

قيود وظائفية



أم حواجز مجتمعية؟

دراسة حول صعوبات إدماج التعبير الجنسي
ضمن الممارسة المهنية في مجال الإعاقة

قيود وظيفية أم حواجز مجتمعية؟

دراسة حول صعوبات إدماج التعبير الجنسي
ضمن الممارسة المهنية في مجال الإعاقة

ملخص

بدأ توثيق نزع الجنسانية (أي اعتبار فئة ما عديمة الميول/الرغبة/التعبير الجنسي) عن الأشخاص ذوي/ات الإعاقة في السبعينيات. هذا، أنتج حساً دولياً يقضي بتطوير وتحسين المعرفة لدى العاملين/ات في قطاع الصحة والرعاية الإجتماعية، بهدف ضمان إدماج التعبير الجنسي في مجال الرعاية وإعادة التأهيل. رغم ذلك، تشير الأبحاث المتعلقة ببعض المهن إلى افتقار العاملين/ات فيها إلى الكفاءة والثقة اللازمين، حيث تشهد تقدماً بطيئاً للغاية على هذا الصعيد.

ونظراً للتزايد المتصاعد في التوجه نحو تقديم خدمات الرعاية الإجتماعية والصحية وفقاً لمقاربة تستند إلى فرق عمل متعددة الإختصاصات، تبحث هذه الدراسة في الممارسة المهنية لثلاثة فرق عمل مجتمعية تُعنى بالإعاقة، تحديداً فيما يتعلق بمقاربتها للصحة الجنسية للمستفيدين/ات من خدماتها، وخاصة عندما تؤثر الإعاقة على علاقاتهم/ان الحميمة وتعبيرهم/ان الجنسي. وقد تم تطوير الدراسة بالتعاون مع مراكز الإعاقة والأشخاص ذوي/ات الإعاقات، استناداً إلى إطار نظري معاصر ونقدي، تركز معطياته إلى نتائج مجموعات عمل مركزة ومقابلات.

تقدم كافة فرق العمل التي شاركت في الدراسة، والتي تقع مراكزها في بيروت وجبل لبنان، خدمات للأشخاص ذوي/ات الإعاقة الجسدية، والمتممين/ات إلى المجتمع المحلي (بما في ذلك بعض المصابين/ات بالتصلب اللويحي). شارك في الدراسة خمسة عشر ممارساً/ة، (5 أخصائيين/ات في العلاج الوظيفي، 3 أخصائيين/ات في العلاج الفيزيائي، ممرضان/تين، أخصائيان/تان في علاج النطق واللغة، 3 أخصائيين/ات نفسيين/ات). أشارت النتائج إلى أن مسألة التعبير الجنسي مثلت مجالاً غير واضح المعالم.

كما اتضح وجود هوة كبيرة بين النظرية والممارسة. حيث أقرّ جميع المشاركين/ات، باستثناء مشارك واحد، بضرورة إدماج التعبير الجنسي ضمن اختصاص فريقهم. ومع ذلك، بقي هذا الطرح النظري عصياً على التطبيق، أو، على أقل تقدير، شهد تنفيذه صعوبة بالغة. أمّا الأدوار المهنية فبدت غامضة: لم تتضمن أي من المهن أو تستبعد التعبير الجنسي من مجالات اختصاصها. لذا، تطرقت الدراسة إلى البحث في العمليات الديناميكية النفسية التي تعرقل الممارسة. وتم تنظيم الموضوعات، التي تم تطويرها بواسطة التحليل النوعي للمعطيات المستمدة من المشاركين/ات (in-vivo coding) ضمن خمس مجموعات فرعية: تتلمّ الفرد ثقافة المجموعة قبل التدريب؛ التنشئة الاجتماعية المهنية؛ المكون العاطفي؛ الممارسة المهنية؛ العمل الجماعي للفريق والسياق الأشمل. حيث يكشف هذا الفهم الجديد عدم كفاية التغييرات التبسيطية في التعليم والثقبف الذي يستهدف فرق العمل هذه. بناء على ذلك، تجاوزت توصياتنا نطاق الفريق، واستهدفت النظام الصحي الوطني والهيئات المهنية والتعليم في مجال الرعاية الصحية. فنظراً إلى هذا اللبس، يتعين على فرق العمل المجتمعية المختصة بالإعاقة تحمل مسؤوليتها لناحية ضمان تقديم الممارسة الشاملة، التي تشمل الاحتياجات الجنسية، لجميع المستفيدين/ات من خدماتها. وبالتالي، اقترحنا نموذج تدريب جديد، يتناسب مع كافة الإختصاصات، ويهدف إلى تزويدها بالدعم اللازم.

شكر وتقدير

لم يكن هذا البحث ممكناً لولا دعم وكرم الكثيرين. نحن مدينون للمنظمات والأفراد الذين شاركوا في التحقيق الأولي وأطلعونا على تجاربهم/ان. ونأمل أن نكون قد أنصنا فعلاً لإسهاماتهم/ان القيمة. أيضاً، نود أن نعبر عن جزيل شكرنا للمشاركين/ات من فرق العمل التي تعنى بالإعاقة، والذين منحونا وقتهم الثمين، وشاركوا أفكارهم/ان ومشاعرهم/ان. وفي الختام، نشكر المستشفيات الحكومية على الدعم الذي منحنا إياه.



المحتويات

ملخص
شكر وتقدير

الفصل الأول: مقدمة

- ٧ تمهيد
- ٨ تعريفات
- ٩ فرضيتنا

الفصل الثاني: الإطار المفاهيمي

- ١١ مقدمة
- ١١ نماذج الإعاقة
- ١٢ لغة الدراسة
- ١٣ الجنس كموضوع محتم
- ١٤ الحميمية والتعبير الجنسي
- ١٤ تصنيفات الخلل الوظيفي الجنسي
- ١٦ دور الأخصائيين/ات في مجال الإعاقة

الفصل الثالث: التوصيات

- ٢٠ مقدمة
- ٢٠ نموذج ممارسة في الصحة الجنسية
مخصص للعاملين/ات في مجال الإعاقة
- ٢٤ السياسات التنظيمية
- ٢٥ المبادئ التوجيهية للهيئات المهنية
رفع الوعي لدى الأخصائيين/ات
في مجال الخدمات المتعلقة بالإعاقة
- ٢٦ رفع الوعي في مجال الصحة الجنسية وغيرها من الخدمات
- ٢٧ خلاصة

المراجع



الفصل الأول:

مقدمة

تمهيد

في معظم الأحيان، تهمل السياسات والتقديمات المتعلقة بالإعاقة الجسدية، متجاهلة أنها إحدى الحاجات الإنسانية الأساسية. وبينما "يتم التعامل مع" قضايا الإسكان والنقل والتعليم، وغيرها (وإن بشكل غير ملائم وكاف)، تغيب العوامل الاجتماعية والجنسية ويُهمَّش ضمن جدول أعمال الرعاية الاجتماعية ... هذا الفشل في منح الأولوية لمسائل بالغة الأهمية بالنسبة لمعظم البالغين/ات، ومن ضمنهم معظم البالغين/ات ذوي/ات الإعاقة، يعكس فشلاً في اعتبار الأشخاص ذوي/ات الإعاقات إنسانيين بالكامل. فتماماً مثل كبار السن، لا يُنظر إلى ذوي/ات الإعاقة على أنهم أشخاص لديهم حاجات جنسية، وبالتالي، تبقى هذه الحاجات مهملة وغائبة عن التقديمات المتوفرة" (شكسبير، جيليسي سيلز وآخرون، ١٩٩٦، صفحة ٨٧).

يتضح إهمال مسألة التعبير الجنسي في الخدمات القليلة المتوفرة فيما يخص الصعوبات الجنسية والعلاقية، التي يعاني منها الأشخاص ذوي/ات الإعاقة (لجنة حقوق الإعاقة ٢٠٠٣؛ SPOD ٢٠٠٢) على مدار الأربعمائة عامًا الماضية، ناقش كُتاب كثر أهمية إحداث تغيير على هذا الصعيد (كوبر وغيلبو ١٩٩٩؛ دايفيس ١٩٨٨؛ دوشامر ١٩٨٧؛ غرينغروس ١٩٧٦؛ ومنظمة الصحة العالمية ١٩٧٤). وقد شرحوا في كتابهم "السياسة الجنسية للإعاقة"، الحواجز التي تحول دون التغيير -

"السياسات الحكومية وطرق العمل المهنية والتمثيل الإعلامي والمواقف العامة" (شكسبير وجيليسي سيلز وآخرون ١٩٩٦ ص ١٨٢). وعليه، تبحث الدراسة، في طرق العمل المهنية، وتدرس بشكل خاص وجهات النظر المستترة أو المبطنة، غير الواعية في أغلبها، فيما يتعلق بالتعبير الجنسي للمستفيدين/ات من الخدمات.

استهدفت الدراسة الأخصائيين/ات الموظفين/ات في قطاع الرعاية الصحية والاجتماعية، وتحديدًا العاملين/ات ضمن فريق، ممن قدموا تدخلات للأشخاص ذوي/ات الإعاقات الجسدية في المجتمع المحلي: أي الأخصائيين/ات ذوي/ات الخبرة في مجال الإعاقة. دفعتنا النتائج إلى التساؤل حول مدى مساهمة الرعاية التي توفرها بعض فرق العمل المعنية بالإعاقة، بشكل غير واع، بتقويض الصحة الجنسية للأشخاص ذوي/ات الإعاقة، وأسهمها في حرمانهم/ن الجنسي.

تجدر الإشارة أن هذه الدراسة لا تسعى إلى البحث في المشاكل الجنسية للأشخاص ذوي/ات الإعاقة، بل بالأحرى تبحث في الصعوبات التي يواجهها أخصائيو/ات الإعاقة، والتي تحول دون إدماج التعبير الجنسي في إطار الممارسة الشاملة. ومع التقدم في مسار البحث، بدأنا ندرك، وبشكل متزايد، أن موقعنا فيه ليس محايدًا. وبناء على ذلك، تحولنا من مقارنة السعي لتوضيح الممارسة المهنية إلى اعتماد نموذج النظرية المعاصرة التي تهتم بقضايا السلطة والقمع والعدالة الاجتماعية (فورست ١٩٩٦؛ كينشيلو ومكلارين ٢٠٠٠؛ لنكولن ودنزين ٢٠٠٠؛ نيومان ٢٠٠٣).

لذا، بات السؤال الأساسي في دراستنا: لماذا يتم تجاهل مسائل التعبير الجنسي للأشخاص ذوي/ات الإعاقات، ولماذا يصعب التعامل مع هذه المسائل بشكل عملي ضمن نطاق الممارسة؟ وقد اتضح أن الممارسة ترتكز بأغلبها على معتقدات وقيم حول الجنس والإعاقة غير معترف بها وتفتقر إلى الوضوح. كما تستيطر هذه القيم والمعتقدات على التعليم، الممارسة، وتقديم الخدمات. ولكن، معرفة ذلك تتيح نشوء مستويات جديدة من الفهم للصعوبات المحيطة بهذا المجال.

لقد اعتمدنا منهجية واسعة النطاق، لتشمل: ممارسة الفريق، بدلاً من التركيز على اختصاص واحد؛ الإعاقة الجسدية بشكل عام، بدلاً من التركيز على حالة معينة؛ التعبير الجنسي والحميمية، لا الجامعة. بينما يصر البعض الآخر على التركيز على جوانب ضيقة ومحددة. وبعد دراسة نتائج المعطيات، وصلنا إلى توصيات مفصلة تطل التغيير الفردي والجماعي والمؤسسي. وهي تغييرات نؤمن بضرورتها من أجل تحقيق المقاربة الشاملة للرعاية الصحية والاجتماعية، والتي تشمل التعبير الجنسي. كما أننا نعتقد أن هذه المقاربة ستكفل تعزيز الإدماج الاجتماعي وتحسين نوعية الحياة للأشخاص ذوي/ات الإعاقات الجسدية، تماشيًا مع المسعى التغييرى للنظرية النقدية المعاصرة (كينشيلو ومكلارين ٢٠٠٠؛ لنكولن ودنزين ٢٠٠٠ ب). يبقى أهم ما تتطلبه هذه التغييرات اعتبار الشخص ذي/ات الإعاقة إنسانًا كاملًا، له/ا حاجات جنسية، تمامًا كغيره/ا، وذلك في كافة مراكز تخطيط الخدمة. باختصار، تتضمن التوصيات:

- تطبيق نموذج جديد للممارسة في مجال الصحة الجنسية، يعتمد على العاملين/ات في مجال الإعاقة؛
- إحداث تغييرات في المجال التعليمي للصحة والرعاية الإجتماعية، سواء قبل أو بعد مرحلة التسجيل، على أن تُعنى هذه التغييرات بالمواقف، المعرفة، والمهارات في هذا الجانب من الرعاية؛
- وضع سياسات تنظيمية، على الصعيد الوطني والمحلي، لضمان حماية ودعم خدمات الرعاية الصحية والإجتماعية للتعبير الجنسي للأشخاص ذوي/ات الإعاقة؛
- توفير مبادئ توجيهية ومواقف واضحة من قبل الهيئات المهنية، لتوضيح الأدوار والحدود المهنية المتعلقة بالتعبير الجنسي؛
- رفع الوعي حول الحاجات الجنسية للأشخاص ذوي/ الإعاقة ضمن خدمات الإعاقة المتخصصة عبر كافة الوكالات؛
- رفع الوعي حول الحاجات الجنسية لذوي/ات الإعاقة في نطاق خدمات الصحة الجنسية والعلاقات الشخصية عبر كافة الوكالات؛
- نشر الأبحاث ذات الصلة على نطاق أوسع لتصبح جزءًا من الخطاب السائد للرعاية الصحية والإجتماعية.

