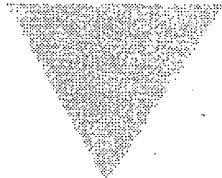


الدعاية

الخمسة في التجاوز

يصدرها مركز القاهرة لدراسات حقوق الإنسان





■ تقديم

■ الشئون الجنسية اليوم

جوليت ريتشرز

٦

- المفاهيم المختلفة للرجال والنساء حول العلاقات الجنسية ومناقشتها في إطار الزواج في الهند
آنى جورج

١١

- أبعاد العنف ضد نساء زيمبابوي
شارلوت واتس، إريكاكيوف مايفيندلوفو، روedo كوارumba

٢٢

- مائد مستديرة حول بتر الأعضاء الجنسية للمرأة
كارلا مخلوف، أوبر ماير، روبرت رينولدز

٣١

- ذاتية ورمزية اللغة
سهام عبد السلام

٤٢

- العلاقة بين الأعمال البحثية وجهود جماعات مناصرة لإنقاذ ممارسة ختان الإناث
جوسلين ديونج

٤٦

- إشكالية المصطلحات والتغلب على ثقافة الصمت
ماري باسيلي أسعد

٤٩

- الجدال السياسي والقانوني حول التشوه الجنسي للإناث في مصر
عايدة سيف الدولة

٥٠

- ممارسة ختان الإناث وسط مسلمي كلينتان ماليزيا
عبد الرحمن عيسى، رشيد شعيب، م. شكري عثمان

٥٩

- المرأة وافتقاد الخصوبة في منطقة شبه الصحراء الأفريقية
بيز بويرما، زايدا مجالا

٧٧

- عمليات الإجهاض الفاشلة التي تتم بواسطة عقار ميسوبوروستول-
سايتوتيك وتشوهات الأجنة في البرازيل

٧٤

قضايا الصحة الإنجابية

العدد الثالث

مختارات مترجمة من مجلة

Reproductive Health Matters

التي تصدر في بريطانيا ويتولى تحريرها:

ميرج بيرر ت.ك سونداري رافندران

يتولى تحرير المطبوعة العربية:

د. آمال عبد الهادي د. نادية عبد الوهاب

تصدر عن مركز القاهرة لدراسات حقوق الإنسان

شارك في ترجمة هذا العدد:

آمال عبد الهادي

إيمان أحمد اسماعيل

عايدة سيف الدولة

شهرت العالم

نادية عبد الوهاب

الإخراج الفني: أيمن حسين - مركز القاهرة

نشرت مقالات هذا العدد في الأعداد التالية

العدد الثاني عشر نوفمبر ١٩٩٨

العدد الثالث عشر نوفمبر ١٩٩٩

صورة الغلاف والصور الداخلية من إعداد R.H.M.

مجلس الأئمة

إبراهيم عوض (مصر)
أحمد عثمانى (تونس)
أسمر خضر (الأردن)
السيد ياسين (مصر)
آمال عبد الهادى (مصر)
سحر حافظ (مصر)
عبد الله النعيم (السودان)
عبد المنعم سعيد (مصر)
عزيز أبو حمد (السعودية)
غانم النجار (الكويت)
فيوليت داغر (لبنان)
محمد أمين الميداني (سوريا)
هانى ماجى (مصر)
هيثم مناع (سوريا)

منسق البرنامج

مجدى النعيم

المستشار الأكاديمي

محمد السيد سعيد

مدير المركز

بهى الدين حسن

مركز القاهرة

لدراسات حقوق الإنسان

■ هيئة علمية وبحثية وفكرية تستهدف تعزيز حقوق الإنسان في العالم العربي.. ويلقزم المركز في ذلك بكلفة العهود والإعلانات العالمية لحقوق الإنسان. ويسعى لتحقيق هذا الهدف عن طريق الأنشطة والأعمال البحثية والعلمية والفكرية بما في ذلك البحوث التجريبية والأنشطة التعليمية.

■ يتبنى المركز لهذا الفرض برامج علمية وتعليمية، تشمل القيام بالبحوث النظرية والتطبيقية، وعقد المؤتمرات والندوات والمناظرات والحلقات الدراسية، و يقدم خدماته للدارسين في مجال حقوق الإنسان.

■ لا ينخرط المركز في أية أنشطة سياسية ولا ينضم لأية هيئة سياسية عربية أو دولية تؤثر على نزاهة أنشطته، ويعمل مع الجميع من هذا المنطلق.

٩ شارع رستم - جاردن سيتي - القاهرة

الرقم البريدي ١١٥٦ ص. ب ١١٧

مجلس الشعب - القاهرة

تلفون (٢٠٢) ٧٩٤٣٧١٥

فاكس (٢٠٢) ٧٩٥٤٢٠٠

E. mail: cihrs@idsc.gov.eg

نَفْرَةٌ كَبِيرٌ :

افتراق حاجز الصمت

كثيرة هي التابوهات في حياتنا (المواضيع الحساسة التي يحرم فيها النقاش أو يتم خوضها بحذر بالغ). وكثيرا منها يرتبط ارتباطا وثيقا بحياة النساء. تعتبر الشئون الجنسية إحدى هذه المحرمات الكبرى، والحديث حولها محفوف بالمخاطر، وتزداد المخاطر إذا ما تحدث النساء.

إن التحرير والتابوه والحساسية يرتبطون دائما بقضايا حيوية تخص أفكار البشر، وممارساتهم الحياتية، وعلاقتهم. وهي قضايا اتخذت فيها ترتيبات على مر العصور توحى بالاستقرار، ولكنها مبنية على أساس غير صحيحة أو غير عادلة. إنه استقرار مزور ومزعزع، أفاد طوائف وفئات واسعة من البشر، لكنه أضر بفئات وطوائف أخرى.. وفتح النقاش حول هذه القضايا يمثل تهديدا جديا لمصالح الفئات المستفيدة، وقد ترفض حتى الفئات المضارة فتحه لما تمثله خلخلة الاستقرار من افتقاد للأمان النسبي الموجود.

الجنس أحد المحرمات لأنه شكل من أشكال التعبير عن العلاقات بين البشر، ولكنهبني على أساس ملكية الرجال لأجساد النساء في ظل علاقات قوى غير متكافئة بين الجنسين !! وكما في كل التابوهات، الحديث والنقاش ليسا محظيين بشكل مطلق فهما مباحثان للطرف الأقوى الذي يصبح قواعد وقوانين "اللعبة" بشرط الالتزام بالشروط المتفق عليها. لكنه محرم أساسا على من يحاول تعديل تلك القواعد، وبالتالي يبعث بالاستقرار، وينفع في النار المشتعلة تحت الرماد.

رغم حرمة النقاش في الجنس فقد حفل تاريخنا الشرقي بالذات بعد الفتوحات الإسلامية بنقاشات وكتابات حول الموضوع، ولكنها جميما دارت بين الرجال حول أساليب المتعة، وأفضل الجواري "والفلمان"، والأوضاع الجنسية المختلفة.. باختصار الاستخدام الأمثل لجسد المرأة "غالبا" لإمتاع الرجل. واحتزلت النساء خلال تلك الحوارات من ذوات "عقول وأرواح وأجساد" مشاركة على قدم المساواة في تلك العلاقة الحميمة إلى موضوعات وأدوات للمتعة. ومع تصاعد المد النسائي في القرن العشرين استطاعت المرأة بصعوبة أن تدخل كطرف مشارك في الشئون الجنسية، بالأبحاث والكتابات والمشاركة في المؤتمرات العلمية. وعانت من المخاطر التي يتعرض لها من يجرؤ على الاقتراب من التابوه. ولعلنا جمعينا نذكر الاستهجان والاتهامات التي وجهتها الشجاعة الدكتورة نوال السعداوي بعد نشر كتابها "المرأة والجنس" وكتبها الأخرى، ولعلنا نذكر التحفظ الشديد الذي تم به تعریب كتاب Our bodies our selves تحت اسم "حياة المرأة وصحتها". وهو كتاب موسوعي تناول حياة النساء الإنجابية والجنسية من خلال رؤية النساء أنفسهن لتجاريهن، رغم كامل تقدیرنا للجهد الذي قامت به الباحثات اللاتي عرین الكتاب وما يمثله الكتاب العربي من قيمة مضافة رغم كل التحفظات.

إن اختراق حاجز الصمت هو قضية كل النسويات اللاتي يعنيهن أن تعيش المرأة حياة سوية يمكنها فيها التعبير عن نفسها بحرية "عقلًا وروحاً وجسداً" والتفاعل مع المجتمع المحيط بها والأخذ والعطاء كطرف مساوٍ ومتمتع بكل الحقوق المكفولة للإنسان الرجل. هذه هي قضية عدنا الثالث من مجلة الصحة الإنجابية والذي اختار قضية الشئون الجنسية ليكون موضوع النقاش ليقوم من خلاله باستعراض مجموعة أبحاث ومقالات من بلدان مختلفة تدور كلها حول موضوع الشئون الجنسية.

ومعظم مقالات هذه المطبوعة مترجمة من العدد ١٢ الصادر في نوفمبر ١٩٩٨ والذي يعني أساساً بموضوع الشئون الجنسية ماعدا المائدة المستديرة حول التشويه الجنسي للإناث، وعرض كتاب المرأة وافتقاد الخصوبة في منطقة الصحراء الأفريقية واللذان نشرا في العدد ١٣ الصادر في مايو ١٩٩٩ وقد تم اختيارهم لصلتهم الحميمة بموضوع الشئون الجنسية.

في المقالة الافتتاحية حول البحوث والممارسة في الشئون الجنسية تستعرض جولييت ريشترز المدارس المختلفة في مجال البحوث الجنسية وتصور كل منها، والصعوبات التي يواجهها الباحثون في مجال علم الجنس والعاملون على تقديم المشورة، والسعى المستمر للنسويات النشيطة لتحويل الشئون الجنسية إلى قضية يتم تناولها من خلال مناهج علم الاجتماع. وتشير الباحثة إلى مخاطر إلهاق دراسات الجنس بالعلوم الطبية والبيولوجية فقط، حيث لا يمكن احتزال السلوك الإنساني لغيرات هرمونية وفيزيائية تفتقد البعد النفسي والاجتماعي.

تكشف الدراسة التي تقدمها آني جورج -العلاقات الجنسية ومناقشاتها داخل إطار الزواج في الهند- عن المسح به والممنوع في مفاوضات الأزواج حول علاقاتهم الجنسية. كما توضح بعض الاختلافات بين رؤى الجنسين حول قضايا المتعة الجنسية، المبادرة في العلاقات الجنسية والتعبير عن الرغبة، القبول بالقهر الجنسي، تأثير السن وакتمال العدد المرغوب من الأطفال على العلاقة الجنسية، الحماية من الأمراض المنقلة جنسياً كما تناقش الدراسة طبيعة علاقات القوى السائدة في المجتمع وتتأثيرها على المفاوضات بين الطرفين.

من الهند إلى زيمبابوي حيث قام مشروع موساسا بعمل بحث لاختبار وتوثيق نوعين من العنف الجنسي ضد النساء وهما إجبار النساء على ممارسة الجنس قسراً من جانب الزوج/الشريك، أو الامتناع القصدي لهذا الشريك عن ممارسة الجنس كنوع من العقوبة للمرأة وتحاول الدراسة استكشاف الأسباب التي تكمن وراء العنف الجنسي في هذه المنطقة الأفريقية وتصل نتيجة تحتاج لمزيد من الاختبار وهي أن النساء اللاتي تم تمكينهن اقتصادياً يتعرضن للعنف أكثر من غيرهن من النساء الأضعف. أمام هذه النتيجة لابد لنا من التساؤل هل يدفع شعور المرأة بالقوة والاستحقاق الرجل للعنف الجنسي كوسيلة لتحقيق الهيمنة الذكرية التي يهددها تمكين

المرأة الاقتصادي؟ أم أن هذه المرأة أصبحت أكثر وعيًا بالعنف الكامن داخل سلوك الرجل والذي كان من قبل يعتبر من طبائع الأمور؟

تكشف نقاشات المائدة المستديرة حول التشويه الجنسي للإناث عن أسلوب جديد وحضارى في النقاش حيث تقدم كارلا مخلوف وروبرت رينولدز وجهة نظر مخالفة لما استقرت عليها آراء نشطاء حقوق الإنسان حول ما يمثله الختان من تشويه لجسد ونفس الفتاة والمرأة ويشارك في النقاش عدة باحثات معظمهن مصرىات ليظern وجهات اختلافهن مع المقال السابق. تمت أيضًا ترجمة ملخص بحث أجرى في ماليزيا حول أسلوب ختان الإناث بوخذ البظر الذي يمارس في ماليزيا ويرفض هذا البحث تسميتها تشويهاً جنسياً بل اعتبره أسلوباً لإرضاء العادات والتقاليد بدون إضافة أضرار للنساء. وإن كانت العديدات من المهتمات بصحة المرأة وحقوق الإنسان يتخوفن من أي ممارسة ولو رمزية للختان لما يمثله ذلك من تهديد بعودة تلك الممارسات للحياة.

تم اختيار عرض كتاب المرأة وافتقاد الخصوبة في منطقة شبه الصحراء الأفريقية، لما يتضح من خلاله من صلة وثيقة بين مختلف جوانب الصحة الإنجابية حيث يرتبط السلوك الجنسي بمشكلة العقم، فقد يكون سبباً لها، كما قد يؤدي افتقاد الخصوبة إلى تغير السلوك الجنسي لكلا الزوجين كما تشير محررتى المقال.

إننا نأمل أن يكون لهذه المطبوعة أثر في توضيح العلاقة الحيوية بين كافة قضايا الصحة الإنجابية للمرأة والشئون الجنسية، وندعو كافة المهتمين بصحة المرأة إلى إدراج قضيابها الجنسية على جداول أعمالهم. كما نرحب بملحوظاتهم.

د. نادية عبد الوهاب

الشئون الجنسية في اليوم

الاجتماع. وأعتقد أن علم الاجتماع هو الموضع الصحيح للبحوث المتعلقة بمجال الجنس، فالسلوك الجنسي هو سلوك اجتماعي، مثله مثل الجريمة أو العمل. كما أن "الشئون الجنسية" (Sexuality) و"نوع الجنس" (Gender) هما مفهومان اجتماعيان جوهريان، لا تقل أهميتهما عن مفهومي "العنصر" (race) أو "الطبقة" (Class).

وفي رأيي، هناك منهجان أو مدرستان في مجال البحوث الجنسية الاجتماعية المعاصرة: البحوث التجريبية والدراسات الثقافية. ولسوف أعرض لكل منهما بإيجاز، مع تحديد الخطوط العريضة للأطروحات التي يتبنّاها المعارضون في كلاً المسكرين.

المسوح التجريبية:

تهتم البحوث التجريبية أساساً بمعرفة من يفعل ماذا بمن؟ وكم مرة يفعل فيها ذلك؟ وما إذا كان يستخدم الواقع الذكري أم لا؟ كما تهتم أيضاً بدراسة المواقف والهويات والتوجهات الجنسية ورغم أن هذا المجال يشمل وضع النظريات حول الشئون الجنسية، إلا إن ذلك ينحو في التطبيق إلى التركيز على تطوير الاستبيانات وتحليل الاستجابات. كذلك يستخدم الباحثون في مجال البحث الجنسي التجاريبي أنماطاً من الاستبيانات والتحليلات الإحصائية المستقاة من العلوم النفسية والصحية والوبائية والاجتماعية. وسرعان ما تستفيد تلك العلوم، من خلال عملية التغذية المرتجعة، بالرأي المتبصرة والمناهج التي توصل لها الباحثون. وهم يلجهُون أيضاً، وإن بصورة أقل،

هذا هو أول عددٍ^{*} يتناول موضوع الشئون الجنسية كموضوع محوري له، رغم أن المجلة نشرت في أعداد سابقة عدة مقالات حول ذات الموضوع. إن كافة المسائل المتعلقة بالصحة الإنجابية للمرأة ترتبط بطبيعة الحال بالجنس. ومع ذلك، فعادةً ما كان تناولها يتم في سياق وبأسلوب يتبع حجب ذلك الجانب "غير المستساغ" منها. فالنساء المتزوجات يذهبن إلى عيادات تنظيم الأسرة (لاحظ لطف التعبير لتفادي استخدام كلمة الجنس) وتعالجهن الطبيبات ذوات الرداء الأبيض من مشكلاتهن الجنسية دونما إشارة إلى أسبابها، والنساء المتزوجات يمارسن العلاقة الجنسية مع أزواجهن (ونعني العلاقة الجنسية المهبليّة "العادية"، والتي لا تحتاج تفاصيلها إلى مناقشة) وهذا هو كل ما في الأمر.^١ إن هذا النوع من التفكير لازال هو المستقر في مجال الصحة الإنجابية، مؤكداً ملاحظة روث مولر أن: "زائرًا من كوكب آخر لابد وأن يشعر بالحيرة إزاء السلوك الجنسي (البشري)، إذا ما استقى معلوماته من المجالات المتعلقة بالعلوم السكانية وتنظيم الأسرة"^(١).

لقد دفعني موضوع هذا العدد للتأمل في الفجوة المستمرة بين عالم صحة المرأة وتنظيم الخصوبة (وهو المجال الذي كنت أعمل فيه في منتصف الثمانينيات) وبين عالم البحوث في مجال الشئون الجنسية (وهو المجال الذي أعمل فيه الآن). وهذا يعني أنني انتقلت من فرع يتعلق بالرعاية الصحية والتنقيف الصحي إلى فرع يتعلق بعلم

* مقالات هذه المطبوعة مترجمة عن العدد الثاني عشر من مجلة الصحة الإنجابية ماعدا المائدة المستديرة حول التشويه الجنسي للإناث والمأخوذة من العدد الثالث عشر.

الإكلينيكي أو علم الأعصاب، أو علم الوراثة، أو علم الفدد الصماء، أو الأمراض التناسلية فإن الجنس لا ينتمي بالضرورة إلى علم الاجتماع، حيث يتصور كل فريق منهم أن مجاله الخاص هو المجال الأمثل للتعامل مع الشؤون الجنسية للبشر. فوحدات البحث في مجال العلوم الطبية عادة ما يقترب عملها بعمل العيادات التي تقدم الخدمات الإكلينيكية إلى مجتمعات معينة من الناس، مثل الذين يعانون من تبديلة الجنس (Transsexuals) (أي الشعور بالانتماء إلى الجنس الآخر)، أو الذين يعانون من شذوذ جنسي موروث. وتؤثر المفاهيم والاكتشافات المتعلقة بهذه الميادين على كافة المجالات الثلاثة للبحث الاجتماعي والممارسة الاجتماعية المشار إليها أعلاه، كما هو الحال بالنسبة لباحث الأمراض التناسلية ومبحث الجهاز البولي ومبحث أمراض النساء (دراسة وعلاج الاضطرابات التي تصيب الأعضاء الجنسية، والأمراض المنقولة جنسياً).

أما المعارضون لمنهج العلوم الطبية في مجال الجنس فيجادلون بأن افتقاد الوعي النفسي والاجتماعي (وأحياناً كراهية النساء وكراهية المثلية الجنسية) الذي يبدو واضحاً لدى مراكز بحوث الطب الجنسي (علاج الذين يعانون من الاذدواجية الجنسية أو صفر عضو الذكورة) إنما يمثل في بعض الأحيان نوعاً من التحذير. وعندما يحاول علماء الطب إدماج الرؤى الاجتماعية في منهج تناولهم للشئون الجنسية، عادة ما يتبنون شكلاً ضعيفاً من أشكال نظرية التأثير الاجتماعي وليس البنية الاجتماعية. إنهم، بتعبير آخر، يقبلون وجود اختلافات ثقافية في المعتقدات والسلوكيات الجنسية، ولكنهم يستثنون مفاهيمهم الخاصة من مثل هذا الانتقاد. كما أنهم عادة ما يفترضون أن التنوع في الشئون الجنسية البشرية ينبع في الأساس من البيولوجيا، سواء من الجينات، أو البنى الفسيولوجية، أو الهرمونات. إن ميلهم لتقديم التصورات الخاصة بالاختلاف الجنسي باعتبارها نوعاً من الاضطراب أو المرض، إنما يضفي طابعاً طبياً على الشئون الجنسية، متجاهلاً بنيتها الاجتماعية الأوسع نطاقاً.

وتعد العلوم الطبية جزءاً من تكنولوجيا الدولة الحديثة في مجال التحكم في السلوك الجنسي، فالمكانة العالية التي يحتلها العلم والطب في المجتمعات الحديثة تعني أن الأطباء وعلماء الطب يمتلكون قوة ضخمة للتأثير على قرارات الحكومة في الأمور المتعلقة بالسلوك الجنسي، وهي الأمور التي قد لا يكونوا على دراية جيدة بها.

إلى المناهج التجريبية الكيفية مثل الأنثروبولوجيات الوصفية للتعرف على السلوكيات الجنسية للثقافات الفرعية والأقليات، وأن المنهج تجريبي فإنه يدمج بين الرؤى المتبررة المستقاة من البحوث الجنسية الطبية.

ويرى المعارضون للبحوث المسحية التجريبية أنها بحوث وضعية^(٢) لا تعني أن مصطلحاتها لها مضمون سياسي، كما أنهم ينتقدونها باعتبارها نوعاً من "مسك الدفاتر اجتماعياً" (أي تركز على قياس وحساب الأشياء بدلاً من تفسيرها) ويعتبرونها جزءاً من تكنولوجيا الرقابة في الدول الحديثة.

الدراسات الثقافية:

تنبع جذور هذا المنهج من الفلسفية والتاريخ والأنثروبولوجية الأوروبية (وخاصة الفرنسية)، وتقسم بشكل عام داخل البنوية وما بعد البنوية^(٣). ولا يقوم الممارسون إلا بقدر ضئيل من العمل التجاري. وعندما يدرسون البيانات، يميل منهجهم إلى التحليلات التفصيلية لنصوص المقابلات أو الإنتاج الثقافي للمجتمع في شتى صوره مثل الإعلانات أو الملابس أو المؤسسات (مستعيرين التقنيات المستخدمة في علوم اللغويات والنظرية الأدبية). كما يرفضون اعتبار الموضوعية هدفاً علمياً، مؤكدين على نسبة الأخلاقيات والثقافة وعدم قابلية النصوص للترجمة. وهناك علم وثيق الصلة بالموضوع هو علم الفينومينولوجيا، إذ يركز على الخبرة الحية لمن يتم إجراء مقابلات معهم خلال البحث (أحياناً الباحث ذاته/ الباحثة ذاتها).

إن المعارضين للدراسات الثقافية (بما فيها الدراسات الخاصة بنوع الجنس ونظرية المثلية الجنسية) يعتبرونها نوعاً من الهذيان الفرنسي الذي يتعدد قراءاته، نظراً لما يشتمل عليه من لعب بالألفاظ واستخدام مكثف للرطانة حديثة الابتكار. كذلك ينظر النشطاء اليساريين إلى الدراسات الثقافية باعتبارها توجهاً محافظاً أو غير سياسي نظراً لsusceptibility الأخلاقية بينما ينظر إليها المحافظون باعتبارها توجهاً راديكاليًا خطيراً لأنها تتحدى المصادر التقليدية للقوة (مثل العلم، والطب، ونظام القضاء الجنائي)، وتعامل معها جمعياً باعتبارها مجرد "خطابات" مترافقه (بمعنى "الأطر اللغوية والتصورية") لا يمكن لأي منها الزعم بامتلاك الحقيقة.

علم الجنس:

من وجهة نظر العلماء والباحثين في مجالات علم النفس

التقاليد الخاصة بتقديم المشورة:

يعد هذا المنهج، الذي يتضمن العديد من العلاجات الجنسية منهجاً انتقائياً من الناحية النظرية. ويستخدم بعض الممارسين أساليب التحليل النفسي الفرويدية وما بعد الفرويدية ويستخدم البعض الآخر أنماط تعديل السلوك التي تم تطويرها من خلال النزعة السلوكية الأمريكية. وهناك البعض الذين يستخدمون النظريات والأساليب الشعبية التي تطورت في صناعة المشورة. بينما يلجأ العديدون إلى استخدام مزيج من هذه الأساليب. كذلك يوظف بعض الممارسين الأفكار الاجتماعية، وخاصة أولئك المدربين كباحثين اجتماعيين وليس كمتخصصين في علم النفس الإكلينيكي. إن تقديم المشورة في مجال الجنس ياتقطع النظرية من كل مكان، بما في ذلك العلوم الطبيعية (علم التشريح، علم الفسيولوجيا، علم الغدد الصماء، علم الوراثة).

ويرى المعارضون لمنهج تقديم المشورة أنه لا يقدم أي مساهمة جادة في نظرية الشؤون الجنسية، فضلاً عن افتقاده للرؤية السياسية. فهو يخفق في توضيح الإشكالية المتعلقة بعلاقة القوى في إطار الزواج، وليس له موقف نقدي من الزواج كمؤسسة أبوبية. كما أنه لا يعترف بوجود تحيز للعلاقات الجنسية المغايرة بتركيزه على تقديم المشورة للمتزوجين والتي تهدف عادة لحفظ على العلاقة الزوجية، ومن هذه الناحية المفاهيمية يتعامل هذا الأسلوب مع المشكلات الجنسية باعتبارها مشكلات في العلاقات.. بما يدفع بالشئون الجنسية، إلى المجال الخاص.. ويتغاضل الأبعاد الاجتماعية الأوسع التي تسهم في تشكيلها.

الشئون الجنسية ومجلة الصحة الإنجابية:

لا أعتقد أن مجلة الصحة الإنجابية تعاني من تجنب لقضايا الجنس، كما ذكرت في الفقرة الأولى من مقالتي. لماذا إذن نجد انفصلاً بين البحوث الأكاديمية في مجال الشئون الجنسية والمواد التي تنشرها الدوريات الجديدة مثل مجلة *Sexualities* وما يتم نشره حول الجنس في مجلة الصحة الإنجابية؟

لقد أثارت مجلة الصحة الإنجابية دائماً قضايا الممارسة على أرض الواقع، وقضايا تغيير العالم فعلياً، ولا تقتصر في مواجهها على البحوث فحسب. وهذا هو السبب في سياستها التي تقسم بالعرافة الإنجليزية وموادها الإخبارية، بالإضافة إلى ما تشتمل عليه من ملخصات للأبحاث المنشورة في

المجالات الأخرى. ومع ذلك يتم إجراء الكثير من البحوث المعاصرة في مجال الجنس داخل إطار منهج الدراسات الثقافية الذي تحدثت عنه أعلاه. إنه منهج فلسفى ونظري وعسيرة في القراءة، كما يصعب تطبيقه بشكل مباشر على مختلف المشكلات المعاصرة مثل الإجهاض في أمريكا اللاتينية، أو انتشار أمراض النساء في الهند. ووفقاً لقواعد البيانات في مجال العلوم الاجتماعية والإنسانية وليس في قواعد البيانات والنقاشات الدائرة في المجال الطبي ومجال الصحة، ينحو العاملون في مجال الصحة الإنجابية إلى استخدام هذا المنهج. إنه يركز على الهويات الجنسية والثقافات الفرعية التي قد لا تحمل مدلولاً للقراء من البلدان الأخرى.

هناك سبب آخر للفجوة القائمة بين الصحة الإنجابية والبحوث في مجال الشئون الجنسية. فالطفرة التي شهدتها البحوث في مجال الشئون الجنسية في السنوات الخمسة عشر السابقة ترجع إلى توفر التمويل للبحوث المتعلقة بالوقاية من مرض الإيدز. وقد أدى ذلك (على الأقل في البلدان الفنية) إلى التركيز على سلوك الرجال في مجال الجنسية المثلية، وعلى الثقافات الفرعية المتعلقة بالجنس واستخدام المواد المخدرة، وجاء ذلك على حساب القضايا الإنجابية أو الجوانب الأخرى من الجنس. ففي بلدان مثل استراليا حيث كان انتشار مرض الإيدز ناجماً بدرجة كبيرة عن انتشار الجنسية المثلية بين الذكور، تمت دراسات مستفيضة حول الهوية الجنسية والمجتمعات التي تمارس فيها الجنسية المثلية. ولكن هناك أشياء أخرى كثيرة يمكننا اختيار دراستها في مجال الشئون الجنسية البشرية، مثل الجوانب الأخرى من الأذواق والتفضيلات الجنسية (للكبار والشباب، للبدين والرفيع، للبشرة داكنة اللون أو الشاحبة، لكثيف الشعر أو الأملس)، والعادة السرية والخيال وأحلام اليقظة، والأدب والفن الإباحي، والولع أو التعلق الشديد، والإنجاب (بما في ذلك الرضاعة الطبيعية)، والشهوة الجنسية، والشهوانية المسيحية والشمية. وعلى الرغم من ثراء واتساع نطاق الموضوعات التي يغطيها هذا العدد من المجلة، فهناك موضوعات عديدة أخرى لم يتم التطرق إليها، وأتمنى أن تنشر في المستقبل مقالات حول سفاح القري، أو الجنس بين أجيال مختلفة، أو الشذوذ الجنسي أو الجنس وكبار السن، أو الثقافات الجنسية الفرعية أو العادة السرية، أو شبكات العمل في مجال الجنس. كما لا يضم هذا العدد من المجلة الكثير حول

بالعجز العالمي عن توجيهه أو إلزام الشركات متعددة الجنسيات بأي شكل، فالشركات الخاصة تتفق مخصصات البحث والتطوير نقوداً على الأدوية العلاجية وليس على الأ Mitsal، ذلك أن الأ Mitsal تحقق ربحاً أقل للشركات، فالزيائين هم الحكومات وليس الأفراد. ومن المثير للسخرية أيضاً أن كل حالة تم وقايتها من فيروس نقص المناعة البشرية ستقلل من عدد الذين سوف يشترون العقاقير العلاجية باهظة التكلفة. وقد شهدت جلسات المؤتمر الختامية العامة تذمراً يعكس مشاعر الاستياء نحو شركات الأدوية، وتشجيعاً للمتحدثين الذين أثاروا أموراً هامة حول ما ينبغي أن تقوم به شركات الأدوية وإن لم يكن هناك اتفاق واضح حول ما يجب أن يتطلبها منها.

ومما أثار دهشتي أن التمثيل في المؤتمر لم يضم سوى هيئة واحدة فقط من بين الهيئات القائمة على تصنيع الواقي الذكري، إنها مجموعة لندن الدولية، التي تقوم بتصنيع دبوركس، إذن فقد كان ممثلاً الواقي الذكري العملاق دبوركس حاضرين. ولقد ضم المؤتمر، من خلال نشرات معلومات منظمات المجتمعات المحلية، علامات تجارية أخرى لأنواع الواقي الذكري، ولكنني لم أجده أيها من المصنعين الرئيسيين الآخرين. وهذا غريب، فالشركات ترغب في التواجد لإبرام صفقات كبيرة مع من يبغي الشراء من أجل برامج التسويق الاجتماعي سواء الوطنية أو الدولية، ومن أجل الخدمات الصحية.

في سياق الوقاية (والتي، كما قلت، تعد موضوعاً مملاً بالنسبة للعلماء الحقيقيين)، تمت الإشارة إلى نجاح استراليا ومؤخراً تايلاند، في محاصرة وباء الإيدز أكثر من مرة في الجلسات العامة. وقد كان جيداً أن أمثل بلداً يعتبر، على المستوى العالمي، ناجحاً لكنني شعرت بالذنب لتقديم ملصق حول المخاطر التي تتحقق بالمرأة^(٤)، في بلد كان إجمالي النساء المصابات فيه في العام الماضي ٦٦ امرأة.

لقد أجريت حوارات رائعة مع بعض النسوة اللاتي حضرن الاجتماعات. دار أحدها، على سبيل المثال، مع امرأتين أفريقيتين حول "العزل" كوسيلة ممكنة للوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية في حالة اختلاف الجنس. وقد شعرت، على مستوى آخر، باعتباري شخص يعمل داخل الحقل الاجتماعي والسلوكي، شعرت بتعاطف خفي تجاه سلوك علماء الفيروسات الذين كنت اعتبارهم سابقاً متغطسين وفاقدين للمسئولية الأخلاقية. كانت الأوراق البحثية التي أثارت اهتمامي في علاقتها بعملي، تدور حول

الأمراض المنقولة جنسياً - لكن ذلك يسعدني، إذ تحو الكتابات الطبية إلى تقليص الصحة الجنسية إلى (غياب) الأمراض المنقولة جنسياً فحسب.

مؤتمر جنيف العالمي الثاني عشر حول الإيدز؛

يعد هذا المؤتمر أيضاً مثالاً على وجود مثل تلك الفجوات. كان المؤتمر يحمل عنوان: "عبور الفجوة"، بينما كان يمكن تسميته "تأملات حول الفجوة". لقد انصب اهتمام أغلب العلماء على البحوث الفiroسية والعلاجية، وكانوا عادةً ما يتوجهون إلى خارج القاعة عندما تبدأ مداخلة متحدث في مجال علم الأولئـة، أو مداخلة متحدث من أحد البلدان النامية (عادةً ما يكون نفس الشخص).

هناك حوالي ٣٣ مليون شخص مصابين بفيروس نقص المناعة البشرية (يزيد العدد بمقدار شخص واحد كل ثانية تقريباً) و٩٠٪ من المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية ينتهيون إلى البلدان النامية. وفي بعض مناطق أفريقيا وأسيا تصل نسبة انتشار فيروس نقص المناعة البشرية بين النساء المتردّدات على العيادات في فترة ما قبل الولادة إلى حوالي ٢٠٪ (وهو مؤشر جيد على معدل انتشار الفيروس بين الشباب البالغين في فترة النشاط الجنسي بشكل عام وليس فقط بين أولئك الذين يتم اختيارهم باعتبارهم أكثر عرضة للخطر). وبالنسبة لأغلب هذه البلدان، والتي لا تفي ميزانياتها الصحية بالاحتياجات الاعتيادية، مثل توفر أخصائي مدرب أثناء الولادة، ووجود نظام علاج للأمراض المنقولة جنسياً، ووجود رعاية أولية بشكل عام، وعلاج الأمراض المعديـة.... الخ، فإن الإنفاق على علاج حالات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية على النمط الأميركي يعد أمراً خارج الموضوع. وكما قال أحد الحضور في مؤتمر سابق حول الإيدز، فإننا لا نقدر حتى على توفير كوب من الماء النقي للمصاب بفيروس نقص المناعة البشرية

لتتناول هذه الحبوب، ناهيك عن القدرة على شراءها!

لقد ظهرت العديد من ردود الأفعال المختلفة إزاء هذا المأذق. فقد طرح البعض ضرورة قيام البلدان الغنية و/أو شركات الأدوية ذاتها بدعم تكلفة العلاج للمصابين في البلدان الفقيرة. وفي رأيي الشخصي أن ذلك يعد ضريراً من الجنون، إذ ينصب اهتمامي على وجود برامج معونة فعالة تقوم بتقديم المياه النظيفة والرعاية الأولية، عبر خطوط تغطية الصحة الذي أصدره البنك الدولي من عدة سنوات. وهناك مشكلة أخرى، من الزاوية البنوية، تتعلق

والدين، والمصالح الإقليمية، واللامبالاة القاسية، وعدم الكفاءة المؤسسية، والتزعزعات الدموية المضطبة. لقد كنت أتمنى فحسب أن يتتوفر قدر كاف من حوارات الأروقة والجلسات المخصصة للمنابر المجتمعية ليتحاور فيها المنخرطون في مراحل مختلفة من النضال ضد هذه المشكلات بما يساعدهم على شق طريقهم. ولكن تصميم المؤتمر كان يميل إلى التأكيد على حل المشكلات التقنية وليس السياسية.

ومن حيث الأساس، لم يضم مؤتمر الإيدز إلا القدر القليل حول النشاط الجنسي، رغم أنني بحثت عن ذلك بعناية. وفي الواقع الأمر، قد يكون مؤتمر الإيدز مؤتمراً نموذجياً لعلماء الفيروسات في مجال فيروس نقص المناعة البشرية، ولكنه ليس كذلك بالنسبة للباحثين الاجتماعيين (بمن فيهم الباحثين في مجال الجنس). كان مفهوم "العلم" محدوداً بنطاق ضيق، بحيث ضاع تماماً نوع البحث الاجتماعي في مجال الشؤون الجنسية الذي تقوم به أنا وزملائي. (وضعت جلسات الملاصقات المتعلقة بالعلوم الاجتماعية والسلوكية بطبيعة الحال في قاعة بعيدة في الدور العلوي، بحيث لم يكن وجودها معروفاً لأغلب الوفود). لم يعبر المؤتمر الفجوات، بل تركنا متارجحين مرة أخرى فوق فجوات تعذر عبورها: الفجوة بين البلدان الفنية والفقيرة، الفجوة بين العلماء والاجتماعيين، والالفجوة بين الباحثين والنشطاء، والالفجوة بين شركات الأدوية والعامليين في مجال الوقاية، وبالطبع الفجوة بين العلم والجنس.

مشكلات مماثلة في بلدان أخرى بالعالم الأول: ما يحدث في حمامات البخار (الساونا) في شرق لندن أو سان فرانسيسكو، أو المنهج المتبع لقياس ما يتم رصده من ممارسات جنسية في أمريكا الشمالية. لقد عرضت في المؤتمر ملخصات عن انتشار فيروس نقص المناعة البشرية والتي رغم جفافها وتقديمها دونما براعة، اشتتملت على مشكلات فكرية مثيرة للاهتمام، مثل تطوير تقنيات التقدير الدقيق لانتشار الفيروس بين السكان بناءً على إحصاءات عيادات رعاية الحوامل، أي التعديل وفقاً للنشاط الجنسي. ولكن هل يهم فعلاً ما إذا كان الانتشار في فترة الحمل يصل إلى ١٩٪٤، ٢٣٪٥ أم ٢٣٪٦ فالاختلاف لن يؤدي إلى فارق جوهري فيما يتعلق بما ينبغي أن نقوم به إزاء ذلك.

ومع ذلك تبقى حقيقة أن سلسلة من الملاصقات حول "كيفية إدارة برنامج تعليمي للنساء القرويات في غانا/ لاوس/ المكسيك/ تونجا" لا يرتبط، في الواقع الأمر، بالاهتمامات الفكرية للباحثين الاجتماعيين. إن هذا الانقسام (بين ما يشير الاهتمام والإغراء الفكري وما يؤدي إلى تغيير العالم بالفعل) قد أكدت المتحدثون في الجلسات العامة الذين قالوا، فيما يتعلق بالوقاية: "نحن نعرف ماذا نفعل، والآن علينا أن نفعله". هذه مشكلة تتعلق بالسياسات وليس بعلم الأوبئة أو بعلم السلوكيات (على الأقل بقدر ما يتعلق الأمر بدراسة سلوك الأفراد الأكثر تعرضًا للخطر). ويعني ذلك: محاربة العنصرية، والتمييز بين الجنسين، والإفراط في الاحتشام، والاستعلاء والتتوحش الطبقي

مراجع وملاحظات

وفيما يستخدمها. وعلى الرغم من وجود اتفاق عام بشأن كفاية الوقت اللازم لتحقيق الاتصالات، فلن يصبح المعنى مثالياً، وسوف يناضل الناس على الدوام لتغيير المعاني بحيث يحصلون على ما يريدون (مثال: من يرغبون في "التخلص من حمل مبكر"، ومن يرغبون في إيقافهم عن "قتل طفل بريء لم يولد بعد"). راجع بهذا الصدد:

Richters J, 1997. Doing HIV/AIDS Social Research: travelling in two cultures (editorial). (*Venereology*, 10: 214- 16).

٤- راجع بهذا الصدد:

Richters J, Bergin S, Lubowitz Set al, 1998, Women in contact with the gay and lesbian community. Sydney Women and Sexual Health Survey 1996 and 1998. Abstract 23492.12the World AIDS Conference record. Berence, Geneva. Conference record.

١- راجع بهذا الصدد:

Dixon- Muller, R, 1993. The sexuality connection in reproductive health. *Studies in Family Planning*, 24 (5): 269.82

٢- أي تهتم فقط بينما يمكن التتحقق منه تجريبياً، وتتظر إلى كافة الاهتمامات الأخرى - الأخلاقية، والدينية، والسياسية، والأدبية، والرمزية - باعتبارها أموراً ميتافيزيقية وبالتالي ليس لها معنى.

٣- البنية الاجتماعية هي فكرة تطرح أن كل شيء وثيق الصلة بحياتنا وهام بالنسبة لها يبني من خلال التفاعل الاجتماعي، بما في ذلك حتى الأفكار. نحن لا نطلق أسماء على الأشياء التي نراها مجرد أن أشعة الضوء تسقط على شبكيّة العين: نحن نحتاج إلى تصنيفات تصورية تحدد داخلها ما نراه، وهذه التصورات يتم تعلمها اجتماعياً. فالكلمات، على سبيل المثال، تعني ما تعنيه لنا نظراً لكيفية استخدامها، ومن ثم تغير معانها دائماً وفقاً لمن يستخدمها

المفاهيم المختلفة للرجال والنساء حول العلاقات الجنسية ومناقشتها في اطار الزواج في الهند



تقدّم هذه الورقة تقريراً حول دراسة تم إجراؤها عن التفاوض حول العلاقة الجنسية بين ٦٥ سيدة متزوجة، و٢٣ رجلاً متزوجاً في سن الإنجاب، في إحدى مناطق الدخل المنخفض في مومباي بالهند، وذلك باستخدام لقاءات معمقة متكررة. وقد أدت المفاهيم المختلفة حول المتعة الجنسية، والقهر الجنسي والقدرة الجنسية لدى النساء والرجال إلى مفاوضات مستمرة حول ممارسة الجنس أو تفاديه. فقد شعرت النساء أنه ليس من اللائق بالنسبة لهن أن يعبرن عن احتياجاتهن الجنسية، بينما عبر الرجال عن رغبتهن في أن تكون النساء أكثر إيجابية ونشاطاً وتعبيرأً فيما يخص الجنس. وظهر أنه من الأرجح أن تشعر النساء بمعنة جنسية أكبر عندما يعيشن في انسجام زوجي. كذلك كشفت المقابلات مع النساء إنه كثيراً ما يطلب منهان ممارسة الجنس ضد رغباتهن، ولكن يتفاوضن للحد من هذا، أما الرجال فكانوا دائمأً يرون أن الممارسة الجنسية حق من حقوقهم الزوجية. وترى النساء والرجال معاً أن تكرار الممارسة الجنسية يجب أن يقل مع طول فترة الزواج واكمال عدد الأطفال، ولكن يبدو أن الرجال أقل عسکاً بهذا الرأي . وقد كانت مسألة الممارسة الجنسية الآمنة آخر ما يمكن مناقشته داخل العلاقة الزوجية. كما لم تكن نتائج المناقشات في الزوج ثابتة، إذ تملك النساء والرجال على حد سواء القدرة على جعل النتائج لصالحهم. وقد تساهم القدرة المتغيرة في الحصول على الموارد في إعطاء فرصة ومساحة أكبر للنساء للتأثير في طبيعة خبراتهن الجنسية.

آني جورج

تعتبر مصادر المعلومات المكتوبة في الهند حول السلوك الجنسي والمناقشات الجنسية، خاصة في إطار العلاقة الزوجية، قليلة ونادرة. وتسجل مومباي عدداً من الحالات المشخصة من الإيدز / فيروس نقص المناعة المكتسبة في الهند^(٤). وفي أغلب الظن فإن العلاقات الجنسية بين النساء والرجال هي الوسيلة الأولية للانتقال. كما أوضحت الدراسات حول السلوك الجنسي للبالغين أن العلاقات الجنسية قبل الزواج وال العلاقات خارج الزواج تحدث في جميع طبقات المجتمع ومع عدد متفاوت من الشركاء (٥-٨). وقد وجد أن العنف الجنسي والقهر ينتشران بشكل واسع في زيجات الريف الهندي (٩ ، ١٠). ولكن لا توجد معلومات حول طبيعة ذلك القهر ومداه.

أوضحت دراسة أجريت في عام ١٩٩٥ (١١) أن هناك عدداً من العوامل تحدّ كلها من قدرة النساء على التحكم في حياتهن الجنسية والإنجابية ، منها اعتماد النساء اقتصادياً على الرجال، الفقر، عادات التقديس المحلية والاحتياك المحدود بين النساء المتزوجات وما بين أسرهن الأصلية ، وضعية المرأة الدونية في مقابل طغيان سلطة الرجل في المجتمع، الفرص الضيقة المتاحة للنساء للتأثير على اتخاذ القرارات المتعلقة بالقضايا الجنسية ومنع الحمل، المعرفة المحدودة بعمليات الجسم الحيوية، المناقشات المحدودة بين الأزواج والزوجات حول همومهم الجنسية المتعلقة بالحمل والولادة، التخويف واستعمال العنف بواسطة الأزواج. وقد بحثت هذه الدراسة في وجهات نظر الرجال والنساء على حد سواء حول هذه القضايا.

