

Problems Problems Problèmes Problems Probl
ems Problems Problèmes Problems Problèmes P

Problèmes Problems

roblèmes Problems Problèmes Problems Probl
èmes Problems Problems Problèmes Problème
s Problems Problems Problems Problèmes Pro
blèmes Problèmes Problèmes Problems Problèm

المرأة اللبنانية والعنف المنزلي

نازك سابا يارد

نودّ أن نحدّد، أولاً، أن العنف الذي يمارس ضد المرأة نوعان : العنف الجسدي والعنف النفسي. يتضمّن العنف الجسدي الدفش، الضرب، شدّ الشعر، ليّ الذراع أو الساق، الخنق، والطعن بسكين وغير ذلك. أما العنف النفسي فمته تحقير المرأة بواسطة النكت، أو الشتائم، أو تبجّح الزوج أمامها بمغامراته مع نساء أخريات، أو مقارنتها سلباً بغيرها، وحرمانها من النقود والاكل والاتصال بالأصدقاء والأقارب وحبسها في البيت. وحين تُهان المرأة أو يسخر منها زوجها تشعر بان لا قيمة لها وتفقد كل ثقة بالنفس.

يجهل، أو يتجاهل، العديدون عندنا ان العنف المنزلي في لبنان متفش في كل طبقات المجتمع وطوائفه، وليس، كما يظن معظم الناس، وقفاً على من يدفعه السكر او المخدرات او الفقر الى ضرب زوجته ك"فشة خلق". فمن المقابلات التي أجريناها اكتشفنا ان بين رجال الأعمال المرموقين في نظر المجتمع، وبين الرجال المتعلمين وأصحاب المهن المحترمة من قد يلجأ الى ضرب الزوجة وإهانتها أمام الآخرين. ولكن، لماذا يجهل، او يتجاهل، الناس هذه المشكلة ؟

اولاً، ان النساء اللواتي يتعرضن للعنف من قبل الزوج يخجلن من البوح بذلك امام الآخرين، ولا سيما في بلد كلبنان حيث الكل يعرف الكل، وهنّ يأملن دائماً بان يصطّلع الزوج، ان يندم يوماً ما وأن يكفّ عن الضرب والإهانة. ثم إن المجتمع عندنا ينحى دائماً باللائمة على المرأة ويحملها مسؤولية نجاح الحياة العائلية او إخفاقها، فتشعر المرأة بالذنب وبانها هي المسؤولة عن تفكك العائلة

وأثر ذلك في الأولاد. وهذا يفقدها ثقتها بنفسها. ثم إن المرأة تخاف من تهديدات هذا الزوج العنيف اذا تكلمت او شكّت او « فضحته »، كما تخاف حكم المجتمع عليها لان مجتمعنا قاس جداً في حكمه على المرأة. حتى والداها ينصحانها بالسكوت والبقاء مع زوجها، على الرغم من كل ما تعاني، حرصاً على سمعة العائلة، كما ذكرت إحدى النساء اللواتي يتعرضن للعنف من قبل الزوج.

أضف الى ذلك شعور المرأة بأن لا فائدة من الشكوى. فالي من تشتكي؟ الى الشرطة؟ ليس لرجال الشرطة تعليمات محددة او ثقافة تمكّنهم من التعامل مع قضايا العنف المنزلي. وإن شككت اليهم امرأة امرها لا يحق لهم دخول بيتها للتحقيق مع الزوج من غير إذن صاحب البيت، ومعظم البيوت في لبنان باسم الزوج لا الزوجة. لذلك لم تبلغ الشرطة شكوى امرأة واحدة خلال عام ١٩٩٤ كله.

وان شككت المرأة امرها الى محام او محامية فلا بد ان تبرز شهادة طبية بتعطيل سبعة ايام كي يطال القانون الزوج. وهذا يعني ان يكون قد ضربها ضرباً مبرحاً. اما اذا كان الضرب اقل عنفاً، او كان العنف نفسياً، ونحن نعلم ان تأثيره أضعاف تأثير العنف الجسدي، فلا يعاقب القانون الزوج العنيف. ولذلك ادعى العديد من المستشفيات انها لم تعين نساء ضربن، او ان عددهن قليل جداً.

وبما ان الأحوال الشخصية في لبنان خاضعة للمحاكم الروحية والشرعية كثيراً ما تشكو المرأة امرها الى رجل دين من طائفاتها. ومن الطبيعي ان يحاول رجال الدين إعادة المرأة الى بيتها حرصاً، في رأيهم، على تماسك العائلة. ولكن اذا اصرت المرأة على هجر الزوج او الطلاق فانها تفقد كل ما قد يكون لها من حقوق. ان إحدى النساء لم تعد تطيق الضرب الوحشي وسوء معاملة الزوج لها وإهانته لها امام الناس، فتركت بيت الزوجية وطلبت الطلاق، وبناء على حكم المحكمة الروحية جردها زوجها حتى من حلاها ومن الهدايا التي كانت قد قُدمت لها شخصياً ومن الأثاث الذي كان قد أهدها اياه والداها.

ولذلك نجد ان الغالبية الساحقة من النساء يتحملن ما يتحملن من العنف ويسكتن ويبقين. لا يبقين لانهن يتلذذن بالضرب، كما

يدّعي الرجال، ولا لأنهن يستحقن الضرب، كما تدّعي بعض النساء، نعم النساء !! ولكنهن يبقين لان الثمن الذي يدفعه اذا تركن باهظ جداً. فمعظم النساء في بلدنا لسن مستقلات اقتصادياً ولا مهنة لهن. فاذا تركن الزوج كيف يعشن، وقد بينا ان الاهل انفسهم لا يوافقون اجمالاً على ترك ابنتهم زوجها. واهم من ذلك : الاولاد. فكل المحاكم الروحية والشرعية تحكم بان تكون حضانة الأولاد للأب لا للأم، وبعد سن الثانية في بعض الطوائف ! وحين سئل احد رجال الدين عن الحكمة في ذلك قال : « ان الأب هو الذي يستطيع ان يصرف على الأولاد. » ولم يخطر له ان بإمكان المحاكم ان تحكم على الأب بدفع نفقة لائقة للأم كي لا يُحرم الأولاد عطفها الذي هو أهم بكثير من العناية المادية ؛ كما لم يخطر له ان الأولاد يبقون في عهدة أب عنيف لا بدّ ان يضربهم كما كان يضرب والدتهم. وكل المراجع تؤكد ان الولد الذي ضرب في صغره لا يعرف غير العنف سبيلاً الى حل المشكلات، فيلجأ بدوره الى العنف والضرب حين يكبر. او أكثر من ذلك ! قرأنا في الصحف منذ شهر ان زوجة كانت قد طُلقَت وتركت ابنتها مع الأب، كما حكمت المحكمة، وكانت الفتاة في السادسة من عمرها. فاغتصب الأب ابنته وظل يعاشرها حتى بلغت الرابعة عشرة من عمرها، فطفح معها الكيل وشكت أمرها الى الشرطة.

