تطوير وتقييم برنامج تدريبي دامج للأشخاص ذوي الإعاقة حول العلاقات الزوجية والصحة والحقوق الجنسية والإنجابية للشباب في الأردن عبر نهج التفكير التصميمي

فادي الحلبي ميرنا أبي عاد أبي نصيف جورج سعادة

الملخص

الخلفية: بينما أصدرت الأردن تشريعات متقدمة في حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، لا تزال هناك فجوات في التثقيف المتعلق بالصحة والحقوق الجنسية والإنجابية. تُظهر البيانات الوطنية أن ٦٨,٥٪ من الشباب يفتقرون إلى المعلومات الأساسية عن الصحة الإنجابية، مع انخفاض أكبر في الوعي بين الشباب ذوي الإعاقة، حيث يمثل الأشخاص ذوو الإعاقة ١١,٢٪ من سكان الأردن الذين تبلغ أعمارهم خمس سنوات فأكثر.

الأهداف: هدفت هذه الدراسة إلى تطوير وتقييم فعالية برنامج تدريبي دامج للإعاقة حول علاقات الأزواج والصحة والحقوق الجنسية والإنجابية، للشباب ذوي الإعاقة البالغين (١٨-٣٠ سنة) في الأردن **,** بغية تمهيد الطريق لبرنامج تعليمي معتمد رسمياً وجاهز للتوزيع على نطاق واسع في البلد نفسه.

الأساليب: تماشياً مع مبدأ "لا شيء بشأننا من دوننا"، يتضمن هذا البحث التجريبي إشراك الأفراد في عملية التصميم، مما يضمن لنتائج متمركزة حول المستخدم. قام الباحثون بإجراء مجموعات تركيز: (عدد المشاركين = ٤٢), كما قام الباحثون بإجراء المقابلات مع الخبراء: (عدد الخبراء = ٣)و وذلك لتقييم الاحتياجات**.** تم تطوير نموذج أولي لبرنامج تدريبي واختباره من خلال ورش عمل عبر الإنترنت مع مجموعات صغيرة مقسمة حسب الجنس، شملت مشاركين من ذوي الإعاقة ومن غير ذوي الإعاقة. تم استخدام نموذج كيركباتريك للتقييم، حيث تم قياس الرضا والمعرفة وتغيير المواقف**.**

النتائج: بعد تقديم الدورة، أظهر التحليل الإحصائي تقدماً ملحوظاً في الوعي بشأن الحقوق (*p = .032*)، والصحة الجنسية *(p = .004)*، والصحة الإنجابية *(p = .005)*. كما أن النهج المتكامل للإعاقة أثبت فعاليته. أظهرت البيانات النوعية زيادة في التمكين وأكدت صحة الإطار الذي يربط حقوق الصحة الجنسية والإنجابية بالعلاقات الصحية، في السياق الاجتماعي والثقافي الأردني.

الخلاصة: أظهرت الدراسة فعالية برنامج تدريبي مناسب ثقافياً ودامج للأشخاص ذوي الإعاقة حول علاقات الأزواج والصحة والحقوق الجنسية والإنجابية في الأردن، مقدمةً بذلك نموذجاً يمكن تكراره يركز على النهج التشاركي .الجدير ذكره هنا هو أن يمكن للتكرارات المستقبلية أن تدعم بشكل أفضل تطور العقليات الاجتماعية من خلال توسيع تطبيق نموذج "التواصل من أجل التغيير الاجتماعي والسلوكي" (SBCC).

الكلمات الرئيسية: دمج الإعاقة، الحقوق الجنسية والإنجابية، التفكير التصميمي، الأردن، التثقيف الصحي، البحث التشاركي، تطوير المناهج، العلاقات الصحية**.**

المقدمة

تنص اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (CRPD) على المبادئ الأساسية المتعلقة بالصحة والحقوق الجنسية والإنجابية، مع التأكيد على الاستقلالية الفردية وحرية اتخاذ الخيارات المستقلة (المادة ٣). كما تحدد الاتفاقية حماية دامجة تشمل احترام الحياة المنزلية والعائلية (المادة ٢٣)، والصحة (المادة ٢٥)، والخصوصية (المادة ٢٢)، والوصول إلى المعلومات (المادة ٢١)، والتعليم (المادة ٢٤). تتوافق هذه الأحكام مع التصور الشمولي لمنظمة الصحة العالمية حول الصحة الجنسية والإنجابية، الذي يتجاوز غياب المرض ليشمل الرفاهية الجسدية والنفسية والعقلية والاجتماعية الكاملة (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٨).

إن مكانة الأردن كرائد إقليمي في تشريعات حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، والتي تميزت بالتصديق المبكر على اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة وترجمتها إلى تشريعات محلية في عام ٢٠١٧، تتناقض مع فجوات التنفيذ المستمرة. فتجدر الإشارة إلى أن بيانات المسح المعاصر تكشف عن أوجه قصور كبيرة في معرفة الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية بين الشباب الأردني، حيث أفاد ٦٨.٥٪ بعدم تعرضهم لتعليم الصحة الإنجابية. ويتجلى هذا النقص المعرفي بشكل خاص بين الشباب ذوي الإعاقة، الذين يمثلون ١١,٢٪ من سكان الأردن الذين تبلغ أعمارهم خمس سنوات فأكثر.
(صندوق الأمم المتحدة للسكان الأردن، ٢٠٢٤؛ مجموعة PKF ProGroup، ٢٠١٧).

يتجلى حجم فجوة المعرفة هذه عبر عدة مجالات. فعلى سبيل المثال، يظهر فقط ٨,١٪ من الشباب وعياً بالأمراض المنقولة جنسياً، بينما يفهم ١٣,٥٪ فقط قضايا صحة المراهقين. وعلاوةٌ على ذلك، من بين أولئك الذين تلقوا معلومات عن حقوق الصحة الجنسية والإنجابية، يظل الفهم محدوداً. ففي الواقع، يقتصر ٩٣,٢٪ منهم على تصورها في إطار تنظيم الأسرة فقط، بينما يرتبط ١٥,٨٪ منها بمشاكل الخصوبة. وأخيراً، ٨,٩٪ فقط يدركون صلتها بسن اليأس (صندوق الأمم المتحدة للسكان في الأردن، ٢٠٢٤).

يكشف تحليل المسارات التعليمية الحالية عن أنماط إشكالية في اكتساب معلومات عن الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية. تشير البيانات الكمية إلى أن ٦٤.٥٪ من الشباب يعتمدون على معلمي المدارس كمصدر أساسي للمعلومات، بينما يستشير ٤٧.٤٪ الأمهات و١٩.٥٪ فقط يطلبون التوجيه من الآباء. تُظهر هذه الأنماط طبقية جنسية كبيرة: ٣٤.٩٪ من الذكور يتلقون التوجيه الأبوي مقارنة بـ٣.٢٪ من الإناث، بينما تستشير ٨٥.٩٪ من الإناث الأمهات مقابل ١٤.٤٪ من الذكور (صندوق الأمم المتحدة للسكان الأردن، ٢٠٢٤). بين الأفراد ذوي الإعاقة على وجه التحديد، تشير الأبحاث إلى أن ٧٠.٤٪ يعتمدون على أفراد الأسرة والشبكات الاجتماعية غير الرسمية بدلاً من المتخصصين في الرعاية الصحية للحصول على معلومات الصحة الإنجابية (دامرا وحمارشة، ٢٠٢٤). هذا الاعتماد السائد على قنوات المعلومات غير الرسمية يديم فجوات المعرفة ويعزز المفاهيم الخاطئة الموجودة.

يواجه تنفيذ خدمات وتعليم الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية الدامجة لذوي الإعاقة العديد من الحواجز النظامية. ومن أبرز هذه الحواجز استمرارية العقليات الاجتماعية والثقافية التقييدية، حيث لا يزال الجنس موضوعاً محرماً، وغالباً ما تواجه مبادرات حقوق الصحة الجنسية والإنجابية مقاومة من شرائح المجتمع المحافظة. كما تخلق العوائق المؤسسية حواجز مترابطة عبر كلا النظامين التعليمي والرعاية الصحية .في الواقع، بينما تكشف بيانات قطاع الرعاية الصحية أن ٦٩٪ من المنشآت الطبية

تُبلغ عن قدرتها على خدمة الأفراد ذوي الإعاقات الحركية، و٦٥٪ تمتلك موارد كافية لتلبية احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقات السمعية، و٦٤٪ تُعلن قدرتها على دعم الأشخاص ذوي الإعاقات البصرية (PKF ProGroup 2017)، يجدر الذكر أن ليست جميع المنشآت الصحية مجهزة على نحو متساوٍ لتقديم خدمات حقوق الصحة الجنسية والإنجابية للأشخاص ذوي الإعاقة. على وجه الخصوص، أظهرت نتائج من تقرير (PKF ProGroup 2017) أن هذه الخدمات متوفرة في الغالب في المحافظات الوسطى من الأردن، بينما هي أكثر ندرة أو غائبة في بعض المحافظات في المناطق الشمالية والجنوبية. تتفاقم هذه السعة المؤسسية المحدودة بسبب النقص في تعليم الصحة وبروتوكولات تدريب مقدمي الرعاية الصحية، حيث أن ٩٤٪ منهم يفتقرون إلى التدريب الكافي في التواصل الدامج لذوي الإعاقة وتقديم الخدمات(PKF ProGroup 2017)

يتم تقييد الوصول إلى خدمات ومعلومات حقوق الصحة الجنسية والإنجابية بشكل أكبر من خلال حواجز متعددة الأبعاد تشمل الوصمة الاجتماعية، وتقليص الوضع الاجتماعي، والتقييد الشخصي، وعدم موثوقية مقدمي الخدمة، وسوء خصوصية المنشآت، وصعوبة الوصول إلى تنسيقات المعلومات (حميد وآخرون، ٢٠٢٠). وتشير التحليلات الجغرافية التي أجراها دمرة وحمرشة (٢٠٢٤) إلى أن حواجز الوصول المادي تؤثر بشكل غير متناسب على السكان في المناطق الريفية، بينما تواجه المراكز الحضرية صعوبات في قدرة توفير الخدمات الدامجة لذوي الإعاقة.

وعلى الرغم من هذه التحديات المستمرة، حققت الأردن تقدماً ملحوظاً في تعزيز الوصول إلى الرعاية الصحية والتعليم للأفراد ذوي الإعاقة. فقد أُعطِيَت الأولوية لدمج الإعاقة في الاستراتيجية الوطنية لقطاع الصحة في الأردن (٢٠١٦-٢٠٢٠)، مما سهل إنشاء وحدات متخصصة داخل المستشفيات الكبرى والتنفيذ التدريجي لمعايير الوصول. وفي الوقت ذاته، بدأت الاستراتيجية الوطنية للتعليم الدامج (٢٠٢٠-٢٠٣٠) لوزارة التربية والتعليم في تحويل منهجي للنُظم التعليمية والبُنى التحتية المادية لتلبية احتياجات الطلاب ذوي الإعاقة بشكل أفضل.

ولمعالجة أوجه القصور المتبقية، وضعت الاستراتيجية الوطنية الأردنية للصحة الجنسية الإنجابية ٢٠٢٠-٢٠٣٠ (المجلس الأعلى للسكان، ٢٠٢٠) إطاراً دامجاً للتحسين. ويؤكد هذا الإطار على تطوير أدوات تواصل مبتكرة لنشر معلومات الصحة والحقوق الإنجابية والجنسية، وخاصةً تلك التي تستهدف الأشخاص ذوي الإعاقة، وتنفيذ برامج توعية متخصصة للفئات السكانية المهمشة "التي تغطي صحة [الشباب] ... بمحتوى وأسلوب يتناسبان مع الثقافة الاجتماعية والدينية السائدة في المجتمع" (المجلس الأعلى للسكان وشبكة شير نت الأردن، ٢٠٢٢). وتهدف الدراسة الحالية إلى معالجة هذه الثغرات المحددة من خلال تصميم وتطبيق وتقييم برنامج تدريبي للصحة والحقوق الإنجابية والجنسية دامج للإعاقة ويستهدف الشباب (١٨-٣٠ عاماً) من خلال منهجيات تشاركية، مع إمكانية تعميمها على نطاق أوسع على المستوى الوطني. هدفها النهائي هو دعم الشباب ذوي الإعاقة في الأردن للوصول إلى حقوقهم في الصحة الجنسية والإنجابية. يمكن اعتبار هذا الهدف بمثابة « التحدي التصميمي » الأولي – انظر إلى الشكل ١ أدناه.

التفكير التصميمي: نهج دامج للأشخاص ذوي الإعاقة ومتمحور حول الإنسان

أجريَ هذا البحث التجريبي من مايو إلى نوفمبر ٢٠٢٤. طوال تنفيذها، اعتمدت منهجية التفكير التصميمي لتطوير وتقييم برنامج تدريبي يعالج علاقات الأزواج وحقوق الصحة الجنسية والإنجابية للبالغين الشباب ذوي الإعاقة في الأردن. يعد التفكير التصميمي نهجاً متمحوراً حول الإنسان لإنشاء حلول

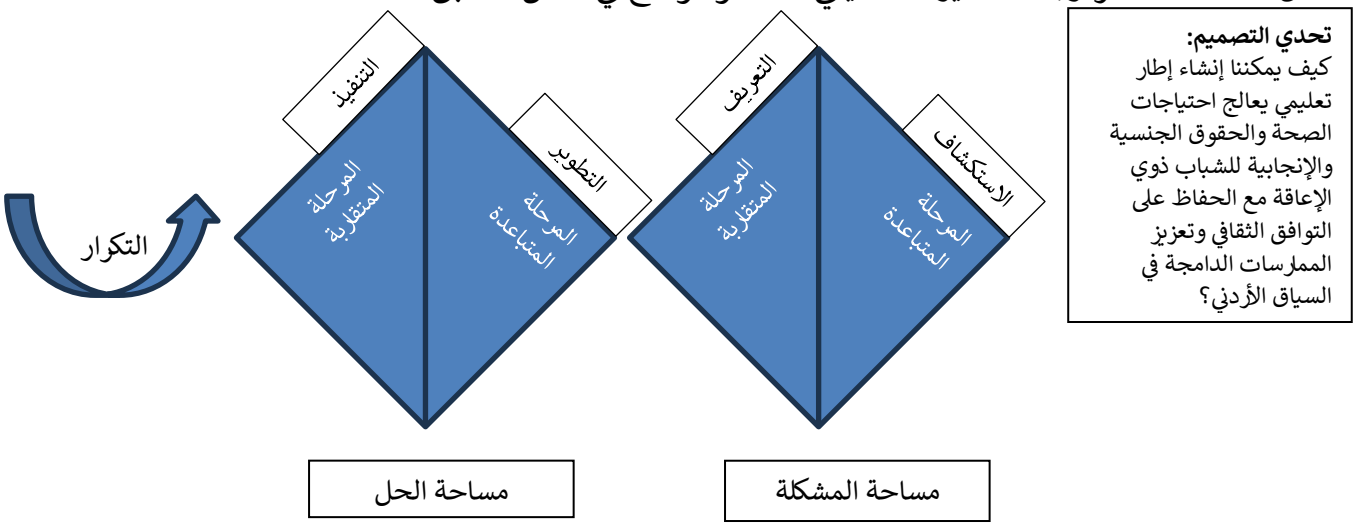
مبتكرة استناداً إلى طريقة تعاونية تحفز الذكاء الجماعي. من الناحية العملية، كان اختيار التفكير التصميمي كمنهجية يعني ضرورة إشراك الأشخاص ذوي الإعاقة في جميع مراحل العملية، وجمع وتكامل احتياجاتهم وتجاربهم من التصميم حتى التنفيذ. يتماشى هذا الاختيار المنهجي مع المبدأ الأساسي للدعوة لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة - " لا شيء بشأننا من دوننا " - بينما يسهل تطوير حلول عملية قائمة على الأدلة.

يوضح الشكل ١ أدناه "الماسة المزدوجة" للتفكير التصميمي والتي تتكون من أربع مراحل، اثنتان منها تشكلان "مساحة المشكلة" واثنتان أخريان تشكلان "مساحة الحل". تتضمن مساحة المشكلة على مرحلة متباعدة تُسمى "الاكتشاف"، تليها مرحلة متقاربة تُسمى "التعريف". أما مساحة الحل, فتحتوي على مرحلة متباعدة تليها مرحلة متقاربة، تحملان على التوالي اسم "التطوير" و"التنفيذ". تنطلق الماسة المزدوجة من تحدٍ أولي سيتم إعادة تعريفه خلال المرحلة. يعكس تحدي التصميم في البحث التجريبي هدفه، الذي تم صياغته في وقت سابق، أي: "كيف يمكننا إنشاء إطار تعليمي يعالج احتياجات الصحة الجنسية والإنجابية للشباب البالغين من ذوي الإعاقة مع الحفاظ على التوافق الثقافي وتعزيز الممارسات الدامجة ضمن السياق الأردني؟"

وبهذا ينقسم هذا البحث التجريبي إلى دراستين فرعيتين، الأولى تتعلق بمساحة المشكلة، والثانية تتعلق بمساحة الحل للماسة المزدوجة.

ويوضح الجدول ١ الأساليب المستخدمة في كل مرحلة ونتائجها، والتي سيتم وصفها بمزيدٍ من التفصيل في قسم "النتائج".

الشكل ١. الماسة المزدوجة للتفكير التصميمي، كما هو موضح في النص السابق



عملية إشراك الأطراف المعنية

تضمنت دراسة البحث التجريبي ثلاثة مستويات متميزة من مشاركة المعنيين في تصميم البرنامج التدريبي وتنفيذه وتقييمه:

أولاً، قامت الدراسة بتأسيس شراكة أساسية بين شبكة الجامعة لمناصرة الأشخاص المعوقين (EDAN) وجمعية "أنا إنسان لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة(IAHRPD) " وهي منظمة محلية للأشخاص ذوي

الإعاقة (OPD). وفي إطار هذه الشراكة، سهّلت IAHRPD الوصول إلى الفئات المستهدفة والتنسيق بين الأطراف المعنية، بينما قدمت EDAN الإشراف المنهجي والخبرة التحليلية.