تعريفات

التعبير الجنسي

نشمل باستخدام مصطلح التعبير الجنسي ثلاثة مصطلحات مختلفة: الجنسانية، والأداء/الوظيفة الجنسي/ة، والصحة الجنسية. أما الجنسانية فهي مفهوم شامل للفرد بوصفه كائنًا جنسيًا يجمع الدور والهوية الجنسية (وودز ١٩٨٤). يشير الأداء الجنسي أو الوظيفة الجنسية إلى سلوكيات جسدية وعاطفية محددة، يعبر من خلالها الفرد عن هويته الجنسية (وودز ١٩٨٤). تُعرّف الصحة الجنسية على أنها الرفاه الجسدي والعاطفي والنفسي والإجتماعي والثقافي للهوية الجنسية للفرد، كما القدرة والحرية للتمتع والتعبير عن الجنسانية دون استغلال أو اضطهاد أو أذى جسدي أو عاطفي (الكلية الملكية للتمريض ٢٠٠٠).

التعبير الجنسي هو نشاط يمكن أن يحدث بشكل فردي أو مع الآخرين. ويرتبط ارتباطًا وثيقًا بالعلاقات الحميمة والعلاقات الشخصية، وفي معرض الدراسة، نقصد بذلك العلاقات بين المغايرين/ات، مثلي/ات الجنس، ثنائي/ات الميول الجنسية، وعابري/ات الهوية الجندرية. كما نشمل الأشخاص العازبين/ات وأولئك المنخرطين في علاقات أحادية أو متعددة على حد سواء. قد تركز الرعاية الصحية بشكل أساسي أو ثانوي على التعبير الجنسي، أو على الأرجح المشاكل المرتبطة به. ولكن التركيز الثانوي لهذه الدراسة هو حيث تنشأ المشاكل المرافقة للإعاقة الجسدية والخاضعة للمراقبة، ربما نتيجة المرض أو العلاج أو الإعاقة (دايفيس ١٩٨٨). قد تؤثر الإعاقة على التعبير الجنسي نتيجة للأضرار الفسيولوجية العصبية أو العمليات النفسية، وأيضًا نتيجة العوامل النفسية أو الحواجز البيئية المادية والإجتماعية على حد سواء.

الإعاقة الجسدية

نعني بالإعاقة الجسدية كل ما يشمل الأشخاص الذين يؤثر ضعفهم البدني بشكل سلبي وملحوظ وطويل الأجل على قدرتهم على القيام بأنشطة يومية اعتيادية (فريق العمل المعني بحقوق الإعاقة، ١٩٩٩). وهذا يشمل الإعاقة الخلقية أو المكتسبة، والإصابات التي تشكل صدمة أو آثار الأمراض الطويلة الأجل. قد يكون الحد من المشاركة في النشاط ناجم عن العجز الفردي أو العوامل الإجتماعية التي ستطرق إليها لاحقًا (انظر/ي القسم ٢٠٢ - دلالات الإعاقة).

الممارسة المهنية

نستخدم مصطلح الممارسة المهنية في هذه الدراسة بطريقتين. أولاً، للإشارة إلى ممارسة الفرد الذي يعمل في دور الرعاية الصحية أو الإجتماعية، سواء ضمن دوره/ا المهني الخاص، أو كعامل/ة أساسي/ة؛ ثانيًا للإشارة إلى الممارسة الجماعية لمجموعة من الأخصائيين/ات العاملين/ات ضمن وكالة واحدة، أو عبر التنسيق والتشبيك مع الوكالات الأخرى المعنية، وذلك ضمن فرق العمل الخاصة بالإعاقة.

فريق العمل في مجال الإعاقة

نعني بفريق العمل في مجال الإعاقة مجموعة الأخصائيين/ات، الذين يعملون معًا لتقديم الخدمات في مجتمعهم المحلي للأشخاص الذين يعانون من إعاقات جسدية (بما في ذلك أولئك الذين يعانون من مرض التصلب اللوحي). قد تشمل الخدمة أنشطة مثل إعادة التأهيل أو الدعم أو المشورة، وتترافق مع أهداف محددة تتمثل في تمكينهم من البقاء في منازلهم/ن أو تعزيز استقلاليتهم/ن أو تحسين نوعية حياتهم/ن. خبرة الفريق في مجال الإعاقة الجسدية. لقد تُركت للفرق حرية تحديد الأعضاء المنتمين إليهم. وشملت الدراسة الاختصاصات التالية:

١. العلاج الوظيفي
٢. العلاج الفيزيائي
٣. التمريض
٤. علاج النطق واللغة
٥. علم النفس
٦. موظفون/ات الدعم (الموظفون/ات الذين يعملون تحت الإشراف المباشر لمعالج/ة النطق واللغة أو أخصائي/ة العلاج الفيزيائي أو المعالج/ة الوظيفي/ة)
٧. الأخصائيون/ات الاجتماعيون/ات وموظفون/ات الموارد
٨. أخصائيو/ات التغذية

تم اعتبار الأخصائيين/ات الاجتماعيين/ات وموظفي/ات الموارد وأخصائيي/ات التغذية كأعضاء في الفريق، ولكن لم يتم اختيارهم/ن للمشاركة في الدراسة.

فرضيتنا

يمكن لجميع البالغين/ات اختبار مشاكل في التعبير الجنسي والحميمية. ولكننا نفترض أن الأشخاص ذوي/ات الإعاقة يجدون صعوبة أكبر لناحية الحصول على المعلومات الملائمة الخاصة بالإعاقة، كما الدعم والمشورة والوصول إلى خدمات الصحة الجنسية المتوافرة. كما ترتفع احتمالات تعرضهم لصعوبات أكثر حدة نتيجة الإعاقة الجسدية وترافقها مع الآثار السلبية الأقل ظهورًا والأكثر انتشارًا، كالأحكام المسبقة والتمييز. قد يقصد الأشخاص ذوي/ات الإعاقة مجموعة من الأخصائيين/ات، في أوقات مختلفة ولأغراض مختلفة، على سبيل المثال أخصائي/ة العلاج الفيزيائي المجتمعي، ممرض/ة التصلب اللويحي، وأخصائي/ة العلاج الوظيفي التابع للسلطة المحلية. هؤلاء الأخصائيون/ات، ذوو/ات الخبرة في مجال الإعاقة، هم/ن في كثير من الأحيان جزء من فريق عمل مختص بالإعاقة. قد تختلف بشكل كبير مكونات هذا الفريق، قيادته، هيكلته الإدارية، واختصاصاته. يتشكل بعضها كفرق توعية تابعة لمستشفى مختص بالحالات المستعصية. بعضهم الآخر يركز على مجموعات محددة من المستفيدين/ات، مثلًا، فريق السكتة الدماغية. بعضها يركز على إعادة التأهيل والبعض الآخر يعملون عبر السلطات المحلية ويركزون على مسألة التكيف البيئي. استنتجنا أن لفرق العمل المختصة بالإعاقة الجسدية دورًا مهمًا في المساعدة على حماية ودعم ومساندة استعادة الصحة الجنسية للمستفيدين/ات من خدماتهم، في الحالات التي تؤثر فيها الإعاقة الجسدية على التعبير الجنسي. ولكننا لا نقصد أنه يجب استبدال هذه الخدمات بأخرى خاصة بالصحة الجنسية، بل نعتبر أن مهارات الخبراء في الإعاقة تكمل وتعزز إمكانية الوصول إلى خدمات أكثر تخصصًا.

دفعتنا أسباب كثيرة للبحث في ممارسة فرق العمل المختصة بالإعاقة بدلاً من البحث في الاختصاصات الفردية. فضمن الفريق، هناك إمكانية لتوكيل شخص مختص بتولي وإدارة المسائل المرتبطة بالجنس. في المقابل، لا يمكن لهذا الشخص التعامل مع مسائل التعبير الجنسي على أنها إحدى اختصاصات الفريق بكامله. بالإضافة إلى ذلك، قد لا يتعامل مستخدم/ة الخدمة سوى مع شخص واحد من الفريق، الذي هو على الأرجح الأكثر صلة بالمشكلة قيد الطرح، والتي على الأرجح لن تكون جنسية، نظرًا لطبيعتها الخاصة. ولكن، لا بد أن يتضمن فريق الأخصائيين/ات بعض المهارات الفريدة لبعض أدوار الرعاية الصحية أو الاجتماعية، بالإضافة إلى مهارات مشتركة بين العديد من الاختصاصات، وخبرة محددة اكتسبها أحدهم/ن مثلًا من خلال تجربة شخصية أو تدريب.



الفصل الثاني:

الإطار المفاهيمي

'الجنسانية البشرية هي ظاهرة شديدة التعقيد والتشابك، حيث تمتد تأثيراتها لتطال كافة جوانب حياتنا ووجودنا. ورغم أنها مصدر للذة والمتعة وبلوغ الذروة، تكون الجنسانية أيضًا مصدر ألم عميق، نظرًا لهشاشتها أمام الضغوطات والأعباء والحياة اليومية والمرض' (وودز ١٩٨٤).

يطرح هذا الفهم للطبيعة المتشعبة والشخصية والهشة للجنسانية بعضًا من المعضلات المعقدة والمتشابكة التي يركز عليها هذا البحث. فالجنسانية، وبالنتيجة التعبير الجنسي، قد تكون مصدر فرح أو ضيق شديد، له أهمية بالغة أو هامشية بالنسبة للفرد. وعلى النحو ذاته، ليس هناك من موقف موحد أو منسجم فيما يخص الإعاقة. فإذن، هل نحن بمواجهة القيود الوظيفية أو الحواجز التي وضعها المجتمع؟

لذلك، كان لا بد من أن نستكشف في هذه الدراسة التعريفات والنماذج والتصنيفات المتعلقة بالإعاقة. ويشمل ذلك النماذج الطبية والاجتماعية، والتي تبرز التفاعل بين المجالات الخاصة والعامة، التي نعتبرها مفصلية في هذه الدراسة. هذا يدفعنا أيضًا إلى توضيح لغة الإعاقة المستخدمة في هذه الدراسة، وشرح اعتقادنا بأن الجنس مسألة في غاية التعقيد. هذا جزئيًا لأن التجربة الشخصية والاجتماعية والثقافية لكل شخص لا تشكل وحسب مواقف مختلفة للتعبير الجنسي؛ بل تسهم في بنائها وتشكيلها الفعلي اجتماعيًا. أيضًا، يساهم جزئيًا اعتبار الجنس كواحد من المحرمات في تشكيل هذا التعقيد. وهو أمر نبخته ونكتشف تأثيراته المحتملة على الدراسة. بالإضافة إلى ما تقدم، تنظر الدراسة أيضًا في الترابط بين العلاقة الحميمة والتعبير الجنسي. ويُختتم الفصل بموجز خلاصات تبين ما يمكن أن يقدمه أو يفعله التفكير المعاصر، إذا ما تبناه أخصائيو/ات مسائل الإعاقة، كما تأثيره في دعم الصحة الجنسية للمستفيدين/ات من خدماتهم. وقد تم استقاء هذه المعطيات من خلال العمل الميداني. وبناء على ذلك، وكننتيجة مباشرة لنتائج هذه الدراسة، اقترحنا نموذجًا جديدًا للممارسة في مجال الصحة الجنسية (نموذج للممارسة في مجال الصحة الجنسية للأخصائيين/ات في مسائل الإعاقة).

النماذج المتعلقة بالإعاقة

في العام ٢٠٠١، نشرت منظمة الصحة العالمية التصنيف الدولي للوظيفية، الإعاقة والصحة (ICF) (منظمة الصحة العالمية ٢٠٠١). يشكل هذا مراجعة مفصلية لتصنيفهم الدولي السابق حول الإعاقة والعجز وذوي/ات الإعاقة (ICIDH) (منظمة الصحة العالمية ١٩٨٠)، والذي شكل حجر الأساس في النموذج الفردي أو الطبي للإعاقة. عرف التصنيف الدولي للوظيفية والإعاقة والصحة العجز على أنه أي خسارة أو تشوه في البنية أو الوظيفة النفسية أو الفسيولوجية أو التشريحية. في المقابل، تم تعريف الإعاقة (Disability) على أنها أي قيد أو عدم قدرة ناجمين عن ضعف يعيق أداء نشاط بطريقة ما أو ضمن نطاق يعتبر طبيعيًا للإنسان. أما مصطلح معوّق (Handicap) فهو يشير إلى أي قصور ناتج عن التفاعل بين عجز أو إعاقة الشخص وبيئته، بشكل يحده/ا أو يمنعه/ا من القيام بدور يحده عاديًا.

