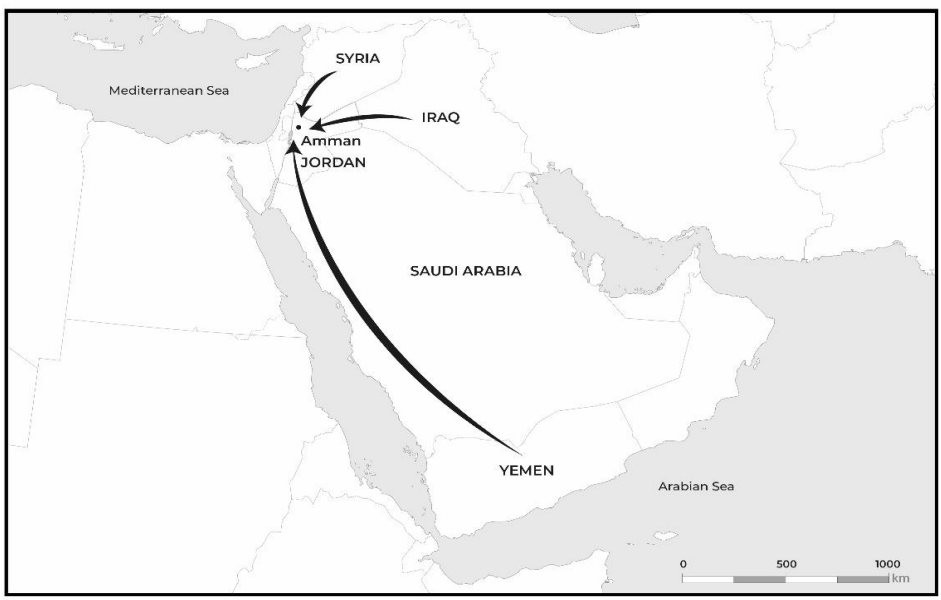
يعانون في الغالب من إصاباتٍ شديدةٍ تعرضوا لها قبل دخولهم إلى المستشفى بسنين. إذ عانى هؤلاء الناس من إعاقاتٍ مختلفة الشدة أو مضاعفاتٍ أعقبت العمليات الجراحية التي خضعوا لها سابقاً، لدرجة أن بعضهم لم يكن يستطيع السير أو الوقوف عند وصولهم إلى مستشفى أطباء بلا حدود. كما لم يكن بعضهم الآخر قادراً على الكلام أو مضغ الطعام، فيما كان جلد بعضهم قد انكمش بشدة نتيجة ندب الحروق لدرجة أنهم لم يكونوا يقوون على تحريك أيديهم أو رقابهم.

لم تقتصر معاناة المرضى على التشوهات التشريحية العديدة، بل كان كثيرٌ منهم يعاني من التهاباتٍ أصيبوا بها نتيجة الأوساخ وغيرها من المواد الملوثة التي اخترقت جراحهم مع الشظايا والرصاص، علماً أن هذا النوع من الالتهابات الذي يشيع جداً بين مرضى برنامج الجراحة التقويمية يكون صعب المراس وعنيداً بشدة، ويؤدي إلى آلامٍ مبرحة وقد يهدد حياة صاحبه (فيلي وآخرون، 2019). وقد جرت على سبيل المثال دراسةٌ شملت 727 مريضاً ركزت على الالتهابات التي يعانون منها في إطار برنامج الجراحة التقويمية، حيث كشفت أن أكثر من 70 بالمئة منهم كانوا مصابين بالتهابات، علماً أن التهابات أكثر من 80 بالمئة من هؤلاء كانت ببكتيريا مقاومة للكثير من المضادات الحيوية المعتادة. إذ تعتبر مقاومة المضادات الحيوية مشكلةً عالمية، كما أن نوع الالتهابات بين مرضى برنامج الجراحة التقويمية تحديداً يتطلب العلاج بمضادات حيوية باهظة الكلفة. فلا عجب أن قسماً كبيراً من ميزانية البرنامج مخصّصٌ لتغطية نفقات المضادات الحيوية. كما يستحيل ببساطة على أنظمة الرعاية الصحية في بلدان المرضى الأصلية تحمل تكاليف هذه العلاجات الباهظة، خاصةً وأنها أنظمة صحية قد أنهكتها أساساً الحروب والنزاعات.

غالباً ما تستدعي هذه الالتهابات إجراء العديد من العمليات الجراحية لتنظيف الأنسجة الميتة نتيجةً للالتهاب وتثبيت العظام في مواقعها وإطالتها عند الضرورة، إضافةً إلى إجراءات زرع الجلد والعضلات وإعادة تكوين الأجزاء الضائعة من الأنف أو الأصابع أو الفكين. وعادةً ما تتبع تلك العمليات مرحلةٌ مكثّفة من العلاج الطبيعي هدفها تعليم المرضى الذين خضعوا لعمليات بتر الأطراف كيفية استخدام أطرافهم الاصطناعية. يتابع المرضى أيضاً فريقٌ من المرشدين النفسيين والأطباء النفسيين الذي ينفذون جلسات فردية وجماعية هدفها التقليل من آثار الاضطرابات النفسية ومساعدة المرضى على التعاطي من الناحية العاطفية مع التحديات التي تواجههم في حياتهم داخل المستشفى.

يتعين على المرضى الخضوع لعدة عمليات وما يتبعها من إعادة تأهيل، أي أن علاجهم في عمّان يستغرق وقتاً طويلاً قد يكون شهرين وقد يصل إلى ثلاث سنوات. لكن هذه المدة الطويلة لا تقتصر على الإجراءات داخل المستشفى، بل تشمل أيضاً التحضيرات التي تسبق وصول المرضى إلى عمّان والتي قد تطول شهوراً، ويشرف عليها مجموعة من موظّفي التواصل الطبي الذين يعملون في الأردن والعراق واليمن لتسجيل المرضى الذين يحتاجون إلى رعاية جراحية، حيث يتواصلون مع المستشفيات المحلية ومخيمات اللاجئين ويعتمدون على معارفهم لتحديد المرضى الذين لديهم احتياجات جراحية معينة. بعدها يقدم المرضى تقارير طبية وصوراً شعاعية تُرسَل إلى عمّان كي تراجعها اللجنة الجراحية هناك. تجتمع تلك اللجنة أسبوعياً كي تناقش الحالات المحتملة وتعطي الضوء الأخضر للأشخاص الذين يمكن للعمليات الجراحية التي يقدمها البرنامج أن تحسن من وضع إصابتهم. عندها تبدأ عملية التخطيط لمغادرة المرضى حيث يساعدهم موظفو التواصل الطبي من الناحية الإدارية كي يحصلوا على تأشيرات السفر ويرتّبوا سفرهم إلى عمّان التي حالما يصلون إليها

ينتقلون للعيش إما في غرفٍ فندقيةٍ تستأجرها لهم منظمة أطباء بلا حدود أو في المستشفى. كما يتلقى كل مريضٍ مصروفاً يومياً مخصصاً للنفقات. أما أولئك المرضى الذين يعانون من صعوباتٍ حركيةٍ شديدة أو الأطفال، فيأتون برفقة شخصٍ ما يكون في العادة أحد أفراد أسرتهم الذي يحصل أيضاً على سكنٍ ومصروفٍ يومي.



الرسم 2: خارطة منطقة عمليات برنامج الجراحة التقويمية. خارطة تبيّن البلدان التي يأتي منها المرضى إلى عمّان (مشار إليها بالأسهم) كي يتلقوا العلاج في مستشفى الجراحة التقويمية.

ثمة جوانب استثنائيةٌ لبرنامج الجراحة التقويمية. أولاً نرى بأن أنواع العمليات الجراحية التي ينفذها البرنامج تركز كلياً على تحسين الوظائف عند المرضى الذين يعانون من مشاكل طبية معقدة جداً، علماً أنها عملياتٌ لا تصنف على أنها تنقذ حياة الناس. غير أن تدبير الحالات الجراحية المعقدة من مثال هذه الحالات مكلفٌ للغاية حتى في باقي مستشفيات العالم التي تتمتع بأفضل الإمكانيات الفنية والموارد البشرية (فاكري وآخرون، 2011). وغالباً ما يتسم العمل اليومي الذي يؤديه الجراحون في عمّان بالابتكار، حيث لا وجود لبروتوكولات جراحية معتمدة ترشدهم في عملهم لتدبير هذه الحالات الطبية المعقدة.

ثانياً فإن عملية إعادة تأهيل المرضى التي تستغرق طويلاً وتجري بعيداً عن بلدانهم تؤدي إلى نشأة نوعٍ جديد من سياقات الرعاية الصحية. كما تقدم المنظمة دعماً اجتماعياً شاملاً وفريداً من نوعه للمرضى ومرافقيهم. علاوةً على هذا فإن الجراحين الذين يشرفون على الرعاية يأتون من البلدان ذاتها التي يأتي منها المرضى، مما يكوّن رابطةً تجمع بين المريض والجراح. ناهيك عن أن عملهم في البرنامج لسنين طويلة يعد

عاملاً حاسماً لبناء مهاراتهم الجراحية والحفاظ عليها، وهي مهاراتٌ تناسب تماماً هذه الظروف الخاصة، لكنها في الآن ذاته مهارات يمكن نقلها إلى الأنظمة الطبية في البلدان المتضررة بالحروب.

ثالثاً فإن نطاق البرنامج والعلاج الذي يقدمه للجرحى من غير المقاتلين يجعلان منه برنامجاً فريداً ليس فقط في إطار عمل أطباء بلا حدود بل أيضاً في السياق العالمي لجراحة الحروب (هورنيز وآخرون، 2015؛ إدواردز وآخرون، 2016). فالبرنامج يقدم علاجاً مجانياً ويستهدف المرضى الذين لولاه لكانوا تعرضوا للإهمال الطبي. أخيراً فإن ديمومة البرنامج تمنح فرصةً لإجراء أبحاثٍ مكثّفة من شأنها الإسهام في الأدب العلمي.

كل تلك الجوانب منحت الوقت والمكان اللازمين لتنفيذ العمل الميداني الأنثروبولوجي الشامل الذي عملتُ عليه في عمّان وأضعه بين أيديكم في الصفحات التالية.

ملاحظات

1: في الواقع، حتى لو سبق لهم وأن كانوا في ميادين القتال، إلا أن إصابتهم أو وقوعهم في الأسر يضعهم في خانة "غير المقاتلين" من وجهة نظر القانون الدولي الإنساني (اللجنة الدولية للصليب الأحمر، 2019). بالتالي تتساوى حقوقهم في المساعدة الطبية بحقوق غيرهم، علماً أنهم نادراً ما يحصلون عليها.

2: هذه البيانات مُستخلصة من تقارير إعلامية مدققة ومستشفيات ومشارح ومنظمات غير حكومية وغيرها من التقارير الرسمية.

3: تسهم جميع الأطراف المشتركة في التحالفات التي تؤيد أو تعارض النظام في تهوين عدد وفيات العنف في الحروب تجنباً للضغط العام، بحسب مشروع بيانات مواقع ووقائع النزاعات المسلحة (ACLED, 2019).

4: تعتبر أيضاً هذه الإصابات الأشيع بين المرضى الذين يستقبلهم مستشفى أطباء بلا حدود في عمّان.

1

بحث أنثروبولوجي في برنامج أطباء بلا حدود للجراحة التقويمية

الشروع في البحث في برنامج الجراحة التقويمية

كانت منظمة أطباء بلا حدود قد بدأت بمناقشة فكرة إجراء تقييمٍ أنثروبولوجي قبل وصولي إلى عمّان بسنوات. اليوم وقد دخل برنامج الجراحة التقويمية عامه العاشر في 2017، زاد تصميم المنظمة على تنفيذ دراسةٍ تتعدى مجرد تقييمٍ للجوانب الطبية. إذ انطلق مشروعٌ بحثيّ معمّق متعدد الجوانب تدفعه مصلحةٌ مشتركة تجمع المدراء الميدانيين ومدراء مكاتب العمليات ومركز أطباء بلا حدود للفكر والمعرفة في مجال العمل الإنساني CRASH. كان مدراء البرامج يريدون للبحث أن يركّز أكثر على العمليات، في حين كان أفراد فريق مركز أطباء بلا حدود للفكر والمعرفة في مجال العمل الإنساني يحملون في جعبتهم اهتماماً قائماً من قَبل، علماً أن بعضهم كانوا منخرطين في برنامج الجراحة التقويمية منذ بدايته.

كان لا بد من الإجابة على أسئلةٍ تطرح مخاوفَ عديدةٍ بشأن عافية المرضى ورفاههم في المستشفى وبعد عودتهم إلى ديارهم. كيف كان أفراد طاقم المستشفى والمرضى يتفاعلون فيما بينهم وما مدى إسهام هذا التفاعل في تعافي المرضى؟ هل كانت هناك أية فجواتٍ في تهيئة بيئةٍ تسمح حقاً بشفاء جرحى الحرب؟ كان برنامج الجراحة التقويمية يركّز بشكلٍ رئيسيّ على تحسين قدرة المرضى على تحريك أطرافهم وتحسين وظيفتها. إلى أي مدى نجحت أهداف البرنامج في تحسين حياة المرضى بعد خروجهم من المستشفى؟ ما حال المرضى بدنياً وعاطفياً واجتماعياً واقتصادياً بعد عودتهم إلى ديارهم؟

جاء البحث في وقتٍ كان فيه مفهوم المقاربة المتمحورة حول المريض يزدهر في أطباء بلا حدود وكان برنامج الجراحة التقويمية قد أعلن بأنها ضمن إستراتيجياته الرئيسية. غير أن "الرعاية المتمحورة حول المريض" مفهومٌ مستخدمٌ على نطاقٍ واسع لكنه لا يحظى باستيعابٍ جيّدٍ في مجال الطب، وهذا لا يستثني عمليات أطباء بلا حدود. فرغم المحاولات الرامية إلى الخروج بتعريفٍ شاملٍ للمصطلح (ستيوارت، 2001) إلا أنه لا يوجد اليوم إجماعٌ على معنى مركزية المريض ولا على آلية ممارسة هذه المقاربة. إذ تركز بعض الأدبيات في هذا المجال على احتياجات المرضى وقيمهم (كفالي وبونديفيك، 2008)، بينما تركز أخرى على مشاركة أفراد عائلات المرضى (إيبشتاين وستريت، 2011). بيد أن أكثرها تبحث في التفاعل بين المرضى والقائمين على توفير الرعاية الصحية لهم (بيرويك، 2009؛ باومان وآخرون، 2003؛ إيبشتاين وستريت، 2011). لكن في ظل غياب تعريفٍ واضح قرّرتُ أن أتبع مقاربةً فريدةً وأن أركزَ في بحثي على منظور المرضى وأن أتثبت من المواضيع والنقاط التي كانت تهمهم. وكان الهدف الأساسي من هذا التقييم أن يصبح عنصراً جوهرياً يقود عملية التغيير على صعيد العمليات في المستقبل.

وكانت هناك استفساراتٌ مؤسسيةٌ إضافية في البحث اعتمدَت منظوراً أكثر إستراتيجيةً. هل يمكن استخدام الميزانية الكبيرة جداً التي خصصتها أطباء بلا حدود لبرنامج الجراحة التقويمية (والبالغة 10 ملايين يورو سنوياً[1]) بطريقةٍ أكثر كفاءة في مشاريع إنسانية أخرى؟ فقد كانت استدامة المشروع في حد ذاتها عرضةً للتساؤل. وكانت أمامي مهمةٌ ممتعة ولا تخلو من التحديات في آن معاً.

منهجية البحث

نفّذتُ البحث بين شهري سبتمبر/أيلول 2017 وديسمبر/كانون الأول 2018. كان علي استطلاع آراء كلٍّ من القائمين على توفير الرعاية الصحية والمرضى، وقد صممت خطةً بحثية ذات شقين: ركّزتُ في القسم الأول من التحقيق على العلاقات والتصور المتبادل بين طاقم المستشفى والمرضى، فيما عملت في إطار القسم الثاني على تقييم نتائج برنامج الجراحة التقويمية من منظور المرضى. وقد تمخضت هذه العملية عن مجموعة بياناتٍ أصلية شاملة مستقاة من 173 مقابلةً رسمية مع المرضى وأفراد طاقم أطباء بلا حدود، إلى جانب مشاهداتي الميدانية التي امتدت على فترة طويلة من الزمن. كما زادت تلك المعلومات ثراءً بمراجعة وثائق داخلية في أطباء بلا حدود.[2]

المقابلات مع أفراد طاقم أطباء بلا حدود والمشاهدات في المستشفى

بدأ بحثي في مستشفى المواساة الذي راقبت فيه على مدى ستة أشهر التفاعل بين طاقم المستشفى والمرضى وعملت على استطلاع وجهات نظر الطاقم إزاء المرضى. ما أن وصلتُ إلى عمّان في أبريل/نيسان 2017 حتى تغلغلتُ في العالم المصغّر الذي يمثّلُهُ المستشفى وصرت أتلقى دعواتٍ للمشاركة في اجتماعات الأقسام والاحتفالات والفعاليات. كنت أراقب يومياً الحياة في المستشفى أثناء الجولات الطبية والعمليات الجراحية وفي كافيتيريا المستشفى والمساحات الخارجية التي يلتقي فيها الأشخاص.

كما أصبح مكتبي محطّةً يتوقف عندها أفراد الطاقم للزيارة أو كي يحضروا لي حلوياتٍ محضرة في بيوتهم أو يطلعوني على صور أسرهم أو لتجاذب أطراف الحديث حول أنشطتهم في عطلة نهاية الأسبوع وما إلى هنالك. وكانوا أيضاً في بعض الأحيان يلتمسون مشورتي سرّاً بشأن مسائل من قبيل تسوية نزاعٍ مع أحد الزملاء. كان بعضهم يطلعني في إطار هذه الزيارات على طموحاتهم المهنية، كما كنت أستمع إلى القيل والقال حول الزملاء والمرضى، وكان بعضهم يُفضي إليّ بالمصاعب التي يعانون منها في بلدانهم والمخاوف بشأن المضاعفات المحتملة التي قد تطرأ في غرفة العمليات. وقد سمح لي وجودي داخل البرنامج بالتفاعل مع الطواقم بشكل رسمي وغير رسمي.

وكان تعاطيّ مع المرضى يرتكز بشكلٍ رئيسي على مشاهداتي لواقع حياتهم اليومية والدردشات المحدودة التي تجمعني بهم باللغة العربية (إلقاء التحيات والسؤال عن أسمائهم والبلدان التي قدموا منها). أما من كان يجيد بعض الإنكليزية منهم فقد كان يتحدث إلي بين الفينة والأخرى عن جراحه وكيف أصيب بها وحاله بعد العمليات الجراحية. كما كان الفضول يدفع بعضهم لسؤالي عن بلدي وعائلتي.

كنت أنفّذُ في المرحلة الأولى من الدراسة مشاهدات يومية لواقع الحياة في المستشفى، حيث كنت أتبع الأطباء والجراحين في جولاتهم الطبية، وأقضي الساعات في غرفة العمليات وجلسات العلاج الطبيعي وغرف الاستشارات الطبية والفضاءات الاجتماعية مثل كافيتيريا المستشفى والمساحات الخارجية التي يُرَوِّحُ فيها المرضى عن أنفسهم. وكان هدفي من هذه المشاهدات بناء قاعدةٍ معرفيةٍ بالإجراءات الطبية ومراقبة كيفية تفاعل المرضى والقائمين على رعايتهم مع بعضهم البعض الآخر.

كان مستشفى المواساة يعرف تنوعاً في منابت المرضى وأفراد الطاقم (العراق، سوريا، الأردن، بلدان أوروبا، البيرو، الولايات المتحدة الأمريكية، كندا)، وهذا ما هيّأ أرضيةً خصبةً للاستكشاف. لكن هل تلعب جنسية المرء دوراً في تكوين وجهات النظر؟ هل تتوافق وجهات نظر طاقم المستشفى إزاء المرضى مع وجهات نظر المرضى إزاء صحتهم؟

دفعتني هذه الأسئلة وغيرها إلى مقابلة أفراد طاقم أطباء بلا حدود وبحث آرائهم، حيث أجريت مقابلاتٍ معمقةً مع تسعةٍ وتسعين فرداً من أفراد الطاقم[3] يمثلون حوالي نصف مجموع موظفي (209) برنامج الجراحة التقويمية. كان بعضهم من أفراد الطاقم الطبي فيما كان بعضهم الآخر يتخصص في مهن أخرى، كما كان بعضهم جزءاً من الطاقم الدولي وبعضهم الآخر جزءاً من الطاقم المحلي. قابلت مُمثّلين عن كافة أقسام المستشفى، بما فيها الشؤون الإدارية والإدارة[4] (19) وفريق الدعم[5] (20) والتمريض والمهن الطبية المساعدة[6] (20) والفريق الطبي[7] (27) والجراحي[8] (13).

ركّزت المقابلات على آراء المشاركين حيال دورهم المهني فيما يتّصل بالمرضى وتجاربهم الشخصية مع المرضى ووجهات نظرهم في مختلف مجموعات المرضى (بالغين وأطفال، رجالاً ونساء، الفروقات بين المرضى القادمين من العراق وسوريا واليمن، إلخ). كما كنت أنفذ المقابلات بناءً على رغبة المشاركين إما بالإنكليزية أو العربية، حيث كنت أستعين بمترجمين.

اختيار المشاركين من بين المرضى

ما أن انقضت فترة التقييم حتى تحوّل تركيزي إلى المرضى الذين كنت أسعى إلى مقابلتهم أثناء الزيارات المنزلية. بدأت أولاً باختيار مرشحين من سجلات المرضى في المستشفى، مُتّبعةً في اختياري المعاييرَ التالية: أولاً: ركزت على المرضى البالغين من سوريا الذي يعيشون اليوم في الأردن والمرضى العراقيين الذين كانوا قد عادوا إلى العراق؛ ثانياً: منحت الأولوية لمن خضع لأكثر من عملية جراحية ومَكَثَ لفترة أطول في المستشفى؛ ثالثاً: كان على المرشحين أن يكونوا قد أتموا البرنامج العلاجي وتخرجوا من المستشفى بعد عام 2012. فلم أختر مرشحين من فترات سابقة كي أقلل من احتمال وقوع انحياز عند تذكّر الأحداث، وأقصد بهذا وقوع أخطاء في التبليغ عن وقائع سابقة إما لكون عملية التبليغ انتقائية أو ناقصة أو تفتقر إلى الدقة (ريتشي ولويس، 2003).

استبعدت كذلك المرضى الذين تخرّجوا قبل أقل من ستة أشهرٍ على بدء الدراسة، خاصةً وأنهم كانوا لا يزالون على الأرجح يتأقلمون مجدداً في موطنهم؛ كما استثنيتُ من تقلّ أعمارهم عن 18 عاماً (في يوم المقابلة) حيث يختلف أثر العلاج على البالغين ولم يكن نطاق مشروعي يتضمن الخوض في تفاصيل أوضاع الأشخاص

الأصغر سناً. لم تشمل الدراسة أيضاً المرضى اليمنيّين مع أنهم كانوا يمثلون مجموعةً كبيرةً من المرضى في سجلّ المستشفى. فقد أدت الأوضاع الأمنية في اليمن وقت تنفيذ الأعمال الميدانية إلى الحؤول دون سفري إلى هناك وبالتالي لم يكن في وسعي جمع بياناتٍ كاملةٍ عنهم.

انتهت عملية الاختيار ثم تواصلت هاتفياً مع المرضى بمساعدة المترجمين، فتبيّن لنا أن ثلثي أرقام الهاتف المسجلة لم تعد صالحة. كما أبلغنا أقارب بضعة مرضى بأنهم قد غادروا البلاد. لكن لم يرفض أي من المرضى الذين نجحنا في التواصل معهم طلبنا لمقابلتهم. وقد نجحنا في المجمل بالتواصل مع أربعةٍ وسبعين مريضاً من سوريا والعراق (خمسةٌ وأربعون رجلاً وعشرون امرأة) كانوا قادرين على إجراء المقابلات وراغبين في هذا، علماً أن جميعهم كانوا قد خضعوا لعددٍ من العمليات الجراحية: العظمية والتجميلية وجراحات الوجه والفكين (انظروا الملحق). وهكذا حددنا مواعيد ومواقع إجراء المقابلات.

العمل الميداني

تنقّلت في أرجاء الأردن برفقة مترجمي للقاء تسعةٍ وثلاثين مشاركاً سورياً كانوا قد قدموا في الأصل من درعا وحمص ودمشق (بما في ذلك الغوطة الشرقية) وحلب. كانوا جميعاً يعيشون لاجئين في الأردن، علماً أن كثيرين منهم كانوا قد خرجوا من مخيمات اللاجئين واستقرّوا في مساكن خاصة. استقبلَنا معظمهم في شققٍ مستأجرة تقع معظمها في ضواحي عمّان أو في بيوتٍ مستأجرة في مناطق ريفيةٍ في شمال الأردن. تباينت بيوتهم في مساحتها وكمية أثاثها، بدءاً بتلك المتواضعة جداً (التي تفتقر إلى أية مصادر للتدفئة شتاءً على سبيل المثال) وانتهاءً بتلك الأكثر تجهيزاً (وفيها مثلاً تلفزيونات حديثة وأرائك وسجادات). كما كانت إحدى العائلات التي زرناها في جنوب الأردن تعيش في خيمةٍ ينتقلون بها إلى الشمال صيفاً والجنوب شتاءً كي يتجنبوا ارتفاع تكاليف التدفئة.

توقّعت في بادئ الأمر بأنني سأُمضي معظم عملي الميداني في مخيمات اللاجئين في الأردن، إلا أن ثلاثة مشاركين فقط كانوا لا يزالوا يعيشون في مخيّم الزعتري للاجئين، وكانت مساكنهم عبارةً عن حاويات شحن معدنية تنتشر في صفوفٍ طويلة تفصلها شوارع أغلبها غير معبد. كما تتوزع بين تلك المساكن محال صغيرةٌ تبيع مواد أساسية وعددٌ من مكاتب المنظمات غير الحكومية، علماً أن منطقة المخيم بأكملها مسوّرةٌ ولا يمكن دخولها إلا بعبور نقاطٍ للتفتيش. كانت تقيم كل أسرةٍ من الأسر التي زرناها في حاويةٍ أو اثنتين مرصوفتين بجانب بعضهما. وكان كلّ مسكنٍ يحوي مطبخاً ضيقاً وحماماً صغيراً وغرفة معيشة، كما كان لكلٍّ منها خزان ماء. لم تكن الكهرباء تتوفر سوى لبضع ساعاتٍ يومياً، لكن إحدى العائلات كانت تمتلك مولدة كهرباء صغيرة تؤمن احتياجاتها عند انقطاع التيار.

قضيت القسم الثاني من عملي الميداني في العراق الذي صدمني أول ما وصلت إليه آثار الحرب البادية للعيان في كلّ زاوية وقد أضحت جزءاً من الحياة اليومية. أعجبتني الشجيرات المُنمّقة التي كانت تزيّن جوانب الطرقات السريعة، ورائحة القهوة المنكهة بالهيل التي تعبق وسط صخب الشوارع، والمراكز التجارية التي يزورها أثرياء بغداد للتسوق وتجاذب أطراف الحديث في مقاهيها وتناول المأكولات الشهيّة وتدخين الأركيلة برائحتها الحلوة. غير أن نقاط التفتيش والأسوار العالية وأبراج المراقبة وعمليات التفتيش الجسدي على

مداخل الأبنية كانت جزءاً من روتين المدينة، في تناقضٍ صارخٍ مع الحياة اليومية التي تعرفها منطقة الشرق الأوسط، لكنها تذكرةٌ بيّنة على أن الحياة في العراق بعيدةٌ عن الهدوء والسكينة.

واجهتنا التحديات في عملنا الميداني في العراق مقارنةً بالأردن. فقد كنا نجري المقابلات في شهر رمضان (مايو/أيار ويونيو/حزيران 2018) وكان الصيام يصعّب على المرضى السفر لمسافات طويلة. كما كانت القواعد الأمنية أكثر صرامة أثناء تلك الفترة التي أعقبت الانتخابات الوطنية وبالتالي كانت تحركاتنا مقيّدة. وكان علينا تنفيذ أعمال تقييم إضافية قبل لقاء كل واحدٍ من المشاركين للتحقق من أن منطقة سكنه آمنة نسبياً. كما لم يكن بعض المشاركين مرتاحين للإفصاح عن مكان سكنهم وكانوا يطلبون إجراء المقابلة في أحد مرافق أطباء بلا حدود. لذا لم ننجح في نهاية المطاف إلا بزيارة أحد عشر منزلاً، في حين قابلنا الأربعة والعشرين الباقين إما في مستشفى تديره منظمة أطباء بلا حدود أو في مستشفى الفلوجة الواقع في الأنبار.[9]

نفذنا أعمالنا الميدانية في محافظتي بغداد والأنبار. وقد قدم بعض المشاركين الذين يعيشون في محافظات أخرى (اثنان من بابل واثنان من ديالى) إلى بغداد للقائنا.[10] كما أخذتنا المقابلات التي أجريناها في بيوت المشاركين إلى أحياء الدورة والأعظمية والصليخ والسيدية، علماً أنها أحياء تقطنها أغلبية سنيّة وأهلها من الطبقة المتوسطة أو الأغنى قليلاً. تنوعت الأحياء التي زرناها، فقد بدت على بعضها علامات الرقي، فكانت بيوتها كبيرة وشوارعها نظيفة، فيما رأينا أخرى مختلفة، ببيوتها التي لا تزال قيد الإنشاء وشوارعها الملوثة بالنفايات ومنظر الأراضي الزراعية الممتدة على طول السكك الحديدية. لكنّ البيوت التي دخلناها كانت مرتبة ومؤثثةً جيداً بغض النظر عن الحي التي تقع فيه. يشار إلى أن تلك الأحياء كانت خاضعة لسيطرة الجيش العراقي أو الشرطة الاتحادية أو القوات الأمنية الكردية. وكانت الحوادث الأمنية (الانفجارات وعمليات الخطف) التي تشهدها أثناء فترة عملنا الميداني منخفضة نسبياً (حادثتان إلى ثلاثة حوادث شهرياً) حسبما أبلغنا المسؤول الأمني في أطباء بلا حدود.

بيد أننا لم نتمكن من دخول بعض الأحياء نظراً للقيود الأمنية، وهي أحياء تقطنها أغلبية شيعية أو مختلطة (بغداد الجديدة، الشعلة، مدينة الصدر، أبو غريب، الشعب، المحمودية، الرفاق، والأندلس)، كما أن سكانها من الطبقة الفقيرة أو المتوسطة. ورغم تواجد القوات الأمنية فيها (الشرطة الاتحادية أو الجيش العراقي)، إلا أن مستشار أطباء بلا حدود الأمني قال بأنها لا تزال خاضعة للميليشيا الطائفية وقد تتواجد فيها خلايا نائمة تابعة لتنظيم الدولة الإسلامية في العراق والشام. إذ كانت الحوادث الأمنية التي تشهدها تلك المناطق متكررة (انفجارات يومية وعمليات إطلاق نار وخطف) وبالتالي لم نقترب منها.

كانت المنطقة التي زرناها في الأنبار منطقةً ريفيةً خضراء تنتشر فيها مزارع أشجار النخيل التي تمتد بينها أراضٍ زراعية. تضررت الأنبار بشدة خلال الغزو الأمريكي وسيطرة تنظيم الدولة الإسلامية في العراق والشام، وكانت ترد تقارير يومية عن وقوع حوادث أمنية وبالأخص في الأنبار الغربية (أخبار العراق Iraqi News، 2018). وكانت الأدلة على الدمار الشامل الذي حلّ مؤخراً بالمكان جليةً بل وجزءاً حاضراً أبداً في جولاتنا بالسيارة هناك، حيث كانت الأبنية شبه المهدومة في كل مكان، وكانت الفجوات التي أحدثتها الأعيرة النارية باديةً على العديد من الأبنية السليمة. كانت الطرقات في حال جيدة نسبياً لكن كانت تتخللها حواجز عسكرية متكررة كانت تضطرنا إلى الترجّل من السيارة وإبراز هوياتنا كي يسمح لنا حراسها بمتابعة طريقها. كما كنت أشهد يومياً مرور قوافل عسكرية مدججة بالسلاح على الطريق الرئيسي السريع.

نفذّنا زياراتٍ منزليةً في مدينة الرمادي وضواحيها الريفية وكذلك مدينة الفلوجة، وكلها تابعةٌ لمحافظة الأنبار. كانت المنازل هناك تتراوح بين تلك المريحة التي تقطنها عائلات متوسطة الغنى وتلك الفقيرة الأشبه بالملاجئ التي تغطيها أسقفٌ من الصفيح وتحمي نوافذها قطعٌ من الكرتون بدلاً من الزجاج وكانت تفتقر إلى الأثاث. حتى أن أحد المشاركين كان يقيم بصفة غير قانونية في مبنى حكومي مهجور. كما أجرينا إحدى المقابلات في سيارة أطباء بلا حدود لأن المشارك فيها كان محرجاً من ظروف معيشته في بيته الذي فيه أضرار شديدة، وقد كان يعيش مع أقربائه. كذلك منعتنا القيود الأمنية من زيارة المشاركين المقيمين في منطقة الجرنية التي كانت لا تزال مضطربةً إلى حدٍّ كبير، حيث رتبنا مقابلاتنا معهم في مستشفى الفلوجة. وقد منحني العمل الميداني في الأنبار انطباعاً بأنها منطقة تحافظ على تماسكٍ اجتماعي متين أقوى مما هو عليه في بغداد، بيد أن الدمار المادي طويل الأمد الذي لحق بها أكثر وضوحاً.

الزيارات المنزلية والمقابلات مع مرضى أطباء بلا حدود

كنت أسعى إلى مقابلة المشاركين في بيوتهم كلما استطعت إلى ذلك سبيلاً، على أمل أن يشعروا بالراحة وكي يتسنى لي مشاهدة ظروف معيشتهم وتفاعلهم مع أفراد أسرتهم وأصدقائهم ومراقبة العناصر المهمة التي تؤثر في واقعهم اليومي وكشف حقيقة حياتهم في ظل الإعاقة. انصب تركيز المقابلات على توصيف المشاركين للأحداث التي أدت إلى إصابتهم وتجربة العلاج في مستشفى أطباء بلا حدود ولدى غيرها من مقدمي الرعاية الصحية ووجهات نظرهم في جودة الحياة ومستوى الرفاه بعد العلاج في برنامج الجراحة التقويمية. كما ساعدني المترجمون الذين رافقوني في عملي الميداني وكانوا يترجمون مباشرةً من اللغة الإنكليزية إلى العربية وبالعكس.

سجلت جميع المقابلات على جهاز تسجيلٍ رقميّ حيث بلغ مجموعها حوالي ستاً وثمانين ساعةً أو أكثر بقليل، أي بمعدل ساعة وعشر دقائق لكل مشارك. وقد قضيت وفريقي الميداني ما لا يقل عن ساعة ونصف إضافية مع كل مشارك على سبيل التعارف والدردشة وكي نطمئنهم ونرُدَّ على تساؤلاتهم ونتحدث إلى أفراد أسرهم. وقد أجريت مشاهدات متممة (للمشاركين[11]) وهنا أقصد بيئاتهم ومحيطهم الاجتماعي على سبيل المثال، حيث كنت أدونها أثناء الزيارات المنزلية. كما كنت أنّفذ في نهاية كل مقابلة استبياناً اجتماعياً اقتصادياً مع كل مشارك لتحديد حالته الاجتماعية والاقتصادية (التفاصيل في الملحق).

كان المشاركون يستقبلوننا بكرمٍ وحفاوة في بيوتهم، فنتبادل التحيات مع أفراد العائلة ثم يدعوننا للدخول إلى الصالون الذي يكون عادةً في مدخل البيت/الشقة ويكون مفروشاً بسجاد ووسادات يتكئ عليها الضيوف. وكثيراً ما كان المشاركون في الأردن يدعوننا لاحتساء الشاي أو القهوة التي يعدونها على الطريقة السورية. كما كنّا ندعى في بعض الأحيان بعد انتهاء المقابلة إلى تناول الفطور التقليدي (المكون من الخبز وزيت الزيتون والزيتون والجبنة والمكدوس والحلويات). وكثيراً ما كان المشاركون العراقيون يدعوننا للبقاء لتناول الإفطار أثناء شهر رمضان. وكنت أرتدي الحجاب في محافظة الأنبار بموجب الأعراف، علماً أن الناس كانوا يقدرون هذا خاصةً حين كنت أقول لهم بأنني لست مسلمة.

غالباً ما كان أفراد العائلة (الزوج أو الزوجة، الوالدان، الأطفال) يحضرون المقابلة بأكملها كما كانوا يدخلون الغرفة أحياناً أثناء تواجدنا. وحين كنا نتأكد من المشاركين بأن لا مانع لديهم من حضور أشخاص آخرين حرصاً منا على حماية خصوصيتهم، كانوا يجيبون بما معناه "لم تعد بيننا أسرار بعد كل ما مررنا به سوياً". وكان أفراد الأسرة الحاضرين في الأغلب قد رافقوا المريض في علاجه، وبالتالي كانوا يقدمون لنا معلومات قيمة ما كنا لنحصل عليها لولاهم خاصةً وأنها كانت تخصّ فترةً زمنيةً كان فيها المريض غائباً عن الوعي بعد الإصابة. كما قدم لنا المرافقون معلومات مهمة عن التغيرات التي طرأت على سلوك المشاركين بمرور الوقت. يشار إلى أن أفراد الأسرة كانوا يرافقون أيضاً المشاركين الذين قدموا للقائنا في مرافق أطباء بلا حدود.

كنت قلقةً من تركيز المقابلات على ذكريات ترتبط بالحرب مما قد يتسبب بألمٍ عاطفيّ للمشاركين. لذا فقد كنت أطمئنهم قبل أن نبدأ المقابلات بأنهم ليسوا ملزمين بالإجابة على أسئلتي أو إطلاعي على تفاصيل لا يرغبون بالإفصاح عنها. كنت أبذل قصارى جهدي كي أراعي ظروفهم قدر الإمكان، حيث كنت أراقب ردود فعلهم على أسئلتي، وبمجرد أن ألاحظ أي علامة تدل على عدم ارتياحهم كنت أسألهم إن كانوا راغبين في المتابعة أم لا. لم تكن أسئلتي التي تتناول سياق الحرب أو الظروف التي قادت إلى إصابتهم محدّدة وتخص الوقائع بل كانت أسئلة مفتوحة، حيث كنت أقول مثلاً، "ثم ماذا؟ ماذا حدث بعد ذلك؟" كانت هذه الإستراتيجية ترمي إلى جعلهم يتحكمون في سرد الوقائع والتفاصيل التي يريدون أن يتذكروها ويكشفوا لي عنها.

الرسم 3: مريض في البيت. جلسة تضم أحد الجرحى مع بعض أقاربه.

أبلغني بعض المشاركين بصراحة بالغة بأنهم "لا يمانعون أسئلتي، لكنهم لا يريدون أن يتذكروا وقائع مؤلمة". وكنت أحترم قرارهم وأتحول إلى مجموعة أسئلة أخرى في هذه الحالة. في المقابل كان بعضهم الآخر يصرّ على وصف وقائع العنف بتفاصيل دقيقة. كما أطلعني بعضهم على مقاطع فيديو لمشاهد وقعت أثناء الأحداث التي أدت إلى إصابتهم. ولا زلت أتساءل إن كانت تلك الفيديوهات تهدف إلى إيصال رسالةٍ مفادها أن ما حدث كان قدرهم، أم أنها كانت محاولةً منهم لجعلي أشهد على معاناتهم التي كانت تتجاوزهم إلى آخرين لقوا حتفهم أمام أعينهم.

ومع أن العديد من المشاركين كانوا لا يزالون يشعرون بضيقٍ شديد على الصعيد العاطفي أثناء المقابلات، غير أنني فوجئت بأن العديد منهم أعرب عن تقديره بأن "ثمة من يرغب في قضاء الوقت معهم والاستماع إليهم" ورأيت كيف تحسّن مزاجهم في نهاية المقابلة. كما بدت حماستهم بيّنةً في بعضٍ من تعليقاتهم التي قالوا فيها على سبيل المثال: "يسعدني أنك أتيت إلى بيتي وطرحت عليّ هذه الأسئلة. أنا على استعداد للمشاركة حتى لو كنت راغبةً في مقابلتي كل يوم" (برنامج الجراحة التقويمية 9، من سوريا، ذكر). فيما قال مشاركٌ آخر كان سجيناً سياسياً: "يؤسفني أن أزعجك بقصتي وأنت لا علاقة لكِ بهذه المعلومات. أردت أن أخبرك قصتي ليس إلا، لكن لا أعلم لماذا [يبتسم]" (برنامج الجراحة التقويمية 46، من العراق، ذكر).

الرسم 4: الباحثة تنفذ مقابلات. كانت الباحثة تجلس عادةً مقابل الشخص المشارك وتسجل المقابلة مستخدمةً جهاز تسجيل رقمي.

تحليل المقابلات

بعد الانتهاء من المقابلات بدأنا بإعداد الملفات الصوتية لتحليلها. وقد اعتمدت على مقاربةٍ تقوم على التحليل بحسب الموضوع (ريتشي ولويس، 2003) فطبقت الخطوات التالية. قام المساعدون الميدانيون بتفريغ المقابلات في ملفات بصيغة وورد. وبعد أن أتموا هذه المهمة بدأت بقراءتها كي أضع نظاماً للترميز اعتمدت فيه على برنامج MAXQDA. بعد أن تمت عملية الترميز قمنا بتنظيم البيانات في جداول (مصفوفات) وبدأنا بتفحصها أكثر بحثاً عن أنماط متكررة (المواضيع التي تقوم عليها مقاربة التحليل الموضوعاتي).

كنت أدون وأنا أحلل بيانات المقابلات مع طاقم المستشفى أية تشابهات أو فروقات في وجهات نظر المشاركين من مختلف أقسام المستشفى أو المناطق الجغرافية المختلفة. أما عند تحليل مقابلات المرضى فقد كنت أقارن بين المشاركين الذين لديهم إعاقات متشابهة في سياقات مختلفة. فقد قارنت على سبيل المثال اللاجئين السوريين المقيمين في الأردن بأشخاص مقيمين في العراق و/أو قارنت نتائج مقابلات الذكور والإناث. كما عملت على توصيف كل موضوع بتفاصيله ودعمته بأقوال المشاركين، علماً أنني حللت المعلومات التي تمخضت عنها الاستبيانات في ملف إكسل كي أحدد الوضع الاجتماعي الاقتصادي للمشاركين (الملحق).

الإجراءات المعتمدة لضمان جودة البيانات

لم تكن أمامي سوى فرصةٌ واحدة لتسجيل كل مقابلة وكان لا بد أن أحرص على جودة البيانات. لذا كان من المهم ترجمتها وتفريغها بدقة، ولكن بما أن هاتين العمليتين كانتا من اختصاص المساعدين في البحث فقد تأنيت جداً في اختيارهم. فقد قيّمت بدقة الخبرات البحثية التي يتمتع بها كلٌّ منهم ومدى طلاقتهم باللغتين العربية والإنكليزية، علاوةً على خبراتهم السابقة في السياقات الإنسانية. وخضع المرشحون لاختبارات كتابية في الترجمة والتفريغ، وهي اختبارات صممناها بهدف تقييم مهاراتهم في الترجمة الكتابية والشفهية وتفريغ الملفات الصوتية باستخدام الكمبيوتر. إذ ترجم المرشحون نصّين أحدهما بالإنكليزية والآخر بالعربية (صفحة بكل لغة). ثم قارنّا ما قدموه بنصوصٍ أعدّها مترجمٌ محترف كي نتبيّن دقة عملهم ومدى كفاءتهم على صعيد إدارة الوقت.

كذلك خضع المرشحون لاختبارات الترجمة الشفهية حيث قدمنا لهم نصوصاً قصيرة (باللغتين الإنكليزية والعربية) وطلبنا منهم ترجمتها. بالنسبة للنصوص التي ترجمها المرشحون إلى اللغة العربية، فقد طلبت من شخص ثالث أن يترجمها لي إلى الإنكليزية، حيث كنت أقارنها بالنص الأصلي. أما على صعيد تفريغ المقابلات، فقد قدمنا للمرشحين تعليمات وتسجيلات صوتية لحوارين قصيرين باللغة الإنكليزية وطلبنا منهم تفريغها في نصوص، ثم قيّمنا دقة عملهم (عدد الكلمات/العبارات الناقصة وأية تغييرات على المعنى) وكذلك حسن إدارتهم للوقت.

اخترنا في نهاية المطاف عدداً من المترجمين الذين خضعوا لتدريبات في إطار ورشة عملٍ نظّمتُها وأدرتُها بنفسي على مدار يومين، وتناولنا فيها إرشادات سلوكية معينة بخصوص العمل الميداني، علاوةً على أخلاقيات الدراسات البحثية والمبادئ الأساسية للأبحاث النوعية. تضمنت الورشة أيضاً شروحات ومقاطع فيديو إيضاحية ومواد كتابية.

جربنا قبل بدء العمل الميداني ومقابلة المرضى دليلاً إرشادياً للمقابلات واستبياناً اجتماعياً اقتصادياً اعتماداً على متطوعين (من المرضى) في المستشفى، حيث تمرّن مساعدو البحث على الترجمة أثناء المقابلات وسنحت لهم الفرصة بالاستماع لمتطوعين سوريين للتعرف على أية كلمات أو مصطلحات قد تكون غريبة عليهم، علماً أننا كنا نطلب في مثل هذه الحالة مساعدةَ أحد أفراد الطاقم السوريين في التأكد من معاني مثل هذه الكلمات (وقد اعتمدنا هذه المقاربة في جميع المقابلات). كما قدم لنا المتطوعون آراءهم وتعليقاتهم على مدى وضوح الأسئلة وتسلسلها. بالتالي فقد راجعنا ونقّحنا الدليل الإرشادي الذي استخدمناه لاحقاً بحيث أدخلنا عليه التحسينات المقترحة.

وحين بدأ مساعدو البحث بتفريغ المقابلات، كنت أختار منها عشوائياً بعض الأجزاء كي أقارنها بالتسجيلات الصوتية. وحين كنت أتبين وجود فروقات، كنّا نناقش الأسباب التي أدت إلى ذلك وكيفية تصحيحها مستقبلاً. وقد كررت هذه العملية إلى أن بلغنا المستوى المطلوب من الجودة. كما كان المترجمون الفوريون يفرغون المقابلات التي لم يشاركوا فيها كي نخرج بمستوى ثابت للترجمة ونتحقق من دقة الترجمات الفورية.

حصل المشروع البحثي بأكمله على ترخيص اللجان الأخلاقية في لجنة حماية الأشخاص في الجنوب الغربي وما وراء البحار ((Comité de protection des personnes Sud-Ouest et outre-mer III، بوردو، فرنسا، ومن مستشفى المواساة في عمّان.

وقد سمح لي تطبيق هذه الخطوات الصارمة بجمعِ وتوثيقِ وتحليلِ مجموعةٍ قيّمةٍ من المعلومات التي تجسّد حياة ضحايا الحرب وأفراد الطاقم الذين يقدمون لهم الرعاية. سنتابع الآن ونلقي نظرةً على الحياة اليومية في مستشفى أطباء بلا حدود، تلك الحياة التي تتخللها روابط عاطفيةٌ فريدةٌ تجمع بين من يعيش بين جدران المستشفى.

ملاحظات

1 - يمتلك هذا المشروع وحده ميزانيةً تعتبر من بين الأكبر على صعيد عمليات أطباء بلا حدود. وهي تضاهي ميزانيات مستشفيات جراحية تخصصية في أوروبا أو الولايات المتحدة الأمريكية.

2 - نجحنا في تحقيق النهج الثلاثي معتمدين على مزيجٍ من الأساليب الواردة أعلاه وجلسات استخلاص المعلومات من مساعدي البحث/المترجمين الفوريين بعد كل مقابلة.

3 - لا يجري عادةً تحديد حجم عينة الأبحاث النوعية. ولا تنتهي مرحلة المقابلات إلا عندما تصل البيانات إلى ما نطلق عليه نقطة الإشباع التي تتحقق حينما لا تعود البيانات الإضافية تقدم لنا أية معلومات جديدة (ريتشي ولويس، 2003).

4 - مدراء البرامج، الباحثون، أقسام الموارد البشرية والمالية، قسم التواصل والإعلام.

5 - قسم الشؤون اللوجستية، طاقم المختبر، طاقم الصيدلية.

6 - أقسام العلاج الطبيعي والدعم النفسي الاجتماعي.

7 - الأطباء، الممرضون، مشرفو الأقسام الطبية.

8 - الجراحون، مساعدو الجراحين، ممرضو غرف العمليات، أطباء التخدير.

9 - قدمنا بدلاً نقدياً يغطي تكاليف النقل للمشاركين الذين كانوا يضطرون للسفر من أجل مقابلة الفريق البحثي.

10- كانت محافظة بابل مستقرة نسبياً حينها، لكن محافظة ديالى كانت تشهد الكثير من الحوادث الأمنية. في شهر يونيو/حزيران 2018، كانت المحافظة الأكثر تضرراً، حيث بلغ عدد القتلى والمصابين اثنين وخمسين مدنياً (ستة عشر قتيلاً، وستاً وثلاثين جريحاً) (بعثة الأمم المتحدة لمساعدة العراق، 2018أ؛ 2018ب).

11- ملاحظة المشاركين هي وسيلة أساسية في الأنثروبولوجيا تقدم للباحثين فرصة إضافية للحصول على نظرة أعمق من خلال استشعار ومراقبة الظواهر موضوع الدراسة (ريتشي ولويس، 2003).

2

في مستشفى أطباء بلا حدود

سنتتبع في هذا الفصل المرضى وأفراد الطاقم في روتين حياتهم اليومية في مستشفى أطباء بلا حدود كي يتسنى لنا استكشاف ذلك النسيج الفريد للحياة في برنامج الجراحة التقويمية في عمان. سنعاين العلاقات التي نشأت بين المرضى والقائمين على توفير الرعاية الصحية لهم ثم سنختتم هذا الفصل بسردِ وجهات نظر الطواقم بالمرضى. وسيتبيّنُ لنا في نهاية المطاف كيف أن وجهات النظر الشائعة هذه تتعارض مع المقاربة المتمحورة حول المرضى، وهي مقاربةٌ لعبت دور المحرك في هذا البحث وتسعى أطباء بلا حدود إلى تحقيقها.

الحياة اليومية في المستشفى

مستشفى المواساة مبنى مذهلٌ مكوّنٌ من خمسةٍ طوابق ويقع في منطقة أسواقٍ شعبية في عمّان تدعى ماركا. يدخل المرء إلى المستشفى من بابٍ زجاجي آليّ لِتتكشّفَ أمامه المفاجأة الأولى: ألا وهي غياب أجواء الطوارئ التي تعرفها المستشفيات[1] فيبدو المكان هادئاً على نحوٍ لا نتوقعه من المستشفيات. يخيّم هدوءٌ محسوس خاصةً في ساعات الصباح، حيث ترى عدداً قليلاً من المرضى يتنقلون في مدخل المستشفى مُتَّكئين على عكازات أو مستعينين بكراسٍ متحركة. وقد نرى اثنين أو ثلاثة من أفراد الطاقم يحتسون القهوة في الكافيتريا التي يغلب أن تظلّ فارغة، كما قد نصدف مجموعةً من الممرضين يدردشون في رواق المستشفى.

ومع تقدم ساعات اليوم، تدب الحياة في جو المستشفى أكثر قليلاً. فنجد مجموعاتٍ من المرضى جالسين في الفناء الخارجي يتجاذبون أطراف الحديث ويستمتعون بألعاب الطاولة. أو قد يرى الناظر أطفالاً يلحقون بالقطط أو يمرحون في باحة اللعب الخارجية، ونساء جالساتٍ على المقاعد القريبة وهن يراقبنهم. لكنّ كل هذا لا يتعدّى على جوّ الهدوء والسكينة الذي يعمُّ المكان. أما في ساعات بعد الظهر الهادئة، فنرى أفراد الطاقم يقضون الوقت في مكاتب المستشفى، فيما يسترخي المرضى في الفناء الخارجي للمستشفى.

يبدو أن ثمة روتيناً يحكم حياة المرضى والطاقم في ذلك المكان: تبدأ ساعات الصباح بالجولات على الأجنحة وجلسات العلاج الطبيعي، كما يدخل المرضى إلى غرف العمليات ويخرجون منها، ثم هناك استشارات العيادات الخارجية، والأنشطة في أقسام الدعم النفسي الاجتماعي، إلى أن يحين موعد الغداء فنجد الناس يقضون الوقت في الكافيتيريا. قد ينقطع هذا الروتين أحياناً عندما يصل مرضى جدد أو يزور المستشفى عددٌ من الصحفيين من خارج المنظمة أو متطوعون أو ممثلون عن أطباء بلا حدود. أو حين تنشب خلافاتٌ بسيطة بين المرضى، أو تقوم احتفالاتٌ في أيام العطل الدينية، أو تنتظم تجمعاتٌ لوداع أحد المرضى، وكلها أحداث تبعث الحياة والنشاط في أجواء الهدوء التي تكتنف المستشفى.

كانت هناك مفاجأة أخرى، فقد كان عالم موظفي المستشفى والمرضى يندمج على شاكلة لحظات تواصل عفوية بعيدةٍ عن الطابع الرسمي. وقد بدا هذا جلياً في كافيتيريا المستشفى التي وفرت أرضية مناسبة للمراقبة. فقد كانت مساحةً مفتوحةً واسعة تقع في الطابق الأرضي وتزينها طاولاتٌ وكراسٍ ملونة تؤمن بيئةً

مريحةً للمرضى والطواقم على حدٍّ سواء، علماً أنهم كانوا يتقاسمونها كثيراً. هذا المكان أشبه بالمنزل لدرجة أن صاحب الكافيتيريا يعرف ما يفضله كلُّ واحدٍ من زبائنه ويقدم لهم قهوتهم التي يفضلونها دون أن يضطروا إلى طلبها حتى. وغالباً ما يتقاسم المرضى ومرافقيهم الطاولة ذاتها التي يجلس إليها أفراد الطاقم فيتبادلون الأحاديث الودية.

الرسم 5: مدخل مستشفى الجراحة التقويمية

كان بعض المرضى يتجولون أحياناً في الطابق الأول الذي يقع فيه مكتبي وغرف العمليات، حيث كانوا يقصدون أحد أفراد الطاقم للحديث إليهم بمن فيهم الممرض المسؤول عن تدبير الألم وكذلك مشرف التمريض وكلاهما يعملان قريباً من مكتبي. وكان المرضى يُطلّون أحياناً لإلقاء التحية على من يكون بابه مفتوحاً. أما الأطفال فكانوا يرون المستشفى وكأنه بيتهم، فكانوا يتجولون ويدخلون إلى المكاتب ويأخذون الأقلام ويرسمون ويدردشون ويلعبون كرة القدم في ردهات المستشفى، فيبعثون البهجة في نفوس الجميع رغم أن معظم أفعالهم تلك تخالف قواعد المستشفى. كنت أدعى أحياناً لحضور هذا الاندماج (غير الرسمي) بين العالمين، حيث كان يقصدني بعض المرضى بغرض الدردشة أو لتقديم الحلويات، كما كانت المريضات يحيينني بتبادل القبلات على الخدين، فيما كان الأطفال يدعونني كي أشاركهم في لعبهم. لا يرتدي المرضى زيّ المستشفيات المعتاد، إنما ألبسةً يكونون قد أحضروها من بيوتهم أو من التبرعات التي حصلوا عليها في المستشفى. لكنهم كانوا يبدون مُلمّين جداً ببيئة المستشفى وواثقين من أنفسهم لدرجة أنني كنت اضطر أحياناً لسؤالهم عمّا إذا كانوا من الطواقم أم من المرضى.

الرسم 6: مريض في إحدى غرف المستشفى وهو جالسٌ على سرير.

لا تقتصر حياة المستشفى على غرفه وردهاته إنما تمتد إلى فندق كهرمانة الذي يقيم فيه المرضى الذين يقضون فتراتٍ طويلةً في برنامج الجراحة التقويمية. إذ استأجرت المنظمة أحد طوابق الفندق بشكلٍ دائمٍ لإقامة المرضى الذين تنقلهم حافلةٌ صغيرةٌ تابعة لأطباء بلا حدود بين الفندق والمستشفى. ويبدو أن الإيقاع الذي يحكم الحياة في الفندق أقلّ اضطراداً من الذي في المستشفى، حيث يقضي المرضى المقيمون في الفندق أيامهم في غرفهم المشتركة وهم يشاهدون التلفزيون أو تجدهم يتبضّعون في الأسواق المحلية، كما يؤدي بعضهم الصلاة في الردهات الواسعة التي تربط بين الممرات، في حين يكون بعضهم منهمكاً بتحضير الطعام في المطبخ المشترك. وكما هو الحال في المستشفى، يشعر النزلاء ببطء حركة الحياة والهدوء في الفندق الذي يعتبرونه بيتهم الثاني.

علاقات فريدة بين المرضى والقائمين على رعايتهم

تتّسم أجواء المستشفى أيضاً بعلاقات فريدة من نوعها نشأت بين طاقم المستشفى والمرضى، علاقاتٌ قد لا تبدو ظاهرةً للوهلة الأولى، إنما كشف لي طاقم المستشفى من خلال المراقبة والمقابلات مُقوّمات ذلك التواصل المتميز. دعونا نتعرف على التفاصيل.

تغلب على أفراد طاقم المستشفى والمرضى سمات بارزة من اللطف وعدم الرسمية كما أسلفت. إذ لم يكن يندر مثلاً رؤية مرضى يتحدثون إلى جراحين خارج غرفة الاستشارات الطبية أو في الكافيتيريا أو في ردهات المستشفى، علماً أن المرضى ينادون الجراحين بأسمائهم الأولى مسبوقةً بلقب "دكتور". وتختلف تلك

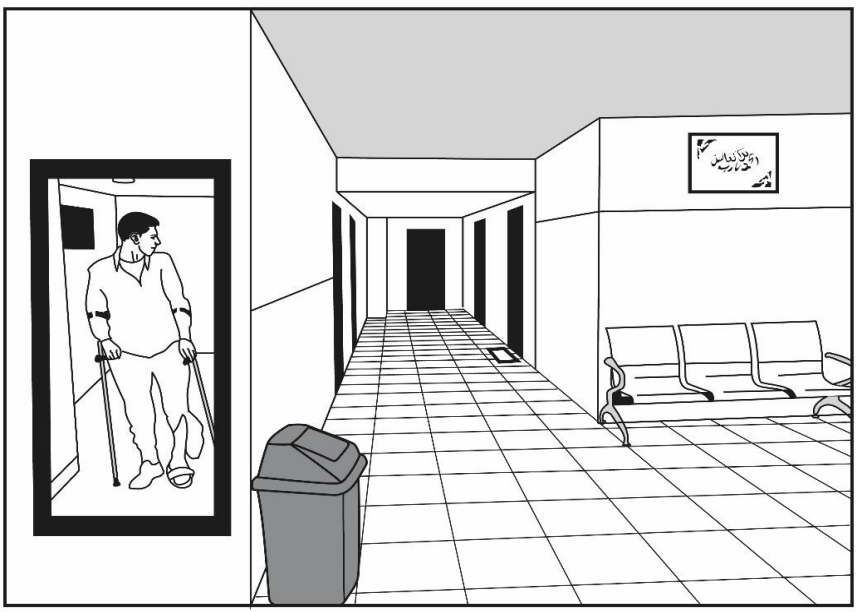
العلاقات من حيث قوتها وبعدها عن الرسمية باختلاف شخصية الجراح. فقد كان الأكثر انفتاحاً منهم أكثر ميلاً للمزاح مع المرضى ومصافحتهم والتربيت على أكتافهم أو تقبيل المرضى الأطفال على جبينهم. كما بدا على المرضى إحساسٌ عامّ بالراحة أثناء الجولات الطبية التي كان ينفذها أولئك الجراحون، ولم ألحظ عليهم أي تردد في الحديث إلى الجراحين مباشرةً. أما أولئك الأكثر تحفظاً فقد كانوا أقل تفاعلاً مع المرضى وأقل حديثاً إليهم كما كان تواصلهم الجسدي أقل (مصافحة، إلخ)، بيد أن المرضى الذين كانوا أكثر انفتاحاً وثقة وجدوا سبيلاً للفت انتباههم رغم أسلوب التواصل الذي يتبعه أولئك الجراحون. لذا فقد اتسمت العلاقات بشكل عام بتفاعل متبادل بين الطرفين على تنوع الشخصيات.

الرسم 7: فناء المستشفى الخارجي وفيه ملعب للأطفال.

لكن بدا لي أن العلاقات بين الممرضين والمرضى كانت أكثر مرونةً ويغلب عليها الخفة والدعابة. فقد كان الممرضون ينادون المرضى بأسمائهم الأولى، وبمجرد دخولهم إلى غرف المرضى، كان المريض يبدأ بالشكوى من طعام المستشفى أو يعبر عن آماله بالخروج من المستشفى سريعاً ويُبدون مخاوفهم بشأن أسرهم وما إلى هنالك. كما كانت الحدود التي تفصل بين المرضى والممرضين تتداخل في بعض الأحيان، وتلك حالةٌ أسهم فيها الطرفان. فقد رأيت مرةً أحد الممرضين أثناء الجولة الجراحية يقذف ببكرةٍ من الشاش مريضاً عراقياً شاباً ثم يقهقه. كما رأيت مرة مريضة تطلب أن تجرب مريول التمريض وقد سمحوا لها بهذا دون أدنى تردد.

وعند حديث طاقم المستشفى عن علاقاتهم بالمرضى كانوا يصفونها بشكل عام بأنها "فريدة" وكان العديد من المشاركين، ومن ضمنهم العاملون في أقسام غير طبية كالإداريين وموظفي القسم اللوجستي، يشيرون إلى المرضى على أنهم "أهل" أو "أصدقاء". وكان الممرضون والممرضات على وجه الخصوص يصفون بحرارة الروابط التي تجمعهم بالمرضى. فقد قالت إحدى الممرضات: "أجل، فقد كوّنّا [نحن الممرضين والممرضات]

علاقة شخصية جداً [بالمرضى] - أعتقد لأنهم بحاجةٍ إليها م10) "، ممرضة .(كما كانت ممرضة أخرى منفتحة جداً حيال المقاربة الشخصية التي تتبعها: "إنها علاقة أخوةٍ إلى جانب العلاقة المهنية م11) "، ممرضة .(كان الطاقم الإداري كذلك يتبع نهجاً بعيداً عن الرسمية، كما قال أحدهم: "العلاقة بيننا لا تشبه علاقة موظف مستشفى بمريض، بل هي أشبه بعلاقة الأصدقاء والأهل" (م58، موظف إداري).



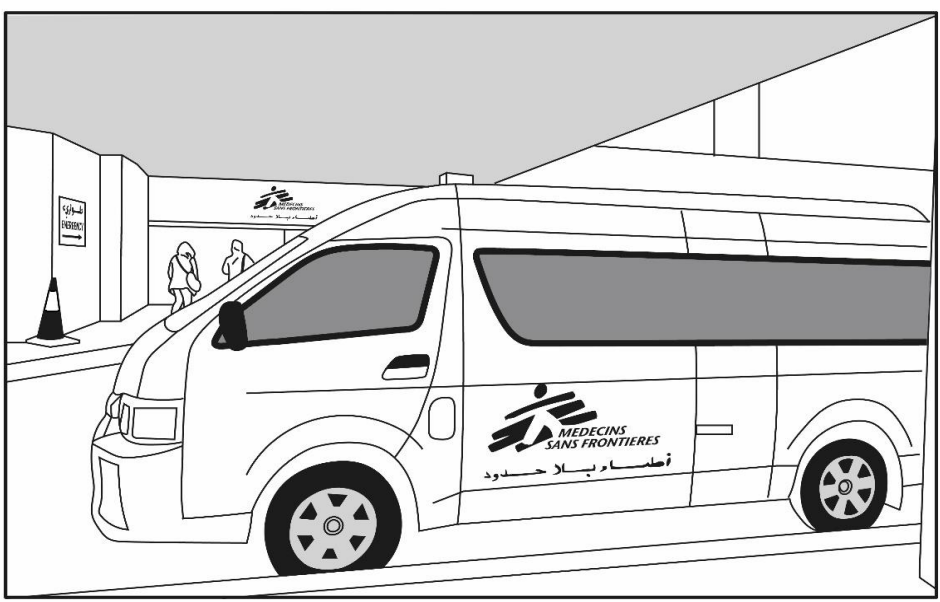
الرسم 8: الفندق من الداخل. القسم الذي يقيم فيه المرضى في انتظار خضوعهم للعمليات الجراحية

هناك بعض المرضى الذين ينالون اهتماماً أكبر من هذا حتى، وبالأخص نجد الممرضين والممرضات قد كوّنوا علاقة قوية تربطهم بهم. وهذا ما بدا جلياً في حالة صبيٍّ مريضٍ يتمتع بشخصية حيوية كان قد غادر المستشفى. وقد وصف أحد الموظفين الدوليين شخصية الصبي فقال: "كان ثمة طابعٌ شخصي يحيط به وكان الكثير من الناس ينجذبون إليه. لهذا صار الكثير من الأشخاص مولعين به، وأنا واحدٌ منهم. فقد كان طفلاً متميزاً بحقّ" (م41، موظف إداري). لذا فقد خيّم إحساسٌ بالحزن في ردهات المستشفى يوم غادر الصبي. ويومها حاول أحد المشرفين الذي تأثر هو أيضاً بالمشهد تشجيع فريقه على مواصلة العمل. وقد أفضى لي فقال:

"حين غادر [اسم الصبي] كان الجميع يبكي مع أنه لم يكن قد تخرج من المستشفى بشكل نهائي [سيعود إلى المستشفى]. رتبت اجتماعاً في الطابق الثالث [كي أهدئ من روع أفراد الطاقم] لأنهم قالوا بأنه من كان يبعث النشاط في الطابق الثالث، فقد كان كثير الضوضاء ولا يكف عن الحركة [والحديث إلى الجميع]. وقتها رأيت بعض الممرضين وهم يبكون، فقلت لهم 'حسنٌ، اذهبوا إلى قسم العيادات الخارجية]. فقد وصل مريضان جديدان اليوم...' طفلتان عراقيتان... وهما أختان. كانتا على كرسي

متحرك... وقلت: 'علينا مواصلة العمل. فقد غادر [الصبي]'... ثم قلت لهم: 'ستنسونه بعد أسبوع لأن أمامكم مهام أخرى تقومون بها [مرضى آخرين]'" (م76، ممرض).

ذاك "الطفل المتميز" والحزن الذي رافق رحيله من المستشفى ليس إلا مثالاً على دوامة العواطف اليومية التي تعصف بالمستشفى. كان العديد من أفراد الطاقم يصفون الصعوبات التي يقاسونها حين يغادر المرضى البرنامج إلى غير رجعة، وكان بعضهم يقول: "نبكي ونشعر بالحزن والقلق عليهم". وأبلغني بعضهم كيف أنهم لجأوا إلى وسائل التواصل الاجتماعي كي يبقوا على اتصال بالمرضى لفتراتٍ كانت تمتد أحياناً إلى سنوات عديدة بعد تخرج المرضى. وقد عبر أحد الجراحين عن شعوره بالإطراء لأن بعض المرضى كانوا لا يزالون يشيرون إليه على الفيسبوك، فقال: "من الجميل [أن نبقى على اتصال]. كتب أحدهم [أحد المرضى] قبل قليل على الفيسبوك وقال 'إنها الذكرى العاشرة على إصابتي، وأريد أن أشكر جميع الأطباء الذين أنقذوا طرفي من البتر'. وقد خصني بالذكر" م55، جرّاح).



الرسم 9: حافلة أطباء بلا حدود الصغيرة تنقل المرضى بين المستشفى والفندق.

لكن المعالجين الطبيعيين ومعظم الجراحين لم يعرفوا علاقات بهذا القرب مع أنها ليست غريبةً على جوّ المستشفيات. فقد كانوا يؤكدون دائماً -رغم بعض الاستثناءات- على أهمية الحفاظ على حدود مهنية، كما أنهم لم يكونوا يطلقون على المرضى صفة "أهل" أو "أصدقاء" بخلاف باقي المشاركين. ولم يكن معظم المعالجين الطبيعيين يعتبرون الدعم النفسي للمرضى من مهامهم المهنية ولا مسؤوليةً شخصية رغم أنه كان أمراً شائعاً جداً بين الأطباء والممرضين. لكنهم كثيراً ما كانوا يشيرون إلى موضوع إحالة المرضى إلى فريق الدعم النفسي الاجتماعي، كما قالت إحداهن: "نبذل قصارى جهدنا كي نشرح للمرضى بأن هذا هو كل ما

يسعنا فعله... وإن أرادوا المزيد فإننا نحيلهم عادةً إلى مرشدي الدعم النفسي الاجتماعي كي يساعدونا على إيصال رسالة مفادها: لا ينبغي أن تنتظروا منا أكثر مما نقدمه" (م37، معالجة طبيعية). ويبدو أن إحالة المرضى إلى فريق الدعم النفسي الاجتماعي يساعد فريق العلاج الطبيعي في المحافظة على حدودهم، وهذا ليس مفاجئاً إذا ما أخذنا في عين الاعتبار تعاطيهم يومياً مع المرضى لفترات أطول وتنطوي على تفاعل أكبر مقارنةً بباقي أفراد الطاقم.

