

معارف وتمثيلات الكفيف حول السيدا



دراسة استطلاعية

كلمة شكر

أحر الشكر وصادق الامتنان إلى وزارة التنمية الاجتماعية والأسرة والتضامن التي قبلت دعم هذا العمل ضمن مشروع يتوخى وقاية الشخص الكفيف والتقليل من مخاطر الإصابة بالسيدا

شكرنا أيضا للمسؤولين عن المؤسسات والمعاهد التي قبلت، من دون شكليات، أن نتواصل معهما وأن نعقد في رحابها مناقشات مكنتنا من جمع المعطيات وأيضا من ربط الصلة بأفراد العينة بغية ملء الاستمارة.

شكرنا الخاص للإخوان المكفوفين الذين عبروا بحماس عن رغبتهم في التعاون معنا ومدنا بالمعلومات الضرورية لإجراء هذه الدراسة الاستطلاعية.

وأخيرا أحر الامتنان للدكتورة نادية بناد رئيسة المنظمة الإفريقية لمكافحة السيدا، التي سمرت شخصيا على إجراء هذه الدراسة وما أزاها من تنظيم لقاءات مع المكفوفين في مجموعة من المدن المغربية

والله ولي التوفيق

تقديم

تضاعف وتيرة الإصابة

خلال 20 سنة، تضاعف عدد الأشخاص الذين يعيشون مع فيروس نقص المناعة البشرية في العالم بثلاث مرات. ويعتبر هذا الفيروس السبب الأول في وفيات الأشخاص المتراوحة أعمارهم ما بين 15 و 59 سنة، حيث تسبب وباء السيدا في وفاة 25 مليون شخص خلال مدة 25 سنة وتبلغ نسبة الإصابة 96% في البلدان السائرة في طريق النمو و67% في افريقيا جنوب الصحراء.

وتعرف الإصابة بفيروس السيدا بالمغرب تضاعفا مقلقا، رغم الجهود المبذولة في هذا الباب. ذلك أن عدد الحالات المشخصة المتراكمة منذ 1986، سنة اكتشاف أول حالة، إلى حدود نهاية 30 يونيو 2009، بلغ 3034 شخصا. لكن المراقبة الدورية تؤشر على احتمال وجود ما بين 16.000 و 20.000 حالة إصابة¹ وبالرغم من كون المغرب يصنف ضمن الدول ذات الإصابة المنخفضة بحكم كونه لا يتجاوز عتبة 1,0 في المائة، إلا أن مؤشرات متغيرات الإصابة تنحو نفس منحى الدول التي تعرف انتشارا مقلقا، ومن ذلك تأنيث الإصابة بالفيروس، حيث تتنامى نسبة إصابة النساء (ارتفاعها من 17 في المائة في البداية إلى 40 في المائة حاليا) وتركزها لدى فئة الشباب الذين لا يتجاوز عمرهم 40 سنة (67 في المائة) وتضاعف الإصابة لدى النساء الحوامل، حيث بالرغم من أنها تبقى في حدود 0.08 في المائة، إلا أنها تنامت بالمقارنة مع سنة 1999 (0,07%). وتعتبر العلاقات الجنسية أهم وسائل انتقال الفيروس، حيث تؤكد المراقبة الدورية احتمال حدوث 87 في المائة من حالات الإصابة عبر هذه الوسيلة.

المكفوفون كفئة مستهدفة من فيروس السيدا:

بحكم إعاقاتهم وأوضاعهم الاقتصادية والاجتماعية التي تكون في الغالب سلبية، يعتبر ذوو الاحتياجات الخاصة من الفئات الأكثر عرضة لعدوى فيروس السيدا. وبحكم الصعوبات التي يجدها المعاق في مجال الزواج غالبا، وخاصة الكفيف وبالأخص المرأة الكفيفة، فإن تحقيق بعض الرغبات لا يتم من دون وجود مخاطر بفعل كون الكفيف يكون في أغلب الأحيان تحت رحمة الآخرين في تنقلاته وفي أمنه وسلامته.

ويتعرض فاقدو وفاقدا البصر، بفعل إعاقته إلى ضروب من العنف الرمزي والجسدي ومنها عمليات الاغتصاب والاستغلال الجنسي، ومن ثم يتعرضون إلى احتمالات الإصابة بالأمراض المنقولة جنسيا والسيدا، لأن عمليات الاغتصاب الممارسة عليهم لا يمكن أن تكون محمية.

¹ إحصائيات وزارة الصحة حول الوضعية الوبائية لفيروس السيدا لسنة 2009

ويمكن القول إن الأشخاص فاقدى البصر يكونون ضحية سهلة لكل أشكال الاستغلال والابتزاز الجنسيين.

وأمام هذه الهشاشة التي تحدى بالكفیف، نجد أن عمليات التوعية بمخاطر السيدا لا تأخذ بعين الاعتبار قدرات وإمكانيات هذه الفئة. إن أغلب الوسائل المستغلة في هذا المجال تكون موجهة إلى الإنسان " العادي"، وبالتالي يحرم المكفوفون، كما باقى الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة، من حقهم في المعرفة والوقاية والصحة.

لذلك، وبفعل المخاطر الموجودة، أصبح من اللازم إدماج المعاق ضمن أهداف البرنامج الوطني ضد السيدا والتفكير في صياغة الوسائل المتكيفة مع طبيعة إعاقته

منهجية الدراسة

إشكالية الدراسة:

يبدو كما لو أن عالم المكفوفين عالم مغلق، فقليلة هي الدراسات والمعارف المرتبطة بتمثلات وتصورات هذه الفئة الاجتماعية من المواطنين. كما أن حاجياتهم وانتظاراتهم تبقى غير واضحة بحكم التهميش الذي يطالهم.

وفي مجال الحقوق، تبقى هذه الشريحة من أكثر الشرائح هشاشة، فهي أكثر عرضة للفقر والامية والبطالة وغيرها من المظاهر الاجتماعية والاقتصادية السلبية، بالإضافة إلى مشاكل نفسية واجتماعية وسيكو-اجتماعية، إذ يكون المكفوف أكثر عرضة للتهميش والعزل والإهمال.

وبالرغم من الجهود المبذولة من طرف القطاع الحكومي المسؤول عن الفئات ذات الاحتياجات الخاصة، فإن حجم الخصائص في ضمان السلامة والعيش الكريم يبقى كبيرا على مستوى التشغيل والتعليم والصحة والترفيه والسكن وغيره .

وإن سياسة قديمة في مجال إحقاق حقوق ذوي الاحتياجات الخاصة وخاصة فاقد البصر ينبغي أن تتبلور انطلاقا من دراسات علمية ترصد حجم تلك الاحتياجات وطبيعتها وترصد انتظارات المعنيين بالأمر وتطلعاتهم.

وفي مجال الاشتغال على السيداء، بينت تجربة المنظمة الإفريقية لمكافحة السيداء، من خلال العمل الميداني، أن الخطاب التوعوي العام والموحد لا يمكن أن يؤدي إلى بلوغ النتائج، الأمر الذي دفع إلى الاشتغال على تكييف الأدوات وفق طبيعة الفئات (شباب، نساء، عاملات جنس، مهاجرون، أطفال...).

غير أن استقبال مراكز الوقاية والعلاج التابعة للمنظمة لبعض المواطنين الفاقدين لبصرهم نبه إلى ضرورة التفكير في وضع تقنيات خاصة بهذه الفئة الاجتماعية، نظرا لطبيعة إمكانياتها الفيزيائية ولكن أيضا النفسية والاجتماعية. الأمر الذي طرح التساؤل بصدده ما تمتلكه من معارف وتمثلات وما تحتاجه من أنشطة وأدوات.

إن حملات التوعية التي كانت تقدم دائما والوسائل الديدانكتيكية التي كانت تستعمل والخطط التي برمجت كلها كانت تقتصر في الأغلب الأعم على استحضار الشخص العادي، مما كان يفوت على المكفوفين إمكانية الاستفادة من تلك الإخبارات والمعارف.

