



قضايا الصحة الإيجابية

REPRODUCTIVE
HEALTH
matters

الصحة الإيجابية
للشباب





المؤسسة الاستشارية للشباب والتنمية

٥٦ شارع النهضة - الدور الأول - هليوبوليس - القاهرة - مصر

تليفون: ٢٤١٧٧٣٧٥ - ٢٤١٧٧٣٩٥ (٢٠٢)

فاكس: ٢٤١٧٧٤٠٩ (٢٠٢)

البريد الإلكتروني: rh@arabicrh.org / arabicrh@gmail.com

الموقع الإلكتروني: www.arabicrh.org

الآراء الواردة في المقالات المنشورة في هذا العدد تعبر عن كتابها وليس بالضرورة عن رأي المؤسسة
الاستشارية للشباب والتنمية أو أي من المشاركين في إنتاج هذا العمل
يصدر هذا العدد بتمويل من مجلة قضايا الصحة الإيجابية بإجلترا

مختارات مترجمة من مجلة قضايا الصحة الإيجابية

تصدر في بريطانيا وتتولى تحريرها مارجي بيرر
تصدر الطبعة العربية عن المؤسسة الاستشارية للشباب والتنمية (الجاه)

مديرة التحرير
هالة الدمنهوري

التحرير اللغوي
فاطمة قنديل
الهام بسيوني
السيد مسعد

الهيئة الاستشارية للتحرير
مواهب المويلحي
نهلة عبد التواب
هشام الروبي
أمل فهمي
أميمة الجبالي

الإخراج الفني
فيليب كندس

الطباعة
بروموشن تيم

الصور الداخلية من إعداد
قضايا الصحة الإيجابية

صورة الغلاف

كارت دعائي لمجلة شؤون الصحة الإيجابية ٢٠١٢ « بنات علي شاطيء الإسكندرية/ مصر

قضايا الصحة الإيجابية العدد الثامن عشر

- ١- الوفاء بالالتزامات الواردة بخصوص الشباب في برنامج عمل "المؤتمر الدولي للسكان والتنمية" ٧
بقلم: شيرين ج. جيجيوي، أ.ج. فرانسيس زافيه، ك.ج. سانثيا
ترجمة: شهرت العالم
- ٢- الصحة الجنسية والإيجابية للشباب في الدول العربية وإيران ٢٣
بقلم: جوسلين دي يوج، رنا جواد، إيمان مرجي، بوني شيبيرد
ترجمة: رفعت على
- ٣- العمل مع عيادات القطاع العام من أجل تقديم خدمات صديقة للمرافقة في جنوب إفريقيا ٣٦
بقلم: كيم ديكسون تيتي، أودري بيتيفور، ويني موليكو
ترجمة: عادة طنطاوي
- ٤- موقف العاملون في مجال التمريض - القبالة - تجاه احتياجات الصحة الجنسية ٤٩
والإيجابية للمراهقين في كينيا وزامبيا
بقلم: لينيا وارنوس، إليزابيث فاكسيليد، بترونيل تشيشيمبا، جويس موساندو، أنطوني أوجاني، إيفا نيسن
ترجمة: شهرت العالم
- ٥- إدماج النوع الاجتماعي والحقوق في التربية الجنسية: دراسات ميدانية حول استخدام ٦٢
منهج "منهج واحد متكامل"
بقلم: ديبورا روجو، نيكول هابيرلاند، أجيل ديل فالي، نيكول لي، جريس أوزاكيو، زيهوخ سا، ميشيل سكاير
ترجمة: عادة طنطاوي
- ٦- خدمات المراهقين المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشرية المعتمدة علي الحقوق ٧٩
ودعم الفاعلية الذاتية والآثار المترتبة علي النظم الصحية في زامبيا
بقلم: جيتاو مبورو، إيان هودجسون، أجا تلتشيك، مالا رام، تشولوي هاموجومبا، ديفيا باجباي، بياتريس موتالي
ترجمة: شهرت العالم
- ٧- خارج جدران العيادة: تمكين الشباب من خلال برامج الأقران والشباب المثقفين في الإكوادور ونيكاراجوا ٩١
بقلم: كلير تيببتس، دي ريدواين
ترجمة: أمل الترزي

- ٨- التثقيف الجنسي بالمدارس في غرب نيبال: غير مريح للمدرسين والطلاب على حد سواء ١٠٧
بقلم: شريجانا بوكارل، أندريج كلكسيكي، سوجتيا شاكايا
ترجمة: مواهب المويلحي
- ٩- "انتفاضة المليار" في كلية جونز هوبكنز بلومبرج للصحة العامة: نظرة تأمل ١١٤
بقلم: كاسي براننشيني، فيينا سريرام، أنوشيراي، كيري سكوت، أنيتا ثوراكال
ترجمة: بسنت حامد
- ١٠- في ذكرى إيريك رويستون ١١٨
بقلم: مارج برير
ترجمة: سهير جمال محفوظ
- ١١- عندما ترد الفئات المستهدفة: في موقع تقاطع الاثنوجرافيا البصرية والصحة الجنسية للمراهقين ١٢٣
بقلم: إيريك نلسون، وديلان هوويت
ترجمة: شهرت العالم

الوفاء بالالتزامات الواردة بخصوص الشباب في برنامج عمل "المؤتمر الدولي للسكان والتنمية"

بقلم: شيرين ج. جيجيبوي،^(أ) أ. ج. فرانسيس زافيه،^(ب) ك. ج. سانثيا^(ج)
(أ) من كبار المشاركين. مجلس السكان. نيودلهي. الهند. للمراسلة: sjejeebhoy@popcouncil.org
(ب) مسؤولة البرامج. مجلس السكان. نيودلهي. الهند
(ج) مشارك ثاني. مجلس السكان. نيودلهي. الهند

ترجمة: شهرت العالم

موجز المقال: بعض الالتزامات التي تعهدت بها الأمم في الاتفاقات الدولية حول الشباب. لا سيما في برنامج عمل مؤتمر السكان والتنمية (١٩٩٤)، وقرار لجنة الأمم المتحدة للسكان والتنمية (٢٠١٢). تشمل: إعمال الحق في التعليم. والحصول على التعليم الثانوي: تأخير الزواج إلى ما بعد مرحلة الطفولة. وكفالة الخبرات الحرة والكاملة في القرارات المتعلقة بالزواج: ممارسة الحق في الصحة. بما في ذلك إمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية الصديقة وتقديم المشورة: تيسير الوصول إلى المعلومات التي تعزز الصحة. بما في ذلك حول المسائل الجنسية والإنجابية: اكتساب مهارات ووسائل فعالة للحماية. لا سيما في أوساط الفتيات والنساء الشباب. وتعزيز أدوار ومواقف النوع الاجتماعي العادلة: الحماية من العنف القائم على أساس النوع الاجتماعي: التنشئة الاجتماعية في بيئة داعمة. وقياساً على النتائج المرغوبة بصد الصحة الجنسية والإنجابية. تُعتبر هذه أمور حاسمة لنجاح الانتقال إلى مرحلة البلوغ. تطرح هذه الورقة تقييماً لدى حقق هذه الالتزامات. استناداً إلى الدراسات المتاحة التي أجريت عام ٢٠٠٠ في بلدان نامية. ويخلص المقال إلى أنه على الرغم من إحراز بعض التقدم في معظم هذه الجوانب. لا يزال أمام البلدان النامية طريق طويل قبل القول بأنها تساعد شبابها على تحقيق انتقال ناجح إلى مرحلة البلوغ في مجال الصحة الجنسية والإنجابية. © مجلة قضايا الصحة الإنجابية ٢٠١٣

Meeting the commitments of the ICPD Programme of Action to young people

Shireen J Jejeebhoy, AJ Francis Xavier, KG Santhya, Reproductive Health Matters 2013; 21(41):18-30

الكلمات الدالة: المراهقون والشباب. التعليم. زواج الأطفال. المساواة بين الجنسين. العنف القائم على النوع الاجتماعي. الصحة والخدمات الصحية.

الديموجرافي. وقوة السكان الشباب في المساهمة في التنمية. وأصبحت الالتزامات العالمية لضمان انتقال ناجح إلى سن الرشد منصوصاً عليها في الاتفاقيات الدولية. مثل اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة (١٩٧٩).^(١) واتفاقية حقوق الطفل (١٩٨٩).^(٢) وبرنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (١٩٩٤).^(٣) والأهداف الإنمائية للألفية.^(٤) وآخرها قرار الدورة الخامسة والأربعين للجنة الأمم المتحدة للسكان والتنمية (٢٠١٢).^(٥) وإعلان بالي بمتدى الشباب العالمي (٢٠١٢).^(٦)

عندما انعقد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في عام ١٩٩٤. أسفر عن تغيير الأولويات المتعلقة بسكان العالم والتنمية. وأكد الإدماج الاجتماعي وحقوق الإنسان. وأهمية التصدي للاحتياجات. وتنمية قدرات الشباب. يضم العالم اليوم عدداً من السكان الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين ١٠-٢٤ سنة. أكثر من أي وقت مضى في التاريخ: إذ يُقدر عددهم بحوالي ١,٨ مليار على الصعيد العالمي. بما يمثل ٢٦٪ من سكان العالم.^(٧) وأهمية هذه الفئة من السكان مُقررة جيداً لمستقبل الأمم. فقد قبل الكثير من العائد

أعدتها الهيئات المختلفة بما فيها منظمة الصحة العالمية، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، وصندوق الأمم المتحدة للطفولة، وبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز، والمراجع المذكورة في هذه الوثائق، ومطالعة الجلات الرئيسية، التي تضم مقالات تركز على وضع الشباب، كما استخدمنا أيضاً بيانات المسوح الديموجرافية والصحية لـ ١٢٠ بلداً، التي حصلنا عليها عن طريق STATcompiler، وهي قاعدة بيانات على شبكة الإنترنت. ونلاحظ أن الأدلة المتاحة تركز دون تناسب، على الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥-٢٤ سنة، ولا يوجد تمثيل جيد لمن تتراوح أعمارهم بين ١٠-١٤ سنة. ومع الأسف، لا تتوفر دائماً البيانات المقارنة عبر المناطق والبلدان، مما يستدعي في العديد من الحالات، الاستعانة ببيانات مجموعة مختارة من البلدان، أو المناطق فقط، أو استخدام عدة مؤشرات تعكس الأبعاد المختلفة لكل سمة لمناطق مختلفة.

الحق في التعليم، التعليم الثانوي على الأقل

دعا مؤتمر السكان والتنمية إلى التعليم الثانوي للشباب، وبخاصة الفتيات: «بما يتجاوز تحقيق الهدف المتمثل في توفير التعليم الابتدائي في جميع البلدان قبل عام ٢٠١٥، نحث جميع البلدان لضمان أوسع وأسرع وصول ممكن للفتيات والنساء إلى مستويات التعليم الثانوي والعالي» (الفقرة ٤.١٨)، وتدعو الفقرات الأخرى إلى القضاء على أوجه التفاوت بين الجنسين في مجال الوصول إلى التعليم، ومواصلته، ودعمه (الفقرات ٦-٧ ج: ١١.٥)، كما أكد مؤتمر الأمم المتحدة للسكان والتنمية التزامات مماثلة (الفقرة ٢١).

فيما يتعلق بالتعليم الابتدائي العام، أكمل ٨٧٪ فقط من الأطفال في البلدان النامية المدرسة الابتدائية في عام ٢٠٠٩، وكان الفقر والانتماء إلى الجنس النسائي من بين أكثر العوامل انتشاراً لعدم التحاق الأطفال بالتعليم الابتدائي.^(٨) وكان العدد يزداد مع الانتقال إلى المدرسة الثانوية: تراوح صافي معدل الالتحاق خلال الفترة ٢٠٠٧-٢٠١٠ بين ٥٥٪ للفتيات و٦٥٪ للذكور.^(٩)

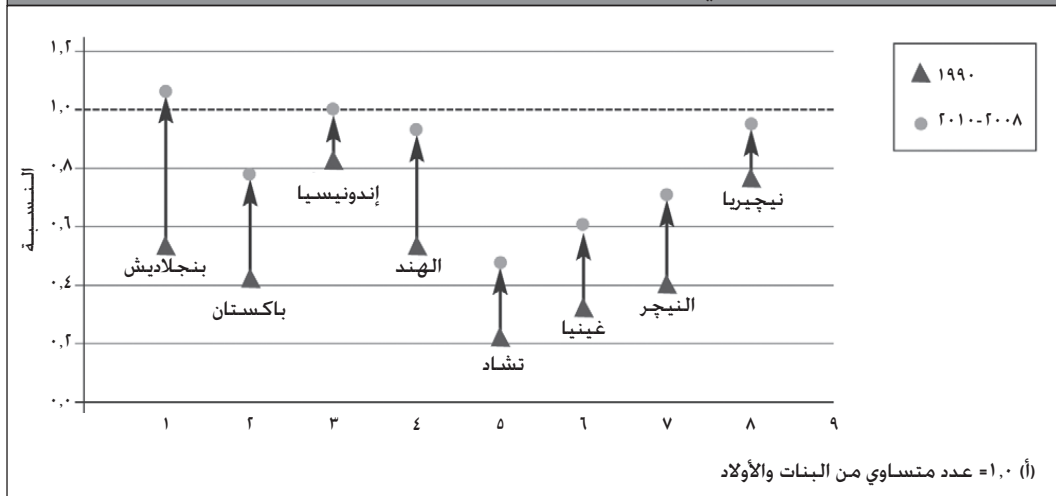
إن هذه التوليفة من التزامات الدول في الاتفاقيات والعهد الدولي، فضلاً عن الأدلة المتوفرة^(٨) تشير إلى أن الانتقال الناجح إلى مرحلة البلوغ فيما يتعلق بنتائج الصحة الجنسية والإيجابية لديه سبع سمات: إعمال الحق في التعليم، والحصول على التعليم الثانوي على الأقل: تأخير الزواج إلى ما بعد مرحلة الطفولة، والاختيار الحر والكاملاً لتوقيت الزواج واختيار الشريك: ممارسة الحق في الصحة، بما في ذلك إمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية الصديقة والحساسة وتقديم المشورة: تيسير الوصول إلى المعلومات المتعلقة بتعزيز الصحة، بما فيها الصحة الجنسية والإيجابية: اكتساب الأصول والفاعلية المتعلقة بالحماية، لا سيما في أوساط الفتيات والنساء الشباب، وتعزيز أدوار ومواقف النوع الاجتماعي العادلة: الحماية من العنف القائم على أساس النوع الاجتماعي: التنشئة الاجتماعية في بيئة داعمة.

تهدف هذه الورقة إلى تقييم مدى تحقيق هذه الالتزامات، وتشير إلى الالتزامات الواردة تحديداً في برنامج عمل مؤتمر السكان والتنمية^(٩) مقارنة بالوضع الفعلي المستمد من الدراسات المتاحة المنشورة، وغير المنشورة، والدراسات الكيفية والكمية التي أجريت في أعوام ٢٠٠٠ لتناول الصحة الجنسية والإيجابية والتنمية للشباب في البلدان النامية في آسيا (إلى حد كبير، في جنوب آسيا)، وأفريقيا (بما في ذلك أفريقيا جنوب الصحراء وشمال أفريقيا)، وأمريكا اللاتينية، وأدخلنا أيضاً أدلة من شرق وجنوب أوروبا عندما كانت تتوفر البيانات، وقد بذلت محاولات لإجراء بحث واسع النطاق للأدلة المتوفرة باللغة الإنجليزية على مدى هذه الفترة، فيما يتعلق بكل سمة من السمات السبع المذكورة أعلاه، بين الشباب، بما في ذلك من يجري تعريفهم كمراهقين (الذين تتراوح أعمارهم بين ١٠-١٩ سنة)، ومن يجري تعريفهم كشباب (الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥-٢٤ سنة) بشكل أكثر تحديداً، والتدخلات التي تمت لتلبية احتياجات الشباب، حاولنا، علاوة على ذلك، نشر شبكة جغرافية واسعة، باستخدام Popline و Google Scholar، فضلاً عن الوثائق التي

من واحد في العديد من البلدان^(١١) ونتيجة لذلك، لم يستكمل التعليم الثانوي على الصعيد العالمي حوالي ثلث الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و٢٤ سنة^(١٢).

وفي حين تحسنت نسبة الفتيات إلى الفتيان بالمدارس الثانوية في العديد من البيئات، بما فيها البلدان الثمانية في آسيا وأفريقيا المعروضة أدناه (الشكل ١)، فلاتزال أقل

شكل ١. نسبة الإناث إلى الذكور في تحصيل التعليم الثانوي^(١١)



لن يقدرن على البقاء في المدرسة دونها؛ وأن التعليم غير النظامي للفتيات يجب أن يركز على المناهج التكميلية، التي تمنح صغار المراهقين فرصة إعادة الالتحاق بنظام التعليم الرسمي.

القضاء على زواج الأطفال، وضمان الاختيار في القرارات المتعلقة بالزواج

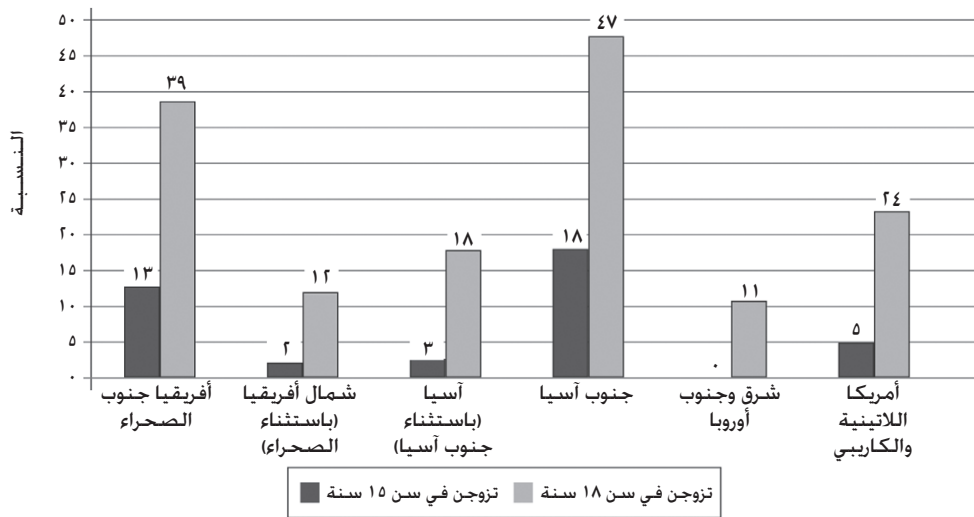
أوصى المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الحكومات بأن «تنفذ، بصرامة، القوانين التي تضمن عدم الزواج إلا بالموافقة الحرة والكاملة للزوجين، والقوانين المتعلقة بالحد الأدنى للسكن القانوني للموافقة، والحد الأدنى للسكن القانوني عند الزواج، وضرورة رفع الحد الأدنى لسكن الزواج عند اللزوم» (الفقرات ٤.٢١، ٥.٥، ٦.١). وأكد مؤتمر الأمم المتحدة للسكان والتنمية توصيات ماثلة (الفقرة ٩). ونلاحظ أن مصطلح زواج الأطفال، كما ورد في اتفاقية حقوق الطفل، يشير إلى زيجات من هن أقل من سن الرشد، أي ١٨ سنة (ما لم

وقد تم تنفيذ عدد من التدخلات لتعزيز تعليم الفتيات المراهقات. وكشفت المراجعه لإحدى تلك التدخلات أنه على الرغم من تجريب مجموعة واسعة متنوعة من الاستراتيجيات، فإن مناهج بعضها هي التي سادت، وهي تنقسم إلى ثلاث فئات: جعل الوصول إلى المدارس الرسمية أكثر يسرا للفتيات عن طريق تخفيض، أو إزالة الحواجز المالية من خلال الرواتب والمنح الدراسية، أو أشكال أخرى من الدعم؛ والتعبئة على مستوى المجتمع المحلي لمناصرة تعليم البنات من أجل مواجهة الحواجز الثقافية والاجتماعية؛ وتوفير بدائل تعليمية غير رسمية للفتيات المتسربات من المدرسة^(١٣). وقد جرى تقييم عدد قليل من برامج التعليم الصديقة للبنات، وحتى هذا القليل لم يتح إلا القليل منه للجمهور. وهكذا، تظل معظم المناهج واعدة، لكنها غير مثبتة. ويجادل هذا التقييم^(١٣) بأن توفير أماكن في المدارس الثانوية الرسمية بحاجة إلى التوسع إلى حد كبير؛ وأن الموارد النقدية، أو العينية، ينبغي أن توجه بعناية لدعم الفتيات اللاتي

زواج الأطفال أكثر ندرة في شمال أفريقيا. وجنوب شرق آسيا وأوقيانوس. وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي. إلا أنه لم يتم القضاء عليه.^(١٤) أما الاتجاه من أوائل التسعينيات إلى أواخر أعوام ٢٠٠٠. فهو تحقيق أقل من ١٪ من معدل الخفض في زواج الأطفال سنوياً. وقد تبلغ النسبة المئوية للفتيات المتزوجات عند سن ١٨ سنة. في أحسن الأحوال. ٤٠٪ في جنوب آسيا. و٣٠٪ في أفريقيا جنوب الصحراء. على مدى السنوات الخمس المقبلة إذا لم يتم تحسين هذا الاتجاه.

ينص القانون المطبق على سن رشد أقل من ذلك). لقد حقق العالم تقدماً بطيئاً تجاه هذا الهدف. وهناك تباينات إقليمية واسعة. فبين البلدان النامية (باستثناء الصين). يتزوج ٣٥٪ من النساء الشابات اللاتي تتراوح أعمارهن بين ٢٠-٢٤ قبل بلوغ ١٨ سنة. و١٢٪ تحت ١٥ سنة.^(١٥) وزواج الأطفال أكثر انتشاراً في آسيا الجنوبية (الشكل ٢). حيث ما يقرب من نصف جميع النساء الشابات يتزوجن قبل سن ١٨ سنة. وحوالي الخمس قبل سن ١٥ سنة. ويبدو الوضع في أفريقيا جنوب الصحراء أفضل قليلاً. وفي حين يبدو

شكل ٢. نسبة الشابات في الفترة العمرية ٢٠-٢٤ اللاتي تزوجن في سن ١٥ و١٨ سنة. ١٩٩٦-٢٠١٠^(١٤)



رقيتها». (الهند. أم لفتاة متزوجة في سن ١٦ سنة).^(١٦) ومع ذلك توجد نماذج للتدخل الناجح. فقد أظهرت مراجعة منهجية في عام ٢٠١١ ثلاثة وعشرين تقييماً مؤثراً لبرامج منع زواج الأطفال في البلدان النامية. ووضعت قائمة بخمس استراتيجيات رئيسية حققت نجاحاً يتراوح ما بين الاعتدال والارتفاع في الترويج لتأخير الزواج بين الشباب: تمكين الفتيات بالمعلومات والمهارات وشبكات الدعم. وتثقيف وتعبئة الآباء وأفراد المجتمع المحلي. وتحسين إمكانية الوصول للتعليم الرسمي

يسير زواج الأطفال جنباً إلى جنب مع استبعاد الشباب من اتخاذ القرار حول متى يتزوجون ومن.^(١٦، ١٥) «كنت أرغب في الحصول على تعليم. ولكن والداي كانا عازمين على تزويجي ... حاولت التملص. لكن والدتي قالت إنها ستقتل نفسها إذا لم أتزوجه». (إثيوبيا. تزوجت في سن ١٣ سنة).^(١٥)

«ماذا نطلب منهم؟ نحن لا نطلب شيئاً من أي أحد. إنها لا تعرف أنها ستزوجه إلا عندما يوضع الإكليل حول

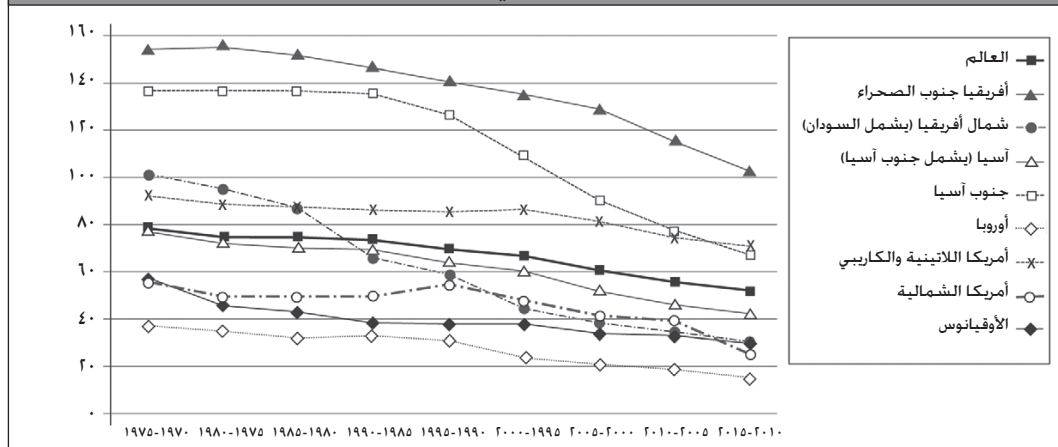
الوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً» (الفقرة ٢٣).
على الرغم من أن الشباب أكثر صحة اليوم من الأجيال السابقة، فلا يزال هناك العديد من الشروط التي تضع عبء المرض على كاهلهم؛ وأهمها مخاطر الصحة الجنسية والإنجابية، واعتلال الصحة. ففي العديد من البيئات يتحمل الأطفال مسؤولية حمل وولادة الأطفال.^(٦٠) من النساء الشباب اللاتي تتراوح أعمارهن بين ٢٠-٢٤ سنة في البلدان النامية (باستثناء الصين)، و٢٨٪ في بلدان أفريقيا جنوب الصحراء، قد بدأن الإيجاب قبل بلوغ سن ١٨ سنة.^(٦١) الزواج المبكر يرافقه الحمل السريع: ففي الفترة العمرية ١٥-٢٤ سنة، كان ١٧٪ من المتزوجات الشباب في أفريقيا جنوب الصحراء، و١٣٪ في جنوب آسيا، و١٠٪ في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي. قد أُنجن بالفعل ثلاثة أطفال، أو أكثر.^(٦٢) بينما انخفضت معدلات الخصوبة المرتبطة بالعمر بين الفتيات اللاتي تتراوح أعمارهن ما بين سن ١٥-١٩، وكان الانخفاض بطيئاً (الشكل ٣). وتظل المعدلات أعلى بكثير في أفريقيا جنوب الصحراء، وأقل قليلاً في جنوب آسيا في عام ٢٠١٣ عن معدلات العالم خلال ١٩٧٠-١٩٧٥.^(٦٣) إن الأمومة المبكرة يمكن أن تُعرض خيارات الحياة والصحة للنساء الشباب لخطر شديد، ولها تأثير سلبي طويل الأجل عليهن وعلى نوعية حياة أطفالهن.

للبنات ونوعيته، وتقديم الدعم الاقتصادي والخوافز للفتيات وأسرهن، وتهيئة بيئة قانونية وسياسية تمكينية.^(٦٤) وطُرحت هذه المراجعة أن البرامج التي عززت الفتيات بالمعلومات والمهارات وشبكات العمل، إضافة إلى تعبئة المجتمع المحلي، كانت أكثر اقتراناً. على نحو قوي و متواصل، بتأخير الزواج في أطر زمنية قصيرة نسبياً.^(٦٥، ٦٦) تحتاج هذه الاستراتيجيات الواعدة إلى الارتقاء، وأن يجري تطبيقها في عدد أكبر من البلدان.

