

# أصوات مغنيّة

تجارب النساء وعوائق الوصول إلى  
خدمات الصحة الإنجابية والاستجابة  
للعنف ضد النساء في ليبيا

2026

د. مريم السلطني PhD, MPH  
أ. د. انجل فوستر DPhil, MD, AM  
جامعة أوتاوا، أوتاوا، كندا



# الشكر والتقدير

نتوجه بخالص الامتنان إلى النساء اللواتي شاركن تجاربهن ووجهات نظرهن، و إلى مقدمي الخدمات وأصحاب الخبرة الذين قدموا رؤى قيّمة حول تقديم خدمات الصحة الإنجابية والاستجابة للعنف ضد المرأة في ليبيا. كما نشكر موظفي الوكالات الدولية والمنظمات غير الحكومية المحلية في طرابلس وبنغازي وسبها على مساعدتهم في استقطاب المشاركات.

كما نتقدم بخالص الشكر إلى د. فائزة الفاخري ود. سليمة الفقي على مراجعتهم اللغوية الدقيقة للنسخة العربية من التقرير، وعلى ملاحظاتهم التي ساعدت في جعل النص أكثر وضوحاً وقرباً من القراء في ليبيا.

وأخيراً و ليس آخراً، نقر بامتنان بمساهمات فاطمه محمد جبريل التواتي ومرام ميلاد وحواء التائب، فقد كان دعمهن في تنظيم مجموعات النقاش وتفريغ التسجيلات أساسياً لإنجاز هذا البحث.

للاستشهاد بهذا التقرير، يرجى استخدام الصيغة المرجعية التالية:

Omar Elsaltani, M., & Foster, A. M. (2026). أصوات مغيّبة: تجارب النساء والعوائق النظامية أمام الصحة الإنجابية والاستجابة للعنف ضد المرأة في ليبيا. Cambridge, MA: CRHC.

منشورات أخرى مرتبطة بهذا العمل:

Omar Elsaltani, M., & Foster, A. M. (2025). Protectors or perpetrators? The paradox of male guardianship and gender-based violence in Libya: A multi-method qualitative study. *SSM – Qualitative Research in Health*, 8, 100623. <https://doi.org/10.1016/j.ssmqr.2025.100623>

# التمهيد

أعد هذا التقرير بهدف تقديم أدلة تعكس الواقع المعيشي للنساء في ليبيا، إلى جانب وجهات نظر مقدمي الخدمات وصانعي السياسات الذين يعملون يوميا في ظروف صعبة. ولا يهدف التقرير إلى نقد الجهود الفردية أو المؤسسات بعينها، بل يسعى إلى أن يكون مصدرا يسلط الضوء على العوائق التي تواجه النساء ومقدمي الخدمات، مع تحديد فرص وإمكانيات للتحسين.

يعتمد التقرير مصطلحات مثل الصحة الإنجابية والعنف ضد المرأة، استنادا إلى الأطر الدولية المعترف بها والتي وقّعت عليها الدولة الليبية. ونذكر أن بعض هذه المصطلحات قد لا تعكس بالكامل التعبيرات المحلية المتداولة، أو قد تبدو محدودة في بعض السياقات. ومع ذلك، فإن استخدام هذه التعريفات يضمن ارتباط التقرير بالمعايير العالمية في السياسات والبحوث، و كذلك ربط تجارب النساء في ليبيا بالنقاشات الدولية الأوسع. وحرص هذا البحث والتقرير على أن تكون أصوات النساء وتجاربهن محور تحليل البيانات وعرض النتائج، حتى تبقى تجاربهن الواقعية أساس هذا العمل.

تُبرز النتائج تحديات كبيرة أمام الوصول إلى خدمات الصحة الإنجابية وخدمات الاستجابة للعنف ضد المرأة، كما تظهر في الوقت نفسه قدرة النساء على الصمود وتديير سبل التكيف داخل هذه الظروف. ويواصل كثير من مقدمي الرعاية الصحية والفاعلين المجتمعيين العمل بتفانٍ رغم محدودية الموارد، وتمثل جهودهم أرضية مهمة يمكن البناء عليها في المستقبل.

تبدأ التوصيات الواردة في هذا التقرير بخطوات صغيرة وتدرجية تعكس أولويات النساء أنفسهن، وتشكل نقطة انطلاق لإصلاحات أوسع على المدى الطويل. ونأمل أن يكون هذا التقرير أداة بناءة للحوار والتعاون، وأن يدعم الجهود الرامية إلى بناء نظام رعاية وحماية أقوى وأكثر شمولاً للنساء والأسر والمجتمعات في مختلف أنحاء ليبيا.

# جدول المحتويات

ii	الشكر والتقدير	1
iii	التمهيد	2
iv	جدول المحتويات	3
1	الملخص التنفيذي	4
2	الخلفية والسياق	5
5	اهداف وطرق البحث	6
6	النتائج الرئيسية	7
14	توصيات عملية	8
15	الخلاصة	9
16	المراجع	10

# الملخص التنفيذي

الأسر وسيلة لحماية النساء، فإنها قد تحد من قدرة النساء على الوصول إلى الرعاية الصحية والحماية بشكل مستقل. وظهر ذلك بشكل أوضح في الحالات التي لا يتوفر فيها دعم أسري آمن أو مستقر، كما في تجارب بعض الأرامل والمطلقات، حيث تصبح خيارات النساء في الوصول إلى الرعاية والحماية أكثر محدودة.

ورغم هذه التحديات، أظهرت النساء قدرة على الصمود وعبرن بوضوح عن مطالبهن بالتغيير. فقد قاومن التحرش، وسعين إلى تنظيم الفترة بين الحمل والآخر وتحديد عدد الأطفال، واتجهن إلى التعليم والعمل، واستخدمن المنصات الرقمية لنشر الوعي. كما طالبن بقوانين أقوى، وخدمات أكثر سرية وسهولة في الوصول، ومساحات آمنة، وفرص للاستقلال الاقتصادي.

وانطلاقاً من هذه التجارب، تحدد الدراسة خمس أولويات للإصلاح: كسر الصمت والحد من الوصمة، ودعم وصول النساء إلى خدمات الصحة والحماية، ومعالجة الآثار الصحية للضغوط المرتبطة بالإنجاب، وتعزيز خدمات الصحة الإنجابية والاستجابة للعنف ضد المرأة، والاستثمار في صمود النساء ومسارات الإصلاح. وتوفر هذه التوصيات خارطة طريق لبناء أنظمة أكثر إتاحة واستجابة وتمحوراً حول الناجيات في ليبيا.

يعرض هذا التقرير نتائج دراسة نوعية متعددة الأساليب حول خدمات الصحة الإنجابية والاستجابة للعنف ضد المرأة في ليبيا. أجريت الدراسة بين عامي 2023 و2025 في كل من طرابلس وبنغازي وسبها، وشملت مقابلات فردية متعمقة مع النساء، ومجموعات نقاش مع النساء، ومقابلات مع مقدمي الخدمات وصانعي السياسات وأصحاب الخبرة، إضافة إلى رسم خريطة للخدمات المتاحة. ويقدم التقرير تقييماً نوعياً شاملاً حول صحة النساء وحمايتهن في ليبيا.

تُظهر الدراسة أن وصول النساء إلى خدمات الصحة الإنجابية يتأثر بالتحديات النظامية والتوقعات الاجتماعية. تتركز الرعاية في عدد محدود من المستشفيات المزدحمة، مما يضطر النساء إلى قطع مسافات طويلة في ظروف صعبة. كما يُنظر إلى المرافق العامة غالباً على أنها ذات جودة منخفضة، ففتحه كثير من النساء إلى العيادات الخاصة رغم ارتفاع تكلفتها. وبيّنت النتائج أن خدمات الحمل والولادة والرعاية السابقة واللاحقة للولادة تتأثر بازدياد المرافق، وضعف الإحالة، وتفاوت جودة الرعاية بين المناطق. كما وُصفت خدمات تنظيم الأسرة بأنها محدودة أو غير منتظمة، وأحياناً موضع شك أو ريب. في المقابل، أكدت النساء أن الوصول إلى وسائل تنظيم الأسرة والمشورة ضرورة للصحة والرفاهية واستقرار الأسرة. كما أثرت الضغوط الاجتماعية المرتبطة بتكرار الحمل، ولا سيما تفضيل إنجاب الذكور، في قرارات النساء الإنجابية، وكانت لها آثار صحية واجتماعية كبيرة بحسب ما وصفته المشاركات.

وظهرت التحديات بشكل أكبر فيما يتعلق بالعنف ضد المرأة. فقد وُصفت خدمات الحماية، والملاجئ، والرعاية المتمحورة حول الناجيات بأنها غائبة إلى حد كبير. وأوضحت النساء أن الإفصاح عن العنف قد يكون خطراً ومصحوباً بالعار، وأن الإجراءات القانونية القائمة قد تعرّضهن للانتقام أو لتدخل الشرطة بدلاً من الحماية. وبالنسبة إلى كثيرات، كان الصمت يُنظر إليه باعتباره أكثر الطرق أماناً للتعايش مع الخطر.

كما وُصفت أنماط الولاية الأسرية بأنها مصدر حماية وحدّ من حرية القرار في الوقت نفسه. ففي حين تراها كثير من

# الخلفية والسياق

حالات الطوارئ (13)، إلا أن تطبيقها في ليبيا ظل ضعيفا وغير منتظم.

