

روسیپگری، خشونت و اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)

ملیسا فارلی، آیین آیواران، ماراب کرومیرو، آفوک سزینگ**

ترجمه و تلخیص: دکتر مهدیس کامکار***

هدف از این مقاله اشاره به مقولاتی است که از ماهیت روسیپگری نشات می‌گیرد. مهم‌ترین سوال مورد بحث این است که آیا روسیپگری صرفاً یک شغل است و یا تجاوز و تعدی به حقوق بشر محسوب می‌شود؟

از دیدگاه مولفان مقاله، روسیپگری یک عمل خشن و وحشیانه نسبت به زنان است. این عمل ماهیتاً موجب صدمه و آسیب به فردی می‌شود که روسپی قلمداد شده است. طی مصاحبه با ۴۷۵ روسپی (زن، مرد، و وارونگی خواه Transgendered) در پنج کشور (آفریقای جنوبی، ایالات متحده آمریکا، ترکیه، تایلند، زامبیا) و ارائه پرسشنامه‌ای حاوی دو سری پرسش در مورد وجود سابقه کنونی یا قبلی خشونت فیزیکی و جنسی و امکانات لازم برای ترک روسیپگری، علائم و نشانگان اختلالات استرس پس از سانحه (PTSD) در این افراد بررسی و ارزیابی گشت.

یافته‌ها، خشونت قابل ملاحظه‌ای در زندگی تمام افرادی که در حال حاضر یا قبلاً روسیپگری می‌کردند، نشان دادند. در هر پنج کشور، ۷۳ درصد حملات فیزیکی، ۶۲ درصد تجاوز به عنف و ۶۷ درصد ملاکهای تشخیص PTSD را در طی روسیپگری تجربه کرده بودند. و به طور متوسط ۹۲ درصد مایل به ترک عمل روسیپگری بودند. این مطالعه مسئله نژادی و محل روسیپگری (خیابان، روسپی خانه، مراکز تلفنی،...) را در نظر گرفته بود و علیرغم محدودیت در انتخاب نمونه، یافته‌ها حاکی از آن بود که صدمات روسیپگری

* Source: Feminism and Psychology, 1998, vol.8(4)

*** Mellisu Farley, Isin Ivaral, Marab Kiromiro and UFUK Sezing

وابسته به فرهنگ (Culture - bound) نیست و به همین دلیل عمل روسپیگری به عنوان یک عمل خشونت بار و تعدی به حقوق بشر مورد بحث قرار گرفت.

مقدمه

برای استناد به تجربیات زنان روسپی، با ۴۷۵ نفر که قبلاً یا در حال حاضر در پنج کشور ایالات متحده، افریقای جنوبی، تایلند، ترکیه، زامبیا روسپیگری می‌کردند، مصاحبه بالینی شد و آزمون‌های روانشناختی اجرا گردید. این افراد از بافتهای مختلف اجتماعی بودند و قانونی زندگی می‌کردند و در طیف گسترده‌ای از عناوین مختلف (مثل زنان پلید، شریر، نفرت‌انگیز، جنایتکار... تا کارگر جنسی) قرار می‌گرفتند.

در بسیاری از موارد، سابقه خشونت در کودکی یا در حین روسپیگری (در بزرگسالی) هم پوشانی داشت و چون خشونت جزئی از صدمه یا ترومای (Trauma) روانشناختی قلمداد می‌شود، بنابراین شدت نشانگان (PTSD) یا اختلالات استرس پس از سانحه نیز مورد بررسی قرار گرفت. این تحقیق، روسپیگری را یک عمل وحشیانه و خشونت بار در مورد زنان دانست و در طی تحقیق به نتایج زیر رسید:

- روسپیگری از تبعات و عوارض سوء استفاده جنسی از کودکان است.
- در روسپیگری، تبعیض نژادی به طور اجتناب‌ناپذیر با تبعیض جنسی ارتباط دارد.
- روسپیگری یک خشونت درون مرزی یا وطنی یا خانگی است و در بسیاری از موارد، در آن رد پای بندگی و بردگی مالی، جنسی و جسمی مشاهده می‌شود.
- برای رهایی از این عمل، افراد روسپی به آسایشگاه‌های اقامتی و درمانهای متناسب با فرهنگ بومی خود نیاز دارند.

انجمن روانپزشکی امریکا در سال ۱۹۹۴، نشانگان اختلالات استرس پس از سانحه (PTSD) را به صورت زیر مدون کرده است.

- ۱- افکار، رویا یا تصاویر و خاطرات مکرر و آزار دهنده در مورد سانحه گذشته
- ۲- انجام اعمال یا احساسات ناگهانی، انگار که سانحه گذشته مجدداً تجربه می‌شود.

