

موقف العاملين في مجال التمريض-القبالة- تجاه احتياجات الصحة الجنسية والإيجابية للمراهقين في كينيا وزامبيا

بقلم: لينيا وارينوس،^أ إليزابيث فاكسيليد،^ب بترونيليا تشيشيمبا،^ت جويس موساندو،^د أنطوني أوجاني،^{هـ} إيفانيسن^و

أ - طالبة دكتوراه، شعبة الصحة العامة، قسم علوم الصحة العامة، معهد كارولينسكا، ستوكهولم، السويد. البريد الإلكتروني: Linnea.Warenius@ki.se

ب - أستاذة مساعدة مُحاضرة، شعبة الصحة الدولية، قسم علوم الصحة العامة، معهد كارولينسكا

ت - مُعلمة رئيسية، مدرسة كيتوي للتمريض، كيتوي، زامبيا

ج - أستاذة مُحاضرة، قسم علوم التمريض، جامعة نيروبي، نيروبي، كينيا

د - مُحاضر، قسم علوم التمريض، جامعة نيروبي

و - أستاذة مُحاضرة، شعبة الصحة الإيجابية ورعاية ما قبل الولادة، قسم صحة المرأة والطفل، معهد كارولينسكا، كلية علوم الحياة، جامعة سكوفدي، ستوكهولم، السويد

ترجمة: شہرت العالم

موجز المقال: تُعد الحياة الجنسية للمراهقين قضية أخلاقية مشحونة في كل من كينيا وزامبيا، ويُعد العاملون في مجال التمريض-القبالة هم المسؤولون أساسًا عن تقديم الرعاية الصحية الأساسية في خدمات الصحة الجنسية والإيجابية للمراهقين. بيد أن استخدام المراهقين لمرافق الصحة العامة محدود. ولذا، كان هدف هذه الدراسة يكمن في بحث مواقف العاملين في مجال التمريض-القبالة (وعدددهم ٨٢٠) في كينيا وزامبيا تجاه مشاكل الصحة الجنسية والإيجابية للمراهقين، بغية تحسين الخدمات المقدمة للمراهقين. جُمعت البيانات عن طريق استبيان، وكشفت النتائج عن أن العاملين في مجال التمريض-القبالة لا يوافقون على نشاط المراهقين الجنسي - بما في ذلك الاستمناء، واستخدام موانع الحمل، والإجهاض - لكنهم يتخذون أيضًا موقفًا براجماتيًّا في التعامل مع هذه القضايا، أما من حصلوا على قدر أكبر من التعليم، ومن حصلوا على تعليم مستمر، حول نشاط المراهقين الجنسي والإيجابي، فقد أظهروا ميلًا أكبر نحو المواقف الودودة تجاه الشباب. ونحن نطرح ضرورة تشجيع التفكير النقدي حول الأبعاد الثقافية والأخلاقية لحياة المراهقين الجنسية، من خلال التدريب الجماعي والتعليم المستمر، بغية مساعدة العاملين في مجال التمريض-القبالة على التعامل بمزيد من التعاطف مع واقع الحياة الجنسية للمراهقين. ويمكن لمن يشغلون مواقع أيضًا في التمريض والمناصب القيادية الأخرى القيام بدور مهم في تشجيع النقاش الاجتماعي الأوسع لهذه المسائل، وهو الأمر الذي يخلق بيئة أكثر تسامحًا تجاه حياة المراهقين الجنسية، وأكثر إقرارًا بتأثير الصحة العامة المفيد على زيادة فرص المراهقين للحصول على الخدمات الصديقة للشباب في مجال الصحة الجنسية والإيجابية. © مجلة قضايا الصحة الإيجابية ٢٠٠٦

Nurse-Midwives' Attitudes towards Adolescent Sexual and reproductive Health Needs in Kenya and Zambia.

Linnea U Warenius, Elisabeth A Faxelid, Petronella N Chishimba,

Joyce O Musandu, Antony A Ong'any, Eva B-M Nissen, Reproductive Health Matters 2006; 14(27):119-128

الكلمات الدالة: المراهقون، الحياة الجنسية، المعتقدات/المعايير/القيم، تدريب مقدمي الخدمات، الخدمات الصديقة للشباب، التفكير النقدي، كينيا، زامبيا.

كينيا وبيمبا في زامبيا. أن تكون الفتاة عفيفة قبل الزواج. ومن ناحية أخرى. تسمح سيوا في زامبيا بقدر محدود ومتكتم من العلاقات الجنسية بين الشباب. بيد أن أغلب المجموعات العرقية تشترط أن النساء الشباب لا ينبغي أن يكون لديهن أطفال خارج إطار الزوجية.^{٣-٥} توجد في كل من كينيا وزامبيا ميول دينية قوية. والديانة السائدة في البلدين هي مزيج من المعتقدات التقليدية والمسيحية. ويعتق جزء صغير من السكان الإسلام.^١ وبغض النظر عن الانتماء الديني. فإن ممارسة الجنس محظورة قبل الزواج. أما التثقيف الجنسي. الذي كان يقع سابقاً على عاتق الأكبر سنّاً داخل الأسرة. فقد أصبحت المدارس والكنايس والمنظمات غير الحكومية تتولاه على نحو متزايد. على أن أجنادات هذه المؤسسات غالباً ما تختلف. مما يسفر عن رسائل متضاربة. فبعضها خاصة المنظمات غير الحكومية. يؤيد استخدام الواقي في حياة الشباب الجنسية؛ بينما يؤكد البعض الآخر. خاصة المنظمات الدينية. الامتناع عن الممارسة الجنسية قبل الزواج.^٦ علاوة على ذلك. أدى التحديث إلى إطالة عملية التعليم الرسمي وتأجيل سن الزواج. وعلى الرغم من أن معظم المراهقين يقولون إنهم لا يوافقون على ممارسة الجنس قبل الزواج. لأنه يُعتبر إنثماً. فإن كثيرين منهم يمارسون الجنس بسبب وقوعهم في الحب. ورغبتهم في التجربة.^٨

يبلغ متوسط السن لأول اتصال جنسي ١٧ سنة في كينيا. للفتيان والفتيات على حد سواء؛^٩ ويبلغ ١٨ سنة للفتيان و١٧ سنة للفتيات في زامبيا.^{١٠} ويُعد الفقر سبباً آخر لممارسة الفتيات الجنس قبل الزواج. ففي كينيا. تحصل ٢١٪ من المراهقات على المال. أو الهدايا. أو الهبات نظير الممارسة الجنسية. بينما يدفع ١٧٪ من الفتيان المراهقين نظير الممارسة الجنسية.^٩ وتبلغ النسب المناظرة في زامبيا ٤٠٪ للفتيان و٢٧٪ للفتيات.^{١١}

تتمثل السياسات الحكومية. في كل من كينيا وزامبيا. في توفير خدمات منع الحمل لجميع الرجال والنساء الناشطين جنسياً.^{١٢} لكن وصول