لذلك ارتأينا في هذه الدراسة أن نطرح أسئلة ترتبط بمحاولة تلمس بعض معارف هذه الفئة حول السيداء وتبين طبيعة سلوكياتها والتعرف على مدى هشاشتها لفيروس السيداء، وكذا حاجاتها إلى المعرفة ونوعية الخدمات التي ترغب في الحصول عليها في هذا المجال.

وهكذا تستهدف هذه الدراسة الوصول إلى بعض المؤشرات الأولية حول ما يلي:

- ما هي طبيعة بعض مظاهر النشاط الجنسي لدى الفرد الكفيف (متى يبتدىء، كم عدد الشركاء)؟
- ما علاقة الكفيف بالعازل الطبي، ما مدى إدراكه لأهميته، ما مدى استعماله له؟
- ما هي معارف الكفيف حول السيدا وكيفية انتقاله وطرق الوقاية منه؟
- ما موقفه من الأشخاص المتعاشين مع فيروس السيدا؟
- وأخيرا ما هي حاجاته في مجال المعرفة بالسيدا والطرق التي يفضل أن يتم عبرها تقديم تلك المعارف؟

حدود الدراسة:

إن هذه الدراسة، اعتبارا لحجم عينتها، لا تطمح إلى الوصول إلى نتائج يمكن تعميمها، بقدر ما تتوخى فقط الحصول على بعض المؤشرات التي يمكن الاستناد عليها في مجال الاشتغال مع هذه الفئة. ومن ثم فإن ما سيتم التوصل إليه لا يمكن بأي حال من الأحوال أن يشكل معطيات يمكن تعميمها على المجتمع السكاني للظاهرة، نظرا لأن العينة تفتقر إلى التمثيلية. إن المعطيات التي تم التوصل إليها هنا يمكن أن تشكل أرضية لبحوث أكثر دقة تعتمد على عينة أكثر تمثيلية.

عينة الدراسة:

اعتمدنا في هذه الدراسة على 60 شخصا موزعين بين مدن تطوان والقنيطرة والرباط وسلا. وبالرغم من محدودية هذا العدد ومجاله، فقد حاولنا أن تتمثل فيه مختلف الفئات العمرية النشيطة جنسيا ومن مستويات تعليمية مختلفة. كما حاولنا أن تتشكل هذه العينة من فئات مهنية متباينة (عاطلون، تلاميذ وطلاب، موظفون، إجراء قطاع خاص). أما في ما يتعلق بالتوزيع حسب الجنس، فقد اصطدنا بصعوبات كبيرة في الحصول على تصريحات من الإناث حول بنود الاستمارة. وهناك العديد منهن رفضن الإجابة عنها بالرغم من استعانتنا بباحثة أنثى، مما جعل تمثيلية الإناث في العينة ضعيفة).

أداة الدراسة:

اعتمدت الدراسة على استمارة مكونة من 5 أقسام رئيسة ضمت مجموعة من البنود بعضها مغلق وأخرى مفتوحة، وذلك كالتالي:

1. معطيات عامة: وتشتمل على أسئلة حول السن، الجنس، المستوى التعليمي، الوضعية العائلية، الأطفال تحت الكفالة، نوع النشاط المهني والموارد الأخرى.

2. السلوك الجنسي: ويتضمن أسئلة ترتبط بسن أول سلوك جنسي ، عدد الشركاء الجنسيين خلال الشهر الأخير.
3. استعمال العازل الطبي: التعود على استعماله، مدى الوعي بأهميته، استخدامه خلال الممارسة الأخيرة ومدى انتظام ذلك الاستعمال.
4. يسر الحصول عليه: كيفية الحصول عليه، مدى سهولة اقتنائه، الصعوبات التي تعترض الحصول عليه، جودته، عوامل عدم استعماله.
5. معلومات ومواقف حول السيدا: مدى انتشارها وخطورتها، معنى حامل للفيروس. الموقف من الأشخاص المتعايشين مع الفيروس.
6. التشخيص الطوعي : القيام بالتشخيص، كيف تم اتخاذ القرار بذلك، الرغبة في إجرائه.
7. الانتظارات في مجال الاستفادة من عمليات التحسيس والتوعية.

نتائج البحث الميداني

توزيع العينة حسب السن:

اشتملت عينة البحث على عدد محدود بحكم الطبيعة الاستطلاعية للدراسة ، بحيث لم تتجاوز 60 فردا توزعوا بين أربعة مدن هي الرباط وتطوان وسلا والقنيطرة، ولم تكن هناك من مبررات أخرى غير الاستعداد الذي أبدته بعض المؤسسات المكلفة بتدريس أو رعاية المكفوفين للتعاون في هذا الشأن. وكان يعقب تطبيق الاستمارات على بعض الشباب من رواد تلك المؤسسات عروض للتوعية وحصص لتكوين المرابين النظراء. وقد جاء توزيع العينة حسب متغير السن كالتالي:

السن	التكرار	النسبة المئوية	النسبة المتراكمة
أقل من 15 سنة	8	13,33	13,33
16-20	20	33,33	46,66
21-25	8	13,33	60,00
26-30	7	11,66	71,66
31-35	8	13,33	85,00
36-40	1	1,66	86,66
41-45	4	6,66	93,00
أكثر من 45	4	6,66	100,0
المجموع	60	100,0	

جدول رقم 1: توزيع العينة حسب السن

ويظهر من خلال الجدول أعلاه أن الغالبية الكبرى من أفراد العينة تواجدوا ضمن الفئة العمرية 16 / 20 سنة، حيث مثلوا نسبة 33 %، وتأتي بعد ذلك كل من الفئة 21 / 25 و 31 / 35 بنسبة 13 % لكل واحدة، تليهما الفئة العمرية المتراوحة بين 26 و30 سنة (11,66 %)، ويأتي هذا التوزيع بحكم أن الاستمارات وزعت في معاهد ومؤسسات تضم شبابا سمحت بإجراء الدراسة ، في حين تعذر القيام بذلك لدى بعض الخيريات التي يتواجد بها مكفوفون أكبر سنا نظرا لعدم سماح المشرفين عليها بتوزيع الاستمارة.

توزيع العينة حسب الجنس

يبرز الجدول الثاني توزيع عينة الدراسة وفق متغير الجنس:

الجنس	التكرار	النسبة	النسبة المترابطة
ذكور	51	85%	85
إناث	9	15%	100
المجموع	60	100	

جدول رقم 2 : توزيع العينة حسب الجنس

لقد أشرنا في الفقرة المتعلقة بمنهجية البحث أن نسبة الإناث في العينة كان ضعيفا بالمقارنة مع الذكور ، إذ لم يمثل سوى نسبة 15 % من مجموع العينة، وقد بررنا هذا الضعف بكون الإناث اللواتي صادفهن في المؤسسات تحاشين الرد في كثير من الحالات على بنود الاستمارة. وبالرغم من أننا لجأنا إلى باحثة أنثى، إلا أن اكتساب الثقة لم يتم، حيث أكدت بعضهن أنها تخشى من أن يسمح تصريحاتها شخص من المؤسسة. وهو الأمر الذي يدفعنا إلى التساؤل حول مدى صلاحية تطبيق استمارة على الفتيات الكفيفات عن طريق ملاحظتها من طرف باحثة داخل فضاء مؤسسة.

إن عجز الكفيفة عن البصر وبالتالي عدم التأكد من خلو المكان من شخص آخر، يدفعها إلى عدم الاطمئنان وبالتالي التصريح بتجاربها في قضايا تعتبر طابو من مثل العلاقة الجنسية واستعمال العازل الطبي وغيره.