تاريخيا، كانت مؤشرات الصحة في ليبيا جيدة مقارنة بدول أخرى في المنطقة، مع تغطية شبه شاملة لرعاية الحمل وارتفاع معدلات الولادة على يد كوادر صحية مؤهلة (12،14). غير أن انهيار هيكل الحوكمة وتدهور المؤسسات الصحية أديا إلى تشتت تقديم الخدمات واتساع الفجوات في الوصول إلى الرعاية (9). وتشرف وزارة الصحة على مزيج من المرافق العامة وقطاع خاص آخذ في النمو، بينما تتولى المكاتب الصحية البلدية تقديم الخدمات في أكثر من 100 بلدية. ورغم وجود عدد مرتفع نسبيا من العاملين الصحيين على المستوى الوطني، فإن توزيع الموارد البشرية غير متوازن، مع نقص حاد في الأخصائيين في المناطق الريفية والجنوبية (7،15). كما أن كثيرا من المرافق غير مجهزة بما يكفي، ويفتقر العاملون فيها إلى تدريب محدث في الإرشاد الصحي، وصحة المراهقين، ومبادئ الرعاية القائمة على الحقوق (9،11،16).

تدهورت نتائج صحة الأمهات في ليبيا خلال العقد الماضي. فقد ارتفعت نسبة وفيات الأمهات من 52 لكل 100,000 ولادة حية عام 2015 إلى 72، عام 2017، مع مؤشرات على استمرار الارتفاع نتيجة تراجع رعاية الطوارئ التوليدية وانخفاض توفر الكوادر المؤهلة في المناطق المتأثرة بالنزاع (16). كما لا تزال خدمات تنظيم الأسرة محدودة التطور. وتسجل ليبيا أحد أدنى معدلات استخدام وسائل تنظيم الأسرة في شمال أفريقيا، مع نسب مرتفعة للإحتياجات الغير ملبية لهذه الخدمات (17،18). وتتركز الخدمات في عدد محدود من المرافق، وغالبا ما تتأثر بنفاد الإمدادات، ومحدودية الخيارات، ونقص الكوادر المدربة (11،16). ويتم الحصول على كثير من الوسائل عبر الصيدليات بدلا من دمجها في المرافق الصحية، مما يعكس ضعفا نظاميا في إدماج تنظيم الأسرة ضمن السياسات الصحية العامة (15).

ورغم التزامات الحكومة الليبية بتقوية الصحة الإنجابية وصحة الأمهات والمواليد والأطفال والمراهقين، بما في ذلك الاستراتيجية الخمسية لعام 2019، فإن التنفيذ ظل محدودا ولم يترجم إلى تحسن واضح في تغطية الخدمات أو جودتها (11،19).

تمثل ليبيا سياقاً لا تزال فيه الصحة الإنجابية والعنف ضد المرأة من القضايا محدودة الأولوية في السياسات والبحوث الدولية (1،2). وعندما تُذكر ليبيا في هذه النقاشات، غالبا ما تُفسر محدودية الوصول إلى الخدمات أو انتشار العنف من خلال تصورات ثقافية عامة تختزل الواقع في التقاليد أو الأعراف. غير أن هذه القراءات قد تخفي العوامل الهيكلية والمؤسسية التي تشكل تقديم الخدمات، كما قد تُغيب تنوع تجارب النساء وطرقهن اليومية في التعامل مع القيود ومقاومتها (3).

لضمان وضوح المصطلحات، يعتمد هذا التقرير على تعريفات معترف بها دوليا. وتشير الصحة الإنجابية، بحسب منظمة الصحة العالمية، إلى حالة من الرفاه البدني والنفسي والاجتماعي في ما يتعلق بالإنجاب، وليس مجرد غياب المرض أو العجز (4،5). كما يشير العنف ضد المرأة في هذا التقرير إلى الأفعال الضارة التي تُرتكب ضد النساء وتسبب أذى جسديا أو نفسيا أو معنويا، أو تنطوي على التهديد أو الإكراه أو الحرمان من الحرية، بما يتوافق مع الأطر الدولية ذات الصلة (6).

منذ عام 2011، شهدت ليبيا فترة طويلة من عدم الاستقرار السياسي، والنزاع المسلح، والانقسام المؤسسي (1،7). وقد ساهم ضعف سيادة القانون، وانتشار الجماعات المسلحة، وتراجع مؤسسات الدولة في تفاقم الوضع الإنساني (8،9). وكان لهذه الظروف أثر كبير على النساء والفتيات، إذ حدت من وصولهن إلى الأمان والخدمات الصحية والعدالة (10). ورغم الدعوات المتكررة لتقوية أنظمة الصحة الإنجابية والاستجابة للعنف ضد المرأة، ظل الاستثمار محدودا، ولم تُنفذ الاستراتيجيات الوطنية بشكل كامل (9،11).

## الصحة الإنجابية في ليبيا

تأثر تقديم خدمات الصحة الإنجابية في ليبيا بعقود من عدم الاستقرار لسياسي، وضعف الاستثمار، وتشتت السياسات (7،12). وكما هو الحال في كثير من السياقات المتأثرة بالنزاع، شهدت ليبيا اضطرابات حادة في تقديم الخدمات، ولا يزال الوصول إلى الرعاية الأساسية غير متكافئ. وتؤكد أطر دولية مثل حزمة الخدمات الأساسية للصحة الإنجابية في الأزمات أهمية إعطاء الأولوية للصحة الإنجابية في

# الخلفية والسياق

## العنف ضد المرأة في ليبيا

المحلية غالبا ما تستبعد اعتبارات حقوق النساء وتفضل المصالحة على العدالة (29). كما تتعرض النساء المشاركات في الحياة العامة أو النشاط المدني للمضايقة والتهديد والعنف، مع تقارير تشير إلى استهداف الناشطات في مجال حقوق النساء وتقييد التعبير العام للنساء (10،30). وقد حاولت المنظمات غير الحكومية والوكالات الدولية سد بعض الفجوات، إلا أن جهودها مقيدة بانعدام الأمن، ونقص الموارد، وغياب البيانات الموثوقة (29).

العنف ضد المرأة في ليبيا واسع الانتشار، وتفاقمه ظروف النزاع، والانهيار المؤسسي، واستمرار عدم المساواة بين النساء والرجال (1،2). ورغم أن ليبيا طرف في اتفاقيات دولية مهمة لحقوق الإنسان، من بينها اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة وإعلان الأمم المتحدة بشأن القضاء على العنف ضد المرأة، فإن الالتزام العملي بهذه الأطر ظل محدودا إلى حد كبير (20). ولم تعتمد الدولة حتى الآن تشريعا وطنيا شاملا بشأن العنف ضد المرأة (21).

توفر البيئة القانونية والسياسية القائمة حماية محدودة. فلا توجد قوانين مستقلة تجرم العنف الأسري أو التحرش أو الاغتصاب الزوجي (21). وقد تنطبق بعض مواد قانون العقوبات نظريا على العنف، إلا أنها نادرا ما تُطبق، كما أن بعض الأحكام القانونية قد تضر بالنساء، مثل المواد التي تسمح للجاني بالإفلات من العقوبة في بعض حالات الاغتصاب إذا تزوج الضحية (22،23). وقد أعد مشروع قانون لحماية النساء من العنف عام 2023، يتضمن تجريم أشكال متعددة من الإساءة، بما في ذلك العنف الأسري والاعتداء الزوجي. إلا أن اعتماده وتنفيذه لا يزالان غير مؤكدین (24،25)، بما يعكس التحديات الأوسع المرتبطة بتعزيز حماية حقوق النساء في ليبيا.

تشير التقارير الإنسانية إلى أن كثيرا من النساء في ليبيا يواجهن مخاطر مرتفعة للعنف، إلا أن معظم الحالات لا يتم الإبلاغ عنها بسبب الوصمة، والخوف من الملاحقة القانونية، وغياب الدعم المؤسسي (10،26). كما أن تجريم العلاقات خارج الزواج يردع الناجيات عن طلب المساعدة، إذ قد تتعرض النساء أنفسهن للمساءلة إذا نتج حمل عن الاعتداء (26،27). ولا تزال الخدمات مجزأة ومحدودة الموارد. فليبيا تفتقر إلى إطار وطني منسق للاستجابة للعنف ضد المرأة، ورغم أن المعايير الدولية للتدخل في حالات الطوارئ توصي باستجابة متعددة القطاعات، فإن تطبيق ذلك ظل محدودا (11،28).

وتستمر البيئة السياسية والاجتماعية الأوسع في تقييد أمان النساء. فالمحاكم الرسمية، وآليات العدالة القبلية، والأعراف

# نحو أدلة من واقع السياق الليبي

رغم وجود بعض التقييمات التي أعدتها الجهات الإنسانية في ليبيا، لا تزال البلاد تفتقر إلى بيانات منهجية حول واقع تقديم خدمات الصحة الإنجابية والاستجابة للعنف ضد المرأة. ولطالما استندت كثير من التدخلات والجهود الموجهة إلى ليبيا إلى أدلة دولية عامة، أو إلى تقديرات محلية محدودة، أكثر من استنادها إلى بيانات محلية مباشرة تعكس تجارب النساء ومقدمي الخدمات.

