

قضايا الصحة الإيجابية

قضايا
الصحة
الإيجابية
باللغة العربية

الصحة الجنسية
والإيجابية في عمر
ما بعد الإيجاب





المؤسسة الاستشارية للشباب والتنمية
Youth and Development Consultancy Institute

المؤسسة الاستشارية للشباب والتنمية

٥٦ شارع النهضة - 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 الإيجابية بإجلترا

رقم الإيداع بدار الكتب
١٢٧٦١ / ٢٠٠٦

مختارات مترجمة من مجلة قضايا الصحة الإيجابية

تصدر في بريطانيا وتتولى تحريرها شيرين حيداري
تصدر الطبعة العربية عن المؤسسة الاستشارية للشباب والتنمية (الجاه)

مديرة التحرير
هالة الدمهوري

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 مصطفى

الصور الداخلية من إعداد
قضايا الصحة الإيجابية

صورة الغلاف

صور بانوس/ كولومبيا، كونكورنا، أنتيك

بولندا، وارسو، رقص بانسيونير في نادي بوليك في مناسبة أقامها ويكا زميت

قضايا الصحة الإيجابية العدد الحادي والعشرون

- ٧ ١- الحياة الجنسية للمسنين: قضية مهمشة
بقلم: شيرين حيداري
ترجمة: سهير محفوظ
- ١٦ ٢- النوع الاجتماعي والأعراف المضرّة بالصحة:
استعادة منظور دورة الحياة الذي يقوم على الصحة والحقوق الجنسية والإيجابية
بقلم: كيلين كروكيت، بيرجن كوبير
ترجمة: شهرت العالم
- ٢٧ ٣- هل تحقّق النضج الصحة الإيجابية بعد ٢٠ عام من الديمقراطية
بقلم: دايان كوبر، جاين هاريز جينيفر مودلي، وآخرون
ترجمة: سهير محفوظ
- ٤٦ ٤- الحالة الصحية وسنوات الحياة الجنسية النشطة لكبار السن من الرجال والنساء في جنوب أفريقيا
بقلم: ويتنيس تشيريندا، نومبوميليلو زوؤوب
ترجمة: شهرت العالم
- ٦١ ٥- الشيخوخة والحياة الجنسية الصحية للنساء المصابات بفيروس العوز المناعي البشري
بقلم: ماجولا ناراسيمهان، كيتلين بين، ستيفاني كالداس وآخرون
ترجمة: هشام شتله
- ٧٤ ٦- الإقرار بالحرمان الجنسي: مسار الخروج من الحزن
بقلم: أليس رادوش، ليندا سيمكين
ترجمة: أمل التريزي
- ٨٦ ٧- الصحة الجنسية وكبار السن. (مقترح لبحث إجماعي)
بقلم: شارون هينشليف
ترجمة: حسام فاز الله
- ٨٩ ٨- الجنسانية والتقدم في العمر
بقلم: والتر ب باومان، بيغي ج كلاينبلاتس
ترجمة: حسام فاز الله
- ٩١ ٩- إنه "مربوط": القوة والضعف وجسّد الذكورة في مصر
بقلم: فرحة غنام
ترجمة: شهرت العالم

- ١٠١ ١٠- فيروس زيكا -مرض جديد يزيد عبء الأمراض، ودليل جديد عن عدم التحقق من السببية
بقلم: سيمون ج دينيز هالانا ف أندريزو
ترجمة: أميرة عبد الحميد
- ١٠٨ ١١- العوامل المرتبطة بالعمليات القيصرية في فنوم بنه، كمبوديا
بقلم: كليمنس شانتنس، كروي لينج سن، فيرونك بيتي وآخرون
ترجمة: أميرة عبد الحميد

REPRODUCTIVE HEALTH *matters*

RHM in Arabic, Issue No. 21

Papers in this issue are from:

Sexuality, sexual
and reproductive health in later life
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

Dalia Ragaa

Linguistic Revision

El Sayed Abdel Gawad
Ilham Basiouny

Website Management

Fareid Boshra
Hadeer Mohamed

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.rhmmatters.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@rhmmatters.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

الحياة الجنسية للمسنين: قضية مهمشة

بقلم: شيرين حيداري

مدير ومحرر شؤون الصحة الإيجابية، لندن، المملكة المتحدة / جنيف، سويسرا.
المراسلات: SHeidari@rhjournal.org.uk

ترجمة: د. سهير جمال محفوظ

ببلوغ سن الشيخوخة: فهناك رجالاً ونساءً من كبار السن يمارسون الجنس في سن الثمانين وما فوق، ويتمتعون به أكثر من أي وقت مضى.¹ وتظهر دراسة أمريكية طويلة أن ما يقرب من ثلاثة أرباع المشاركين الذين تتراوح أعمارهم بين ٥٧ و ٦٤ عامًا كانوا نشطين جنسيًا. وعلى الرغم من تراجع تلك النسبة مع تقدم العمر، فقد أفاد ما يقرب من ربع الذين تتراوح أعمارهم بين ٧٥ و ٨٥ عامًا بأنهم نشطون جنسيًا.^٢

تلك الأدلة المتنامية جمعها الباحثون في الغالب من بيانات يرتفع فيها معدل دخل الفرد، ومع ذلك، فإن لدينا سببًا قويًا ندعمه بعض الأدلة في الاعتقاد بأن النتائج نفسها قد تنطبق أيضًا على كبار السن في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل. وتؤكد دراسة عالمية بحثت في الميول والسلوكيات الجنسية لكبار السن من تتراوح أعمارهم بين ٤٠ و ٨٠ عامًا، من ٢٩ بلدًا مختلفًا، أن "الرغبة الجنسية والنشاط الجنسي منتشران على نطاق واسع بين الرجال والنساء في منتصف العمر، وكذلك المسنين في جميع أنحاء العالم، ويستمران حتى في سن الشيخوخة".^٣ إن النشاط الجنسي في سن الشيخوخة بمفهومه الأوسع، الذي لا يقتصر على مساواة النشاط الجنسي بممارسة الجماع، يرتبط ارتباطًا وثيقًا بتحسين الصحة النفسية للفرد وزيادة رفاهيته بوجه عام. ومن هنا، كان النشاط

سن السبعين: خريف العمر أم ربيع؟

شهد العالم على مدار القرن الماضي زيادة مضطردة في متوسط عمر الفرد، وذلك بفضل التقدم التكنولوجي في الطب، وارتفاع سقف الإنفاق الحكومي في مجال الصحة، فضلًا عن التنمية الاجتماعية والاقتصادية في كافة جوانب الحياة، والاحترام المتزايد لاستقلالية قرار المرأة في منع الحمل غير المرغوب فيه. إن الحياة كما نعيشها اليوم -وكما سنعيشها في المستقبل- نَعُدُّنا بعمرٍ أطولٍ وصحوةٍ أفضلٍ من سبقونا؛ إذ تشير التقديرات إلى أن الأشخاص الذين تتجاوز أعمارهم ٦٠ عامًا سيتضاعف عددهم بحلول عام ٢٠٥٠، الأمر الذي سينعكس إيجابًا على الفرد حتى إننا سنحظى بعمرٍ مديدٍ وبحياةٍ قد تَعْلُو فيها قيمة الإنتاج على قيمة الإيجاب ونستطيع خلالها أن نلتهمس الحميمة والمتعة في العلاقات الجنسية دون أن يعوقنا في ذلك التقدم في السن.^٤

تأتي الصورة التي رسمتها السطور السابقة منافية للصورة النمطية للشيخوخة، والنظرة الاجتماعية المُحْفَفة التي ترى في المسنين أشخاصًا تَفْتَرُّ أو تنعدم لديهم الرغبة الجنسية؛ لدواعي بيولوجية، أو لعزوف اختياري عن الخوض في هذا الجانب من حياتهم، وهو الأمر الذي يدحضه تصاعد كم الأدلة العلمية، التي تشير إلى أن الرغبة الجنسية لا تختفي من حياة الفرد

كروكيت وكوبر في عبارة أنيقة جاءت ضمن تعليق لهما على تلك الظاهرة بأن خصوصية وضع المرأة المسنة تتجلى في كونها تسجل حضوراً واضحاً وبغايها من الأجندة العالمية في مجالات التنمية والصحة.

وبالمثل. هناك ندرة في الأبحاث التي تتناول الحياة الجنسية للأشخاص المثليين. ومزدوجي الميل الجنسي. ومغاييري الهوية الجنسية. ما يمثل قمعاً للاحتياجات المختلفة والخاصة التي تميز هذه الفئة دونما غيرها من حيث: الصحة، والحقوق الجنسية والإيجابية. ويعكس التحيز المستمر للغيرية الجنسية وإعلاء شأنها على غيرها من الهويات.^٥

وتجاهل السياسات والبرامج على حد سواء احتياجات الصحة الجنسية والإيجابية لكبار السن. بما في ذلك احتياجات الأشخاص المثليين. ومزدوجي الميل الجنسي. ومغاييري الهوية الجنسية. وغالباً ما يفتقر مقدمو الرعاية الصحية إلى الوعي والتدريب الكافيين بما يؤهلهم للتعامل مع القضايا ذات الصلة؛ مما يتسبب في استئثارهم الحرج لدى مناقشتهم الحياة الجنسية والجنس مع عملائهم المسنين. ويبدو أن قضية الصحة والحقوق الجنسية والتناسلية لكبار السن لاتزال بمثابة "نقطة عمياء في بنية السياسات"؛ فهي مستبعدة من أجندة التنمية. وغائبة عن أطر الاستثمار. التي غالباً ما تستهدف الشباب البالغين في سن الإيجاب. وتتناول الأمور في المقام الأول من منظور الصحة النفاسية.^٦

وأدى صدور بيانات حديثة حول ارتفاع معدل انتقال فيروس العوز المناعي البشري بين كبار السن إلى زيادة الوعي باحتياجات الصحة الجنسية والإيجابية لدى هذه الفئة من السكان؛ حيث يُصاب ما يقرب من ١٢٠ ألف شخص من هم فوق سن الخمسين بفيروس العوز المناعي

الجنسي مكوناً هاماً وثابتاً في حياة الإنسان.^٥

غير أن برنامج العمل في عام ١٩٩٤ قد أقر بأن «النساء والرجال الأكبر سنّاً لديهم قضايا صحية تناسلية وجنسية تخصهم دون غيرهم. ولا تلقى ما يكفي من الاهتمام في غالب الأحيان»؛ إذ أن البحث العلمي والسياسات والبرامج دائماً ما تغفل النظر في احتياجات تلك الشريحة من المجتمع.^٦ حتى أن البيانات الناتجة عن المسوح الديموجرافية والصحية، فضلاً عن مؤشرات الصحة، تركز كلها بشكل أساسي على الأشخاص البالغين من هم في سن الإيجاب وتتراوح أعمارهم بين ١٥ و ٤٩ عاماً. ولاقت مسألة الحياة الجنسية في المراحل المتقدمة من العمر اهتماماً متزايداً خلال العقد الماضي. بيد أن ذلك الاهتمام قد تمحور بشكل أساسي حول البعد الطبي للأداء الجنسي. مع التركيز بصفة خاصة على فحص ظاهرة ضعف الانتصاب لدى الرجال ذوي الميول الجنسية الغيرية. وهي الظاهرة التي نشأت على الأرجح نتيجةً للتسويق الناجح لعقار "سيلدنافيل" (المعروف تجارياً باسم "فياجرا") وما إلى ذلك من محسنات الأداء الجنسي. وباستثناء بعض الدراسات التي انحسرت اهتمامها عند الجوانب السريرية أو المرضية من الحياة الجنسية. فإن أدبيات البحث العلمي تكاد تخلو من الدراسات التي تتناول النشاط الجنسي. والحياة الجنسية. والصحة الجنسية (وما بعد) الإيجابية في المراحل المتقدمة من العمر وحقوق كبار السن.

كما تخلو الأجندة الخاصة بالبحث العلمي في مجال الصحة من ذكر المرأة عدا في إطار قدرتها على الإيجاب. أو رغبتها في ذلك. ويرى البعض في هذه الظاهرة "خطراً مضاعفاً" نظراً لما تنطوي عليه من تقاطع في المواقف المتحيزة ضد كبار السن وضد المرأة. الأمر الذي يهدد المرأة المسنة بمزيد من الإهمال والتهميش. أ. وبيدكرنا

سائد من اعتقادات خاطئة حول قلة إمكانية إصابة كبار السن بالفيروس.

وفي حين أننا بحاجة إلى إعادة التفكير في المعلومات والبرامج الخاصة بالوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية، وإعادة هيكلة كل منها بحيث تصل للأشخاص الأكبر سنًا من البالغين. فمن الواجب أيضًا على برامج علاج فيروس العوز المناعي البشري أن تدرج تقديم الخدمات المتعلقة بالحقوق والصحة الجنسية والإيجابية لكبار السن من الأشخاص المصابين بالفيروس ضمن إطار عملها. وبفضل نجاح العلاج المضاد للفيروسات الرجعية. أصبح متوسط العمر المتوقع للأشخاص المصابين بفيروس العوز المناعي البشري مقاربًا لمتوسط العمر المتوقع للسكان عمومًا. مما أدى إلى تحول ديموجرافي كانت من علاماته زيادة نسبة المصابين بفيروس العوز المناعي البشري بين كبار السن. ووفقًا لبيانات برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس العوز المناعي البشري (الإيدز) لعام ٢٠١٥، فإنه من بين ٣٦,٧ مليون شخص مصاب بفيروس العوز المناعي البشري على مستوى العالم، هناك ٥,٨ مليون شخص يبلغ من العمر ٥٠ عامًا فما فوق، و يعيش أكثر من ٢,٧ مليون منهم في أفريقيا جنوبي الصحراء، ومن المتوقع أن تتضاعف هذه الأرقام بثلاث أمثالها في السنوات القادمة^٩.

وعلى الرغم من هذه الاتجاهات الديموجرافية، فإن قلة قليلة فقط من أدبيات البحث العلمي تتناول بالدراسة احتياجات الصحة والحقوق الجنسية والإيجابية لمن هم فوق سن الخمسين من المصابين بفيروس العوز المناعي البشري. إن الاستعراض المنهجي الذي قام به ناراسيمهان وآخرون في هذا العدد حول الشيخوخة والصحة الجنسية بين النساء المصابات بفيروس العوز المناعي البشري، يسلط الضوء على أربع دراسات فقط حول هذا الموضوع، وتفيد الدراسة

البشري كل عام، وذلك في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل^{١٠}، وفي حين أن العوامل البيولوجية تؤدي دورًا هامًا في تحديد معامل خطورة الإصابة بالفيروس في هذه الفئة العمرية، ولا سيما لدى النساء، فثمة عوامل اجتماعية، واقتصادية أخرى تساهم في الاستهانة بخطر انتقال فيروس العوز المناعي البشري وغيره من الأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي فضلًا عن التشخيص المتأخر لفيروس العوز المناعي البشري. ولا يزال مدى تأثير العنف القائم على النوع الاجتماعي كعامل خطر بالنسبة للنساء المسنات مجهولًا، وذلك في ظل ندرة البيانات عن مدى انتشار العنف في هذه الفئة، وتأثيره على الصحة الجنسية والإيجابية^{١١} وهناك عوامل أخرى للإصابة بفيروس العوز المناعي البشري لدى كبار السن وهي: انخفاض الوعي بمخاطر الإصابة والممارسات الجنسية غير الآمنة، ومحدودية المعرفة المتعلقة بالجنس والصحة الجنسية، والأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي. وتقدم ورقة بحثية في هذا العدد كتبها د. الريمبل والمؤلفون المشاركون بيانات حول محدودية الوعي بفيروس العوز المناعي البشري وغيره من الأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي بين الأشخاص البالغين في اسكتلندا؛ من هم في منتصف العمر، ولديهم ميول جنسية غيرية، وتبحث الدراسة في تأثير العوامل الاجتماعية، والثقافية على تطور عملية اكتساب المعرفة عن الأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي عبر مراحل الحياة المختلفة. ويُعد الشباب الأصغر سنًا هم المستفيدون حصريًا - تقريبًا - من برامج التثقيف الجنسي والمعلومات المتعلقة بفيروس العوز المناعي، التي تستهدف تلك الفئة دون غيرها. وغالبًا ما تستثني برامج الكشف عن فيروس العوز المناعي البشري، وبرامج إسداء المشورة كبار السن، أو تثنيهم عن إجراء اختبار فيروس العوز المناعي البشري؛ نتيجة لما هو

مرحلة الشيخوخة. فإن المعايير الثقافية الأبوية. فضلاً عن التحيز الاجتماعي. بإمكانها أن تدفع المرأة إلى قمع رغبتها الجنسية. أو الخجل من التعبير عنها. ومن ثم. الإحجام عن البوح بمعدل تكرار ممارسة النشاط الجنسي أو عدد الشركاء الجنسيين عند الخضوع للاستطلاع في السياقات البحثية. وتتأثر الحياة الجنسية للفرد بالعديد من المحددات الاجتماعية من قبيل الوصمة (كتلك التي تلاحق المصابين بفيروس العوز المناعي البشري). والتابوهات أو التحريم الاجتماعي فيما يخص الجنس والحياة الجنسية. وصورة الجسد. والثقة بالنفس. والحالة الاجتماعية... وغيرها من العوامل النفسية الاجتماعية. فضلاً عن العوامل البيولوجية (ومن بينها احتمالية إصابة الفرد بأمراض مزمنة أو أمراض عقلية). ومع زيادة متوسط عمر الفرد. يمكن للمرأة اليوم أن تمتد حياتها لفترة تتراوح مدتها بين ٣٠ و ٤٠ عامًا من بعد انقطاع الطمث. الأمر الذي يحتم علينا البحث في طرق تعزيز الحياة الجنسية السليمة في هذه المرحلة من الحياة.

ولهذا الأمر أهمية خاصة في سياق فقدان الفرد رفيق حياته وشريكه الجنسي. فعلى الرغم من أن هناك دراسات قد سعت إلى فهم العملية التي تتطور بها مشاعر الحزن الناتج عن الفقد. لم تلق ظاهرة الحداد الجنسي اهتمامًا ماثلاً. وذلك بحسب ما أكده رادوش وسيمكن في هذا العدد: حيث سعى الباحثان إلى تسليط الضوء على تلك الظاهرة المنسية في دراسة استكشافية أجريها في الولايات المتحدة واستعرضا من خلالها وجهات نظر النساء وتوقعاتهن بخصوص مشاعر الحداد الجنسي في حال تعرضن لفقد الشريك الجنسي. وتدعم نتائج الدراسة كم الأدلة المتاحة بالفعل وتشير إلى أن الجنس هو أحد المكونات الأساسية والصحية للحياة السليمة في المراحل المتقدمة من العمر. كما تؤكد النتائج أيضًا

الوحيدة التي أجريت في دولة منخفضة الدخل (أوغندا) بوجود فجوة ملحوظة بين الجنسين. مع التأكيد على استمرار النشاط الجنسي لدى الأشخاص البالغين بعد سن الخمسين حيث أظهر الاستطلاع أن نسبة النساء المصابات بفيروس العوز المناعي البشري من أقدن بأنهن نشطات جنسيًا كانت أقل بكثير (١٤٪) من نسبة الرجال من نفس الفئة العمرية (٤٩٪). كما أفادت نسبة ضئيلة من المسنات (٥٪) بأن الجنس يعد جانبًا هامًا في حياتهن وذلك في مقابل (٤١٪) من الرجال في نفس العمر.

وأشارت عدد من الدراسات إلى وجود فجوات جنسانية ماثلة في مناطق أخرى. ومنها دراسة منشورة في هذا العدد سعى فيها تشيريندا وزوجها إلى تقدير متوسط زمن استمرار النشاط الجنسي بالنسبة لعمر الفرد في مجموعة من كبار السن من الرجال والنساء في جنوب أفريقيا. وفي هذه الدراسة. أفادت شهادات النساء بانخفاض ملحوظ في متوسط زمن استمرار النشاط الجنسي في هذه الفئة مقارنة بالرجال في سن الخمسين. كما تبين أيضًا أن الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري كان لها تأثير سلبي على النشاط الجنسي لدى النساء فقط. إن مثل هذه الإحصائيات تدعونا إلى النظر في أثر فيروس العوز المناعي البشري على الصحة الجنسية والحياة الجنسية لكبار السن من النساء والرجال. والمتحولين جنسيًا المصابين بفيروس العوز المناعي البشري. ولكن هناك ما هو أهم من ذلك: إذ تظل الأسباب الكامنة وراء ما أظهرته الدراسات السالف ذكرها من تفاوت بين الجنسين مجهولة. والمفاجئ في الأمر أن أحدًا لم يتناولها بعد بالدراسة والبحث. وفي حين أن البيانات المحدودة المتاحة لدينا قد كشفت عن أن هناك عوامل بيولوجية تسهم في تقليص الشهوة الجنسية لدى النساء بعد انقطاع الطمث في

خُتت الدراسة في الماضي. وتشمل مثل هذه التجارب المعاناة من الفقر، والتهميش، والعنف، والتعرض لممارسات ضارة مثل: ختان الإناث، وزواج الأطفال. وحمل الشخص علامات على تردي الصحة الإيجابية ومنها الإصابة بحالات الناسور المثاني المهلي في مرحلة مبكرة عند النساء؛ حيث إن فهمنا لتلك العوامل يُعد ضروريًا؛ لإثراء وعينا بالحياة الجنسية السليمة في المراحل المتقدمة من العمر.

وهناك نقطة أهم ألا وهي، إن البحث العلمي في الجوانب الإيجابية من الحياة الجنسية، والارتباط بين مدى ما تقدمه العلاقات الجنسية من إشباع للحاجة، ومتعة متبادلة، ومدى جودة حياة الفرد وإنتاجيته، وما إلى ذلك من جوانب الحياة - لن يساهم فحسب في إثراء معرفتنا بخصائص الحياة الجنسية السليمة، بل سيساهم أيضًا في قدرتنا على توفير خدمات صحية عالية الجودة ومراعية للجوانب الجنسانية.

إن تلبية تلك الاحتياجات المهمة فيما يخص الحقوق والصحة الجنسية والإيجابية لكبار السن: تتطلب منا توفير سبل الرعاية المتكاملة، وتبني نهج شامل ومتعدد التخصصات في التعامل مع الخدمات الصحية، كما توجد حاجة أيضًا إلى تضافر الجهود من أجل تسليط الضوء على الاحتياجات الخاصة بكبار السن في مجال الحقوق والصحة الجنسية والإيجابية، ولاسيما من حيث مدى تأثير هذه الاحتياجات بعوامل مثل: الهوية الجنسانية، والتوجه الجنسي والإعاقة، والعرق... وغيرها من العوامل التي تتشابك فيها قضايا اجتماعية مختلفة، وينبغي لجهود الدعوة أن تضمن تبني الأجندة العالمية الخاصة بالصحة والتنمية لمنظور يراعي مراحل تطور الحياة المختلفة، وذلك بهدف تلبية ما لكافة أفراد المجتمع - من جميع الفئات العمرية - من حقوق في التمتع بنشاط جنسي آمن ومتع، دون إكراه أو

على أهمية أن يتحلى مقدمو الرعاية الصحية بالوعي باحتياجات الصحة الجنسية للمسنين.

ويتجلى مدى ضآلة الاهتمام الذي حظى به قضية الحقوق والصحة الجنسية والإيجابية لدى كبار السن في كم المساهمات التي تلقيناها ضمن هذا العدد، والموضوعات العدة التي تناولتها تلك المساهمات، فعلى الرغم ما بذلناه من جهود مضيئة، جاءت المقالات التي تناولت قضية الحقوق والصحة الجنسية والإيجابية لدى كبار السن قليلة العدد ومحدودة النطاق، وبالطبع تساهم المقالات الواردة ضمن صفحات هذا العدد إسهامًا قيمًا في إثراء حصيلة المعرفة حول هذه القضية، بيد أنها تهمل النظر في قضايا أخرى، لم تحظ بعد بما تستحقه من الاهتمام البحثي، ومن بين هذه القضايا: التجارب الجنسية الخاصة بكبار السن من مغايري الهوية الجنسية وحاملي صفات الجنسين، وتحليل احتياجات كبار السن في إطار يراعي حقوقهم الجنسية، والخاوف المرتبطة بالصحة الإيجابية، ومنها -على سبيل المثال لا الحصر- خطر الإصابة بسرطان الأعضاء التناسلية، وقد طرحت هينكليف ضمن هذا العدد مجموعة من التوصيات للباحثين في مجال العلوم الاجتماعية كان من أبرزها الحاجة "لخلق مساحة تعددية تكفل صوتًا لجميع الفئات الموجودة على الساحة الاجتماعية"؛ وضرورة تبني منظور يتجاوز ثنائية الدور الاجتماعي للجنسين ومراعاة تلك الجوانب التي تقاطع فيها التحيزات الاجتماعية في عملية البحث العلمي، كما تنادي هينكليف أيضًا بإجراء أبحاث نوعية بغيّة توثيق التجارب الواقعية للأشخاص خُتت الدراسة، وذلك ضمن إطار يعكس تعددية هذه التجارب، إن الصحة الجنسية والتصرفات والمواقف إزاء الحياة الجنسية كلها أمور تعود جذورها إلى أحداث وتجارب حياتية ماضية، ومن هنا، كان من الواجب التقصي عن التجارب التي مر بها الأشخاص

تناقش شيلدون تفشّي ظاهرة استعمال أدوية الإجهاض الطبي التي يمكن شراؤها عبر الإنترنت بين النساء في أيرلندا. وهي الدولة صاحبة القوانين الأكثر شدة في العالم من حيث تقييد الحق في الإجهاض. وترى شيلدون أن تبني نهجاً يهدف للحد من الأضرار عن طريق توفير النصيحة والدعم والمعلومات الدقيقة والحيادية عن الإجهاض من قبل مقدمي خدمات الرعاية الصحية لن يشكل مخالفة صريحة للقانون. وفي الوقت نفسه سيحسن من صحة النساء المقبلات على إنهاء حمل غير مرغوب فيه. غير أن شيلدون تؤكد أيضاً على أن تبني مثل ذلك النهج على مستوى القطاع العام الصحي لن يستبعد بالضرورة احتمالية تحدي الحظر القانوني على الإجهاض. ويعد نموذج الإصلاح القانوني الذي نجح في الأوروغواي مثلاً جيداً على إمكانية إبطال القوانين التي تفرض قيوداً على الحق في الإجهاض. يدرس وود وآخرون العملية التي خرجت بموجبها تلك الإصلاحات إلى النور والقوة المحركة ورائها. وكما يقر هؤلاء الباحثون بالانتصار التاريخي الذي تمثله تلك الإصلاحات التشريعية، فهم يجرون أيضاً خليلاً نقدياً للكشف عن أوجه القصور التي تعيب القانون الحالي. ويلقي جونزاليس ودينيز مزيداً من الضوء على مسألة الحق في الإجهاض وذلك في سياق انتشار وباء "زیکا"؛ حيث يدرس الباحثان عن قرب العلاقة الطردية بين غياب المساواة وفرص تعرض النساء للإصابة بفيروس "زیکا". وتعد عواقب نقص سبل الوصول إلى وسيلة لإنهاء الحمل في حالات الإصابة بالفيروس مدمرة بالنسبة للنساء وبالأخص المهمشات اجتماعياً من بينهن.

إن تقنين الإجهاض. على الرغم من كونه ضرورة. لا يضمن توفر سبل إجراء عمليات الإجهاض؛ حيث تؤكد كوبر وأخريات. وذلك في معرض دراسة مكملّة لمقال صدر في عام

عنف. أو تعرض لخطر الإصابة بالمرض. بل واحترام هذه الحقوق.^{٢١}

المزيد في هذا العدد

يتضمن هذا العدد مساهمات مهمة حول موضوعات ذات صلة. وإن كانت بعض هذه الموضوعات قد جاءت خارج نطاق الموضوع الرئيس للعدد. فالحق في الإجهاض الآمن. على سبيل المثال. لا يزال قضية من الأهمية بكان. وذلك في الوقت الذي تظل فيه فكرة توافر سبل الوصول إلى خدمات الإجهاض الآمن محض خيال. إن حق المرأة في اتخاذ قرار الإجهاض والتماس سبله يخضع لتهديد حقيقي. فالبرغم من التقدم الملحوظ الذي يمكن رؤيته - على سبيل المثال لا الحصر - في إبطال المحكمة العليا الأمريكية القيود القانونية المفروضة على الحق في الإجهاض بولاية تكساس. ورفض البرلمان البولندي تمرير قرار يفرض حظر شبه كلي على الإجهاض إثر احتجاجات نسائية عارمة. فإن المناخ السياسي الحالي يُعد مدعاة للقلق؛ إذ جاءت التصريحات الصادمة التي صدرت عن الرئيس الأمريكي المنتخب والمثير للجدل. دونالد ترامب. بشأن الحقوق الإيجابية للمرأة بما فيها الحقوق المتعلقة بالإجهاض. كتذكيرة مريرة لنا بأن حق المرأة في التحكم في القرارات المتعلقة بجسدها لا يزال قيد مناقشة الرأي العام. إن لم يكن تحت رحمة أيضاً. وبالمثل. يشن قادة الدول ذوي الميول المحافظة في بقاع أخرى من العالم هجوماً على حقوق المرأة. إذ تشهد تركيا تحت حكم إردوغان. بحسب ما رصده فوستر وآخرون في هذا العدد. تضييقاً على عمليات الإجهاض في إطار أمن وقانوني. وذلك في ظل تصاعد قمع حقوق المرأة والتهديد الدائم بتقويض حق المرأة في الإجهاض.

وقد أشارت الدلائل مراراً وتكراراً إلى أن التضييق على الحق في الإجهاض لا يمنع النساء من التماس كافة السبل الممكنة لتنفيذه؛ حيث

قضيتي الحقوق والصحة الجنسية والإيجابية والإعاقة. وهي العلاقة التي لم تلقَ أي اهتمام يذكر بعد في سياق الحوار العام بشأن الحقوق والصحة الجنسية والإيجابية. وأجندة الصحة العامة. كما تغيب تمامًا من خطاب الحركات الداعمة لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. وبالتالي. فإننا نفتح الباب في هذا العدد لتلقي المساهمات التي تدرس هذه القضية من الأبعاد الثلاثة التالية: حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة وإنصافهم ومعرفة ما لديهم من تطلعات. والهيكل المحففة وعدم تكافؤ الفرص في الحصول على الخدمات. والتجارب الشخصية والهوية وتقاطع التحيزات الاجتماعية. وأتطلع شوقًا للمشاركة في تحرير هذا العدد إلى جانب رينو أدلكا وجانيت برايس.

وسنوجه الدعوة لتلقي مزيد من المساهمات حول قضية أخرى تتصل بالقضية السالف ذكرها ولا حظي باهتمام كبير. ألا وهي قضية الحقوق والصحة الجنسية والإيجابية في سياق الأزمت الإنسانية. ونأمل أن تسوق تلك المساهمات ما يكفي من الأدلة على الحاجة لتوفير خدمات فعالة في مجال الحقوق والصحة الجنسية والإيجابية في مثل تلك السياقات. ونظرًا لما نشهده اليوم من معدلات ارتفاع غير مسبوقة. فنمة حاجة ملحة لجمع مزيد من البيانات والأدلة حول الاحتياجات المرتبطة بالحقوق والصحة الجنسية والإيجابية في سياق الأزمت الإنسانية. ولاسيما في فئة النساء والفتيات. فيعاني أكثر من ١٠٠ مليون شخص حول العالم من ويلات الصراع والأزمة بينما تتضاعف معاناة النساء والفتيات في السياق نفسه: بسبب ما تفرضه عليهن حالة النزوح من مخاطر جديدة يواجهنها وتحديات فريدة من نوعها فيما يتعلق بصحتهن الجنسية والإيجابية تحت تلك الظروف. ومن الضروري الحصول على أدلة موثوق بها من أجل

٢٠٠٤ يستعرض فيها المشهد الصحي الجنسي والإيجابي في جنوب إفريقيا بعد ٢١ عامًا من الديمقراطية. أنه بالرغم من تبني جنوب أفريقيا قوانين أكثر حرراً في مجال الإجهاض فإن النساء لا يزالن يفضلن الخضوع سرًا لعمليات الإجهاض. الأمر الذي يعزى إلى معوقات أخرى لا تتصل بالقانون ومنها: نقص المعرفة. والوصم الاجتماعي والتمييز اللذان تتعرض لهما المرأة. ورفض مقدمي خدمات الرعاية الصحية القيام بعمليات الإجهاض متعللين بالاستنكاف الضميري. وتشير كل هذه المعوقات إلى هيمنة المعايير الجنسانية الأبوية على تفكير المجتمع. وهي القضية التي يتناولها نابازا وآخرون في دراستهم التي سعاوا من خلالها للكشف عما إذا كانت مناهج التثقيف الجنسي في المدارس في جنوب أفريقيا تطبق مبادئ عدالة النوع الاجتماعي بشكل جدي. وقد انتهت الدراسة إلى أن الأدوار الجنسية وتعريف الذكورة والأنوثة بالمفهوم التقليدي ما زالت مسيطرة بلا منازع. ولا يزال بعض المعلمين متشبثين بها. بيد أن تلك التحيزات الجنسانية لا تظهر في السياق التعليمي فحسب. وإنما هي حاضرة في سياقات أخرى كسياق الولادة. ففي معرض دراستهم أسباب الزيادة المقلقة في معدل الولادات القيصرية في العاصمة الكمبودية بنوم بنه. تبين لشانتز والآخريين أن قرار الولادة القيصرية يخضع لتأثير عدد من العوامل يبرز من بينها رغبة النساء في الحفاظ على جمال أعضائهن التناسلية من أجل الشريك الذكر. والحرص على عدم إهدار "رأس المال الجنسي" الخاص بهن.

تغييرات مهمة وقضايا مستقبلية على صفحات مجلة قضايا الصحة الإيجابية

تواصل المجلة في عام ٢٠١٧ مسيرتها في تسليط الضوء على أهم القضايا المستجدة: إذ تتناول في عددها القادم تقاطع العلاقة بين

بَيَد أن التطور الأهم الذي تمر به المجلة يتمثل في بدء العمل في إطار نموذج جديد يقوم على إتاحة المعلومات بالكامل حيث ستكون جميع المقالات متاحة للقراءة والتحميل إلكترونياً من خلال موقعنا مجاناً، وذلك فور إصدارها. ولن يتطلب الموقع التسجيل أو استخدام شفرة دخول من أجل عرض المقالات، ويتسق تبني هذا النموذج الجديد مع مهمتنا في الوصول إلى أكبر عدد ممكن من القراء وتوسيع نطاق الأثر العلمي لمنشوراتنا. وسيكون من شأن هذا النموذج إتاحة سُبُل الوصول للمعلومات لمناصري القضايا الحقوقية وواضعي السياسات، والعاملين المجتمعيين، ومقدمي خدمات الرعاية الصحية، وأفراد المجتمع المدني... وغيرهم من لا يتاح لهم الإطلاع على المجالات العلمية ذات الأثر المشترك المدفوع عن طريق انتمائهم لأحد المؤسسات، وتشجيعاً منا على تلقي مساهمات علمية من الباحثين في الدول متوسطة ومنخفضة الدخل، تلتزم المجلة بنشر المساهمات من الدول متوسطة الدخل مقابل الدخل مقابل تكلفة مخفضة، وبدون مقابل لمساهمات الباحثين من الدول منخفضة الدخل، وجدير بالذكر أن المجلة ستتحمل تكاليف نشر كل الأبحاث الموضوعية خلال عام ٢٠١٧ وحتى نهاية هذه السنة الانتقالية، على أن تسري هذه التغييرات بمجرد انتقال المجلة من "إلسفير" وانضمامها كعضو جديد في أسرة "تايلور & فرانسيس" بحلول نهاية العام الحالي، وبذلك، يكون هذا آخر عدد ننشره ضمن شراكتنا طويلة الأمد مع "إلسفير"، وكانت تلك الشراكة قد شهدت تعاوناً قوياً ومثمراً بيننا استطاعت مجلتنا بفضلها أن تنمو وتصل إلى قراء جُدد، ولذا فنود أن نعبر عن امتناننا للزملاء في "إلسفير" على كل ما قدموه من أجل إثراء مجلتنا وازدهارها، كما نتمنى في هذا السياق أن نبني شراكة طويلة ومثمرة مع "تايلور & فرانسيس".

فهم مدى تلك التحديات وطبيعتها، والاسترشاد بهذا الفهم في وضع السياسات وتحديد الخطوات الأكثر نفعاً التي يمكن اتخاذها عند التوسع في الأنشطة الطبية للقطاع العام الصحي.

وهناك نية للتوسع خلال العام القادم في نشر الأعداد التي تركز على موضوعات بعينها وإصدار عدد ثالث في سلسلة الأعداد التي تناولت قضية لم تفتّر أهميتها وهي قضية الدين والجنسانية والحياة الجنسية، وتُعد هذه القضية ملحة الآن أكثر من أي وقت مضى؛ نظراً لتعاظم الفجوة بين المساعي المشتركة بين الجهات الفاعلة ذات التوجه العلماني، والمؤسسات التقدمية ذات التوجه الديني من أجل تبني نهج شامل وحقوق في التعامل مع الجنسانية والحياة الجنسية والحقوق والصحة الجنسية والإيجابية، وما يقابل تلك المساعي من إصرار من جانب القوى المحافظة والأصولية على استغلال كل فرصة ممكنة لتقويض تلك الحقوق. كما حدث مؤخراً عندما تقدم عدد من الدول في الأمم المتحدة بمشروع قرار يحظر بأثر رجعي تعيين خبير مستقل من قبل الأمم المتحدة للبت في مسائل العنف والتمييز القائم على التوجه الجنسي والهوية الجنسية، وكانت اللجنة الثالثة للجمعية العام قد اتخذت قرارها برفض هذا المشروع في وقت إعداد هذا المقال.

إن المرحلة العصبية التي نمر بها في الوقت الراهن تتطلب منا أن نراقب عن كثب تلك التوجهات السياسية التي تهاجم الحقوق الأساسية للإنسان، والرد عليها بأدلة قوية وجهود موحدة في المطالبة بتطبيق سياسات وبرامج تدعمها الأدلة العلمية؛ ولذا فقد قررنا اعتباراً من يناير ٢٠١٧، تبني نموذج جديد في النشر، فبالإضافة لما ننشره من أعداد تركز على موضوعات بعينها مرتين أو ثلاثة كل عام، سنتيح الفرصة أيضاً لنشر خاليل ورؤى نقدية تعكس موضوعات الساعة، وذلك بصورة دورية.

مشاركتهن في تحرير العدد. كما ندين بالشكر أيضاً للمؤلفين على مساهماتهم والمراجعين على الإفادة بخبرتهم في تقييم المساهمات التي تلقيناها.

شكر وتقدير

أود التعبير عن خالص شكري لهايدي ستوكل، ولورا فيرجسون، وباتيكا مارتن على مساهمتهن القيمة في إعداد هذه الافتتاحية، وعلى

المراجع

1. World Health Organization. World Report on Ageing and Health. Geneva, Switzerland: WHO, 2015.
2. Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, et al. A Study of Sexuality and Health among Older Adults in the United States. New England Journal of Medicine, 2007 Aug 23; 357(8):762-774.
3. Beckman N, Waern M, Gustafson D, et al. Secular trends in self reported sexual activity and satisfaction in Swedish 70 year olds: cross sectional survey of four populations, 1971-2001. British Medical Journal, 2008;337.
4. Nicolosi A, Laumann EO, Glasser DB, et al. Sexual behavior and sexual dysfunctions after age 40: The global study of sexual attitudes and behaviors. Urology, 2004;64(5):991-997.
5. DeLamater J, Koepsel E. Relationships and sexual expression in later life: A biopsychosocial perspective. Sexual Relationship Therapy, 2015;30:37-59.
6. United Nations Office of the High Commissioner on Human Rights. Programme of Action of the International Conference on Population and Development. 1994.
7. Calasanti T. Ageism , Gravity , and Gender: Experiences of Aging Bodies. Ageism New Millenn, 2005;8-12.
8. Thompson EH. Expressions of manhood: reconciling sexualities, masculinities, and aging. Gerontologist, 2004 Oct 1;44(5):714-719.
9. Aboderin I. Sexual and reproductive health and rights of older men and women: Addressing a policy blind spot. Reproductive Health Matters, 2014;22(44):185-190.
10. UNAIDS. AIDSinFO 2016. Available from: <http://aidsinfo.unaids.org>.
11. Cooper B, Crockett C. Gender-based violence and HIV across the life course: Adopting a sexual rights framework to include older women. Reproductive Health Matters, 2015;23(46):56-61.
12. Lindau ST, Gavrilova N. Sex, health, and years of sexually active life gained due to good health: evidence from two US population based cross sectional surveys of ageing. British Medical Journal, 2010;340.
13. World Health Organization. Sexual Health, human rights and the law. Geneva, Switzerland, 2015.



أريك ريكسترنر / صور بانكوس

اليابان، سيتاجايا، طوكيو، شخصان يرقصان معا في مسابقة لكبار السن

النوع الاجتماعي والأعراف المضرة بالصحة استعادة منظور دورة الحياة الذي يقوم على الصحة والحقوق الجنسية والإيجابية

بقلم: كيلين كروكيت^(أ) بيرجن كوبر^(ب)

(أ) مُساعِدة خاصة في مجال سياسات النوع الاجتماعي وحقوق المُسنين. إدارة معيشة المجتمع المحلي. وزارة الصحة والخدمات البشرية في الولايات المتحدة. واشنطن العاصمة. الولايات المتحدة الأمريكية. المراسلات: cailin.crockett@acl.hhs.gov

(ب) مدير بحوث السياسة العامة. مركز الصحة والمساواة بين الجنسين (CHANGE). واشنطن العاصمة. الولايات المتحدة الأمريكية.

ترجمة: أستاذة شهرت أمين العالم

موجز المقال: على الرغم من الأهمية الديموجرافية للنساء المسنات اللاتي جاوزن سن الإيجاب. وتأثير الفوارق بين الجنسين على صحتهم وحقوقهم. تُستبعد هؤلاء النساء من معظم استثمارات مجال الصحة العامة عالميًا. وفي حين حققت سياسات التنمية التي تربط حقوق الإنسان بالحصول على خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإيجابية تقدمًا نحو تحسين حالة النساء والفتيات. لم تستفد النساء المسنات من هذه المبادرات. بيد أن النساء عندما يكبرن في السن يواجهن مجموعة من الظروف الصحية التي تضرب بجذورها في البيولوجيا الإيجابية - بداية من ناسور الولادة الذي يستمر معهن حتى سن الشيخوخة. إلى سرطان عنق الرحم وسرطان الثدي. ويتجاهل النهج الحالي للصحة النسائية عالميًا هذه الظروف الخطيرة. بما يضر بالنساء المسنات من خلال استمرار الأعراف المتعلقة بالنوع الاجتماعي. التي تُفسر صحة المرأة من خلال عدسة إيجابية ضيقة. وفي الوقت نفسه. تغيب النساء المسنات عمومًا من الخطاب العالمي المتعلق بالشيخوخة. والذي يفتقر إلى منظور النوع الاجتماعي على نحو يخلق غياب مزدوج. حيث أن مجال صحة النساء عالميًا يضع النساء المسنات بعين الاعتبار. ولاستعادة إطار الحقوق الجنسية الذي طرحه المؤتمر الدولي للسكان والتنمية ومنهاج عمل بيجين: فإننا ندعو إلى مراجعة السياسات الصحية العالمية لإدراج نهج دورة حياة صحة النساء بوصفها مسألة تتعلق بحقوق الإنسان.

الكلمات الدالة: دورة الحياة. النساء المسنات. الحقوق الجنسية. الصحة الإيجابية. التنمية المستدامة.

مقدمة

في عام ١٩٩٥. احتفل في سبتمبر الماضي دعاء النوع الاجتماعي في مجال التنمية العامة بالذكرى السنوية العشرين لبيجين: بغية الدعوة للعمل من أجل إدماج القضايا التي تؤثر على النساء والفتيات. بما فيها الصحة والحقوق الجنسية والإيجابية خلال ١٧ هدفًا عالميًا تشكل أجندة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠. التي ناقشها الاجتماع رقم ٧٠ للجمعية العامة للأمم المتحدة.

«يجب ضمان حق النساء في التمتع بأعلى مستوى من الصحة طوال مجمل دورة حياتهن [التأكيد مضاف] على قدم المساواة مع الرجال.»^١ تُشكل هذه الكلمات الفقرة ٩٢ من إعلان بيجين ومنهاج العمل يُشار إليهما فيما بعد بمصطلح «بيجين». التي صاغها قادة حقوق الإنسان للمرأة في مؤتمر الأمم المتحدة العالمي الرابع المعني بالمرأة

الإبلاغ عن انتشار العنف الجنسي بين النساء والفتيات في سن ١٨ إلى ٣٤ سنة. (٣) استمرار العدد الكبير غير المقبول من وفيات الأمهات. أو إصاباتهن بإعاقة أثناء الولادة. بسبب عدم كفاية موارد الرعاية الصحية للأمهات.^{١٠٦} وفي حين تتطلب كل مشكلة من هذه المشكلات التمايز، وإن كانت متداخلة. تضافر الجهود والاستثمارات والناصر، فهي تحمل في جذورها بنية معيارية سائدة حول المرأة تقوم على قدرتها على الإيجاب.

ونحن نجادل بضرورة اتباع نهج شامل لحقوق الإنسان للمرأة. من خلال منظور دورة الحياة. يذهب هذا النهج. في مجال الصحة العامة العالمية. إلى أن الصدمات والأحداث التي تحول دون تمتع المرأة بحياة صحية في فترة مبكرة -مثل الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية، والتعرض للعنف الجنسي، أو المعاناة من الأذى وسوء المعاملة عند الولادة - وجميعها تؤثر على نوعية حياة النساء عندما يتقدمن في العمر. يؤدي منظور دورة الحياة أيضًا إلى توليد الوعي. بأن العديد من النساء المسنات يمارسن حياتهن الجنسية بعيدًا عن قدرتهن على الإيجاب*، ولذا لا تزال احتياجاتهن إلى الصحة الجنسية قائمة. وما دامت صحة المرأة في سياق التنمية العالمية تركز على النشاط الإيجابي. فلن تحصل سوى النساء في فئة عمرية بعينها على الخدمات والرعاية. بما لا يلبى حقهن في حريتهن الجسدية لأنها تنتهي مع بداية عدم الخصوبة. وفي عالم تتعرض فيه أجساد الفتيات للجنس مبكرًا وتخضع فيه قدرات النساء الإيجابية للقيود والسيطرة. فلا يفاجئنا - كثيرًا - أن تظل أجساد النساء المسنات غير منظورة تقريبًا. وتطرح هذه الورقة أن استبعاد النساء المسنات من الصحة النسائية العالمية يُعد نتيجة لأعراف النوع الاجتماعي السائدة. وبدلاً من إعادة توجيه

ويُعد حق النساء والفتيات الأساسي في ممارسة السيطرة على صنع القرار المتعلق بأجسادهن. من خلال حصولهن جميعًا على خدمات الصحة الجنسية والإيجابية بمثابة سمة أساسية من الهدفين ٣ و ٥. اللذين أيدهما المناصرون بنجاح على الرغم من مقاومة شديدة من العديد من الدول الأعضاء.^{٢٠١} ومن المحزن أن أعراف النوع الاجتماعي نفسها. التي خرجت تقريبًا عن مسار إدراج الصحة والحقوق الجنسية والإيجابية في أجندة عام ٢٠٣٠ تُشكل نفس البنى التي تقيد الحياة الجنسية للمرأة. وتسود حاليًا في مجال الصحة العامة العالمية. وخطاب التنمية. والبرامج. والسياسات. متجاهلة حوالي ربع نساء العالم.

ماذا نعني بهذا؟ في عام ٢٠١٦. كانت النساء البالغات من العمر ٥٠ سنة فأكثر يشكلن ٢٣,٦٪ من مجموع سكان العالم الإناث.^٤ وعلى الرغم من أهميتهن الديموجرافية. ظلت هؤلاء النساء مستبعدات إلى حد كبير من استثمارات مجال الصحة العامة العالمية - بما في ذلك الإجراءات المهمة المتعلقة بالعنف القائم على النوع الاجتماعي. والوصول إلى الرعاية الصحية الجنسية التي تفسر صحة المرأة من خلال عدسة إيجابية صارمة.^٥ وعلى الرغم من تشديد بيجين على نهج دورة حياة صحة النساء وحقوقهن. يطرح الواقع أن «الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة». في سياق التنمية العالمية. يقتصر بالنسبة للنساء على السنوات الإيجابية - في أفضل الأحوال - وتطرح حجج هذا الإغفال التركيز على الشباب والفتيات وليس الاستبعاد المقصود وتعزها بيانات قهرية مثل: (١) وجود حالات منذرة من عدوى فيروس نقص المناعة البشرية الجديد لدى النساء والفتيات اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ إلى ٢٤ سنة. (٢) ارتفاع

* (و/أو) اختيار ممارسة الجنس مع نساء).

هذه الحقائق، يتركز خطاب وبحوث وبرامج التنمية العالمية لصحة النساء على السكان الأصغر سنًا الذين في سن الإنجاب أو يقتربون منه، وهو ما يبدو واضحًا بجلاء في الفئة العمرية ١٥-٤٩ سنة* الوجود في مجموعات بيانات المقارنة العالمية التي ترصد قضايا مثل: العنف القائم على النوع الاجتماعي وفيروس نقص المناعة البشرية. ونظرًا لأن ما لا يتم قياسه لا يتم حسابه، فإن الحالة الصحية وخبرات النساء في سن ٥٠ سنة فأكثر تغيب عن معظم نفقات المعونة الأجنبية، بما يسفر عن الافتقار إلى برامج وسياسات مُصممة خصيصًا لهن.

وبالمثل، يتناول نطاق صغير من مناقشات الصحة العامة حول الحياة الجنسية والشيخوخة اهتمامات وخبرات النساء المسنات على نحو غير كافٍ. ومحدود إلى حد كبير بالتركيز الإكلينيكي على تقلص القدرة الوظيفية.^{١٥} ومع ذلك، دعونا نكون صرحاء: تمارس النساء المسنات الجنس ويستمتعن به.^{١٦، ١٧} ومن الموثق توثيقًا جيدًا أن النساء متوسطات العمر والمسنات، عند سؤالهن يُعبرن عن مستويات عالية من القلق، ويرغبن في الحصول على معلومات عن صحتهم الجنسية.^{١٨} على أن هناك القليل من النظم الصحية تشجع على جمع البيانات من المرضى، كما لا تتناول بحوث الصحة العامة هذه الفئة من السكان كأولوية.^{١٩} وقد أخفق مقدمو الرعاية الأولية، في أنحاء العالم كافة، في تناول شواغل الصحة الجنسية للنساء المسنات، حتى من تأكيد هؤلاء النساء لمقدمي الخدمات عن رغبتهم في التحدث إليهن حول هذا الموضوع.^{٢٠} ونظرًا لتردد الباحثين والممارسين في توسيع نطاق عملهم ليشمل السكان المسنين، فإن الحياة الجنسية والسلوك الجنسي والصحة الجنسية لدى كبار السن توجد

استراتيجيات التنمية نحو كبار السن من السكان، فإننا ندعو إلى إدراج النساء المسنات إلى مجال الاستثمارات الموسعة، والبحوث وجمع البيانات، وسياسات وبرامج رعاية الصحة الإيجابية والجنسية.