يُعد الحمل غير المرغوب فيه. والإجهاض غير الآمن. والأمراض المنقولة جنسياً. بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية. من مشكلات الصحة العامه الرئيسية التي تواجه المراهقين والشباب الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و٢٤ سنة في العديد من بقاع العالم.^١ وقد شهد عام ١٩٩٤ إدراج الحقوق الصحية والإيجابية للمراهقين في الأجندة الدولية. للمرة الأولى. في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. وعلى الرغم من الاتفاقات العالمية. فإن خدمات الصحة الإيجابية لاتزال قاصرة. ولا تزال احتياجات الصحة الجنسية والإيجابية للمراهقين قضية مُهملة في كثير من البلدان.^١

يستهدف هذا المشروع قضايا الصحة الإيجابية بين الشباب. من خلال شبكة تتألف من العاملين في مجال التمرّض-القبالة من كينيا وزامبيا والسويد. حيث تُعتبر علاقاتهم بالمراهقات إشكالية. مما أدى إلى تقلص استخدام الشباب لخدمات الصحة الإيجابية والجنسية. وقد سعينا في هذه الدراسة. إلى التعرف على المواقف في بلدين متجاورين. لديهما نظم صحية مختلفة جزئياً وقوانين مختلفة حول الإجهاض المستحث. وتُعد الدراسة الواردة في هذه الورقة جزءاً من مشروع أكبر يهدف إلى تحسين خدمات الصحة الجنسية والإيجابية للمراهقين في كينيا وزامبيا.

الصحة الجنسية والإيجابية للمراهقين في كينيا وزامبيا

لقد شهد السياق الاجتماعي-الثقافي. الذي يجد فيه المراهقون في كينيا وزامبيا أنفسهم. تغييراً كبيراً خلال الأجيال القليلة الماضية. ففي البلدين. كما في معظم أنحاء أفريقيا. يمر المراهقون بخبرة الاضطرابات الاجتماعية الناجمة عن تضارب القيم في ظل زيادة حَوْل بلدانهم نحو التصنيع والطابع الحضري. وتختلف المعايير الاجتماعية حول حياة المراهقين الجنسية باختلاف المجموعات العرقية. وعلى سبيل المثال: تتوقع بعض المجموعات العرقية الرئيسية في المناطق التي أُجريت فيها هذه الدراسة. مثل لوه في

العاملون في مجال التمريض-القبالة يوفرون الرعاية الصحية الجنسية والإيجابية

يشكل العاملون في مجالي التمريض والتمريض-القبالة، في شرق وجنوب أفريقيا الشرقية والجنوبية، أكبر عدد من مقدمي خدمات الرعاية الصحية، وهم أكثر فئات العاملين في المجال الصحي الذين تلتقي بهم المراهقات لتلبية احتياجات صحتهم الجنسية والإيجابية^{١٦} وتشمل الخدمات تقديم المشورة والعلاج في الأمراض المنقولة جنسيًا، بما فيها فيروس نقص المناعة البشرية، فضلاً عن توفير وسائل منع الحمل. وعلاوة على ذلك، يقدمون خدمات الرعاية الصحية للأمهات والأطفال^{١٧}، فضلاً عن رعاية الإجهاض. على الرغم من القيود الشديدة المفروضة عليه^{١٨}

تتوفر خدمات الصحة العامة إلى حد كبير في البلدين، لكن استخدامها محدود من جانب المراهقين لأسباب مختلفة. وتُعد السرية، فضلاً عن مواقف مقدمي الخدمات الصحية، قضيتين مهمتين تؤثران على استخدام، أو عدم استخدام، الشباب لمراقق الصحة^{١٩}. تشير الدراسات من كينيا وزامبيا إلى أن سلوك الموظفين لا يشجع الشباب على ارتياد العيادات، أو القيام بزيارات المتابعة، وعلى سبيل المثال: يُفضل المرضى الشباب المصابين بأمراض منقولة جنسيًا اللجوء إلى المعالجين التقليديين، نظراً لعدم حساسية المهنيين الصحيين؛ كما يواجه المراهقون صعوبات في الحصول على وسائل منع الحمل من المرافق العامة للصحة^{٢٠-٢٢}

يُعد الإجهاض مسألة حساسة للغاية، وتواجه الشباب اللاتي يحتجن إلى الرعاية في حالات الإجهاض، أو بعد الإجهاض، مواقف سلبية من جانب الموظفين^{٢٣،٢٤}

قد تؤثر القيم والآراء الشخصية للمهنيين الصحيين، بما فيهم العاملون في مجال التمريض-القبالة، على نوعية الرعاية، فضلاً عن تأثيرها على إمكانية الحصول على الخدمات، ولذلك، من المهم زيادة فهمنا لمواقف مقدمي تلك الخدمات؛ وإذا لزم الأمر، إيجاد سبل لتغيير هذه المواقف غير المواتية

المراهقين إلى هذه الخدمات محدود في الواقع^{٢٥،٢٦} وهو الأمر الذي يترك للمراهقين الامتناع الدوري عن الممارسة الجنسية باعتباره خيار الوقاية الوحيد. كما يجعل الحمل في سن المراهقة مشكلة متزايدة^{٢٧} وعلى سبيل المثال: تُحد حمل المراهقات كأحد الأسباب الرئيسية للتسرب من المدرسة في كينيا، وأيضاً في زامبيا^{٢٨،٢٩} ووجدنا أن الرغبة في مواصلة التعليم هي السبب الرئيسي وراء لجوء الفتيات غير المتزوجات في زامبيا إلى الإجهاض المستحث. فعلى الرغم من أن الإجهاض قانوني في زامبيا، فإن المراهقات يلجأن إلى الإجهاض غير القانوني نظراً لعدم إمكانية الوصول إلى خدمات الإجهاض القانوني، فضلاً عن أنها تُعتبر غير مقبولة^{٣٠} وقد كشفت نتائج الدراسة في الإقليم الغربي في زامبيا أن فتاة في مدرسة تضم ١٠٠ فتاة توفت بسبب المضاعفات المرتبطة بالإجهاض. كما أظهرت الدراسات المستندة إلى المستشفى في نيروبي، كينيا، أن الإجهاض غير الآمن يتسبب في حوالي ٣٥٪ من وفيات الأمهات^{٣١}، وعلاوة على ذلك، تنعكس بوضوح عواقب الممارسة الجنسية دون وقاية في ارتفاع معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشرية بين المراهقين في البلدين. يوجد أعلى معدل للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية في كينيا بمقاطعة نيانزا، حيث جرى جزء من هذه الدراسة، حيث بلغ ١٤٪ للرجال والنساء الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥-٤٩ سنة، وتصل نسبة انتشار فيروس نقص المناعة البشرية بين المراهقين، الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥-١٩ حوالي ٢٪^{٣٢} ويوجد بمقاطعة حزام النحاس في زامبيا، حيث أجريت هذه الدراسة، ثاني أعلى معدل لانتشار فيروس نقص المناعة البشرية (٢٠٪) بين السكان عموماً، ويبلغ معدل إصابة المراهقين، الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥-١٩ سنة بفيروس نقص المناعة البشرية الموجب حوالي ٥٪^{٣٣} وبالتالي، ينخرط بعض المراهقين في ممارسة الجنس دون وقاية قبل الزواج، مما يسفر عن عواقب مدمرة، على الرغم من الحظر الأخلاقي.