من هنا نطرح السؤال : الى متى ستبقى المرأة في لبنان ضحية رجل ولا قانون يعاقبه او يحميها ؟ ولماذا لم يبرم لبنان الى اليوم الاتفاقية الدولية لإلغاء كافة أشكال التمييز ضد المرأة ؟ ومتى ستتطور قوانين الأحوال الشخصية عندنا فتعتبر المرأة انساناً كاملاً راشداً فتمنحها ما للرجل من حقوق ؟

لقد بدأت ترتفع أصوات ضد العنف المنزلي الذي تعانيه المرأة في بلدنا، وهيئات عدة تعي ابعاد المشكلة وضرورة السعي الى معالجتها. ففي العام المنصرم تقدّم بعض النساء بطلب الى وزارة الداخلية للسماح لهن بتأسيس جمعية لمناهضة العنف ضد المرأة. وفي تموز ١٩٩٥ عقدت في بيروت « محكمة النساء » التي أشارت فيها السيدة نضال الاشقر الى العنف المنزلي وضرورة التحدث عنه ومعالجته. وفي الشهر نفسه عقد في قبرص مؤتمر خاص بالعنف ضد المرأة تكلمت فيه ممثلتان لبنانيتان عن العنف

الجسدي والعنف النفسي اللذين تكون زوجات عديدات ضحيتهما. ومنذ أن بدأنا نتكلم ونكتب عن هذا الموضوع تلقينا عشرات المكالمات الهاتفية من نساء يتعرضن للعنف، يتشكّين ويطلبن النصح والمساعدة. وليست مساعدتهن بالأمر السهل، لسوء الحظ، ولا يمكن أن تتمّ بسرعة. فلا بدّ من تعاون كل الهيئات والجمعيات المعنية بحقوق الانسان والمرأة والطفل، ولا بدّ من ان يعي المشكلة ويعمل على معالجتها كل من يهتمّ بالمشكلات الاجتماعية أما بصفته الشخصية او بحكم وظيفته : رجال الدين، القضاة، النواب، المحامون، الاطباء، العاملات الاجتماعيات وغيرهم. ولا بد من ان يغيّر المجتمع نفسه بعض قيمه. حينئذ يدرك الرجل العنيف ان العنف عار وانه سيكون محقراً ومنبوذاً في مجتمعه إن هو ضرب زوجته او حقّرها، وتدرك المرأة انها لن تكون ملومة او مذنبه اذا فضحت زوجها وتركته.

التوجيه والارشاد النفس - اجتماعي في المدارس اللبنانية

رجاء مكي طيارة

- تنطلق مشكلية هذا البحث في عدم ايلاء المدارس عامة في لبنان لمثل هذا النوع من الارشاد او استبداله لدى البعض الآخر بدوائر وليدة الساعة وابنة الحاجة الحالية دون اي تخطيط او سعي حثيث للديمومة وللاستمرارية. وبذلك يكون هذا البحث جزءاً من مشكلة تربوية ونفسية آنية لوطن ما بعد الحرب. هي مشكلة تطرح على بساط البحث مدى تقبّل الناس للعالم النفسي او للمحلل النفسي في بلادنا ومدى ضرورته كصديق مستمع ومساعد لحل بعض الوضعيات الصعبة او المعقدة.

ان الفئة الكبرى من ناسنا لا تزال تجهل اغراض العلوم النفسية ودورها في الحياة العامة وفي الحياة المدرسية على الأخص؛ ذلك ان الكثير ينفر او يرتبك لدى سماعه كلمة محلل او معالج او اخصائي نفسي لأن اسم هذا الاخير يقترن بالشذوذ وبالانحراف.

١ - واقع ووضعيات الارشاد النفس - اجتماعي في لبنان ١-١ على الصعيد الرسمي الحكومي.

حصر رئيس الديوان المسؤول عن المدارس الخاصة والرسمية في وزارة التربية الوطنية والفنون الجميلة وفي مقابلة اجريت معه (وهو بمثابة رئيس للجهاز الاداري في الوزارة) واقع الارشاد في لبنان بمشكلتين اثنتين :

رجاء مكّي طبارة

أ - واقع الحرب الاهلية اللبنانية الذي منع تنفيذ اي مرسوم دعت الحاجة لاصداره^٢. فالوزارة ومنذ العام ١٩٧٠ تكتشف الحاجة لأخصائي اجتماعي لكن الحرب فرضت معالجة الافضليات (كفاءة الاستاذ - اتمام النقص المدرسي الخ...).

ب - استقلالية المدرسة الخاصة في لبنان وعدم خضوعها للمراقبة باستثناء تطبيق المناهج الرسمية والخضوع للامتحانات الرسمية.

لقد وعت اليوم وزارة التربية دورها الطبيعي في هذا الميدان، خاصة تعزيز الدور النفساني في المدارس بغية تخريج افواج من الطلاب والتلامذة، وأصدر مرسوم في بدايات العام ١٩٩٠ بتشكيل « مديرية الارشاد والتوجيه » في الوزارة (-L'orientation pédagogique et sociale) وهي مديريةية في طور التشكيل والاعداد تهدف الى العملية التربوية ككل (استاذ/تلميذ/أسرة) ولم تتبلور حتى الآن بنيتها، وهي بصدد استعارة اساتذة من ملاكات اخرى وتصنيفهم كمرشدين تربويين.

٢-١ على الصعيد الخاص :

في المقابلات الميدانية التي أجريت مع الكثير من المدارس الخاصة، تم التركيز على وضعية الحرب التي منعت المدارس من تنظيم هيكليتها بشكل تفصيلي والتي كانت سبباً مباشراً في ايجاد سلوك منحرف او غير سوي او معقد لدى التلامذة.