أما حين تحدثت إلى الفريق الجراحي، فقد تنوعت الآراء وبشأن مدى المعلومات الشخصية التي يسعون لمعرفتها بشأن مرضاهم وماهية هذه المعلومات. فقد كان بعضهم يُفضّل الاكتفاء بالأساسيات -أي الإصابة والعلاج السابق- في حين كان بعضهم الآخر يرغب بمعرفة منشأ الإصابة، وقد أبلغني أحدهم كيف أنه كان يسعى لمعرفة تفاصيل دقيقة عن الحالة الاجتماعية العامة لكل مريض. برّر جميع المشاركين هذا بقولهم أن مستوى المعلومات التي يسعون للإطلاع عليها يساعدهم في تدبير الحالات سريرياً. وقد كان من يعزف عن التماس معلومات تفصيلية يعزو الأمر إلى أن غياب هذا النوع من المعلومات يُجنّبهم أن يصبحوا عاطفيين حيث أن "العواطف قد تؤثر في قراراتهم الطبية". وعلى العكس، فقد كان الأشخاص القلائل الساعون للاطلاع على تفاصيل أكبر عن وضع المريض يقولون بأن تلك التفاصيل تساعدهم في تدبير حالة المرضى ودعمهم طبياً وشخصياً، كما أنهم يرونها جزءاً من واجبهم المهني.

أشار الموظفون الدوليون من خارج منطقة الشرق الأوسط إلى أن تعاطيهم مع المرضى كان محدوداً بسبب ضعف مهاراتهم على صعيد اللغة العربية: "تواجهني هنا الكثير من المصاعب في التواصل مع المرضى. أولاً، لا أتواصل معهم كثيراً بحكم عملي مديراً، فهذا لا يضعني على اتصال مباشر بهم. وحتى إن أردت التواصل معهم فإنني أواجه مصاعب جمّة نتيجة [حاجز] اللغة" (م32، موظف دولي). بالتالي لم تبلّغ هذه المجموعة عن أيّة علاقاتٍ شخصيةٍ مع المرضى فيما عدا بعض الاستثناءات القليلة. لكن كثيرين منهم عبّروا عن تقديرهم للّحظات اليومية البسيطة التي كانت تجمعهم بالمرضى: إلقاء التحية، التدخين معاً أمام مبنى المستشفى واللعب أحياناً مع الأطفال. لكن معظم الموظفين الدوليين عبروا عن أملهم في التفاعل أكثر مع المرضى، كما قالوا أن مشاهداتهم اليومية منحتهم الإحساس بالمسؤولية والهدف رغم محدودية فرص التواصل.

التعاطف

كان إحساسٌ عارم بالتعاطف ينتشر بين طاقم المستشفى الذين يتعاطون مع المرضى ولم يكن هذا الإحساس يغيب عن الحياة اليومية للمستشفى. كنت أرى كيف كان الممرضون يُطمئنون برقة والد طفلٍ يعاني من الألم، وكيف كان السائقون يلعبون كرة القدم مع الأطفال أمام المستشفى، وكيف كان الجراحون يعبّرون عن قلقهم حيال أوضاع أسرة المريض. كانت تمر لحظات تهزّ كلّ مَن في المستشفى، حين يقفون في مواجهة معاناة المرضى التي لم تكن تخفى على أحد. أذكر مرةً أن طفلاً دخل غرفة العمليات برفقة عددٍ من أفراد الطاقم بينهم ممرضون ومساعدو جراحين وطبيبٌ جراح، وكانوا يخبرونني بما حدث وقد اغرورقت أعينهم بالدموع. وصف الجراح الموقف فقال:

عمره [المريض] أربع سنوات، وقد أجريت له عمليةً جراحيةً قبل حوالي شهرين. فَقَد هذا المريضُ أسرته بأكملها في انفجارٍ وقع في سوريا ولم يتبقَّ له [اليوم] سوى عمّه [الذي يعتني به]. أتي إلى هنا [مستشفى أطباء بلا حدود] حاملاً إصابةً في طرفه العلوي وكان يعاني من كسرٍ في عظم الكعبرة في الساعد، وكان قد فقد جزءاً من العظم [أصبح أقصر]. لذا أجريت له عمليةً جراحية، لكن... [ثم يتردد في الكلام] حين ذهبنا... حين حضّرناه للعملية الجراحية، كان يصرخ أمام غرفة العمليات لأنه لم يكن يرغب في الدخول... [يبدو المشارك مفجوعاً وتدمع عيناه]. لم يكن يرغب بدخول غرفة العمليات لأنه كان يريد أن يرافقه أبوه أو أمه. لذا طلبنا من عمه أن يدخل إلى غرفة العمليات فدخل. وحين تمت العملية قلنا له [للعم]: "نرجو منك أن تأتي أيضاً إلى غرفة الإفاقة لأن المريض بدأ أيضاً بالصراخ حين استفاق من التخدير، وكان يقول: 'أريد أمي. أريد أبي'". لذا فقد... [يتردد في الكلام] أردت أن أبكي، فقد كان [المشهد] مفجعاً. كان ذلك محزناً جداً. وكما أسلفت فإنه طفلٌ ولا يعلم ما الذي ألمّ به. تلك كانت بداية رحلته. كانت حياته [قد بدأت للتو] بتلك المصيبة [المعاناة العاطفية]. (م66، جرّاح).

ذلك الموظف المتأثر عاطفياً لم يكن حالةً منعزلة، فقد رأيت أثناء مقابلاتي العديد من أفراد الطاقم يذرفون الدموع وهم يتحدثون عن مآسي المرضى و"ظلم حالهم" و"المصاعب التي سيواجهها هؤلاء الناس في مستقبل حياتهم". ولم يكن المشاركون يبخلون في وصف بلاء المرضى خاصةً عندما كانوا يتحدثون عن الأطفال منهم. وعلى سبيل المثال، فقد علق جرّاح آخر قائلاً: "طفل يسير برفقة أبيه في المكان الخطأ والزمان الخطأ، حين وقع انفجار. ما كانوا ليتعرضوا لذلك الحادث لو أنهم تأخروا أو أبكروا دقائق معدودة... إلا أن هذا الحادث سيغير حياتهم إلى الأبد. يا للبؤس". (م63، جراح). عبّرت أيضاً موظفة نظافة عن الإحساس بالغبن الذي يتلبّس المرء عند الوقوف أمام هؤلاء الأطفال الذين تضرروا بالحرب، فقالت: "الكثير منهم [أي المرضى] أطفالٌ تنفطر لهم القلوب. فلا ذنب لهم فيما أصابهم ولا ينتمون لأيّ توجهٍ سياسيّ أو غيره" (م72، عاملة نظافة).

ثمن توفير بيئة تساعد على التعافي

اتّفق الموظفون على أن "هذا المستشفى ليس مستشفى عادياً، إنما هو مكانٌ لشفاء الجروح الجسدية والنفسية". وقد عبر الكثير منهم عن رغبته في تخفيف معاناة المرضى الجسدية بل والنفسية. غير أن هذه المحاولات التي تسعى إلى "استيعاب آلام المرضى" تركت آثاراً لا تمحى في نفوس طاقم أطباء بلا حدود.

لا يخفى على أحدٍ في المستشفى هَول ما مرّ به المرضى حتى لو بقيت قصصهم طيّ الكتمان. وكان موظفو المستشفى يعبّرون كل يوم عن إنهاكهم وعن "التوتر" الذي يرافق بيئة عملهم. كانوا يتحدثون عن تبعات عملهم مع هؤلاء المرضى على حياتهم الشخصية. فكانت "مواجهة حالة قد تؤثر فيك مرة أخرى" يعتبر من المخاطر اليومية. وقد علق أحد الأطباء فقال: "يواجهني مؤخراً تحدٍّ جديد، فقد كنت أعتقد أنني سأعتاد على العمل وتلقي الأخبار السيئة أو التعاطي مع الحالات الصعبة... لكنني اكتشفت مؤخراً بسبب حالةٍ

وصلتنا الأسبوع الماضي [وصدمتني] بأن هذا [التوتر العاطفي] سيحدث حتى لو بعد مليون حالة. سيحدث مرةً تلو الأخرى وسيؤثر فيّ" (م91، طبيب).

كما أن التعاطي اليومي مع المرضى والأثر البصري للتشوهات التي ألمت بأطرافهم ووجوههم يستثير مزيداً من العواطف. أذكر أولى أيامي في المستشفى. كنت وقتها أكاد أتقيأ بفعل الشدة العاطفية التي تنتابني كلّما وقع بصري على تلك الأجساد البشرية المشوهة. لكن مشاهداتي للمرضى المصابين أثناء جولات المستشفى سهّلت عليّ الأمر، فصارت مشاعري وتصرفاتي "محايدة". لكنني رأيت ذات مرة امرأةً كانت تعاني من ندب حروقٍ كبيرة على وجهها أدت إلى انزياح شفتيها وعينيها. دخلت عليّ مكتبي وفاجأتني، حيث لم أسمعها وهي تدخل لأنني كنت مديرةً ظهري إلى باب الغرفة لحظتها. ربّتت بلطفٍ على كتفي كي تلفت انتباهي وتطرح علي سؤالاً. وحين استدرت برأسي اجتاحتني موجة عواطف عارمة وكانت مشاعري لا شك قد طفت وتجسدت في تعابير وجهي. شعرت بالعار من أنني قد آذيتها بهذا. قدمت لها المعلومات التي طلبتها لكن إحساساً عارماً بالذنب والحزن لاحقني طيلة اليوم. لكن كما أسلفت فقد كانت عواطفي وردود فعلي تنتقل ببطء إلى حالةٍ أكثر حيادية لكنني لم أفقد مشاعري حين كنت أرى أحدهم وهو يعاني من إعاقاتٍ شديدة أو ظاهرة للعيان أو حين يقع بصري على طفلٍ جريح. وقد عبّر أفراد الطاقم عن معاناتهم من الأحاسيس ذاتها، حتى أولئك الذين قضوا سنوات طويلة في العمل مع أطباء بلا حدود. وأشارت إحدى الممرضات إلى المصاعب التي تواجهها فقالت: "قد نرى مثلاً طفلاً عمره خمس سنوات بوجهٍ مشوّه أو محروق أو ربما فاقداً أنفه أو عينيه. أعتقد أن هذا أصعب ما يمكن [لي أن أتكيف معه في المستشفى]" (م16، ممرضة).

وقد عبّر المشاركون عن مجموعة مشاعر تخالجهم في تعاطيهم مع المرضى وأشيعها مشاعر الحزن والأذى والألم والقلق والذنب والاكتئاب، وكلها مشاعرُ كانت ترتبط بشدّةِ إصابة المريض ومدى معرفة الشخص بمعلوماتٍ عمّا جرى للمريض. وهذا الكلام يخصُّ تحديداً أفراد الطاقم الجدد في أطباء بلا حدود وأولئك الذين أسعفتهم ذاكرتهم في استرجاع الفترة الأولى من عملهم بتفاصيلها، حيث أسرّوا لنا بالتحديات العاطفية التي واجهتهم بالفعل وهم يسعون للتكيّف مع بيئة العمل في برنامج الجراحة التقويمية. كانوا يتحدثون عن أول مرة واجهوا فيها حالاتٍ من التشوه الجسدي والإصابات الشديدة وما يرافقها من الأحداث التي عاشها المرضى، فكانوا يصفون هذا بأنه "أمرٌ أشبه بأفلام الرعب"، كما قال أحدهم:

> بصراحة، كان أول شهرٍ لي في بداية عملي هنا شهراً مزرياً، لأنني لم أكن قد رأيت من قبل "مثل تلك الحالات" بشكل مباشر. كانت أشبه بما قد نراه في أفلام الرعب على التلفزيون، لكنها كانت قصةً حقيقية [كان المريض يخبرنا بها]. الأمر مختلف فعلاً. وكنت مصدوماً خلال أول شهر لي. [بعد أن] يقصّ عليك المرضى [تفاصيل ما مروا به] عليك أن تجد سبيلاً للاعتناء بنفسك. (م57، مرشد نفسي اجتماعي).

كذلك أخبرني مشاركٌ يعمل في قسم الشؤون الإدارية عن أول موقفٍ في المستشفى جعله يبكي، فقال: "كنت أعود إلى بيتي باكياً في أول شهرٍ لي، بل في أول أسبوعين" (م58، موظف إداري). كما أبلغني الكثير عن فقدانهم للشهية، ومنهم موظفة قالت: "[تأثرت] بشدة. ولم أستطع تناول الطعام [على نحو سليم] لمدة شهرين. فقدت بالفعل ثماني كيلوغرامات من وزني عندما بدأت العمل أول مرة في مثل هذه الوظيفة ومثل

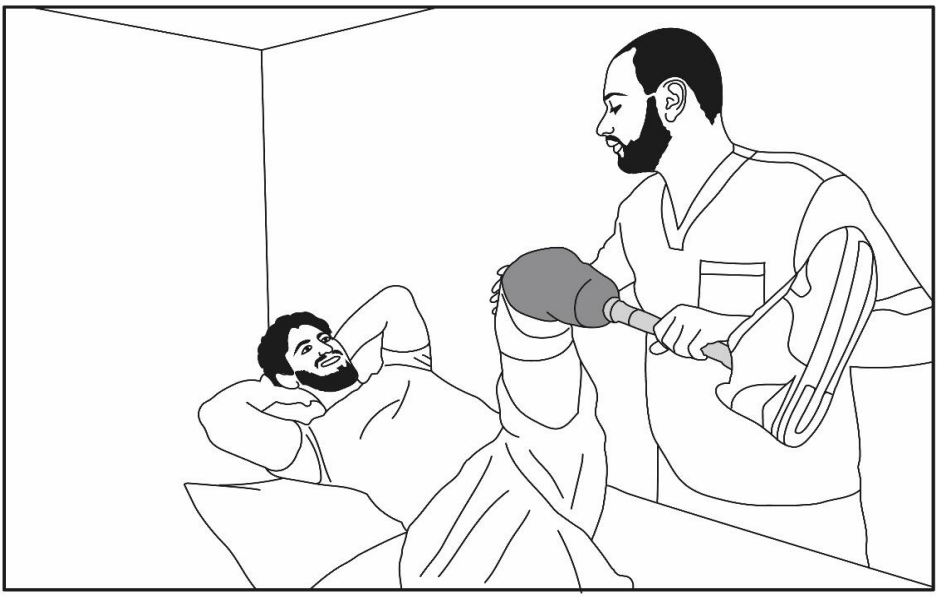
هذا المكان المرتبط بالحروب والإصابات. لم أكفَّ عن البكاء وخاصة على الأطفال. فقدت فعلاً ثماني كيلوغرامات" (م72، عاملة نظافة). كان جميع المشاركين، رجالاً ونساء، من الأقسام الطبية وغير الطبية، يصفون مشاعر الصدمة والبكاء وفقدان الشهية والوزن والمعاناة من الكوابيس ومشاعر الحزن وتكرار قصص المرضى في أذهانهم أثناء العمل. حتى أن بعضهم قال لي: "لم أستطع [في بادئ الأمر] أن أتخيل بأنني سأستمر في هذا العمل"، نظراً للصدمة التي ألمّت بهم عندما بدأوا. لكن أكّد أغلبهم نجاحه في "التكيف" بعد الأسابيع الأولى القليلة أو "اعتياده على الأمر" أو "نجاحه في التعامل مع المشاعر بشكل أفضل" أو "الانفصال بشكل تام عن أمور العمل" بعد انتهاء ساعات الدوام.

وقد عبّر موظفون في قسم الشؤون الإدارية ومدراء وموظفو دعم في المستشفى (من سائقين وأعضاء في الفريق اللوجستي) عن تأثرهم عاطفياً بالأوضاع بوتيرةٍ لا تقل عن حال الطواقم الطبية. وقد أوضحت هذا إحدى موظفات الشؤون الإدارية فقالت:

> ثمة بعض الأمثلة [الحالات] التي [تؤثر فيّ]، أجل. أذكر كيف أنني كنت سعيدةً في حياتي وكانت الابتسامة لا تفارق وجهي... لكن أحياناً [في الفترة الأخيرة] بدأت أسمع من أمي وعائلتي بأنني أبدو "حزينة، لماذا؟" إنه تراكم لحظات حزنٍ بالنسبة لي. لم أشعر [في بادئ الأمر] بهذا التراكم. لكن بدأت أشعر بمرور السنين تأثير هذا في كلّ موظفٍ من موظفي أطباء بلا حدود. (م6، موظفة في الشؤون الإدارية)

قدّم المعالجون الطبيعيون أمثلةً كثيرةً عن هذا حين كانوا يشرحون الأثر العاطفي لعملهم. فقالت مثلاً معالجة طبيعية: "تحز في نفسي دائماً كل تلك الأمور النفسية [المرتبطة بالعمل] تماماً كالسكين [تعبيراً عن الشعور بالألم]. وأحياناً تجدنا ندخل في حالة من الاكتئاب" (م35، معالجة طبيعية). بدا اليأس أيضاً على موظفٍ آخر يعمل في قسم العلاج الطبيعي، حيث قال: "أفكر أحياناً بجدّية في تغيير عملي. في بعض الأحيان، وخاصةً حين تواجه حالةً أو حالاتٍ كثيرة [من هذا القبيل] ولا يؤدي عملك إلى نتائج حقيقية [لصالحهم] أو حين [يكونون] قد وصلوا إلى نقطةٍ لا يعودون يحققون عندها أي تقدم [على صعيد العلاج الطبيعي]. أفكر أحياناً بأنّ الأوان قد آن لتغيير عملي، فعلاً" (م29، معالج طبيعي).

أقلقني أيضاً كمّ الألم الذي يكتوي الفريق الجراحي بفعل تلك الآثار العاطفية. وغالباً ما يستخدم الجراحون مصطلح "توتر" لوصف مشاعرهم، وقد شرح لي أحدهم منشأ هذا التوتر فقال: "التوتر. التوتر حاضرٌ أبداً وخاصةً في هذه الحالات. أن تدخل لإجراء عملية جراحية [ثم تخرج] دون نتيجة أمرٌ يبعث على إحباطٍ لا مثيل له. دون تحقيق أية نتائج جيّدة" (م88، جراح). كان لجراحٍ آخرَ رأيٌ مماثل، حيث قال: "تشعر بالتوتر بعد العمل الجراحي لأنك تريد أن تعرف: 'هل قدمت أفضل ما لديّ من أجل المريض؟ هل هذا جيد؟ هل ألحق عملي على تلك المنطقة ضرراً بالعصب؟ هل تسبّبتُ بأذيةٍ على العضلات التي كانت قد أُصلحت [في العملية الجراحية السابقة]؟' فالأمر إذن يسبّبُ لنا نحن الجراحين توتراً شديداً" (م66، جراح).



الرسم 10: جلسة علاج طبيعي. غالباً ما يخضع المرضى لجلسات علاج طبيعي يومية.

لكنني أعتقد أنهم حين كانوا يستخدمون مصطلح "توتر" كانوا يصفون مشاعر عارمةً من القلق والاكتئاب والمشاعر المكبوتة والإحباط والغضب وليالٍ من الأرق والقلق على نتائج العمليات الجراحية، أو معضلةً أخلاقيةً تمخّضت عن العمليات الجراحية (هل فعلت الصواب؟" "هل فعلت ما يكفي؟"). لكنهم كانوا يصفون أثر تلك العواطف على أنّه أثرٌ مرهق، كما قال أحدهم: "الاكتئاب بالنسبة لي هو النتيجة الأولى التي تسبق كل شيء، وهذا يعود إلى هول الحالات. إذ أرى أحياناً نساءً في منتصف العمر وأطفالاً صغاراً وقد بترت أطرافهنّ وأطرافهم وغير ذلك. فكيف لي أن أتحمّل كلّ هذا؟" (م87، جرّاح). كما أوضح جرّاحٌ آخر كيف تأثّرت حياته الأسرية فقال: "يا لهذا البؤس. بؤسٌ شديد. وهذا دون شكٍّ ينعكسُ عليّ وحتى على أسرتي. فلا تكفّ زوجتي تسألني 'لماذا أنت غاضب؟ طيلة الوقت'. لا أعرف [بمَ أجيبها]" (م87، جراح). أبلغني جميع الجراحين الذين قابلتهم دون استثناء بأن طبيعة عملهم في برنامج الجراحة التقويمية قد أثّرت على حياتهم الشخصية والأسرية.

وقد أكّد حديثي إلى الجراحين ما وصفوه لي أثناء المقابلات. كما كنت أنجحُ أحياناً في الحديث إليهم قبل وبعد إجراء عمليةٍ جراحيةٍ صعبة، حتى أنّي رأيت ذات مرة على أحد الجراحين علاماتٍ تدلُّ على تأثره، فقد كانت عيناه غائرتان وكان القلق بادياً على وجهه. أخبرني أنه اكتشف بعد ساعاتٍ من البحث في النصوص الطبّية عدم وجود أيّة أدلة تدعم القرارات الطبية التي اتخذها بشأن العملية الجراحية المعقدة التي كان على وشك تنفيذها في اليوم التالي. أسرّ إليّ بقلقه حيال نتيجة الجراحة، خاصةً وأن المريض كان من ضحايا التعذيب ولديه قصةٌ عائليةٌ مأساويّة. لكن الرسالة التي قرأتها بين الأسطر كانت تحكي عن الضغط الهائل الذي يرزح تحته هذا الشخص ومدى شعوره بالعزلة وغياب الدعم في تلك اللحظة الصعبة. كان الجراحون

في بعض الأحيان يتحدثون عن ندمهم لاختيار مهنة الجراحة ويقولون (على سبيل المزاح) بأنهم قد يختارون مهنة "لا ترتبط بالطب" لو تسنّى لهم الاختيار مجدداً.

فالعمل الجراحي في المستشفى يتّسم بمتطلباتٍ فريدةٍ من نوعها على الصعيدين العاطفي والفكري. فكثيراً ما لا يجد الجراحون بروتوكولاتٍ معتمدةً يمكنهم اتّباعها في مثل تلك الحالات الجراحية المعقدة. كما أن بعض جرّاحي طب التجميل وجرّاحي الوجه والفكين يعملون بمفردهم في الفريق، بالتالي ليس لديهم من يلتجؤون إليه التماساً للمشورة في اتخاذ القرارات أو إيجاد حلول للمشاكل الجراحية، أي أنهم الخبير الوحيد في تخصصهم. بالتالي لا عجب من حديث المشاركين عن الإحساس الهائل بالمسؤولية وكيف يعتبرونه إحساساً مرهقاً. فالتعامل مع ضحايا الحرب، وبالأخص إن كانوا من البلد ذاتها التي يأتي منها الجراحون (أو باقي أفراد الطاقم)، أمرٌ يُفاقِم التوتر العاطفي الذي يحلّ بهم.

المرضى وأفراد طاقم أطباء بلا حدود يتقاسمون تجارب مشتركة في الحروب

كثيراً ما كان أفراد الطاقم القادمين من العراق واليمن وسوريا يشرعون في الحديث عن تجاربهم في الحرب دون أن يطلب أحدٌ منهم ذلك تحديداً. وهذا ليس إلا تذكرةً أخرى بالتعقيدات النفسية التي ينطوي عليها العمل في برنامج الجراحة التقويمية. وكانت معظم تلك القصص تترافق بشكل شبه دائم بتشنجات أو تعابير في الوجه تنمّ عن التوتر، أو تتلوها لحظاتٌ من الصمت، أو قد يعتذر راويها عن الدخول في "مثل هذه التفاصيل المؤلمة". بدا لي أن عملهم في المستشفى يُذكّرهم كلّ يومٍ بالمصاعب التي مرّوا بها في أوطانهم.

ذكر لي أحد أفراد الطاقم الجراحي عمله في ظلّ الضغوط الهائلة التي فرضتها الحرب في العراق. كانوا يصفون تلك الوقائع على أنها وقائع "غيّرت حياتهم" و"لا تمحى من الذاكرة" و"يصعب التعامل معها"، ويشيرون إلى أن ذاكرتهم تأخذهم إلى "لمحاتٍ من الماضي". وصف أحد الجراحين الأوضاع المرهقة بقوله: "كنت مسؤولاً عن كلّ شيء حتى بطانيات المرضى وضماداتهم وتسكين آلامهم، وكل شيء. كان الوضع يبعث على التوتر الشديد. كنت [مسؤولاً] عن جميعهم [جميع المرضى]. فقد كنت الجراح [الأخصائي] الوحيد لمليوني شخص. كنت متوتراً بشدة... وكنت أعمل يومياً وأناوب كلّ يوم. حتى أيام الجمعة والسبت .. كل يوم" (م61، جراح).

يقول المشاركون بأن ثمة عدداً من العوامل التي تجعل من العمل في الحروب عملاً يؤدي إلى صدمات بشكل خاص. هناك أولاً حجم المسؤولية التي تقعُ على عاتق الأطباء والجراحين في اتخاذ القرارات الطبية والإجابة على أية أسئلة تتمخض عن تلك القرارات، وهي أسئلةٌ قد تستمرّ لسنوات بعد الجراحة. ثانياً، الضغوط الهائلة التي يفرضها العمل مع عددٍ كبيرٍ من أشخاصٍ يعانون إصاباتٍ شديدةً لكن بموارد شحيحة، علاوةً على عملهم على مدار الساعة. أخيراً يصف الجراحون عملهم في ظروفٍ تعرّضهم لخطرٍ شديد، حيث تتعرض المستشفيات للهجوم ويواجهون أسلحةً مصوّبةً إلى وجوههم، ناهيك عن تعرض الطواقم الطبية لاستهدافٍ ممنهج. ولا تزال تلك الوقائع المؤلمة تتردّد بوضوح في أذهانهم، كما لا تزال المشاعر التي ترافقها حاضرةً بقوّة وعالقة.

ثمة أيضاً قلقهم اليومي على من لا يزال يعيش عرضةً للهجوم في بلدانهم التي قدموا منها، ناهيك عن الأحداث التي لا يمكن التنبؤ بها والإحباط من أن "بلدي قد دُمّر"، وكلها أسباب تؤدّي إلى المعاناة. وقد لمست الشدّة التي تعتري أفراد الطاقم حين يسمعون عن وقوع هجمات جديدةٍ وضحايا ولا يسعهم التواصل مع أهلهم وأصدقائهم. من جانبٍ آخر، يعتمد أفراد الطاقم الذين يأتون من بلدان مزقتها الحروب على أطباء بلا حدود أكثر من غيرهم. فالعودة إلى ظروف العمل التي لا تُحتمل في بلدانهم ليس بخَيَار، كما أن المتطلبات الإدارية والقانونية تجعل من أطباء بلا حدود واحدةً من أصحاب العمل القلائل في الأردن التي يمكنها توظيفهم، إن لم تكن الوحيدة. يعيش بعضهم مع عائلاتهم في عمَّان، غير أن كثيرين منهم مسؤولون عن إعالة عائلاتهم التي لا تزال تعيش في ظروف الحرب. بالتالي فإن وضعهم الهشّ الذي يرافقه توتر العمل يخلق إحساساً بغياب الاستقرار الشخصي والعائلي، مما يؤدي إلى مصاعب هائلة في الحياة.

باختصار، فإن بعض أفراد طاقم مستشفى أطباء بلا حدود كانوا يعملون وهم مدفوعون بحافزٍ واضحٍ ألا وهو تهيئة بيئة تساعد المرضى على الشفاء حتى لو كان ذلك على حساب عواطفهم الشخصية. وكان استعدادهم لاستيعاب آلام المرضى وتقديم الدعم لهم جلياً. غير أن قدرة أفراد الطاقم على التعاطي مع عواطفهم كانت متزعزعة، وخاصةً في غياب الدعم المهني داخل المنظمة. وكان أكثر الطواقم تضرراً الممرضون والجرّاحون ومن أتى من بلدان الحرب، إضافةً إلى الموظفين الجدد. كما أن حديثهم عن أزماتهم على الصعيد الوجداني لم يكن إلا صرخةً تدعو لتعزيز الدعم العاطفي الذي كان برأيهم عاملاً حاسماً يدعمُ عافيتهم ورفاههم الشخصي والمهني.

هل توقعات المرضى غير واقعية؟

كان إحساس التوتر الذي عبّر عنه تحديداً الجراحون يرافقه إحساسٌ بالمسؤولية تجاه المرضى. ومن الغريب أن بعض الجراحين عبّروا عن هذا الشعور بالمسؤولية تجاه حياة المرضى خارج نطاق الرعاية الطبية، ناهيك عن الضغوط المستمرة المتعلقة بالقرارات الطبية. فقد كانوا يتحدثون مثلاً عن مساعيهم من أجل "منح المرضى حياةً جديدة" أو "إعادة بناء حياتهم القديمة" أو "إعادتهم إلى حياتهم الطبيعية". لكن هدفهم هذا بدا طموحاً بشكلٍ مفرطٍ خاصةً وأن الحرب والإصابات التي تعرضوا لها قد غيرت إلى حدٍّ كبيرٍ من محيط المرضى الاجتماعي والفعلي. بالتالي فإن "حياتهم كما كانت" قد ذهبت إلى غير رجعة وكانت توقعات الجراحين بشأن ما يمكن تحقيقه غير واقعية.

تضمنت محادثاتنا جانباً مشوقاً، فقد بدا على المشاركين وكأنهم غير واعين للآليات التي تؤثر فيهم وقد أسقطوا "توقعاتهم غير الواقعية" على المرضى. وبدا على المشاركين وخاصةً الجراحين والمعالجين الطبيعيين التوتر حين كانوا يتحدثون عن "التوقعات الكبيرة للمرضى". وهذا ما شجّعني على التعمق أكثر في الموضوع. فقد كان الجراحون والمعالجون الفيزيائيون ينظرون إلى توقعات المرضى على أنها تتجاوز قدراتهم على تلبيتها وكانوا يعتبرون أي حديث بشأن "تحقيقها حديثاً يخلو من الصراحة". فقد كان المرضى يتوقعون بأنهم "سيعودون إلى وضعهم الطبيعي" بنسبة "100 في المئة" أو سيكونون قادرين على "العدو في سباق ماراثون بعد العلاج". كما أشار بعض المعالجين الطبيعيين إلى أن هذه التفاوتات بين التوقعات والواقع أفضت إلى

خلافات بينهم وبين بعض المرضى. وقد شرحوا لنا المصاعب التي يواجهونها من أجل "جعل المرضى يتقبلون أنفسهم دون شروط" وكم أنهم حاولوا "حمل المرضى على التفكير بعقلانية" و"القبول برؤيتي حتى لو أنها لا تنطبق على رؤيتهم". وقد علّق مثلاً أحد المعالجين الطبيعيين فقال: "نشبت خلافات كبيرة معهم [المرضى] في بادئ الأمر بسبب موضوع التوقعات. لكنهم بعد أن لمسوا النتائج في نهاية المطاف وفهموا تماماً حدود قدراتهم، فإنني أستطيع أن أقول [لنفسي]: 'أنا راضٍ فعلاً عمّا قدمته لمريضي'" (م36، معالج طبيعي). وحين كنت أسأل المعالجين الطبيعيين عن الأسلوب الذي اتبعوه كي يواصلوا عملهم عندما كانوا يلمسون مقاومةً من المريض، كانوا يشرحون لي كيف أنهم كانوا يحيلون في أغلب الأحيان هؤلاء المرضى إلى فريق الدعم النفسي الاجتماعي القادر على العمل في سبيل "خفض سقف توقعاتهم".

في المقابل فقد كان أفراد الفريق الجراحي أكثر قلقاً إزاء المعضلات التي يواجهونها يومياً. كان غياب اليقين يكتنف العمليات الجراحية وكان الجراحون يشكّون في قدرة المرضى على قبول غياب اليقين هذا، ناهيك عن عدم إمكانية التنبؤ بالنتائج النهائية للعلاج، وكلّ هذه أمورٌ كانت تُصعّب التواصل مع المرضى وتخلق حالةً من عدم اليقين إزاء ما إذا كان الأطباء سينجحون في تلبية توقعات المرضى أم لا. وهنا أشار بعض الجراحين إلى أن خبراتهم السابقة ساعدتهم في التوصل إلى اتفاق مع المرضى بشأن تلك الظروف الصعبة.

غير أن عدداً قليلاً من الجراحين كانوا على قناعة بأن "آمال" المرضى كانت "آمالاً حقة" وأشاروا إلى أنهم كانوا على استعداد لدعم تلك الآمال "دون أن يقدموا وعوداً مستحيلة التحقيق". وقد أوضح أحدهم فقال: "لا يفارقهم [المرضى] الأمل وهذا من حقّهم. فلو أنني مكانهم لكنت دون شك [شعرت بما يشعرون به]" (م63، جرّاح). فيما تحدّث جراحٌ آخر بهدوء عن معاناته للحفاظ على أمل المرضى دون أن ينتقص من الشفافية حيال ما سيحصل بعد العملية الجراحية، وقال:

> أنا شخصياً لا أكذب على المرضى حتى الأطفال منهم، فعادةً ما أشرح للمريض كلّ شيء. وهذا هو الصواب برأيي. إذ ينبغي على المريض أن يكون عارفاً بوضعه... لذا فإنني أعيد الشرح مرّاتٍ عديدة. وكل شخص [مريض] يبكي في مكتبي حين أواجههم بمثل هذه الأمور. لكنني أعدهم بأنني سأبذل قصارى جهدي كي أساعدهم قدر المستطاع... كما أنني أمنحهم الأمل في الوقت ذاته. هذا يعتمد على كل حالة وكل عملية نقل [إجراء جراحي] أو عندما نفحص العصب مرة أخرى [كي نرى ما يمكن فعله]. وحين ننجح في هذا نكون قد منحناهم الأمل. لكن لا يسعني في الوقت ذاته أن أعدهم [بالمستحيل]. فحين يكون الأوان قد فات على إصلاح مثل هذا العصب [المتضرر] نكون قد بلغنا مرحلة متأخرة جداً، وهنا لا يمكنني أن أعدهم [بالمستحيل]. لذا علي أن أكون واضحاً مع المرضى، حيث أنني أقول للمريض: "لدينا مضاعفات، وعلينا الآن أن نتدبّرها. أي أننا لن نعالج الحالة بحد ذاتها". وهذا هو الصراع الذي أواجهه، ويواجهه معي المريض، شخصياً. (م87، جرّاح).

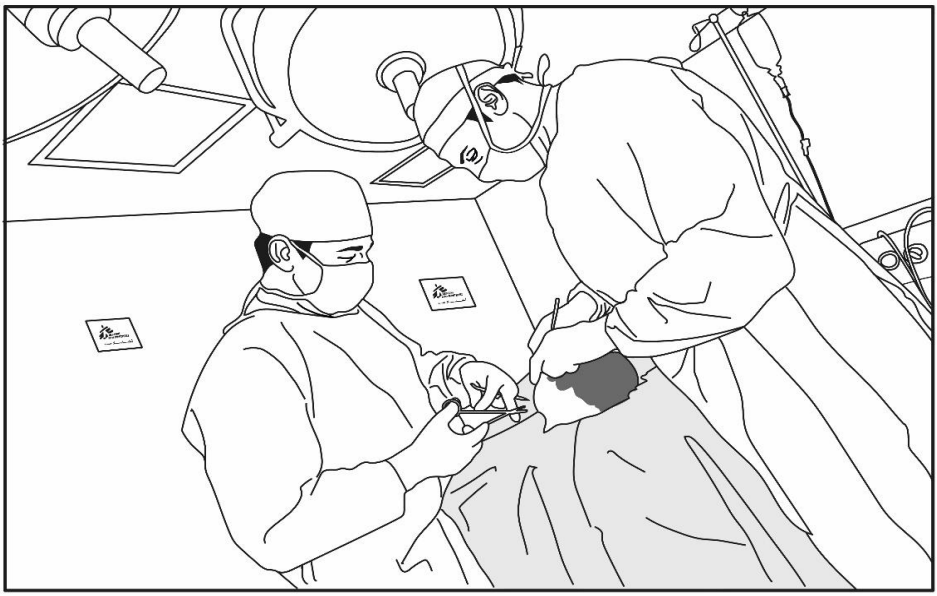
رغم كل تلك الشهادات إلا أن مخاوف المشاركين لا تتمحور حول الخيارات الجراحية والتوقعات بشأن العلاج. ويبدو أن أكبر مصدرٍ لقلق المعالجين الطبيعيين والجراحين ينبع من الحزن الذي يعبّر عنه المرضى على ما فقدوه وأملهم بإصلاح ما فسد واستعادة ما ضاع "للعودة إلى حياتهم الطبيعية ورياضتهم المفضلة والجري". ويبدو أن خوف أفراد الطاقم من تخييب آمال المرضى يبعث على ضيقٍ بليغ في نفوسهم خاصةً وأن المرضى يعلّقون آمالهم على أمورٍ لا يمكن تحقيقها. وجوهر الكلام هنا أن الأهداف متضاربة.

إذ يجد أفراد الطاقم أنفسهم في موقفٍ يتسم بالتأرجح بين رغبتهم في تعويض ما دمّرته الحرب ومشاعر الذنب والعجز النابعة عن إدراكهم بأن الحرب قد سلبت من المرضى كرامتهم ومستقبلهم بشكل لا يمكن إصلاحه. بيد أن معالجة تلك المشاعر التي ترافق هذا الإدراك تنطوي على كلفةٍ محسوسة، كما أن العديد من أفراد طاقم العلاج الطبيعي والجراحة على قناعة بأن "إبراز المشاعر" سلوكٌ "غير مهني"، حيث يعتقدون أن انكشاف هذا الصراع الداخلي من شأنه أن يؤثر سلباً على عملهم مع المرضى.

يشار إلى أن ميل الأفراد إلى تغليف مشاعرهم وحمايتها أمرٌ يَشيعُ في سياقات العمل الطبي. ونجد في المؤلفات التي تتناول مسألة الخوف من إظهار مشاعر قوية شروحاتٍ تقول بأنه خوفٌ نابعٌ من التواصل بين المريض والطبيب، وتطلق الشروحات على هذه الظاهرة مصطلح "رُهاب صندوق باندورا" (هاردي وبلات، 2009؛ وكوشمان، 2014). ويقول تعريف هذه الظاهرة بأنها "رغبةٌ في تجنب إبراز مشاعر قوية وخاصةً الخوف والغضب والحزن"، علماً أن الحزن هو الإحساس الذي يتوقعه المرء في سياق برنامج الجراحة التقويمية. بالتالي فإن "رهاب صندوق باندورا" يؤدي إلى خلق حواجز في التواصل العاطفي مع المرضى، وهذا عاملٌ من عوامل التهديد المحتملة التي يواجهها برنامج الجراحة التقويمية.

من جانبٍ آخر، لم يكن البرنامج وقت كتابة هذا النص يقدّم سوى مجموعةٍ محدودةٍ من العمليات الجراحية والعلاجات المرتبطة بها. ولا بد أن ندرك بأن برنامج الجراحة التقويمية لا يستطيع تحقيق جميع آمال المرضى ليس فقط لأنها "كبيرة جداً وغير واقعية" بل لأنه يفتقر أيضاً إلى ما يكفي من الخبرات الجراحية والطبية. إذ لا يمكن مثلاً القيام بأية عمليات جراحية تعتبر تجميلية لعلاج الحروق في برنامج الجراحة التقويمية، ولا يمكن أيضاً استبدال المفاصل باستثناء مفصل الورك. غير أن منح المرضى مزيداً من المعلومات حول الإجراءات التي قد تفيدهم لكنها غير متوفرة حالياً في البرنامج أمرٌ من شأنه أن يُخفّض التوتر الذي ينشأ عند "عدم تطابق التوقعات مع الواقع". ولا بد عند التواصل مع المرضى أن نشرح لهم حالة غياب اليقين التي تنطوي عليها الإجراءات الطبية والعلاجية. وهنا يتحتّم علينا أن نثق بقدرة المرضى على التعاطي مع أوجه عدم اليقين هذه وألا ننسى أن عدم اليقين جزءٌ لا يتجزأ من سياق الحرب. كما أن الاعتراف بآمال المرضى قد يعطي بعض الراحة للمرضى والطاقم على حدٍّ سواء.

فوق هذا، لا بد أن نقرّ بأن الوقت الذي يقضيه المرضى في عمَّان لا يُفضي دائماً إلى خضوعهم لعمليات جراحية، فما بالك بنجاحها، حيث تكون "الإصابة أحياناً أصعب من أن يمكن إصلاحها أو لا تستدعي عملاً جراحياً" أو قد "لا يستوفي المريض معايير البرنامج" أو "لا يستوفي معايير التخدير". ثمة أيضاً مسائل إدارية كاستصدار تأشيرات السفر والجوازات، وهي مسائل قد تعيق تأمين الرعاية. كذلك قد يرفض بعض المرضى أنفسهم تلقي العلاج. ففي الفترة الممتدة من عام 2013 حتى 2016، قرّر 454 مريضاً (15.6 بالمئة) من أصل 2,902 مريضاً حصل على الموافقة وقف العلاج قبل إتمام الخطة العلاجية أو عدم تلقي العلاج من الأساس (تحليل قاعدة بيانات المرضى، التواصل بين الأشخاص، جيل برابانت، يونيو/حزيران 2018).



الرسم 11: في غرفة العمليات. جرّاح ومساعد جراح ينفذون عملية جراحية.

فقد غادر مثلاً مريضٌ عمره 20 عاماً المستشفى عائداً إلى اليمن. رفض ذلك المريض التوقيع على الخطة العلاجية وشرح للطاقم بأنه "جاء لتحسين شكل يده من الناحية الجمالية" إلا أنهم أخبروه بأنهم "سيزيلون جزءاً من عظام الرسغ". كانت يده تبدو طبيعية نسبياً لكن رسغه كان ملتوياً قليلاً وخارج خط اليد. أضاف المريض بأنهم أخبروه "بضرورة إزالة العظم لتحسين حركية اليد". ولكنه حين فكر بالموضوع قال بأن "يدي تتحرك أساساً". وحين أصروا عليه لإيضاح المعلومات التي كان قد تلقاها بشأن العملية الجراحية قبل سفره إلى عمّان، أكد بأنهم "أخبروهم عن موضوع إزالة العظم" لكنه "لم يركز كفايةً أثناء جلسة المعلومات الجماعية". قال بأنه كان أثناء الجلسة "قلقاً بشأن موضوع السفر وخائفاً على عائلته". واختتم كلامه بقوله: "أنا متأسفٌ جداً على كل هذه المتاعب وأشكر أطباء بلا حدود على كل ما فعلوه من أجلي. لكن ربما هناك آخرون بحاجةٍ إلى العمليات أكثر مني". تلك كانت حالةٌ مهمة وجعلتني أتساءل عمّا إذا كان قد شعر بالإحباط حين لم ير أذناً تصغي لآماله مع أنه كان قد عبر عنها.

المرضى من منظور طاقم المستشفى

المرضى ضحايا سلبيون في نظر الطاقم

لاحظت أن هناك ميلاً للنظر إلى المرضى على أنهم بالدرجة الأولى ضحايا لا حيلة لهم ولا يملكون القدرة العاطفية للتعامل مع الوضع. برزت تلك الميول أولاً في المقابلات، حين طرحت السؤال القائل: "ما هي أول كلمة تخطر في بالك عندما أذكر لك المرضى في برنامج الجراحة التقويمية؟" وكان مصطلح "ضحايا" المصطلح الأشيع، تبعه مصطلحات "أناس في حاجة" و"حالات إنسانية" و"ألم". لكن قلّةً من المشاركين فقط وصفت المرضى بكلمات من قبيل "القدرة على الصمود" و"القوة" و"الشجاعة". فاجأني هذا خاصةً وأن أفراد طاقم المستشفى يراقبون المرضى عندما يبدؤون ببرنامج العلاج الطبيعي القاسي في اليوم التالي للجراحة أو حين يسيرون بعد ما كانوا قد أتوا إلى المستشفى على كرسيٍّ متحرّك أو حين تصلهم أخبار محزنة من وطنهم لكنهم يبقون في المستشفى ملتزمين بالبرنامج. وكلّها جهودٌ لا يفترض أن تستحضر مفهوم الضحية إلى الأذهان.

سمعت أيضاً عبارةً تردّدت كثيراً أثناء المقابلات مفادها: "ندعمهم عاطفياً لأنهم في حاجةٍ إلى هذا". إذن فقد كان الرأي الغالب يقول بأن المرضى مُتَلَقّون سلبيّون للمساعدة ويعتمدون على أطباء بلا حدود وطاقم المستشفى دون أن يملكوا القدرة العاطفية للتكيّف بأنفسهم. أما الواقع فكان يحكي عن نجاح المرضى في بناء إستراتيجياتهم الخاصة للتكيف بغض النظر عن صعوبة أوضاعهم.

وكان إبراز التعاطف أحياناً وسيلةً لإخفاء سلوكٍ ينمّ عن التعالي ويهدف إلى فرض انضباط مؤسّسي. فقد ذكر العديد من أفراد الطاقم التمريضي مثلاً بأنهم يتعرفون على كل مريض شخصياً ثم يعدّلون علاقتهم بكلّ واحدٍ منهم. وقد ورد هذا جزئياً في سياق الاستجابة لاحتياجات المرضى وأحياناً في سياق الاستجابة لاحتياجات مؤسسية هدفها جعل المرضى يحترمون القواعد والأنظمة مثل منع التدخين. وكان من لا يتبع تلك القواعد يوصف على أنه شخص "مثير للمتاعب"، وكان ثمة افتراضٌ شائعٌ بين أفراد الطاقم يقول بأن من واجب المرضى اتّباع القوانين دون طرح الأسئلة. وكثيراً ما سمعت أفراداً من الطاقم يصفون أحد المرضى أو المرافقين على أنه "كثير التذمر ولا يكف عن طرح الأسئلة". حتى أن أحد المعالجين الطبيعيين قال بأنه "يتجنب" بعض "المرضى غير المتعاونين"، لكنه برّر سلوكه بقوله أنهم "يحملون طاقةً سلبيةً لأنّهم ضحايا حرب". وقال: "أحاول أحياناً أن أتجنب هذا المريض [بالذات]،

> لأننا كما تعلمين نعملُ مع ضحايا حروب، وتحيط بنا طاقةٌ سلبية كما تعلمين. لذا لا بد أن نبحث عن الأمور الإيجابية والطاقة الإيجابية [حولنا]. هذا المريض غير المتعاون مريضٌ سلبيّ جداً. وإذا تعاملنا كثيراً مع [هذا النوع] من المرضى لصرنا بعد فترة.. نشعر بالإحباط في نهاية كل يوم ولن نكون [متحمّسين]... فأنا أسعى للبقاء على رأس عملي هذا لمدة خمس سنوات، ولهذا أحاول الابتعاد عن هذا المريض". (م29، معالج طبيعي)

لكنّ "عدم التعاون" هذا على حدّ تعبير المعالج الطبيعي قد يرتبط ببساطة بعدم موافقة المريض على الخطة العلاجية، وهذه مشكلة وردت على لسان الكثير من المعالجين الطبيعيين.

إذن هناك فكرة تقول بأن المرضى قد يهدّدون النظام الاجتماعي للمستشفى إذا ما تَخَلَّوا عن "موقفهم السلبي" وصاروا أكثر "نشاطاً" وهي فكرةٌ تجلّت في محاولة مدير المستشفى وأعضاء من الفريق الإداري للمستشفى وإيّاي تشكيل لجنةٍ للمرضى تتألف من ممثّلين عن المرضى يؤدون دور كيانٍ مسؤولٍ عن التواصل بين المرضى وإدارة المستشفى. إذ تسمح هذه الآلية للمرضى بالتعبير عن آرائهم وقد تفتح قناةً يمكن للمرضى أن يعبروا فيها عن مخاوفهم ويبلّغوا عن حالات الإساءة المحتملة. وقد نظّمتُ عدداً من مجموعات التركيز لمناقشة الموضوع مع المرضى وجمع أفكارهم بشأن تنظيم هذه اللجنة، حيث أكّد المرضى على أن في استطاعتهم اختيار ممثلين عنهم. لكنني حين أبلغت فريق الإدارة بهذا، جاء ردُّ فعل أحدهم عنيفاً وتساءل عمّا إذا كنا "نحاول أن نبدأ ربيعاً عربياً جديداً في المستشفى". كذلك تردّد أعضاء آخرون في تبني الفكرة وحاولوا تمرير أجندة تخوّلهم اختيار ممثلين عن المرضى، "لأنهم يعرفونهم، بالتالي سيكونون قادرين على اختيار الأشخاص الأنسب لأداء هذه المهمة".

نرى إذن من جهة كيف أن شيوع فكرة ارتباط المريض بمفهوم الضحية يحفّز الطاقم على التعاطف معهم. لكنّه من جهة أخرى يدفع بسلوكيات تنُمّ عن التعالي والتسلُّط بحقّ المرضى. وكان بحثي يدفعني بقوّة إلى دعم جهود برنامج الجراحة التقويمية الرامية إلى تحسين الرعاية المتمحورة حول المريض. غير أن طريقة نظر الطواقم إلى المرضى كانت تعارض إمكانية مشاركة المرضى في قرارات رعايتهم الصحية.

الأطفال: مرضى مثاليّون، ضحايا مثاليّون

يبدو الأطفال من نواحٍ كثيرة بأنهم المرضى المثاليون: فهم يتمتعون بالبراءة والمرونة والحماسة كما أنهم يحققون تقدماً جيداً على صعيد تعافيهم الجسدي. علاوةً على أن وجودهم في المستشفى قد بعث في المكان طاقةً حيوية دون شك. فكثيراً ما كان الأطفال يتوجهون إلى أفراد الطاقم فيعانقونهم عفوياً أو يدردشون معهم أو يلتمسون مواساتهم أو يدعونهم للعب. ورغم أن قواعد المستشفى كانت تمنع دخول المرضى إلى مناطق المكاتب، إلا أننا كثيراً ما كنّا نرى الأطفال وقد دخلوها لاستعارة قلمٍ أو طباعة رسومات كي يلوّنوها. إذ ينظر كثيرٌ من الأطفال إلى المستشفى وكأنه ملكٌ لهم، فتجدهم يتنقلون بثقة بين غرفه وردهاته والكافيتريا وباحة اللعب الخارجية. وقد أشارت موظفةٌ دوليةٌ إلى سهولة تكوين العلاقات مع الأطفال في المستشفى، فقالت:

> غالباً ما أتعاطى مع الأطفال [من بين كل المرضى]. إذ أن [تكوين علاقات] مع الأطفال أسهل دون شك. قد ينظر بعضهم إليّ لمجرد أنني من الغرب أو لأنني امرأة. لذا تجدينهم يحدّقون بك وكأنك أسدٌ أو نجمٌ أو شيء [غير عادي] من هذا القبيل. لذا يسهل دون شك [كسر الحاجز] لأنهم ببساطة يتوجهون إليك وقد عَلَت الابتسامة وجوههم. الأمر في غاية السهولة. (م98، مديرة)

كان جميع أفراد الطاقم يعبرون عن ضعفهم تجاه المرضى الأطفال. حتى أولئك الذين كانوا يريدون الحفاظ على حدود مهنية اعترفوا بأن العلاقة مع الأطفال تتخذ طابعاً شخصياً. ولا غرابة أن يُكرّر أفراد الطاقم مقارنة الأطفال المرضى بأطفالهم الذين يتقاسمون السنّ ذاتها أو الجنس ذاته، وكانوا يؤكدون

فيقولون "نحن أهلٌ إلى جانب أننا طاقم طبي" (قسم الشؤون الإدارية والإدارة، موظفو الدعم، أقسام الجراحة، رجالاً ونساء). وقالت إحدى المعالجات الطبيعية مستذكرة: "سأخبرك بقصة طفلةٍ في المستشفى عمرها سنتان. حين عدت من [إجازة] أمومتي كان عمرها سنةٌ ونصف. كانت بعمر ابني ولهذا كنت أبكي كلما رأيتها. كان أحد أطرافها مبتوراً" (م38، معالجة طبيعية).

ذلك الارتباط يرافقه واقعٌ مفاده أن "الأطفال ضحايا أبرياء للسياسة" و"أنهم قد بدأوا حياتهم للتو" و"ليسوا واعين للمستقبل الصعب الذي سيعيشون فيه". وكانت تلك المشاعر الجياشة تبرز لا سيما عند رؤية الأطفال الذين يعانون من حروقٍ أو بتر أطراف. بالتالي فقد كان المرضى الأطفال يحظون بالكثير من التفاعل الاجتماعي مع أفراد الطاقم، ويبدو للوهلة الأولى بأن الأطفال واحتياجاتهم العاطفية كانت محطّ اهتمام الجميع.

بيد أن مشاهداتي للإجراءات الطبية في برنامج الجراحة التقويمية جعلتني أُدرك بأن القصة الكاملة أكبر من ذلك. فقد كنت ذات مرة في غرفة العمليات حين دخل أحد أفراد الطاقم حاملاً طفلاً يبكي وهو في حالةٍ من الذعر. وكان أفراد الطاقم يبذلون ما في وسعهم لتهدئته في غياب أيٍّ من أفراد الأسرة للاعتناء به. لكنهم لم ينجحوا في ذلك ولم يتوقف الطفل عن البكاء إلا بعد أن خدّروه للعملية. رأيت مرّةً أخرى طفلةً مستلقية على طاولة العمليات وقد بدا عليها الرعب. كانت تبتعد عن الممرضين والممرضات الذين كانوا يحاولون طمأنتها وكانوا يقولون لها "ستكونين بخير. سنعطيك حقنة ثم ستنامين". لم يدرك أحد أن تلك العبارة قد لا تكون مُطمئنِةً لطفلةٍ على وشك الخضوع لعمليةٍ جراحية.

لمست في واقعة ثالثة المشكلة ذاتها في عدم القدرة على تحضير الطفل لما هو مقبلٌ عليه أثناء جلسة استشارة طبية في قسم العيادات الخارجية. كان طفلاً في عمر العاشرة برفقة جدّه. بدا الطفل متجمّداً في مكانه ويتجنب النظر في عيني أحد ولم يكن يجيب على أي سؤال. حاول أفراد الطاقم الذين كانوا هناك أن يشرحوا له التفاصيل، غير أنه كان يدفع كلّ من يحاول لمسه. بدأ صبر أفراد الطاقم ينفد حين فشلوا في إقناعه فقام ثلاثة منهم بتثبيته رغماً عنه على طاولة العمليات ثم نفذوا الإجراء الجراحي البسيط. كان يبكي بصوت عالٍ ويحاول المقاومة. أما جده الذي كان حاضراً في المكان فلم يستطع التدخل أو طمأنة الصبي لا قبل العملية ولا بعدها. وقد ألصقوا بالصبي في نهاية المطاف صفة "غير متعاون". ثم شرح لي لاحقاً فريق الدعم النفسي بأن علامات الصدمة كانت باديةً على الصبي عند وصوله إلى المستشفى، غير أن أفراد الطاقم الذين نفذوا الإجراء أكدوا لي بأنهم لم يكونوا يعلمون بهذا ولم يخبرهم أحد بما مرّ به الصبي.

كثيراً ما يصل الأطفال إلى المستشفى برفقة آبائهم الذين يكونون المرافقين الوحيدين لهم، والرجال لا يحصلون غالباً على ما يكفي من المعلومات بشأن الدور الذي يفترض بهم تأديته في إطار البرنامج، علماً أنه قلّما ترافق الأمهات أطفالهن. كما تتراوح القدرة على الاعتناء باحتياجات الطفل البدنية والعاطفية من أبٍ لآخر. لكن لم تخفَ عليّ قلّة الدعم الذي يناله بعض الأطفال رغم أن الطاقم التمريضي يسدّ الفجوات التي يخلّفها الآباء الذين لا يؤدون واجبهم. فأولئك الذين لا يهتم مرافقوهم لأمرهم ولا يتعامل معهم الطاقم الطبي على نحو ملائم أثناء الإجراءات الطبية يُحرَمون من أي دعمٍ على صعيد احتياجاتهم النفسية الاجتماعية. إذ يصل بعض الأطفال إلى البرنامج وقد تعرضوا مسبقاً لصدمة نفسية لا تزال كامنةً، ثم يخضعون لإجراءات طبية تضعهم أمام ضغوطٍ هائلة، ثم يصيرون عرضةً للمعاناة من أعراض نفسية

إضافية (منها مثلاً الصدمة التالية للعمليات الجراحية لدى المرضى الأطفال، انظر في مكغاري وآخرون، 2014؛ باباكوستاس وآخرون، 2003؛ ليرويك، 2013؛ سولتر، 2007).

قد يبدو الأطفال بأنهم "ضحايا" مثاليون، إذ يقدمهم أفراد الطاقم من جهة على أنهم مثالٌ على ظلم الحروب في أشد صوره، لكنهم من جهة أخرى يكشفون كيف أن المعاملة الظالمة عديمة المشاعر التي يتلقاها أطفالٌ تضرروا بالحروب لا تزال قائمةً داخل مؤسسة طبية، علماً أن ضعف الحافز لم يكن سبباً يمنع أفراد الطاقم من إبداء الاهتمام بالمرضى الأطفال، بل بدا وكأن ثمة نقصاً في المهارات اللازمة لتحضير الأطفال على المستوى العاطفي ودعمهم طيلة محنتهم الطبية والجراحية.[2]

نظرة سلبية للمرضى اليمنيين

أردتُ أيضاً أن أعرف الدور الذي قد يلعبه أصل الشخص، سواء أكان من أفراد الطاقم أم المرضى، في نظرة الناس إليه وتفاعله مع الآخرين. فقد أقرّ الكثير من أفراد الطاقم أن ثمة أوجُهَ تشابهٍ بين جميع المرضى (من حيث أنهم عربٌ ومسلمون ومتضرّرون بالحرب)، غير أنني لاحظت بوضوح أفكاراً تتعلّق بجنسيات الأشخاص في المستشفى، علماً أن أكثر الآراء حياديةً بَدَرَت عن الموظفين القادمين من خارج منطقة الشرق الأوسط، حيث كانوا يقولون بما معناه "لا نتعاطى مع المرضى بما يكفي كي نلاحظ وجود فروقات"، وكذلك آراء الفريق الجراحي الذي كان أعضاؤه يقولون "لا نلاحظ أيّ فرقٍ في غرفة العمليات". غير أن الممثلين عن باقي أقسام المستشفى لم يتردّدوا أبداً في توصيف الفروقات "الواضحة" بين المرضى العراقيين واليمنيين والسوريين.

تبيّن لي فوق كل هذا بأن ثقافة المستشفى في تنميط المرضى بناءً على جنسياتهم تنتقل إلى أفراد الطاقم الجدد. فقد أخبرتني إحدى أعضاء فريق العلاج الطبيعي كانت قد تعيّنت حديثاً كيف أن زملاءها في الفريق وصفوا لها أثناء الجلسة التعريفية المرضى العراقيين واليمنيين والسوريين مستخدمين عبارات تنمّ عن صورٍ نمطية. وقد أدى ذلك إلى ترسيخ هذا الأسلوب في المستشفى الذي تديره منظمة أطباء بلا حدود في عمّان. لذا دعونا الآن نبحث في ماهيّة تلك الآراء والصور النمطية.

وصف معظم المشاركين المرضى العراقيين بإيجابية وإعجاب. فقد وصفهم ممثلون عن جميع أقسام المستشفى بأنهم "أكثر تثقيفاً مقارنةً بغيرهم" و"واسعو الثقافة" و"أذكياء" وبصفة عامة "على اطلاع جيّد بالعالم". وعلّق أحد الممرضين مثلاً فقال: "يكمُنُ الفرق [مقارنةً بباقي المرضى] في حقيقة أن المريض العراقي يفهم بسهولة ما يقال له، إذ أن مستواه الفكري أوسع وأكثر شمولاً مقارنةً باليمني" (م6، ممرض). كانت تلك الأفكار أوسع لدرجة أن عدداً من المشاركين كان يعتقد أن بعض المرضى يتمتعون بمعرفة طبية، وهذا ما لمسته تحديداً في الأقسام الطبية والصيدلانية والجراحية حيث قال أفراد من طواقم تلك الأقسام بأن المرضى العراقيين كانوا يعرفون ويفهمون حالتهم السريرية "بالتفصيل" وعادةً ما "يتمتعون بثقافة صحية أفضل". فقد كانت إحدى الممرضات مقتنعة تماماً بهذا، حيث قالت: "حتى عندما يتعلق الأمر بالعمل الطبي والجراحي فإننا نجد أن العراقي يواصل التحقق من وضعه بانتظام ونجده يختلف مع الأطباء في الرأي

ويناقش الموضوع. دائماً ما يسألون عن نتائج فحوصاتهم وصورهم الشعاعية، فهم أكثر وعياً، بدرجة أكبر بكثير. إنهم أناسٌ مثقفون، مثقفون جيداً" (م9، ممرضة).

كان المشاركون يعزون الفروقات في توقعات المرضى إلى الفروقات في معارفهم الطبية. وكثيراً ما كان المرضى العراقيون يوصفون على أنهم "مُتطلّبون"، حيث يريدون الحصول على معلومات وشروحات ويتناقشون مع الطاقم الطبي. وقد قال أحد الجراحين: "يمكنني أن أقول بأن العراقيين أكثر قدرة على فهم الوضع السريري. تجدهم أكثير ريبةً لأنهم يقرؤون أكثر عن كل شيء" (م5، جراح). غير أن بعض المشاركين وصفوهم بأنهم مُتسلّطون، وقالو لي "يجعلوننا نشعر وكأننا نعمل لديهم". لكن رغم هذا فقد وصفهم القسم الطبي بشكل عام على أنهم أشخاص "يسهل التعامل معهم" وأنهم على العموم يرغبون في الامتثال لأنظمة المستشفى.

كذلك فقد وصف أفرادٌ من طواقم جميع الأقسام باستثناء القسم الجراحي المرضى العراقيين على أنهم "ذوو شخصية قوية" و"فخورون" (بثقافتهم وبلدهم ومطبخهم وأسلوب حياتهم). كما قال أحدهم: "العراقيون بشكل عام يتمتعون بالهيبة... والفخر. يريدون أن يُعامَلوا باحترام ولباقة" (م30، معالج طبيعي). لكن بعض المشاركين وصفوا هذا السلوك بحدّ ذاته على أنه ميلٌ نحو "التباهي والغرور"، كما كشف أحدهم قائلاً: "العراقيون فخورون بأنفسهم ويحبون التباهي، لكنهم مع هذا يرغبون بفتح قلوبهم للناس الآخرين" (م27، موظف دعم). كذلك وصف بعض المشاركين الأردنيين المرضى العراقيين على أنهم "أرق" ويتمتعون "بثقافة أفضل" من الأردنيين، كما عبّرت إحداهنّ: "يقولون لنا بأن طعامهم ألذّ وأن لديهم ملابس أفضل وطبيعة أجمل. دائماً ما يجعلوننا نشعر وكأنهم يأتون من بلدٍ أفضل بكثير" (م9، ممرضة). وكثيراً ما سمعت أن هناك ميلاً لمعاملة العراقيين بمستوى أكبر من "الاحترام والرسمية/الأدب واللباقة والحذر"، لدرجة أن أحد المشاركين قال بأن شراء الملابس مع الأطفال العراقيين يختلف عن شرائها مع الأطفال اليمنيين، فقد كان "يصعب أكثر إرضاء" الأطفال العراقيين و"كانوا يستغرقون وقتاً أطول لاختيار ملابسهم".

كما أثنى القسم الطبي على "سلوكيات النظافة الجيدة" التي يتبعها المرضى العراقيون وميلهم "للاستحمام يومياً وتغيير ملابسهم بانتظام ووضع العطور [بخلاف الآخرين]". كذلك ذكر أفراد من الطواقم الطبية والصيدلانية والجراحية نقاطاً أخرى تخصّ المرضى العراقيين لكن بوتيرة أقل، حيث وصفوهم بأنهم "أقوى من غيرهم"، وهذا من حيث قوتهم البدنية ("بنية قوية وطول قامة" إلى جانب قوتهم العاطفية ("لا يعبرون عن مشاعرهم ولا يبكون وقادرون على التعامل مع الصعوبات وشجعان"). كذلك فقد أثنى مشاركون على انفتاح العراقيين "سلوك عصري/متحضر" وطبيعتهم المضيافة ولطفهم، كما شرح أحدهم: "يشتهر العراقيون بحسن ضيافتهم وكرمهم ولطفهم... وأود أن أقول أن العراقيين بالتأكيد يتمتعون بشخصيات قوية وكرماء ولطفاء" (م41، موظف دولي).

أما عند الحديث عن المرضى اليمنيين فقد كانوا أقل حظوةً في أعين المشاركين. فكان اليمنيون يتميّزون بهيئاتهم في بيئة المستشفى نظراً لملابسهم (بعضهم يرتدي الإزار التقليدي المحيط بالخصر) و/أو مظهرهم (بشرة أدكن، أقصر قامة، أنحف) وكثيراً ما كنت أرى اليمنيين يقضون وقتهم معاً في مجموعات، حيث يدردشون ويدخنون السجائر خارج المستشفى. كما كنت ألتقي بهم أحياناً في مطعمٍ يمنيٍّ قريب كنت أتردّدُ عليه كثيراً برفقة الزملاء لتناول طعام الغداء. وقد سنحت لي الفرصة أن أتعاطى مع المرضى اليمنيّين بصورة

أقلّ رسمية عندما كنت أجمع آراء المرضى في إطار مجموعة تركيز بشأن تهيئة مساحة خارجية مخصصة للأنشطة الترفيهية. فقد شارك ممثلون عن المرضى من مختلف الجنسيات في المجموعة، وعندها فوجئت بخجل المرضى اليمنيين وموافقتهم على كلّ ما يقترحه باقي أفراد المجموعة دون معارضة.

كنت أسمع دائماً حتى قبل أن تبدأ المقابلات الرسمية تعليقاتٍ سلبيةً وتنُمُّ عن عدم قبول المرضى اليمنيين. وما كان من المقابلات سوى أن أكّدت نطاق تلك التعليقات السلبية وطبيعتها. فقد كانت تلحق باليمنيين بشكلٍ عامّ أوصاف من قبيل أنهم مجموعة فريدة من نوعها لا يجمعها بالمرضى العراقيين والسوريين إلا القليل من القواسم المشتركة (بل حتى لا شيء)، كما قال أحد المرضين: "لا يهتم اليمنيون بنظافتهم ولا يكترثون للمواعيد. تجدهم ينسون أن عليهم حضور موعدهم في قسم العيادات الخارجية، كما أنهم أكثر كسلاً. هذا إذن هو الفرق بينهم وبين الآخرين (العراقيين والسوريين)" (م4، ممرض). كانت أشيع الآراء التي سمعتها تقول بأن اليمنيين "يتبعون سلوكيات نظافة ضعيفة" وأنهم "من بيئة غير متحضرة" و"ذوو مستوى تعليميّ ضعيف". وعادةً ما كان أفراد الطاقم يقولون بأنه "يصعب فهم لهجتهم وطريقة حديثهم".

يشار إلى أن "سلوكيات النظافة الضعيفة" كانت مقترنةً بالمرضى اليمنيين في تعليقات بدرت من أفرادٍ يعملون في جميع المستشفى تقريباً (المهن الطبية المساعدة، القسم الطبي، قسم الدعم، القسم الجراحي)، وتشير إلى أنهم "لا يستحمون أو يغيرون ملابسهم كل يوم كما أنهم لا يمشّطون شعرهم بانتظام". وقد شدد أحد الممرضين على أن المرضى اليمنيين غير قادرين على استخدام المشط فقال: "بالنسبة لسلوكيات النظافة فهم لا يستحمون يومياً. كما أن بعض اليمنين لا يعرفون ما هو المشط أو كيف يمشّطون شعرهم" (م6، ممرض). ذكر المشاركون أيضاً أن اليمنيين ذوو "رائحة مقزّزة" و"كثيرو التعرق" وأنهم "غير معتادين على المراحيض الغربية". كرر أيضاً أفراد من القسم الطبي بأنهم يضطرّون لـ "إجبارهم على الاستحمام اليومي".

كان المرضى اليمنيون يوصفون بأنهم "غير متحضرين" لعدم وجود "مدراس ولا شوارع ولا تكنولوجيا ولا كهرباء ولا أنظمة رعاية صحية في اليمن". ولم يربط أيٌّ من المشاركين بين الحرب في اليمن وغياب المرافق الصحية. وكان يوصف اليمنيون أيضاً بأنهم "بدائيون" و"بُسطاء" و"محافظون". كذلك فقد صوّر المشاركون ثقافة اليمنيين وأسلوب حياتهم على أنها مختلفة جداً مقارنةً بالمجتمعات في العراق وسوريا والأردن. وتناولت التعليقات في هذا الخصوص مسائل من قبيل "تحجيب الفتيات" و"الزواج في عمر مبكر وفي أول لقاء" واتباع أعراف متشددة فيما يخص الرجال والنساء. عبّر المشاركون أيضاً عن التدني الثقافي لليمنيين حيث وصفوا أسلوبهم في تناول الطعام ("خلط الطعام واستخدام الأيدي") وأسلوبهم في الحديث ("يتحدثون بسرعة وبصوت عالٍ"). لكنني سمعت أيضاً تعليقاتٍ سلبية أخرى كانت أقل تواتراً ومنها ما وصف المرضى اليمنيين بأنهم "كسالى" و"غير طموحين بما فيه الكفاية" فيما يخصّ علاجهم الطبيعي و"غير متعاونين" و"غير أمناء" و"مريبون" و"لا يبالون بأنفسهم ولا بأطفالهم" ومدمنون ("بطبيعتهم") على القات[3] و"عصبيّون/عدوانيون". وقد وردت هذه التعليقات بالأخص من الأقسام الطبية (ممرضين وأطباء) وأقسام المهن الطبية المساعدة (المعالجين الطبيعيين وموظفي التثقيف الصحي وموظفي الرعاية وأفراد فريق الدعم النفسي الاجتماعي).