كما أن أنظمة الرصد الوطنية لا تزال محدودة للغاية، ولا توجد متابعة منتظمة لمؤشرات أهداف التنمية المستدامة المرتبطة بالنساء في ليبيا. ولا يعني غياب البيانات المسجلة أو الأدلة غياب الاحتياج، بل يعكس في كثير من الأحيان الصمت السياسي حول هذه القضايا، والوصمة الاجتماعية، والانهيار المؤسسي.

ومن هنا تأتي أهمية هذا التقرير، إذ يقدم أحد أوائل مصادر الأدلة المحلية المباشرة التي تضع أصوات النساء وتجاربهن، إلى جانب وجهات نظر مقدمي الخدمات، في مركز الفهم والتحليل. فمن خلال دراسة مكتبية تحليلية عميقة، و مقابلات فردية متعمقة، ومجموعات نقاش مع نساء من خلفيات مختلفة، ومقابلات مع مقدمي الخدمات وأصحاب الخبرة، ورسم خريطة للخدمات في ثلاث مدن رئيسية، يوثق التقرير تجارب النساء ووجهات نظر مقدمي الخدمات وصانعي السياسات.

وتكشف النتائج العوائق النظامية التي تعوق الوصول إلى الرعاية، كما تظهر الطرق التي تستخدمها النساء في ليبيا للتعامل مع هذه العوائق، ومطالبهن بالإصلاح وسد الفجوات. ومن خلال ربط هذه الأصوات بالسياقات القانونية والمؤسسية والسياسية في ليبيا، يقدم التقرير أدلة يمكن أن تدعم استجابات أكثر فعالية وشمولا وقائمة على الحقوق في مجال الصحة الإنجابية والعنف ضد المرأة.

# اهداف وطرق البحث

حصلت الدراسة على الموافقات الأخلاقية اللازمة من لجان المراجعة المؤسسية ذات الصلة. كما جرى استقطاب المشاركات مع مراعاة السرية والموافقة المستنيرة، وبطريقة تراعي حساسية موضوعي الصحة الإنجابية والعنف ضد المرأة في ليبيا. ويعرض التقرير مقتطفات من المقابلات ومجموعات النقاش بعد إخفاء أي معلومات قد تكشف الهوية، وذلك بهدف إبراز أصوات المشاركات مع الحفاظ على خصوصيتهن وسلامتهن. واستند تحليل البيانات وعرض النتائج إلى أصوات النساء وتجاربهن، مع الاستفادة في الوقت نفسه من وجهات نظر مقدمي الخدمات وصانعي السياسات وأصحاب الخبرة. وقد أتاح هذا الجمع بين الخبرة المعيشة والخبرة العملية فهما أكثر شمولاً لواقع الصحة الإنجابية والاستجابة للعنف ضد المرأة في ليبيا.

## ملخص طريقة البحث وجمع البيانات

طريقة جمع البيانات	العدد	التفاصيل
تحليل مكتبي للوثائق والأدبيات المتاحة	منذ سنة 2011-2026	وثائق وأدبيات و قوانين و سياسات ذات صلة منذ 2011
مقابلات فردية متعمقة مع النساء	17	استغرقت كل مقابلة ما بين 60 و70 دقيقة
مجموعات نقاش مع النساء	9 مجموعات، 60 امرأة	نُظمت المجموعات بحسب الحالة الاجتماعية
مقابلات مع أصحاب الخبرة	11	مقدمي الخدمات، وممثلين عن المجتمع المدني وغيرهم
رسم خريطة الخدمات	3 مدن	الخدمات المقدمة، وأنظمة الإحالة، وقدرات المرافق

جاء هذا البحث لفهم واقع خدمات الصحة الإنجابية وخدمات الاستجابة للعنف ضد المرأة في ليبيا، من حيث توفرها، وجودتها، وقدرة النساء على الوصول إليها. ولم يقتصر البحث على سؤال ما إذا كانت الخدمات موجودة من عدمه، بل حاول فهم كيف تختبر النساء هذه الخدمات في حياتهن اليومية، وكيف تتأثر تجاربهن بطريقة عمل المؤسسات، وبالقوانين والإجراءات، وبالتوقعات الاجتماعية التي تحيط بهن. كما سعى البحث إلى تحديد الفجوات في تقديم الخدمات، واقتراح توصيات عملية يمكن أن تساعد في تحسين السياسات والبرامج.

اعتمد البحث على منهج نوعي متعدد الأساليب. بدأ البحث بتحليل مكتبي واسع لما توفر منذ عام 2011 من أدبيات منشورة، وتقارير مؤسسية وإنسانية، ووثائق غير منشورة متاحة، إضافة إلى القوانين والسياسات والاستراتيجيات الوطنية ذات الصلة بالصحة الإنجابية والعنف ضد المرأة في ليبيا. وساعد هذا التحليل على فهم السياق القانوني والمؤسسي والخدمي الذي تعمل داخله هذه الخدمات. كما شمل جمع البيانات مقابلات فردية متعمقة مع النساء، ومجموعات نقاش مع النساء، ومقابلات مع مقدمي الخدمات وصانعي السياسات وممثلي المجتمع المدني وأصحاب الخبرة.

واستُكملت هذه المكونات برسم خريطة للخدمات في طرابلس وبنغازي وسبها. ولم يكن رسم الخريطة مجرد حصر للمرافق، بل كان تمريناً منظماً لفهم ما هو متوفر فعلياً من خدمات الصحة الإنجابية وخدمات الاستجابة للعنف ضد المرأة، وما إذا كانت هذه الخدمات متاحة وآمنة ويمكن الوصول إليها، وما هي مسارات الإحالة القائمة، وأين تقع الفجوات في القدرة على تقديم الرعاية والحماية.



الشكل 1: خريطة مواقع الدراسة، طرابلس وبنغازي وسبها

# النتائج الرئيسية

## وصول مشروط وغير متكافئ إلى خدمات الصحة الإنجابية

أظهرت نتائج البحث أن الوصول إلى خدمات الصحة الإنجابية وخدمات الاستجابة للعنف ضد المرأة في ليبيا لا يزال مجزأ و مشروطا و غير متكافئ إلى حد كبير. فقد أكدت النساء ومقدمو الخدمات وغيرهم من الخبراء بالمجال أن بعض أشكال الرعاية موجودة، لكنها غالبا غير مستقرة، أو انتقائية، أو متأثرة بضعف النظام الصحي والتوقعات الاجتماعية المحيطة بالنساء.

### مستشفيات مزدحمة وبدائل مكلفة

تُقدم بعض خدمات الصحة الإنجابية مجانا في القطاع العام، و خاصة خدمات متابعة الحمل والرعاية بعد الولادة. غير أن جودة هذه الخدمات تختلف بشكل كبير، مما يجعل النساء أكثر عرضة للمخاطر في مراحل حساسة من حياتهن الإنجابية. كما تتركز خدمات الولادة في عدد محدود من المستشفيات الكبرى، و هو ما يضطر بعض النساء إلى قطع مسافات طويلة في ظروف غير آمنة ومعقدة. كما أوضح أحد أصحاب الخبرة في بنغازي:

”مركز بنغازي الطبي المركز هو [المستشفى] الوحيد الذي يقدم خدمات متخصصة للصحة الإنجابية في هذه المنطقة. كما نستقبل حالات من المنطقة الشرقية كلها.“

وقد وضع هذا التركيز ضغطا كبيرا على الموارد والكوادر. ووصفت إحدى مقدمات الخدمات في سبها هذا الضغط بقولها:

”بضطرون إلى إدخال الحالات، وهذا بسبب تكدسا في المستشفى أحيانا تكون المرأة في حالة حرجة وتحتاج إلى عملية بشكل عاجل، لكن المستشفى ممتلئا ولا يستطيع استقبال المزيد.“

وتتحمل النساء نتائج هذه القيود بشكل مباشر. فقد روت فاطمة من بنغازي قصة جارتها قائلة:

”جارتني تسكن بعيد [من مركز بنغازي الطبي] وجاءها مخاض الولادة في الليل، وبعد المرور بعدة بوابات ولدت في السيارة.“  
وحتى عندما تكون الخدمات متاحة، تحدثت النساء عن سوء المعاملة وضعف جودة الرعاية في المستشفيات العامة. وقالت سحر من سبها:

”الخدمات ضعيفة وجودتها منخفضة، رغم أن بعض الأطباء جيّدون، لكنهم غالبا مشغولون ومن الصعب الحصول على موعد معهم. في المستشفى العام تعانين كثيرا. لا توجد حتى كراسي للجلوس، ولا توجد أسرة، وتعرضين لسوء المعاملة.“

ونتيجة لهذه التجارب، تلجأ كثير من النساء إلى العيادات الخاصة من أجل الولادة أو الحصول على رعاية إنجابية. و شرحت فاطمة من بنغازي ذلك بقولها:

”سبب المشاكل في المستشفى العام، ألد في العيادات الخاصة. المستشفى مزدحم جدا ولا يقدم رعاية جيدة، وهذا يجبرك على الذهاب إلى المستشفيات الخاصة. بعد ما رأيته [هناك]، لن ألد أبدا في مستشفى عام.“