توزيع العينة حسب المستوى التعليمي

جاء توزيع العينة بحسب متغير المستوى التعليمي كالتالي:

الفئات	التكرار	النسبة	النسبة المترابطة
لا يعرف القراءة والكتابة	8	13,33	13,33
تعليم بالكتاب	4	6,66	19,99
محاولة الأمية	0	0	20,00
تعليم ابتدائي	4	6,66	26,66
تعليم ثانوي	31	51,66	78,33
تعليم عالي	13	21,66	100
المجموع	60	100	

جدول رقم 3: توزيع العينة حسب المستوى التعليمي

إن الفئة الأكثر تواجدا ضمن العينة هي الفئة ذات المستوى التعليمي الثانوي، حيث بلغت ما يتجاوز النصف، تلتها الفئة البالغة التعليم العالي (13 %)، وكانت نسبة الأميين 8 % وتوزع الباقي بين تعليم ابتدائي وتعليم الكُتّاب بشكل متكافئ (6,66%).

توزيع العينة حسب الوضعية العائلية

الوضعية العائلية	التكرار	النسبة	النسبة المتراكمة
عازب	44	73,33	73,33
متزوج	9	15	88,33
مطلق	7	11,66	100,00
أرمل	0	00	100
المجموع	60	100	

جدول رقم 4: توزيع العينة حسب الوضعية العائلية

ويبدو من خلال الجدول أعلاه أن الأغلبية المطلقة كانوا عازبين (73,33 %)، في مقابل 15 % من المتزوجين و 7 % من المطلقين. ويؤكد هذا التوزيع ما يلاحظ على مستوى الواقع من قلة زواج المكفوفين وخاصة الفتيات. لكن هذه النتيجة يبررها غلبة نسبة صغر سن المستجوبين الذين أبرزنا أن نسبة كبيرة منهم تتواجد ضمن الفئة العمرية 20/16.

إن هذه المعطيات تسمح من جهة أخرى بالتعرف على كيفية تدبير الكفيف لنشاطه الجنسي خارج مؤسسة الزواج، كما يسمح بمعرفة بعض المؤشرات حول العلاقة بين معارفه وسلوكاته المرتبطة بالوقاية.

عدد الأطفال تحت الكفالة

عدد الأطفال تحت الكفالة	التكرار	النسبة	النسبة المتراكمة
متزوج ولا أطفال لديه	1	1,66	1,66
متزوج له طفل واحد	13	21,66	23,33
متزوج له طفلان	2	3,33	26,66
عازب	44	73,33	100
المجموع	60	100	

الجدول رقم 5: توزيع العينة حسب عدد الأطفال تحت الكفالة

يظهر من خلال هذا الجدول أن من بين المتزوجين، هناك 25 % لهم طفل واحد أو طفلان، ولم نعثر ضمن العينة على من له أكثر من ذلك، في حين. وكما تبيننا ذلك في الجدول السابق، كان بقية أفراد العينة إما عازبا أو مطلقين. إن هذا

المتغير يمكن استثماره في مناقشة مدى استعمال العازل الطبي الذي يمكن أن يوظف أحيانا بغرض الحد من النسل والتخطيط العائلي ، غير أن النسبة الضعيفة للمتزوجين تجعل ذلك غير ذي شأن هام في تحليل نتائج الاستثمار.

توزيع العينة حسب مجال الاشتغال

تغلب على العينة فئة التلاميذ والطلاب، لكن البطالة تبقى ذات دلالة حيث بين الجدول رقم أن 41,66 % كانوا متدرسين وأن 33,33 % لم تكن لهم أية مهنة، في حين كان 20 % يشتغلون بالقطاع العام ضمن إدارات أو سلك التعليم و3% فقط ضمن القطاع الخاص (التعليم الخاص، الإعلام المقروء). ويبين الجدول التالي هذا التوزيع:

مجالات الاشتغال	التكرار	النسبة	النسبة المتراكمة
القطاع العام	12	20	20
القطاع الخاص	3	05	25
التمدرس	25	41,66	66,66
لا شيء	20	33,33	100
المجموع	60	100	

جدول رقم 6 : مجالات الاشتغال

II . السلوك الجنسي

يرتكز هذا المكون من مجال الدراسة على محاولة التعرف على بعض المؤشرات المتعلقة بممارسات الكيف الجنسية. وقد ركزت الاستمارة على سؤالين هدفنا منهما معرفة سن أول علاقة جنسية قام بها المستجوب وكم من مرة يمارس فيها خلال الشهر. وكان المتوخى من طرح هذين السؤالين معرفة الفئة العمرية التي يبدأ فيها النشاط الجنسي لدى العينة وكذلك معرفة مدى تعدد الممارسات الجنسية وحجمها. وهكذا جاءت النتائج المرتبطة بالسؤال الأول كالتالي:

سن أول ممارسة جنسية

النسبة المتراكمة	النسبة	التكرار	سن أول ممارسة جنسية
6,66	6,66	4	لم يمارس أبدا
6,66	00	0	قبل 12 سنة
33,33	26,66	16	من 12 إلى 15
60,33	26,66	16	من 15 إلى 18
73,66	13,33	8	من 18 إلى 21
93,33	20,00	12	من 21 إلى 24
100,00	6,66	4	من 24 إلى 27
100,00	00	0	من 27 إلى 30
100	00	0	أكثر من 30 سنة
	100	60	المجموع

جدول رقم 7: سن أول ممارسة جنسية

يبرز من خلال هذه المعطيات أن الممارسات الجنسية الأولى تبتدئ بشكل أكبر عند السن المتراوح بين 12 و18 سنة، حيث بدأ أكثر من 53% من أفراد العينة علاقاتهم الجنسية في هذه السن. وتليها الفترة من 21 إلى 24 سنة (20%). والظاهر أن ممارسات الكيف الجنسية تبدأ بشكل مبكر، على خلاف ما يبدو. وقد عبر أحد المستجوبين أنه مارس أول علاقة جنسية مع محترفة جنس كبيرة السن وعمره لا يتجاوز 13 سنة. ولمح بعض المستجوبين الآخرين إلى أن ممارسات جنسية مثلية تتم في سن مبكرة وتشكل بدايات النشاط الجنسي عند بعض المكفوفين.

ويسمح التواجد في عنابر ضمن مؤسسات عمومية يمثل هذه الأنشطة. وفي بعض الحالات تمارس عمليات اغتصاب في حق الكفيفات نزيلات تلك المؤسسات. ويتم استغلال ظرف إعاقتهن وكذلك أوضاعهن الاجتماعية لاستغلالهن الجنسي. وفي

مدينة سلا وجدنا أن كفاءات يتعاطين احترام الجنس بفعل عوامل متعددة (اقتصادية ، سيكولوجية وبسبب الإعاقة التي يتم استغلالها للتغريب بالكفاءة). ويمكن القول إن إعاقة البصر تكون وراء كثير من حالات الاستغلال الجنسي ، سواء لدى الذكور أو الإناث ومنذ سن مبكرة.

عدد الأشخاص الممارس معهم خلال الشهر الأخير:

لمعرفة مدى تعدد شركاء الكفيف الجنسيين، طرحنا سؤالاً يرتبط بعدد الأشخاص الذين كانت له معهم ممارسات جنسية خلال الشهر الأخير. وقد ركزنا، ونحن نطرح السؤال، على عدد الأشخاص وليس عدد المرات. ذلك أن هدفنا لم يكن لرصد كثافة نشاطه الجنسي ، بقدر ما كان المبتغى معرفة مدى تعدد الشركاء الجنسيين لديه. إن هذه المعرفة في ارتباطها بمعرفة مجالات أخرى من سلوكه الجنسي ستبرز لنا حجم الاستهداف للأمراض المنقولة جنسيا والسيدا لدى المكفوفين.