لم يتم اعتماد التصنيفات الدولية للوظيفية والإعاقة والصحة عالميًا، حيث تبنت التعبئة السياسية والحراك الاجتماعي للأشخاص ذوي/ات الإعاقة، والتي نعبر عنها باستخدام مصطلح حركة الإعاقة، وجهة نظر مختلفة. فهم/ن فضلوا تصنيفًا له شقين، يميّز ببساطة بين العجز والإعاقة (بارنز، مرسر وآخرون. ١٩٩٩؛ أوليفر ١٩٩٦؛ بريستلي ٢٠٠٣). فالعجز بهذا المعنى، ينسجم إجمالًا مع تعريفات ICIDH حول العجز والإعاقة. أما مصطلح الإعاقة، بالنسبة لحركة الإعاقة، فيقترب من تعريف ICIDH لمصطلح معوق، ولكن مع تحول طفيف في الأهمية. 'فالنسبة لمنظمة الصحة العالمية، يكون الفرد هو الشخص غير المناسب للتكيف مع البيئة، بينما تعتبر حركة الإعاقة أن البيئة هي التي تعدّ غير ملائمة لاستيعاب الفرد' (لوي ٢٠١١ ص ٤). هذا هو النموذج الاجتماعي للإعاقة (ماركس ١٩٩٩؛ أوليفر ١٩٩٦؛ أوليفر ٢٠٠٣؛ توماس ١٩٩٩).

تقليدياً، سيطر النموذج الطبي على الفهم الأكاديمي للإعاقة، خاصة في الأدبيات العلاجية (بريستلي ٢٠٠٣). تُعتبر الإعاقة، إنطلاقاً من هذا المنظور، مشكلة الفرد الناتجة عن عجزه. وعليه، يحتاج الفرد إلى علاج للحد من هذا الضعف، أو لمساعدته على التكيف مع إعاقته. لقد رفضت حركة الإعاقة هذا المفهوم بشكل متزايد وبالغ الوضوح، وأثرت النموذج الاجتماعي للإعاقة. واعتبرت ذوي/ات الإعاقة أفراداً-

'يعيقهم' أو يضطهدهم المجتمع الذي يتوقع من أعضائه الالتزام بمعايير الحياة الطبيعية الجسدية، والذي تعاقب بيناته المادية والاجتماعية أي حالات غير ملائمة أو غير متناسبة مع هذه المعايير' (بوتشيل وبوتشيل ١٩٩٤ ص ٨٢). ولكن، الإعاقة هي مشكلة اجتماعية تسببها العوامل الاجتماعية (أوليفر ١٩٩٦). وفي حين أن ذوي/ات الإعاقة ليسوا مجموعة متجانسة لها صوت موحد، يعتبر أنصار حركة الإعاقة أن الأشخاص ذوي/ات الإعاقة يملكون تجربة مشتركة، بدرجة متفاوتة، في التمييز وعدم المساواة في الفرص (بارنز، مرسر وآخرون. ١٩٩٩؛ ماركس ١٩٩٩؛ ميلينغتون وموترام ١٩٩٩؛ أوليفر ١٩٩٦؛ توماس ١٩٩٩).

إذا كانت تعمل في كل من مجالي الرعاية الصحية والاجتماعية، حيث تسيطر النماذج المتعاقبة على كافة السياقات، ستعرف مدى صعوبة إدراك كلا النموذجين في وقت واحد. حيث يتضح أن النموذجين لا يمكنهما أن يتعايشا معاً. ومع ذلك، قد يفقد كل منهم إلى مسألة مهمة وأساسية، فالنموذج الطبي يتجاهل الحواجز البيئية القمعية (الاجتماعية والبدنية). أما النموذج الاجتماعي، فيهمل أهمية التجربة الشخصية والذاتية للعجز (كروو ١٩٩٦).

اللغة المستخدمة في هذه الدراسة للتعبير عن الإعاقة

في هذه الدراسة، نستخدم مصطلح أشخاص ذوي/ات إعاقة، للإشارة إلى المستفيدين/ات المحتملين/ات من الخدمات التي تقدمها فرق العمل المختصة بالإعاقة الجسدية. كما نستقي استخدام هذا المصطلح استناداً إلى منظور النموذج الاجتماعي: الذي يعتبر أن إعاقة الأشخاص ناتجة عن حواجز المجتمع (متندي أرباب العمل حول الإعاقة ٢٠٠٥). كما أننا نعتذر من الذين يرفضون هذا المصطلح، على اعتبار أنه يعتبر الإعاقة غير طبيعية، لذا نؤكد بعدنا التام عن هذا المعنى. فنحن لا نقصد أن الإعاقة تمثل أحد طرفي الطيف، بينما تشكل القدرة طرفه الآخر. كما أننا نقبل ونوافق مع الأشخاص الذين لا يعتبرون أنفسهم ذوي/ات إعاقات، على الرغم من إصابتهم بمرض يسبب عجزاً شديداً (سوليون ١٩٩٩). فعندما نستخدم مصطلح "الأشخاص ذوي/ات الإعاقات"، نشمل الأشخاص الذين يعانون من: الاضطرابات الخلقية مثل الشلل الدماغي والعمود الفقري الشوكي؛ الحالات المرضية مثل التصلب اللويحي والتهاب المفاصل الروماتويدي، والضعف الناجم عن الصدمة مثل الحوادث الوعائية الدماغية أو إصابة النخاع الشوكي.

لقد وسّعنا آفاق نظرتنا إلى السياق الاجتماعي للشخص ذي/ات الإعاقة. ليشمل ذلك أفراد الأسرة ومقدمي/ات الرعاية الذين يتمتعون بالخبرة المبنية على وجهة نظرهم/ن الخاصة حول آثار الإعاقة. بالنسبة للفرد، قد يشمل التعبير الجنسي تجربة الذكورة أو الأنوثة؛ النشاط الجنسي الفردي مثل الهوامات الجنسية والجنس عبر الانترنت، والإباحية والاستمنا؛ أو اختيار نمط الحياة، مثل العزوبة. في أكثر الأحيان، يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالعلاقات والحياة الأسرية. قد يكون تأثير الإعاقة على التعبير الجنسي عميقاً بالنسبة إلى الشريك/ة كما هو بالنسبة للفرد. كما قد يشعر الأهل بالقلق إزاء المخاطر الجنسية المحتملة للمراهقين/ات ذوي/ات الإعاقة.

قبل الانتقال من مناقشة لغة الإعاقة، لا بد من الاعتراف بفرادة وخصوصية تجربة الإعاقة بالنسبة للفرد، وخاصة عند ارتباطها بالتأثير على التعبير الجنسي. فالتجربة قد تكون كارثية ومفاجئة بالنسبة لشخص ما، كما قد تكون بطيئة وتدرجية وخبثية بالنسبة لآخر. وقد أظهرت التحقيقات الأولية مدى اتساع مجال الاختلافات والمتغيرات بين الأشخاص الذين لديهم: إعاقة خلقية أو مبكرة؛ أي اكتسبوا إعاقة قبل تحقيق الكفاءة الجنسية؛ أو بعد تحقيق الكفاءة الجنسية (كاندريك ٢٠٠١). فكافة علاقات الأفراد الذين يعانون من إعاقة خلقية تتشأ ضمن هذه التجربة، في حين أن الآخرين أقاموا على الأرجح علاقات حميمة قبل إصابتهم بالعجز.

وبالتالي، تختلف القضايا المتعلقة بالشخص المصاب بانشقاق العمود الفقري عن تلك الخاصة بالشخص المصاب بأفة الحبل الشوكي المؤلمة، على الرغم من الأضرار المماثلة للهيكلي الجسدي.

باختصار، نعني باستخدام هذا المصطلح، أي الأشخاص ذوي/ات الإعاقة، أولئك المستفيدين/ات من الخدمات المقدمة من قبل

فريق أخصائي/ات الإعاقة الجسدية وأفراد أسرهم/ن ومقدمي/ات الرعاية لهم/ن. خلال دراسة الإعاقة الجسدية والتعبير الجنسي والممارسة المهنية، كان علينا أن نتفاعل بوعي مع كل من النماذج الفردية والاجتماعية للإعاقة. وهذا يتضمن التركيز على القضايا الفردية، وغالباً ما تكون خاصة؛ والصورة المصغرة، حيث تتطور العلاقات الحميمة ويتم التعبير عن الحياة الجنسية. كما يُعنى بإعادة التركيز على الصورة الأشمل، بما في ذلك البيئة الاجتماعية والمادية، والتي تتضمن الأطر السياسية والعامّة.

الجنس كموضوع محرم

يعرف قاموس أكسفورد المحرمات على أنها:
- المنظومة أو الفعل الذي يعزل موضوعاً، عبر تصنيفه كموضوع مقدس أو ملعون؛
- الحظر أو المنع الذي تفرضه المنظومة الاجتماعية.

ينطبق هذان التعريفان على التعبير الجنسي، ولكنهما لا يعبران عن المكوّن العاطفي للمحرم. من جهة أخرى، نحن نفترض أن المحرم يُنتج أيضاً ردات فعل عاطفية. وبناء على ذلك، يغدو الانفتاح على التنوع في التعبير الجنسي غير كاف، حيث تبرز ضرورة لتقدير قوة المشاعر الناتجة عن السلوكيات الجنسية، التي تقع خارج نطاق فهمنا وقواعدنا الأخلاقية. فيما سيأتي، مثاليين سلوكيين يشيران إلى هذه المسألة. وهما المثلية الجنسية والجنس الإضافي ضمن الزواج.

ففي العام ٢٠٠٣، وبعد "موجة من الاعتراضات العامّة"، سحب رئيس أساقفة كاتدرائي قبوله لجيفري جون، وهو رجل دين عازب ومثلي الجنس، ومساعد أسقف القراءة (التسامح الديني ٢٠٠٤ ص ٦)، كان هذا جزءاً من نقاش متواصل حول العلاقات الجنسية المثلية والمسيحية نفسها. وعلى نحو مماثل، في العام ١٩٩٨، كانت رئاسة الولايات المتحدة تتأرجح نتيجة سلوك بيل كلينتون الجنسي مع مونيكا لوينسكي، مما أدى إلى عزله بتهمة الحنث باليمين وتضليل العدالة (واتكينز ١٩٩٨). كما أدت المشاعر المتعاطفة حول الأخلاق والنزاهة إلى الإنكار والتستر والانتهاام والهجوم. ولكن، تلك المشاعر لا تعكس وحسب رفضاً أو قبولاً للعلاقات الجنسية المثلية أو العلاقات الإضافية ضمن الزواج، بل تتخطى ذلك لتمثّل ردات فعل عاطفية قوية ترتبط بالمحرم. ومن ناحية أخرى، أغلق SPOD في العام ٢٠٠٣، على الرغم من تزايد القبول لمسألة التنوع. هذا برأينا ناتج عن الطبيعة العاطفية للتعبير الجنسي والإعاقة الجسدية. يشرح إحدى البيانات المبكرة الصادرة حيثيات تأسيس المنظمة:

اعتبر أعضاء اللجنة التأسيسية أنه تم تجاهل مسألة النشاط الجنسي والعلاقات الشخصية للأشخاص ذوي/ات الإعاقة في أحسن الأحوال، وقمعها بشكل فعلي في أسوأ الأحوال (SPOD، غير مؤرّج ص١). وقد وجدت هذه المواقف صدى بعد ثلاثين عاماً، حيث وُجّهت رسالة إلى الأعضاء، للدعوة إلى انعقاد الجمعية العامة في آذار ٢٠٠٣. وكانت حينها اللجنة الإدارية تشعر بتهميش حقيقي من قبل كلّ من قسم الصحة ومالك العقار، مجلس إيسلينغتون (المراسلات الشخصية لباريت ٢٠٠٣). ربما كان هناك تفسيرات أخرى لسحب التمويل وعدم صيانة المبنى، ولكن ذلك انعكس كتجربة قمع فعلية ضد المنظمة وأهدافها.

لذا، حرصنا في هذه الدراسة على نسج الطرق التي نتعامل بها مع العواطف التي تثيرها المحرمات المحيطة بالتعبير الجنسي والإعاقة، وتحديدًا غير المريحة منها، كالكرهية والخوف. ومع العلم أننا نُصنحنا بربط دراستنا ببعض النظريات النفسية التوضيحية، على النحو الذي أدخلت فيه أعمال فرويد في التحليل النفسي إلى اللغة المشتركة (كارلسون، مارتن وآخرون. ٢٠٠٤؛ فرويد ١٩٤٦؛ فرويد ١٩٢٤)، أو كما تناولت نظرية فيستنجر حول التنافر المعرفي، كيفية تبديد الناس للتناقض بين المواقف والسلوك (كارلسون، مارتن وآخرون ٢٠٠٤؛ فيستنجر ١٩٥٧).