ورغم أن القطاع الخاص يُنظر إليه غالبا على أنه أكثر أمانا و” احتراماً للمريض”، فإن تكلفته مرتفعة جدا بالنسبة إلى كثير من الأسر. و أكد أحد الخبراء في طرابلس:

”يجب ان تنسوقي [بين العيادات الخاصة] وأن تكوني دقيقة جدا في اختيار المكان الذي تذهبين اليه للولادة. القطاع الخاص مكلف جدا.“

### تنظيم الأسرة بين الغياب والاحتياج

وُصفت خدمات تنظيم الأسرة بأنها شبه غائبة من النظام الصحي في ليبيا. قالت زمرد من سبها:

”لم أسمع بأي خدمات لتنظيم الأسرة.“

ورددت صالحة من بنغازي المعنى نفسه بقولها:

”لا يوجد لدينا مفهوم تنظيم الأسرة.“

وفي بعض السياقات، لم تكن خدمات تنظيم الأسرة غائبة فحسب، بل كانت أيضا محاطة بالشك. فقد تحدثت المشاركات عن وسائل تنظيم الأسرة بوصفها ممارسة غير مشجعة اجتماعيا، ومحاطة برقابة أخلاقية وسياسية. وعبرت إحدى المشاركات في مجموعات النقاش عن هذه الوصمة بقولها:

”وسائل تنظيم الأسرة تعامل كأنها ارتكاب لجريمة.“

و أشار أحد الخبراء في طرابلس إلى أن الحديث عن تنظيم الأسرة قد يُساء فهمه بسهولة:

”قد يُفهم تنظيم الأسرة على أنه أننا نريد من الناس أن يتوقفوا عن إنجاب الأطفال، أو أننا نريد تقليل عدد السكان.“

كما أشار بعض الخبراء و المشاركات إلى أن خدمات تنظيم الأسرة قد تُربط أحيانا بأجندات خارجية أو تُفهم على أنها تهديد للهوية الوطنية. وتنعكس هذه التصورات على الرعاية اليومية، وعلى طريقة استجابة بعض مقدمي الخدمات لطلبات النساء. روت سليمة، 20 عاما، من بنغازي، أن إحدى قريباتها مُنعت من الحصول على وسيلة لتنظيم الأسرة:

”قريبتني رفض الطبيب إعطاءها وسيلة تنظيم الأسرة لأنه لا يؤدي مفهوم تنظيم الأسرة.“

غير أن النساء تحدثن عن تنظيم الأسرة بطريقة مختلفة، وربطته بصحتهن و بقدرتهن على تدبير حياة أسرهن في ظروف صعبة. و نقلت إحدى مقدمات الخدمات ما قالته لها إحدى المترددات:

”أعيش مع رجل يشرب ويضربني وأنا وإطفال. لا أريد أن أحمل منه، لكن ليس لدي أي دعم. إلى أين أذهب؟ إخوتي يعاملون زوجاتهم بالطريقة نفسها. على الأقل هنا أنا أعيش. أتطلق ثم إلى أين أذهب؟“

## وصول مشروط وغير متكافئ إلى خدمات الصحة الإنجابية

الضغوطات تبدأ مباشرة بعد الزواج. قالت فاطمة، 27 عاما، من بنغازي:

”المجتمع يسألك، هل حملت؟ متى ستتهجين؟ ولد أم بنت؟ الضغط الاجتماعي صعب على المرأة. أجبرت على إنجاب الطفل الثاني حتى أنتمي و أستمّر.“

و بحسب ما ذكر المشاركون، فإن هذه التوقعات لا تقف عند طفل أو طفلين. قالت رانيا، 45 عاما، من سبها:

”يجب أن يكون لدى المرأة ثلاثة أطفال على الأقل. هذا ما يقوله لها المجتمع.“

وأضافت عيبر، 29 عاما، من سبها:

”حتى أربعة أطفال ليسوا كافيين.“

ووصفت هذه الضغوط أنها تفرض أحيانا داخل الأسرة، وخاصة من خلال الحموات. تذكرت فتحية، 40 عاما، من بنغازي، عبارة قيلت لها أثناء حملها:

”إذا كنت حاملا ببنت، احزمي حقيبتك.“

كما تذكرت مجدولين، 26 عاما، من بنغازي، أن حماتها كانت تضع الأطفال في حجرها و تقول:

”ربما يجعلك هذا تحمّلين.“

ولم تكن هذه الضغوط موجهة إلى النساء فقط. فقد تحدثت المشاركات عن الأبوة بوصفها مقياسا للرجولة أيضا. وأوضحت فاطمة، 27 عاما، من بنغازي:

”حتى لو كان زوجها مقتنعا ولا يريد أطفالا، سيخافون من المجتمع. ماذا سيقول الناس عنا؟ سيقولون إنه ليس رجلا بما يكفي لينجب، أو إنه بقي مع زوجته رغم أنها لا تستطيع الإنجاب. هي المعيبة. لذلك عليهم أن يثبتوا العكس و ينجبوا أطفالا.“

وكان لهذه الضغوط أثر واضح على صحة النساء و سلامتهن. فقد تحدثت كثيرات عن الإرهاق، والاكتئاب، والتعب الجسدي الناتج عن تكرار الحمل. قالت آية، 27 عاما، من طرابلس:

”زوجي يطلب مني أن أنجب طفلا آخر. أنا متعبة جدا جسديا ونفسيا. أناول مضادات اكتئاب. لا أستطيع الحمل، لكنه لا يتفهم ذلك.“

وأوضحت فاطمة، 27 عاما، من بنغازي، أثر ذلك على حياتها قائلة:

”أخّر ذلك [الإنجاب المتكرر و غير المتباعد] تعليمي و عملي و صحتي. عمري 27 عامًا، لكن صحتي ليست جيدة فتاة في السابعة و العشرين. أشعر أنني أحارب الحياة وكانني في الأربعين.“

وتراوحت طرق التعامل مع هذه الضغوط بين الامتثال على مضض والمقاومة الهادئة، وفي بعض الحالات، دفعت الظروف الاقتصادية الأسر إلى إعادة التفكير في عدد الأطفال وتوقيت الحمل.

ووصفت تكلفة بعض وسائل تنظيم الأسرة على أنها عائقا مهما بالنسبة إلى بعض النساء. فقد أوضحت إحدى المشاركات من سبها أن ”اللؤلؤ“ غالبا لا يُركب إلا في العيادات الخاصة، وأن تكلفته مرتفعة جدا على كثير من الأسر.

في حين أشارت بعض النساء إلى أن الصيدليات الخاصة تسد جزءا من هذه الفجوة من خلال توفير حبوب منع الحمل، لكن هذا الوصول لم يكن دائما متاحا أو مستقرا. ووصفت نسمة، 43 عاما، من طرابلس، كيف اضطرت إلى تغيير النوع الذي تستخدمه بسبب ارتفاع الأسعار:

”كنت أستخدم النوع الجيد من الحبوب، لكن سعره ارتفع ولم أعد أستطيع تحمّله، فبدأت أستخدم الحبوب العادية.“

وتتداخل هذه القيود مع فهم اجتماعي أوسع للصحة الإنجابية، غالبا ما يحصرها في الحمل و الولادة و الإنجاب. فقد تحدثت فاطمة من بنغازي عن مفهومها عن مصطلح الصحة الإنجابية

”الصحة الإنجابية تعني إنجاب الأطفال، والولادة، والعمليات القيصرية. تشمل أيضا الحمل غير المرغوب فيه، لكنها لا تعني تنظيم الأسرة.“

وأضافت عائشة من سبها:

”بالنسبة إليّ، الصحة الإنجابية تعني العقم، وعدم القدرة على الحمل، وكذلك الرعاية قبل الحمل استعدادا للحمل والولادة.“

وتوضح هذه الشهادات أن تنظيم الأسرة في ليبيا يقع في مساحة معقدة بين الشك السياسي من جهة، والاحتياجات الصحية والمعيشية الملحة للنساء من جهة أخرى. فبينما يراه البعض مفهوما غريبا أو مستوردا، وصفته النساء باعتباره ضروريا للأمانة، وللاستقرار الأسرة، وللتعايش في ظل ظروف هشة. وتزداد أهمية هذه الفجوات باعتبار أن تنظيم الأسرة عامل أساسي لضمان صحة النساء والأطفال وذلك من خلال الوقاية من الحمل غير الآمن، و ضمان وجود فترات مناسبة بين الحمل و الآخر،

### ضغوطات للإنجاب

أظهرت النتائج أن واقع صحة النساء الإنجابية في ليبيا لا يخضع دائما للاختيار الفردي، بل يتأثر بضغوطات اجتماعية تدفع المرأة نحو الإنجاب المبكر و المتكرر. فقد وُصفت الأمومة في كل من مواقع البحث بأنها علامة أساسية تعكس اكتمال دور المرأة، و ينعكس هذا في التوقعات المجتمعية بأن تنجب المرأة بعد الزواج مباشرة، و تكرار الحمل، و تفضيل إنجاب الذكور بشكل خاص. وأكدت المشاركات أن هذه

## غياب باب آمن تطرقه النساء: فجوات رعاية العنف ضد المرأة

ورغم أن بعض المنظمات الدولية والمحلية أنشأت مساحات آمنة للنساء والفتيات، فقد وُصفت هذه المساحات بأنها محدودة ومتفرقة وغير معروفة غالباً لدى النساء الأكثر احتياجاً إليها. وقالت كثير من النساء إنهن لم يكن يعرفن بوجود هذه المساحات، بينما أشارت أخريات إلى صعوبة الوصول إليها بسبب المواصلات أو القيود الاجتماعية.