ويبين الجدول التالي توزيع المعطيات:

عدد الأشخاص الممارس	التكرار	النسبة	النسبة المترابطة
لا أحد	12	20	20
شخص واحد	16	26,66	46,66
شخصان	12	20	66,66
3 أشخاص	9	15	81,66
4 أشخاص	7	11,66	83,33
أكثر من 4	4	6,66	100,0
المجموع	60	100	

جدول رقم 8: عدد الأشخاص الذي مارس معهم الجنس

إن هذه الأرقام تعكس ما يلي:

- أكثر من 53 % من أفراد العينة كانت لهم ممارسات جنسية مع أكثر من شريك
- 26 % كانت لديهم علاقة مع شريك واحد، وقد ظهر أنه ليست هناك علاقة ترابط بين الزواج وواحدية الشريك الجنسي، ذلك أن أغلب المتزوجين كانت لديهم علاقات جنسية خارج نطاق الزوجية.
- 20 % لم تكن لهم أية علاقة جنسية خلال الشهر الماضي، لكن ذلك لا يعني أنهم لم يمارسوا ذلك من قبل أو خلال الأيام التي تم فيها الاستجواب.
- أغلب المصرحين بعدم ممارستهم لأية علاقة كانوا إناثاً.

- من خلال الاستجواب، تم التأكد من أن ما تمت الدلالة عليه بعلاقة جنسية هي العلاقة الكاملة وليس فقط التقبيل أو الملامسة.
يستخلص مما سبق أن المكفوفين في أغلبهم لهم ممارسات جنسية بحكم أن الأغلبية تتواجد ضمن فترة الشباب حيث يكون النشاط الجنسي كبيرا. كما أن تلك الممارسة تبقى في غالبيتها متعددة الشركاء، الأمر الذي يقوي من المخاطر.

III. استعمال العازل الطبي

تعتبر الوقاية هي الوسيلة الوحيدة لتفادي الإصابة بالأمراض المنقولة جنسيا والسيدا. ويشكل العازل الطبي أهم أدوات هذه الوقاية، لذلك تراهن عليه مختلف حملات التوعية، لكونه من جهة الأداة الوحيدة للوقاية، ومن جهة أخرى نظرا لتعدد طبيعة مقاومة استعماله سواء لدى عاملات الجنس أو لدى الزبائن. الأمر الذي يفرض مقاربة هذا العنصر من أبعاد مختلفة. إن العازل الطبي بجانب كونه أداة للوقاية له دلالة رمزية اجتماعية وسيكولوجية. إن العازل الطبي لا يمكن تناول موضوعه دون الأخذ بعين الاعتبار حمولاته ودلالاته المختلفة.

- طبيا، العازل الطبي له رمز الوقاية
- اجتماعيا، هو رمز الخيانة والعهارة، الزوج أو الزوجة اللذان يضبط لديهما يتهمان أوتوماتيكيا بالخيانة، النساء اللواتي يحملنه في منظور المجتمع "عاهرات" والدليل على ذلك أنه خلال الحملات التمشيطية التي يقوم بها رجال الأمن يكون وجود العازل الطبي في حقيبة الفتاة دليل على تعاطيها " للدعارة"
- سيكولوجيا، هو رمز للفصل بين الجسدين، أن تستعمل العازل معناه أن تحمي ذاتك أساسا. وهذه الحماية هي حماية من الآخر. وإذا كانت العملية الجنسية انصهار بين جسدين، فإن العازل الطبي يمكن تمثله كفاصل، كعدم انصهار كلي في ومع الآخر. من ثم تأتي أحيانا مقاومة استعماله. إن الشريك يحبذ انصهارا كليا لتحقيق اللذة القصوى التي اعتبرها رايش REICH أساس الصحة النفسية. والزبون، الذي يؤدي مقابلا ماديا عن العملية الجنسية، يرغب في أن يستثمر إلى أقصى حد ما أدى عنه. لذلك نجد مقاومة أكبر لدى زبون عاملة الجنس. كذلك لا غرابة إن وجدنا بعض الأشخاص الواعين بخطورة الأمراض المنقولة جنسيا والسيدا الذين يتخلصون من معارفهم أثناء علاقاتهم الجنسية فلا يترجمونها على مستوى معرفة الفعل.
- على مستوى قيمة الذات، ترفض عاملة الجنس أحيانا جلب العازل الطبي لأن قيمته تنتقص من ثمن العلاقة الجنسية. هذا الأخير يرمز إلى القيمة التي تمنحها العاملة لذاتها والتي لا تقبل تخفيضها والانتقاص منها وذلك كيفما كان ثمن العازل.

إن هذه المعطيات وأخرى تطرح إشكالية استعمال العازل، ومحاولة تجاوز هذه الإشكالات ينبغي أن يمر عبر فهم الميكانيزمات الواعية واللاواعية المتحكمة في هذا السلوك².

لذلك طرحنا ضمن الاستمارة وخلال الاستجواب مجموعة من الأسئلة ترتبط بالمعرفة بالعازل الطبي وبمدى استعماله والصعوبات التي تعترض اقتناءه. وقد جاءت النتائج كالتالي:

² Azzouz ETTOUSSI et Med JEBBOUR, Les travailleuses de sexe et les IST/sida, Etude CAP, OPALS, 2008

مدى التعود على استعمال العازل الطبي

التعود على استعمال العازل	التكرار	النسبة	النسبة المترابطة
نعم	19	31,66	31,66
لا	41	68,33	100
المجموع	60	100	

جدول رقم 9: مدى التعود على استعمال العازل

إن ما يقرب من 68,33% من أفراد العينة عبروا أنهم لم يتعودوا على استعمال العازل الطبي، منهم 6,66% لم تكن لهم أية علاقة جنسية من قبل، مما يعني أن 25% فقط هم الذين تعودوا على استعمال الأداة الوحيدة للوقاية من الأمراض المنقولة جنسيا والسيدا خلال العلاقات الجنسية. وهذا رقم خطير، إذا علمنا أن أغلبهم متعدد الشركاء وفي الغالب يترددون على عاملات جنس، وأبانت الدراسات الميدانية أن أغلبهن لا تستعملن العازل³. ويمكن تصور مختلف المخاطر المترتبة عن هذه التركيبة وما يمكن أن تسفر عنه من قوة الاستهداف للأمراض المنقولة جنسيا والسيدا.

مدى اعتبار العازل الطبي مهما

أهمية العازل الطبي	التكرار	النسبة	النسبة المترابطة
نعم	49	81,66	81,66
لا	11	18,33	100
المجموع	60	100	

جدول رقم 10: مدى اعتبار العازل مهما

إن الاستخفاف باستعمال العازل الطبي خلال الممارسة لا يعكس ارتفاع نسبة الواعين بأهمية العازل، وهذا ما يبرزه الجدول رقم 10، فقد تبين أن 81,66% اعتبروه مهما في مقابل 18,33% فقط اعتبروه غير ذي أهمية. إننا هنا أمام مفارقة بين المعرفة والفعل. فبالرغم من تغير المعارف والوعي، فإن تغير السلوك لا زال أمرا غير متيسر. وفي اعتقادنا أن هذا التباين ينبغي أن يُؤخذ بالعمق الكافي في حملات التوعية والتحسيس وأن يتم التفكير في صياغة أدوات وانتقاء تقنيات لا تكتفي بخلق المعرفة بالسيدا ومخاطرها ولكن أساسا بالمساعدة على تغيير السلوكات.

إن تغيير السلوكات هو المبتغى النهائي لكل حملات التوعية، وإذا لم يتم بلوغ هذا المرمى فإنه من الصعوبة الحديث عن النجاح في هذا الباب.

