© حقوق الطبع محفوظة لمجلة قضايا الصحة الإنجابية ٢٠١٦، ٢٠١٧
© Reproductive Health Matters 2016, 2017

قضايا الصحة الإنجابية

قضايا الصحة الإنجابية باللغة العربية

الإعاقة وحقوق الصحة الجنسية والإنجابية

© حقوق الطبع محفوظة لمجلة قضايا الصحة الإنجابية ٢٠١٦، ٢٠١٧
© Reproductive Health Matters 2016, 2017

المؤسسة الإستشارية للشباب والتنمية
Youth and Development Consultancy Institute

المؤسسة الاستشارية للشباب والتنمية

٥٦ شارع النزهة - الدور الأول - هليوبوليس - القاهرة - مصر
تليفون: ٢٤١٧٧٣٧٥ - ٢٤١٧٧٣٩٥ (٢٠٢)
فاكس: ٢٤١٧٧٤٠٩ (٢٠٢)

البريد الإلكتروني
rhm@arabicrhm.org / arabicrhm@gmail.com

الموقع الإلكتروني
www.arabicrhm.org

الآراء الواردة في المقالات المنشورة في هذا العدد تعبر عن كتابها وليس بالضرورة عن رأي المؤسسة الاستشارية للشباب والتنمية أو أي من المشاركين في إنتاج هذا العمل

يصدر هذا العدد بتمويل من مجلة قضايا الصحة الإنجابية بإنجلترا

رقم الإيداع بدار الكتب
٢٠٠٦ / ١٢٧٦١

© حقوق الطبع محفوظة لمجلة قضايا الصحة الإنجابية ٢٠١٦، ٢٠١٧
© Reproductive Health Matters 2016, 2017

مختارات مترجمة من مجلة

قضايا الصحة الإنجابية

تصدر في بريطانيا وتتولى تحريرها شيرين حيدارى

تصدر الطبعة العربية عن المؤسسة الاستشارية للشباب والتنمية (اتجاه)

مديرة التحرير

هالة الدمنهوري

المديرة التنفيذية

داليا رجاء

التحرير اللغوي

الهام بسيوني

السيد مسعد

الهيئة الاستشارية للتحرير

أمل فهمي

أميمة الجبالي

مواهب المويلحي

نهلة عبد التواب

هشام الروبي

هيام بشور

يسري مصطفي

الصور الداخلية من إعداد

قضايا الصحة الإنجابية

صورة الغلاف

ليزيه كياما، واحدة من مجموعة صور «وجوه مختلفة» بواسطة مجموعة إستشارات الإعاقة الهادفة إلى إلقاء التركيز على النساء الصغيرات المعاقات وتعمل على تحسين حقوق المعاقات في كينيا.

© حقوق الطبع محفوظة لمجلة قضايا الصحة الإنجابية ٢٠١٦، ٢٠١٧
© Reproductive Health Matters 2016, 2017

REPRODUCTIVE HEALTH matters

قضايا الصحة الإنجابية باللغة العربية

قضايا الصحة الإنجابية
العدد الثاني والعشرون

١- **الإعاقة والجنسانية: الوصول الي الحقوق الجنسية والإنجابية** ٧
بقلم: رينو أدلاخا، جانيت برايس وشيرين حيداري
ترجمة: شهرت العالم

٢- **ذوات الإعاقة والإنجاب** ١٥
بقلم: كريستين بيتا
ترجمة: حسام فاز ولا

٣- **الكشف عن المعلومات المغلوطة المتعلقة بممارسات وأساليب تنظيم الأسرة للأشخاص الصُّم في غانا** ٢٨
بقلم: ويسدوم كوادو مبراه، باتريشيا أنافي، بول يو أداي يبواه
ترجمة: مواهب المويلحي

٤- **لا تجرؤ على الحب** ٤٢
بقلم: ألكسندرا جارتريل كلاوس بايسل كورنيليا بيكر
ترجمة: شهرت العالم

٥- **"حرية الذهاب إلى أي مكان أشاء": تحسين نفاذ النساء ذوات الإعاقة في الفيليبين إلى الصحة الجنسية والإنجابية** ٥٧
بقلم: ألكساندرا ديفاين، راكيلاإجناسيو، كريستلبرنتر، لورين تيمينجهوف وآخرون
ترجمة: عثمان مصطفي عثمان

٦- **الحقوق الجنسية والإنجابية للأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية في جنوب أفريقيا والفوائد المستمدة من خدمات الصحة الجنسية والإنجابية لهم: منظور الأشخاص غير المعاقين** ٧١
بقلم: زيتراوس يلزيلو، تناه ثناز، ويراك كرامو وآخرون
ترجمة: سهير محفوظ

٧- **ختان الإناث بوصفه إعاقة جنسية: تصورات النساء وأزواجهم في أكوري، ولاية أوندو، نيجيريا** ٨٩
بقلم: ميشيل أوجوبيجبي، ميراكل-إيونيس بولوروندورو، داودا بوساريك.
ترجمة: شهرت العالم

٨- **استكشاف مشكلات الصحة الجنسية والإنجابية للنساء ذوات الإعاقة البصرية في غانا** ١٠٦
بقلم: آليماتا عبد الكريم
ترجمة: عثمان مصطفي عثمان

© حقوق الطبع محفوظة لمجلة قضايا الصحة الإنجابية ٢٠١٦، ٢٠١٧
© Reproductive Health Matters 2016, 2017

REPRODUCTIVE HEALTH *matters*

RHM in Arabic, Issue No. 22
Papers in this issue are from:
Sexuality and Disability
Volume 24 Number 48
November 2016
© Reproductive Health Matters 2016, 2017

Translation:
- Shohrat El Alem
- Sohair Mahfouz
- Amira abdelhameid
- Mona Mohamed Ahmed
- Amal El Tarzi
- Hosam Faz Allah
- Osman Mostafa Osman

Manager Editor
Hala El Damanhoury

Administrative Manager
Hosam Faz Allah

Linguistic Revision
El Sayed Abdel Gawad
Ilham Basiouny

Website Management
Mahmoud Sabei
Mostafa Seleem

Editorial Advisory Board
Hoyam Bashour
Yousry Mostafa
Mawaheb El Mouelhy
Amal Fahmy
Nahla Abd El Tawab
Omayma El Gibaly
Hisham El Rouby

Cover Photo
Colombia, Corcorna, Antioquia, Poland, Warsaw. Pensioners dance at the Bolek Club at an event run by Wika Szmyt, a 74 year old DJ, Poland's oldest. Piotr Malecki/Panos Pictures.

Arabic edition published by:
Youth and Development Consultancy Institute (Etijah)
56 El Nozha St., Heliopolis, Cairo, Egypt.
Tel.: 002 02 2417 7375 Tel.: 002 02 2417 7395
Fax: 002 02 2417 7409
E-mail: arabicrhm@gmail.com / rhm@arabicrhm.org
Website: www.arabicrhm.org
ISSN 2356-864x

RHM Editorial Office:
Reproductive Health Matters
Hamilton House
Mabledon Place
London WC1H 9BB
T: +44 (0)20 7953 0245 / 0215
Website: www.rhmatters.org
www.rhm-elsevier.com
ISSN 0968 – 8080

RHM IS INDEXED IN:

Current contents	Research Alert
Medicine	Social Science Research Network
Popline	Social Sciences Citation Index
PubMed	Studies on Women Abstracts

Submissions & Editorial matters:
editorial@rhmjournal.org.uk
Guidelines available at www.rhmjournal.org.uk
All other correspondence:info@rhmatters.org

To be included on the mailing list or to get additional copies of this issue,
Contact: Arabic Reproductive Health Matters Journal – RHM
E-mail: arabicrhm@gmail.com/ rhm@arabicrhm.org
Website: www.arabicrhm.org

Find us on Facebook, follow us on Twitter and network with us on LinkedIn.
https://www.facebook.com/reprohealthmatters
https://twitter.com/RHMJournal
https://www.linkedin.com/company/reproductive-health-matters

This Arabic edition is funded by Reproductive Health Matters

قضايا الصحة الإنجابية باللغة العربية

REPRODUCTIVE HEALTH matters

الإفتتاحية

الإعاقة والحياة الجنسية: المطالبة بالحقوق الجنسية والإنجابية

بقلم: رينو أدلاخا، جانيت برايس، شيرين حيدري

المراسلات: sheidari@rhmjournal.org.uk

ترجمة: أستاذة شهرت أمين العالم

مقدمة

يعاني أكثر من ١٥٪ من سكان العالم من الإعاقة، بما فيها العجز البدني والحسي، والإعاقة الإنمائية والذهنية، فضلاً عن الإعاقة النفسية.[١] وغني عن القول إن الأشخاص ذوي الإعاقة يتمتعون بحقوق متساوية في الرغبات والآمال الجنسية والإنجابية مثل الأشخاص غير المعاقين. فقد تجاهل المجتمع شواغلهم المتعلقة بالحياة الجنسية والإنجابية، وتطلعاتهم، وحقوقهم الإنسانية. يُعامل الأشخاص ذوي الإعاقة كالأطفال، ويُعتقد أنهم يفتقرون إلى الرغبة الجنسية (أو في بعض الحالات، لديهم رغبات جنسية مفرطة)، وعاجزين عن الإنجاب، وغير صالحين جنسيًّا/زواجيًّا كأزواج أو آباء. ولا يزال هناك نضال من أجل الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية للأشخاص ذوي الإعاقة، مع اهتمام خاص بالنساء المعاقات. بالنسبة للنساء، تعني الإعاقة غالبًا الاستبعاد من حياة الأنوثة والشراكة، الحياة الجنسية النشطة، والحرمان من فرص الأمومة.[٢،٣]

أوضح تحليل مفاوضات «اتفاقية الأمم المتحدة بشأن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة» في بداية القرن الحادي والعشرين، كيف تقلصت الحقوق الجنسية إلى التركيز على الحياة العائلية؛ مما أسفر عن غياب أي إشارة إلى الحياة الجنسية، والنشاط الجنسي، أو الهويات الأبوية غير المتغايرة.[٤] ومع ذلك، أسفر العمل النشط عن تغييرات إيجابية على الصعيد الإقليمي. وعلى سبيل المثال، يقترح بروتوكول أنشيون لبلدان رابطة جنوب شرق أسيا (أسيان) مناصرة الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية بقوة. لم يحقق العمل النشط سوى أثر محدود عند التفاوض بشأن «الأهداف الإنمائية المستدامة». وفي حين كانت الإعاقة مُدرجة داخل بعض المواد - مثل التعليم، والنمو والعمالة، وعدم المساواة، وإمكانية الوصول، وجمع البيانات، والرصد - لا توجد أي مادة محددة بشأن الإعاقة نفسها.[٥]

تعرضت الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية إلى التجاهل لفترة طويلة، بما في ذلك التجاهل من جانب حركة حقوق الإعاقة، كما أهملتها السياسة والتخطيط وتقديم الخدمات عن طريق هيئات الخدمات الاجتماعية والصحية والرفاه. وكان هذا بعد صمت طويل أولي في الأيام المبكرة للعمل النشط في مجال الإعاقة، حيث كانت الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية تُعتبر من موضوعات المجال الخاص. والآن، أصبحت المناقشات والحملات التي تتناول الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية للأشخاص ذوي الإعاقة تنتشر على نحو متزايد، وذات صلة بالمصلحة العامة. وكثيرًا ما تواجه بيانات تتضمن قواسم مشتركة من الخبرة العالمية من أجل الأشخاص ذوي الإعاقة، في ظل فشل المجتمع في الاعتراف بهم ككائنات جنسية.[٦]

ومع ذلك، تتحرك المجتمعات بمعدلات مختلفة على طريق الاعتراف بالصحة والحقوق الجنسية والإنجابية للأشخاص ذوي الإعاقة، بالإضافة إلى أن منظمات في بلدان مختلفة - مثل الهند وأستراليا - كانت تدفع المناقشات إلى الأمام.

© 2017 The Author(s). Published by Informa UK Limited, trading as Taylor & Francis Group
This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ومع اكتساب الأشخاص ذوي الإعاقة قوة وسيطرة متزايدة على مناطق أخرى من حياتهم - مثل: التعليم، والعمل - أصبح من الضروري تحقيق فهم أفضل للسياق، ونتائج مطالب الاختيار والقوة على الحياة الجنسية والعلاقات. لقد أخذت المناقشات والحملات في البروز، والاعتراف بالأشخاص ذوي الإعاقة ككائنات جنسية تتمتع بحقوق على قدم المساواة في التطلع للمتعة الجنسية، والعلاقة الحميمة، والحب، والصداقة، والعلاقات، والاختيارات الجنسية والإنجابية. وتقوم حركات الائتلافات والتحالفات في عملها النشط بين النوع الاجتماعي وحقوق المعاقين بدور مهم في إبراز هذه القضايا. وتعمل المنظمات النسوية، والمنظمات المعنية بالحقوق الجنسية بنشاط؛ لتعزيز هذا الحوار بين الحركات المختلفة والتعاون معها في مجال المناصرة والأعمال البحثية.

وفي حين اكتسبت الإعاقة والحياة الجنسية، والحقوق الإنجابية رؤية مهمة في مجالات البحوث، والسياسات، والخطابات الناشطة بالمناطق مرتفعة الدخل في العالم، فقد أخذت الآن ـــ فقط تتشكل في المناقشات العامة في العديد من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. ويرجع ذلك جزئيًّا إلى الأعمال البحثية الصغيرة الممولة تحت قيادة المنظمات في البلدان ذات الدخل المرتفع. وهناك قدرٌ كبيرٌ من هذا العمل البحثي يجمع بين البحوث الاستطلاعية بتدخلات نموذجية تركز على تغيير المفاهيم والارتقاء بالوعي، وتوعية أصحاب المصلحة الرئيسيين في المجتمع. وتسترشد هذه الجهود في كثير من الأحيان، بأسئلة أساسية مثل: كيف يفهم الأشخاص ذوي الإعاقة أنفسهم، فضلاً عن غير المعاقين، على المستوى المحلي ما العلاقات الجنسية والإنجابية؟ وما الحواجز التي تواجه الأشخاص ذوي الإعاقة، لا سيما النساء المعاقات، للحصول على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، وبخاصة في قطاع الصحة؟ ما الاستراتيجيات الخاصة بالسياق التي يجب وضعها لتيسير الاعتراف بالحقوق الجنسية والإنجابية للأشخاص ذوي الإعاقة، لا سيما النساء المعاقات؟ كيف يمكن إتاحة خدمات الصحة الجنسية والإنجابية المناسبة للأشخاص ذوي الإعاقة في مجتمعاتهم؟

يضم هذا العدد من مجلة الصحة الإنجابية بحوثًا مبتكرة، ومقالات وتعليقات تحليلية وتقييمات شخصية، وأشعار، وعروض كُتب، تتناول جميعها الوضع الحالي والتوجه المستقبلي للصحة، والحقوق الجنسية والإنجابية للأشخاص ذوي الإعاقة. ونظرًا لهيمنة هذا القلق بين المراهقين والشباب، يضم العدد عددًا من الأوراق البحثية التي تركز على هذه الفئة العمرية. كما أن عدم المساواة بين الجنسين يبرز أيضًا في معظم ـــ إن لم يكن كل ـــ مجالات الحياة مع زيادة التركيز على النساء. ويشتمل العدد على أوراق بحثية حول الخبرات والتطلعات والحقوق الجنسية للأشخاص ذوي الإعاقة، لا سيما النساء، في سياق البنى المادية، والأيديولوجية، والمؤسسية غير المنصفة السائدة التي تعوق الوصول إلى خدمات الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية. وبينما تُقدم غالبية الأوراق وجهات النظر، والنتائج المُستقاة من البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل، بما يغطي سياقات تتراوح من السنغال وزمبابوي، إلى كمبوديا والفلبين، فإن العديد من الأوراق البحثية مُمولة وبقيادة أفراد ومنظمات في البلدان مرتفعة الدخل. ويستكمل هذه الأوراق مزيج حصيف من البحوث العامة وبحوث المناصرة، وعدد من التعليقات والروايات الشخصية حول المواضيع الأساسية؛ وبعض تلك الروايات هي محاولات فردية في الكتابة. يتناول العدد أيضًا أنواعًا مختلفة من الإعاقة، بما فيها العمى، والصَّمم، والإعاقة الذهنية؛ ومع ذلك، لم يُعالج على نحو كافٍ تعقيد عدم التجانس بين

حقوق الطبع محفوظة لمجلة قضايا الصحة الإنجابية النسخة العربية ٢٠١٧
R Addlakha et al. Reproductive Health Matters 2017; 25(50): 4-9

المعاقين. وعلى سبيل المثال، لا توجد تقارير حول القضايا المعقدة المتعلقة بالحياة الجنسية في سياق الإعاقة النفسية- الاجتماعية. وفي الوقت نفسه، تناول العدد أشكالاً أخرى من الإعاقة الجنسية، مثل تلك المرتبطة بتشويه الأعضاء التناسلية للإناث (ختان الإناث). ومع ذلك، تجدر الإشارة إلى أن الاستثناءات والأحكام المسبقة والتمييز تتشابه من حيث الشكل، إن لم يكن من حيث السياق، عبر إعاقات مختلفة عندما يتعلق الأمر بالحياة الجنسية.

الإعاقة، والحياة الجنسية، والخبرة

كيف يتصور الأشخاص ذوي الإعاقة أنفسهم، ويخوضون الخبرات وينخرطون مع أنفسهم، ككائنات جنسية؟ بالإضافة إلى القيود المحددة التي تفرضها كل إعاقة بعينها، تتبلور هذه الخبرات ضمن عناوين عريضة للثقافة، والتنشئة الاجتماعية، والطبقة الاجتماعية- الاقتصادية، والنوع الاجتماعي، والطائفة، ومواقع أخرى محددة تسهم في تكوينات معينة للهويات الجنسية القائمة على النوع الاجتماعي على المستوى الفردي. يشكل الفقر، والوصمة، والتمييز، ومجموعة كبيرة من العوامل الخارجية الأخرى، الخبرات الشخصية للعار، والرغبة الجنسية، والرغبة أو عدمها، والثقة الجنسية، والاحترام. تشجب معظم الثقافات وترفض المتعة المرتبطة بالعلاقة الجنسية الحميمة. علاوة على ذلك، وبصرف النظر عن الأفعال التي يحددها القانون - مثل الاغتصاب، والتحرش - فإن ستار الصمت يلف العنف المرتبط بكل من الحياة الجنسية القياسية، وعدم وجود أي علاقة جنسية مُقرة. وفي حين أن العنف الجنسي تجاه الأشخاص ذوي الإعاقة موثق على نحو معقول، فضلاً عن أن انتهاكات حقوق الإنسان في هذا الصدد معترف بها جيدًا، هناك محدودية في التحليلات المهمة للسياق الشخصي والديناميات الجنسية/ النوع الاجتماعي. وباستخدام هذا العدد كنقطة انطلاق لهذه المناقشة، فإننا نسأل: كيف يشكل الأفراد ذاتيتهم الجنسية، وهم الذين توصف حياتهم الجنسية في الفهم الشعبي باعتبارها تدور إلى حد ما حول نقيضين: غياب الجنس والإفراط الجنسي؟

توفر التقييمات الشخصية بصيرة ثاقبة في مجال الخبرة. قدمت (كاريو) في سردها تقييمًا لأفكارها والتصورات العامة السائدة حول الحياة الجنسية في سياق مدرسة المكفوفين التي التحقت بها وهي طفلة في أعوام الثمانينيات في غانا. تلقي الورقة الضوء على التحديات التي تواجهها الفتيات المراهقات والنساء ذوات الإعاقة البصرية في محاولتهن تناول حياتهن الجنسية والعواقب التي قد تترتب على حياتهن من جراء تلك المحاولات.

بينما يمكن التسليم بأن الحياة الجنسية تُعتبر احتياجًا إنسانيًا أساسيًا، فإن الوعي والمعرفة بالحياة الجنسية يتشكلان من خلال مجموعة من الأفكار والممارسات الاجتماعية- الثقافية والدينية في سياقات محددة. يواجه المعاقون الحرمان المنهجي من الوصول إلى المعرفة بالحياة الجنسية، والسلوك الجنسي، والخدمات ذات الصلة؛ مما يؤدي إلى تهميشهم الجنسي. ولذا، تتناول العديد من الأوراق البحثية في هذه العدد تلك الثغرات في مناطق مختلفة من العالم. ففي ورقة عن الانتهاكات التي تعاني منها النساء المعاقات في الفلبين، تلقي (ديفاين وزملاؤها) الضوء على عدم إدراج الإعاقة على نحو كافٍ ضمن سياسة وبرامج الصحة الجنسية والإنجابية، فضلاً عن محدودية الوعي بالإعاقة من جانب مقدمي الخدمات. وتبين دراسة مماثلة، قامت بها (بورك وآخرون) في السنغال مدى انخفاض الاستفادة من خدمات الصحة الجنسية والإنجابية بين الأشخاص المعاقين. فبالإضافة إلى

حقوق الطبع محفوظة لمجلة قضايا الصحة الإنجابية النسخة العربية ٢٠١٧
R Addlakha et al. Reproductive Health Matters 2017; 25(50): 4-9

الحواجز المالية ومواقف مقدمي الخدمات. شملت الحواجز الأخرى أمام الإعاقة الاعتماد على شخص معروف - غالبًا أحد أفراد الأسرة - للذهاب إلى العيادات الصحية، وهو الأمر الذي ينتهك حق المعاقين في الخصوصية والسرية. تضم هذه الدراسة تقارير عن عدة حالات اغتصاب، لا سيما في صفوف النساء اللاتي تعانين من إعاقة سمعية. وينعكس هذا النمط مرة أخرى في ارتفاع معدلات العنف الجنسي والاستبعاد من أنشطة تعزيز الصحة والخدمات الصحية لصغار المراهقين المعاقين في أوغندا، والمرتبطة بارتفاع معدلات فيروس نقص المناعة البشرية، كما أوردها (نامبيو). وتقدم الورقة حلاً أوسع نطاقًا للصحة الجنسية من خلال الاقتراح بدمج الإعاقة في الاستجابة الوطنية لفيروس نقص المناعة البشرية في أوغندا. وسيؤدي تمكين وضع الإعاقة في موضع متقدم على المستوى الوطني في جميع العمليات الإنمائية، جنبًا إلى جنب مع فيروس نقص المناعة البشرية، إلى حصول الشباب، ليس المعاق فقط وإنما أيضًا غير المعاق، على معلومات أفضل حول الصحة الجنسية والحماية والعلاج. كما يمكن أن يؤدي الربط بين البرامج إلى زيادة وعي المعاقين بحقوقهم، وذلك من خلال المبادرات التي نفذتها الحكومة والهيئات الدولية الفاعلة والمجتمع المدني.

وتقدم (مبراه وآخرون) تقريرًا عن العنف ضد الصُّم في غانا، ويسلطون الضوء على السلوك الجنسي المحفوف بالمخاطر، وكيف يؤدي إلى الحمل، والإجهاض، وارتفاع مستويات الأمراض المنقولة جنسيًّا، والصدمات العاطفية؛ حيث ظهر أنها تتصل بانخفاض مستويات معرفة القراءة والكتابة بين المعاقين، لا سيما الصُم. وتؤكد الورقة مجددًا أن التحقيق الكامل للصحة والحقوق الجنسية والإنجابية للشباب المُعاق يتطلب سياسات وتدخلات تستند إلى فهم للتقاطعات المحلية بين الشباب والإعاقة والنوع الاجتماعي، جنبًا إلى جانب الفقر والبطالة وغيرها من العوامل التي لا يقتصر تأثيرها على حياتهم وأفعالهم الجنسية، وإنما أيضًا على استجابات الرعاية الصحية ومواقف الموظفين.

وفي المقابل، تركز (بيتا وزملاؤها) على تطلعات الإنجاب وخبرات النساء المعاقات في زمبابوي. وقد تمكنوا، باستخدام أسلوب السرد التفسيري البيوجرافي، من إعداد بيانات تتيح إعطاء فكرة عن كيفية تأثير إعاقة النساء على رغباتهن، وخياراتهن، واستخدامهن العملي للخدمات. وقد أعربت المشاركات عن ارتياحهن لأن لديهن أطفال بيولوجيين، رغم إحباطهن من مدى التمييز الذي يواجهنه في كثير من الأحيان. وأفادت المشاركات اللاتي ليس لديهن أطفال بأنهن يتطلعن إلى إنجاب أطفال بيولوجيين. وتشير خبرات النساء السلبية في السياق الإكلينيكي إلى الحاجة إلى التصدي للتمييز، وأيضًا إلى عدم اكتراث الموظفين الكامن على نحو يستبعد النساء المعاقات من ميدان الإنجاب والصحة الإنجابية.

تقدم (جارتريل) دراسة نوعية حول الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية للنساء المعاقات في المناطق الريفية في كمبوديا، وتطرح أجندة شاملة لتحسين أوضاعهن. تهدف هذه الاستراتيجية إلى تقديم سياسات وخدمات الصحة الجنسية والإنجابية الشاملة للأشخاص ذوي الإعاقة، وتضم: الجهود الرامية إلى تحسين المستوى المعيشي للنساء المعاقات، وإشراك النساء المعاقات في تقديم مدخلات لعمليات صنع القرار والتخطيط وتقديم الخدمات في مجال الخدمة الصحية، وضمان وصول موظفي مراكز الصحة إلى موارد الاتصال لتعزيز مهاراتهم. ولا يقتصر هذا النهج على زيادة حصول النساء المعاقات على الخدمات الإنجابية، لكنه سيؤدي أيضًا إلى تغيير فهم

حقوق الطبع محفوظة لمجلة قضايا الصحة الإنجابية النسخة العربية ٢٠١٧
R Addlakha et al. Reproductive Health Matters 2017; 25(50): 4-9

ومواقف موظفي الصحة في تعاملهم مع هذه الفئة من السكان.

وتشير نتائج البحوث في الواقع إلى أن الموظفين، وهم عادة غير معاقين، غالبًا لا يكترثون ويفشلون في تعزيز الشمولية، ويفتقرون إلى الوعي والفهم حول الإعاقة. وقد قدم (هانت والزملاء) في جنوب أفريقيا دليلاً ملموسًا على المفاهيم والمواقف الخاطئة لدى غير المعاقين تجاه الأشخاص ذوي الإعاقة. ووجدوا أن غير المعاقين يعتبرون أن الحقوق الجنسية والإنجابية للمعاقين جسديًّا واستفادتهم من خدمات الصحة الجنسية والإنجابية أقل من حقوق واستفادة السكان غير المعاقين. ويجادل الباحثون أن هذه النتائج تثبت إنكار احتياجات وقدرات الصحة الجنسية والإنجابية للأشخاص ذوي الإعاقة البدنية.

تعدد الجوانب المتقاطعة

يكمن أحد آمالنا من هذا العدد في المساعدة على إعادة صياغة الحياة الجنسية في حالة الإعاقة بعيدًا عن السلبية. وتتمثل زاوية رئيسة من البحث داخل المجتمعات المتغايرة واسعة الانتشار في الطرق التي تؤثر بها وجهات النظر (السلبية) للإعاقة على كيفية تصور النوع الاجتماعي للفرد وحياته الجنسية. علاوة على ذلك، يتفاعل السياق مع الرابطة بين الإعاقة والحياة الجنسية من أجل تغيير خبرة الفرد وطرق تطوره. وهناك رأي شائع أن حياة المعاقين الجنسية نادرًا ما تتأثر إلى حد كبير بأي عامل لا يتعلق أساسًا بالإعاقة. ويصدق ذلك سواء كان ما يواجهونه هو التحيز والتمييز أو تأثير الجسم المُعاق المتضرر. يتجاهل هذا المنظور الطبي العوامل المؤثرة الأخرى مثل: النوع الاجتماعي، والوضع الاقتصادي، وبخاصة العمل والتعليم، والإقامة في المناطق الحضرية، أو الريفية. توجد وراء الفرد في بعض البيئات الأسرة والمجتمع، اللذان يشكلان عاملاً حاسمًا في تحديد خارطة الطريق للحياة بما فيها الجانب الجنسي. مؤسسة الأسرة هي عادة عالم بطريركي متغاير من السلطة المستندة إلى النوع الاجتماعي والتنظيم والتحكم، وتعاني من اضطراب حاد عندما ينضم إليها شخص معاق، لا سيما إن كانت امرأة معاقة. فهي تجبرهم على إعادة قراءة قيم ومعايير النوع الاجتماعي/الحياة الجنسية، ولا تُغير العوامل المادية اليومية فقط وإنما أيضًا القواعد الرمزية والثقافية المؤثرة.

تتقاسم (جويال) خبرتها في إدارة سلسلة من حلقات العمل في أنحاء الهند عن الحياة الجنسية والصحة الجنسية للمكفوفين، وأغلبهم من النساء والفتيات الأكبر سنًا. وهي تتيح لنا نظرة ثاقبة حول صعوبات مرحلتي المراهقة والأنوثة لدى المكفوفات، عن طريق عرض ثروة من المعارف التي اكتسبتها من خلال اللقاءات الحميمة غالبًا. وتلعب الأساطير والخرافات دورًا كبيرًا في خلق عار الإعاقة القائم على النوع الاجتماعي، والذي يحد من العائلات وأيضًا الأفراد، ويقلل من قيمة ورغبة قريبات الفتيات الكفيفات في سوق الزواج. وعلى الرغم من تأثُّر الأولاد المعاقين أيضًا، فإن نوعهم الاجتماعي يسهم في تحقيق التوازن بين العديد من السلبيات التي تحد من تحقيق الفتيات لأحلامهن.

ونادرًا ما يُطلب من الأشخاص المعاقين التعبير عن أحلامهم، أو رغباتهم الحسية، أو الجنسية، حيث يسود اعتقاد بأنهم يفتقرون إلى مثل تلك الأحلام. أما (ألكسندر وجوميز تايلور) في المملكة المتحدة وأستراليا، اللذان أدارا حلقات عمل للأشخاص المعاقين فكريًّا، فقد سلطا الضوء على مدى تكرار تجاهل أحلام ومسارات حياة هذه المجموعة. تواجه تلك المجموعة القيود التي تفرضها السلطة الأبوية، فضلاً عن «أنشطة الحياة اليومية» الصارمة التي يجري ترتيبها من خلال منظمات الرعاية. وفي مقابل العار،

حقوق الطبع محفوظة لمجلة قضايا الصحة الإنجابية النسخة العربية ٢٠١٧
R Addlakha et al. Reproductive Health Matters 2017; 25(50): 4-9

يستجيب غير المعاقين للإعاقة بمشاعر قوية من التوتر، والضعف، والخوف، ويثيرون بعض المعايير المزدوجة التي تنتشر بين مقدمي الخدمات.

وفي مقابل التركيز على استكشاف الرغبة والمتعة، يوضح (أووجويبجبي) تقييد المتعة ويتناول الخبرات الجنسية للنساء المعاقات اللاتي تعرضن للختان في جنوب غرب نيجيريا. أما النتائج المترتبة على هذه الممارسة الثقافية القائمة على السلطة الأبوية، التي تستهدف المساعدة في الحفاظ على العذرية قبل الزواج، فهي تُحول تركيز البحوث نحو مجال الزواج الحميم والمتفاعل والجنسي والعاطفي. عند مواجهة عواقب الإعاقة الناجمة عن الختان - وهي عواقب جنسية إلى حد كبير من حيث طبيعتها - يعاني الأزواج، لا سيما النساء، من انخفاض المتعة، والصدمات البدنية والعاطفية، وصعوبات في تطوير علاقة مُشبعة. علاوة على ذلك، ونظرًا لمعرفة أسرتها والمجتمع المحلي بختانها، سوف تؤدي أي شكوى من المرأة حول هذا الموضوع إلى تجريحها، لا سيما من جانب النساء الأخريات حولها، بوصفها غير قادرة على تحمل المعاناة.

تثير مقالات هذا العدد من مجلة الصحة الإنجابية السؤال المتعلق بفهم الحياة الجنسية، الذي يكمن وراء المطالبة بالحقوق التي ينادي بها العديد من المؤلفين: دعمًا لاتفاقية الأمم المتحدة بشأن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، وعلى الرغم من دعوتهم إلى النموذج الاجتماعي للإعاقة، فإن التأطير المتواصل، إن لم يكن نظاميًّا، للنوع الاجتماعي والحياة الجنسية من خلال عدسة طبية وليس كقضية اجتماعية، يشكك في الإمكانات السياسية لهذه الاتفاقية.

ويستكشف (رويز) كيف تتشكل الإعاقة والنوع الاجتماعي والحياة الجنسية في سياق الحقوق، من خلال دراسته للسنوات الخمس من الملاحظات الختامية للجنة المعنية بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. وجاءت دراسته ردًا على التقارير الفُطرية عن التقدم المُحرز في تنفيذ الحكومات للاتفاقية التي وقعت عليها. يتتبع (رويز) الملاحظات، ويُحلل ظهور تطبيع جوهري مستمر للنوع الاجتماعي والحياة الجنسية، حيث يجري تقديم النساء كضحايا للعنف، ويوصف الرجال كمعتدين. إن هذه المصفوفة الجنسية الغيرية تجعل الرجل المُعاق غير مرئي كشخص يخوض خبرة مستويات عالية من العنف الجنسي، وتتشكل ذكورته وحياته الجنسية بشكل مختلف. ولم ترد أي إشارة في الملاحظات إلا في عام ٢٠١٦ عن المعاقين المثليات والمثليين ومزدوجي التوجه الجنسي والمتحولين جنسيًّا. وقد ظهرت مفاهيم النوع الاجتماعي، والحياة الجنسية كمفاهيم ثابتة ومقيدة، يحيط بها القلق وتحتاج إلى تصحيح وحماية. ويجادل (رويز) أن العمل السياسي الذي يدمج مفاهيم أكثر مرونة للنوع الاجتماعي، والحياة الجنسية - يتطلب الاعتراف بنطاق واسع متعدد الجوانب من حياة الأشخاص المعاقين، ودعم فاعليتهم واختياراتهم ورغباتهم.

يتناول استعراض (تاتارين) لإصدار «سينس إينفاليد» حول عدالة الإعاقة، البشرة، والأسنان، والعظام»، كيف يمكن أن تمضي الإجراءات السياسية قُدمًا، فضلاً عن تناول تطور نشاط نشاط «كويركريب» (أنطولوجيا المثليين المعاقين وقصصهم)، وعدالة الإعاقة، وضرورة إدماج التفكير الذي لا يقتصر ببساطة على النوع الاجتماعي والإعاقة والحياة الجنسية، بل يمتد أيضًا ليشمل العِرق، والطبقة، وما بعد الكولونيالية. وهناك أطروحة للعمل السياسي، تدعم مقالات مثل مقال (جويال) : تؤكد قيمة الكشف عن أحلام ورغبات المكفوفين، والإصرار على حقوقهم، ليس فقط في الحلم بها وإنما أيضًا في تحقيقها، وتمنح الأمل في مستقبل

جنسي للأشخاص ذوي الإعاقة.

ونرى أيضًا التعبير عن الأحلام والتوق للحرية لدى الأشخاص ذوي الإعاقة في شِعر (بريكنريدج) الذي لا يصور الأضرار التي لحقت بهم والإعاقة النفسية-الاجتماعية التي يعيشون بها فحسب، لكنه يصور أيضًا إمكانية الهروب. تلتقط (بريكنريدج) قوة اللمس والعالم الطبيعي الشافية للرغبات التي يأمل الناس في اتباعها، وتستخدم لغة غنائية تتيح نظرة مختلفة تمامًا حول الإعاقة والحياة الجنسية.

يشدد نشاط «سينس إينفاليد» بقوة على حفز إبداع الأشخاص المعاقين، واستخدام فنون مثل: الشِعر كقوة للتغيير. وفي حين تزداد التفاعلات والتحالفات حول عدالة الإعاقة والحياة الجنسية، هناك افتقار إلى التآزر واسع النطاق حول الإعاقة، وحركات الحقوق النسوية/النوع الاجتماعي التي فشلت في العمل معًا لمواجهة الحياة الجنسية للمعاقين بكل تعقيداتها. وعلى سبيل المثال، هناك العديد من المشاريع البحثية، حتى التشاركية، التي لا يبدو أنها تُنشئ مساحة للأشخاص ذوي الإعاقة للمطالبة بأي شيء غير هوية معيارية مغايرة وقائمة على النوع الاجتماعي. هناك حاجة لزيادة الوعي والتعاون بين النشطاء، وجماعات المجتمع المدني، وزملاء البحوث، والمتخصصين في الرعاية الصحية. ويجب أن يأخذ الفاعلون على مستوى الدولة زمام المبادرة لإدماج مسألة الإعاقة والحياة الجنسية في القوانين والسياسات والبرامج، وبالتالي يوفرون الخلفية اللازمة للمشاركة التعاونية متعددة القطاعات. لكن ذلك يتطلب نشاطًا يتعلق بالبشرة، والأسنان، والعظام. إن ظهور ائتلافات ودورات وبحوث متقدمة مستعرضة وفي مناطق مختلفة - نوضح بعضها في هذا العدد - يشير إلى ازدهار النشاط، وهو ما يمكن أن يندفع وينمو بعيدًا عن السياسة والأبحاث، ما يؤدي إلى ترسيخ الحقوق والعدالة الجنسية والإنجابية للأشخاص المعاقين داخل المجتمعات على الصعيد العالمي.

مواضيع أخرى

يتناول هذا العدد موضوع البدائل من خلال نهجين يتعلقان بجوانب الإعاقة، والحياة الجنسية التي تم اعتبارهما غير مهمين. تُعتبر المتعة والإشباع الجنسي غير ذي صلة؛ ذلك أنه من المعتقد أن الأشخاص ذوي الإعاقة لا يشعرون بأي رغبة. على أن شابيرو يكتب عن رحلته الشخصية، كرجل معاقٍ، للاعتراف بحياته الجنسية. لقد تدرب كبديل جنسي، شخص يمكنه أن يدعم الآخرين لتحديد رغباتهم الخاصة، وبناء الثقة الجسدية، والقيام باختيارات حول العلاقة الحميمة. يعمل (شابيرو) من خلال تمارين تستند إلى اللمس، ويتعامل مع «لمسة الجوع» كما يفعل مع ارتباطات حسية محددة.

يُعد النهج الثاني أكثر شيوعًا، وهو البديل الإنجابي، الذي يلبي رغبات أمهات النساء المعوقات اللاتي ليس لديهن قدرة على الإنجاب. تتناول (روثلر) المسائل القانونية التي تثيرها قضية امرأة معاقة في إسرائيل، وافقت شقيقتها أن تحمل حملها بدلاً منها. أصدرت المحكم التي نظرت في مشروعية الرحم البديل خارج إسرائيل حكمًا ضد المرأة المعاقة، وتم تبني الطفل في مكان آخر. وتطرح (روثلر) سؤالاً عميقًا ومقلقًا: ما حجم الدور الذي تلعبه الإعاقة في قرارات المحكمة؟ إن الصمت تجاه الإعاقة لا يعني عدم وجودها داخل قاعة المحكمة، أو في التأطير الخطابي لحياة المعاقين الجنسية. بل أدى استبعادها بالأحرى إلى تزايد النظر إلى النساء المعاقات باعتبارهن «لسن أمهات» - أي لا ينبغي بأي شكل أن يصبحن أمهات.[٧]

أفكار ختامية

هناك صمت داخل المجتمع ينتشر في العديد من مجالات الإعاقة والحياة الجنسية، وتسفر عنه آراء تعتبر الأشخاص المعاقين غير موجودين. وقد أمكن التصدي لبعض هذا الصمت في هذا العدد من مجلة الصحة الإنجابية: رغبة المعاقين النساء (والرجال) في الحمل وتربية الأطفال؛ المساعدة الجنسية للأشخاص ذوي الإعاقة؛ المعاملة التي يلقاها المعاقون في خدمات الصحة الجنسية والإنجابية. ولكن هناك مجالات أخرى للصمت لم نتناولها هنا: الخبرة اليومية لتربية طفل معاق؛ النساء اللاتي يحاولن الحفاظ على ــ أو إجهاض ــ الحمل في حالة تشوه الجنين (ما يرتبط بالقدرة على فحص الاختلافات الوراثية)، وغيرها من الأسئلة الأوسع نطاقًا بشأن تأثير تحسين النسل على تكنولوجيات الإنجاب؛ الأشخاص المعاقون الذين يتحددون، أو يريدون استكشاف رغبات، أو هويات غريبة، وغير متغايرة، وغير معيارية من حيث النوع الاجتماعي؛ الأشخاص الذين يعانون من إعاقة نفسية-اجتماعية وأثر ذلك على حياتهم الجنسية. إن جوانب الصمت التي أشعرتنا بالقلق، كمحررين مشتركين، هي التي سادت في هذا العدد من المجلة. وتوفر المقالات المدرجة هنا فهمًا ووعيًا أفضل للرؤى التي يمكن أن تُثري المعرفة حول الحياة الجنسية للمعاقين وغير المعاقين، والنساء أو الرجال، والمتحولين أو مزدوجي الجنس، فضلاً عن تمكينهم بالقيام بالخيارات الاجتماعية والجنسية. بيد أن التمكين الحقيقي لجميع المعاقين ــ يتطلب العمل بفاعلية من أجل وضع نهاية لجوانب الصمت المتبقية. ولمجلات مثل مجلة الصحة الإنجابية دور مهم تؤديه في هذا الصدد.

المراجع

1. World Health Organisation. World report on disability. Geneva: World Health Organization; 2001. Available from: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report
2. Asch A, Fine M. Disabled women: sexism without the pedestal. In: Deegan MJ, Brooks NA, editors. Women and disability: the double handicap. New Brunswick: Transaction Books; 1985. p. 6–22.
3. Meekosha, H. Body battles: bodies, gender and disability. In: Shakespeare T, editor. The disability reader: social science perspectives. London: Cassell; 1998. p. 163–180.
4. Shaaf M. Negotiating sexuality in the convention on the rights of persons with disabilities; 2011.
5. https://www.cdc.gov/nchs/data/washington_group/meeting15/wg15_session_7_5_martinho.pdf (familytime).
6. Maxwell J, Belser JW, David D. A health handbook for women with disabilities. Hesperian; 2006. Available from: http://en.hesperian.org/hhg/A_Health_Handbook_for_Women_with_Disabilities
7. Shildrick M. Silencing sexuality: the regulation of the disabled body. OU/Policy Press; 2004.

قضايا الصحة الإنجابية باللغة العربية

REPRODUCTIVE HEALTH matters

ملامح

الإعاقة لا تعني غياب الحياة الجنسية: الخبرات الإنجابيّة وتطلعات النساء ذوات الإعاقة في زمبابوي

بقلم: كريستين بيتا

باحثة في قسم علوم الصحة وإعادة التأهيل بجامعة كيب تاون، جنوب أفريقيا.

المراسلات: developafrica2020@gmail.com

ترجمة: حسام فازولا

موجز المقال: يهدف هذا المقال إلى إلقاء الضوء على الخبرات الإنجابية وتطلعات النساء ذوات الإعاقة في زمبابوي. وتستند هذه الورقة البحثية إلى دراسة نوعية سردية قام بها باحثون بجامعة كيب تاون في جنوب أفريقيا، تستكشف الدراسة خبرات الحياة الجنسية للنساء المُعاقات في زمبابوي، وذلك عن طريق جمع البيانات باستخدام «الأسلوب التفسيري لسرد السيرة الذاتية «. كشفت الدراسة جزئيًّا أن النساء ذوات الإعاقة غالبًا ما يواجهن العديد من التحديات المختلفة والمتعلقة بإعاقاتهن، والتي تمنعهن من تحقيق صحتهن وحقوقهن الجنسية والإنجابية بشكلٍ كاملٍ. تحدثت بعض المشاركات عن شعورهن بالسعادة لأن لديهن أطفال بيولوجيين، وإن سجّلن إحباطهن لما تعرضن له من تمييز في أغلب الحالات داخل وخارج مراكز رعاية الصحة الإنجابية. أما المشاركات اللاتي لم تكن لهن أي خبرات إنجابية سابقة في فترة إجراء الدراسة، فقد أَعْرَبن عن تطلعاتهن لإنجاب أطفال بيولوجيين. وفي جميع الأحوال، جاءت روايات النساء متحديةً للأسطورة المغلوطة التي تطرح أن النساء ذوات الإعاقة ليس لهن مكان في ساحة الإنجاب بسبب إعاقتهن.

الكلمات الدالة: النساء المُعاقات، الإنجاب، الصحة الإنجابية والجنسية، زمبابوي.

مقدمة

تُعد النساء المُعاقات من بين أكثر مجموعات الأقليات تعرضًا للتمييز على الصعيد العالمي، لذلك لا يثير الدهشة أن تواجه خبراتهن في الإنجاب والأمومة المبكرة إهمالاً كبيرًا،[٣٠] بما يسفر عن ندرة الدراسات الدولية والمحلية حول هذا الموضوع. وقد أوضحت دراسة أجراها توماس[٣٠] في إنجلترا أن الخبرات الإنجابية ورغبات واختيارات النساء المُعاقات ترتبط ارتباطًا وثيقًا بمخاوفهن الناجمة عن التهميش الذي يتعرضن له في خبراتهن الشخصية للتعايش مع الإعاقة. وفي جنوب أفريقيا، أجرى كل من مجويلي و وترماير[٢٠] بحثًا حول التمييز الذي تواجهه النساء المعاقات بدنيًّا في عيادات الصحة الإنجابية الحكومية، ولاحظا أن الرسالة المنقولة، سواء صراحة أو ضمنًا، هي غياب مكان للنساء المعاقات في عالم الحياة الجنسية بما يشمل الإنجاب بسبب إعاقاتهن.

ولا يعني ذلك القول إن المواقف السلبية من جانب المهنيين المسؤولين عن تقديم الرعاية الصحية هي العائق الرئيس أمام حصول النساء ذوات الإعاقة فقط على الصحة الإنجابية الملائمة، بل قد تتأثر أيضًا النساء غير المُعاقات، على أن هذه المواقف قد تزيد من تهميش النساء المعاقات، لا سيما مع افتراض عدد كبير من العاملين بالصحة، أن ذوي الإعاقة مرضى وعليهم التوجه إلى مراكز الصحة المتعلقة بأمراض الإعاقة فقط.[١٤] هذا، بينما يتمتع ذوي الإعاقة بالحق في التوجه لمؤسسات الرعاية الصحية لأسباب قد لا تتعلق بالضرورة بالإعاقة،[٩] مثل الحصول على وسائل منع الحمل، أو لأسباب أخرى تتعلق بالحمل. ويطرح توماس [٣٠] أن النساء المعاقات يواجهن التمييز ضدهن منذ بداية حملهن إلى الأمومة.

Disability is not asexuality: the childbearing experiences and aspirations of women with disability in Zimbabwe, Reproductive Health Matters, DOI: 10.1080/09688080.2017.1331684 To link to this article: http://dx.doi.org/10.1080/09688080.2017.1331684

حقوق الطبع محفوظة لمجلة قضايا الصحة الإنجابية النسخة العربية ٢٠١٧
S Heidari. Reproductive Health Matters 2016; 24:1-5

وقد أعرب عددٌ كبيرٌ من النساء المعاقات عن غضبهن من عدم قدرة العاملين بالرعاية الصحية على تزويدهن بالمعلومات والخدمات الملائمة المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية. وتاريخيًّا، وضعت العديد من الدول قوانين تمنع ذوي الإعاقة من الإنجاب. ومن بين هذه الدول ألمانيا التي أصدرت في عام ١٩٣٣ قانون «منع الذرية ذات الأمراض الوراثية» والذي سمح بالتعقيم الإجباري لكل مصاب بالصرع، أو الفِصام، أو الإعاقة العقلية، أو ضعف البصر الوراثي، أو الصمم الوراثي، أو الهوس الاكتئابي.[٢١] وفي الولايات المتحدة الأمريكية، سمح قانون هاري لافلين لسنة ١٩١٤- المعروف باسم «قانون تحسين النسل النموذجي بالتعقيم» - بالتعقيم الإجباري للمصابين بالضعف العقلي، أو الصَّمَم، أو العمى.[١٣] وعلى الرغم إلغاء هذه القوانين تدريجيا لا يزال بعض الناس مقتنعين أن جميع النساء المعاقات سوف ينجبن أطفالاً ذوي إعاقة لكن الحقيقة هي أن أغلب أنواع الإعاقات غير وراثية.

غير أن التقرير العالمي للإعاقة يُعد نقطة تحول في طريقة فهم مفهوم الإعاقة، خاصة من جانب العاملين بالرعاية الصحية.[٣٤] يدعو التقرير إلى نقلة نوعية يجب أن تشمل جميع مستويات نظم الرعاية الصحية الأشخاص ذوي الإعاقة، بُغية تقليص أوجه عدم المساواة بما فيها الصحة الجنسية والإنجابية. علاوة على ذلك، يَنُصُّ التقرير على ضرورة تطبيق منهجية متنوعة تسعى إلى تخطي الحواجز المادية، وحواجز التواصل والمعلومات، وضرورة استكشاف نماذج بديلة لتقديم خدمات الرعاية الصحية. ويؤدي فشل البرامج الصحية في رعاية ذوي الإعاقة كأشخاص قادرين جنسيًّا بشكل كامل وقادرين على الإنجاب، من بين أشياء أخرى، إلى خطر تدهور صحتهم ورفاهتهم.[١٠]

تستند هذه الورقة البحثية إلى اقتباسات من سرد النساء المعاقات في زمبابوي، بحيث تُعبر بالشكل الأمثل عن خبراتهن وتطلعاتهن الإنجابية. وتقع هذه الورقة ضمن الإطار النظري للدراسات النقدية النِّسَوية حول الإعاقة، التي تهدف إلى فهم الإعاقة من منظور النوع الاجتماعي[٨] نتيجة للتهميش النِّسوي السائد لخبرات النساء المعاقات. لقد ناضلت العديد من المناصرات النِّسويات المعاقات ضد البنية الذكورية لدراسات الإعاقة وحركة الإعاقة،[١٩] التي غاب عنها بوضوح صوت النساء المعاقات. ويجادل الباحثون في مجال الدراسات النِّسوية حول الإعاقة، إن خبرات النساء المعاقات قد تختلف فيما يتعلق بمسائل مثل الحيض، والإنجاب، والإجهاض، والحمل، والتعقيم، من بين أمور أخرى. ويتركز أيضًا اهتمام الدراسات النِّسوية حول الإعاقة على مبادئ التقاطع الأساسية، وبالتالي تطرح أن الإعاقة ترتبط دائمًا ارتباطًا وثيقًا بالمحددات الأخرى للهوية، مثل النوع الاجتماعي والثقافة والطبقة،[٢٨] والتي يجب أخذها في الحسبان، عند تحديد إطار لخبرات النساء المعاقات.

المنهجية

تعتمد هذه الدراسة منهجية السرد النوعي المشابهة للنهج المُستخدم في دراسات بيتا، ماكنزي، كاثارد وأفريقيا.[٢٣] وقد أُختير هذا النهج لأنه، وفقًا لطرح كلاندينين وكانين،[٥] طريقة يصيغ الناس بواسطتها الفهم والمعنى من خلال المحادثة، والحوار، ومشاركة الباحث المستمرة في حياة المشاركين. تُمكّن هذه المنهجية من تحقيق هدف الدراسة المتمثل في صياغة خبرات الحياة الجنسية للنساء المعاقات في زمبابوي التي اشتقت منها هذه الورقة خبرات وتطلعات النساء الإنجابية.

استُخدمت منهجية كرة الثلج في أخذ العينات لتشمل ٦٠ مشاركة من هراري، عاصمة زمبابوي، تتراوح أعمارهن بين ١٨ و٦٥ سنة للدراسة الواسعة، وذلك في سياق يحدد كل من يقل عمرهن عن ١٨ سنة باعتباره تحت السن القانونية ومن يتعدى عمره ٦٥ سنة باعتباره مُسنًا. كانت النساء في هذا النطاق العمري في سن الإنجاب، ويتعلق سردهن جزئيًّا بموضوع هذه الورقة البحثية. وقد شملت عينة هذه الدراسة نساء

يعانين من كل أنواع الإعاقات. أخذًا في الاعتبار أنواع الإعاقات المختلفة التي تضم، وفقًا لاتفاقية الأمم المتحدة لعام ٢٠٠٨ حول حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (CRPD, 2008)،[٣١] الإعاقات العقلية والبدنية والحسية.

في ظل النهج السردي النوعي، تم استخدام «الأسلوب التفسيري لسرد السيرة الذاتية» الذي يتكون من ثلاث جلسات فرعية لتجميع البيانات. وفي مقابل المقابلات شبه البنيوية الموجهة إلى حد كبير، تم اختيار «الأسلوب التفسيري لسرد السيرة الذاتية» لأنه يتناول علاقات القوى الهرمية للبحث من خلال منح المشاركات سلطة سرد قصتها بالطريقة التي تريدها وأن تنهي المقابلة حينما تشاء، عندما تشعر أنها قالت كل شيء ترغب في قوله. لا يعتمد هذا الأسلوب على جمع البيانات من خلال مقابلة واحدة، بل يسمح بالتفاعل المستمر بين الباحث والمشارِكة من خلال تقنيته التي تضم ثلاث جلسات فرعية. يوجه الباحث في الجلسة الأولى سؤالاً واحدًا يتعلق بموضوع الدراسة، مما يشجع المشارِكة على سرد قصة حياتها بالكامل.[٣٢]

ثم يقوم الباحث في الجلسة الفرعية الثانية، بعد استراحة لحوالي عشر دقائق لكل مشارِكة، بطرح سؤال يتعلق بأحداث بعينها ذكرتها المشارِكة في الجلسة الفرعية الأولى، بُغية جمع بيانات معمقة.[٣٢] أما الجلسة الفرعية الثالثة، فتستهدف توضيح نقاط غامضة وجمع المزيد من بيانات السيرة الشخصية، وتُعقد في يوم آخر، وبعد أسبوع على الأقل من الجلستين الأولتين. في هذه الدراسة، عُقِدت الجلسة الفرعية الثالثة بعد فترة تتراوح من أسبوع لثمانية أسابيع، مع موافقة جميع المشاركات على إجراء مقابلة أخرى. وقد رأت جميع المشاركات أن المقابلات كانت فرصة عظيمة للتحدث عن موضوع يعتبرنه أحد أهم المواضيع في حياتهن، ولم يمنحهن أي باحث من قبل مساحة للتحدث عنه.

تحليل البيانات

كانت منهجية التحليل السردي، وتحليل السرديات بمثابة التقنيات الأساسية لتحليل البيانات التي استخدمتها هذه الدراسة. وكما يطرح بولكين جهورن،[٢١] يسفر نهج التحليل السردي عن صياغة قصص الحياة، بينما يسفر تحليل السرديات عن موضوعات تحدد أوجه التشابه والاختلاف في هذه القصص. واستمدت هذه الدراسة موضوعاتها من القصص التي روتها المشارِكات. حَكَتْ بعض المشاركات قصصها بلغة «شونا» (العامية)، والبعض الآخر بالإنجليزية وحَكَتْ بعضهن باللغتين معًا. ولم تكن هناك أي مشكلة في الترجمة من الشونا إلى الإنجليزية لأن الباحثة كانت على دراية باللغتين. استعانت الدراسة أيضًا بممارسة برون وكلارك،[٤] حيث قامت الباحثة، بعد قراءة وإعادة قراءة البيانات وتدوين الأفكار الأولية، بفصل الكلمات والجمل في نصوص السرد؛ بهدف ترميز البيانات يدويًّا. وبعد تحديد الأنماط المشتركة، تم ترتيب الرموز في مواضيع ممكنة، بحيث يشمل كل موضوع جميع البيانات المتعلقة به. واستمر تحسين أسماء وتفاصيل كل موضوع ليصبح أكثر وضحًا تعبيرًا. فضلاً عن تحسين مجمل القصة التي ينتجها التحليل. على أن هذه الورقة البحثية لا تعرض جميع الموضوعات التي برزت في التحليل، ذلك أن مثل هذا العرض من شأنه أن يتجاوز متطلبات هذا المقال من حيث التركيز والطول.

الموافقة الأخلاقية

بعد الحصول على الموافقة الأخلاقية للبحث من جامعة كيب تاون (581/2013) ومن مجلس البحث الطبي في زمبابوي (MRCZ/B/1789)، تم استخدام اللغتين العامية (شونا) والإنجليزية للحصول على موافقة مسبقة من المشاركات باللغة التي يخترنها. ولتلبية احتياجات المشاركات المكفوفات، تمت ترجمة استمارة الموافقة المسبقة واستمارة المعلومات إلى لغة برايل؛ فضلاً عن الاستعانة بمترجم لغة الإشارة للتواصل مع المشاركات الصماوات. واستُخدِمت أسماء مستعارة

حقوق الطبع محفوظة لمجلة قضايا الصحة الإنجابية النسخة العربية ٢٠١٦
C Crockett, B Cooper. Reproductive Health Matters 2016; 24:6-13

لحماية هوية المشاركات، وحُذِفت أسماء الأماكن التي قد تربط المشاركات ببياناتهن الأولية.

النتائج

توضح نتائج البحث أن جميع النساء المعاقات اللاتي خضن تجربة ولادة طفل من قبل قد واجهن تحديات ضخمة فيما يتعلق بالإنجاب. يعرض مثال رودو أدناه بعض المقتطفات من سردها في بيتا.[٢٢] تعيش رودو بمفردها في منطقة حضرية، وتقيم أحيانًا في بيتها الريفي. رودو صماء، ومصابة بعمى جزئي، ومطلقة، وبدون أطفال، وفي الخمسين من عمرها، ورسميًّا لا تعمل. تقول رودو:

«مات كل أطفالي لأن الأطباء والممرضات لا يستطيعون استخدام لغة الإشارة. ذهبت في البداية إلى مستشفى ريفي وفقدت طفلتي، حاولت التحدث مع فريق العمل في عنبر الولادة ولكنهم لم يتمكنوا من سماع أي شيء. لقد استطعت قراءة شفاه الممرضة، وكانت تقول ادفعي ادفعي! ادفعي! لكنني لم أستطع أن أقول لها أي شيء لأنها لا تفهم لغة الإشارة ... أظن أنهم لا يتعلمون في مدارسهم كيفية التحدث بلغة الإشارة، لذا فهم غير متعلمين... ماتت طفلتي ...»

قيل أن رودو شعرت أن عدم قدرة فريق الرعاية الصحية على استخدام لغة الإشارة ربما يرجع إلى أنهم يعملون في مستشفى ريفي، ولذا عندما حملت مرة أخرى في السنة التالية وجاء موعد ولادتها، تجنبت المستشفيات الريفية اعتقادًا أنها سوف تحصل على خدمة أفضل في مستشفى بالحضر. قالت:

«وصلت إلى عنبر الولادة بمستشفى المدينة، ارتدى الطبيب المتخصص قفازه وباعد ما بين قدماي ... طبيب متخصص وثمانية أطباء طلاب، تخيلي كل هؤلاء الناس ينظرون إلى الجزء الأسفل من جسمي ... بدأت أشعر أنهم يعاملونني كنموذج تجارب لكوني صماء ... كانوا جميعًا يرتدون المعاطف البيضاء ويمسكون الأقلام والكراسات ليكتبوا ملاحظاتهم. كنت أتألم... وأحتاج إلى المساعدة حتى ألد طفلي وأعود لبيتي ... وللمرة الثانية مات طفلي، كان ولدًا كبير الحجم، وزنه ٣ كيلوجرامات ونصف. أعتقد أن ابني مات لأنهم لا يتحدثون لغة الإشارة ...إنهم غير متعلمين بالتأكيد».

تشير الدراسات من بلدان الشمال إلى أن عدم قدرة المهنيين على التواصل قد تخلق حواجز أمام الشخص الأصم في عالم غير الأصماء.[٣] وتؤدي حواجز التواصل إلى زيادة الشعور بعدم الراحة والإهانة، وهو ما يمكن تجنبه بتنفيذ ممارسات تضمن إشراك الفئات المهمَلة لكي تصبح أصواتهم الصامتة مسموعة ومُيسرة[١١] في نظم رعاية الصحة الجنسية والإنجابية. تُرجِع رودو سبب فقدانها لطفليها في ولادتين مختلفتين إلى أن العاملين بالصحة لا يستطيعون استخدام لغة الإشارة. وعلى الرغم من أنه قد توجد أسباب أخرى أدت إلى فقدانها لأطفالها، يبدو أنها لم يتم إخبارها بتلك الأسباب لعدم قدرة العاملين بالرعاية الصحية على التواصل معها باللغة الملائمة. لذا فهي ترى أن السبب هو افتقار هؤلاء العاملين إلى التعليم.

مع ذلك، ربما من غير العملي أن تقوم «وزارة الصحة ورعاية الطفل» في زمبابوي بتدريب جميع العاملين بالرعاية الصحية على استخدام لغة الإشارة، أو تعيين مترجم للغة الإشارة في كل مناوبة عمل توقعًا لقدوم امرأة صماء. ولكن، في السعي من أجل النهوض بتحقيق حقوق الصحية الجنسية والإنجابية للنساء المعاقات، فإن إدخال مفهوم مرافق خلال الولادة بمقدوره استخدام لغة الإشارة قد يؤدي إلى تغيير إيجابي، وبالتالي يقلل من محنة المرأة في عنابر الولادة. قد يكون هذا المُرافِق فردًا من العائلة أو المجتمع المحلي تثق به المرأة لتيسير التواصل، وتقديم الدعم والشعور بالطمأنينة خلال عملية الولادة. وعلى الرغم من ندرة الأدبيات التي تتناول مرافق الولادة للنساء المعاقات، فإن الكتابات المتاحة حول

هؤلاء المرافقين لبعض مجموعات الأقليات الأخرى مثل السجينات.[١٥] تشير إلى نتائج أفضل من خلال الدعم المعنوي والعملي الذي يقدمه المرافق.

يُعد سرد سارو مثالاً آخر على حواجز التواصل. كانت سارو تقيم سابقًا في قرية ريفية والآن تعيش في منطقة حضرية مع أمها. تبلغ سارو الثانية والثلاثين من عمرها، وهي مطلقة ولديها طفل في السادسة من عمره، ولا تعمل بشكل رسمي. تقول:

«طفلي حي، ولكن أطفال بعض صديقاتي الصماوات ماتوا؛ فلم يُعَلمهن أحد كيف يرعين أطفالهن. لا يحبنا أحد ويتجاهلوننا ... لقد حالفني الحظ في عيادة «كوادزانا»[٤] لوجود ممرضة لديها طفلين صُم، ولذا ساعدتني على ولادة طفلي. ولكن حتى هذه الممرضة لم تساعدني سوى في الولادة، ولم تخبرني كيف أرعى طفلي، على أنني سعيدة لأني توصلت إلى ذلك بنفسي».

يشير هذا السرد أعلاه، في سياق هذه الدراسة، إلى أن وجود بعض من موظفي عنابر الولادة ممن يستطيعون استخدام لغة الإشارة قد لا يكون ضمن تخطيط استراتيجي وترتيبات للتنفيذ، وبالتالي يخلق ما قد يبدو وكأنه موقف اللامبالاة من جانب موظفي الرعاية الصحية. ولذا، يمكن أن تسير قضية رفيق الولادة المذكورة سابقًا عبر طريق طويل من أجل النهوض بتحقيق حقوق الصحة الجنسية والإنجابية وخاصة للنساء المعاقات. يجب ألا ينتهي الدعم الصحي فجأة بولادة الطفل، وإنما هناك احتياج لتقديم معلومات تتعلق بتغذية الرضيع وغير ذلك من جوانب الأمومة وبخاصة للأمهات اللاتي يلدن للمرة الأولى.[٢٥]

يبرز سرد سارو أيضًا جوانب وَصْم الذات على أساس الإعاقة فهي تعتقد أنها وصديقاتها المصابات بالصَّمَم قد حُرِمن من المعلومات حول الأمومة المبكرة لأنهن صمَّاوات. على أن هورتون[٩] يشير إلى أن حصول الأشخاص المعاقين وغير المعاقين على المعلومات والخدمات الصحية قد يمثل تحديًا، نظرًا للمواقف السلبية لموظفي الرعاية الصحية؛ فقد تمتنع النساء عامة عن الشكوى خوفًا من الوقوع ضحايا. بيد أن هذه المواقف المتحفظة تجاه حقوق الصحة الجنسية والإنجابية لجميع النساء تؤدي إلى تفاقم الاستجابات غير المهنية تجاه النساء ذوات الإعاقة.

وهناك مثال آخر لامرأة اسمها ماكو، تبلغ من العمر ٣١ سنة، وتعاني من الصرع. كانت ماكو تعيش مع جدتها في منطقة ريفية، والآن تعيش مع أمها في منطقة حضرية، وهي أم لابنين ومطلقة ولا تعمل بشكل رسمي. قالت:

«عندما كان عمري ١٧ سنة، قابلت صديقًا اسمه تابيوا وكان أكبر مني سنًا ويعمل في المدينة. وفي يوم انتابتني نوبة صرع غيبية، وذهبت إلى مكتبه، فمارس الجنس معي دون أن أعي. وقد أخبرني بذلك في يوم آخر عندما أتى إلى منزلنا. اكتشفت بعد أربعة أشهر أنني حامل، ذهبت بعدها للعيش مع تابيوا، لأن ثقافتنا تحتم أنك إذا حملتي من رجل يجب أن يصبح زوجك. بدأت تصيبني النوبات، ولامني الناس في العيادة وقالوا لي' لماذا حملتي؟ ألا تعرفين أنك مصابة بالصرع؟ هذه هي مشكلة ذوي الإعاقة، يأتون إلى هنا ليزيدوا من أعبائنا، أهي مشكلتنا أنك ممسوسة بالسحر والأرواح الشريرة؟ ...»

يتمثل الجدال الرئيسي في الدراسات النِّسوية حول الإعاقة في أن الإعاقة هي بناء اجتماعي، حيث تخفق ممارسات المجتمع القياسية في استيعاب الإعاقة كتنوع بشري، بل تنزله إلى مرتبة الدونية.[٧] ويعتقد أغلب الناس أنكل شخص يجب أن يتمتع بقدرة بدنية، ولذلك يضعون ذوي الإعاقة داخل بنية تعتبرهم «كائنات مشوهة» يجري بوجه عام تجاهلهم ومعاملتهم باعتبارهم دون المستوى. يوضح السرد أعلاه موقف موظفي الرعاية الصحية الذي يسعى إلى إنكار حق المرأة المعاقة في الصحة الإنجابية، على أساس أن المرأة

حقوق الطبع محفوظة لمجلة قضايا الصحة الإنجابية النسخة العربية ٢٠١٦
C Crockett, B Cooper. Reproductive Health Matters 2016; 24:6-13

معاقة وبالتالي غير جديرة بالرعاية. وكما ذكرنا في مقدمة هذه الدراسة، يفترض عدد كبير من المهنيين في مجال الرعاية الصحية أن الأشخاص ذوي الإعاقة مرضى ويجب أن يتوجهوا فقط إلى مراكز الرعاية الصحية المتخصصة في المسائل المرتبطة بالإعاقة.[١٤]

يوضح أيضًا سرد ماكو أن فهم الثقافة الشعبية للإعاقة - والذي يربطها بالأرواح الشريرة، والمحرمات، والسحر - قد ينتقل إلى المراكز المعاصرة لرعاية الصحة الإنجابية عن طريق موظفي هذه المراكز؛ ذلك أن الثقافة والنوع الاجتماعي والإعاقة تتقاطع جميعها لتُشكل إطار التمييز ضد النساء المعاقات. وكما سنتناول بالنقاش في خاتمة هذه الورقة البحثية، هناك احتياج إلى تدريب رسمي حول الإعاقة وزيادة الوعي بشأنها بغية تقليص التأثير السلبي للممارسات التقليدية على صحة النساء المعاقات ورفاهتهن. ومع ذلك، يجب مراعاة عدم البخس من قيمة جميع المعتقدات التقليدية؛ إذ يمكن استخدام بعض الممارسات التقليدية بطريقة مفيدة للتوعية بحقوق الصحة الجنسية والإنجابية، بينما يجب عدم تشجيع ممارسات تقليدية أخرى مضرة. علاوة على ذلك، من الحكمة أن ينتبه موظفو الرعاية الصحية إلى نصيحة مول وشوارتز،[١٤] التي تطرح ضرورة أن يفكر العاملون بالصحة في قيمهم الثقافية والدينية ومدى تأثيرها على طرق تقديم خدماتهم الصحية لذوي الإعاقة، وهو جهد ضروري لتقليص، أو إلغاء الممارسات غير المِهنية.

ازدادت الأمور سوءًا عبر خطوة اتخذها تابيوا بقصد إحباط ماكو. وهي زواجه من امرأة غير معاقة كان قد أنجب منها طفلاً. وقد جلب هذه المرأة إلى بيته لتعيش معه ومع ماكو.تقول ماكو:

«قال لي تابيو١ لا يمكنني الزواج بك لأنك شخص مريض وبك روح شريرة، كيف أتزوج بامرأة تعاني من الصرع؟ وقال: إن نوباتي يسببها ما بي 'من سحر وأرواح شريرة، ولذلك قرر الزواج بامرأة بلا إعاقة. وقال أيضًا أنه نادم على ممارسة الجنس معي لأنه يخشى أن ألد طفلاً يعاني أيضًا من الصرع. لكن ابني يبلغ الآن ٢١ سنة وليس لديه صرع».

من وجهة نظر الدراسات النِّسوية حول الإعاقة، تشير رواية ماكو إلى تأكيد جارلاند-طومسون[٨] أن الإعاقة ترمز إلى بنية للهوية وضعها من يعتبرون أنفسهم «أسوياء» بشكل كاف فيما يتعلق بصفاتهم الجسدية. يفترض هؤلاء أن بإمكانهم احتلال مواقع سلطوية وممارسة السلطة التي تمنحها لهم هذه المواقع لتشكيل إطار من يسمونهم "البشر الأسوياء». تؤدي تلك الممارسات غالبًا إلى إسكات أصوات النساء المعاقات اللاتي يُعتبرن عندئذ «غير أسوياء». وقد يحاول الناس قدر استطاعتهم تفادي إمكانية إنجاب طفل معاق، وفي حالة حدوث ذلك يشعر الوالدان بالذنب لتصرفهم غير المسؤول و«غير العادل» للطفل.[٣] لكن الحقيقة -كما ذكرنا سابقًا، وبما يتفق وسرد ماكو أعلاه -أن أغلب أنواع الإعاقة ليست وراثية.

توضح أيضًا نتائج هذه الدراسة افتقاد النساء المعاقات للدعم في عيادات الصحة الإنجابية، فيما يتعلق بأساليب منع الحمل. فعلى سبيل المثال، ذكرت ماكو أنها أنجبت ابنها مبكرًا في الشهر السابع من حملها، واستمر تابيوا في مطالبته ممارسة الجنس معها على الرغم من حميميته الجنسية مع زوجته في وجود ماكو. تقول ماكو:

«أنجبت ابني في ولادة مبكرة عام ٢٠٠٠ بعد سبعة أشهر حمل. وأظن أن ذلك يرجع إلى تعرضي لنوبات صرع قوية. وحملت مرة أخرى بعد ثلاثة أشهر. كنا امرأتين مع رجل واحد. وكان يطالبني بممارسة الجنس على الرغم من ممارسته الجنس مع المرأة الأخرى في حضوري. لم تخبرني الممرضات بمشكلات أدوية الصرع ووسائل منع

حقوق الطبع محفوظة لمجلة قضايا الصحة الإنجابية النسخة العربية ٢٠١٦
C Crockett, B Cooper. Reproductive Health Matters 2016; 24:6-13

الحمل، حيث تؤدي أدوية الصرع إلى إضعاف تأثير موانع الحمل. فقدت طفلي الثاني وأنا في الشهر الثالث من حملي، مرضت بشكل شديد وكدت أن أموت. وحينها أخبرني العاملون في العيادة بمشاكل أدوية الصرع مع وسائل منع الحمل».

أكدت دراسة قام بها كل من ماجويلي ووورترماير[٢٠] في جنوب أفريقيا أن عيادات تنظيم الأسرة «... هي أماكن تعمل أساسًا كمستوصفات لأشكال منع الحمل المختلفة، بما فيها وسائل منع الحمل التي تؤخذ بالفم، أو بالحقن، أو اللولب. وتخضع مُتلقية الخدمة، قبل أن تأخذ وسيلة منع الحمل، إلى كشف طبي بتضمن الكشف على الأعضاء التناسلية». وعلى عكس هذا، يبدو أنهاكو لم تخضع لمثل هذا الكشف الطبي، وإنما ربما تم إعطاؤها وسيلة لمنع الحمل بناء على الممارسات العامة الشائعة. ولذا يوجد دليل على أنه برغم صعوبة وصول النساء المعاقات، وغير المعاقات إلى معلومات الصحة الجنسية والإنجابية، فهناك اختلاف في حالة الإعاقة؛ فبينما تُطبَق مناهج الصحة العامة على كل النساء، تحتاج النساء المعاقات إلى عناية صحية خاصة وفقًا لنوع الإعاقة.

يؤكد آش وفاين[١] مجددًا حقيقة أن بعض العاملين في الرعاية الصحية ربما يجهلون التأثير السلبي لأدوية منع الحمل على النساء المصابات بأنواع معينة من الإعاقة؛ فقد يصفون موانع حمل تضر بصحة ورفاه النساء المعاقات. وبناءً على دراسة طبية قام بها باسون[٢] في كندا، يمكن الجدال بأن الآثار الجانبية للأدوية وفحوصات وظائف الحياة الجنسية تُعد عوامل مهمة يَجدر أن يلتفت إليها العاملون بالرعاية الصحية الذين يتعاملون مع النساء المعاقات. على أن الدراسة التي أجراها توماس[٣٠] في إنجلترا كشفت أن النساء المعاقات يواجهن غالبًا أنواعًا متعددة من القهر في مراكز الرعاية الصحية على نحو قد يضر بصحتهن ورفاهتهن.

هناك مثال أخر يوضح أن النساء المعاقات محرومات من الوصول إلى معلومات حول الصحة الجنسية والإنجابية وهو مثال داناي، المصابة بالبهاق وبضعف بصري جزئي. تبلغ داناي من العمر ٣٧ سنة، وتعيش مع رفيق لها منذ ١٠ سنوات في منطقة حضرية، ولديها ثلاثة أطفال، وهي لم تتزوج وتعمل بشكل رسمي كمُعلمة في مدرسة ابتدائية حكومية. تقول:

«عندما ذهبت لألد طفلي الأول، كان عمري ١٧سنة فقط. لم أكن أعرف كيف سيخرج الطفل من جسمي. تصورت أن هناك فتحة سوف تُفتح في معدتي وسيخرج منها الطفل. لم أكن أعرف الكثير من الأشياء، لأن أمي لم تخبرني. وأعتقد أن أمي كانت تعتبرني مجرد فتاة مصابة بالبهاق ولا فائدة منها ولا يمكنها الحمل. ولم يخبرني الناس في العيادة أي شيء أيضًا. هذا ما يحدث عندما يكون الشخص مصابًا بالبهاق. يصبح أبي ممسوسًا أحيانًا بأرواح أسلافنا، ويعطي نصائحهم للعائلة، ولذا تظن أمي أن أرواح أبي هي من أصابتني بالبهاق، وأمي لا تحبني في الحقيقة، لكني أظن أن أرواح أسلاف أبي غير مؤذية».

تمثل منطقة الإنجاب أرضية للاضطهاد، الذي يَنتهك أهم حقوق الإنسان للنساء المعاقات.[٢٠] ونرى في هذه الدراسة أن هذا الاضطهاد سائد سواء داخل العائلات، أو في مراكز الرعاية الصحية. في موقف يوضح وصم الذات، تعتقد داناي أن أمها لم تشاركها المعلومات بخصوص الإنجاب لأنها مصابة بالبهاق. يخلق المجتمع الوصمة، وإذا لم يرفض الشخص ذلك فإنه يبدأ في تكوين أفكار ومشاعر سلبية، ويتدنى احترامه لذاته وقيمتها. وربما وجدت أم داناي من الصعب مناقشة أمور الحياة الجنسية معها، ومن بينها الإنجاب، حيث يُعتبر هذا الموضوع محظورًا وسريًّا في الثقافة الأفريقية، مما يحد من الوصول إلى المعلومات وخصوصًا من جانب مجموعات الأقلية مثل النساء المعاقات.

حقوق الطبع محفوظة لمجلة قضايا الصحة الإنجابية النسخة العربية ٢٠١٦
C Crockett, B Cooper. Reproductive Health Matters 2016; 24:6-13

تطلعات النساء المعاقات فيما يتعلق بالإنجاب

توضح نتائج هذه الدراسة أن المشاركات اللاتي لم تكن لديهن أي تجارب إنجابية في وقت الدراسة يتطلعن إلى إنجاب الأطفال. وعلى سبيل المثال، تبلغ فيمباي ٢٢ سنة ومصابة بإعاقة عقلية، وتعيش في مصحة عقلية في منطقة حضرية. لم تتزوج من قبل، وليس لديها أطفال، ورسميًّا لا تعمل. قالت إنها تتمنى أن يكون لها صديق حميم، وأن تنجب منه أطفالاً.