فكانت الحلول الآنية وقتذاك، كالاستعانة بموجه غير اخصائي يمكن ان يكون دوام عمله كاملاً في المدرسة وبصيغة استاذ أو منسق أو ناظر الخ... (ونتساءل عن صحة العلاج والحلول المتبعة ؟) هذه الحلول لم تتغير كثيراً حالياً، ربما أخذت منحى آخر لكن دائماً غير جذري، كالاستعانة بأخصائي (ربما تتعاقد المدرسة سورياً معه) خارج المدرسة وهو أمر مكلف لا يمكن ان يتحملة كافة أولياء التلامذة.

أو ربما تواجد الاخصائي النفسي، لكن تواجده يبقى في اطار المحاولة غير الجدية التي لا تمس الحالة بتفاصيلها ولا تتابعها بمشاريع وبأهداف تصل الى حد الشفاء.

لقد أجمع الكل على ان مرحلة ما بعد الحرب يجب ان تركز على تواجد الاخصائي، مما يزيح الكثير عن كاهل المدرسات ومما يساعد في اكتشاف الحالة المعقدة قبل ان يستفحل الامر.

ويمكن تصنيف المدارس اللبنانية كالتالي :

أ - المدارس التي لا يتواجد فيها أخصائي ويحل محلّه التربوي - الاكاديمي - وهذه أغلب حالات العينة المستجوبة (وهي مدارس فئة أولى في لبنان).

ب - المدارس التي يتواجد فيها الاخصائي لكن لا يتعدى دوره الابهة والمظهر للترويج للمدرسة (وهي مدارس مصنفة في الوسط وتقوم على أشخاص وليس على مؤسسات).

ج - مدارس لا تطرح فكرة الاخصائي ولا البديل عنه وما تزال فكرة المعالجة لهذا الموضوع معالجة غير جدية وعميقة (المدارس الرسمية).

٢ - ما هو التوجيه النفس - اجتماعي :

ان الخلط جار في استخدام المصطلحات في هذا المجال، فالخلط حاصل ما بين الإرشاد والتوجيه من جهة والتدريب من جهة أخرى، كما هو خلط ايضاً بين التربوي والاجتماعي والنفسي.

ان للتوجيه وللارشاد لغويّاً معنى الإدراك والهدى (ارشاد إرشاداً اي أرشد الغلام الى كذا ... وجه توجيهاً، أي وجهه اليه وجعله يتجه اتجهاً واحداً)، أما التدريب ففيه صفة التعلّم والتمرين.

كما ان التربوي والنفساني هما صفتان او مستويان في المستوى الاجتماعي الكلي، لكن للنفساني صفة الفرد الذي لا بد ان يكون في اطار جماعة ما فلا بد من ان يكون هذا التوجيه والارشاد توجيهاً وارشاداً نفس - اجتماعيين (تهيئة الفرد نفسياً، لذاته، وتهيئة للوظيفة الاجتماعية)، ودائماً في اطار عملية تربوية هادفة وشاملة لا تقتصر على المنهج والكتاب^٢.

ونميز من جهة أخرى في اللغة الفرنسية ما بين التوجيه التربوي وما بين التوجيه المهني وما بين التوجيه الزوجي وما بين التوجيه النفسي المدرسي...

ومهما يكن فإن الطفولة هي المرحلة الاهم في حياة الانسان،

رجاء مكي طيارة

ويمكن ان تعترضه خلالها مشاكل منزلية - أسرية ومشاكل مدرسية.

من المشكلات الطفولية المنزلية : الخوف - التبول اللاإرادي - مص الاصابع وقضم الاظافر - النوم - مشكلة الاكل وفقدان الشهية - الغيرة - العصاب - الاتكالية - الفشل - العصبية الخ... - العدوانية - التمرد.

من المشكلات الطفولية المدرسية : التأخر الدراسي - صعوبة النطق - الكذب - السرقة - التخريب - العناد والتمرد الخ... هذا ما يطرح مشكلة الصحة النفسية للاطفال ويطرح معها نسبية هذه المسألة، هي دلالة على قدرة الفرد على التكيف مع نفسه ومع البيئة التي يعيشها وكله مرتبط بتكوينه النفسي. فالإنسان معرض في كل مرحلة من مراحل نمو حياته، لمواجهة المشاكل التي يجب مواجهتها وحلها كي يتمكن من حل مشاكله اللاحقة.

وعليه فانه - أي الارشاد - مجموع الخدمات التي تهدف الى مساعدة الفرد على ان يفهم نفسه ومشاكله وأن يستغل امكاناته الذاتية والبيئية فيحدد أهدافاً تتفق مع هذه الامكانيات (القدرات - الميول - الاستعدادات - المحيط الاجتماعي الخ)... الهدف هنا هو حل المشاكل حلاً عملياً بحيث تؤدي الى تكيف الفرد مع نفسه ومع مجتمعه « فيبلغ أقصى ما يمكن أن يبلغه من النمو والتكامل في شخصيته ... »^{٥٤}.

يقوم التوجيه النفس - اجتماعي في المدارس اذاً، على مساعدة التلاميذ وتوجيههم بهدف الوصول الى توافق في سلوكهم وتمكينهم من فهم أنفسهم ومجتمعهم بهدف التكيف مع هذا المجتمع لبلوغ الاهداف المرجوة. انه عملية متممة للمناهج المدرسية تؤدي الى ازدهار عملية التعليم وتحقيق أهداف المدرسة وتكوين أسرة صالحة.^٦

٣ - تاريخية ظهور التوجيه والارشاد :

عندما اندلعت الازمة الاقتصادية (في ت ١٩٢٩/١) حدث تغيير شامل في مجتمع الرعاية الاجتماعية في اميركا، خاصة بالنسبة

لمساعدات الفقراء، ولم يتوفر الاخصائيون الاجتماعيون العاملون في مؤسسات المساعدة العامة. فتبين للقائمين على جمعيات تنظيم الاحسان والخير ان المساعدات الحكومية للفقراء^٧ لا يمكن ان تعتبر علاجاً للاوضاع الاجتماعية السيئة ويجب تحويل الجهود لتقويم سلوك الفرد المنحرف الذي انحدر الى « رذيلة الفقر ». بدأوا بعمل تطوعي يلجأون فيه للزيارات المنزلية وللمقابلات الشخصية، مما أثر على تقدم في تفسير اثر البيئة الاجتماعية وانعكاساتها على الفرد. وقدموا اعمالهم للجان ممثلة لمنظمة الرعاية التي فشلت في عملها باعتباره اعتمد فقط على المساعدات الخاصة غير الحكومية... الا انه، وبعد توقيع الرئيس « هوفر » قانون الاغاثة سنة ١٩٣٢^٨ بدأ يتطور مفهوم خدمة الفرد نتيجة الدراسات الميدانية في الانتروبولوجيا وعلم السلوك والجماعة، على ان تشمل الجهود كافة اعضاء الأسرة. الا ان الاتجاه الابوي ساد العلاقة التي جمعت بين الاخصائي والعميل.