ثانياً، عقد الباحثون لجنة توجيهية مكونة من ستة أعضاء، بما في ذلك عضوين من ذوي الإعاقة (إعاقة بصرية وحركية على التوالي). عكست تركيبة اللجنة تنوعاً بين الجنسين، حيث ضمت خمسة أعضاء من الإناث. عملت اللجنة وفقاً للشروط المرجعية، وقدمت الإرشاد المستمر طوال عملية البحث.

ثالثاً، قامت الدراسة بإشراك الشباب البالغين ذوي الإعاقة بشكل مباشر طوال العملية، كما هو موضح بمزيد من التفصيل عبر المراحل المختلفة للتفكير التصميمي.

وقد تم تلخيص أساليب ونتائج كل مرحلة في الجدول ١ أدناه، قبل مشاركة المزيد من التفاصيل حول كل مرحلة في الأقسام التالية.

الجدول ١ . توزيع المراحل الأربع للتفكير التصميمي عبر الماسة المزدوجة

" لا شيء بشأننا من دوننا " - تبني مبادئ دمج الإعاقة والمتمحورة حول الإنسان في تصميم البحث:

- •إشراك الشباب البالغين من ذوي الإعاقة في جميع المراحل، مع ضمان تمثيل لا يقل عن ٥٠٪ من الأشخاص ذوي الإعاقة، ومن الإناث، عبر مختلف مراحل العمل.
- الشراكة مع جمعية "أنا إنسان لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة" (**IAHRPD**).
- نهج حساس للسياق: عملية تكرارية بالإشارة إلى لجنة مكونة من ستة خبراء أردنيين في مجال حقوق الصحة الجنسية والإنجابية ، مع تمثيل الأشخاص ذوي الإعاقة.

مساحة المشكلة

	المرحلة ١: الاكتشاف	المرحلة ٢: التعريف
التعاريف	• الجزء المتباين من "مساحة المشكلة"؛ تتضمن هذه المرحلة استكشاف احتياجات المشاركين من خلال المراقبة والتفاعل الدامج.	• الجزء المتقارب من مساحة المشكلة؛ تركز هذه المرحلة على تجميع البحث لتوضيح بيان المشكلة الأساسية.
الأهداف	• •تهدف هذه المرحلة من خلال وسائل مختلفة، إلى استكشاف التجربة المعيوشة للأشخاص البالغين من ذوي الإعاقة في الأردن في مجالات القابلية للزواج وحقوق الصحة الجنسية والإنجابية، وأخذ وجهات نظر المعنيين بعين الاعتبار. • في بحثنا التجريبي، بالإضافة إلى الأشخاص ذوي الإعاقة، وصلنا إلى العاملين في مجال الصحة، والمعلمين/المدربين، ومنظمات الأشخاص ذوي الإعاقة. • بالإشارة إلى مصطلحات التفكير التصميمي، يمكن أيضاً تسمية هذه المرحلة بـ"التعاطف".	• تقوم مرحلة "التعريف" بتلخيص النتائج من مرحلة "التعاطف" وإعادة النظر في بيان المشكلة الأولي أو "تحدي التصميم" مع اللجنة التوجيهية، بهدف تضمين وجهات نظر الأشخاص ذوي الإعاقة.
الأساليب	• بروتوكول مجموعات النقاش المركّزة • بروتوكول مقابلة الخبراء • قائمة مراجعة المواضيع	• بروتوكول تحليل البيانات
النتائج	أنتجت مرحلة "الاكتشاف" "تقرير التعاطف"، الذي بدوره عزز النتائج التالية: • البيانات الديموغرافية للمشاركين • نظرة عامة على نتائج مجموعات النقاش المركّزة • نتائج مقابلات الخبراء	النتائج الرئيسية لمرحلة "التعريف" هي: • "رحلة المستخدم" التي حددت الحواجز أو "الآلام" والعوامل الداعمة أو "المكاسب"، في ثلاثة مجالات تؤثر على تجربة الشباب ذوي الإعاقة في مجال الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية: (١) الوصول إلى التعليم والمعلومات، (٢) الوصول إلى علاقات صحية، و(٣) الوصول إلى خدمات الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية • إعادة تعريف المشكلة، أو إعادة صياغة "التحدي الأولي" بطريقة ذات معنى بالنسبة للشباب ذوي الإعاقة في الأردن.

	المرحلة ٣: التطوير	المرحلة ٤: التنفيذ
التعاريف	الجزء المتباين من "مساحة الحل"؛ تركز هذه المرحلة على إصدار مجموعة من الحلول بالتعاون مع المستخدمين المستهدفين، وبناء نسخ ملموسة من الحلول المحتملة لاختبارها، والتي تُسمى "النماذج الأولية" في التفكير التصميمي. تُحيي النماذج الأولية المفاهيم وتُقيم مدى قابليتها للتنفيذ قبل استثمار وقت وموارد كبيرة في الإنتاج الكامل.	• الجزء المتقارب من "مساحة الحل"؛ تركز هذه المرحلة على اختبار الحلول مع المستخدمين لتحسين الميزات، استعداداً للتكرارات المستقبلية التي تلبي احتياجات المشاركين وتوقعاتهم بشكل أفضل
الأهداف	• بناءً على نتائج "التعاطف"، تهدف هذه المرحلة إلى تطوير المنهج الدامج للدورة التدريبية إلى جانب إطار التنفيذ (حجم الحضور وتوزيع المجموعات؛ أسلوب التيسير، وما إلى ذلك) ومسودة مطورة للدورة التدريبية الفعلية في شكل ورشة عمل عبر الإنترنت مدتها اثنتي عشرة ساعة.	• يتضمن "الاختبار" إدارة ورش العمل عبر الإنترنت مع مجموعتين من الأشخاص ذوي الإعاقة والحصول على تعليقاتهم، كوسيلة لاختبار النموذج الأولي؛ والاستعداد لنسخ أكثر دقة.
الأساليب	• نهج تطوير محتوى المناهج الدراسية • اعتبارات تصميم ورشة العمل • إطار التقييم	• إطار تنفيذ ورشة العمل
النتائج	مشروع مسودة "النموذج الأولي" للمنهج الدراسي (انظر الملحق ٢)	من خلال تطبيق "إطار التقييم" المحدد مسبقاً في مرحلة "التطوير"، تم تحليل نتائج مرحلة "التنفيذ" وفقاً للجوانب التالية: • تنفيذ تحليل الأتراب • التقييم الكمي للرضا (المستوى ١) • التقييم الكمي للتعلم (المستوى ٢) • التقييم الكمي للتطور في المواقف (المستوى ٣) • التقييم النوعي للتطور في المواقف (المستوى ٣)

أساليب دراسة مساحة المشكلة

المرحلة ١: الاكتشاف (التعاطف)

بروتوكول مجموعات النقاش المركّزة
أجرى الباحثون خمس مجموعات نقاش مركّزة مع اثنين وأربعين مشاركاً إجمالياً، جميعهم من ذوي الإعاقة، مقسمين حسب الجنس والحالة الاجتماعية، مع تمثيل أشخاص من مناطق خارج عمّان. تألفت المجموعة النسائية من فئتين (متزوجات وعازبات)، بينما شملت المجموعة الذكورية ثلاث مجموعات (اثنان من العازبين وواحد من المتزوجين). خضعت مجموعة الذكورية المتزوجون لتكرارين لضمان التمثيل الكافي. اتبعت المناقشات بروتوكولاً شبه منظم يستكشف أربع مجالات أساسية من خلال أربعة عشر سؤالاً موحداً، واختتمت بالتحقق المنهجي من قائمة الموضوعات. كانت المجالات الأساسية الأربعة هي: (١) الوصول إلى المعلومات والتعليم حول الزواج والصحة الجنسية والإنجابية، (٢) استقلالية اتخاذ القرارات والاختيار، (٣) التحديات التي يواجهها الشباب ذوي الإعاقة في الأردن حول العلاقات والجنس والموارد المتاحة، و(٤) النتائج المتوقعة والمواضيع ذات الاهتمام.

بروتوكول مقابلة الخبراء
وشمل البحث التجريبي ثلاث مقابلات معمقة مع خبراء، واختيار المشاركين للحصول على الخبرة التكميلية: اثنان من ممارسي الرعاية الصحية ذوي الخبرة في الرعاية الدامجة للأشخاص ذوي الإعاقة (من الكرك وعمان) ومدرب ومعلم واحد في مجال الحقوق والصحة الجنسية والإنجابية. وتبعت المقابلات بروتوكولاً شبه منظم، يستمر من ٦٠ إلى ٩٠ دقيقة، ويتم إجراؤه عبر منصات من خلال الإنترنت. وتضمن دليل المقابلات مواضيع تم تحديدها من خلال مراجعة الأدبيات وتحليل مجموعات التركيز الأولية.

قائمة مراجعة المواضيع
قام الباحثون بتعديل أداة استبيان أولية مستقلة لتصبح أداة مناقشة منظمة خلال مجموعات التركيز، استناداً إلى توصيات لجنة التوجيه. شملت الأداة النهائية ٣٢ موضوعاً عبر ثلاثة مجالات: العلاقات الصحية، والصحة الجنسية، والصحة الإنجابية. واختتمت المراجعة المنهجية لقائمة المراجعة كل جلسة من جلسات مجموعات التركيز، مما وفر التحقق المنظم من أهمية المواضيع.

المرحلة ٢: التعريف

بروتوكول تحليل البيانات
تم تحليل البيانات باستخدام نهج مواضيعي منظم، حيث تم فحص أربعة مجالات رئيسية: الوصول إلى المعلومات والتعليم، استقلالية اتخاذ القرارات، التحديات التي يواجهها الشباب البالغون ذوو الإعاقة، وتوقعات نتائج البرامج. قام باحثان من EDAN بتنفيذ جميع مجموعات التركيز والمقابلات مع الخبراء، مع تحديد أدوار منفصلة للتيسير والتوثيق.

تم استخدام عملية تحليلية تعتمد على الترميز المنهجي والتصنيف الموضوعي باستخدام إطار عمل تم تطويره بشكل تدريجي. وقد مكن دمج مصادر البيانات المتعددة من تحقيق مثلثية فعالة للنتائج. تم

تحليل بيانات المقابلات مع الخبراء بشكل منفصل في البداية قبل دمجها مع نتائج مجموعات التركيز لتوفير السياق المهني والتحقق من صحة النتائج.

نتائج دراسة مساحة المشكلة

المرحلة ١: الاكتشاف (التعاطف)

البيانات الديموغرافية للمشاركين

شملت مرحلة التركيز الأولي ٤٢ مشاركاً يمثلون أنواعاً مختلفة من الإعاقة والمواقع الجغرافية. وفي هذه المجموعة، أبلغ ٣٢ مشاركاً عن إعاقات جسدية مختلفة، وأبلغ ٧ عن إعاقات بصرية، وأبلغ ٣ عن إعاقات سمعية. وحقق التوزيع الجغرافي توازناً مقصوداً بين عمّان (n = 17) والمحافظات الأخرى (n = 25، بما في ذلك ١٥ من إربد، و٦ من عجلون، وآخرون من جرش والكرك والطفيلة).

وقد تفاوت مستوى التحصيل التعليمي بشكل كبير بين المشاركين: حيث أكمل ١٧ منهم التعليم الثانوي، وحصل ١٣ على درجات جامعية، وأفاد اثنان بأنهما لم يكملوا التعليم الثانوي، ولم يحدد ١١ مشاركاً مستواهم التعليمي. أما فيما يتعلق بالاستقلال الاقتصادي، أفاد ١٥ مشاركاً بأنهم يعملون ولديهم استقلال مالي.

نظرة عامة على نتائج مجموعات النقاش المركّزة
تحليل مناقشات مجموعات التركيز أسفر عن ٢٠٠ عبارة مميزة، حيث تناول ١٦٣ عبارة (٨١,٥٪) تجارب المشاركين فيما يتعلق بالوصول إلى المعلومات (٦٧ عبارة)، والاستقلالية في اتخاذ القرار (١٤ عبارة)، والتحديات الأخرى المتعلقة بالأشخاص ذوي الإعاقة والموارد (٨٢ عبارة). أما العبارات الـ٣٧ المتبقية (١٨,٥٪), قدمت تعليقات محددة بشأن توقعات الدورة وتصميمها. يمكن تلخيص الـ ١٦٣ عبارة التي تصف تجارب المشاركين في الرحلة الموضحة أدناه وفي الملحق ١، الذي يعرض المواضيع والفرعيّات، مع أمثلة إضافية من تصريحات المشاركين.

التابوهات الاجتماعية كحاجز رئيسي للوصول إلى معلومات حقوق الصحة الجنسية والإنجابية.
تكشف رحلة الأفراد ذوي الإعاقة الذين يسعون للحصول على معلومات وخدمات حقوق الصحة الجنسية والإنجابية في الأردن عن مشهد معقد يتشكل من مواقف اجتماعية راسخة، وحواجز مؤسسية، وتحديات شخصية. فعند محاولة الوصول إلى المعلومات المتعلقة بحقوق الصحة الجنسية والإنجابية ، يواجه هؤلاء الأفراد في كثير من الأحيان تابوهات منهجية (٢٠ حالة)، التي ظهرت كأكبر حاجز. تتغلغل هذه التابوهات في العديد من طبقات المجتمع، بدءاً من الوحدات الأسرية وصولاً إلى المؤسسات الصحية. والجدير ذكره أن أحد المشاركين عبر بشكل مؤلم قائلاً: "عندما كنت في الرابعة عشرة من عمري، كنت أسأل والدي... وكان يرد عليّ قائلاً: 'عندما تكبر، ستفهم أكثر.'" هذه السمة من التجنب والتحويل تمثل العديد من التفاعلات الأسرية حول موضوعات حقوق الصحة الجنسية والإنجابية.

يصبح تأثير هذه المحظورات واضحاً بشكل خاص في الطريقة التي يسعى بها الأفراد إلى الحصول على المعلومات، حيث تفوق المصادر غير الرسمية (مثل الأسرة والأصدقاء ووسائل التواصل الاجتماعي، ٢٥

حالة) بشكل كبير القنوات الرسمية (مثل مقدمي الرعاية الصحية والمؤسسات التعليمية ورجال الدين, ١٢ حالة). من المهم أن نشير إلى أن أفراد الأسرة، على الرغم من أنهم يروجون أحياناً للمعلومات المضللة، يبقون المصادر الرئيسي للمعلومات. ومع ذلك، فإن هذا الاعتماد على المصادر غير الرسمية يخلق تحدياته الخاصة، كما يتضح من تجربة أحد المشاركين :"كنا نلجأ إلى والدينا، مما يوفر لنا أحياناً معلومات مفيدة وأحياناً لا".

ت**جارب محدودة من حيث الاستقلالية في اتخاذ القرار**. تُعدّ المعركة من أجل الاستقلالية في اتخاذ قرارات الصحة الجنسية والإنجابية تحدياً آخر كبيراً، حيث تم توثيق ثماني حالات سلوكيات تحد من الاستقلالية مقارنة بخمس حالات تدعمها. لا تزال الممارسات التقليدية، خصوصاً في قرارات الزواج، تمارس تأثيراً قوياً. كما أشار أحد المشاركين قائلاً: "معظمنا عقدنا زواجاً تقليدياً، حيث يختار الوالدان العروس." ومع ذلك، تظهر علامات التغيير، كما يتضح من تجربة مشارك آخر: "بالنسبة لي، هناك الكثير من القبول، إذا كنت أنا مقتنعً بالشخص. كعائلة، لهم الحق في التأكيد، لكنني أنا من أقرر في النهاية".

تأثير التحيز والحواجز الاجتماعية على الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية الإنجابية والجنسية. يخلق تقاطع الإعاقة وحقوق الصحة الجنسية والإنجابية تحديات فريدة تمتد إلى ما هو أبعد من التابوهات الاجتماعية العامة. وقد ظهرت التحيزات والحواجز الاجتماعية كأكبر التحديات انتشاراً (٢١ حالة)، وظهرت بشكل خاص في بيئات الرعاية الصحية. يقوم مقدمو الرعاية الصحية، الذين من المفترض أن يكونوا مصادر موثوقة للمعلومات والدعم، أحياناً بتعزيز التحيزات من خلال التشكيك في قدرات الأفراد. كما شارك أحد المشاركين قائلاً: "المجتمع وحتى بعض مقدمي الرعاية الصحية يشككون في قدرتنا على رعاية أطفالنا. الأمر لا يتعلق بالقدرة الفنية على إنجاب الأطفال، بل يتعلق أكثر بقدرتنا على رعايتهم".

الحواجز المتجذرة داخلياً والتحديات الأخرى .غالباً ما تتحول هذه التحديات الخارجية إلى حواجز متجذرة داخلياً (١٠ حالات)، حيث يمتص الأفراد التحيزات الاجتماعية ويطورون الشكوك الذاتية. عبر أحد المشاركين عن هذا التجذر الداخلي بشكل قاسي قائلاً: "من الصعب أن تجد شخصاً يقبلك. ولهذا السبب، نحتفظ بمسافة آمنة مع الآخرين. إذا كانت لدينا صعوبة في الحديث عن ذلك بيننا، فكيف سنتحدث عنه مع الآخرين"....

وتضيف نقاط الضعف المرتبطة بالإعاقة (١٠ حالات) طبقة أخرى من التعقيد، تشمل المخاوف بشأن الاستقلال المالي (٤ حالات)، وقضايا الصحة (٣ حالات)، والتأثيرات على العلاقات الأسرية (٣ حالات). وكما أوضح أحد المشاركين، "إن اكتسابي للإعاقة منذ أكثر من ١٠ سنوات لا يزال يؤثر علي، في حياتي الجنسية وفي جوانب أخرى". وتتشابك هذه التحديات العملية مع حواجز اجتماعية وثقافية أوسع نطاقاً، مما يخلق شبكة معقدة من العقبات.