الحق في الصحة: بما فيها الصحة الجنسية والصحة الإنجابية، والخدمات الصديقة للشباب

يدعم المؤتمر الدولي للسكان والتنمية حق الشباب في الصحة: عبر تعزيز «إلى أقصى مدى صحة ورفاه وإمكانات جميع الأطفال والمراهقين والشباب» (الفقرة ١٧، (a))؛ وتلبية «الاحتياجات الخاصة ... للصحة، وتقديم المشورة وخدمات الصحة الإنجابية عالية الجودة» (الفقرة ١٧، (b))؛ وضمان أن برامج ومواقف مقدمي الرعاية الصحية لا تقيد إمكانية حصول المراهقين على الخدمات المناسبة ... هذه الخدمات يجب أن تصون حقوق المراهقين في الخصوصية، والسرية، والاحترام، والموافقة المستنيرة (الفقرة ٤٥، (٧)). كما دعا أيضاً مؤتمر الأمم المتحدة للسكان والتنمية إلى «الاهتمام الخاص بتعزيز الصحة الجنسية والإنجابية، والصحة العقلية؛ وتدابير

شكل ٣. اتجاهات معدلات الخصوبة لكل ١٠٠٠ امرأة شابة في الفترة العمرية ١٥-١٩ سنة، من ١٩٧٠ إلى ٢٠١٥^(٦٦)



في الوقت نفسه. بأن تعدد العلاقات الجنسية يوجد بنسبة كبيرة بين الشباب. تتراوح بين ٢٪ في جنوب آسيا إلى ٢٢٪ في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي. كما يميل معدل استخدام الواقي الذكري أيضًا إلى عدم الاتساق؛ فالنسب المئوية للشباب من الرجال والنساء الذين أفادوا باستخدام الواقي الذكري خلال آخر ممارسة جنسية كانت تتراوح ما بين ١٥٪ في جنوب آسيا إلى ٦٢٪ في شرق وجنوب أوروبا بين شباب الرجال. وما بين ٥٪ إلى ٣٩٪ بالتناظر بين النساء الشابات.^(١٤) وفي حين ظل معدل استخدام الواقي الذكري محدودًا وغير متسق. هناك بعض الأدلة على زيادة استخدامه: فقد طرحت أدلة مستقاة من ١٨ بلدًا في أفريقيا جنوب الصحراء. خلال الفترة من ١٩٩٣-٢٠٠١. وجود متوسط زيادة يبلغ ١,٤ نقطة مئوية سنويًا في استخدام النساء الشابات غير المتزوجات للواقي الذكري.^(١٥)

تتصف العلاقات الجنسية بين الشباب بممارسة الجنس المبكر وغير المحمي. وإلى جانب الزواج المبكر والحياة الجنسية المبكرة في إطاره. نلاحظ أيضًا بدء النشاط الجنسي المبكر قبل الزواج. وفي المجمل. من بين الشباب في الفترة العمرية ١٥-٢٤ سنة. تتراوح النسب المئوية المتعلقة بممارسة الجنس قبل الزواج ما بين ١٥٪ في جنوب آسيا إلى ٦٢٪ في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي؛ وتتراوح بين النساء الشابات ما بين ٢-٣٪ في آسيا (بما في ذلك جنوب آسيا) إلى ٣٧٪ في أفريقيا جنوب الصحراء (الجدول ١). علاوة على ذلك. تطرح الأدلة المستقاة من البلدان المتاحة بياناتها (٧٧ بلدًا للشابات. و٤٨ بلدًا للشباب). أن ما يصل إلى ١١٪ من الفتيات و٥٪ من الفتيان في الفترة العمرية ١٥-١٩ سنة بالبلدان النامية يشرعون في الحياة الجنسية قبل سن ١٥ سنة. وكانت الأرقام ١٥٪ و١٠٪ في أفريقيا جنوب الصحراء.^(١٠) وتفيد التقارير

جدول ١: النسبة المئوية لجميع الشباب والشابات، في الفترة العمرية من ١٥-٢٤ سنة، الذين مارسوا الجنس قبل الزواج؛ والنسبة المئوية لمن مارسوا تعدد الشركاء في العلاقات الجنسية؛ ونسبة من استخدموا الواقي الذكري في آخر ممارسة جنسية (بيانات ٣ مجموعات مختلفة)

استخدام الواقي الذكري في آخر ممارسة جنسية (متزوجون أو غير متزوجين). (١٩٩٦-٢٠١١) ^(١٥)		ممارسة الجنس مع أكثر من شخص (متزوجون أو غير متزوجين). (٢٠٠٣-٢٠١١) ^(١٤)		ممارسة الجنس قبل الزواج. ٢٠٠٠-٢٠٠٧ ^(١٠)		المنطقة
الشباب	الشابات	الشباب	الشابات	الشباب	الشابات	
١٢ (٣٣)	٣٦ (٣٠)	٢,٢ (٢٨)	٩,٩ (٢٧)	٣٧ (٣٢)	٤٤ (٢٩)	أفريقيا جنوب الصحراء
٥ (٩)	٢٠ (٤)	٠,١ (١)	٥,٩ (٥)	٢ (١٠)	١٧ (٨)	آسيا (باستثناء جنوب آسيا)
٦ (٢)	١٥ (٢)	٠,١ (٢)	١,٧ (٢)	٣ (٢)	١٥ (٢)	جنوب آسيا
٣٩ (٣)	٦٢ (٣)	٢,٨ (٣)	١٥,٦ (٣)	٢٧ (٣)	٥٥ (٣)	شرق وجنوب أوروبا
١٧ (٩)	٥٠ (٥)	٤,٩ (٤)	٢٢,٣ (٢)	٣٤ (٨)	٦٢ (٤)	أمريكا اللاتينية والكاريبي

ملحوظة: يشير الرقم بين القوسين إلى عدد البلدان.

حاجتهن لموانع الحمل. وأفاد بالمثل أكثر من الخمس في جنوب آسيا وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي. وحوالي السدس في باقي آسيا.^(١٤)

يواجه غير المتزوجين من الشباب عقبات كبيرة في الحصول على إمدادات الواقي الذكري. أو موانع الحمل. وتكمن الأسباب الرئيسية في عدم معرفتهم كيفية الحصول عليها. أو كيفية استخدامها. ويشعرون بحرج السؤال عنها في متجر. أو مرفق صحي. «إنهم يسألون العديد من الأسئلة».^(١٥) كما يتصورون أيضًا أن مقدمي الخدمة سيكشفون أسرارهم للآخرين.^(١٦)

ويصدرون أحكامًا أخلاقية بشأنهم ويعاملونهم بغير ود. وفي بعض الحالات. يُستبعد غير المتزوجين من الشباب من الحصول على مثل هذه الخدمات. بغض النظر عن السياسة المطروحة.^(١٧، ١٨)

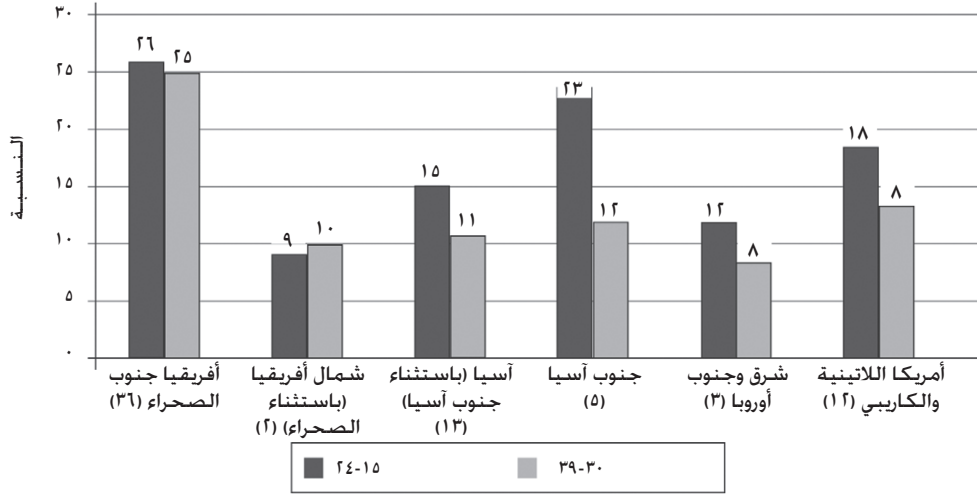
وهكذا. يبدو أن ممارسة الجنس دون وقاية أمر شائع. وهناك تقدير. على الصعيد العالمي في عام ٢٠٠٩. بأن ٣,٢ مليون امرأة شابة و١,٧ مليون رجل شاب. في الفترة العمرية من ١٥-٢٤ سنة. يعيشون في ظل إصابتهم بفيروس نقص المناعة البشرية. مع أعلى معدلات انتشار في أفريقيا (الشكل ٥).^(١٩، ٢٠) وينبع التفاوت بين الجنسين من حقيقة أن النساء الشباب يعلن إلى الدخول في علاقات مع رجال أكبر منهن سنًا. من قد يكون لديهم أكثر من شريكة. و من أمضوا وقتًا أطول يعرضهم للإصابة بالمرض. وبالتالي تنتقل العدوى إلى مزيد من النساء الشباب.^(٢١، ٢٢) وفي حين لا تتوفر تقديرات عالمية لانتشار الأمراض المنقولة جنسيًا. مصنفة بحسب العمر. فإن معدل الإصابة العالمي بين البالغين كان ٤٤٨,٣ مليون حالة في عام ٢٠٠٥ لأمراض الكلاميديا. والسيلان. والزهرى. والمشعرات المهبلية. وقد ارتفع الرقم إلى ٤٩٨,٩ مليون في عام ٢٠٠٨. وكانت الزيادة تُعزى جزئيًا على الأقل. إلى تزايد عدد الشباب الذين يصبحون نشطين جنسيًا كل عام.^(٢٣)

علاوة على ذلك. لم تتم العلاقات الجنسية لدى النساء الشباب بالتراضي بالنسبة لأقلية مهمة: ففي الواقع. كشف استعراض للأدلة المتاحة أن العلاقات الجنسية التي تتم دون تراض - أي التي تمت عبر استخدام القوة البدنية. أو التهديد. أو الخداع. أو الابتزاز. أو بتخدير ضحية دون رغبتها - أمر تتعرض له النساء الشباب في بيئات عديدة. ومع ذلك لوحظ اختلاف كبير في نسب الإبلاغ عن هذه الحالات. بما يتراوح ما بين أقل من ٥٪ إلى ما يزيد على ٢٠٪.^(٢٤)

الوصول إلى خدمات الصحة الإنجابية - المتصلة أساسًا بالحمل. وموانع الحمل. والإجهاض. وعلاج الالتهابات - كان محدودًا بالنسبة للشباب. وعلى سبيل المثال. أفادت ٥٥٪ فقط من الشباب اللاتي وضعن أطفالًا في سن المراهقة في البلدان النامية (باستثناء الصين). و٤٨٪ في أفريقيا جنوب الصحراء. و٤٤٪ في جنوب آسيا. بأن الرعاية أثناء الولادة تمت بمهارة.^(٢٥) وعلى الرغم من أن الحمل الأول للشابات هو الأخطر. فلا يوجد أي دليل على أن المراهقات كن يحصلن على رعاية ماهرة أكثر من النساء الأكبر سنًا اللاتي سبق لهن الحمل والولادة.

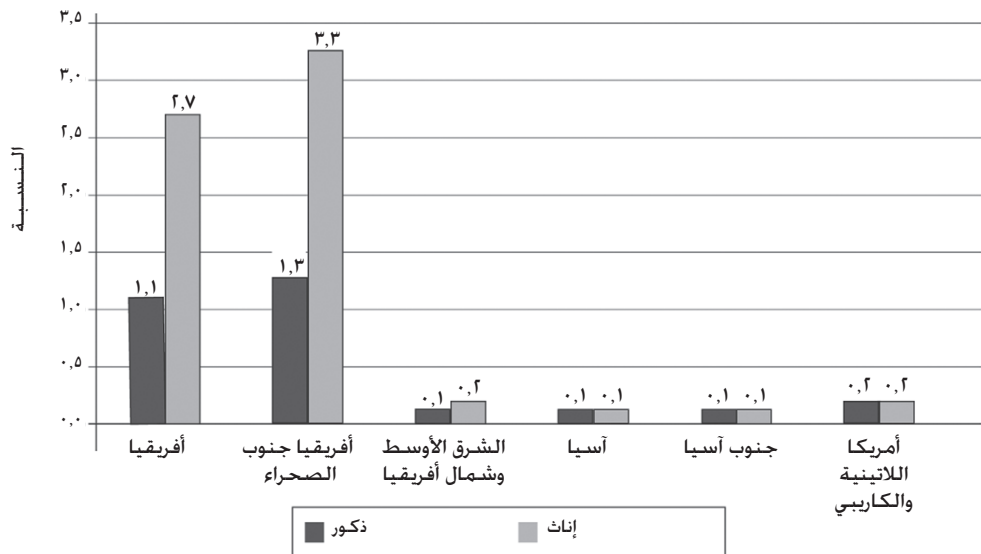
تظل الحاجة غير الملباة إلى موانع الحمل مرتفعة بين النساء الشباب المتزوجات في الفترة العمرية من ١٥-٢٤ سنة.^(٢٦) ويوضح الشكل (٤) مدى إخفاق خدمات موانع الحمل للنساء الشباب المتزوجات مقارنة بالنساء اللاتي تتراوح أعمارهن ما بين ٣٠-٣٩ سنة. علاوة على ذلك. في عدد من البلدان. بلغ ٤١ بلدًا. توفرت فيها بيانات نقطتين على الأقل في الوقت المناسب (قبل عام ٢٠٠٠. و٢٠٠١-٢٠٠٥. و٢٠٠٦ فصاعدًا). انخفضت النسب المئوية للنساء الشباب اللاتي أفدن بعدم تلبية حاجتهن لموانع الحمل. انخفاضًا معتدلاً من ٢٧٪ إلى ٢١٪ على مدى فترة ١٥ عامًا. وخلال الفترة الأخيرة المغطاة. أفاد ربع النساء الشباب في أفريقيا جنوب الصحراء بعدم تلبية

شكل ٤. النسبة المئوية للنساء المتزوجات في الفترة العمرية من ١٥-٢٤ سنة، وأولئك في الفترة العمرية ما بين ٣٠-٣٩ سنة وحاجتهن لموانع الحمل غير ملباة، ١٩٩٥-٢٠١٠ (١٤)



(أ) الرقم الوارد بين الأقواس يشير إلى عدد البلدان التي توفرت لها بيانات.

شكل ٥. انتشار فيروس نقص المناعة البشرية بين الشباب في الفترة العمرية من ١٥-٢٤ سنة، ٢٠٠١-٢٠١٠ (٢٦)



الشباب. والتواصل مع الشباب وتقديم المشورة لهم. وتوفير الخدمات بطرق لا يشوبها التهديد. ثانيًا: جعل المرافق صديقة للشباب. وذات نوعية جيدة. ومقبولة. ومجهزة لتقديم الخدمات بما يحافظ على السرية. وغالبًا بأسعار مدعومة. ثالثًا: تنفيذ أنشطة لتوليد الطلب وتقديم الدعم للخدمات على مستوى المجتمع المحلي. ورفع مستوى الوعي بين الشباب حول توافر الخدمات الصديقة للشباب.^(٣٣) وفي الوقت نفسه، وُجدت مجموعة من الأعمال ذات الصلة وتتسم بالأهمية. بما فيها توفير المعلومات الدقيقة. وسهولة الوصول إلى إمدادات موانع الحمل. والزيارات المنزلية بهدف الوصول إلى الفئات الأكثر ضعفًا. وخلق معايير اجتماعية داعمة. وبناء مهارات الحياة. وإشراك الرجال والأولاد.^(٣٤) ومع ذلك، أخفقت برامج وخدمات الشباب حتى الآن بمعظم البلدان في الوفاء بهذه الشروط.

توفير التثقيف حول الحياة الجنسية والإنجابية

ارتبطت بلدان كثيرة بالعديد من الالتزامات لضمان حصول جميع المراهقين والمراهقات على المعلومات المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية. بما يناسب الأعمار المختلفة. وقد ألقى المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الضوء في سبع فقرات على الأقل (٧،٨). ٧،٣٧. ٧،٤١. ٧،٤٦. ٧،٤٤. ٨،٣١. ٨،٩. ١١،٩ على الحاجة إلى برامج حساسة في مجال التربية الجنسية للشباب وفقًا للفئة العمرية. وأوصى بـ «ضرورة دعم التربية والخدمات الجنسية المتكاملة للشباب» (الفقرة ٧،٣٧)؛ «وإتاحة المعلومات... للمراهقين لمساعدتهم على فهم حياتهم الجنسية وحمايتهم من الحمل غير المرغوب فيه. [و] الأمراض المنقولة جنسيًا» (الفقرة ٧،٤١) و«تحقيقًا لأقصى فاعلية. يجب أن يبدأ التثقيف حول القضايا السكانية في مرحلة التعليم الابتدائي» (الفقرة ١١،٩).

لا تزال تلك البلدان أبعد ما تكون عن تحقيق تلك الأهداف. وعلى الرغم من تعطش الشباب

لوحظ أيضًا. بين الشباب. ارتفاع معدلات الحمل غير المقصود والإجهاض. تواجه حوالي ٢٢ مليون امرأة سنويًا. في أنحاء العالم كافة. عمليات الإجهاض غير الآمن.^(٣٥) وأغلبها تقريبًا في البلدان النامية. ويُقدر أن ٤١٪ منهن تتراوح أعمارهن بين ١٥ و٢٤ سنة؛ بينما في أفريقيا. تحدث حوالي نصف عمليات الإجهاض بين النساء الشابات.^(٣٦) كما تعاني نساء كثيرات من عواقب صحية واجتماعية سلبية. بدءًا من النزف وتعضن الدم. وغيرها من الأمراض. التي تهدد الحياة نتيجة ما يترتب على الإجهاض غير الآمن من مضاعفات.^(٣٧) إضافة إلى العزلة الاجتماعية والانقطاع المبكر عن التعليم والزواج المبكر الفسري في حالة الولادة في سن مبكرة.

ونتاجا للحمل في سن مبكرة. وعدم كفاية الرعاية أثناء الحمل. وصعوبة الوصول إلى الإجهاض الآمن. فقد بلغ عدد وفيات الأمهات المراهقات حوالي ٥٠,٠٠٠ سنويًا. وفي الواقع. تسهم المراهقات اللاتي تتراوح أعمارهن ما بين ١٥-١٩ سنة بحوالي ١١٪ من جميع الولادات. و١٤٪ من مجمل وفيات الأمهات على الصعيد العالمي.^(٣٨) كما أن تقديرات الوفاة بين المراهقات أكبر حتى من وفيات النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين ٢٠-٢٤ سنة (٤٠٨ مقابل ٣١٩ حالة وفاة لكل ١٠٠ ألف مولود حي).^(٣٩) والمراهقات أيضًا أكثر عرضة لحمل أطفال ناقصي الوزن قياسا للنساء الأكبر سنًا. كما أنهن يواجهن تجربة وفيات الأطفال حديثي الولادة والرضع أكثر منهن.

هناك إقرار عالمي بالحاجة إلى التغلب على الحواجز الجدية أمام تلقي الخدمات الصحية. وقد استهدفت العديد من البلدان النامية تحقيق ذلك وقامت بتدخلات في هذا. وهناك استعراض منهجي للأدلة الناجمة عن تقييمات على المستوى القطري لـ ١٦ بلدًا (١٢ في أفريقيا. و٣ في آسيا. وبلد واحد في أمريكا اللاتينية) يلقي الضوء على فاعلية التدخلات التي ركزت على ثلاثة عناصر. أولًا: تدريب مقدمي الخدمات وتوجيههم نحو احتياجات

الواقع إلى زيادة خطر الحمل غير المخطط له، والأمراض المنقولة جنسيًا؛ و(ب) البرامج ذات الأساس الواسع، لا تؤدي إلى تقليص سوء المعلومات فحسب، لكنها تزيد أيضًا مهارات الشباب في اتخاذ قرارات مبنية على المعرفة، بما فيها تأخير أول ممارسة جنسية، ووجود عدد قليل من الشركاء، واستخدام موانع الحمل و/أو الواقي الذكري. ووجدت الدراسات أن السلوك الجنسي المخوف بالمخاطر قد تقلص بنسبة ٢٥-٣٣٪ تقريبًا. ولم تجد أي دراسة أدلة على أن تزويد الشباب بالتربية الجنسية أدى إلى زيادة المخاطر.^(٣١، ٣٢) وفي الوقت نفسه، أكد الشباب مجددًا تفضيله لهذا النوع من التثقيف، إذ يجعلهم على وعي بحقوقهم في البقاء أصحاء، أي أنه: تثقيف لا يقوم على الأحكام، بل يقوم على الحقوق، والعمر المناسب، ويراعي الفوارق بين الجنسين، ويتسم بالشمول، ويتعلق بالاحتوى.^(٣) وبإيجاز: هناك أساس منطقي قائم على الأدلة، وهناك دعوة من الشباب أنفسهم للنهوض بالتربية الجنسية؛ وهي الحاجة والحق اللذان لا يزالان مفتقدين في أنحاء كثيرة من العالم.

الفاعلية، والحقوق، والمساواة بين الجنسين

اشتد الجدل في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية من أجل توجيه اهتمام خاص إلى تنمية المهارات الحياتية للفتيات، والتصدي لأدوار الجنسين السائدة والقوالب النمطية، والاعتراف بالصلات القائمة بين فاعلية الشباب وقدرتهن على المطالبة بحقوقهن. كما جادل من أجل إقامة «برامج مناسبة... للتعليم وتقديم المشورة للمراهقين في مجالات العلاقة بين الجنسين، والمساواة، والعنف ضد المراهقين، والسلوك الجنسي المسؤول، وممارسة تنظيم الأسرة على نحو مسؤول، والحياة الأسرية... يجب على مثل هذه البرامج... أن تبذل جهدًا واعيًا لتعزيز القيم الاجتماعية والثقافية الإيجابية» (الفقرة ٤٧، ٧). ودافع عن تغيير القواعد الذكورية، داعيًا إلى «تثقيف شباب الرجال بضرورة احترام حق النساء في تقرير مصيرهن، وتقاسم المسؤولية معهن في المسائل المتعلقة بالحياة

للمعلومات، فإنها تظل معلومات خاطئة؛ وعلى سبيل المثال، المعلومات عن كيفية حدوث الحمل وكيفية منعه، أو ما يحدث في العلاقات والزواج، وما هو أكثر من ذلك بكثير. علاوة على ذلك، يميل تقديم المعلومات إلى طرق تتسم بالحكم الأخلاقي عليها، بما لا يحترم حقوقهم، كما تفتقر في كثير من الأحيان إلى الحساسية بين الجنسين ولا تستند إلى الأدلة دائمًا. ففي البلدان النامية، نجد أن المعرفة الشاملة حول فيروس نقص المناعة البشرية محدودة (حيث يجري تعريفه من خلال معرفة طريقتين لمنع فيروس نقص المناعة البشرية، ورفض ثلاثة مفاهيم خاطئة). كما أفاد ٢٤٪ من الشباب و٣٦٪ من الشباب فقط، في الفترة العمرية من ١٥-٢٤ سنة، وهو ما يقل كثيرًا عن الهدف العالمي المتمثل في ٩٥٪ بحلول عام ٢٠١٠. وعلى الصعيد الإقليمي، كانت أدنى مستويات الوعي توجد في شمال أفريقيا (٩٪ بين الشباب و١٧٪ بين الشباب). وكانت أعلى المستويات توجد في أمريكا اللاتينية الكاريبي، ٤٤٪ و٤٨٪ على الترتيب.^(٣١) الوعي حول الحمل وموانع الحمل محدود أيضًا - ففي الهند، على سبيل المثال، هناك اثنان من بين كل خمسة من الشباب والشابات في الفترة العمرية من ١٥-٢٤ سنة يعرفان أن المرأة يمكن أن تحمل في المرة الأولى التي تمارس فيها الجنس؛ وهناك ثلاثة فقط من بين كل عشر بنات يعرفن أن الواقي الذكري لا يُستخدم إلا مرة واحدة.^(٣١)

على الرغم من كل هذه الأدلة التي لخصناها هنا، حول الحاجة غير الملابة للمعلومات المتعلقة بالمسائل الجنسية والإنجابية، لا يزال النقاش العالمي مستمرًا حول توفير، أو عدم توفير، التربية الجنسية، والمفاهيم الخاطئة حول هدف ومحتوى هذا النوع من التعليم. وقد وجدت الأدبيات أن محتوى معظم برامج التعليم الجنسي مناسبًا. في الواقع، للفترة العمرية، أما بالنسبة إلى الفاعلية، نجد الأدلة قاطعة على جبهتين: (أ) البرامج المتعلقة بالامتناع فحسب تتسم بعدم الفاعلية، وتُحجب معلومات عن موانع الحمل والواقي الذكري، بما يعرض الشباب في

الجنسية والإيجاب» (الفقرة ٤١، ٧).

لكن الواقع في كثير من البلدان النامية مختلف. في ظل استمرار التفاوت في أدوار الجنسين. ومحدودية رأس المال الاجتماعي بين الشباب. ومقارنة بالفتيان المراهقين. نجد أن شبكات الأصدقاء محدودة بالنسبة للفتيات المراهقات: فقد أفاد الأولاد في أديس أبابا وإثيوبيا. على سبيل المثال. بمتوسط يبلغ خمسة أصدقاء مقارنة بثلاثة لدى الفتيات: وفي كوازولو-ناتال بجنوب أفريقيا. تبلغ نسبة وجود أصدقاء ٧١٪ للأولاد مقارنة بنسبة ٤٨٪ للبنات: وفي الهند. فإن عدد الأولاد الذين لديهم خمسة أصدقاء. أو أكثر. مما يمكنهم من مناقشة أمورهم الشخصية معهم. يبلغ ضعف عدد البنات.^(٣٧) وفي كثير من البيئات. لا يتيسر سوى لعدد قليل من الفتيات الوصول إلى الأماكن الآمنة والاجتماعية خارج منازلهن ومدارسهن لمقابلة الأصدقاء وتعزيز شبكات دعم الأقران. ففي الأحياء الفقيرة بنيروبي. على سبيل المثال. نجد أن ثلثي الأولاد. مقارنة بثلث البنات فقط. لديهم أماكن آمنة لمقابلة أصدقاء من الجنس نفسه.^(٣٧) وفي ريف صعيد مصر. نجد أن المدرسة هي المنفذ الاجتماعي الوحيد. غير الأسري. أمام الفتيات.^(٣٧) وبالمثل. في ريف الهند. نادراً ما تلتقي الفتيات مع صديقاتهن خارج المنزل أو المدرسة. على عكس الأولاد. الذين يتمتعون بفرص وافرة للاختلاط مع أقرانهم.^(٣٧)

وبالمثل. تحرم الفتيات والنساء في العديد من المناطق من إدارة حياتهن الخاصة. وعلى سبيل المثال. ١١٪ فقط من النساء الشباب المتزوجات في الفترة العمرية من ١٥-٢٤ سنة في أفريقيا جنوب الصحراء. و٣٥٪ في آسيا الجنوبية. وما لا يزيد عن النصف في باقي آسيا. أظهرن استقلالهن في اتخاذ القرار في مجال الرعاية الصحية. والمشتريات الرئيسية للأسر المعيشية. أو شراء المستلزمات المنزلية اليومية. أو زيارة العائلة أو الأقارب.^(٤١) كثير من الفتيات في العديد من البلدان لا يملكن سلطة التفاوض لرفض التحرشات الجنسية غير المرغوبة. أو غير الآمنة.^(٤٢) وقد يُظهرن كما كبيرا من نقص الاحترام الذاتي والثقة بالنفس ليصبحن قادرات

على التحدث مع شخص يختلف معه. أو مواجهته. أصبح تفاوت القواعد بين الجنسين. في ما يتعلق بالتعليم. أمراً معترفاً به. يتم التعبير عنه من قبل حتى أصغر المراهقين. أشارت طفلة عمرها ١٢ سنة في غواتيمالا إلى ما يلي: «يقولون إن الأولاد فقط هم من يجب عليهم [الدراسة]. لأنهم أكثر ذكاء. يقول البعض لوالدي: لا تؤيد دراسة ابنتك. لأنك فقط ستنفق أموالك سدى. وهي ستتزوج ولن تُنهي دراستها».^(٣٧) ويرى صبي سنه عشر سنوات من المناطق الريفية في الهند أن «إكمال الفتيان لتعليمهم أكثر أهمية من إكمال البنات لتعليمهن. لأن الفتيان عليهم أن يعملوا. لكن الفتيات ليس عليهن ذلك».^(٣٧)

لقد حدد استعراض للمناهج. قائم على الأدلة. لحماية المراهقات من الخطر الجنسي.^(٣٨) عدداً من سمات البرنامج الأساسية. بما في ذلك وجود مساحة اجتماعية آمنة بعيداً عن المنزل والمدرسة. وشبكات الصداقة. والمدرسين ونماذج القدوة. وتعلم المهارات الحياتية. وأنشطة بناء الفاعلية. ومعلومات حول الخدمات والحقوق الصحية. والاجتماعية. والاقتصادية. ومحو الأمية المالية والمخدرات. وخطط الحماية الذاتية. والمعرفة بموارد المجتمع المحلي الموجودة للوصول إليها عند الحاجة. كانت احتمالات وجود خطط ادخار لدى البنات المشاركات في برامج تضم هذه العناصر في جنوب أفريقيا. فضلاً عن التحلي باحترام الذات والثقة في قدرتهن على الحصول على الواقي. أكثر من تلك الموجودة لدى مجموعات المقارنة. كما أُنْفِد بالاندماج الاجتماعي في مجتمعاتهن المحلية.^(٣٧) وبالمثل. أشار برنامج للفتيات في إثيوبيا إلى تحسينات في شبكات الصداقة. والالتحاق بالمدارس. وسن الزواج. والمعرفة بالصحة الإيجابية. واستخدام موانع الحمل.^(٣٩) علاوة على ذلك. أظهرت برامج الصبيان والشباب نجاحاً في تمكين المشاركين من تبني معايير المساواة بين الجنسين. وفي الوقت نفسه قلصت من تجربة الإصابة بأعراض الأمراض المنقولة جنسياً.^(٤٠)

وكانت الردود النمطية على النحو التالي:

«بعد أن أجبرني [على ممارسة الجنس]. بدأ يرسل لصديقتي [كي تتحدث معي]... أقنعتني صديقتي بأن مثل تلك الأشياء تحدث لكل فتاة. ولذا يجب أن أعتاد [على ذلك]. وبالتالي. غفرت للصبي وعدت إليه». (أوغندا، سن ١٥ سنة).^(٤٦)

«ذهبت إلى هناك. كان بمفرده. أوصد الباب؛ وهددني قائلاً كيف يمكنه الزواج مني إذا تصرف هكذا. ضربني عندما حاولت الخروج». (الهند، سن ١٩ سنة).^(٤٨)

يطرح استعراض للأدلة حول التدخلات الرامية إلى الحد من العنف ضد المراهقات^(٤٩) أن برامج منع العنف تُنفذ عادة في سياق البرامج التي تتناول مهارات الحياة. وإنشاء أماكن آمنة للبنات. وتغيير مفاهيم الذكورة لدى الفتيان والشبان. بيد أن الاستعراض يشير إلى أن هذه البرامج. بينما نجحت في تمكين الفتيات. وبناء مهارات الاتصال. وتطوير مواقف عادلة بين الجنسين. لم تؤد إلى انخفاض العنف الشريك. بشكل ملحوظ. إلا في عدد قليل من الدراسات. التي تركز أيضاً على التمكين الاقتصادي. والنوع الاجتماعي. والصحة الجنسية. وتضامن المجموعة.^(٥٠-٥١) وأو الرجال والأولاد المنخرطين.^(٥٢)

ضمان «حق الشباب في الرعاية، والتوجيه والدعم»
دعا المؤتمر الدولي للسكان والتنمية إلى برامج لتوعية من هم «في وضع يتيح لهم تقديم الإرشاد للمراهقين في ما يتعلق بالسلوك الجنسي والإيجابي المسؤول. وبخاصة الوالدين والأسر. فضلاً عن المؤسسات الدينية. والمجتمعات المحلية. والمدارس. ووسائل الإعلام. وجماعات الأقران» (الفقرة ٧،٤٨). كما ألقى الضوء على الحاجة إلى تعزيز التفاعل بين الوالدين والطفل. داعياً إلى «تثقيف الوالدين بهدف تحسين التفاعل بينهما وبين الأطفال. بغية تمكينهما من الالتزام بشكل أفضل بواجباتهما التعليمية لدعم عملية

الحماية من العنف القائم على النوع الاجتماعي
ألزم المؤتمر الدولي للسكان والتنمية البلدان بحماية الشباب. وبخاصة الشبابات. من العنف؛ ويدعو الحكومات إلى «اتخاذ خطوات فعالة لمواجهة... الإساءة للأطفال والمراهقين والشباب...» (الفقرة ١٦،٩). وبالمثل. بحث على سن وإنفاذ تشريعات من أجل «حماية جميع المراهقين والشباب... من جميع أشكال العنف. بما في ذلك العنف القائم على النوع الاجتماعي والعنف الجنسي... وتوفير الخدمات الاجتماعية والصحية. بما فيها خدمات الصحة الجنسية والإنجابية. وآليات تقديم الشكاوى والتقارير للتعويض عن انتهاكات حقوق الإنسان خاصتهم». (الفقرة ١٢).