على الرغم من أهمية النظريتين، وارتباطهما الوثيق بالمسألة قيد الدرس، اخترنا في المقابل منظور الأنظمة، لمحاولة فهم التعقيدات والتشعبات الواقعية والفعلية الكامنة ضمن سياق الممارسة المهنية (هيلينغين وجوزلين ٢٠٠٦؛ لازلو ١٩٩٥). وعليه، فإن المكوّن العاطفي للمحرم ليس سوى جانباً واحداً من هذه الدراسة، حيث نركز أيضاً على فهم علائقيات الفرد في سياق الممارسة المهنية، ضمن سياق تنظيمي أشمل. ومع ذلك، هناك حاجة إلى التفكير في تأثير المحرمات على هذه الدراسة.

العلاقة الحميمة والتعبير الجنسي

لا تترادف العلاقة الحميمة في معناها مع التعبير الجنسي. فالحميمية لها أن تتواجد خارج الجنس، كما يمكن للجنس أن يكون بلا حميمية، على الرغم من ارتباطهما ببعضهما البعض بالنسبة لكثيرين (ويكس ٢٠٠٣). تم وصف الحميمية على أنها حاجة ل، وقدرة على اختبار الألفة العاطفية المتبادلة مع شخص آخر. فالعلاقات الحميمية تُنمي تصوّرات حول القيمة والكفاءة، والتواصل والانتماء (هاميل ٢٠٠٤). شيكسبير (٢٠٠٠ ص ١٦٤).

ومع العلم بخطورة المبالغة في إعطاء أهمية قصوى للجنس على حساب العلاقات، باعتبار أن معظم الناس لا يسعون إلى ممارسة الجنس في حد ذاته، بل إلى "الحميمية والدفء والتوكيد والترابط"، نجد خطراً مماثلاً في التركيز الحصري على العلاقة، لأنه يستبعد جوهر المشكلة: النزاع القائم حول مسألة الجنس، وينفي أيضاً الأهمية التي يوليها بعض الأشخاص للحميمية الجنسية الجسدية لتنمية العلاقة الحميمة العاطفية والحفاظ عليها (بنكروفت ٢٠٠٤؛ فرست وتاسمان ٢٠٠٤؛ روللو ١٩٦٩).

بالنسبة إلينا، هناك مسألتان تهمان جميع الناس، أولاً الإبقاء على الواقعية في مقابل التوقعات غير الواقعية الشبيهة بالضجيج الإعلامي، وثانياً، الاعتراف بتنوع التعبير الجنسي. فقلة من الناس فقط تمارس جنساً رائعاً طوال الوقت.

كما نشدد على اختلاف الناس عن بعضهم البعض، فمنهم من يختار العزوبية، سواء كان عازباً أو مرتبطاً، وبعضهم يُلزم بها (دونيلي، بورجس وآخرون. ٢٠٠١). ولكن العزوبية لا تعني انعدام الميول أو الرغبة الجنسية. فبعض الناس يختارون شركاء جنسيين، لا تربطهم بهم علاقة حميمة. أما البعض الآخر، فيرى في الحميمية العاطفية شرطاً أساسياً للحميمية الجنسية. كما يرى البعض أن الجماع ضرورياً في التعبير الجنسي، بينما لا يعتبر آخرون أن ذلك مهمًا. وبناء على ذلك، تعتبر الجنسية مسألة شخصية وفردية (كراوتش ١٩٩٨)، يتم التعبير عنها عبر سلوكيات غنية في تنوعها، والذي قد يشمل منح اللذة أو تلقّيها (سبيرو ٢٠٠٣؛ تبيير ٢٠٠٠؛ زيلبرغلد ٢٠٠٤).

تصنيفات الخلل الوظيفي الجنسي

أدى تحديد المراحل الفسيولوجية للاستجابة الجنسية للإنسان، لدى كل من الرجال والنساء، إلى وضع تصنيفات جديدة للخلل الوظيفي الجنسي، وبالتالي إتاحة خيارات علاجية جديدة (ماسترز وجونسون ١٩٦٦). وقد تمّ تحديد أربع مراحل: الإثارة، الثبات، النشوة، الاسترخاء أو الكمون (ماسترز وجونسون ١٩٦٦؛ ماسترز، جونسون وآخرون. ١٩٩٥).

أضاف كابلان، الذي رأى أهمية قصوى في عامل الرغبة تصنيفات جديدة: الرغبة، الاستثارة، والنشوة. ومع إدراج الأكرم كفتة، يضع هذا التصنيف إطاراً عامّاً للتصنيفات الطبية المتعارف عليها، فيما يخص الخلل الوظيفي الجنسي.

التصنيف العالمي للأمراض، المراجعة العاشرة، الجمعية الأمريكية للطب النفسي (٢٠٠٠)، والدليل التشخيصي والإحصائي الرابع منظمة الصحة العالمية (١٩٩٢). موجزة كما سيلي في الجدول ٢٠١ أدناه.

الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع	التصنيف العالمي للأمراض: المراجعة العاشرة
<p>نقص أو فقدان الرغبة الجنسية الرغبة الجنسية المتزايدة الدافع الجنسي المفرط النفور الجنسي وانعدام المتعة الجنسية اضطراب النفور الجنسي</p>	<p>مشاكل الرغبة</p>
<p>الفشل في استجابة الأعضاء التناسلية اضطراب الاستثارة الجنسية لدى النساء اضطراب الاستثارة الجنسية لدى الرجال</p>	<p>مشاكل الإثارة الجنسية</p>
<p>الخلل الوظيفي في الشهوة الجنسية اضطراب الشهوة الجنسية لدى النساء اضطراب الشهوة الجنسية لدى الرجال القذف المبكر</p>	<p>مشاكل الشهوة الجنسية</p>
<p>غير المهبلية المهبلية آلام الجماع العضوية آلام الجماع غير العضوية</p>	<p>المشاكل المرتبطة بالألم</p>

الجدول ٢٠١: تصنيفات الخلل الوظيفي الجنسي

يُعتبر التصنيف العالمي للأمراض، بنسخته العاشرة (ICD-10) والدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (DSM IV)، المرجعين التصنيفيين الأساسيين للاضطرابات العقلية والسلوكية. ولكن، تنطبق تلك التصنيفات على 'الخلل الوظيفي الجنسي الناجم حصراً عن التأثيرات النفسية المباشرة للحالة الطبية العامة' (فرست وتاسمان ٢٠٠٤ ص ١٠٧٥). وبناء على ذلك، يختلف تبويب التشخيص، ليصبح: <الخلل الوظيفي الجنسي> الناتج عن <حالة طبية عامة>.

دور الأخصائيين/ات في مجال الإعاقة

على مر السنين، قُدمت توصيات حول المهارات المطلوبة من قبل العاملين/ات في مجال الصحة العامة (وليس للعاملين/ات في مجال الصحة الجنسية أو المعالجين/ات الجنسين/ات)، بهدف تعزيز الصحة الجنسية لمرضاهم/ن (أون ١٩٧٤؛ إبريل ٢٠٠١؛ جاكوبسن، سيمث وآخرون. ١٩٩١؛ المعهد الوطني للامتياز الطبي NICE ٢٠٠٣؛ منظمة الصحة العالمية ١٩٧٤). ولكن، نراجع في هذه الدراسة توصيات منظمة الصحة العالمية (١٩٧٤)، بالإضافة إلى نموذجي ممارسة، وهما نموذج PLISSIT > وهو نموذج قائم على أربعة مستويات من العمل: منح الإذن أو الموافقة، التدخل المحدود، الاقتراحات المحددة، والعلاج المكثف < (أون ١٩٧٤)، ونموذج سلسلة تيسير الجنس (إبريل ٢٠٠١)، والمرتبطين بممارسة الأخصائيين/ات الخبراء/الخبيرات في مجال الإعاقة.

اقترحت منظمة الصحة العالمية (١٩٧٤) ثلاث مهارات يحتاجها جميع العاملين/ات في مجال الصحة: لتمكينهم/ن من توفير معلومات جنسية؛ تقديم المشورة الجنسية الأولية وإحالة الحالات الأكثر تعقيداً إلى موظفين/ات أو مؤسسات متخصصة (منظمة الصحة العالمية ١٩٧٤). كان من المتوقع أن يملك جميع العاملين/ات في مجال الصحة المعرفة الكافية حول التطور الجنسي والتكاثر البشري والسلوك الجنسي والصحة، والتي تحولهم من تقديم المشورة. ولكن، يجدر بهم/ن أيضاً التمتع بمواقف إيجابية حول الجنسية من أجل ضمان الموضوعية عند التطرق للمواضيع الجنسية.

لذا، وبناء على تزايد التوجه نحو المشورة المتخصصة، نقترح أنه من الأفضل تصميم المشورة الجنسية الأولية باعتبارها استخداماً لمهارات المشورة، والتي نراها ضرورية لتعزيز التواصل واستكشاف المشكلات التي يعاني منها المستفيد/ة، ولكن دون تولي دور إرشادي (الرابطة البريطانية للإرشاد والمشورة ١٩٨٩).

يفترض اقتراح منظمة الصحة العالمية توقّر حد أدنى من المستوى التعليمي، تحديداً فيما يتعلق بتكوين المعرفة والمواقف، ليستهدف جميع العاملين/ات في مجال الصحة. كما تقترح من العاملين/ات في مجال الصحة وضع الصحة الجنسية ضمن نطاق دورهم/ن. وعليه، تقع هذه الافتراضات في صلب دراستنا.

نعتمد بشكل خاص في أدبيات في هذه الدراسة على نموذج PLISSIT للممارسة، والذي طوّره أون (اكلاند ١٩٩٧؛ اسماعيل، اسماعيل وآخرون. ٢٠٠١؛ هرت وآخرون. ١٩٩٩؛ موريسي وكراوتش ١٩٩٨؛ روبن ٢٠٠٥؛ تيير ١٩٩٧؛ ويراكون ١٩٩٤؛ وستون ١٩٩٣). وهو يتضمن أربعة مستويات من العمل: منح الإذن أو الموافقة؛ التدخل المحدود، الاقتراحات المحددة، والعلاج المكثف (P-LI-SS-IT) (الموجزة في الجدول ٢٠٢).

تعتبر المستويات الثلاثة الأولى مستويات تدخل ملائمة لأخصائي/ات الرعاية الصحية والاجتماعية. بينما يندرج المستوى الرابع ضمن مجال خبرة المعالج/ة الجنسي/ة.

وفقاً لهذا النموذج، يبدأ دور الأخصائي/ات في مجال الإعاقة بمنح إذن للشخص ذي/ات الإعاقة لاستكشاف التعبير الجنسي. ويشمل توفير معلومات خاصة بالإعاقة، والتعامل مع المسائل التي تقع ضمن نطاق دورهم/ن الحالي والإحالات المترتبة عنها، والتي قد تتضمن المشورة والإرشاد، المتابعة النفسية العلاجية، أو الخدمات الصحية الجنسية التي تقع خارج نطاق اختصاصهم/ن وكفاءاتهم/ن. تكمن فائدة هذه الآلية بتحديد ما يمكن القيام به، قبل الاستعانة بأخصائي/ة في الصحة الجنسية.

ولكن، يعمل هذا النموذج انطلاقاً من فرضية تقبل أخصائي/ات مجال الإعاقة التعبير الجنسي، كجزء من دورهم/ن الذي لا يقتصر على منح الأدونات، بل يستكشف المسائل والمشكلات المطروحة، بهدف وضع وتحقيق أهداف علاجية.

نموذج PLISSIT للمشورة الجنسية

المستوى	الوصف
<p>منح الإذن</p> <p>يثير الأخصائي/ة موضوع الجنسية ليؤكد مشروعية الجنسية بوصفها مسألة صحية، ويمنح المستفيد/ة الإذن بمناقشة القضايا الجنسية التي تعنيه/ا حاليًا ولاحقًا خلال البرنامج</p>	<p>يحتاج معظم المستفيدين/ات إلى الإذن لطرح قضاياهم الجنسية. وفي حين يفتقر بعض أخصائيو/ات إعادة التأهيل إلى الثقة اللازمة لمناقشة الجنسية، يملك معظمهم المهارات والمعرفة الملائمة لتوفير هذا المستوى من الخدمات.</p>
<p>التدخل المحدود</p> <p>يتناول الأخصائي/ة مسائل جنسية محددة ويحاول تصويب الخرافات والمغالطات</p>	<p>يُمكن لمعظم الأخصائيين/ات في مجال الصحة تطبيق معارفهم/ن وتدريباتهم/ن على صعيد الجنسية. يكون الدور الأساسي للأخصائي/ة في هذا المستوى تعليميًا. لذا، يتوجب عليه/ا التركيز على معلومات جنسية أولية تتناسب مع نطاق ممارستهم المهنية. يعود هذا بفائدة كبيرة على المستفيدين/ات من خدماتهم/ن ضمن هذا المستوى.</p>
<p>الاقتراحات المحددة</p> <p>يجمع الممارس/ة المهني/ة معلومات تبرز التاريخ الجنسي للمستفيد/ة</p> <ul style="list-style-type: none"> - يحدد المشكلة؛ - يحدد سياق المشكلة؛ - يعالج المشكلة؛ - يستخرج أفكارًا حول الأسباب ويطور أهدافًا ملائمة وخطط علاج. 	<p>قلة من المستفيدين/ات يحتاجون إلى هذا المستوى من التدخل، يقابلهم عدد أقل من الأخصائيين/ات الممارسين/ات المخولين/ات من تقديم هذا المستوى من التدخل. وعليه، يجدر بالممارس/ة التمتع بمهارات المشورة والإرشاد، وأيضًا امتلاك المعلومات الملائمة ومهارات العلاج، حتى يتمكن من تقديم العلاج ضمن هذا المستوى.</p>
<p>العلاج المكثف</p> <p>يحصل الأخصائي/ة الممارس/ة على كامل التاريخ الجنسي للمستفيد/ة، ويزوده/ا بالعلاج المتخصص.</p>	<p>يعتبر عدد المستفيدين/ات من هذا المستوى ضئيلاً إلى حد ما. وهو يتطلب المهارات المختصة للمعالج/ة الجنسي/ة أو غيرها من الاختصاصات الملائمة.</p>

الجدول ٢٠٢: نموذج PLISSIT (طوره اسماعيل، اسماعيل ومونرو ٢٠٠١ ص ٢٧٦ استناداً إلى أنون ١٩٧٤)

مؤخرًا، نظرت إيرل (٢٠٠١) في دور التمريض في الرعاية الشاملة للمرضى ذوي/ات الإعاقة. وعضًا عن وضع نموذج، اقترحت سلسلة التيسير الجنسي، على غرار أشكال أخرى من المساعدة في غيرها من النشاطات كالغسيل واللباس. هي لا تقترح قيام الممرضين/ات بأداء كافة مهام السلسلة (كما نوجز في الجدول ٢٠٣). ولكن، تشير إلى أهمية درايتهم/ن بأن بعض المستفيدين/ات قد يرغبون باستكشاف هذا الخيار، كما أنه قد يعود عليهم/ن بفائدة كبيرة.