الدراسة ومنهجها

أجريت الدراسة في مجتمع محدود الدخل، به حوالي ٣٠٠٠ شخص في ضواحي مومباي، حيث الوحدة الاجتماعية الأساسية هي الأسرة الممتدة المكونة من أشخاص تربطهم قرابة من جهة الأب، وزوجاتهم وأطفالهم، وهم يسكنون مساكن مساحتها ١٢٠x١٢٠ قدم. يعيش بعض السكان في هذا المجتمع منذ الولادة، والبعض الآخر مهاجرين إلى المدينة من جميع أنحاء الهند، ويختلفون في الممارسات الدينية والثقافية. وما زالت لديهم روابط مع أسرهم في الريف، حيث يعودون في قمة الموسم الزراعي أو عندما يكونون بلا عمل. ويعمل أغلب الرجال في القطاع

إن الامتناع واستخدام الواقي الذكري والالتزام بالشريك الوحيد والأساليب الجنسية الأخرى الآمنة هي أحد طرق الوقاية من الأمراض المقلولة جنسياً. وتعكس هذه الممارسات الجنسية سيافاً منطقياً للوقاية من الأمراض أو منع الحمل، وتؤدي إلى المناقشات الناجحة في الزواج إلى ممارسات جنسية أكثر أماناً. بالرغم من ذلك فإن القضايا التي تشجع المناقشات في الزواج لا تكون دائماً بدافع الأمان، وقد يقوم النساء والرجال أيضاً بالنقاش لأسباب شتى وفي مختلف الأوقات، متاثرين أحياناً باختلاف النوع. هذا وتتعرض هذه الورقة إلى ثلاثة جوانب في الحياة الزوجية الجنسية تتباين حولها وجهات نظر الرجال والنساء، وهي المتعة الجنسية والقهر الجنسي والمعتقدات حول الشؤون الجنسية لدى النساء والرجال. وقد أدى هذا التباين في وجهات النظر إلى الحاجة لمناقشات مستمرة حول ممارسة الجنس أو تفاديه.

يعتبر النقاش في هذا السياق هو عملية للتواصل بين شخصين لديهما اهتمامات متباعدة وشئ ما مشترك. وتفترض المفاوضات الجنسية بين الشركاء في العلاقة الجنسية تفترض عملية من المساومة للوصول إلى اتفاق ما لتعديل سلوكيات جنسية تكون، لأي سبب من الأسباب، غير مقبولة لأحد الشركين. وتفترض كذلك أن أحد الشركين، على الأقل، لديه شئ ذو قيمة يستخدمه لدفع المساومة لصالحه، وتعتمد القدرة في التأثير خلال المفاوضات على الشرعية والدعم الاجتماعي الذي يكتسبه أي طرح، والخيارات المفتوحة أمام كل من الشركين في حال فشل النقاش^(١).

لذلك يؤثر الفرق في سلطة الزوج والزوجة بصورة ملحوظة في تشكيل نتائج المفاوضات الجنسية. ويرى بعض الباحثين انه يمكن للنساء مناقشة القضايا الجنسية بشكل أكثر أماناً إذا تواجدن في بيئة تراعي المساواة في النوع وتتوفر فيها العديد من الخيارات للوقاية وتعتبر فيها المناقشات حول القضايا الجنسية مقبولة ثقافياً^(٢).

تستكشف هذه الورقة البيئة التي يناقش فيها الأزواج قضايا الجنس في مدينة مومباي بالهند، وتوضح لماذا يحدث أحياناً لا تمثل الصحة الجنسية جزءاً من برنامج النقاش. إذ تتحد عملية التفاوض حول الجنس في الزواج حسب المفاهيم المختلفة في المنطقة.

من مجتمعات هندوسية ومسلمة وبوذية وكان غالبيتهم من ولاية "مهراشيرا" والأقلية من ولايات هندية أخرى. وبالرغم من ذلك لم تكن هناك اختلافات كبيرة بين المجتمعات المختلفة فيما يخص البيانات الواردة في هذه الورقة. لقد وجدنا أنه من الصعب تحديد مدى تأثير عملية الاختيار على نتائج الدراسة، فقد كان بعض الذين تمت مقابلتهم على علم تام بمرض الإيدز/ نقصان المناعة المكتسبة نتيجة لعملهم. وقد جعلهم هذا أكثر وعيًا بالسلوك الجنسي الذي يتضمن خطورة. بالإضافة إلى ذلك فقد كان صريحين جداً في فترة الاختيار فيما يخص مواضع النقاش، وكان انطباعنا العام إننا، بين المقابلات مع الشخصيات البارزة ومجموعات النقاش والمقابلات المعمقة، قد تحدثنا إلى مجموعة من الناس بصورة خالية من التحيز لأي جانب فيما يخص السلوك الجنسي. بالرغم من ذلك فإنه، وكما هو الحال في أي دراسة كيفية، يمكن القول بأنه لا يمكن الوصول للدلائل إحصائية من استخلاص المعاني والفهم العميق للنتائج.

تستند هذه الورقة على بيانات تم الحصول عليها من خلال مقابلات معمقة متكررة. تمت مقابلة كل شخص ثلاث مرات في المتوسط بمعدل نصف ساعة إلى ساعتين لكل مقابلة. وقد قوبلت كل النساء في منازلهن ، أو في حالة وجود أفراد الأسرة ، في منازل جاراتهن. وكانت المقابلات تتقطع أحياناً بسبب الأطفال أو أفراد الأسرة وأحياناً كان الأزواج أو أمهات الأزواج يقومون بأداء مهام خارج المنزل أو سينتجانبون أطراف الحديث مع أحد الجيران لإعطاءنما بعض الخصوصية. لم تتم مقابلة أي رجل في المنزل، إذ لم يكن من المقبول أن نطلب من النساء الخروج من المنزل لتوفير مناخ الخصوصية. في البدء كانت المقابلات مع الرجال تتم في محال بيع الشاي أو في أحد أركان الشوارع. ولكن بسبب انعدام الخصوصية والانتباه والزحام الذي سببه تلك المقابلات، أجريت معظم المقابلات اللاحقة مع الرجال في فصول المدارس المحلية بعد انتهاء ساعات الدراسة.

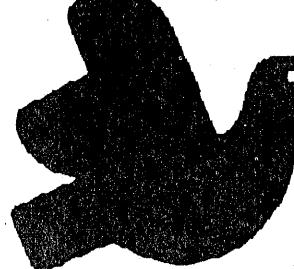
بعد أن تعرفنا على من سيتم مقابلتهم بواسطة أحد الأشخاص المحليين، قمنا بتوضيح أغراض البحث والمواضيع التي ستتم مناقشتها فيما يتعلق بتجاربهم الحياتية وخاصة في العلاقات الجنسية. وبمجرد موافقة شخص ما على الاشتراك في الدراسة، كما نقوم بإجراء مقابلة معه عن

غير الرسمي كعمال مهرة وغير مهرة، أما النساء فغالبيتهن يعملن ربات بيوت. في القطاع غير الرسمي يعمل غالبية العاملين كعمال بناء، وجامعي خرق في صناعة القيمة، وخدم بالبيوت، ومساعدين لهن مختلفاً بالمنظمات غير الحكومية. ويعلم عدد قليل من الرجال في الوظائف التي لا تتطلب مهارة عالية، والنساء كمعاونات منازل، وفي تجارة الجنس والمتعة في الخليج العربي، وهن يuden بصورة دورية إلى مومباي لزيارة أسرهن.

استخدمت أساليب البحث الكيفية لجمع المعلومات في الموضوعات الحساسة، فالنقاش وسط العامة حول القضايا الجنسية ليس شيئاً معتاداً (١٢ ، ١٢). كذلك استخدم أسلوب مجموعات النقاش البؤرية الاستطلاعية لمناقشة قضايا الثقافة الجنسية في المنطقة، مع مجموعتين من النساء المتزوجات ومجموعة من الرجال المتزوجين. وأجريت مقابلات مع ٨٧ شخصيات قيادية. وقد ساعدنا هؤلاء على تكوين رواد، عمل كل منهم بمثابة دليل لنا لإجراء المقابلات الشخصية المعمقة التي تمت على مدى ١٢ شهراً ابتداء من ديسمبر ١٩٩٥، مع ٦٥ امرأة متزوجة و٢٣ رجلاً متزوجاً في عمر الإنجاب. وقد تم اختيار من يحررون المقابلات والأشخاص الذين تمت مقابلتهم بناء على النوع والخلفية العرقية واللغة. اشتغلت قضايا النقاش على علاقات النوع بين الشركاء المتزوجين والمواضيع الجنسية وصنع القرار والمعرفة بالأمراض المنتقلة عن طريق الجنس والإيدز ومفاهيم الخطورة واستخدام ممارسات معينة لتنقیل الخطر. كذلك أجريت المناقشات باللغة المحلية وسجلت على أشرطة سمعية، ثم استنسخت وترجمت وصنفت وأعطيت رموزاً معينة ثم حللت للخروج بأنماط المفاوضات الجنسية وصنع القرار. وقد كان التفاعل المستمر مع الشخصيات البارزة مفيداً عند ظهور بعض علامات الاستفهام.

تم اختيار الأشخاص للمقابلات بشكل تفعي مع محاولة الاستفادة بقدر كبير من الظروف المواتية ، وبمساعدة

العاملين بالمنظمات غير الحكومية الموجودة



بالمنطقة. لقد اتصلنا بـ ٨٧ امرأة و٢٣ رجلاً، منهم ٦٥ امرأة و٢٣ رجلاً شاركوا في الدراسة ولم يكن أي منهم زوجين. جاء هؤلاء



إلى أسئلة مثل "ماذا يمكنني أن أقول لك أكثر من ذلك؟ لقد أخبرتك بكل شيء". أما الرجال فقد كانت ردود أفعالهم مختلفة، ما عدا ثلاثة منهم كانت لهم ردود فعل مماثلة لتلك التي صدرت عن النساء.

بالرغم من أن مواضيع المقابلة لم تتم تغطيتها مع كل من قابليهم، فقد شعرنا أن الأشخاص لديهم الحق في وضع حد لمثل تلك الأسئلة التي تقتum خصوصياتهم.

المتعة الجنسية؛ وجودها وغيابها

اتفق النساء والرجال على السواء، على أن المتعة الجنسية بمعناها الذي يشمل الإشباع الحسي والمعنوي، هي فكرة قد لا يصل إليها الكثيرون. وقد اختلفت الآراء فيما بينهم حول كيفية حدوث المتعة الجنسية وطرق المثلث للوصول إليها في حالات الزواج.

لقد استخدمت النساء تعبيرات "سوك" و "سامادهان" من اللغة المحلية للتعبير عن المتعة الجنسية الحسي والمعنوية على التوالي. كان الانسجام الزوجي يشرطًا مهما للوصول إلى المتعة الجنسية عند النساء، ولكن بالرغم من ذلك، لم تكن كل النساء المنسجمات في زواجهن يصلن للمتعة الجنسية. كان احتمال حدوث المتعة والإشباع الجنسي الحسي والمعنوي في العلاقات الجنسية أكبر لدى النساء

طفولته ومتى استقر في مومباي وعمله وتقسيم العمل المنزلي وإدارة مصادر دخل الأسرة واتصالاته مع أسرته. أما المقابلة الثانية والثالثة فركزت بشكل رئيسي على العلاقات الجنسية، أي كيف استطاع هؤلاء الأشخاص الوصول إلى فهم معين حول الإشباع الجنسي والممارسات الجنسية مع شركائهم، والتفاوض حول العنف (إن وجد) والعلاقات الجنسية خارج نطاق الزواج والأمراض الجنسية،

لقد كان صعباً على النساء الحديث بالتفصيل ولمرات متعددة حول الجنس. وفي كل حالة كانت هناك نقطة لا تستطيع المرأة الذهاب إلى ما هو أبعد منها في حديثها، خاصة عند الحديث حول الممارسات الجنسية وتجربتها في الإحساس بالمتعة أو عدمها. في بعض الحالات كانت المرأة تصل إلى هذه النقطة في مرحلة مبكرة من المقابلة، وفي حالات أخرى تبدأ في الدخول في تفاصيل أكثر ثم تتوقف. اعتمدت اللحظة التي تصل فيها المرأة إلى هذه النقطة إلى حد كبير على مشاعرها وتقديرها للباحثة ومدى التفاهمن بينهما و حاجتها للحديث و البيئة المحيطة ومدى قرب أفراد العائلة منها في ذلك الوقت، بالإضافة إلى اقتراب موعد عودة زوجها للمنزل. كان رد فعل النساء إما الرفض التام للاستمرار في الحديث حول الجنس أو السكوت أو اللجوء

الكلام وأساليب أخرى للوصول للانسجام الجنسي مع أزواجهن. كانت اثنين منهن متزوجات من رجال ينفقون على أسرهم بشكل ثابت، ولهن علاقات متوافقة ومنسجمة مع زوجاتهم. أما الثالثة فقد كانت ت العمل في تجارة الجنس سابقاً، وقد قالت بأنها عملت على التأكيد من أن زوجها يفي باحتياجاتها الجنسية، بالرغم من أن زواجهما لم يكن مستقرًا.

كانت النساء اللائي يتحملن وحدهن عبء مسئوليات الحياة اليومية، يشعرن بأن تلك المسؤوليات تطفي على جميع الاعتبارات الأخرى في حياتهن. وقد كن جمیعاً يرين أن الجنس لا يمثل أي نوع من المتعة لديهن. لقد كن يعتبرن أن العلاقات الجنسية غير ممتعة ومملة أو إجبارية في كثير من الأحيان. فعلى سبيل المثال تزوجت "جامونا" و "زينات" مرتين، وكانت الاثنتان زوجات ثانيات لأزواجهن. لم يكن أحد الزوجين يحصل على مرتب ثابت، وكان الاثنان يتغاضيان الكحول ولهم علاقات جنسية خارج الزواج. وعندما كانت إحدى الزوجتين تتساءل عن سلوك زوجها تتشب خلافات حادة وتتعرض للضرب دائمًا. وبالرغم من أنهما لم تكونا معتمدين على زوجيهما مادياً، إلا أنهما ظلتا متزوجتين منهما لأسباب المكانة الاجتماعية والاحترام، ولتفادي وصمة العار المرتبطة بالزواج الفاشل وأنهما لم تكونا تتوقعان مساندة أسرتيهما إذا تركت أي منهما زوجها.

تقول "جامونا" :

"أي سعادة هي التي أجدها مع زوجي؟ إننا نمارس الجنس كأي كلبين يلتقيان في الطريق. هذا الرجل يستغل جسدي فقط، ولا يعط لي أي اعتبار."

أما "زينات"، التي تأمل في السعادة الزوجية والإشباع الجنسي من زوجها الثاني، تقول :

"عند ما تحدث الممارسة الجنسية، فإنها تحدث بالقوة وليس بالحب، ليس من القلب... أنا لاأشعر بأمان عندما يمارس الجنس معي، إنني فقط أشعر بالحزن يملأ قلبي..."

المبادرة في العلاقات الجنسية والتعبير عن الرغبة
على العكس من النساء فقد ظهر بأن الرجال كانوا يربطون السعادة الجنسية بالمتعة الجنسية ، أكثر من ربطها بالوفاق الزوجي. لقد كان إشباع رغباتهم الجنسية كرجال والمشاركة الراضية والنشطة في العلاقات الجنسية من قبل

اللائي يعتبرن أزواجهن أكثر التزاماً تجاه الإنفاق على الأسرة وأكثر احتراماً لهن والأطفالهن، بينما كان الاحتمال أقل في حالة النساء اللائي يرين أن أزواجهن لا يهتمون بشئون الأسرة أو أن التزامهم تجاهها ضعيف. وفي حالات قليلة، حينما كان الزوج يبذل جهداً لرعاية أسرته ولا يستطيع لظروف خارجة عن إرادته، كانت النساء تصنف حياتهن الزوجية والجنسية بأنها سعيدة. كانت النساء يعتبرن أن التزام الزوج بتوفير احتياجات الأسرة علامة على الوفاء. وفي تلك الحالات، سواء كانت هناك ضائقه أو كان الحال ميسوراً كانت النساء تشعرن بأنهن وأزواجهن لديهن هدف ومستقل مشترك، واهتمامات مشتركة، كتربيه الأطفال علي سبيل المثال. وكانت حياة تلك النساء أكثر انسجاماً وتوافقاً مع أزواجهن، كما كن أكثر قبولاً للتاليف في العلاقات الجنسية والاستمتاع بها. وتمثل "جاياشري" التي تبلغ الرابعة والثلاثين من العمر وهي متزوجة منذ 15 عاماً، مثالاً حياً لهذه الفئة. كان زوجها يعمل بانتظام ولكن مرتبه لم يكن يكفي احتياجاتهما. وكانت هي تسعى لإيجاد عمل بأجر، لكنها لم توفق في ذلك، إذ أن زوجها لم يكن موافقاً على عملها. لقد كانت تستمتع بالعلاقات الجنسية لأنهما كانوا في تراض دائم.

"إننا نمارس الجنس فقط إذا كنا نحن الاثنين - على استعداد لذلك، إذا كنت أنا أشعر بالألم، بينما هو يستمتع، إذن ما الفائدة؟"

بينما وصف نصف النساء علاقاتهن الجنسية الحالية بأنها مملة، خاصة عندما كن يشعرن بثقل عبء المسؤوليات الأسرية، والإجهاد الجسدي، أو حتى مجرد عدم الرغبة في الممارسة الجنسية حتى لو كن يعشن حياة منسجمة مع أزواجهن.

"أنا الآن أشعر بال الألم - حيث أجريت عملية تعقيم ولا أميل لممارسة الجنس." "أشعر بال الألم ولكن هو يرغب بذلك فأنا أقبل أحياناً."

عندما كان مستوى رغبة النساء في ممارسة الجنس يختلف عن ذلك الخاص برجالهن، كان لابد لهم من مناقشة الأمر: الرجال بغض النظر الممارسة الجنسية والنساء بغرض تفاديهما. وكانت غالبية النساء يخضعن لرغبة أزواجهن إذا لم يستطيعن تفادي ذلك.

صرحت ثلاثة من النساء بأنهن كن يستعملن أسلوب

المنظمات السياسية والاجتماعية في المجتمع المحلي. إن هذا التناقض والتباين بين توقعات الرجال والنساء حول التعبير الجنسي الصحيح يؤدي إلى شعور الرجال بعدم الإشباع الجنسي. ونتيجة لذلك يلجأ الرجال بدورهم إلى التحفيز والنقاش والتحكم ببراعة والقهر في آخر الأمر من أجل الحصول على الجنس.

الاهر الجنسي والقبول

اختلف النساء والرجال في فهمهم لطبيعة الاهر الجنسي. فقد اعتبرت النساء الجنس قهرياً عندما كن يشعرن بأنهن مجبرات على ممارسته مع أزواجهن ضد رغبتهن. أما الرجال فكانوا يرون أن الممارسة الجنسية حق من حقوقهم الزوجية، وأن هذا هو السبب الذي يلزم زوجاتهم بقبولها.

لم يجرِ أو يستخدم كل النساء والرجال الاهر ولم تصل المسألة إلى حد العنف الجسدي إلا في حالات قليلة، إذ كان الرجال يستخدمون أساليب أخرى مثل التشكيك في نزاهة وإخلاص الزوجات وشخصياتهن، أو خلق دراما حول الموضوع أمام أفراد الأسرة. كانت النساء تترددن من الدخول في شجار حول العطاء الجنسي أمام الأطفال. وكن بدورهن يستخدمن وجود الآخرين وعدم توفر الخصوصية والمكان كنقطاط في صالحهن، لتبرير عدم رغبتهن في الجنس.

إذا كان الجنس حق من الحقوق الزوجية، فإن رفضه يمثل وصمة في شرف الأسرة. كذلك رأى الرجال أنهم لا يجب أن يبحثوا عن الجنس في مكان آخر طالما كانت زوجاتهم موجودات. كان الأزواج، وأفراد الأسرة الآخرين يعكسون هذه الفكرة للزوجات أحياناً. وكان الحديث يحمل في طياته تهديداً باستقرار الأسرة والهجر واتخاذ عشيقه أو زوجة أخرى أو إرجاع الزوجة إلى بيت والديها. لذا كان من واجب الزوجة أن تكون مستعدة لتلبية رغبة زوجها. قالت ليلى: "عندما يحاول أن يقترب مني وأقول لا، إنني أشعر بالسأم أو إنني لن أفعلها، أو أن الأطفال مرضى.... كان يقول "ماذا تقولين؟ أخرجني من بيتي، إنني أطعنك!". وإذا لم أطعه يقوم بضربي ويحصل على ما يريد (أي يمارس الجنس معه)."

كان الرجال يشعرون بأن لهم دوافعهم عند استخدام العنف الجسدي (لم ينكر الرجال استعمالهم للقوة لحمل زوجاتهم على الاستجابة لهم في الممارسة الجنسية). قال "

زوجاتهم هما الشيئان اللذان يمنحان الرجال الإشباع الجنسي الحقيقي. يقول "غوبال" أنه وزوجته دائمًا على استعداد لممارسة الجنس متى رغب هو في ذلك، وأنهما يشعران بالرضا وأنهما بحالة جيدة بعد ممارسة الجنس". ويقول محمود "بأنه يرى حياته الجنسية سعيدة جداً، وأنه يشعر بارتياح عند ممارسة الجنس، إننا نفعلها ثانية وثالثة".

إن مجرد ممارسة الجنس مع الزوجات ، لم تكن عملية ممتعة عند بعض الرجال، إذ انهم كانوا يودون لو أن زوجاتهم كن أكثر نشاطاً. وعندما لا يكن كذلك، كان الأزواج لا يشعرون بالإشباع البتة. أما النساء فكن يشعرن بعدم الاشتراك في العملية عندما يكون الجنس قهرياً ومملأ في نظرهن أو عندما يحدث في ظروف ليس بها الخصوصية الكافية.

لم تكن النساء تعبر عن احتياجاتها ومشاعرها الجنسية حتى لأزواجهن، وذلك تمشياً مع ما يتوقعه منها المجتمع حسب الثقافة المحلية، خوفاً من أن يعتبرن متطاولات أو ذوات رغبة جنسية عالية أو لديهن علاقات جنسية متعددة أو لا يمكن السيطرة عليهن. البعض منها اعتبرنها مجازفة يرضين بالدخول فيها، حيث رأين أن استقرار حياتهن الزوجية أكثر أهمية من الإشباع الجنسي المؤقت، واختبرن المحافظة على شرفهن أمام الأزواج بتركهم يقومون بالمبادرة دائمًا في الأمور الجنسية. تقول "سانجييتا" المتزوجة منذ ١٣ عاماً، وتعيش حياة زوجية منسجمة :

"هناك العديد من النساء ممن يشعرن بأحساس جنسي، ولكنهم يخجلن من إخبار أزواجهن. وحتى إذا شعرت المرأة برغبة في ممارسة الجنس، فإنها تظل تشعر بالخجل. في الماضي عندما كنتأشعر بالرغبة أحياناً، كنت أحس بالخجل. فقد يفكر زوجي "لابد أن تكون هذه المرأة سيئة الشخصية، وهذا هو السبب في أنها ترغب في الجنس كثيراً":

بالرغم من أن بعض الرجال كانوا يرغبون في أن تكون زوجاتهم معتبرات جنسياً ، وأن يشاركن بياجنبية، إلا أنهم كانوا يظنون أيضاً بأنه :

"ما من امرأة تعبر عن هذه الرغبات لزوجها...". لقد كان الرجال الذين أظهروا هذا التناقض من الأجيال الأصغر، وقد نشأوا في مدينة مومباي ولهم نشاط فعال في

رفض الجنس، عندما يكون الأزواج تحت تأثير الكحول مثلاً. كان أغلب الأزواج الذين يتعاطون الكحول بشرابة يلجهن إيه لأنه ليس لديهم عمل ثابت، وتحمل النساء نفقات الأسرة. عندما يسعى الزوج الشمل للجنس، كانت المرأة تشعر بأنه من حقها الرفض، حتى إذا أدى ذلك إلى تعرضاً للضرب. كان زوج "جويا" يتعاطى الكحول ويسعى إلى ممارسة الجنس معها يومياً، وكانت هي تقبل مرتبين في الأسبوع وتقاوم في كل المرات الأخرى. كانت تشعر أن "الرجال يحتاجونه" وتمني لو أنها أعطت زوجها ذلك الحق أحياناً، لأنه سوف لن يبحث عنه في مكان آخر أو يجبرها عليه في أحياناً أخرى.

كانت النساء أيضاً ترفضن الجنس في أثناء نزول الدورة الشهرية، وفي نهاية الحمل وبعد الولادة مباشرة وفي حالات المرض أو الإجهاد. وإذا كانت الحالة مزمنة يتم النقاش حول عدد المرات التي يمارس فيها الزوجان الجنس. عقدت "خيرونيسي" التي كانت تعاني من هبوط الرحم، اتفاقية في هذاخصوص مع زوجها، الذي كان ملتزماً بالاتفاق على مضض في الفترة التي عرفناها فيها. كذلك كانت النساء ترفضن الجنس مع أزواجهن إذا كن يتفادين الحمل ولا يردن استخدام أي موانع، حتى يصل الزوجان إلى حل المشكلة. كانت فريدة تتعامل مع زوجها على أنه عقد به التزامات على الطرفين. فعندما كان زوجها لا يعمل، ترفض هي طلبه لممارسة الجنس، ويقبل هو بفرضها.

وعومما، فإذا رأت المرأة أن زوجها يسعى إلى الجنس كثيراً فإنها يمكن أن ترفض أحياناً. تقول "لاكمي" المتزوجة منذ ١٤ عاماً وتعيش في غرفة واحدة بمشاركة ٤ أشخاص بالغين و٤ أطفال:

"لا اسمع له بأن يفعلها في كل المرات. لقد أيقظني يومها عند الثانية صباحاً، لا يتضائق المرء من ذلك؟ ولكن هذه هي رغبة الرجال، لذلك فأنا أسمح له أحياناً. أما إذا كان يريد ذلك بانتظام، أو كثيراً، فأنا فعلاًأشعر بالضيق وأخبره بأن المنظر لا يبدو لطيفاً."

عوامل السن واكمال عدد الأطفال

لقد ظهر لنا أن الاعتقاد السائد في هذا المجتمع هو أنه بعد سن معين وعندما يكون الزوجان قد أكملوا عدد الأطفال الذي يريدانه وحصلوا على أشياء أخرى يريدانها من الحياة،

رافندا" على سبيل المثال، أنه اضطر لإجبار زوجته: "من الطبيعي أن تستجيب المرأة المتزوجة لزوجها، حتى إن كان ذلك ضد رغباتها. إذا قالت لا، فإن زوجها يمكن أن يشبّع رغباته في مكان آخر. عندها ستعاني هي لاحقاً. وإذا لم تمنع المرأة لزوجها السعادة، فمن المحتم أن يذهب إلى مكان آخر. لذلك يجب على المرأة أن تقول نعم. إن المرأة يمكنها أن تقول لا لحبيها وليس لزوجها".

إن عدم المساواة في علاقات القوة بين النوعين (الرجال والنساء) يمكن أن تؤدي إلى نتائج مختلفة في النقاش حول الجنس والقهر. فقد برر بعض الرجال استخدامهم للقهر على أساس رفض النساء التعبير عن رغباتهن واحتياجاتهن الجنسية. وبما إنهم يؤمنون بأن الأزواج لهم الحق في ممارسة الجنس في الزواج، فإن العنف دائماً سيجد تبريراً له إذا ما استخدم في وجهه عدم الرضا أو الرفض. لقد اتضحت في علاقات السلطة ما بين أي زوجين، إن تلبية احتياجات الرجل لها الأولوية على موافقة المرأة. وبالنسبة للرجال، وبصورة كبيرة، كان إرضاء احتياجاتهم الذكورية أهم بكثير من الانتباه لشعور المرأة حول رغبتها في الممارسة الجنسية. أما بالنسبة للنساء اللائيكن يتعرضن للقهر في ممارسة الجنس، فقد كان الامتناع عن المشاركة الفعلية وسائلهن للتحكم في الموقف الذي لا يردهن أصلاً.

وتظل الاستراتيجية الأكثر فعالية التي يستخدمها الرجال هي نشر صورة المرأة/ الزوجة الحسنة التي تطيع زوجها وتكون مستعدة لتلبية رغباته الجنسية عندما يريد. هناك شعور عام تعبر عنه غالبية النساء وهو أنه "ليس من اللطيف أن تقول المرأة لا في كثير من الأحيان. لأنه فوق كل شيء، هو الزوج، وقد تزوجك لهذا الفرض".

لذا، فإن الثقافة المحلية قد حددت الإطار الذي تستطيع المرأة بداخله مناقشة الممارسات الجنسية والمتطلبات. وبالرغم من أن النساء تحدين هذه المعتقدات، فإن مجرد وجودها ربما كان ذا تأثير يتحكم فيهن.

المناقشة بدلاً عن الرفض

لم يكن محظوظاً على النساء الاستسلام للعنف في جميع الأوقات. فقد حاولت أغلب النساء مناقشة النتائج في كل مرة يحدث فيها الجنس ضد رغباتهن. لقد كن واضحاً أيضاً أنهن في ظروف محدودة لهن الحق والقدرة على

فإن التعبير عن الرغبات الجنسية لابد أن يحدث بعد الكثير من التفكير وفي مرات أقل مما كان عليه عند بدء الزواج وتكوين الأسرة.

إن النساء اللائي كن يشعرن أن " زمن الجنس " قد فات كن أكثر ترددًا في منحه لأزواجهن ولم يكن يشعرون بالملائكة في الغالب. لكن كانت تدفعهن اعتبارات الاستقرار الزوجي والاحتياجات الجنسية للأزواج. اعتقدت النساء والرجال معًا أن رغبة النساء في الجنس و حاجتهن له تتناقض مع ازدياد فترة الزواج والمسؤوليات الأسرية، بينما تقصص رغبة الرجال و حاجتهم إلى الجنس بسرعة أقل أو تظل كما هي. كان الرجال يلطفون ممارستهم أحياناً بالاعتقاد بأن النشاط الجنسي لابد أن يقل تدريجياً مع السنين. وكان الذين لا يستخدمون القهر المباشر ممن هم متزوجون لسنوات، أكثر ترددًا في فرض مسألة " الحقوق الزوجية " خوفاً من أن يوصيوا بأنهم متقطعون للجنس في الوقت الذي يفترض أن تكون حاجتهم له قد تناقضت كثيراً. يعتقد " سامبهاجي " ، الذي يبلغ من العمر ٣٣ عاماً وهو متزوج منذ ١٢ عاماً، أن زوجته سيسعدها إلا تمارس الجنس ثانية على الإطلاق. إنها لم تكن توافق دائمًا على طلبه للجنس، ولم يجرها هو في أي مرة. كانت آراؤه حول ضبط النفس والقناعة الجنسية وتقدم السن مع الجنس تقويه ليقرر ألا يجبر زوجته على ذلك:

" ما الفائدة من رغبة جنسية عارمة في هذا السن ؟ إذا كان للزوجين ثلاثة أو أربعه أطفال، فهذا يكفي. في صفرنا كانا متحمسين جداً للجنس، لقد كانا نستمتع به ما استطعنا. وقد أشبعنا رغباتنا. الآن علينا مواجهة الكبر. "

المفاهيم حول المخاطر في الزواج

كانت للنساء والرجال الذين أجريت معهم المقابلات آراء مختلفة حول المخاطر المتعلقة بالجنس في الزواج. بالنسبة للنساء كانت هذه المخاطر تكمن في الجنس العنيف والقسري والحمل غير المرغوب فيه ونتائجها، والأثار الجانبية لموانع الحمل، ونتائج الأمراض المنقوله جنسياً في حالات عدم الإخلاص في العلاقات الزوجية. لم توضح أي من النساء اللائي أجريت معهن المقابلة أن لها علاقات جنسية خارج الزواج.

قالت ١٥ امرأة ممن تمت مقابلتها أن لأزواجهن علاقات

خارج الزواج، أو كان لهم ذلك في وقت سابق. أربعة من هؤلاء النساء عانين من أعراض عدوبي في السابق وستة منهن رأين أنهن كن في خطر. لم تعان " مانيشا " أبداً من أي أعراض مرض جنسي بينما كان زوجها يرتاد بيوت الدعاارة وقد عانى هو نفسه من أعراض مثل قرح العضو التناسلي والحكمة. وقد حاولت هي اتخاذ بعض المحاذير الوقائية باقتراحها أن يستخدم زوجها العازل الطبي معها، لكنه رفض. عندما بدأت هي في رفض ممارسة الجنس معه في الأيام التي يساورها الشك بأنه قد ذهب فيها إلى بيوت الدعاارة. وبالرغم من ذلك لم تكن تكثر من الرفض حتى لا يشعر زوجها بأن له مبرراته للتعامل مع الداعرات.

عانت " ليلي " و " زينات " كلتاها من آلام أثناء الممارسة الجنسية، وقرح في الأعضاء التناسلية وحكة وإحساس بسخونة عند التبول. وقد عانى زوجاهما من نفس الأعراض. لقد ذكرت " زينات " أنها أنها " زوجة المدينة " بالنسبة لزوجها، فقد كان يمضي نصف العام في الريف مع زوجته الأخرى، كما يمارس الجنس مع نساء آخريات أحياناً. كانت " زينات " تعلم بأنه هو السبب في تلك الأعراض التي تشعر بها. ولحمى نفسها، كانت تتشاجر مع زوجها وترفض ممارسة الجنس معه، لكنه كان يستخدم القوة لقهقه مقاومتها. إنها مقتنة بأن زواجهما لن يدوم طويلاً، مما يمنحها " الشجاعة لمقاومته ".

ذكرت ليلي أيضاً، في وقت سابق، إنها تشعر بأنه ليس لها خيار آخر غير البقاء متزوجة من زوجها العنيف، سيئ الأخلاق، كثير الشك، الذي يسئ معاملتها، وهي متزوجة به منذ ١٢ عاماً. فقد كان والداها ينصحانها دائمًا بالبقاء معه، وأنه سيتغير ويصبح أفضل. لقد كان زوجها هو الرجل الوحيد الذي تمارس معه الجنس، ولكنها كانت تشكو في أن له علاقات جنسية مع نساء آخريات، وكانت إصابتها بأعراض تناسلية تؤكد لها تلك الشكوك. لم تجرؤ ليلي على سؤال زوجها أن يستخدم العازل الطبي، لأنه ما كان ليتردد في ضريها. لقد ذكرت أنه كان يثق فيها جنسياً، ومن ثم كان يمكن أن يشك في المصدر الذي تعرفت منه على العوازل الطبية. لذلك لزمت ليلي الصمت، واستمرت في ممارسة الجنس معه متى أراد ذلك حتى وإن كان أحدهما يعاني من أعراض الإصابة في ذلك الوقت.

وعلى النقيض من هؤلاء النساء لم تكن التسع الآخريات

السلامة الجنسية. وتعتمد نتيجة كل مناقشة على أهمية العلاقة الزوجية في نظر كل من الزوجين وعلى الاستقرار الزوجي والانسجام بينهما والأراء المتفق عليها ثقافيا حول القدرات الجنسية للرجال والنساء وال العلاقات الجنسية الزوجية. إن أسباب ونتائج المناقشات حول الجنس تتغير على مدى العلاقة الزوجية، لكنها على كل حال سمة ثابتة من سمات الحياة الزوجية.

لقد اتضح لنا أن النساء يستخدمن منع الجنس كمورد من مواردهن، أو كعامل للمساومة، وذلك لعقاب أو ثواب أزواجهن. وكان عليهن استخدامه بمهارة، واضعفات في الاعتبار حماية مصالحهن والمحافظة علي سلوكيهن في إطار مقبول اجتماعيا. إن هذه المقاييس تمثل في حد ذاتها تحديا في وجه الاعتقاد التقليدي بأن للرجال حقوقاً زوجية غير قابلة للنقاش. هناك فهم سائد بأن الجنس هو جزء من الحياة الزوجية، لذلك لا توجد مشروعية في قدرة النساء على رفض أزواجهن باستمرار دون المخاطرة بفقدان الدعم المادي، والتعرض للقهر وأحيانا العنف الجنسي وعدم الاستقرار وأنهيار الزواج.

اعتبرت النساء اللائي يمثل العيش بالنسبة لهن هما يوميا أن الجنس واجب، وقد جاء الإشباع الجنسي في نهاية قائمة أولوياتهن. أما من كن يتمتعن بحياة أفضل فقد أظهرن الرغبة في حياة جنسية أكثر إشباعا، ولكنهن ظللن مقتنعتات بأن الإشباع الجنسي مصدره الأساسي هو الاستقرار المادي والزوجي. أما الرجال فقد أعطوا أهمية أكبر للإشباع الجنسي عن النساء، و كانوا أكثر تعبيرا عن الإحباط الذي يصاحب عدم الإشباع. كان الرجال يلتجأون لقهر زوجاتهم للحصول على الجنس إذا رفضت الآخريات، باعتباره حقا من حقوقهم، حتى لو اعتبرته الزوجات اقتحاما غير مرغوب فيه.

هذا وتظل هناك ضغوط كبيرة من أجلبقاء المرأة متزوجة طلما أن المكانة الاجتماعية توفر عن طريق الزواج. وتقوم الأسر في العادة بعدم هذه الأيديولوجيا بفرضهم احتضان الفتيات المتزوجات اللائي يتربن أزواجاً. ويضع هذا قيادا كبيرا على حرية النساء في اتخاذ قراراتهن حول الجنس. يرتبط النقاش حول الممارسة الجنسية الآمنة بهم الشخص لمفهوم الخطورة، والإحساس بإمكانية تعرضه للمرض وقدرته على اتخاذ أي فعل لتقليل الخطورة. إن

اللائى يربين أنهن معرضات لخطر الأمراض المنقوله جنسيا بالرغم من علمهن بأنه كانت لأزواجهن علاقات جنسية خارج الزواج. في بعض الحالات، كانت النساء تظن أن علاقة ثلاثة (بينها وبين زوجها والمرأة الأخرى) سوف تكون خالية من الخطير لأن الجنس هنا محصور بين ثلاثة أفراد.

لقد شعرن بعدم القدرة على اتخاذ أي خطوة لحماية أنفسهن بعدما قمن بتقدير المخاطر الاجتماعية في مقابل الفائدة التي يجنينهن من تغيير الوضع القائم لزواجهن. وقد حاولت بعض النساء تقليل النتائج الجسدية والاجتماعية لعلاقات أزواجهن بنساء آخريات عن طريق المناقشة ورفض الجنس أحيانا. وحاولت آخريات الحديث إلى أزواجهن على أمل تغيير طريقة تصرفهم وذلك بأن يعرفن على وتر إحساسهم بالخجل ورغبتهم في المحافظة على المستوى الاجتماعي. وقد اعترفت ثلاث نساء بأنهن قد واجهن "المراة الأخرى" في محاولة لاستعادة أزواجهن. في غياب الطرق الممكنة للوقاية من الأمراض المنقوله جنسيا التي قد تستعملها النساء (١٢، ١٤)، وفي النهاية تبقى المناقشة وتقادي الممارسة الجنسية الخيارات الوحيدة المطروحة أمامهن لحماية أنفسهن.

كان الرجال أيضا على وعي بمخاطر الإصابة ونقل الأمراض الجنسية عن طريق العلاقات الجنسية خارج الزواج. أربعة عشر منهم لم يقيموا علاقات جنسية إلا مع زوجاتهم فقط. ومن بين التسعه الآخرين، كان واحد منهم فقط علاقه جنسية خارج الزواج. أما البقية فقد كانت علاقتهم الجنسية مع الزوجة فقط منذ تاريخ زواجهم، لذلك كانوا يرون أن احتمال تعرضا لهم لعدوى الأمراض المنتقلة عن طريق الجنس ونقلها لزوجاتهم هو احتمال شبه منعدم، ولم يكن هناك مبرر، في نظرهم، لأن تستخدم الزوجات هذا السبب كذرية لرفض المضاجعة الزوجية.

اختلاف علاقات القوة في الممارسات الجنسية والمفاوضة حول الجنس

توضح هذه الدراسة أن مناقشة الأمور الجنسية في الزواج بين النساء والرجال تدور بالأساس حول ممارسة الجنس وعدد مرات الممارسة والأخذ بزمام المبادرة في العملية الجنسية أو التقاус عن ذلك وفي أحيانا قليلة جدا حول

الاثنين للمفاوضة، ويعتمد على الموارد الملموسة والاجتماعية والثقافية التي يستعين بها كل من الشركين في ذلك الوقت، وعلى تاريخ علاقتهما وقيمة ومعنى الزواج والجنس لكل منهمما. يعبر طفيان الرجال واستسلام النساء عن توازن القوى التقليدي المبني على النوع، ويعتبر مقياساً لمدى استقرار الحياة الزوجية والأسرية. وبالرغم من أن علاقات القوة دائماً ما تمثل مصلحة الرجال الذين يملكون موارد أكثر من تلك التي تملكون النساء، إلا أن النساء قد بدأت في تحدي هذا التقليد تدريجياً في جوانب متعددة لحياتها. ولم تكن نتيجة المفاوضات ثابتة أبداً إذ كانت النساء كما للرجال القدرة على التأثير عليها لصالحهن. إن المفاوضة حول الجنس هي أحد أساليب ممارسة السلطة؛ وقد يساهم هذا بالإضافة إلى قدرة الحصول على الموارد في إعطاء فرصة ومساحة أكبر للنساء للتأثير على طبيعة تجاربهن الجنسية.

الممارسات الجنسية الآمنة والفعالة لا تعتبر إلى الآن جزءاً من أجندة المناقشات حول العلاقات الزوجية في مومباي. فقد اتضح في هذه الدراسة أن النساء قدرة محدودة على حماية أنفسهن من الأمراض المنقلة جنسياً. وفي نفس الوقت ادعى كل الرجال، عدا واحد، بأنهم يمارسون الجنس مع زوجاتهم فقط بعد الزواج، مما جعلهم يرون أن ممارساتهم الجنسية آمنة.

اتضح أيضاً أن النساء الهنديات يستطعن مناقشة الأمان بصورة أكثر نجاحاً عندما لا تكون هناك أهمية قصوى للمحافظة على استمرار العلاقة، كما في حالات البغایا اللائي يمارسن الدعارة (١٥). ولا تتوفر الظروف حالياً للنساء في مومباي للتعمت بهذه الخيارات.

ارتبطت نوعية الحياة الجنسية والتجارب والممارسات الجنسية بنوعية علاقات القوة بين الزوج والزوجة، والتي ارتبطت بدورها بالموارد المتوفرة للزوجين معاً ولكل منهما على حدة. وهي تضم الموارد الملموسة مثل المكان والخصوصية وعدد ووضع الأشخاص الذين يشاركون الزوجين في المسكن؛ والموارد الاقتصادية مثل دخل الأسرة ومن الذي يساهم فيه؛ والموارد الاجتماعية مثل دعم الأسرة؛ والمفاهيم الأيديولوجية والثقافية حول السلوك المقبول من النساء والرجال. كذلك هناك علاقة معقدة بين الأوضاع الاقتصادية والأسرية، والعنف، ومفهوم النوع والواجبات الاجتماعية من ناحية والمفاهيم المختلفة حول الاحتياجات والرغبات الجنسية في العلاقات الزوجية من ناحية أخرى. وتأخذ المفاوضات الجنسية أشكالاً متعددة في هذا الإطار، ولا تكن النساء دائماً هن الضحايا، ولا الرجال هم المنتصرون في هذا السياق. إذ يخضع أي تفاعل جنسي بين

تنويه

تستند هذه الورقة إلى نتائج مشروع البحث الذي مولته مؤسسة Rockefeller Foundation ، المنحة رقم RF 93045 وتعتبر الآراء الواردة فيها للكاتب، ولا تعبّر عن آراء المؤسسة.

الشكر الجزيل لـ

Padma Velaskar, Jayashree Ramakrishna, and Bert Pelto

لتقديمهم النصح خلال فترة هذا المشروع.
للمراسلة:

Annie George, Fax :1- 415-476-6552.