تشير الأدلة إلى أن العنف ضد الشباب يتخذ العديد من الأشكال. هناك كثيرون يكبرون وهم يشهدون والدهم يضرب والدتهم. وكثيرون هم أنفسهم ضحايا للعنف الأسري - وهي المحددات الرئيسية لارتكاب العنف. والخضوع له. في العلاقات الحميمة في ما بعد.^(٥١) إن العنف القائم على النوع الاجتماعي ضد النساء الشباب يُرتكب. إلى حد كبير. من أزواجهن وشركائهن؛ وعلى سبيل المثال. أكثر من نصف النساء الشباب المتزوجات في الفترة العمرية من ١٥-٢٤ سنة في أوغندا. وما يتراوح بين الثلث والنصف في زيمبابوي وتنزانيا والهند وبنجلاديش. قد أفدن بتعرضهن. أكثر من أي وقت مضى. للعنف في إطار الزواج.^(٤٦-٤٧)

أفادت أيضاً النساء الشبابات غير المتزوجات. اللاتي لديهن خبرة جنسية. بأنهن تعرضن لممارسة الجنس قسراً. وكشف تحليل بيانات المسوح الديموغرافية والصحية أن أول تجربة جنسية لم تكن بالتراضي بين ٢٪ من النساء الشبابات في أذربيجان. و١٤٪ في جمهورية الكونغو الديمقراطية.^(٥٧) وقد وجدت الدراسات التي أجريت في غانا. وملاوي. وأوغندا. والهند. أن حوالي خمس الفتيات ذوات الخبرة الجنسية. اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٥-١٩ سنة. مارسن أول تجربة جنسية لهن بالإكراه. أو تحت إصرار الشريك.^(٥٨،٥٩)

التحرك إلى الأمام

على الرغم من بطء التقدم المتحقق في الوفاء بالالتزامات تجاه الشباب. فهناك علامات مشجعة. أولاً: هناك التزام أكبر من جانب السياسة والبرنامج تجاه الاستثمار في الشباب منذ عام ١٩٩٤. لقد أقرت العديد من البلدان أهمية تحسين الصحة الجنسية والإيجابية والاختيار بين الشباب. والصلات القائمة بين تنمية الشباب ومستقبل الأمم. وفي عام ٢٠١٢. أكدت الدورة الخامسة والأربعين للجنة الأمم المتحدة للسكان والتنمية الالتزامات العالمية التي قدمها المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. وركزت. مرة أخرى. على الأجندة العالمية حول الصحة الجنسية والإيجابية للشباب. ثانيًا: يُعد الجيل الحالي من الشباب بالتأكيد أكثر صحة. وأفضل تعليمًا. وأكثر تعرضًا للأفكار الجديدة. وأفضل وعيًا بالحقوق. وأفضل استعدادًا للدخول إلى عالم سريع التحول. ثالثًا: توجد سوابق تشير إلى مستقبل واعد لتمكين المراهقين. وبناء المساواة بين الجنسين. وإزالة العقبات التي تعترض تعزيز الصحة. والسعي من أجلها. وأخيرًا: وربما ما هو أهم. يقوم الشباب بتمكين أنفسهم. ويلعب القادة الشباب دورًا رئيسيًا في تحديد الأجندة العالمية للشباب. في منتدى الشباب العالمي الذي عُقد في بالي عام ٢٠١٢. خلال المؤتمر الدولي للسكان والتنمية+١٥. أكد الشباب مجددًا هذه الأجندة. مع التركيز على الحقوق الجنسية والإيجابية. وإدراج الفئات الأكثر تهميشًا. لقد وضع «إعلان منتدى الشباب العالمي في بالي» الشباب وحقوقهم في صلب التنمية. وعزز سمات الانتقال الناجح لمرحلة البلوغ التي نوقشت في هذه الورقة. وطالب. علاوة على ذلك. بمشاركة الشباب المتواصلة والهادفة في صياغة وتنفيذ السياسات والبرامج المرتكزة على الحقوق.^(٧)

إن أهداف برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في مجال الشباب لاتزال صالحة كخارطة طريق في عام ٢٠١٣ كما كانت في عام ١٩٩٤. ويدعو الوفاء بهذه الالتزامات إلى الاقتناع بأن الاستثمار في الشباب هو مفتاح التنمية العالمية. والإيمان بأن هذا هو الشيء الصحيح الذي يجب القيام به.

نضج أطفالهما. وبخاصة في مجالات السلوك الجنسي والصحة الإيجابية» (الفقرة ٧،٤٨).

تبتعد البيئة. في العديد من البلدان. عن تلبية احتياجات الشباب. كما أن علاقات الوالدين بالأطفال وكذا العلاقات بين المراهقين ومعلميهم. أو أي موجهين كبار آخرين. لا تتميز بالاحترام والتواصل.^(٨) وتطرح الأدلة المتاحة أن الوالدين نادرًا ما يوفران معلومات. أو توجيه للأطفال في المسائل الجنسية والإيجابية. ففي بوركينا فاسو. على سبيل المثال. ناقش أقل من خمس الفتيات وعشر الفتيان هذه المسائل مع أحد الوالدين.^(٩) وفي الهند. ناقش أقل من ١٪ من الشباب العمليات الإيجابية مع أحد الوالدين.^(١٠) وفي غانا. قال الأولاد خلال مناقشات المجموعات البؤرية: «يسأل البعض أقرانهم عن الجنس. لأنهم عندما يسألون والديهم. قد يعتقدون أنهم [أي الأطفال] يريد فعل هذه الأشياء. ويعتقد الوالدان أنهم أشقياء. ولذا يتجهون إلى أقرانهم». قالت أم. في بوركينا فاسو: «يخشى الأطفال من التحدث معي حول هذه الموضوعات». ^(١١) وقالت أم في الهند: «يجب عدم إخبار الأطفال بهذه الأشياء جميعها: بل تركهم يعرفونها بعد الزواج». ^(١٢) إن الحرج. والأعراف التقليدية. والتصورات الخاطئة بأن الحديث عن هذه المسائل سوف يشجع النشاط الجنسي. فضلاً عن محدودية مهارات التواصل. تمنع البالغين من توفير بيئة داعمة للشباب. تندر التدخلات الموجهة إلى الوالدين. بيد أنه نظراً لدور الوالدين الرئيسي. ووجود أدلة على رغبة الشباب في الانخراط مع والديهم في المسائل المتعلقة بالصحة الجنسية والإيجابية. فإن المطلوب هو الأنشطة التي تزود الآباء والأمهات بالمعلومات والمهارات والموارد. لا سيما حول نماء المراهقين الطبيعي. والجنس. وتعاطي المخدرات. ومهارات الاتصال. ومعلومات حول الموارد المحلية.^(١٣) وهناك حاجة ماسة إلى بذل الجهود لإقامة التدخلات المناسبة واختبارها في مختلف السياقات الثقافية.

شكر وتقدير

هذه الورقة هي صيغة معدلة لعرض قدم إلى الدورة الخامسة والأربعين للجنة الأمم المتحدة للسكان والتنمية، نيويورك، عام ٢٠١٢. ونود التعبير عن امتناننا لما حصلنا عليه من مداخلات ودعم من الكثيرين. حصلنا على تعليقات ثاقبة حول النسخ المبكرة من كل من: رجب أشاريا، آن بدلكوم، آن بلانك، جوديث

بروس، ديان روبينو، سوير شيريل، إقبال شاه، وحصلنا على دعم بحثي ضخم من: م. أ. خوسيه، كومال ساكسينا، شيلبي رامبال، ونود أن نعرب عن امتناننا الكبير للدعم الذي حصلنا عليه من: مؤسسة ديفيد وولوسيل باكارد، مؤسسة جون د. وكاثرين ت. ماكارثر، مؤسسة فورد، مؤسسة ريتشارد وفلورا هوليت، ومؤسسة إلتون جون للإيدز، وزارة التنمية الدولية لمجلس السكان بالملكة المتحدة.

المراجع

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects: the 2010 revision, 2012. <http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>.
2. United Nations. Convention on the Elimination of all forms of Discrimination Against Women. New York: UN, 1979 (<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/econvention.htm#intro>).
3. United Nations. Convention on the Rights of the Child. New York: UN, 1989.
4. United Nations. International Conference on Population and Development Programme of Action. UN, 1994.
5. United Nations. Millennium Development Goals. New York: UN, 2000. <http://www.undp.org/content/undp/en/home/mdgoverview.html>.
6. United Nations. Official Records of the Economic and Social Council, 2012, Supplement No. 5 (E/2012/25), New York, UN, 2012.
7. United Nations Population Fund. Bali Global Youth Forum Declaration. New York: UNFPA, 2012.
8. National Research Council and Institute of Medicine. Growing Up Global: The changing transitions to adulthood in developing countries. Washington, DC: National Academies Press, 2005.
9. United Nations. The Millennium Development Goals Report 2011. New York: UN, 2011.
10. United Nations Children's Fund. Progress for Children: A report card on adolescents. New York: UNICEF, 2012.
11. United Nations Educational Scientific and Cultural Organisation Institute for Statistics. <http://stats.uis.unesco.org>.
12. United Nations Children's Fund. The State of the World's Children 2011. Adolescence: an age of opportunity. New York: UNICEF, 2011.
13. Lloyd CB, Young J. New lessons: the power of educating adolescent girls. New York: Population Council, 2009.
14. ICF International. Measure DHS STATcompiler, 2012. <http://statcompiler.com>.
15. Ross W. Ethiopian girls fight child marriages. BBC News: Amhara, 2011. <http://www.bbc.co.uk/news/world-africa-13681053>.
16. Santhya KG, Haberland N, Singh AK. She knew only when the garland was put around her neck: findings from an exploratory study on early marriage in Rajasthan. New Delhi: Population Council, 2006.
17. Malhotra A, Warner A, McGongle A, et al. Solutions to end child marriage: what the evidence shows. Washington, DC: International Centre for Research on Women, 2011.
18. Lee-Rife S, Malhotra A, Warner A, et al. What works to prevent child marriage: a review of the evidence. Studies in Family Planning 2012;43(4):287-303.
19. Cleland J, Ali MM, Shah I. Trends in protective behavior among single vs. married young women in sub-Saharan Africa: the big picture. Reproductive Health Matters 2006;14(28):17-22.
20. ICF International. The HIV/AIDS data compiler: HIV/AIDS survey indicators data base. <http://hivdata.measuredhs.com/start.cfm>.
21. International Institute for Population Sciences and Population Council. Youth in India: Situation and Needs 2006-2007. Mumbai: IIPS, 2010.
22. Jejeebhoy SJ, Bott S. Non-consensual sexual experiences of young people in developing countries: an overview. In: Jejeebhoy SJ, Shah I, Thapa S. Non-consensual sex and young people: looking ahead. In: Sex without Consent: Young People in Developing Countries. Jejeebhoy SJ, Shah I, Thapa S, editors. London: Zed Books, 2005. p.341-53.
23. Santhya KG, Jejeebhoy SJ, Saeed I, et al. Growing up in rural India: an exploration into the lives of younger and older adolescents in Madhya Pradesh and Uttar Pradesh. New Delhi: Population Council, 2013.
24. Biddlecom AE, Hessburg L, Singh S, et al. Protecting the next generation in sub-Saharan Africa: learning from adolescents to prevent HIV and unintended pregnancy. New York: Guttmacher Institute, 2007.
25. Tylee A, Haller DM, Graham T, Churchill R, Sanci LA. Youth-friendly primary-care services: how are we doing and what more needs to be done. Lancet DOI-10.1016/S0140-6736(07)60371-7, 2007.
26. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Securing the future today: synthesis of strategic information on HIV and young people. Geneva: UNAIDS, 2011.
27. Bruce J, Clark S. The implications of early marriage for HIV/AIDS policy. New York: Population Council, 2004.
28. World Health Organization. Global incidence and prevalence of selected curable sexually transmitted infections - 2008. Geneva: WHO, 2008.
29. World Health Organization. Unsafe abortion: global and regional

- estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. 6th ed. Geneva: WHO, 2001. http://www.who.int/reproductive-health/publications/unsafe_abortion/9789241501118/en/index.html.
30. Shah IH, Åhman E. Unsafe abortion differentials in 2008 by age and developing country region: high burden among young women. *Reproductive Health Matters* 2012;20(39):169–73.
31. World Health Organization. Mortality estimates by cause, age and sex for the year 2008. Geneva: WHO, 2001.
32. Blanc AK, Winfrey W, Ross J. New findings for maternal mortality age patterns: aggregated results for 38 countries, 2012. (Unpublished)
33. Dick B, Ferguson J, Chandra-Mouli C, et al. Review of the evidence for interventions to increase young people's use of health services in developing countries. In: Ross DA, Dick B, Ferguson J, editors. *Preventing HIV/AIDS in young people: a systematic review of the evidence from developing countries*. Geneva: WHO, 2006.
34. World Health Organization. WHO Guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. Geneva: WHO, 2001.
35. Boonstra HD. Advancing sexuality education in developing countries: evidence and implications. *Guttmacher Policy Review* 2011;14(3).
36. Kirby D. The impact of abstinence and comprehensive sex and STD/HIV education programmes on adolescent sexual behaviour. *Sexuality Research and Social Policy* 2008;5(3):18–27.
37. Hallman K, Roca E. Reducing the social exclusion of girls. Promoting healthy, safe and productive transitions to adulthood. Brief No.27. New York: Population Council, 2007.
38. Bruce J, Temin M, Hallman K. Evidence-based approaches to protecting adolescent girls at risk of HIV. *AIDSTAR-One Spotlight on Gender*, 2012.
39. Erulkar AS, Muthengi E. Evaluation of Berhane Hewan: a program to delay child marriage in rural Ethiopia. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2009;35(1):6–14.
40. Pulerwitz J, Barker G, Segundo M, et al. Promoting more gender-equitable norms and behaviors among young men as an HIV/AIDS prevention strategy. *Horizons Final Report*. Washington, DC: Population Council, 2006.
41. Capaldi DM, Knoble NM, Shortt JW, et al. A systematic review of risk factors for intimate partner violence. *Partner Abuse* 2012;3(2):231–80.
42. Uganda Bureau of Statistics (UBOS), Macro International Inc. *Uganda Demographic and Health Survey 2006*. Calverton, MD: UBOS and Macro International, 2007.
43. Central Statistical Office Zimbabwe, Macro International. *Zimbabwe Demographic and Health Survey 2005–06*. Calverton MD, CSO and Macro International, 2007.
44. National Bureau of Statistics Tanzania, ICF Macro. *Tanzania Demographic and Health Survey 2010*. Dar es Salaam: NBS and ICF Macro, 2011.
45. International Institute for Population Sciences and Macro International. *National Family Health Survey 3, 2005–06: India: Vol 1*. Mumbai: IIPS, 2007.
46. National Institute of Population Research and Training, Mitra and Associates, Macro International. *Bangladesh Demographic and Health Survey 2007*. Dhaka and Calverton, MD: NIPRT, Mitra and Assoc, Macro International, 2009.
47. Jejeebhoy SJ. Protecting young people from sex without consent. Promoting healthy, safe, and productive transitions to adulthood, Brief No.7. New York: Population Council, 2011.
48. Santhya KG, Acharya R, Jejeebhoy SJ, et al. Timing of first sex before marriage and its correlates: evidence from India, *Culture, Health and Sexuality* 2011;13(3):327–41.
49. Blanc AK, Melnikas A, Chau M, et al. A review of the evidence on multi-sectoral interventions to reduce violence against adolescent girls. New York: Population Council, 2012.
50. Pronyk PM, James RH, Julia CK, et al. Effect of a structural intervention for the prevention of intimate-partner violence and HIV in rural South Africa: a cluster randomised trial. *Lancet* 2006;368(9551):1973–83.
51. Jewkes R, Nduna M, Levin J, et al. Impact of Stepping Stones on incidence of HIV and HSV-2 and sexual behaviour in rural South Africa: a cluster randomized controlled trial. *BMJ* 2008;337:a506.
52. Verma RK, Pulerwitz J, Mahendra VS, et al. Promoting gender equity as a strategy to reduce HIV risk and gender-based violence among young men in India. In: *Horizons Final Report*. New York: Population Council, 2008.
53. World Health Organization. *Helping parents in developing countries improve adolescents' health*. Geneva: WHO, 2007.
54. Jejeebhoy SJ, Santhya KG. Parent-child communication on sexual and reproductive health matters: perspectives of mothers and fathers of youth in India. New Delhi: Population Council, 2011

الصحة الجنسية والإنجابية للشباب في الدول العربية وإيران

بقلم: جوسلين دي يوج،^(أ) رنا جواد،^(ب) إيمان مرتجي،^(ج) بوني شيبيرد^(د)

(أ) محاضر، معهد سياسة التنمية والإدارة، جامعة مانشستر، المملكة المتحدة. بريد إلكتروني: dejongjocelyn@yahoo.com

(ب) باحث في شؤون الحكومات والتنمية، معهد دراسات التنمية، جامعة سوسكس، برايتون، المملكة المتحدة.

(ج) مستشار، مكتب الدعم الإقليمي للأمم المتحدة، القاهرة، مصر.

(د) البرنامج الدولي للصحة وحقوق الإنسان، مركز فرانسوا- زافير باجنود للصحة وحقوق الإنسان، مدرسة هارفارد للصحة

العامة، بوسطن، ماساتشوستس، الولايات المتحدة الأمريكية.

ترجمة: رفعت علي

موجز المقال: يتناول هذا المقال أحوال الصحة الجنسية والإنجابية لدى الشباب، الذين تتراوح أعمارهم بين ١٠-٢٤ عاماً بالدول العربية وإيران. ويعتمد على الأدبيات المنشورة، وكذلك غير المنشورة، وعلى مقابلات أجريت مع ٥١ مرشداً يعمل أغلبهم في منظمات غير حكومية، ووكالات دولية في المنطقة المعنية. لا يوجد إلا القليل من برامج الصحة الجنسية والإنجابية الوطنية الموجهة للشباب، باستثناء تونس وإيران، كما تعاني تلك البرامج من نقص في المعلومات ذات المصاديق والمبني على الأبحاث السكانية. وعلى الرغم من التأكيد الدائم على أهمية التكامل والترابط الأسري في حماية الشباب، إلا أن الشباب يعانون من نقص المعلومات، وقلة مصادرها، بل إن المناهج الدراسية للتعليم النظامي تفتقر إلى وجود مثل تلك المواضيع التعليمية، وحتى إن وجدت، يتخطاها المدرسون غير المؤهلين ويتجنبون الخوض فيها. لا يعي مقدمو الرعاية الصحية احتياجات تلك الفئة العمرية، كما لا يعملون على جذب انتباههم لمعرفة احتياجاتهم، خاصة غير المتزوجين منهم. ويؤدي ارتفاع المستوى التعليمي، وزيادة معدلات العمل بالضرورة إلى ارتفاع سن الزواج، مع ملاحظة أنه قد تم رصد وجود أشكال من الزواج غير المقنن، والخوف من المخاطر. يظل التحريم المحيط بالأمور الجنسية هو العائق الرئيسي الذي يحول دون مناقشتها والتوعية بها. كذلك لا تزال المعلومات محدودة للغاية؛ فيما يخص الحمل غير المرغوب فيه، والإجهاض، والعنف ضد النساء، والأمراض المنقولة عن طريق الجنس (أمراض التهابات الجنسية البكتيرية والفطرية ونقص المناعة المكتسبة «الإيدز»). وبناء على الأزمات والجهود، التي تبذلها المنظمات غير الحكومية، يبدو أن هناك حاجة ماسة إلى وجود برامج قومية، وحكومية لدعم رفاهية الشباب النتمين إلى تلك الفئة العمرية، في المنطقة المعنية بالدراسة. © مجلة قضايا الصحة الإنجابية ٢٠٠٥

The Sexual and Reproductive Health of Young People in the Arab Countries and Iran

Jocelyn DeJong, Rana Jawad, Iman Mortagy, Bonnie Shepard, Reproductive Health Matters 2005;13(25):49-59

الكلمات الدالة: البالغون والشباب، التعليم الجنسي، الصحة الجنسية والإنجابية، منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، إيران.

فرصهم في التعلم والتوظيف ومساهماتهم في المجتمع وبرامجهم، وإتاحة بيئة آمنة وداعمة للبالغين والشباب.^(١-٢) وأدى ظهور وباء مرض نقص المناعة المكتسبة (الإيدز) إلى أن تصبح تلك الجهود حاجة ملحة، بافتراض أن المرض ينتشر بصورة أكبر بين الشباب، في مناطق انتشاره. كان التناول الشامل لاحتياجات الشباب متوافقاً

في تسعينيات القرن الماضي ارتفعت النداءات لعمل برامج شاملة، تشمل برامج توعية صحية وبرامج لتنمية المهارات الحياتية للشباب، وتكون موجهة أيضاً لاحتياجاتهم بصدد الصحة الجنسية والإنجابية.^(١) تضمنت تلك الاستراتيجيات تناول «الأصول» التي تدعم وتقوي عناصر الحماية، وتقليل المخاطر، وذلك ببناء وتنمية مهارات حياته شبابية مما يوسع من

أو غير حكومية). إضافة إلى البراهين المطلوبة لدعم البرامج. بلغ العدد الإجمالي للمقابلات ٥١ مقابلة. منها تسع مقابلات مع شخصيات تعمل على مستوى محلي أو دولي. و٤٢ مقابلة أخرى مع خبراء الوكالات الدولية. أو المنظمات غير الحكومية في شؤون برامج تعليم البالغين عن الأمور الجنسية والصحة الإيجابية في المغرب. وتونس. ومصر. ولبنان. والصفة الغربية. وغزة. والأردن. واليمن. والسودان. وعمان. والبحرين. وجيبوتي. وسوريا. وإيران. ومن المحتمل أن يكون هناك بعض التحيزات في اختيار من يتحدد مقابلتهم لإجراء الحوار معهم: أولاً: الممثلون الحكوميون كانوا أقل تمثيلاً ما يجب. ثانياً: من تمت مقابلتهم يدعمون مثل تلك البرامج. ثالثاً: دول الخليج الفارسي كانت أقل تمثيلاً. فيما كانت مصر وتونس أكثر تمثيلاً ما يجب. بالمقارنة بباقي الدول المشاركة بالمؤتمر. وعلى الرغم من تلك النواقص والعيوب. فإن المقال يهدف لتقديم إضافة معرفية لمنطقة أفقر بحثياً ولفئة عمرية لم تلق إلا أقل الاهتمام حتى الآن. يركز المقال اهتمامه على الفئة العمرية المحصورة بين ١٠ - ٢٤ سنة. وهي الفئة التي تعرفها منظمة الصحة العالمية باسم الشباب (على عكس البالغين من ١٠ - ١٩ سنة. والبالغين صغار السن من ١٥ - ٢٤). على أساس أن كثيراً من مشاكل الصحة الجنسية والإيجابية المعنية. بما فيها الزواج المبكر وتشويه الأعضاء الجنسية للأنثى. تؤثر جميعها على من هم أقل عمراً في تلك الفئة العمرية.

المضمون السياسي

على مدى الخمسة والعشرين عاماً الأخيرة. عانى الشرق الأوسط من صراعات كبرى واضطرابات سياسية كثيرة. شملت تلك الاضطرابات صراعات خارجية. وصراعات داخلية وأهلية. وصراعات تتعلق بالنظم السلطوية. التي من المفترض أن يكون لها آثار غير مرغوب فيها على الصحة الجنسية والإيجابية. لم يترتب على تلك الصراعات الموت والعجز فقط ولكنها أدت لانعدام تقديم خدمات الرعاية الصحية

مع أهداف وبرنامج المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. الذي عقد عام ١٩٩٤ في مصر. ونال اهتماماً واسعاً من كل وسائل الإعلام. ومن أهمها الفيلم الذي عرضته قناة سي إن إن الإخبارية لفتاة في العاشرة من عمرها أجريت لها عملية ختان في محل حلاقة. أثار الإنكار الرسمي لتلك الممارسات اهتمام وسائل الإعلام بيوم افتتاح المؤتمر. وأثار مشاعر الغضب. وما تلا الافتتاح من جدل بين قطاعات الشعب المصري^(١). لذلك فإنه من الشيق جداً أن نكتشف كيف يتم تناول الأمور الحساسة للصحة الجنسية والإيجابية في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا بعد عشرة أعوام من تلك الأحداث. يشمل هذا البحث الدول العربية: ومنها الجزائر. والبحرين. وجيبوتي. ومصر. والعراق. والأردن. والكويت. ولبنان. وليبيا. والمغرب. وعمان. وقطر. والمملكة العربية السعودية. والسودان. وسوريا. وتونس. والإمارات العربية المتحدة. والصفة الغربية. وقطاع غزة. واليمن. ويشمل أيضاً إيران. وعلى الرغم من أن إيران ليست دولة عربية. فإن مجهوداتها في تناول أمور الصحة الإيجابية في تناغمها مع القيم الدينية تعد نموذجاً مهماً لباقي الدول الإسلامية^(٢). وبالتالي أضيفت لهذا البحث.

يرصد المقال تأثير المعرفة بأمور الصحة الجنسية والإيجابية على الشباب في الفئة العمرية بين ١٠ - ٢٤ عاماً في وضعهم السياسي والاقتصادي والاجتماعي استناداً إلى مراجعة الأدبيات المنشورة والمتداولة. وكذلك غير المنشورة. وإلى استطلاعات الرأي. عن طريق الهاتف. عبر المنطقة المشار إليها. كما يستند إلى مقابلات شخصية مباشرة في مصر. ولبنان. والأردن. وتونس. كل المقابلات كانت مفتوحة النهايات ولكنها تضمنت أسئلة قياسية تتعلق بمفاهيم من جرى معهم المقابلات فيما يخص التحديات الرئيسية التي تواجه الشباب: والجوانب المحورية من الأمور الجنسية. وأمور الصحة الإيجابية. والخطار المدركة وعناصر الحماية. والاستراتيجيات المطلوبة للتغلب على التحديات. وكذلك البرامج الفعلية الموجودة التي تخدم الشباب (سواء كانت حكومية.

الأجيال؛ فالأجيال الأصغر أكثر تميزاً من حيث التعليم. في الوقت الذي ما زالت فيه الأجيال الأكبر سناً تمارس أكبر قدر من السلطة عليها.^(١١)

السياق الاقتصادي والاجتماعي - الثقافي

تتفاوت المستويات الاقتصادية بين دول المنطقة تفاوتاً كبيراً. ففيها سبعة دول ذات اقتصاد مرتفع. وتسعة دول ذات اقتصاد متوسط. وأربعة دول ذات اقتصاد ضعيف. وعلى الرغم من أن نسبة كبيرة من سكان بعض الدول تعيش في فقر مدقع. فإن انعدام المساواة والفقر النسبي. على وجه الخصوص. عاملان مهمان يرتبطان بتزايد التطلعات. لقد جذبت دول النفط الخليجية الثرية العمالة المهاجرة من كل أنحاء المنطقة. ومن خارجها. بما فيها الهجرة الدائمة لذكور (بنين وباكستانيين). والهجرة الدائمة لإناث (من سيريلانكا والفلبين). وبعض العائلات المهاجرة (مصريون وفلسطينيون) [فيليب فرج. اتصالات شخصية. مارس ٢٠٠٥] مع تدني الأبحاث عن الصحة الجنسية والإنجابية في كل من الدول المرسلة والدول المستقبلية للعمالة وما يترتب عليها.