كان هناك افتراضٌ عامّ بأن المرضى اليمنيين "ضعيفو التعليم" وبالتالي فقد كان مشاركون من جميع الأقسام يرون بأن "ثقافتهم الصحية ضعيفة". وقد عزا بعض المشاركين ضعف ثقافة اليمنيين إلى أنهم

"عنيدون" و"ينسون بسرعة" و"يتصرفون كالأطفال" و"يعانون من ضعف المنطق" و"معدل ذكائهم منخفض". حتى أن أحد المعالجين الطبيعيين قال: "المريض الذي لا يكون متعاوناً يكون عادةً معدّل ذكائه منخفضاً ويأتي من بيئة قاسية جداً. لدينا مثلاً مرضى من اليمن يعيشون في الجبال ولا يتواصلون مع الحضارة، ولا يهمّهم ما سيحصل في اليوم التالي" (م36، معالج طبيعي). كما لم يتردد أحد الممرضين أبداً في الحديث عن الصعوبة التي واجهها في التعامل مع المرضى اليمنيين لأنهم "عنيدون" على حد قوله: "اليمنيون أناسٌ متعبون، أجل، إنهم عنيدون. إنهم عنيدون جداً. وليس من السهل التعامل معهم" (م18، ممرض). يشار إلى أن هذه المدلولات السلبية وردت على لسان مشاركين رجال ونساء، سواء من الأقسام الطبية أم غير الطبية. وكل هذا كان يرتبط أيضاً بنظرتهم إلى اليمنيين على أنهم "أصعب" من باقي المرضى. فقد ذكر بعض أفراد الطاقم مثلاً أنهم كانوا يضطرون إلى "تكرار الأشياء مرات عديدة" وأن "التعامل معهم يستغرق وقتاً أطول مقارنةً بغيرهم" وأنهم كانوا "مضطرين إلى تشديد القواعد عليهم".

لكنني حين بحثت في المستوى التعليمي الفعلي بين المرضى اليمنيين تبيّن لي أن نظرة الناس التي تقول بأنه مستوى متدنٍّ نظرةٌ خاطئة. فعند الاطلاع على قاعدة بيانات سجلات المرضى الطبية التي تتضمن المستوى التعليمي المسجّل (المشاهدات شملت 242 شخصاً في الفترة الممتدة من أبريل/نيسان 2017 حتى مارس/آذار 2018)، نرى أن المرضى اليمنيين كانوا في المعدل أكثر تعليماً من المرضى السوريين أو العراقيين الذين تفوق نسبة من لم يحصل منهم سوى على شهادة التعليم الابتدائي 50 في المئة، في حين أن أكثر من 50 في المئة من المرضى اليمنيين كانوا قد ارتادوا المرحلة الثانوية. أما على صعيد التعليم الجامعي، فقد جاءت النتائج متقاربة بين المجموعات الثلاثة (العراقيون: 9 في المئة، السوريون: 8 في المئة، اليمنيون: 8 في المئة). وهذه الأرقام المفاجئة ليست إلا دلالةً على قلّة المعلومات التي يمتلكها أفراد طاقم المستشفى إزاء المرضى مع أنهم يتعاملون معهم يومياً، كما تشير إلى ترسّخ وجهات النظر السلبية تجاه المرضى اليمنيين.

من جانب آخر، فإن أكثر الآراء الإيجابية إزاء المرضى اليمنيين كانت تتعلق بسلوكهم، حيث أشار المشاركون إلى أن اليمنيين "كثيرو الامتنان" و"طيبو القلب" و"أنقياء" و"لطفاء" و"هادئون" و"اجتماعيون" و"محترمون" و"شرفاء" وأنهم "يملكون روح الدعابة"، علماً أن أكثر هذه التعليقات جاءت من فريق الشؤون الإدارية والإدارة والقسم الجراحي، كما فوجئت بعدم تعليق أيٍّ من الجراحين على سوء النظافة أو انخفاض معدل الذكاء بين اليمنيين. كذلك فقد أشار مشاركون من جميع الأقسام، باستثناء الشؤون الإدارية والإدارة، إلى أن المرضى اليمنيين "يميلون إلى الموافقة على كل شيء دون أن يشتكوا" وأنهم "الأكثر امتناناً وقدرةً على العفو" من بين جميع المرضى.

أما بخصوص صعوبة التواصل مع المرضى اليمنيين التي عبّر عنها العاملون في الأقسام اللوجستية والطبية والمهن الطبية المساعدة، فقد كانت تُعزى في الغالب إلى الحواجز اللغوية. إذ تُعتَبَرُ اللهجة اليمنيّة لهجةً محافظةً تتضمن الكثير من الخصائص الكلاسيكية التي لا نراها بين متحدثي اللغة العربية. لذا تعتبر مختلفة جداً عن العربية التي يتحدثها أهل سوريا أو الأردن أو العراق. ولم يكن المشاركون واثقين من أنهم يفهمون تماماً ما يقوله المرضى اليمنيون وبالعكس. وكانوا يطلبون مساعدة المرافقين أو المرضى اليمنيين الآخرين لترجمة ما يقوله مريضٌ ما.

وأشار أحد أفراد الطاقم وهو من اليمن إلى أن بعض المرضى اليمنيين "يخجلون من قول: لا أعرف أو لا أفهم". وتابع فقال بأن المريض اليمني "يشعر أنه عليه قول كلمة 'نعم' سواء أفهم أم لم يفهم، كي لا يضطر لقول 'لا، لم أفهم'". وقد شهدت على هذا عندما رافقت إحدى الممرضات في جولتها اليومية، حين زارت أحد المرضى اليمنيين وبدأت تشرح له معلومات عن مُسكّن الألم الذي يأخذه. فعندما أنهت شرحها، طرح عليها المريض بضعة أسئلة ثم شكرها على شرحها. لكنه اعترف بأنه "لم يفهم ما قيل له أثناء الجولة الجراحية". وحين سألت الطاقم الطبي عما يفعلونه كي يتأكدوا من فهم المرضى اليمنيين لما يقولونه لهم، أجابني أحدهم بأنه "يقرأ هذا في أعينهم". وما هذا إلا دلالةٌ على ضعف وهشاشة التواصل بين طاقم المستشفى والمرضى اليمنيين، الأمر الذي يجعلنا نتساءل عن حجم المعلومات الطبية التي لا تصل إلى المرضى أو تبقى غير مفهومة. كما يبدو أن المرضى اليمنيين يترددون في طرح الأسئلة ولا يُجادلون في القرارات التي تصدر عن القائمين على توفير الرعاية الصحية لهم.

وقد تبيّن لي في مشاهداتي وجود موظّف يمني كان يُستدعى كثيراً للتوسط بين المرضى اليمنيين وأفراد الطاقم الطبي في حال حدوث سوء فهم. وكان يُطلب منه يومياً أن "يتحدث نيابةً عن" المرضى اليمنيين، حيث كان "يشرح الخطط العلاجية ويجعل المرضى يوافقون عليها"، كما كان يسوّي الخلافات ويوصل المعلومات ويواسي المرضى الذين فقدوا أحد أفراد أسرتهم ويحاول إقناع أفراد الطاقم بأن "يصدقوا ما يقوله المرضى" إذا ما شككوا بكلامهم. ولولا هذا الموظف لبقي المرضى اليمنيون بلا صوتٍ يُعبّر عنهم.

أما بالنسبة للمرضى السوريين، فقد كان حديث المشاركين عنهم أكثر اعتدالاً مقارنةً بحديثهم عن اليمنيين والعراقيين. فقد كان أفراد الطاقم يرون إلى حد ما قواسم مشتركة بين المرضى العراقيين والسوريين، مع أن العراقيين كانوا الأكثر تفضيلاً. إذ لم يكن حديثهم عن السوريين يتضمن عنصر الافتتان الذي وجدناه في حديثهم عن العراقيين، كما أن عدد الأقسام التي قدمت آراء إيجابية كان أقلّ نسبياً. مع هذا فقد كان المشاركون يصفون السوريين على أنهم "منفتحون" و"متعلّمون" لا سيما عند مقارنتهم باليمنيين، كما كانوا يعتبرون التعامل معهم سهلاً بشكلٍ عام نظراً للتقارب الثقافي مع الأردن من حيث اللغة والمطبخ والملبس والعادات والتكنولوجيا. وقد عبّر أفراد الطاقم الأردنيين بالأخص عن أوجه الشبه التي لمسوها. فقال أحد أفراد فريق الدعم النفسي الاجتماعي مثلاً: "الأمور الثقافية في سوريا هي ذاتها هنا في الأردن. فهم قريبون جداً من الأردن، ولسنا بعيدين جداً عن سوريا، حيث يمكن الذهاب إليها بالسيارة أو الحافلة. وهنا نرى تأثير القرب [الجغرافي] على [التقارب] الثقافي. كما أنهم يستطيعون التكيّف مع كل الثقافات. أجل، السوريون قادرون على ذلك [بخلاف الآخرين]" (م57، موظف في قسم الدعم النفسي الاجتماعي). كما قارنتهم إحدى الممرضات بالمرضى اليمنيين فقالت: "أفهم كل ما يقولونه لي. أما بالنسبة للثقافة، فإن ملابسهم وطريقة تعاملهم مع بعضهم بعضاً قريبة جداً إلينا. فهم أقرب إلينا كأردنيين من قرب اليمنيين إلينا، أقرب بكثير". (م9، ممرضة). كانت هناك عباراتٌ أقلّ تواتراً وردت على لسان المشاركين في وصف المرضى السوريين، منها ما وصفتهم بأنهم "يتكيّفون بسهولة، ويتقبلون إصاباتهم على نحوٍ جيد، ويمتثلون جيداً للتوصيات الطبية، وأنهم الأكثر تماسكاً من بين مجموعات المرضى، ويعبرون عن ألمهم بسهولة، ويعملون بجد، ومتقدمون من الناحية التقنية، واجتماعيون بشكل عام".

لكن بعض مشاركين من الأقسام الطبية والجراحية والمهن الطبية المساعدة عبروا عن آراء سلبية تجاه المرضى السوريين فوصفوهم بأنهم "متطلبون"، أي أنهم مثلاً "يطلبون تفسيرات إضافية" ولا سيما عند حدوث مضاعفات جراحية. كما أشار عددٌ قليلٌ من المشاركين إلى أن المرضى السوريين "يشتكون كثيراً" وأنهم "الأقل قناعةً ورضا تجاه العلاج". كذلك قال بعض المشاركين من القسم الجراحي وقسم المهن الطبية المساعدة بأن المرضى السوريين "غير صريحين عند الإبلاغ عن الشكاوى الطبية" حيث يرون بأنهم يستغلون شكواهم كي يمدّدوا إقامتهم في المستشفى.

تحول المرضى على صعيد "الذات"

مستشفى المواساة بوتقةٌ تنصهر فيها الثقافات. فكثيراً ما نجد مجموعاتٍ من الأشخاص ذوي أعمارٍ متقاربة وقد اجتمعوا معاً بغضّ النظر عن جنسياتهم كي يدخنوا أو يتجاذبوا أطراف الحديث أو يتسلوا بألعاب الطاولة أو يسترخوا في الفناء الخارجي. ويبدو أن المرضى اليمنيّين يقضون وقتاً أطول برفقة أبناء بلدهم، غير أن هذا الانصهار الثقافي أثرّ فيهم أكثر من غيرهم. فالمرضى اليمنيون الشباب الذين كانوا يرتدون الزيّ اليمني التقليدي عند وصولهم إلى المستشفى باتوا اليوم يرتدون سراويل الجينز والقمصان. كما صارت قصّات شعرهم أكثر جرأةً بمرور الوقت. وهذا قد يعبّر عن مساعيهم لتجنّب النظرة السلبية الشائعة التي تقول بأنهم شخصياتٌ يمنيةٌ تقليدية، غير أن التحييد الذي حصل مع الزمن لم تكن لتخطئه العين.

وقد عبر بعض أفراد الطاقم عن تقديرهم لما كانوا يعتبرونه تحولاً ثقافياً، فكانوا يصفون اليمنيين بأنهم "منفتحون على الأشياء الجديدة" و"راغبون في التغيير" و"جميعهم يتأقلمون في نهاية المطاف مع الثقافة الجديدة". وركّز المشاركون تحديداً على ميل اليمنيّين نحو تقبُّل "الثقافة العراقية" (مثلاً: "يستمتع جميع الأطفال بالرقص العراقي، حتى اليمنيين منهم" و"بدأ المرضى اليمنيون يتحدثون باللهجة العراقية")، وقد أبدى أفراد الطاقم سرورهم من أن اليمنيين "صاروا مع مرور الوقت أكثر تطوراً" وأنهم "حسّنوا من أناقتهم". وقال أحد المشاركين: "صاروا فعلاً أناساً لطفاء يستخدمون الحواسب المحمولة ووسائل التواصل الاجتماعي وكلّ شيء، وقد حسّنوا من ملبسهم مقارنةً بلحظة وصولهم إلى المستشفى حين لم يكن ملبسهم حسناً". وأضاف الشخص ذاته فقال: "ندعمهم ثقافياً وكذلك على مستوى الأناقة" (م54، رجل). كما شرحت إحدى الممرضات كيف أنها تدخّلت عندما رأت طفلةً يمنيةً ترتدي الحجاب وفستاناً أسود طويل وهي "في سنٍّ صغيرة". وشرحت الممرضة بفخرٍ كيف أنها نجحت في إقناع والد الطفلة بأن يبدّل ملابس الطفلة "بأخرى ملونة أكثر تناسب عمرها" (م3، ممرضة). وهذا يشير إلى أن بعض أفراد الطاقم قد أسهموا بشغف في التحولات الثقافية.

لكن التحولات التي حدثت في المستشفى لم تقتصر على الجانب الثقافي. فقد شهدتُ على عملية تحوّلٍ مدهشة يغيّر فيها المرضى تدريجياً الكيفية التي يقدّمون بها أنفسهم للعالم. إذ تغيّر سلوك النساء ضحايا الحروق من جميع الجنسيات تغيّراً سريعاً أثناء إقامتهم في المستشفى. فقد كان بعضهن لديه تشوهات كبيرة على الوجه أو العنق أو اليدين من قبيل انكماش الجلد وغياب اللون والخشونة. وكنّ أول ما وصلن إلى المستشفى خجولات ويتصرّفن بحذرٍ ويبذلن جهوداً واضحة لإخفاء ندبهن. كما كنّ يمِلن إلى قضاء وقتٍ

أطول في غرفهنّ. لكنهن صرن بمرور الوقت يغادرن غرفهن أكثر ويكشفن عن وجوههن ويضعن المكياج على ندبهنّ، وكنّ بشكلٍ عام يتصرفن بثقةٍ أكبر بالنفس. وقد أسهم في هذا فعالياتٌ نصف شهريّة كان فريق الدعم النفسي الاجتماعي ينظّمها خصيصاً للمريضات. كما شهدتُ إقامة حفلاتٍ يطلقن عليها اسم حفلات دي جي. وهي حفلاتٌ تُقام على أنغام الموسيقى في مكانٍ مغلق في الطابق الرابع من المستشفى ويقتصر حضورها على النساء اللواتي يأتين وقد تأنّقن، حتى أن بعضهن يخلع الحجاب ويرقص بحيوية. وكان واضحاً أنهن أكثر حرية بأجسادهن. تذهب النساء أيضاً في جولة تبضّع أسبوعية إلى السوق المحلي، وهي فعاليةٌ لربما أسهمت أيضاً في دعم ضحايا الحروق في التحول الذي مررن به. وكان الهدف من تلك الجولة كما أفهموني خروج النساء إلى مكانٍ عامّ كي يتسنى لهنّ العمل على مسألة القبول الاجتماعي، علماً أنني حين كنت أراقب النساء وهن يغادرن المستشفى في جولة التسوق الأسبوعية كنت أراهن واثقات بأنفسهن ومتمكنات.

هكذا نجد أن المستشفى يؤمّن بيئةً مغلقة توفر الحماية وتسمح للمريض بالتطور والتكيف. وهنا نجد تأثر المرضى اليمنيين بضغط الأقران الذي يمارسه المرضى وأفراد الطاقم كي "يظهروا بمظهر أقلّ يَمَنِيّةً"، في حين يسهم الدعم الجماعي للنساء ضحايا الحروق في تعزيز هويّاتهن الجديدة. إذ يقضي المرضى وقتاً طويلاً في استعادة أجسادهم وصحتهم العاطفية، لذا من الطبيعي أن يبذل المستشفى والمرضى جهوداً لصياغة هويّات اجتماعية جديدة. لكن ما هي نتيجة هذا التحول بعد عودة المرضى إلى أوطانهم؟ لا يزال هذا السؤال قائماً وسنبحثه فيما يلي.

ملاحظات

1 - تفرض القوانين الأردنية على المستشفى أن يحوي غرفة طوارئ مجهزة. غير أن حالات الطوارئ التي يتعامل معها مستشفى المواساة نادرة.

2 - كان ضعف خبرات طبّ الأطفال شائعاً في المستشفيات حول العالم قبل عقود.

3 - أوراق شجيرات يمكن مضغها ولها تأثير منبّه.

3

المرضى وتاريخهم

رأينا حتى الآن كيف أن المرضى لا يعتمدون على بيئة المستشفى في إصلاح أجسادهم فحسب بل تجدهم يحاولون إعادة بناء عافيتهم ورفاههم العاطفي وإحساسهم بهويتهم الاجتماعية. لكن إذا ما أردنا أن نفهم مدى التعافي الذي يطمحون إليه، لا بد أن نلقي بنظرة أعمق على ماضيهم والوقائع المرتبطة بإصاباتهم والعلاج الذي تلقوه قبل دخولهم إلى مستشفى أطباء بلا حدود. وقد أشار بعض أفراد الطاقم بأنهم لا يأخذون من تاريخ المرضى الشخصي إلا ما يهمّهم. فكان بعض أفراد الطاقم غير المنخرطين مباشرةً في الرعاية الطبية للمرضى راغبين في الاستماع إليهم بعطفٍ ورأفة، في حين رأى آخرون أن التعرف على تفاصيل التاريخ الطبي والشخصي للمريض يساعدهم في توفير الرعاية الطبية لهم، لكن كان هناك آخرون لا يريدون أن يتأثروا عاطفياً وكانوا يتجنبون الاستماع لأكثر مما يعتبرونه ضرورةً لا بدّ منها لاتخاذ القرارات الطبية. لكن لم تسلم العواطف الإنسانية في مواجهة الأهوال التي مرّ بها المرضى، وتلك كانت نتيجةً حتمية.

كان الاستماع إلى حكايات المرضى يقدّم معلوماتٍ قيّمة ولا سيما أسلوب صياغتهم لها. فقد كانت تلك القصص شواهد على بطش الحرب، ولم تكن تقتصر على وصف العنف المباشر إنما كانت تكشف أيضاً عن تغيراتٍ لا يمكن إنكارها في البيئة الاجتماعية جعلت تأمين الرعاية الطبية المناسبة أمراً مستحيلاً. دعونا نبدأ بالأحداث التي سردها مريضٌ سوريّ أسمّيه علي. فقد شرح لنا كيف أصيب وكيف تدهورت حالته تدريجياً بعد إصابته ومدى خطورة تأمين الرعاية الطبية في سوريا وكيف وصل في نهاية المطاف إلى مستشفى أطباء بلا حدود. قدمت روايته الكثير من المعلومات التي أغنتها تعليقات أفرادٍ من عائلته تحدثوا عن التأثير البليغ للإصابة على جميع نواحي حياة العائلة. فقد أكّد جده كيف أنهم "[المصابين] كانوا لا يزالون مراهقين حين أطلقوا النار عليهم"، فيما عبّر والده عن ألمه حين وجد "شظايا العظم على الملابس التي أحضروها إليه دليلاً على إصابة ابنه". أما أمه فقد كانت قلقة حين اتصل بها ابنها لكن "الخط الهاتفي أُغلِق" (انقطع الاتصال). ولا ينبغي أن ننسى عند الاستماع لهذه الرواية العبء المضاعف الذي يقع على عاتق المرضى: إصابتهم من جهة والاضطراب الذي يلحق ببيئتهم العائلية نتيجةً لهذه الإصابة.

رواية علي

[المشارك (نرمز إليه بالحرف م) يتحدث بنبرة هادئة، فيما يضيف جدّه ووالداه بين الحين والآخر بعض التفاصيل].

م: كان الوضع في قريتنا معقداً. فقد شهدت قبل يومٍ من إصابتي مظاهراتٍ قتلوا فيها عدداً من الأشخاص. كان اليوم التالي طبيعياً، فقد ذهبنا إلى المدرسة، حيث قضينا نصف يومٍ ثم قال لنا المدرسون: "عليكم الذهاب إلى البيت. هناك مظاهرة قرب المدرسة. وعليكم الذهاب إلى البيت (فالوضع خطير)". إذ كان المدرسون خائفين علينا. كانوا يعلمون بأنهم [الجيش] سيأتي ليعبث مع المتظاهرين وسيحدث إطلاق نار. [قالوا لنا] "هذا من أجل سلامتكم". غادرنا المدرسة بالفعل وكنا نريد الذهاب إلى البيت. كنا مجموعة تلاميذ وكان المدرسون برفقتنا. خرجنا من باب المدرسة ولم نَسِر سوى 50 متراً إلا وبدأ إطلاق النار. جاء الجيش ولم يكونوا يميزون بين الصغار والكبار والتلاميذ والمدرسين: كانوا يطلقون النار فحسب. بدأوا يطلقون النار على الجميع. لم يكونوا يريدون أن يتجمع الناس في الشوارع.

الجد: حدث إطلاق نارٍ عشوائي.

م: كان إطلاق النار عشوائياً.

الجد: كانوا يطلقون النار في كل مكان. [كانوا يطلقون النار] على [الأشخاص] المسنين والشباب والصبيان والأطفال والنساء. أصيب صديق [حفيده] في ساقه. وحين سقط أرضاً أطلقوا النار عليه مجدداً وأردوه قتيلاً.

الأم: أصابته الرصاصة في رأسه.

الأب: كان جيش النظام [يطلق النار عليهم].

الجد: [أطلقوا الرصاصة الأخيرة] على رأسه. أصيب [صديق حفيده] في ساقه أولاً فسقط أرضاً. لماذا لم يتركوه في حاله؟ لكن لا، فقد قتلوه.

الأم: لحقوا به [لقتله].

الجد: كان تلميذاً في المدرسة بعمره [عمر الحفيد]. كان عمره أربعة عشر عاماً [فقط].

[يبحث الأب عن مقطع فيديو في هاتفه، ويظهر في الفيديو الذي تهتز صورته مراهقون يركضون ويُسمَع فيه أصوات صرخات تنمّ عن ذعر. يبين الفيديو أحد المراهقين يسقط أرضاً وهو يعاني من نزيفٍ واضحٍ في صدره].

الأب: هناك فيديو على اليوتيوب يظهر فيه ابني حين أصيب بطلقٍ ناري. [يعلق وهو يعرض علينا الفيديو] هؤلاء تلاميذ في المدرسة. وهم يرتدون الزي المدرسي. هنا أصيب ابني. هذا صوته [نسمع في الفيديو صوتاً يصرخ]. كان كل من هناك يحمل هاتفاً متنقلاً وكانوا يسجلون مقاطع فيديو. أرسلوها إلى قناة أورينت.

م [يتابع]: أصبت في ساقي اليمنى. كان هناك عددٌ كبيرٌ من الناس يهربون. وقد حملني بعضهم وأخذوني بعيداً عن الشارع، لأن هدف [الجيش] كان القتل. حين رأى الجيش الناس وقد حملونا، بدأوا يطلبون المساعدة من الآخرين لجمع أسمائنا، أسماء جميع الجرحى، إضافةً إلى إطلاق النار علينا. تمكنوا من معرفة أسمائنا في خمس دقائق. عرفوا أسماءنا. كانت القائمة السوداء تضم اسمي واسم عمر وغيرنا من الجرحى.

أصبت في لحظةٍ ثم حملوني بعيداً [لكنهم تمكنوا من تحصيل اسمي رغم ذلك]. لم يكن في وسعنا الانتظار دقيقة. أخذنا الأشخاص الذين ساعدونا إلى بيوتهم وكانوا ينقلوننا من بيتٍ إلى آخر كي نكون بمأمنٍ من [الجيش] لأننا لم نكن نستطيع الخروج إلى الشوارع [فقد كنّا في خطرٍ شديد]. لم يكن هناك وقتٌ على الإطلاق. كان يمكن [للجيش] أن يأتي في أية لحظة، ولن يقتصر الخطر وقتها علينا بل سيطال أصحاب البيت أيضاً.

نزعوا لباسنا بعد إصابتنا ولفوه حول مكان الإصابة، [فقد كان هذا الإسعاف الأولي الوحيد] المتوفر في غياب الأطباء. أحضروا باب براد ووضعوني عليه. ثم خلعوا أحد الشبابيك كي يفتحوا ممراً إلى البيت المجاور. كانوا ينقلوننا بهذه الطريقة [من بين إلى بيت] إلى أن وصلنا إلى الطرف الآخر من القرية. أحضروا سيارةً أخذونا بها إلى مزرعة. وهناك، بدأ فصلٌ جديد [من فصول معاناتنا].

الجد: كان ينزف.

م: كان ممنوعاً علينا الذهاب إلى المستشفى نظراً للخطورة الشديدة التي ينطوي عليها هذا. فقد كان 90 بالمئة ممّن يذهبون إلى المستشفيات يُقتَلون. ماذا سيفعلون بنا [في المستشفى يا ترى]؟ كان الخطر يلازم أيضاً أولئك الذين يخبئون الجرحى في بيوتهم. لذا كان [الأشخاص الذين ساعدونا] ينقلوننا من بيتٍ إلى آخر [للتقليل من هذا الخطر]. لم يكن هناك بديلٌ عن نقلنا بين البيوت عبر ممرّاتٍ ضيقة بين الأبنية. كان [الأشخاص الذين ساعدونا] يفكّرون في طريقةٍ تمكّننا من الهرب. لم أكن أعرفهم [لكنهم كانوا مستعدّين لمساعدتنا].

الأب: لم نكن نعلم مكانه لمدّة خمسة عشر يوماً. كنّا نعلم أنّه مصاب، فقد أحضروا لنا الملابس التي كان يرتديها عندما أصيب. لكننا لم نكن نعلم بمكانه. كان هناك شظية عظمٍ عالقةٌ في ملابسه لأنه تعرّض لطلقٍ ناريٍّ متفجر. كما كانت الملابس مضرّجةً بالدماء.

الجد: لم يكن قد تبقّى عظمٌ في ساقه، فقد هشّمة الانفجار كلياً.

الأم: لم يكن هناك إسعافات أولية في البيوت [التي كانوا يحتمون فيها]. ولم يتلقوا العلاج إلا في وقت لاحق. كل تلك التنقلات حدثت وهو لم يكن قد تلقى الإسعافات الأولية حتى. لم تكن تلك البيوت [التي تخبئه] سوى وسيلةً لإخراجه من القرية المحاصرة.

م [موضّحاً]: لم يكن [في تلك البيوت] أيّة إسعافاتٍ أولية طيلة الخمسة عشر يوماً الأولى. لم نكن نفكر في الحصول على أي شيء، ولا حتى المسكنات. بل كان تفكيرنا يقتصر على كيفية [البقاء على قيد الحياة] وعدم الموت.

الأب: كان الهمّ الأول: "إبعاده عن الجيش". وأهل القرية أشبه بعائلة كبيرة. فكلنا نعرف بعضنا بعضاً. نعرف من قُتِل ومن جُرِح، إذ نُخبِرُ بعضنا بعضاً على الفور [وبالتالي نعلم هويّات الجرحى]. كان النهار قد انتصف حين أصيب..

م: كان [الأشخاص الذين ساعدونا] يريدون تقديم العلاج لنا. فقد أخذونا إلى قريةٍ قريبة كانت هادئة [وغير محاصرة]. لكن لم تكن تتوفر فيها الإسعافات الأولية. كنت أعاني من نزفٍ وكانت قدمي قد تورّمت. فقام [الأشخاص الذين ساعدونا] باستدعاء طبيبٍ من قرية أخرى ليفحصنا، حيث كانوا يعرفونه شخصياً. نظر إلينا وقال: "ليس في مقدوري فعل شيء. فهو بحاجةٍ للذهاب إلى المستشفى. إنه بالتأكيد يحتاج [للذهاب]

إلى مستشفى. ماذا عساي أن أقدّم له [فما من سبيل لعلاجه]؟" لم يستطِع [الطبيب] أن يفعل شيئاً. فأخذونا إلى قريةٍ أخرى ثم أخرى، وبقينا على هذا المنوال لمدة أحد عشر يوماً. لم يستطع أيّ طبيبٍ أن يساعدني، وكان جميعاً يطلبون من الأشخاص الذين يساعدوننا أن يأخذونا إلى المستشفى، فما من شيء آخر يمكن فعله.

الأم: كان قد حصل في تلك المرحلة على الأدوية والمسكّنات.

م: أجل، فقد أعطوني ما توفّر من أدوية ومسكنات، لكن لم يكن في وسعهم فعل شيء لمدة أحد عشر يوماً [فقد كانت الجروح خطيرةً جداً]. إلا أنهم نظفوا الدم من الجرح وأعطوني مسكنات لمدة أحد عشر يوماً، حيث تنقلنا بين إحدى عشرة قرية، إحدى عشرة منطقة - وقد كان ذلك محفوفاً بالمخاطر. كانوا ينقلوننا في سيارةٍ مغلقة بين البساتين، بعيداً عن الطرقات الرئيسية التي كانت تتخللها نقاط تفتيش. كنا نتنقل عبر البساتين، وكانت صرخاتنا [تعبيراً عن الألم الشديد؛ يتوقف المشارك للحظة ويتأمل]..

[ثم يتابع] لم يكن أيٌّ من أهلي معي وقتئذٍ. كنا نتنقل على الطرقات الفرعية. وضعونا في سيارة يقودها أحدهم، وكان يأخذنا إلى قرى له فيها معارف، بحثاً عن طبيبٍ أو مستشفى. لكن لم نكن نستطيع الذهاب إلى المستشفيات الحكومية الكبيرة.

الأب: كان ذلك مستحيلاً.

الأم: طلبوا [أي الأشخاص الذين قدموا المساعدة] من ابني رقم هاتفنا. ثم اتصلوا بي.. وكان والده خارج المنزل.. وقالوا لي: "ابنك بحالٍ جيدة. ويريد أن يتكلم إليك". ثم قال ابني: "مرحباً، كيف حالك؟ أنا بخير". ثم أقفل الخط. وحين عاودت الاتصال برقم الهاتف ذاته لم يجب أحد.

الأب: كانت جميع خطوط الهاتف مُراقَبَة.

الأم: لأن جميع خطوط الهاتف كانت مراقبة.

م: أخذونا بعدها إلى قرية الحارة في درعا. وهناك جاء طبيبٌ ونظف جراحنا من الأوساخ. كانت ساقي متورّمتان جداً.

الأب: كان الجرح متعفناً [ملتهباً]. كان الجرح متعفناً.

الأم: كان مصاباً بالتهابٍ في الدم.

م: قال [الطبيب] للأشخاص الذين كانوا يعتنون بي: "عليكم أخذهم إلى المستشفى في جميع الأحوال. [لن نفيدهم] مهما فعلنا، وعليكم أخذهم إلى المستشفى. لا ينبغي تركهم هكذا [أي المشارك المصاب وباقي المصابين]". ثم نسّقوا مع أبي لأنه كان لا يزال يعمل، فتمكن من إيجادٍ طريق يمكننا أن نسلكها، ونجح في السماح لنا بعبور الحاجز دون تفتيش السيارة. نسّق الطبيب معه كي يأخذنا إلى المستشفى.

الأب: كان مستشفى خاصاً في دمشق. دفعنا المال كي لا يبلغ عنه الطاقم [للجيش]. كان أول مستشفى عالجناه فيه يدعى مستشفى يافا ويقع في حيّ المزّة. كان بالطبع مستشفى خاصاً وبالتالي كان بالإمكان الحؤول دون معرفة النظام بوجوده فيه.

م: اعتمد أبي على أحد معارفه للوصول [إلى المستشفى]. دفعنا المال للطبيب وسمح لنا الطاقم الطبّي بدخول المستشفى دون علم أحد. أجروا لي العملية الجراحية، وحين أفقت من التخدير كنت قد صرت في البيت، إذ كان يُمنَع المكوث في المستشفى [لفترةٍ طويلة].

الأب: دفعنا مبلغاً كبيراً من المال كي ندخله المستشفى لمدة ساعة فقط لإجراء العملية. خضع لعمليةٍ جراحيةٍ لتنظيف [الجرح] وإدخال صفيحة معدنية، وقد خرّجوه من المستشفى بعد ساعة، حيث أخذناه إلى البيت وكان لا يزال تحت تأثير التخدير.

م: دفعنا تلك الأموال كي لا يبلّغوا عني. فقد كانت لديهم [طاقم المستشفى] تعليمات بتبليغ الأمن أو الشرطة أو الجيش عن أيّ شخصٍ مصابٍ يدخل المستشفى. كان هناك مبلغ آخر [دُفِع] مقابل الرعاية الطبية. وقد كان المبلغان متساويان.

الأب: دفعنا مبلغ 4,000 دولار أمريكي لقاء ساعةٍ واحدة [في المستشفى] كي لا يبلغوا عنه للأمن. كما دفعنا 4,000 دولار إضافية لإجراء الجراحة وتثبيت الجهاز الذي يسمونه مسامير. أما بتر الطرف فكان من نصيب من لم يستطع تحمل تلك التكاليف، فلم يكن المستشفى يستقبل أحداً إلا بعد تسلّم المال.

الجد: كانوا في تلك الحالات يخضعون لبتر الأطراف [في مكانٍ آخر ليس مستشفى حتى].

م: لا أتذكر من المستشفى سوى أنني دخلت إلى غرفة العمليات، ثم استيقظت في البيت.

الأب: أجل [فقد كنّا معاً].

م: ثم ذهبنا إلى بيت عمي، إذ لم نكن نستطيع العودة إلى بيتنا.

الجد: خبأناه [في بيت العم].

الأم: خبأناه.

الأب [يشرح]: لم نكن نستطيع العودة إلى القرية بعد إتمام العملية الجراحية، لذا وجدنا له مكاناً آمناً في دمشق. كان ذلك تحت إشرافي... فقد كان منزل أخي. وهناك مكث إلى أن استطعنا تأمين رحلتنا إلى الأردن التي لم نبدأ التفكير فيها إلا وقتها. حدث هذا لأننا رأينا أشخاصاً آخرين. فقد كان الجرحى إما يموتون ببطء [بسبب نقص الرعاية الطبية] أو يُقتَلون. كانت جميع البيوت تتعرض للتفتيش وكانت هناك حواجز على الطرقات، وكانوا يأخذون أيّ جريح يجدونه [ثم يقتلونه]. لجأت إلى كلّ ما أملكه من سلطة ومعارف كي أنقله خارج البلد لأنه كان مصاباً [ومعرضاً لمخاطر هائلة]. لكن باستطاعة الأشخاص العاديين [غير المصابين] عبور حواجز النظام برفقتي [دون أية مشاكل]، غير أن هذا كان مستحيلاً على الجرحى. واضطررنا إلى سلك طرقات..

الجد: طرقات فرعية.

الأب: ليس على الطرقات العادية، إنما عبر البساتين والطرقات الفرعية كي يتمكن من الخروج. ظللنا نسعى ستة أشهر إلى أن استطعنا تأمين وسيلةٍ لنقله من دمشق إلى الحدود الأردنية. ستة أشهر مرض أثناءها إلى جانب إصابته. فقد التهبت الصفيحات الدموية وكان يعاني من التهاب في الدم. خضع لعملية أخرى في دمشق لكن في البيت [بيت عمه]، حيث أجروا له عملية نقل دم، كما أزال الطبيب جهاز [التثبيت] الخارجي، وثبّت وقتها الصفيحة الداخلية وعالج التهاب الدم.

م: كان هناك طبيب لم نكن نعرفه - [كنا قد سمعنا] باسمه فقط. كنا ندعوه محمد، د. محمد فقط. كان يأتينا إلى البيت، لكن قدومه كان يقتصر على الحالات الطارئة جداً. أجرى لي العملية الجراحية بنفسه ولم يكن أحد برفقته.

الأب: كنت أساعده لأنه طلب مني ذلك. كان يعتقد بأنني سأنهار [أفقد الوعي] ولن أستطيع تحمّل المشهد لأنني أب، لكنني كنت قوياً وساعدته.

م: أتذكّر كيف أتى الطبيب وقال لي: "ستجعلك هذه الحقنة تنام لمدة نصف ساعة. أعلِمني متى شعرت بدوخة. لولاها ستشعر بالألم. سأزيل جميع أجهزة [التثبيت]".

الأب: لم يكن هناك أدوية تخدير أخرى. كان ابني بحاجةٍ إلى الدم أثناء العملية، وحدث أن زمرة دم الطبيب كانت مماثلة لزمرة دمه، فتبرع له بالدم. خفنا بعد العملية أن نرمي النفايات الجراحية أو تلك الملوثة بالدماء في الحاوية القريبة من بيتنا، لذا ألقينا بها في مكان بعيد. كان كل شيء صعباً [خطراً للغاية].

[يتابع] نجحنا بعدها بمغادرة دمشق باتجاه الحدود الأردنية. كان لي أخٌ آخر يعمل ضابطاً وقد نسّقنا معاً. كان أخي عرضةً للقتل لأنني تركت الجيش. أعلمنا إذن جميع إخوتي وأخواتي بخطّة مغادرة دمشق والذهاب إلى درعا [جنوب سوريا، على الحدود الأردنية]. كانت القرية [التي استهدفناها] بعيدةً عن سيطرة النظام. رتبنا الأمر مع أقربائنا وذهبنا معاً جميعاً إلى الحدود الأردنية، سالكين طبعاً طرقاً فرعية بين البساتين. وصلنا إلى وادٍ عميق يفصل بين سوريا والأردن، ثم دخلنا به [المريض] أنا وأخي إلى الأردن حاملين إياه على ظهرينا. تفصل بين دمشق والحدود 100 كيلومتر قطعناها في يومين (كنا نتقدم ببطء شديد). وحين وصلنا إلى الحدود الأردنية تمّ ترتيب كل شيء كي نعبر. ما كان علينا سوى الانتظار في نقطةٍ يسيطر عليها الجيش الأردني على الحدود. انتظرنا مدة 12 ساعة إلى أن استطاعوا تَسَلُّمَنا.

م: لم أكن أستطيع السير إطلاقاً آنذاك. فقد حدث هذا بعد يومين من خضوعي للعملية الجراحية في دمشق، حيث كنت آخذ المسكنات [للسيطرة على الألم]. ذهب برفقة أمي وإخوتي إلى الزعتري [مخيم للاجئين]، ومكثنا فيه أسبوعاً ثم غادرنا.

م: حين وصلنا إلى الزعتري..

الأب: قلنا: "نتمنى لو أننا بقينا في سوريا".

م: لكن حين غادرنا الزعتري تغيّر الوضع [تحسن تدريجياً]. لم يكن الزعتري آنذاك ما هو عليه اليوم، فقد كانت خيامه قليلة جداً حين وصلنا إليه.

م: لم أحصل على أية رعاية طبية قبل دخولي إلى مستشفى أطباء بلا حدود. ولم يكن هناك سوى بضعة قطبٍ في ساقي كنت قد أزلتها [سابقاً].

الأب: بضعة قطب؟ كانت واحدةً وأربعين [قطبة]، وقد أزلتها.

الأم: كنت أنا وعمه نساعد أيضاً. العائلة بأكملها [كانت تشارك في إزالة القطب].

الأب: كنت وقتها قد تدرّبت تدريباً طبيّاً على كل شيء.

[يتابع] ثم سمعنا بالصدفة بأطباء بلا حدود. حين يصل السوريون إلى الأردن تجدهم يبحثون عن أشخاصٍ سوريّين آخرين ليسألوهم "كيف هي الأوضاع؟ أين ينبغي أن أسكن؟ أين ينبغي أن أستأجر بيتاً؟ كيف يمكننا أن نعيش هنا؟ كيف يمكننا أن نؤمن ما نحتاج إليه؟ كيف يمكن أن نكسب رزقنا؟". يحاول المرء أن يسأل شخصاً سورياً لأنه ابن بلدٍ واحد وقد وصل إلى هنا قبله. أخبرنا أحدهم أن "هناك منظّمةً فرنسيةً اسمها أطباء بلا حدود تعمل في [مستشفى] الهلال الأحمر في منطقة المصدار في عمّان. اذهبوا إلى هناك". كانت هناك ممرضة أتذكر اسمها: كان [اسم الممرضة]. كانت إنسانية جداً، وكانت إنساناً طيباً جداً.

دائماً ما أرسل بتحياتي إليها. اسمها [يذكر اسمها]. ذهبنا إلى هناك مع [يذكر اسم ابنه] والوثائق ثم تقدمنا بطلب، فقبلوه على الفور. وأرسل بتحياتي إلى د. [يذكر اسم الطبيب] أيضاً.

خسر عليّ على أكثر من صعيد: صحته، هويته الاجتماعية، أحبابه، الماديات، الإحساس بالأمن، الثقة. وقد كانت روايته تشبه في نواحٍ عديدة روايات مشاركين سوريين آخرين، لكنها كانت فريدةً إذا ما قارنّاها بقصص المشاركين العراقيين الذين قابلتهم. دعونا الآن نتعمق أكثر في المصاعب والمخاطر التي يواجهها المرضى قبل أن يحصلوا على الرعاية الطبية في مستشفى أطباء بلا حدود.

إصابة غيرت حياتهم

تنوعت إصابات المشاركين، بيد أن معظم إصابات مَن جاؤوا مِن سوريا وقعت أثناء عمليات القصف الجوي أو الأرضي (أربع وعشرون مشاركاً) في حين أن ثلاثة عشر مشاركاً كانوا قد أصيبوا بأعيرة نارية. كان هناك اثنان من ضحايا الحوادث المنزلية (الحروق) وواحد أصيب في محاولة انتحار (حرقاً) وآخر أصيب في انفجار سيارة وأخرى سقطت بالخطأ وأصيبت بكسر إذ كانت مرافقة لأحد المرضى وقد وقع الحادث في عمّان.

أما معظم العراقيين فقد كانوا ضحايا لانفجاراتٍ (سبعة عشر مشاركاً) وقعت في سيارات أو حافلات أو أمام مراكز شرطة أو مدارس أو حواجز عسكرية. كان أحد المشاركين ضحيةً لقنبلة لاصقة،[2] وضعها أحدهم على شاحنته، فيما أصيب آخر حين ألقى أحدهم عبوةً ناسفة إلى المقهى الذي كان جالساً فيه يلعب الطاولة برفقة أصدقائه. كان هناك شخصٌ آخر قد أصيب في تفجير انتحاري وقع أثناء جنازة. وكان ثمة تسعة مرضى أصيبوا في عمليات قصف جوية وأرضية، وثلاثة أصيبوا بأعيرة نارية، واثنان من ضحايا حوادث الطرق، وواحد كان قد خطا على لغم أرضي وآخر أصيب بحروقٍ في حادث منزلي.

لكن حين كان المشاركون يتحدثون عن ظروف إصابتهم بدا جلياً وضوح الذكريات في أذهانهم والألم العاطفي الذي لا تزال تلك الذكريات تتسبّب به. فقد كان الإحساس بالرعب والذعر والخدر ملموساً أثناء المقابلات. وكان هناك فرقٌ كبير في نبرة الخطاب بين السوريين والعراقيين. إذ كان السوريون يعبّرون عن إحساسٍ بالأسى والحزن، فيما كان معظم العراقيين يعبرون عن مشاعر الغضب والإحباط.

كانت حكايات السوريين طويلة ومفصلة، وكثيراً ما كانوا يبدؤونها بوصف التغييرات التي طرأت على المناخ السياسي في سوريا ثم ينتقلون إلى التغييرات التي طرأت على أحيائهم ليصلوا أخيراً إلى تفاصيل اليوم الذي أصيبوا فيه. وكثيراً ما كانوا يذكرون التفاصيل بالتاريخ[3] والساعة. مثلاً: "كانت الساعة السادسة أو الخامسة والنصف صباحاً وكنا لا نزال نائمين. استيقظت وبدأت أتحضّر للعمل" (برنامج الجراحة التقويمية 2، سيدة سورية). وهذا إنّما يدل على تكوينهم ذاكرةً لا تمحى بفعل شدّة الأحداث التي وقعت، ثم كانوا يستعيدون تلك الذكريات ويقصّونها وكأنها تحدث في لحظتها. يصحُّ هذا الكلام باستثناء امرأة (سورية) لم تكن تتذكر ما حدث عند إصابتها، لا شيء على الإطلاق. قالت بأنها لا تتذكر سوى أنهم "كانوا يهربون وكان هناك أناسٌ

كثرٌ في الشارع وكانت الدماء في كل مكان"، لكنها لا تتذكر أيّ تفصيلٍ عن كيفية إصابتها أو كيفية مقتل زوجها.

من جهة أخرى، كان المشاركون العراقيون يتحدثون عن إصاباتهم على أنها "الواقعة التي غيّرت حياتهم إلى الأبد" حيث "فقدوا كل شيء في حياتهم": الصحة، البيت، أحد أفراد الأسرة، أحد أطراف الجسد، الاستقرار الاقتصادي، فرصة متابعة التعليم، الإحساس بالأمن، المستقبل، الأمل، الثقة بالذات، الثقة بالإنسانية، الجمال، الزواج. لكن حكاياتهم بخلاف حكايات السوريين كانت أكثر اختصاراً وكانوا يصيغونها على أنها حدثٌ وحيد بدلاً من سلسلة أحداث، كما قالت إحداهنّ: "كنا في عرسٍ حين وقع انفجار". وأضاف زوجها: "كانت سيّارةً مفخخة" (برنامج الجراحة التقويمية 41، عراقية).

لكن أساليب الرواية تقدّم بعض المدلولات على كيفية صياغة الأشخاص لوقائع إصابتهم وفهمهم إياها وشعورهم حيالها. من ثَمَّ فإن الفروقات بين المشاركين السوريين والعراقيين تشير إلى أن ذكريات الصدمة التي ترافق السوريين هي أكثر تفصيلاً وكثافة. وتتماشى هذه الملاحظات مع الدراسات التي تتناول استرجاع الذكريات المؤلمة التي تكون دقيقة ومُفصّلة وحاضرة دائماً أو غائبة كلياً نظراً لما يعرف بمصطلح "فقدان الذاكرة المؤلمة" وهي حالة قد تطول سنيناً وتعقب وقائع أدت إلى صدمة (فان دير كولك وفيسلر، 1995). وإذا ما قرأنا مؤلفات علم النفس نجد أن صياغة الوقائع المؤلمة عاملٌ يحدّد مستويات المشاكل النفسية المرتبطة بالحروب ويمكن أن تكون تلك الوقائع حاضرةً في الذهن حتى بعد خمسين عاماً على ما مر به المرء أثناء الحرب (كرايج وغارنيفسكي، 2006).

هذا وكان الشعور بالألم غائباً إلى حدٍّ بعيد في روايات المرضى الذين لم يشر معظمهم إلى الألم مطلقاً عند حديثهم عن إصابتهم كما لم يرد ذكر الألم عند وصفهم علاجهم، إلا حين كنت أطرح عليهم سؤالاً يتعلق بالأدوية المسكنة للألم. أما حين كانوا يذكرون الألم فقد كانوا يضعونه في سياقٍ يجمع بين الألم الجسدي والعاطفي كالحزن على فقدان شخصٍ عزيز أو أملاك أو بلد. فقد أشار العديد من المشاركين (السوريين والعراقيين على حد سواء) إلى فقدانهم أطفالاً وأزواجاً وزوجات ووالدين وجد وجدة وإخوة وأخوات وأبناء وبنات عم وخال وأبناء وبنات إخوة وأصدقاء، في سياق الحادثة ذاتها التي ألحقت بهم الإصابة. وقد كان شعورهم بالألم العاطفي على حدّ وصفهم يفوق بوضوح مستوى المعاناة التي خلّفها الألم الجسدي.

قال العديد من المشاركين أنهم شعروا أثناء واقعة الإصابة بخدرٍ تامّ لا سيما إن كانوا قد شهدوا إصابة شخصٍ آخر على مقربة منهم. وهذا ما يتضح من رواية الأب الذي قال:

> لم أشعر إلا وقد أصابني شيءٌ ما في ساقي ويدي. كان ابني نائماً إلى جانبي. كان مستلقياً إلى جانبي هكذا [يشير بيده إلى قرب المسافة بينهما]، وقد كان ينزف من فمه. كان على وشك الموت، ولم يكن في وسعي أن أفعل شيئاً. حملته وأردت أن أخرج به، إذ كان قد أصيب في ظهره. اخترقت رصاصة كتفه وأصابت يده. خرجت وإذا بساقي تنزف. (برنامج الجراحة التقويمية 6، رجل سوري)

كان بعض المشاركين يحتفظون بتذكاراتٍ من يوم إصابتهم وكانوا يطلعوني عليها. عرض عليّ اثنان من المشاركين -أحدهما علي- مقاطع فيديو سجّلها هاتفاهما لأحداثٍ قتل فيها أصدقاء لهما أمام أعينهما. كما رأيت في فيديو آخر جثّة شابٍّ كان صديقاً لأحد المشاركين. كان وجهه مضرّجاً بالدماء وكان مطروحاً على

الأرض وقد خرجت من جمجمته قطعةٌ معدنية. قالوا لي أنه أصيب بشظيّةٍ من انفجار قذيفة هاون. وفي كلا مقطعَي الفيديو ذكر الشخص الذي كان يسجل تاريخَ الواقعة بالضبط واسم الشخص المقتول. وأشار أبو علي إلى أنهم كانوا قد أرسلوا تلك المقاطع إلى الإعلام دليلاً على جرائم الحرب. كان بعض المشاركين يعرضون عليّ دلائل مادية أخرى تضمنت أحياناً أجهزة تثبيت للعظام مستخرجة من أطرافهم أثناء العمليات الجراحية. كانت إحدى العائلات في وضعتها في علبة بلاستيكية شفافة وتحتفظ بها في خزانة غرفة المعيشة.

آراء المرضى بالجُناة

مع أنني لم أطرح عليهم أسئلةً مباشرةً عن أسباب إصابتهم غير أن الأغلبية الساحقة من المشاركين كانوا يسرّون بها إليّ، وبالتالي كانوا يتّخذون موقفاً سياسياً لكنهم كانوا يكشفون أيضاً عن آرائهم بالجناة. فقد أدلى المشاركون السوريون بعباراتٍ تشير إلى بشّار الأسد، منها مثلاً: "يريد أن يقضي علينا جميعاً" أو "جيش الحكومة هو من فعل بنا هذا" أو "كنا خائفين من القوات العسكرية الحكومية". وقد كان السياق الذي ورد فيه ذكر الجيش عادةً على النحو التالي: "كنا نعيش في حيّ المحطة في درعا الجديدة [جنوب سوريا] وهناك منطقة أخرى اسمها درعا البلد [مركز مدينة درعا]. كانت هناك اشتباكات بين المنطقتين. ذهبنا إلى هناك لتفقد الجرحى وتقديم الإسعافات الأولية. ثم أطلق جيش بشار الأسد النار عليّ" (برنامج الجراحة التقويمية 8، سوري). لكن لم يشِر أيٌّ من المشاركين السوريين إلى تنظيم الدولة (أو ما يعرف بداعش) على أنها المسؤول عن الإصابة، غير أن بعضهم ذكر إيران على أنها مصدر النزاع السياسي.

أما العراقيون فكانت إصاباتهم في معظمها ناتجةً عن انفجاراتٍ عشوائية. بالتالي لم يكونوا يشيرون أبداً إلى الجناة وإن أشاروا فكانوا يستخدمون مصطلحاتٍ فضفاضة. لكن من أصيب في حوادث عنفٍ طائفية، سواء على يد الجيش الأمريكي أم تنظيم الدولة، فقد كان حريصاً على ذكر هذا التفصيل. إذا أشار الأشخاص الذين أصيبوا في العراق في حوادث عنفٍ طائفية إلى معرفتهم الشخصية بالجناة، بالتالي فقد كانت رواياتهم من أكثر ما سمعته إيلاماً، كما قال أحدهم: "كانوا من أبناء الحي، وكانوا يعرفوننا". كان هؤلاء المشاركون يبدون مستوى من الخوف والشك تجاهنا نحن فريق المقابلات أكبر ممّا لمسناه من غيرهم، وهذا يشير إلى أن ثقتهم بشكلٍ عام في الناس قد تضعضعت بفعل ما مرّوا به.

كذلك وصف بعض المرضى القوات الأمريكية على أنها لا ترحم، كما عبّر أحدهم قائلاً: "انفجرت خلال الغزو الأمريكي قنبلةٌ بالقرب من مدرستنا الثانوية، في منطقةٍ قريبةٍ من شارع محمد القاسم الذي يصل بين حيّي الصليخ والأعظمية (الطريق السريع الواقع إلى الغرب من بغداد]. كانت القوات الأمريكية وقتها لا تزال في العراق، حيث قامت بعد وقوع الانفجار بفتح نيرانٍ عشوائية على من كان هناك، فأصاب الهجوم الأمريكي من لم يصب في الانفجار" (برنامج الجراحة التقويمية 56، عراقي).

في مثال آخر قال أحد المشاركين:

> كنت أقود السيارة ذات مرة وكان الجيش الأمريكي منتشراً في المنطقة. ثم أصابني فجأةً طلقٌ ناريّ، وعلمت في وقتٍ لاحق بأن السلاح الذي أصابني كان على بعد 300 متر. غير أن الجيش الأمريكي قال في تقريره بأنني عبرت حاجزه علماً أنه لم يكن هناك وجودٌ للحاجز كما أنني أصبت من مسافةٍ بعيدة،

حيث لم أكن على مقربة منهم ولم أكن أستطيع رؤيتهم حتى. لم يحذّروني [مثلاً] بإطلاق النار في الهواء أو على السيارة أو محركها، بل كانت الرصاصة تستهدفني كي تقتلني. (برنامج الجراحة التقويمية 71، عراقي).

من جانبٍ آخر أوضح بعض المشاركين بأن تنظيم الدولة كان سبب إصابتهم: "أصبتُ على يد تنظيم الدولة" (برنامج الجراحة التقويمية 59، عراقي) "كنّا جالسين هكذا [كما نجلس في غرفة المعيشة] في البيت وعلى الضفة الأخرى للنهر -النهر الذي رأيته وأنت تدخلين إلى هنا- كان إرهابيو تنظيم الدولة. عبروا النهر في الثالثة فجراً [إلى حيث يقع منزل المريض] وهاجموا المنطقة. حدثت اشتباكات هنا وأصيب ابني. فقد سقطت قذيفة هاون على غرفة معيشتنا" (برنامج الجراحة التقويمية 60، عراقي). غير أن الحذر كان بادياً على مَن ألقى اللوم على تنظيم الدولة (المشاركون من الأنبار) وكانوا يتحدثون عمّا جرى همساً. في المقابل لم يبدِ من أصيب في حوادث عنفٍ طائفية المستوى ذاته من غياب الثقة سواء إزاء أنفسهم أو إزاء الفريق.

لكنني فوجئت حين لم ألمس لا غضباً ولا لوماً ولا أيّ شكلٍ من أشكال الاستياء تجاه الأفراد المسؤولين عن إصابتهم. هناك مثلاً المشارك الذي أصيب بطلقٍ ناريّ على يد جنديٍّ أمريكي. فقد تقابلا لاحقاً في المستشفى ولم يُعبّر المصاب عن ضغينةٍ تجاه الجاني سواء يومها أو فيما بعد، وقال:

> قابلت الشخص الذي أطلق النار عليّ [عندما كنت] في المستشفى. كان طفلاً وكان يرتجفُ ويرتعش [حين رآني]. أعتقد أنه كان في التاسعة عشر من عمره. لكن المصاب كان قد وقع. لم أكن أفكر وقتئذٍ سوى في نفسي [وكيف يمكنني أن أتحسن]. لكن حتى لو رأيته اليوم فلن أفعل به شيئاً ولن أقول له كلاماً [قاسياً]. حسابه عند الله. (برنامج الجراحة التقويمية 71، عراقي)

هناك أيضاً رواية مشاركٍ آخر كان قد أصيب وهو يعمل في حقله في سوريا، حيث حافظ هو الآخر على "حياديته" وهو يتحدث عن الجندي الذي أطلق النار عليه. فلم يُشِر في حديثه إلى الفعل العنيف الذي أقدم عليه الجندي إلا بقوله: "لم أكن أعلم ما الذي كان يدور في ذهن الجندي". بدا المشارك وكأنه يتأسف حين كان يشرح لنا ضرورة ركوبه الدراجة النارية للذهاب إلى العمل في حقله، وهو ما كان السبب في إطلاق النار برأيه، علماً أن جزءاً كبيراً من روايته يوضح مجريات الأحداث من منظوره، كما قال:

> أصبت بتاريخ 22 يونيو/حزيران 2012. كنت أعمل في حقلٍ يقع على الجانب الآخر من الطريق السريع. لكنه كان بعيداً (نسبياً) عن الطريق المؤلف من مسارين ولا تتوقف السيارات هناك على الإطلاق. كما أنه طريق السفر الرئيسي للجميع [في تلك المنطقة].
>
> نادراً ما تهطل الأمطار في 22 يونيو/حزيران. كنت قد زرعت عشرة فدانات من البطاطا وثلاثين فداناً من الخيار وعشرين فداناً من البطيخ الأحمر وثلاثة وخمسين فداناً من الطماطم. أردنا أيضاً أن ننتهز الفرصة ونضاعف المشروع. لذا فقد زرعنا الباذنجان مع الخيار، والطماطم مع البطيخ، والفلفل مع الطماطم. وقد زرعت مئةً وعشرة فدانات بهذه الطريقة [كي أستفيد]. أي أننا زرعنا كميةً تتطلّب عادةً مئتين وعشرين فداناً. لكننا نحصل بهذه الطريقة على محصولٍ أفضل. هذا كان واقع الحال.
>
> وفي 22 يونيو/حزيران، بدأتُ بجمع الخيار مع العمال، وقد كان لدي ثلاثون عاملاً. جمعنا الخيار ثم بدأت السماء تمطر، مع أنها نادراً ما تمطر في ذلك الوقت. نادراً ما تهطل الأمطار في 22

يونيو/حزيران. لكنها أمطرت. علينا أن نحرص على أن يكون الخيار لامعاً ونظيفاً عند إرساله إلى دمشق، إذ لا يجب أن يكون متسخاً بالوحل، فلا أحد يشتري خياراً متّسخاً بالوحل، بل يجب أن يكون نظيفاً. يجب أن نقطفه صباحاً ولا يجب أن يكون مبلّلاً. أذكر أنها أمطرت يومها. لكننا قطفنا الخيار [فقد كنا على عجلة لجمع المحصول]. ذهبت [إلى الحقل] عند طرف المشروع [الحصاد]. رأيت قريةً كانت تبعد ثلاثة كيلومترات عنّا واسمها محجة. كانت تبعد عنّي كيلومترين ونصف أو ثلاثة كيلومترات. كانت القرية تشهد اشتباكات لكنني لم أكن أعلم بين من. كنت أسمع أصوات إطلاق النار والقصف، وكان العمال خائفين. لكنني قلت لهم "تحلّوا بالصبر. دعوني أجهز النقلة. اهدؤوا واصبروا. الوضع على ما يرام. سوف تُحَلّ الآن". ثم رأيت فجأةً مجموعةً من الدبابات وعربات نقل الجنود ومدرعات من نوع BMB [مركبات عسكرية] تعبر بالقرب منّا على الطريق السريع. مروا قريباً منا. كنت هناك برفقة أخي الذي يعيش [اليوم] في الولايات المتحدة وثلاثة من أبنائي وابنَي أخي وأخي الثالث. طلبت منهم أن يتظاهروا بأنهم يجمعون البطاطا كي يتجنبوهم [الجيش]. فقد كان محصول البطاطا الأقرب إلى الطريق السريع. كان بجانبه مباشرةً. توجهوا [أفراد العائلة] إلى هناك وابتعدوا خمسين متراً عني. كانوا على بعد خمسين متراً. كان على أبنائي الثلاثة وابني أخي وأخي الوقوف بجانب الطريق [لجمع محصول البطاطا]. أما أنا فقد ابتعدت عنهم خمسين متراً. لماذا كنت بعيداً عنهم؟ بسبب الدراجة النارية. إذ لم يكونوا [الجيش] يحبون الدراجات النارية. كانت تزعجهم. فقد كان من يمتطيها إرهابياً [في نظرهم]. لكن مشروع [الزراعة] كان يتطلب وجود دراجة نارية وما كان لينجح لولاها. السيارة لا تنفع في هذا. فقد كانت الطرقات [بين البساتين] ضيقة ولا تتسع لمرور سيارة، لكنها تكفي لمرور دراجة. كان المشروع كبيراً، ولا بد من استخدام دراجةٍ نارية لتغطية مئة وعشرة فدانات. ابتعدت عنهم وبدأت بجمع البطاطا. لكن الجندي اعتقد بأنني سأفجرهم [ألحقُ الأذى بهم]. لا أدري ما حصل له [ما الذي كان يدور في ذهنه]. ابتعد عنّي ثم أطلق النار عليّ مرتين، فأصبت. أطلق عليّ رصاصتين أصابتني إحداهما. (برنامج الجراحة التقويمية 13، سوري)

حدث أن فقد بعض المشاركين أكثر من شخص، غير أنهم لم يكونوا يلقون باللوم على الجناة شخصياً، إنما على جماعة. وكان لا بد أن آخذ هذا في الحسبان عند مراجعة تأملات وأفكار المشاركين إزاء عملية إعادة التأهيل التي يخضعون لها. ولا بد هنا من الانتباه إلى جانبٍ مهمّ في تاريخ المرضى قبل الانتقال إلى مرحلة إعادة التأهيل في برنامج الجراحة التقويمية، ألا وهو معاناتهم لتأمين الرعاية الصحية بعد تعرّضهم للإصابة.

أخطار متعددة

واجه المشاركون السوريون على وجه الخصوص عدداً من الأحداث في الفترة الفاصلة بين التعرض للإصابة والمجيء إلى عمّان، وقد أثرت هذه الأحداث في الكيفية التي ينظرون بها إلى العلاج في مستشفى أطباء بلا حدود. فالتعرض للإصابة في سوريا على سبيل المثال يضاعف المخاطر التي يواجهها المرء بشكل كبير ولا سيما الرجال الذين تبدأ الشكوك بملاحقتهم على أنهم متعاونون مع القوات المناهضة للحكومة، مما قد

يعرضهم للقتل في بيوتهم أو على أيٍّ من الحواجز التي تنتشر على الطرقات. وقد وصف أحد المشاركين تلك الأوضاع الخطيرة بقوله:

> عندما أصبت في سوريا مكثت في البيت وقد لازمني الخوف حيث أنهم كانوا يهجمون ويفتشون البيوت، ويطلقون النار على أيّ جريح، فيقتلونه [أي الجريح] وعائلته. كنت دائم الخوف من ذلك.. من أن يهجموا على منزلنا ويعتقلوا أبي أو أخي أو يعتقلونني أو أيّ شخص آخر. كان أشبه بفيلم رعبٍ وكأنّ الشبح قد يظهر في أيّ لحظة. (برنامج الجراحة التقويمية 8، سوري)

أبلغنا مشاركٌ آخر كان يعمل مزارعاً بأنه أصيب عندما مرّ الجيش وهو يعمل في الحقول برفقة أطفاله، حيث قال:

> وهنا [عندما أصبت] بدأ الشقاء. فإذا ما ذهبت إلى حاجز وأنت مصاب بطلقٍ ناريّ ستكون عرضةً للشكوك، حيث سيظنون أنك إما شاركت في مظاهرة وأصبت فيها أو أنك [تتعاون] مع العصابات الإرهابية المسلحة التي تحارب وتطلق على نفسها اسم الثوار. لم يكن هناك حل، ولا أحد إلا الله يعلم بك [بحقيقتك]. اضطررت لتلقي العلاج في مستشفى سرّي بعيدٍ عن الحكومة. (برنامج الجراحة التقويمية 13، سوري)

نجد كيف قوّضت الأوضاع الخطرة خدمات الرعاية الصحية. فقد كانت الإسعافات الأولية المبدئية تتركز في مستشفياتٍ ميدانية مرتجلة ليس فيها غالباً من يملك تدريباً طبياً كما تشحّ فيها الإمدادات الطبية. وقد أفادت إحدى المشاركات (برنامج الجراحة التقويمية 1، سوريّة) بأن العسل كان المادة الوحيدة المتوفرة لعلاج يدها التي كانت تعاني من التهابٍ عميق. إذ قالت: "كان الهدف من ذلك العلاج شفاء الجرح بغضّ النظر عن شكله أو جودته [فعاليته]". وأشارت التقارير إلى أن ما توفر من "مستشفيات" كانت تتمركز في مدارس مهجورة وبيوتٍ خاصة. وكانت الإسعافات الأولية تُنَفَّذ في بعض الأحيان على يد أصدقاء أو أقرباء حاصلين على تدريبٍ طبّي محدود. هذا ما حدث لأحد المشاركين، حيث أصيب في انفجار قنبلة وقع في بيته. وقد شرح لنا كيف عالجه صديقه بعد إصابته بحروقٍ وجروحٍ شديدةٍ في وجهه: "أذكر كيف كان صديقي يحاول أن يمزح معي كي يضحكني وهو يقطب وجهي. كنّا دائماً ما نمزح ونضحك. أذكر أنه من الأشخاص الذين كانوا يمازحونني دائماً [ليرفع معنوياتي]. لكنّه كلّما شعر بالتعب أثناء مساعدتي ابتعد عني وبكى" (برنامج الجراحة التقويمية 25، سوري). وكثيراً ما أشار المشاركون إلى شعورهم بالضعف والصدمة عند رؤيتهم أناساً يفارقون الحياة أمام أعينهم أثناء تلقيهم رعاية طبية بدائية ومرتجلة، كما قال أحدهم: "كان في المستشفى الميداني طفلٌ عمره أربعة عشر عاماً. مكث هناك حتى صباح اليوم التالي ثم فارق الحياة. كان مصاباً بجرحٍ بسيطٍ في بطنه، لكن تبيّن أنه كان يعاني من نزفٍ داخلي. غير أنه لم يكن هناك جهاز تصوير شعاعي أو أي شيء آخر. لذا نزف حتى مات" (برنامج الجراحة التقويمية 25، سوري).