- ۳- احساس ناراحتی و دگرگونی شدید در یادآوری سانحه گذشته
- ۴- اجتناب از اندیشیدن یا صحبت در مورد سانحه گذشته
- ۵- اجتناب از فعالیت و موقعیتهایی که موجب یادآوری سانحه در گذشته می شود.
- ۶- دشواری در یادآوری قسمت‌های مهم سانحه گذشته
- ۷- بی علاقه‌گی به فعالیتهایی که سابقاً لذت بخش بوده است.
- ۸- احساس فاصله و جدایی از سایر افراد
- ۹- احساس کمرختی یا بی حسی یا بی علاقه‌گی به افراد مورد علاقه در گذشته
- ۱۰- احساس کوتاه مدت بودن آینده
- ۱۱- وجود علایم و واکنش‌های فیزیکی مانند تپش قلب، مشکل تنفسی، تاخیر در یادآوری سانحه گذشته
- ۱۲- اشکال در به خواب رفتن یا ادامه خواب
- ۱۳- تحریک پذیری و حملات انفجاری خشم
- ۱۴- اختلال تمرکز
- ۱۵- گوش به زنگ یا مترصد بودن یا حالت تدافعی داشتن
- ۱۶- به سادگی برانگیخته شدن یا از جا پریدن

انجمن روانپزشکی امریکا یا DSM، معتقد است که PTSD در مواردی که استرسور مربوط به تمامیت وجود خود انسان باشد (مانند شکنجه یا تجاوز به عنف) طولانی مدت و شدیدتر است.

این استرس‌های آسیب‌زا ممکن است ناشی از تجربه مستقیم شخص از یک واقعه تهدیدآمیز یا عینی علیه خود، وابستگان و افراد نزدیک و یا در جریان قرار گرفتن و آگاهی از این تهدیدهای فیزیکی، روانی، جنسی، مرگ وحشیانه و نامنتظر باشد. در پاسخ به این وقایع، شخصی که به PTSD گرفتار می شود ترس، درماندگی و ناامیدی را تجربه می کند. نشانگان (PTSD) به طور کلی به سه دسته تقسیم می شود:

- ۱- علائم تجربه مجدد حادثه و سانحه آسیب زا
 - ۲- تلاش برای اجتناب از محرکات مشابه با سانحه همراه با بی حسی و کرختی عمومی
 - ۳- علایم بیش برانگیختگی سیستم عصبی خودکار بدن
- حدود ۵۵ تا ۹۰ درصد زنان روسپی، سابقه سوء استفاده جنسی در کودکی را ذکر می کنند و ۷۰ درصد موارد این سابقه را در انتخاب یا کشیده شدن به سوی روسپیگری دخیل می دانند. مطالعات متعدد نشان می دهد که بین سابقه سوء استفاده در کودکی و نشانگان (PTSD) در بزرگسالی این افراد همبستگی مثبت وجود دارد (Farley and keaney 1994-1997).
- برای تحمل مصائب زندگی در تجربه روسپیگری، از ساز و کارهای دفاعی روانشناختی متعددی استفاده می شود که اغلب ضروری و پابرجا می باشند: ۱- دو نیمه سازی یا شکافتگی (Splitting) ۲- اختلالات حافظه مانند تجزیه (Dissociation) و آمیزی یا فراموشی (Amnesia) ۳- مسخ شخصیت (Depersonalization) ۴- انکار (Denial)
- یک زن روسپی می گوید، «حالا دیگر تنها سرم به من تعلق دارد، من بدنم را در خیابان جا گذاشته ام» (Hoigard & Finstad 1992). تداوم خشونت، تحقیر، توهین، تنفر از چنین زنانی موجب تغییر شخصیت آنان می شود (Herman 1992). این تغییرات شخصیتی، PTSD کمپلکس یا پیچیده نامیده شده است. زنی روسپی در توصیف خود می گوید: «این کار یک روند قهقرایی دارد، به تدریج در عمق یک خلاء درماندگی و ناامیدی فرو می روی و احساس مردگی و بی حسی کامل می کنی. دیگر قادر به درک احساسات خوب نیستی، چون مدام به عنوان یک آبریزگاه استفاده می شوی.»
- گیبر و باری (Giobbe & Barry 1992-1995) تخمین زده اند که قوادها (Pimps) برای جلوگیری از فرار حدود ۹۰ درصد روسپیان از کنترل، سوء استفاده جنسی، فیزیکی یا شکنجه استفاده می کنند.