ويعد فشل التوجه للشباب بالتنوع بالاحتياجات الجنسية والإنجابية جزءاً من حزمة أكبر من المشاكل التي تواجه هذه الفئة العمرية؛ مثل الارتفاع الكبير في معدلات البطالة. وقد أظهر مسح بين الشباب. ضمن التقرير العربي للتنمية البشرية عام ٢٠٠٢. تفشي رغبة الهجرة بين الشباب على نحو كبير. وعلى الرغم من أن عينات المسح كانت صغيرة. فإن العنصرين الاقتصادي والاجتماعي كانا من العناصر التي تعد مصدراً لتلك الميول. وقد رصدت المقابلات الشخصية التي أجريت بالمنطقة فجوة واسعة بين جيل الشباب وأبائهم. متأثرة بالتغيرات الاجتماعية المتسارعة. والانتقال للتمدن. والمستويات الأرفع في التعليم. والتطلع. والتحول إلى الاستهلاك.

ويبدو التفاوت النوعي واسعاً فيما يتعلق بالفرص الاجتماعية. وتقع المنطقة في الترتيب ما قبل الأخير. في مقياس برنامج الأمم المتحدة للمساواة بين

والتعليمية. وأدت في الأغلب إلى انهيار الشبكات الاجتماعية. مدمرة بعض الآليات الرئيسية الحامية لصحة الشباب. في إيران على سبيل المثال في عام ١٩٩٠ بعد انتهاء حرب الثمانية أعوام ضد العراق. حوّل ٧٪ من الأطفال تحت سن ١٤ عاماً. ويبلغون على وجه التقريب مليوني طفل. إلى أيتام وهم الآن في سن الشباب.^(١٢) فضلاً عن ذلك. كانت هجرة السكان. التي ترتبت على تلك الحرب. من عناصر الخطر التي أدت إلى تفشي الأمراض المنقولة عن طريق ممارسة الجنس. ففي السودان. على سبيل المثال. كان انتشار مرض نقص المناعة المكتسبة (الإيدز) يرجع إلى الحرب الأهلية في الجنوب. وفي العراق. حدث ازدياد شديد للعنف ضد النساء في بغداد بعد سقوط نظام حزب البعث. في الوقت الذي لم تكن فيه الخدمات القانونية والصحية ومنظمات الدعم الدولي جاهزة لمواجهة ذلك العنف المتفشي ضد المرأة.^(١٣) ومن الصعب تجاهل التأثيرات الكلية للصراع والاضطرابات المدنية والأهلية على الصحة الجنسية والإنجابية للشباب. في دراسة عن الزواج في فلسطين على سبيل المثال. لاحظ الخواجة زيادة في معدل الخصوبة للبالغين في زمن الانتفاضة الأولى ضد الاحتلال الإسرائيلي في الفترة من ١٩٨٧ إلى ١٩٩٠ وارتبط ذلك بانخفاض سن الزواج للبنات خلال تلك الفترة.^(١٤)

من بين الدول الثلاث الوحيدة في العالم التي حرم الرجال والنساء من حق الاقتراع. توجد دولتان عربيتان. وهما المملكة العربية السعودية والإمارات العربية المتحدة. وتعد البحرين أحدث دولة تمنح النساء حق التصويت في عام ٢٠٠١. بينما تبقى الكويت الدولة الوحيدة في العالم التي حرم فيها النساء -لا الرجال- من ذلك الحق.^(١٥) وعلى الرغم من أن المملكة العربية السعودية عقدت انتخابات بلدية. للمرة الأولى. في تاريخها عام ٢٠٠٥. فإنها استثنت المرأة من الإدلاء بصوتها في ذلك الاقتراع. ويرى الباحث السكاني (الديموجرافي) فيليب فرج أن جذور العنف السياسي في المنطقة ترتبط باستمرار اقتران السلطة الأبوية بزيادة الهوة في درجات التعليم بين

والتنمية بالقاهرة عام ١٩٩٤^(١٨) بدأت تلك المنظمات غير الحكومية في التوجه للشباب وتوعيتهم بأمور الصحة الإنجابية المهمة للشباب. تم أيضا تنظيم المبادرات عن طريق المؤيدين الوطنيين للاتحاد الدولي للأبوة والأمومة المخططة (إ. بنور. الاتحاد الدولي للأبوة والأمومة المخططة - تونس. اتصالات شخصية. ١ يوليو ٢٠٠٣). وحركة الكشفافة (ز. عبد العزيز - كشفافة تونس. اتصالات شخصية. ٣١ يوليو ٢٠٠٣). وعلى الرغم من نجاح تلك المنظمات غير الحكومية. فإن عديداً من تلك البرامج التي تقوم بها تلك المنظمات كانت في نطاق محدود. ومن الصعب تحديد أثرها مع غياب أدوات تقييم أدائها. يقتصر الأمر على تونس وإيران فقط. اللتين يمكن القول إن لديهما برامج حكومية عن الصحة الجنسية والإنجابية للشباب. تبنت تونس من بداية عقد التسعينيات. أعمالاً بحثية عن الصحة الجنسية والإنجابية للشباب. كما افتتحت مؤخراً عدداً من العيادات الطبية الخاصة للمراهقين في المناطق الحضرية. عملت الحكومة أيضاً. بالتعاون مع المنظمات غير الحكومية. على تقديم تعليم مواز في مساكن إقامة الطلاب الجامعيين (فاروق بن منصور. المكتب الوطني للأسرة والسكان. تونس. اتصال شخصي. ٤ أغسطس ٢٠٠٣).^(١٩) أما إيران فقد أسست نظاماً إجبارياً لفحص ما قبل الزواج. لكل المتقدمين على الزواج. كوسيلة للتوعية بالأمور الحساسة للصحة الجنسية والإنجابية.^(٢٠)

غير أن الصحة الجنسية والإنجابية ما زالت من الأمور المثيرة للجدل في المنطقة لأسباب عديدة: منها الصراع الدائر حول الدور الملائم للدين في السياسات الاجتماعية. ويؤجج تلك المشكلة نفوذ وتأثير الحركات الدينية المتشددة في بعض الدول. وفي الواقع. هناك بعض البرامج القومية الحكومية الموجهة لتوعية الشباب عن الصحة الجنسية والإنجابية. ومؤخراً فقط قامت بضعة دول عربية. بالتعاون مع جامعة الدول العربية. بجمع البيانات السكانية عن الشباب المتزوج. وغير المتزوج. لترشيد مثل تلك البرامج.

الجنسين. وبعض دول جنوب الصحراء في أفريقيا. إن أكثر من نصف النساء العربيات جاهلات. وتتصف المنطقة بأقل معدل عالمي من حيث مساهمة المرأة في قوة العمالة (٢٦٪).^(٢١) ولا تظهر مثل تلك الإحصائيات حجم التغير الذي طرأ على درجة عمالة المرأة في الأعوام الحالية. ولكن. على سبيل المثال. تغيرت نسب التعليم في إيران بين البنات والنساء في الفئة العمرية المحصورة بين ١٠ - ٢٤ سنة من ٤٨٪ إلى ٩٢٪ في العقدين الأخيرين بسبب انتشار التعليم. خاصة في المناطق الريفية.^(٢٢)

السياسة القومية لشؤون الصحة الجنسية والإنجابية للشباب

بدأت الأبحاث حول الصحة الإنجابية قبل انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في المنطقة.^(٢٣) ونجحت المنظمات. وخاصة المنظمات غير الحكومية والجمعيات النسائية الناشطة في المنطقة. في الدفع بأمور حساسة وتسليط الأضواء عليها أمام الرأي العام. وبالمشاركة مع المؤسسات والهيئات البحثية. قامت بلفت أنظار الحكومات إلى ذلك المجال. فعلى سبيل المثال. قامت وزارة الصحة الفلسطينية عام ١٩٩٥ بإنشاء قسم الصحة النسائية تحت ضغط المطالبات محتذية بالمنظمات غير الحكومية؛ مثل برنامج صحة المرأة التابع لمجلس الاتحاد الفلسطيني للدعم الطبي.^(٢٤) ومؤخراً أيضاً في المغرب قامت الحكومة بإصلاح تشريعات الأحوال الشخصية. بعد أعوام من ضغوط الحركة النسائية. والتي بمقتضاها. وضمن تعديلات أخرى. رفعت سن الزواج للإناث من ١٥ إلى ١٨ عاماً. وجعلت من السهل حصول المرأة على الطلاق مع جعل الجمع بين زوجتين بالنسبة للرجال أكثر صعوبة.^(٢٥،٢٦)

طوال العقد الماضي. تكونت كثير من المنظمات غير الحكومية الشبابية في المنطقة. ومنها جمعية الشباب المصري للسكان والتنمية. بأعضاء يبلغون الألف في أربع محافظات مع تنامي أصدقاء الجمعية من الشباب المتطوعين أثناء انعقاد مؤتمر السكان

أربع جامعات تبين أن ٢٦٪ من الذكور الشباب و ٣٪ من الإناث الشباب قد مارسوا الجنس دون زواج على الأقل مرة واحدة.^(١٦) في النطاق المعلن، هناك اعتراف صريح بالاحتياجات الجنسية والرغبة الجنسية للشباب وأنهم قد يمارسون علاقات جنسية قبل الزواج. وأن الزوجين بعد الزواج يواجهان مشاكل تتعلق بالصحة الجنسية والإنجابية، وهي من الإشكاليات العميقة. غير أن بعض السلطات الصحية في المنطقة «تقلل من تنبيه الرأي العام فيما يخص جوانب الصحة العامة وتحيلها إلى الثقافة السائدة». وبالتالي «تعمل على حفظ ماء الوجه لا على إنقاذ الحياة» (روبرت طومسون، صندوق الأمم المتحدة للسكان، اتصال شخصي، ١٠ يونيو ٢٠٠٣).

وتوجد الأدلة التي توضح أن هناك ممارسات غير سوية من جانب الشباب صغار السن في حصولهم على المعلومات والمعرفة الخاصة بالصحة الجنسية والإنجابية، من المواقع الإلكترونية، على سبيل المثال، على الرغم من تفاوت حرية الحصول على المعلومات، إذ إن هناك تقارير كثيرة منتشرة عن حظر ومراقبة الإنترنت من جانب سلطات الدولة.^(١٧)

وعلى الرغم من تأكيد أولئك الذين جرى معهم المقابلات، على أهمية تعدد عناصر الحماية الداخلية للنسيج الاجتماعي إلا أن النقاش الدائر حول هذه الأمور في ثقافة وأدبيات المنطقة يظل محدوداً. أول وأهم تلك العناصر: التأكيد الشديد أن تكامل وقوة ترابط الأسرة في المضمار الاجتماعي والديني يلعب دوراً مسبقاً في الصحة الجنسية والإنجابية للشباب صغار السن. وعلى وجه التخصيص، فإن العلاقة الإيجابية مع الوالدين تم تأكيد أهميتها في رؤية منظمة الصحة العالمية كعنصر مهم لحماية الشباب من مخاطر الصحة الجنسية والإنجابية ومشاكل الإدمان.^(١٨) ولقد رأى عدد من المؤلفين والكتاب أن الإسلام بعد حالة استثنائية في اعترافه بأهمية التحقق الجنسي لكل من الرجل والمرأة، وليس فقط لغرض الإنجاب.^(١٩) في الوقت ذاته، كما يذكر مخلوف - أوبرماير مستعينا بدراسات لحالات عن الاختيارات

فضلاً عن ذلك، فإن مقاومة الاعتراف أن الشباب قد ينغمسون في علاقات جنسية، أو أن ذكورا يقدمون على إقامة علاقات جنسية مع ذكور، أو الاعتراف بأن ممارسة الجنس بمقابل مادي موجود في المنطقة، يجعل من جهود مكافحة تفشي مرض نقص المناعة المكتسبة غاية في الصعوبة.

ولا تزال سياسة الصمت الحكومي تجاه الصحة الجنسية والإنجابية للشباب مستمرة، على الرغم من الاحتياجات الملحة لتلك الفئة العمرية. ولقد أجمع من يجرون المقابلات الشخصية في كل أنحاء المنطقة على أن الشباب ليس لديهم تواصل كاف مع مصادر المعرفة المتعلقة بتلك الأمور، سواء من الأيوين، أو من معلمي المدارس، أو أماكن تقديم خدمات الرعاية الصحية. إذ غالباً ما يشعر الأبوان بأنهما غير مهينين بالمعارف الكافية في هذا المضمار، حتى لو كان الشباب يشعرون أنهم الوجهة المفضلة للحصول على تلك المعارف.^(٢٠،٢١) سجل من يجرون المقابلات أيضاً أن مناهج التعليم الصحي والمهارات الحياتية التي تتضمن مواضيع الصحة الجنسية والإنجابية تعد نادرة، وإن وجدت، يقوم المعلمون غير المؤهلين، أو الخجولين بتخطيها دون تدريسها، وباستثناء تونس وإيران، لا تعترف الرعاية الصحية الحكومية، بوجه عام، باحتياجات تلك الفئة العمرية من المعرفة؛ ولا تسعى لخلق مناخ داعم لهم. في بعض الأحوال، يتم إصدار الأحكام المسبقة تجاه الشباب، ونتيجة لذلك، تعد أماكن تقديم الرعاية الصحية الخاصة والصيديات المقصد المفضل لدى الشباب للحصول على العون والدعم فيما يخص الأمور الجنسية والإنجابية.

تظهر الدراسات القليلة التي أجريت بالمنطقة عن السلوك الجنسي تفاوتاً كبيراً في النتائج. ففي الحد الأدنى من المعدل في الأردن في دراسة أجريت عام ١٩٩٤ تبين أن ٧٪ من طلبة الجامعة أقروا بممارسة الجنس دون زواج. وأظهرت دراسة أخرى على المستوى الوطني بين عموم الفئة العمرية المحصورة بين ١٥ إلى ٣٠ عاماً أجريت عام ١٩٩٩ أن ٤٪ قد مارسوا الجنس خارج الزواج.^(٢٢) في مصر، وفي مسح أجري عام ١٩٩٦ في

- مازال الزواج المبكر يشكل مشكلة اقتصادية في كل المجتمعات^(٢٨)
- الارتفاع الشديد في معدلات زواج الأقارب^(٢٩)
- استمرار تعدد الزوجات في مجتمعات وتناقصه في بعض المجتمعات^(٣٠)
- ارتفاع أعداد النساء العازبات^(٣١) و
- ظهور أشكال من الزواج غير الزواج التقليدي مثل الزواج العرفي^(٣٢).

يواجه الشباب صغار السن وخاصة الإناث ضغوطا شديدة ليتزوجن، ومجرد أن يتزوجن يواجهن ضغوطا جديدة كي ينجبن. عذرية ما قبل الزواج لها أهمية قصوى بالنسبة للبنات على الأقل، وينعكس أهمية ذلك على العادة واسعة الانتشار، وهي الـ«الدخلة البلدي» أو الإتيان بنسيج مدم ليلة الزفاف لإثبات عذرية الفتاة، ولكن تلك العادة أخذت تنقلص

الإيجابية في إيران وتونس: «استعمل الدين الإسلامي لإضفاء شرعية على الموضوعات الخلافية الخاصة بالنوع الاجتماعي والاختيار الإيجابي»^(٣٣) وهكذا. حرمت تونس تعدد الزوجات وأباح الإجهاض، بينما خطت إيران خطوات هائلة نحو تنفيذ توصيات المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بطرق تتوافق مع القيم الدينية^(٣٤).

أنماط الزواج

يعد الزواج محورا مركزيا في أي نقاش حول الصحة الجنسية والإيجابية للشباب بسبب إعلاء قيمة الزواج دوليا من ناحية، وبسبب التحريم والعقوبات الدينية المفروضة على أية علاقة جنسية قبل الزواج، أو خارج إطار الزواج من ناحية أخرى. وفي الوقت الذي يوجد فيه تناقض هائل في أنماط الزواج في المنطقة، تبرز عادات مشتركة بعينها:

- ارتفاع معدل سن الزواج للجنسين^(٣٥)



امرأة شابة تستعد للخروج. الرياض، المملكة العربية السعودية، ٢٠٠٢

كما يتم تزوير عمر الفتيات الصغيرات في كثير من الحالات للتحايل علي الزواج المبكر. في واحدة من الدراسات الاجتماعية - الثقافية القليلة من المنطقة عن أسباب الزواج المبكر - على الرغم من أنه من أبحاث تسعينيات القرن الماضي - تبين في قريتين في صعيد مصر أن ٤٤٪ من الفتيات تزوجن قبل سن الزواج القانوني الذي كان ١٦ سنة. و٦٨٪ قبل إتمام سن ١٨ سنة و٨١٪ قبل سن ٢٠ سنة. ومن الممارسات الشائعة أن تعلن عائلة الفتاة أنها لم تسجل عند ولادتها وليس لها شهادة ميلاد وتلجأ إلى طبيب الوحدة الصحية لتقدير عمرها.^(٣٦) وقد استثنى الباحث تعليم الفتيات باعتباره أهم عنصر في منع الزواج المبكر للفتيات.

لم تحظ تداعيات الزواج غير القانوني إلا بقدر يسير من البحث. فعلى سبيل المثال، يعد الزواج المحدد بوقت معلوم (زواج المتعة) محرماً بين المسلمين السنة، غير أنه مشروع لدى المسلمين الشيعة، وقام بعض الساسة الإيرانيين بالإعلان عن تأييدهم وتشجيعهم لهذا النوع من الزواج منذ قيام الثورة الإسلامية في إيران، ليتيحوا الفرصة للشباب لتحقيق حياة جنسية دون اللجوء لعلاقات جنسية يحرّمها الدين، أو يرفضها المجتمع.^(٣٧) أما في مصر، فهناك الكثير مما يروى عن تفشي شكل جديد من الزواج على المجتمع وهو «الزواج العرفي»^(٣٨) ويعتمد هذا الشكل من الزواج حجته الدينية من وجود شاهدين، وإشهار خطوبتهما علناً، غير أنه تطور بعد ذلك ليصبح شكلاً من أشكال الزواج السري. كلا من شكلي الزواج السابقين يعد محرماً، غير أن المرأة في النمطين تفتقر إلى أشكال الحماية القانونية، والاقتصادية والصحية. في مصر أيضاً طرأت ظاهرة ما يسمى «زواج الصيف» حيث تتزوج الفتيات الصغيرات السن المنتميات لأسر فقيرة من ثري عربي يزور مصر مقابل مهر مالي يدفع لأسرة الفتاة، غير أنها تطلق في الغالب عند نهاية زيارة ذلك الثري لمصر. وقد أبرزت قناة الجزيرة التلفزيونية ازدياداً متنامياً لسفر كثير من رجال الخليج لممارسة هذا النوع من الزواج (زواج

وتحول إلى ممارسات أكثر عصرية باللجوء إلى الفحص الطبي لغشاء البكارة وكذلك إلى جراحات إصلاح غشاء البكارة قبل الزواج).^(٣٩)

ارتفع معدل سن الزواج لكلا الجنسين بسبب ارتفاع معدل تعليم البنات وتأثير وسائل الإعلام وتكلفة الزواج الاقتصادية.^(٤٠) خاصة في دول شمال أفريقيا حيث وصل سن زواج الأنثى إلى ٢٩ عاماً و٣٣ عاماً للذكر في تونس. ويعد ذلك علامة إيجابية، خاصة للإناث، في كونه يمثل نوعاً من الحماية من الحمل المبكر، كما أنه يتوافق مع إتاحة فرص أكبر للتعليم والعمل. في الوقت ذاته فإن الزمن بين سن البلوغ وسن الزواج يعد عنصراً خطراً بسبب ما يمكن أن يحدث من ممارسة الجنس قبل الزواج دون التمكن من الحصول على رعاية صحية جنسية.

توقع زواج البنات المسلمات والمسيحيات من ابن العم البكر مازال من العادات الراسخة في دول كثيرة بالمنطقة. وتتراوح نسب زواج الأقارب من ١٨٪ في لبنان إلى ما يربو على ٥٦٪ في الشمال المسلم من السودان.^(٤١) ولا توجد أية إحصائيات عن «الزيجات المرتبة» في المنطقة، غير أن هناك فجوة واسعة بين «الزواج عن حب» من ناحية، و«الزواج بالإكراه» من ناحية أخرى.

ظهرت كذلك ظاهرة حديثة وتلفت النظر بشدة وهي تنامي جماعات الشابات العازفات عن الزواج: ٧ - ٢١٪ من البنات غير متزوجات في كثير من البلاد العربية، وتتراوح أعمارهن من ٣٠ - ٣٩ سنة.^(٤٢) ولا يعرف إلا القليل عن أسباب ذلك، على أي حال، ولا يوجد أي اهتمام بصحة المرأة العزباء وأحوالها الاقتصادية.^(٤٣)

أشكال الزواج المبكر غير المحمية بالقانون

يقدر أن هناك ١,٦ مليون فتاة متزوجة قبل بلوغها سن العشرين في منطقة الدراسة، ويولد كل عام نحو ٩٠٠,٠٠٠ مولود لأمهات صغيرات السن.^(٤٤) ينخفض الحد الأدنى لسن زواج الفتيات في بعض الدول العربية إلى ١٥ سنة مثلما نجد في جيبوتي والكويت واليمن

بين ٧٠٠٠ ربة منزل تبين إصابة ١١,٣٪ بسقوط قناة المهبلي، و٦,٢٪ مصابات بثقب مثاني - مهبلي، و١,٣٪ مصابات بثقب شرجي - مهبلي.^(٣٧)

الحمل غير المرغوب فيه والإجهاض

يعتبر نقص المعلومات عن الخدمات المقدمة، والخوف من الآثار الجانبية، والمحرمات الاجتماعية؛ من العوائق التي تحول دون استعمال الشباب لوسائل منع الحمل في هذه المنطقة.^(٣٨) ولا يقدم الشباب صغير السن على التضحية بسمعته باللجوء إلى وسائل تنظيم الحمل. غير أن أولئك الذين يتزوجون مبكرين تعوزهم في الغالب المعلومات والمعرفة، التي تجعلهم يستعينون بوسائل منع الحمل. في عمان تسجل نسبة النساء اللاتي يستعن بوسائل منع الحمل قبل ولادة الطفل الأول ما يقل عن ١٪، فأغلبهن يحملن في العام الأول للزواج.^(٣٩) في الدول الخمس التي أجري فيها مسح سكاني - صحي وهي: مصر، والمغرب، واليمن، والسودان، والأردن كل الزوجات اللاتي تتراوح أعمارهن من ١٥ إلى ١٩ سنة، واللاتي تتراوح أعمارهن من ٢٠ إلى ٢٤ أظهرن معدلا منخفضا جدا في استعمال وسائل منع الحمل مقارنة بكل أعداد المتزوجات؛^(٣٩-٤٣) في اليمن تستعمل ٦٪ فقط من المتزوجات من الفئة العمرية ١٥ - ١٩ سنة و ١٥,٦٪ من الفئة العمرية ٢٠ - ٢٤ إحدى الوسائل الحديثة من وسائل منع الحمل مقارنة بنسبة تصل إلى ٣٧,٧٪ من بين كل المتزوجات من كل الأعمار.^(٤١)

من بين كل الدول العربية لا يباح الإجهاض بناء على رغبة الحامل إلا في تونس؛ ومباح في مصر، والجزائر، ولبنان، وليبيا، وعمان، وسوريا، والإمارات العربية المتحدة، واليمن إن كان الحمل يهدد حياة الحامل، ويباح للحفاظ على صحة المرأة في الكويت، والمغرب، والمملكة العربية السعودية، كما يباح لأسباب تتعلق بالصحة العقلية للمرأة في الجزائر، والعراق، والأردن.^(٤٤) وهناك مبادرة حديثة لتشريع الإجهاض رفضها مجلس الشورى المصري ولم حظ بعد بموافقة تشريعية.^(٤٥) مازال الإجهاض يعد من المحرمات في كل دول المنطقة

المسيار) في تحقيق أذيع في شهر أكتوبر عام ٢٠٠٣.

وفيات الولادة ومخاطر الولادة وأمراض النساء

سجلت الدول العربية (باستثناء إيران) نسبة ٣٪ من وفيات الأمهات أثناء الولادة على المستوى العالمي، يتركز أغلبها في اليمن، والسودان، وجيبوتي، ومصر.^(٤٨) بعض الدراسات قصرت بحثها على الوفيات بين الإناث صغيرات السن. حققت مصر مؤخرا انخفاضا ملحوظا في معدل وفيات الأمهات أثناء الولادة وتغير المعدل من ١٧٤ لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حي في ١٩٩٢-١٩٩٣، إلى ٨٤ لكل ١٠٠,٠٠٠ عام ٢٠٠٠. وتوصلت دراسة عام ٢٠٠٠ إلى أن ٥٪ من الوفيات كانت في الفئة العمرية المحصورة بين ١٥ إلى ١٩ سنة من العمر، و ١٩٪ في الفئة العمرية المحصورة بين ٢٠ إلى ٢٤ سنة من العمر.^(٣٥)

أثارت الدراسة التي أجريت بالجيزة في مصر عام ١٩٩٣ على ٥٠٨ امرأة فقيرة الانتباه في المنطقة، وفي العالم، لدى التبعات الجسدية للأمراض الإنجابية غير المرصودة المترتبة على ضعف صحة المرأة، وكثير منها كان مرتبطا بكثرة الإجاب. على كل حال، فإن تفشي التهابات القناة التناسلية وصل إلى نسبة ٤٥٪ بين الفئة العمرية ١٤ - ١٩ سنة، و ٥٥٪ في الفئة ٢٠ - ٢٤ سنة، ووصلت نسبة المصابات بسقوط القناة المهبلية إلى ٢٤٪ في الفئة العمرية ١٤ - ١٩ سنة، و ٤٣٪ في الفئة العمرية ٢٠ - ٢٤ سنة. تبين أيضا أن استعمال مانع الحمل الرحمي من عناصر الخطر التي تتسبب في حدوث أمراض نسائية إذا تم استعماله دون فحص دقيق للتأكد من عدم وجود عدوى التهابية في القناة التناسلية قبل استخدامه.^(٣٦)

وعلى الرغم من تلك المعلومات الدقيقة، فإنه لم تجر دراسات على المستوى القومي للسكان في كل المنطقة. هناك بعض الدلائل التي تشير إلى أن معدلات أمراض وإصابات قناة الولادة، مثل سقوط القناة المهبلية، مرتفعة في بعض دول المنطقة. أظهرت دراسة قامت بها الجمعية المصرية لرعاية الخصوبة في محافظة المنوفية عام ١٩٩٥ أن من

التابع لمنظمة الصحة العالمية تقارير يصل عدد المصابين فيها بأمراض منقولة جنسيا إلى ٣٧٠٠٠ حالة من ٥ دول من بين ٢٣ دولة يشرف عليها المكتب في عام ٢٠٠٢. غير أننا لا بد أن نلاحظ أن العدد أقل من الأعداد الحقيقية التي لا يتم الإبلاغ عن أغلبها (جومانا هيرمز. المكتب الإقليمي لشرق المتوسط التابع لمنظمة الصحة العالمية. اتصال شخصي. ٣ سبتمبر ٢٠٠٣).