كانت العمليات الجراحية تجرى أحياناً في بيوت المرضى بسريّةٍ تامّة كما تكشف لنا رواية علي. كما أبلغنا بعض المشاركين بأن التوجه إلى مستشفياتٍ أكبر لإجراء عمليات جراحية لم يكن ببساطة خياراً ممكناً، حيث قضوا فترات طويلة لا يحصلون فيها سوى على علاجات تحكمها ظروف صعبة. حتى أن مريضةً كانت قد أصيبت حين تعرض منزلها للقصف، وصفت الوضع كالآتي:

أخذوني إلى مستشفى القرية وهناك تلقيت الرعاية. أجروا صورةً شعاعيّةً لرأسي وذراعي، وأخبروني بأن مفصلي قد كُسر. كان هناك طبيب من قريتنا وضع لي جبيرةً مؤقتة [حول يدي] وطلب مني أن أحافظ عليها. لكنه مات في سوريا قبل أن أتمّ علاجي الذي كان قائماً على مسكنات الألم وجبيرة مؤقتة، فهذا كل ما حصلت عليه من علاج. لم نكن نستطيع الذهاب من القرية إلى العاصمة دمشق للعلاج، فقد كان [الذهاب إلى هناك] خطيراً. كنا محاصرين لأكثر من شهر. لم يكن لدينا طعام ولم نكن نستطيع أن نتلقى أي شيء من خارج القرية. (برنامج الجراحة التقويمية 2، سوريّة)

لكن حتى أولئك الذين تسنّى لهم الوصول إلى المستشفيات في دمشق واجهوا أخطاراً شديدة. وقد تحدث أحد المرضى عن المخاطر التي كان يخوضها هو وأخوه كلّ مرة كانوا يسافرون فيها إلى العاصمة، حيث قال:

كان هناك حوالي خمسين حاجزاً بين العاصمة دمشق ومنطقة الريف التي كنّا نقيم فيها. وكانوا يأخذون [يعتقلون] أيّ جريحٍ تقع عليه أعينهم. أثناء عودتي إلى البيت بعد خروجي من المستشفى أوقفنا حاجز للنظام. رأوني في السيارة وساقي مجبرة من هنا [يشير إلى كاحله] إلى هنا [يشير إلى نهاية فخذه]. كنت مستلقياً في السيارة، وطلب مني أحد الجنود قائلاً: "هويتك"، فأعطيناه هويتي. كانت لحيتي هكذا [يشير إلى أنها كانت طويلة جداً]. كانوا يعتقلون الجرحى في العادة، وظنّ بأنني أحد المسلحين. لكنني قلت له: لا يا سيدي، لا علاقة لي بهم". فقالوا لي [جنود آخرون]: "هاتوه [خارج السيارة]". لكنني قلت له: "أقسم لك بأنه لا علاقة لي بهم يا سيدي". أرادوا اعتقالي أنا وأخي. لكنهم أخيراً اتصلوا بالمستشفى فقال لهم الطاقم: "كلامهم صحيح، فقد كان هنا. يمكنكم أن تتركوه". عدت إلى المستشفى بعد خمسة عشر يوماً. استيقظت أنا وأخي مبكراً. وقال لي أخي: "دعنا نذهب إلى المستشفى لإجراء صورة شعاعية كي نتأكد من أن الالتهاب قد شفي". فذهبنا إلى المستشفى، حيث أجروا لي صورة شعاعية وقالوا لي: "لا تزال مصاباً بالتهابات. عد إلى المنزل وارجع إلى هنا بعد خمسة عشر يوماً". كانت الحواجز في مكانها، ولم تكن قد أزيلت. لم يتغير الواقع [مشاكل على الحواجز]، فقد أرادوا اعتقالي على الحاجز. وحين وصلت إلى البيت قلت لأخي: "لن أذهب إلى هناك مجدداً حتى لو كنت أموت". (برنامج الجراحة التقويمية 6، سوريّ)

لم يكن الخطر يقتصر على طريق الوصول إلى المستشفى، بل كانت الإقامة فيه خطراً بحد ذاتها. فقد أشار المشاركون إلى تعرض المستشفيات بشكل متكرر للاستهداف على يد الجيش، وقد كان المرضى يُقتلون في مكانهم. وكانت الأوامر تُلزم طواقم المستشفيات الحكومية بالتبليغ عن أي مريض "مشبوه" وتسجيل كلّ مريضٍ يعاني من إصابةٍ بطلقٍ ناري بغض النظر عن ظروف إصابته. وقد وصفت إحدى المريضات الوضع بقولها: "خضعت وقتها لعمليةٍ جراحية على ساقي هناك [في سوريا]، لكنها لم تنجح. هوجم المستشفى، وكان هناك قصف. هاجم الجنود [اقتحموا] المستشفى وأرادوا أن يأخذوا جرحى الحرب [كي يقتلوهم]. وقد جعلونا [طاقم المستشفى] نهرب. ولم أتابع علاجي" (برنامج الجراحة التقويمية 3، سوريّة). حكى لنا مشاركٌ آخر كيف أنه اختبأ في جناح النساء حتى صبيحة يوم عمليته الجراحية لأن "جيش بشار كان في المستشفى" كما قال. (برنامج الجراحة التقويمية 8، سوري). فيما أخبرنا آخر كيف أن صديقه هرّبه باسمٍ مستعار (برنامج

الجراحة التقويمية 9، سوري). كما أفاد المشاركون بأن العمليات الجراحية كان تُجرى على عجل، كما شرح أحدهم قائلاً: "كانت العملية سريعة جداً كي يتسنى لي الهروب من المستشفى. فلو دخلت جماعة بشار لأطلقوا النار عليّ وأردوني قتيلاً" (برنامج الجراحة التقويمية 8، سوري). كذلك كانت المستشفيات تُخرّج المرضى وهم لا يزالون تحت تأثير التخدير تقليلاً للمخاطر التي قد تواجههم وتواجه الطاقم الطبي الذي سمح لهم بدخول المستشفى في الأساس.

بلغنا أيضاً أن بعض المشاركين دفعوا مبالغ ماليةً كبيرة لرشوة طواقم المستشفيات ثم اضطروا لدفع مبالغ أخرى لإجراء العمليات الجراحية، ممّا زاد المصاعب التي تواجه الناس في تأمين الرعاية الطبية. وقال أحد المرضى أنه لم يكن قادراً على تأمين المبلغ الذي كانوا يطلبونه: "كنت أعاني من التهابٍ فقاموا بتنظيفه. بعدها أتاني الطبيب الذي أجرى العملية وقال لي: 'سنضع جهازاً [جهاز تثبيت خارجي] ومسامير. وهذا سيكلفك 300,500 ليرة سورية [600 دولار أمريكي]'. لكنني قلت له: 'ليس لدي [المال]. ليس لدي [المال]. من أين لي أن أؤمن [المال]؟ لا أملك [أي مال]'. كان أخي إلى جانبي.... ثم قال لي في نهاية المطاف: 'لن يجروا لك العملية'" (برنامج الجراحة التقويمية 6، سوري). أعلَمَنا مشاركٌ آخر أنه دفع ما يعادل 8,000 دولار أمريكي في مستشفى خاص في دمشق لقاء عمليةٍ جراحيةٍ استغرقت ساعة. وقد كان نصف ذلك المبلغ رشوةً لطاقم المستشفى كي لا يبلّغوا عنه للجيش، فيما كان النصف الآخر لقاء الرعاية الطبية الفعلية (برنامج الجراحة التقويمية 12، سوري).

أشار أيضاً بعض المرضى إلى شدّة ضيق الوقت المتاح لإجراء العمليات الجراحية لدرجة أن الأطباء لم يكونوا يخدّرون المرضى إطلاقاً. وهذا ما تصفه إحدى المريضات بالتفصيل بقولها:

> كان هنا صفيحتان في أصابعي. أدخلوهما من هنا [تشير إلى رأس الإصبع] إلى هنا [تشير إلى أسفل الإصبع]. وقد أخرجوهما عندما كنت في سوريا. أخرجوهما [أي الجراحون] دون تخديري. كان ذلك مؤلماً إلى حدٍّ يفوق الوصف. وحين طلبت من الطبيب أن يخدرني قال: "لا وقت لإعطاء التخدير. سيطول الأمر حتى تصبحي جاهزةً [للعملية]، وهناك أمور كثيرة [يجب إجراؤها]". لذا أخرج الطبيب الصفائح دون تخدير، وقد كان ذلك مؤلماً جداً. (برنامج الجراحة التقويمية 1، سوريّة)

مرّت مُشاركةٌ أخرى بتجربةٍ مشابهة عانت فيها من نقصٍ في تدبير الألم، كما قالت:

> كانت ساقي مصابة، وأخذوني إلى الطبيب الذي نزع منها الرصاصة. نزعها دون [إعطائي] تخدير.. وقال: "لا تزال هناك شظايا في ساقها. ولا يمكنني نزعها الآن لأنها ستصرخ وسيأتي الجيش". كانت معظم العمليات الجراحية تُجرى دون تخدير، لأن الجيش قد يأتي في أيّة لحظة ويأخذ الطبيب والمرضى. لم يخدرني كي لا يأتي الجيش وأنا تحت التخدير. بل أجرى لي العملية وأنا واعية. (برنامج الجراحة التقويمية 37، سوريّة)

أكدت مشاركة أخرى هذا الكلام بقولها: "لا، لم يكن هناك تدبيرٌ للألم في المستشفى، وكان المرضى يصرخون بصوت مرتفع. لم يكن هناك علاجٌ للألم ولا مسكنات" (برنامج الجراحة التقويمية 3، سورية).

لكنّ بعض المرضى قالوا أنهم كانوا قادرين على تأمين الترامادول أو الإيبوبروفين، كما يبدو أن بعض الأدوية كانت متوفرة كمّا هي حال المسكنات. وقال أحد المشاركين في هذا السياق:

حمداً لله أنه لم يأخذ البنتاغون [يقصد على الأغلب الكبتاغون]. كان بعضهم يأخذ تلك الأدوية كي يستطيعوا أن يعيشوا ويسيروا على أقدامهم [بعد الإصابة]. لكن هذا وضعهم في ورطة، فقد كانت تلك الأدوية تجرّدهم من الدين والحياة [كانت تفقد المرء الإحساس بكل شيء]. يفقد المرء عقله حين يتعاطاها وقد يرتكب أيّ فعل، كأن يخرج إلى الشارع وسط إطلاق النار والقصف [يفقد السيطرة تماماً]. (برنامج الجراحة التقويمية 9، سوري)

الكبتاغون (Captagon®) دواء يرتكز على الأمفيتامينات له خصائص تبعث على النشوة وتسكّن الآلام كمّا أنه يحفّز على العدوانية واليقظة والعزلة. وقد وردت تقارير تفيد بكثرة تعاطيه بين مجموعات الميليشيا في الشرق الأوسط، بما في ذلك سوريا والعراق. يحتمل أنه يُصنّع في سوريا (أرسلان وآخرون، 2015؛ الإمام وآخرون، 2017؛ لطفي، 2016)، لكنه كان يستخدم أيضاً للتكيّف مع آلام الإصابات حسبما أفاد المرضى الذين تحدثت إليهم.

يشار إلى أن حادثة الإصابة كانت السبب الذي دفع العديد من المشاركين إلى اتخاذ قرار مغادرة سوريا واللجوء إلى الأردن. بيد أن هذا القرار كان متأثراً في أغلب الأحيان بوقائع مؤلمة جداً وبمواجهة خطر الموت. من جهة أخرى فإن بعض المشاركين السوريين الذين أصيبوا على مقربةٍ من الحدود الأردنية نُقلوا إلى الأردن في غضون ساعتين وكانوا لا يزالون فاقدين للوعي، لم يواجهوا أية مصاعب في عبور الحدود. هناك إذن تنوعٌ واسع في عدد وشدة ونوع الأحداث المؤلمة التي واجهها مرضى أطباء بلا حدود قبل دخولهم إلى برنامج الجراحة التقويمية.

وترد منذ بداية الحرب في سوريا تقارير مستقلّةٌ صادرة عن العديد من المنظمات تفيد بأن السلطات السورية قد استهدفت المرافق الطبية وقتلت الطواقم الطبية واعتقلت وعذبت وقتلت المرضى الذين يدخلون إلى هذه المرافق للعلاج (كوزينز، 2015؛ أطباء بلا حدود الدولية، لا يوجد تاريخ؛ سنكري وآخرون، 2013؛ المرصد السوري لحقوق الإنسان، 2015). كما أن هناك تقارير ومعلومات وافية توثّق بشكل جيد (سنكري وآخرون، 2013) تأسيس المستشفيات الميدانية التي تعمل في الأقبية والأبنية المهجورة والمساجد والمصانع في ظلّ ظروف مرتجلة على حدّ تعبير المشاركين. كما تقدّم شهادات المشاركين والسجلات الطبية في برنامج الجراحة التقويمية دليلاً إضافياً على جرائم الحرب المتّصلة بذلك.

دخولُ الأردن قد يعني بالنسبة للكثير من الناس تأمين علاجٍ إضافيّ رغم أنه لم يكن دائماً علاجاً ناجحاً أو مرضياً، كما يتبين لنا من رواية أحد المشاركين الذي قال بأنه خضع لما يصل إلى ثلاثين عملية جراحية قبل أن تتسلّم طواقم أطباء بلا حدود رعايته (برنامج الجراحة التقويمية 6، سوريّ). قال أيضاً بعض المشاركين بأن المستشفيات الأردنية كانت تقترح إجراء عمليات بترٍ مع أن العلاج في برنامج الجراحة التقويمية نجح في نهاية المطاف في إنقاذ الأطراف. وقد عبّر أحد المشاركين عن مدى يأسه حين قال: "طلبت أن أخرج [من ذلك المستشفى في الأردن] لأنهم أحضروا لي مرشداً نفسياً كي يقنعني ببتر ساقي من عند أعلى الركبة. لكنني أخبرتهم بأنني أريد الخروج من المستشفى والعودة إلى سوريا لأن العلاج فيها أفضل" (برنامج الجراحة التقويمية 7، سوريّ). كانت بعض مستشفيات الأردن التي تقدم خدماتٍ مجانيّةً تُخرّج المرضى أحياناً لانقطاع تمويلها في منتصف رحلة العلاج. كما أفاد بعض المرضى الذين غادروا مخيمات اللاجئين بصورة غير قانونية بأنهم كانوا محرومين من أيّ علاجٍ طبّي في الأردن إلى أن تدخّل برنامج الجراحة التقويمية وقبلهم.

في المقابل، لم يُشِر المشاركون العراقيون إلى أيّة مصاعب في تأمين الرعاية في المستشفيات، بغضّ النظر عن الفترة الزمنية التي أصيبوا خلالها. غير أن جودة الرعاية كانت تتباين بشكلٍ كبير وفقاً للسياق السياسي السائد وقت تعرضهم للإصابة. فقد قدّم مشاركون من الأنبار أمثلةً عن صعوبات التنقل في زمن سيطرة تنظيم الدولة، إذ لم يكونوا قادرين على عبور الحواجز الحكومية بسهولة، كما كان عليهم استخراج إذنٍ خاص من تنظيم الدولة يسمح لهم بالخروج من الأنبار. بالتالي لم يكن في مقدورهم الوصول إلى مستشفيات بغداد ولم تكن تتوفر على مقربة منهم سوى خدمات علاجية محدودة.

أما في زمن الاحتلال الأمريكي للعراق، فقد شرح المشاركون كيف كانت المستشفيات مكتظة ومثقَلة وتحدثوا عن شحّ المعدات الطبية. وأخبرنا مريضٌ كان قد أحضر إلى المستشفى وهو في سبات كيف أنهم وضعوه مع الجثث:

> لم أحصل على قدرٍ كبير من العلاج، فقد كانت بلادنا منشغلةً بكل أشكال الانفجارات كما تعلمون. كنت وقتها [عندما أدخلوني إلى المستشفى] فاقداً الوعي. أخبروني بأنهم ألقوا بي مع الجثث [في المستشفى]. وحين حاول أفراد عائلتي الحديث إلى الأطباء، قيل لهم بأن حالتي ميؤوس منها حيث [أنني سأموت على أية حال]، وطلبوا منهم أن يفقدوا الأمل. كان ذلك فظيعاً، أقصد الجثث، إذ لا يمكن لأحدٍ أن يتخيل الأمر. (برنامج الجراحة التقويمية 69، عراقي)

لكن لم تساور المريض أية مشاعر ضغينةٍ تجاه الطاقم الطبي العراقي مع أنهم بتروا ساقيه، حيث قال: "بصراحة، لا ألومهم. لا ألوم الطاقم الطبي آنذاك، لا سيما في ظل الأحداث الرهيبة التي شهدتها 2008 أو 2009. فقد كان ضغط عملهم كبيراً نتيجةً لما كان يجري في العراق آنذاك. لم يكن في مقدورهم علاج جميع الضحايا، فقد كان هناك حوالي 300 ضحية يومياً". هذا ما أبلغنا به أيضاً مشارك آخر كانوا قد أهملوا علاجه بعد أن دخل في غيبوبة، مع أنه كان أكثر امتعاضاً ممّا حدث، حيث قال: "كنت مصاباً في ساقي أيضاً، وتفاقم وضعها بسبب إهمال المستشفى، لأنهم كانوا يتوقعون موتي حين دخلت في غيبوبة وافترضوا أن احتمال وفاتي يبلغ 98 أو 99 بالمئة، ولهذا لم يهتموا بجروحي وبالتالي ساءت بمرور الوقت. لو أنهم اعتنوا بها [بجروحي] لكنت ربما تجنّبت البتر" (برنامج الجراحة التقويمية 54، عراقي).

وقد كانت الأوضاع قاسية للغاية لا سيما حين تدور الشكوك حول تعاون الجريح مع "الإرهابيين"، إذ شرح لنا أحد المشاركين كيف أنه اعتُقِل في المستشفى هو وعشرات الآخرين بعد يومين فقط من إصابته في تفجيرٍ وقع في أحد الشوارع، حيث قال:

> كنت أزور بغداد كما هو حالي اليوم، حيث كنت أتسوّق بعض المواد لورشة الميكانيك الخاصة بي حين وقع الانفجار، ثم أخذوني إلى المستشفى. بعدها اعتقلنا الجيش الأمريكي والقوات الخاصة العراقية [بالتعاون معهم] في المستشفى [اعتقلوا المصابين في التفجير]. ثم اعتقلنا [الجيش الأمريكي] في اليوم التالي وسجنونا ونحن مصابون بهذه الجروح الخطيرة. أجل، تخيّلي وجود أنبوبين في صدري كانا قد وُضعا لعلاج النزيف، كما كانت ذراعي مترهّلة وكان هناك الكثير من الشظايا في ظهري حتى أنها كانت قد وصلت إلى قلبي. لكنهم سجنوني رغم كل هذا. الله وحده أنقذني وخلصني. فلم أحصل على أية رعاية طبية في السجن. وقد كانت معجزةً من الله [أن بقيت على قيد الحياة رغم الجروح الخطيرة].

كانت ذراعي مضمّدة بكيسٍ بلاستيكي وكانت تنبعث منها رائحةٌ عفنة بسبب قلة الرعاية، بحيث كان الجميع ينفرون مني نتيجة تلك الرائحة الكريهة. كذلك بقيت الأنابيب متروكةً في صدري لثلاثة أيام، ثم قام السجناء بسحبها والتخلص منها. نجوب بأعجوبةٍ بفضل الله. (برنامج الجراحة التقويمية 46، عراقي)

كما قال بأن مسكنات الألم لم تكن تأتي إلا أحياناً فقط، حين "كانت لجنة الجيش الأمريكي تزور السجن" وكانت تُعطَى "للحالات الأخطر". أصيب المريض بقرحةٍ في المعدة نتيجةً لهذا العلاج وبسبب عدم كفاية الطعام. وأفاد بأن أربعة معتقلين فقط من أصل سبعةٍ وثمانين نجوا بحياتهم بعد هذا "السجن الذي استمر مدة سنتين"، وأضاف: "لقد كتب لنا الله عمراً جديداً. لم يسمحوا لنا بإثبات براءتنا إلا بعد مرور سنتين، ثم أطلقوا سراحنا". تتوافق روايات المشاركين مع التقارير الإعلامية التي تتناول انتهاكات حقوق الإنسان ونقص الرعاية الطبية التي يحصل عليها المعتقلون في السجون الأمريكية في العراق (آلن وآخرون، 2006؛ جسّام وآخرون، 2015).

يشار إلى أن المشارك الذي أخبرنا عن إصابته حين أطلق جنديٌّ أمريكي النار عليه وهو يقود سيارته، قال بأن الجيش تحمّل في وقت لاحقٍ مسؤولية إطلاق النار عليه ونقله إلى قاعدةٍ عسكرية أمريكية لتلقي العلاج. وقد كانت روايته فريدةً من نوعها، حيث شرح قائلاً:

في الواقع، أخذوني فور إصابتي إلى مستشفى هيت. كان المستشفى متواضعاً جداً ودون إمكانيات. كانت إصابتي [بعد إطلاق النار على وجهي] صعبةً جداً، فقد كانت إصابةً غير عادية وتتطلب علاجاً خاصاً. أحالني مدير المستشفى إلى مستشفى الرمادي. جاءت القوات [الأمريكية] التي أطلقت النار عليّ إلى المستشفى. أجل، فقد جاؤوا لرؤيتي، لكنني لست متأكداً من السبب. هل كانوا يريدون الاطمئنان [علي]؟ أم كانوا يريدون أن يتحققوا من أنني إرهابي أم لا؟ كان هناك ضابط أمريكي يقف بجانبي وكنت مستلقياً على نقالة. كان يحمل قلماً في بدلته. لم أكن أقوَ على الكلام، لذا ربَّتُّ على يده وأشرتُ إلى قلمه، فأخذته وكتبت على يدي بالإنكليزية: "سأموت إن تركتموني هنا". ثم ربت الضابط على كتفي وقال: "لا تقلق". بعدها وضعوني في سيارة إسعافٍ ترافقها سيارتان أمريكيتان من طراز هَمَر وأخذوني إلى القاعدة العسكرية الأمريكية القريبة من هيت. ثم نقلوني بالمروحية إلى قاعدة عين الأسد [قاعدة أمريكية]... كنت واعياً إلى أن وصلت إلى قاعدة عين الأسد الأمريكية، حيث فقدت وعيي عندها. بقيت فاقداً وعيي ثلاثة أيام. وحين فتحت عينيّ كان قد حلّ عيد الفطر. كانوا قد أجروا لي [آنذاك] عمليةً جراحيةً أولية، حيث وضعوا صفيحة تثبيتٍ خارجية على ذقني، فقد كان فكي مهشماً تماماً. ثم خضعت لاحقاً لعمليةٍ أخرى وضعوا خلالها أنبوباً في معدتي، ينقل الغذاء إليها. بعدها نقلوني إلى قاعدة [عسكرية] أخرى ذات إمكانياتٍ محدودة من حيث الخدمات الطبية والجراحية. نقلوني لاحقاً [مرةً أخرى] إلى قاعدة بلد التي كانت ضخمةً وذات إمكانياتٍ طبيةٍ عظيمة لم تكن تتوفر في أيّ مستشفى عراقي. ثم شرعوا بإجراء عملياتٍ جراحية ركزوا فيها على زراعة الأنسجة الرخوة الداخلية، وقد كانت عملياتٍ ناجحةً جداً أعجب كل من رآها بالإنجازات التي حققتها. (برنامج الجراحة التقويمية 71، عراقي).

كان لهذا المشارك حقٌّ حصريٌّ في الحصول على خدمات رعايةٍ صحيةٍ تخصصية لم تكن متاحةً لأيٍّ من المشاركين الآخرين الذين قابلتهم.

وكان بعض المرضى الذين عولجوا في العراق في فترة شهدت سلاماً نسبياً يشتكون من سوء ظروف النظافة، كما أن الجراحات التخصصية كانت بعيدةً كلّ البعد عن المعايير التي تتبعها أطباء بلا حدود. وقد شرح والد أحد ضحايا الحروق هذا فقال:

> أدركت بعد تجربتي في العديد من المستشفيات بأننا لا نستطيع الوصول إلى مستشفى معقّم [إطلاقاً] كما نفتقر إلى مستشفى متخصص في الحروق [في العراق]. لم أدرس الطبّ لكنني أعلم أن هذا [الإجراء الذي خضع له ابني في العراق] خاطئ لأنني رافقت ابني في عملياته الثمانية التي خضع له، ولم أشهد في حياتي على عملياتٍ كهذه. فقد كانوا يجرون تقشيراً بسيطاً للجلد كي يزرعوه. من فضلك [ينادي باسم ابنه] قف وأرِهم ظهرك [يرفع الابن قميصه وتظهر ندب سطحية تغطي رقعةً واسعةً من ظهره]. هذا هو التقشير [يشير إلى الندب الموجودة على ظهر ابنه]. قشروا الجلد ليزرعوه على ساقيه. لم يستخدموا جهازاً لتمطيط الجلد كما فعلوا في عمَّان، حيث مطّطوا الجلد واستخدموا القطعة الزائدة منه لتغطية المناطق المتأذية بالحروق. هذه هي المصاعب التي واجهناها في العراق، فالعلاج الذي قدموه لم يكن جيداً. إنهم لا يهتمون برعاية المرضى. (برنامج الجراحة التقويمية 43، عراقي)

شرح لنا العديد من المرضى أيضاً كيف أنهم أصيبوا بالتهاباتٍ في المستشفيات العراقية وكيف كان لها تبعاتٌ على صحتهم، كما قال زوج إحدى ضحايا الحروق:

> أذكر في شهر فبراير/شباط حين كنّا متجهين إلى المستشفى [في العراق]. كانت هناك جرثومةٌ تصيب جروح المرضى وكانت منتشرةً في مستشفيات العراق. كانت تلك الجرثومة [خطيرة] لا سيما على مرضى الحروق، وكانت تنتقل من المستشفى [إلى المريض] وليس من مريضٍ إلى آخر. أصيبت زوجتي بتلك الجرثومة وعانت كثيراً بعد ذلك، حيث تورّمت إحدى أذناها فاضطروا إلى إجراء عملية جراحية وبترها. كان جسمها متورماً بأكمله بسبب تسمّم الدم: إذ كانت الجرثومة قد وصلت إلى دمها وكان الالتهاب قد وصل إلى مرحلةٍ متقدمة. (برنامج الجراحة التقويمية 44، عراقيّة)

كذلك، فقد ذكر العديد من المشاركين العراقيين كيف أن علاج التهاب العظم الذي حصلوا عليه في العراق لم يحسّن من حالهم، كما قالت إحداهن: "لم أكن أقدر على المشي، فقد كنت مصابةً بالتهاب في ساقيّ ولم أتحسّن أبداً هنا [في العراق]. داومت على زيارة الأطباء عاماً بأكمله لكنني لم أتحسن إطلاقاً" (برنامج الجراحة التقويمية 45، عراقيّة).

أشار عددٌ آخر من ضحايا الحروق إلى تجارب غير مرضية عند دخول المستشفيات. فتحدث أبٌ أصيب ابنه في انفجار وقال باكياً: "كنا في مستشفى الكندي [في العراق] وبدأوا ينظفون الجروح [الحروق] بصابون الغار [الذي يدخل في تركيبه زيت الزيتون وزيت الغار] والخل. وأذكر أنه [ابني] قال لي: 'بابا، لقد غلبني التعب وآمل أن يأخذ الله روحي [أتمنى لو أموت]'. لم يكن قد تجاوز العشر سنوات من عمره وكم كانت حياته قاسيةً كما ترين" (برنامج الجراحة التقويمية 43، عراقي). قالت مريضةٌ أخرى من ضحايا الحروق:

"مكثت في المستشفى شهراً ولم يفعلوا لي شيئاً. لم يكن في وسعنا تحمل تكاليف العلاج [في مكان آخر]، بل تلقيت علاجي في مستشفى يقدم خدمات مجانية. كانوا يكتفون بوضع الزيت على حروق جسدي، وقد أدى هذا إلى تفاقم حالي بمرور الوقت لأنني كنت أعاني من التليف [تسمك وتندب في النسج الضامة نتيجةً للحروق]" (برنامج الجراحة التقويمية 50، عراقية).

هذا وأشار بعض المشاركين العراقيين إلى أنهم دفعوا أموالاً مقابل خضوعهم لعمليات جراحية حققت نتائج كانت في أغلب الأحيان تخيّب ظنهم، كما قال أحدهم: "لنكن واقعيين وصادقين، لأنني رجلٌ مسن. لا ضمان على [نجاح] العمليات والعلاجات في العراق. فقد جربنا إخضاع ابني لعمليات جراحية مدفوعة، لكن رغم هذا لم يضمنوا لنا النتائج، ومن بينهم طبيب جلدية متخصص. فقد طلب منا مبلغ 3 ملايين دينار عراقي [2500 دولار أمريكي] وذكر أن نجاحها ليس مضمونا" (برنامج الجراحة التقويمية 43، عراقي). أفاد مشاركٌ آخر بأنه أنفق ما يعادل 21 ألف دولار أمريكي على علاج ساقه مستديناً هذا المبلغ من جيرانه. لكن بعد كل ذلك الاستثمار وخضوعه لأحد عشر عملية جراحية قال بأنهم كانوا: "يريدون بتر ساقي [في مستشفى عراقي] لكنني حمداً لله سافرت إلى عمَّان وعالجوني إلى أن تحسنت" (برنامج الجراحة التقويمية 53، عراقي). ضحّى بعضهم بكل سبل عيشه للعلاج في العراق، كما شرح لنا أحد المشاركين كيف أن تلك المبالغ الهائلة أفقرته وأوصلته إلى شفا كارثة، وهو اليوم يعيش في مبنى حكوميّ مهجور في الأنبار برفقة زوجته وأطفالهما وأولاد أخيه الأيتام.

لكن تمكن بعض العراقيين من السفر إلى بلدانٍ أخرى للعلاج (مثل سوريا والولايات المتحدة والهند وإيران). وأبلغونا أنهم أنفقوا مبالغ طائلة على عملياتهم الجراحية (يقول أحدهم: "أنفقت كل ما أملكه")، ومع هذا لم يبدِ أيٌّ منهم رضاه عن العلاج أو النتائج النهائية. فقد اصطحب أبٌ ابنه الذي أصيب بحروقٍ شديدة وهو طفل إلى سوريا للعلاج بناءً على توصيات (قبل الأزمة في سوريا). وقال لنا:

> استأجرنا له غرفةً في سوريا وكان الشخص المسؤول عن علاجه يصرخ ويعامله بقسوة، علماً أن ابني لم يكن قادراً على الكلام أو فعل أي شيء بسبب الإصابة، فقد كانت حروقه من الدرجة الثالثة [شديدة جداً]. ضمّدوا جسده بالكامل بشاشٍ مع أن حروقه كانت لا تزال حديثة، وهذا خطأ كبير. فقد التصق الشاش بجلده، وحين نزعوا الضماد كانوا يقتلعون معه قطعاً من الجلد لدرجة أن العظم صار يظهر للعيان. كلّف علاجه في ذلك المستشفى حوالي 6700 دولار أمريكي لقاء تلك الخدمة السيئة. (برنامج الجراحة التقويمية 57، عراقي)

العلاجات الطبية السابقة وأثرها على المرضى في برنامج الجراحة التقويمية

عاش المرضى أحداثاً صعبة، وأفاد العديد من السوريين بأنهم حين وصلوا إلى برنامج أطباء بلا حدود كانوا منهكين نفسياً لدرجة أنهم كانوا يعتبرون الخضوع لإجراءات طبية ضغطاً إضافياً يصعب التعاطي

معه، كما قالت إحداهن: "كان الوضع مريعاً. كانت العملية الجراحية كبيرة، فقد كان هناك الكثير من القطب، وكنت منهكةً نفسياً" (برنامج الجراحة التقويمية 15، سوريّة). تركت اللحظات المريرة التي مرّ بها المشاركون أثناء علاجاتهم السابقة آثاراً نفسية وأثرت بوضوح على ردود فعلهم عند مواجهة العلاج مرةً أخرى في مستشفى أطباء بلا حدود.

كما أشار بعضهم إلى أن الذكريات الصعبة التي عاشوها عاودت الظهور في اللحظات الصعبة التي تسبق مباشرةً دخولهم إلى غرفة العمليات. وكثيراً ما أبلغتنا المشاركات عن شعورهن بالقلق والهلع حين يواجهن تلك الذكريات. فقد كن يتذكّرن مثلاً الظروف الصعبة التي مررن بها أثناء العمليات الجراحية في سوريا، كما قالت إحداهن: "كان الجرحى يخضعون للعمليات الجراحية على مرأى من بعضهم بعضاً. لذا فقد عادت لي تلك الذكريات طبعاً عندما خضعت للعملية الجراحية في عمَّان، وهي ذكرياتٌ أليمة وصعبة" (برنامج الجراحة التقويمية 1، سوريّة). حكَت لنا امرأةٌ أخرى بأنها تذكّرت كيف تعرض المستشفى للقصف وهي في انتظار عمليتها في سوريا وكيف طلب طاقم المستشفى من المرضى الفرار. وقد عادت لها الذكرى عندما دخلت غرفة عمليات مستشفى أطباء بلا حدود: "كنت أبكي. كانت تنتابني مشاعر سيئة جداً، وكنت خائفةً للغاية" (برنامج الجراحة التقويمية 3، سوريّة). في المقابل كان قلق المشاركين الذكور يتركّزُ في معظمِهِ وقتَ خضوعهم للجراحة في عمَّان على احتمال عدم نجاح العملية أو الموت بسبب التخدير.

أما مَن كان قد خضع لعملياتٍ جراحية في سوريا دون تخدير، فكان يعاني من خوفٍ حادّ من الألم. وأشارت إحدى المشاركات إلى خوفها الشديد من العلاج الطبيعي، لكن اتضح لي بعد سماع روايتها بأن خوفها كان يرتبط فعلياً بذكرياتها حين عانت ألماً مريعاً في السابق. كما كان لون اليود وحده كافياً ليستحضر ذكريات الألم التي عاشتها إحدى ضحايا الحروق التي قالت:

> بعد أن خرجت من العملية [في برنامج الجراحة التقويمية] كان عليّ الاستحمام كي أتخلّص من اليود الأحمر. فقد خفت حين رأيت اليود الأحمر على جروحي. وكانوا [الممرضون] يحاولون إقناعي بأن أغسله وألا أخاف. لكنني خفت لأنني تعرضت لحروق، وكان هذا اليود يؤلمني حين كانوا ينظفون به جروحي [في العراق]. لذلك فقد خفت منه، وخشيت من أن يتكرر ما حدث في الماضي [من ألم]. (برنامج الجراحة التقويمية 44، عراقيّة)

استحضرت المشاركة ذاتها ذكريات الألم الذي كان يتلو العمليات الجراحية، فقالت: "كانت [العمليات الجراحية] صعبة، فهناك التخدير والفترة التي تتلوها. كما حدث حين قطعوا أذني هنا [في العراق]، حيث عانيت من الألم لمدة طويلة بعد العملية" (برنامج الجراحة التقويمية 44، عراقيّة).

لم تقتصر أسباب القلق على الألم، إذ كانت الالتهابات المستمرة التي عانى منها بعضهم سبباً في هذا القلق. فقد كان مريضٌ عراقيّ أصيب بالتهابٍ قبل وصوله إلى عمان يرتاب إزاء الاقتراب من مرضى مصابين بالتهابات. وقد حضر جلسات للدعم النفسي مع أطباء بلا حدود أملاً في التخلص من هذا الخوف لكن دون نجاح، وقال: "إنهم جيدون [أي فريق الدعم النفسي الاجتماعي] ويُطَمئِنون الناس، لكنهم لم ينجحوا في إقناعي إطلاقاً بالاقتراب من المصابين بالتهابات. ولا أرتاح إلا إن تركت مسافةً تفصلني عنهم" (برنامج الجراحة التقويمية 45، عراقيّ).

كذلك عاني المشاركون الخوف والتهديد بفعل الحرب، وهذا ما خلّف تبعاتٍ نفسيةً شديدة قد تعيد أجواء المستشفى بعثها. وأذكر مريضاً كنت قد تحدثت إليه عندما كنت أعدّ مجموعة التركيز، حيث شكرني لأنني نقرت على باب غرفته "بلطف"، وقال أن أحد أفراد الطاقم دخل عليه بغتةً ذات مرة فأصابه بحالةٍ من الهلع الذي يرتبط بخوفه من احتمال تعرضه للاعتقال من بيته في أيّ وقت. لكنّ المرضى كانوا يتعاملون مع ردود الفعل العاطفية تلك في صمت، وقد فوجئ طاقم المستشفى حين أبلغتهم بهذا المثال.

هذا وتلعب العلاجات السابقة التي سببت الصدمة دوراً في مشاعر القلق التي تنتاب المرضى في البرنامج وتتجاوز بمراحل القلق الذي ينتاب المرء عادةً عند الخضوع لإجراءاتٍ طبية. وهذا يتماشى مع بعض نماذج التعرض للألم التي تقول بأن الخوف من الألم يؤدي إلى تضخيم الشعور به (ليتيم وآخرون، 1983). ثم إن الإرشادات الطبية التي تتناول رعاية ضحايا الحروق تسلّط الضوء على إمكانية تعرض المرضى أثناء تلقي الرعاية للصدمات ذاتها بدرجة ترقى إلى مستوى اضطراب ما بعد الصدمة، علماً أن هذا لا يرتبط بالحرق الأساسي الذي تعرضوا له إنما ما تلاه من ألمٍ عانوا منه أثناء رعاية إصاباتهم (غرينهالغ، 2016).

ملاحظات

1 برنامج الجراحة التقويمية 12، شاب سوري عمره واحدٌ وعشرون عاماً، نص المحادثة (تم إخفاء الأسئلة والمقاطع المتكررة).

2 القنبلة اللاصقة عبارة عن عبوة ناسفة لاصقة يدوية الصنع توضع تحت السيارة ويتم تفجيرها عن بعد.

3 كثيراً ما كان المشاركون السوريون يذكرون تواريخ دخولهم إلى الأردن كلاجئين.

4

أفكار وتأملات المرضى بشأن الرعاية في برنامج الجراحة التقويمية

رأينا كيف ينظر طاقم المستشفى إلى بيئة عملهم وتعرفنا على العلاقات التي تجمعهم بالمرضى. وسنبحث الآن في تأملات المشاركين وآرائهم بالرعاية التي حصلوا عليها في برنامج الجراحة التقويمية، آخذين في عين الاعتبار الأوقات العصيبة التي مرّت عليهم عند علاجهم قبل دخول مستشفى أطباء بلا حدود. فقد فتح لنا المرضى قلوبهم ورووا لنا جوانب عديدةٍ أسهمت في شفائهم. كما كانوا صريحين في حديثهم عن الثغرات التي تعاني منها الرعاية، فكانوا يعتقدون أن البرنامج يستدعي التحسين بما يجعل الرعاية تناسب احتياجات المرضى.

بيئة المستشفى تعزّز الشفاء

وصف المشاركون مستشفى أطباء بلا حدود بأنه مكانٌ يمكن أن تبدأ فيه جروحهم الجسدية والنفسية بالالتئام أخيراً، في ظل المخاطر الفظيعة التي واجهوها لتأمين الرعاية الطبية في مواطنهم. وقد أسهمت عناصر عديدة في هذا الشفاء برأيهم، علماً أنّهم ركزوا في شرحهم على الإحساس بالأمان، وحسن معاملة الطواقم للمرضى، وحسن تنظيم المواعيد، ورضاهم عن تدبير الألم.

وحين كنت أسأل المرضى عن شعورهم وهم في مستشفى المواساة كانت أوجههم تشرق وشفاههم تتزين بالبسمات وهم يعبّرون بحماس عن إعجابهم بالمستشفى. فكانوا يصفون الأوقات التي يقضونها فيه بأنها "سعيدة" ويعبّرون عن إحساسهم بالارتياح والفرح، كما قال أحدهم: "شعرت وكأنني في رحلةٍ وليس في مستشفى" و "لم أواجه أية مصاعب على الإطلاق. ارتياحٌ تام. راحةٌ تامة. طاقمٌ ممتاز ورعايةٌ ممتازة وعلاجٌ ممتاز ووجباتٌ ممتازة وخدمات نقلٍ ممتازة وكلّ شيء حسن التنظيم" (برنامج الجراحة التقويمية 63، عراقيّ). كما وصفوا أجواء المستشفى على أنها سارّةٌ ولا تُقارَن بأيٍّ من المستشفيات التي مرّت عليهم، كما قالت إحداهن: "بصراحة، إنه المستشفى الوحيد الذي لم أشعر بأنه مستشفى. فكلما ذهبت إلى مستشفى آخر اشتممت رائحة الأدوية المخدّرة [ربما تقصد رائحة المعقمات والمطهرات] وما إلى هنالك، حيث أتذكر غرفة العمليات فأتقيأ، باستثناء مستشفى أطباء بلا حدود الذي كان مريحاً جداً" (برنامج الجراحة التقويمية 21، سوريّة). كذلك أثنى والد إحدى المريضات على المستشفى فقال: "تعامُلُهم رائعٌ جداً من حيث الأخلاق والمواعيد. لم يعاملنا أحد هكذا حتى في المستشفيات الخاصة" (والد مريضة: برنامج الجراحة التقويمية 32، سوريّة).

كان بعض المرضى يعبّرون عن شعورهم بالأمان لا سيما وأنه عنصرٌ مهمّ يسهم في تعافيهم على الصعيد النفسي، كما قال أحدهم: "كنت قد أتيت من مكانٍ لا أمان فيه ولا أمن [سوريا] إلى مكانٍ [مستشفى أطباء بلا حدود] [شعرت فيه] بأنني بين أهلي [عاملوني كفردٍ من العائلة]. أتيت من مكانٍ قاسٍ إلى مكانٍ مريح" (برنامج الجراحة التقويمية 18، سوري). كذلك شعرت مريضةٌ لم يكن يرافقها أحد من أفراد أسرتها أثناء

العلاج بالارتياح بفضل إحساسها بالأمان، حيث قالت: "حين يرسل أحدهم ابنته إلى هناك [مستشفى أطباء بلا حدود] فإن الوضع آمن. كنت أذهب بمفردي [إلى برنامج الجراحة التقويمية] لإجراء العمليات كما أخبرتك. لم أكن أكترث إن مكثت هناك أسبوعاً أو عشرة أيام ولم يأتِ أحد من أسرتي [لزيارتي]، فقد كان هناك الآلاف من أمثالي في مكانٍ آمن" (برنامج الجراحة التقويمية 15، سوريّة).

كان ثمّة عاملٌ آخر حاسم يهمّ المشاركين ألا وهو المساواة في المعاملة وعدم التمييز من جانب الطاقم.[1] فهناك مسلمون سنة وشيعة بين المرضى العراقيين على سبيل المثال. لكن ممثّلين عن كلا المجموعتين أكدوا عدم شعورهم على الإطلاق بالتمييز كما لم يتلقوا أبداً معاملةً تختلف عن الآخرين رغم أن معظم أفراد طاقم البرنامج العراقيين كانوا من المسلمين السنّة. وأشار بعض المشاركين إلى أهمية الإحساس بالانتماء إلى الطاقم نوعاً ما وأنهم شعروا بالارتياح بين أبناء المجموعة الدينية/السياسية ذاتها. وقد أعرب هؤلاء المرضى عن اعتزازهم وهم يذكرون أسماء الجراحين ويركّزون على أبناء المناطق التي أتوا منها: الموصل أو الأنبار، ذات الأغلبية السنّية.

وقد أشار الكثير من المرضى إلى غياب التمييز، كما قال أحدهم:

> هذه منظمةٌ تعالج الجميع بالتساوي، فلا تفترض أن هذا شخص جيد وهذا لا، بالتالي تعالج الناس بغض النظر عن سلوكهم. دعيني أكن صريحاً، فهم [طاقم أطباء بلا حدود] لم يكتفوا بعلاجي بطريقةٍ جيدة إنما عالجونا جميعاً [المرضى] بالتساوي، حيث أنهم يتبعون القوانين ولديهم معايير لم أشهد لها مثيلاً [في أي مستشفى آخر مرّ علي]. عالجونا جميعاً بالتساوي وبأدب وأخلاقيات عالية. (برنامج الجراحة التقويمية 46، عراقي)

وقال آخر: "عالجوا [أي طاقم أطباء بلا حدود] جميع المرضى بالطريقة ذاتها وعالجوا جميع المرضى بطريقة جيدة وبالتساوي. عولجنا جميعاً بالطريقة ذاتها سواء أكنا عراقيين أم سوريين أم يمنيين، فقد كنّا سَواسِية. لم يفضّلوا مريضاً على آخر، فقد تلقى الجميع الرعاية ذاتها والخدمة ذاتها والعلاج ذاته" (برنامج الجراحة التقويمية 49، عراقي). كان بعض المشاركين مقتنعين أحياناً بأنهم كانوا "المفضّلين عند الأطباء" وكان ذلك الشعور ينبُعُ من أن بعض العلاجات كانت متاحة لهم دون غيرهم على حد تعبيرهم.

وحين استفسرتُ من المرضى عن رضاهم عن تدبير الألم عبّرت غالبيتهم العظمى عن رضاها عن أدوية الألم وسهولة تأمينها في مستشفى أطباء بلا حدود، إذ قارن المشاركون تجربتهم الإيجابية هذه بما واجهوه في سوريا والعراق من ضعفٍ في تدبير الألم. وقالت إحداهن على سبيل المثال: بالنسبة للألم، فإني أعاني ألماً شديداً كلّما خضعت لعمليةٍ جراحيةٍ هنا في العراق، بينما لم أشعر هناك [في عمّان] بالتخدير حتى. فقد أفقت من العملية وكأنني كنت نائمةً أو أفقت للتوّ من نومي" (برنامج الجراحة التقويمية 44، عراقيّة). ووصفت مريضة أخرى مدى اهتمام البرنامج بتدبير الألم، فقالت: "حتى قبل العملية، فإنهم لم يضعوا لي الأنبوب وأنا واعية، بل انتظروا إلى أن صرت تحت تأثير التخدير ثم باشروا الإجراءات كي لا أصاب بالذعر أو أشعر بأيّ ألم. لم أشعر بوخزة إبرة طيلة البرنامج بأكمله" (برنامج الجراحة التقويمية 73، عراقيّة). لم يشتكِ سوى قلّة قليلة من طول المدة التي تسبق الحصول على مسكّنات الألم.

هذا وكان بعضهم ينظر بإيجابية إلى مفهوم أن على جسم الإنسان تحمُّلَ الألم كي "يصبح الجسم أقوى وأكثر قدرةً على التحمل"، كما قال أحدهم على سبيل المثال: "إذا ما داوم المريض على مسكنات الألم فلن يقاوم أيّ شيء ولن يزداد جسمه قوةً. لذا يفضل عدم أخذ مسكنات الألم كي يزداد الجسم قوةً" (برنامج الجراحة التقويمية 7، سوري). وتحدّث بعض المشاركين الذكور عن الميل إلى "السخرية من أولئك" الذين يعبّرون عن معاناتهم من الألم، كما قال أحدهم: "حين سمعت أحدهم [أحد المرضى] يصرخ من الألم في قسم العلاج الطبيعي ضحكت عليه. ضحكت مع أنه كان يتألّم. [سألته] 'لماذا تصرخ؟ هل تصرخ كي تجعل المعالج الطبيعي يشعر بالألم [بعدم الارتياح]؟'" (برنامج الجراحة التقويمية 16، سوريّ). بالتالي لا يزال بعض المرضى يواجهون وصمة عارٍ ترتبط بتعبيرهم عن معاناتهم من الألم. يشار إلى أن الاستخدام غير الخاضع للضوابط لمسكنات الألم وربما "المخدرات" التي يسهل غالباً تأمينها في ظل فوضى الحرب قد يفسّر ارتفاع جرعة أدوية التخدير ومسكنات الألم التي يستلزم إعطاؤها لبعض المرضى.

لكن الأهم من كل هذا كان تعبير المشاركين عن إحساسهم بالعرفان. فقد أرسل الكثير منهم تحياتهم من بيوتهم إلى أفراد طاقم أطباء بلا حدود وخصّوا بالذكر أسماء الجراحين وأعضاء آخرين في الطاقم كانوا "يَدْعون لهم يومياً ويسألون الله أن يباركهم ويمدَّهم بالتوفيق والعافية". وكثيراً ما كانوا يعبّرون عن امتنانهم لأطباء بلا حدود كمنظمة، كما قال أحدهم:

> هناك أمرٌ بسيط، حيث نود أن نبعث برسالة شكر إلى المنظمة [أطباء بلا حدود]. لها جزيل الشكر، لأننا ما كنا استطعنا علاج ابننا لولا المنظمة [التي عالجته]. رأينا حالاتٍ كثيرة [في سوريا]، ونعرف شخصياً بعض من أصيب وتعرّض لإصاباتٍ شديدة وبترت أطرافهم [لعدم قدرتهم على تأمين خدمات رعاية طبية كالتي تقدمها أطباء بلا حدود]. توفي بعضهم وتعفّنت [التهبت] جروح بعضهم الآخر وماتوا [وهم في تلك الحالة]. لكننا تعرفنا على المنظمة [أطباء بلا حدود] وقد عالجته، ولهذا نشكرهم. نتقدم لهم بشكرٍ لا يوصف، شكرٌ كبير. (برنامج الجراحة التقويمية 12، سوريّ)

كذلك عبّر أحدهم عن أهميّة عمل أطباء بلا حدود الإنساني فقال: "أشكر حقاً أطباء بلا حدود، فقد ساعدوني كثيراً. وآمل أن يواصلوا عملهم، لأن إنقاذ حياة الناس أمرٌ عظيم. هذا مهمٌ جداً للإنسانية" (برنامج الجراحة التقويمية 24، سوري). وقال آخر: "لم تكن علاقةً مادية بل علاقةً أساسُها الإنسانية [علاقتنا مع أطباء بلا حدود]. كانت تلك أول مرة يشعر فيها المرء خارج وطنه بأن هناك من يعالجه لأنّه إنسان وليس لأسبابٍ مادية" (برنامج الجراحة التقويمية 12، سوري).

آراء المرضى في علاقتهم بطاقم المستشفى

ظهر إحساس المشاركين بقربهم من الطاقم جلياً في حديثهم عن علاقتهم بالقائمين على توفير الرعاية لهم. وقد كانت كلمة "ممتازة" الكلمة الأكثر استخداماً لوصف تلك العلاقة، كما قالت إحداهن: "كانت علاقتنا ممتازة، إذ لا تشعرين وكأنّ مَن أمامك طبيبٌ أو ممرض أو أنك مريضة" (برنامج الجراحة التقويمية 1، سوريّة). وقد خص المشاركون بالذكر بعض المعالجين الطبيعيين والأطباء والممرضين والجراحين حتى بعد مرور سنواتٍ على خروجهم من المستشفى، فقد كانوا يسترجعون أسماء أفراد الطاقم الذين كانوا الأكثر

دعماً لهم، كما عبّروا عن خالص امتنانهم لكلّ كلمةٍ طمأنتهم وكلّ بسمةٍ أو عبارة لطفٍ أو محاولةٍ لرفع معنوياتهم بالمرح والفكاهة. وقال أحدهم: "في عمّان، أبلغني د. [يذكر اسم الطبيب] بخبر [البتر] بأسلوبٍ سلس، فقد كان يمزح ويبتسم في الوقت ذاته، ولهذا لم أواجه مشكلةً في قبول العملية" (برنامج الجراحة التقويمية 54، عراقي)، وقال آخر: "واجهت أوقاتاً عصيبةً حين بدأت الذكريات [ذكريات الحرب] تعود، لكنّني تأقلمت معها بالتفكير في الطاقم الطبي [الذي وقف إلى جانبي]. فحين ذهبنا إلى غرفة العمليات كنّا نضحك ونمازح بعضنا، كما التقطت معهم صورة. جعلوني أنسى [همومي] بعض الشيء، كما جعلوني أشعر بالأمان أكثر" (برنامج الجراحة التقويمية 8، سوري). وصف مشاركٌ آخر كم كان يستمتع في جلسات العلاج الطبيعي، حيث قال: "كنا نمزح ونضحك مع شباب العلاج الطبيعي [المعالجين الطبيعيين] - كان العلاج مرفقاً بالنكات ولم يكن جدياً أو مملاً. وهذا يجعل المرء يشعر وكأنه لا يتلقى العلاج [فحسب]- [بل يجعله] يشعر بأنه يستمتع بصراحة" (برنامج الجراحة التقويمية 20، سوري).

كذلك كان المشاركون يتحدثون عن طاقم المستشفى باحترامٍ بالغ، وكانوا يقولون مثلاً: "قدموا أفضل ما لديهم"، "كانوا في غاية الأدب واللطف والاحترام"، "عاملونا بطريقة إنسانية"، "فيهم حبٌّ وتفانٍ"، "كان أفراد طاقم أطباء بلا حدود أشبه بالملائكة معنا"، وكلها عباراتٌ تمدح شخصيتهم. وقد وعدت المشاركين بأنني سأنقل تحياتهم وإرشاداتهم إلى أطباء بلا حدود. وبالمثل، فقد كان المرضى يعتبرون الطاقم في كثير من الأحيان أهلاً وأصدقاء، كما قالت إحداهن: "أقسم بالله بأنهم أفضل من الأهل" (برنامج الجراحة التقويمية 4، سوريّة)، فيما قال أحدهم: "تركت سوريا وعائلتي [هناك]، لكنني شعرت أنني بين أهلي [مرةً أخرى] حين أتيت إلى المستشفى" (برنامج الجراحة التقويمية 18، سوري). كما ذكر المشاركون أن أفراد الطاقم كانوا يعرفون تماماً "كيف يجعلونهم يشعرون بأنّ لا فرق بين الممرضين والأطباء والمرضى من أيّة ناحية"، بالتالي فقد تشكلت علاقاتٌ قويّة دافئة بعيدة عن الرسمية بين المرضى والقائمين على توفير الرعاية الصحية لهم في برنامج الجراحة التقويمية.

وقد أكد المشاركون على أنها علاقاتٌ لا تقدر بثمن، كما كانت ترتبط بها مباشرةً أحاسيس بالتفاؤل والأمل الجديد والتعافي النفسي، كما قال لنا أحد المشاركين مثلاً: "لكرهت حياتي لو أنهم أساؤوا معاملتي" (برنامج الجراحة التقويمية 9، سوري). شرح لنا آخر كيف أن الجرّاح جعله يشعر بالارتياح ليس إزاء العملية فحسب بل إزاء جوانب أخرى في الحياة أيضاً، حيث قال: كنت ممتناً جداً. فلم أتخيل يوماً أنني سأذهب [إلى مستشفى] وأخضع لعملية جراحية. لكن حين تدخل ترى الطبيب [الجراح] وقد بدا عليه الارتياح، كما أنه يحاول أن يجعلك مرتاحاً بكلماته. وهذا ينشر إحساساً من الراحة تجاه كل شيء" (برنامج الجراحة التقويمية 10، سوري). رأى بعض المرضى أن تعافيهم طبيّاً يعود في جزءٍ منه إلى العلاقات الطيّبة التي عاشوها، كما قال أحدهم: "المزاج الجيد جزءٌ من العلاج. فمجيء الطبيب وهو يبتسم ويقول 'كيف حالك؟' جزءٌ من العلاج" (برنامج الجراحة التقويمية 49، عراقي). كذلك أفاد المشاركون بأن تفاعلهم مع الطاقم أسهم في تعافيهم على الصعيد النفسي، كما بيّن أحدهم: "كنا نمزح ونضحك مع الأطباء والممرضين كي نتخلص من أجواء المرض والتعب [النفسي] التي كنّا نعيشها" (برنامج الجراحة التقويمية 9، سوري).

كانت تلك العلاقات الوثيقة التي كوّنها المرضى مع أفراد الطاقم مهمةً جداً، حيث عبّر المشاركون عن إحساسهم بالألم والهجران حين انقطعت بعد أن عادوا إلى بيوتهم. وقد اقترح والد إحدى المريضات تغيير هذا الواقع وإنشاء روابط تواصل مفتوحة، حيث قال:

> حتى إن لم يكن مقرراً أن يخضع المريض لمرحلة علاجية أخرى [أي أنه لن يعود مجدداً إلى المستشفى]، فعليهم [أطباء بلا حدود] الحفاظ على تواصلهم معه عن طريق قناة تواصل كالإنترنت مثلاً. فعندما يتلقى المريض العلاج في هذه المنظمة يكون قد كوّن علاقةً تربطه بالمنظمة [أطباء بلا حدود] ولا يفترض بهم قطع هذه الروابط بل يفضل إبقاؤها مفتوحةً عن طريق الاستشارات الطبية. تفهمين قصدي: فهم [المرضى] يتمنون لو حافظوا على تواصلهم مع أطباء بلا حدود. (برنامج الجراحة التقويمية 40، عراقيّة)

العلاقات بين المرضى

كانت شبكة العلاقات التي تكوّنت بين المرضى تمنَحُهُم الدعم وتعود عليهم بالنفع. فقد عبر المشاركون عن إحساسهم بالتقارب والراحة النفسية بفضل علاقتهم مع المرضى الآخرين، فقد كانوا يتبادلون المعلومات حول الجراحين والعلاجات ويقدمون مساعدات عملية للمرافقين ولبعضهم بعضاً، علماً أنني لمست شغف المشاركين وهم يطرحون هذه الأفكار عليّ. هذا وكان إحساسهم بقدرتهم على تأمين دعم عمليّ لمن هم "في حال أسوأ من حالهم" إحساساً له مفعولٌ علاجيّ من نواحٍ عديدة، فقد كان يمنحهم شعوراً بوجود هدف ويعطيهم إحساساً بالتعاضد. وقد تعددت الأمثلة على الدعم العملي الذي يقدمه المرضى لبعضهم، ومنها التسوّق نيابةً عن شخص آخر أو غسيل الأطباق أو الملابس أو مساعدة من يعانون من صعوبات حركية في التنقل داخل المستشفى.

تطوّرت تلك الروابط التي تجمعهم بزملائهم المرضى بمرور الوقت. وقد وصف مشاركٌ عراقيٌّ شاب كيف أنه زاد قرباً من أحد المرضى السوريين بشكلٍ تدريجي، فقال:

> سألتني عن المرضى الآخرين. وهنا أذكر شاباً كان معي في نفس الغرفة، وكان من سوريا. كان في عمر الشباب: فهو من مواليد 1995 أو ربما 1998. بدا عليه اللطف وكان شعره طويلاً، وكان اسمه [يذكر اسم الشاب]. كان قد أصيب في ظهره وعموده الفقري خلال الأحداث في سوريا، بالتالي كان مشلولاً. وقد لمست من أسلوب حديثه بأنه لم يكنّ يحب العراقيين بسبب كل الأشياء السيئة التي كان قد سمعها عنّا. كنت أعامله معاملةً طيبة، ولم يكن قد رأى حديقة المستشفى، فحملته وأخذته إلى هناك. أعجب بهذا وقال أنه ما من أحد فعل معه ما فعلت، فصار منذ ذلك اليوم يحبّ العراقيين. بات راغباً في زيارة العراق برفقتي، حيث كنت أساعده وأدعمه كثيراً. كنت أقف إلى جانبه كلّما لزمه أمرٌ ما. قال بأن تصوره عن الشعب العراقي كان مختلفاً، إذ لم يتخيّل قطّ أنهم بهذا اللطف والنبل. وقد بكى على رحيلي حين خرجت من المستشفى. (برنامج الجراحة التقويمية 74، عراقي)

عبّر أيضاً العديد من ضحايا الحروق عن إحساسٍ بالترابط ينتابهم وأدركوا أنهم كانوا يشعرون بالارتياح حين يقبلهم أخيراً [مرضى لديهم تشوهات مماثلة] و"يصيرون منهم"، كما قال أحدهم: "كان من المهم بالنسبة لي أن ألتقي بمرضى آخرين مصابين بحروق، حيث لا أشعر أنني مختلفٌ عنهم لأن لدينا جميعاً المشاكل ذاتها" (برنامج الجراحة التقويمية 48، عراقي). وكان المشاركون بشكلٍ عام ينظرون إلى المصير المشترك الذي يجمعهم على أنه عاملٌ مهمّ في بناء الروابط وأنه يجعلهم "يكمّلون بعضهم بعضاً"، كما قالت إحداهن: "قصصنا متشابهة لربما. فقد تكون إحدانا وجدت في الأخرى [الصديقة] ما تحتاج إليه أو ما ينقصها، ربما. كانت كلٌّ منّا نحن الثلاثة تكمّل الأخرى: أنا و[اسم صديقتها] و[اسم صديقتها الأخرى]. كنا نقضي معظم وقتنا معاً، ولا نزال مقرّبات من بعضنا" (برنامج الجراحة التقويمية 4، سوريّة). استغل مشاركٌ آخر الألم المشترك كي يشرح العوامل التي كوّنت هذا الترابط الوثيق الذي يجمعه بزملائه المرضى، فقال: "أتقاسم معهم [المرضى الآخرين] ألَمَهُم وأحاول أن أواسيهم في ألمهم، فأحكي لهم ما أمرّ به [من ألم]" (برنامج الجراحة التقويمية 61، عراقي).

كذلك وصف المرضى وجود جنسياتٍ متعدّدةٍ في المستشفى على أنه عاملٌ يُثري تجربتهم، كما قال أحدهم: "قابلت جنسياتٍ كثيرةً ما كنت لأقابلها (لولا وجودي هنا) في غضون العشرين أو الثلاثين سنة المقبلة. كانوا مرضى من اليمن وليبيا ومختلف محافظات العراق وفلسطين، وكذلك من سوريا حين بدأت الأحداث في سوريا. بإمكانك أن تقولي أن أطباء بلا حدود كانت بمثابة وطنٍ عربيٍّ مصغّر جمع جنسياتٍ عربيةً مختلفة" (برنامج الجراحة التقويمية 65، عراقي).

كان المرضى السوريون يتحدثون عن تكوين صداقاتٍ مع سوريين آخرين ومع عراقيين ويمنيين، في حين كان المرضى العراقيون يتحدثون عن مخالطتهم لمرضى عراقيين وسوريين فقط. وأدلى بعض المرضى العراقيين من الذكور بتعليقاتٍ سلبيّةٍ تجاه المرضى اليمنيين، مُعزّزين بذلك الصورة السلبية التي عبّر عنها طاقم المستشفى تجاه المرضى اليمنيين. وفيما يلي مثالٌ يصف فيه أحد المشاركين العراقيين مريضاً يمنياً حين قال:

> لكن كان هناك بعض الناس من اليمن في المستشفى، وكما تعلمين فهم جاهلون يفتقرون إلى الحضارة، لذا فقد كان يصعب [التعايش معهم] في المستشفى. ما أعنيه أنهم غير مرتّبين وغير مثقّفين. ...كان هناك أناسٌ من العراق وسوريا في المستشفى وكانوا جميعاً محترمين ومتعاونين. فقد كنّا نساعد بعضنا بعضاً في التسوق ونتقاسم الطعام، وكنا نتساعد في أعمال التنظيف. كانت علاقتنا ببعضنا جيدةً جداً. لكن اليمنيين كانوا كثيري الضوضاء وغير متحضّرين. (برنامج الجراحة التقويمية 54، عراقي)

لا يزال الكثير من المرضى على تواصل مع مرضى آخرين من برنامج الجراحة التقويمية على وسائل التواصل الاجتماعي. وقد جاءت مثلاً إحدى المشاركات إلى المقابلة في بغداد بصحبة صديقةٍ تعرفت إليها في المستشفى. وقد تحدثتا عن العلاقة الوثيقة التي تكوّنت بينهما، فقالت إحداهن: "كنا ندعم ونخفّف من آلام بعضنا بعضاً، وكنا نتساعد طيلة الوقت. كنت أزورها حين خضعت للعملية الجراحية وكانت تزورني عندما خضعت للعملية. لم نشعر قطّ وكأننا في مستشفى، بل كنّا نشعر وكأننا في بيتنا" (برنامج الجراحة التقويمية

66، عراقيّة). وأضافت أيضاً بأن صديقتها شجعتها على مواصلة تعليمها فور عودتها إلى وطنها، بالتالي فقد كان لعلاقتهما أثرٌ طويل الأمد وذو فائدة.

آراء المرضى في آمالهم وتطلّعاتِهم

كان موضوع تطلّعات المرضى وآمالهم موضوعاً حسّاساً بالنسبة لطاقم المستشفى. فقد كان فريقا الجراحة والعلاج الطبيعي يشتكيان من "التوقعات والتطلعات غير الواقعية" للمرضى وما أدت إليه من ضغوطٍ على المعالجين الطبيعيين. لكن هل الأمر كذلك؟

فقد لعب "الأمل" بحسب المرضى الذين قابلتهم دوراً كبيراً في تعافيهم النفسي من منظورهم وأثّر في رأيهم بالرعاية التي تلقوها في مستشفى أطباء بلا حدود. وأسرّ لي العديد منهم كيف أنهم كانوا قد فقدوا الأمل من العلاج قبل وصولهم إلى عمّان، ثم صارت أطباء بلا حدود مصدراً جديداً للأمل في حياتهم، كما قال أحدهم: "كان وكأن الله قد فتح لي نافذةً على الأمل من خلال هذه المنظمة التي أشعر بالاحترام والتقدير تجاهها" (برنامج الجراحة التقويمية 49، عراقي). شعر مريض آخر بالإلهام هو الآخر، فقال: "حين وصلت إلى عمَّان للعلاج كما أسلفت، كنت أعتقد في بادئ الأمر أن حالتي ميؤوس منها بسبب وضع [تشوه] وجهي وما إلى هنالك [المشاكل الأخرى]. ثم رأيت حالاتٍ كثيرةً كانت أسوأ من حالي ونجحت أطباء بلا حدود في علاجها [وتحسنت]. بارك الله في جهودهم. فقد أعطوني الأمل وأدركت أنه ما من مستحيلٍ في هذه الحياة" (برنامج الجراحة التقويمية 65، عراقي). كما ركّز أحد المشاركين على أهمية الحفاظ على "الأمل" مجسداً هذه الفكرة في نصيحته الوحيدة التي تقدم بها لبرنامج الجراحة التقويمية ويطلب فيها من القائمين عليه "منح المرضى الأمل" (برنامج الجراحة التقويمية 48، عراقي).

غير أن أفراد طاقم المستشفى فوجئوا حين علموا أن أكثر من نصف المشاركين قالوا بأن البرنامج حقّق لهم تطلعاتهم أو حتى تجاوزها. وقد كان المرضى السوريون على وجه الخصوص راضين بشكلٍ عامّ عن علاجهم في برنامج الجراحة التقويمية، كما قال أحدهم: "كنت أحلم بأن أخضع لعملياتٍ جراحية وأسير مجدداً. فلم أتوقع أن أجد من يعالجني بعد أن كنت فاقداً الأمل من العلاج الذي لا يمكننا تحمل تكاليفه" (برنامج الجراحة التقويمية 12، سوري). يشار إلى أن عدد المشاركين السوريين الذي عبروا عن رضاهم عن البرنامج بلغ ضعف عدد العراقيين.

كان المرضى يتوقعون مجموعةً من النتائج عند بدء العلاج، وقد أبدوا رغبتهم في عددٍ من الأمور كلٌّ حسب وضعه: "أن أكون قادراً على المشي مجدداً"، "أن أحافظ على طرفي التي كانت معرضةً لخطر البتر"، "أن أتخلّص من الألم الجسدي"، "أن أشفى من الالتهاب"، "أن أخضع أخيراً للجراحة"، "أن أحصل على أسنان اصطناعية"، "أن أتلقى علاجاً أفضل مما تلقيته في العراق"، "أن أُعالَج باحترام"، "أن أقدر على دخول الحمّام بنفسي"، "أن أنهي علاجي من الالتهاب"، "أن أتعالج من جميع مشاكلي"، "أن أشعر بحالٍ أفضل على الصعيد النفسي"، "أن تتحسن صحتي وأعود إلى أطفالي"، "أن تُعالج جميع تشوهاتي الجسدية بما في ذلك تشوهات الرقبة والأذن والثدي"، "ألا يهملوني في المستشفى فقد كنت وحيداً هناك"، "أن تعود يداي قادرتين على أداء وظيفتهما بنسبة 90 بالمئة"، "أن أحصل على طرف اصطناعية". وإذا ما نظرنا إلى

هذه القائمة نجد أن تطلعات وتوقعات معظم المرضى كانت واقعية. ولم يعبر سوى عددٌ قليل منهم عن تأملات طموحة من قبيل: "أن أقدر على العودة إلى العمل"، "أن يعود شكلي على ما كان عليه [جراحة تجميلية]"، "أن أستطيع ممارسة حياتي الطبيعية مجدداً"، "أن تعود حياتي إلى طبيعتها كما كانت من ذي قبل". إلا أن أفراد الطاقم كانوا يشعرون أن أحلام المرضى المستقبلية كانت بعيدةً جداً عن الواقع.

كان بعض المرضى يتوقعون أن تُبتر أطرافهم لكنّهم تجنبوا ذلك، فقالوا بأن علاجهم فاق توقعاتهم، كما شرحت إحداهن: "ظننت أن لا مستقبل أمامي. كانت حال ساقي قد ساءت وظننت أنها ستُبتَر. كنت أفكر في وضعي وفيما سيحلّ بي لاحقاً، إلى أن أتيت إلى هنا وخضعت للعمليات الجراحية، حمداً لله. فقد تحسنت" (برنامج الجراحة التقويمية 3، سوريّة). لكن حتى مَن كان يتوقع أن يتبر أحد أطرافه وحصل ذلك فعلاً في برنامج الجراحة التقويمية قال بأن العلاج جاء "كما كان متوقعاً" وأشار أحدهم إلى أن "كلّ شيءٍ كان ممتازاً من حيث الرعاية الصحية"، مضيفاً: "كانت لدي فكرةٌ عمّا سيجري في عمّان [بتر الساق]، وقد كنت مستوعباً تماماً لحالتي، وكنت أتوقع ذلك. توقعت أن يعالجوني [بأفضل الخيارات الممكنة] وقد ثبتت توقعاتي، فكان كل شيءٍ ممتازاً: الرعاية الصحية، العلاج الطبيعي، وكانوا [أفراد الطاقم] كما توقعتهم" (برنامج الجراحة التقويمية 54، عراقي).

أما من كان يأمل في السير مجدداً فقد أعرب عن شعوره بفرحةٍ عارمةٍ حين تحقق ذلك بجهود أطباء بلا حدود، كما قال أحدهم: "لم أتوقع أن يكونوا جيّدين [في العلاج] إلى هذا الحد وأن أستفيد ويصير وضعي جيداً مرة أخرى. كنت آمل أن أسير حتى لو كنت أعرج، فقد كان المهم عندي أن أسير. وقد عولجت تماماً حمداً لله وصرت طبيعياً [في القدرة على المشي]" (برنامج الجراحة التقويمية 13، سوريّ). كما أبلغ من كان يأمل "تناول الطعام من جديد" عن رضاه التام عن العلاج، كما شرح أحدهم قائلاً: "كان هدفي الأول والأخير أن أزرع أسناناً سواء أكان وجهي [طبيعياً] كما في السابق أم لا. هذا كل ما كنت أفكر فيه. وكل هذا كي أتمكن أخيراً من الأكل والشرب. لم أكن قد تناولت سوى السوائل لمدة أربعة أو خمسة أشهر [قبل ذلك]، لكنني صرت قادراً الآن على الأكل بشكل طبيعي" (برنامج الجراحة التقويمية 22، سوري).