³ دراسة المنظمة الإفريقية لمكافحة السيدا حول عاملات الجنس 2008، دراسة وزارة الصحة 2009

مبررات أهمية العازل الطبي

المبررات	التكرار	النسبة	النسبة الصحيحة	النسبة المتراكمة
وسيلة للوقاية من الأمراض والسيدا	12	20	24,49	24,49
للووقاية من الحمل والسيدا	16	26,66	32,65	57,15
للووقاية من السيدا	21	35	42,85	100,00
المجموع	49	81,66	100	
الوحدات الناقصة	11	28		
المجموع الكلي	60	100,0		

جدول رقم 11: مبررات أهمية استعمال العازل

لقد اعتبر الأفراد التسعة والأربعون من العينة أن العازل الطبي مهم وقد توزعوا في تبريرهم لهذه الأهمية على ثلاث إجابات. اعتبرت نسبة 35 % أنه مهم لكونه وسيلة للوقاية من السيدا. أما 26,66 % فبررت تلك الأهمية بكونه وسيلة للوقاية من السيدا ولكن أيضا من الحمل غير المرغوب فيه. واعتبرت الفئة الثالثة أنه بالإضافة إلى السيدا، فإن العازل الطبي يقي أيضا من الأمراض المنقولة جنسيا. ولم نعثر من خلال الإجابات من يستطيع أن يذكر كل الوظائف التي يمتلكها العازل الطبي.

غير أن المهم أيضا هو أن جميع من برروا أهمية العازل اعطوا إجابات سليمة. وهذا يعكس أن الجميع يعرف طبيعة هذه الأداة وبعض وظائفها.

مبررات عدم أهميته

المبررات	التكرار	النسبة	النسبة الصحيحة	النسبة المتراكمة
لكونه يتمزق	4	6,66	36,36	36,36
لأنه لا يسمح بتحقيق اللذة	5	8,33	45,46	81,81
من دون إجابة	2	3,33	18,18	100
المجموع	11	28,33	100	
الوحدات الناقصة	49	81,66		
المجموع الكلي	60	100,0		

جدول رقم 12: مبررات عدم اعتبار أهمية العازل

برر القائلون بعدم أهمية العازل الطبي موقفهم بكونه لا فائدة من استعماله إما لأنه يتمزق (36,36 % من الراضين لأهميته) أو لكونه لا يسمح بتحقيق اللذة الجنسية (45,46 %) ولم يجد سوى شخصان ما يبرران به قناعتها بعدم أهميته. ويمكن القول إن المبررات التي أوردها هؤلاء تعكس إما أحكاما قبلية راجعة أو سوء معرفة بكيفية استعمال العازل الطبي. وهو ما يستدعي تعزيز المعرفة بوجود أداة للوقاية إسمها العازل بتقديم معارف حول كيفية الاستعمال سواء من خلال التكوينات أو العروض التوعوية.

مدى استعمال العازل الطبي خلال آخر ممارسة

إجابة عن السؤال هل استعملت العازل خلال علاقتك الجنسية الأخيرة، جاءت النتائج كالتالي:

استعمال العازل خلال آخر ممارسة	التكرار	النسبة	النسبة المتراكمة
نعم	19	31,66	31,66
لا	41	68,33	100
المجموع	60	100	

جدول رقم 13: مدى استعمال العازل خلال آخر ممارسة

إن 68,33 % من أفراد العينة أجابوا بأن علاقتهم الجنسية لم تكن محمية ، في مقابل 31,66 فقط، وهو تقريبا نفس التباين المسجل لدى فئات هشة أخرى، أكدت المراقبة التتبعية احتمال ارتفاع نسبة الإصابة لديها بفيروس السيدا. ولم تذكر سوى مستجوبة واحدة فقط استعمالها للواقي الذكري. إن هذه المؤشرات تبقى مقلقة جدا بفعل خطورة هذا السلوك.

يسر الحصول على العازل الطبي

توخينا من وراء طرح هذا المحور التعرف على العوائق التي تحول دون استخدام العازل الطبي. وقد طرحنا، في هذا الباب، بعض الأسئلة المرتبطة بالمصادر التي منها يحصل المستجوب على العازل الطبي

كيفية الحصول عليه

يرمي هذا السؤال إلى معرفة بعض العوامل الأخرى التي يمكن أن تكون وراء عدم استعمال العازل الطبي . إنه من المفترض أن يكون عدم استعمال العازل الطبي أيضا نتيجة عدم إمكانية التوفر عليه، إما بفعل عامل اقتصادي (عدم القدرة على شرائه) أو نتيجة دوافع سيكولوجية (الخجل من طلبه) أو اجتماعية (الخوف من اكتشاف الآخر لوجوده لديه) أو مجالية (بعد مكان الحصول عليه، خاصة مع

وجود الإعاقة التي تتطلب وجود الشخص المصاحب الذي يكون في الغالب فردا من الأسرة).

إت هذه الافتراضات هي ما حاولنا البخت عن إجابة عنها، انطلاقا من احتمالنا بكون مبررات عدم أهمية العازل الطبي التي أدلى بها البعض لا تعدو أن تكون تبريرات لسلوكات هادفة إلى عدم السقوط في نوع من التنافر المعرفي *dissonance cognitive*.

ويبين الجدول التالي ما يلي:

النسبة المتراكمة	النسبة الصحيحة	النسبة	التكرار	مصادر الحصول على العازل
	5,35	5	3	يشتريه
	51,78	48,33	29	يحصل عليه مجانا
	00	00	00	يحملة الشريك
	7,14	6,66	4	عبر أكثر من مصدر
100,0	35,71	33,33	20	من دون إجابة
	100,0	93,66	56	المجموع
		6,66	4	الوحدات الناقصة
		100,0	60	المجموع الكلي

جدول رقم 14: مصادر الحصول على العازل الطبي

إن أكثر من 84 في المائة من المستجوبين يحصلون على العازل مجانا، إما من الجمعيات أو المراكز الصحية ، في حين عبر 6,66 % أنهم يحصلون عليه بأساليب متعددة (الشراء، التوزيع المجاني...). ولم تبلغ نسبة الذين يقتنونه من الصيدليات أو من بعض المحلات التجارية إلا 5 بالمائة ، وقد يكون ذلك بسبب عدم توفر الإمكانيات المادية ، حيث تبين أن جل أولئك الذين كانوا يشترونه هم من فئة من يشتغلون وهم أيضا متزوجون. في حين يقتصر صغار السن والمعطلون والتمدرسون على الحصول عليه مجانا.

ولم يبد 33,33 % أية إجابة، وقد تضمنت هذه الفئة أولئك الذين اعتبروا العازل الطبي غير ذي أهمية وكل الإناث. وهذا طبيعي جدا بحكم أن المرأة في الغالب ، باستثناء بعض محترفات الجنس، لا تكون معنية بتوفير العازل الذي يبقى مهمة الشريك الذكر. إن حمل المرأة للعازل في التصور المجتمعي مؤشر على امتنانها للعاهرة، لذلك تتفادى الإناث ذلك. كما أن الأنثى فاقدة البصر تخاف من أن ينكشف أمرها وتخجل من طلب الواقي.

إن النتائج المحصل عليها ، ضمن هذا البند، تؤكد أهمية سن سياسة تسويق اجتماعي *marketing social* للعازل وتأمين توفيره في أماكن مختلفة وعدم

الاقتصار على بيعه في الصيدليات. كما أن المراكز الصحية والجمعيات المحورية مطالبة ببذل جهد أكبر في مجال توزيعه. إن سياسة ناجعة، في هذا الباب، تتطلب التخلص من الطابوات المرتبطة بهذه الأداة التي تبقى أنجع وسيلة للوقاية.