التفاوت في الحقوق عبر دورة الحياة: لماذا الشيخوخة ليست محايدة بين الجنسين

من الأكثر احتمالاً أن تواجه النساء خلال دورة حياتهن: الفقر، والعنف، معدلات أعلى من الأمية وعدم معرفة قواعد الحساب، والإصابة بالإعاقة؛ والافتقار إلى التغذية الكافية والرعاية الصحية.^٩ وتستمر هذه الفوارق طوال حياة النساء والفتيات، كما تستمر في أكثر الأحيان وبكثافة مع النساء المسنات.^٩ ويُجد، على سبيل المثال، أن توقعات تقديم الرعاية القائمة على النوع الاجتماعي تشكل أساس قلة حصول النساء على العمل بأجر، وصولاً إلى انخفاض فرص تحقيق الوفورات المستقلة التي يجب أن تمتد على مدى فترة زمنية أطول إلى النساء المسنات، حيث تميل المرأة إلى العيش لفترة أطول من الرجل.^{١٠} يرتبط أيضًا الفقر في سن الشيخوخة بزيادة احتمالات عيش النساء بمفردهن أكثر من الرجال، وهو الأمر الذي يفاقم بدوره خطر تعرضهن للاستغلال والعنف وسوء المعاملة.^{١١} وعلى الرغم من أن خبرة الشيخوخة تختلف باختلاف السياقات الثقافية والإقليمية، فإن جذور الظروف غير المتكافئة للنساء المسنات مقارنة بالرجال المسنين تقبع في الفوارق بين الجنسين على نحو يتجاوز الجغرافيا. علاوة على ذلك، تُشكل النساء المسنات اللاتي يعشن في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل أغلبية السكان المسنين اليوم.^{١٢} وعلى الرغم من

* بينما كانت عينة البحث الديموجرافي والصحي، الذي أجرته الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، تضم نساء في الفئة العمرية ١٥-٤٩ سنة،

فقد حددت منظمة الصحة العالمية سن الإنجاب بالفئة العمرية ١٥-٤٤ سنة.^{١٣، ١٤}

العالمي في أن «صحة المرأة» أصبحت مرادفًا تقريبًا لصحة الأم والطفل، فضلاً عن تنظيم الأسرة. في حين يُعد هذا التركيز على الإيجاب إشكاليًا لاستبعاده بوضوح النساء اللاتي لا يحملن - إما لظروف أو باختيارهن - فإنه يؤثر أيضًا على معالجة القضايا الأخرى المتعلقة بصحة النساء ويتجاوز النساء المسنات؛ نتيجة لتركيزه المعياري على النساء والفتيات في سن الإيجاب. وعلى سبيل المثال، أكدت دراسة أجرتها «مبادرة بحوث صحة القلب والأوعية الدموية في البلدان النامية» عام ٢٠٠٥ الحاجة الملحة إلى معالجة ارتفاع وفيات النساء من الأمراض غير المعدية.^{١٢} وقد أوضحت أبحاثهم حول أسباب وفيات النساء في الفترة العمرية ١٥-٤٤ سنة - عبر تسعة بلدان منخفضة ومتوسطة الدخل - أن الأمراض غير المعدية «تلقي بظلالها إلى حد كبير على الإيجاب وفيروس نقص المناعة البشرية». مما أدى بمؤلفي الدراسة إلى الدعوة من أجل التحول نحو زيادة الاستثمارات في مجال صحة المرأة خارج نطاق صحة الأم وتنظيم الأسرة.^{١٣} مع ذلك، وبقبول من المؤلفين اقتصرت دراستهم على تلك الفئات العمرية فقط «... التي يتركز فيها معظم الاهتمام التقليدي بصحة المرأة». وما يلفت النظر أن البحوث المنشورة التي تعلن أن هدفها يتمثل في تحدي النهج التقليدي لتعريف صحة المرأة من زاوية إيجابية - لم تذكر حتى النساء اللاتي تجاوزن سن الإيجاب. علاوة على ذلك، تشكل النساء المسنات أغلبية السكان الذين يعيشون (ويتولون عناية أشخاص) مصابين بأمراض مزمنة على الصعيد العالمي؛* ومع ذلك لا تزال هؤلاء النسوة غائبات عن خطاب التنمية والصحة الدولي.

بمصطلحات طبية تمامًا. دومًا اهتمام بالمشهد الاجتماعي للشيخوخة.^{١٤} ونتيجة لذلك، لا يوجد سوى إقرار ضئيل بكيفية تأثير الفوارق بين الجنسين على خبرة الكبر في السن، بما يتجنب حاجة النساء المسنات للمطالبة بدور كبير في الحركة المناصرة للصحة والحقوق الجنسية والإيجابية. وهو الأمر الذي يخلق غياب مزدوج للمسنات في التنمية، حيث يفترض مجال الصحة العالمية للنساء أن الفروق بين الجنسين يتناولها مجال الشيخوخة العالمي.

ويُعد تعميم إطار للحقوق الجنسية في سياسة التنمية أمرًا حاسمًا للتناول صحة وحقوق النساء المسنات. وعلى الرغم من أن هذا الإطار يكتسب قوة دفع، فلم يتحقق توافق في الآراء بشأن الإقرار الكامل بالحقوق الجنسية كحقوق للإنسان ترتكز على القانون الدولي. وفي حين توجد تعاريف عديدة للحقوق الجنسية، بما فيها التعريف الذي قدمته حكومة الولايات المتحدة، فإننا نجد أن التعريف الذي حدده الجمعية العالمية للصحة الجنسية (WAS) في عام ٢٠١٤ بعنوان «إعلان الحقوق الجنسية» هو الأكثر شمولًا.^{١٥} يقدم الإعلان تعريفًا شاملاً وإيجابيًا للحقوق الجنسية، بما فيها الحقوق الإيجابية والحق في حياة جنسية مُرضية وآمنة وممتعة للأشخاص من جميع الأعمار والقدرات وهويات النوع الاجتماعي والتوجهات الجنسية.

«ما بعد الإيجاب» ولكن ليس سن الإيجاب - كيف تضر أعراف النوع الاجتماعي بصحة النساء المسنات»
يكمن أحد الحواجز الرئيسية أمام إدراج النساء المسنات إلى مجال الصحة العامة على الصعيد

* يعاني السكان كبار السن من ارتفاع أعباء الأمراض المزمنة؛ وفي حين يعاني جميع البالغين الأكبر سنًا من معدلات ماثلة للأمراض المزمنة، فإن طول عمر النساء يُترجم إلى معاناتهن من أعلى المعدلات الكلية للإصابة بالأمراض المزمنة على الصعيد العالمي.^{١٤}

الحصول على الرعاية الصحية ولماذا. قد أسفر عن أضرارٍ خطيرةٍ للنساء الصينيات. وقد أشارت بعضهن إلى حاجتهن لإزالة اللولب الرحمي الذي وضعنه في سن أصغر. ولكن لم يعد بإمكانهن تحمل تكلفة الخدمات لأن أعمارهن أصبحت لا تؤهلن للحصول على الرعاية التي تمولها الدولة. وتوجد لدى هؤلاء النساء احتياجات غير مُلباة لخدمات الصحة الجنسية والإيجابية. بما في ذلك الاختبارات البدنية، وعلاج عدوى الجهاز التناسلي.¹⁸

من المهم أن نتذكر أيضًا أن معظم النساء المسنات اليوم لم يحصلن على تربية جنسية شاملة في شبابهن؛ إلى أن عُقد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في القاهرة عام ١٩٩٤. لم يكن مفهوم تعليم الحياة الجنسية والسلوك الجنسي والصحة يُعتبر مكونًا أساسيًا من مكونات الحقوق. أو السياسات الإيجابية.¹⁹ وعلى الرغم من أن الثقافة الجنسية احتلت مكانة بارزة في أوائل القرن العشرين. فلم تنل تبنّيًا عالميًا. ولم تصل العديد من النساء - كما في يومنا هذا - إلى البرامج.²⁰ ولا يزال إدراج الثقافة الجنسية الشاملة بعيد المنال في أجزاء كثيرة من العالم. حيث تُترك النساء والفتيات (والرجال والفتيان). وبخاصة في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل. دون الوصول إلى معلومات حول الحياة الجنسية الصحية.²¹ والأكثر من ذلك أن ارتفاع معدلات الأمية وانخفاض معدلات إكمال التعليم المدرسي الرسمي بين النساء المسنات في البلدان النامية يُعد حاجزًا كبيرًا أمام التماس خدمات الصحة الجنسية والإيجابية.^{18,19} لقد ثبت أن هذه العقبة المزدوجة - عدم الجمع بين المعرفة بقضايا الصحة الجنسية والإيجابية، وانخفاض مستويات معرفة القراءة والكتابة بين النساء المسنات - قد أدت بدرجة كبيرة إلى تفويض مشاركتهن مع مقدمي

وتمثل إثارة قضية اشتغال احتياجات النساء الصحية على أكثر من الصحة الجنسية والإيجابية خطوة مهمة لتوسيع نطاق نهج التنمية المراعية لاعتبارات النوع الاجتماعي. وفي الوقت نفسه، من الأهمية بمكان المحافظة على التركيز على الصحة الجنسية والإيجابية بحيث يمكن في نهاية المطاف أن تضم هذه الأجنحة النساء المسنات (والفئات المهمشة الأخرى من النساء، مثل: المعاقات، والمثليات، ومزدوجات الجنس، والمتحوولات). اللاتي لا يزلن بحاجة إلى هذه الخدمات لكنهن بالكاد يقدرن على الوصول إلى الرعاية. وهو الأمر الذي يعني توسيع برامج وسياسات الصحة الجنسية والإيجابية. استرشادًا بإطار الحقوق الجنسية بديلاً عن النهج الحالي الذي يتمحور حول حدود صارمة تقتصر على بداية ونهاية وظيفة الإيجاب.* لا تتطابق أجساد النساء في جميع أنحاء العالم؛ وعلى هذا سوف تستمر قدرة بعض النساء على الحمل بعد «سن الإيجاب». ومن ثم، يحتجن إلى رعاية. وعلى سبيل المثال. وجدت دراسة أجريت في بوتسوانا عام ٢٠١٣ أن نسبة مئوية ضئيلة من النساء فوق سن الخمسين لا تزال تستعين بتنظيم الأسرة. وبعضهن لا زلن راغبات في الحمل مستقبلاً. لكن تلك الخدمات تستهدف النساء الشابات؛ ولذا لا يتم تشجيع النساء الأكبر سنًا - وأحيانًا بصورة مباشرة. من خلال مواقف وافتراسات سلبية من جانب مقدمي الخدمات - على السعي للحصول على الرعاية.¹⁹ تفرض الصين قيودًا صارمة على الأهلية لبرامج تنظيم الأسرة التي تديرها الحكومة - وهي الرعاية الصحية الوحيدة المتاحة لمعظم النساء الريفيات في الصين - بحيث تستبعد النساء فوق سن الخمسين من الحصول المجاني على خدمات الصحة الجنسية والإيجابية. إن الاستناد إلى خط تعسفي يحدد متى يمكن

* على سبيل المثال. يحدد تعريف منظمة الصحة العالمية لـ «سن الإيجاب». من ١٥-٤٤ سنة. خطأً حكماً إلى حد ما. حيث هناك نساء وفتيات دون سن ١٥ وفوق سن ٤٤ ولديهن قدرات إيجابية.¹⁴

للعنف أن تعتبره مصدرًا للدعم، وذلك لمجموعة متنوعة من العوامل. بالإضافة إلى الوصمة والتمييز من جانب مقدم الخدمة تجاه المريضات المسنات، بما يؤدي إلى تثبيط سعيهن إلى المساعدة. فإن العيود من النساء المسنات - لا سيما غير الحاصلات على تعليم أساسي - سوف يشاهدن تكرار تردد النساء الشابات على المنشأة. ويعتبرن ذلك علامة على أن الخدمة ليست لهن.^{١٩} إن هذا الانفصال بين احتياجات النساء المسنات اللاتي يتعرضن للعنف، وتوافر الخدمات المناسبة الصحية قد نال توثيقًا جيدًا في البلدان الغربية ذات الدخل المرتفع.^{٢١} لكن هناك حاجة إلى مزيد من البحوث حول مدى افتقار النساء المسنات المتعرضات للعنف في المناطق منخفضة ومتوسطة الدخل إلى الحصول على تدخلات. تستند إلى صحة الأم بشكل متكامل، أو تنظيم الأسرة، ونموذج الخدمة للعنف القائم على النوع الاجتماعي. فمن المعروف تمامًا أن النساء في سن الخمسين فأكثر يعانين من العنف. بما في ذلك العنف الجنسي خلال فترات النزاعات*** وأن الإطار الضيق لصحة المرأة الذي يركز على مخاطر الإجاب يستبعد المسنات المتعرضات للعنف من موارد الشفاء.

في المناطق التي تنتشر فيها أعراف الممارسات المتعلقة بمعاملة الأزامل. توجد آثار بعيدة المدى على الصحة والحقوق الجنسية للنساء المسنات. بما يتطلب إعادة تقييم نماذج الخدمات المتكاملة التي تفتقر إلى امتداد إضافي لتصل إلى النساء

الخدمات. مع ذلك، وعلى الرغم من حرمانهن فرصة التعرف على أجسادهن وحياتهن الجنسية، أعربت النساء المسنات عن اهتمامهن الكبير في الحصول على هذه الخدمات؛ مع معرفة أن نُظَم الصحة الإيجابية مؤهلة لمساعدتهن فيما يتعلق بحياتهن الجنسية بعد انقطاع الطمث.^{١٩، ٢٠}

إدماج العنف القائم على النوع الاجتماعي إلى الصحة الإيجابية: لماذا نحتاج إلى نهج محدد الأهداف
بالإضافة إلى عدم إمداد النساء المسنات بما يحتجنه من الرعاية الصحية الجنسية والإيجابية، فإن هذا التركيز على الصحة الإيجابية للنساء الشابات يمكن أن يجلب أضرارًا غير مقصودة للنساء المسنات اللاتي يتعرضن إلى العنف. لقد أدت الابتكارات في مجال الصحة العامة إلى تزايد تشجيع نماذج الخدمات المتكاملة، التي تجمع بين التدخلات المتعلقة بالعنف القائم على النوع الاجتماعي وصحة الأمهات وخدمات تنظيم الأسرة**؛ في حين تُعد هذه الخدمات المتكاملة بمثابة نقاط اتصال مهمة لتوفير الرعاية للنساء الشابات. فإن غياب تمدد إضافي مستهدف يهدف بتثبيط طالبات المساعدة من النساء الأكبر سنًا وفي البيئات منخفضة الموارد، مثل: المناطق الريفية في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل، فقد يكون المركز الصحي الوحيد على مسافة أميال من بيت المرأة هو عيادة لصحة الأم، وإذا كانت هذه العيادة هي أيضًا الموقع الوحيد لخدمات العنف القائم على النوع الاجتماعي، فمن غير المحتمل بالنسبة لامرأة مسنة تعرضت

** في غينيا، على سبيل المثال، فإن الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية «سوف تعتمد على مشروع صحة الأم الموجود لتقليص العنف المنزلي عن طريق إنشاء روابط بين الأمهات وخدمات صحة الطفل والإحالات إلى العيادات القانونية الداعمة للبيعة». كما ستولى في الهند «توسيع نطاق استخدام تكنولوجيا الهاتف النقال لتحديد ومعالجة عنف الشريك بين المريضات اللاتي يحصلن على خدمات تنظيم الأسرة والرعاية السابقة للولادة».^{٢٢}

*** في جمهورية الكونغو الديمقراطية، على سبيل المثال، فإن ١٥,٥٪ من النساء اللاتي طلبن الرعاية نتيجة للعنف الجنسي في مستشفى جنوب كيفو، بين عامي ٢٠٠٤ و ٢٠٠٨، كانت أعمارهن تبدأ من ٥٥ سنة فأكثر.^{٢٣}

الإيجابية لهن. وما يثير الإحباط. أن الرؤية قصيرة النظر للصحة الإيجابية. التي تقتصر على القدرة الإيجابية. قد أسفرت عن إهمال ضار بصحة المرأة في ما يتعلق بأمراض النساء. وما يرتبط بذلك من مشكلات تواجهها النساء مع تقدمهن في السن. فالتغيرات الهرمونية التي تمر بها النساء المسنات بعد انقطاع الطمث تسهم في زيادة مخاطر أمراض القلب والشرابيين وترقق العظام. وجميعها ناجمة عن تقلص وظيفة البيض التي تحدث أثناء انقطاع الطمث في منتصف العمر.^{٢٤، ٢٩} يرتبط التقدم في العمر أيضًا بأمراض مثل سرطانات الأنسجة الإيجابية. مثل: سرطان الثدي والمبيض. وسرطان عنق الرحم. وهذا الأخير يُعد ثاني أكثر الأمراض شيوعًا بين النساء في مناطق العالم الأقل نموًا.^{٣٥} وقد أظهرت الأبحاث أن الاختبار والكشف عن هذه السرطانات يُعتبر من أهم جوانب الصحة العامة غير الملباة للنساء على الصعيد العالمي. لا سيما في أفريقيا جنوب الصحراء وأمريكا اللاتينية وجنوب آسيا.^{٢٩} واللافت للنظر حول قضايا الصحة الإيجابية للنساء المسنات أن حجم الإصابة ودرجة شدتها يرتبطان أساسًا بحصولهن - السابق من عدمه - على الرعاية قبل وبعد الولادة.^{٢٤، ٢٩} وفي حين يتركز الاهتمام الدولي الحالي على منع اعتلال الأمهات. فإن غياب منظور دورة الحياة للصحة والحقوق الجنسية والإيجابية للنساء يتجاهل حقيقة أن معظم النساء المسنات لم يحصلن على هذه البرامج خلال سنواتهن الإيجابية.

تعاني النساء المسنات من العديد من التحديات الصحية الإيجابية الأخرى النابعة من الأعراف المتعلقة بالنوع الاجتماعي. وتستهدف

اللاتي جاوزن سن الإيجاب. وتكشف البحوث المتعلقة بالنساء الأوغنديات اللاتي ترملن نتيجة فيروس نقص المناعة البشرية في مجتمع أوغندا المحلي عن أن العديديات منهن محرومات من الاستقلال. ويتعرض للعنف من خلال نموذج زواج الأرملة من شقيق زوجها؛ فبعد وفاة أزواجهن. «نتقل» النساء إلى «ماكوزا» (وصي مختار) إثنق عليه مسبقًا زوجها. مفترضًا دورًا خاضعًا مائلاً لدور الزوجة وإن كان أقل مرتبة.^{٣٢} ووفقًا لهذه الممارسة. يستحق «ماكوزا» تعويضًا - على شكل الجنس أو العمل المنزلي - في مقابل توليه المسؤولية المالية للأرملة وأطفالها.^{٣٣} وبسبب الوصمة المرتبطة بالترمل نتيجة فيروس نقص المناعة البشرية. تُعتبر هؤلاء النساء محظوظات لأخذ «ماكوزا» لهن؛ على أن خضوع الأرملة يعني أنها غير قادرة على اتخاذ القرارات الخاصة بها. بما في ذلك القرارات المتصلة بالصحة الجنسية والإيجابية وهو ما يُعد امتدادًا للسيطرة الأبوية على تلك القرارات طوال دورة حياة النساء. إن احتياج هؤلاء الأرامل الواضح للرعاية الصحية الجنسية والإيجابية الشاملة. بما في ذلك اختبار فيروس نقص المناعة البشرية.* والدعم في مواجهة العنف وسوء المعاملة. يمثل نقطة غائبة تمامًا عن سياسات التنمية السائدة حول صحة المرأة.

الأضرار الناجمة عن الخلط بين الصحة الإيجابية والوظيفة الإيجابية

علاوة على احتياجات الصحة الجنسية للنساء. تتعرض النساء المسنات لتغيرات فسيولوجية بما في ذلك تلك التي تؤدي إلى الموت والمرض. والتي تضرب بجذورها في البيولوجيا

* في العديد من البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل. يُستبعد بشكل روتيني كبار السن من برامج فحص فيروس نقص المناعة البشرية. بينما لا تستهدف التدخلات المتعلقة بالجنس المأمون إلا السكان الأصغر سنًا على وجه الحصر تقريبًا. ونتيجة لذلك. فإن النساء المسنات. لا سيما الأرامل أو العزباوات. «قد يجدن من الحرج أو الصعوبة» شراء الواقي الذكري أو التماس المشورة بشأن الممارسات الجنسية المأمونة.^{١٥}

في هذا المجال على الاختلال الوظيفي. بدلاً من التركيز على الجوانب الإيجابية والفوائد المحتملة للحياة الجنسية للمرأة الأكبر سنًا.^{١٥} ولا يزال تناول مقدمي خدمات الحياة الجنسية للمرضى من كبار السن، ولا سيما النساء المسنات، يواجه عراقيل القوالب النمطية، التي إما أن تنكر على النساء المسنات الفاعلية والرغبة الجنسية، أو تحط من هذا السلوك.^{١٧، ١٩} إن إطار الحقوق الجنسية - نظراً لتأكيد الواضح على حق المتعة الجنسية والتعبير الجنسي الإيجابي، إضافة إلى الحق في منع التعرض للضرر من خلال الوصول الشامل الرعاية - يُعتبر نهجاً حاسماً للصحة الجنسية والإيجابية للنساء، ويجدر إدماجه في السياسات العالمية الحالية والمستقبلية في هذا المجال.^{٢١} وفي ظل تسليط البيانات المهمة الضوء على ثغرات السياسة التي تؤثر في تخصيص الموارد وبرامج نشر المعلومات، فمن المهم أن يعمل الأنصار على تشجيع استخدام هذا الإطار لتوفير مؤشرات الصحة الجنسية والإيجابية عند رصد أجندة عام ٢٠٣٠ وما بعدها.

الخاتمة

إن إقرار أجندة ٢٠٣٠ غير المسبوق بتمكين النساء كشرط مسبق للتنمية المستدامة؛ يوفر فرصة لإحياء نهج دورة الحياة لصحة النساء، والحقوق المنصوص عليها منذ عقود. فبدلاً من رسم حدود بين الفئات العمرية للنساء والفتيات، دعا منهج عمل بيجين والمؤتمر الدولي للسكان والتنمية إلى سلسلة من السياسات تستهدف تعظيم صحة النساء وعافيتهن طوال حياتهم مراحل حياتهن.^{٢٥، ٢٦} وفي حين وسع نطاق أهداف التنمية المستدامة مفاهيم «من يُحسب حسابه» في تحديد التقدم المحرز في مجال العنف القائم

التحكم في الحياة الجنسية للفتيات المراهقات، وتنكر عليهن في وقت لاحق حقهن في تحديد عدد الأطفال، والمباعدة بين الولادات والحمل، وعلى سبيل المثال، يمكن أن يؤدي تكرار الحمل وصدمة الولادة لدى النساء الأصغر سنًا إلى هبوط الأعضاء التناسلية للمرأة، بما يسفر عن أم مزمنة تضعف النساء مع تقدمهم في السن.^{٢٤} كما يُعتبر ختان الإناث/بتر الأعضاء التناسلية للإناث ممارسة ضارة، تتمثل في بتر جزء أو كل الأعضاء التناسلية الخارجية للمرأة أو الفتاة، ويعود تاريخها إلى ما قبل الميلاد، وتطرح التقديرات أن حوالي ٢٠٠ مليون امرأة وفتاة يعيشن اليوم مُخْتَنَات، ومع ذلك لا توجد مراجعات منهجية لصحة النساء المسنات اللاتي تعرضن للختان، على الرغم من الأدلة القوية على حدوث تغيرات بالفرج مع تقدم سن المرأة.^{٢٧، ٢٨} إن الاحتياجات الصحية الخاصة لهذه الفئة الكبيرة من السكان الإناث غائبة تمامًا عن البحوث والسياسات والبرامج.

حق النساء المسنات في التعبير الجنسي الإيجابي والمتعة

علاوة على استدراك الأضرار المرتبطة بإهمال الصحة الجنسية والإيجابية للنساء المسنات فإننا نشجع الاهتمام بالتعبير الإيجابي للحياة الجنسية للنساء بعد سن الإجاب، فيمارس غالبية الناس الجنس من أجل المتعة، وليس التنازل، ويظل ذلك قائماً مع تقدم النساء في السن؛ على الرغم من محدودية قاعدة أدلة للحياة الجنسية لكبار السن، فمن المعروف أن انتظام الحياة الجنسية يرتبط بجودة الصحة البدنية والعقلية للسكان متقدمي العمر.^{٢٨} وعلى الرغم من هذه المعرفة، ركزت الغالبية العظمى من البحوث

** تقيس مؤشرات الهدف ٥، ٥.١.١، ٥.١.٢، ٥.١ - مدى انتشار عنف الشريك والعنف الجنسي من جانب غير الشريك بين النساء والفتيات في سن ١٥ فأكثر على التوالي.^٢

وصحتها. شريطة أن تأخذ الدول الأعضاء على محمل الجد الدعوة إلى «عدم تجاهل أحد» بما في ذلك بناء القدرات من أجل إعداد مجموعات شاملة من البيانات تساعد السياسات والخدمات والإجراءات البرنامجية. في حين تضم أهداف التنمية المستدامة العديد من النقاط الصحيحة، فإننا نلاحظ أن الاستبعاد الذي طال أمده للفتيات المراهقات دون سن ١٥ في مؤشرات العنف القائم على النوع الاجتماعي والصحة يرمز إلى الأعراف التي تشكل أساس غياب مؤشرات الصحة الجنسية والإيجابية للنساء الأكبر من ٤٩ سنة.^١ ولا يزال هناك عدم ارتياح تجاه الإقرار بالحياة الجنسية خارج الوظيفة الإيجابية، كما يتجلى في أهداف التنمية المستدامة، وغيرها من طرق الصحة النسائية العالمية التي سبق ذكرها في هذا النقاش. ولا يمكن تحقيق السياسات الصحية الشاملة للنساء بالكامل إلا بنهذ هذا الشعور بعدم الارتياح. بدءًا من التحالفات بين المدافعين عن حقوق الفتيات وأصحاب المصلحة المعنيين لإدراج النساء المسنات. ويمكن أن يقود هذا التحالف القوي منظور دورة الحياة الذي يحتاجه النساء بشدة في مجالات النوع الاجتماعي والصحة والتنمية.

على النوع الاجتماعي** فإن أهداف الرعاية الصحية الجنسية والإيجابية

للمرأة تأخذنا خطوة إلى الوراء بالمؤشرات التي تُقيد الحصول على خدمات تنظيم الأسرة للنساء في سن الإيجاب.^٢ والأثار المترتبة على ذلك بعيدة المدى. وقد بدأت بالفعل في إدامة استبعاد النساء المسنات من برامج الصحة العامة العالمية. وفي وقت كتابة هذا التقرير، صوتت «جمعية الصحة العالمية» على «الخطة التنفيذية للمضي قدمًا في الاستراتيجية العالمية لصحة النساء، والأطفال والمراهقين».^٣ ومع إشاراتنا بالدول الأعضاء لدعم الاستثمارات في هذا المجال، فإننا نشعر بالانزعاج لما يبدو من استمرار واسع لمصطلح «صحة النساء» كتعبير غير مباشر للصحة المرتبطة حصراً بالوظيفة الإيجابية. فهذه الاستراتيجية لا تضم على الإطلاق أي إشارة لتحديات الصحة الإيجابية التي لا تزال النساء يعانين منها في السنوات التالية للإيجاب - كما لا تضم أي إشارة إلى النساء المسنات. في هذا الصدد.

ولا تزال أجندة التنمية المستدامة تحمل وعدًا كبيرًا بتوسيع نطاق نهج دورة الحياة لتمكين المرأة

المراجع

1. United Nations. Beijing Declaration and Platform for Action, adopted at the Fourth World Conference on Women, Paragraph 92 (A/CONF.177/20). 1995.
2. United Nations. Sustainable Development Knowledge Platform: Goal 3. [Internet]. Available from <https://sustainabledevelopment.un.org/sdg3>. 2016.
3. United Nations. Sustainable Development Knowledge Platform: Goal 5. [Internet]. Available from <https://sustainabledevelopment.un.org/sdg5>. 2016.
4. HelpAge International. Global Age Watch Index 2015. [Internet]. Available from <http://www.helpage.org/global-agewatch/population-ageing-data/data-gaps/>. 2015.
5. Cooper B, Crockett C. Gender-based violence and HIV across the life course: adopting a sexual rights framework to include older women. Reproductive Health Matters, 2015;23(46):56-61.
6. UNAIDS. The Gap Report. [Internet]. Available from http://unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Gap_report_en.pdf. 2014.
7. Garcia Moreno C, et al. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence

- and non-partner sexual violence. The World Health Organization, 2013.
8. World Bank. Reproductive health and disability fact sheet. [Internet]. Available from <http://go.worldbank.org/FRRGTUUL20>. No date.
 9. Bustreo F, de Zoysa I, Araujo de Carvalho I. Policy directions to improve women's health beyond reproduction. Bulletin of the World Health Organization, 2013 July;91:712-714. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.12.109785>.
 10. Kidd S. Equal pensions, equal rights: Achieving universal pension coverage for older women and men in developing countries. Gender and Development, 2009;17(3):377-388.
 11. Crockett C, McCleary-Sills J, Cooper B, et al. Violence against Older Women. Violence against Women & Girls Resource Guide. The World Bank. [Internet]. Available from http://www.vawresourceguide.org/sites/default/files/briefs/vawg_brief_on_older_women_05.06.2016_final.pdf. May 2016.
 12. UN DESA Population Division. World population ageing 2015 (ST/ESA/SER.A/390). New York: United Nations, 2015.
 13. USAID. Demographic Health Survey Methodology. [Internet]. Available from http://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/DHSG4/Recode6_DHS_22March2013_DHSG4.pdf. 2013.
 14. World Health Organization. Women's Health Fact Sheet N°334. [Internet]. Available from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/en/>. Updated September 2013.
 15. Lusti-Narasimhan M, Beard JR. Sexual health in older women. Bulletin of the World Health Organization, 2013 Sept;91(9):707-709.
 16. Johnson BK. A correlational framework for understanding sexuality in women age 50 and older. Health Care for Women International, 1998 NovDec;19(6):553-564.
 17. Laumann EO, Paik A, Glasser DB, et al. A cross-national study of subjective sexual well-being among older women and men: findings from the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. Archives of Sexual Behavior, 2006;35(2):145-161.
 18. Sun X, Shu X, Zong Z, Mao J, Sun Y, Hearst N. Unmet sexual and reproductive health needs of women aged 50 to 64 years in rural China. Menopause, 2015;22(5):505-511.
 19. Ama NO, Ngome E. Challenges faced by older women in Botswana in accessing services that address sexual and reproductive health, and family planning needs, in Botswana. South African Family Practice, 2013; 55(3):281-288.
 20. Henry J, McNabb W. Forever Young: A Health Promotion Focus on Sexuality and Aging. Gerontology & Geriatrics Education, 2003;23(4):57-74.
 21. Moreira ED Jr, Brock G, Glasser DB, et al. Help-seeking behaviour for sexual problems: The Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. International Journal of Clinical Practice, 2005;59:6-16. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1742-1241.2005.00382.x>.
 22. World Association for Sexual Health. Declaration of Sexual Rights. [Internet]. Available from <http://www.worldsexology.org/resources/declaration-of-sexual-rights/>. 2014.
 23. Raymond S, Greenberg HM, Leeder S. Beyond reproduction: women's health in today's developing world. International Journal of Epidemiology, 2005;34: 1144-1148. <http://dx.doi.org/10.1093/ije/dyi121>.
 24. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases: description of the global burden of NCDs, their risk factors and determinants. [Internet]. Available from http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/. 2010.
 25. United Nations. International Conference on Population and Development Programme of Action: Twentieth Anniversary Edition. UNFPA. [Internet]. Available from <http://www.unfpa.org/publications/international-conference-population-and-development-programme-action>. 2014.
 26. Zimmerman J. Too Hot to Handle: A Global History of Sex Education. Princeton, New Jersey: Princeton University Press, 2015.
 27. Boonstra H. Advancing Sexuality Education in Developing Countries: Evidence and Implications. Guttmacher Policy Review, 2011;14(3):17-23.
 28. UN Women Coordination Division. Between gender and ageing: The status of the world's older women and progress since the Madrid International Plan of Action on Ageing: Executive summary. [Internet]. Available from <http://www.un.org/womenwatch/osagi/ianwge2012/Between-Gender-Ageing-Report-Executive-Summary-2012.pdf>. 2012.
 29. Elias C, Sherris J. Reproductive and sexual health of older women in developing countries. British

- Medical Journal, 2003;327(7406):64-65.
30. USAID. Gender-based violence incentive funds. [Internet]. Available from <https://www.usaid.gov/16-days/genderbased-violence-incentive-funds>. Last updated March 13, 2015.
 31. Crockett C, Brandl B, Dabby FC. Survivors in the Margins: The Invisibility of Violence Against Older Women. Journal of Elder Abuse and Neglect. [Internet], Available from <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/08946566.2015.1090361>. September 2015.
 32. Bartels S, VanRooyen M, Leaning J, et al. "Now, the world is without me": An investigation of sexual violence in Eastern Democratic Republic of Congo. Harvard Humanitarian Initiative & Oxfam International, 2010.
 33. Nyanzi S, Emodu-Walakira M, Serwaniko W. 'Sleeping with my dead husband's brother!': the impact of HIV and AIDS on widowhood and widow inheritance in Kampala, Uganda. In: Klot, Nguyen, editors. The Fourth Wave: Violence, Gender, Culture, & HIV in the 21st Century. Paris: UNESCO, 2011.
 34. Senanayake P. Women and reproductive health in a graying world. International Journal of Gynaecology and Obstetrics, 2000;70(1):59-67.
 35. World Health Organization [Internet]. Geneva. Human papillomavirus (HPV) and cervical cancer. Fact sheet N°380. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs380/en/>. 2015.
 36. UNICEF. Current Status + Progress. At least 200 million girls and women alive today living in 30 countries have undergone FGM/C. Updated: Mar 2016. Available at: <http://data.unicef.org/childprotection/fgmc.html#sthash.J2aI6VaF.dpuf>.
 37. Farage MA, Miller KW, Tzeghai GE, et al. Female genital cutting: confronting cultural challenges and health complications across the lifespan. Women's Health (London, England), 2015;11(1):79-94.
 38. DeLamater J. Sexual expression in later life: a review and synthesis. Journal of Sex Research, 2012;49(2-3):125-141.
 39. World Health Organization [Internet]. Operational plan to take forward the Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health: Committing to implementation. Available from http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_16-en.pdf. May 6, 2016.

هل تحقق النضج؟ الصحة الجنسية والإيجابية للمرأة في جنوب أفريقيا: أين نحن بعد حصاد ٢١ عامًا من الديمقراطية؟

بقلم: دايان كوبر،^(أ) جاين هارينز،^(ب) جينيفر مودلي،^(ج) ديورا كونستانت،^(د) ريبكا هودز،^(هـ)

كاثي ماثيوز،^(و) تشيلسي موروني،^(ز) مارجريت هوفمان،^(ح)

(أ) أستاذ بكلية الصحة العامة، جامعة ويسترن كايب، جنوب أفريقيا.

للمراسلة عن طريق البريد الإلكتروني: dcooper@uwc.ac.za

(ب) أستاذ مساعد ومدير وحدة بحوث صحة المرأة بكلية الصحة العامة وطب الأسرة، جامعة كايب تاون، جنوب أفريقيا

(ج) مدير مبادرة أبحاث السرطان بكلية العلوم الصحية، جامعة كايب تاون وأستاذ مساعد بوحدة بحوث صحة المرأة بكلية الصحة العامة وطب الأسرة، جامعة كايب تاون، ونائب مدير مركز أبحاث سرطان الجهاز التناسلي التابع لجامعة كايب تاون ومجلس الأبحاث الطبية في جنوب أفريقيا

(د) باحث كبير بوحدة بحوث صحة المرأة بكلية الصحة العامة وطب الأسرة، جامعة كايب تاون، جنوب أفريقيا.

(هـ) مدير مركز أبحاث الإيدز والمجتمع، جامعة كايب تاون، جنوب أفريقيا

(و) عالم بقسم بحوث الأنظمة الصحية بمجلس البحث الطبي الجنوب أفريقي، جامعة كايب تاون، جنوب أفريقيا، وأستاذ

مساعد بجامعة بقسم بحوث صحة المرأة، بكلية صحة المجتمع وعلاج الأسرة، جامعة كايب تاون، جنوب أفريقيا

(ز) محاضر كبير في مجال الدراسات السريرية بمعهد صحة المرأة (EGA) ومعهد الصحة العالمية بجامعة كينجز كوليدج، لندن، المملكة المتحدة؛ وعضو الشراكة بين دولة بوتسوانا وجامعة بنسلفانيا، غابوروني بوتسوانا؛ وعضو وحدة بحوث صحة المرأة بكلية الصحة العامة وطب الأسرة، جامعة كايب تاون، جنوب أفريقيا.

(ح) أستاذ فخري بوحدة بحوث صحة المرأة بكلية الصحة العامة وطب الأسرة، جامعة كايب تاون، جنوب أفريقيا.

ترجمة: د. سهير جمال محفوظ

موجز المقال: تأتي هذه الدراسة تكملةً لمقال صدر في عام ٢٠٠٤ واستعرضنا فيه القوانين، والسياسات، والبرامج الجديدة التي كانت جنوب أفريقيا قد اعتمدها فيما يتعلق بالحقوق والصحة الجنسية والإيجابية بعد مرور عقدٍ كاملٍ على بداية التحول الديمقراطي، وتركز الدراسة، شأنها في ذلك شأن المقال الذي سبقها، على عدد من القضايا الهامة في مجال الصحة الجنسية والإيجابية للمرأة، وهي تلك القضايا المتعلقة بوسائل منع الحمل، والخصوبة، والإجهاض، والصحة التنفسية، وفيروس العوز المناعي البشري، وسرطان عنق الرحم، وسرطان الثدي، والعنف الجنسي، وكانت حكومة جنوب أفريقيا قد التزمت خلال العقد الأخير بسياساتها المتعلقة بالحقوق والصحة الجنسية والإيجابية، وتوسعت في تنفيذ تلك السياسات، ولاسيما فيما يخص قضايا الإجهاض، ومنع الحمل، ومخاطبة الشباب وعلاج فيروس العوز المناعي البشري (من خلال طرح أكبر برنامج في العالم للعلاج بمضادات الفيروسات الرجعية) ضاربة في ذلك مثلاً يحتذى في مجال وضع السياسات المتعلقة بالحقوق والصحة الجنسية والإيجابية؛ إذ تخضت تلك الجهود الحكومية عن تطورات كان من أبرزها تراجع معدلات عمليات الإجهاض غير الآمن، والوفيات الناتجة عن متلازمة العوز المناعي المكتسب (الإيدز)، وحالات الانتقال الرأسي لفيروس العوز المناعي البشري من الأم المصابة للطفل. كما أصبح لقاح فيروس الورم الحليمي متوفرًا في متناول الجمهور كوسيلة للوقاية من سرطان عنق الرحم. بيد أن وضع الصحة والحقوق الجنسية والإيجابية للمرأة في جنوب أفريقيا لا يزال متأثرًا بشكل كبير بغياب العدالة الاجتماعية والاقتصادية، وانتشار عدم المساواة بين الجنسين، الأمر الذي يتبين معه الخلاف حول مدى نجاح الحكومة في جنوب أفريقيا خلال العقدين الماضيين في الوصول لنتائج ملموسة فيما يتعلق بإرساء العدالة الاجتماعية في مجال الصحة الجنسية والإيجابية، ومجابهة تلك الأعراف الاجتماعية التي تستهين بالصحة والحقوق الجنسية والإيجابية والعمل على تقويمها. © مجلة قضايا الصحة الإيجابية ٢٠١٧.

الكلمات الدالة: الصحة والحقوق الجنسية والإيجابية للمرأة، جنوب أفريقيا، الديمقراطية، نجاحات، تحديات

مقدمة

تأتي هذه الدراسة مكملية لمقال صدر في عام ٢٠٠٤^١ واستعرضنا فيه القوانين والسياسات والبرامج الجديدة التي كانت جنوب أفريقيا قد طبقتها فيما يتعلق بالصحة والحقوق الجنسية والإيجابية، وذلك بعد مرور عقد واحد على إجراء أول انتخابات ديمقراطية هناك، وتتمحور الدراسة، شأنها في ذلك شأن المقال الذي سبقها، حول استعراض عدد من القضايا الهامة المتعلقة بالصحة والحقوق الجنسية والإيجابية للمرأة في جنوب أفريقيا، وذلك في إطار التشريعات والسياسات والبرامج الجديدة التي ظهرت خلال العقد الثاني من الحقبة الديمقراطية. ويبرز من بين تلك القضايا: منع الحمل، وتنظيم النسل والإجهاض، والصحة النفاسية، وفيروس العوز المناعي البشري، وسرطان عنق الرحم، وسرطان الثدي والعنف الجنسي؛ إذ يعمل الباحثون في هذه الدراسة على رصد ما أحرزته جنوب أفريقيا من تقدم، وما تواجهه من تحديات مستمرة في مجال الحقوق والصحة الجنسية والإيجابية.

إن الصحة، والرفاهة الجنسية والإيجابية للمرأة؛ تتوقف على مزيج متشابك من العوامل الاجتماعية والاقتصادية.^٢ فبعد عقدين من سطوع شمس الديمقراطية على جنوب أفريقيا، لا يزال غياب المساواة الاجتماعية والاقتصادية ملموساً بصورة كبيرة في المجتمع.^٣ وذلك فيما تتواصل معاناة المواطنين السود في جنوب أفريقيا، ولاسيما النساء، من الحرمان الاقتصادي؛ حيث يرتفع متوسط معدل الفقر بين النساء مقابل الرجال بنسبة ٣٠٪.^٤ بيد أن المنح الاجتماعية التي يتلقاها حوالي ١٧ مليون شخص تسهم إلى حد ما في التخفيف من وطأة الفقر؛ إذ يذهب القدر الأكبر من تلك المنح لأسر تَعِيلها النساء، وذلك بنسبة ٤٧٪ مقابل ١٤٪ فقط من المنح المقدمة للأسر التي يعيلها الرجال.^٤ وقد

تراجع حجم الفجوة بين الجنسين في معدلات التعليم والأمية بين البالغين (ويوصف بالأمية أي شخص لم يتخطَّ مستوى تعليمه الصف الرابع الابتدائي). وذلك في الوقت الذي ارتفع فيه معدل إتمام التعليم الإلزامي عبر الأجيال. إلا إن تلك البيانات، على الرغم من إيجابيتها، لم تؤدِّ إلى أي تراجع ملحوظ في نسبة البطالة.^٥ وعلاوة على ذلك، يساهم أيضاً كل من سوء جودة التعليم بمراحله الأساسية والثانوية^{٦،٧} والصعوبات المرتبطة بالالتحاق بالتعليم العالي وإتمامه مع استمرارية مسلسل الفقر وانقطاع المساواة في جنوب أفريقيا. وانطلقت الخطة الإنمائية الوطنية لعام ٢٠٣٠ بهدف «القضاء على الفقر والحد من عدم المساواة بحلول عام ٢٠٣٠».^٩ وذلك عن طريق زيادة النمو الاقتصادي والارتقاء بمستوى التعليم وتنمية المهارات المهنية مع تبني منظور يشدد على أهمية توفير فرص العمل للشباب بيد أن موقف الجهات المعنية في سوق العمل يظل غامضاً إزاء تلك الخطة. وعلى صعيد متصل، أسفر كل من إهدار موارد الدولة الناتج عن الفساد الحكومي، وعجز الحكومة عن حماية البلاد من تبعات الركود الاقتصادي العالمي عن تراجع في مستوى الاستقرار الاقتصادي، ومدى توافر فرص العمل وقدرة الحكومة على توفير الخدمات الأساسية للمواطنين.^{١٠}

وكما هو متبع في الدول الأخرى ذات الدخل المتوسط.^{١١، ١٢} تنفق جنوب أفريقيا ٨٪ من ناتجها المحلي الإجمالي على بند الصحة.^{١٣} وعلى الرغم من أن ٨٤٪ من السكان في جنوب أفريقيا يعتمدون على خدمات الرعاية الصحية التي يقدمها القطاع العام الصحي، فإن ذلك القطاع يستفيد بـ ٤٠٪ فحسب من إجمالي النفقات المخصصة للرعاية الصحية.^{١٣} ففي عام ٢٠١٦، على سبيل المثال لم ترصد الحكومة لبند الصحة من إجمالي ميزانيتها التي بلغت

واستشارة كافة الأطراف المعنية وضمان استمرارية ذلك. كما ينبغي أن تكون هناك مشاركة عامة من قبل أكبر المستفيدين بذلك النظام التأميني. وذلك بهدف استغلال أفكارهم في تطوير «سلة الخدمات» المزمع طرحها من خلال النظام.^{١١-١٨}

وتعمل القوانين والسياسات المتعلقة بالصحة الجنسية والإيجابية في جنوب أفريقيا في ظل إطار حقوقي. كما تتماشى في نصوصها مع الوثائق والإطارات الصحية والإيمانية الصادرة عن المؤتمرات الدولية المعنية وهي: المؤتمر الدولي للسكان والتنمية لسنة ١٩٩٤. ومؤتمر بكين العالمي الرابع المعني بالمرأة لسنة ١٩٩٥.^١ والأهداف الإنمائية للألفية وأهداف التنمية المستدامة والمبادرة العالمية حول تنظيم الأسرة بحلول عام ٢٠٢٠.^{١٩} إلا أن عدم التكافؤ في علاقات القوة بين الرجل والمرأة بالرغم من المساواة الكاملة بينهما أمام القانون ما زال يشكل تهديدًا بالنسبة للحقوق المتعلقة بالصحة الجنسية والإيجابية للنساء. ولاسيما المراهقات والشابات منهن.^{٢١}

**وضع الصحة الجنسية والإيجابية للمرأة في جنوب أفريقيا في الفترة ما بين عامي ٢٠٠٤ و ٢٠١٥
منع الحمل وتنظيمه**

بلغ معدل انتشار استعمال وسائل منع الحمل بين النساء في سن الإنجاب في جنوب أفريقيا نسبة ٧١٪. وذلك طبقًا لآخر استطلاع رأي أجري في عام ٢٠٠٣.^{٢٢} بيد أن العديد من النساء لا يلجأن لاستعمال تلك الوسائل إلا في مرحلة متأخرة. وذلك إن لم يتوقفن عن استخدامها كليًا بعد فترة^{٢٣} إذ تشير التقارير إلى أن ٦١٪ من حالات الحمل للمرة الأولى ٤٦٪ من حالات الحمل المتكرر حدثت دون تخطيط مسبق.^{٢٤} وهناك حالة من عدم رضا عن خدمات منع الحمل التي يقدمها القطاع العام الصحي تسود بين الشرائح الفقيرة والريفية من النساء؛ وذلك نظرًا لندرة الخدمات. وتعذر الوصول إليها.^{٢٥} أما

٧٠ مليار دولار أمريكي سوى ١٠٩ مليون دولار. وهو مبلغ أقل من ذلك الذي كانت الحكومة قد خصصته للبند نفسه في عامي ٢٠١٤ و ٢٠١٥.^{٢٤} ويُعد الحق في تلقي الرعاية الصحية. بما في ذلك الرعاية المتعلقة بالصحة الجنسية والإيجابية وما يرتبط بها من حقوق - مكفولًا بموجب دستور عام ١٩٩٦. الذي أكد أيضًا على التزام الحكومة بتوفير خدمات الرعاية الصحية الأولية بالمجان عن طريق وحدات القطاع العام الصحي.^{٢٥} كما أشارت الخطة الإنمائية الوطنية ضمن أهدافها إلى تعزيز الوحدات المسؤولة عن تقديم الرعاية الصحية الأولية. وتحسين مستوى الصحة النفاسية وتغذية الأطفال.^{٢٦} وقد طرحت الحكومة في عام ٢٠١١ مقترحًا بتطبيق نظام قومي للتأمين الصحي. وذلك بهدف تعزيز التغطية الصحية الشاملة لجميع المواطنين. على أن يتم تعميم النظام تدريجيًا خلال ١٤ عامًا من إنطلاقه.^{٢٧} تأتي فكرة تطبيق النظام القومي للتأمين الصحي انطلاقًا من المبدأ القائل بأن توفير الرعاية الصحية للجميع دون تفرقة هو أمر يصب في الصالح العام؛ إذ يسعى النظام التأميني إلى دعم المساواة والتكافل الاجتماعي وضمان حق الجميع في الحصول على الخدمات الأساسية دون تفرقة. ويعمل النظام عن طريق فرض دفعات مالية مسبقة على المواطنين. والدفع بها في صندوق موحد جتمع فيه الموارد المالية الخاصة ببند الصحة في القطاعين العام والخاص. وقد تم نشر مسودة القانون الخاص بهذا النظام لاستطلاع الآراء حوله في عام ٢٠١٥. وأشارت المسودة انتقادات كان من أبرزها أنه من الأحرى التركيز على معالجة تردي مستوى القطاع الصحي العام أولًا قبل النظر في فرض نظام تأمين صحي قومي. وضرورة نشر ما يدل على خضوع عدد من الوحدات الصحية للتقييم بصفتها مواقع تجريبية. واتخاذ نتائج ذلك التقييم كإطار استرشادي يمكن الاستفادة به في مراحل التخطيط والتنفيذ. وتعزيز مشاركة

نوي الإعاقة والمراهقين.^{٢٥} وتروج تلك السياسة أيضاً للتوسع في توفير الخدمات الموجهة للرجال بهدف تعزيز مشاركتهم في جهود منع الحمل بصورة أفضل. والتخلي عن المنظور التقليدي الذي يحمل المرأة وحدها مسؤولية مباشرة تلك الجهود.^{٢٥} وقد أخذت السياسة في عين الاعتبار المبادئ التوجيهية^{٢٦} التي أصدرها الفريق التقني لمنظمة الصحة العالمية في ضوء الأبحاث التي أظهرت أضراراً سلبية محتملة لاستخدام موانع الحمل الهرمونية في سياق الإصابة بفيروس العوز المناعي ومراحل تطور المرض وانتقاله للأخريين.* كما تبنت أيضاً ما أوصت به المنظمة^{٢٦} بشأن وجوب إتاحة استعمال موانع الحمل الهرمونية للنساء المعرضات لخطر الإصابة بفيروس العوز المناعي. أو المصابات به فعلياً ممن يسعون لتجنب الحمل في الأوضاع التي يرتفع فيها معدل تفشي فيروس العوز المناعي البشري وفي الوقت نفسه تدعم السياسة تبني وسائل الحماية المزدوجة (عن طريق استخدام الواقيات بصورة مستمرة)^{٢٥}. وقد صرحت وزارة الصحة بأنها ستراجع هذه التوصية في ضوء أي أدلة علمية جديدة قد تظهر في هذا الصدد.^{٢٥}

ونظمت وزارة الصحة في عام ٢٠١٤ حملة للتشجيع على استخدام وسائل هرمونية أخرى لمنع الحمل. مثل: الوسائل طويلة المدى والمؤقتة. فضلاً عن وسائل منع الحمل الهرمونية التي يمكن تعاطيها عن طريق الحقن (مثل غرسات منع الحمل واللولب الرحمي). والجمع في الاستخدام بين تلك الوسائل البديلة واستخدام الواقيات الجنسية لضمان الحماية المزدوجة. ولكن هناك نكّة التباس بشأن الإرشادات التي يجب اتباعها في تطبيق عمليات الغرس. ونقص التجارب العملية الملائمة في هذا المجال. ومحدودية الموارد البشرية. وقصور

بالنسبة لتشريحة المراهقات. فهناك تحديات تحول بينهن وبين الحصول على خدمات منع الحمل التي يقدمها القطاع العام الصحي. وتبرز مشكلة من بين تلك التحديات تتمثل في نظرة مقدمي الرعاية الصحية لهؤلاء المراهقات. ومعاملتهن معاملة تنطوي على الاستهجان نظراً لنشاطهن الجنسي.^{٢٥} يأتي كل ذلك على الرغم من وجود تشريعات تنص على أن تقدم وحدات الرعاية التابعة للقطاع العام الصحي وسائل منع الحمل مجاناً عند الطلب. ودون تمييز لأي امرأة أو فتاة تبلغ من العمر ١٢ عاماً فما فوق.^{٢٥} ويعد هرمون البروجسترون القابل للحقن الأكثر شيوعاً في الاستخدام بين وسائل منع الحمل الحديثة (بنسبة ٤٩٪). ويليه في ذلك أقراص منع الحمل التي تؤخذ عن طريق الفم. وكذلك الواقيات الذكرية.^{٢٥} وتوجد أيضاً واقيات أنثوية ضمن وسائل منع الحمل المتوفرة بالجمان، إلا أن الترويج لها لا يجري بصورة منتظمة.^{٢٥} وذلك نظراً لحصر استخدام الواقيات كوسيلة لمنع الحمل في حالات النساء المصابات بفيروس العوز المناعي البشري.^{٢٥}

وقد نشرت وزارة الصحة في عام ٢٠١٢ تعديلاً في السياسة الوطنية بشأن تنظيم النسل. وهي السياسة التي كانت قد أصدرتها لأول مرة في عام ٢٠٠٢. وتؤكد السياسة في نصها المعدل على التزام وزارة الصحة بمراعاة الحقوق المرتبطة بالصحة الجنسية والإيجابية كمبدأ يحكم مساعيها في مجال تنظيم النسل.^{٢٥} كما تُولي السياسة الجديدة عناية خاصة لتلك الاحتياجات الفريدة المصاحبة لتقديم خدمات منع الحمل. وتنظيم النسل للأشخاص المصابين بفيروس العوز المناعي البشري. والمشغولين بالجنس. والمثليات والمثليين ومزدوجي الميل الجنسي. ومغايري الهوية الجنسانية. وحاملي صفات الجنسين. والمهاجرين والأشخاص

* توجد اسئلة متكررة حول العلاقة بين حقن الميدروكسي بروجسترون اسيتات طويلة المفعول المستخدمة لمنع الحمل وخطر انتقال عدوى فيروس العوز المناعي البشري.^{٢٧} وستقوم منظمة الصحة العالمية بعمل مراجعات أمان بهذا الصدد في أواخر عام ٢٠١٦.