«في البداية لم أكن أحب الفتيان، قد أُعجب بفتى لوقت قصير، ربما لمجرد يوم أو أسبوعين وسرعان ما ينتهي ذلك. ولكني الآن أفكر في أنني يجب أن أجد فتى، لأنني أريد أن أتزوج وأنجب أطفالي. لقد سأمت من العيش هنا، ولذا أريد أن أبدأ في تكوين عائلتي في القرية».

على أن تاتندا تعيش في نفس المصحة مع فيمباي، ومصابة بإعاقة عقلية وعمرها ٥٧ سنة. وهي مطلقة، وليس لديها أطفال، ورسميًّا لا تعمل تقول:

«الوضع هنا هو أنه يجب ربط القنوات التناسلية لجميع النساء. فكل النساء الموجودات هنا ومصابات بمتلازمة داون، أو الفصام، أو غيره، قنواتهن التناسلية مربوطة. لقد أجبروني على ربط قنواتي التناسلية عندما أتيت إلى هنا، لكنني الآن غير قلقة لأني في فترة انقطاع الطمث. كما أنه غير مسموح للناس هنا أن يحبوا بعضهم أيضًا، ومن يفعلون ذلك يتعرضون لعقوبة حرمانهم من الطعام. وأظن أن الأمر برمته ليس عادلاً».

يُنظر عادة إلى الحياة الجنسية للأشخاص ذوي الإعاقة باعتبارها إشكالية اجتماعية، وهي الممارسة التي ترمز في حد ذاتها إلى الاضطهاد.[١٧،٣٣] علاوة على ذلك، يواجه غالبًا الأشخاص ذوي الإعاقة الإكراه، والحدود، والعقوبات في حالات تمثل انتهاكًا جسيمًا لحقوقهم الإنسانية. فمن منظور حقوق الإنسان، تنص بوضوح المادة ٢٣(ج) من «اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة»[٣١] على حقهم في الحفاظ على خصوبتهم على قدم المساواة مع الآخرين. وبالإضافة إلى ذلك، تنص المادة ٢٣ (ب) من نفس الاتفاقية على الاعتراف بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في اتخاذ قرار حر ومسؤول بشأن عدد الأطفال الذين يودون إنجابهم وفترة التباعد بينهم. وتمثل المقتطفات المقتبسة أعلاه من سرد فيمباي وسرد تاتندا، أن معرفة تلك الحقوق وإعمالها هما شيئان مختلفان وربما لا يتحققان معًا.[١٦] ويتساءل المرء عن آداب ممارسة فريق الرعاية الصحية لمهنتهم، الذين يجرون العمليات الطبية على النساء المعاقات دون إشراكهن في حوار أو أخذ موافقتهن. وقد لاحظ بعض الباحثين صفات نزعة التمركز حول الذات في المهن الطبية والتي ينطوي عليها نهج «نحن متخصصون، ونعرف كل شيء»،[٢٤] والتي نادرًا ما تعطي اعتبارًا لوجهة نظر متلقي الخدمة.

الخاتمة

تكشف نتائج هذه الدراسة أنه على الرغم من دور الرعاية الصحية الممنوح لفريق العمل في المراكز الصحية، فإن هؤلاء العاملين ليسوا مؤهلين للتعامل مع تجارب الإنجاب لدى النساء المعاقات.[٢٠] وبالتالي من الحكمة أن تنظر سياسات التوظيف بقطاع الصحة في إشراك النساء المعاقات على مستويات متعددة. فهذه السياسة يمكن أن تخلق فرصة أمام نساء مدربات لتحقيق تغيير إيجابي في قطاع الصحة، يعزز بدوره الحساسية تجاه الاحتياجات الإنجابية للنساء المعاقات. وباسترشاد هذه السياسة بمهنيين ذوي إعاقة، يمكنها مساعدة النساء المعاقات على مواجهة مشكلة وصم الذات التي تؤثر على العديد من النساء.

إن إدخال موضوع الإعاقة والحياة الجنسية في المناهج الدراسية لجميع المهنيين العاملين بالرعاية الصحية سوف يسهم على المدى الطويل في النهوض بتحقيق الحقوق الجنسية والإنجابية للنساء المعاقات. ومن المرجح أن يؤدي

حقوق الطبع محفوظة لمجلة قضايا الصحة الإنجابية النسخة العربية ٢٠١٦
C Crockett, B Cooper. Reproductive Health Matters 2016; 24:6-13

ذلك التدريب إلى زيادة الوعي تجاه الاحتياجات المتفردة للنساء المعاقات في إطار منظومة تقديم الرعاية الصحية، وربما يؤدي أيضًا إلى زيادة الوعي بشأن الأثر السلبي لنهج التمركز حول الذات، الذي لا يراعي وجهة نظر متلقي الخدمة. تتوافق توصية تدريب الإعاقة مع ما ورد في «التقرير العالمي حول الإعاقة»[٣٤] الذي ينص على أنه يمكن تطوير معرفة ومهارات ومواقف العاملين بالرعاية الصحية عن طريق إضافة معلومات حول الإعاقة في مناهجهم الدراسية.

يجب أن يدعم التدريب أهمية تطبيق سلوكيات مهنية وأخلاقية على جميع النساء بغض النظر عن قدراتهن، ويجب ضم هذا التدريب إلى المناهج الدراسية وتقييم مدى استيعابه من خلال الاختبارات. هناك حاجة أيضًا لإجراء تقييم صارم لمدى التأثير، من شأنه تمكين أصوات النساء، ومن بينهن النساء المعاقات، على تقديم تغذية راجعة حول منظومة صنع السياسات بُغية السماح بإجراء التعديلات اللازمة والمناسبة. وعلى الرغم من أن إدراج الإعاقة في المنهاج الدراسي قد لا يُترجم تلقائيًا إلى عمل على أرض الواقع، فإن الأمر يتطلب الإشراك العملي لمجموعات المناصرة، بهدف تأكيد الحق في الحياة الجنسية للأشخاص ذوي الإعاقة. وفي واقع الأمر، يُعد نشر ثقافة حقوق الإنسان مسؤولية متعددة الأبعاد، لا يمكن تحقيقها عبر تغيير المناهج فقط.

ولمواجهة التحديات التي تفرضها بعض المعتقدات حول الإنجاب، يمكن أن يسعى المجتمع المدني ومنظمات الأشخاص ذوي الإعاقة ومجموعات المناصرة الأخرى إلى الشراكة مع منظمة «تحالف الشريط الأبيض» في زمبابوي، التي تعمل على النهوض بمفهوم «تقديم رعاية محترمة للأمومة» بهدف وضع الإعاقة في الحسبان في جميع أنشطتهم. ويمكن أن يوفر هذا النهج نقاط مرجعية وأماكن تقارب للنساء المعاقات، بحيث يمكن من خلالها أن يعرفن معلومات، ويأخذن نصائح، أو يشاركن في جلسات تشاور جماعية، فضلاً عن رفع وعي المنظمات بأهمية اتخاذ منهج شامل. تعتمد أنشطة التحالف جزئيًا على الجهود التطوعية التي تشمل الأفراد، والمنظمات غير الحكومية، والهيئات الحكومية، والشباب، وأفراد المجتمع المحلي، والمؤسسات الأكاديمية ومؤسسات التدريب على الصحة، والهيئات المانحة.

وكما أدت فرضية غياب الحياة الجنسية إلى صعوبة حصول النساء المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية على وسائل منع الحمل -وكذلك أدت إلى عدم نيلهن الإرشادات «الوقائية من نقل الفيروس من الأم إلى الطفل»، والعلاج بمضادات الفيروسات القهقرية - فإن نفس الفرضية تخلق حواجز أمام النساء المعاقات للوصول إلى الخدمات والمعلومات المناسبة حول الإنجاب. يمكن أيضًا أن تستند جماعات المناصرة إلى أمثلة المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشرية الذين أصبحوا نشطاء، ويقومون بتثقيف المجتمع حول أهمية الوعي بالعلاج وتعزيز المعرفة من خلال وسائل التواصل الاجتماعي ومجموعات الدعم والتمكين.

هناك احتياج أيضًا لأن تضع «وزارة الصحة ورعاية الطفل» سياسة توجه جميع مؤسسات الرعاية الصحية نحو كفالة توفير وحدات للرعاية الصحية للاعتناء بالنساء المعاقات على نحو مناسب ووافٍ، فضلاً عن توفير أشكال مناسبة للتواصل مثل: لغة الإشارة للصُم، أو غيرها من الأشكال الأخرى، التي تناسب أنواع الإعاقة المختلفة. بيد أنه قد لا يكون عمليًا، كما ذكرنا سابقًا، توقع أن يتعلم جميع العاملين بالرعاية الصحية لغة الإشارة؛ وبالتالي ربما يكون من المفيد وضع سياسة تسمح بوجود أحد أفراد العائلة أو المجتمع المحلي كمرافق في عنابر الولادة.

يصعب تعميم جميع النتائج التي نُوقشت في هذه الورقة البحثية؛ ويتطلب الأمر إجراء مزيد من البحوث حول الخبرات والتطلعات الإنجابية للنساء المعاقات، ونشر الوعي بحقوق الصحة الجنسية والإنجابية في بلدان الجنوب وبخاصة في السياق الأفريقي.

شكر وتقدير: حصلت هذه الدراسة على التمويل من مؤسسة «كانون كولنز للدعم القانوني والتعليمي»، و«صندوق مارجريت مكنمارا التذكاري» (البنك الدولي)، و«مجلس تنمية بحوث العلوم الاجتماعية في أفريقيا» (كودسريا).

المراجع

1. Asch A , Fine M. Nurturance, Sexuality, and Women with Disability: The Example of Womenand Literature. In: Davis, editor.The Disability Studies Reader. London: Routledge, 1997. P.241-259.
2. Basson R. Sexual health of women with disabilities.Canadian Medical AssociationJournal, 2008; 15(4):359. http://www-ncbi-nlm-nih-gov.ezproxy.uct.ac.za/pmc/articles/PMC1229598/
3. Becker G, Jauregui J. The Invisible Isolation of Deaf Women: Its Effect on Social Awareness. In: Deegan, Brooks. Women and Disability: The Double Handicap. New Brunswick:Transaction, 1985.P.23-26.
4. Braun, V., & Clarke, V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative researchin psychology, 2006;3(2), 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
5. Clandinin, D., & Caine, V. Narrative Inquiry.In Lisa M. Given (Ed.), The SageEncyclopedia of Qualitative Research Methods, 2008.(pp. 542-545). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications Inc. doi: http://dx.doi.org/10.4135/9781412963909.n27
6. Garland-Thomson R. Extraordinary bodies: Figuring physical disability in American cultureand literature. New York: Columbia University Press, 1997.
7. Garland-Thomson R. Feminist disability studies. Signs, 2005; 30(2): 1557-1587. http://dx.doi.org/10.1086/423352
8. Garland-Thomson R. Misfits: A feminist materialist disability concept. Hypatia, 2011; 26(3): 591-609. http://dx.doi.org/10.1111/j.1527-2001.2011.01206.x
9. Horton, R. . Disability: beyond the medical model. 374 (9704),2009DOI: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(09)62043-2
10. Kangaude, G. Disability, the stigma of asexuality and sexual health: A sexual rightsperspective. Review of Disability Studies: An International Journal, 2014;5(4).
11. Kathard H, Pillay M. Promoting change through political consciousness: A South Africanspeech-language pathology response to the World Report on Disability. International Journal ofSpeech-language Pathology, 2013; 15(1): 84-89. http://dx.doi.org/10.3109/17549507.2012.757803
12. Leonard Cheshire Disability.Realising the rights of women and girls with disabilities. Policy Briefing. http://www.leonardcheshire.org/sites/default/files/Women_and_girls_with_disabilities_0.pdf2014 March.
13. Lombardo, P. Eugenic Sterilization Laws (n.d.) http://eugenicsarchive.org/html/eugenics/essay8text.html
14. Mall, S., & Swartz, L. Sexuality, disability and human rights: strengthening healthcare for disabledpeople. SAMJ: South African Medical Journal, 2012; 102(10), 792-793.
15. Marshall, D. Birth companions: working with women in prison giving birth. British Journal ofMidwifery, 2010; 18(4), 255.
16. May D, Simpson MK. The parent trap: marriage, parenthood and adulthood for peoplewith intellectual disabilities. Critical Social Policy, 2003; 23(1): 25-43. http://dx.doi.org/10.1177/026101830302300102
17. McKenzie, J. A. Disabled people in rural South Africa talk about sexuality. Culture andSexuality: An International Journal for Research, Intervention and Care,2012; 15(3),372-386.doi:10.1080/13691058.2012.748936
18. Meekosha H. Gender and disability. Draft entry for forthcoming Sage Encyclopaedia ofDisability. http://pf7d7vi404s1dxh27mla5569.wpengine.netdna-cdn.com/files/library/meekoshameekosha.pdf. 2015 May 3.
19. Meekosha H, Shuttleworth R. What's so 'critical' about critical disability studies?Australian Journal of Human Rights, 2009; 15(1): 47-75.
20. Mgwili VN, Watermeyer B. Physically Disabled

Women and Discrimination inReproductive Health Care: In: Watermeyer, Swartz, Lorenzo et al, editors.Psychoanalytic Reflections.Disability and Social Change: A South African agenda. CapeTown: HSRC Press, 2006. p. 261-272.
21. Polkinghorne DE. Narrative configuration in qualitative analysis.International Journal ofQualitative Studies in Educatio, 1995; 8(1):5-23. http://dx.doi.org/10.1080/0951839950080103
22. Peta, C. (2017) The plight of a deaf pregnant woman April 9, 2017 http://www.sundaymail.co.zw/the-plight-of-a-deaf-pregnant-woman/
23. Peta, C., McKenzie, J., Kathard, H., & Africa, A. We are Not Asexual Beings: Disabled Women in Zimbabwe Talk About Their Active Sexuality. Sexuality Research and Social Policy, 2016; 1-15.
24. Pylypa, J. Power and bodily practice: Applying the work of Foucault to an Anthropology of the body. Arizona Anthropologist,1998; 13, 13-26. Retrieved 16 August, 2015 from https://arizona.openrepository.com/arizona/bitstream/10150/110194/1/azu_gn1_a785_n13_21_36_w-ocr.pdf
25. Redshaw, M., Malouf, R., Gao, H., &Gray, R. Women with disability: the experience of maternity careduring pregnancy, labour and birth and the postnatal period. BMC pregnancy and childbirth, 2013; 13(1),174.
26. Rosenberg J. Sterilisation in Nazi German,2016 https://www.thoughtco.com/sterilization-in-nazi-germany-1779677,2016.
27. Segurado, A. C., & Paiva, V. Rights of HIV positive people to sexual and reproductive health: parenthood. Reproductive Health Matters, 2007; 15(29), 27-45.
28. Syracuse University. Gender, disability and sexuality: Seminar in feminist Disability studies. http://www.researchgate.net/publication/242726800_CFEWS_700_Gender_Disability_Sexuality_Seminar_in_Feminist_Disability_Studies.2015 June 8.
29. The White Ribbon Alliance. Healthy mothers, healthy world. 2013. http://whiteribbonalliance.org/about-us/
30. Thomas C. The baby and the bath water: Disabled women and motherhood in social context. Sociology of Health & Illness, 1997; 19(5): 622-643.http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9566.1997.tb00423.x
31. United Nations. Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD). http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml. 2008.
32. WengrafT. Qualitative Research Interviewing. Thousand Oaks: CA: Sage, 2001.
33. Wilkerson A. Disability, Sex Radicalism and Political Agency. In Hall, editor. Feminist Disability Studies. Bloomington: Indiana University Press, 2011.p.194-217.
34. WHO (2011). World report on disability. Malta: World Health Organization.

حقوق الطبع محفوظة لمجلة قضايا الصحة الإنجابية النسخة العربية ٢٠١٦
C Crockett, B Cooper. Reproductive Health Matters 2016; 24:6-13

جدول (١): تفاصيل السير الذاتية للمشاركات

الاسم المستعار	السن	طبيعة الإعاقة	سن الإصابة	الحالة الزواجية	عدد الأطفال	النشاط الجنسي	الخبرة الريفية/ الحضرية
١. جامو	٢٠	عقلية	منذ الولادة	لم تتزوج أبدًا	٠	نعم	كلاهما
٢. رومبي	٢٢	بصرية	١٦	لم تتزوج أبدًا	٠	نعم	حضرية
٣. فيمباي	٢٢	نفسية	٧	لم تتزوج أبدًا	٠	نعم	كلاهما
٤. تمارا	٢٨	بصرية جزئية	٢٠	لم تتزوج أبدًا	١	نعم	كلاهما
٥. نياراي	٢٩	عقلية	منذ الولادة	لم تتزوج أبدًا	٠	نعم	كلاهما
٦. ماكو	٣١	صرع	١٦	مطلقة	٢	نعم	كلاهما
٧. سارو	٣٢	صماء	٦	مطلقة	١	نعم	كلاهما
٨. داناي	٣٧	بهاق / بصرية	منذ الولادة	تعايش مشترك	٣	نعم	كلاهما
٩. تاري	٣٨	بهاق / بصرية	منذ الولادة	أرملة	١	نعم	كلاهما
١٠. تسيتسي	٣٨	حركية / شلل الأطفال / العكازات	٢	تعايش مشترك	٢	نعم	كلاهما
١١. مارا	٤٢	حركية /إصابة في الحبل الشوكي	٣٥	أرملة	٣ + ٢ من الأحفاد	نعم	كلاهما
١٢. مايتا	٤٨	نفسية	٢٥	مطلقة	٢	نعم	كلاهما
١٣. نياشا	٤٧	بصرية	٢	لم تتزوج أبدًا	٠	نعم	كلاهما
١٤. تشيبو	٥٤	حركية /إصابة في الحبل الشوكي	٣٨	متزوجة	٥ + حفيد	نعم	كلاهما
١٥. رودو	٥٠	الصمم / بصرية جزئية	الصمم في عمر سنتين، والإعاقة البصرية في سن ٤٢	مطلقة	٠	نعم	كلاهما
١٦. تاتندا	٥٧	عقلية	منذ الولادة	مطلقة	٠	نعم	كلاهما

يبلغ متوسط عمر المشاركات ٣٧ سنة. جميع المشاركات نشطات جنسيًّا. جميع المشاركات غير متزوجات ما عدا واحدة. جميع المشاركات عشن في الحضر والريف ما عدا واحدة. يوجد أطفال لدى ٩ مشاركات، ومن هذا العدد يوجد أحفاد لامرأتين. تعاني ٥ مشاركات من إعاقات خلقية منذ الولادة، وأُصيبت ١١ مشاركة الإعاقة في فترات لاحقة، وأُصيبت مشاركة واحدة بالصَّمَمِ في سن سنتين، ثم أُصيبت بإعاقة بصرية جزئية في سن ٤٢ سنة. لم تحصل ٥ مشاركات على أي نوع من التعليم. وهناك ١١ مشاركة لا تعمل بشكل رسمي.

المصدر كريستين بيتا

بائعة متجولة بالشارع ومعاقة مع أطفالها، هراري زمبابوي

قضايا الصحة الإنجابية باللغة العربية

REPRODUCTIVE HEALTH matters

قضايا سياسية راهنة

الكشف عن المعلومات المغلوطة المتعلقة بممارسات وأساليب تنظيم الأسرة للأشخاص الصُّم في غانا

بقلم: ويسدوم كوادو مبراه[١]، باتريشيا أنافي[٢]، بول يو أداي يبواه[٣]

(١) محاضر بقسم صحة المجتمع، جامعة كوامي نكروما للعلوم والتكنولوجيا، كوماسي غانا.

(٢) أستاذ مساعد بقسم صحة المجتمع، جامعة نيويورك - بوتسدام العامة، الولايات المتحدة الأمريكية.

(٣) رئيس مكتب العلاقات بالجامعة، جامعة المعادن والتكنولوجيا، تاركوا، غانا.

ترجمة: مواهب المويلحي

موجز المقال: إن الحصول على معرفة جيدة بوسائل تنظيم الأسرة حيوي للغاية؛ لخفض معدلات مراضة ووفيات الأمهات الناجمة عن الحمل غير المخطط له، والإجهاض غير الآمن. وفي هذه الورقة، نُلقي الضوء على قدرة الأشخاص الصم نحو إدراك سوء الفهم حول الحمل وذلك بهدف تقييم مستوى معرفتهم بوسائل منع الحمل. تم استخلاص هذه المقالة من تقييم الاحتياجات الجنسية والإنجابية لمشاركين من ساكني مدينتين، ومدرسة ثانوية قديمة. اشتمل تقييم الاحتياجات على ثلاث مجموعات بؤرية اشترك فيها ٢٦ مشاركًا، ومسح تضمن عدد ١٥٢ مشارك، ومقابلة مع أحد العاملين في مجال الصحة، وبخلاف العامل الصحي كان المشاركون جميعهم من الصم. أشارت نتائج هذه الدراسة إلى أن أكثر من نصف المشاركين لم يكن لديهم معرفة بوسائل منع الحمل، نتائج هذه الدراسة تؤكد على دراسات أخرى أشارت نتائجها عمومًا إلى عدم معرفة الصُّم بموضوعات الصحة الجنسية والإنجابية في غانا. وبالرغم من أن هذه الدراسة ركزت على منع الحمل غير المرغوب فيه، وهو مجرد جزء واحد من موضوعات الصحة الجنسية والإنجابية، إلا أن الدراسة تعطينا إشارات عامة عن احتياجات الصحة الجنسية والإنجابية لمجتمعات الصُّم وتدعو صانعي السياسات لأخذ هذه الموضوعات في الاعتبار.

الكلمات الدالة: وسائل منع الحمل، الصم، غانا، حمل

مقدمة

يمثل الحمل غير المخطط له مشكلة طبية واجتماعية وصحية كبيرة عالميًا، وغالبًا ما ينتج عنه إجهاضًا غير آمن ووفيات. وقد أشارت الدراسات إلى وجود نسب مرتفعة من السيدات اللاتي خضن تجربة الحمل غير المخطط له (سواء غير مرغوب فيه، أو جاء في وقت غير مناسب) واللاتي لديهن احتياجات غير ملباة من وسائل منع الحمل ـ خاصة في البلدان النامية، وتتوفي الكثير من النساء أيضا كل عام؛ كنتيجة لمضاعفات هذه الأحمال، و٩٩٪ من تلك المضاعفات تحدث في البلاد النامي.[١] وتشير التقديرات إلى أن ١٤ مليون حالة حمل غير مخطط له تحدث في أفريقيا جنوب الصحراء كل عام، نصفهم تقريبًا لسيدات صغيرات في سن ١٥ -٢٤،[٢] بالرغم من تقرير عام ٢٠١٥ الذي أشار إلى أن ٦٩٪ من الولادات في غانا عام ٢٠١٤ كان مخططًا لها. يشير هذا إلى انخفاضًا بنسبة ٧٪ في حالات الحمل غير المخطط له بالمقارنة بعام ٢٠٠٨، إلا أن نسبة الحمل غير المخطط له لازالت عالية وهناك ٢٤٪ من حالات الحمل عام ٢٠١٤ جاءت في توقيت غير مناسب، و٧٪ غير مرغوبٍ فيها[٣].

تبنت كثيرٌ من الحكومات تنظيم الأسرة كأولوية لاستراتيجية تهدف لمساعدة السيدات على تجنب الآثار السلبية للحمل غير المخطط له.[٤] إن وسائل تنظيم الأسرة الحديثة توفر طرقًا آمنة وفعالة لمنع الحمل، وتساعد الأزواج على ممارسة حقوقهم واتخاذ قرارات إنجابية مسئولة.[٥] ومن خلال هذه الوسائل يستطيع الأزواج تحديد متى

يتم الحمل وكيفية التباعد بين الحمل والآخر. وعليه فإن الاستخدام الفاعل لوسائل منع الحمل يؤدي إلى مزايا صحية واجتماعية كبيرة للأمهات وكذلك لأطفالهن.

وقد تبنت الحكومة في غانا تنظيم الأسرة كاستراتيجية أولية لمعالجة معدلات الولادة وعدد السكان بالبلاد.[٣] ونتيجة لذلك، هناك رغبة متزايدة من الحكومة للعمل على سهولة وصول السيدات والرجال ـ على حد سواء ـ لخدمات تنظيم الأسرة. والهدف الأشمل لبرنامج تنظيم الأسرة ـ هو مساعدة الأزواج والأشخاص للوصول إلى أهدافهم الإنجابية المختارة وتحسين صحتهم الإنجابية عموماً[٣]. وكجزء من مجهودات زيادة معدل استخدام خدمات تنظيم الأسرة هناك الرغبة في تحسين مستوى المعرفة بوسائل تنظيم الأسرة للأزواج. ويُعتقد أن المعرفة الجيدة هي عامل مهم للوصول إلى الاستخدام الأمثل لهذه الوسائل.[٣]

وقد لوحظ أن المعرفة غير الكافية، والمعلومات المغلوطة، قد تؤدي إلى مستوى منخفض من القبول والاستخدام الخاطئ لوسائل منع الحمل. إن المعرفة الخاطئة قد تؤدي إلى سوء فهم حول تنظيم الأسرة وتصبح عائقًا بمنع الاستخدام.[٧] على سبيل المثال، سوء الفهم بشأن الأعراض الجانبية المحتملة لوسائل منع الحمل، والنتائج الضارة، وكذلك الإشاعات السلبية حول الأشخاص الذين يستخدمون هذه الوسائل، قد تعوق استخدامها.[٨] بالإضافة إلى ذلك فالمعتقدات الخاصة بأن وسائل تنظيم الأسرة هي للمتزوجين فقط وغير ملائمة لغير المتزوجين، قد تحد من قبولها.[٩] يُعتبر الحصول على معلومات ذات جودة، وتوفير اختيارات لمنع الحمل ـ هي عامل هام لنجاح أي برنامج لتنظيم الأسرة.[١٠] يواجه الصُّم مشاكل جدية للوصول إلى الخدمات نظراً لاحتياجات التواصل الخاصة بهم، فهم يواجهون تحديات للوصول إلى الرعاية الصحية أكثر من غيرهم.[١١] حيث لا تتضمن برامج الصحة الجنسية والإنجابية الميدانية على الأغلب، أشخاصًا من الصم للتواصل مع فاقدي السمع.[١٢-١٣] فمصادر المعلومات حول منع الحمل كالراديو والتليفزيون لا تصل إليهم؛ لأنها لا تتضمن احتياجات التواصل الخاصة بهم. وهناك عدم توافر للمعلومات الصحية والتعليم بلغة الإشارة.[١٣-١٤] على سبيل المثال، بث المعلومات من الحملات التعليمية حول الموضوعات الخاصة بالصحة الجنسية والإنجابية (متضمنة الحمل) تصل عمومًا عن طريق وسائل الإعلام والمواد المكتوبة كاللوحات والملصقات. ومع ذلك، فإن انخفاض نسبة الانخراط في التعليم والأمية للصُّم؛ تجعل من الصعب عليهم قراءة وفهم المعلومات المكتوبة.[١٤-١٦] وقد أشارت الدراسات إلى أن الشخص الأصم يفتقد إلى مستوى تعليمي كافٍ للاستفادة من التعليم الصحي وخصوصًا المعلومات من مصادر مكتوبة كالملصقات، وكذلك برامج التليفزيون المعنونة.[٢١] ويعتبر الصُّم في غانا مهمشين؛ وذلك بسبب التحديات التي يواجهونها في الحصول على معلومات صحية، هذا بالإضافة إلى معدل البطالة العالي وانخفاض مستوى التعليم الرسمي والفقر.[١٨]

بالإضافة إلى ذلك، فإن العاملين في مجال الصحة، وهم المصدر الرئيس للمعلومات الصحية، غير مدركين لثقافة الصمم والاحتياجات المعلوماتية للصم. إن مقدمي الخدمات الصحية يواجهون صعوبات في التواصل مع هؤلاء الأشخاص،[١٩، ٢٠] وغالبًا لا يدركون صعوبة قراءة الشفاه، ويعتقدون في قدرة الصم على فهم المعلومات المكتوبة.[٢١] لذلك ينخفض مستوى التواصل بين هؤلاء الأشخاص والعاملين في مجال الصحة، وتنشأ الصعوبات حول الحصول على الخدمة داخل منظومة الرعاية الصحية.

إن الأدبيات الخاصة بالحمل وصحة الأمهات

للصم عمومًا نادرة. وتشير إلى عدم كفاية الجهود المبذولة في هذا الصدد عالميًا. [٢٢] وهذا بالفعل هو الحال في غانا، حيث لا تتوافر معلومات كافية عن الأشخاص المعاقين. [٢٣] في حين أن المشاكل الخاصة بالحمل تمثل أمورًا هامة بالصحة العامة لكل السيدات في عمر الإنجاب [٢٤-٢٥] وتتوفر البيانات الشاملة بهذا الصدد للعامة في غانا ، ولكن يختلف الوضع بالنسبة للصم، ولا يوجد القدر الكافي من المعلومات بصددهم.

ومع ذلك، وجب الأخذ بعين الاعتبار الصعوبات - عمومًا - التي يواجهها الصُّم في الحصول على خدمات خاصة بالصحة؛ فإن وضعهم غالبًا سيئ في هذا الأمر. فالدراسات القليلة التي أُجريت على الصُّم ركزت على مستوى معرفتهم بفيروس نقص المناعة والإيدز. [٢٦-٢٨] والصعوبات التي يواجهونها للحصول على معلومات خاصة بالصحة الجنسية والإنجابية. [٢٩-٣١] وفرت هذه الدراسات بعض الإشارات حول التحديات المحتملة التي يواجهونها عند استخدام معلومات خاصة بالحمل، ولكنها لا توفر معلومات مفيدة لتحسين معلوماتهم عن كيفية تجنب الحمل. تلقي هذه الورقة الضوء على فجوة المعلومات هذه؛ عن طريق تقييم مستوى معرفة الصم بوسائل منع الحمل. وتعتبر هذه الورقة واحدة من سلسلة أوراق تم نشرها [٢٩-٣١] من خلال تقييم الاحتياجات التي غطت مجموعة من الموضوعات الخاصة بالصحة الجنسية والإنجابية للصُّم في غانا. [١١] ركزت الأوراق السابقة على نواحي أخرى للصحة الجنسية والإنجابية، ومصادر المعلومات حول هذه الموضوعات، [٢٠] والمعرفة والاتجاهات حول فيروس نقص المناعة [٢٩] والعوائق التي يواجهها الصم. [٣٠] تساعد هذه الورقة على إلقاء الضوء على احتياجات الصحة الجنسية والإنجابية للصم؛ وتوفر معلومات عن جزء آخر من احتياجات الصحة الجنسية والإنجابية للصُّم في غانا كتنظيم الأسرة.

المنهجية:

تم إجراء تقييم لاحتياجات الصحة الجنسية والإنجابية للصُّم ممن يجيدون استخدام لغة الإشارة الخاصة بغانا (GSL) ويعيشون بها. واستخدمنا خليطًا من أساليب تصميم البحوث، والتي تضمنت ثلاث مجموعات بؤرية ومسحًا. وقد سمحت المجموعات البؤرية باستكشاف متعمق للموضوع، وأفرزت نتائج احتاجها تصميم أدوات المسح. وتناول المسح الموضوع في مجتمع الصم عمومًا. [٣٠-٣١] وبالإضافة إلى ذلك فقد اعتمدنا على المناقشات مع العاملين في مجال الصحة الجنسية والإنجابية، وقد ساعدت البيانات التي حصلنا عليها من هؤلاء العاملين على توضيح بعض الأمور التي تم تضمينها في المجموعات البؤرية، وتلك الخاصة بالمشاركين في المسح.

ساعدت أساليب البحث المختلفة على تيسير تفسير البيانات، التي تم تجميعها عن الموضوع نفسه، وكانت قادرة على فحص وشرح وترجمة الموضوعات الاجتماعية المعقدة. [٣٢] وعلى ذلك فإن استخدام أساليب بحث مختلفة في هذه الدراسة كانت ملائمة؛ وذلك لأن موضوعات الصحة الجنسية والإنجابية في غانا تمثل تحديًا أثناء جمع المعلومات وتفسيرها والذي يحتاج إلى استخدام أكثر من أسلوب واحد. [٣٠، ٣١]

العينة:

تضمنت الدراسة عدد كلي ١٧٩ مشارك: منهم ٢٦ في مجموعات بؤرية (١٧ ذكور + ٩ إناث)، ١٥٢ مشارك في المسح (٨٧ ذكور + ٦٥ إناث) بالإضافة إلى شخص (ذكر) واحد وفر المعلومات الرئيسة. لم يشترك مشاركو المجموعات البؤرية في المسح. الرجل الذي أمدنا بالمعلومات كان في وقت الدراسة هو الشخص الوحيد الموجود، وله خبرة بالعمل مع الصُّم حول موضوعات الصحة الجنسية والإنجابية. وبخلاف هذه الشخص، كان الجميع من الصُّم.

وتم تجميع المشاركين من مجتمعين اثنين في غانا: تمال وهي مدينة في المنطقة الشمالية، وأكرا في المنطقة الجنوبية لغانا. ويرجع السبب في اختيار هذين المجتمعين، للرغبة في جمع المشاركين من خلفيات اجتماعية وثقافية مختلفة. وكذلك للتأكد من تمثيل جميع الاتجاهات في العينة. وتمثل تمال، وأكرا القسمين الشمالي والجنوبي للبلاد، وتعكس الفروق الهامة في الثقافة والخلفية الاجتماعية - الاقتصادية. [٣٠- ٣١] بلغ عدد المشاركين من كنيستين للصُّم بأكرا ٤٣ بالإضافة إلى ٢٦ مشاركًا من مركز للصم بأكرا، ١٧ مشاركًا من مركز للصُّم في تمال، وكذلك ٩٢ مشاركًا من الصُّم بمدرسة ثانوية قديمة بأكرا. زاد اختيار هذه الأماكن من فرصة التعرف على أشخاص صُم ممن حصلوا على تعليم رسمي ويتواصلون بلغة الإشارة الخاصة بغانا، ذلك لأن العديد من الصُّم الذين يتحلون بهذه الصفات يتواجدون في هذه الأماكن. [٣٠-٣١]

تم اختيار عددًا أكبر من المشاركين من المدرسة الثانوية القديمة، أكبر من عدد المختارين من كنائس ومراكز الصُّم؛ لأن هذا المدرسة هي المدرسة العامة الوحيدة في غانا التي يلتحق بها التلاميذ من جميع أنحاء البلاد، لذا لديها تلاميذ من خلفيات اقتصادية، واجتماعية، وثقافية مختلفة، وغالبًا هؤلاء يمثلون شريحة المراهقين الصم في غانا. أما عدد المختارين من مدينة تمال فكان قليلاً، وذلك إلى حد ما لصعوبة الحصول على صُم ممن حصلوا على تعليم رسمي. هاجر الكثير من المتعلمين من الجزء الجنوبي لغانا بحثًا عن وظائف وفرص تعليمية أفضل. [٣٠-٣١] وبذلنا جهدنا لتمثيل الإناث بنسبة مماثلة حيث إن الإناث الصغيرات أكثر تهميشًا من الذكور.[٣٣] وأطلقنا على المشاركين من كنائس ومراكز الصُّم في أكرا، وتمال (سن ٢٦ فيما فوق) «الأشخاص البالغون» بينما المشاركون من المدرسة الثانوية (١٨ - ٢٥ من العمر) «الأشخاص المراهقون». [٣٠-٣١]

تقنية اختيار العينة:

تم اختيار المشاركين عن طريق تقنية جمع العينة المقصودة. تضمنت مواصفات المشاركين في هذه الدراسة، المعرفة الجيدة بلغة الإشارة بغانا، الانخراط في التعليم (المشارك حصل على بعض التعليم الرسمي)، وعمره أكثر من ١٨ عامًا. وقد ركزنا على هؤلاء الحاصلين على التعليم الرسمي ويستخدمون لغة الإشارة الغانية؛ لأن التعليم الرسمي ضرورة لتعلم لغة الإشارة الغانية. وكان التواصل مع الصم ممن لا يستخدمون لغة الإشارة الغانية، سيتسبب في تحديات لوجستية جسيمة لهذه الدراسة. [٣٠-٣١]

تم التواصل مع المشاركين المستقبليين عن طريق رسائل نصية وبريد إلكتروني واحتوت الرسائل على معلومات عن الدراسة والمواصفات المطلوبة. وقد صممنا نصوصًا مكتوبة لاستقدام المشاركين باللغة الإنجليزية والتي ترجمت إلى لغة الإشارة في اجتماعات تمهيدية.

وبعد الاتصال بالمشاركين المستقبليين، تم تنظيم اجتماعات للذكور والإناث في مكانين مختلفين؛ لمناقشة أهداف الدراسة وإجراءاتها، ومكافأتهم والأمور المتعلقة بخصوصيتهم وثقتهم. وفي المدرسة الثانوية حصلنا على موافقة شفوية من مدير المدرسة وتم إرسال إخطار حول الدراسة لكل المدرسين والتلاميذ، تم اجتمعنا بالتلاميذ أثناء تناولهم وجبة الغذاء، وأعطينا لهم تفاصيل عن الدراسة، ومواصفات المشاركين المطلوبة. واجتمعنا بالتلاميذ المهتمين لتحديد تاريخ للفحص والاختيار، وتم الحصول على موافقة مَبنية على المعرفة من كل المشاركين قبل استقدامهم. [٣٠-٣١]

جمع البيانات:

- المجموعات البؤرية:

أجرينا ثلاث مجموعات بؤرية: (١) المجموعة التنفيذية، وتضمنت سبع تنفيذيين من الجمعية

الوطنية للصم في غانا، وكانوا جميعًا من الذكور، (٢) مجموعة البالغين من الذكور وتضمنت ١٠ مشاركين، (٣) البالغات من الإناث، وتضمنت تسع مشاركات. ولم يشترك التلاميذ في المجموعات البؤرية؛ لأننا قصدنا استهداف بالغين بعينهم ممن هم قادرين على توفير المعلومات التي نحتاجها لتصميم أدوات المسح. وبالتالي لم تتح لنا الفرصة لاستكشاف وجهات نظر التلاميذ في المجموعات البؤرية.

قد احتوى دليل المجموعات البؤرية على أسئلة مفتوحة النهايات، وفرت معلومات عن وجهة نظر المشاركين حول الحصول على معلومات وخدمات الصحة الجنسية والإنجابية. وتناولت المناقشة الموضوعات العريضة حول: (١) مصادر المعلومات، (٢) المعرفة بموضوعات الصحة الجنسية والإنجابية، (٣) التحديات التي يواجهها الصُّم للحصول على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، (٤) أساليب مواجهة المشاكل التي يتعرض لها الصُّم عند محاولتهم الوصول إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، (٥) دور الجمعية الوطنية للصُّم في غانا لتقديم خدمات الصحة الجنسية والإنجابية. وقد استخدمت شرائط فيديو وتسجيلات سمعية لتدوين إجراءات المجموعات البؤرية بعد استئذان المشاركين، وبينما أُجريت مناقشات المجموعات البؤرية مع التنفيذيين والبالغين من الذكور بواسطة مساعدي بحث من الذكور، أُجريت المناقشات مع الإناث بواسطة إناث. وقد ساعدنا مساعدي البحث عندما كان هناك احتياج للتعمق في التوضيح، أو عندما أخذت المناقشات خطًا مختلفًا. وكان الباحث الأول ومساعدي البحث كلهم من السكان المحليين، ويجيدون لغة الإشارة الغانية، والتي استخدمت في إجراء المجموعات البؤرية.

تم تحليل بيانات المجموعات البؤرية الثلاث كل على حده؛ لبيان فروق الاستجابات بين الفئات الثلاث المشاركة: التنفيذيون من الذكور في مجتمعات الصُّم، المشاركون من الذكور والمشاركات من الإناث. وقد تم تحويل شرائط الفيديو الخاصة بالمجموعات البؤرية إلى شرائط للعرض DVD مستخدمين برنامج Adobe للفيديو. وتم تحليل شرائط الأسطوانات المدمجة والشرائط السمعية المسجلة وتحويلها إلى صيغة نصية. كما تم نقل ونسخ المعلومات من الأسطوانات المدمجة من خلال خطوتين: «جزئية» وكاملة.

تضمنت الخطوة الأولى، مشاهدة الأشرطة من المجموعات البؤرية لتحديدها وتحويلها إلى وثائق تعكس آراء المشاركين، وكان ذلك هو نسخة مختصرة من المناقشات تتضمن المعلومات المطلوبة لتصميم أدوات المسح. وقد تسبب التحويل اللفظي لشرائط الأسطوانات المدمجة، في تأخير تصميم استمارة الأسئلة الخاصة بالمسح لذا فقد تم استخدام الإجراء المختصر. أما التحليل الشامل، فهو يمثل البيانات من المجموعات البؤرية التي استخدمت لتكمله نتائج المسح من عينة المسح النهائية.

المسح:

تضمن المسح معلومات استخلصت من الأدبيات والموضوعات التي حددها المشاركون من خلال المجموعات البؤرية. وقد غطى المسح العديد من الموضوعات منها التحديات التي يواجهها الصُّم عن محاولتهم الحصول على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، وكذلك معلوماتهم عن وسائل منع الحمل، وبالإضافة إلى ذلك تضمن المسح بيانات عن الممارسات التي قد تمنع الحمل، وتم سؤال المشاركين عما إذا كانت هذه البيانات صحيحة أو مغلوطة، أو أنهم لا يعرفون الإجابة.

وبخلاف المشاركين من مدينة تمال، والذين تم سؤالهم فرديًا، تم طرح الأسئلة في مجموعات. وفي كل جلسة للمجموعة، اجتمع المشاركون

في غرفة واحدة، ووزعت عليهم الاستمارات، وأعطيت التعليمات اللازمة، وساعد مساعدو البحث المشاركين الذين احتاجوا للمساعدة. تم كتابة بعض البنود على السبورة واللوحة القَلابة؛ لتسهيل وشرح البنود للمشاركين لتجنب استفسار كل مشارك محتاج للمساعدة على حدة. كتبت بنود المسح باللغة الانجليزية، ولكن استخدمت لغة الإشارة الغانية؛ لتفسير وشرح البنود للمشاركين المحتاجين للمساعدة. تم إجراء المسح بواسطة الباحثين ومساعديهم الاثنين.

اِستُخدِمَت إحصائيات وصفية أساسية لتحليل وتلخيص البيانات الناتجة من المسح. تم إدخال استجابات المشاركين في برنامج SPSS «المجموعة الإحصائية للعلوم الاجتماعية « للتحليل الاحصائي، وعرضت الجداول لمقارنة الاستجابات والفروق بين الفئات العمرية والنوعية المختلفة.

الأمور الأخلاقية:

تمت الموافقة على الدراسة من لجنة المراجعة بجامعة الينوي بشيكاغو. وكما سبق وذكرنا، فقد حصلنا على موافقة شفهية من مدير المدرسة الثانوية للصُّم قبل استقدام المشاركين. وكذلك من رئيس وحدة الصحة الجنسية والإنجابية في عيادة ادابراكا بمدينة أكرا. بالإضافة إلى ذلك- الحصول على موافقة كتابية من الجمعية الوطنية للصُّم بغانا. تم الحصول على موافقات مبنية على المعلومات من كل المشاركين باستخدام لغة الإشارة الغانية. وتضمنت إجراءات هذه الموافقات توفير معلومات حول الفترة المحتملة للمسح والمكافآت التي ستدفع، والتأكيد على أن المشاركة تطوعية تمامًا، وأن عدم موافقتهم على الانخراط في الدراسة لن يكون لها أي آثار عكسية على علاقاتهم بالباحثين. وبالإضافة إلى ذلك، تم التأكيد على أن المشاركين ليسوا مجبرين على الإجابة عن كل الأسئلة، كما أن لهم الحق في الانسحاب من المشاركة في أي وقت، وأن أسماءهم لن تحدد في البيانات، وتم إخطار مشاركي المجموعات البؤرية بتصوير، وتسجيل المناقشات، وترك الحرية لمن لا يريد التصوير في الانسحاب.

النتائج:

البيانات الديموغرافية:

كان ثلثي عدد المشاركين الصُّم الـ ١٧٨ من المدرسة الثانوية للصُّم؛ وذلك يعكس النسبة العالية من المشاركين الذي يتمتعون بتعليم ثانوي عالٍ ونسبة الشباب في العينة والنسبة العالية لغير المتزوجين (جدول١).

كانت نسبة مشاركة الذكور في الدراسة أعلى منها في الإناث (٥٢,٨٪) نظرًا لأن القليل من الإناث الصم يتمتعن بتعليم رسمي. أما بشأن متى بدأ الصَّمَمُ، فإن ٧٠٪ من المشاركين أصبحوا صم قبل سن ١٨ من العمر. وبما أن المعلومات قليلة حول توزيع وانتشار بداية الصَّمَم لدى الصُّم لذا فمن المستحيل تقدير ما إذا كانت هذه النسبة ممثلة لمجتمع الصُّم عمومًا في غانا، ومع ذلك فإن التمثيل العالي للمراهقين يمكن جدًا أن يكون سببًا في خطأ انحيازي حول توزيع بداية الصَّمَم في هذه العينة.

جدول ١ الصفات الديموغرافية للمشاركين بالسن والنوع

الديموغرافية	الذكور		الإناث	
	مراهقون	بالغون	مراهقات	بالغات
	(٤٨)	(٥٦)	(٤٤)	(٣٠)
	٪	٪	٪	٪
السن				
١٨ – ٢٥	٤٨ (١٠٠)	-	٤٤ (١٠٠)	-
٢٦ – ٣٥	-	٤٥ (٨٢,٦)	-	١٤ (٤٧,٦)
٣٦ – ٤٥	-	٣ (٤,٣)	-	٦ (١٩,٠)
٤٦ – ٥٥	-	٥ (٨,٧)	-	٧ (٢٣,٨)
٥٦ فيما فوق	-	٣ (٤,٣)	-	٣ (٩,٥)
الحالة الاجتماعية				
متزوج	-	٢٣ (٤١,٠)	-	١١ (٣٨,١)
غير متزوج	٤٨ (١٠٠)	٣٠ (٥٣,٨)	٤٤ (١٠٠)	١٩ (٦١,٩)
منفصل/ مطلق	-	٣ (٦,١)	-	-
المستوى التعليمي				
مدرسة ثانوية عالية	٤٨ (١٠٠)	٢٧ (٤٨,٦)	٤٤ (١٠٠)	١٣ (٤٢,١)
فني	-	٦ (١٠,٨)	-	٣ (٩,٥)
جامعي/ فني متعدد/ دبلومة	-	-	-	-
أخرى	-	٢٣ (٤٠,٥)	-	١٤ (٤٨,٤)
العمر عند بداية الصَّمم				
أقل من ١٦	٣٦ (٧٥,٦)	٤٦ (٨٢,٨)	٤١ (٩٢,٧)	٢٤ (٨١,٣)
١٦ - ٢٥	١٢ (٢٤,٤)	٢ (٣,٤)	٣ (٧,٣)	٤ (١٢,٥)
٢٦ - ٣٥	-	٢ (٣,٤)	-	٢ (٦,٣)
٣٦ - ٤٥	-	٢ (٣,٤)	-	-
٤٦ - ٥٥	-	٢ (٣,٤)	-	-
٥٦ فأكثر	-	٢ (٣,٤)	-	-

المجموعات البؤرية:

ناقش المشاركون في المجموعات البؤرية معلومات الصُّم حول وسائل منع الحمل. وقد أشارت نتائج المناقشات إلى وجود اختلافات بين المشاركين الذكور حول هذا الموضوع. كان لدي الغالبية من الذكور (٧٧٪)، إدراكًا بأن الأشخاص الصُّم المنخرطين في سلوكيات جنسية خطرة قد يتعرضوا لحمل غير مرغوب فيه، بينما رأي الباقي أن الصُّم لديهم المعرفة وكيفية تطبيقها؛ للتعامل مع موضوعات مختلفة خاصة بالحمل. هذه هي بعض الاقتباسات مما قاله اثنان من المشاركين تعكس وجهات النظر المتباينة.

«أعتقد أن معرفة الصُّم بموضوعات الحمل منخفضة؛ لأنه ليس من السهل عليهم فهم المشاكل المتعلقة بالأمراض الجنسية، والتهابات الجهاز التناسلي، والأمور المتعلقة بالحمل تحتاج إلى مزيد من التفسير. أعني أن الصُّم لا يعرفون الكثير عن هذه الأمراض والالتهابات، وحمل المراهقات، وصحة الأمهات، وكيفية تجنب الحمل لذلك لدينا الكثير من حالات حمل المراهقات في مجتمعات الصُّم. ذلك لأننا لا نفهم الكثير من الأمور التي يتكلم عنها مقدمو الصحة، والمصادر الأخرى حول تجنب الحمل». (مشارك ذكر ٣، سن٣٤)

«الكثير من الصُّم لديهم المعرفة بكيفية استخدام العازل الذكري، ووسائل منع الحمل الأخرى كإجراءات آمنة لتجنب الحمل، كذلك المعرفة بالحمل غير المخطط له، وكيفية تجنبه منتشرة للغاية بين مجتمعات الصُّم. ونحن نستخدم هذه المعرفة بالموضوعات تلك لأخذ الاحتياطات؛ لتجنب الحمل وغيره من مشاكل الصحة الجنسية والإنجابية». (مشارك ذكر ١، سن ٢٩)

ومع ذلك، فقد كان هناك اتفاقٌ بين الإناث حول نقص المعرفة حول موضوعات الحمل بين الصُّم. فعلى سبيل المثال، قالت ثلاث من المشاركات: إن الكثير من الصُّم غير مدركات، ويجهلن مضاعفات ممارسة الجنس بدون وقاية، كالحمل غير المخطط له والإجهاض. وكنتيجة لذلك فهن ينخرطن في سلوكيات جنسية خطيرة، قد تؤدي بهن إلى حمل غير مخطط له، خاصة بين الصم غير المتزوجين. اثنتان أخريتان من المشاركات وافقن على ذلك قائلين: إن نسبة الجهل بأمور الحمل عالية بين المراهقين، وهؤلاء ممن ليس لديهم تعليمًا رسميًا ويعتقدن أن هذا هو السبب في زيادة نسبة حمل المراهقات بين الإناث الصُّم. ولكنهن أوقعن اللوم في هذه الحالة على عدم توافر معلومات بطريقة سهلة الوصول إليها للأشخاص الصُّم.

«صحيح أن الصُّم ليس لديهم معرفة كافية حول الحمل، وينخرطون في ممارسة الجنس بدون وقاية. الصُّم لا يعرفون الكثير عن هذه الأمور. إنك تعرف أن الصُّم لا يستطيعون الوصول إلى التليفزيون والصحف؛ لذا كيف لهم أن يفهموا هذه المعلومات من الأطباء والممرضات؟ إن بناتنا يقعن دائمًا في الحمل. ولدينا مشاكل جدية في فهم واستخدام الوسائل الحديثة لتجنب الحمل». (مشاركة أنثى ٤، سن٤٤)

وبالمثل فقد وافق كل التنفيذيين الذكور على الرأي القائل بأن الصُّم عمومًا غير مدركين لمضاعفات الجنس غير الآمن وبدون وقاية. شرح أحدهم أن حمل المراهقات منتشرٌ بين الصُّم، بينما قال آخر: إن حمل المراهقات، والحمل غير المخطط له، والإجهاض منتشرٌ بين الغانيين عمومًا بما فيهم الصُّم.

وبخصوص العوائق التي تواجه الصم للوصول إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية فالغالبية من المشاركين (٩٠٪ من الذكور، ٨٩,١٪ من الإناث) قد لاموا العاملين في مراكز هذه الخدمات قائلين:

إنهم ليس لديهم الحساسية تجاه الصُّم. أحد المشاركين الذكور على سبيل المثال، وصف الحال: «العاملون في هذه المراكز لا يبالون، ولا يلقون بالاً رغم علمهم بأن المترددين الصُّم لديهم صعوبة في التواصل، وأضاف أيضًا وحتى لو كان العاملون راغبين في المساعدة إلا أنهم غير قادرين على شرح المعلومات المتوفرة؛ لأنهم لا يستطيعون التواصل بلغة الإشارة. وقد أعربت اثنتان من المشاركات الإناث عن مشاعر مماثلة بخصوص اتجاهات العاملين في المجال الصحي وادعيْن أن العاملين في مراكز خدمات الصحة الجنسية والإنجابية لم يكن لديهم الوقت لشرح المعلومات لهن خلال زيارتهن لهذه المراكز، وأن اتجاهات العاملين الصحية أفرزت مشاكل للصُّم الذين زاروا المراكز. وقالت مشاركة أنثى أخرى:

«أنا لم أذهب إلى هذه المراكز أبدًا، وأعرف العديد من الصُّم الذين لا يذهبون إلى هناك؛ نتيجة عدم توافر مترجمين، أيضًا اتجاهات العاملين هناك سيئة، سلوكياتهم تجعلنا نشعر بعدم الارتياح، مرة واحدة فقط ذهبت وكان لديهم برنامجًا كبيرًا وكان هناك مترجمون، وأنا لست الشخص الوحيد الذي يشتكي». (مشاركة أنثى ٥، سن ٤٥)

أشار أحد التنفيذيين بالجمعية الوطنية الغانية للصُّم بأن،

«ذهبت مرة إلى مركز الأسرة ولكن العاملين في هذه المراكز ليس لديهم الوقت لي، ولا يشرحون أي شئ بخصوص منع الحمل للصُّم. لقد ذهبت هناك عمدًا لذلك، ولم يكن لديهم وقت لي. العاملون في هذه العيادات يجعلون الأمور صعبة جدًا على الصُّم. (أحد التنفيذيين الذكور، مشارك ٢، سن٣٩).

المسح:

أضاف المسح معلومات أخرى عن مدى معرفة الصم بكيفية منع الحمل، وذلك من خلال قدرة المشاركين على تفسير البيانات الخاصة بالممارسات، التي يمكن لها أن تمنع الحمل. تشير نتائج المسح عمومًا إلى افتقاد المشاركين للمعرفة بالممارسات التي يمكن لها أن تمنع الحمل، حيث لم يستطع الكثير منهم تحديد البيانات الصحيحة، نسبة أكثر قليلاً من الثلث فقط (٣٨,٧٪ من الذكور و٣١,٦٪ من الإناث) استطاعوا تحديد البيانات الصحيحة. أيضًا أشار حوالي ٣٠٪ من المشاركين (٢٩٪ من الذكور، ٣٠,٨٪ من الإناث) أن المرأة يمكن أن تصبح حاملاً إذا (استحمت) بعد ممارسة الجنس مباشرة، وأشار أكثر قليلاً من ٤٠٪ منهم (٤٢,٥ ٪ من الذكور، و٤٣,١٪ من الإناث) إلى أن المرأة يمكن أن تصبح حاملاً لو مارست الجنس بدون وقاية حتى ولو لمرة واحدة.

وقد لُوحظت فروقٌ طفيفة بين الفئات المشاركة، فالبالغون عمومًا كانوا أكثر معرفة من التلاميذ، ولكن الإناث البالغات كانوا أكثر ميلاً لتحديد البيانات الصحيحة، ويرجع السبب في ذلك أن البالغات من الإناث أكثر تعرضًا لوسائل تنظيم الأسرة عن زملائهم من الذكور. كانت الإناث المراهقات هن أقل الفئات معرفة بالبيانات الصحيحة. جدول (٢) يلخص استجابات المشاركين.

جدول٢: نسبة المشاركين الذين تعرفوا على البيانات الصحيحة الخاصة بمنع الحمل

البيان	ذكور		إناث		المجموع	
	مراهقون	بالغون	مراهقات	بالغات	ذكور	إناث
	(٤٨)	(٣٩)	(٤٤)	(٢١)	(٨٧)	(٦٥)
	٪	٪	٪	٪	٪	٪
الانسحاب قبل القذف يمكن أن يمنع الحمل*	٣٥,٤	٤١	٣١,٨	٤٢,٩	٣٧,٩	٣٥,٤
المرأة التي تستخدم حبوب منع الحمل الفموية لن تحمل*	٢٥	٣٥,٩	٢٧,٣	٤٧,٦	٢٩,٩	٣٣,٨
ممارسة الجنس بدون وقاية يمكن أن يؤدي إلى الحمل*	٣٩,٦	٧,٧	٣٦,٤	٢٨,٦	٢٥,٣	٣٣,٨
تجنب ممارسة الجنس يمنع الحمل*	٣٧,٥	٤٦,٢	٤٠,٩	٥٧,١	٤١,٤	٤٦,٢
استخدام وسائل منع الحمل الحديثة وقاية من الحمل*	٢٠,٨	١٥,٤	٢٠,٥	٤٧,٦	١٨,٤	٢٩,٢
الاستحمام بعد ممارسة الجنس يمنع الحمل	٣١,٣	٢٨,٢	٢٧,٣	٣٨,١	٢٩,٩	٣٠,٨
المرأة لا تستطيع الحمل لو مارست الجنس بدون وقاية لمرة واحدة	٣٣,٣	٥٦,٤	٤٠,٩	٤٧,٦	٤٢,٥	٤٣,١
المرأة لا تستطيع الحمل خلال أول اتصال جنسي لها	٦٠,٤	٦٤,١	١٨,٢	٦١,٩	٦٢,١	٣٢,٣
الوفاء للشريك يمنع الحمل	٢٥	٣٠,٨	٣٤,١	٤٢,٩	٢٧,٦	٣٦,٩
تجنب نقل الدم يقي من الحمل	١٦,٧	١٠,٣	٢٠,٥	١٤,٣	١٣,٨	١٨,٥
تجنب التقبيل وقاية من الحمل	١٠,٤	١٠,٣	٦,٨	٩,٥	١٠,٣	٧,٧

* بيان صحيح

وقد كانت أكثر البيانات الصحيحة المسجلة حول منع الحمل هي «الامتناع عن الجنس يمنع الحمل». ومع ذلك فأقل من نصف المشاركين من الجنسين (٤١,٤٪ من الذكور و٤٦,٢٪ من الإناث) هم من أجابوا بصحة هذا البيان.

فضلاً عن ذلك، يبدو أن بعض المشاركين لم يستطيعوا التفرقة بين الممارسات التي تمنع الحمل، وتلك التي تمنع الالتهابات والأمراض المنقولة جنسيًّا، وهذا أيضًا يشير إلى الافتقاد إلى المعرفة بهذه الموضوعات. فالبيانات حول نقل الدم والتقبيل على سبيل المثال هي ممارسات لا تمنع الحمل، ولكن حوالي ١٦٪ من المشاركين (١٣,٧٪ من الذكور و١٨,٥٪ من الإناث) و٩٪ (١٠,٣٪ من الذكور و٧,٧٪ من الإناث) على التوالي أشاروا إلى أن هذه الممارسات صحيحة لمنع الحمل.

المناقشة:

استعرضت هذه الورقة مستوى المعرفة حول منع الحمل بين الصُّم البالغين والمراهقين في غانا. وأشارت النتائج عمومًا إلى افتقاد المشاركين للمعرفة بوسائل منع الحمل. فعلى سبيل المثال، أشار المسح إلى أن ثلث المشاركين ـ فقط ـ اعتقدوا أن المرأة يمكن أن تصبح حاملاً إذا استحمت مباشرة بعد ممارسة الجنس، كما أن ثلثي المشاركين لم يكن لديهم معرفة بأن ممارسة الجنس بدون وقاية ولو لمرة واحدة يمكن أن تؤدي إلى حدوث حمل. هذا الافتقاد للمعرفة قد يؤدي إلى ممارسة الجنس بدون وقاية، أو إلى استخدام خاطئ لوسائل تنظيم الأسرة بين الصُّم.

وبالرغم من أن هذه الدراسة محدودة المدى، إلا أن النتائج ألقت الضوء على العوائق المحتملة للحصول على معلومات صحيحة حول منع الحمل. هذه النتائج تدعم دعوات المشاركين في المجموعات البؤرية بأن الصم يفتقدوا إلى المعرفة بموضوعات الصحة الجنسية والإنجابية؛ لأنهم يجدوا صعوبة في الحصول على هذه المعلومات من العاملين في مجال الصحة. يتم تنظيم معظم البرامج التعليمية حول موضوعات الصحة الجنسية والإنجابية في غانا بواسطة العاملين في مجال الصحة[٣] لذا فهم مصدر هام للمعلومات الصحيحة والموثوق بها حول هذه الموضوعات. ومع ذلك فإن الصُّم لا يعتبرون العاملين في مجال الصحة ـ غالبًا ـ المصدر المفضل للمعلومات لعدة أسباب أبرزها: جهل هؤلاء العاملين باحتياجات الصم التواصلية، واتجاهاتهم السلبية نحوهم. وقد وجدت دراسات عديدة أن العاملين في مجال الصحة أظهروا جهلاً وعدم إدراك لاحتياجات التواصل المميزة للصم.[١١،١٩،٢١] وقد لُوحظ أن الصُّم المراهقين على وجه الخصوص لديهم صعوبة في الوصول لمعلومات خاصة بالصحة الجنسية والإنجابية؛ بسبب عوائق التواصل مع هؤلاء العاملين.[٢٠] ولكن وبما أن الدراسة الحالية لم تتضمن مراهقين صُّم في المجموعات البؤرية فنحن لا نستطيع التعرف على نوعية التحديات التي يواجهونها، وما إذا كانت هذه التحديات مماثلة لتحديات الصُّم البالغين.

ويمكن الاستدلال من النتائج، على أنه بالرغم من أن وجهات النظر التي عبر بها المشاركون في المجموعات البؤرية عن آرائهم حول انتشار حمل المراهقين، والحمل غير المرغوب فيه بين الصُّم ـ كانت وجهات نظر فردية، إلا أن هناك احتمالاً بوجود هذه المشاكل في مجتمعات الصُّم عمومًا. وقد أشارت البيانات إلى أن معدل حمل المراهقات والحمل غير المرغوب فيه في المجتمع الغاني عالية.[٣] وبالرغم من عدم وجود بيانات تفصيلية عن مجتمعات الصُّم بالذات في هذا التقرير، إلا أنه من غير المحتمل أن هذه البيانات مختلفة بين الصُّم. وبالفعل، فالدراسات القليلة التي تم إجراؤها حول حالة الصحة الجنسية والإنجابية بين المعاقين،[٢٧] وا لصُّم[١١] في غانا تدعم حقيقة أن الصُّم يفتقدون إلى المعرفة بموضوعات الصحة الجنسية والإنجابية، وأنهم يتعرضون لخطر الحمل غير المرغوب فيه بنسبة عالية.

ومن المهم أيضًا ملاحظة أن الحملات التعليمية حول موضوعات الصحة الجنسية والإنجابية في غانا يتم نقلها أساسًا من خلال وسائل الإعلام والمواد التعليمية: كالراديو والتليفزيون، واللوحات، والملصقات.[٢٤،٢٥] ومع ذلك، فالمعلومات المنقولة من خلال هذه القنوات ليس من السهل على الصُّم في غانا الوصول إليها. فعلى سبيل المثال، المعلومات المنقولة عن طريق التليفزيون لا يتم ترجمتها إلى لغة الإشارة، كما يجد الصُّم عمومًا صعوبة في الحصول على المعلومات من خلال المصادر المكتوبة؛ بسبب مهاراتهم المحدودة في القراءة باللغة الإنجليزية.[١١،٣٠] وبالإضافة إلى ذلك، وبسبب الاعتقاد أن ذوي الاحتياجات ومنهم الصُّم غير نشيطين جنسيًا ـ فهم غالبًا ما يتم استثناؤهم من البرامج التعليمية.[٢٠] ومصادر التعليم الجنسي غير الرسمية، قد لا تكون متوفرة للصُّم بسبب عوائق التواصل مع الآباء والزملاء غير الصُّم. ومعظم الأطفال الصُّم يولدون لآباء غير صُم ممن لا يجيدون لغة الإشارة. وعلى ذلك، فإن الأطفال الصُّم لديهم صعوبة في الحصول على معلومات عن تعليم الجنس من آبائهم[٢٠]. ولقد أكدت الدراسات في غانا، أن الصُّم يواجهون تحديات تواصلية مماثلة مع آبائهم.[١١،٢٧] وتتفق نتائجنا مع نتائج دراسات سابقة حول المعرفة بفيروس نقص المناعة والإيدز في مجتمعات الصُّم[٢٦-٢٩] مؤكدة على مستوى المعرفة

المنخفض بموضوعات الصحة الجنسية والإنجابية عمومًا بين الصُّم في غانا. ولذا وبالرغم من الجهودات المبذولة لتحسين الوصول إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية للمواطنين الغانيين جميعهم، يبدو أن هذه البرامج لا تصل إلى الصُّم بدرجة كافية.

وهناك بعض المحدودية لهذه الدراسة. فهي لم تضم التلاميذ للمجموعات البؤرية وهو الأمر الذي قد كان يمكن أن يساعد على توفير الفرصة لهم للتعبير عن قلقهم بلغة الإشارة الغانية، وإزاحة العديد من عوائق اللغة التي قد يكونوا واجهوها في استكمال المسح. وقد استلزم المسح أن يكون للمشاركين القدرة على قراءة وفهم اللغة الإنجليزية، ولكن ذلك كان صعبًا إلى حد ما لبعض التلاميذ؛ بسبب محدودية مهاراتهم في قراءة اللغة الإنجليزية. وقد يكون هذا التحدي له أثرًا على استجاباتهم. أيضًا كان من الممكن أن تضيف المجموعات البؤرية معلومات كيفية عن المراهقين لتكملة وتوضيح المعلومات المستخلصة من المسح.

وهناك بعض المحدودية الأخرى التي تتعلق بحجم العينة، وعما إذا كانت عينة المشاركين ممثلة، فعلى سبيل المثال، فإن المشاركين من مدينة تمال والإناث لم يكونوا ممثلين بدرجة كافية في الدراسة؛ مما أدى إلى محدودية المعلومات المستخلصة من هذه الفئات. بالإضافة إلى ذلك، إن تركيز هذه الدراسة كان على الصُّم الذين لديهم بعض التعليم الرسمي، ويستطيعون التواصل بلغة الإشارة الغانية، لكن هناك عدداً غير معلوم ومحتمل أنه كبير من الصُّم، الذين لا يستطيعون التواصل بلغة الإشارة الغانية، ولم تتضمنهم الدراسة الحالية.

كونت هذه الدراسة استنتاجات حول موضوعات الصحة الجنسية والإنجابية لصانعي السياسات والخدمات المقدمة لمجتمعات ذوي الاحتياجات عموماً وللصم خاصة. تشير نتائج دراستنا إلى الحاجة لجهودات متوافقة لتصميم برامج للصحة الجنسية والإنجابية تعالج احتياجات التواصل للصُّم خاصة هؤلاء ممن ليس لديهم تعليمًا رسميًا.

وبالرغم من أن خدمات تنظيم الأسرة لها أولوية عند حكومة غانا، وتُبذل مجهودات لزيادة انتشارها، يبدو أن هذه الخدمات لا تصل إلى جزء من المجتمع. وتشير إلى الحاجة لإعادة ترتيب تقديم الخدمة؛ لاستهداف المجموعات المهمشة. إن مجتمع الصُّم لديه احتياجات وهموم منفردة، ولذا فمن غير المحتمل أن تصلهم البرامج المخصصة للعامة. وكنتيجة لذلك فإن برامج الصحة الجنسية والإنجابية يجب أن يعاد تفصيلها لتلائم احتياجات وهموم الصُّم، آخذه في الاعتبار خيارات اللغة والتواصل لمجتمع الصُّم. وبناء على ذلك فيجب التخطيط للتداخلات التعليمية للصحة الجنسية والإنجابية للصُّم بالتنسيق معهم؛ وذلك لتصميم برامج مقبولة ثقافيًا لهم.

وبالرغم من أن الدراسة ركزت على الصُّم، إلا أن النتائج لها استنتاجات عريضة لمجتمع ذوي الاحتياجات عمومًا. وقد تم توثيق حقيقة أن ذوي الاحتياجات لم يتلقوا إلا اهتمامًا ضئيلاً من خلال سياسات وبحوث وبرامج الصحة الجنسية والإنجابية في غانا[11]. وكنتيجة لذلك فهناك القليل المعروف عن حالة الصحة الجنسية والإنجابية لذوي الاحتياجات. تعكس نتائج هذه الدراسة إلى حد ما التحديات التي يواجهها مجتمع ذوي الاحتياجات في غانا بسبب استثناء احتياجاتهم من سياسات وبرامج الصحة الجنسية والإنجابية.لذا فهناك حاجة لجهود عاجل في مجال البحوث لشرح أفضل للتجارب والسلوكيات الجنسية الإنجابية لذوي الاحتياجات في غانا للخروج بتدخلات سياسية وبرامجية

أكثر ملاءمة. فضلاً عن ذلك، وبما أن الاعتبارات الثقافية جوهرية للتخطيط للصحة الجنسية والإنجابية فيجب الأخذ في الاعتبار ثقافة الصُّم وتأثيرها على سلوكياتهم. هناك احتياج لبحوث مستقبلية لإدراك وفهم الأهمية النسبية لثقافة الصُّم، وعوائق التواصل التي تعرضهم لمشاكل الصحة الجنسية والإنجابية. ومع ذلك فإن هذه الورقة توفر إشارات وإدراكات حول أساس معرفة الصُّم الخاصة بموضوعات الحمل، وبالتالي فالورقة تساهم بالقليل مما تم عمله بخصوص أمور الصحة الجنسية والإنجابية للصُّم في غانا.

تقدير:

يود المؤلفون أن يشكروا الجمعية الوطنية للصُّم، وكل مجتمع الصُّم في غانا، وكذلك المساهمة المالية من برنامج الزمالة الدولي، وقسم التنمية البشرية للعجزة جامعة الينوي في شيكاغو، الولايات المتحدة الأمريكية، والتي ساهمت في تكملة هذا المشروع بشكلٍ كبيرٍ.

المؤلفون ساهموا بشكلٍ متساوٍ في هذه الورقة.

المراجع

1. Tilahun D, Assefa T, Belachew T. Knowledge, attitude and practice of emergency contraceptives among Adama University female students; Ethiopian Journal of Health Sciences,2010; 20(3), 195-202.\ [Internet] Available from: http://www.researchgate.net/publication/221878453_Knowledge_attitude_and_practice_of_emergency_contraceptives_among_adama_university_female_students
2. Nsubuga H, Sekandi JN, Sempeera H, et al. Contraceptive use, knowledge, attitude, perceptions and sexual behavior among female University students in Uganda: a cross-sectional survey, BMC Women's Health, 2016:
3. Ghana Statistical Service (GSS), Ghana Health Service (GHS), and ICF International. 2015. Ghana Demographic and Health Survey 2014. Rockville, Maryland, USA: GSS, GHS, and ICF International
4. Cleland J, Bernstein S, Ezeh A, et al. Family planning: the unfinished agenda. Lancet. 2006;368 (9549):1810–27, [Internet] Available from http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/lancet_3.pdf
5. Makhaza M, Ige KD. Knowledge and Use of Contraceptives among Tertiary Education Students in South Africa, Mediterranean Journal of Social Sciences 5 (10) 2014
6. Kaunitz AM. The importance of contraceptives. Global Library of Women's Medicine. 2008. [Internet] Available from http://www.glowm.com/?p=glowm.cml/section_view&articleid=373
7. Otoide VO, Oronsaye F, Okonofua FE. Why Nigerian adolescents seek abortion rather than contraception: evidence from focus group discussions. International Family Planning Perspectives, 2001;27: 77 81.
8. Ghazal-Aswad S, Rizk DE, Al-Khoori SM, et al. Knowledge and practice of contraception in United Arab Emirates women. Journal of Family Planning and Reproductive Health Care, 2001;27(4):212–6
9. Ochako R, Mbondo M, Aloo S et al. Barriers to modern contraceptive methods uptake among young women in Kenya: a qualitative study. BMC Public Health, 2015, 15(1):118
10. Dehlendorf C, Krajewski C, Borrero S. Contraceptive Counseling: Best Practices to Ensure Quality Communication and Enable Effective Contraceptive Use. Clinical Obstetrics and Gynecology, 2014; 57(4):659-73, 2014. [Internet] Available from. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4216627/
11. Mprah WK. Sexual and reproductive health needs assessment with deaf people in Ghana. PhD Thesis, Department of Disability and Human Development, University of Illinois, Chicago, USA. 2011
12. Pollard RQ, Dean RK, O'Hearn A, et al. Adapting health education material for deaf audiences. Rehabilitation Psychology;2009 May; 54(2):232-8.
13. Wilson A, Monaghan, L. HIV/AIDS and the Deaf community. International Journal of Deaf Studies, 2006; 22 (1), 1-10
14. Roberts GS. Sexuality and HIV/AIDS education

among deaf and hard of hearing students. Deaf Worlds-International Journal of Deaf Studies, 2006; 22(1): 111-139.
15. Kuenburg A, Fellinger P, Fellinger J. Health care access among deaf people: Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 2016, 1–10[Internet] Available from: https://jdsde.oxfordjournals.org/content/21/1/1.full.pdf+html
16. Napier J, Kidd MR. English literacy as a barrier to health care information for deaf people who use Auslan. Aust Fam Physician [Internet]. 2013. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24324995.
17. Job J. Factors involved in the ineffective dissemination of sexuality information to individuals who are deaf or hard of hearing. American Annals of Deaf, 2004; 149(3): 264-273. [Internet] Available from :http://web.ebscohost. com.proxy.cc.uic.edu /ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=755f43d5-4bf0-4801-a582-36a9cab8f3fc %40sessionmgr10&vid=4&hid=25
18. Ministry of Employment and Social Welfare, (2000)
19. Mottram V. A community forgotten: Deaf people in health care, Student British Medical Journal, 1999. Available from: http://archive.student.bmj.com/issues/99/10/life/380.php
20. Mprah WK. Sources and use of sexual and reproductive health information among deaf people in Ghana; Indonesian Journal of Disability Studies, 2014;1 (1), 1-11. [Internet] Available from: http://ijds.ub.ac.id/index.php/ijds/article/view/4
21. Margellos-Anast H, Hedding T, Perlman T, et al. Standardized comprehensive health survey for use with deaf adults, American Annals of the Deaf, 2005;150 (4), 388-396. [Internet] Available from: http://web.ebscohost.com.proxy.cc.uic.edu/ehost/pdfviewer/ pdf viewer?vid=3&hid=25&sid=ffaeeb42-40ed-49d6-81e0-ecd946880168%40sessionmgr13 [Accessed10th August, 2008]
22. Bramwell R, Harrington F, Harris J. Deaf women: informed choices, policy and legislation, British Journal of Midwifery, 2000; 8, 9, 545-548.
23. World Health Organization, Sexual and reproductive health for persons with disabilities [Internet]. 2000. Available from: http://www.gfmer.ch/Medical_education_ En/PGC_RH_2006/pdf/SRH_Disabilities_Montero_2006.pdf.
24. Ghana Statistical Service (GSS), Noguchi Memorial Institute for Medical Research, & ORC Macro. Ghana demographic and health Survey 2003. Calverton, Maryland, USA, Statistical Service, Noguchi Memorial Institute for Medical Research, and ORC Macro. 2004.
25. Awusabo-Asare K, Biddlecom A, Kumi-Kyereme K, et al. Adolescent sexual and reproductive health in Ghana: Results from the 2004 national survey of adolescents. Occasional Report [Internet]. 2006. Available from: http://www.guttmacher.org/pubs /2006/06/08/or22.pdf.
26. Tsiboe-Darko I. A. HIV/AIDS baseline report. Ghana National Association of the Deaf, Accra, Ghana. 2008.
27. Poku KA. Sexual and reproductive health status and HIV/AIDS and STI-related knowledge, attitude, and behaviours among persons with disabilities in Ghana. Unpublished report, Ghana AIDS Commission. 2009
28. Groce NE, Yousafzai AK, Maas VD. HIV/AIDS and disability: Differences in HIV/AIDS knowledge between deaf and hearing people in Nigeria. Disability and Rehabilitation, 2007; 26(5): 367-371[Internet] Available from: http://www.dcdd.nl/data /1204643548082_HIV%20and%20deaf%20Study%20in%20Nigeria1.pdf [Accessed on 10 March 2008] http://dx.doi.org/10.1080/09638280600834567.PMid:17364788
29. Mprah WK. Exploring Knowledge and Attitudes towards HIV/AIDS among Deaf People in Ghana, Journal of Disability CBR, and Inclusive Development, 2013; 23 (2), pp 22-38.
30. Mprah WK. Perceptions about barriers to sexual and reproductive health information and services among deaf people in Ghana. Journal of Disability, CBR & Inclusive Development, in press. 2013.
31. Mprah WK. Sexual and reproductive health needs assessment with deaf people in Ghana: Methodological challenges and ethical concerns, African Journal on Disability. 2013.
32. Creswell JW, Plano Clark VL. Designing and conducting mixed methods research. Thousand Oaks, CA: Sage Publications. 2007.
33. National Population Council. Adolescent reproductive health policy. Accra, Ghana National Population Council. 2000.