في سنة ١٩١٧، بدأ الاتجاه نحو التشخيص الاجتماعي والتركيز على العوامل الاجتماعية والاقتصادية والاسرية، كما كان لتقدم علم النفس في دراساته حول نمو الطفل واكتشاف اختبارات الذكاء (S. Hall Binet et Simon - Bodard) وانتشار مفاهيم التحليل النفسي وتطور النظريات لدينامية الجماعة والتفاعل معها الخ...، كله أثر على الاخصائي الاجتماعي الذي بدأ بدراسة التاريخ الاجتماعي لحياة المريض وظروفه الاسرية. ووجدت التبريرات لسلوك العميل في ضوء العمليات الدفاعية كالتبرير والاسقاط والتعويض والنكوص والتحويل والتوحد وغيرها... فأصبحت خدمة الفرد تهتم بتنمية قدراته وبالتسليم بقدرته كإنسان وبتقبله كما هو، مستخدمين نظريات متعددة. ويطبق جوانب مختلفة من مدارس علم النفس في عمله، ويعمل حالياً على تركيب سيكولوجي يوفق بينها مما يساهم في تطوير مبادئ الخدمة الاجتماعية.

في هذا الوقت تطورت فكرة المدرسة التي أصبحت للجميع وليس لفئة من الناس وكان لا بد لها من التنسيق مع المنزل حيث مجال التنشئة الاول للاطفال؛ اذ تبدأ منذ اللحظة الاولى لتأثيرات المنزل بسلبياتها وايجابياتها على الطفل، مما يجعل المدرسة تحصد ثمار هذه التربية (التي لا بد لها ان تبدأ بالمنزل). وللمدرسة دور

يأتي ليكمل دور المنزل فهي التي تزود النشء بالمهارات فعلى عاتقها تقع مسؤولية تحصين الأجيال.

٦ - صفات الموجه النفس - اجتماعي

ينظر الى الموجه او الاخصائي النفس - اجتماعي على انه من أهم أقطاب المدرسة الحديثة، فهو المنسق والمحرك لجميع الفعاليات التربوية داخل مؤسسة المدرسة وخارجها. لذلك يشترط توافر عدد من الميزات في شخصيته، هو تماماً كالمحلل الذي يجب ان يتجاوز الكثير من المواقف ويختبر في هذا التجاوز كي يحصل على شهادته المهنية نهائياً.

عليه ان يتسم باللين وبالهدوء (هدوء الاعصاب) وحسن الاصغاء والاستماع، فعليه مثلاً في النقطة الاخيرة ان يتابع محدثه ويهتم بما يقوله دون ان يقاطعه، وان يترك له حرية التعبير عن افكاره ومشاكله، وتفهمه وتشجيعه، مما يسمح للتلاميذ بالاعتراف له بمشاكلهم مما يدعم الثقة به، كما عليه ان يعرف كيف يستخرج لواعي التلامذة، كل ذلك مع الحفاظ على أسرار الجلسات الخاصة وعدم جعلها موضوعاً متداولاً...

يجب ان يكون حيادياً مع معرفة في كيفية الاجابة على الاسئلة عبر سرعة بديهية. كما يجب عدم اللوم كي يخفف عندهم الشعور بالذنب، والابتعاد عن الوعظ والارشاد.

كما عليه ان يتصف بصفات مهنية كالامام بوضعية المدرسة وبطرائق التدريس وبالبرامج، وبالكتاب المدرسي. عليه الا يحصر عمله داخل المدرسة بل خارجها لتوعية الاهل وتثقيفهم، وايجاد لقاءات متبادلة معهم ومعرفة كيفية تركيبة أسرهم^{١٠} وأوضاعها من « أجل تنسيق واسع ربما يشمل السياسة التربوية والاجتماعية لبناء مجتمع مدني سليم »^{١١}و١٢.

ونذكر ان تنمية الملاحظة بهذا الخصوص أمر مهم جداً لأنها أساس لجمع المعطيات ولمعالجتها لاحقاً، كما ان الاطلاع على العلوم الاحصائية والمعلوماتية ضروري^{١٣}. ويحسن به اللجوء الى التجارب، كإجراء الاختبارات والقياسات والروايز والاستمارات^{١٤} والمقابلات، مع التذكير بأهمية اختيار الوقت المناسب.

ويمكن الا يتوفر في المدرسة المستلزمات العلاجية تبعاً للحالة، فيمكن عند ذاك الاستعانة بأخصائي آخر في عيادته، وهي خطوة يجب التريث لها والتروي قبل الاقدام واطلاع الاهل عليها. نحن في مسيرة السلم والاعمار نتوجه فقط للاهتمام بالتخلف ونهمل التفوق مثلاً والابداع، كما نهمل الارشاد ونهمل معه الصحة النفسية باهمالنا مواجهة، او على الاقل معرفة، ما يواجهه اطفالنا في مدارسهم^{١٥}، وعليه فان غياب الموجه النفس - اجتماعي (حامي الصحة النفسية وموعي الاهل) هي مشكلة قديمة ولم تكن فقط وليدة الظروف الحالية.

٧ - اقتراحات :

سنصنّف اقتراحاتنا ضمن ثلاثة محاور :

مهنية تخص تنظيم المهنة والاختصاص - مدرسية تخص مؤسسة المدرسة وتهيئتها لاستيعاب هذه المهنة - أسرية تخص مؤسسة الأسرة ودور الاهل في تقبل المهنة.