أما بعض المشاركين، ولا سيّما من سافروا دون مرافقين وكانوا قلقين من "إهمال" إصاباتهم في المستشفى"، فقد أوضحوا أن العلاج "فاق" توقعاتهم، كما أشار أحدهم بقوله: "لا أدري، فقد ظننت أنهم سيهملونني. لكنهم بصراحة فاقوا كلّ توقعاتي بما قدموه لي من دعمٍ وخدمة، حتى أنهم أخذوني للسياحة وأعطوني المال [المصروف الشخصي للمرضى]" (برنامج الجراحة التقويمية 62، عراقي). كما فوجئ أحد المرضى بما شهده من "مصداقية" في أطباء بلا حدود كما قال: "كان كلّ أملي أن تُعالَج إصابتي وأتخلص من هذا الألم المستمر. وقد استغرق تخفيف الألم وقتاً دون شك، لكنني لم أتخيّل قطّ [أن أرى] هذه النزاهة والمصداقية من المنظمة. فوجئت بمصداقية الطاقم، إذ كانت معظم المنظمات والأشخاص الذين تعاملت معهم مزيفين، فهذا هو حال مجتمعنا [في العراق]. ما أقوله واقع وأنا لا أتملق، فقد لمست في أطباء بلا حدود الصدق والنزاهة والثقة والمصداقية" (برنامج الجراحة التقويمية 64، عراقي).

لكن توقعات حوالي ربع المشاركين في المقابلات لم تتحقّق إلا جزئياً. وكثيراً ما كان هؤلاء يحدّدون نسبة التحسن التي كانوا يتوخونها ومدى قصور النتيجة النهائية (تتراوح بين توقعات تصل إلى 100 في المئة في أقصاها ونتائج تحققت بنسبة وصلت إلى 45 في المئة بحدها الأدنى). وقد خلُص معظم هؤلاء المشاركين إلى

أن "علاجهم لم يكتمل" وهو ما عبّروا عنه بنبرة تنُمُّ عن الإحباط وأحياناً الغضب، كما قال والد مريضٍ خضع لعمليات جراحية تجميلية: "توقعت أن نعود إلى البيت وقد تحسن بنسبة 90 في المئة. لكن لم نكمل العلاج. وصلنا إلى نسبة 75 في المئة ثم عدنا [إلى العراق بعد أن خرّجونا من المستشفى]". كما اشتكت مريضة خضعت لعملياتٍ جراحيةٍ تجميليّة قائلة: "كنت آمل أن يصلحوا رقبتي وأذني وثديي لكنهم لم يعالجوها كلّها [عالجوها جزئياً فقط]. لم يعالجوا أذني وعالجوا فقط جزءاً صغيراً من رقبتي. لكن هذا يهمني لأنني اليوم لا أستطيع أن أنزع حجابي" (برنامج الجراحة التقويمية 44، عراقيّة).

وكان ثمة بين أفراد طاقم برنامج الجراحة التقويمية افتراضٌ شائعٌ يقول بأن توقعات المرضى كانت كبيرة لأنهم كانوا يتلقون العلاج خارج بلدانهم وفي مستشفى أطباء بلا حدود التي هي منظمة دولية معروفة. وقد أشار بعض المرضى بالفعل إلى أن توقعاتهم زادت عندما قيل لهم أن العلاج سيكون في مستشفى أطباء بلا حدود. لكن آخرين كانوا "متشككين" و"مترددين على نحو غير عادي" لأن أطباء بلا حدود عرضت خدماتها مجاناً. فقد كانوا يتساءلون ما إذا كان "أداؤهم [أداء أطباء بلا حدود] قد لا يرقى إلى المستوى الذي يطمحون إليه لا سيما وأن العلاجات السابقة التي كلفتهم أموالاً لم تؤتِ النتائج التي كانوا يرجونها" (برنامج الجراحة التقويمية 71، عراقي).

وخلاصة القول أن تطلّعات وتوقعات ثلثي المرضى من العلاج تحققت كلياً أو جزئياً. وهذا يتوافق مع الفرضية التي ناقشناها في الفصل الثاني والتي تقول بأن: المرضى يعبّرون عن تطلعات واقعية على صعيد العلاج، لكنهم يضيفون تعبيرات عن "الأمل" عند حديثهم عن تلك التوقعات. وهذا يرتبط بنظرتهم إلى الحياة أكثر من ارتباطه بالعلاج في حد ذاته. في الوقت ذاته، كانت تعبيراتهم عن الأمل تجسّد في جزءٍ منها حزنهم على ما فقدوه . أما "الضغوط" التي كان يشعر بها أفراد طاقم البرنامج حين يعبّر لهم المرضى عن آمالهم فيمكن أن تتبدد ببساطة إذا ما أتيحت للمرضى مساحةٌ آمنةٌ يعبّرون فيها عن تلك المشاعر.

أما الثلث الآخر من المشاركين (تساوت هنا النسبة بين السوريين والعراقيين) فقد أبلغوني بأن البرنامج لم يحقق لهم ما كانوا يتوقعونه منه. فقد عانى بعضهم من آثارٍ جانبية نتيجة العمليات الجراحية أو خضعوا لعمليات بتر غير متوقعة أو لم تتحسن حالهم بعد العلاج في عمّان. وقد قال أحدهم: "توقعت أن يصلحوا ذراعي تماماً وأن يعالجوها كما كنت أريد. لم أتوقع منهم [من أطباء بلا حدود] أن يجعلوها أسوأ شكلاً وحالاً. لم أتوقع هذا أبداً لا سيما وأن العملية الجراحية استغرقت سبع ساعات وتضمنت زرع عظم من ساقي إلى ذراعي. حتى أن شكلها لا يعجبني اليوم" (برنامج الجراحة التقويمية 46، عراقي). كما عبَّرَ لي آخرون عن أوجه القصور التي يرونها في برنامج الجراحة التقويمية التي لا علاقة لها بنتائج علاجهم لكن لا بد من التعامل معها. دعونا ندخل الآن إلى التفاصيل.

عدم التوافق بين أولويات المرضى وأولويات البرنامج

راقبتُ فتاةً عراقيّةً عمرها ستة عشر عاماً أثناء آخر جلسةٍ لها في قسم العلاج الطبيعي في برنامج الجراحة التقويمية، ولا تزال صورتها عالقةً في ذهني لا سيما وأنها تتّسم بملامح متميزة: شعرٌ طويل مجعّد بلون أشقر عسلي، ملامح وجهها الجميل المنمش، عيونها الخضراء، ووقفتها الرشيقة في فستانها الطويل، كما كان جليّاً

أنها تهتمُّ كلّ الاهتمام بشكلها ومظهرها. كان المعالج الطبيعي يطلب منها أداء تمارين مختلفة فيقول لها: اجلسي على الكرسي وانهضي عنه، سيري مسافةً قصيرة باستخدام عكّاز واحد، وكانت المريضة تتمتّع بحسِّ توازنٍ جيد وكانت تسير بثقة. ثم شرح لي المعالج الطبيعي كيف أنها كانت "نوعاً ما معجزةً طبية"، فقد كانت إحدى ساقَيها أقصر بخمسة عشر سنتيمتراً من الأخرى، بيد أن العمليات الجراحية وجلسات العلاج الطبيعي أصلحت هذه المشكلة. وحين سألت المريضة عمّا إذا كانت راضيةً عن علاجها وحصلت على ما كانت تأمله، نظرت مباشرةً إلى عيني وقالت "لا". فاجأني جوابها فطلبت منها تفسيراً، وعندها رفعت فستانها وكشفت لي عن قدم ساقها السليمة فبدت أكبر مما يجب وملتويةً بعض الشيء، ثم قالت: "كنت متكيّفةً بما يكفي مع ساقي الأقصر، لكنني كنت آمل أن أخضع لعمليةٍ جراحية من أجل تحسين شكل ساقي هذه" (الملاحظات الميدانية، 21 مايو/أيار 2017).

كان الكثير من المرضى ممّن لديهم تشوهات جمالية غير راضين وكشفوا لنا عن إحساسهم بأن أطباء بلا حدود لم تُنصِفهُم لأنها منحت الأولوية لإجراء "تحسينات وظيفية". وقد أسَرَّت لنا إحدى المريضات برأيها فقالت:

> التقطوا [موظفو أطباء بلا حدود] صورةً لوجهي ثم عرضوها على اللجنة [لجنة القبول] التي قالت بأن "هذا الشخص قادر على الحركة" [ولا يعاني من صعوبات وظيفية]، لكنها وافقت [على قبول] حالات أخرى أكثر شدةً بدلاً مني. ثمة أناسٌ أحقُّ بالعلاج [منّي لأن حالاتهم شديدة]، لكنّك إذا ما جلست معي [واستمعت إليّ] ستجدين أن هناك أموراً قد دمّرتني أنا الأخرى. أشعر أن مظهر الحروق قد دمرني، ولديّ الحق في العلاج كما هو من حقّهم [من يعانون من صعوبات وظيفية]. (برنامج الجراحة التقويمية 15، سوريّة)

كان بعض المشاركين على درايةٍ جيّدة بوجود إجراءاتٍ طبيةٍ بديلة وكان عدم توفيرها لهم في برنامج الجراحة التقويمية يجعلُهُم يشعرون بالانزعاج والظلّم، كما قالت لنا إحدى ضحايا الحروق:

> دائماً ما أزور المواقع الإلكترونية لأتعرّف على مدى تقدم العلاج. وبالنسبة لوضع ساقي [تشوهات جلدية]، فإنها قد تعود طبيعيةً إذا ما عولجت بالليزر. هذا ما رأيته على أحد المواقع الإلكترونية، وقد اتصلت بطبيبٍ مصري. الليزر علاجٌ متقدم. لكنني رأيت حالة امرأة تماثل حالتي. عندما رأيتها كانت دون ملابس. كانت مثلي تعاني من الإصابة ذاتها في ساقيها [حروق في منطقة الفخذ وكامل القدم]. لكن العلاج بالليزر أعاد لها شكل جلدها الطبيعي. المشكلة هي أن العلاج متوفر لكن لا توجد إمكانيات [مالية]. أحتاج إلى العلاج بالليزر، لأن وجهي أيضاً سيعود إلى شكله الطبيعي [بالليزر]. لكنهم جميعاً يعتبرونه علاجاً تجميلياً [في أطباء بلا حدود]. وقد رأيت [في المستشفى] أطفالاً مصابين بحروق وينقصهم أيضاً [العلاج] بالليزر. ينفذ مستشفى أطباء بلا حدود عملياتٍ جراحيةً كبيرة ولا بد أن يقدم العلاج بالليزر ليساعد من الناحية الجمالية. المستشفى بحاجةٍ إلى [تحسين] إمكانيات علاج المرضى الذين تستدعي حالتهم عمليات تجميلية. (برنامج الجراحة التقويمية 21، سوريّة)

لكن ما من تعريفٍ واضحٍ محدّد يميّز بين الجراحة "التقويمية" و"التجميلية"، فكلاهما يندرج في نطاق "جراحات التجميل" وكلاهما يعتمد تقنياتٍ جراحيّة متماثلة، علماً أن إحداث تحسّنٍ من الناحية الجمالية

يعتبر من النتائج المرجوة لكليهما. أما الفرق بحسب الجمعية الأمريكية لجراحي التجميل فيتجسد في الغاية النهائية من العمليات الجراحية: حيث تهدف الجراحة التقويمية إلى إعادة بناء مظهرٍ طبيعيّ في حين تتلاعب الجراحات التجميلية بالتشريح "الطبيعي" بحيث يصبح "أكثر جمالاً" (الجمعية الأمريكية لجرّاحي التجميل، 2018). لكن بعض المرضى يرون أن فريق برنامج الجراحة التقويمية رفض مواصلة علاجهم بداعي أن هذا العلاج "تجميلي" حتى لو كان يشمل مثلاً تقويم أذنٍ متضررة (برنامج الجراحة التقويمية 57، عراقي).

وكان هناك بعض المرضى كانوا قد كرسوا مدخولهم لتأمين نفقات العلاج بالليزر بعد تخريجهم من برنامج الجراحة التقويمية، وهذا إن دلّ على شيء فيدل على مدى أهمية تحسين مظهرهم بالنسبة لهم. وكما بحثنا قبل قليل فإن المظهر يؤثر إلى حدٍّ بعيد في منظور المرضى لذواتهم وقد تكون له تداعيات اجتماعية خطيرة بدءاً بالعزلة الاجتماعية الكاملة وانتهاءً بضعف فرص الزواج والعمل وإتمام الدراسة. ومن الطبيعي أن يُشكّك بعض المرضى في أسباب عدم الأخذ في عين الاعتبار أهداف العلاج التي يعتبرونها أولوية، وأقصد بهؤلاء المرضى من تستدعي حالته علاجاتٍ تجميلية وبعض ممّن تستدعي حالته جراحات على الوجه والفكين ويعاني من التداعيات التي أوردناها أعلاه. وصحيحٌ أن الأبحاث التي تركز على مدى فعالية العلاج بالليزر لتدبير الندب لا تقدم نتائج قاطعة (غرينهالغ، 2016) إلا أن المرضى يتأملون أن تحسّن هذه التقنية وضعهم.

هذا ولم تقتصر الشكاوى على المرضى الذين كانوا يأملون تحسين مظهرهم، فقد أعرب بعضٌ ممّن كان يعاني من إعاقات وظيفية عن خيبة أمله وشعوره بأن أطباء بلا حدود لم تقرّ بأولوياته، كما قال أحدهم:

> عيناي هما أولويتي. وبما أن أصابعي لم تنقطع وكانت لا تزال موجودة [لم تتعرض للبتر]، فلم يكن يهمني إن لم تشفَ على نحو جيّد. لم أكن قلقاً بشأنها بقدر قلقي على بصري. وقالوا لي [الأطباء في منظمة أطباء بلا حدود] "ليس لدينا أخصائيو عيون، هناك فقط جراحو عظام وما شابه". ولم تتحقّق تطلعاتي كوني مريضاً يتلقى العلاج. أما بالنسبة ليدي، فقد عملوا عليها كثيراً إلى أن صارت تعينني رغم أنها لم تتحسن إلا بعض الشيء. لكنهم لم يلبّوا احتياجاتي بالنسبة للمشاكل الأخرى [عيني وأسناني]. كان [علاج] يدي ممتازاً. أما بالنسبة لأسناني فقد رفضوا إصلاحها منذ البداية وقالوا "لا نصلح الأسنان إلا إذا كان هناك كسرٌ في الوجه". (برنامج الجراحة التقويمية 25، سوري)

من جهة أخرى، ركّزت مجموعةٌ من التعليقات على النمط الوحيد من الأطراف الاصطناعية المتوفر حيث وصفه بعض المرضى بأنه "دون المستوى المطلوب"، كما قال أحدهم:

> الأطراف الاصطناعية التي تؤمنها أطباء بلا حدود تضغط الهواء [تجويف اصطناعي يمكن تعديله]. لكن لم يبق لدي سوى ربع العظم. فعند أدنى حركة وحين ينضغط الهواء يتزحزحُ الطرف الاصطناعي من مكانه ولا يعود بإمكاني السير عليه. وقد اتصل بي بعد أسبوع مركز ابن سينا [في الأردن] وأخبرني بأنني حصلت على طرف اصطناعي من المستشفى الإسلامي وقد دفعت التبرعات تكلفته. كنت آمل وقتها بأنني سأقدر على المشي. كان الطرف مصنوعاً من السليكون، وقد كان جيداً حين جربته. كنت قد طلبت من أطباء بلا حدود أن يصنعوا لي واحداً من السليكون [من قبل]، لكنهم قالوا أنني لن أحصل على السليكون وأن [أطباء بلا حدود] لا تقدم أطرافاً اصطناعية من السليكون للمرضى. لكن عليهم [على أطباء بلا حدود] أن يؤمنوا أطرافاً سليكونية للمرضى الذي هم بحاجة إليها، ولا ينبغي أن

يرفضوا هذا. لكنهم رفضوا [أن يعطوني واحداً] لأنه باهظ الثمن. لا أزال أعتني به كقطعةٍ ثمينة كي لا ألحق به الضرر. (برنامج الجراحة التقويمية 16، سوري)

كما تساءل بعض المشاركين عمّا إذا كان طاقم البرنامج قد استغل كافة الإجراءات المتوفرة أحسن استغلال. ومن الأمثلة مريضٌ عراقيّ قال:

قد يكون الحث على استخدام طرف اصطناعي معيّن نابعاً عن أسباب "عملية" بحتة تحقق نتائج كمية يمكن قياسها من حيث التقدم الذي يحرزه البرنامج. لكن هذا بحد ذاته يمثل في عيون المرضى قصوراً في الرعاية التي يحصلون عليها. وليس أمام المرضى سوى حيّزٍ ضيقٍ للتفاوض وإيصال رسالةٍ مفادها أن أولوياتهم العلاجية تنطوي على نتائج جسدية ونفسية واجتماعية، وهي جوانب سيكون لها أهميتها في حياتهم.

عدم الرضى عن عملية التخريج من المستشفى ومواصلة العلاج

تسبّبت إجراءات تخريج المرضى ومتابعتهم هي الأخرى بقلقٍ واستياءٍ بين المشاركين في الدراسة، علماً أن الاجراءات المتبعة تكون كالآتي: يتم تخريج المريض من المستشفى في عمّان على مبدأ أن الفائدة القصوى قد تحققت،[2] ويستند هذا القرار على تقييم فردي يخلص إلى أن المريض قد استفاد قدر المستطاع من البرنامج بشكله الحالي. يعود المرضى بعد تخريجهم النهائي إلى بيوتهم ويبدؤون مرحلة المتابعة التي يحدّدُ مدَّتَها الجراحُ المسؤولُ، كلّ حالةٍ على حدة. ويقوم موظفو التواصل الطبّي بمتابعة حالة المرضى أثناء هذه الفترة التي تمتد عادةً لشهرين، حيث ينفّذون فحوصاتٍ طبيّةً ويوثّقون حالة المرضى. بعد انتهاء فترة المتابعة، وما لم يعرب موظف التواصل الطبي عن أية مخاوف، يُعتبر المريض بأنه "مُستكمَل" وهو مصطلح تستخدمه أطباء بلا حدود للإشارة إلى عدم وجود أية خطط لمتابعة العلاج أو إجراء تقييم طبي. لكن شرح لي المرضى الذين قابلتهم التحديات التي برزت في ظل هذه الإجراءات والمصاعب التي واجهوها عندما كانت القوانين المؤسسية تُطبَّق بصرامة.

إذ يمكن لقرار تخريج المريض أن يسبّب خيبة أمل لبعضهم إذا ما شعروا أنهم تخرجوا من المستشفى "قبل أوانهم" أو أن خبرات البرنامج كانت قادرةً على فعل المزيد من أجلهم، كما قالت إحداهن:

بصراحة، لم أتوقع أن يخرّجوني من المستشفى إلى حين إتمام كل شيء، مثل علاج ساقيّ اللتين تهمّاني. لكن حين كشفتُ للطبيب عن ساقي قال "لا، لا أدري ما يسعنا فعله من أجلك باستثناء يديك [الجراحة التجميلية]". لا أريد شيئاً سوى أن أمارس حياتي. فلا يمكنني أن أقف وهما [ساقي] [مثبتتان] في وضعية مستقيمة. وفوجئت حين خرّجوني. حتى وجهي - انظري إلى شفتي، فالجلد لا يزال كله مشدوداً. وكل هذا يزعجني. لكن بصراحة، لم يفعلوا شيئاً من أجلي [من أجل وجهي]. (برنامج الجراحة التقويمية 21، سوريّة)

قابلت مريضاً آخر يعتقد أن إصلاح أسنانه المفقودة كان حاجةً واضحةً قبل تخريجه، وقال: "أقسم بأنني لم أشعر بحالٍ جيّدة حين خرّجوني من المستشفى، لأنني لم أكمل [علاج] وجهي [مريض جراحة وجه وفكين].

لم أكن بحالٍ جيدة. كان لا بد من إصلاح أسناني لو كان هناك طبيب أسنان [لإصلاحها، لكن لم يكن هناك طبيب أسنان]" (برنامج الجراحة التقويمية 14، سوريّ).

يشار إلى أن مصطلح "الفائدة القصوى تحققت" بحدّ ذاته كان قد أثّر في قدرة بعض المرضى على التكيّف، كما شرح لنا أحدهم قائلاً:

> عليهم [أطباء بلا حدود] أن يعالجونا دون أن يخبرونا [نحن المرضى] بأن "هذا أقصى ما يمكن تحقيقه، ولا يمكن أن تتحسن أكثر من هذا". فهذا يحبطنا نحن المرضى ويجعلنا نشعر بالكآبة. كما كان هناك العديد من الأطباء يكتفون بالإيماء برؤوسهم ويتابعون طريقهم حين يطلب أحدهم منهم شيئاً [يطلب مزيداً من الإجراءات]. لكنهم لم يفعلوا شيئاً [في هذا المجال]. وقد شعرت بالسوء لأنني لم أكن قد أكملت علاجي حين خرّجوني من المستشفى، لكن حدث أن ساعدني متبرعٌ، وفقه الله، في إتمام علاجي. (برنامج الجراحة التقويمية 31، سوري)

بالتالي يرى المرضى في مفهوم "الفائدة القصوى تحققت" عائقاً يقفُ في طريق تعافيهم وله أثر نفسي سلبيّ عليهم. لذا فإن اللجوء إلى مصطلح أكثر حياديّة على غرار "العلاج في برنامج الجراحة التقويمية تمّ" أو "تخرج المريض من البرنامج" أو "الهدف من البرنامج تحقق" قد يكون أكثر ملاءمة ويُقلّل بعض الشيء من التوتر الذي يشوب العلاقة بين المرضى وطاقم المستشفى.

وحين ناقشنا مسألة استمرارية العلاج تبين لي بأن شكواهم الأساسية تتعلق بالمعلومات المضلّلة التي تَلَقوها على حدّ تعبيرهم. وأفاد عددٌ لا يقل عن اثنين وعشرين مريضاً قابلتهم (أربعة سوريين وثمانية عشر عراقياً) بأنهم تلقوا وعوداً "على لسان الجراحين المسؤولين عن حالاتهم" تقول بأن علاجهم سيستمر بعد فترةٍ من الراحة في المنزل. بيد أنهم شعروا بأنهم ضُلّلوا وقد كانوا مصدومين ومتأثرين نفسياً بعد فشل محاولاتهم في التواصل مع أطباء بلا حدود والحديث إلى مسؤولين في البرنامج بشأن مواصلة علاجهم. أبلغوني بأنهم لم يتلقوا أي رد أو أن الرد الذي وصلهم من مسؤولي التواصل الطبي كان من قبيل "ملفاتكم الطبية قد أغلقت" أو "لم يتبقّ لكم أية خيارات علاجية". كما قالوا أنهم لم يتلقوا أية تفسيرات وظلّوا يتساءلون عن حالاتهم، وقد شعروا أيضاً بالإحباط لأنهم ظنوا بأنهم "كونوا علاقة شخيصة مع الجراح" و"وثقوا بمصداقية أطباء بلا حدود".

وفي هذا السياق، استقبلني أحد المرضى في بيته وعبّر لي عن غضبه وإحباطه. فهو اليوم يعاني من فشلٍ كلويّ يلومه على أطباء بلا حدود و"إهمالهم" له كمريض، حيث قال:

> مرّ العراق كما تعلمين بظروفٍ صعبةٍ جداً، ولم تكن مستشفياته وقتئذٍ تتمتع بالإمكانيات اللازمة لاستقبال الأعداد الكبيرة جداً من المرضى، إلا أن أطباء بلا حدود بذلت جهوداً عظيمة وقد قدرنا لها جهودها آنذاك. لكنهم حين أجروا عملية ساقي تركوني في منتصف الطريق [منتصف العلاج] ولم يكملوا عملهم [العلاج]. وطلبوا [أطباء بلا حدود] منّي آخر مرة قبل تسعة أعوام أن أعود إلى بيتي وسيتواصلون معي في وقتٍ لاحق. لكن حين عدت إلى البيت حاولت التواصل معهم مرّاتٍ عديدة [على مر السنين] وحاولت حتى أن أتواصل مع الجراح المسؤول عني لكن دون أي جواب. كنت أعاني خلال تلك الفترة من آلامٍ شديدةٍ فاضطررت إلى أخذ الكثير من مسكنات الألم التي أدت إلى مضاعفات.

فقد كان لها أثرٌ سلبيّ على كليتي وها أنا ذا اليوم أعاني من فشلٍ كلوي. تواصلت مع أطباء بلا حدود عدة مرات لكنهم تجاهلوني كلياً. لكن لو أن أطباء بلا حدود تواصلت معي أو عالجتني بعد سنة أو سنتين من تخريجي لكان ألمي قد خفّ ولربما أزيلت هذه الصفائح [أجهزة التثبيت الداخلية] من ساقي [وتجنبت المزيد من العواقب]. (برنامج الجراحة التقويمية 49، عراقيّ)

قابلت مريضةً أخرى شعرت بأن أطباء بلا حدود ضلّلوها بما سمعت منهم، حيث شرحت قائلةً:

كانوا [طاقم المستشفى] جيّدين جداً بصراحة، لكن كان يفترض بي إتمام علاجي حين كنت هناك. لكن الطبيب الأخصائي المسؤول عن حالتي قال لي "عودي إلى العراق كي تتحسني نفسياً ثم سنطلب منك المجيء مرةً أخرى إلى عمّان". وحين عدت إلى العراق تواصلت مع الطبيب [موظف التواصل الطبي] الموجود هنا [في بغداد] معتقدةً أنهم سيبحثون وضعي ويستكملون العلاجات المتعلقة بحركة رقبتي [صعوبات في تحريك الرقبة بسبب تندّب الأنسجة] إضافةً إلى أذني المشوهة، لكنهم أخبروني بأنني لم أكن مؤهلةً لأيّ علاج إضافي. وبعد مُدّة [من المحاولات] صرت أعاني [نفسياً] لأن عملياتي الجراحية لم تكتمل ولأنني كنت في منتصف الطريق [منتصف العلاج]. (برنامج الجراحة التقويمية 44، عراقيّة)

مرّت شابةٌ أخرى كانت بحاجة إلى عملياتٍ جراحيةٍ تقويمية للثدي بتجربةٍ مماثلة، وشرحت قائلة:

حين سافرت [إلى عمّان] كانت هناك بعض أعمال الصيانة في غرفة العمليات، لذا لم يبدأ علاجي فوراً، بل اكتفوا بإصلاح منطقة الإبط [تحرير الجلد] وإضافة حلمة إلى ثديي الأيسر. وقال لي [الجراح] بأنه سيكرر العملية إن اختفت [الحلمة]. كذلك قاموا [الأطباء] بفتح ذراعي اليمنى [لم تكن تستقيم بشكل كامل] لعلاجها لكنهم لم يتمّوا العلاج. قالوا لي في أطباء بلا حدود "سنطلب منك العودة إلى عمّان للعلاج" لكنهم لم يفعلوا ذلك. أرسلت لهم ثلاث صورٍ شعاعية لكنّهم لم يردوا عليّ، ثم فوجئت حين أبلغوني بأن ملفّي قد أقفل وأنهم لن يقبلوني لإجراء أية عمليات جراحية [في برنامج أطباء بلا حدود]، ولم يقدموا لي أي تفسير. (برنامج الجراحة التقويمية 50، عراقيّة)

حاولت متابعة حالتها حين عدت إلى عمان، واتضح لي في ملخص ملف المتابعة الخاص بها (المؤرخ في 22 يناير/كانون الثاني 2018) بأنها عبَّرت عن تلك المخاوف بشأن مواصلة العلاج التقويمي لثديها وأنه بالفعل كان يفترض أن تعود إلى عمان لإجراء عمليات إضافية على يدها. وقد قابلت أحد الجراحين وشخصاً آخر من القسم الطبي تذكّرا حالتها وأكدا صدق كلامها. لكنهم رغم هذا شرحوا لي بأن قبولها مرّةً أخرى في البرنامج ليس ممكناً ما لم يؤكد جراح العظمية حاجتها إلى عمليات إضافية على يدها. إذ أن قبولها "فقط" من أجل إصلاح ثديها لم يكن وارداً، حيث لم يكن يُعتبر بأنه يحقق "تحسناً وظيفياً".

على الصعيد ذاته، شرحت لنا مريضةٌ عراقيةٌ من ضحايا الحروق كيف أن سوء التواصل هذا يؤثر على المرضى عملياً ونفسياً، فقالت:

أخبروني في عمّان بأنهم سيطلبون مني العودة بعد بضعة أشهر لاستكمال علاجي بناءً على خطة البرنامج، لذا فقد عشت على أمل أن أعود مجدداً. كانت هناك بضعة مشاريع صغيرة لتوفير المال كنّا

نشارك فيها، لكنني جمّدت كل شيء [كل الأنشطة] ولم أفعل شيئاً، كما لم أطوّر نفسي [مادياً] معتقدةً أنهم قد يتصلون بي في أية لحظة ويطلبون منّي أن أوضّب حقائبي وأسافر. انتظرت وانتظرت، ثم اتصلوا بي بعد سنتين وأخبروني أن علاجي قد تم، لكنني لم أفهم سبب عدم رغبتهم بعلاجي. وتضايقت يومها [بعد أن كنت قد تعافيت نفسياً]" [تبكي المشاركة هنا]. (برنامج الجراحة التقويمية 73، عراقيّة)

أخبرني بعض المرضى الآخرين كيف تبلّغوا بأن علاجهم في مستشفى أطباء بلا حدود قد تم، لكنهم عانوا من مشاكل صحية لفترات طويلة وكانوا يتساءلون ما إذا كان بإمكان أطباء بلا حدود أن تسهم في حلّ تلك المشاكل. كما أن أحوال بعض المرضى ساءت بعد سنوات من خضوعهم للجراحة. وقد التقيت بواحدٍ منهم، وهو يعيش في ظروفٍ اقتصاديةٍ قاسية للغاية. وسألني: "أود أن أسألك عن يدي. فحين تواصلت معهم في بغداد قالوا لي بأنهم قد أقفلوا ملفي. ماذا يفترض بي أن أفعل الآن؟ هل يمكنني أن أعيش بهذه اليد؟ فقد عادت إلى ما كانت عليه قبل العلاج في مستشفى أطباء بلا حدود. أولادي يعملون معي ويدرسون في الوقت ذاته [لتعويض ضعفي]" (برنامج الجراحة التقويمية 59، عراقي).

وقد أبلغنا المشاركون عن عددٍ من المشاكل كانت تفتقر إلى خطط علاجية طويلة الأمد، ومن أشيعها الألم بمختلف درجاته (حسب اثنين وسبعين مشاركاً)، وحالات تبديل مفصل الركبة وتبديل الساق الاصطناعية، وإجراء تحسينات من الناحية الجمالية. إذ أخبرنا عددٌ من المرضى كيف أنهم حاولوا متابعة الإجراءات في العراق بعد أن لم يتلقوا أيّ ردٍّ من أطباء بلا حدود، غير أن الأطباء العراقيين كانوا مترددين في علاج تلك الحالات نظراً للتاريخ الطبي المعقّد، حيث نصحوا المرضى بالعودة إلى الطبيب الذي عالجهم في المنظمة، كما قال أحدهم:

أعاني حالياً من ألمٍ يمنعني حتى من النوم، وهذا ما شكوت منه [إلى أطباء بلا حدود]. أنتم منظمةٌ إنسانية وما قمتم به كان مبادرةً جيّدة، فقد عالجتموني بطريقةٍ جيدة واستقبلتموني استقبالاً حسناً في بداية الأمر، لكن ينبغي بكم أن تكملوا مهمتكم وتواصلوا عملكم الجيد الذي بدأتموه. حاولت زيارة العديد من الأطباء هنا [في العراق] لكن كل من زرته قال لي "من نفّذ عمليتك الجراحية؟"، وحين كنت أخبرهم أن هذا عمل أطباء بلا حدود كانوا يعطونني أدويةً ومسكّنات ويطلبون منّي العودة إلى أطباء بلا حدود كي يتموا ما بدأوا به. كذلك أخشى من أن يقومُ شخص آخر بإزالة الصفائح لأن الأطباء الآخرين قد لا يعرفون تماماً كيف أدخلها الطبيب الأصلي وقد يفاقمون أذيتي [الجزء المصاب]. (برنامج الجراحة التقويمية 49، عراقيّ)

أما من كان بحاجةٍ إلى استبدال طرفٍ اصطناعي فقد أعرب عن صعوبة تأمينها في العراق، كما قال زوج إحدى المريضات: "هذا الطرف الاصطناعي [مشيراً إلى طرف زوجته] ليس جيداً، فهو يؤلمها. أصلحوه [في العراق] بطريقةٍ سيئة، فكلما ذهبنا إليهم أصلحوه بلا مبالاة. أفلا تقدرُ أطباء بلا حدود أن تؤمن طرفاً اصطناعياً جديداً وجيداً من أجلها؟" (برنامج الجراحة التقويمية 41، عراقيّة).

التقيت بمريضةٍ أخرى خضعت لبترٍ من فوق الركبة في مستشفى أطباء بلا حدود، وقد كشفت لي عن نهاية طرفها المبتور وبقع الجلد الداكنة عند نقاط الاحتكاك بالطرف الاصطناعي. كان الجزء العلوي مغطى بالشاش لتخفيف الاحتكاك، وكان الطرف الاصطناعي مكسوراً عند المنتصف ومثبتاً بشريطٍ لاصق. قالت

لي أن عمر هذا الطرف الاصطناعي ستّ سنوات وأنه لم يعد يناسبها لأن نهاية طرفها المبتور قد تغيرت في شكلها. أخبرتني أنها حصلت على طرفٍ اصطناعيّ جديد في العراق، غير أن البديل لم يكن مريحاً لدرجة أنها توقفت عن استخدامه وعادت إلى الطرف المكسور الذي كانت قد حصلت عليه في مستشفى أطباء بلا حدود. وقد رأت أن من واجب أطباء بلا حدود استبدال الطرف الاصطناعي لا سيما وأنها المسؤولة عن بتر الطرف، وقالت: "توقّعت منهم [أطباء بلا حدود] أن يجهّزوا لي طرفاً اصطناعياً آخر ويقلّلوا نسبة الدهون في فخذي كي تصير أنحف وبدون الدهون الزائدة بحيث تناسب الطرف الاصطناعي" (برنامج الجراحة التقويمية 40، عراقيّة).

تحدث مريضٌ آخر كان قد خضع لبترٍ مزدوج لطرفيه السفليين عن الأعباء المادية المستحيلة التي كان ليواجهها لو أنه تحمل بنفسه تكاليف الأطراف الاصطناعية، حيث شرح قائلاً:

> يكلف الطرفان الاصطناعيان 4,000 دولار أي بسعر سيارة، ولا يسهل على الجميع تحمّل هذه الأشياء باهظة الثمن. حكومتنا هنا لا تهتم بالمرضى. لديهم المواد لكن لا يملكون القوى العاملة [لتصنيع أطراف اصطناعية عالية الجودة]. أما المكاتب الخاصة التي تبيع الأطراف الاصطناعية، فتطلب أسعاراً كبيرةً جداً كما أنها بعيدة عن بيتي، ولا يسهل عليّ الوصول إليها. قالوا [أطباء بلا حدود] لي "حالتك لا تتطلب العلاج والأطراف الاصطناعية متوفرة في العراق"، لكنها باهظة الثمن كما أسلفت. 4,000 دولار مبلغٌ كبيرٌ جداً، علاوةً على أنني بحاجةٍ إلى عملية جراحية لطرفي السفلي، حيث تبلغ التكلفة الإجمالية 5 ملايين دينار عراقي [4,000 دولار أمريكي]، وهذا إجراءٌ مكلفٌ جدّاً ولا يتوفر بسهولة في العراق، كما أنني غير قادر على تحمل التكاليف. (برنامج الجراحة التقويمية 54، عراقي)

هذا وكانت الثقة التي كوّنها المرضى تجاه جرّاحي أطباء بلا حدود جانباً له أهميته كما تبين لي من حديثهم معي، وقد قال أحدهم:

> مشكلتي لا تقتصر على الطرف الاصطناعي [الذي يجب تبديله] بل أيضاً الجلد الزائد عند نهاية الطرف المبتور. لكنني أخاف أن أجريها هنا في العراق [أي العملية الجراحية لإزالة الزوائد الجلدية] لأنهم يقولون لي أينما ذهبت "لا يمكن لأحدٍ أن يساعدك إلا جراح أطباء بلا حدود، لأنه طبيب جيدٌ ومتخصّصٌ في ميدان عمله، وهو الوحيد القادر على علاجك". إنها [العملية] ليست بالأمر السهل، حيث أن مكانها يبعد مسافة كفّ اليد عن الركبة بالتالي فهي عمليةٌ محفوفةٌ بمخاطر كبيرة ولا يمكنني إجراءها هنا [في العراق]. أخشى من أن أغامر بطرفي السفلي، وأفضل تحمّل الألم على المخاطرة بما تبقى من رجلي. لا يمكنني إجراؤها في العراق، فقد ترك جميع الأطباء الجيدين العراق و[المتخصصون] منهم لم يعودوا هنا. (برنامج الجراحة التقويمية 54، عراقي)

خاض هؤلاء المرضى نقاشاتٍ صعبةً مع أطباء في العراق واستمعوا خلالها إلى مقترحاتٍ تطلب منهم التقدم بشكاوى رسمية بحقّ أطباء بلا حدود بحجة إهمالهم، كما شرحت إحداهن: "حتى أن أحد الأطباء أخبرني أن أرفع شكوى بحق المنظمة إلى نقابة الأطباء [في العراق]، لكنني لا أريد أن أفعل ذلك لأنني ممتنةٌ جداً لما فعلوه من أجلي جزاهم الله خيراً وبارك فيهم. فقد قدموا لي خدمةً عظيمة. لكن الأمر وما فيه أنه ما من أحدٍ يريد تسلّم حالتي وعلاجي، إذ يقولون لي أن طبيبك الأصلي هو الوحيد القادر على علاجك" (برنامج

الجراحة التقويمية 72، عراقيّة). من جهة أخرى، فكّرت مريضة أخرى بالحديث عن عدم رضاها على الفيسبوك، كما قالت لي: "أردت أن أكشف عن قصتي على الفيسبوك وأقول أن أطباء بلا حدود عالجوني وتركوني في منتصف الطريق [منتصف العلاج]" (برنامج الجراحة التقويمية 40، عراقيّة).

كذلك، تحدث أبٌ لمريضٍ شابّ لا يزال بحاجةٍ إلى علاجٍ لتقويم الأذن واقترح إطلاع المرضى على معلوماتٍ أكثر عند تخريجهم، حيث قال: "حتى لو لم يكونوا [أطباء بلا حدود] قادرين على مساعدتنا [بإجراء عمليات جراحية إضافية]، فبإمكانهم [على الأقل] توجيهنا وإحالتنا إلى أماكن أخرى يعتقدون أنها أفضل بالنسبة لنا، فهذا سيكون مفيداً جداً لنا" (برنامج الجراحة التقويمية 57، عراقي).

لكن مشكلة بعض المشاركين لم تكن تكمن في غياب الفرص العلاجية، بل كان شعورهم بالإساءة نابعاً ببساطة من أن أحداً لم يتفقد حالهم، كما شرح أحدهم قائلاً: "لكن كما قلت لك، لم يتصل بي أحد منذئذٍ [منذ الخروج من المستشفى] ولم يسألني أحدهم 'كيف حال ساقك؟ هل تحسنّت؟ هل نمت العظام؟'. تجاهلوني [أطباء بلا حدود] وكأنهم كانوا يتقصدون [جرحي]. لكنني أعلم أنهم لم يقصدوا ذلك. أدرك أن هذا ليس مقصدهم، مع أن شعوري يقول لي العكس" (برنامج الجراحة التقويمية 49، عراقي). في السياق ذاته أعرب العديد من المرضى عن بالغ سرورهم بزيارتنا وبأن أطباء بلا حدود أرسلت "أشخاصاً بعد كل تلك السنين لتفقد حالهم". كما سمعت تعليقاتٍ حارّة على زيارتي، كما قال أحدهم: "شكراً جزيلاً لك على هذه الزيارة اللطيفة، وآمل أن تعيدي الكرّة في المستقبل كي لا أقول بأن المنظمة [أطباء بلا حدود] قد نسيتنا [نحن المرضى]" (برنامج الجراحة التقويمية 49، عراقي).

وغالباً ما كان المشاركون يشجعونني على "التقاط صور وعرضها على الأطباء في عمّان" أملاً في استكمال "الأجزاء الناقصة" من علاجهم. وقد تناقشت أثناء وجودي في العراق مع أحد موظفي التواصل الطبّي بشأن القواعد المتعلقة بمتابعة وضع المريض، وذكرت له حالة "مريض مزمن يحتاج إلى متابعة طويلة الأمد"، فأجابني قائلاً: "الجراحة من الناحية الطبيّة ليست علاجاً مزمناً، بل تنتهي بانتهاء العمليات وتخريج المريض". غير أن هذا الموقف يجعل الناس ينظرون إلى برنامج الجراحة التقويمية على أنه برنامجٌ جراحيٌّ بحت، كما يسلط الضوء على محدودية تفكير أطباء بلا حدود إزاء رعاية شاملة طويلة الأمد ويبين موقف موظفي التواصل الطبي وسلوكهم تجاه المرضى، علماً أنهم نقطة دخول المرضى إلى البرنامج. لذا سأتعمّق في هذا الموضوع.

من جهة أخرى، حضر قليلٌ من المرضى إلى مستشفى بغداد لمقابلتي وقد طلبوا أثناء تواجدهم هناك الخضوع لفحوصاتٍ طبية. وقد أصرّ بعضهم على عرض إصاباتهم عليّ مع أنني شرحت لهم بأنني لستُ من الطاقم الطبي وبالتالي لا أقدر على إسداء نصيحة طبية، لكنني غالباً ما كنت أطلب من أحد موظفي التواصل الطبي أن يجري لهم فحصاً سريعاً بعد المقابلة. غير أن موظفي التواصل الطبي كانوا يمانعون إلى حدّ كبير وكانوا يكتفون بإلقاء نظرةٍ على قاعدة بيانات المريض المحفوظة في ملفات إلكترونية بدلاً من فحصه. وأحياناً كان يقول لي أحد موظفي التواصل الطبي "المريض بلغ مرحلة 'الفائدة القصوى تحققت' في عمّان ولا يسعنا فعل شيء. لا يهم ما نقوله [إن فحصناهم]، فعمّان [أي الفريق الجراحي صاحب القرار] سيعطينا الجواب ذاته". كانوا في مثل هذه الحالات يرفضون فحص المرضى وكانت نصيحتهم لي "ستواجهين الكثير من مثل هذه الحالات، فحاولي أن تخرجي بنفسك من هذا النقاش". لاحظت أيضاً أن هناك ميلاً للجوء إلى حججٍ

بغرض التنصل من التواصل، وكنت أرى ملاحظاتٍ تقول "فقدنا التواصل مع المريض"، مع أنني كنت أستطيع التواصل مع أولئك المرضى بعد الاتصال بهم أكثر من مرّة.

وقد سألني أحد موظفي التواصل الطبي فقال: "هل تريدين حقاً الاتصال بتلك المريضة تحديداً لمقابلتها؟ إذ أننا نعرفها، فهي كثيرة التذمّر[3] وستوجع رأسك. قلنا لها أكثر من مرةً بأن ما من شيءٍ يمكن فعله [من أجلها]". كان يتحدث عن المريضة التي ذكرتها أعلاه والتي وعدوها بإعادتها إلى برنامج الجراحة التقويمية لكنهم رفضوا ذلك لاحقاً دون تفسير. وقد اعتبروا استفساراتها "تَذَمُّراً" ووصفوها بأنها شخصٌ "صعب" وبالتالي يفضل "عدم الحديث إليها إطلاقاً". واستخدم موظف تواصل طبي آخر مصطلح "توقعات عالية" عندما شرح لي قصة مريض "لديه مشكلة" لأنه أراد معرفة أسباب تأخير سفره إلى عمّان لمدة ستة أشهر. كلّ هذه إذن أمثلةٌ تدلّ على المصاعب التي يواجهها المرضى أحياناً للحصول على معلومات أساسية، كما تشير إلى أن من يُصرّ ويلحّ يعتبرونه شخصاً "متذمّراً" أو "مثيراً للمتاعب". كذلك عبر موظفو التواصل الطبي عن شكوكهم حيال المعلومات التي قدمها المرضى وكثيراً ما كانوا يصفونهم بأنهم أشخاصٌ "ليسوا أهلاً للثقة".

وقد عبّر موظفو التواصل الطبي في العراق بوضوح عن مخاوفهم "مما قد يقوله الفريق في عمّان" ويبدو أنهم يعتمدون إستراتيجياتٍ مختلفة يتجنبون بها تواصل المرضى معهم كي يحموا أنفسهم من "التوبيخ" من عمّان. كما أعربوا لي عن إحباطهم من كونهم صلة الوصل بين قوتين متضادتين: المرضى من جهة وعمّان من جهة أخرى، حتى أن أحدهم قال لي أن مريضاً وقبيلته هددوه. وهنا أتفهم مشاعر القلق وانعدام الثقة السائدة في سياق هذا التواصل، والتي يبدو أنها تؤثر على القرارات الطبية.

يشار إلى أن الملاحظة الوحيدة التي تصل موظفي التواصل الطبي من عمّان تقول على حدّ تعبيرهم بأن "الملف مغلق"، مما يجعلهم يشعرون أنهم ليسوا في موقفٍ يسمح لهم بإطلاع المرضى على أية تفاصيل أخرى. وهذا ما يقوّض "واجبهم كأطباء" لعدم قدرتهم على التأثير على القرارات الطبية في ضوء هذه الحجج. لذا يمكننا أن نتفهم ميلهم لتجنب إعادة تقييم الوضع الطبي لمريض تخرّج من البرنامج تجنباً لأية "ضغوط" قد يتعرضون لها، بيد أن المريض هو من يدفع ثمناً باهظاً لما يجري.

وهنا تبرز ضرورة صياغةِ إجراءات متابعة للمرضى وتعزيز دعم موظفي التواصل الطبي الذين يعتبرون نقطةً مهمةً لدخول المرضى إلى برنامج الجراحة التقويمية وخروجهم منه، حيث يتواصلون معهم خارج سياق المستشفى ويُكوّنون في أغلب الأحيان صورةً أشمل عن حال المريض شخصياً واجتماعياً وطبيّاً.

التواصل وما يرافقه من مصاعب

أشار معظم المرضى إلى أن المعلومات الطبية التي بلغتهم كانت "واضحة" وأنهم كانوا يشعرون بالراحة عند طرح الأسئلة، كما قال أحدهم: "كنت منخرطاً طبعاً في صناعة القرار. فقد أعطوني عدداً من الخيارات بالنسبة للجراحة. وأعطوني خيارات عندما أزالوا الظفر. عندما دخلت إلى غرفة العمليات اخترت التخدير الموضعي كي أظلّ واعياً عند إزالة الظفر. أرادوا [في البداية] أن يخدّروني تخديراً عاماً، لكنهم أطلعوني على بعض الأمور ومنحوني عدداً من الخيارات فاخترت" (برنامج الجراحة التقويمية 28، سوري). كما أشار بعضهم إلى مشاركته في اتخاذ القرارات الطبية "إلى حدٍّ ما، لكن ليس بالكامل"، غير أن بعضهم الآخر لم يكن راضياً إطلاقاً عن هذا الجانب من العلاج.

وقد عبّر أفراد هذه المجموعة الأخيرة عن عدم رضاهم عن المصاعب التي واجهتهم عندما حاولوا مناقشة أولوياتهم العلاجية، حيث أحسّوا بأنهم تعرضوا للإهمال، كما قال أحدهم:

> لم يكن قد مضى على وجودي في الأردن سوى شهرٍ أو أقل بعد مغادرتي سوريا، حين ذهبت إلى أطباء بلا حدود. لكنني لا أذكر التاريخ بالضبط. غير أن أطباء بلا حدود صبّت جُلّ تركيزها على يدي. فقد ركزوا على الكسر في يدي وإصبعي. وكلما أخبرتهم عن ساقي أجابني الأطباء "سنبدأ بساقك عندما ننتهي من علاج يدك". وبقيت على تلك الحال في المستشفى لمدة ثلاثة أو أربعة أشهر. (برنامج الجراحة التقويمية 28، سوري)

كذلك قالت مريضة أخرى: "لا، لم أستطع أن أُسهم بأفكاري، بل كنت أعتمد عليهم [الفريق الجراحي] وعلى قراراتهم" (برنامج الجراحة التقويمية 50، عراقيّة)، فيما شرح مريضٌ آخر: "قال لي الجراح: 'نعلم ما نفعله'. فسألته: 'ما الذي ستفعله؟'، فأجاب [مرة أخرى]: 'نعلم ما نفعله' [دون أن يقدّم تفسيراً]" (برنامج الجراحة التقويمية 27، سوري).

وقد عبّر أحد المرضى عن انزعاجه من قرارٍ بشأن عملية جراحية كان قد وافق عليه لكنّه تغير "على باب غرفة العمليات" دون أي نقاش، كما قال:

> بالنسبة للأطباء، كان هناك أمرٌ وحيدٌ أزعجني حين غادرت أطباء بلا حدود. كان هناك طبيب [يذكر اسم جرّاح ترك العمل مع أطباء بلا حدود] أجرى لي عملية نقل وتر في يدي. فحين دخلت غرفة العمليات كنت وقَّعت على عملية جراحية لسبر العصب [وليس على عملية نقل وتر]، حيث ذهبت قبل [العملية] إلى عيادته [في قسم العيادات الخارجية التابع للمستشفى] وأخبرني بأنه سيجري [عملية] لسبر العصب، فوقعت على الورقة [بالموافقة]. لكنه نظر إليها [إلى ذراعي] على باب غرفة العمليات وقال: "سبر العصب يتطلب وقتاً طويلاً للعلاج، لذا دعونا نجري عملية نقل وتر بدلاً من ذلك". حدث هذا على باب غرفة العمليات. وأتمنى لو... الذراع اليمنى تعتبر أساسيةً لكلّ شيء في الجسم. لذا أتمنى لو [أنهم أجروا لي عملية] سبر العصب [لتحسين ذراعي اليمنى]. (برنامج الجراحة التقويمية 20، سوري)

كذلك رأى المرضى في استخدام اللغة الإنكليزية والمصطلحات الطبية مشكلةً لا سيما وأنهم لم يكونوا يستوعبون تماماً الإجراءات الطبية المخطط لها، كما لم يحظوا بفرصةٍ لمناقشة الخطوات التالية، كما قال أحدهم: "حين أتى الجرّاح لم يشرح لي الإجراءات التي خضعت لها، بل اكتفى بالحديث إلى الأجنبي الذي كان بجانبه. لم يتحدثا باللغة العربية ولم أفهم كلامهما" (برنامج الجراحة التقويمية 31، سوري)، فيما قال آخر: "إنه أسلوب إيصال المعلومات الطبية التي كنت أفهمها أحياناً ولا أفهمها في أحيانٍ أخرى. فقد كانوا يميلون إلى الحديث بمصطلحاتٍ إنكليزيةٍ أو تخصصية، وأنا لا أفهم هذه التفاصيل التي تندرج ضمن تخصصاتهم" (برنامج الجراحة التقويمية 53، عراقي).

أشار المشاركون أيضاً إلى ضعف أو غياب التواصل من الناحية غير الطبية، كما شرح أحدهم:

> قد يكون لدى المرء موعدٌ ثم يؤجله الطبيب لمدة شهر، ومع هذا فإن المريض يرتاح نفسياً حين يعرف السبب. لكن أحياناً يكون المرء على موعدٍ مع عمليةٍ جراحية ثم تتأجل، [فيسأل الجراح] "لماذا [تأجلت]؟" وتأتيه الإجابة "أجلناها فحسب". وكنّا دائماً ما نطلب منهم قائلين: "عندما يكون هناك سببٌ لتأجيل العملية الجراحية اشرحوه للمريض. هل هناك التهابٌ في الجرح وهذا هو سبب التأجيل؟ هل المريض يا ترى لم يستجب للعلاج الطبيعي وكان عدم التحسن هذا سبباً لإلغاء العملية؟". فالمرضى يتضايقون حين يؤجل الأطباء العمليات الجراحية ولا يناقشون الموضوع، وهنا لا يكون المرء مرتاحاً نفسياً. (برنامج الجراحة التقويمية 17، سوري)

بالتالي شعر بعض المرضى أن كلامهم لم يلقَ آذاناً صاغية أو أن الإجابة التي بلغتهم لم تكن مناسبة، لا سيما حين يتعلق الأمر بمناقشة أولوياتهم العلاجية. وكشفت هذه الروايات أن المرضى المستبعدين من النقاش الذي يتمحور حول علاجهم الأساسي كانوا يعتبرون مُتلقّين سلبيّين للرعاية.

يشارُ إلى أن عدم مشاركة المرضى في رعايتهم الصحية تبدأ ببدء إجراءات قبولهم. فقد شاهدت مقاطع فيديو تصوّر أطرافاً مشوهة تُعرَض على لجنة المصادقة، ولا تظهر فيها وجوه المرضى كما لا يُسمَع فيها صوتهم وهم يتحدثون عن التحديات التي تواجههم في الحياة وأولوياتهم على صعيد العلاج. لذا فإن غياب مساحةٍ للتفاوض بين المرضى والقائمين على توفير الرعاية الصحية لهم، وغياب نظام توثيقٍ منهجيٍّ شفافٍ للظروف المحيطة برفض قبول المريض في البرنامج،[4] وغياب نظامٍ لرفع الشكاوى أو عدم وجود فرصةٍ تسمح للمرضى بالاعتراض، كلها عيوبٌ مؤسسية تُبعدُ المرضى عن عملية اتخاذ القرارات التي تؤثّر في حياتهم مستقبلاً.

عدم الارتياح بشأن تعريف جرحى الحرب

تكشّف لي موضوعٌ بدا من المحرمات بين المشاركين ويتطرق إلى المسألة القائلة: هل كانوا جرحى حرب أم لا. إذ يستقبل برنامج الجراحة التقويمية المرضى الذين يستوفون معايير جراحية معينة ولا يسعهم تأمين الرعاية الصحية التخصصية ذاتها في بلدانهم التي مزقتها الحروب، حتى لو لم تكن إصاباتهم ناجمةً عن الحرب بشكلٍ مباشر.

مع هذا فقد بدا جلياً من أسلوب سردهم لما جرى لهم قلقُهم من إمكانية عدم اعتبارهم ضحايا، لا سيما وإن لم يكونوا قد أصيبوا في الحرب. فقد شرح لي مثلاً أحد المشاركين العراقيين كيف أنه أوقف "سيارته على جانب الطريق السريع لإخراج بعض الماء من الصندوق الخلفي لأنه كان عطشاً"، ثم بدا عليه القلق وهو يضيف قائلاً "عندها كان هناك قصف". وتابع قائلاً: "ثم [اقتربت] سيارةٌ أخرى بسرعةٍ كبيرةٍ وفقدت السيطرة وصدمتني". توقف برهةً ثم أضاف: "ربما صَدَمَته أصوات القصف". غير أن المشارك اعترف لاحقاً بأنه أصيب في حادث سيّارة، لكن "كان يفترض تسجيله على أنه من ضحايا الانفجارات" في برنامج الجراحة التقويمية (برنامج الجراحة التقويمية 69، عراقي).

وعلى نفس المنوال تطرّقت مشاركةٌ عراقية إلى سياق الحرب رغم أن الحادث وقع في بيتها، حيث قالت: "كنّا نهرب من أصوات الانفجارات أثناء الحرب عندما وقعت على قدرٍ فيه ماء يغلي" (برنامج الجراحة التقويمية 50، عراقيّة).

ذكرت أيضاً مشاركةٌ من سوريا كانت قد حاولت الانتحار -حرقاً- بأنه "لم يكن الكثير من الأشخاص في المستشفى يعلمون بما جرى"، وعبّرت عن شيءٍ من القلق إزاء الإفصاح عن قصتها الحقيقية لي. لكن اتضّح لي طيلة المقابلة بأن المريضة كانت لا تزال تعاني من الذنب، حيث قالت: "لو كان حادث سيارة لقلنا أنه قضاء من الله، لكنني أنا من فعل هذا بنفسي [تقول هذا وهي تبكي]" (برنامج الجراحة التقويمية 15). وبناءً على هذا فقد كانت تعتقد بأن "الآخرين يستحقون العلاج أكثر منها" على حدّ قولها، الأمر الذي عززته فكرةُ أنها ليست من ضحايا الحرب. وقد استنتَجَت من كلّ هذا بأن عليها ألا تكشف عن قصة إصابتها، بيد أن ردود فعلها العاطفية عكست بوضوح العبء النفسي الذي تحمله على عاتقها نتيجة كتم هذا السر.

كذلك تبيّن لي وجود معضلةٍ مرتبطةٍ بهذا أثناء النقاشات الدائرة بين الأطباء بخصوص لجنة المصادقة. فأثناء أحد اجتماعات المصادقة شاهدنا مقطع فيديو لمريضٍ كان يعرج. غير أن أحد الجراحين كان مقتنعاً بأن تشوهاته كانت ولادية، حيث قال: "انظروا، لا توجد أيّة علاماتٍ على الجلد ولا ندب، مع أنها ينبغي أن تكون واضحة إذا ما كان الحائط قد انهار عليه [في الحرب] كما قال". ثمّ صادق الجراحون على حالته على أساس أن المريض كان يعاني من تشوهٍ لا يمكن علاجه في بلده و"أنهم قادرون على علاجه هنا". لكنّ النقاشات جرت بسريّة وخيّم جلياً إحساسٌ بعدم الارتياح عند اتخاذ القرار.

وقد أكد أحّد أطباء برنامج الجراحة التقويمية وجود مثل هذه الحالات، فقال أن المرضى يميلون إلى تعديل قصصهم عندما يكشفون عن تاريخهم الطبي، ممّا يؤثر سلباً في اتخاذ القرارات الطبية كما يرى. وأشار إلى أن أصحاب هذه "الحالات الاستثنائية" كانوا يعتقدون بأنهم "سيُعادون إلى بلدانهم دون علاج" إذا ما انكشفت الحقيقة. وأضاف أنه لا بد من طمأنتهم بأن البرنامج "قد صادق عليهم كغيرهم، بالتالي فإن علاجهم ليس في خطر".

ولا يختلف اثنان على أن العلاج في برنامج الجراحة التقويمية أسهم إلى حدٍّ كبيرٍ في تحسين حياة هؤلاء المرضى الثلاثة، لكن بدا جلياً في الوقت ذاته بأن المرضى والجراحين كانوا يشعرون بضغوط تطلب منهم "الخروج بقصة مناسبة" وجَعلِها تبدو مرتبطةً بالحرب. وهنا يمكن أن يعبّر البرنامج أكثر عن نطاقه إذا ما غيرنا مسمّاه إلى "برنامج الجراحة التقويمية من أجل المتضررين بالحرب". فهذا العنوان سيُطمئِن الفرق الجراحية التي تواجه حالياً معضلةً أخلاقيةً عند المصادقة على بعض المرضى: هل تقبلهم أم ترفضهم؟ كما

أن تغيير تعريفِ البرنامج سيُقلّل من ميل المرضى إلى تعديل رواياتهم بما يناسب التعريف بدلاً من أن يكشفوا عمّا جرى فعلاً.

الثغرات في الدعم النفسي الاجتماعي

يحتمل جداً أن يعاني المرضى من صدماتٍ نفسيّة مرتبطة بإصاباتهم وبالتالي فقد كان الدعمُ النفسي الاجتماعي واحداً من مقوّمات العلاج الرئيسية في البرنامج منذ بدايته. لكن عندما أردت أن أراقب ما يجري في قسم الدعم النفسي الاجتماعي واجهتُ ممانعةً بحجة الحفاظ على خصوصية المرضى، بالتالي فقد كانت مشاهداتي للمشاركين المصدر الأساسي للمعلومات في هذا المجال.

فحين بحثتُ مع المشاركين تجاربهم على صعيد خدمات الدعم النفسي في برنامج الجراحة التقويمية وجدت أن بعضهم لم يكن على علم بوجودها حتى. وافترضت آنذاك بأنهم لم يتلقوا أيّ علاج على هذا الصعيد، كما قال أحدهم: "لم يعرض عليّ أحدٌ هذه الجلسات" (برنامج الجراحة التقويمية 5، سوريّ)، أو أن الجلسات لم تكن تعنيهم بما يكفي كي يتذكروا أي أثر لها عليهم، حتى أن أحد المرضى لم يتذكّر سوى كيف عدّد المرشد النفسي قواعد المستشفى ليس إلا، حيث قال:

"أخبرني بأن 'العلاج في المستشفى سيكون كالتالي: التدخين داخل المستشفى ممنوع. لا تقترب من المرضى المصابين بالتهابات'." (برنامج الجراحة التقويمية 6، سوريّ). أما مَن كان يعلمُ بوجود جلسات الدعم النفسي الاجتماعي في البرنامج فكان يعتقد بأنها تنفيذها لم يكن جيداً، كما قال أحدهم: "جلسات الدعم النفسي الاجتماعي: كنت فيها وكأنني طفلٌ صغير وكان أحدهم يقول لي 'افعل هذا ولا تفعل ذاك. هذا قد يفيدك أو ينفعك'، وأشياء من هذا القبيل" (برنامج الجراحة التقويمية 31، سوري). كذلك قالت مريضة أخرى: "كانوا أربعة [أخصائيي دعم نفسي اجتماعي] وكان يأتينا أحدهم كل شهر وكنت اضطرّ إلى تكرار قصة حياتي المرّة تلو الأخرى" (برنامج الجراحة التقويمية 56، عراقيّ). كما رفض بعض المرضى جلسات الإرشاد من أساسها خوفاً من أن يعيّرهم الناس أو يصفوهم بأنهم "مجانين" كما شرحت إحداهن قائلة: "هذا ما يقوله الناس عن الأشخاص الذين يتلقون الإرشاد النفسي الاجتماعي" (برنامج الجراحة التقويمية 3، سوريّة).

كذلك كان بعض المرضى الآخرين يعتقدون بأن الجلسات جاءت أَبكَرَ من أن تسهم في مرحلة التعافي النفسي إسهاماً فاعلاً. وقد تكررت على مسامعي عبارة "كنت متعباً نفسياً" التي كانت تعكس مستوى الإرهاق العاطفي، كما شرحت إحداهن: "لا، فقد كان ذلك صعباً [حضور جلسات الدعم النفسي الاجتماعي] لأنني كنت أشعر بالتعب وكنت أتألّم نفسياً. كنا قد وصلنا لتونا من سوريا آنذاك وكان الوضع صعباً. لم نكن نشعر بالارتياح إطلاقاً في تلك السنة، فقد كانت سنةً مُتعِبةً نفسياً وجسدياً" (برنامج الجراحة التقويمية 2، سوريّة). وصف مريض آخر من ضحايا التعذيب كيف أنهم عرضوا عليه جلسات إرشادٍ نفسيّ لكنه لم يكن يرغب في الحديث إلى أيٍّ كان وقتئذٍ، وقال: "لا لم أوافق على جلسات الإرشاد النفسي في المستشفى. كنت أتذكر حين أكون وحيداً ماضيّ برمّته وكيف كنت أعيش قبل [التعذيب]، وأفكر فيما آلت إليه حالي وحياتي اليوم، فقد صرت انطوائياً [بعد التعذيب] ولم أكن أرغب في الحديث إلى أيٍّ كان" (برنامج الجراحة التقويمية

20، سوري). كذلك شرح مشاركٌ آخر قائلاً: "لم أحضر جلسات الإرشاد النفسي، فلربما كنت نائماً أو متعباً آنذاك [عندما عرضوها عليّ] (برنامج الجراحة التقويمية 42، عراقي).

من جهته، قال مشاركٌ من العراق:

> كانت تلك الجلسات تجعلني أبكي. ليست لدي ذكريات جميلة فيها، بل كلها حزينة. فكلّما أتى المسؤول عن الدعم النفسي للحديث إليّ بدأت بالبكاء. كنا ثلاثة أو أربعة في الجلسة، من العراق وسوريا، وكنا نجلس هكذا [يشير إلى أنهم كانوا يتحلّقون حول الطاولة]، وكلما بدأ [المرشد النفسي] بالكلام أو طرح علي سؤالاً بدأت بالبكاء. لم أكن أتحمّل أسئلته، لأنني كنت أتذكر عندها عائلتي في العراق ولا سيما بناتي. ما كنت لأهتم لو أنهم صبيان، بيد أنني كنت قلقاً عليهنّ لأنهن بنات. (برنامج الجراحة التقويمية 51، عراقيّ)

من ناحيةٍ أخرى قال بعض المرضى أنهم كانوا في حالٍ جيدة نفسياً ولم يكونوا بحاجةٍ إلى جلسات الدعم النفسي الاجتماعي، كما شرح أحدهم: "كان وضعي النفسي مستقراً، ولم أكن عرضةً لأية ضغوطٍ [نفسية]. لم تكن لدي أية مشاكل [نفسية]، لذا لم تكن [جلسات الدعم النفسي الاجتماعي] تؤدي دوراً كبيراً بالنسبة لي" (برنامج الجراحة التقويمية 11، سوري)، فيما قال آخر: "لم أكن متأثراً نفسياً. كنت قد فقدت يدي لكنني شهدت بأمّ عيني مقتل شخصين. وقد قيّم المرشدون هنا وضعي وقرروا بأنني 'لست بحاجةٍ إلى جلسات دعم نفسي اجتماعي'" (برنامج الجراحة التقويمية 16، سوريّ).

في المقابل فقد استفاد مشاركون آخرون من تلك الجلسات، كما قال أحدهم: "كنت أشعر بالراحة والطمأنينة". كما قال العديد من المشاركين بأن جلسات الإرشاد النفسي حسّنت كثيراً من إقامتهم في المستشفى، حيث شرح أحدهم قائلاً: "كنت في وضعٍ نفسيٍّ سيءٍ جداً، ولم أكن أرغب في الاختلاط بالآخرين. كنت وحيداً دائماً وكنت أنزل بمفردي لأبقي في غرفتي وحيداً. ثم خضعت لجلسات مكثفة أكثر مع المرشدة النفسية التي قالت لي 'علينا أن نجلس معاً يومياً لمدة ساعة كاملة'. وصرنا بالفعل نتحدث ساعةً كاملة كل يوم. وقد نجحت بأسلوبها في جعلي أبني صداقات في المستشفى وأكوّن علاقات اجتماعية" (برنامج الجراحة التقويمية 12، سوريّ). كما شرح لي بعضهم كيف نجحوا في تجاوز مشاعر العار المتعلقة بالرعاية الصحية النفسية، فقال أحدهم: "نتردّد نحن العراقيون في الحديث إلى المعالجين النفسيين لكنني بصراحة استفدت من الحديث إلى المعالج النفسي [في مستشفى أطباء بلا حدود] (برنامج الجراحة التقويمية 65، عراقي).

وكان الكثير من المشاركين يقدرّون الأنشطة الاجتماعية التي ينظمها فريق الدعم النفسي الاجتماعي، وكانوا يحبون بشكل خاصّ الرحلات اليومية إلى عمّان مروراً بالريف، وكذلك حفلات النساء وحفلات الأعياد الدينية على سبيل المثال. وكانوا يشعرون بأن انشغالهم بتلك الأنشطة يساعدهم بشكل خاص على كسر الروتين اليومي، كما شرحت إحداهنّ: "كانت الحفلات أجمل ما في الأمر، وما كنا نطيق انتظاراً حتى يأتي موعدها كل اثنين" (برنامج الجراحة التقويمية 4، سوريّة).

من جانبٍ آخر فقد رأيت أثناء المقابلات كيف أن كثيراً من المشاركين كانوا لا يزالون يعانون من مشاكل صحية نفسية. فقد كان بعضهم يبكي منذ رؤيتي إلى أن تنتهي المقابلة، كما أبلغني بعضهم عن معاناتهم من مشاعر اكتئاب لا تفارقهم، كما شرحت إحداهن الأمر قائلة:

رأيت الطائرة [قبل أن أصاب]، وقد كان هذا أكثر ما صدمني. لم أكن أخاف من قصف الطائرات قبل أن أصاب. فقد كنت أخرج [من بيتي] لأرى ما تقصفه، حيث كنت ببساطة أقف وأتفرج. ثم كنت أذهب [لاحقاً] إلى المكان لأتفقد الناس. لكنني صرت أشعر بأنني محطمةٌ نفسياً بعد أن أصبت. لا أستطيع ... إطلاقاً. لم أعد أستطيع الوقوف. لم أعد أستطيع رؤية أحد. هذا أشبه بالاكتئاب. كما أحب الوحدة. لكنني سأفقد وعيي إن جاءت طائرةٌ الآن. (برنامج الجراحة التقويمية 29، سوريّة)

وقد عبّر مشاركون آخرون عن معاناة شبيهة بهذه، كما قال أحدهم: "كنت منطوياً على نفسي بشدة طيلة فترة الشهر والنصف التي قضيتها في البيت. إذ لم أكن أستطيع مغادرة المنزل إطلاقاً، ولم أتحدث إلى أحد، فقد كنت وحدي تماماً، حتى أني بلغتُ مرحلةً صار فيها الاكتئاب طبيعياً" (برنامج الجراحة التقويمية 20، سوري).