قضايا الصحة الإنجابية باللغة العربية

REPRODUCTIVE HEALTH matters

مقالة بحثية

"نحن لا نجرؤ على الحب": الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية للنساء المُعاقات في ريف كمبوديا

بقلم: ألكسندرا جارتريل[أ] كلاوس بايسل[ب] كورنيليا بيكر[ج]

(أ) مستشارة بحوث، ملبورن، أستراليا. للمراسلات: alexandrag101@gmail.com

(ب) مستشار مبتدئ مشروع «تحسين الرعاية للأمهات والأطفال حديثي الولادة»،GIZ، كمبوديا.

(ج) مديرة مشروع «تحسين الرعاية للأمهات والأطفال حديثي الولادة، GIZ، كمبوديا.

ترجمة: أستاذة شهرت أمين العالم

موجز المقال: هناك حاجة ملحة لقاعدة من الأدلة، تُقدم المعلومات اللازمة لتنفيذ سياسة وبرامج الصحة الجنسية والإنجابية، التي تشمل الإعاقة، والموجهة إلى النساء المعاقات اللاتي لا يحصلن على حقوقهن في الصحة الجنسية والإنجابية. تعرض هذه الورقة النتائج المستخلصة من دراسة نوعية عن الصحة، والحقوق الجنسية والإنجابية للنساء المعاقات في المناطق الريفية في كمبوديا، وتلقي النتائج الضوء على ثلاث خطوات حاسمة؛ لتعزيز إمكانية الوصول المادية، والاتصالية، والمالية إلى معلومات وخدمات الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية. أولاً، تعزيز سُبل كسب الرزق والموارد الاجتماعية المالية للنساء المعاقات، وبالتالي تعزيز قدرتهن على اتخاذ قراراتهن فيما يتعلق بحقوقهن وصحتهن الجنسية والإنجابية. ثانيًا، إشراك النساء المعاقات كنماذج في تقلد أدوار في مجتمعاتهن المحلية، وكمساهمات بنشاط في توفير مدخلات لصنع القرار والتخطيط والإنجاز في مجال الصحة. وثالثًا، ضمان إمكانية وصول العاملين بمراكز الصحة إلى موارد ومعينات التواصل لتعزيز مهاراتهم في التواصل مع النساء المعاقات سمعيًا. وهذه الخطوات سوف تدعم ـ مجتمعة النساء المعاقات؛ للمطالبة بحقوقهن الجنسية والإنجابية، وتغيير المواقف الاجتماعية للأشخاص الموجودين في حياتهن، بما في ذلك موظفي الرعاية الصحية.

الكلمات الدالة: الإعاقة؛ الصحة الجنسية والإنجابية؛ خدمات الصحة الشاملة؛ النساء المُعاقات؛ كمبوديا.

مقدمة

يشير خطاب التنمية على نطاق واسع إلى معاناة الأشخاص ذوي الإعاقة من التهميش والحرمان.[1] وتواجه النساء المعاقات عقبات بعينها أمام مشاركتهن الاقتصادية، والاجتماعية والسياسية، كما أن عيشهن في ظل الفقر أكثر احتمالاً من نظيراتهن غير المعاقات، أو الرجال ذوي الإعاقة. ويطرح التحليل النسوي أن النساء المعاقات يخضن خبرة عدد من المساوئ المتفردة الناجمة عن التمييز متعدد الجوانب المرتبط بالنوع الاجتماعي، ونوع الإعاقة وشدتها، والفقر، والانتماء الريفي.[2-4] وتؤدي هذه الجوانب المتعددة إلى تقليص سلطة النساء المعاقات اجتماعيًا وإمكانيات وصولهن إلى الموارد المادية وغير المادية.[1] يتناول هذا البحث بالدراسة كيف تُشكل هذه السلبيات متعددة الجوانب خبرات النساء المعاقات في مجال الصحة الجنسية والإنجابية، ويتساءل عما إذا كانت النساء المعاقات يواجهن حواجز إضافية مقارنة بالنساء غير المعاقات.

© 2017 The Author(s). Published by Informa UK Limited, trading as Taylor & Francis Group
This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original workis properly cited.

حقوق الطبع محفوظة لمجلة قضايا الصحة الإنجابية النسخة العربية ٢٠١٦
W Chirinda, N Zungu. Reproductive Health Matters 2016; 24:14-24

نالت الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية للأشخاص ذوي الإعاقة في جميع أنحاء العالم إهمالاً شديدًا واسع النطاق؛ في ظل نمط تاريخي يتضمن إنكاره المعلومات المرتبطة بها وإنكار الحق في إقامة علاقات، واتخاذ قرار بشأن إقامتها من عدمه، ومتى ومع من يمكن تكوين أسرة.[٥] وعلى الرغم من وجود مواد محددة في «اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة» فإن الصحة والحقوق الإنجابية للعديد من النساء المعاقات لا تزال بعيدة المنال، وهناك القليل من الأبحاث التي تناولت بالدراسة حواجز بعينها تواجهها هؤلاء النسوة في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط. هناك حاجةٌ ملحةٌ لقاعدة من الأدلة تقدم المعلومات اللازمة لتنفيذ السياسات والبرامج التي تلبي احتياجات الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية.[٣]

وقد أوضحت الدراسات الأخيرة أن الأشخاص المعاقين يواجهون حواجز متعددة أمام الوصول إلى الخدمات الصحية،[١] وأن احتياجات النساء المعاقات للصحة والحقوق الجنسية والإنجابية غير مُلباة مقارنة بغير المعاقات.[٧] ومع ذلك، تُستبعَد النساء المعاقات من الأنشطة التي تعزز إمكانية وصولهن إلى ما يتعلق بالصحة، والحقوق الجنسية والإنجابية من معلومات، وفحوص، وخدمات الوقاية، والرعاية، ذلك أن الإعاقة ترتبط بشكل خاطئ بعدم الرغبة في الجنس، وعدم القدرة و/أو عدم الرغبة في الحمل والإنجاب.[٦،٧] فقد يصعب الوصول الشخصي إلى معلومات وخدمات الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية، وقد تكون كيفيات التواصل غير مناسبة، وقد تفتقر نظم الرعاية الصحية إلى الوعي بالإعاقة، وغير مُجهزة بشكلٍ جيدٍ لتلبية احتياجات النساء المعاقات.[٦-٨] وفي غياب حتى المعلومات الأساسية حول الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية، لا تستطيع النساء المعاقات فهم كيفية عمل أجسادهن، ولا يعرفن حقوقهن؛ حتى يمكنهن تحديد ماذا يردن، أو لا يردن أن يفعلنه.[٥]

في كمبوديا، يُعد سن المرأة وتعليمها ووضعها الاجتماعي-الاقتصادي بمثابة المحددات الرئيسة لممارسات الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية، وإمكانية الحصول على الخدمات، بما في ذلك وسائل منع الحمل.[٩] وأكثر النساء ضعفًا أقلهن وصولاً إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية.[١٠] وعلى الرغم من أن أدبيات سياسات وبحوث الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية في كمبوديا لم تطرح تعريفًا للإعاقة،[١١] فمن المُقر على نطاق واسع أن النساء المعاقات ينتمين إلى أكثر المجموعات الاجتماعية فقرًا.[١٢] فالعديد من الأسر التي تضم معاقًا بين أفرادها تتسم بمحدودية التعليم وكفاحها من أجل الحصول على الخدمات الحكومية.[١٢] وتواجه النساء الكمبوديات بوجه عام التمييز في سوق العمل، ويقل مكسبهن بحوالي ٣٠٪ عن مكسب الرجال، ويزيد معدل معرفة الرجال للقراءة والكتابة بمعدل ٤٠٪ على نظيره لدى النساء، ويزيد معدل التحاق البنين بالمدارس بمعدل ٥٠٪ على معدل التحاق البنات في سن الخامسة عشرة.[١١-١٨] كما أن الأدوار النمطية للجنسين، إضافة إلى المفاهيم الاجتماعية الخاطئة التي تربط الإعاقة بالعجز، إنما تعزز الوضع الاجتماعي السيئ للنساء والفتيات المعاقات.[١٣] إن هذه الوصمات ذات الأساس الثقافي تُعرّض النساء المعاقات إلى معدلات من الإيذاء الجسدي، واللفظي، والجنسي، أكبر مما تتعرض له النساء غير المعاقات، كما يكافحن من أجل الحصول على الدعم العملي والمالي الذي يحتجن إليه للحصول على معلومات وخدمات الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية.[١٤]

يعرض هذا المقال النتائج المستخلصة من دراسة نوعية أكبر أُجريت حول احتياجات الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية للرجال والنساء ذوي الإعاقة في ريف كمبوديا، وحول الاحتياجات

المماثلة للنساء المعاقات. ويُعد المقال مساهمة، في ظل الندرة الحالية للمعرفة؛ لتجاوز الحواجز الخاصة التي تقف أمام النساء المعاقات عندما يسعين إلى المطالبة بصحتهن وحقوقهن الجنسية والإنجابية في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل.

الإطار النظري

يقوم الإطار النظري لهذا المشروع على النهج القائم على الحقوق، فضلاً عن النماذج الاجتماعية للإعاقة، كما اعتمدتها اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. تشير اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة إلى أن «الإعاقة تنتج من التفاعل بين الأشخاص المصابين بعجز والحواجز السلوكية والبيئية التي تحول دون مشاركتهم الكاملة والفعالة في المجتمع على قدم المساواة مع الآخرين».[١٥] يطرح هذا النهج تصورًا للإعاقة يعتبرها نتيجة لحواجز الهياكل الاجتماعية، والاقتصادية والحواجز المادية، ومدى خدمتها للإعاقة من عدمه، وليست مجرد مسألة تتعلق بالوظيفة الجسمانية.[١٦،١] ولذلك يجب أن تبدأ الممارسة البحثية بالاعتراف بالإعاقة كقضية من قضايا الحقوق والتمييز.

تحدد أيضًا المناهج الجغرافية الحيوية تجاه الإعاقة الإطار النظري والمنهجي والتحليلي لهذا المشروع. تحدد المناطق الجغرافية الحيوية نطاق النهج الاجتماعي والحقوقي تجاه الإعاقة، وتلفت الانتباه إلى الحواجز النطاقية التي ترسخ اضطهاد الأشخاص ذوي الإعاقة وتميزه عن اضطهاد الجماعات الأخرى.[٧] يفترض النطاق المادي القدرة الكاملة على الحركة والقدرات السمعية والبصرية وبالتالي يخفق في تلبية احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة.[١٩،١٨] وعلى هذا النحو يستبعد النطاق الأشخاص ذوي الإعاقة. ونتيجة لذلك، تُعد حرية الحركة والعيوب الحسية جزءًا لا يتجزأ من النطاق لأنه يفترض قدرات بدنية وحسية وفكرية.

تلقي الجغرافيا البشرية الحيوية الضوء على الطبيعة الدينامية والغامضة والمتصارعة للنطاق/النطاقات المادية والاجتماعية، حيث تتفاعل علاقات السلطة داخل النطاق وخلاله.[٢٠] وهكذا ترسخ في المكان الإمكانية السياسية، والقهر، والخصومة، ويساعد تصور البيئات المُشيدة والنساء المعاقات أنفسهن، بوصفها قابلة للتفاوض وديناميه ومتغيرة، على إزاحة علاقات القوة الراسخة والمعيقة التي تتفاعل في العلاقات اليومية التي تحيط بها، وتُعد هذه الرؤية «العلائقية» للنطاق والمكان بمثابة نقطة انطلاق مناسبة لفهم الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية للنساء ذوات الإعاقة. علاوة على ذلك، استندت الدراسات المتعلقة بالصحة والحقوق الجنسية والإنجابية للنساء المعاقات إلى الآراء المهنية المتخصصة، ونادرًا ما كانت تستكشف التجارب التي عاشتها النساء.[٨] تذهب هذه الدراسة إلى الإقرار بأن النساء المعاقات يُعتبرن خبيرات نتيجة لخبراتهن الخاصة، كما تسهم في ملء هذه الفجوة المفاهيمية. إنها أول دراسة من نوعها في كمبوديا.

الأساليب

يستند هذا المقال إلى البحوث النوعية التي تهدف إلى توفير فهم تأسيسي للرعاية الصحة واحتياجات الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية الحالية للأشخاص ذوي الإعاقة، بُغية توفير المعرفة اللازمة لتدخلات المشروع مستقبلاً. قام التعاون الإنمائي الألماني(GDC)- من خلال الجمعية الألمانية للتعاون الدولي(GIZ)- بتكليف إجراء هذا البحث وعهدت إلى الكاتبة الأولى إجراء هذه الدراسة، عملت الكاتبة الأولى في كمبوديا لعِقدين، وأجرت عدة مشاريع بحثية في شراكة مع المنظمة الكمبودية للأشخاص ذوي الإعاقة (CDPO) والمنظمات الإقليمية للأشخاص ذوي الإعاقة (DPOs).[٢٢،٢١،١٣] وهي تتحدث اللغة الخميرية بطلاقه.

وقادت فريقًا بحثيًّا يضم ستة أفراد قاموا بإجراء العمل الميداني في إقليم كامبوت على مدار ثمانية أيام في سبتمبر عام ٢٠١٥. وقد ساهمت خبرة الكاتبة الأولى واسعة النطاق في البلد في جعل فترة العمل الميداني قصيرة.

اختيرت مقاطعة كامبوت موقعًا للعمل الميداني؛ لأنها واحدة من الأقاليم الأربعة التي تدعم فيها الجمعية الألمانية للتعاون الدولي وزارة الصحة الكمبودية، لتنفيذ مشروع مدته ثلاث سنوات لصحة الأم والطفل. وقد سبق وأن أقام مشروع الجمعية الألمانية للتعاون الدولي علاقات مع موظفي مركز الصحة، والمنظمات غير الحكومية التي تركز على الإعاقة، فضلاً عن المنظمات الإقليمية المحلية للأشخاص ذوي الإعاقة. تكون الفريق البحثي من ثلاثة ممثلين من المنظمة الكمبودية للأشخاص ذوي الإعاقة (امرأتين ورجل)، وثلاثة ممثلين (امرأتين ورجل) من ثلاث منظمات إقليمية للأشخاص المعاقين على مستوى المناطق. وقد خصص الفريق زوجان من النساء، وزوج من الرجال لإجراء المقابلات مع النساء والرجال ذوي الإعاقة، على التوالي. وترد هنا نتائج مقابلات النساء المعاقات.

تولت المنظمات الإقليمية للأشخاص ذوي الإعاقة جذب النساء المعاقات من خلال شبكاتهم. كان المطلوب أن تكون النساء في سن الإنجاب (١٥-٤٩ سنة) ويعتبرن أنفسهن معاقات. وكانت جميع النساء اللاتي أجريت معهن المقابلات في سن الإنجاب، ما عدا امرأة واحدة، وكانت مهمة جذب النساء تهدف إلى تحقيق أقصى قدر من تنوع المشاركات. تولت منظمة غير حكومية تركز على الأعاقة جذب النساء المصابات بإعاقة في السمع. وشاركت جميع النساء ذوات الإعاقة السمعية في مناقشات مجموعة التركيز التي أدارتها مترجمة للغة الإشارة ومترجمة من اللغتين الإنجليزية والخميرية وبقيادة الكاتبة الأولى. كانت النساء اللاتي اشتركن مع المنظمة غير الحكومية أكثر طلاقه في لغة الإشارة ولديهن معرفة بالصحة والحقوق الجنسية والإنجابية أكبر من النساء القرويات ذوات الإعاقة السمعية. أُجريت مناقشات لمجموعة تركيز أخرى مع النساء ذوات الإعاقة البدنية والحسية. وقد شاركت في هذه الدراسة ما يصل مجموعة إلى ٣٣ امرأة معاقة: شاركت ٢٥ امرأة في المقابلات المتعمقة، وشاركت ٨ نساء في مناقشات مجموعات التركيز. بلغ متوسط عمر المشاركات ٣٥ عامًا. تعاني ما يقرب من نصفهن من إعاقة حركية (٤٢,٥٪)، وأقل فقط من الثُلث من إعاقة بصرية (٢٧٪)، و١٥٪ من إعاقة سمعية، وعانت النساء الباقيات من مزيج من الإعاقات الجسدية والتنموية.

تولت الكاتبة الأولى وموظفات المنظمة الكمبودية للأشخاص ذوي الإعاقة قيادة المقابلات المتعمقة باستخدام قائمة مرجعية للمقابلات ضمت أسئلة حول: كيف وأين عرفت النساء عن الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية، تجربتهن الزوجية و/أو تطلعاتهن للزواج، الولادة، المباعدة بين الولادات، الحصول على وسائل منع الحمل واتخاذ قرار بشأنها، الإجهاض، السعي إلى السلوك الصحي. وقد أُجريت المقابلات باللغة الخميرية، وتم تسجيلها ثم تفريغ شرائط التسجيل وكتابتها بالإنجليزية بموافقة المشاركات، استمرت المقابلات لحوالي ٣٠-٦٠ دقيقة، حسب خبرات المُجيبات في مجال الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية. قرأت الكاتبة الأولى جميع النصوص ثلاث مرات وتولت ترميزها وفرزها حسب المواضيع وفقًا لنهج نظري وتحليلي.[٢٣] وقد وافقت لجنة الأخلاقيات البحثية التابعة لوزارة الصحة الكمبودية على هذا البحث في يونيو عام ٢٠١٥. تُعتبر وزارة الصحة بمثابة نظير الجمعية الألمانية للتعاون الدولي، ويوجد برنامج الجمعية في الوزارة. ويجب أن تحصل جميع الأنشطة البرنامجية للجمعية، بما فيها البحوث، على موافقة وزارة الصحة؛ ولهذا السبب سعينا

حقوق الطبع محفوظة لمجلة قضايا الصحة الإنجابية النسخة العربية ٢٠١٧

إلى موافقة لجنة الأخلاقيات بوزارة الصحة.

لم تُدَرج النساء ذوات الإعاقة الفكرية في معايير الاختيار، وهو ما يرجع إلى محدودية فهم ومهارة شركاء المنظمة الإقليمية للأشخاص ذوي الإعاقة بما لا يسمح بإجراء مثل هذه البحث. وتحتاج الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية للنساء المعاقات فكريًّا إلى مشروع بحثي مستقل، أو على الأقل تدريب وأساليب خاصة، ولم يكن ذلك ممكنًا ضمن هذا المشروع البحثي. قرأ شخص واحد فقط نصوص المقابلات، وتولى تحليل البيانات التي كان يمكن أن تؤدي إلى غياب تفسيرات مختلفة. قام العاملون ببرنامج الجمعية الألمانية للتعاون الدولي بدعم تحليل البيانات، وتقديم النتائج الأولية إلى العاملين ببرنامج صحة الأم والطفل التابع للجمعية وإلى فريق البحوث للمناقشة الناقدة.

الحواجز متعددة الجوانب أمام الزواج

من بين النساء المعاقات اللاتي شاركن في هذه الدراسة، وعددهن ٣٣ امرأة، كانت ١٦ منهن متزوجات وثلثهن (١٠ من ١٥) معاقات عند الزواج. بلغ متوسط عدد أطفال النساء المعاقات في سن الإنجاب ١,٢٦ طفل لكل امرأة. علاوة على ذلك، لم يكن هناك أطفال لدى ١٩ امرأة من النساء اللاتي أُجريت معهن مقابلات (٣٣ امرأة).

النساء المعاقات لا يشعرن بالجاذبية والثقة بسبب الأعراف الاجتماعية المتعلقة بالنوع الاجتماعي والإعاقة

لا يتحقق الزواج بالنسبة للنساء المعاقات وغير المعاقات في كمبوديا إلا عند موافقة الأسرتين عليه. تضطر المرأة إلى انتظار زوج محتمل تقع في حبه و/أو أن تطلبها أسرة الزوج المحتمل للزواج. لا تقدر جميع النساء الكمبوديات من الاقتراب من عائلة الزوج المحتمل، وبالتالي لا يقدرن على اختيار الزوج. تواجه النساء المعاقات حواجز متعددة الجوانب من حيث النوع الاجتماعي والإعاقة، كما تتزايد القيود المفروضة على قدراتهن الاجتماعية وفي اتخاذ القرار عندما يرغبن الدخول في علاقة حميمة، وقد أوضحت إحداهن ما يلي:

«حتى إذا وقعنا في حبهم، لا نعرف ما إذا كانوا سيبادلوننا الحب... نحن معاقات ... فكيف يمكن أن نختارهم؟» (مناقشات مجموعة التركيز: امرأة تبلغ من العمر ٣٥ سنة، وتعاني إعاقة بصرية).

وقد أوضحن أن زواجهن من عدمه يتوقف، مثل غيرهن من النساء، على وجود رجل مُحب. ومع ذلك، فقد شعرن أن حدوث ذلك غير محتمل؛ لأن الرجال لا ينظرون إليهن كنساء جذابات، أو مرغوبات وقادرات على العمل الإنجابي والإنتاجي المتعلق بالأمومة. علاوة على ذلك، لا تعتبر النساء المعاقات أنفسهن جميلات، بسبب هذه الأعراف الاجتماعية السلبية المتعلقة بالنوع الاجتماعي والإعاقة:

«أنا إنسانة معاقة ... لا يراني أحد *[*لا ينجذب لي أحد*]* ... يعتقدون أنني لا استطيع القيام بالكثير من العمل... لا أحد يريدني ومظهري يبدو سيئًا .. إنهم لا يريدون الزواج سوى من فتيات جميلات غير معاقات». (مُجيبة تبلغ من العمر ٣٥ سنة، عزباء وتعاني من إعاقة حركية).

لا تثق النساء المعاقات في قدراتهن على كسب الرزق، ورعاية زوجها، وأن تمتلك قدرًا من الموارد المالية الكافية لتربية الأطفال. وتشعر النساء المصابات بإعاقة سمعية بالقلق تجاه صعوبات التواصل إذا تزوجن من زوج لا يعاني هذه الإعاقة، ويفضلن الأزواج المعاقين سمعيًّا. على أن آباءهم يرغبون في تزويجهن من أزواج لا يعانون إعاقة سمعية، أو عدم تزويجهن على الإطلاق. ولا تزال

بعض النساء المعاقات يعتقدن أن التحديات التي يواجهنها تتعلق بإعاقاتهن. وعلى سبيل المثال:

«لسنا بنفس شجاعة الأشخاص العاديين. نحن معاقات، ولذا علينا أن نفعل شيئًا وفقًا لظروفنا». (مناقشات مجموعات التركيز، امرأة تبلغ من العمر ٤٩ سنة،تعاني إعاقة حركية).

لا تساعد هذه المعتقدات الثابتة على بناء ثقة النساء المعاقات في قدرتهن على المساهمة في كسب العيش لأسرهن المعيشية، ناهيك عن بناء أسرة ودعم الزوج والأطفال. على أن الواقع يوضح أن العديد من النساء المعاقات يدعمن ـ كزوجات وأمهات وبنات وشقيقات ـ الآخرين بنشاط.

النساء المعاقات اللاتي يتزوجن هن من يتبعن رغبات آبائهن، ويقبلن الأزواج الذين يختارهم آباؤهن. وحتى إذا وقع رجل في حبها، لا توافق أسرة الزوج المحتمل على الزواج؛ لأنها تعتقد أنالمرأة المعاقة عاجزة عن رعاية الزوج والأطفال. وتشير النساء المعاقات إلى أن «حقوقهن» لا تُترجم إلى الحرية الاجتماعية في اختيار زوج:

«نحن نساء معاقات، ونتعرض للتمييز من جانب غير المعاقين. في بعض الأحيان يشعر الطرفان - الرجل والمرأة - بالحب، لكن الوالدين يقولان *[للرجل]* 'لماذا عليك أن تتزوجها؟ إذا زوجتك كهذا *[معاقة]*،سيكون عليك أن ترعاها بعد الزواج'. إذن هناك تمييز اجتماعي ... وبالتالي تواجه النساء المعاقات صعوبات كبيرة في العثور على شريك ... ما لم يكن هذا الرجل يحبنا، فإننا تتزوجه...وفقط إذاتطوع الرجل بنفسه، يمكننا أن نقبله». (مناقشات مجموعات التركيز، امرأة تبلغ من العمر ٣٧ سنة،وتعاني إعاقة بدنية وحركية)

لا يقتصر الخضوع إلى رغبات الآباء على المعايير الثقافية فقط (وإن كان التغيير بطيئًا) لكنها يوفر للنساء أيضًا - بما فيهن النساء المعاقات- شبكة أمان في حالة حدوث أي مشكلة في الزواج. فعلى الرغم من أن أمان جميع النساء معرض للخطر إذا تزوجن دون موافقة الوالدين، فإن هذه المخاطر تزداد بالنسبة للنساء المعاقات. تخشى المرأة أنها إذا تزوجت لن تكون محبوبة، أو قد تتعرض لمعاملة سيئة، أو الأسوأ أن يهجرها زوجها. كما تخشى ألا تتمكن من الاعتماد على الأسرة في المستقبل، إذا وجدت نفسها مطلقة، أو منفصلة، وغير قادرة على إعالة نفسها. وتتزايد التحديات التي تواجهها النساء المعاقات لتلبية الاحتياجات اليومية، حيث أكثر أشكال العمل المتاحة لكسب الرزق تعتمد على القوة البدنية، والحركة، والذكاء الحسي.

نظرة أُسر الأزواج المحتملين إلى النساء المعاقات كعبء

أفادت النساء المعاقات أن الأزواج المحتملين وأسرهم يخشون أن تصبح الزوجة المعاقة عبئًا وتحتاج إلى الرعاية، بدلاً من أن تمتلك القدرة على العناية بزوجها وأطفالها، ولا يزال الأمر مختلطًا على النساء المعاقات بشأن القاعدة المجتمعية التي تطرح أن المرأة ترعى زوجها. ولهذا السبب وصفت النساء آباء النساء المعاقات بأن توقعاتهم منخفضة في ما يتعلق بزواج بناتهم، وفي بعض الحالات يقترحون زيجات للرجال على أساس أن النساء غير المعاقات لا يتمتعن بجاذبية. وعلى سبيل المثال:

«قدمني والداي إلى رجل لديه أطفال بالفعل، ويريدان أن أتزوجه، لكنني لم أكن راغبة». (مناقشات مجموعات التركيز، امرأة تبلغ من العمر ٣١ سنة، وتعاني إعاقة سمعية)

اعتبرت النساء ذوات الإعاقات البصرية والسمعية والتنموية أن زواجهن أقل احتمالاً حتى من النساء المعاقات بدنيًا. وعلى سبيل المثال، أوضحت امرأة مصابة بمتلازمة داون أن والديها لا يعتبران الزواج خيارًا لها، ذلك أنهما يخشان

حقوق الطبع محفوظة لمجلة قضايا الصحة الإنجابية النسخة العربية ٢٠١٧

ألا يرعاها الزوج بشكل صحيح. بيد أن المُجيبات أظهرن بعض القوة برفض الأزواج المحتملين الذي اختارهم الآباء، وأفدن أن آباءهم لم يجبرنهن على الزواج. كما أفادت أيضًا النساء المعاقات أن الآباء لن يمنعنهن من الزواج، لكنهم يوضحون أنهم يعتقدون أن الزواج يمثل مشكلة. وعلى سبيل المثال:

«لقد قدموا *[أسرتي]* لي النصح ... لم يمنعوني *[من الزواج]*، لكنهم كانوا يخشون أن أواجه مشاكل في المستقبل... فإذا هجرني زوجي، لن يستطيع والداي رعايتي بالمثل *[بنفس الطريقة]* كما لو كنت عزباء *[ولم أتزوج أبدًا]*... سوف أواجه العديد من الصعوبات في الكسب *[المال]* ودعم أولادي بمفردي ... إذا هو *[زوجي]* هرب *[تركني]* ... ستهملني عائلتي». (مُجيبة تبلغ من العمر ٣٥ سنة، وتعاني من إعاقة حركية)

على الرغم من أن تحليل البيانات لم يشمل ما إذا كانت النساء معاقات في وقت الزواج، فلم يحدث لأي من المجيبات- سواء المعاقات في وقت الزواج، أو اللاتي أُصبن بالإعاقة بعد الزواج-أن هجرها زوجها. ومع ذلك، تخشى النساء المعاقات قبل الزواج أن يهجرها الزوج المحتمل مستقبلاً. هنا كامرأة واحدة فقط انفصلت بعد سبع سنوات من الزواج. وقد كانت متعلمة، متخرجة من المدرسة العليا، ولا تعتمد ماليًّا على زوجها لأن لديها مصدرًا للدخل من متجر منزلي صغير. وهناك العديد من النساء المعاقات المتزوجات، ويشعرن بالسعادة لرعاية أزواجهن بهن. وفي حالة واحدة يعتني بها زوجها أكثر حتى مما كان عليه الحال قبل أصابتها بالإعاقة:

«يعتقد زوجي أنني معاقة ولا يمكنني العمل كما كنت من قبل... وهو الآن أكثر تفتحًا معي... فأنا أقوم بما أريد القيام به، وهو يشعر بالرضا. هذا أسهل كثيرًا مما كان عليه الحال قبل أصابتي بالإعاقة ... فقبل الإعاقة كان الوضع في الواقع أكثر صعوبة، لكنه أسهل بعدها». (مُجيبة تبلغ من العمر ٤٥ عامًا، وتعاني من إعاقة حركية).

أفادت نساء أخريات أن أزواجهن لا يسمحون لهن القيام بالأعمال المنزلية الثقيلة مثل: جلب المياه، وتقطيع الحطب، ويسمحون لهن فقط بالقيام بأعمال خفيفة مثل الغسيل:

«قلت إنه *[زوجي]* إذاطلب من والديه، سأوافق *[أن أتزوجه]*. فطلب من والديه ووافقت... لكنني قلت له إنني معاقة ويجب ألا يتزوج من شخص مثلي. بل لقد وقعت عندما حاولت أن أسير، لكنه قال لي إنه سيفعل لي كل شيء. لم أحمل المياه أبدًا، وهو يفعل كل شيء لي. وأنا أغسل الملابس فقط». (مجيبة تبلغ من العمر ٣٤ سنة، وتعاني منإعاقة حركية).

توضح هذه القصص أن الرجال قادرون على الاستجابة لاحتياجات النساء المعاقات ودعمهن في إطار الزواج. هناك إذن استثناءات للسرد الاجتماعي السائد حول الوصمة والتمييز وهنا كحاجة إلى تقاسم هذه الاستثناءات على نطاق واسع بُغية تغيير القوالب النمطية. يجب تعزيز صور النساء المعاقات بوصفهن زوجات، وأمهات، ومقدمات للرعاية.

زيادة المساوئ متعددة الجوانب في حالة النساء العَزَبَاوات واللاتي لم ينجبن

كانت أكثر من نصف نساء المجموعة (١٧ من ٣٣) عزباوات وبلا أطفال. تُعتبر النساء المعاقات اللاتي لم يتزوجن قط، واللاتي ليس لديهن أطفال ودعم الاجتماعي أكثر ضعفًا، وأكثر عرضة للعنف، والفقر، والتمييز الاجتماعي. وتوضح تجربة امرأة تبلغ من العمر ٥٨ سنة، ومصابة بإعاقة حركية وبصرية، كيف تتقاطع حالة الزواج، والفقر، والنوع الاجتماعي، والإعاقة، وتُشكل

حقوق الطبع محفوظة لمجلة قضايا الصحة الإنجابية النسخة العربية ٢٠١٧
A Gartrell et al. Reproductive Health Matters 2017; 25(50):31-42

سلبيات معقدة. لا يوجد لدى هذه المرأة والدان، أو أشقاء أكبر سنًا؛ لترتيب الزواج لها عندما كانت أصغر سنًا، وقد واجهت حواجز أمام الزواج تتعلق بالإعاقة والفقر وافتقارها إلى دعم الأسرة. وتشرح قرارها بالزواج في أواخر الأربعينيات من عمرها:

«تزوجت في سن متأخر. إذا كنت تزوجت في سن الشباب، ربما كنت أنجبت ... لكن الناس ينظرون لي نظرة دونية ولذا تزوجت في سن متأخر ... وفقط للحصول على دعم... فعندما كنت بمفردي، كانوا ينظرون نحوي، ولم يكن لديبيت ... واعتاد الجيران الحديث عنيبالسوء ... حيث كنتضعيفة وأبقيبمفردي ليلاً .. وكثيرا ما هاجموني وسرقوا حلق أذني ... لكنني لم أكن أعرف إلى أين اذهب وأنا فقيرة وأكافح من أجل العيش بمفردي .. وسرق شخص دجاجاتي في الليل، وكانوا يأتون لضربي ...» (مجيبة تبلغ من العمر ٥٨ سنة، ومصابة بإعاقة حركية وبصرية).

إن عيشها كامرأة فقيرة عزباء معاقة جعلها هدفًا سهلاً لسوء المعاملة من جانب القرويين:

«عندما كنت بمفردي [قبل الزواج]، أرادوا أن يلعنوني... ويتهمونني... وأطلقوا [القرويين] علي 'العمياء'.* ولم أكن أجرؤ على الخروج [من البيت]... كنت أعرف من هم [أولئك الذين جاؤوا للإساءة اللفظية لي]، لكنني لم أجرؤ على قول [شيء] لهم... لأنني وحيدة وأخشى أن يسيئوا لي [مزيدًا] ... فأنا معاقة ووحيدة»(مجيبة تبلغ من العمر ٥٨ سنة،وتعاني إعاقةحركية وبصرية).

وكان أن تصبح الزوجة الثانية لرجل متزوج من بين الاستراتيجيات القليلة المتاحة. فقد شعرت كامرأة متزوجة أنها أكثر أمانًا وتوقف القرويون عن النظر إليها نظرة دونية:

«[أنا] ليس لدي شعور بالوحدة... أشعر بالاستقرار معه [زوجي]، ولست خائفة ... إذا كان هناك رجل في البيت، لا يجرؤ اللصوص على القيام بمثل هذه الأمور» (مجيبة تبلغ من العمر ٥٨ سنة، وتعاني إعاقة حركية وبصرية).

من المعروف أن زوجها لديه نساء أخريات بالإضافة إلى زوجته الأولى، ويحتاج حاليًا إلى رعاية كاملة في أعقاب سكتة دماغية أصابته قبل عامين، وعلى الرغم من أنها متزوجة الآن وتُعتبر مقدمة الرعاية لزوجها، فلا تزال تشعر بالقلق لعدم وجود بيت أو أرض للعيش عند وفاته، وهي كزوجة ثانية، لا يحق لها المطالبة بأرضه، كما يحق للزوجة الأولى. ونظرًا لعدم وجود مصادر أخرى للدعم الاجتماعي، لن تجد سوف مكانًا للعيش، ولا شبكة أمان، فضلاًعن قلة الموارد المتاحة لتلبية احتياجاتها اليومية. في السياقات الريفية، حيث تعتمد الأشكال الرئيسة لكسب العيش على التنقل، والبصر، والقوة البدنية، تعاني النساء المعاقات حركيًا وحسيًا من حواجز محددة ذات صلة بإعاقاتهن وبالتالي يصبحن أكثر حرمانًا من النساء غير المعاقات.

النساء المعاقات أهداف سهلة للإساءة

أفادت خمس نساء في هذه الدراسة بتعرضهن لإساءات لفظية، أو بدنية، أو جنسية، فضلاً عن التحرش الجنسي غير المرغوب، بما في ذلك لَمْسهن بشكل غير لائق وتقبيلهن.** وقد شعرت النساء المعاقات أنهن أهداف سهلة للإساءة:

«يعتقد الرجل أنني لن أخبر أبي ... قال لي ألا أخبر أحدًا... وقلت لرجل آخر أيضًا ألا يُقبلني ... لأنني خجولة جدًا.. وأنا أشعر بالخوف عندما أكون في المنزل وحدي ... يعرف الرجال أنني

* كلمة (كوا) وهي كلمة مهينة تعني عمياء.
** لم يتم سؤال المشاركات عن تجاربهم مع التحرش الجنسي، وقد تكون الحوادث أكبر مما تعرضه البيانات

معاقة ويعرف والداي أنه [هذا الرجل تحديدًا] يريد اغتصابي... تحرش بي الرجل [أيضًا] عندما كان عمري ١٦ أو ١٧ سنة .. لمس ثديي، ورأى شخص ذلك وقال لوالدي». (مجيبة تبلغ من العمر ١٨ سنة، وتعاني من متلازمة داون).

الاغتصاب أمرٌ شائعٌ تواجهه الشابات في كمبوديا.[٢٥] تشعر النساء المصابات بإعاقات سمعية، أو بصرية، أو فكرية أنهن ضعيفات بوجه خاص، حيث يعتقد الجناة أنهن غير قادرات على الثأر، أو الصراخ، أو إخبار الآخرين. كما تشعر النساء المعاقات بعدم الأمان والخوف من العنف الجنسي والاغتصاب، وقد يفتقرن إلى الدعم الاجتماعي والموارد المالية المطلوبة للحصول على المساعدة إذا لزم الأمر:

«أنا خائفة لأنني لا أعرف من الذي لديه نوايا حسنة ومن الذي نواياه سيئة ... فأنا أعيش بمفردي ولا أبصر ... وقد سمعت أن النساء المعاقات يتعرضن للاغتصاب ... وللأذى ... ولذا أشعر بالخوف والقلق من أن أتعرض لمثل تلك الأمور ... ولا أعرف كيف يمكنني الاتصال تلفونيًّا بأي شخص لأن هاتفي بدون رصيد... ولذا يجب عندئذ أن أصرخ ليسمعني جيراني». (مجيبة تبلغ من العمر ٣٥ سنة، وتعاني إعاقة بصرية).

وأفادت المُجيبات في المقابلات أن الأزواج غير المعاقين، وأفراد أسرهم، يشعرون بالإحباط تجاههن نظرًا لصعوبات الإعاقة، وعلى سبيل المثال، وصفت امرأة تعاني من إعاقة سمعية كيف يضربها والدها؛ بسبب شعوره بالإحباط لعدم تمكنه من التواصل معها بسهولة، كما وصفت امرأة تعاني من إعاقة بصرية كيف أنها قادرة على الوفاء بدورها الجنسي كزوجة، لكن عجزها عن العمل يحبط زوجها ويسفر عن الإيذاء اللفظي:

«بالنسبة للجانب الجنسي ... لا توجد مشكلة ... لكنني لا أقدر على العمل ولذا يصاب زوجي بالجنون ... وعندما يشتمني، لا أشعر برغبة في النوم معه... إنه [زوجي] يلعنني ... ويشعر بالخجل مني ... يقول 'ستظلين عمياء دائمًا' ... وهذا ما يجعلني أثور عليه». (مجيبة تبلغ من العمر ٤٢ سنة، وتعاني إعاقة بصرية).

وهناك حالتان أخريتان ردت فيهما السيدتان المعاقتان على الإساءة غير اللائقة، والسلوك التهديدي بأن اتصلتا بالسلطات المحلية - رئيس القرية، والشرطة، والمجلس البلدي للحماية. لقد تعلمت هاتان السيدتان، في المدرسة ومن خلال برامج المنظمات غير الحكومية، كيفية الرد على السلوك غير اللائق وعرفن حقوقهن كنساء.

قلة حصول النساء على معلومات وخدمات الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية

تقل معرفة النساء المعاقات بالصحة والحقوق الجنسية والإنجابية، وهو ما يعكس نمطًا شائعًا بين السكان بصفة عامة، تُعتبر الأحاديث غير الرسمية بين أفراد الأسرة والأقران والجيران بمثابة المصدر الرئيس الأول للمعلومات بالنسبة للرجال والنساء، كما أكدت بحوث أخرى في كمبوديا.[٩،١٠،٢٦] وقد توصلت هذه الدراسة إلى نتائج مفادها، أن النساء المعاقات عرفن بشأن الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية من ثلاثة مصادر رئيسة: الشبكات الاجتماعية للأسرة والأصدقاء والجيران، ولقاءات تبادل المعلومات على مستوى القرية التي ينظمها المتطوعون الداعمون لصحة القرية و/أو المنظمات غير الحكومية، أو بشكل مباشر من موظفي مركز الصحة و/أو الأطباء. وعلى سبيل المثال، تعلمت النساء الشابات ما يخص الدورة الشهرية عن طريق الاستماع إلى محادثات النساء الأكبر سنًا:

«سمعت والدتي تتحدث مع نساء أخريات عن الدورة الشهرية وقد عرفت الأمر بهذه الطريقة». (مجيبة تبلغ من العمر ٤٨ سنة، وتعاني إعاقة حركية).

تُعد الحالة الزوجية مُحدِدًا رئيسا لمعرفة النساء المعاقات بشأن الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية، لا سيما ما يتعلق بوسائل منع الحمل. تتعرف النساء المتزوجات على وسائل منع الحمل ورعاية الصحة الجنسية والإنجابية من خلال الحديث مع أفراد الأسرة والأقران والجيران. بيد أن النساء المتزوجات لسن قادرات جميعًا على الوصول على قدم المساواة إلى المعلومات، ذلك أن المتطوعين الداعمين لصحة القرية و/أو رئيس القرية لم يقوموا بشكل منتظم بدعوة المتزوجين الذين ليس لديهم الأطفال، أو الذين لديهم أطفال أكبر سنًا؛ للمشاركة في لقاءات تبادل المعلومات مع المتطوعين و/أو المنظمات غير الحكومية. وتطرح هذه النتائج أن الدعوة لم تكن توجه بشكل منتظم لحضور هذه اللقاءات إلا للمتزوجين الذين لديهم أطفال صغار. أما بالنسبة لوسائل منع الحمل، فلم تكن تُستخدَم عمومًا إلا بعد ولادة الطفل الأول، ومن المرجح أن موظفي الصحة يدركون دومًا الحاجة إلى تنظيم الأسرة بعد ولادة الطفل الأول. أما النساء اللاتي لم تتم دعوتهن إلى تلك القاءات فقد حصلن على المعرفة بشكل غير رسمي عن طريق السمع:

«كانت النساء تتحدث مع بعضهن بعضًا *[حول وسيلة منع الحمل بالقذف الخارجي]*... نساء كبيرات السن ... وقد سمعتهن من بُعد». (مجيبة تبلغ من العمر ٤٤ سنة، متزوجة وتعاني إعاقة بصرية).

وتُعتبر المعرفة محدودة جدًا لدى النساء المعاقات، ولا سيما لمن تقل أعمارهن عن ٣٠ سنة. وكانت هؤلاء النسوة يشعرن بالخجل عند الحديث عن الصحة، والحقوق الجنسية، والإنجابية وافترضن أن هذه المعلومات غير ذات صلة بهن:

«يبدو جسدي على هذا النحو *[معاقًا]*... وهذا هو السبب لا أريد أن أعرف *[حول الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية]*». (مُجيبة تبلغ من العمر ٣٦ سنة، متزوجة وتعاني إعاقة بدنية)

«أنا ليس لدي زوج مثل الأخريات، ولذا لا أهتم كثيرًا». (مُجيبة تبلغ من العمر ٢٣ سنة، عزباء وتعاني إعاقة حركية).

كما اكتسبت أيضًا المُجيبات المتزوجات معلوماتهن حول الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية عن طريق زيارة المركز الصحي المحلي والممارسين في القطاع الخاص، وتواجه النساء المعاقات سمعيًّا حواجز محددة للحصول على المعلومات في كل من هذه الأشكال اللفظية، وقد أفدن بوجود صعوبات خاصة في التواصل مع موظفي المركز الصحي، واعتمدن على أفراد الأسرة لمساعدتهن في المركز الصحي. وقد اعتبرن مشورة الصحة مُربكة ومُحبِطة. تغادر النساء جلسات التشاور دون أن يعرفن الكثير عن الحالة التي دفعتهن إلى التماس الرعاية، ولم يرغبن في زيارة المركز الصحي في المستقبل. وعلى سبيل المثال:

«نواجه صعوبة لأن موظفات المراكز الصحية لا يستخدمن لغة الإشارة، ونحن بحاجة إلى مترجم ... وعندما نذهب إلى الطبيب لا نعرف حقًا ما يحدث».(مناقشات مجموعات التركيز، امرأة تبلغ من العمر ٣١ سنة، وتعاني إعاقة سمعية).

وقد حرصت النساء على التعلُّم عند تشجيعهن على طرح أسئلة والتماس معلومات عن الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية من متخصصي الرعاية الصحية، والمتطوعين الداعمين لصحة القرية.

مناقشة

ليس من المستغرب قلة معلومات النساء المعاقات في مجال الصحة، والحقوق الجنسية والإنجابية؛ نظرًا لتدني مستويات تعليمهن، وضعف نوعية التعليم عمومًا في كمبوديا، فضلاً عن حواجز الإعاقة المحددة التي تحول دون تعلمهن الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية. وتواجه النساء المعاقات غير المتزوجات حواجز ذات صلة بالسن، والنوع الاجتماعي، والإعاقة أمام حصولهن على معلومات الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية، ويشعرن بالقلق تجاه إمكانية زواجهن في المستقبل ومدى ضعفهن داخل الزواج. ويُمثل إدراج الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية في المناهج الدراسية بصورة منتظمة أهمية عاجلة، يحصل حاليًا طلاب الصفوف العلياعلى معلومات حول التطور الجنسي، ولكن نظرًا لانخفاض معدل إتمام الدراسة في كمبوديا، لا سيما بين الأشخاص ذوي الإعاقة،[٢٧] يجب تشجيع التثقيف الجنسي من خلال قنوات أخرى غير المدرسة.إن انخفاض المعرفة الصحية بين السكان بصفة عامة، وخاصة بالنسبة للنساء المعاقات، يعني أن معلومات الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية عليها أن تركز على رسائل أساسية بسيطة وبسيرة الفهم وتقدمها بأشكالٍ متعددة.

حددت النساء المعاقات في هذه الدراسة الحاجة إلى زيادة إمكانية الحصول على المعلومات على مستوى القرية، لا سيما وجهًا لوجه. فضلاً عن وجود مُعِينات للتواصل بُغية مساعدة النساء المعاقات سمعيًّا، مثل لوحات التواصل البصري في مراكز الصحة، ويجب أن تُتاح هذه المعلومات للأشخاص غير المتزوجين والمتزوجين، مع أو بدون أطفال، المعاقين وغير المعاقين، في المناطق الحضرية والريفية والنائية، كما تحتاج أيضًا برامج الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية إلى إدراك الاحتياجات المختلفة للنساء، المتزوجات والعزباوات المعاقات، وهناك حاجة إلى تدريب وتوعية العاملين في مجال الرعاية الصحية، والآباء والمعلمين، حول كيفية التعامل والتواصل في هذه المسائل مع الشباب، بُغية ضمان شعور الشباب بالترحيب والأمان عند السعي للحصول على هذه المعلومات.[١٠]

يجب أن تحل حملات التوعية محل القوالب النمطية الاجتماعية القائمة على النوع الاجتماعي، وأن تقدم قصصًا إيجابية عن تمكين النساء المعاقات، كأفراد ذات قيمة، وجديرات باحترام المجتمع، وصاحبات حقوق كنساء، بغض النظر عن وضعهن كزوجات وأمهات، ويمكن الحصول على معلومات وخدمات الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية عن طريق الأزواج غير المعاقين، والآباء، وغيرهم من أفراد الأسرة الآخرين، والجيران، وموظفي الرعاية الصحية. وتحتاج برامج الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية إلى استهداف هؤلاء أصحاب المصلحة، والعمل مع النساء المعاقات ومنظماتهن التمثيلية؛ لزيادة الوعي المجتمعي للأشخاص ذوي الإعاقة بوصفهم قادرين جنسيًّا مثل أي شخص آخر تمامًا، وتقوم السلطات المحلية بدور مهم في التخطيط الاجتماعي وعلى المنظمات الإقليمية للأشخاص ذوي الإعاقة أن تتولى إشراكهم وتعريفهم بالإعاقة، وتعزيز مهاراتهم الشاملة. ويمكن أن تحدد تلك المنظمات الإقليمية نماذج أدوار بين أعضائها، مثل النساء المعاقات اللاتي أنجبن بالفعل وأثبتن قدراتهن كنساء، والشركاء والآباء، وبذلك، يقومون بدور نشط في دفع عجلة تغيير الأعراف الضارة الكامنة في مجال النوع الاجتماعي.

الخاتمة

تمر النساءالمعاقات بخبرات متقاطعة تتعلق بالحواجز المرتبطة بالنوع الاجتماعي، ونوع الإعاقة، والفقر، والبيئة الريفية، والدعم الاجتماعي، تقف أمام الحصول على صحتهن وحقوقهن

الجنسية والإنجابية، في السياقات الريفية، حيث تعتمد الأشكال الرئيسة لكسب العيش على التنقل والبصر، والقوة البدنية، تعاني النساء المعاقات حركيًّا وحسيًّا من حواجز محددة ذات صلة بإعاقاتهن وبالتالي يصبحن أكثر حرمانًا اقتصاديًّا من النساء غير المعاقات، بالإضافة إلى الأعراف الثقافية القائمة على النوع الاجتماعي في مجال الزواج، تواجه النساء المعاقات الوصمة والأعراف الاجتماعية، التي لا تعترف بأنهن نساء قادرات وجديرات بالاحترام والحب وبحياة ذات معنى. وتلبي النساء المعاقات عند زواجهن الأعراف الاجتماعية-الثقافية التي تجعلهن يحصلن على مكانة كزوجات وأمهات جنبًا إلى جنب قريناتهن غير المعاقات. ومع ذلك، بينما يمكن أن يُعتبر الزوج مصدرًا للدعم والحب والرعاية، فقد يكون أيضًا مسيئًا وغير داعم. تتعرض النساء المعاقات المتزوجات وغير المتزوجات، إلى قدر من الإساءة أكبر مما تتعرض له النساء غير المعاقات، كما أن احتياجاتهن الصحية، واحتياجات الصحة الجنسية، والإنجابية أكبر أيضًا، ومع ذلك، فإن حصولهن على المعلومات والخدمات أقل. وهناك حاجة ملحة لتأكيد أن السياسة والبرامج الحالية في مجال الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية يجب أن تشمل الاحتياجات المحددة للنساء المعاقات.

شكر وتقدير

قام التعاون الإنمائي الألماني بتمويل هذا البحث من خلال الجمعية الألمانية للتعاون الدولي (GIZ). وأُجري بالشراكة مع المنظمة الكمبودية للأشخاص ذوي الإعاقة. ونود أن نتوجه بالشكر إلى جميع النساء المعاقات اللاتي شاركن في هذا البحث.

المراجع

1. WHO/WB (2011) World Report on Disability. WHO and World Bank.
2. Mac-Sieng V, Boggs D. Triple discrimination against women and girls with disability. MedicusMundi Schweiz (MMS) Bulletin #130, October 2014.
3. Lee K, Devine A, Marco MJ, et al. Sexual and reproductive health services for women withdisability: a qualitative study with service providers in the Philippines. BMC Women's Health 2015;15:87.
4. Frohmader C, Ortoleva S. The Sexual and Reproductive Rights of Women and Girls with Disabilities.ICPD Beyond 2014 International Conference on Human Rights. Issues Paper. July 1st, 2013.
5. WHO/UNFPA. Promoting sexual and reproductive health for persons with disabilities.WHO/UNFPA Guidance Note. Geneva: WHO, UNFPA;2009.
6. Murthy GV, John N, Sagar J and South India Disability Evidence Study Group. Reproductive healthof women with and without disabilities in South India, the SIDE study (South India Disability Evidence)study: a case control study. BMC Women's Health 2014;14:146.
7. Vaughan C, Zayas J, Devine A, et al. W-DARE: a three year program of participatory action researchto improve the sexual and reproductive health of women with disabilities in the Philippines. BMCPublic Health, Vol 15:984.
8. Walsh-Gallagher D, Sinclair M, McConkey R. (2012) The ambiguity of disabled women'sexperiences of pregnancy, childbirth and motherhood: A phenomenological understanding. Midwifery[date]; 28:156-162.
9. Samandari G, Speizer I, O'Connell K. The Role of Social Support and Parity on Contraceptive Use inCambodia. International Perspectives on Sexual and Reproductive Health 2010;36 (3):122-131.
10. Racherla SJ, Bophea S, Sisokhom S. On Universal Access to Sexual and Reproductive health:Cambodia. Country Profile. Phnom Penh: RHAC, EU, SIDA; 2013.
11. Government of Cambodia, Ministry of Health (MoH) (2012) National Strategy for Reproductiveand Sexual Health in Cambodia, 2012-2016. Government of Cambodia: Phnom Penh.

12. Government of Cambodia, Ministry of Social Affairs, Veterans and Youth Rehabilitation. NationalDisability Strategic Plan, 2014-2018. Ministry of Social Affairs, Veterans and Youth Rehabilitation,Government of Cambodia: Phnom Penh; 2014.
13. Gartrell A. 'A frog in a well': The exclusion of people with disability from work in Cambodia. Disability and Society 2010;25(3):289-301.
14. Astbury J, Walji F. Triple Jeopardy. Gender-based violence and human rights violationsexperiences by women with disabilities in Cambodia, AusAID Research Working Paper 1. 2013.
15. UN CRPD. Convention on the Rights of Persons with Disabilities: Resolution/adopted by theGeneral Assembly. In: Assembly UG (ed) A/RES/61/106. United Nations General Assembly;2006.
16. Bickenbach JE. Disability Human Rights Law and Policy. In: Albrecht, Gary L. et al. (Ed.): Handbookof Disability Studies. Thousand Oaks, California: Sage Publications; 2001. pp. 565-584.
17. Gleeson B. Geographies of Disability. London and New York: Routledge; 1999.
18. Natarajan L. Socio-spatial learning: A case study of community knowledge of participatory spatialplanning. Progress in Planning 2017; 111:1-23.
19. McFarlane H. Disabled women and socio-spatial 'barriers' to motherhood. PhD thesis, Universityof Glasgow. 2004.
20. Kitchin, R. 'Out of place', 'Knowing one's place': Space, power and the exclusion of disabledpeople. Disability and Society 1998;13(3):343-356.
21. Gartrell A, Hoban E. Structural vulnerability, disability and access to non-governmentalorganization services in rural Cambodia. Journal of Social Work in Disability and Rehabilitation 2013;12(3):194-212.
22. Gartrell A, Soldatic K. Rural disabled women in post conflict zones: Disability InclusiveDevelopments Forgotten sisters. Third World Thematics (Accepted November 1, 2016). http://dx.doi.org/10.1080/23802014.2016.1262749
23. Glaser B, Strauss A. The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research,Chicago: Aldine Publishing Company; 1967.
24. Gartrell A. Flying on Hope: The Lived Experience of Disability in Rural Cambodia. UnpublishedPhD Thesis, The University of Melbourne, Melbourne; 2004.
25. Fulu E, Warner X, Miedema S, et al. Why do some men use violence and how can we prevent it?Bangkok; UN Women; 2013.
26. Vathiny O, Hourn K. Barriers to contraceptive use in Cambodia: A study in selected sites in Takeoand Siem Reap. Reclaiming and Redefining Rights Thematic Studies Series 3: Reproductive Autonomyand Rights in Asia. Asian-Pacific Resource and Research Centre for Women. Kuala Lumpur, Malaysia;2010.
27. Kalyanpur M. Paradigm and paradox: Education for all and the goal of inclusion of children withdisabilities in Cambodia. International Journal of Inclusive Education 2011; 15(10): 1053-1071.

حقوق الطبع محفوظة لمجلة قضايا الصحة الإنجابية النسخة العربية ٢٠١٧

الجدول ١: التركيبة السكانية للنساء اللاتي أجرينا معهن مقابلات

الهوية	السن	نوع الإعاقة	الحالة الزوجية	عدد الأطفال	التعليم	تعيش مع:	العمل
F٠١	٤٢	حركية	متزوجة	٤	الصف ١	الزوج والأطفال	مزارعة
F٠٢	٢٥	حركية	متزوجة	١ (حامل)	الصف ٩	الزوج والأطفال	تربية الخنازير
F٠٣	٥٢	حركية	متزوجة	٥	الصف ٣	الزوج والأطفال	مزارعة؛ تربية الخنازير
F٠٤	٢٣	حركية	عزباء	٠	الصف ١٢	الوالدين*	في المنزل: أعمال منزلية
F٠٥	٤٣	بصرية	متزوجة	٥	الصف ٢	الزوج والأطفال	مزارعة
F٠٦	٤٥	حركية	متزوجة	٢	الصف ٨	الزوج والأطفال	
F٠٧	٢٤	بصرية	عزباء	١	الصف ٦	الوالدين	تراعي الأطفال في البيت
F٠٨	٤٤	ضريرة	متزوجة	٢	الصف ٧ (دبلوم)	الزوج والأطفال	مزارعة / عاملة بناء
F٠٩	٤٩	حركية	متزوجة	٠	الصف ٧ (دبلوم)	الزوج	موظفة بمنظمة غير حكومية، بائعة في السوق
F١٠	٤٨	بصرية	عزباء	٠	الصف ٦	الوالدين	لا تعمل في عمل بأجر
F١١	٤٨	حركية	متزوجة	٠	الصف ٧	الزوج	موظفة بمنظمة غير حكومية
F١٢	٥٨	بصرية	متزوجة	٠	لا يوجد	الزوج	عمل تجاري صغير
F١٣	٢٨	ضريرة	عزباء	٠	لا يوجد	بيانات غيرمتوفرة	أعمال منزلية
F١٤	٥٣	بصرية	متزوجة	٥***	الصف ٤	الزوج والأطفال	تبيع ملابس مستعملة
F١٥	٤١	فيروس نفص المناعة البشرية	متزوجة	٤	الصف ٤	الزوج والأطفال	مزارعة وعمل تجاري صغير
F١٦	٢٧	حركية	متزوجة	٢	الصف ١	الزوج والأطفال	في مزرعة
F١٧	٣٠	حركية	متزوجة	١	الصف ١٢	الزوج والأطفال	متجر صغير في البيت
F١٨	٣٦	بدنية	عزباء	٠	بيانات غير متوفرة	الوالدين	تربية الحيوانات، الزراعة
F١٩	٢٥	حركية	متزوجة	١	الصف ٧	الزوج والأطفال	الزراعة، العمل المنزلي
F٢٠	١٨	نمو	عزباء	٠	لا يوجد	الوالدين	العمل المنزلي
F٢٢	٢١	حركية	عزباء	٠	الصف ١٢	الوالدين	تدرس
F٢٣	٣٥	حركية	عزباء	٠	لا يوجد	الأب الأرمل (وهو معاق أيضًا)	المنزل: الزراعة: تربية الحيوانات
F٢٤	٤٥	حركية	عزباء	٠	لا يوجد	لا تتوفر بيانات	ترزية
F٢٥	٣٤	حركية	متزوجة	٣	لا يوجد	الزوج والأطفال	تربية الدواجن؛ المنزل
F٢٦	٣٠	ضريرة	عزباء	٠**	لا يوجد	الوالدين	تبيع الفطائر

٨ من بين المصابات بإعاقات بصرية، كانت هناك ٥ نساء ضريرات في إحدى عيونهن.
* يشمل الوالدين الأخوة والأخوات.
** إجمالي ٣٦ طفلاً.
*** يعاني ٣ من أطفالها الخمسة بإعاقات فكرية.

حقوق الطبع محفوظة لمجلة قضايا الصحة الإنجابية النسخة العربية ٢٠١٧

الجدول ٢: مجموعة التركيز: النساء ذوات الإعاقة

الهوية	السن	نوع الإعاقة	الحالة الزوجية	عدد الأطفال	التعليم	تعيش مع:	العمل
P1	٣٥	ضريرة	عزباء	٠	الصف ٣	أسرة الشقيق الأكبر	الزراعة
P3	٤٩	حركية	م (مطلقة)	٠	الصف ٤	لا تتوفر بيانات	عمل تجاري صغير
P4	٣٧	متعددة (بدنية/حركية)	عزباء	٠	الصف ٣	الشقيقة	تربية الخنازير
P5	٢٨	صماء	منفصلة	٢	لا تتوفر بيانات	لا تتوفر بيانات	لا تتوفر بيانات
P6	٢٢	صماء	عزباء	٠	الصف ١٢	لا تتوفر بيانات	لا تتوفر بيانات
P7	٢٧	صماء	عزباء	٠	الصف ٦	لا تتوفر بيانات	لا تتوفر بيانات
P8	٣١	صماء	عزباء	٠	الصف ٥	لا تتوفر بيانات	لا تتوفر بيانات
P9	٢٨	صماء	عزباء	٠	الصف ١	لا تتوفر بيانات	لا تتوفر بيانات

قضايا الصحة الإنجابية باللغة العربية

REPRODUCTIVE HEALTH matters

مقالة بحثية

"حرية الذهاب إلى حيث أشاء": تحسين وصول النساء ذوات الإعاقة في الفيليبين إلى الصحة الجنسية والإنجابية

بقلم: ألكساندرا ديفاين[أ]، راكيلإجناسيو[ب]، كريستلبرنتر[ج]، لورين تيمينجهوف[ج]، ليز جيل-أتكنسون[د]، جيروم زاياس[ب،هـ]، ما خيسوساماركو[و]، كاثي فاوجهان[ز]

(أ) كبيرة باحثين، معهد نوسال للصحة العامة، مدرسة ملبورن للسكان والصحة العامة، جامعة ملبورن، ملبورن، ولاية فيكتوريا، أستراليا. للمراسلة devinea@unimelb.edu.au

ب) باحثة مساعدة، معهد بحوث التنمية الاجتماعية، جامعة دي لا سال، مانيلا، الفيليبين

ج) باحثة متدربة، معهد نوسال للصحة العامة، مدرسة ملبورن للسكان والصحة العامة، جامعة ملبورن، ملبورن، ولاية فيكتوريا، أستراليا. للمراسلة

د) باحثة مساعدة، وحدة النوع وصحة المرأة، مركز المساواة في الصحة، مدرسة ملبورن للسكان والصحة العامة، جامعة ملبورن، ملبورن، ولاية فيكتوريا، أستراليا.

هـ) مستشارة التنمية الإدماجية، أجندة التنمية الإدماجية والتمكين، مانيلا، الفيليبين.

و) زميلة باحث، معهد بحوث التنمية الاجتماعية، جامعة دي لا سال، مانيلا، الفيليبين.

ز) كبيرة محاضرين، وحدة النوع وصحة المرأة، مركز المساواة في الصحة، مدرسة ملبورن للسكان والصحة العامة، جامعة ملبورن، ملبورن، ولاية فيكتوريا، أستراليا.

ترجمة: عثمان مصطفى عثمان

موجز المقال: تعاني النساء ذوات الإعاقة من مجموعة من انتهاكات لحقوقهن الجنسية والإنجابية. صدّقت الفلبين على اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة ولديها قوانين سارية تدعم حقوق الصحة الجنسية والإنجابية والحماية من العنف. ومع ذلك، فإن محدودية الموارد، ومعارضة مثل هذه القوانين تقوّض الوصول إلى هذه الحقوق لجميع النساء. وعدم كفاية إدراج الإعاقة في السياسات والبرامج، والوعي المحدود للإعاقة بالخدمات، يزيد من إعاقة في الحصول على هذه الحقوق. كان مشروع *W-DARE* (النساء ذوات الإعاقة يتخذن إجراءات بشأن الصحة الإنجابية والجنسية) برنامجًا للبحوث التشاركية لمدة ثلاث سنوات يهدف إلى (١) فهم خبرات واحتياجات الصحة الجنسية والإنجابية للنساء ذوات الإعاقة؛ (٢) تحسين الوصول إلى الصحة الجنسية والإنجابية الجيدة، بما في ذلك خدمات الاستجابة للعنف للنساء ذوات الإعاقة في الفلبين. استجابة للحاجة الماسة إلى مزيد من المعلومات حول الصحة الجنسية والإنجابية وزيادة فرص الحصول على الخدمات، قام فريق *W-DARE* بتطوير وتنفيذ تدخل تجريبي يركز على مجموعات العمل التشاركي (*PAGs*) التي تسهلها الأقران للنساء ذوات الإعاقة. تركز هذه الورقة على النتائج النوعية من تقييم تدخل مجموعات العمل التشاركي. *DOI*: 10.1080/09688080.2017.1319732

الكلمات الدالة: الصحة الجنسية والانجابية، النساء ذوات الإعاقة، الطرق التشاركية، إدماج الإعاقة، الفلبين

مقدمة

تشتمل «اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة» على مواد محددة فيما يتعلق بالاعتراف بالحقوق الإنجابية (المادة ٢٣)، وحصول ذوي الإعاقة على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية والمعلومات المتعلقة بهما (المادة ٢٥)، وحقوق المرأة وتمكينها (المادة ٦)؛ هذا فضلاً عن تأكيد المادة ٣٢ على أهمية شمول الأشخاص ذوي الإعاقة في العمليات الإنمائية.[1] بيد أن ما تواجهه المرأة من تضافرٍ للأحكام المسبقة مع التمييز، يؤدي إلى

© 2017 The Author(s). Published by Informa UK Limited, trading as Taylor & Francis Group
This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited

حقوق الطبع محفوظة لمجلة قضايا الصحة الإنجابية النسخة العربية ٢٠١٧
A Devine et al. Reproductive Health Matters 2017; 25(50):55-65

تعرضها إلى انتهاك حقوقها الجنسية والإنجابية بدرجة أكبر مما تتعرض له مثيلتها غير المعاقة.[٢-٤]

وتشمل تلك الانتهاكات، التعقيم الإجباري أو القسري، والحرمان من حقوق الأمومة والوالدية، والحرمان من الأهلية القانونية واتخاذ القرار، والافتقار إلى الحصول على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، وما يتعلق بهما من برامج، ومعلومات، وتثقيف.[٥] هذا فضلاً عن أن المرأة ذات الإعاقة أكثر عرضة للانتهاكات الجسدية والجنسية من المرأة غير المعاقة.[٦-٩]

وكثيرًا ما يتم إقصاء المرأة ذات الإعاقة، دون قصد، من برامج الصحة الجنسية والإنجابية، بالذات عندما تكون الموارد ضعيفة، إلى جانب أن محدودية البيانات المفصلة حول السياقات المختلفة لتجارب واحتياجات النساء ذوات الإعاقة تقوض إمكانية تطوير سياسات وبرامج تشمل المعاقين. كذلك، هناك محدودية في الأدلة والإمكانات، فيما يتعلق بأفضل سُبل معالجة معوقات شمول المعاقين في برامج الصحة الجنسية والإنجابية. هذا بالإضافة إلى أن منظمات المعاقين وقطاع المعاقين بأسره لا يركزون كثيرًا على احتياجات الصحة الجنسية والإنجابية، تحديدًا، للمعاقين.[١٠،١١،٢]

صدَّقت الفيليبين على اتفاقية حقوق الأشخاص المعاقين في ٢٠٠٨، ووضعت إطارًا قانونيًا لتعزيز حقوق النساء ذوات الإعاقة في الصحة الجنسية والإنجابية، وحقوقهن في الحماية من العنف. فأصدرت ماجنا كارتا المرأة، وماجنا كارتا الأشخاص ذوي الإعاقة، وقانون الوالدية المسؤولة والصحة الإنجابية.[١٢] وقد أتاح هذا القانون حصول الجميع على خدمات تخطيط الأسرة، بما فيها وسائل منع الحمل، والتثقيف، ورعاية الأمومة. بيد أن المعارضة التي يلقاها هذا القانون، فضلاً عن عدم ملاءمة الميزانية المخصصة لتطبيقه، قوضا إمكانية حصول كل النساء في الفيليبين على تلك الخدمات.[١٣] هذا بالإضافة إلى أن محدودية قدرة مقدمي الخدمة على تقديم خدمات تشمل الجميع؛ تزيد من تلك المعوقات أمام المرأة ذات الإعاقة، لتستمر معاناتها من انتهاكات حقوقها كإنسانة، خاصةً ما يتعلق منها بالصحة الجنسية والإنجابية والتعرض للعنف.[١٣-١٥]

كان مشروع المعاقات يتخذن حَركًا حول الصحة الإنجابية والجنسية « نجرو»، مشروعًا بحثيًا مدته ثلاث سنوات، يدور حول العمل التشاركي، بهدف تحسين نفاذ المعاقات في الفيليبين إلى خدمات صحة جنسية وإنجابية عالية الجودة.[١٠] قام على تنفيذ المشروع باحثون من مدرسة السكان والصحة العالمية بجامعة ملبورن، ومركز بحوث التنمية الاجتماعية بجامعة دي لا سال (مانيلا).

تم تنفيذ المشروع في الحي الثاني بمدينة كويزون في مانيلا الكبرى، ومدينة ليجاو، وهي منطقة شبه حضرية في مقاطعة ألباي، من ٢٠١٣ إلى ٢٠١٦. الحي الثاني هو أكبر أحياء مدينة كويزون والأعلى في الكثافة السكانية على مستوى الفيليبين، حيث يقدر عدد سكانه بـ ٦٣٥,٩٦٧ نسمة.[١٦] يضم الحي أُسَرًا من طرفي نقيض الطيف الاجتماعي-الاقتصادي، ولكنها بوجه عام فقيرة نسبيًا، كما تعيش الكثير من الأسر بشكل غير رسمي في الحي. أما مدينة ليجاو فهي منطقة ريفية وشبه حضرية في مقاطعة ألباي، تبعد نحو ساعة عن ليجازبي، عاصمة المقاطعة. تمتد المدينة من سفح جبل مايون إلى الساحل في الجنوب الغربي، ويبلغ عدد سكانها ١٠٤,٩١٤ نسمة.[١٦]

وتماشيًا مع مقاربة الحقوق، والإيمان المحوري لدى الفريق البحثي بأن بحوث العمل التشاركي حول الإعاقة ينبغي أن تعزز الاحترام والتمكين، ولضمان تمثيل العمليات والنتائج لرؤى وتجارب المعاقين، أُجري البحث بمشاركة منظمتي المعاقين «باري»

PARE و«ووليب» WOWLEAP.[١٧] وتمت الاستعانة بنحو ٢٠ امرأة ورجلاً مختلفي أنواع الإعاقة، للعمل كباحثين مشاركين خلال المشروع. كذلك، فلضمان إمكانية استناد سياسات وممارسات أكثر شمولًا إلى نتائج البحث، بشكل مباشر، عمل مشروع «نجرؤ» عن كثب مع مقدم الخدمة الوطني غير الحكومي «مركز ليكهان لصحة المرأة»، ومركز مؤسسة دراسات المرأة بجامعة الفيليبين، وذلك فضلاً عن الاستعانة بالسلطات الحكومية المعنية على المستويين الوطني، وتحت الوطني.

استخدم مشروع «نجرؤ» مزيجًا من المناهج من أجل (١) زيادة فهم مدى انتشار الإعاقة، وتجارب الصحة الجنسية والإنجابية لدى النساء ذوات الإعاقة، واحتياجات وتجارب النساء ذوات الإعاقة مع الخدمة الصحية، وسلوكيات وممارسات مقدمي الخدمة للمعاقين، و(٢) تقييم تأثير التدخل التجريبي الهادف إلى زيادة الطلب على، وتوفير، خدمات الصحة الجنسية والإنجابية والاستجابة للعنف بمستوى راقٍ.[١٠، ١٥، ١٨].

كشفت المقابلات التي أُجريت مع نساء ذوات أعاقة عن العديد من المعوقات أمام الصحة الجنسية والإنجابية، شملت محدودية المتاح من خدمات يمكن الوصول إليها، ومحدودية وعي النساء بالصحة الجنسية والإنجابية، ومتى وكيف يمكنهن الوصول إلى المعلومات والخدمات المناسبة، وسلبية سلوكيات مقدمي الخدمات والمجتمعات تجاه الإعاقة والصحة الجنسية والإنجابية، وتعرض النساء إلى العنف والانتهاك، كذلك أعربت النساء ذوات الإعاقة عن رغبتهن في الحصول على معلومات أكثر حول الصحة الجنسية والإنجابية، ونفاذ أكبر إلى الخدمات.

لمعالجة كل ذلك، قام فريق «نجرؤ» بتصميم وتنفيذ تدخل تجريبي، يقوم على مجموعات العمل التشاركي، بتيسير من النظراء، مع نساء ذوات إعاقة. تتناول هذه الورقة النتائج النوعية المستقاة من تقييم تدخل مجموعات العمل التشاركي هذه.

المناهج

خلفية عن تدخل مجموعات العمل التشاركي بمشروع "نجرؤ"

انطلق هذا التدخل من فرضية، مفادها أن مجموعات العمل التشاركي التي ييسرها النظراء من نساء ذوات إعاقة، والتي تركز على الصحة الجنسية والإنجابية ـ ستقترن بزيادة الطلب على النوعية الراقية من الصحة الجنسية والإنجابية للنساء ذوات الإعاقة.تمثلت الأهداف في: (١) زيادة دراية المشاركات بالصحة الجنسية والإنجابية، (٢) زيادة وعي المشاركات بحقوقهن فيما يتعلق بالصحة الجنسية والإنجابية والإعاقة، (٣) زيادة ثقة المشاركات في الوصول إلى الخدمات الصحية والتفاوض بشأنها، (٤)دعم تخطيط العمل الفردي / الجماعي بُغية تعزيز الطلب على الصحة الجنسية والإنجابية داخل مجتمعات المرأة (على النحو الذي يمكن تحقيقه بالأساليب التشاركية)[١٧،١٩]، و(٥) تيسير دعم النظراء داخل جماعات النساء ذوات الإعاقة.

تمثل تدخل مجموعات العمل التشاركي في تنظيم عشر لقاءات، بتيسير من النظراء، لخمس مجموعات ضمت نساء ذوات إعاقة، ومجموعة واحدة ضمت أولياء أمورأطفال ذوي إعاقة (لن تتناول هذه الورقة تلك المجموعة الأخيرة). عقدت لقاءات مجموعات العمل التشاركي كل أسبوعين تقريبًا، على مدى ٢٠ أسبوعًا بين يوليو/تموز ٢٠١٥ وأكتوبر/تشرين الأول ٢٠١٥، واستمر كل لقاء بين نصف يوم، ويوم كامل.كانت كل اللقاءات تشاركية، وركزت على تعزيز نقاط القوة والبناء عليها، وشملت مزيجًا من الأنشطة المنظمة، والأساليب التفاعلية، لتيسير النقاش، مع التركيز على العوامل الرئيسية ذات الأهمية بالنسبة

حقوق الطبع محفوظة لمجلة قضايا الصحة الإنجابية النسخة العربية ٢٠١٧
A Devine et al. Reproductive Health Matters 2017; 25(50):55-65

لاحتياجات وحقوق الصحة الجنسية والإنجابية، والحماية من العنف.

اشتملت كل جلسة على وقت مخصص للأنشطة الترويحية والتفاعل الاجتماعي، وتمت الاستعانة بمنسقة بحوث محلية للمساعدة في تنفيذ التدخل، والإشراف على الترتيبات اللوجيستية، وتقديم الدعم المستمر للميسرات وللمشاركات، والقيام بجمع البيانات قبل التدخل وبعده. استند نموذج مجموعات العمل التشاركي التي يبسرها النظراء إلى تجربة في شمال شرق الهند، ثبتت فاعليتها في تحسين نوعية الحياة لشريحة من النساء الضعيفات.[٢٠]

تنفيذ مجموعات العمل التشاركي

شارك عدد من الباحثات المشاركات من ذوات الإعاقة في المشروع بوصفهن ميسرات، وتمت الاستعانة بمجموعة إضافية من الميسرات المشاركات، من خلال شبكة منظمات المعاقين المحلية الشريكة؛ وذلك بهدف بناء مهارات التيسير لدى النساء ذوات الإعاقة الأقل خبرة، وتم تنظيم ورشة عمل لتدريب الميسرات في يناير/كانون الثاني ٢٠١٥، استمرت لمدة أربعة أيام. كذلك تم إصدار دليل إرشادي يشتمل على الخطوط العريضة لعدد من الموضوعات المتعلقة بالإعاقة والصحة الجنسية والإنجابية لدعم التدخل. قامت الميسرات والميسرات المشاركات بتكييف كل جلسة بحيث تصبح أيسر منالًا بقدر الإمكان للمشاركات، ولضمان استطاعة كل مجموعة النفاذ إلى المواد (بمعنى، توفير المواد مطبوعة بأحرف كبيرة أو بطريقة برايل للنساء ذوات الإعاقة البصرية، والاستعانة بمترجمات إلى لغة الإشارة للمصابات بالصَّمَم أو ضعف السمع). وساعد الشريكُ البحثي، مركز ليكهان، وخدماتٌ صحية أخرى، ومنظماتُ استجابة للعنف الميسراتِ في تقديم جلسات حول موضوعات معينة، شملت فيروس نقص المناعة البشرية، والأمراض المتناقلة جنسيًا، وتخطيط الأسرة، ومنع العنف والاستجابة له.