أ - اقتراحات مهنية :

اذ نتساءل كيف يجب ان نعد الموجه ؟ نجيب ان للجامعات دوراً كبيراً يمكن ان تلعبه في اعداده وتدريبه لمثل هذا الاختصاص. ونركز هنا على كليات واقسام علم النفس ودورها في سوق العمل... وذلك باعداد برامج خاصة يمكن ان تساعد في الوقوف على ميول واستعدادات التلاميذ (دراسة المتفوقين ووضعياتهم..). إعداد دورات تدريبية عملية لتدريب علماء النفس الاجتماعي. كما ان للجمعيات الاهلية دوراً يمكن ان تلعبه في التدريب والاعداد وبتقديم حلول جانبية للأسرة - للمدرسة. وللأخصائيين وللمدارس الاصلاحية العمل على شطب ذلك التصور الخاطئ للعلاج النفسي في اذهان الناس والاهل، ويجدر تعزيز وسائل الارشاد (ابحاث نظرية - اهتمام بمراحل الطفل ومتابعة الاستمرارية في العلم دون الانقطاع، مراقبة الحدث وتطوره، تعزيز وضعه الوظيفي واستقلاليته، احترام اسئلة الطفل وعدم اهمالها والاجابة عليها اجابة صحيحة).

رجاء مكي طيارة

ب - اقتراحات مدرسية :

للاستمرارية في العمل دون انقطاع وللمراقبة الحدث وتطوره، يجب السعي الى ادخال الفكرة الى المدارس، وربما تلت لاحقاً ادخال العيادات التربوية النفسانية لمعالجة اوضاع الطلاب والتلاميذ : المتأخرين في دروسهم او العدوانيين او المنحرفين. وعليه فان الحاجة مطلقة لايجاد جهاز تربوي يتواجد في المدرسة على رأسه عالم النفس، بدونه لا يمكن متابعة العلاجات والحالات ومراقبة النتائج. ولوزارة التربية دور تشريعي هام في هذه المسألة، كما للمدرسة الخاصة. عندما تعمم هذه المسألة وتعتمدها، عليها ايجاد صلة بين الاخصائي والمدرس، مدرس الصف، وهي علاقة لا تقل أهمية عن العلاقة مع الاهل، وتنظيم الاجتماعات الدورية معهم وبحضور النظار، والسماح له بالاشتراك بكافة الاجهزة الادارية والتعليمية (نظام قبول التلاميذ - الكتابة - التنسيق - توزيع التلاميذ على الشعب - القيام بعمليات مسح سيكولوجي عام وخاص كي تتحدد امامه المشكلات)، والمساعدة على نشر ما توصل اليه من استنتاجات في كتب او نشرات تهتم بهذا المجال او ضمها لنشرة المدرسة كي يطلع عليها الاهل والمدرسون والتلامذة انفسهم مما يساعدهم على فهم واقع : لكل مشكلة حل ...

ج - اقتراحات أسرية :

تخص الاهل ومساعدتهم على تقبل الفكرة واقامة ندوات نوعية لهم وعرض الافلام التي تعالج موضوعات تربوية تجري احداثها في المدارس (يجب ان يليها نقاش).
ان الغاية هنا، هي تزويد مجتمعنا بخدمات الرعاية النفسية المدرسية حيث تبرز الحاجة لتواجد خبير - مرشد لا يكون مصدراً للتباهي وللتفاخر، بل يقوم بدور الوسيط الفعلي بين المدرسة والاهل^{١٦} لتحقيق صحة نفسية سوية للتلاميذ. وهذا ما يعود بالمنفعة ليس فقط على مؤسسة الاسرة بل على مؤسسة المدرسة أيضاً. ولوزارة التربية دور التخطيط لمثل هذا المركز وتحديد اهدافه والسهر على تنفيذ هذا الامر في المدارس الرسمية والخاصة على السواء.

فهل الواقع هو واقع مأساوي ؟ أم هو واقع كمالبي ؟ أم انه أمر وطني واجتماعي وانساني لفرد او لطفل ما بعد الحرب ؟؟

- ١- اغدير النونو، التوجيه النفس - اجتماعي في بعض المدارس الثانوية في بيروت (دراسة اعدت لنيل شهادة الجدارة) معهد العلوم الاجتماعية (١)، الجامعة اللبنانية، بيروت ١٩٨٩-١٩٩٠.
- ٢- كالمرسوم الذي صدر عام ١٩٧٣ والذي يحدد وظيفة الموجّه او الاخصائي النفس - اجتماعي.
- ٣- بغياب سياسة هادفة، الكل يصب في نفس الاتجاه رغم الاختلافات الجزئية. لدى تواجد مزيد من التخصص تتضح اكثر المشاكل وكيفية معالجتها بشكل صحيح.
- ٤- احمد لطفي، التوجيه التربوي والارشاد النفسي، القاهرة، دار المعارف، ١٩٦٨، ص ٣.
- ٥- يقبول Trade عن ضرورة وقوف علم الارشاد الاجتماعي على القوانين السيكلوجية الاجتماعية، ووظيفة الارشاد هو انشاء نماذج جديدة في القول والعمل والاقْتداء والتفكير. هنا تكمن اهمية الموجه النفس - اجتماعي لانه سيصبح مرشد الابداع والتسامي.
- ٦- أحمد الخشاب، الارشاد الاجتماعي، الاسس النظرية والتطبيقات العملية، القاهرة، مكتبة القاهرة الحديثة، ١٩٧٧.
- ٧- كان يعتبر الفقر آنذاك مرادفاً للرذيلة وللكسل على حسب قول د. شحيمي في كتابه : دور علم النفس في الحياة المدرسية، بيروت، دار الفكر اللبناني، ١٩٩٤، ص ١٩١.
- ٨- المصدر نفسه، ص ١٩٦.
- ٩- انها وضعية التحليل النفسي والتداعيات الحرة للمريض، فالاستماع هادف وموضوعي يراد به الذهاب الى ما وراء الكلمات. عليه دراسة الحالة النفسية للتلميذ.
- ١٠- ١١- د. علي شحيمي، المصدر نفسه، ص ٣٠٠.
- ١٢- هي علوم تحمل بارقامها دلالات مجتمعية مهمة تفيد المرشد او الموجه في عمليات التشخيص والمعالجة.
- ١٣- مع التلامذة - الأهل - النظار - المدرء - المفتشين الخ.
- ١٤- عادة ما يوزع العلاج كالتالي : ٧٠٪ للتفريغ النفسي، ٢٠٪ للاستفسار، ١٠٪ للنصيحة والارشاد، تبعاً لما جاء في كتاب د. شحيمي، المصدر السابق، ص ٢٨٩.
- ١٥- كظاهرة النيرفانا حالياً.
- ١٦- ايجاد مكتب رعاية نفسية او دائرة نفسية اجتماعية كما هو الحال في مصر وبلدان الخليج وتأكيد وضعية الخبير أو الموجه تماماً كما تتأكد وضعية المرشد الصحي.
- ١٧- المراجع :
- د. محمود حسن، الخدمات الاجتماعية المقارنة، بيروت، دار النهضة العربية، ١٩٨٢.
- د. محمد أيوب الشحيمي، مشاكل الاطفال، كيف نفهمها، بيروت، دار الفكر اللبناني، ١٩٩٤.