فيهم العاملون في المناوبات الليلية. على استبيان للإجابة عليه بشكل شخصي. وحفاظًا على خصوصية المشاركين. لم يضم الاستبيان أسماء الباحثين.

في كينيا. هناك ٤٢٠ من ما يقرب من ٦٠٠ من العاملين في مجال التمريض-القبالة المتحقيين والمُسجلين* يعملون في مجال خدمات الصحة الجنسية والإيجابية بالمنطقة تحت الدراسة. حيث جرى تعيينهم من المستشفيات والمراكز الصحية الحكومية والخاصة. ولأسباب لوجستية. استُثنت المرافق الصحية النائية والثانوية. التي تضم عددًا من العاملين في مجال التمريض-القبالة يتراوح بين ٣ و١٠. في زامبيا. هناك ٤٠٠ من حوالي ٤٥٠ من العاملين في مجال التمريض-القبالة المتحقيين والمُسجلين في مجال خدمات الصحة الجنسية والإيجابية بالمنطقة تحت الدراسة. حيث جرى تعيينهم من المستشفيات والمراكز الصحية الحكومية والخاصة.

قامت مجموعة من الباحثات في مجال القبالة من السويد وأفريقيا جنوب الصحراء (بما فيهن ثلاث من المشاركات في هذا المقال) بتصميم استبيان حول مواقف العاملين في مجال التمريض-القبالة تجاه مشكلات الصحة الجنسية والإيجابية للمراهقين. استنادًا إلى خبراتهن الإكلينيكية. كان الاستبيان باللغة الإنجليزية. وهي اللغة الرسمية في البلدين. وقد تم تجربته مع مجموعة من القابلات اللاتي يعملن في خدمات الصحة الإيجابية بمستشفى نيروبي في كينيا. والمستشفى المركزي في كيتوي في زامبيا؛ وعُرض في كيب تاون. جنوب أفريقيا. في عام ٢٠٠١

* يحصل العاملون في مجال التمريض-القبالة. المتحقون. على تدريب لمدة عامين على التمريض وتدريب لمدة عام على القبالة. ويقتصر دورهم المهني على العمل الإكلينيكي. ويحصل المسجلون على تدريب لمدة ثلاث سنوات على التمريض وتدريب لمدة عام على القبالة. ويشمل دورهم المهني العمل الإداري. فضلًا عن الإكلينيكي.

لكي يتمكن من تشجيع المراهقين على الاستفادة من الخدمات الصحية لتلبية احتياجات صحتهم الجنسية والإيجابية. لقد كان هدف هذه الدراسة يتمثل في دراسة مواقف العاملين في مجال التمريض-القبالة في كينيا وزامبيا تجاه حياة المراهقين الجنسية وما يتعلق بها من مشكلات الصحة الإيجابية. بغية تحسين خدمات الصحة الإيجابية والجنسية للمراهقين.

المنهاج

أجري مسح عبر قطاعي للعاملين في مجال التمريض-القبالة الذين يعملون في مجال خدمات الصحة الجنسية والإيجابية بمقاطعتين في كينيا وزامبيا خلال الفترة الواقعة بين سبتمبر وديسمبر ٢٠٠١.

وافقت لجان الأخلاقيات في كينيا وزامبيا والسويد على هذه الدراسة. وقبل جمع البيانات. تم إبلاغ العاملين في مجال التمريض-القبالة المدعويين للمشاركة بأهداف الدراسة. وأن مشاركتهم طوعية. ومن حقهم الانسحاب في أي وقت.

أجريت الدراسة في المناطق الحضرية والريفية بمقاطعتي ناكورو وكيسومو في كينيا. اللتين تضمان ١٥ إدارة. حيث جرى اختيار أكبر ١٠ إدارات لتشكيل إطار العينة. في زامبيا. تشكلت مقاطعتا كيتوي وندولا. وهما من المناطق الحضرية أساسًا. إطار العينة. كانت الجماعات العرقية الغالبة في مجالات الدراسة هي: لوه وكيكويو وكالينجين في كينيا. وبمبا في زامبيا. على أن العاملين في مجال الصحة بالبلدين كانوا ينتمون إلى مختلف الجماعات العرقية. نظرًا لأن تعيينهم كان من أجزاء مختلفة من البلد.

تمثلت معايير التضمين الرئيسية لهذه الدراسة في ضرورة أن يكون المشاركون من العاملين في مجال التمريض أو التمريض-القبالة الذين حصلوا على تدريب (وللتبسيط. سنطلق عليهم في هذه الورقة العاملين في مجال التمريض-القبالة) ويعملون في مجال خدمات الصحة الجنسية والإيجابية للمراهقين بالمناطق المختارة. حصل جميع المشاركين الموجودين. بما

قسمنا النتائج إلى أربعة موضوعات: الحياة الجنسية للمراهقين. واستخدام موانع الحمل. والحمل والإجهاض. وتعدد العلاقات الجنسية. تُعرض نتائج كل بلد على حدة بكل موضوع. قمنا أيضًا بتحليل المواقف عبر التعليم المستمر في مجال الصحة الجنسية والإيجابية. ولدى العاملين في مجال التمريض-القبالة الملتحقين والمسجلين. وفيما يتعلق بأي اختلافات حسب العُمُر. وجدنا اختلافات قليلة وضعيفة للغاية في المواقف بين مختلف المجموعات العمرية. ولم توضح الاختلافات التي وجدناها أي اتجاه معين. في إحدى العبارات. كان العاملون في مجال التمريض-القبالة الأصغر سنًا أكثر تقييدًا. وفي عبارة أخرى وجدنا العكس. ولذلك قررنا عدم تقديم هذه النتائج. علاوة على ذلك. لم نجد أية اختلافات في المواقف بينهم وفقًا للدين. وعرضنا فقط العبارات التي توضح فارقًا كبيرًا في ما يتعلق بهذه المتغيرات الأساسية.