الأنماط الناشئة لتطور العقليات الاجتماعية. ومع ذلك، وسط هذه التحديات، تظهر علامات التغيير الإيجابي. أفاد بعض الأفراد بتطوير علاقات داعمة تسهل الحوار المفتوح حول حقوق الصحة الجنسية والإنجابية. كما شارك أحد المشاركين قائلاً: "كنت أنا وشريكي صريحين جداً في هذا الموضوع (خصوصية علاقتنا الجنسية)، خاصةً أنها كانت تجربتي الأولى في الزواج. وبما أننا كنا متقدمين في العمر ولدينا إعاقة حركية، كان التواصل سهلاً." هذا النوع من التجارب، رغم أنه ليس واسع الانتشار بعد، يُظهر إمكانية اختراق التابوهات الاجتماعية وإقامة علاقات أكثر انفتاحاً ودعماً.

تُرسم هذه التجارب مجتمعة صورة لمجتمع في مرحلة انتقالية، حيث تظل الحواجز التقليدية قائمة، لكنها تتعرض للتحدي تدريجياً من خلال تغيّر المواقف وظهور أنظمة دعم جديدة. لا تزال الرحلة نحو خدمات ومعلومات الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية الدامجة مستمرة، متسمّة بتحديات مستمرة وتطورات واعدة في فهم المجتمع وقبوله.

ومن خلال دمج النتائج المذكورة أعلاه مع ردود أفعال المشاركين في مناقشات مجموعات التركيز والخبراء، توصلنا أيضاً إلى تحديد التوجهات الرئيسية لتصميم الدورة، كما هو موضح أدناه.

نتائج مقابلات الخبراء
خلال العملية، تم دمج نتائج المقابلات مع الخبراء مع ملاحظات الأشخاص ذوي الإعاقة. في هذا السياق، تتوافق ملاحظات الخبراء مع ملاحظات الأشخاص ذوي الإعاقة وتؤكدها في عدة جوانب:

وفيما يتعلق بجانب المحظورات في حقوق الصحة الجنسية والإنجابية، أكد خبراء المقابلات انتشار المحظورات المحيطة بهذه الحقوق كحواجز رئيسية في المجتمع، ويزداد هذا التأثير بالنسبة للأشخاص ذوي الإعاقة. كما أشاروا إلى ضرورة الدعوة إلى توفير تعليم موثوق وقابل للوصول حول حقوق الصحة الجنسية والإنجابية، باعتباره أمراً ضرورياً لحماية الشباب والأشخاص ذوي الإعاقة، الذين قد يتعرضون للمخاطر في حال عدم تلقيهم هذا التعليم. كما أوضح الخبراء كيفية تعزيز المحظورات الإجتماعية والحواجز أمام الوصول إلى معلومات عن الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية لبعضهما البعض بشكل متبادل.

والجدير بالذكر أن الخبراء أكدوا أهمية تعليم الآباء في مجال الصحة الجنسية والإنجابية، كعنصر أساسي لتحقيق وصول أكثر انفتاحاً وأماناً إلى تعليم الصحة الإنجابية، حيث يُعد الآباء والعائلة المصدر الرئيسي للتعليم غير الرسمي في هذا المجال. وقد يسهم تعليمهم في تعزيز الاستقلالية في اتخاذ القرارات لدى الشباب، وخاصة ذوي الإعاقة، حيث يتسم تدخل الآباء والعائلة في هذا المجال بتأثير قوي.

كما أكد الخبراء على ضرورة إدراج البعد العلائقي للصحة الجنسية والإنجابية في الدورة، ودعم الأشخاص ذوي الإعاقة في تغذية الزيجات المستدامة والمثمرة. وقد وجدت هذه الطريقة أهمية خاصة في ظل تدخل الوالدين في اتخاذ القرارات المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية، بما في ذلك اختيار الزواج من عدمه ومن يتزوجون، مما يؤدي في كثير من الأحيان إلى نتائج ضارة للأشخاص ذوي الإعاقة.

ومن المهم أيضاً أن الخبراء أكدوا أيضاً على ضرورة معالجة حرية اتخاذ القرار في الصحة الإنجابية، وأن الأشخاص ذوي الإعاقة مؤهلون على قدم المساواة لإنجاب الأطفال إذا أرادوا ذلك.

ومن بين الجوانب الأخرى التي تم تسليط الضوء عليها بشكل أفضل من خلال تعليقات الخبراء، استناداً إلى ممارساتهم مع الأشخاص ذوي الإعاقة، ما يلي:

إعطاء الأولوية للمواضيع المتعلقة بالوقاية والحماية من العنف والإساءة الجنسية. وفي سياق يسود فيه التابو ، سلط الخبراء الضوء على مخاطر الإساءة المرتبطة بنقص المعلومات والوعي.

فيما يتعلق بالصحة الجنسية، يجب معالجة التحيز المرتبط بإمكانية الوصول إلى المتعة إلى جانب التوجيه بشأن كيفية تكييف النشاط الجنسي للأشخاص ذوي الإعاقات المختلفة.

أهمية تصميم دورة تدريبية تعالج الاحتياجات والتحديات الخاصة بالأشخاص ذوي الإعاقة، مع الحفاظ على ملاءمتها للجمهور العام. وفقاً للخبراء، تشمل الجوانب الخاصة بالإعاقة معالجة التحيز تجاه الأشخاص ذوي الإعاقة في مجال الصحة الجنسية والإنجابية؛ ودمج الحضور من ذوي الإعاقة مع الحضور من غير ذوي الإعاقة، بالإضافة إلى تنويع وسائل التواصل لتشمل الأشخاص ذوي الإعاقات المختلفة (مثل توفير الترجمة بلغة الإشارة).

وتضمنت توصيات أخرى من الخبراء تخصيص محتوى الدورة ليناسب الفئات المختلفة، مثل تخصيص محتوى للمجموعة الذكورية (مع التركيز على القضايا المتعلقة بالرجولة) مقابل المجموعة الأنثوية (مع التركيز على قضايا مثل صورة الجسم). كما أشاروا إلى ضرورة الانطلاق من تجارب المشاركين الشخصية، وإدراج المدافعين عن حقوق الإنسان ضمن الفئات المستهدفة بشكل رئيسي.

المرحلة ٢: التعريف

تحديد الحواجز و"رحلة المستخدم"

أدى دمج بيانات مجموعات التركيز ومقابلات الخبراء إلى فهم أفضل للتحديات الأساسية أو "الآلام" التي يواجهها الشباب من ذوي الإعاقة في الوصول إلى تعليم وخدمات الحقوق والصحة الجنسية والإنجابية، فضلاً عن العوامل الداعمة أو "المكاسب" المتاحة. ويمكن تلخيص هذه التحديات في "رحلة المستخدم" (*) المتعلقة بثلاثة مجالات تؤثر على حياتهم الصحية العلائقية والجنسية والإنجابية. وهي "الوصول إلى المعلومات والتعليم"؛ و"الوصول إلى حياة علائقية صحية"؛ و"الوصول إلى خدمات الصحة الإنجابية والجنسية". وتُعرض النتائج في الجدول ٢ أدناه:

(*) في التفكير التصميمي، تشير رحلة المستخدم إلى التجربة خطوة بخطوة التي يمر بها المستخدم عند التفاعل مع منتج أو خدمة أو نظام. إنها طريقة لمسح مشاعر المستخدم وأفكاره وأفعاله عبر نقاط الاتصال لتحديد نقاط الضعف والفرص ومجالات التحسين.

الجدول ٢. رحلة الشباب ذوي الإعاقة في الأردن، فيما يتعلق بالعلاقات الزوجية والصحة والحقوق الجنسية والإنجابية

الفئة	الوصول إلى معلومات وتثقيف عن الصحة والحقوق الإنجابية والجنسية	الوصول إلى حياة علاقاتية صحية	الوصول إلى خدمات الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية
الآلام	• هناك تابو شديد فيما يتعلق بالصحة والحقوق الجنسية والإنجابية (تم الإبلاغ عن ٢٠ حالة)، وخاصة بين الذكور (٨٣٪ مقابل ٥٦٪ للإناث). ○ الاعتماد على مصادر معلومات غير موثوقة بما في ذلك المواد الإباحية. ○ الوصمة الاجتماعية والخوف من الحكم يمنعان المناقشة المفتوحة والوصول إلى معلومات الحقوق والصحة الجنسية والإنجابية. • تشكل الأسرة (وخاصة الوالدين) الحاجز الرئيسي أمام الوصول إلى المعلومات الصحيحة. • غياب التعليم الرسمي للصحة والحقوق الجنسية والإنجابية في المدارس. • معرفة محدودة فيما يتعلق بقضايا الإعاقة بين العاملين في مجال الصحة. • عدم توفر وسائل التواصل الملائمة (اللغة البرايل، لغة الإشارة).	• التحيزات الاجتماعية التي تثير تساؤلات حول حق الزواج والجنس للأشخاص ذوي الإعاقة. • عوائق الزواج بين الأشخاص ذوي الإعاقة/غير ذوي الإعاقة. • التحيزات حول الانتقال الجيني. • العار المرتبط بالإعاقة والذي يؤثر على العلاقات. • انخفاض احترام الذات والوصمة الداخلية التي تؤثر على العلاقات. • الخوف من قدرات الأبوة والأمومة. • استقلالية محدودة في العلاقة بسبب تدخل الأسرة في قرارات الزواج والعلاقات.	• عدم السرية في بعض المراكز الصحية. • محدودية الوصول إلى الخدمات المتخصصة في المناطق الريفية. • تحيزات مقدمي الرعاية الصحية فيما يتعلق بالإعاقة، بما في ذلك المواقف المتحيزة بشأن الزواج والجنس للأشخاص ذوي الإعاقة. • الافتقار إلى الكفاءة الدامجة للأشخاص ذوي الإعاقة بين مقدمي الرعاية الصحية. • حواجز التواصل في المؤسسات الصحية. • حواجز التكلفة لبعض الخدمات (على سبيل المثال، التلقيح الاصطناعي) (والأشخاص ذوي الإعاقة الذين يواجهون تحديات مالية).
المكاسب	• القبول المجتمعي المتزايد للصحة والحقوق الجنسية والإنجابية كجزء طبيعي من الحياة، مما يؤدي إلى زيادة الانفتاح تجاه تعليم الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية. • الدعم والتوجيه من موارد المجتمع، بما في ذلك الأسر والزعماء الدينيين. • الوصول إلى الموارد والمعلومات عبر الإنترنت. • توفر بعض التدريبات المتخصصة للأشخاص ذوي الإعاقة. • المتخصصون في المجال الطبي يقدمون معلومات موثوقة.	• بعض الأمثلة على مواقف الوالدين الداعمة. • العلاقات الناجحة بين الشركاء ذوي الإعاقة. • التواصل المفتوح والتفاهم المتبادل بين الشركاء ذوي الإعاقة. • الدعم المتبادل بين الأشخاص ذوي الإعاقة في العثور على شركاء. • تنمية قبول الذات والثقة بالنفس. • بعض التغيرات الإيجابية في المواقف المجتمعية.	• الوصول إلى خدمات الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية عالية الجودة من خلال أنظمة الرعاية الصحية في القطاع الخاص والعسكري. • الأشخاص ذوي الإعاقة لديهم تجارب جيدة مع بعض أطباء أمراض النساء. • بعض مقدمي الرعاية الصحية يقدمون العلاج المهني. • توافر التغطية التأمينية الطبية للبعض.

إعادة تعريف المشكلة
استناداً إلى ما سبق، وبناءً على تبني نهج متمحور حول الإنسان في تحديد المشكلة، يمكن إعادة صياغة "تحدي التصميم" الأولي كما يلي: "كيف يمكننا تمكين الشباب من ذوي الإعاقة (من ١٨ إلى ٣٠ عاماً) في الأردن لتحقيق حقوقهم بشكل كامل في مجال العلاقات الزوجية والصحة والحقوق الجنسية والإنجابية، مع تعزيز بيئة اجتماعية داعمة؟"

طرق دراسة مساحة الحل

المرحلة ٣: التطوير (النموذج الأولي)

أسفرت نتائج التعاطف التي تم توضيحها أعلاه، والتي بدأت في مرحلة "الاكتشاف"، عن رؤى هامة تساهم في تطوير محتوى التدريب وإطار التنفيذ الذي ينطبق على ورشة العمل عبر الإنترنت. يمكن تصنيف هذه الرؤى إلى مجالين رئيسيين: نهج محتوى البرنامج التدريبي واعتبارات تصميم ورشة العمل، بما في ذلك استراتيجيات التنفيذ. وقد تم استقاء هذه الاعتبارات أولاً من ملاحظات الشباب من ذوي الإعاقة والخبراء، ثم تم التحقق منها ومن ثم استكمالها، عند الضرورة، من خلال اللجنة التوجيهية.

نهج محتوى البرنامج التدريبي
تم دمج عملية تطوير محتوى التدريب مع النتائج المستخلصة من مرحلتي "الاكتشاف" و"التعريف"، حيث تم توزيع الموضوعات تحت خمسة مجموعات رئيسية: (١) النهج المعتمد على الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية؛ (٢) العلاقة مع الذات؛ (٣) الديناميكيات الصحية في العلاقات الزوجية؛ (٤) أساسيات الصحة الجنسية؛ و(٥) أسس الصحة الإنجابية. داخل كل مجموعة، تم تحديد أهداف التعلم، المخطط التفصيلي للمحتوى، الأنشطة المقترحة لكل جلسة، والمهام المتابعة. تبعت عملية التطوير نهجاً تكرارياً، مع مراجعة منتظمة من اللجنة التوجيهية وتحديثات مستمرة. كما تم إعطاء الأولوية لملاءمة المحتوى ثقافياً مع الحفاظ على تغطية دامجة للمواضيع الأساسية في الصحة الجنسية والإنجابية.

اعتبارات تصميم ورشة العمل

برز تكوين المجموعات كعامل رئيسي، حيث استدعى الأمر تقسيم النقاشات حسب الجنس مع دمج المشاركين من ذوي الإعاقة وغير ذوي الإعاقة لتعزيز الحوار الدامج. وتم الحفاظ على حجم المجموعات صغيراً (١٢-١٥ مشاركاً) لضمان المشاركة الفعّالة.

على سبيل المثال، وبالنظر إلى الحساسية الثقافية، كانت اعتبارات الأمان والراحة في غاية الأهمية، مما استدعى وضع حدود واضحة بين تعليم الصحة الجنسية والإنجابية والخيارات الشخصية. كما تم إشراك المشاركين في تحديد شروط الأمان، مع تأطير المحتوى بما يتماشى مع المعايير الثقافية المحلية، مع الحفاظ في الوقت ذاته على النهج القائم على الحقوق.

تجدر الإشارة إلى أن النهج التعليمي أعطى الأولوية للتعلم التجريبي بدلاً من المحتوى النظري البحت، من خلال دمج عناصر الألعاب التفاعلية وتسهيل النقاشات الجماعية الصغيرة دون وجود الميسر، وهو ما حدده المشاركون كمساهم في توفير الأمان النفسي أثناء الورشة.

تضمنت اعتبارات إمكانية الوصول توفير مواد بعدة صيغ، وضمان الوصول إلى المنصة الإلكترونية، ومعالجة الحواجز التواصلية بشكل استباقي من خلال تدابير مثل الوصف الشفهي للصور للمشاركين ذوي الإعاقات البصرية ومواد متوافقة مع برامج قراءة الشاشة. أما بالنسبة للجلسات التي تشمل مشاركين من ذوي الإعاقات السمعية، كان التنسيق المسبق مع مترجمي لغة الإشارة بشأن المصطلحات أمراً أساسياً.

تعكس هذه التوجهات التفاعل المعقد بين دمج الأشخاص ذوي الإعاقة، والحساسية الثقافية، والتعليم الفعّال في مجال الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية، وذلك ما تم الكشف عنه في عملية البحث التفاعلي. وتوفر أساساً لتطوير محتوى تدريبي ونهج تنفيذي يستجيب مباشرة لاحتياجات وتجارب الأشخاص ذوي الإعاقة في الأردن.

إطار التقييم

استخدمت الدراسة البحثية التجريبية نموذج تقييم كيركباتريك، وهو إطار معترف به لتقييم فعالية برامج التدريب عبر أربعة مستويات هرمية: التفاعل، والتعلم، والمواقف، والنتائج (كيركباتريك وكيركباتريك، ٢٠١٦). تم اختيار هذا النموذج لنهجه الدامج في قياس التأثيرات التدريبية الفورية والطويلة الأمد. وقد تم تنفيذ التقييم في الدراسة الحالية عبر ثلاثة مستويات:

•المستوى ١ (التفاعل) استخدم أدوات تقييم في نهاية الجلسة لقياس رضا المشاركين عبر أربعة مجالات: الأمان المتصور، والدمج، وفائدة المحتوى، والملاءمة الثقافية.

•المستوى ٢ (التعلم) استخدم تقييمات متعددة الخيارات مرجعية معيارية تم تقديمها في منتصف البرنامج وفي نهايته لقياس اكتساب المعرفة.

•المستوى ٣ (المواقف) شمل استبيانات قبل وبعد التدخل بالإضافة إلى بروتوكولات مجموعات التركيز لقياس التغيرات في المواقف.

المرحلة ٤: التنفيذ (الاختبار)

إطار تنفيذ ورشة العمل

تم تنفيذ الورشة من خلال منصة تعلم إلكترونية متكاملة (زووم)، حيث تم فصل المشاركين حسب الجنس لتنفيذ الجلسات بشكل متوازٍ. أكملت المشاركات من الإناث خمس جلسات مدة كل منها ٢,٥ ساعة (إجمالي ١٢,٥ ساعة)، بينما شارك المشاركون من الذكور في أربع جلسات بإجمالي ١١ ساعة، مع تعديل مدة الجلسات لتناسب حجم المجموعة وأنماط التفاعل.