### الصمت كوسيلة للبقاء

وصفت النساء في المقابلات الفردية ومجموعات النقاش كيف يصبح الصمت متوقعا ومفروضا في حالات العنف ضد المرأة. حيث يعتبر الحديث عن العنف أو طلب المساعدة أمرا معيبا وخطرا، في ظل غياب مسارات آمنة للإبلاغ أو الحصول على الدعم. وأوضحت هناء، 40 عاما، من بنغازي:

“لا يوجد مفهوم أن تذهب المرأة إلى الشرطة.”

وعبرت حنان، 29 عاما، من سبها، عن تجربتها بقولها:

لم أسمع أبدا عن امرأة تعرضت للعنف وذهبت إلى الشرطة.

وتعزز هذا الصمت من خلال توقعات اجتماعية تجعل الإفصاح عن العنف مساسا بسمعة المرأة والأسرة. شرحت رانيا، 49 عاما، من سبها:

“إذا تعرضت المرأة للضرب واضطرت إلى الذهاب إلى المستشفى، ستقول إنها سقطت. ستحمي المعتدي لأنه غالبا يكون من العائلة.”

وأضافت منى، 42 عاما، من طرابلس:

“هكذا علمونا، عيب أن نتحدثي، و عيب أن تكشفني أسرار بيتك.”

ولم تكن النساء يخشين الوصمة فقط، بل كن يخشين أيضا الانتقام وتفاقم العنف. وقالت مرام، 39 عاما، من بنغازي:

“الذهاب إلى الشرطة سيجعل الأمور أسوأ. ذهاب المرأة إلى الشرطة يُنظر إليه نظرة سيئة جدا، وسيقال إنها امرأة سيئة أخلاقيا.”

ووصفت ملك من طرابلس هذه المخاطر بقولها:

“إذا ذهبت لتشتكي أو تتكلمي، قد تتعرضين لمزيد من العنف. ستجدين نفسك في مشكلة أخرى، وأحيانا قد تتعرضين حتى لإطلاق النار.”

في حين انه عند توفر بعض الخدمات ، فإن ضعف الثقة والخوف من غياب السرية يمنعان النساء من طلب المساعدة. وأوضحت إحدى الخبيرات:

“الأمر صعب جدا. حتى عندما تقدم خدمة للمرأة، فهي لا تريد الإبلاغ. نستقبل حالات تبدو عليهن علامات ضيق و آثار جسدية

ظهرت الفجوات بصورة أكثر حدة في الخدمات المقدمة للنساء المعرضات للعنف. فقد وصفت المشاركات غيابا شبه كامل لخدمات إدارة حالات العنف ضد المرأة، وخدمات الدعم المتخصصة للناجيات. كما تحدثت النساء في مواقع البحث المختلفة عن نقص واضح في المؤسسات القادرة على تقديم رعاية آمنة وسرية و متمحورة حول الناجيات.

أوضحت فاطمة، 27 عاما، من بنغازي:

“لا توجد وحدة أو مؤسسة متخصصة، ولا حتى أخصائي. لم أر أو اسمع بأي شيء من هذا النوع. من الصعب أن أجيب، لأنني لا أرى شيئا يدعم النساء. وأنا أعاني من ذلك.”

وعبرت عبير، 29 عاما، من سبها، عن المعنى نفسه بقولها:

“لا شيء، لا شيء متوفر.”

و أكد ألخبراء هذه الشهادات. فقد أوضح أحدهم:

“لا توجد أماكن تابعة للحكومة تقدم هذه الخدمات، ولا توجد مراكز طبية أو صحية توفر إدارة شاملة لحالات العنف ضد المرأة. قد توجد في بعض المراكز الصحية أقسام للدعم النفسي، لكنها ليست مخصصة للنساء الناجيات من العنف.”

و زاد غياب الملاجئ من هشاشة وضع النساء. فقد وُصفت

الملاجئ بأنها غير متوفرة. وأوضح أحد أصحاب الخبرة في بنغازي:

“لا تتوفر ملاجئ آمنة للنساء. المجتمع لا يتقبل فكرة ملاجئ النساء أساسا. لذلك لا توجد طريقة لتوفير مكان تذهب إليه المرأة. يمكنك كمقدم خدمة أن تحاول مساعدتها على التعامل مع العنف الذي تتعرض له، لكن لا يوجد ملجأ أو مركز حماية.”

وحتى في الأماكن القليلة التي توجد فيها دور رعاية، لم تُوصف هذه الدور باعتبارها أماكن حماية، بل وصفت بأنها مؤسسات أقرب إلى العقاب أو الاحتجاز. أوضح أحد الخبراء في سبها:

“للأسف، حتى في المناطق التي توجد فيها دور رعاية، لا يتم قبول الناجيات من العنف إلا بقرار من النيابة.”

وأدى غياب البدائل الآمنة إلى دفع النساء مرة أخرى إلى البقاء في بيوت عنيفة أو الاستمرار في علاقات غير آمنة. و قالت عزيزة، 47

عاما، من طرابلس:

“مفهوم أن تعيش المرأة وحدها غير موجود.”

ووصفت هناء، وهي مشاركة في إحدى مجموعات النقاش في بنغازي، تجربتها بعد الإبلاغ عن العنف والانفصال عن زوجها. فهي لم تجد خيارا سوى العودة إلى بيت أهلها، حيث بقيت تحت الضغط و اجبرت على ترك حضانة أطفالها لتطبيقها .

## 2 غياب باب آمن تطرقه النساء: فجوات رعاية العنف ضد المرأة

تشير إلى اعتداء أو ضرب، لكنها تقول مثلا إنها وقعت على جنبها، رغم أن يدها تظهر عليها آثار ضرب. تقول لا، لم يضربني أحد. ”

وزادت المتطلبات القانونية من تعقيد الحصول على الرعاية، إذ يُلزم مقدمو الرعاية الصحية بالإبلاغ عن حالات الاعتداء الجسدي أو الاعتداء، مما يجعل تدخل الشرطة أمرا لا يمكن تجنبه. وأوضح أحد مقدمي الخدمات في بنغازي:

”نواجه مشاكل في الإحالة إلى الخدمات الصحية، والسبب الأساسي أن الحالات ترفض الذهاب بسبب الإبلاغ الإلزامي.“

وحتى عندما توجد بعض الخدمات، فإن العوائق القانونية والمؤسسية تعزز الصمت، وتترك النساء معتمدات على أنظمة قد تعيد إنتاج العنف الذي يحاولن النجاة منه.

**إن غياب خدمات متمحورة حول الناجيات يترك النساء بلا خيارات آمنة، ويطيل دوائر العنف، ويضعف الثقة في المؤسسات التي يفترض أن تقدم الحماية.**

## 3 مواطن ضعف متداخلة: الحماية و التحكم و الوصول إلى الخدمات

وامتد أثر أنماط الولاية إلى ما هو أبعد من البيت، ليصل إلى الخدمات الصحية. فقد أوضحت المشاركات أن القرارات المتعلقة بصحة النساء غالبا ما تمر عبر الزوج أو أحد الأقارب الرجال، حتى عندما تكون الرعاية عاجلة. ووصفت مقدمات خدمات حالات لا يمضي فيها الأطباء في تقديم الرعاية دون موافقة رجل من الأسرة، مما يضع قرارات صحية مهمة تحت سلطة الأسرة بدلا من المرأة نفسها. ويعزز هذا الوضع اعتماد النساء على الآخرين، وقد يؤدي أحيانا إلى تأخير الرعاية أو منعها.

### التعامل مع العنف في ظل خيارات محدودة

في ظل غياب الحماية الرسمية، طورت النساء طرقا للتعامل مع العنف و تقليل الضرر قدر الإمكان. وكانت أكثر هذه الطرق شيوعا هي المسايرة، حيث تبقى المرأة صامتة حتى لا يتصاعد العنف. وشرحت رباب من طرابلس ذلك بقولها:

”أنا ”نساير“ في الأمور حتى لا يعاقبني أو يضربني أو يتشاجر معي. أبقى صامتة فقط.“

ووصفت النساء الصمت باعتباره طريقة للبقاء ووسيلة لحماية أسرهن أيضا. وقالت سامية، 21 عاما، من طرابلس:

”من الأفضل أن أبقى صامتة بدلا من أن أسبب مشكلة لوالدي وإخوتي.“

ووصفت ملاذ، 21 عاما، من طرابلس، كيف يمكن للكلام أن يؤدي إلى تصعيد الضرر:

”كانوا [بعض الشباب] يتحرشون بي وتبعوني إلى البيت. عندما دخلت، رأى والدي أنني خائفة و سألني عما حدث. أخبرته. واجههم، وتحول الأمر إلى مشكلة.“

ولجأت بعض النساء إلى الأسرة أو الأنظمة القبلية طلبا للمساعدة، لكن هذه الآليات نادرا ما كانت توفر أمانا مستمرا. وأوضحت سناء، 42 عاما، من طرابلس:

”النساء اللواتي يتعرضن للعنف يطلبن الدعم من أسرهن. لا توجد لدينا مؤسسات حماية. إذا لم تستطع الأسرة دعمها، فليس أمامها خيار سوى تحمل العنف.“

وأضافت فيروز، 36 عاما، من سبها:

”لأننا مجتمع قبلي، يتحدثون مع اجتماعيا، ويأخذون منه وعدا شفهيًا بأنه لن يضربها مرة أخرى.“

لكن النساء أكدن أن هذه الوعود لا تصمد غالبا، و أن العنف قد يتكرر. ومع قلة البدائل، شعرت كثير من النساء بأنهن عالقات. وأوضحت سعاد، 19 عاما، من بنغازي:

”حتى لو أرادت المرأة أن تترك بيت زوجها، أحيانا لا يكون لديها هذا الخيار. هل أتركه و أعود إلى إخوتي و أبي الذين يعنفوني أيضا؟“

وصفت المشاركات أنماط الولاية باعتبارها جزءا راسخا من البنية الاجتماعية في ليبيا، حيث يُمنح الأب أو الأخ أو الزوج دورا أساسيا في حياة المرأة. وغالبا ما يُنظر إلى هذا الدور على أنه شكل من أشكال الحماية والمسؤولية الأسرية. غير أن النساء أوضحت أن الحماية والسيطرة يتداخلان في كثير من الأحيان، حيث لا يُتوقع من الولي أن يدعم المرأة فقط، بل أن يصحح سلوكها ويراقبه أيضا.

وفي هذه المساحة غير الواضحة بين الرعاية و السيطرة، يظهر العنف في كثير من الأحيان، وأحيانا يتم تبريره. تذكرت نادية، 23 عاما، من بنغازي:

”كلما حدثت مشكلة بين الإخوة، يجلسها ويضربها و قول لها: أنا أخوك و أضربك.“

ووصفت أمل، 37 عاما، من سبها، كيف يمكن أن يبرر منطق الحماية هذا العنف:

”هو عنف، لكننا نبرره لهم. أشعر أن عنفهم لمصلحتي، وخوفا علي.“

كما عززت بعض التصورات الاجتماعية حول أدوار النساء هذا التحكم. وقالت رقية، 19 عاما، من طرابلس:

”قد يكونون متبشدين و يعتقدون أن مكان المرأة في المطبخ، و أنها لا يجب أن تقود، و أن عقل المرأة أقل.“

و غالبا ما كانت محاولات مقاومة هذه التصورات تؤدي إلى العقاب. وأوضحت مسعودة، 49 عاما، من بنغازي:

”إذا كان لديك رأي مختلف، تتعرضين للعنف من الزوج والأسرة.“

وبالنسبة إلى النساء اللواتي لا يملكن دعما من رجل في الأسرة، كانت هذه الأنماط تخلق مواقع ضعف أكثر. فقد ترك غياب الولي بعض النساء، كما وصفت المشاركات مرارا، بلا بدائل. وقالت نهلة، 43 عاما من طرابلس، عند تحدثها عن الأكثر عرضة من النساء للعنف ذاكرة:

”هؤلاء [في إشارة إلى النساء الأكثر عرضة للعنف ضد المرأة] اللواتي ليس لديهن سند أو دعم، طبعا السند هو الله، لكن غالبا يكون الرجل هو السند الذي تحتاجه المرأة.“

وفي الواقع، اجبرت الكثير من النساء على البقاء في زيجات غير آمنة أو العودة إلى بيوت أسرية معنفة. ووصفت النساء غير المتزوجات والأرامل والمطلقات بأنهن أكثر عرضة. وأوضحت مجدولين، 26 عاما، من بنغازي:

”تتعرض المطلقات والأرامل، بسبب نظرة المجتمع لهن، إلى الإساءة الجسدية والنفسية، وغالبا من أسرهن. لأننا نُعتبر المرأة في هذا [الوضع] وكأنها جلبت العار.“

## 3 مواطن ضعف متداخلة: الحماية و التحكم و الوصول إلى الخدمات

ولخصت زينب، 47 عاما، من طرابلس، صعوبة هذه الخيارات بقولها:

”نار زوجي أو نار إخوتي.“  
وبالنسبة إلى بعض النساء، كان الزواج نفسه يُرى أحيانا كطريقة مؤقتة للهروب من العنف داخل الأسرة. وقالت وداد، 42 عاما، من طرابلس:

”كثير من النساء يتزوجن فقط للهروب من البيت و العنف و كل أعباء المنزل.“

وعبّرت مجدولين، 26 عاما، من بنغازي، عن المعنى نفسه:

”تحاول النساء الزواج للهروب من العنف في البيت.“

**وتواجه النساء اللواتي لا يملكن دعما من أقارب رجال أو شبكات اجتماعية قوية مخاطر أكبر. وقد تساعد العلاقات الاجتماعية والروابط المجتمعية الداعمة بعض النساء على التعامل مع هذه القيود، لكنها تبقى بدائل هشّة وغير كافية للحماية و الحقوق في غياب تغيير نظامي.**

## 4 النساء يطالبن بالتغيير

وسط هذه العوائق الواسعة، أظهرت النساء قدرة واضحة على الصمود، وعبرن عن مطالب مباشرة للإصلاح. وتراوحت طرق تعاملهن مع هذه الظروف بين التكيف الصامت، والمقاومة اليومية، والدعوة إلى تغيير أوسع في القوانين والخدمات والدعم المتاح للنساء.

ورغم القيود، تحدثت النساء عن أشكال مختلفة من المقاومة الهادئة والمباشرة. فقد سعت بعض النساء إلى تقليل عدد مرات الحمل، وقاومت أخريات التحرش، بينما اتجهت كثيرات إلى التعليم والعمل كمسارات تمنحهن قدرا أكبر من الاستقلالية. وقالت إحدى المشاركات من بنغازي:

”قررت مبكرا، بعد أربعة أطفال مباشرة، ألا أنجب المزيد.“

وارتبط العمل والمشاركة الاقتصادية بشكل واضح بقدرة النساء على الصمود. وأوضحت هنية، 44 عاما، من بنغازي:

”أعمل بسيارتي، [كسائقة]، سواء كان موجودا أم لا، لدي مصاريف، لذلك اعتمدت على نفسي.“

وربطت رانيا، 45 عاما، من سبها، هذه التغييرات بتحولات اجتماعية أوسع:

”الأزمة الاقتصادية تدفع النساء إلى سوق العمل، سواء في القطاع العام أو الخاص. أصبحن أكثر استقلالية وأقل قبولا للعنف.“

كما ساهم الوعي والوصول إلى المعلومات في تعزيز شعور النساء بالقدرة على التصرف. وقالت أميرة، 19 عاما، من بنغازي:

”النساء أصبحن أكثر وعيا اليوم. كان الوضع أسوأ قبل الإنترنت، عندما كانت النساء يعتمدن فقط على ما تعلمهن أسرهن.“

غير أن النساء اللواتي شاركن في أنشطة التوعية واجهن أحيانا ردود فعل سلبية. ووصفت مودة، 30 عاما، من سبها، تجربتها بقولها:

”في منطقتي، أنا الوحيدة النشطة والتي تذهب إلى جلسات التوعية. أحيانا إسمعهم يتحدثون عني بسوء. يتهمونني بأنني أفسد النساء الأخريات.“

ووسط هذه القصص عن التكيف والمقاومة، طالبت المشاركات بشكل واضح بتغيير نظامي. فقد شددت مريم، 39 عاما، من بنغازي، على الحاجة إلى حماية قانونية أقوى:

”من الضروري أن تسن جهات صنع القرار قوانين تمنع العنف. القوانين الليبية ليست صارمة ولا تطبق. يجب تعديلها وتنفيذها.“

وأكدت النساء أهمية الاستقلال الاقتصادي. وقالت فاطمة، 27 عاما، من بنغازي:

”يجب أن يكون للمرأة دخل منفصل عند سن 18 عاما، وأن تكون مستقلة.“

وطالبت أخريات بوصول عادل إلى الخدمات. وأوضحت آية، 27 عاما، من بنغازي:

”المرأة، سواء كانت متزوجة أو عزباء أو أرملة، كلهن نساء، و يجب أن نقدم لهن دعما أكبر، خاصة المحتاجات منهن.“

وكانت المطالبة بالملاجئ ومؤسسات الحماية واضحة. وقالت راوية، 19 عاما، من طرابلس:

”نحتاج إلى جهة أو مؤسسة حماية، مكان تستطيع المرأة أن تعيش فيه ويضمن حقوقها.“

كما أكدت المشاركات أهمية خدمات الصحة النفسية وحملات التوعية. وأوضحت عبيد، 29 عاما، من سبها:

”أول شيء، الدعم النفسي، حملات التوعية، الصحة النفسية، شريطيات، حماية النساء والفتيات.“

وربطت النساء الإصلاح بتغيير التصورات الاجتماعية الراضخة. وقالت آية، 27 عاما، من طرابلس:

”نحتاج إلى التوعية. المجتمع تربي على أن هذا الأمر طبيعي. الفتاة ترى أمها وأبها في علاقة فيها عنف، فتتوقع أن هذا هو الطبيعي.“

كما أشارت أخريات إلى دور المنصات الرقمية في الوصول إلى النساء والفتيات. وقالت ليلي، 40 عاما، من طرابلس:

”أعتقد أن أكثر شيء مؤثر هو الإنترنت والإعلام. اليوم، هذا هو الأكثر تأثيرا، حتى في المدارس.“

و تُظهر هذه الشهادات أن التكيف والمقاومة يبقيان جزءا مهما من بقاء و صمود النساء، لكنهما لا يكفيان وحدهما. فقد عبرت النساء عن مطالب واضحة بإصلاحات نظامية، تشمل قوانين أقوى، وخدمات سرية، وملاجئ آمنة، وبرامج توعية. ومن دون هذه الإصلاحات، سيبقى التعامل مع العنف والقيود مسألة بقاء، لا مسألة اختيار حقيقي.