السلسلة	دور الممرض/ة الممرضة: أمثلة
توفير معلومات متاحة، مشورة، وخدمات.	العمل على توفر المعلومات باستخدام حروف البراي، المطبوعات الكبيرة، والتسجيلات الصوتية.
العمل على خلق بيئة تسمح بالحميمية.	التقبل والاعتراف بحاجات المستفيد/ة الجنسية.
التنبه إلى توفير الخصوصية والعمل على إتاحتها.	إغلاق الأبواب، والتأكد من وجود الستائر.
تشجيع وإتاحة التفاعل الاجتماعي.	توفير المواصلات الملائمة.
شراء المستلزمات الجنسية.	شراء أو تنظيم شراء المجلات الإباحية.
تنظيم الدفع مقابل الخدمات الجنسية.	المساعدة على تنظيم، أو توفير المعلومات حول كيفية تنظيم الجنس المأجور؛ الاستعداد لمناقشة هذا الأمر كخيار متوفر للمستفيد/ة.
تيسير الجامعة مع شخص آخر.	نزع الملابس، أو المساعدة على نزع الملابس.
تيسير الاستمنا (ممارسة الجنس بشكل فردي).	مساعدة المستفيد/ة على إتخاذ الوضعيات الجنسية واستكشاف التقنيات.
متابعة أو علاج جنسي من قبل أخصائيين/ات في مسائل الجنس والحميمية.	المساعدة على تنسيق، أو إعطاء معلومات حول كيفية تنسيق المتابعة أو العلاج الجنسي من قبل أخصائيين/ات في مسائل الجنس والحميمية.

الجدول ٢٠٣: سلسلة الجنس الميسر (استنادًا إلى إيرل ٢٠٠١ ص ٤٣٧)

الفصل الثالث:

التوصيات



'يجدر بالأبحاث التي تطمح إلى اتخاذ صفة النقدية، أن تحاول مواجهة الظلم القائم في مجتمع ما، أو في الحيز العام ضمن المجتمع. ليصبح بذلك البحث أداة تغيير لا تتجمل من وصفها بالسياسية' (كنشيلو ومكلارين ٢٠٠٠ ص٢٩١).

أكدت الدراسات السابقة، كما هذه الدراسة، على اتساع الهوة بين النظرية والممارسة، حيث تبنت فرق العمل دورًا نظريًا، فيما يخص التعبير الجنسي، لكنه ظل خارج نطاق الممارسة العملية. لذا، تقدّم المعرفة الناشئة عن هذه الدراسة فهمًا أكثر عمقًا واتساعًا لهذه الظاهرة، حيث تكشف التحليلات المفصلة عمق وتعقيد وتشعب العوامل، اللا واعية في أغلبها، والتي تؤثر سلبيًا على الممارسة. كما تفسر أيضًا مدى مقاومة التغيير، مبيّنة أساليب ناجحة لتحقيقه. وبناء على ذلك، نقدم أفكارًا تستند إلى دراستنا، ونضع توصيات بعيدة المدى، تضع في اعتبارها عناصر متنوعة لتقديمات الرعاية الاجتماعية والصحية، كما تشمل الكثير من المعنيين/ات. في المحصلة، نعتبر أن مسؤولية دعم الصحة الجنسية للمستفيدين/ات من الخدمات، ووضعهم في صلب تخطيط الخدمة، بوصفهم/ن إنسانيين/ات بالكامل، لهم/ن كما غيرهم/ن حاجات جنسية، تقع على عاتق الفرق المتخصصة بالإعاقة.

قادنا هذا البحث إلى اقتراح نموذج للممارسة في مجال الصحة الجنسية، يستهدف الأخصائيين/ات في مجال الإعاقة، كما وجدنا ضرورة للضغط من أجل إحداث تغييرات تطال التعليم الذي يتلقونه، قبل التسجيل وبعده. منذ أكثر من ثلاثين عامًا، سلطت أنون (١٩٧٤) الضوء على أهمية منح المستفيدين/ات الإذن لمناقشة مخاوفهم/ن الجنسية. كما كشفت هذه الدراسة عن ضرورة منح الإذن للممارسين/ات أيضًا. لذلك، تتضمن توصياتنا تطوير السياسات التنظيمية والمبادئ التوجيهية المهنية ورفع الوعي. ستوفر هذه الاستراتيجيات لفرق العمل سلطة (إذن)، لضمان تحوّل التعبير الجنسي للمستفيد/ة من الخدمة إلى ممارسة روتينية واعتيادية. هذا سيسجعهم على البدء بتصحيح النهج القديم القائم على نزع الجنسية عن الأشخاص ذوي/ات الإعاقة، ضمن قطاع الرعاية الصحية والاجتماعية. فالتعبير الجنسي ليس خاصية غريبة أو بعيدة عن الذات، بل يمتد في صلب وجودنا (وودز ١٩٨٤). وعلى النحو ذاته، نقترح نشر المعلومات الجنسية والأبحاث المشابهة، وتعميمها ضمن الأدبيات المهنية السائدة والمعتمدة على نطاق واسع، بدلًا من حصرها في المجالات المتخصصة والكتب وبرامج التدريب.

نموذج للممارسة في مجال الصحة الجنسية للممارسين/ات في مجال الإعاقة

تكشف هذه الدراسة عدم ملائمة نماذج الممارسة التي ناقشنا سابقًا. لذا، نستعين بثغرات تلك النماذج، ونستخدم لسدّها، المهارات والمهام المختلفة التي ظهرت في هذه الدراسة، عبر تسليط الضوء على نموذج ممارسة مهم للغاية، ويتضمن خمس مراحل.

يلخص الجدول ١-٣ هذا النموذج. يبدأ نموذج PLISSIT لأنون (١٩٧٤) بمنح المستفيد/ة من الخدمة إذنًا لمناقشة قضاياها الجنسية، ومن ثم يتم تزويد المستفيدين/ات بمعلومات محددة. وعليه، يصبح توفير المعلومات الجنسية أولى المهارات التي يتوجب على الممارسين/ات إتقانها، وفقًا لمنظمة الصحة العالمية، وسلسلة الجنس الميسر لإيرل (٢٠٠١). وبالتالي، نصطدم منذ البداية بقيود كبيرة تتسم بها هذه النماذج الثلاثة. فهي تنطبق حصريًا على الممارسين/ات في مجال الإعاقة، والذين يعتبرون أن لديهم صلاحيات في التعامل مع قضاياها الصحية الجنسية للمستفيدين/ات من خدماتهم/ن. ومع ذلك، أظهرت هذه الدراسة أنه من بين المهن الخمس الممثلة، لم نجد شخصًا واحد يعتقد أن التعبير الجنسي جزءًا من دوره في جميع الأحوال، بينما تلقوا جميعًا أسئلة واستفسارات لم تكن واردة مسبقًا.

١- الاعتراف بالمستفيد/ة من الخدمة ككائن جنسي

نؤكد أن الاعتراف بالمستفيد/ة من الخدمة ككائن جنسي، له/ا حاجات ورغبات جنسية، يشكل خطوة حاسمة في تعزيز الصحة الجنسية للأشخاص ذوي/ات الإعاقة. وهي مسألة تجاهلتها نماذج الممارسة السابقة. كما نعتبر أنه لا يمكن لأي أخصائي/ة في الرعاية الصحية أو الاجتماعية، إعفاء نفسه/ا من هذا الوعي، لأنه يقع في صميم تحقيق العدالة والمساواة. ومع العلم بأن تحليل معطيات هذه الدراسة يشير إلى عدم ارتياح الممارسين/ات، أيًا كانت أساليبهم/ن، إلى فكرة تطوير دورهم/ن في مجال التعبير الجنسي، لا زلنا نعتقد أن مقارنة الصحة الجنسية بإيجابية أمرًا ممكنًا للغاية.

فالاعتراف، كخطوة أولى، يعزز مهارات دقيقة كالإقرار، الاعتراف والتطبيع والتأكيد والتوكيد. وهي مهارات قابلة للتطبيق، حتى في ظل عدم رغبة الأخصائي/ة في مجال الإعاقة، بتيسير استكشاف التعبير الجنسي. نورد أدناه مثالًا، يمكن استخدامه في التقييم الذي يجريه

العامل/ة الأساسي/ة.

'قد تكون لديك بعض المخاوف الجنسية (الإقرار)، فكثير من المستفيدين/ات يعانون من هذه المشكلة (التطبيع)، ولكن هذا لا يقع ضمن نطاق خبراتي (الاعتراف بالصعوبات)، علمًا أني أقدر أهمية هذه المسألة (التأكيد)، إذا أردت، يمكنني أن أطلب من زميلي/تي التحدث معك.'

يساعد التعرف أيضًا على تسهيل الاستجابة الإيجابية للإفصاح الجنسي غير المستدرك مسبقًا. يساهم الممارسون/ات الذين يرفضون أو يتجاهلون تلك الاستفسارات، في تعذيب الشخص ذي/ات الإعاقة. يشير الرد أعلاه، إلى كيفية مساهمة المقاربة التوكيدية حيال الجنس باستدراج استفسارات لم تكن واردة مسبقًا.

'هذا سؤال مهم (التأكيد)، فهو يشكل قلقًا للعديد من المرضى (صف/ي طبيعة العجز) (التطبيع). ولكن، لا أعتقد أني الشخص الأفضل الذي يمكنك التحدث إليه (الاعتراف بمحدودية نطاق التدخل)، فالممرض/ة في الفريق لديها خبرة أكبر من التي لدي، هل تريدني أن أطلب من/ها أن يتواصل معك؟'

أما بالنسبة للممارس/ة المستعدة للانتقال إلى مرحلة الاستكشاف -

'هذا سؤال مهم (التأكيد)، ربما يمكننا أن نقضي بعض الوقت في غرفة هادئة، حيث يمكننا أن نتحدث بسهولة أكبر' ما نقرحه هنا للمرحلة ١ يشبه إلى حد بعيد مثال كيلهوفنر في التعامل مع قضية روحية (مناقشة نموذج المهنة الإنسانية (MoHO)). نحن نختلف مع رفضه العنيف لإدراج الصحة الجنسية ضمن العلاج الوظيفي، كما نخشى أن تؤدي احتجاجاته إلى تفاقم مخاوف المعالجين/ات الوظيفيين/ات حيال اعتماد مقاربة إيجابية. ولكن، ينسجم مثاله بشكل كبير مع اقتراحاتنا، فيما يخص التأكيد والتوكيد والاعتراف بالصعوبات والقيود، وعليه نعتبر أن هناك حينًا للتسوية فيما يتعلق بموقفه (كاندريك ٢٠٠٥).