تم اختيار المشاركات في مجموعات العمل التشاركي من خلال شبكات الميسرات، ومنظمات المعاقين الشريكة، ومكتب الوحدة المحلية للأشخاص ذوي الإعاقة في كل موقع بحثي، تراوحت أعمار المشاركات بين ١٨-٣٠ سنة، وتم تزويد المشاركات المحتملات بمعلومات عن التدخل، ومتطلبات المشاركة. بعد ذلك، طُلِب من المشاركات المهتمات أن يقدمن موافقتهن العليمة على المشاركة في جلسات مجموعات العمل التشاركي وما يتعلق بها من جمع بيانات. مُنِحَ مبلغٌ صغيرٌ لكل مشاركة لتغطية نفقات الانتقال، أو رعاية الأطفال، أو خسارة بعض الدخل بسبب المشاركة في الجلسات.

تم تكوين خمس مجموعات عمل تشاركي لنساء ذوات إعاقة في موقعي البحث، بواقع مجموعة للمصابات بالصَّمَم أو ضعيفات السمع، ضمت ١٦ مشاركة (مدينة كويزون)، ومجموعة للمعاقات بصريًا ضمت ١١ مشاركة (مدينة كويزون)، ومجموعة للمصابات بإعاقة حركية ضمت ٨ مشاركات (مدينة كويزون)، ومجموعتين ضمت معاقات حركيًا (مدينة ليجاو) ضمتا معًا ١٩ امرأة، أكملت ٥١ امرأة من بين ٥٤ التدخل حتى نهايته، حيث انسحبت امرأة بسبب العمل، وأخرى بسبب المرض، وثالثة بسبب الانتقال خارج المنطقة التي تعيش فيها.

أُجريَ تقييمٌ لمجموعات العمل التشاركي اعتمد على أنشطة جمع بيانات نوعية وكمية — على حد سواء — شملت الأساليب الكمية التقييم المسحي السريع للإعاقة، قبليًا وبعديًا[١٨]. وكذلك نسخة معدلة من «الاستبيان العام للمعرفة الجنسية»[٢١]، لقياس مستويات خط الأساس وما يعقبها من تغيرات في الأداء، والرفاه، والمشاركة

في المجتمع، وكذلك مدى معرفة المشاركات بالصحة الجنسية والإنجابية. سوف نصف الأساليب الكمية فيما بعد. تطرح هذه الورقة، تحديدًا، النتائج التي تم التوصل إليها من نشاطين من أنشطة جمع البيانات النوعية، وهما: قصص التغير، ومقابلات المتابعة.

مصادر البيانات

قصص التغيير: طُلِب من كل مشاركة في مجموعات العمل التشاركي أن تحضر مقابلة في نهاية التدخل في سبتمبر/أيلول ٢٠١٥. كان يُطلَب من كل مشاركة، في هذه المقابلة، أن تصف أهم تغيير حدث في حياتها نتيجة مشاركتها في التدخل. بعد ذلك طُلِب من كل مجموعة أن تشارك في تدريب تحديد أولويات، يناقشن فيه القصص - دون تعريفهن بصاحباتها - وأن يخترن، كمجموعة، القصص التي تمثل أهم تغيير جماعي. وكان يجري توثيق الأسباب التي اختارت على أساسها كل مجموعة من المشاركات القصص. تم جمع قصص من ٣٠ مشاركة في مدينة كويزون، ومن ١٧ مشاركة في مدينة ليجاو ممن أكملن التدخل. لم تحضر أربع نساء يوم جمع البيانات، وبالتالي لم يشاركن بقصصهن.

مقابلات المتابعة: بعد تسعة أشهر من انتهاء التدخل في يونيو/حزيران ٢٠١٦، تمت دعوة عينة من كل مجموعة للمشاركة في مقابلة وجهًا لوجه. وسُئِلت المشاركات عن التغيرات المهمة التي حددنها عند انتهاء التدخل، أما زالت قائمة؟ وهل حدثت تغيرات أخرى، أو ظهرت فرص في حيواتهن يعزونها إلى المشاركة في مجموعات العمل التشاركي؟ والاختلافات التي لاحظنها في النفاذ إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية وخدمات المعاقين... وغيرها من خدمات؟ وما إذا كان هناك أي آثار سلبية للمشاركة في مجموعات العمل التشاركي؟ تم إجراء ١٨ مقابلة متابعة، أُجريت ١١ مقابلة في مدينة كويزون، مع ميسرة ومشاركتين من مجموعة العمل التشاركي مصابتين بالصَّمَم، أو ضعف السمع، وميسرة و٤ مشاركات من مجموعة العمل التشاركي ذوات إعاقة بصرية، وثلاث مشاركات في مجموعة العمل التشاركي مصابات بإعاقة حركية. وفي مدينة ليجاو تم إجراء مقابلات مع ميسرتين وخمس مشاركات من مجموعة العمل التشاركي.

التحليل

تولت منسقة مجموعة العمل التشاركي جمع البيانات باللغة الفليبينية وترجمتها إلى الإنجليزية، ثم قامت بمشاركة عضوتين أستراليتين في فريق البحث بتحليل البيانات. أجريَت مراجعة أولية للبيانات، وتم تكويدها يدويًا من خلال عملية استقرائية مستندة إلى أسئلة البحث. ثم انتقل التحليل إلى التحليل الموضوعي استنادًا إلى الموضوعات التي تم تحديدها في المادة الإمبيريقية، باستخدام الأسلوب الاستدلالي.[٢٢] وقامت كل باحثة بقراءة كل المخطوطات، بشكلٍ مستقلٍ، واستيعاب النتائج وتكويدها تحت عدد من الموضوعات التي تم تحديدها في البيانات. تم تحليل بيانات كل مجموعة عمل تشاركي بشكل منفصل عن المجموعات الأخرى، ثم أُجرِيت مقارنة بين مجموعات العمل التشاركي على حسب نوعية الإعاقة، وكذلك بين المجموعات التي تم تنظيمها في مدينة كويزون وفي مدينة ليجاو. تم تنقيح النتائج المكودة، بعد ذلك، حتى يتسنى تحديد الموضوعات الرئيسية في مجموعة البيانات بأسرها.

الموافقة الأخلاقية

تم الحصول على الموافقة الأخلاقية لبرنامج «نجرؤ» من اللجنة الفرعية للأخلاقيات الإنسانية في العلوم الصحية بجامعة ملبورن، ولجنة الأخلاقيات بجامعة دي لا سال في أغسطس/آب ٢٠١٣. وتم الحصول على هذا المكون تحديدًا من البرنامج -والذي استمر لثلاث سنوات -في أكتوبر/

تشرين الأول ٢٠١٤. تم الحصول على موافقة من كل المشاركات على المشاركة في مجموعات العمل التشاركي وعملية جمع البيانات.

النتائج

قصص النساء

كشف تحليل قصص النساء عن عدد من التغيرات المهمة في حيوات النساء؛ عزونها إلى المشاركة في مجموعات العمل التشاركي؛ واتسقت العديد من تلك التغيرات مع أهداف التدخل، ومنها زيادة الدراية بالصحة والحقوق الجنسية والإنجابية، وزيادة الثقة، ودعم النظراء في النفاذ إلى الخدمات. وعلى الرغم من اختلاف الأولويات التي حددتها كل مجموعة بشكل جماعي، فإن هناك موضوعات مشتركة ظهرت لدى كل المجموعات، وصفناها في الجدول ١.

جدول ١. ملخص أولويات التغيير كما حددتها المشاركات في مجموعات العمل التشاركي

ترتيب أولويات التغيير كما حددته النساء	مجموعة عمل تشاركي لنساء صماوات أو ضعيفات السمع.	مجموعة عمل تشاركي لنساء ذوات إعاقة بصرية.	مجموعة عمل تشاركي لنساء ذوات إعاقة حركية في مدينة كويزون.	مجموعات عمل تشاركي لنساء ذوات إعاقة حركية في مدينة ليجاو
المرتبة الأولى	زيادة الدراية بالحصة الجنسية والإنجابية.	تحسن الثقة بالنفس	زيادة الدراية بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة.	تحسن الثقة بالنفس
المرتبة الثانية	زيادة فهم كيفية الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية والأمراض المتناقلة جنسيًا بشكل أكثر تحديدًا.	زيادة الدراية بالحماية من العنف ضد النساء والأطفال ذوي الإعاقة.	تحسن الثقة بالنفس.	زيادة الدراية بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة.
المرتبة الثالثة	زيادة الدراية بالحماية من العنف ضد النساء والأطفال ذوي الإعاقة.	زيادة الدراية بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة.	زيادة الدراية بالحماية من العنف ضد النساء والأطفال ذوي الإعاقة.	الشمول الاجتماعي مقترنًا بعملية مجموعات العمل التشاركي وتحسن الثقة بالنفس.

تحسن الثقة بالنفس

أوضحت أكثر من ثلاثة أرباع المشاركات أنهن اكتسبن ثقة في النفس من خلال المشاركة في مجموعات العمل التشاركي، وارتبط تحسن الثقة في النفس، في معظم الحالات، بعملية الإدماج الاجتماعي الذي أتاحته مجموعات العمل التشاركي بتوفيرها فرص التواصل مع النظراء، فقد كانت تلك فرصة نادرة لكثير منهن، وأتاحت لهن معرفة أن هناك أخريات ذوات إعاقة في مجتمعاتهن، فأشاع ذلك شعورًا بارتياح شديد لديهن، وفرصة للبعض لتكوين صداقات، للمرة الأولى. وقد أتاحت تلك الصداقات للنساء تشارك جوانب من حيواتهن مع أخريات، فخلقت لديهن شعورًا بالسعادة، وتخفيفًا للضغوط. ووصفت النساء، كذلك، كيف ساهمت تلك الصداقات الجديدة في شعورهن بالثقة في النفس بما يكفي للانخراط اجتماعيًا مع آخرين في مجتمعاتهن، فضلاً عما وفرته من دعم النظراء الذي ساعدهن على التعامل مع تحديات الحياة:

«أصبحت سعيدة. من خلال مجموعة العمل التشاركي شعرت أني لست وحدي. فقد علمت من خلال المجموعة أن هناك نساء أخريات ذوات إعاقة مثلنا...أصبحن صديقاتي... مشكلاتي تختفي وأنا في الجلسة.» (قصة تغيير، مشاركة في مجموعة العمل التشاركي مصابة بإعاقة

بصرية، مدينة كويزون).

وارتبطت الثقة بالنفس، كذلك، بزيادة الدراية بحقوق النساء ذوات الإعاقة، وزيادة الإيمان بقوتهن وقدرتهن على المناصرة الذاتية، وشعورهن بشكل متزايد بالقيادة والمسؤولية، لتكن نماذج تحتذى لدعم أخريات ذوات إعاقة في معرفة حقوقهن. وقد وُصِف ذلك أيضًا بأنه يساعد المرأة على التعامل مع تجارب التمييز. تحسن الثقة بالنفس كانت له الأولوية كأهم تغيير لدى مجموعات العمل التشاركي التي ضمت نساء ذوات إعاقة بصرية، وكذلك لدى مجموعتي العمل التشاركي للنساء ذوات الإعاقة في مدينة كويزون:

«حينما كنت لا أدري شيئًا عن تلك الأمور، كان تقديري لذاتي في الحضيض. لم أكن أعرف كيف أختلط بالناس في المجتمع. والأشياء التي كنت أريد أن أقولها، لم أكن أقولها لأني كنت أعتقد أنني دائمًا على خطأ. ولكن، عندما أتيحت لي فرصة المشاركة في الجلسات، شعرت بدفعة قوية لثقتي في نفسي. والأفكار التي لم أكن أدري أني أملكها، استطعت أن أشاركها الأخريات. تعلمت الكثير عن القوانين، وحقوقي كامرأة وكشخص ذي إعاقة...أعتقد الآن أننا حتى وإن كنا معاقات، فإن ذلك لن يعوقنا عن الاختلاط مع الناس، ونستطيع أن نفعل الأشياء التي نريدها.» قصة تغيير، مشاركة في مجموعة العمل التشاركي ذات إعاقة حركية، مدينة ليجاو).

زيادة الدراية بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة

أكدت نحو نصف المشاركات في مجموعات العمل التشاركي على أهمية تحسن فهم حقوقهن بوصفهن أشخاصًا ذوي إعاقة، وفهم القوانين التي يجب أن تدعم تلك الحقوق في الفيليبين. وشملت الحقوق التي ركزت عليها النساء في هذا الصدد، الحق في التصويت، والعمل، وإقامة علاقات شخصية، والحصول على الصحة الجنسية والإنجابية، بما في ذلك التحرر من التمييز والعنف ضد النساء والأطفال. وكانت زيادة الدراية بالحقوق أهم تغيير في رأي مجموعة العمل التشاركي للنساء ذوات الإعاقة الحركية في مدينة كويزون ، وثالث أهم تغيير لدى مجموعة العمل التشاركي للنساء ذوات الإعاقة البصرية. ورأت النساء في ليجاو أن زيادة الدراية بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة مهمة لتأثيرها على تحسن الثقة بالنفس.

كانت تلك هي المرة الأولى، لكثير من النساء، التي يُشرح فيها لهن حقوقهن بشكلٍ مستفيضٍ، وأول فرصة لفهم المزيد عن كيفية تعزيز وحماية حقوقهن. ولوعيهن بعدم وجود اهتمام كافٍ بحقوقهن، أرادت بعض المشاركات أن تشرعن في جهود مناصرة لحقوقهن وتعريف أخريات من ذوات الإعاقة وأسرهن (بما في ذلك شركاء الحياة) بها:

«نحتاج إلى الدراية بحقوقنا بوصفنا ذوات إعاقة، حتى نستطيع العيش بكرامة فلا يجرؤ أحد على انتهاك حقوقنا، أو الحط من شأننا.» (اقتباس من تدريب تحديد الأولويات، مشاركة في مجموعة العمل التشاركي ذات إعاقة حركية، مدينة كويزون).

زيادة الدراية بالصحة الجنسية والإنجابية

نحو ربع المشاركات في كل مجموعات العمل التشاركي، وعلى وجه الخصوص النساء المصابات بالصَّمَم أو ضعف السمع، كان التغيير المهم في رأيهن هو تحسن الدراية بالصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية، والدراية بفيروس نقص المناعة البشرية وغيرها من أمراض متناقلة جنسيًّا، وتخطيط الأسرة. كانت تلك هي المرة الأولى التي تسنح فيها الفرصة، لعديد من النساء، لمعرفة شيء عن الصحة الجنسية والإنجابية، وكن على حماس شديد لنقل تلك المعرفة إلى شابات

أخريات ذوات إعاقة:

«لم أكن أعرف شيئًا عن الصحة الجنسية والإنجابية، ولم يكن لي اختلاط كبير بالصُّمِّ. ولكني، الآن، تعلمت الكثير حتى أني أستطيع مساعدة آخرين. كثير من المصابات بالصَّمَم في مجتمعنا يعشن حياة صعبة...نحن، بالفعل، ممتنات لما تعلمنا ونريد مساعدة الأخريات.» (قصة تغيير، مشاركة في مجموعات العمل التشاركي مصابة بالصَّمَم أو ضعف السمع، مدينة كويزون).

وهناك اعتراف بالأهمية الخاصة للدراية بالصحة الجنسية والإنجابية في السياق الفيليبيني، خاصةً بالنسبة للنساء ذوات الإعاقة ومن يعانين الفقر، حيث أشارت تقارير إلى أن الفقر يزيد من صعوبة نفاذ كل النساء إلى الصحة الجنسية والإنجابية في الفيليبين:

«للصحة الجنسية والإنجابية أهمية شديدة بوصفها مشكلة قائمة بذاتها عند الفقراء، خاصةً النساء والشباب المعاقين. فهناك معوقات اقتصادية أمام الحصول على الصحة الجنسية والإنجابية، حيث لا يستطيع العديد من الأزواج الوصول إلى خدمات تخطيط الأسرة ووسائل منع الحمل التي يحتاجونها. ومن المعروف أن تخطيط الأسرة ووسائل منع الحمل الحديثة تتيح للمرأة الاختيار والفرصة لاتخاذ قرار عليم، كما يتيح للشابة تحاشي الحمل في فترة مبكرة من حياتها. هذا فضلاً عن أن المعلومات والخدمات المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية لا غنى عنهما في الجهود الرامية إلى تحاشي الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز. للناس الحق في تحديد اختياراتهم واتخاذ قراراتهم.» (اقتباس من تدريب تحديد الأولويات، مشاركة في مجموعات العمل التشاركي مصابة بالصَّمَم أو ضعف السمع، مدينة كويزون)

زيادة الدراية بسبل الحماية من العنف للنساء والأطفال ذوي الإعاقة

أعربت كل المشاركات في مجموعات العمل التشاركي في مدينة كويزون عن أهمية الدراية بالعنف ضد النساء والأطفال ذوي الإعاقة، من حيث الأفعال التي تمثل عنفًا، وتخطيط الأمان للحماية من العنف، والنفاذ إلى مرافق دعم النساء اللائي مررن بتجارب عنف؛ وقد عبر عن ذلك نحو ربع المشاركات في كل مجموعات العمل التشاركي. واحتلت تلك الأمور المرتبة الثانية من الأهمية في التغيرات لدى النساء ذوات الإعاقة البصرية، والمرتبة الثالثة لدى المصابات بالصَّمَم، أو ضعف السمع، وكذلك ذوات الإعاقة الحركية، من بين المشاركات في مجموعات العمل التشاركي. وأشارت العديد من النساء إلى العلاقة بين محدودية الدراية بالحقوق، والتعرض للعنف، وأوضحت بعضهن أن الدراية بالحق في العيش حياة متحررة من العنف يعتبر عنصرًا حمائيًا ضد العنف. وقد لوحظ أنهن يتطلعن إلى مشاركة أخريات ذوات إعاقة درايتهن بالعنف والتخطيط للأمان:

«العنف مرتبط بالحقوق...فمن الشائع للغاية أن نسمع عن نساء تعرضن لانتهاكات، ولكننا لا ينبغي أن نسمح بحدوث ذلك. بعضنا مرت من قبل، أو تواجه الآن،أشكالًا مختلفة من الانتهاكات. ربما لا نسمح، هذه المرأة بأن نُنتهَك لأننا تسلحنا بالدراية بالعنف والحقوق. مقارنةً بحالنا من قبل، أصبحنا الآن أكثر ثقة في النضال من أجل حقوقنا، بالإضافة إلى درايتنا بوجود آخرين يمكنهم مد يد العون لنا. نعرف أن التمييز يحدث في كل مكان، ولكننا مستعدات للوقوف بحزم مرفوعات الرأس عاليًا، لأننا أقوى وأكثر جرأة...» (اقتباس من تدريب تحديد الأولويات، مشاركة في مجموعات العمل التشاركي، ذات إعاقة بصرية، مدينة كويزون)

حقوق الطبع محفوظة لمجلة قضايا الصحة الإنجابية النسخة العربية ٢٠١٧
A Devine et al. Reproductive Health Matters 2017; 25(50):55-65

مقابلات المتابعة

زيادة النفاذ إلى الصحة الجنسية والإنجابية، بما فيها الحماية من العنف

أعربت المشاركات في مجموعات العمل التشاركي عن استمرار العديد من التغيرات التي نتجت عن مشاركتهن في تدخل مجموعات العمل التشاركي بعد مرور تسعة أشهر، وهي الفترة بين انتهاء التدخل وإجراء مقابلات المتابعة. وانطبق ذلك، بشكل خاص، على زيادة الدراية بحقوق النساء ذوات الإعاقة، والصداقات، والثقة بالنفس لدرجة مشاركة معلوماتهن حول الصحة الجنسية والإنجابية مع نظيراتهن، وذكرن كذلك، في السياق نفسه، زيادة استخدامهن، واستخدام من أطلعنهن على المعلومات التي اكتسبنها؛ لخدمات تخطيط الأسرة، والحماية من العنف. وشرحت إحدى السيدات كيف أن نفاذها إلى خدمات تخطيط الأسرة مكنها من المشاركة في مجالات أخرى في الحياة، وقلص ما كانت تعانيه من توتر في زواجها:

«بفضل أسلوب تخطيط الأسرة الذي اعتمدت عليه، أصبحت أكثر حرية في الذهاب إلى أي مكان أشاء، إذ لم أعد حاملًا على الدوام، وتغلبت على الخوف من الحمل مجددًا.... كان أول ما فعلت متعلقًا بالعمل، حيث تقدمت للالتحاق بالعمل في أحد المصانع. والتحقت كذلك بنظام تعليم بديل...وسوف أتخرج من المدرسة... بعد تدخل مجموعات العمل التشاركي تفتحت أمامي العديد من الفرص. كان زوجي يسُبِّني ويقول لي إني لا فائدة تُرجى مني، ويسألني لماذا لا أعمل. ولكن زوجي الآن فخور بي وبما أفعل، بل وأصبحت قادرة على المساهمة في نفقات الأسرة. لقد وجدت نفسي.» (مقابلة متابعة مع مشاركة في مجموعة عمل تشاركي ذات إعاقة بصرية، مدينة كويزون)

وقد دلل على أهمية ربط جانب الطلب، في التدخل، بمقدمي الخدمة، ذلك المثال الذي شاركتنا إياه إحدى المشاركات. فقد لاحظَت بعد مشاركة إحدى مقدمات الخدمة، بصفة محاضرة في جلسة من جلسات مجموعات العمل التشاركي، تحسنًا ملحوظًا في رغبتها في تقديم الخدمات للنساء ذوات الإعاقة. كذلك أعربت النساء عن زيادة ثقتهن في أنفسهن عند التمسك بحقوقهن، خاصةً فيما يتعلق بالنفاذ إلى الخدمات الصحية:

«أصبحت أتردد على المركز الصحي لتخطيط الأسرة نتيجة ما تعلمت في مجموعات العمل التشاركي. فبعد الجلسات تعاملت مع خدمات باراجاي الصحية، فوجدت أن معاملتهم تحسنت بشكل ملحوظ. أعتقد أن جلسات مجموعات العمل التشاركي حسنت معاملة مقدمي الخدمة للنساء ذوات الإعاقة، لأن الدكتورة ل. كانت مدعوة كمحاضرة في أحدى الجلسات، وتحسن فهمها للإعاقة.» (مقابلة متابعة مع مشاركة في جلسات العمل التشاركي ذات إعاقة بصرية، مدينة كويزون)

أدت مشاركة بعض النساء في مجموعات العمل التشاركي إلى اكتسابهن الدراية والخبرة، التي مكنتهن من رفع دعاوى قضائية كرد فعل على تعرضهن للانتهاك. على أن النفاذ إلى العدالة لهؤلاء النساء ما زال شديد الصعوبة، فحتى عندما ينجحن في أخذ حقوقهن عن طريق القضاء ويتركن الشريك العنيف، ويرتبطن بخدمة محلية، تستمر صعوبات الحياة:

«زوجي في السجن الآن بعد أن رفعت شكوى ضده بسبب العنف المنزلي. إذا دفع كفالة قدرها ١٢٠,٠٠٠ سيخرج من السجن تحت المراقبة، وإلا فسيظل فيه لست سنوات. *أنا:* هل بوسعك إعالة نفسك وأطفالك بدونه؟ بودي لو أستطيع، ولكن الأمر حدث مؤخرًا، مر أقل من شهر. أستطيع الإنفاق عليهم الآن، ولكني غير متأكدة

مـا سـيحدث بعـد ذلـك... لأنـي عرفـت حقوقـي ولـن أسـمح بمعاملتـي علـى هـذا النحـو أو الحـط مـن شـأني.» (مقابلـة متابعـة مـع مشـاركة فـي مجموعـة عمـل تشـاركي، ذات إعاقـة حركيـة، مدينـة ليجـاو)

علـى أن العديـد مـن النسـاء رأيـن أن تدخُّـلَ مجموعـات العمـل التشـاركي كان يجـب أن يكـون أطـول، وأن يشـتمل علـى اسـتعراض أكبـر للخدمـات المتاحـة تعزيـزًا لنقـل أكثـر فاعلـة واسـتدامة للمعرفـة، والتمكـين المتواصـل، والمزيـد مـن القـدرة علـى تعزيـز أمنهـن الاجتماعـي وحمايتهـن مـن العنـف.

الإدماج الاجتماعي المستدام

حظيـت فـرص الإدمـاج الاجتماعـي والصداقـات بالاسـتدامة للعديـد مـن النسـاء، علـى أن مسـتوى التضمـين يبـدو أنـه اختلـف بحسـب عـدد مـن العوامـل، مثـل الفاعليـة الفرديـة، والنفـاذ المـادي للمجتمعـات، والمـوارد الاقتصاديـة اللازمـة للحفـاظ علـى التواصـل مـع الصديقـات، ودعـم الأسـرة، أو الافتقـار إلـى أي مـن تلـك العوامـل. ومـن أمثلـة ذلـك مـا ذكرتـه إحـدى المشـاركات مـن أن أمهـا، التـي وجـدت صعوبـة فـي التعامـل مـع اسـتقلال ابنتهـا المتزايـد، آذتهـا جسـديًا بعـد أن حضـرت مناسـبة اجتماعيـة. ربمـا كان ذلـك وراء اقتـراح بعـض المشـاركات وجـوب تخصيـص جلسـات لرفـع وعـي الأهـل أيضًـا:

«يسـاور أمـي بعـض الشـك عندمـا أخبرهـا أنـي سـأخرج... فـي إحـدى المـرات حضـرت حفـل عيـد ميـلاد إحـدى الزميـلات مـن المشـاركات فـي مجموعـات العمـل التشـاركي، حيـث ذهبـت بعـد العمـل مباشـرةً إلـى بيـت م. ... كان ذلـك سـببًا فـي ضـرب أمـي لـي وكانـت فـي شـدة الغضـب.»(مقابلـة متابعـة مـع مشـاركة فـي مجموعـة عمـل تشـاركي ذات إعاقـة بصريـة، مدينـة كويـزون)

زيادة المشاركة في المجتمعات

خلـق التدخـل للعديـد مـن المشـاركات فرصًـا عديـدة للمشـاركة فـي مجتمعاتهـن والمسـاهمة فـي أنشـطة المناصـرة المتعلقـة بالإعاقـة؛ إلـى درجـة أن اثنتيـن ممـن أجريـت معهـن المقابـلات بـدأن فـي تعبئـة ذوي الإعاقـة فـي مجتمعهـم علـى أمـل التسـجيل كمنظمـة أشـخاص معاقـين. وامـرأة أخرى أسسـت محـل سـاري سـاري (محـل لبيـع الأشـياء البسـيطة) اعتمـادًا علـى المـال الـذي ادخرتـه مـن بـدل الانتقـال الـذي حصلـت عليـه مـن الجلسـات. علـى أن فـرص المشـاركة فـي المجتمـع كانـت محـدودة أمـام أخريـات، خاصـةً فـي مدينـة ليجـاو. المسـؤولية العائليـة، ومحدوديـة الفاعليـة، والانعـزال الجغرافـي حالـت كلهـا دون المشـاركة فـي المجتمـع، والنفـاذ إلـى الخدمـات الصحيـة المطلوبـة:

«أتذكـر علاقتنـا الطيبـة مـع الزميـلات فـي مجموعـة العمـل التشـاركي، وكـم كنـت أسـعد فـي الجلسـات عندمـا نتقاسـم بعـض الأشـياء ونعمـل معًـا. ولكـن، لـم تعـد هنـاك فرصـة للالتقـاء بهـن أو تبـادل الرسـائل النصيـة معهـن، لأنـي لا أملـك هاتفًـا محمـولاً، وبالتالـي لا أسـتطيع الالتقـاء بهـن إلا فـي الجلسـات... عندمـا تأتينـي نوبـة المـرض أخلـد إلـى النـوم، فأسـتعيد عافيتـي ويذهـب الصـداع وأشـعر بأنـي أخـف. مستشـفى ناجـا بعيـد جـدًا، ومستشـفى قاعـة المدينـة أيضًـا، وأنـا مشـغولة دائمًـا برعايـة أسـرتي.» (مقابلـة متابعـة مـع مشـاركة فـي مجموعـة عمـل تشـاركي، ذات إعاقـة حركيـة، مدينـة ليجـاو)

وذكـرت مشـاركات أخريـات كذلـك، وجـود معوقـات مسـتمرة أمـام نفـاذ النسـاء ذوات الإعاقـة إلـى فضـاءات مجتمعيـة أخـرى مثـل الوظيفـة، علـى الرغـم مـن وعيهـن بحقوقهـن:

"الواقـع أن *[تدخـل مجموعـات العمـل التشـاركي]* ألهمنـي أن أكـون أخصائيـة اجتماعيـة يومًـا مـا،

ولكنـي لا أعـرف كيف...الأمـر صعـب بالفعـل؛ لأن العديـد مـن الشـركات لا تعـي ظـروف الصُّـم ولا يقبلوننـا. ذهبـت، ذات مـرة، للتقـدم للعمـل بإحـدى الشـركات، وعندمـا أدركـوا أنـي صمـاء أشـاروا بأيديهـم وقالـوا لـي إنهـم لا يوظفـون الصـم... بعـد أن عرفـت حقوقـي فـي مجموعـة العمـل التشـاركي، كنـت فـي غايـة الحـزن.» (مقابلـة متابعـة مـع مشـاركة فـي مجموعـة عمـل تشـاركي صمـاء أو ضعيفـة السـمع)

مناقشة

كان لتدخـل مجموعـات العمـل التشـاركي فـي إطـار مشـروع «نجـرؤ» نتائـج إيجابيـة بالنسـبة للنسـاء ذوات الإعاقـة، شـملت زيـادة الدرايـة بحقـوق الصحـة الجنسـية والإنجابيـة والنفـاذ إليهـا بمـا فـي ذلـك الحمايـة مـن العنـف، وتحسـن الإدمـاج الاجتماعـي والمشـاركة فـي المجتمعـات، وتحسـن الثقـة بالنفـس والاسـتقلال. غيـر أن اسـتدامة تلـك التغيـرات اختلفـت بـين مشـاركة وأخـرى، وتأثـرت بعوامـل مـن قبيـل القـدرة الشـخصية والفاعليـة، وتوافـر المـوارد بمـا فيهـا المـوارد الاقتصاديـة اللازمـة لمواصلـة التواصـل والاتصـال مـع المشـاركات الأخريات، ونفـاذ المجتمعـات، والمسـؤوليات الأسـرية ودعـم الأسـرة للشـمول الاجتماعـي، والموقـع الجغرافـي. وقـد أوضحـت المشـاركات أن زيـادة النفـاذ إلـى المعلومـات، وتتحسـن الشـبكات الاجتماعيـة وفـرص المشـاركة كلهـا عوامـل جوهريـة فـي التمسـك بحقوقهـن فـي الصحـة الجنسـية والإنجابيـة وحقوقهـن كنسـاء معاقـات.[٥]

ويعـزز الإدمـاج الاجتماعـي القـرب الجغرافـي، كأن تكـون المـرأة فـي نفـس المجتمـع الجغرافـي، ووجـود شـبكات محليـة مثـل الانتمـاء إلـى الكنيسـة نفسـها، أو المنظمـة المجتمعيـة ذاتهـا، وكذلـك دعـم الأسـرة. علـى أن الأسـر لـم تكـن داعمـة فـي كل الأحـوال لمشـاركة أعضائهـا مـن ذوي الإعاقـة فـي التجمعـات الاجتماعيـة، أو تشـجيعهن علـى الاسـتقلال. فقـد أكـدت عـدد مـن المشـاركات علـى أهميـة رفـع الوعـي بحقـوق الأشـخاص ذوي الإعاقـة، ليـس فقـط لـدى المعاقـات ومقدمـي الخدمـة، بـل ولـدى أسـرهم ومجتمعاتهـم أيضًـا.[٧،٢٣]

وبـرز بوضـوح أن التغلـب علـى المعوقـات البيئيـة والاجتماعيـة، مـن أجـل المحافظـة علـى العلاقـات الاجتماعيـة مـع مشـاركات أخريـات لفتـرة زمنيـة طويلـة ــ كان أصعـب علـى المشـاركات ذوات الإعاقات الأكثـر شـدة، خاصـةً الإعاقـة الحركيـة. وعلـى الرغـم مـن أن ذلـك لـم ينـفِ إيجابيـة التجربـة التـي مـرت بهـا المشـاركات، إلا أنـه يشـير إلـى اسـتمرار مواجهـة المعاقـات لصعوبـات فـي الاندمـاج فـي مجتمعاتهـن. وفـي سـياقات أخـرى، كان لهـذا الأمـر انعكاسـات أوسـع متعلقـة بالحصـول علـى الحقـوق الأخـرى مثـل التعليـم، وكسـب الـرزق، والحصـول علـى الخدمـات الصحيـة والاجتماعية.٤كذلـك اتضـح أن النسـاء فـي المناطـق الريفيـة مـن مدينـة ليجـاو لا يتمتعـن سـوى بآليـات مسـاندة ضعيفـة للغايـة؛ لمسـاعدتهم علـى الحفـاظ علـى التغيـر الـذي حـدث لهـم مـن خـلال مجموعـات العمـل التشـاركي، أو البنـاء عليـه. فعلـى الرغـم مـن أن الحكومـة المحليـة جـادة إلـى حـد بعيـد فـي الاعتـراف بالإعاقـة وفـي مـا تبذلـه مـن جهـود لتعزيـز الإدمـاج، فـإن آليـات أخـرى مثـل: توفيـر وسـائل نقـل، وفـرص عمـل للمعاقـين، أقـل تطـورًا؛ وهـو مـا يجعـل مـن مشـاركة النسـاء فـي مجتمعاتهـن أكثـر صعوبـة.

مـن خـلال مجموعـات العمـل التشـاركي تعلمـت النسـاء المزيـد عـن حقوقهـن، بمـا فـي ذلـك الحمايـة مـن العنـف. وبفضـل تلـك المعرفـة، وكذلـك الدعـم الـذي تلقينـه مـن خـلال المجموعـات، تحـرك عـدد صغيـر مـن النسـاء لرفـع شـكاوى متعلقـة بمـا مـررن بـه مـن انتهـاكات. وفـي حـين لـم يُفصَـل بعـد فـي بعـض تلـك القضايـا، فقـد حُكـم بالفعـل فـي واحـدة منهـا بإدانـة مقتـرف الانتهـاك وسـجنه. هـذه القضيـة لا تسـلط فقـط الضـوء علـى أهميـة توفيـر

حقوق الطبع محفوظة لمجلة قضايا الصحة الإنجابية النسخة العربية ٢٠١٧
A Devine et al. Reproductive Health Matters 2017; 25(50):55-65

الدعم المناسب للنساء حتى يستطعن التعامل مع النظام القضائي. ولكنها توضح أيضًا أهمية توفير الدعم المستمر لهن للوفاء باحتياجاتهن الأساسية. وكما أوضحت أعمال كاميليري Camillieri، فإن عدم تقديم مقترفي الجرائم إلى العدالة لمحاسبتهم على ما اقترفوه ضد النساء ذوات الإعاقة، يعزز من فكرة أن النساء ذوات الإعاقة «أهداف سهلة» لا يحظين بدعم للإبلاغ عما يقع بحقهن من عنف أو اللجوء للقضاء.[٢٤]

فعلى الرغم من أن زيادة الوعي الشخصي بالحقوق يُعد جانبًا حيويًا في تعزيز حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، فإن هذا الوعي لا يؤدي تلقائيًا إلى الحصول على هذه الحقوق. وذلك أن الأنظمة والموارد التي تكفل حصول الجميع على الرعاية الصحية والحماية الاجتماعية والتعليم، في سياقات مثل السياق الفيليبيني، هي أبعد ما تكون عن إدماج الأشخاص ذوي الإعاقة فيها.[٧، ٢٥، ٢٦] فتلك الأنظمة في حاجة إلى الكثير من التعزيز والدعم حتى تستطيع معالجة المعوقات العديدة التي يواجهها الأشخاص ذوو الإعاقة، حتى يستطيعوا الحصول على تلك الخدمات ويتمكنوا من المشاركة في مجتمعاتهم والمساهمة فيها على قدم المساواة مع الآخرين.

وقد تعاملت أنشطة أخرى لمشروع «نجرؤ» مع تلك العوامل. من تلك الأنشطة مجموعة عمل تشاركي مع أهالي الأطفال ذوي الإعاقة لتحسين درايتهم بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، وكيف يستطيعون دعم أبنائهم للتمتع بصحة جنسية وإنجابية راقية، ويتحاشوا العنف؛ وكذلك بناء قدرات مقدمي خدمات الصحة والاستجابة للعنف؛ لتحسين فهمهم للإعاقة، وقدرتهم على تحديد ومعالجة المعوقات التي تحول دون تمتع النساء ذوات الإعاقة بخدماتهم. وكذلك تعزيز ممارساتهم التضمينية، ونظم التحويل إلى خدمات أخرى؛ وبناء قدرات وحدات الحكم المحلي من أجل إدراج شمول المعاقين في سياساتها وبرامجها. وذلك من خلال رفع الوعي بالإعاقة وأنشطة تبادل الخبرات بين النظراء؛ وتعزيز الوعي الإيجابي للمجتمع بالإعاقة والحقوق الجنسية والإنجابية للنساء ذوات الإعاقة، وذلك من خلال إنتاج فيديوهات مناصرة (انظر الرابط لفيديوهات نجرؤ W-DARE).[٢٧]

وقد عالجت مبادرات الحكومة المحلية، إلى حد ما، بعض الجوانب الأخرى للبيئة الأوسع التي تعيش فيها النساء ذوات الإعاقة، مثل النفاذ إلى الموارد الاقتصادية، وذلك بهدف زيادة إدماجهن في برامج كسب الرزق والتوظيف، وزيادة نفاذهن إلى مبادرات الحماية الاجتماعية الحكومية.والمطلوب هنا هو استمرار الجهود لتحسين إدماج النساء والأطفال من ذوي الإعاقة في برامج النوع والتنمية على المستوى المحلي، وكذلك أنظمة الإبلاغ عن العنف ضد المرأة والطفل.

وحتى يكون لتلك التحركات أثر دائم على تحسين نفاذ النساء ذوات الإعاقة إلى الصحة الجنسية والإنجابية الراقية، هناك حاجة ماسة لمعالجة النظم المعيقة لمشاركتهن في كل ميادين الحياة الأخرى، مثل: التعليم، والعمل، وبرامج الصحة العامة. ولتحقيق ذلك يتعين على الحكومات، ومقدمي الخدمة، ومنظمات الأشخاص ذوي الإعاقة، وواضعي برامج التنمية أن يعملوا مع النساء ذوات الإعاقة ليكتسبوا فهمًا أكبر لتجاربهن واحتياجاتهن وأولوياتهن. فمن شأن ذلك أن يتيح التحديد المشترك للمعوقات الخاصة بكل سياق، والتي تحول دون مشاركتهن في كل ميادين الحياة هذه، فضلاً عن إمكانية تطوير حلول محلية لتقليص المعوقات وتعزيز إدماج ذوي الإعاقة في مجتمعاتهم.[٤]

شكر

يتقدم كتاب المقال بالشكر لكل المشاركات، ولفريق جمع البيانات في مشروع «نجرؤ» على

مساهمتهم في جمع البيانات والتحليل المبكر لنتاج البحث.

التمويل

مول مشروع «نجرؤ» وزارة الشؤون الخارجية والتجارة الخارجية الأسترالية، من خلال برنامج منح بحوث التنمية الأسترالية، وذلك في إطار منحة بعنوان «الصحة الجنسية الإنجابية للنساء ذوات الإعاقة في الفيليبين: بناء الأدلة من أجل التحرك». كذلك ساهم مكتب الفيليبين بمنظمة الأمم المتحدة للسكان في تمويل مشروع «نجرؤ»

المراجع

1. The United Nations. Convention on the rights of persons with disabilities. 2006. (Treaty Series; 2515).
2. WHO, UNFPA. Promoting sexual and reproductive health for persons with disabilities. WHO/UNFPA; 2009 [cited 2016 Sep 16]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44207/1/9789241598682_eng.pdf
3. Astbury J, Walji F. Triple jeopardy: gender-based violence and human rights violations experienced by women with disabilities in Cambodia. AusAID. 2013 [cited 2016 Sep 19]. Available from: https://www.cbm.org/article/downloads/89816/Triple_Jeopardy_Working_Paper.pdf
4. WHO, World Bank. World report on disability. 2011 [cited 2016 Sep 16]. Available from: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf
5. Frohmader C, Ortoleva S. The sexual and reproductive rights of women and girls with disabilities. International Conference on Human Rights; 2013 Jul 7–10; The Hague. 2013. p. 1–18.
6. MacLachlan M, Swartz L, editors. Disability and international development: towards inclusive global health. New York: Springer; 2009.
7. Maxwell J, Belser JW, David D. A health handbook for women with disabilities. Berkeley (CA): Hesperian Foundation; 2007.
8. Mall S, Swartz L. Sexuality, disability and human rights: strengthening healthcare for disabled people. S Afr Med J. 2012;102(10):792–793.
9. Hughes K, Bellis MA, Jones L, et al. Prevalence and risk of violence against adults with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. Lancet. 2012;379(9826):1621–1629.
10. Vaughan C, Zayas J, Devine A, et al. W-DARE: a three-year program of participatory action research to improve the sexual and reproductive health of women with disabilities in the Philippines. BMC Public Health. 2015;15:247 [cited 2016 Aug 30]. Available from: http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-2308-y
11. CBM Australia. Inclusion made easy: a quick program guide to disability in development. 2012 [cited 2016 Aug 29]. Available from: http://www.cbm.org/article/downloads/78851/CBM_Inclusion_Made_Easy_-_complete_guide.pdf
12. PARE. Qualitative study on the realization of reproductive rights and protection from violence for women and girls with disabilities in the Philippines. Manila: UNFPA; 2012.
13. Likhaan Center for Women's Health, Asian-Pacific Resource and Research Centre for Women (ARROW). Country profile on universal access to sexual and reproductive health: Philippines. European Union; 2014.
14. Purcil L. Monitoring the human rights of persons with disabilities: laws, policies and programs in the Philippines. Toronto: Disability Rights Promotion International; 2009 [cited 2016 Aug 29]. Available from: http://www.yorku.ca/drpi/files/PhilippinesLawsRep.pdf
15. Lee K, Devine A, Marco MJ, et al. Sexual and reproductive health services for women with disability: a qualitative study with service providers in the Philippines. BMC Womens Health.

2015;15:87 [cited 2016 Sep 3]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26466892
16. Philippines Statistics Authority. The age and sex structure of the Philippines population (facts from the 2010 census); 2012 [cited 2016 Sep 10]. Available from: https://psa.gov.ph/content/age-and-sex-structurephilippinepopulation
17. Walsmley J, Johnson K. Inclusive research with people with learning disabilities: past, present and future. London: Jessica Kingsley Publishers Ltd; 2003.
18. Marella M, Devine A, Armecin GF, et al. Rapid assessment of disability in the Philippines: understanding prevalence, well-being, and access to the community for people with disabilities to inform the W-DARE project. Popul Health Metr. 2016;14:1–11.
19. Balderston S. Victimized again? Intersectionality and injustice in disabled women's lives after hate crime and rape. In: Gendered perspectives on conflict and violence: part A. Emerald Group Publishing Limited; p. 17–51 [cited 2016 Aug 15]. Available from: http://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/S1529-2126%282013%29000018A005#
20. Kermode M, Devine A, Chandra P, et al. Some peace of mind: assessing a pilot intervention to promote mental health among widows of injecting drug users in north-east India. BMC Public Health. 2008;8:508 [cited Sep 9]. Available from: http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-8-294
21. Talbot TJ, Langdon PE. A revised sexual knowledge assessment tool for people with intellectual disabilities: is sexual knowledge related to sexual offending behaviour. J Intell Disabil Res. 2006;50:523–531 [cited Sep 2]. Available from: http://www.midss.org/content/generalsexual-knowledge-questionnaire-qskq
22. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol. 2006;3(2):77–101.
23. Australia SHaFP. Improving sexual and reproductive health for people with disability. SH&FPA disability special interest group; 2013 [cited Sep 5]. Available from: https://www.shinesa.org.au/media/product/2015/04/ImprovingSexualandReproductiveHealthforPeoplewithDisability.pdf
24 Camilleri M. Enabling justice. National Victims of Crime Conference; 2008 Sep 23–24; Adelaide. p. 1–20.
25 Groce NE, Rohleder P, Eide AH, et al. HIV issues and people with disabilities: a review and agenda for research. Soc Sci Med. 2013;77:31–40.
26 Dune T. Sexuality and physical disability: exploring the barriers and solutions in healthcare. Sex Disabil. 2012;30 (2):247–255.
27 McPhillips S. Women with disability taking action on reproductive and sexual health. 2016 [cited Sep 3]. Available from: https://www.youtube.com/channel/UCQV2j_J7bossdjtYJfvXXsg

قضايا الصحة الإنجابية باللغة العربية

مقالة بحثية

REPRODUCTIVE HEALTH matters

الحقوق الجنسية والإنجابية للأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية في جنوب أفريقيا والفوائد المستمدة من خدمات الصحة الجنسية والإنجابية لهم: منظور الأشخاص غير المعاقين

بقلم: زانث هانت[أ]، وليزلي سوارتز[ب]، ومارك كاريو[ج]، وستاين هيلوم براثن [د]، وموسى تشيوولا [ه]، وبول روهليدر[و]

(أ) باحث للدكتوراه، قسم علم النفس، جامعة ستيلينبوش، جنوب أفريقيا؛
(ب) أستاذ، بقسم علم النفس، جامعة ستيلينبوش.
(ج) زميل باحث، مركز ليونارد شيشاير لذوي الإعاقة والتنمية الشاملة، كلية لندن الجامعية، المملكة المتحدة
(د) باحث بهيئة البحوث العلمية والصناعية (سينتيف)، النرويج.
(ه) رئيس اتحاد المعاقين بجنوب أفريقيا إسافود)، بوتسوانا.
(و) مشرف أكاديمي ومحكم في علم النفس، قسم علم النفس، جامعة إيست لندن، المملكة المتحدة.

ترجمة: د. سهير جمال محفوظ

موجز المقال: يتناول جانب كبير من النظريات، وكذا البحوث التجريبية مسألة الأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية من منظور الأصحاء غير المعاقين؛ وقد خرجت تلك البحوث بأن غير المعاق لا يرى في ذي الإعاقة الجسدية شريكًا عاطفيًا مناسبًا، بل لا يعتقد أن لديه دوافع أو رغبات جنسية، أو أي نشاط جنسي. إن الحصول على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية للأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية يشكل تحديًا؛ إذ تقترح هذه الدراسة أنهم يواجهون حواجز تحول دون الحصول على الرعاية الصحية الجنسية، التي تكون هيكلية (مثل مكاتب مقدمي الرعاية الصحية التي يتعذر الوصول إليها)، أو اجتماعية (مثل اقتراح مقدمي الرعاية الصحية بأن الأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية لا ينبغي السماح لهم بالإنجاب). وتتناول هذه الورقة البحثية معتقدات غير المعاقين في جنوب أفريقيا فيما يتعلق بمدى تمتع الأفراد بالحقوق الجنسية والإنجابية، واستفادتهم من الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية، سواء كانوا من ذوي الإعاقة الجسدية، أو من غير المعاقين. واستنادًا إلى دراسة استقصائية تم إجراؤها، طلبنا من ١,٩٨٩ شخص من جنوب أفريقيا أن يقدروا درجة تمتع ذوي الإعاقة الجسدية وكذا غير المعاقين بالحقوق الجنسية، والاستفادة من خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية على التوالي. وجاءت النتائج أكثر دعما لفكرة أن الأشخاص غير المعاقين يستحقون الحصول على الحقوق الجنسية مقارنًة بالأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية. كما رصد المشاركون درجة أقل للأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية؛ للاستفادة من الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية، مقارنة بتلك التي رُصدت للأشخاص غير المعاقين. ومن شأن تلك النتائج، أن تُقدم بعض الدعائم التجريبية الأولية على أن غير المعاقين يرون أن ذوي الإعاقة الجسدية يتمتعون بحقوق جنسية وإنجابية أقل، بالإضافة إلى قلة استفادتهم من خدمات الصحة الجنسية والإنجابية. ونرى أن مسألة تقليل الحقوق الجنسية للأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية، وحصولهم على استفادة أقل من الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية، تُبرهن بوضوح على أن ذلك ينفي القدرة والاحتياجات الجنسية والإنجابية لدى الأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية.

الكلمات الدالة: الأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية، النشاط الجنسي، الحقوق الصحية الجنسية والإنجابية، الحقوق الجنسية، الرعاية الصحية الإنجابية، الحصول على الخدمات، دراسات عن المعاقين، جنوب أفريقيا.

© 2017 The Author(s). Published by Informa UK Limited, trading as Taylor & Francis Group
This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons. org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

حقوق الطبع محفوظة لمجلة قضايا الصحة الإنجابية النسخة العربية ٢٠١٧
X Hunt et al.Reproductive Health Matters 2017;25(50):66-79

مقدمة

يتناول جانب كبير من النظريات، وكذا البحوث التجريبية ـ مسألة الأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية من منظور الأصحاء غير المعاقين؛ وقد خرجت تلك البحوث بأن غير المعاق لا يرى أن ذا الإعاقة الجسدية لديه دوافع أو رغبات جنسية، أو أي نشاط جنسي.[١-١٠] وفي الوقت نفسه ثُبت أن حصول الأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية أمر مُهمل تمامًا. بالإضافة إلى ذلك، يتم استبعاد هؤلاء الأفراد بشكل عام من تلقّي التثقيف الخاص بالصحة الجنسية والإنجابية.[١٣,١٤]

فمنذ سبعينيات القرن العشرين، ظلت حركة حقوق المعاقين تُكافح من أجل تحقيق المساواة للأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية، وحصولهم على تلك الخدمات، والاعتراف بهم.[١٩] ولكن اليوم، كما يُشير بعض الكُتاب مثل «أدلاخا»،[٢٠] نجد أن هناك اعترافًا بالحاجة إلى تعزيز فرص التعليم، والتثقيف، والعمل للأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية، لمعالجة مشكلة إقصائهم عن المجتمع، والخدمات، والمؤسسات، وأيضًا لتمكين نشطاء حقوق المعاقين من الرد على الخِطاب السائد لغير المعاقين والذي طالما قدم صورة غير مستحبة لذوي الإعاقة الجسدية. غير أنه لم يتم تناول قضايا الصحة الجنسية والإنجابية للأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية بالبحث سوى في العقود القليلة الماضية، وذلك في المنح الدراسية المتعلقة بالاعاقة[٩,٢١-٢٣]، وأخيرًا، فيما يتعلق بالصحة العامة[٢٤,٢٥].

والواقع أن السنوات الأخيرة قد شهدت اعترافًا متزايدًا بالحقوق الجنسية والإنجابية لجميع الأفراد، والتي أصبحت تشمل الأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية، منذ إصدار التقرير العالمي بشأن الإعاقة[٢٦]، واتفاقية الأمم المتحدة بشأن الأشخاص ذوي الإعاقة[٢٧]. وفي السنوات التي أعقبت ذلك التقرير، أُولي اهتمامٌ دوليٌ متزايد لقضايا الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية للأشخاص ذوي الإعاقة، بما يشمل الأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية. فقضايا الحياة الجنسية والحقوق الجنسية ترتبط بحقوق الإنسان ارتباطًا لا انفصام له. ومن ثم، ينبغي أن تُشكّل محور النشاط المتعلق بالإعاقة. يُشير شيكسبير[٢٨]: إلى أن العمل من أجل النشاط الجنسي للمعاقين»يجب أن يُشكّل جزءًا من عملية إعادة النظر في مهمة حركة حقوق المعاقين التي تشمل: الهوية، والتضامن، والحقوق، والاحترام في كل مجال من مجالات حياة المعاقين، والتي تبني أيضًا مجتمعًا شاملًا يضم المعاقين وغير المعاقين».[٢٨] إن الحملة الساعية لإدماج الأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية، والجهود المبذولة لتحسين الوصول إلى الصحة الجنسية والإنجابية، تدفعها الرغبة فيتأكيد ما أثبتته البحوث المتعلقة بالإعاقة من استمرار إلغاء الحياة الجنسية للأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية حتى الآن، وكذا إقصائهم المستمر والممنهج من مفاهيم الحياة الجنسية ومن خدمات الصحة الجنسية، ومعاملتهم بشكل عام كأفراد يفتقرون إلى السلوك الجنسي.

وقد استخدمت الأدبيات السابقة مصطلح «اللاجنسية» لوصف مثل هذه الحالة، وهو مصطلح يُؤسس للفرضية القائلة بأن الأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية يُعانون من «غياب أو نقص الاهتمام الجنسي، وهي تلك الوظيفة الموصَّفة بيولوجيًا واجتماعيًا، والمشاركة الجنسية بين الأشخاص»[٤] وفي الآونة الأخيرة، أدت الأبحاث والحملات المهمة إلى الاعتراف بمفهوم «اللاجنسية» بوصفه توجهًا جنسيًا. ويجب أن يقودنا هذا الاعتراف إلى تقييد استخدامنا للمصطلح في هذه الورقة البحثية. فعادة ما يُنظر إلى المعاق على أنه ليس لديه من حياة جنسية، بما تستتبعه من إرادة واختيار، ودوافع أو رغبات جنسية، لا على أنه قد اختار بمحض إرادته أن يوصف بأنه «لاجنسي». وعليه، نحد من استخدامنا لمصطلح «اللاجنسية» في هذه الورقة. وبدلًا من ذلك، نُشير إلى مفهوم انعدام

الجنسية الذي تُختَص به المجتمعات ذوي الإعاقة الجسدية.

وعلى الرغم من أن هناك بعض الأبحاث التجريبية التي تشير إلى أن غير المعاقين يعتبرون ذوي الإعاقة الجسدية أقل جنسانية، ليس بين أيدينا من الأبحاث ما يحقق فيما إذا كان يُنظر إلى ذوي الإعاقة الجسدية على أنهم يتمتعون بقدر أقل من الحقوق الجنسية. (لقد كانت العينات التي تم استقاؤها من مقدمي الرعاية الصحية موضوعًا لدراسات مهمة؛ مثل أعمال كلٍ من: «لي إي ال»، [٢٩] و«رويدا»، و«لينتون ووليامز»على سبيل المثال، [٣٠]. لكن ليس هناك ما نعرفه من أعمال لها علاقة بالأشخاص غير المعاقين [٢٦]). وفي المقام الأول، تُشير الأدبيات التي تتناول المواقف المجتمعية تجاه جنسانية الأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية، إلى أنه عادةً ما يُنظر إليهم على أنهم أقل جنسية من الأشخاص غير المعاقين. [١٠, ١٢, ٣١-٣٤]، وكان من المتوقع أن تؤدي معتقدات ومواقف غير المعاقين المتتالية إلى عواقب على ذوي الإعاقة الجسدية. [٣٥-٣٨]، وتتضمن تلك العواقب التحفظ بشأن مواعدة الأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية؛ مما يؤدي بدوره إلى تقييم ذوي الإعاقة الجسدية تقييمًا عاطفيًا سلبيًا من جانب الأشخاص غير المعاقين، [٥, ٣٢, ٣٤, ٣٩-٤١]، وكذلك استبعاد الأشخاص ذوي الإعاقات الجسدية من عيادات تنظيم الأسرة، [٧] بالإضافة إلى احتمالية ازدياد مخاطر العنف الجنسي حتى ضد الأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية [٤٢]. وفي الواقع، توجد أدلة كثيرة على ارتفاع معدل العنف الجنسي المرتكب ضد النساء من ذوات الإعاقة الجسدية مقارنةً بغيرهن من غير المعاقات [٤٣]. وأحد الأسباب التي طُرحت لهذه الحقيقة المؤسفة، هو أن ذوات الإعاقة الجسدية يفتقرن إلى الخبرة والتثقيف الجنسي، ويرجع ذلك، مرة أخرى، إلى حد كبير إلى المواقف المجتمعية تجاههن [٣١]. وعلاوةً على ذلك، ومن المفارقة أن «هاناس- هانكوك» توصل إلى أن ذوات الإعاقة الجسدية في جنوب أفريقيا تتعرضن بشكلٍ خاصٍ إلى الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية، وذلك لأنهن مهددات بالاعتداء الجنسي، وذلك تحديدًا لأن الآخرين ينظرون إليهن على أنهن «لاجنسيات» و«عذارى». ولذلك، من الواضح أن الأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية لا يواجهون حواجز هيكلية، (مثل مكاتب مقدمي الرعاية الصحية التي يتعذر الوصول إليها)، أمام حصولهم على الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية فحسب، بل يواجهون أيضًا تلك الحواجز الاجتماعية (مثل مواقف الآخرين تجاههم) [٤٤].

ووضحت بعض الأعمال أن نفي مفهوم الحياة الجنسية للأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية هو الأمر الذي يؤدي إلى انعدام التثقيف الجنسي للأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية. وقد أظهرت دراسات عديدة ندرة التثقيف الجنسي للطلاب المعاقين التي نتجت عن المفهوم الخاطئ بشأن انعدام الجنسية للأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية، (بما في ذلك التمكين الجنسي أو الاختيار الجنسي، وكذلك الدوافع أو الرغبات الجنسية)،مما يجعلهم غير ناشطين جنسيًا [١٤, ٤٥]. وقد وجدت دراستان إضافيتان أُجريتا في جنوب أفريقيا أن المعلمين أنفسهم يفتقرون إلى المعرفة، ولاسيما الثقة، لكي يقوموا بالتثقيف الجنسي بنجاح للمراهقين ذوي الإعاقة، [٤٦, ٤٧] بينما جذبت دراسة أخرى الانتباه نحو حقيقة مفادها أننا نجهل ما إذا كانت الاستراتيجيات الخاصة بتعزيز فيروس نقص المناعة البشرية والصحة الجنسية، المُنفذة في جنوب أفريقيا، قد نُفذت بين الشباب المعاقين[٤٨].

وبصفة عامة، يوجد إهمال كبير لفرص حصول الأشخاص ذوي الإعاقات الجسدية على خدمات الصحة الجنسية، ويرجع ذلك في كثير من الأحيان إلى الحواجز المتعلقة بالمواقف الاجتماعية التي يواجهها الأشخاص ذوي الإعاقات الجسدية، بما يشمل تلك الحواجز تجاه النساء ذوات الإعاقات الجسدية اللاتي تحاولن الحصول على خدمات الرعاية الصحية الإنجابية ومنع الحمل [٢١, ٤٩-٥٦]. غير أن هناك المزيد من الأعمال التي أظهرت أن الأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية، وبخاصة النساء،

لديهن احتياجات صحية غير ملبَّاة أكبر من النساء غير المعاقات، بالإضافة إلى تضاؤل فرص الحصول على المعلومات الخاصة بالصحة، وخدمات الفحص والوقاية والرعاية في عالم الصحة الجنسية والإنجابية[٢,٥٧-٥٩]. يُعد استبعاد الأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية من التثقيف الجنسي، ومن الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية [١٣,١٤,٦٠]، قضية تتعلق بحقوق الإنسان، وكذا بالصحة العامة. ويُعد التحقيق التجريبي أمرًا حتميًا عندما يتعلق الأمر بالنظر في ما إذا كان الأشخاص غير المعاقين يرون أن الأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية لا يتمتعون بما يكفي من الحقوق الجنسية أم لا. ومن المهم بنفس القدر أيضًا، استكشاف ما يفكر به الناس عمومًا حول ما إذا كان الأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية سيحصلون على استفادة أقل من الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية، مقارنةً بالسكان غير المعاقين.

الدراسة الحالية

كما لاحظنا، يرى الكثيرون أن الأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية يواجهون حواجز هائلة متعلقة بالمواقف الاجتماعية أثناء محاولاتهم لإعمال حقوقهم الجنسية والإنجابية، والاستفادة من الرعايةالصحية الجنسية والإنجابية، كما يجب أن نُولي أهمية خاصة لاستكشاف وتناول تلك الحواجز المتعلقة بالمواقف الاجتماعية في سياق أفريقي، (إذا كانت تلك الحواجز موجودة بالفعل). وفي هذا السياق، حيث غالبًا ما تكون خدمات الرعاية الصحية قليلة أو غير مكتملة، قد لا يمكن تخطي أية حواجز إضافية يُواجهها الأشخاص في محاولاتهم، للحصول على الفوائد من خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، ولا توجد تقريبًا أية أدلة تجريبية على تلك الحواجز في أفريقيا، على الرغم من أن وجودها يمكن أن يكون له عواقب وخيمة على الأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية، بما في ذلك، زيادة خطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية. كما يتناول هذا المقال نموذج من تقديرات سكان جنوب أفريقيا غير المعاقين عن مدى تمتع الأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية بالحقوق الجنسية والإنجابية، وعن مدى استفادتهم أيضًا من خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية، وذلك مقارنةً بأفراد السكان غير المعاقين.

الفرضيات

استنادًا إلى الأبحاث السابقة نفترض الآتي:

١. نفترض أن المشاركين سيضعون تقديرات تفيد بأن الأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية لديهم حقوق جنسية وإنجابية أقل من الأشخاص غير المعاقين من السكان.

٢. ونفترض أيضًا، أن المشاركين سيضعون تقديرات تفيد بأنالأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية يحصلون على استفادة من الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية أقل من الأشخاص غير المعاقين.

الأساليب

تصميم الدراسة

تعتمد الدراسة الحالية على دراسة استقصائية أُجريت بين السكان من غير المعاقين.

مواد الدراسة

وقد قُمنا بتقييم معتقدات المشاركين فيما يتعلق بالحقوق الصحية الجنسية والإنجابية، والفوائد المستمدة من خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية للأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية، والأشخاص غير المعاقين وذلك باستخدام دراسة تستهدف فئة الأفراد غير المعاقين من السكان. وفي المقدمة الخاصة بالدراسة، تم تعريف الشخص ذوي إعاقة جسدية بأنه «شخص يعاني من إعاقة جسدية لها أثر سلبي كبير وطويل الأمد على قدرة الشخص على أداء الأنشطة اليومية مثل: المشي، والأكل، والذهاب إلى التسوّق.» (ص ٤). [١١] وتم

تحديد بنود الدراسة من خلال المناقشات الجماعية المركزة التي دارت مع الأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية ومن خلال استعراض الكتابات المختلفة عن ذلك. وقد شارك الأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية، الذين تمت دعوتهم بمساعدة اتحاد المعاقين بجنوب أفريقيا (سافود)؛ وهو الهيئة الجامعة لمنظمات الأشخاص المعاقين الوطنية في المنطقة DPOs))، في المناقشات الجماعية المركزة خلال حلقة عمل للتخطيط في بداية المشروع. وقد ركزت تلك الجماعات، جزئيًا، على تحديد وصياغة الأسئلة التي ستُدرج في تلك الدراسة. كما تم فحص عناصر الدراسة وبنودها مع المشاركين قبل الانتهاء من إعدادها. وتمت ترجمة تلك الدراسة إلى لغات عديدة وهي زوسا، زولو، وأفريكانز، وهي متاحة على الإنترنت بهذه اللغات، وكذلك باللغة الإنجليزية. تمت ترجمة جميع الترجمات من قبل متحدثي اللغات الأصليين لضمان الدقة.

وقد اشتملت الدراسة الاستقصائية على أسئلة ديموغرافية عن (السن، والجنس، والعرق، واللغة الأم والتعليم). واستخدمت مجموعة الأسئلة القصيرة لفريق واشنطن، التي عادةً ما تُستخدم في عدة سياقات عالميًا، في تحديد الأشخاص ذوي الإعاقة من بين المشاركين في الدراسة. وكانت بعض الأسئلة تتعلق بأداء المستجيبين للدراسة من حيث الرؤية، والسمع، والمشي، والإدراك، والرعاية الذاتية، والتواصل مع الآخرين. كما تضمنت تلك الدراسة الاستقصائية أيضًا أسئلة مفتوحة ومغلقة تقيس الآراء المختلفة شأن الإعاقة والحياة الجنسية، وكذلك المواقف الاجتماعية تجاه الرعاية الصحية وحقوق الصحة الجنسية والإنجابية لكلتا الفئتين السكانيتين؛ فئة الأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية وفئة الأشخاص غير المعاقين. وتُقدم هذه الورقة تقريرًا حول النتائج التي ترتبت على هذا القياس الأخير بشكلٍ رئيس. وتوجد مجموعة من البيانات النوعية الملموسة المستخلصة من الأسئلة المفتوحة، والتي يتم تناولها تفصيليًا في محافل أخرى [١٤].

وقد استخدمنا سلسلة متصلة من النسب المئوية لاستخلاص معتقدات من استجابوا للدراسة الاستقصائية بشأن الجوانب المختلفة للحقوق الجنسية والإنجابية، ومدى الاستفادة المستمدة من خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية للأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية. وطلبنا من المشاركين في الدراسة تحريك الزر المنزلق من الأعلى لأسفل (عبر الإنترنت)، أو الإشارة إلى نقطة معينة (باستخدام الورقة والقلم) على سلسلة متصلة من النسب المئوية تبدأ من ٠٪ لتصل إلى ١٠٠٪ للإشارة إلى النسبة المئوية للأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية الذين تنطبق عليهم عبارات معينة. وفيما يلي وصف لتلك البنود. وكان كل بند من البنود يسبقه عبارة «يُرجى ذكر نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية التي تنطبق عليها البيانات التالية. ويُمكنك إجراء ذلك عن طريق وضع علامة على السطر أسفل الرقم بين ٠ و١٠٠ الذي يُشكّل التمثيل الأفضل لوجهة نظرك.»

(١) اذكر النسبة المئوية ٪ للأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية القادرين على التعبير عن سلوكهم الجنسي؟

(٢) اذكر النسبة المئوية ٪ للأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية الذين يعتبرون التعبير عن سلوكهم الجنسي حاجة إنسانية أساسية؟

(٣) اذكر النسبة المئوية ٪ للأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية الذين يجب السماح لهم بإنجاب الأطفال؟

(٤) اذكر النسبة المئوية ٪ للأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية الذين يستفيدون من خدمات الرعاية الصحية الجنسية (مثل اختبار الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية) في منطقتك؟

(٥) اذكر النسبة المئوية ٪ للأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية الذين يستفيدون من خدمات الرعاية الصحية الإنجابية (مثل فحص الحمل) في منطقتك؟

(٦) اذكر النسبة المئوية ٪ للأشخاص الذين يستفيدون من خدمات التثقيف الجنسي (مثل الفصول التي تقدم معلومات عن فيروس نقص المناعة البشرية) في منطقتك ؟

وطُلب من المشاركين، في مرحلة لاحقة من الدراسة، الإجابة على نفس مجموعة الأسئلة، ولكن التي تتعلق بالبنود المرتبطة بآرائهم حول الحقوق الصحية الجنسية والإنجابية، والاستفادة المستمدة من خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية لفئة الأشخاص غير المعاقين من السكان. وتم تأسيس بنود الحقوق لاستخلاص آراء المستجيبين للدراسة، (المعبر عنها كتقدير)، بشأن من الذي ينبغي أو من المحتمل أن يكون له حقوق جنسية وإنجابية. يُمكن استخلاص البنود المتعلقة بالاستفادة المستمدة من الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية والمُصممة لاستخلاص تصورات المستجيبين للدراسة بشأن الاحتياجات والمنافع التي يمكن جَنْيِها من خلال وصول الأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية إلى الخدمات. وكل تلك البنود معًا، تُكوّن صورة متماسكة حول: أ) ما إذا كان الأشخاص غير المعاقين يرون الأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية أقل جنسية، وأيضًا، ب) إذا كان الأشخاص غير المعاقين يعتقدون أن الأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية يحصلون بالفعل أو ينبغي أن يحصلوا على فوائد أقل من خدمات الصحة الجنسية والإنجابية.

إعداد العينات

تم تعيين المشاركين في الدراسة الاستقصائية من خلال مواقع التواصل الاجتماعي (مثل صفحة مخصصة لذلك على موقع الفيس بوك) وغيره من شبكات التواصل الاجتماعي. كما تم الإعلان عن رابط لدراسة استقصائية تسمى Qualtrics على اثنين من أكبر المواقع الإخبارية في جنوب أفريقيا، إحداهما يخدم القراء الناطقين بلغتي الزوسا والزولو * ولديه أكثر من ١,٢٧٤,٨٥٦ مستخدم مختلف، والآخر يخدم القراء الناطقين باللغة الإنجليزية ولديه أكثر من ٣,١٠٤,١٨٥ مستخدم مختلف[11]. كذلك، تم الحصول على إذن من إدارات التخطيط المؤسسية لاثنين من أكبر الجامعات الحضرية بجنوب أفريقيا، في مقاطعتي غاوتينج وكيب الغربية، وذلك بهدف توزيع الدراسة بين الطلاب.

فضلًا عن ذلك، نُظمت الدراسة على يد مجموعة من جامعي البيانات المدربين يدويًا في اثنين من المستوطنات المحيطة بالمناطق الحضرية في كيب الغربية، ولانجا، وخايليتشا. وكان ذلك لتجنب انحياز واقتصار العينات على الأشخاص المثقفين والمتعلمين، الذين لديهم إمكانية استخدام أجهزة الكمبيوتر. أما بالنسبة للمشاركين في الدراسة بالورقة والقلم، فقد اختارهم جامعو البيانات على نحوٍ ملائم، والذين قاموا بتعيين واختيار الأشخاص من أجل الدراسة من المناطق المزدحمة مثل: الأسواق، ومواقف سيارات الأجرة، وذلك من خلال الشبكات الاجتماعية الخاصة بهم في المواقع المعنية. وكان على جميع المشاركين ألا تقل أعمارهم عن ١٨ عامًا، وذلك من أجل استكمال الدراسة (بسبب الطبيعة الجنسية لبعض محتويات الدراسة).

استراتيجية تحليلية

وأُجري تحليل لعامل استكشافي أولًا ــ بهدف التحقيق في بنية العوامل الأساسية للعناصر المُقاسة فيما بعد وعلى وجه التحديد، قُمنا باستخدام طريقة التناوب المباشر" في التحليل. ثانيًا ـ قُمنا بفحص ما إذا كان هناك اختلافٌ كبيرٌ بين معتقدات المشاركين حول الحقوق الجنسية والإنجابية، وكذلك مزايا خدمات الصحة الجنسية

والإنجابية للأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية، مقارنةً بالأشخاص غير المعاقين من السكان. وعلى أساسٍ استكشافي، قُمنا أيضًا باختبار ما إذا كانت تلك المعتقدات تختلف حسب نوع الجنس المشارك. كما أننا قُمنا بإجراء تحليلَيْن بيانيَّيْن مختلطيْن (ANOVAs)

*** لآراء المشاركين، (أي فيما يتعلق إما بحقوق أو فوائد الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية)، بشأن كل فئة مستهدفة بسبب استخدام عامل القياسات المكررة والنوع الجنسي (ذكر أو أنثى) من ناحية، واستخدام عامل التفاصيل الصغيرة.

العينات

تكونت عينة الاختبار من ١,٩٨٩ مشارك. واستُبعد مائة وخمسة وعشرون شخصًا ممن استوفوا المعايير التي وضعها فريق واشنطن لمن لديهم إعاقة وذلك باستخدام حدود الفصل الموصى بها (أي استخدام ردود معينة نحو «صعب جدًا» أو «لا يمكنه الإيفاء بالغرض على الإطلاق» [١٣] على أي أسئلة. وبالتالي، كانت المجموعة المتبقية من الأشخاص غير المعاقين، وذلك وفقًا للطرق التي اتبعها فريق واشنطن. وكان متوسط عمر ١,٨٦٤ شخص من المشاركين المتبقين ٢٦ عامًا (وهو ما يعادل ٩,٢٣ وفقًا للقيمة الدلالية للإنحراف المعياري)، وكانت الفئة العمرية المستهدفة من ١٨ إلى ٧٦ سنة.

وتقريبًا، كان هناك أعداد متساوية من الذكور (بنسبة ٤٤٪) ومن الإناث (بنسبة ٥٦٪). ومن الناحية العرقية، تكونت العينة من ٤٥,١٪ من السود الأفريقيين، و٤٠٪ من البيض، و٨,٦٪ من الأعراق الملونة، و٤,٥٪ من الأشخاص الآسويين أو الهنود، بالإضافة إلى ١,٨٪ الذين عرفوا أنفسهم على أنهم «من أجناس أخرى». وهناك حوالي ٥١,٥٪ من المشاركين يحملون شهادة مغادرة المدرسة. وفي جنوب أفريقيا، (يبلغ عدد السكان ٥٤,٤٩٠,٠٠٠ نسمة)، ومن بينهم ٦٧,٥٪ من السود، و٢١,٦٪ من البيض. أما من حيث التعليم، وفقًا لتعداد جنوب أفريقيا، تبلغ نسبة الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم ٢٠ عامًا أو أكثر، والذين يحملون شهادة مغادرة المدرسة نحو ٢٨,٥٪. ولذلك، يُشكّل الجنس الأبيض العدد الأكبر من العينة التي لدينا من المشاركين وهم أكثر تعليمًا وتثقيفًا من عامة السكان.

وتكونت عينتنا الأخيرة من ١,٧٤١ مشاركًا ممن اشتركوا في الدراسة عبر الإنترنت، في حين بلغ عدد الذين قاموا بملئ النسخ الورقية نحو ١٢٣ شخص. وكان الاستبيان مفتوحًا من مارس ٢٠١٦ حتى سبتمبر ٢٠١٦. وقد أُجرينا التحاليل الموجودة أدناه بشكلٍ منفصل لكل مجموعة فرعية. ووجدنا أن النتائج لم تكن مختلفة إلى حدٍ كبيرٍ. ولذلك، نُسجل النتائج عن العينة الإجمالية أدناه.

النتائج

وتوجد المتوسطات والإنحرافات المعيارية لبنود المعتقدات مُلخصة في جدول ١.

---

* تعد اللغة الكوسية واللغة الزولوية من ضمن اللغات الرسمية في جنوب أفريقيا التي يبلغ عددها إحدى عشرة لغة. وغالبًا ما يتحدث بهذه اللغات الأصلية الجنس الأسود في جنوب أفريقيا. وتُعد اللغة الكوسية هي اللغة الأم لما يقرب من ٢٢,٧٪ من السكان. وكذلك اللغة الزولوية هي اللغة الأم لحوالي ١٦٪ من السكان. مما يجعلها أكبر المجموعات اللغوية في البلاد[١٥]

** تحليل العوامل هي تقنية تقليل البيانات المستخدمة لتجميع العناصر المقاسة في عدد قليل من العوامل الكامنة (غير الملحوظة) والتي يسهل تفسيرها. وبالنسبة لتدوير العوامل، هي تقنية مستخدمة في تحليل العوامل للتمييز بينها. ويُنصح باستخدام نوع التدوير المُطبق هنا؛ وهو التدوير المباشر، عندما يكون من المتوقع أن تتصل العوامل.[١٥]

*** وبالنسبة للتحليل البياني (أنوفا)، هو أسلوب يُستخدم في تحليل الاختلافات الواقعة بين وسائل المجموعة.[٧١] يُعد هذا النموذج مختلطًا؛ لأن المشاركين أعطوا ملاحظات متكررة بشأن متغير تابع («المعتقدات»)، في حين، أنه في الوقت نفسه، نود أن نفحص ما إذا كانت تلك المعتقدات تختلف بين مجموعتين مستقلتين (ذكور وإناث).

جدول ١. المتوسطات والانحرافات المعيارية لبنود المعتقدات.