معدل الاستجابة

في كينيا. طلبنا من ٤٢٠ من العاملين في مجال التمريض-القبالة المشاركة. لم يرد ٩٨ منهم على أجزاء الاستبيان الخاصة بالخلفية الديموجرافية. أو جزء الاتجاهات. وليس لدينا أية معلومات أخرى عنهم. ومن ثم. قمنا بتحليل بيانات ٣٢٢ منهم. بمعدل استجابة يبلغ ٧٧٪ (الجدول ١). في زامبيا. طلبنا من ٤٠٠ من العاملين في مجال التمريض-القبالة المشاركة. لم يرد ١٥ منهم على أي من جزئي الاستبيان. ولا تتوفر لدينا أية معلومات أخرى عنهم. ومن ثم. قمنا بتحليل بيانات ٣٨٥. بمعدل استجابة يبلغ ٩٦٪ (الجدول ١).

** "تعدد الممارسة الجنسية" هي عبارة ثقيلة في كينيا وزامبيا. فالشخص الذي تتعدد ممارساته الجنسية هو الشخص الذي يُعتقد أن لديه العديد من الشركاء الجنسيين. وبالتالي يُعتبر شخصًا سيئًا أخلاقيًا. تقترن عادة الأمراض المنقولة جنسيًا بسلوك تعدد الممارسة الجنسية. وتُلقح بالمرض عادة وصمة في العيادات.

في حلقة عمل للمهنيات الصحيات الأفارقة والأوروبيات اللاتي يتعاملن مع مسائل الصحة الإيجابية للمراهقين. لمعرفة مدى سهولة فهم المفاهيم والتعبيرات المستخدمة في الاستبيان. وقد تضمن الاستبيان النهائي البيانات الأساسية (٤١ عبارة. ونحن نركز في هذه الدراسة. على ١٧ من تلك العبارات. حيث إنها تتعلق بحياة المراهقين الجنسية. واستخدام موانع الحمل. والحمل والإجهاض. وتعدد الممارسة الجنسية.* كانت توجد أربعة اختيارات للإجابة أمام كل عبارة: لا أوافق على الإطلاق. لا أوافق. أو أوافق تمامًا.

مقاييس الاتجاهات لها محددات معروفة. خاصة عند قياس الظواهر المعقدة. لكنها قد تكون مفيدة للحصول على صورة كلية من مجموعات كبيرة. ولتجنب التحيز الناتج عن توجه الإجابة وتعزيز الصدق الداخلي. أدرجت عبارات صيغت إيجابيًا وسلبيًا في أداتنا. وعلاوة على ذلك. كنا نرغب أن يتخذ المشاركون موقفًا واضحًا لدى كل عبارة. ولذا قررنا عدم إدراج البديل «ولا هذا ولا ذلك». يُعتبر نموذج الإجابة ذو النقاط الأربع مفيدًا عند دراسة التغيرات في الاتجاهات مع مرور الزمن. كما هو الحال قبل وبعد أي تدخل. عند وجود حاجة إلى أداة جيدة الصقل. بيد أننا في هذه الدراسة المقطعية. وبغية إلقاء الضوء على الاتجاهات العامة. والحصول على نظرة أكثر وضوحًا لمواقف الباحثين. قمنا بتجميع العبارات في نموذج للإجابة من نقطتين. بحيث جمعنا «لا أوافق» و«لا أوافق على الإطلاق» في نقطة واحدة. وجمعنا «أوافق» و«أوافق تمامًا» في نقطة أخرى.

استخدمنا النسخة العاشرة لبرنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS "v.10". وأوضحنا البيانات الوصفية للمتغيرات الإسمية. عبر جداول مزدوجة. واستخدمنا الوسيط الحسابي للبيانات المثلثة كمقياس دوري "Interval". كما استخدمنا اختبار مربع كاي "chi-square" في التحليلات التي تضم مقارنات للنسب. وقد حددنا مستوى الدلالة عند ٠,٠٥.

الجدول ١. إطار اختيار عينة العاملين في مجال التمريض-القبالة في كينيا وزامبيا

زامبيا	كينيا	
٦٠٠	١٥٠٠	العدد التقريبي للعاملين في مجال التمريض-القبالة في المنطقة تحت الدراسة
٤٥٠	٦٠٠	العدد التقريبي للعاملين في مجال التمريض-القبالة الذين يعملون في مجال رعاية الصحة الجنسية والإيجابية في المنطقة تحت الدراسة
٤٠٠	٤٢٠	عدد العاملين في مجال التمريض-القبالة الذين طُلب منهم المشاركة
٣٨٥	٣٢٢	عدد الاستبيانات التي تم تحليلها (البيانات الأساسية والعبارات)
٪٩٦	٪٧٧	معدل الإجابة

والإيجابية للمراهقين/المراهقات (الجدول ٢).

المواقف تجاه مشكلات الصحة الجنسية والإيجابية للمراهقين

الحياة الجنسية للمراهقين

اتفق أغلبية العاملين في مجال التمريض-القبالة في البلدين (٧٧٪ في كينيا، و٨١٪ في زامبيا) على أن «خيارهم الأول سيتمثل في توصية المراهقين، غير المتزوجين من الذكور والإناث، بالامتناع عن ممارسة الجنس عندما يسألون عن موانع الحمل». ولم يوافق جميعهم تقريباً (٩٥٪ في كينيا و٩٤٪ في زامبيا) على أنه «من المهم للفتيان أكثر من الفتيات الدخول في التجربة الجنسية قبل الزواج». وبالمثل، لم يوافق أكثر من ٩٦٪ في البلدين على «ضرورة ترك الحرية للمراهقين الذكور والإناث لتلبية احتياجاتهم الجنسية».

وفيما يتعلق بالاستمناء *** اتفقت أغليبتهم (٨٢٪ في كينيا، و٨١٪ في زامبيا) على أنه «من الضروري أن يدرس الفتيان المراهقين خطر الاستمناء». وعلاوة على ذلك، لم يوافق ٧٢٪ و٦٣٪ في كينيا وزامبيا على التوالي أن «الاستمناء وسيلة جيدة لمنع الحمل غير المرغوب فيه، والأمراض المنقولة جنسياً وفيروس الإيدز للفتيات».

*** هناك وجهات نظر مشتركة حول الاستمناء في البلدين، تعتبره فعلاً مُخزناً بل يمثل حتى خطورة. وعلى سبيل المثال، يقولون إن من يمارسون الاستمناء يعانون من اضطرابات نفسية أو مشاكل في الخصوبة.

ترجع أسباب عدم ملء الاستبيانات إلى الافتقار إلى الوقت والمسافات الكبيرة التي ينبغي قطعها للوصول إلى المراكز الصحية، مما جعل من الصعب على المساعدات البحثيات تذكير العاملين في مجال التمريض-القبالة بإكمال الاستبيان. كان هذا السبب الأخير يمثل الحال بصفة خاصة في كينيا. تراوح معدل عدم الإجابة على عبارة واحدة من بين ١٥٠١ عبارة (٥٪) في كينيا، وبين ٨٠١ عبارة (٢٪) في زامبيا.