روش مطالعه

در پنج کشور امریکا (سان فرانسیسکو، کالیفرنیا)، افریقای جنوبی (کیپ تاون و

ژوهانسبورگ)، زامبیا (لوزاکا)، تایلند و ترکیه (استانبول)، زنان روسپی از نژاد و رنگهای مختلف تحت بررسی قرار گرفتند. روش بررسی مصاحبه‌های ساختاری فشرده و کوتاه و دو دسته پرسشنامه ۲۳ سوالی و ۱۷ سوالی بود که به ترتیب موارد تعدی فیزیکی و جنسی در طی روسپیگری، سابقه خشونت جنسی یا فیزیکی در طول عمر و وادار ساختن این افراد برای تهیه فیلم و عکسهای برهنه (پورنوگرافی) در حین روسپیگری، تمایل به ترک روسپیگری و تسهیلات لازم برای آن، بی‌خانمانی، ابتلا به صدمات فیزیکی و مشکلات جسمی و سلامت و درگیری با سوء مصرف الکل و مواد مخدر را در بر می‌گرفت.

پرسشنامه ۱۷ سوالی مربوط به نشانگان PTSD، بر اساس DSMIV، چهارمین بازبینی انجمن روانپزشکی آمریکا، بوده است و براساس شدت علائم تجربه شده افراد از درجات ۱=اصلا، ۲=کمی، ۳=متوسط، ۴=شدید، ۵=خیلی شدید استفاده می‌کردند. برای تشخیص PTSD، به حداقل یک نشانه از دسته B (تجربه مزاحم و مکرر سانحه گذشته)، سه نشانه از دسته C (کرختی و بی‌حسی و اجتناب شدید از محرکات مشابه و همراه با سانحه گذشته) و دو نشانه از دسته D (بیش برانگیختگی شدید سیستم عصبی خودکار) نیاز می‌باشد.

زبانهای استفاده شده برای ارتباط تایلندی، ترکی و انگلیسی بود و بر تکمیل پرسشنامه نظارت شد.

در سان فرانسیسکو با ۱۳۰ پاسخگوی خیابانی، در چهار منطقه شهری، مصاحبه شد. در تایلند ۱۱۰ نفر در یک سالن زیبایی (به دلیل کنترل شدید قوادها) مصاحبه صورت گرفت. در کیپ تاون و ژوهانسبورگ با ۶۱ زن در روسپی خانه، مراکز تلفنی یا مراکز همراهی و رفت و آمد (Escort Center) و خیابان مصاحبه شد.

در اوزاکا (زامبیا) با ۱۱۷ زن که قبلاً یا فعلاً روسپی بودند مصاحبه شد. این کار را یک سازمان غیر انتفاعی (NGO) به نام TASINTHA که غذا و آموزش شغلی دیگری برای جایگزینی حرفه روسپیگری ارائه می‌کردند، انجام دادند. در دو کشور نسبت نژادی روسپیان عکس جمعیت بومی آن بود. در آمریکا، ۳۹ درصد سفید اروپایی - آمریکایی، ۳۳ درصد

افریقایی - امریکایی، ۱۸ درصد از کشورهای امریکای لاتین و ۶ درصد از آسیا و اقیانوسیه و ۵ درصد از نژادهای مختلف بودند یا به پرسش‌ها پاسخ ندادند.

در افریقای جنوبی، ۵۰ درصد سفید اروپایی، ۲۹ درصد افریقایی سیاه، ۱۲ درصد مختلط یا قهوه‌ای، ۳ درصد هندی و ۶ درصد پاسخی نداده بودند.

اقلیت قابل توجهی از روسپیان را وارونگی خواهان (Transgendered) تشکیل می‌دادند که طبق مطالعات (1998, Farley Barkan)، میزان صدمه و تعدی فیزیکی و جنسی آنان مشابه زنان بود. مؤلفان به این نتیجه رسیدند که روسپیان (چه زن و چه زن نما) به یک درجه مورد خشونت و تجاوز قرار می‌گیرند.

در زامبیا و ترکیه همه پاسخ دهندگان به سوالات زن بودند. در افریقای جنوبی ۲ درصد، در تایلند ۲۵ درصد و در امریکا ۱۲ درصد وارونگی خواه (Transgendered) بودند. متوسط سن در پنج کشور ۲۸ سال (۶۱-۱۲ سال) گزارش شد.