E-mail:mailto:angeor@itsa.ucsf.edu

المراجع

- 1-Agarwal B , 1994. A Field of One's Own: Gender and Land Rights in South Asia. Cambridge University Press and Foundation Books, New Delhi.
- 2- Mane P. Rao Gupta G , Weiss E , 1994. Effective communication between partners : AIDS and risk reduction for women. AIDS. G (Suppl 2) : S 325 - 31.
- 3- Rao Gupta G , Weiss E , 1993. Women's lives and sex : implications for AIDS prevention. Culture , Medicine and Psychiatry , 17: 399 -412.
- 4- Surveillance for HIV Infection / AIDS Cases in India (1986 to February 28 , 1988). National AIDS Control Organization. 1998. (mimeo)
- 5- Nag M , 1995 Sexual behavior in India with risk of HIV / AIDS transmission. Health Transition Review. 5 (Supplement) : 293 - 305 .
- 6- Savara M , Sridhar CR , 1993. Sexual behavior of urban , educated women : results of a survey , Shakri , Bombay. (manuscript)
- 7- Savara M , Sridhar CB , 1994. Sexual behavior amongst different occupational groups in Maharashtra , India and the implications for AIDS education. Indian Journal of Social Work. 55 (4) : G 17 - 32 .
- 8- Savara M , Sridhar CR , 1992. Sexual behavior of urban , educated women : results of a survey , Journal of Family Welfare - 38 (1) : 30 - 43.
- 9- Khan ME , Khan I , Mukharjee N , 1998. Men's attitude towards sexuality and their sexual behavior : observations from rural Gujarat. Paper presented at Men , Family Formation and Reproduction , IUSSP Seminar , Buenos Aires , 13 - 15 May.
- 10-.Khan ME , Townsend JW , Sinha R et al , 1996. Sexual violence within marriage. Seminar , 417 : 32 - 35 .
- 11- George A , Jaswal S , 1995. Understanding Sexuality : Ethnographic Study of Poor Women in Bombay. Women and AIDS Program Research Report Series No. 12. International Center for Research on Women , Washington DC.
- 12- Gittelsohn J et al , (eds) , 1994. Listening to Women Talk About Their Health. Issues and Evidence from India. Ilar - Anard Publications , New Delhi.
- 13- Elias CI, Coggins C, 1996. Female - controlled methods to prevent sexual transmission of HIV / AIDS. AIDS. 10 (Supp) 31 : S 43 - 51 .
- 14- Gollub E I Stein ZA , 1993. Commentary : the new female condom - Item 1 on a woman's AIDS prevention agenda. American Journal of Public Health , 83 : 498 - 500.
- 15- Bhave G, Lindan CP , Hudes ES etal, 1995. Impact of an intervention HIV, transmitted diseases and condom use among sex workers in Bombay , India. AIDS - 9 (Supp) 9 : S 21 - 30.

قام مشروع موساسا بعمل بحث لتوثيق ظاهرة العنف الواقع على النساء من قبل شركائهم في العلاقات الجنسية في زيمبابوي، وتأثير ذلك على صحتهن وذلك في الفترة من ١٩٩٥-١٩٩٧ من النتائج غير المتوقعة التي أسفر عنها البحث إن الشركاء المنتظمين للنساء أو الأزواج لا يجبرون النساء على ممارسة العلاقة الجنسية ضد إرادتهن فحسب (٢٥٪) ولكنهم أيضاً يمتنعون عن ممارسة الجنس معهن (١٧٪)، ويستخدم الأسلوبان من قبل الرجال للتحكم في شريكاتهم أو معاقبتها. وقد لوحظ أن الرجال الذين يلجأون للتهديد أو العنف هم الأكثر استخداماً للأسلوبين عن الرجال الذين لا يميلون للعنف. وقد صاحب الامتناع الجنسي من قبل الرجال تغيرات هامة في العلاقة الزوجية تضمنت الانفصال أو اتخاذ الزوج لنفسه زوجة أخرى أو عشيقة وإرغام زوجاته على قبول هذه الحالة الجديدة. كذلك لوحظ أن القسر الجنسي يمارس أكثر على النساء اللاتي يشعرن أن من حقهن رفض العلاقة الجنسية مع الزوج، مثلاً في حال اتخاذها عشيقة أخرى، وعلى الجانب الآخر استخدم بعض الرجال أسلوب الامتناع الجنسي ليحموا زوجاتهن من العدوى بالأمراض المنقولة جنسياً.



الامتناع عن ممارسة الجنس والإجبار عليها أبعاد العنف ضد نساء زيمبابوي

شارلوت واتس

إريكا كيوف ما فيزندلوفو،
رودو كوارمبَا

يحد التمييز الاقتصادي من فرص النساء في الحصول على الاستقلال المالي عن شركائهن أو أزواجهن. وقد زادت حدة عدم التكافؤ بسبب المصاعب الاقتصادية الراهنة التي تواجه البلاد وتزايد العبء الذي يضنه مرض الإيدز على الأسر والمجتمعات.

كذلك يبدو تقسيم الأدوار بين الرجال والنساء جلياً داخل العلاقة الزوجية فبينما الرجل ملزم بتوفير الطعام والسكن والملبس لأسرته، فإن المرأة يتظر منها أن تقوم بالطهي وإنجاب الأطفال للرجل: عليها أيضاً أن تسعد زوجها، وتربي الأطفال بالطريقة المناسبة^(٢). وبينما تفرض قيود صارمة على حياة المرأة الجنسية داخل الزواج، يسمح للرجال بدرجة كبيرة من الحرية، بل إنه في الوقت الراهن، من الشائع القبول بأنفاس الرجال في علاقات جنسية خارج الزواج^(٣). وبالإضافة إلى ذلك، فإنه على حين يسود الاعتقاد بأن الرجال يحتاجون ويستمتعون بممارسة الجنس بشكل منتظم، يتم تربية النساء على أنهن لا ينبغي أن يتمتعن بالجنس^(٤)، وبالتالي لا يعتبر إمتاع النساء جنسياً أمراً هاماً، خاصة بعد الزواج، وعلاوة على ذلك، فإن الحوار حول الأمور الجنسية محدود بين الأزواج، وأن النساء يتعلمن أنهن لا ينبغي أن يستمتعن بالجنس، فإنه يصعب عليهن في العادة التعبير عن مشاعرهن واحتياجاتهن الجنسية^(١).

وتفاوت في زيمبابوي حقوق النساء القانونية واستحقاقاتهن ما بين العلاقات الزوجية/ أو غير الزوجية المختلفة. ففي زيمبابوي، مثل غالبية البلدان المستعمرة في الماضي، يجمع نظامها القانوني بين القوانين العرفية (التي تعكس القيم والأعراف والتقاليد) والقوانين العامة (المؤسسة على القانون الروماني/ الهولندي) وتعمل جميعها جنباً إلى جنب^(٥). وقد يتم زواج النساء وفقاً للقانون العرفي (بدفع ثمن العروس) أو وفقاً لقانون الزيجات الأفريقية (الفصل ٢٢٨)، أو وفقاً للقانون العام (المعروف بالزواج أمام القاضي). وعادةً ما يكون للنساء اللاتي تزوجن وفقاً للقانون العام حقوقاً أكثر من أولئك المتزوجات وفقاً



فسرت النساء امتاع الأزواج عن ممارسة الجنس بأن العلاقة في طريقها للانفصال، وهذا لا يمثل لهن افتقاداً للعلاقة العاطفية فحسب، وإنما يحمل أيضاً احتمالات الحرمان من الأمان الاقتصادي وتشريد الأطفال. ومن ثم فإن الأبحاث المقلبة حول العنف والشؤون الجنسية يجب أن تقتصر على دراسة القسر الجنسي فقط ولكن عليها أيضاً أن تتناول ظاهرة الامتاع الجنسي داخل العلاقات.

يتزايد في أفريقيا الجنوبية الإدراك بأن العنف ضد النساء يمثل قضية هامة من قضايا حقوق الإنسان والتنمية والصحة. وقد نتج ذلك بدرجة كبيرة عن الجهود الدؤوبة والمستمرة لعديد من المنظمات النسائية، بما في ذلك مشروع موساسا (منظمة غير حكومية) في هراري، زيمبابوي. ورغم صغر حجم المشروع الذي تأسس عام ١٩٨٨ إلا أنه أصبح معروفاً على نطاق واسع بأنه منظمة تعمل في التصدي للعنف ضد النساء. ويشمل عملها في زيمبابوي تقديم الخدمات القانونية والاستشارات للنساء اللاتي يعانين من المعاملة السيئة، وتحقيق الرأي العام، وصناعة القرار والمنظمات المعنية وزيادة حساسيتهم تجاه قضايا العنف. كما تقوم المنظمة أيضاً بإجراء البحوث لترشيد وتقدير عملها، وعلى الصعيد الدولي تخرط المنظمة في أنشطة الدعوة والتدريب.

وقد قام مشروع موساسا في الفترة ما بين ١٩٩٥-١٩٩٧ بإجراء بحث ذي توجه عملي، بالتعاون مع جامعة زيمبابوي وكلية لندن للصحة العامة وطب المناطق الحارة، من أجل قياس ظاهرة العنف ضد النساء وتوثيق التبعات الصحية لها. ولا تقتصر الدراسة على استكشاف مدى انتشار ممارسة الجنس بشكل قسري في العلاقات المختلفة، بل قامت بالإضافة إلى ذلك بتوثيق مدى لجوء الرجال إلى الاقتتال عن ممارسة الجنس مع شريكتهم على سبيل العقاب، وتناقش هذه الورقة المدى والسباق الذي يتم فيه كل منهما، وما يعنيه ذلك ضمنياً في فهم ديناميات ممارسة الجنس/ السلطة داخل العلاقات.

الأدوار النوعية في العلاقات

تحتل النساء في زيمبابوي بشكل عام وضعًا أدنى في المنزل، وهو أمر عميق الجذور في البنية الاجتماعية والدينية والقانونية سواء كانت تقليدية أم معاصرة^(٦) كما

تم استكمال ٩٦٦ مقابلة استخدمت في التحليل. وتعتبر العينة ممثلة للنساء فوق سن ١٨ في المقاطعة. وقد سئلت كل امرأة عدداً من الأسئلة المباشرة حول ما إذا كانت قد تعرضت بشكل محدد لأي من أشكال إساءة المعاملة منذ أن بلغت السادسة عشرة من عمرها، وما إذا كان ذلك قد حدث في العام السابق على المقابلة. أيضاً تم استكشاف مدى تفشي الإساءات الجسدية والنفسية أثناء الحمل، وقد تم استكشاف أربع فئات من الإساءات، وبحساب الاستجابات تم وضع تقديرات حول مدى انتشار كل فئة.

- العنف الجسدي ويشمل الصفع، الضرب، الحرق، الخنق، واستخدام السلاح.
- الإساءات الجنسية وتشمل الملامسات غير المرغوبية، محاولة القيام أو القيام فعلياً بممارسة الجنس قسراً، أو توقف الرجل عن ممارسة الجنس.

- الإساءات النفسية وتشمل العزل الإجباري والإهانة أمام الآخرين والانتقاد المستمر.
- الإساءات الاقتصادية وتشمل المنع من الذهاب للعمل، الطرد خارج المنزل، عدم إعطاء المرأة نقوداً كافية.

وأثناء إجراء تحليل الوضع، واختبار الاستبيان، أشارت كل من المستجيبات وعضوات فريق البحث إلى ضرورة استكشاف ليس فقط ظاهرة إجبار الرجال للنساء على ممارسة الجنس معهم، بل أيضاً ما إذا كان الرجال يمتنعون عن ممارسة الجنس مع زوجاتهم أو شريكاتهم، ولهذا السبب سئلت المستجيبات في المسح، بما إذا كان أزواجهن/شركاؤهن الحاليين - أو في آخر علاقة لهن قد أجبروهن في أي وقت على ممارسة الجنس رغم عندهن (ويسمى هنا بالمارسة القسرية للجنس)، كما سئلن عمّا إذا كانوا (الأزواج/ الشركاء) قد رفضوا في أي وقت ممارسة الجنس معهن حتى لو كانت النساء ترغبن في ممارسة الجنس وهو ما أطلقنا عليه هنا (الامتاع أو الانسحاب من العلاقة الجنسية).

وقد تم تقديم الدعم في الحالات التي تعرضت للإساءات. وقامت أنشطة المتابعة بإعلان مدى انتشار ومستويات العنف ضد النساء والدعوة لزيادة الجهود الحكومية، والسعى لاستكشاف الأنشطة التي تشارك فيها قطاعات متعددة للتصدي للعنف ضد النساء في زيمبابوي^(٨).

الزوج وفقاً للقوانين الأخرى الزواج مرة ثانية. وكما يحدث في كل مكان، فمن المرجح أن يكون العنف ضد النساء في زيمبابوي واسع الانتشار، والنساء يتعرضن للعنف الأسري بسبب وضعياتهن المدنية وافتقارهن للسلطة داخل الأسرة، وكذلك بسبب اتساع نطاق القبول بالعنف في إطار الزواج. والحق إن النساء عادة ما يتعلمن أن العنف هو جزء حتمي من العلاقات الزوجية، بل وتسامح الأعراف الاجتماعية مع لجوء الرجال للعنف لتسويه الخلافات وممارسة السيطرة داخل الأسرة^(٤)، وهو ما يخلق نوعاً من الضغط على النساء لتحمل العلاقات المتسمة بالعنف، والواقع أنهن يواجهن ضغوطاً اقتصادية هائلة ويوصمن اجتماعياً إذا تجرأن على الانفصال.

الدراسة

يتكون البحث من قسمين رئисين: تحليل للوضع ومسح واسع للأسر، حيث يهدف تحليل الوضع إلى تقديم بانوراما للعنف ضد النساء في زيمبابوي^(١). لذا تم استعراض الأدب المنشورة وغير المنشورة، والتغطيات الصحفية، والسجلات المتوفرة لدى الشرطة ولدى مشروع موساسا، كما تم إجراء نقاشات باستخدام المجموعات البؤرية مع مجموعات متعددة ضمت العاملين المهنيين، والعاملين في المزارع، والعاملين الصحيين، ومع سكان الضواحي ذات الكثافة السكانية العالية، واستكملت هذه الجهود بإجراء مقابلات شبه مقتنة مع طيف من الشخصيات ذات الأهمية التي ضمت العاملين بالتنمية والشرطة والعاملين في مجال تقديم المشورة والمترددين على مشروع موساسا.

أما المسح الأسري فتم في مقاطعة واحدة في زيمبابوي، وتم استخدام المعلومات الواردة في الإحصاء الوطني لاختيار الواقع والأسر بشكل عشوائي لإجراء مقابلات. ومن كل أسرة تم اختيار امرأة واحدة (فوق ١٨ سنة) بشكل عشوائي لإجراء مقابلة معها، حيث قام العاملون والتطوعون في مشروع موساسا بإجراء مقابلات منفردة مع المستجيبات واستخدمت اللغات الرئيسية الثلاثة في زيمبابوي ألا وهي الشونا، النيدبلي، والإنجليزية.

وقد ضمت المستجيبات نساء من كل الأعراق والشريائح الاجتماعية والاقتصادية والمناطق ذات الكثافة السكانية العالية أو المحدودة، والمزارع التجارية والمناطق الريفية، حيث

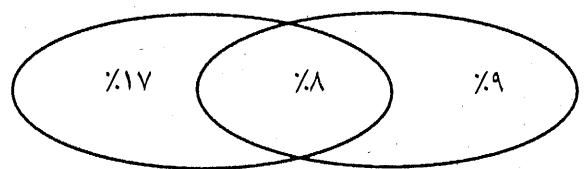
مدى تواجد أشكال الإساءة

(العنف الجسدي/ الجنسي/ النفسي والاقتصادي)

يمثل هذا الاستقصاء أول دراسة على نطاق واسع لتوثيق خبرات النساء في منطقة جنوب الصحراء الأفريقية، وتأكد النتائج أن العنف ضد النساء في زيمبابوي مشكلة كبيرة (شكل رقم ١)، كما أن مستويات العنف الأسري التي تم توثيقها تماثل نتائج الأبحاث المماثلة في كندا وبريطانيا ومصر والمكسيك^(٧) حيث تتضمن معدلات الانتشار الأفعال التي يقوم بها طيف واسع من الناس، ولكن فيأغلب الحالات كان هؤلاء من شركاء المستجيبات الحالين أو السابقين. أما الأطراف الأخرى القائمة بالاعتداء فكانوا في العادة من أصحاب المستجيبات أو أقربائهم وممثل المعذبون الغربياء نسبة قليلة هذا وتتجدون النتائج المفصلة منشورة في موضع آخر^(٩).

شكل ١

انتشار العنف ضد النساء منذ سن ١٦ سنة من مختلف الأطراف



إن تصنيف أشكال الإساءة في مجموعات محددة لا ينفي تداخلها في الواقع بدرجة غير قليلة. على سبيل المثال ٤٦٪ من النساء أفادن بتعرضهن لدرجة ما من الإساءة الجنسية، منها ٧٪ تعرضن للإساءة الجنسية فقط. ٥٨٪ أفادن بتعرضهن للإيذاء الجسدي مع احتمالات الإيذاء النفسي أو الاقتصادي، و٢٥٪ أفادن بتعرضهن للإيذاء النفسي أو الاقتصادي وبالإضافة إلى ذلك لوحظ ارتباط ارتفاع شدة العنف الجسدي والجنسي مع ارتفاع الإيذاء النفسي والاقتصادي. حوالي نصف النساء (٤٥٪) اللاتي حملن ولو مرة واحدة أفادن بتعرضهن للإيذاء النفسي أو الجسدي لمرة واحدة على الأقل أثناء الحمل و٢٢٪ منها أفادن بتعرضهن للاعتداءات الجسدية أثناء الحمل: ٩٪ منها تعرضن لل لكمات في البطن، و٤٪ للاعتداء بالأسلحة. وفي معظم الأحوال في حالات العنف الجسدي كان المعتدي شريكهن الحالي أو السابق. وبالنسبة للنساء صغيرات السن كان العنف يمارس من قبل أحد أفراد الأسرة بسبب عدم

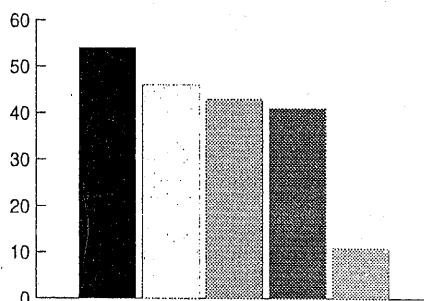
رضائه عن حملها، أو أحد أقارب "أبو الطفل" عندما تطلب المرأة منهم المساعدة.

٢٥٪ من ٨٨٥ امرأة أفادن بأن شركاؤهن أجبروهن على ممارسة الجنس، وقالت غالبيتهن أن ذلك حدث في العام السابق على الدراسة. ١٧٪ من إجمالي ٨٦٨ امرأة أفادن بأن شركاؤهن امتنعوا عن ممارسة الجنس معهن. وقد أفاد أقل من نصفهن أن هذا حدث في العام السابق.

ورغم أنه قد يبدو أن الجنس القسري والامتناع عن الممارسة الجنسية هما طرفا نقيس، فإنهما يحدثان داخل نفس العلاقة. وقد أوضحت ٣٤٪ من المستجيبات أن شركاءهن أجبروهن على ممارسة الجنس قسراً أو امتنعوا عن ممارسته تعسفاً. ومن هؤلاء اشتكت ٤٩٪ من الممارسة القسرية فقط، و٢٨٪ اشتكن من الامتناع بينما عانت ٢٢٪ من كلا الممارستين

شكل ٢

انتشار الجنس القسري وامتناع الشركاء عن ممارسة الجنس و بما يشكلان مظهراً من مظاهر العنف الجنسي.



لقد أوضح تحليل الوضع أن الامتناع عن ممارسة الجنس مع الشريكة لا يحدث منعزلاً، ولكنه يصاحبه صعوبات أخرى في العلاقة، منها العنف الجنسي.

"إذا أساء رجل لزوجته (بدنياً)... فإن مزاجه السيئ يمتصه وهو يأخذ ذلك المزاج معه إلى الفراش، ليُنام ويعطي ظهره لهذه الزوجة" (مناقشة بؤرية مع سيدات يعملن بالزراعة).

وقد تتبع الممارسة الجنسية القسرية بممارسة العنف الجسدي أو تكون جزءاً من الإساءة. وقد أبلغت العديدات من المتعاملات مع مشروع موساساً أنه أثناء أو بعد أحداث العنف، يرغمنهن شركائهن على ممارسة الجنس، وخلال تحليل الوضع، ناقشت المشاركات كيف تضرب المرأة وترغم

يشتمل العنف على الضرب، الخنق، الاعتداء بسلاح،
الإيذاء الجسدي أثناء الحمل

هذا وقد أوضحت النتائج أن النساء اللاتي تعرضن للتهديد بالعنف أو استخدم العنف ضدهن كن معرضات للممارسات الجنسية القسرية بمعدل ثلاثة أضعاف النساء اللاتي لم يهددن أو يتعرضن للعنف. أيضاً كان احتمال حدوث امتياز عن ممارسة الجنس مع هذه النسوة يساوي مرتين ونصف ما ت تعرض له النساء غير المعنفات. كما وجدت علاقة أقل ترابطاً ما بين استخدام العنف من جانب شخص آخر غير الشريك وقيام الشريك بإر غام المرأة على ممارسة الجنس قسراً. ويرجع أن يكون هذا بسبب قيام بعض أفراد العائلة الممتدة للمستجيبات بالاعتداء عليهم بسبب تأييدهم للسلوك المؤذني لشركائهم.

على ممارسة العلاقة الجنسية إذ رفضت تلبية رغبة شريكها الجنسية:

كأمراً إذا رفضت عرضه الجنسي يمكن ضريك لذلك. ويمكنه كرجل أن يقول لك أن هذا هو سبب زواجه منك. وأنك كزوجة لن تمارس الجنس فقط - إذا كان هو لا يشعر برغبة في ذلك" (من لقاء شبه مقنن مع امرأة تعمل بجمعية تنمية المجتمع).

يوضح جدول (١) نسبة النساء اللاتي أفادن بحدوث ممارسة جنسية قسرية أو انسحاب من العلاقة الجنسية بسبب قيام الشريك أو معتد آخر بالتهديد بالعنف أو استخدام العنف الجنسي.

جدول (١)

العنف الجنسي، الامتياز عن الجنس والجنس القسري

العامل	الشريك	العدد (٨٥٧)	نسبة الإفادة عن الإرغام على ممارسة الانسحاب من العلاقة الجنسية من جانب الشريك
لا يوجد تهديد بالعنف ولا عنف من جانب الشخص		٪١٢	٪١٦

شخص آخر غير الشريك
هدد أو مارس عنفاً بدنياً

الشريك هدد أو مارس
عنفاً بدنياً

٪٢٨ ٪١٤ ٪٣٢ ٪٤٥

جدول (٢)

العنف الجنسي، الامتياز عن ممارسة الجنس والجنس القسري

العامل	الجنسى من الشريك	النسبة	فترات الثقة حجم العينة	مستوى الدلالة	الفعال
الأزواج					
المستجيبة لها دخل خاص	٪٢٦	٪٢٦	٢,٦٥-١,١	٨٨٥	,٠١٦
الشريك له عشيقه	٪٢٧	٪٢٧	٢,٠٦-١,٠٦	٨٧٧	,٠٢١
الشريك يتناول الكحوليات أو المخدرات	٪٤٤	٪٤٤	٤,١٩-١,٤١	٧٥٠	,٠٠١
			١,٩٥-١,٠٠	٧٨١	,٠٤٨
	♦٪٢,٤٣	٪٢,٤٣			
	٪١,٤	٪١,٤			

"بدأ زوجي يتصرف بشكل غريب. في كل مرة كنت أتقرّب
فيها إليه أو أرحب فيه كان يفضّل أو يحاول اختلاق
الأعذار. وفي بعض الأحيان كان عندي معي وكان يعتذر
بعدها، مقرراً أنه لا يعلم لماذا أصبح لا يرغب في الجنس
هذه الأيام. قررت أن أتركه بعض الوقت ليفكّر، ربما يغير
موقفه ولم يحدث ذلك، ثم أجري فحوصات وثبت أنه
مصاب بالإيدز وعندما فهمت لماذا تصرّف بهذه الطريقة
معي" (مشاركة في بحث عن فيروس نقص المناعة أجري
بواسطة مشروع موساسا).

يوضح ذلك بعدها حمائيًا للامتناع عن الجنس، كما وصفه ميرسنحوسي باندا، ولكن هذا البعد غالباً ما يكون مؤقتًا ويتوقف عندما تخفي علامات اعتلال الصحة^(٣).

كذلك يمتنع الرجال عن ممارسة الجنس بشكل عام عندما تكون هناك مشكلة في العلاقة. وقد استخدمنا أسلوباً إحصائياً تحليلياً لتقدير العوامل ذات الدلالة في حالة النساء اللاتي تعرضن لامتناع شركائهن عن العلاقة الجنسية في حين كن يرغبن أنفسهن في استمرار العلاقة ويطلبنها (جدول ٣)

أفادت ٢٧٪ من النساء المطلقات أو المنفصلات عن شركائهن أن شركاءهن امتنعوا عن ممارسة العلاقة الجنسية. وفي كثير من الأحوال كانت هذه هي الإشارة لبدء عملية الانفصال أو أن الانفصال حدث في سياق هذه العملية.

جدول ٣

العوامل المرتبطة بالقسر الجنسي

كان الارتباط بين العلاقة الجنسية واستمرار العلاقة الزوجية هاما جدا في الحقيقة، وقد أوضح أحد القائمين

وقد كان من الأرجح أن تقييد النساء بحدوث قسر جنسي في حالة وجود شريك منتظم حالياً لهن (٢٦٪) أكثر مما هو الحال بالنسبة للنساء المطلقات (٢٤٪) أو الأرامل (١٨٪) أو النساء العازبات (٤٪). وقد وجد فارق ذو دلالة وسط النساء المتزوجات حسب نوع الرابطة الزوجية- النسبة الأعلى التي أفادت بوجود قسر جنسي كن المرتبطات بأكثر الأشكال رسمية (٣٣٪) من النساء المرتبطات وفقاً للقانون العام)، وكانت النسبة الأقل بين النساء اللاتي يعيشن مع شركائهن بدون زواج (١٦٪). كذلك يمارس القسر الجنسي أكثر على النساء اللاتي لهن دخل مالي خاص، والنساء اللاتي يعرفن بوجود عشيقه ثانية لشركائهم الرجال، أيضاً النساء اللاتي يتعاطى شركاؤهن الكحوليات أو يدمون، وقد أفادت النساء اللاتي يتعاطى شركاؤهن الكحول أعلى نسبة من القسر الجنسي (٣٧٪).

تشير هذه النتائج تساؤلات هامة حول النساء الأكثر تعرضاً للقسر الجنسي من قبل شركائهن المنتظمين، ولماذا يحدث لهن هذا؟ والأرجح أن المرأة التي لها دخل اقتصادي خاص، والتي تشعر ببعض استحقاقاتها القانونية داخل زواجهما قد تشعر أحياناً أن لها الحق في رفض العلاقة الجنسية. وهذا قد يصدق على النساء اللاتي يشعرن أن شركائهن عشيقات آخريات، وفي حالة إدمان الشركاء على الكحول وغيرها. وقد أثبتت نتائجنا أن هؤلاء النساء من المحتمل أن يتعرضن للقسر الجنسي من قبل شركائهن أكثر من النساء الآخريات. بالإضافة لذلك هناك ارتباط قوي ما بين القسر الجنسي، واستخدام أنواع الابذاء البدني الأخرى،

وربما يصدق القول أن النساء اللاتي يشعرن بحقهن في رفض العلاقة الجنسية في حالة عدم رغبتهن فيها يكن أكثر تعرضاً للقسر الجنسي والعنف البدني. متى يتم الامتناع عن ممارسة الجنس؟

امتنع بعض الرجال عن ممارسة علاقات جنسية مع شريكائهم حال اكتشافهم انهم مصابون بفيروس نقص المناعة (الإيدز). في احدى الحالات

أوقف الرجل علاقته بزوجته ليحميها من الإصابة ولكنها لم يخدّها سبب ذلك:

حول تقبل النساء للقسر والامتناع الجنسي

يشور جدل في زيمبابوي حاليا حول مدى قبول القسر في العلاقة الجنسية داخل الزواج، وهل يمكن تسمية ذلك اغتصابا. فالمعتقدات العامة تعطي الأزواج الحق في ممارسة الجنس مع زوجاتهم متى أرادوا، ما عدا في أوقات معينة حيث يعتبر الجنس محظيا، ولا يعترف القانون في زيمبابوي بأن هناك اغتصابا داخل العلاقة الزوجية، ومع ذلك ونتيجة للأخطار الحالية لانتشار الإيدز (فيروس نقص المناعة المكتسب)، ثار جدل حول حق رفض العلاقة الجنسية بدون إجراءات حماية في حالة احتمال العدوى^(١)، كذلك يتأثر مدى قبول الرجال والنساء للقسر الجنسي بالبيئة الذي يمارس فيه (مثل أن تكون المرأة حاملا أو الرجل مخمورا). كذلك يتأثر بدرجة العنف الجسدي المستخدم لفرض العلاقة.

كذلك يوجد اختلاط مفاهيمي حول تقبل الامتناع الجنسي من جانب الرجال. فقد لوحظ أثناء تحليل الوضع أن المشاركين من الجنسين ناقشوا امتناع بعض الرجال أو النساء عن ممارسة الجنس مع شركائهم عندما تكون هناك مشكلة في العلاقة الزوجية أو بعد حدوث مشاجرة، وأكدوا أن هذا ليس بالأمر الهام ما دام لا يستمر طويلا. ولكنهم مع ذلك ناقشوا كيف أن الرجال هم القادرون عمليا على تحديد زمان ومدة استمرار هذا الامتناع لتهديد ومعاقبة شريكائهم. وعلى العكس من ذلك، فإن النساء اللاتي حاولن الامتناع الجنسي لابتزاز الشريك تعرضن للإذاء البدني والجنسي قسرا من جانب الشريك بالإضافة لإمكانية تعرض العلاقة الزوجية للخطر.

وكما في حالة القسر الجنسي فإن مفاهيم تقبل الامتناع من جانب الزوج تتأثر بالمعتقدات حول حق المرأة في ممارسة الجنس بشكل منتظم داخل العلاقة الزوجية، وأيضا السياق الذي أدى إلى الامتناع. وفي حالة وجود خطر العدوى بالإيدز، عندما يكون للرجل علاقات خارج الزواج وتم ثبوت ذلك معمليا، ترى النساء أن الامتناع عن الجنس قد يكون ذا فائدة:

“أنا لا أهتم ما دام لا يضرني أو يؤذيني أنا وأطفالي وما دام عنده مشكلة إيدز فإن هذا من الأفضل، فعلى الرغم من كل شيء فإن حياتي ليست في خطر، وهو سيعود يوماً ما عندما يزداد تعباً ويحتاج لمن يرعاه قبل أن يموت” (إحدى المتعاملات مع جمعية موساسا).

هذا ويقل تقبل الامتناع الجنسي من قبل الزوج في حالة

بالاستشارات في جمعية موساسا أن النساء يتقبلن العلاقة الجنسية من أزواجهن بعد ممارسة العنف ضدهم لأن ذلك يؤكد للمرأة أن الزوج مازال يحبها ويرغب فيها رغم المشاجرة وممارسة العنف.

أفادت ١٦٪ من النساء المستثمertas في علاقاتهن الزوجية أن شركاءهن امتهنوا عن ممارسة الجنس معهن، كما أوضح التحليل الكمي أن هذا قد يرتبط بتغيرات هامة أخرى مثل أن يكون للشريك علاقة أخرى خارج الزواج أو أن له زوجة أخرى، بينما أوضحت الشواهد الكيفية أنه رغم أن الامتناع عن الجنس لا يؤدي في كل الأحوال إلى إنهاء العلاقة، إلا أنه يؤثر بشكل جوهري على وضع المرأة ودورها داخل العلاقة الزوجية. كذلك أوضح أحد العاملين بالاستشارات حول مرض الإيدز أن الرجل قد يتخذ لنفسه عشيقه ويمتنع عن العلاقة الجنسية مع زوجته دافعا إليها إلى وضع خادمة المنزل:

“اعتقد أن أحد أشكال الإيدز هو عندما يتخذ الزوج عشيقة، ويمضي في التأكيد لزوجته أنه لا يهتم بها لأن عنده من هو أفضل منها، ولكنه يبقى هذه الزوجة لتكون خادمة بالمنزل، فهي تطبخ وتفسل ملابسه. فتصبح له خليلة خارج المنزل يرافقه عن نفسه معها، وتبقى الزوجة محرومة من حق أساسى من حقوقها الزوجية: العلاقة التي لا بد أن تقوم بينهما كرجل وامرأة.” (بقاء شبه مقنن مع أحد العاملين بالاستشارات في مجال فيروس نقص المناعة المكتسب).

يختلق الرجال هذا الوضع لأسباب متعددة منها توفير شخص ليرعا أطفالهم. وقد تتحمل المرأة هذا الوضع لأن حياتها وحياة أطفالها معتمدة بشدة على هذه العلاقة. ويتبين من التحليل الكمي أيضا أن الرجال قد يتمتعون عن ممارسة الجنس رغم استمرار العلاقة الزوجية بغض معاقبة شريكاهن، أو للضغط على الشريكة لعمل شيئا ضد إرادتها:

“سألتنا إحدى المتعاملات مع مشروع موساسا النصيحة حول قيام زوجها بعمل علاقة مع آخرها منذ فترة، وقد قرر أن يتزوجها. رفضت الزوجة الموافقة على هذا الزواج فامتنع عن ممارسة الجنس معها قائلاً أنه يعاقبها كما تعاقب هي آخرها” (تاريخ حياة أحد النساء، مشروع موساسا). كذلك فإن الرجال أحياناً ما يستخدمون هذه المناورات بسبب علاقات القوة غير المتكافئة بين الجنسين وبسبب اعتماد النساء عليهم اقتصادياً وعاطفياً.

القسر الجنسي بواسطة الشريك الحميم يؤدي إلى تبعات نفسية وبدنية تؤثر على صحة المرأة (١٢). وتوضح دراستا في زيمبابوي أن الامتناع الجنسي داخل العلاقة هام أيضا، لأنه يؤدي إلى افتقاد الزوج أو الحبيب وأيضاً إمكانية إحلال امرأة أخرى محل الزوجة، ولا يعني ذلك فقدان الحب فحسب، ولكنه قد يؤدي إلى تبعات مادية بالغة نتيجة اعتماد النساء اقتصادياً على رجالهن، وقد يؤدي ذلك إلى تهديد حياة النساء أنفسهن أو إلى فقدان الأطفال في بلد يعاني من الإفقار المتزايد ويكافح مواطنه بقسوة من أجل الحياة.

كذلك فإن الامتناع الجنسي، مثله مثل القسر الجنسي، هو نوع من إساءة استخدام السلطة داخل العلاقة الزوجية. ويجد هذان النوعان من التحكم الجنسي جذورهما في عدم المساواة في مجال نوع الجنس والذي يؤدي أيضاً إلى انتشار العنف داخل العلاقات الزوجية. وما زال هناك احتياج لبحوث حول العنف الأسري والشؤون الجنسية لتسكّن السياق الذي يمارس فيه الرجال الامتناع الجنسي داخل علاقاتهم وتتأثّر بذلك على النساء وأطفالهن وأسرهن.

شكر

نحن مدينون بالشكر لكل من شارك في هذه الدراسة وقد تم تمويل أجزاء من البحث من قبل مركز الصحة والمساواة في مجال النوع. (سابقاً مشروع تمية السياسات والصحة) في الولايات المتحدة، والمشاريع الخيرية في المملكة المتحدة من خلال منظمة (جنس النساء في العالم) (أجمع)

وقد تم تمويل شارلوت واتس من خلال منظمة الصحة العالمية والمرأة والصحة والتنمية.

المراسلات:

Charlotte Watts, Health policy Unit, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Keppel street, London WCIE 7HT, UK, Fax 44171- 637- 5391.

Email: mailto:watts@ishtm.ac.uk

أن يكون راغباً في الانفصال أو متخدّاً عشيقة، أو إذا استخدم هذا الأسلوب كوسيلة لتهديد الشريكة. وفي هذه الحالة يفهم الامتناع على أنه تهديد حيوي، وبالذات لما له من آثار اقتصادية شديدة على المرأة وأطفالها، حيث تلجأ المرأة في تلك الحالات لطلب المساعدة والنصيحة من أفراد أسرتها المتعددة. وقد لجأت إحدى النساء إلى المساعدة القانونية في ذلك الشأن:

"ذهبت إحدى النساء إلى السلطات المحلية عندما تأخذ زوجها زوجة ثانية تشكو من أنه لا يقسم عواطفه بالعدل بينهما. وقد اعتدى عليها زوجها عندما علم بالشكوى فذهبت بقضيتها إلى البوليس ثم إلى المحكمة المحلية".
(حالة من ملفات البوليس).

نتائج

يؤدي تمكين النساء من التحكم في حياتهن الجنسية إلى تحسن صحتهن الإنججافية. إن افتقاد الأمان الاقتصادي يخلق الاعتمادية لدى نساء زيمبابوي مما لا يتّيح للنساء الفرصة للاختيار داخل علاقاتهن الجنسية.

وتوضّح نتائج الدراسة مدى ضرورة خضوع النساء لمتطلبات شركائهن الجنسي. والحقيقة أن أكثر النساء تعرضاً للقسر الجنسي هن هؤلاء اللاتي يشعرن بحقهن في الاختيار والرفض وهن أيضاً الضحايا المحتملات للعنف البدني والإيذاء.

ورغم أن النساء يتّعلمن أنه لا ينبغي عليهن الاستماع بالجنس، فإن كثيرات منهن يرون الحب والجنس حقوقاً لهن داخل العلاقة الزوجية. كذلك توضّح النتائج أن للنساء قدرة محدودة في التحكم في العلاقة الجنسية داخل الزواج أو السعي لحدوثها أو طلبها، وخاصة إذا اختار الزوج أن يتمتع عن العلاقة الزوجية مع زوجته. فلا يوجد أمام الزوجة في هذه الحالة اختيارات عديدة ويصبح عليها أن تقبل بذلك الوضع. وفي حالة ممارسة المرأة للامتناع الجنسي فإن التهديد بالعنف والانفصال يجعل ذلك أمراً غير ذي جدوى. لقد ركز الجدل حديثاً على العنف الجنسي داخل العلاقة الزوجية (١٠-١١) ويمكن تفهم ذلك جيداً، حيث إن

المراجع

- 1- Lowenson R, Edwards. And Ndlovu Hove P, 1996. Reproductive Health Rights in Zimbabwe. Training and Research Support Center, Harare and Ford Foundation.
- 2- Sylvester C, 1991. Zimbabwe: The Terrain of Contradictory Development. Westview Press, Dartmouth.
- 3- Meursing K, Sibanda F, 1995. Condoms, Family planning and living with HIV in Zimbabwe. Reproductive Health Matters. 5 (May): 56-67.
- 4- Njovana E, Watts c, 1996. Gender Violence in Zimbabwe: a need for collaborative action Reproductive Health Matters. 7 (May): 46-54.
- 5- Women and law in Southern Africa. Armstrong and Ncube (eds), women and Law in Southern Africa, Zimbabwe Publishing House. Harare, 1987.
- 6- Ndlovu M, :Watts C, Nhovana E et al, 1999. Violence against women in Zimbabwe. A situational analysis. Musasa Project, Harare, (Unpublished).
- 7- Violence against Women. Women, Health and development, Family and Reproductive Health, world Health organization, Geneva, 1997.
- 8- Violence against Women in Zimbabwe. Strategies for action. Report of Musasa Project Workshop, Harare, February 1997.
- 9- Watts C, Ndlovu M, keogh E et al, 1998, The Extent and Health consequences of Violence Against Women in Zimbabwe Musasa Project Report, Harare.
- 10- Heise L, 1995. Violence, sexuality and Women's Lives. *Conceiving Sexuality: Approaches to Sex Research in a postmodern world.* Parker R, Gagnon J (eds.). Routledge, New York.
- 11- Heise L, Moore K, Oubia N, 1995, Sexual coercion and Reproductive Health: A Focus on Research Population council, New York.
- 12- Heise L, 1994. Violence against Women: the Hidden Health Burden. World Bank Discussion Papers 225, World Bank, Washington DC.

مائدة مستديرة حول بتر الأعضاء الجنسية للمرأة

أهمية فهم ما تعنيه هذه الممارسات والأخطار المرتبطة بها في المجتمعات التي تنشر فيها، وذلك لإثراء المناقشات الدائرة حول تبعات الخيارات الفردية والقرارات السياسية بالمعلومات.

ويلي الورقة البحثية تعليقات من سهام عبد السلام، وجوسلين دي يونج وماري باسيلي أسعد، تناقض فيها مصطلح "جراحات الأعضاء الجنسية للإناث" الذي تقدمه الورقة الأولى كبديل عن مصطلح "التشويه الجنسي للإناث". كما تتناول التعليقات أيضاً عدداً من القضايا مثل الاستخدام الذاتي أو الرمزي لتلك الممارسات كوسيلة للتحكم في النساء وحياتهن الجنسية، والعلاقة بين العمل البعثي والدعوة لمكافحة تلك الممارسات، وطابع المعلومات التي يحتاجها كل مجال، والقيود والمنهجية والأخلاقية المتعلقة بإجراء دراسات حول التأثيرات الضارة لتلك الممارسات، والعلاقة بين الصعيدين الوظيفي والعمالي في مجال العمل التعبوي حول التشويه الجنسي للإناث وأهمية التصدي لثقافة الصمت المفروضة حول الموضوع، وطرح النقاشات حوله على الملأ من أجل تغيير الواقع.

البحث الذي تدور حوله المناقشات في هذه المائدة المستديرة هو الدراسة التي قامت بها كارلا مخلوف أويرماير وروبرت رينولدز "جراحة الأعضاء الجنسية للإناث، والصحة الإنجابية والشنون الجنسية: استعراض الدلائل". تستعرض الورقة الأدبيات المتوفرة من حيث الدلائل والبراهين على التأثيرات المختلفة بما يسمى بـ "جراحات الأعضاء الجنسية للإناث"، على صحة المرأة وحياتها الجنسية.

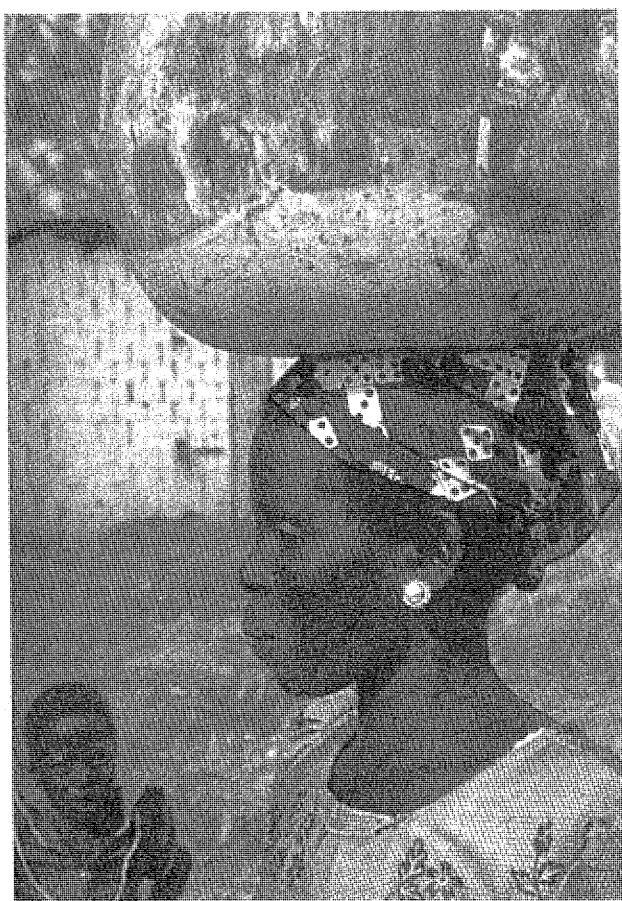
ويوضح هذا الاستعراض أن الدلائل المتوفرة على التبعات الناجمة عن تلك الجراحات غير كافية لدعم الأطروحات القوية التي تبرز تلك الممارسات باعتبارها تمثل خطراً شديداً على صحة المرأة ويرجع ذلك بدرجة كبيرة إلى نقص البحث المتعلقة بتحميس التأثيرات الضارة، لا البحوث المتعلقة بمدى الأمان النسبي لتلك العمليات. كما يوضح الاستعراض أن هناك عدداً قليلاً من الدراسات التي توفر بعض التقديرات حول المخاطر الصحية المصاحبة لجراحات الأعضاء الجنسية للإناث وقد وجد أن معدل حدوث المضاعفات يزداد مع الجراحات التي تشمل أجزاء أكبر من الأعضاء الجنسية للإناث، كذلك وجد أن معدل حدوث المضاعفات الخطيرة يصل إلى 1% بينما يتراوح معدل حدوث المضاعفات الأقل خطورة بين 1-18%. رغم أن نتائج البحوث حول تأثير هذه الجراحات على الحياة الجنسية للمرأة غير حاسمة فإنها ترجح أن كثيراً من النساء التي أجريت لهم تلك الجراحات لديهن القدرة على الاستمتاع الجنسي، ويبذر هذا الاستعراض الحاجة إلى إجراء دراسات منتظمة حول المضاعفات الصحية المترتبة على إجراء عمليات الأعضاء الجنسية للإناث، كما يؤكد

جراحات الأعضاء الجنسية للإناث، والصحة الإنجابية والشئون الجنسية؛ استعراض للدلائل والبراهين

كارلا مخلوف - أوبيرماير - روبرت رينولدز

توصف باسم "الممارسات التقليدية الضارة" في الموثيق الدولي، وظهرت العديد من المبادرات التي تستهدف التخلص من هذه الممارسات، وترى القضاء عليها كمقاييس هام لدى التقدم المتحقق في تطبيق برنامج عمل مؤتمر القاهرة للسكان والتنمية. تشير هذه الممارسات مشاعر النفور والاشمئاز، وعادة ما يتم التعامل مع الاعتقاد بأضرارها البالغة على صحة البنات والنساء، وتعرض حياتهن للخطر باعتباره أمراً مسلماً به، وغير قابل للنقاش، ومع بروز هذه القضية، ظهرت أهمية تمحيص مدى ما توفره الأبحاث المتوفرة من تأييد "للحقائق" التي يشيع قبولها حول هذه الممارسات، خاصة ما يعزي إليها من أعباء صحية، والتي يعتقد أنها تتضمن مضاعفات قصيرة الأمد مثل الألم وإصابة الأنسجة المجاورة، النزيف، والصدمة، والاحتباس البولي والتهابات الحادة والمزمنة، وكذلك مضاعفات طويلة الأمد، مثل صعوبة التبول والتهابات الجهاز البولي، التهابات الحوض، العقم، الندوب المتلايفة، والخراريج والتكيّسات وصعوبات الدورة الشهرية، الآلام المصاحبة للجماع، ومشكلات أثناء الحمل والولادة، هذا فضلاً عن التبعات الجنسية والنفسية والاجتماعية.