المشاركون

في البلدين، كانت الغالبية العظمى من العاملين في مجال التمريض-القبالة والمشاركين من النساء. في كينيا، وتراوحت الفترة العمرية بين ٢٢ و٥٤ سنة (التوسط ٣٧ سنة)؛ وفي زامبيا، تراوحت الفترة العمرية للمبحوثين بين ٢٢ و٦٠ سنة (التوسط ٣٩ سنة). ونظراً لاختلاف بنية نظامي الصحة، فضلاً عن أن عددًا من مراكز الصحة الصغيرة (أساسًا في كينيا) لم تُدرج في إطار أخذ العينات، فقد اختلف مكان العمل بين البلدين. في البيئة الكينية، كان أغلب العاملين في مجال التمريض-القبالة يعملون في المستشفيات؛ بينما كان أغلبهم في زامبيا يعمل في مراكز الصحة. في كينيا، أمضى المبحوثون ما يتراوح بين سنة إلى ٣٩ سنة في هذه المهنة (١٢ سنة في المتوسط)؛ وفي زامبيا، من سنة إلى ٣٤ سنة (١٥ سنة في المتوسط)، لم يحصل غالبيتهم، في البلدين، على أي تعليم مستمر يتعلق بقضايا الصحة الجنسية

الجدول ٢. بيانات أساسية حول العاملين في مجال التمريض-القبالة في كينيا وزامبيا

زامبيا العدد (%)	كينيا العدد (%)	
(العدد = ٣٨٥)	(العدد = ٣٢٢)	الجنس
٣٧٤ (٩٧)	٢٧٧ (٨٦)	نساء
١١ (٣)	٤٥ (١٤)	رجال
(العدد = ٣٨٥)	(العدد = ٣٢٠)	الدين
٢٩٢ (٧٦)	٢٢٤ (٧٠)	بروتوستانت
٩٠ (٢٣)	٩٢ (٢٩)	كاثوليك
٠ (٠)	٣ (٠,٩)	مسلمون
٣ (١)	١ (٠,٣)	لا يوجد
(العدد = ٣٨٥)	(العدد = ٣١٧)	الخلفية المهنية
٢٦٦ (٦٩)	٢٣٦ (٧٤)	ملتحقون
١١٩ (٣١)	٨١ (٢٦)	مسجلون
(العدد = ٣٨٥)	(العدد = ٣١٩)	مكان العمل
١٢٠ (٣١)	٢٢٥ (٧١)	مستشفى
٢٢٧ (٥٩)	٧٠ (٢٢)	مركز صحي
٣٥ (٩)	١٣ (٤)	عيادة خاصة
٣ (١)	٦ (١)	عيادة للشباب
٠ (٠)	٥ (٢)	مستوصف
(العدد = ٣٨٤)	(العدد = ٣٢٠)	التعليم المستمر المتعلق بالصحة الجنسية والإيجابية للمراهقين
٦١ (١٦)	٦١ (١٩)	نعم ^١
٣٢٣ (٨٤)	٢٥٩ (٨١)	لا

(أ) عدد الأيام: في كينيا ٢٢٥-١ (٧,٥ في المتوسط); في زامبيا ١٨٠-١ (١٤ في المتوسط)

في ما يتعلق بإسداء المشورة بشأن الواقي وافق حوالي نصف المبحوثين في كينيا (٥٤٪) في المائة) والثلاثين (١٨٪) في زامبيا على «ضرورة إرشاد الفتیان من خارج المدارس حول كيفية استخدام الواقي الذكري». على أن ٥٩٪ من المبحوثين في كينيا و٤٧٪ في زامبيا لم يوافقوا على «الفتیان الملتحقين

**** يشير تعبير "من خارج المدارس" إلى الفتیان أو الفتیات الذين لم يلتحقوا على الإطلاق بالدرسة. أو توقف تعليمهم المدرسي.

استخدام وسائل منع الحمل

لم يوافق حوالي ثلثي (٦٩٪) المبحوثين في كينيا وحوالي نصف (٥٢٪) المبحوثين في زامبيا على «ضرورة تشجيع الفتیات في سن السادسة عشرة، من خارج المدارس **** على استخدام الواقي». ومع ذلك، وافق العاملون في مجال التمريض-القبالة في كينيا (٥٥٪) وزامبيا (٦٧٪) على أنه «إذا كانت إحدى الفتیات الملتحقات بالدرسة نشطة جنسيًا، فيجب السماح لها باستخدام وسائل منع الحمل».

الأعضاء التناسلية». في زامبيا. كانت الأرقام المقابلة ٣٧٪ لفتيان المدارس و٤٠٪ للفتيات. علاوة على ذلك، وافق ٦٧٪ و٤٦٪ من المبحوثين في كينيا وزامبيا، على التوالي، على أن «احتمالات تعدد العلاقات الجنسية لدى المراهقين من خارج المدارس أكثر من المراهقين الملحقين بالمدارس».

مقارنة بين مواقف أعضاء العاملين في مجال التمريض-القبالة الحاصلين وغير الحاصلين على تعليم مستمر

في كينيا، حصل عدد أكبر كثيرًا من العاملين في مجال التمريض-القبالة الذكور (٣١٪)، مقارنة بالإناث (١٧٪)، على تعليم مستمر يتعلق بالصحة الجنسية والإيجابية للمراهقين ($p = 0.026$). وبوجه عام، وافق عدد أكبر كثيرًا من الحاصلين على تعليم مستمر على استخدام المراهقين لوسائل منع الحمل. وفي الوقت نفسه، لم توافق أغليبتهم - سواء الحاصلين أو غير الحاصلين على تعليم مستمر - على الإجهاض. ومع ذلك، كانت هذه المواقف أقل تكرارًا إلى حد كبير في مجموعة الحاصلين على تعليم مستمر (الجدول ٣).

بالمدراس الذين يطلبون الواقي الذكري، يُظهرون بذلك حملاً للمسؤولية».

الحمل والإجهاض

وافقت أغلبية كبيرة من المبحوثين في كينيا (٨٨٪) وزامبيا (٨٧٪) على «ضرورة السماح للفتاة الحامل بالاستمرار في المدرسة». ولم توافق أغلبية (٨٣٪ في كينيا و٨٤٪ في زامبيا) على أن «الفتى الملحق بالمدرسة ويتسبب في حمل فتاة، يجب طرده من المدرسة».

وفيما يتعلق بالإجهاض، لم توافق الأغلبية في البلدين (٨٠٪ في كينيا، و٩٤٪ في زامبيا) على «ضرورة السماح بالإجهاض للفتيات المراهقات في حالات الحمل غير المرغوب فيه». على أن ٥٩٪ و٥٠٪ من العاملين في مجال التمريض-القبالة في كينيا وزامبيا على الترتيب لم توافق على أنهم «سيشعرون بالضيق إذا حضرت فتاة مراهقة تعاني من أعراض الإجهاض المستحث».