الطبي باستخدام عقاقير "ميفبريستون" و"ميزوبروستول" وذلك في خلال ١٣ يومًا من بداية الحمل. وبالرغم من التوسع في توفير خدمات الإجهاض الطبي من خلال الوحدات التابعة للقطاع العام الصحي. فإن تلك الخدمات لا تزال متوافرة. ولكن بصورة عشوائية في بعض مؤسسات الرعاية الصحية المختلفة.^{٢١} وتستوفي معظم المقاطعات المبادئ التوجيهية الخاصة بالسياسة المتعلقة بالإجهاض الطبي. ومع ذلك يظل توفير خدمات الإجهاض الطبي حكرًا على عدد من المؤسسات المركزية دون غيرها. وهناك جهود بحثية تهدف إلى تطوير استراتيجيات تعزز الكشف المبكر عن الحمل غير المرغوب فيه. وسبل الوصول إلى خدمات الإجهاض الطبي أو وسائل تنفيذ الإجهاض الآمن دون مساعدة طبية.^{٢٢}

وقد نتج عن تلك الجهود ارتفاع في التقديرات نصف السنوية لعمليات الإجهاض الآمن. وذلك من أصل ٢٦٤٥٥ عملية سنويًا في الفترة من يونيو ١٩٩٧ وحتى مايو ١٩٩٨ إلى ٨٧٠٣٥ عملية في الفترة ما بين يونيو ٢٠٠٤ ومايو ٢٠٠٥. ثم إلى ٨٩١٢٦ في الفترة من يونيو ٢٠١٤ وحتى مايو ٢٠١٥. ** كما شهد معدل الإجهاض (ويُقصد به المعدل السنوي لحالات الإجهاض العمدي لكل ١٠٠٠ سيدة يتراوح عمرها بين ١٢ و٤٤ عامًا) عدة تحولات في التقديرات نصف السنوية؛ إذ قفزت نسبة الإجهاض من ٢.٦ سنويًا في الفترة ما بين يونيو ١٩٩٧ إلى مايو ١٩٩٨ إلى ٧.٦ في الفترة بين يونيو ٢٠٠٤ ومايو ٢٠٠٥ هبوطًا إلى ٦.٥ في الفترة ما بين يونيو ٢٠١٤ ومايو ٢٠١٥. وبالرغم من أن البيانات السالف ذكرها تُعد غير مكتملة. فإن الأرقام كلها تشير إلى ميل معدلات الإجهاض نحو الاستقرار. وربما التراجع أيضًا. في

التدريب بالإضافة إلى وجود مخاوف استباقية بشأن ما يتردد حول قلة فعالية استخدام الغرسات لمنع للحمل لدى المصابات بفيروس العوز المناعي. ممن يخضعن للعلاج بمضادات الفيروسات الرجعية. وكلها عوامل أسهمت في نمو اتجاه لإزالة الغرسات وتقليل الإقبال على زرعها بين النساء.^{٢٣} وكما تشجع السياسة الجديدة على التشاور مع العملاء وتقديم المشورة لهم وتوفير الخدمات المتعلقة بتنظيم الحمل لجميع النساء والأزواج المقبلين على الإنجاب. فهي تؤكد أيضًا وبصورة خاصة على تزويد المقبلين على الإنجاب من المصابين بفيروس العوز المناعي البشري بالنصيحة قبل الحمل. وتوعيتهم بطرق الحمل الآمن والخدمات التي تسهل ذلك.^{٢٤}

الإجهاض

كان «قانون إتاحة الاختيار في إنهاء الحمل» والصادر عام ١٩٩٦. بمثابة نقطة تحول في مجال الحقوق المتعلقة بالصحة الجنسية والإيجابية للمرأة في جنوب أفريقيا. ويُعد ذلك القانون نموذجًا يحتذى عالميًا في تبني قوانين أكثر حررًا فيما يخص الحق في الإجهاض. وقد كان لصدور ذلك القانون الفضل في تراجع معدل حالات الاعتلال والوفاة المرتبطة بالإجهاض تراجعًا ملحوظًا بنسبة ٩١٪ في الفترة ما بين العامين ١٩٩٧ و٢٠٠٢.^{٢٥} وشهد القانون إدخال عدد من التعديلات في عامي ٢٠٠٤ و ٢٠٠٨؛ وذلك بهدف توسيع نطاق الوصول إلى ما يكفله القانون من خدمات. وقامت الجماعات المناهضة للإجهاض ببعض المحاولات لاستغلال عملية تعديل القانون في تضيق نطاق الحريات التي ينص عليها القانون. أو منع تمرير التعديلات. ولكن كافة تلك المحاولات قوبلت بالإخفاق.^{٢٦}

وفي عام ٢٠١٠. صدر قرار بتقنين الإجهاض

** نظرًا لعدم توفر إحصائيات جديدة حول المعدل القومي للإجهاض في جنوب أفريقيا. فقد رصدنا الأرقام المذكورة بناء على أفضل التقديرات كما توصل إليها أحد أخصائي الإحصاء الحيوي من خلال المعلومات المتوفرة عبر قاعدة بيانات الجهاز العام للإحصاء في جنوب أفريقيا ومؤشرات الإجهاض الخاصة بأمانة النظم الصحي. وتعد جزءًا من منظومة المعلومات الخاصة بالصحة في المقاطعات.

بالالتزام واستخراج بيانات عالية الجودة حول الصحة النفاسية وتشجيع أفضل الممارسات في هذا المجال.^{٢٧}

وقد سجل أحدث تقرير للجنة الوطنية المعنية بالتحقيق السري في الوفيات النفاسية للفترة بين عامي (٢٠١١ و ٢٠١٣) ٤٤٥٢ حالة وفاة بين الأمهات في جنوب أفريقيا. حيث تراجع معدل الوفيات النفاسية من ٣٠٢ حالة وفاة لكل ١٠٠ ألف ولادة حية في عام ٢٠٠٩ و ١٥٤ حالة وفاة في عام ٢٠١٣. وعلى الرغم من هذا التقدم، لم تنجح جنوب أفريقيا في تحقيق الهدف الخامس من الأهداف الإنمائية للألفية (تحسين الصحة النفاسية) وخفض معدل الوفيات النفاسية ليصل إلى ٣٨ لكل ١٠٠ ألف ولادة حية بحلول عام ٢٠١٥. وهناك خمسة أسباب ساهمت في وقوع ٨٧٪ من الوفيات النفاسية. بينما تعزى ٣٥ بالمائة من تلك الوفيات إلى عدوى لا ترتبط بالحمل، ولاسيما بين المصابات بفيروس العوز المناعي البشري، وتشمل الأسباب الأخرى كل من النزيف أثناء الولادة (١٦٪) والمضاعفات المرتبطة بارتفاع ضغط الدم (١٥ بالمائة) والحالات المرضية والجراحية الموجودة سابقاً (١١٪) وحالات تسمم الدم المرتبطة بالحمل (٩٪). ذلك فيما تعزى نسبة ١٣٪ الباقية من الوفيات إلى الإجهاض التلقائي، والحمل خارج الرحم وانسداد الأوعية الدموية والهبوط الحاد.^{٢٥}

وقد وجدت اللجنة أن ٤٠٪ من الوفيات النفاسية كان يمكن منع وقوعها حيث ترتبط أسبابها الرئيسية بتحديات تتعلق بنظام الرعاية الصحية، ومن بين تلك الأسباب: الاستخدام غير الملائم لمرافق الرعاية الصحية، وقصور الخدمات، وتردي مستوى الرعاية بسبب نقص المعرفة والمهارة لدى مقدمي خدمات الرعاية الصحية.^{٢٥}

على الرغم من أن معظم النساء في جنوب أفريقيا (٨٨ بالمائة) يلدن تحت إشراف طبي مهني،^{٢٧} فإن ٤٠٪ منهن فقط يحرصن على تلقي الرعاية

السنوية الأخيرة. بيد أن دراسة جنوب أفريقيا قد أظهرت أن ١٧٪ من النساء اللاتي حرمن من حقهن في الحصول على خدمات الإجهاض الآمن والقانوني قد حاولن الإجهاض من خلال خدمات الرعاية الصحية المقدمة من قبل أشخاص غير مؤهلين يعملون خارج مظلة المؤسسات الصحية المعتمدة.^{٢٢} على الرغم من أن الإجهاض هو فعل قانوني ولا يخضع لقيود السن وموافقة ولي الأمر، فإن هناك تقاريراً تفيد بأن الفتيات والشابات يقبلن على الخضوع لعمليات الإجهاض غير الآمن خارج نطاق المؤسسات الصحية المعتمدة نظراً لسهولة وسرعة العمل بهذا الخيار.^{٢١} وهناك عوائق تحول دون الوصول إلى خدمات الإجهاض الآمن ومن بينها: الوصم المرتبط بالإجهاض والتأخر في الإجهاض بسبب معارضته من جانب مقدمي الخدمات الصحية، وتدني مستوى الوعي بالقانون وما يتبعه من خدمات، ونقص الكوادر المؤهلة بين صفوف مقدمي الخدمات الصحية واعتراضهم على تقديم الخدمات اتباعاً لوازع الضمير، وغياب المناهج التدريبية الموحدة في كليات الطب والتمريض.^{٢٣} فقد ساهم القانون في جعل النظرة الاجتماعية للإجهاض أكثر انفتاحاً. إلا أن الإجهاض لا يزال موضع جدل بالنسبة للكثيرين، كما تبعد خلال العقد الماضي الزخم السياسي الذي كان يهدف إلى تنفيذ القانون بحذافيره.^{٢٤، ٢٣}

الصحة النفاسية

منذ عام ١٩٩٧، أصبحت الوفيات النفاسية حالة تستدعي الإخطار بوقوعها، فضلاً عن إجراء تحقيق سري في الوفيات النفاسية كل أربع سنوات.^{٢٥} وتماشى سياسة جنوب أفريقيا الاستراتيجية بشأن صحة الأم والطفل للفترة ما بين ٢٠١٢ و ٢٠١٦ مع حملة التعجيل بخفض الوفيات النفاسية ووفيات الأطفال التي تبنتها القارة الأفريقية وصندوق الأمم المتحدة للسكان، وتهدف تلك الحملة إلى انتزاع تعهدات سياسية

قبل الولادة ما زال منخفضًا بين صفوف المراهقات الحوامل.^{٤١} كما أن مستوى التحصيل التعليمي غالبًا ما يكون أقل لدى الأمهات المراهقات. الأمر الذي يهدد بتقويض فرصهن الاقتصادية في المستقبل. وتشير التقديرات إلى أن ١٣٪ من الفتيات يتركن الدراسة بسبب الحمل.^{٤٢} كما تعاني الفتيات من التمييز ضدهن. ويواجهن الفصل من المدرسة بسبب الحمل. وذلك بالرغم من كون مثل هذه الأفعال منافية للقانون. وتتوافر موانع الحمل وعمليات الإجهاض بصورة قانونية. بيد أن العوائق الناشئة عن تردّي مستوى الخدمة تحول دون الوصول إلى هذه الخدمات. وبرز من بين العوامل الاجتماعية والاقتصادية التي تكمن وراء حمل المراهقات عوامل عدة، مثل: الاختلاف في التوقعات التي يفرضها المجتمع على الأولاد والبنات من حيث أداء دورهم الاجتماعي والجنسي.^{٤٣} وبما أن التعليم في جنوب أفريقيا يعد إلزاميًا حتى سن ١٥ عامًا. فيمكن استغلال سياسة الصحة المدرسية المتكاملة لعام ٢٠١٢^{٤٤} كمنصة هامة لتقديم الخدمات المتعلقة بالصحة الجنسية والإيجابية عن طريق المدارس.^{٤٥} وذلك في حال أن طبقت تلك السياسة بصورة فعالة. ويهدف الإطار الوطني المعني بصحة وحقوق المراهقين الجنسية والإيجابية لعام ٢٠١٥ إلى رفع مستوى التنسيق مع الجهات المعنية وإمدادها بالمعلومات اللازمة. كما يحث الإطار على اعتماد نهج مبتكرة من أجل خلق نظام شامل وقائم على أساس حقوقية تتوافر من خلاله خدمات الصحة الجنسية والإيجابية للمراهقين.^{٤٦} وينبغي منح الأولوية لتقوية حلقات الوصل بين العيادات والبرامج التابعة للمنظمات غير الحكومية التي تجمع في عملها بين الرعاية الصحية والخدمات الاجتماعية. فضلاً عن وضع آليات أقوى لضمان انتقال المراهقين بصورة سلسة من العمل بمنظومة الرعاية الصحية المدرسية إلى التعامل مع منظومة الرعاية الصحية التي يكفلها

الطبية في الفترة ما قبل الولادة خلال ٢٠ أسبوع من بداية الحمل. وتخسر قلة منهن الزيارات الأربع الموصى بها في مرحلة ما قبل الولادة.^{٤٧} الأمر الذي بإمكانه أن يؤثر بشكل سلبي على معدل حالات الاعتلال والوفاة النفاسية. وهناك مشكلة مستمرة أخرى تتمثل في الاستهانة بخدمات الرعاية النفاسية وسوء استغلالها.^{٤٨} كما تشير التقارير إلى وجود عوامل أخرى تحول دون إقبال النساء على متابعة خدمات الرعاية الصحية النفاسية. وتتخلص هذه العوامل فيما يلي: الافتقار إلى الخصوصية والسرية والقلق من الخضوع لفحص إجباري للكشف عن فيروس العوز المناعي البشري وعدم القدرة على تغطية تكاليف النقل إلى وحدات الرعاية الصحية. ويشكل التردّي في مستوى تدريب مقدمي خدمات الرعاية الصحية وانعكاس ذلك على معايير الرعاية الصحية عاملاً آخر يعيق الإقبال على تلقي الرعاية الصحية.^{٤٩} هناك مساعٍ لإدخال وسائل جديدة بهدف تقليل معدل الوفيات النفاسية ومن بين تلك الوسائل استخدام تكنولوجيا الهاتف النقال التي يُعد تطبيق «مامكونكت» (Momconnect) واحداً من أمثلتها. يأتي التطبيق كمبادرة وطنية دمجتها اللجنة في إطار ما تقدمه من خدمات بهدف النهوض بصحة الأم والطفل.

وقد هبط المعدل الحمل بين المراهقات على المستوى الوطني من ٣٠٪ في عام ١٩٨٤ ليصل إلى ٢٣٪ في عام ٢٠٠٨. وبالإضافة لذلك، تراجعت حالات الولادة بين المراهقات. ولاسيما المراهقات الأصغر سنًا (من تقل أعمارهن عن ١٧ عامًا)؛ حيث تشكل حاليًا المراهقات من تتراوح أعمارهن بين ١٨ و ١٩ عامًا الغالبية العظمى في قطاع المراهقات الحوامل.^{٤٩} وبالرغم من ذلك، لا يزال حمل المراهقات مدعاة للقلق. ولاسيما أن معدل الإقبال على تلقي الرعاية الصحية في فترة ما

تأثير عوامل بيولوجية. واجتماعية. وسلوكية. واقتصادية وهيكلية يبرز من بينها مشكلة عدم المساواة بين الجنسين سواء على صعيد علاقات الشراكة الحميمة، أو على صعيد المجتمع. وقد أطلق المجلس الوطني لمكافحة الإيدز بجنوب أفريقيا في يونيو ٢٠١٦ حملة «أحلام» الممولة من قبل الحكومة الأمريكية بهدف الحد من الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري لدى الفتيات والشابات. كما تهدف الحملة أيضًا إلى الربط بين الإصابة بفيروس العوز المناعي والمشاكل من قبيل حمل المراهقات والتسرب من التعليم والعنف الجنسي علاوة على السعي لخلق فرص اقتصادية للشباب. وضمن إطار من التعاون مع المنظمات غير الحكومية والمجتمعات المحلية تخطط الحملة لفتح قنوات التواصل مع الفتيان والشباب. وقد طرحت الحملة ضمن الإطار نفسه أنواع جديدة من الواقيات الذكرية بهدف التشجيع على التوسع في استخدامها.^{٤٨}

وأظهر الاستطلاع في الفئة العمرية من ١٥ إلى ٢٤ عامًا حول استخدام الواقيات في آخر نشاط جنسي تراجعًا في نسبة استخدام الواقيات في الفترة ما بين عامي ٢٠٠٨ و ٢٠١٠؛ حيث تراجعَت النسبة من ٨٥٪ إلى ٦٨٪ عند الرجال ومن ٦٧٪ إلى ٥٠٪ عند النساء.^{٤٩} بينما توقف تطور أساليب الوقاية من مرض العوز المناعي للنساء عند الواقيات النسائية.^{٤٧} وقد أشارت نتائج التجارب السريرية التي أجريت مؤخرًا على نوع من الحلقات المهبلية المعروفة تجاريًا باسم «دايفيرين» (Dapivirine) إلى فعالية تلك الحلقات في الحد من فرص الإصابة بفيروس العوز المناعي لدى النساء فوق ٢٥ عامًا وذلك بنسبة ٦٠٪^{٤٩} وهي نسبة تضاهي نسبة الوقاية التي يضمنها الختان الطبي للذكور ضد انتقال الفيروس من الإناث للذكور غير المثليين أثناء الاتصال الجنسي.^{٥٠} ويمكن إرجاع القصور في الكشف عن الآثار الوقائية

القطاع العام الصحي للأشخاص الراشدين. وفي الصدد نفسه تعتبر المبادرات الخاصة بالحقوق والصحة الجنسية والإيجابية للشباب غير الملتحقين بالمدارس من الأهمية بمكان.^{٤٥}

فيروس العوز المناعي البشري

تعد منطقة الجنوب الأفريقي بؤرة لانتشار وباء فيروس العوز المناعي في العالم؛ إذ يقدر عدد المصابين في جنوب أفريقيا وحدها بحوالي ٦.٤ مليون شخصًا (١٤٪ من إجمالي تعداد السكان). وتشكل النساء المصابات نسبة تفوق النصف من ذلك العدد.^{٤١} ويمكن لمن يبلغون من العمر ١٢ عامًا فما فوق الخضوع لفحوص الكشف عن فيروس العوز المناعي البشري بدون الحاجة لموافقة ولي الأمر.^{٤٢} إن منع وقوع إصابات جديدة بفيروس العوز المناعي يُعد خطوة بالغة الأهمية في الطريق للحد من انتشار الوباء. وعلى الرغم من أن الخطة الاستراتيجية المتكاملة التي وضعتها جنوب أفريقيا لمكافحة فيروس العوز المناعي البشري والأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي والدرن في الفترة ما بين عامي ٢٠١٢ و ٢٠١٦ كانت تهدف إلى خفض معدل الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري بنسبة ٥٠٪.^{٤٧} فإن ذلك الهدف لم يتحقق ولاسيما فيما يخص فئة الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ٢٤ عامًا؛ حيث تظل نسبة ظهور إصابات جديدة بالفيروس عالية بين أفراد تلك الفئة. ولكن العبء الأكبر يقع على عاتق الشباب من تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ١٩ عامًا؛ حيث يبلغ معدل انتشار الإصابات الجديدة بالفيروس نسبة ٦٣٪ بين أفراد تلك الفئة. وذلك بالإضافة إلى كونهن أكثر عرضة بثمانية أضعاف من الشباب في نفس أعمارهن للإصابة بالفيروس.^{٤١} وكما هو الحال في القضايا الأخرى المرتبطة بالصحة الجنسية والإيجابية، فإن حمل المرأة النصب الأكبر من عبء الإصابة بفيروس العوز المناعي هو أمر يمكن تفسيره في سياق

بذلك النوع من العلاج وتسهيل سُبُل الحصول عليه؛^{٤٤} إذ تبين من خلال التجربة أن تعاطي جرعات ثابتة من العلاج. واتباع روتين علاجي مضاد يتميز بخطواته المبسطة، والانضمام إلى مجموعات دعم تضم مصابين آخرين يتبعون النظام العلاجي نفسه كلها عوامل تشجع على الانتظام في العلاج.^{٤٥} وتماشياً مع المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية، أعلن وزير الصحة أن كل من ثبتت إصابته بفيروس العوز المناعي عن طريق الفحص في الوحدات التابعة للقطاع العام الصحي سيخضع فوراً للبدء في عملية العلاج بمضادات الفيروسات الرجعية (ضمن برنامج "فحص فعلاج")، وذلك اعتباراً من سبتمبر ٢٠١٦.^{٤٥} وتسعى وزارة الصحة من خلال ذلك القرار أن يخضع في العام الواحد ٣٠٠ ألف شخصاً جدد للفحص، على أن يبدأ علاجهم بمضادات الفيروسات الرجعية فور التشخيص بالمرض، وذلك اعتباراً من العام الحالي.^{٤٦} وفي الوقت الراهن، تتكبد الحكومة تكلفة سنوية تقدر بـ ٢٥٠ دولار عن كل شخص من أجل توفير العلاج بمضادات الفيروسات الرجعية.^{٤٦} إن إقبال الأشخاص المصابين بفيروس العوز المناعي على تلقي العلاج المبكر بمضادات الفيروسات الرجعية له مزايا صحية إيجابية على الصعيدين الفردي والعام، إلا أن تحقيق تلك المزايا يتوقف على تحقيق عوامل ضرورية أخرى مثل: القدرة على تغطية التكاليف الناتجة عن ارتفاع عدد الأشخاص المقبلين على العلاج والحفاظ على مستويات عالية من الالتزام بين المصابين بتلقي العلاج والرعاية الصحية مدى الحياة.

وقد ارتفعت معدلات خضوع النساء للفحص الخاص بالكشف عن الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري خلال الحمل؛ حيث خضعت نسبة تزيد عن ٩٨٪ من النساء للفحص أثناء الحمل وبدأ ٩٢٪ من ثبتت إصابتهن بالفيروس في تلقي

لحلقات «دايفيرين» لدى النساء تحت ٢١ عاماً من هن أكثر عرضة للإصابة بالفيروس إلى عدم الانتظام في استخدام الحلقات.^{٤٩} وتعود الآمال في الحد من نسبة الإصابة بفيروس العوز المناعي على ظهور استراتيجيات طبية بيولوجية بديلة تتمثل في تطوير مصل مضاد للفيروس. بيد أنه من غير المحتمل أن تتحقق تلك الآمال قبل عقد من الآن.^{٥١}

ويلعب العلاج المضاد للفيروسات الرجعية دوراً لا يقل أهمية عن غيره من الوسائل في الحد من نسبة الإصابة بفيروس العوز المناعي؛ وذلك نظراً لقدرته على تخفيف الحمل الفيروسي. وتتمثل أبرز إيجابيات هذا النوع من العلاج في كونه يضمن حياة أطول وأكثر صحة للأشخاص المصابين بالفيروس. وقد كان «الإنكار» هو رد الفعل الرسمي الذي تبنته الحكومة في جنوب أفريقيا أثناء فترة انتشار فيروس العوز المناعي بصورة وبائية في الفترة بين عامي ١٩٩٩ و ٢٠٠٨ إذ تجاهلت الحكومة حقيقة انتشار الفيروس، وفرضت معوقات حالت دون حصول المصابين على العقاقير المضادة للفيروس التي كان من شأنها إنقاذ حياتهم؛^{٥٢} وكانت نتيجة ذلك أن كانت نسبة المصابين بالفيروس في جنوب أفريقيا من حالفهم الحظ في مباشرة العلاج المضاد للفيروسات الرجعية لم تتعد ٢٥٪ في عام ٢٠٠٥. إلا أن التوسع في توفير سبل الوصول لذلك النوع من العلاج قد أدى إلى إدراج ٣.٢ مليون شخصاً أنفسهم ضمن خطة العلاج بحلول عام ٢٠١٥.^{٥٣} الأمر الذي نتج بدوره عن ارتفاع متوسط العمر المتوقع لدى النساء من ٥٥ عاماً في ٢٠٠٥ إلى ٦٤ عاماً في ٢٠١٥، أو ٧٣ عاماً في حال لم تكن الإصابة بمرض الإيدز من بين مسببات الوفاة.^{٥٣} وقد كان لفكرة بداية رحلة العلاج باستخدام مضادات الفيروسات الرجعية، وإدارة العلاج فيما بعد - بتدخل من العنصر التمريضي - الفضل في انتشار العمل

عند الإقبال على الحمل، وتتضمن تلك الطرق وسائل وقائية مثل: اتباع برامج العلاج الوقائي قبل وبعد التعرض للفيروس، فضلاً عن وسائل أخرى أكثر أماناً - وإن كانت أقل تقدماً - مثل ممارسة الجماع في أوقات محددة والتلقيح الذاتي، ويمكن تنفيذ هذه ديويًا باستخدام الوسائل المنوي الخالي من الفيروس الخاص بالشريك الذكر في العلاقة.^{٩٩} وهناك خدمات متعلقة باتباع طرق الحمل الآمنة والمدمومة بحثيًا ويجري تقديم تلك الخدمات حاليًا بنجاح في مقاطعات جوهانسبرج ودوربان وكايب تاون.^{١٠١} وهي الخدمات التي يجب التوسع فيها في المستقبل.

سرطان الثدي وعنق الرحم

يعد سرطان الثدي أكثر أنواع السرطان شيوعًا بين النساء في جنوب أفريقيا؛ حيث وصل معدل ظهور الإصابة عند بلوغ السن القياسي نسبة ٣١.٤ من بين كل ١٠٠ ألف سيدة.^{١٠٢} ويلاحظ أن غالبية المريضات تظهر عليهن أعراض المراحل المتقدمة من المرض عند التقدم للعلاج، الأمر الذي يشير إلى معاناتهن من محدودية فرص الحصول على الرعاية الصحية. فعلى سبيل المثال، لا يوصى بتعميم الفحص باستخدام الأشعة السينية في الدول متوسطة الموارد مثل جنوب أفريقيا وذلك نظرًا لارتفاع التكلفة الإجمالية المصاحبة لهذا النوع من الفحص في الوقت الذي توجد فيه احتياجات أخرى تتعلق بالرعاية الصحية وتستحق أن تكون لها الأولوية المادية.^{١٠٣} إلا أن وضع سياسة وطنية للحد من سرطان الثدي، والتدخل من أجل نشر الوعي بالمرض والتشجيع على اتباع سبل الاكتشاف المبكر قد يؤدي إلى تشخيص المرض في مراحله الأولية والتنبؤ الجيد بمساره.^{١٠٤}

إن الوفيات الناتجة عن سرطان عنق الرحم في أفريقيا جنوبي الصحراء تُعزى إلى الترددي في مستوى الفحوصات التي يمكن إجراؤها للكشف عن العلامات التي قد تنذر بالإصابة بسرطان

العلاج، الأمر الذي نتج عنه انخفاض هائل في معدلات إصابة الأطفال الرضع بالفيروس عن طريق الانتقال الرأسي (في عمر ٦ أسابيع) وذلك من أصل ٢٠٪ من عشر سنوات مضت إلى ٢.٤٪ في الوقت الحاضر.^{٩٩} وفي المقابل، فقد رصدت الدراسات ارتفاعاً في معدلات إصابة الأطفال الرضع بالفيروس عن طريق الانتقال الرأسي لدى شريحة المراهقات وذلك نظرًا لما يواجهه عادة من تعسر سبل الوصول إلى كل من خدمات الرعاية في فترة ما قبل الولادة، والفحص للكشف عن الإصابة بالفيروس، والعلاج باستخدام مضادات الفيروسات الرجعية أثناء الحمل، وتوفير الوقاية للأطفال الرضع بعد الولادة.^{١٠٥} حيث يعتمد نجاح برامج الوقاية من انتقال الفيروس من الأم للطفل على مدى إمكانية حصول النساء المصابات بالفيروس، ولاسيما الشبابات منهن، على سبل العلاج بمضادات الفيروسات الرجعية خلال المراحل المبكرة من الحمل، ويفضل لو كانت الأم قد باشرت العلاج قبل حدوث الحمل.

كانت برامج العلاج المضاد للفيروسات الرجعية قد ركزت على أهمية استخدام النساء لوسائل منع الحمل، ووسائل الوقاية من انتقال الفيروس من الأم للطفل، ولكنها مع ذلك لم تول اهتمامًا كبيرًا للدمج بين الخدمات المرتبطة بكل من الصحة الجنسية والإيجابية، ومكافحة فيروس العوز المناعي البشري.^{١٠٦} ومن هنا، فإن بداية تعميم برنامج "فحص فعلاج" اعتبارًا من سبتمبر ٢٠١٦، وما يصاحب ذلك من إمكانية تقديم خدمات العلاج المضاد للفيروسات الرجعية في إطار الوقاية قبل التعرض للفيروس للأشخاص الأكثر عرضة للإصابة، مثل الأزواج الشباب الراغبين في الإنجاب رغم إصابة أحدهما بالفيروس، كلها تطورات تُعدُّ بالحد من مخاطر انتقال فيروس العوز المناعي، وهناك طرق فعالة وأمنة يمكن للأشخاص المصابين بالفيروس اتباعها

سنوات من طرح البرنامج، ويُعد تردّي مستوى المتابعة الطبية للحالات التي أظهر فيها الاختبار سلوكًا غير طبيعي في خلايا الرحم واحدًا من أهم التحديات المتعلقة بتنفيذ البرنامج.^{٧٠} ويجري العمل حاليًا على تعديل السياسة المتصلة بالبرنامج بحيث تتضمن بروتوكولًا بشأن النساء المصابات بفيروس العوز المناعي البشري، وتوفير اختبارات ثانوية جديدة تراعي حالات الإصابة بفيروس الورم الحليمي. على أن يتم الانتهاء من التعديل بحلول عام ٢٠١٧. وتكمن أهمية ذلك التعديل في أن خضوع النساء المصابات بفيروس العوز المناعي البشري للفحص والكشف عن التشوهات المنذرة بالتسرطن، ومن ثم مباشرة العلاج، كلها أمور قد تحوّل دون زيادة معدل الإصابة بسرطان عنق الرحم وما سينتج عن تلك الزيادة من تساؤل في المزايا الصحية العامة للتوسع في برنامج العلاج المضاد للفيروسات الرجعية.

العنف الجنسي

على الرغم من أن مراكز الشرطة تتلقى في اليوم الواحد ما يقرب من ١٥٠ بلاغًا عن وقوع حوادث اغتصاب فإن عدد البلاغات التي تفضي إلى الملاحقة القانونية لا يتجاوز ٣٠ بلاغًا. بينما تنتهي ١٠ فقط من تلك البلاغات بإدانة المجرمين.^{٧١} وفي دراسة استهدفت الرجال في مقاطعات كوازولو-ناتال وويسترن كايب. أقر ٢٨٪ من الرجال بأنهم قد اغتصبوا امرأة أو فتاة مرة واحدة على الأقل من قبل، ويُعد معظم مرتكبي جرائم الاغتصاب معروفين بالنسبة للناجيات.^{٧٢} ويرتفع معدل العنف الذي يتعرض له المراهقات في جنوب أفريقيا أثناء الممارسة الجنسية الأولى.^{٧٣} كما ركزت جهود الدعوة لمكافحة العنف في الفترة ما بعد الفصل العنصري على أشكال محددة من العنف الجنسي ومنها "الأوكوثوالا" (ukuthwala) وتعني خطف الفتيات

عنق الرحم والقصور في الخدمات المرتبطة بالتشخيص والعلاج المبكرين.^{٧٤} ويُعد سرطان عنق الرحم ثاني أكثر أنواع السرطان شيوعًا في جنوب أفريقيا، والسبب الرئيس وراء الوفيات جراء الإصابة بالسرطان بين النساء.^{٧٥} كما تزداد عرضة الإصابة بفيروس الورم الحليمي وتشوهات عنق الرحم المنذرة بالتسرطن، وسرطان عنق الرحم لدى النساء المصابات بفيروس العوز المناعي البشري.^{٧٦}

وتعتبر الأمصال المضادة لفيروس الورم الحليمي وسيلة فعالة وآمنة جدًا للوقاية الأولية من مرض سرطان عنق الرحم؛ حيث تحوّل تلك الأمصال دون الإصابة بالأنواع الأشد خطورة من فيروس الورم الحليمي والرتبطة ارتباطًا وثيقًا بالإصابة بسرطان عنق الرحم المستشري.^{٧٧} وقد طرح القطاع العام الصحي في جنوب أفريقيا مصلًا لمكافحة فيروس الورم الحليمي في عام ٢٠١٤، وذلك في إطار البرنامج المتكامل للصحة المدرسية، وتخضع حاليًا الفتيات في مدارس القطاع العام - ممن يبلغن من العمر ٩ أعوام أو أكثر- للتطعيم بذلك المصل كل عام، وقد بلغت نسبة استيفاء التطعيم بالجرعة الأولى من المصل بين الفتيات ٨٧٪ في عام ٢٠١٤.^{٧٨}

أما الوقاية الثانوية فيمكن التماس سُبُلها عبر برنامج وطني طرحته الحكومة في عام ٢٠٠٢ لإجراء اختبار «بابانيكولاو» للكشف عن سرطان عنق الرحم، وذلك من خلال توفير ٣ اختبارات مجانية، بواقع اختبار واحد كل ١٠ سنوات تخضع له النساء بداية من سن الثلاثين.^{٧٩} كان لذلك البرنامج الفضل في ارتفاع معدل الخضوع للاختبار من ١٨٪ في عام ٢٠٠٣ إلى ٥٤.٥٪ في عام ٢٠١٤. بيد أن ذلك المعدل لا يزال أقل من المعدل الذي استهدفه البرنامج في عام ٢٠٠٢، وكان يقضي بخضوع ٧٠٪ من النساء البالغات من العمر ٣٠ عامًا فأكثر للفحص في غضون ١٠

أفريقيا عام ١٩٩٤ أتاح فرصًا فريدة من نوعها للنظر في قضية غياب المساواة على الصعيد السياسي، والاجتماعي، والاقتصادي والصحي، وهي القضية التي تستمد جذورها من التفرقة العنصرية. كانت جنوب أفريقيا قد قطعت شوطًا كبيرًا خلال الخمس سنوات الأولى من العهد الديمقراطي في سن تشريعات وسياسات تقدمية فيما يتعلق بالصحة والحقوق الجنسية والإيجابية^١. وعلى الرغم من التزام^١ جنوب أفريقيا بالسياسات المتعلقة بالصحة والحقوق الجنسية والإيجابية والتوسع في سن تلك السياسات، فقد كان تنفيذ السياسات بشكل عشوائي عقبه شبه دائمة حالت دون تحقيق التقدم المنشود في هذا المجال^٨.

وقد زاد الحرص على مشاركة المرأة في مجال العمل الحكومي مؤخرًا. ولكن هذا التقدم الإحصائي المتمثل في زيادة عدد النساء اللاتي يشغلن أوضاعًا رسمية لا بد أن يقلل من أهمية السعي نحو نبذ المواقف والممارسات الأبوية. سواء أكانت صريحة أو مبطنية^١. خلال العقد الماضي كان هناك تصاعد في الآراء المحافظة التي تضمنتها الروايات الحكومية حول الجنسية^{١١، ١٢}. كما كان من الصعب تغيير الأعراف الاجتماعية الأبوية السائدة فيما يتعلق بالجنسانية^{١٣}.

لقد حققت جنوب أفريقيا نجاحًا متفوقًا خلال العقد الماضي في الوصول إلى نتائج ملموسة فيما يتعلق بإرساء العدالة الاجتماعية في قضايا الصحة الجنسية والإيجابية وتحسين المؤشر السكاني الخاص بالصحة والحقوق الجنسية والإيجابية^{١٤}؛ حيث نجحت جنوب أفريقيا منذ عام ٢٠٠٤ في التوسع في سن تشريعات تقدمية فيما يتعلق بإناحة خيار الإجهاض الآمن، والحد بشكل هائل من الانتقال الرأسي لفيروس العوز المناعي البشري، وطرح أكبر برنامجًا في العالم للعلاج بمضادات الفيروسات الرجعية، وقد أسفر

الصغيرات وزواجهن واغتصابهن بالإكراه. وتعتبر "الأوكوثوالا" خريفًا لما كان ساريا بين الأزواج الشبان. بحث يتفق الشباب والفتاة على الهرب من بيت الأسرة والزواج رغماً عن إرادة الأهل أو المجتمع^{١٥}. كما سعت الجماعات المناهضة بمكافحة العنف الجنسي إلى تسليط الضوء على خطورة قضية انتشار جرائم الاغتصاب التي تستهدف المثليات، ومغائبات الهوية الجنسية من لا تنطبق عليهن الأعراف الجنسية السائدة^{١٦}.

وتعتبر السياسات الآتية من أبرز السياسات المتعلقة بقضية العنف الجنسي: قانون الطفل رقم ٣٨ لعام ٢٠٠٥ والبنود المتعلقة بالوقاية من فيروس العوز المناعي البشري بعد التعرض للفيروس ضمن السياسة الوطنية لمكافحة الاعتداء الجنسي لعام ٢٠٠٥، وقانون الجرائم الجنسية رقم ٣٢ لعام ٢٠٠٥ ونصه المعدل الصادر عام ٢٠١٥ وسياسة تمكين الضحايا^{١٧}. وقد تم حل وحدات الشرطة والمحاكم الخاصة بالتحقيق في الجرائم الجنسية في عام ٢٠١١، ومن ثم إعادتها للعمل في عام ٢٠١٣. وقد قدم المجتمع المدني عدد من المبادرات مثل: مبادرة (PREPARE)، ومبادرة (Skhokho Supporting Success) وتهدف كل منهما إلى منع عنف الشريك الحميمي بين المراهقين، ومبادرة (Stepping Stones and Creating Futures) التي تستهدف عملها الشباب والبالغين، ومبادرة (IMAGE) التي تخاطب النساء^{١٨، ١٩}، وأشار التقييم الخاص بمبادرات (PREPARE) و (Stepping Stones) و (IMAGE) إلى ما لتلك المبادرات من تأثير إيجابي قصير المدى في الحد من عنف الشريك الحميمي، الذي يمارسه الرجال^{٢٠، ٢١، ٢٢}. ويمكن اتخاذ مراكز "توثوزيلا" لرعاية ضحايا الاغتصاب التي تحتسب ضمن وحدات الرعاية الصحية التابعة للقطاع العام كنماذج يحتذى في سياقات أخرى.

نتائج وتوصيات

إن التحول الديمقراطي الذي حدث في جنوب

للاهتمام بالحقوق والصحة الجنسية والإيجابية على التمسك بالحقوق المتعلقة بالإجهاض ومراجعة المبادئ التوجيهية الخاصة بمنع الحمل. والاستعداد لطرح خدمات الإيجاب الآمن للأشخاص المصابين بفيروس العوز المناعي البشري. ودعم الصحة الجنسية والإيجابية للشباب؛ حيث لعبت تلك الجهود دورًا هامًا في الدفع بالسياسات المراعية للحقوق والصحة الجنسية والإيجابية، والتمسك بتلك السياسات. فضلًا عن محاسبة الحكومة عن مدى وفائها بالتزامات الدولة في مجال الحقوق والصحة الجنسية والإيجابية. وعلى الرغم من أنه كان من الضروري أن تركز الحكومة على فيروس العوز المناعي البشري خلال العقد الماضي. فقد تراجعت الجهود واسعة النطاق فيما يخص الحقوق والصحة الجنسية والإيجابية، وذلك في ظل تشرذم مبادرات الحكومة والمجتمع المدني. وتمركز تلك المبادرات في مناطق بعينها دون تعميم التجربة^٨. وقد كان للجهات الدولية المانحة دورًا في تشرذم تلك الجهود؛ وذلك بسبب التمويل الرأسي للبرامج الخاصة بتوفير الرعاية المتعلقة بفيروس العوز المناعي البشري. وبرامج العلاج المضاد للفيروسات الرجعية. وفي سياق متصل. أُغلقت عدد من منظمات المجتمع المدني العاملة على نطاق واسع في مجال الحقوق والصحة الجنسية والإيجابية. كما أن بعض البرامج المعروفة لمدة طويلة مثل مركز أزمات الاغتصاب قد واجهت أزمات تمويل وضعتها على حافة إغلاق أبوابها^٩. كما ظهرت مبادرات إيجابية لمحاربة الهيمنة الذكورية. ويُعد العمل الذي تؤديه تلك المبادرات من الأهمية بكان. بيد أن زيادة نسبة التمويل الرأسي للبرامج الخاصة برفع مستوى مشاركة الرجال قد نتجت في بعض الأحيان عن تضائل حجم التمويل الذي تلقاه تلك المبادرات التي تركز جهودها على المرأة. وهناك تراجع في جهود الحشد والتعبئة التي كانت تهدف لخلق وجود قوي على الأرض. والحفاظ على استمرارية ذلك الوجود.

التقدم الذي حققته جنوب أفريقيا في كبح جماح وباء فيروس العوز المناعي البشري عن زيادة متوسط العمر المتوقع. وتراجع معدل الوفيات النفاسية. كما التزمت الحكومة باحترام الحقوق القانونية للمثليات والمثليين. ومزدوجي الميل الجنسي ومغايري الهوية الجنسية. كما توسعت في منح تلك الحقوق منذ أن أقرتها لأول مرة في عام ١٩٩٤. وذلك بالرغم من تواصل التعصب والتمييز الاجتماعي ضد تلك الفئات. وعززت الحكومة أيضًا من قوة التشريعات والسياسات الخاصة بالصحة الجنسية والإيجابية للشباب في إطار يدعم الحقوق. كما أدخلت تشريعات تقدمية جديدة فيما يخص الجرائم الجنسية. وعلاوة ذلك. نجحت الدولة في طرح برنامج لتطعيم الفتيات بالمصل المضاد لفيروس الورم الحليمي. كما تبنت الحكومة نظامًا مُعدّة جيدًا لجمع المعلومات. مثل: مستعرض الوفيات النفاسية ونظام قوي للتسجيل المدني. وجمع الإحصائيات الحيوية. وقد استفادت المرأة في جنوب أفريقيا من تلك النجاحات. حتى وإن كان حجم الاستفادة الفعلي أقل بالنسبة للفئات الضعيفة مثل فئة النساء اللاتي يعانين من الفقر والمراهقات والريفيات.

وعلى النقيض من ذلك. فبعد مرور واحد وعشرين عامًا على أول تجربة انتخابية ديمقراطية في جنوب أفريقيا تضاءل ذلك التعاون القوي الذي شهدته البلاد عقب انتخابات ١٩٩٤ بين الحكومة والمجتمع المدني في تطوير نهج شاملة للتعامل بالحقوق والصحة الجنسية والإيجابية^{١٠}. ومع ذلك. فقد واصلت المنظمات غير الحكومية وجماعات المجتمع المدني ممارسة دورها الديمقراطي القوي والمهم. وتلبية ما ينطوي عليه ذلك الدور من مهام في الدفع بعجلة التقدم في مجال الحقوق والصحة الجنسية والإيجابية. ويعمل المجتمع المدني "الموازي" على رفع تقارير للهيئات الدولية. يأتي ذلك فيما ركزت الجهود الوطنية الداعية

النشباب. فضلاً عن الحاجة لمكافحة الاتجاه السائد بتلك المناهج لإعلاء قيمة الغيرية الجنسية دون مراعاة لتعدد الهويات الجنسانية.

ونسبة كبيرة من الوفيات النفاسية لا تتصل بفيروس العوز المناعي البشري، ويمكن الحيلولة دون حدوثها بتوفير الخدمات الصحية اللازمة. وعلى الرغم من أن المسودة الخاصة بنظام التأمين القومي المقترح تضمنت الإشارة إلى الصحة النفاسية، إلا أنها لازالت في حاجة إلى تحديد ما يمكن طرحه من مبادرات وخدمات بعينها: بهدف تحسين وضع الحقوق والصحة الجنسية الإيجابية للمرأة.^{١٨،١٩} ونظراً لأن التشريع الخاص بالأجهزة تشريع تقدمي، فإن إقبال بعض الفتيات والشابات على الخضوع لعمليات إجهاض غير آمنة خارج نطاق المؤسسات الصحية هو أمر يثير بالغ القلق^{٢١} ويتطلب منا مزيد من التقصي في أسبابه، بهدف التوصل إلى علاج، وعلاوة على ذلك، ثمة حاجة إلى المزيد من البيانات الحديثة حول كل من معدل انتشار وسائل منع الحمل في الفئات العمرية المختلفة، والصحة النفاسية، والإجهاض خارج نطاق المؤسسات الصحية، وينبغي على اللجنة الوزارية الاستشارية بخصوص مكافحة السرطان التي تشكلت في عام ٢٠١٢ التعجيل بالانتهاء من السياسة الخاصة بتوفير خدمات الفحص للكشف على سرطان عنق الرحم للنساء المصابات بفيروس العوز المناعي البشري، وبدء العمل بأساليب الفحص الأكثر تطوراً.

وبالإضافة إلى ما لدى جنوب أفريقيا من التزامات فيما يتعلق بالحقوق والصحة الجنسية والإيجابية على الصعيد الدولي، فإنها تحتاج كذلك للوفاء بالتزاماتها أمام المؤسسات القانونية الوطنية مثل: لجنة الشؤون الجنسانية، ولجنة جنوب أفريقيا لحقوق الإنسان، فضلاً عن تعزيز تلك الالتزامات. ويتطلب تعزيز الحقوق والصحة الجنسية والإيجابية تطبيق استراتيجيات متعددة

ويظهر هذا التراجع على مستوى المقاطعات كلها باستثناء بؤر انتشار فيروس العوز المناعي البشري. ولم تظهر على ساحة الحقوق والصحة الجنسية والإيجابية هيئة تضاهي المجلس الوطني للإيدز في جنوب أفريقيا من حيث: اتساع نطاق جهوده في قطاع مكافحة فيروس العوز المناعي البشري.^{٨١}

ينص الدستور في جنوب أفريقيا على التزام الحكومة بكل ما يتعلق بالحقوق والصحة الجنسية والإيجابية، إلا أن ذلك الالتزام لم يترجم بشكل عملي خلال العقد الماضي، اللهم إلا في سن السياسات المتعلقة بتنظيم منع الحمل، وضمان الحقوق والصحة الجنسية والإيجابية للمراهقات، وكلها سياسات خرجت إلى النور بمشاركة قوية من المجتمع المدني، ولا تزال الحكومة في حاجة إلى تطبيق برامج مدعومة بالدلائل لمكافحة العنف الجنسي، فضلاً عن أن تفشّي وباء العنف الجنسي يتطلب التعامل مع القضية على صعيد اجتماعي أوسع.

في الوقت الذي تمكن فيه المجلس الوطني للإيدز نظرياً من الحد من مخاطر فيروس العوز المناعي البشري بالنسبة للفتيات والشابات، وذلك عن طريق تبني حملته الداعية للزواج الأحادي واستخدام الواقيات الجنسية مع التحذير من التفاوت العمري في العلاقات،^{٨٢} لم تكن هناك فعالية تذكر لما سبق تلك الحملة من حملات مشابهة؛ إذ لم يحدث تغيير حقيقي فيما يخص قضايا علاقات القوة بين الجنسين والفقركي توازي جهود تلك الحملات، ولا بد للبرامج التوعوية والوقائية المتعلقة بالحقوق والصحة الجنسية والإيجابية للشباب مثل: برنامج (الخطوات الواثقة)^{٨٣} أن تكتسب صبغة مؤسسية.^{٨٤} وهناك انفصال بين التثقيف الجنسي الذي يتلقاه الشباب ضمن مناهج الإعداد الحياتي بالمدرسة والتجارب الحياتية التي يمر بها هؤلاء

تطورات ملموسة في كل قطاعات الحقوق والصحة الجنسية والإيجابية للمرأة في جنوب أفريقيا خلال العقد القادم.