تشير المصطلحات المستخدمة في وصف هذه العمليات عدداً من الصعوبات، سواء في اللغات المحلية، أو الترجمة الإنجليزية، والعديد من هذه المصطلحات غير دقيق. ففي اللغة العربية على سبيل المثال، نجد أن المصطلح الدقيق لكلمة *-Clitoridectomy* قطع البظر تعني



في غضون العقود القليلة الماضية أصبحت الجراحات التقليدية للأعضاء الجنسية للنساء تورق بشكل كبير صناع السياسة، والنشطاء والمهنيين في مجالات متعددة، كل منهم يسعى لحشد كافة الوسائل الممكنة لإنهاء تلك الممارسات التي يعتقد بأنه من غير الممكن القبول بها إطلاقاً. لقد أعلن الخبراء الطبيون جسامنة الأضرار التي تسببها تلك الممارسات للصحة الجسدية والنفسية للبنات والنساء. كذلك أدان المحامون والعاملون في مجال الضوابط الأخلاقية تلك الممارسات باعتبارها تعدياً على السلامة البدنية تجري بدون موافقة الضحايا، ومن ثم تمثل انتهاكاً لحقوق الإنسان للنساء والأطفال. تطرح الباحثات النسويات في عديد من الفروع العلمية أن التشويه الجنسي للإناث هو أحد مظاهر عدم المساواة النوعية، وتفشي النزعة الأبوبية (البطرياركية) في المجتمعات التي تتم فيها. حتى في أوساط علماء الأجناس (الأنتروبولوجيون)، الذين يميلون تقليدياً إلى تبني موقف نسبي، فإن موقف الدعاوة الأخلاقية (moral advocacy) قد حاز قدراً كبيراً من الدعم⁽¹⁾، كما أن وجهة النظر القائلة بأن النسبية الثقافية لها حدودها وإن (هذا الموضوع) هو أحد الموضوعات التي ينبغي أن ترسم فيها الخطوط الفاصلة⁽²⁾، بدأت تسود بين المواقف المتناولة.

وفي سياق الدعم الدولي المتعاظم لمفهوم الصحة الإنجابية كعنصر محوري في السياسات السكانية والصحية، ارتفعت المطالبة بالتخليص من الممارسات الضارة بصحة النساء والتي

فيها ممارسة جراحات الأعضاء الجنسية للإناث^(٣)، وإنما أيضا تلك المجتمعات التي تمعن النظر في ممارسات الآخرين.

أسلوب البحث:

لقد بحثنا في الأدبيات الطبية والديموغرافية المتوفرة حول "ختان الإناث"، والتشويه الجنسي للإناث، وقمنا بالاطلاع أيضا على جميع المصادر باللغتين الإنجليزية والفرنسية. ومع حلول إبريل ١٩٩٦، أصبح عدد المقالات المتوفرة لدينا ٤٢٥ مقالا على النحو التالي: ٩٠ مقالا يغطون السنوات من ١٩٦٦ إلى ١٩٩٦ من خلال قاعدة بيانات "مدللين" Medline data bas و ٣٤٥ مقالا يغطون السنوات من ١٩٧٠ إلى ١٩٩٦ من خلال قاعدة بيانات "بوب لайн" (Popline data base) كما لم ندخل جهدا للاطلاع على المصادر غير المنشورة، مع معرفتنا أن بعض الكتابات القيمة لا تظهر في المطبوعات العادية. ومن بين ٤٢٥ مقالا راجعناه، وجدنا أن ٣٠ مقالا فقط ناقشت الآثار الصحية المترتبة على الممارسات قيد الدراسة، وقدمت ١٠ مقالات أخرى سلسلة حالات تشتمل على مضاعفات طبية، وقدم ٢٥ مقالا تقديرات حول مدى انتشار الممارسات. أما باقي المقالات فقد تناولت حالات فردية، وخبرات شخصية، وسلوكيات وسياسات تتعلق بالممارسات، أو مناقشات عامة حول صحة النساء. لقد استخدمنا معايير محددة لتقدير نوعية المعلومات المتوفرة في هذه المقالات الأربعين، ووجدنا أن الكثير منها لا يفي بالمتطلبات الأساسية، بل وعانت من بعض مشكلات مثل نقص المعلومات المتعلقة بمصدر البيانات وطريقة جمعها، أو محدودية العينات مما لا يتبع استخلاص استنتاجات محددة، أو ارتفاع نسبة عدم الاستجابة للاستبيانات، أو استحالة إثبات ما إذا كان الأفراد قد تعرضوا بالفعل لهذه العملية، أو غموض التعريفات المتعلقة بالمضاعفات، أو وجود تنافضات في الحسابات. وكثيرا ما أخفقت قاعدة البحث، بشكل عام، في تحديد المتطلبات الالزمة لتوثيق المضاعفات.

انتشار جراحات الأعضاء الجنسية للإناث

على الرغم من أن المعلومات المتعلقة بانتشار جراحات الأعضاء الجنسية للإناث تستوي عادة من تقارير البلدان

خفاض، بما يؤكد على الفكرة الشعبية بأنه مالم يتم خفاض البظر فإنه سيكبر متحولا إلى قضيب وتأكد على المعنى الرمزي للعملية باعتبارها إعادة تشكيل جسد المرأة بما يؤكد الاختلاف بين الجنسين. كذلك كلمة "الختان" Circumcision تؤدي ضمنيا على نحو خاطئ - بأن هذه العملية مماثلة لإزالة غلبة القضيب. وتتضمن مصطلحات أخرى أحكاما قيمة حول الممارسة، فعلى سبيل المثال تقرن العديد من الكلمات في اللغات المحلية تلك العمليات بقيم إيجابية مثل الطهارة، أو بالتقاليد المعيارية، أو بالتدین، رغم أن الدين لا يوجب هذه الممارسة ولا يقرها. أما تعبير التشويه الجنسي للإناث فيشدد على المدى الذي تصل إليه هذه الممارسات، ويعاظم من التأثير الدرامي لها. كما أنه أيضا يفترض وجود نوايا سيئة لدى من يقومون بإجراء هذه العمليات، على الرغم من الدلائل الأثثوجرافية المناقضة لذلك.

ويصعب إيجاد صياغة دقيقة لتلك الممارسات دون الانزلاق إلى تأييدها أو إدانتها. وقد اخترنا، في هذه الورقة البحثية، استخدام تعبير "جراحات الأعضاء الجنسية للإناث"، مع معرفتنا بأنه غير دقيق أيضا حيث إنه يستدعي، على نحو خاطئ، أجواء التعقيم والتطهير في المستشفى. ومع ذلك، فكثيرا ما استخدمت كلمة "جراحة" للإشارة إلى عمليات تتم في شروط غير معقمة (كما هو الحال، على سبيل المثال، عند وصف الجراحات المصرية القديمة مثل التربينة (ثقب الجمجمة)، والعمليات التي كانت تجري في أوروبا في المرحلة السابقة على دخول الصناعة). وتتجدر الإشارة إلى أننا استخدمنا صيغة الجمع. أي "جراحات". للتأكيد على تنوع هذه العمليات وهكذا فإن التعبير في مجلمه، رغم أنه ليس مرضيا تماما. يتميز بطبيعته الوصفية دونما إدانة مسبقة لتلك الممارسات.

ويكمن الدافع وراء استعراضنا الشامل للأدبيات في ذلك، التفاوت الذي بدا ممكنا بين حشد الموارد تجاه الحركة من ناحية، وقاعدة البحث التي ينبغي توافقها لدعم تلك الجهود من ناحية أخرى. وكان هدفنا هو التحديد الدقيق لمدى ما هو معروف حول القضية، وخاصة حول المضاعفات الصحية المحتملة للعمليات، ومدى تأثيرها على الحياة الجنسية. وقد أدت عملية تقييم حجم المعارف المتاحة بهذه الطريقة إلى تكوين رؤى متبصرة للمجتمعات المرتبطة بالقضية محل البحث، ولا نعني فقط المجتمعات التي تجري

في جيبوتي، ونسبة كبيرة من النساء (ترواح من ١٠٪ إلى ٨٠٪) في أجزاء من بوركينا فاسو، والكاميرون، وغانا، وغينيا، ونيجيريا، والسنغال، وتزانيا، تخضع أيضاً لهذه الجراحات^(٢٠).

وتراجع المقارنات التي أجريت بين معدلات انتشار الممارسة بين المجموعات العمرية المختلفة بروز ميل للابتعاد عن الأشكال شديدة القسوة من الممارسة، الاستئصال الجرئي والتقطيم - يعرف هذا النوع بالختان الفرعوني أو السوداني وهو يتضمن استئصال البظر والشفرين الصغيرين وأجزاء كبيرة من الشفرين الكبارين مع خياطة المنطقة تماماً باستثناء فتحة صغيرة لمرور البول ودم الحيض. Infibulation والاقتراب من العمليات الأكثر محدودية.

المضاعفات الصحية الناجمة

عن جراحات الأعضاء الجنسية للإناث

ويتضح من استعراض الأدلة، صعوبة إجراء بحوث حول المضاعفات الناجمة عن جراحات الأعضاء الجنسية للإناث، ويرجع ذلك إلى أسباب تتعلق بعوامل منهاجية وأخرى أخلاقية. إن أفضل وسيلة لتأكيد علاقة السببية هو إجراء الدراسات المسؤولة والتي تتركز على السكان وهي الدراسات التي تتبع كافة الجماعات، سواء التي تعرضت أو لم تتعرض للجراحة مع قياس النتائج الضارة التي تظهر مع مرور الزمن. ولكن مثل هذه الدراسات تطرح عقبات إجرائية وأخلاقية قد يستحيل تذليلها. وأفضل وسيلة تالية من أجل توثيق المضاعفات تمثل في دراسات الحالات الضابطة، حيث يجري في آن واحد ملاحظة العمليات والنتائج الضارة وقياسها، ومع كل، كثيرة ما يصعب التيقن من إجراء العملية، وقياس النتائج بدقة، وتجنب مشكلات الانتقائية والخلط بين الأمور، كما تقتصر الكثير من الدراسات المتاحة على توثيق العمليات والمضاعفات بفعالية.

ويمكن القول بوجود ثلاثة أنواع من التقارير حول المضاعفات الصحية لجراحات الأعضاء الجنسية للإناث. يتضمن النوع الأول تقارير الحالة، والتي تفطى عدداً من المضاعفات الممكنة ولكنها لا تتيح اشتقاء تقديرات حول

المعنية، إلا أن معظم الأرقام الموجودة ليست تقديرات البلدان. الأمر الأكثر أهمية هو أن "التشوه الجنسي للإناث" لا يمثل بأي حال ممارسة موحدة، لكنه يشمل بالأحرى عمليات متعددة مما يجعل من الصعوبة استخلاص تعميمات عبر المجموعات.

وتنستقي غالبية التقديرات الوطنية عن انتشار تلك الممارسات من تقارير المسح الصحى والديموغرافية.

تضم الدول التي تتوفر فيها بيانات على المستوى الوطني: السودان (مسحان)، ومصر، وساحل العاج، وجمهورية أفريقيا الوسطى، وأريتريا، ومالي، والصومال، أما البلدان الأخرى فقد تقتصر تقديراتها مبنية على الدراسات التي أجريت على عينات من النساء، وقد تكون تلك العينات ممثلة أو غير ممثلة على الصعيد الوطني. ويؤكد التباين الموجود في تلك الدراسات التي تقارن بين مناطق أو مجموعات عرقية مختلفة، على ضرورة توخي الحرص في الوصول لاستدللات على المستوى الوطني بناء على الأرقام المتعلقة بانتشار تلك الممارسات بين الجماعات الصغيرة. ورغم أن المعلومات الضرورية لعمل تقديرات حول انتشار الممارسة لم تتوفر إلا في العامين الماضيين لعدد محدود من البلدان، فإننا نجد أن كثيراً من الكتابات حول الموضوع تعيد نشر الأرقام الواردة في "الخرائط العالمية" -تصدر بعض الهيئات تقديرات عن انتشار الختان على مستوى العالم على شكل خرائط أو تقارير دورية. حول معدلات الانتشار لذا يجب التعامل بحذر شديد مع الأرقام العالمية التي سبق نشرها عن عدد النساء التي أجريت لهن هذه الجراحات.-

وبفضل العدد المتزايد من المسح الديموغرافية على المستوى الوطني - والتي ضمت نموذجاً للاستقصاء عن معدل انتشار هذه الممارسات منذ ١٩٩٥ (الموجز المفيد الذي نشرته المسح الديموغرافية والصحية)^(٤) - يمكننا القول، بدرجة ما من اليقين، أن جراحات الأعضاء الجنسية للإناث تعرضت لها أغلب النساء تقريباً (٩٠٪-١٠٠٪) في الصومال، ومصر، ومالي، والسودان، وإريتريا، وحوالي نصف الناس في جمهورية أفريقيا الوسطى وكوت ديفوار^(٤-٥). وتشير الدراسات التي أجريت على عينات أكثر محدودية إلى أن غالبية النساء (٧٥٪-٩٠٪) في أجزاء من تشاد، ونيجيريا، وكينيا، وسيراليون تخضع لهذه العمليات^(٦-١٩). وعلاوة على ذلك، تطرح التقارير أن غالبية النساء

مختلفة، فإنه يتعدّر إعادة تصنیف المضاعفات في نظام موحد، أو حساب الإحصاءات الكلية لمعدل تكرار المضاعفات.

يمكن تقسيم مضاعفات جراحات الأعضاء الجنسية للإناث إلى خمسة أنواع: النزيف، الالتهابات، مشاكل بالجهاز البولي، مشاكل إنجابية (العقم، ومشكلات الولادة) والالتصاقات/ الانسدادات. أما مدى التكرار في مشكلات النزف والنزف الحاد فهي تتراوح من ٥٪ بالنسبة لاستئصال البظر إلى حوالي ٣٪ بالنسبة للتجميم ولكن معدلات حدوث النزيف أوسع (١٨٪) بسبب التضارب بين التعريفات عبر مختلف الدراسات، فضلاً عن اختلاف التقنيات والعلاجات التقليدية التي يستخدمها المارسون. ونادرًا ما تم الإفاده بوجود الالتهابات (١٪) بين النساء اللاتي تعرضن لاستئصال البظر، أما النساء اللاتي تعرضن للتجميم، فتبلغ معدلات حدوث مختلف أنواع الالتهابات حوالي ٥٪ أو أقل. وتتراوح معدلات حدوث مختلف مشكلات الجهاز البولي من ١٪ إلى ٩٪ بين النساء اللاتي تعرضن لاستئصال البظر، ومن ٣٪ إلى ١٦٪ للعمليات الأكثر شمولًا. أما العقم، فيزيد في حالات العمليات الأكثر شمولًا بمعدل الضعف في الحالات غير الشاملة وترتفع معدلات طول فترة المخاض والنزف التالي للولادة بين (١٤٪ و ٢٪ على الترتيب) بينما هي في الحالات الضابطة (٤٪ و ٢٪ على الترتيب) وتتجدر الإشارة إلى أن حالات أزمات الأجنة والولادة القصيرة ليست مرتفعتين بشكل ملحوظ بين الحالات. وتتراوح مختلف المضاعفات الجراحية، مثل الندوب، والأكياس، والالتصاقات، ما بين صفر إلى ٤٪ بين النساء اللاتي أجريت لهن عمليات شاملة، ولكن المعدل يصل إلى أقل من ٥٪، بالنسبة للنساء اللاتي أجريت لهن عمليات استئصال البظر فقط. وباستثناء دراسة واحدة، وهي دراسة تكشف عن ارتفاع معدل تكرار المضاعفات (٢٩)، فقد أظهرت الدراسات التي رجعنا إليها نتائج متسبة نسبياً، وأفادت بشكل عام بوجود معدلات تكرار أقل من ٥٪، مما يعني أن معدل تكرار المضاعفات الخطيرة يرتفع بالنسبة للجراحات الشاملة.

إن نتائج هذا الاستعراض لا تدعم تماماً المزاعم الواردة في أدبيات التعبئة ضد الممارسة حيث لا يوجد دليل وبائي موثوق فيه حول معدل الوفيات على المستوى السكاني. وعلى

معدل الخطأ (٢٠-٢١) إن أغلب الدلائل على الوفيات تأتي من دراسات الحاله. وقد كان الاستثناء هو دراسة أجريت في الصومال (٢١) حيث استخدمت بيانات ديمografية، ولكنها لم تتمكن من تحديد حجم دلالة المخاطر الإضافية التي يمكن إرجاعها إلى الممارسات. أما النوع الثاني من الدراسات فيتركز على السوق التي تطلب من النساء ذكر المضاعفات (١٢-٢٧) وقد تبع هذه الدراسات أو تفالي من قدر المضاعفات، لأن النساء لا يستطيعن دائمًا أن يتذكرن بدقة الأحداث التي جرت لهن في السنوات السابقة، أو يحددن ما إذا كانت الأعراض التي يعانين منها تعتبر "غير طبيعية" نتيجة للعمليات. وثالثاً، توجد دراسات ابديولوجية (تعلق بطابع انتشار الممارسة) تستخدم الفحوص الإكلينيكية لتحديد المضاعفات، مع اشتتمالها على مجموعة مقارنة لاختبار دلالة النتائج (٢١-٢٤) وتعد هذه الدراسات بمثابة أفضل مصدر للدلائل، رغم إنها محدودة بالعينات البحثية التي استخدمتها، والمستقاة من السكان الذين يتربدون على المستشفى، وقد لا تكون عينات ممثلة وخاصة مع وجود المعوقات الكبرى للرعاية الصحية في تلك البلدان التي تنتشر فيها جراحات الأعضاء الجنسية للإناث. وحقيقة إن جميع الدراسات المتاحة هي دراسات مقطعة، وهو ما يعني عدم قدرتها على تأكيد ما إذا كانت العمليات سببت بالفعل النتائج أو المضاعفات، فضلاً عن عدم قدرتها على قياس المخاطر المسؤولة للعمليات. وتتسم هذه المسألة بأهمية خاصة فيما يتعلق بمشكلات مثل إصابات الجهاز البولي أو العقم، وهي المشكلات التي يمكن أن تحدث عبر فترات أطول من الزمن، كما يمكن أن تجم عن عوامل أخرى بخلاف العمليات قيد البحث.

هناك اختلافات عديدة بين الدراسات الموجودة، من زاوية نوعية البيانات والتحليلات. وبعد استبعاد بعضها على أساس معايير منهجية، تقلصت المصادر الثلاثون التي تناقض، على نحو خاص، المضاعفات الناجمة عن جراحات الأعضاء الجنسية للإناث إلى ثمانية مصادر. ولم تجر مناقشة تقارير الحاله بصورة تفصيلية هنا، ومع كل، فإن أكثر المضاعفات انتشاراً التي وردت في التقارير عن الحالات هي على النحو التالي: الالتصاقات، أكياس درمويد، وضمور بالمنطقة التناسلية. ونظراً لأن الدراسات استخدمت تعريف مختلفة (سواء للعمليات أو للمضاعفات)، وقياسات

إلى تقليل فتحة الفرج إلى فتحة صغيرة، مما يجعل من الضروري قطع أو تمزق الأنسجة قبل حدوث الاتصال الجنسي. ونتيجة لذلك، يسود الاعتقاد بأن الجنس يسبب ألمًا وليس متعة. أما النوع الثاني من المعلومات فيتمثل في تقارير الحالة للنساء اللاتي أجريت لهن جراحات الأعضاء الجنسية واللاتي تحدثن عن خبرتهن الجنسية. وعلى الرغم من عدم إمكانية تحديد إلى أي مدى تمثل هذه الحالات الغالبية من النساء، ورغم أن غالبية هذه الحالات تتعلق بالنساء اللاتي أجريت لهن عمليات شاملة، فإن تقاضيل هذه القصص تقسم بالانفعالية العاطفية، حتى أنها أدت إلى تعميم يقول، بأن النساء، ونتيجة لجراحات الأعضاء الجنسية، يشعرن فقط بلا مبالغة جنسية في أحسن الأحوال، وألم مفرط في أسوأها.

نادرة هي الدراسات التي تبحث بشكل منهجي في المشاعر الجنسية لدى المرأة والرجل المتأثرين بجراحات الأعضاء الجنسية وتعاني كافة هذه الدراسات من محدودية خطيرة. وعلى الرغم من أن أيًا منها لم يعمم بحيث يتناول القضايا النظرية والمنهجية شديدة التعقيد التي تشكل ملهمًا عاماً في كافة البحوث المتعلقة بالشئون الجنسية، فإنه لا يزال من المفيد أن ننظر لبعض نتائجها بعين الاعتبار. وتشير الدراسات التي أجريت في السودان إلى حدوث تغير كبير في الاستجابات الجنسية. ففي حين قالت ٩٠٪ من النساء التي أجريت معهن مقابلات خلال إجراء إحدى الدراسات، أنهن قد مررن بخبرة تحقيق ذروة النشوة الجنسية بانتظام، أو في بعض الأوقات^(٢٥)، ذكرت دراسة أخرى أن ٢٧٪ فقط من النساء قلن أنهن استمنعن بالجنس^(١٢). وهناك دراسات أخرى توصلت إلى نتائج مختلطة حيث انتقسمت أقوال النساء اللاتي قدمن معلومات إلى ج. بودي: كان البعض منهن ينظر إلى الجنس كالالتزام، في حين استمتع به البعض الآخر^(٢٦). أما جرونباوم، فقد وجدت أن بعض النساء اللاتي قدمن لها معلومات لم يجدن الجنس مرضياً لهن، إلا أنه يجعل

نقيس الآراء الحالية، فإن اقتران هذه العمليات بالمضاعفات الخطيرة ليس شائعاً. ونادرًا ما نجد إشارة إلى أن تكرار المضاعفات وقساتها يرتبط بنطاق العمليات وظروفها، كما لا يتم الاعتراف، في كثير من الأحوال، بأن العديد من المعلومات تأتي من دراسات أجريت في السودان، حيث تتعرض غالبية النساء لعمليات التجميم. كما يصعب قبول الربط بين الإصابة باعتلال الصحة أو الوفاة وبين تلك الممارسات، نظراً لوجود هذه المشكلات واستمرارها في العديد من المجتمعات. وبينما يعتبر منظوراً الطب والصحة العامة أن تكرار ما يقرب من ١٪ من المضاعفات الخطيرة ١٨٪ من المضاعفات المتوسطة يمثل ارتفاعاً غير مقبول، لا يبدو هذا المنظور منتشرًا بين غالبية الناس في المجتمعات التي تمارس هذه العمليات. وتمثل المضاعفات الخطيرة، في واقع الأمر، كما وجدنا من خلال استعراضنا للأدبيات، الاستثناء وليس القاعدة، وهو الأمر الذي يمكن أن يساعد على تفسير أسباب تغافل ملايين من البشر حول العالم عن المخاطر الحقيقية، طالما ليس من المرجح إحصائيًا أن تمر الغالبية بخبرة الآثار الضارة الخطيرة، سواء بشكل مباشر أو غير مباشر.

ومع كل، لا تعود ندرة دلائل الآثار الضارة لهذه العمليات إلى مدى سلامة وأمان هذه العمليات، وإنما ترجع إلى عدم كفاية الاهتمام الذي تم تكريسه للبحوث التي توثق التبعات المحتملة لهذه العمليات. إن عدم كفاية قاعدة البحث تعكس جزئياً اقتاعاً شديداً لأهمية بأن الآثار الضارة واضحة بذاتها، حتى أنها لا تحتاج إلى التوثيق. كما يرجع ذلك أيضاً إلى المشكلات الأخلاقية والصعوبات المنهجية الموجودة في تصميم تلك الدراسات المتوافرة.

الحياة الجنسية،

وجراحات الأعضاء الجنسية للإناث

إن معرفتنا بتبعات جراحات الأعضاء الجنسية للإناث على الحياة الجنسية مستقاة في الأساس من نوعين من المعلومات. يتمثل النوع الأول في آثار تلك العمليات على التركيب التشريحي للأعضاء الجنسية فجميع جراحات الأعضاء الجنسية للإناث تستأصل البظر كله أو جزءاً منه، ومن ثم يعتقد أنها تفسد أو تدمر القدرة على الاستمتاع الجنسي. وعلاوة على ذلك، يؤدي الاستئصال الكامل أحياناً



أزواجهن سعداء، هذا في حين قدمت نساء آخريات وصفاً مفعماً بالحيوية لذروة النشوة الجنسية عند الجماع^(٢٧). وتطرح الدراسات التي

الرجل، في المجتمعات التي تتبع هذه الممارسات والمجتمعات التي تدينها بقوة، عادة ما تشتمل على عناصر متناقضة، وأن الاختلافات الشاسعة في هذا المجال هي نتيجة للدور القوي الذي تلعبه الثقافة في تحديد الاستمتاع، والألم، والتعبير عن الحياة الجنسية.

أجريت في مصر وجود نسب أعلى، إلى حد ما من النساء اللاتي يستمتعن بالعلاقات الجنسية: فقد أفادت م. أسعد أن ٩٤٪ في عينتها الحضرية قلن ذلك^(٢٠)، وقالت هـ خطاب أنأغلبية نساء القرية التي تحدثت إليهن قد استمتعن بالعلاقات الجنسية وعبرن عن إحساس بأن ذلك من حقهن.

التحقيق في " الآخر":

إن وجود جراحات الأعضاء الجنسية للإناث وانتشارها الواسع في عدد من المجتمعات يطرح لغزا أمام العقل والخيال، إذ يتأنى على المرء أن "يحاول تخيل كيف يمكن لشخص أخلاقي وعقلاني.. أن يربط منطقياً بين طقوس المرور وتغيير شكل الأعضاء الجنسية، وبين بعض الفضائل مثل "الكياسة، والولاء، والاحترام، والطهر، والتحكم في الذات"^(٤١). إن تحقيق ذلك يتطلب من المرء أن "يوقف المعتقدات" في مواجهة ما يبدو انتهاكاً لقيم مثل السلامة الجسدية والصحة وحق الموافقة المبنية على المعرفة، يمكن الوصول لرؤيتها من داخل تلك المجتمعات التي تمارس هذه العمليات، لتبصر المفزي المرتبط بتلك العمليات لدى من يمارسونها. وكما يوضح تحليل ج. بوودي^(٤٢،٤٣)، يمكن لشخص لا يؤيد جراحات الأعضاء التالية للإناث أن يملك ذلك الاستبصار وأن يكشف عن الدلالة الرمزية لهذه الممارسات في سياقها الثقافي.

وفي كل الأحوال فإنه تسود في كثير من المصادر المتاحة نظرية تبسيطية لجراحات الأعضاء الجنسية للإناث، ولا يعني فحسب أدبيات "التبعة" المنادية بإلغاء تلك الممارسة، وإنما يعني أيضاً مقالات العلوم الاجتماعية. فالاختلافات الكبيرة في أسباب انتشار هذه الممارسات والظروف المحيطة بها يتم تجاهلها ببساطة. كما أن اشتغال هذه الممارسات على قطع لبعض الأعضاء الجنسية للمرأة يعتبر كافياً لدمج مجموعة متباعدة من الممارسات في فئة واحدة، ثم يلي ذلك البحث عن تفسيرات شاملة لها. وبينما لا يمكن، على المستوى النظري، تجنب درجة ما من

التفسيم حول هذه الممارسات، فإنه من الهام الانتباه إلى حقيقة أن الآراء التي تجنب للتبسيط، قد تكون جزءاً من عملية يتم فيها

ان هذه النتائج تثير بعض الشكوك حول الأقاويل التي تؤكد أن جراحات الأعضاء الجنسية للإناث تتراكم في الأساس مع الحياة الجنسية للمرأة وإمكانية استمتاعها بالجنس، وتعكس تلك الاختلافات في الإحساس بالاستمتاع الجنسي مقدار الاختلاف في قدر النسيج الذي يتم استئصاله (تعرض غالبية النساء المصريات إلى عمليات أقل شمولاً مما ت تعرض له غالبية النساء السودانيات اللاتي يتعرضن للاستئصال الكامل). ومن الممكن أيضاً، حتى في حالات الاستئصال الكامل، عدم إزالة البظر كله. وكما تلاحظى. جرونباوم، على سبيل المثال، فإن قابلات عديدات يتركن جزءاً كبيراً من نسيج البظر (الجزء الانتصابي) دون مساس أسفل التفمييم، وذلك من أجل تقليل مخاطر النزف^(٤٧). وقد يكون الأمر أن المناطق الأخرى الحساسة جنسياً تزداد كفاءتها للتعويض عن غياب البظر.

وهكذا يبدو التأكيد على أن جراحات الأعضاء الجنسية للإناث تؤدي بشكل مطلق إلى تدمير القدرة على الاستمتاع الجنسي أمراً غير دقيق علمياً، كما يتسم بالسطحية. ويمكن إدراك تنوّع الممارسات وتبعاتها على الحياة الجنسية بصورة أفضل من خلال الفحوص الجسدية لحالات فعلية في علاقتها بمغزاها للأفراد والتفسيرات المقدمة على المستوى المجتمعي.

إن الدلائل المتوفرة تطرح تحدياً للافتراض القائل بأن القدرة على الاستمتاع الجنسي تعتمد على عدم المساس بالبظر، وأن ذروة النشوة هي المقياس الوحيد للحياة الجنسية "الصحية". كذلك تطرح الدلائل الاشتوغرافية^(٤٨)، تصوّراً شديداً للاختلاف بشأن العلاقة بين سلامه البظر وبين الوصول إلى النشوة الجنسية. وكل ذلك يثير تساؤلات ليس من السهل حسمها، لأنها تقضي ضمناً أن ما يتم تقديمها كحقيقة فسيولوجية لا تقبل الجدل، يمكن أن تكون هي نفسها نتاج التشكيل الاجتماعي. ولذا، من المهم إدراك أن الأفكار السائدة حول الحياة الجنسية، سواء لدى المرأة أو



التعبة والحسد ضد التشويه الجنسي للإناث يمكن أيضاً أن يخلق.. مزيداً من التمسك بها بين المجتمعات التي ينتشر فيها.. كما يضع أولئك الذين يكافحون ضد الممارسة.. في موقف حرج ألا وهو الحاجة لتبريرها، في مواجهة استفزازات التوصيفات مفرطة التبسيط في الغرب^(٤٧). وهكذا، فإن دلائل جراحات الأعضاء الجنسية للإناث لا تمثل ببساطة في مجموعة من الحقائق الموضوعية. بل إنها جزء من نضالات سياسية مستمرة، على كل من المستويين المحلي والعالمي، حول الشرعية والسلطة.

النتائج

لقد أوضح هذا الاستعراض أن دلائل تبعات جراحات الأعضاء الجنسية للإناث على الصحة الإنجابية والحياة الجنسية لا تكفي بوضوح لدعم الخطابات القوية التي تقدم هذه الممارسات باعتبارها خطراً جسرياً على صحة المرأة. وهناك شك قليل في أن ندرة دلائل المضاعفات الناجمة عن جراحات الأعضاء التناسلية للإناث إنما ترجع إلى افتقاد الجهد المنسق من أجل الاستقصاء عن الآثار الضارة، وليس إلى الأمان النسبي لهذه الجراحات وينبغي إجراء مزيد من الدراسات التي تهدف إلى توثيق الأثر الصحي للعمليات بقدر أكبر من اليقين. إن قصور قاعدة البحث يمكن أن يعزى إلى الصعوبات العملية المتعلقة بإعداد دراسات وبائية تقيس بشكل منهجي المضاعفات الناجمة عن جراحات الأعضاء الجنسية. ومع كل، يجدر طرح أسباب أخرى لتفسير لماذا يفترض، في كثير من الأحيان، أن الآثار الضارة الناجمة عن جراحات الأعضاء الجنسية للإناث حقيقة بما لا يقبل الجدل، بحيث نادراً ما يتم طرحها كقضايا تحتاج إلى الاستقصاء والبحث. وفي حين لا يقوم هذا المقال بتحليل هذه الأساليب بشكل مباشر، فإنه يطرح ارتباطها بعوامل سياسية، واقتصادية وأخلاقية على المستويين المحلي والعالمي.

تطرح الدلائل أيضاً وجود تعارض بين النظرة الطبية الحيوية (البيولوجية) والتي لا تقبل بإجراء أي جراحات غير مقررة طبياً وتنتج عنها تأثيرات صحية مناوئة، وبين نظرة المجتمعات التي تنتشر فيها تلك الممارسة، فتلك المجتمعات تتبنى رؤية شديدة الاختلاف لمفهوم الخطر، حيث يبدو واضحاً فيها عدم الافتراض بالمخاطر الصحية، ويمكن

اختزال "الآخر" إلى مجرد بعض التمايزات الجسدية أو السمات الاجتماعية، بما يسوغ أو يبرر ردود الأفعال من استكثار واذراء.

إن الأسلوب المتبوع في كثير من المطبوعات بشأن تقديم دلائل جراحات الأعضاء الجنسية للإناث عادة ما يسهم في عملية التشكيك، وعلى نمط المراجع الطبية، تنجح تلك المطبوعات إلى استخدام الصور الفوتوغرافية والرسوم التوضيحية وأشكال للأجزاء منفصلة من الجسم لشرح تبعات العمليات، ونتيجة ذلك يصبح القارئ مختلساً للنظر يركز بصره على الأعضاء الجنسية، وطبعاً، في ذات الوقت، يؤكد وقوع الضرر. وعادة ما يكون النص تقنياً، يعدد الأجزاء التشريحية المعينة، والإجراءات الجراحية، فضلاً عن قائمة موسعة للمضاعفات قصيرة وطويلة الأمد كما يشدد في نفس الوقت، على غياب التعقيم وبدائية الأدوات، وعدم تدريب من يجرؤون تلك الجراحات فضلاً عن الدم والألم والصراخ، ومن ثم، تثير الصور المرئية والأوصاف النصية ردود أفعال متلازمة من الرعب والانزعاج وتعبر عن ازدواجية عميقة نحو "الآخر"، الذي هو إنسان وشئ في نفس الوقت.

إن التوصيفات الثقافية المعزولة، التي تشكل محور كثير من النقاشات بشأن جراحات الأعضاء الجنسية للإناث، تخلق إحساساً زائفاً بمعرفة "الآخر"^(٤٤) وتتمثل النتيجة في تقييمات ذات طابع حسي، تقدم برهاناً سطحياً يؤكد التصورات النمطية الجامدة واسعة الانتشار. تكتب طوبياً، وهي من أنصار إلغاء الممارسة، أن تلك التقارير "تقدم دليلاً على بربرية وفظاظة البلدان المتخلفة.. (وتؤيداً) للرأي القائل ببدائية العرب والمسلمين والأفارقة دفعة واحدة"^(٤٥). أما س. مرسي، فقد انتقدت بعض الكتابات الأنثروبولوجية حول الموضوع باعتبارها تمثل تفكيراً استعمارياً جديداً، "تطيبب أعباء الرجل الأبيض"^(٤٦).

ولكي يمكن فهم جراحات الأعضاء الجنسية للإناث، ينبغي تأملها في علاقتها بالظروف العامة لحياة الرجال والنساء في المجتمعات التي توجد فيها. إن "جودة الانتقاد الدولية ضد ختان الإناث قد قامت بدور الستار الدخاني، إذ ركزت الانتباه والموارد على "التقالييد" وانصرف الانتباه بعيداً عن الوضع الكارثي للاستغلال الاقتصادي والإهمال، مثلما كان عليه الحال في السودان"^(٤٧)، وعلاوة على ذلك، فإن

المترتبة بهذه الممارسات، وكذلك السياق الاجتماعي الذي توجد فيه، وذلك لإثراء وتوفير المعلومات الضرورية الدائرة حول تبعات الخيارات الفردية والقرارات السياسية بالمعلومات.

تفسير ذلك جزئياً بما أوضحته هذا الاستعراض من الندرة النسبية للمضاعفات الشديدة التي لا يتعرض لها سوى عدد محدود من الأفراد، سواء مباشرة من خلال خبرتهم الشخصية أو بصورة غير مباشرة من خلال خبرات الأقارب أو المارف. إن فكرة التأمين ضد المخاطر الصحية، وهي الفكرة المألوفة لدى أغلب الأفراد في المجتمعات التي يرتفع فيها معدل معرفة القراءة والكتابة والحساب وتوجد فيها نظم صحية شاملة وغطاء تأميني، ليس من المرجح أن توجد في المجتمعات ذات التعليم المدرسي المحدود، وانخفاض فترة العمر المتوقع، وتختلف النظم الصحية وعدم إمكانية تجنب الألم دائماً، ومن ثم، فإن تعديل تقييم الأفراد لمخاطر جراحات الأعضاء الجنسية لا يستلزم مجرد التثقيف بالأضرار الصحية المحتملة، وإنما يستلزم أيضاً إحداث تغيرات في مجموعة العوامل المؤثرة على الوضع الديموغرافي، والاقتصاد، والرعاية الصحية للسكان.

ومن الواضح أن هناك احتياج إلى إجراء بحوث متأنية لتحديد التبعات الصحية لجراحات الأعضاء الجنسية بدقة أكبر، لكن هناك حاجة أيضاً إلى التواصل لفهم أفضل لمغزى هذه الممارسات في المجتمعات التي تقرها. إن قدر التعقيد الذي يحيط بالعوامل التي تقسر استمرار هذه الممارسات يشير إلى أنه لا يمكن لأي مقوله منفردة أن تتصدى بذاتها لاستمرار هذه الممارسات، كذلك لا يمكن لأي تدخل مستهدف بشكل منفرد أن يقدر على تغيير سلوك أولئك الذين يتبعونها. ولهذا ينبغي أن يرتكز أي عمل في هذه القضية على رؤية تدمج بين النظم المعرفية المختلفة، يسترشد بكل من منظوري الصحة وعلم الاجتماع. وفي حين قد يتذرع فهم هذه الممارسات بالكامل من وجهة النظر العلمية، فإن هناك حاجة للبحث الدقيق والحساس من أجل تقديم الدليل حول الجوانب الديموغرافية والصحية

كلمات شكر

يرتكز هذا المقال على دراسة "جراحات الأعضاء التناسلية للإناث: المعروف، والجهول وما لا سبيل إلى معرفته"، التي ظهرت في مجلة "الأنتروبولوجيا الطبية" ربيع السنوية (Medical Anthropology Quarterly) 1999:13، لم يتم 1- 28: (1) وكما تم الاتفاق مع المجلة في عام 1997، نود أن نتوجه بالشكر إلى محركي مجلة

Medical Anthropology Quarterly

والرابطة الأنثروبولوجية الأمريكية

American Anthropological Association

لموافقتهم الكريمة على نشر هذا الموجز (غير مسحوب بإعادة النشر). وقد أعربنا، في الورقة البحثية الأصلية، عن امتناننا أيضاً للمساعدة المقدمة من أمري راتكليف في استعراض الأدبيات وتحليل المصادر، كما توجهنا بالشكر إلى ناشر طيباً لتعليقاتها على البحث ومساعدتها على تتبع بعض المصادر، فضلاً عن شكرنا لميشيل ريتتش لتعليقاته.

للمراسلة:

Carla Makhlof Obermeyer, Department of Population and International Health, Harvard University, 665 Huntington Avenue, Boston MA 02115, USA. Fax: 1-617-566-0365.

E-mail: mail to:coberm@hsph.harvard.edu

المراجع والهواش

- ١- Cf. Gofdon D, 1991. Female Circumcision and genital operations in Egypt and the Sudan: a dilemma for medical anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*. 5 (1): 3- 13.
- ٢- Konner M, 1990. Prisoners of Ritual: an Odyssey into Female genital circumcision in Africa. *New York Times Book Review*. 15 April: 5.
- ٣- تناول العمليات بين الأنواع المحددة نسبياً التي تضم الخز أو البتر، وصولاً إلى "الختان الفرعوني" أو التفميم حيث يتم استئصال البظر والشفرين الصغيرين بالكامل، وتقليل الشفرين الكبدين، وتغييظهما بفرز. وبين النوعين، هناك أنواع عديدة من العمليات، بما فيها "ختان السنة" وقطع البظر (Clitoridectomy)، والتي يتم فيها إزالة البظر كله أو جزء منه، كما أن هناك عملية "وسطية" تتضمن درجة أقل من استئصال الشفرات، مع درجة أخف من التفميم أو بدونها. إن تنوع الإجراءات، والدلائل على أن تقنيات الممارسين تتغير عبر الزمن تؤكد على الحاجة إلى وكذلك صعوبة تطوير نظام معياري للتصنيف وهي المهمة التي أنجزتها مؤخراً منظمة الصحة العالمية. راجع بهذا الصدد: Female Genital Mutilation: Report of a WHO Technical Working Group . Geneva: World Health Organization, 1996 .
- ٤- Carr D., 1997. Female Genital Cutting: Findings from the DHS Surveys Program. Calverton, Maryland: Macro International.
- ٥- Demographic and Health Surveys (DHS): Egypt 1995. Calverton, Maryland: Macro international .
- ٦- Demographic and Health Surveys (DHS):Mali, 1995/96. Calverton, Maryland:Macro international al.
- ٧- Demographic and Health Surveys (DHS): République Centr' africaine 1994- 95. Calverton, Maryland: Macro international .
- ٨- De mographic and Health Surveys (DHS): République de Cote d' Ivoire, 1994. Calverton, Maryland: Macro international .
- ٩- Demographic and Health Surveys (DHS): Sudan, 1989/ 1990. Calverton, Maryland: Macro international
- ١٠- بحث إكلينيكي حول النماذج الشخصية وإبلاغ الذاتي عن التشويه الجنسي للإناث في مصر، التقرير الختامي. ورقة بحثية مقدمة إلى ورشة عمل رينبو (Rainbo) حول التشويه الجنسي للإناث، الجمعية المصرية لرعاية الخصوبة. القاهرة، نوفمبر ١٩٩٦ .
- ١١- Fertility and Family Planning in Urban Somalia. Mogadishu: Ministry of Health, Somalia Westinghouse Public Applied System, 1983.
- ١٢- World Fertility Survey: Republic of Sudan, 1979. International Statistical Institute .
- ١٣- El Dareer A, 1982. Woman, why do you weep? London: Zed Press
- ١٤- Demographic and Health Surveys (DHS): Eritrea, 1995. Calverton, Maryland: Macro International .
- ١٥- Leonard L, 1996. Female Circumcision in Southern Chad: Origins, Meaning and current Practice. *Social Science and Medicine*. 43 (2): 255- 63 .
- ١٦- Study of three harmful traditional Practices in Kenya. Kenya: Maendeleo Ya Wanawake Organization (MYWO) and Program for Appropriate Technology in Health (PATH). 1991 .
- ١٧- Myers R, Omorodion F, Isenalumhe Aet al, 1985. Circumcision: its nature and Practice among some ethnic groups in southern Nigeria. *Social science and Medicine*. 21 (5): 581- 88 .
- ١٨- Olamijulo S, joiner K Oyedji G, 1983. Female child Circumcision in Ilesha, Nigeria. *Clinical pediatrics*. 22 (8): 580- 81.
- ١٩- Koso- Thomas O, 1987. The Circumcision of Women: A Strategy for Eradi cation. London: Ze Books .
- ٢٠- ن. طوبيا، ١٩٩٦. التشويه الجنسي للإناث: دعوة للعمل العالمي (باللغة العربية). توفرت بعد كتابة المقال مجموعات البيانات الوطنية لبعض هذه البلدان (بوركينا فاسو، وتنزانيا).
- ٢١- Dieijomaoh F, Faal M, 1991. Adhesion of the Labia Min ora complication circumcision in the normal Period in a Nigerian community. *Tropical Geographical Medicine*. 33: 135- 38.
- ٢٢- Agugua N; Egwuatu V, 1982. Female circumcision: management of urinary complications. *Journal of Tropical Pediatrics*. 28: 248- 52 .
- ٢٣- Duvie S, 1980. Implication dermaid of the clitoris. *Journal of the Royal college of Surgery Edinburgh*. 25: 276- 78.
- ٢٤- Ozumba B, 1992. Acquired gynetresia in Eastern Nigeria. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 37: 105- 09 .