تعدد العلاقات الجنسية

في كينيا، لم يوافق أكثر من نصف المبحوثين على «ترجيح تعدد العلاقات الجنسية لدى طالب الثانوي (٥٦٪) أو طالبة الثانوي (٥٥٪) المصاب بقرحة في

الجدول ٣. مقارنة مواقف العاملين في مجال التمريض-القبالة في كينيا الحاصلين (العدد = ٦١) وغير الحاصلين (العدد = ٢٥٩) على تعليم مستمر حول الصحة الجنسية والإيجابية للمراهقين			
الإفادة	الحصول على تعليم مستمر حول الصحة الجنسية والإيجابية	العدد (%) للموافقين	قيمة p
ضرورة السماح للفتيات الملحقات بالمدرسة والنشيطات جنسيًا باستخدام موانع الحمل	نعم	٤٤ (٧٣٪)	٠,٠٠١
	لا	١٢٩ (٥٠٪)	
عندما يطلب الفتى الملحق بالمدرسة الحصول على الواقي الذكري، فإن ذلك يوضح حمّله للمسؤولية	نعم	٣٥ (٥٩٪)	٠,٠٠٢
	لا	٩٥ (٣٧٪)	
أعتقد أنه من الضروري السماح للفتيات المراهقات بالإجهاض في حالة الحمل غير المرغوب	نعم	٢٠ (٣٣٪)	٠,٠٠٩
	لا	٤٥ (١٨٪)	
سدأشعر بالضيق إذا حضرت فتاة مراهقة تعاني من أعراض الإجهاض المستحث	نعم	١٦ (٢٦٪)	٠,٠٠٨
	لا	١١٢ (٤٥٪)	

كثيرًا من الحاصلين على هذا التعليم إلى موافق ودودة تجاه الشباب. بشأن استخدام موانع الحمل والإجهاض وقرحة الأعضاء التناسلية. مقارنة بغير الحاصلين على هذا التعليم (الجدول ٤).

في زامبيا. حصل عدد من العاملين الذكور في مجال التمريض-القبالة (٢٧٪) أكبر من الإناث (١٦٪) على تعليم مستمر في الصحة الجنسية والإيجابية للمراهقين (p = ٠,٣٩٢). وبوجه عام، أشار عدد أكبر

الجدول ٤. مقارنة مواقف العاملين في مجال التمريض-القبالة في زامبيا الحاصلين (العدد = ٦١) وغير الحاصلين (العدد = ٣٢٣) على تعليم مستمر حول الصحة الجنسية والإيجابية للمراهقين			
الإفادة	الحصول على تعليم مستمر حول الصحة الجنسية والإيجابية	العدد (%) للموافقين	قيمة p
أعتقد أنه من الضروري تشجيع الفتيات اللاتي يبلغن ١٦ عامًا ومن خارج المدارس على استخدام الواقي	نعم	٣٩ (٦٤٪)	٠,٠٠٨
	لا	١٤٦ (٤٥٪)	
ضرورة السماح للفتيات الملتحقات بالمدرسة والنشيطات جنسيًا باستخدام موانع الحمل	نعم	٥٠ (٨٢٪)	٠,٠٠٧
	لا	٢٠٦ (٦٤٪)	
من الضروري إرشاد الفتيان الذين يبلغون ١٦ عامًا ومن خارج المدارس على استخدام الواقي	نعم	٥٢ (٨٥٪)	٠,٠٠٢
	لا	٢١٠ (٦٥٪)	
سأشعر بالضيق إذا حضرت فتاة مراهقة تعاني من أعراض الإجهاض المستحث	نعم	٢١ (٣٤٪)	٠,٠٠٧
	لا	١٧٠ (٥٣٪)	
من المحتمل تعدد العلاقات الجنسية لدى طالب الثانوي الذي يعاني من قرحة بالأعضاء التناسلية	نعم	٣٠ (٤٩٪)	٠,٠١٥
	لا	٢٠٨ (٦٦٪)	

تصبح حاملًا بالاستمرار في المدرسة» (p = ٠,٠١٨).

مناقشة

أظهرت النتائج التي توصلنا إليها، أن العاملين في مجال التمريض-القبالة المُتمدِّين لخدمات الصحة الجنسية والإيجابية للمراهقين يقفون عند نقطة تقاطع حاسمة بين قواعد المجتمع وقيمته- الذي يدعو إلى الامتناع عن ممارسة الجنس قبل الزواج - وواقع ممارسة المراهقين للجنس قبل الزواج. واحتياجهم إلى الواقي وموانع الحمل والإجهاض. على الرغم من أن هذه الدراسة ارتكزت على أربع مقاطعات في كينيا وزامبيا، إلا أن العاملين في مجال التمريض-القبالة

مقارنة مواقف العاملين الملتحقين والمسجلين في مجال التمريض-القبالة

في كينيا. وافق عدد من العاملين في مجال التمريض-القبالة الملتحقين (٢٨٪) أقل من المسجلين (٤٠٪) على «ضرورة تشجيع فتاة عمرها ١٦ سنة من خارج المدرسة على استخدام الواقي» (p = ٠,٠٤٩). ومع ذلك، وافق عدد من الملتحقين (٤٨٪) أكثر من المسجلين (٣٢٪) على «زيادة احتمالات تعدد الممارسة الجنسية لدى طالب الثانوي المصاب بقرحة في الأعضاء التناسلية» (p = ٠,٠١٣).

وفي زامبيا، وافق عدد من الملتحقين (٨٥٪) أقل من المسجلين (٩٣٪) على «ضرورة السماح للفتاة التي

المبجوثين في دراستنا بالضييق عند حضور فتاة تعاني من علامات الإجهاض المستحث. ومرة أخرى. انعكس في النتائج. كل من الإدانة والموقف الأكثر تفهّمًا. قد تعكس هذه الرؤى المتضاربة أن العاملين في مجال التمريض-القبالة. مثلهم مثل غيرهم من المهنيين الصحيين في مجال الصحة الإيجابية. يقعون عند نقطة تقاطع حاسمة بين قواعد المجتمع وقيمته من ناحية. وواقع ممارسة المراهقين للجنس قبل الزواج. من ناحية أخرى. وقد يرجع اتخاذ نهج أكثر برامجانية إلى الوعي بالعواقب الوخيمة لممارسة المراهقين للجنس دون وقاية. وهي العواقب التي يتعين على مقدمي الرعاية الصحية مواجهتها. أشارت أيضًا دراسة من فيتنام إلى تضارب المواقف بين طلاب التوليد فيما يتعلق بحياة المراهقين الجنسية: حيث رفض هؤلاء الطلاب. بوجه عام. علاقات المراهقين الجنسية قبل الزواج. وكذا الإجهاض. لكنهم أظهروا في الوقت نفسه مواقف متعاطفة واستعدادًا لدعم النساء الشابات اللاتي يتحملن عواقب الحمل غير المرغوب.^{٢٠}