الرقم	البند	الأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية (٪)	(٪) الأشخاص غير المعاقين
١	لقدرة على التعبير عن الجنسية [اذكر] النسبة المئوية ٪ للأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية القادرين على التعبير عن سلوكهم الجنسي؟	٦١,٤٧ (انحراف معياري = ٣٠,٤٧)	٧٢,٤٩ (انحراف معياري = ٢٦,٢١)
٢	الحاجة إلى التعبير عن الجنسية [اذكر] النسبة المئوية ٪ للأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية الذين يعتبرون التعبير عن سلوكهم الجنسي حاجة إنسانية أساسية؟	٦٦,٢١ (انحراف معياري = ٣١,٠٠)	٧٣,٠٣ (انحراف معياري = ٢٦,٨١)
٣	الحق في الإنجاب [اذكر] النسبة المئوية ٪ للأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية الذين يجب السماح لهم بإنجاب الأطفال؟	٧٤,٢٢ (انحراف معياري = ٢٩,٩٩)	٧٤,٣٨ (انحراف معياري = ٢٧,٣٤)
٤	الاستفادة من الرعاية الصحية الجنسية [اذكر] النسبة المئوية ٪ للأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية الذين يستفيدون من خدمات الرعاية الصحية الجنسية (مثل اختبار الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية) في منطقتك؟	٦١,٨٠ (انحراف معياري = ٣٤,٢٥)	٧٠,٢٥ (انحراف معياري = ٢٩,٤٢)
٥	الاستفادة من الرعاية الصحية الإنجابية [اذكر] النسبة المئوية ٪ للأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية الذين يستفيدون من خدمات الرعاية الصحية الإنجابية (مثل فحص الحمل) في منطقتك؟	٥٩,٠٤ (انحراف معياري = ٣٤,٣٢)	٦٩,٦٠ (انحراف معياري = ٢٩,٤١)
٦	الاستفادة من خدمات التثقيف الجنسي [اذكر] النسبة المئوية ٪ للأشخاص الذين يستفيدون من خدمات التثقيف الجنسي (مثل الفصول التي تقدم معلومات عن فيروس نقص المناعة البشرية) في منطقتك؟	٦٠,٢٦ (انحراف معياري = ٣٥,٤٧)	٦٩,٠٧ (انحراف معياري = ٣٠,٩٢)

بنية العوامل لبنود المعتقدات

أدى تحليل العوامل بطريقة التدوير المباشر إلى إنشاء عاملين متميزين (قيم ذاتية من ٢,٨٣٨ و ٢,٣١٩؛ معايير الاحتفاظ بالعوامل هي القيم الذاتية لما هو أكبر من البند رقم ١. وتم تجميع البنود في عوامل يسهل تفسيرها.[٧٦] فالبنود رقم ١، و٢، و٣ محملة في عامل واحد هو («حقوق الصحة الجنسية والإنجابية») والبنود رقم ٤، و٥، و٦ محملة في عامل ثاني هو («الاستفادة من خدمات الصحة الجنسية والإنجابية»). ويُوضح الجدول الثاني تحميل العوامل التي تُمثّل قوة الارتباط بين كل عامل وبين العناصر أو البنود المقاسة. وقد ظهر نفس الحل ذي العاملين في بنود الأشخاص غير المعاقين من السكان وكان الارتباط بين العوامل متوسط الحجم ويساوي ٤٩٧ الذي أكد أن طريقة التدوير المباشر (direct oblimin rotation) كانت مناسبة. وبالنظر إلى أن هناك عاملَيْن واضحَيْن (لوحظ أن الأرقام الأعلى

جدول ٢: تحميل البنود في عدة عوامل Factor (loadings of the items)			
الرقم	البند		الأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية	الأشخاص غير المعاقين
١	القدرة على التعبير عن الجنسية	حقوق	٨٠٠	٨٨٠
٢	الحاجة إلى التعبير عن الجنسية		٨٨٤	٨٥٤
٣	الحق في الإنجاب		٥٥٢	٣٨٩
٤	الاستفادة المستمدة من الرعاية الصحية الجنسية	فوائد	٨٨٨	٨٩٣
٥	الاستفادة المستمدة من الرعاية الصحية الإنجابية		٩٣٤	٩٠٤
٦	الاستفادة المستمدة من خدمات التثقيف الجنسي		٨٥٨	٨٤١
	الإجمالي = ١٨٦٤. ولم تظهر ٣٠٠ من تحميل العوامل أدناه.			

لكل بند تقع بوضوح في عمود واحد، وليس الآخر). فقد قُمنا، فيما بعد، بحساب متوسط الحقوق والفوائد العائدة من بنود الخدمات معًا لكل فئة مستهدفة (أي الأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية والأشخاص غير المعاقين من السكان) لإنشاء أربعة تراكيب. وأشارت هذه التراكيب إلى موثوقية جيدة (الدلالة الإحصائية = .٧٥ إلى .٩١)، وتبيّن أنها تُوزع بشكل طبيعي (أي أن قيمة انحراف التوزيع تكون أصغر من < ١,١٦ وكذلك تكون قيمة تفرطح التوزيع أصغر من < ١,٤٧، وتكون تلك القيم أدنى من القيم الحدية للأعداد ٣ و ٨ اللذان أوصى بهما كلاين (٢٠١١).

التحليلات البيانية اختلاف المعتقدات بين المعاقين وغير المعاقين باستخدام انوفا

وبالاعتماد على عينة كبيرة الحجم بدرجة كافية، ستؤدي الاختبارات الاستدلالية دائمًا إلى استنتاج دلالات مهمة، حتى، عندما تكون هذه الاختلافات صغيرة جدًا على أن تكون ذات أهمية عملية. ولذلك، عند النظر إلى النتائج المذكورة أدناه، يُمكننا أيضًا أن نفسر حجم التأثير (باستخدام معادلة مربع إيتا (η2) الجزئي؛ أي حجم الفرق)، وذلك وفقًا لمعايير كوهين (١٩٦٩). (حيث أن حجم الفرق يكون صغيرًا إذا بلغ ٠٠٩٩.، ويكون متوسطًا إذا بلغ ٠٥٨٨.، ويكون كبيرًا إذا بلغ ١٣٩٧. [٧٥]

معتقدات الحقوق الجنسية. وقد كان هناك فرقًا مهمًا في نسب الحقوق الجنسية لكل مجموعة؛ فالقيمة الفائية (F) (١,١٨٦٢) تساوي ١٤١,٨٩، وحجم الفرق (باستخدام معادلة مربع إيتا الجزئي) يساوي ٠٧. واعتقد المشاركون، على وجه التحديد، أن حوالي ٦٧,٢٨٪ من الأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية لديهم حقوق جنسية مقارنًة بنسبة ٧٣,٣٠٪ من الأشخاص غير المعاقين من السكان. بالإضافة إلى ذلك، كان هناك اختلافٌ كبيرٌ في النوع الجنسي؛ حيث تكون دلالة القيمة الفائية (F) للعدد (١,١٨٦٢) تساوي ١٦,٧٥، وكذلك تكون القيمة الاحتمالية (p) أصغر من ٠٠١.، فضلًا عن أن حجم الفرق الجزئي (partial η2) يساوي ٠٠٩؛ وذلك مع إعطاء المشاركين من الذكور حقوق جنسية أقل (حيث تساوي نسبة حقوقهم المقاسة حسب المتغير M (٦٨,٠٢٪ لكلتا الفئتين المستهدفتين، ومقارنًة بالإناث (حيث تساوي نسبة حقوقهم

المقاسة حسب المتغير (M) ٧٢,٠١). كما لوحظ وجود تفاعل كبير بين نسب الحقوق الجنسية المسندة وبين النوع الجنسي؛ حيث تساوي القيمة الفائية (F) للعدد (١,١٨٦٢) ٤,٠١، والقيمة الاحتمالية تساوي ٠٤٦.، وأخيرًا حجم الفرق يساوي ٠٠٢. ومع ذلك، نظرًا لأن حجم هذه الاختلافات (أي حجم التأثير) صغير جدًا لكي يكون مناسبًا عمليًا (أي كلا الحجمين للفرق باستخدام المتغير η2 يكون أقل من ٠٠٩٩.؛ وفقًا لكوهين، ١٩٦٩ (انظر أعلاه)، لن نتعمق في بحث التفاعل أكثر من ذلك.

المعتقدات الخاصة بالاستفادة المستمدة من الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية.كان هناك اختلافٌ كبيرٌ في نسب الاستفادة من الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية لكل فئة أو مجموعة؛ حيث تكون القيمة الفائية للعدد (١٨٦٢) هي ٢٥٢,٧٧-، وتكون القيمة الاحتمالية أصغر من ٠٠١.، وكذلك حجم الفرق يساوي ١٢٠.، وذلك مع إفادة المشاركين بأن حوالي ٦٠,٣٦٪ من الأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية يستفيدوا من خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية مقارنًة بنسبة ٦٩,٦٢٪ من الأشخاص غير المعاقين من السكان. وكان هناك اختلافٌ كبيرٌ في النوع الجنسي، كما هو موضح في المعادلة: القيمة الفائية (١,١٨٦٢) = ٩,١٢، والقيمة الاحتمالية = ٠٠٣.، وحجم الفرق = ٠٠٥.، وذلك مع جني المشاركين من الذكور استفادة أقل من خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية (حيث إن نسبة استفادتهم المقاسة حسب المتغير M تبلغ ٦٢,٨٢٪) لكلتا الفئتين المستهدفتين مقارنًة بالإناث (الذين تبلغ نسبة استفادتهم المقاسة حسب المتغير M نحو ٦٦,٦٤٪). وعلى الرغم من ذلك، وفقًا لمعايير كوهين (١٩٦٩)، يكون حجم التأثير صغيرًا جدًا لكي يكون مناسبًا عمليًا (انظر أعلاه).

ولم يكن هناك أي تفاعل بين نسب الاستفادة التي يمكن الحصول عليها من خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية وبين النوع الجنسي، وذلك حسب قيم المتغيرات الآتية: القيمة الفائية للعدد (١,١٨٦٢) = ٥٠٢.، والقيمة الاحتمالية = ٤٧٩.، وحجم الفرق < ٠٠١.

مناقشة

لقد افترضنا المشاركين من غير المعاقين سيقدرون الحقوق الجنسية والإنجابية، وكذلك مدى استفادة الأفراد من الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية للأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية، على أنها أقل من تلك التي تعتبر مناسبة للأشخاص غير المعاقين من السكان. ووجدنا أن المشاركين قاموا بتقدير الحقوق الجنسية والإنجابية للأشخاص غير المعاقين من السكان؛ على أنها أكبر من تلك التي تكون مناسبة للأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية. وقد كان من الأرجح إلى حد كبير أن يُقدّروا درجة استفادة الأشخاص غير المعاقين من خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية على أنها أكبر من تلك التي تخص الأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية.

وبالنظر إلى حجم مجموعة البيانات الموجودة في هذه الدراسة، توقعنا أن تلقى حتى تلك الآثار، التي لا يُعتد بها، أهمية كبيرة. ولذلك، فمن الضروري تفسير أحجام التأثير لكل اختبار، وقد كانت أحجام الفروق الملحوظة، في المعتقدات بشأن الحقوق الجنسية والاستفادة من خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية، متوسطة. كما يشير حجم هذه التأثيرات إلى وجود فرق ذي مغزى عملي في تقديرات الأشخاص غير المعاقين في جنوب أفريقيا للحقوق الجنسية، والاستفادة المستمدة من الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية للأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية، وكذلك الأشخاص غير المعاقين من السكان. (كوهين، ١٩٦٩) وكانت هناك فروقٌ إحصائية مهمة بين الأنواع الجنسية، ولكن، تلك الفروق كانت ضئيلة جدًا من حيث حجم التأثير كي يكون ذي مغزى عملي، وبالتالي،

لـم تُناقـش بعمـق (أي أنهـا كانـت أصغـر مـن ٠٠٩٩.، كمـا حـدد كوهـين ١٩٦٩). ومـع ذلـك، تجـدر الإشـارة إلـى أنـه فـي حـين أن جميـع الأعمـال السـابقة أشـارت إلـى أن الإنـاث يَمِلْـن إلـى أن يكـون لهـن مواقـف إيجابيـة أكثـر تجـاه الأشـخاص ذوي الإعاقـة الجسـدية، عندمـا يتعلـق الأمـر بالمواعـدة والعلاقـات، أكثـر مـن الذكـور.[٤٠,١٧,١٨] ولا يبـدو أن تلـك الاختلافـات تُشـكِّل عائـق أمـام المعتقـدات المتعلقـة بالحقـوق الجنسـية ودرجـة اسـتفادة الأفـراد مـن خدمـات الرعايـة الصحيـة الجنسـية والإنجابيـة.

وببسـاطة، يُوجـد تأثيـر متوسـط ومهـم للاختلافـات الموجـودة بـين وسـائل تقديـر المشـاركين للحقـوق الجنسـية الخاصـة بالأشـخاص ذوي الإعاقـة الجسـدية والأشـخاص غيـر المعاقـين مـن السـكان. ويوجـد أيضًـا تأثيـر آخـر كبيـر ومهـم للاختلافـات الموجـودة بـين وسـائل تقديـر المشـاركين فيمـا يتعلـق بدرجـة اسـتفادة الأفـراد مـن خدمـات الرعايـة الصحيـة الجنسـية والإنجابيـة للأشـخاص ذوي الإعاقـة الجسـدية والأشـخاص غيـر المعاقـين.

وفيمـا يتعلـق بالحقـوق، يُمكـن تفسـير النتائـج فـي ضـوء خلفيـة أعمـال مؤلفـين مثـل كيـم،[١١] وكراوفـورد، وأوسـتروف،[٣١] والكثيـر غيرهـم[٢,٥,٦,٧١-٧٣] فيمـا يخـص مـا يسـمى «بأسـطورة اللاجنسـية بـين الأشـخاص ذوي الإعاقـة الجسـدية» بالإضافـة إلـى تلـك التـي تخـص كيـم[١١] فيمـا يتعلـق بالقلـق المجتمعـي بشـأن التكاثـر والإنجـاب بـين الأشـخاص ذوي الإعاقـة الجسـدية. (وقـد اُسـتخدمت هـذه العبـارة فـي الأعمـال السـابقة. ونحـن نفسـر معناهـا علـى أنهـم يفتقـرون إلـى التمكـين الجنسـي والرغبـة الجنسـية وعلـى أنهـم أقـل جنسـية مـن الأشـخاص غيـر المعاقـين، بـدلًا مـن نسـبهم إلـى مفهـوم اللاجنسـية بوصفـه توجـه جنسـي وهويـة جنسـية.) وإذا نظرنـا مجـددًا فـي البنـود التـي يتكـون منهـا هـذا البنـاء الثابـت، نجـد أن هـذا الإطـار التجريبـي والنظـري يُصبـح مفيـدًا فـي فهـم المشـاعر التـي قـد تكـون وراء هـذه النتيجـة.

ففـي عـام ٢٠٠٣، أفـاد كلٌّ مـن كراوفـورد وأوسـتروف[٣١] بمجموعـة متنوعـة مـن المعتقـدات المؤذيـة مـن قبـل الأشـخاص غيـر المعاقـين، والتـي عانـى منهـا الأشـخاص ذوي الإعاقـة الجسـدية. واشـتملت تلـك المعتقـدات علـى معتقـدات أخـرى بـين الأشـخاص غيـر المعاقـين بـأن الأشـخاص ذوي الإعاقـة الجسـدية كانـوا «يواجهـون تحديـات عاليـة مـن الناحيـة الفكريـة»، ويفتقـرون إلـى الحيـاة الجنسـية، وهـم كذلـك عاجزيـن وغيـر أكفـاء[٣١]. وتُغطـي تلـك المعتقـدات كلا الوجهـين للنتائـج المتعلقـة بالحقـوق الجنسـية للأشـخاص ذوي الإعاقـة الجسـدية وهمـا: أولًا، يعانـي الأشـخاص ذوي الإعاقـة الجسـدية مـن انعـدام الجنسـية (مـع احتياجـات جنسـية أقـل وضعـف القـدرة الجنسـية، فيمـا هـو مـدرج فـي البنديـن رقـم ٢ و١)، وثانيًـا، مـن غيـر المرجـح أن يُنظـر إلـى الأشـخاص ذوي الإعاقـة الجسـدية علـى أنهـم حتـى قادريـن أو مناسـبين لكـي يكونـوا آبـاء (البنـد ٣). ومـع ذلـك، اسـتندت نتائـج الدراسـة التـي أجراهـا كلٌّ مـن كراوفـورد وأوسـتروف[٣١] إلـى حسـابات مـن النسـاء ذوات الإعاقـة لبعـض القوالـب النمطيـة التـي واجهتهـن مـن قبـل. وأُجـرى ناريـو- ريدموند[١٢] دراسـة لاحقـة اسـتندت إلـى حسـابات الأشـخاص غيـر المعاقـين، ولكـن كانـت العينـات أقـل مـن تلـك الخاصـة بالبحـث الحالـي. وتدعـم نتائجنـا أيضًـا هـؤلاء المؤلفـين وتوضـح أيضًـا أن الأشـخاص ذوي الإعاقـة الجسـدية يُنظـر إليهـم علـى أنهـم لديهـم حقـوق جنسـية منقوصـة.

ووفقًـا لكيـم،[١١] يرتكـز كلٌّ مـن تصـور الأشـخاص ذوي الإعاقـة الجسـدية بأنهـم يفتقـرون إلـى الجنسـية، وإنـكار حقوقهـم فـي إنجـاب الأطفـال علـى تمثيـل اجتماعـي واحـد بجـذوره المتعلقـة بالخـوف والتعصب. ويُقـدم كيـم[١١] حججًـا مقنعـة بـأن الأشـخاص ذوي الإعاقـة الجسـدية يُعانـون مـن وصفهـم الشـائع بانعـدام الجنسـية لديهـم؛ وهـي عمليـة تُبنـى

حقوق الطبع محفوظة لمجلة قضايا الصحة الإنجابية النسخة العربية ٢٠١٧
X Hunt et al.Reproductive Health Matters 2017;25(50):66-79

أساسًا على فكرة عدم ارتياح المجتمع لفكرة «الإنجاب والتلوث» (ص ٤٨٣).[١١] وهذا يعني أن هذا الخوف المجتمعي، الذي يتعلق بالنشاط الجنسي «غير الطبيعي» للأشخاص الذين لا تُشكّل أجسادهم الشكل النموذجي، يكمن في ضرورة جعل الأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية منعدمين الجنسية، وذلك خوفًا من أن تكون حياتهم الجنسية- إذا ما تم الاعتراف بها- وحشيّة نوعًا ما ومختلفة بشكلٍ غير مريح، وكذلك ذريتهم ستكون ملوثة وراثيًا أو غير ذلك بطريقة أو بأخرى. ولا يُمكن للحياة الجنسية للأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية ولذريتهم أيضًا أن تكون طبيعية، ولذلك، يجب ألا يكون للأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية حياة جنسية وأن يمتنعوا عن الحمل. وقد تكمن مثل هذه التمثيلات الاجتماعية للأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية على أنهم منعدمين الجنسية أو أنهم غير قادرين أو غير مناسبين أن يكونوا آباء في تأثيرات الاختلافات المهمة بين تقديرات المشاركين من غير المعاقين فيما يتعلق بالحقوق الجنسية للأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية والأشخاص غير المعاقين من السكان.

وقدمت هذه الدراسة أيضًا بعض الأدلة التجريبية الأولى على أن الأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية يحصلون على استفادة متناقصة من الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية مقارنةً بالأشخاص غير المعاقين. وعلى الرغم من ذلك، نُشير، في ضوء خلفية المشاعر التي كشفت عنها الأسئلة الخاصة بالحقوق، إلى أن تلك النتائج تكشف عن التقليل من شأن النشاط الجنسي للأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية أو حتى نفيه، وذلك على النحو المُحدد في الكتابات المختلفة. وتعتمد فكرة فرض انعدام الحياة الجنسية على الأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية على تصنيفهم على أنهم لا يحتاجون إلى الرعاية الصحية الإنجابية ومنع الحمل، ولا حتى إلى التثقيف الجنسي، وذلك بقدر ما يعتقدون أنهم ليس لديهم نفس الحقوق في إنجاب الأطفال. وتتناسب نتائجنا بشأن الأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية مع عامة السكان. وبالنظر إلى الطرق المتعددة التي يمكن أن يستفيد بها الناس من خدمات الصحة الجنسية والإنجابية على النحو الوارد أعلاه، فإن قراءتنا لهذه النتيجة، في ضوء المواقف الاجتماعية الواضحة في البنود الخاصة بالحقوق، هي أن الموقف الاجتماعي السائد هو أن نفترض أن الاستفادة من الخدمات الجنسية والإنجابية تعود على مجموعة بشكل أكبر دون الأخرى، وهذا يعكس موقفًا مختلفًا تجاه كل مجموعة.

ويُلاحظ كلٌ من أندرسون وكيتشين[٧] أن «الأيديولوجيات الثقافية، المتعلقة بالسلوك الجنسي للأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية، تعمل على تشريع الممارسات المادية والتميزية، مثل: الاستبعاد من عيادات تنظيم الأسرة، ومن التثقيف الجنسي والصحة الجنسية، من خلال اقتراح أن العلاقات الاجتماعية الحالية منطقية وطبيعية (وليست مكوّنة وقابلة للتفاوض)، وأيضًا، أن أساليب الحياة، وممارسات، وعقول وأجساد الأشخاص غير المعاقين هي الشئ الطبيعي، ولكن تلك التي تخص الأشخاص المعاقين هي منحرفة وغير مرغوب فيها.

بالإضافة إلى ذلك، يتم تجاهل الحاجة إلى التثقيف الجنسي وخدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية للأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية، وذلك بما أنهم يفتقرون إلى السلوك الجنسي كما يراهم الآخرين، مما يشير بدوره إلى أن النتائج الموجودة في هذا البحث قد تكون مؤشرًا لأفكار حول الحياة الجنسية للأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية التي تكمن وراء هذا النقص[١٣،١٤].

وبعيدًا عن الدلالة الإحصائية، تُسهم نتائج هذه الدراسة إسهامًا جديرًا بالملاحظة في الفهم

الحالي للمواقف المتخذة تجاه الحياة الجنسية للأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية، والمعتقدات بشأنها أيضًا. ويُعتبر تقديم هذه الورقة البحثية أدلة تجريبية على أن الأشخاص غير المعاقين يعتبرون أن الأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية ليس لديهم حياة جنسية فقط، بل أيضًا أن لديهم حقوق جنسية أقل واستفادة أقل من الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية من عدد الأشخاص غير المعاقين من السكان، إسهامًا رئيسًا.

قيود الدراسة

ولهذه الدراسة ثلاثة قيود رئيسة: الأول يتعلق بالصفة التمثيلية للعينة، والثاني يتعلق بطبيعة العينة، والثالث يتعلق بصياغة البنود التي تُشكّل المنفعة المستمدة من عامل الخدمات.

وبالنسبة للقيد الأول، فكما هو ملاحظ، تشمل العينة نسبة كبيرة من المشاركين البيض، الذين يكونون مثقفين ومتعلمين بشكل أفضل من عامة السكان في جنوب أفريقيا. وبالتالي، يجب توخي الحذر في تعميم نتائج هذا البحث على سكان جنوب أفريقيا ككل. وتتضمن هذه الدراسة أبحاث الدراسات الاستقصائية غير الاحتمالية، وبالتالي، اتسم هدفنا منذ البداية بصفة التنوع بدلًا من الصفة التمثيلية. ومع ذلك، على الرغم من محاولاتنا للحصول على العينات من قطاعات مختلفة من سكان جنوب أفريقيا، بما في ذلك الأفراد الذين لا يستطيعون الوصول إلى أجهزة الكمبيوتر، والأشخاص الذين ينتمون إلى مقاطعات ومجموعات لغوية مختلفة، لا زالت عينتنا تُعاني من التمثيل الزائد لأقليات الدولة (وهم من البيض المثقفين). وعلى هذا النحو، لم نُحلل بياناتنا على أساس العرق أو التعليم؛ لأنه كان من غير المرجح أن تعكس النتائج الاختلافات الموجودة بين فئات السكان الحقيقية. ومع ذلك، بالنظر إلى الطبيعة الاستكشافية لهذه الدراسة، لا يُمكن لذلك التعميم الصارم أن يُقلل من إسهام النتائج هنا؛ حيث إن هناك فرقًا كبيرًا بين عينة معتقدات الأشخاص غير المعاقين في جنوب أفريقيا المتعلقة بدرجة استفادة الأفراد من الخدمات الجنسية والإنجابية للأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية، وبين الأشخاص غير المعاقين. كما أن هذا الاختلاف ينطوي على نفي مفهوم الحياة الجنسية أو السلوك الجنسي للأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية. ومن الجدير بالذكر أن العينة الملائمة يُمكن أيضًا أن تكون مُعرضة للتحيز في اختيارها، ولذلك، قد تكون العينات التي تستخدم الورقة والقلم متحيزة تجاه بعض الأشخاص المعروفين لجامعي البيانات. ولكن، خلال تدريب جامعي البيانات، تم التركيز على الاقتراب عشوائيًا قدر الإمكان من مجموعة مُختارة من الناس من المناطق المزدحمة في مجتمعاتهم، بدلًا من شبكاتهم الاجتماعية.

الإستنتاج

لقد درسنا الفرق بين تقديرات الأشخاص غير المعاقين لحقوق الصحة الجنسية والإنجابية، والاستفادة المستمدة من خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية للأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية. وقد بيَّن المشاركون من الأشخاص غير المعاقين تأييدًا للحقوق الجنسية والإنجابية للأشخاص غير المعاقين أكبر من الأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية، وكانوا أكثر عرضة لتقييم الاستفادة المستمدة من الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية للأشخاص غير المعاقين بأكبر من الأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية. وبصفة متزامنة نقترح أن هذه النتائج تُعزى إلى معتقدات الأشخاص غير المعاقين بشأن الحياة الجنسية للأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية؛ وهي أن الأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية يُرون من قبل الآخرين على أنهم لديهم احتياجات جنسية قليلة، وكذلك استفادة منقوصة من الحصول على خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية، وأن الإنجاب بين الأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية

يُعتبر أقل استصوابًا وأقل احتمالية في الحدوث من الإنجاب بين الأشخاص غير المعاقين.

وقد أسفر فحص محتوى المعتقدات المجتمعية المتعلقة بالحياة الجنسية للأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية في جنوب أفريقيا عن أفكار هامة حول أسباب استمرار عدم معالجة قضايا الحصول على خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية؛ حيث إنه إذا تم تصنيف الأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية على أنهم منعدمي الجنسية، تقلصت فكرة احتياجهم وقدرتهم على الحياة الجنسية في أعين العامة، وطُرحت تساؤلات حول مدى ملاءمتهم/قدرتهم على الإنجاب، ومن المفاجئ قليلًا أيضًا أنهم قد يواجهون إهمالًا في تقديم الخدمات لهم.

وهذه الورقة البحثية هي الأولى التي نعرفها التي تبحث في ما إذا كان الأشخاص غير المعاقين يعتقدون أن الأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية يتمتعون بالحقوق الجنسية نفسها، والاستفادة نفسها من الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية بنفس الطريقة، التي يتمتع بها الأشخاص غير المعاقين من السكان. وتُشير النتائج التي توصلنا إليها إلى أنهم لا يعتقدون ذلك، بل أنهم قد يرون في الواقع أن الأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية أقل جنسية من الأشخاص غير المعاقين. وتدعو هذه الإمكانية الأخيرة التي أثارتها هذه النتائج إلى إجراء تحقيق نوعي لمعتقدات الأشخاص غير المعاقين بشأن الحياة الجنسية للأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية. وهذه الأعمال، التي ستقوم باستكشاف أسس الحياة الجنسية بين الأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية، وقدرتهم على أن يكونوا شركاء، وآباء، وأشخاص يتمتعون بالقدرة جنسية، من شأنها أن تُسفر عن رؤى إيضاحية التي من شأنها أيضًا أن تُضيف فروقًا دقيقة إلى النتائج المُقدمة هنا.

شكر وعرفان

نتوجه بالشكر للمساعدة المالية المُقدمة من الهيئة الوطنية للبحث العلمي (NRF) بجنوب أفريقيا. تُعد الآراء والاستنتاجات التي تم التوصل إليها آراء المؤلف، وليس بالضرورة أن تُنسب إلى الهيئة الوطنية للبحث العلمي (NRF).

وقد أُجريت هذه الورقة البحثية كجزء من الأبحاث التطبيقية حول «أسطورة اللاجنسية؟ وهي الوصمة الإجتماعية المتعلقة بالمعاقين بوصفها عائقًا أمام العلاقات الجنسية في جنوب أفريقيا» بقيادة جامعة «إيست لندن»، بالشراكة مع اتحاد جنوب أفريقيا للمعاقين (سافود)، وهيئة البحوث العلمية والصناعية بالنرويج (سينتيف)، وكذلك جامعة ستيلينبوش.

المراجع

1. Burlink K, Tarvydas VM, Maki DR. Human sexuality and disability: A holistic interpretation of rehabilitation counseling. Journal of Applied Rehabilitation Counseling. 1994;25:10-16.
2. De Loach CP. Attitudes toward disability: Impact on sexual development and forging of intimate relationships. Journal of Applied Rehabilitation Counseling. 1994;25:18-25. Available from: https://www.researchgate.net/ublication/232518788_Attitudes_toward_disability_Impact_on_sexual_development_and_forging_of_intimate_relationships
3. Farrow J. Sexuality counseling with clients who have spinal cord injuries. Rehabilitation Counseling Bulletin. 1990;33(3):251-259. Available from: http://psycnet.apa.org/psycinfo/1990-23569-001
4. Sandahl C. Queering the crip and cripping the queer: Intersections of queer and crip identities in solo autobiographical performance. GLQ: A Journal of Lesbian and Gay Studies.2003;9:46.Available from http://muse.jhu.edu/login?auth=0&type=summary&url=/journals/journal_of_lesbian_and_gay_studies/v009/9.1sandahl.html
5. Milligan M, Neufeldt A. The myth of asexuality: A survey of social and empirical evidence. Sexuality and Disability.2001;19:91-109. doi:10.1023/A:1010621705591
6. Shakespeare T, Gillespie-Sells K, Davies D. The sexual politics of disability. London, UK: Cassells; 1996.
7. Anderson P, Kitchin R. Disability, space and sexuality: Access to family planning services. Social Science & Medicine.2000;51:1163-1173. doi:10.1016/S0277-9536(00)00019-8
8. Hanass-Hancock J. Interweaving conceptualizations of gender and disability in the context of vulnerability to HIV/AIDS in KwaZulu-Natal, South Africa. Sexuality and Disability.2009;27:35-47.doi:10.1007/s11195-008-9105-9
9. McKenzie J. Disabled people in rural South Africa talk about sexuality. Culture, Health & Sexuality.2013;15:372-386. doi:10.1080/13691058.2012.748936
10. Vilchinsky N, Werner S, Findler L. Gender and attitudes toward people using wheelchairs: A multidimensional perspective. Rehabilitation Counseling Bulletin.2010;53:163-174. doi:10.1177/0034355209361207
11. Kim E. Asexuality in disability narratives. Sexualities. 2011;14:479-493. doi:10.1177/1363460711406463
12. Nario-Redmond MR. Cultural stereotypes of disabled and non-disabled men and women: Consensus for global category representations and diagnostic domains. British Journal of Social Psychology. 2009;49:471-488. doi:10.1348/014466609X468411
13. Cheausuwantavee T. Sexual problems and attitudes toward the sexuality of persons with and without disabilities in Thailand. Sexuality and Disability.2002;20:125-134. doi:10.1023/A:1019830411534
14. Seidel A, Wienholz S, Michel M, et al. Sexual knowledge among adolescents with physical handicaps: A systematic review. Sexuality and Disability.2014;32:429-441. doi:10.1007/s11195-013-9326-4
15. Groce N, Rohleder P, Eide, AH, et al. HIV issues and people with disabilities: A review and agenda for research. Social Science & Medicine. 2013;77:31-40. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.10.024
16. Shisana O, Labadarios D, Simbayi LC, et al. South African national HIV prevalence, incidence and behaviour survey, 2012; 2015. Available from: http://www.hsrc.ac.za/uploads/pageContent/4565/SABSSM%20IV%20LEO%20final.pdf
17. Hanass-Hancock, J. Disability and HIV/AIDS-a systematic review of literature on Africa. Journal of the International AIDS Society. 2009;12(1):34.
18. Hanass-Hancock J, Nixon SA. The fields of HIV

and disability: past, present and future. Journal of the International AIDS Society. 2009;12(1):28.
19. Hurst R. The international disability rights movement and the ICF. Disability and Rehabilitation. 2003;25:572-576. doi:10.1080/0963828031000137072
20. Addlakha R. How young people with disabilities conceptualize the body, sex and marriage in urban India: Four case studies. Sexuality and Disability. 2007;25(3):111-123. Available from: http://doi.org/10.1007/s11195-007-9045-9
21. Fine M, Asch A. Disabled women: Sexism without the pedestal. In: Deegan MJ, Brooks NA, editors. Women and disability: The double handicap. New Brunswick: Transaction Books, 1985; p. 6-22.
22. Gibson BE, Mykitiuk R. Health care access and support for disabled women in Canada: Falling short of the UN Convention on the Rights of People with Disabilities: A qualitative study. Women's Health Issues. 2012;22:111-118. doi:10.1016/j.whi.2011.07.011
23. Shuttleworth R, Mona L. Disability and sexuality: Toward a focus on sexual access. Disability Studies Quarterly. 2002;22:2-9. doi:10.1023/A:1005698311392
24. Ahumuza SE, Matovu JK, Ddamulira JB, et al. Challenges in accessing sexual and reproductive health services by people with physical disabilities in Kampala, Uganda. Reproductive Health. 2014;11(1):1. doi:10.1186/1742-4755-11-59
25. Albert B, Hurst R. Disability and a human rights approach to development: Briefing paper; 2005. Available from: http://hpod.org/pdf/human-rights-approach.pdf
26. World Health Organization. World report on disability. Geneva: WHO; 2011.
27. United Nations [Internet]. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. United Nations; 2006 [cited 2017 March 13]. Available from: http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf
28. Shakespeare T. Disabled sexuality: Toward rights and recognition. Sexuality & Disability. 2000;18(3):159-166. doi:0146-1044/00/0900-0159$18.00/0
29. Lee K, Devine A, Marco MJ, et al. Sexual and reproductive health services for women with disability: a qualitative study with service providers in the Philippines. BMC Women's Health. 2015;15(1):87.
30. Rueda HA, Linton KF, Williams LR. School social workers' needs in supporting adolescents with disabilities toward dating and sexual health: A qualitative study. Children & Schools. 2014;36(2):79-90.
31. Crawford D, Ostrove JM. Representations of disability and the interpersonal relationships of women with disabilities. Women & Therapy. 2003;26:179-194. doi:10.1300/J015v26n03_01
32. Olkin R, Howson LJ. Attitudes toward and images of physical disability. Journal of Social Behavior and Personality. 1994;9:81-96. Available from: https://www.uwlax.edu/urc/juronline/PDF/2010/grames-leverentz.pdf
33. Trieschmann RB. Spinal cord injuries: Psychological, social, and vocational rehabilitation. 2nd ed. New York: Demos; 1988.
34. Yoshida KK. Intimate and marital relationships: An insider's perspective. Sexuality and Disability. 1994;12:179-189. doi:10.1007/BF02547904
35. O'Dea SM, Shuttleworth RP, Wedgwood N. Disability, doctors and sexuality: Do healthcare providers influence the sexual wellbeing of people living with a neuromuscular disorder? Sexuality and Disability. 2012;30:171-185. doi:10.1007/s11195-011-9235-3
36. Sakellariou D. If not the disability, then what? Barriers to reclaiming sexuality following spinal cord injury. Sexuality and Disability. 2006;24:101-111. doi:10.1007/s11195-006-9008-6
37. Sakellariou D, Algado SS. Sexuality and disability: A case of occupational injustice. British Journal of Occupational Therapy. 2006;69:69-76. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Salvador_Algado/publication/233652926_Sexuality_and_Disability_A_Case_of_Occupational_Injustice/links/00b7d52d3cea09433a000000.pdf
38. Siebers T. A sexual culture for disabled people. In: McRuer R, Mallow A, editors. Sex and

disability. Durham: Duke University Press, 2012; p. 37-53.
39. Hahn H. The social component of sexuality and disability: Some problems and proposals. Sexuality and Disability. 1981;4(4):220-234. doi:10.1007/BF01103307
40. Marini I, Chan R, Feist A, et al. Student attitudes toward intimacy with people who are wheelchair users. Rehabilitation Research, Policy, and Education.2011;25(1-2):15-25. doi:10.1891/216866511805001109
41. Marini I, Wang X, Etzbach CA, et al. Ethnic, gender, and contact differences in intimacy attitudes toward wheelchair users. Rehabilitation Counseling Bulletin.2013;56(3):135-145. doi:10.1177/0034355212456605
42. Astbury J, Walji F. The prevalence and psychological costs of household violence by family members against women with disabilities in Cambodia. Journal of Interpersonal Violence. 2014;29(17):3127-3149. doi:10.1177/0886260514534528
43. Stromsness M. Sexually abused women with mental retardation: Hidden victims, absent resources. In: Holcomb L,WillmuthME, editors. Women with disabilities: Found voices. NY: The Haworth Press, Inc, 1993; p. 139-153.
44. Pebdani RN, Johnson KL, Amtmann D. Personal experiences of pregnancy and fertility in individuals with Spinal Cord Injury. Sexuality and Disability. 2014;32(1):65-74. Available from: http://doi.org/10.1007/s11195-013-9319-3
45. Louw JS, Kosciulek J, Chen RK. Investigating educators' views of sexuality, HIV and AIDS education in working with students with disabilities in South African schools. Journal of Applied Rehabilitation Counseling. 2014; 45:9-17. Available from: http://search.proquest.com/openview/95c186d41c276be57f50ba4c949d8d63/1?pq-origsite=gscholar
46. Chirawu P, Hanass-Hancock J, Aderemi TJ, et al. Protect or enable? Teachers' beliefs and practices regarding provision of sexuality education to learners with disability in KwaZulu-Natal, South Africa. Sexuality and Disability. 2014;32:259-277. doi:10.1007/s11195-014-9355-7
47. De Reus L, Hanass-Hancock J, Henken S, et al. Challenges in providing HIV and sexuality education to learners with disabilities in South Africa: The voice of educators. Sex Education. 2015;15:333-347. doi:10.1080/14681811.2015.1023283
48. Chappell P. Secret languages of sex: Disabled youth's experiences of sexual and HIV communication with their parents/caregivers in KwaZulu-Natal, South Africa. Sex Education. 2015;1-13. doi:10.1080/14681811.2015.1092432
49. Collins C. Reproductive technologies for women with physical disabilities. Sexuality and Disability. 1999;17(4):299-307. doi:10.1023/A:1021325612563
50. Lee EO, Oh H. A wise wife and good mother: Reproductive health and maternity among women with disability in South Korea. Sexuality and Disability. 2005;23:121-144. doi:10.1007/s11195-005-6728-y
51. Smith E, Murray SF, Yousafzai AK, et al. Barriers to accessing safe motherhood and reproductive health services: The situation of women with disabilities in Lusaka, Zambia. Disability and Rehabilitation. 2004;26:121-127. doi:10.1080/09638280310001629651
52. Thomas C. Medicine, gender and disability: Disabled women's health care encounters. Health Care for Women International. 2001;22:245-262. doi:10.1080/073993301300357188
53. Thomas C. The baby and the bath water: Disabled women and motherhood in social context. Sociology of Health and Illness. 1997;19:622-643. doi:10.1111/j.1467-9566.1997.tb00423.x
54. Thomas C. Narrative identity and the disabled self. In: Corker M, French S, editors. Disability discourse. Buckingham: Open University Press, 1999; p. 47-55.
55. Thomas C, Curtis P. Having a baby: Some disabled women's reproductive experiences. Midwifery. 1997;13:202-209. doi:10.1016/S0266-6138(97)80007-1
56. Weiner SL. Gynecologic care and sexuality

issues for women with disabilities. Sexuality and Disability. 1997;15:33-40. doi:10.1023/A:1024715514119
57. WHO, UNFPA. Promoting sexual and reproductive health for persons with disabilities: WHO/UNFPA guidance note. Switzerland: WHO; 2009.
58. MacLachlan M, Swartz L. Disability and international development: Towards inclusive global health. New York: Springer; 2009.
59. Vaughan C, Zayas J, Devine A, et al. W-DARE: a three-year program of participatory action research to improve the sexual and reproductive health of women with disabilities in the Philippines. BMC Public Health. 2015;15(1):984.
60. Rohleder P, Swartz L. Disability, sexuality and sexual health. In: Aggleton P, Boyce P, Moore HL, Parker R, editors. Understanding global sexualities: New frontiers. London: Routledge, 2012; p. 138-152.
61. United Kingdom National Government. The Equality Act 2010; 2010. Available from: http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2010/15/contents
62. Altman B, editor. International measurement of disability: Purpose, method, and application. New York: Springer; 2016.
63. Madans JH, Loeb M. Methods to improve international comparability of census and survey measures of disability. Disability and Rehabilitation. 2013;35(13):1070-1073. doi:10.3109/09638288.2012.720353
64. Authors (under review). Dating persons with physical disabilities: The views of some South Africans without disabilities.
65. Statistics South Africa. Census 2011: Census in brief (PDF). Pretoria: Statistics South Africa, 2012; p. 23-25.
66. Times Media Group, 2016.
67. Chen RK, Brodwin MG, Cardoso E, et al. Attitudes toward people with disabilities in the social context of dating and marriage: A comparison of American, Taiwanese, and Singaporean College Students. Journal of Rehabilitation.2002;68:5-11. Available from: http://crawl.prod.proquest.com.s3.amazonaws.com/fpcache/08cdec8794e481a95660415441b65469.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJF7V7KNV2KKY2NUQ&Expires=1455103486&Signature=Oz1bO1fS8flfMVO6Vi43KTjEL%2Bs%3D
68. Findler L, Vilchinsky N, Werner S. The multidimensional attitudes scale toward persons with disabilities (MAS): Construction and validation. Rehabilitation Counselling Bulletin.2007;50, 166-176. doi:10.1177/0034355207050003040l
69. Durlak JA. How to select, calculate, and interpret effect sizes. Journal of Pediatric Psychology. 2009;jsp004. doi:10.1093/jpepsy/jsp004
70. Magnusson K. Interpreting Cohen's d effect size an interactive visualization. [Online]; n.d. Available from: http://rpsychologist.com/d3/cohend/
71. Nosek M. Sexual abuse of women with physical disabilities. Physical Medicine and Rehabilitation. 1995;9:487-502. Available from: http://www.vawnet.org/research/printdocument. php?doc_id=369&find_type=web_desc_AR
72. Schlesinger L. Chronic pain, intimacy, and sexuality: A qualitative study of women who live with pain. The Journal of Sex Research. 1996;33:219-256. Available from: http://www.jstor.org/stable/3813585
73. Tilley CM. Sexuality in women with physical disabilities: A social justice or health issue? Sexuality and Disability. 1996;14:139-151. doi:10.1007/BF02590607
74. Sullivan, G. M., & Feinn, R. (2012). Using effect size—or why the p value is not enough. Journal of Graduate Medical Education, 4(3), 279-282.
75. Richardson, J. T. (2011). Eta squared and partial eta squared as measures of effect size in educational research. Educational Research Review, 6(2), 135-147.
76. Field, A. (2013). Discovering statistics using IBM SPSS statistics. London: Sage.

قضايا الصحة الإنجابية باللغة العربية

REPRODUCTIVE HEALTH matters

مقالة بحثية

ختان الإناث بوصفه إعاقة جنسية: تصورات النساء وأزواجهن في أكوري، ولاية أوندو، نيجيريا

بقلم: - ميشيل أوجوييجبي،[أ] ميراكل-إيونيس بولورونـدورو،[ب] داودا بوساريك.[ج]

(أ) مدرس علم اجتماع، قسم المستوى المتقدم، المدرسة الدولية، جامعة عبدان؛ وطالب دراسات عليا، قسم علم الاجتماع، جامعة عبدان عبدان، نيجيريا. للمراسلة: michaelowojuyigbe@gmail.com

(ب) طالبة دراسات عليا، قسم علم الاجتماع، جامعة عبدان، عبادان، نيجيريا.

(ج) محاضِر، قسم علم الاجتماع، جامعة عبدان، عبدان، نيجيريا.

ترجمة: أستاذة شهرت العالم

موجز المقال: تشمل الإعاقة القيود المفروضة على الأنشطة البدنية الأساسية للفرد، وما يترتب على ذلك من قمع اجتماعي يواجهه هؤلاء الأفراد في المجتمع. وفي هذا الصدد، يُعتبر الحد من استخدام بعض أجزاء الأعضاء التناسلية في ظل نظام أبوي شكلاً من أشكال الإعاقة. تصف هذه الورقة البحثية تصورات الأزواج المتضررين وآليات التكيف التي يستخدمونها للتعامل مع عواقب تشويه الأعضاء التناسلية للإناث (ختان الإناث) بوصفه شكلاً من أشكال الإعاقة الجنسية. وقد تم توظيف التحرر الثقافي كإطار نظري. تعرض الورقة نتائج دراسة مقطعية وصفية أُجريت في أكوري بولاية أوندو، نيجيريا، مع مجموعة من المجيبين تضم ١٠ من الذكور و١٢ من الإناث، تم اختيارها عن قصد من خلال عينة كرة الثلج لمقابلات متعمقة. تطرح النتائج المبررات المُقدَمة لممارسة ختان الإناث، وتصورات الضحايا عن كيفية تأثيره على علاقاتهن الجنسية. وعلاوة على ذلك، تسلط الضوء على استراتيجيات التأقلم التي تستخدمها النساء المتضررات وأزواجهن. وتوضح الدراسة أن عواقب الإعاقة المترتبة على ختان الإناث تُعد عواقب جنسية إلى حدٍ كبيرٍ من حيث طبيعتها، بما يؤدي إلى صدمات نفسية ومعتقدات سلبية عن الجنس، وتتطلب عددًا كبيرًا من استراتيجيات التأقلم التي تستخدمها النساء المعوقات وأزواجهن، والتي قد تؤثر على السعادة الزوجية والجنسية.

الكلمات الدالة: الإعاقة الجنسية، الصحة الإنجابية، ختان الإناث، استراتيجيات التأقلم، نيجيريا.

مقدمة

تُستخدم غالبًا كلمة الاعتلال للإشارة إلى الوضع الذي يُحد بدرجة كبيرة من أنشطة الفرد البدنية الأساسية؛ مثل القيود المفروضة على الحركة، والرؤية، والامتداد، والسمع، وغير ذلك كثير. ويُعد الاعتلال القابل للقياس، ويتداخل مع قدرة الشخص على استخدام أجزاء الجسم، بمثابة التعريف لمصطلحات مثل: العجز، والإعاقة. ويُميز كريبس[1] أحدهما عن الآخر، مُشيرًا إلى أن الشخص الذي يعاني من قيود بدنية، أو فكرية، يُقال إنه عاجز، بينما الإعاقة تعني عدم القدرة على العمل بنفس طريقة معظم الناس في هذا المجال بعينه، ويُعد عالم الجنس والحياة الجنسية أحد المجالات التي لم يُستكشَف فيها بَعد مدى الإعاقة الكامل، على الرغم من البحث المكثف على مستوى الخطاب. وقد أُثيرت مرارًا وتكرارًا تساؤلات حول استراتيجيات التأقلم المُستخدَمة للتعامل مع العواقب الجنسية للإعاقة،[2-5] فضلاً عن مدى الرغبة وتواتر الأنشطة الجنسية لدى أولئك الذين يجرى تحديدهم كمعاقين؛ نتيجة فقدانهم الأطراف، أو عدم اكتمال نمو عقولهم، أو أجزاء أخرى من الجسم. على أن فقدان أجزاء بعينها من الجهاز التناسلي هو أحد المجالات التي غالبًا ما يظل متروكًا خارج تعريف الإعاقة. وهو الأمر الذي يمثل أهمية خاصة في ظل أطروحة توماس[6] التي تقول إن أي تحليل دقيق للإعاقة

© 2017 The Author(s). Published by Informa UK Limited, trading as Taylor & Francis Group
This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

يجب أن يتناول بالدراسة تأثير «تبعات الإعاقة» على حياة الأشخاص المصابين بإعاقات. وقد أشار أوليفر[٧] إلى أن القهر الاجتماعي يلعب دورًا حاسمًا في تعريف العجز كإعاقة طارحًا بذلك أن القهر الاجتماعي للنساء اللاتي تعرضن للختان في المجتمعات الأبوية إنما ينقلهن فقدان بعض الأعضاء الجنسية من مجال العجز إلى مجال الإعاقة. ويجب اعتبار القيد الناتج عن ذلك، أو عدم القدرة على استخدام بعض أجزاء الأعضاء التناسلية بمثابة شكل من أشكال الإعاقة. وكما يُقدم النموذج الطبي للإعاقة تعريفًا للإعاقة البدنية، فإن النموذج الاجتماعي يكشف عن إعاقة جنسية لأنه ينظر إلى ختان الإناث من زاوية من الاضطهاد والتمييز، بما يشكل انتهاكًا لحقوق الفتيات والنساء المتضررات، وما يترتب عليه من عدد كبير من الآثار على الصحة الجنسية والإنجابية.[٨]

يجري تعريف تشويه الأعضاء التناسلية للإناث (ختان الإناث) بوصفه «جميع الإجراءات التي تنطوي على الإزالة الجزئية، أو الكلية للإعضاء التناسلية الخارجية للإناث، أو أي إضرار بهم لأسباب اجتماعية-ثقافية وغير علاجية».[٩] كما تهتم المنظمات الدولية أيضًا في الآونة الأخيرة بأي استمرار لتلك الممارسة المشينة لختان الإناث، أو بتر الأعضاء التناسلية للإناث. وعلى سبيل المثال، أصدرت الجمعية العامة للأمم المتحدة عدة قرارات، أولاً في عام ٢٠١٢: ٦٧/١٤٩ ومرة أخرى في عام ٢٠١٤: ٦٩/١٥٠، لتكثيف الجهود العالمية من أجل القضاء على ختان الإناث وتأكيد أنها تُشكل تهديدًا خطيرًا لصحة النساء والفتيات بما في ذلك صحتهن النفسية والجنسية والإنجابية.[١٠] وتشير هذه القرارات إلى أن ضحايا هذه الممارسة الضارة يواجهن عواقب فورية، وربما آثارًا طويلة الأجل، بما في ذلك فقدان الاستجابة الجنسية.[١١-١٣] وقد ناقشت موتيشي وآخرين[٨] الأضرار البدنية والطبية الناجمة عن ختان الإناث، والتي تشمل: الألم الشديد، والنزيف والصدمة وصعوبة إخراج البول والبراز، والآلام المزمنة، وقابلية الإصابة بالعدوى وبخاصة عدوى الأمراض المنقولة جنسيًّا. وتشمل المضاعفات الأخرى مشاكل في الولادة، مثل: طول فترة الولادة و/أو عرقلتها، أو التمزق العجاني، والنزف التالي للولادة، الذي قد يؤدي إلى وفاة الأم والجنين/الرضيع حديث الولادة. ويمكن أن تؤثر هذه المضاعفات بدورها على الاستجابة الجنسية، حيث تحول دون المتعة الجنسية والقدرة على التواصل عاطفيًّا وذهنيًّا في العلاقات، وتؤدي إلى عدم التوازن في الزواج وحياة النضوج.[١٤،١٥]

وفقًا للمسح الديموجرافي والصحي في نيجيريا،[١٦] يبلغ معدل انتشار ختان الإناث اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و٤٩ سنة في نيجيريا ٢٤,٨٪، على الرغم من تجريم القانون لهذه الممارسة.[١٧،١٨] وتشير منظمة اليونيسف[١٠] إلى أن «أكثر من ٢٠ مليون» من الفتيات والنساء النيجيريات متضررات من هذه الممارسة، ويُمثلن معدلاً ضخمًا يبلغ ١٠٪ من الرقم الإجمالي العالمي. إن تركُز النساء المتضررات في نيجيريا، والحاجة إلى فهم العواقب الجنسية لهذه الممارسة من وجهة نظر الأزواج، هو ما دفعنا إلى إجراء هذه الدراسة. ويُعد التأقلم مع هذه الآثار الجنسية قضية رئيسية، نظرًا للإعاقة الجنسية التي تنجم عن ختان الإناث.[١٩]

لقد استمر انتشار هذه الممارسة على نطاق واسع في المجتمعات الأبوية، لا سيما في الثقافات الأفريقية حول العالم، لعدد من الأسباب التي تتراوح من أسباب ثقافية إلى أسباب دينية وفردية، ويدعمهها الإفلات من عقوبة القوانين المحلية.[٢٠] ويشير كل من هيجيل[٢١] وعبد العظيم[٢٢] إلى أن المجتمعات التي تسود فيها هذه الممارسة تعتقد أن ختان الطفلة يساعدها على تقليص رغبتها الجنسية بما يجعلها غير مهتمة

باستكشاف الجنس وحياتها الجنسية، ونتيجة لذلك تحافظ على عذريتها إلى أن تتزوج.[١٣،١٥] ويؤكد باحثون آخرون[٢٤-٢٦] أن هذه الممارسة، التي تتجاوز الانتماءات الدينية أو القبلية أو التحصيل التعليمي، تُعد جزءًا من الأعراف المجتمعية القائمة على السلطة الأبوية التي تنتقل من جيل إلى آخر، وأن أي محاولة لوقف هذه الممارسة ستلقى ضغوطًا مجتمعية فضلاً عن خطر العزلة.[٨] وقد أوضح عبد العظيم[٢٢] أن هناك سعيًا لوقف الإثارة الجنسية للإناث عن طريق إزالة البظر جزئيًا أو كليًا، أو أجزاء أخرى من الأعضاء التناسلية للإناث، وهو العجز الذي تتناوله مرارًا وتكرارًا هذه الورقة البحثية؛ لما له من آثار على الإشباع الجنسي، ليس للمرأة المعاقة فقط، وإنما لزوجها أيضًا.

تقوم هذه الورقة بتوثيق آراء النساء اللاتي تعرضن لهذه الممارسة الضارة، غالبًا في فترة الطفولة.[٢٧] كما تستكشف أيضًا كيفية تداول المسائل التي تدور حول الحياة والخبرات الجنسية للإناث «المعاقات» في إطار الزواج في جنوب غرب نيجيريا، وهو أمر بالغ الأهمية لا سيما في ضوء حقيقة أن البكارة، على الرغم من الاتجاهات الحديثة والأخلاق متغيرة، لا تزال موضع تبجيل في كثير من أنحاء نيجيريا وأفريقيا الأبوية.[٢٨] علاوة على ذلك، يلاحظ هيو وباترسون[٢٩] أن العلاقة الموجودة بين المُعاقات وأجسادهن تتجاوز مجال الطب، وصولاً إلى آثار نفسية-اجتماعية وثقافية، فضلاً عن السياسات وسبل العلاج.

مما سبق، تُعد كيفية تعامل النساء مع العجز الجنسي الذي فرضه الختان عليهن بمثابه جزء مهم من هذه الدراسة. لقد أصبحت عملية التأقلم مع أشكال الإعاقة المختلفة مجالاً بارزًا من مجالات البحث خلال السنوات الأخيرة،[٤] مع وجود عدد كبير من الدراسات التي تركز على مختلف الاستراتيجيات التي يتبناها الأفراد للتأقلم مع الإعاقات المختلفة، ولا يوجد أي تصور مقبول عالميًا لاستراتيجيات التأقلم. على أن نتائج تلك الدراسات السابقة حول هذا الموضوع قد حاولت إظهار الاختلافات في استراتيجيات التأقلم[٣] بين الجنسين، وأشارت إلى أن النساء أَفَدْنَ بشعورهن بضغوط يومية كثيرة وبالاكتئاب، وكان استخدامهن للتأقلم أكبر من خلال الدعم الاجتماعي والتنفيس العاطفي،[٥،٢] بينما تحول الذكور إلى الفكاهة، أو ممارسة هوايات مثل الرياضة. وهكذا يمكن تفسير اختلافات التأقلم بين الجنسين كدليل على التنشئة الاجتماعية، المستندة إلى النوع الاجتماعي، في مجال العواطف وبناء الواقع. وعلى هذا النحو، فإن النساء اللاتي تعرضن للختان، مثلهن مثل سائر الناس الذين يعانون من شتى أشكال الإعاقة، يُطوّرن استراتيجيات مختلفة للتأقلم مع هذه الإعاقة. ويُعتبر أزواجهن أيضًا جزءًا من هذه الدراسة، إذ عليهم التأقلم مع آثار الإعاقة الجنسية لزوجاتهم وهو ما يمكن أن يتخذ أيضًا أشكالاً متنوعة.

وبالتالي يكمن الهدف العام لهذه الدراسة في وصف تصورات وآليات التأقلم التي يستخدمها الأزواج المتضررين من الإعاقة الجنسية الناجمة عن الختان.

الإطار النظري

رؤية ثقافية تحررية للنظام الأبوي

الإطار النظري المُطبق في هذه الدراسة هو إطار التحرر الثقافي، تجادل النسويات في هذه الرؤية أن تمثيل النساء منهجيًا في النُظُم الأبوية إما غير موجود على الإطلاق، أو منخفض، مع تمتعهن بالحرية، اقتصاديًا أو غير ذلك، إلى حد أن الرجال يمنحونها لهن عن طيب خاطر من خلال الممارسات الثقافية.[٣٠] وكتبت بيم[٣١] أن المرأة في المجتمعات الأبوية تُعتبر مختلفة وأقل شأنًا من الرجل. كما تؤكد أن بعض النسويات يدمجن مفاهيم الماركسية في هذه الحجة، بتأكيدهن

أن الرجال يعتبرون النساء ملكية خاصة. وقد لاحظت روبين،[٣٢] في ما يُطلق عليه «نظام الجنس/النوع الاجتماعي»، أن علاقات القرابة تقع في أساس المجتمعات الأبوية حيث تستوعب النساء داخليًّا المعايير المجتمعية المناسبة. في هذا النظام، ينشأ أفراد المجتمع خلال التنشئة الاجتماعية للنظر إلى النساء بوصفهن كائنات مناسبة للوفاء باحتياجات شركائهن الذكور، أي أن الحياة الجنسية للنساء هدفها إرضاء الرجال.[٣٣] وهكذا، لا يهم غالبًا ما إذا كانت امرأة راغبة أو غير راغبة في الجنس، بينما احتياجات الرجال وخبراتهم هي التي تتسم بالأهمية، حيث يتعلق تعريف الجِماع بمتعة الذكور وشعورهم بالنشوة. وغالبًا ما يتحقق الإشباع الجنسي للرجل بثمن من الألم تدفعه المرأة، وفي ظل «براءة العروس» (عذريتها) عند الزواج، كما يتسم الإخلاص بعد الزواج بأهمية كبيرة أيضًا. وهناك ممارسات - مثل: ختان الإناث، وتقييد القدم، وميراث الزوجة، وكي الثدي - تُمثل أوجه عدم المساواة في المجتمع الأبوي في عصور مختلفة وأماكن مختلفة. وعلى الرغم من أن هذه الممارسات غير قانونية عادة، وتصيب النساء أحيانًا بالإعاقة، فإن النساء والفتيات يتعرضن لها وغالبًا من جانب نساء أخريات؛ ليس سعيًا لفائدة خاصة بهن وإنما لمتعة الذكور،[٣٤] وبالتالي يضفين شرعية وقبولاً اجتماعيًّا في هذه المجتمعات الذكورية على الرغم من المخاوف العالمية.[٣٥،٣٦]

المنهج

اعتمدت الدراسة تصميمًا يقوم على البحث الوصفي المقطعي، ومنهجية نوعية تستخدم المقابلات المتعمقة شبه البنيوية التي تركز على مجالات مثل: المبررات الاجتماعية-الثقافية لختان الإناث، وتصوُّر للحالات بوصفها إعاقة أو غير ذلك، وآليات التكيف التي اعتمدتها النساء الضحايا وأزواجهن للتعامل مع تبعات هذه الإعاقة الجنسية المترتبة على ختان الإناث. أجرى الباحثون المقابلات باللغتين الإنجليزية أو اليوروبا (اللغة السائدة في المنطقة)، تبعًا لمستوى تعليم المُجيبين وفهمهم للغة. علاوة على ذلك، أُجريت هذه المقابلات بشكل منفصل مع كل فرد من المجموعة التي ضمت ١٠ نساء متزوجات وأزواجهن، فضلاً عن امرأتين متزوجتين ولكن تَعذَّر مقابلة أزواجهن.

مجال الدراسة

يوجد في منطقتي جنوب شرق وجنوب غرب نيجيريا، وفقًا للمسح الديموجرافي والصحي،[١٦] أعلى معدل لانتشار ختان الإناث في البلد (٤٩٪ و٤٧,٥٪ على الترتيب). وتهتم هذه الدراسة بوجه خاص بولاية أوندو التي تقع في الجزء الجنوبي الغربي الناطق بلغة اليوروبا في نيجيريا، ويرجع ذلك إلى أن هذه الولاية هي موقع مبادرة «آبيي» (برنامج الأمومة المأمونة) التي تركز على الصحة الإنجابية للمرأة وقضايا الصحة للأطفال الصغار.[٣٨،٣٧] كما تُعد الولاية أيضًا مضيفًا للعديد من أنشطة «اللجنة الأفريقية للممارسات التقليدية» (IAC) خاصة في ما يتعلق بالختان.[٤٠،٣٩] وعلى الرغم من الخطوات المذكورة أعلاه، تجدر الإشارة إلى أن معدل انتشار ختان الإناث بالولاية لا يزال يبلغ ٤٥٪ من النساء.[١٦] أما منطقة الدراسة فهي مدينة أكوري؛ وهي مركز حضري وعاصمة ولاية أوندو وتضم ٣٢,٣٪ من النساء النيجيريات في الفترة العمرية ١٥-٤٩ سنة اللاتي تعرضن للختان ويعشن في المناطق الحضرية.

اختيار العينة

جرى اختيار قصدي لـ ٢٢ مشاركًا للدراسة باستخدام عينات كرة الثلج؛ وشملت المجموعة نساء متزوجات تعرضن للختان وأزواجهن، وتم اعتبار الحالة الزوجية والختان المُسبق بمثابة معايير لإدراج النساء، أما المعيار الوحيد لإدراج الزوج، فقد كان استعداده للمشاركة في الدراسة. وكان النطاق العمري من بين معايير الإدراج أيضًا، حيث

تـراوح بـين ٢٨-٥٠ للمجيبـات نظـرًا للحاجـة إلـى إتاحـة الفرصـة لمفاهيـم الإشـباع الجنسـي، والتأقلـم، والإنجـاب، والتجربـة الزوجيـة، وعمـق العلاقـات الزوجيـة، مـن بـين أمـور أخـرى. وقـد اسـتُبعِدت النسـاء المتزوجـات اللاتـي تقـل أعمارهـن عن ٢٨ سـنة للأسـباب المذكـورة أعـلاه. كمـا اسـتُبعِدت النسـاء المتزوجـات فـوق ٥٠ سـنة، حيـث كانـت هنـاك ضـرورة لإجـراء المقابـلات مـع نسـاء فـي سـن الإنجـاب.

جمع البيانات وتحليلها

بـدأ جمـع البيانـات وتحليـل البيانـات الأوليـة فـي يونيـو ويوليـو عـام ٢٠١٦ بواسـطة مقابـلات متعمقـة شـبه بنيويـة، وقـد أُجريـت بإحـدى اللغتـين (اليوروبـا أو الإنجليزيـة) حسـب تفضيـل المجُيـب واسـتغرقت كل مقابلـة حوالـي سـاعة و١٥ دقيقـة فـي المتوسـط. تولـى المسـاعدون البحثيـون تسـجيل المقابـلات وكتابـة ملاحظـات، وبعـد ذلـك تولـى المترجمـون الفوريـون ترجمتهـا إلـى اللغـة الإنجليزيـة. أجـرى الباحثـون الذكـور مقابـلات مـع المجيبـين الذكـور، وأجـرت الباحثـات المقابـلات مـع المجيبـات، بُغيـة السـماح للمجيبـين والمجيبـات التعبيـر بحريـة عـن خبراتهـم. تحقـق الباحثـون والمترجمـون الفوريـون مـن البيانـات المجموعـة، وقـام الباحثـون بتحليلهـا باسـتخدام الإصـدار ٧،٥،٧ مـن برنامـج Atlas.ti، كمـا حُـدِدت المواضيـع الأساسـية ذات الصلـة باسـتخدام الترميـز المفتـوح فـي نفـس البرنامـج الإلكترونـي.

الأداة

ركـز دليـل المقابلـة علـى عـدد مـن القضايـا، بمـا فيهـا: كيـف يمكـن أن يؤثـر تصـور الزوجـين عـن حياتهـم الجنسـية علـى علاقتهـم الجنسـية، وكيـف تُشـكل الثقافـة علاقـات الزوجـين الجنسـية، والمبـررات الاجتماعيـة-الثقافيـة لختـان الإنـاث، ومـدى تأثيـر ختـان الإنـاث علـى علاقـات الزوجـين الجنسـية، وكيـف يتعامـل الزوجـان مـع التحديـات الجنسـية والبدنيـة الناجمـة عـن ختـان الإنـاث.

اعتبارات أخلاقية

كان مطلوبًـا مـن جميـع المجيبـين تقـديم موافقـة خطيـة، وكانـت سـرية اسـم المجُيـب وسـرية البيانـات مكفولـة عـن طريـق الإشـارة إلـى كل مجيـب برمـز فقـط، وإبقـاء علامـات تحديـد المجُيـب خـارج البيانـات، فضـلاً عـن تقييـد إمكانيـة الوصـول إلـى مجموعـة البيانـات بحيـث تشـمل الباحثـين فقـط. وقـد حصلت الدراسـة علـى موافقـة مـن لجنـة الأخلاقيـات التابعـة لقسـم علـم الاجتمـاع (جامعـة عبـدان).

النتائج

يقـدم الجـدول (١) الخصائـص الاجتماعيـة والديموجرافيـة للمجيبـين. تـراوح العُمـر النموذجـي للمجيبـات بـين ٣٠-٣٩ سـنة، بينمـا تراوحـت الفئـة العمريـة للمجيبـين الذكـور بـين ٤٠-٤٩ سـنة، وكانـت الأغلبيـة المطلقـة مـن المسـيحيين ومـن سـكان أكـوري؛ مـع مسـتوى التعليـم العالـي للغالبيـة.

جدول (١): الخصائص الاجتماعية-الديموغرافية للمجيبين		
المتغيرات	التكرار [٢٢]	
	الذكور (١٠)	الإناث (١٢)
السن		
٢٠-٢٩	٠ (٪)	١ (٪٨,٣)
٣٠-٣٩	٣ (٪٣٠)	٦ (٪٥٠)
٤٠-٤٩	٦ (٪٦٠)	٤ (٪٣٣,٤)
٥٠-٥٩	١ (٪١٠)	١ (٪٨,٣)
الدين		
المسيحية	١٠ (٪١٠٠)	١٠ (٪٨٣,٣)
الإسلام	٠ (٪٠)	٢ (٪١٦,٧)
المستوى التعليمي		
التعليم الابتدائي	٠ (٪٠)	٣ (٪٢٥)
التعليم الثانوي	١ (٪١٠)	٢ (٪١٦,٧)
التعليم العالي	٩ (٪٩٠)	٧ (٪٥٨,٣)
العمل		
موظف حكومي	٥ (٪٥٠)	٢ (٪١٦,٧)
موظف بالقطاع العام	٢ (٪٢٠)	٥ (٪٤١,٦)
موظف بالقطاع الخاص	٢ (٪٢٠)	١ (٪٨,٣)
مجال التجارة	٠ (٪٠)	٤ (٪٣٣,٤)
المجال الحرفي	١ (٪١٠)	٠ (٪٠)
الانتماء إلى المجتمع المحلي		
من غير السكان الأصليين	١ (٪١٠)	٠ (٪٠)
من السكان الأصليين	٩ (٪٩٠)	١٢ (٪١٠٠)

ويوضح الجدول (٢) المبررات الاجتماعية-الثقافية لاستمرار ممارسة ختان الإناث وفقًا للمُجيبين، تمثلت الأسباب التي أوردها أغلبية المجيبين في ما يلي: الحاجة إلى كبح الاختلاط بين النساء الشابات قبل وبعد الزواج، فضلاً عن الحاجة إلى مواصلة العادات والطقوس التقليدية. ويرد بعد جدول (٢) الآراء التي أعرب عنها عدد من المجيبين.

حقوق الطبع محفوظة لمجلة قضايا الصحة الإنجابية النسخة العربية ٢٠١٧

الجدول (٢): أسباب ختان الإناث

	المبررات الاجتماعية-الثقافية لختان الإناث	تكرار المجيبين (٪)
(١)	الحفاظ على الممارسات التقليدية.	الذكور: ١٠ (١٠٠٪)
		الإناث: ١٢ (١٠٠٪)
		المجموع: ٢٢ (١٠٠٪)
(٢)	كبح الاختلاط.	الذكور: ١٠ (١٠٠٪)
		الإناث: ١٢ (١٠٠٪)
		المجموع: ٢٢ (١٠٠٪)
(٣)	لتجنب التعرض للنبذ.	الذكور: ٧ (٧٠٪)
		الإناث: ١١ (٩١,٧٪)
		المجموع: ١٨ (٨١,٨٪)
(٤)	لمنع وفيات الأطفال.	الذكور: ١٠/٨ (٨٠٪)
		الإناث: ١٢/٥ (٤١,٧٪)
		المجموع: ١٣ (٥٩,١٪)
(٥)	لمنع العُقم.	الذكور: ١ (١٠٪)
		الإناث: ٠ (٠٪)
		المجموع: ١ (٤,٥٥٪)

وهناك أسباب أخرى مثل: تجنب وفيات الرضع حديثي الولادة، وتجنب النبذ لعدم التقيد بالممارسات التقليدية، والخوف من العُقم. وقد شملت الإجابات ما يلي:

«هناك اعتقاد بأن عدم ختان الأنثى يجعل رغبتها الجنسية قوية، فالدافع الجنسي يقع في البظر، ولهذا تتم إزالته. إذن الختان هو من أجل الحد من الاختلاط بتقليل الرغبة الجنسية». (ذكر، ٤١).

«عندما سألت أمي لماذا فعلت ذلك بي، قالت إنها لا تعرف، فهذا شيء يتم دائمًا. يمكنني القول إنه مجرد تقليد». (أنثى، ٤٠).

«كان الختان قديمًا إلزاميًّا للذكور والإناث على حد سواء، إنه شيء نشأنا عليه، قام به أجدادنا وانتقلت الممارسة إلينا». (أنثى، ٤٠).

«الختان يمنع الاختلاط. وأيضًا عندما تريد امرأة أن تلد، ولم تكن مُختنة، قد تُقطَع رأس الطفل. وهذا وفقًا لتقاليد يوروبا». (أنثى، ٤٥)

«تتعرض الفتاة غير المُختَنة للنبذ، فالجميع يعتبرونها فاسقة أو تميل إلى الانحلال». (أنثى، ٥٠).

«وفقًا لما سمعته من أمي، ليس بإمكان المرأة غير المُختنة أن تلد. لذا، فالختان يمنع العُقم». (ذكر، ٣٩).

سألنا المجيبات عن تصورهن لختان الإناث فيما

حقوق الطبع محفوظة لمجلة قضايا الصحة الإنجابية النسخة العربية ٢٠١٧
M Owojuyigbe et al. Reproductive Health Matters 2017;25(50):80-91

يتعلق بإشباعهن الجنسي في الزواج. ووصفت العديدات منهن حجم شعورهن «بالألم» أو «المتعة» خلال الجِماع. كانت مشاعر امرأتين من مجموع النساء، وعددهن ١٢ امرأة، مختلطة حول تصورهما لتأثير الختان، وأشارتا إلى الشعور أحيانًا بدرجة معينة من الألم، وبالمتعة الجنسية في أحيان أخرى:

«النساء المُختنات لا يشعرن بسهولة بالإثارة. سوف يتمتع الرجل بالجنس، لكن المرأة قد لا تستمتع. ربما تستمتع أحيانًا، وربما لا تستمتع في أحيان أخرى وبخاصة عندما تشعر بآلام». (أنثى، ٣٧).

أفادت مُجيبتان بشعورهن بالرضا أثناء ممارسة الجنس، على الرغم من أن هذه الفكرة نبعت من عدم وجود تجربة جنسية قبل الزواج.

«أنا لا أعرف كيف يؤثر ختان الإناث على الإشباع الجنسي للمرأة، ولا أعتقد أنه يؤثر على الرجل، ربما يرجع استمتاعي بالجنس إلى عدم وجود تجربة جنسية لي من قبل». (أنثى، ٣٢)

على أن ٦٠٪ (٨ أشخاص) من المجيبات أعربن عن آراء سلبية عن الجِماع، حيث أثرن شواغل تتعلق بالألم والفتور وعدم الرضا. وذكرت إحدى المجيبات أن عدم الرضا الجنسي الناتج لم يقتصر على الزوجة وحدها، لكنه أثر أيضًا على الزوج.

«يتسبب ختان الإناث في الفتور وعدم الرضا الجنسي للزوج والزوجة. أنا أتحدث عن تجربة شخصية وتجارب أخرى عرفتها كمستشارة». (أنثى، ٥٠).

على أن أغلبية الأزواج (٩) أشاروا إلى وجود اختلاف ملحوظ بين تجاربهم الجنسية مع النساء المُختنات وغير المُختنات، وتشكو زوجاتهم كثيرًا أثناء ممارسة الجنس، وهن أقل رغبة في ممارسة أوضاع جنسية مختلفة، وعلى ما يبدو أقل رغبة في ممارسة الجنس لدرجة أنهن مجرد يستلقين بشكل سلبي تمامًا ودون حركة أثناء الجماع. أكثر من بعض النساء الأخريات اللاتي لم يخضن هذه الممارسة. ومع ذلك، أكد سبعة أنهم مارسوا الجنس كثيرًا خارج نطاق الزواج مع شريكات مختلفات؛ بينما أشار اثنان إلى أنهما مارسا الجنس مع نساء غير مُختنات، قبل الزواج. وعند توجيه سؤال بشأن ما إذا كانوا لا يزالون يمارسون الجنس مع زوجاتهم وسبب ذلك، أفاد السبعة جميعًا أنهم لا يزالون يمارسون الجنس مع زوجاتهم ولكن بقدر مختلف من التكرار ولأسباب مختلفة تضم عدم حرمان الزوجة من حقوقها الزوجية، وشعور الزوج بالاستحقاق عندما لا يتوفر خيار آخر. على أن هناك مُجيبًا واحدًا أفاد بأنه لم تكن لديه تجربة جنسية قبل الزواج، وهو مخلص لزوجته منذ زواجه، بيد أنه أشار إلى أنه لا يستطيع أن يعزو إلى الختان رفض زوجته أحيانًا للجنس وشكواها من الألم بعد ممارسة الجنس، ذلك أن والدته وشقيقاته مُختنات ولم يسمع من والده أو أصهاره أي شكاوى من أن الختان أثر على حياتهم الجنسية، ولذا فهو يعتقد أنها (زوجته) مجرد كسولة جدًا.

بعد ذلك سألنا أزواج ضحايا ختان الإناث عن استراتيجيات التأقلم المتبعة للتعامل مع التحديات الجنسية المترتبة عليه، أشار الأزواج إلى التقنيات المختلفة التي اتبعوها لضمان الإشباع الجنسي لأنفسهم وزوجاتهم. اعترف معظم المجيبين (وعددهم سبعة) أنهم سعوا إلى الإشباع الجنسي مع نساء أخريات خارج الزواج.

«يؤثر الدين على علاقاتي الجنسية، فقد ذكر الكتاب المقدس أن سليمان كانت لديه الكثير من الزوجات والمحظيات، ولذا أنا لدي صديقات لإشباعي جنسيًّا». (ذكر، ٤١).

«زوجتي تعرف أن لدي صديقات، لكنها ترجوني فقط ليلاً ونهارًا إلا تحمل إحداهن مني. ترجوني في الصباح، وبعد الظهر، والمساء». (ذكر، ٣٧).

كانت بعض الردود مفتوحة أمام التواصل والسعي إلى الحصول على مساعدة نفسية لهم ولزوجاتهم. هناك استراتيجيات تأقلم أخرى ضمت محاولات إثارة أجزاء أخرى من الجسم مثير للشهوة الجنسية، وتطبيق خبرة جنسية، وبذل جهود متواصلة للمحاولة وإعادة المحاولة (الجدول ٣). وترد بعد الجدول، بعض الردود التي قُدمت.

جدول (٣): تأقلم الضحايا وأزواجهن

العدد	تأقلم الضحايا وأزواجهن	معدل التكرار لدى الأزواج
(١)	إثارة أجزاء أخرى من الجسم	٤ (٤٠٪)
(٢)	تطبيق "الخبرة" الجنسية"	٣ (٣٠٪)
(٣)	المحاولة وإعادة المحاولة	٤ (٤٠٪)
(٤)	التواصل والاستشارة	٢ (٢٠٪)
(٥)	السعي إلى الإشباع الجنسي خارج الزواج	٧ (٧٠٪)
العدد	تأقلم الضحايا	معدل التكرار لدى الزوجات
(١)	السعي إلى المعرفة	٤ (٣٣,٣٪)
(٢)	لا تتوقع أكثر مما تحصل عليه	٤ (٣٣,٣٪)
(٣)	تجد العزاء في أطفالها	٦ (٥٠٪)
(٤)	الاستسلام	٩ (٧٥٪)

«قطع البظر يجعل المرأة أقل استثارة جنسيًّا، ويمكن إثارة بعض الأجزاء الحساسة الأخرى من الجسم لاستثارتها». (ذكر، ٣٨).

«إنه جيد؛ لكنه لم يبلغ حد الكمال؛ على أن ذلك يوضح أن الجزء الباقي من المهمة يقع في يدي، فإذا لم أكن شخصًا ذا خبرة، لكنت ضجرت. ولكن بسبب خبرتي، أعرف كيفية التعامل مع النساء المُختنات». (ذكر، ٤١).