تلفيزيونية صرّحت السيدة منى نصر، وهي احدى مديرات المجلس الإداري لـ « مواجهة » : « إننا نجتمع بعد ظهر كل يوم أربعاء وجمعة لنشارك بعضنا بعضاً في مشكلاتنا ولنساعد الاعضاء الجدد على مواجهة موضوع لا يزال الحديث عنه محرماً في لبنان. موضوع لا يجرؤ المرء على بحثه مع عائلته او اصدقائه. ان معظم الاعضاء بحاجة الى تبادل الرأي، الى الاشتراك في عملية الشفاء المعنوي إن لم يكن الجسدي. تقول السيدة ايلين رحال التي شفيت من سرطان الثدي « إن الأقارب الذين يرفضون الاعتراف بان احد اقاربهم مصاب بالسرطان لا يساعدون مريضهم، بل بالعكس، يعجزون عن تفهم عذابه. ما نحتاج اليه هو سند، اناس يستمعون لينا ويشعروننا اننا لسنا عائقاً او عبئاً ».

تتألف اللجنة الإدارية لـ « مواجهة » من خمس نساء رائدات هن السيدات منى نصر، نائلة عون، ندى قاعي، أمل خوري وغادة خوري. وللجمعية هدفان اساسيان : اعطاء النساء دعماً معنوياً، عاطفياً واجتماعياً، ثم مساعدة كل اللواتي لا يستطعن دفع مصاريف العلاج او الدواء. اما التمويل فمن تبرعات أفراد.

إن الجمعية لا تزال حديثة العهد، ولكنها تنوي التوسع لتشمل اعضاء من الجمهور ومن العاملات الاجتماعيات، وسيطلب منهن مرافقة المرضى الذين لا اهل لهم ومساعدتهم. كذلك تنوي الجمعية ان تثقف الجمهور بواسطة منشورات تغير بعض المحرمات والأفكار المسبقة عن السرطان. ان الجمعية ترحب بأفكار جديدة وبأصدقاء جدد، فكل من يهمله الأمر يستطيع الاتصال بالرقم الآتي : ٠١-١١٧٠٢١٧.

اما الجمعية الثانية فهي جمعية السيدا (فقدان المناعة المكتسبة) اللبنانية التي أسسها منذ سنتين الدكتور جاك مخباط. وفيها فرعان : فرع العمل على مكافحة السيدا، وفرع جمع الأموال للعمل على مكافحة السيدا والذي أترأسه بالاشتراك مع السيدة كلود سعادة. ولكل من هذين الفرعين اهداف محددة. ففرع العمل على مكافحة السيدا مسؤول عن أمرين أساسيين : التثقيف والوقاية من السيدا. واعضاء هذا الفرع طلاب يعقدون مؤتمرات حول السيدا في المدارس والجامعات تحت اشراف الدكتور جاك مخباط (الذي يترأس الفرعين)، وهم يأملون ان تكون هذه وسيلة للحؤول دون

انتشار السيدا. ولقد أفادت تقارير حديثة ان في لبنان ما يزيد على ٢٠٠ حالة سيدا وما يزيد على ٣٠٠٠ حالة تحمل فيروسه فقدان المناعة المكتسبة. (ولكن هذه الأرقام غير دقيقة لان حالات كثيرة لا يُعلن عنها). ومعظم الضحايا هم بين سن العشرين والأربعين، كما في بقية أنحاء العالم. تنتقل العدوى بالدرجة الأولى عن طريق العلاقات الجنسية وجعل حاملات الفيروس يحبلن. ولقد أنشأ فرع العمل على مكافحة السيدا هاتف طوارئ يستطيع من يحتاج الى المزيد من المعلومات الاتصال بواسطته خلال النهار. للاتصال بهذا الخط على المرء ان يتلفن لمستشفى الجامعة الاميركية وان يطلب منهم ان يوصلوه بخط طوارئ السيدا.

الفرع الثاني لجمعية السيدا اللبنانية هو لجنة جمع الأموال الذي يتشكل من طلاب جامعيين وأترأسه انا بالاشتراك مع السيدة كلود سعادة. لقد أسست هذه اللجنة في كانون الثاني ١٩٩٥، وبالصدفة. منذ سنة كنت قد أخبرت بعض الاشخاص عن رغبتني في مساعدة الدكتور جاك مخباط الذي اساعده بطريقة غير مباشرة منذ سنة. وبعد حفلة جمع تبرعات للسيدا التقيت بعض الطلاب الذين سألوني لماذا كنت اشبك شريطاً أحمر، ففسرت ان هذا شعار التضامن مع ضحايا السيدا، فعرضوا حالاً ان يساعدوا الدكتور مخباط، منذ ذلك الوقت اجتمع بهم اسبوعياً واتسعت مجموعتنا لتضم الآن اثني عشر عضواً اعترف بهم رسمياً فرع العمل على مكافحة السيدا ووزارة الصحة اللبنانية كأعضاء في لجنة جمع التبرعات. في هذه المجموعة ثمانين نساء وأربعة رجال، ولكل منا دور معين في جمع التبرعات بواسطة نشاطات مختلفة وبيع تي-شترات ودبابيس سيدا وغير ذلك، للمساعدة على شراء ادوية لضحايا السيدا في لبنان. من نشاطاتنا لجمع التبرعات : عرض افلام جديدة، مسرحيات، ومختلف انواع العروض الترفيهية واقامة عشاوات. وقد تمكنا حتى الآن من جمع بضعة آلاف الدولارات التي استخدمت لشراء ادوية باهظة الثمن لمعالجة مرضى السيدا. (ثمن هذه الادوية قد يبلغ اكثر من ١٥٠٠ دولار في الشهر).