الأبعاد وشاملة على كافة مستويات الفرد. وعلاقات الأفراد ببعضهم البعض. والمنظومة الاجتماعية. والوضع الاجتماعي الاقتصادي... وغيرها من المستويات الهيكلية. وعلينا أن نسعى لإحياء التعاون التقدمي بين الحكومة والمنظمات غير الحكومية والمجتمع المدني.^{٨٠} بهدف تحقيق

المراجع

1. Cooper D, Morroni C, Orner P, et al. Ten years of democracy in South Africa: documenting transformation in reproductive health policy and status. *Reproductive Health Matters*, 2004;24(12):70-85.
2. Channon A, Falkingham J, Matthews Z. Sexual and reproductive health and poverty. In: Malarcher, editor. *Social determinants of sexual and reproductive health: informing future research and programme implementation*. Geneva: World Health Organisation, 2010. p.75-91.
3. Coovadia H, Jewkes R, Barron P, et al. The health and health system of South Africa: historical roots of current public health challenges. *Lancet*, 2009; 374: 817-834.
4. Reinhard S, Leibbrandt M, Lam D. Assessing the impact of social grants on inequality: a South African case study. In: Besley, editor. *Contemporary Issues in Development Economics*. London: Palgrave Macmillan, 2015. p.112.
5. Lustig N. The Redistributive Impact of Government Spending on Education and Health: Evidence from Thirteen Developing Countries in the Commitment to Equity Project. March 2015:1-35.
6. Graham L, Mlatsheni C. Youth unemployment in South Africa: Understanding the challenge and working on solutions. In: De Lannoy, Swartz, Lake, et al, editors. *South African Child Gauge 2015*. Cape Town: Children's Institute, University of Cape Town, 2015. p.51-59. ISBN: 978-0-7992-2525-9.
7. De Lannoy, Swartz, Lake, et al, editors. *South African Child Gauge 2015*. Cape Town: Children's Institute, University of Cape Town, 2015. p.60-68. ISBN: 978-0-7992-2525-9.
8. Branson B, Clare Hofmeyr C, Papier J, et al. In: De Lannoy, Swartz, Lake, et al, editor. *South African Child Gauge 2015*. Cape Town: Children's Institute, University of Cape Town, 2015. p.42-50. ISBN: 978-0-7992-2525-9.
9. Republic of South Africa. *Our Future Make it Work*. The National Development Plan, 2011. (At <http://www.gov.za/issues/national-development-plan-2030>).
10. Seekings J, Natrass N. *Policy, Politics and Poverty in South Africa*. London: Palgrave Macmillan, 2015.
11. World Bank. Health expenditure. 2014. At. <http://www.tradingeconomics.com/botswana/health-expenditurepublic-percent-of-government-expenditure-wb-data.html>.
12. World Bank. Health expenditure. 2013. At. <http://www.tradingeconomics.com/brazil/health-expenditurepublic-percent-of-government-expenditure-wb-data.html>.
13. Ataguba JE, Akazili J, McIntyre D. Socioeconomic-related health inequality in South Africa: evidence from general household surveys. *International Journal for Equity in Health*, 2011;10:48.
14. Republic of South Africa. Ministry of Finance. *Budget Speech*. 2015. At. <http://www.treasury.gov.za/documents/national%20budget/2015/speech/speech.pdf>.
15. Republic of South Africa. National Health Insurance in South Africa. Department of Health, 2015. (Policy Paper. At <http://www.gov.za/sites/www.gov.za/files/nationalhealthinsurance.pdf>).
16. University of the Western Cape. *Comments on White Paper: National Health Insurance of South Africa*. Submission. School of Public Health of the University of the Western Cape. May 2016.
17. University of Cape Town. *Comments on the*

- White Paper: National Health Insurance for South Africa: towards Universal Health Coverage, Thursday 10 December 2015 (Version 40) Submission made by the School of Public Health and Family Medicine (SOPH&FM). Faculty of Health Sciences: University of Cape Town, May 2016.
18. Medical Research Council of South Africa. Comments on and Contributions to the White Paper on National Health Insurance (NHI), 11 December 2015. South African Medical Research Council: Health Systems Research Unit, May 2016.
 19. United Nations. Millennium Development Goals. At: <http://www.un.org/millenniumgoals/>. September 2000.
 20. United Nations Foundation. Family planning 2020. At: <http://www.unfoundation.org/what-we-do/campaignsand-initiatives/family-planning-2020/?referrer=https://www.google.co.za/>. 2015.
 21. Mkhwanazi N. Twenty years of democracy and the politics of reproduction in South Africa. *African Identities*, 2014; 12(3-4):326-341.
 22. Department of Health, Republic Of South Africa. South African Demographic and Health Survey. 2003 Pretoria: Department of Health. At: <http://www.mrc.ac.za/bod/sadhs.htm>. 2007.
 23. Beksinska ME, Rees HV, Smit J. Temporary discontinuation: a compliance issue in injectable users. *Contraception* November, 2001;64(5):309-313.
 24. Republic of South Africa. The Children's Amendment Act, No, 41 of 2007. At: <http://www.gov.za/sites/www.gov.za/files/a41-07.pdf>. 2007.
 25. Republic of South Africa, Department of Health. National contraception and fertility planning policy and service delivery guidelines. A companion to the National Contraception Clinical Guidelines. Pretoria. 2012:1-106.
 26. WHO. Hormonal contraception and HIV. Technical Statement. Geneva: World Health Organization, 2012. (At D Cooper et al. *Reproductive Health Matters* 2016;24:79-89, 86. http://www.who.int/reproductivehealth/topics/family_planning/Hormonal_contraception_and_HIV.pdf).
 27. Polis CB, Phillips SJ, Hillier SL, et al. evonorgestrel in contraceptives and multipurpose prevention technologies: does this progestin increase HIV risk or interact with antiretrovirals? *Lancet*, <http://dx.doi.org/10.1097/QAD.0000000000001229>. 2016.
 28. Lince-Deroche N, Harries J, Mullick S, et al. Achieving universal access to sexual and reproductive health services: the potential and pitfalls for contraceptive services in South Africa. *South African Health Review*. Health Systems Trust, 2016:95-105. (At <http://www.hst.org.za/publications/south-african-health-review-2016>).
 29. Dickson KE, Jewkes RK, Brown H, et al. Abortion service provision in South Africa three years after liberalisation of the law. *Studies in Family Planning*, 2003;34(4):277-284.
 30. Trueman K, Magwentshu M. Abortion in a progressive legal environment: the need for vigilance in protecting and promoting access to safe abortion services in South Africa. *American Journal of Public Health*, 2013;103:397-399.
 31. Constant D, de Tolly K, Harries J, et al. Assessment of completion of early medical abortion using a text questionnaire on mobile phones compared to a self-administered paper questionnaire among women attending four clinics, Cape Town, South Africa. *Reproductive Health Matters*, 2015;22(44 Supplement):83-93.
 32. Harries J, Momberg M, Gerds C, et al. An exploratory study of what happens to women who are denied abortions in a legal setting in South Africa. *BMC Reproductive Health*, 2015:12:21.
 33. Harries J, Cooper D, Strebel A, et al. Conscientious objection and its impact on abortion service provision in South Africa: a qualitative study. *BMC Reproductive Health*, 16 February 2014;11(1):16.
 34. Hodes R. The Culture of Illegal Abortion in South Africa. *Journal of Southern African Studies*, 2016;42(1):79-93.
 35. Republic of South Africa, Department of Health. Saving mothers 2011-2013: sixth report on confidential enquiries into maternal deaths in South Africa. Short Report. At <http://www.kznhealth.gov.za/mcwh/Maternal/Saving-Mothers-2011-2013-short-report.pdf>. 2014.
 36. Republic of South Africa. Strategic Plan for Maternal, Newborn, Child and Women's Health (MNCWH and Nutrition in South Africa). Department of Health. At <https://extranet.who.int/nutrition/gina/en/node/11521>. 2012.
 37. Republic of South Africa, Department of Health. Campaign on Accelerated Reduction of Maternal

- and Child Mortality (CARMMA) to reduce maternal mortality in Africa. 2010: 1–48.
38. Republic of South Africa. Millennium Development Goals Country Report 2015. Statistics South Africa. Pretoria: Statistics South Africa, 2015. (http://www.statssa.gov.za/MDG/MDG_Country%20Report_Final30Sep2015.pdf).
39. Massyn N, Day C, Dombo M, et al. District health barometer 2012/13. Health Systems Trust: Durban, 2013. (<http://www.hst.org.za/publications/district-health-barometer-201213>).
40. Chadwick RJ, Cooper D, Harries J. Narratives of distress about birth in South African Public Maternity settings. *Midwifery*, 2014;30:862–868. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2013.12.014>).
41. Amnesty International. Struggle for Maternal Health. Barriers to antenatal care in South Africa. London. 2014. (Index: AFR 53/007/2014).
42. Branson N, Ardington C, Leibbrandt M. Trends in teenage childbearing and schooling outcomes for children born to teens in South Africa. SALDRU: University of Cape Town, 2013. (At http://www.opensaldru.uct.ac.za/bitstream/handle/11090/614/2013_98.pdf?sequence=1).
43. Republic of South Africa, Department of Education. Integrated school health policy. 2012. At http://www.education.gov.za/Portals/0/Documents/Publications/INTEGRATED%20SCHOOL%20HEALTH%20POLICYB-W_1.pdf?ver=2015-02-24-152647-000.
44. Republic of South Africa. National Adolescent Sexual and Reproductive Health and Rights Framework Strategy 2014-2019. Department of Social Development. At http://www.dsd.gov.za/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=578&Itemid=39. 2015.
45. Beksinska M, Pillay L, Millford C, et al. Editorials. The sexual and reproductive health needs of youth in South Africa – history in context. *South African Medical Journal*, 2014;104(10):675–678.
46. Shisana O, Rehle T, Simbayi LC, et al. South African national HIV prevalence, incidence and behaviour survey, 2012. Cape Town: HSRC Press, 2014.
47. Republic of South Africa, Pretoria. National Strategic Plan on HIV, STIs and TB 2012-2016. 2011. 2011:1–86. (At http://sanac.org.za/2013/07/01/the-national-strategic-plan-nsp-2012-2016-in-a-nutshell/?option=com_docman&task=doc_download&gid=7&Itemid=).
48. SANAC. Launch of national campaign for young women and girls. At <http://sanac.org.za/2016/06/27/launch-of-nationalcampaign-for-young-women-and-girls/>. 27 June 2016.
49. International Partnership for Microbicides. Two large studies show IPM's monthly vaginal ring helps protect women against HIV. 2016. At <http://www.ipmglobal.org/publications/two-large-studies-show-ipm%E2%80%99s-monthly-vaginal-ring-helps-protect-women-against-hiv>.
50. Auvert B, Taljaard D, Lagarde E, et al. Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: The ANRS 1265 trial. *PLoS Medicine*, 2005;2(11):1112–1122.
51. Child K. SA testing HIV vaccine. At <http://www.timeslive.co.za/thetimes/2016/03/17/SA-testing-anti-HIV-vaccine>.
52. Simelela N, Venter WDF. A brief history of South Africa's response to AIDS. *South African Medical Journal*, 2014; D Cooper et al. *Reproductive Health Matters* 2016;24:79–89. 87-104(3)Supplement 1:249–251. <http://dx.doi.org/10.7196/SAMJ.7700>.
53. Fatti G, Mothibi E, Shaikh N, et al. Improved long-term antiretroviral treatment outcomes amongst patients receiving community-based adherence support in South Africa. *AIDS Care*, 2016;28(11):1365–1372.
54. Nyasulu JCY, Muchiri E, Mazwi S, et al. NIMART rollout to primary healthcare facilities increases access to antiretrovirals in Johannesburg: An interrupted time series analysis. *South African Medical Journal*, 2013;103(4):232–236.
55. Health-e news [Internet]. South Africa moves to 'test and treat'. South Africa: Health-e news. Available from: <https://www.health-e.org.za/2016/05/10/south-africamoves-test-treat/>. 2016.
56. Republic of South Africa, Department of National Health. HIV and AIDS 2014/15 data fact sheet. 7th South African AIDS conference. Durban: Kwazulu-Natal, 2015. (At <http://www.health-e.org.za/wp-content/uploads/2015/06/2014-15-HIV-Data-Fact-Sheet-01-June-2015.pdf>).
57. Fatti G, Shaikh N, Eley B, et al. Adolescent and young pregnant women at increased risk of mother-to-child transmission of HIV and poorer maternal and infant health outcomes: a cohort

- study at public facilities in the Nelson Mandela Bay Metropolitan district, Eastern Cape South Africa. South African Medical Journal, 2014; 104(12):874-880.
58. Cooper D, Moodley J, Zweigenthal G, et al. Fertility intentions and reproductive health care needs of people living with HIV in Cape Town, South Africa: implications for integrating reproductive health and HIV care services. AIDS and Behavior, 2009 Jun;13(Suppl 1):38-46.
59. Bekker L-G, Black V, Myer L, et al. Guideline on safer conception in fertile HIV-infected individuals and couples. Southern African Journal of HIV Medicine, 2011;12(2):31-44.
60. Schwartz S, Bassett J, Sanne I, et al. Implementation of a safer conception service for HIV-affected couples in South Africa. AIDS, 2014;28(S277-S85).
61. Matthews LT, Milford C, Kaida A, et al. Lost opportunities to reduce periconception HIV transmission: safer conception counseling by South African providers addresses perinatal but not sexual HIV transmission. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 2014; 67(Suppl 4):S210-S217.
62. National Cancer Registry. Cancer in South Africa. 2011. At [http://www.nioh.ac.za/assets/files/NCR_2011_cancer_tables\(1\).pdf](http://www.nioh.ac.za/assets/files/NCR_2011_cancer_tables(1).pdf).
63. Anderson BO, Cazap E, El Saghir NS, et al. Optimisation of breast cancer management in low-resource and middle-resource countries: executive summary of the Breast Health Global Initiative consensus. The Lancet Oncology, 2010;12(4):387-398.
64. Dickens C, Joffe M, Jacobson J, et al. Stage at breast cancer diagnosis and distance from diagnostic hospital in a periurban setting: A South African public hospital case series of over 1,000 women. International Journal of Cancer, 2014. <http://dx.doi.org/10.1002/ijc.28861>.
65. Kingham TP, Alatisse OI, Vanderpuye V, et al. Treatment of cancer in sub-Saharan Africa. The Lancet Oncology, 2013; 14(4):e158-e167.
66. Moodley JR, Hoffman M, Carrara H, et al. HIV and pre-neoplastic and neoplastic lesions of the cervix in South Africa: a case-control study. BMC Cancer, 2006; 6:135.
67. Lu B, Kumar A, Castellsague X, et al. Efficacy and safety of prophylactic vaccines against cervical HPV infection and diseases among women: a systematic review & meta-analysis. BMC Infectious Diseases, 2011;11(13).
68. World Health Organization. Human papilloma virus (HPV) and cervical cancer. Fact sheet no. 380. Geneva. At <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs380/en/>. 2015.
69. Republic of South Africa, Department of Health. National Guideline for Cervical Cancer Screening Programme. Pretoria: Department of Health, 2002:1-12.
70. Day C, Gray A. Challenges in implementing the policy. Chapter 17 Health and related indicators. South African Health Review, 2014:38-41.
71. Smythe D. Rape Unresolved: Policing Sexual Offences in South Africa Claremont. Cape Town: UCT Press and Juta and Company (Pty) Ltd, 2015.
72. Jewkes R, Sikweyiya Y, Morrell R, et al. Why, when and how men rape? Understanding rape perpetration in South Africa. South African Crime Quarterly, 2010;34.
73. Monyane C. Is Ukuthwala another form of 'Forced Marriage'? South African Review of Sociology, 2013;44: 64-82.J.
74. Anguita I. Tackling corrective rape in South Africa: the engagement between the LGBT CSOs and the NHRIs (CGE and SAHRC) and its role. The International Journal of Human Rights, 2012;16(3):489-516.
75. Ward CL, Arz L, Berg J, et al. Violence, violence prevention, and safety: A research agenda for South Africa. South African Medical Journal, 2012;102:218-224.
76. Mathews C, Eggers M, Townsend L, et al. Effects of PREPARE, a Multi-component, School-Based HIV and Intimate Partner Violence (IPV) Prevention Programme on Adolescent Sexual Risk Behaviour and IPV: Cluster Randomised Controlled Trial. AIDS and Behavior, 2016. <http://dx.doi.org/10.1007/s10461-016-1410-1>.
77. Jama Shai N, Sikweyiya Y. Programmes for change: Addressing sexual and intimate partner violence in South Africa, SACQ 51: 31. Institute for Security Studies, 2015. (At <http://dx.doi.org/10.4314/sacq.v51i1.4>). D Cooper et al. Reproductive Health Matters 2016;24:79-89, 88
78. Jewkes R, Nduna M, Levin J, et al. Impact of Stepping Stones on incidence of HIV and HSV-2 and sexual behaviour in rural South Africa: cluster randomised controlled trial. British Medical

- Journal, August 7 2008; 337:a506.
79. Kim JC, Watts CH, Hargreaves JR, et al. Understanding the impact of a microfinance based intervention on women's empowerment and the reduction of intimate partner violence in South Africa. American Journal of Public Health, 2007;97(10):1794-1802.
80. Gouws A, Hassim S. Who's afraid of feminism? South African democracy at 20: an introduction: empowering women for gender equity. Agenda, 2014;28(2):4-6.
81. Klugman B. Effective social justice advocacy: a theory-of-change framework for assessing progress. Reproductive Health Matters, 2011;19(38):146-162.

الحالة الصحية وسنوات الحياة الجنسية النشطة لكبار السن من الرجال والنساء في جنوب أفريقيا

بقلم: ويتنيس تشيريندا،^(أ) نومبوميليلو زونجوب^(ب)

(أ) مدير البحوث. وحدة بحوث النظم الصحية، مجلس البحوث الطبية في جنوب أفريقيا. كيب تاون جنوب أفريقيا.

المراسلات: wchirinda@mrc.ac.za

(ب) مدير البحوث، مجلس بحوث العلوم الإنسانية، بريتوريا، جنوب أفريقيا.

ترجمة: أستاذة شهرة أمين العالم

موجز المقال: لا يُعرف الكثير عن الحياة الجنسية في سن الشيخوخة، لا سيما في أفريقيا. وتستهدف هذه الورقة البحثية تقدير سنوات الحياة الجنسية النشطة لكبار السن من الرجال والنساء، ودراسة الارتباط بين النشاط الجنسي والتقييم الذاتي للحالة الصحية. استقينا البيانات من مسحين قطاعيين كبيرين لفيروس نقص المناعة البشرية في الأسر المعيشية في جنوب أفريقيا، أُجري أولهما في عام ٢٠٠٥، والثاني في عام ٢٠١٢. وقد استُخدمت طريقة سوليفان لتقدير متوسط العمر المتوقع للنشاط الجنسي، بينما استُخدم الانحدار اللوجستي لتقييم الروابط المتصلة بالنشاط الجنسي. كان العمر المتوقع للنشاط الجنسي أعلى بين الرجال في جميع الفئات العمرية التي شملها المسحان على حد سواء. في سن الـ ٥٠، بلغ العمر المتوقع للنشاط الجنسي للرجال ضعف نظيره لدى النساء: ٢٠٠٥ (١٢,٦ مقابل ٥,٩ سنة)، ٢٠١٢ (١٢,٧ مقابل ٧,٢ سنة). وكان التقييم الذاتي للصحة يرتبط إلى حدٍ كبيرٍ بالنشاط الجنسي لدى الرجال (نسبة الترجيح المعدلة (aOR): 1.56؛ 95% CI: 1.11-2.19، $p < 0.001$)، أما بالنسبة للنساء المسنات، فقد ارتبطت ممارسة تمارين الرياضة البدنية المعتدلة بالنشاط الجنسي، بينما كانت الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية ترتبط إلى حدٍ كبيرٍ بانخفاض النشاط الجنسي. كما ارتبط أيضاً وجود الأمراض المزمنة إلى حدٍ كبيرٍ بانخفاض نشاط الرجال الجنسي. وتؤكد النتائج أن البالغين الأكبر سنًا ينشطون جنسيًا، وأن العوامل المرتبطة بالنشاط الجنسي تختلف بالنسبة للرجال والنساء، وتُعد الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية بين النساء والأمراض المزمنة بين الرجال، بمثابة مجالات التدخل لتحسين النشاط الجنسي لكبار السن.

الكلمات الدالة: دورة الحياة، النساء المسنات، الحقوق الجنسية، الصحة الإيجابية، التنمية المستدامة النشاط الجنسي، العمر المتوقع للنشاط الجنسي، كبار السن، جنوب أفريقيا.

مقدمة

المسوح الديموجرافية والصحية - عادة ما تتعلق فقط بالأفراد في سن الإيجاب، أي في الفترة العمرية من ١٥ إلى ٤٩ سنة^١، ومن المفترض أن يكف الناس عن النشاط الجنسي، أو تنتهي رغبتهم الجنسية بعد سنوات الـ ٥٠ أو ٦٠ سنة، على أن هناك أدلةً متزايدةً توضح استمرار النشاط الجنسي لدى كبار السن من النساء والرجال حتى فترة لاحقة من حياتهم^٢. كما

يجري بوجه عام تجاهل الحياة الجنسية لكبار السن^١، فلا يُعرف الكثير حول النشاط الجنسي لكبار السن، لا سيما في السياق الإفريقي الذي تنتشر فيه الأعراف الاجتماعية المحافظة، علاوة على ذلك، فإن بيانات المؤشرات المختلفة للصحة الجنسية، بما فيها انتشار فيروس نقص المناعة البشرية، التي جمعتها المسوح الرئيسية - مثل

تهدف هذه الورقة البحثية إلى الوصول لفهم أفضل حول مدى النشاط الجنسي لكبار السن في جنوب أفريقيا. وفهم الصحة والاحتياجات الجنسية في فترة لاحقة من الحياة. كما تستهدف الورقة تقدير فترة الحياة الجنسية النشطة المتوقعة. ودراسة الارتباط بين النشاط الجنسي والتقييم الذاتي للحالة الصحية.

المنهجية مصادر البيانات

تستند الدراسة إلى تحليل ثانوي لـ «المسح الوطني في جنوب أفريقيا لحالات انتشار الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية، السلوك والتواصل» الذي أجراه في جنوب أفريقيا. عامي ٢٠٠٥ و ٢٠١٢. «مجلس بحوث العلوم الإنسانية». استهدف المسح الأشخاص الأكبر من سنتين من العمر ويقيمون في مساكن مجتمعية. واستند إطار أخذ العينات للمسح إلى عينة رئيسة تضم ١,٠٠٠ منطقة من مناطق التعداد السكاني. وتم اختيار ١٥ أسرة معيشية عشوائيًا من كل منطقة تعداد سكاني. كما تم تقسيم مناطق التعداد السكاني وفقًا للمقاطعة ونمط الموقع المحلي (مستوطنات حضرية رسمية، ومستوطنات حضرية غير رسمية/غير مخططة، ومستوطنات ريفية رسمية، ومناطق ذات سلطة قبيلية، والعرق (في المحليات الحضرية). استبعد المسح الأفراد الذين يعيشون في مؤسسات (بما في ذلك المؤسسات التعليمية، والثكنات العسكرية، وبيوت كبار السن أو المستشفيات). وبالتالي لم تشملهم الدراسة. ضم المسح عينة عنقودية متعددة المراحل، ومقسمة وفقًا للمقاطعة وجغرافية المستوطنة (النمط الجغرافي). مع الاستعانة بالمجموعة السكانية السائدة في كل منطقة. وللإطلاع على المزيد من التفاصيل حول إجراءات أخذ العينات. يمكن الرجوع إلى الشرح الوارد في مواضع أخرى.^{١٤,١٥} بلغت معدلات

توضح أيضًا بيانات «المشروع الوطني الاجتماعي والصحي والشيخوخة في الولايات المتحدة» أن العديد من كبار السن، الرجال والنساء، في الولايات المتحدة ينشطون جنسيًا حتى في الثمانينيات من أعمارهم.^٥ وبالمثل، تكشف أدلة من خمس جماعات - في جنوب أفريقيا وأوغندا، وزمبابوي - أن معظم الرجال وعددًا قليلًا من النساء يستمرن نشطين جنسيًا في سنوات الخمسينيات والستينيات من أعمارهم.^٦

تعد العلاقة الجنسية الحميمة أحد الجوانب المهمة للصحة العامة، ونوعية الحياة، والرفاه العاطفي. طوال فترة الحياة.^٧ وفي فترة لاحقة من الحياة، يتزايد الإقرار بأهمية النشاط الجنسي والصحة الجنسية، حيث يعيش الناس لفترة أطول ويبقون أصحاء.^٨ ولذا، من المهم دراسة الصحة الجنسية بما يتجاوز ما بعد سن الإنجاب.^٩ ومع زيادة فترة العمر المتوقع وزيادة عدد السكان الأكبر سنًا في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل - يتسم إبراز سنوات النشاط الجنسي بالأهمية، بغية تثقيف سياسة الصحة العامة، والبرامج الرامية إلى تحسين الصحة الجنسية لكبار السن، وعلى المستوى الفردي، يمكن أن تؤدي معرفة عمر الحياة الجنسية المتوقع إلى تحفيز الأفراد على اعتماد أنماط الحياة الصحية، مثل: اتباع نظام غذائي صحي، وممارسة التمارين الرياضية بانتظام، بما يساهم في إطالة فترة النشاط الجنسي. وبالإضافة إلى ذلك، تشير الدراسات إلى أن الأشخاص الذين يعيشون مع إصابتهم بفيروس نقص المناعة البشرية تزداد أيضًا فترة حياتهم؛^{١٠} نتيجة لنجاح جهود العلاج. وهذا ما يجعل من الضروري فهم مخاطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية، والاحتياجات والرغبات الجنسية لكبار السن المصابين به، فالمسنين أيضًا عرضه للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية نظرًا لأنهم كثيرًا ما يُقللون من خطر الإصابة.^{١١,١٢}

حالة فيروس نقص المناعة البشرية - تم جمع عينات بقعة دم مجففة، لاختبار فيروس نقص المناعة البشرية، من جميع المشاركين الذين قبلوا أو وافقوا على استخدام وخز الإصبع. وتم اختبار العينات لفيروس نقص المناعة البشرية باستخدام قياس الإنزيم المناعي، وأعيد الاختبار باستخدام قياس إنزيم مناعي آخر للعينات التي ظهرت نتيجة اختبارها إيجابية. كما استُخدم إنزيم مناعي ثالث لأي عينات تضاربت نتائجها مع الإنزيم الأول والثاني.

تمارين الرياضة البدنية - تم توجيه سؤالين لتقييم ما إذا كان الجيب يمارس أي شكل من أشكال التمارين الرياضية. السؤال الأول هو:

«هل تمارس أي نوع من الرياضة المكثفة، أو اللياقة البدنية، أو الأنشطة الترفيهية في أوقات الراحة أو الفراغ، بحيث يزداد خلالها بدرجة كبيرة التنفس، أو معدل ضربات القلب (مثل الجري، أو الرياضة المضنية، رفع الأثقال) لثلاث مرات في الأسبوع ولمدة ٣٠ دقيقة على الأقل في كل مرة؟».

والسؤال الثاني هو:

«هل تمارس أي نوع من الرياضة المعتدلة، أو اللياقة البدنية، أو الأنشطة الترفيهية في أوقات الراحة أو الفراغ، بحيث يزداد خلالها بدرجة طفيفة التنفس، أو معدل ضربات القلب (مثل: المشي النشط، أو ركوب الدراجات، أو السباحة) لثلاث مرات في الأسبوع ولمدة ٣٠ دقيقة على الأقل في كل مرة؟».

التحليل

جرى استخدام طريقة سوليفان^{١٧،١٨} لحساب فترة الحياة النشطة جنسيًا المتوقعة، وهي عدد سنوات النشاط الجنسي المتبقية التي يمكن أن يتوقع أي فرد أنه سوف يعيشها في سن معينة.

استجابة الأسر المعيشية ٨٤،١٪ (٢٠٠٥) و ٨٧،٢٪ (٢٠١٢).^{١٢} وبلغت معدلات الاستجابة الفردية ٩٦،٠٪ (٢٠٠٥) و ٨٩،١٪ (٢٠١٢).^{١٢} وفي المسحين، تم جمع المعلومات الاجتماعية-الديموجرافية والسلوكية بموافقة المشاركين من خلال استبيانات وجهًا لوجه أدارها العاملون الميدانيون المدربون، وشملت العينة المستخدمة في هذا التحليل الأعمار من ٥٠ سنة فأكثر.

المقاييس

نشيط جنسيًا - تم تقييم النشاط الجنسي عن طريق الإجابة على سؤال: «هل مارست الجنس خلال الأشهر الـ ١٢ الماضية». وقد وجهنا السؤال بنفس الصيغة التي وردت في المسحين على حد سواء، واعتبرنا الأفراد الذين ردوا بالإيجاب «نشيطين جنسيًا»، وهو ما يجري اتباعه في دراسات أخرى.^{١٥}

التقييم الذاتي للصحة - تم التقييم عن طريق السؤال التالي: «بشكل عام، هل تقول أن صحتك متازة، أم جيدة، أم مقبولة، أم سيئة؟». واستُخدمت نفس صيغة السؤال التي وردت في مسحي عام ٢٠٠٥ و ٢٠١٢، نشأ متغير ثنائي من التصنيف: فقد وُضعت متازة، وجيدة تحت تصنيف 'صحة جيدة'، ووضعت مقبولة، وسيئة تحت تصنيف 'سوء الصحة'.

الحالات المزمنة - في مسحي جنوب أفريقيا، كان السؤال العام الذي يجري توجيهه في وجود أي حالة مزمنة:

«هل لديك أي حالة طبية مزمنة تؤثر على ما تفعله أو تشعر به؟»

يستند هذا التقييم إلى التقارير الذاتية، ويُعتبر الجيبين الذين قالوا 'نعم' يعانون من حالة مزمنة.

ووجود حالات طبية مزمنة. كما استُخدم لتحليل البيانات برنامج ستاتا ١٢ (STATA 12)^{٢٠} الذي يدمج تصميم العينات المعقدة من المسحين باستخدام تقنية إعطاء أوامر 'svy' للحصول على جميع التقديرات معاً. واقتصرت التحليل هنا على كبار السن، الذين تتراوح أعمارهم بين ٥٠ عامًا فأكثر. وجرى تقييم الرابطة بين الناجح ومتغيرات التعرض باستخدام نسبة الأرجحية وفواصل ثقة (95% CI). أما جميع المتغيرات ذات الدلالة الإحصائية ($p < 0.05$) في التحليلات أحادية المتغير، فقد أُدرجت في نماذج متعددة المتغيرات. وتم إعداد نماذج منفصلة للرجال والنساء.

النتائج

خصائص العينة، التقييم الذاتي للصحة، والنشاط الجنسي

يوضح الجدول (١) توزيع عينة الذكور كبار السن (٥٠ سنة فأكثر) عبر الخصائص الاجتماعية-الديموغرافية والسلوكية. يقع أغلب كبار السن في المسحين في الفئة العمرية ٥٠-٥٩ سنة ولا يزالون متزوجين. على الرغم من وجود نسبة كبيرة من الأرمال. وتوجد فروق واسعة بين الجنسين في الترمل. فقد كانت نسبة النساء الكبار الأرمال تزيد بمقدار أربع وثلاث مرات، في مسحَي ٢٠٠٥ و٢٠١٢ على التوالي، على نظيرتها لدى الرجال الكبار. وقد حصل معظم الكبار على التعليم الابتدائي، بينما كانت نسبة استكمال الرجال للمرحلة الثانوية والتعليم العالي أكبر من نسبة النساء، وكان ثلث الكبار من الجنسين في المسحين من الأفارقة السود. أما عن مدى انتشار الصحة السيئة والمقبولة، فكان بين النساء أعلى منها بين الرجال في المسحين على حد سواء. وكانت الإفادة بوجود نشاط جنسي أكثر احتمالاً لدى الرجال من النساء ($p < 0.001$). على أن انتشار النشاط الجنسي بين النساء الأكبر سنًا زاد قليلاً مع مرور الوقت. من ٢٨,٨٪ في عام ٢٠٠٥ إلى ٣٣,٨٪ في عام ٢٠١٢.

وهذا مفهوم جديد تم إدخاله مؤخرًا عن طريق ليندا وجانيفر لولفا^{١٥} وهو امتداد للمؤشرات الصحية المتوقعة التي أصبحت من المقاييس المهمة التي تُلخص صحة السكان. تتطلب طريقة سوليفان معلومات حول وفيات الفئات العمرية المتوقعة والمأخوذة من جدول فترة الحياة، ومعلومات حول وضع الحالة الصحية المتوقعة في الفئات العمرية المختلفة ومدى انتشارها والتي تؤخذ عادة من المسوح القطعية، وتستخدم بيانات الانتشار المختلفة لتقسيم خانة سنوات حياة الشخص في جدول حياة السكان، بما يتضمن معدلات الوفيات الحالية، إلى سنوات صحية وسنوات غير صحية، وفي هذه الحالة، استُخدم انتشار النشاط الجنسي للفئات العمرية لتقسيم عدد سنوات حياة شخص إلى سنوات تضم نشاطًا جنسيًا، وسنوات لا تضم نشاطًا جنسيًا. وتم الحصول على بيانات انتشار النشاط الجنسي من المسحين الوطنيين المذكورين سابقًا لعامي ٢٠٠٥ و٢٠١٢ لفيروس نقص المناعة البشرية في الأسر المعيشية، وقد استخدمت هذه الدراسة طريقة سوليفان لأنها توفر وسيلة لعمل مقارنات بين مجموعتين في هذه الحالة رجال ونساء، وفترتين زمنيتين. يكمن الغرض من استخدام المسحين في تحديد اتجاه النشاط الجنسي على مر الزمن، تم الحصول على تقديرات العمر المتوقع من جداول الحياة التي أعدتها هيئة الأمم المتحدة^{١٦} للفترتين ٢٠٠٥-٢٠١٠ و٢٠١٠-٢٠١٥، أي بما يناظر مسحي ٢٠٠٥ و٢٠١٢. وجرى حساب الأخطاء المعيارية وفواصل الثقة من الصيغ التي اقترحتها «الشبكة الدولية لتوقعات الصحة»^{١٩}.

واستُخدم الانحدار اللوجستي المتعدد لنمجة أرجحية النشاط الجنسي، وكان المتغير الأساسي محل الاهتمام هو التقييم الذاتي للصحة، وضممت المتغيرات المشاركة: السن، والحالة الزوجية، والتمارين الرياضية (كثافة قوية أو متوسطة)، وحالة فيروس نقص المناعة البشرية.

جدول (١): الخصائص الوصفية لعينة من الجنسين في سن الـ ٥٠ فأكثر، ٢٠٠٥ و ٢٠١٢، المسح الوطني في جنوب أفريقيا لحالات انتشار الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية، السلوك والتواصل:

٢٠١٢		٢٠٠٥		الخصائص		
القيمة p	نساء (العدد=٤٧٥١)	رجال (العدد=٣٠٩٦)	القيمة p		نساء (العدد=٢٥٠٤)	رجال (العدد=١٢٩١)
	العدد (%)	العدد (%)			العدد (%)	العدد (%)
p<0.001	٢٢٠٢ (٤٦,٩) ١٤٨١ (٣١,٢) ٧٥٥ (١٧,٠) ٣١٠ (٤,٩)	١٤٨٠ (٥٤,٧) ١٠٠٣ (٢٩,٧) ٤٦٦ (١٢,٦) ١٤٤ (٣,٠)	p=0.001	١٢٢٢ (٤٤,٠) ٧٨٣ (٣٣,٠) ٣٨٥ (١٧,٠) ١١١ (٦,٠)	٦٥٣ (٤٦,١) ٤٣٨ (٣٨,٣) ١٥٤ (١٢,٣) ٤٦ (٣,٤)	السن (السنة) ٥٩-٥٠ ٦٩-٦٠ ٧٩-٧٠ ٨٠+
p<0.001	٤٩٦ (١٠,٨) ٢٠٩٢ (٤٣,٩) ٢١٢ (٥,١) ٣٠٠ (٧,٦) ١٥٦٩ (٣٢,٦)	١٧٦ (٥,٤) ٢١٥٥ (٦٨,٨) ٢٥٣ (٩,٧) ١٣٦ (٤,٨) ٣٢١ (١١,٣)	p<0.001	٢٣٧ (١٠,٦) ١١٤١ (٤٣,٢) ٤٠ (١,٦) ١٨٧ (٦,٦) ٨٦٤ (٣٨,٠)	٧٠ (٤,٦) ٩١٩ (٧٤,٧) ٤٣ (٣,٢) ٩٣ (٨,١) ١٤١ (٩,٤)	الحالة الزوجية أعزب متزوج تعايش مشترك منفصل أرمل
p=0.001	١٣٢٨ (٣٨,٦) ١٢٧٧ (٣٢,٨) ٥٩٤ (١٧,٦) ٣٢٣ (١٠,٩)	٧٧٠ (٣٦,٦) ٧٩٥ (٢٨,٠) ٥٤٦ (٢٠,٢) ٣٣٢ (١٥,٥)	p=0.001	١٤٠٣ (٦٣,٦) ٦٣٧ (٢٠,٩) ٢٧٥ (٩,٦) ١٧٠ (٥,٩)	٦١٠ (٥٥,٥) ٣٣٠ (١٨,٢) ١٨٢ (١٣,٤) ١٦٠ (١٢,٩)	التعليم ابتدائي ثانوي شهادة الثانوية العامة العالي
p=0.027	٢٤٠٧ (٦٨,٦) ٧١٠ (١٨,٨) ٨٦٦ (٩,٤) ٧٦٤ (٣,٣)	١٣٩٠ (٦٤,٥) ٦٢١ (٢١,٥) ٥٥٠ (١٠,٢) ٥٢٨ (٣,٨)	p<0.001	١٣٣٥ (٧٤,٩) ٤٥٧ (١٥,٧) ٤٠٢ (٦,٧) ٣٠٤ (٢,٧)	٦٠٦ (٦٣,٢) ٢٨١ (٢٤,٤) ٢١٦ (٨,٨) ١٨٦ (٣,٦)	العنصر أفريقي أبيض ملون هندي
p<0.001	٥٣٥ (١١,١) ٢٤٢٨ (٥٢,٣) ١٤٩٠ (٣١,٢) ٢٣١ (٥,٤)	٤٨٣ (١٦,١) ١٥٩٤ (٥٣,١) ٨٢٤ (٢٦,٤) ١٤٤ (٤,٤)	p<0.001	١٦٨ (٦,٢) ١٢٢٣ (٤٨,٥) ٩٣٥ (٣٨,٩) ١٣٠ (٦,٤)	١١٧ (٧,٩) ٧١٦ (٦٠,٩) ٣٧٠ (٢٦,٣) ٦٦ (٤,٩)	التقييم الذاتي للصحة متاز جيد مقبول سيء
p<0.001	٢٨٥٢ (٦٦,٢) ١٤٩٤ (٣٣,٨)	١٠٠٧ (٣١,١) ١٨٣٥ (٦٨,٩)	p<0.001	١٥٦٩ (٧١,٢) ٧٤٥ (٢٨,٨)	٤٠٤ (٣٠,٠) ٨١٤ (٧٠,٠)	النشاط الجنسي (خلال الـ ١٣ شهر الأخيرة) غير نشط نشط

بدرجة معتدلة. فقد زادت احتمالات نشاطهن الجنسي بمقدار الضعف مقارنة بمن لا يمارسن التمارين الرياضية (aOR 1.99; 95% CI 1.32-3.00). وأدى وجود حالة طبية مزمنة بين الرجال (aOR 0.64; 95% CI 0.46-0.91) إلى انخفاض كبير في النشاط الجنسي. في حين أدى فيروس نقص المناعة البشرية إلى خفض النشاط الجنسي لدى النساء الأكبر سناً بمقدار النصف تقريباً (aOR 0.52; 95% CI 0.27-0.98) (الجدول ٢).

العوامل المرتبطة بالنشاط الجنسي

من بين المؤشرات الواردة في الدراسة، كانت الصحة الجيدة ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالنشاط الجنسي لدى الرجال كبار السن (aOR 1.11-2.19; 95% CI 1.56). وكما هو متوقع، اقترنت بقوة زيادة السن باحتمالات انخفاض النشاط الجنسي للجنسين. وانخفضت احتمالات النشاط الجنسي لدى كبار السن العُزاب. أما النساء اللاتي يمارسن التمارين الرياضية

جدول (٢): العوامل المرتبطة بالنشاط الجنسي لدى كبار السن (٥٠ سنة فأكثر)، المسح الوطني في جنوب أفريقيا لحالات انتشار الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية، السلوك والتواصل، ٢٠١٢.

الإناث		الذكور		المتغيرات المختارة
نسبة الترجيح المعدلة (CI 95%)	نسبة الترجيح غير المعدلة (CI 95%)	نسبة الترجيح المعدلة (CI 95%)	نسبة الترجيح غير المعدلة (CI 95%)	
١,٠١ (١,٣٧-٠,٧٥)	١,٦٣ (٢,٠٣-١,٣١)***	١,٥٦ (٢,١٩-١,١١)**	١,٨٦ (٢,٤٧-١,٤١)***	التقييم الذاتي للصحة سببية (١) جيدة
٠,٣٨ (٠,٥٦-٠,٢٦)	٠,٤٤ (٠,٥٨-٠,٣٣)***	٠,١١ (٠,١٧-٠,٠٧)	٠,٥٣ (٠,٧٤-٠,٣٩)***	السن (١) ٥٩-٥٠ ٦٩-٦٠ ٧٩-٧٠ ٨٠
٠,٠٩ (٠,١٨-٠,٠٥)	٠,٩٤ (٠,١٥-٠,٠٦)***	٠,٠٦ (٠,١٣-٠,٠٣)***	٠,١٤ (٠,٢١-٠,٠٩٦)***	الحالة الزوجية (١) متزوج أعزب
٠,٠٤ (٠,٠٦-٠,٠٣)***	٠,٠٣ (٠,٠٥-٠,٠٢)***	٠,٠٦ (٠,١-٠,٠٤)***	٠,٠٩ (٠,١٣-٠,٠٦)***	التمارين الرياضية (١) لا نعم، تمارين قوية نعم، تمارين معتدلة
١,٠٠ (١,٥٣-٠,٦٠)	١,٦١ (٢,٢٨-١,١٣)**	١,٣٤ (٢,٣١-٠,٧٨)	١,٨٣ (٣,٠٠-١,٢١)	الحالات المزمنة (١) لا يوجد واحدة على الأقل
١,٩٩ (٣,٠٠-١,٣٢)**	١,٨٩ (٢,٥٣-١,٤١)**	٠,٩٥ (١,٦٩-٠,٥٤)	١,٢٦ (١,٧٨-٠,٨٩)	حالة فيروس نقص المناعة البشرية (١) سلبي إيجابي
٠,٩١ (١,٣٢-٠,٦٢)	٠,٧٩ (١,٠٠-٠,٦٢)*	٠,٦٤ (٠,٩١-٠,٤٦)*	٠,٦٧ (٠,٨٦-٠,٥٠)**	
٠,٥٢ (٠,٩٨-٠,٢٧)	٠,٦٢ (٠,٩٨-٠,٣٩)*	١,٧٨ (٣,٢٤-٠,٩٨)	١,٤٢ (٢,٢٩-٠,٨٨)	

(١) القيمة المرجعية: ***P<0.001; **P<0.01; *P<0.05; CI - Confidence Interval

فترة الحياة النشطة جنسيًا المتوقعة

يزيد مجموع متوسط العمر المتوقع للنساء في جنوب أفريقيا عن نظيره لدى الرجال عبر جميع الأعمار (الجدول ٣) وفقًا لبيانات عام ٢٠١٢. من المتوقع أن تعيش امرأة عمرها ٥٠ سنة لمدة ٢٩ سنة في المتوسط، مقابل ٢٤ سنة للرجال. بيد أن فترة الحياة النشطة جنسيًا لدى الرجال في المسحّين المذكورين، أعلى دائمًا؛ فالرجل الذي يبلغ عمره ٥٠ سنة في عام ٢٠١٢، يمكنه أن يتوقع حياة نشطة جنسيًا لفترة ١٢,٧ سنة أخرى، بينما تتوقع المرأة من نفس العمر حياة نشطة جنسيًا لفترة ٧,٢ سنة أخرى. وتستمر الاختلافات بين الجنسين عبر الفئات العمرية. وتزداد اتساعًا مع التقدم في السن، ففي سن الـ ٧٠، على سبيل المثال، بلغ تقدير سنوات النشاط الجنسي ٣,٠ للرجال و١,٠ للنساء.

وقد حدث تغيير إيجابي في فترة الحياة النشطة جنسيًا المتوقعة، بالنسبة للنساء، من ٢٠٠٥ إلى ٢٠١٢، وكانت النتائج كبيرة في جميع الفئات العمرية، باستثناء الفئة العمرية الأخيرة (٨٠+). كانت النتائج كبيرة في الحياة النشطة جنسيًا في الفترة ٢٠٠٥-٢٠١٢، بالنسبة للرجال الذين يتمتعون بصحة جيدة في سن الـ ٨٠. ويوضح الشكلين (١) و(٢) إظهار فترة الحياة الجنسية النشطة المتوقعة، وفقًا للحالة الصحية والنوع الاجتماعي، في عامي

٢٠٠٥ و٢٠١٢ على التوالي، ففي هذين العامين، كانت فترة الحياة الجنسية النشطة المتوقعة للرجال والنساء الذين يتمتعون بصحة جيدة أعلى، مقارنة بنظيرتها لمن يعانون من سوء الصحة. وتبدو الفجوة بين (الصحة الجيدة والسيئة) - أوسع بكثير لدى الرجال، لا سيما في مسح عام ٢٠١٢.

كما يعطي جدول (٣) ملخصًا لنسبة السنوات المتبقية التي يمكن خلالها ممارسة النشاط الجنسي، وهي مشتقة باعتبارها سنوات للنشاط الجنسي كجزء من مجموع السنوات المتبقية من الحياة، ويوضح مسح عام ٢٠١٢ أن النسبة للرجال تبلغ ضعف النسبة للنساء (٦٥,٧٪ مقابل ٢٩,٤٪) عند سن ٥٠ سنة. ويبين الشكل (٣) وجود فجوة واسعة بين الرجال والنساء عبر جميع الأعمار في النسبة المتبقية من الحياة، التي يمكن خلالها ممارسة النشاط الجنسي، مع ذلك، وعند مقارنة بيانات عامي ٢٠٠٥ و٢٠١٢، يتبين أن النسبة انخفضت لدى الرجال، بينما هناك بعض الارتفاع لدى النساء، لا سيما في الأعمار الأكبر. وتجدر الإشارة إلى أن تقديرات الأعمار الأكبر تُعد أقل استقرارًا ويتطلب تفسيرها توخي الحذر؛ نظرًا لصغر أحجام العينات في هذه الفئات من الأعمار.

جدول (٣): الاختلافات بين الجنسين في فترة الحياة النشطة جنسيًا المتوقعة، وفقًا للحالة الصحية في سن ٥٠، ٦٠، ٧٠، و٨٠؛ استنادًا إلى المسح الوطني في جنوب أفريقيا لحالات انتشار الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية، السلوك والتواصل، عامي ٢٠٠٥ و٢٠١٢.

العمر	الرجال				النساء				فترة الحياة المتوقعة
	٢٠١٢		٢٠٠٥		٢٠١٢		٢٠٠٥		
	درجة الثقة ٪٩٥	السنة [٣٣٣٦]	درجة الثقة ٪٩٥	السنة [٣٣٣٦]	درجة الثقة ٪٩٥	السنة [٣٣٣٦]	درجة الثقة ٪٩٥	السنة [٣٣٣٦]	
٥٠	٥,٥	٢٨,٥	٦,٤	٢٢,٩	٥,٦	٢٤,٠	١٨,٤	١٢,٧	مجمّل العمر المتوقع العمر المتوقع للنشاط الجنسي التقييم الذاتي للصحة
	١,٣	٧,٨; ١,٦	٥,٩	٥,٩	-٠,١	١٢,٧	١٢,٧	١٣,٤	صحة سيئة
	١,٤	١,٩; ٥,٣	٦,١	٤,٧	-٠,٧	١١,٣	١٠,٥	١٣,٧	صحة جيدة
	٠,٩	٨,٦; ٧,١	٧,٨	٦,٩	-٠,٢	١٣,٥	٩,٤	٥٧,٢	صحة سيئة/العمر المتوقع (%)
	٤,٣	٢٤,٨	٢٠,٥	٢٠,٥	-٠,٨	٥٨,٠	٥٧,٢	١١,٦	صحة جيدة/العمر المتوقع (%)
١,٨	٣٢,٠	٣٠,١	٣٠,١	-٤,٩	٦٩,٦	٧٤,٦	١٢,٩	١٤,٥	١٢,٩
٦٠	٤,٦	٢١,٨	٢,٤	١٧,٢	٥,١	١٧,٩	١٢,٩	٧,٠	مجمّل العمر المتوقع العمر المتوقع للنشاط الجنسي التقييم الذاتي للصحة
	١,٢	٣,٧; ٤,٧	٣,٢	٢,٠	-٠,٣	٧,٣	٧,٠	٧,٨; ٦,٦	٥,٤
	٠,٩	٣,١; ١,٩	٢,٥	١,٦	-٠,٦	٥,٩	٥,٤	٦,٥; ٤,٢	٧,٩
	١,٣	٤,٤; ٣,٠	٣,٧	٢,٤	-٠,٢	٨,١	٧,٩	٨,٩; ٦,٩	٤١,٦
	٤,٤	١٣,٨	٩,٤	٢,٤	٢,٤	٤٣,٩	٤١,٦	١١,١	٦١,١
٦,٣	٢٠,٣	١٤,٠	١٤,٠	-١,٣	٥٩,٩	٥٩,٩	٦١,١	٦١,١	
٧٠	٣,٨	١٥,٣	٠,٨	١١,٥	٤,٥	١٢,٩	٨,٤	٣,٣	مجمّل العمر المتوقع العمر المتوقع للنشاط الجنسي التقييم الذاتي للصحة
	٠,٤	١,١; ٠,٥	٠,٨	٠,٤	-٠,٣	٣,٠	٣,٣	٤,٤; ٢,٤	٢,٤
	٠,٢	٠,٦; ٠,١	٠,٤	٠,٢	-٠,٣	١,٩	٢,٤	٣,٣; ١,١	٤,٠
	٠,٥	١,٥; ٠,٦	١,١	٠,٦	-٠,٢	٣,٨	٤,٠	٥,٣; ٢,٧	٦,٥
	١,٤	٣,٠	١,٦	١,٦	-٤,٥	٢٢,٠	٢٦,٥	٢٢,٠	٤٨,٠
٣,٨	٨,٩	٥,١	٥,١	-٤,٧	٤٣,٣	٤٨,٠	٤٨,٠	٤٨,٠	
٨٠	٢,٣	٩,١	٠,٣	٦,٩	٢,٩	٨,٢	٥,٣	٠,٨	مجمّل العمر المتوقع العمر المتوقع للنشاط الجنسي التقييم الذاتي للصحة
	٠,٢	٠,٥; ٠,٠	٠,٣	٠,١	١,٠	١,٨	٠,٨	١,٤; ٠,١	٠,٧
	٠,١	٠,٤; ٠,١	٠,٢	٠,١	-٠,١	٠,٦	٠,٧	١,٦; ٠,١	٠,٩
	٠,٠	٠,٦; ٠,١	٠,٢	٠,٢	١,٨	٢,٦	١,٣	١,٩; ٠,٦	١٣,٨
	٢,٢	٢,٢	٠,٠	٠,٠	-٢,٩	١١,٠	١٣,٨	١١,٠	١٦,٤
٠,١	٣,٣	٣,١	٣,١	-٣١,٨	٤٨,٢	٤٨,٢	٤٨,٢	٤٨,٢	

٩٥ - CI ٩٥ فاصل الثقة.

* اختلاف كبير عند مستوى ٥٪ عن الفترة الزمنية السابقة.

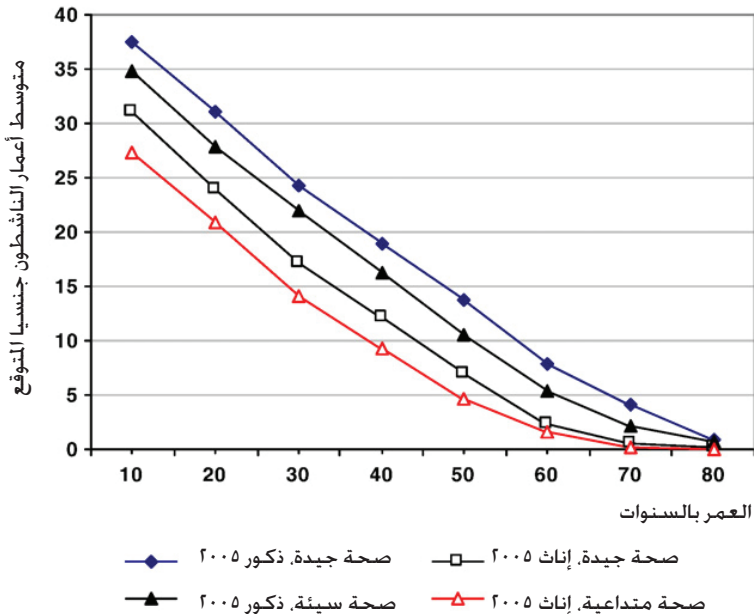
٩ نسبة (٪) فترة الحياة النشطة جنسيًا المتوقعة، وفقًا لحالة الصحة.

المناقشات

أن كبار السن لا يمارسون الجنس. إن برامج الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية، والتخفيف من حدته ودعم المصابين بحاجة إلى الامتداد بما يتجاوز الفئة العمرية الإيجابية التقليدية وصولاً إلى المتقدمين في العمر بل والمسنين. بدأ إجمالي فترة العمر المتوقع في جنوب أفريقيا يرتفع باطراد مرة أخرى بعد انخفاضه خلال العقد الماضي ٢٠١٠-٢٠٠٠ نتيجة مرض الإيدز.^(٢٢،٢٣) علاوة على هذه المكاسب يبدو أن فترة الحياة الجنسية النشطة المتوقعة تتزايد أيضاً.

تهدف هذه الدراسة إلى تسليط الضوء على تقديرات فترة الحياة النشطة جنسياً المتوقعة ودراسة العوامل المرتبطة بالنشاط الجنسي لدى كبار السن. تشمل العوامل التي تناولتها هذه الدراسة: العمر، والحالة الزوجية، وحالة فيروس نقص المناعة البشرية، والتمارين الرياضية، ووجود حالات طبية مزمنة. وتوضح بيانات هذه الدراسة في جنوب أفريقيا أن النشاط الجنسي يستمر لدى كبار السن، وأنهم يبقون نشطين جنسياً لفترة أطول، وهو ما يعني الحاجة إلى إنهاء أسطورة

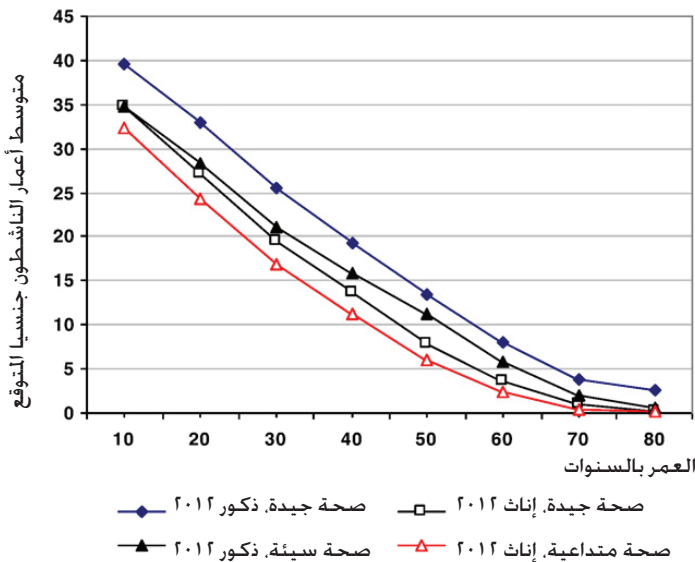
شكل (١): فترة الحياة النشطة جنسياً المتوقعة في جنوب أفريقيا لدى الرجال والنساء في حالتها الصحية الجيدة والسيئة، استناداً إلى المسح الوطني في جنوب أفريقيا لحالات انتشار الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية والسلوك والتواصل، عام ٢٠٠٥.