تكون الفريق المحاضر من ميسرين رئيسيين: معالج نفسي متخصص في استشارات البالغين والأزواج، الذي قاد تقديم المحتوى الأساسي، وأخصائي أمراض نساء وتوليد ذو خبرة في علاج العقم، الذي قدم مكونات الصحة الإنجابية. كما قام المراقبون المتوافقون مع الجنس بتوثيق أنماط مشاركة المشاركين وجمع الملاحظات بشكل منهجي طوال مرحلة التنفيذ.

نتائج مساحة الحل.

المرحلة ٣: التطوير (النموذج الأولي)

نموذج البرنامج التدريبي الذي تم اختباره
للحصول على وصف كامل لنموذج البرنامج التدريبي الذي تم اختباره، بما في ذلك الأهداف التعليمية، والمحتوى، وطرق التيسير والأنشطة، والمهام بعد الورشة، يرجى الرجوع إلى الملحق ٢.

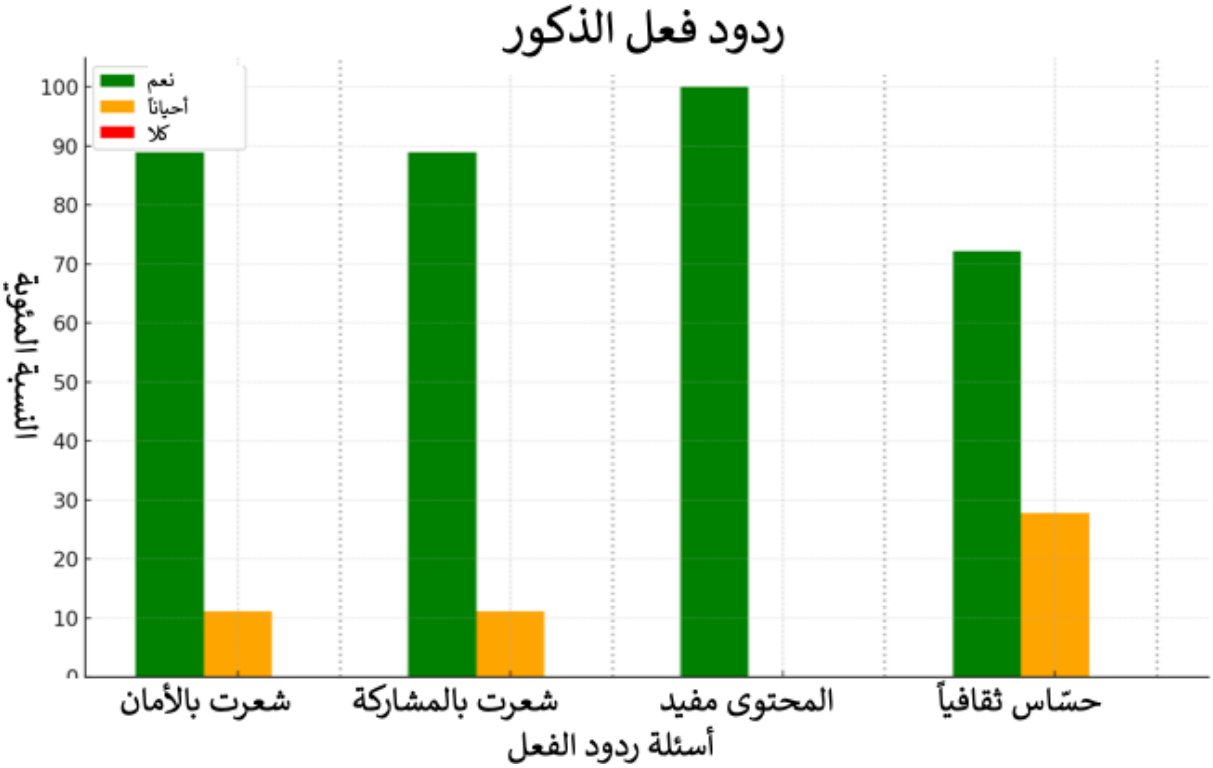
المرحلة ٤: التنفيذ (الاختبار)

البيانات الديموغرافية للمشاركين

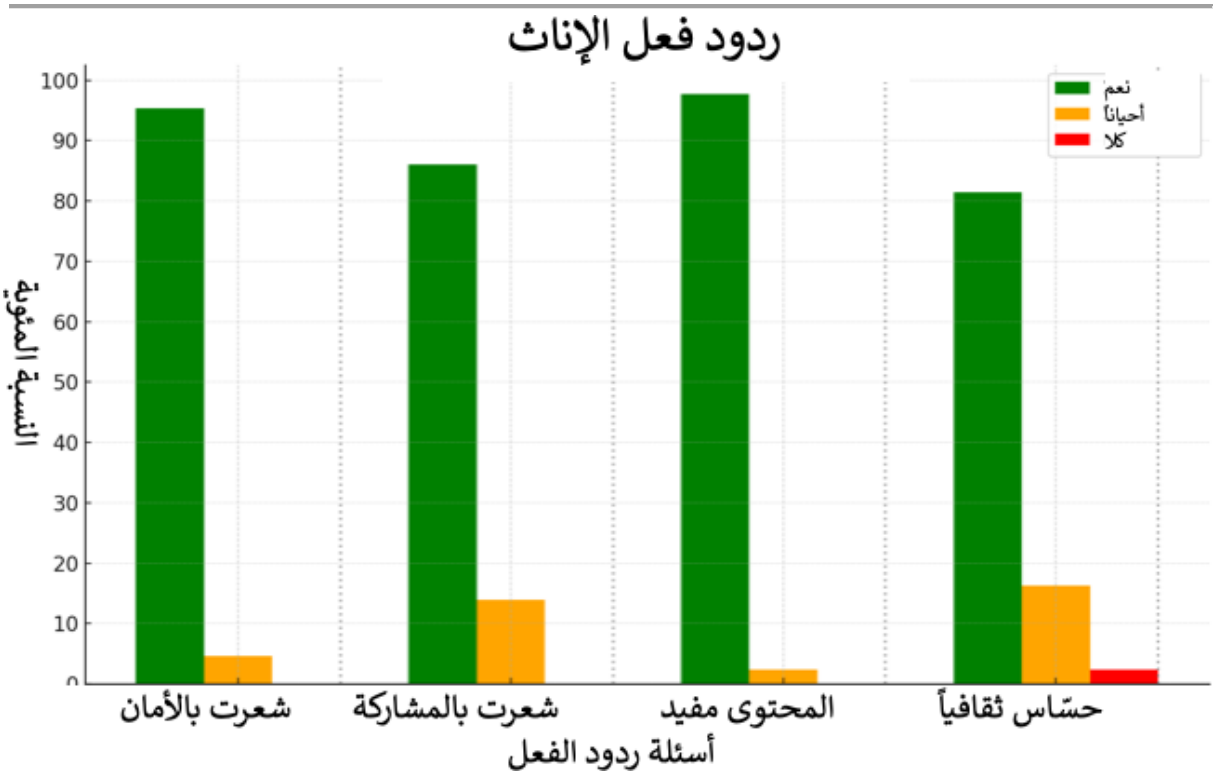
وبدمج بيانات المشاركين من الذكور والإناث وتحليل ملفات تعريف أولئك الذين أكملوا حوالي ٧٥٪ إلى ٨٠٪ من ساعات التدريب، لوحظ ما يلي: تراوحت مجموعة المشاركين بين ١٠ إلى ١٣ أنثى و٦ إلى ٨ ذكور. ومع ذلك، أجريت التحليلات للمشاركين الذين حضروا ٤ جلسات على الأقل من أصل ٥ جلسات للإناث وأولئك الذين حضروا ٣ جلسات على الأقل من أصل ٤ جلسات للذكور (أي ١٠ إناث و٦ ذكور). أظهر المشاركون الذكور متوسط عمر ٢٧ عاماً (*M* = ٢٦، *SD* = ٥,٣٧)، بينما كان متوسط عمر المشاركات الإناث ٢٤.٥ عاماً (*M* = ٢٥,٦٠، *SD* = ٤,٩٣). أما من حيث التوزيع الجغرافي، فإن غالبية المشاركين يقيمون في عمان (٦٠٪ من الإناث و٦٦.٦٧٪ من الذكور)، مع انتشار الباقي في مناطق أخرى، بما في ذلك إربد، وجرش، والزرقاء، والعقبة. وفيما يتعلق بالإعاقات، كان ٦٠٪ من المشاركات من الإناث و٦٦.٦٧٪ من المشاركين من الذكور من ذوي الإعاقة. وكانت الإعاقات الجسدية أكثر انتشاراً بين الذكور (٥٠٪) مقارنة بالإعاقات البصرية (١٦.٦٧٪)، في حين أظهرت الإناث توزيعاً متساوياً بين الإعاقات الجسدية والبصرية (٣٠٪ لكل منهما). وكانت غالبية المشاركين من غير المتزوجين، حيث لم يتزوج ٨٠٪ من الذكور و٩٠٪ من الإناث. ويتماشى هذا التوزيع مع أهداف تنوع المشاركة المحددة في تصميم المشروع بهدف تأمين ما لا يقل عن ٥٠٪ من المشاركين من ذوي الإعاقة وما لا يقل عن ٥٠٪ من تمثيل الإناث.

التقييم الكمي للرضا (المستوى ١)
تم تحليل فعالية التدخل باستخدام نموذج تقييم كيركباتريك عبر ثلاثة مستويات. أظهر التقييم في المستوى الأول لرضا المشاركين مشاركة مرتفعة باستمرار عبر الأبعاد الرئيسية. أفاد المشاركون الذكور برضا قوي بشأن السلامة (٨٨,٨٩٪)، والدمج (٨٨,٨٩٪)، وفائدة المحتوى (١٠٠٪)، مع تقييمات مرتفعة إلى حد ما للملاءمة الثقافية (٧٢,٢٢٪). أظهرت المشاركات الإناث استجابات إيجابية مماثلة، مع تقييمات مرتفعة بشكل خاص للسلامة (٩٥,٣٥٪) وفائدة المحتوى (٩٧,٦٧٪)، ومؤشرات دمج قوية (٨٦,٠٥٪)، وتقييمات الملاءمة الثقافية الإجابية *(81,4%)*

الشكل ٢: تقييم الدورة للمشاركين الذكور



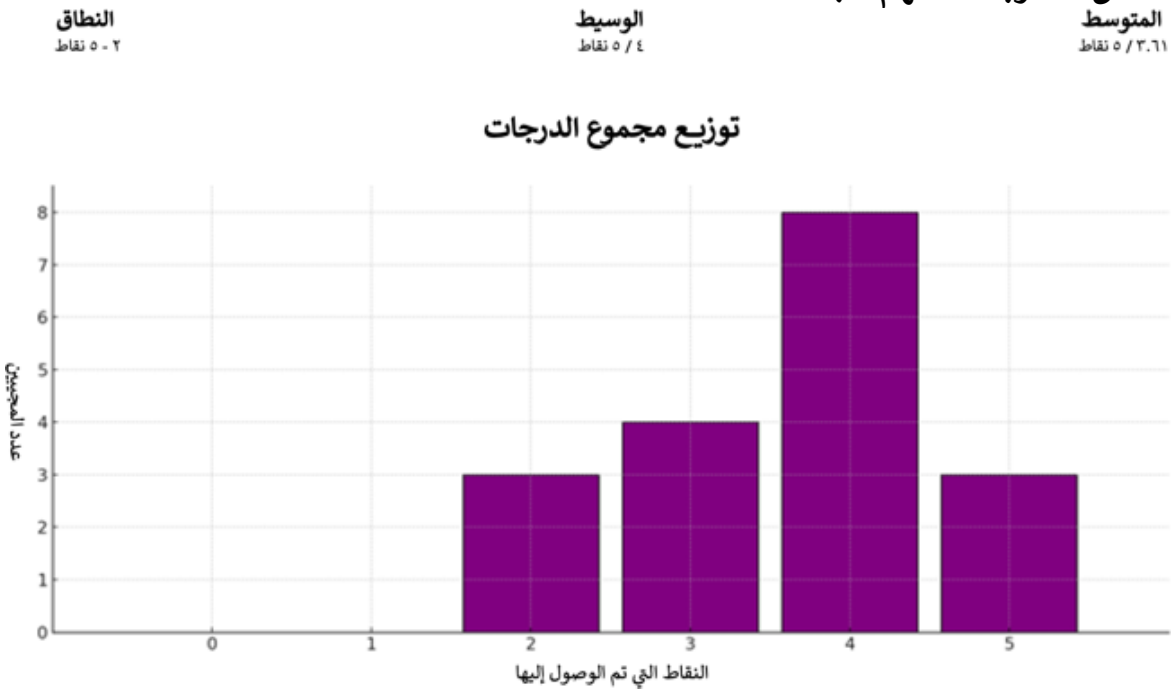
الشكل ٣: ردود الفعل على الدورة التدريبية للإناث



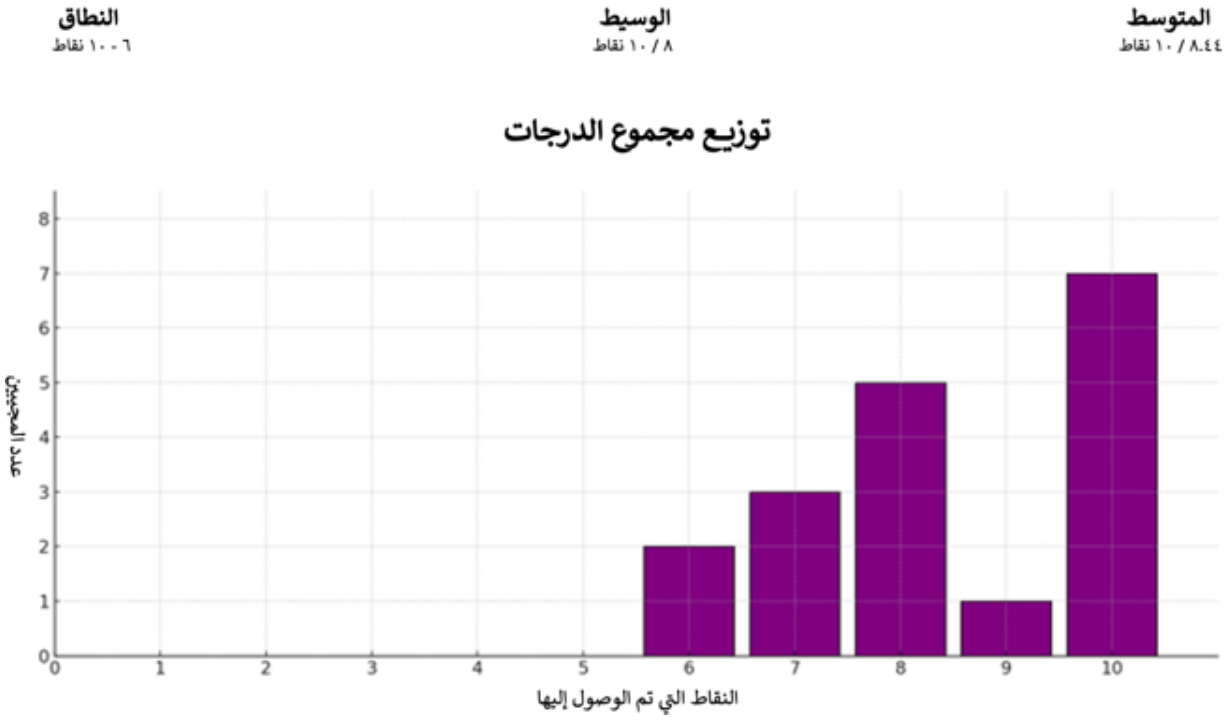
التقييم الكمي للتعلم (المستوى ٢)

أظهر تقييم المستوى الثاني لنتائج التعلم مستويات فهم قوية في جميع الجلسات. في الجلستين ١ و٢، حصل ٨٣.٣٣٪ من المشاركين على ٥/٣ أو أعلى، مما يدل على أن الغالبية العظمى حققت مستوى متوسطاً على الأقل من فهم المواد الأساسية. استمر هذا الاتجاه الإيجابي وتعزز في الجلسات من ٣ إلى ٥، حيث حصل ٨٨.٨٩٪ من المشاركين على ١٠/٧ أو أعلى، مما يشير إلى مشاركة عالية في المحتوى الأكثر تقدماً.