٢- منح الإذن لمناقشة المخاوف/المسائل الجنسية

يوفر الاعتراف بالإنسانية الكاملة لكل مستفيد/ة من الخدمات، بما في ذلك الحاجات الجنسية، الأساس المنطقي لدعوتهم/ن لمناقشة مخاوفهم/ن الجنسية، إذا كانوا يرغبون في ذلك. يكون دور الفريق المجتمعي المختص بالإعاقة، التعرف على الأشخاص الراغبين باستكشاف مخاوفهم واهتماماتهم، ومساعدتهم على الوصول إلى، والتحدث مع الشخص المناسب في الفريق. كما أن منح الإذن يجب أن يتم بشكل واضح ومباشر، نظرًا للمحرمات الاجتماعية التي تعيق مناقشة السلوكيات الجنسية. أشارت إحدى الدراسات إلى تفضيل المستفيدين/ات من الخدمة للأسئلة المباشرة والواضحة (روبن ٢٠٠٥)، بينما ثمة آخرون لا يرغبون في ذلك (أوليفر وغالاغر ٢٠٠٠). وبناء على عدم توفر أدلة عملية تؤكد المقاربة التي يفضلها المستفيدون/ات من الخدمات، ننصح باعتماد استراتيجيات حذرة ودقيقة كأسئلة غير المباشرة أو العبارات التي تتيح للمستفيدين/ات اختيار الاستجابة التي يريدون، والابتعاد عن السعي للاستحصال على معلومات شخصية. يحتاج منح الإذن إلى أن يتضمن دعوة للإفصاح عن إقامة علاقات حميمة أو الحفاظ عليها، وكذلك الوظيفة الجنسية. كما يمكن القيام به ببساطة تامة في أثناء التقييم الأولي، مثلًا

'أجد أن بعض الأشخاص يرغبون أيضًا في التحدث معي حول علاقاتهم أو لديهم أسئلة حول الجنس. يسعدني مناقشة ذلك معك، في حال كانت لديك مخاوف من هذا القبيل'

تنسجم هذه المقاربة مع تعبير "فتح الباب" الذي يعتمده الفريق المتخصص بمسائل الإعاقة. حيث يحترم خصوصية الفرد، ويدعوه في الوقت ذاته، إلى مشاركة مخاوفه، إذا أراد ذلك.

ولكن الحوار ليس الخيار الوحيد، حيث يمكن الاستعانة بمنشورات المعلومات المخصصة للمرضى، أو الملصقات المعلقة على مقربة من العيادات، بالإضافة إلى المنشورات التي تستهدف المستفيدين/ات. كما تعتبر أدوات التقييم الخاصة بالتمريض العام والعلاج الوظيفي ملائمة لتضمين التصريح بالإذن. فالمهم من ذلك كله، إتاحة الفرصة أمام كافة المستفيدين/ات من الخدمات. لذا، ينبغي على كافة فرق العمل، إجراء كل هذه التقييمات التشخيصية الدقيقة، للتمكن من التعبير لاحقًا عن دعوتهم إلى الإفصاح. 'في حال كان لديك أي سؤال أو استفسار حول علاقاتك الشخصية أو تعبيرك الجنسي، أخبر العامل/ة الأساسي/ة عن ذلك. لدينا الكثير من الخبرات والموارد ضمن الفريق، وفي حال لم تتمكن من مساعدتك، سنجد على الأرجح أشخاصًا يقدررون على ذلك'

٣- الاستكشاف

الاستكشاف هو الخطوة الثانية التي تلي منح الإذن. فمنح الإذن بحد ذاته، ليس كافيًا، نظرًا للأوجه المتعددة التي يتسم بها التعبير الجنسي. لذا، تعتبر مهارة التعرف على المشكلة وتحديدها ضرورية جدًا في هذه الحالة. "فالرجل المصاب بجلطة دماغية، والذي لم يعد 'جديرًا بالمعاقبة والتحبب'؛ هو خير دليل على ذلك.

ففي هذه الحالة، عندما يفقد المعالج/ة إلى مهارة الاستكشاف، سيفترض على الأرجح أن المريض/ة خائف/ة من احتمال إصابته/ا بجلطة أخرى.

وفي السياق ذاته، نؤمن أن كل ممارس/ة في مجال الإعاقة، قادر/ة على مساعدة المستفيدين/ات من الخدمات على استكشاف مخاوفهم/ن وقضاياهم/ن الجنسية. ولكن، عندما يتعذر ذلك، لسبب ما، يمكن لأفراد معينين ضمن الفرق أن يأخذوا مهمة الاستكشاف على عاتقهم. كما نعتقد أنه خلال هذه المرحلة الاستكشافية، قد تختلف مقارنة الأخصائي/ة في الإعاقة عن مقارنة الأخصائي/ة في الصحة الجنسية. فالأخصائي/ة في الصحة الجنسية قد يسعى إلى معرفة التاريخ الجنسي، واستكشاف الأداء المرتبك، المتعلق بدورة الاستجابة الجنسية البشرية. أما الأخصائي/ة في مجال الإعاقة، فيحتاج إلى فهم كيفية تأثير الإعاقة على الحميمة والعلاقات الجنسية. قد يكون ذلك متعلقاً بالفرص الاجتماعية، الهوية الذاتية، أو تطور العلاقة لتصبح أكثر حميمة. قد يسعى المستفيد/ة من الخدمة إلى اكتشاف العواقب الناتجة عن العجز، وكيفية التعامل معها في الأوضاع والحالات الحميمة، مثلاً باستخدام رافعة، أو مواجهة صعوبات في نزع الملابس، أو مشاكل ناتجة عن تغيير في الأدوار مع الشريك/الشركاء الجنسيين، نتيجة الحاجة إلى رعاية محددة، أو كيفية التعامل مع الألم والتشنج والتعب.

٤- معالجة القضايا ضمن خبرات الفريق وحدوده

تتمثل المرحلة التالية في معالجة القضايا التي تندرج بشكل مريح ضمن الأدوار المهنية المناسبة للفريق. اقترحت منظمة الصحة العالمية (١٩٧٤) توفير المشورة الجنسية الأولية.

يشكل هذا طرماً محدوداً لما يمكن القيام به، حيث يمكن أن يشوّس فهم الممارسين/ات في مجال الإعاقة للمهام التي تقع ضمن نطاق دورهم. تناولت أنون (١٩٧٤) هذه المشكلة، مقدمة اقتراحات محددة لمعالجتها. وأوصت بصياغة أفكار حول الأسباب ووضع الأهداف المناسبة وخطط العلاج. كما يعتقد غرينغروس (١٩٩٨) الاتصالات الشخصية) أن وضع حدود واضحة حول المهمة، قد يمكن الممارسين/ات في مجال الإعاقة من الانخراط في معالجة القضايا الجنسية. كما شعرت أن تراجع الممارسين/ات ناتج عن اتساع وشمولية التعبير الجنسي، وهو أمر يرهقهم بسهولة. يتماشى ذلك مع ما سمي "بصندوق باندورا" أو "علبة الديدان"، فالأخصائيون/ات في مجال الإعاقة معتادون على تحديد الحاجات، وتخطط العلاج ووضع الأهداف، وبالتالي لديهم/ن إمكانية لتحليل المشاكل الجنسية، وتجزئة الأهداف المحددة التي تتناسب مع خبرات الفريق. ولكن هذا يتطلب فهماً واضحاً للأدوار المهنية المختلفة، وقد يستوجب عملاً مشتركاً بين الأخصائيين/ات. توفر سلسلة إيرل (٢٠٠١) أمثلة للأهداف المحتملة للمرضيين/ات. على الرغم من أن بعضها مناسب للفضاءات السكنية، إلا أنها قد تكون مفيدة عند إنشاء حزمة رعاية أو مساعدة المستفيد/ة من الخدمة على التفكير في خياراته. يتضمن أيضاً تحديد الهدف إتاحة وصول الناس إلى المساعدة/ات المتوفرة.

بعض الأمثلة على ذلك: الفرص الاجتماعية والخصوصية والإباحية .. قد يعالج أخصائيو/ات العلاج الفيزيائي القضايا الميكانيكية الحيوية التي تسبب انزعاجاً أثناء الجماع. في حين يوفر المعالج/ة الوظيفي مثلاً، دليل جمعية تنظيم الأسرة حول المعدات الالكترونية والأجهزة التي تساعد على الاستمتاع وممارسة الجنس بشكل فردي، لأولئك الذين يعانون من عجز في وظيفة اليدين. وقد تتضمن الأهداف تقديم معلومات جنسية مخصصة لذوي/ات الإعاقة أو إعادة تأطير الحميمة الجنسية على أنها استراتيجيات إشباع، بدلاً من توصيفها كمسألة تتعلق حصراً بالولوج القضيبي/المهلي. كما تساعد اللغة التي يعتمدها المعالج/ة المصابين/ات بخلل في النطق على تحسين التواصل مع شركائهم/ن. ويعزز الأخصائي/ة النفسي/ة المهارات الشخصية ومهارات التكيف العاطفي، بما في ذلك المسائل المتصلة بصورة وشكل الجسد والتصورات الذاتية.

٥- الإحالة والمناصرة

بطبيعة الحال، هناك مشاكل وقضايا تقع خارج نطاق دور فريق العمل المتخصص بالإعاقة، وبالتالي، تصبح الإحالة الخطوة التالية التي يقترحها هذا النموذج. وتشمل توفير معلومات حول موضوع معين، أو إحالة المستفيدين/ات من الخدمة إلى وكالات ومنظمات أخرى. وهذا يعادل علاج أنون المكثف (١٩٧٤). الإحالة هي المهارة الأخيرة بالنسبة لمنظمة الصحة العالمية (١٩٧٤). نحن لا نفضل استخدام مصطلح العلاج المكثف، لأن المشاكل البسيطة تحتاج بكل بساطة إلى إحالة، مثلاً إلى طبيب في الصحة العامة لإجراء كشف طبي، أو إلى عيادة تنظيم الأسرة للحصول على نصيحة متعلقة بتحديد النسل. عندما تكون المشكلة مرتبطة بالعلاقة، يصبح التفهم إحدى الخيارات. أما إذا كانت المشكلة ضعفاً جنسياً، قد يصبح الخيار متوجهاً نحو خدمات الصحة النفسية الجنسية. قد تتم الإحالة في بعض الحالات إلى خطوط ساخنة، كتلك التي توفرها جمعية موزايك وجمعية حلم وغيرها من المنظمات.

ولكن، عندما يتجاوز التدخل حدود وإمكانيات نطاق وخبرة فريق العمل، تصبح المناصرة ضرورية، لتسليط الضوء على الخدمات والموارد غير المتوفرة أو غير المتاحة. كما أنها قد تتضمن تقديم خبراء في مجال الإعاقة إلى الخدمات السائدة. كما أن معلومات بسيطة حول القدرات الوظيفية للمستفيد/ة، بعد موافقته/ا طبعًا، قد تكون مفيدة جدًا. فأحيانًا تكون المناصرة بأبسط أشكالها عبارة عن نصيحة حول طرق التواصل الفضلى للمستفيد/ة. فالمناصرة تعزز الوصول إلى الخدمات/المعلومات. مثلًا، قد يوافق طبيب عيادة التنظيم الأسرة إجراء استشارة منزلية، عندما يدرك أن الرفاعة الموجودة في المنزل ضرورية لإجراء فحص الحوض.

وبالتالي، تقودنا هذه الدراسة إلى وضع توصيات تقتضي اعتماد نموذج تدخل جديد، يستند إليه الخبراء في مجال الإعاقة، لتعزيز وتحسين الصحة الجنسية لذوي/ات الإعاقة. كما نعتقد أن النموذج الذي يبيّنه يوضح مسؤوليات الأفراد الممارسين/ات والممارسة المختصة لفريق العمل أيضًا. وعليه، نقدم ملخصًا عن النموذج لتعزيز الصحة الجنسية في الجدول ٣،١.

المراحل	الوصف
١. الاعتراف بالمستفيد/ة من الخدمة ككائن جنسي	يتطلب ذلك اعتبار الأشخاص ذوي/ات الإعاقة انسانيين/ات بالكامل، لهم/ن حاجاتهم/ن الجنسية، تمامًا كغيرهم/ن من الأشخاص في مركز تخطيط الخدمة. وهذا يستلزم مهارات التوكيد، التطبيع، والتأكيد على الاعتراف بأهمية المسألة، وما تعنيه للمستفيد/ة من الخدمة، أو أنها (التعبير الجنسي) قد تشكل أولوية بالنسبة إليه/ا، وهذا يشمل مشاكل ومخاوف عامة كالمظهر، الفرص الاجتماعية، الخصوصية، وغيرها. كما ينبغي على كافة الأخصائيين/ات في مجال الإعاقة، بعيدًا عن ماهية دورهم/ن، الاستجابة بإيجابية للأسئلة المباشرة وغير المباشرة التي يثيرها المستفيد/ة من خدماتهم.
٢. اعتماد استراتيجيات منح إذن تراعي حساسية الموضوع	يستدعي ذلك مهارة تشجع على الإفصاح، وتحافظ في الوقت ذاته، على حق الفرد بالخصوصية. وتشمل تقنيات هذه المهارة طرح الأسئلة غير المباشرة، الملصقات والمطبوعات الخاصة بالخدمات، المنشورات والملصقات الخاصة بالمستفيدين/ات من الخدمات. وفي حال لم يتمكن أعضاء الفريق، لأسباب دينية أو شخصية من منح الإذن، يفترض إجراء ترتيبات ضمن الفريق لإعطاء فرصة للإفصاح عن العلاقات/المخاوف الجنسية لكل مستفيد/ة.
٣. استكشاف المشكلة/المخاوف	هذا يتطلب الحصول على معلومات كافية لاستيعاب تأثيرات الإعاقة على تطور الحميمة والعلاقة الجنسية والحفاظ عليهما. يمكن للفريق أن يشجع كافة أعضائه على تطوير هذه المهارة، ولكن عندما يتعذر ذلك، يمكن إعطاء هذه المهمة للممارسين/ات الأكثر خبرة، كالممارسين/ات المختصين/ات في الصحة الجنسية، أو المعالج/ة النفسي/ة، أو ببساطة للأعضاء القادرين على التعامل مع هذه القضايا واكتشافها بشكل مريح.
٤. التعامل مع المسائل التي تدرج ضمن خبرات الفريق وحدوده	يتطلب ذلك مهارات تحليلية، وتخطيطًا علاجيًا، وتحديد أهداف تسجمر دائمًا مع الكفاءة المهنية للفريق. وعلى الرغم من الخبرة التي يمتلكها المعالج/ة النفسي/ة في العلاقات، تبقى مساهمة أعضاء الفريق مهمة للغاية. وهذا يتطلب فهمًا واضحًا للأدوار المتخصصة المختلفة، وقد يستلزم عملاً مشتركًا بين الاختصاصات المختلفة.
٥. الإحالة والمناصرة	تصبح الإحالة ضرورية لتحقيق هدف لا يندرج ضمن الكفاءة المهنية للفريق. وهي تتطلب معرفة شاملة بالموارد والخدمات المتاحة، كما تشمل القيام بنشاطات مناصرة تسهتد عدم توفر الموارد وعدم إتاحتها. وقد تتضمن تقديم خبراء في مجال الإعاقة إلى الخدمات العامة.