هناك دراسات قليلة نسبيا تظهر مدى إلمام الشباب بالمعلومات المتعلقة بالأمراض المنقولة جنسيا. على الرغم من وجود بعض البراهين التي تجعلنا نفترض أنها محدودة للغاية. فعلى سبيل المثال في دراسة قومية عن البالغين في مصر. من بين أصحاب الفئة العمرية ١٦ - ١٩ سنة. لا تعرف ٣٠٪ من البنات أية معلومات عن الأمراض الجنسية. ولا عن مرض نقص المناعة المكتسبة (الإيدز) ١٩,٧٪ من الذكور لا يعرفون شيئا عن الأمراض الجنسية. ولا عن مرض نقص المناعة المكتسبة (الإيدز). أما من لم يلتحقوا بالتعليم المدرسي فترتفع النسبة بينهم إلى ٣٧,٧٪ للإناث و ٣١٪ للذكور.^(٢٠)

تعتبر الدول العربية وإيران من أقل المناطق معرفة بآليات انتشار وباء نقص المناعة المكتسبة (الإيدز). ويرجع ذلك إلى سيادة السياسة العامة التي تميل إلى إنكار وجود المرض (مع شيء من الاستثناء حاليا لإيران، وجيبوتي، والجزائر، والسودان، وتونس). هناك إيمان عام أن المنطقة منيعة بشكل ما إزاء تفشي ذلك الوباء فيها. وتمتد تلك الحساسية لتشمل إجراء الأبحاث على الأنماط الجنسية. تصنف المنطقة إجمالا على أنها من المناطق محدودة الانتشار بالنسبة للوباء (يقدر انتشار الوباء بها بنسبة ٠,٢ من عدد البالغين). غير أن هناك بورا من الانتشار الأعلى في جيبوتي والسودان.^(٢١) على الرغم من أن البيانات عن الشباب غير متوفرة في الأغلب والأعم. في جيبوتي التي تسجل أعلى نسبة تفشي للوباء في المنطقة ٣,٨٪ من المصابين بنقص المناعة المكتسبة من الفئة العمرية ١٥-١٩ سنة و ٤٣,٦٪ من الفئة العمرية ٢٠

باستثناء تونس على الرغم من حقيقة وجود تفاوت في الآراء بين المذاهب الإسلامية في تقدير الوقت الذي يعد فيه الجنين روحا يحرم قتلها. والذي يمكن إباحة الإجهاض قبله في بعض المذاهب الإسلامية التي تبيحه.^(٢٢)

هناك بعض الدراسات الاجتماعية التي تظهر تفشي الإجهاض الذاتي بين الشباب. من بين النساء اللاتي أدخلن إلى مستشفيات وزارة الصحة المصرية. واللاتي يعانين من مشاكل مضاعفات الإجهاض. وفي دراسة قومية أجريت عام ١٩٩٦ كان متوسط العمر ٢٧,٤؛ ٤,٦٪ من مرضى مضاعفات الإجهاض كن من الفئة العمرية ١٥ - ١٩ سنة. ١٤,٥٪ كن من الفئة العمرية ٢٠ - ٢٤ سنة.^(٢٣)

في دراسة أجريت عام ١٩٩٢ في الجزائر عن النساء المنتحرات حيث يباح الإجهاض فقط لإنقاذ حياة المرأة. أظهرت الدراسة أن ٣٠٪ من المنتحرات كن حوامل وغير متزوجات.^(٢٤) وفي إيران حيث يعد الإجهاض غير مشروع. إلا للمحافظة على صحة المرأة. يقدر أن ١٠٠,٠٠٠ شابة تقدم على الإجهاض غير المشروع. أو القصدي كل عام.^(٢٥)

الأمراض المنقولة عن طريق الجنس والإيدز

تعد البيانات القومية عن الأمراض المنقولة عن طريق الجنس نادرة، وهناك إحساس بالعار يلزم اللجوء لعيادات الأمراض المنقولة عن طريق الجنس في كل المنطقة موضع الدراسة. وعلى الأخص لدى النساء. كثير من يشتهون في إصابتهم بتلك الأمراض يضطرون إلى محاولة علاج أنفسهم بأنفسهم. أو يلجأون للصيدليات طلبا للنصح والعلاج. وربما. إن لم يفلح ذلك. يلجأون إلى العلاج بالقطاع الخاص. لذلك يعد الإبلاغ للجهات الرسمية منخفضا. الدراسات الخاصة بالأمراض المنقولة عن طريق الجنس بين الشباب صغار السن محدودة. في المغرب. أظهرت دراسة أن ٤٠٪ من الأمراض المنقولة جنسيا محصورة بين الشباب صغير السن من الفئة العمرية ١٥ - ٢٩ سنة.^(٢٦) تلقي المكتب الإقليمي لشرق المتوسط

(٤٦) وفي مصر، أظهر المسح السكاني الصحي الذي أجري على ٢٠٠٠ امرأة، أن ٩٧,٣٪ من المتزوجات في الفئة العمرية بين ١٥ سنة و٤٩ سنة، من بين المسلمات والمسيحيات، مختنات. (٣٩) في اليمن، تتركز تلك الممارسة على المناطق الساحلية مع نسبة انتشار قومي تصل إلى ٢٢,٦٪ من بين كل المتزوجات ما بين سن ١٥ و٤٩ سنة. طبقاً للمسح السكاني الصحي الذي أجري عام ١٩٩٧. (٤١) وفي حين تتم تلك الممارسة في مصر والسودان قبل سن البلوغ، نجد أنها تتم في اليمن على الإناث وهن أطفال. لا توجد في جيبوتي دراسات على المستوى القومي. غير أن هناك تقارير متناقضة عن مدى انتشار تلك الممارسة ودرجة شدتها بين الجماعات العرقية (إم سي موتاندا، يونيسيف جيبوتي، اتصال شخصي، سبتمبر ٢٠٠٣). تلك الدول الأربع، جميعها، شهدت مؤخراً جدلاً عاماً ومجهودات كبيرة للقضاء على تلك الممارسة في الأعوام الأخيرة. في مصر، بدأت من خمسينيات القرن الماضي، حملة على نطاق ضيق لمنع تشويه أعضاء الأثني التناسلية (ختان الإناث)، وقامت بتلك الحملة، على وجه التخصيص، جمعية القاهرة لتنظيم الأسرة، وفي عقد التسعينيات، وبدافع من انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بالقاهرة وبيانات المسح السكاني - الصحي، قام خالف واسع من المنظمات غير الحكومية بتبني حملة منع ختان الإناث. ومؤخراً تبنت الحكومة بعزيمة أكبر مناهضة تلك الممارسة ومنعها، خاصة من قبل المجلس القومي للأمومة والطفولة، في السودان، كانت أنشطة المنظمات غير الحكومية والمعاهد التابعة للجامعات أقل من أن تكون مؤثرة لعقود زمنية طويلة. في مؤتمر عقد بالخرطوم في ٢٠٠٣، وجه وزير الصحة تصريحاً للحكومة يطلب فيه منع ختان الإناث من خلال وضع تشريعات تمنعه ومن خلال برامج التوعية، في اليمن، قامت وزارة الصحة بإجراء دراسات، والتحمت بنشاط مع حملة منع ختان الإناث (دكتورة نجية عبد الغني، وزارة الصحة والسكان، اليمن، اتصال شخصي، سبتمبر ٢٠٠٣).

- ٢٩ سنة. واستناداً إلى الحالات المسجلة من قبل المكتب الإقليمي لشرق المتوسط التابع لمنظمة الصحة العالمية، تعد العدوى أعلى بين الذكور عن الإناث في المنطقة مع ميل واضح لإصابة الإناث به في سن أصغر (٢٥ - ٢٩) من الرجال (٣٥-٣٩). (٥٠) هناك كثير من مشاعر العار والجوانب الحقوقية يلزم مرض نقص المناعة بالمنطقة. ترحيل أي أجنبي من تُكتشف إيجابية تحليل دمهم من الإجراءات المتبعة عادة. وأظهرت الدراسات أن العاملين بالجال الصحي باليمن، وفي القاهرة وقنا بمصر، يؤمنون بوجود عزل المصابين بمرض نقص المناعة المكتسبة (مها عون، صندوق الدعم التابع للأمم المتحدة، اتصال شخصي، ١٣ يونيو ٢٠٠٤). (٤٨) وتكوين المجموعات التي تتعايش مع المصابين بمرض نقص المناعة المكتسبة بالكاد في بدايته، كما أن استبعادهم من المشاركة في وضع سياسة خاصة بمرضى نقص المناعة المكتسبة مازال يشكل قصوراً كبيراً.

وبالرغم من كل ذلك هناك مبادرات كثيرة واعدة جداً في المنطقة للوصول إلى تزويد الشباب بالمعرفة والمعلومات والاستشارات المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية وعلى الأخص مرض نقص المناعة المكتسبة، من خلال تأسيس مراكز استشارية تحافظ على الخصوصية وسرية المعلومات عن طريق الاستشارات الهاتفية بخطوط خاصة في مصر، وتونس، ولبنان، والصفة الغربية، وغزة، ومؤخراً في عمان، الخط المصري الساخن الذي تديره وزارة الصحة على سبيل المثال يتلقى في قمة اتصالاته ١٠٠٠ مكالمة في الشهر، وهي في أغلبها من شباب صغير السن ومن غير المتزوجين. (٥١) هذا البرنامج مناسب على وجه الخصوص للتكوين الثقافي في منطقة يعد فيها الحديث وجهاً لوجه عن الجنس والصحة الإنجابية من المواضيع الصعبة، خاصة بالنسبة للإناث.

قطع الأعضاء التناسلية للأثني (ختان الإناث)

لا يمارس ختان الإناث إلا في أربع دول، وهي حديداً: مصر، والسودان، واليمن، وجيبوتي من بين كل دول المنطقة.

العنف ضد النساء

قادت المنظمات غير الحكومية وجمعيات المرأة مهمة طرح مشكلة العنف ضد المرأة للنقاش العام في المنطقة. وبدأت في نشر شبكة من المراكز الاستشارية بدول المغرب العربي، والصفة الغربية، وغزة، والأردن. في بعض الأحوال نجحت ضغوط المنظمات غير الحكومية والجمعيات النسائية في دفع الحكومات لمناقشة الظاهرة، مثلما حدث في المغرب.^(١٧) غير أن جهود منع تلك الظاهرة اقتصر في أغلب الأحوال على أنشطة المنظمات غير الحكومية، وعلى نطاق محدود وغير مؤثر. ما يسمى بالقتل لدواعي الشرف، أي قتل الأقارب للفتيات والنساء اللاتي يعتقد أنهن مارسن الجنس بطرق غير مشروعة من الأمور المعروفة في تلك المنطقة. على الرغم من أن القاعدة البحثية ضعيفة في هذا الشأن، بسبب حساسية الموضوع من جهة، ولقلة الإبلاغ عن تلك الحوادث، من جهة أخرى. في الغالب يقوم الأشقاء بتلك المهمة بصفتهم مسؤولين عن حماية شرف الأسرة. خاصة أن الفعل يعد مشيناً للوضع الاجتماعي والسلوك الجنسي للشقيقات غير المتزوجات. وفي الأردن التي تعد من أكثر الدول اهتماماً بتلك المشكلة، وعلى الرغم من إنشاء قسم حماية الأسرة الذي تأسس تابعاً للشرطة، رفض مشروع تغليظ العقوبة على مقترفي جرائم «الشرف» وذلك على الرغم من تقديمه مرتين للمجلس التشريعي.^(١٨)

النتائج

لتقوية العناصر التي تؤدي إلى حماية صحة الشباب وتقليل المخاطر التي يتعرضون لها، لا بد أن يولي القادة السياسيون في المنطقة اهتمامهم باحتياجات الشباب من معلومات ومعرفة، وتعليم، وخدمات، والاستثمار من خلال البرامج القومية في دعم البرامج الصحية والرعاية للشباب صغير السن وتنمية مهاراتهم. وتعد تونس من الدول التي تبدي رغبة حقيقية في تطوير السياسات الصحية والخدمات المتعلقة بالشباب صغير السن، بما فيها شريحة غير

المتزوجين منهم. يقدم أيضاً النموذج الإيراني لبرامج الاستشارات قبل الزواج مثلاً جيداً يعد نمطاً ثقافياً يمكن قبوله في باقي دول المنطقة. قدمت المنظمات غير الحكومية أيضاً برامج رائدة وخلاقة لمعاونة ودعم الشباب. كما بذلت مجهودات عديدة لإثارة المشاكل ذات الحساسية الاجتماعية، ويمكن البناء على تلك الجهود ومواصلة ذلك. تبين أيضاً أن البرامج التي تركز على الخصوصية والسرية للشباب الصغير غير المتزوج، مثل خطوط الهاتف الساخنة الخاصة بالأمور الصحية، من البرامج المفيدة والمؤثرة في هذا الصدد. قاعدة الارتكاز التي ينطلق منها تناول تلك القضايا ما زالت ضعيفة ولا بد من القيام بتحليل لثروة المعلومات، التي يمكن استخلاصها من المسح السكاني، وتفكيكها، وإبراز ما يخص تلك الفئة العمرية من تلك البيانات. مازال الكثير من الأبحاث النوعية، التي تتوجه بالخطاب الملائم مباشرة لوعي الشباب صغير السن وإدراكه مطلوبه، وما زالت المحرمات التي تحيط بالنقاش العلني للأمور المتعلقة بالجنس عائناً رئيسياً في عرقلة التوصل لحلول. فعلى عكس المناطق التي ترتفع فيها الإصابة بمرض نقص المناعة المكتسبة (الإيدز)، لم يثر الوباء اهتماماً كافياً لدى دول المنطقة في نشر المعرفة عن أهمية وخطورة المشكلة. غير أن الاهتمام المتزايد والنقاش العام العلني حول رفاه وصحة الشباب الصغير بدأ في تقليص حجم الإحساس بالحرَج، مما يعاون على فتح الأبواب التي كانت مغلقة لتحقيق تقدم ملموس على مدى العقد القادم.

شكر وتقدير

تلقت هذه الدراسة دعماً من برنامج اليونيسيف (صندوق الأمم المتحدة لرعاية الطفولة والأمومة) المكتب الإقليمي بالشرق الأوسط وشمال أفريقيا لمكافحة مرض نقص المناعة المكتسبة (الإيدز)، بتوصية من برامج المعونات بالأمم المتحدة. ونعرب عن امتناننا لكل من أجريت معهم مقابلات شخصية على وقتهم ومعلوماتهم التي قدموها.

المراجع

- Kirby D. Understanding what works and what doesn't in reducing adolescent sexual risk-taking. *Family Planning Perspectives* 2001;33(6): 276-81.
- WHO/UNICEF/UNFPA. Action for Adolescent Health: Towards a Common Agenda. WHO/FRH/ADH/97.9. Geneva: WHO, 1997.
- World Health Organization. Broadening the Horizon: Balancing Protection and Risk for Adolescents. WHO/FCH/CAH/0.2. Geneva7 WHO, 2002.
- Rivers K, Aggleton P. Adolescent Sexuality, Gender and the HIV Epidemic. New York: UNDP HIV and Development Programme, 2001.
- El Dawla S. The political and legal struggle over female genital mutilation in Egypt: five years since the ICPD. *Reproductive Health Matters* 1999;7(13):128-36.
- Hoodfar H. Bargaining with fundamentalism: women and the politics of population control in Iran. *Reproductive Health Matters* 1996;4(8): 30-40.
- UNAIDS/UNICEF/USAID. Children on the Brink: A Joint Agency Report on Orphan Estimates and Program Strategies. Washington, DC7 UNAIDS/UNICEF/USAID, 2002.
- Human Rights Watch. Climate of fear: sexual violence and abduction of women and girls in Baghdad. Human Rights Watch, 2003. At: <<http://hrw.org/reports/2003/iraq0703/>>.
- Khawaja M. The recent rise in Palestinian fertility: permanent or transient? *Population Studies* 2000;54:331-46.
- Walters N. Electoral shock. *Guardian Weekly*. 15 October 2003. p.23.
- Fargues P. Changing hierarchies of gender and generation in the Arab world. In: Makhoulf Obermeyer C, editor. *Family, Gender and Population in the Middle East: Policies in Context*. Cairo7 American University in Cairo Press, 1995. p.179-98.
- Department for International Development (UK). *Regional Assistance Plan: Middle East and North Africa, Consultation Draft*. London: DFID, 2003.
- Population Action International. In *This Generation: Sexual and Reproductive Health Policies for a Youthful World*. Washington DC: PAI, 2002.
- Zurayk H. A Framework of Ideas for Development of a Research Agenda for the Working Group on Reproductive Health. Cairo7 Population Council, 1988.
- Najjab S. Policy Statement of the Women's Health Program at the Union of Palestinian Medical Relief Committees in the Occupied Palestinian Territories. Jerusalem: UPMRC, 1994.
- Tremlett G. Morocco boosts women's rights. *Guardian(UK)*. 10 March 2003. p.15.
- Amado LE. Sexual and Bodily Right as Human Rights in the Middle East and North Africa: A Workshop Report. Istanbul: Women for Women's Human Rights-New Ways, 2004. At: <<http://www.wwhr.org/images/malta-kitap.pdf>>.
- Youth Association for Population and Development. *Worldbank.org*. At: <<http://lnweb18.worldbank.org/mna/mena.nsf/Countries/Egypt/>>.
- 81E42266F00F4BBA85256E3100331B20?OpenDocument >. Accessed 20 March 2005.
- Association Tunisienne du Planning Familial. *Evaluation du Projet "La Double Protection pour les Jeunes"*, Resultats d'une Enquete Qualitative. Tunis: Association Tunisienne du Planning Familial, 2003.
- El-Tawila S, Ibrahim B, Sallam S, et al. *Transitions to Adulthood; A National Survey of Egyptian Adolescents*. Cairo: Population Council, 1999.
- Johns Hopkins University, Centre for Communication Programs, National Population Commission, Jordan. *Jordanian Youth Survey: Knowledge, Attitudes and Practices on Reproductive Health and Life Planning*. Amman: Johns Hopkins University, 2001.
- El-Zanaty F, El-Daw A. Behavior research among Egyptian university students. *International Medical Technology Egypt (MEDTRIC), Family Health International, Behavioural Research Unit*, 1996. (Unpublished report)
- Egyptians tackle taboos through net. *BBC News World Edition*. 2 September 2003. At: <<http://news.bbc.co.uk/go/em/fr/-/2/hi/technology/3199007.stm>>.
- Bond K. Key Issues in the Implementation of Adolescent Sexual and Reproductive Health Programmes. Geneva7 WHO Department of Child and Adolescent Health and Medicine, 2004. At: <http://www.who.int/child-adolescenthealth/New_Publications/ADH/WHO_FCH_CAH_04.3.pdf>. Accessed March 6, 2005.
- Musallam B. Sex and Society

- in Islam: Birth Control before the Nineteenth Century. Cambridge: Cambridge University Press, 1983.
26. Makhlouf Obermeyer C. Reproductive choice in Islam: gender and state in Iran and Tunisia. *Studies in Family Planning* 1994;25(1):41-51.
27. Rashad H, Osman M. Nuptiality in Arab countries: changes and implications. In: Hopkins N, editor. *The New Arab Family, Cairo Papers in Social Science*, Vol.24, Nos.1-2. Cairo: American University in Cairo Press, 2003. p.20-50.
28. Aoyama A. Reproductive Health in the Middle East and North Africa: Well-Being for All Human Development Network, Health, Nutrition and Population Series. Washington DC: World Bank, 2001.
29. Fargues P. Terminating marriage. In: Hopkins N, editor. *The New Arab Family, Cairo Papers in Social Science*, Vol.24, Nos.1-2. Cairo: American University in Cairo Press, 2003. p.247-73.
30. Foster A. Young women's sexuality in Tunisia: the health consequences of misinformation among university students. In: Bowen DL, Early EA, editors. *Everyday Life in the Muslim Middle East*. Bloomington: Indiana University Press, 2002. p.98-110.
31. Rashad H. Demographic transition in Arab countries: a new perspective. *Journal of Population Research* 2000;17(1): 83-101.
32. Hamamsy L. Early Marriage and Reproduction in Two Egyptian Villages. Cairo7 Population Council/UNFPA Occasional Paper, 1994.
33. Haeri S. Temporary marriage and the state in Iran: an Islamic discourse on female sexuality. In: Ilkharacan P, editor. *Women and Sexuality in Muslim Societies*. Istanbul: Women for Women's Human Rights-New Ways, 2000. p.343-61.
34. Beamish J. Adolescent Reproductive Health in Egypt: Status, Policies, Programs, and Issues Policy Project, 2003. (Unpublished mimeo)
35. Egyptian Ministry of Health and Population. *Egypt National Maternal Mortality Study 2000: Report of Findings and Conclusions*. Cairo: Egyptian Ministry of Health and Population, 2000.
36. Khattab H, Younis N, Zurayk H. Women, Reproduction and Health in Rural Egypt: the Giza Study. Cairo7 American University in Cairo Press, 1999.
37. Egyptian Fertility Care Society. *Study of the Prevalence and Perception of Maternal Morbidity in Menoufeiya Governorate, Egypt: Final Report*. Cairo7 EFCS, 1995.
38. Al Riyami A, Afifi M, Mabrey R. Women's autonomy, education and employment in Oman and their influence on contraceptive use. *Reproductive Health Matters* 2004;12(23):144-55.
39. El-Zanaty F, Way A. *Egypt Demographic and Health Survey*. Calverton MD: Ministry of Health and Population Egypt, National Population Council and ORC Macro, 2001.
40. Azelmat M, Ayad M, Housni EA. Enquête de Panel sur Population et la Santé. Calverton MD: Ministère de la Santé Publique, Macro International, 1996.
41. Central Statistical Organization Yemen, Macro International. *Yemen Demographic, Maternal and Child Health Survey 1997*. Calverton MD: Central Statistical Organization and Macro International, 1998.
42. Department of Statistics, Ministry of Economic and National Planning Sudan, Macro International. *Sudan Demographic and Health Survey 1989/1990*. Columbia MD: Department of Statistics and Macro International, 1991.
43. Department of Statistics Jordan, ORC Macro. *Jordan Population and Family Health Survey 2002*. Calverton MD7 Department of Statistics, ORC Macro, 2003.
44. Rahman A, Katzive L, Henshaw SK. A global review of laws on induced abortion, 1985-97. *International Family Planning Perspectives* 1998;24(2):56-64.
45. Said, S. Abortion issues in Egyptian spotlight. *Arab News*. 16 March 2005. At: <www.arab-news.com>. Accessed 20 March 2005.
46. Egyptian Fertility Care Society. *Post-abortion Case Load in Egyptian Public Sector Hospitals, Final Report*. Cairo: EFCS, 1997.
47. International Planned Parenthood Federation Arab World Region. *Unsafe Abortion and Sexual Health in the Arab World: the Damascus Conference*. Proceedings of a Conference 1-3 December 1992.
48. World Bank/World Health Organization/UNAIDS. *Overview of the HIV/AIDS Situation in the Middle East and North Africa and Eastern Mediterranean Region*. World Bank/WHO/UNAIDS, 2002.
49. UNAIDS. *2004 Report on the Global AIDS Epidemic*. Geneva: UNAIDS, 2004.
50. WHO Progress Report to the 50th Regional Committee. WHO EM/RC50/INF.DOC.1. WHO-EMRO, February 2004.
51. Egyptian Ministry of Health and Population. *Report on AIDS Hot-Line*. 1 January- 31 December 2001.
52. Jordan: confronting "honour" killings. *Reproductive Health Matters* 2001;9(17):221

العمل مع عيادات القطاع العام من أجل تقدير خدمات صديقة للشباب في جنوب أفريقيا

بقلم: كيم ديكسون تيتي، أودري بيتيفور، ويني موليكو

ترجمة: غادة طنطاوي

موجز المقال: يمكن أن تلعب منشآت الرعاية الصحية دوراً مهماً في حماية المراهقين من المشكلات الصحية. وتعزيز الرعاية الجنسية والإنجابية. وإرساء سلوكيات إيجابية. وقد أثبتت الأبحاث الممتدة أن المنشآت الصحية في جنوب أفريقيا قد فشلت في تقديم خدمات صحية صديقة للشباب. وتُعتبر المبادرة القومية «من أجل عيادة صديقة للشباب»: برنامج اعتماد مصمّم من أجل تحسين جودة خدمات الرعاية الصحية الخاصة بالمراهقين عند مستوى الرعاية الصحية الأولية. وتعزيز قدرة القطاع العام على الاستجابة لاحتياجات المراهقين الصحية. وتمثل الأهداف الأساسية للبرنامج في تسهيل حصول المراهقين على الخدمات الصحية. وجعل هذه الخدمات أكثر قبولاً لديهم. وإرساء مستويات ومعايير على المستوى القومي فيما يخص عيادات الرعاية الصحية للشباب في جميع أنحاء البلاد. وبناء قدرات العاملين في الرعاية الصحية كي يقدموا خدمات ذات كفاءة مرتفعة. وسوف يُعد أحد مؤشرات نجاح المبادرة تزايد استخدام المراهقين لعيادات القطاع العام. تمثل المبادرة القومية «من أجل عيادة صديقة للشباب» جزءاً لا يتجزأ من برنامج حب الحياة. وهو البرنامج الصحي الأكبر والأكثر إبداعاً. في جنوب أفريقيا. ويتضمن النجاح في تطبيق اعتماد المبادرة توفّر نظم التقييم الذاتي للعيادات. وتحسين جودتها. وإتاحة نظم التقييم من الخارج. إلى جانب تقديم الجوائز للعيادات المتميزة. وفي الوقت الراهن. تجري تجربة المبادرة القومية من أجل عيادة صديقة للشباب. في عشر عيادات حكومية في جنوب أفريقيا. © مجلة قضايا الصحة الإنجابية ٢٠٠١

Working with public sector clinics to provide adolescent-friendly services in South Africa

Kim Dickson-Tetteh, Audrey Pettifor, Winnie Moleko, Reproductive Health Matters, Vol. 9, No. 17, May 2001

الكلمات الدالة: المراهقة - خدمات الصحة الجنسية والإنجابية - الرعاية والمساواة - جنوب أفريقيا.

جنسية عند البنت ١٥ سنة وعند الولد ١٤ سنة.^(٣,٤) وبصورة عامة. يبدأ الأولاد في ممارسة الجنس في وقت مبكر إلى حد كبير. وبأعداد أكبر. مقارنة بالبنات. وتُعتبر معرفة المراهقين بالوظيفة الإنجابية والنشاط الجنسي ضعيفة على وجه العموم.^(٥,٦) وأشار عدد كبير من الشباب إلى أنهم يحتاجون إلى معلومات حول أمور: مثل الحمل والأمراض التي تنتقل عن طريق الجنس والتفاعل الجنسي والعلاقات. غير أنه بالنسبة لأغلبية الشباب. يُعتبر التوصل إلى معلومات حول الصحة الإنجابية والجنسية. والحصول على الخدمات المتعلقة بهما أمراً صعباً.

يشهد العالم حالة غير مسبوقة من تزايد أعداد الشباب. ذلك أنه من بين كل خمسة أفراد في العالم. هناك فرد عمره أقل من ٢٤ عاماً.^(١) ومن بين نحو ١.٢ مليار شاب في العالم. يعيش ٨٥٪ في الدول النامية. وفي جنوب أفريقيا. يوجد حاليًا نحو ١٨ مليون شخص تحت ٢٠ عاماً.^(٢) يمثلون حوالي ٤٤٪ من السكان. ويمثل المراهقون: من تتراوح أعمارهم بين ١٠-١٩ سنة - نحو ٢١٪ من هؤلاء.

ويبدأ أغلبية الشباب في جنوب إفريقيا نشاطهم الجنسي في منتصف فترة المراهقة. وعلى المستوى القومي. فإن متوسط عمر ممارسة أول عملية

ظل محدوداً^(١٦) ووفقاً للاتجاه العام، تمثل النساء في العشرينيات المجموعة ذات العدد الأكبر من المصابين بعدوى نقص المناعة المكتسبة.

كما توجد الكثير من حالات الحمل بين المراهقات غير المتزوجات، وطبقاً لإحصاءات الحمل على المستوى القومي (في عام ١٩٩٧ تم سن القانون الذي يبيح الإجهاض) تبين أن حوالي ١١٪ من عمليات الإجهاض، التي تتم في إطار القانون، قد أجريت لبنات تحت سن ١٨^(١٧) وترتفع نسبة استخدام وسائل منع الحمل بدرجة كبيرة بين الفتيات بين ١٥-١٩ عاماً، حيث تستخدم واحدة من كل أربع مراهقات وسيلة حديثة لمنع الحمل. وفي الوقت الحالي، تستخدم نحو ثلثي المراهقات اللاتي يمارسن نشاطاً جنسياً وسيلة حديثة، وتُعد وسائل الحَقن هي الأكثر شيوعاً. حيث تستخدمها حالياً نحو نصف البنات اللاتي يمارسن نشاطاً جنسياً. غير أن أغلبية الشباب إما أنهم لم يستخدموا الواقي الذكري في التفاعل الجنسي قط، أو قاموا باستخدامه على نحو متقطع^(١٨). ومن المؤكد أنه يجب مواجهة مشكلات الصحة الإنجابية للمراهقين في جنوب أفريقيا، إذا كنا نأمل أن تتحسن نوعية حياتهم. ويُعد تطوير حساسية الخدمات الصحية، التي يقدمها القطاع العام للمراهقين، أمراً أساسياً في اتجاه تحسين نوعية تلك الحياة.

المبادرة القومية من أجل عيادة صديقة للشباب
يعبر الشباب من مختلف الأجناس والثقافات، ومن بينهم الشباب في جنوب أفريقيا^(١٩) عن وجهات نظر متشابهة فيما يخص نوع الخدمات الصحية التي يحتاجون إليها. ويمكن وصف الخدمات الصحية بأنها صديقة للشباب إذا توفر فيها مايلي:
«سياسات وخصائص تجذب الشباب للمنشآت والبرامج الصحية. وتقدم لهم إطاراً مريحاً ومناسباً. وتلبي احتياجاتهم وتستطيع الاحتفاظ بالعملاء من الشباب بحيث يقومون بالمتابعة والزيارات المتكررة.»^(٢٠)

تستطيع منشآت الرعاية الصحية القيام بدور مهم في وقاية المراهقين من المشكلات الصحية، وتعزيز الصحة الإنجابية والجنسية. وإرساء سلوكيات إيجابية. ويمكن تحقيق ذلك عبر تحسين جودة الخدمات الشاملة التي تُقدّم للمراهقين. وقد أثبتت الأبحاث الممتدة فشل المنشآت الصحية في جنوب أفريقيا في تقديم خدمات صحية صديقة للشباب^(٢١-٢٢). ذلك أن المنشآت التي تقدم هذه الخدمات إما أن يكون من الصعب الوصول إليها، أو أنها تبدأ العمل في أوقات معينة مما يصعب على الشباب سهولة الحصول على الخدمة. وأحياناً ما يكون سلوك العاملين في هذه المنشآت انتقادياً، بل عدائياً. وغالباً ما يجري إهمال المعايير المهنية فيما يخص السرية والتعاطف.