مدى صعوبة الحصول عليه

جاءت النتائج المرتبطة بهذا البند كالتالي:

مدى الصعوبة	التكرار	النسبة	النسبة الصحيحة	النسبة المترجمة
هناك سهولة	7	11,66	12,5	12,5
هناك صعوبة	41	68,33	73,21	85,7
لا يجده أبدا	8	13,33	14,3	100,0
المجموع	56	93,33	100,0	
الوحدات الناقصة	4	6,66		
المجموع الكلي	60	100,0		

جدول رقم 15: مدى صعوبة الحصول على العازل الطبي

لقد عبر 68,33 % من مجموع العينة أنهم يعتقدون بوجود صعوبات تعترض الحصول على العازل الطبي ، وذلك في مقابل 11,66% فقط. وذكر 13,33 بالمائة أنه يتعذر وجوده. ومن خلال الحديث مع البعض منهم خلال تطبيق الاستمارة ، تبين أن الأمر يرتبط أساسا بالبوادي، وهو أمر ينبغي الانتباه إليه. إن الممارسات الجنسية لا تقتصر على الحواضر والمراكز، بل تتواجد أيضا بالبوادي والقرى واحتراف الجنس موجود بهذه المجالات أيضا، لذلك ينبغي التفكير في صيغ متكيفة لتوفير الواقي هناك أيضا، خاصة وأن حملات التشخيص التي تقوم بها الجمعيات المشتغلة في مجال السيدا أبانت عن وجود حالات إصابة بفيروس فقدان المناعة المكتسب في دواوير ومدائر نائية وشبه منعزلة.

نوع الصعوبات

وعن نوع الصعوبات التي يمكن أن تعترض الكفيف في الحصول على العازل، توزع أولئك الذين أجابوا عن السؤال السابق بكون هناك صعوبات كالتالي:

نوع الصعوبات أمام الحصول على العازل	التكرار	النسبة	النسبة الصحيحة	النسبة المترابطة
غلاء الثمن	5	8,33	10,2	10,2
الخوف من اكتشاف حمل من طرف الأسرة أو الآخرين	8	13,33	16,32	26,5
الخجل من طلبه	14	23,33	28,57	55,1
بعد مكان الحصول عليه	22	36,66	44,9	100,0
المجموع	49	81,66	100,0	
الوحدات الناقصة	11	18,33		
المجموع الكلي	60	100,0		

جدول رقم 16: نوع صعوبات الحصول على العازل الطبي

وهكذا اعتبر 36,66 % من أفراد العينة أن الصعوبة تكمن في بعد المكان، واعتقد 23,33 بالمائة أن السبب هو الخجل من طلبه و 13,33% أن الناس تخاف من يتم اكتشافه لديهم، بينما أشار 8,33 % منهم إلى أن الأمر يرتبط بغلاء السعر و 18,33 % لم تجب عن هذا السؤال ، منهم % 6,66 لم يسبق أن كانت لهم علاقة جنسية ولا يفكرون في ذلك و 11,66 كانوا قد اعتبروا أن الحصول على العازل أمر يسير.

إن هذه المعطيات تكشف عن أمر أساسي يرتبط بضرورة الأخذ بعين الاعتبار إعاقة البصر في حملات التوعية للشخص الكفيف، وفي نفس الوقت إيجاد الصيغ الملائمة لتشجيعه على التعود على استعمال العازل الطبي كلما تعذر عليه الامتناع عن ممارسة الجنس خارج نطاق الحياة الزوجية.

الموقف من جودة العازل الطبي

مدى جودة العازل	التكرار	النسبة	النسبة الصحيحة	النسبة المترابطة
جودة عالية	8	13,33	14,29	14,29
متوسطة	20	33,33	35,71	50,00
رديئة	8	13,33	14,29	64,30
من دون إجابة	20	33,33	35,70	100,0
المجموع	56	93,33	100,0	
الوحدات الناقصة	4	6,66		
المجموع الكلي	60	100,0		

جدول رقم 17: مدى جودة العازل الطبي

حصل كل من الرديفين المشيرين إلى الجودة العالية والجودة الرديئة نفس النسبة 13,33% كما بلغت نسبة الذين اعتبروها متوسطة وأولئك الذين لم يكن لهم رأي في الموضوع 33,33% . وظهر نوع من الارتباط بين القول بالجودة العالية والتعود على استعمال العازل ، ممنا يبرز أن القناعة بجودة الأداة قد يكون وراء التعود على استعماله. وتتشكل المواقف من جودة العازل في الغالب انطلاقا من أحكام متباينة وأحيانا متناقضة، ذلك أنه من خلال المناقشة مع بعض أفراد العينة أشاروا إلى أن سوء الجودة تتجلى في تمزق الأداة أو كونها لا تسمح بالوصول إلى الرعشة الجنسية أو أنها تعيق عملية الانتصاب. وتلك معطيات قد تكون نتيجة سوء استعمال أو بسبب معطيات نفسية أكثر مما لها علاقة بجودة تركيبة العازل ومكوناته.

عوامل عدم استعمال العازل الطبي

النسبة المتراكمة	النسبة الصحيحة	النسبة	التكرار	نوع الصعوبات أمام الحصول على العازل
			26	لأنه لا يكون متوفرا في تلك اللحظة
			5	ارتفاع ثمنه
			9	الثقة في سلامة الشريك
100,0			00	رفض الشريك
			16	لأنه لا داع لذلك
	100,0		56	المجموع
			4	الوحدات الناقصة
		100,0	60	المجموع الكلي

جدول رقم 18: عوامل عدم استعمال العازل الطبي

IV. حول مرض السيدا

هدفنا من وراء بنود هذا الجزء إلى التعرف على معارف ومواقف المستجوبين من مرض السيدا، وهكذا طرحنا سؤالين في البداية توخينا منهما معرفة مدى إدراك الكفيف لخطورة هذا الداء وألحقناهما بسؤال حول كيفية انتقال الفيروس وآخر عن طرق الوقاية.

الخوف من الإصابة بفيروس السيدا:

عن السؤال حول هل تخاف من فيروس السيدا أجاب

مدى الخوف	التكرار	النسبة	النسبة المتراكمة
نعم	52	86,66	86,66
لا	8	13,33	100
المجموع	60	100	

جدول رقم 19: مدى الخوف من الإصابة بالسيدا

ويبدو من خلال الجدول أعلاه أن الغالبية المطلقة تخشى من فيروس السيدا، حيث صرح 86,66 % أنهم يخافون من الإصابة به في مقابل 13,33.

مبررات الخوف من الإصابة:

وبرر أفراد العينة مشاعرهم من السيدا بمعاني متباينة يمكن تصنيفها كالتالي:

المبررات	التكرار	النسبة	النسبة الصحيحة	النسبة المتراكمة
لأنه مرض قاتل	22	36,66	42,30	42,30
لأنه مرض معدي	4	6,66	7,71	50,01
لا علاج له	13	21,66	25,00	75,01
مرض خطير	11	28,33	21,15	96,16
من دون مبرر	2	3,33	3,84	100,0
المجموع	52	86,66	100,00	
الوحدات الناقصة	8	13,33		
المجموع الكلي	60	100,0		

جدول رقم 20: مبررات الخوف من الإصابة بالسيدا

باستثناء أولئك الذين اعتبروا أنهم لا يخشون السيدا (13,33 %)، فإن الباقي برر خوفه إما بكونه مرض قاتل أو لا علاج له أو معدي أو خطير. وجاءت نعت قاتل على رأس القائمة بنسبة 36,66 %. إن هناك ربطاً بين السيدا والموت، ولم يتم الربط بين هذا المرض والعدوى سوى بنسبة 6,66 % ، ولذلك دلالة تعكس مستوى الوعي بالوتيرة التي يعرفها انتقال الفيروس.

مبررات عدم الخوف من الإصابة

أما في ما يتعلق بالأفراد الذين أبدوا عدم تخوفهم من المرض، فقد برروا ذلك إما بكونهم لا يخالطون عاملات الجنس وإما لكونهم لا علاقة جنسية أصلاً لهم. وقد جاء توزيع الإجابات وغف ما يوضحه الجدول التالي:

المبررات	التكرار	النسبة	النسبة الصحيحة	النسبة المتراكمة
لعدم مخالطة "الداعرات"	4	6,66	50	50
لعدم ممارسة الجنس	4	6,66	50	100
المجموع	8	13,33	100,0	
الوحدات الناقصة	52	86,66		
المجموع الكلي	60	100,0		

جدول رقم 21: مبررات عدم الخوف من الإصابة بالسيدا

إن هذه الإجابات تعكس تقديرا ناقصا للمخاطر التي يمكن أن تشكل وسائل لانتقال العدوى إليه، إذ تم التغافل عن الطرق الأخرى التي يمكن أن ينتقل الفيروس عبرها إليه، ومنها المواد الحادة التي يكون الكفيف معرضا لها باستمرار.