الشكل ٤. درجات الفهم للجلسات ١-٢



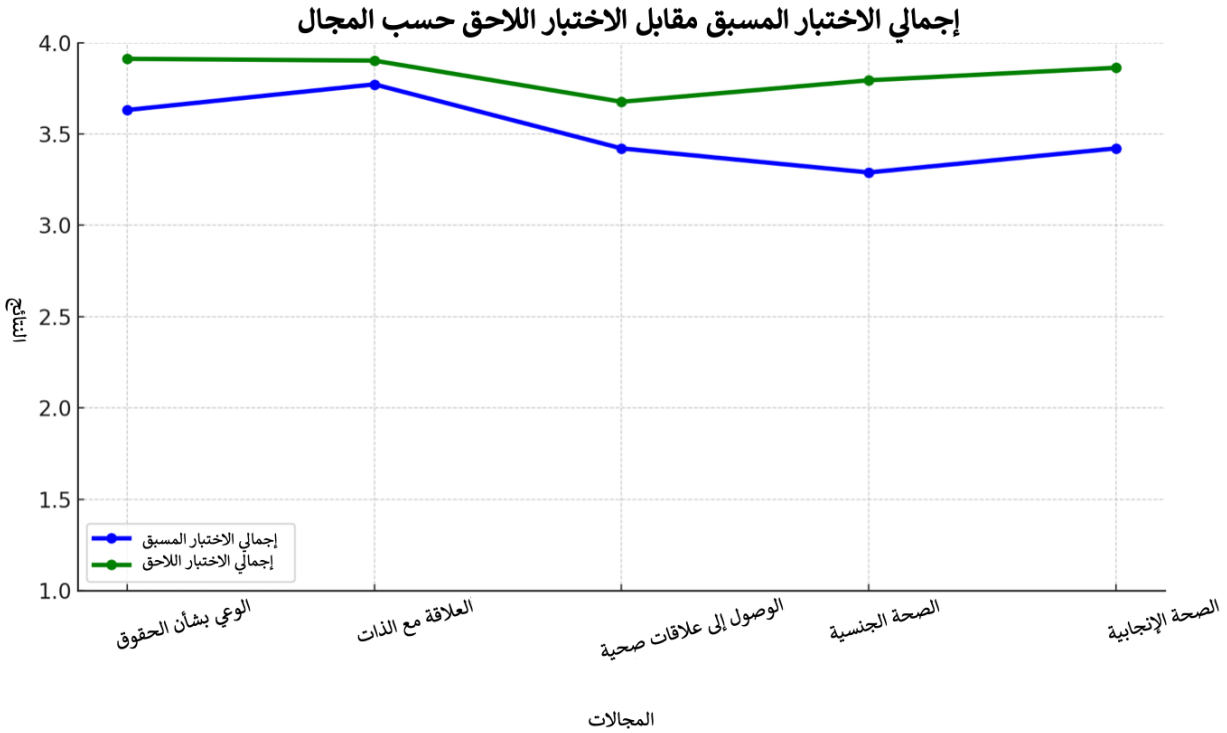
الشكل ٥. درجات الفهم للجلسات ٣-٥



التقييم الكمي للتطور في المواقف (المستوى ٣)

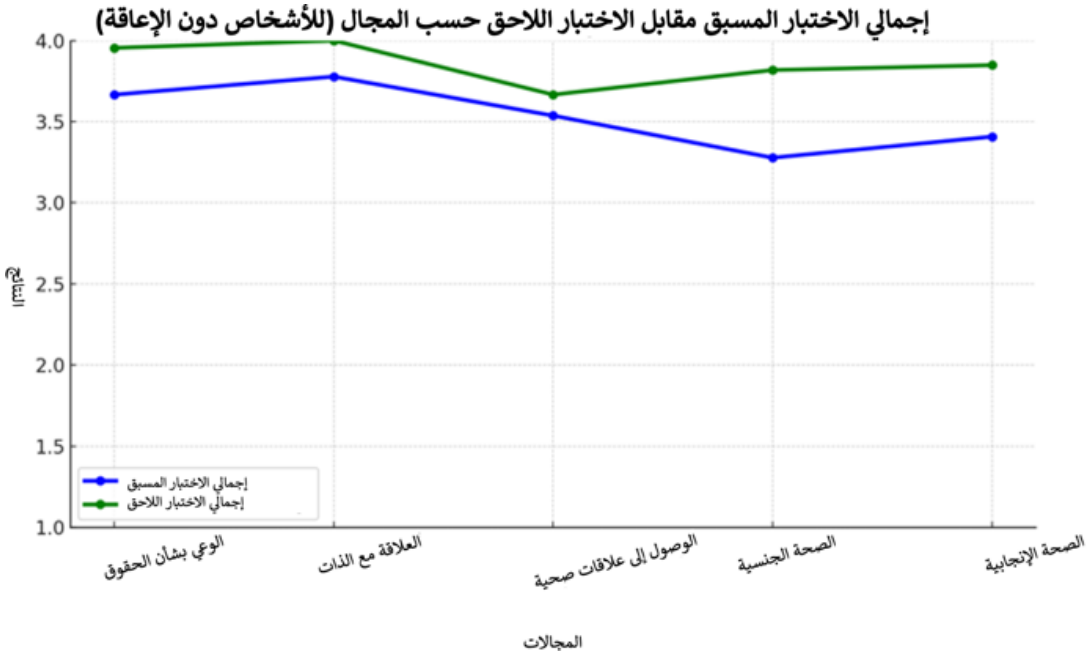
تم فحص التقييم المستوى ٣ للتغيرات في الاتجاهات من خلال اختبارات *t* للعينات المستقلة، والتي أظهرت تحسناً ملحوظاً في العديد من المجالات بعد التدخل. أظهرت اختبارات *t* للعينات المستقلة تغييرات إيجابية كبيرة في الوعي بالحقوق*(t(32) = -2.27 ، (p = .032*، والصحة الجنسية- *(t(32) = -3.16، (p = .004)*، والصحة الإنجابية*(t(32) = -3.04 ، .(p = .005*بينما لم تحقق الاتجاهات حول العلاقة بالذات دلالة إحصائية*(t(32) = -1.44 ، (p = .160*، فإن التحسينات في الاتجاهات حول الوصول إلى العلاقات الصحية اقتربت من عتبة الدلالة*(t(32) = -1.82 ، .(p = .080)*

الشكل ٦. المقارنة العامة للتغيرات في الاتجاهات قبل وبعد التدخل

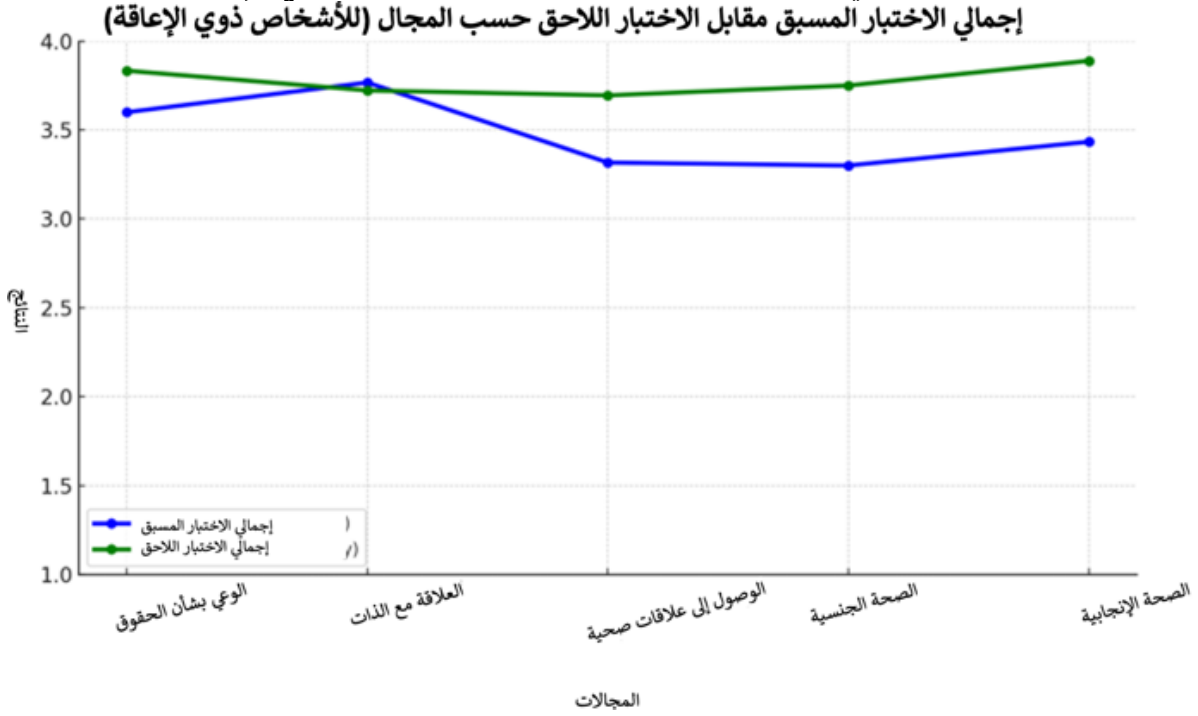


كشف تقسيم حالة الإعاقة عن أنماط تحسن متفاوتة. أظهر المشاركون من غير ذوي الإعاقة (*n = 16*) تحسناً كبيراً في المواقف تجاه الصحة الإنجابية ($t_{(15)} = -2.22$، $p = .044$)، بينما أظهرت المجالات الأخرى تغييرات إيجابية ولكنها غير مهمة. من ناحية أخرى، أظهر المشاركون من ذوي الإعاقة (*n = 15*) تحسناً كبيراً في المواقف تجاه الصحة الجنسية ($t_{(14)} = -2.21$ ، $p = .049$)، مع اقتراب تحسنات الصحة الإنجابية من الأهمية ($t_{(14)} = -2.08$، $p = .069$).

الشكل ٧. مقارنة التغيرات في الاتجاهات قبل وبعد التدخل للأشخاص غير ذوي الإعاقة



الشكل ٨. مقارنة التغيرات في الاتجاهات قبل وبعد التدخل للأشخاص ذوي الإعاقة



التقييم النوعي للتطور في المواقف (المستوى ٣)

كشف تحليل مجموعات التركيز بعد الدورة عن تأثيرات إيجابية ملحوظة في عدة مجالات. أفاد المشاركون الذكور بتقليص الوصمة الذاتية وزيادة الثقة في البحث عن علاقات. قال أحد المشاركين: "شجعتني هذه الجلسة على العثور على الشريك المناسب وكشخص من ذوي الإعاقة، يجب ألا أشعر بالخجل في هذا المجال." وبالمثل، قال مشارك ذكر آخر: "أضافت هذه الورشة إلى ثقتي بنفسي وتقبلي لذاتي. أعتقد الآن أنني قادر على الزواج".

بينما تشير البيانات النوعية إلى نمو كبير في الوعي الذاتي والثقة بالنفس، لم تُظهر النتائج الكمية المتعلقة بـ"العلاقة بالنفس" تغييرات ذات دلالة إحصائية. هذا التفاوت قد يشير إلى أن استجابات المشاركين في الاستطلاع الكمي ربما عكست تعرضهم المحدود لمناقشة هذه المواضيع بشكل مفتوح، بدلاً من أن تعكس علاقة قوية مع الذات. يدعم هذا التفسير البيانات النوعية التي تُظهر نمواً ملحوظاً في الوعي الذاتي والثقة بالنفس بعد التدخل، على الرغم من التغيرات الطفيفة في المقاييس الكمية.

وأكدت المشاركات على تعزيز القدرة على التعرف على التحرش والاستجابة له، وهو ما يتضح من تأكيد إحدى المشاركات: "لماذا نلتزم الصمت بشأن التحرش، من أجل العار". ويعكس هذا التحول في المواقف نتائج تمكين أوسع نطاقاً لوحظت في جميع أنحاء مجموعة المشاركين. بالإضافة إلى ذلك، سلطت النساء الضوء على كيف مكنهن قسم العلاقات في المنهج من "وضع اتفاق في المراحل المبكرة من العلاقة"، مما يضمن التفاهم المتبادل مع شريكهن.

وقد أعرب كل من الرجال والنساء عن تقديرهم للمكون الذي ركز على العلاقات، والذي قدم الأدوات لمناقشة المسائل المتعلقة بالعلاقات بصراحة مع شركائهم. وكما لاحظ أحد المشاركين من الذكور، كان هذا الجانب مؤثراً بشكل خاص، حيث سمح للمشاركين بالتعامل مع هذه المناقشات بثقة. وأضافت إحدى المشاركات: "لقد تحدثت عن مواضيع لم أتحدث عنها في حياتي مع أي شخص"، مسلطة الضوء على الطبيعة التحوّلية للحوار الذي تم تعزيزه خلال الورشة.

نال البرنامج التدريبي تقييماً إيجابياً مستمراً من الناحية العلمية، حيث أكد المشاركون على موثوقية المعلومات المقدمة. وكانت إحدى تصريحات المشاركين تجسد هذا الموضوع، حيث قالت: "يجب على كل شخص حضور ورشة العمل هذه لأنها تقدم معلومات موثوقة لا يمكن الحصول عليها في أماكن أخرى".

أظهرت المزيد من آراء المشاركين أن الدورة كان لها تأثير تمكيني على الأشخاص ذوي الإعاقة. إضافة إلى المحتوى القائم على الحقوق، كانت تكوين المجموعة الذي جمع بين الأشخاص ذوي الإعاقة والأشخاص غير ذوي الإعاقة في مجال الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية، بمثابة رسالة قوية للجميع، تعيد التأكيد على حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. كما عبّرت مشاركة أنثى بشكل قوي، حيث قالت: "كانت أيضاً رسالة قوية بأننا نحن المعيار، وعليهم أن يتكيفوا".

نحو نهاية مناقشة مجموعة التركيز، أكد المشاركون بشكل عفوي حقوقهم: "لدي الحق في اختيار شريكي، والزواج، وتكوين أسرة"; "لدي الحق في الوصول إلى رعاية دامجة للصحة الجنسية والإنجابية"; "لدي الحق في مناقشة كل ما يتعلق بالحياة الجنسية والإنجابية مع شريكي مسبقاً." هذه التصريحات تشير إلى زيادة الوعي بالحقوق. علاوة على ذلك، تم تعزيز هذا التعبير العفوي عن الحقوق من خلال قيام المشاركين بمراجعة وتحسين "وثيقة الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية"، التي تتكون من إحدى عشرة نقطة يمكن أن تشكل ميثاقاً مرجعياً لدعم تشكيل مجموعة مساعدة ذاتية في المستقبل.

تحسينات في التطبيق

استناداً إلى تعليقات المشاركين، يمكن تحديد عناصر تصميم الدورة التدريبية التي يجب الحفاظ عليها مقابل تلك التي يجب تحسينها عبر ثلاث مجالات: (١) تنظيم الدورة التدريبية وتنسيق تقديمها؛ (٢) إطار الإدماج وديناميكيات المجموعة (٣) السياق الثقافي وتكييف المحتوى. يتم وصف هذه العناصر في الجدول ٣ أدناه.

الجدول ٣. عناصر تصميم الدورة التدريبية التي يجب الحفاظ عليها مقابل التوصيات الخاصة بتحسين التصميم

عناصر تصميم الدورة	عناصر التصميم التي يجب الحفاظ عليها	توصيات لتحسين التصميم
تنظيم الدورة، وطريقة تقديمها	• لقد وفر التنسيق عبر الإنترنت مساحة آمنة للتعبير المفتوح دون إصدار أحكام. • خيار لأولئك الذين يرغبون في إبقاء الكاميرات مغلقة أثناء المناقشات (بما يتناسب مع الثقافة الأردنية). • فترات استراحة بين الجلسات للتخفيف من إجهاد الشاشة. • نهج الميسر المزدوج (المعالج النفسي والخبير الطبي).	• خذ في الاعتبار التنسيقات الهجينة أو الحضورية لتعزيز الاتصالات القوية والسماح بخصوصية أفضل، والتي كانت مرتبطة بالتحديات، في التنسيق عبر الإنترنت: "كان عليّ إيقاف تشغيل هاتفي المحمول عندما دخل والدي الغرفة". • تنفيذ جلسات أقصر (حوالي ١.٥ ساعة) مع زيادة وتيرة الجلسات (مرتين أسبوعياً).
إطار الإدماج وديناميكيات المجموعة؛ بما في ذلك نهج التيسير	• دمج المشاركين من ذوي الإعاقة ومن غيرهم، وإرسال رسالة قوية فيما يتعلق بالمساواة في الحقوق للأشخاص ذوي الإعاقة وتحدي التحيز المحيط بالصحة والحقوق الجنسية والإنجابية للأشخاص ذوي الإعاقة. • حضور المشاركين من غير ذوي الإعاقة والذين لديهم خبرة سابقة مع مجتمعات ذوي الإعاقة. • بيئة حيث يشعر المشاركون من ذوي الإعاقة بالاعتراف بحقوقهم. • المعاملة المتساوية لجميع المشاركين بغض النظر عن حالة الإعاقة. • مجموعات منفصلة حسب الجنس. • وقد حظي نشاط "الغرف الجانبية" بتقدير خاص.	• تمثيل آمن للأشخاص ذوي الإعاقة السمعية. • خلق المزيد من الفرص للتعلم بين الأقران. • توفير وقت أطول قليلاً للإجابة على استطلاعات الرأي، مما يضمن إدماج أفضل للأشخاص ذوي الإعاقات البصرية. • بشكل عام، سلط الضوء على المشاركين على أن المعلومات المشتركة لها جانب عام وأن معالجة أسئلة معينة تتعلق بأنواع محددة من الإعاقات قد تحتاج إلى استشارة أكثر تخصيصاً.
السياق الثقافي وتكييف المحتوى	• النهج العلمي لتصميم المحتوى وتقديمه. • الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية متكاملة ضمن إطار قائم على العلاقات والحقوق. • في حين أعربت بعض الإناث عن شعورهن بمزيد من الارتياح مع الميسر الذي يتوافق مع جنسهن، اعتبرت بعضهن ذلك فرصة: "إن مناقشة الأمر مع ميسر ذكر يمنحنا الثقة لمناقشة الأمر مع رجل آخر." • تقييم الأثر على ثلاث مستويات (نموذج كيركباتريك): ○ منهجية تقييم المواقف قبل وبعد ○ تقييمات المعرفة متعددة الاختيارات ○ استطلاعات رضا الجلسة • استشارة الجمهور ومناقشات المجموعات المركزة للحصول على ملاحظات نوعية (قبل وبعد الدورة) وتصميم الدورة التدريبية المخصصة.	• لقد تم اعتبار "مثلث القوة" المستخدم كإطار لتقديم مساحة آمنة معقداً إلى حد ما. قم بتبسيط الأداة أو النهج لإنشاء بيئة آمنة. • إذا لزم الأمر، يفضل وجود مراقب متوافق مع جنسه (تم تغييره بعد الجلسة الأولى بالنسبة للرجال). • كانت بعض المشاركات يفضلن أن يكون هناك ميسرة أنثى للجزء المتعلق بالصحة الجنسية والإنجابية. • تضمين تطوير مهارات المناصرة. • تضمين المزيد من الأمثلة ودراسات الحالة المرتبطة بالسياق.

الاعتبارات الأخلاقية عبر المراحل.

تم الحفاظ على التناسق المنهجي من خلال مراجعة أدوات مجموعات التركيز بما في ذلك البروتوكولات البحثية وأدلة المقابلات مع لجنة التوجيه، مما يضمن التكيف المناسب للاعتبارات المتعلقة بالإعاقة والحساسيات الثقافية. تم استخدام منصة زووم لمجموعات التركيز عبر الإنترنت. هيكل الجلسات سهل الكشف المريح للمشاركين مع الحفاظ على الحدود المناسبة للموضوعات. كما أن عمليات النسخ تضمنت بروتوكولات إخفاء الهوية.