جدول ۱: جنسیت

مبدل خواه (وارونگی خواه)	مرد	زن	
٪۲ (۱)	٪۱۴ (۱۰)	٪۸۴ (۵۷)	افریقای جنوبی
٪۲۵ (۲۸)		٪۷۵ (۸۲)	تایلند
٪۱۲ (۱۵)	٪۱۳ (۱۸)	٪۷۵ (۹۷)	ایالات متحده امریکا

جدول ۲: سن

افریقای جنوبی	تایلند	ترکیه	امریکا	زامبیا	
۲۴	۲۶	۲۹	۳۱	۲۸	متوسط سن
۱۷-۳۸	۱۵-۴۶	۱۶-۵۵	۱۴-۶۱	۱۲-۵۳	طیف سنی

تشویش برانگیزترین چالش در این تحقیق میان فرهنگی، «انتخاب نمونه» بوده است. آیا

۴۷۵ نفری که مورد مصاحبه قرار گرفتند، می‌توانند نمایانگر تمام زنان روسپی باشند. آیا در مطالعات آتی، امکان مصاحبه با کسانی که در سالنهای ماساژ، مراکز تلفنی، روسپی خانه، مراکز برهنه رقصیدن (Stripping)، مراکز همراهی (Escort Services) کار می‌کنند وجود خواهد داشت؟

مورد اختلاف نظر دیگر در انتخاب نمونه، آن است که مصاحبه شوندگان در افریقای جنوبی یا آمریکا همگی در حال حاضر نیز روسپی‌گری می‌کردند، اما در تایلند و زامبیا تعداد کثیری در حال ترک روسپیگری و یافتن شغلی دیگر بودند. در ترکیه نیز با کسانی که پلیس آنها را برای انجام آزمایش‌های بیماریهای مقاربتی (STD) به درمانگاه آورده بود، مصاحبه شد. این زنان با رغبت و به راحتی برای انجام چنین آزمایش‌هایی همکاری می‌کردند، اگر چه سایر بیماریهای حاد و مزمن آنان به فراموشی سپرده شده بود.

نتایج

از آنجا که در اکثر کشورها، افراد مورد مصاحبه تحت کنترل شدید کارگزاران روسپی خانه، قوادها، دوست پسر یا زنان مسن‌تر بودند، بنابراین ممکن است نمونه‌های مورد دسترس نمایانگر جمعیت واقعی روسپی‌گری در کشورها نباشند و یا باشند؟! با وجود این مقایسه نتایج کشورهای مختلف، مشابهت قابل ارزشی به همان نسبت افتراق نشان می‌دهند.

جداول ۳ و ۴، نشانگر موارد خشونت علیه روسپیان است و چون همه افراد به تمام سوالات پاسخ نداده‌اند، تعداد پاسخها در مورد موضوعات مختلف متفاوت است؛ اما به طور متوسط ۸۱ درصد تهدید جدی به صورت صدمه فیزیکی، ۷۳ درصد تعدی فیزیکی، ۶۸ درصد تهدید با اسلحه و ۴۶ درصد (در استانبول) تعدی فیزیکی از طرف پلیس را ذکر کردند.

به طور متوسط ۶۲ درصد از پاسخ دهندگان، در پنج کشور، از زمان ورود به روسپی‌گری مورد تجاوز قرار گرفته و از این تعداد، ۴۶ درصد بیش از پنج بار تجاوز به عنف را گزارش کردند. از ۴۷۵ نفر، ۴۱ درصد دچار ناراحتی روحی و آشفتگی ناشی از اجبار برای تهیه فیلم یا عکس برهنه (پورنوگرافی)، ۴۶ درصد وادار به این کار در حین عمل جنسی، ۵۴ درصد سابقه ضرب و

جدول ۳: «خشونت در روسیبگری»

آفریقای جنوبی	تایلند	ترکیه	امریکا	زامبیا	
%۷۵(۴۸)	%۴۷(۳۶)	%۹۰(۴۵)	%۱۰۰(۱۱۴)	%۹۳(۱۰۲)	تهدید فیزیکی
%۶۸(۴۵)	%۵۵(۴۷)	%۶۸(۳۴)	%۷۸(۱۰۰)	%۸۶(۹۴)	تهدید با اسلحه
%۶۶(۴۵)	%۵۷(۴۷)	%۸۰(۴۰)	%۸۲(۱۰۶)	%۸۲(۹۱)	تهاجم فیزیکی
%۵۷(۳۹)	%۳۵(۱۷)	%۵۰(۲۵)	%۹۸(۸۸)	%۷۸(۸۸)	تجاوز
%۵۸(۳۳)	%۱۶(۳)	%۳۶(۹)	%۴۸(۴۲)	%۵۵(۴۸)	تجاوز بیش از پنج بار
%۷۵(۱۷)	%۴۴(۱)	%۴۴(۴)	%۴۶(۱۹)	%۳۸(۱۸)	تجاوز از سوی مشتریان در موارد تجاوز
%۶۴(۱۱)	%۴۸(۴۱)	—	%۳۶(۷)	%۴۰(۷)	تجاوز از سوی غیر مشتریان در موارد تجاوز
%۵۶(۳۷)	%۳۹(۳۲)	%۲۰(۱۰)	%۳۲(۴۹)	%۴۷(۵۱)	ناراحتی و آشفتگی ناشی از اجبار افراد به تهیه فیلم و عکس برهنه
%۴۰(۲۶)	%۴۷(۳۹)	—	%۴۹(۶۳)	%۴۷(۵۲)	تهیه عکس در حین عمل روسیبگری (پورنوگرافی)