إن النساء نشيطات جداً في مؤسسات انسانية أخرى في لبنان كالصليب الأحمر، وجمعية المكفوفين (التي اسستها المرحومة

سرطان الثدي في لبنان*

سليم اديب

يتبين من الثلاثين سنة الاخيرة ان سرطان الثدي يصيب النساء بين سن الاربعين والخمسين ويتضاءل خطر الاصابة بين سن الخمسين والخمس وخمسين. وتكون نسبة نجاة المرضى بعد الاصابة بخمس سنوات من ٦٠ الى ٨٠ بالمئة.

ان النقص في التربية الصحية والوقاية والكشف المبكر عن المرض امور يجب التركيز عليها وبخاصة فيما يتعلق بالتخفيف من تناول الدهون والاقبال على الارضاع، وهما تصرفان يلقتان بالتربية الصحية ويخففان من التعرض للاصابة. وكذلك يجب التركيز على الوعي عند النساء وعلى قيامهن بالفحص الذاتي للثدي. كما انه يجب حث الاطباء والمرضى على القيام بالفحص الدوري للثدي حتى يتم اكتشاف المرض في وقت مبكر.

ثم انه من الضروري ان يكون في لبنان سجل رسمي باصابات السرطان، واقامة مسح في فترات محددة لدرس الخصائص السكانية. الحاجة لهاتين المعلومتين كبيرة وملحة خاصة في وضع تتغير فيه طرق المعيشة، ويتفاقم فيه تلوث الطعام والهواء مما قد يحدث تغييراً في واقع ومستقبل الاصابات بالسرطان.

* راجع المقالة بلغتها الاصلية ص 233

BREAST CANCER IN LEBANON : FACTS AND PROSPECTS

Salim M. ADIB*

Introduction

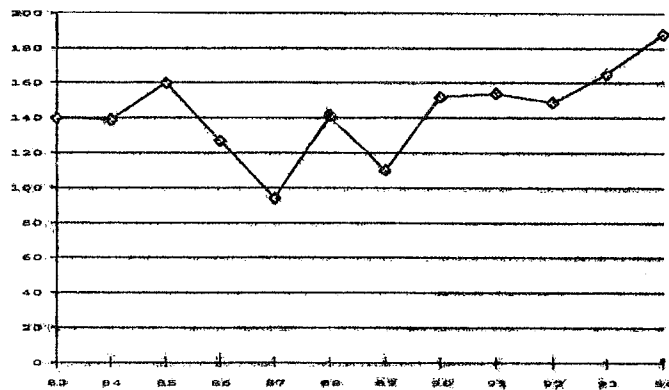
Cancer patterns in Lebanon have remained apparently consistent over the past thirty years. In particular, breast cancer, cervical, and colo-rectal cancers, remain the three most frequently reported malignancies among Lebanese women¹⁻⁵. While mortality data are not available, cancer specialists believe breast cancer to be as likely to kill in the 90s, as it did in the 60s. Specialists attribute this unchanged situation to the fact that, even today, most breast cancer cases are diagnosed only in their most advanced clinical stages when prognosis is already poor. The apparent failure of the otherwise advanced Lebanese health system in the area of prevention and early detection of breast cancer should be a valid topic of concern both for consumers and providers. This failure will be discussed, following a brief epidemiological review of breast cancer cases available at the American University of Beirut Medical Center (AUBMC) tumor registry.

*MD, Assistant Professor of Epidemiology, Faculty of Health Sciences, American University of Beirut

Epidemiology of breast cancer at AUBMC (1983-94)

Breast cancer has been the most frequently diagnosed cancer at AUBMC between 1983 and 1994. In all, 1,724 female breast cancer cases were diagnosed, representing 15.8 % of all cases. This proportion is similar to that reported from Hotel-Dieu de France (HDF) Hospital in Beirut in 1989⁴. Among female cancers (n = 5,373), it represented 32.1 % of the overall case-load. Specifically in 1989, the relative frequency of breast cancer was 34.4 % at AUBMC and 36.1 % at HDF. This relative frequency was 18.2 % in the sixties² and 27.3 % of cancers in a series which excluded AUBMC in 1984³. Numbers diagnosed every year at AUBMC varied slightly around an average of 143 cases/year. An increasing trend has been signaled since 1992 (Figure 1). This trend may be artifactual, due to the return of peace which has allowed more women to consult at AUBMC.

Figure 1
NUMBER OF BREAST CANCER CASES SEEN AND/OR TREATED AT THE AMERICAN UNIVERSITY OF BEIRUT MEDICAL CENTER (1983-94)
(n = 1,724)

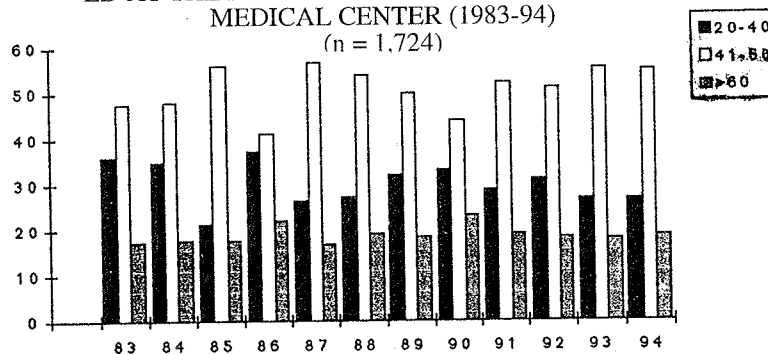


It is currently impossible to calculate the incidence rate of breast cancer in Lebanon in view of the absence of 1) a complete national registry and 2) demographic data on the sex and age distribution of the

Breast cancer in Lebanon : facts and prospects

Lebanese population. The only reliable figure we currently have is that presented by Abou-Daoud in 1966. At that time it had been suggested that the age-adjusted incidence rate was 1.64 new cases per 100,000 women per year². This level puts Lebanon among Asian and African nations with lower breast cancer incidence⁷. Highest levels are found in North America and Northern Europe. For comparison, the current annual age-adjusted rate in the USA is 108 new cases per 100,000⁶. In high incidence areas, rates increase steadily with age, while in low incidence areas, rates decline after about 50⁷. Currently in Lebanon, data are available on the age-distribution of breast cancer, but not on incidence by age. In the AUBMC series, the distribution showed an increasing trend towards the mid-40s and a subsequent decline (Figure 2). This distribution was also found in the 1989 series reported at HDF⁴. Age distribution is largely linked to the age composition of the population. For example, a smaller case-load should be expected among 50 + year-old women if that age-group is under-represented in the female Lebanese population. In the absence of demographic data, however this dilemma cannot currently be solved. In the AUBMC series, no cases were reported in women younger than 21 years-old. The average age of breast cancer patients was 46.8 years (SD = 16.7), with annual values ranging from 44.7 (1986) to 48.6 years (1993). Annual distribution of cases by age-groups is shown in Figure 2.