- 25- Hanly M, Ojeda V , 1990. Epidermal inclusion cysts of the clitoris as a complication of female circumcision and Pharaonic infibulation. Central African Journal of Medicine. 41: 22- 24 .
- 26- Mohamud O, 1991. Female circumcision and child mortality in urban Soma lia Genus. 47: 203- 23.
- 27- Gadallah A, Zarzour A, El-Gibaly o et al, 1996. Knowledge, attitude, and practice of women teachers on female circumcision in Assiut Governorate, Final Report Paper Presented at Rainbo Workshop on Female Genital Mutilation. Cairo, November 1996.
- 28- Dirie M, Lindmark G, 1992. The risk of medical complications after female circumcision. East African Medical Journal. 69: 479- 82 .
- 29- Leonard L, 1996. Female circumcision in Southern Chad: origins, meaning and current pr. Social Science and Medicine, 43: 255- 63.
- 30- Assaad M, 1980. Female circumcision in Egypt: social implications, current research, and prospects for change. Studies in Family Planning. 11 (1): 3- 16.
- 31- Shandall A, 1967. Circumcision and infibulaton in females, Sudan Medical Journal. 5: 178- 212 .
- 32- De SilvaS, 1989. Obstetric sequelae of female circumcission. European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology. 32: 233: 40.
- 33- Beladi J, Teillet J, Godard J et al, 1985. Franijou M. Consequences obstericales de l'excision féminine. Jornal of Gynecology, Obstetrics and Biological Reproduction. 14: 743- 46.
- 34- Inhorn M, Buss K, 1993. Infertility, infection, and iatrogenesis in Egypt the anthropological epidemiology of blocked tubes. Medical Anthropology. 15: 217-44 .
- 35- Lightfoot-Klein H, 1989. The sexual and marital adjustment of genitally circumcised and infibulated females in the Sudan. Journal of Sex Research. 26 (3): 375- 92.
- 36- Boddy J, 1966. Violence embodied? Female circumcision, gender politics, and Cultural aesthetics. Paper prepared for interdisciplinary Panel on Violence against Women, HF Guggenheim Foundation.
- 37- Grucenbaum E., 1996. The Cultural debate over Female Circumcision: the Sudanese are arguing this one out for themselves. Medical Anthropology Quarterly. 10(4): 445-75.
- 38- Khattab H, 1996. Women's Perceptions of sexuality in rural Giza. Population Council Monographs in Reproductive Health No. 1. Cairo: Population Council.
- 39- Kennedy J, 1970. Circumcision and excision in Egyptian Nubia. Man. 5 (2): 1975 11.
- 40- Morsy S, 1993. Gender, Sickness, and Healing in Rural Egypt. Boulder: Westview Press .
- 41- Shweder R. 1996. The view from manywheres. Anthropology Newsletter, 37 (9): 1 .
- 42- Boddy J, 1989. Wombs and alien Spirits: Women, Men and the Zar cult in Northern Sudan, Madison: University of Wisconsin Press .
- 43- Boddy J,1982. Wombas oasis: the symbolic context of paranoiac circumcision in ruralnorthern Sudan. American Ethnologist. 682- 98 .
- 44- Lane S, Rubenstein R, 1966. Judging the "Other": responding to traditional female genital surgeries. Hastings Center Report. 26 (3): 31 - 40.
- 45- Toubia N, 1988. Women and Health in Sudan. In: Women of the Arab World: the coming Challenge. Toubia N (ed) London: Zed press .
- 46- Morsy S, 1991. Safeguarding women's bodies: the white man's burden medicalized. Medical Anthropology Quarterly, 5 (1): 19-21.
- 47- Seif El Dawla A, 1995. The political and legal struggle over FGM in Egypt before and after the international Conference of Population and Development. Paper presented at Workshop on Female Genital Mutilation: The Intersection of Health and Human Right. Rainbo, New York

ذاتية ورمزية اللغة

الأطباء المارسون والباحثون الاجتماعيون بصياغة مجموعة من المصطلحات على النحو التالي: infibulation (التفيم): clitoridectomy (استئصال البظر); female circumcision (الاستئصال); genital mutilation (تشويه الجنسي للإناث); excision (الاستئصال); genital cut (بتر الأعضاء التناسلية); female surgeries (الجراحات التناسلية).

وتتسم اللغة بالذاتية والرمزية في أن واحد، كما تمثل إنحيازات فردية وجماعية. ومن ثم، سيأتى إدراك الأفراد المختلفين لهذه المصطلحات المختلفة كمصطلحات دقيقة أو غير دقيقة، تمثيلية أو غير تمثيلية، وفقاً ل موقف كل منهم كفاعل اجتماعي. إن انتقادى لمصطلح "جراحات الأعضاء التناسلية" - المستخدم فى مقال أوبيرماير ورينولدز - يرتكز على موقفى كناشطة مصرية فى مجال حقوق المرأة، وعضو فى مجموعة العمل المصرية حول تشويه الأعضاء التناسلية للإناث.

وفي رأى أن مصطلحى "الختان" (circumcision) و"جراحات الأعضاء التناسلية" (genital surgeries) يتسمان بطابع إشكالى، لأنهما يستخدمان مصطلحات طبية لوصف أحد التقاليد الاجتماعية. يقوم مصطلح "الختان" (circumcision) على فرضين زائفين. الأول، افتراضه أن تقليد إجراء شق دائرى حول القضيب الذكرى لإزالة الغلفة الذكورية السليمة هو إجراء طبى مُبرر علمياً. ثانياً، افترضه أن تقليد إحداث تغيير في الأعضاء التناسلية للإناث هو أيضاً إجراء طبى مُبرر علمياً. ولكن الافتراضين لا يرتكزان على أساس صحيح.

تطلق مصطلحات: طهارة، طهور، طهارة السنة، الطهارة السوداني أو، الفرعوني على تقليد الإزالة الجزئية أو الكلية للأعضاء التناسلية الخارجية السليمة للمرأة.

إن كلمة الطهارة أو الطهور (معنى التطهر) هي المصطلح الذى تستخدمه المجتمعات المتحدثة باللغة العربية وتقوم بممارسة هذا التقليد. ويفيد المصطلح ضمناً دعم هذه الممارسة، كما يعكس صورة للمرأة باعتبارها ملوثة من حيث الأساس بسبب سلوكها الجنسي، والذى يفترض أن من المتعذر ضبطه أو التحكم فيه. ويستخدم هذا المصطلح على مستوى المجتمع المحلى فى مصر، ويعكس التصور الاجتماعى الثقافى للمرأة التى ماتزال أعضاؤها التناسلية دون مساس. أما فى السودان، ونظرأً لوجود أنواع أوسع نطاقاً من الطهارة، فإننا نجد مصطلحين مختلفين. الأول هو الطهارة الفرعونية (المعروف بين النوبيين المصريين باسم الطهارة السوداني)، وتعنى إزالة الأعضاء التناسلية الخارجية وخياطة الجرح. والثانى هو طهارة سنة، ويشير إلى درجات مختلفة من إزالة البظر والشفرين الصغيرين. ويرتكز المصطلح الثانى على أساس ديني زائف لهذه الممارسة، ومن هنا يأتى استخدام كلمة السنة، والتى تعنى اتباع سلوك الرسول.

وفي محاولة لترجمة المصطلحات العربية إلى كلمات انجليزية مناسبة وموضوعية إلى أقصى حد ممكن، قام

بقلم : سهام عبد السلام

الجنسية للإناث. كما أن هذا المصطلح يساعد الناس على التخلص من الإنكار، وهي آلية نفسية تساعدهم على تحمل موقف عصبي ليس بإمكانهم تغييره.

إنت اتفق مع المقال المذكور في أن المنهج الطبي المضمن قد ثبت أنه غير كاف. ومن ثم، ففي مجموعتنا للعمل حول التشويف الجنسي للإناث نقوم بتطبيق منهجه اجتماعي شامل لتناول هذه العملية على المستوى الشعبي. لقد اعتمدنا على التفاعل مع الناس أكثر من القاء المحاضرات التي قدمناها لهم. لقد طرحنا عليهم تفسيراً مختلفاً لمعتقداتهم وتركتهم يكتشفون المخاطر الصحية المحتملة لعملية التشويف الجنسي للإناث. وقدمنا الناس أنفسهم العديد من الأوصاف الذكية لهذه الممارسة. كان تعبير "اليوم الأسود" هو الأكثر تكراراً في مصر. طرحو أيضاً تعبيرات مثل "الأذية" و"الصدمة" و"التشويف"، وذلك لوصف خبراتهم الخاصة في الطهارة أو circumcision (وكلمة الختان ليست مناظرة لكلمة الختان). لم وإنما تدل، بالأحرى، على "الإعداد للزواج". لم تستخدم إمرأة واحدة مصطلح "الجراحة التناسلية" في هذا السياق. وهكذا، فإن التشويف الجنسي للإناث ليس مصطلحاً غريباً على النساء الشابات والفتيات اللاتي يعنين منه ويسعنن للحصول على مكانة أفضل. إنه مصطلح غريب بالنسبة فقط لأولئك الذين يدافعون عن إجراء الممارسة، وأولئك الذين يمارسونها ويفرضون ممارستها على المرأة. إنه يشجع كل من يعارض هذه الممارسة على أن يجهز باعتراضه بصوت عال ويتبادل الخبرة مع الآخرين من أجل تحطيم جدار الصمت المفروض ودعم الجهد الرامي إلى الارتقاء بمكانة المرأة.

المضاعفات الطبية والأثار الصحية

استخدم أوبرماير ورينولدز مقولتي "المضاعفات الطبية" و "الأثار الصحية" بصورة متراوحة. إن الصحة، طبقاً لمنظمة الصحة العالمية، لا تعنى فحسب الخلو من المضاعفات الطبية، وإنما تعنى أيضاً الخلو من أي اعتلال جسدي أو نفسي أو اجتماعي. ويقدم المؤلفان تصنيفاً لمضاعفات ممارسة التشويف الجنسي للإناث على النحو التالي: النزف، الالتهابات،

إن مصطلح "genital surgeries" - جراحات الأعضاء التناسلية - يُعد نوعاً من التعديل لمصطلح "circumcision" - الختان - وربما لتجنب محدودية الكلمة؛ ولكنه لا يقل عنه إشكالية، إذ يعطى ذات الانطباع بأن إزالة الأعضاء التناسلية السليمة للإناث هو إجراء طبى، ويصعب أن يكون ذلك صحيحاً. الجراحون اليوم هم أطباء متخصصون، يجررون جراحات لإزالة الأنسجة المصابة بضرر أو المُعتلة صحياً. كما أن موافقة أغلب العاملين في المجال الطبي على القيام بعملية تشويف الأعضاء التناسلية للإناث لا يجعل من هذه العملية "جراحة". ونجد حتى في مقال أوبرماير ورينولدز اطروحات ضد استخدام المصطلح، حيث يقولان "إن التشويف الجنسي للإناث هو بأى حال ممارسة منفردة منتظمة". وتتجدر الإشارة إلى أن الأشكال المقبولة طبياً من الجراحة تميز بخطوات وحدود راسخة. ومن ثم فإن عمليات الإزالة التي تحدث عنها في بحثهما تجعل هذه الممارسات شيئاً مختلفاً عن الجراحة. وحتى مجتمعات لا تستخدم هذه المصطلحات غير الدقيقة. كما لا يوجد من يتحدث اللغة العربية ويستخدم تعبير "الجراحات التناسلية" المرادف لتعبير "genital surgeries" لوصف تلك الممارسة

التي يجري تفيذها على الأعضاء الجنسية للإناث.

ومن هنا، فإنت أعتقد أن مصطلح "genital surgeries" - أو "الجراحات التناسلية" - لا يحل مشكلة الحساسية الثقافية. وعلاوة على ذلك، فإنه يضيف إلى سلبية الصورة الثقافية التقليدية للمرأة. فالمرضى فقط هم الذين يحتاجون للجراحة. ومن ثم، فالمرأة التي لم تقم بإجراء هذه الممارسة تعتبر ملوثة - (لأن المصطلح القديم، والمفهوم القابع خلفه، لن يموت) - ولن تتمتع بصحة جيدة.

ومن الناحية الأخرى، نجد أن علماء الأنثروبولوجيا يرون مصطلح التشويف الجنسي للإناث (female genital mutilation) - الذي تستخدمه المدافعتات عن حقوق المرأة - مصطلحاً غير ملائم، بل ويتضمن حكمًا. لقد اخترنا في مجموعة العمل المصرية حول التشويف الجنسي للإناث هذا المصطلح لأننا وجدناه مناسباً ومساعداً، من زاوية أنه يحمل أفضل توصيف لطبيعة الإجراء. إن كلمة Mutilation - البتر أو التشويف - تعنى أي تشويف دائم من صنع الإنسان لأى جزء من أجزاء الجسم. وينطبق هذا التعريف على كافة أنواع ودرجات عملية تشويف الأعضاء



ذلك من آثار، فإنها وسيلة لإبلاغ المرأة أنها لا تملك من العقل ما يكفي لاتخاذ قرارات مناسبة حول سلوكها الجنسي. ويُعتبر الزواج أحد العوامل الأساسية وراء استئمار ممارسة التشويف الجنسي للإناث. وهو أمر يبعث للمرأة برسالة مفادها أن الرجل من حقه أن يطلب ما يشاء ويتحكم في المرأة كما يريد، وأن المرأة ليست حرة في قبول أو رفض وضعها الأدنى في لعبة القوة الاجتماعية. إن تشويف الأعضاء الجنسية للإناث مُناسب كأدلة للسيطرة الاجتماعية على المرأة ، لأنها يتركها بقدر من الموارد المادية يكفي لتلبية الواجبات الاجتماعية للرجل، وتحديداً حمل وتربية الأطفال، والقيام بالواجبات المنزلية.

لقد لاحظت المجتمعات المعنية أن أغلبية النساء يحتفظن بالقدرة على الإنجاب، رغم خضوعهن لممارسة تشويف أعضائهن الجنسية. ومع كل، تعانى النساء، بنسب مئوية مختلفة، من الأضرار الصحية الناجمة عن هذه الممارسة. وتقدم البيانات الميدانية دليلاً على أن هذه الأضرار تصاحبها بعض الآثار النفسية-الاجتماعية.(٦-١) ومن هنا، يمكن القول بإن من المخاطر الصحية المحتملة والتخصيص غير العادل لنصيب المرأة من القوة في مواجهة نصيب الرجل، إنما يعني أن المرأة في المجتمعات التي تمارس التشويف الجنسي للإناث لديها كل الحق في السعي من أجل الحصول على موارد لجذب الانتباه إلى قضية تشويف أعضائهن الجنسية. وجدير بالذكر أن التقديرات الكمية لا تخبرنا بالكثير في هذا الصدد. فإذا خاضت إمرأة واحدة تجربة المعاناة المفرطة وغير الضرورية، فذلك يعني أن تشويف الأعضاء الجنسية للإناث يستحق لأن يكون قضية. وتوضح الدلائل الكيفية من واقع العمل الميداني - التي أمكن الحصول عليها من خلال مناقشات مفتوحة بين النساء - أن بعض النساء اللاتي أجريت لهن عمليات تشويف الإعضاء الجنسية يعانين من مشكلات بدنية ونفسية وجنسية. ونظراً لأن تشويف الأعضاء التassile لـ الإناث ليس "جراحة تناسلية" ضرورية، يمكننا الجدال بشقة أن هذه الممارسة تمثل قضية حقيقة على كل المستويات - سواء الرمزية، أو الاجتماعية، أو السياسية.

مشكلات الجهاز البولي، مشكلات في المجال الإنجابي. ومع ذلك، فإنها يتتجاهلان بعض الآثار الصحية الأخرى مثل : الألم، والصدمة النفسية، والإجهاد الذهني، والقلق، وانتهاء السلامة الجسدية، والخجل، وغير ذلك من الآثار الصحية البدنية وغير البدنية الأخرى، والتي يمكن أو لا يمكن قياسها بسهولة بمعايير موضوعية. ولا يمكن استبعاد أغلب هذه الآثار إلا عن طريق الاستماع المتأني الحريص للعبارات الذاتية التي تقولها النساء والفتيات. وعلاوة على ذلك، هناك بعض الأضرار الطبية "الموضوعية" ، التي لا يظهر تكرارها في الإحصاءات رغم أنها تتكرر كثيراً في حكايات النساء حول خبراتها في هذه الممارسة. فمشكلات الجهاز البولي، على سبيل المثال، تبدو أكثر تكراراً بين النساء اللاتي خضعن للممارسة، إذا ما قام الباحثون بسؤالهن عن ذكرياتهن حول الأيام والأسابيع الأولى بعد إجراء العملية، حيث تجيب غالبيتهن : عسر البول، حتى بالنسبة للنساء اللاتي أجريت لهن العملية على يد طبيب. ومن هنا، فإن الاعتماد على الدلائل الكمية للأضرار المحتملة لعملية التشويف الجنسي للإناث لا يثبت أنها قضية بسيطة أو تافهة.

وعلى الرغم من أن المرأة تعانى من عديد من المشكلات الاقتصادية الجدية، وغيرها من المشكلات، فإن ممارسة تشويف أعضائهم الجنسي يسهم في الإبقاء على المرأة في وضع خاضع اجتماعياً، وهو الوضع الذي لا يمكن تصحيحة بتحسين الوضع الاقتصادي وحده. إن مجموعة العمل المصرية حول التشويف الجنسي للإناث تعنى جيداً ضرورة مواجهة هذه الممارسة باعتبارها تمثل نوعاً من العنف ضد المرأة، يضر بتطورها الاجتماعي وحقوقها الإنسانية.

الشئون الجنسية، والتشويف الجنسي للإناث، وسياسات القوة في مجال نوع الجنس

يُعد التشويف الجنسي للإناث واحداً من أقسى الوسائل التقليدية الرامية إلى "تعليم" المرأة طبيعة وضعها الخاضع تمشياً مع الأعراف الأنبوية السائد. وسواء أسفرت هذه العملية أو لم تُسفر عن نزف شديد أو التهابات، ...، أو غير

المراجع

(١) راجع بهذا الصدد:

Abd el Salam S, 1998. Female sexuality and the discourse of power : the case in Egypt. MA thesis submitted to American University, Cairo.

(٢) راجع بهذا الصدد:

Abuzeid A, 1998. The practice of female genital mutilation in Egypt : a few critical remarks. MA dissertation submitted to University of Manchester.

(٣) راجع بهذا الصدد:

Aldareer A, 1993. Woman, Why do You Weep ? London : Zed Books.

(٤) راجع بهذا الصدد:

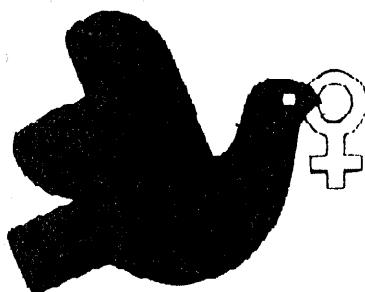
Assaad B, 1980. Female circumcision in Egypt : social implications, current research, and prospects for change. Studies in Family Planning. 11(1) : 3-16.

(٥) راجع بهذا الصدد:

el Saadawi N, 1980. The Hidden Face of Eve : Women in the Arab World. London : Zed Books.

(٦) راجع بهذا الصدد:

Touiba N, 1993. Female Genital Mutilation : A Call For Global Action. New York:Women Ink.



العلاقة بين الأعمال البحثية وجهود جماعات مناصرة إلغاء ممارسة ختان الإناث

أناس بدون أي تدريب على الرعاية الصحية، بمن فيهم الحلاقين وغيرهم؛ ومن ثم فهو يثير الارتكاك والتشوش، مثله مثل المصطلحات الأخرى، بدلاً من أن يرتقى بالأمر ويعمل على تحسينه.

أثار المؤلفان أيضاً نقطة هامة، تمثل في محدودية الأدبيات التي تعمل على توثيق الآثار الناجمة عن "التشوية الجنسي للإناث" - سواء على الصحة أو الشئون الجنسية أو الحالة العامة للنساء. كما قدما أيضاً أطروحتاً واضحة حول أهمية إجراء المزيد من البحوث الدقيقة من أجل إمداد جماعات مناصرة إلغاء هذه الممارسة بالمعلومات. ومع كل، يمكن أن نسأل أنفسنا ألم تكن هذه الندرة من الأعمال البحثية تتنطق تصدق أيضاً، في الواقع الأمر، على أغلب مشكلات الصحة الإنجابية في الماضي، حتى أمكن الكشف عن القصص المتعلقة بالموضوع وعرضها على الرأي العام علانية، مع تشجيع الجهود الرامية إلى جمع بيانات مناسبة. ويتحدث المؤلفان بالتفصيل عن مدى محدودية الأدبيات حول موضوع الآثار الضارة لممارسة التشوية الجنسي للإناث، مشيران إلى أن غالبية الدراسات القليلة التي تتميز بدقتها المنهجية، تتحدث عن قلة حدوث مضاعفات طبية نتيجة لهذه الممارسة. ومع ذلك، يجدر التأكيد على ما أثاره المؤلفان من أن ذلك لا يعني، في الواقع الأمر، عدم معاناة الفتيات والنساء من الآثار الضارة المرتبطة عن هذه الممارسة. وتعاني العديد من الدراسات حول هذا الموضوع، كما يشير المؤلفان، من ذلك المأزق الحتمي المتعلق بالاعتماد على "المضاعفات التي يتم الإبلاغ عنها" بدلاً من الاعتماد على مؤشرات المضاعفات التي تم تقييمها طبياً. وبطبيعة الحال،

تتسم ورقة أوبيرماير ورينولدز البحثية بالعمق وتثير الاهتمام، كما توفر لجميع المنخرطين في مناصرة إلغاء ممارسة التشوية الجنسي للإناث فرصة لتفكير والنقد الذاتي. لقد قدم المؤلفان عن حق نقداً لانتقادية الخطاب "الأوروبي" حول الموضوع الذي يركز على شن حملات ضد هذه الممارسة، بينما يستبعد هذا الخطاب عديداً من القضايا الأخرى الهامة في مجال الصحة الإنجابية، فضلاً عن طرحه للقضية خارج سياقها، ومن ثم عرضها بصورة تبسيطية في (advocacy) "الأدبيات الداعية إلى إلغاء هذه الممارسة". ويتمثل الخطر الناجم عن ذلك في إضفاء صبغة معينة وطابعاً نمطياً على المجتمعات التي تجري فيها ممارسة ختان الإناث - وهو ما يبدو واضحاً في التغطية الإعلامية المتزايدة للقضية.

ويتميز مصطلح "جراحة الأعضاء الجنسية للإناث" الذي تم استخدامه في الورقة البحثية سالفه الذكر بأنه أقل انتظاماً عن مصطلح "بتر الأعضاء التناسلية للإناث". وهو أمر جيداً، ولكنه يبدو عرضة لنفس العجز المذكور في الورقة البحثية ويعثر على المصطلحات الأخرى - وأعني وصف عدد من الممارسات المختلفة بمصطلح واحد. كما أن مصطلح "جراحة الأعضاء التناسلية للإناث" لا يعبر أيضاً عن الفكرة القائلة بانتشار ممارسة هذه العملية بواسطة

بِقَلْمِ: جُوسَلِين دِيونِج

لتحقيق دور جيد في هذا المجال، كما تبدو المسألة على نحو ضمنى هنا. لقد كان تزايد الأنشطة الجيدة حول الصحة الإيجابية الذي تقوم به المجموعات على أرض الواقع العملى يرتكز لفترة طويلة على خبراتها الخاصة، وعلى ملاحظاتها من خلال عملها داخل المجتمع المحلي، وعلى مناقشاتها مع النساء حول خبراتها، وعلى مدى حسها بالسياق السياسى الذى تعمل فيه، بالإضافة إلى مثابرتها على إثارة قضايا بعينها.

وبالمثل، فعلى الرغم من أهمية توفر البحوث فى الأدبيات الدولية، قد يكون من الخطأ المساواة بين المحصلة بشأن "ما هو معروف" حول ممارسة التشوه الجنسي للمرأة وبين "ما هو منشور". إن الخبرات المتراكمة التى اكتسبتها المجموعات والمؤسسات التى تعمل فى المجتمعات المحلية، واكتسبها العاملون فى مجال الرعاية الصحية خلال ممارساتهم العملية ، تمثل مصادر هامة للمعلومات التى لا تجد دوماً طريقها إلى الأدبيات المنشورة، عملياً باللغتين الفرنسية والإنجليزية، أو إلى قواعد البيانات مثل "مدلاين" (Medline).

وتثير الورقة البحثية تساؤلات صحيحة وهامة بشأن العلاقة بين جهود مناصرة إلغاء ممارسة التشوه الجنسي للنساء، وبين الجهات المبذولة فى بلدان بعينها. لقد أوضحت أحداث السنوات الأخيرة الماضية الدور المساعد الذى تلعبه النقاشات والمؤتمرات الدولية فى اتجاه خلق مجالات متقدمة لمجموعات جديدة، كما أتاحت الفرصة للانفتاح السياسى الذى يمكن خلاله نشر القضايا الخلافية، مثل قضية التشوه الجنسي للإناث.

وفي ذات الوقت، فإن جماعات مناصرة الدولية التى لا تحصل على معلومات حول أنشطة الجماعات المحلية والوطنية، أو لا تسعى إلى تعزيزها، لا تقوم إذن بدور مثمر. (يتأتى علينا منح الثقة أينما كانت واجبة، والإقرار بأن أولئك المنخرطين فى جهود التعبئة داخل البلدان التى تنتشر

فيها ممارسة ختان الإناث ليسوا مجرد أدوات للحملات الدولية، ولا للخطب الانفعالية ضد هذه الممارسة. لقد كانوا، في حالات كثيرة، يباشرون جهود التعبئة داخل مجتمعاتهم المحلية

فإن كثيراً من نساء البلدان التى تنتشر فيها هذه الممارسة، لا يتيسر لديهن سوى نفاذ محدود إلى نظام الرعاية الصحية (أو لا يثقن به)؛ كما تفتقر هذه البلدان أيضاً إلى البيانات الإحصائيات حول الصحة والرعاية الصحية. وكما طرح المؤشرات المستقلة من مختلف القصص فى مصر، أن عد كبير من الفتيات أو النساء اللاتى يعاني من الآثار السيئة لهذه الممارسة لا يتعاملن بالضرورة مع نظام الرعاية الصحية، وخاصة أن هذه الممارسة تعد عرفاً، ومن ثم تتوقع غالبيتهن وجود ألم مصاحب لها. إن مثل هذه الاعتبارات المنهجية والاجتماعية يمكن أن تمثل الأسباب الرئيسية للنقص فى الإبلاغ عن حجم المضاعفات ومداها.

إن القيود المنهجية والأخلاقية التى يواجهها القائمون على إجراء دراسات حول الآثار الضارة لممارسة التشوه الجنسي للإناث، يمكن فى حد ذاتها أن تفسر إهمال الباحثين عن تناول الموضوع. فلا يمكن، على سبيل المثال، إجراء تقييم إكلينيكي بأسلوب أخلاقي إلا إذا سعت النسوة موضوع البحث سعياً للحصول على رعاية طبية تتطلب فحصاً من طبيب متخصص فى مجال أمراض النساء، وهو الأمر الذى يحدث فقط إذا ما كانت هؤلاء النساء متزوجات(1). فى أغلب الثقافات،

على الرغم من أن الورقة البحثية تناولت بعد ذلك قضية اللذة الجنسية، فإن تعريف "الآثار الضارة" الذى استخدمه المؤلفان فى القسم الخاص بالمضاعفات الصحية، يعد شديد المحدودية، رغم أنه مشتق من الأدبيات المتاحة. ويبدو أن هذا التعريف يعتمد على الآثار الصحية التى يستند تعريفها بدرجة كبيرة على النموذج资料，دون وضع خبرات النساء وتصوراتهن بعين الاعتبار. ومع ذلك، ليست الحالات ذات الدلالة الإكلينيكية فقط هى التي ترتبط بصلة وثيقة بموضوعنا.

وعلاوة على ذلك، تشتمل الورقة البحثية على بعض الفروض الضمنية حول العلاقة بين جهود جماعات مناصرة إلغاء ممارسة التشوه الجنسي وبين البحوث التى تم إجراؤها فى هذا المجال، وهو أمر مطروح للنقاش. هل هناك حاجة لأن تدعم جماعات التعبئة لإلغاء الممارسة جهودها ببحوث وحيدة؟ تسهم البحوث بالتأكيد فى تقوية جهود مناصرة إلغاء الممارسة وتمدها بالمعلومات وتضفى عليها الشرعية، ولكننى لا أتفق على أنها تعد شرطاً مسبقاً

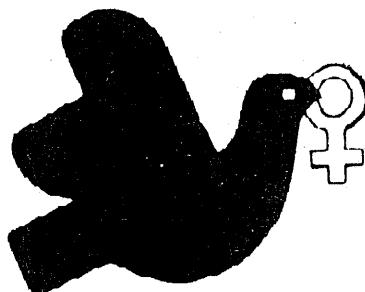


الهوامش

- ١- إحدى الدراسات الواردة بالورقة البحثية كمراجع (المرجع رقم ٧)، على سبيل المثال، هي الدراسة التي أجرتها "الجمعية المصرية لرعاية الخصوبة" لتأكيد صحة النتائج المأساوية حول انتشار ممارسة "بتر الأعضاء التناسلية للإناث" في مصر، إنطلاقاً من المسح الصحي والديموغرافي لعام ١٩٩٥؛ وقد اعتمدت هذه الدراسة على البيانات المستقاة من عيادات تنظيم الأسرة، التي تردادها النسوة للحصول على وسائل منع الحمل.

لعشرات السنين، ولكن عملهم ظل إلى وقت قريب لا يحظى بالإقرار داخل الدوائر الدولية.)

إننا نرحب بهذه الورقة البحثية التي تذكّرنا بأنّ عبء المسؤولية يقع بالتساوی على عاتق أولئك المنخرطين في جهود التعبئة ضد ممارسة الختان، وذلك من أجل توثيق عملهم وتقييم فعالية برامجهم في مجال تحسين صحة المرأة ورفاهها. كما أننا لا نختلف أيضاً على أهمية دعوة مجتمع البحث إلى تقديم دراسات وأبحاث أفضل كيماً وأكثر كماً.



إشكالية المصطلحات

والتحلّب على ثقافة الصمت

نتيجة مفادها ضرورة تأجيل العمل ضد ممارسة الختان حتى نعرف المزيد حول مدى آثاره الضارة يُعد أيضاً أمراً إشكالياً؛ وهناك بالفعل قدر كبير من الدلائل والشهادات الفردية بشأن آثاره الضارة.

وما تزال البحوث في هذا المجال تواجه عقبات عديدة، تتمثل في "ثقافة الصمت" المفروضة حول هذه الممارسة. لقد تحملت المرأة هذه الممارسة في صمت، ولفترة تصل إلى ٢٠٠ سنة، إذ كانت المرأة تتعلم ، خلال تشتتها الاجتماعية، (إن إجراد الختان ضرورة لأي سيدة محترمة تعيش في مصر). لم يتحدث أحد أبداً عن هذه الممارسة، ولا حتى الذين اعتقادوا في ضرورتها، ناهيك عن الذين احجموا عنها واعتبروها عادة بدائية. ونجد، في واقع الأمر، أن هذه المجموعة الأخيرة عادة ما تتفى وجود ممارسة الختان. وكانت الفجوة بين هاتين المجموعتين كبيرة جداً ، بحيث لم تتحقق الجهود المبذولة لعبور هذه الفجوة، منذ سنوات العشرينيات، نجاحاً.

ولم نصبح قادرين على مناقشة هذه القضية علانية إلا عندما انفك السحر بظهور الفيلم الذي عرضته قناة "سى. إن. إن" (CNN) لعملية ختان إحدى الفتيات - وهو الفيلم الذي بثته القناة تلقيزونياً أثناء المؤتمر الدولي للسكان والتربية الذي انعقد في القاهرة عام ١٩٩٤، وهز كافة أرجاء البلد وتصدّم أكثر الناس تعليماً.

بل، ما زال أمامنا طريق طويل نسير فيه قبل أن تتتوفر دراسات مكتملة ذات دلالات إحصائية، ولكن جهودنا في هذا المجال لن تتنفس. هناك الكثير الذي ينبغي أن نقوله للرجال والنساء في مصر، ولصناعة القرار أيضاً. وما نقوله يتميز بالمصداقية لأنه يرتكز على خبرة إنسانية ملموسة.

تتسم الورقة البحثية المقدمة من كارلا أوبرماير وروبرت رينولدز بأهمية كبيرة، وتحتاج إلى دراسة جادة متأنية. وأود هنا التأكيد على نقطتين. أولاهما أننى لا اعتبر أن المصطلح الجديد - "جراحة الأعضاء التناسلية" (genital surgery) - يقدم حلّاً للجدال الدائر حول ممارسة الختان، كما أعتقد أن هذا المصطلح لا يتسم بالحساسية الثقافية. إن هذا المصطلح سيؤدي ، من وجهة نظرى، إلى زيادة التعقيدات التي نواجهها في نضالنا ضد ذلك الميل المتعاظم لإضفاء الطابع الطبى على هذه الممارسة في مصر؛ فهو يضفي عليها نوعاً من الاحترام، إذ أن كلمة "الجراحة" (وخاصية باللغة العربية) تُعد مصطلحاً طبياً يحظى بالاحترام، في حين يُعتبر بتر الأعضاء التناسلية الخارجية للمرأة أمراً ضاراً وغير ضروري - سواء قام به الممارسون التقليديون أو قام به الأطباء.

ثانياً، اتفق مع مؤلفى الورقة البحثية في أننا لا نمتلك بيانات وافية حول المضاعفات الضارة، سواء قصيرة المدى أو بعيدة المدى، التي تؤثر على صحة المرأة وحياتها الجنسية. ويصدق ذلك، على نحو خاص، بالنسبة للدراسات المنشورة باللغة الانجليزية. بل وحتى على ملاحظات حالياً باللغة العربية، فهي ما تزال ترتكز على ملاحظات محدودة لذلك العدد الصغير نسبياً من الحالات التي يتم الإبلاغ عنها إلى العيادات والمستشفيات، كما أن هذه الدراسات غير مدروسة إحصائياً. ومع كل، فإن التوصل إلى

بقلم: ماري باسيلى أسعد

الرجال والسياسيون والحاكمي حول التشويف الجيسيسي للأذى في مصر

خمس سنوات بعد مؤتمر السكان



عن هذه الممارسة بل ويلعبن دورا في ممارستها. ذلك لأن الأمر يتجاوز مسألة التشويف الجنسي إلى إدراك النساء لدورهن في العالم. في مؤتمر السكان انتزعت المنظمات غير الحكومية لنفسها مكانا فعبرت عن رأيها في قضايا مثل الحقوق الإنجابية والإجهاض والتشويف الجنسي للإناث والتي كانت كلها موضوعات تحفز المناقشات والمناظرات الساخنة. منذ ذلك الوقت أصبحت قضية ختان الإناث قضية ذات طابع سياسي تعكس طيفا من وجهات النظر الخاصة بوضع النساء والقضايا النسوية. وأصبحت قوة العمل المناهضة لختان الإناث مرجعا للنشاط من أجل مناهضة ختان الإناث. إن نشاطنا قد اتخذ منحا جديدا إذ أصبحت حقوق الإنسان وحقوق المرأة قضايا مركزية مرتبطة بالأبعاد الصحية والتنمية المتعلقة بقضية ختان الإناث.

قد يكون من الملائم بعد مرور خمس سنوات على انعقاد مؤتمر السكان والتنمية في القاهرة أن نتوقف قليلا لنقيم أين وصلنا بـ ملييين الفتيات المصريات اللاتي يمارسن عليهن ختان الإناث أو طهارة البنات أو القطع الجنسي للبنات أو التشويف الجنسي للإناث. إذ بغض النظر عن الاسم الذي نطلقه على هذه الممارسة تظل هي نفسها : تهذيب الأعضاء الجنسية للإناث من أجل تكريس رسالة بعينها هي حق المجتمع في التحكم في الحياة الجنسية والمكانة الاجتماعية للنساء والبنات. أما النساء أنفسهن فيبدوا أنهن يدافعن

بقلم / عايدة سيف الدولة



للإناث هو أن النساء أنفسهن يبدون وكأنهن يدافعن عن هذه العادة المؤلمة بل وقد يلعبن دورا في ممارستها على الآخريات فيما يبدو حالة نكران كاملة للآثار العنيفة المترتبة عليها سواء جسدياً أو نفسياً. ومن ثم فإن هناك من يصف التشويه الجنسي للإناث بأنه نوع من العنف تمارسه النساء على النساء.^(٢) لكن هذا هو حال كثير من العادات والتقاليد التي تتناقلها الأجيال عبر الزمان. لماذا ت تعرض النساء أنفسهن لهذه الآلام إلا لو كانت هناك أسباب محتجبة وراء هذا الانصياع المعلن للنسق الاجتماعي السائد.^(٤) هل لهؤلاء النساء منطقهن الخاص بهن، منطق المضطهد الذي يحاول التعامل مع اضطهاده دون مواجهته؟ من الضروري أن نفهم تلك الآليات النفسية، كما يجب أن تكون هي بمثابة المؤشرات التي نهتدي بها حين نضع استراتيجيات مقاومة هذه الممارسة.

إن العمل مع النساء حول موضوع ختان الإناث قد أوضح لنا عدداً من التناقضات في المنطق الذي تستند إليه الممارسة.

بعض الدراسات الميدانية التي قام بها مركز دراسات المرأة الجديدة في القاهرة تحضيراً لمؤتمر السكان والتنمية (١٩٩٤)^(٤) وكذلك تلك الدراسة التي شارك فيها نفس المركز حول إدراك النساء لحقوقهن الإنجابية (IRR-RAG)^(٣) تشير إلى سببين أساسيين تعطيهما النساء لتفسير ختان بناتهن. الأول هو أن ختان الإناث يقلل من الفورة الجنسية للفتيات ومن ثم يساعد البنت في الحفاظ على عذريتها لحين زواجها. والسبب الثاني هو أن ختان الإناث يعجل من نضج الفتيات ويساعدهن على اكتساب أنوثتهن كاملة. وتتفق معظم النساء على أن ممارسة ختان الإناث هي ممارسة شديدة الألم ومع ذلك فإنهن يعتبرونها من طقوس الدخول إلى مرحلة الأنوثة. أما الأسباب الأخرى فتضمنت اعتبارها عملية تجميل وأنها تحول دون كبر حجم البظر بحيث لا يصبح في حجم القضيب كذلك تعتقد الكثيرات أن الدين قد أمر بهذه الممارسة أو على الأقل أوصى بها، لكن ذلك السبب جاء في المرتبة الثانية من حيث الأهمية بعد العادات والتقاليد.

إن هذا الدعم الاجتماعي لممارسة ختان الإناث يعكس عدداً من التعقيبات والتناقضات جديرة بأن تلفت الانتباه. فالنساء يفترض فيهن كونهن الطرف الأضعف بين الجنسين والأكثر انصياعاً للجنس الآخر ومن ثم فالافتراض أن يكونوا هم الأسهل في السيطرة عليهن والأقل مصدرًا للخوف

طالما كانت ممارسة ختان الإناث واسعة الانتشار في مصر. قد تكون شهدت فترات من الانحسار أو الزيادة، كما كانت بعض المناطق الجغرافية التي لم تشهد أي تغير بهذا الشأن تبعاً لموقع هذه المناطق وتتأثرها بالمتغيرات السياسية والاجتماعية في البلاد.^(١) بالإضافة إلى تلك الممارسات التي تتضمن استئصال بعض الأعضاء الجنسية نجد ممارسات أخرى في تونس والمغرب رغم أنها لا تتضمن استئصالاً فعلياً للأعضاء إلا أنها تستهدف في النهاية غرس نفس الفكرة في عقول البنات: إن أجسادهن خطيرة وخطيرة، وإنهن ملكية اجتماعية، وإن انصياعهن للقيم الاجتماعية السائدة مرتبطة بإحساسهن وعلاقتهم بأجسادهن. إن بعض الأبحاث تشير إلى أن عدداً من الأمهات اللاتي لم يتم ختانهن شخصياً ينوبن أو قد قاموا بالفعل بختان بناتهن مما يشير إلى أن الممارسة قد شهدت تغيرات في معتدلهما في التاريخ المصري المعاصر.^(٢)

المعنى السياسي للتشويه الجنسي للإناث

من الهام أن نعمل على تحليل التناقض الحاد الذي دار حول قضية التشويه الجنسي للإناث وذلك من خلال البحث في علاقته بوضع النساء في المجتمع والأسباب التي جعلت المجتمع محصننا ضد الشعور بعنف هذه الممارسة ومن ثم قراره بالتالي معها، بل وأحياناً الدفاع عنها.

ولئلاً أعطي انتباهاً بأنتي في حالة تصالح مع الممارسةأشعر أنه من الضروري في بداية هذه الورقة أن أؤكد أنتي أدين ممارسة التشويه الجنسي للإناث وأعتبرها فعل عنف ضد النساء يسعى إلى التحكم في حياتهن الجنسية أو على الأقل يسعى إلى توصيل رسالة تحمل هذا التحكم والسيطرة. أتصور أنتي أفهم أسباب انتشار هذه الممارسة ولكنني لا أقبلها بنفس المعنى الذي أرفض فيه عمالة الأطفال ولكنني لا أستطيع أن أدين العائلات التي ترسل أبنائهما إلى العمل من أجل بعض قروش إضافية يقضون بها الحاجة ويحاولون بها التغلب على آلام الفقر والجوع. وأتصور أن هذه معادلة واضحة.

لكن ما قد يبدو غير مفهوم في حالة التشويه الجنسي

لكن حين يتعلق الأمر بالعذرية والعرفة لا ينتظر المجتمع من الرجال أن يتحكموا في مشاعرهم أو سلوكهم وإنما يفضل في تلك الحالة أن تحمل المرأة مسؤولية الحفاظ على تلك العفة ومقاومة محاولات الرجل التقرب منها. تناقض جديد : الطرف الأقوى غير قادر على التحكم في تصرفاته والطرف الأضعف عليه الأخذ بزمام الأمور.

العجب أن الرجال يقبلون هذا المنطق، رغم ما تتضمنه تلك الصورة الاجتماعية عن الرجال من إهانة بالغة لهم: صورة الإنسان الذي لا يستطيع التحكم في رغباته ويمكّنه أن يتجاوز حدوده في أي لحظة إذا أثارته امرأة. إن قلة من الرجال هي التي ترى هذا الجانب من الصورة الاجتماعية المرسومة لهم. أم هل هي عدم الرغبة في التنازل عن حقوق "مكفولة لهم منذ لحظة الميلاد؟"

إن تحليل هذا المنطق الذي يخاف قوة الضعف هو أمر هام في تناول قضية التشويه الجنسي للإناث. ذلك أن تلك الرغبة في السيطرة تفترض شيئين : أولاً، إن الختان يتحكم فعلياً في الرغبة الجنسية للمرأة، وثانياً إنه من الواجب التحكم في هذه الرغبة الجنسية لأنها يمكن أن تكون مصدراً للخطر. لو لم تكن النساء مضطهدات في أكثر من مجال آخر يدل على تعامل المجتمع معهن كمواطنات من الدرجة الثانية لكاد هذا الخوف من خطر النساء أن يكون مصدراً لفخرهن. لكن الأمر هنا لا يتعلق فقط بالحماية من الخطيئة لكنه أمر يتعلق بالحفاظ على الشرف وحين يتعلق الأمر بالشرف لا يقتصر دور النساء المصريات على موافقتهن أن يتحملن المسئولية فحسب بل قد يشعرن أيضاً بالفخر بأن أوكلت لهن تلك العهدة الفالية. وهن في ذلك لا يحافظن على شرفهن وحدهن بل هو أيضاً شرف عائلاتهن وقبيلاتهن ووطنهن .