جدول ۴: «خشونت در زندگی افراد روسیبی»

آفریقای جنوبی	تایلند	ترکیه	امریکا	زامبیا	
%۷۳(۴۹)	%۵۶(۵۰)	%۵۸(۲۹)	%۸۴(۱۰۸)	%۸۹(۹۹)	بی خانمانی فعلی یا گذشته
%۵۶(۳۸)	%۴۰(۳۴)	%۵۶(۲۸)	%۴۹(۳۷)	%۷۱(۸۰)	صدمه یا ضرب شتم فیزیکی منجر به آسیب در کودکی به وسیله مراقب
%۶۶(۴۵)	%۴۸(۳۹)	%۳۴(۱۷)	%۵۷(۷۳)	%۸۴(۹۳)	سوء استفاده جنسی در کودکی
۳	۳	۲	۳	۸	تعداد مرتکبین به سوء استفاده جنسی
%۴۶(۳۱)	%۷۱(۷۸)	%۶۰(۳۰)	%۵۰(۶۵)	%۷۶(۸۹)	آسیبهای جسمی (فعلی)
%۴۳(۲۹)	%۵۶(۶۲)	%۶۴(۳۳)	%۲۷(۳۵)	%۷۲(۸۴)	سوء مصرف الکل (فعلی)
%۴۶(۳۳)	%۳۹(۴۳)	%۴۶(۲۳)	%۷۵(۹۸)	%۱۶(۱۹)	سوء مصرف مواد مخدر (فعلی)

ششم منجر به صدمه جدی در کودکی، به وسیله سرپرست یا مراقب، ۵۸ درصد سوء استفاده جنسی را به وسیله چهار نفر (به طور متوسط) گزارش کرده‌اند، ۷۲ درصد بی خانمانی، ۶۱ درصد مشکلات بهداشتی و سلامت، ۵۲ درصد سابقه اعتیاد به الکل و ۴۵ درصد سابقه اعتیاد به مصرف مواد مخدر داشته‌اند.

به طور متوسط از ۴۷۵ نفر، ۶۷ درصد ملاکهای تشخیص PTSD را داشته‌اند (۶۸ درصد در ایالات متحده آمریکا، ۷۶ درصد در زامبیا، ۷۵ درصد در افریقای جنوبی، ۵۰ درصد در تایلند و ۶۶ درصد در ترکیه).

برای تشخیص PTSD نسبی یا Partial، دو علامت از سه دسته B, C, D کافی است و ۸۵ درصد افراد از پنج کشور، ملاکهای تشخیص PTSD نسبی را شامل می‌شوند. این مسئله نشانگر درجه درد و رنج روانشناختی این افراد است. در این تحقیق تفاوتی در جنسیت افراد روسپی دیده نشد.

۲۵ نفر از روسپیان افریقای جنوبی، از روسپی خانه و ۴۳ نفر خیابانی بودند. میزان خشونت در زندگی روسپیان خیابانی بیش از روسپیان روسپی خانه‌ها بوده است، اما تفاوت قابل توجهی در بروز حملات فیزیکی و تجاوز به عنف میان این دو دسته (خیابانی و روسپی خانه) دیده نشد. بین سابقه سوء استفاده جنسی و فیزیکی و PTSD نیز تفاوت قابل توجهی مشاهده نشد.

از نظر دسترسی به خدمات حمایتی، میان روسپیان تفاوت قابل توجهی وجود داشت. تمام زنان در اوزاکا از طریق آژانس TASINTHA و اکثر زنان در تایلند شمالی از طریق آژانسهای مشابه، مورد حمایت، تغذیه و آموزش شغلی بودند. زنان مورد سان فرانسیسکو از این امکانات محروم بودند که شاید علت آن انکار وسعت و گسترش روسپی‌گری در این کشور (امریکا) و یا انتخابی بودن روسپی‌گری به عنوان یک شغل باشد. سازمانهای غیر انتفاعی و غیر دولتی اروپایی در خدمات رسانی به زنان آسیایی و افریقایی فعالتر هستند، اما در افریقای جنوبی امکانات خدماتی اندکی وجود دارد.