الاعتقاد في مدى انتشار السيدا

مدى الانتشار	التكرار	النسبة	النسبة المتراكمة
بشكل كبير	15	25	25,00
قليلة الانتشار	25	41,66	66,66
نادرة الانتشار	20	33,33	99,99
لا وجود لها	00	00	100
المجموع الكلي	60	100,0	

جدول رقم 22: الاعتقاد في مدى انتشار الإصابة بالسيدا

أكد أكثر من 41 في المائة من المستجوبين أن السيدا قليلة الانتشار و20 بالمائة أنها نادرة الانتشار و 15 بالمائة أنها منتشرة بشكل كبير. وباستثناء قلة قليلة، لم يبين المستجوبون تقديراتهم على أساس إحصائيات رسمية حول عدد المصابين، بل تعتمدوا فقط على حدوسهم وعلى ما يشاع.

لذلك إن الإخبار بالإحصائيات التي تعرف تناميا ملحوظا من شأنه أن يدفع إلى الحظر والحيطه. وهذا ما ليس متوفرا لحد الساعة، إذ تقتصر وزارة الصحة على إعطاء الإحصائيات بمناسبة اليوم العالمي للسيدا للصحافة التي تعلن عنها بتلك المناسبة فننسى مباشرة بعد ذلك.

معرفة طرق انتقال فيروس السيدا

النسبة المتراكمة	النسبة	التكرار	تكرار ذكر طريقة الانتقال
	44,21	42	عبر الجنس غير المحمي
	12,63	12	عبر الدم
	4,21	4	العيش مع شخص مصاب
	4,21	4	من الأم المصابة إلى جنينها
	21,05	20	المواد الحادة
	12,63	12	الشدوذ الجنسي
100	1,00	1	استخدام نفس الحمام مع شخص مصاب
	100,0	95	المجموع

جدول رقم 23: مدى تكرار ذكر طريقة انتقال الفيروس

يلاحظ أنه عندما تعلق الأمر بمعطيات نظرية ومجردة، تمت الإشارة إلى الطرق الأخرى لانتقال فيروس السيدا، في حين عندما يتعلق الأمر بالذات، وكما لاحظنا ذلك في السؤال السابق، فإن المستجوب يركز على العامل الجنسي فقط وقد تكرر هنا بنسبة تفوق 44 بالمائة أي 42 مرة من أصل 95. لكن وبالرغم من هذا الاستدراك فإن ذكر باقي وسائل انتقال الفيروس من غير الجنس لا تتجاوز كلها 63 بالمائة. كما أن من الملاحظ فصل الممارسات الجنسية المثلية عن العلاقات الجنسية واعتبار البعض أن العيش مع شخص مصاب أو مشاركته الحمام قد يؤدي إلى انتقال الفيروس.

طرق الوقاية من السيدا:

وعن السؤال كيف يمكن الوقاية من الإصابة بالسيدا، أشار 17 بالمائة فقط إلى العازل الطبي و12 لآلى ضرورة توخي الحذر من دون إبراز طبيعته ، وجاءت باقي الإجابات كالتالي:

طرق الوقاية	التكرار	النسبة	النسبة المتراكمة
الابتعاد عن الدعارة	8	13,33	13,33
الابتعاد عن الشذوذ الجنسي	8	13,33	26,66
الاحتياط والحذر	12	20	46,66
تجنب ممارسة الجنس	11	18,33	65
استعمال العازل	17	28,33	93,33
الابتعاد عن الأشخاص المصابين بالسيدا	4	6,66	100
المجموع	60	100,0	

جدول رقم 24: طرق الوقاية من الإصابة بالسيدا

V. الموقف من الأشخاص المتعايشين مع فيروس السيدا

ما معنى شخص حامل للفيروس

عن سؤال بصدد من هو الشخص الحامل للفيروس، لم يستطع 55 % من الإجابة، بينما خلط 15 % ما بينه وبين شخص مريض، واعتبره البعض الآخر شخصا عاديا وذكر 4 أفراد بأنه مصاب لكن من دون وجود علامات ظاهرة عليه. إن عجز أكثر من نصف العينة عن معرفة معنى حامل للفيروس شيء مقلق، بحكم أنه من المرجح ألا يعتبر هؤلاء شخصا معديا إلا من ظهرت عليه علامات المرض، مما يقلل فرص الوقاية والاحتياط.

المعنى الممنوح	التكرار	النسبة	النسبة المتراكمة
مصاب في مراحله الأولى	7	11,66	11,66
مصاب لكن من دون علامات ظاهرة	4	6,66	18,33
مريض بالسيدا	9	15	33,33
شخص معدي	4	6,66	40
شخص عادي	3	5	45
لا أدري	33	55	100
المجموع	60	100,0	

جدول رقم 25: دلالة صفة حامل للفيروس

المؤشرات الدالة على شخص متعايش مع فيروس السيدا

المؤشرات	التكرار	النسبة	النسبة المتراكمة
نحافة الجسم	5	8,33	08,33
التقيؤ الدائم	3	5	13,33
وجود بثور كثيرة على الجسم	6	10	23,33
ليست هناك مؤشرات	22	36,66	60,00
لا أدري	24	40	100,00
المجموع	60	100,0	

جدول رقم 26 : المؤشرات الدالة على شخص متعايش مع فيروس السيدا

يبدو من هذا الجدول أن المستجوبين عادوا ليذكروا بعض المظاهر التي يسمعون عنها في الشارع، مما يبرز الحاجة إلى معرفة الحقائق العلمية.

إجراء تشخيص فيروس السيدا

مدى القيام بالتشخيص	التكرار	النسبة	النسبة المترابطة
نعم	3	5	5
لا	57	95	100
المجموع	60	100	

جدول رقم 27: نسبة الذين أجروا تشخيص فيروس السيدا

لم يتم بالتشخيص سوى ثلاثة أفراد، وقد أبرزوا أنهم قاموا بذلك لدى إحدى الجمعيات خلال حملة للتشخيص. إن هذا يبين أهمية حملات التحسيس والتوعية التي تشجع الناس فس كثير من الأحيان على القيام بالتشخيص الطوعي، خاصة أنه يكون مجانيا ونتائجه سرية.

العامل وراء اتخاذ قرار إجراء التشخيص

عامل اتخاذ القرار	التكرار	النسبة	النسبة المترابطة
برنامج إذاعي	1	33,3	33,3
صديق	1	33,3	66,7
قرار شخصي	1	33,3	100,0
المجموع	3	100	

جدول رقم 28: عامل اتخاذ قرار إجراء التشخيص

ويبرز هذا الجدول أن قرار إجراء التشخيص لدى الثلاثة كان بسبب سماعهم لبرنامج إذاعي أو بنصيحة صديق أو بقرار شخصي ، وتساوت العوامل في هذا الباب.