الوطني للنمو في منتصف العمر بالولايات المتحدة» استهدفت كبار السن على وجه التحديد. في حين ضمت المسوح الوطنية في جنوب أفريقيا، التي استخدمتها هذه الدراسة، جميع الأعمار الأكبر من سنتين. علاوة على ذلك جمع مسح منتصف العمر البيانات من خلال الهاتف. في حين استخدمت مسوح جنوب أفريقيا طريقة المقابلات وجهًا لوجه. إن هذه الاختلافات في التصميم، فضلاً عن دقة صياغة الأسئلة وخصائص التذكّر التفاضلي، يمكن أن تحد من المقارنة المباشرة للتقديرات الواردة في الدراستين. مع ذلك، وبغض النظر عن هذه الاختلافات، تجدر الإشارة إلى الفجوة بين النساء في الدراستين. وهناك عوامل أخرى - مثل: الثقافة، والعرق، والدين، والعوامل الاجتماعية-الاقتصادية - تُفسر الاختلافات الإقليمية في النشاط الجنسي لكبار السن.¹²

لقد كانت تقديرات فترة الحياة النشطة جنسيًا المتوقعة التي توصلت إليها هذه الدراسة أقل من تلك التقديرات التي وردت في «المشروع الوطني الاجتماعي والصحي والشيخوخة في الولايات المتحدة». وفي «المسح الوطني للنمو في منتصف العمر بالولايات المتحدة»¹⁴ وبينما كانت تقديرات مسح عام ٢٠١٢ في هذه الدراسة عند سن ٥٥ سنة يبلغ ١٢,١ سنة (للرجال)، و٥,٥ سنة (للنساء) فقد بلغت التقديرات المناظرة في دراسة الولايات المتحدة ١٤,٩ و١٠,٦ سنة للرجال والنساء على الترتيب. وهو ما يوضح أن النشاط الجنسي لكبار السن في الولايات المتحدة يستمر لفترة أطول بعد سن ٥٥ مقارنة بكبار السن في جنوب أفريقيا. أما التقديرات المتعلقة بالرجال فقد كانت متقاربة في الدراستين. بينما كانت التقديرات المتعلقة بالنساء في الولايات المتحدة ضعف نظيرتها بالنسبة لنساء جنوب أفريقيا. ومع ذلك، من المهم ملاحظة أن دراسة «المسح

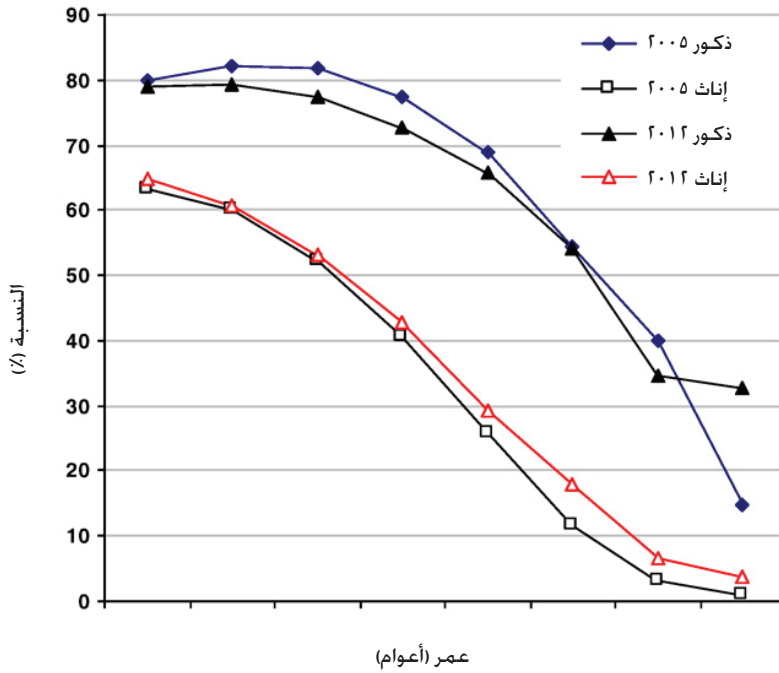
شكل (٢): فترة الحياة النشطة جنسيًا المتوقعة في جنوب أفريقيا لدى الرجال والنساء في حالتها الصحية الجيدة والسيئة، استنادًا إلى المسح الوطني في جنوب أفريقيا لحالات انتشار الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية والسلوك والتواصل، عام ٢٠١٢.



الصحية. وليس العمر في حد ذاته. هو ما يقترن بانخفاض الحياة الجنسية النشطة.^{٢٨،٢٧} وهذه نتيجة مهمة تتفق والفهم الجديد لدى الديموجرافيين وواضعي السياسات من أن الشيخوخة لا تتعلق بالأرقام. بل بالأحرى ترتبط أكثر بأبعاد أخرى للحياة مثل: الصحة، والعمل، والرفاه. وبعبارة أخرى. قد يكون تعريف الشيخوخة على أساس العمر الزمني مضللاً.^{٢٩،٢١}

تؤكد نتائج الدراسات السابقة التي خلصت إلى الإفادة باستمرار النشاط الجنسي لدى الرجال لدى المتزوجين.^{٢٤} وقد أظهرت هذه الدراسة. مثلها مثل دراسات أخرى.^{١٥،٧} أن سوء الحالة الصحية يرتبط بانخفاض النشاط الجنسي. كما وجدت دراسات أخرى - أيضاً - أن تدهور قوة الرجال يؤدي إلى عدم قدرتهم على الممارسة الجنسية. على الرغم من رغبتهم فيها.^{٢٦،٢٥} وهو ما يدعم أيضاً الدراسات الأخرى التي خلصت إلى أن سوء الحالة

شكل (٣): نسبة المتبقي من الحياة النشطة جنسياً للرجال والنساء، ٢٠٠٥ و ٢٠١٢.



الجنسي للنساء المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية؛ ويرجع ذلك - من الأرجح - أن معظمهن من الأراامل. ومن الأكثر ترجيحًا أن النساء في مرحلة لاحقة من حياتهن أكثر عرضة للعيش دون شريك؛ لأنهن يُعمرن أكثر من الرجال. علاوة على ذلك، ومن الأقل ترجيحًا أن تتزوج النساء مرة أخرى بعد وفاة شريكها في هذه الفترة العمرية. مقارنة بالرجال.^{٤٤} ومن ناحية أخرى، يبدو أن فيروس نقص المناعة البشرية لا يردع الرجال عن النشاط الجنسي. إن لهذه النتائج آثارًا مهمة على سياسات الصحة العامة، التي تهدف إلى الوقاية الأولية والثانوية من فيروس نقص المناعة البشرية؛ نظرًا لتقدم عمر السكان الذين يعيشون مع إصابتهم به. وقد أفادت الدراسات أن كبار السن أقل احتمالًا لاستخدام الواقي الذكري وإجراء اختبار فيروس نقص المناعة البشرية. ومن الأكثر ترجيحًا أن يكون لديهم شركاء متعددون.^{٣٥-٣٦} إن الشواغل المتعلقة بالصحة الجنسية للمرأة تُعتبر أقل إدراكًا مقارنة بنظيرتها لدى الرجال.^{٣٧} ولهذا، هناك حاجة إلى المزيد من البحوث بغية زيادة فهم الحياة الجنسية للنساء الأكبر سنًا، وهو ما يصدق أيضًا في سياق فيروس نقص المناعة البشرية. لقد ربطت هذه الدراسة بين الممارسة المعتدلة للتمارين الرياضية والنشاط الجنسي للنساء ولكن ليس للرجال. وتتناقض هذه النتيجة مع دراسة من تايووان لم تجد روابط كبيرة بين التمارين الرياضية المنتظمة، واستمرار النشاط الجنسي.^{٣٨} على أن دراسة تايووان وجدت أن التقييم الذاتي للقدرة على ممارسة الأنشطة اليومية يرتبط بالنشاط الجنسي.^{٣٩} هناك حاجة إلى إجراء المزيد من البحوث حول تأثير التمارين الرياضية على النشاط الجنسي. وكيف يمكن تعزيز ذلك لدى الأشخاص الأكبر سنًا في سياق جنوب أفريقيا.

تسفر نتائج الدراسة عن آثار مهمة في مجال السياسات، فمن المثير للاهتمام ملاحظة أن فيروس نقص المناعة البشرية يقلل من النشاط الجنسي للنساء الأكبر سنًا، بينما يبدو أن الحالات الصحية المزمنة تحد من النشاط الجنسي لكبار السن من الرجال، وهو الأمر الذي يقتضي ضمنا أن هناك حاجة إلى الاستجابة للاعتبارات القائمة على النوع الاجتماعي، والحساسية عند تناول الصحة الجنسية لدى كبار السن. ما دامت المحددات الأساسية تختلف. هناك احتياج أيضًا إلى المزيد من الأبحاث، بغية التوصل إلى فهم أكثر تعمقًا للعوامل الكامنة، والآثار المترتبة على الصحة والرفاه. وقد أفادت دراسات الحياة الجنسية لدى كبار - مثل: «الدراسة العالمية للاتجاهات والسلوكيات الجنسية»^{٤٠} وغيرها^{٤١} - أن الأمراض المزمنة، مثل: حالات الأوعية الدموية، والبروستاتا، تؤدي إلى انخفاض النشاط الجنسي. وهناك حالات مرضية أخرى تشمل مرض السكر، الذي قد يؤدي إلى العجز الجنسي، والتهاب المفاصل الذي يسبب سوء الحركة، وأمراض أخرى مثل الاكتئاب، الذي ينتشر في هذه الأعمار. علاوة على ذلك، من المعروف أن أدوية الأمراض المزمنة تقلل الرغبة الجنسية. وبالتالي تحد من النشاط الجنسي.^{٤٢} أما عن عوامل الخطر بالنسبة للحالات المزمنة، فهي سلوكية إلى حد كبير. ويمكن التخفيف منها في سن مبكرة. ولهذا، من المهم ضمان وجود برامج لوقاية شباب الرجال من الأمراض المزمنة، وبناء على نتائج هذه الدراسة، هناك حاجة إلى زيادة الوعي حول التأثير السلبي للأمراض المزمنة على النشاط الجنسي في وقت لاحق من الحياة.

وقد أظهرت الدراسات أيضًا ارتفاع نسبة الوفيات المتصلة بفيروس نقص المناعة البشرية لدى الذكور عنها لدى الإناث.^{٤٣} ولذلك، قد تطرح النتائج انخفاض احتمالات النشاط

جوانب القوة والضعف

تستند قوة هذه الدراسة إلى أنها تركز على مَسْحِين قطاعين على الصعيد الوطني. مع وجود عينات كبيرة الحجم نسبيًا من كبار السن. وهو ما يساعد على التحقق من الجهات التقديرات على مر السنين. وجه المسحان سؤالاً مشابهًا فيما يتعلق بالنسب ومتغيرات التعرض الرئيسية. مما يعزز صحة المحتوى. كما قدمت هذه الدراسة تعريفًا للجنس بمعنى الإيلاج. بيد أن دراسة نوعية من المملكة المتحدة أشارت إلى أن الجنس في سن الشيخوخة قد يكون له معانٍ وأشكالٍ أخرى. مثل الاحتضان واللمس. التي تظل محافظة على الحميمية البدنية.^{١٨} وتتسم هذه المسألة بالأهمية عندما يصبح الجنس بالمعنى الإيلاجي غير ممكن. ومن هنا. يمكن أن يكون التعريف الضيق للجنس المستخدم في هذه الدراسة يتسم بالمحدودية. وقد يسفر عن البخس من تقدير مستوى النشاط الجنسي لدى الجنسين. ومن المطلوب إجراء دراسات نوعية متعمقة. بُغية فهم مختلف معاني وأشكال الجنس لدى المسنين في سياق جنوب أفريقيا. ولم تأخذ طريقة سوليفان. المستخدمة في هذه الدراسة. في حسابها إمكانية الشفاء من سوء الصحة.^{١٧} ومع ذلك. أظهرت التقديرات المستمدة باستخدام هذه الطريقة أنها غير متحيزة ومتسقة على افتراض ثبات السكان.^{١٧} وأنها تقترب من الطرق الأخرى مثل جداول الحياة متعددة الحالات التي تستخدم بيانات طولية.^{٢٨} ومع ذلك. توجد حدود للبيانات المقطعية. لم تشمل عينات مسوح جنوب أفريقيا الأفراد الذين يعيشون في مؤسسات. واستبعاد كبار السن الذين يعيشون في مؤسسات يعني أن النتائج ليست ممثلة لهذه الشريحة المهمة من السكان المسنين. ولا توجد - مع الأسف - مسوح حول الحياة الجنسية للمسنين الذين يعيشون في مؤسسات والتي كان يمكن الحصول منها على هذه المعلومات. علاوة على ذلك. لا يمكن استبعاد التحيز في الإفادة عن النشاط الجنسي. على

الرغم من أن ذلك لم يرد ذكره في أي مكان. ويمكن الشك في أن النساء الأكبر سنًا هن أقل احتمالاً للإفادة عن النشاط الجنسي. لا سيما بالنسبة لغير المتزوجات. أو في حالات المعاشرة. بسبب إمكانيات الوصم بالأخلاق السائبة. ومن ناحية أخرى. قد يُفرض الرجال في الإفادة عن النشاط الجنسي نظرًا لارتباطه بالرجولة. فضلًا عن التستر على ضعف الأداء الجنسي.^{٢٩}

الخلاصة

تساهم هذه الورقة في الأدبيات القليلة المتعلقة بالنشاط الجنسي لكبار السن في جنوب أفريقيا. ويُعد تسليط الضوء على أنماط النشاط الجنسي في سن الشيخوخة مفيدًا؛ للتنبؤ بالحاجة إلى خدمات الصحة العامة ذات الصلة بتحسين الصحة الجنسية. والوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية. أو السلوك الجنسي المحفوف بالمخاطر. وتوضح النتائج أن كبار السن ينشطون جنسيًا وأن العوامل المرتبطة بالنشاط الجنسي تختلف بالنسبة للرجال والنساء. ويُعتبر فيروس نقص المناعة البشرية لدى النساء. والأمراض الزمنية لدى الرجال. من مجالات التدخل لتحسين النشاط الجنسي لكبار السن.

شكر وتقدير

تم الحصول على البيانات المستخدمة في هذه الدراسة من «المسح الوطني في جنوب أفريقيا لحالات انتشار الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية. السلوك والتواصل». وقد حصلت هذه المسوح على تمويلها من «خطة الرئيس الطارئة للإغاثة من مرض الإيدز». من خلال مراكز «السيطرة على الأمراض والوقاية منها» وفقًا لأحكام 5U2GGH000570. وتقتصر مسؤولية محتويات هذه الورقة البحثية على المؤلفين وحدهم. ولا تمثل بالضرورة وجهات النظر الرسمية لمركز السيطرة على الأمراض والوقاية منها. ويود المؤلفون الإعراب عن امتنانهم للأستاذة ساندرنا رينولدز لتعليقاتها على المخطوط.

المراجع

1. Walker BL. Sexuality and the elderly: A research guide. 1997.
2. Negin JC, Cumming RG. HIV infection in older adults in sub-Saharan Africa: extrapolating prevalence from existing data. Bulletin of the World Health Organization, 2010; 88: 1847-1853.
3. Negin J, Rozea A, Martiniuk AL. HIV behavioural interventions targeted towards older adults: a systematic review. BMC Public Health, 2014; 14(1):1.
4. Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, et al. Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. International Journal of Impotence Research, 2005; 17(1):39-57.
5. Lindau ST, Schumm P, Laumann EO, et al. A Study of Sexuality and Health among Older Adults in the United States. New England Journal of Medicine, 2007; 35.
6. Todd J, Cremin I, McGrath N, et al. Reported number of sexual partners: comparison of data from four African longitudinal studies. Sexually Transmitted Infections, 2009; 85: i72-i80.
7. Lee DM, Nazroo J, O'Connor DB, et al. Sexual health and well-being among older men and women in England: findings from the English Longitudinal Study of Ageing. Archives of Sexual Behavior, 2016; 45(1):133-144.
8. Bouman WP, Arcelus J, Benbow SM. Nottingham Study of Sexuality & Ageing (NoSSA I). Attitudes regarding sexuality and older people: A review of the literature. Sexual and Relationship Therapy, 2006; 21(02):149-161.
9. World Health Organization. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002. Geneva: World Health Organization, 2006.
10. Negin J, Bennett RC, Lelerai E, et al. HIV Attitude, Awareness and Testing among Older Adults in Africa. AIDS and Behavior, 2011; 16:63-68.
11. Wallrauch C, Barnighausen T, Newell M. HIV infection of concern also in people 50 years and older in rural South Africa. South African Medical Journal, 2010; 100(12): 812-814.
12. Schmid GP, Williams BG, Garcia-Calleja JM, et al. The unexplored story of HIV and ageing. Bulletin of the World Health Organization, 2009; 87(3): 162-A.
13. Shisana O, Labadarios D, Simbayi L, et al. South African national HIV prevalence, incidence and behaviour survey, 2012. Cape Town: HSRC Press, 2015.
14. Shisana O, Rehle T, Simbayi L, et al. South African national HIV prevalence incidence behaviour and communication survey 2008: a turning tide among teenagers? Cape Town: HSRC Press, 2009.
15. Lindau ST, Gavrilova N. Sex, health, and years of sexually active life gained due to good health: evidence from two US population based cross sectional surveys of ageing. BMJ, 2010; 340: c810.
16. Sullivan DF. A single index of mortality and morbidity. HSMHA Health Reports, 1971; 86(4): 347-354.
17. Jagger C, Robine JM. Healthy life expectancy. International handbook of adult mortality. Netherlands: Springer, 2011:551-568.
18. DeSA U. World population prospects: the 2012 revision. New York: Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, 2013.
19. Jagger C, Cox B, Le Roy S, Team E. Health Expectancy Calculation by the Sullivan Method. 2006.
20. StataCorp. Stata Statistical Software. Release 12.2011.
21. Bor J, Herbst AJ, Newell ML, et al. Increases in adult life expectancy in rural South Africa: valuing the scale-up of HIV treatment. Science, 2013;339(6122):961-965.
22. Mayosi BM, Benatar SR. Health and health care in South Africa - 20 years after Mandela. New England Journal of Medicine, 2014;371(14):1344-1353.
23. Kaiser FE. Sexuality in the elderly. Urologic Clinics of North America, 1996;23(1):99-109.
24. Wang TF, Lu CH, Chen IJ, et al. Sexual knowledge, attitudes and activity of older people in Taipei, Taiwan. Journal of Clinical Nursing,

- 2008; 17(4): 443–450.
25. Van der Geest S. "No strength": sex and old age in a rural town in Ghana. *Social Science & Medicine*, 2001; 53(10): 1383–1396.
26. Freeman EK, Coast E. Sex in older age in rural Malawi. *Ageing and Society*, 2014; 34(07): 1118–1141.
27. Taylor MA, Gosney A. Sexuality in older age: essential considerations for healthcare professionals. *Age and Ageing*, 2011; 40: 538–543.
28. Gott M, Hinchliff S. How important is sex in later life? The views of older people. *Social Science & Medicine*, 2003; 56(8): 1617–1628.
29. Sanderson W, Scherbov S. Rethinking Age and Aging. *Population Bulletin*, 2008; 63(4):3–16.
30. Sanderson WC, Scherbov S. Remeasuring aging. *Science*, 2010;329(5997):1287–1288.
31. Kessel B. Sexuality in the older person. *Age and Ageing*, 2001; 30(2): 121–124.
32. Cornell M, Schomaker M, Garone DB, et al. Gender differences in survival among adult patients starting antiretroviral therapy in South Africa: a multicentre cohort study. *PLoS Medicine*, 2012; 9(9): e1001304.
33. Gott CM. Sexual activity and risk-taking in later life. *Health & Social Care in the Community*, 2001; 9(2): 72–78.
34. Peltzer K, Phaswana-Mafuya N, Mzolo T, et al. Sexual behaviour, HIV status, and HIV risk among older South Africans. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*, 2010; 4(3): 163–172.
35. Freeman E, Anglewicz P. HIV prevalence and sexual behaviour at older ages in rural Malawi. *International Journal of STD & AIDS*, 2012; 23(7): 490–496.
36. Young M, Penhollow T. Sexual desirability and sexual performance: Does exercise and fitness really matter. *Electronic Journal of Human Sexuality*, 2004; 7.
37. Imai K, Soneji S. On the estimation of disability-free life expectancy: Sullivan's method and its extension. *Journal of the American Statistical Association*, 2007; 102(480): 1199–1211.
38. Mathers CD, Robine J-M. How good is Sullivan's method for monitoring changes in population health expectancies? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1997; 51(1): 80–86.
39. Kumar B, Gupta S. Sexually transmitted infections. Elsevier Health Sciences: New Delhi, 2014.

الشيخوخة والحياة الجنسية الصحية للنساء المصابات بفيروس العوز المناعي البشري

بقلم: ماجولاً ناراسيمهان،^(أ) كيتلين بين،^(ب) ستيفاني كالداس،^(ج) جون آر. بيرد،^(د) كيتلين إي. كيندي^(هـ)

(أ) عالم في قسم الصحة الإيجابية والبحوث، منظمة الصحة العالمية، جنيف، سويسرا.

للاتصال: narasimhanm@who.int

(ب) طالبة في قسم الصحة الدولية بكلية بلومبرج للصحة العامة، جامعة جونز هوبكنز، بالتيمور، ولاية ميريلاند، الولايات المتحدة الأمريكية

(ج) كبير منسقي برنامج البحوث بقسم الصحة الدولية في كلية بلومبرج للصحة العامة، جامعة جونز هوبكنز، بالتيمور، ولاية ميريلاند، الولايات المتحدة الأمريكية

(د) مدير في قسم الشيخوخة ومسار الحياة، منظمة الصحة العالمية، جنيف، سويسرا، ومدرس مساعد، قسم الصحة الدولية في كلية بلومبرج للصحة العامة، جامعة جونز هوبكنز، بالتيمور، ولاية ميريلاند، الولايات المتحدة الأمريكية

(هـ) أستاذ مساعد في قسم الصحة العالمية، كلية جونز هوبكنز بلومبرج، بالتيمور، ولاية ميريلاند، الولايات المتحدة الأمريكية

ترجمة: د. هشام شتلة

موجز المقال: يتقدم العمر بالناس في جميع أنحاء العالم سريعاً، ومع وجود علاج فعال لفيروس العوز المناعي البشري، فإن هذا يعني أن بإمكان النساء المصابات بالفيروس أن يعيشن حياة أطول وأكثر صحة. إلا أنه كثيراً ما تستبعد اختبارات البحث عن فيروس العوز المناعي البشري وبرنامج المسح والمبادرات الهادفة للتوعية بالممارسات الجنسية الأكثر أماناً، كبار السن من النساء النشيطات جنسياً، والمصابات بفيروس العوز المناعي البشري. لقد كشفت مراجعة منهجية للمطبوعات، بهدف إبلاغ منظمة الصحة العالمية بالتوجيهات الخاصة بالحقوق والصحة الجنسية والإيجابية للنساء المصابات بفيروس العوز المناعي البشري، كشفت عن أربع دراسات عن الحياة الجنسية الصحية لكبار السن من النساء المصابات بهذا الفيروس. ففي أوغندا، سجلت النساء المصابات بفيروس العوز المناعي البشري انخفاضاً في معدلات النشاط الجنسي، وكان الجنس أقل أهمية لديهن. عما هو عليه لدى الرجال. وفي الولايات المتحدة، جاءت وصمة العار التي تلحق بمرضى فيروس العوز المناعي البشري، وإفصاح هؤلاء المرضى عن إصابتهم، ونظرة الفرد إلى جسده، من بين أشياء أخرى، كعوامل تعيق تكوين العلاقات، واتباع ممارسات جنسية أكثر أماناً. هذا وينخفض معدل النشاط الجنسي لجميع النساء بشكلٍ مائل عبر الوقت، بما فيهن المصابات بفيروس العوز المناعي البشري واللاتي أبلغن عن المزيد من الممارسة الجنسية الحميمة، في حين أبلغت أقلية ليست ضئيلة منهن عن ممارسة جنسية دون حماية. أظهر تدخل واحد، هو تدخل «خارطة الطريق»، تزايداً كبيراً في معرفة الناس بفيروس العوز المناعي البشري، كما أظهر انحساراً في وصمة العار التي ترتبط بهذا المرض، وفي السلوك الجنسي عالي الخطأ. تواجه النساء المصابات بفيروس العوز المناعي البشري تفرقة بسبب السن، وعوائق أخرى في وجه الاحتفاظ بالنشاط الجنسي، والعلاقات الجنسية الصحية، بما في ذلك تحديات شراء الواقي الذكري، والسعي للحصول على المشورة بشأن الممارسات الجنسية الآمنة، وقلة قدرتهن على التفاوض من أجل ممارسة جنس أكثر أماناً، والتغيرات الجسدية، والاجتماعية، المرتبطة بانقطاع الطمث، والتحديات الخاصة بالصحة الجنسية التي تسببها الإعاقة، والأمراض المصاحبة، إن التوجيه المعياري لا يتناول بقدرٍ كافٍ الحقوق والصحة الجنسية والإيجابية لكبار السن من النساء المصابات بفيروس العوز المناعي البشري، وبينما تبرز هذه المراجعة المنهجية ندرة البيانات، فهي تدعو أيضاً إلى مزيد من الأبحاث والانتباه لهذا المجال المهم. © 2016 شؤون الصحة الإيجابية، تم النشر بواسطة دار نشر السيفير. جميع الحقوق محفوظة.

الكلمات الدالة: الشيخوخة، النساء المتعاشيات مع فيروس العوز المناعي البشري، الصحة الجنسية، الجنسانية.

مقدمة

يحق لجميع النساء من جميع الأعمار، بما فيهن المصابات بفيروس العوز المناعي البشري. يحق لهن أن تنعمن بحياة جنسية صحية، والتي تعرفها منظمة الصحة العالمية بأنها حالة من الرفاهة الجسدية، والذهنية، والاجتماعية تتعلق بالحياة الجنسية^١ وهذا يتطلب مقارنة إيجابية ومحترمة للنشاط الجنسي والعلاقات الجنسية، فضلاً عن إمكانية وجود تجارب جنسية ممتعة وأمنة، خالية من الإكراه والتمييز والعنف والمرض. للمرة الأولى منذ بداية وباء فيروس العوز المناعي البشري يبلغ عمر ١٠٪ من السكان البالغين المصابين بفيروس العوز المناعي البشري في البلدان المنخفضة أو المتوسطة الدخل، و٣٠٪ في البلدان مرتفعة الدخل يبلغ عمرهم ٥٠ عامًا فأكثر. بما يعني ٣,٦ مليون شخص على مستوى العالم.^٢ هؤلاء المرضى المصابون بفيروس العوز المناعي البشري، والذين بلغوا أو تخطوا ٥٠ عامًا موزعين توزيعًا غير متساوٍ في أنحاء العالم، وتختلف نسبتهم من موقع لآخر، فعلى سبيل المثال، تبلغ نسبة المرضى المصابين بفيروس العوز المناعي البشري، الذين بلغت أعمارهم أو تخطت ٥٠ عامًا في ولاية فلوريدا، وولاية نيويورك، في الولايات المتحدة ٤٥٪ و٥٠٪ على التوالي.^{٣,٤} علاوة على ذلك، تشير التركيبة الديموجرافية إلى زيادة عدد الأفراد المسنين في العالم، بما فيهم المصابين بفيروس العوز المناعي البشري، ويرجع ذلك جزئيًا إلى توفر الرعاية والعلاج المضاد لفيروسات النسخ الرجعي.^٥

تأتي هذه التوجهات بالعديد من التحديات، فقد تمثل معدلات الوفيات الأعلى بين من يبلغون من العمر ٥٠ عامًا فأكثر تحديات كبيرة أمام بدء العلاج المضاد لفيروسات النسخ الرجعي، أو مواصلة إعطائه لأعضاء هذه المجموعة العمرية.^١ كذلك تنخفض القدرة المناعية مع تقدم العمر:

ما يزيد قابلية الإصابة بالأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي. ويقترح بعض الأطباء أن الشيخوخة قد تكون من دواعي اللجوء إلى علاج أشد.^٧ يمكن للتغيرات التي تحدث في المهبل بعد انقطاع الطمث - أن تقلل من آليات الحماية الطبيعية ضد العدوى. تكون النساء المصابات بفيروس العوز المناعي البشري، واللاتي تعانين في وقت نفسه من مرض مزمن أو معدٍ آخر، أكثر عرضة للإصابة بأمراض معدية إضافية.^٨

بيدي من بلغوا الـ ٥٠ من العمر أو أكثر العديد من السلوكيات الخطرة التي يبدونها من هم أقل عمرًا. وقد وجد أن البالغين الأكبر سنًا لديهم معرفة أقل بمخاطر الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري، مقارنة بالأفراد الأصغر سنًا^{٩,١١}. وأن احتمال استخدامهم للواقى الذكري أقل منه بالنسبة لصغار السن.^{١٢,١٤} وفي الولايات المتحدة، قد يكون كبار السن من النساء، بما فيهن من وُلِدن خلال فترة زيادة المواليد بعد الحرب العالمية الثانية، قد تكون أكثر انفتاحًا على الجنس، والنشاط الجنسي بوجه عام، مقارنة بالأجيال السابقة لهن.^{١٥} إضافة إلى ذلك، فإن النساء بعد سن اليأس لا تحتجن للقلق بخصوص حدوث حمل لم يخططن له.^{١٦,١٧} قد تنظر النساء المسنات إلى سنوات ممارسة النشاط الجنسي مع شركاء غير مصابين بفيروس العوز المناعي البشري، على أنها دليل على انخفاض خطر انتقال العدوى. أخيرًا، يمكن للنساء الأكبر سنًا أن يجدن صعوبة أكبر في مناقشة استخدام الواقى الذكري مع شركائهن؛ للوقاية من انتقال فيروس العوز المناعي البشري.^{١٤} مع ذلك، فإن برامج الاختبارات والتحري الخاصة بفيروس العوز المناعي البشري في كثير من البلدان المنخفضة، أو المتوسطة الدخل، تستبعد بشكل روتيني المسنين. بينما تستهدف بوجه عام مبادرات الجنس الأكثر أمانًا المتمثلة في الفئات العمرية الصغيرة.

لكبار السن. يشير البعض إلى التفرقة العمرية على أنها مسؤولة عن نقص الرسائل المرتبطة بموضوع فيروس العوز المناعي البشري التي تستهدف النساء المسنات.^{١٦} إضافة إلى هذا، فإن التفرقة العمرية قد تؤدي إلى التقليل من الكفاءة الذاتية لكبار السن.^{٢٠} وقد تواجه النساء المسنات أيضًا صعوبة في التفاوض على الممارسة الجنسية الآمنة؛ بسبب تجاوزهن سن الإنجاب. وغياب الخوف من حدوث حمل.^{٢١} قد تواجه أيضًا النساء المسنات المصابات بفيروس العوز المناعي البشري، خاصة اللاتي يعشن في ظل موارد منخفضة، أوجه ضعف تضاف إلى صحتهن الجنسية ورفاهيتهن. مثل: انعدام حقوق الملكية، وضرورة رعاية الأحفاد الأيتام.^{٢٢}

وحتى يومنا هذا، تركز الأبحاث التي تدرس العلاقات الجنسية، وفيروس العوز المناعي البشري، والشيوخوخة لدى كبار السن، تركز في المقام الأول على وقاية غير المصابين بفيروس العوز المناعي البشري من الإصابة بالفيروس، رغم أنها - حتى تلك الكتابات - محدودة.^{٢٣} تواجه النساء المصابات بفيروس العوز المناعي البشري مجموعات مختلفة من التحديات، تتضمن رغبات، ورؤى، وأولويات مختلفة في المراحل الأخيرة من حياتهن، وهي أمور لم تسجلها الكتابات الحالية الخاصة بهذا المرض. هناك تركيز مبدئي يمكن تفهمه على الحمل للرغبات فيه، وعلى الوقاية من الانتقال الرأسي لفيروس العوز المناعي البشري، وهذا يُعدُّ نهجًا أحاديَّ البعد يهدد باكتساح قضايا أخرى. لا تقل عنه أهمية، من قضايا الحق في الصحة الجنسية والإيجابية التي يمكن أن تعزز من مصلحة المرأة، واختياراتها، وتمكينها، وتحقيق أهداف الصحة الجنسية الخاصة بها.^{٢٣}

ما الأدلة المتوفرة عن العلاقة بين الشيخوخة والممارسة الجنسية الصحية لدى النساء المصابات بفيروس العوز المناعي البشري؟

تواجه النساء المسنات المصابات بفيروس العوز المناعي البشري مجموعة من التحديات الاجتماعية، فمع ميل النساء إلى البقاء على قيد الحياة مدة أطول من الرجال، فإن نسبة كبيرة من المسنات يكن إما أرمال، أو عزباوات، تشعر النساء المصابات بفيروس العوز المناعي البشري حول العالم بأنهن منبوذات، كما يشعرن بالاكتئاب وبإستبعاد المجتمع لهن.^{١٨} كما أنهن عرضة لمزيد من مخاطر الإصابة بالاكتئاب.^{١٩} قد تضطر النساء المسنات المصابات بفيروس العوز المناعي البشري في أفريقيا للعيش في ظل دعم قليل من عائلتهن، أو في ظل حمل عبء رعاية الأطفال.^{٢٠،٢١} علاوة على ذلك، فالنساء المسنات المصابات بفيروس العوز المناعي البشري أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب، مقارنة بالرجال المصابين بالفيروس.^{٢٢} وبينما وجد أن الشعور بالوحدة، ووصم الإصابة بفيروس العوز المناعي؛ يزيد كل منهما - على حدة - من مخاطر الإصابة بالاكتئاب، إلا أنه لوحظ أن الوحدة لها أثر أكبر بكثير.^{٢٣} كما أن العزلة الاجتماعية، والتي تُعرَّف بأنها: العيش دون دعم أو اتصال اجتماعي، تؤثر تأثيرًا مباشرًا على الصحة من خلال آليات مثل: تزايد مخاطر الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية.^{٢٥} خاصة بين النساء؛ مما يزيد من أعباء العيش في ظل الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري.^{٢٦}

قد يسبب أيضًا الانتشار الواسع للقوالب الجاهزة للتفرقة العمرية - الحَرَج والمصاعب للنساء المسنات، بما فيهن النساء المسنات المصابات بفيروس العوز المناعي البشري، عند السعي للحصول على الواقي الذكري، أو الحصول على المشورة فيما يخص الممارسات الجنسية الآمنة.^{٢٧-٢٩} فيمكن أن تمثل التفرقة العمرية - التمييز المتفشي ضد الأفراد أو المجموعات بناءً على السن^{٢٨} - عائقًا ضد وضع سياسات شاملة، وتحقيق رعاية اجتماعية وصحية عالية الجودة

من بين ١٨٤ ملخصاً تم حديدها في عملية البحث. كانت هناك ١٣ مقالة تم إخراجها من أجل مراجعة النص الكامل لها. لينتهي الأمر بأربع مقالات فقط. استوفت المعايير اللازمة لتضمينها في المراجعة (شكل ١). ثلاث منها عن دراسات أجريت في الولايات المتحدة، والرابعة عن دراسة أجريت في أوغندا. (يعرض جدول ١ وصفاً للدراسات المُضمَّنة). كما يوجد أدناه وصف للموضوعات الرئيسية لتلك المقالات، ويتضمن العوائق التي تحول دون الحفاظ على حياة جنسية صحية، وأثر وصمة العار التي ترتبط بفيروس العوز المناعي على إمكانية إقامة علاقات وممارسات جنسية.

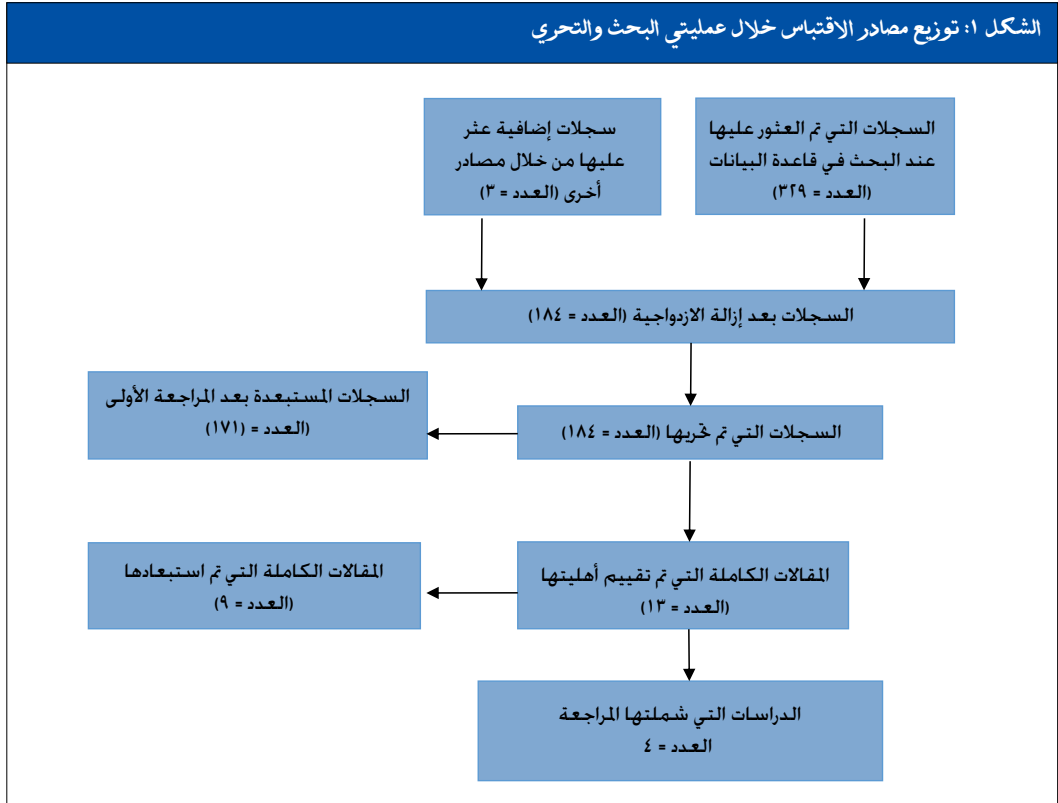
استهدفت الدراسة التي أجريت في أوغندا السلوك الجنسي للرجال (عدد = ٤٢) والنساء (عدد = ٥٩) من المصابين بفيروس العوز المناعي البشري، والذين تخطوا الـ ٥٠ من العمر. ووجدت اختلافاً حاداً في النشاط الجنسي بناءً على النوع الاجتماعي.^{٢٥} فقد ذكرت ١٤٪ فقط من النساء كونهن نشيطات جنسياً، مقارنة بـ ٤٩٪ من الرجال، ووصفت ٥٪ فقط من النساء الجنس بأنه أمر مهم للغاية، أو مهم جداً بالنسبة لهن، مقارنة بـ ٤١٪ من الرجال (OR, 0.01 = 0.11). وكشف الانحدار اللوجستي متعدد المتغيرات انخفاضاً قدره ٨٠٪ في احتمالات النشاط الجنسي بالنسبة للجنس الأنثوي خلال العام الماضي (OR, 0.19 = 0.05 > p). لم تذكر أي امرأة ممن تجاوزن الـ ٦٠ من العمر كونها نشطة جنسياً، في الوقت الذي ذكر فيه الرجال من تجاوزوا الـ ٦٠ من العمر نشاطاً جنسياً مائلاً لنشاط الرجال من هم في الخمسينات من العمر، وعلى الرغم من الاختلاف الكبير في النشاط الجنسي بين الرجال والنساء في تلك الدراسة، فإن كلا من الرجال والنساء ذكروا مستوى اهتمامهم بالجنس، وإصابتهم بفيروس العوز المناعي البشري كأكثر عاملين يُجدا من نشاطهم الجنسي، وظهر أنه بالنسبة لكل

قمنا بعمل مراجعة منهجية للكتابات الخاصة بالشيخوخة والممارسة الجنسية الصحية بين النساء المصابات بفيروس العوز المناعي البشري؛ لاستخدام النتائج في أدلة منظمة الصحة العالمية الإرشادية الخاصة بحقوق الصحة الجنسية والإيجابية للنساء المصابات بفيروس العوز المناعي البشري. وقد سعينا من خلال هذه المراجعة المنهجية، إلى وصف قاعدة الأدلة القائمة من منظور نوعية الدراسة، وعدد المشاركات، وأسئلة البحث وتحديد النتائج الرئيسية التي يمكن استخدامها لإفادة البرامج والسياسات الخاصة بهذه الفئة. لقد اتبعنا إرشادات مواد الإبلاغ المفضلة من أجل توصيات المراجعات المنهجية والتحليل التلوي (PRISMA) لعمل تقرير عن تلك المراجعة المنهجية.^{٢٦} وتم إدراج المقالات التي تتضمن بيانات أولية نوعية، أو كمية، تم جمعها من النساء المصابات بفيروس العوز المناعي البشري، والتي تصف العلاقة بين الشيخوخة والسلوك الجنسي، أو تصف تجارب علاقات حميمة، وتم نشرها حتى ١٨ فبراير ٢٠١٦ في المجلات الخاضعة لمراجعة الأقران. كذلك تم تضمين المقالات التي تستعرض بيانات للرجال والنساء المصابين بفيروس العوز المناعي البشري، إذ كانت النتائج مرتبة حسب النوع الاجتماعي، وتضمنت بعض البيانات - على الأقل - عن النساء بشكل منفصل، وقد قمنا بالبحث في أرشيف قواعد البيانات PubMed وCINAHL و Sociological Abstracts و PsycINFO باستخدام مجموعة من مصطلحات البحث الخاصة بفيروس العوز المناعي البشري، والنساء، والشيخوخة، والنشاط الجنسي، تم تكييفها طبقاً لكل قاعدة بيانات (متاحة عند الطلب). كذلك قمنا بفحص الملخصات لتكوين رأي مبدئي، ثم راجعنا بعض المقالات الكاملة المنتقاة، في نسختين لإنهاء اختيار الدراسة واستخراج البيانات، في نسختين، باستخدام نماذج منهجية.

تقلص أهمية الجنس لديهن. وأشار الباحثون أيضًا إلى أن معدلات النشاط الجنسي في هذه العينة كانت أقل منها في الدراسات الخاصة بعينة من غير المصابين بفيروس العوز المناعي البشري في ظروف مماثلة.

من الرجال والنساء. فإن التمتع بوظائف بدنية أفضل زاد من احتمالات النشاط الجنسي خلال الـ ١ شهرًا السابقة (OR, 0.01 > p = 1.84). ويقترح الباحثون أن نقص النشاط الجنسي في عينة الإناث قد يتوافق مع التصورات المترتبة على

الشكل ١: توزيع مصادر الاقتباس خلال عمليتي البحث والتحري



الجدول ١. وصف الدراسات المتضمنة

الكاتب	تاريخ النشر	المكان	العينة	مدى السن	تصميم الدراسة	الأساليب
إيثينيك وآخرون	٢٠١٣	ميامي، فلوريدا، الولايات المتحدة الأمريكية	نساء مصابات بفيروس العوز المناعي البشري، يزيد عمرهن على ٤٥ عاماً، مارسن الجنس المهبلية أو الشرجي خلا الأشهر الـ ١٢ الأخيرة	لم يتم ذكر مدى السن	تقييم تدخلية	العدد = ١٠٦ متابعة عند خط القاعدة وبعد ٦ أشهر
نيجين وآخرون	٢٠١٦	منطقة كالنوجا، أوغندا؛ منطقة واكيزو، أوغندا	رجال ونساء مصابون بفيروس العوز المناعي البشري، يزيد عمرهم على ٥٠ عاماً	متوسط السن = ١١ عاماً (الانحراف المعياري = ٧,٨ عام) لم يتم ذكر مدى السن	دراسة مستعرضة	العدد = ١٠١ ليست هناك فترة متابعة
ساروس وآخرون	٢٠١٢	بوسطن، ماساتشوستس	نساء مصابات بفيروس العوز المناعي البشري، يزيد عمرهن على ٥٠ عاماً، ولدن إنثاءً، تتحدثن الإنجليزية	متوسط السن = ٥٦,٧٩ عاماً (الانحراف المعياري = ٤,٦٣ عام) لم يتم ذكر مدى السن	دراسة نوعية	العدد = ١٩ ليست هناك فترة متابعة
تايلور وآخرون	٢٠١٥	واشنطن العاصمة، سان فرانسيسكو في ولاية كاليفورنيا، لوس أنجلوس في ولاية كاليفورنيا، حي بروكلين في مدينة نيويورك، حي برونكس في مدينة نيويورك، شيكاغو في ولاية إلينوي، الولايات المتحدة	نساء مصابات بفيروس العوز المناعي البشري، ونساء غير مصابات بفيروس العوز المناعي البشري.	٤٠ - ٥٧ عاماً	دراسة أترابية طولانية	العدد = ١,٨٠٨ جمعت البيانات أثناء زيارات شبه سنوية على مدى ١٣ عاماً من المتابعة

منهن الامتناع عن إقامة علاقات جنسية. بدلاً من مواجهة التداعيات المحتملة للإفصاح عن الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري.

كانت الدراسة الثانية من الولايات المتحدة. دراسة طولانية تتبعية لاستكشاف العلاقة بين الشيخوخة، وانقطاع الطمث، والسلوك الجنسي بين النساء المصابات، وغير المصابات بفيروس العوز المناعي البشري. ^{٣٧} جمعت البيانات من ست مناطق حضرية في الولايات المتحدة لمجموعة الدراسة المشتركة بين الوكالات لفيروس العوز المناعي البشري في النساء، والتي تبعت ٣,٨٤٧ مشاركة لمدة تزيد على ١٣ عامًا. قدمت البيانات في ثلاث مجموعات: (١) النساء غير المصابات بفيروس العوز المناعي البشري. (٢) النساء المصابات بفيروس العوز المناعي البشري ولديهن حمل فيروسي غير قابل للاكتشاف. (٣) النساء المصابات بفيروس العوز المناعي البشري ولديهن حمل فيروسي قابل للاكتشاف. وجدت هذه الدراسة أنه مقابل كل ١٠ سنوات زيادة في سن المرأة المصابة بفيروس العوز المناعي البشري، ولديها حمل فيروسي قابل للاكتشاف، يقل احتمال وجود أي نشاط جنسي بنسبة ١٢٪ [0.41-0.34] (OR = 0.38). وتكون هذه النسبة ١٤٪ في حال المرأة المصابة بفيروس العوز المناعي البشري، ولديها حمل فيروسي غير قابل للاكتشاف (١-0.40) [0.33] (OR = 0.36). و١٢٪ في حال المرأة غير المصابة بفيروس العوز المناعي (0.38 [-0.33] 0.38) (OR = 0.38). وكانت الاختلافات بين المجموعات الفيروسية في أي نشاط جنسي لكل ١٠ سنوات زيادة في العمر غير ذات دلالة إحصائية (P = 0.036) وانخفضت احتمالات ممارسة الجنس غير المحمي بمرور الوقت، خاصة بين النساء المصابات بفيروس العوز المناعي البشري. مقارنة بالنساء غير المصابات بالفيروس؛ وذلك من خلال التقارير التبعية للنساء أثناء الدراسة. انخفضت احتمالات الجنس غير المحمي

أجريت دراسة نوعية في منطقة بوسطن، في الولايات المتحدة، على ١٩ امرأة مصابة بفيروس العوز المناعي البشري، تجاوزن الـ ٥٠ من العمر (متوسط العمر = ٥٦,٧٩)، واستهدفت الطريقة التي تفكر بها المسنات المصابات بفيروس العوز المناعي البشري في العلاقة الحميمة. ^{٣٦} وقد نتج عن المقابلات ثلاثة موضوعات رئيسية: (١) التأثير السلبي لوصمة العار التي ترتبط بفيروس العوز المناعي البشري على العلاقات الحميمة. (٢) المخاوف المتعلقة بشكل الجسم كعائق ضد العلاقات الحميمة. (٣) معضلة الإفصاح عن الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري، وقد ذكرت معظم المشاركات في الدراسة أنهن ليس لديهن شركاء في ذلك الوقت، ولكنهن ما تزلن ترغبن في العثور على شريك، وكانت وصمة العار التي ترتبط بالأفكار المسبقة لدى الشريك المحتمل عن مرض فيروس العوز المناعي البشري العائق الأكثر حسماً ضد إقامة علاقات حميمة، وتضمنت وصمة العار تلك افتراض أن النساء المصابات بفيروس العوز المناعي البشري قد تورطن في العمل في الجنس، أو تعاطين الحدرات، وأن هذا المرض يصعب السيطرة عليه، وأنه سيمثل عبئاً مالياً. إضافة إلى ذلك، أبدت العديد من المشاركات خوفهن من تباين القوى في علاقة بين شخص مصاب وشخص سليم، وأخيراً، ناقشت المشاركات الشعور بعدم الرضا الجسدي، وأعزّينته إلى تضافر استخدام الأدوية المضادة لفيروسات النسخ الرجعي لفترة طويلة، وانقطاع الطمث. فقد اعتقدت المشاركات أن تلك التغيرات الجسدية جعلهن غير مرغوبات من قِبل شركائهن. وعلى الرغم من إعراب المشاركات عن إحساس قوي بالالتزام بالإفصاح للشريك المحتمل عن إصابتهن بفيروس العوز المناعي البشري، إلا أنهن أبدين أيضاً تخوفهن من رد فعل الشريك، باختصار، أعربت النساء في تلك الدراسة عن شعورهن باليأس وفقدان الأمل في إمكانية العثور على شريك، واختارت كثيرات

مجموعة التدخل. والمجموعة المرجعية. وتضمن التدخل أربع جلسات: جماعية، نفسية، تعليمية، أسبوعية. صُمِّمت خصيصًا للبالغات المسنات المصابات بفيروس العوز المناعي البشري. وتناولت تلك الجلسات الجماعية تثقيف الحاضرات بشأن فيروس العوز المناعي البشري، وكيفية الحد من الأضرار والممارسات الجنسية الأقل أمانًا. وبناء المهارات اللازمة للتواصل الفعال مع الشريك، والتفاوض على استخدام الواقي الذكري. وتلقت المجموعة المرجعية الكتيبات والرعاية القياسية. اختلف الاستخدام غير الثابت للواقي الذكري مع جميع الشركاء، بغض النظر عن حالة الشريك، فيما يتعلق بمرض فيروس العوز المناعي البشري. بين نساء المجموعة المرجعية (١٢,٢٪) ومجموعة التدخل (٢٠٪) عند خط الأساس. قدمت الدراسة التغيير في المخرجات عبر الوقت لكل مجموعة بحثية. ولكنها لم تقدم مقارنة بين البيانات السابقة واللاحقة لمجموعتي البحث. فبالنسبة لكلتا المجموعتين، انخفض استخدام الواقي الذكري غير الثابت بعد المتابعة لمدة ستة أشهر (٩,٨٪ و ٩,٢٪ على التوالي). ولكن الفرق كان ذا دلالة إحصائية لمجموعة التدخل فقط ($p < 0.05$). كذلك رصدت الدراسة أيضًا زيادة كبيرة في نتيجة المؤشر المعرفي من خط الأساس. وعلى مدى ٦ أشهر من المتابعة في مجموعة التدخل (من ٢٦,٦ إلى ٢٨,٧، $p < 0.01$) وانخفاضًا في المتوسط الحسابي لنتيجة وصمة العار التي ترتبط بالإصابة بالفيروس (من ١٠٤,٦ إلى ٩٦,٥، $p < 0.05$). وحلَّص الباحثون إلى أن التدخلات القائمة على المجموعة قد تكون ذات أهمية خاصة لجذب النساء المسنات المصابات بفيروس العوز المناعي البشري: لأنها تقدم دعمًا اجتماعيًا، وعاطفيًا. لعملية اتخاذ القرارات الجنسية الصحية. وتُحد من وصمة العار التي ترتبط بالإصابة بالفيروس. وأشار الباحثون إلى أنه لم يكن هناك دعم جماعي مماثل للنساء المسنات في مجتمع الدراسة؛ مما جعل

بنسبة ١٧٪ لكل ١٠ أعوام زيادة في عمر النساء المصابات بفيروس العوز المناعي البشري مع وجود حمل فيروسي قابل للاكتشاف (0.38 [0.92-0.74] (OR = انخفاض ذي دلالة إحصائية) ($P = 0.036$) في احتمالات ممارسة الجنس غير المحمي مقارنة بالنساء المصابات بفيروس العوز المناعي البشري مع وجود حمل فيروسي غير قابل للاكتشاف (OR = 0.91 [0.81 1.01]). والنساء غير المصابات بفيروس العوز المناعي (OR = 0.96 [1.01-0.83]). ومع ذلك، وبعد ١٣ عامًا من المتابعة، وجدت الدراسة أن ٢٢٪ إلى ٢٥٪ من النساء الموجبات لاختبار فيروس العوز المناعي البشري تابعن الانخراط في ممارسة الجنس غير المحمي. ووجدت الدراسة أن المسنات المصابات بفيروس العوز المناعي البشري ومع «تأثير انقطاع الطمث» والذي تنخفض معه احتمالات النشاط الجنسي، فإن النسبة الإنحرافية OR في النساء الموجبات لاختبار فيروس العوز المناعي البشري مع وجود حمل فيروسي قابل للاكتشاف (0.90-0.68] (OR = 0.78) في حين أنها عند النساء الموجبات لاختبار فيروس العوز المناعي البشري مع وجود حمل فيروسي قابل للاكتشاف (0.87-0.64] ($p = 0.75$) (OR

أجرت الدراسة الأخيرة من الولايات المتحدة تقييماً للحد من المخاطر الجنسية للنساء المسنات المصابات بفيروس العوز المناعي البشري.^{٣٨} أجرى إيشينيك وآخرون تقييماً لمشروع خارطة الطريق. وهو تدخل مدته ستة أشهر. ويهدف إلى تقليل مخاطر السلوك الجنسي بين النساء اللاتي يتجاوز عمرهن ٤٥ عامًا. والمصابات بفيروس العوز المناعي البشري في مدينة ميامي في فلوريدا. وكانت غالبية النساء في هذه الدراسة (عدد = ١٠٦) أمريكيات من أصل أفريقي. ولهن ميول جنسية غيرية. ونشاطات جنسية مؤخرًا. وحاصلات على تعليم ثانوي. أو مستوى أقل من التعليم. تم توزيع المُشارِكَات عشوائيًا على

والاجتماعية. ويمثل انقطاع الطمث فترة تغير فسيولوجي كبير بالنسبة لجميع النساء. فمن فهن المصابات بفيروس العوز المناعي البشري. واعتمادًا على الظروف المحيطة. قد يرافق ذلك تحول في الدور الاجتماعي وفي صورة الذات. لذلك فإن الحصول على تعليم صحي خلال تلك الفترة مهم جدًا: إن كان للنساء أن تتكيفن مع ذلك التحول. وإن كان لإعراجهن عن مشاعرهن الجنسية أن يتطور. ويتطلب هذا فهمًا أفضل من جانب المهنيين العاملين في المجال الصحي للحياة الجنسية في سن الشيخوخة. ودعمًا مُعزِّزًا للنساء المصابات بفيروس العوز المناعي البشري: كي يتمكنَّ من مناقشة الأمور الجنسية بصراحة. تتعرض النساء المصابات بفيروس العوز المناعي البشري بشكل خاص لوصمة الإصابة بالفيروس. وللتمييز. وللمواقف السلبية المتعلقة بسلوكهن من قِبَل عائلاتهن. ومجتمعاتهن والعاملين بالمجال الصحي.^{٤١، ٤٢، ٤٣}

كثيرًا ما ينظر مقدمو الرعاية الصحية إلى المسنات على أنهن أقل تعرضًا لخطر الإصابة بالأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي. بما في ذلك فيروس العوز المناعي البشري.^{٤١} وغالبًا ما يتجنب ممارسو الرعاية الصحية مناقشة فيروس العوز المناعي البشري مع النساء المسنات. بما في ذلك عدم طلب الاختبارات الخاصة بذلك المرض. وذلك بسبب توقعهم قلة النشاط الجنسي للنساء المسنات. أو بسبب ذلك المفهوم الخاطئ السائد بأن فيروس العوز المناعي البشري غير ذي صلة بالمرضى المسنين.^{٤٢، ٤٣} كانت النساء المسنات في أوغندا، بما فيهن المصابات بفيروس العوز المناعي البشري. لا تشعرن بالراحة عند اللجوء لخدمات فيروس العوز المناعي البشري المتاحة هناك. وذلك بسبب العار الذي يلحق بهن نتيجة انكشاف أمرهن في المجتمع. وبسبب عدم شعورهن بالراحة عند إجابتهن عن الأسئلة

تأثير الجلسات الجماعية قويًا للغاية.