تحفيز التفكير النقدي خلال التدريب والتعليم

علاوة على ذلك. أوضحت نتائجنا اتجاهًا نحو زيادة المواقف الودودة للشباب بين العاملين في مجال التمريض-القبالة الذين حصلوا على قدر أكبر من التعليم. وبين الذين تلقوا تعليمًا مستمرًا حول حياة المراهقين الجنسية والإيجابية. وبناء على هذه النتائج. فإننا نقترح ضرورة التشديد على التفكير النقدي. حول الأبعاد الثقافية والأخلاقية المقترنة بحياة المراهقين الجنسية. في أثناء التدريب بالمرحلة الجامعية وخلال التعليم المستمر. بهدف دفع العاملين في مجال التمريض-القبالة على التعامل مع واقع حياة المراهقين الجنسية. إن بعض الموضوعات التي تحتاج إلى مناقشة خلال التدريب لا تشمل فقط الإجهاض واستخدام موانع الحمل وحياة المراهقين الجنسية. لكنها تضم أيضًا - ونظرًا لحالة فيروس نقص المناعة البشرية الحادة في كينيا وزامبيا - المواقف السلبية تجاه الاستمناء. وليس أقلها أنه لا يسبب أي ضرر.

في البلدين ينتمون إلى أجزاء مختلفة فيهما. ويجري التناوب على أساس منتظم بين العيادات الصحية. وبالتالي ينتمون إلى المناطق الريفية والحضرية على السواء. ولذلك يمكن تعميم نتائجنا لتشمل مناطق أخرى في كينيا وزامبيا. يتقاسم فيها الأفراد الخلفية الثقافية نفسها للمبجوثين في هذه الدراسة. وفي الجمل: أفاد العاملون في مجال التمريض-القبالة في كينيا وزامبيا بمواقف مماثلة. وتتقدم بالتوصيات التالية للبلدين:

تضارب وجهات النظر حول حياة المراهقين الجنسية
أكدت هذا الدراسة أن حياة المراهقين الجنسية تُعد قضية أخلاقية مشحونة في كينيا وزامبيا. وبصفة عامة. استهجن العاملون في مجال التمريض-القبالة في البلدين ممارسة المراهقين للجنس قبل الزواج. واستخدام موانع الحمل. والاستمناء. والإجهاض. هذه هي التعبيرات الإيجابية لتأييد الامتناع عن ممارسة الجنس قبل الزواج. واتباع السلوك الجنسي «السليم». التي تمت جذورها في كل من الثقافة والدين.^{٢١،٢٢} وعلى الرغم من ذلك. فإنهم أظهروا موقفًا برامجيًا أيضًا تجاه مشكلات الصحة الجنسية والإيجابية لدى المراهقين. حيث وافقت الأغلبية على استخدام الفتيات النشيطات جنسيًا موانع الحمل. وكانوا على استعداد لتقديم المشورة إلى الفتيان حول استخدام الواقي الذكري.

علاوة على ذلك. أظهرت نتائج هذه الدراسة أن العاملين في مجال التمريض-القبالة من البلدين يرفضون الإجهاض بشدة. وبما يثير الاهتمام. أن ذلك كان حتى أكثر شيوعًا بين المبجوثين في زامبيا. على الرغم من أن زامبيا هي واحدة من بلدان قليلة في أفريقيا تتيح الإجهاض. وأيضًا على أسس اجتماعية.^{٢٣} وقد أظهرت الدراسات في زامبيا وجنوب أفريقيا وكينيا أن مقدمي الرعاية الصحية لا يتمتعون بالحساسية تجاه النساء اللاتي ينهين حملهن غير المرغوب.^{٢٤،٢٥} وجد روجو في كينيا^{٢٦} وكوستر-أويكان في زامبيا^{٢٧} أن مقدمي الرعاية الصحية يعارضون الإجهاض بشدة لأسباب دينية وأخلاقية. ومع ذلك. لا يشعر نصف

التفكير النقدي في أثناء التدريب الجامعي والتعليم المستمر مع التركيز على الأبعاد الثقافية والأخلاقية المقترنة بحياة المراهقين الجنسية. التفكير النقدي هو عملية من التفكير الهادف تستخدم على نطاق واسع في تدريس علم الأخلاق.^{٣٣} تضم السمات الرئيسية لهذه العملية دراسة معضلة أخلاقية، وخطيئا نقديا للمعتقدات والقيم الشخصية المتعلقة بهذه المعضلة (مثلاً من خلال تمارين توضيح القيم). وبالتالي يصبح المتدرب مدرِّكاً لواقفه وخيالاته ومدى تأثيرها، في هذه الحالة، على المراهقين. وبناء على ذلك، قد يمكنه اكتساب رؤى ووجهات نظر جديدة.^{٣٤، ٣١} بالإضافة إلى التقييم الذاتي والتفكير، الذي يمكن القيام به مع شريك، أو في مجموعة، هناك طرق - مثل البحث عن المعلومات التي تعارض الآراء الذاتية - يمكنها تسير تنمية التفكير النقدي.^{٣٥، ٣١} علاوة على ذلك، يمثل غرس موقف التشكك في ما يُقدم بوصفه «حقيقة مُثبتة» أهمية كبيرة في تطوير التفتح العقلي. وعلاوة على ذلك، يجب تشجيع العاملين في مجال التمريض-القبالة على التفكير المستقل

ويُعد شكلاً من أشكال الجنس الأكثر أماناً. علاوة على ذلك، هناك ضرورة أيضاً لمناقشة الأنماط الفعلية للعلاقات الجنسية بين المراهقين، وحقيقة أن الإصابة بالأمراض المنقولة جنسياً ليست علامة بالضرورة على «تعدد العلاقات الجنسية».

يواجه العاملون في مجال التمريض-القبالة عادة معضلات أخلاقية.^{٣٦} ومع ذلك، كان التركيز قليلاً في أفريقيا على التعليم الذي يُنتج مهنيين يتمتعون بالمهارة في مجال حل المشكلات الأخلاقية.^{٣٧} ويبدو أن تقديم المشورة للمراهقين في مشكلات الصحة الإنجابية يسبب معضلات أخلاقية للمبجوثين في دراستنا. بما يطرح مسألة أنهم لم يحصلوا على إعداد كافٍ للتعامل مع حياة المراهقين الجنسية، علاوة على ذلك، كان هناك اتجاه نحو اتخاذ مواقف أكثر ودًا تجاه الشباب بين العاملين في مجال التمريض-القبالة المسجلين. وأيضاً من تلقوا تعليماً مستمراً حول الصحة الجنسية والإنجابية للمراهقين.