«الإشباع الجنسي يعني التمتع بالجنس، لا سيما عندما يكون متبادلاً، لكني أصل إلى الذروة قبل زوجتي في أغلب الأحيان، ولذا استرح قليلاً قبل أن أحاول مرة أخرى، بحيث تتمكن من تحقيق إشباعها». (ذكر، ٤١).

«يجب أن يوجد تواصل مفتوح حول الجنس، وأن تتوفر جلسات الاستشارة الجنسية للزوجين. نعم، حساسيتي لاحتياجات شريكتي أكثر من حساسيتها تجاهي». (ذكر، ٤١).

أما استراتيجيات التأقلم التي تستخدمها النساء اللائي تعرضن لهذه الممارسة الضارة فتشمل الاستسلام لمطالب أزواجهن الجنسية، زيادة العناية بأطفالهن، السعي للمعرفة ووجود توقعات منخفضة قبل الجماع مع أزواجهن. كان

حقوق الطبع محفوظة لمجلة قضايا الصحة الإنجابية النسخة العربية ٢٠١٧
M Owojuyigbe et al. Reproductive Health Matters 2017;25(50):80-91

الاستسلام لمطالب أزواجهن أكثر استراتيجية تأقلم تستخدمها النساء، حيث أفادت ٩ من أصل ١٢ امرأة أنهن غالبًا ما يفعلن ذلك؛ لتجنب المتاعب في المنزل. وفي ما يلي أدناه بعض الردود الواردة التي أدلت بها المجيبات في المقابلات:

«أصابني ما يحدث حولي بنوع من الخوف، لا سيما في ما يتعلق بالجنس. لقد نشأت في منطقة محلية، وكان يأتي إلى بيتي دائمًا أناس يحاولون تسوية النزاعات؛ حيث كان والدي رئيس الجماعة المحلية، وكانت معظم القضايا تتعلق بالجنس وكيف لا تمنح المرأة نفسها لزوجها ... إلخ. وهذا ما جعلني اتخذ خطوات لتجنب ذلك في الزواج. فقرأت كتبًا عن العلاقة الجنسية في الزواج. وأعطتني هذه الكتب وجهة نظر مختلفة حول الزواج والجنس. كما أعطتني أيضًا توقعات إيجابية». (أنثى، ٤٠).

«لم تكن لدي توقعات جنسية، لأنه قيل لي إن الجنس خطأ ولذا لم أتخيله أبدًا». (أنثى، ٤٥)

«يبدو الجنس أكثر كعلاقة بين العبد والسيد، حيث يُنظر إليه كأنما المرأة هي العبد والرجل هو السيد ... ويمكن أن يخدعها زوجها، وتجد هي العزاء في أطفالها إذا كان لديها أطفال. الرجال أكثر فسقًا». (ذكر، ٤٠).

«يقول لنا رجال الدين ألا ننخرط في ممارسات جنسية خارج إطار الزواج، ويجب أن نظل أوفياء في الزواج. وأنا لم أرفض أبدًا رغبة زوجي في ممارسة الجنس، التزم دائمًا كلما احتاج إلى ذلك، حتى عندما أشعر بألم». (أنثى، ٣٢).

المناقشة

في كل مجتمع يُمارَس فيه ختان الإناث على نطاق واسع، عادة ما يؤيده الرجال والنساء تمامًا، فضلاً عن إدانة ومضايقة معارضيه ونبذهم كعقاب، ويستمر دومًا هذا المظهر من مظاهر عدم المساواة بين الجنسين عن طريق الهياكل: الاجتماعية، والاقتصادية، والسياسية داخل هذه المجتمعات. وكما لاحظت هذه الدراسة، تتراوح المبررات الاجتماعية-الثقافية لاستمرار هذه الممارسة من الحاجة إلى مواكبة الممارسات التقليدية للأسلاف إلى الحد من الاختلاط. فضلاً عن المعتقدات الخاطئة أنه يمنع العُقم ويقلص معدل وفيات الرضع.[٤١] وتدعم هذه النتائج تقرير المسح الديموجرافي والصحي الوطني،[٤٢] الذي أشار إلى أن فوائد ختان الإناث التي تفترضها المجتمعات التي تمارسه تتمثل، من بين أمور أخرى، في الاستحسان والقبول الاجتماعي، والحفاظ على العذرية، ووجود احتمالات أفضل للزواج، وحصول الزوج على متعة جنسية أكبر. وقد أشار ألابا[٢٨] إلى هذه النقاط في كتابه حول فهم الحياة الجنسية في يوروبا، موضحًا أن هناك أهمية كبيرة توضع دائمًا على العذرية. وكثيرًا ما يُعتَقد أن هذه الممارسة تضمن عذرية الفتاة أو المرأة وتصونها. ومن المُعتقد أيضًا في هذه البيئات القائمة على السلطة الأبوية أن هذه الممارسة تضمن الإخلاص في الزواج.[١٥،٢٣] مع توقع أن الرجال لا يتزوجون سوى النساء المُختَنات بسبب الفكرة القائلة إن هذه الممارسة تعزز متعتهم الجنسية؛ وهناك العديد الذين يعتبرونها ضرورية لضمان الزواج السليم. فضلاً عن كونها وسيلة لتحقيق المثل العليا المحلية للمرأة والأنوثة؛[٨] وهي الفكرة التي يعززها الطابع الأبوي لمثل هذه الممارسات، حيث أصوات النساء الضحايا وحياتهن الجنسية (والعديدات منهن تعرضن للختان في فترة الطفولة) مُصمَمة لتلبية المواصفات التي حددها المجتمع الذكوري، وهو ما تدعمه الأدلة التي المستقاة من كتاب أوكونادي وآخرين[٢٧] الذي أشار إلى أن معظم ضحايا ختان الإناث اللاتي شاركن في الدراسة

التي أجروها، فضلاً عن الدراسات الأخرى، قد تم ختانهن في مرحلة الطفولة والبلوغ المبكر، مما يُبرِز أهمية الحاجة إلى هيئات حكومية ذات صلة لحماية الفتيات والشابات في هذا الصدد.

تشير النتائج أيضًا، إلى أن غالبية النساء ضحايا الختان يشعرن بعدم الرضا الجنسي، والألم والفتور في الزواج؛ كنتيجة مباشرة للختان، مما يسفر عن الشعور بعدم الإشباع الجنسي وعدم القدرة على الشعور مثل النساء الأخريات اللواتي لم يتعرضن لهذه الممارسة. علاوة على ذلك، لا تقتصر إزالة البظر والأنسجة التناسلية الحساسة الأخرى، أو الإضرار بها، على التأثير على الحساسية الجنسية ونوعية الحياة الجنسية، بل تجلب أيضًا مشاكل جنسية متعددة، ليس أقلها تناقص المتعة الجنسية وزيادة الألم المزمن أثناء ممارسة الجنس، مما قد ينجم عن إعاقة أو عدم حماية النهايات العصبية. كما قد يحدث نزف أيضًا نتيجة لاحتكاك الندوب أثناء ممارسة الجنس، مما يزيد من خطر الإصابة بالأمراض المنقولة جنسيًّا وليس أقلها فيروس نقص المناعة البشرية، فضلاً عن التعرُّض الجنسي لتحديات ومضاعفات وعدوى صحية.[١٢،١١]

وبالإضافة إلى ذلك، أوضحت الدراسات[١٥،١٤] زيادة احتمالات الخوف من الجماع الجنسي واضطراب إجهاد ما بعد الصدمة، والقلق، والاكتئاب، وفقدان الذاكرة؛ حيث يمكن أن يصبح الألم أثناء ممارسة الجنس أساس نوبات الصدمة النفسية التي قد تؤثر على نظرة الضحية للجنس، وفي نهاية المطاف على الزواج. وقد أشار موتيشي وآخرين [٨] إلى أن تناول الطعام واضطرابات النوم تُعزى إلى ختان الإناث. وهو ما يثير تساؤل حول كيفية تأقلم النساء المتضررات وأزواجهن مع الفتور الجنسي وعدم الرضا والألم، والتي تنجم جميعها عن ختان الإناث. إن السلبية تجاه الجنس، التي لوحظت بين النساء اللاتي أُجريت معهن مقابلات لهذه الدراسة، فضلاً عن عدم الرضا خلال الجِماع بسبب شكاوى الزوجات من الألم، وعدم الرغبة في المشاركة بنشاط كما أوضح الأزواج، قد خلق مشكلة كبيرة يواجهها الزوجان ناجمة عن الأضرار التي تسببها ممارسة ختان الإناث.

وبصفة عامة، عندما يكون الشخص المُعاق غير قادر على التأقلم، قد يحمل الآخرون تصورات سلبية حوله على شكل قوالب نمطية، وتسميات تحط من قدره، وتجرده من شخصيته؛ وقد تظهر في تصوير هذا الشخص كضعيف يعاني ويستحق التعاطف.[٤٤،٤٣] وقد لاحظت هذه الدراسة مثالاً في هذا الصدد، عندما اعتبر الزوج أن زوجته «كسولة» لأنه لم يسمع أي شكوى من والدته، أو شقيقاته في أمورهن الجنسية. وغالبًا ما تُعتبر مناقشة المشكلات مع الآخرين بمثابة شكوى، وعلامة على عدم القدرة على التأقلم، وفي أحيان أخرى، يتعرض الأشخاص المعاقين للتمييز. فكما أشرنا في القسم السابق، كثيرًا ما يُنظر لضحايا ختان الإناث نظرة سلبية عندما لا يقدرن على التأقلم مع الآثار السلبية والمعوقة لهذه الممارسة. وقد أشارت كارثو[٤٥] إلى أن هؤلاء النسوة أفدن بافتقادهن الرغبة الجنسية، وهو الأمر الذي كثيرًا ما يؤدي إلى الطلاق لأن أزواجهن ينظرون إليهن كشريكات غير مناسبات. إن الصدمات النفسية، وقضايا الجماع المؤلم، وهي المشاكل المصاحبة عند الحديث مع الآخرين، قد تصبغ المُعاقات بالضعف والمعاناة وتخلق وضعًا يثير خجلهن في صمت.

لاحظت أيضًا هذه الدراسة، أن النساء يلجأن كثيرًا إلى الانفعالية-القمع بإنكار توقعاتهن، أو يسعين إلى الدعم العاطفي غير المباشر بزيادة رعاية أطفالهن كوسيلة للتأقلم. على أن هناك نساء أخريات يستسلمن لإعاقتهمن بالرضوخ

لأزواجهن كلما رغب الأزواج في ممارسة الجنس.

ومن ناحية أخرى، يتعامل الزوج أحيانًا مع عدم الرضا الجنسي بالبحث عن علاقات جنسية تُشبعه خارج المنزل، وهو الأمر الذي قد يسفر عن عواقب مدمرة على الزواج؛ هذا، بينما يحاول أزواج آخرين العثور على وسائل تكفل حصول زوجاتهم «المعاقات» على قدر من الإشباع الجنسي.

وفي بعض المجتمعات الأبوية، حيث تتفشى ممارسة ختان الإناث، لا تُعتبر الرغبات الجنسية للمرأة مهمة، في حين تُعتبر الرغبات الجنسية وبدء العلاقة الجنسية حكرًا على الرجل؛ كما يُعتبر إشباع الذكور ومتعتهم الجنسية معايير رئيسة للحكم على مدى رضا الشريكين عن الحياة الجنسية.[٣٤] وقد أشار بارتوي وكيندرز[١٩] إلى أن المرأة المُختنة قد لا تقدر على إدراك الإشباع الجنسي، بيد أن استراتيجيات التأقلم مع المسائل التي تنشأ نتيجة لختان الإناث تساعد على بناء مفهوم الإشباع الجنسي الذي يصبح خاصًا بالأفراد ويحدد تجاربهم. وقد أوضحت النتائج المستخلصة من الدراسة أن كلاً من الرجال والنساء على حد سواء يضفي أهمية كبيرة على الجنس، وإن كان بوجهات نظر مختلفة حول ما يمكن وينبغي أن يكون مُشبعًا جنسيًّا؛ في ظل اعتقاد غالبية النساء بأن الرضوخ لمطالب أزواجهن الجنسية سيجلب لهن «السلام»، بينما لا يشعر غالبية الرجال بالرضا عن علاقاتهم الجنسية مع زوجاتهم المعاقات جنسيًّا، ويعتقدون أن تلك المشكلات لا يمكن حلها إلا بالبحث عن الإشباع الجنسي في أماكن أخرى. وعلى الرغم من أن بعض نتائج هذه الدراسة تتفق ووجهة نظر لايتفوت-كلاين[٤١] في أن الرجال يحاولون كثيرًا وبوسائل عديدة إثارة شريكاتهم اللاتي تعرضن للختان، فإن الدراسة تؤكد - كما هو موضح أعلاه - أن تعريف المعتقدات والقيم الأبوية للجنس والإشباع الجنسي بوصفه الإشباع الجنسي للذكور فقط لا يزال موجودًا. وبالإضافة إلى ذلك يؤكد استمرار استخدام استراتيجيات التأقلم مع ختان الإناث - مثل رضوخ النساء، وعلاقات الرجال الجنسية خارج إطار الزواج - أن هذه الممارسة الضارة لا تقتصر على إنكار حقوق النساء في حياة جنسية صحية، بل تمتد لتشمل الحكم عليها بالإعاقة في حياتها الجنسية.[٤٧]

الخلاصة

يُعد ختان الإناث ممارسة قديمة، لا تقتصر على إدامة عدم المساواة بين الجنسين في المجتمعات التي تمارسها، لكنها تتسبب أيضًا في إصابة ضحاياها بالإعاقة. وتركز هذه الورقة البحثية على الإعاقة الناجمة عن ختان الإناث وهي إعاقة جنسية من حيث طبيعتها ولها مبررات ثقافية مختلفة، وتتسبب، كما تشير الدراسة، في الصدمة النفسية وغيرها من الآثار الخطيرة على السعادة الزوجية والجنسية. ومن هنا، يصبح التأقلم جانبًا شديد الأهمية للحياة الجنسية بين الزوجين المتضررين، حيث يعتمدا عددًا من الاستراتيجيات غالبًا ما تضر (وكثيرًا ما تعزز اللامساواة القائمة على السلطة الأبوية) المرأة المتضررة والعلاقات الزوجية في التعامل مع المشكلات الناجمة عن الإعاقة، وقد أشار موتيشي وآخرين[٨] إلى أن الأفعال المنفصلة، مثل: تدريب العاملين في المجال الصحي، أو تثقيف الطالبات، لم يسفر عن آثار على المعرفة أو المعتقدات/المواقف حول ختان الإناث في مقابل تأثير الأنشطة المجتمعية متعددة الأوجه، التي أدت إلى زيادة المعرفة حول ختان الإناث وأثرت في انتشاره. وفي المجمل، هناك حاجة للهجوم على هذه الممارسة الثقافية المعوقة على جميع المستويات، بما في ذلك: تجريم هذه الممارسة، وتوفير الدعم النفسي والطبي للضحايا وإشراك

القادة التقليديين والدينيين في مبادرات مكافحة ختان الإناث.

بيان السرية

لم يبلغ المؤلفون عن أي تضارب محتمل في المصالح.

معلومات حول الباحثين

ميشيل أوجوييجبي Michael Owojuyigbe: باحث دكتوراه في قسم علم الاجتماع، كلية العلوم الاجتماعية جامعة عبدان، نيجيريا. وهو متخصص في سوسيولوجيا الانحراف السلوكي والمشكلات الاجتماعية، تشمل اهتماماته البحثية: الانحراف، مرتكبي الجرائم الجنسية، الإعاقة، البحوث، قهر الإناث، السوسيولوجيا الطبية، السوسيولوجيا الريفية، النظريات السوسيولوجية الأصلية.

ميراكل-إيونيس بولورونودورو Miracle-Eunice Bolorunduro: حاصلة على درجة الماجستير في السوسيولوجيا الطبية من جامعة عبدان. تشمل اهتماماتها البحثية: صحة الأمهات والأطفال، علم النفس الاجتماعي، علم الأوبئة الاجتماعي.

داودا بوساريك Dauda Busaric (حاصل على الدكتوراه): محاضِر في مجال سوسيولوجيا التنمية، قسم علم الاجتماع، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة عبدان، نيجيريا. وتشمل اهتماماته البحثية: التنمية، النظام الأبوي سوسيولوجيا الريف، الإعاقة، الالبحث والسلوك الانحرافي.

المراجع

1. Crisp R. A counselling framework for understanding individual experiences of socially constructed disability. Disabil Stud Q. 2002; 22:20–32.
2. Hastings T, Anderson S, Kelley M. Gender differences in coping and daily stress in conduct disorder and non-conduct disordered adolescents. J Psychopathol Behav Assess. 1996;18:213–226.
3. Arthur N. The effects of stress, depression and anxiety on postsecondary students' coping strategies. J Coll Stud Dev. 1998;39:11–22.
4. Andersson G, Hägnebo C. Hearing impairment, coping strategies, and anxiety sensitivity. J Clin Psychol Med Settings. 2003; 10:35–39.
5. Amponsah MO. Non UK university students stress levels and their coping strategies. Educational Res. 2010; 1(4):88–98. Available from: http://www.interesjournals.org/er/may-2010-vol-1-issue-4/non-uk-university-student-stress-levels-and-their-coping-strategies.
6. Thomas C. Female forms: experiencing and understanding disability. Buckingham: Open University Press; 1999.
7. Oliver M. Understanding disability: from theory to practice. Basingstoke: Macmillan; 1996.
8. Muteshi J, Miller S, Belizán J. The ongoing violence against women: female genital mutilation/cutting. Reprod Health. 2016; 13:44.
9. World Health Organization. Female genital mutilation. 2007. Available from: http://www.who.int/reproductivehealth/fgm
10. United Nations children's fund. Female genital mutilation/cutting: A global Concern. New York (NY): UNICEF; 2016. [cited 2016 Feb 7]. Available from: http://www.unicef.org/media/files/FGMC_2016_brochure_final_UN ICEF_SPREAD.pdf
11. Elnashar RA, Abdelhady R. The impact of female genital cutting on health of newly married women. Int J Gynecol Obstet. 2007; 97:238–244.
12. Johansen RE. Experiencing sex in exile – can genitals change their gender? In: Hernlund Y, Shell-Duncan B, editors. Transcultural bodies: female genital cutting in global context. New

Brunswick: Rutgers University Press; 2007. p. 248–277.
13. Kandala NB, Nwakeze N, Kandala SN. Spatial distribution of female genital mutilation in Nigeria. Am J Trop Med Hyg. 2009; 81:784–792.
14. Lockhat H. Female genital mutilation: treating the tears. London: Middlesex University Press; 2006.
15. Gruenbaum E. Sexuality issues in the movement to abolish female genital cutting in Sudan. Med Anthropol Quart. 2006; 20:121–138.
16. National Population Commission [Nigeria] and ICF International. Nigeria demographic and health survey 2013. Abuja and Rockville (MD): NPC and ICF International; 2014. Available from: https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR293/FR293.pdf
17. The African Child Policy Forum. Prohibition of female genital mutilation (FGM): international and regional framework. 2013. Compiled by The African Child Policy Forum (ACPF). [cited 2013 Dec]. Available from: http://www.africanchildforum.org
18. CIA World Factbook Nigeria. 15 August 2016. [cited 2016 Sep]. Available from: https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ni.html
19. Bartoi MG, Kinder BN. Effects of child and adult sexual abuse on adult sexuality. J Sex Marit Ther. 1998; 24:75–90.
20. Kolawole AO, Anke VK. A review of determinants of female genital mutilation in Nigeria. J Med Med Sci. 2010; 1(11): 510–515.
21. Hejil A. Global strategy on female genital mutilation. Sweden: Save the Children; 2001.
22. Abdel-Azim S. Psychosocial and sexual aspects of female circumcision. Af J Urol. 2012;19:141–143.
23. Ahmadu F. Rites and wrongs: An insider/outsider reflects on power and excision. In: Shell-Duncan B, Hernlund Y, editors. Female circumcision in Africa: culture, controversy, and change. London: Lynne Rienner; 2000. p. 283–312.
24. Babatunde ED. Women's right versus women's rites: a study of circumcision among the Ketu Yoruba of South Western Nigeria. Trenton (NJ): Africa world press; 1998.
25. Mohammed IA. Female Genital Mutilation in north Kordofan State (Sudan): a public health concern. Amsterdam: ICHD; 2000.
26. Rahman A, Toubia N. Female genital mutilation. Brit Med J. 324(7345):1056; Educ Res 2000;1:088–098.
27. Okunade K, Okunowo A, Omisakin S, et al. An institutional survey of female genital mutilation in Lagos, South-West, Nigeria. Orie J Med. 2016; 28:1–2.
28. Alaba O. Understanding Yoruba sexuality. Understanding human sexuality seminar series. African Regional Sexuality Resource Centre; 2004.
29. Hughes B, Paterson K. The social model of disability and the disappearing body: toward a sociology of impairment. Disability Soc. 1997; 12(3):325–340.
30. Long R, Johnson C. Libertarian feminism: can this marriage be saved? 2005. Available from: charleswjohnson.name/essays/libertarian-feminism/
31. Bem S. The lenses of gender: transforming the debate on sexual inequality. New Haven (CT): Yale University Press; 1993.
32. Rubin G. The traffic in women: notes on the political economy of sex. In: Rayna Rapp Reiter, editor. Toward an anthropology of women. New York (NY): Monthly Review Press; 1975. p. 157–210.
33. Monagan S. Patriarchy: perpetuating the practice of female genital mutilation. J Altern Perspect Soc Sci. 2010; 2 (1):160–181.
34. World Health Organization. Female genital mutilation. 2010; WHO Media Centre. Fact Sheet No. 241. World Health Organization. WHO.
35. Draege TL. The role of men in the maintenance and change of female genital cutting in Eritrea [thesis]. Bergen: University of Bergen; 2007.
36. Johnson M. Making mandinga or making Muslims? Debating female circumcision, ethnicity, and Islam in Guinea-Bissau and Portugal. In: Hernlund Y, Shell-Duncan B, editors. Transcultural bodies: female genital cutting in global context. New Brunswick: Rutgers University Press; 2007. p. 202–223.
37. Okechukwu A. Pregnancy – no longer a death sentence in Ondo state. Afrimind, 2013; January 17. Available from: http://www.afrimind.org/pregnancy-longer-deathsentenceondo-state/
38. Ondo State Ministry of Health. Abiye safe motherhood. 2015. Available from: http://ondostatemoh.gov.ng/abiye.php
39. Orchid Project. FGC in Nigeria: an in-depth

report, 2014; March 12. Available from: https://orchidproject.org/news/fgc-innigeria-an-in-depth-report/
40. IAC – Inter-African Committee on Traditional Practices. 2016. Correspondence with 28 Too Many, February.
41. Mandara MU. Female genital mutilation in Nigeria. Int J Gynaecol Obstet. 2004;84(3):291–298.
42. National Population Commission (NPC) (Nigeria). Nigeria Demographic and Health Survey 2008. Abuja, Nigeria. 2009.
43. Okoye UO. Support systems and coping strategies available to physically-challenged students in University of Nigeria Nsukka; 2010. [cited 2011 Jan 26]. Available from; http://interesjournals.org/ER/pdf/2010/December/okoye.pdf
44. Adesokan ZA. Educational needs of the handicapped: a musical perspective. In: Adedoja TA, Ajobiewe T, editors. Issues in coping with disability; 2003. p. 326.
45. Karhu R. Female genital mutilation – effects on women and young girls. Helsinki: Diaconia University of Applied Sciences; 2010.
46. Lightfoot-Klein H. The sexual experience and marital adjustment of genitally circumcised and infibulated females in Sudan. J Sex Res. 1989; 26:375–392.
47. Nour NM. Female genital cutting: a persisting practice. Revi Obstet Gynaecol. Summer 2008;1(3):135–139.

ملحق (١)
دليل المقابلات مع النساء المتزوجات المُختَّنات

القسم (أ)
معلومات أساسية

الخصائص الاجتماعية-الديموجرافية: السن، الدين، العِرق، الوظيفة، المستوى التعليمي، العمر/الحالة عند إجراء الختان.

القسم (ب)
تحديد مدى تأثير الختان على العلاقات الجنسية

١. كم مضى على زواجك؟

٢. كيف يمكنك وصف علاقتك الجنسية (الجِماع) مع زوجك؟ لاستكشاف: (أولاً) أهمية الجنس في زواج المُجيبة، (ثانيًا) أسباب ممارسة الجنس، (ثالثًا) من يملك السيطرة على الأمور الجنسية في الزواج؟ استكشاف: من الذي يبدأ الجنس غالبًا؟ ما مدى تكرار ممارسة الجنس؟ هل تستجيبين جنسيًّا دائمًا؟ ما مدى تكرار شعورك بالرغبة أو الاهتمام الجنسي؟ ما مدى تكرار شعورك بالإثارة جنسيًّا؟ هل سبق أن وصلت إلى ذروة النشوة الجنسية؟ إذا كانت الإجابة نعم، فما مدى تكرار ذلك؟ هل يمكنك القول إن حياتك الجنسية صحية؟ لاستكشاف: (أولاً) مدى فهم الإشباع الجنسي، (ثانيًا) الإشباع الجنسي.

٣. المعرفة حول ختان الإناث وإدراكه. استكشاف: الأسباب الاجتماعية-الثقافية لممارسة ختان الإناث، وأشكاله، والتصرفات الفردية تجاهه، والمخاطر والفوائد المتصورة منه. استكشاف: فكرة ختان الإناث كإعاقة جنسية.

٤. كيف يؤثر ختان الإناث على الجِماع مع زوجك؟ استكشاف: الشعور والوعي بآثار الختان على العلاقة الجنسية، وكيف تؤثر لي الإشباع الجنسي للذكور والإناث. هل مررت بخبرة الألم أثناء ممارسة الجنس؟

القسم (ج)

تحديد استراتيجيات التأقلم المستخدمة

١. هل يجب أن يوجد تواصل مفتوح حول الاحتياجات الجنسية في الزواج؟ استكشاف: (أولاً) توقعاتها الجنسية، (ثانيًا) مدى مراعاة شريكها لاحتياجاتها الجنسية.

٢. ما وجهة نظرك بشأن حق المرأة في المطالبة بممارسة الجنس، وحقها في رفض طلب الزوج بممارسة الجنس معها؟

٣. كيف يمكنك التأقلم مع آثار الختان على حياتك الجنسية؟ لاستكشاف استراتيجيات التأقلم المختلفة المُستخدَمة. واستكشاف تأثير ذلك على علاقتها بزوجها.

ملحق (٢)
دليل المقابلات مع أزواج النساء المُختنات

القسم (أ)

معلومات أساسية

الخصائص الاجتماعية-الديموجرافية: السن، الدين، العِرق، الوظيفة، المستوى التعليمي.

القسم (ب)

أهمية العلاقات الجنسية في الزواج.

١. كم مضى على زواجك؟

٢. ما أهمية الجنس في الزواج؟ لاستكشاف: (أولاً) أسباب ممارسة الجنس في الزواج، (ثانيًا) هل الجنس على نفس القدر من الأهمية لكلا الزوجين، (ثالثًا) هل يجب أن يتمتع الشريكان بالجنس على قدم المساواة، (رابعًا) من الذي يملك السيطرة على الأمور الجنسية في الزواج؟ (خامسًا) من الذي يبدأ الجنس غالبًا. (سادسًا) هل للمرأة حق طلب ممارسة الجنس، (سابعًا) هل للزوجة حق رفض طلب زوجها ممارسة الجنس معها؟

٣. هل يجب أن يوجد تواصل مفتوح حول الاحتياجات الجنسية في الزواج؟ لاستكشاف: (أولاً) مدى مراعاة احتياجات الشريكالجنسية(ثانيًا)التوقعاتالجنسية.

٤. صِف المعتقدات والممارسات الثقافية المتعلقة بالمعاشرة الجنسية. ٢. ما دور كل من الزوجين في العلاقة الجنسية؟ لاستكشاف: (أولاً) من الذي يقرر وقت ممارسة الجنس. (ثانيًا) على من تقع مسؤولية ضمان الإشباع؟

القسم (ج)

تحديد مدى تأثير ختان الإناث على العلاقات الجنسية.

١. المعرفة حول ختان الإناث وإدراكه. استكشاف: (أولاً) الأسباب الاجتماعية-الثقافية لممارسة ختان الإناث، (ثانيًا) أشكال الختان، (ثالثًا) التصرفات الفردية تجاه الختان، (رابعًا) المخاطر والفوائد المتصورة منه، (خامسًا) فكرة ختان الإناث كإعاقة جنسية، (سادسًا) اختلاف الخبرات الجنسية للنساء المُختنات والنساء غير المُختنات.

٢. صِف إشباعك الجنسي مع زوجتك. لاستكشاف: (أولاً) وجهات النظر الإيجابية أو السلبية لتأثير ختان الإناث على العلاقات الجنسية، (ثانيًا) هل المُجيب يشعر دائمًا

بالإشباع الجنسي (ثالثًا) هل تشعر زوجة المُجيب بالإشباع الجنسي دائمًا. (رابعًا) كيف يحاول التأكد من أن زوجته تشعر بالإشباع الجنسي، (خامسًا) كيف يحاول ضمان شعوره بالإشباع الجنسي. (سادسًا) هل لهذه الأمور أي تأثير على علاقته (الجنسية) مع زوجته؟

قضايا الصحة الإنجابية باللغة العربية

REPRODUCTIVE HEALTH matters

حكي ذاتي

استكشاف مشكلات الصحة الجنسية والإنجابية للنساء ذوات الإعاقة البصرية في غانا

بقلم: آليماتا عبد الكريم

جامعة كيب كوست، كيب كوست، غانا. للمراسلة alimakarimu@gmail.com

DOI: 10.1080/09688080.2017.1333893

ترجمة: عثمان مصطفى عثمان

الجنسانية والإعاقة

عرفت منظمة الصحة العالمية الجنسانية على النحو التالي:

«جانب محوري من كون الإنسان إنسانًا طوال حياته، ويشمل الجنس، وهويات النوع وأدواره، والتوجه الجنسي، والإيروتيكية، والمتعة، والحميمية، والإنجاب. تُمارَس الجنسانية ويعبَّر عنها في الأفكار، والتخيلات، والرغبات، والمعتقدات، والتوجهات، والقيم، والسلوكيات، والممارسات، والأدوار، والعلاقات.»[1]

ولكن واقع الجنسانية بالنسبة للأشخاص ذوي الإعاقة فهو الكبت، أو التجاهل. وقد وصف شكسبير جنسانية ذوي الإعاقة بأنها شيء يكمن فيه:

الإحباط، والإقصاء، والشك في الذات لفترة شديدة الطول حتى أن عدم التفكير فيها بتاتًا أسهل، في بعض الأحيان، من الانخراط مع أي شيء أُقصي منه الكثيرون.»[2]

تشكل النساء ذوات الإعاقة البصرية نسبة لا بأس بها من تلك الشريحة «المُقصاة» من التيار العام للجنسانية والحق في النشاط الجنسي، على الرغم من كل صكوك حقوق الإنسان التي تسعى إلى حماية جنسانية الإنسان وحقوقه الجنسية والحفاظ عليها. فقد عبرت تلك الصكوك، ضمنيًا وصراحةً، عن الحقوق الجنسية بوصفها حقوق إنسان.[3] وتشمل تلك الصكوك اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة،[4] والبروتوكول الملحق بالميثاق الأفريقي لحقوق الإنسان والشعوب بشأن حقوق المرأة في أفريقيا،[5] واتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة (سيداو).[6]

وقد أشارت سكافScaaf[7] إلى أن المواد المتعلقة بالحق في الصحة، والحرية والأمن، والتحرر من الاستغلال والعنف والانتهاك، واحترام البيت والأسرة، في اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة اعترفت كلها بالجنسانية. فضلاً عن ذلك، يطالب البروتوكول الملحق بالميثاق الإفريقي لحقوق الإنسان والشعوب بشأن حقوق المرأة في أفريقيا، الدول الأطراف باحترام وتعزيز حقوق الصحة الإنجابية لكل النساء، وهو ما عبرت عنه، تحديدًا، المادة ١٤ من البروتوكول.[5] كذلك طالبت المادة ٢ من اتفاقية سيداو الدول الأطراف بنبذ كل أشكال التمييز ضد المرأة وضمان «مساواة الرجال والنساء» في القوانين الوطنية.[6]

الجنسانية في مدارس المكفوفين الغانية

تعتبر الجنسانية من أقل المجالات المُعترف بها، وأكثرها تعرضًا للقمع، بالنسبة للنساء ذوات الإعاقة البصرية، نظرًا للتعقيد الذي يحيط بموضوع الجنسانية في غانا.[8] وهو ما يفرض علينا مكافحة التوجهات الثقافية المحيطة بالجنس في سياق يحظر ممارسة الجنس قبل الزواج ويرفضه.[9] [10] وقد توصلت دراسة مسحية أجراها كروجو وآخرون في إحدى مناطق غانا إلى أن الفتيات البالغات دأبن، منذ زمن بعيد، على الخوف والخجل من مناقشة الأمور المتعلقة بالجنس، ولا يجرؤن

© 2017 The Author(s). Published by Informa UK Limited, trading as Taylor & Francis Group
This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited

حقوق الطبع محفوظة لمجلة قضايا الصحة الإنجابية النسخة العربية ٢٠١٧
A Abdul Karimu. Reproductive Health Matters 2017; 25(50):128-133

على سؤال أحد الكبار عنه.[٩] وهو ما عايشته بنفسي عندما كنت ملتحقة بمدرسة للمكفوفين في ثمانينيات القرن الماضي، والتي تقبل ذوي الإعاقة البصرية من مرحلة الحضانة وحتى نهاية المرحلة الإعدادية، وبها قسم للحرف اليدوية لمن يبلغون أكثر من ١٨ سنة، حيث لم يكن مسموح لنا بمناقشة المسائل المتعلقة بالجنسانية، ولا مواعدة الجنس الآخر.

في سبعينيات وثمانينيات القرن الماضي، لم تكن تُدرس جنسانية البالغين الشاملة في مدارس غانا، ولم تكن، كذلك، مدرجة في منهج العلوم المنزلية، التي كان يدرس فيها البلوغ وإدارة شؤون المنزل.[١٠] وكان من بين السُبل التي تعلمنا بها أمورًا متعلقة بجنسانيتنا، دراسة التخصصات المرتبطة بالعلوم. فقد حصلنا على معلومات متفرقة حول جنسانية الإنسان، وبيولوجيا الإنسان في بعض المناهج مثل: العلوم العامة، وعلم الزراعة. وإلى جانب تلك مناهج، كانت بعض الطالبات المراهقات أو الكبار (الملتحقات بقسم الحرف اليدوية بشكل أساسي) وعدد قليل من العاملين يخبرونا - باختصار شديد عادةً - بتبعات الدخول في تجربة جنسية قبل الزواج، من قبيل الحمل والخروج من المدرسة. على أن تلك النقاشات لم يكن يَرد فيها أبدًا خيارات الممارسة الآمنة للجنس مثل: استخدام الواقي الذكري، أو وسائل منع الحمل، وبالتالي لم يكن لدينا دراية كافية لتحاشي الحمل غير المخطط له، أو الإصابة بالأمراض المتناقلة جنسيًا.

ولتحصين التلاميذ ضد الممارسة الجنسية، والحمل في فترة المراهقة، كان لدى إدارة المدرسة قاعدة غير مكتوبة، وهي عدم قبول أي شخص أُصيب بالإعاقة البصرية بعد سن ١٢ سنة. فقد كانوا يرون أن الأطفال الذين أصيبوا بإعاقة بصرية بعد تلك السن ربما يكونوا قد مروا بتجربة جنسية، وبالتالي، فقد يمثلون خطرًا على المعاقين بصريًا الملتحقين بالمدرسة بالفعل إذ قد يؤثرون عليهم. ومصداقًا لهذه القاعدة غير المكتوبة، رُفض، بالفعل، قبول عدد من الأشخاص في مدرستي المكفوفين الرئيسيتين (اتصال شخصي). ومن التقنيات الأخرى الرامية إلى منعنا من استكشاف الجنس، تلك الرقابة المستمرة، حيث تحول العاملون في المدرسة إلى ما كنا نطلق عليه حينها «الجواسيس أو العملاء السريين»، إذ كانوا يراقبوننا عن كثب لاكتشاف أي نشاط أو حتى نقاش جنسي.

كان الحديث عن الجنس، أو حتى مجرد ذكره بالنسبة للملتحقين منا بمدارس المكفوفين، من المحرمات، فلم يكن أمامنا، كشابات، سوى أن نهمس بالكلمات التي تحمل معانٍ جنسانية. وعندما كانت إحدى المدرسات أو أمهات المنزل (مقدمات الرعاية) والمشرفات تردن التحدث مع إحدى الفتيات الأكبر سنًا عن الجنس، أو الحيض، وما إلى ذلك من موضوعات، كانت تحدثها خلف أبواب مؤصدة بعناية، وفي ساعة متأخرة من الليل، عادةً، بعد أن يكون كل الصغار قد ناموا كما هو مفترض.

بيد أن البعض منا (إناثًا وذكورًا على حد سواء) كان يستكشف جنسانيته بالانخراط في أنواع مختلفة من النشاط الجنسي، بما فيها العادة السرية، وعانت الكثيرات منا من تبعات ممارسة الجنس بمعلومات محدودة، إن لم تكن منعدمة، لينتهي الأمر بحمل غير مرغوب فيه، على سبيل المثال، بعد ممارسة جنسية غير آمنة. وقد نُسب إلى إحدى صديقاتي بالمدرسة الفضل في إدخال العادة السرية. وقد ضُبطَت هي وأخريات، أكثر من مرة يمارسن تلك العادة ويتحسسن أجسادهن. وكان الاسم الشعبي الذي يُطلق على العادة السرية هو «اللعب بالإصبع»، وكانت الفتاة التي تضبط وهي تمارس «اللعب بالإصبع» يتم ضربها عقابًا لها. كان العاملون في

حقوق الطبع محفوظة لمجلة قضايا الصحة الإنجابية النسخة العربية ٢٠١٧
A Abdul Karimu. Reproductive Health Matters 2017; 25(50):128-133

المدرسة والمشرفون يعتبرون هذه الممارسة سلوكًا منحرفًا. بل إن بعض العاملين بالمدرسة كانوا يتساءلون عما إذا كانت الفتاة التي تمارس «اللعب بالإصبع» تملكتها روح شريرة، وتحتاج إلى إقامة طقوس لطرد تلك الروح من جسدها.

ولكني عندما أتأمل أيام الدراسة، بعد أن كبرت والتقيت بأناس من مختلف الميول الجنسية، بدأت أتساءل عما إذا كانت الفتيات في مدرستي مثليات، أو لهن ميول جنسية أخرى. المجتمع الغاني، بوجه عام، لا يعترف بميول جنسية سوى الغيرية الجنسية فقط، وبالتالي، فتبادل ممارسة العادة السرية بين أشخاص من النوع نفسه يلقى استياءً شديدًا. ورغم اعتقاد المجتمع أن المعاقين يفتقرون إلى الجنسانية، فإن تجربتي تشي بأن العديد من المعاقات بصريًا لهن اهتمام كبير باستكشاف جنسانيتهن.

وقد أشار نيويل وجوجين[11] إلى أنه حتى في أيامنا هذه، تحمل الإعاقة معنى غياب الخصوصية، وأن يقاس الشخص المعاق بما لا يستطيع فعله، وليس ما يستطيع فعله، وأنه يتعين عليه دائمًا أن يكون شاكرًا حامدًا، ومطيعًا، أو خاضعًا، وغير ذلك كثير. وهو ما زادته موريس[12] إيضاحًا عندما قالت إن «واقع من ينظر إليهم على أنهم مختلفون [هو أنه] هناك دائمًا مخاطرة أن ينظر إلى «الآخر» على أنه «مجافٍ لبشريتنا». وقد أصابت بحقٍ في هذا، فقد كنا نخضع دائمًا لمراقبة بعض تلك السلوكيات «المجافية لبشريتنا»، فتقوضت بذلك فضاءاتنا الشخصية الخاصة. يشمل ما يوجب العقاب من تلك السلوكيات «المجافية لبشريتنا»، لكن لا يقتصر على: التحدث إلى الجنس الآخر، أو إمساك يده، حتى في وضح النهار. وكان مما اعتدنا عليه أن نصادف في طريقنا، أو نشاهد، أحد العاملين بالمدرسة (خاصةً المقيمين منهم) أو أحد أفراد أسرهم، وهم يراقبوننا علهم يضبطوننا نمارس الجنس، أو يُعتقد أننا نمارسه، أو يُظن أننا نتحدث عنه، إلخ. وكان أي تجمع لعدد من الأفراد يُشَك في أنه لقاء للتخطيط لممارسة الجنس سرًا. لقد تعودنا على رؤية هؤلاء «الجواسيس» متربصين في أحد الأركان، أو جالسين بجوار درابزين سلم يسترقون السمع لأحاديثنا. بل إن بعضهم كان يدخل خلسة إلى الفصل، أو المهجع وبه طالبتان أو أكثر يدرسن، أو يثرثرن، أو حتى يلعبن بالأوراق [الكوتشينة]، ويختبئ انتظارًا لممارسة إحداهن الجنس، أو اللعب بالإصبع، أو حتى التحدث عن أمور لها علاق بالجنسانية.

خلال الفترة التي قضيتها بمدرسة المكفوفين كان كل من يُضبَط وهو يمارس الجنس، أو وهو منخرط في أي شكل آخر من أشكال النشاط الجنسي، يلقى العقاب العسير. وكان العقاب يتراوح بين الضرب بالعصا بشدة، إلى تنظيف الحمامات والمراحيض لعدة أيام، أو الفصل لأسابيع. وعلى الرغم من أن العقاب مسموح به إذا كان هناك عدم التزام بقواعد ولوائح المدارس الغانية، فقد كنا نشعر بأن الضرب بالعصا لمن انخرط في نشاط جنسي في مدرسة المكفوفين، والذي كان يجري في اجتماع عام للمدرسة بحضور كل الطلبة، والمدرسين، والعاملين من غير المدرسين، إنما يهدف إلى تجريس وإذلال الشخص المعاقب وترهيب بقيتنا. وإذا ما ضُبِط الشخص مرتين أو ثلاث يتم فصله نهائيًا من المدرسة. وكان من الشائع، كذلك، أن يُطلق على من يلعب مع الجنس الآخر (طفل سيء). وكان يتم التنبيه علينا دائمًا ألا نلعب مع الصبية، خشية أن نحمل. أما كيف يحدث الحمل، فلم يقدم لنا أحد شرحًا مناسبًا.

ورغم ذلك، فقد حملت بعض التلميذات خلال سنوات الدراسة بالمدرسة، فتم طردهن وأصدقاءهن الحميمين الذكور من المدرسة. ولكن، لم يكن معروفًا من هو المسؤول عن حدوث هذا الحمل، أهو أحد التلاميذ، أم من العاملين بالمدرسة، أم

حقوق الطبع محفوظة لمجلة قضايا الصحة الإنجابية النسخة العربية ٢٠١٧
A Abdul Karimu. Reproductive Health Matters 2017; 25(50):128-133

من خارج المدرسة، حيث إن بعض الفتيات رفضن ذكر اسم والد الطفل الذي لم يولد بعد. وبعد بضع سنوات تجرأت بعض الطالبات اللائي فُصلن «لارتكاب جريمة الحمل» على العودة على المدرسة، ولكن كان يتم إعادة تسجيلهن في قسم الحرف اليدوية فقط، وهو ما ينطوي على أنهن ينظر إليهن بوصفهن تلميذات في مرتبة أدنى، ولا يستحققن الالتحاق بالدراسة والأنشطة الرئيسة في المدرسة. أما من لم تكن باستطاعتها العودة إلى المدرسة نفسها، خجلًا، وكان لها أهل، أو أوصياء أثرياء، فكانت تلتحق بمدرسة المكفوفين الأخرى. كان لدينا، آنذاك، مدرستان للمكفوفين، واحدة في أكورووبوخ-أكوابيم في المنطقة الشرقية من غانا، والأخرى في وا بالمنطقة الغربية العليا. وكان السوء الشديد للطرق يعني أن التنقل بين المدرستين شديد التكلفة والصعوبة. في ظل هذا الوضع، فإن لم يكن أهل التلميذ، أو الأوصياء عليه موسرين، أو كان مقيمًا في بلدة، أو مدينة، أو قرية قريبة نسبيًا من مدرسة المكفوفين — فيتعين عليه أن ينحي فكرة الالتحاق بالمدرسة جانبًا. وكان يُزرع في عقول هؤلاء الفتيات أن حملهن كان بسبب أنهن يصعب السيطرة عليهن، أو عقابًا لهن من الطبيعة لعدم امتثالهن لمعايير المجتمع.

على أني أدركت، بمرور السنين، أن الشيوع المتصور للأنشطة الجنسية، وحالات الحمل لم يقتصر على مدارس المكفوفين، بل كان أكثر انتشارًا في المدارس العادية.

وتشير الأدبيات إلى أن حمل المراهقات ما زال منتشرًا في غانا، وفي أفريقيا بأسرها. وقد أوردت جريدة الكرونيكل حدوث ٧٠٠,٠٠٠ حالة حمل بين المراهقات في غانا في ٢٠١٤ وحدها.[١٣] وحسب ما ذكر ووج وآخرون، فإن ٤٠٪ من حالات الحمل بين الفتيات التي تتراوح أعمارهن بين ١٥-١٩ سنة في ٣٣٪ من البلدان الأفريقية، كانت حالات حمل غير مقصود.[١٤] كل الفتيات والفتية، على حد سواء، الذين مارسوا الجنس قبل الزواج في المدارس الغانية وضبطتهم إدارة المدرسة تمت معاقبتهم. ولكن العقاب الذي أُنزِل ببعض الفتيات والفتية من ذوي الإعاقة البصرية كان غشومًا، لأن بعضهن وبعضهم أنكروا ادعاءات النشاط الجنسي الموجهة إليهم. عندما أسترجع ذلك الآن، أجدني على يقين بأن الطبيعة الداخلية لمدرسة المكفوفين (على خلاف مدارس المرحلة الأساسية العادية التي كان تلاميذها يعودون للمنزل كل يوم)، وثقافة الصمت والسرية فيما يتعلق بالجنس، جعلت العاملين بالمدرسة يبالغون في مدى انتشار الأنشطة الجنسية في المدرسة. فقد كان العاملون في المدرسة، وهيئة التدريس يتوقعون منا أن نسلك مسلك بعض التلاميذ السابقين، الذين كانوا يصفونهم بأنهم مطيعون هادئون، ولا يتسببون في مشاكل. أظن أنهم أغفلوا حقيقة أننا بشر، قبل كل شيء، لنا اهتمامات واختيارات متباينة. ولكنهم كانوا يريدون تشكيلنا على صورة المعاقين بصريًا الذين كانوا يعرفونهم.

وعندما عملت لاحقًا في منظمة للمكفوفين، لاحظت أن العديد من الشابات ذوات الإعاقة البصرية، الملتحقات بمدرسة المكفوفين، حملن وخرجن من المدرسة. أسوأ ما في الموضوع، أن بعض هؤلاء الصغيرات حاولن إجهاض أنفسهن سرًا باستخدام أساليب شديدة القسوة، وبعض العقاقير. وقد تدخلت المنظمة التي كنت أعمل فيها لإنقاذ حياة واحدة من هؤلاء الشابات، عندما حاولت أن تنهي حملها بتناول أدوية من تلقاء نفسها، فأصيبت بمضاعفات حادة كادت تودي بحياتها. وقد عرفت، من أحاديثي مع بعض الشابات والنساء ذوات الإعاقة البصرية، اللائي تعاملت معهن من خلال عملي، أن المشكلة تكمن في تلقيهن معلومات غير صحيحة عن الجنس خلال النقاش مع الصديقات. فلم يكن لديهن أي مصدر آخر موثوق للتحقق من صحة

حقوق الطبع محفوظة لمجلة قضايا الصحة الإنجابية النسخة العربية ٢٠١٧
A Abdul Karimu. Reproductive Health Matters 2017; 25(50):128-133

تلك المعلومات، بما أن المعلومات المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية ليست متاحة على وسائط يستطيع المعاقون بصريًا التعامل معها بشكل مباشر.

معوقات الإتاحة

وقد كشف مرفي ويونج عن أن المعاقين يواجهون عقبات ملحوظة في الصحة الجنسية، وأن تلك العقبات قد تؤدي إلى الاستغلال أو الاعتداء الجنسي، أو الحمل غير المخطط له، أو الأمراض المتناقلة جنسيًا.[15] ومن بين تلك «العقبات الملحوظة» التي تعوق حصولنا على خدمات الصحة الإنجابية، على سبيل المثال، الأحكام المسبقة ومشكلات التنقل.

وترى جارلاند-طومسون [16] أن النساء ذوات الإعاقة يوصمن بأنهن لا جنسانيات، وليس لديهن جاذبية. ومن هذا المنطلق يشعر بعض الأصدقاء والأهل أنه من غير الملائم إشراكنا في نقاش حول الجنس. بل وكشفت لي بعض المراهقات واليافعات، اللائي عملت معهن، أن بعض أفراد الأسرة يرون أن لا أهمية هناك لإشراكهن في نقاشات حول الجنس قائلين: «أوه، أما أنت، فلا حاجة بك لهذا» (محادثة شخصية). وقد قال شكسبير أيضًا، إن «الأحكام المسبقة لا تجري بين الأفراد فقط، بل تعيش ضمنيًا في التمثيلات الثقافية، واللغة، والاختلاط الاجتماعي.»[17] وبوسعنا الاستناد إلى فكرة التعبير عن الأحكام المسبقة باللغة لتفسير فكرة أن أجساد الأشخاص ذوي الإعاقة «ملكية عامة». ففي رواية (حب وكبرياء) يقول موريس «إن اختلافنا الجسدي يجعل أجسادنا ملكية عامة»[18]؛ وبالتالي، فلك أيتها المرأة غير المعاقة مطلق الحرية في سؤال امرأة معاقة عن أمور شخصية، مثل الحمل. وهو ما حدث، على سبيل المثال، عندما روت لنا مشاركة في ورشة عمل حول تمكين المعاقات بصريًا، أول تجربة لها في عيادة لرعاية ما بعد الولادة، حيث سألتها امرأة أخرى عن حملها، وأعربت بصوت مرتفع عن خوفها من حمل المرأة ذات الإعاقة البصرية. من الواضح أن تلك السيدة كان لديها اعتقاد بأن المرأة ذات الإعاقة البصرية لا تملك جسدًا «طبيعيًا» يمكنها من أن تكون أمًا.

من بين المعوقات الأخرى أمام المعاقين بصريًا، عدم القدرة على التحرك بشكلٍ مستقلٍ في أماكن لم يألفوها.[19] وتلك مشكلة يُزيدها تعقيدًا، في معظم أنحاء غانا، عشوائية مواقع المباني، وكثرة البالوعات غير المغطاة، وعدم وجود لافتات مكتوبة بخط بارز تتيح للمعاقين بصريًا منا التحرك باستقلال نسبي من نقطة إلى أخرى. وفي غانا، عادةً ما يقوم بمهام تقديم الرعاية للمعاقين الأقارب أو الأبناء، فمن ليس له أبناء منا يعتمد على الأصدقاء أو الأقارب؛ للذهاب إلى مرافق خدمات الصحة الجنسية والإنجابية. بعض الصديقات يصاحبهن الأبناء في تلك الزيارات، ولكنهن يشعرن بشيء من الحرج والتطفل على خصوصيتهن. وفي غياب أي بديل آخر، اختار البعض الاستغناء تمامًا عن خدمات الصحة الإنجابية، حفاظًا على الخصوصية والكرامة.

وإلى جانب التحديات التي ذكرناها آنفًا، هناك صعوبات أخرى نابعة من النظام نفسه، تعوق حصول المرأة ذات الإعاقة على معلومات وخدمات الصحة الجنسية والإنجابية، وتتمثل في معوقات السياسات، ومن أمثلتها محدوديات قانون المعاقين الغاني، ٢٠ (القانون ٧١٥)، و«سياسة الصحة الإنجابية للبالغين الغانية».[21]

فالقانون ٧١٥، الذي بدأ تطبيقه في ٢٠٠٦، ليس تقدميًا في مواده، إذا ما قورن بالأفكار المعاصرة المتعلقة بالإعاقة. فعلى سبيل المثال، لا يوجد في القانون أي مادة خاصة بالمرأة ذات الإعاقة، كما أن القانون لم يعبر بشكلٍ مناسبٍ عن مفاهيم عدم التمييز والمساواة. وعلى الرغم

حقوق الطبع محفوظة لمجلة قضايا الصحة الإنجابية النسخة العربية ٢٠١٧
A Abdul Karimu. Reproductive Health Matters 2017; 25(50):128-133

من أن غانا صدَّقت على اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، فما زلنا في مرحلة مناقشة الأداة التشريعية التي ستمكننا من إدراج مواد الاتفاقية في قوانيننا الوطنية. هذا بالإضافة إلى أن سياسة الصحة الإنجابية للبالغين في غانا، والتي وضعت سنة ٢٠٠٠،[٢١] لم تعترف بشكلٍ مناسبٍ، أو تعالج المشكلات التي ذكرناها آنفًا، من أحكام مسبقة، وسلوكيات ومواقف سلبية، والمشكلات التي تواجه البالغين المعاقين عند احتياجهم إلى الوصول إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية. فللأسف الشديد، تعاملت مواد تلك السياسة المتعلقة بتوفير خدمات الصحة الإنجابية للمعاقين بوصفها مسؤولية القطاع الخاص وحده.

الخلاصة

في ظل محدودية، أو انعدام، المعلومات المتعلقة بمسائل الجنسانية خرجت عدد من الطالبات ذوات الإعاقة البصرية، من بينهن بعض صديقاتي المقربات، من المدرسة بسبب الحمل غير المرغوب فيه. وعلى الرغم من أننا كان من الممكن أن نتعلم بعض الأمور حول مشكلات الجنسانية، فإن بعض الممارسات والمواقف والسلوكيات التي تناولناها آنفًا، أعاقت تعلمنا لها. والنتيجة أن بعض تلك الفتيات، وبدلاً من أن يكبرن ليصبحن مواطنات صالحات قادرات على المساهمة في تطور بلدهم، تدهور الحال بهن فصِرن متسولات في الطرقات.

وقد أقترحت عددًا من المبادرات، التي اعتمدت فيها على خبرتي الشخصية، مركزةً على احتياجات الفتيات والنساء ذوات الإعاقة البصرية في غانا، على وجه التحديد، وبُغية جعل وصول المعاقين في غانا إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية والمعلومات المتعلقة بهما ـ أيسر منالاً.

أولاً، من الأهمية بمكان خلق وعي لدى العاملين في مجال الرعاية الصحية بأن المواقف السلبية تجاه جنسانية المعاقين تخلق معوقات تحول دون وصول المعاقين إلى خدمات الصحة الإنجابية، والمعلومات المتعلقة بها. بالإضافة إلى ذلك، يتعين على الجماعات النسائية، ومنظمات المجتمع المدني، والوكالات الحكومية أن تقوم، على سبيل المثال، برفع الوعي حول الصحة الجنسية والإنجابية للبالغين المعاقين. ويجب أن تستهدف تلك الحملات البالغين ذوي الإعاقة البصرية، بشكلٍ مباشرٍ، بدلاً من تحويلهم إلى اتحاد المكفوفين الغاني، ووزارة النوع والأطفال والرفاه الاجتماعي.

كذلك، على اتحاد المكفوفين الغاني والحكومة أن يعملا معًا؛ لخلق مساحة أو منصة بوح آمنة، و«قناة» موثوق بها (مثل تيلي لنك)[٢٢] للنساء ذوات الإعاقة البصرية، ليستطعن من خلالها مناقشة موضوعات حساسة، مثل الجنسانية والصحة الإنجابية. ولخلق تلك المنصة يَتعين على الحكومة، واتحاد المكفوفين الغاني، أن يضغطا معًا على مقدمي خدمات الهاتف المحمول لتخصيص خطوط مجانية لهذا الغرض، في إطار مسؤولية الشراكة الاجتماعية. ويمكن للمهتمين من العاملين في الخدمات الطبية العامة أن يتطوعوا لتيسير ذلك، فيقدموا المعلومات المناسبة والدقيقة، ويوضحوا المفاهيم الخاطئة، فيما يتعلق بالصحة الجنسية والإنجابية.

ولتيسير الوصول إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية يجب إنشاء هيئة تطوعية مثل «المُرافِق الطبي»[٢٣]، لمساعدة النساء ذوات الإعاقة البصرية على زيارة الأطباء والتوجه إلى خدمات الصحة الإنجابية متى احتجن إلى ذلك. فمن شأن هذه المقاربة أن تتيح لذوي الإعاقة زيارة الأطباء في غياب الأقارب، أو في الحالات التي لا يفضل فيها المعاق تدخل أو انخراط أحد الأقارب في تلك الزيارات.

أخيرًا، افتقرت المبادرات المتعلقة بالجنسانية

والصحة الجنسية والإنجابية والحقوق فيهما، إلى التركيز والتكامل في غانا. لذلك، فعلى الحكومة، ومنظمات المعاقين، ومنظمات المجتمع المدني أن تعمل معًا لإزالة جميع المعوقات التي تعوق المرأة والفتاة ذات الإعاقة من التمتع بحقوقها في الصحة الجنسية والإنجابية، والتي أصبحت حقوقًا معترفًا بها الآن بوصفها من حقوق الإنسان.

المراجع

1. World Health Organization. Defining sexual health. Geneva: WHO Press; 2006; (Sec1:65).
2. Shakespeare T. Disabled sexuality: towards rights and recognition. (Institute on Disability): San Francisco State University. 2000; (para.160).
3. Runeborg A, Anderson C. Sexual rights for all. Stockholm: Sida; 2010.
4. United Nations General Assembly. The convention on the rights of persons with disabilities. New York (NY): United Nations; 2007.
5. African Commission on Human and Peoples' Rights. The protocol to the African charter on human and peoples' rights on the rights of women in Africa. Maputo: African Union; 2003.
6. United Nations General Assembly. Convention on the elimination of all forms of discrimination against women. New York (NY): United Nations; 1979; (Part I:2).
7. Scaaf M. Negotiating sexuality in the convention on the rights of persons with disabilities. Int J Human Rights. 2011; 8(14):113–142.
8. Waxman BF. The politics of sex and disability. Disabil Stud Quart. 1989;9(3):1–5.
9. Krugu JK, Mevissen F, Meret M, et al. Beyond love: a qualitative analysis of factors associated with teenage pregnancy among young women with pregnancy experience in Bolgatanga, Ghana. Int J Res Interv and Care. 2016:1464–5351.
10. Kumi-Kyereme A, Awusabo-Asare K, Biddlecom A. Adolescents' sexual and reproductive health: qualitative evidence from Ghana. New York (NY): Guttmacher Institute; 2007.
11. Newell C, Googgin G. Disability in Australia: exposing a social apartheid. Sydney: University of New South Wales; 2005.
12. Morris J. Impairment and disability: constructing an ethics of care that promotes human rights. Hypatia. 2001;16 (4):1–16.
13. Mohammed A. 750,000 teens impregnated in 2014. The Ghanaian Chronicle Newspaper. [Internet]. 2015 Sept 23 [cited 2016 Oct 20];Research: about 1 screen]. Available from: http://allafrica.com/stories/201509240500.html
14. Woog V, Singh S, Browne A, et al. Adolescent women's need for and use of sexual and reproductive health services in developing countries. New York (NY): Guttmacher Institute; 2015.
15. Murphy N, Young P. Sexuality in children and adolescents with disabilities. Dev Med Chil Neu. 2005;47 (9):640–644.
16. Garland-Thomson R. Integrating disability, transforming feminist theory. NWSA J. Hopkins. 2002;14(3):1–32.
17. Shakespeare T. Cultural representation of disabled people: dustbins for disavowal? Leeds: The Disability Press; 1997. p. 217–234.
18. Morris J. Pride and prejudice. London: Women's Press; 1991.
19. Royal National Institute for the Blind. Mobility and independence: school age. London: Royal National Institute for the Blind; 2014.
20. Act 715. Persons with disability act. Parliament of the Republic of Ghana: Accra; 2006.
21. National Population Council. Adolescent reproductive health policy. Accra: Republic of Ghana; 2000.
22. Vision Australia. Telelink programme info flier. Melbourne: Australia.
23. Travellers' Aid. Medical Companion Service Fact Sheet. Melbourne: Australia. Available from: https://www.travellersaid.org.au/news/newsletterspublications/medical-companion-project-fact-sheet

قضايا الصحة الإنجابية باللغة العربية

REPRODUCTIVE HEALTH matters

حكي ذاتي

إنكار الحقوق الجنسية: استبصارات من حيوات نساء معاقات بصريًا في الهند

بقلم: نيدهي جويال

(أ) مديرة برامج الجنسانية والإعاقة بمنظمة وجهة نظر، مومباي، الهند. للمراسلة: nidhigoyal219@gmail.com

DOI: 10.1080/09688080.2017.1338492

ترجمة: عثمان مصطفى عثمان

المقدمة

في ٢٠١٤، ولأول مرة في تاريخ السينما الهندية، عُرض فيلم جماهيري بعنوان «مارجريتا والماصة» «Margarita with a straw»، ظهرت فيه امرأة معاقة لها احتياجات جنسية.[١] وبعد بدء عرض الفيلم بفترة وجيزة، هاجمته النجمة التليفزيونية ذائعة الصيت، سونال فنجورليكار، علنًا، قائلة: «آخر ما يفكر فيه الإنسان المعاق هو الجنس، فهناك الكثير والكثير من الأمور الأخرى التي تشغل باله، فعلاقته مع شريك الحياة، وتنمية مواهبه، وقبوله في المجتمع كإنسان عادي، وأي أمور أخرى كثيرة أهم عنده. أما الجنس، فهو آخر ما يشغل باله. أؤكد لكم ذلك!!»[٢] إن مقولة فنجورليكار هذه تشي بمشكلة اجتماعية، وهي: على الرغم من نضال المرأة في الهند للتأكيد على حقوقها الجنسية، ورفض المعايير الأبوية المتعلقة بسلوكها الجنسي، ترسخ المرأة غير المعاقة بعضًا من المواقف نفسها عندما تتعلق تلك الحقوق بامرأة معاقة. فالمرأة المعاقة يُنظر إليها على أنها تفتقر إلى الرغبة الجنسية، وعلى أنها غير مرغوبة كذلك. وكثيرًا ما ينظر إليها باعتبارها معطلة أو معطوبة - بل وفي مرتبة الطفل حيث تحتاج دائمًا إلى سيطرة عليها أو حماية. ولا يُنظر إليها أبدًا على أنها «امرأة بما فيه الكفاية» أو حتى بشر كامل البشرية.[٣]

وفي حين يُنزع عن المرأة المعاقة حقها الجنسي، أو تُوصم بأنها مفرطة في الرغبة الجنسية،[٤] ينظر إلى الحقوق الجنسية للمرأة المعاقة على أنها زائدة عن الحاجة في أفضل الأحوال، وغير ذات موضوع - البتة - في أسوأ الأحوال. وعادةً ما يتسم النقاش حول جنسانية المرأة المعاقة بالسلبية، ويدور حول منع شخص «غير طبيعي» من أن يمر بتجربة الجنس والحميمية «الطبيعية».

على هذه الخلفية، سوف أعرض في هذا المقال لملاحظاتي وما تعلمته من ورش العمل التي قمت بتنظيمها في إطار برنامج الجنسانية والإعاقة بمنظمة (وجهة نظر) غير الربحية في مومباي، وسأنظر في رؤية النساء ضعيفات البصر في الهند لأنفسهن ولجنسانيتهن. فضلاً عن ذلك، سوف أناقش انطباعاتي عن كيفية تشكُل خياراتهن وسردياتهن، وتأثير تقاطعات، مثل: النوع، والثقافة على حقوقهن الجنسية. وسوف أمزج بين ملاحظات ومناقشات ورش العمل وبين تجاربي ورؤيتي بوصفي امرأة معاقة بصريًا، كانت مبصرة حتى سنة ١٥ سنة قبل أن تدخل، تدريجيًا، إلى عالم المكفوفين. وأنا أعرض هنا لرؤيتي بوصفي إنسانة عاشت لفترة مبصرة، في مجتمع مفعم بالافتراضات والوصم، وبوصفي إنسانة كُفَّ بصرها تمامًا وتتحدى الصور النمطية. ليس في حياتي الخاصة فحسب، بل ومن خلال نشاطي في حياة العديد من النساء ذوات الإعاقة. الاستنتاجات والتحليلات الواردة في هذه الورقة شخصية الطابع تمامًا، غير مستندة إلى أي عملية أكاديمية، ولكن إلى سنوات من الحياة ككفيفة، والعمل في هذا المجال. ألاحظ فيها، كمدربة، ردود الأفعال في ورش العمل، مع ربطها بتجاربي الخاصة، والاستماع لأصوات آخرين يتحدثون بلغة الأحكام

© 2017 The Author(s). Published by Informa UK Limited, trading as Taylor & Francis Group
This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited

حقوق الطبع محفوظة لمجلة قضايا الصحة الإنجابية النسخة العربية ٢٠١٧
N. Goyal Reproductive Health Matters 2017;25(50):138 -146

المسبقة والتعيير. وربطت ذلك أيضًا بانخراطي مع مجتمع المعاقين، خاصة ذوي الإعاقة البصرية في البلاد خلال العِقد الماضي.

عندما كنت في الخامسة عشرة أصبت بمرض بصري متقدم، وآخذ في التدهور، واقترح الطبيب على أسرتي أن يخفوا خبر إعاقتي لثلاث سنوات أخرى، ويزوجوني بمجرد بلوغي السن التي تسمح بذلك، لأن الناس إذا عرفت أني لا أستطيع الإبصار، فلن يقبلوا بي. كانت تلك أول تجربة لي مع الأحكام المسبقة والافتراضات المتعلقة بالحقوق الجنسية للفتاة والمرأة المعاقة.

خلفية

منظمة وجهة نظر، منظمة غير ربحية هندية، تضخم أصوات النساء، وتعمل في منطقة تقاطع النوع (الجندر) مع الجنسانية. وهي تركز على النساء في الهامش بوجه خاص، مثل: النساء في مجتمعات العشوائيات، والمشتغلات في صناعة الجنس، والمنتميات إلى أقليات جنسية، والمعاقات. بدأ انخراط منظمة وجهة نظر مع المعاقات في ٢٠١١ بإنشاء موقع على الإنترنت عن الحقوق الجنسية للفتيات والنساء المعاقات. كان الموقع، الذي شاركت في دراساته وتحريره، مبادرة رائدة على الإنترنت، اعترفت بالنساء المعاقات ككائنات لها احتياجات جنسية، مثل أي إنسان آخر. أُطلق الموقع في وقت كانت فيه حركة المعاقين في الهند، ما تزال إلى حد بعيد تتحدث فقط عن الإتاحة، والتعليم، والتشغيل، فكان جلب النوع (الجندر) - ومن ضمنه الحقوق الجنسية - إلى الواجهة، في تلك الفترة، خطوة فريدة وفارقة. اصطحب الموقع قراءه في رحلة عبر أطياف الجنسانية، متحدثًا عن الجسد والجمال، والخرافات المتعلقة بالجنسانية، والأفكار الخاصة بالجنس، والعلاقات والزواج والوالدية، والعنف والانتهاك. وكان الزوار المتزايدون للموقع يروون قصصهم بأنفسهم. وعندما أطلقنا الموقع، في ٢٠١٢، أثبت الإنترنت، كوسيط، فائدته في اختراق الإحساس بالخزي والتعيير المحيط بالجنسانية بوجه عام. فقد وفر الموقع منصة يسيرة المنال، ساعدت المعاقات، حبيسات البيت في معظم الأحيان، على الحصول على معلومات لم تكن لتتاح لهم عبر وسيط آخر.

كنا على وعي، منذ إطلاق الموقع، بمدى تعقيد وحساسية تقاطع الإعاقة مع الجنسانية والنوع والعنف. كان الموقع نقطة بدء بالنسبة لنا، شعرنا بعدها بأننا، حتى نستطيع خلق تأثير أعمق وتمكينًا للنساء والفتيات لا بد أن ننظم ورش عمل حول الجنسانية والإعاقة، وهو ما بدأناه بالفعل في مايو/أيار ٢٠١٥. وحتى مايو/أيار ٢٠١٧ كنا قد نظمنا ٣١ ورشة حضرها ٧٧٩ شخصًا معاقًا، شملت إعاقاتهم الإعاقة البصرية، أو السمعية، أو الحركية، أو إعاقة النطق، في سبع مدن، وبخمس لغات. نحو ثلثي هذه الورش (١٩) كانت موجهة لنساء معاقات بصريًا، بينما حضر الرجال ذوي الإعاقة البصرية خمس ورش.

تراوحت أعمار المشاركين بين ١٥ و٤٥ سنة، وكان معظمهم من الشريحة الدنيا من الطبقة المتوسطة/الطبقة العاملة، من الريف والحضر على حد سواء. وحتى عندما كانت الورش تنظم في مدن، كان بعض المشاركين يأتونها سفرًا من بلدات صغيرة مجاورة ومن مناطق ريفية. وقد كشف المسح الذي كنا نجريه في بداية كل ورشة عن أن معظم النساء المعاقات لم يكن متزوجات وليس لديهن أبناء.

كان عدد المشاركين في كل ورشة يتراوح بين ١٤ و٣٥ مشاركًا، وكانت مدة الورشة بين نصف يوم ويومين. وتبعًا للمدة المتاحة للورشة، كنا نتحدث عن الموضوعات التالية:

(١) معلومات حول الجسد، بما في ذلك الأجهزة

حقوق الطبع محفوظة لمجلة قضايا الصحة الإنجابية النسخة العربية ٢٠١٧
N. Goyal Reproductive Health Matters 2017;25(50):138 - 146

التناسلية، والحمل، وكذلك الجنس، ووسائل منع الحمل، والأمراض المتناقلة جنسيًا.

(٢) تحطيم الخرافات المتعلقة بالجنسانية والإعاقة.

(٣) العلاقات، والاختيار، والرضا.

(٤) فهم النوع (الجندر) وأدوار النوع.

(٥) الانتهاكات والعنف.

وكنا نحرص على بث كل تجارب المشاركين والمشاركات على وسائل التواصل الاجتماعي عبر تويتر، وذلك بهدف توثيق التجارب وخلق الوعي. كذلك كنا نجري تقييمًا رسميًا في نهاية الورشة، نطلب فيه من المشاركين والمشاركات منح درجة للورشة، والمجالات والموضوعات التي تمت تغطيتها، والفجوات إن وجدت. لم نجر أية مراجعة منظمة للورش أو للتقييم، وبالتالي فالتعليقات والاستنتاجات الواردة في هذه الورقة اعتمدت على ذاكرتي وانطباعاتي بصفتي مُنظِّمة ومدربة في هذه الورش، وكذلك الملاحظات التي استشفيتها من التوثيق الذي أجريناه على تويتر، وما دونته من ملاحظات وأوراق شخصية.

كان الوصول إلى مجموعات من المعاقين لتنظيم تلك الورش تحديًا خاصًا، لأن ولوج هؤلاء إلى أي مساحة وحصولهم على أي معلومات يخضع لمراقبة وثيقة وسيطرة من الأهل والمؤسسات، بدعوى «الحماية».[٥] بيد أن العمل مع منظمات حقوق المعاقين وتوعيتها بالاحتياجات الجنسية للمعاقين كان جزءًا من العملية نفسها. كان تصميم كل ورشة ومحتواها ديناميكيًا بطبيعته، حيث استند إلى احتياجات المجموعة الحاضر كما وصفتها منظمة حقوق المعاقين من خلال تقييم رسمي وغير رسمي للاحتياجات. بالنسبة للورش الأولى أجرينا التقييم الرسمي للاحتياجات مع ١٠ منظمات في يونيو/حزيران ٢٠١٥ في ولاية ماهاراشترا الهندية. أما الورش التي تم تنظيمها بعد هذا التقييم الأولي للاحتياجات، فكنا نجري لها تقييمًا غير رسمي مع منظمات المعاقين، للاستناد إليه في تحديد المحتوى، والاستقرار بشكل نهائي على الموضوعات التي ستتم تغطيتها والتركيز عليها. وقد كشف لنا التقييم الرسمي للاحتياجات عن وجود فجوة معلوماتية هائلة حول الجنسانية لدى المعاقين ممن يحضرون دورات إعادة التأهيل، أو الرعاية اليومية، أو بناء المهارات لدى تلك المنظمات. فنادرًا ما كانت تلك المنظمات تولي أي أهمية لتلك المعلومات، التي لم تحظ بأي أولوية بالتأكيد، حتى في فقرات التدريب التي تركز على الذات وتنميتها.

خلال مرحلة تقييم الاحتياجات، كنا نطلب من منظمات المعاقين أن تعطي درجة لموضوعات داخلة في إطار الجنسانية - من بين تلك المطروحة على موقعنا - والتي يرون لها أهمية بالنسبة للفتيات والسيدات المعاقات. وجاءت أعلى الدرجات للحيض، والبلوغ، والعنف، والانتهاكات؛ وأدناها للحمل ورعاية الطفل، وكذلك المتعة والرغبة. ولم يَرِد للتوجه الجنسي ذكر في الموضوعات التي قيمتها معظم منظمات المعاقين، ولكن واحدة منها فقط ذكرت وجود حاجة لورش حول الجنسانية والإعاقة «للشفاء من الميول السحاقية». واكتشفتُ أن تلك المواقف، والتي قد تكون ناجمة عن مواقف أعم حول جنسانية النساء بوجه عام، وجنسانية المعاقات على وجه الخصوص، تخلق حواجز أمامنا كمنظِّمات لبرامج تدريبية شاملة. ولذلك استغرقنا وقتًا طويلاً للتوصل إلى أجندة جامعة شاملة للورش.

في بعض الورش التي كانت مدتها نصف يوم، كان علينا أن نركز فقط على الموضوعات التي ترى المنظمات أنها مهمة وضرورية، وكانت إضافة موضوعات أخرى نرى لها أهمية ودلالة،

حقوق الطبع محفوظة لمجلة قضايا الصحة الإنجابية النسخة العربية ٢٠١٧
N. Goyal Reproductive Health Matters 2017;25(50):138 -146

أمرًا يتطلب الكثير من التفاوض. وقد تجلت تلك الصعوبة بشكلٍ واضحٍ في إحدى الورش التي أرادت فيها المنظمة أن نتحدث عن الحب، والمشاعر، والحمل، وعملية الإنجاب، ولكنها كانت ترفض أن نظهر نماذج للجسد، أو أن نتحدث عن الجنس والعلاقة الحميمية. كنا نرى استحالة الحديث عن الإنجاب دون الدخول في بعض التفاصيل حول الجسد والجنس، فما كان منا إلا أن عرضنا أجندتنا بكل صدق للحصول على موافقة المنظمة عليها، ووافقت عليها بالفعل. ورغم ذلك، فبعد انتهاء الورشة، وإدراك المدير لحجم المعلومات التي طرحناها، رفض أن يكون لمنظمته أي ارتباط بنا في المستقبل.

نزع الجنسانية عن المعاقين وانعدام الرغبة فيهم؟

خرافات كون المعاقين منعدمي الرغبة والنشاط الجنسيين، أو غير مرغوب فيهم، خرافات قوية ومعقدة، وتلعب أدوارًا مختلفة في حيوات النساء والفتيات المعاقات.[٧] وهو ما يؤثر في نوعية المعلومات التي يستطعن الوصول إليها، ومساحة الحرية التي يتمتعن بها في التعبير عن الذات، فضلاً عن تأثيره على اختياراتهن في حياتهن الشخصية، والعاطفية، والجنسية.

الخفارة المؤسسية

لهذه الخرافة تأثير مباشر في مواقف المؤسسات ومنظمات حقوق المعاقين التي تراقب المعلومات التي يمكن أن تتاح لهم في الورش، خاصة النساء المعاقات. وكان علينا الدخول في عملية تفاوض حتى تتفهم المنظمات نطاق الموضوعات التي نريد تغطيتها. ولكننا استطعنا، لحسن الحظ، أن نضغط للوصول إلى الصورة الأكبر لبعض الموضوعات. فعلى سبيل المثال، عندما طلبت منا بعض المنظمات، في ورشنا الأولى، أن نجري تدريبًا حول الحيض، تحدثنا أيضا عن الجسد والعمليات التي تجري فيه؛ وعندما أرادوا أن نركز على العنف، تناولنا أيضًا العلاقات. ولكن، لم يكن أمامنا في بعض الأحيان إلا تقسيم ورشة العمل إلى نصفي يوم، لنركز في النصف الأول على الأجندة التي وضعتها المنظمة، ثم نتفاوض لإضافة طبقة أخرى من المعلومات في النصف الثاني.