از پاسخ دهندگان سوال شد که به چه امکاناتی برای ترک روسپی‌گری نیاز دارند؟ (جدول ۵)

جدول ۵: پاسخ به سوالات «به چه چیز نیاز دارید؟»

افریقای جنوبی	تایلند	ترکیه	امریکا	زامبیا	
%۸۹(۶۱)	%۹۴(۱۰۳)	%۹۰(۴۵)	%۸۸(۱۱۴)	%۹۹(۱۱۶)	ترک روسپیگری
%۷۲(۴۹)	%۶۰(۶۶)	%۶۰(۳۰)	%۷۸(۱۰۱)	%۹۴(۱۱۰)	مأمّن
%۷۵(۵۱)	%۵۷(۶۳)	%۴۶(۲۳)	%۷۳(۹۵)	%۹۷(۱۱۴)	آموزش شغلی
%۴۶(۳۱)	%۳۲(۳۵)	%۶(۳)	%۶۷(۸۷)	%۳۷(۴۳)	درمان اعتیاد به الکل یا مواد
%۶۹(۴۷)	%۴۳(۴۷)	%۳۸(۱۹)	%۵۸(۷۵)	%۸۸(۱۰۳)	مراقبتهای بهداشتی
%۵۸(۳۹)	%۴۹(۵۴)	%۲۴(۱۲)	%۵۰(۶۵)	%۶۳(۷۴)	حمایت گروهی
%۶۱(۴۲)	%۶۸(۷۵)	%۴۶(۲۳)	%۴۸(۶۲)	%۵۳(۶۲)	مشاوره فردی
%۶۱(۴۲)	%۶۰(۶۶)	%۱۲(۶)	%۴۹(۶۴)	%۴۱(۴۸)	آموزش دفاع از خود
%۳۸(۲۶)	%۲۸(۳۱)	%۴(۲)	%۴۴(۵۷)	%۸(۹)	روسیگری قانونی
%۴۸(۳۳)	%۴۵(۵۰)	%۲۰(۱۰)	%۳۴(۴۴)	%۸۷(۱۰۲)	مراقبت از کودک
%۳۳(۲۲)	%۲۱(۲۳)	—	%۲۸(۳۶)	%۴۱(۴۸)	حمایت فیزیکی در مقابل فوآدها
%۵۸(۳۹)	%۵۸(۶۴)	—	%۴۳(۵۶)	%۵۴(۶۳)	حمایت قانونی

به طور متوسط، ۹۲ درصد به ترک روسپیگری ابراز تمایل کردند و بقیه امکانات مورد نیاز خود را به شرح زیر مطرح کردند:

۷۳ درصد محلی برای اقامت (مثل آسایشگاه)، ۷۰ درصد آموزش شغلی، ۵۹ درصد مراقبتهای بهداشتی، ۵۵ درصد مشاوره فردی، ۴۹ درصد گروههای حمایتی همسان، ۴۷ درصد مهد کودک، ۴۵ درصد آموزشهای دفاعی، ۳۸ درصد درمانهای ترک اعتیاد به الکل و مواد مخدر، ۲۴ درصد نیز فکر می‌کردند که روسپیگری باید قانونی شود. در پاسخ به این سؤال که آیا روسپیگری قانونی، از شدت خشونت در روسپیگری می‌کاهد؟ ۶۲ درصد از روسپیان افریقای جنوبی و ۷۳ درصد از روسپیان زامبیایی، پاسخ منفی دادند. در عین حال، در طی این تحقیق جنبشهایی برای پیشبرد سیاستهای ملی در جهت قانونی سازی روسپیگری به راه افتاده است (۱۹۹۶).

بحث

یافته‌ها نشانگر شیوع بالای خشونت و PTSD، در جمعیت ۴۷۵ نفری روسپی در پنج کشور مورد مطالعه است. تهاجم فیزیکی، تجاوز به عنف و بی‌خانمانی شیوع دارد و شدت PTSD، در ۵ کشور، علیرغم تفاوت‌های موجود در انتخاب نمونه و تفاوت‌های فرهنگی عمده چندان تفاوت نداشت و حتی در بروز PTSD، در چهار کشور، تفاوت و افتراقی دیده نشد. تجربه آسیب زنده روسپیگری بسیار قوی‌تر از مسئله نژادی، جنسی و محل تولد شخص بود و بنابراین به این نتیجه رسیدیم که صدمه و زیان روسپیگری یک پدیده وابسته به فرهنگ نیست. در گزارش‌های مربوط به سوء استفاده جنسی یا فیزیکی در دوران کودکی و تهاجم فیزیکی و تجاوز به عنف در روسپیگری، تفاوت‌هایی وجود داشت؛ اما با وجود این تفاوت‌ها، خشونت فعلی یا تجربه روسپیگری، به خودی خود، یک رنج و آسیب روانشناختی حاد است و منجر به نشانگان PTSD می‌گردد.