المناقشة العامة

بالإشارة إلى نتائج الدراسة في قسميها، وهما تعريف المشكلة وتصميم الحلول، يمكن القول إن هذه الدراسة حققت الهدفين الرئيسيين اللذين تم تحديدهما في مقدمتها:" معالجة الفجوات بين السياسات والممارسات من خلال تصميم وتنفيذ وتقييم برنامج تدريبي دامج للإعاقة في الصحةوالحقوق الجنسية والإنجابية، يستهدف الشباب البالغين (١٨-٣٠ سنة) عبر منهجيات تشاركية، مع إمكانية التوسّع على المستوى الوطني " و "دعم الشباب ذوي الإعاقة في الأردن في الوصول إلى حقوقهم في الصحة الجنسية والإنجابية". ونظرًا لتكامل الجزأين في الدراسة، تتناول المناقشة كليهما معًا.

على مستوى المشاركين، أظهرت الدراسة كيف يمكن دعم الشباب ذوي الإعاقة بفعالية في الوصول إلى حقوقهم في الصحة الجنسية والإنجابية من خلال التوعية والتعليم، مع تخصيص المحتوى ليناسب احتياجاتهم الخاصة. على وجه الخصوص، أظهر دمج المشاركين من ذوي الإعاقة وغير ذوي الإعاقة كيف يمكن أن يصبح الإعداد التعليمي أداةً للدعوة والمناصرة، تعزز المساواة في الحقوق في الصحة الجنسية والإنجابية. وكما يشير بيرغر، أريسو، ونيونهام *(2022)* "هناك أدلة قوية تدعم التبادل بين الأشخاص ذوي الإعاقة وغير ذوي الإعاقة، بالإضافة إلى التفاعل الاجتماعي على مستويات متعددة ومن خلال قنوات متعددة، كواحدة من أكثر الطرق فاعلية لتقليل التحيزات ضد الإعاقة والوصمة المرتبطة بها."ص. ٦٠.

أما على المستوى الاستراتيجي، فقد برزت فعالية تبني نهج تشاركي من خلال التفكير التصميمي، خاصةً في قدرته على معالجة ما حدده حميد وآخرون *(2020)* باعتباره "فجوة التنفيذ" بين السياسات والممارسات في تعليم الصحة الجنسية والإنجابية، مما يمهد الطريق لاختبار وتنفيذ أوسع نطاقًا. في الواقع، على الرغم من أن الدراسات من هذا النوع تعتمد عادةً على استشارات الخبراء في تقييم الاحتياجات (جوسمان وآخرون، ٢٠٢١) وتصميم البرامج التدريبية *(*وانغ وآخرون، ٢٠٢٤*)* ، فإن هذا البحث يتجاوز الأساليب التقليدية من خلال دمج وجهات نظر المستخدمين طوال العملية بأكملها. وهذا يتماشى مع ملاحظات ميجيرز وآخرين *(2022)* حول أهمية تطوير البرامج التكيفية في السياقات المحافظة، مع توسيع إطار عملهم لمعالجة إدماج الأشخاص ذوي الإعاقة بشكل خاص.

لقد وفر الإطار المنهجي للدراسة أساسًا لكشف العديد من النتائج المهمة التي تتحدى الافتراضات القائمة حول تعليم الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية في السياقات المحافظة، لا سيما فيما يتعلق بالديناميكيات الجندرية وإدماج الإعاقة، كما تم تفصيله في مراحل التفكير التصميمي.

وعليه، يمكن أن تشكل هذه الدراسة مرجعًا مفيدًا لمجموعة متنوعة من الجهات الفاعلة المهتمة بتعزيز الصحة الجنسية والإنجابية للأشخاص ذوي الإعاقة، بما في ذلك صناع السياسات ومصممي البرامج التدريبية في الأردن أو في سياقات مشابهة.

مناقشة النتائج من مراحل التفكير التصميمي

المرحلتان ١ و٢: الاكتشاف والتعريف، رؤى من "مساحة المشكلة" في الماس المزدوج
إن مرحلة الاكتشاف تؤكد الحواجز التي تم تحديدها سابقاً في العلاقة بين حالة الإعاقة والمعايير الثقافية والوصول إلى ثلاثة مجالات رئيسية: المعلومات والتعليم المتعلقة بالصحة والحقوق الجنسية والإنجابية؛ الوصول إلى حياة عاطفية صحية والوصول إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية؛ مما يضعها ضمن "رحلة المستخدم."

تكشف الفجوة المسجلة بين الجنسين في أنماط الوصول إلى المعلومات — حيث أفاد الذكور بمعدلات أعلى من الحواجز المتعلقة بالتابوهات (٨٣٪ مقابل ٥٦٪ لدى الإناث) — عن تحدٍ للاعتقادات التقليدية حول القيود المبنية على الجنس في المجتمعات المحافظة. يتناقض هذا الاكتشاف مع الأدبيات السائدة التي تشير إلى أن الإناث يواجهن حواجز أكبر في الوصول إلى معلومات الصحة الجنسية والإنجابية*(PKF ProGroup, 2017)* ، ويُظهر الحاجة إلى فهم أكثر دقة لكيفية تقاطع الجنس والإعاقة في تشكيل الوصول إلى المعلومات الصحية. تم تأكيد تحدي الذكور في الوصول إلى معلومات الصحة الجنسية والإنجابية من خلال نمط المشاركة الملحوظ في مجموعات الذكور في مراحل مختلفة من الدراسة. في الواقع، خلال الاستشارات الأولية وتنفيذ الدورة التدريبية، كان حجم مجموعة الذكور أصغر، مما يشير إلى صعوبة جذب الجمهور الذكوري، وكان مستوى تفاعلهم وتعبيرهم خلال الدورة أكثر تحفظاً؛ مما قد يشير إلى حساسية أكبر لهذه المجموعة تجاه الجانب المحظور من الموضوع وكيفية تأثيره على الذكور بشكل أكبر، بالنظر إلى الدور الاجتماعي المتوقع أن يلعبه الذكور في هذا المجال. في الواقع، في الأردن، كما في غيرها من المجتمعات العربية، تؤكد المعايير الثقافية التقليدية على الرجولة والخصوبة كسمات تحدد الرجولة. وهذه التوقعات تثني الرجال عن طلب المعرفة أو مناقشة المواضيع الحساسة مثل الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية، حيث قد يُنظر إلى القيام بذلك على أنه علامة على الضعف أو العجز.

أظهرت مرحلة التعريف قيمة إعادة صياغة المشكلة بطريقة يكون محورها الأنسان عند معالجة التحديات الاجتماعية المعقدة. يدعو هذا النهج التشاركي إلى فهم أكثر دمج للمشكلة وملاءمة أكثر تأثيراً للحلول.

المرحلتان ٣ و٤: التطوير والتنفيذ
الدروس المستفادة من "مساحة الحل" في الماس المزدوج
النجاح في تضمين الأطر القائمة على الحقوق والعلاقات يمثل تطورًا هامًا في منهجية تعليم الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية .فقد نجح هذا النهج المتكامل في معالجة التحدي الذي حدده ضمرة وحمارشة *(2024)* والمتعلق بالحاجة إلى أطر تعليمية تتناسب مع الثقافة المحلية، مع الحفاظ في الوقت نفسه على الالتزام بمعايير حقوق الإنسان الدولية. إن فعالية هذا الإطار في تعزيز كل من اكتساب

المعرفة والتغيير في المواقف، كما أظهرت نتائج التقييم، تشير إلى إمكانية تطبيقه في مجالات أوسع تتجاوز السياق المحدد لتعليم الصحة الجنسية والإنجابية الدامج للإعاقة.

كشف عملية التطوير التكرارية كيف يمكن دمج الحساسية الثقافية بطريقة تسمح بتوسيع نطاق الموضوعات التي يتم تناولها في تعليم الصحة الجنسية والإنجابية. فقد أيد كل من أعضاء اللجنة والشباب ذوي الإعاقة مناقشة موضوعات قد تُعتبر أكثر حساسية. وتقلل هذه النتيجة من الافتراض السائد في الأدبيات*(PKF ProGroup,2017)* ، بأن السياقات الثقافية المحافظة تحد بالضرورة من نطاق تعليم الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية. وبدلاً من ذلك، تشير نتائجنا إلى أن النهج التشاركي في التصميم، المدعوم بمعلومات موثوقة وإنشاء مساحات آمنة، يمكن أن يحقق كلا الهدفين في الوقت نفسه.
إن التحسن الكمي الملحوظ عبر مجالات متعددة يوضح الإمكانات الفعالة للتدخلات التعليمية المصممة بعناية.

يظهر التأثير التفاضلي بين المشاركين ذوي الإعاقة وغير ذوي الإعاقة—وخاصة في مجال المعرفة بالصحة الجنسية *(p = .049)* والمعرفة بالصحة الإنجابية—*(p = .044)* أن المناهج التعليمية الدامجة يمكن أن تخدم مجموعات متنوعة بفعالية مع تلبية احتياجاتها الخاصة. كما أثبتت المشاركة المشتركة بين الشباب ذوي الإعاقة وغير ذوي الإعاقة فعاليتها الكبيرة في المناصرة. فمن خلال التعلم معًا حول الصحة الجنسية والإنجابية، تحدى المشاركون بشكل نشط الافتراضات المجتمعية الشائعة حول الإعاقة والجنس. وقد تجاوز هذا النهج المتكامل مجرد مشاركة المعرفة، حيث أظهر عمليًا كيف يمكن للتعليم الدامج أن يقود إلى التغيير الاجتماعي .فقد أثبت البرنامج أنه عندما تناقش مجموعات متنوعة قضايا الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية معًا، فإن ذلك يساعد في تفكيك الصور النمطية ويؤكد على حق الجميع في الحصول على تعليم في الصحة الجنسية والإنجابية.

إن النجاح في تنفيذ البرنامج التدريبي عبر المنصات الإلكترونية يثبت إمكانية تقديم تعليم الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية عن بُعد، مع تسليط الضوء على اعتبارات مهمة للمبادرات المستقبلية، مثل تعزيز بروتوكولات الخصوصية من خلال تقديم دورات هجينة، واستكشاف قنوات متعددة للوصول إلى جمهور متنوع، وتوسيع ميزات إدماج الأشخاص ذوي الإعاقة. وتوسع هذه النتيجة من عمل مايرز وآخرون *(2022)* حول التدخلات الرقمية حول الصحة، من خلال إثبات قابليتها للتطبيق على الموضوعات الحساسة في مجال إدماج الأشخاص ذوي الإعاقة.

القيود المنهجية

تستلزم العديد من القيود المنهجية النظر فيها عند تفسير هذه النتائج. فخلال مرحلة التشاور قبل الدورة، واجهتنا تحديات في التواصل مع الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يناسبون الفئة العمرية المستهدفة (١٨-٣٠ عاماً). وبالإضافة إلى ذلك، فإن حجم العينة، على الرغم من ملاءمته للتنفيذ الأولي، يحد من إمكانية تعميم النتائج. وقد لا يعكس التمثيل الحضري السائد تجارب واحتياجات السكان الريفيين بشكل كامل. بالإضافة إلى ذلك، في حين أن التنسيق عبر الإنترنت قدم مزايا في إمكانية الوصول والخصوصية، إلا أنه ربما استبعد المشاركين المحتملين الذين يفتقرون إلى الوصول الموثوق إلى الإنترنت أو الموارد التكنولوجية اللازمة.

وقد تكون الفترة الزمنية المضغوطة لتنفيذ البرنامج قد حدّت أيضاً من الفرص لتطوير المزيد من منهجيات التعلم النشط، وتقييم الأثر الطويل الأمد، وتقييم تطوير المهارات. سيكون البحث المستقبلي

مفيداً من خلال استخدام أطر زمنية ممتدة لدراسة استدامة المعرفة وتعديلات المواقف التي تم ملاحظتها، مما يصل إلى المستوى الرابع من نموذج تقييم كيركباتريك.

وعلى نحوٍ مماثلٍ، من منظور تصميم الحلول، التزم الحل المطوَّر بالتوجه الأصلي لتصميم واختبار مناهج الحقوق والصحة الجنسية والإنجابية. ومن خلال التوسع في الاحتمالات التي يمكن أن يوفرها التفكير التصميمي. يمكن النظر في استكشاف حلول أخرى محتملة وأكثر دمجاً مثل "التواصل من أجل التغيير الاجتماعي والسلوكي " (*SBCC*)، الموصوفة أدناه.

من منظور إدماج الإعاقة، هذا البرنامج التدريبي لم يطال أنواع أخرى من الإعاقات مثل الأشخاص ذوي الإعاقة السمعية والإعاقات الذهنية.

توجيهات للتجارب المستقبلية– تعميق تطبيق "التواصل من أجل التغيير الاجتماعي والسلوكي"(SBCC) .

دمج تصميم المشروع مفهوم "التواصل من أجل التغيير الاجتماعي والسلوكي" ، وهو "نهج أساسي في البرامج يهدف إلى تقليل المفاهيم الخاطئة، وتحدي المعايير الاجتماعية، وتعزيز حقوق الإنسان والتغطية الصحية الدامجة للجميع"، من خلال التدخل على المستويات "الشخصية، والإعلامية، والتعبئة المجتمعي (برغر، أريسو، ونيوينهام، ٢٠٢٢).

في حين دمج البحث التجريبي الحالي عناصر من " التواصل من أجل التغيير الاجتماعي والسلوكي" (*SBCC*). يمكن توسيع نطاقها بشكل أكبر وإضافة أبعاد أخرى. الأبعاد التي تم دمجها بالفعل في *SBCC* تشمل البُعد التفاعلي، وخاصة من خلال جمع المشاركين من ذوي الإعاقات مع المشاركين غير ذوي الإعاقات؛ والجانب الإعلامي من خلال نشر مقال صحفي وإجراء مقابلة مع محطة إذاعية محلية، والسعي للتأثير على قيادة المجتمع من خلال إنتاج مقال علمي. يمكن تعزيز هذه الجوانب بشكل أكبر من خلال دمج بُعد تحفيز المجتمع، مثل دعم المشاركين في الورشات للدفاع عن حقوقهم والمساهمة في التغيير الاجتماعي من خلال إنشاء مجموعات دعم ذاتي ومجموعات دعم الأقران، بدعم من المنظمات المحلية للأشخاص ذوي الإعاقات.(OPDs)

وينبغي للبحوث المستقبلية أن تتناول عدة مجالات رئيسية تنبثق من هذه الدراسة التجريبية. يمكن أن توفر الدراسات المستمرة التي تفحص التأثير المستدام لمثل هذه المبادرات التعليمية رؤى قيمة بشأن مدى استمرارية التغيرات الملحوظة. بالإضافة إلى ذلك، فإن التحقيق في قنوات متعددة للتوعية (مثل المنصات الإلكترونية؛ الدورات التدريبية عبر الإنترنت والمختلطة التي يساهم فيها ميسرين من المجتمع المعني بالصحة والحقوق الجنسية والإنجابية، والتي تجمع بين مزايا النماذج الإلكترونية والشخصية في تقديم الدروس) التي تم تكييفها لتتناسب مع جمهور متنوع (مثل دورة مخصصة للصحة الجنسية والإنجابية للأهل) يمكن أن يساعد في الوصول إلى الأشخاص ذوي مستويات وصول مختلفة للمعلومات وكذلك مجموعة أوسع من الأشخاص ذوي الإعاقة، مما يزيد من احتمالية حدوث تغيير في سلوك الشباب من خلال تعزيز فكر اجتماعي داعم.

تتعزز هذه الفكرة من خلال أفكار المشاركين التي استجابت للسؤال "ما الذي تحتاجه لتفعيل الوصول إلى الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية؟"، حيث أكدوا على الحاجة إلى دمج التوعية والتثقيف في مجال الصحة والحقوق الجنسية ة في نهج أوسع للتواصل، ودعم تطور العقليات؛ وبهذا يتلاقون مع توصيات اللجنة التوجيهية خلال مرحلة "التعريف."

وتتطلب إمكانية توسيع نطاق هذا النهج التعليمي عبر سياقات ثقافية وجغرافية مختلفة إجراء تحقيق منهجي. وقد تبحث الدراسات المستقبلية في كيفية تكييف الإطار مع السياقات الثقافية المختلفة مع الحفاظ على الفعالية. بالإضافة إلى ذلك، قد يوفر التحقيق في تعزيز مشاركة الأسرة والمجتمع رؤى بشأن مشاركة نظام الدعم في تعليم الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية.

الخاتمة

يوضح هذا البحث التجريبي فعالية منهجية التفكير التصميمي في تطوير تعليم الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية الدامج للأشخاص ذوي الإعاقة والمراعي للثقافة. ومن خلال التطبيق المنهجي لعملية التفكير

التصميمي، كشفت الدراسة عن رؤى حاسمة فيما يتعلق بتطوير وتنفيذ تعليم الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية للشباب من ذوي الإعاقة في الأردن. فكشفت مرحلة "الاكتشاف" عن تقاطعات معقدة بين حالة الإعاقة والوصول إلى معلومات الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية، في حين مكنت مرحلتا "التعريف" و"التطوير" اللاحقتان من تطوير مناهج تعليمية مستهدفة تعالج كل من اكتساب المعرفة وتطوير المهارات العملية.

تُظهر التحسينات الكبيرة التي لوحظت في الوعي بالحقوق*(p = .032)* ، والصحة الجنسية*(p = .004)* ، والصحة الإنجابية *(p = .005)* أن الاهتمام الدقيق باحتياجات المستخدمين يمكن أن يؤدي إلى نتائج تعليمية ذات مغزى. إن التأثير المتفاوت بين المشاركين ذوي الإعاقات وغير ذوي الإعاقات يشير إلى أهمية النهج الدامجة التي تحافظ على صلتها بالفئات السكانية المتنوعة بينما تعالج الاحتياجات المحددة للأفراد ذوي الإعاقات. إن نجاح دمج الأطر القائمة على الحقوق والعلاقات يقدم استراتيجية واعدة لتقديم المعلومات الصحية الحساسة بفعالية.