من ناحية أخرى نجد أن قبول النساء لعملية التشويه الجنسي للإناث كثيراً ما يرتبط بتفسيرات لهذه الممارسة تقاوم ما فيها من عنف وقهر، يحاولن من خلالها أن يحسّنَ من شروط تقاويمهن الاجتماعي مع الرجال. فقد قالت بعض النساء أن تقليل رغبتهن الجنسية يجعلهن أكثر قدرة على التعامل مع اختراقات الزوج في إشباعهن جنسياً، كما أنها تجعلهن لا يتأثرن كثيراً بسلوك الزوج الجنسي في حالة البعد أو الهجر مثلاً. إن كونهن مختمات يجعلهن أكثر قدرة على التعامل مع هذه المواقف التفاوضية، خاصة وأنهن الحاملات لشرف

منهن. ومع ذلك فما الداعي لكل هذه الرغبة في السيطرة على من هو فعلياً أضعف؟ وهل يتم قمع الأطراف الأضعف عن طريق ختان الإناث على اعتبار أنهن أقوى؟ أم إنه من الضروري أن تبتدر الأعضاء الجنسية الخارجية للمرأة في بداية حياتها، ذلك الكائن القوي قوة يمكنها أن تهدد السلام والاستقرار الاجتماعي، من أجل توصيل رسالة واضحة في سن مبكرة تقول للمرأة : يجب أن تتم السيطرة عليك والتحكم فيك.

الفريب في الأمر إنه رغم أن المقصود بختان الإناث أن يحكم السيطرة على الحياة الجنسية للمرأة قبل الزواج، إلا أن نفس تلك المرأة ينتظر منها أن تتفاعل مع زوجها وأن تشبعه وتستمتع معه جنسياً بعد الزواج. بل إن النساء المصريات يشعرن بحقهن في المتعة على أزواجهن ويجد الرجال غير القادرين على ذلك أنفسهم في موقف شديد الحرج تجاه نسائهم. وقد ذكرت غالبية النساء اللاتي تناولهن بحثنا أنهن يستمتعن بعلاقتهن الحميمة مع أزواجهن بل إن نسبة كبيرة منها يرفضن وجود أي فروق ما بين النساء المختفات وغير المختفات فيما يتعلق بالقدرة على الاستمتاع الجنسي. على الجانب الآخر قال عدد من الرجال إنه من الصعب إشاعة رغبة المرأة غير المختتة ومن ثم فإنهم يفضلون الزواج من امرأة مختتة.^(٥) مرة أخرى يطرح السؤال نفسه : من يخاف من من في مثل هذه العلاقة؟

رغم إن المفترض في ممارسة ختان الإناث أنه يحافظ على فضيلة البنات ويعمي النساء من فعل الخطيئة إلا أن الأمهات التي قابلناها في بحث الحقوق الإنجابية^(٣) أكدن على أن ختان الإناث وحده ليس كافياً لحماية بناتهن من الخطأ. فبالإضافة إلى ختان بناتهن تتخذ تلك الأمهات الإجراءات الخاصة بهن ويضعن ما يربين من القواعد لتربيه بناتهن للتتأكد من سلوك البنات بما يتضمنه ذلك من تحديد الملبس والحد من الاختلاط مع الجنس الآخر.

ولا تطبق هذه القواعد بالنسبة للأولاد حيث إن العرف يقول بأن يجب التحكم في سلوك البنات، على حين يصعب التحكم في سلوك الأولاد إذا ما استثروا جنسياً.

مرة أخرى نجد أنفسنا أمام منطق يبدو متاقضاً مع الاعتقاد السائد بأن الرجال أكثر تحكماً في مشاعرهم من النساء وأن قراراتهم ونسق تفكيرهم يتسم بموضوعية أعلى منه.



الأسرة. (٣)

الصحية للممارسة مثل النزيف والتلوث والألم. وكانت النساء، وأغلبهن مختنات، وأغلبهن يتمتعن بصحة جيدة للغاية، يجلسن في تلك التدوافع ويستممن إلى مخاطر النزيف والتلوث الخطير والولادات الصعبة والحياة الجنسية الباردة التي تتضرر الفتيات المختنات في مستقبلن. لكنهن لم يتعرفن على أنفسهن في صور تلك النساء التي كان الحديث يدور بشأنهن. فحياتهن ليست كذلك، وقد يفسر ذلك استمرار انتشار تلك الممارسة رغم عقود من العمل الجاد من قبل العديد من الأفراد والمنظمات من أجل وضع حد لهذه الممارسة.

لقد كان مؤتمر السكان والتنمية الذي عقد في القاهرة في سبتمبر ١٩٩٤، نقطة تحول في منهج التعامل مع قضية التشويه الجنسي للإناث.

ففي الأعمال التحضيرية للمؤتمر كان موضوع التشويه الجنسي للإناث أحد الموضوعات التي أثارتها عدد من المنظمات غير الحكومية، بعضها تناولها من منظور صحي والبعض من منظور نسوي والبعض الثالث من منظور الحقوق الإنسانية ومنطق الحق في الاختيار. وقد كانت هذه أول مرة منذ عقود طويلة تتمكن فيها المنظمات غير الحكومية المصرية من العمل معاً وعقد الاجتماعات وتنظيم اللقاءات والمناقشات حول الموضوعات التي يعملون حولها بما في ذلك الموضوعات التي يختلفون بشأنها. وقد كانت هذه فرصة نادرة حيث إن المناخ السياسي في مصر لا يسمح في العادة بهذا التفاعل بين المنظمات غير الحكومية. فالمجتمع المدني المصري تتحكم فيه قوانين وقواعد إضافة إلى الحالة الدائمة من فرض قوانين الطوارئ وهي كلها تمثل عائقاً حقيقياً في سبيل خلق حركة مستقلة في المجتمع المدني. ويمكن القول إن الحكومة المصرية اضطررت للسماح بهذه المساحة من الحرية للمنظمات غير الحكومية في أثناء التحضير للمؤتمر حيث إنها كانت حريرة على انعقاد ذلك المؤتمر الدولي في مصر في محاولة لإحياء الحركة السياحية في البلاد ولتحسين صورة مصر، خاصة وأن الحكومة المصرية كانت تشعر إن تلك الصورة قد تم تشويهها بواسطة الإعلام الغربي وتقاريره عن النشاط الإرهابي في البلاد.

لقد كانت الحكومة المصرية عاقدة العزم على عقد مؤتمر ناجح متعدد كل ادعاء بأن البلاد مهددة بالإرهاب كما أنها كانت عاقدة العزم على جذب الدعم الخارجي لمساعدتها على تطبيق سياساتها السكانية. ورغم أن ممثلي

من الجدير بالاهتمام أن نلاحظ أن النساء التي تم ختانهن في الطفولة ثم التحقن عند الكبر بالحركة النسائية وأصبح لهن توجه نسوي، يدركن ختانهن بأثر رجعي على أنه فعل عنف شديد. إن في ذلك ما يشير مرة أخرى إلى أن ما نحن بصدده يتجاوز التشويه الجنسي وإنما يرتبط في الأساس بإدراك الإنسان لدوره الاجتماعي في الحياة وصورته الذاتية عن نفسه. إن تلك الصورة الذاتية عن النفس قد شهدت عدداً من التعديلات في العقود الأخيرة في مصر.

العوامل السياسية المحيطة بختان الإناث

لقد تبين لنا تعقيد العوامل التي تملأ ممارسة التشويه الجنسي للإناث وتحافظ على استمرار تلك الممارسة في كل مرة كنا نعمل فيها على إيقاع النساء بالتوقف عنها. فالنساء لهن منطقهن الخاص في ذلك الأمر. أنهن ضحايا لعنف لا يدركته على أنه عنف ومن ثم لا يرين ضرورة في تغييره. ثم أنهن يرين أن إدراكيهن وممارستهن في حياتهن الجنسية لا علاقة لها بالتشويه الجنسي للإناث، الذي تعرضن له كلهن تقريباً، وإنما يتعلق بعلاقتهم بأزواجهن الذين يمارسون معهم تلك العلاقة الجنسية.

في تلك الأوقات التي نتصور أن ممارسة التشويه الجنسي للإناث قد انخفضت فيها، لم يختف فيها هذا النزوع نحو التحكم في الحياة الجنسية للنساء لكنه لم يكن أولوية ضمن القضايا النسائية المطروحة على المجتمع. فمنذ الخمسينات وحتى أوائل السبعينات كان غالبية المصريين ملهمين بمشروع وطني تقدمي كان يحتاج إلى جهد ومشاركة كافة المواطنين، رجالاً ونساءً. في ذلك الوقت كان خطاب الدولة يتضمن حق النساء في المساواة كما كان يركز على دور المرأة في التنمية وفي تحقيق المشروع الوطني. أما التحكم في السلوك الخاص للنساء فقد ترك في أيدي البرلمان أو فيما بين المؤسسات السياسية المختلفة.

وقتها كان المنطق الذي يتم به تناول التشويه الجنسي للإناث هو المنطق الصحي بمعنى التركيز على المخاطر

في هذا الجو المشحون جاء فيلم (السي. إن. إن) مصورة ختان فتاة مصرية صغيرة، حيث تم التصوير في أثناء أسبوع المؤتمر ذاته. في اليوم السابق على ذلك قامت الحكومة المصرية ممثلة برئيسها ووزير الصحة وقتها بتصريح يفيد بأن ختان الإناث ممارسة نادرة في مصر وأنها في طريقها إلى الاختفاء. إن الدافع وراء عرض الفيلم يظل حتى هذه اللحظة محاطاً بالعديد من علامات الاستفهام بالنسبة لنا، لكن إذاعة الفيلم في ذلك الوقت كانت بمثابة إخراج كبير للحكومة المصرية ومن ثم اضطررت إلى عمل تصريح برفض الممارسة والوعد بالتشريع ضدها. لكن هذه الوعود لم تكن موجهة للرأي العام المصري بقدر ما كانت موجهة للمجتمع الدولي حيث كان الاحتياج الملحوظ في تلك اللحظة هو كسب دعم المجتمع الدولي وتحسين صورة مصر على المستوى العالمي.

إن ذلك التشريع الموعود به لم يكن محل اتفاق ما بين المنظمات النشطة في مقاومة التشويه الجنسي للإناث في مصر أو تلك العاملة في مجال الحقوق الإنجابية أو حقوق المرأة. فالتشريعات الصادرة من جهات حكومية، خاصة إذا ما مست الحياة الشخصية للناس قد تستدعي من العداوة أكثر مما تستدعي من احترامك القانون خاصية في ظل المستوى المنخفض من الثقة القائمة بين الشعب المصري وحكومته. ومن ثم فقد كانت فترة ما بعد مؤتمر السكان شاهداً على ردة فعل عنيفة لبرنامج المؤتمر، زاد من حدتها ذلك العنصر الغربي الموجود في المؤتمر والذي كان بمثابة الحجة المستخدمة دوماً للحول دون تحقيق أي تقدم على جبهة الحقوق الإنجابية للمرأة.

عندما انتهى المؤتمر عادت المنظمات غير الحكومية إلى روتين عملها اليومي وإن كانت لا تزال متأثرة بروح التفاعل وحرية الحركة النسبية التي ميزت الأنشطة التحضيرية للمؤتمر وفترة انعقاده. لكن على جبهات أخرى عديدة كان لابد من ترتيب البيت من الداخل. بالنسبة للحكومة كان يجب لهذه المساحة التي سمح لها للمنظمات غير الحكومية قبل وأثناء المؤتمر أن تختصر مرة أخرى لتعود إلى ما كانت عليه وقد عملت الحكومة المصرية جاهدة في هذا الاتجاه. بالنسبة للمؤسسات الدينية كانت فترة ما بعد المؤتمر فرصة لتسوية الحساب مع الحكومة حول عدد من التصريحات التي صدرت عن الأخيرة، ولاختبار قوتها من أجل التأكيد على مساحة جديدة اكتسبتها أثناء المؤتمر. وقد كانت المنظمات الإسلامية حريرة على وجه الخصوص على

الحكومة المصرية قد شاركوا أيضاً في النقاشات الساخنة التي دارت حول قضايا الحقوق الإنجابية إلا أن اهتمامهم كان في الأغلب مركزاً على المعونة التنموية والالتزامات المالية والعقبات التي تواجه تطبيق السياسة السكانية للبلاد.

ذلك كانت هناك أطراف أخرى تعمل تحضيراً لهذا المؤتمر. فقد شن الأزهر وهو أكبر مؤسسة إسلامية في العالم الإسلامي ومقره القاهرة، شن حملة شديدة على لا أخلاقية الموضوعات التي سوف يتناولها مؤتمر السكان بل والتى مع الفاتيكان في أكثر من موقف بخصوص هذه القضية مجدداً شكلاً جديداً للتضامن بين المؤسسات الدينية الرسمية في مواجهة الحقوق الإنجابية للمرأة.

لقد كان مؤتمر السكان والتنمية فرصة للدخول في مناقشات حول القضايا واستراتيجيات التنمية سواء على المستوى القومي أو على مستوى المجتمعات المحلية. وتحقق في هذا السياق بعض الإنجازات. فيما يخص مركز دراسات المرأة الجديدة كان المؤتمر فرصة هامة لتقديم وجهة نظره بشأن قضايا النساء في السياق المصري ولم يقتصر ذلك التصور على دور العادات والتقاليد والأثار المترتبة على صعود تيار الإسلام السياسي بل تناول أيضاً تأثير السياسات السكانية على النساء وقضايا المجتمع المدني المصري.

لقد كانت موضوعات مثل الحقوق الإنجابية والإجهاض والتشويه الجنسي للإناث موضوعاً للنقاشات الساخنة وفي بعض الأحيان المواجهات العنيفة أثناء المؤتمر. ففي كل جلسة كان عنوانها يتضمن كلمة "الإنجابي" كان عشرات من الناس، رجال ونساء، يتواجدون على القاعدة ويهاجمون لا أخلاقية المتحدين. لقد كان خطابهم يهاجم "مؤامرة اختراق لعاداتنا وتقاليدنا وثقافتنا وأعرافنا من قبل أجنه غربية تسعى إلى إلغائنا كامة". لسنا بحاجة للقول إن تلك كانت هي اللغة التي كانت أكثر جذباً لوسائل الإعلام وخاصة الإعلام الغربي. فلم يحتاج الأمر سوى إلى رجل ملتح أو امرأة ترتدي الحجاب، يقف أيهما حاملاً يافطة تقول "لا للإجهاض" ليكون ذلك كافياً لجذب نصف دستة من الصحفيين يرغبون في إجراء الأحاديث أو التصوير. وكان من الملفت للنظر أن هؤلاء "النشطاء" المحافظين كانوا على أتم الاستعداد للتعاون مع نفس الشياطين الغربية الذين كانوا يهاجمون تدخلهم في شئوننا في خطبهم داخل القاعات.

النساء المصريات المتزوجات ما بين سن ١٥ و ٤٩ مختتات^(٢) مما أعطى قضية التشويه الجنسي للإناث بعداً قومياً بدلًا من كونها ممارسة هنا أو هناك. وقد كانت تلك النتائج بمثابة حافز لعدد من المنظمات لإعادة النظر في المدخل الذي تتناوله في مقاومتها لختان الإناث. فلم يعد الأمر يتعلق بممارسة خاطئة وإنما بممارسة شاملة تكاد تكون هي القاعدة.

أما بالنسبة للأصوليين فقد كان خطابهم العلني يقول بيان الحفاظ على ممارسة ختان الإناث بمثابة نوع من مقاومة الهيمنة. لكننا نتصور إن ذلك التوجه كان له بعد غير معنون. الحكومة تقول إننا سوف نقضى على ختان الإناث والمؤسسات الإسلامية تقول بل لابد وأن يستمر ولا نتصور أن المعركة بينهما كانت في الحقيقة تدور حول ختان الإناث أصلًا، وإنما حول مدى تأثير خطاب كل منهما ومن له الكلمة المسئوّة في البلاد. وقد كان اختيار أرض تلك المعركة اختياراً ذكياً، حيث أنها تمت على أرض ممارسة لا يمكن تغييرها بالقرارات أو القوانين ولأن أي خسارة في تلك المعركة ما كانت ليتصبح خسارة فادحة ثم إن الغالبية العظمى من المواطنين لم يكونوا على علم من الأصل بمؤتمر السكان والتنمية ولا ما يدور فيه ومن ثم فإن نتاج المعركة سوف يكون بمثابة رسالة موجهة للأطراف المتصارعة فحسب.

وقد كانت تلك الرسالة واضحة للغاية بالنسبة للحكومة. فقد استجاب وزير الصحة عندئذ لهذا الجدال بأن جمع لجنة من الخبراء أصدرت بياناً قوياً بشأن مخاطر التشويه الجنسي للإناث، خاصة على أيدي غير المتخصصين أو المدربين. واستناداً إلى هذا التصريح أصدر وزير الصحة لأول مرة في تاريخ مصر قراراً يسمح بممارسة التشويه الجنسي للإناث بأيدي الأطباء تحت دعوى أن "تطبيب" ختان الإناث سوف يؤدي في النهاية إلى وضع حد له ورغم المقدمة الطويلة التي سبقت القرار والتي عدّت مضار ختان الإناث إلا أن ذلك القرار كان تراجعاً عن الموقف السابق المعلن من قبل الحكومة.

جدير بالذكر أن المؤسسة الطبية تعد من أكثر المؤسسات محافظة في مصر. فالإعداد الهائلة من الأطباء غير المدربين تدرّبوا كافياً والذين يعانون من انخفاض أجورهم والإمكانيات التي يعملون في إطارها تكاد لا تملك الوقت ناهيك عن الرغبة في أن تولي أي اهتمام بحق النساء في

الألا تجز المنظمات النسائية أي نجاح قد يلهم النضال من أجل إنجاز نجاحات أخرى في مجال حقوق النساء.



ومن ثم فقد شنت حملة متعددة الأطراف ضد أي محاولة للقضاء على عادة التشويه الجنسي للإناث. وقد كانت تلك الحملة عنيفة في شجبها لتلك المحاولات كما كانت مشحونة عاطفياً بشأن الثقافة والعادات والتقاليد والقيمة الدينية لختان الإناث. وذلك رغم أن الأزهر ووزير الصحة يعلمون جيداً أن ممارسة ختان الإناث لا تستقي جذورها من الدين الإسلامي حيث إنها تمارس من قبل المصريين جميعاً مسلمين وأقباطاً. ومع ذلك فقد تم تصوير ختان الإناث على اعتبار أنه عادة تمثل مكوناً هاماً من الهوية المصرية، إلى جانب كونها جزءاً من ميثاقنا الأخلاقي في مواجهة النسق الأخلاقي "المفروض" علينا من الغرب. ومن ثم كانت المعركة بين نمطين نظريين من وحي الخيال غير متحققة في الواقع.

وقد كانت تلك الحملة مليئة بالتناقضات، يأتي على رأسها التناقض الكامن في نظرية "الفسيل القدر" والهوية الفالية. ذلك أن بعض المدافعين عن عادة ختان الإناث كانوا يشيرون إليها على أنها تزام ثقافي واجتماعي وديني يريد "الآخرون" القضاء عليه ومحوه. لكنهم في نفس الوقت يتهمون من يتناولون هذه القضية بأنهم يكشفون "غسيلنا القدر" على الآخرين الذي لابد وأن يظل مستوراً. بل إن واحداً من أطباء أمراض النساء والولادة المصريين المعروفين أولى بتصريح للصحافة قال فيه إن الحديث علانية عن ختان الإناث هو انتهاك للنسق الأخلاقي للمجتمع. إن هذا التناقض بين تحويل هذه الممارسة كل هذه القيمة الأخلاقية من ناحية ومن ناحية أخرى السعي إلى التستر عليها لا يحتاج إلى تعليق.

لكن الأزهر والمنظمات الإسلامية الأخرى كانت تدرك التأثير القوي لهذا الخطاب على الرأي العام، خاصة فيما يتعلق بالدفاع عن التقاليد والهوية. إن أحد العناصر المركزية في ذلك الخطاب هو اضطهاد وحجب النساء، وقسرهن داخل منازلهن وإخلائهن من الحياة العامة بل وحتى تعنيف أجسادهن.. كل ذلك كان يتم تقديمه على اعتبار أنه أحد سبل مقاومة الهيمنة والسيطرة الغربية.

بعد ذلك بعام جاءت نتائج المسح الصحي الديمغرافي لعام ١٩٩٥ لتفيق الجميع وتعلن للمرة الأولى أن ٩٧٪ من

والنسوية. فبالإضافة إلى مواقف الحكومة والأطباء والمؤسسات الدينية المحافظة هناك عدد من الأفراد والمنظمات العاملة في مقاومة هذه الممارسة يطرحون تفسيرا متقدما للنص الديني يرفض تلك الممارسة ويرز ختان الإناث على اعتبار أنه انتهاك لحقوق الإنسان وحقوق المرأة. ومن أجل التنسيق فيما بين هذه الجهود قام هؤلاء الأفراد والجماعات بتأسيس قوة عمل لمناهضة ختان الإناث وكان ذلك في عام ١٩٩٤

"منذ الخمسينيات كانت هناك جهود متفرقة تعمل على مقاومة هذه الممارسة لكننا نعلم أن الجهد المترافق لا تؤتي النتائج المطلوبة.. وشعرنا أنه ما لم نعمل على خلق حركة تتجه إلى القضايا الأساسية المرتبطة بالموضوع فإن شيئاً لن يتغير".^(٦) وكانت ماري أسعد هي منسقة قوة العمل، وهي نشيطة ومناضلة مثابرة من أجل القضاء على عادة التشويه الجنسي لختان الإناث لعدد كبير من السنوات حيث انخرطت في أعمال البحث والتوعية العامة وتتنظيم الحملات والتشبيك والتدريب على كيفية تناول الموضوع. وقد قامت قوة العمل بتأسيس مركز للموارد بشأن موضوعات ختان الإناث والعنف ضد النساء وكان المركز مفتوحاً لكل من يرغب في الحصول على معلومات بشأن هذه القضايا أو يرغب في الاتصال بنشطاء آخرين ومنذ ١٩٩٤ أصبحت قوة العمل المناهضة لختان الإناث بمثابة مظلة تيسيقية ونقطة مرجعية للعمل في مناهضة ختان الإناث في مصر".^(٧)

بعد مؤتمر السكان اتخذت تناول قضية ختان الإناث اتجاهها جديداً، إذ ادرج فيه منظور حقوق الإنسان وحقوق المرأة في ترابط مع المنظورين الصحي والتنموي. ولم يكن هذا التغيير في التوجه بالأمر السهل ذلك أنه تضمن مجهوداً من أجل التحليل العميق في أسباب الممارسة والد الواقع وراءها. إن المعارضين لنشاطنا لم يكن دافعهم الوحيد هو الحفاظ على التقاليد بل كانوا أيضاً يعملون بجد من أجل الحول دون أي تغيير إيجابي في موازين القوى القائمة، سواء بين الحكومة والمنظمات غير الحكومية، أو بين الجماعات الدينية والعلمانية أو بين الرجال والنساء. وكانوا يسعون إلى الحفاظ على علاقات الهيمنة السائدة وإنكار كل حق للنساء في تقرير مصير حياتهن.

ثم إن عدداً من المنظمات النسائية المصرية اتخذ موقفاً صامتاً إزاء القضية برمتها تحت دعوى أن هناك جبهات سياسية أخرى أكثر أهمية يجب النضال بشأنها. لكننا نرى

اتخاذ القرار بشأن أجسادهن أو إنجابهن أو صحتهن. ثم أنه حين يكون شغل الطبيب الشاغل هو زيادة دخله فإن ذلك القرار يصبح مواتياً جداً لإضافة مصدر جديد للدخل على حساب النساء ذلك أن القرار كان يحدد أتعاب الطبيب بعشرة جنيهات مصرية لكل ختان للإناث.

بالنسبة لوزير الصحة كان القرار بمثابة حل للمخاطر الصحية المرتبطة على ختان الإناث وذلك باستخدام التخدير والمضادات الحيوية. ومع ذلك فإن وفاة عدد من الفتيات اللاتي تم ختانهن في المستشفيات أثار حملة عنيفة ضد القرار الوزاري وفي خلال شهور تم التراجع بهدوء عن ذلك القرار.

بعد ذلك بشهور تم إلغاء وزارة التنمية والسكان وأُسندت مهامها إلى وزارة الصحة وعيّن وزير جديد. وقد توجهت المنظمات غير الحكومية إلى الوزير الجديد مطالبة إياه باتخاذ موقف صارم من ممارسة ختان الإناث ومن ثم فقد أصدر قراراً جديداً يمنع ممارسة ختان الإناث سواء بواسطة الأطباء أو من هم من خارج المهنة. وقد تم مقاضاة الوزير بشأن هذا القرار من قبل بعض الأطراف الإسلامية الذين ادعوا أن قراره غير دستوري ويتجاوز سلطاته كوزير للصحة. ورغم أن الوزير قد خسر قضيته في المستوى القضائي الأول إلا أنه كسب استئنافه ومن ثم تم تفكيذه هذا المنع منذ عام ١٩٩٧.

لقد كان حكم الاستئناف هزيمة كبيرة بالنسبة للمدافعين عن ختان الإناث فقد ورد في الحكم أن القانون المصري يتضمن فعلياً من النصوص ما يجرم ختان الإناث ومن ثم فلا توجد حاجة لمزيد من القوانين بهذا الشأن وهو الموقف الذي كانت أعلنته قوة العمل المناهضة لختان الإناث في إعلانها الذي أصدرته يوم ١٠ ديسمبر ١٩٩٦. ومع ذلك فإن القرار الوزاري الجديد لا زال يحمل في نصه ثغرة خطيرة حيث يسمح لرؤساء أقسام أمراض النساء والولادة بالسماح بإجراء ختان الإناث في الحالات التي تستدعيها الضرورة. وحيث إنه لا توجد أي ضرورة طبية تستوجب ممارسة التشويه الجنسي للإناث فإن هذه الثغرة لا زالت تسمح بهذه الممارسة.

الوضع الحالي

لقد أصبحت قضية ختان الإناث منذ مؤتمر السكان والتنمية قضية عالية التسبيس ويعكس الموقف منها طيفاً واسعاً من المواقف السياسية من القضايا النسائية

تجعلهن يصررن على الاستمرار في هذه الممارسة ولو من باب معاندة هؤلاء الذين لا يفهمون ظروفهن الاجتماعية ويصررون على إصدار الأحكام جزافاً. بل إنني أجد نفسي أحياناً في ذلك الموقف العجيب الذي ييرر لمارسة ختان الإناث وهو الموقف الذي تستثيره بعض الدوائر الغربية التي تصر على تبسيط الأمر وتسويقه وعرضه بكثير من الإثارة وعدم الفهم.

مشكلة أخرى تواجهنا مع بعض التأول العالمي لقضية ختان الإناث يرتبط بمصداقية هذه الجهات في استخدام خطاب حقوق الإنسان. ذلك أن المنظمات الدولية التي ترغب في دعم الجهود المصرية في مقاومة ختان الإناث يجب أن يكون لها موقف منسجم من كافة قضايا حقوق الإنسان المطروحة في مصر ولا يجوز لها أن تتعامل مع الأمر بانتقائية مع ما تود أن تطرحه وما ترغب في تجاهله. فليس بالموقف المتسق على سبيل المثال أن تشعر بعض الجهات الدولية بقلق بالغ إزاء قضية ختان الإناث دون أن يقلقها السياسات الصحية العامة التي تحرم فقراء النساء، وهن الغالبية من نساء مصر، من حقهن الأساسي في الحصول على الرعاية الصحية الأولية في حدودها الدنيا. فالمنظمة التي تدعم خصخصة الخدمات الصحية في مصر تكون في موقف ضعيف جداً إذا اعتبرت على التشوه الجنسي للإناث من منظور حقوق الإنسان.

المثال التالي يتعلق بهذا التهديد الدائم بقطع المعونة عن مصر من باب عقاب الحكومة المصرية على استمرار ممارسة ختان الإناث. إن ذلك لن يدفع ثمنه الشعب المصري فحسب بل سوف يضيف دليلاً جديداً على صحة ما يزعمه الأصوليون والمؤسسات الأصولية بأن ختان الإناث إنما هو جزء من الهوية المصرية التي يجب الحفاظ عليها ضد العالم الغربي الذي يسعى إلى الهيمنة عليهم. إن هذا الشكل من "التضامن" الدولي في قضية ختان الإناث يؤدي في الواقع إلى دعم الممارسة ويزيد من الهيمنة والتحكم في مصائر النساء بشكل عام حيث ينخرط الناس في معركة وهمية من أجل الهوية.

إن مدخل حقوق الإنسان لا مكان فيه لازدواجية المعايير والأحكام المسبقة. فمصداقية الموقف والمحاسبة هي عناصر استراتيجية في هذا النضال وهي الشروط التي سوف نقبل الدعم والتضامن على أساسها. إن منظمات التضامن في الشمال يجب أن تعى الدرس الذي تعلمناه من ردة الفعل التي تلت مؤتمر السكان. فقد اضطررت شعوبنا

أن الصراع السياسي الذي دار حول قضية ختان الإناث أصبح يحدد موقع الأطراف من قضايا المرأة في مصر. فهو يتضمن النضال من أجل تحقيق مكاسب ديمقراطية للبدايات الجديدة للحركة النسائية في مصر، التي هي في أشد الحاجة إلى التعبير عن منظورها الخاص عن الأشياء وإن تقول كلمتها بشأن العادات والتقاليد بدلاً من أن يملئ عليها تلك المواقف من قبل قوى سياسية أخرى، وهو ما تدفع النساء أنفسهن ثمنه في النهاية من لحمهن الحي، سواء عن طريق الانصياع أو المقاومة.

ختان الإناث من منظور

حقوق الإنسان وتقرير المصير

لسنا بحاجة لأن نقول إن تأول القضية من هذا المنظور يحتاج إلى كافة أشكال الدعم والتضامن. ومع ذلك فإن الدعم الخارجي في هذا الشأن يجب أن يدعم الجهد المحلي لا أن يعوقها أو يهددها أو أن يمثل عبئاً إضافياً عليها.

لا نتصور أن قضية واحدة قد حازت اهتمام المجتمع المدني العالمي مثل قضية التشوه الجنسي للإناث وهو أمر نرحب به ونقدره.. لكن الأمر لم يخلُ في بعض الأحيان من بعض الأشكال "الغربية" للتعبير عن هذا التضامن.

قد يكون مرجع الفرارة لبعض أشكال التضامن هذه كاماً في الطبيعة المعقّدة للموضوع نفسه والذي قد يbedo خالياً من أي منطق بالنسبة لمراقب من الخارج. لكن بعض التصریحات العالمية ومحاولات التدخل العالمي قد أضعفـت أكثر مما دعمـت. جهود مناهضة ختان الإناث في مصر.

إن النضال ضد ختان الإناث من وجهة نظرنا يتضمن تحسين وضع النساء وتمكينهن من حقهن في اتخاذ القرار بشأن حياتهن ولا يتضمن الدخول في حرب مع هؤلاء النساء اللاتي يقمن بختان بناتهن. ذلك أن هؤلاء النساء، سواء اللاتي يختنـن أو اللاتي لا يختنـن بناتهن هن جيشـن هذه المعركة. فهنـ في كل يوم يقمن بعمل اختيارات تستند إلى احتياجـاتهنـ هـنـ، اختيارات تسمـح لهـنـ بالتعايش الاجتماعي تبعـاً لما يملـكونـهـ من دعم اجتماعـي وسيـاسيـ فيـ أثناء اتخاذـهنـ هذهـ الاختيارات.

ومن ثم فإنـنا طوال الوقت نبذل جهـداً من أجل التوضـيج للآخـرينـ أنـ النساءـ اللـاتـيـ يـختـنـنـ بنـاتـهنـ لـسنـ نـسـاءـ متـوحـشـاتـ أوـ مـصـاصـيـ دـماءـ، وـانـ مـهـاجـمـةـ هـؤـلـاءـ النـسـاءـ لـنـ يـترـتبـ عـلـيـهـ سـوـىـ رـدـةـ فعلـ دـفاعـيـ لـدىـ هـؤـلـاءـ النـسـاءـ بـلـ وـقدـ

يكون غير قادر على الدفاع عنه. لم تكن هناك وصفة جاهزة للتدخل من أجل مناهضة ختان الإناث وكانت المنسقة العامة ومركز الموارد يخدمان الجميع بقدر الإمكان. ثم إن انسجام واتساق موقف قوة العمل المناهضة لختان الإناث قد دعم مصداقيتها لدى جمهورها سواء في لحظات الانتصار أو لحظات الفشل، وكان سبباً وراء اكتساب قوة العمل لاحترام كافة الأطراف المعنية حتى تلك الأطراف التي لم تكن مستعدة للمشاركة في العمل بشأن هذه القضية.

إلى دفع الثمن باهظاً لتعلم أن خطاب حقوق الإنسان، في غياب الاتساق وانسجام الموقف، يصبح كاريكاتير يسهل تجاوزه ووصفه بالتفاق.

درس آخر قاس تعلمناه هو أن نساء الشعوب هي عادة من يدفع ثمن إفقار تلك الشعوب وحرمانها من حقها في تحرير المصير، خاصة إذا ما ارتبط ذلك بانعدام القدرة على الدفاع عن النفس. فانعدام القدرة على التحكم في مصير البلاد عادة ما يستبدل بالتحكم في مصير النساء مصحوباً بتمسك هستيري بهوية زائفة عادة ما تترجم في شكل ملكية أكبر للرجال على أجساد النساء وحياتها. فإذا أراد أصدقاؤنا في الشمال أن يقدموا لنا العون فليغضفو على حكوماتهم بشان السياسات الاقتصادية التي تفرضها تلك الحكومات على شعوبنا وليشرحوا لهم ما يتربى على ذلك من حياة بالنسبة للنساء.

لقد كانت تلك السنوات الخمس في حياة قوة العمل المناهضة لختان الإناث مليئة بالدروس عن العمل المشترك حول موضوع شائك. أهم تلك الدروس كان أهمية الشعور بالتضامن والاشتراك في الهدف الواحد رغم اختلاف المداخل والأنشطة. فقد كانت المساحة التي وفرتها قوة العمل المناهضة لختان الإناث مفتوحة لطيف واسع من المنظمات والأفراد اتفقوا على مناهضة ختان الإناث بغض النظر عمن يقوم به. ورغم اشتراكهم في هدف واحد إلا أنهم كانوا أيضاً أحراراً في تحرير كيفية تناول هذا الموضوع، كل في موقعه وسياقه. إن ذلك الاحترام للخلاف والشفافية وخصوصية كل موقع سواء كان ذلك الموقع هو المحافظة أو القرية أو قطاع سكاني قد خلق لدى أعضاء قوة العمل شعوراً بالأمان والثقة، ولم يجبر طرف على اتخاذ موقف

شكر

هذه المقالة هي مراجعة وتطوير لورقة قدمت أولاً باللغة العربية في ندوة نظمتها ثلاث منظمات غير حكومية في مصر في نوفمبر ١٩٩٤. أتوجه بالشكر الخاص للأستاذة ماري أسعد، منسقة قوة العمل المناهضة لختان الإناث للمناقشات الفنية التي أثريت بها وأعضاء المجموعة الاستشارية لقوة العمل المناهضة لختان الإناث وكافة المنظمات غير الحكومية التي تبادلت الخبرة بشأن عملها في مناهضة التشويه الجنسي للإناث خلال الخمس سنوات الأخيرة وأخص بالشكر كل امرأة مصرية تحدثت معها بهذا الشأن ولم تدخل بيدل كل الجهد من أجل توضيح وجهة نظرها حول أهمية ممارستها لهذه العادة.

المراجع

- ١- نادية واصف، ١٩٩٨ ده من زمان، الجدال الماضي والحالى بشأن والتمية، القاهرة، سبتمبر ١٩٩٤
- ٢- مناقشة بؤرية في الإسكندرية، ١٩٩٨
- ٣- حديث خاص مع أ. ماري أسعد، منسقة قوة العمل المناهضة لختان الإناث، ٢٢ أكتوبر ١٩٩٧
- ٤- هنا أود توجيه الشكر للدعم المادي والفنى الذى قدمته مؤسسة فورد في القاهرة حيث دعمت نشاط قوة العمل المناهضة لختان الإناث دون أي شروط أو تدخل من جانبها.

- ٥- مناقشة بؤرية في الإسكندرية، ١٩٩٨
- ٦- مسح الصحي الديمغرافي المصري، ١٩٩٥، المجلس القومى للسكان، ماريلاند الولايات المتحدة الأمريكية.
- ٧- روز باتشيسكي وكarin جاد، ١٩٩٨، التفاوض حول الحقوق الإنجابية، حالة مصر ص ٦٩ - ١٠٧ كتاب زد، لندن (بالإنجليزية)
- ٨- مركز دراسات المرأة الجديدة، ١٩٩٤، سياسات سكانية في مواجهة حقوق إنجابية، تقرير المنظمات غير الحكومية مؤتمر السكان

ممارسة ختان الإناث وسط

مسلمي كلينتان ماليزيا

مقدمة

تناقش هذه الورقة ممارسة ختان الإناث وسط مسلمي كلينتان في ماليزيا. تمأخذ عينة مواتية مكونة من ٢٦٢ سيدة حامل الجأن إلى قسم الولادة بالمستشفى الجامعي حيث تم فحصهن إكلينيكياً وعمل لقاءات معهن بعد ذلك باستخدام استبيان. لم تظهر أدلة إكلينيكية على إصابة البظر أو الشفرین في هؤلاء السيدات ولا علامات أو آثار لإزالة أنسجة من الجهاز التناسلي رغم أن كل السيدات قد أجري لهن عمليات ختان في طفولتهن. وصفت غالبية النساء أثناء اللقاء معهن عملية الختان بأنها كانت حز أو شق لقمة البظر أو غلفته بدبوس أو مشطر أو ما شابه ذلك، وأنها سببت خروج قطرات بسيطة من الدم أو سببت ألمًا خفيفاً. اعتقدت معظم النساء أن الختان عادة أو واجب ديني، وأنه يؤدي إلى تقليل شهوة النساء وزيادة متعة الرجال الجنسية.. وقد اعتبرنه جميعاً عادة واجبة ولم يربين أنه يسبب أي أذى للنساء. لقد قررنا أنه يمكننا استخدام لفظ ختان لوصف هذه الممارسة عندنا لأن التشويه الجنسي للإناث لفظ مغلوط في حالة ماليزيا. وقناعتنا إن عند طرح هذه القضية للنقاش العام والديني، فإن أي اقتراحات لوقف ممارسة هذه العادة لن تحظى بتعاطف لما يثيره لفظ التشويه من معانٍ غير دقيقة..

للإناث وللقضاء على كل أشكال التمييز ضد الطفلة الأنثى بما فيه تلك الممارسات.

وقد صدقت ماليزيا على خطة عمل المؤتمرين ولكن التشويه الجنسي للإناث لم يصبح قضية في ماليزيا رغم معرفتنا أن مسلمي ماليزيا يمارسون عادة ختان الإناث. لقد بدا الأمر كله ملتبساً، ولم تكن هناك صورة واضحة لانتشار الممارسة ولا لما يحدث على أرض الواقع بهذا الشأن.

استعرضت بعض الأبحاث المنشورة حديثاً بواسطة د. طوبيرا وأخرين البيانات الموجودة وأفادت بأنه يقال أن بعض الممارسات تجري على أعضاء الفتيات الجنسية بين بعض المسلمين في ماليزيا، لكنه ليس من الواضح إذا ما كانت هذه الطقوس لا تؤدي لبتر الأعضاء كما هو الحال في إندونيسيا، أم أنها تشمل إزالة بعض الأعضاء مثل البظر. والحقيقة أنه لا توجد تقارير أو أدلة موثقة على مستوى المجموعات الوطنية العاملة في المجال (٢، ٣)، ورغم هذا فإن ماليزيا مذكورة في كتاب قطف الوردة Cutting the rose (٤)، وتقرير هوسكن (٥) كأحد البلدان التي يمارس بها التشويه الجنسي للإناث. والحقيقة إن تقرير

اهتمت الأمم المتحدة بختان الإناث منذ ١٩٥٢، عندما أثارت لجنة الأمم المتحدة لحقوق الإنسان القضية لأول مرة. كما أن منظمة الصحة العالمية شاركت مع المؤتمر الإقليمي الأفريقي المنعقد في أديس أبابا في تبني نفس القضية، وقد اقترح هذا اللقاء أن يتم استخدام تعبير التشويه الجنسي للإناث بدلاً من الختان لوصف صنف من الممارسات بعضها تشويه بدني حقيقي وبعضها لا ينطبق عليه نفس الوصف (١).

أما مؤتمرا السكان ١٩٩٤ وبكين ١٩٩٥.. وللذان اهتما بوضع الحقوق الجنسية والإنجابية والشتئون الصحية للنساء في موقع متقدم فقد طالبا الحكومات والمجتمع الدولي باتخاذ إجراءات عاجلة لوقف ممارسة التشويه الجنسي

عبد الرحمن حيسى
رشيد شعيب
م. شكري عثمان

بناتهم (٢). كذا ذكرت عديد من النساء في دراسة روزياء عمر الإسلام والعادات كسبعين لاستمرار الممارسة (٦). يعتبر دور العادات في استمرار الختان غير مؤكّد في ماليزيا حيث لا يوجد إثبات أنّ الختان كان يمارس قبل انتشار الإسلام في مالاي. ويعتبر هذا مختلفاً عن الحالة في مصر حيث سبق الختان ظهور الأديان المسيحية والإسلامية، وحيث يمارسه الأقباط والمسلمون كلاهما. وفي ماليزيا وهي بلد متعدد الأعراق، لا يمارس ختان الإناث والذكور إلا بين أهل مالاي والذين يعرفون وفقاً للدستور بأنّهم مسلمون. وبسبب غياب الدلائل الدينية المؤكّدة فإنّنا نعتقد أنّ الممارسة لا تتجه عن الدين الإسلامي نفسه ولكن من بعض البلدان التي اعتنقت الإسلام، وكانت هذه الممارسة شائعة فيها قبل ذلك. ويعتقد حامد رشوان (٩) إنّ ختان الإناث ليس من المتطلبات الإسلامية ويؤكّد إنّ هذه الممارسة تكاد لا تحدث في المملكة العربية السعودية رغم كونها مهد الإسلام. ويرى سلام (١٠) أنّ ممارسة التشوّيه الجنسي للإناث لا ينتشر بين السكان السعوديين الأصليين ولكنّه يظهر، إنّ وجد، بين المهاجرين إلى المناطق العشوائية في مدينة جدة. أفاد أحد ثقريّر من منظمة الصحة العالمية حول التشوّيه الجنسي للإناث أنّ البحرين، وعمان، والمملكة السعودية، والإمارات العربية المتحدة يمارس فيهم التشوّيه الجنسي للإناث حسب بعض الأبحاث المنشورة، ولكن لم توجد تقارير وطنية أو براهين موثقة حول الممارسة في تلك البلدان (٣). لهذا نتوقع أن المسلمين الذين هاجروا مالاي لم يأتوا مباشرةً من المملكة السعودية ولكن من بلدان إسلامية أخرى.

نظراً لغياب البيانات الإكلينيكية والكيفية، وبسبب الصمت على ممارسة ختان الإناث في ماليزيا، قررنا أن نجري فحصاً عميقاً لنتعرف على ممارسته وسط مسلمي مالاي في كلينتان، وكان من بين حواجزنا لإجراء البحث المناقشات والأراء التي طرحت في عديد من اللقاءات بواسطة المهتممات بالصحة داخل الحركة النسائية في منطقتنا والعالم (١١).