۵۸ درصد پاسخگویان سابقه سوء استفاده جنسی در کودکی را ذکر می‌کردند. اگر چه در تحقیقات قبلی، آمار موارد سوء استفاده در کودکی پایین‌تر می‌باشد. این مسئله می‌تواند ناشی از چند عامل باشد:

اول اینکه در حین آسیب و صدمه جاری، یادآوری سوء استفاده جنسی در کودکی بسیار دردناک می‌باشد و دوم اینکه برای برقراری ارتباط درمانی با مصاحبه شوندگان فرصت کافی نبود. در زامبیا، جایی که ۸۳ درصد پاسخ دهندگان سابقه سوء استفاده جنسی کودکی را ذکر می‌کردند، مصاحبه‌گران از قبل چنین رابطه قابل اعتمادی را با مصاحبه شوندگان ایجاد کرده بودند. به همین دلیل شاید یافته‌های زامبیا در مورد سوء استفاده کودکی شاخص بهتری نسبت به یافته‌های سایر کشورها در این زمینه باشد.

معمولاً فرض این بوده است که روسپیگری خیابانی با روسپیگری یا همراهی (Escort) تفاوت کیفی دارد. مطالعات ما نشان داد که میزان خشونت فیزیکی در خیابان نسبت به روسپی خانه بیشتر و قابل ملاحظه‌تر است. در بروز PTSD، در این نوع روسپی‌گری‌ها تفاوت دیده نمی‌شود و این مسئله نشانگر آن است که آسیب روانشناختی در عمل روسپیگری، یک آسیب

درونی است. شخص چه در خیابان و چه در روسپی خانه روسپی‌گری کند، تفاوتی در میزان PTSD وجود ندارد؛ همان طور که تفاوت PTSD به محل یا کشوری که فرد در آن زندگی می‌کند ارتباط ندارد.

علاوه بر مسئله روسپیگری، سایر عوامل درگیر در بروز و شدت PTSD به شرح زیر است: میزان بیکاری در زامبیا در زمان مطالعه ۹۰ درصد است و بسیاری از زنان مورد مصاحبه و کودکانشان «گرسنه» هستند.

علیرغم تفاوت نمونه‌ها و تفاوت‌های فرهنگی، در شدت PTSD تجربه شده تفاوتی وجود نداشت.

آمار ۶۷ درصد تجربه PTSD، از ۴۷۵ نفر پاسخ دهنده، بسیار مشابه آمار قربانیان تجاوز (۷۰ درصد) در ایرلند شمالی (Bownes et al, 1991) و یا زنان مضروب بی خانمان (۸۴-۴۵ درصد) می‌باشد (Foy- kemp et al, 1991).

پاسخ دهندگان به این سؤال که برای ترک روسپیگری به چه چیز نیاز دارند، بر مسائل و مدارک خاصی تاکید داشتند. اکثر این افراد (۹۲ درصد) خواهان ترک روسپیگری بودند، ۷۳ درصد به آسایشگاه برای اقامت، ۷۰ درصد به آموزش شغلی و ۵۹ درصد به مراقبتهای بهداشتی نیازمند بودند.

در واقع نیاز این افراد، مشابه سایر افراد اجتماع است؛ خانه، تحصیل، شغل، شریک زندگی، مراقبت بهداشتی و اجتماعی (Hoigard & Finstad, 1992). سوالی که از این تحقیق منتج می‌شود این نیست که آیا شخص باید انتخابی چون روسپی بودن برای خود داشته باشد؟ بلکه سوال این است که آیا شخص حق و حقوقی برای روسپی بودن دارد؟ اغلب تحقیقات و مطالعات روانشناختی و پزشکی نسبت به صدمه جسمی و هیجانی ماهیت روسپیگری ملاحظات اندکی دارند و انتقال HIV، تنها ریسک فاکتور (خطر احتمالی) مورد بحث در اکثر مقالات و کتب پزشکی است.

Pedersen (1994) می‌گوید: علاقه و انگیزه برای کنترل انتشار عفونت HIV، تمایل برای قانونی کردن روسپیگری را به عنوان یک شغل به دنبال داشته است. قانونی کردن یا جرم

زدایی از روسپی‌گری، این عمل را بهنجار جلوه می‌دهد، در حالی که به نظر نمی‌رسد قانونمندی روسپی‌گری، زندگی زنان روسپی را بهبود بخشد.