كنا مُصرين على عدم مشاركة أي شخصية لها سلطة في المنظمة، كأحد المدربين، أو رئيس قسم إعادة التأهيل مثلاً، في الورش التي ننظمها. ولكننا لم نستطع تحاشي ذلك في ٨ من الورش الـ ١٩. فقد قال بعضهم إن نظام المنظمة يقضي بعدم ترك المعاقات بصريًا وحدهن مع أي غرباء، بينما قال البعض الآخر إن حضورهم كان للتأكد من حضور الفتيات ومشاركتهن وإصغائهن. في ثلاث ورش حدث أن قام المدرس أو المدرب الخاص بالمنظمة بالصياح في المشاركات لرفضهن مشاركة آرائهن، أو إحداثهن للضوضاء، أو عدم الانتباه، بيد أن التردد في مشاركة الآراء أو إحداث الضوضاء كانا في معظم الحالات بسبب طبيعة الموضوعات التي تجري مناقشتها. فمناقشة الجنس والجنسانية عادةً ما يصاحبها نوع من التوتر، وقد تستدعي الخجل، وعدم الحماس والتشتت، وبالتالي فتوبيخ المشاركات يبعث برسالة عكسية. وقد لاحظنا أن بعض المشاركات اللائي جرى توبيخهن بسبب الضوضاء أو الالتهاء أصبحن شديدات التحفظ في بقية مدة الورشة.

نحن هنا أمام العديد من الآثار السلبية والمشكلات المحيرة. فالرسالة المصدرة إلى المجتمع والفتيات هي أن المنظمات ومثلي السلطة فيها هي المكان الآمن والحامي لهن، وقد لا يكون ذلك هو الواقع بالضرورة. إلى جانب أن هذا الأسلوب هو من بقايا الأسلوب التقليدي القديم في التدريس، أسلوب التعالي، الذي كانت فيه السيطرة على المشاركة والالتزام هي الأسلوب الرئيس

حقوق الطبع محفوظة لمجلة قضايا الصحة الإنجابية النسخة العربية ٢٠١٧
N. Goyal Reproductive Health Matters 2017;25(50):138 - 146

في التعامل مع الدارسين. وهو أسلوب عام لاحظته في التعامل مع ذوي الإعاقة، لاسيما النساء. فهناك، أولاً، فكرة أن الفتاة تحتاج إلى حماية صارمة، أيًا كان عمرها، لأنها تواجه ضعفًا مركبًا. فهي كالطفل، غير قادرة على حماية نفسها. وثانيًا، هناك أمر لم يقتصر على ورش العمل فقط، وهو بنية السلطة القوية للغاية داخل منظمات حقوق المعاقين، والتي يعتبر فيها المدرسون، والمدربون، ورؤساء الأقسام، دائمًا، على دراية أكبر من المعاقين الذين يجب عليهم مساعدتهم، لينعكس في ذلك نموذج الشفقة على المعاقين.

ففي أربع من ورش العمل الثمانية التي حضرت فيها شخصيات تمثل السلطة، لاحظنا من لغة الجسد للمشاركات، والأمارات غير المنطوقة، والتردد أنهن واقعات تحت ضغطٍ هائلٍ للقبول بما يقوله ممثل السلطة. كان الانطباع الذي وصلنا، هو أنهن تترددن في الإفصاح عن أي شيء قد يجلب العار الاجتماعي، أو يُعد سيئًا من الناحية الأخلاقية. فعندما لا يكون المدرب حاضرًا، كانت المشاركات تشعرن بحرية أكبر في التعبير عن آرائهن أو تجاربهن التي قد تتناقض مع الرأي الشائع لدى المجموعة أو رأي المدرب.

فعلى سبيل المثال، في ورشة عمل نظمناها في جوجارات، وخلال تدريب على لعب الأدوار حول عنف الشريك، عندما سأل المدرب: ما الذي ستفعله المرأة في وضع تتعرض فيه للانتهاك؟ هَب رئيس المنظمة قائلاً: «لن تتقبلنه، أليس كذلك؟ بالطبع، فنحن قويات، فلا نقبل أي عبث من أي أحد.» قوبلت هذه المقولة ببعض الصمت، وبعض القبول، الذي يبدو أنه كان إجباريًا. فقد خُنِقَت مساحة الاختلاف والتعبير عن الشكوك في كيفية التخلص من وضع يمارس فيه العنف على المرأة، أو طرح تنويعات على السياقات التي تعيش فيها المرأة أو معتقداتها الخاصة.

خرافة اللاجنسانية

على عكس الخرافة الشائعة، لاحظنا في الورش التسعة عشر التي نظمناها مع معاقات بصريًا، أن الكثير من هؤلاء النساء لديهن — بلا أدنى شك — رغبات، وأمنيات، واحتياجات جنسية وعاطفية، وقد عبرن عن تلك الرغبات في أثناء التدريبات، والنقاشات، ولعب الأدوار، كما سنوضح فيما بعد.

كنا نبدأ الورشة، عادةً، بتدريب نطلب في جزء منه من المشاركات أن تُفصِحن عن حلم من أحلامهن، وكنا نطلب من كل امرأة أن تخبرنا عن الشيء التي تود أن تجربه للمرة الأولى. وقد لاحظتُ في كل الورش التسع عشرة، التي اعتمدت عليها هذه الورقة، أننا كنا نحتاج إلى بعض الوقت لدفع النساء للتحدث. فقد كنَّ في حاجة إلى بعض الوقت لتأمل هذا الجانب من حيواتهن، حتى أننا احتجنا في ورشتين من بين ٢٣ ورشة إلى ساعة ونصف للتفكير والتأمل في هذا التدريب، ولكنهن عندما بدأن، أخيرًا، في التحدث عن أحلامهن، كان حديثهن مفعمًا بالحماس. وكان من بين أحلامهن الرغبة في ارتداء الجينز، والسفر إلى «جوا»، وأن تصبح راقصة شهيرة، وأن تتزوج قريبًا.

الهدف من هذا التدريب هو أن تبدأ المرأة المعاقة في التركيز على نفسها كإنسان له أحلام ورغبات. وقد خلُصتُ، من خلال عملي مع فتيات ونساء معاقات في الهند، إلى أن التهميش على مستويات مختلفة لا يتيح للفتاة والمرأة المعاقة، في معظم الأحيان، مساحة للتفكير في نفسها، والتعبير عن رغباتها. فهناك سلسلة من الاحتياجات المتراتبة التي فرضت عليهن من الأهل والمجتمع، فأصبح عليهن كبت كل رغباتهن وأحلامهن الشخصية؛ بسبب تلك الضغوط، ولمجرد أن يتسقوا مع مُسَلَّمة أنهن «بلا رغبات».

حقوق الطبع محفوظة لمجلة قضايا الصحة الإنجابية النسخة العربية ٢٠١٧
N. Goyal Reproductive Health Matters 2017;25(50):138 -146

لم تبد المشاركات اهتمامًا زائدًا بالجنس والعلاقات الحميمية، أو يطرحن أسئلة حولهما. ولكن، عندما تغيرت وسيلة طرح الموضوع (من النقاش إلى الغناء والموسيقى) كان حماسهن شديدًا للمشاركة. فعلى سبيل المثال، عندما سأل طبيب فتيات بالغات في ورشة عمل في مومباي عما إذا كنَّ يعرفن شيئًا عن الجنس، أجبن بأنهن لا يدرين عنه شيئًا. ولكنهن يعرفون أمورًا عن معنى كلمة مُثيرة «فاتنة». ثم انطلقن في ترديد سلسلة من أغنيات أفلام بوليوود المثيرة. حماسهن هذا لترديد أغنيات محملة بالإيحاءات الجنسية والإثارة، والاستمتاع بها، ينطق برغباتهن واحتياجاتهن. ففي الهند، وبسبب السياقات الثقافية والعقليات التقليدية المنطوية على العديد من جوانب القهر، وأدوار النوع والمنتظر من كل نوع — يصعب كثيرًا على الفتيات والنساء التحدث عن رغباتهن الجنسية، واحتياجهن لعلاقة حميمية مع شريك. هذا إلى جانب افتقارهن للنفاذ إلى أي معلومات عن تلك الأمور، وهو وضع أكثر سوءًا بالنسبة للفتاة والمرأة المعاقة؛ لأنها معلومات متعلقة بموضوعات «تابو». وتشعر الفتاة المعاقة بضغوط أكبر لإخراس مشاعرها واحتياجاتها بسبب المتوقع منها — كفتاة — من خجل وعفة، وكذلك أيضًا بسبب التسليم بأنها كائن «لا جنساني». على أن «أغاني الأفلام المثيرة» تتيح لهن بالفعل سبيلاً للتعبير عن حبهن لأجسادهن، ورغبتهن في أن يكن فاتنات، وأن يدخلن في علاقات حميمية وعاطفية مع شخص آخر، وأن يُعجَب بها، ويُرغب فيها.[٧] إلى جانب أنه لكون «أغاني الأفلام المثيرة» تنتمي إلى عالم بوليوود الساحر، تشعر النساء بأنها سبيل آمن ومريح للتعبير. وهو ما فعلته الفتيات المعاقات بصريًا.

الاختيار والرضا

أفصح المشاركون من ذوي الإعاقة البصرية عن تلقيهم رسائل سلبية حول قدرتهم على اجتذاب شريك، وكذلك حول اعتبارهم متساوين في علاقة عاطفية. فقد قال بضعة رجال من ذوي الإعاقة البصرية في بيون: «يضحك منا كثير من الناس عندما نقول لهم إننا نحلم بعلاقة عاطفية». كذلك قالت امرأة ذات إعاقة بصرية من مومباي: «أريد أن أتزوج ولكن عمتي تقول إنني معطوبة، فمن ذا الذي سيريدني؟». وسمعت مشاركات من «ناجور» كلمات من قبيل «أنت عمياء، فَلِمَ تريدين الزواج؟» وأعرب مشاركون آخرون في ورش عديدة، من خلال كلماتهم وقصصهم، عن مشاعر مشابهة. كذلك أفصح العديد من المشاركين عن شعورهم بالضيق والإحباط من تلك المعتقدات الاجتماعية، بل إن بعضهم بدأ يشك في مستقبله في ظل تلك المعتقدات. على أن النساء من ذوات الإعاقة البصرية كن أكثر ميلاً للاعتقاد بأنهن لا يستحققن أن يكن شريكات حياة، أو زوجات بسبب إعاقتهن.

وليس من غير الشائع أن تعاني المرأة ذات الإعاقة البصرية الرفض على جبهتين: من الرجال غير المعاقين، ومن الرجال ذوي الإعاقة البصرية. ففي ورشة نظمناها مؤخرًا، أعرب رجال من ذوي الإعاقة البصرية عن أنهم يضعون المرأة المبصرة في مرتبة أعلى من ذات الإعاقة البصرية، بل وقالوا إنه لا جناح عليهم في ضرب ذات الإعاقة البصرية، ولكن من غير المقبول أن يضربوا المبصرة. كما قال بعضهم إن ذا الإعاقة البصرية من الرجال، الذي يعثر على صديقة حميمة مبصرة أفضل من الذي يعثر على ذات إعاقة بصرية. وعندما سألنا هذه المجموعة عن نوعية الصديقة الحميمة التي يفضلونها، أجاب ثلثهم بأنهم يفضلون غير المعاقة بصريًا من الفتيات. ومن ملاحظاتي التي خرجت بها من العمل عن كثب مع المجتمع، خارج الورش، أن هناك مشكلة خطيرة لدى المعاقين بصريًا من الرجال، حيث

حقوق الطبع محفوظة لمجلة قضايا الصحة الإنجابية النسخة العربية ٢٠١٧
N. Goyal Reproductive Health Matters 2017;25(50):138 - 146

يعتبرون المرأة ذات الإعاقة البصرية أقل شأنًا من النساء الأخريات، وبالتالي فهي أقل ملاءمة لأن تكون شريكة حياة.

إحدى المشكلات الرئيسة التي أشعر برفض شديد لها كمدربة في الورش، أن المشاركات، ورغم رغبتهن في إقامة علاقات أو العثور على شريك حياة — كن مجبرات على إعادة النظر في رغباتهن، أو مترددات في التعبير عنها لأنها «غير متصورة اجتماعيًا». فالجملة التي سمعتها من الفتيات والنساء المشاركات في كل الورش هي: «ليس للشحاذ أن يختار». تلك الجملة تتردد في حيواتهن اليومية عندما يتعلق الأمر باختياراتهن، أو خياراتهن، أو مستقبلهن. ومن الطبيعي أن ترد الفتيات ذوات الإعاقة البصرية اللغة السائدة في بيئاتهن - التي يسمعنها من الأهل، والعائلة، ومجتمع القرية أو المدينة - حتى بدأن تقتنعن بالفعل بأنهن أقل، نوعًا ما، من الإنسان «العادي» بالنسبة للعلاقات الشخصية. بل إن المشاركات في ورشنا كن يميزن تمييزًا قويًا بين «الناس الطبيعيين» و«المعاقين». وعندما نواجههن بأنهن يساوين بين المعاق و«غير الطبيعي»، يبدأن، عادةً، في التفكير في هذا التمييز، ويصلن، في كل الحالات، إلى أنهن لسن غير طبيعيات، ولكن فكرة أن الآخرين «طبيعيون» ظلت متجذرة لديهن.

كانت أصعب وصمة متجذرة في نفوس المشاركات في الورش، وخلقت صراعا لديهن، هي تلك المتعلقة بمسألة الاختيار والعلاقات. فبعضهن يعتقدن أن ذا الإعاقة المماثلة من الرجال فقط هو الذي يستطيع فهمهن، في حين رأت أخريات أن الشريك المناسب يجب أن يكون غير معاق، وأن تلك الشَّراكة ستملأ فراغًا في حيواتهن. وفي حالات عديدة قلن: إن بودهن لو يستطعن العثور على شريك «أقل إعاقة» - وضمنيًا، أكثر جاذبية. وقد تركز نقاشهن حول اختيار الشريك على احتمالات إعاقة الشريك، وليس على ما يُرى منه من صفات شخصية. وهو ما يَشي برؤيتهن المنحازة لغير المعاقين.

وفي ورشة نظمناها في جوجارات، أعربت ٢٥٪ من المشاركات عن أنهن لن يخترن شريكًا «طبيعيًا» (أي غير معاق) لأن الشخص «الطبيعي» لن يقبل بهن بالتأكيد، وذلك أنهن لو كنَّ غير معاقات، لم يكنَّ لتخترن أن يكنَّ مع إنسان «على هذا النحو»، بسبب الضغوط الاجتماعية والعائلية. وفي ورش أخرى نظمناها في مومباي، أعربت مشاركات من ذوات الإعاقة البصرية عن اعتقادهن بأن فاقدي البصر من الرجال فقط قد يقبلوا بهن. وقد لاحظنا انتشار الأفكار نفسها في ورش أخرى، أينما كان موقعها. فقد جرت تنشئة الفتيات والنساء المعاقات اجتماعيًا على فكرة أن المعاقين بصريًا أقل مرغوبية من غير المعاقين. وهو ما يشي، كذلك بالتوقعات الخاضعة للنوع، والتي تعتقد المرأة بموجبها أن شاغلها الأساسي ينبغي ألا يكون من هو الشخص الذي ترغب فيه، بل ما إذا كان أي شخص سيقبل بها.

وقد قالت العديد من الفتيات إنهن يرغبن في شريك ضعيف البصر، أي أقل إعاقة منهن، لأنه سيساعدهن على عبور الطريق، ويتيح لهن ارتياد مواقع الترفيه، كالمتنزهات وقاعات السينما في استقلالية، ويقوم بوصف ما يجري من أحداث الفيلم لهن. وقد نبعت هذه الفكرة من اعتقاد واسع الانتشار بأن المعاقات لا يمكن لهن إلا أن يكن متلقيات للرعاية؛ لأنهن في احتياج دائم لها، وهو توجه استدخلته الفتيات بعمق. وعندما سألناهن بعد ذلك حول المُسَلَّمة القائلة بأن الكفيف لن يستطيع الخروج مع إحداهن للاستمتاع بسهرة في المسرح أو في حديقة، كانت الإجابة العامة هي الشك في استقلالية الشريكين الكفيفين. تعكس هذه الملاحظات، خلال العديد من ورش العمل، كيف يصعب على المعاقين بصريًا العيش باستقلال، وكيف يستدخلون الشكوك في

حقوق الطبع محفوظة لمجلة قضايا الصحة الإنجابية النسخة العربية ٢٠١٧
N. Goyal Reproductive Health Matters 2017;25(50):138 -146

قدراتهم الشخصية على الاستقلال، ثم يؤبدون تلك الشكوك في شكل مواقف سلبية تجاه مكفوفي البصر الآخرين.

كان هناك استثناء وحيد في إحدى الورش التي نظمناها في جوجارات في دار للكفيفات، حيث تمسكت الفتيات بشدة بأنهن لن يقبلن سوى بشريك كفيف، لأنه الرفيق الوحيد الوفي والجدير بالثقة. وقد كُنَّ على اقتناع راسخ بأن أي رجل آخر لن يفهم المشكلات التي تواجهها امرأة معاقة بصريًا، وأن الرجل غير المعاق أكثر ميلاً لهجر زوجته الكفيفة أو خيانتها. وعندما حاولنا التوصل لسبب اقتناعهن بتلك الأفكار، اكتشفنا أن رئيسي المؤسسة زوج وزوجة من ذوي الإعاقة البصرية. فقد علما الفتيات الاعتقاد بأن الكفيف فقط هو الشريك المناسب. بعبارة أخرى، تأثرت اختيارات الفتيات، وبشدة، بالمؤسسة. وعلى الرغم من أن تلك حالة وحيدة في إثبات التأثير الذي تمارسه مؤسسة واحدة، فقد لاحظت أن معاملة المعاقات كأطفال تجعل اختياراتهن أكثر عرضة للتأثر من اختيارات غير المعاقات. فالمعاقات معتادات على سيطرة الأهل، وكثيرًا ما تلعب المؤسسات دور الأهل، بحكم الأمر الواقع.

السياق الثقافي والتمييز القائم على النوع

يتمثل العائق الرئيس أمام التحدث في الجنس والجنسانية في الهند، في فكرة أن الجنسانية تُفسد عقول الناس، وأنها مفهوم غربي يتناقض مع ثقافتنا، على الرغم من التاريخ الطويل الأثري للجنسانية في الكتابة، والنحت، والحكي. بل مجرد التعرف على الجنسانية، وعلى جسد المرء بكُليته، والحصول على معلومات أكثر حول العلاقات الجنسية قد يؤدي إلى شعور بالعار. فهو أمر يعتبر شديد الخصوصية الشخصية ينبغي إخفاؤه. هو أمرٌ تُعتبَر الدراية به عندنا، وممارسته، والفضول حوله ميدان الرجل وحده.[٨]

وعدما يجتمع هذا التابو إلى الإعاقة، والهوية التي تعتبر، على أية حال، أقل شأنًا (غير طبيعية)، يعززها في ذلك خرافات اللا جنسانية، يصبح الحديث عن الجنسانية أشد صعوبة.

وقد لوحظ في الورش التسع عشرة تحرج الفتيات من فتح الحديث عن الجنس أو التحدث عنه، أو حتى طرح الأسئلة حوله. كذلك كان هناك تمنُّع شديد من مشاركة واحدة على الأقل في كل ورشة تجاه لمس نماذج الجسد المستخدمة في الشرح، خاصة القضيب، أو لمس الواقي الذكري، أو المشاركة في الشرح العملي. وفي ورشة نظمت في أحمد آباد بدأت الفتيات ينشدن اسم إلههن قبل أن يستطعن اتخاذ القرار بلمس نموذج القضيب.[٩] وفي ورشة أخرى في أحمد آباد، أيضًا، حضرتها فتيات من المرحلة العمرية نفسها ومن الخلفية الديموجرافية ذاتها، رفضت ثلاث فتيات لأن ذلك — كما قلن — يتناقض مع تعاليم ديانتهن الإسلامية. وفي ناجبور غادرت فتاة الفصل رافضةً المشاركة في الشرح العملي للواقي الذكري، وفي حالات عديدة في مومباي وبون أظهر العديد من المشاركات عدم ارتياح حاد قبل أن يستسلمن لضغوط أو حماس الزميلات ويوافقن في النهاية. وعلى الرغم من أن عدد من كانت لديهن ردود فعل سلبية للغاية من المشاركات، كانت ضئيلة، فقد كان لهن حضور على أية حال. في ثلاث ورش أبدت المشاركات اعتراضًا، أو ترددًا، أو ضيقًا تجاه قبول فكرة تدريس الجنس أو الجنسانية الإيجابية، رغم استعدادهن للحديث عن الاغتصاب أو العنف الجنسي. وفي إحدى الورش رفضت نصف الفتيات المشاركة وأدرن ظهورهن للمدربة، وفي ورشتين أخريين أعربن صراحةً عن ضيقهن بموضوع الجنسانية والجنس. هذا القبول بالجوانب السلبية للسلوك الجنسي ورفض جوانبه الإيجابية كان شائعًا عبر المناطق (شهدناه في أوتار براديش، وماهاراشترا وكارناتاكا).

حقوق الطبع محفوظة لمجلة قضايا الصحة الإنجابية النسخة العربية ٢٠١٧
N. Goyal Reproductive Health Matters 2017;25(50):138 - 146

وفي المقابل، في خمس ورش شارك فيها كذلك رجال من ذوي الإعاقة البصرية، لم يرفض رجل واحد أن يلمس نماذج الأعضاء التناسلية للأنثى، المهبل، أو الرحم، أو الصدر. كذلك كان لديهم ترحيب بالشرح العملي للواقي الذكري. وكان الرجال يطرحون أسئلة أكثر من التي تطرحها النساء، في المتوسط، في الجلسات المخصصة للجسد، والجنس، والعمليات الإنجابية، والأمراض المتناقلة جنسيًا، ووسائل منع الحمل.

في كل الورش كانت أسئلة النساء ذوات الإعاقة البصرية منصبة أكثر حول تفاصيل الحيض، والحمل، في حين لم تُطرَح سوى بضع أسئلة حول الجنس والمتعة. لم تطرح النساء في أي جلسة أسئلة حول العادة السرية للرجال والنساء، ومن ملاحظة المدربات، فمعظمهن لم يكن لديهن دراية بالفكرة نفسها.

في المقابل، كان الرجال من ذوي الإعاقة البصرية يطرحون أسئلة متساوية حول العملية والمتعة. كذلك كان لديهم فضول كبير حول جسد المرأة، وعملية الحيض. وتراوحت أسئلتهم بين «هل يمكن ممارسة الجنس أثناء الحيض أو الحمل؟» إلى «كيف تصل المرأة إلى النشوة؟»، «هل تمارس النساء أيضًا العادة السرية؟»، «لمَ تنزف المرأة عند ممارسة الجنس للمرة الأولى؟»، وإلى «ما المداعبة التمهيدية؟»

من خلال ملاحظاتي التي خرجت بها من هذه الورش، والاستنتاجات التي توصلت إليها من طول تعاملي مع المعاقات بصريًا في الهند، خلُصت إلى أن هناك نقصًا في المعلومات المتعلقة بالجنسانية والإعاقة بوجه عام لدى المعاقين، ولكن النساء ذوات الإعاقة تأثرن بالمعايير القائمة على النوع في السياق الثقافي للهند، والتي خلقت عوائق أمامهن عند البحث عن معرفة، أو معلومة حول الجنسانية.

الهند بلد شاسع المساحة ومتنوع، وبالتالي فهناك اختلاف بين تجارب الناس، كل حسب سياقه، وقد يكون الاختلاف هائلاً حسب المنطقة، واللغة، والدين، وعوامل أخرى، وقد كان واضحًا في العديد من الورش أن الفتيات والنساء ذوات الإعاقة قبلن بالأدوار التي فرضها النوع، والعقلية الأبوية. كان ذلك واضحًا في الأفكار والفلسفات التي تبنينها حول الدور المناسب للمرأة، وكيفية تصور علاقات لعب الأدوار، بيد أن مدى حدة العقلية الأبوية كان متوقفًا على السياق الثقافي، والموقع الجغرافي. في الورش الثلاث التي نظمناها في جوجارات للنساء فقط، وحضرتها مشاركات من شتى أنحاء جوجارات، بما فيها أحمد آباد، معظمهن من مناطق ريفية، لم تظهر في لعب الأدوار حول العلاقات والثقة صورٌ نمطية مهمة حول النوع، الأمر نفسه تكرر أيضًا في ورشتين في كارناتاكا. وعلى الرغم من أننا رأينا في الورش التي نظمت في ثلاث مدن في ماهاراشترا بعض علامات على هيمنة الرجل في العلاقات، والانتهاك العاطفي في مسألة الثقة، فقد رأينا اختلافات هائلة في أوتار باراديش. ففي الورشة الوحيدة التي نظمناها هناك، وحضرتها فتيات من ١٢ قرية مختلفة، أبدين جميعًا، بلا استثناء، تمسكًا بالصور النمطية للنوع، في تبنٍ للدور النسائي وقبول للعقلية الذكورية. كان ذلك واضحًا في مناقشة طويلة أوضحت فيه الشابات أن مكانة الأسرة تتوقف على فتياتها ونسائها، وهو ما يشي بأنهن خضعن لرقابة أخلاقية قائمة على النوع طوال حيواتهن. فقد كان يقال لهن بشكل مباشر، ويتعلمن من بيئتهن أن «الفتاة الصالحة» (التي يجب أن يطمحن جميعًا لأن يكنَّها) تفعل أمورًا معينة، وهي: أن تطيع الكبار، وتقوم بالأعمال المنزلية، وأنها مسؤولة عن الحفاظ على شرف العائلة. أما «الفتاة الطالحة» فتفعل ما تريد، وتضع المساحيق على وجهها، وتهرب مع الرجل الذي تختاره.

حقوق الطبع محفوظة لمجلة قضايا الصحة الإنجابية النسخة العربية ٢٠١٧
N. Goyal Reproductive Health Matters 2017;25(50):138 -146

في منطقة أوتار براديش بوجه عام، هناك تشجيع للنساء والفتيات على التزام الصمت.[١٠] كما أن أصواتهن تُخرس.[١١] ولذلك فقد احتجنا إلى يوم كامل حتى تبدأ المشاركات في التحدث لنا؛ إذ نادرًا ما شاركن من قبل في نقاش يُدعين فيه إلى التعبير عن آرائهن. ولكن، عندما زال عنهن التحرج، أعربن عن أنهن لا يردن الزواج، ليس مخافة الرفض بسبب الإعاقة في الأساس، ولكن لأنهن عايشن العنف المنزلي الحاد. (قالت إحداهن: «الرجال سيئون لأنهم يهلكوننا من أجل الدوطة».) وقد أكدن أن الرجل قادر، بعد الزواج، ليس على انتزاع العلاقة الجنسية مع زوجته فقط، بل والسيطرة عليها وممارسة العنف تجاهها. تلك المعتقدات لم تشكلها تجاربهن مع الإعاقة، بل تجاربهن كإناث في سياق ثقافي محافظ.

على الإجمال، يتقاطع النوع مع الثقافة بشكل محوري في حيوات الفتيات والنساء ذوات الإعاقة البصرية، فيجعل تجاربهن في الانخراط مع الجنسانية مختلفة عن تجارب الرجال ذوي الإعاقة البصرية.

الخلاصة

يتعرض المعاقون إلى مؤثرات عديدة في حياتهم، ولا تقدم المؤسسات سوى الحد الأدنى من الدعم والتشجيع فيما يتعلق بحقوقهم الجنسية. وقد عرض هذا المقال لكفاح نساء ذوات إعاقة بصرية في ظل بُنى قوى متعددة، وهي تجارب نرى لها أصداءً في حيوات نساء ذوات أنواع مختلفة من الإعاقة. وبعضهن يعانين تمييزًا أكبر بسبب نظرة المجتمع لنوعية إعاقتهن. فعلى سبيل المثال، ينظر إلى ذات الإعاقة النفسية-الاجتماعية و/أو إعاقة النمو على أنها في الدرجة الدنيا من سلم القدرات، وبالتالي تلقى أكبر قدر من التمييز.

ظهرت بضع منظمات حقوق معاقين إلى الوجود، وشهدت السنوات الأخيرة، كذلك، إنشاء «شبكة المعاقات الهندية». هذا إلى جانب أن العديد من منظمات حقوق المعاقين أصبحت ـ على الأقل ـ مستعدة لأن تأخذ في الاعتبار مشكلات الفتيات والنساء المعاقات، في خطاباتها وبرامجها.

هذا إلى جانب أن بعض منظمات حقوق المرأة بدأت تُدرج المعاقات في أنشطتها وتضغط من أجل حقوقها. ومن أمثلة ذلك أن موقعنا .www sexualityanddisability.org الذي أصبح الآن منصة لتضخيم أصوات المعاقات وتجاربهن. وعلى الموقع أول شهادة لامرأة ذات إعاقة حركية في الهند تتحدث عن الانتهاك الجنسي في علاقة حميمية، وكذلك أول معاقة بصريًا في الهند تتحدث عن العنف المنزلي الذي واجهته. كذلك تضمنت حملات مثل «١٦ يومًا من النشاط»[١٢] تفكيرًا عابرًا للقطاعات حول الاحتفاء بكوننا نساء من كل الجماعات المهمشة.

هناك مؤثر إيجابي آخر في تحول النظرة إلى الإعاقة والجنسانية، ويتمثل في السينما. فقد بدأت الأفلام، مؤخرًا فقط، في تقديم أدوار بطولة لمعاقين أو معاقات على نحو أكثر دقة وأقل ترديدًا للصورة النمطية التي كانت شائعة، إلى حد بعيد، من قبل. ففي حين انطوت بعض الأفلام على فكرة أن الإعاقة تمثل عبء رعاية على الشريك[١٣] في أفلام مثل Margarita With a Straw، نجح الفيلم الوثائقي Accex[١٤] الحائز على جوائز، في النأي عن الصورة الموصومة للمرأة المعاقة. كذلك أظهرت أفلام أخرى، مثل Kabil، من خلال أبطاله المعاقين، العاطفة والحب المقترنين بالإعاقة، فبدأت بذلك في دحض الخرافات المتعلقة بقدرات واهتمامات المعاقين في العلاقات العاطفية والجنسية.[١٥]

وقد نجحت تلك الأفلام أيضًا في خلق

حقوق الطبع محفوظة لمجلة قضايا الصحة الإنجابية النسخة العربية ٢٠١٧
N. Goyal Reproductive Health Matters 2017;25(50):138 - 146

مساحات لبعض الأهل وأعضاء الأسر للتحدث حول مشاغلهم المتعلقة بالحقوق الجنسية لأبنائهم وبناتهم المعاقين البالغين. وقد كتب رجل له ابن يعاني إعاقة إدراكية مقالًا تناول فيه الجوانب الإيجابية والمشكلات التي تطرحها الأفلام التي تتناول الإعاقة. فذكر أن الأفلام التي تركز على نوع واحد من الاحتياجات قد تغفل العديد من المشكلات المرتبطة بها. وقال عن الاحتياجات الجنسية: «نعم هي موجودة، ولكن المشكلة الأكبر هي الاحتياج لمجرد وجود رفاق، من الأقران ومعهم، ومع آخرين. أن يكون هناك أحد بجوارك بجسده، مساءً بعد مساء، وليلة بعد ليلة، وأنت في الثلاثينيات، والأربعينيات... .»[١٦] ذلك أمر يلقي الإهمال عند النقاش حول الجنسانية والإعاقة، كما لو أن الاحتياجات الجنسانية منفصلة تمامًا عن الاحتياج إلى رفيق.

كذلك، فقد خَطت حركة الإعاقة خطوات كبيرة إلى الأمام في التفكير في التقاطع بين النوع والإعاقة، وذلك بمناصرة سَن قوانين حساسة تجاه النوع. وتَمثَّل النجاح في تمرير قانون حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في ٢٠١٦، والذي كان قانونًا فارقًا بما تضمنه من مواد عديدة خاصة بالفتيات والنساء ذوات الإعاقة، وأمانهن وكرامتهن.[١٧] ورغم ذلك فقد أثار هذا القانون بعض الأسئلة الأساسية التي يجب طرحها. فقد جاء فيه أن المرأة الحامل ذات الإعاقة الحادة يمكن إنهاء حملها دون موافقتها، وبموافقة الوصي عليها والطبيب فقط. تلك خطوة إلى الخلف فيما يتعلق بحقوقها الجنسية والإنجابية، خاصةً وأن الإعاقة الحادة لم يقم القانون بتعريفها تعريفًا دقيقًا.

ما زال المشهد الاجتماعي، وكذلك القوانين والإعلام المؤثر في الهند، شديد التعقيد. فلدينا، من جانب، تعرض أكبر لمشكلات الأشخاص ذوي الإعاقة، وأفلام تتحدى الخرافات المتعلقة بالجنسانية والإعاقة، ولكن لا يزال هناك نوع من تراتب الاحتياجات والتمييز ضد ذوي الإعاقة. ويبدو أن الوعي بأهمية تضمين واقع النوع في حركة حقوق المعاقين، وتضمين واقع حياة المعاقين في حركة حقوق المرأة ما زال محدودًا ويجري في ظل بُنى قوى متعددة. ولكني بوصفي ناشطة وامرأة ذات إعاقة، رأيت كيف تغيرت الأمور خلال ست سنوات، مذ كان عملي ينظر إليه على أنه بلا جدوى، ويُنظر إليّ أنا على أني امرأة «نشطة جنسيًا» تتحدث عن الحقوق الجنسية، إلى أن وصلنا إلى الحاضر الذي يشهد وجود المزيد من المنظمات والناشطات اللائي اتسع نشاطهن وعبرن عن اهتمامهن بالعمل حول الإعاقة، والنوع، والجنسانية.

شكر

أتوجه بشكرٍ خاص إلى بيشاكها داتا وجانيت براي على إرشاداتهن، وإلى شريا إيلا أناسويا على دعمها. وأشكر أيضًا مشروع الجنسانية والإعاقة والفريق العامل في منظمة وجهة نظر.

حقوق الطبع محفوظة لمجلة قضايا الصحة الإنجابية النسخة العربية ٢٠١٧
N. Goyal Reproductive Health Matters 2017;25(50):138 -146

المراجع

1. Ghosh R. Margarita With A Straw: Kalki's role is based on my cousin, says Shonali Bose [Internet]. 2015 [cited 2016 Nov 24]. Available from: http://www.hindustantimes.com/bollywood/margarita-with-a-straw-kalki-s-role-is-basedon-my-cousin-says-shonali-bose/storywNAi2pCOTJmTzx4×1QdW6L.html
2. TV actor Sonal Vengurlekar writes an open letter to Margarita With A Straws director Shonali Bose. India Today [Internet]. 2015 [cited 2016 Nov 24]. Available from: http://indiatoday.intoday.in/story/tv-actor-sonal-vengurlekarwrites-an-open-letter-to-margarita-with-a-straws-directorshonali-bose/1/432008.html
3. Sharma K. The other half - different and able. The Hindu [Internet]. 2011 [cited 2016 Nov 24]. Available from: http://www.thehindu.com/opinion/columns/Kalpana_Sharma/the-other-half-different-and-able/article1980786.ece
4. Sexuality and disability in the Indian context. TARSHI [Internet]. 2010 [cited 2017 Apr 19]. Available from: http://www.tarshi.net/downloads/Sexuality_and_Disability_in_the_Indian_Context.pdf
5. Murphy NA, Elias ER. Sexuality of children and adolescents with developmental disabilities. Pediatrics. 2006;118 (1):398–403.
6. Ghai A. How we deny differently-abled women their sexual rights. DailyO – opinion news & analysis on latest breaking news India. Living Media India Limited [Internet]. 2015 [cited 2017 Apr 17]. Available from: http://www.dailyo.in/lifestyle/disability-differently-abled-women-denied-sexualrights-gender-sexuality/story/1/2414.html
7. Nijhawan A. We are cool now…in Hamara India: bikinis, bike races and dancing bodies in the "age of globalization" [Internet]. 2007 [cited 2017 May 16]. Available from: http://search.proquest.com/openview/afb53525a2e22cfd1cbbfdc82a0193c1/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y
8. Abraham L. Redrawing the Lakshman Rekha: gender differences and cultural constructions in youth sexuality in urban India. In: Srivastava S, editor. Sexual sites, seminal attitudes: sexualities, masculinities and culture in South Asia. New Delhi: Sage Publications; 2004. p. 209–212.
9. The enthusiasts. Women with disabilities are sexual beings. Sexuality and disability [Internet]. 2016 [cited 2017 Apr 16]. Available from: http://workshop.sexualityanddisability.org/ 2016/03/the-enthusiasts/10. IANS. Crime against women highest in Uttar Pradesh: NCW. India Today [Internet]. 2016 [cited 2016 Nov 24]. Available from: http://indiatoday.intoday.in/story/crime-against-women-highest-in-uttar-pradesh-ncw/1/733934.html
11. Srivastava A. Gender equality in Uttar Pradesh: progress and challenges. Madhya Pradesh Journal of Social Sciences [Internet]. 2010 Dec [cited 2017 May 16]. Available from: https://www.questia.com/library/journal/1G1-318999545/gender-equality-in-uttar-pradesh-progress-and-challenges
12. UN Women. Available from: http://www.unwomen.org/en/what-we-do/ending-violence-against-women/take-action/16-days-of-activism
13. Goyal N. I was in love with will Traynor from 'Me Before You' – until he decided to go to Dignitas. Scroll.in [Internet]. 2017 [cited 2017 Jan 6]. Available from: https://thereel.scroll.in/810459/i-was-in-love-with-will-traynorfrom-me-before-you-until-he-decided-to-go-to-dignitas
14. Ghosh S. YouTube [Internet]. 2015 [cited 2017 May 16]. Available from: https://www.youtube.com/watch?v=nkh7gS9e7s8
15. Goyal N. Bollywood heroes always win, so why should 'Kaabil' be any different? Scroll.in [Internet]. 2017 [cited 2017 May 8]. Available from: https://thereel.scroll.in/828490/bollywood-heroes-always-win-so-why-shouldkaabil-be-any-different
16. Srinivas M. A father reacts to Margarita With A Straw. Latest News & Updates at Daily News & Analysis (DNA) [Internet]. 2015 [cited 2017 Jan 6]. Available from: http://www.dnaindia.com/lifestyle/report-a-father-reacts-tomargarita-with-a-straw-2076779
17. The Rights of Persons with Disabilities Bill, 2016 [Internet]. 2016 [cited 2017 Jan 6]. Available from: http://164.100.47. 4/BillsTexts/RSBillTexts/PassedRajyaSabha/PWD-RSPE%20141216.pdf

قضايا الصحة الإنجابية باللغة العربية

REPRODUCTIVE HEALTH matters

مقالة بحثية

دراسة نوعية لاستكشاف العوائق، وكذا العوامل التمكينية للشباب ذوي الإعاقة للحصول على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية في السنغال

بقلم: إيفا بروك،[أ] فاتو كيبي،[ب] إلسا فلينك،[ج] ميراندا فان ريوريك،[د] أليكس لو ماي.[هـ]

(أ) باحثة مستقلة، المملكة المتحدة. للمراسلة: eva.burke.consulting@gmail.com

(ب) باحث مستقل، السنغال

(ج) باحث ومستشار للرصد والتقييم، روتجرز، أوترخت، هولندا

(د) باحث كبير، روتجرز، أوترخت، هولندا

(هـ) باحث مستقل، المملكة المتحدة.

ترجمة: د. سهير جمال محفوظ

موجز المقال: ينخفض استخدام خدمات الصحة الإنجابية والجنسية بين الشباب في السنغال. وعلى الرغم من أن قاعدة الأدلة حول احتياجات الشباب من الصحة الجنسية والإنجابية في ازدياد، إلا أن البحوث المتعلقة بالحصول على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية بين الشباب ذوي الإعاقة لا تذكر. وقد بحثت دراستنا في مواطن ضعف الصحة الجنسية والإنجابية، والاحتياجات التي أعرب عنها الشباب من ذوي الإعاقة، وتجاربهم في الحصول على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، والتحديات التي يواجهونها. ففي داكار، وتييس، وكاولاك بالسنغال، أجرى باحثون من الذكور والإناث بأبحاث علي أقرانهم، سبع عشرة مناقشة جماعية مركزة، وخمسين مقابلة مع شباب معاقين من الذكور والإناث، ممن تتراوح أعمارهم بين ١٨- ٢٤ عامًا، ويعانون من إعاقة جسدية، أو بصرية، أو سمعية. وأفاد الشباب ذوو الإعاقة بأنهم يعانون من قلة المعرفة بخدمات الصحة الجنسية والإنجابية واستخداماتها، بما في ذلك وسائل منع الحمل والاستشارات المتعلقة بأمراض النساء؛ بل أظهروا الحاجة إليها، وأنهم يعتمدون على الآخرين لمرافقتهم لدى مقدمي الخدمات؛ مما عرقل حصولهم على الخدمات الأساسية. واكتشفت حالات اغتصاب متعددة، لا سيما بين النساء ذوات الإعاقة السمعية. وكانت العقبات الرئيسة التي تعترض خدمات الصحة الجنسية والإنجابية هي الأمور المالية، والمواقف التي يتخذها مقدمو الخدمات، وإمكانية الحصول على الخدمات (المتعلقة بإعاقتهم). وينبغي أن تستند سياسات الصحة الجنسية والإنجابية وتدخلاتها للشباب المعاقين على فهم التقاطع والصلة المتشابكة ما بين الشباب، والإعاقة، ونوع الجنس. ويلزم اتخاذ إجراءات عاجلة ومحددة الهدف لتحسين مواقف مقدمي الخدمات، وقدرتها على الاستجابة لاحتياجات الشباب المعاقين، والتصدي لأعباء العنف الجنسي.

DOI: 10.1080/09688080.2017.1329607

الكلمات الدالة: الشباب، الإعاقة، الصحة الجنسية والإنجابية، السنغال، العنف الجنسي، والباحثون الأقران.

لا تزال نسبة السكان ذوي الإعاقة في السنغال غير معروفة بدقة، حيث أفاد المسح الصحي العالمي الذي أجري في الفترة من عام ٢٠٠٢ حتى عام ٢٠٠٤، أن النسبة تبلغ ١٥,٥٪ [١] لكن بيانات التعداد الوطني لعام ٢٠١٣ تشير إلى أن ٥,٩ ٪ من سكان السنغال يعانون من إعاقة، مما يمثل ما يقرب من ٨٠٠,٠٠٠ شخص.[٢] ومن غير المرجح أن يحصل الأشخاص ذوي الإعاقة على فرص عمل أو تعليم، لذلك يعانون من مستويات مرتفعة من الفقر [٣،١] مما يضاعف صعوبة الحواجز المالية أمام الرعاية الصحية، وغيرها من الخدمات الأساسية. وعلى الرغم من الجهود المبذولة لتحسين الحقوق فيما يتعلق بالتعليم، والصحة، والعمالة، والخدمات العامة، لا يزال الأشخاص ذوو

2017 The Author(s). Published by Informa UK Limited, trading as Taylor & Francis Group
This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

الإعاقة في السنغال يواجهون سلبيات كثيرة لا تقارن بما يواجهه باقي السكان؛ فلا يستطيع ثلاثة من كل أربعة أشخاص ذوي الإعاقة القراءة والكتابة، ولا تتوافر احتياجاتهم من تجهيزات في مباني المرافق العامة، كما أن ٢١٪ فقط منهم، ممن في سن العمل، يحظون بفرصة عمل.[٤] ويتزايد استخدام التقاطع بين أبحاث الصحة العامة في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. ويساعد هذا النهج على استكشاف التقارب بين مختلف الفئات الاجتماعية، وأنواع الاستبعاد، والتهميش داخل أوساط السكان أو الأفراد.[٥] وفي الأساس، صاغ كيمبرلي كرينشو هذا المفهوم في الولايات المتحدة ردًا على استبعاد النساء السود من الحركات النسوية. كما أن إطار التقاطع هو نقطة انطلاق مفيدة لتحليل الهوية المتداخلة، والتوقعات الاجتماعية الخارجية، ونقاط الضعف، ووسائل الوصول إلى الخدمات الصحية، كتلك المعطاة حسب السن، ونوع الجنس والإعاقة.

يجب وضع ذلك التقاطع في السياق المناسب. فإن التداخل الحادث بين سمات الفئات الاجتماعية المتعددة (وتقاطعها) على المستوى الجزئي يجب أن يُفهم في ضوء العوامل الهيكلية الكلية.[٦] وقد نُشرت دراستان فقط، أُجريتا في زامبيا وجنوب أفريقيا، تستخدمان التداخل كوسيلة لفهم كيفية تقاطع الإعاقة مع الفئات الاجتماعية الأخرى باعتبارها محركًا للصحة الجنسية في أفريقيا جنوب الصحراء.[٧،٨] ولم يطبق هذا النهج حتى الآن على بحوث الصحة الجنسية، ولا في البحوث المتعلقة بالإعاقة أو الشباب، في بيئة غرب أفريقيا المحافظة، مثل السنغال.

وتشكل إمكانية الوصول إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية تحديًا للشباب في السنغال. وكشفت الدراسات التي أُجريت حول إمكانية حصول الشباب على معلومات عن الصحة الجنسية والإنجابية وخدماتها في السنغال، وإن كانت محدودة، أن المعرفة بشأن قضايا الصحة الجنسية والإنجابية لا تزال منخفضة للغاية.[٩] كما تفيد التقارير أن مواقف مقدمي الخدمات لها تأثير حتمي على الطلب على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، وإمكانية الوصول إليها.[١٠،١١] وتُستقى هذه النتيجة من ورقة بحثية نُشرت عام ٢٠٠٢.[١٢] كما تسلط الوثائق القديمة الضوء على عدم التقين من إمكانية السماح قانونيًا للشباب بالوصول إلى الخدمات الرئيسة في الصحة الجنسية والإنجابية.[١٣] إن السنغال مجتمع شديد التدين، حيث تبلغ نسبة المسلمين أكثر من ٩٦٪ من السكان، وتبلغ نسبة المسيحيين ٤٪،[١٤] تدفعهم جميعًا قواعد محافظة توصِم الجنس قبل الزواج. ويعتبر الشباب هذه المعايير سببًا في عدم إمكانية وصولهم إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية.[١٣] كما تشير الأدبيات غير الرسمية إلى العقبات المالية ودورها في تقييد إمكانية وصول الشباب إلى هذه الخدمات.[١٥،١٦]

يواجه الشباب من ذوي الإعاقة عقبات أخرى في سبيل الحصول على تلك الخدمات، من بينها الوصم والتمييز المرتبطان بإعاقتهم،[١٧] والاعتقاد الخاطئ بأنهم غير نشيطين جنسيًا.[١] وكثيرًا ما يتم استبعاد الأشخاص ذوي الإعاقة من خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، ويرجع السبب في ذلك غالبًا إلى نقص التدريب الكافي للعاملين في مجال الصحة، وعدم توجيه الاهتمام اللازم لدى إعداد معلومات الصحة الجنسية والإنجابية بحيث تتضمن المحتوى المناسب، أو الشكل اللازم (مثل لغة برايل، أو لغة الإشارة).[٣] وبالتالي، يتردد الشباب ذوو الإعاقة في طلب الرعاية الصحية، على الرغم من أن لديهم حاجة غير مُلبَّاة إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية. وعلاوة على ذلك، فإن خطر العنف الجنسي، والعنف القائم على نوع الجنس أكبر بالنسبة للأشخاص

ذوي الإعاقة.[١٨،١٩] وأشارت دراسة من زيغينشور بالسنغال إلى أن ٩,٣ ٪ من النساء و٣,٤٪ من الرجال ذوي الإعاقة في زيغينشور قد أُجبروا على ممارسة الجنس في أول مواجهة جنسية لهم.[٢٠] لكن هذا يقدم صورة أقل كثيرًا من فداحة المشكلة، في حين تشير التقديرات العالمية إلى أن ٢٠٪ من النساء ذوات الإعاقة يُكْرَهن أو يُجبَرن على ممارسة الجنس.[٢١]

وكانت الحكومة السنغالية قد صادقت على اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في عام ٢٠١٠،[٤] والتي تضمنت أن «يحصل الأشخاص ذوو الإعاقة على الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية (المادة ٢٥)».[١] وأطلقت مبادرة جديدة في عام ٢٠١٥ لتمكين الأشخاص ذوي الإعاقة من الحصول على خدمات صحية مدعمة من خلال استخدام بطاقة تكافؤ الفرص ((carte d'égalité des chances، مع التزام الحكومة بتوزيع ٥٠,٠٠٠ بطاقة بحلول عام ٢٠١٧.

وتهدف دراستنا إلى فهم الحواجز والعناصر التمكينية التي يتمتع بها الشباب ذوو الإعاقة عند الحصول على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية. وكانت الأهداف المحددة هي استكشاف ما يلي: (١) الاحتياجات التي يعرب عنها الشباب ذوي الإعاقة، ونقاط ضعف الصحة الجنسية والإنجابية لديهم، (٢) وخبراتهم في الحصول على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، بما في ذلك التحديات التي تواجههم أثناء الحصول على هذه الخدمات.

وقد أجرينا هذه الدراسة في حزيران/ يونيو وتموز/ يوليه ٢٠١٥، وذلك في إطار برنامج متعدد البلدان، مدته ثلاث سنوات، يسمى اسأل (الوصول، الخدمات، المعرفة)[٢٢] بتمويل من وزارة الخارجية الهولندية.

منهجية الدراسة

اعتمدنا نهجًا نوعيًا يقوم على التواصل بين الأقران لاستكشاف الطبيعة الحساسة للموضوع البحثي، مع إجراء مناقشات جماعية مركزة (FGDs) تهدف في الأساس إلى جمع معلومات حول الموضوعات الشاملة والخبرات العامة لدى الشباب ذوي الإعاقة فيما يتعلق بالنشاط الجنسي، والصحة الجنسية والإنجابية، والحصول على الخدمات والمنتجات. ودعينا مُخبرين من كل مجموعة من مجموعات المناقشات المركزة السبعة عشر، وذلك للمشاركة في مقابلة متعمقة لاستكشاف احتياجاتهم الشخصية، وتجاربهم مع التفاعل مع معلومات الصحة الجنسية والإنجابية وخدماتها. وفي بعض مواقع البحث، إذا لم يكن هناك ما لا يقل عن ستة مخبرين ذوي إعاقة و/ أو من جنس واحد للمناقشة الجماعية المركزة، دعينا الناس لإجراء مقابلة بدلاً من ذلك. وكان هذا هو الحال بالنسبة للست عشرة مقابلة. واتخذت تدابير لضمان تنظيم المناقشات الجماعية المركزة، وأُجريت المقابلات في أماكن يسهل الوصول إليها، مع إجرائها باستخدام لغة الإشارة عند الضرورة، والجمع بين الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية مع الباحثين الأقران غير المعاقين بصريا، وذلك لتسيير المناقشات مع سهولة تدوين الملاحظات خلالها. وجمعت البيانات كلها في حزيران/يونيو وتموز/ يوليه عام ٢٠١٥.

السياق وفئة البحث التي تناولتها الدراسة

كانت مجموعات السكان التي تناولتها الدراسة من الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين ١٨-٢٤ عامًا، الذين يعانون من إعاقة جسدية أو حسية (بصرية أو سمعية). وتَنُصُّ المبادئ التوجيهية الوطنية للبحوث على أن الأشخاص الذين تقل أعمارهم عن ثمانية عشر عامًا يحتاجون إلى موافقة الوالدين للمشاركة في الدراسة.[٢٣] كما أنه نظرًا للطبيعة الحساسة لموضوع الدراسة، لم

تشمل الشباب الذين تقل أعمارهم عن ثمانية عشر عامًا. ووفقا لاتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، فإن الشخص ذا الإعاقة يُعرف في هذا التقرير بأنه من يعاني من «إعاقات جسدية، أو عقلية، أو ذهنية، أو حسية على مدى طويل، والتي قد تعيق مشاركته الكاملة والفعالة في المجتمع وتفاعله مع مختلف الحواجز على قدم المساواة مع الآخرين». [٢٤] ودعي الأشخاص الذين يعانون من الإعاقات التالية للمشاركة في الدراسة: (١) الجسدية: وتعني الوظائف المادية المحدودة للأطراف، وترقق العظام، وضعف القدرة الحركية الكلية، (٢) السمعية: فقدان السمع الكلي أو الجزئي، (٣) البصرية: فقدان البصر الكلي أو الجزئي. وبسبب التحديات ذات الطبيعة الخاصة جدًا، والخبرة المطلوبة لتطوير الأدوات، وأخذ العينات، والحصول على الموافقة الأخلاقية، وتوسيع نطاق منهجية الأقران، لم نقم بإدراج الأشخاص ذوي الإعاقات الذهنية في البحث.

وقد استخدمنا أخذ العينات حسب الغرض لتحديد المخبرين للمناقشات الجماعية المركزة، وذلك من خلال العمل ضمن إطار أخذ العينات الذي أنشئ بالتعاون مع الجمعيات العاملة مع الأشخاص ذوي الإعاقة في مناطق مختلفة من السنغال، بما في ذلك الجمعية الوطنية لذوي الإعاقات الحركية، ورابطة المرأة المُعاقة، ورابطة المكفوفين، ورابطة الصُّم. وبعد شرح أهداف البحث، وإجراءات الخصوصية، والتكتم على الهوية، إلى جانب الحق في الانسحاب من الدراسة، وافق جميع الشباب الذين دعوا للدراسة على المشاركة.

بلغت العينة الإجمالية مائة وأربعة وأربعين شابًا من ذوي الإعاقة، شارك منهم مائة وثمانية وعشرون شخصًا في المناقشات الجماعية المركزة، وشارك خمسون شخصًا في المقابلات (شارك منهم أربعة وثلاثون شخصًا في المناقشات الجماعية المركزة أيضًا). ولإجراء مناقشة جماعية مركزة، كان الأمر يتطلب وجود ستة مخبرين على الأقل وثمانية على الأكثر. ومن بين سبع عشرة مجموعة من مجموعات المناقشات الجماعية المركزة، أُجريت ثمان منها مع مخبرين ذكور، وسبع مجموعات مع إناث، ومجموعتين مختلطتين. ومن أصل سبع عشرة مجموعة مناقشات جماعية مركزة، كانت خمس مجموعات مع الشباب ذوي الإعاقة البصرية، وخمس مجموعات مع أشخاص يعانون من إعاقة جسدية، وسبع مجموعات مع أشخاص يعانون من إعاقة سمعية. ومن بين خمسين مقابلة متعمقة أُجريت، كان ٤٦٪ (٢٣) من المقابلات مع المخبرين الذكور (ثمانية مع ممن يعانون من إعاقة سمعية، وأحد عشر مع أشخاص يعانون من إعاقة بصرية، وأربعة مع أشخاص يعانون من إعاقة جسدية)، و٥٤٪ (٢٧) من المقابلات مع إناث (ستة مع من يعانون من إعاقة سمعية، وعشرة مع يعانون من إعاقة بصرية، وإحدى عشرة مع من يعانون من إعاقة جسدية). ومن إجمالي خمسين مقابلة متعمقة أُجريت، كان ٤٢٪ (٢١) يعانون من إعاقة بصرية، و٢٨٪ (١٦) ذوي إعاقة سمعية، و٣٠٪ (١٣) ذوي إعاقة جسدية. ويمكن الاطلاع على عدد المناقشات الجماعية المركزة، والمقابلات المتعمقة حسب المنطقة، والإعاقة، ونوع الجنس في جدول ١.

أُجري البحث في المواقع البحثية لبرنامج اسأل: داكار، وثييس، وكاولاك. ووقع اختيارنا على داكار، لأن لديها أكبر تجمع للخدمات الصحية، وأكبر تمثيل لرابطات الأشخاص ذوي الإعاقة، و ثييس و كاولاك؛ لأن هذه المناطق تتمتع بكثافة سكانية مرتفعة في المناطق الحضارية، كما أن لديها مناطق ريفية شاسعة لا تتوافر بها إلا فرص محدودة للحصول على مرافق الرعاية الصحية.

جامعو البيانات: تعيين باحثي الأقران وتدريبهم

وقد أصبح نهج الأقران منتشرًا بصورة أكبر

خلال السنوات الأخيرة، ولاسيما في دراسة الصحة الجنسية والإنجابية.[٢٥-٢٧] وقد استخدمنا النهج القائم على التواصل بين الأقران؛ حيث يعين الشباب ذوو الإعاقة ويدربوا على جمع البيانات النوعية وتحليلها. وكنا نتوقع منهم أن يوفروا بيئة أكثر راحة وملاءمة للمخبرين، نظرًا لتجاربهم المشتركة مع موضوعات البحث. وقمنا بتعيين أربعة عشر باحثًا من الأقران: ثمانية شبان، وست شابات، يعاني ثلاثة منهم من إعاقة بصرية، ويعاني تسعة منهم من إعاقة جسدية، ومترجمين للغة الإشارة. وانسحب شخص واحد قبل البدء في مرحلة جمع البيانات، وكان معظم باحثي الأقران طلاب جامعيين لديهم القدرة على التحدث باللغة الفرنسية والولوفية، كما أنهم على دراية باستخدام الحاسوب. وقد قُدم مقال صحفي عن تجربة العمل مع باحثين أقران.

فيما يتعلق بمهارات البحث النوعي، قمنا بتنظيم ورشة عمل مدتها أربعة أيام حول مجموعة أدوات «إكسلور»، وهي مجموعة أدوات طورتها «روجرز» والمؤسسة الدولية لتنظيم الأسرة، تهدف إلى تدريب الشباب، ليكونوا باحثين في برامج الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية،[٢٨] وذلك لتعزيز تقنيات البحوث التشاركية لدى الشباب، وتعريفهم بموضوع البحث والمفاهيم الرئيسة. وبعد مرحلة جمع البيانات، نظمنا ورشة عمل حول تحليل البيانات النوعية وانعكاساتها، وذلك لمدة يوم ونصف اليوم.

وكان دور الباحثين الرئيسيين (المؤلفين إيفا بروك وأليكس لو ماي) هو قيادة جميع الأجزاء الفنية والإدارية للدراسة، وتدريب الباحثين الأقران، وتنسيق الأنشطة من مرحلة الإدراك إلى مرحلة النشر. وعين مشرف الأبحاث السنغالي (فاتو كيبي) لمتابعة الجوانب الرئيسة للدراسة، بما في ذلك تعيين الباحثين الأقران، والإشراف على جمع البيانات وتحليلها.

تحليل البيانات

كتب الباحثون الأقران البيانات النوعية بالفرنسية، وحلل فريق البحث النصوص، باستخدام التحليل المواضيعي اليدوي، وقد تم تحديد رموز للمفاهيم الرئيسة التي تمثل موضوعات متكررة، أو حالات شاذة ملحوظة. ثم نظمت هذه البيانات وفقًا لإطار تحليل البيانات النوعية الذي سبق تعريفه، من أجل استخلاص المواضيع الرئيسة، وكذلك تحديد المواضيع الناشئة. وخلال ورشة عمل التحليل التي استمرت يومًا ونصف اليوم في تموز/يوليه ٢٠١٥، تم تعريف الباحثين الأقران بالمبادئ الأساسية للترميز والتحليل، وبدأوا بتحليل بياناتهم. وبينما كنا نسعى إلى أن يشارك الباحثون الأقران بشكل هادف في مرحلة التحليل خلال البحث، فإن ضيق الوقت، وتعقيد تحليل البيانات للباحثين الأقران ممن لا يملكون خبرة، أثر سلبًا على نوعية التحليل. واستمرت الباحثة الرئيسية في تحليل البيانات وإنهائها بنفسها، لضمان الجودة، والتسليم في الوقت، والموارد المتاحة للمشروع البحثي. ويقارن التحليل ويباين الموضوعات بين مجموعات تختلف من حيث الإعاقة ونوع الجنس، وذلك لتحديد الأوجه المشتركة، أو الاختلافات في البيانات. وقد كتبت النصوص باللغة الفرنسية، وترجمت الاقتباسات مباشرة من قبل الباحث الرئيسي خلال تحليل البيانات.

الاعتبارات الأخلاقية

وقد تم الحصول على الموافقة الأخلاقية من قبل اللجنة الأخلاقية المحلية بالسنغال (Comité National d'Éthique Recherche en Santé) (CNERS) pour la. وتدرب الباحثين الأقران على كيفية تجنب التسبب في أي ضرر لمجري البحوث، فضلاً عن حماية أنفسهم أثناء تأدية دورهم كباحثين. كما زود الباحثون الأقران بقائمة من نقاط الإحالة للصحة الجنسية والإنجابية، بحيث يمكن للمخبرين

البحث عن مزيد من المعلومات أو الخدمات، استجابة لاحتياجات المخبرين التي قد تظهر أثناء جمع البيانات، ولكن لم يكن الباحثون الأقران مؤهلين للمشورة. ووقّعَ مخبرو البحث على استمارة الموافقة المستنيرة قبل المشاركة في المناقشات الجماعية المركزة، والمقابلات.

النتائج

وتصنف الموضوعات الرئيسة التي ظهرت خلال المناقشات الجماعية المركزة، والمقابلات ضمن الفئات المبينة أدناه. وقد لا تكون بعض المعايير والتحديات التي أبلغ عنها المخبرون ذات علاقة مباشرة بإعاقة المستجيبين، بيد أنها قد تواجه

الجدول ١. مناقشات جماعية مركزة ومقابلات حسب المنطقة، والإعاقة، ونوع الجنس

		المنطقة			الإجمالي
		داكار :	ثييس	كاولاك	
مناقشات جماعية مركزة (عددها: ١٢٨)	أجري عدد	١١	٥	١	١٧
	الإعاقة	٢ بصرية (١ ذكر، ١ مختلط).	٣ بصرية (١ ذكر، ٢ ذكر) .	١ جسدية (١ أنثى) .	
		٥ سمعية (٢ ذكر، ٢ أنثى، ١ مختلط) .	٢ سمعية (٢ ذكران) .		
		٤ جسدية (٣ إناث، ١ ذكر) .			
	النوع الإجتماعي[أ]	٥ إناث.	١ أنثى.	١ أنثى.	
		٤ ذكور.	٤ ذكور.		
		٢ مختلط.			
المقابلات (عددها: ٥٠)	أجري عدد	٣٠	١٥	٥	٥٠
	الإعاقة	١٢ بصرية.	٦ بصرية.	٣ بصرية.	
		١٠ سمعية.	٤ سمعية.	٢ جسدية.	
		٨ جسدية	٥ جسدية		
	النوع الإجتماعي	٢٠ إناث.	٥ إناث.	٢ أنثى.	
		١٠ ذكور.	١٠ ذكور.	٣ ذكور.	

(أ) شارك إجمالي ٦١ من الإناث، و ٦٧ من الذكور في المناقشات الجماعية المركزة.

الشباب بصورة عامة. وخلال المناقشة، نحلل كيف تؤثر هذه المعايير والتحديات المبلغ عنها على الشباب ذوي الإعاقة بالتحديد.

احتياجات الصحة الجنسية والإنجابية ونقاط الضعف لدى الشباب ذوي الإعاقة

العلاقات والنشاط الجنسي

أفاد ستة وستون بالمائة (٥٠/٣٣) من المخبرين خلال المقابلات (من بينهم ست نساء، ورجلان جميعهم متزوجون) بأنهم في علاقة. وأفادت أغلبية المخبرين بأنهم اشتركوا في شكل ما من أشكال النشاط الجنسي، بما في ذلك الاتصال الجنسي، والمداعبات، والملاطفة. وأفاد أربعة وستون بالمائة (٥٠/٢٣) من المخبرين الذين أُجريت معهم مقابلات، بأنهم كانوا يمارسون الجنس (ويستثنى من ذلك، أولئك الذين كانت تجربتهم الجنسية الوحيدة هي الاغتصاب)؛ إلا أن عدد الرجال الذين يبدؤون النشاط الجنسي أكبر من عدد النساء (سبعة عشر رجلاً مقابل ست نساء). ومن بين النساء الست اللاتي أبلغن عن ممارسة الجنس (اثنتين مصابتين بإعاقة بصرية، واثنتين مصابتين بإعاقة سمعية، واثنتين مصابتين بإعاقة جسدية)، ومن بينهن خمس نساء متزوجات. ومن بين السبعة عشر رجلاً الذين أبلغوا عن ممارسة الجنس (عشرة ذوي إعاقة بصرية، وخمسة ذوي إعاقة بصرية، ويعاني اثنان منهم من إعاقة جسدية)، ولم يتزوج منهم سوى اثنين. ويعتبر الزواج عاملاً مهمًا مرتبطًا ببدء النشاط الجنسي، ولا سيما بين النساء:

«إن أول رجل يقيم معي علاقة يجب أن يكون زوجي، ولن يكون شخصًا آخر.» (أنثى، ٢١ عامًا، إعاقة جسدية).

وقد عارض بعض المخبرين تصورات الأشخاص، والتي مفادها أن ليس لديهم نشاط جنسي، أو أنهم غير قادرين على إنجاب أطفال بسبب إعاقتهم: "أنا أعاني من إعاقة، ولكن ذلك ليس عائقًا أمام إقامة علاقات جنسية، وإنجاب أطفال». (أنثى، ٢٥ عامًا، إعاقة سمعية).

«يعتقد الناس أننا جميعًا نحسن التصرف، ولكن لدينا رغبات جنسية تمامًا مثل أي شخص آخر». (ذكر، ٢٣ عامًا، إعاقة بصرية).

قواعد تتعلق بالنشاط الجنسي واستخدام وسائل منع الحمل

أفاد عدد كبير من الرجال والنساء أن تعاليم دينهم تتعارض مع استخدام وسائل منع الحمل، كما تتعارض مع الجنس قبل الزواج، ولكن غالبًا ما أظهرت الشابات مواقف متحفظة وبها استهجان أكثر من الرجال، تتعلق بالجنس، واستخدام وسائل منع الحمل، خارج إطار الزواج، ويبدو أن هذه القواعد أكثر صرامة بالنسبة للمرأة منها بالنسبة للرجال:

«في رأيي، أي فتاة لم تتزوج لا يحق لها إقامة علاقات جنسية، إذ لا ينبغي لذلك أن يقع إلا بعد الزواج «. (أنثى، ١٩ عامًا، إعاقة بصرية).

«يجب ألا يكون لأي شخص صالح علاقات جنسية قبل الزواج». (أنثى، ٢٢ عامًا، إعاقة جسدية).

وظهرت مفاهيم أخرى عن كيفية النظر إلى النساء ذوات الإعاقة، بصفة خاصة، في المجتمع إذا كن يمارسن الجنس خارج إطار الزواج:

«من النادر بالنسبة للشابات ذوات الإعاقة، أن يقمن علاقات جنسية قبل الزواج ... لتجنب الحكم السلبي عليهن من قبل المجتمع الذي نعيش فيه». (أنثى، ٢٤ عامًا، إعاقة بصرية).

وكان المخبرون من الذكور أكثر راحة في الحديث عن تجاربهم الجنسية، بما في ذلك الجنس خارج

إطار الزواج. وأعرب البعض عن مواقف سلبية تجاه النساء اللواتي يمارسن الجنس. واستخدام وسائل منع الحمل خارج إطار الزواج. ولكن الرجال عمومًا لم يشيروا إلى ذلك كثيرا كما فعلت النساء. وركز رجال آخرون أكثر على القواعد الاجتماعية المتعلقة بكيفية عدم استخدام النساء المتزوجات لوسائل منع الحمل:

«أنا لا أوافق على استخدام النساء المتزوجات لوسائل تنظيم الأسرة». (ذكر. مناقشة جماعية مركزة).

«عندما تكون مع زوجتك. لا تحتاج إلى استخدام وسائل تنظيم الأسرة». (ذكر. مناقشة جماعية مركزة).

العنف الجنسي

وأبلغت خمس نساء عن تجاربهن المتعلقة بالاغتصاب والعنف الجنسي (١٨ في المائة من جميع النساء اللواتي أجرين مقابلات). وأغلب هذه النسبة من بين النساء ذوات الإعاقة السمعية. حيث أفادت أربع نساء (من مجموع ست نساء) تعرضن للاغتصاب مرة واحدة أو أكثر. بينما أبلغت امرأة واحدة ذات إعاقة جسدية عن تعرضها لذلك. وقد وقعت جميع حالات الاغتصاب أثناء فترة المراهقة. أو قبل سن المراهقة. وكثيرًا ما يكون الجناة من أفراد الأسرة. أو الأصدقاء. وفي حالة واحدة كان الجاني عاملًا في منشأة مهنية. وقد أبلغت امرأة واحدة فقط. تعاني من إعاقة جسدية. عن طلب المساعدة الطبية في أعقاب الاغتصاب. وتحدثت النساء عن خوفهن من الكشف عن هذه الحوادث. والأثر الذي انطبع عليهن منذ ذلك الحين:

«لم يسبق لي الوقوع في الحب. تعرضت للاغتصاب في عام ٢٠٠٨ من قبل صديق عمي. ومنذ ذلك الحين. وأنا أشعر بعدم الثقة ... لم يكن لدي أبدا علاقات جنسية بصرف النظر عن الاغتصاب ... أنا خائفة من أن أتعرض للاغتصاب مرة أخرى. وهذا هو السبب في أنني ليس لي حبيب.» (أنثى. ٢٢ عامًا. إعاقة جسدية).

معرفة وسائل منع الحمل واستخدامها

وعندما سُئل الشباب ذوو الإعاقة عن وسائل منع الحمل التي يعرفونها. ذكر معظمهم ثلاثة أساليب حديثة على الأقل. كان الواقي الذكري على رأسها في جميع الفئات. وقد حددت بعض المعلومات القليلة للغاية عن مجموعة من الأساليب. وذلك خلال المناقشات الجماعية المركزة مع الشباب ذوي إعاقة سمعية. إلا أن الواقي الذكري كان يذكر بشكل روتيني. وفي بعض الأحيان كان تذكر حبوب منع الحمل. واعترف بعض المخبرين بالفوائد الصحية لوسائل منع الحمل. بينما كانت المفاهيم الخاطئة شائعة. مثل اعتبار العقم نتيجة متوقعة لاستخدام وسائل منع الحمل.

وعلى الرغم من أن بعض المخبرين أفادوا استخدامهم الدائم للواقي الذكري أثناء ممارسة الجنس. فإن البعض الآخر. ممن قد مارسوا الجنس. أشاروا إلى عدم استخدامهم مطلقًا للواقي الذكري:

«أنا رجل؛ لذلك لا أخشى الذهاب لشراء الواقي الذكري. بغض النظر عن المكان ...لكنني دائمًا أحمي نفسي قبل ممارسة الجنس.» (ذكر. ١٩ عامًا. إعاقة سمعية).

«لم أشتر أبدًا منتجًا يتعلق بالجنس. لكن عرض على الواقي الذكري مرة واحدة». (ذكر. ٢٠ عامًا. إعاقة بصرية. له علاقات جنسية متعددة).

ومن بين ثلاث وعشرين مقابلة مع المخبرين الذين مارسوا الجنس. ونسبتهم ٦٥٪ (٢٣/١٥). منهم اثنتان فقط من الإناث. وكلتاهما متزوجتان. أشاروا إلى استخدام وسيلة منع الحمل. و٣٥٪ (٢٣/٨) لم

حقوق الطبع محفوظة لمجلة قضايا الصحة الإنجابية النسخة العربية ٢٠١٧
E. Burke et al. Reproductive Health Matters 2017;25 (50) 43 -54

يستخدموا أبدًا وسائل منع الحمل. وأبلغ أحد الرجال المتزوجين عن استخدام وسائل منع الحمل، ولكن لم يتم الحصول على معلومات تتعلق بما إذا كان الاستخدام في إطار الزواج أم خارجه.

مصادر المشورة والمعلومات في مجال الصحة الجنسية والإنجابية

ويُعد الأصدقاء هم الأكثر ثقة من بين مصادر المشورة والمعلومات فيما يخص العلاقات. كما أفاد كل من المخبرين من الذكور والإناث في جميع المجموعات ذوات الإعاقة، وتقل الثقة إلى حد ما في أفراد الأسرة. ذكرت الإناث أنهن كن يلجأن لفرد من أفراد الأسرة (وخاصة الأخوات) بشكل أكبر. أما بالنسبة للذكور، فقد كان من النادر أن يذكر أفراد الأسرة. وصرح جميع المخبرين تقريبًا بعدم ثقتهم في والديهم. وبالنسبة للمخبرين من الذكور، كان موضوع الجنس والعلاقات يعتبر من المحرمات، تمامًا مثل المخبرين من الإناث، ولكنهن بالإضافة إلى ذلك يخشون ردود أفعال والديهم.

«في عائلتي، نحن لا نتحدث أبدًا عن الأسئلة المتعلقة بالنشاط الجنسي.» (أنثى، ٢٠ عامًا، إعاقة سمعية) .

وأفاد الشباب ذوو الإعاقة إلى وجود عدد قليل من المصادر الأخرى للمشورة أو المعلومات. في حين أشار معظمهم إلى افتقارهم للمعرفة بوجود مصادر أخرى. وأشار عدد قليل من المخبرين من الذكور ذوي إعاقة بصرية إلى الإذاعة باعتبارها مصدرًا للمعلومات. في حين أشار عدد قليل من المخبرين من الإناث، ذوات الإعاقة الجسدية، في المناقشات الجماعية المركزة، إلى المناقشات التلفزيونية، والبرامج الحوارية.

«إن المشكلة الرئيسة لا تزال الافتقار إلى المعلومات المتعلقة بوجود مثل هذه الخدمات.» (ذكر، ٢٤ عامًا، إعاقة بصرية).

«لم أكن أعلم بوجود خدمات الصحة الجنسية والإنجابية في السنغال.» (أنثى، ٢٤ عامًا، إعاقة جسدية).

تجارب الشباب ذوي الإعاقة في الحصول على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية

هل يحصل الشباب ذوو الإعاقة على معلومات الصحة الجنسية والإنجابية وخدماتها؟

أفاد معظم الشباب ذوي الإعاقة بأنهم لم يحصلوا أبدًا على معلومات الصحة الجنسية والإنجابية أو خدماتها. ومن بين المعاقين كافة، على اختلاف نوع الإعاقة التي يعانون منها، ونوع الجنس، أعرب الشباب ذوو الإعاقة عن نقص شديد في المعرفة بأماكن الوصول إلى تلك الخدمات:

«لم أكن أفكر أبدًا في رؤية أخصائي الصحة للحصول على المشورة المتعلقة بالجنس ... لأنه بالنسبة لي كان شيئًا من المحرمات ... ولم أجتنب أبدًا الخدمات الصحية لأنني لم أكن أعرف بوجودها. فلم تكن لدي معلومات عن هذه الخدمات.» (ذكر، ٢٣ عامًا، إعاقة جسدية).

وأفاد تسعة من المخبرين في المقابلات، خمس نساء وأربعة رجال، من بين خمسين شخصًا أُجريت معهم مقابلات، بأنهم تلقوا خدمة تتعلق بالصحة الجنسية والإنجابية، من بينهم امرأتان، وأربعة رجال كانوا يمارسون الجنس. ولم يكن من بين المخبرين سوى رجل واحد وامرأة واحدة متزوجان، أما بقية المخبرين فقد كانوا في علاقات. ومن ضمن الذين حصلوا على الخدمات أربعة أشخاص ذوي إعاقة بصرية، واثنان يعانيان من إعاقة سمعية، واثنان يعانيان من إعاقة حركية، ويعيشون إما فيداكار أو ثييس. وتراوحت أعمار المخبرين بين ١٩-٢٤ عامًا، ولكن الغالبية (وتبلغ سبعة أشخاص) كانت تزيد أعمارهم عن ٢٢ عامًا. ولكن يجب الإشارة إلى أنه لم يطلب منهم تحديد العمر الذي كانوا يحصلون فيه على خدمة (خدمات)

الصحة الجنسية والإنجابية. أما الأربعة المتبقون الذين لم يسبق لهم ممارسة الجنس، ولكنهم استخدموا خدمة الصحة الجنسية والإنجابية، فقد كان ذلك لأسباب تتعلق بالحيض، أو التهابات نسائية. ولم يشر أي من المخبرين عن استخدامهم لبطاقة تكافؤ الفرص (carte d'égalité des chances) للحصول على تلك الخدمات.

من أين يحصل الشباب ذوو الإعاقة على معلومات الصحة الجنسية والإنجابية وخدماتها حاليًا؟

لقد أفاد المخبرون التسعة الذين حصلوا على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، وهم خمس نساء، وأربعة رجال، بأنهم يلجؤون إلى مركز الصحة العامة المحلي، أو المستشفى، والسبب الرئيس في ذلك يرجع إلى قربهم من منزلهم، ويعد «مركز أدو» مركزًا عامًا يقدم المشورة المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية للشباب، فضلاً عن خدمات القطاع الخاص مثل: المنظمات غير الحكومية، أو رابطة النساء ذوات الإعاقة، أو الصيدليات الخاصة. وقد ذُكر العاملون في مجال الصحة المجتمعية، الذين يهتمون بصحة المرأة (Badienou Gokh)، خلال المناقشات الجماعية المركزة مع النساء ذوات الإعاقة الجسدية، وخلال مناقشة واحدة مع النساء ذوات الإعاقة البصرية.