قد تتمثل إحدى الطرق المفيدة لمواجهة الحواجز السلوكية لدى مدبري البرامج: في تشجيع تنمية



بيتر باركر/ صور بانوس

عبادة تنظيم الأسرة في موقع السوق، كينيا

شكر وتقدير

يُعرّب المؤلفون عن امتنانهم لمجلس البحوث السويدي، والكلية الوطنية لبحوث علوم الرعاية الصحية، لدعمهما المالي. ويتوجهون بالشكر إلى جميع العاملين في مجال التمريض-التوليد الذين شاركوا في الدراسة، وإلى الدكتور زفينافاشي والراحلة السيدة موشينجي، اللذين شاركوا خلال المرحلة الراحلة. يعرّب المؤلفون أيضًا عن شكرهم للبروفيسور ب. هوجر والبروفيسور ب. إريكسون لما قدماه من تعليقات ثمينة.

وتبني ممارسات المشورة التي تقوم على إطلاق الأحكام أو تقديم التوجيهات. بيد أن التفكير النقدي لا يمكن تطويره أو صيانته في فراغ.^{٣١،٣٥} إذ يمكن أيضًا أن يضطلع من يشغلون مناصب قيادية في مجال التمريض، أو غيره من المجالات، بدور مهم في تشجيع نقاش اجتماعي أوسع نطاقًا حول هذه المسائل. وهو الأمر الذي سيخلق بيئة أكثر تسامحًا تجاه حياة المراهقين الجنسية، بيئة تعترف بتأثير الصحة العامة المفيدة على زيادة فرص حصول المراهقين على خدمات الصحة الجنسية والإيجابية الصديقة للشباب.

المراجع

1. Blum RW, Nelson-Mmari K. The health of young people in a global context. *Journal of Adolescent Health* 2004;35:402-18.
2. United Nations Population Fund. State of the World Population. Investing in Adolescents' Health and Rights. New York: UNFPA, 2003.
3. Fedders A, Salvatori C. Peoples and Cultures of Kenya. Nairobi: Trans Africa, 1980.
4. Pillai VK, Barton TR. Modernization and teenage sexual activity in Zambia. *Youth & Society* 1998;29(3):293-310.
5. Kiragu K, Zabin LS. Contraceptive use among high school students in Kenya. *International Family Planning Perspectives* 1995;21: 108-13.
6. Gall TL. *Worldmark Encyclopedia of Culture and Daily Life*. Cleveland: Eastword Publications Development, 1998.
7. Miller P. *The Lesser Evil. The Catholic church and the AIDS epidemic*. Washington: Catholics for a Free Choice, 2001.
8. Carmody B. Religious heritage and premarital sex in Zambia. *Journal of Theology for Southern Africa* 2003;115:79-90.
9. Central Bureau of Statistics. Kenya Demographic and Health Survey. Preliminary report. Nairobi: CBS, 2003.
10. Central Statistical Office. Zambia Sexual Behaviour Survey. Lusaka: CSO, 2003.
11. Chatterji M, Murray N, London D, et al. The Factors Influencing Transactional Sex Among Young Men and Women in 12 Sub-Saharan African Countries. Washington DC: Policy Project for USAID, 2004.
12. National Council for Population and Development. Adolescent and Reproductive Health Development Policy, Kenya. Nairobi: NCPD, 2003.
13. World Health Organization. An assessment of the need for contraceptive introduction in Zambia. Geneva: WHO, 1995.
14. Ahlberg BM, Jylkas E, Krantz I. Gendered construction of sexual risks: implications for safer sex among young people in Kenya and Sweden. *Reproductive Health Matters* 2001;9(17):26-36.
15. Mmari KN, Magnani RJ. Does making clinic-based reproductive health services more youth-friendly increase service use by adolescents? Evidence from Lusaka, Zambia. *Journal of Adolescent Health* 2003;33:259-70.
16. Koster-Oyekan W. Why resort to illegal abortion in Zambia? Findings of a community-based study in Western province. *Social Science & Medicine* 1998;46(10):1303-12.
17. Okumu M, Chege I. Female Adolescent Health and Sexuality in Kenyan Secondary Schools: A Report. Nairobi: African Medical Research Foundation, 1994.
18. Rogo K. Induced abortion in Kenya. Paper for International Planned Parenthood Federation. Nairobi: Centre for the Study of Adolescence, 1993.
19. Central Statistical Office. Zambia Demographic and Health Sur-

- vey. Lusaka: CSO, 2001–2002.
20. World Health Organization. Adolescent health and development in nursing and midwifery education. Geneva: WHO, 2004.
21. Liljestrand J. Supporting midwifery. Issue paper. Health Division Document No. 2. Stockholm: SIDA, 1998.
22. Deciding women's lives are worth saving: expanding the role of midlevel providers in safe abortion care. *Ipas Issues in Abortion Care* No.7, 2002.
23. Muturi NW. Communication for HIV/AIDS prevention in Kenya: social-cultural considerations. *Journal of Health Communication* 2005;10:77–98.
24. Ndubani P, Hojer B. Traditional healers and the treatment of sexual transmitted illnesses in rural Zambia. *Journal of Ethnopharmacology* 1999;67(1):15–25.
25. Oindo ML. Contraception and sexuality among the youth in Kisumu, Kenya. *African Health Sciences* 2002;2(1):33–40.
26. Ndhlovu M. Nurses' experiences of abortion in South Africa and Zambia. Unpublished thesis, University of the Western Cape, South Africa, 1999.
27. Magadi M, Kuyoh M. Abortion: attitudes of medical personnel in Nairobi. In: Rogo K, editor. *Unsafe Abortions in Kenya: Findings from Eight Studies*. Nairobi: Population Council, 1996.
28. Jewkes R, Abrahams N, Mvo Z. Why do nurses abuse patients? Reflections from South African obstetric services. *Social Science & Medicine* 1998;47:1781–95.
29. Rogo K, Orero S, Oguttu M. Preventing unsafe abortion in Western Kenya: an innovative approach through physicians. *Reproductive Health Matters* 1998;6(11):77–83.
30. Klingberg-Allvin M, Tam VV, Nga NT, et al. Ethics of justice and ethics of care. Values and attitudes among midwifery students on adolescent sexuality and abortion in Vietnam and their implications for midwifery education: a survey by questionnaire and interview. *International Journal of Nursing Studies* 2006; Jan 12; [Epublication ahead of print].
31. Botes A. Critical thinking by nurses on ethical issues like the termination of pregnancies. *Curationis* 2000;23(3):26–31.
32. Haegert S. An African ethic for nursing. *Nursing Ethics* 2000;7(6):492–502.
33. Thompson A. Bridging the gap: teaching ethics in midwifery practice. *Journal of Midwifery and Women's Health* 2004;49: 188–93.
34. Williams B. Developing critical reaction for professional practice through problem-based learning. *Journal of Advanced Nursing* 2001;34(1):27–34.
35. Kozier B, Erb G, Blair K. *Professional Nursing Practice. Concepts and Perspectives*. 3rd ed. New York: Addison-Wesley, 1997. p.236–37