طبق تحقیقات و مصاحبه‌های ما، قانونی کردن ممکن است حتی شرایط زندگی آنها را بدتر کند. قانونی کردن روسپی‌گری، دولت را جانشین قوادها می‌کند و برای مشتریان امکان رابطه جنسی بدون دغدغه بیماری‌های مقاربتی و عفونت HIV را فراهم می‌سازد (HIV- STDFree). جرم زدایی از عمل روسپی‌گری، اساساً به نفع مشتریان و قوادهاست و نه به نفع روسپیان. در واقع ما مدعی هستیم که به جای تعقیب قانونی افراد روسپی، مشتریان و قوادها باید تحت پیگرد شدید قرار بگیرند.

گفته‌های مدافعان قانونی کردن روسپی‌گری (که این عمل را انتخاب آزادانه، دلیرانه و فریبنده شغل می‌دانند و مدعی هستند که این زنان در انتخاب مشتری و نوع عملکرد رابطه جنسی آزادند و اینکه روسپی‌گری «طبقه بالا» متفاوت از روسپی‌گری خیابانی است)، هیچ کدام در مطالعه ما تایید نشد. طبق یافته‌های تحقیق، اکثر این زنان فقیرند، ۷۲ درصد بی‌خانمان و ۹۲ درصد مایل به ترک روسپی‌گری هستند. این آمار نشانگر فقر و فقدان راه نجات برای آنان است. درصد بسیار کمی از این افراد از طبقه متوسط هستند. به جای آنکه روسپی‌گری، بهره‌کشی و تجاوز به حقوق بشر در نظر گرفته شود، بیشتر به عنوان تنها شغل ممکن یا قابل قبول برای زنان فقیر، بومی و رنگین پوست به شمار می‌رود؛ آن‌گاه که در طبقه بندی نژادی و جنسی، وحشیانه در آخرین طبقه قرار می‌گیرند. به عنوان مثال: ۸۰ درصد زنان روسپی خیابانی در کانادا، زنان بومی هستند (Lynne, 1998) و این افراد برای انتخاب و فرار از طبقه جنسی از حداقل امکانات برخوردارند.

در روسپی‌گری، برتری و غلبه مردانگی به عنوان جنسیت نفرت‌انگیز است (Dowr Kin, 1997). برای اکثر زنان دنیا، روسپی‌گری تجربه در دام افتادن و شکار شدن، مغلوب شدن، مورد تهاجم جنسی قرار گرفتن و به صورت جسمی یا کلامی مصدوم شدن می‌باشد. ماهیت روسپی‌گری خشونت‌های متعددی بر ضد حقوق بشر دارد. آزار جنسی، بردگی اقتصادی و مالی، محرومیت آموزشی، تبعیض شغلی، خشونت خانگی، نژاد پرستی، طبقه

اجتماعی پرستی (اگر بی پولی، پس ارزش درمان نداری)، ابتلا به تهاجم جنسی و جسمی، مستعد برای حمله فیزیکی و بدنی تا حد شکنجه.

از دیدگاه اکثر مصاحبه شوندگان، بهترین تعریف برای روسپیگری این است: «تنها یک وسیله برای زنده ماندن است.» اگر کسی جایی برای خوابیدن، غذایی برای خوردن و تا حدی در امان بودن از کنار خیابان ماندن می‌خواهد پس باید اجازه دهد که از نظر جنسی مورد سوءاستفاده و تهاجم قرار گیرد. در بدترین حالت، روسپیگری، بچه دزدی، شکنجه و فروش اعضای بدن به وسیله شخص سوم به دنبال دارد.

آنچه برای نجات لازم است: آموزش عمومی برای توجه و هشدار دادن این نکته است که روسپی‌گری خشونت ذاتی و درونی به روسپیان است و همچنین ارائه دادن برنامه‌هایی برای نجات این افراد از روسپی‌گری. این برنامه، باید چیزی بیشتر از دادن کاندوم یا ارائه برنامه آموزش رابطه جنسی سالم و ایمن باشد. تغییر نگرش اجتماعی به این زنان بسیار مهم است؛ چرا که انتخاب راههای ارزشمند از تعداد آنها می‌کاهد. درمانهای روانشناختی برای اختلالات استرس پس از سانحه حاد (Acute PTSD) ناشی از خشونت جنسی و اسارت روسپیگری، به همان نسبت صدمات طولانی مدت ناشی از سوء استفاده یا غفلت در کودکی ضروری است. درمان اعتیاد به الکل و مواد مخدر و مراقبت‌های بهداشتی باید به سایر برنامه‌های ارائه شده به افرادی که روسپیگری را رها می‌کنند اضافه شود. ما باید به عنوان افراد جامعه به آنها شغل و مامن و کاشانه دهیم تا بتوانند روسپیگری را ترک کنند.