وبينما تعكس قاعدة الأدلة المحدودة للغاية فجوة عريضة في الكتابات المعنية بالحقوق والصحة الجنسية للأفراد الذين تجاوزوا الـ ٥٠ من العمر.^{٣٩} فهي ما تزال مخيبة للأمال. أخذًا في الاعتبار الاهتمام المتزايدة بمشكلة الشيخوخة وفيروس العوز المناعي البشري بشكل عام. لقد كانت الدراسات الأربعة متنوعة. وتضمنت دراسات نوعية. ودراسات كمية. ودراسة واحدة لتقييم التدخلات. لكن دراسة واحدة فقط جاءت من أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. والتي تعاني العبء الأكبر لفيروس العوز المناعي البشري. وتشير النتائج إلى أن النساء المصابات بفيروس العوز المناعي البشري يواجهن عوائق كبيرة: للحفاظ على حياة جنسية صحية مع تقدم العمر بهن. أحد هذه العوائق الأساسية هي وصمة العار. التي ترتبط بفيروس العوز المناعي البشري. والتي تؤثر على النساء المسنات المصابات بهذا المرض. ويمكن أن تؤثر على القدرة المحسوسة على بدء علاقات حميمة والحفاظ عليها. وعلى القدرة والممارسات الجنسية. وصورة الذات. وبينما يقل النشاط الجنسي لدى جميع النساء مع التقدم في العمر. فمن فهن النساء المصابات بفيروس العوز المناعي البشري. فإن هناك حاجة لمزيد من البحث لتوضيح أي قدر من ذلك الانخفاض يتم إراديًا. وأخيرًا. هناك دليل مبدئي على أن التدخلات الصحية الجنسية لدى النساء المصابات بفيروس العوز المناعي البشري يمكن أن تكون مُجدية وفعّالة.

ما هي الخطوة التالية؟

هناك حاجة للاهتمام الكبير من جانب مجتمع الصحة العامة بتلبية احتياجات الصحة الجنسية للنساء المسنات المصابات بفيروس العوز المناعي البشري وحقوقهن.^{٤٤} تشمل الحياة الجنسية عبر الحياة العديد من التحولات البدنية

الأشخاص المصابون بفيروس العوز المناعي البشري والذين تخطوا الـ ٥٠ من عمرهم بالعلاج المضاد لفيروسات النسخ الرجعي. إلا أن العديد من الأمراض المصاحبة، والمعاناة بين كبار السن يمكن أن تجعل الإدارة السريرية واستخدام هذا النوع من العلاج بمثابة تحدٍ.^{٤٦، ٤٧} مع ذلك، ينبغي على النساء المسنات المصابات بفيروس العوز المناعي البشري وأطبائهن المعالجين، وممارسي الصحة العامة الأخذ في الاعتبار قلة مخاطر انتقال فيروس العوز المناعي البشري في حال تثبيطه، عند مناقشة مخاطر السلوك الجنسي. كذلك فإن الأمراض المصاحبة والإعاقة تؤثر على القدرة الجنسية للنساء المسنات، وينبغي تناولها في استراتيجيات تساعدن على عيش حياة جنسية صحية.^{١٧}

ختامًا، تواجه النساء المسنات المصابات بفيروس العوز المناعي البشري تفرقة عمرية، وعوائقاً كبيرة تحول دون تمكنهن من الحفاظ على علاقات جنسية صحية مع تقدمهن في السن. ولا تُعالج التوجيهات المعيارية الأساسية في الوقت الراهن احتياجات المسنات المصابات بفيروس العوز المناعي البشري بشكلٍ كافٍ. وقد أسفر استعراضنا المنهجي عن وضع مقالات تبرز مدى الحاجة إلى مزيد من الأبحاث والاهتمام بهذا المجال، لاسيما في ظل التركيبة السكانية العالمية والتغير الذي طرأ على الحالة الوبائية لفيروس العوز المناعي البشري.

الحساسية عن حياتهن الجنسية من جانب مقدمي خدمات الرعاية الصحية الأصغر سنًا.^{٤٤} إن الفشل في معالجة مشاكل الصحة الجنسية للنساء المسنات قد يرجع سببه إلى الخلط بين الحياة الجنسية للإناث والإيجاب.^{٤٥} نتيجة لذلك، يتم تجاهل الصحة الجنسية للنساء اللاتي تجاوزن سن الإيجاب. كما أن غياب تدريب العاملين في مجال الرعاية الصحية على التعامل مع القضايا الصحية المحددة، واستراتيجيات دعم النساء المسنات المصابة بفيروس العوز المناعي البشري؛ يزيد أكثر من تهميش النساء. وهذا يترك مقدمي الرعاية الصحية غير مجهزين لمواجهة احتياجات الحقوق والصحة الجنسية، ويعزز الممارسات التمييزية لدرجة رفض النساء لتلك الخدمات. يجب تعزيز الجهود والموارد في هذا المجال بحيث يظل مقدمو الرعاية الصحية العاملين مع المسنات من النساء المصابات بفيروس العوز المناعي البشري عديمي التسرع في إصدار الأحكام، وداعمين ومتجاوبين، ومتسمين بالاحترام تجاههن.

إن الخطاب الخاص بالسلوكيات الجنسية الخطرة وبفيروس العوز المناعي البشري يتغير تغيرًا سريعًا؛ نتيجة لزيادة فرص الوصول إلى علاج فعال للغاية، والانخفاض المثبت لمخاطر انتقال فيروس العوز المناعي البشري في حال تثبيط الفيروس عن طريق العلاج، وتشير الأدلة إلى أنه قد يكون من الأرجح أن يلتزم

المراجع

1. World Health Organization. Sexual health, human rights and the law. In: Report No. 9241564989. Geneva, Switzerland: WHO, 2015 49 pp. Available from: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sexual-health-humanrights-law/en/.
2. World Health Organization. World Report on Ageing and Health. Luxembourg: WHO, 2015. 260 pp. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf.
3. Bureau of HIV/AIDS Epidemiology, AIDS Institute, New York State Department of Health. New York State HIV/AIDS Surveillance Annual Report 2013. Albany, NY: BHAЕ and NYSDOH, 2015. 120 pp. Available from: http://www.health.ny.gov/diseases/aids/general/statistics/annual/2013/2013-12_annual_surveillance_report.pdf. M Narasimhan et al. Reproductive Health Matters 2016;24:43-51
4. Florida Department of Health Division of Disease Control and Protection. Florida Monthly Surveillance Report for Hepatitis, HIV/AIDS, STD, and TB: January 2014. Tallahassee, FL: Florida Department of Health, 2014. 18 pp. Available from: http://www.floridahealth.gov/%5Cdiseases-and-conditions/aids/surveillance/_documents/msr/2014-msr/MSR0214.pdf.
5. Lusti-Narasimhan M, Beard JR. Sexual health in older women. Bulletin of the World Health Organization, 2013; 91(9):707-709.
6. Central Statistics Office. Ageing in Ireland. Dublin, Ireland: Center for Ageing Research and Development in Ireland, 2007. 43 pp. Available from: <http://www.cso.ie/en/media/csoie/releasespublications/documents/otherreleases/2007/ageinginireland.pdf>.
7. Drew O, Sherrard J. Sexually transmitted infections in the older woman. Menopause International, 2008;14(3):134-135.
8. Plach SK, Stevens PE, Keigher S. Self-care of women growing older with HIV and/or AIDS. Western Journal of Nursing Research, 2005;27(5):534-558.
9. Henderson SJ, Bernstein LB, George DMS, et al. Older women and HIV: How much do they know and where are they getting their information? Journal of the American Geriatrics Society, 2004;52(9):1549-1553.
10. Weaver SP, Passmore C. Older adults' knowledge concerning risk factors for HIV transmission. Texas Academy of Family Physicians, 2012;9:1.
11. Negin J, Nemser B, Cumming R, et al. HIV attitudes, awareness and testing among older adults in Africa. AIDS and Behavior, 2012;16(1):63-68.
12. Nguyen N, Holodniy M. HIV infection in the elderly. Clinical Interventions in Aging, 2008;2008:453.
13. Neundorfer MM, Harris PB, Britton PJ, et al. HIV-risk factors for midlife and older women. The Gerontologist, 2005; 45(5):617-625.
14. Zablotsky D, Kennedy M. Risk factors and HIV transmission to midlife and older women: knowledge, options, and the initiation of safer sexual practices. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 2003;33:S122-S130.
15. Jacobs RJ, Kane MN. HIV-related stigma in midlife and older women. Social Work in Health Care, 2010;49(1):68-89.
16. Lindau ST, Leitsch SA, Lundberg KL, et al. Older women's attitudes, behavior, and communication about sex and HIV: a community-based study. Journal of Women's Health, 2006;15(6):747-753.
17. Taylor TN, Munoz-Plaza CE, Goparaju L, et al. "The Pleasure Is Better as I've Gotten Older": Sexual Health, Sexuality, and Sexual Risk Behaviors Among Older Women Living With HIV. Archives of Sexual Behavior, 2016(epub ahead of print).
18. Orza L, Bewley S, Logie CH, et al. How does living with HIV impact on women's mental health? Voices from a global survey. Journal of the International AIDS Society, 2015;18(Suppl 5):20289.
19. Morrison MF, Petitto JM, Have TT, et al. Depressive and anxiety disorders in women with HIV infection. The American Journal of Psychiatry, 2002;159(5):789-796.
20. Wilson AO, Adamchak DJ. The grandmothers' disease and the impact of AIDS on Africa's older women. Age and Ageing, 2001;30(1):8-10.

21. Scholten F, Mugisha J, Seeley J, et al. Health and functional status among older people with HIV/AIDS in Uganda. *BMC Public Health*, 2011;11(1):1.
22. Medical Research Council, Uganda Virus Research Institute. Direct and indirect effects of HIV/AIDS and anti-retroviral treatment on the health and wellbeing of older people [WHO's Study on global AGEing and adult health (SAGE)]. Kampala, Uganda: Uganda Virus Research Institute and Medical Research Council, 2011.
23. Grov C, Golub SA, Parsons JT, et al. Loneliness and HIV-related stigma explain depression among older HIV-positive adults. *AIDS Care*, 2010;22(5):630-639.
24. Hawthorne G. Measuring social isolation in older adults: development and initial validation of the friendship scale. *Social Indicators Research*, 2006;77(3):521-548.
25. Grant N, Hamer M, Steptoe A. Social isolation and stress-related cardiovascular, lipid, and cortisol responses. *Annals of Behavioral Medicine*, 2009;37(1): 29-37.
26. Hackett RA, Hamer M, Endrighi R, et al. Loneliness and stress-related inflammatory and neuroendocrine responses in older men and women. *Psychoneuroendocrinology*, 2012;37(11):1801-1809.
27. Sabik NJ. Ageism and Body Esteem: Associations With Psychological Well-Being Among Late Middle-Aged African American and European American Women. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 2015;70(2):189-199.
28. Chrisler JC, Barney A, Palatino B. Ageism can be Hazardous to Women's Health: Ageism, Sexism, and Stereotypes of Older Women in the Healthcare System. *Journal of Social Issues*, 2016;72(1):86-104.
29. Emler CA. "You're Awfully Old to Have This Disease": Experiences of Stigma and Ageism in Adults 50 Years and Older Living With HIV/AIDS. *The Gerontologist*, 2006; 46(6):781-790.
30. Levy B, Ashman O, Dror I. To be or not to be: The effects of aging stereotypes on the will to live. *Omega*, 2000; 40(3):409-420.
31. Altschuler J, Rhee S. Relationship Power, Sexual Decision Making, and HIV Risk Among Midlife and Older Women. *Journal of Women & Aging*, 2015;27(4):290-308. M Narasimhan et al. *Reproductive Health Matters* 2016;24:43-51
32. Sankar A, Nevedal A, Neufeld S, et al. What do we know about older adults and HIV? A review of social and behavioral literature. *AIDS Care*, 2011;23(10):1187-1207.
33. Salamander Trust. Building a safe house on firm ground: key findings from a global values and preferences survey regarding the sexual and reproductive health and human rights of women living with HIV. Geneva, Switzerland: WHO, 2014.
34. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 2009;6(7):e1000097.
35. Negin J, Geddes L, Brennan-Ing M, et al. Sexual Behavior of Older Adults Living with HIV in Uganda. *Archives of Sexual Behavior*, 2016;45(2):441-449.
36. Psaros C, Barinas J, Robbins GK, et al. Intimacy and sexual decision making: Exploring the perspective of HIV positive women over 50. *AIDS Patient Care and STDs*, 2012;26(12):755-760.
37. Taylor TN, Weedon J, Golub ET, et al. Longitudinal trends in sexual behaviors with advancing age and menopause among women with and without HIV-1 infection. *AIDS and Behavior*, 2015;19(5):931-940.
38. Echenique M, Ila L, Saint-Jean G, et al. Impact of a secondary prevention intervention among HIV-positive older women. *AIDS Care*, 2013;25(4):443-446.
39. Aboderin I. Sexual and reproductive health and rights of older men and women: addressing a policy blind spot. *Reproductive Health Matters*, 2014;22(44):185- 190.
40. Psaros C, Barinas J, Robbins GK, et al. Reflections on living with HIV over time: exploring the perspective of HIV-infected women over 50. *Aging & Mental Health*, 2015;19(2):121-128.
41. Familiar I, Murray S, Ruisenor-Escudero H, et al. Socio-demographic correlates of depression and anxiety among female caregivers living with HIV in rural Uganda. *AIDS Care*, 2016;1-5.
42. Conde DM, Silva ET, Amaral WN, et al. HIV, reproductive aging, and health implications in women: a literature review. *Menopause*, 2009;16(1):199-213.
43. Cooper B, Crockett C. Gender-based violence

- and HIV across the life course: adopting a sexual rights framework to include older women. Reproductive Health Matters, 2015;23(46):56–61.
44. Richards E, Zalwango F, Seeley J, et al. Neglected older women and men: Exploring age and gender as structural drivers of HIV among people aged over 60 in Uganda. African Journal of AIDS Research, 2013;12(2):71–78.
45. Silverberg MJLW, Horberg MA, DeLorenze GN, Klein D, Quesenberry CP Jr. Older age and the response to and tolerability of antiretroviral therapy. Archives of Internal Medicine, 2007;167(7):684–691.
46. Scott JGM. Human Immunodeficiency Virus/ Acquired Immunodeficiency Syndrome in Older Adults. Clinics in Geriatric Medicine, 2016;32(3):57

الإقرار بالحرمان الجنسي: مسار الخروج من الحزن

بقلم: أليس رادوش،^(أ) ليندا سيمكين^(ب)(أ) مسؤولة أقدم للبرامج، أكاديمية تطوير التعليم (FHI 360)، وعلى المعاش، نيويورك، الولايات المتحدة الأمريكية.
للمراسلة: aliceradosh@gmail.com

(ب) رئيسة مجموعة البحوث العملية، دلمار، نيويورك، الولايات المتحدة الأمريكية.

ترجمة: أستاذة شہرت أمين العالم

موجز المقال: على الرغم من زيادة الوعي بأهمية الحياة الجنسية للبالغين الأكبر سنًا، نادرًا ما تعترف البحوث والأدبيات الشعبية بما نطلق عليه اصطلاحًا «الحرمان الجنسي» - الحزن على فقدان الحميمية الجنسية عند وفاة الشريك. إن عدم الرغبة في الإقرار بالحرمان الجنسي قد يخلق «حزن المحرومين»، تاركًا التكاليف دون دعم في التأقلم مع هذا الجانب من الحزن. تركز هذه الدراسة الأولية على النساء في الولايات المتحدة، وتسعى إلى تحديد ما إذا كُنَّ يتوقعن افتقاد الجنس عند وفاة الشريك، وما إذا كُنَّ قد يرغبن في الحديث عن هذا الافتقاد، والتعرف على العوامل المرتبطة بالتواصل حول الحرمان الجنسي. كشفت النتائج المستخلصة من المسح الذي أجريناه وشمل ١٠٤ امرأة، في سن ٥٥ سنة وأكبر - معظمهن ذات ميول جنسية غيرية - أن أغلبية كبيرة (٧٢٪) توقعن افتقاد الجنس مع الشريك، وأفادت ٦٧٪ برغبتهن في الشروع في مناقشة حول الموضوع. وهناك حتى نسبة أعلى ترغب في أن يبادر الأصدقاء بالحديث حول الموضوع. ومع ذلك، أفادت ٥٧٪ من المشاركات أنهن لم يفكرن في البدء في نقاش من ذلك النوع. مع صديقة تاملت حول فقدانها شريكها، وقد يسفر حزن المحرومين عن آثار نفسية وجسدية سلبية. وتطرح هذه الورقة البحثية دورًا للأصدقاء والمتخصصين لتناول هذه القضية المهمة.

الكلمات الدالة: الحرمان، الشبخوخة، الأرملة، التواصل، النشاط الجنسي.

مقدمة

شهدت السنوات الأخيرة زيادة إقرار الصحف الأكاديمية والعامية بممارسة كبار السن للجنس والأهم أنهم يستمتعون به.^{١-٣} ومن حسن الحظ أن مجال الصحة الجنسية قد قطع شوطًا طويلاً منذ عام ٢٠٠٧، عندما كتبت كل من ديلاماتير ومورمان:

إذا رغبت إحدى العائلات الاجتماعيات من كوكب آخر التعرف على سلوك سكان كوكب الأرض من خلال قراءة أدبياتنا البحثية العلمية، فإنها قد تخلص إلى أن الحياة الجنسية ليست مهمة للبشر الأكبر من ٥٠ سنة (ص ١).^٤

وقد أوضحت دراسة أجريت في الولايات المتحدة عام ٢٠٠٧ أن أكثر من نصف (٥٤٪) الرجال وحوالي ثلث (٣١٪) النساء أكبر من سن الـ ٧٠ لا يزالون نشطين جنسيًا.^٤ كما أصبح من المسلم به الآن، أن العديد من الشركاء الرجال والنساء الأكبر من ٥٥ سنة من العمر يعتبرون الجنس جزءًا أساسيًا من حياتهم، ويعتبرون الحياة الجنسية «جزءًا أساسيًا» من علاقتهما.^{١،٥} وأفادت دراسة أجريت عام ٢٠١٢ أن عددًا كبيرًا من البالغين في العقد الثامن والتاسع يعتبرون التعبير الجنسي جزءًا مهمًا من حياتهم.^٧ لم تُعد نهاية الحياة الجنسية هي الأمر المتوقع كسمة للشبخوخة.

مناقشة موضوعات الجنس مع كبار السن من النساء والرجال.^{٢٢،٢١} ونتيجة لذلك، لا تحدث هذه المناقشات أبدًا. أو تحدث بشكل مُربك. لم يلق الحرمان الجنسي، كأحد جوانب الحرمان، اهتمامًا كافيًا في مجالي الممارسة، والتدريب لمستشاري معالجة الأحران.

يقترن الحزن الناتج عن وفاة أحد الزوجين بأعراض جسدية، واضطراب عاطفي، ومشاعر جنسية توصف بأنها «عائمة، ومتقلبة، وغير محددة».^{٢٤،٢٣} ولتخفيف هذه الآثار والتغلب على العزلة، يحث مستشار ومعالجة الحرمان، الشريك الباقي على قيد الحياة لمناقشة جميع جوانب حزنه دون خوف من الانتقاد.^{٢٦،٢٥} ومع ذلك، تحيط ثقافة الصمت بمشاعر الحرمان الجنسي بعد وفاة الشريك، وتظل هذه المشاعر مكبوتة، وتتحول بصمت إلى حرمان من الحزن - حزن لا يُعبّر عنه صراحة، ومقبول اجتماعيًا، ومشتت.^{٢٧}

وجدير بالذكر، أن المذكرات الأكثر مبيعًا حول وفاة أحد الزوجين والتي تغفل الحديث عن الحرمان الجنسي إنما تعزز رسالة القائلين بعدم ملاءمة إثارة هذا الموضوع.^{٢٨-٢٠} كما أن كتب المساعدة الذاتية للأرامل تستبعد عادة أيضًا النقاش حول فقدان الحميمة الجنسية مع الشريك نتيجة لوفاته، والحزن المحيط بذلك.^{٢٣،٢٢}

وتلجأ الآن بعض الأرامل، الباحثات عن الدعم والمعلومات، إلى المدونات لتبادل قصصهن. وقد أتاح عدم ذكر الأسماء في هذه المنتديات للأرامل، ومعظمهم من النساء، إثارة موضوع الحرمان الجنسي، ووصف عدم شعورهن بالارتياح عند محاولة مناقشة حزنهن، وقد كشف استعراض موجز لهذه المدونات عن أمثلة مؤثرة لنساء شعرن بالوحدة والعزلة؛ لعدم قدرتهن على التحدث عن هذا الموضوع.

وأصبح النشاط الجنسي طوال فترة العمر يرتبط الآن بمجمل الصحة، ويُنصح المجتمع الطبي بإيلاء مزيد من الاهتمام لانخفاض الوظيفة الجنسية كعراض محتمل لتدهور الصحة البدنية وليس نتيجة طبيعية للشيخوخة.^٨

نظراً للشيخوخة بين السكان، سيواجه عدد متزايد من كبار السن وفاة شريك بعد فترة حياة مشتركة طويلة، وما يترتب على ذلك من فقدان للنشطة الجنسية والعاطفية التي تُثري حياتهم. ومع ذلك، لا توجد تقريبًا دراسات تبحث في هذا الفقدان على الرغم من تزايد عدد السكان كبار السن. وقد ورد في تقرير صدر مؤخرًا أن ٤٠٪ من النساء الأكبر من ٦٥ سنة ترقن عام ٢٠١٦ في الولايات المتحدة^٩ ومن المتوقع بحلول عام ٢٠٢٠ أن يوجد ٥٣ مليون شخص أكبر من ٦٥ سنة.^{١٠} أفادت إحصاءات اجتماع الجمعية العامة للأمم المتحدة حول النساء في عام ٢٠٠٠ أن نسبة الأرامل الأكبر من ٦٠ سنة في العالم تتراوح بين ٣٤٪ في منطقة البحر الكاريبي إلى ٥٩٪ في شمال أفريقيا، وتبلغ النسب المقابلة في أوروبا الغربية والشرقية ٤٠٪ و ٤٨٪ على التوالي.^{١١}

تعلم الباحثون أن أنماط التأقلم المتبادل تتطور بمرور الزمن إلى علاقات جنسية دائمة.^{١٢،١٣} مهما كان تعاضم التركيز على ضعف الأداء الجنسي لدى كبار السن من النساء والرجال.^{١٤-١٦} وعلى الرغم من تركيز بعض البحوث على الأرامل والحياة الجنسية،^{١٧،١٨} فقد تجاهلت موضوع الحرمان الجنسي والحزن الناجم عن فقدان العلاقة الجنسية التي امتدت لفترة طويلة مع الشريك.^{١٩} وتشير كورتني إلى أن الشعور بفقدان العلاقة الجنسية طبيعيًا، بقدر فقدان الرفقة والمساعدة العملية.^{٢٠} بيد أنها تشير إلى أن الشريك الباقي على قيد الحياة قد يشعر بحرج الحديث عن هذا الأمر في جلسات المشورة، وقد أمكن أيضا توثيق عدم شعور الأطباء/المستشارين بالارتياح عمومًا عند

المعلومات. وقد وصفنا سابقاً مدى صعوبة إثارة موضوعين محظورين مثل: الموت، والجنس مع من يعشن هذا الحزن.^{٢٢} تم اختيار العينة الملائمة، التي تناسب دراسة استكشافية في منطقة بحثية جديدة وحساسة، باستخدام تقنية كرة الثلج التي بدأت بشبكة من النساء غير الأرامل في الفترة العمرية ٥٥ سنة وأكبر. وكانت هذه الشبكة معروفة شخصياً للباحثات اللاتي كنَّ على علم بأن المجموعة قوقازية في أغلبها. وتلقت تعليمًا جامعيًا، ومن سكان الطبقة الوسطى في شمال شرق الولايات المتحدة. وقد كانت البيول الجنسية لمعظم النساء للجنس الآخر. لكن العينة شملت أيضًا نساء مثليات، وفرت الشبكة الرئيسة من النساء المشاركات في البحث، عناوين لنساء أخريات في محيطهن. تفترض تقنية الإحالة المتسلسلة أن غالبية النساء خارج الشبكة الأساسية يشتركن في نفس الخصائص. وقد تم استخدام عينة غير عشوائية ملائمة، رغم أوجه قصورها، لاستكشاف ما إذا كان من المفيد إجراء دراسة أخرى على عينة أكثر تعميمًا.

ولحماية سرية الجيبات المعرفات للباحثات، كان السن بمثابة المعلومة الديموجرافية الوحيدة التي جمعها المسح. ولهذا السبب، لا يمكننا تقديم النتائج وفقًا للعرق، أو الميل الجنسي، أو الحالة الاجتماعية-الاقتصادية. أما عن تعريف «كبار السن»، فهناك تعاريف مختلفة. يعتبر تعريف منظمة الصحة العالمية أن الشخص الأكبر سنًا هو «من تجاوز عمره متوسط العمر المتوقع عند الولادة».^{٢٧} وتُعرفه وزارة الشيخوخة في الولايات المتحدة بأنه من بلغ ٦٠ عامًا فأكثر.^{٢٨} أما تعريفنا عن «الأكبر سنًا» فهو ٥٥ سنة فأكثر. حيث نطبق تعريفًا يعتمد على سن أصغر قليلًا من المُستخدم عمومًا في الولايات المتحدة بسبب تركيز الدراسة على توقع الحرمان الجنسي.

وقد كتبت امرأة ساخرة أنها لم تكن أرملة جيدة لأن:

«الأرملة الجيدة لا تنوق إلى الجنس. ومن المؤكد لا تتحدث عن ذلك... ويبدو أنني أثير ضجة حول كوني أرملة جيدة».^{٢٣}

وقد أطلق ما كتبه العنان لفيض من الردود حول الحرمان الجنسي والإجباط نتيجة عدم القدرة على التعبير عن هذا الحزن:

«أتمنى أن توجد منتديات أكثر انفتاحًا لمناقشة هذا الأمر. لأنني أعتقد أنه عقبة ضخمة».^{٢٤}

«الجنس هو أحد أكثر الأشياء التي افتقدتها... لكنه ليس شيئًا يمكنك مشاركته مع أي شخص».^{٢٥}

«لم أشعر بالراحة للحديث حول هذا الموضوع مع أي من أفراد الأسرة أو الأصدقاء... وأعتقد أنهم لا يعرفون كيف يستمعون إلى ذلك دون أن يشعروا بعدم الارتياح».^{٢٦}

غير معروف سوى القليل عن مدى انتشار خبرة الحرمان الجنسي على نطاق واسع. أو ما تعتقد الأرامل أنه سوف يُسهل التواصل مع الأصدقاء والمتخصصين. وتُعد هذه الدراسة محاولة للتوصل إلى فهم أفضل حول ما إذا كانت النساء يتوقعن افتقاد الجنس عند وفاة الشريك، وتستكشف العوامل المرتبطة بتواصلهن حول هذا الافتقاد.

الأساليب العينة

ودون معرفة ما إذا كان الاهتمام بالحرمان الجنسي مشروعًا، استعانت هذه الدراسة الاستكشافية بنساء لم يفقدن شركاءهن ولسن بالأرامل. بسبب عدم الارتياح الذي قد تتعرض له النساء

أداة المسح ومعدل الاستجابة

لم نذكر هوية من قام بجمع بيانات أداة المسح ومعدل الاستجابة، وتمت الاستعانة بالبريد لإرسال استمارة المسح التي ضمت ١٩ بنداً للاستجابات المحددة ومساحة مفتوحة للتعليق الطوعي. أرسلت أداة المسح في نوفمبر ٢٠١٣، وانتهى جمع البيانات في نهاية يناير ٢٠١٤. ومن بين ١٥٨ مسجلاً بالبريد، عاد ١٠٨ (٦٨٪)، وتوافق ١٠٤ منها. ومعايير السن والشراكة.

لم تعد الكاتبات (متقاعدات) يعملن على المستوى المؤسسي، وقمن بإجراء المسح بشكل مستقل وفقاً لمعايير الموافقة على البحث، التي وضعها «مجلس المراجعة المؤسسية» التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية في الولايات المتحدة، فضلاً عن «المبادئ التوجيهية الأخلاقية لحماية حقوق الإنسان» التي وضعتها جمعية علم النفس الأمريكية^{٣٩، ٤٠}. تم إبلاغ المشاركات بغرض البحث والهدف من استخدام النتائج، وكانت المشاركة طوعية ودون ذكر الأسماء، وقد تمت الإفادة عن البيانات في مجملها، فضلاً عن الإفادة عن تعليقات المشاركات دون تحديد المعلومات.

المقاييس

طُلب من المشاركات تعريف الحياة الجنسية على نطاق واسع، مع توجيه محدد: «... طبقي المعنى الذي لديك شخصياً حول العلاقات الجنسية، والنشاط الجنسي، وممارسة الحب... إلخ». وقمنا بقياس الحرمان الجنسي عن طريق الإجابات على السؤال التالي: «إذا توفي شريك، فإن الجنس: (١) سيكون شيئاً سوف أفتقده بالتأكيد، (٢) قد يكون شيئاً سوف أفتقده، (٣) لن يكون أحد الأشياء التي سأفتقدها». وكانت الأسئلة المتعلقة بالتواصل حول الحياة الجنسية سواء بشكل عام (مثل، الشعور بالراحة عند الحديث عن الجنس)، أو تتعلق تحديداً بالمواقف حول الرغبة في مناقشة النشاط الجنسي في حالة وفاة الشريك.

وإثارة هذا الموضوع مع صديق توفي شريكه، ولم تحدد أسئلة المسح ما إذا كان هذا الصديق من رجلٍ أو امرأة. وركزت الأسئلة أيضاً على الشعور بالارتياح/عدم الارتياح عند مناقشة هذا الموضوع. استخدمت جميع الأسئلة حول الجنس مصطلح «الشريك»، لتشمل الجيبات اللاتي لسن جميعهن ذات ميول جنسية غيرية أو متزوجات. جمع المسح بيانات عن الصحة، نظراً لتأثيرها المحتمل على الحياة الجنسية لدى هذه الفئة من السكان. ونظراً لأن جميع الجيبات تقريباً وصفن أنفسهن وشركاءهن بأنهن في حالة صحية جيدة أو ممتازة، فلم نستخدم الصحة كمتغير مستقل في التحليل.

التحليل

نظراً للطبيعة الاستكشافية لهذا البحث، كان التحليل وصفيًا - مدى معدلات التكرار وجدولتها - وليس تفسيريًا. طبقنا اختبارات مربع تشي على الجداول التوافقية، واستخدمنا $p < 0.05$ كمعيار للدلالة الإحصائية.

النتائج

تراوحت أعمار ٣٧٪ من المشاركات بين ١٥-٥٥ سنة، وتراوحت أعمار ٥٧٪ منهن بين ١٦-٧٥ سنة. وكان ٦٪ أكبر من ذلك. كانت غالبية المشاركات حاليًا نشيطات جنسيًا، حيث أفاد ٤٠٪ بممارسة الجنس مرة أو أكثر في الأسبوع، و ١٥٪ كل أسبوعين، و ١١٪ مرة واحدة في الشهر، و ٣٤٪ أقل تكرارًا. وذكرت ٨٦٪ من جميع المشاركات أنهن يستمتعن بالجنس.

وافترضت ثلاثة أرباع المشاركات تقريبًا (٧٢٪) أنهن سيفتقدن الجنس في حالة وفاة الشريك، مع تأكيد ٥٣٪ أنهن سيفتقدن الجنس. وأفادت ٢٧٪ أن الجنس لن يكون شيئاً قد يفتقدنه، وكان افتقاد الجنس يرتبط إيجابيًا ودرجة كبيرة مع مدى تكراره. أما النساء اللاتي أفدن بممارسة الجنس

فهذا الموضوع سوف تصعب بالنسبة لي مناقشته مع شخص توفي شريكه». وفي حين لم تحدد أسئلة الاستطلاع النوع الاجتماعي للصديق، فقد أثار ثلاث مجيبات من ١٠٤ مجيبة مسألة النوع الاجتماعي في القسم المخصص من المسح للتعليقات المفتوحة. كتبت إحدى الجيبات: «لدي صديق وصديقة مقربين فقد شريكهما... وفي الواقع ناقشت الحياة الجنسية مع صديقي ولم أناقشه بعد مع صديقتي». وكتبت مجيبة أخرى. ترمّلت سابقاً: «لقد فقدت شريكي وعمري ٤٣ سنة. الشخص الوحيد الذي سألتني عن حياتي الجنسية كان رجلاً صديقاً عزيزاً». وقالت إحدى النساء: «أشعر أن بإمكانني فعلاً أن أتحدث مع أصدقائي الذكور حول هذا الموضوع بسهولة أكثر - أعني أن العديدين قد أثاروه فعلاً».

وتطوعت المشاركات بتعليقات مفتوحة أخرى. طرحت أسباباً أكثر عمومية حول الشعور بعدم الارتياح. كتبت إحدى المشاركات: «أجد أن الحديث عنه [الجنس] غير ملائم لما اعتدت عليه ... ولم أعد أعتقد ... أنه من المناسب دائماً أن أسأل». وكتبت مشاركة أخرى أنه قد يبدو 'غريباً' إثارة القضية إلا إذا أشارت أرملة صديقة إلى نوع من الاحتياج؛ وعلى الرغم من ترددهن في إثارة هذا الموضوع بأنفسهن. فقد أفادت غالبية كبيرة من مجموع المشاركات (٩٠٪) بأنهن لن يشعرن بالخرج إذا أثار امرأة توفي شريكها موضوع الحرمان الجنسي معهن.

كان من الأكثر ترجيحاً أن الجيبات اللاتي شعرن بالارتياح عند التحدث عن الجنس يرغبن أن يبادر صديق في مناقشة حول الجنس. مقارنة بالجيبات اللاتي شعرن بعدم الارتياح (٨٨٪ مقابل ٤٨٪ على التوالي). وقالت ٩٧٪ من النساء اللاتي يعتقدن أنهن سيفتقدن الجنس بالتأكيد: إنهن سيبدرن بالنقاش. كما فعلت ٦٨٪ من النساء اللاتي اعتقدن أنهن قد يفتقدن الجنس. و٤٣٪ من

مع الشريك كل أسبوعين أو أكثر. فقد كانت احتمالات قولهن بافتقاد الجنس «بالتأكيد» أكثر كثيرًا من النساء اللاتي يمارسن الجنس مرة واحدة في شهر أو أقل (٧٥٪ مقابل ٢٦٪).

عدم الراحة عند التحدث عن الحرمان الجنسي

أفادت العديد من النساء أنهن يرغبن في التحدث عن الجنس مع الأصدقاء بعد وفاة الشريك. وقد أشارت ثلثا المشاركات (٦٧٪) أنهن ربما سيبدأن النقاش حول الجنس مع الأصدقاء، وأفادت نسبة أكبر (٧٦٪) أنه مجرد نقد يرغبن أن يبادر الأصدقاء بمناقشته معهن. أما النساء اللاتي أفدن بتكرار ممارسة الجنس. فقد كانت احتمالات قولهن إنهن ربما يبدأن بالنقاش في حالة وفاة الشريك أكبر كثيرًا. مقارنة بالنساء اللاتي كانت مارستهن للجنس أقل تكرارًا (٧٩٪ مقابل ٥٤٪ على التوالي). وبالمثل، كانت احتمالات رغبة النساء اللاتي تتكرر مارستهن للجنس في أن يبادر الأصدقاء في مناقشة الحرمان الجنسي. مقارنة بالنساء اللاتي كانت مارستهن للجنس أقل تكرارًا (٨٥٪ مقابل ٦٤٪ على التوالي).

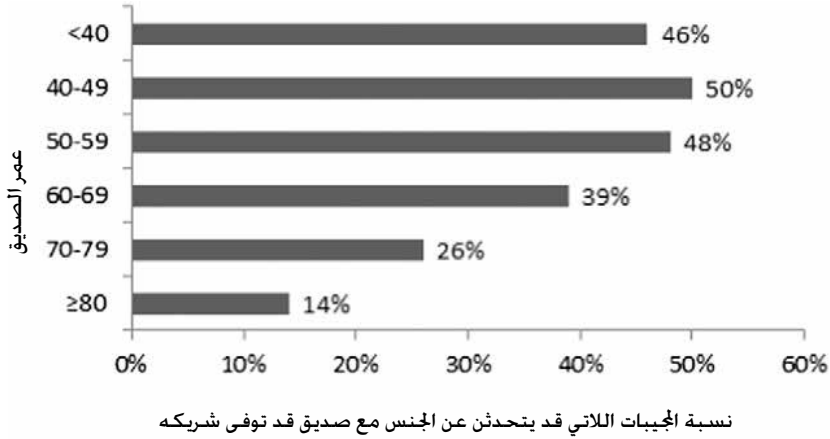
وعلى الرغم من أن المشاركات توقعن أنهن يرغبن أن يبادر الأصدقاء في النقاش حول الحرمان الجنسي. فقد أفادت أكثر من نصفهن (٥٧٪) أنهن لن يفكرن في مناقشة الحرمان الجنسي مع أرملة، وأفادت ٣٤٪ بأنهن حتى لو فكرن في ذلك «ربما سيشتعرن بالخرج الشديد لمناقشة الجنس مع امرأة صديقة توفي شريكها». ومن بين المشاركات اللاتي ذكرن صعوبة مناقشة الجنس مع صديقة توفي شريكها. عزت ٦٧٪ هذه الصعوبة إلى الإخراج.

ومن بين النساء اللاتي أفدن بشعورهن بالخرج الشديد لمناقشة موضوع الجنس. أجابت ٧٧٪ بكلمة «هذا صحيح» على عبارة: «بغض النظر عن مدى الصداقة الوثيقة أو النوع الاجتماعي.

ذلك. وبينما اعتقدت حوالي نصف المشاركات أنهن سيثرن الموضوع مع نساء أصغر من ٦٠ سنة وتُوقِّي شركاؤهن. فقد اعتقدت ٢٦٪ فقط أنهن سيثرن الموضوع مع نساء في سن الـ ٧٠. واعتقدت ١٤٪ أنهن سيثرنه مع نساء في سن الـ ٨٠ أو أكبر (الشكل ١). لم تُجمع بيانات حول إثارة موضوع الجنس مع صديق رجل تُوقِّيت شريكته.

النساء اللاتي يعتقدن أنهن لن يفتقدن الجنس إذا توفي الشريك. ومرة أخرى. قالت نسبة كبيرة من المشاركات في كل مجموعة أنهن يرغبن أن يبادر أصدقائهن بالنقاش - ٨٩٪ و ٧٩٪ و ٤٨٪ على التوالي. لم تُجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين أعمار المشاركات، والاعتقاد بأنهن سيبادرن بالتواصل حول الحرمان الجنسي. أو يرغبن في أن يبادر صديق. مع

الشكل ١: العلاقة بين عمر الصديق والرغبة في إثارة موضوع الجنس مع صديقة توفي شريكها



وقد أشارت التعليقات المكتوبة التي تطوعت بها المشاركات في المسح إلى أهمية هذا الموضوع:

«لقد جعلني المسح أفكر أكثر في أهمية هذا الموضوع بالنسبة لمن فقدوا الشريك...». «هذا موضوع مهم. ونادرًا ما تجري مناقشته». «شكرًا لأنكم رفعتهم وعيي بهذه القضايا».

وذكرت معظم النساء أنهن شعرن بالارتياح عند التحدث مع الأطباء/المعالجين عن الجنس. لكن ما يقرب من النصف قلن: إنهن لم يشعرن بالراحة. وقالت كلهن تقريبًا (٩٠٪) إنهن لا يرغبن في التحدث إلى المعالجين عن الجنس أكثر مما فعلن. لم تسأل هذه الدراسة المشاركات في المشروع ما إذا كن يعتقدن أنهن يرغبن في مناقشة الحرمان الجنسي مع معالج.

مناقشة

تقدم هذه الدراسة دليلاً على أن النساء اللاتي شملهن المسح -ولديهن شركاء، ومعظمهن لديهن ميول جنسية غيرية -من المتوقع أنهن سوف يفتقدن العلاقة الجنسية في حالة وفاة الشريك. وهو ما يعزز الأدلة القولية في مدونات النساء الأرامل حول أهمية توجيه الاهتمام بهذا الموضوع. وعلى الرغم من أن الأدبيات المتعلقة بالفجوة غنية بالمعلومات حول الحزن بعد وفاة الشريك، فلا يوجد سوى القليل من الكتابات التي تقرر بالحرمان الجنسي كشيء يمكن التحقق من صحته في حد ذاته، ويصبح عدم الإقرار بالحرمان الجنسي حزناً محظوراً - غير مقبول اجتماعياً. ويظل بلا حل.^{٤١، ٤٢، ٤٣} قد لوحظت سابقاً العواقب السلبية للحزن المحظور.^{٤٢-٤٥} فمن الممكن الشعور بشدة الحزن المحظور لدى المسنين، الذين تقف ثقافتهم أو ميولهم الجنسية أمام المناقشات حول الحرمان الجنسي حائلاً، وجعله أمراً صعباً للغاية. وقد كتبت جين برودي في عمودها عن الصحة الشخصية في «نيويورك تايمز» العبارة التالية: «الحزن الوحيد الذي لا ينتهي هو الحزن الذي لا نواجهه بالكامل».^{٤٤}

وقد ظهر أن الحديث مع الأصدقاء والمستشارين يخفف من تأثير صدمة وفاة أحد الزوجين.^{٤٤} وتعتقد معظم النساء (٦٧٪) المشاركات في هذه الدراسة أنهن قد يرغبن في التحدث مع أصدقائهن عن الحرمان الجنسي، وعلى الرغم من أن المسح لم يحدد النوع الاجتماعي للصديق، هناك سبب للاعتقاد بأن النوع الاجتماعي قد يؤثر على رغبتهن في مناقشة هذا الموضوع الحميم. منذ تسعينيات القرن العشرين، كانت الكتب الأكثر مبيعاً التي تتناول النوع الاجتماعي، والتواصل تصف أسباب صعوبة تواصل الرجال والنساء الحميم مع بعضهم بعضاً. ويقال: إن الرجال إما ينسحبون أو يقدمون المشورة، بينما تستخدم

النساء المحادثة في محاولة التقارب والحفاظ على الحميمية.^{٤٤، ٤٥} وتطرح المدونة التي تركز على الحزن أن هذه الفروق بين الجنسين في أسلوب التواصل تؤدي بالنساء إلى اعتبار الأصدقاء الذكور غير داعمين. والنساء، من وجهة نظر كاتبة المدونة، لا يرغبن في أن يُنحَن «علاجاً». بل يرغبن في تجاوز حزنهن من خلال الثقة في أصدقاء يتحون لهن التعبير عن مشاعرهن و «يشعرون» بهن خلال خوض طريقهن عبر الحزن.^{٤٦}

ومن المثير للاهتمام أن عددًا كبيراً من النساء المشاركات في هذه الدراسة ذكرن تفضيلهن لأن يبادر الأصدقاء بالحديث حول الحرمان الجنسي، لا أن يبادرن هن به. وربما يرجع ذلك إلى عدم الإقرار بالموضوع عموماً؛ فحتى النساء اللاتي عبّرن عن شعورهن بالراحة عند التحدث عن الجنس، ذكرن أنهن لن يفكرن في بدء مناقشة حول الجنس إذا توفي شريك الصديق.

إن عدم القدرة على مشاركة جوانب الحزن يمكن أن تقلل من احتمال الحصول على دعم.^{٤٧} وبشكل عام، رأت المشاركات أن الحديث عن الحياة الجنسية ليس مريحاً بالنسبة لكبار السن. أما بشأن ما إذا كن يرغبن في إثارة موضوع الحرمان الجنسي مع «صديق جيد» توفي شريكه، فقد قالت بعض المشاركات في الدراسة أن ذلك سوف يُشعرهن بالحرج. وقد يرجع ذلك إلى أن الجنس يعتبر معتاداً بالنسبة للمسنيين أكثر منه بالنسبة للمسنات.^{٤٧} وقد طرح البعض أن النساء ربما أكثر تردداً من الرجال للحديث بصراحة عن الجنس نظراً لقلقهن من النظر إليهن بوصفهن راغبات في الجنس.^{٤٨}

الآثار المترتبة على الممارسة

يجد المهنيون والمستشارون في مجال الصحة أنفسهم في وضع فريد لتناول الحرمان الجنسي، ولكن هل سيثيرون هذا الموضوع؟ في

المرضى الأرامل.

القيود، والبحوث المستقبلية

تطرح نتائج هذه الدراسة الاستطلاعية، رغم أنها نتائج أولية، أن الحرمان الجنسي يُعد أحد جوانب الحرمان التي تستحق مزيداً من الاهتمام. تنطبق النتائج على مجموعة محددة من النساء؛ ونتيجة لذلك تحول العينة غير العشوائية دون التعميم. علاوة على ذلك، لم تشمل عينة الدراسة الذكور؛ ونظرًا لأننا لم نعرف كم امرأة في العينة حدد هويتها الجنسية كغيرية، أو مثلية، أو ثنائية الجنس، فلم نتمكن من استكشاف الحرمان والتواصل الجنسي مع هذه المجموعات. هناك حاجة إلى دراسات تستخدم عينات تعميمية للأرامل من الجنسين. بُغية التوصل إلى فهم أفضل لمدى الحرمان الجنسي وطبيعته ومعرفة كيفية تأثيره على النساء والرجال من مختلف الأعمار، والميول الجنسية، والأعراق/الإثنيات، والمواقع الجغرافية.

هناك قيد آخر في هذه الدراسة، وهو أنها لم تركز على الفوارق بين الجنسين فيما يتعلق بالتواصل مع الأصدقاء، أو المعالجين. ومع ذلك، فإن التعليقات المفتوحة من جانب عدد قليل من المشاركات اللاتي أفدن بأنهن قد يجد الأصدقاء الذكور أكثر ودًا. تطرح أن البحوث المتعلقة بدور الجنسين في التواصل حول الحرمان الجنسي قد تكون مفيدة، ولتحسين التواصل حول الحرمان الجنسي مع الأصدقاء والمعالجين، يتطلب الأمر معرفة المزيد حول محددات عدم الارتياح، والإحراج والاستراتيجيات الناجحة: لإثارة هذا الموضوع.