**إن طرق التكيف التي تستخدمها النساء مهمة للبقاء، لكنها لا يمكن أن تحل محل الحماية النظامية. ولذلك، فإن البناء على هذه الاستراتيجيات، إلى جانب مطالب النساء بقوانين أقوى، وملاجئ آمنة، واستقلال اقتصادي، وحملات توعية تشرك النساء والرجال، هو أمر أساسي حتى تتحول القدرة على الصمود إلى كرامة وأمان واختيار حقيقي.**

# خلاصة المشهد

## عوائق متداخلة أمام النساء في ليبيا

تقدم شهادات النساء وأصحاب الخبرة من مختلف مناطق ليبيا صورة واضحة ومتكررة. فبحسب ما تبين، فإن الوصول إلى خدمات الصحة الإنجابية وخدمات الاستجابة للعنف ضد المرأة في ليبيا لا يتحدد بوجود الخدمات من عدمه، بل يتشكل أيضا من خلال تداخل عدة عوامل، منها ضعف الأنظمة، والقيود الاجتماعية، والصمت المؤسسي حول هذه القضايا. ففي حين توجد بعض خدمات الأمومة، تتركز هذه الخدمات في مستشفيات مركزية ومزدحمة، مما يجعل كثيرا من النساء يواجهن صعوبات في الوصول إليها، بما في ذلك صعوبة المواصلات، والازدحام الشديد، وعدم كفاية الرعاية المقدمة. أما خدمات تنظيم الأسرة، فهي شبه غائبة. وحتى حين تتوفر وسائل تنظيم الأسرة، فإنها غالبا تكون عبر مصادر خاصة، وقد تكون بعض الوسائل، خصوصا طويلة المدى، مكلفة أو مرفوضة من بعض مقدمي الخدمات أو مراقبة من خلال اعتبارات أخلاقية وسياسية.

أما بالنسبة إلى النساء اللواتي يواجهن العنف، فالصورة أكثر قتامة. فخدمات الاستجابة الشاملة للعنف ضد المرأة والملاجئ غائبة في ليبيا، مما يدفع الناجيات إلى العودة إلى بيوت عنيفة أو الاستمرار في زواج غير آمن. كما أن استقلال المرأة في السكن أو قرار الانفصال لا يزال مرفوضا اجتماعيا في كثير من السياقات، مما يترك النساء أمام ما وصفته المشاركات بأنه غياب للبدائل، وعلى رأسها أماكن آمنة للحماية والإقامة. و تعزز أنماط الولاية و الضغوط الاجتماعية المرتبطة بالإنجاب هذه القيود، إذ تربط وصول النساء إلى الرعاية والحماية بموافقة الأقارب الرجال، وبالضغوط التي تدفع النساء إلى الزواج المبكر، وتكرار الحمل، وإنجاب الذكور.

في ظل هذه القيود، تتعامل النساء مع واقعهن من خلال الصمت، والمسايرة، والسرية. فبعضهن يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة دون علم الزوج، وأخريات يبحثن عن مساحة أوسع عبر العمل أو التعليم، بينما تعتمد كثيرات على وسائل التواصل الاجتماعي للوصول إلى المعلومات ونشر الوعي. وفي الوقت نفسه، عبّرت النساء عن رؤية واضحة للتغيير، تشمل قوانين أقوى، وخدمات سرية، وملاجئ آمنة، واستقلال اقتصاديا، وحملات توعية تتحدى التصورات الراسخة.

وتوضح النتائج أن استراتيجيات البقاء التي تستخدمها النساء لا تكفي لتوفير بيئة صحية وآمنة. فالنساء في مختلف مناطق ليبيا يطالبن بإصلاحات نظامية تنقلهن من التكيف والصمت والسرية إلى الكرامة والأمان والاختيار الحقيقي.

ما لم يتحقق التغيير الاستراتيجي والنظامي، ستظل النساء في ليبيا عالقات بين خدمات غير آمنة وقيود اجتماعية تحد من خياراتهن. لذلك، على صانعي القرار إعطاء الأولوية لإصلاحات ملموسة، تشمل رعاية صحية يسهل الوصول إليها، وخدمات سرية للاستجابة للعنف ضد المرأة، ودعم اقتصاديا يساعد على تحويل البقاء إلى أمان

# توصيات عملية

## مستندة إلى التجارب المعيشة للنساء في ليبيا

### 1. كسر الصمت و الحد من الوصمة

- إدماج تدريبات تقديم الرعاية الخالية من الوصمة والأحكام المسبقة ضمن برامج تحسين جودة الرعاية.
- دعم أنشطة مجتمعية تراعي الحساسية والسرية، وتقدم العنف ضد المرأة باعتباره قضية مرتبطة بالصحة.
- تنفيذ إجراءات واضحة لحماية السرية داخل المرافق الصحية، بما يساعد على بناء الثقة بين النساء ومقدمي الخدمات

### 2. دعم وصول النساء إلى الخدمات بشكل مستقل

- إصدار إرشادات داخل المرافق الصحية تؤكد حق النساء في الحصول على الرعاية.
- توسيع برامج الدعم المالي والقانوني والنفسي الاجتماعي للنساء.
- البدء بخطوات فورية قابلة للتطبيق، مع الاستمرار في الدفع نحو إصلاحات قانونية أوسع على المدى الطويل.

### 3. معالجة الآثار الصحية لضغوط الإنجاب

- تقديم معلومات واضحة للنساء حول المسافة الآمنة بين الحمل والآخر ضمن خدمات رعاية الأمومة.
- تدريب مقدمي الخدمات على مناقشة مخاطر الحمل المتقارب وتكرار الحمل على صحة النساء.
- إدماج رسائل حول صحة النساء و سلامتهن في أنشطة التوعية المجتمعية.

### 4. تعزيز الوصول إلى خدمات الصحة الإنجابية والاستجابة للعنف ضد المرأة

- وضع معايير مؤقتة لخدمات الأمومة والطوارئ التوليدية والصحة الإنجابية.
- تقوية أنظمة الإحالة في حالات الطوارئ التوليدية وحالات العنف ضد المرأة.
- إدماج إدارة حالات العنف ضد المرأة، بطريقة متمحورة حول الناجيات، داخل المرافق الصحية.

### 5. الاستثمار في صمود النساء و مسارات الإصلاح

- توسيع المساحات الآمنة داخل المرافق القائمة.
- الاستثمار في خدمات الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي.
- دعم برامج مستدامة للمعيشة والتدريب المهني للنساء.
- إشراك الجهات المانحة لضمان استثمار مستمر في الصحة الإنجابية والاستجابة للعنف ضد المرأة.

# الخلاصة

تُظهر الأدلة الواردة في هذا التقرير أن وصول النساء إلى خدمات الصحة الإنجابية وخدمات الاستجابة للعنف ضد المرأة في ليبيا لا يتحدد بوجود الخدمات فقط، بل يتأثر أيضا بالصمت المؤسسي، والقيود الاجتماعية، وضعف أنظمة الحماية والرعاية. فما تزال خدمات الأمومة مركزة في عدد محدود من المستشفيات، وخدمات تنظيم الأسرة محدودة ومكلفة ومحاطة بالحساسية، بينما تكاد خدمات الاستجابة للعنف ضد المرأة تكون غائبة. كما تعزز أنماط الولاية وضغوط الإنجاب هذه العوائق، مما يترك كثيرا من النساء معتمدات على موافقة الآخرين، وأكثر عرضة لدورات متكررة من العنف والحرمان من الرعاية.

هذه العوامل لا تؤثر فقط في صحة النساء، بل تضعف ثقتهن في المؤسسات وتعرضهن لمخاطر حقيقية. فاستراتيجيات مثل الصمت والسرية والتحمل قد تساعد النساء على البقاء، لكنها لا يمكن أن تكون بديلا عن حماية نظامية وخدمات آمنة. وتعكس شهادات النساء في مختلف مناطق ليبيا قدرة واضحة على الصمود، لكنها تعكس أيضا مطالب مباشرة بالإصلاح.

ولا تقف آثار هذه النتائج عند حدود الصحة الفردية. فمن دون تغيير نظامي، ستظل النساء عالقات بين خدمات غير آمنة وقيود اجتماعية تحد من خياراتهن، بما ينعكس على الصحة العامة والاستقرار الاجتماعي ومسار التنمية في ليبيا.

لذلك، هناك حاجة عاجلة إلى تحرك واضح من صانعي القرار، ومنظمات المجتمع المدني، والشركاء الدوليين لتوسيع الوصول إلى الرعاية، وحماية الناجيات، والحد من الوصمة، ومعالجة العوائق النظامية. فتحويل البقاء إلى كرامة وأمان واختيار حقيقي ليس ضرورة صحية فقط، بل هو أيضا قضية حقوق أساسية.