الجدول ٣،١: نموذج لتعزيز الصحة الجنسية لفريق العمل المتخصصة بالإعاقة الجسدية

سياسات المنظمات

تشير هذه الدراسة إلى الحاجة لسياسات تنظيمية، لضمان حماية ودعم خدمات الرعاية الاجتماعية والصحية للصحة الجنسية للأشخاص ذوي الإعاقة. فإدماج قضايا التعبير الجنسي ضمن السياسات يحتاج وعيًا، وقدرة على التصدي للموروثات والمفاهيم التقليدية المتعلقة بالجنسانية، وغير الخاضعة للمحاسبة، والمتواجدة ضمن أطر الرعاية الاجتماعية والصحية. كما تبين هذه الدراسة كيف ترتكز الممارسة المهنية إلى آليات سياقية متفشية، تساهم في تشكيل التركيب الاجتماعي للأشخاص ذوي الإعاقة بوصفهم/ن عديمي/ات الجنسانية، ما يؤدي إلى تجاهل وتجنب مخاوفهم/ن ومشاكلهم/ن الجنسية. ولكن تطوير السياسات الوطنية يعزز الممارسة المهنية للخبراء/الخبيرات في مجال الإعاقة وفي مجال الصحة الجنسية على حد سواء.

فالمستوى الوطني، يعزز إمكانية وجود أذان صاغية لسردية التحرير الجنسي للأشخاص ذوي الإعاقة، في ظل غياب التعبير الجنسي والجنسانية عن المبادئ التوجيهية الأخيرة للخدمات الصحية الوطنية، فيما يخص التصلب اللويحي والحالات الطوية الأجل.

لا بد من الإشادة بضرورة التقييم الروتيني للوظيفة الجنسية والعلاقات الجنسية والشخصية المرغوبة. ومع ذلك، فإن هذه الوثائق لا توضح أين تقع المسؤولية. حيث يمكن للممارس/ة أو الفريق، غير المرتاح/ة مع المسائل الجنسية، اعتبار هذه الإرشادات والمهارات موجهة لأخصائي/ات الأمراض العصبية أو العاملين/ات في مجال الصحة الجنسية. وبالتالي، يمكنهم/ن هذا من إعفاء أنفسهم/ن من المسؤولية. ومن هنا، تكمن أهمية السياسة الوطنية، وليس فقط السياسة المحلية، في قدرتها على تحويل الخطاب الوطني إلى مبادئ توجيهية للممارسة.

يوفر وضع السياسات والمبادئ التوجيهية المحلية دعمًا تنظيميًا، يمنح الممارسين/ات سلطة تحدّ من هشاشتهم/ن وخوفهم/ن. حيث يتيح وجود سياسات للممارسين/ات، المشرفين/ات، والمستفيدين/ات معرفة ما يمكن (وما لا يمكن) توقعه من الخدمة. فالسياسة الإيجابية، التي تحدد دور الفريق في الصحة الجنسية للمستفيدين/ات، تكون أيضًا بمثابة استراتيجية تصريح بالموافقة لكل من فرق العمل والمستفيدين/ات. وعلى نحو مشابه، نُفّض السياسة التي تعترف بعدم قدرة فريق العمل، لأي سبب كان، على دمج التعبير الجنسي ضمن نطاق دورها. لأنها، باعترافها هذا، تحدد المشكلة، بشكل صريح بوصفها نقصًا في توفير الخدمات، بدلًا من اعتبار ذوي الإعاقة أشخاص عديمي/ات الجنسانية.

بالإضافة إلى ذلك، يمكن أن تساعد مهمة تطوير السياسة، في حد ذاتها، على تطوير تقدير الخدمات. فبدلًا من فرض سياسة ما، يمكن لفريق الإعاقة استخدام عملية وضع السياسات لاستكشاف مواقف الموظفين/ات والنظر في احتياجات التدريب. على الرغم من أن النقاشات تستغرق وقتًا طويلاً، فإنها ستساعد في تحديد موقف الإدارة والممارسين/ات. كما رأينا في هذه الدراسة، يتم تشكيل كل فريق بشكل مختلف. لذا، لا يمكن تطبيق معيار موحد. يحتاج كل فريق إلى مناقشة كيفية دعم الصحة الجنسية للمستفيدين/ات من الخدمة. هل يؤهلون/يكلّفون متخصصًا/ة واحدًا/ة داخل الفريق؟ أم تأخذ مهنة واحدة زمام المبادرة؟ كيف سيحدد كل فرد في الفريق الحاجة؟ هل يمكن إدراج التعبير الجنسي بشكل مناسب ضمن أدوات ممارسة الفريق؟. وبناء على ذلك، من شأن تطوير السياسة أن يشمل جميع الأطراف المعنية (فيغان، راوخ وآخرون. ١٩٩٣). خلال هذه الدراسة، نظرنا إلى مشاركة ذوي الإعاقة، كعامل مهم في نشر الوعي والفهم. لذلك، فإننا نؤمن بأن وضع سياسة لا يمكن أن يتم من دون إشراك المستفيدين/ات من الخدمة. على الرغم من أن فيغان وزملاءه (١٩٩٣) يستندون إلى صعوبات التعلم وليس إلى الإعاقة الجسدية، إلا أنهم يقدمون بعض الإرشادات حول تطوير السياسات.

هذا ويعتبر تحديد المشكلات والتعامل معها، قبل تزايد الحاجة إليها من إحدى الميزات لتطوير السياسات. يتفاعل ذلك مع الممارسة المؤدية التي تم تحديدها في البحوث الأولية، حيث لا يتم التعامل مع المخاوف الجنسية للمستفيد/ة من الخدمة بشكل سري، بل يصبح موضوعًا يتشارك الجميع فيه، وكأنه تمرين جماعي على تقديم المشورة. وبالتالي، يحيل الممارس/ة غير المتأكد/ة المسألة إلى المشرف/ة: فيقوم هذا/ه بدوره/ا بإحالتها إلى مديرة/ة الفريق، الذي يعرضها على فريق إدارة الحالات، وهكذا دواليك. في المقابل، يجدر بالممارس/ة والمشرف/ة، الاستناد إلى سياسة ترشدهم/ن إلى الممارسة الملائمة.

مبادئ توجيهية تضعها الهيئات المهنية

تمثل إحدى التوصيات التي تتفرد بها هذه الدراسة، بتوفير مواقف واضحة أو مبادئ توجيهية من قبل الهيئات المهنية. والمقصود من هذه التوصية هو توضيح الأدوار والحدود في العمل المرتبط بالتعبير الجنسي: أثبتت هذه الدراسة التأثير السلبي الذي تنتجه التساؤلات حول مدى ملائمة بعض الأدوار في نطاق هذه الممارسة. وكما رأينا في حالة الممرضين/ات الذين شاركوا في هذه الدراسة، فإن وجود وثيقة سياسية ليس كافيًا بحد ذاته للتعامل مع هذه المشكلة. فقد تبين لنا، وإن بشكل غير معلن وواضح، أن الممرضين/ات لم يقرأوا أو يعلموا بالمواقف الصادرة عن التنظيم المهني الذي ينتمون إليه. ومع ذلك، نصر على وجود مواقف رسمية، على الرغم من غياب الوعي بوجودها.

فبرأينا، تشكل المواقف الرسمية نقطة انطلاق لتحديد معالم الممارسة. وتشير أيضًا إلى الثغرات التي تحتاج إلى تطوير لناحية المناهج التعليمية، قبل وبعد التسجيل، لما لديها من تأثير على التنشئة الاجتماعية المهنية والممارسة أيضًا. كما أن هذا الأمر يتصل بشكل وثيق بمسألة التعبير الجنسي، التي تشمل الأدوار المهنية بدءًا من القضايا الشخصية، مرورًا بالعلاقات فيما بين الأشخاص، ووصولًا إلى الوظائف الحيوية والفسولوجية-العصبية. ولكننا نعلم، في الوقت ذاته، أن وضع المواقف الرسمية ليس بالمهمة السهلة، التي يمكن التعامل معها ببساطة.

في المحصلة، تتألف الهيئات المهنية من أعضائها، وتعمل لأجلهم. وتخضع العضوية في تلك الهيئات للمفاهيم الاجتماعية والمركبات الثقافية حول الجنسية، التي تتأثر بفعل المكوّن العاطفي الذي يعتبر الجنس مسألة محرمة. وبالتالي، يتطلب الموقف الرسمي للهيئة المهنية موافقة جميع أعضائها. ولكن، غياب تلك السياسات، يساهم في استمرار الغموض والتساؤلات، وبالنتيجة، يبقى على الممارسات الصحية والرعاية الاجتماعية المدمرة. لذا، نحن نؤمن أن الوثائق الصادرة عن الهيئات المهنية تشكل أداة قوية للغاية، من شأنها دعم فرق العمل في مجال الإعاقة لتطوير سياسات متعلقة بالصحة الجنسية. وقد بينت الدراسة أن أربع مجموعات مهنية تفتقد إلى الإرشاد المهني أو الوثيقة المرجعية.

وبناء على ما تقدم، تؤكد دراستنا على وجود ازدواجية في مهنة العلاج الوظيفي، حيث رفض كيلهوفنر بشدة، وهو منظر في هذه المهنة، أن يتخذ دورًا مهنيًا ومتخصصًا (كيلهوفنر ٢٠٠٣)، بينما وافق جميع المعالجون/ات والوظيفيون/ات الذين شاركوا في هذه الدراسة على الدور النظري، معتبرين أنه ينسجم مع قيمهم/ن المهنية. تجدر الإشارة إلى ندرة الدراسات العالمية المتخصصة بمسائل محددة (إدمانز ١٩٩٨؛ ريتشي ودينز ١٩٩٢).

تتعلق النتائج السردية لهذه الدراسة بالعلاج الفيزيائي والنطقي واللغة. حيث قام معالج/ة فيزيائي واحد/ة، ومعالج/ة واحد/ة مختص/ة في النطق واللغة، بإتاحة الإفصاح والتعامل مع المشكلات بشكل روتيني واعتيادي، ضمن أدوارهم/ن المهنية. وعلى الرغم من غياب التوافق حول انسجام ذلك مع قيمهم/ن المهنية، أظهرت الدراسة المساهمة الإيجابية التي يمكن تحقيقها في هذا الإطار. فالتأثير الإيجابي الذي يساهم به العلاج الفيزيائي يرتبط بالخلل الوظيفي الجنسي الثانوي. في حين ييسر علاج النطق واللغة التواصل ومشاركة المخاوف الجنسية للأشخاص الذين يعانون من ضعف في النطق.

يغيب هذا النقاش عن الجامعات في الوقت الحالي. ولكنه، قد يصبح نقاشًا مستقبليًا يتطرق إلى حجم هذا الدور، ونحن نعتبر أن صدور موقف رسمي يعترف ويؤكد على جنسانية المستفيدين/ات، وضرورة التعامل مع استفساراتهم (المرحلة الأولى للنموذج)، يمثل الحد الأدنى لما يمكن أن يقدمه هذا القطاع. أما بالنسبة إلينا، فنعتقد أن الإرشاد المهني لديه إمكانيات تتخطى ذلك بكثير، وتشمل منح الإذن، الاستكشاف، والتدخل ضمن نطاق الحدود المهنية. من جهة ثانية، لم تكن نتائج الدراسة المرتبطة بعلم النفس حاسمة ونهائية، حيث برز توافق مهني يتخطى ذلك الذي وجدناه لدى فريق العمل المعني بالإعاقة. ولكن، أظهرت المعطيات أن أعضاء الفريق الآخرين كانوا غير واثقين من ماهية الدور الذي قد يلعبه علم النفس في مسألة التعبير الجنسي. لذا، يجدر بنقابة أخصائي/ات علم النفس، أو بعض فروعها (العيادية، علم النفس الصحي أو الاستشاري)، أو غيرها من الهيئات أن تقدم موقفًا رسميًا يوضح تلك المسائل، ليسهل على العاملين/ات في هذا القطاع تحديد أدوارهم/ن المهنية ونطاق حدودها.