وكما أشرنا، أظهرت الدراسات أن الحزن كثيرًا ما يرتبط بقضايا الصحة البدنية والعقلية،^٨ إن معرفة ما إذا كانت هناك علاقة بين الحرمان الجنسي والصحة — قد يفيد في تحسين صحة ورفاه البالغين الأكبر سنًا. وبالمثل، فإن العلاقة

حين لم تشمل الدراسة الحالية هذه المسألة، فهناك بحوث تطرح أن الرجال والنساء يجدون من الأسهل مناقشة الشواغل الجنسية إذا بدأ الطبيب المحادثة.^{٤٩} وإذا شعر المهنيون/المستشارون في مجال الصحة بعدم الراحة لمناقشة الجنس مع النساء المسنات، فمن غير المحتمل أن تبادر النساء بالحديث.^{٥٠} وعلى الرغم من أن أهمية توفير تدريب أفضل للعاملين في مجال الصحة الذين يقدمون استشارات للبالغين الأكبر سنًا قد أُثيرت منذ ٣٠ عامًا تقريبًا، فلا تزال هناك حاجة إلى مثل هذا التدريب.^{٥١-٥٢} أصدرت وزارة الصحة البريطانية^{٥١} في عام ٢٠١٣ «إطار الخدمات الوطنية لكبار السن». لكن هذا الإطار لم يضم أي إشارة إلى المشكلات المتعلقة بالأمور الجنسية التي قد يواجهها كبار السن. وطرح الباحثون حتى أن بعض متخصصي الرعاية الصحية قد يعتبرون أن الجنس عند كبار السن «يثير الأشمئزاز»، أو «ببساطة مضحكًا»، وبالتالي يتجنبون مناقشة الحياة الجنسية مع المرضى من كبار السن.^{٥١} وفي دراسة أجريت عام ٢٠٠٣ في إنجلترا، أشار ٩٤٪ من المهنيين في مجال الرعاية الصحية (المعالجين، والأطباء، والمرضات) إلى أنهم كان يشعرون بعدم الراحة، ومن غير المرجح أن يناقشوا الأمور الجنسية مع مرضاهم.^{٥٣} ونظرًا لهذه المواقف، لا عجب أن يتردد المرضى من كبار السن في الشروع في مناقشات مع الاستشاريين.^{٥٤} وتوضح مدونة كتبها أرملة هذا الشعور بعدم الراحة:

«أنا أيضًا أجد من الصعوبة إثارة الموضوع. رغم أنني [خلال] الاستشارات أقول بعض التلميحات، لا أشعر بالراحة لمناقشة الأمر مع المستشارين الذكور، وحتى الإناث منهم يتجنبون الموضوع...»^{٥٥}

مع التوعية والتدريب المناسبين، يصبح الممارسون في وضع فريد يمكنهم خلاله التحقق من الحرمان الجنسي وبدء المحادثات مع

جنسية مُرضية. وإلى أن يتم الإقرار بالحرمان الجنسي كشكلٍ من أشكال الحزن المحظور. قد يستمر كبار السن في تجاوز فقدان كبيرٍ في صمت ودون دعمٍ كافٍ. علينا أن نستجيب إلى الأزمنة التي كتبت:

«شكرًا لكم على اتخاذ خطوة نحو إثارة هذا الموضوع العاطفي والقاسي. ويبدو من «المحرمات» في هذه الثقافة... التحدث عن أكثر احتياجات الإنسان عمقًا وطبيعيةً وضروريةً».^{٥٥}

بين الحرمان الجنسي وخبرة الحياة والعلاقات الجنسية بعد وفاة الشريك. يمكن أن تسفر أيضًا عن معلومات قيمة. علاوة على ذلك. هناك حاجة أيضًا لمعرفة المزيد حول ما إذا كان هناك حرمان جنسي متوقع عندما يعاني الشريك من إعاقة. أو مرض طويل الأمد.^{٥٦،٥٧}

الخاتمة

تأتي هذه الدراسة في حينها؛ إذ إن الطفرة السكانية تزيد أعداد الناس الذين سوف يشهدون وفاة الشركاء الذين تقاسموا معهم علاقات

المراجع

1. Fisher LL. Sex, romance and relationships: AARP survey of midlife and older adults. Washington, DC: AARP, 2010. Available from: http://assets.aarp.org/rgcenter/general/srr_09.pdf.
2. Krasnow I. Sex after...: women share how intimacy changes as life changes. New York: Avery, 2014.
3. DeLamater J, Moorman SM. Sexual behavior in later life. Journal of Aging and Health, 2007 Dec;19(6):921–945. <http://dx.doi.org/10.1177/0898264307308342>.
4. Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, Levinson W, O'uirheartaigh CA, Waite LJ. A study of sexuality and health among older adults in the United States. The New England Journal of Medicine, 2007 Aug 23;357(8):762–774. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa067423>.
5. Addis IB, Van Den Eeden SK, Wassel-Fyr CL, Vittinghoff E, Brown JS, Thom DH. Sexual activity and function in middle-aged and older women. Obstetrics and Gynecology, 2006 Apr;107(4):755–764. <http://dx.doi.org/10.1097/01.AOG.0000202398.27428.e2>.
6. Gott M, Hinchliff S. How important is sex in later life? The views of older people. Social Science & Medicine, 2003 Apr;56(8):1617–1628. [http://dx.doi.org/10.1016/S0278-6125\(02\)00180-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0278-6125(02)00180-6).
7. DeLamater J. Sexual expression in later life: a review and synthesis. Journal of Sex Research, 2012;49(2-3):125–141. <http://dx.doi.org/10.1080/00224499.2011.603168>.
8. Marshall BL. Science, medicine and virility surveillance: 'sexy seniors' in the pharmaceutical imagination. Sociology of Health & Illness, 2010;32(2):211–224. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9566.2009.01211.x>. Epub 2010 Feb 8.
9. Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistics. Older Americans 2016: key indicators of well-being. Washington (DC): U.S. Government Printing Office, 2016. Available from: <http://www.agingstats.gov/docs/LatestReport/OA2016.pdf>.
10. United States Census Bureau. Current population report. Washington (DC): U.S. Government Printing Office, 2002.
11. United Nations Division for the Advancement of Women. Widowhood: Invisible, Secluded, or Excluded. The World's Women 2000: Trends and Statistics. New York: United Nations Publications, 2000.
12. DeLamater J, Hyde JS, Fong M-C. Sexual satisfaction in the seventh decade of life. Journal of Sex & Marital Therapy, 2008; 34(5):439–454.

- <http://dx.doi.org/10.1080/00926230802156251>.
13. Stephenson KR, Meston CM. When are sexual difficulties distressing for women? The selective protective value of intimate relationships. *The Journal of Sexual Medicine*, 2010 Nov;7(11):3683–3694. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01958.x>.
 14. Foley S. Older adults and sexual health: a review of current literature. *Curr Sex Health Rep*, 2015;7(2):70–79. <http://dx.doi.org/10.1007/s11930-015-0046-x>.
 15. Nash P, Willis P, Tales A, Cryer T. Sexual health and sexual activity in later life. *Reviews in Clinical Gerontology*, 2015;25(01):22–30. <http://dx.doi.org/10.1017/S0959259815000015>.
 16. Norton W, Tremayne P. Sex and the older man. *The British Journal of Nursing*, 2015;24(4):218–221. <http://dx.doi.org/10.12968/bjon.2015.24.4.218>.
 17. Kansky J. Sexuality of widows: a study of the sexual practices of widows during the first fourteen months of bereavement. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 1986;12(4):307–321. <http://dx.doi.org/10.1080/00926238608415416>.
 18. Malatesta VJ, Chambless DL, Pollack M, Cantor A. Widowhood, sexuality and aging: a life-span analysis. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 1988;14(1):49–62. <http://dx.doi.org/10.1080/009262388084039016>.
 19. Rossi AS. Eros and caritas: A biopsychosocial approach to human sexuality and reproduction. In: Rossi, editor. *Sexuality across the life course*. Chicago: University of Chicago Press, 1994. p.3–38.
 20. Courtney M. The sexual needs of widowed people. *Bereav Care*, 1985;4(1):8–11. <http://dx.doi.org/10.1080/02682628508657128>.
 21. Elliott B. Sexual needs of those whose partner has died. *Bereav Care*, 1997;16(1):2–5. <http://dx.doi.org/10.1080/02682629708657398>.
 22. Adams SA. Marital quality and older men's and women's comfort discussing sexual issues with a doctor. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 2014;40(2):123–138. <http://dx.doi.org/10.1080/092623X.2012.691951>. Epub 2013 Jun 14.
 23. Nusbaum MRH, Singh AR, Pyles AA. Sexual healthcare needs of women aged 65 and older. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2004;52(1):117–122. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52020.x>.
 24. Utz RL, Caserta M, Lund D. Grief, depressive symptoms, and physical health among recently bereaved spouses. *Gerontologist*, 2012 Aug;52(4):460–471. <http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnr110>. Epub 2011 Dec 7.
 25. Jenkins CL, Edmundson A, Averett P, Yoon I. Older lesbians and bereavement: experiencing the loss of a partner. *Journal of Gerontological Social Work*, 2014;57(2-4):273–287. <http://dx.doi.org/10.1080/01634372.2013.850583> Epub 2014 May 5.
 26. Tracey A. Perpetual loss and pervasive grief: daughters speak about the death of their mother in childhood. *Bereav Care*, 2011;30(3):17–24. <http://dx.doi.org/10.1080/02682621.2011.61796>.
 27. Doka KJ. *Grief is a journey: finding your path through loss*. New York: Atria Books, 2016.
 28. Barnes J. *Levels of life*. New York: Knopf, 2013.
 29. Didion J. *The year of magical thinking*. New York: Knopf, 2005.
 30. Oates JC. *A widow's story: a memoir*. New York: Ecco Press, 2011.
 31. Lightner C, Hathaway N. *Giving sorrow words: how to cope with grief and get on with your life*. New York: Grand Central Publishing, 1990.
 32. McCormack JH. *Grieving: a beginner's guide*. London: Darton, Longman & Todd, Ltd., 2005.
 33. Hunter TH. Sex, sensuality and sadness, reply [Internet]. *Widow's voice: seven widowed voices sharing love, loss, and hope*. Soaring Spirits International, 2011. [cited 2016 Oct 23]. Available from: http://widowsvoicesslf.blogspot.com/2011/04/sex-sensuality-and-sadness_10.html.
 34. Chris. Sex, sensuality and sadness, reply [Internet]. *Widow's voice: seven widowed voices sharing love, loss, and hope*. Soaring Spirits International, 2011. [cited 2016 Oct 23]. Available from: http://widowsvoice-sslf.blogspot.com/2011/04/sex-sensuality-and-sadness_10.html.

35. The Tomlin Family. Sex, sensuality and sadness, reply [Internet]. Widows' voice: seven widowed voices sharing love, loss, and hope. Soaring Spirits International, 2011. [cited 2016 Oct 23]. Available from: http://widowsvoicessf.blogspot.com/2011/04/sex-sensuality-and-sadness_10.html.
36. Anonymous. Lack of intimacy, reply [Internet]. Widows Speak Up! [cited 2016 Oct 23]. Available from: <http://www.widowsspeakup.com/2012/01/lack-of-intimacy.html>. 2015 Nov.
37. World Health Organization. World report on ageing and health. Luxembourg: WHO Press, 2015:230.
38. U.S. Department of Health and Human Services. Administration on Aging [Internet]. [cited 2016 Oct 23]. Available from: <http://www.aoa.gov/>.
39. Code of Federal Regulations, Title 45, Public Welfare, Department of Health and Human Services, Part 46, Protection of Human Subjects. §46.111 Criteria for IRB approval of research. Available from: <http://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/regulations/45-cfr-46/index.html#46.111>. 2009.
40. American Psychological Association. Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct [Internet]. [cited 2016 Oct 23]. Available from: <http://www.apa.org/ethics/code/>. 2010.
41. McNutt B, Yakushko O. Disenfranchised grief among lesbian and gay bereaved individuals. J LGBT Issues Couns, 2013;7(1):87-116. <http://dx.doi.org/10.1080/15538605.2013.75834>.
42. Brody JE. Jane Brody's guide to the great beyond: a practical primer to help you and your loved ones prepare medically, legally, and emotionally for the end of life. New York: Random House, 2009:211.
43. Kanacki LS, Jones PS, Galbraith ME. Social support and depression in widows and widowers. Journal of Gerontological Nursing, 1996 Feb;22(2):39-45. <http://dx.doi.org/10.3928/0098-9134-19960201-11>.
44. Gray J. Men are from mars, women are from venus: a practical guide for improving communication and getting what you want in a relationship. New York: HarperCollins, 1992.
45. Tannen D. You just don't understand: women and men in conversation. New York: Ballantine Books, 1990.
46. Bekkers T. Green Bay Oncology [Internet]. Gender differences in grief. [cited 2016 Nov 1]. Available from: <http://gboncology.com/blog/gender-differences-in-grief/>. 2013 Oct.
47. Hillman JL. Clinical perspectives on elderly sexuality. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2000.
48. Montemurro B, Bartasavich J, Wintermute L. Let's (not) talk about sex: the gender of sexual discourse. Sexuality and Culture, 2015 Mar;19(1):139-156. <http://dx.doi.org/10.1007/s1219-014-9250-5>.
49. Nusbaum MR, Lenahan P, Sadovsky R. Sexual health in aging men and women: addressing the physiologic and psychological sexual changes that occur with age. Geriatrics, 2005 Sep;60(9):18-23.
50. Malatesta VJ. Sexuality and the older adult: an overview with guidelines for the health care professional. Journal of Women & Aging, 1989;1(4):93-118. http://dx.doi.org/10.1300/J074v01n04_07.
51. US National Institute on Aging. Sexuality in later life [Internet]. Age Page. National Institutes of Health. [cited 2016 Oct 23]. Available from: <https://www.nia.nih.gov/health/publication/sexuality-later-life>. 2013.
52. Taylor A, Gosney MA. Sexuality in older age: essential considerations for healthcare professionals. Age and Ageing, 2011 Sep;40(5):538-543. <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afr049>.
53. Haboubi NH, Lincoln N. Views of health professionals on discussing sexual issues with patients. Disability and Rehabilitation, 2003 Mar 18;25(6):291-296. <http://dx.doi.org/10.1080/0963828021000031188>.
54. Inelmen EM, Sergi G, Girardi A, Coin A, Toffanello ED, Cardin F, Manzato E. The importance of sexual health in the elderly: breaking down barriers and taboos. Aging Clinical and Experimental Research, 2012 Jun;24(3 Suppl):31-34.

55. Anonymous. Lack of intimacy, reply [Internet]. WidowsSpeak Up! [cited 2016Oct23]. Available from: <http://www.widowsspeakup.com/2012/01/lack-of-intimacy.html>. 2012Jan 12.
56. Rando TA. Anticipatory mourning: what it is and why we need to study it. In: Rando, editor. Clinical dimensions of anticipatory mourning. Champaign (IL): Research Press, 2000.
57. Rando TA, Doka KJ, Fleming S, Franco MH, Lobb EA, Parkes CM, et al. A call to the field: complicated grief in the DSM-5. Omega (Westport), 2012 Jan;65(4):251-255. <http://dx.doi.org/10.2190/OM.65.4.a>.

الصحة الجنسية وكبار السن: مقترح لبحث اجتماعي

بقلم: شارون هينشليف

كلية التمريض والولادة، جامعة (شيفيلد) ملحق (باربر هاوس) ٣ طريق (كلارك هاوس)، (شيفيلد) س ١٠٢ ل أ، (انكلترا)
للمراسلة: s.hinchliff@sheffield.ac.uk

ترجمة: حسام فازولا

موجز المقال: بدأت الأدلة على الصحة الجنسية لكبار السن في التزايد، ولكنه يبقى مجال لم يتم البحث فيه بالقدر الكاف خاصة من جانب العلوم الاجتماعية. تحدد وجهة النظر هذه أربعة اعتبارات لمن يعملون في بحوث العلوم الاجتماعية حول هذا المجال وهي: ١- تعريف الفئة العمرية (كبار السن)، ٢- وضوح نوع الجنس في البحث، ٣- تقديم نطاق متنوع من الأصوات، ٤- استخدام مناهج البحث النوعي لاستكشاف الموضوع بشكل معمق. تهدف هذه المقترحات لمساعدة الباحثين في تجنب أوجه القصور في البحث حول هذا المجال، وتعزيز الأدلة لتطوير إدراك القضية وإحداث التغيير في مجال الخدمات الصحية. © ٢٠١٦ (أهمية الصحة الإيجابية)، نشر بواسطة: (السيفير بي في) كل الحقوق محفوظة.

الكلمات الدالة: الصحة الجنسية، كبار السن، المسنين، بحث، علم الاجتماع.

مقدمة

يظل النمط السائد عن لا جنسانية كبار السن باقٍ في ظل وجود وفرة من الأدلة، على أن هناك الكثير من كبار السن النشطين جنسيًا. وعلى الرغم من أن الأبحاث في هذا المجال أقل من الأبحاث حول الأصغر سنًا من البالغين، إلا أنه ما زالت تلك الأدلة في ازدياد. في الآونة الأخيرة قدمت الدراسات الكمية مؤشراً عن معدل وأنواع النشاط الجنسي الذي يمارسه كبار السن مثل (لي إت أل^١). بينما عرضت الدراسات النوعية رؤى معمقة حول الحياة الجنسية لكبار السن، فعلى سبيل المثال، قد تم الوصول إلى أنه لا تقل الرغبة الجنسية لكل النساء بعد انقطاع الطمث^٢، ولا يتعرض كل كبار السن الرجال لمشاكل في الانتصاب كفشل في الذكورة^{٣،٤} بالنظر إلى مدى التأثير السلبي للأنماط المفترضة حول كبار السن.

فإن تحدي الافتراضات الشائعة حول الجنس، والنوع الاجتماعي، والكبر في السن يمكن أن يشكل جزءًا هامًا في الأبحاث النوعية*.

بزيادة الأدلة يزداد الوعي باحتياجات الصحة الجنسية لكبار السن، وقد أوضحت منظمة الصحة العالمية أن الصحة الجنسية هي مسألة مستمرة طوال الحياة، وأصبح يتم ذكر كبار السن الآن في بعض الأدلة الإرشادية المحلية للممارسات الطبية، والخدمات الصحية - مثل (إطار تطوير الصحة الجنسية في إنكلترا ٢٠١٣)، وهذا تغيير قد بدأ مؤخرًا، منذ بداية الألفية الجديدة. ويتم الاهتمام به في بلدان الدخل المرتفع بشكل أساسي، ومن المرجح أنه أصبح هناك اهتمام باحتياجات الصحة الجنسية لكبار السن؛ نتيجة للتغيرات المجتمعية وتأثيرًا بالتسوية، وحركة

* تم إجراء بحث نوعي أكثر بكثير حول موضوع التقدم في العمر والصحة الجنسية، للإطلاع أقرأ (فولي ١٢)

من عمره. فمن الأفضل أن يركز المشروع على فئة عمرية واحدة. أو أن يتم تقسيم عينة البحث إلى منتصف الرشد (من الخمسين إلى التاسعة والستين). والرشد المتأخر (سبعون سنة فأكثر) لاستكشاف الاختلاف في البيانات أثناء مرحلة تحليل البيانات. غالباً ما يكون تصنيف الباحث لكبار السن متأثراً بعوامل ثقافية. وخاصة العمر المتوقع. والذي يختلف بشكل كبير بين الدول ذات الدخل المحدود. إلى الدول ذات الدخل المرتفع.¹¹

ثانياً. ففكر في كيفية تعريف الجنس. «بتكون الجنس من مجموعة من الأنشطة الجنسية (فموي. شرجي. تقبيل... إلخ). ويعتبر كثير من كبار السن الحميمية الجسدية جزءاً كبيراً من مرجعهم الجنسي. قد يكون من المفيد في البحث النوعي أن تسأل المشاركين أثناء جميع البيانات عن مفاهيمهم الخاصة للجنس. ثم استخدم ذلك كإطار للنقاش. أما إذا كان يتم جميع البيانات من خلال استبانة؛ فتأكد من وضوح الأسئلة عند السؤال عن أنواع مختلفة من الجنس حيث إن ذلك سيساعد في التحليل فيما بعد.

ثالثاً. تناول نطاقاً متنوعاً من الأصوات. فهناك احتياج لمزيد من البحث في هذا المجال مع أشخاص ذوي هويات جنسية غير ثنائية. ومثليات ومثليين. وثنائي الميول الجنسية. على الباحثين أن يهتموا بالطريقة التي تتقاطع بها الصحة الجنسية مع الإعاقة، والطبقة الاجتماعية. والعرق أيضاً. فبالطبع يعتبر النموذج المثالي لكبير السن النشط جنسياً أبيض. ومغاير الجنس. ويتمتع بصحة جيدة. وجسم بلا إعاقات. من آثار قلة التنوع فرض ما هو نموذجي وتهميش كبار السن الناشطين جنسياً. الذين لا يتماشوا مع المعايير. قد تؤثر الصحة السيئة بشكل أكثر سلبية على كبار السن. لذا يجب ألا يركز البحث على الأصحاء فقط. كما تختلف طريقة تعامل كبار السن مع منظومة التقدم في العمر

حقوق المثليين والمثليات. وثنائي الميول الجنسية. والمتحولون جنسياً. في اتجاه نحو الاهتمام بالجنس والعلاقات والتقدم في العمر. حيث أصبح هناك قيود أقل بكثير حول من يستطيع ممارسة الجنس مع من. وأصبح الاهتمام بالجنس جزءاً هاماً من الاهتمام بالصحة والسلامة المتعلقة بالتقدم في العمر. وأصبح يُنظر للنشاط الجنسي كمؤشر على التقدم في العمر بشكل صحي وجيد. مما يثير التساؤل حول تكوين أنماط سائدة ومفاهيم مثل: «الفشل الجنسي» و «السن المثير».

ولكن يقع كبار السن خارج إطار الحقوق الجنسية. ولا يحصلون دائماً على دعم بالنسبة لاحتياجات صحتهم الجنسية سواء في إطار الخدمات الطبية. أو المجتمعية.^{٩،٨} يؤكد (تقرير منظمة الصحة العالمية للصحة الجنسية وحقوق الإنسان) أن عدم الوصول للتعليم. والخدمات. وضعف الحماية ضد التمييز. والفشل في حماية الخصوصية والسرية في مجال الخدمات الاجتماعية والصحية؛ له تأثير سويء على الصحة والسلامة.^{١٠} ويعتبر إهمال مواجهة هذه المشاكل فشل في منظومة الصحة الشاملة. لذا فإدراك المنظمات والحكومات لاحتياجات الصحة الجنسية لكبار السن هو خطوة كبيرة للأمام. وستشجع المزيد من الدراسات حول الموضوع. كما ستشجع المقترحات العملية المبنية على الأدلة. وفي هذا الإطار ولتوسيع المعرفة في هذا المجال: أقدم المقترحات التالية لباحثي علم الاجتماع:

أولاً. ضع في الاعتبار كيفية تعريف «كبار السن». فهناك الكثير من الأبحاث الموجودة في هذا المجال تعرف كبار السن بأنهم «من هم في الخمسين من عمرهم وأكبر». ولكن التعامل مع كبار السن وكأنهم مجموعة واحدة متجانسة إشكالي. فلا يمكن افتراض أن المشاكل التي تواجه رجلاً أو امرأة - في الخمسين من عمرهما - مثل تلك المشاكل التي تواجه شخصاً في السبعين

للحيوات الجنسية المختلفة للأشخاص.

هذه الاعتبارات مرنة. ويمكن إعادة تشكيلها. بالإضافة إليها من قبل الباحثين، والأكاديميين، والأطباء والنشطاء، وكبار السن أنفسهم، وهي أيضاً قابلة للتكيف لتناسب مع المشاريع المعاصرة (قد لا يمكن تحقيق كل هذه الموضوعات بالأعلى في مشروع بحثي واحد؛ بسبب قيود التمويل على سبيل المثال). كلما زاد عدد الأدلة المجمعة عن احتياجات الصحة الجنسية لكبار السن؛ كلما أمكن استخدام تلك الأدلة للاستجابة لتلك الاحتياجات، وإشراك الحكومات والهيئات الهامة الأخرى، وإحداث التغيير في مجال الخدمات الطبية.

باختلاف العوامل الاجتماعية، والتي تؤثر بدورها على الطريقة التي يتفاوضون بها عند التقدم في العمر وكيف يقاومون التمييز وفقاً للعمر، ويؤكدون على أهليتهم الجنسية.

رابعاً، قم بإجراء مشروع نوعي، أو قم بإدماج عامل نوعي في تصميم الدراسة، حيث إنه يمكن للبحث النوعي أن يعمق الفهم الخاص بتجارب الصحة الجنسية، بالإضافة إلى السياق الاجتماعي، والثقافي، والشخصي المحيط بتلك التجارب. وبذلك يسمح البحث النوعي للباحثين أن يستكشفوا الطرق التي تؤثر بها تلك العوامل على الجنسية والجندر، والتقدم في العمر، وكذلك يمكنهم ملاحظة الفروق الدقيقة

المراجع

1. Sandberg L. Sex, sexuality and later life. In: Twigg, Martin, editors. Routledge Handbook of Cultural Gerontology. Oxon: Routledge, 2015.
2. Lee DM, Nazroo J, O'Connor DB, et al. Sexual health and well-being among older men and women in England: findings from the English Longitudinal Study of Ageing. Archives of Sexual Behavior, 2016;45(1):133-144.
3. Hinchliff S, Gott M, Ingleton C. Sex, menopause and social context: a qualitative study with heterosexual women. Journal of Health Psychology, 2010;15(5):724-733.
4. Ussher JM, Perz J, Gilbert E, et al. Renegotiating sex and intimacy after cancer: resisting the coital imperative. Cancer Nursing, 2013;36(6):454-462.
5. Wentzell EA. Maturing masculinities: aging, chronic illness, and Viagra in Mexico. USA: Duke University Press, 2013.
6. Department of Health. A Framework for Sexual Health Improvement in England. Available at [https://www.gov.uk/government/publications/a-framework-for-sexualhealth-improvement-in-](https://www.gov.uk/government/publications/a-framework-for-sexualhealth-improvement-in-england)
7. Marshall BL. Senior sex in a post-Viagra world. The Doctor will see you now. Available at <http://www.thedoctorwillseeyounow.com/content/sex/art4742.html>. 2015.
8. Hinchliff S, Gott M. Seeking medical help for sexual concerns in mid-and later life: a review of the literature. Journal of Sex Research, 2011;48(2-3):106-117.
9. Simpson P, Horne M, Brown LJ, et al. Old(er) care home residents and sexual/intimate citizenship. Ageing and Society, 2015;14:1-23.
10. World Health Organization. Sexual health, human rights and the law. WHO. Available at <http://apps.who.int/iris/handle/10665/175556>. 2015.
11. World Health Organization. Life expectancy: Global Health Observatory data. WHO. Available at http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/en/. 2016.
12. Foley S. Older adults and sexual health: a review of current literature. Current Sexual Health Reports, 2015; 7(2):70-79.

الجنسانية والتقدم في العمر

بقلم: والتر ب باومان، بيغي ج كلاينبلاتس

روتليدج، (أوكسفورد)، إنكلترا، ٢٠١٦

للاتصال: <https://www.routledge.com/Sexuality-Ageing/Bouman-Kleinplatz/p/book/9781138932630>

ترجمة: حسام فازولا

ركزت على العلاقات المفتوحة وكبار السن من المثليات والمثليين. توضح المقالات أن فهم جنسانية كبار السن قد أخذ في التطور، وأصبح عاكسًا للحياة اليومية بشكل أكبر. وذلك من خلال الاعتماد على مدخل شمولي في البحث متضمنًا وجهة نظر كبار السن أنفسهم بشكل يُجد من الافتراضات الضارة المحتملة.

تصبح العلاقات الموضوع الرئيس بداية من الفصل الرابع لنهاية الكتاب. وتأتي العلاقات في شكل علاقة الشخص مع جسده (فصل ١١)، أو مع شركاء جدد (فصل ١٠)، أو مع شركاء مستمرين على مدى طويل (فصل ٤ و ١١) أو العلاقات مع العائلة، والأصدقاء (فصل ٩)، وعلى الرغم من أنه قد تكون أهمية العلاقات واضحة بالنسبة للجنسانية، تتناول المقالات المعروضة في الكتاب استكشاف جوانب ترايبوية، وعاطفية، تعبر عن وجهة النظر الشاملة الكلية للجنسانية، والتي يدعمها المحرران، وتظهر بشكل أكبر في رغبة المحررين في تقديم عمل كتابي يعكس ما هو ملائم لجنسانية كبار السن.

تُعد الجوانب الإيجابية للكبر في السن واحدة من أهم وجهات النظر الجديدة، التي يدعو إليها الكتاب، وهي الجوانب التي نادرًا ما يتم أخذها في الاعتبار في العمل البحثي، أو في المجتمع بشكل عام؛ ما جعل إحساس الغالب بعد الانتهاء من قراءة الكتاب أنه يتصدى للنقاشات السلبية حول التقدم في العمر. يأتي أكثر

يُعرض كتاب (الجنسانية والتقدم في العمر) إجابة رائعة وواضحة لأسئلة باتت ملحّة في السنوات الأخيرة عن الاحتياجات والتوقعات الجنسية لكبار السن، وخاصة ما يعتبره كبار السن مهمًا بالنسبة لجنسائهم، وما نعرفه عن التعبير الجنسي لكبار العمر، كلاً من (والتر ب باومان)، و(بيغي ج كلاينبلاتس) خبيران مخضرمان في المجال، وقد قاما بتحرير مجموعة من المقالات في نسخة خاصة من الدورية البحثية (العلاج الجنسي وعلاج العلاقات)، تبني هذه المجموعة قصة للقراء مع كل فصل من خلال تقديم جوانب مختلفة من الجنسانية والتقدم في العمر، على الرغم من كون المجموعة بعض من المقتطفات من المقالات، إلا أنها تُعد قراءة سلسة ومؤثرة في نفس الوقت، وتلقي الضوء على رؤى جديدة، يبين تناول نطاق الجنسانية الواسع في الحياة اليومية أن الكاتبين قد استطاعا ضم كتابات من أهم أعمال متخصصي الجنسانية، والباحثين، والطلاب.

بدأ الالتفات إلى موضوع جنسانية كبار السن حديثًا، وأخذ وجوده يتنامى في الأبحاث وفي مجال الخدمات الصحية والمجتمع، وتعمل تلك المجموعة على تطوير الرؤى الحديثة، متحديّة المفاهيم السائدة من خلال جهود استكشافية «لطيف التعبير الجنسي بأكمله» رافضة للتوقعات المغايرة التعميمية، وداعيةً للتنوع، وهو اتجاه شامل واضح في الكتاب بأكمله، إلا أنه اتضح جليًا بشكلٍ خاص في الفصول ٧ و ٩ و ١٠، والتي

منطقي جداً من حيث الانتقال من منظور ضيق للجنسانية لمنظور أوسع مما يسهل القراءة. من المؤسف أيضاً أنه في دراسات تخص كبار السن، لا يوجد أي إدماج لكبار السن من فوق الثمانين عاماً. وربما يكون عدم الشمول هذا بسبب ندرة الدراسات حول هذا العمر، وليس تقصيراً من قبل المحررين. حيث إن الكتاب يرفض النظرة السائدة لكبار السن باعتبارهم «فئة عمرية منفصلة»، ولكن يذكر الكتاب على الرغم من ذلك، أن مفهوم كبار السن قد يكون خول. وأصبح من المعروف أن الجنسية شيء هام لكبار السن في ستينياتهم وسبعينياتهم، إلا أنه ما زال هناك حُفظ في قبول جنسانية من هم أكبر من ذلك.

يمثل كتاب (الجنسانية والتقدم في العمر) بحثاً واسع المدى، وذي جودة عالية في سياقه؛ مما يجعله ملائماً لقطاع عريض من الجمهور، وهذا ليس من خلال تضمن الكتاب لمواضيع ونقاشات رائجة فقط مثل: الصحة الجنسية وجودة الحياة، بل لتناول مواضيع نادرة الذكر والنقاش أيضاً مثل المواعدة، على الرغم من ترددي في كتابة نقد لمجموعة مقتطفات من المقالات، إلا إنها كانت قراءة مقنعة. وتقدم للقارئ مجموعة شاملة ومعاصرة من المحتوى الكتابي من قبل أهم الباحثين في المجال، وهو كتاب يجبُّ قراءته من قبل العاملين بالصحة، والباحثين، والدارسين الراغبين في تعميق معرفتهم في مجال الجنسية والتقدم في العمر.

(ستيفاني إيجي غيمي ميه)، طالبة دكتوراه،
كلية التمريض والولادة، جامعة (شييفيلد)،
(إنكلترا)

تلك النقاشات إقناعاً في البحث الأمثل عن التجارب الجنسية المعروضة في الفصل السادس، والهوية الجنسية والشهوانية المتناولة في الفصل السابع. حيث يعرض كلا الفصلين الإيجابية في المجتمع البحثي، والتي توازن الخطاب السلبي. وتعزز مفهوم أن التقدم في العمر ليس مرتبطاً بنقصان الجنسية ارتباطاً جوهرياً، وذلك مع أخذ السلبيات في الاعتبار أيضاً.

وبجانب تعزيز المحررين للمفاهيم التنوعية، يتناول الكتاب التمييز وفقاً للسن، والنوع الاجتماعي، والجنسانية والتقاطعات بينها، ويتناول أيضاً نقاش حول كيف أن هناك قطاعات مختلفة من كبار السن - وهم النساء والمثليين والمثليات في هذه الحالة - قد مروا بتجارب جنسانية تختلف عن المفاهيم السائدة. الفصل التاسع هو واحد من أكثر الفصول المثيرة عاطفياً في الكتاب، والذي يعرض بشكل تفصيلي الأثر المدمر والمستمر للتمييز على حياة كبار السن من المثليين والمثليات، والتأثير الواسع لتجارب التمييز السابقة، والذي قد يؤدي إلى الخوف من التمتع والوصول للخدمات الصحية. قد يشجع إدراك ذلك زيادة الحساسية من قبل العاملين بالصحة عندما يتعاملون مع متلقي الخدمات من كبار السن. يتناول الكتاب اعتبارات عملية للعاملين بالصحة؛ مما يجعله ملائماً، سواء من على المستوى الأكاديمي، أو على المستوى العملي.

بعد مقدمة بليغة وتذكير للحاجة لبحث الجنسية من منظور إنساني وظواهري، كان من المحبط أن يأتي الفصل الأول مركزاً بشكل أساسي على الجوانب البيولوجية والطبية، ولكن بالانتهاء من قراءة الكتاب ككل يتضح أن الترتيب

إنه «مربوط»: القوة والضعف وتجسيد الذكورة في مصر

بقلم: فرحة غنام

أستاذ مشارك في الأنثروبولوجيا، كلية سوارثمور، سوارثمور، PA 19081، الولايات المتحدة الأمريكية.
للمراسلة: fghanna1@swarthmore.edu

ترجمة: أستاذة شهريت العالم

موجز المقال: يتناول هذا المقال مفهوم «الربط». بمعنى عدم قدرة العريس على ممارسة الجماع بما يؤدي إلى فض البكارة في ليلة الزفاف، وذلك بهدف استكشاف العلاقة بين الذكورة، والتجسيد، والأداء الجنسي. استناداً إلى العمل الميداني الإثنوجرافي في مصر بين عامي 1993 و 2015، تستكشف هذه الورقة مفهوم «ربط» العريس، وطريقة تعريفه وطرحة اجتماعياً. وبعد تقديم إطار المفاهيمي لدراسة الحياة الجنسية والتجسيد، تنتقل الورقة إلى مناقشة معنى ليلة الزفاف، والمعطيات الاجتماعية التي يعتمد عليها الناس عند تحديد «الربط»، وكيف تعزو هذه المعطيات الأحداث المختلفة إلى قدرة/عدم قدرة العريس؛ وماذا تفعل النساء، لا سيما الأمهات، لحماية وشفاء أقاربهن الذكور من هذه المحنة، ولفهم لحظات عجز أو «فشل» الأفراد؛ لإنتاج الآثار البدنية، والاجتماعية المرغوبة. فمن المهم ألا نقصر نظرتنا إلى الفرد على أنه جسد يتمتع بقدرة جنسية - بمعنى الجسد المحدد بوضوح والمقتصر على رغبات ومشاعر فريدة من نوعها، علينا أن نضع في الاعتبار أيضاً التكوينات الأوسع نطاقاً التي تربط الأجساد المختلفة، وتضفي عليها معانٍ معينة، وتنتج طابعها المادي. وتوضح مناقشتي أن فهمنا للحياة الجنسية، والصحة الإيجابية سيظل محدوداً إذا أخذنا في الاعتبار الرجال أو النساء فقط كأفراد منفصلة، أو كأرواح مستقلين. ويساعدنا استكشاف لحظات الضعف البيولوجي-الاجتماعي، مثل: مفهوم «الربط»، وكيفية ارتباطها بمشاريع أوسع نطاقاً في مجال النوع الاجتماعي، على فهم القضايا المتعلقة بالصحة الإيجابية والحقوق الجنسية بشكل أعمق.

الكلمات الدالة: التجسيد، الذكورة، الحياة الجنسية، المادية الجديدة، مصر.

مقدمة

رغبتها في خاطب آخر يعمل في الخارج، وعلى الرغم من وجود شكوك لدى عبده حول مزاعم عمه، ونفي سها الحازم أنها قالت أي شيء سيء عن خطيبها، فقد كان يجب فسخ الخطوبة؛ لأن الأسرة هددت عبده بأن تنبرأ منه إذا أصر على إتمام هذا الزواج؛ فخطم قلب عبده، وفكر في الزواج من سها دون مباركة عائلته، إلا أنه وافق بعد فترة على اقتراح أسرته، وخطب فتاة أخرى جميلة تعمل معلمة في مدرسة بقريتهم، كانت شقيقاته يعرفن الفتاة الشابه، ويعتقدن أنها زوجة مناسبة لشقيقهن. وفي ليلة الزفاف، بدت العروس مذهلة في الثوب الجديد الذي اشتراه

وقع (عبده) في حب (سها) عندما كان عمره 22 سنة، وسها امرأة جميلة من قريته في صعيد مصر. وقد بذل جهداً كبيراً لإقناع أسرته بالموافقة على خطوبتهما. ترددت أسرة عبده؛ لأن أقارب سها يُعْتَبَرُونَ من مثبيري الخلافات، ويخوضون معارك متكررة مع الآخرين. وبعد عدة محاولات، فَرِحَ عبده عندما رضخت أسرته ووافقت على الخطوبة، لكن سعادة الزوجين لم تستمر لفترة طويلة، حيث كان يجب فسخ الخطوبة بعد أن أصر أحد أعمام عبده أنه سمع مصادفة سها وهي تتكلم بشكل سيء عن ابن أخيه، وتعرب عن

البيولوجية، أو الجذور الاجتماعية لـ «الربط»؛ بل انصب اهتمامي بالأحرى على الحياة الاجتماعية لهذا الوضع، وماذا يُعلمنا عن الحياة الجنسية، والنوع الاجتماعي، والسلطة، وطبيعة مادية الجسد، ولفهم لحظات عجز، أو «فشل» الأفراد لإنتاج الآثار البدنية والاجتماعية المرغوبة، فمن المهم ألا نقصر نظرنا إلى الفرد على أنه جسد يتمتع بقدرة جنسية - بمعنى الجسد المحدد بوضوح والمقتصر على رغبات ومشاعر فريدة من نوعها. علينا أن نضع في الاعتبار أيضًا التكوينات الأوسع نطاقًا التي تربط الأجساد المختلفة وتضفي عليها معانٍ معينة، وتنتج طابعها المادي، ويساعدنا استكشاف لحظات الضعف البيولوجي-الاجتماعي، مثل: مفهوم «الربط»، وكيفية ارتباطها بمشايخ أوسع نطاقًا في مجال النوع الاجتماعي على فهم القضايا المتعلقة بالصحة الإيجابية والحقوق الجنسية بشكل أعمق.

تعرض الورقة البحثية بداية الإطار المفاهيمي، ثم تنتقل إلى النظر في كيفية تعريف «الربط» وتناوله اجتماعيًا، وتولي المناقشة اهتمامًا خاصًا لمعنى ليلة الزفاف، والمعطيات الاجتماعية التي يعتمد عليها الناس عند تحديد «الربط»؛ وكيف تعزو هذه المعطيات الأحداث المختلفة إلى قدرة/عدم قدرة العريس؛ وماذا تفعل النساء، لا سيما الأمهات، لحماية وشفاء أقاربهن الذكور من هذه الحنة. ويتناول الجزء الأخير من الورقة تأثير دراسة «الربط» على فهم الفروق بين الجنسين والتزاوج بينهما.

تصور حول الحياة الجنسية

يستند هذا البحث إلى الدراسات النسوية بشكل عام ونهج «المادية الجديدة» بوجه خاص.^{٢١} يضم «التحول المادي» مجموعة مثيرة للاهتمام ومتنوعة من الدراسات، يصعب استعراضها على نحو كافٍ في هذه الورقة القصيرة؛^{٢٢} بيد أن هذا النهج يؤكد نقطتين ذات صلة بمناقشتي لـ

لها عريستها، ولسوء الحظ، انقطعت الكهرباء ولم يتمكن سوى القليلين من رؤية جمال الثوب والعروس. وأصبح هذا الحدث أكثر أهمية عندما اتضح أن عبده غير قادر على جماع عروسه، اعتبر الجميع أن الحدثين متصلين وتم تفسيرهما على أنهما إشارة إلى معاناته من «الربط» وسرى اعتقاد أنه بفعل أسرة سها، حاولت أسرة عبده أساليب مختلفة، وذهبت إلى العديد من المعالجين الحليين حتى وجدوا أخيرًا شيئًا نجح في فك الربط، وأصبح عبده قادرًا على إتمام الزواج بعد أسبوع.

أتناول في هذه الورقة البحثية «الربط»، بعبارة استكشاف العلاقة بين الذكورة، والتجسيد، والأداء الجنسي. يُعتبر «الربط» وهو عدم القدرة على إتمام الجماع في ليلة الزفاف، حالة حدث عمداً بسبب تكرار تربية تعويذة أثناء ربط عقده، أو حبس شيء، أو عن طريق إعداد «عمل» أو ممارسة «السحر» من خلال متخصصين يُعتقد أن لديهم قوى خارقة للطبيعة، وفي حين أشار الفقي إلى أن كبار السن من الرجال (والنساء) قد يعانون من «الربط»، فلم أسمع خلال أكثر من ٢٢ عامًا من البحوث في مصر مناقشته علانية إلا في سياق ليلة الزفاف وفي ما يتعلق بالعريس^١، وخلافًا للمشكلات الجنسية التي تجري عادة مناقشتها في تكتم ويندر ذكرها في المحادثات العارضة، فإن «الربط» - بمعنى عدم قدرة بعض العرسان على ممارسة الجماع بما يؤدي إلى فض غشاء بكاره العروس، التي من المتوقع أن تكون عذراء، في ليلة الزفاف - تجري مناقشته دون تردد أو حث، استنادًا إلى عملي الميداني الإثنوجرافي في القاهرة بين عامي ١٩٩٣ و٢٠١٥، وعده رحلات إلى صعيد مصر خلال تلك الفترة تستكشف هذه الورقة البحثية مفهوم «ربط» العريس، على وجه الخصوص، وكيفية تعريفه وتناوله اجتماعيًا، لا يتمثل شاغلي الرئيسي في هذه الورقة في اكتشاف الأسباب

التدفقات ليست جميعها فعالة أو عاطفية على قدم المساواة بنفس الطريقة، أو بنفس الدرجة، وأن علينا أن نواصل لإدراك أوجه التباين (مثلاً: بين الابن والأب، والزوج والزوجة، والأم والطفل)، التي تبني كيفية ارتباط الأجساد وتأثيرها وتأثرها بالأجساد والقوى الأخرى.

ليلة الزفاف

يمكن تعريف الاتصال الجنسي في مصر بطرق مختلفة: احتياج طبيعي، علامة على الرجولة، شرط للإنجاب، خطيئة، بادرة من الحب والمودة، علامة على الهيمنة، تجسيد للأعراف الاجتماعية التي تحدد الذكورة الغيرية، ويختلف المعنى المرتبط بهذا الفعل من وقت إلى آخر، ومن سياق إلى آخر. وللأداء الجنسي معنى مهم بوجه خاص في ليلة الزفاف؛ فهي ليلة أساسية تمثل انتقال العروس والعريس إلى شخصين متزوجين اجتماعيًا^٥. تحول مكانة العريس وهوية العروس بطرق رئيسة بعد هذه الليلة. يؤسس أداء العريس لرجولته، بوصفه قادرًا على الاختراق والهيمنة ويساعد على انتقال عروسه من مركزها كأنسة أو بنت إلى امرأة متزوجة أو سيدة^٦. تُستخدم في مصر كلمة «الدُخلة» للإشارة إلى ليلة الزفاف، والتي تعني حرفيًا الدخول، وهو ما يعادل أول لقاء جنسي بين العروس والعريس مع الدخول إلى منزل جديد، وبداية حياتهما كزوجين معترف بهما اجتماعيًا. وعلى هذا النحو، تصبح عدم قدرة العريس على إتمام الفعل الجنسي مصدر قلق اجتماعي وعمام، وليس ببساطة فرديًا وخاصًا. إن عدم القدرة على إقامة اتصال بدني مع الجسد الآخر وإنتاج الآثار المادية المتوقعة (مثل الدم الذي يؤكد البكارة اجتماعيًا)، يصبح انقطاعًا في التدفقات العاطفية التي تؤسس العلاقات الجنسية القائمة بين الجنسين. ويؤدي هذا الانقطاع إلى حشد أفراد الأسرة والجيران والأصدقاء، الذين ينشغلون بشدة في شرح ومعالجة الحالة التي قد تستمر

«الربط»، وتجدر الإشارة إليهما قبل الانتقال إلى مناقشة الحياة الجنسية والتجسيد في سياق مصر: أولاً يهدف الماديون الجدد إلى مراعاة مدى «أهمية الأمور» ويسعون إلى رؤية تتجاوز النظر إلى الثقافة كمجرد نشاط، وتُجَنَّب تقليص الطبيعة إلى المواد السلبية التي شكلتها الثقافة والمجتمع وجعلتها ذات مغزى^٧. ثانيًا، يتفق الماديون الجدد على الحاجة إلى طريقة لتصوير القوة التي تمسك بناصية التشابكات العميقة بين البشري وغير البشري، الخطابى والمادي، والطبيعي والتكنولوجي، التي تُنتج واقعنا^٨. تعتبر هاتان النقطة أن العلائقية تُعد بمثابة المفتاح لفهم الجوانب المختلفة للحياة الاجتماعية، بما في ذلك الحياة الجنسية، وعلى هذا النحو، يتحول اهتمامنا من الجسد الفردي إلى التدفقات العاطفية بين الأجساد، بجادل ألدريد وفوكس، على سبيل المثال، أن «الجسد الجنسي الفردي» ليس هو ما يجب أن يشكل محور اهتمامنا، وإنما بالأحرى «التركيب المؤتلف للحياة الجنسية»، أو «التدفق العاطفي [للالشخصي] داخل التركيبات المؤتلفة للأجساد، والأشياء، والأفكار والمؤسسات الاجتماعية، والقدرات الجنسية، التي ينتجها هذا التدفق في الأجساد والتجمعات»^٩. إن تحويل الاهتمام إلى مفهوم التركيب المؤتلف، وهو المفهوم الذي طرحه أصلًا جيل ديلبوز Gilles Deleuze، يجعله ممكنًا وضروريًا لتفسير كيف «تؤثر (وتتأثر) العلاقات البشرية وغير البشرية بعضها بعضًا لإنتاج تأثيرات مادية، بما في ذلك القدرات والرغبات الجنسية، والهويات الجنسية، والعديد من 'الخطابات' حول الحياة الجنسية؛ وهذه التأثيرات تتكافأ نوعيًا بغض النظر عما إذا كانت العلاقة بشرية أو غير بشرية»^{١٠}. في حين أجد التركيز على العلائقية جذابًا، جادل المناقشة التالية الجزء الأخير من هذا المقتطف وتتشكك في الزعم بأن جميع القدرات الفاعلة تتكافأ نوعيًا. وتوضح الحالات التي بحثتها في هذه الورقة أن

جنن معهم من القاهرة لعرض مهاراتها الرائعة كراقصة. نال الرقص الجميل إعجاب من جاءوا من القاهرة. لم يعجب الرقص القرويين: غضب شقيق العريس، وأصر على أن تتوقف الفتاة عن الرقص: لأن أسرته سوف تُتهم بأنها استدعت غازية [راقصة محترفة] لترقص في حفل الزفاف، وهو شيء مُخجل وغير مقبول اجتماعيًا في قريته. شعر جميع من جاءوا من القاهرة بالأسف تجاه الفتاة، التي انفجرت في البكاء عندما سمعت أنهم قد يعتبرونها غازية. لكن أم صلاح أدركت أنه من غير المناسب أن ترقص الفتاة بهذه الطريقة، وانتقدت بشدة شقيق العروس لإصراره على أن ترقص الفتاة وعدم احترامه للتقاليد المحلية. وبالإضافة إلى هذه المشاحنات وما أثارته من عدم ارتياح، انهارت الكوشة ولكن لحسن الحظ لم يُصب أحد. حدثت أخطاء أخرى أيضًا. وشعر الجميع بالراحة عند انتهاء الحفل وذهاب الزوجين إلى غرفة نومهم في المبنى الكبير، الذي يضم الأب، وزوجتيه، والعديد من الأبناء غير المتزوجين.

كان من المهم بالنسبة لأم صلاح أن تسرد هذا السياق قبل أن تصل إلى الجزء الرئيسي من قصتها. فما روته من أحداث كان يُبني عما سيحدث بعد ذلك. أيقظتها فجأة والدة العروس في الساعة السادسة صباحًا، وبدت شديدة الحزن والأسى. قالت لأم صلاح في صوت متعجل: «دول ربطوا الواد»، وعلى الفور اتهمت والدة العروس والدة العريس بأنه المنسبب في حالة ابنه. كان ولده معروفًا، كما عللت، بأنه «ربط» آخرين في الماضي. ومن المؤكد أنه «ربط» فريد لأنه عارض رغباته، وافقت أم صلاح على منطلق والدة سماح: لأن الرجل العجوز، كما قالت - لديه العديد من الكتب في منزله، ومعروف بعلاقاته القوية مع السياح الأجانب وكبار المسؤولين. ويشير الأمران على حد سواء إلى نوع من المعرفة والقوة التي

لساعات قليلة فقط أو قد تمتد لفترة من الوقت؛ لذلك، وبغية فهم منطلق «الربط»، علينا توجيه الاهتمام إلى الصعوبة البدنية التي يجب شرحها ومعالجتها، فضلاً عن تدخلات العقلانية والمادية اللازمة للشفاء وحماية العريس من هذه الحنة. علينا الاهتمام بالسياق الأوسع نطاقًا، والمعطيات الاجتماعية التي يستند إليها الناس عند تحديد وعلاج «الربط»، والقوى التي تُشكل هذه العملية الدينامية.

سلطة الرجال

سماح، فتاة تبلغ من العمر ٢٤ سنة، وتسكن في أحد الأحياء منخفضة الدخل في شمال القاهرة، وقد وقعت بجنون في حب ابن عمته وخطيبها فريد. لم أقابل فريد أبدًا، الذي نشأ في صعيد مصر وقضى سنوات يعمل في الكويت لتأمين الأموال اللازمة للانتهاء من احتياجات زواجه. لكننا نعلم جميعًا مدى حب سماح له. وسعدت صديقاتها وجاراتها عندما كانت سماح تستعد للسفر مع أسرته إلى صعيد مصر. بعد أربع سنوات من الانتظار، لوضع اللمسات الأخيرة لزواجها والاحتفال بزفافها، ضمت الرحلة بعض الجارات وثيقات الصلة بالأسرة. ومن بينهن أم صلاح وابنتها الكبرى وتم استئجار حافلة صغيرة استغرقت ١٢ ساعة للوصول إلى قرية العريس. حكمت أم صلاح تفاصيل حية عن الرحلة، وإقامتهم في القرية، وزينة العروس وثوبها، وأكثر من ذلك بكثير، لكن تركيزها انصب على «الدراما الاجتماعية» التي كشفت خلال حفل الزفاف وأدت إلى تعقيد إتمام الزواج.^٩

لوفاء بطلب عروسه: قرر فريد بناء كوشة لمنصة يجلس عليها العروسان ومشاهدة الفرقة التي استأجروها للترفيه عن الضيوف. لم تعجب فكرة الكوشة والد فريد، لكن العريس أصر وتصرف ضد رغبات أب الأسرة. وخلال الحفل، حدث شقيق العروس إحدى النساء الشابات اللاتي

في أن أسرة سنها هي من سببت له «الربط» لعدم رضاهم عن فسخ الخطوبة، كان من المعتقد في حالة فريد أن والده هو السبب لشعوره بأن ابنه خداه ولم يحترمه. توضح الحالتان أن الأجساد «ليست أشياء ذات حدود وخصائص ملازمة؛ بل ظواهر مادية-خطابية»^١ لا يوجد تعريف واضح ومحدد للجسد. لكنه يرتبط بأجساد أخرى ويتأثر بأفعال وقوى مختلفة. ويُعتقد أنه يتأثر سلبًا بإرادة الآخرين. فضلًا عن أن أشياء وطقوسًا بعينها تخيمه وتنشفيه. وتتشكل مادية الأجساد عن طريق النوايا والمشاعر. وأقوال أشخاص آخرين. وفي الوقت نفسه. فإن «العلاقة بين المادي والخطابي تُعد إحدى التداعيات المتبادلة. ولا يمكن التعبير عن أي منهما في غياب الأخرى؛ فالمادة والمعنى يجري التعبير عنهما على نحو متبادل»^١. إن «الربط» ليس حالة بيولوجية فحسب، وليس بناءً اجتماعيًا؛ لكنه الاثنين في الوقت نفسه. ففي حين تُعتبر عدم قدرة العريس المادية بمثابة الجزء المركزي من الحالة. يتعلق «الربط» على قدم المساواة بقدرة الآخرين على الإقرار، والتحديد. وإلحاق الضرر أو التخفيف منه. بيد أن الأجساد لا تتشابه بيولوجيًا وخطابيًا فحسب. بل تمتلك ماديتها بالأحرى قدرات فاعلة تُشكل هذا التشابك. و«الربط» هنا لا يقتصر على كونه التركيب المؤلف الذي يتطلب خلاله المعنى الاجتماعية صلاحية بيولوجية. بل هو أيضًا التركيب المؤلف الذي تنشط من خلاله البيولوجيا نفسها لتشكيل المعاني الاجتماعية.