1. Elayah M, Al-Daily W, Alkubati M. The Women, Peace, and Security (WPS) Agenda Between Rhetoric and Action in the MENA Region: A Case Study of Yemen and Libya. In: Karim AA, Khalil R, Moustafa A, editors. Female Pioneers from Ancient Egypt and the Middle East [Internet]. Singapore: Springer Singapore; 2021 [cited 2022 Aug 17]. p. 129–43. Available from: [https://link.springer.com/10.1007/978-981-16-1413-2\\_9](https://link.springer.com/10.1007/978-981-16-1413-2_9)
2. Kisa S, Gungor R, Kisa A. Domestic Violence Against Women in North African and Middle Eastern Countries: A Scoping Review. Trauma Violence Abuse [Internet]. 2023 Apr 1 [cited 2024 Aug 18];24(2):549–75. Available from: <https://doi.org/10.1177/15248380211036070>
3. Langhi Z. Gender and state-building in Libya: towards a politics of inclusion. J North Afr Stud [Internet]. 2014 Mar 15 [cited 2022 Aug 17];19(2):200–10. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13629387.2014.881736>
4. UN. Programme of Action of the International Conference on Population and Development, Cairo, 5–13 September 1994 (20th anniversary ed., with Key actions for further implementation adopted at the 21st special session of the General Assembly. New York, 30 June–2 July 1999). New York: United Nations. [Internet]. 1994 [cited 2025 Sept 17]. Available from: [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/programme\\_of\\_action\\_Web%20ENGLISH.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/programme_of_action_Web%20ENGLISH.pdf)
5. WHO. Sexual and reproductive health and rights [Internet]. 2025 [cited 2025 Sept 17]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/sexual-and-reproductive-health-and-rights>
6. IASC. Guidelines for Integrating Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Action. Reducing risk. In: Promoting resilience and aiding recovery Geneva: inter-agency standing committee [Internet]. 2015 [cited 2022 Nov 26]. Available from: <https://interagencystandingcommittee.org/working-group/iasc-guidelines-integrating-gender-based-violence-interventions-humanitarian-action-2015>
7. Kak M, Rakic S, Malkin J, Alrumayyan M, Duran D, Hamza M, et al. Libya: A Health Sector in Intensive Care. In 2023. p. 287–307.
8. OCHA. HUMANITARIAN NEEDS OVERVIEW LIBYA 2022 [Internet]. 2022 [cited 2022 Dec 2]. Available from: [https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/libya\\_hno\\_2022\\_6\\_dec21.pdf](https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/libya_hno_2022_6_dec21.pdf)
9. WHO. Public health situation analysis: Libya. World Health Organization. [Internet]. Libya; 2025. Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/public-health-situation-analysis-libya>
10. Amnesty International. Libya : Submission to the UN Committee on the Elimination of Discrimination Against Women: 90th Pre-sessional working group, 3 - 7 June 2024, list of issues prior to reporting [Internet]. 2024 [cited 2024 Aug 22]. Available from: <https://www.amnesty.org/en/documents/mde19/7858/2024/en/>
11. UNFPA. Libya country programme evaluation: Key facts and indicators. United Nations Population Fund; 2022.
12. Çelik Y, Taguri AE. Reforming Health System in Libya [Internet]. Statistical, Economic and Social Research and Training Centre for Islamic Countries (SESRIC); 2021 p. 229. Available from: <https://sesricdiag.blob.core.windows.net/sesric-site-blob/files/article/774.pdf>
13. UNFPA. Minimum Initial Service Package (MISP) for SRH in Crisis Situations [Internet]. 2020 [cited 2024 Nov 22]. Available from: <https://www.unfpa.org/resources/minimum-initial-service-package-misp-srh-crisis-situations>
14. World Bank. Libya | Data [Internet]. 2022 [cited 2022 Aug 17]. Available from: <https://data.worldbank.org/country/libya>
15. WHO. Libya Service Availability and Readiness Assessment [Internet]. Libya: Ministry of Health; 2017. Available from: <http://www.emro.who.int/lby/libya-infocus/service-availability-and-readiness-assessment-sara-report.html>
16. WHO. Sexual and Reproductive Health and Rights Infographic Snapshot Libya 2021. Libya: WHO; 2021.

17. UNFPA. Sexual and reproductive health integration in the Arab States region: Phase II report. [Internet]. UNFPA Arab States Regional Office.; 2018 [cited 2025 Sept 2].
18. UNFPA. Libya Humanitarian Emergency [Internet]. Libya; 2022 [cited 2022 Aug 16]. Available from: <https://www.unfpa.org/data/emergencies/libya-humanitarian-emergency>
19. WHO Libya. WHO Country Office, Libya Summary Report of Activities From 1 January to 31 October 2020. Libya; 2020.
20. CIHRS. Cairo Institute for Human Rights Studies. 2018 [cited 2022 Aug 19]. Libya must uphold its obligation to protect women. Available from: <https://cihrs.org/libya-must-uphold-its-obligation-to-protect-women/?lang=en>
21. UNFPA, UNDP, UN Women, ESCWA. Gender Justice & the Law: Libya [Internet]. 2018 Dec [cited 2022 Aug 19]. Available from: <https://arabstates.unfpa.org/en/publications/gender-justice-law-libya>
22. Freedom House. Freedom House. 2018 [cited 2022 Aug 19]. Libya: Freedom in the World 2018 Country Report. Available from: <https://freedomhouse.org/country/libya/freedom-world/2018>
23. Amnesty International. Amnesty International. 2018 [cited 2022 Aug 19]. Libya: Women human rights defenders still under attack, four years after activist's assassination. Available from: <https://www.amnesty.org/en/latest/news/2018/06/libya-women-human-rights-defenders-still-under-attack-four-years-after-activists-assassination/>
24. ICJ. Accountability for sexual and gender-based crimes in Libya. International Commission of Jurists. [Internet]. International Commission of Jurists.; 2025 [cited 2025 Sept 2]. Available from: [https://www.icj.org/wp-content/uploads/2025/04/ICJ-Accountability-for-Sexual-and-Gender-Based-Crimes-in-Libya-2025\\_EN.pdf](https://www.icj.org/wp-content/uploads/2025/04/ICJ-Accountability-for-Sexual-and-Gender-Based-Crimes-in-Libya-2025_EN.pdf)
25. UN Support Mission in Libya. Facilitated by the UN, national experts adopt draft law on combatting violence against women in Libya - Libya | ReliefWeb. 2021 [cited 2022 Aug 18]; Available from: <https://reliefweb.int/report/libya/facilitated-un-national-experts-adopt-draft-law-combatting-violence-against-women-libya>
26. Turner C, Swaine A. Full, Equal, Meaningful, and Safe: Creating Enabling Environments for Women's Participation in Libya. 2023;
27. Libyan Penal Code [Internet]. 390-395, 1953 1953. Available from: <https://ssf.gov.ly/wp-content/uploads/2012/09/%D9%82%D8%A7%D9%86%D9%88%D9%86-%D8%B9%D9%82%D9%88%D8%A8%D8%A7%D8AA-%D9%84%D9%8A%D8%A8%D9%8A.pdf>
28. UN HRC. Report of the Special Rapporteur on violence against women and girls, its causes and consequences, Reem Alsalem: Visit to Libya (A/HRC/53/36/Add.2) [Internet]. United Nations Human Rights Council; 2023 [cited 2025 Sept 2]. Available from: <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/g23/084/92/pdf/g2308492.pdf>
29. Human Rights Watch. Injustice By Design: Need for Comprehensive Justice Reform in Libya [Internet]. Human Rights Watch; 2025 June [cited 2025 Sept 2]. Available from: <https://www.hrw.org/report/2025/06/02/injustice-design/need-comprehensive-justice-reform-libya>
30. Ibrahim R. Women's Changing Roles in Times of Conflict. In: Collombier V, Lacher W, editors. Violence and Social Transformation in Libya [Internet]. 1st ed. Oxford University Press; 2023 [cited 2025 Mar 18]. p. 47–68. Available from: <https://academic.oup.com/book/55805/chapter/435294350>
31. World Bank. World Bank Open Data. 2024 [cited 2025 Mar 18]. World Bank Open Data. Available from: <https://data.worldbank.org>
32. Omar Elsaltani M, Foster AM. Protectors or perpetrators? The paradox of male guardianship and gender-based violence in Libya: A multi-method qualitative study. *SSM Qual Res Health*. 2025;8:100623. doi:10.1016/j.ssmqr.2025.100623

## Cambridge Reproductive Health Consultants

منظمة غير ربحية تعمل على تحسين الصحة الإنجابية وتعزيز العدالة الإنجابية على المستوى العالمي. وت  
إلى خبرات متعددة التخصصات لتوسيع الوصول إلى رعاية إنجابية آمنة وقانونية وذات جودة عالية وميسر  
التكلفة، مع تركيز خاص على السياقات محدودة الموارد، وأماكن اللجوء والنزاع. وتعمل المنظمة على ذلك  
خلال تنفيذ البحوث التطبيقية، وتطوير البرامج، وإعداد تدريبات قائمة على الأدلة في مجال الصحة الإنجا