تسهم مشكلات الرعاية الصحية بدرجة كبيرة في انتشار الأمراض في جنوب أفريقيا^(٢٣). إذ «يعاني الشباب في جنوب أفريقيا من العديد من المشكلات المرتبطة بالصحة الإنجابية، من بينها الأمراض التي تنتقل عن طريق الجنس، ومرض نقص المناعة المكتسبة/الإيدز، والحمل غير المرغوب فيه. وتحدث نحو أربعة ملايين حالة من الأمراض التي تنتقل عن طريق الجنس سنوياً في جنوب أفريقيا. وتقع نسبة كبيرة من هذه الحالات بين الشباب. وبالرغم من ارتفاع مستوى الوعي فيما يخص مرض نقص المناعة المكتسبة/الإيدز^(٢٤) يُعتبر انتشار عدوى نقص المناعة المكتسبة في جنوب أفريقيا مروعاً؛^(٢٥) حيث يبلغ أكثر من ٧٥٠ حالة يومياً، وهي من أعلى المعدلات في العالم. ولقد كشف مسح معدلات قياس الفيروسات في الدم، فيما قبل الولادة، أن معدل انتشار مرض نقص المناعة المكتسبة بين الأمهات تحت ٢٠ عاماً بلغ ٢١٪. ويمثل هذا المعدل نحو ضعف نظيره في ١٩٩٧، الذي بلغ ١٢,٧٪. ومن ثم، فإن هذه الزيادة تمثل أعلى زيادة قد حدثت مقارنة بالمرحلة العمرية الأخرى. وبالرغم من أنه لوحظ عام ١٩٩٩ أن انتشار مرض نقص المناعة المكتسبة بين النساء تحت ٢٠ عاماً كان أقل بنسبة (١٦,٥٪) عنه في عام ١٩٩٨، فإن الانخفاض

لا تُعد المبادرة برنامجًا منعزلًا. لكنها جزء لا يتجزأ من برنامج «حب الحياة». وهو البرنامج الصحي الأكبر والأكثر إبداعًا في جنوب أفريقيا. يُعتبر برنامج «حب الحياة» بمثابة مبادرة متعددة الأبعاد تركز على تحسين خدمة الصحة الإيجابية والجنسية بالنسبة للمراهقين في جنوب أفريقيا. ويتمثل الهدف الأساسي للبرنامج في إحداث تغيير إيجابي في سلوك الشباب في جنوب أفريقيا. من أجل الحد من الحمل بين المراهقات، والأمراض التي تنتقل عبر الجنس، مرض نقص المناعة المكتسبة/الإيدز. ويدير برنامج «حب الحياة» اتحاد من المنظمات الرائدة في مجال الصحة الإيجابية والجنسية، وهي وحدة أبحاث الصحة الإيجابية، وجمعية تنظيم الأسرة في جنوب أفريقيا، ومبادرات الدعوة، واتحاد نظم الصحة، ولدى برنامج «حب الحياة» ثلاث استراتيجيات أساسية للتدخل: التوعية والتعليم، والدعم والتواصل المؤسسي، والمراقبة والبحث والتقييم.

ولقد تأسست المبادرة عام ١٩٩٩. بعد إنشاء برنامج «حب الحياة» بفترة وجيزة. ووُضعت المبادئ الاستراتيجية الأولى للبرنامج في العام نفسه، وجرى توزيعها على نطاق واسع على أصحاب المصلحة. وفي نوفمبر ١٩٩٩، تمت الدعوة إلى اجتماع على المستوى القومي بهدف مناقشة فكرة البرنامج ومبادئه الاستراتيجية. وجمع هذا اللقاء مديري البرامج الحكومية الإقليمية والقومية وصناع السياسات ومثلي الشباب والمنظمات، التي تخدم الشباب، والمنظمات غير الحكومية الأساسية في هذا المجال. وساعدت المقابلة على تطوير فكرة المبادرة وأهدافها. وتحديد مبادئها الاستراتيجية.

وفي يناير ٢٠٠٠، عُقد اجتماع جمع منظمات محلية ودولية تعمل في مجال صحة المراهقين وتطوير الجودة والاعتماد، من أجل توجيه النصح والمساعدة في تطوير فكرة المبادرة. وقام هذا الاجتماع بتحديد معايير المبادرة ومستوياتها العشرة. وفي

أنشئت المبادرة القومية من أجل عيادة صديقة للشباب في جنوب أفريقيا كي توفر لمديري ومقدمي خدمات الرعاية الصحية في القطاع العام منظومة تتسم بالعملية والقدرة على المراقبة الذاتية والتقييم من الخارج. من أجل تحسين جودة الخدمات الصحية التي يتلقاها المراهقون على مستوى الرعاية الصحية الأولية، وتعزيز قدرة القطاع العام على التجاوب بصورة مناسبة مع الاحتياجات الصحية للمراهقين. وفي ظل هذه المبادرة، تعمل العيادات في اتجاه الوصول إلى معايير قومية تؤدي إلى عدة مستويات متنوعة من الاعتماد، والحفاظ على هذه المعايير.

ويعتبر الهدف الأساسي للبرنامج في جعل الخدمات الصحية متاحة أكثر بالنسبة للمراهقين وأكثر قبولًا لديهم، وإرساء مستويات ومعايير على المستوى القومي؛ فيما يخص عيادات الرعاية الصحية للمراهقين في جميع أنحاء البلاد، وبناء قدرات العاملين في مجال الرعاية الصحية كي يقدموا خدمات ذات كفاءة مرتفعة. وسوف يتكشف أحد مؤشرات النجاح بالنسبة للمبادرة القومية من أجل عيادة صديقة للشباب من خلال تزايد استخدام المراهقين لعيادات القطاع العام. يهدف العمل مع مقدمي الرعاية الصحية الأولية في عيادات القطاع العام إلى تمكين غالبية شباب جنوب أفريقيا من الحصول على الخدمات والمعلومات التي تقدمها العيادات القريبة من منازلهم. وخلال الأعوام القليلة الماضية، أقر عدد من المنظمات، غير الحكومية، بالحاجة إلى تقديم خدمات «صديقة» للشباب. ويمكن لهذه الخدمات أيضًا اتباع معايير المبادرة.

أنشئت المبادرة القومية من أجل عيادة صديقة للشباب استنادًا إلى أن مراكز الشباب القائمة بذاتها قد لا تكون ذات تكلفة معقولة^(١٧) أو مستدامة. كما أنه لا يمكن، على الأقل في جنوب أفريقيا، إنشاء عدد كافٍ منها لأجل تقديم الرعاية الصحية لأغلبية الشباب.

هذه الوثيقة بين العاملين في مجال الرعاية الصحية والمراهقين (مربع ١)

مربع ١. حقوق المراهقين فيما يخص الصحة الإيجابية والجنسية لدى المبادرة القومية من أجل عيادة صديقة للشباب

يحق للشباب، بغض النظر عن العمر أو النوع أو الجنس أو الدين أو الثقافة أو المكانة الاجتماعية أو القدرات الجسدية والعقلية، التمتع بالحقوق الأساسية التالية:

- الحق في الحصول على المعلومات الصحية
- الحق في الحصول على مجموعة كاملة من الخدمات الصحية بأسعار معقولة
- الحق في الاحتفاظ بالخصوصية عند تلقي خدمة الرعاية الصحية
- الحق في تلقي العلاج بصورة تحفظ الكرامة و الاحترام
- الحق في ضمان سرية المعلومات الشخصية
- الحق في الحصول على شرح لعملية العلاج التي سيخوضها الشباب عند الحصول على الخدمة الصحية
- الحق في تلقي العلاج بواسطة أشخاص مدربين ولديهم المعرفة الكافية بما يقومون به
- الحق في استمرارية الخدمة
- الحق في معرفة اسم مقدم الخدمة العلاجية
- الحق في التعبير عن الرأي في الخدمة المقدمة، والشكوى حال تلقي خدمات غير مرضية
- الحق في المساواة بين الجنسين
- الحق في بيئة صحية وآمنة
- الحق في القيام باختيار حرة، مبنية على معلومات، فيما يخص أمور التعبير والمتعة والبول الجنسية

ظل المساعدة الفنية المقدمة من الزملاء الأمريكيين في مشروع ضمان الجودة، قضي فريق جنوب أفريقيا بقية العام في تعديل وتطوير معايير عملية التقييم الذاتي ومستوياتها، وأدوات التقييم الخارجي، والمواد الداعمة الأخرى.

ترتكز المبادرة القومية من أجل عيادة صديقة للشباب على مبادئ أساسية معينة يتعين الاسترشاد بها في تطوير جميع البرامج الخاصة بالمراهقين. أولاً: من حق المراهقين الحصول على خدمة شاملة للصحة الإيجابية. وثانياً: يجب النظر لكل مراهق باعتباره فرداً ذا حاجات خاصة، تتعلق بالمعلومات والخدمات، وتتحدد وفقاً لعوامل بعينها: مثل الجنس، والثقافة، وخبرات الحياة، والظروف الاجتماعية. ثالثاً: تُعد اعتبارات النوع مسألة مهمة؛ لأن اللامساواة والاختلافات بين الجنسين تؤثر على الحياة الاجتماعية والثقافية والاقتصادية للمراهقين. كما تؤثر على صحتهم وتطورهم. وتعتبر الاستجابة المثلى لاحتياجات الصحة الجنسية والإيجابية لدى المراهقين هي تلك التي تتم عبر منهج كلي يركز على رفاهيتهم الجسدية والعقلية والاجتماعية. ولا تقتصر الإدارة الجيدة على الاستجابة لاحتياجات صحية بعينها فحسب، بل تشمل أيضاً تقديم النصائح فيما يخص تحسين الحالة الصحية والحيلولة دون اعتلال الصحة. ويمثل تشجيع مشاركة الشباب في تخطيط وتطوير وتقييم الخدمات والبرنامج الصحية الطريق الأفضل لضمان تلبية احتياجات الشباب بصورة جيدة. كما يُعد الدعم الذي يقدمه المجتمع، وخاصة الوالدان، شديد الأهمية من أجل استدامة هذه البرامج.

كما تستند المبادرة إلى حقيقة أن المراهقين لهم الحق في الحصول على خدمات الصحة الإيجابية والجنسية. وحيث إن المراهقين عادة ما يرون أن هذه الحقوق غالباً ما تُهمَل أو لا تُحترم، فقد قام منسقو المبادرة بصياغة وثيقة تحدد تلك الحقوق. وجرى ترويج

مربع ٢. حزمة الخدمات الأساسية التي تقدمها المبادرة القومية من أجل عيادة صديقة للشباب

- توفير المعلومات والتعليم والاستشارات حول خدمات الصحة الجنسية والإيجابية
- توفير المعلومات والاستشارات حول العنف والاعتداء الجنسي والمشكلات العقلية، والإحالة إلى الجهة المناسبة
- تقديم المعلومات البناءة والاستشارات، وتوفير الوسائل: بما فيها وسائل منع الحمل التي تؤخذ عن طريق الفم، ووسائل منع الحمل في الحالات الطارئة، والوسائل التي تؤخذ عن طريق الحقن، والواقي الذكري.
- اختبارات واستشارات الحمل ورعاية ما قبل وما بعد الولادة
- الاستشارات السابقة والتالية للإجهاض والإحالة المناسبة فيما يخص هذا الأمر
- إتاحة المعلومات حول الأمراض التي تنتقل عن طريق الجنس، بما في ذلك استراتيجيات الوقاية المزدوجة.
- التعامل مع الأعراض فيما يخص الأمراض التي تنتقل عن طريق الجنس
- تقديم المعلومات حول مرض نقص المناعة المكتسبة واستشارة ما قبل وما بعد الاختبار، والإحالة المناسبة والاختبار الطوعي في حالة عدم توفر الخدمات

وقد جرى تطوير معايير المبادرة القومية من أجل عيادة صديقة للشباب وكذلك حزمة الخدمات الأساسية الخاصة بها على نحو يؤدي إلى تمكين، حتى العيادات الواقعة في مناطق ريفية تمامًا، من تحقيق مستوى ما من الاعتماد في ظل الحد الأدنى من الموارد.

وتتضمن حزمة الخدمات الأساسية التي تقدمها العيادات الصديقة للشباب، خاصة عند مستوى الرعاية الصحية الأولية، الخدمات المدرجة في مربع ٢. ولن يتم تقديم خدمات بعينها - مثل الولادة، (خاصة في الحالات المعقدة)، والإجهاض (خاصة في الثلاثة أشهر الثانية) والتعامل الشامل مع حالات العنف والاعتداء الجنسي، في مستوى الرعاية الصحية الأولية؛ غير أن عيادات المبادرة سوف يكون لها مبادئ استرشادية وبروتوكولات تعمل كمرجعية.

المستويات والمعايير

تهدف المبادرة القومية من أجل عيادة صديقة للشباب إلى وضع مستوى معياري لجودة الخدمات الصديقة للشباب في جنوب أفريقيا، ومن ثم، يكون باستطاعة أية عيادة، تزعم أنها صديقة للشباب، بغض النظر عن المكان الذي تقع فيه، تقديم مستوى مقبول من الرعاية الصحية للشباب. وجرى تحديد عشرة معايير يجب توفرها في العيادات الصديقة للشباب. (مربع ٣) وتركز هذه المعايير على المبادئ العامة التي تتأسس عليها الخدمة الجيدة للعيادة، وسمات الخدمات الصديقة للشباب، وفقاً لرؤية المراهقين أنفسهم.

عبرت هذه المعايير عن مستوى الرعاية الصحية المثالي الذي ينبغي الوصول إليه، وقد جرى تفصيل كل معيار من هذه المعايير بواسطة سلسلة من الشروط اللازمة لتحقيقه.^(١٨) فعلى سبيل المثال، لدى المعيار الخاص بالإدارة شروط ترتبط بمساندة العاملين، وتوفير الإشراف، والاحتفاظ بنظم لتسجيل المعلومات الخاصة بالعمل، وتوفير خطة، محددة بدقة، فيما يخص الخدمات التي تقدمها العيادة، وجمع البيانات بغرض تحديد احتياجات المراهقين فيما يخص الرعاية الصحية، وتوفير النظم التي تضمن مشاركة المراهق والمجتمع في التخطيط للخدمة وتقديمها.

مربع ٣. المستويات العشرة للمبادرة القومية من أجل عيادة صديقة للشباب

- توجد نظم الإدارة من أجل مساندة عملية توفير حزمة الخدمات الأساسية اللازمة للخدمات صديقة المراهقة على مستوى من الكفاءة.
- توجد لدى العيادات سياسات وعمليات تدعم حقوق المراهقين.
- خدمات الرعاية الصحية للمراهقين متاحة ويسهل الوصول إليها.
- لدى العيادة بيئة مادية تسهل تقديم خدمات صحية صديقة للشباب.
- تتوفر لدى العيادة الأدوية والمواد والمعدات اللازمة لتقديم حزمة الخدمات الأساسية المطلوبة للخدمات الصحية صديقة المراهقة.
- تتوفر التعليم والمعلومات والاستشارات بصورة متناسبة مع حزمة الخدمات الأساسية.
- تتوفر أنظمة تدريب العاملين كي يقدموا خدمات صديقة للشباب ذات كفاءة.
- يتلقى المراهقون تشخيصًا نفسيًا وجسمانيًا دقيقًا.
- يتلقى المراهقون رعاية فردية تركز على المبادئ الاستراتيجية والبروتوكولات المتعلقة بالمستوى المعياري لإدارة الحالة.
- تقدم العيادة رعاية مستمرة للمراهقين.

الخطوة الثالثة: هي تقييم العيادة من الخارج بناءً على مستويات المبادرة العشرة جميعها. وتطالب العيادات بتقييم من الخارج بعدما يتحسن أدائها. وسوف تُستخدم أدوات معيارية ذات مؤشرات موضوعية، في قياس مدى التزام العيادة بمستويات المبادرة ومعاييرها. ويتألف التقييم من الخارج من سبعة مجالات مختلفة: هي مراجعة الوثيقة، وإجراء مقابلات مع إدارة العيادة والعاملين بها، من الكادر الطبي والعاملين من غير الكادر الطبي.

خطط التطبيق

يجري تطبيق المبادرة القومية من أجل عيادة صديقة للشباب على أربع مراحل. تضمنت مرحلة الفكرة تحديد الاحتياجات والمشكلات، ووضع مبادئ استرشادية للبرنامج، والترويج للمبادرة. ووضعت مرحلة التخطيط أهداف البرنامج وأنشطته وجداوله الزمنية، وحددت مناطق تجربة المبادرة. وأسست واختبرت وسائل التقييم. وتتضمن مرحلة الاعتماد وسائل التقييم والتطوير الذاتي للعيادة. كي يجري اتباعها بواسطة من يقومون بالتقييم من الخارج. وهو ما سيتم عندما تشعر العيادات أنها مستعدة للمراقبة من الخارج. وفي المرحلة الأخيرة، سوف تقوم المبادرة بمراقبة المستويات في العيادات التي تم اعتمادها. وتقييم البرنامج وتضمين الدروس المستفادة في التخطيط من أجل نشرها على المستوى القومي.

تمثل مرحلة اعتماد العيادة جوهر برنامج المبادرة. وقد صيغت المراحل الأربع كوسيلة لتحقيقها. وتمثل الخطوة الأولى في التقييم الذاتي للعيادة، الذي يقوم به فريق عمل يتضمن جميع قطاعات العاملين. بما في ذلك العمالة غير المهنية. وتم وضع أداة للتقييم الذاتي من أجل مساعدة العاملين على قياس الأداء العملي للعيادة مقارنة بالمستويات والمعايير الواردة في المبادرة.^(١٨)

وتتمثل الخطوة الثانية في عملية تطوير العيادة بناءً على النتائج التي يتم التوصل إليها من خلال التقييم الذاتي. وسوف يجري تسهيل خطوات التقييم الذاتي وتحسين الجودة بواسطة منسقي مشروع المبادرة القومية. وسوف يُشكل هؤلاء جزءًا من الفريق الذي يتم في البداية تدريبه والإشراف عليه من جانب وحدة أبحاث الصحة الإنجابية. في ظل خطة لتسليم عملية تنسيق المبادرة إلى فرق الإدارة الصحية الحكومية عند مستويات المقاطعات والأحياء.

نظم الصحة بها يقدم دعمًا لفريق الإدارة الصحية في الحي. من أجل تحسين نوعية الخدمات المقدمة. لكن أيًا منها لم تكن به خدمات صحية خاصة للمراهقين. وكانت عيادتان من العشر قد أسستا بواسطة جمعية تنظيم الأسرة في جنوب أفريقيا. باعتبارهما مركزين «صديقين للشباب» داخل العيادات الحكومية. وقد أنشئت إحداها كعيادة «صديقة للشباب» داخل العيادة الحكومية في ظل دعم من وحدة تطوير نظم الصحة. والثانية عيادة حكومية لا تتلقى أي دعم خارجي من المنظمات غير الحكومية. وفي الفترة بين سبتمبر وأكتوبر أجريت التقييمات الأساسية بالنسبة إلى العيادات العشر جميعًا. واستُخدمت في اختبار كيفية إجراء مسح نموذجي للتقييم الخارجي. وحدث ذلك على مدى يوم واحد في كل عيادة بواسطة فريق يشمل على الأقل أربعة أشخاص. وتألفت طرق التقييم من مراجعة وثيقة العيادة. والمقابلات مع مديري العيادة ومقدمي خدمة الرعاية الصحية والعاملين غير المهنيين. والملاحظات حول التفاعل بين العميل ومقدم الخدمة. ومقابلات الخروج مع العملاء من المراهقين.

وكشفت التقييمات الأساسية أن جميع العيادات بدأت في إجراء تغييرات وتحسين جودة الخدمة بعد تطبيق المبادرة القومية من أجل عيادة صديقة للشباب بفترة قصيرة. وحتى أسابيع قليلة من إجراء التقييمات الأساسية. بل إن اثنتين من العيادات قامتا بتحديد نواة من الشباب عملوا معهم على إنشاء لجان صحية مبتدئة. وكانت بعض العيادات قد بدأت في طرح المبادرة على أصحاب المصلحة في الجماعة المحلية. وذلك من خلال المنتديات والبرامج الحوارية الإذاعية داخل الجماعة المحلية.

كما أظهرت التقييمات الأساسية أن هناك الكثير من العمل كان يتعين القيام به لمساعدة العيادات في التوصل إلى مستوى للاعتماد. ذلك أن عيادتين فقط من العيادات التجريبية. وهما اللتان كانتا تديرهما جمعية تنظيم الأسرة في جنوب أفريقيا. احتفظتا بسجلات حول العمر والنوع وسبب حضور المراهق

وتقييم الخزون لدى العيادة ومحيطها المباشر. ومقابلات الخروج للعملاء من المراهقين. والملاحظات حول التفاعل بين العميل ومقدم الخدمة. وفي بعض الحالات. عندما يكون من غير المستطاع ملاحظة التفاعل بين العميل ومقدم الخدمة. سوف يُستخدم العميل الصوري. أو الغامض.

وتتمثل الخطوة الرابعة في تقديم جائزة في شكل نجوم للعيادات المتميزة بناء على نتائج التقييم الخارجي. وسوف تتلقى العيادة جائزة برونزية إذا تم الوفاء بـ ٣٠-٥٩ ٪ من المعايير. وجائزة فضية حال تلبية ٦٠-٩٠ ٪ من المعايير. وذهبية حال الوفاء بأكثر من ٩٠ ٪ من المعايير. وقد أُقترح أن يكون الاعتماد لفترة عامين وبمنحه جهاز قومي للاعتماد.

وقد أُعدت ثلاث مطبوعات للتيسير. إضافة إلى كتيب للتقييم الذاتي. تختص إحدى هذه المطبوعات بالإجراءات والبروتوكولات الإكلينيكية، التي تناسب مشكلات الصحة الإيجابية للمراهقين^(٩)، والأخرى تتضمن إيضاحات قيمية لجميع العاملين في العيادة ممن يقومون بتقديم الخدمة^(١٠)، وثالثة تعد بمثابة دليل يتضمن المزيد حول صحة المراهقين. إلى جانب البرنامج والمواد والموارد المتاحة في البلاد. بغرض تحسين الجودة^(١١) وسوف تُقدّم جميع هذه المطبوعات إلى العاملين في العيادة بواسطة منسقي المبادرة القومية من أجل عيادة صديقة للشباب.

تجربة المبادرة الوطنية من أجل عيادة صديقة للشباب

أُختيرت عشر عيادات في مناطق ريفية ومناطق محيطة بالمناطق الحضرية في أربع مقاطعات: هي الإقليم الشمالي ومبومالانجا وكوازولو ناتال وغرب الكيب. كي تُجرّب فيها المبادرة بحلول منتصف عام ٢٠٠٠. وكانت هذه العيادات جميعها عيادات حكومية تقدم خدمات الرعاية الصحية الأولية. وكان معظمها يحظى. بشكل. أو بآخر. من أشكال الدعم الخارجي عبر المبادرات الموجودة بالفعل. وكان ست من هذه العيادات يقع في أحياء تتميز بأن اتحاد

في جميع العيادات. وفي معظم العيادات (٩٠٪)، كان موجوداً في أماكن يسهل فيها الحصول عليه من دون استشارة مقدم الخدمة. غير أنه في معظم العيادات كان متاحاً في أماكن جلية ومكشوفة تماماً في منطقة الانتظار.

كان الواقي الذكري ووسائل منع الحمل التي تؤخذ عن طريقي الفم والحقن متوفرين في جميع العيادات. وكان هناك مخزون من هذه الوسائل وقت التقييم. بينما لم يتوفر الواقي النسائي في أية عيادة. وبالرغم من أن المبادئ الاسترشادية للتعامل مع الأعراض

للعيادة. وفي ظل عدم توفر هذه المعلومات في العيادات الثماني الأخرى. لم يكن باستطاعة فريق العمل الحصول على البيانات الأساسية حول مستوى حضور المراهق والأسباب الأساسية لحضوره.

ولقد توفر لدى جميع العيادات المواد المتعلقة بالمعلومات والتعليم والاتصال فيما يخص عدد من الأمور في شكل ملصقات ومنشورات وخرائط (جدول ١). لكن ثلاثة فقط من مقدمي الخدمة السبعة الذين جرت ملاحظتهم استخدموا هذه المواد خلال الاستشارات التي جرت ملاحظتها. وكان الواقي الذكري متوفراً

جدول ١ مراجعة الوثائق وموجودات العيادة لدى العيادات التجريبية العدد = ١٠

أجابوا بنعم	
	مراجعة الوثيقة
٥	هل لدى العيادة بروتوكول ومبادئ استرشادية للسيطرة على العدوى؟
١٠	هل لدى العيادة مبادئ استرشادية للتعامل مع أعراض الأمراض التي تنتقل بالجنس؟
٢	هل لدى العيادة مبادئ استرشادية بشأن توفير الرعاية والتعامل مع العنف الجنسي؟
١٠	هل لدى العيادة مبادئ استرشادية حول استشارة ما قبل الاختبار لمرض نقص المناعة المكتسبة؟
	موجودات العيادة
٩	هل يوجد الواقي الذكري في مكان حيث يمكن الحصول عليه دون استشارة مقدم الخدمة؟
٧	هل يحدث التسجيل في مكان وبطريقة لا تسمح للآخرين بسماع ما يقوله العميل دون أن يدرى؟
	هل وسائل منع الحمل التالية متاحة ويوجد مخزون منها؟
١٠	-الوسائل التي تؤخذ عن طريق الفم (مركبة وبروجستوجين فقط)
١٠	-الوسائل التي تؤخذ عن طريق الحقن
١٠	-الواقي الذكري
٠	-الواقي النسائي
	هل هناك أي مواد تتعلق بالمعلومات والتعليم والاتصال حول؟
٥	-وسائل منع الحمل الطارئة
٧	-الواقي الذكري
٨	-الوقاية من نقص المناعة المكتسبة والأمراض التي تنتقل عن طريق الجنس
٧	-الحمل
٧	-الاغتصاب والعنف الجنسي
٠	-ضغط الأقارب

جدول ٢ مقابلات الخروج للمراهقين (العدد=١١)

أجابوا بنعم	
٧	سبب مجيئك للعيادة اليوم
١	-الحصول على معلومات حول وسائل منع الحمل أو تلقي الوسيلة
١	-الأمراض التي تنتقل عن طريق الجنس
٢	-استشارة واختبار مرض نقص المناعة المكتسبة
١١	-أمر لا يتعلق بشئون الصحة الإيجابية والجنسية
١١	هل كان الأفراد الذين تعاملت معهم مهذبين؟
١١	هل تعاملوا معك باحترام؟
٣	هل حدث من قبل أن تجاهلوك أو حرموك من الخدمة في هذه العيادة؟
٢	هل تحدث معك مقدم الخدمة في
٣	-الأمراض التي تنتقل عن طريق الجنس
٢	-مرض نقص المناعة المكتسبة/الإيدز
٢	-وسائل منع الحمل
٢	-الحماية المزدوجة
٠	-وسائل منع الحمل الطارئة

حول من يحق له إنهاء الحمل من الأمور الأخرى التي كان لديهن معلومات خاطئة بشأنها. وكان نحو ٤٠٪ منهن لا يعلمن أنه كي تجري شابة عملية إجهاض، لا يتطلب الأمر سوى موافقتها وحدها على ذلك. وكان باستطاعة معظم الممرضات ذكر أسماء الأدوية التي يجب إعطاؤها لامرأة تعاني من الإفرازات المهبلية، لكن فحوى الرسائل التعليمية الصحية التي تُقدم مع علاج الأعراض تباينت (جدول ٣). وأشارت جميع قطاعات العاملين من أجريت مقابلات معهم إلى حاجتهم إلى الإرشاد حول الخدمات صديقة المرافقة والحصول على توضيح بشأن القيم.

بدأ أن عدد الملاحظات الخاصة بالتفاعل بين العميل ومقدم الخدمة ومقابلات الخروج التي تُجرى مع العميل قليلاً للغاية، نظراً لقلّة عدد المراهقين الذين توجهوا إلى العيادة في يوم التقييم. ذلك أنه بلغ إجمالي الاستشارات، من جانب مقدمي الخدمة إلى العميل، التي جرت ملاحظتها سبع استشارات. وقد حدثت

المتعلقة بالأمراض، التي تنتقل عن طريق الجنس، والاستشارة المسبقة ما قبل الاختبار حول مرض نقص المناعة المكتسبة. كانوا متاحين في جميع العيادات. فإن الكثير من العيادات لم تتوفر لديها مبادئ استرشادية مكتوبة حول وسائل منع الحمل والوقاية من العدوى والتعامل مع المشكلات الأخرى المرتبطة بذلك مثل العنف الجنسي.

استناداً إلى مقابلات الخروج (جدول ٢) والمقابلات مع مقدم الخدمة (جدول ٣)، بدا أن الكثير من الممرضات كن يحتجن إلى تدريب حول وسائل منع الحمل الطارئة والحماية المزدوجة وقانون الإنهاء الاختياري للحمل. وبلغ إجمالي عدد من أجريت مقابلات معهم ٢٤ من العاملين. واستطاع نصف هؤلاء فقط تحديد نوعين من نظم الأدوية، التي يمكن استخدامها كوسائل طارئة لمنع الحمل، بشكل صحيح. وكان ثلثي عدد الممرضات فقط يعلمن أن وسائل منع الحمل الطارئة ينبغي تناولها في غضون ٧٢ ساعة من التفاعل الجنسي. وكانت القوانين الحالية والمبادئ الاسترشادية

جدول ٣ مقابلات مع مقدمي الخدمة (العدد=٢٤)			
لا يعلم	غير صحيحة	إجابة صحيحة	
١	٤	١٩	هل الخدمات متاحة للمراهقين تحت ١٤ سنة (نعم)*
٠	٥	١٩	هل يحتاج المراهق إلى موافقة أحد الوالدين قبل الحصول على أي خدمة (لا)*
٥	٢	١٧	ما هي الأدوية التي سوف تعطى لمراهقة تعاني الإفرازات المهبلية؟
٣	١٢	٩	بعد تقديم الأدوية الخاصة بالأمراض التي تنتقل عن طريق الجنس. ما المعلومات الإضافية التي تقدمها للمراهق:
٣	٣	١٨	-الالتزام بنظام الدواء
٣	١	٢٠	-إخطار الشريك
٣	١٢	٩	-استخدام الواقي
٣	١٢	٩	-الامتناع عن الممارسة
٣	١٢	٩	-الإخلاص
١	٤	١٩	ما الأمور الأساسية التي يتعين على الشباب القلق بشأنها بعدما يصبحون نشطين جنسياً؟
١	٦	١٧	-خطر الحمل غير المرغوب فيه
٠	١١	١٣	-خطر الأمراض التي تنتقل عن طريق الجنس، ونقص المناعة المكتسبة
٢	٧	١٥	صف على الأقل نظامين للأدوية يمكنك أن تنصح بهما مراهقاً جاء إليك بطلب وسيلة طارئة لمنع الحمل.
٢	٧	١٥	بعد قيام المراهق بلقاء جنسي غير آمن. ما الفترة التي يجب عليه في خلالها المجئ إليك من أجل الحصول على وسيلة منع الحمل الطارئة؟ (٧٢ ساعة)*
٢	٩	١٣	من الذي يجب أن يوافق على إجراء مراهقة عمرها ١٣ سنة لعملية إجهاض؟ (المراهقة نفسها فقط)*

علامة * تشير إلى الإجابة الصحيحة

العيادة عاملوهن باحترام (جدول ٢) وقالت ثلاث منهن إنه جرى صرفهن من العيادة في مناسبة سابقة. وكانت أغلبية من أجريت معهن مقابلات قد جئن إلى العيادة من أجل أمور تتعلق بالصحة الإنجابية أو الجنسية. وبينما جاءت الأغلبية إلى العيادة بغرض الحصول على وسائل منع الحمل. قال عدد قليل منهن إنهن تلقين معلومات حول وسائل منع الحمل. أو

في أربع عيادات من العيادات العشر. وكان هناك ١١ مقابلة للخروج أجريت مع العملاء (وجميعهن بنات) في ست عيادات مختلفة. وكان العمر الأساسي للبنات اللاتي تم إجراء مقابلات الخروج معهن ١٨,٥+ - ٢,٨. وكانت سنوات الدراسة التي جرى الانتهاء منها وقت إجراء المقابلة ٩,٦+ - ١,٨ سنة. وقلن جميعهن إن العاملين في

مستدام ويمكن الحفاظ عليه. بواسطة النظم الصحية في الحي أو المقاطعة. في ظل الحد الأدنى من الموارد. وهناك تحدٍ آخر يتعلق بكيفية الإبقاء على الدافعية والاهتمام لدى مقدمي خدمة الرعاية الصحية فيما يخص تطبيق المبادرة. وذلك في ضوء وجود عدد كبير من برامج الرعاية الصحية الأولية؛ مثل الإدارة المتكاملة للأمراض الطفولة والتطعيم ومكافحة مرض السل. وعلى الرغم من أن المبادرة تركز على المراهقين. فإنها سوف تساهم في تحسين جودة الرعاية الصحية على جميع الأصعدة. لذلك فهي تمثل دعمًا للمبادرات الأخرى. ولعله من الأمور المشجعة ملاحظة أن العيادات والأحياء والمقاطعات الأخرى قد بدأت بالفعل في المطالبة بإدخال المبادرة ضمن أنشطتها. وهو ما يدل على إقرارهم بأهمية التركيز على المراهقين.