ومن نواحي عديدة. تُعد عدم قدرة الجسد على الأداء بمثابة التحقق المادي للتراتب الهرمي الاجتماعي. وعلاقات القوى التي تربط وتفرق بين الرجال والأسر. وكما يجادل فوكو. الحياة الجنسية هي «نقطة انتقال كثيفة بوجه خاص لعلاقات القوة؛ بين الرجال والنساء. الشباب وكبار السن. الآباء والأبناء. المعلمين والطلاب. الكهنة

يمكن أن تُتوج بقدرات خارقة. وأست أم صلاح صديقتها واقترحت أن يذهبا للتحديث مع والد فريد للتوصل إلى حل. شعرت الاثنان بالانزعاج عندما فتحت الباب زوجته الثانية (ليست والدة فريد. التي كانت مريضة ولا تتحرك). وهي تلف رأسها بمنشفة كبيرة بما يشير إلى أنها اتمت استحمامها لتوها. وقالت إنها تسخن المياه لزوجها ليستحم أيضًا. يشير هذا السلوك إلى أنها مارست الجنس في الليلة السابقة. وأنهم يتبعون القواعد الإسلامية التي تقضي بالاستحمام لتطهير أنفسهم والتخلص من النجاسة المرتبطة بالجماع. رأت أم صلاح أنه عار أن يقدر الرجل العجوز على مضاجعة زوجته بينما يتسبب في عجز ابنه الشاب عن الأداء الجنسي في ليلة الزفاف. ومع ذلك. تصورت أن عليهما التحدث بهدوء مع الأب وطلب مساعدته في إيجاد طريقة لمعالجة محنة فريد.

استمع لهما الأب دون إنكار التهم الموجهة إليه. لكنه أعطى خيوطًا خفية (مثل نبرة صوته ولغة جسده) أكدت شكوكهما. اشتكى الأب من ابنه. وكيف عارض رغباته. وشدد على أن أنه لن يغفر له إلا إذا اعتذر له وقبّل يديه. ذهبت المرأتان إلى فريد وطالبته بالاعتذار. وقد فعل. وبعد قدر كبير من التضرع. لوح الأب بيده وقال لابنه «موافق. اذهب». ولدهنتهما. «الواد اتفك في ساعتها» لزال عنه الربط على الفور. وبعد ذلك. سرعان ما أكمل الزواج؛ وشاهدت الأسر قطع القماش ملطخة بالدماء. وبالتالي يمكن لأسرة العروس أن تعود إلى القاهرة وهي على يقين بالتحقق علانية من عفة ابنتهم.

كان من المعتقد في حالتي عبده وفريد على السواء أن التدفقات العاطفية للمشاعر والتوترات السلبية تتوجه. بمساعدة قوى خارقة. نحو إعاقة قدرة العريسين على التصرف بالطرق المتوقعة اجتماعيًا. وبينما في حالة عبده. اشتبهت أسرته

في أواخر العشرينيات من عمره بمرضه بشابة في القاهرة وخطبها، لكنه قرر إقامة زفافهما في قريته، مكان عيشهما المستقبلي. وصلت العروس مع أمها وأقربائها، الذين كان من المفترض أن يكتفوا خلال الزفاف ولا يغادرون إلا بعد الدخلة. انتظروا الأخبار لكنهم أدركوا في صباح اليوم التالي أن طارق لم يتمكن من إتمام الزواج. انتظروا لبضعة أيام، ولكن لم يحدث شيء، وكان على أم أحمد أن تتحرك؛ نتيجة لشعورها المتزايد بالحر، كما قالت (وربما لإمكانية استمرار مدة الضيافة إلى ما لا نهاية). فقامت سرًا بذبح حمامة، ولطخت قطعة من القماش بدمها وأظهرتها لوالدة العروس كدليل على عذرية ابنتها. تشككت قليلاً والدة العروس وتساءلت حول آثار الدم على القماش، لكن أم أحمد أسكتتها بأن أخذت تغني بصوت عالٍ أغنية تؤكد أنها ليست دماء الحمام أو السممان. وإنما دماء أصيلة تدل على شرف الزوجين. وفي الوقت نفسه، سعت بنشاط إلى المعالجين في قريتها والقرى المجاورة إلى أن أمكن فك «الربط» بعد أسبوع.

لقد نتجت مشكلة طارق الجنسية من تركيب مؤتلف من العلاقات، والقوى، والتصرفات. برر تصرف أم أحمد الصعوبة التي يواجهها ابنها، وأعطى معنى لعجزه، كما حلل الآثار الاجتماعية المترتبة على «إخفاقه». سعت الأم إلى كل وسيلة ممكنة لدعم ابنها وتعزيز مكانته كرجل سليم، بدءًا من استخدام دم الحمامة، وتلاوة الصلوات، وأداء بعض الطقوس التي تعرفها، إلى استشارة العديد من المعالجين حول سبل مواجهة هذا الموضوع. وتعتبر جهود وأفعال أم أحمد جزءًا من جهد أوسع تبذله النساء لإعداد رجال أصحاء، وقد جادلت في مكان آخر أن الذكورة ليست فقط ما يعتقده الرجال ويقومون به كي يصبحوا رجالاً، وإنما أيضًا ما تعتقده النساء وتقوم به؛ كي يجعلن أبناءهن وأشقاءهن وأزواجهن وآباءهن

والعلمانيين. الإدارة والسكان»¹⁰ وتوضح حالة «الربط» هذه النقطة بجلاء. ففي جميع الحالات التي سمعت مناقشتها علنًا، كان إما الرجال مثل والد فريد، أو الذكور المتخصصين هم من يمكنهم التسبب في «الربط» في ليلة الزفاف أو الشفاء منه. وكما جادل كامران علي، إذا «كان القضيب المنتصب وقوته لإرضاء المرأة يرتبط ارتباطًا مباشرًا بخطاب السلطة والسيطرة وممارستهما على كل من النساء والرجال الآخرين»، فهذا يوضح مدى إلحاحية قضية مثل «الربط» ومدى حاجة أفراد الأسرة إلى التصدي لها بسرعة.¹¹ أما عند استمرار الحالة لفترة طويلة، فقد ينال التحدي من جميع الأطراف، بما فيهم العروس وأسرته الذين يسعون إلى تأكيد عذريتها في أسرع وقت ممكن.

المرأة، ودورها في الحماية

في حين أن الرجال هم عادة من يتسببون في «الربط» في ليلة الزفاف، فإن النساء يقمن بدور مهم في الحماية، والتفسير، والتعافي. فعلى العكس من أم فريد، التي لم تتمكن بشكل كافٍ من حماية ابنها أو المساعدة في شفائه، تعمل الأمهات الأخريات بنشاط من أجل حماية أبنائهن، وحل مشكلات ليلة الزفاف. أم أحمد، وهي أم لأربعة أولاد وثلاث بنات، تدرك تمامًا أهمية هذه الحالة، وعندما قابلتها في قريتها في صعيد مصر في أواخر التسعينيات، كانت تحتفل بزفاف أحد أبنائها خالد. وقد اتخذت تدابير خاصة لحمايته من «الربط»؛ حيث كان عرضة بشكل خاص إلى «الربط» لأنه سبق أن خطب امرأة أخرى في القرية، ثم فسخ الخطوبة في اللحظة الأخيرة. وهي الخطوة التي ربما أغضبت أسرة الفتاة الشابة.

شعرت أم أحمد بقلق شديد؛ لأن شقيق خالد الأكبر، طارق، عانى من «الربط» لفترة امتدت لأكثر من أسبوع. فقد التقى طارق وهو مُدرس

الحجاب يضم بعض الكتابة المختلطة بحروف اللغتين الإنجليزية والعربية، وصلاة قصيرة، وأظافر مقصوصة حديثًا من أصابع أيدي وأرجل العريس والعروس. كما واصلت أم أحمد وابنتها الكبرى أداء طقوس حمائية أخرى (لا تقتصر على جُنب «الربط»، بل تشمل أيضًا حماية الزوجين وتعزيز خصوبتهما) استمرت طوال اليوم وحتى لحظة دخول العروس والعريس إلى شقتهم.

ولحسن الحظ، لم يكن لدى خالد وعروسه، ليلى، أي مشكلة، وتم زواجهما خلال ساعة. وأخذت هنا عنهما معًا عمدًا؛ فعلى عكس ما يتردد عادة من إيجابية اختراق الرجل لامرأة سلبية، وصفت ليلى ليلة الزفاف كجهد مشترك، وخلافًا لحالات أخرى من المتوقع فيها أن تقاوم العروس العريس لفترة من الوقت وتجعل اختراقه لها صعبًا عليه. كانت ليلى تدرك تمامًا حقيقة أن أشقائها بحاجة إلى المغادرة في صباح اليوم التالي؛ ليعودوا إلى أعمالهم. وبعد نهاية الاحتفال، جلسنا في الطابق السفلي بمنزل أسرة العريس لشرب الشاي والدرشة خلال فترة الانتظار، وفي غضون ساعة استدعونا إلى شقة الزوجين؛ وسرعان ما اعتنت قريبات العروس بها وقدمن لها عصير الليمون. بينما كانت النساء المسنات، بما فيهن الوالدتين، يفحصن القماش الأبيض الملطخ بالدماء، بالنسبة لأم ليلى، أكدت بقع الدم غفة ابنتها ومكانتها كأمر جيدة أحسنت تربية ابنتها. أما سعادة أم أحمد، التي عبرت عنها بالأغاني والزغاريد، فترجع إلى أنها تفضل أيضًا بتأكيد رجولة ابنها، فضلًا عن قدرتها على حمايته من «الربط».

توجه اهتمام الباحثين عادة، ولأسباب جيدة، إلى القيمة الاجتماعية الملحقة بالعدرية

رجالاً¹¹ ونحن نرى هذا القلق منتصرًا على الأعراف الاجتماعية المهمة الأخرى، مثل العذرية. فعلى ضوء الأهمية الاجتماعية الكبيرة للعدرية، كان من المذهل أن نرى طريقة تفكير أم أحمد في موقف ابنها أمام أوصهاره وسمعته في القرية، وكيف اعتبرت أكثر أهمية من عذرية العروس.

لقد كانت أم أحمد، مثلها مثل العديد من النساء المسنات الأخريات، تشعر بالاستياء من وضع الشباب من الرجال تحت هذا الضغط في ليلة الزفاف، وتذكرت باعتزاز تلك الأيام عندما كانت الدُخلة بلدية [محلية/تقليدية] وتتم بمساعدة القابلة. وكل ما يقوم به العريس، كما تتذكر أم أحمد من ليلة زفافها وزفاف ابنتها الكبيرتين، هو أن يلف العريس إصبعه بقطعة من قماش أبيض، ثم يدُخله داخل العروس أمام القابلة وبعض الأقارب الإناث للزوجين. وإذا ما تردد العريس أو شعر بالإحراج لاستكمال المهمة، تتولى القابلة الأمر وتنتهي العملية في غضون دقائق قليلة، وأدى التحول إلى الدُخلة الأفرنجي* [الأجنبية] - التي بدأت تصبح القاعدة على مدار الجيلين الماضيين في قرية أم أحمد - إلى انتقال أول لقاء جنسي بين الزوجين إلى خصوصية غرفة النوم، وإبعاد الأطراف الأخرى من المشهد. ومع ذلك لا يزال متوقعًا من الزوجين إظهار ما يثبت عذرية العروس في أسرع وقت ممكن. على أن هذا التحول أدى إلى توليد تحديات جديدة ووضع ضغوط جديدة، لا سيما على العريس.

الاقتران بالزواج: هو، وهي، وهم

صممت أم أحمد على حماية ابنها الأصغر نظرًا لتجربتها السابقة. أحضرت في صباح يوم الزفاف حجابًا جلبته من شيخ محلي وأعطته إلى خطيبة خالد لتحمله تحت ملابسها. كان

* لا تزال بعض العرائس وأسرهن تصر على الدُخلة البلدي لتجنب أي التباس في المستقبل حول عذرية العروس والمكانة الأخلاقية لأسرتها.¹² وقد تشمل الأمثلة العمل خارج المنزل، وتكرار التفاعل المتكرر مع خطيبها واستمرار الخطوبة لفترة طويلة، وعدم الثقة من جانب أسرة العريس.

إن تسليط الضوء على أن الرجال يقعون تحت ضغط، وأن أجسادهم تنضبط اجتماعيًا. لا يعني عدم وجود أوجه رئيسة لعدم المساواة بين الجنسين. وممارسات أبوية قمعية تُشكّل ليلة الزفاف والتفاعل الجنسي على نطاق أوسع. هناك في الواقع أبعاد مهمة تقوم على النوع الاجتماعي. وتعلق بمنافشتي. ويجدر أخذها في الحسبان. يستند «الربط» إلى افتراض عدم وجود عريس مُحصّن. بل إنهم جميعًا معرضون إلى قوى خارجية يمكنها أن تمنعهم من الأداء على النحو المتوقع. ولا تُعتبر حالتهم فشل أخلاقي أو ضعف فردي. بل تسببها بالأحرى قوى خبيثة خارجهم ويصعب - ولكن ليس من المستحيل - التغلب عليها. وفي المقابل، يُحكمون أخلاقيًا على المرأة التي لا تنزف في ليلة الزفاف. ويُنظر إليها باعتبارها خالفت الأعراف الاجتماعية. وتجاوزت طريق السلوك السليم. وهكذا وعلى الرغم من معرفة ليلي تمامًا أنها لم تمارس أي علاقات جنسية من قبل. فقد كانت شديدة القلق بشأن عدم النزيف. لقد قرأت وسمعت ما يكفي لأن تعرف أن هناك بعض العذارى لا ينزفن. لكنها تعرف أيضًا أن الناس يسارعون في مثل هذه الحالات بإطلاق أحكام سلبية. ولم تكن تريد أن ترى نفسها أو أسرتها في وضع ملتبس قد يتطلب فحصًا طبيًا للتحقق. وفي واقع الأمر يرجع جزء من الحاجة الملحة لفك «الربط» إلى رغبة أسرة العروس في التأكيد العلني لعفة ابنتها بأسرع وقت ممكن. وتنعكس أهمية العذرية بوضوح في إطلاق تسمية الدم الناتج عن أول جماع «شرف المرأة».¹¹

والضغوط المبذولة على العروس خلال هذه الليلة.¹²⁻¹⁴ ويترك مثل هذا التركيز انطباعًا بأن الرجال لا يخضعون للأعراف الاجتماعية. وأن أجسادهم متحررة من أي تنظيم وانضباط. وينعكس هذا الاتجاه بوجه خاص في طريقة استمرار شيوع الأساطير والافتراضات غير المختبرة بشأن حياة الرجال الجنسية. ولا يقتصر انتشارها في الأدب الشعبي فقط بل يشمل أيضًا الأدبيات الأكاديمية في بقاع مختلفة من العالم.¹¹ وعلى الرغم من توفر مجموعة غنية من الأدبيات التي تتناول الحياة الجنسية، وبنيتها التاريخية والاجتماعية-الثقافية. فإن «أسطورة المصير الجنسي للرجال» التي تنتشر على نطاق واسع في الثقافة الشعبية لا تزال مستمرة دون تنفيذ في دراسات النوع الاجتماعي.¹¹ وخلافًا لما تطرحه وسائل الإعلام في مصر من تمثيلات وخطابات تواصل تعميم أسطورة شهية الذكور الجنسية الهائلة التي لا يمكن السيطرة عليها. فوجئت ليلي ... فما كانت قد تعلمته وتعتقد فيه أن الخوف من ليلة الزفاف هو من نصيب النساء فقط: لأنه اختبار لعزيتي. ولم تكن مستعدة لرؤية قلق زوجها وتوتره. ولم تدرك ليلي إلا بعد زواجها أن الرجال يقلقون بشأن قدرتهم على الانتصاب. فقد كانت تعتقد أن الرجل يمكنه تلقائيًا وإرادته أن يقدر على الانتصاب المتكرر كما يشاء. وحتى زوجها كان لديه انطباع بأن الرجل يمكنه ممارسة الجنس مع زوجته طوال الليل وفوجئ بعد أن تزوج أن الوضع ليس كذلك. وأن جسده عقل خاص به ويحتاج إلى الراحة والنوم.⁴

† لا يزال حب الذكور للجنس المغاير غير محدد المعالم. وتقل إلى حد كبير الدراسات التي تناولته. وحتى وقت قريب. كانت فقط «نظرية ودراسات المثليين. من نفس الجنس. هي التي يمكن أن تطالب بتناول أوسع نطاقًا وتعقيدًا وديمقراطيًا للحياة الجنسية».¹¹ وتصدق هذه العبارة أيضًا في سياق الشرق الأوسط. حيث تندر الدراسات التي تستكشف الحياة الجنسية بشكل عام والغيرة الذكورية بوجه خاص.

‡ إن هذا التركيز على فرط النشاط الجنسي للرجل يميل في الخطاب الشعبي إلى المساواة بين الحياة الجنسية والذكورة. وفي الواقع. الرجولة هي مشروع جماعي ومشروط. يرتبط بممارسات متعددة مثل: الإمداد والشجاعة. واللباقة. والاعتناء الجيد. والقدرة على استخدام العنف في السياق الصحيح. لمزيد من المعلومات حول هذه القضية. راجع دراسات أخرى.¹¹

الخاتمة

كشركاء، أو أجداد، أو آباء، أو مُربين، أو صانعي القرار في العملية الإيجابية»^{١٦} بل نحن بحاجة أيضًا إلى النظر في العلاقات وأوجه عدم المساواة الأوسع نطاقًا التي تُنتج الرجال والنساء، وكيف أن هذه التكوينات من الروابط والقوى والأفكار تسفر عن إنتاج أجساد ذات طابع جنسي، فضلًا عن تشكيل معاني الصحة والرفاه، وإضفاء الشرعية على أفعال بعينها دون غيرها.

شكر وتقدير

اكتسب عملي حول النوع الاجتماعي والتجسيد ثراء من خلال مناقشاتي مع الزملاء في مجموعة عمل الصحة الإيجابية على مدار أكثر من عقدين. وقد أتاحت لي منحة مجموعة عمل الصحة الإيجابية أن أشعر في بحثي في أواخر التسعينيات حول النوع الاجتماعي والتجسيد، وأود أن أعرب عن امتناني للتغذية المرتدة التي وصلتني من هيام بشور، جوسلين ديجنوج، وهدي زريق، واثنين من المراجعين لا أعرفهما. كما أود أن أعرب عن امتناني أيضًا إلى سابرينا ميرولد، ماثيو جولدمان، هانس لوفجرين، لدعمهم الهائل.

استهدفت في هذه الورقة البحثية تناول «الربط» دون إضفاء طابع باثولوجي، وفردية، وطبي على قضية يجري عادة شرحها وتناولها جمعياً واجتماعياً. ومن المهم عدم التسرع في مساواة «الربط» بـ «العجز الجنسي» أو اعتباره «غطاء للمثلية الجنسية»، أو «آلية لتحويل إلقاء اللوم»^{١٧}. ولا ينبغي تجاهلها باعتبارها خرافة أو دجل. كما نرى في اتجاه المناقشات الأخيرة في وسائل الإعلام، وبعض الدوائر الطبية^{١٨} بل يجب النظر إليها بالأحرى كمفهوم دينامي يوفر إحساساً بالقوة التي لا تقتصر على الجسد الفردي، وإنما تشمل العديد من التدفقات وجوانب التواصل التي تربط بين مختلف البشر وغير البشر، والطاقة الإيجابية والمشاعر السلبية، والمرئي وغير المرئي، والاجتماعي والبيولوجي. توضح مناقشتي أن فهمنا للحياة الجنسية والصحة الإيجابية سوف يظل محدوداً إذا ما نظرنا للرجال والنساء بشكل منفصل، أو كأزواج مستقلين. والأمر لا يقتصر على ضرورة أن «نعيد الرجال مرة أخرى إلى وهم التناسل

§ يجادل بدران وآخرون أن «عدم إتمام الزواج (بمعنى العجز الجنسي في شهر العسل أو ليلة الزفاف ضعف الانتصاب في الليلة الأولى والفشل في فض البكارة) يُعد مشكلة طبية واجتماعية شائعة تواجه الممارسين الطبيين في المجتمعات المحافظة؛ ويرجع إليها ما تصل نسبته إلى ١٧٪ من الزيارات لعيادات الصحة الجنسية»^{١٨}.

** إذا بحثت في محرك جوجل عن كلمة «الربط» بالنسبة للعريس في ليلة الزفاف، سوف تظهر آلاف المدخل التي تناقش الجوانب الدينية والطبية لهذه الحالة في البلدان العربية المختلفة. وللإطلاع على أمثلة، يمكن النظر في مراجع أخرى^{١٩}.

المراجع

1. El Feki S. Sex and the citadel: intimate life in a changing Arab world. New York (NY): Pantheon; 2013.
2. Barad K. Posthumanist performativity: toward an understanding of how matter comes to matter. Signs. 2003;28(3):801-831.
3. Hekman S, Alaimo S. Material feminism. Bloomington: Indiana University Press; 2008.
4. Jagger G. The new materialism and sexual difference. Signs. 2015; 40(2):321-342.
5. Barad K. Meeting the universe halfway: quantum physics and the entanglement of matter and meaning. Durham (NC): Duke University Press; 2007.
6. Alldred P, Fox NJ. The sexuality-assemblages of young men: a new materialist analysis. Sexualities. 2015; 18 (8):905-920.
7. Turner V. The forest of symbols: aspects of Ndembu ritual. Ithaca (NY): Cornell University Press; 1967.
8. Butler J. Bodies that matter: on the discursive limits of sex. New York (NY): Routledge; 1993.
9. Turner V. Social dramas and stories about them. Crit Inq. 1980; 7(1):141-168.
10. Foucault M. The history of sexuality, vol. 1: an introduction. New York (NY): Pantheon; 1978.
11. Ali K. Notes on rethinking masculinities: an Egyptian case. In: Zeidenstein S, Moore K, editors. Learning about sexuality: a practical beginning. New York (NY): The Population Council; 1996. p. 98-109.
12. Ghannam F. Live and die like a man: gender dynamics in urban Egypt. Stanford (CA): Stanford University Press; 2013.
13. El-Kholy H. Defiance and compliance: negotiating gender in low-income Cairo. New York (NY): Berghahn Books; 2002.
14. Early E. Baladi women of Cairo: playing with an egg and a stone. Boulder (CO): Lynne Rienner Publishers; 1993.
15. Khuri F. The body in Islamic culture. London: Saqi Books; 2001.
16. Gutmann M. The missing gamete? Ten common mistakes or lies about men's sexual destiny. In: Inhorn M, Tjrnji-Thomsen T, Goldberg H, la Cour Mosegaard M, editors. Reconceiving the second sex. New York (NY): Berghahn Books; 2009. p. 21-44.
17. Sengers G. Women and demons: cult healing in Islamic Egypt. Leiden: Brill; 2003.
18. Badran W, Moamen N, Fahmy I, et al. Etiological factors of unconsummated marriage. Int J Impot Res. 2006; 18:458-463.
19. Sit el-Husn [web streaming video]. YouTube; 2015 [cited 2015 Dec 1]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=059g9c6HbCg>, accessed 2015 Dec 1 2015.
20. Inhorn M, Tjrnji-Thomsen T, Goldberg H, et al. Introduction: the second sex in reproduction? Men, sexuality, and masculinity. In: Inhorn M, Tjrnji-Thomsen T, Goldberg H, la Cour Mosegaard M, editors. Reconceiving the second sex. New York (NY): Berghahn Books; 2009. p. 1-20.

فيروس زيكا - مرض جديد يزيد عبء الأمهات، ودليل جديد عن عدم التحقق من السببية

بقلم: سيمون ج دينيز، أ هالانا ف أندريزو^١

أ أستاذ مشارك، قسم صحة الأم والطفل، كلية الصحة العامة، جامعة ساو باولو بالبرازيل.

للمراسلة: sidiniz@usp.br

ب أخصائية النساء والتوليد، بجمعية ساو باولو النسوية للصحة والجنسانية، ساو باولو، البرازيل

ترجمة: أميرة عبد الحميد

زيادة حالات صغر الرأس، والتكلسات الدماغية في المواليد. واستُبعدت أمراض أخرى بالاختبارات المعملية، وفي نصف شهر مايو كان فيروس زيكا إيجابيًا في السائل الذي يحيط بالجنين^١ في الأشهر التالية. ظهرت في البرازيل الآلاف من الحالات المشتبه بها من صغر الرأس وغيرها من التشوهات العصبية، مما خلق اهتمام عالمي بشأن هذا الخطر الجديد المهدد للصحة العامة والصحة الإيجابية.

بحثت منظمة الصحة العالمية في فبراير ٢٠١٦، على وجه الخصوص بشأن وجود رابطة قوية في الزمان والمكان، بين ارتفاع حالات الكشف عن التشوهات الخلقية، والمضاعفات العصبية والعدوى بفيروس زيكا، واعتبرت أن هذا الوضع يستحق الاهتمام العالمي وإعلان حالة الطوارئ للصحة العامة^٢، وأدى الاهتمام العلمي بهذه الحالة الطارئة إلى سيل من المنشورات عن الجوانب البيولوجية والوبائية والسريية، وعن وجود علاقة سببية بين الفيروس والمتلازمة الخلقية. وفي نيسان / أبريل ٢٠١٦، أشار تقرير لمنظمة الصحة العالمية إلى احتمال ارتباط «صغر الرأس وغيرها من التشوهات الجنينية مع عدوى فيروس زيكا» والتي حدثت في البرازيل (١٠٤٦ حالة)، والرأس الأخضر (حالتان)، كولومبيا (٧ حالات)، بوليفيا الفرنسية (٨ حالات)، مارتينيك (٣ حالات) وبنما (حالة واحدة).

وباء جديد في سياق قديم من عدم المساواة

يطرح وباء فيروس زيكا، العديد من التحديات ومنها تلك التي تواجه العدالة الإيجابية، فهو يصيب النساء الأكثر فقرًا، واللاتي يقطنن البيئة غير الصحية. نحن بحاجة إلى فهم التحديات التي يطرحها هذا المرض الجديد في السياق المنهجي للتمييز. بدأ ظهور هذا المرض في نانتال، شمال شرق البرازيل في أغسطس ٢٠١٤، حيث تفشى مرض يصاحبه طفح جلدي وردي مسطح، وآلام في المفاصل، واحمرار مدم بالعيون، والحمى والصداع، واستبعدت الاختبارات حمى الضنك وغيرها من الأسباب المحتملة، وبحلول آذار / مارس ٢٠١٥، كان قد ظهر المرض في ثلاث ولايات مختلفة، وفي مايو ٢٠١٥، أثبت الباحثون أنه تفشى لفيروس زيكا، والذي ينتقل عن طريق نفس نوع البعوض الناقل لكل من حمى الضنك dengue وفيروس تشيكونغونيا chikungunya، والزاعجة المصرية aedesegypti^١

كانت الإصابة بفيروس زيكا مرتبطة - سابقا - بحدوث المضاعفات العصبية في القليل من الحالات، مثل متلازمة غيليان باريه، ولكن حتى تلك اللحظة، كان يعتقد - عمومًا - أنه مرض حميد نسبيًا، وأنه نوع خفيف من «حمى الضنك». ولكن بحلول أيلول / سبتمبر ٢٠١٥، أقر مقدمو الخدمات الطبية في دولبار ايبا وبيرنامبوكو،

يعيش السكان الأكثر فقراً^١.

وجدير أيضاً بالذكر أن تأثير هذه المواد على التكاثر البشري غير مفهومة بشكل جيد. وإمكانية تأثيرها البيولوجي غير مدرجة بشكل كافٍ في أجنحة البحوث، وأظهر تقرير نشرته منظمة الصحة العالمية عن سلامة مياه الشرب المعالجة بمادة البايروبروكسيفين، وذلك بإجراء التجارب على الفئران والأرانب. أظهر زيادة في تواتر اختلافات الهيكل العظمي بالإضافة إلى حدوث تشوهات في الأعضاء الداخلية مع بعض التركيزات التي تم اختبارها؛ لتحديد مستوى السُّمية في الأرانب؛ وتشمل علامات سُمية الأمومة زيادة عدد حالات ولادة الأجنة الميتة، وانخفاض قدرة الأجنة على الانغراس في الرحم في متوسط عدد الأجنة الحية، وزيادة حالات الإجهاض والولادة المبكرة. وخلص التقرير إلى أن المنتج كان آمناً بالنسبة للبشر^٧ ولم يتم استخدام مادة البايروبروكسيفين في البرازيل من قبل. فلم يسبق إضافته للمياه على هذا النطاق. وتوجد ادعاءات لم يتم إثباتها بعد على أنه لم يُستخدم من قبل في «ريسيقي»، مركز حدوث العدد الأكبر من حالات صغر الرأس^٨.

وتوجد بعض الأدلة على وجود مواد أخرى ظهرت في الأونة الأخيرة، ولها صلة بحدوث التشوهات العصبية الناجمة عن زيكا في البرازيل^٩. فيما يتعلق بصغر الرأس وغيرها من التشوهات العصبية، وتشير الدراسات إلى إمكانية الارتباط بين فيروس زيكا وفيروس الإسهال البقري، ومن المعروف أن فيروس البستتي Pestivirus؛ يسبب تشوهات عصبية خلقية في حيوانات الزرعة، ولكن يعتقد أنه غير ضار في البشر^{١٠،٩}.

تزامن مع حدوث هذه المخاطر عدد من الأحداث في البرازيل، يُمثل كل منها فرضية بديلة تستحق الاستكشاف لفهم هذه الاختلافات الجغرافية

كانت هناك حالتان إضافيتان ترتبطان بالبقاء في البرازيل ٤ وسميت سلسلة الأضرار العصبية المرتبطة بفيروس زيكا، متلازمة زيكا الخلقية (GZS).

وبالرغم من انتشار فيروس زيكا في البرازيل، أمريكا اللاتينية، وأماكن أخرى، إلا أنه قد تركز حدوث معدلات مرتفعة لصغر الدماغ فقط في الشمال الشرقي للبرازيل خاصة في المناطق الأكثر فقراً. وبحلول منتصف عام ٢٠١٦ أشارت الأدلة أن فيروس زيكا قد يؤدي الي صغر الدماغ ولكن بجمع الأسباب الكلية وجدت عوامل مشتركة بيئية، اقتصادية، مجتمعية، وبيولوجية قد تؤدي الي ذلك^٥.

كانت تتركز الحالات في المناطق التي تفتقر إلى الشروط البيئية الصحية، من عدم وجود لصرف صحي مغطي، ودون إمدادات منتظمة من مياه الشرب النظيفة (ما يخلق الحاجة إلى تخزين المياه، حيث تكون بمثابة وسط محتم للتربية البعوض)، يؤدي أيضا التعرض البيئي لبعوضة الزاعجة المصرية، إلى خطر إضافي للأضرار التناسلية، حيث إن النساء الحوامل يكن أكثر عرضة للإصابة بأنواع من العدوي مثل حمى الضنك، وفيروس تشيكونغونيا. تم إدخال بعض الاحترازاات في المنطقة منذ عام ٢٠١٤^١. مثل التبخير المتكرر باستخدام المبيدات الحشرية مثل: الملاثيون (المعروف بسُميته العصبية وبأنه مسبب للسرطان في البشر)، ومعالجة مياه الشرب بمبيدات اليرقات مثل: البيروبووكسيفين Pyriproxyfen. وقد كان معروفًا لسنوات عديدة أن التعرض المتكرر لهذه المواد يساعد الحشرات في تطوير آليات لمقاومة المبيدات الحشرية، ومبيدات اليرقات، كما يحدث مع الزاعجة المصرية؛ ما يؤدي إلى انخفاض فعالية هذه المواد والحاجة إلى زيادة تركيزاتها، حيث تزيد كثافة مثل هذه الفيروسات في المناطق ذات الشروط الصحية المتدنية حيث

مناسب. نسبة أعلى من النساء الأكثر فقرًا واللواتي في سن الإنجاب.

لقد أضاف وباء زيكا إلى فجوة عدم المساواة ووضع المزيد من العوائق أمام صحة المرأة وحقوقها بصدد اثنين من الجوانب الرئيسية: الحقوق الإيجابية لتنظيم الخصوبة، والدعم الضروري لرعاية طفل مصاب بمتلازمة زيكا الخلقية.

النساء المتضررات وسياق حقوقهن الإيجابية

الحقوق الإيجابية في البرازيل محدودة والإجهاض غير قانوني. إلا في حالات الاغتصاب. وإنقاذ حياة المرأة، وفي بعض حالات التشوهات الخلقية مثل مرض عدم تكون عظام الجمجمة «انعدام الدماغ». ولا توجد سياسات للإجهاض المأمون للنساء المتضررات من عدوى فيروس زيكا. واللاتي سوف يخترن إنهاء حملهن. في حالة عدم تأكدهن من العواقب المحتملة ولا تردن أن تأخذن المخاطرة بولادة طفل شديد التشوه. أو حتى بالنسبة لأولئك اللاتي لديهن دليل مؤكد على وجود جنين مشوه. وعلاوة على ذلك، فإن إمكانية تشخيص الأضرار للطفل عادة ما تكون في وقت متأخر من الحمل. الأمر الذي يجعل من المستحيل الانتظار للتأكد من مدى تأثير الجنين. ويصعب هذا بوجه خاص على النساء اللواتي يعانين من انخفاض الدخل والتعليم، وفرصهن محدودة في الحصول على وسائل منع الحمل. وهن بالفعل لديهن أعلى معدلات للحمل غير المرغوب فيه. ولا يمكنهن تحمل تكلفة الإجهاض غير القانوني الآمن، المتاح فقط في عيادات سرية باهظة التكلفة.¹¹

أثار وباء «زيكا» إعادة النظر في التشريع البرازيلي التقييدي. وقد رفعت رابطة المحامين العموم الوطنية، دعوى قضائية في المحكمة الاتحادية العليا، تطالب بحق النساء الحوامل ذوات الإصابة بفيروس زيكا، بالإجهاض. مستندين

لصغر الرأس. تستند بعض الأسباب المحتملة لصغر الرأس علي تعرض النساء الحوامل في الأونة الأخيرة لبعض العوامل، وتشمل: الآثار الضارة للتكنولوجيات الطبية التي تم إدخالها في عام ٢٠١٤، مثل تلوث اللقاح المضاد للسعال الديكي بفيروس البستي؛ والتعرض لسُمّية الغليفوساتفي المنتجات البقرية الموجودة في التطعيم الثلاثي ضد التيتانوس والدفتيريا. والسعال الديكي (عبر التفاعل مع الألومنيوم في اللقاح)؛ وكذلك حدوث نقل أفقي لأجزاء من الكروموسومات المعدلة وراثيًا للبعوض المتسرب (piggyback transposon) وأيضاً سُمّية فيتامين حمض الفوليك المستخدم قبل الولادة في حاملي الطفرات الجينية. والتفاعلات بين أي من المذكورة أعلاه.¹¹

ويُعتبر الحفاظ علي بيئة أساسية نظيفة من صرف صحي مع إمدادات منتظمة من المياه المعالجة، هي الاستراتيجية الأكثر فعالية وأمانًا للصحة العامة للتعامل مع الأوبئة التي تنقلها الحشرات، وينبغي أن يكون لذلك الأولوية قبل استخدام الكيماويات للحد من الحشرات. وينطبق هذا بشكلٍ خاصٍ على دول مثل البرازيل حيث، يتم الاعتماد في مقاومة الحشرات بشكل أساسي علي استخدام المنتجات الكيماوية، ويتم تدوير المواد المتخلفة منها في الحقول أو يتم زيادة جرعات المبيدات كي ما تؤثر علي الحشرات. ومع ذلك يتزايد البعوض بغض النظر عن التغيير في الأدوية المستخدمة، أو استخدام تركيبات أعلى. وكنتيجة لاستراتيجية البرازيل في استخدام المنتجات الكيماوية للسيطرة على البعوض منذ ٣٠ عامًا، أصبح السكان البرازيليون هم الأكثر عرضة من أي وقت مضى للإصابة الناتجة عن التفشي الكبير لبعوضة الزاعجة المصرية في بلد تشهد مثل هذا الفشل.¹ وتسكن في مثل هذه المناطق البيئية والأكثر عرضة وبشكل غير

الفيلم الوثائقي الذي أخرجه «ديبورا دينيز» تحت اسم زيكا. ٥ وفي كتابها «زيكا» من جزر الشمال الشرقي ثمة ما يهدد العالم.^{١٤} أعادت تعريف حياة هؤلاء النساء بهذا النوع المختلف من الأمومة: الاهتمام الكبير بالمرض الجديد والتخلي عن الأمهات. وتم إنشاء عيادات متخصصة في صغر الرأس مع مقدمي خدمات صحية مدربين تدريباً جيداً. ولكن الدعم المتقدم للأمهات والأسر للتعامل مع طفل ذي إعاقة دائمة، كان قليلاً جداً.^{١٥}

تواجه النساء العديد من التحديات. فهن يواجهن الخوف من تشخيص غير مؤكد. من تكرار اختبارات التصوير. والتحديات اليومية لرعاية طفل له العديد من الاحتياجات الخاصة في سياق ضعف اجتماعي كبير. إن عدم المساواة التي تعترض لها هؤلاء النساء في سياقات حياتهن. تزيد من تفاقم الحالة التدهورة بالفعل في الحصول على الخدمات الصحية. هناك مجموعة واسعة من الحالات السريرية بين هؤلاء الأطفال. بدءاً من الحالات بسيطة التأثير إلى حالات التشوهات العصبية الشديدة. ويعانون في كثير من الأحيان. من العصبية الشديدة جداً والبكاء المتواصل طوال اليوم. وينتهي الأمر بإعطائهم مهدئات شديدة التأثير. إن التعايش في هذه الحالات مؤلم للغاية. وليس نادراً. أن يغادر الأزواج زوجاتهم وأسرهم بعد ولادة هؤلاء الأطفال. أمهات هؤلاء الأطفال المصابين واللاتي لديهن بالفعل أطفال آخرين — أقرتن أنهن تخلين عن بقية أطفالهن؛ لأنه كان عليهن أن يكرسوا أنفسهن تماماً للطفل المريض.^{١٥،٢}

من أجل الانضمام إلى برنامج التحويل النقدي لعائلات ذوي الاحتياجات الخاصة، والذي يُدعى برنامج المنافع المستمرة. يجب أن يكون دخل الأسرة لا يتجاوز ربع الحد الأدنى للأجور المقررة لكل الأسرة. ما يعني إثبات الفقر المدقع. ما يحول دون حصول

في ذلك على المعاناة النفسية للمرأة. وخاصة أن تشخيص صغر الرأس قد يكون متأخراً (بعد الأسبوع ال ٢٠). تتناول أيضاً الدعوة الحق في المعلومات. وضمان توفر وسائل منع الحمل لمدة المفعول. والحماية الاجتماعية. وتأمين النقل بصدد الاحتياجات غير المحدودة للعديد من أشكال الرعاية الخاصة للأطفال المصابين. وكانت قد قدمت من قبل دعوى دستورية أمام المحكمة العليا. وهي معروفة بمواقفها السابقة. والمساندة للحقوق الإيجابية للمرأة.

لا تُقابل أي مبادرة لتوسيع نطاق حقوق الإجهاض بالترحاب. ولاسيما أن الكونغرس البرازيلي في الوقت الحالي هو الأكثر محافظة من أي وقت مضى. وكذلك الحكومة الاتحادية محدودة الشرعية. والتي لها العديد من العلاقات مع أكثر القطاعات رجعية. ١٣ وفي ٢٩ تشرين الثاني / نوفمبر ٢٠١٦. اجتمعت المحكمة العليا البرازيلية لتقرر حالة امرأة وموظفي عيادة للإجهاض غير القانوني في السجن الوقائي. وأقر الوزراء بالإجماع أن السجن لم يكن له ما يبرره. لعدم توافر المتطلبات الضرورية للاحتجاز السابق للمحاكمة. بالإضافة إلى ذلك. أدلى واحد من الوزراء (الويس روبرتو باروسو) بصوته ضد تجريم الإجهاض قبل الشهر الثالث من الحمل مقررًا بأن ذلك ينتهك الاستقلال الذاتي للمرأة. والحق في السلامة البدنية والعقلية. وحقوق المرأة الجنسية والإيجابية. والمساواة بين الجنسين. فضلاً عن ترسيخ التمييز الاجتماعي. بسبب التجريم غير المناسب بصدد النساء الفقيرات. وكان لا يثير الدهشة. رد فعل الكونغرس على الفور على قرار المحكمة العليا. واعدًا بتصحيح الحكم ومنع وضع هذه العقوبة في الفقه القضائي.^{١٤}

ظهور الفيروس الجديد. والتخلي عملياً عن المرأة تعاني النساء من نقص الدعم في رعاية الأطفال المتضررين. ويظهر ذلك ببراعة في

الكبير بأوبئة زيكا.^{١١}

أصبح إنشاء خدمات متخصصة للرضع والأمهات والأسر المتضررة للغاية من الأشياء الملحة، والتي يجب وضعها كأولوية، خاصة في الوقت الراهن لما به من تقييد كبير للسياسات العامة في البرازيل، والتي تمت الموافقة عليها مؤخراً بما في ذلك جميد الإنفاق العام على الصحة والتعليم لمدة ٢٠ عاماً. يجب علينا النظر في أزمة فيروس زيكا في سياق مرتبط بمنظور العدالة الإيجابية، والتقسيم الطبقي التناسلي، وعدم المساواة بين الجنسين، والعدالة الاجتماعية، وذلك لفهم الآثار البشرية الناجمة عن الأوبئة.^{١٧}

أدلة جديدة: عدم وجود ارتباط مستمر بين عدوى زيكا وصغر الرأس؟

قام باحثون من كل من منظمة صحة الولايات الأمريكية، ووزارة الصحة البرازيلية، بنشر تقرير عاجل ومفاجئ في نيسان / أبريل ٢٠١٧. أقر التقرير أنه لم تحدث زيادة في حالات صغر الرأس مع عودة ظهور واضح لعدوى زيكا ومتلازمة غليان باري في وقت مبكر من عام ٢٠١٦. بما يخالف توقع حدوث زيادة في حالات صغر الرأس. أثار المؤلفون ثلاثة فرضيات لشرح هذا التناقض الظاهري: أولاً، وجود فيروسات أخرى (فيروس حمى الضنك، تشيكونغونيا أو غيرها من الفيروسات الأخرى). تنتقل أيضاً عن طريق الزاعجة المصرية، والتي يمكن أيضاً أن ترتبط بها التشوهات؛ ثانياً، أن فيروس عدوى زيكا كان شرطاً ضرورياً ولكن ليس كافياً لحدوث ما يسمى بمتلازمة فيروس زيكا؛ وثالثاً، أنه كانت هناك حالات إنهاء للحمل إضافية في البرازيل.^{١٨} كان هناك انخفاض طفيف في الولادات الحية في البرازيل في نظام تسجيل المواليد الأحياء (سيناسك)، في النصف الثاني من عام ٢٠١٦، خاصة في الدول الأكثر تضرراً. وربما يشير ذلك أن بعض النساء على الأقل غيرن سلوكهن الإيجابي خلال فترة زيكا فيروس. ويمكن

العديد من النساء الفقيرات على ذلك الدعم المالي. وفي الواقع يتضاءل - أيضاً - دخل الأسرة. لأن على النساء ترك أعمالهن مدفوعة الأجر لتكريس أنفسهن كلياً للطفل المصاب.^{١٩}

وتم تنظيم خدمات صحية لمعالجة مشاكل واحتياجات السكان المتضررين، داخل نطاق الخدمات العامة للصحة، بما في ذلك خدمات إعادة التأهيل، التي تهدف إلى توفير التحفيز المبكر للأطفال في محاولة للتعويض عن الضرر العصبي الذي لديهم. مع أن تأثير ذلك يختلف من طفل لآخر. تحتاج النساء للسفر، أحياناً لمئات من الأميال، مع أطفالهن لجلسات العلاج الطبيعي. وتعتمد في هذه الانتقالات على خدمات البلدية.^{٢٠}

وما لا يدع مجالاً للشك فإن النساء هن ضحايا فيروس زيكا في البرازيل، ومن ناحية أخرى فإنهن تعملن كقادة لمبادرات الدعم. تبدأن بالتواجد في الخدمات الصحية، وتعملن على البقاء على اتصال وتنظيم أنفسهن من قبل وسائل التواصل الاجتماعي - اعتماداً على أن الأمهات حتى الفقيرات منهن لديهن الهواتف النقالة، وعملن معاً على تأسيس جمعية الأمهات والأسر النادرة، (عمار)، في إنبيرنامبوكو. وكذلك اتحاد أمهات الملائكة (أوما)، والتي لديها بالفعل أكثر من ٣٠٠ مشترك. من خلال المناسبات العامة، والشبكات الاجتماعية تعزز إجراءات مكافحة التمييز. وجمع التبرعات وتقديم المساعدة للأمهات والرضع المتضررين من المتلازمة المرضية.^{٢١} كما أنها توفر خدمة قيمة جداً للأمهات من خلال دعم النظراء، من أمهات أخريات مع نفس المشكلة، لمساعدة بعضهن البعض، والتفكير معاً في وضع حلول متميزة لأحوالهن. حيث إنهن أصحاب المشكلة، والأكثر قدرة على تخيل الحلول، وتطورت هذه الحركات وانضمت أيضاً إلى النشطاء من أجل أمهات الأطفال ذوي الإعاقة، والتي أصبح وجودها ظاهراً بعد إثارة الاهتمام

اجتماعيًا، والإجهاض، والولادة والإجباب. ويجب أن تشمل هذه الابتكارات حقوق المرأة وتمكينها كأولوية قصوى. هذا يمكن أن يحدث في كثير من الأوجه، بداية من تنفيذ الحلول الملتحة للصحة الأساسي الأساسي مع إمدادات منتظمة من المياه المعالجة، إلى تدريب وتمكين النساء وأفراد الأسرة في المناطق النائية؛ لتحفيزهم على رعاية أنفسهم. تحت رعاية وإشراف مقدمي الخدمات (للحد من عبء الرحلات الطويلة للوصول إلى الرعاية الصحية). وهناك إجراءات أخرى، مثل تقديم خدمات صحية جيدة (بما في ذلك احتياجات الأمهات الإيجابية)، وإعطاء دعم مالي ونفسي للنساء والأسر المتضررين من هذه الكارثة للصحة العامة والإيجابية.

ونتائج كل هذه المبادرات غير مؤكدة في وسط عناصر جديدة لوضع غير واضح للصحة العامة. ومع ذلك هناك حاجة ماسة لهذه السياسات سواء كانت طارئة أو دائمة لدعم أمهات وأسر الأطفال المتضررين. ينبغي أن تكون العدالة الإيجابية أكثر بكثير من مجرد الحق في اتخاذ قرار الإيجاب-ينبغي أن تشمل الاعتراف الضروري بالأعباء الاقتصادية، والاجتماعية، والعبء العاطفي لرعاية الأطفال بشكل عام، وخاصة بالنسبة لأولئك الذين لديهم تلك الاحتياجات الخاصة.

بيان للإفصاح: أقر المؤلفون بأنه لا يوجد أي تضارب محتمل في المصالح أو الاهتمامات لأي من شارك في هذا العمل.

أيضا أن يُعزى جزئاً من هذا الانخفاض للأزمة الاقتصادية والسياسية.^(١٩) ولكن لا شيء من هذه العوامل يفسر ذلك الانخفاض الحاد وغير المتوقع في صغر الرأس مع حدوث الوباء.

كان الانخفاض في صغر الرأس خبراً مذهلاً حقاً، فقد نشرت مئات من الأوراق البحثية والمبادرات وأطلقت بعد تقرير تلك العلاقة الجديدة بين فيروس زيكا والمتلازمة المرضية زيكا. منذ أن اعتبرت منظمة الصحة العالمية الوضع حالة طوارئ دولية للصحة العامة في فبراير ٢٠١٦. أعلنت منظمة الصحة العالمية في نوفمبر ٢٠١٦، انتهاء حالة الطوارئ الصحية العالمية الخاصة بانتشار فيروس زيكا. وأكدت منظمة الصحة العالمية أن الفيروس «لا يزال حديثاً دائماً للصحة العامة ويتطلب عملاً مكثفًا». وأعلنت أيضاً وزارة الصحة البرازيلية في ١١ أيار / مايو ٢٠١٧، بانتهاء حالة الطوارئ الوطنية بصدد فيروس زيكا.

الخاتمة

بغض النظر عن علاقة السببية بين فيروس زيكا وما يسمى بمتلازمة زيكا الخلقية، يوجد السكان المتضررين من هذه الحالة، والذين يحتاجون بشكل كبير إلى استجابات ملائمة. حتى في سياق من عدم اليقين، مما يجلب المزيد من التشويق، وعدم الاستقرار، أصبحنا في حاجة ملحة لنهج مبتكرة، أمام تلك التحديات الجديدة بدءاً من الوقاية الأولية لإعادة التأهيل، حيث إن لدينا بجانب تلك التحديات، الحاجات الإيجابية غير الملباة لوسائل منع الحمل الآمنة والمدمومة

المراجع

1. Brazil Ministry of Health. The public health Emergency Operations Center report on microcephaly. Epidemiological Week 1 of 2016. Brazil; 2016. [cited Jan 19]. Available from: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/janeiro/13/COES-Microcefalias—Informe-Epidemiológico-08—SE-01-2016—Valida—o-12jan2016—VALIDADOPELOCLAUDIO—e-com-os-estados-por-webconfer—n.pdf>
2. Diniz D. Zika: do sertão nordestino à ameaça global. 1ª. Edição Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2016. p. 192.
3. WHO Director-General summarizes the outcome of the Emergency Committee regarding clusters of microcephaly and Guillain-Barré syndrome [cited Nov 14]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/emergency-committee-zika-microcephaly/en/>
4. World Health Organization. Zika Virus, Microcephaly, and Guillain-Barré Syndrome. Situation Report. [cited 2016 April 21]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/205505/1/zikasitre_21Apr2016_eng.pdf
5. Nature. Brazil asks whether Zika acts alone to cause birth defects. Int Wkly J Sci. [cited Nov 2014]. Available from: <http://www.nature.com/news/brazil-asks-whether-zikaacts-alone-to-cause-birth-defects-1.20309>
6. ABRASCO. Nota técnica sobre microcefalia e doenças vetoriais relacionadas ao Aedes aegypti: os perigos das abordagens com larvicidas e nebulizações químicas – fumacê. Available from: <https://www.abrasco.org.br/site/2016/02/nota-tecnica-sobre-microcefalia-edoenças-vetoriais-relacionadas-ao-aedes-aegypti-osperigos-das-abordagens-com-larvicidas-e-nebulizacoesquimicas-fumace/>
7. Background document for development of WHO Guidelines for Drinking-water Quality. Pyriproxyfen in Drinking-water. [cited Jan 19]. Available from: http://www.who.int/water_sanitation_health/dwq/chemicals/pyriproxyfen2ndadd.pdf
8. Bar-Yam Y, Frederik Nijhout H, Parens R, et al. The case for pyriproxyfen as a potential cause for microcephaly; from biology to epidemiology. 2017 [cited 2017 Oct 15]. Available from: <https://arxiv.org/abs/1703.03765>
9. Triunfol M. New data back early hypothesis for infectious microcephaly. Lancet Infect Dis. 2016;16(9):1008–1009, [cited Jan 19].
10. de Andrade IG. Livestock and microcephaly, traces of an association? bioRxiv. 2016:087825. [cited Jan 19]. DOI:10.1101/087825.
11. Lyons-Weiler J, Ricketson R, Fogarty E, et al. "Areas of Research and Preliminary Evidence on Microcephaly, Guillain-Barré Syndrome and Zika Virus Infection in the Western Hemisphere." [cited Jan 2019]. Available from: http://www.healthfreedomidaho.org/uploads/7/4/4/2/74422517/areas_of_research_and_preliminary_eviden.pdf
12. Diniz SG, d'Oliveira AFPL, Lansky S. Equity and women's health services for contraception, abortion and childbirth in Brazil. Reprod Health Matters. 2012;20 (40):94–101.
13. Zanatta LF, Grein MI, Álvarez-Dardet C, et al. Gender equality: why is Brazil moving backwards? Cadernos de Saúde Pública. 2016;32(8):24. [cited Jan 19].
14. O STF descriminalizou o aborto? Entenda. Available from: <http://www.cartacapital.com.br/sociedade/o-stfdescriminalizou-o-aborto-entenda>
15. Diniz D. Zika. Documentário. [cited Nov 2014]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=j9tqt0jaoG0>
16. Scott RP, Quadros MT, Rodrigues AC, et al. A Epidemia de Zika e as Articulações das Mães num Campo Tensionado entre Feminismo, Deficiência e Cuidados. Cadernos de Gênero e Diversidade. 2017;3(2).
17. Stern AM. Zika and reproductive justice. Cadernos de Saúde Pública. 2016;32(5):94.
18. de Oliveira WK, Carmo EH, Henriques CM, et al. Zika virus infection and associated neurologic disorders in Brazil. N Engl J Med. 2017;376(16):1591–1593.
19. Marteleto LJ, Weitzman A, Coutinho RZ, et al. Women's reproductive intentions and behaviors during the Zika epidemic in Brazil. Popul Dev Rev. June 5 2017;43(2):193–397. doi:10.1111/padr.12074