أما حين نسأل السوريين والعراقيين عن رأيهم نرى بأن التعب النفسي كان يرتبط في جزءه بماضيهم وفي جزءه الآخر بالأوضاع الصعبة التي يواجهونها اليوم، كما قال أحدهم: "الخوف من المستقبل، والخوف من الضياع، وخوفي على بلدي التي ضاعت، وخوفنا على مستقبل أطفالنا - وأحياناً صعوبة تأمين عملٍ لأننا لاجئون. ثمة عقبات نفسية [تواجهنا يومياً]" (برنامج الجراحة التقويمية 20، سوري).

وكثيراً ما لمست أيضاً مشاعر تدل على قلقٍ شديد. فقد تحدث المشاركون السوريون عن إحساسٍ عارم بالذعر ينتابهم عند سماع صوت طائرة. وأبلغني بعضهم عن فقدانٍ في الذاكرة قصيرة الأمد، فيما قال آخرون بأنهم لا يزالون يعانون من كوابيس تراودهم بانتظام. فذكريات المعاناة لا تزال تطاردهم، كما قال أحدهم: "أتذكر أحياناً ما جرى لي وهذا يحدث غالباً في الليل. أشعر بغصّةٍ في قلبي لا تفارقني. إذ يصعب نسيان المواقف الصعبة بعد أن تقع" (برنامج الجراحة التقويمية 9، سوري). كذلك تحدث مشاركون عن نوبات غضبٍ تصيبهم وتثير عدوانيتهم تجاه أهلهم، علماً أن معظم من أبلغني عن هذا كانوا من المشاركين العراقيين (رجالاً ونساء)، وشرح أحدهم قائلاً: "يندر أن أشعر بالهدوء. وأعتقد أنك لاحظت غضبي عند قدومك، لكنني بدأت أهدأ وأشعر بحال أفضل تدريجياً [بحديثي إليك]. لكن مشاعر الإحباط والغضب تلازمني حتى مع عائلتي" (برنامج الجراحة التقويمية 46، عراقي). كذلك أعرب المشاركون العراقيون عن مشاعر قلقٍ شديدٍ تخالجهم نتيجةً لما مروا به أثناء الانفجارات، كما قالت إحداهنّ: "لا يمكنني حتى أن أعبر الطريق، حيث ينتابني الخوف" (برنامج الجراحة التقويمية 41، عراقيّة). كذلك تحدّث بعض المشاركين عن خضوعهم لرعاية طبية نفسية في برنامج الجراحة التقويمية، لكن لم يكن أيٌّ منهم يتلقى أيّ شكلٍ من أشكال العلاج النفسي وقت إجراء المقابلات.

من جانبٍ آخر فقد بدا على أفراد عائلات المرضى تأثرّهم الشديد نفسياً. فأثناء إحدى زياراتي إلى أسرةٍ تقيم في الأردن (برنامج الجراحة التقويمية 10، سوريّ) كان والدا المشارك هما من يجيب على معظم الأسئلة، حيث تحدث الأب عن كمّ التضحيات التي كان عليه أن يقدمها في سبيل الحفاظ على ابنه "سالماً ومختبئاً في البيت كي لا يجنده الجيش". وقد ركز على أنه "مَن كان يخاطر في مسعى لكسب المال وأنه سُجِن نتيجةً لذلك". أما الأم فعلّقت قائلة: "كانوا يعتقلون أيّ شابٍ بمجرّد رؤيته". لكن الوالدين خرجا من الغرفة أخيراً وصار المشارك الشاب الذي كان في منتصف العشرينات من عمره قادراً على الحديث بحرية، وعندها

عبّر عن مشاعر الذنب التي تتملكه "بسبب كل التضحيات التي بذلها والداه لإنقاذه". وقال بأنه يشعر وكأنه كان "عبئاً" ملقى على كاهل الآخرين وشرح صعوبة هذه المشاعر.

بالمثل فقد كان أهل مشاركين آخرين أصيبوا في مرحلة المراهقة حريصين للغاية على حمايتهم حتى أنهم حاولوا التحكم بالمقابلة. وكانوا يصفون المشاركين بأنهم "خجولون" ونادراً ما كانوا يدعونهم يتحدثون. لكنني نجحت أخيراً بالتعامل مع الوضع، حيث اتضح لي وقتها بأن المشاركين كانوا منفتحين ويجيدون التعبير عمّا يجول في ذهنهم. إذ أن مبالغة أهلهم في حمايتهم كانت السبب في صمتهم أثناء المقابلات حسبما تبين لي من مشاهداتي، كما أسهم هذا الأمر في عزلتهم الاجتماعية في البيت.

وهكذا نجد بأن الدعم النفسي الاجتماعي كان ضرورةً لا بدَّ منها للكثير من المشاركين، غير أن تنفيذه لم يكن بالشكل المناسب. إذ كان الدعم النفسي الاجتماعي الذي يقدمه برنامج الجراحة التقويمية للمرضى يركّز على أهداف قصيرة الأمد تتعلق بالصدمات التي عاشوها. بيد أن نماذج الدعم النفسي الاجتماعي الحديثة التي تتناول أثر النزاعات المسلحة على الصحة النفسية (ميلر وراسموسين، 2010) تبتعد عن التركيز الضيّق على الصدمات وتتوسع في بحث عوامل التوتر اليومية كالتهميش الاجتماعي ومشاكل تأمين السكن والتغيّرات في البنية الأسرية ومهام أفراد الأسرة، وهي كلها عوامل تفاقمُ المشاكل النفسية التي يعيشها ضحايا الصدمات من أمثال مرضى برنامج الجراحة التقويمية. إلا أن الدعم النفسي الاجتماعي للوالدين أمرٌ أساسيٌّ لا سيما وأن الأدبيات في هذا المجال تفيد بأن إفراط الأهل ومبالغتهم في حماية الأبناء ومعاملتهم كالأطفال الصغار -وكلها أمورٌ لمستها في تعاملي مع المشاركين الصغار والشباب وهم متواجدون بين أهلهم- تفاقم من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى اليافعين وتعيق تعافيهم (بوكشتانين، 2008).

وخلاصةُ القول أن آراء وتعليقات المشاركين أكّدت على أن برنامج الجراحة التقويمية التابع لأطباء بلا حدود يؤمّن فعلاً بيئةً تسمح بتعافي المرضى المتضررين بالحرب. كما أن العلاقات الشخصية التي يبنونها وتجمعهم بطاقم المستشفى وزملائهم من المرضى الآخرين تدعم تعافيهم من جروحهم الجسدية والنفسية. إذ نجد كيف يساعد المرضى بعضهم بعضاً وكيف يجمعهم إحساسٌ بالتعاضد لا يخفى على أحد. كما أن توقعاتهم من برنامج أطباء بلا حدود غالباً ما تتحقق، علماً أن تدبير الألم بشكل كافٍ هو أحد هذه التوقعات. مع هذا فإن المرضى لا يشعرون في الغالب بأن خطتهم العلاجية تشمل أولوياتهم بما يكفي، وقد بدا هذا جلياً في حديثهم عن التحديات التي يواجهونها بعد تخريجهم من المستشفى. فقد أعرب العديد منهم عن مخاوفه بشأن عدم شفافية التواصل وقالوا لي بأنهم لمسوا صرامةً في تطبيق الإجراءات المؤسسية التي شعروا أحياناً بأنها تقوض من رعايتهم الطبية.

ملاحظات

1 لا بد من الإشارة إلى أن الدراسة لم تشمل مشاركين من اليمن نظراً للعراقيل الأمنية. وإذا ما أخذنا في الحسبان وجهات نظر طاقم المستشفى السلبية تجاه المرضى اليمنيين، فإن آراءهم بشأن التمييز ربما كانت مختلفة بشكل كبير عن آراء السوريين والعراقيين.

2 بقي جميع الأشخاص الذين قابلتهم في برنامج الجراحة التقويمية إلى حين تخريجهم بعد أن "تحققت الفائدة القصوى".

3 مصطلح "التذمر" مصطلح واسع الاستخدام في المستشفى ويشير إلى المرضى الذين يتصرفون بخلاف السلوكيات المتعارف عليها والمتوقعة منهم، كأن يطرحوا أسئلة كثيرة على سبيل المثال.

4 المرضى الذين يتسببون بـ"تهديدات لسلامة" المستشفى يُطردون من البرنامج. لكن لا يوجد حالياً أي توثيق منهجي لمثل هذه الحالات أو للسياق الذي يؤخذ في إطاره قرار طردهم.

5

آراء المرضى حول جودة الحياة

راودني منذ بداية بحثي سؤالٌ أساسيّ يقول: ما الذي آلت إليه اليوم حياة المرضى الذي تلقوا العلاج في مستشفى أطباء بلا حدود؟ علماً أن أفراد طاقم المستشفى ومديروه عبّروا عن بالغ اهتمامهم بالتواصل مع المرضى وسماع أخبارهم بشأن كلّ أمور حياتهم بعد مغادرة المستشفى. كما رأيت أن بعضاً من أهمّ جوانب المشروع لا تتكشّف إلا بعد أن يعود المرضى إلى ديارهم ويبدؤوا حياتهم مجدداً خارج جدران المستشفى الذي كان يحميهم ويقيّدهم في الآن ذاته. وسأعرض لكم في هذا الفصل بعضاً من آراء وأفكار المرضى التي جمعتها في معظمها بعد سنتين أو ثلاث سنوات من خروجهم من المستشفى.

ضحايا الحرب ومعنى جودة الحياة

عندما نتعرّف على تفاصيل الحياة اليومية للمشاركين نجد بأنّ مفهوم جودة الحياة يحملُ أهميّةً قصوى، علماً أنه مفهومٌ يستخدمه الكثير من القائمين على توفير الرعاية الصحية لذوي الإعاقة كونه مقياساً لنجاح برامجهم التي تركّز على عافية ورفاه المريض الكلّية، جسدياً ونفسياً واجتماعياً. (NDS، 2012). لكن بما أن أطباء بلا حدود تسعى إلى تبنّي مقاربةٍ تركّزُ على المريض في إطار إستراتيجية عملياتها العامة، وبما أن جودة حياة المرضى تمثل النتيجة النهائية للبرنامج، فقد منحني هذا حافزاً إضافيّاً دفعني إلى دراسة مفهوم جودة الحياة وتحديداً من منظور المرضى. فكان لا بد من فهم وجهة نظر المرضى رغم كلّ التحديات التي تعترض ذلك. إذ ثمة أكثر من أربعين تعريفاً و800 أداةٍ معتمدةٍ في مجال صحة وحقوق ذوي الإعاقة هدفُها وصف هذه الفكرة المعقدة.

كما تشير المؤلفات في هذا المجال إلى ما يُعرَف بمصطلح "مُفارقة الإعاقة" التي تحدث عندما يصف ذوو الإعاقات الشديدة أو الدائمة جودة حياتهم بالممتازة رغم أن كثيراً من المراقبين الخارجيين يظنّون بأنّ هؤلاء الأشخاص يرون وجودهم في هذه الحياة على أنه "وجودٌ غير مرغوب فيه" (ألبريشت وديفليغر، 1999). أما إذا ما نظرنا إلى سياق حياة المشاركين سنجد بأن جودة حياتهم تبدو أكثر تناقضاً لا سيما وأن معظمهم من ضحايا العنف ولديهم إعاقات ويعيشون في سياقاتٍ مرتبطةٍ بالحرب، سواءٌ أكانوا لاجئين (في الأردن) أم كانوا يعيشون في العراق. لكن هذه المفاهيم الضمنية تجعلنا لا نفهم بوضوح العناصر التي يرى فيها المشاركون أهميةً قصوى يعتمد عليها رفاهُهُم. لذا قرّرت التركيز على التعريف الذي يصيغه المرضى بلسانهم لوصف جودة الحياة، ثم الانطلاق من هذا للتعمّقِ في آرائهم بما آلت إليه حياتهم اليوم.

ووجدت بأن الكثير من المشاركين السوريين يربطون جودة حياتهم اليوم بحياتهم السابقة في سوريا قبل الأزمة، إذ كانوا يركّزون على قوة الروابط الأسرية والاجتماعية والاستقرار المالي، وكان حديثُهم يَنُمُّ عن حنينٍ لا يخفى على السامع، كما قال أحدهم: "كانت حياتنا ممتازة من كلّ النواحي، فلم تكن تواجهنا أيّة مصاعب وكانت الحياة جميلة، لا سوء فيها. كنت أعيش بسعادةٍ وكانت الحياة جميلة هناك. كنّا نعيش في نعمةٍ لا

يعلم بها إلا الله. بالمناسبة، كنا نقول [قبل اللجوء إلى الأردن]: 'ليكن الله في عون أهل الأدرن' [لأنهم يواجهون المصاعب]'؛ وقال آخر: "كانت حياتي على مستوى عالٍ، ولم يكن ينقصني شيء". وكثيراً ما كانوا يقارنون حياتهم السابقة بوضعهم الراهن ويتطرقون إلى مسألة غياب الأمن الاجتماعي والمالي، كما شرح أحدهم: "يتعالون علينا في الأردن، ولسنا مستقرين مالياً، كما أننا لا نعلم ما يخبئه لنا الغد". بيد أن هذا الكلام جاء مخالفاً لما قاله المشاركون العراقيون الذين كانوا أقلّ حنيناً إلى حياتهم قبل الإصابة وكانوا يردّدون عباراتٍ من قبيل "كانت حياتي عادية".

لكنّني لمست تنوعاً واسعاً في تعريف معنى "الحياة الجيدة"، وغالباً ما كان المشاركون يركّزون على مسائل تتعلق بالصحة، بما فيها الصحة النفسية، مؤكّدين على حدّ تعبيرهم بأن الصحة تمثّل "كل شيء في حياة الإنسان"، كما فسّر لنا أحدهم قائلاً: "أن يكون الجسد سليماً، لا ينقصه طرفٌ أو عضو. فغنى المرء في صحته وسلامة جسده وليس في ماله" (برنامج الجراحة التقويمية 7، سوري). بيد أن المشاركين العراقيين ركّزوا بخلاف السوريين على أهمية الصحّة النفسية أكثر من الصحة الجسدية. كما عدد المشاركون عدداً من العناصر التي تدل برأيهم على الصحّة الجيدة وتشمل غياب الألم والقدرة على تأمين الرعاية. كذلك رأى المشاركون في قبول الشخص لوضعه وقبول المجتمع له مؤشّرَين على صحة المرء ورفاهه لا يقلّان أهميةً عن بعضهما. إذ كان ضعف قبول المجتمع للفرد يؤدّي إلى إحساسه بالمعاناة، ولم أتفاجأ حين كان المشاركون يعتبرونه عنصراً مهماً في جودة حياتهم.

لكنّ مفهوم جودة الحياة لم يكن يقتصر على مسائل الصحة والإصابة والإعاقة. فقد ركز المشاركون الذكور من كلا البلدين أيضاً على مفهوم "الاستقرار" الذي كانوا يربطونه جزئياً بالعمل والأمن المالي. كما وردت على لسان المشاركين جوانبُ أخرى ركزّوا فيها على قدرة المرء على تأمين الاحتياجات الأساسية من طعامٍ ومسكنٍ ورعايةٍ صحية وملبسٍ وتعليمٍ للأطفال، إلى جانب حيازة الوثائق القانونية الضرورية. وكان مفهوم الاستقرار يرتبط أيضاً بـ"استقرار الحياة الأسرية" (أي أن يكون المرء متزوجاً ويعيش مع أفراد أسرته وأن يكون أفراد الأسرة بصحةٍ جيدة وعلى قيد الحياة)، علاوة على قدرة المرء على أداء الواجبات الأسرية (تأمين الاحتياجات الأساسية للأسرة وتربية الأطفال). وقد وصف أحد المشاركين فهمه لمعنى "الاستقرار" كالآتي: "الاستقرار أهمُّ ما في الحياة: العمل، القدرة على تأمين أساسيات الحياة، الاستقرار في الحياة، كالعمل والزواج والتعليم" (برنامج الجراحة التقويمية 55، عراقيّ). من جهة أخرى فقد ركزت المشاركات من كلا البلدين على أهمية استقلالية الفرد، و"العيش بمجهود فردي" و"عدم تدخل الآخرين في حياة الشخص" أكثر مما ركزّ عليها المشاركون، كما شرحت إحداهنّ قائلة: "الحياة الجيّدة تعني لي عدم الحاجة إلى أي أحد [أي الاستقلالية التامة]" (برنامج الجراحة التقويمية 2، سوريّة).

هذا وقد وردت على لسان المشاركين الذكور والإناث تعريفاتٌ أخرى لجودة الحياة لا ترتبط بالصحة إنّما كانت أكثر مفاهيمية، من قبيل: "الحرية، الحياة بكرامة، الحب، السلام في كل مكان، الحياة في حدّ ذاتها (أن يكون المرء على قيد الحياة)، العيش دون خوف". وفي هذا السياق قال أحد المشاركين: "الحياة الجيدة تعني لي الأمان والأمن والحب وأن يعم السلام في كل مكان وأن تغيب العنصرية، كأن يقال هذا سني أو شيعي أو مسيحي أو مسلم أو أجنبي أو عربي. فالأهم هو السلام والحب والأمان والأمن" (برنامج الجراحة التقويمية

18، سوري)؛ وقال آخر: "أحمَدُ الله أنني على قيد الحياة. فالحياة جيّدة عندما يكون المرء حيّاً" (برنامج الجراحة التقويمية 23، سوري).

كما أكّد المشاركون على أن "الحرية هي الجانب الأهم في حياة الإنسان" (برنامج الجراحة التقويمية 55، عراقي)، وكان هذا المفهوم يتجلّى أحياناً في قدرة المرء على العيش في الوطن (من جانب السوريين)، لكنه يعني أيضاً القدرة على مغادرة هذا الوطن (من جانب العراقيين). كذلك أكّد بعض المشاركين على أهمية أن يكونوا قادرين على ممارسة شعائر دينهم.

أثر علاج أطباء بلا حدود على جودة الحياة

عندما تناقشت مع المشاركين حول مدى تحسّن جودة حياتهم بعد تلقيهم العلاج في مستشفى أطباء بلا حدود اتّضَحَ لي تعدُّدُ أبعاد هذا الأثر. فقد قال عددٌ محدودٌ جداً منهم بأنه لم يستفد إطلاقاً من البرنامج (كان بعضهم محبطاً من الندب الجديدة أو البقع التي فقدت لونها بعد خضوعهم لعمليات جراحيةٍ تجميليةٍ وجراحات على الوجه والفكين، كما كان أحدهم نادماً على بترِ ساقه). غير أن الأغلبية العظمى من المشاركين تطرّقت إلى تحسن الحياة في جوانب متداخلة ترافقت بالتغيرات الجسدية والنفسية والاجتماعية والرمزية التي قاد إليها العلاج. لكن لا بد من بحث هذه التغييرات بالتفصيل والتفكير في نتائج العلاج بجوانبه التي لها أثرٌ بليغٌ على حياة الناس مع أن منظمة أطباء بلا حدود لا تدركها في الوقت الراهن.

كما لمست حماسة المشاركين وهم يتحدّثون عن الفرق الهائل الذي أحدثه العلاج في حياتهم، حيث قال أحدهم على سبيل المثال بأن "[التغير الذي طرأ على حياته بعد العلاج" كان كحال الأعمى الذي أبصر من جديد" (برنامج الجراحة التقويمية 25، سوري)، فيما شرح آخر: "كان الفرق [الذي طرأ على حياتي] كالفرق بين الأرض والسماء" (برنامج الجراحة التقويمية 55، عراقي). يجدر بالذكر أن هذا الإحساس بالراحة كان يرتبط أيضاً بأسرهم، لا سيما وقد خفّ توتّرهم وقلقهم عليهم، كما عبّر أحدهم بقوله: "صارت عائلتي مرتاحةً أكثر اليوم؛ فلم يعد هناك همّ ولم يعودوا قلقين على صحّتي. أمي [التي كانت قلقةً عليّ جداً في السابق] عمرها سبعون عاماً" (برنامج الجراحة التقويمية 45، عراقي). وهذا الكلام يذكّرنا برواية عليّ التي أوردناها في الفصل الثالث، ويشير بوضوحٍ إلى العبء المضاعف الذي يقع على عاتق المرضى في برنامج أطباء بلا حدود: "قلق المرضى على أفراد أسرهم الذين يقلقون بدورهم عليهم". كما اتضحت أهمية الطريقة التي وصل فيها أثر العلاج إلى قلب الأسرة وصار يشمل عافية ورفاه كلّ فردٍ فيها.

وقد رأى بعضُ المشاركين أن العلاج المجانيّ الذي قدمته منظمة أطباء بلا حدود قد "صان استقرار حياتهم". حتّى أولئك الذين كانوا قادرين على تأمين العلاج في مكان آخر (بعض المرضى العراقيين) قالوا بأن سبل عيشهم كانت لتتعرض للخطر لو أنهم اضطروا إلى دفع تكاليف الرعاية بأنفسهم، كما شرح أحدهم قائلاً:

> سافرت من قبل إلى إيران وإيطاليا فكان يسهل عليّ السفر وتأمين التأشيرة [كان المشارك قد سافر كثيراً بداعي العمل]. كنت قادراً من الناحية المادية على السفر لإيجاد العلاج المناسب، لكن قد لا يكون المرضى الآخرون قادرين على السفر مثلي. أريد أيضاً الإشارة إلى نقطةٍ أخرى ألا وهي أن تأمين هذا

العلاج على نفقتي الخاصة يتطلب مبالغ مالية هائلة. وقد غطّت أطباء بلا حدود تكاليف العلاج وأحدثت فرقاً في حياتي. فلو ذهبت إلى مكانٍ آخر لساءت أوضاعي المالية، ولو قرّرت مثلاً دفع تكاليف العلاج على نفقتي لكنت خسرت كل شيء هنا: سيارتي، بيتي. لا أقصد بأنني لم أنفق المال سابقاً [لدفع تكاليف علاجي]، حيث أنني كما أسلفت كنت قد سافرت بحثاً عن العلاج الذي لم يحقق نتائج جيدة. لكن منذ أن دخلت إلى البرنامج [برنامج أطباء بلا حدود] لم أنفق المال على العلاج [بالتالي استطعت الحفاظ على استقرار حياتي]. فهذا البرنامج لم يكلفني أيّة مصاريف، كما أنه فوق هذا حقّق نجاحاً مدهشاً على صعيد النتائج العلاجية، ولهذا فهو برنامجٌ مهمٌّ جداً. (برنامج الجراحة التقويمية 71، عراقي).

هذا وأكّد بعض المرضى كيف أن علاج أطباء بلا حدود "أنقذ حياتهم" بشكلٍ أو بآخر، وأنه لولا هذا العلاج "لفقدت الحياة معناها وما عادت تستحق العناء". وقال أبٌ لأحد المرضى الصغار من ضحايا الحروق بأنه لولا العلاج "لكان انتهى [لكان ميتاً اليوم]" (برنامج الجراحة التقويمية 57، عراقي). في حين رأى أحد المرضى بأنه لولا البرنامج لبُترت ساقه، وقال: "لكان أصابني أمرٌ مروّع [لو لم أتلقّ العلاج]، فبترُ ساقي يعني موتي. أفضّل الموت على أن يبتروا ساقي" (برنامج الجراحة التقويمية 53، عراقي). وكان لمريضٍ عراقيّ آخر رأيٌ مشابه بشأن خطورة العواقب، حيث قال: "لو لم أنَل العلاج الذي تقدمه أطباء بلا حدود لكان أمامي خياران: إما أن يبتروا ساقي أو أن أموت. هذه هي الحقيقة، حيث أن الحلّ الأبسط في مثل هذه الحالات في العراق، إن قرروا إبقاءك على قيد الحياة [بأن يقدموا لك العلاج الأساسي]، يكون ببتر الساق والتخلّص منها، بهذه البساطة" (برنامج الجراحة التقويمية 49، عراقي).

يشار إلى أنّ من كان يعاني من إعاقةٍ في المشي (سورياً كان أم عراقياً) واستعادها بعد العلاج، كان يركّز على مدى تغيّر حياته بفضل ما حدث. فقد روى الكثير من المشاركين كيف أنهم كانوا طريحي الفراش وحبيسي كراسيهم المتنقلة، غير قادرين على الخروج من البيت قبل قدومهم إلى المستشفى. وكان العديد منهم يعتمد كلياً على من يرعاه ويهتمّ بنظافته وبغيرها من احتياجاته الأساسية كاستخدام المرحاض والاستحمام وتمشيط الشعر وإحضار الماء والطعام. كما كان الإحساس باستعادة السيطرة على الحياة مترافقاً بالاستقلالية التي اكتسبها المرء حديثاً. وقد وصف أحدهم الراحة التي انتابته عندما استعاد استقلاليته الأساسية، فقال: "لم أكن أستطيع أن أسير أو أخطو على الأرض أو أثني ساقي. لكنني حمداً لله أستطيع اليوم أن أسير وأثني ساقي، ولا أزال أعيش حياتي وأؤدي نشاطاتي اليومية كأن أستحمّ وأحلق ذقني. يمكنني أن أفعل أشياء كثيرة، الحمد لله" (برنامج الجراحة التقويمية 69، عراقي). بالمثل أعرب آخر عن امتنانه بأن استعاد استقلاليته، فقال: "الحمد لله، يمكنني اليوم أن أدخل إلى الحمام وأخرج منه بمفردي" (برنامج الجراحة التقويمية 6، سوري). كما شرحت إحدى المشاركات كيف أنها كانت لفترة طويلة تعتمد على الآخرين، وقالت بنبرةٍ تنمُّ عن الأسى:

لم أفعل شيئاً لمدة سنة ونصف. كنت مستلقيةً في فراشي وكانت يداي ملفوفتين. كانوا [أهلي] يأخذونني إلى الحمام ويطعمونني ويساعدونني في شرب الماء. لم يكن في وسعي ارتداء ملابسي حتى. هل تعرفين ملابس الصلاة [وهي ملابس مريحة يرتديها الناس وقت الصلاة]؟ لم أكن أستطيع أن أرتدي

البنطال أو الحجاب أو أي شيء آخر طيلة ثلاث سنوات، باستثناء ملابس الصلاة. كانوا يلبسونني إياها ويتركونني أمشي وأتنقل كالعجائز [في ذلك الرداء]. (برنامج الجراحة التقويمية 21، سوريّة)

وكان ثلث المشاركين، لا سيما الذكور الذين تحسنت قدرتهم على السير، يقولون بأنهم أمنوا عملاً بعد إتمام علاجهم في مستشفى أطباء بلا حدود، مؤكّدين أنه لولاه لما تحقق ذلك، كما شرح أحدهم: "كان طرفي السفلي مستقيماً [في وضعية مثبتة] ولهذا لم أكن قادراً على العمل. لم أكن أستطيع أن أفعل أي شيء، إذ لم أكن أستطيع أن أثنيها وأحمل الأثقال" (برنامج الجراحة التقويمية 5، سوري). كذلك فقد كانت ممارستهم لمهنتم أمراً مهماً برأيهم وما كان ليتحقق لولا تحسّنهم جسدياً، كما قال أحدهم: "مهنتي في الأساس الصيدلة، لكنّها تتطلّبُ كما تعلمين الوقوف والتحرّك لساعات طويلة، لذا فإن [عدم العلاج] كان ليؤثر فيها دون شك" (برنامج الجراحة التقويمية 67، عراقي). أكّد على أهمية هذا الأمر أيضاً السوريون الذين باتوا قدرين على مزاولة مهنهم التي كانوا يزاولونها سابقاً في سوريا. فقد كانوا يريدون أن تكون "الحياة كما كانت قبل الحرب"، كما قال أحدهم: "كنت أعاني جداً من الألم قبل أن أذهب إلى مستشفى أطباء بلا حدود. فلم أكن أستطيع أن أحمل شيئاً. لم أكن أستطيع أن أحمل أشياء ثقيلة. ولم أكن مرتاحاً. لكن حياتي صارت طبيعيةً بعد ذهابي إلى هناك وخضوعي للجراحة. لم أكن أستطيع العمل سابقاً، ولم أكن أقدر على مزاولة مهنتي [الحدادة]. لكنني أستطيع العمل اليوم بعد أن خضعت للجراحة" (برنامج الجراحة التقويمية 9، سوري). وشرح مشاركٌ سوريّ آخر كيف استعاد إحساسه بـ"الحياة الطبيعية" فقال: "ثمة أمور كثيرة [أستطيع فعلها اليوم]. لم أكن أستطيع حتى أن أتوازن في السابق. يمكنني أن أفعل كل شيء. أستطيع قيادة سيارة، وحمل الأبواب والنوافذ، والعمل. لقد عدت للحياة الطبيعية وكأنني [لا أزال] في سوريا. أستطيع أن أفعل أي شيء" (برنامج الجراحة التقويمية 7، سوري). وبالفعل فقد ترافقت عمليات إعادة بناء أجسادهم بإعادةِ بناء ما كانوا يسمونه "حياة طبيعية".

كما رأى المشاركون في أن إزالة ما يدل بوضوح على الإصابة -كأجهزة التثبيت الخارجية- يمثل خطوةً تعزّز فرص توظيفهم، كما يقول أحدهم: "لن يلاحظ أحدٌ الآن بأنني مصاب" (برنامج الجراحة التقويمية 33، سوري). كذلك أفاد المرضى الذين خضعوا لعملياتٍ تجميلية أو عمليات على الوجه والفكين حقّقت لهم تحسناً من ناحية المظهر كيف أن هذا التحسن قد عزز أيضاً فرصهم في تحصيل عمل، علماً أن بعض مَن لم يجد عملاً عزا ذلك إلى شدّة إصابته أو السياق الاجتماعي السياسي الذي يعيش فيه، كما شرح أحدهم قائلاً: "ليست هناك فرص عملٍ سواء أكنت على عكازات أم لم أكن. فوضعنا الاقتصادي ينهار أكثر فأكثر [في العراق، وخاصةً في الأنبار]" (برنامج الجراحة التقويمية 64، عراقي). في السياق ذاته نجحت بعض المشاركات في مواصلة مهنِهِنّ التي كنّ قد بدأنها قبل العلاج، فقد كانت اثنتان منهن مثلاً تعملان في صالون للتجميل. كما تمكّن بعضهنّ ممّن كنّ مسؤولات عن الأعمال المنزلية من تحسين أدائهن في واجبات المنزل وبالتالي تلبية احتياجات الأسرة وواجباتهن الاجتماعية، وهي أمورٌ مهمةٌ جداً تمنحهنّ برأيهنّ إحساساً بوجود هدفٍ في حياتِهِنّ. كذلك أشار بعض المشاركين الشباب إلى أنهم تمكنوا من متابعة تعليمهم بعد العلاج، وهو ما يرونه خطوةً صعبةً لا سيما وأنهم قضوا سنوات طويلة بعيداً عن مقاعد الدراسة بعد تعرضهم للإصابة.

أما المرضى الذين كانوا يعانون من مشاكل في الوجه والفكين فقد كانوا يرون في استعادتهم لقدرتهم على مضغ الطعام نقلةً ثوريّةً، كما قال أحدهم:

هذه القصة التي أرويها لك [عن وضعي] لن تستغرق سوى دقائق، لكنها أخذت سنواتٍ من عمري. من أبسط الأمثلة [على حياتي الجديدة] أنني بدأت أتعافى بالتدريج وصرت أستطيع تناول الطعام. بدأت أتناول ما يتناوله الأطفال من أطعمةٍ طريّة وسوائل، أيّ كل ما لا يتطلب المضغ، إذ لم تكن لدي أسنان. لكن لا طعام ولا شطائر. كنت أحزن حين أرى أحدهم يأكل شطيرة. كنت أتألم نفسياً حين أرى أحدهم يأكل ويمضغ طعامه. وكنت أحلم لو أنني أستطيع تناول المكسرات مرة أخرى، فقد كنت أعشقها، أو أن أستطيع أن أقضم وآكل التفاح. (برنامج الجراحة التقويمية 71، عراقي).

هذا ولم تقتصر إفادات المشاركين على التحسن الجسدي الذي تحقق، بل ذكروا أيضاً إحساسهم العارم بالارتياح النفسي، سوريين كانوا أم عراقيين. وقد تواردت على مسامعي تعابير ومصطلحات متشابهة تصف الأثر الكبير الذي تحقق، ومنها على سبيل المثال الشعور بـ"سعادة أكبر" أو أنهم صاروا "أقل خوفاً وغضباً من الحياة" وأكثر "تفاؤلاً وأملاً"، علاوةً على "الشعور بالارتياح". وقد لخصت إحداهن شعورها فقالت "[الإصابة] همٌّ وزال" (برنامج الجراحة التقويمية 38، سوريّة). كما تواردت كثيراً عبارة "تغير المزاج" لتصف ما يشعر به المشاركون من تحسّنٍ على الصعيد العاطفي، علماً أن أسباب هذا التحسن متنوعة. بدايةً، هناك الارتياح العاطفي الذي يخالج المريض في مستشفى عمّان نظراً لما يلحظه من تقدّم في العلاج وتحسّن جسدي، وفي هذا السياق قال أحدهم: "كنت أرى جسدي يتحسن بعد كل عملية جراحية". كما عاش بعضهم هذه الظاهرة بعد أن كانوا قد استسلموا وفقدوا الأمل من أطرافهم. فكان إحساسهم بالارتياح عميقاً لا سيما من كان منهم يعلم أنه معرض لخطر بتر ساقه أو يده ثم نجا من البتر بفضل برنامج الجراحة التقويمية. وقد أدى تحسنهم الجسدي إلى زوال شعورهم بالخوف من الإصابة بالإعاقة في المستقبل، كما شرح أحدهم: "أرى أحياناً أشخاصاً من ذوي الإعاقة على التلفزيون وقد تلفت أذرعهم أو أرجلهم تلفاً تاماً فأتساءل: لولا أنني ذهبت إلى عمان لكنت ربما واحداً منهم - شخصاً معاقاً" (برنامج الجراحة التقويمية 51، عراقي).

أما السبب الثاني الذي أدى إلى شعور المرضى بارتياحٍ نفسي فقد كان انخفاض شدة الألم التي كانت في أغلب الأحيان مصدر معاناة يومي وتؤدي إلى نومٍ متقطع. وقد وصف أحد المشاركين شدة ألمه فقال: "كانت تلك أوقاتاً عصيبة عليّ [قبل العلاج في عمّان]، حتى أنني طلبت منهم أن يعطوني سكيناً كي أقطع ذراعي بسبب الألم" (برنامج الجراحة التقويمية 59، عراقي).

وكان السبب الثالث للارتياح العاطفي يرتبط بإحساس جديدٍ بالأمن ينتاب المرء. فقد ذكر المشاركون السوريون على سبيل المثال كيف أنهم استقروا أخيراً في سكنهم في مستشفى أطباء بلا حدود، وهو ما كانوا محرومين منه منذ دخولهم الأردن إلى حين دخولهم برنامج الجراحة التقويمية. في حين كان العراقيون ينظرون إلى الإحساس بالأمن على أنه إحساسٌ يكتسبه المرء ببساطة بمجرد الخروج من التوترات التي تشهدها العراق. كما كان بعضهم يرى أن الإحساس بانعدام الأمن ينبع من الصدمة المرتبطة بالإصابة، تلك الصدمة التي طاردتهم لسنواتٍ طويلة. وقد وصف أحدهم الأمر، وهو سجين سياسي سابق، فقال: "تغير مزاجي [فقد تعافيت نفسياً] عندما سافرت خارج العراق، إذ كانت تلك أول مرّةٍ أغادر فيها العراق [منذ سجني]" (برنامج الجراحة التقويمية 46، عراقي). وقال آخر: "شعرت بحالٍ أفضل في عمّان. فقد كان الوضع في العراق كما تعلمين مريعاً: كانت التفجيرات تعمّ كل مكان وكان انعدام الأمن يتفاقم، لذا فقد شعرت

بالراحة في عمان وكان كل شيء فيها أفضل. أحسست بالأمان وصار مزاجي أفضل" (برنامج الجراحة التقويمية 53، عراقي). لكن أغلبهم كان يرى أيضاً بأن تلك الراحة النفسية كانت مؤقتة ليس إلا وكانت تزول فور عودتهم إلى العراق، كما شرح أحدهم: "صدّقيني، فقد تغير مزاجي وكنت أشعر بحالٍ أفضل عندما كنت في عمان. وحين عدت [إلى العراق] ظللت أشعر بحالٍ جيدة لفترة من الزمن، ثم ساء [وضعي النفسي] لاحقاً وصرت اليوم في حالٍ سيئة للغاية. إذ يندر أن أشعر بالهدوء. هل لاحظت غضبي حين أتيت [لمقابلتك]" (برنامج الجراحة التقويمية 46، عراقي).

وغالباً ما يرى طاقم مستشفى أطباء بلا حدود بأن الإقامة المطولة في المستشفى تؤثر سلباً على المريض (في ظل غياب أهلهم وتوقفهم عن العمل). لكن يبدو أن الوقت الذي يقضيه المرضى في البرنامج بعيداً عن توترات الحياة اليومية الشديدة يلعب دوراً حاسماً في تعافيهم نفسياً. ويشير كوبياك (2005) إلى أن التوترات اليومية المزمنة قد تقلّص تدريجياً قدرة الناس على التكيف بفاعلية مع الأحداث المؤلمة وبالتالي تزيد من احتمال تعرضهم لأعراض اضطراب ما بعد الصدمة. وثمة ما يدلّ على تعدّد جوانب عملية تعافيهم وعلى أن البرنامج العلاجي الطويل في مستشفى الجراحة التقويمية أدى دوراً لا غنى عنه في نقاهتهم وحقّق آثاراً إيجابية طويلة الأمد على صحتهم النفسية.

وقد أشار بعضهم أيضاً إلى ارتباط تحسن وضعهم النفسي ارتباطاً مباشراً بغنى حياتهم الاجتماعية (سوريين وعراقيين)، ولا سيما مَن زادت قدرته على الحركة أو حظي بتحسّنٍ من الناحية الجمالية. فقد أدى اعتماد بعضهم على الآخرين اعتماداً تاماً إلى إثقال كاهلهم على الصعيد النفسي، مما قاد معظمهم إلى عزلةٍ اجتماعية. بيد أن هذا العبء زال أكثرُهُ بعد العلاج. وقد وصف والد إحدى المريضات (برنامج الجراحة التقويمية 32، سورية) الوضع فقال: لم تكن قبل إجراء العملية قادرة على الذهاب إلى الحمام أو حتى مجرد النهوض بمفردها دون مساعدتنا. لكنها بعد أن خضعت للجراحة صارت تمشي بمفردها وباتت قادرةً على ثني ساقها والسير بمفردها في الشارع، وقد أسعدها هذا كل السعادة". أفاد أيضاً بعض المشاركين بأن فرص زواجهم قد تحسنت بعد أن أتموا العلاج. إذ أكّد أحدهم أن فرصه في الزواج لم تتحسّن لمجرد تحسن إصابة ذراعه وساقه، بل ساعده في هذا أيضاً تحسن وضعه النفسي، كما قال: "لدي بصراحة إعاقة في ذراعي وساقي وأعاني من ضعفٍ في البصر، لكنني أمارس حياتي بشكل طبيعي، ولدي أسرة. فقد تزوجت وعندي طفلة. عالجوا [أطباء بلا حدود] ذراعي، وعالجوا ساقي. وصرت قادراً على الزواج الذي ما كان ممكناً لولا العلاج. حتى وضعي النفسي لم يكن يسمح لي بالزواج سابقاً" (برنامج الجراحة التقويمية 20، سوري).

كما تحدّث مَن تحسّن مظهره عن فرصٍ اجتماعيةٍ جديدة، حيث أشار أحد المشاركين الشباب إلى العزلة الاجتماعية التامة التي كان يعيشها قبل أن يخضع لعملية تجميلية على وجهه، فقال: "تغيرت حياتي كلياً من حيث العلاج والوضع النفسي بعد أن وصلت إلى عمان. تغيّرت حياتي بعد أن كنت حبيس غرفتي أربعاً وعشرين ساعة، لكنني صرت اليوم قادراً على الخروج منها" (برنامج الجراحة التقويمية 43، عراقي). ويبدو أن التحسن الشكلي على أجزاء أخرى من الجسم غير الوجه كان له أيضاً أثرٌ إيجابيّ على المشاركين. فقد شرح لنا آخر مدى "خجله" حين كان يصافح الناس بسبب إصبعه الصغير الذي كان مثبتاً في وضعية انثناء. كما قال بعضهم أن توقف الناس عن سؤالهم عن إصابتهم طيلة الوقت قد أسهم في تحسّن علاقاتهم الاجتماعية إلى حدٍّ بعيد.

هذا وأشار المشاركون إلى أن تحسّن مظهرهم قد عزّز إحساسهم بالكرامة. فوصف أحدهم كيف أن "الشاي كان ينسال" من فمه بسبب تشوهه، وكان ذلك يجعله يشعر "بالخجل أمام الناس". لكنّه عبّر عن ارتياحه حين نجحت الجراحة في حلّ هذه المشكلة. كان هناك مشارك آخر يخجل حين "ينسال اللعاب من فمه وهو يتحدث". وقال: "الفرق أنني صرت اليوم أحظى بالاحترام وصار لكلامي قيمة، حيث بدأ الناس يستمعون إليّ أخيراً". "الكلام بوضوح" كان أيضاً عاملاً حاسماً بالنسبة لأحد المشاركين الذي نجح في الحفاظ على حياته المهنية طيلة فترة علاجه التي امتدت لسنوات، حيث قال: "لم أكن أستطيع نطق الأحرف بوضوح دون أسنان، وكان يصعب على الناس فهم كلامي. أما من حيث المظهر، فقد كان شكلي مريعاً قبل إصلاح فكي وأسناني. وكان هذا أمراً مهماً جداً لا سيما وأن عملي يتطلب مقابلة الناس والحديث إلى أشخاص جدد [وترك انطباعات إيجابية]" (برنامج الجراحة التقويمية 71، عراقي).

كانت هناك لفتاتٌ أقلّ وضوحاً بدرت عن أطباء بلا حدود وعزّزت من إحساس المرضى بكرامتهم. إذ كانت المنظمة تقدم مثلاً مصروفاً يومياً يساعد المرضى السوريين على زيارة أهلهم في الأردن في الفترات التي تفصل بين العلاج، لكن كان لذلك المبلغ أيضاً قيمةٌ رمزيّة مهمة. كانت أسرة أحد المرضى تعتمدُ مادياً بشكل تام على الأقرباء، وقد أحس ذلك المريض بفرقٍ هائلٍ حين "صار قادراً أخيراً على تدبّر أموره المادية" كما قال: "تغير كل شيء. كنت مستاءً من الحياة في السابق. فلم أكن أملك المال ولا أيّ شيء آخر. كان إخوتها [إخوة زوجتي] يدفعون أجرة منزلنا. وحين أعطتني أطباء بلا حدود خمسة دنانير أردنية، صرت قادراً على تدبر أموري على الأقل. كنت غاضباً جداً في السابق. لكنني استرجعت روحي بفضل السعادة التي حلّت علي عندما ذهبت إلى مستشفى المواساة" (برنامج الجراحة التقويمية 19، سوري).

كانت هناك معانٍ رمزية أخرى مرتبطة بالعلاج في مستشفى أطباء بلا حدود، ومنها مثلاً ترسخ القيم الإسلامية بين المشاركين الذين كانوا قد فقدوا ثقتهم لأن حياة الإنسان لم تكن تحظى بالرعاية في العراق. وهنا قال أحدهم:

> "[العلاج الجيد في برنامج الجراحة التقويمية] يهمني بالتأكيد كوني مسلماً. لأن القرآن يقول: 'الدين معاملة'. فالمعاملة الحسنة هي أفضل ما في الحياة، ولهذا تجد كلّ مسلم يحبّها ويتمناها. أهل البلدان الغربية مسيحيون ويهود ولا مسلمين فيهم، لكنهم يعاملون بعضهم باحترام ويحكمون بالعدل. إلا أننا جميعنا هنا [في العراق] نحلم بالعدل. فكيف تسألينني عن سبب أهمية هذا بالنسبة لي؟ طبعاً هذا مهم بالنسبة لي ولكل مسلم". (برنامج الجراحة التقويمية 46، عراقي)

عبّر مشاركٌ آخر عن شعوره بإحساسٍ جديد بالوفاء، فقال: "[تعلمت] الوفاء للمرضى الموجودين معي والوفاء لطاقم المستشفى" (برنامج الجراحة التقويمية 46، عراقي).

وهكذا يبدو أن مفهوم جودة الحياة يمثّل أداةً مفيدةً لتقييم أثر البرنامج، لاسيما وأن فهم معناها بالنسبة لكل مريض يعدّ عنصراً أساسياً لبناء مقاربة فردية في الرعاية. وإذا ما نظرنا إلى تعريفات المشاركين لمفهوم جودة الحياة نجد بأن برنامج أطباء بلا حدود يتعاطى حالياً مع جوانب عدّة من هذا المفهوم، وذلك إما بتحسين صحة المرضى الجسدية والعاطفية والنفسية بشكل مباشر ودعم استقلاليتهم، أو لأنه يقدم لهم بشكل غير مباشر فرصاً على صعيد العمل والزواج والحياة الاجتماعية من حيث أنه يدعم إحساسهم العام بالاستقرار. لكن ثمة جوانب أقلّ وضوحاً كالإحساس بالأمان والكرامة والمتعة (استعادة القدرة على تناول

الطعام مثلاً) وكذلك استعادة إحساس الشخص بأنه "طبيعي"، وكلها جوانب يتصدّى لها البرنامج. غير أن برنامج الجراحة التقويمية لا يعتبر في سياق عمليات أطباء بلا حدود "برنامجاً ينقذ حياة الناس" مع أن للمرضى رأياً مخالفاً. فقد ذكروا لي إحساسهم بأن "حياتهم قد أُنقذت". كما أن بعضاً منهم عبر عن إحساسه بالحرية و"الحب والسلام في كل مكان" و"حياة بلا خوف"، وكلها عناصر تقوم عليها جودة الحياة وتهم من تضرّر بالحرب.

آليات متنوعة للتكيّف

بحثنا حتى الآن في كيفية تأثير العلاج الذي يقدمه برنامج الجراحة التقويمية على مختلف جوانب حياة المشاركين الشخصية والمهنية والاجتماعية. غير أن التحسن الذي طرأ على جودة حياتهم كان يعتمد بشكلٍ كبيرٍ على قدرتهم الفردية في التكيف مع التغيير. وقد أبلغ المشاركون عن عددٍ من الآليات التي اعتمدوا عليها أملاً في أن يمنحوا وجودهم في هذه الحياة معنى ويكتسبوا منظوراً جديداً. وقد اتبعوا في شرحهم أسلوباً مشابهاً لأسلوب صياغتهم روايات الحرب، حيث استغلوا مشاهداتهم وتفسيراتهم استغلالاً إستراتيجياً وحملوا تجاربهم معانٍ مختلفة. ولنتعرف الآن على بعضٍ من هذه الآليات.

رؤية بؤس الآخرين...

فوجئت حين كشف لي المشاركون بأن أشيع آليات التكيف[1] تقوم على مراقبة من هم في حال أسوأ، كما قال أحدهم: "حين ترى بؤس الآخرين تدرك بأن بؤسك لا يعد شيئاً مقارنة بهم" (برنامج الجراحة التقويمية 8، سوري). حتى أصحاب الإصابات الشديدة تجدهم وقد حافظوا على تلك المقاربة، كما قالت امرأة سورية أصيبت بحروق في أجزاء واسعة من وجهها وجسمها: "لا زلت أملك جلداً، وهذا أمرٌ حسن. ليس الأمر سيئاً جداً. عندي صورة امرأة فلسطينية (من ضحايا الحروق). وحين أنظر إليها أحمد الله [على وضعي]. إنها امرأة فلسطينية ظهرت في الأخبار. وحين أقارن نفسي بها أكتسب دافعاً أكبر [في الحياة]" (برنامج الجراحة التقويمية 15، سورية).

قال مشاركٌ آخر كان قد فقد عينه وبترت ذراعه إثر تفجيرٍ أصيب فيه في العراق:

> كنت أراقب جرحى آخرين [في المستشفى] فأدركت أنني لم أكن استثناءً بين باقي الناس وأنني لست الوحيد المصاب. لذا شعرت بالرضا [بفضل هذا الإدراك] وقبلت قدري. لاحظت أيضاً أن الكثير من المرضى كانوا قد فقدوا ساقاً أو كلا الساقين، كما كان بعض الأطفال الصغار يعانون من حروقٍ في كامل وجهم. أعلم أنني فقدت عيني، لكنني في وضعٍ أفضل لأنني لم أفقد تقاسيم وجهي. كما أنني فقدت يدي. لكن إن كان ذلك يخجلني فبإمكاني إخفاؤها في جيبي [إن لم أكن أريد أن يراها أحد] كما يمكنني أن أغطي عيني [بالنظارات] [كان المشارك يرتدي نظارات طيلة فترة المقابلة]. لكن كيف لهذه الطفلة المسكينة أن تغطي وجهها؟ (برنامج الجراحة التقويمية 61، عراقي)

مواساة من الدين

"قُل لَّن يُصِيبَنَا إِلَّا مَا كَتَبَ اللَّهُ لَنَا هُوَ مَوْلَانَا" (سورة التوبة، الآية 51، القرآن الكريم). كانت هذه الآية القرآنية محاطةً بإطار ومعلقة على جدار غرفة معيشة أحد المشاركين. فقد كانت المعتقدات الدينية مصدراً للقوة والإلهام، حيث عبر أحد المشاركين عن هذا بقوله: "لا حول ولا قوة إلا بالله" (برنامج الجراحة التقويمية 5، سوري). وفيما يلي حديث شريف اقتبسه عددٌ من المشاركين عند حديثهم عن دور الدين في طمأنتهم: "من أصبح منكم آمناً في سِربه، معافىً في جسده، عنده قوتُ يومِه فكأنما حِيزَت له الدنيا بحذافيرها".

لمست أيضاً درجة كبيرة من القبول والهدوء بين أصحاب النظرة القدرية، كما قال أحدهم: "كانت مشيئة الله. كان ذلك قدرنا وعلينا متابعة حياتنا". كذلك رأى بعضهم أن ما حدث له كان "درساً من الله يختبره فيه"، كما شرح أحدهم قائلاً: "الحمد لله، إنه امتحان من الله. إنها مشيئته" (برنامج الجراحة التقويمية 6، سوري). وكان لمشارك آخر نظرةٌ إيجابية استلهمها من الدين، حيث قال: "أؤمن بأن ما جرى رسالةٌ من الله، وقد تغير كلّ شيء بعد ذلك. فهو لم يرد لي أن أموت. كنت طائشاً قبل إصابتي، إلى حدٍّ بعيد. لم أكن مؤمناً ولم أكن أصلي. لكن ما جرى درسٌ من الله، وقد تغيرت [إلى الأفضل] بعد الحادثة" (برنامج الجراحة التقويمية 61، عراقي).

نظرةٌ إيجابية إلى الحياة

كشف الكثير من المشاركين عن نظرةٍ إيجابية إلى الحياة وأبدوا درجةً كبيرةً من المرونة الذاتية والثقة بالنفس عند حديثهم عن التكيف. وصوّر أحدهم حياته التي عاشها معتمداً على موارد محدودة بأنها ببساطة جزءٌ من الظرف الإنساني العام، حيث قال: "لم تكن حياة الناس تختلف عن حياتنا في قديم الزمان، حيث لم تكن تتوفر لديهم لا مياه ولا كهرباء. وهذا يعني أن بمقدور المرء أن يتأقلم" (برنامج الجراحة التقويمية 13، سوري). كما بدا بعضهم راضين وقنوعين وشرحوا كيف أنهم وضعوا حداً بين ماضيهم وحاضرهم، كما أخبرني أحدهم قائلاً: "لقد تغيرت الحياة. فالمرء يعيش في أمن حين يغادر سوريا، حيث لا قنابل ولا أخطار أخرى. نعيش هنا، ونعمل هنا. وقد نسينا كلّ ما مررنا به. لكن ما جرى في الماضي سيبقى ذكرى" (برنامج الجراحة التقويمية 9، سوري).

كذلك أكّد المشاركون على أهمية الأمل كونه المفهوم الذي دعمهم في مواصلة حياتهم، كما قال أحدهم: "الأمل. ليس لنا إلا الأمل" (برنامج الجراحة التقويمية 14، سوري)، فيما قال آخر: "دعني أخبرك شيئاً: آمل أننا سنعود إلى سوريا وستعود حياتنا كما كانت. هذا ما يمنحني أملاً في الحياة. فأنا لم أفقد الأمل" (برنامج الجراحة التقويمية 28، سوري).

وكشف البحث بأن التمسك بالحياة كان المصدر الأهم للقوة، كما عبر أحدهم بقوله: "لأننا نريد أن نبقى أحياء. ولا بد أن تستمر الحياة" (برنامج الجراحة التقويمية 25، سوري). كما لمست مستوى كبيراً من القناعة والتفاؤل بين أولئك الذين أوشكوا على الموت. وقد عبر عن هذا شخصٌ كان قد بقي في سباتٍ لفترةٍ طويلة من الزمن، حيث قال: "دائماً ما أحمد الله على إنقاذ حياتي، فقد كانت أعجوبة [أنني نجوت]. حتى حين يأتي الناس لزيارتي تجدهم يقولون 'هذا كإحدى أعاجيب العالم السبعة'، حيث يقصدون أن نجاتي من ذلك

الحادث لم تكن طبيعية وبأنني لا أزال قادراً على رؤية أسرتي وأطفالي. فقد كان ما جرى بالنسبة لي معجزة وأنا أقبلها [بكل تبعاتها]" (برنامج الجراحة التقويمية 54، عراقي).

التركيز على الواجبات الأسرية

لمست بعض الفروقات بين النساء والرجال في أسلوب وصف آليات التكيف ولا سيما عند الحديث عن الواجبات الأسرية. فقد عبّر كل من المشاركين، ذكوراً وإناثاً، عن فكرة "أن الرجل يتحلى بالقوة". فحين سألت أحد المشاركين الذكور عن الطرق التي يتبعها للتكيف، علماً أنه عانى من بترٍ لإحدى قدميه، أجابت زوجته عوضاً عنه وقالت: "هناك أيضاً مسؤولية: البيت والأطفال ومصروفهم. ولا بد أن يكون قوياً، عاطفياً وجسدياً، كي يتحمل مسؤولية الأسرة. صحيحٌ أنه أصيب، لكن هل يبقى في المنزل ويبكي لأنه فقد طرفاً؟ هناك مصاريف ومسؤوليات [لا بد من تلبيتها]. وعليه أن يتحلى بالقوة". المشارك ذاته شرح لنا كيف نجح في التكيّف مع عددٍ من الصعوبات التي واجهته في سوريا، لكن "عقله طار" على حدّ تعبيره حين رأى أسرته تعيش في مخيم للاجئين، وقال: "حين وصلت إلى هنا [الأردن] ورأيت زوجتي وأطفالي يعيشون في خيمة، طار عقلي. كانوا يعيشون في خيمةٍ وكان الجو بارداً [في الشتاء]. كنا نعيش في بيتٍ عادي في السابق، ولم يكونوا معتادين على العيش في خيمة. حتى في ظل الأزمة [في سوريا]، كان الانتقال من بيت إلى آخر أهون" (برنامج الجراحة التقويمية 7، سوري).

وكثيراً ما سمعت رواياتٍ في السياق الثقافي الشرق أوسطي تزعُمُ بأن الرجال لا يعبّرون عن مشاعرهم خوفاً من أن يظهروا بمظهر الضعيف، لكنها روايات جاءت على النقيض تماماً من مشاهداتي للمشاركين الذكور الذين كانوا منفتحين وعلى أتم الاستعداد للتعبير عن مشاعرهم. لكن لا يمكن إنكار أن عدم قدرة الرجال على أداء مهام ربّ الأسرة يفرض على عاتقهم ضغوطاً دون شك، سواء تلك التي يضعونها على أنفسهم أو تلك التي تنبع من المجتمع. وقد ورد على لسانهم أثناء المقابلات كيف أنهم كانوا يُنَقّلون تركيزهم باستمرار بين إصابتهم ومعاناتهم الشخصية من جهة ودورهم كرب للأسرة من جهة أخرى.

لكن منظور الرجال والنساء لإصاباتهم يتغير تماماً في السياق الأسري ولا سيما في إطار دورهم كأب أو أم من واجبهم حماية أطفالهم ورعايتهم والاهتمام برفاههم. وقد قال أحد المشاركين الذكور: "الإنسان قويٌّ بطبعه، ويزداد قوةً حين يكون أطفاله حوله" (برنامج الجراحة التقويمية 36، سوري). كذلك علّقت امرأة سورية مسنّة كانت قد أصيبت في انفجار قذيفة ضربت بئراً يقع خارج منزلها، فقالت: "لم أكن حزينة، حتى حين أصبت. كنت واعية ولم يغمَ علي. حمداً لله. كان أحفادي حولي، فطلبت منهم أن يدخلوا إلى البيت. وفور أن دخلوا أصبت في الانفجار، فقلت أحمد الله على أنه أصابني ولم يصب أحداً سواي من العائلة [لم يصب أحد الأحفاد]" (برنامج الجراحة التقويمية 34، سوريّة).

جوٌّ أسريّ يؤمّن الدعم

لم يكن مفهوم الواجبات الأسرية وحده ما أثر في حياة المشاركين. فقد كان للدعم العملي والعاطفي الذي يقدمه أفراد الأسرة أهميةٌ بالغة أثناء مرحلة إعادة التأهيل وفي المرحلة التي تليها. وحين كنت أراقب تفاعل أفراد الأسرة فيما بينهم لمست دفء العلاقات وحنيّتها.

ويبدو أن قوّة الروابط الأسرية ولا سيما حسن العلاقة الزوجية تمثل آليةً قويةً تسهم في تأمين الحماية النفسية. وقد أشار معظم المشاركين (ذكوراً وإناثاً، سوريين وعراقيين) إلى أن أزواجهم وزوجاتهم كانوا يساندونهم مساندةً عظيمة. وتحدث رجلٌ كانت قد أصيبت زوجته في انفجار فقال: "مكَّننا حُبّنا من أن نمضي قدماً ونكون أقوى حتى. لم نسمح للظروف بأن تفرّقنا ولن نسمح لها بذلك أبداً" (برنامج الجراحة التقويمية 44، عراقي). تحدثت مشاركةٌ أخرى عن علاقتها، فقالت: "لا، لم تؤثر إصابتي في علاقتنا [علاقتي بزوجي]". وأضاف زوجها: "علاقتي بزوجتي... أحبّها، فهي عشقي وأَعَزُّ مَن على قلبي". وتابعت الزوجة: "حتى أنهم أخبروه أن يتزوج بامرأةٍ أخرى حين سافرت للعلاج، لكنه..."، الزوج [مقاطعاً زوجته]: "رفضت ذلك" (برنامج الجراحة التقويمية 41، عراقي).

كذلك لعبت شبكة الأمان العائلية (الوالدان والزوج أو الزوجة والإخوة والأخوات) دوراً محورياً في تأمين الرعاية الجسدية للمرضى وتشجيعهم عاطفياً. أما من كان في المستشفى دون مرافقين -أي محروماً من آلية التكيّف هذه- فقد كان أكثر عرضةً للتأزم بفعل مشاعر الوحدة والاكتئاب التي تكون قوية، كما قالت إحداهن: "كان أصعب ما واجهته أثناء إقامتي في المستشفى عدم وجود أحدٍ بجانبي. لم يكن برفقتي أحدٌ من أفراد عائلتي. كنت وحيدة، فقد كانت أسرتي لا تزال في سوريا. كنت أتحدثت إليهم على الهاتف وهذا ما جعلني أشعر بالاكتئاب. ثم توفي أبي وأمي" (برنامج الجراحة التقويمية 3، سوريّة). أدرك مريضٌ آخر هذه المشاعر حين رأى الدعم الذي يقدمه المراقون لباقي المرضى، فقال لي: "أخرجوني من غرفة العمليات. كان هناك رجلٌ آخر [في الغرفة] وكانت أمه في انتظاره. بدأت تدعو لي وتقول: 'ليشفِيك الله يا بني، وليكن في عونك'، فبدأت أبكي. شعرت بأنني مقطوعٌ من شجرة [أحسست بأنني وحيدٌ تماماً]. لا يمكنني أن أنسى ذلك الشعور وذلك المشهد على الإطلاق" (برنامج الجراحة التقويمية 27، سوري).

تحويل التركيز من الإصابة إلى جوانب أخرى في الحياة

حوّل بعض المشاركين تركيزهم بالكامل من إصاباتهم إلى جوانب أخرى في حياتهم. ومن الأمثلة على ذلك مشارِكةٌ كانت تحاول طيلة المقابلة أن تغير موضوع النقاش إلى وزنها الذي زاد مؤخراً. وكانت تتساءل عن سبب ذلك. فشرحت لنا كيف أنها لم تغير حميتها ولا أسلوب حياتها وظلت تطلب نصائح حول إنقاص الوزن. قالت بأن جسمها يتغير في شكله وأن تعليقات زوجها السلبية كانت "المشكلة الأكبر في حياتها". بدا هذا من منظور مراقبٍ خارجيّ موضوعاً مبالغاً فيه خاصةً وأن أسرتها بمن في ذلك أطفالها الأربعة تعيش حياةً بدوية في خيمة، كما أن ابنها (الأصغر عمره أحد عشر عاماً) كانا يعملان ليؤمنا الطعام للأسرة.

كما كان ثلاثة مشاركين عراقيين ذكور قد حولوا تركيزهم إلى علاقاتهم العاطفية. إذ لم يتوّج حبُّ أيٍّ منهم بالزواج، لكن رغم ذلك فقد بدا عليهم التفاؤل بحياتهم ولم يظهر عليهم تأثرهم عاطفياً بشكل كبير حين كانوا يتحدثون عن إصاباتهم. وحين سألت أحدهم عمّا يفعله ليتكيّف مع غياب أسرته وهو في عمان، أجابني قائلاً: "بصراحة، التقيت بفتاةٍ هناك [في عمان] وكانت برفقتي وتواسيني [قالها مبتسماً]. قابلتها عن طريق معهد الكمبيوتر في المستشفى، فقد كنت هناك وقابلتها في ذلك المعهد. كانت تدرس هناك ووقعتُ في حبها" (برنامج الجراحة التقويمية 55، عراقي). قال بأنها في نهاية المطاف تزوّجت برجلٍ آخر، لكنهما ظلا على

تواصل. روى لنا مشاركٌ آخر قصّة حبٍّ في المستشفى لم تتكلّل هي الأخرى بالزواج لعدم موافقة الأسرتين. لكنه أسرّ لنا بأنه شعر بحالٍ "أفضل" عندما كان واقعاً في الحب، وقالت أخته: "حين يكون واقعاً في الغرام تجده يحبّ الحياة ويبدأ بتقدير قيمتها" (برنامج الجراحة التقويمية 74، عراقي).

أشار مشاركٌ عراقيٌّ آخر-ورد ذكره سابقاً بأنه يتكيف بشكل جيد مع بتر يده وفقدان عينه- إلا أن "المشكلة الوحيدة في الحياة هي فشل علاقته بفتاة أحبها"، وقال: "صحتي ممتازة. لا أعاني من أيّ مرضٍ الحمد لله" (برنامج الجراحة التقويمية 61، عراقي).

صعوبة التكيّف

أشار قلّةٌ من المشاركين إلى أنهم بذلوا قصارى جهدهم لكنهم لا يزالون غير قادرين على التكيف مع وضعهم الراهن أو ذكرياتهم. وهذا يتماشى مع ما أعربوا عنه بشأن عدم كفاية الدعم النفسي الاجتماعي الذي تلقوه أثناء وجودهم في مستشفى أطباء بلا حدود. وفيما يلي بعضٌ مما رووه: "هل تعلمين بأنني لم أتكيّف مع أي شيءٍ حتى الآن؟ صار لي هنا [في الأردن] سنة أو سنتان، ولم أستطع... حتى الآن لا يمكنني أن أتكلم إلى الناس" (برنامج الجراحة التقويمية 2، سورية).

في مثالٍ آخر، اعترف مشاركٌ عراقيّ بأنه لم يكن يتعاطى بشكل جيد مع الوضع، حيث قال: "عانيت كثيراً خاصةً وأنني أبقي حزني في داخلي. حتى أنني أدخن علبتي سجائر يومياً بسبب التوتر، وبإمكانك أن تري أسناني [وقد خربت كلها] بسبب التدخين" (برنامج الجراحة التقويمية 51، عراقي).

وتتماشى النتائج التي توصلنا إليها بشأن آليات التأقلم المتعددة التي يتبعها المرضى مع الأبحاث التي تركز على الناجين من حوادث مؤلمة وصادمة وتشير إلى أن المرضى في العادة أكثر قدرةً على الصمود وأكثر مرونةً إلى حدٍّ يفوق بكثير ما تكشفُ عنه الدراسات السريرية وتقارير الحالات (بونانو، 2004). كما تشير الأدلة المنشورة إلى أن الدعم المناسب ومرور الوقت يسمحان لمعظم الناجين من الصدمات باستعادة توازنهم النفسي (بيكر وآخرون، 1999؛ فوا، 1997). وقد سمح لنا فهمنا لهذه النقاط بسؤال المشاركين عن العناصر التي أسهمت في مرونتهم وقدرتهم على الصمود في برنامج الجراحة التقويمية، فذكروا لنا عدداً من آليات التكيف التي ساعدتهم على التعايش مع ذكرياتهم ووضعهم الحالي. وقد كشفوا في رواياتهم عن إحساسٍ بالاستقلالية والمرونة لا بد من الإقرار به خاصةً وأن طاقم المستشفى كان ينظر في معظم الأحيان إلى المرضى على أنهم ضحايا ومتلقون سلبيون للمساعدة. أخيراً لا بدّ من بحث آليات التأقلم الفردية كي نفهم أكثر الجوانب التي يمكن تحسينها في برنامج الجراحة التقويمية الذي تديره أطباء بلا حدود، والإسهام أيضاً بأفكار نقدمها للمنظمات الأخرى التي تدعم ضحايا الحرب وتؤمن لهم الرعاية.

المعاني الرمزية والاندماج الاجتماعي

رأينا كيف يعتبر التواصل الاجتماعي عنصراً من العناصر الرئيسية التي تقوم عليها جودة حياة مرضانا. وقد اتضح لي في مقابلاتي بأن المرضى لا ينظرون إلى أجسادهم من منظور قدرتها على أداء الوظائف فحسب، والتي تأتي على رأس أولويات برنامج الجراحة التقويمية، بل ثمة معانٍ رمزية واجتماعية ترتبط بإصاباتهم.

لكنها معانٍ فريدة في طابعها وتختلف من شخصٍ إلى آخر، إلا أنها تشترك في كونها مرتبطةً بالعلاقات الاجتماعية التي يعيشونها اليوم، ولا بد أن نفهم هذا الموضوع فهماً تاماً، خاصةً وأنه من الجوانب الأقلّ وضوحاً في حياة ضحايا الحرب.

الإصابة رسالة تذكير

عندما كان المشاركون يتحدثون عن مشاعرهم عند خروجهم بإصاباتهم إلى مكان عام، كان السوريون منهم تحديداً يروون كيف أن ردود فعل الآخرين كانت تزعجهم. وقد كان هذا يرتبط بشكلٍ رئيسيّ بأسئلةٍ يطرحها الآخرون، أسئلةٌ كانت تستحضر ذكرياتٍ أليمة، كما قالت إحداهنّ:

> كنت أخجل، ودائماً ما كنت أغطي أصابعي [المشوهة] ولا أظهرها أمام أحد. كنت أحبّ ارتداء القفازات [كي أخفيها] عندما أخرج من البيت. إذ قد يرى أحدهم إصابتي ويسألني عنها "ماذا حدث؟ وكيف حدث هذا؟"، مما يذكّرني بكلّ تلك الأحداث الأليمة التي أصابتني. لن أنسى طبعاً ما حدث، لكنني لا أود أن أفكّر فيه وأتحدث عنه طيلة الوقت. يصعب عليّ أن أتحدث عما جرى. وهذا إحساسٌ لا أتمناه لأحد. (برنامج الجراحة التقويمية 1، سوريّة)

لم يختلف رأي مشاركةٍ أخرى ذكرت بأنها تلبس القفازات عند خروجها من البيت كي تخفي إصابتها، حيث قالت: "ينظر بعضهم بعين الشفقة [عندما يرون يديّ] فيما يسألني بعضهم الآخر 'لماذا؟ ما السبب؟ كيف؟'. وعليّ أن أعيد الرواية ذاتها [مراراً وتكراراً]" (برنامج الجراحة التقويمية 21، سوريّة).

ليست تلك التعليقات السلبية سوى رسالة تذكرهم بحياةٍ ضائعة، كما قالت إحدى ضحايا الحروق كانت تحظى سابقاً بحياة مهنية ناجحة: "أشعر بالقناعة فيما عدا ذلك، لكنها الطريقة التي ينظر بها الآخرون إليك أو حين أسمع أحياناً تعليقات قاسية. وهذا أمرٌ محبطٌ حقاً ويذكرك بحياتك التي ضاعت: بيتك، زوجك، أسرتك، صحتك، جمالك، شبابك. لقد ضاعت منّي كل تلك السنين وأنا في ريعان شبابي" (برنامج الجراحة التقويمية 73، عراقية).