إن النهج التشاركي المستخدم في هذا البحث التجريبي يوفر نموذجاً قابلاً للتكرار للمبادرات المستقبلية التي تعالج التحديات الاجتماعية المعقدة. وفي حين تستمر التحديات في توفير تعليم دامج للصحة والحقوق الجنسية والإنجابية للشباب البالغين من ذوي الإعاقة في السياقات المحافظة، فإن هذه الدراسة توضح أنه يمكن معالجة مثل هذه التحديات بشكل فعال من خلال الاهتمام المنهجي باحتياجات المستخدمين والأساليب التعليمية المبتكرة. وينبغي للبحوث المستقبلية أن تدرس التأثير الطويل لمثل هذه المبادرات التعليمية، واستكشاف قابليتها للتوسع عبر سياقات مختلفة، والتحقيق في تطبيق أوسع للتغيير الاجتماعي والسلوكي، كوسيلة لدعم التطور المستدام للعقليات الاجتماعية، وتسهيل الوصول إلى الحقوق، وخاصة في مجال الصحة الإنجابية والجنسية، للأشخاص ذوي الإعاقة.

الشكر والتقدير

يعرب المؤلفون عن امتنانهم للمساهمات القيّمة التي قدمتها جمعية "أنا إنسان لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة" (IAHRPD) ممثلة بمديرها التنفيذي سعادة العين آسيا ياغي، وأعضاء اللجنة التوجيهية (السيدة كريستينا كاغدو، د. ديما محمد حماشا، د. إسراء عمر أبو الكشك، الاستاذ الدكتور احسان غديفان الخالدي، د. منال تحتموني، د. نهى جريس نحاس)، بالإضافة إلى المشاركين في الدورة، والدكتور رامي عاصي، الميسر المشارك للدورة، والمراقبين، الذين أثرت وجهات نظرهم المتنوعة هذا البحث التجريبي. كما يوجهون شكرهم إلى منسق شير نت- الأردن ومدير وحدة الدراسات والسياسات في المجلس الأعلى للسكان في الأردن، السيد علي المطلق، على إشرافه على تنفيذ المشروع.

مساهمة الكتّاب

كان لدى جميع الكتّاب إمكانية الوصول إلى البيانات وكان لهم دور في كتابة هذه الدراسة.

إعلان تضارب المصالح

لا يصرح المؤلفون بوجود أي تضارب في المصالح المالية أو العلاقات الشخصية التي من شأنها أن تؤثر على العمل المذكور في هذا البحث التجريبي.

التمويل

حصلت هذه المبادرة على تمويل من ShareNet-International.

المراجع

Berger, G., Aresu, A., & Newnham, J. (2022). Sexual and reproductive health and rights for all: Disability inclusion from theory to practice. Humanity & Inclusion. Retrieved from https://www.hi-us.org/sn_uploads/document/1288_HI_Guidelines_17_10_22_DIGITAL.pdf.

Damra, A., & Hamarsheh, M. (2024). [Assessment of sexual and reproductive health services for girls with disabilities in comprehensive health centers]. Ebni Campaign. Retrieved from https://ebni.org/wp-content/uploads/2024/01/دراسة-تقييم-واقع-الخدمات-المقدمة-في-مجالات-الصحة-الجنسية-والإنجابية-للفتيات-ذوات-الإعاقة-في-المراكز-الصحية-الدامجة.pdf.

Gausman, J., Othman, A., Al-Qotob, R., Shaheen, A., Abu Sabbah, E., AlDiqs, M., ... & Langer, A. (2021). Health care professionals' attitudes towards youth-friendly sexual and reproductive health services in Jordan: A cross-sectional study of physicians, midwives, and nurses. Reproductive Health, 18, Article 84. DOI: https://doi.org/10.1186/s12978-021-01137-4.

Hameed S, Maddams A, Lowe H., Davies, L., Khosla, R., & Shakespeare, T. (2020). From words to actions: systematic review of interventions to promote sexual and reproductive health of persons with disabilities in low- and middle-income countries. BMJ Global Health, 5, Article e002903. DOI: https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002903

Higher Population Council. (2020). National strategy for reproductive and sexual health 2020-2030 [Strategic Plan]. Retrieved from https://www.hpc.org.jo/sites/default/files/JORDAN'S NATIONAL STRATEGY.pdf.

Higher Population Council & Share-Net Jordan. (2022). Communication strategy for sexual and reproductive health 2022-2024 [Strategic Plan]. Share-Net Jordan Hub. Retrieved from https://hpc.org.jo/sites/default/files/strtyjy_ltsl_lqdy_lsh_ljnsy_wlnjby_-njlyzy.pdf.

Kirkpatrick, J. D., & Kirkpatrick, W. K. (2016). Kirkpatrick's four levels of training evaluation. ATD Press.

Meijers, E., Doraiswamy, S., Akik, C., Maalouf, F. T., & Truppa, C. (2022). Harmonized reproductive health registry (hRHR): A digital solution to improve quality of antenatal care data in humanitarian settings. Journal of Global Health, 12, Article 04039. DOI: https://doi.org/10.7189/jogh.12.04039

PKF ProGroup. (2017). A report on the status quo of reproductive health programs in relation to persons with disabilities [Research Report]. Higher Council for Affairs of Persons with Disabilities. Retrieved from https://knowledgeproducts.share-netinternational.org/wp-content/uploads/2024/01/Status-quo-of-reproductive-health-programs-in-relation-to-persons-with-disabilities.pdf.

Rho, J., & Lee, A. (2024). Development of a Medical Humanities Course Based on Design Thinking and Medical Students' Perceptions. Korean Medical Education Review, 26(1), 55-69. DOI: https://doi.org/10.17496/kmer.23.028.

United Nations. (2006). Convention on the Rights of Persons with Disabilities and Optional Protocol. United Nations. Retrieved from https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf.

UNFPA Jordan. (2024). [Policy brief on promoting sexual and reproductive health and rights education for adolescents and youth] [Policy Brief]. Retrieved from https://jordan.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/cse_policy_brief_1.pdf.

Wang, C. C. (2024). Using design thinking for interdisciplinary curriculum design and teaching: a case study in higher education. Humanities and Social Sciences Communications, 11(1), 1-13. DOI: https://doi.org/10.1057/s41599-024-02813-z.

World Health Organization. (2018). Sexual and reproductive health rights: An essential element of universal health coverage. World Health Organization. Retrieved from https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UF_SupplementAndUniversalAccess_30-online.pdf.

الملحق ١ – ملاحظات المشاركين في الاستشارات السابقة للدورة، مُحللة حسب الموضوعات والمواضيع الفرعية

المحور الرئيسي	الموضوع الأساسي	الموضوع الفرعي	التعريف	أمثلة عن الأقوال
١. **1الوصول إلى المعلومات والتثقيف حول الصحة والحقوق الإنجابية والجنسية**	**عوائق الوصول إلى المعلومات (٢٨ حالات)**	المحرمات النظامية (٢٠ حالة)	القيود الاجتماعية والثقافية التي تحول دون مناقشة المعلومات المتعلقة بالجنس والإعاقة والوصول إليها بسبب جانبها المحرم.	أشعر بالخجل من مناقشة هذا الموضوع مع أهلي ... من المستحيل مناقشة هذا الموضوع مع أهللي. عندما كنت في الرابعة عشر من عمري, كنت أسأل والدي... كان يقول لي: "عندما تكبر ستعرف بشكلٍ أفضل".
		الاستبعاد النظامي (٨ حالات)	الحواجز الهيكلية التي تمنع الأشخاص ذوي الإعاقة من الوصول إلى خدمات ومعلومات الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية.	اللغة يمكن أن تشكل حاجزاً مهماً بالنسبة للشخص الذي يعاني من إعاقة سمعية، كما أن تعريض شخص ثالث (بجانب الطبيب) لحياتي الشخصية أمر محرج. كما أن غياب المترجمين في قطاع الصحة يشكل حاجزاً مهماً.
	مصادر المعلومات (٣٧ حالات)	القنوات غير الرسمية (٢٥ **حالة**)	المعلومات التي تم الحصول عليها من مصادر غير رسمية مثل العائلة والأصدقاء ووسائل التواصل الاجتماعي.	لقد راجعنا والدينا، الذين قدمو لنا في بعض الأحيان معلومات مفيدة وفي بعض الأحيان لا. [...]. كنا نسأل أصدقاءنا, كنا فضوليين حول ما يحدث بعد الزواج.
		القنوات الرسمية (١٢ **حالة**)	المعلومات التي تم الحصول عليها من خلال القنوات الرسمية مثل مقدمي الرعاية الصحية والمؤسسات التعليمية والقادة الدينيين.	فكرت في زيارة مركز رعاية صحية أولية ولكن لا يوجد احترام للسرية، لذلك اخترت الذهاب إلى طبيب خاص، وبمجرد أن تحدثت معه، تحدث معي بطريقة مريحة للغاية، شعرت أنني ذهبت إلى الشخص المناسب...
٢. **استقلالية اتخاذ القرار والاختيار (١٣ حالة)**		عدم جواز الاستقلال الذاتي (٨ **حالات**)	القيود المجتمعية والعائلية على اتخاذ القرارات المستقلة فيما يتعلق بالصحة والحقوق الجنسية والإنجابية والعلاقات.	تنطبق الزيجات "المرتبة" على الرجال ذوي الإعاقة أكثر من النساء ذوات الإعاقة. الرجل ذو الإعاقة، يبحث والداه عن أفضل زوجة له، حتى تخدمه؛ وبالتالي، من الأفضل أن يكون شخصاً دون إعاقة. إذا أراد شقيقه الزواج من فتاة لديها إعاقة، فسوف يرفضان.

المحور الرئيسي	الموضوع الأساسي	الموضوع الفرعي	التعريف	أمثلة عن الأقوال
		مشروعية الاستقلال الذاتي (٥ حالات)	حالات وأمثلة حيث يتم دعم الأفراد في اتخاذ خيارات مستقلة. يشمل الدعم ما يلي:	بالنسبة لي، هناك قبول كبير، إذا كنت مقتنعاً بالشخص من جانبي. كعائلة، لديهم الحق في التأكيد، لكنني أقرر في النهاية.
٣. التحديات المتعلقة بالصحة والحقوق الجنسية والإنجابية التي يواجهها الأشخاص ذوو الإعاقة في الأردن والموارد	**a. تحديات محددة (٥٥ حالة)**	التحيز والحواجز الاجتماعية (٢١ حالة)	التحيزات والحواجز المجتمعية التي تحد من قدرة الأشخاص ذوي الإعاقة على الوصول إلى العلاقات والزواج.	حتى لو قبلتك الفتاة، فالأمر يعود للأهل لأنهم هم من يقررون. في مجتمعنا لا تقبل الأسرة تزويج بناتها من رجل لديع إعاقة، الأمر يعتمد على مثابرتك...
		الحواجز الداخلية (١٠ حالات)	القيود المفروضة على الذات الناتجة عن الوصمة والتحيز الداخليين.	داخليا، بيننا وبين أنفسنا، نقول "من الصعب أن تجد من يقبلك. لهذا السبب، نحافظ على مسافة آمنة مع الآخرين. إذا واجهتنا صعوبة في التحدث عن ذلك فيما بيننا، فكيف نتحدث عن ذلك مع الآخرين...."
		نقاط الضعف المرتبطة بالإعاقة (١٠ حالات)	التحديات الجسدية والصحية والمالية المتعلقة بالعيش مع الإعاقة.	لقد اكتسبت إعاقتي منذ أكثر من ١٠ سنوات ولا تزال تؤثر علي في حياتي الجنسية وفي جوانب أخرى.
		المحرمات المتعلقة بالصحة والحقوق الإنجابية والجنسية (٧ حالات)	المحرمات الثقافية والاجتماعية المتعلقة بشكل خاص بالجنس والصحة الإنجابية.	قبل الزواج، لم يكن من الممكن مناقشة هذه المواضيع مع شريكي. لقد ناقشنا كل شيء قبل الزواج إلا هذا الموضوع (الصحة الجنسية والإنجابية).
		الافتقار إلى التعليم/التوعية والدعم (٤ حالات)	محدودية الوصول إلى التعليم وأنظمة الدعم فيما يتعلق بالصحة والحقوق الجنسية والإنجابية.	العديد من الأشخاص ذوي الإعاقة يتهمون الآخرين والمجتمع، يجب تمكين الشخص ذو الإعاقة وتزويده بالمهارات اللازمة ليصبح مؤهلاً كزوج.
		تحديات أخرى (٣ حالات)	تحديات إضافية غير مشمولة في الفئات الأخرى.	إن عملية التلقيح الصناعي مكلفة. إذا لم يكن لديك أطفال، فبصفتك فرداً عسكرياً، يمكنك الحصول على دعم مالي لعملية التلقيح الصناعي. ولكن إذا كان لديك أطفال بالفعل، فيجب عليك تمويلها.

المحور الرئيسي	الموضوع الأساسي	الموضوع الفرعي	التعريف	أمثلة عن الأقوال
	b. الموارد المحددة (١٧ حالة)	القبول المتبادل بين الأزواج والحوار المفتوح حول الصحة والحقوق الإنجابية والجنسية (٨ حالات)	أمثلة على التواصل الناجح والتفاهم المتبادل بين الشركاء.	لقد كنت أنا وشريكي صادقين للغاية في هذا الموضوع (خصوصية علاقتنا الجنسية)، خاصة أنها كانت تجربتي الأولى في الزواج. ولأننا كنا متقدمين في السن ولدينا إعاقة حركية، كان التواصل سهلاً.
		تغيير السلوك الاجتماعي فيما يتعلق بالصحة والحقوق الإنجابية والجنسية (٦ حالات)	التواصل المفتوح حول الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية بين الشركاء أو الأصدقاء أو داخل المجتمع.	إن كمية المعلومات المتاحة لأطفالنا الآن تفوق بكثير ما كان متاحاً لجيلنا. أتحدث عن هذا الموضوع مع أولادنا، بينما تتحدث زوجتي عنه مع ابنتنا.
		الوصول إلى خدمات الصحة الإنجابية الجيدة (٣ حالات)	توافر خدمات الرعاية الصحية المناسبة وإمكانية الوصول إليها.	عندما نقوم بزيارة المستشفيات العسكرية، نتمكن من الحصول على الرعاية الجسدية والنفسية بعد الإعاقة.

الملحق ٢ – المنهج الدراسي لورشة عمل عبر الإنترنت تشمل الأشخاص ذوي الإعاقة حول "بناء علاقات صحية وحقوق الصحة الجنسية والإنجابية"

أهداف الدورة

- تنمية المهارات اللازمة لبناء علاقة صحية مع الشريك، بما في ذلك الصحة الجنسية والإنجابية، من خلال المفاهيم والأدوات التطبيقية التي تستهدف الأشخاص ذوي الإعاقة وغيرهم.
- تمكين الشباب، وخاصة ذوي الإعاقة، من قدرتهم على الوصول إلى الحق في تكوين الأسرة واتخاذ خيارات مستقلة، بما يتوافق مع قيمهم ورغباتهم وتحقيق أعلى مستوى من الصحة الجنسية والإنجابية.
- توفير الفرصة للمشاركين للتعلم داخل مساحة دامجة، لإزالة الحواجز بين المشاركين، بغض النظر عن اختلافاتهم

مدة الدورة وجدولها الزمني

١٢ ساعة.

طرق تقديم الدورة

عبر الإنترنت من خلال منصة Zoom.

الفئة المستهدفة

الشباب (١٨-٣٠ سنة)، من ذوي الإعاقة ومن غير ذوي الإعاقة.

إطار السلامة العلائقية وحجم المجموعة

- سيتم تنظيم المشاركين في مجموعتين منفصلتين، واحدة للذكور والأخرى للإناث.
- سيتم الحفاظ على حجم المجموعة في حدود ١٢ إلى ١٥ مشاركاً، لدعم السلامة وتسهيل المشاركة الفعالة.

نظرة عامة على سير الدورة

الجلسة ١	الجلسة ٢	الجلسة ٣	الجلسة ٤	الجلسة ٥
• **١٥ دقيقة** – المساحة الآمنة • **٢٠ دقيقة** – العلاقة مع الذات • **ساعة و٤٥ دقيقة** – نهج قائم على الحقوق للصحة الجنسية والإنجابية • **١٠ دقائق** – تقييم الجلسة	• **١٠ دقائق** – ملخص • **ساعتان و١٠ دقائق** – العلاقة مع الذات • **١٠ دقائق** – تقييم الجلسة	• **١٠ دقائق** – ملخص • **ساعتان و٢٠ دقيقة** – العلاقة الزوجية (تابع) • **١٠ دقائق** – تقييم الجلسة	• **١٠ دقائق** – ملخص • **ساعتان و٢٠ دقيقة** – الصحة الجنسية • **١٠ دقائق** – تقييم الجلسة	• **١٠ دقائق** – ملخص • **ساعتان و٢٠ دقيقة** – الصحة الإنجابية • **١٠ دقائق** – تقييم الجلسة

تقييم الدورة

سيتم تقييم الدورة وفقًا لنهج "كيركباتريك"، كما هو موضح أدناه.

المستوى	الأداة
المستوى ١ – هل أعجبك؟	تقييم الرضا (استطلاع قصير موجه للمشاركين، عند الانتهاء من كل جلسة).
المستوى ٢ – هل تعلمت؟	تقييم التعلم (استبيان اختياري متعدد يتكون من ٥ إلى ١٠ أسئلة حول المفاهيم، في منتصف الدورة وبعد الانتهاء من جميع الجلسات).
المستوى ٣ – كيف تغير مواقفك؟	• استبيان ١ موجه للمواقف؛ مرة قبل بدء الدورة ومرة بعد الانتهاء من الجلسات الأربع. • يتبع ذلك مناقشة من خلال المجموعة المركزة.