التفكير في إجراء التشخيص مستقبلا

وعن سؤال حول ما إذا كان الأشخاص الذين لم يجروا هذا التشخيص ينوون القيام به مستقبلا، كانت الإجابات كالتالي :

هل يتم التفكير في إجراء التشخيص	التكرار	النسبة	النسبة المترابطة
نعم	31	51,66	51,66
لا	26	48,33	100
المجموع	57	100	

جدول رقم 29: مدى التفكير في إجراء التشخيص مستقبلا

بالنسبة لنعم أكد 20 أنهم يعتزمون القيام بذلك لمعرفة ما إذا كانوا مصابين أم لأن في حين لم يبرر 11 منهم لماذا ينوون القيام بذلك. أما أولئك الذين أكدوا على أنهم لا يفكرون في القيام بالتشخيص، فقد اعتبر 3 أنه لا داع لذلك بحكم أنهم لم يمارسوا الجنس أبداً، و5 لخوفهم من أن تكتشف إصابتهم من طرف الغير، فيتم عزلهم ونبذهم. وتخوف 4 من النتيجة دون الإشارة إلى تداعيات تلك النتيجة، و6 خوفاً من قلق الموت، في حين اكتفى 4 بالقول بأنه لا داعي للفحص بما أنه ليس هناك علاج. ولم يذكر 6 أفراد أي مبرر لرفضهم العزم على القيام بالتشخيص.

الاستفادة من وسائل التوعية:

خصصنا هذا الجزء من الدراسة لمحاولة رصد بعض المؤشرات حول مدى وصول خطابات التوعية إلى الأشخاص فاقد البصر. وقد وجهنا أسئلة ترتبط بكثافة هذه الخطابات في الزمان وبالوسيلة التي تم عبرها تلقي تلك الخطابات ومدى الحاجة إلى معارف إضافية.

آخر مرة تم فيها السماع عن السيدا

آخر مرة تم فيها السماع عن السيدا	التكرار	النسبة	النسبة المتراكمة
منذ أقل من أسبوع	3	5	5
ما بين أسبوعين وشهر	19	31,66	36,66
ما بين شهر وسنة	17	28,33	65
أكثر من سنة	21	35	100
لم يسمع بها قط	00	00	100
المجموع	60	100	

جدول رقم 30 : آخر مرة تم فيها السماع عن السيدا

ويظهر من خلال معطيات الجدول أن 35 % من مجموع العينة لم يسمعوا عن السيدا منذ أكثر من سنة و28,33 منذ ما بين شهر وسنة ، بمعنى أن ما يفوق 63 % لم يسمعوا بذلك منذ أكثر من شهر، هذا في الوقت الذي ينبغي أن تكون خطابات التوعية مستمرة ودائمة وفي حجم نسبة التصاعد المضطردة التي تعرفها الإصابة بهذا الوباء.

الوسيلة التي تم عبرها السماع عن السيدا

الوسيلة	التكرار	النسبة	النسبة المترجمة
برنامج إذاعي أو تلفزيوني	28	46,66	46,66
جمعية	12	20,00	66,66
الأصدقاء	7	11,66	78,33
أفراد الأسرة	3	5,00	83,33
جريدة	5	8,33	91,66
مركز صحي	5	8,33	100
المجموع	60	100	

جدول رقم 31 : الوسيلة التي عبرها تم السماع عن السيدا

يلعب الراديو الدور الأول في وصول الخطابات المرتبطة بالسيدا إلى الشهص الكفيف. وتليه الجمعيات من خلال حملاتها ولقاءاتها التوعوية. ولم تلعب المراكز الصحية إلا دورا هامشيا شبيها بالجرائد التي لم تحقق سوى نسبة 8,33 % ، وهو أمر طبيعي بفعل الإعاقة.

مدى الشعور بالحاجة إلى معلومات حول السيدا

كل أفراد العينة عبروا عن حاجتهم إلى معلومات أساسية أو إضافية حول السيدا. إن ذلك أمر إيجابي ينبغي استثماره عبر تنظيم برامج إذاعية ودورات تكوينية وحصص للتوعية.

الوسيلة المفضلة لتلقي المعلومات:

توخينا من هذا السؤال معرفة الوسيلة الديداكتيكية التي يفضلها الكفيف في مجال التوعية. لقد أشرنا في بداية هذا التقرير إلى أن حملات التوعية لا تأخذ في الغالب بعين الاعتبار أصحاب ذوي الحاجات الخاصة، بل إن هناك خطابا مصاغا حسب الأشخاص العاديين يتم الانتظار من المعاق أن يخضع لهان وفي ذلك إجحاف في حقه وحرمان له من الاستفادة والمعرفة. لقد جاءت إجابات أفراد العينة كالتالي:

الوسيلة المفضلة	التكرار	النسبة	النسبة المتراكمة
محاضرات	11	18,33	18,33
منشورات بطريقة براي	25	41,66	60
الخط الأخضر	0	00	60
اللقاء مع مختص	16	26,66	66,66
مناقشة ضمن مجموعة	4	6,66	73,33
شريط سمعي	4	6,66	100
المجموع	60	100	

جدول رقم 32: الوسيلة المفضلة لتلقي التوعية

ويلاحظ أن نسبة مهمة من المستجوبين (41,66 %) فضلوا أن تكون منشورا بطريقة براي وفضل 26,66 % أن يكون عبر لقاء مع مختص. وبالنسبة للشخص الذي يفضل أن يقدم له المعلومات، جاءت الإجابات كالتالي:

الوسيلة المفضلة	التكرار	النسبة	النسبة المتراكمة
طبيب	21	35	35
مربي نظير	31	51.66	86.66
منشط	8	13.33	100
المجموع	60	100	

جدول رقم 33: الشخص المفضل للتقديم المعلومات

إن تفضيل أن يكون مانح المعارف مربيًا نظيرًا يمكن تفسيره بكون الكفيف يعتبر أن بعض القضايا الحميمية لا يمكن أن يفهمها سوى نظير له. هذا النظير الذي يشاطره مجموعة من الخصائص ومنها الإعاقة، يكون أقدر على استعمال الطريقة الملائمة وأكثر ضمانًا للسرية والثقة.

خلاصات وتوصيات

- لقد أبرزت هذه الدراسة الاستطلاعية مجموعة من المؤشرات التي يمكن تلخيصها في ما يلي:
- إن معارف الكفيف حول السيدا تبقى ضعيفة مقارنة مع المخاطر التي تحق به بحكم إعاقته وأوضاعه الاقتصادية والاجتماعية،
 - إن سلوكات أغلب المكفوفين الجنسية تبقى سلوكات غير محمية،
 - إن الفتيات أكثر تكتما على ممارساتهم الجنسية، مما يجعل من الجنس طابو مضاعف ويقلل فرص السؤال والاستفسار، وهي وضعية تجعل من الوقاية أمرا صعبا،
 - إن العازل الطبي يطرح مشكلا كبيرا بحكم عدة عوامل ، منها بلورة المعارف في أفعال وصعوبات الحصول على العازل وحسن استعماله،
 - إن غالبية المكفوفين الذين شملتهم الدراسة لم يستطيعوا معرفة دلالة حامل للفيروس، الأمر الذي قد يؤثر على وقاية أنفسهم (اعتبار كل شخص سليم ظاهريا، خال من الفيروس)
 - لقد عبر أفراد العينة عن حاجتهم للحصول على معارف ومعلومات حول السيدا وطرق الوقاية، وهذا أمر في غاية الأهمية.
 - أكد المستجوبون على تفضيلهم لبعض وسائل التوعية المتكيفة مع إعاقتهم ومنها المنشورات بطريقة براي
 - إن هذه المعطيات تستلزم ما يلي:
- ضرورة إدماج الكفيف في كل الأنشطة والبرامج التي يتم تسطيرها ضمن البرنامج الوطني لمحاربة السيدا
 - التثقيف من حملات التوعية في المؤسسات والمعاهد التي تحتضن المكفوفين
 - ضرورة صياغة أدوات ديداكتيكية وفق طريقة براي
 - ضرورة تنظيم دورات تكوينية للمربين النظراء ، لكون هذه المقاربة برهنت عن جدواها خاصة بالنسبة لبعض القضايا المرتبطة بالممارسات الجنسية.
 - أهمية إجراء دراسات ميدانية كمية وكيفية حول الكفيف وحاجياته وانتظاراته بغية التعرف عليها ومحاولة أخذها بعين الاعتبار في كل استراتيجيات.