لم يقتصر الأمر على التعليقات التي كانوا يسمعونها، بل كانت رؤيتهم لإصاباتهم تستحضر إلى أذهانهم أيضاً تلك الذكريات، كما يقول أحدهم: "لا، في البداية كنت أشعر بتعبٍ نفسيّ كلما نظرت إلى رجلي. لم أكن أستطيع النظر إلى جراحي، فقد كنت خائفاً" (برنامج الجراحة التقويمية 7، سوري). وقال آخر: "يعاني المرء حين يدخل جسمٌ غريبٌ في جسده [شظية مثلاً]. فكلّ الأحداث التي مرّت على المرء [تصبح مخزنةً في تلك الجراح] كالمرض. تجده يتذكر حياته وكيف صارت، وكيف يعاني من هذا، ممّا يخلق المصاعب أمامه" (برنامج الجراحة التقويمية 9، سوري).

لكن بعضهم كان يحاول بجدّ أن يحيي ذكرى تلك الأحداث. وقد ذكرت سابقاً ذلك الأب الذي عرض علينا الصفيحة المعدنية والمسامير والبراغي التي أخرجوها من ساق ابنه والتي كان يحتفظ بها في علبةٍ بلاستيكية في بيتهم. وقد قال لنا وهو يرينا تلك القطع: "إنها كي نتذكر... إنها أشبه بقطعٍ تذكارية" (برنامج الجراحة التقويمية 12، سوري).

الضغوط الأسرية والاجتماعية

كان الكثير من المشاركين يتأثرون بـ"نظرات الشفقة" التي كانت ترمقهم في بيئتهم الاجتماعية، وقد أشار بعضهم إلى أنها كانت "تؤذيهم"، كما شرح أحدهم: "هذا من تجربتي الشخصية: إذ حين ينقص المرء جانبٌ من جوانب صحته ويكون هذا واضحاً للعيان كما في حال وجود إعاقة في أحد أعضاء الجسد، فإن الطريقة التي ينظر بها الآخرون إليك تؤذيك حقاً وتحبطك وتؤثر فيك نفسياً" (برنامج الجراحة التقويمية 71، عراقي). كذلك فقد أوضح المشاركون رغبتهم بألا يصفهم الناس بكلمة "معاق"، كما قال أحدهم:

> لا تقصد بعض التعليقات أن تحطّ من قدرك، حيث يحاول أصحابها أن يُظهروا تعاطفهم، إلا أنهم لا يعلمون أنها مؤذية. مثل كلمة "معاق". فحين أهمّ إلى فعل شيء ما مثلاً ثم يقول أحدهم "لا تدعه يفعل هذا فهو لا يستطيع، إنه معاق"، فإنه بكلامه هذا يؤذي مشاعري مع أنه لا يقصد ذلك. هذا مؤلم وأكره كلمة "معاق" لا سيما وأنني أعلم أنني كنت فيما مضى شخصاً نشيطاً لا أهدأ في مكان واحد [كنت دائماً منهمكاً بشيءٍ ما]. (برنامج الجراحة التقويمية 58، عراقي)

كانت إحدى المشاركات العراقيات تتجنب التعاطي مع عائلة زوجها ولهذا كانت تحاول إخفاء بتر ساقها تماماً. جاءت إلى المقابلة وهي ترتدي تنورة طويلة وتتكئ على عكازين وقد كانت تتحرك بشكل طبيعي نسبياً بحيث لا يلاحظ أحد أن ثمة شيئاً ناقصاً. ثم قالت: "لا أحد يعلم بأمر البتر باستثناء أسرتي وزوجي. زوجة شقيق زوجي امرأة لا تراعي مشاعر الآخرين، ولو علمت بأمر إصابتي لآذت مشاعري" (برنامج الجراحة التقويمية 41، عراقية).

هذا وتتعدد أشكال الضغوط الاجتماعية. فقد روت لنا إحدى المريضات من ضحايا الحروق كيف تعاني باستمرار من ضغوطٍ تستدعي منها "التواضع في آمالها من الحياة"، وقد سمعت هذا الكلام فيما يتعلق باختيار شريك حياتها، علماً أنها كانت متزوجة ثم تطلقت. وقالت لنا:

> الجميع معجبٌ بأفكاري وأخلاقي وكلّ شيء. لكن الأمر يتوقف عندما يتعلق بالحروق. إلا أن الحروق [التي في جسدي] ليست أكثر ما يدمرني، بل الناس المحيطون بي [أسرتي] ومعارفي [الذين يلقون بتعليقاتهم عليّ]. [بالنسبة للباحثة] أنا فتاة وأنت فتاة. لكن ألا يحق لي أن أملك ما تملكين بسبب حروقي؟ هل يفترض أن يختلف مستقبلك عن مستقبلي؟ ألا يسعني أن أتمنى في حياتي ما تتمنينه؟ عليّ أن أتحلى بالصبر، وعلي أن أعيش مع أيّ كان [حتى لو كنت أعتقد أنه ليس جيداً بالنسبة لي]. وهذا ما يقتلني. أتساءل أحياناً إن كانت المشكلة فيّ أنا، إن كنت مخطئة وكان باقي الناس على صواب. أنا إنسانة. من حقي أن يعتني أخي بي. من حقي أن أتزوج كأية فتاة أخرى. من حقي أن أكون برفقة رجلٍ كاملٍ يؤمن لي منزلاً وينفق [المال] علي. من حقي أن آكل وأشرب وأرتدي الملابس. لكنهم [أسرتي وباقي الناس] يقولون لا، ليس أنت. لماذا لا تقبلين بالحدّ الأدنى؟" (برنامج الجراحة التقويمية 15، سوريّة)

تأثرت الحياة الأسرية عند بعض المشاركين إلى حدٍّ كبير. إذ أفاد أربعةٌ منهم بأنهم تطلقوا لأن أزواجهم وزوجاتهم لم يقدروا على التكيف مع وضعهم الجسدي. أخبرنا أحد المشاركين، وقد كان يعرج بسبب قصر إحدى رجليه، بأنه تطلق والسبب كما قال: "حين رأت زوجتي السابقة إصابتي بدأت بتعليقاتها السلبية

وجعلتني أشعر بالخجل" (برنامج الجراحة التقويمية 9، سوري). كان ذلك المشارك يبدو بشوشاً وممسكاً بزمام أمور حياته. وهنا نجد كيف أن المشاركين الناجحين في التعاطي مع وضعهم الشخصي قد يعانون من رفض شبكاتهم الاجتماعية لهم.

فقدان الإحساس بالرجولة أو الأنوثة

تأثرت نظرة هؤلاء الأشخاص لأجسادهم بمشاعرهم حيال رجولتهم أو مشاعرهن حيال أنوثتهن. فقد تسبب هذا الموضوع بلا شك بتوتر عاطفي للذكور والإناث على حدٍّ سواء. وكان أحد المشاركين خجلاً جداً من اتكائه على العكازات، حيث قال أن شكله وهو يتكئ عليها ينعكس مباشرةً على رجولته وقد كان لهذا أثرٌ عاطفي عليه، كما شرح لي:

> شعرت بأنني إنسانٌ معاق. كنت لا أزال معاقاً. تعلمين أكثر [مني] أنه حين تنظرين إلى رجلٍ على عكازات [تدركين] أن أموره ليست على ما يرام. وحين كنت أسير على عكازات كان الإنسان [الذي في داخلي] ربع رجل. كنت على عكازات، كيف تتخيلين شكلي؟ كان وضعي النفسي مختلفاً عما هو عليه اليوم [بعد أن صرت أمشي بشكل طبيعي]. تغير الوضع الآن. وأنا رجل [حقيقي] سليم 100 في المئة. (برنامج الجراحة التقويمية 13، سوري)

كان لمشاركٍ آخر الرأي ذاته، حيث لاحظ أنه فقد إحساسه بالرجولة عندما فقد لياقته. انتابه إحساسٌ بأنه صار "نصف إنسان"، كما قال: "لم يكن وضعي مستقراً، فقد كنت أشعر بأنني نصف إنسان [بعد الإصابة]. كنت يائساً، ولم أكن أستطيع أن أتحرك بشكلٍ طبيعي كسابق عهدي. كنت [قبل الإصابة] أحمل أشياء ثقيلة على ظهري، مثل مكيّف هواء [في إشارة إلى القوة البدنية والرجولة]، ثم لم أعد أستطيع حمل أي شيء" (برنامج الجراحة التقويمية 68، عراقي).

كما أن عدم وجود اللحية قوض من ثقة مشاركٍ شابّ كان قد أصيب في انفجارٍ وهو طفل. وقد علق والده على الصعوبات المتعلقة بمظهره فقال: لقد تأذى نفسياً دون شك [بعد إصابته]. لا يزال على هذه الحال، لكنني لا أحب أن أقول هذا الكلام على مسمعه. إذ أنه ينزعج حين يرى الرجال الآخرين وقد أطالوا لحاهم، وتعلمين كيف يفكر الشباب. كان قد أطال شاربه من قبل، لكن لم يعد شعره ينمو هنا كما ترين [يشير إلى منطقة الشارب]" (برنامج الجراحة التقويمية 43، عراقي).

أما بالنسبة للمشاركات الإناث، فإن وجود ندباتٍ يرتبط ارتباطاً مباشراً بمفهوم "الأنوثة والجمال". وهذا ما يرتبط في نهاية المطاف بفرصهن في الزواج وبفكرة "عدم وجود مستقبل"، حتى إن إحداهن بدأت تبكي حين سألتها عمّا تفعله كي تتعايش مع إصابتها. وقد أجاب والدها عنها قائلاً:

> بما أنها شابة فهي تسعى إلى الزواج وتأسيس أسرة. لكن إصابتها خلفت ندبةً جعلتها تفقد ثقتها بذاتها. بشكل عام، لا تستطيع أن تعيش حياةً طبيعية أو أن يراها الآخرون. فهي تفتقر إلى الثقة بالنفس وتشعر أنها ليست على مظهرٍ حسن. وهذا أمرٌ طبيعي لمن هنّ في سنها. إذ تأمل الشابات أن تتزوجن وتكوّنّ أسرة. وهذا العنصر، أي المظهر الجيد، مفقودٌ في حياتها. لا يمكنها أن [تختلط] بالآخرين. والناس كما تعلمين يحكمون على المظاهر اليوم. لن أدخل في التفاصيل لكن بشكل عام،

أعرف ماهية شعورها: فهي تحسّ أن ثمة نواقص في وجهها ويدها. بالتالي تأمل بتحسين مظهرها لتعود طبيعيةً مرة أخرى، لا أكثر ولا أقل. (برنامج الجراحة التقويمية 66، عراقي)

وقالت شابةٌ عراقيّةٌ أخرى أنها ليست "أنثى بما يكفي كي يكون لها مستقبل"، علماً أنها عانت من حروق في صدرها ورقبتها حين كانت طفلة، وعلّقت قائلة: "لقد أثّرت [الحروق] في كلّ شيءٍ في حياتي، حتى مستقبلي. وأظن أحياناً أن لا مستقبل أمامي". كما شرحت أختها كيف أن فرص زواجها كانت شبه معدومة، فقالت:

حين يأتي أحدهم لخطبتها ويسمع عن إصابتها تجده يغيّر رأيه. هكذا تسير الأمور في العراق. هكذا يفكر الرجال: أن على النساء أن يكن دائماً جميلات وكاملات، وإلا عيروهنّ وجعلوهنّ يشعرن بفقدان الثقة بالنفس. وجهها فقط يبدو طبيعياً، أما ما تبقى فمشوه - فمَن [أيّ رجل] يقبل بها يا ترى؟ لا يقبلها الرجال كما هي، حيث تغطي ندب الحروق جسدها، وهذا أمرٌ يبكيها دائماً. (برنامج الجراحة التقويمية 50، عراقيّة)

أحسّت مشاركةٌ أخرى بأن طلاقها عقب الحادثة التي تعرضت لها كان حتميّاً بعد أن "نقُص جمالها"، فقالت: "لم أعد كما كنت [من ذي قبل]، تفهمين قصدي [تخرج المشاركة بطاقة هويتها وترينا صورتها قبل الإصابة]. حين رأى [زوجي] بأنني تشوهت، تركني بعد الحادثة فوراً. انفصلنا، وقد قبلت بذلك. قبلت بالأمر الواقع لأنني كنت مشوهة. مع أن لدينا أربعة أطفال، إلا أنه تركنا ببساطة دون نفقة" (برنامج الجراحة التقويمية 73، عراقية).

لكن على النقيض من هذا فقد تحدث زوج مساندٌ جداً نيابة عن زوجته حين بدأت تبكي وهي تشرح لنا أثر إصابتها على إحساسها بالأنوثة، حيث أكّد كيف أن التحديات قرّبته من زوجته. لكنه كان يتفهم أيضاً معاناة زوجته النفسية، فقال:

تلك الفترة [التي تلت الإصابة] قربتنا من بعضنا إلى أقصى حد. كانت معاناتها نفسيةً أيضاً لأنها شعرت أن شيئاً ما ينقصها، فقد مرّت كما تعلمين بكلّ تلك المصاعب لذا صارت تعاني من بعض المشاكل على صعيد الثقة بالذات. وكلّ هذا أدى إلى مشاكل [ضعف ثقة بالذات] من حيث كونها امرأة، وكانت تسألني دائماً "ما الذي أعنيه بالنسبة لك؟" و"لم أعد جذابة"، وكل هذه مشاكل كما تعلمين، لا سيما وأن الجمال والأنوثة أهم ما للمرأة. فهما من كمالياتهن، وفقدانهن لجمالهن وأنوثتهن يقود إلى مشاكل. وقد عانت كثيراً. (برنامج الجراحة التقويمية 44، عراقيّة)

ارتباط الندب بالسلوكيات المنحرفة

تأثر كذلك المشاركون الذكور ممّن كانوا يعانون من ندبٍ في وجوههم، وقد كانوا واعين بشدةٍ لتلك الندب، حيث وصفوا تأثيرها عليهم حتى لو لم تكن واضحةً جداً في عين المراقب. وكانوا يعتقدون كلّ الاعتقاد بأن ندبهم جعلتهم يبدون في أعين الناس وكأنهم أشخاصٌ منحرفون. كان أحدهم يعاني من ندبةٍ سطحيّة بعد إصابته في انفجار وكانت على شكل بقعة داكنة أسفل عينيه بطول خمسة سنتيمترات. ما كنت لألاحظها لولا حديثه عنها، وهذا كان رأي مساعدي أيضاً. وقال المشارك: "أشعر بأن شيئاً ما ينقصني وأنني لست شخصاً جيداً. لا يتفوه الناس بكلمةٍ حين ينظرون إلي، لكنني أشعر أن أمراً ما يدور في أذهانهم. فحين

ينظرون إليّ يبدو [وكأنهم يلاحظون] شيئاً في وجهي. يعتقدون أنني شخصٌ مثيرٌ للمتاعب أو مجرمٌ أو شخصٌ [خطير] أو ما شابه" (برنامج الجراحة التقويمية 14، سوري).

قابلت مشاركاً آخر كان وجهه قد تأذى بشدة بفعل طلقٍ ناري. كان فكه السفلي مهشماً، غير أن الجراحة التقويمية منحته شكلاً مقبولاً حتى أن شعر لحيته صار ينمو. لكن كان ثمة ندبةٌ رفيعةٌ بطول عشرة سنتيمترات على طول فكه السفلي. وشرح لي بأن مظهره يتسبب له بمعاناة كبيرة، فقال: "أعاني من الإصابة، ويطرح الناس علي أسئلة كثيرة. فهم يعتقدون أنني أصبت بسكينٍ في شجار. يعتقدون أن كلّ من يحمل ندبةً في وجهه لا بد وأنه قد ارتكب جرماً أو أنه شخصٌ مثيرٌ للمتاعب. قد تتعرف على شخص ما لأول مرة ويظنّ بك سوءاً" (برنامج الجراحة التقويمية 22، سوري).

قلقٌ اجتماعي شديد

بدا جلياً أن تشوهات الوجه الأكثر شدةً كانت تستحوذ كلياً على حياة أصحابها، فقد أفاد معظمهم بأنهم يعيشون عزلةً اجتماعيةً و"لا يغادرون منزلهم أبداً". وهذه تحديداً كانت معاناة المشاركين الشباب الذين أصيبوا حين كانوا أطفالاً، كما قال أحدهم: "لا يمكنني أن أخرج مع أصدقائي بسبب مظهري الخارجي. لا يمكنني أن أخرج من بيتي، إذ أن شكل الإنسان في وجهه. لديّ كذلك إصاباتٌ أخرى في جسدي لكنها مغطاة [بالملابس]، لكن الحروق التي في جسدي لا تؤثر [على حياتي الاجتماعية] كتأثير تشوه وجهي" (برنامج الجراحة التقويمية 48، عراقي). قال والده أن ابنه ترك تعليمه بسبب التعليقات السلبية التي يسمعها: "في الحقيقة، حين تحسّن قليلاً صرنا نسمح له بالذهاب إلى المدرسة، لكنّ الأطفال كما تعلمين كانوا يطلقون عليه أسماء وتعليقات مسيئة، وقد تضايق لحدّ أنه ترك المدرسة مجدداً".

في السياق ذاته، ترك لقائي بأحد المشاركين الصغار انطباعاً عميقاً في نفسي. يعيش حالياً مع والديه في بغداد ويعاني من قلقٍ اجتماعيٍ شديد. أخبرتني أمّه بأنه يرفض عادةً مقابلة الزوار لكنه استثنانا. قال لنا بأنه "سيمسح حياته من الوجود [ينهيها]" لو استطاع، وهي عبارةٌ تشير إلى مستوى الاكتئاب واليأس الذي بلغه. كانت إجاباته الذكية والسديدة تدل بوضوح على أنه يفكر في حاله يومياً. وقد كان ضعف ثقته بنفسه ونظرته إلى الضعف الذي يعاني منه يرتبطان بضعف علاقاته الاجتماعية البناءة، كما قال:

> لا مشكلة في صحتي سوى مظهري الخارجي. فكلما خرجت من البيت سمعت تعليقات الناس وتجاهلتها مُتصرّفاً وكأنني لم أسمع شيئاً. الضعفاء [أمثالي] لا يردّون [على الاستفزازات] بل يختارون العزلة. لم أغادر البيت منذ عودتي من عمَّان سنة 2013. لا أخرج إلا إلى الدكان كي أشتري حاجياتي، ثم أعود إلى البيت وأبقى وحيداً. لا أقابل أحداً [خارج بيتنا]. (برنامج الجراحة التقويمية 56، عراقيّ)

قال هذا المريض أيضاً بأنه يحسّ بانعدام الأمان، وهو شعور بدأ لحظة إصابته عندما كان طفلاً.

هذا وكان جميع المشاركين يعتبرون إصابتهم في وجههم سبباً أجبرهم على العيش في عزلة اجتماعية، وأن ما من سبيلٍ لتحسين وضعهم إلا بتحسين مظهر وجههم. إلا أن الإقصاء الاجتماعي وشعور المرء بعدم وجود أحد يفهمه أمران يؤديان إلى معاناةٍ نفسيةٍ هائلة ولا سيما لمن يعاني من تشوهاتٍ في الوجه. إذ فقد هؤلاء

المرضى أهمّ ما يملكه الشخص، أي تكاملهم الجسدي والاجتماعي، وصاروا يشعرون بأنهم "عالقون" في وضعٍ لا يطاق. وقد تحدثوا جميعاً عن معاناتهم من الاكتئاب والقلق بدرجات متفاوتة.

أهمية الأطراف المفقودة

يترافق فقدان طرفٍ من أطراف الجسد، سواءٌ أثناء الإصابة أو جراء عملية بتر، بمزيجٍ معقدٍ من المشاعر والمعاني الاجتماعية الدينية. وكان هؤلاء المرضى يريدون بشدة أن يعرفوا إن كان طرفهم المبتور موجوداً ومكان وجوده، كما كانوا يريدون أن يتأكدوا من دفن الطرف وفقاً للشريعة الإسلامية.

وقد ذكر أحدهم (برنامج الجراحة التقويمية 16) أهمية العثور على ساقه المفقودة مباشرةً بعد الانفجار وشرح لي كيف كان قلقاً من أن جهود البحث عنها قد تكلف مزيداً من الضحايا، كما قال: "كنت أحثّ الآخرين على أخذي بعيداً [بعد الانفجار فوراً] حتى لو لم يجدوا ساقي، كي لا يتعرض عددٌ كبير من الناس للهجوم مرةً أخرى [وهم يبحثون عنها]". ثمّ نقلوه إلى الأردن، وكان في غيبوبة استمرت لأيّام. وحين أفاق منها سأل: "هل حقاً أتت ساقي إلى هنا برفقتي؟". وقد أثبتوا له هذا الكلام بأن عرضوا عليه مقطع فيديو التُقط في مستشفى المفرق في الأردن يبيّن بأن "ساقه كانت لا تزال هناك"، لكنه شرح لي كيف أنهم بتروها بالكامل لاحقاً في المستشفى الإسلامي في عمّان. من جانبه، شرح مشاركٌ آخر (برنامج الجراحة التقويمية 69، عراقي) كان قد أصيب في حادث سيارة كيف بُتِرت ساقاه، لكنه أضاف: "في الواقع، لم يستطيعوا إيجاد إحدى ساقيّ [بعد الحادثة]".

كذلك شرح أحد المشاركين (برنامج الجراحة التقويمية 16) الإجراءات الصحيحة لدفن ساقٍ مبتورة. إذ تقول الشريعة الإسلامية بوجوب غسلها ولفّها بقماش أبيض ثم دفنها، علماً أن برنامج الجراحة التقويمية يتبع هذه التعاليم وما يتصل بها من إجراءات قانونية وبوثقها، حيث يجري دفن الأطراف المبتورة في مقبرةٍ للمسلمين. وهنا نرى كيف يشير المشاركون إلى المعاني العاطفية والرمزية المهمة التي تحملها الأطراف المبتورة، حيث أن حسن التواصل معهم بشأن إجراءات دفن الأطراف لعب دوراً أساسياً في التخفيف من حزنهم.

الافتخار بأجسامهم المعاقة

"الإعاقة في الذهن وليست في الجسد والمظهر"، تلك كانت كلمات مشاركٍ كان يرى أهميةً قصوى في أن يكون المرء على الصواب من الناحية الأخلاقية (أي يقف إلى جانب الناس المقموعين في الحرب) وقد فعل ما يسعه كي ينقذ الآخرين وهو مصاب. هذا الشخص يعيش اليوم متفائلاً لكنّه بات يعرج، وهو مثالٌ على من لا يعتبر إصابته رمزاً للإعاقة إنما إمارةً من إمارات البطولة ومدعاةً للفخر.[2] كما قابلت مشاركين آخرين كانوا يقاسمونه وجهة النظر هذه عندما يفكرون في حالهم.

وقد قابلنا مشاركاً يعيش في الريف الشمالي للأردن، حيث التقى بنا قرب سيارته على جانب الطريق الرئيسي ثم أرشدنا إلى المنزل البسيط الذي يقطنه اليوم برفقة زوجته وأطفالهما. ولم ألحظ بأن ساقه مبتورة إلا حين ترجّل من السيارة. فقد كان يتحرك بثقةٍ متكأً على عكّاز وحيد، ومتحليّاً بالعزم والفخر وقوة الشخصية. كان يتحدث إلينا بثقةٍ في النفس وقد بدا عليه بأنه مستقرٌ نفسياً. أبلغنا هذا المشارك (برنامج الجراحة التقويمية 16، سوري) بأنه أصيب وهو يحاول "مساعدة رجلٍ يعرفه من القرية كانت سيارته قد

أصيبت بصاروخ"، حيث ركّز أثناء المقابلة على أنه "لم يصب أثناء عمليات الجيش بل عندما كان يساعد الآخرين". وحين استفسرت منه عن إعاقته أجاب: "ليس لدي إعاقة جسدية إنما هي إعاقةٌ ماليّة فحسب".

التقينا مشاركاً آخر في شقته المستأجرة في عمّان وكان يشبه الأول في تصرفاته. فقد بدأ روايته بأن حكى لنا كيف كان ينقذ الناس حين أصيب: "كان هناك أناسٌ قد أصيبت بيوتهم جراء القصف، وأردنا أن نساعدهم ونخرج الأطفال الصغار من تحت الأنقاض". ثم شرح لي كيف يبدو جسمه اليوم فقال: "هذه إعاقةٌ ستلازمني إلى يوم مماتي، لكنني لا أخجل من إعاقتي بل أفتخر بها. فقد كان شرفاً لي أن أخرج الناس من تحت الأنقاض" (برنامج الجراحة التقويمية 9، سوري). ولم يقل بأنه يخجل من عرجه أمام الناس على عكس الكثير من المشاركين الآخرين، بل بدا مرحاً وفصيحاً ومستقراً نفسياً رغم أنه أخبرنا (وعرض علينا فيديو يبين) كيف أصيب صديقه بشظيةٍ ومات في مكانه في الواقعة ذاتها.

الإصابة تمنح إحساساً بالتمكين

اعتمد بعض المشاركين على مقاربةٍ مختلفة كلياً إزاء إصاباتهم التي فسّروها على أنها مصدرٌ للتمكين واكتساب عناصر في الحياة كانوا ليفتقدوها لولا هذه الإصابة. وكشف لنا أحدهم مثلاً كيف أنه ليس منزعجاً من "نظرات الشفقة" التي يرمقه بها الناس حين يمشي على عكازات. بل أعرب عن سروره وهو يخبرنا كيف أن السير على عكازات قد يؤمن له توصيلةً مجانية، كما قال: "أحياناً وأنا أسير، يدعوني الناس إلى سياراتهم [لإيصالي إلى وجهتي] وأحياناً لا يسمحون لي بدفع تكاليف النقل" (برنامج الجراحة التقويمية 11، سوريّ).

كذلك أعرب مشاركٌ آخر عن قناعته التامة بأن "الإصابة المناسبة" قد تسمح للمرء بمغادرة الأردن وتسهّل هجرته، كما شرح قائلاً: "قلت الحقيقة [للمفوضية السامية لشؤون اللاجئين] بأنني 'رجلٌ أصيب بطلق ناري'. ثم جاء أخي [إلى الأردن] بعدي وأخبرهم [المفوضية] بأنه أصيب بشظيةٍ وها هو اليوم في أمريكا. لكنني لا أزال هنا لأنني أخبرتهم بأنني أصبت بطلق ناري" (برنامج الجراحة التقويمية 13، سوريّ). التقيت أيضاً بأبٍ قضى فترات طويلة من الوقت في البيت وهو على كرسي متحرك بعد إصابته، حيث كشف لي عن تقديره لهذه الفرصة التي سمحت له بالتواجد مع أطفاله. فقد جعله هذا في حالٍ أفضل من حال باقي الآباء. وقد شرح لنا الموضوع بنبرةٍ فيها حنان فقال:

> خاصةً بالنسبة لنا نحن العراقيين، لا يمكننا أن نبتعد عن أطفالنا لفترة طويلة. كما كنت متعلقاً جداً بهم لأنني كنت قد مكثت معهم في البيت منذ عام 2009. كنت أهتم بهم وأساعدهم في دراستهم وألعب معهم. لذا فقد تعلقت بهم وتكونت بيننا رابطةٌ أقوى ربما من باقي الآباء الذي يغادرون البيت إلى أعمالهم باكراً في حوالي السابعة صباحاً ولا يعودون إلا في منتصف الليل فيخلدون للنوم على الفور. لكنني أستيقظ في السابعة صباحاً وأنتظر عودتهم من المدرسة منتصف النهار كي يتسنى لي اللعب معهم. وقد صرنا إذن متعلقين ومرتبطين ببعضنا بعضاً. (برنامج الجراحة التقويمية 69، عراقي)

قابلت أيضاً مريضاً كان قد تأذى وجهه بعد أن أطلق جنديٌّ أمريكيٌّ النار عليه، لكنه كان يرى إصابة وجهه بمثابة رسالةٍ سياسية، وقد شرح الأمر قائلاً:

ثمة فرق كبير بين أن ترى شخصاً طبيعياً وآخر شبه طبيعي وثالث قد تشوّه وجهه بالكامل [مثلي]، خاصةً بالنسبة لمن لا يعرفني. لكن هذا [مشيراً إلى وجهي] يبعث في الآن ذاته رسالةً تكشف لباقي العالم ما فعله الجيش الأمريكي ببلدي وبأهلها. لا أريد أن ينظر الناس حول العالم بإعجاب للأمريكيين ويقولون بأنهم أناسٌ طيبون، فكلّ ما فعلوه تسبّب لنا بالألم. (برنامج الجراحة التقويمية 71، عراقي).

باختصار، فقد كانت جودة الحياة التي يعيشها المشاركون تختلف من شخصٍ إلى آخر، لكنها كانت ترتبط إلى حدٍّ بعيد بالتحسينات التي طرأت بفعل علاجهم في برنامج الجراحة التقويمية. مع هذا، فقد وظّف كلٌّ منهم مقاربته الفردية في التعاطي مع السلبيات وكان لكلٍّ منهم أسلوبه الخاص في تعامله مع جسده المصاب وما يقع على عاتقه من مهام للاندماج مجدداً في المجتمع.

ملاحظات

1 المؤلفات النفسية التي تتناول موضوع التوتر وردود فعل الناس على الحوادث السلبية تميّز بين "آليات التكيف" باعتبارها إستراتيجية واعية (داخلية) من جهة و"الآليات الدفاعية" التي تعتبر أنها آليات لاواعية (غير مقصودة) من جهة أخرى. وثمة نقاشٌ جدليّ حول مدى تقاطع هاتين الفئتين وما إذا كانت هذه الفئة أو تلك تعتبر "تكيفاً" أو "سوء تكيف" (كريمر، 1998). لكنني أستخدم مصطلح "آليات التأقلم" للإشارة إلى الآليات الواعية واللاواعية، في حين أنني أستخدم مصطلح "آليات التكيف" لوصف آليات التأقلم الواعية علماً أننا نعتمد على رواية المشاركين.

2 هذا السلوك يتعارض مع الرأي السائد بين أفراد طاقم برنامج الجراحة التقويمية الذين ينظرون إلى المرضى على أنهم ضحايا.

6

تأملات ونقاشات حول إعادة تأهيل ضحايا الحرب المدنيين والمرحلة التي تتلو ذلك

تسهم التجارب التي كشف لنا عنها طاقم أطباء بلا حدود والمرضى في تعزيز فهمِنا لعملية إعادة التأهيل، لكن قبل أن نتعمّق في هذا الموضوع لا بدّ من استعراض حدود وقيود هذا البحث ومناقشة كيفية تفسير النتائج. فقد برز عددٌ من القيود أثناء البحث ومنها ما يتعلق بعيّنة المشاركين التي اخترناها. لا بد أيضاً من التركيز على دوري بصفتي باحثةً تعمل في سياقٍ اجتماعيٍّ سياسيٍّ استثنائي، دون أن ننسى طبعاً أهمية ردود فعلي العاطفية.

وفيما يلي سنناقش ضرورة تعدّد مكوّنات عملية إعادة التأهيل. سنبدأ ببحث العلاقة بين القائمين على توفير الرعاية الصحية والمرضى في إطار نموذجين نظريين سائدين للإعاقة ألا وهما النموذج الطبي والنموذج الاجتماعي. ففي ظلّ تغير المواقف والسلوكيات تجاه الإعاقة بمرور الزمن نلاحظ بأن السلوكيات والمواقف في ميدان العمل الإنساني قد شهدت هي الأخرى تحولاً. لكنّنا نركّز دون شك على ضحايا الحرب وما يحتاجون إليه كي يتعافوا اجتماعياً، وهو جانبٌ من عملية إعادة تأهيلهم لعب دوراً أساسياً على مرّ قرون، إلا أننا نهمله كثيراً في العقود الأخيرة. كذلك فإننا نركز اجتماعياً على رعاية ضحايا النزاعات المسلحة المدنيين. نناقش أيضاً هنا مسألة الشفاء الرمزي الذي يعتبر المكون الأساسي الأخير في عملية إعادة تأهيل ضحايا الحرب. ثم أختتم هذا الفصل بتقييم إمكانية تطبيق النتائج في السياق الأوسع لرعاية ذوي الإعاقة، يتلوه أخيراً مجموعةٌ من المقترحات بشأن الأبحاث المقبلة.

قيود البحث وحدوده

حدود نماذج اختيار العينات

أردنا إعداد مجموعةٍ بحثية من أفراد طاقم برنامج الجراحة التقويمية كي ندرس آراءهم في المرضى، معتمدين على اختيار أفراد الطاقم لأنفسهم كي يشاركوا طوعاً. لذا قد تغيب هنا آراء أفراد الطاقم الأكثر نقدية أو أصحاب الشخصيات الخجولة. لكنّ عينة الدراسة شملت عدداً كبيراً من المشاركين (تسعة وتسعين من أصل 209 موظفين) أملاً في تقليل التحيز.

من جهة أخرى فإن عدم إدراج أيّ مريضٍ يمنيّ في الدراسة كان بلا شك واحداً من أهم القيود. إذ رأينا في الفصل الثاني كيف أن آراء طاقم أطباء بلا حدود في المرضى اليمنيين كانت سلبية جداً، مما قد يؤدي إلى تبعات في تقديم الرعاية لهذه المجموعة من الناس. كذلك فقد ناقشنا باستفاضة إمكانيات العمل الميداني في اليمن التي كانت الحرب مستعرةً فيها وقت تنفيذ البحث، وأدت تلك الأوضاع إلى تقويض جهود العمل الإنساني لصالح السكان المتضررين، علماً أن أنشطة أطباء بلا حدود في اليمن كانت قائمةً على

اتفاقية حسّاسة بين المنظمة والقوى السياسية الفاعلة. وقد عورضت فكرة إجراء مقابلات في اليمن في إطار الدراسة لما قد تفضي إليه من تبعاتٍ سلبية. وإجمالاً، لو حامت الشكوك حول الباحثين لكانت عرّضت مفاوضات أطباء بلا حدود للخطر، ولكنت واجهت صعوباتٍ هائلة في تنقلي في اليمن ولا سيما في المناطق التي تشهد أعمالاً قتالية وهي ذاتها المناطق التي يأتي منها الجرحى. كما أننا لو أحضرنا المشاركين إلى موقع مخصّصٍ لإجراء المقابلات لكنّا وضعناهم في مواقف قد تعرض حياتهم للخطر. غير أن منظمة أطباء بلا حدود أخذت كلّ هذه الأمور في عين الاعتبار وخلُصت إلى أن إجراء المقابلات في اليمن أمرٌ غير أخلاقي ولا حتى عقلاني. كما بحثنا إمكانية إجراء مقابلات هاتفية ثم استبعدنا الفكرة نظراً لحساسية المواضيع التي قد نناقشها والحاجة إلى الترجمة، مما قد يهيئ ظروفاً تؤدي إلى التحيّز في البيانات التي نجمعها.

هذا وقد اخترنا مجموعة المشاركين المرضى ممّن أتموا البرنامج، حرصاً منا على أن يكون جميع المشاركين قد شاركوا في كافة الأنشطة العلاجية وأن يكونوا قد تلقوا من وجهة نظر البرنامج أقصى درجات الرعاية المتوفرة. يشار إلى أن آراء من لم يُتِمّ البرنامج لأسباب شخصية أو لأنه عاد إلى بلده في منتصف العلاج قد تختلف أو تكون أكثر نقديةً مقارنةً بالآراء التي وثقتها.

التفاعل مع المرضى

نطلق مصطلح الانعكاسية أو مبدأ الانعكاسية على عملية التقييم النقدي لدور الباحث وتأثيره على البحث ونتائجه (باتون، 2002؛ بيرغر، 2015)، وهو مبدأٌ يسمح بتحديد خصائص الفرد التي قد تؤثر على جمعِ البيانات وتحليلها وتفسيرها. وقد اعتمدت على هذا المبدأ في مراقبة نفسي وأنا أتعاطى مع المشاركين.

وبما أنني أجنبية، فقد كانوا يطلقون عليّ اسم "وافدة" وتحديداً أفراد الطاقم القادمين من بلدان عربية الذين كانوا يستخدمون كثيراً مصطلحي "نحن" و"هم" أو الوافدون، عند مناقشة المسائل والقضايا في المستشفى. لمستُ أيضاً مدى أهمية كوني من يوغوسلافيا السابقة، حيث كانوا يعتبرونني شخصاً يفهم مسائل الحرب والمعاناة الفردية المرتبطة بها، ولا سيما أفراد الطاقم العراقيين الذين كانوا على معرفة بيوغوسلافيا السابقة نظراً للتعاون السياسي والعسكري الذي كان يجمع بلدهم بها. وهذا ما سهل عملي قليلاً وعزّز علاقاتي الاجتماعية.

لكن لا شك أن عدم معرفتي باللغة العربية أعاقتني في مشاهداتي، إذ لم أكن أفهم الحوارات الجانبية التي تدور في أروقة المستشفى واجتماعاته. فصحيحٌ أن معظم أفراد الطاقم يتحدثون الإنكليزية، إلا أن استخدام اللغة العربية كان شائعاً جداً حتى في حضور أشخاص لا يجيدونها، ولا سيما عندما لا يريد متحدثوها إطلاع الوافدين على موضوع النقاش. غير أنني تعلمت بعض العبارات البسيطة بالعربية للتعريف بالذات ومن باب الكياسة، وقد كان المرضى وأفراد الطاقم يقدرون هذا جداً عندما كنت ألجأ إليها للتعارف.

وقد كوّنت علاقاتٍ غير رسمية مع زملائي في مستشفى أطباء بلا حدود الذين ساعدوني في فهم علاقاتهم بالمرضى ومشاكلهم الشخصية والمهنية اليومية وآرائهم بمهام عملهم. لكن هذه التفاعلات غير الرسمية شكلت في الآن ذاته خطراً من شأنه أن يقوّض قدرتي بصفتي مراقبة. وقد أدرك زملائي في مركز أطباء بلا حدود للفكر والمعرفة في مجال العمل الانساني CRASH هذا الأمر وكثيراً ما كانوا يذكرونني بدوري ومهامي، كما أنني بدوري بذلت جهوداً حثيثة للحفاظ على تركيزي بصفتي مراقبة.

العمل في سياق اجتماعي سياسي فريد من نوعه

كان إجراء المقابلات في بيئةٍ اجتماعيةٍ سياسيةٍ حساسة عملاً ينطوي على تحديات، فقد كان بعض مرضى أطباء بلا حدود السابقين يقابلوننا في الميدان وهم خائفون، وغالباً ما كانوا متوترين وأحياناً مرتابين. وكثيراً ما كانوا يسألونني إن كنت صحفيةً رغم أننا كنا نشرح لهم بوضوح أهداف البحث وإجراءاته. علاوةً على أن التقاط صورٍ للمرضى كان أمراً غير واردٍ بتاتاً. فقد أعرب الكثير منهم عن خوفه من أن يتعرف عليه الناس وتحديداً مَن كشف لنا منهم عن آرائه السياسية، مع أنهم كانوا في أغلب الأحيان يقولونها لي دون أن أطلب منهم ذلك. كذلك عبّر المشاركون السوريون عن خوفهم على أفراد عائلاتهم الذين كانوا لا يزالون في سوريا، وكانوا يعتقدون أن التعبير عن أية انتماءات سياسية قد يؤثر على حياة أعزائهم وأحبابهم.

في حين أن المشاركين العراقيون كانوا يكشفون لي عن انتماءاتهم السياسية بأسلوب أكثر حضوراً، إذ كشف لي أحدهم عن ولعه بـ"النظام القديم" بأن أطلق على أحد جراحي المستشفى اسم صدّام حسين وقارنه به قائلاً "حين غادر [الجراح وصدام حسين] انهار كل شيء". بينما قال مريضٌ آخر بأن ابنه لم يحصل على فرصٍ للتعليم أو العمل بسبب "المناخ السياسي الراهن غير المُواتي [للسنة]"، وذلك بخلاف ابنه الذي أفاد بأنه لم يكن يستطيع العمل نظراً للصعوبات التي يعاني منها بسبب رجله التي كانت "لا تزال متصلبة في منطقة الركبة" كما قال. كذلك أعلمنا مشاركٌ آخر بعمله في الجيش في حقبة "النظام القديم" وشرح لنا كيف أنه "فقد كل شيء: الكرامة، العمل، التقاعد، الإسكان" نظراً لتغيّر المناخ السياسي. كما تحدّثت لنا إحدى المشاركات عن زوجها الذي كان قد سُجِن في ظل نظام صدام حسين، ثم كشفت بأنهم ما زالوا لا يشعرون بالأمن.

لكن بعض المشاركين الآخرين كانوا ينتقون كلماتهم بعناية وحذر وهم يتحدثون عن منابتهم وانتماءاتهم وآرائهم. وقد عبر أحدهم عن دهشته من الطبيب الذي عالجه "بشكلٍ جيد" في العراق. وهنا فسّر لي مترجمي كلامه بأن اسم الطبيب كان من الأسماء الشائعة بين إحدى عشائر الشيعة، حيث قال المريض: "كان من عشيرة أخرى لكنه كان جيداً جداً [معي]، فقد عالجني بشكل جيد".

وكان لا بدّ من استيعاب هذه المفاهيم وتحديداً مخاوف المشاركين في بداية المقابلات، وكان الأمر يستدعي منّا أن نطمئنهم كثيراً. إذ رفض أحد المرضى في بغداد على سبيل المثال السماح لنا بزيارة بيته بحجة أن الأمر يعرضه للخطر، وأعرب عن مخاوفه هذه أثناء حديثه إلينا، حتى أنه سألنا عمّا إذا كانت الحكومة العراقية قد منحتنا الإذن بإجراء هذه المقابلات. كما استفسر في نهاية المقابلة عمّا إذا كانت المعلومات التي قدمها لنا قد تعرض أمنه للخطر بأيّ شكل من الأشكال. ثم تساءل عمّا إذا كان قد "أخطأ" في أيٍّ من كلامه، أيّ هل صدر عنه كلام يمكن تفسيره على أنه مناوئ للحكومة الحالية. قابلتُ أيضاً مشاركةً دعتنا أولاً إلى بيتها ثم طلبت منا أن نثبت لها بأننا "نعمل حقاً لصالح أطباء بلا حدود"، فاضطررنا إلى إبراز بطاقاتنا التعريفية لنثبت لها بأننا فعلاً مَن ندّعي.

برز مثالٌ آخر على حساسية بيئة المقابلات حين كنّا نرتّب ردّ تكاليف النقل لأحد المشاركين في بغداد، حيث طلبت أمانة المستشفى موقع سكن المشاركة كي يدفعوا لها المبلغ المناسب، بيد أن هذا الأمر أهان زوجها الذي قال بأنهم "جاؤوا للمشاركة من باب العرفان لأطباء بلا حدود وأنهم ليسوا بحاجة لأية أموال". وتابع قائلاً: "لا تعلمين كم عانينا بسبب العنف الطائفي. وقد أُحرِق منزلنا". إلا أننا نجحنا في تهدئته، ثم

قبل ببدل السفر، لكننا اكتشفنا بأنّ حتّى موقع السكن الذي قد يدل على الأحياء الشيعية والسنية يعتبر موضوعاً حساساً.

عالَمي النفسي والعاطفي

كانت المقابلات عمليةً مشحونةً بالعواطف التي لم يقتصر أثرها على المشاركين، بل حتى أنني وأعضاء فريقي البحثي شعرنا بمجموعة من العواطف. وأنا متأكدة من أن نظرتي لروايات المرضى قد تأثرت بردود فعلي العاطفية وتجاربي السابقة في سياقات الحروب.

وقد كانت مقابلة هؤلاء المشاركين دون شك أصعب ما نفذته في حياتي المهنية بصفتي باحثة ميدانية. فقد كان بينهم ضحايا تعذيب، وأهلٌ لأطفال فقدوا حياتهم نتيجةً لعنف الحرب، وأشخاصٌ وقفوا شهوداً على عمليات قتلٍ جماعية، وأشخاصٌ كثرٌ تعرّضت حياتهم للخطر مرّاتٍ عديدة. تأثرت أيضاً تأثيراً بليغاً عندما وقفت شاهدةً على المصاعب المالية و/أو الاجتماعية و/أو القانونية التي يواجهونها.

"الأمر أشبه بالسير في حقلٍ للألغام"، تلك كانت فكرةً لا تفارق ذهني كلّ يوم، فحتى أكثرُ الأسئلة عموميةً من شأنها أن تُبكي بعضاً من المشاركين. يشار إلى أن التجليات العاطفية للمشاركين كانت متباينة، بدءاً بالكبت التام للذاكرة، ومروراً بحالة الجمود التي لا يمكن للناظر أن يكشف فيها عن أية علامات عاطفية، وانتهاءً بالبكاء طيلة الزيارة. وقد بدا كلّ يومٍ وكأنه بدايةٌ جديدة نظراً لعدم إمكانية التنبؤ بردود الفعل تلك. وكان ينتابني إحساسٌ غامر بأنه يستحيل عليّ التحضير لأيّة مقابلة.

كما كانت تجتاحني بين الفينة والأخرى مشاعر بالذنب، فأتساءل عمّا إذا كنت قد قلت الصواب أو إذا ما كان في وسعي قول أو فعل شيءٍ آخر لطمأنتهم أثناء المقابلة. وعادةً ما كنت أشعر بعد المقابلة بحزنٍ عميق لم يكن يتلاشى إلا ببطء في وقتٍ لاحق من اليوم. وقد لازمني طويلاً ذلك الشعور بالعجز عند التفكير في عبثية الحرب وهول المعاناة الإنسانية، حتى أنني كلما تابعت أخبار الشرق الأوسط أثناء فترة البحث انتابني ضيقٌ عاطفي.

وكانت تمرّ عليّ لحظاتٌ أتساءل فيها عمّا إذا كانت صحة المشاركين النفسية قد تأثرت لدرجة أنهم قد يردّون بعدوانية على أسئلتي، لا سيما في العراق، حيث كان المشاركون هناك يعبرون في كثيرٍ من الأحيان عن غضبهم. إذ التقينا ذات مرة بمشاركٍ في بغداد جعلني ومترجمي نشعر بعدم الارتياح لا سيما في بداية المقابلة. فقد بدت عليه العصبية بمجرد دخوله الغرفة، حيث كانت يداه ترتجفان وكانت حركاته سريعة وفجائية وكانت إمارات وجهه تدل على تشتته، كما لم تكن إجاباته منطقية دائماً. ثمّ قرر أن يرينا بطاقة هويته التي كانت "تخوله حمل السلاح" على حدّ زعمه. وأذكُرُ أثناء حديثنا إليه بأنني كنت أتمنى أن يكون قد خضع لتفتيش صحيح على مدخل المستشفى. لكنه بدأ يهدأ بمرور الوقت واتّضح بأنه كان يعاني من اضطرابات بليغة بسبب ظروف حياته. إلا أن تلك المقابلة تحديداً عززت شعوري بأن عملنا يُخبّئ لنا لحظاتٍ يومية لا يمكن التنبؤ بها.

فقد حدث مرات عدة وأن وجدنا أنفسنا في مواقف معقدة مع المشاركين، كما في إحدى الزيارات المنزلية التي نفذناها في بداية مارس/آذار 2018 وقابلنا فيها شاباً من الغوطة الشرقية. فحين دخلنا إلى شقته في عمّان كان التلفاز يعمل في غرفة المعيشة التي بدت مريحةً. أسكت المشارك التلفاز الذي استمر في عرض

مشاهد لأبنيةٍ حقيقيةٍ تنهار في أحياء الغوطة الشرقية التي كان الدمار قد عاث فيها، وظهر فيها رجالٌ يحملون جرحى مضرجين بالدماء. عَلَت على وجه المشارك مشاعر الإحباط وأخبرنا بأن أفراداً من عائلته كانوا في ذلك المكان بالتحديد. سألته لأتأكد من أنه لا يزال راغباً وقادراً على الإجابة على أسئلتي فوافق بلهفة، لكن عينيه كانتا معلقتان على شاشة التلفاز طيلة المقابلة وكان يسكت أحياناً ثم يتابع حديثه، حتّى نقل التلفاز إلى محطة للأطفال فتحسّن مزاجه وصار أكثر حيويةً وهو يصف ظروف معيشته الراهنة، وقال "أحمد الله على ما آلت إليه حياتي وحياة زوجتي وطفلي اللذين هما معي في الأردن". وحين شارفت زيارتنا على نهايتها طلب منا البقاء لمدة أطول. وحاولنا مراراً الإشارة إلى أننا مستعدون للمغادرة، إلا أن مضيفنا ظلّ يشتت انتباهنا ويلتمس بقاءنا. بدا وكأن وجودنا قد وضع حاجزاً يفصله عن الواقع المريع الذي كان يواجهه يومياً، فأراحه هذا الأمر. لكنّنا غادرنا في نهاية المطاف وقد غمرتني مشاعر ثقيلة لازمتني طيلة اليوم.

أثّرت تجربتي الشخصية الوجيزة في الحرب اليوغوسلافية في بعضٍ من تأملاتي ونقاشاتي في هذا البحث دون شك. وقد لاحظت هذا أول مرة حين واجهت صعوبةً في قراءة مقالات تتعلق بالحرب وتصف النزاع في يوغوسلافيا السابقة. وكان شعور الخوف المترافق بما مررت به في مراهقتي أمراً لم أدركه إلا حين أطلّ برأسه في أول مقابلةٍ لي في بغداد. إذ انتابني شعورٌ مفاجئ بالخوف حين سمعت أصوات المروحيات الحربية تحلق على ارتفاع منخفض فوق رؤوسنا، وفجأة اجتاحت ذهني ذكريات دويّ صفارات الإنذار يرافقها إحساسٌ بانعدام الأمن والارتباك يرتبط بفترةٍ معينة من طفولتي. لكنّني اعتمدت على تجربتي هذه فصارت محطةً مرجعية منحتني معلومات قيّمة سهلّت حديثي مع المشاركين. ولم يكن الأمر يقتصر على إحساسي بأننا خضنا تجارب مشتركة، بل كنت أستطيع أيضاً فهم التعقيدات الاجتماعية والسياسية التي تميّز البلدان التي تعيش الحروب.

باختصار، فقد تأثرت تفسيراتي لروايات المرضى بآرائي الشخصية، ولا يسعني أن أدعي بأنها كانت موضوعية تماماً. لكنني اعتمدت على الإرشادات المهنية في تحضيري للمقابلات كي أقلل الأثر الذاتي، بالتالي كان عليّ أن أكون واعيةً تماماً لحالتي العاطفية. لمست أيضاً أهمية نقاشاتي مع المترجمين، وهي نقاشاتٌ أغنَت أفكاري ومشاهداتي. كما تحسنت قدرتي على ترك مسافةٍ عاطفية بمرور الوقت وأنا أحلل بحثي وأصيغ عبارات هذا الكتاب.

هذا وقد كشف عددٌ من علماء الاجتماع عن تجارب ومشاعر مماثلة أثناء مراقبتهم للمشاركين في بيئات بحثية مشحونةٍ عاطفياً (فوكس، 2017؛ باول، 1953). ورأيت في هذا السياق بأن تفاعلي مع المشاركين لفترات طويلة واتباعي النهج الثلاثي في البحث وتنفيذي لجلسات استخلاص معلومات مع فريق البحث أمورٌ ساعدتني في مراقبة تأثيري على العملية البحثية. مع هذا فإن عملي باحثةً في سياقٍ حربي عملٌ ينطوي على تعقيداتٍ لا يمكن لأحدٍ أن ينكرها.

صرنا الآن جاهزين للمتابعة ومناقشة عملية إعادة التأهيل من منظور أوسع لا يقتصر على ضحايا الحرب بل يشمل باقي الأشخاص ذوي الإعاقات.

مناقشة مكوّنات إعادة التأهيل

يبحث هذا الكتاب في أساليب جديدة لدعم ضحايا الحرب المدنيين وإعادة تأهيلهم. وقد برزت في بدايته مخاوف عدّة أساسية منها عدم قدرة الجرحى من غير المقاتلين على تأمين العلاج الطبي. وهذا أمرٌ يعكس الإهمال العام الذي يواجهونه بصفتهم أفراداً في المجتمع. لكن ضعف التركيز على جرحى الحرب المدنيين مسألةٌ تظهر بوضوح في المؤلفات التي تبحث في عملية إعادة تأهيل جرحى الحرب لكنها تركّز في معظمها على قدماء المحاربين بدلاً من الجرحى غير المقاتلين. فالأغلبية الساحقة من المؤلفات تبحث الموضوع من منظورٍ حكوميّ (كارتر وكيدر، 2015؛ أورباخ وآخرون، 2013؛ بوبافاك وبوبافاك، 2012) أو من منظور طبّي/جراحي بحت (تايلر وآخرون، 2012؛ فوت وآخرون، 2015؛ دير-مارتيروزيان وآخرون، 2013). كذلك فإن المحاربين القدماء محطّ تركيز المؤلفات التي تبحث في إعادة الاندماج في المجتمع في المرحلة التي تتلو الحرب وقضايا وصمة العار والصحة النفسية (ماكلين وكليكامب، 2014؛ فيرميتين وآخرون، 2007؛ هاسكي، 2015؛ جيد وويلكينز، 2013؛ هاسانوفيتش وباجيفيتش، 2013). ثمة أيضاً بعض الدراسات الأنثروبولوجية الإثنوغرافية التي تركز على إعادة تأهيل المقاتلين طبيّاً واجتماعيّاً (كوهين 2010؛ هاردغروف، 2017؛ ديكسون-غوميز، 2002؛ ماكليش، 2012). بالتالي فإن التركيز على تأهيل ضحايا الحرب المدنيين أمرٌ نادر، لكنّ الأندر منه أن نجد مؤلفات تتعاطى مع الجوانب الاجتماعية لإعادة التأهيل.

وقد بحثتُ في صفحات كتابي هذا في مجموعاتٍ متنوعة من العلاقات: بين الجسد المعاق والإحساس بالذات، وبين المريض ومن يقدم له الرعاية الصحية، وبين ضحية الحرب والمجتمع. وكلها علاقاتٌ تسهم في عملية الشفاء الهشّة التي تعتبر الغاية الرئيسية من دخول المرضى إلى برنامج الجراحة التقويمية الذي تديره أطباء بلا حدود. لكن اتضّح لي بأن غايات المرضى لم تكن تقتصر على إصلاح أجسادهم الجريحة بل أيضاً إعادة بناء وجودهم بكافة جوانبه: شخصيتهم ومجتمعهم وهوياتهم الأخلاقية وقوتهم الاقتصادية وإحساسهم بالكرامة. فالمعاني الرمزية التي تحملها تجاربهم الماضية والطريقة التي ينظرون بها إلى أجسادهم اليوم أمران يلعبان دوراً هاماً في إعادة بناء حياتهم. وهذا يذكّرنا بدراسة من إعداد بهروزيان (2015) تتناول الجوانب الاجتماعية السياسية للرفاه والصحة النفسية في الشرق الأوسط. إذ يقرّ بهروزيان بأن الأفراد يعتمدون بعد مرورهم بتجارب عنيفة على أدواتٍ متنوعة للتعافي منها مثلاً أدوات ثقافية وتاريخية وسريرية واجتماعية.

بخلاف ذلك، نجد أن القائمين على توفير الرعاية الصحية في مستشفى أطباء بلا حدود يركّزون بشكلٍ أساسيّ على علاج المرضى علاجاً طبياً، علماً أن المستشفى يُعتبر من أهم البرامج في العالم التي تقدم خدمات الرعاية التقويمية لضحايا الحرب المدنيين. وهذا التناقض كما رأينا يخلق التوتر بين الطواقم والمرضى. إلا أن هذه المشكلة في رأيي تتجاوز مسائل السلطة والإيذاء، وهي مواضيع بحثها مؤلفون آخرون (موس، 2004؛ موس وكروكينبيرغ، 2017؛ فارمر، 2001؛ 2006)، إنما تتجسد أيضاً في مجموعة العلاقات الدقيقة التي تربط جميع الأطراف المعنية، وهي علاقاتٌ يجب أخذها في عين الاعتبار إذا ما أردنا بناء عملية إعادة تأهيل تتمحور حول المريض، التي هي موضوعٌ نظري وعملي في الآن ذاته. وهنا سأبحث في هذه المفاهيم وسأناقش باختصار ما يؤثر على الفهم السائد للإعاقة وإعادة التأهيل ولا سيما الأفكار المرتبطة بالحرب. كما سأناقش حدود عملية إعادة التأهيل السريرية والحاجة إلى تبني أشكال أخرى من الشفاء.

النماذج النظرية للإعاقة: التوتر بين الطبي والاجتماعي

كي نفهم العلاقة بين المرضى والقائمين على رعايتهم الصحية، من المفيد أن نراجع النماذج النظرية المعنية بالإعاقة، فهي تتباين في أسلوب رؤيتها للإعاقة سواء أكانت تراها ظاهرة فردية أم اجتماعية. فالنموذج الطبّي مثلاً يرى الإعاقة على أنها مرضٌ فردي وينظر إليها عادةً على أنها مأساةٌ شخصية (غودلي، 2011) ويعتمد على مصطلحاتٍ طبيةٍ في وصفها. في المقابل، نرى بأن النموذج الاجتماعي يصف الإعاقة على أنها ظاهرةٌ اجتماعيةٌ بحتة، ونجده يركّز على ما يواجهه ذوو الإعاقة من حيث محدودية فرصِهِم في المشاركة والإسهام في الحياة الطبيعية لجماعة الناس التي يعيشون فيها نظراً للقيود الفعلية والمفاهيمية التي يفرضها المجتمع. ومن ثَمَّ فإن المجتمع هو صاحب القرار الفاصل بين المعاق وغير المعاق بحسب هذا النموذج.

ثمّة نماذجُ أخرى تستحقّ الذكر منها النموذج الأخلاقي والنموذج الخيري ونموذج الأقليات. وإذا ما نظرنا إلى النموذج الأخلاقي نجده ينقل المسؤولية من ذوي الإعاقة إلى الآخرين (مثلاً: الوالدين في حالات التشوهات الخلقية) أو إلى قوى خارقة (الخالق أو القدر أو النصيب/العاقبة الأخلاقية)، في حين يرى النموذج الخيري في ذوي الإعاقة ضحايا يستحقّون الشفقة. أما نموذج الأقليات فيركّز على التمييز الذي يعاني منه ذوو الإعاقة وصراعهم في سبيل حقوقهم إلى جانب باقي الأقليات (ريتيف وليتسوسا، 2018).

وقد سمح لنا وجودنا في مستشفى أطباء بلا حدود بفهم الفوارق الدقيقة بين تلك النماذج. غير أننا استفدنا من النموذجين الطبي والاجتماعي تحديداً في كشف التوترات الداخلية التي يعيشها أفراد الطاقم وكذلك التوترات بين الطاقم والمرضى. فعند النظر بعدسة النموذج الطبي مثلاً نجد أن طاقم أطباء بلا حدود يركز بشكلٍ رئيسيّ على توفير العلاج الطبي لأجسادٍ مشوّهة (مثال: تحسين نطاق حركة طرف مصاب بشكلٍ يمكن قياسه). في المقابل، فإن المرضى يرون في إعادة التأهيل مسألةً لا تنفصل عن تعافيهم اجتماعياً، وهذا ما ينسجم أكثر مع النموذج الاجتماعي والمسؤولية الاجتماعية التي يرونها جزءاً من مسؤولية القائمين على الرعاية الطبية (مثال: "تنعيم جلدي، تحسين مظهر وجهي كي أبدو طبيعياً أكثر"). بالتالي لا نتفاجأ من ظهور توترات وحالات سوء تفاهم بين الطرفين، فكلاهما يعتقد أنه ببساطة يمارس حقوقه ويؤدي واجباته. بيد أن فهم هذه المعلومات المهمة ودعم سبلٍ بديلة للنظر إلى عملية إعادة التأهيل أمران من شأنهما تحسين العلاقة بحيث تكون أكثر إرضاءً للطرفين.

ونرى في هذا السياق كيف يروج يونغ لمقاربةٍ بديلةٍ فيصف أسلوبين لإعادة التأهيل: أحدهما "صلب" والآخر "مرن" (1996: 678). فالأسلوب الصلب الذي يماثل الرعاية التي يتلقاها مرضى برنامج الجراحة التقويمية ينطوي على علاجاتٍ طبيةٍ تشمل الأدوية والعلاج الطبيعي والعلاج المهني وتوفير الأطراف الاصطناعية، في حين يقوم الأسلوب المرن على الإرشاد والتشجيع والاستماع والتثقيف. ويجادل يونغ (1996) بأن أوضاع بعض المرضى لا تستدعي سوى الأسلوب المرن، لكنه يصرّ على الموازنة بين الأسلوبين الصلب والمرن لتحقيق أفضل النتائج. وإذا ما بحثنا في العلاج الذي يعتمده برنامج الجراحة التقويمية نجد بأن الأسلوب الصلب في إعادة التأهيل له مبرراته الطبية، في حين أن دور الأسلوب المرن الذي يقدره المرضى كلّ التقدير ينحصر في كونه دوراً مسانداً.

وجملة القول أننا إذا ما أدخلنا تعديلاتٍ كبرى على منظور البرنامج إزاء الإعاقة فإننا قد نعيد تعريف المسؤوليات في إطار عملية إعادة التأهيل التي يتقاسمها القائمون على الرعاية الطبية ومرضاهم. فمفهوم

الإعاقة في حدّ ذاته مفهومٌ يتغيّر بمرور الوقت حتى لو كان ببطء، وهذا ما يفسر التحديات التي تعترض تحقيق تغييرات مفاهيمية.

جسدٌ معاق في نظر المجتمع

يسلّط التاريخ الضوء على بعضٍ من مفاهيم الإعاقة الراسخة بعمق والتي لا تزال إلى حدٍّ ما ترسم اليوم معالم السلوكيات والمواقف تجاه الإعاقة، وهذا يشمل ميدان العمل الإنساني.

وبرز شيءٌ من الارتباط بين الإعاقة والتشوه ووصمة العار في وقتٍ مبكّرٍ يرجع إلى نهايات السبعينيات وبدايات الثمانينيات. فقد جادل فيل وآخرون (2016) بأن الحركة التنويرية الفلسفية والفكرية التي كانت تصيغ الأفكار في أوروبا آنذاك كانت القوة المحركة التي تقف خلف مفهوم الإعاقة كما نراها في وقتنا هذا. فقد أحدثت الحقبة التنويرية تحولاً جذرياً في الطريقة التي ننظر بها إلى جسد الإنسان، حيث ركزت الحركة على المعرفة المادية والتجريبية، ممّا أثر على منظور الإنسان تجاه الجسد من حيث أنه كيانٌ بيولوجيٌّ مؤلّف من مكوناتٍ يمكن قياسها وتعديلها. فقد بدأ الخطاب الطبّي يبحث عن مسبباتٍ بيولوجية للمتغيرات الجسدية والنفسية. وبالتوازي مع هذه المفاهيم برزت فكرة وجود مظهر ووظائف معيارية طبيعية ومرغوبة لجسم الإنسان.

وكان كلّ ما يحيد عن المتعارف عليه يُصنَّف عله أنه غير طبيعي وغير مرغوب به. وقد تجسد هذا المعتقد في ما كان يُطلَق عليه "عروض المسوخ" التي كانت تعرض للعلن من باب الترفيه "المسوخ" والذين هم أشخاص لديهم أجزاء في جسمهم أصغر أو أكبر من الحجم المعتاد أو مشوهة نظراً لعيوب خلقية أو أمراض. فكثيراً ما كان الأهل يهجرون هؤلاء الأطفال أو يبيعونهم لمثل هذه العروض التي كانت تجذب الجماهير بالإعلان عن "المعجزة الذي بلا أرجل، أو الطفل الكركند، أو الفتاة ذات القدم الكبيرة، أو الرجل الفيل، أو الفتاة ذات الأربعة أرجل"، وكلها عبارات تشير إلى شكل التشوه الذي يعانون منه والذي يستطيع الجمهور مشاهدته (فوردهام، 2007).

كانت عروض المسوخ تلك تحظى بشعبيةٍ واسعة في إنجلترا والولايات المتحدة الأمريكية منذ القرن السابع عشر حتى القرن التاسع عشر، أيّ إلى حين ظهور تفسيراتٍ علميّةٍ للتشوهات، حيث صارت بعدها تلك العروض ممنوعة، وتغير المنظور الاجتماعي إزاء أولئك الأشخاص فتحولوا من "مسوخ" يغذّون فضول الجمهور بشأن "أخطاء الطبيعة" إلى أشخاص ذوي إعاقة ومثار شفقة (دورباخ، 2009).

وقد جادل بعض المؤلّفين (فيل وآخرون 2016) بأن ترسيخ المعايير على مرّ القرون والاستغلال البشع لأولك الذين لم تنطبق عليهم تلك المعايير قادا إلى سلوكياتٍ سلبية راسخة تجاه ذوي الإعاقة. لكن هناك آخرون من أمثال أواتين وآخرين (2011) يعتمدون على مقاربة تطورية ويجادلون بأن العلامات الواضحة على المرض تبعث على الاشمئزاز وتدفع بالآخرين إلى تجنب الشخص وقايةً من انتشار العدوى. لكن الفرضيتين تروّجان للنزعة السائدة بين الناس التي تدفعهم للشعور بالتهديد من الأفراد الذين يبدون مختلفين وبالتالي تجنّبِهم، حتى لو أنهم في الحقيقة ليسوا كذلك.

وقد حدث تحوّلٌ كبير في هذه المفاهيم في ثمانينيات وتسعينيات القرن الماضي بفضل العمل النشاطي المعني بالإعاقات، علماً أن المفهوم الأيديولوجي المعروف باسم دراسات الإعاقة قاد هذا النشاط الذي تمرّد

على تعريف المجتمع لما هو "طبيعي" وناهض أيّ تهميش لمن لم تنطبق عليه تلك المعايير. فقد تحول فهم الإعاقة من أنها "فردية" إلى "اجتماعية" ومن أنها "طبيعية" إلى "مصطنعة اجتماعياً" (غودلي، 2001). وكانت دراسات الإعاقة تميّز بين "العجز" الذي يحد بعض الوظائف لدى الفرد وينتج عن قصورٍ جسدي أو نفسي أو حسّي من جهة والبنية الاجتماعية التي تؤدي إلى قمع الفرد بتقييد أنشطته من جهة أخرى. وشددت هذه الدراسات على أن المجتمع يفرض ضغوطاً على أصحاب العجز، مشيرةً إلى أنه يعاملهم كالأطفال وينظر إليهم على أنهم بلا حيلة ولاجنسيون.

لكن الحركة النشاطية أحدثت تغييرات عامة في السلوكيات والمواقف المجتمعية وكذلك القوانين والتشريعات المرتبطة بحقوق أصحاب الإعاقات. وتصف منظّمة الصحة العالمية الإعاقة اليوم بأنها "ظاهرةٌ معقّدة تعكس التفاعل بين خصائص جسم الإنسان وخصائص المجتمع الذي يعيش فيه" (منظمة الصحة العالمية، لا يوجد تاريخ). بالتالي ثمة إقرارٌ بضرورة التقليل من الحواجز البيئية والمجتمعية لدعم جودة حياة ذوي الإعاقة.

التكيّف مع الذات المعاقة في سياق الحروب

تبرز أكثر الحواجز البيئية والاجتماعية في سياق الحروب نظراً لتعاظم أعداد ذوي الإعاقة في المجتمع. وهنا ربما يظن المراقب أن الجسد المعاق قد يصبح الوضع الطبيعي الجديد وأن النظرة الاجتماعية إزاءه ستصبح محايدة، لكن هذا الكلام ليس صحيحاً في أغلب الأحيان بحسب مشاهداتي. فقد كان المشاركون يكشفون عن ثلاثة مستوياتٍ من وصمة العار: الأول يرتبط بشكل الجسد والثاني بالافتراضات التي تقول بأنهم ارتكبوا "خطأ" ما -بالتالي يرتبط بذاتهم الأخلاقية- والثالث بالتبني الذاتي للأفكار المسبقة السلبية وهنا نقصد وصمة العار الذاتية، علماً أن مرضى أطباء بلا حدود لم يبرحوا يطالبون بالدعم كي يستطيعوا التعامل مع كلّ وصمات العار هذه.