شهادة الحضور

يحق للمشاركين الذين حضروا الدورة التدريبية كاملة الحصول على شهادة حضور صادرة عن الشبكة الجامعة لمناصرة الأشخاص المعوقين(EDAN) وجمعية "أنا إنسان لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة" (IAHRPD).

مصدر التمويل

حصلت هذه المبادرة على تمويل من ShareNet-International.

الجلسة / المدة / الموضوع	أهداف التعلم	مخطط المحتوى	الأنشطة التفاعلية	المواد التي يمكن أخذها/المهام والتدريبات بين الجلسات
الجلسة ١ – النهج القائم على الحقوق في مجال الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية وتغذية علاقة صحية مع الذات (الجزء الأول)	• التعرف على الجوانب والعوامل التي تشكل هوية الفرد الذاتية. • تحديد "نماذج الإعاقة" الأربعة وكيف يؤثر كل منها على التفاعل مع الأشخاص ذوي الإعاقة، بما في ذلك في مجال الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية. • تحديد الحواجز التي يواجهها الأشخاص ذوو الإعاقة في مجال الزواج والصحة الجنسية والإنجابية. • وضع الحق في الأسرة والصحة والحقوق الجنسية والإنجابية كجزء من حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة.	• إطار عمل مثلث القوة "P٣" للسلامة. • الافتتاحية: العلاقة بالذات – رسم خرائط لجوانب مختلفة من هويتي الاجتماعية وتحديد موقع الإعاقة داخل هويتي (انظر قسم العلاقة بالذات). • تحديد النماذج الأربعة للإعاقة. ○ تحديد الصور النمطية المحيطة بالأشخاص ذوي الإعاقة. ○ تعريف النماذج الأربعة. ○ كيفية انعكاس هذه النماذج الأربعة في إمكانية الزواج والصحة الجنسية والإنجابية. • العوائق التي يواجهها الأشخاص ذوو الإعاقة في مجال القدرة على الزواج والصحة الجنسية والإنجابية، موضحة من خلال الأمثلة، بعضها مستمدة من تجارب المشاركين الشخصية. • تحديد الحق في الأسرة والصحة الجنسية والإنجابية كجزء من حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة وربطه باتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة وغيرها من المراجع المعيارية. ○ التعرف على مفهوم "حقوق الإنسان". ○ ما هي "الحقوق الجنسية والإنجابية"؟ (تعريف منظمة الصحة العالمية من بين تعريفات أخرى)	• في الجلسة العامة – مناقشة احتياجات المشاركين فيما يتعلق بـ "الإذن" و"الحماية" من أجل الشعور بالأمان والتمكين طوال الدورة. • في غرف منفصلة للأقران– شارك وناقش الأبعاد المختلفة للهوية الاجتماعية للمشاركين. • في الجلسة العامة – تبادل الأفكار حول ما يقوله الناس/السلوكيات/المعتقدات المحيطة بالأشخاص ذوي الإعاقة. • في الجلسة العامة – دراسات حالة للتمييز بين النماذج الأربعة. • في الجلسة العامة – تمرين "الجدار" لتحديد الحواجز (العصف الذهني). • في الجلسة العامة – تحديد انتهاكات الحقوق في مجال الزواج والصحة الجنسية والإنجابية مع الإشارة إلى دراسات الحالة.	• المراجع المعيارية الدولية التي تدعم الحق في الأسرة والصحة الجنسية والإنجابية (مواد من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة ومراجع أخرى). • تمرين تحضيري للجلسة التالية – سرد الرسائل الإيجابية والسلبية التي تلقيتها (أو تلك التي أخبر بها نفسي) عن نفسي، فيما يتعلق بهويتي كرجل أو امرأة وفيما يتعلق بقدرتي على تكوين علاقات صحية والحفاظ عليها. بالإضافة إلى ذلك، بعد إكمال المنهج الدراسي بأكمله، قام المشاركون بتطوير "وثيقة حقوق الصحة الإنجابية والجنسية" الموحدة – والتي تعبر عن بيان إيجابي لحقوقهم، فيما يتعلق بالعلاقات والصحة الإنجابية والجنسية.

الجلسة / المدة / الموضوع	أهداف التعلم	مخطط المحتوى	الأنشطة التفاعلية	المواد التي يمكن أخذها/المهام والتدريبات بين الجلسات
		○ دراسات الحالة		
الجلسة ٢ – تنمية علاقة صحية مع الذات (الجزء الثاني) •	• تحديد الوصمة والقوالب النمطية التي تؤثر على الأشخاص ذوي الإعاقة في مجالات العلاقات والصحة والحقوق الجنسية والإنجابية. • انتقل إلى علاقة أكثر صحة مع نفسك.	• كيف "أرتدي" علاقتي بنفسي؟ (استعارة الوشاح) • المكونات الأربعة لتقدير الذات وفقاً لمنهجية Espere وتطبيقها على العلاقات والصحة الجنسية والإنجابية. • النظام المضاد للعلاقات وتطبيقاته في سياق الإعاقة. ○ كيف يتم استيعاب هذه الأحكام المسبقة من خلال النظام المضاد للعلاقات. ○ الركائز الخمس للنظام المضاد للعلاقات: الأوامر – التهديدات – التقليل من القيمة – الشعور بالذنب والابتزاز. • الوصمة الشائعة والصور النمطية المرتبطة بالأشخاص ذوي الإعاقة، في مجالات العلاقات والصحة الجنسية والإنجابية. • الانتقال إلى علاقة أكثر صحة مع الذات ○ الخطوات الأربع لتحدي المعتقدات التي تؤدي إلى الهزيمة الذاتية، مستوحاة من ممارسات المرونة (تمرين).	• في غرف جانبية – مشاركة الرسائل الإيجابية والسلبية التي تلقيتها عن الذات، يليها إحاطة عامة في الجلسة العامة. • في الجلسة العامة – تبادل الأفكار حول الأبعاد المختلفة لتقدير الذات. • في غرف جانبية – بعد تحديد الركائز الخمس للنظام المضاد للعلاقات، حاول المشاركون مطابقة تلك الرسائل داخل تلك الركائز، تلا ذلك إحاطة إعلامية في جلسة عامة. • في الجلسة العامة – تبادل الأفكار حول الوصمة المحيطة بالصحة الإنجابية والجنسية والإعاقة. • التظاهرة في جلسة عامة – تدريب المشارك على تحدي أفكاره غير المفيدة.	• بعد الانتهاء من جلسة "العلاقة مع الذات"، تم استكشاف اتيكيت الإعاقة مع المشاركين في الجلسة التالية، بناءً على طلبهم. • اختبار عملية التدريب لدى الأقران لتحدي الأفكار غير المفيدة.
الجلسة ٣ – بناء علاقات صحية والحفاظ عليها	• الهدف النهائي لهذا القسم هو بناء الثقة في قدرة الفرد على الحفاظ على علاقة صحية طويلة الأمد من خلال:	• تحديد ومعالجة الأساطير والمفاهيم الخاطئة الشائعة في العلاقات والتي تؤثر على الأشخاص ذوي الإعاقات المختلفة. • المعرفة الأساسية لبناء علاقة صحية دائمة.	• استطلاع رأي حول الأساطير المختلفة المحيطة بالعلاقات بشكل عام، والعلاقات والإعاقة، متبوعاً بالمناقشة.	• إكمال "بطاقة الهوية العلائقية" الخاصة بهم بطريقة شخصية • تطبيق استبيان "لغات الحب الخمس"

الجلسة / المدة / الموضوع	أهداف التعلم	مخطط المحتوى	الأنشطة التفاعلية	المواد التي يمكن أخذها/المهام والتدريبات بين الجلسات
	• اكتساب المعرفة الأساسية لبناء علاقة صحية والحفاظ عليها. • تطوير ممارسات التواصل الفعالة لتعزيز العلاقات. • تطبيق تقنيات الاستجابة البناءة النشطة لتعزيز الرضا عن العلاقة والدعم. ملاحظة هامة – سيتم تعديل كافة المواد والمفاهيم للتعامل مع تحديات العلاقات الخاصة بالأشخاص ذوي الإعاقة.	○ المراحل الثلاث في تكوين العلاقة ○ إدراك أهمية الحفاظ على الهوية الفردية داخل العلاقة (أنا/نحن). ○ مؤشرات العلاقة الصحية (المؤشرات الخضراء والبرتقالية والحمراء). ○ فهم صيغة "C3": الاتصال والملائمة والالتزام. • الشروط الثلاث الأساسية لبدء علاقة دائمة. • تعزيز العلاقة من خلال ممارسات التواصل. ○ الوشاح العلائقي ○ بطاقة الهوية العلائقية ○ الاستجابة البناءة النشطة ○ لغات الحب الخمس.	• في الجلسة العامة – مناقشة حول العناصر المختلفة للمعرفة الأساسية لبناء علاقة صحية دائمة. • في غرف جانبية – حول مؤشرات العلاقة الصحية (المؤشرات الخضراء والبرتقالية والحمراء)، تليها مشاركة التعلم في الجلسة العامة. • في الجلسة العامة – شارك المشاركون في عناصر مختلفة من بطاقة الهوية العلائقية. • العرض التوضيحي في جلسة عامة – تطبيق "الاستجابة البناءة النشطة" بين الميسر والمراقب. قام المشاركون بعد ذلك بتحليل كيفية تأثير كل نمط استجابة على التواصل.	
الجلسة ٤ – الصحة الإنجابية	١. فهم وإدارة حالات الصحة الإنجابية. ٢. تحديد واستخدام وسائل منع الحمل المتاحة وأدوات تتبع الخصوبة، والتأكد من أنها مناسبة للإعاقات الحسية والجسدية المختلفة.	**الجزء الأول: الصحة الإنجابية عند الرجال** • المكونات الأساسية للصحة الإنجابية للرجال (التشريح، معايير السائل المنوي، ...). • المشاكل الشائعة في الصحة الإنجابية وإدارتها. • التركيز على الأشخاص ذوي الإعاقة. **الجزء الثاني: الصحة الإنجابية عند المرأة**	• محاضرة في الغالب مع أسئلة وأجوبة. • تم تطبيق ٦ استطلاعات الرأي في عدة نقاط من ورشة العمل.	

الجلسة / المدة / الموضوع	أهداف التعلم	مخطط المحتوى	الأنشطة التفاعلية	المواد التي يمكن أخذها/المهام والتدريبات بين الجلسات
	٣. تطوير استراتيجيات لتوفير الرعاية قبل الولادة وبعدها. ٤. استكشاف تقنيات الإنجاب المساعدة (مثل التلقيح الاصطناعي، والتلقيح داخل الرحم) والاستشارة الوراثية، مع الأخذ في الاعتبار آثارها على الأفراد ذوي الإعاقة. ٥. إنشاء بيئة داعمة تحترم وتدعم الخيارات الإنجابية، والاستفادة من موارد المجتمع ومقدمي الرعاية الصحية.	• المكونات الأساسية للصحة الإنجابية للمرأة (التشريح، الدورة الشهرية، مفهوم التبويض، ...). • المشاكل الشائعة في الصحة الإنجابية وإدارتها. • التركيز على الأشخاص ذوي الإعاقة. **الجزء الثالث: اختبارات الفحص للنساء في سن الإنجاب وما بعده.** • إرشادات حول اختبارات فحص الثدي وعنق الرحم. • التركيز على الأشخاص ذوي الإعاقة. **الجزء الرابع: تكييفات الرعاية أثناء الحمل وما قبل الولادة للنساء ذوات الإعاقة ومن دون إعاقة** • ضمان إمكانية الوصول إلى مواعيد ما قبل الولادة والاختبارات، بما في ذلك التواصل مع مقدمي الرعاية الصحية. • اعتبارات خاصة بالإعاقة واستراتيجيات صحية عند التخطيط للحمل. • استراتيجيات لمراقبة وإدارة التغيرات المرتبطة بالحمل إلى جانب إعاقتك. **الجزء الخامس: الأساليب التكيفية لرعاية الولادة وما بعد الولادة** • تصميم استعدادات الولادة وخيارات الولادة وأوضاع المخاض لتناسب احتياجات الإعاقة الخاصة بك. **الجزء السادس: برنامج تنظيم الأسرة**		

الجلسة / المدة / الموضوع	أهداف التعلم	مخطط المحتوى	الأنشطة التفاعلية	المواد التي يمكن أخذها/المهام والتدريبات بين الجلسات
		• تفصيل أنواع وسائل منع الحمل بشكل عام وللنساء ذوات الإعاقة. **الجزء ٧: ممارسة الجنس الآمن والوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً.** • نظرة عامة على الأمراض المنقولة جنسياً الشائعة. • طرق الوقاية من الأمراض المنقولة جنسيا. • معالجة التحديات في ممارسة الجنس الآمن للأشخاص ذوي الإعاقة. **الجزء الثامن: أهمية التعليم والدعم للأشخاص ذوي الإعاقة.**		
الجلسة ٥ – الصحة الجنسية	١. فهم وإدارة الصحة الجنسية من خلال تبديد الأساطير، وتعلم التشريح الأساسي، والتعرف على تأثير الإعاقة على الوظيفة الجنسية. ٢. تعزيز احترام الذات وصورة الجسم في سياق الجنس للأفراد ذوي الإعاقة، والتغلب على الإعاقة الداخلية. ٣. تطوير مهارات التواصل الفعالة لمناقشة الاحتياجات الجنسية والرغبات والموافقة	○ المقدمة – تبديد الأساطير الشائعة حول الجنس والإعاقة. (١) • الجزء الأول: تعزيز احترام الذات في الصحة الجنسية "التمييز ضد ذوي الإعاقة وصورة الجسم" (٢) ○ العلاقة بين احترام الذات وصورة الجسم والجنس لدى الأشخاص ذوي الإعاقة. ○ التغلب على القادرية Ableism • الجزء الثاني: فهم الصحة الجنسية والتشريح ○ التشريح الأساسي للجهاز التناسلي الذكري والأنثوي. ○ نظرة عامة على دورة الاستجابة الجنسية.	• استطلاع رأي – حول الأساطير الشائعة حول الجنس والإعاقة. • في الجلسة العامة – مناقشة حول الإعاقة وصورة الجسم. • في الجلسة العامة – مشاهدة ومناقشة مقطع فيديو لحملة المناصرة التي تقودها منظمة غير حكومية "Pro-Infirmis" حول التمييز ضد ذوي الإعاقة وصورة الجسم. • في الجلسة العامة – شرح مع أسئلة وأجوبة حول الصحة الجنسية والتشريح. • في غرف الاجتماعات الصغيرة – في مجال الصحة *والحقوق الجنسية والإنجابية* ، أسئلة لطرحها على شريك الحياة المحتمل،	ضمن مواد الدورة، بالإضافة إلى عرض PowerPoint، تلقى المشاركون وثيقة شاملة مكونة من ٢٢ صفحة بعنوان "مقدمة عن الصحة والحقوق الجنسية ذات الصلة، وخاصة للأشخاص ذوي الإعاقة". تضمنت الوثيقة معلومات حول تأثير الإعاقات المختلفة على الحياة الجنسية وكيفية التغلب على التحديات ذات الصلة.

الجلسة / المدة / الموضوع	أهداف التعلم	مخطط المحتوى	الأنشطة التفاعلية	المواد التي يمكن أخذها/المهام والتدريبات بين الجلسات
	والحدود الشخصية، مع الأخذ في الاعتبار التحديات الفريدة التي يواجهها الأفراد ذوو الإعاقة. ٤. تحديد ومعالجة العنف القائم على النوع الاجتماعي، والإساءة، والاستغلال، وفهم الموافقة والوصول إلى خدمات الدعم المصممة خصيصاً للأفراد ذوي الإعاقة. ٥. تنفيذ استراتيجيات تكيفية للأنشطة الجنسية الآمنة والمُرضية، بما في ذلك معالجة الخلل الجنسي، واستكشاف أشكال مختلفة من العلاقة الحميمة، وممارسة الجنس الآمن للوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً.	○ فهم تأثير الإعاقة على الوظيفة الجنسية. الجزء الثالث: معالجة التحديات وتنفيذ التكيفات في الأنشطة الجنسية. ○ التحديات الجنسية الشائعة وعلاقتها بالإعاقات المختلفة. ○ معالجة الخلل الجنسي والتحديات المرتبطة بالإعاقة. ○ استكشاف أشكال مختلفة من العلاقة الحميمة. ○ فهم الحاجة للتكيف في الأنشطة الجنسية. ○ أوضاع مختلفة، وأجهزة مساعدة، وتقنيات مختلفة للإعاقات المختلفة. • الجزء الرابع: التواصل بشأن الاحتياجات والرغبات الجنسية والموافقة والحدود الشخصية وفهم الحواجز التي تحول دون التواصل الجنسي الفعال. ○ تقنيات لمناقشة الاحتياجات والرغبات الجنسية والاستجابة لها من خلال التواصل التعاطفي. ○ التوقيت والسياق: متى نتحدث عن الإعاقة والاحتياجات الجنسية؟. • الجزء الخامس: تحديد والإبلاغ عن العنف القائم على النوع الاجتماعي والإساءة والاستغلال ○ التعرف على علامات الإساءة والاستغلال.	قبل الدخول في علاقات مستدامة، بما في ذلك الجوانب المتعلقة بالإعاقة. ناقش المشاركون في مجموعات صغيرة، قبل مشاركة أسئلتهم في الجلسة العامة.	

الجلسة / المدة / الموضوع	أهداف التعلم	مخطط المحتوى	الأنشطة التفاعلية	المواد التي يمكن أخذها/المهام والتدريبات بين الجلسات
		○ تعريف وفهم الموافقة في العلاقات الجنسية. ○ معالجة التحديات الخاصة بالإعاقة في سياق الموافقة. ○ خدمات الدعم للعنف القائم على النوع الاجتماعي. • الجزء السادس: التأمل للمساعدة في تغيير العقليات الاجتماعية.		