تتضمن خطط ٢٠٠١ سلسلة من اللقاءات على مستوى المقاطعات. من أجل الترويج للمبادرة. ومحاولة ضمان التزام جميع أصحاب المصلحة بها. وسوف يتم تحديد ٣٠ عيادة تجريبية جديدة. على الأقل. من أجل اتخاذ قرار حول المدة التي تحتاج إليها العيادة كي تحقق الاعتماد. وكذلك مستوى التسهيلات والدعم الذي تحتاج إليه العيادات. وسوف تجري مراقبة العملية عن قرب. كما أنه سوف توضع عملية صارمة للتقييم بواسطة وحدة أبحاث الصحة الإيجابية في عشر عيادات على الأقل. وسوف تطبق المبادرة القومية من أجل عيادة صديقة للشباب جنبًا إلى جنب مع برامج «حب الحياة» الأخرى؛ على سبيل المثال. التعلم من الأقران وتوعية الجماعة المحلية. كي تصبح خدمات العيادة وبرامج التوعية أكثر قوة .

لا يُعتبر تقديم خدمات إكلينيكية جيدة الحل الوحيد. ذلك أن العيادة التي ستحصل على جائزة النجمة الذهبية سوف تحظى بشراكات قوية من المنظمات التي تخدم الشباب داخل الجماعة المحلية. جنبًا إلى جنب مع حصولها على خدمات عالية الجودة. يشدد برنامج المبادرة القومية من أجل عيادة

وسائل منع الحمل الطارئة. أو الأمراض التي تنتقل عن طريق الجنس. أو مرض نقص المناعة المكتسبة/الإيدز. أو الحماية المزدوجة. وبالمثل. فيما يخص ملاحظات التفاعل بين العميل ومقدم الخدمة. قدم أربعة فقط من السبعة الذين جرت ملاحظتهم معلومات للعميل حول ممارسات الجنس الآمن والوقاية من الأمراض التي تنتقل عن طريق الجنس ومرض نقص المناعة المكتسبة.

وقد اعتمدت مقابلات الخروج مع المراهق والملاحظات عن التفاعل بين العميل ومقدم الخدمة. بصورة كلية. على عدد المراهقين الذين جاءوا إلى العيادة في يوم التقييم الأساسي. وهو ما اتضح أنه يمثل إشكالية بالنظر إلى أن عددًا قليلًا من الشباب قد وفدوا للعيادة في ذلك اليوم. وهو ما يجعل من الصعب التوصل إلى نتائج. وبينما وفرت الملاحظات حول الاستشارات. من جانب مقدم الخدمة للعميل. مؤشرات حول هذه التفاعلات. لم تكن هناك وسيلة لمعرفة كيف يمكن لمقدم الخدمة التعامل مع المشكلات الأخرى. خاصة الحساسية والمعقدة منها. وفي محاولة لاحقة لتحديد كفاءة مقدم الخدمة ومهاراته واعتناقه للمبادئ الأساسية للمبادرة القومية من أجل عيادة صديقة للشباب. يقوم فريق المبادرة بوضع سيناريوهات تستخدم المحاكاة بواسطة مساعدين من الخارج أو العميل الغامض. ولعل أحد القيود الأخرى التي تعوق التقييم من الخارج هو أنه قد لا يقدم معلومات حول مدى انخراط المراهقين في أنشطة العيادة. ذلك أن المراهق الذي يأتي إلى العيادة في يوم ما قد لا تتوفر لديه رؤية حول جهود العيادة لتقديم خدمات صديقة للشباب. وفي التقييمات المستقبلية. يجب أن يكون لدى فرق العمل مثل عن الشباب أو المراهقين. وشخص لديه خبرة إكلينيكية ومثل حكومي عن الحي أو المقاطعة أو المستوى القومي.

خاتمة

تتضمن التحديات الأساسية التي تواجهها المبادرة من أجل عيادة صديقة للشباب إقامة نظام

سيليمبيري والسيدة جوان أشتون. من مشروع ضمان الجودة. على الدعم الفني الذي قدماه إلى المبادرة. كما نشكر المنظمات الشريكة للمبادرة. وهي جمعية تنظيم الأسرة في جنوب أفريقيا واتحاد نظم الصحة. إننا ممتنون لإدارات الصحة الوطنية والقومية. والفرق الصحية على مستوى الأحياء والعيادات التجريبية للمبادرة على الدعم الذي قدموه لها.

للمراسلة

الدكتور كيم ديكسون - تيتي. وحدة البحوث الصحية الإيجابية. مستشفى كريس هاني باراغوانث. صندوق بريد برتسنام ٢٠١٣. سويتو. جنوب أفريقيا. البريد الإلكتروني: kimdt@acenet.co.za

صديقة للشباب على أهمية الشراكات بين المنظمات الموجودة في الجماعة المحلية من أجل التواصل مع الشباب. ذلك أن هناك حدودًا للتوعية التي يمكن أن نتوقعها من جانب مقدمي خدمة الرعاية الصحية حال انشغالهم بتقديم الخدمة داخل عياداتهم.

شكر وتقدير

تتلقي المبادرة القومية من أجل عيادة صديقة للشباب دعمًا ماليًا من الإدارة الوطنية للصحة في جنوب أفريقيا ومؤسسة عائلة هنري ج قيصر. نود أن نشكر فريق العمل في المبادرة: صوفيا لادا ومريم ماجوتشي ونوكيوثيولا مفاكو. على عملهم الدؤوب وتفانيهم. نود توجيه شكر خاص للدكتورة ديانا

المراجع

1. World Health Organisation, 1998. The Second Decade: Improving Health and Development. WHO/FRH/ADH/ 98.18. Geneva: WHO.
2. Statistics South Africa. Census in Brief: The People of South Africa Population Census, 1996.
3. Flisher AJ, Ziervogel CF, Chalton DO et al, 1993. Risk-taking behaviour of Cape Peninsula high-school students: Part VIII Sexual behaviour. South African Medical Journal 83:495-97.
4. National Progressive Primary Health Care Network, 1996. Youth speak out for a healthy future. A study of youth sexuality. Johannesburg.
5. Richter LM, 1996. A survey of reproductive health issues among urban black youth in South Africa. Final grant report, Society for Family Health- South Africa. Pretoria: Medical Research Council, Center for Epidemiological Research in South Africa.
6. Wood K, Maepa J, Jewkes R, 1997. Adolescent sex and contraceptive experiences: perspectives of teenagers and clinic nurses in the Northern Province. Medical Research Council Technical Report, Pretoria.
7. Buga G, Amoko D, Ncayiyana D, 1996. Sexual behaviour, contraceptive practice and reproductive health among school adolescents in rural Transkei. South African Medical Journal 86:523-27.
8. Health Systems Development Unit, 1998. Adolescent sexuality and reproductive health in Northern Province. Department of Community Health, University of Witwatersrand, Johannesburg.
9. Abdool Karim Q, Preston-Whyte E, Abdool Karim SS, 1992. Teenagers seeking condoms at family planning services. Part 1: A user's perspective. South African Medical Journal 82:356-59.
10. Dickson-Tetteh KE, Ladha S, 2000. Youth health. In: South African Health Review 2000. Durban: Health Systems Trust, 393-409.
11. South African Demographic and Health Survey 1998. Preliminary Report. Department of Health/Macro International, Pretoria/CaJverton MD.
12. Department of Health. Summary report of the 1998 national HIV sero-prevalence survey of women attending public antenatal clinics in South Africa. Department of Health, Directorate: Health Systems Research and Epidemiology.
13. Department of Health. Summary report of the 1999 national HIV sero-prevalence survey of women attending public antenatal clinics in South Africa. Department of Health, Directorate: Health Systems Research and Epidemiology.
14. Barometer. Reproductive Rights Alliance. 1999; Volume 3.
15. Dickson-Tetteh KE, Rees H, Duncan J, 1999. The National Adolescent Friendly Clinic Initiative: Programme Guidelines. Reproductive Health Research Unit, University of Witwatersrand, Johannesburg.
16. Senderowitz J, 1999. Making Reproductive Health Services Youth Friendly. FOCUS on Young Adults, Washington DC.
17. Erulkar A, Mensch B, 1997. Youth Center in Kenya: Evaluation of the Family Planning Association of Kenya Programme. Population Council Nairobi
18. Dickson-Tetteh KE, Ashton J, Silimperi D et al, 2000. Going for NAFCI Gold: A Clinic Guide to the National Adolescent Friendly Clinic Initiative. Reproductive Health Research Unit, University of Witwatersrand, Johannesburg.
19. Foy D, Dickson-Tetteh KfZ, 2000. The National Adolescent Friendly Clinic Initiative Handbook of Adolescent Sexual and Reproductive Health. Reproductive Health Research Unit, University of Witwatersrand, Johannesburg.
20. Pleaner M, Mangochi M, Dickson-Tetteh KE, 2000. NAFCI values clarification manual. Reproductive Health Research Unit, University of Witwatersrand, Johannesburg.
21. Foy D, Dickson-Tetteh KE, Mfuku N, 2000. The National Adolescent Friendly Clinic Initiative Resource Directory. Reproductive Health Research Unit, University of Witwatersrand, Johannesburg.

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

بقلم: لينيا وارينوس،^أ إليزابيث فاكسيليد،^ب بترونيلا تشيشيمبا،^ج 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 الإجهاضية ورعاية ما قبل الولادة، قسم صحة المرأة والطفل، معهد كارولينسكا، كلية علوم الحياة، جامعة سكوفاي، ستوكهولم، السويد

ترجمة: شهرت العالم

موجز المقال: تُعد الحياة الجنسية للمراهقين قضية أخلاقية مشحونة في كل من كينيا وزامبيا، ويُعد العاملون في مجال التمريض-القبالة هم المسؤولون أساساً عن تقديم الرعاية الصحية الأساسية في خدمات الصحة الجنسية والإجهاضية للمراهقين. بيد أن استخدام المراهقين لمرافق الصحة العامة محدود. ولذا، كان هدف هذه الدراسة يكمن في بحث مواقف العاملين في مجال التمريض-القبالة (وعدد ٨٢٠) في كينيا وزامبيا تجاه مشاكل الصحة الجنسية والإجهاضية 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 أيضاً موقفاً براجماتياً في التعامل مع هذه القضايا. أما من حصلوا على قدر أكبر من التعليم، ومن حصلوا على تعليم مستمر، حول نشاط المراهقين الجنسي والإجهاضي، فقد أظهروا ميلاً أكبر نحو المواقف الودودة تجاه الشباب. ونحن نطرح ضرورة تشجيع التفكير النقدي حول الأبعاد الثقافية والأخلاقية لحياة المراهقين الجنسية، من خلال التدريب الجامعي والتعليم المستمر، بغية مساعدة العاملين في مجال التمريض-القبالة على التعامل بمزيد من التعاطف مع واقع الحياة الجنسية للمراهقين. ويمكن لمن يشغلون مواقع أيضاً في التمريض والمناصب القيادية الأخرى القيام بدور مهم في تشجيع النقاش الاجتماعي الأوسع لهذه المسائل. وهو الأمر الذي يخلق بيئة أكثر تسامحاً تجاه حياة المراهقين الجنسية. وأكثر إقراراً بتأثير الصحة العامة المفيد على زيادة فرص المراهقين للحصول على الخدمات الصديقة للشباب في مجال الصحة الجنسية والإجهاضية. © مجلة قضايا الصحة الإجهاضية ٢٠٠٦

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

Linne'a 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 الشابلات لا ينبغي أن يكون لديهن أطفال خارج إطار الزوجية.^{٥-٦} 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 سناً داخل الأسرة، فقد أصبحت المدارس والكنائس 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.^٧ 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 إثماً، 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، حصل 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، ١٣} لكن وصول

يُعد الحمل غير المرغوب فيه، والإجهاض غير الآمن، والأمراض المنقولة جنسياً، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية، من مشكلات الصحة العامة 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 والإنجابية للمراهقين في الأجندة الدولية، للمرة الأولى، في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. وعلى الرغم من الاتفاقات العالمية، فإن خدمات الصحة الإنجابية لا تزال قاصرة، ولا تزال احتياجات الصحة الجنسية والإنجابية للمراهقين قضية مُهملة في كثير من البلدان.^{١٤}

يستهدف هذا المشروع قضايا الصحة الإنجابية بين الشباب، من خلال شبكة تتألف من العاملين في مجال التمرريض-القبالة من كينيا وزامبيا والسويد، حيث تُعتبر علاقاتهم بالمراهقات إشكالية، مما أدى إلى تقلص استخدام الشباب لخدمات الصحة الإنجابية 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 والإنجابية للمراهقين في كينيا وزامبيا.

الصحة الجنسية والإنجابية 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 حُلّ 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 والإنجابية

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 تلقتي بهم المراهقات لتلبية احتياجات صحتهم الجنسية والإنجابية.^{١٠} وتشمل الخدمات تقديم المشورة والعلاج في الأمراض المنقولة جنسياً، بما فيها فيروس نقص المناعة البشرية، فضلاً عن توفير وسائل منع الحمل. وعلاوة على ذلك، يقدمون خدمات الرعاية الصحية للأمهات والأطفال.^{١١} فضلاً عن رعاية الإجهاض، على الرغم من القيود الشديدة المفروضة عليه.^{١٢}

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 لمرافق الصحة.^{١٣} 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 جنسياً اللجوء إلى المعالجين التقليديين، نظراً لعدم حساسية المهنيين الصحيين؛ كما يواجه المراهقون صعوبات في الحصول على وسائل منع الحمل من المرافق العامة للصحة.^{١٤-١٦}

يُعد الإجهاض مسألة حساسة للغاية، وتواجه الشباب اللاتي يحتجن إلى الرعاية في حالات الإجهاض، أو بعد الإجهاض، مواقف سلبية من جانب الموظفين.^{١٦،١٧}

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.^{١٥،١٦} وهو الأمر الذي يترك للمراهقين الامتناع الدوري عن الممارسة الجنسية باعتباره خيار الوقاية الوحيد. كما يجعل الحمل في سن المراهقة مشكلة متزايدة.^{١٤} وعلى سبيل المثال: تُحد حمل المراهقات كأحد الأسباب الرئيسية للتسرب من المدرسة في كينيا، وأيضاً في زامبيا.^{١٧،١٨} 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.^{١١} وقد كشفت نتائج الدراسة في الإقليم الغربي في زامبيا أن فتاة في مدرسة تضم ١٠٠ فتاة، تموت بسبب المضاعفات المرتبطة بالإجهاض. كما أظهرت الدراسات المستندة إلى المستشفى في نيروبي، كينيا، أن الإجهاض غير الآمن يتسبب في حوالي ٣٥٪ من وفيات الأمهات.^{١٨} 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٪.^٩ 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٪.^{١٩} وبالتالي، ينعرض 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. وحفاظاً على خصوصية المشاركين. لم يضم الاستبيان أسماء الباحثين.

في كينيا. هناك ٤٢٠ من ما يقرب من ٦٠٠ من العاملين في مجال التمريض-القبالة المتحقين والمُسجلين* يعملون في مجال خدمات الصحة الجنسية والإيجابية بالمنطقة تحت الدراسة. حيث جرى تعيينهم من المستشفيات والمراكز الصحية الحكومية والخاصة. ولأسباب لوجستية. استُثِنت 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 المتحقين 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.

النهج

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.

أُجريت الدراسة في المناطق الحضرية والريفية بمقاطعتي ناكورو وكيسومو في كينيا. اللتين تضمّان ١٥ إدارة. حيث جرى اختيار أكبر ١٠ إدارات لتشكيل إطار العينة. في زامبيا. شكّلت مقاطعتا كيتوي وندولا. وهما من المناطق الحضرية أساسًا. إطار العينة. كانت الجماعات العرقية الغالبة في مجالات الدراسة هي: لوه وكيكويو وكالينجين في كينيا. وبيمبا 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 والإنجابية. ولدى العاملين في مجال التمريض-القبالة الملتحقين والمسجلين. وفيما يتعلق بأي اختلافات حسب العمر. 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 الديموغرافية. 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 أخلاقياً. تقترن عادة الأمراض المنقولة جنسياً بسلوك تعدد الممارسة الجنسية. وتُلقب بالمرض عادة وصمة في العيادات.

في حلقة عمل للمهنيات الصحيات الأفارقة والأوروبيات اللاتي يتعاملن مع مسائل الصحة الإنجابية 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 أدانتنا. 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«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 والإنجابية 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

والإنجابية للمراهقين/المراهقات (الجدول ٢).

المواقف تجاه مشكلات الصحة الجنسية والإنجابية للمراهقين

الحياة الجنسية للمراهقين

اتفق أغلبية العاملين في مجال التمريض-القبالة في البلدين (٧٧٪ في كينيا، و٩١٪ 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 وفيرس 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 ١٥-١٠ عبارة (٥٪ في كينيا، وبين ٨-١ 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 (المتوسط ٣٧ سنة)؛ وفي زامبيا، تراوحت الفترة العمرية للمبحوثين بين ٢٢ و٦٠ سنة (المتوسط 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

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

(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 الفتيان من خارج المدارس حول كيفية استخدام الواقي الذكري». على أن ٥٩٪ من المبحوثين في كينيا و٤٧٪ في زامبيا لم يوافقوا على «الفتيان الملتحقين

**** يشير تعبير "من خارج المدارس" إلى الفتيان أو الفتيات الذين لم يلتحقوا على الإطلاق بالمدرسة. 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 الفتيات 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 الفتيات الملتحقات بالمدرسة 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 الملتحقين بالمدرسة».

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 والإنجابية 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 الملتحق 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٪ و ٥٠٪ 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 والإنجابية للمراهقين			
الإفادة	الحصول على تعليم مستمر حول الصحة الجنسية والإنجابية	العدد (%) للموافقين	قيمة p
ضرورة السماح للفتيات الملتحقات بالمدرسة والنشيطات جنسيًا باستخدام موانع الحمل	نعم	٤٤ (٧٣٪)	٠,٠٠١
	لا	١٢٩ (٥٠٪)	
عندما يطلب الفتى الملتحق 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٪)	
سأشعر 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 مواقف 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 والإنجابية 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 والإنجابية للمراهقين			
الإفادة	الحصول على تعليم مستمر حول الصحة الجنسية والإنجابية	العدد (%) للموافقين	قيمة p
أعتقد أنه من الضروري تشجيع الفتيات اللاتي يبلغن ١٦ عامًا ومن خارج المدارس على استخدام الواقي	نعم لا	٣٩ (٦٤٪) ١٤٦ (٤٥٪)	٠.٠٠٨
ضرورة السماح للفتيات الملتحقات بالمدرسة والنشيطات جنسيًا باستخدام موانع الحمل	نعم لا	٥٠ (٨٢٪) ٢٠٦ (٦٤٪)	٠.٠٠٧
من الضروري إرشاد الفتيان الذين يبلغون ١٦ عامًا ومن خارج المدارس على استخدام الواقي	نعم لا	٥٢ (٨٥٪) ٢١٠ (٦٥٪)	٠.٠٠٢
سأشعر بالضيق إذا حضرت فتاة مراهقة تعاني من أعراض الإجهاض المستحث	نعم لا	٢١ (٣٤٪) ١٧٠ (٥٣٪)	٠.٠٠٧
من المحتمل تعدد العلاقات الجنسية لدى طالب الثانوي الذي يعاني من قرحة بالأعضاء التناسلية	نعم لا	٣٠ (٤٩٪) ٢٠٨ (٦٦٪)	٠.٠١٥

تصبح حاملًا بالاستمرار في المدرسة» ($p = ٠.٠١٨$).

مناقشة

أظهرت النتائج التي توصلنا إليها، أن العاملين في مجال التمريض-القبالة المقدمين لخدمات الصحة الجنسية والإنجابية 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 بالضيق عند حضور فتاة تعاني من علامات الإجهاض المستحث. ومرة أخرى. انعكس في النتائج. كل من الإدانة والموقف الأكثر تفهمًا. 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 وقيمه من ناحية، وواقع ممارسة المراهقين للجنس قبل الزواج، من ناحية أخرى. وقد يرجع اتخاذ نهج أكثر براجماتية 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.^{٣٠}

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، وتقدم 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 تمتد جذورها في كل من الثقافة والدين.^{٣١،٣٢} وعلى الرغم من ذلك، فإنهم أظهروا موقفًا براجماتيًا 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 تبيح الإجهاض، وأيضًا على أسس اجتماعية.^{٣٣} وقد أظهرت الدراسات في زامبيا وجنوب أفريقيا وكينيا أن مقدمي الرعاية الصحية لا يتمتعون بالحساسية تجاه النساء اللاتي ينهين حملهن غير المرغوب.^{٣٤،٣٥} وجد روجو في كينيا^{٣٦} وكوستر-أوبيكان في زامبيا^{٣٧} 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، وخليلاً نقدياً للمعتقدات والقيم الشخصية المتعلقة بهذه المعضلة (مثلاً من خلال تمارين توضيح القيم)، وبالتالي يصبح المتدرب مدرّكاً لواقفه وخيالاته ومدى تأثيرها، في هذه الحالة، على المراهقين. وبناءً على ذلك، قد يمكنه اكتساب رؤى ووجهات نظر جديدة.^{٣١،٣٤} 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.^{٣١،٣٥} 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 مهنين يتمتعون بالمهارة في مجال حل المشكلات الأخلاقية.^{٣٧} ويبدو أن تقديم المشورة للمراهقين في مشكلات الصحة الإنجابية يسبب معضلات أخلاقية للمبحوثين 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 ودّاً 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



نيتر باركر/ صور بانوس

عيادة تنظيم الأسرة في موقع السوق كينيا

شكر وتقدير

يُعرب 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 شاركا خلال المرحلة الراحلة. يعرب المؤلفون أيضاً 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 صيانتها في فراغ.^{٣١،٣٥} إذ يمكن أيضاً أن يضطلع من يشغلون مناصب قيادية في مجال التمريض، أو غيره من المجالات، بدور مهم في تشجيع نقاش اجتماعي أوسع نطاقاً حول هذه المسائل. وهو الأمر الذي سيخلق بيئة أكثر تسامحاً تجاه حياة المراهقين الجنسية، بيئة تعترف بتأثير الصحة العامة المفيدة على زيادة فرص حصول المراهقين على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية 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-Oyekun 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

إدماج النوع الاجتماعي والحقوق في التربية الجنسية: دراسات ميدانية حول استخدام "منهج واحد متكامل"

بقلم: ديبورا روجو،^أ نيكول هابيرلاند،^ب أنجيل ديل فالي،^ج نيكول لي،^د جريس أوزاكيو،^{هـ} زيهونج سا،^و ميشيل سكاير^ي

أ. مستشار، سانتا باربرا، كاليفورنيا، الولايات المتحدة، المراسلات: deborah.rogow@gmail.com

ب. مساعد، مجلس السكان، نيويورك، نيويورك، الولايات المتحدة.

ج. متخصص في المراقبة والتقييم، مجلس السكان، مدينة جواتيمالا، جواتيمالا.

د. معلم في مجتمع محلي، جمعية تنظيم الأسرة في يوتا، سان جورج، يوتا، الولايات المتحدة.

هـ. مدير مشارك، مبادرة قوة الفتيات، مدينة بنين، ولاية إيدو، نيجيريا.

و. أستاذ مشارك، كلية التنمية الاجتماعية والسياسة العامة، جامعة بيجين للمعلمين، بيجين، الصين.

ي. منسق فني، مؤسسة كاريس الدولية، جيرمي، جراند آنز، هايتي.

ترجمة: غادة طنطاوي

موجز المقال: ظهرت دعاوى لإحداث تحول في التربية الجنسية، تنادي بوضع المعايير الخاصة بالنوع الاجتماعي وحقوق الإنسان في قلب هذه العملية، حيث أن الاتفاقيات الدولية حول السياسات، والبرامج المتبعة، لم تؤدي إلى تأثير فعال. كما أظهرت الأدلة الناشئة فيما يخص العوامل التي تؤثر على تلك البرامج، غير أنه لا يوجد سوى قدر ضئيل من التوثيق حول الدرجة التي يحدث بها هذا التحول على الأرض، أو ما يستتبع هذا التحول. وتقدم لنا الدراسات الميدانية حول استخدام أدوات جديدة في المناهج الدراسية، مثل «منهج واحد متكامل»، منظوراً تجاه هذه القضايا، وأجري التدريب على مرحلتين للوقوف على خبرة الممارسين من تعاملوا مع هذه الأداة. تتمثل المرحلة الأولى في: وضع الاستجابات جنباً إلى جنب، عبر مسح على الإنترنت لمستخدمي «منهج واحد متكامل». إضافة إلى ذلك، يجري اختيار خمسة برامج من أجل التوثيق، بما فيها برنامجان يستندان إلى المدارس (من نيجيريا والصين)، وإلى شباب في حالة شديدة من الضعف (هايتي وجواتيمالا)، ومراهقين من مجتمع المورمون متعدد الزوجات (الولايات المتحدة)، وتشير النتائج إلى أن التحول نحو نهج يقوم على التمكين حدث بالفعل في سياقات جغرافية وبرامج متنوعة. كما تشير إلى أن «منهج واحد متكامل» عزز طرق تناول هذه البرامج لمسألة النوع الاجتماعي، وشجع على مهارات التفكير النقدي لدى الشباب، وعلى استخدام الطرق التفاعلية. ويُعتبر تعزيز قدرات المدرسين تحدياً مشتركاً يواجه العديد من البرامج. وقد وُضعت توصيات بالتوسع في التطبيق والبحث فيما يخص هذا النهج. © مجلة قضايا الصحة الإيجابية ٢٠١٣

Integrating gender and rights into sexuality education: field reports on using It's All One

Deborah Rogow, Nicole Haberland, Angel Del Valle, Nicole Lee, Grace Osakue, Zhihong Sa, Michelle Skaer, Reproductive Health Matters 2013;21(41):154-166

الكلمات الدالة: المراهقون والشباب، قضايا النوع الاجتماعي، الوقاية من فيروس نقص المناعة المكتسبة، التربية الجنسية (الصين، جواتيمالا هايتي، نيجيريا، الولايات المتحدة)

ذي شقين. لعل الشق الأول هو تضمين هذا الأمر في الاتفاقيات الدولية حول السياسات الخاصة بهذا الأمر - وهو ما يمثل سابقة - حيث دُعيت الحكومات إلى توفير التربية الجنسية

شهد العقد الماضي طلباً متزايداً على إحداث نقلة نوعية في التربية الجنسية، نحو نهج يضع المعايير الخاصة بالنوع الاجتماعي وحقوق الإنسان في قلب هذه العملية. وكان الأساس المنطقي لهذه الدعاوى

بالمشاركة الفعالة مع الحكومة للمساعدة في دعم الطرق القائمة على التمكين في التربية الجنسية في المدارس الحكومية؟

يمكن التعامل مع هذه الأسئلة من خلال دراسة التجربة الميدانية المتعلقة باستخدام موارد جديدة مثل، «منهج واحد متكامل»^(١٣)، والذي يُعتبر أداة عملية خُلقت كي تساعد مُطوري المناهج والمعلمين في إدخال منظور النوع الاجتماعي، والتركيز على حقوق الإنسان، وأساليب التعليم القائمة على التفكير النقدي في التربية الجنسية، والتعليم الخاص بفيروس نقص المناعة المكتسبة. وقد جرى تطوير هذا المنهج بواسطة مجموعة تتألف من ثلاث منظمات غير حكومية دولية (هي مجلس السكان والاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة، والائتلاف الدولي لصحة المرأة) ومنظمة إقليمية (هي الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة/منطقة نصف الكرة الغربي) وثلاث منظمات غير حكومية قطرية (مبادرة قوة الفتيات/نيجيريا، واتحاد الشركات العقارية الزميلة/الهند، وماكسفام/المكسيك).