هذا وتعتبر المعايير الاجتماعية المسؤول عن قبول أو تهميش مختلف أشكال الجسد ووظائفه، وهذا واقعٌ لا يتغير في سياقات الحروب. فقد كانت الأفكار السائدة عن الجمال والمعايير المتعلقة بالرجال والنساء مسؤولةً عن إطلاق الأحكام على أولئك المشاركين الذين تأثر مظهرهم وشكلهم بدرجة واضحة للجميع. كذلك فقد يواجهون باستمرار أسئلةً تطلب منهم الكشف عمّا إذا كانوا من ضحايا الحرب أم من المعتدين. أمّا من شارك في الحرب ولم تظهر عليه علاماتٌ جسدية تدلّ على إصابته فقد كان أفضل حالاً من الناحية الاجتماعية مقارنةً بالمدنيين الذين ظهرت عليهم علامات الإصابة مع أنهم لم يشاركوا في القتال. إذ يعيش هؤلاء الذين لم يقاتلوا عرضةً لشكوكِ المجتمع بأنهم تورطوا في عنف الحرب، بالتالي فإن التقييم النقدي في هذه الحالة يطال "ذاتهم الأخلاقية" بدلاً من جسدهم. لكن دعونا لا ندخل في مسألة ثنائية الضحية/المعتدي. فهناك مؤلفون آخرون من أمثال بازيك (2018) في سياق يوغوسلافيا السابقة، وبرادول ولو باب (2017) في سياق رواندا، ناقشوا بتعمّق كيف أن هذه الثنائية لا مبرر لها في واقع عنف الحروب. لكن أهم ما في هذه النقاشات هو نظرة المجتمع التي تلعب دوراً كبيراً في شعور جرحى الحرب حيال موقعهم ومكانتهم في المجتمع. بعبارة أخرى، فإن وصمة العار أثناء الحرب وفي المرحلة التي تليها قد تؤثر في فرص نجاة الفرد ورفاهه.

وإذا ما قرأنا نظرية وصمة العار التي ناقشها غوفمان (1986) في مؤلّفه الذي له وزنه في ميدان الإعاقة، نرى بأن بعض جوانبها تتجسد في ما مرّ به ضحايا الحرب الذين قابلتهم. إذ يشرح غوفمان كيف أن وصمة العار تبدأ عند التواصل مع الآخرين -"الناس الطبيعيين" مثلاً- وكيف تؤثر في منظور الفرد لهويته، مشدداً على أن الأفراد الموصومين مضطرون دائماً إلى بذل مجهودٍ في تفاعلاتهم الاجتماعية، حيث يورد عدداً من الإستراتيجيات المتبعة ومنها حين يحاول المرء أن يكون على قدر التوقعات، فيقول: "اكتشفت أيضاً بأن على الكسيح أن يحذر كي لا يتصرف بطريقةٍ تختلف عمّا يتوقعه الناس منه. فهم بالدرجة الأولى يتوقعون من الكسيح أن يكون كسيحاً، أي أن يكون معاقاً وعاجزاً، وأن يكون أدنى منهم، وتجدهم قد ارتابوا وانعدمت ثقتهم بأنفسهم إن تصرف الكسيح بخلاف تلك التوقعات. هذا غريب، لكن على الكسيح أن يلعب دور الكسيح" (غوفمان، 1986: 110). وهذا الكلام يسلّط الضوء على المفهوم السائد في مستشفى أطباء بلا حدود والقائل بأن المرضى "ضحايا"، كما أنه يفسّر التوترات التي تبرز عندما لا يتصرف الأفراد بما يكفي من "العجز" كما يحدث حين يشككون في القرارات الطبية. بالتالي فقد كانت الإستراتيجية الشائعة بين المرضى في مستشفى أطباء بلا حدود تقوم على تبنّي موقف الضحية المثالية وبناء علاقات تبدو "إيجابية" مع القائمين على توفير الرعاية لهم. بيد أن علاقة المتعالي-التابع المترسخة بشكلٍ واسع بين أفراد الطاقم الطبي ومرضاهم تمنع هؤلاء المرضى من التمكّن أثناء إعادة تأهيلهم وتعيق تطور الإدراك الذاتي في الفرد صاحب الإعاقة.

يشرح غوفمان أيضاً كيف ترتبط وصمة العار بالحياة العامة بدلاً من ارتباطها بالحياة الخاصة. فقد أشار المشاركون إلى انعدام وصمة العار في دائرة الأشخاص المقربين من الأسرة الذين لم يكونوا يرون في أجسادهم المشوهة أمراً يبعث على الاشمئزاز. وكما أشار غوفمان فإن المواقف غير المريحة تحدث في العلن ولا سيما حين يكون الغرباء على علمٍ بالهوية الاجتماعية للفرد الموصوم الذي لا يعرف بدوره أيّ شيء عنهم. وهنا يقول غوفمان: "يمكن له [الفرد الموصوم الذي يقرر عدم استئصال ذاته من علاقات التواصل الاجتماعي) أن يكشف عن نفسه طوعاً، بالتالي يتحول جذرياً من فردٍ يملك معلومات عليه التعاطي معها إلى فردٍ يعيش في مواقف اجتماعية صعبة عليه التعاطي معها" (غوفمان، 1986: 100). وقد دفعت مثل هذه المواقف بالمشاركين إما إلى إخفاء إصاباتهم أو إلى تحويل المعاني المحملة عليها إلى شكلٍ مقبولٍ اجتماعياً كأن يصفوا إصابتهم مثلاً بأنها عملٌ بطولي.

ويشرح غوفمان أن لقاء "الناس الطبيعيين" والموصومين يضع كلا الطرفين في مواجهة مسببات وصمة العار وآثارها. إذ لا يمكن لصاحب الإعاقة أن يتنبأ إطلاقاً بسلوك الشخص الذي تعرف عليه للتو. هل سيرفضه أم سيقبل به؟ كما أن الآخر "الطبيعي" يواجه مشاعر عدم الارتياح النابعة من التواصل مع صاحب الإعاقة. وتشرح روايات المشاركين وأمثلةٌ من المؤلفات ذات الصلة كيف أن تشوهات الوجه تحديداً تُفضي إلى ردود فعلٍ عاطفية تصدر عن المراقب وتشمل الخوف والاشمئزاز والازدراء، علماً أن هناك في الأساس استعدادٌ للردّ بهذه الطريقة متأصلٌ في الأعراف الاجتماعية التي تحيط بمفاهيم الجمال وتكامل الوظائف (هاريس، 2019).

هذا وإن عدم اليقين إزاء ردود فعل الآخرين يقود إلى مستوى كبير من الوعي الذاتي والقلق، غير أن انعدام اليقين هذا يتراجع حين يعيش الفرد بين الجماعة لسنين ويكوّن "سيرة ذاتية" على حدّ تعبير غوفمان: "هويةٌ

شخصية... شاملة... في نظر الآخرين" (غوفمان، 1986: 78). لكن حين يترُكُ جرحى الحرب مجتمعاتهم ويقضون فتراتٍ طويلةً في إعادة التأهيل، بعيداً عن دوائرهم الاجتماعية المعتادة، يحدث انقطاعٌ في "سيرتهم الذاتية". ثم تبرز أمامهم فرصٌ جديدة تسمح لهم بإدارة معلوماتهم الأساسية أو التحكم فيما يريدون للناس أن يعرفوه عنهم في دوائرهم الاجتماعية الجديدة. إذ يكتسب الشخص صاحب الإعاقة إحساساً بالتطبيع في بيئة المستشفى التي تُسَهّل عليه بناء هويّةٍ اجتماعيّةٍ وشخصيّةٍ جديدة. ويبدو أن مرضى أطباء بلا حدود ينتهزون هذه الفرصة كي يكتشفوا من كانوا قبل إصابتهم ومن سيصيرون بعد علاجهم وإعادة تأهيلهم.

أخيراً، حتى لو لم تأتِ وصمة العار من الخارج نجدها قد تنبع من الداخل. واتضح لي بأن نظرة الناس إلى بعض المشاركين على أنهم منحرفون نظراً للندب التي تعلو وجوههم كان أمراً كافياً لمنعهم من المشاركة في الحياة الاجتماعية. وعلى عكس وصمة العار العامة التي تبرز كونها صورة نمطية سلبية يرسمها المجتمع تجاه الفرد، فإن وصمة العار الذاتية عبارة عن عميلة استيعاب داخلي للأحكام السلبية (كوريغان وواتسون، 2002). وحين نقرأ المؤلفات التي تتناول هذا الموضوع نرى بأنها تتناول بشكلٍ رئيسيّ وصمة العار الذاتية على أنها قضيةٌ صحيّةٌ نفسية (كوريغان وواتسون، 2002؛ كوريغان وراو، 2012)، أو تبحثها في سياق فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز (ميلر وآخرون، 2011؛ أيالا، 2012)، أو في إطار أبحاث الإدمان (فريشكنيشت وآخرون، 2011). كما نوقش هذا الموضوع في سياق جرحى الحرب حسب معلوماتي. ولاحظ شيه (2004) بأن المؤلفات التقليدية التي تتناول وصمة العار تركّز بشكلٍ أساسيّ على أثرها السلبي على الفرد. لكن على النقيض من ذلك، فقد بدا على المشاركين في هذه الدراسة بأنهم ينجحون في حياتهم رغم الآثار السلبية، معتمدين في أغلب الأحيان على إستراتيجيات لصدّ التبعات السلبية التي تحملها وصمة العار، علماً أن بعضاً من تلك الإستراتيجيات جاء متوافقاً مع آليات التعامل مع وصمة العار التي وردت في المؤلفات. إذ يناقش شيه (2004) مثلاً مواضيع من قبيل آليات التعويض، والتفسير الإستراتيجي للبيئة الاجتماعية، وخلق هويات متعددة لمكافحة وصمة العار.

فحين يطبّق الأفراد الموصومون إستراتيجية التعويض يزيد حزمهم وإصرارهم على تحقيق أهدافهم، حيث يبنون مهاراتٍ تساعدهم على الاندماج كما أنهم يحسّنون من تفاعلاتهم الاجتماعية (شيه، 2004)، علماً أن مستشفى أطباء بلا حدود مليء بأمثلةٍ يوميّة على الإصرار نراها في أغلب الأحيان في لحظاتٍ مؤلمة أثناء إعادة التأهيل.

لكن حين يفسّر الأفراد بيئتهم الاجتماعية تفسيراً إستراتيجياً فإنهم يتلاعبون بمنظورهم للبيئة كي يحافظوا على إحساسهم بتقديرهم لذواتهم. فتجدهم مثلاً يزيدون من إحساسهم بكفاءتهم الذاتية حين يقارنون ذواتهم بمجموعة تواجه تحدياتٍ مماثلة بدلاً من أخرى لا يعاني أفرادها من تشوهات/إعاقات. وحين يعترضهم الفشل نراهم يحافظون على ثقتهم بذاتهم، حيث يعزون خيبات الأمل إلى الأحكام المسبقة بدلاً من تحميلها على أسبابٍ شخصية، مع أن بمقدورهم أيضاً أن يمتنعوا عن رؤية أنفسهم في موقع الضحية ويرفضوا تلك الأحكام المسبقة أو يقلّلوا منها. وقد اتضح لي من وجهات نظر المشاركين في هذا البحث بأن "التواجد بين الأقران" أمرٌ أسهم بحدّ ذاته في تعافيهم.

أما الإستراتيجية الأخيرة التي تقوم على تعدّد الهويات فإنها تجعل الفرد ينظر إلى ذاته بأكثر من منظور، علماً أن التنقل بين الهويات يحقق فوائد نفسية اجتماعية عديدة ويسمح للفرد باختيار الهوية التي يرغب

بها في كلّ سياقٍ اجتماعي. وقد اتخذ المشاركون في بحثي هويات مختلفة في مواقف متنوعة، فكانوا أبطالاً وضحايا وأمهات وأزواج وناجين ومهنيين ومتفائلين ومسلمين، وتطول القائمة.

يمكن أيضاً توجيه وإرشاد ذوي الإعاقة كي يتدبّروا وصمة العار. إذ نقرأ في دراسةٍ من إعداد لاكستيد وآخرين (2011) عن مشروعٍ تجريبيّ يعرض آلياتٍ أسهمت بفاعلية في التقليل من وصمة العار النابعة من الذات. فقد اعتمد معدّو الدراسة على جلساتٍ تثقيفيّة لبحث قضايا الصحة النفسية ودربوا الأفراد الموصومين على مهارات يمكن لهم استغلالها للرد على وصمة العار في سياقات علنية، كما أرشدوهم إلى تعزيز علاقاتهم مع عائلاتهم وأصدقائهم.

وباختصار، نجد أنه رغم الزيادة الحادة في الإعاقات نتيجةً لعنف الحروب، إلا أن حلّ مشكلة وصمة العار المرتبطة بالتفاعلات الاجتماعية بين ذوي الإعاقة والأشخاص "الطبيعيين" لم يحقق التقدم بالسرعة الكافية. فنرى كيف يواجه ذوو الإعاقات في سياقات الحروب يومياً واقعاً يقول بأنّ المجتمع قد ينظر إليهم نظرةً سلبية بسبب مظهرهم أو نتيجةً للشكوك التي تحوم حول تورطهم في عنف الحرب أو لأنهم يلقون بوصمة العار على أنفسهم. لكن رحلة إعادة التأهيل تكشف الستار عن فرصةٍ تسمح بدعم عملية إعادة التأهيل الاجتماعي الذي قد يسهم في تحسين رفاه جرحى الحرب، غير أن برنامج الجراحة التقويمية الذي تديره أطباء بلا حدود للأسف لم يعتمد بعد بشكلٍ كامل على هذا الفهم.

متى دخلت إعادة التأهيل الاجتماعي في غياهب النسيان؟

ليست إعادة التأهيل الاجتماعي مقاربة جديدة مطلقاً، فقد أبصرت النور في حقبة ما بعد الحرب العالمية الأولى في مختلف أرجاء أوروبا والولايات المتحدة حين افتتحت مراكز إعادة التأهيل أبوابها كي تساعد الأعداد الكبيرة من معاقي الحرب، حتى أن مراكز إعادة التأهيل في الولايات المتحدة عالجت في تلك الفترة ما لا يقل عن 120,000 جنديّ من ذوي الإعاقة. وقد كان بين أولئك الجرحى أعدادٌ مقلقة من الشباب الذين كانوا سابقاً أصحّاء في ريعان تطورهم الجسدي والمهني (ستاغني وآخرون، 2015). إلا أن العدد الكبير من قدامى المحاربين ذوي الإعاقة المؤهلين للحصول على تعويضات فرض على المجتمع تحدّياً مالياً كبيراً، فبرزت الرغبة في إعادتهم إلى سوق العمل في أسرع وقتٍ ممكن. في المقابل فقد واجهت الطواقم الطبية ضغوطاً تطلب منها الإسهام بقوّة كي يتسنى لقدماء المحاربين الاندماج مجدداً في الحياة المدنية.

وكان من أهم ما حققته تلك الحقبة تطوير الأطراف الاصطناعية (بيري، 2014). فعند النظر إلى المختبر العسكري للأطراف الاصطناعية والمختبر المهني في شمال فرنسا بقيادة العالم الفرنسي جولز آمار، نرى بأن عمله كان يرتكز على فهم آمار لجسم الإنسان على أنه محرّكٌ مكون من قطعٍ بمثابة ملحقاتٍ ميكانيكيّة يمكن تعديلها وتحسينها في الوقت ذاته (فيرسترات وهيرمان، 2016). وقد أدى هذا المفهوم إلى تطوير الأطراف الاصطناعية التي كانت تُصَنّع لكل فردٍ على حدة، يرافقها تدريباتٌ مخصصة لكلّ مريض هدفها تعزيز الأداء إلى أقصى حدٍّ ممكن. فالجسد المعاق برأي آمار كان جوهر القيمة الإنتاجية للفرد، فكان ينظر إلى الجنود المعاقين وظيفياً على أنهم جزءٌ مفيدٌ للمجتمع. بالتالي فقد انطمست الحدود بين القادر والمعاق، وكانت النتيجة إحساساً مجتمعياً مشتركاً.

نرى الأمر ذاته في إيطاليا في معهد أورتوبيديو ريزولي، أحد أشهر المستشفيات المعنية بعلاج التشوهات العظمية. إذ كان برنامجه يتضمن العلاج الطبيعي وورشات عملٍ تركز على الشفاء، إضافةً إلى العلاج المهني. وقد أدت هذه المنظورات الجديدة إزاء العلاج الطبيعي وإعادة التأهيل إلى بناء مقاربةٍ جديدةٍ متعدّدة الأوجه لعملية إعادة التأهيل تشمل التعافي الوظيفي إلى جانب تعافي المسؤوليات الاجتماعية والمشاركة في الحياة الاجتماعية (ستاغني وآخرون 2015). رأينا جهوداً مماثلة بذلها العاملون في مراكز إعادة التأهيل في أوروبا والولايات المتحدة الأمريكية وكندا وصار الاندماج الاجتماعي لقدماء المحاربين بتوظيفهم في أعمال تدرّ عليهم الأجور من مكونات إعادة التأهيل الطبي. فكان الهدف أن يستعيد الجنود الذين يعانون من إصابات شديدة بالكامل قدرتهم على استخدام أجسامهم وقدرتهم على الاكتفاء الذاتي اقتصادياً. هذا وشهدت الحرب العالمية أيضاً بذل جهودٍ شاملة هدفها أن يستعيد جرحى الحرب حياتهم العادية. ويُبيّنُ تقريرٌ يعود إلى عام 1918 أن هذا الدعم لم يكن يقتصر على المحاربين القدماء، بل كان جرحى الحرب المدنيون يستفيدون منه أيضاً في بعض الأحيان (مخصصات الجنود والمدنيين المعاقين، 1918). وكان الأطباء والجراحون هم من يقود الخطاب بشأن الإعاقة والمعايير المتعارف عليها والأداء الاجتماعي (وولترز، 2015). وكثيراً ما كان ينضم إليهم المتضررون بالحرب، ولا سيما مبتوري الأرجل والأذرع الذين صاروا مرادفاً للإعاقة، إسهاماً منهم في جهود المناصرة والمطالبة بالحقوق الاجتماعية.

لكن الحقبة التي تلت الحرب العالمية الثانية شهدت ثورةً في الجراحة التجميلية (غوميلاس وآخرون، 2011). فقد كان السير آرتشيبولد ماكندو الرائد في ميدان الجراحة التجميلية يعالج المحاربين القدماء ويعمل على تطوير تقنياتٍ جديدة ولا سيما في مجال تقويم الأوجه المتضررة بالحروق. وكان العاملون الطبيون أثناء تلك الفترة مدركين لحقيقة أن عملهم لا يجب أن يقتصر على أجساد المرضى، بل أن من واجبهم تحضير المرضى لمرحلة إعادة الاندماج في المجتمع والتي كانت عملية مؤلمة. وقد اعتمد ماكندو على مقارباتٍ نفسية واجتماعية وجسدية في علاجه للمرضى، وأسس ما كانوا يطلقون عليه على سبيل الدعابة نادي خنزير غينيا المعني بالمرضى المصابين بحروق. وكانت صور النادي تكشف عن رجالٍ ذوي وجوه مشوهة بوضوح وهم يرتدون بدلات أنيقة ويدخنون السيجار ويبتسمون وهم يتقارعون الكؤوس في جلسةٍ أشبه بجلسات المجتمع المخملي. لكن ماكندو أسّس تلك النوادي كي يُعيد تأهيل مرضاه ويصون كرامتهم ويساعدهم على إيجاد موقعهم في المجتمع مرةً أخرى، فقد كان من أشدّ المناصرين لمرضاه وأثّر في المجتمع كي يصير أكثر تقبُّلاً لعودة اندماج جرحى الحرب.

أما في الولايات المتحدة، فكان ثمة إقرارٌ بأن المحاربين القدماء الذين يأتون من خلفيات اقتصادية متدنية كانوا بحاجةٍ إلى مكانةٍ اجتماعيةٍ أرقى، بيد أن التمييز العنصري المنهجي أدى إلى إقصاء الأغلبية الساحقة من الأمريكيين ذوي الأصول الإفريقية. إذ اقتصر صعود السلّم الطبقي على البيض الذين صار في مقدورهم دخول التعليم العالي بموجب قانون إعادة تكييف الجنود الصادر عام 1944، وهذا ما أسهم في بروز طبقةٍ وسطى من البيض المتعلّمين خرجت إلى الوجود من صميم الحرب.

وتؤكد أمثلة من أحداث واقعية أخيرة فوائد عودة اندماج جرحى الحرب في المجتمع. فثمة دراسةٌ للمحاربين القدماء من الحرب البوسنية ممن فقدوا أطرافهم ويشاركون اليوم في برنامجٍ لإعادة التأهيل يركز على رياضة الغطس، وكانت هذه الدراسة تهدف في الأساس إلى تقييم قدراتهم البدنية للمشاركة في هذه

الرياضة، غير أن النتائج كشفت قدرة مبتوري الأطراف على تنفيذ هذه الرياضة التي عززت أيضاً منظورهم إزاء الدعم الاجتماعي، وهذا ينبع ربما من حقيقة أن من يمارس هذه الرياضة يتمتع بمكانة اجتماعية اقتصادية أعلى (أغانوفيتش، 2019).

بالتالي فإن المفاهيم الحديثة لإعادة تأهيل جرحى الحرب بالاعتماد على المشاركة الاجتماعية كانت موجودة إنما محدودة بعد الحرب العالمية الأولى، لكنها ارتقت بشكلٍ جيّد في حقبة الحرب العالمية الثانية. وكان الأطباء والجراحون على رأس المناصرين لهذه المفاهيم في كلا الحقبتين. فقد كانت الواجبات الطبية تشمل العلاج الطبي والمهني وإعادة الاندماج الاجتماعي، وكل ذلك من أجل إعادة تأهيل ذوي الإعاقات المرتبطة بالحرب.

في حقبة ما بعد الحرب العالمية الأولى، انصبّ التركيز على إعادة تأهيل الجرحى بحيث يساهمون في النهضة الصناعية التي كانت سائدةً آنذاك، في حين أن الحقبة التي تلت الحرب العالمية الثانية والتي ترافقت ببروز التقسيم الطبقي في أوروبا والولايات المتحدة شهدت جهوداً ساعية إلى تحسين الحالة الطبقية لمن أعيد تأهيله.

يشار إلى أن كلا النموذجين كانا يُعِدّان ذوي الإعاقة لدخول المجتمع مجدداً بصفة أفراد ذوي قيمة. غير أن برنامج الجراحة التقويمية بتركيزه بشكلٍ رئيسي على الجوانب الوظيفية في إعادة التأهيل يكون قد ضيّع المكوّن الاجتماعي الذي لطالما كان جزءاً من عملية إعادة التأهيل. وهنا تبرز مجموعةٌ من الأسئلة التي تقول: لماذا صارت جوانب إعادة التأهيل الاجتماعي طيّ النسيان؟ هل مجال العمل الإنساني يفهم الاحتياجات الاجتماعية لضحايا الحرب فهماً تاماً؟ هل تحظى برامج إعادة التأهيل بما يكفي من المرونة كي تسمح لهم بالتكيف مع الأعراف الاجتماعية سريعة التغير في المجتمعات التي مزقتها الحروب؟

الشفاء الرمزي

طرح المشاركون في هذا البحث الذي أجريته مسألة الشفاء الرمزي باعتبارها من جوانب إعادة التأهيل. فالحروب تحمل في طياتها عنفاً رمزيّاً يكون بانتهاك الرموز الثقافية والمحرمات الاجتماعية والبنى الاجتماعية التي تضع قوانين وآليات تسوية المنازعات وتحافظ على السلام في الأوقات العادية. ويقول شيبلر (2016) الذي بحث مسألة العنف الرمزي في سيراليون بأن الغاية القصوى من الحرب هي تدمير الوسائل المشتركة التي تسمح للناس بالتكيّف مع التوتر. وقد تحقّقت هذه الغاية في سيراليون ببتر الأطراف وتعليق الرؤوس المقطوعة على عصيّ واستعراضها والاغتصاب وتشويه الأجساد وقصص أكل لحوم البشر. أما في الحروب الأخيرة التي شهدتها منطقة الشرق الأوسط، فقد اعتمد تنظيم الدولة الإسلامية سبلاً عديدة للعنف الرمزي منها: نهب وتدمير الآثار الثقافية والدينية وتصوير وبثّ الحملات الدعائية العنيفة بما فيها مشاهد قطع الرؤوس (باويلس، 2016؛ باتروس، 2016). لذا فلا عجب من أن يتطلّع ضحايا الحرب إلى الشفاء الرمزي كونه إثباتاً (إعادة إثبات) لقيمتهم الفردية والجماعية.

ويعدّ عمر ديواشي واحداً من باحثين قلّة تعمّقوا في إصابات الحرب خارج نطاق الخطاب الطبّي (ديواشي، 2015). فقد كان يصف إصابات الحرب على أنها جروحٌ اجتماعيةٌ تتجسّد فيها محطات التاريخ المحلّي العنيف، حيث نراه يتحدث عن النازحين العراقيين في لبنان في أعقاب الاحتلال الأمريكي للعراق، مشيراً أن

الجروح التي وقعت في السياق الجديد صارت جزءاً من بنية النسيج المجتمعي الجديد في إطار مختلف التفاعلات والمدلولات الاجتماعية. فالجروح برأي ديواشي "قد تقرب الناس أو تفرقهم". وقد أكد المشاركون من برنامج الجراحة التقويمية على أن المعاني الرمزية المحمّلة على إصاباتهم كانت تذكرةً لهم على معاناتهم وبالتالي "تَفَرُّقِهم" أو بمثابة صيرورة في الشبكة الاجتماعية "قربتهم" من أولئك الذين يقاسمونهم المصير ذاته. فالمعاني الرمزية قد تدل على العنف الرمزي وعلى الشفاء الرمزي.

وفي حروبٍ سابقة، سُخِّرَت التقاليد الاجتماعية وكذلك استخدام اللغة الرمزية والرموز التي تؤكد على القيم والأخلاقيات المجتمعية كجوانب مختلفة يقوم عليها التعافي الرمزي. ومن الأمثلة على ذلك مراسم إعادة الدفن الجماعية لأشخاصٍ قُتلوا ودفنوا بعيداً عن أوطانهم (زاريمبا، 2015؛ فيرانديز، 2006)، وهي وسيلةٌ للتعبير عن احترام الضحايا وإبراز الحزن على ما فقده مجموع الناس في الحرب. لكن إعادة الدفن هذه قد تحمل معانٍ أخرى في بعض السياقات. إذ يصف بحثٌ أنثروبولوجي جرى في أنغولا وموزمبيق كيف أن صدمة الحرب مرتبطة بقدرة وغضب أرواح الموتى الذين لم يدفنوا بالشكل الصحيح أثناء الحرب وبالتالي لا يزالون يسهمون في بليّة المجتمع، لذا فإن إعادة دفنهم تمنح الأرواح والمجتمع السكينة (غرين وهونوانا، 1999).

كذلك فإن طقوس تطهير من شاركوا في أعمال القتل أو شهدوا عليها مثالٌ آخر، لا سيما وأن لها القدرة على تطهير الأشخاص المتضررين وإعادة دمجهم في مجتمعهم. ويشرح شيبلر (2016) كيف اعتمدت جهود إعادة دمج الأطفال المجندين في سيراليون على نموذجين مختلفين: النموذج الغربي المرتكز على حقوق الأطفال وممارسات حماية الطفل، والنموذج السيراليوني الذي يركز على تقاليد عمالة الأطفال والحضانة والتدريب. كذلك فإن النماذج المحلية المعنية بالتعاطي مع الأطفال المجندين كانت مرتبطةً بالمعتقدات المتعلقة بقوى الشفاء التي يتمتع بها الأجداد وأهمية دور الأسرة والمجتمع. يشار إلى أن التقنيات العلاجية الغربية التي تركز على علاج اضطراب ما بعد الصدمة بين الأطفال المجندين في سيراليون أغفلت تماماً الجانب المحلي. وفي المقابل نرى نجاح دمج الصبيان الذين كانوا قد تجندوا في رواندا (بوير، 2008)، حيث أعيدوا بعد أن قضوا مرحلة إعادة تأهيل إلى قراهم وشاركوا في تقاليد التطهير التي سمحت لمجتمعاتهم بـ"العفو" عنهم. وبعد تلك المراسم الجماعية فإن هؤلاء الأطفال الجنود الذين لم يصابوا جسدياً لكنهم كانوا يحملون وصمة عار اجتماعية وجروحاً نفسية، صاروا جزءاً من مجتمعاتهم مرةً أخرى.

هناك مثالٌ آخر عن الشفاء الرمزي مستخدمٌ في مناطق النزاع ألا وهو اللغة الرمزية في الشِعر (أولشيفسكا، 2007) والأعمال المسرحية (دينيش، 2016؛ بريخت، 1964، بول، 1985). فهذه اللغة تسمح بنشر رسائل سياسية واجتماعية بعيداً عن مخاطر الرقابة. وهي لغةٌ توقظ عواطف وتفسيرات في نفوس المشاهدين والمجتمع بأسره من شأنها أن تسهم في الشفاء الرمزي.

نرى باختصار كيف تُهمِلُ إعادة تأهيل جرحى الحرب في كثيرٍ من الأحيان جوانب الشفاء الرمزي التي تقوم على التقاليد والرموز والأعراف المشتركة. كما أن المؤسسات الطبية التي تساعد ضحايا الحرب كثيراً ما تهمل المعاني الدقيقة للتعافي خاصةً وإن ساد النموذج الطبي لإعادة التأهيل، مع أن هذه المعاني الدقيقة متغلغلةٌ في الحياة اليومية لضحايا الحرب. ورغم محدودية جوانب الشفاء الرمزي الذي يمكن لمراكز إعادة التأهيل

أن تتضمنها في برامجها إذا ما تعاونت مع المرضى، إلا أن في وسع القائمين على توفير الرعاية الصحية تبني بعضها على الأقل في إطار قراراتهم الطبية.

وهنا تتمتّعُ أطباء بلا حدود بشيءٍ من الخبرة في مثل هذه المفاوضات. فقد أشارت بعض برامج أطباء بلا حدود الجراحية السابقة إلى أن استيعاب المنظور المحلي إزاء جسم الإنسان من شأنه أن يؤثر على مستوى قبول بعض الإجراءات الطبية. ومن الأمثلة على هذا ما واجهته طواقم أطباء بلا حدود العاملة في الصومال سنة 1991 من تحدياتٍ عديدة نظراً لضعف قبول الناس لمبتوري الأطراف، حيث كان المرضى يقبلون بالتهاباتٍ تعرض حياتهم للخطر بل وقد تفتك بهم بدلاً من أن يقبلوا بفقدان طرفٍ من أطراف جسدهم، وكان هذا يرتبط بمنظورهم لسلامة الجسد الذي كانوا يرونه مقدساً. في المقابل، كانت عمليات البتر مقبولة بسهولة أكبر بكثير من قبل قاطني مخيمات اللاجئين الخُمير في تايلاند في عامي 1992 و1993. لكن إذا ما اطلعنا على مشاهدات البرنامج الجراحي في سيراليون سنة 1999 نرى بأن المرضى كانوا يفضلون بتر الأطراف على العمليات الجراحية التي كانت تأمل تحسين قدرتهم على إمساك الأشياء، إذا لم تحسن تلك العمليات مظهر أيديهم (جان هيرفي برادول، مراسلات شخصية، يونيو/حزيران 2020). بالتالي فإن تضارب المعاني الطبية والرمزية للجسد يتباين كثيراً ويعتمد على السياق، ممّا يشير إلى ضرورة مشاركة المرضى مشاركةً معمقة في القرارات التي تُتَّخَذُ بشأن أجسادهم وحياتهم.

ملاحظات ختامية

لطالما استهدفت الأعمال العسكرية الجسد البشري بهدف تدمير الجسد الاجتماعي. ولا يقتصر انتهاك الهوية الاجتماعية على القتل والتعذيب والتشويه والاغتصاب والتهجير، إنما أيضاً تدمير الرموز ذات القيمة للمجتمع الذي يتعرض للهجوم. بالتالي تصير إعادة بناء حياة جرحى الحرب عمليةً معقدة تأخذ في عين الاعتبار كافة نواحي العلاج والشفاء.

هذا وإن الإنجازات التي تحققت على صعيد معالجة الإعاقات قد عززت فهمنا اليوم للإعاقة باعتبارها ظاهرةً جسديّة واجتماعية على حدٍّ سواء. لكنّ المنظمات الإنسانية من أمثال أطباء بلا حدود لا تزال رغم هذا تتبع بشكلٍ رئيسيّ النموذج الطبي. واليوم، نحظى بإنجازاتٍ تكنولوجية متقدمةٍ على صعيد إعادة تأهيل جرحى الحرب مقارنةً بما كان سائداً في القرون المنصرمة، بيد أن الواقع يقول أن فهمنا للاحتياجات الاجتماعية والعاطفية للمرضى فهمٌ قاصر. وقد بدأت منظمة أطباء بلا حدود تقرّ بهذا الواقع، حيث اعترفت بالتوتر القائم بين المقاربتين الطبية والاجتماعية، وها هي اليوم تدعم نموذجاً أكثر شمولاً في إيصال الرعاية، كما أعلنت عن نيتها اعتماد مقاربةٍ تتمحور حول المريض في إطار إستراتيجياتها الأساسية، إلا أن تحقيق تغييرٍ على صعيد العمليات سيتطلب إحداث تحولات مفاهيمية بل وعملية في البرنامج.

ولكي ننجح في تأمين دعمٍ طبي ونفسي كامل للمرضى في برنامج الجراحة التقويمية أو في أيّ مركزٍ صحيٍّ آخر يُعنَى بجرحى الحرب، لا بد من إعداد برامجنا بحيث ترتكز على التاريخ المفصّل للمرضى والذي يشمل تقارير الوقائع المؤلمة التي تعرضوا لها وتفاصيل العلاج السابقة التي حصلوا عليها أو نقص الرعاية الذي واجهوه. هذا ولا يمكن التنبؤ بالأثر العاطفي للوقائع المؤلمة على المرضى وأفراد عائلاتهم. وما لم نجمع

معلوماتٍ تخصُّ الفرد دون غيره فإن الطاقم الطبي قد يفسر رد الفعل العاطفي الصادر عن المريض إزاء إجراء طبي معين تفسيراً خاطئاً، كما قد يغالون في تقدير الدعم العاطفي الذي يمكن لأفراد الأسرة أن يقدموه. وهنا فإن خوض نقاشٍ صريح يركز على التاريخ الشخصي للمريض قد يسمح لنا بإعداد مقاربة رعاية طبية تساعد الفرد في التعافي من إصاباته عاطفياً واجتماعياً وجسدياً، وهي دون شك عمليةٌ معقدة.

وتشكل اللحظة التي روى فيها المشاركون في دراستنا تفاصيل الوقائع الشخصية المرتبطة بعنف الحرب التي مروا بها منعطفاً هاماً في حياتهم. وقد علمتني كلماتهم التي جاءت بعد تأملاتٍ أعقبت فترةً من التعافي الجسدي درساً مهماً مفاده أن الخسائر الشخصية تداخلت بخسائر جماعية أصابت عائلاتهم وجيرانهم والمجتمع ككل.

لذا فإن من يقدم الرعاية لضحايا الحرب يؤدي دوراً مهماً في تهيئة ظروفٍ داخلية وخارجية أفضل لصالح المرضى. لكن هناك جزءاً لا مفر للمرضى منه في رحلة التعافي والمضي قدماً في واقعهم الذي تغير بعد تعرضهم لإصابات بليغة، وهذا الجزء يعتمد على قدرة المريض ومهاراته في التكيف ومدى إبداعه.

وقد فتح هذا الكتاب عدداً من المواضيع التي يمكن بحثها مستقبلاً، ومن بينها دمج النموذجين الطبي والاجتماعي في ميدان العمل الإنساني وعلى صعيد الرعاية الطبية التي تخص ذوي الإعاقة. وقد كان هذا البحث في الأساس يسعى إلى صياغة مفهوم "جودة الحياة" انطلاقاً من تعريف المرضى لها. ويمكن الاعتماد على هذه المقاربة الجديدة في إطار برامج إنسانية أخرى كونها أداةً للتقييم. وبصورة أعمّ، فإن فهمنا لمعنى التعافي الرمزي قد يتعزز إذا ما أدركنا المعاني الرمزية المحملة على الأجساد البشرية المعاقة في مختلف السياقات وإذا ما قارنّا بين سلوك الناس في مناطق النزاع ومناطق السلم. أخيراً، لا بد من بحث الآليات التي يعتمدها الشرق الأوسط في دمج ذوي الإعاقة في نسيجه الاجتماعي بعد أن تحطّ الحروب أوزارها، لا سيما وأن هذا الموضوع سيثري معرفتنا في مجال الإعاقة وإعادة التأهيل، وهذا برأيي موضوعٌ مناسبٌ أختتم به تأملاتي.

خاتمة

نفذت في ختام هذا البحث مجموعةً من العروض التي قدمتها على كافة المستويات العملياتية في أطباء بلا حدود، وفيها ناقشنا أيضاً نتائج البحث، حيث ركزت نقاشاتنا على مقاربة إعادة التأهيل التي تتمحور حول المريض، علماً أن نتائج البحث الحالي والأبحاث السابقة التي درست برنامج الرعاية التقويمية تقدم لنا معلوماتٍ قيّمة. لكن يبقى أمامنا السؤال القائل: كيف لنا تحويل نتائج الأبحاث إلى تغييرات عملياتية؟ دعاني مكتب إدارة العمليات وطاقم إدارة البرنامج في نوفمبر/تشرين الثاني 2019 إلى عمّان مرةً أخرى للإشراف على تطبيق التغييرات وإعداد إستراتيجية طويلة الأمد للرعاية المتمحورة حول المريض. وهناك قضيت فترةً استمعت فيها إلى طاقم برنامج الجراحة التقويمية والمرضى في إطار جولة نقاشات مكثفة، كما ناقشنا نتائج البحث. وقد فتح هذا أمامي مرحلةً جديدةً، حيث صرت أرى البرنامج يرتقي ويتطور وأنا أتطلّع للمستقبل.

هذا وقد تمخض عن التعاون مع جميع أقسام المستشفى البدء باعتماد ممارساتٍ جديدة تضمنت أهدافها تعزيز مشاركة المرضى في الرعاية التي يتلقونها. وهذا ما تحقق بتأسيس لجنةٍ للمرضى تتألف من ممثلين عنهم من جميع البلدان وتضمّ كذلك عدداً من أفراد الطاقم، وهدفها مناقشة مواضيع تتعلق بالحياة في المستشفى ودور المرضى في اتخاذ القرارات. كما افتُتِحت قناة تواصل جديدة بفضل تأسيس صندوق مقترحات وشكاوى المرضى الذي لم يكن له وجودٌ في المستشفى من ذي قبل، حيث عيّن كل قسمٍ أحد أفراد طاقمه للردّ على أسئلة المرضى ومخاوفهم. تشكّلت أيضاً لجنةٌ جديدة لدعم المرضى تضمُّ ممثلين من جميع أقسام المستشفى وتلتقي شهرياً لبحث مشاغل المرضى.

على صعيدٍ آخر، جرت نقاشات مستفيضة حول آليات معالجة مشكلة الأفكار النمطية السلبية في المستشفى. وقد كنت وأفراد الطاقم آملين أن تسهم التوعية بحقوق المرضى في إحداث تغييرٍ إيجابيّ. كما تمخّض النقاش الذي دار بين المرضى والطاقم عن صياغة ميثاق مرضى برنامج الجراحة التقويمية الذي صار اليوم معلقاً على جدران المستشفى على مرأى من الجميع ويتضمن الاستنتاجات التي اتفق عليها الجميع.

كذلك فقد تعاون قسما الدعم النفسي الاجتماعي والتمريض في عددٍ من المبادرات المتعلقة بتعزيز الآليات التي تسمح للبرنامج بالتركيز على الأطفال.

وقد تأسست لجنةٌ للمرضى الأطفال على غرار لجنة المرضى المخصصة للبالغين. كما دشّنا مجموعة أقران تعنى بمَن يقدّم الرعاية للمرضى الأطفال وهدفها تحسين مشاركتهم ودعمهم. ولم نُغفل طبعاً احتياجات المرضى اليافعين، حيث عيّنا ممرضين وممرضات يتلخص دورهم في الاستماع لمشاغلهم ومخاوفهم. وقد بذلنا جهوداً إضافية لتحضير المرضى الأطفال ومرافقيهم قبل وصولهم إلى عمّان. إذ نعمل حالياً على خطة تسبق مرحلة الإنتاج لمشروع فيديو يظهر فيه بعض المرضى الأطفال الموجودين حالياً في المستشفى وهم يشرحون سمات الحياة في ذلك المكان. وسنضع الفيديو عند اكتماله على الإنترنت بحيث يمكن تنزيله على الهواتف الذكية وعرضه على المرضى الأطفال ومرافقيهم في العراق واليمن وغزة.

لا بد أيضاً من تعزيز متابعة المرضى بعد عودتهم إلى ديارهم. وقد تقرر التركيز أولاً على من تستدعي حاله تبديل الأطراف الاصطناعية ومن التمس دعماً نفسياً أو طبياً نفسياً. وقد دارت نقاشاتٌ حيويّة حول إنشاء

مجموعات من المرضى لدعم الأقران في مختلف البلدان التي يأتي منها المرضى، علماً أن المرضى الحاليين شاركوا في النقاشات وطرحوا أفكاراً مفيدةً بشأن كيفية تحقيق ذلك. وتهدفُ هذه المجموعات التي سيؤدي فيها المرضى السابقون دوراً رئيسياً إلى تسهيل مغادرة المرضى الجدد أوطانهم والانتقال إلى المستشفى، وكذلك عودة المرضى الذين تخرجوا من المستشفى إلى ديارهم.

يشار إلى أن التغييرات التي جرى اعتمادها لا تُغفِل الأثر العاطفي لعمل برنامج الجراحة التقويمية على الطواقم الذين يلزمهم في أغلب الأحيان دعمٌ إضافي. وقد أنشئ فريقٌ جديد يعنى بعافية ورفاه الطاقم ويصل بين أفراد طاقم المستشفى وطواقم أطباء بلا حدود في المنطقة. كما شكّلت المنظمة مجموعةً من المتطوعين لدعم الطواقم، حيث صممتها كي تعالج المواقف التي يعاني فيها أفراد الطواقم من توتّر نفسي ناتج عن تعاطيهم مع المرضى. كما زادت وتيرة الأنشطة الاجتماعية المخصصة لأفراد الطاقم تعزيزاً لروح التضامن والدعم في المستشفى.

أما على صعيد مستويات صناعة القرار العليا في أطباء بلا حدود، فقد بدأ نقاشٌ يسعى إلى بلورة وصياغة أساليب رعايةٍ أكثر شمولاً لحالات الجراحة التجميلية، بحيث تأخذ في الحسبان ما يفضله المريض من الناحية الجمالية. وقد ارتأى المشاركون في النقاشات في نهاية المطاف تغيير إطار عمل البرنامج من "الجراحة" إلى "الجراحة وإعادة التأهيل"، حيث وجدوا أن المصطلح الجديد يعكس بصورةٍ أفضل طبيعة احتياجات المرضى ويصف أهداف البرنامج وصفاً أكثر شمولاً.

أسدَلَت المرحلة الأخيرة من عملي في عمّان الستار بسلام على فصلٍ حيويٍّ من فصول حكايتي مع برنامج الجراحة التقويمية، كما كانت نتائج البحث قد دخلت في الآن ذاته حيّز التنفيذ خدمةً لأجيال المستقبل التي ستعمل على إعادة بناء الحياة.

ملحق:

تصنيف المشاركين بناءً على العمليات الجراحية التي خضعوا لها

	السوريون		العراقيون		الإجمالي
	رجال	نساء	رجال	نساء	
الجراحة العظمية	10	10	18	3	41
الجراحة التجميلية	10	3	7	4	24
جراحة الوجه والفكين	6	*0	3	*0	9
الإجمالي	39		35		74

(كان هناك مشارِكتان مُحتَملتان فقط في قاعدة البيانات، ولم نتمكن من التواصل معهما إذ لم يكن رقما هاتفيهما يعملان).

نبذة عن المشاركين

كان متوسط عمر المشاركين ثمانية وثلاثين عاماً. وكان معظمهم حاصلين على تعليم ابتدائي (25) أو ثانوي (32). وحصل عشرة منهم على شهادات جامعية وسبعة لم يتلقوا أي تعليم. وكان ثلثا المشاركين (48) متزوجين (واحد فقط لديه أكثر من زوجة)، و 14 عازبين، و 6 أرامل، و 4 مطلقين، وواحد منفصل. معظم المشاركين السوريين كانوا يعيشون في شقق مستأجَرة (29)؛ ولم يكن أي منهم يملك منزلاً أو شقة، وكان العراقيون يعيشون في الغالب في منازل يملكونها أو كانت مملوكة لعائلاتهم (20). وكانت كلا المجموعتين تسكنان في الغالب في المناطق الحضرية أو الضواحي. وكانت البنية الأسرية للمشاركين تتألف في معظمها من أربعة بالغين وطفلين دون سن السادسة عشرة. ولم يكن لدى معظم الأسر (57) أي فرد أو فرد واحد فقط من الأسرة يزاول عملاً مدراً للدخل. يتلقى معظم السوريين دعماً مالياً كونهم لاجئين، ويتلقى بعض العراقيين معاشاً تقاعدياً أو حوالات مالية أو قيمة إيجار منزل أو ميراثاً أو رعاية اجتماعية كمصدر دخل إضافي. أبلغ المشاركون العراقيون عن متوسط دخل شهري قدره 500 دولار أمريكي والأردنيون بمتوسط 400 دولار أمريكي لكل أسرة شهرياً.

المراجع

ACLED (Armed Conflict Location and Event Data Project) (2019) [online]. Available at: www.acleddata.com/2018/12/11/press-release-yemen-war-death-toll-now-exceeds-60000-according-to-latest-acled-data/ (accessed 5 March 2019).

Aganovic´ , Z. (2019) 'Effects of scuba diving programmed classes on Bosnian war veterans with amputations', Uluslararası Spor Egzersiz ve Antrenman Bilimi Dergisi, 5:1, 6–14.

Ajala, A. (2012) 'Self-rejection and self-denial in HIV/AIDS: the case of Ibibio PLWAs in South-South Nigeria', Anthropos, 107:1, 35–47.

Albrecht, G. L. and P. J. Devlieger (1999) 'The disability paradox: high quality of life against all odds', Social Science and Medicine, 48, 977–988.

Al-imam, A., R. Santacroce, A. Roman-Urrestarazu, R. Chilcott, G. Bersani, G. Martinotti, and O. Corazza (2017) 'Captagon: use and trade in the Middle East', Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental, 32:3, 2548.

Allen, S. A., J. D. Rich, R. C. Bux, B. Farbenblum, M. Berns, and L. Rubenstein (2006) 'Deaths of detainees in the custody of US forces in Iraq and Afghanistan from 2002 to 2005', Medscape General Medicine, 8:4, 46.

American Society of Plastic Surgeons (2018) [online]. Available at www.plasticsurgery.org/news/blog/whats-the-difference-between-reconstructive-and-cosmetic-procedures (accessed 10 December 2018).

Arslan, M. M., C. Zeren, A. Celikel, I. Ortanca, and S. Demirkiran (2015) 'Increased drug seizures in Hatay, Turkey related to civil war in Syria', International Journal of Drug Policy, 26:1, 116–118.

Auerbach, D., W. Weeks, and I. Brantley (2013) Healthcare Spending and Efficiency in the US Department of Veterans Affairs (Santa Monica, CA: Rand Corporation).

Basic, G. (2018) 'Definitions of violence: narratives of survivors from the war in Bosnia and Herzegovina', Journal of Interpersonal Violence, 33:13, 2073–2097.

Bauman, A. E., H. J. Fardy, and P. G. Harris (2003) 'Getting it right: why bother with patient-centred care?' Medical Journal of Australia, 179:5, 253–256.

Becker, D. F., S. M. Weine, D. Vojvoda, and T. H. McGlashan (1999) 'Case series: PTSD symptoms in adolescent survivors of "ethnic cleansing" results from a 1-year follow-up study', Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 38:6, 775–781.

Behrouzan, O. (2015) 'Beyond "trauma": notes on mental health in the Middle East', Medicine Anthropology Theory, 2:3, 1–6.

Bellamy, R. F. (1995) 'Combat Trauma Overview', in: R. Zajtchuk, R. F. Bellamy, and C. M. Grande (eds), Anesthesia and Perioperative Care of the Combat Casualty (Falls Church, VA: Textbook of Military Medicine, Office of the Surgeon General), pp. 1–42.

Berger, R. (2015) 'Now I see it, now I don't: researcher's position and reflexivity in qualitative research', Qualitative Research, 15:2, 219–234.

Berwick, D. M. (2009) 'What "patient-centered" should mean: confessions of an extremist', Health Affairs, 28:4, 555–565.

Blanck, P. and C. Song (2002) 'Never forget what they did here: Civil War pensions for Gettysburg Union army veterans and disability in nineteenth-century America', William and Mary Low Review, 44, 1109.

Boal, A. (1985) Theatre of the Oppressed (New York: Theatre Communications Group).

Bokszczanin, A. (2008) 'Parental support, family conflict, and overprotectiveness: predicting PTSD symptom levels of adolescents 28 months after a natural disaster', Anxiety, Stress, and Coping, 21:4, 325–335.

Bonanno, G. A. (2004) ‘Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?’, American Psychologist, 59:1, 20.
Bower, B. (2008) ‘Lost are found: child soldiers can reenter, thrive in former community’, Science News, 173:18, 5–6.
Bradol, J.-H. (2011) ‘Caring for Health’, in: C. Magone, M. Neuman, and F. Weissman (eds), Humanitarian Negotiations Revealed: The MSF Experience (London: Hurst Publishers), pp. 199–218.
Bradol, J.-H. and M. Le Pape (2017) The New Rwanda (Manchester: Manchester University Press).
Brauman, R. and C. Vidal (2011) ‘Natural Disasters: “Do Something”’, in: C. Magone, M. Neuman, and F. Weissman (eds), Humanitarian Negotiations Revealed: The MSF experience (London: Hurst Publishers), pp. 219–236.
Brecht, B. (1964) ‘A Short Organum for the Theatre’, in: J. Willett (ed.), Brecht on Theatre: Development of an Aesthetics (London: Methuen), pp. 87–105.
Carter, P. and P. Kidder (2015) Military Compensation and Retirement Modernization: A Primer (Washington, DC: Center for a New American Security).
Champion, H. R., R. F. Bellamy, C. P. Roberts, and A. Leppaniemi (2003) ‘A profile of combat injury’, Journal of Trauma and Acute Care Surgery, 54:5, 13–19.
Cohen, E. (2010) ‘War without end: technology and the injured body’, Anthropology Now, 2:2, 70–75.
Corrigan, P. W. and D. Rao (2012) ‘On the self-stigma of mental illness: stages, disclosure, and strategies for change’, Canadian Journal of Psychiatry, 57:8, 464–469.
Corrigan, P. W. and A. C. Watson (2002) ‘The paradox of self-stigma and mental illness’, Clinical Psychology: Science and Practice, 9:1, 35–53.
Coupland, R. M. and H. O. Samnegaard (1999) ‘Effect of type and transfer of conventional weapons on civilian injuries: retrospective analysis of prospective data from Red Cross hospitals’, British Medical Journal, 319:7207, 410–412.
Cousins, S. (2015) ‘Syrian crisis: health experts say more can be done’, The Lancet, 385:9972, 931–934.
Cramer, P. (1998) ‘Coping and defense mechanisms: what’s the difference?’, Journal of Personality, 66:6, 919–946.
Cushman, R. A. (2014) ‘Getting beyond “pandora-phobia”’, Families, Systems, and Health, 32:1, 130–132.
Der-Martirosian, C., K. Cordasco, and D. Washington (2013) ‘Health-related quality of life and comorbidity among older women veterans in the United States’, Quality of Life Research, 22:10, 2749–2756.

Dewachi, O. (2015) ‘When wounds travel’, Medicine Anthropology Theory, 2:3, 61–82.
Dickson-Gómez, J. (2002) ‘Growing up in guerrilla camps: the long-term impact of being a child soldier in El Salvador’s civil war’, Ethos, 30:4, 327–356.
Dinesh, N. (2016) ‘What’, in: N. Dinesh, Theatre and War: Notes from the Field (Cambridge: Open Book Publishers), 112–140.
Durbach, N. (2009) Spectacle of Deformity: Freak Shows and Modern British Culture (Berkeley and Los Angeles, CA: University of California Press).
Edwards, D. S., H. C. Guthrie, S. Yousaf, M. Cranley, B. A. Rogers, and J. C. Clasper (2016) ‘Trauma-related amputations in war and at a civilian major trauma centre – comparison of care, outcome and the challenges ahead’, Injury, 47:8, 1806–1810.
Epstein, R. M. and R. L. Street (2011) ‘The values and value of patient-centered care’, Annals of Family Medicine, 9:2, 100–103.

Fakri, R. M., A. M. K. Al Ani, A. M. C. Rose, M. S. Alras, L. Daumas, E. Baron, S. Khaddaj, and P. Hérard (2011) 'Reconstruction of nonunion tibial fractures in war-wounded Iraqi civilians, 2006–2008: better late than never', Journal of Orthopaedic Trauma, 26:7, 76–82.

Farmer, P. (2001) Infections and Inequalities: The Modern Plagues (Berkeley and Los Angeles, CA: University of California Press).

Farmer, P. (2006) AIDS and Accusation: Haiti and the Geography of Blame (Berkeley and Los Angeles, CA: University of California Press).

Ferrándiz, F. (2006) 'The return of Civil War ghosts: the ethnography of exhumations in contemporary Spain', Anthropology Today, 22:3, 7–12.

Fily, F., J. B. Ronat, N. Malou, R. Kanapathipillai, C. Seguin, N. Hussein, and C. Langendorf (2019) 'Post-traumatic osteomyelitis in Middle East war-wounded civilians: resistance to first-line antibiotics in selected bacteria over the decade 2006–2016', BioMedCentral Infectious Diseases, 19:1, 103.

Foa, E. B. (1997) 'Psychological processes related to recovery from a trauma and an effective treatment for PTSD', Annals of the New York Academy of Sciences, 821:1, 410–424.

Foote, C., J. Kinnon, C. Robbins, R. Pessagno, and M. Portner (2015) 'Long-term health and quality of life experiences of Vietnam veterans with combat-related limb loss', Quality of Life Research, 24:12, 2853–2861.

Fordham, B. A. (2007) 'Dangerous bodies: freak shows, expression, and exploitation', UCLA Entertainment Law Review, 14, 207.

Fox, R. C. (2014) Doctors without Borders: Humanitarian Quests, Impossible Dreams of Médecins Sans Frontières (Baltimore, MD: JHU Press).

Fox, R. C. (2017) Experiment Perilous (London: Transaction Publishers).

Frischknecht, U., B. Beckmann, M. Heinrich, A. Kniest., H. Nakovics, F. Kiefer, and D. Hermann (2011) 'The vicious circle of perceived stigmatization, depressiveness, anxiety, and low quality of life in substituted heroin addicts', European Addiction Research, 17:5, 241–249.

Gade, D. and V. Wilkins (2013) 'Where did you serve? Veteran identity, representative bureaucracy, and vocational rehabilitation', Journal of Public Administration Research and Theory, 23:2, 267–288.

Gawande, A. (2004) 'Casualties of war – military care for the wounded from Iraq and Afghanistan', New England Journal of Medicine, 351:24, 2471–2475.

Geomelas, M., M. Ghods, A. Ring, and C. Ottomann (2011) '"The maestro": a pioneering plastic surgeon – Sir Archibald McIndoe and his innovating work on

patients with burn injury during World War II', Journal of Burn Care and Research, 32:3, 363–368.

Giannou, C., M. Baldan, and A. Molde (2013) War Surgery: Working with Limited Resources in Armed Conflict and Other Situations of Violence (Volume 2) (Geneva: International Committee of the Red Cross).

Goffman, E. (1986) Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity (New York: Simon and Schuster).

Goodley, D. (2011) Disability Studies: An Interdisciplinary Introduction (London: Sage).

Green, E. C. and A. Honwana (1999) 'Indigenous healing of war-affected children in Africa', Indigenous Knowledge Notes, 10, 1–4.

Greenhalgh, G. (ed.) (2016) Burn Care for General Surgeons and General Practitioners (Cham: Springer International Publishing).

Hardee, T. H. and F. W. Platt (2009) 'Exploring and overcoming barriers to clinical empathic communication', Journal of Communication in Healthcare, 3:1, 17–23.

Hardgrove, A. (2017) 'Life in Armed Groups', in: Life after Guns: Reciprocity and Respect among Young Men in Liberia (London: Rutgers University Press), pp. 79–100.

Harris, J. E. (2019) ‘The aesthetics of disability’, Columbia Law Review, 119:4, 895–972.
Hasanovic´, M. and I. Pajevic´ (2013) ‘Religious moral beliefs inversely related to trauma experiences severity and depression severity among war veterans in Bosnia and Herzegovina’, Journal of Religion and Health, 52:3, 730–739.
Hornez, E., P. Ramiara, N. Mocellin, X. Bajard, S. Legoudeveze, C. Charpail, and D. Ollat (2015) ‘Surgical management of Syria’s war casualties: experience from a French surgical team deployed in the Zaatari refugee camp (Jordan)’, European Journal of Trauma and Emergency Surgery, 41:2, 143–147.
Huskey, K. (2015) ‘Reconceptualizing “the crime” in veterans treatment courts’, Federal Sentencing Reporter, 27:3, 178–186.
ICRC (International Committee of the Red Cross) (2019) Geneva Conventions [online]. Available at: www.icrc.org/en/war-and-law/treaties-customary-law/ geneva-conventions (accessed: 5 March 2019).
Iraq Body Count (n.d.) [online]. Available at: www.iraqbodycount.org/ (accessed 4 March 2019).
Iraqi News (2018) [online]. Available at: www.iraqinews.com/iraq-war/ (accessed 10 July 2018).
Jassam, T. H., Z. A. Ayub, and R. Azmi (2015) ‘The violation of human rights in Iraq during the United States’ Occupation: Revisited’, The Social Sciences, 10:7, 1687–1695.
Kovacˇicˇ, V. and J. Amondi (2011a) ‘Cultural Stereotypes and Health Seeking Behaviour of the HIV/AIDS Patients in Homa Bay, Kenya’, in: J. Amondi, J.-H. Bradol, V. Kovacˇicˇ, and E. Szumilin, AIDS: A New Pandemic Leading to New Medical and Political Practices (Paris: Crash, Centre de Réflexion sur l’Action et les Savoirs Humanitaires, MSF France), pp. 67–78.
Kovacˇicˇ, V. and J. Amondi (2011b) ‘Social Navigation and HIV/AIDS’, in: J. Amondi, J.-H. Bradol, V. Kovacˇicˇ, and E. Szumilin, AIDS: A New Pandemic Leading to New Medical and Political Practices (Paris: Crash, Centre de Réflexion sur l’Action et les Savoirs Humanitaires, MSF France), pp. 79–85.
Kraaij, V. and N. Garnefski (2006) ‘The role of intrusion, avoidance, and cognitive coping strategies more than 50 years after war’, Anxiety, Stress, and Coping, 19:1, 1–14.

Kubiak, S. P. (2005) ‘Trauma and cumulative adversity in women of a disadvantaged social location’, American Journal of Orthopsychiatry, 75:4, 451–465.
Kvåle, K. and M. Bondevik (2008) ‘What is important for patient centered care? A qualitative study about the perceptions of patients with cancer’, Scandinavian Journal of Caring Sciences, 22:4, 582–589.
Lerwick, J. L. (2013) ‘Psychosocial implications of pediatric surgical hospitalization’, Seminars in Pediatric Surgery, 22:3, 129–133.
Lethem J., P. D. Slade, J. D. G. Troup, and G. Bentley (1983) ‘Outline of a fear-avoidance model of exaggerated pain perception’, Behaviour Research and Therapy, 21:4, 401–408.
Lucksted, A., A. Drapalski, C. Calmes, C. Forbes, B. DeForge, and J. Boyd (2011) ‘Ending self-stigma: pilot evaluation of a new intervention to reduce internalized stigma among people with mental illnesses’, Psychiatric Rehabilitation Journal, 35:1, 51–54.
Lutfi, A. M. (2016) ‘Fenetheylline in the Middle East, a thriving trade in the post- Saddam era’, Asian Journal of Medical Sciences, 7:4, 116–119.
MacLean, A. and M. Kleykamp (2014) ‘Coming home: attitudes toward U.S. veterans returning from Iraq’, Social Problems, 61:1, 131–154.
MacLeish, K. (2012) ‘Armor and anesthesia: exposure, feeling, and the soldier’s body’, Medical Anthropology Quarterly, 26:1, 49–68.
McCutcheon, R. (2006) ‘Rethinking the War against Iraq’, Anthropologica, 48:1, 11–28.

McGarry, S. C. Elliott, A. McDonald, J. Valentine, F. Wood, and S. Girdler (2014) 'Paediatric burns: from the voice of the child', Burns, 40:4, 606–615.
Messinger, S. D. (2009) 'Incorporating the prosthetic: traumatic, limb-loss, rehabilitation and refigured military bodies', Disability and Rehabilitation, 25:31, 2130–2134.
Miller, K. E. and A. Rasmussen (2010) 'War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings: bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks', Social Science and Medicine, 70:1, 7–16.
Miller, C., K. Grover, J. Bunn, and S. Solomon (2011) 'Community norms about suppression of AIDS-related prejudice and perceptions of stigma by people with HIV or AIDS', Psychological Science, 22:5, 579–583.
Mosse, D. (2004) 'Power Relations and Poverty Reduction', in: R. Alsop (ed.), Power, Rights and Poverty: Concepts and Connections (Washington, DC: World Bank), pp. 51–67.
Mosse, D. and L. Kruckenberg (2017) 'Beyond the Ivory Tower: Researching Development Practice', in: G. Crawford, L. Kruckenberg, N. Loubere, and R. Morgan (eds), Understanding Global Development Research: Fieldwork Issues, Experiences and Reflections (London: Sage), pp. 193–212.
MSF (Médecins Sans Frontières) International, Syria (n.d.) [online]. Available at: www.msf.org/syria (accessed 5 December 2018).
NDS (National Disability Services) (2012) Measuring Outcomes for People with Disability (Deakin: National Disability Services, Policy Research Unit).
Nerlander, M. P., R. M. Haweizy, M. A. Wahab, A. Älgå, and J. von Schreeb (2019) 'Epidemiology of trauma patients from the Mosul Offensive, 2016–2017: results from a dedicated trauma center in Erbil, Iraqi Kurdistan', World Journal of Surgery, 43:2, 368–373.
Notes toward an International Libertarian Eco-Socialism (2018) [online]. Available at: www.intlibecosoc.wordpress.com/2018/12/14/on-international-human-rights-day-new-sohr-report-unveils-the-death-of-560000-people-in-syria-since-march- 2011/ (accessed 4 March 2019).

Oaten, M., R. Stevenson, and T. Case (2011) 'Disease avoidance as a functional basis for stigmatization', Philosophical Transactions: Biological Sciences, 366:1583, 3433–3452.
Olszewska, Z. (2007) '"A desolate voice": poetry and identity among young Afghan refugees in Iran', Iranian Studies, 40:2, 203–224.
Panter Brick, C. and S. Abramowitz (eds) (2015), Medical Humanitarianism, Anthropology of Practice (Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press).
Papakostas, K., D. Moraitis, J. Lancaster, and M. S. McCormick (2003) 'Depressive symptoms in children after tonsillectomy', International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, 67:2, 127–132.
Patruss, K. (2016) '"The face of evil": the discourse on ISIS and the visual complexities in the ISIS beheading videos', Politik, 19:4, doi.org/10.7146/politik.v19i4.27636.
Patton, M. Q. (2002) Qualitative Research and Evaluation Methods (Thousand Oaks, CA: Sage Publications).
Paul, B. D. (1953) Interview Techniques and Field Relationships (Chicago, IL: University of Chicago).
Pauwels, A. (2016) 'ISIS and illicit trafficking in cultural property: funding terrorism through art', Freedom from Fear, 2016:11, 64–71.
Perry, H. R. (2014) Recycling the Disabled: Army, Medicine, and Modernity in WWI Germany (Manchester: Manchester University Press).
Potter, B. K. and C. R. Scoville (2006) 'Amputation is not isolated: an overview of the US Army Amputee Patient Care Program and associated amputee injuries', JAAOS – Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons, 14:10 (2006), 188–190.

Provision for Disabled Soldiers and Civilians (1918) Monthly Review of the U.S. Bureau of Labor Statistics, 6:5, 199–213.
Pruitt Jr, B. A. (2006) 'Combat casualty care and surgical progress', Annals of Surgery, 243:6, 715.
Pupavac, M. and V. Pupavac (2012) 'Trauma advocacy, veteran politics, and the Croatian therapeutic state', Alternatives: Global, Local, Political, 37:3, 199–213.
Redfield, P. (2013) Life in Crisis: The Ethical Journey of Doctors Without Borders (Berkeley and Los Angeles, CA: University of California Press).
Retief, M. and R. Letšosa (2018) 'Models of disability: a brief overview', HTS Theologies Studies/ Theological Studies, 74:1, 4738.
Richie, J. and J. Lewis (2003) Qualitative Research Practice: A Guide for Social Science Students and Researchers (London: Sage).
Rigal, J. and J.-P. Dixmeras (2011) Médecins Sans Frontières, 40 ans de Chirurgie (Paris: MSF).
Sankari, A., B. Atassi, and M. Z. Sahloul (2013) 'Syrian field hospitals: a creative solution in urban military conflict combat in Syria', Avicenna Journal of Medicine, 3:3, 84.
Schröder, I. W. and B. E. Schmidt (2001) 'Introduction: Violent Imaginaries and Violent Practices', in: B. E. Schmidt and I. W. Schröder (eds), Anthropology of Violence and Conflict (New York: Routledge), pp. 1–24.
Shepler, S. (2016) 'Sierra Leone, Child Soldiers and Global Flows of Child Protection Expertise', in: J. Knörr and C. Kohl (eds), The Upper Guinea Coast in Global Perspective (New York: Berghahn Books), pp. 241–252.
Shih, M. (2004) 'Positive stigma: examining resilience and empowerment in overcoming stigma', Annals of the American Academy of Political and Social Science, 591, 175–185.

SOHR (Syrian Observatory for Human Rights) (2018) [online]. Available at: www.syriahr.com/en/108723/ (accessed 5 March 2019).
Solter, A. (2007) 'A case study of traumatic stress disorder in a 5-month-old infant following surgery', Infant Mental Health Journal, 28:1, 76–96.
Stagni, S. B., P. Tomba, A. Viganò, A. Zati, and M. G. Benedetti (2015) 'The First World War drives rehabilitation toward the modern concepts of disability and participation', European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine, 51:3, 331–336.
Stewart, M. (2001) 'Towards a global definition of patient centred care: the patient should be the judge of patient centred care', British Medical Journal, 322:7284, 444.
Taylor, B., E. Hagel, K. Carlson, D. Cifu, A. Cutting, D. Bidelspach, and N. Sayer (2012) 'Prevalence and costs of co-occurring traumatic brain injury with and without psychiatric disturbance and pain among Afghanistan and Iraq war veteran VA users', Medical Care, 50:4, 342–346.
Trelles, M., L. Dominguez, K. Tayler-Smith, K. Kisswani, A. Zerboni, T. Vandenborre, S. Dallatomasina, A. Rahmoun, and M. C. Ferir (2015) 'Providing surgery in a war-torn context: the Médecins Sans Frontières experience in Syria', Conflict and Health, 9:1, 36.
UNAMI (United Nations Assistance Mission for Iraq) (2018a) [online]. Available at: www.iraqinews.com/iraq-war/over-200-iraqis-killed-injured-due-to-violence-terrorism-during-june-unami/ (accessed 5 December 2018).
UNAMI (United Nations Assistance Mission for Iraq) (2018b) [online]. Available at: www.iraqinews.com/iraq-war/iraqi-farmer-wounded-in-bomb-explosion-on-diyala-bridge/ (accessed 5 December 2018).
Van der Kolk, B. A. and R. Fisler (1995) 'Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: overview and exploratory study', Journal of Traumatic Stress, 8:4, 505–525.
Vermetten, E., J. Bremner, L. Skelton, D. Spiegel, D. Kilpatrick, T. Buckley, and R. Marshall (2007) 'PTSD and Vietnam veterans [with responses]', Science, 315:5809, 184–187.

Verstraete, P. and F. Herman (2016) 'A plea for commonality: disability history, discourses of rehabilitation, and the individual', Asclepio-Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia, 68:2, 147–160.

Vidal, P. and J. Pinel (2009) 'Les « satellites » de MSF. Une stratégie à l'origine de pratiques médicales différentes', in: J-H. Bardol and C. Vidal, Innovations Médicales en Situations Humanitaires: Le travail de Médecins Sans Frontières (Paris: L'Harmattan), 27–40.

Ville, I., E. Fillion, and J. F. Ravaud (2016) Introduction à la Sociologie du Handicap: Histoire, Politiques et Expérience (Paris: De Boeck Supérieur).

WHO (World Health Organization) (n.d.) Health topics, disability [online]. Available at: www.who.int/topics/disabilities/en/ (accessed 5 May 2020).

Wolters, C. (2015) 'Ärzte als Experten bei der Integration Kriegsbeschädigter und Kriegsversehrter nach dem Ersten und Zweiten Weltkrieg', NTM Zeitschrift für Geschichte der Wissenschaften, Technik und Medizin, 23:3–4, 143–176.

Young, J. (1996) 'Caring for older people: rehabilitation and older people', British Medical Journal, 313:7058, 677–681.

Zaremba, M. (2015) 'The 'War Syndrome': World War II and Polish Society', in: S. Hoffmann, S. Kott, P. Romijn, and O. Wieviorka (eds), Seeking Peace in the Wake of War: Europe, 1943–1947 (Amsterdam: Amsterdam University Press), pp. 27–62.