رفع الوعي ضمن خدمات الإعاقة المتخصصة

هناك أهمية قصوى وطارئة تقتضي اعتبار الممارسة في الرعاية الاجتماعية والصحية عاملاً محفزاً وليس مدمراً للهويات الجنسية للأشخاص ذوي/ات الإعاقة.

فقد أظهرت هذه الدراسة نماذج واضحة، وإن كانت عرضية، لممارسات مهنية فردية ومواقف تنزع الجنسية عن ذوي/ات الإعاقة. والأخطر برز في السياق المؤسساتي الأشمل، الذي يتجاهل التعبير الجنسي، ويستثنيه من التعليم المهني، والتنشئة الاجتماعية، والممارسة. وقد اتضح أن إنكار التعبير الجنسي ينتشر ويمتد بشكل مبطن. حيث شملت هذه الدراسة ممارسين/ات كثر/يرات لا يرون أن الجنسية والإعاقة مسألة ذات أهمية. ولكن، الجدير بالذكر هنا، أن الوعي الذي اكتسبه عبر مشاركتهم/ن بالدراسة، كان كفيلاً بإبراز وكشف بعض تلك السيناريوهات. بالإضافة إلى برامج التعليم، يجب إدراج التعبير الجنسي في النصوص الأساسية ونماذج الممارسة والأدبيات المهنية.

قد يكون النموذجان العامان المفيدان هما التصنيف الدولي للوظائف (ICF) (منظمة الصحة العالمية ٢٠٠١) والنموذج الاجتماعي للإعاقة (أوليفر ١٩٩٦). يحدد التصنيف الدولي للوظائف العلاقات الجنسية والحميمة كمساهم ذي صلة بالصحة، لجهة الدور الذي يلعبه في نوعية الحياة، وهو يتساوى بأهميته مع التواصل والتنقل والرعاية الذاتية. نعتقد أن هذا المجال الصحي يقع ضمن مسؤولية الممارسين/ات وفريق العمل. لكن، تكمن الإشكالية في ملكية هذا الأمر. وكما أظهر هذا البحث، يفترض الأخصائيون/ات، في سياق إدارتهم/ن للمشاعر السلبية، أن الصحة الجنسية هي مسؤولية الآخرين. لذا، فإن الترويج للنموذج الاجتماعي للإعاقة ضمن الرعاية الصحية، لا يعالج الجنسية بشكل مباشر، بل يواجه الافتراضات حول أولويات العلاج والحاجة إلى إشراك الشريك/الشركاء كجزء من البيئة الاجتماعية. وهو أيضاً يبرز كيفية إسهام المواقف الاجتماعية في صنع مجتمع معيق. يحدد التصنيف الدولي للأداء والإعاقة والصحة لدى التصنيف الدولي للوظائف أهمية مواقف الأخصائيين/ات في مجال الصحة بشكل منفصل، ومضاف إلى المواقف المنتشرة والسائدة في المجتمع (منظمة الصحة العالمية ٢٠٠١).

فيما يتعلق بنماذج الصحة الجنسية، حددنا الثغرات في النماذج الحالية، بما في ذلك المراحل الأربعة: "منح الإذن" والمعلومات المحدودة، والاقتراحات المحددة، والعلاج المكثف، المستندة إلى نموذج PLISSIT، واقترحنا بدائل. يساعد أيضاً نموذج فوليه (الخلل الوظيفي الجنسي الأولي، الثانوي والثالثي) على تحديد دور الأخصائيين/ات في مجال الإعاقة (فوليه وساندرز ١٩٩٧؛ فوليه وساندرز ١٩٩٧ب). ولكن، تبقى نماذج الاختصاصات المحددة التي تشمل الصحة الجنسية أكثر أهمية من نماذج الصحة الجنسية.

يتضمن الوعي أيضاً تفكيك معنى الخلل الوظيفي الجنسي، لتجنب ربط ماهية الوظيفة الجنسية بالقضيب/المهبل. فالتعبير الجنسي شامل لأكثر بكثير من الوظيفة الجنسية. وعليه، يجب أن يكون التركيز على الصحة الجنسية، والتي تشمل اللذة، (تبيير ٢٠٠٠)، وتشارك الفرغ من خلال العلاقة الحميمة الجسدية والعاطفية (زيلبرجيلد ٢٠٠٤).

رفع الوعي في مجال الصحة الجنسية وغيرها من الخدمات

هذه الدراسة ليست تحديداً حول العلاقات أو خدمات الصحة الجنسية. ومع ذلك، أظهرت نتائجها أن رفع الوعي حول الإعاقة الجسدية يعزز تلك الخدمات ويطورها. حيث ينبغي على جميع الخدمات، القانونية وغير القانونية، إجراء تعديلات مقبولة، وإتاحتها أمام الأشخاص ذوي/ات الإعاقة.

فإتاحة الوصول إلى الخدمات لا يقتصر على تجهيز الأبنية، بل يتطلب تعزيز إدماج خدمات الصحة الجنسية للفئات المهمشة كالأشخاص ذوي/ات الإعاقة (المؤسسة الطبية للإيدز والصحة الجنسية ٢٠٠٥). برأينا أن خطة عمل استباقية للتنوع حول الإعاقة والعلاقات، وخدمات الصحة الجنسية، بالإضافة إلى إجراء تحسين يستهدف صحة ذوي/ات الإعاقة، من شأنها أن تعزز هذا الدمج وأن تزيد من استيعاب هذه الخدمات لتلك الحالات.

باستطاعة الفريق المتخصص بالإعاقة أن يساهم في الحفاظ على الهوية الجنسية، وتطوير مقاربة إيجابية تجاه التعبير الجنسي، وبالتالي تعزيز الصحة ونوعية الحياة للمستفيدين/ات من خدماتهم/ن. أظهرت التحقيقات التي أجريناها مع فرق العمل أن هذا التوجه ليس أمرًا بديهيًا أو اعتياديًا ممارسًا كجزء من الدور الذي يؤديه. وعليه، أوجزنا وبيّنا، استنادًا إلى النظرية النقدية المعاصرة، توصيات تمتد إلى جهات كثيرة، آمليين تحوّلها إلى ممارسة فعلية.

وعلى الرغم من أهمية كل توصية بحد ذاتها، ترتبط التوصيات بشكل تفاعلي مع بعضها البعض. مثلًا، يساهم موقف يتخذه جسم مهني في رفع الوعي. ويؤثر تطوير السياسات الوطنية على المنهاج الذي تعتمده المؤسسات التعليمية. كما تؤدي التغييرات في المناهج التعليمية إلى تطوير السياسات المحلية. لذا، تستهدف توصياتنا موضوعًا متصلًا ومترابطًا: أي انخراط المعنيين/ات مع التجربة المعاشة والمباشرة للإعاقة. وبناء على هذا، نعتبر أن تعاونهم معًا لتطوير السياسات، والعمل وفقًا للنماذج والدراسات يقدم نتائج أفضل.

تتجاوز هذه التوصيات فرق العمل المعنية بالإعاقة، وتستهدف عمل المنظمات المنخرطة في وضع السياسات الصحية والاجتماعية للأشخاص ذوي/ات الإعاقة. كما تشمل كافة أقسام الصحة، والكليات التي تمثل الاختصاصات المختلفة، والمنظمات المحلية التي تقدم الخدمات.

وهي تُعنى أيضًا بمؤسسات التعليم العالي التي تقدم تعليمًا متخصصًا. لأن هذه جميع هذه الأنظمة تتألف من جسم مكوّن من أفراد يتأثرون، كما الممارسون/ات، بالبناء الاجتماعي للجنسانية، وبالتالي مكوّناتها العاطفي، أي اعتبار الجنس موضوعًا محرمًا. لذا، نؤمن أن السعي لدمج نماذج تعليمية إضافية حول الجنس والإعاقة ليس كافيًا، لأن التغيير يتطلب مقاربة شاملة.

المراجع

American Psychiatric Association (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edition, Text Revision. Washington DC: American Psychiatric Association.

Amosun, S., Shabodien, R., Marias, M. and Nicholas, L. (1997) AIDS and Sexuality Education in the Physiotherapy Curriculum. South African Journal of Physiotherapy.

Annon, J. S. (1974) The Behavioural Treatment of Sexual Problems: Volume 1 Brief Therapy. 1st edition. Honolulu: Kapiolani Health Services.

Anon (1984) In Memoriam: Cedric Carter, 1917-1984. Biology and Society: The Journal of the Eugenics Society.

Archer, J. and Lloyd, B. (2002) Sex and Gender. 2nd edition. Cambridge: Cambridge University Press. Arthritis and Rheumatism Council (n.d.) Arthritis: Sexual Aspects and Parenthood: A Handbook for Patients. Chesterfield: Arthritis and Rheumatism Council.

Arthritis Care (1999) Our Relationships, Our Sexuality; A Guide for People with Arthritis. Reprinted 2000. London: Arthritis Care.

Atkins, S., Leitner, N., Patterson, W. and Weston, H. (2004) Inclusion: Reality in Practice. Counselling Engelhardt, H. (1992) The Disease of Masturbation: Values and the Concepts of Disease in Qualitative Health Research. J. Morse Ed. Newbury Park: Sage Publications.

Esmail, S., Esmail, Y. and Munro, B. (2001) Sexuality and Disability: The Role of Health Care Professionals in Providing Options and Alternatives. *Sexuality and Disability*
Eugenics Society Members List (2006) Sm-sz: Stopes, Dr. Marie. Internet: Eugenics Watch. Downloaded from www.eugenics-watch.com/briteugen/eug_smsz.html on 10.02.06

European Community (2000) Employment Directive 2000/78. European Community Directive

European Multiple Sclerosis Platform (2001) Personal Hygiene, Intimacy and Sexuality of Persons with Multiple Sclerosis. Report European MS Platform Congress 17-20 May 2001, held in Oslo, Norway. Belgium: European Multiple Sclerosis Platform.

Evans, D. (1998) Making Sense of Sexuality in Sexuality and Healthcare: A Human Dilemma. M. Morrissey Ed. Dinton: Quay Books.

Foley, F. (1999) Relationships and Intimacy: The Impact of MS on Sexuality and Loving. Reprinted 2004.

London: Multiple Sclerosis Society of Great Britain and Northern Ireland.

Foley, F. and Iverson, J. (1992) Sexuality and MS in Multiple Sclerosis and the Family. R. Kalb and L. Scheinberg Ed. New York: Demos Publications.

Foley, F. and Sanders, A. (1997a) Sexuality, Multiple Sclerosis and Men. *MS Management*.
Foley, F. and Sanders, A. (1997b) Sexuality, Multiple Sclerosis and Women. *MS Management*.
Foley, F. and Werner, M. (1996) Sexuality in Multiple Sclerosis: The Questions You Have, The Answers You Need. 2nd edition R. Kalb Ed. New York: Demos Vermande.

Henwood, K. (1996) Qualitative Inquiry: Perspectives, Methods and Psychology in Handbook of Qualitative Research. J. Richardson Ed. Leicester: The British Psychological Society.

Herdman, E. (2001) The Illusion of Progress in Nursing. *Nursing Philosophy*.

Herson, L., Hart, K., Gordon, M. and Rintala, D. (1999) Identifying and Overcoming Barriers to Providing Sexuality Information in the Clinical Setting. *Rehabilitation Nursing*.

Heslinga, K., Schellen, A. and Verkuyl, A. (1974) Not Made of Stone. Leyden: Stafleus Scientific Publishing Company.

Heylighen, F. and Joslyn, C. (2006) What is Systems Theory? Internet: Principia Cybernetica Web. Downloaded from <http://pespmc1.vub.ac.be/SYSTHEOR.html> on 11.02.06

Hibbard, M., Gordon, W., Flanagan, S., Haddad, L. and Labinsky, E. (2000) Sexual Dysfunction after Traumatic Brain Injury. *NeuroRehabilitation*.

Hicks, S. (1981) Relationship and Sexual Problems of the Visually Handicapped in Handicap in a Social World. A. Brechin, P. Liddiard and J. Swain Ed. Sevenoaks: Hodder & Stoughton.

Johnson, A., Wadsworth, J., Wellings, K., Field, J. and Bradshaw, S. (1994) Sexual Attitudes and Lifestyles. Oxford: Blackwell Scientific Publications.

Johnson, M., Long, T. and White, A. (2001) Arguments for 'British Pluralism' in Qualitative Health Research. *Journal of Advanced Nursing* 33

Johnson, S. and Walczak, J. (1984) Human Sexuality Instruction: Curricula in Osteopathic Colleges. *Journal of the American Osteopathic Association* 84

Kallianes, V. and Rubenfield, P. (1997) Disabled Women & Reproductive Rights. *Disability & Society*

Kaplan, H. S. (1974) Therapy for Sexual Malfunctions in The Essential Psychotherapies: Theory and Practice by the Masters. D. Coleman and K. R. Speeth Ed. New York: New American Library.

Karlen, A. and Moglia, R. (1995) Sexuality, Aging, and the Education of Health Professionals. *Sexuality and Disability*