كانت أهداف دراستنا هي تأكيد مدى انتشار ختان الإناث بين مسلمي مالاي في كلينتان، ومضاعفاته الصحية، واكتشاف ارتباطه بالتقالييد الدينية، ومعتقدات النساء حول هذه الممارسة. ساعدنا الفحص الإكلينيكي لأعضاء النساء

هو س肯 لاحظ ندرة المراجع المحلية حول الموضوع ولكنه أشار لحالة ماليزيا مرتكنا إلى تقارير قصصية وإلى دراسة روزياء عمر وهي مختصة في علم الإناثة الطبي. وقد أكدت روزياء عمر نفسها عدم وجود أدلة في كتابها (٦) (*The Malay Woman in The Body*)

أفادت روزياء عمر في فصلها المختصر عن ختان الإناث في مالاي إنّ هذه الممارسة في مجتمعات مالاي تتضمن بتر البظر، وتشمل فقط إزالة جزء من غلبة البظر، وأنّ الناس هناك لا يمارسون ما يسمى الختان الفرعوني أو التفميم ويتسم وصف الباحثة للممارسة بالغموض حيث صفت إزالة غلبة البظر باسم بتر البظر والذي يفترض فيه إزالة جزء أو كل البظر حسب تصنيف منظمة الصحة العالمية (٧، ٢) كما لم تطرق الباحثة إلى وصف الطريقة المستخدمة لإزالة غلبة البظر وهل تزال حقاً أم يتم وخذها بدبوس أو حزها.

والدراسة المحلية الوحيدة الأخرى المعروفة لنا ترجع لعام ١٩٨٢ أجرتها كارول ليدرمان (٨) وهي دراسة انثروبولوجية عن زيف مالاي، ركزت على النساء المتزوجات والدايات في مجتمع ترنجانو المجاور لمالاي. والذي تتشابه سماته السكانية مع سمات كلينتان وقد استخدمت ليدرمان تعبير شق البظر *clitorodectomy* بدلاً من بتر البظر لوصف نوع الختان الذي يمارس على الفتيات وهن رضياعات بعد أربعين يوماً من ولادتهن وقد وصفت ليدرمان هذه العملية كالتالي:

"تحمل الرضياع بواسطة أمها أو جدتها مع كشف أعضائها التناسلية. تقوم القابلة بعمل شق صغير بشرط أو موسى. وتزال كمية صغيرة جداً "ميكروسكوبية" من الأنسجة وتعد غير كافية للتأثير على وظيفة العضو ولكنها كافية لإرضاء العادات والتقاليد".

هل هو تأثير الإسلام أم الثقافة السائدة؟

توجد دلائل على أنّ ممارسة الختان في بعض المجتمعات الإسلامية هو من تأثير الثقافة السائدة وليس الدين، لأنّه كان يمارس في نفس المجتمعات قبل انتشار الإسلام. رغم ذلك فإنّ العالم الإسلامي ينظر لهذه الممارسة على أنها شديدة الاتصال بتعاليم الإسلام بل إنّ بعض المجتمعات الإسلامية تذكر الدين كسبب لقيامهم بختان

من خلال ملاحظة وتوثيق وجود أي دلالات إكلينيكية على حدوث الختان مثل استئصال غفة البظر، بتر البظر، وجود أنسجة عصبية متضخمة بالبظر أو وجود تليفات وندبات بالشفرين الصغيرين. تم فحص كل العينة المكونة من ٢٦٢ امرأة وسجلت نتيجة الفحص.

بعد أن وضعت النساء حملهن تم عمل لقاءات معهن بواسطة مساعدات بحث متدربيات باستخدام استبيان به أسئلة ذات نهايات مفتوحة أو محددة. وقد تكون الاستبيان من أربعة أجزاء رئيسية تغطي معلومات المستجيبات عن ممارسة الختان، تجربتهن الشخصية مع الختان، هل تم ممارسة الختان على بناتها وما هو موقفهن من ختان الإناث؟.. وللحصول على استجابات صادقة كانت الأسئلة ذات النهايات المحددة تحتاج إلى إجابة بـ "نعم" أو "لا" فقط واستخدمت الأسئلة ذات النهايات المفتوحة لتلمس بعض الاستجابات أو البحث عن إيضاحات. وقد تم تصميم الاستبيان بناء على عينة استطلاعية مكونة من الموظفات المسلمات في المؤسسة التي تعمل بها الباحثات.

تم تصميم الأسئلة، في القسم الخاص بالمعلومات للتعرف على المعلومات المتوفرة لدى النساء وليس خبرتهن الشخصية. كما طلب منهان التعرف على الجزء أو الأجزاء التاليسية التي يتم إزالتها بالختان. ولمساعدتها على التعرف على هذه الأجزاء أطلعناهن على رسومات توضيحية للأعضاء الجنسية للمرأة وطلب منهان الإشارة إلى الجزء الذي يتم إزالته. كما طلب منهان أن يحددن الآلة التي استخدمت في الختان وطريقته.

تم تحليل البيانات على ضوء السن ومستوى التعليم باستخدام (EPINFO, CDC, Atlanta Comp Software) وذلك لتبين ما إذا كان الختان عادة أكثر رسوحاً بين النساء الأقل حظاً من التعليم؛ وهل أدى الفارق في العمر إلى أي اختلافات؟

سمات عن المشاركات في الدراسة

قالت كل النساء المشاركات في الدراسة (٢٦٢) أنهن خُنّ، وأنهن عرفن بذلك من أمهاتهن أو أفراد آخرين من العائلة. كانت غالبية النساء ٩٣٪ من المناطق الريفية، وتراوحت أعمارهن بين ٤٥ و١٧ سنة (متوسط سن ٢٩).

التاليسية على توضيع مدى وجود تشويه جنسي. كما أن المعلومات الدقيقة حول تأثير الختان على الصحة العامة قد تساعدنا في تطوير إستراتيجيات تدخل مناسبة للتأكد من عدم خطورة الممارسة. هذا ويمثل مواطن مالاي أكثر من ٦٠٪ من شعب ماليزيا المتعدد الأعراق والثقافات والأديان (١٢). ويشكلون ٩٥٪ من سكان كلينتان محل الدراسة. وأغلب سكان مالاي من المسلمين السنين. وقد كان الإسلام تاريخياً من معالم كلينتان حتى قبل وصول الحزب الإسلامي إلى السلطة. والإسلام هو دين الدولة في ماليزيا ولكن الدستور يضمن حرية العبادة.

منهج البحث والمشاركات فيه:

كل المشاركات في هذا البحث من نساء مالاي، وكما هو الحال بالنسبة لكل نساء ماليزيا اندمجت النساء في التطور الاقتصادي السريع، وشاركن بفاعلية في كل الأنشطة الاقتصادية، ويتضمن ذلك الدخول في القطاعات الصناعية والخدمية داخل وخارج الدولة، بالإضافة للحرف والصناعات الصغيرة. يتباين النساء عاملان: سياسة الدولة للتحديث من جانب والقيم الأبوية السائدة في المجتمع من جانب آخر. والنساء في كلينتان ينشطن في المساهمة في الإنتاج وأيضاً المساهمة في الإنجاب و يؤدين الدورين. و يؤثر التداخل بين المعتقدات الدينية والقيم الأبوية في استقلالية قراراتهن الحياتية على المستوى العام والخاص. هنا تكمن إشكالية كون المرأة في مالاي قادرة على اتخاذ قرارات تقسم بالاستقلالية في حياتها العامة ولكنها لا تحكم بالضرورة في حياتها الخاصة.

والعينة المكونة لهذه الدراسة كلها من نساء مالاي الحوامل اللاتي دخلن إلى قسم الولادة بالمستشفى الجامعي في الفترة من سبتمبر إلى نوفمبر ١٩٩٥ وقد تم اختيار عينة مواتية عددها ٢٦٢ من المجموعة، وتكونت من النساء اللاتي أفادن بأنه تم ختانهن واللاتي كن على استعداد للرد على استبيان قصير خلال لقاء معهن وتم استبعاد النساء اللاتي لم يرغبن في المشاركة في الدراسة.

تم فحص مهبلية لكل النساء المبحوثات وهو جزء طب يعي من الرعاية التي تقدم لهن قبل الولادة. تعاون أطباء النساء من النواب الذين قاموا بفحص الحالات مع الباحثين

كانت الأداة المستخدمة عادة هي مشرط أو مطواه، ولكن كثيرات ذكرن شفرة الموسى. ومرة أخرى ذكرت معظم المستجيبات أن الختان هو عملية وخذ لقمة البظر يستخدم طرف مشرط مدبب أو موسى لتخرج قطرة من الدم. وقد أفادت سيدات قليلات أن معلوماتهن تتضمن قطع بعض الأجزاء أما بالشق في بعض الحالات أو البتر (حالة واحدة).

كان من حق المستجيبات أن يختارن أكثر من مسبب لإجراء الممارسة من قائمة أسباب محتملة: عادة، علامة على النضج، نظافة، أو مطلب ديني، وقد أفادت الغالبية العظمى أنها كل هذه الأسباب مجتمعة ماعدا النظافة، التي ذكرتها فقط ثلث العينة كسبب لممارسة الختان.

شعرت كل النساء أن الختان مطلب ديني. ولكنهن اختلفن حول مدى وجوبه حيث يتراوح رأي الدين في أي ممارسة بين أن تكون فرضاً أو واجباً، أو تشجع لأنها من السنة، أو أنها لا تشجع (مكرهه) أو تمنع (حرام). وفي حالة الختان رأت الأغلبية أنها سنة فقط ولكن أقلية ذات حجم رأت أنها فرض واجب.

موقف النساء من الختان؛

يوضح جدول (٢) موقف النساء من الممارسة وتجاربهن الذاتية بما فيها الاستمتاع الجنسي. كان هناك إجماع عام على أن الختان يقلل من شهوة النساء الجنسية، حتى يمكنهن الحفاظ على عفتهن ولا يكن نشيطات جنسياً بشدة. كانت هذه الملاحظة أكثر انتشاراً بين النساء الأصغر سنًا. وكانت كل النساء مقتنعتات بأن الزوجة المختونة تزيد من استمتاع زوجها الجنسي، ولكنهن لم يستطيعن إعطاء تفسير لذلك.. وقد أفادت كل النساء بأنهن يستمتعن بحياتهن الجنسية كما يستمتع أزواجهن.

عندما سألت النساء عن توقعاتهن في حالة عدم إجراء الختان، وافقت الغالبية على أن عدم إجراءه لن يسبب أي تشوّهات في الأعضاء الجنسية أو يؤدي إلى صعوبات أثناء الولادة. أو يساعد على انتشار الأمراض. أفادت ثلث النساء رغم ذلك أن عدم إجراء الختان يؤدي إلى تصرفات لا أخلاقية للمرأة مثل ممارسة الجنس خارج الزواج أو أن تصبح متعددة العلاقات كما تصور عدد مساوٍ من النساء أن

حصلت الأغلبية على تعليم متوسط (٩٧٪، ٤٪) أو الابتدائي (٧٪، ٢٪). بينما بلغت نسبة من حصلن على التعليم الثانوي (٧٪، ٢٪). ويشير حصول أغلب نساء العينة على التعليم المتوسط إلى التوجه القومي في هذا المجال. وقد مثلت النساء اللاتي لديهن طفلة واحدة أكثر من نصف العينة بقليل (٨٪، ٥٪).

أسلوب الختان؛ معلومات النساء

يمثل جدول (١) معلومات النساء حول ختان الإناث. وقد أشارت النساء إلى غلبة البظر، البظر نفسه أو الفرج ليوضحن الأجزاء التي يشملها الختان. وقد أشارت كل النساء تقريباً إلى البظر، بينما أفادت خمس من النساء فقط بأن الختان يشمل الأجزاء الثلاثة.

جدول ١: المعلومات حول ممارسة الختان

المعلومة	العدد الذي وافق	النسبة
الأجزاء التي تشملها الممارسة		
غلبة البظر	٨	٪ ٢,١
البظر	٢٥٤	٪ ٩٦,٩
الفرج	٧	٪ ٣,١
الأداة المستخدمة		
مشرط، مطواه	٢٤٧	٪ ٩٤,٣
شفرة موسى	١٥	٪ ٥,٧
إبرة	٠	٪ ٠
الوسيلة المتبعة		
الوخر	٢٥٥	٪ ٩٧,٣
الشق	٦	٪ ٢,٣
البتر	١	٪ ٠,٤
سبب الختان		
عادة	٢٦١	٪ ٩٩,٦
علامة على النضج	٢٢٢	٪ ٨٨,٥
نظافة	٨٣	٪ ٢١,٧
مطلوب ديني	٢٦٢	٪ ١٠٠
فرض (واجب)	٤٥	٪ ١٧,٢
محبب (سنة)	٢١٧	٪ ٨٢,٨

جنسي للنساء في ماليزيا أثناء الفحوص المهبالية المتعددة التي أجرتها خلال سنوات عملها كما لم تلاحظ أي إتلاف لتركيب البظر (١١).

جدول ٢: الموقف من ختان الإناث (العدد = ٢٦٢)

النسبة	عدد المواقف	الموقف
% ٩٠,٥	٢٣٧	إذ أتم الختان نقص الرغبة الجنسية
% ١,٥	٤	تسهيل الولادة
% ١,٥	٤	الوقاية من الأمراض
% ٣٢,٤	٨٥	زيادة الجنسية
% ١٠٠	٢٦٢	زيادة المتعة الجنسية عند الزوج
إذا لم يتم الختان		
% ,٨	٢	تشوه الأعضاء التناسلية
% ,٤	١	سهولة العدوى بالأمراض
% ٣٦,٦	٩٩	تصرفات لا أخلاقية
% ١٠٠	٢٦٢	الرضي عن التبرير الشخصية
% ١٠٠	٢٦٢	التمتع بالعلاقات الجنسية
% ١٠٠	٢٦٢	الاستمرار في ختان البنات

تصنيف ختان الإناث

ينتمي ختان الإناث في كلينستان إلى النوع الرابع حسب أحدث تصنيف لمنظمة الصحة العالمية سنة ١٩٩٨ :

النوع الرابع، غير مصنف ويشمل الوخز، الثقب أو شق البظر / أو الشفرتين، شد البظر و/أو الشفرتين، كي البظر والأنسجة المحيطة به بالحرق. قشط فتحة المهبل angury أو شق المهبل a cuts أو شق المهبل gishirri cuts كاوية إلى المهبل لإحداث نزف أو إدخال أعشاب إلى المهبل بهدف تضييقه أو تصغيره. وأي ممارسة أخرى تقع تحت تعريف التشويه الجنسي للإناث الموضح سابقاً (٢).

يرفض هذا التقرير لمنظمة الصحة العالمية استخدام تعبير ختان الإناث ويستخدم تعبير التشويه الجنسي للإناث فقط لوصف كل تلك الممارسات. إن استخدام كلمة "تشويه" لوصف ممارسات بدنية، قد تؤدي، وقد لا تؤدي للتشويه يثير درجة من الخلط في اعتقادنا. والنوع الرابع من الختان يؤيد وجهة نظرنا، حيث يضم بين جنباته أساليب مثل الحرق وشق أعضاء تناسلية أو بترها، وهذا تشويه مؤكّد،

عدم إجراءه يزيد من خصوبة المرأة. وقد يعكس هذا معتقدات اجتماعية عامة.

أكّدت كل المستجيبات قناعتهن الكاملة بأهمية ختان الإناث وكن راضيات عن تجربتهن الشخصية، وذلك لعدم وجود مضاعفات سلبية للختان عليهن. وقد أكّدن جميعهن بأنهن سيستمرن في ختان بناتهن، حيث لا يرددن أي ضرر على الإطلاق في إجراء هذه العملية.

التجربة والممارسة في ختان الإناث:

تصورنا قبل بدء الدراسة أتنا سنجد بعض المستجيبات اللائي تم ختنهن في سن أكبر نسبياً (ربما أكبر من ٤ سنوات) بحيث يمكنهن تذكر ما حدث لهن. ولكن جميع المستجيبات أفادن بأن حالات ختان الإناث التي سمعن عنها ومنها حالاتهن تجري للرُّضُع. ومن ثم فقد استطعن فقط أن يصفن ما حكى لهن عن طريق أمهاتهن أو أقاربهن أو ما رأينه يحدث لبناتهن أو الرضيعات الآخريات في الأسرة.

أكّدت النساء أن الدايمات أو القابلات هن اللاتي يقمن بإجراء ختان الإناث. وقد لاحظن عدم حدوث أي مضاعفات مثل النزف الواضح، أو صعوبة التبول، أو الحرارة أو حتى مشاعر الخوف والتتوّر. وقد أوضحن أن تلك الممارسة تسبب للرضيعة آلام بسيطة تعبّر عنها الطفلة بالبكاء المؤقت، وقد يصحبها نزول قطرة صغيرة من الدم.

الظواهر الإكلينيكية

أوضح الفحص الإكلينيكي للمبحوثات عدم وجود إصابات ظاهرة في البظر أو الشفرتين، ولا مظاهر قطع أو كي أو تلief أو ندوب أو أي شكل من أشكال التشويه للبظر ولا الشفرتين الصغيرتين أو الكبيرتين. لم يظهر أي إتلاف أو تغيير في شكل البظر. إن هذا التقرير هو أول وثيقة إكلينيكية في ماليزيا، وهو يتوافق مع الوصف الذي أعطته المستجيبات للممارسة.

تعزز هذه الملاحظات تلك الملاحظات الشخصية لإحدى القائمات بهذه الدراسة، وهي طبيبة أمراض نساء وتوليد، وأيضاً ملاحظات إحدى الطبيبات الكبار المتخصصات والتي ناقشت ختان الإناث في ماليزيا في أحد الاجتماعات العامة. قالت هذه الأستاذة إنها لم تلاحظ أي مظاهر تشويه

النساء اللاتي عملنا معهن بين الاثنين بالحديث عن "قمة البظر" حين يتحدثن ع علينا عن الغلفة. ومن ثم فقد افترضنا أن الجزء التشريحي الذي يتم وحده في مكان الدراسة هو غلفة البظر.

إن هذا الشكل من الممارسة لا يبدو أنه يسبب أضرارا، على الأقل لا يسبب ضررا بدنيا، ولكن على الجانب الآخر يظل احتمال الخطر موجودا حيث يمكن أن تسبب الممارسة انتقال عدوى الأمراض حيث لا تخذل إجراءات التعقيم، كما أن احتمال انزلاق يد القابلة قد يؤدي إلى تدمير أجزاء حيوية من الأعضاء.

كان هناك قبول واسع للأسباب غير الدينية أيضا في هذا المجتمع، مثل حكم العادات، وأنه علامة على النضج، أو حفظ عفة الفتاة وطهارتها بعد بلوغها. كذلك ساد الاعتقاد بين النساء بأن ختان الإناث يقلل رغبة المرأة الجنسية ويزيد من استمتاع الزوج وأن عدم إجراءه يحفز انتشار الرذيلة. وقد ذكرت النساء أن عدم إجراء هذه الطقوس يثير سخط كبار السن من العائلة، ولكن دراستنا لم تتناول مدى أو كيفية تأثير هذا العامل على اتخاذ قرار إجراء الختان على مستوى العائلة والمجتمع.

كانت الأسباب الدينية هي أهم حافز بين السكان حيث إنهم مسلمون متزمتون دينيا، وبالنسبة لحكم الإسلام في هذه الممارسة فإن التفسيرات الدينية الموجدة غير قاطعة في الموضوع. رأت أغلب السلطات الدينية أن ختان الإناث سنة، رغم أن الشيخ سيد سابق أوضح سنة ١٩٨١ أن هذا التقليد مشكوك فيه (١٥). إن قوة ختان الإناث وجبريته معتمدة على أحاديث منقولة عن النبي توضح أن الختان طهارة ونظافة وتم تفسيرها بحيث يكون الختان مطلوباً للذكور والإإناث أيضا.

ورغم اختلاف الاستجابات في عينة البحث حول مدى وجوب إجراء الممارسة من الناحية الدينية، فإن مجرد اعتبار ختان الإناث سنه يجعلها أحد الممارسات

الهامة لتحضير الفتاة

لفترة ما بعد البلوغ حيث يوجد أجر ديني لاتباع السنة النبوية.

كذلك يوجد حافز قوي

وله توابع مختلفة. إننا نتردد جدا في حزم هذه الممارسات المختلفة تحت مسمى واحد، وقد تدمعت وجهة نظرنا من خلال نتائج دراستنا. كما نعجب لماذا لا يستخدم تعبير التشويه الجنسي لوصف عملية ختان الذكور التي تتضمن قطع غلفة القضيب أيضا.

لقد قررنا الاستمرار في استخدام تعبير ختان الإناث هنا، وذلك لتفريق الممارسة التي تسود في كلينتان عن غيرها من الأنواع التي تتضمن تشويها جنسيا فعليا. وقدررنا أن هذه الممارسة هي نوع من الطقوس الرمزية، وهناك احتياج لإعادة مناقشة تصنيفها على الأقل في حالة ماليزيا في ضوء هذه الاعتبارات.

المناقشة

أكملت الدراسة بوضوح ممارسة نوع من ختان الإناث في كلينتان، إن لم يكن أيضا في أجزاء أخرى من ماليزيا. إن عينتنا البحثية لا تعتبر ممثلة للسكان في ماليزيا، حيث إن غالبية النساء المبحوثات كن من مناطقريفية متعددة في الدولة ولا يقتصرن فقط على منطقة واحدة. قد لا تتيح لنا النتائج أن نجيب على التساؤلات حول مدى انتشار الممارسة، لكنها تشير إلى أنها من الممارسات الشائعة.

إن الوسيلة المستخدمة هي الوخز بسكين صغير، لاستخراج قطرة من الدم لا تترك أي تلف بدني ولا تؤدي لمضاعفات، كما تبين من الفحص الإكلينيكي ومن إجابات المبحوثات، حيث ذكرت واحدة فقط من بين (٢٦٢) كلمة "قطع" أو "بتر" وذكرت ٦ مستجيبات كلمة "شق"، وكنا سنتمكن من ملاحظة وجود بتر أو جرح لهؤلاء السيدات أثناء الفحص الإكلينيكي لو كان أجرى لأي منهن. وفي الحقيقة أنه لو تمت إزالة أجزاء ميكروسكوبية من أنسجة البظر كما ذكرت ليدرمان في دراستها(٨)، فإن هذا لا يؤثر على وظيفة البظر على الإطلاق.

والحقيقة أنه ليس من الواضح هل يتم وحذ البظر نفسه كما أكدت كل المستجيبات أم أن الوخز يتم للغلفة فقط؟، أنتا نتصور أن الغلفة والبظر يعنيان نفس الشيء بالنسبة للمستجيبات. إن تعبير الغلفة ليس تعبيرا شائعا في اللغة الإنجليزية، ولا يوجد مرادف له في لغتنا. وتفرق كثير من



كان الحافز الذي يحركنا هو تعزيز توازن العلاقات بين الرجال والنساء فإن هذا الأمر له تأثير على وضع النساء في المجتمع وفهمهن لحقوقهن الإنجابية والجنسية بما فيها حقهن في اللذة الجنسية.

هناك احتياج لإجراء دراسات في أجزاء أخرى من ماليزيا، بالذات في المناطق غير الإسلامية. لقد أجرت إحدى باحثاتنا جلسة مناقشة بؤرية صغيرة مع نساء بعضهن من خارج كلينتان، حيث أوضحت نتائجها أنهن يستخدمن وسيلة مختلفة قليلاً لختان بنائهن وأن هذا يحدث لفتاة في سن أربع أو خمس سنوات. كذلك هناك تقارير تقول إن بعض الناس توقفت عن هذه الممارسة، خاصة بين هؤلاء الذين يعيشون بعيداً عن أقاربهم الأكبر سنًا. وقد كانت هذه أحد ملاحظات بحث عمر (٦). إننا ندعم دعوة ناهد طوبايا وإيزيت (٣) في إجراء أبحاث على هؤلاء الذين خطوا في اتجاه التوقف عن ممارسة ختان الإناث حتى ندعم تكوين إستراتيجيات التدخل والتعبئة ضد الممارسة.

شكر

يشكر الباحثون مركز الموارد والأبحاث الآسيوية الباسيفيكي (ARROW) في كوالا لمبور لدعمهم لنا خلال هذه الدراسة.

الراسلات:

Rashidah Shuib, School of Medical Sciences, Universiti Sains Malaysia, 16150 Kubang Kerian, Kelantan, Malaysia.
E-mail: rashidah@kb. Usm.my.

لاستمرار ختان الإناث وهو أن الممارسة تبدو لأهل هذا المجتمع بلا أضرار وأن هناك رضاً ظاهري عنها وغياباً لأي هواجس أو شكوك تظهرها ملاحظاتهم وتجاربهم الشخصية. وفي العينة المدروسة كان ختان الإناث مقبولاً من الفئات العمرية المختلفة ومن مختلف المستويات التعليمية ولم يكن القبول فقط من المجموعات الأكثر محافظة أو الأقل حظاً من التعليم في المجتمع كما لاحظت دراسة غانم (١٤) في أماكن أخرى.

إن أي محاولة في الوقت الحالي للدعوة إلى التوقف عن ممارسة الختان تعتبر غير حكيمة لأن ممارسته تحظى بقبول واسع وسط المسلمين السنين في كلينتان وهم يرون أنها لا تضر بصحة المرأة، كما أن مثل هذه المحاولات ستقابل بمقاومة شديدة. ولا بد أن ندعوا لتشجيع الدراسات الدينية وغيرها كي نفحص هذا الموضوع بعمق أكبر في ماليزيا.

في هذه الورقة وقفنا ضد استخدام تعبير التشويه الجنسي للإناث حيث نعتقد أن هذا التعبير خاطئ في تطبيقه على حالة ماليزيا. ويهمنا أن نوضح أن أي دعوة تستخدم تعبير "التشويه" في طرح الموضوع للنقاش العام أو الديني لن تحظى بأي تعاطف لما يثيره هذا التعبير من معانٍ غير حقيقة. إن طرح التأثير الجنسي لختان الإناث ومعياريته ضد المعتقدات العامة والتجارب الشخصية سيؤخذ بحساسية شديدة.

ومن الهام أن نختبر بعمق أكبر المعتقدات التي تقول إن ختان الإناث يؤثر على رغبات النساء الجنسية ويزيد من شعور الرجال باللذة. ومن منطلق حقوق المرأة، فإن هذا المعتقد يمكن أن يظهر أضراراً نفسية تقع على النساء. وإذا

المراجع

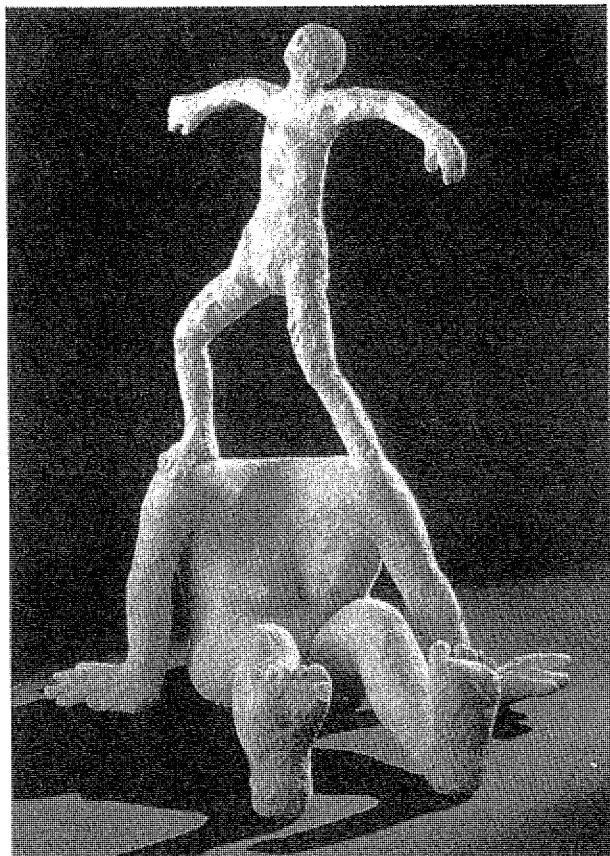
- 1- Female Genital Mutilation. WHO/ FRH/ WHD/ 96.26. WHO. Geneva, 1996.
- 2- Toubia N, 1993. Female Genital Mutilation: A Call for Global Action. Women Ink, New York .
- 3- Female Genital Mutilation: An Overviw. Geneva, WHO. 1998 .
- 4- Dorkenoo E, 1994. Cutting the Rose. Minority Rights Group, London .
- 5- Hosken FP, 1993. The Hosken Report. Genital and Sexual Mutilation of Females. 4th ed. Women's International Network News.
- 6- Omar R, 1994. The Malay Woman in the Body. Penerbit Fajar Bakti Sdn. Bhd, Kuala Lumpur .
- 7- Report of a WHO Technical Working Group, Geneva. 17-19 July 1995. WHO, Geneva, 1996.
- 8- Lederman C, 1983. Wives and Midwives: Childbirth and Nutrition in Rural Malaysia. Uni versity of California Press, Los Angeles.
- 9- Rushwan H, 1995. Female Circumcision. World Health. September: 16-17 .
- 10- Abd el Salam GI, 1994. Female Genital Mutilation in Arab Countries. Cairo.
- 11- Minutes of the meeting of the Working group on female circumcision Practice in Malaysia, 25 February 1994. Asia- Pacific Resource and Research Centre for Women, Kuala Lumpur .
- 12- General Report of the Population Census, Volume . 1 Department of Statistics, 1992,1993,1995, Kuala Lumpur .
- 13- Customary Practice or adat means a Practice which has been established for many generations :representing the formal and conscious beliefs of the Malays, from which we can trace the cultural and social production of ideas and relation in the wider society. Noraini Abdullah, 1984. Gender Ideology and the Public Lives of Malay Women in Peninsular Malaysia, Ph.D. thesis, University of Washington (unpublished).
- 14- Ghanim IAS, 1994. Female Genital Mutilation in Arab Countries. Monograph: 14 El Shahad St. He liopolis, Cairo.
- 15- Sayid S, 1981. Fiq ih Sunnah. Malay translation by Mahyuddin Syaf, PT Al-Ma,arif, Bandung, Indonesia, 57,4th reprint

المرأة وافتقاد الخصوبة في منطقة شبه الصحراء الأفريقية

جوهري على الصحة. ويمكن القول، على سبيل المثال، إن برامج تنظيم الأسرة التي تحول دون حدوث حمل غير مرغوب فيه تؤدي أيضاً إلى تحسين صحة الأم والطفل. كما أن الترويج لاستخدام الواقي الذكري يحول دون حدوث حمل غير مرغوب فيه، فضلاً عن دوره في الحيلولة دون الأمراض المنقولة جنسياً أو الإصابة ببعض فيروسات نقص المناعة البشرية. وجدير بالذكر أن البرامج الناجحة في مواجهة قضايا نوع الجنس، والتي تتوارى خلف ذلك، يمكن أن تحقق العديد من الفوائد لكثير من جوانب الصحة الإنجابية. ولذا فإن تأثير البرامج الشاملة التي تتضمن حزمة واسعة من التدخلات بهدف تحسين الصحة الإنجابية لكل، ليتجاوز حاصل جميع التأثيرات المنفردة للبرامج المحدودة.

يقوم هذا الكتاب بدراسة أحد عناصر الصحة الإنجابية في منطقة شبه الصحراء الأفريقية، وهو عنصر عادة ما يتم تجاهله: فبينما نجد العقم شائعاً في منطقة شبه الصحراء الأفريقية، إلا أنه لم يحصل إلا على قدر ضئيل فقط من الاهتمام في البحوث والبرامج الصحية. ويرجع السبب الرئيسي لذلك إلى افتقاد التدخلات العلاجية الملائمة والممكنة والفعالة. وعلاوة على ذلك كانت البرامج السكانية والصحية في أفريقيا توجه بدأياً نحو الخصوبة العالية ومعدلات النمو السكاني المرتفعة. لماذا أذن نتناول قضية العقم؟

يطرح هذا الكتاب أن العقم يمثل إحدى مشاكل الصحة العامة، بل ويندرج ضمن قضايا حقوق الإنسان ذات التبعات بعيدة المدى سواء بالنسبة للفرد أو الزوجين، أو حتى النظام الصحي وإن كان بدرجة أقل. وعلاوة على ذلك، يتداخل العقم مع كثير من عناصر الصحة الإنجابية الأخرى. إننا نؤكد أنه يمثل جزءاً منطقياً من أي برنامج للصحة



تحتل الصحة الإنجابية الآن موقعاً متقدماً في جداول أعمال البرامج الدولية والوطنية، وتمتد لتشمل العديد من مجالات البرامج الصحية والسكانية، بما في ذلك تنظيم الأسرة، والأمومة الآمنة، والعقم، والسيطرة على الأمراض المنقولة جنسياً وفيروس نقص المناعة البشرية. وتكون الفائدة المتوقعة من دمج هذه القضايا السكانية والصحية تحت مظلة الصحة الإنجابية في العلاقة المتبادلة بين مختلف التدخلات في هذه الميادين وبين مدى ما لها من أثر

ليزبورما،
وزايداً مجاللا

انتشار عدم وجود أطفال وبين افتقاد الخصوبة الأساسية. وعلى سبيل المثال، وجد ٢٧ من المسح الوطني الديموغرافية والصحية في منطقة شبه الصحراء الأفريقية ٢٥ أن متوسط نسبة النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين ٤٩ سنة ولم يلدن مولوداً حياً أبداً بلغت ٤٪، بينما لم يكن لدى ٤٥٪ منهن أطفال أحياء وقد يستخدم علماء الديموغرافيا مصطلح عدم وجود أطفال للإشارة إلى المرأة المصابة بحالة افتقاد الخصوبة الأساسية.

يصعب قياس مدى انتشار افتقاد الخصوبة، إذ يركز القياس على النساء في سن الإنجاب (قبل سن انقطاع الحيض)، وأنه يتطلب تحديداً دقيقاً لفترة احتمال الحمل. ولأغراض إكلينيكية وبائية، قامت مجموعة العمل العلمية التابعة لمنظمة الصحة العالمية بشأن إيديولوجية افتقاد الخصوبة بتعریف افتقاد الخصوبة باعتباره عدم حدوث حمل بعد مرور سنتين من العلاقة الجنسية (منظمة الصحة العالمية، ١٩٧٥). ومع كل، يستخدم أغلب الأطباء الإكلينيكيين فترة ١٢ شهر من الاتصال الجنسي بدون مواعي حمل (Rowe end al, 1993). وهناك تمييز أيضاً بين عدم القدرة على الحمل وعدم القدرة على استمرار الحمل حتى موعد الولادة وولادة طفل حي.

إن أغلب التقديرات الخاصة بانتشار افتقاد الخصوبة تعتمد على بيانات تم جمعها من خلال مسح قطاعي، حيث يتم التعرف من نساء العينة البحثية، اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و٤٩ سنة (نادراً ما تضم العينة البحثية رجالاً)، على تاريخهن الإنجابي ويمكن من خلال هذه المعلومات تطوير الأساليب اللاحقة لتقدير معدل انتشار افتقاد الخصوبة الأساسي والثانوي، وهي معلومات غير مكتملة لأنها مستقاة من نساء مازلن قادرات على الحمل (Larsen and Menken, 1989). وتتحدد فترة احتمال الحمل منذ الزواج أو منذ آخر ولادة بمدة تتراوح ما بين خمس إلى سبع سنوات، وفقاً لقياس المستخدم. وفي حالة عدم توفر معلومات مفصلة حول الولادات، تستخدم عندئذ، كمؤشر لافتقاد الخصوبة الثانوي، نسبة النساء اللاتي لم يحملن فترة ٥ سنوات أو أكثر (Larsen, 1996).

وتشير قراءات بيانات المسح إلى ضرورة وضع استخدام مواعي الحمل في الاعتبار. ففي حين نجد أن بعض النساء اللاتي يستخدمن مواعي الحمل يعاني من افتقاد الخصوبة،

الإنجابية. وتتناول فصول الكتاب بالمناقشة قضية العقم من وجهة نظر مختلف فروع العلم والمعرفة، بما في ذلك الديموغرافي، والطب الإكلينيكي، وعلم الأوبئة والأنثروبولوجيا، والصحة العامة. فكل علم من تلك العلوم يوضح من منظوره الخاص علاقة العقم بالسلوك الجنسي والسلوك بين الأزواج، وبالأمراض المنقولة جنسياً وفيروس نقص المناعة البشرية، وبصحة الأم، وبتنظيم الأسرة.. لقد قمنا بجمع هذه المواد بهدف تقديم المعلومات الضرورية ورفع الوعي حول قضية العقم في إطار برنامج الصحة الإنجابية وغيره من البرامج الصحية للمرأة.

يعاني الكثيرون من العقم. إن إدراك أهميته بالنسبة للنساء والرجال والأسر يمكن أن يؤدي إلى تيسير العلاج، وتخفيف تبعات الإصابة به، فضلاً عن المساعدة على تحقيق أهداف إنجابية أخرى.

مقياس العقم

لقد وضع الأطباء الإكلينيكيين وعلماء الأوبئة والديموغرافيون والأنثروبولوجيون مجموعة من المصطلحات والتعریفات المستخدمة لوصف وقياس الخصوبة الضعيفة لدى النساء والرجال والأزواج. وفيما يلي نقدم المصطلحات المستخدمة في هذا الكتاب:

■ العقم (Sterility): عدم القدرة على الحمل أو الإخصاب. ويعني هذا المصطلح ضمناً العجز الكامل أو الدائم عن الإنجاب.

■ افتقاد الخصوبة (Infertility): عدم القدرة على الإنجاب. ويضم هذا المصطلح عدم القدرة على الحمل أو الإخصاب أو الاستمرار في حمل حتى نهايته. فالمرأة التي تحمل وتتعرض للسقوط بعد الحمل (فقدان الحمل) تعتبر فاقدة للخصوبة، مثلها مثل المرأة غير القادرة على الحمل. وقد جرى التمييز بين نوعين من افتقاد الخصوبة- افتقاد الخصوبة الأساسي (لم يحدث الإنجاب أبداً)، وافتقاد الخصوبة الثانوي (عدم إمكانية الإنجاب بعد ولادة واحدة على الأقل).

■ عدم وجود أطفال (Childlessness): عدم وجود أطفال أحياء. فالمرأة قد تلد طفلان واحداً على الأقل، ولكنه يموت. وفي حالة السكان الذين تنتشر بينهم مستويات مرتفعة من وفيات الأطفال، نجد فارقاً غير بسيط بين

يؤثر تعريف افتقاد الخصوبة تأثيراً كبيراً على تقديرات انتشار الإصابة، ومن ثم يؤثر على تقييمات معدل نجاح العلاج. لقد قام مارشبانكس وأخرون (١٩٨٩) بتحليل خمسة تعريفات مختلفة لافتقاد الخصوبة في الولايات المتحدة الأمريكية. اعتمدت ثلاثة مقاييس على أسلوب الاستبيان، في حين اعتمد المقياسان الآخرين على تاريخ أحداث فترة الحياة (ويضم الحمل، والولادات، والتعرض لعلاقة جنسية، واستخدام موائع الحمل،... الخ). بلغ معدل انتشار افتقاد الخصوبة ١٢,٥٪، اعتماداً على الأزواج (الذين يفيدون بعدم وجود حمل بعد عامين من المحاولة). ويبلغ المعدل ٩,٦٪ بالنسبة لأولئك الذين استشاروا الطبيب (ولم يحدث حمل بعد سنتين من المحاولة)، وبلغ ٦,١٪ اعتماداً على تشخيص الطبيب (مع عدم وجود حمل بعد سنتين من المحاولة). أما المستويات الأعلى من معدلات افتقاد الخصوبة، فقد وجد أنها تستخدم قياسات ترتكز على تاريخ أحداث الحياة (وهو القياس الذي يمكن مقارنته بالأساليب الديموغرافية للتقدير): ٢٠٪ إذا لم يحدث حمل بعد ٢٤ شهر من العلاقة الجنسية بدون استخدام موائع الحمل و ٣٢٪ إذا لم يحدث حمل بعد ١٢ شهر من العلاقة الجنسية بدون استخدام موائع الحمل. وأوضحت الدراسة أيضاً وجود اختلافات ذات دلالة في معدلات الحمل التي تلت، اعتماداً على التعريف المستخدم.

تطرح دراسة مارشبانكس وأخرين أن أفضل قياس لافتقاد الخصوبة يمكن تحقيقه عن طريق توجيهه مزيد من الأسئلة المباشرة حول رغبة الزوجين في الحمل. على سبيل المثال، يمكن، خلال إجراء المسح، توجيه أسئلة مباشرة عما إذا كانت المرأة تحاول الحمل حالياً (سواء للمرة الأولى أو لإنجاب طفل آخر). وقد تضمن المسح العالمي للخصوبة ("World Fertility Survey" WFS) سؤالاً موجهاً للنساء المتزوجات حول قدرتهن وأزواجهن على إنجاب طفل آخر إذا ما كن يرغبن في ذلك. ولكن النتائج لم تعتبر مؤشراً جيداً على العجز الفعلي عن الحمل (Vaessen, 1984).

وتتجدر إضافة سؤال آخر إلى المسح يتعلق بالجهود المبذولة لتحقيق حدوث الحمل، وذلك من أجل الحصول على تقديرات حول افتقاد الخصوبة من خلال هذه المسح. وفي راكاي بأوغندا، ظهر أن نتائج الإجابة على هذا السؤال مفيدة جداً (اتصال شخصي مع رون جrai).

فمن الأرجح أن النساء اللاتي يستخدمن موائع الحمل، في المجمل، أكثر خصوبة من النساء اللاتي لا يستخدمن هذه الوسائل. على أية حال، فمع تزايد استخدام موائع الحمل، ستزداد صعوبة تقدير افتقاد الخصوبة من بيانات المسح. وما تزال هذه المشكلة مستعصية في أغلب بلدان منطقة شبه الصحراء الأفريقية، كما يبدو واضحاً من الأدلة المقدمة من جانب أولاً لارسون وهانز راجرز في الفصل المعنون "مستويات واتجاهات افتقاد الخصوبة في منطقة شبه الصحراء الإفريقية".

تؤدي كافة هذه العوامل إلى زيادة صعوبة تقدير حجم مشكلة افتقاد الخصوبة في منطقة شبه الصحراء الأفريقية. وباستخدام تقديرات لارسون وراجرز حول افتقاد الخصوبة الأساسي، يمكننا القول بأن ما يقرب من ثلث إلى أربع مليون امرأة في منطقة شبه الصحراء الأفريقية يعانين حالياً من هذه المشكلة. ونظراً لأن عدم وجود الأطفال، على أساس إرادي، يمثل حالات نادرة في أغلب منطقة شبه الصحراء الأفريقية، فإنه من الأرجح أن عدداً مماثلاً من النساء (أو الأزواج) ينظرن لهذه المسألة باعتبارها مشكلة صحية واجتماعية. كما أن هناك عدداً أكبر من النساء اللاتي يعانين من افتقاد الخصوبة الثانوية، ربما أكثر من ١٣ مليون. أما عدد النساء (أو الأزواج) اللاتي يدركن أنها مشكلة صحية واجتماعية فيقل عن ١٣ مليون، ذلك أن بعض هؤلاء النساء قد أنجزن بالفعل (كل أو جزء من) مرادهن من الخصوبة.

وتوضح بيانات عيادات علاج افتقاد الخصوبة أن ما يقرب من ٤٠٪ من حالات افتقاد الخصوبة تمثل حالات افتقاد أساسي للخصوبة و ٦٠٪ تمثل حالات افتقاد ثانوي للخصوبة

Favot et al, 1997; Cates et al, 1985; Ciwa

Osaqieet al, 1984; Moutsinga, 1973

وتتوافق هذه المعدلات مع حالات ما يقرب من خمس إلى ست مليون امرأة من النساء اللاتي يعتبرن مشكلة عدم القدرة على الإنجاب مشكلة جدية بما يكفي لتبرير زيارة عيادة علاج افتقاد الخصوبة. وارتکازا على هذه الحسابات، فإننا نقدر أن ما يقرب من ثمانين إلى عشرة مليون امرأة في منطقة شبه الصحراء الأفريقية يعانين حالياً من افتقاد الخصوبة.

من يدفع الثمن: الرجل أم المرأة؟

المكانة الاجتماعية للمرأة التي تعاني من فقدان الخصوبة، فيبدو واضحاً أيضاً من خلال مناقشات مجموعات الرجال والنساء في تزانيا التي أجرتها مجالاً وبويرما، فضلاً عن المقابلات التي أجرتها روث مع النساء في أحد المجتمعات الريفية في غرب تزانيا، والمقابلات التي أجرتها جوهان صندباي وإيلين جاكوبس مع النساء والرجال فاقدون الخصوبة في جامبيا وزيمبابوي، وذلك في الفصل المعنون "الصحة والرعاية التقليدية في مجال فقدان الخصوبة: خبرات من جامبيا وزيمبابوي".