ما العوامل الرئيسة التي تحدد اختيار مكان حصول الشباب ذوي الإعاقة على المعلومات المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية وخدماتها؟

حدد المشاركون في الدراسة ثلاثة عوامل رئيسة، تؤثر على اختيارهم للمكان الذي يقصدونه للحصول على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية وهي: الخصوصية، والتكتم على الهوية، وقرب المسافة. وكثيرًا ما يشار إلى الصيدليات باعتبارها مصدرًا محتملًا لخدمات الصحة الجنسية والإنجابية أو منتجاتها، نظرًا لقربها ونوعيتها وخصوصيتها. في الوقت نفسه، يشار إلى المستشفيات العامة المحلية لقربها، ويشار إلى أدو إنفو (وهو خط هاتفي، وخدمة الرسائل القصيرة) لعدم كشفها عن الهوية وملاءمتها؛ لأنها لا تحتاج إلى السفر. وكان الخوف من رؤيتهم أثناء الحصول على خدمة الصحة الجنسية والإنجابية واضحًا بين العديد من المخبرين، وكان هذا الخطر أكثر شيوعًا مع تواتر القطاع العام:

«[أجنب] القطاع العام، نظرًا لوجود الكثير من الناس هناك، فيمكن أن تقابل شخصًا تعرفه.» (أنثى، ٢٢ عامًا، إعاقة جسدية).

ما الحواجز التي تواجه الشباب ذوي الإعاقة أثناء حصولهم على خدمات معلومات الصحة الجنسية والإنجابية؟

ويعتبر الافتقار إلى الخصوصية، وإمكانية الكشف عن الهوية، وبعد المسافة، من الحواجز الرئيسة التي تحول دون الحصول على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، إلى جانب موقف مقدمي الخدمة، والحواجز المالية. ومن الحواجز الأخرى التي ذكرت، هي موقف الوالدين، والقدرة البدنية، وحواجز التواصل (بالنسبة لذوي الإعاقة السمعية). كما يشار إلى حد ما إلى الحالة الزوجية، والدين، ونقص المعلومات عن أماكن الحصول على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية.

وقد ألقت النساء ذوات الإعاقة البصرية الضوء على مسألة التمييز من جانب مقدمي الخدمات الصحية، مستخدمين لغة تعبر عن مشاعر مهينة تتعلق بتجاربهن مثل «يجعلونك تشعر بأنك تعاني من إعاقتك» و «تهميشنا» و«يهملونك بسبب إعاقتك». وأفاد المخبرون الذكور ذوو الإعاقة البصرية، أن هناك حواجز داخلية أخرى، مثل وجود تحفظات «معقدة» خلال محاولة الحصول على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية. وبالنسبة لذوي الإعاقة السمعية، كان حاجز الاتصال واضحًا بشكل خاص، مع الاعتماد على أفراد أسرهم لمرافقتهم. كما واجه الشباب الذين يعانون من

إعاقات جسدية حواجز مادية في سبيل الوصول إلى المراكز الصحية، مثل وجود سلالم في المراكز الصحية مما يقف عائقًا أمام حصولهم على الخدمات، أو يجب أن يصحبهم شخص ما لتسهيل الوصول. ومع وجود الحاجة إلى مُرافق، فإن هؤلاء الشباب من ذوي الإعاقة لا يستطيعون الحصول على المعلومات أو الخدمات بطريقة تمتاز بالخصوصية.

الاعتماد على شبكات الدعم

أشار المخبرون من جميع مجموعات الأشخاص ذوي الإعاقة، ومختلف جنسهم، إلى الحاجة إلى أن يصاحبهم فرد من الأسرة، أو الأصدقاء لكي يتمكنوا من الحصول على الخدمات الصحية. وكثيرًا ما كان على الأشخاص ذوي الإعاقة الجسدية أن يطلبوا من صديق أو من أحد أفراد الأسرة مرافقتهم. وقد أشار الذين يعانون من إعاقات سمعية إلى أنهم دائما في حاجة إلى مرافقة أحد أفراد الأسرة إلى مركز صحي؛ بسبب حواجز التواصل التي يواجهونها. وذكر بعض المخبرين الذكور إنهم ناشطون جنسيًا، ولكنهم يفتقرون لمن يمكن التحدث معه في ذلك سوى أسرتهم:

«إن عدم القدرة على التواصل مع الآخرين يسبب مشاكل هائلة. أنا مضطر لأن تصطحبني أمي «. (ذكر، ٢٤ عامًا، إعاقة سمعية).

ما اقتراحات الشباب ذوي الإعاقة للتغلب على الحواجز التي تعترض إمكانية حصولهم على معلومات الصحة الجنسية والإنجابية وخدماتها؟

قد اقترح المشاركون في الدراسة تقليص الحواجز المالية أمام الخدمات، أو تقديم خدمات مجانية، ولكن هناك اقتراحات أخرى شملت: توفير مقدمي خدمات من الشابات لتقديم خدمات الصحة الجنسية والإنجابية للنساء، ووجود مقدمي الخدمات الصحية الذين يمكنهم التواصل بشكلٍ فعالٍ مع الأشخاص ذوي الإعاقة السمعية، وتحسين إمكانية الوصول إلى المراكز الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة (باستخدام المنحدرات، والمعلومات السمعية)، أو إنشاء مراكز صحية، أو توفير أطباء متخصصين للتعامل مع الأشخاص ذوي الإعاقة، وضمان حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على المعلومات عن أماكن تقديم الخدمات الصحية، وعن ماهية وسائل منع الحمل المناسبة للأشخاص ذوي الإعاقة، وزيادة الوعي بالصحة الجنسية والإنجابية بين الآباء والأمهات.

من أين يفضل الشباب ذوو الإعاقة الحصول على معلومات الصحة الجنسية والإنجابية وخدماتها؟

سُئل المخبرون عما إذا كانوا يفضلون الحصول على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية من خلال القطاع العام أو الخاص. انقسمت الردود بين الجنسين ومجموعات الأشخاص ذوي الإعاقة، ولكن ظهرت بعض الاتجاهات الواضحة؛ حيث يعتبر مقدمو الخدمة من القطاع الخاص ذوو جودة أعلى، إلى حد كبي، من حيث العلاج، ورعاية العملاء، وذلك مقارنة بمقدمي الخدمة في القطاع العام، ولكن ينظر إلى مقدمي الخدمات في القطاع العام على أنها ميسورة التكلفة.

المناقشة

تسلط هذه الدراسة الضوء على أن الشباب ذوي الإعاقة بحاجة إلى الحصول على معلومات الصحة الجنسية والإنجابية وخدماتها، ولكنهم يواجهون اليوم تحديات في الحصول عليها. وكان كثير من الشباب ذوي الإعاقة في دراستنا في علاقات /أو كانوا ناشطين جنسيًا، مما يتناقض مع الأفكار السابقة بأن الأشخاص ذوي الإعاقة غير ناشطين جنسيا، [1] ولكنهم لا يتمتعون دائمًا بالمعرفة اللازمة، أو القدرة، أو الموارد اللازمة للحصول على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية مع الحفاظ على خصوصيتهم.

وتسلط دراستنا الضوء على أهمية تحليل

الهويات الاجتماعية التي تتقاطع مع الثقافة، فضلاً عن إمكانية الحصول على الموارد في النظم الصحية، والدعم الأوسع للشباب ذوي الإعاقة. فإن السن، والإعاقة، ونوع الجنس عوامل متشابكة، وتؤثر في إمكانية حصول الشباب ذوي الإعاقة على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية. وإدراك طبيعة هذا التقاطع بين نوع الجنس، والشباب، والإعاقة، يساعدنا على تقدير مواطن الضعف المحددة التي يواجهها الشباب ذوو الإعاقة. وقد برز العنف الجنسي كضعف كبير أثناء جمع البيانات. وتؤكد دراستنا أن الأشخاص ذوي الإعاقة معرضون لخطر العنف الجنسي.[18,19] ويُعد الضعف أكثر حدة بين الإناث ذوات الإعاقة السمعية، وأثناء فترة المراهقة. فلم يكن لديهن إمكانية الحصول على الرعاية الصحية، أو الاجتماعية، أو آليات الدعم القانونية، للتخفيف من حدة مخاطر الاعتداء الجنسي. ونظرًا للطبيعة الحساسة للموضوع، فإن الباحثين الأقران لم يشعروا بالراحة للتحقيق في الأسباب المتصورة للاغتصاب، أو ما جعل المخبرين أكثر عرضة للخطر وفقًا لآرائهم الشخصية. وتسلط دراستنا الضوء على الحاجة إلى إجراء المزيد من البحوث بشأن العنف الجنسي بين الشباب ذوي الإعاقة، والتحري عن أسباب الانتشار، ليس فقط حسب السن، ولكن أيضا من خلال النظر في مواطن الضعف المحددة، والصدمات النفسية للمجموعات الفرعية المحددة من الشباب ذوي الإعاقة.

ووجدت دراستنا أن الشباب ذوي الإعاقة يواجهون بعض الحواجز المماثلة لتلك التي يشير إليها الشباب الذين يعيشون بدون إعاقة في السنغال، وهي الحواجز المالية،[15,16] ومواقف مقدمي الخدمات.[10-12] ومن المثير للاهتمام، إن مواقف مقدمي الخدمات كانت واحدة من الحواجز الرئيسة التي تحول دون الحصول على الخدمات، إلا أن تسعة فقط من المخبرين زاروا نقطة تقديم خدمات الصحة الجنسية والإنجابية في وقت مضى. لذلك قد لا يستند هذا الحاجز إلى التجارب فحسب، بل أيضًا إلى التصورات. وتتفاقم هذه العوامل بسبب القواعد الاجتماعية الجنسية المقيدة، خاصة فيما يتعلق بالتوقعات السلوكية للنساء، والافتقار إلى إمكانية الحصول على المعلومات حول أماكن حصولهن على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية. وتعزز القواعد المتعلقة بأدوار الجنسين، والحياة الجنسية، والجنس خارج إطار الزواج، واستخدام وسائل منع الحمل داخل الزواج وخارجه، انخفاض استخدام وسائل منع الحمل أيضًا. وفي الواقع، وجدنا أن الشباب ذوي الإعاقة ركزوا بشكل أكبر على الحواجز والتحديات المتعلقة بالشباب أكثر من التعايش مع الإعاقة، والأمر مماثل لما وجده تشابيل[8] في أبحاثه حول الحب، والعلاقات، والحياة الجنسية بين الشباب ذوي الإعاقة في كوازلو ناتال.

ومع ذلك، تم تحديد الحواجز الخاصة بالإعاقة وخاصة، التحديات التي تتعلق بالحصول على الخدمات. لقد سمعنا قصصًا عن التحديات التي تواجه الأشخاص ذوي الإعاقات الجسدية، والتي تؤثر على تنقلهم داخل المرافق الصحية، مما يعرقل حصولهم الفعلي على الخدمات، فضلاً عن محدودية قدرة العاملين في مجال الصحة على التواصل بشكلٍ فعالٍ مع الأشخاص ذوي الإعاقة السمعية خلال الاستشارات. ويحد اعتماد الأشخاص ذوي الإعاقة على الآخرين، من أجل حصولهم على الخدمات الصحية، من قدرتهم على الحصول على الخدمات بصورة تتميز بالخصوصية والتكتم على الهوية. ويعتمد الشباب ذوو الإعاقة بشكل خاص على أفراد الأسرة لمرافقتهم، ولكن أفاد الشباب ذوو الإعاقة بأنهم غير قادرين على مناقشة القضايا التي تتعلق بالنشاط الجنسي بسبب اعتباره من المحرمات، أو الخوف حتى وإن كانوا مع أفراد أسرتهم. ويتعين معالجة مواقف مقدمي الخدمات تلبية للاعتراف

بالنشاط الجنسي للشباب ذوي الإعاقة، فضلًا عن توفير الخصوصية أثناء الاستشارات عندما تلعب شبكات دعمهم، وتحديدًا أفراد الأسرة، دورًا رئيسًا في مساعدة الشباب ذوي الإعاقة على الحصول على الخدمات الصحية.

ولا تعمل السياسة الحالية لتكافؤ الفرص للأشخاص ذوي الإعاقة. وتبرز إشارات المخبرين الضئيلة إلى بطاقة تكافؤ الفرص (carte d'égalité des chances) خلال الدراسة إلى أن هذه البطاقة لم تكن متاحة للشباب ذوي الإعاقة، أو لم يكن لها أي تأثير في حصولهم على الخدمات الصحية. ولكي يتمكن الشباب ذوو الإعاقة من الحصول على البطاقات، يلزم توفر آليات توزيع مناسبة. ولكن يجب أيضا النظر في جودة الخدمات القابلة للاسترداد؛ وإذا كانت الخدمات لا تناسب الشباب وذوي الإعاقة، لذا فمن المرجح أن تظل إمكانية تقبلها منخفضة. ويجب أن تبرز السياسات أوجه القصور الحادة التي يواجهها الشباب ذوو الإعاقة، ويجب مراعاة احتياجاتهم المحددة في الجهود المستقبلية من أجل دعم الالتزامات بحماية حقوق الصحة الجنسية والإنجابية للشباب، والأشخاص ذوي الإعاقة.

القيود

إن قوة الدراسة وقيودها تكمن في استخدام الباحثين الأقران. وقد أثرت تجربتهم الحية، وقدرتهم، على خلق علاقة أكثر سلاسة مع المخبرين في الدراسة، وكان لذلك تأثيرٌ إيجابيٌ على نوعية البيانات التي تم جمعها، مما مكن من فهم أعمق لتجارب الأشخاص المشمولين بالدراسة واحتياجاتهم. ومع ذلك، فلم يكن الباحثون الأقران باحثين مهنيين، لذلك كانت هناك قيود على التعمق في بعض الموضوعات التي استكشفت. وتعد دراستنا دراسة واسعة النطاق للصحة الجنسية والإنجابية للشباب ذوي الإعاقة، ولم تفحص الدراسة كل موضوع فرعي بصورة أكثر عمقًا، ولم تحلل النتائج من خلال عوامل إضافية مثل: الحالة الاجتماعية، أو مستوى التعليم، أو الوضع الوظيفي، أو الدين. وقد حد ذلك من الوصول للعمق الذي يمكن من خلاله استكشاف المواضيع، والاتجاهات، والمقارنات بين المجموعات المكونة من الأشخاص المشمولين بالدراسة، لكنه أتاح فرصة لتركيز البحوث المستقبلية على مواضيع محددة، والنظر أكثر في العوامل الاجتماعية-الاقتصادية للمخبرين. ولسوء الحظ، لم تتضمن هذه الدراسة الشباب ذوي الإعاقة، الذين يقل عمرهم عن ١٨ عامًا، والشباب ذوي إعاقات ذهنية أو عقلية، ولم يتم تضمين أسئلة محددة عن العنف الجنسي في أدلة الموضوع، ولكن نظرًا لعدد الحالات التي ظهرت في دراستنا، يوصى باستكشاف هذا الموضوع في البحوث المستقبلية، حيث إن هذه البيانات غير متوفرة. لم تهدف دراستنا إلى إثارة الفارق بين الشباب والشباب ذوي الإعاقة، حيث إن المخبرين لدينا كانوا فقط من المجموعة الأخيرة، حتى يمكننا فقط التأمل في الوثائق الموجودة (المحدودة) ومقارنتها.

التوصيات المتعلقة بالسياسات والبرامج

إن تحقيق النجاح في تقديم المعلومات المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية وخدماتها إلى الشباب ذوي الإعاقة يستوجب أن تستند السياسات والتدخلات إلى الأدلة، وفهم الطبيعة المتداخلة للإعاقة والعمر والجنس. ونقترح في خاتمة البحث التوصيات العاجلة التالية المتعلقة بالسياسات والبرامج، وكذلك النظر في إطار الإدماج الكامل المُبيَّن في المذكرة التوجيهية الصادرة عن الأمم المتحدة، ومنظمة الصحة العالمية بشأن تعزيز الصحة الجنسية والإنجابية للأشخاص ذوي الإعاقة: [18]

أ) زيادة التأسيس الدلالي لكل ما يتعلق بمواطن الضعف للشباب ذوي الإعاقة واحتياجاتهم:

- استنادا إلى نتائج ارتفاع مستويات العنف

الجنسي، وخاصة بين الشابات ذوات الإعاقة السمعية، وعدم توفر البيانات الوطنية، ينبغي الاستثمار وبسرعة في الأبحاث المتعلقة بعبء الاغتصاب، وغيره من أشكال الاعتداء الجنسي، استنادًا على التجارب (على حسب الإعاقة والعمر).

- ووفقًا للمبدأ القائل « كُلُّ أمرٍ يَخُصُّنا لا يَتمُّ إلا بِنَا»، يجب أن يشترك الشباب ذوو الإعاقة في وضع سياسات الصحة الجنسية والإنجابية وبرامجها، حيث إن هذه الموارد أكثر إفادة، كما أنها مناسبة لتوجيه السياسات والبرامج.

- ونظرًا لعدم وجود وثائق، أو دراسات عن الصحة الجنسية والإنجابية للشباب ذوي الإعاقة في السنغال، وفي المنطقة الفرعية الأوسع، يجب القيام بمزيد من البحوث، وبالتالي زيادة البيانات المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية للشباب ذوي الإعاقة، لتمكين صناع السياسات وأصحاب المصلحة من وضع سياسات وتدخلات مستهدفة. وقد أطلقت مبادرة جديدة من صندوق الأمم المتحدة للسكان، مبادرة «نحن نقرر"، وهي مبادرة عالمية تهتم بالحقوق المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية للشباب ذوي الإعاقة،[٢٠] تتيح فرصة لجمع البيانات الوطنية، ودمجها كمدخلات في التحليل العالمي.

ب) ضمان وجود آليات استجابة كافية للتصدي للعنف الجنسي بين الشباب ذوي الإعاقة

- واستجابة لاحتياجات أولئك الذين اِعْتُصِبُوا، أو تعرضوا لأشكال أخرى من الإيذاء الجنسي، يجب سرعة تطوير، أو اعتماد آليات الاستجابة (الطبية والقانونية، والاجتماعية)، مثل تهيئة بيئة مستنيرة ومستجيبة للشباب ذوي الإعاقة؛ لكي يشعروا بالقدرة على الإبلاغ عن عمليات الاغتصاب، وغيرها من أشكال الاعتداء الجنسي، بما في ذلك توعية الشرطة، والمحامين، وقادة المجتمع، وأعضائه.

- ضمان وجود آليات، وأن تكون هذه الآليات معروفة لدى الشباب ذوي الإعاقة، لتقديم الدعم مثل: خطوط الهاتف الخصوصية، أو شبكات دعم الأقران، أو الخدمات الطبية المناسبة للشباب ذوي الإعاقة.

ج) زيادة إمكانية الحصول على معلومات الصحة الجنسية والإنجابية وخدماتها لدى الشباب ذوي الإعاقة.

- ولما كان الشباب ذوو الإعاقة لا يعرفون أين يمكنهم الحصول على معلومات الصحة الجنسية والإنجابية وخدماتها، فيجب زيادة فرص الحصول على المعلومات المتعلقة بخدمات الصحة الجنسية والإنجابية بشكلٍ ميسور للشباب ذوي الإعاقة، بما في ذلك توفير المعلومات في أماكن يسهل على الشباب الوصول إليها، مثل أعمال التوعية، أو من خلال شبكات الأقران.

- ولضمان خصوصية الشباب ذوي الإعاقة أثناء الحصول على معلومات الصحة الجنسية والإنجابية وخدماتها، دون أن يصطحبهم صديق أو أحد أفراد الأسرة، يجب خلق بيئة أكثر تمكينًا من أجل تحقيق ذلك. على سبيل المثال، فإن تكرار بعض من النهج المبتكرة القائمة، مثل تلك التي قدمها لفكت (LVCT) [٢] عن طريق توفير خدمات المشورة والتدريب الطوعيين للأشخاص الصُّم، وتدريب مقدمي خدمات الصحة الجنسية والإنجابية على استخدام لغة الإشارة الأساسية.[٢٩]

- ومع وجود استراتيجيات للوصول إلي الشباب، يجب إعتماد هذه الاستراتيجيات وتضمينها لاستهدف الشباب ذوي الإعاقة، على سبيل المثال: (من خلال العاملين في مجال الصحة المجتمعية، أو الرسائل النصية القصيرة، أو المساعدة التليفونية).

- وكشفت دراستنا أن الأعراف الثقافية يمكن أن تؤثر على حصول الشباب ذوي الإعاقة على المعلومات المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية وخدماتها، مثل الأعراف المتعلقة بالجنس خارج إطار الزواج، وكيف يخشى الشباب ذوو الإعاقة من الحصول على خدمة الصحة الجنسية والإنجابية. يجب خلق بيئة أكثر تمكينًا للشباب ذوي الإعاقة، من أجل مناقشة صحتهم الجنسية والإنجابية علنًا، والحصول على معلومات الصحة الجنسية والإنجابية وخدماتها، من خلال إشراك شبكات الدعم وتعبئة المجتمع /أو خلق فضاء آمن للشباب ذوي الإعاقة للحصول على هذه الخدمات، مثل مراكز أو عيادات للشباب.

- وكما صرح العديد من المشاركين في الدراسة أن الحاجز المالي كان واحدًا من الحواجز الرئيسة التي تحول دون حصولهم على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، فيجب تقديم خطط مالية، أو قسائم مالية للشباب ذوي الإعاقة؛ لتمكينهم من الحصول على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية المجانية، أو المدعومة، بما في ذلك ضمان الوصول إلى بطاقات تكافؤ الفرص (cartes d'égalité des chances).

- ولما كان الحاجز الرئيس الآخر الذي حدده الشباب ذوو الإعاقة، هو الخوف من موقف مقدمي الخدمة، فإنه ينبغي زيادة قدرة مقدمي الخدمات على فهم احتياجات الشباب ذوي الإعاقة، ومواطن الضعف لديهم، باعتباره أمرًا بالغ الأهمية، بما في ذلك توفير التدريب والأدوات، والمواد، وآليات الإحالة مع النظام الاجتماعي والقانوني.

- وبما أن الشباب ذوي الإعاقة يواجهون حواجز من أجل الوصول الفعلي إلى النقاط الحالية لتقديم الخدمات، لذا فمن الضروري أن تلائم هذه النقاط الاحتياجات المادية للأشخاص ذوي الإعاقة.

المراجع

1. World Health Organization. World report on disability. Geneva: WHO; 2011.
2. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) Sénégal. 2013 [cited 2017 April 26]. Available from: http://www.ansd.sn/ressources/publications/indicateurs/synoptique-RGPHAE.htm
3. Frohmader C, Ortoleva S. The sexual health and reproductive rights of women and girls with disabilities. Issues paper. ICDP beyond 2014: International Conference on Human Rights. 2013 [cited 2017 April 26]. Available from: http://wwda.org.au/wp-content/uploads/2013/12/issues_paper_srr_women_and_girls_with_disabilities_final.pdf
4. Handicap International. Guide de poche sur la législation du Handicap au Sénégal. Dakar, HI: Handicap International; 2010.
5. Larson E, George A, Morgan R, et al. 10 Best resources on intersectionality with an emphasis on low- and middleincome countries. Health Policy Plann. 2016 Oct;31(8):964–969.
6. Bowleg L. The problem with the phrase women and minorities: intersectionality-an important theoretical framework for public health. Am J Public Health. 2012 Jul;102(7):1267–1273.
7. Yoshida K, Hanass-Hancock J, Nixon S, et al. Using intersectionality to explore experiences of disability and HIV among women and men in Zambia. Disabil Rehabil. 2014;36(25):2161–2168.
8. Chappell P. How Zulu-speaking youth with physical and visual disabilities understand love and relationships in constructing their sexual identities. Cult Health Sex. 2014;16(9):1156–1168.
9. Glik D, Massey P, Gipson J., et al. Health-related media use among youth audiences in Senegal. Health Promot Int. 2016 Mar;31(1):73–82.
10. Guttmacher Institute, International Planned Parenthood Federation (IPPF). Sexual and Reproductive Health of young women in Senegal (demystifying data: factsheet). New York: Guttmacher Institute. 2014 [cited 2017 April 26]. Available from: https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/fb-dd-senegal.pdf
11. Sidze EM, Lardoux S, Speizer I, et al. Young women's access to and use of contraceptives: the role of providers' restrictions in urban Senegal. Int Perspect Sex Reprod Health. 2014;40(4):176–184.
12. Katz K, Naré C. Reproductive health knowledge and use of services amongst young adults in Dakar, Senegal. J Biosoc Sci. 2002;34(2):215–231.
13. Guttmacher Institute, International Planned Parenthood Federation (IPPF). Sexual and reproductive health of young women in Senegal. 2004 [cited 2017 April 26]. Available from: https://www.guttmacher.org/pubs/FB-DD-Senegal.pdf
14. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) [Sénégal], ICF. Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue). 2016 [cited 2017 April 26]. Available from: http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR320/FR320.pdf
15. Association Sénégalaise pour le bien être familiale (ASBEF). Etude de base sur les connaissances, attitudes et pratiqués des adolescents et jeunes en matière de santé sexuelle et reproductive Dakar, Guédiawaye, Fatick, Richard-Toll, Fatick et Kolda. 2012. [unpublished]
16. Marie Stopes International Sénégal. Enquête exploratoire des connaissances, attitudes et pratiques parmi des étudiants en St Louis. 2013. [unpublished]
17. African Child Policy Forum (ACPF). Children with disabilities in Senegal: the hidden reality. 2011 [cited 2017 April 26]. Available from: http://www.africanchildforum.org/en/index.php/en/resource-centre-2.html?pid=2&sid=143:childrenwith-disabilities-in-senegal-the-hidden-reality
18. World Health Organisation. Promoting sexual and reproductive health for persons with disabilities, WHO/UNFPA Guidance Note. 2009 [cited 2017 April 26]. Available from: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/srh_for_disabilities.pdf
19. Mac-Seing VM, Boggs D. Medicus Mundi Schweiz. Triple discrimination against women and girls with disability. MMS Bulletin. 2014 #130; [cited 2017 April 26]. Available from: http://www.medicusmundi.ch/de/bulletin/mmsbulletin/addressing-sexual-violence-and-hiv/projektarbeiten-gegen-gender-based-violence/

tripleddiscrimination-against-women-and-girls-with-disabili
20. HELITE, Handicap International. Etude bio-comportementale auprès des personnes handicapées sur les facteurs de vulnérabilité au VIH dans la région de Ziguinchor au Sénégal. Dakar: Handicap International; 2014.
21. UNFPA. Youth with disabilities face staggering loss of rights. 2016 [cited 2017 April 26]. Available from: http://www.unfpa.org/news/youth-disabilities-face-staggeringloss-rights
22. Rutgers. Access, Services, Knowledge; [cited 2017 April 26]. Available from: http://www.rutgers.international/programmes/programmes-archive/access-services-andknowledge
23. Comité National d'Éthique pour la Recherche en Santé (CNERS). Guide du Chercheur. Dakar: CNERS; 2009.
24. UN Division for Social Policy and Development Disability. CRPD: Article 1- Purpose; [cited 2017 April 26]. Available from: https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/article-1-purpose.html
25. Price N, Hawkins K. Researching sexual and reproductive behaviour: a peer ethnographic approach. Soc Sci Med.2002;55(8):1325–1336.
26. Collumbien M, Qureshi AA, Mayhew SH, et al. Understanding the context of male and transgender sex work using peer ethnography. Sex Transm Infect. 2009;85 (Suppl 2):ii3–ii7.
27. Brown E, Grellier R, Hawkins K. The use of the Rapid PEER approach for the evaluation of sexual and reproductive health programmes. In: Bell S, Aggleton P, editors. Monitoring and evaluation in health and social development: interpretive and ethnographic perspectives. New York (NY): Routledge; 2016. p. 203–218.
28. van Reeuwijk M. EXPLORE: manual for training young people as researchers. International Planned Parenthood Federation (IPPF), Rutgers WPF. 2013 [cited 2017 April 26]. Available from: http://www.rutgers.international/ourproducts/tools/explore
29. LVCT. Disability; [cited 2017 April 26]. Available from: http://lvcthealth.org/disability

قضايا الصحة الإنجابية باللغة العربية

REPRODUCTIVE HEALTH matters

تعليق

المتعة، والجنس، والحظر، والإعاقة الذهنية، والأفكار الخطرة

بقلم: ناتاشا أليكساندر،[أ] ميريام تايلور غوميز[ب]

أ اختصاص نفساني سريري، كونسنتابيلتي، بريسبين، أستراليا

ب منسق، مركز كوينزلاند للإعاقة الذهنية والنمائية (Queensland Centre for Intellectual and Developmental Disability)، معهد ماتر للبحوث -جامعة كوينزلاند، جنوب بريسبين، أستراليا. للمراسلة: m.taylor3@uq.edu.au

ترجمة: هشام شتلة

موجز المقال: تعمل القطاعات ذات الصلة بالإعاقة علي فرض الحظر والتقييد للحياة الجنسية لمن يعانون من الإعاقة الذهنية، بدون تقديم تثقيف جنسي، ووعي جنسي مصاحب، يُحرم مَن يعانون الإعاقة الذهنية من الحوار الضروري بشأن الجنس، والتعبير عن المشاعر الجنسية، والمتعة. تستكشف الكاتبتان تاريخ القمع الجنسي للمصابين بالإعاقة الذهنية، وثقافة عدم التمكين الجنسي، حيث تعرض ورقة الموقف هذه شعورًا بالأمل بشأن تسهيل الجنس، والتثقيف الجنسي للمصابين بالإعاقة الذهنية، والذي يمكن أن يعطيهم حياة كاملة.

معرف الوثيقة الرقمي (DOI: (10.108009688080.2017.1331690 *

الكلمات الدالة: جنس، إعاقة، متعة، حظر، حقوق

المقدمة

تمتلك الكاتبتان خبرة مجتمعة في قطاع الإعاقة تصل إلى أكثر من ٥٠ سنة في المملكة المتحدة، وفي أستراليا. فكلتاهما مُمارستان شغوفتان تؤمنان بالحقوق المتساوية لمن يعانون الإعاقة الذهنية في إقامة وإنهاء العلاقات، والتمتع بحياة جنسية، وامتلاك «صوت جنسي».[١] هناك اهتمام محدود بأهمية المتعة في المناقشات المنشورة عن الجنس والإعاقة الذهنية، بينما يغلب على كتابات الحوارات الخاصة بالحاجة للتثقيف الجنسي، والقابلية للسقوط ضحية للاستغلال الجنسي، والقدرة على الموافقة، والوقاية / الحماية. لا شك أن ذلك ضروري ومهم، لكن هناك مجالاً واسعًا لمزيد من النقاش حول المتعة والشهوانية والإحساس بشعور طيب، إلا أن مثل تلك الحوارات يصعب على المهنيين إدارتها في نطاق الخدمات العامة، فقد يشعر الآباء ومقدمو الرعاية بعدم الارتياح عند إثارة تلك القضايا مع الآخرين ضمن نظام الدعم.[٢] لذلك قررنا كتابة هذا المقال لمشاركة خبرتنا والنظر في الوضع الراهن، والذي هو في أحسن الأحوال، يهمل الجنسانية كعنصر مكمل في حياة أحدهم، وفي أسوأ الأحوال، يحظر التعبير عن المشاعر الجنسية للمصابين بالإعاقة الذهنية.

المتعة

تتصل المتعة بالشهوانية، أو الاتصال بالعديد من الحواس -اللمس، التذوق، الرؤية، السمع، الشم، استقبال الحس العميق. تتصل المتعة بثراء حياتنا. فعلى سبيل المثال، نحن نشعر ونحتفل بالمتعة في تناول طعام طيب، والسير في متنزه في يوم مشمس، والاستماع إلى موسيقانا المفضلة، وارتداء ملابسنا المفضلة، واستنشاق عطر حديقة جميلة. هذه السمات الخاصة بحياتنا معنوية، لكنها ضرورية لكوننا بشر. الجنسانية والتعبير عن المشاعر الجنسية تتصلان بآدميتنا،[٣] وهما

© 2017 The Author(s). Published by Informa UK Limited, trading as Taylor & Francis Group
This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited

حقوق الطبع محفوظة لمجلة قضايا الصحة الإنجابية النسخة العربية ٢٠١٧
N Alexander and M Taylor Gomez. Reproductive Health Matters 2017;25(50):114 -120

مكملتان لتجربة المتعة. لقد أدى التحرر الجنسي في البلدان ذات الدخول المرتفعة في ستينيات القرن الماضي إلى تقدير المتعة الجنسية بما يفوق تقدير الحب أو الإنجاب.[٤] وما يزال الحوار مستمرًا. أما بالنسبة للمصابين بالإعاقة، بما في ذلك المصابين بالإعاقة الذهنية، فقد لا يُنظر إلى المتعة على أنها شيء مهم بالنسبة لهم [٥،٦] وفي حياتهم اليومية، هناك انعدام واضح للحديث عن المتعة،[٢،٧] يؤدي إلى فقر تجريبي.

لقد كانت إحدى الكاتبتين، ميريام تايلور غوميز، تعمل مع أناس يعانون الإعاقة الذهنية ممن لم يكن لهم مأوى، أو يقيمون في نزل في بريسبين، أستراليا، عندما انتابها الفضول بشأن انعدام الحوار بشأن المتعة واستكشافها في حياة من كانت تعمل معهم. ففي المناقشات الخاصة بالتغذية، كان من الواضح أن المشاركين في المجموعة الخاصة بالمعيشة الصحية لم تكن لديهم خبرة في التحدث ببساطة عن متعة الأكل والشرب، ناهيك عن المفردات المصاحبة لمثل ذلك الحديث. وبمساعدة كبير الطهاة، تحول انتباه المجموعة إلى مجرد تجربة أطعمة وقوائم مختلفة، ومجرد التحدث عن الأحاسيس. بالنسبة لكثير من أفراد المجموعة ـ والذين كان أغلبهم من متوسطي العمر، فإن تجربة التحدث عن متعة الأكل والشرب تلك كانت الأولى لهم.

لا تحظى المتعة بالأولوية كما ينبغي في حياة من يعانون الإعاقة. ففي عالم خدمات الإعاقة، يجب أن يكون للتفاعلات نتيجة عملية، على سبيل المثال، الاغتسال، والأكل، وركوب الحافلة. ما يقوم به العاملون في يوم يصبح «نشاطات الحياة اليومية» و«إشغالاً ذا مغزى». وعندما يرتبط الأمر بالنقود، فالنتائج يجب أن تكون واضحة. فاستنادًا إلى الشواهد، فإن «زيادة المتعةً» كنتيجة، لن تكون غالبًا كافية لتبرير التمويل. وتصبح اللغة المستخدمة فيما يتعلق بمن يعانون من إعاقة ذهنية، مفردات تخدم نفسها، ونشاطات يومية تُعرّف بمصطلحات رسمية. على سبيل المثال، بدلاً من قول «خروج»، نشير إلى ما يقوم به من يعانون الإعاقة الذهنية على أنه «وصول إلى المجتمع المحلي»، أو «تفاعل اجتماعي». لقد أُحبِطت روح «التطبيع» بتحويل من يعانون الإعاقة الذهنية إلى صناعة، حيث أصبحوا هدفًا للرعاية، وفقدوا إنسانيتهم الموازية خلال العملية.[٨] لقد خضعت خدمات الرعاية التي يقدمها المجتمع المحلي لذوي الإعاقة إلى تنظيم وإعادة هيكلة هائلة عالميًا، حيث تتفاوت نوعية تدريب الموظفين تفاوتًا كبيرًا، ويميل مقدمو الرعاية إلى الحصول على تدريب ردىء النوعية لا يغطي قضايا الجنسانية والعلاقات تغطية كافية.[٩] إنه من غير المحتمل حتى أن يتلقوا تدريبًا يتصل بكون المتعة عنصرًا مكملاً لنوعية جيدة من الحياة. كذلك فإنه من النادر أن تُناقش القضايا الحسية في عمليات التخطيط للحياة، إلا من الناحية الوظيفية. فما يشعر به الناس في أفواههم عندما تكون أسنانهم في حالة سيئة لا تعده منظمات الدعم أمرًا مهمًا وتهمله. مع ذلك، فإن تلك الأحاسيس البسيطة لها أهمية كبيرة للأكل، والشرب، والهضم، وخلافه. إن قوائم الأكل والشراب وروائحها بالنسبة لمن يتميزون بالاختلاف العصبي (من يعانون من التوحد أو ضعف الحواس) قضايا أخرى يتم إهمالها.[١٠]

قد لا يحظى الحديث عن الأحاسيس الطبيعية بتشجيع نشط، وهذا لا يتضح أكثر من وضوحه في فرضية أن من يعانون الإعاقة الذهنية لا يشعرون بالألم.[١١] الألم شيء لا يُناقش، ورغم ذلك هو أحد العوامل الرئيسة التي تساهم في إثارة «السلوكيات المثيرة للتحدي» لمن لا يمكنهم التعبير عما يشعرون به.[١٢] كصناعة، تلتزم صناعة الإعاقة [٨] بضمان «حسن تصرف» الأفراد في بيوتهم الخاصة، وفي الأماكن العامة،[١٣] وهذا يصل إلى حد التقييد الاجتماعي. فالتعبير

حقوق الطبع محفوظة لمجلة قضايا الصحة الإنجابية النسخة العربية ٢٠١٧
N Alexander and M Taylor Gomez. Reproductive Health Matters 2017;25(50):114 - 120

عن المتعة من قبل من لم يبدؤوا الكلام، أو من لا يتكلمون، على سبيل المثال، يعبرون عن أنفسهم بإثارة الضوضاء، قد لا يلقى تشجيعًا ويتعرض للكبت من قبل الآخرين، لضمان توافقهم مع المعايير الاجتماعية. التعبير الطبيعي عن البهجة، والمتعة، والحزن، والألم، وخلافه — مقصورٌ على ما يُعد ملائمًا اجتماعيًا، وهكذا يُجبر من يعانون الإعاقة الذهنية على ملائمة تعبيراتهم لما هو مقرر خارجيًا.[١٣]

أما الكاتبة الثانية، ناتاشا أليكساندر، فقد كانت إحدى المشاركات في ورشة عمل عن الجنسانية العامة للنساء قبل سنوات قليلة، حيث كان على المشاركات في أحد التدريبات تدوين ما يقف في طريق متعتهن. كان هناك كثير من المواضيع المشتركة، بما في ذلك الذنب والخزي والخوف والقلق من كون المتعة شيئًا تافهًا، ومخاوف حول الاتهام بالانغماس الشديد في الملذات. تذكرت ناتاشا تلك التجربة، وبينما كانت تكتب هذا المقال لقد وجدت مجموعة من النساء اللاتي لا تعانين من أي إعاقة صعوبة في تحديد أولوية متعهن الخاصة، فكيف يُترك من تعانين الإعاقة الذهنية؟! وبخاصة اللاتي قد تعتمدن على الآخرين لتقديمهن إلى المتعة، ودعمهن للسعي من أجل ما هو ممتع شخصيًا والعثور عليه، ودعم الحفاظ على ذلك طوال حياتهن. لقد علقت الكاتبتان على ما وجدتاه من صعوبة في الكتابة عن المتعة فقالتا: «أي من قابلنا ليعرف أننا قليلاً ما تعوزنا الكلمات، لذا فقد أدركنا بسرعة أن هناك شيئًا ما يتصل بمادة البحث يقف في الطريق، ماذا يقول عنا سؤالنا الدائم لمن يعانون الإعاقة الذهنية عن المتعة الجنسية؟ هل سيشكك الناس في دوافعنا؟ هل سيعتقدون أننا عديمتا الشعور بالمسؤولية ويسيئون فهم نوايانا؟»

هناك قدر من التعرض للخطر في التقدم للقيام بعمل كهذا. الأمور المحددة التي وقفت في طريق متعة المشاركات في ورشة العمل (من غير المعوقات) وقفت أيضًا في طريق دعم الذين يعانون الإعاقة الذهنية في سياق الجنسانية والمتعة، مثل المخاوف بشأن ما قد يظنه الناس. قد يقلق الممارسون النشطون في هذا المجال من أن الناس قد يرتابون في اهتمامهم بالدفع في اتجاه تناول تلك القضايا، وهناك نقد محتمل أن المتعة ليست مسؤولية الأطباء السريريين، أو عمال الدعم، وأن المتعة ببساطة ليست أولوية، كاختصاصية نفسانية سريرية، اعتادت ناتاشا استقبال الإحالات الخاصة بـ»السلوك الجنسي غير الملائم»، مع توقع القضاء على ذلك السلوك في أغلب الأحيان. إبدال السلوك محتمل مع ذلك، ونحن نقول إن العمل العلاجي والداعم لمن يعانون الإعاقة الذهنية يجب أن يتضمن مساعدة الناس على التعرف على ما يَجلب لهم متعة، عند إبراز أخطار العلاقات غير الصحية، وذاتية الجسد، ومهارات حماية الذات، علينا بالتأكيد التحدث أيضًا عن العلاقات الصحية وكيف يمكن تحقيقها. هذا يتضمن العلاقات مع الآخرين، إضافة إلى علاقة الناس بأنفسهم، وبأجسادهم الخاصة.

كما تقول ترنر:

«الحياة الممتازة هي حياة مملوءة بكل متعة، وليس بالمبالغة في الحماية. فزيادة الكفاءة الذاتية الجنسية لأحدهم يتيح له الوصول إلى دائرة اجتماعية أكبر. إضافة إلى ذلك، نقترح أن زيادة الدراية الجنسية للبالغين ممن يعانون من الإعاقة الذهنية بالاعتراف بحقهم في المتعة؛ قد تكون إستراتيجية ناجحة لتقليل سوء الاستغلال الجنسي من جانب تلك الدائرة. فيجب على المهنيين أن يقروا بشرعية المتعة للبالغين الذين يعانون الإعاقة الذهنية، وأهم شيء، إقامة الجسور التي ستوفر الصول إلى تلك التجارب ذات المغزى. إن تناول الجنسانية من منظور المرض أو الأزمة

فقط سيكون مثل الاستعداد للعطلة بالتحدث عن كل السلبيات، مثال، المشقة المالية، والخلافات العائلية، والإجهاد الفردي. فأي مرح هذا؟ بدلاً من ذلك، نميل إلى تركيز العطلة على كل النواحي الإيجابية الاحتفالية، مثل: الأمل، والمجتمع المحلي، والذكريات، والسعادة، ونركز على المتعة التي تأتي بها. هل علينا مقاربة الجنسانية والبالغين الذين يعانون الإعاقة الذهنية بطريقة مختلفة؟»[٢]

ماذا يقول من يعانون الإعاقة الذهنية

في سلسلة من الحوارات في ٢٧ و٢٨ أغسطس / آب ٢٠١٢ مع أناس يعانون الإعاقة الذهنية، ناقشت إحدى الكاتبتين، بالتعاون مع خدمات الإعاقة الوطنية، وشركة شبكة مواطني كوينزلاند الذين يعانون الإعاقة المحدودة، وتنظيم الأسرة في كوينزلاند. ناقشت ضروريات الجنسانية والعلاقات الإيجابية. ما برز بالنسبة لأعضاء المجموعة أنهم نُظِر إليهم كأفراد في المقام الأول، في حاجة لعلاقات، مع إدراك أنهم بحاجة لدعم لتطوير العلاقات والإبقاء عليها، بما في ذلك الأصدقاء، والعلاقات الأكثر حميمية.

في البحث الذي أجراه فيتزجيرالد ووثرز، ناقشا التعبير عن المشاعر الجنسية مع نساء تعانين من الإعاقة الذهنية «العديد من النساء قلن: إنهن لم «يُسمح» لهن بممارسة الجنس مع أخلائهن، وخافوا مغبة أن يكتشف أمرهن.»[١٤]

إن البالغين ممن يعانون الإعاقة الذهنية ممن يتحدثون عن تجاربهم الجنسية قلقون بشأن الحب، وأمد العلاقات، والإحساس بشعور خاص تجاه شخص آخر، وحسن التصرف أثناء ممارسة الجنس وخلافه، بالقدر نفسه من القلق الذي تسببه هذه الأمور لمن لا يعانون من إعاقة ذهنية.[١، ١٥، ١٦]

لقد كتب العديد ممن يدافعون عن حق التعبير عن المشاعر الجنسية في الثمانينيات من القرن الماضي وما تزال كتاباتهم ذات علاقة بالأمر.[١٧] لكن المحزن أنه لا يبدو أن تلك الحقوق لم تشهد مزيدًا من التقدم، على الرغم من كثرة المعاهدات والإعلانات التي ترسخ تلك الحقوق.[١٨] فكثيرًا ما يعتمد من يعانون الإعاقة الذهنية على آخرين لنصحهم بشأن حقوقهم، وتثقيفهم بشأن ما تعنيه تلك الحقوق عمليًا. وعندما يتردد أو يتجنب الموظفون القيام بذلك، يظل الناس غافلين عن حقوقهم.

يبدو الجنس والجنسانية أحد المجالات التي يعتقد الموظفون فيه أن حقوقهم وقيمهم ومعتقداتهم هي الأهم. فبصفتها اختصاصية نفسانية سريرية، في المملكة المتحدة، تحدثت «ناتاشا» مرة إلى عاملة دعم بشأن احتمال كون امرأة شابة تعاني من الإعاقة الذهنية ثنائية الجنس. هزت العاملة رأسها وقالت، «لا يروق لي مثل هذه الأشياء». وبدا أنها تظن أن تلك هي نهاية المحادثة. كذلك اقترحت العاملة نفسها أيضًا أن المرأة الشابة يجب تعقيمها، قائلة، «لا ينبغي أن يكتب عليها رعاية طفل».

الحرس

بالنسبة لمنظمات الإعاقة، هناك العديد من العقبات لدعم التعبير الآمن عن المشاعر الجنسية من جانب عملائهم ممن يعانون الإعاقة الذهنية، مثل: مواجهة المعارضة العائلية، أو الشعور بالارتباك فيما يخص مشروعية دعمهم. بالنسبة للبعض، قد يكون لإجحافهم الشخصي الأسبقية على التزاماتهم المهنية، وبالنسبة للكثيرين، هناك ببساطة انعدام لأخذ تنظيم عمال الدعم في الخط الأمامي في الاعتبار فيما يخص قضايا الخصوصية المتعلقة بمن يقدمون لهم الرعاية.[١، ١٩-٢٣]

تحرم صناعة الإعاقة [٨] من يعانون الإعاقة من حقوقهم بطرق كثيرة، مفضلة الاحتياجات

حقوق الطبع محفوظة لمجلة قضايا الصحة الإنجابية النسخة العربية ٢٠١٧
N Alexander and M Taylor Gomez. Reproductive Health Matters 2017;25(50):114 - 120

الفسيولوجية للشخص (التنفس، الغذاء، الماء، الملجأ، اللباس، النوم) على كل سمة من سمات تدرج ماسلو للاحتياجات.[٢١] إن الاستكشاف الطبيعي للجنسانية والتعبير عن الرغبة الجنسية، والتي يعتادها من هم دون إعاقة، تُلبي بالضرورة الاحتياجات الأخرى التي وصفها ماسلو في التحقيق الذاتي، واحترام الذات والحب والانتماء، والأمن.[٢٤] إلا أن هذه ليست الفرضية الطبيعية للذين يعانون الإعاقة. كثيرًا ما لا يحصل أصحاب الإعاقة الذهنية بالأخص على دعم لِفَهم حقوقهم الجنسية،[٢٥] أو على الفرصة[٢٢]، أو بالتأكيد، التثقيف، لاستكشاف جنسانيتهم وتعبيرهم عن رغباتهم الجنسية.[٢٦]

هناك ثقافة للإعاقة،[٢٧،٨] حيث الوصول إلى تثقيف بشأن الجنس والجنسانية مقيد بفراغات سياسية وعدم التزام بالرفاهية الحقيقية لمن يعانون الإعاقة الذهنية.[٢٨] لكن تثقيف من يعانون من ضعفٍ إدراكي جنسي وجنساني أمرٌ ممكنٌ.[٢٩] هناك اعتقاد خاطئ أن هناك حاجة لحصول العاملين على «تدريب خاص»،[٣٠، ٣١] أو أن إعداد اختصاصيي التثقيف سوف يكلفون الكثير. ربما يقدم موظفو الدعم والآباء رسائل مشوشة ومعلومات خاطئة،[١٤] في محاولة لمنع من يعانون الإعاقة الذهنية من ممارسة الجنس، رغم أن عمال الدعم لديهم دور أساسي في تقديم بعض المعلومات البسيطة والفعالة جدًا بشأن الجنس المأمون.[٣٢] هناك جيوب من الموظفين يحاولن القيام بذلك العمل، لكن كما قيل من قبل، قد يواجهون عددًا من العقبات النظامية. قد يدعم الموظفون الوصول إلى الجنس، لكن هذا يحدث بشكل «خفي»، وقد لا يُذكر بشكل صريح في خطة للحياة.

"بذور الخوف"*

هناك خوف مجتمعي أساسي أن من يعانون الإعاقة سوف ينجبون مزيدًا من يعانون الإعاقة، وأنهم «سوف يلوثون» بقية السكان، وهو اعتقاد مشابه للممارسات العنصرية.[٣٣] هذا الاعتقاد هو مسند مفهوم لعلم تحسين النسل. علم تحسين النسل له تاريخ طويل، ولذا، يمكن لمجتمعنا المعاصر أن يواصل بنشاط، ومع ذلك دون علم، منع من يعانون الإعاقة من التعبير عن المشاعر الجنسية.[٣٤] هناك حوار حول حركة علم تحسين النسل الجديدة لحذف الإعاقة من النوع البشري،[٣٥] لذا فإن الخوف من تكاثر المعاقين لم يختف.

إن من يعانون الإعاقة الذهنية يصبحون ضحايا تاريخ ثقافي طويل من القمع؛ لتعبيرهم عن عواطفهم. في كل من أستراليا، والمملكة المتحدة، أصوات من يعانون الإعاقة، ممن يأتون من خلفيات ثقافية متنوعة، مهمشة تهميشًا مضاعفًا.[٣٦،٣٧] هناك قلق ثقافي بشأن الجنسانية وأصحاب الإعاقة، ينبعث نتيجة المخاوف المتعددة القائمة على أساطير، بما فيها أن الجنسانية غير المكبوحة ستصبح جنسًا مفرطًا ومهينًا، أو أن من يعانون الإعاقة الذهنية لا يمكن أن يكونوا أباءً صالحين.[٣١، ٣٨ - ٤٠] هناك فرضيات خاطئة عامة أن من يعانون الإعاقة الذهنية يريدون فقط مواعدة آخرين ممن يعانون الإعاقة [٤١]، أو أن أولئك البالغين ممن يعانون الإعاقة الذهنية والذين اختاروا أن يصبحوا نشيطين جنسيًا سوف يُجبرون على التخلي عن سلامتهم الجسمانية.[٣٩]

هناك تقديس أعمى للقدرة [٤٢] فيما يتصل بالإعاقة، يسخر من الطرف المعاق في العلاقات الجنسية [٤٣]، ويجعل من شركائهم غير المعاقين أبطالاً.[٤٢] ، وفي قطاع الإعاقة الذهنية، يُشار بلطف عادة إلى الاغتصاب والاعتداء الجنسي من جانب شركاء الإقامة، الذين يعانون الإعاقة

* من مراسلات خاصة بين إس. إليوت وإن. أليكساندر.

بتعبير «سلوكًا غير ملائم، أو صعبًا، أو سلوكًا مجنسًا».[٤٤]

إن المخاوف التي تدفع المواقف ترسخ المعايير المزدوجة التي توجه تقديمنا لخدمتنا. انتقالاً من المملكة المتحدة إلى أستراليا، وجدت ناتاشا اختلافًا مهمًا في مواقف تقديم الخدمة، وكان من الصعب عليها أن تفهم كيف يتمتع الزملاء الأستراليين في مجال خدمات الإعاقة بمثل تلك الأفكار التقدمية بشأن من يعانون الإعاقة الذهنية والأمور الجنسية، بينما يبدو أن خدمات الإعاقة على المستوى القاعدي تتصف بالحذر والخوف. تتفادى منظمات الدعم وضع السياسات بناء على الجنسانية والإعاقة؛ خوفًا من مقاضاتها بموجب قوانين عفا عليها الزمن،[٤٥] والتعقيدات المتصلة بالقدرة على الموافقة.[٤٦] في ثقافة رسخت بالتقادم، انعدام السياسة يعني أن الموظفين تُركوا ليعتقدوا أنهم غير قادرين على دعم الجنسانية، وللخوف من النتائج إن هم فعلوا. فقد يعتقدون أنهم «بمفردهم» إذا دعموا بشكل صريح تعبير شخص ما عن رغباته الجنسية دون سياسة. من الواضح أن السياق الذي يفتقد الوضوح، أو السياسة أو ثبات المقاربة لا يبعث على العمل بشكلٍ فعالٍ، واستباقي وتفاعلي بشأن الجنسانية.

إضافة إلى ذلك، هناك انعدام دائم للأمثلة وغياب التمثيل في أجهزة الإعلام لأشخاص ذوي جاذبية جنسية ممن يعانون الإعاقة الذهنية، ما لم يكن الأمر يُصوَّر على أنه ضعف وسوء استخدام.[٤٧] وبينما تقر الكاتبتان بالإمكانية التعرض للاستغلال الجنسي،[١٦] فإن من يعانون الإعاقة الذهنية نادرًا ما يتاح لهم السبيل لاتخاذ قراراتهم البالغة الخاصة، ونخفق نحن في الاعتراف بأن من يعانون الإعاقة يمارسون الجنس بالفعل.[٣٨] لقد قيل إن معاملة البالغين الذين يعانون الإعاقة الذهنية كأشخاص ضعاف وبحاجة للحماية له تأثير تركهم دون المهارات التي تتطلبها حماية أنفسهم من الأذى، ويحرمهم من استقلالهم. بهذه الطريقة، قد ينتهي بهم الأمر في الواقع إلى كونهم أكثر عرضة للاستغلال الجنسي.[٤٠]

الحظر القانوني

يمكن للقوانين أن تؤيد الحقوق، لكنها يمكنها أيضًا أن تحظر الوصول إلى تلك الحقوق. يحظر جزء من القانون الجنائي لكوينزلاند (s216, Act - Criminal Code Act 1899, Qld)[٤٥] العلاقات الجنسية بين «ضعاف العقل»، تعريف يتضمن عمليًا من يعانون الإعاقة الذهنية.

في ٢٠١٥، ذكر تقرير من مكتب المحامي العام لكوينزلاند [٢٣] أن:

«القانون في كوينزلاند يعني أن أصحاب الإعاقة، أو الضعف، يعاملون معاملة مختلفة عن غيرهم من الناس. وعلى الرغم من أن المخالفة لا تخضع للمحاكمة في أغلب الأحيان، تظل الحقيقة أنها منصوص عليها في القانون؛ وأنها تشمل عددًا كبيرًا من علاقات جنسية غير شرعية لحين إثبات خلاف ذلك (بينما العكس حقيقي فيما يخص من هم بلا إعاقة)؛ وأن لها تأثيرًا على حياتهم؛ وأنهم يمكن محاكمتهم. لهذه الأسباب، يجب تغيير الوضع (بطريقة مشابهة كثيرًا لكون المثلية واللواط غير شرعيين، ونادرًا ما حُوكم مرتكبوهما، وكان لهما تأثير على حياة الناس)».

استمرار انعدام تطوير سياسة من قبل الوكالات الحكومية للإعاقة يترك من يعانون الإعاقة والذين يعملون على رعايتهم، بغير دعم. على سبيل المثال، في كوينزلاند، هناك سياسة خاصة بالتعبير عن المشاعر الجنسية «في طور التطوير» منذ أكثر من ١٧ سنة، ولذا، فإن عمال الإعاقة في كوينزلاند وعملاءهم في حالة ارتباك وبلا دعم.

بذور الأمل

مقارنة ببذور الخوف التي كثيرًا ما تُنشر حول هذا الموضوع، هناك العديد من بذور الأمل التي زُرِعت ويمكن أن تنمو. فليس من الصعب دعم من يعانون الإعاقة الذهنية حتى يفهموا حقوقهم الجنسية، والتعبير عن المشاعر الجنسية. هذا يتم بفعالية في دوائر اختصاص قضائية أخرى على المستوى المحلي، أو على مستوى الولايات والمقاطعات في بلدان متنوعة مثل: كندا، والسويد، ونيوزيلندا.[١٥، ٢٦، ٤٨، ٤٩]

تدرب منظمة «التواصل» (Touching Base) ميسري العلاقات والجنس على فهم السياق الاجتماعي للإعاقة، وكيف تؤثر الإعاقات على الوظيفة الجنسية، والمهارات الاجتماعية، ومهارات المواعدة، والأساليب الآمنة للتعامل والحمل، والعمل مع الناجين من سوء المعاملة، وقضايا النوع الاجتماعي، والقضايا الثقافية، والاعتبارات الأخلاقية.[٥٠] لقد وضعت الوكالات الحكومية على مستوى الولاية السياسات الخاصة بالجنسانية لمن يستخدمون خدماتهم وموظفيهم؛ للدعم وتواصل مراقبة تنفيذها.[٥١] نحن نُعلِّم الناس العديد من مهارات الحياة:

كل شيء، من تنظيف أسنانهم، إلى إدراك الحيز العام، والحيز الخاص. فلماذا لا نعلم الناس بشكل دوري أن تكون لهم علاقات صحية وحميمة؟ لماذا قيم ومعتقدات الموظفين أساسية في هذا الموضوع بعينه، بينما يُفترض أن نركز على الفرد في كل شيء آخر؟ هذه أسئلة نطرحها.

يحتاج من يعانون الإعاقة، مثلنا جميعًا، إلى أن يشعروا أنهم أحرار جنسيًا، وإلى التثقيف فيما يتصل بالجنس والجنسانية الخاصة بهم، والتمتع بالنشاطات الجنسية، وتلقي الدعم في الأزمات.[٤٧] الجنسانية والجنس حق راسخ في الاتفاقيات الدولية، وكمدافعين عن التغيير، يجب أن نلتزم بدعم الأفراد ليحيوا حياة كاملة، بما في ذلك حياة جنسية حرة.

الهوية المفتوحة للباحثين والمساهمين (ORCID)
ناتاشا أليكساندر:
http://orcid.org/0000-0002-7485-2308

المراجع

1. Turner GW, Crane B. Sexually silenced no more, adults with learning disabilities speak up: a call to action for social work to frame sexual voice as a social justice issue. Br J Soc Work. 2016;46(8):2300–2317.
2. Turner GW. Pleasure is paramount: adults with intellectual disabilities discuss sensuality and intimacy. Sexualities. 2016;19(5–6):677–697.
3. United Nations. Convention on the rights of persons with disabilities, UNCRPD; 2002 [cited 2011 August 15]. Available from: http://www.un.org/disabilities/default.asp?id = 150
4. Seidman S. Constructing sex as a domain of pleasure and self-expression: sexual ideology in the sixties. Theory Culture Soc. 1989;6(2):293–315. N Alexander and M Taylor Gomez. Reproductive Health Matters 2017;0(0):1–7
5. Tepper MS. Sexuality and disability: the missing discourse of pleasure. Sex Disabil. 2000;18(4):283–290.
6. Elders MJ. Sex for health and pleasure throughout a lifetime. J Sex Med. 2010;7(Suppl. 5):248–249.
7. Eastgate G. Intellectual disability, sexuality and sexual abuse prevention: a study of family members and support workers. Aust Fam Physician. 2012;41(3):135–139.
8. Taylor Gomez M, Vicary F. Disability empires: some observations. 2012. Available from: http://www.lisainc.com.au/images/stories/Disability_empires_believe_they_are_doing_society_a_favour.pdf
9. Swango-Wilson A. Caregiver perceptions and implications for sex education for individuals with intellectual and developmental disabilities. Sex Disabil. 2008;26(2):75–81.
10. Leary MR, Donnellan AM. Autism: sensory-movement differences and diversity. Cambridge, MA: Cambridge Book Review Press; 2012.
11. Kankkunen P, Jänis P, Vehviläinen-Julkunen K. Pain assessment among non-communicating intellectually disabled people described by nursing staff. Open Nurs J. 2010;4:55–59.
12. Tucker M. Pain in children and adults with developmental disabilities: Oberlander, T. and Symons, F (Eds) 2006. [Book Review]. Intellect Disabil Australasia. 2007;28(4):14–15.
13. Forster S. Stop asking, hands down, shoosh: social restraint in the name of appropriateness? ASID Conference 50th Annual. Melbourne: ASID; 2015.
14. Fitzgerald C, Withers P. 'I don't know what a proper woman means': what women with intellectual disabilities think about sex, sexuality and themselves. Brit J Learn Disabil. 2013;41(1):5–12.
15. Frawley P, Wilson NJ. Young people with intellectual disability talking about sexuality education and information. Sex Disabil. 2016;34(4):469–484.
16. McCarthy M. Learning difficulties and sexual vulnerability: a social approach. J Appl Res Intellect Disabil. 2012;25(3):288.
17. Craft A. Mental handicap and sexuality: Issues for individuals with a mental handicap, their parents and professionals. In: Craft A, ed. Mental handicap and sexuality: issues and perspectives. Tunbridge Wells: Costello; 1987. p. 238–262.
18. Schaaf M. Negotiating sexuality in the convention on the rights of persons with disabilities. Int J Hum Rights. 2011;8(14):113.
19. Noonan A, Taylor Gomez M. Who's missing? Awareness of lesbian, gay, bisexual and transgender people with intellectual disability. Sex Disabil. 2010;29:1–6.
20. Taylor Gomez M. The S words: sexuality, sensuality, sexual expression and people with intellectual disability. Sex Disabil. 2012;30(2):237–245.
21. Meaney-Tavares R, Gavidia-Payne S. Staff characteristics and attitudes towards the sexuality of people with intellectual disability. J Intellect Dev Disabil. 2012;37(3):269–273.
22. Adams R. Privacy, dependency, discegenation: toward a sexual culture for people with intellectual disabilities. Disabil Stud Quart. 2015;35(1):1–5.
23. Office of the Public Advocate Queensland. Relationships and sexuality for people with impaired decision-making capacity – a jurisdictional analysis of approaches in Australia. Brisbane: Office of the Public Advocate

Queensland; 2015.
24. Maslow AH. A theory of human motivation. Psychol Rev. 1943;50:370–396.
25. Brolan CE, Boyle FM, Dean JJ, et al. Health advocacy: a vital step in attaining human rights for adults with intellectual disability. J Intell Disabil Res. 2012;56(11):1087–1097.
26. Eastgate G. Sexual health for people with Intellectual disability. Salud Publica Mexico. 2008;50(Suppl. 2):S255–S259.
27. Haller BA. Representing disability in an ableist world: essays on mass media. Louisville (KY): The Avocado Press; 2010.
28. Eastgate G. Sex and intellectual disability: dealing with sexual health issues. Aust Fam Physician. 2011;40(4):188–191.
29. Johnson K, Hillier L, Harrison L, et al. People with intellectual disabilities living safer sexual lives. Victoria: La Trobe University, Australian Research Centre in Sex, Health, and Society; 2001.
30. Cambridge P. Considerations for informing safer sex education work with men with learning disabilities. Br J Learn Disabil. 1999;27(4):123–126.
31. Cambridge P, Mellan B. Reconstructing the sexuality of men with learning disabilities: empirical evidence and theoretical interpretations of need. Disabil Soc. 2000;15(2):293–311.
32. Healy E, McGuire BE, Evans DS, et al. Sexuality and personal relationships for people with an intellectual disability. Part I: service-user perspectives. J Intell Disabil Res. 2009; 53(11):905–912.
33. Hon-Sing Wong E. "The brains of a nation": the eugenicist roots of Canada's mental health field and the building of a white non-disabled nation. Can Rev Soc Policy. 2016;75 (Spring):1–29.
34. Commonwealth of Australia. Involuntary or coerced sterilisation of people with disabilities in Australia. Canberra, Australia; 2013.
35. Rembis MA. (Re)defining disability in the 'genetic age': behavioral genetics, 'new' eugenics and the future of impairment. Disabil Soc. 2009;24(5):585–597.
36. Nehring WM. Cultural considerations for children with intellectual and developmental disabilities. J Pediatric Nur. 2007;22(2):93–102.
37. Allison L, Strydom A. Intellectual disability across cultures. Psychiatry. 2009;8(9):355–357. N Alexander and M Taylor Gomez. Reproductive Health Matters 2017;0(0):1–7
38. Gill M. Already doing it: intellectual disability and sexual agency. Minneapolis: The University of Minnesota Press; 2015.
39. Women with Disabilities Australia. Dehumanised: the forced sterilisation of women and girls with disabilities in Australia. Canberra, Australia; 2013.
40. Hollomotz A. Learning difficulties and sexual vulnerability: a social approach. London: Jessica Kingsley; 2011.
41. Murray K. Tough love. In: ABC, editor. Australian story. Sydney: ABC; 2016.
42. Sauder K. Why are you complaining? Some people actually feel that way': a critique of 'me before you'. The Huffington Post, 23 May 2016.
43. Kumari Campbell F. Refusing able(ness): a preliminary conversation about ableism. M/C J. 2008;11(3).
44. Murray S, Powell A. Sexual assault and adults with a disability: enabling recognition, disclosure and a just response. Canberra: AIFS; 2008.
45. Criminal Code Act, Queensland. Criminal Code. Australia. Available from: https://www.legislation.qld.gov.au/LEGISLTN/CURRENT/C/CriminCode.pdf 1899. p. 1–586.
46. Murphy G, O'Callaghan A. Capacity of adults with intellectual disabilities to consent to sexual relationships. Psychol Med. 1999;34:1347–1357.
47. Owens T, de Than C. Supporting disabled people with their sexual lives: a clear guide for health and social care professionals. London: Jessica Kingsley; 2015.
48. Plaute W, Westling DL, Cizek B. Sexuality education for adults with cognitive disabilities in Austria: Surveys of attitudes and the development of a model program. Res Pract Pers Sev Disabil. 2002;27(1):58–68.
49. Katz G, Lazcano-Ponce E. Sexuality in subjects with intellectual disability: an educational intervention proposal for parents and counselors in developing countries. Salud Publica Mexico. 2008;50(Suppl. 2):S2239–S2254.
50. Touching Base Inc. Sex and relationship facilitation project for people with disabilities (SARFP). Sydney: Touching Base; 2011.
51. NSW Human Services – Ageing DHC. Sexuality and human relationships - policy and procedures. In: Ageing DHC, NSW, editor. Human services. Sydney: Human Services –Ageing, Disability & Home Care, NSW; 2010.

(جلد وأسنان وعظام) شعبنا أساس الحركة: دليل عدالة الإعاقة

بقلم: سينس إينفاليد

لتنزيل مطبوعات منظمة سنزإنفاليد، زوروا sinsinvalid.org، ولشراء نسخ مطبوعة، اذهبوا إلى موقع Flipcause.com أو اتصلوا بالعنوان التالي: info@sinsinvalid.org*

ترجمة: د هشام شتلة

إن كُتيب (جلد وأسنان وعظام) لافذٌ وسهل، إلا إنه ليس بكتيب بسيط. إن الكتيب قد تم بواسطة عِدة كتَّاب، كانوا كلهم جزءًا من مشروع (سينس إينفاليد) التشاركي لفنون الأداء، والذي تأسس في (سان فرانسسكو)، يحدد دليل العدالة للإعاقة ، تلك المبادئ الأساسية لعدالة الإعاقة والخطوات التي يمكن اتخاذها للعمل على تحقيق عالم شمولي وعادلٍ بشكل حقيقي، فقابلية الكُتيب للتطبيق وعمليته جلية، حيث كان تعريف مصطلح عدالة الإعاقة كما جاء بالكُتيب تعبيرًا كتابيًا عن مجموعة مبادئ ومستقبل يعمل مشروع (سينس إينفاليد) على تطويرها، فهو حيّة للإعاقة، ولذوي الإعاقة مع التركيز على الأدوار القيادية لذوي الإعاقة من كل من «الملونين، والكويريين، وغير مطابقي النوع الاجتماعي» (ص ١٣). يجسد (جلد وأسنان وعظام) القيم التي يتبناها بشكل تام، ويدفع حركة الإعاقة للأمام، لما هو بعد الخطاب الذي يركز فقط على الحقوق؛ ليدعو إلى حركة نوعية بقيادة من واجهوا التمييز، وتاريخًا من القمع بسبب إعاقتهم، إنه ينشد الأمل في نظام مستديم متعدد القدرات، ومتاح لكل الأفراد دون تمييز: القدرة، أو اللون، أو الجنسانية، أو مطابقة النوع الاجتماعي، أو الصحة، أو كون الأفراد مهاجرين أم لا. يأخذ النص القارئ إلى المكونات الثلاثة: العظام، وهي الإطار النصي والنقدي المحوري في عمل (سينس إنفاليد) وسعيهم تجاه عدالة الإعاقة(. والأسنان، وتمثل «كلمات وأفكار من أنشطة عدالة الإعاقة إلى جانب مقترح لتنظيم يضمن الإتاحة» (ص ٥). والجلد، وهو يمثل الصورة التي «يسعى كتاب المقال إليها ويرون أنفسهم بها» (ص ٥).

أتى محتوى الكُتيب بشكلٍ واضحٍ، وبشرح للمقترحات العملية الموجودة به، ويحث على صياغة عدالة الإعاقة المتوخاة، بالإضافة إلى الخطوات التي يمكن اتخاذها للحد من سياقات التمييز ضد ذوي الإعاقة، والحد من الغيرية الاعتيادية، والأبوية، والنزعة الاستعمارية في المجتمع المعاصر.» فأنا امرأة ذات إعاقة بصرية، ومن أقلية لغوية، ولي خليل أسود، ذو جنسية سنغالية، وأواجه قصورًا في حركة حقوق ذوي الإعاقة ذات النطاق الضيق، والتي ترتكز على الهوية، وعلى الرغم من أن هناك جوانبًا عدة من هويتي تجعلني من أكثر الناس تميزًا وسلطة في المجتمع الحديث من: تعليم عالٍ، وجنسية أوروبية، وكندية، ونسل أوروبي، وديانة مسيحية، وكوني مغايرة الجنس، وأعمل على نطاق عالمي، إلا أنني أواجه علاقات القوة، والامتيازات والتعميم، والقهر بشكل يومي، وذلك بسبب هويتي، وهوية خليلي، ويتضح لي ـ أيضًا ـ بسبب تنقلاتي عبر البلاد، والسياقات المختلفة، كيف يتم الاستفادة من الامتيازات بأشكالها المختلفة في أوقات معينة، ولأسباب مختلفة، لذلك فأنا أقدر صياغة (سينس فاليد) للامتيازات والقمع بطابع مختلط وحيوي. هناك الكثير من الحقيقة في النص حول الواقع فيما أبعد من نطاق الولايات المتحدة الأمريكية، وأمريكا الشمالية، ولكنني أقرأ النص وأنا لدي بعض التساؤلات حول مدى ملاءمة نموذج عدالة الإعاقة، وما يمكن أن يتم النظر إليه بشكل إشكالي، أو يتم مناقشته بشكل يعمل على زيادة التأييد بشكل أوسع.

وقد وجدت بشكل عام أن كثيرًا مما يؤكد عليه

© 2017 The Author(s). Published by Informa UK Limited, trading as Taylor & Francis Group
This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited

حقوق الطبع محفوظة لمجلة قضايا الصحة الإنجابية النسخة العربية ٢٠١٧
M Tataryn. Reproductive Health Matters 2017;25(50):149-150

(سينس إنفاليد) في هذا النص يردد التساؤلات والصعوبات التي واجهتها منذ بداية عملي مع حركة الإعاقة، ومنظمات خدمات الإعاقة في سنة ٢٠٠٥، وما جذب انتباهي في البداية من النص - وهو ما كتب بوضع وجهة نظر عالمية في الاعتبار- هو التأكيد على أن حركة الإعاقة الحالية «تحدد نطاق الأفراد الذين يستطيعون الوصول إلى العمل الحقوقي، وكفالة الحقوق أو العمل على إطار قانوني (ص ١١) ، وهي الحركة التي ذكر الكتاب بأنها «غير متاحة للكثير من ذوي الإعاقات، وليست ملائمة لكل المواقف (ص ١١) ، هذا ليس مهاجمة لحقوق الإعاقة، ولكنها دعوة لئلا نكتفي بحقوق الإعاقة، وأن علينا النظر لما يأتي قبل الحقوق، وما بعدها. هناك العديد من المبادرات التعليمية، ومبادرات لكفالة حقوق الإعاقة من ضمن عمل منظمات حقوق الإعاقة المدعومة من وكالات عالمية، وقد لاقى دخول (اتفاقية حقوق الأشخاص) حيز التنفيذ في القانون الدولي احتفاءً كبيرًا - وهو ما كان يجب أن يحدث- لكن هذا النص يجعلنا نتساءل متى تصبح الحقوق «غير كافية»، وهذا يتماشى بشكل كبير مع ما كنت أسمعه، وأشعر به أحيانًا عندما كنت أعمل في سياقات يعيش فيها ذوي الإعاقة مع من هم بلا إعاقة، منظومات بها الحقوق تجريدية ومبهمة، حيث آليات الوصول إلى الحقوق غير متاحة، سواء كانت آليات جسدية، أو مالية، أو نظامية، عبرَّ أفراد المجتمع عن احتياجهم لطرق تضمن استدامة سُبل عيشهم، ورعايتهم لأفراد عائلاتهم، والحصول على ماء وغذاء نظيفين، وبالتأكيد هذه بالفعل - أو يجب أن تكون- حقوق أصيلة، أن يكون الفرد واعيًا بحقوقه فهذا شيء هام، ولكن يدعو (سينس إنفاليد) لإطار عدالة يدرك أن الحقوق قد تُعنى ببعض ذوي الإعاقة أكثر من غيرهم، وهو في تفسيري الخاص، إطار يطبق بما يسمى هرمية الإعاقة، وهو ما نراه في العديد من منظمات حقوق الإعاقة، وبما يدعو للقلق أيضًا بنفس القدر، أنني شهدت تَسييسًا لحركة الإعاقة في سياقات عدة، والذي يمكن أن يظهر للوهلة الأولى وكأنه علامة على إحراز تقدم تجاه تقبل حقوق الإعاقة ولكنني قد وجدت أن لذلك جانبًا شريرًا، حيث بدأت حركة الإعاقة في إعادة توليد التحزب والنخبوية، والنزعة الاستعمارية، والأبوية المغايرة، والرأسمالية الموجودين في النظام السياسي بشكل عام، وفي أي دولة. لذلك أجد أن دعوى (سينس إنفاليد) إلى سياسة نوعية ضد الرأسمالية كاثنين من العشر مبادئ لعدالة الإعاقة: شيء محوري، وآني، وملائم لنطاق أبعد من الولايات المتحدة الأمريكية، وأمريكا الشمالية.

ولكن أقسام الكُتيب التي تعرض مقترحات لإتاحة الوصول إلى الفعاليات عامة وتنظيمها، هي الأقسام التي يتجلى فيها سياق أمريكا الشمالية الخاص بـ (سينس فاليد) بشكل يضر بملاءمة النص على النطاق دولي. أنا أقدر وأحترم أنهم ذكروا أن الإتاحة عملية تتطور، وأن المرونة والتكيف والاستماع هم الحل، ولكنني أتساءل إذا كانت بعض المقترحات قد تبدوا بعيدة عن سياق مَن يعيشون في الدول ذات الدخل المحدود أو المتوسط، حيث أهملت كل الجهود المبذولة نحو إتاحة الموارد ظنًا أنها لن تكون متاحة بشكلٍ كاملٍ في كل الأحوال؟ أتساءل أيضًا مدى إتاحة النص بالنسبة إلى مجتمعات تُعتبر فيها الأبوية الغيرية شيئًا اعتياديًا والتي في بعض المجتمعات لها إطار قانوني أيضًا؟ أتساءل من سيسارع بمصادرة هذا النص لكونه يسئ إلى حساسيته الدينية والثقافية؟ على الرغم من أنني أؤمن أنه يجب التساؤل حول كل شيء، ولا يمكننا أن نخجل من طرح أسئلة صعبة، إلا أنه من أهم عوامل الشمولية هو الوصول أيضًا لمن لا يتبنوا رؤيتنا. يعرض (سينس إنفاليد) في هذا النص مبادئ لتنظيم الإعاقة ملائمة، وآنية، وقابلة للتطبيق في سياقات مختلفة، وأتطلع إلى كيف سيضمون أناسًا آخرين إلى رحلتنا في إصدارهم القادم؟ فقد تم اكتشاف فكرة (تنظيم القدرات المختلفة) في هذا الإصدار، والآن أنا حريصة على معرفة كيف يروا سُبل التعامل مع حقائق وأصوات من جنوب الكرة الأرضية؟

(ميروسلافاتارين)، (أوتاوا)، (كندا)
http://orcid.org/0000-0002-7710-3177