Figure 2
AGE DISTRIBUTION OF BREAST CANCER CASES SEEN AND/OR TREATED AT THE AMERICAN UNIVERSITY OF BEIRUT MEDICAL CENTER (1983-94)
(n = 1,724)



Salim Adib

Histologically, 93.4 % of all cases were diagnosed as adenocarcinoma, mostly of the infiltrating ductal carcinoma type (79 %). While this fact is expected, it represents a large increase in comparison with the proportion of adenocarcinoma (43.5 %) reported in the 60s². This increase was accompanied by a concomitant decrease in the « other and unspecified histological types » category. This catch-all category decreased from 52.3 % in 1964-65 to 5.8 % in this series. These changes in histological labeling proportions show that major advances in pathological diagnosis have been obtained in Lebanon over two decades. These advances have resulted in more precise diagnosis in the same period. The histological distribution of female breast cancer in the USA is very similar to that in Lebanon, and it is accepted that for infiltrating ductal carcinoma, survival at five years is of 79 % for White women and 62 % for Black women⁷. Also in the USA, 12-15 % of breast cancers are bilateral, and in unilateral cancers the left breast is more frequently affected than the right one⁷.

Risk factors and detection

Risk factors linked to breast cancer are : family history, body weight, higher fat intake, early age at menarché, never had children or delivered at late age, did not lactate, and possibly had longer menstrual cycles. Many women may have one or more risk factors. Most of these risk factors are not preventable, but they may help in establishing a risk profile⁶. In high incidence areas, periodic mammograms are recommended after age 40 for early detection of breast cancers. In lower incidence areas such as Lebanon, following such recommendations may not be cost-beneficial. A better approach should include doctor's and client's education. Doctors should be aware of risk profiles in their female patients, and should be routinely performing breast exams even in unrelated medical visits. Doctors and health educators should provide female clients with information on how to perform routine breast self-examination.

Conclusions and implications

Any discussion of health problems in general, and of cancer issues in particular, is limited by the vexing realization that no national data currently exist in Lebanon. Public health researchers and policy-makers are therefore bound to use fragmentary data from limited sources, and anecdotal information from health providers, to reach an educated opinion on any given situation. This paper is necessarily affected by these frustrating facts. Its capacity to address the issue of breast cancer in Lebanon in a complete and altogether objective and quantifiable way is limited. Despite these limitations, however, a summative view needs to be presented regarding breast cancer, an important and life-threatening health problem facing women in Lebanon.

In various areas of the world, breast cancer incidence rates have been increasing throughout the 80s, while mortality rates remained almost constant⁷. In Lebanon, data from the mid-50s and on indicate that breast is the most frequent cancer in women. Despite widely held beliefs among cancer practitioners, age at diagnosis has not changed in any dramatic way in the past thirty years. Cancer typically occurs in women in their mid-40s, and risk of cancer declines after 50-55 years. Breast cancer most often belongs to a histological type linked to 60-80 % survival at 5 years.

While no data exist regarding incidence, the relative importance of breast cancer among other female cancer has almost doubled since the mid-60s. This indicates that rates of other cancers in females, such as cervical and ovarian cancers, have been decreasing but not that of breast. The apparent failure of health education, prevention and early detection in that regard must be assessed. In particular in the case of breast cancer, *low-fat diet* and *breast-feeding*, two behaviors amenable to educational programs aiming at reducing the risk of breast cancer, must be planned, implemented and evaluated. Increasing knowledge and awareness among women regarding *breast self-examination* should become an important public health objective in this country. In

Salim Adib

addition, overcoming the reluctance of Lebanese doctors to perform, and of female patients to be subjected to, routine breast examination, may increase early detection and result in better prognosis for patients with breast cancer.

Lebanon needs to establish a National Cancer Registry, and to conduct a periodical census to determine the demographic characteristics of its population. No cancer surveillance can be conducted in the absence of these two essential elements. Without such surveillance, no reliable data would exist regarding historical trends in incidence and mortality. The need for such data is increasing because of social changes in Lebanon, which may be affecting health in general and cancer in particular in the coming few years. In particular, change in lifestyles, and increased food and air pollution may be triggering changes in cancer patterns which must be monitored.

-
1. AZAR HA. « Cancer in Lebanon and the Near East ». *Cancer* 1962 ; 15 : 66-78.
 2. ABOU DAOUD KT. « Morbidity from cancer in Lebanon ». *Cancer* 1966 ; 19 : 1293-1300.
 3. GEAHCHAN N. & TALEB N. « Epidemiology of cancer in Lebanon. Presented at IARC Mediterranean ». Colloquium on : *Epidemiology and Cancer Incidence*, Paris, October 1986.
 4. GHOSN M. TANNOUS R. GEDEON E., « Cancer registry at Hotel-Dieu de France ». in *Leb Med J* 1992; 40 : 4-10.
 5. TALEB N. Cancer in Lebanon, an update of epidemiological data. *Leb Med J* 1994 ; 42 : 29-31.
 6. American Cancer Society, *cancer facts and figures* 1994, p. 10.
 7. KELSEY J. & HORN-ROSS P., « Breast cancer : Magnitude of the problem and descriptive epidemiology » in *Epid Review* 1993 ; 15 : 7-16.

ACKNOWLEDGMENTS

I am grateful to Ms. Gladys Hayek, Tumor Registry administrator, and to Mr. Spiridon Kahwaji, Tumor Registry manager, for their help which made this paper possible.