العلاقة مع عناصر الصحة الإنجابية الأخرى السلوك الجنسي والزواج

وصفت الدراسات الأنثروبولوجية التغيرات في الزواج والسلوك الجنسي بين الزوجين الذين يعانون من مشكلة العقم، حيث يميل الرجل والمرأة إلى عمل علاقات خارج الزواج في حالة عدم وجود أطفال. تطرح الدراسات في سيراليون (Harrell-Bond, 1975) وأوغندا Southwold, 1973 أن أزواج النساء العاقرات عادةً ما يكون لديهم شركاء خارج الزواج، على الرغم من أنه لا يbedo واضح على الفور إلى أي مدى يعزى سلوكهم الجنسي للعقم في حد ذاته. وكما أشرنا أعلاه، يصف العديد من المؤلفين في هذا الكتاب الترتيبات السرية التي يتم اتخاذها لضمان حمل المرأة إذا ما كان هناك شك في أن الرجل فاقد للخصوبة. ويمكن القول بأن فقدان الخصوبة يعد، في أغلب المجتمعات، من الأسباب الهامة للطلاق (راجع أيضاً Nabaitu et al., 1994; Solivetti, 1994; Reyna, 1975، بينما، في مجتمعات أخرى، يستطيع الرجل الزواج من أخرى David Poos, 1981; and Voas, 1972).

هذا وتندد الدراسات الوبائية والسكانية التي تقدم مزيداً من الأدلة للدراسات الأنثروبولوجية. ففي المسوح المرتكزة على السكان، كان فقدان الخصوبة مقترباً بدرجة أكبر من عدم الاستقرار في الزواج في الكاميرون ونيجيريا، وبتعدد الزوجات في الكاميرون (Larsen, 1995). أما في المناطق الريفية في تزانيا، فقد كان لدى النساء الفاقدات للخصوبة عدد من الشركاء الجنسيين والزيجات يزيد على لدى النساء غير الفاقدات للخصوبة. كما كان انتشار فيروس نقص المناعة البشرية بين النساء الفاقدات

قد ترجع أسباب فقدان الخصوبة إلى المرأة أو الرجل أو كلاهما. ومع كل، فإن المرأة تعتبر مقياس العقم لدى الزوجين، سواءً كان ناتجاً من عوامل أنوثوية أو ذكرية. ونجد في منطقة شبه الصحراء الأفريقية أن عقم الرجال يمثل عاملًا دالة، رغم محدودية البيانات، كما أوضح فيليب ما يود في الفصل الخاص به بعنوان "العقم في أفريقيا": دور عدوى الجهاز التناسلي. ومع ذلك، تشير الدراسات الأنثروبولوجية والديمغرافية إلى أن غالبية حالات فقدان الخصوبة تقتربن بعوامل أنوثوية. إن النساء اللاتي لا ينجبن عادةً ما يتعرضن للطلاق ويترعرع زواجهن، ومن ثم يتعرضن، في مرحلة معينة من العمر، لعلاقات جنسية مع شركاء غير فاقدين للخصوبة. ويضم الكتاب ثلاثة فصول تناقش هذه القضية: فصل بقلم مارجولين جيجسلز، وزياداً مجالاً، وليليان وامبورا، وعنوانه: "لا يوجد طفل للإرسال": ظروف فقدان الخصوبة وتبعته الأسرية في شمال غرب تزانيا؛ وفصل بقلم زيادا مجالاً وتييز بويرما، وعنوانه: "خطاب افتقاد الخصوبة في تزانيا"؛ وفصل بقلم تييز بويرما ومارك أوراسا، وعنوان: "العلاقة بين عقم النساء، وفيروس نقص المناعة البشرية والسلوك الجنسي في المناطق الريفية في تزانيا".

تصف الدراسات الأنثروبولوجية أيضاً الآليات المستخدمة للالتفاف حول فقدان خصوبة الرجال بدون تحطيم الزواج، وذلك بالإشارة إلى أن المرأة تحاول الحفاظ من رجل آخر دون معرفة زوجها. وقد نوقشت هذه القضية في نفس الفصول سابق الإشارة إليها، بقلم جيزلز وأخرين ومجالاً وبويرما، وأيضاً في فصل دينيس روث بعنوان " Mansonjo، الحيض ونوعية البویضات: تصورات المرأة حول احتمالات الخصوبة في المجتمع الريفي في تزانيا".

وتضم الأوراق المتعلقة بتزانيا دلائل عديدة على أن النساء الفاقدات للخصوبة يدفعن ثمناً باهظاً لعدم قدرتهن على تلبية الآمال الإنجابية لأزواجهن، وأسرهن، وعشيرتهن وللمجتمع بشكل عام. وعلى سبيل المثال، تقوم الدراسة الأنثروبولوجية التي أعدتها جيزلز وأخرين بتوظيف السير الحياتية لتوثيق المعاملة التعيسة التي تلقاها النساء "العاقدات" في شمال غرب تزانيا. وتضم هذه المعاملة الحط من القدر علانية، والضرب، والطلاق. أما انخفاض

التي ترد في فصل وايت وأخرين، يوضح أن ارتفاع معدلات انتشار الأمراض المنقولة جنسياً، وخاصة السيلان، يمثل السبب الرئيسي للارتفاع الشديد في مستويات افتقاد الخصوبة الأساسي منذ عشرات السنين. وتطرح عمليات المحاكاة الصغيرة والأدلة الواردة في الدراسات المعمقة أن الانخفاض الكبير في معدلات افتقاد الخصوبة الأساسي كان راجعاً، بدرجة كبيرة، إلى اكتشاف المضادات الحيوية.

ومن المتوقع أن تؤدي الجهود الحالية من أجل تحسين ممارسات قسم حالات الأمراض المنقولة جنسياً في مؤسسات الصحة إلى تقليل خطر فقدان الخصوبة الذي ينجم عن الأمراض المنقولة جنسياً بين هؤلاء الذين يستفيدون من المؤسسات الصحية، كما أوضحت ما يود. ومع كل، هناك نسبة هامة من المرضى لا تستفيد من التسهيلات الصحية الحديثة، ولكنهم يمارسون بالفعل نوعاً من العلاج الذاتي، ويبتاعون الأدوية من محلات أو الصيدليات ويستخدمون العلاجات التقليدية (راجع الفصل الذي أعدته روث). من بين المعالجين التقليديين، هناك العديد من المتخصصين في تقديم الرعاية لحالات الإصابة بالأمراض المنقولة جنسياً، كما يbedo ذلك واضحاً في المناطق الريفية بتنزانيا (راجع الفصل المعنون "العلاجات التقليدية، الأمراض المنقولة جنسياً، وافتقاد الخصوبة في شمال غرب تنزانيا"، من إعداد: روبرت بوول ونداتولا رويرت واشيجا). وقد يتتوفر لدى المعالجين بعض المعرفة أيضاً في مجال الطب الإحيائي، وظهر أنهم حريصون على التعاون مع قطاع الصحة الحديثة.

صحة الأم

تنتشر معدلات افتقاد الخصوبة الثانوي، وفقاً للتقديرات الواردة في فصل لارسون وروجرز. ويرجع ذلك جزئياً إلى زيادة افتقاد الخصوبة بيولوجياً نتيجة لكبر سن المرأة. ومع ذلك، يزيد عدد النساء المصابات بافتقاد الخصوبة الثانوي عما كان متوقعاً على أساس مستويات "افتقاد الخصوبة الطبيعي" الذي تمت ملاحظته لدى سكان أوروبا والولايات المتحدة الأمريكية التاريخيين - Bon- gaarts, 1982. ويبعد أن السبب الأساسي يكمن في عدوى ما بعد الولادة، وبدرجة أقل عدوى ما بعد السقط أو الإجهاض. إن عدوى الجهاز التناسلي، وأغلبها من الأمراض المنقولة جنسياً، يمكن أن تقود بسهولة إلى التهابات الحوض أثناء فترة النفاس، وفقاً لما تطرحه مايود، ولكن الدراسات

للخصوصية يعادل ثلاثة أضعاف النسبة بين النساء المنجبات (راجع: بويرما وأوراسا في هذا الكتاب، راجع أيضاً: Favot et al, 1997)

إن العلاقة بين فيروس نقص المناعة البشرية وفقدان الخصوبة ترجع بدرجة كبيرة إلى الأثر المقلص للخصوصية الناتج عن فيروس نقص المناعة البشرية، ولكن قد ينبع أيضاً، جزئياً، عن السلوكيات المترتبة بفقدان الخصوبة.

لقد شاع افتقاد الخصوبة الأساسي في أعوام الخمسينات وما قبلها. وبهذا الصدد، يضم الكتاب فصلاً بقلم ريتشارد وايت، وباسيا زابا، وتييز بورما وجون بلاكر بعنوان "فهم الانخفاض الشديد لافتقاد الخصوبة الأساسي في منطقة شبه الصحراء الأفريقية"، وهو الفصل الذي يوضح أن زيادة انتشار افتقاد الخصوبة الأساسي يقتربن ببداية شديدة التكبير للعلاقة الجنسية، عادة قبل بداية الطمث. إن كبر السن عند أول ممارسة جنسية أو معاشرة بين الشركين يمكن أن تكون قد أسهمت في الانخفاض المؤكد في حالات افتقاد الخصوبة الأساسي، والذي يمكن ملاحظته منذ منتصف القرن العشرين تقريباً. أما الفصل الذي أعدته أوللا لارسون، فيوضح وجود انخفاض كبير في معدلات افتقاد الخصوبة، سواء الأساسي أو الثاني، في قلب حزام فقدان الخصوبة في جمهورية أفريقيا الوسطى، على الرغم من أن المعدلات ما تزال أعلى كثيراً عن نظيراتها في أغلب الأجزاء الأخرى من أفريقيا.

الأمراض المنقولة جنسياً فيروس نقص المناعة البشرية

تتشير عدوى الجهاز التناسلي، بما فيها الأمراض المنقولة جنسياً، في أجزاء كثيرة من منطقة شبه الصحراء الأفريقية. ولقد أوضحت الدراسات البيئية بداية (على سبيل المثال Romaniuks, 1968, Arya et al, 1980) الدور البارز للأمراض المنقولة جنسياً ضمن أسباب افتقاد الخصوبة لدى الإناث، وهو الموضوع المطروح للمناقشة في الفصل الذي أعدته مايود. إن عدوى السيلان أو الكلاميديا يمكن أن تقود إلى مرض التهابات الحوض، وهو ما يمكن أن يقود بدوره إلى تليف في أنابيب الجهاز الإنجابي لدى الإناث وما يتربى على ذلك من فقدان الخصوبة. إن استعراض بيانات النصف الأول من القرن العشرين،

تمثل تكلفة على المرأة، أو الأزواج، أو الأسرة، وأيضا على النظام الصحي. وكثيراً ما يتم إجراء تدخلات غير مناسبة، مثل التوسيع وكحت الرحم.

ينبغي أن تصبح مواجهة فقدان الخصوبة جزءاً أساسياً من برامج الصحة الإنجابية. وهو ما يتضمن: الوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً وتقديم العلاج المناسب في الوقت المناسب عند الإصابة بهذه الأمراض. ويمكن علاج فقدان الخصوبة، رغم قلة الموارد، ولكن العاملين الصحيين يحتاجون إلى التسلح بمزيد من الإمكانيات الالزمة لمواجهة المشكلة، حتى وإن كان ذلك من أجل تجنب التدخلات غير الملائمة وتحسين مهاراتهم في مجال تقديم المشورة. أما على المستوى المجتمعي، فهناك حاجة إلى تناول البعد الاجتماعي وتعزيز المناقشة حول فقدان الخصوبة باعتبارها أحد مشكلات الصحة الإنجابية. وفي بعض الظروف، يمكن أن يؤدي تأسيس المنظمات المحلية للنساء المصابات بفقدان الخصوبة إلى مساعدة النساء أنفسهن، مثل منظمة "كانينج" في جامبيا (فصل صنديباي وجاكوبس).

يعد فقدان الخصوبة مشكلة جوهرية من مشاكل الصحة العامة في منطقة شبه الصحراء الأفريقية، مع ما يقدر بحوالي ٨ إلى ١٠ مليون امرأة (أي زيجات) مصابات بها. إن وصمة العار الاجتماعية ذات الدلالة المرتبطة بفقدان الخصوبة تؤثر بقوة على حياة كل من المرأة وشريكها. ومع كل، هناك الكثير الذي يمكن عمله. يمكننا المساعدة على منع عدو الجهاز التناسلي، وخاصة الأمراض المنقولة جنسياً، وذلك عن طريق الإرشاد في مجال الصحة الجنسية والترويج للواقي الذكري. يمكننا المساعدة على تقليل تبعات هذه العدو والحد من انتشارها، وذلك من خلال علاج فعال يسهل الحصول عليه وتعاطيه في الوقت المناسب. يمكننا أن نخفف آلام أولئك الذين لا يمكن معالجتهم، وذلك عن طريق تحسين المشورة وتناول قضية فقدان الخصوبة في المجتمع على نطاق واسع. إن إهمالنا لمشكلة فقدان الخصوبة لدى الإناث، يعني أننا فشلنا في مواجهة الإمكانيات الكاملة في مجال الصحة الإنجابية للمرأة.

ملحوظة:

هذا النص مقتبس من مسودة مقدمة هذا الكتاب، الذي تمت إعادة طباعته بإذن كريم من (Royal Tropical Institute, KIT Press, 1999)

في هذا الموضوع نادرة.. إن قسم العمليات القيصرية يمكن أن يقود أيضاً إلى عدو ما بعد الولادة، ومن ثم فقدان الخصوبة، كما هو موضح في دراسة خافيفي دو ميلدر، وبير بويكنز، وبرونو دوجاردن وزملاء آخرين في الفصل المعنون "قسم العمليات القيصرية وفقدان الخصوبة: دراسة حالة ضابطة من زيمبابوي".

تنظيم الأسرة

منذ فترة مبكرة تصل إلى أعوام الخمسينيات، حاولت آن ريتل لورنتين إثارة الانتباه إلى العلاقة القائمة بين مشكلة افتقاد الخصوبة ومدى تقبل برامج تنظيم الأسرة ونجاحها. لقد رأت آن إن الاهتمام بمشكلة افتقاد الخصوبة يمكن أن يعزز قبول برامج تنظيم الأسرة بين السكان الأفارقة، وخاصة أولئك الذين يعانون من مستويات عالية من افتقاد الخصوبة. وفي الوقت الحاضر، ورغم نجاح برامج تنظيم الأسرة، ما تزال الفتيات المراهقات يشعرن بالقلق إزاء فقدان الخصوبة: التبعات المدمرة الخاصة بعدم القدرة على الإنجاب. وفي مقابلات مع بعض النساء (الفصل الذي أعددته روث)، وفي مناقشات المجموعات البؤرية في تنزانيا، حيث ما يزال استخدام موائع الحمل الحديثة منخفضاً، أصبحت هذه الاهتمامات واضحة بجلاء (الفصل بقلم مجاللا وبويرما).

التدخلات

وفقاً لبحث صنديباي وجاكوبس، أفادت نسبة عالية من النساء الفاقدات للخصوبة أنهن يستخدمن من الخدمات الصحية. على سبيل المثال، أفادت النساء اللاتي يرتدن عيادة علاج فقدان الخصوبة بمستشفى تنزانيا بأنهن زرن في المتوسط ٢,٧ نوعاً مختلفاً من المؤسسات الصحية الحديثة، و٥٩% من المعالجين التقليديين، وذلك للحصول على علاج لفقدان الخصوبة Favot et al, 1997. وفي إحدى المجتمعات الريفية في تنزانيا، أفاد أكثر من نصف المعالجين التقليديين بأنهم متخصصون في التعامل مع مشكلات فقدان الخصوبة (فصل بوول وواشيجا). وكما يفيد صنديباي وجاكوبس في دراستهما عن زيمبابوي وجامبيا، فإن النساء اللاتي يعاني من مشكلات فقدان الخصوبة عادةً ما يجئن بشكاوى أخرى عديدة ويغادرن دون أن يتمكن الباحث الصحي من تشخيص سبب الزيارة. فالزيارات المتكررة للمؤسسات الصحية الحديثة والتقاليدية

المراجع

- Moutsinga H, 1973. La sterilite feminine au Gabon en consultation gynecologique journaliere. *Medecin d, Afrique Noire* 209 - 103
- Nabaitu J, Bachengana C, selley J, 1994. Marital instability in a rural population in South west Uganda: implications for the spread of HIV 1 infection. *Africa* 64: 243-51.
- Pool JE, 1972. A cross- comparative study of aspects of conjugal behaviour among women of 3 west African countries. *Canadian Journal of African Studies* 6:233-59.
- Reyana SP, 1975. Age differential, marital instability, and venereal disease: factors affecting fertility among the Northwest Barma. In: Nag M (ed), *Population and social Organization*. Mouton, the Hague.
- Romaniuk A, 1968 Infertility in tropical Africa. In: JC Caldwell and C Okonjo (eds), *the Population of Tropical Africa*. Longmans, London .
- Rowe PJ, Comhaire FH, Hargreave TB et al, 1993. WHO Manuel for the Standardized Investigation and Diagnosis of the Infertile Couple. Cambridge University Press, Cambridge.
- Solvetti LM, 1994. Family, marriage and divorce in a Hausa community: a sociological model. *Africa* 64:252- 71 .
- Southwold M, 1973. The Baganda of Central Africa. In: A Molns (ed), *Cultural Source Material for Population Planning in East Africa*. Volume III, Beliefs and Practices. East African Publishing House, Nairobi, Kenya.
- Vaessen M, 1984. Childlessness and Infecundity. WFS Scientific Studies No. 31, International Statistical Institute, Voobury, Netherlands.
- The Epidemiology of Infertility. Report of a Scientific Working Group, WHO Technical Report Series No. 582, Geneva, 1975.
- Arya Op, Taber SR, Nsanze H, 1980. Gonorrhea and Female infertility in rural Uganda. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 138: 929_32
- Bongaarts J, Potter RG, 1983. *Fertility, Biology and Behaviour: An Analysis Of the Proximate Determinants*. Academic Press, New York.
- Cates W, Farley TMM, Rowe PJ, 1985. Worldwide Patterns of infertility: is Africa different? *Lancet* ii: 596_99 .
- Davi d N, Voas D, 1981. Societal causes of infertility and Population decline among the settled Fulani of North Cameroon. *MAN*. 16: 644_64 .
- Favot I, Ngalula j, Mgallaz et al, 1997. HLV infection and sexual behaviour among women with infertility in Tanzania: a hospital- based study. *international Journal of Epidemiology*. 26: 414- 19.
- Giwa- Osagie OF, Ogunyemi D, Emuveyan EE et al, 1984. Etiologic classification of infertility in 250 couples. *international Journal of Infertility*. 29: 104-08 .
- Harrell- Bond BE, 1975 Modern Marriage in Sierra Leone: A Study of the Professional Group. Mouton and Co. The Hague .
- Hughes EC (ed), 1972. *Obstetrics/ Gynecology Terminology*. FA Davis Co, Philadelphia .
- Larsen U, 1995. Differentials in infertility in Cameroon and Nigeria. *Population Studies*. 48: 459-74
- Larsen U, 1996. Childlessness, subfertility and infertility in Tanzania. *Studies in Family Planning*. 27: 18-28 .
- Larsen u, Menken J, 1989. Measuring Sterility from incomplete birth histories. *Demography*. 26:185- 201 .
- Marchbank s PA, Peterson HB et al, 1989. Research on infertility: definition makes a difference. *American Journal of Epidemiology*. 130: 259 67.

Royal Tropical Institute
KIT Press
P.o. Box 95001
1090 HA Amsterdam, Netherlands
Fax: 31-20-568286
e.mail: Kitpress @ Kit.nl
Website :<http://www.kit.nl>
Price: Dfl. 49
ISBN 9068321161

عمليات الإجهاض الفاشلة التي تتم بواسطة عقار ميسوبروستول - سايتوتيك وتشوهات الأجنة في البرازيل

الوجه الآخر لعمليات الولادة القيصرية

في مدينة "ريبيراو بريتو" ، بالبرازيل ، أخذ معدل وفيات الأطفال في الانخفاض ، وذلك مع تحسن الأحوال الاقتصادية والاجتماعية . لكن بالرغم من ذلك فإن نسبة المواليد ناقصي الوزن عند الولادة قد ازدادت من ٧,٢ % في الفترة ما بين ١٩٧٨ - ١٩٧٩ إلى ١٠,٦ % في عام ١٩٩٤ .

بحثت هذه الدراسة أسباب تلك المشكلة . وتم الحصول على المعلومات الالزمة لها من المسح السكاني على ٦٧٥٠ من الأطفال المولودين خلال الفترة ١٩٧٨-١٩٧٩ ، ومن عينة من الأطفال يبلغ عددها ٢٩٩٠ ممن ولدوا خلال عام ١٩٩٤ . في الحالة الأولى (١٩٧٨-١٩٧٩) ارتبط نقص الوزن عند الولادة بالأطفال الإناث ، وتقدم سن الأمهات، والولادة المبكرة، وضعف التردد على عيادات رعاية الحوامل، وممارسة الأمهات للتدخين ، وتدني مستوى تعليمهن، والاشتغال في أعمال يدوية، بالإضافة لبطالة الأمهات.

أما في الحالة الثانية، (١٩٩٤)، فقد كانت العوامل البارزة المرتبطة بنقصان الوزن عند الولادة هي الولادة المبكرة، والتدخين لدى الأمهات و الولادة القيصرية. وقد لوحظ أن متوسط الوزن عند الولادة للأطفال من أمهات يعملن بوظائف تنفيذية أو أكاديمية، يقل عنه لدى الأطفال من أمهات ينتمين إلى قطاع العمال غير المهرة في الفترة ١٩٧٨-١٩٧٩ .

هذا وقد حدث الارتفاع في معدلات نقص الوزن عند الولادة فقط في حالة الأطفال الذين يرجع ولادتهم عن طريق عمليات الولادة القيصرية الاختيارية . وقد ارتفع معدل الولادات القيصرية من ٣٠ % في الفترة ١٩٧٨ - ١٩٧٩

تصف هذه الدراسة ، والتي تم إجراؤها حول فشل عمليات الإجهاض في ساو باولو بالبرازيل ، تشوهات الأجنة التي تحدث نتيجة تعرض الأجنة إلى عقار (ميسوبروستول - سايتوتيك) ، وهو من فصيلة (البروستاجلاندين) ، وذلك عندما يفشل استخدامه في إحداث الإجهاض .

درس الباحثون ٤٢ جنينا ولدوا بتشوهات خلقية ممن تعرضوا لعقار ميسوبروستول خلال الأشهر الثلاثة الأولى من فترة الحمل . وكانت الجرعة الأكثر شيوعا من العقار هي ٨٠٠ مايكروجرام ، بمعدل يتراوح بين ١٦٠٠-٢٠٠ مايكروجرام . وقد لاحظ الباحثون أن أكثر التأثيرات شيوعا هي تشوهات القدمين والساقين واليدين وأصابعها وإصابات الأعصاب الدماغية (Cranial Nerves) ، بالإضافة إلى تضخم الدماغ المائي Hydrocephalus. ويري الباحثون أن انقباضات الرحم الناتجة عن تأثير عقار ميسوبروستول قد تسبب قصورا دمويا للجنين يمكن أن يؤدي إلى حدوث هذه التشوهات .

إن الأمر يحتاج إلى مزيد من الدراسة ، ولكن من المهم حاليا نشر المعلومات على أوسع نطاق في البرازيل والبلدان الأخرى التي ينتشر فيها استخدام عقار ميسوبروستول، حول مخاطر إصابة الجنين عند القيام بمحاولات للإجهاض باستخدام هذا العقار وفشل تلك المحاولات واستمرار الحمل حتى نهايته .^(١)

Dias MJ, Hajaj Gonzalez C, Marques- Chong Ae Kin et al, 1998 Lancet, 351 (30 May): 1624-27

علاجها عن طريق التحاميل المهبالية نتائج غير مرضية بمعدلات شفاء منخفضة تقدر بحوالي ٥٠٪ . بيد أنه ليس هناك بيانات كافية حول استراتيجيات علاج الشريك ومعدلات الشفاء طويلة المدى بعد العلاج الأولى .

وهناك حاجة للمزيد من البحث لاختبار الاستراتيجيات المختلفة لعلاج الشريك لمنع تكرار الإصابة ولبحث كيفية تقليل انتشار المرض^(١) .

chomo- Gumezoglu AM, Garner P, 1988. Tri - ١
niasis treatment in women: a systematic Review.
Tropical Medicine and International Health. 3 (7):
553- 58.

تعريف جديد للاغتصاب في القانون الدولي :
في سبتمبر ١٩٩٨، قدمت المحكمة الجنائية الدولية لرواندا ، المنعقدة تحت رعاية الأمم المتحدة في "أروشا" ، بتزانيا ، حكماً دامغاً كان الأول من نوعه في وضع جريمة الاغتصاب ضمن جرائم إبادة البشرية . كان ذلك عقب حملة نسوية عالمية لمعاملة الاغتصاب في حالات الحرب كجريمة من جرائم إبادة الجنس البشري، حيث تتعرض النساء لعمليات اغتصاب بسبب انتمائهن لمجموعات عرقية بعينها .

ومن ثم فقد أصبح التعريف المتعارف عليه كأول تعريف للاغتصاب في القانون الدولي هو ما يلي: "الاغتصاب هو اقتحام مادي ذو طبيعة جنسية لشخص تحت ظروف قهرية " . وهو التعريف الأول من نوعه الذي لا يحدد نفسه بتخصيص النوع أو الأعضاء الجسدية . والأكثر من ذلك أن المحكمة قد أسمست سابقة قانونية بحكمها أن "الظروف القهقرية" لا تستدعي بالضرورة استعمال العنف ، حيث تضمن التعريف التهديد والتخويف أيضاً^(١) .

- ١

Landmark first Women's definition of rape in international Law. Press Release, Sisterhood is Global Institute, October 1988

إلى أكثر من النصف في عام ١٩٩٤ .
ويخلص الباحثون إلى أن ارتفاع معدلات نقص الوزن عند الولادة يرتبط على الأرجح بعمليات الولادة القيصرية الاختيارية، ومن ثم فإنهم ينادون بخفض عاجل لمعدلات الولادة القيصرية في البرازيل .

- ١

Silva AAM, Barbieri MA, Gomes U A et al, 1998
Bulletin of World Health Organization. 76 (1):73- 84

أفضل علاج لإصابات "الترايكوموناس" :

إن الإصابات المهبالية بطفيل "ترايكوموناس فاجيناليس" هي من أكثر الأمراض المنقولة جنسياً شيوعاً في العالم، فهي تصيب حوالي ١٢٠ مليون امرأة كل عام . ويستخدم لعلاجها العديد من العقاقير الموضعية أو التي تؤخذ عن طريق الفم . وعند ارتداد المرض يرجح أن يكون ذلك بسبب تكرار الإصابة من الشريك أو بسبب عدم إكمال دورة العلاج .

تعتبر هذه الورقة مراجعة منهجية لـ ٤٥ تجربة تم إجراؤها على عينات عشوائية أو شبه عشوائية لنساء غير حوامل مصابات بالترايكوموناس ، حيث تمت مقارنة أساليب مختلفة لعلاج الإصابات . وقد كانت أغلب التجارب على عينات صغيرة من النساء، عدا تجربتين فقط تم إجراؤهما على أكثر من مائة سيدة في كل مجموعة .
وهناك ١١ تجربة فقط تمت فيها متابعة النساء لفترة أطول من شهر واحد . وقد قارنت ١٤ دراسة بين أساليب العلاج المختلفة، وقارنت البقية بين عقاقير مختلفة أو جرعات مختلفة .

كان علاج الشريك ذا تأثير فعال في خفض معدلات تكرار الإصابة طويلة الأجل في الدراسة الوحيدة التي اختبرت تلك القضية . وقد كانت جرعة واحدة بالفم من أي من عقارات النيترو - إيميدازول (مثل أورنيديازول أو تيني دازول أو نيمورازول أو كارنيديازول) ذات تأثير فعال في علاج ٩٠٪ من حالات الإصابة بالترايكوموناس التي تمت متابعتها على المدى القصير . وأوضحت الحالات التي تم

تدهور صحة النساء في أفغانستان :

أدت سياسةطالبان في التمييز ضد النساء في أفغانستان وضرب العزلة عليهم إلى تدهور مريع في مستويات الصحة البدنية والنفسية لدى النساء والأطفال على السواء. لقد أجرت مجموعة "أطباء حقوق الإنسان" مقابلات مع مائتي سيدة يعيشن في "كابول" وفي معسكرات اللاجئين في باكستان . وقد أوضحت تلك المقابلات أن النساء محرومـات من حقـهن في العمل وحقـهن في التجـول في الشـوارع إذا لم يكن بـمرافقـة (محـرم) من الرجال أو بدون ارتدـاء لباسـ معـين لـتفـطـيـة جـمـيع الجـسـم ، وهو دائمـا عـالـى التـكـلـفـة . وهـنـ أيضا محـرومـات من الحصول على الرـعاـيـة الطـبـيـة بـسبـب الصـعـوبـات الـاقـتصـاديـة وـحـركـتهـنـ المـحـدـودـة ، بـالـإـضـافـة إـلـى دـعـم وجود طـبـيـبات من النساء . وـتـرـفـضـ المـسـتـشـفـيـاتـ تـقـديـم الرـعاـيـة للـنسـاء . وأـثـبـتـ الـدـرـاسـةـ تقـشـيـ أمـراـضـ الـاـكتـئـابـ وـالـتوـرـ العـصـبـيـ الذـيـ يـليـ الإـصـابـاتـ وـالـتـفـكـيرـ فـيـ الـانـتحـارـ فـيـ أـوسـاطـ النـسـاءـ . (١)

وـقدـ قـامـ "ـالـتـحـالـفـ النـسـويـ لـلـسـلـمـ وـحـقـوقـ إـلـهـانـ"ـ فـيـ أـفـغـانـسـتـانـ ،ـ بـتـوـثـيقـ عـمـلـيـاتـ لـلـتـطـهـيرـ العـرـقـيـ تـتمـ ضـدـ مـجـمـوعـاتـ عـرـقـيـةـ مـتـعـدـدـةـ وـإـعدـامـاتـ جـمـاعـيـةـ وـاعـتـقـالـ لـلـنـسـاءـ وـالـأـطـفـالـ فـيـ الـمـعـسـكـراتـ ،ـ وـانتـهـاجـ سـيـاسـاتـ أـدـتـ إـلـىـ تقـشـيـ الجـوعـ وـالـمـرـضـ وـسـطـ النـسـاءـ وـالـأـطـفـالـ الـأـفـغـانـ،ـ وـانتـشـارـ الزـوـاجـ القـسـريـ مـنـ الـفـتـيـاتـ الصـفـارـ وـالـمـزـيدـ مـنـ الـمـارـسـاتـ الـأـخـرـىـ الشـبـيـهـةـ . (٢)

- ١ -

palmerc, 1998 the Taliban's war on Women.
Lancet. 352(29 August): 734. Shorish-shamley Z,
1998. Urgent action alertreports of ethnic Killing by
Afghanistan. Women's Alliance for the Taliban in
Peace and Human Rights in Afghanistan, Washington
DC

الحاجة لتعاريف أفضل للعنف المنزلي

قدمت هذه الورقة مراجعة لدراسات حول انتشار العنف المنزلي في استراليا ، وقارنت النتائج بدراسات

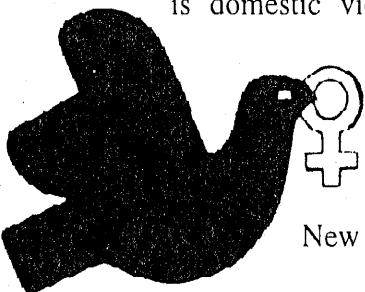
مختارة من بلدان ما وراء البحار . أظهرت البيانات التي حصلت عليها الدراسة من تقارير البوليس حول جميع الأشكال الخطيرة للعنف في استراليا ، أظهرت أرقاماً متفاوتة لعنف الشريك في الولايات المختلفة ، تراوحت ما بين ٦,٨ بالمائة (في غرب استراليا) إلى ١٧,٦ بالمائة (في جنوب استراليا) . ولتكوين فكرة عن معدلات انتشار الظاهرة ، تم فحص مسوح الجرائم التي تؤدي إلى وجود ضحايا والمسوح التي أجريت كجزء من الدراسات الإكلينيكية والمجتمعية . وعندما تم تضمين الحوادث التي يحدث فيها أذى بدني في تعريف العنف، انحدرت النسبة المرصودة إلى واحد بالمائة . وقد أسفرت سبع من الدراسات الإكلينيكية والمجتمعية عن أن معدلات انتشار العنف المنزلي في استراليا خلال فترة ١٢ شهراً تتراوح ما بين ٢,١ إلى ٢٨ بالمائة . ويري الباحثون أن هذا الاختلاف في معدلات الانتشار قد يكون سببه استخدام تعاريف مختلفة لعنف الشريك . فالباحثون الذين يتبنون منظور العنف الأسري يضمـنـونـ أيـ حـادـثـ عنـفـ دـاخـلـ هـذـاـ التـعـرـيفـ،ـ بـغـضـ النـظرـ عنـ قـلـةـ حدـوثـ ذـلـكـ العنـفـ أوـ كـوـنـهـ بـسيـطاـ؛ـ بـيـنـماـ يـصـفـ الـبـاحـثـوـنـ أـصـحـابـ وـجـهـةـ النـظـرـ النـسـوـيـ العنـفـ المنـزـلـيـ بـأـنـهـ العنـفـ الـبـدـنـيـ المـصـحـوبـ بـأـذـىـ نـفـسـيـ وـجـنـسـيـ .ـ وـلـمـ يـسـتـخـدـمـ التـعـرـيفـ الثـانـيـ فـيـ الـمـسـوحـ الـتـيـ يـتـمـ إـجـرـاؤـهـاـ عـلـىـ مـجـمـوعـاتـ سـكـانـيـةـ كـبـيرـةـ ،ـ خـيـثـ يـصـعـبـ إـيجـادـ وـسـيـلـةـ مـتـقـنـةـ عـلـيـهـاـ لـقـيـاسـ هـذـاـ النـوـعـ مـنـ العنـفـ الـبـدـنـيـ المـصـحـوبـ بـأـذـىـ النـفـسـيـ وـالـجـنـسـيـ .ـ

ويختـمـ الـبـاحـثـوـنـ الـوـرـقـةـ بـضـرـورةـ إـيجـادـ تـعـارـيفـ أـكـثـرـ عـمـلـيـةـ لـعـنـفـ الشـرـيكـ ليـتـمـ اـسـتـخـدـامـهـ فـيـ الـبـحـوـثـ الـمـسـحـيـةـ،ـ وـذـلـكـ لـلـحـصـولـ عـلـىـ بـيـانـاتـ أـكـثـرـ دـقـةـ حـوـلـ مـدـيـ اـنـتـشـارـ الـظـاهـرـةـ .ـ

Hegarty K, Roberts, G, 1998 How Common -

is domestic violence against Women?

The definition of Partner abuse in prevalence studies- :Australian and New Zealand Journal of public Health. 22 (1): 49- 54



on elective caesarean section on request? Yes as long as woman is fully informed. British Medical Journal.

317 (15 August): 462- 63

Amu O, Rajendran S, Bolaji 11, 1998 should doctors Perform an elective Caesarean section on request? Maternal choice alone shoud not determine method of delivery British Medical Journal. 317 (15 August) 463- 65.

المشي لا يؤثر على الولادة - وعملية الوضع
لقد توصل الباحثون في تجربة عشوائية للمشي أثناء عملية الولادة في مستشفى تكساس بالولايات المتحدة ، إلى أن المشي لم يكن ذا تأثير نافع أو ضار على الزمن الذي تستغرقه عملية الولادة ، أو الحاجة إلى مسكنات الآلام ، أو معدل الولادات القيصرية ، أو صحة المواليد. فقد تم اختيار عدد من النساء الحوامل بحالات حمل طبيعي وفي حالة وضع ، اختياراً عشوائياً ليكن ضمن المجموعة التي اختيرت "للمشي" (٢٨٠ امرأة من مجموع ٥٣٦) أو المجموعة التي اختيرت "لعدم المشي مع الرعاية الطبية المعتادة" (٥٣١ امرأة) ، وتراوح الزمن الذي قضته السيدات في المشي ما بين ١٠ دقائق إلى ساعة و٤٢ دقيقة . (١) ويخلص النقاش حول هذه التجربة ودراسات أخرى حول التدخلات في عملية الولادة إلى أن التعاطف والتفهم والكفاءة المهنية من قبل الفريق الطبي هي أهم العوامل المؤثرة في أي عملية ولادة . (٢)

OBloom sL, McIntire DD, Kelly MA, 1998 Lac of effect of walking on labor and delivery. New England Journal of Medicine. 339 (2): 76-7
Cefalo RC, Bowes WA, 1998 Managing Laboneer Walk alone. New England Journal of Medicine. 339 2

عمليات الولادة القيصرية الاختيارية

القرار من؟

لقد أصبح من الشائع أن تطلب النساء الحوامل اللائي لا يعانين من أي مشاكل متعلقة بالحمل أن تتم الولادة بواسطة عملية قيصرية لأسباب متعددة، لكن بدون وجود أسباب إكلينيكية ودون أن يوصي الأطباء بإجراء العملية القيصرية أحياناً .

إن ذلك الموقف يطرح جانباً جديداً في النقاش حول معنى عبارة " الحق في الاختيار الوعي " ومن له حق اتخاذ القرارات . ففي إيطاليا على سبيل المثال، حيث ينص القانون على احترام خيار المرأة فيما يخص أسلوب الولادة الذي تريده، تختار ٤٪ من النساء أن يلدن بواسطة عملية قيصرية . وفي لندن أظهر استقصاء أجري حديثاً أن ٣١٪ من طبيبات أمراض النساء والتوليد يفضلن الولادة بواسطة عملية قيصرية في حالة حملهن بجنين واحد غير مصحوب بأي من مشاكل الحمل. ويوضح اثنان من المعلقين بأنه حتى في حال انعدام الأسباب الإكلينيكية للولادة القيصرية ، يجب احترام اختيار المرأة، وأن القرار لا بد أن يتخذ بالمشاركة مع طبيب النساء والتوليد . ويقولون بأن الأطباء ليس لهم الحق في توجيه النساء للطريقة التي ينظرن بها إلى المخاطر والمزايا من عملية الولادة القيصرية طالما لم يكتمل الدليل حول مزايا ومخاطر الولادة القيصرية في مقابل الولادة العادي (المهبلية)، وذلك في الدول المتقدمة على الأقل. بل ويجب على الأطباء تشجيع النساء وليس قسرهن. إن دور الأطباء الأمثل هو إعطاء نصيحة وافية وأمينة تستند على كل المعلومات المتوفرة لديهم . ويظل القرار النهائي ، مهما كان غير حكيم أو أخرق في نظر الأطباء، هو قرار المرأة (٢, ١)
paterson Brown S, 1998 should doctors perform)

Reproductive Health Matters

Editor

Merge Berer

Administration/Promotion

Sally Barber

Finance

Paula Hajnal-Konyi

Editorial Advisory Board

Rashidah Abdullah
Carla Abouzahr
Regina Maria Barbosa
Toni Belfield
Mabel Bianco
Judith Bruce
Cordia Chu
Rebecca Cook
Jane Cottingham
Christopher J. Elias
Mawaheb El-Mouelhy
Sylvia Estrada-Claudio
Mohmoud Fathalla
Claudia Garsia Moreno
Rosa N. Geldstien
Adrienne Germain
Judith Helzer
Margaret Hempel
Frances Kisslling
Barbara Klugman
Marta Lamas
Maria Ladi Lamas
Deborah Maine
Florence Manguyu
Michale Mbizvo
Jo Murphy- Lawless
Judy Norsigian
Miho Ogino
Adepeju Olukoya
Nandini Oomman
Ana Maria Portugal
Mala Ramanathan
Susanna Rance
T.K. Sundari Ravindran
Sunanda Ray

Mridula Sainath
Michael Lim Tan
Nahid Toubia
Paul Van Look
Jo Wainer
Judith Wassserheit
Ninuk Widayantoro

Trustees

Frescia Carrasco
Amparo Claro
Leslay Doyal
Sandra Kabir
Bene Madunagu
Rosalind Petchesky
Juliet Richters

A non-profit publications project supported by grants from the Ford Foundation (USA), Rockefeller Foundation (USA), Department for International Development(UK) and World Bank (USA).

Submissions and all other editorial correspondence:
Reproductive Health Matters
Highgate Studio 79/53
Highgate Road
London NW5 1TL
Tel: (441171) 6567267
Fax:(441171) 2672551
Email:
RHMjournal@compuserve.com

**Journal subscriptions,
back issues and special publications:**

Blackwell Science Ltd
Journal Subscriptions
PO Box 88
Oxford ox2 ONE, UK
Tel: (44- 1865) 206180
Fax: (44- 1865) 206219
Email:
jnl.orders@blacksci.co.uk
Website:

www.blackwellsience.com/rhm

تعنى العلوم الطبية جزءاً من تكنولوجيا الدولة الحديثة في مجال التحكم في مجال الجنس، فالمكانة العالية التي يحتلها العلم والطب في المجتمعات الحديثة تعني أن الأطباء وعلماء الطب يتملكون قوة ضخمة للتأثير على قرارات الحكومة في الأمور المتعلقة بالسلوك الجنسي، وهي الأمور التي قد لا يكونوا على دراية جيدة بها.

جولست ريتشرز
قد كان صعباً على النساء الحديث بالتفصيل وليرات مقتددة حول الجنس، وفي كل حالة كانت هناك نقطة لا تستطيع المرأة الذهاب إلى ما هو أبعد منها في حاليها، خاصة عند الحديث حول الممارسات الجنسية وتجريرها في الإحساس بالمعنة أو عدمها. في بعض الحالات كانت المرأة تصل إلى هذه النقطة في مرحلة مبكرة من المقابلة، وفي حالات أخرى تبدأ في الدخول في تفاصيل أكثر دقة.

توقف
وكما هي حالة القيس الجنسي فإن مفاهيم تقبل الامتناع من جانب الزوج تناولت بالمعتقدات حول حق المرأة في ممارسة الجنس بشكل منتظم داخل العلاقة الزوجية، وأيضاً السين الذي أدى إلى الامتناع، وهي حالة وجود حظر العذري بالإيديز عندما يكون للرجل علاقات خارج الزواج وتم ثبوت ذلك معملياً، ترى النساء أن الامتناع عن الجنس قد يكون ذا فائدة.

شارلوت واتس وأخرين

ان هذه النتائج تثير بعض الشكوك حول الأقاويل التي تؤكد أن جرارات الأعضاء الجنسية للإناث تتناقض في الأنسان مع الحياة الجنسية للمرأة وأمكانية استمتاعها بالجنس.

كارلا مخلوف
يُعد التشويه الجنسي للإناث واحداً من أقسى الوسائل التقليدية إلى "تعليم" المرأة طبيعة وضعها الخاضع تمشياً مع الأعراف الأبوية الشاذة. وسواء أسفرت هذه العقلية أو لم تُسفر عن تزف شديد أو التهابات... أو غير ذلك من آثار إبانها وسيلة لإبلاغ المرأة أنها لا تملك من العقل ما يكفي لاتخاذ قرارات مناسبة حول سلوكها الجنسي.

سهام عبد السلام
على الرغم من أن الورقة البحثية تأولت بعد ذلك قضية اللذة الجنسية، فإن تعريف "الآثار الضارة" الذي استخدمه المؤلفان في القسم الخاص بالمضاعفات الصحية، بعد شديد الجودية.

جوسلين دي يونج
وماتزال البحوث في هذا المجال تواجه عقبات عديدة، تتمثل في "فتاحية الصنم" المفروضة حول هذه الممارسة. لقد تحملت المرأة هذه الممارسة في صمت، ولفترات تصل إلى 200 سنة.

ماري ياسيلي أسعد
في تلك الأوقات التي تتصور أن ممارسة التشويه الجنسي للإناث قد انخفضت فيها، لم يختفي فيها هذا النزوع نحو التحكم في الحياة الجنسية للنساء لأنه لم يكن أولوية ضمن القضايا النسائية المطروحة على المجتمع.

غايدة سيف الدولة
يُوحَد حافر قوي لاستمرار ختان الإناث وهو أن الممارسة تبدو لأهل هذا المجتمع بلا اصرار وإن هناك رضا ظاهري عنها وغياباً لأى هواجس أو شكوك تظهرها ملاحظاتهم وتجاربهم الشخصية.

عبد الرحمن عيسى وأخرين
التشوه الجنسي لا يقتصر على الإناث فقط، بل يطال الرجال أيضاً، وإن كانت هذه الممارسة أقل انتشاراً، لكنها موجودة في بعض المجتمعات، مثل مصر، حيث يُمارس على الرجال ختان العيال، وهو ممارسة تختلف في طبيعتها عن ختان الإناث، حيث يتم إزالة جزء من القضيب فقط، مما لا يسبب أي مشكلة صحية كبيرة.