ويتضمن المجلد الأول من هذه المجموعة التي تتألف من كتابين، مضموناً مرناً للتعليم، إلى جانب مقدمة حول السياسة التي تستند إلى أدلة، وأهداف التعلم، والقضايا الخاصة بالتفكير النقدي، وصحائف ووقائع. ويتضمن المجلد الثاني، توجيهات حول مناهج التعلم التفاعلي الذي يكون مركزه التعلم، و(٥٤) عينة نشاط، وقائمة بالموارد القابلة للتحميل مجاناً. وهذه المجموعة متاحة بالإنجليزية والإسبانية والفرنسية والبنغالية والصينية، فيما يجري صياغة نسخة عربية. وحتى الآن، أرسل مجلس السكان ١٢ ألف نسخة من هذا المنهج حول العالم. علاوة على ذلك، جرى تحميل آلاف النسخ من المواقع الإلكترونية

* جرى تطوير دليل المنهج بواسطة الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة^(١٤) واليونيسكو^(١٥) ومكتب منظمة الصحة العالمية الإقليمي لأوروبا^(١٦)

للمراهقين. فعلى سبيل المثال، يؤكد برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية لعام ١٩٩٤ أن التربية الجنسية يجب أن تستهدف: تحسين وضع المساواة بين الجنسين، عبر تدريس قضايا المساواة بين الجنسين والعنف ضد المرأة، للشباب^(١٧). ثانياً، تشير الأدلة إلى أن المناهج الدراسية التي تشجع على الاستبطان والتفكير النقدي حول المعايير الخاصة بالنوع الاجتماعي والقوة في العلاقات الحميمة - وهو ما يُشار إليه هنا بنهج التمكين في التربية الجنسية - ومن المرجح أن تحقق تلك المناهج، النتائج المرجوة حول الصحة الجنسية أكثر مما حققه المناهج الدراسية التقليدية التي تتجاهل مسألة النوع الاجتماعي^(١٨).

ومنذ فترة طويلة، كان هناك عددٌ قليلٌ من المنظمات الرائدة في مجال التربية الجنسية التي تركز على النوع الاجتماعي، وتستند إلى الحقوق، وتوفير البرامج التعليمية حول فيروس نقص المناعة المكتسبة. وفي السنوات الأخيرة، رغبت العديد من الوكالات والمنظمات الدولة في التشجيع على والعمل من أجل، تحقيق نقلة نحو هذا النهج على المستوى العالمي أيضاً، وتضمنت هذه الجهود، على سبيل المثال، تطوير المناهج الدراسية، ونشر البحوث التقييمية، وبناء القدرات.

لكنه لا يتوفر سوى قدر ضئيل من التوثيق حول مدى تحقيق هذه النقلة النوعية في اتجاه «تمكين التربية الجنسية» على الأرض. وما إذا كان هذا الهدف يمكن تحقيقه بالفعل، وما يستتبع هذه النقلة. وهناك قدر قليل من المعلومات حول أسئلة مثل: هل أهداف البرامج لا تزال تركز على النتائج الخاصة بالصحة الجنسية؟ هل تتضمن هذه البرامج المساواة بين الجنسين؟ وأهداف حقوق الإنسان؟ إلى أي حد تم استيعاب موارد التقنية الحديثة؟ ومدى قابليتها للتكيف عبر الثقافات المختلفة وأنواع البرامج وأعمار الدارسين؟ ما التحديات التي تواجهها هذه البرامج في سعيها لتبني طرق جديدة؟ وكيفية التعامل مع تلك التحديات؟ هل تقوم المنظمات غير الحكومية

جانب خلق المعرفة حول خبرات المستخدمين. المساعدة في تحديد البرامج من أجل المكون الثاني لهذا التدريب. وهو عمل سلسلة من دراسات الحالة القصيرة.

ويشمل مكون دراسات الحالة التوثيق الخمسة برامج تطبيق أساليب مبتكرة للتمكين في مجال التربية الجنسية. وفي البداية. يتم تحديد البرامج التي سوف تُستخدم من أجل المزيد من التوثيق خلال المسح. والوكالات المانحة. والعروض أثناء الاجتماعات المهنية. والشبكات غير الرسمية. ويتم تجميع البيانات حول الخبرات الخاصة بالبرنامج عن طريق المقابلات الشخصية. ومراجعة العروض المكتوبة. والبريد الإلكتروني. والمقابلات بالتليفون. وقد شدد الاختيار النهائي للبرنامج على الحاجة إلى ما يلي:

١. الشراكة بين الحكومات والمنظمات غير الحكومية (أو الجامعات) من أجل تعزيز التربية الجنسية في المدارس.

٢. ظهور المنظمات غير الحكومية كمورد على المستوى القومي.

٣. برامج تستند إلى المجتمعات المحلية. وتخدم احتياجات الشباب. وذوي الثقافات المتنوعة. والذين توجد صعوبة في الوصول إليهم. وتتضمن المعايير الأخرى التنوع الثقافي والجغرافي. والرؤى الخاصة بالبرنامج. والتعبير عن الاهتمام بالتعاون فيما يخص دراسات الحالة. ودُعي قادة خمسة برامج من أجل المشاركة في كتابة تقرير ميداني قصير.

* «منهج واحد متكامل» متاح مجاناً (نسخ ورقي أو حميل) عبر الموقع. وقد تم مراجعته في مجلة الصحة الإيجابية في العدد ٣٦ أو الموقع الإلكتروني
** ومن ثم. لم يتلق المسح عدد كبير - لكنه غير معروف بالتحديد - من المستخدمين. ويتضمن هذا العدد أولئك الذين قاموا بتحميل «منهج واحد متكامل» من موقع إلكتروني. أو حصلوا على نسخة ورقية أو قرص مدمج من منظمة شريكة تقوم بتوزيع نسخ. أو لم يقدموا عنوان بريدهم الإلكتروني.

المتخلفة التي تتيح ذلك*. وبينما يتلقى مجلس السكان ردود أفعال متواصلة من جانب المستخدمين. لم يجز بذل مجهود في اتجاه جمع وتركيب خبرات الممارسين في التعامل مع هذا المورد. وقد أعاق الافتقار إلى هذا البيان الجهود الرامية إلى البناء على النجاح الذي حقق. وتحديد التحديات. وإعادة ترتيب الأولويات من أجل المزيد من التقدم.

تقدم هذه الورقة تقريراً حول الجهود الرامية إلى جمع وتحليل خبرات مستخدمي «منهج واحد متكامل» في سياقات متعددة. وذلك كوسيلة لاستكشاف مدى القبول وإمكانية التنفيذ والتحديات التي تواجهها البرامج التي تطبق التربية الجنسية القائمة على التمكن. كما تستكشف هذه الورقة ما إذا كانت البرامج التي تستخدم هذا النهج تهدف إلى التأثير على نتائج أخرى بخلاف الصحة.

الأساليب:

يتألف هذا التدريب من مكونين اثنين: أولاً، يجري التأليف من خلال نتائج مسح للمستخدمين على الإنترنت. يتضمن مجموعة فرعية من الأشخاص من تلقوا «منهج واحد متكامل». وقد أرسل المسح عن طريق إيميل يتضمن رابطاً لموقع المسح - لـ ٢,٥٩٧ شخصاً. كانوا قد تلقوا نسخة ورقية أو قرصاً مدمجاً عليه «منهج واحد متكامل». وبشكل عام. جاء ذلك استجابة لطلب أرسله هؤلاء الأشخاص عبر الإنترنت. قدموا خلاله طواعية بريدهم الإلكتروني. وي طرح المسح سلسلة من الأسئلة حول ما إذا كان هؤلاء الأشخاص قد استخدموا «منهج واحد متكامل»: وكيف استخدموه؟ والأهداف التي رغبوا في تحقيقها من خلال استخدامه؛ وهل تشاركوا في هذا المورد؟ وإلى أي مدى؟ وما الجوانب التي وجدوها أكثر فائدة؛ وتلك التي وجدوها أقل فائدة في المنهج. وهل لهم احتياجات إضافية من أجل بناء القدرات أو العمليات (مثلاً ترجمة البرنامج إلى لغات أخرى أو تخصيصه لأجل سكان بعينهم). ومعظم أسئلة المسح ذات إجابات متعددة. وتضمن العديد منها حقولاً اختيارية تسمح بتعليقات إضافية. واستهدف البحث. إلى

غيرها في «منهج واحد متكامل». على الترتيب: هي أنه يعزز من الكرامة والاحترام والمساواة بين الجنسين (٣٠٠). وأنه ذو طبيعة عملية وصديقة للمستخدم (٢٤١). ويعزز من مهارات التفكير النقدي لدى الشباب (٢٣٣). وتطرح الإجابات على السؤالين الأخيرين أن البرنامج يستهدف تحقيق المساواة بين الجنسين. وحقوق الإنسان. والتفكير النقدي. باعتبارها غايات في حد ذاتها.

وكان أحد مصادر القلق الأساسية هي معرفة الجوانب التي لم تعجب مستخدمي «منهج واحد متكامل». ومن أجل تحقيق هذه الغاية، تضمن المسح سؤالاً مفتوح الإجابات. ولّد ٩١ شكوى، و٦٦ تعليقاً آخر. وارتبط مصدر القلق الرئيسي بعملية شحن الكتب. حيث أشار ٦٥ مستجيباً من البلدان النامية كافة إلى أن الكتب لم تصل قط. ومن بين الذين تلقوا المجموعة المؤلفة من مجلدين، كانت الشكوى الأساسية والوحيدة (٩ مستجيبين) هي أنها ثقيلة وضخمة أكثر من اللازم. وورد ١٣ تعليقاً حول محتوى «منهج واحد متكامل». تناولت الحاجة إلى تعديل هذا المنهج كي يمكن استخدامه في محيط بعينه، والحاجة إلى تفاصيل أكثر (أو أقل). أو عدم قابلية البرامج للتعامل مع نشاط أو أكثر. وطالب اثنان من المستجيبين تعديلات رقمية تكميلية. ومكونات إعلامية جديدة. وأشار اثنان إلى الالتباس حول ما إذا كان «منهج واحد متكامل» يمثل مورداً يهدف إلى تطوير المنهج الدراسي. أم أنه منهج دراسي في حد ذاته. علاوة على ذلك، عبر اثنان من المستجيبين عن شكوكهم إزاء قدرة المدرسين على تطبيق فحوى البرنامج. وكانت الاستجابات الـ ٦٦ الأخرى التي وردت بمثابة مديح وردود أفعال إيجابية (مثلاً «إنه أكثر برنامجاً أعجبنا، إنه مفيد جداً».

وعند السؤال حول الاحتياجات المتواصلة، أشار عدد كبير من المستخدمين إلى الحاجة إلى المزيد من التدريب (خاصة على طرق التدريس التفاعلية التي تعزز من التفكير النقدي. وتدريب الشباب على مهارات الدعوة)؛ وإلى نسخة من «منهج واحد

وُحوظ وجود خمسة محاذير. أولها. أن هذا التدريب مصمّم بغرض التفسير. وليس باعتباره دراسة مثله للحالات. وبالنسبة لأولئك الأشخاص الذين تطوعوا بإرسال بريدهم الإلكتروني (على سبيل المثال. كان الأفراد العاملون في منظمات غير حكومية أكثر قابلية لتقديم بريد إلكتروني من أولئك العاملين لدى حكومات). كانت الاستجابة اختيارية. ثانيًا. لقد أجري هذا المسح كـتدريب تعليمي بواسطة المنظمات التي نشرت «منهج واحد متكامل» وليس بواسطة مقيّم خارجي. وأخيرًا. بينما جرى تضمين رؤى الشباب إلى هذه الدرجة أو تلك في دراسات الحالة، كان المسح موجهاً نحو جمهور مستخدمي «منهج واحد متكامل» أي نحو المعلمين ومُطوري المنهج الدراسي. وبالرغم من ذلك. تعطي الإجابات شعوراً بأن عملاً جديداً بدأ على الأرض. في محيطات متنوعة.

نتائج المسح:

حصل المسح على ٤٢٣ استجابة (معدل الاستجابة ٩,٦٪). وعندما طُلب من المستجيبين تحديد القطاعات التي يعملون بها (وكان مسموحاً بإجابات متعددة). ذكر أغلبيتهم أنهم يعملون في قطاع التعليم. ثم الصحة. ثم الشباب. ثم النساء والفتيات. والقطاع الحكومي. والهيئات الدولية. وعلى الصعيد الجغرافي. ورد القسم الأكبر من الدول النامية وإفريقيا جنوب الصحراء. بالرغم من أن الاستجابات وردت من جميع أنحاء العالم.

وأشار المستجيبون إلى أن الدافع الرئيسي وراء استخدام «منهج واحد متكامل» كان تطوير المنهج الدراسي أو تعديله. وتعلق سؤال آخر (وكان مسموحاً بإجابات متعددة) بكيفية مساعدة «منهج واحد متكامل» المستجيبين على تحسين المناهج الدراسية والبرامج لديهم. وكانت الإجابة الأكثر شيوعاً هي أنه ساعدهم على التعامل مع النوع الاجتماعي (١٠٧ مستجيب). وعزز من مهارات التفكير النقدي لدى الشباب (٩٧) وساعد في استخدام طرق وأنشطة التدريس التفاعلية (٩٦). وفي سؤال آخر. كانت الجوانب الثلاثة التي أعجبت المستجيبين أكثر من

في مجتمع أصولي قائم على تعدد الزوجات في الولايات المتحدة)

- البحوث (دراسة حول التدخل من أجل النساء المشرذات في هايتي: المحاكمات العشوائية للمراهقين في بنجلاديش).

واختار المؤلفون خمس حالات تركز إلى المعايير المحددة أعلاه. وتصف التقارير التالية الخلفية والاستجابات والتحديات والخطط المستقبلية لبرنامجين طُبقا على أساس المدرسة (في نيجيريا والصين)؛ ومجموعتين من الشباب الضعيف للغاية (هايتي وجواتيمالا)؛ وبرنامج يخدم المراهقين في مجتمع المورمون القائم على تعدد الزوجات (الولايات المتحدة)

نيجيريا: تعزيز المنهج الدراسي القومي خلال التطبيق على مستوى الولاية، بواسطة جريس أوزاكو، «مبادرة قوة الفتيات»

خلفية:

منذ عام ٢٠٠٠، تقوم حكومة نيجيريا بتوسيع نطاق برنامج «حياة الأسرة وتدريب فيروس نقص المناعة البشرية المكتسبة» على نحو تدريجي. ويجري إدراج مضمون هذا البرنامج في أربعة موضوعات هي: الدراسات الاجتماعية، والعلوم الأساسية، واقتصاديات المنزل، والتعليم الجسدي/النفسي. وتضطلع وزارات التعليم في الولايات بتعديل المنهج الدراسي كي يلائم الأوضاع الثقافية المحلية، وتطبيقه في جميع المدارس الابتدائية العليا، والمدارس الثانوية للأحدث سنًا والأكبر. وفي معظم الولايات، كانت توجد منظمة غير حكومية محلية تلعب دور الشريك الفني لوزارات التعليم في الولايات. حيث تقوم بتدريب المدرسين والمعلمين الأساسيين، والمساعدة في المراقبة، إلى جانب القيام بالدعوة على مستوى المجتمع المحلي من أجل بناء الدعم السياسي.

متكامل» تصلح لتعليم المراهقين الأصغر سنًا. أي نسخة تصلح لاستخدام مناهج أقصر (الإجابات متعددة الاختيارات فضلت اختيار «نحو ١٥ ساعة» (وهو المعدل السائد في العديد من المناهج الدراسية واسعة الاستخدام؛ و/أو ترجمة المنهج إلى لغات أخرى.

التقارير الميدانية:

وكانت نتائج كل من المسح والمراسلات ذات الصلة مثيرة للاهتمام للغاية. حتى أن العديد من المستجيبين يقودون الآن عملية إدخال الطرق القائمة على التمكين في التربية الجنسية في مجموعة واسعة من السياقات البرامجية والجغرافية. باستخدام كل من «منهج واحد متكامل»، إضافة إلى موارد أخرى.

وفيما يلي عينة صغيرة جدًا من تلك الجهود:

- تدريس التربية الجنسية وفيروس نقص المناعة المكتسبة على أساس المدرسة (نيجيريا، الصين، الولايات المتحدة)
- التربية المتعلقة بالنوع الاجتماعي والبلوغ للذين لم يبلغوا سن المراهقة (باكستان، الولايات المتحدة الأمريكية)
- تصميم إطار للمنهج الدراسي على المستوى القومي (أوغندا، تركمانستان)
- تقييم المنهج الدراسي على المستوى القومي (دول عديدة في شرق وجنوب إفريقيا)
- التعليم على نطاق واسع/مجموعات الشباب على المستوى القومي (المكسيك نيكاراغوا، كولومبيا، جواتيمالا)
- برامج على أساس الجماعة المحلية مخصصة من أجل مجموعات الشباب الأكثر ضعفًا (أطفال الشوارع في إندونيسيا، المشردون من التبت في الصين، الشباب المصاب بفيروس نقص المناعة البشرية المكتسبة في هايتي، الأيتام المسلمين في بورما، المذنبين والأحداث والهاربين

الاستجابة:

في ولاية إيدو (وثلاث ولايات أخرى). كانت المنظمة غير الحكومية التي تلعب دور الشريك الأساسي هي «مبادرة قوة الفتيات». وكانت الخطوة الأولى هي تعزيز منهج تدريب المدرس على المستوى القومي. خاصة من أجل:

- التعامل بشكل كفاء مع التحديات التي تواجه الأطفال في الولاية. مثل أشكال العنف المستند إلى النوع. والتسامح المجتمعي إزاء هذا النمط من العنف.
- تعزيز إدراك المدرسين للمنطق وراء هذه الطريقة الأشمل. وتعزيز التزامهم بتطبيق منهج «حياة الأسرة وتدريب فيروس نقص المناعة البشرية المكتسبة»
- تعزيز قدرة المدرسين على تشجيع مهارات

التفكير المنطقي والنقدي لدى الطلاب

- تلبية احتياجات المدرسين من أجل المزيد من التفاصيل المهمة وعينات الأنشطة. وكي تجري هذه التعديلات. اعتمدنا بشكل أساسي على منهج التربية الجنسية لدى «مبادرة قوة الفتيات» و«منهج واحد متكامل» (الذي كنا قد شاركنا في كتابته).

وطالبت وزارة التعليم كل مدرسة من المدارس الثانوية للطلاب الأحدث سنًا بترشيح مدرس للدراسات الاجتماعية وآخر للعلوم الأساسية؛ كي يجري تدريبهم كمدرسين رئيسيين. وبين أبريل ٢٠٠٩ ومارس ٢٠١٢، درينا ٥٠٨ مدرس رئيسي. كل منهم مسؤول على تدريب المدرسين الآخرين في المدرسة. وكان يجري تقييم التدريب باستخدام طرق عدة. فقد خاض المدربون اختبارات خاصة بالمعرفة



صورة: مراقبة تعبر عن رأيها في برنامج «حياة الأسرة وتدريب فيروس نقص المناعة المكتسبة»

أخرى: ذلك أن المعلمين يدرّسون «منهج واحد متكامل» والمهارات الجديدة الأخرى التي اكتسبوها في مواد دراسية أخرى بخلاف «حياة الأسرة وتدرّس فيروس نقص المناعة المكتسبة»، مثل التربية المدنية. إضافة إلى ذلك، وسّعت الولاية عند تعديلها للمنهج الدراسي نطاق الأهداف إلى ما هو أبعد من الحد من فيروس نقص المناعة البشرية المكتسبة/ الإيدز. لتشمل أيضًا منع تجارة الأطفال، وهو ما جعل المناهج الدراسية للمدارس الثانوية للطلاب الأحدث سنًا في ولاية (أيدو) تتضمن أجزاءً حول الهجرة والإجّار في البشر.

التحديات:

تتضمن التحديات الأساسية في الوقت الراهن عدم كفاية المواد لكل من المدرسين والطلاب، والصعوبات المرتبطة باستخدام أساليب التدريس القائمة على المشاركة في الفصول المكتظة بالطلاب، وبطء التغيير في سلوك بعض المدرسين. خاصة عدم الارتياح إزاء تناول الأمور الخاصة بالجنس، والعجز عن تبني قيم المساواة بين الجنسين. وتعمّق جميع هذه العوامل تدريس محتوى «حياة الأسرة وتدرّس فيروس نقص المناعة البشرية المكتسبة» بكفاءة. ومن مصادر القلق الأخرى، غياب الخدمات الصحية صديقة الشباب في العديد من المجتمعات المحلية، والتي تهدف إلى الاستجابة إلى الطلب المتزايد الناتج عن برنامج «حياة الأسرة وتدرّس فيروس نقص المناعة البشرية المكتسبة»، وتقليص (استنادًا إلى التوجيه على المستوى القومي) فترة تدريب المعلم من عشرة إلى أربعة أيام، وعدم تلبية الاحتياجات الخاصة بإجراء تدريبات جديدة من أجل تحسين أداء المدرسين. لكن الشراكة القوية بين حكومة الولاية وبين إحدى المنظمات النسوية (مبادرة قوة الفتاة) تؤثر إيجابيًا على المدرسين والطلاب، وتؤدي إلى تمكين الأطفال في جميع أنحاء ولاية (أيدو).

هايتي: الحقوق والنوع الاجتماعي والأمل إزاء الشباب من مرضى فيروس نقص المناعة المكتسبة، بواسطة ميشيل سكاير ومؤسسة كاريس

والسلوك قبل وبعد التدريب. وكان عليهم - كجزء من التدريب - القيام بتدريب عملي في المدرسة يخضع للإشراف. علاوة على ذلك، كان المدرسون يتحدثون شفهيًا في ورش العمل عن تغيير السلوك. وتشير النتائج إلى حدوث تغييرات إيجابية ذات مغزى. ليس فيما يخص المعرفة التي لدى المدرسين فحسب، بل أيضًا ما يخص توجهاتهم نحو العمل والمعايير المتعلقة بالنوع الاجتماعي. إضافة لذلك، قمنا بعملية مراقبة مستمرة. حيث زنا المدارس خلال عام في أعقاب التدريب. من أجل مراقبة أداء المدرسين داخل الفصول، وإعطاء ملاحظات عند اللزوم.

وفي عام ٢٠١١، قمنا بتقييم أعمق. تضمن ٥١ مدرسة جرى اختيارها عشوائيًا. وجرّت مراقبة وإجراء مقابلات مع ٦١ معلمًا يدرسون لـ ٤٣٣٧ طالبًا. وأشارت النتائج إلى التباين الواسع في مدي قيام المعلمين بإدراج محتوى برنامج «حياة الأسرة وتدرّس فيروس نقص المناعة البشرية المكتسبة» في المقرر. وكانت الأسباب الرئيسية التي أعطاهها أولئك الذين لم يدرجوا محتوى البرنامج في مقرراتهم مايلي: (١) محتوى برنامج «حياة الأسرة وتدرّس فيروس نقص المناعة المكتسبة» لم يخضع للاختبار. (٢) عدم توفّر الكتب المدرسية كي يأخذوا منها الخطط الخاصة بدروس هذا المنهج.

وكان النجاح في الدعوة لهذا البرنامج علاجًا لهذه المشكلات. وأصبحت موضوعات برنامج «حياة الأسرة وتدرّس فيروس نقص المناعة البشرية المكتسبة» جزءًا من المحتويات التي يجري دراستها. علاوة على ذلك، تلقى المدرسون «منهج واحد متكامل»، وأصبحوا الآن يعتمدون على التفاصيل الداعمة الموجودة في هذا المنهج، ويقومون بتصميم الأنشطة التي يختارونها في الخطط الخاصة بالمقررات الدراسية. وعلى سبيل المثال، يتعلم الطلاب كيف يحللون بصورة نقدية العلاقة بين الجنس غير الآمن وبين معايير النوع الاجتماعي السائدة، التي تدفع الأولاد إلى إثبات «فحولتهم». بينما يدفع البنات إلى السعي إلى «إثبات حُبن» للطرف الآخر. نتج عن الشراكة مع «مبادرة قوة الفتيات» مزايا

خلفية:

تعمل مؤسسة كاريس من أجل التفاعل مع الأطفال مرضي فيروس نقص المناعة البشرية المكتسبة، وذلك في شراكة مع وزارة الصحة العامة والسكان في هايتي. ومع المستشفيات المحلية هناك. وبالرغم من أن الحدود الأصلية لهذا العمل كانت تتمثل في تشخيص فيروس نقص المناعة البشرية المكتسبة لدى الأطفال وعلاجهم في وقت مبكر. فإن منسقي كاريس واجهوا مشكلة تزايد أعداد المراهقين الذين يعيشون بفيروس نقص المناعة البشرية المكتسبة والإيدز في وحدات الأطفال داخل المستشفيات. ورأى هؤلاء المنسقون أن المراهقين كانوا يتناولون الدواء بصعوبة، وكثيرًا ما لا يعودون إلى المستشفى في المواعيد المخصصة لهم. كما اكتشف المنسقون أن هؤلاء الشباب يواجهون عقبات معقدة تمنعهم من الالتزام بالدواء. على سبيل المثال، قال أحد الأولاد أن أسرته في الأغلب ليس لديها طعام والمعدة خاوية ومن ثم يؤدي تناول الدواء إلى شعوره بالغثيان. وواجه آخرون صعوبات نفسية في التعايش مع فيروس نقص المناعة البشرية المكتسبة.

الاستجابة:

قررت مؤسسة كاريس إنشاء نواذٍ للمراهقين. على غير مجموعات الدعم التقليدية لمرضي فيروس نقص المناعة البشرية المكتسبة - التي كانت تركز على نحو ضيق الأفق على تشجيع المراهقين على تناول الدواء- كان لدى فريق عمل كاريس رؤية أوسع. فكي يستطيع هؤلاء الشباب العناية بأنفسهم، كانوا يحتاجون إلى دعم وتضامن اجتماعي. إلى جانب حيز آمن يسمح لهم بالتعبير عن آمالهم ومخاوفهم، ويكافحون من خلاله من أجل الالتزام بالجوانب العملية الخاصة بصحتهم. ويستكشفون مفاهيم الحياة الجنسية والعدالة والمساواة وحقوق الإنسان الأساسية في حياتهم ذاتها. ومن ثم، كانت أهداف هذه النوادي تشجيع المشاركين على تحسين حالتهم النفسية والوجدانية، بما في ذلك الامتثال لعلاج أي

أمراض لزيادة شعورهم بالمواطنة. وتبني قيم تستند إلى المساواة بين الجنسين بدرجة أكبر. وتجنب السلوك الجنسي عالي المخاطر.

وما كان يوسع مناهج التعليم التقليدية حول الجنس وفيروس نقص المناعة المكتسبة تحقيق هذه الأهداف: لذا اعتمدت كاريس على «منهج واحد متكامل». الذي كان معبرًا - بصدق - عن الاحتياجات الصحية لهؤلاء الشباب. وفي الوقت نفسه كان يتعامل مع عدد من الموضوعات التي تؤثر على رفاهتهم. على سبيل المثال، جرى تضمين أنشطة متعلقة بحقوق الإنسان والنوع الاجتماعي - وهي قضايا غير موجودة في المناهج الدراسية الأخرى. وترجم المنسقون مضامين مختارة إلى لغة الكريول. وأضافوا نماذجًا حول الخبرات الإيجابية اليومية. وأهمية تناول الدواء على نحو منتظم. (وكان من بين هذه المصادر المترجمة أجزاء من كتيب «أحيا بصورة إيجابية»^(١))

وجرى إنشاء ست نواذٍ في مستشفيات في كاب هايتان وجيرمي وبورت أو برنس. وتخدم هذه النوادي عددًا قليلًا - نحو ٩٠ مشارك. لكنهم يُعتبرون من أكثر شباب البلاد ضعفًا. كما يُعتبروا ذوي أهمية كبيرة في ظل الحاجة إلى منعهم من نشر فيروس نقص المناعة البشرية المكتسبة. وتجتمع النوادي كل شهر لمدة ساعتين ونصف الساعة في المستشفى. وتدعم مؤسسة كاريس تكاليف انتقال المشاركين كي يحضروا جلسة النادي. وتقدم لهم وجبات. كما تقدم بعض المستشفيات استضافة ليلية واحدة للذين جاءوا من مسافة تستغرق ثلاث ساعات أو أكثر للسفر.

وتتضمن مهمة الميسرين لعب دور النماذج القدوة للرعاية - إلى جانب مهام أخرى. وفي أغلب الأحيان، يصل الشباب إلى النادي وقد عرفوا للتو أنهم مصابون بالإيدز. ذلك أن الكثير منهم لم يكونوا يعرفون لماذا ظلوا يتناولون الدواء طوال حياتهم؛ إلى أن أكدت مؤسسة كاريس - خلال تفاعلها مع فريق العمل في المستشفى وأصر هؤلاء المرضى. على حقهم في معرفة إصابتهم بالفيروس. وساعد

التحديات:

كانت أحد الصعوبات الأولية هي تحديد الميسرين الجيدين. القادرين على الاستثمار في المشاركين وتشجيعهم. والذين يفهمون الموضوعات التي أردنا تناولها. وفي الواقع. اضطرت كارييس لتغيير بعض الميسرين الذين اختيروا في البداية. وبصورة عامة. كان من لديهم خلفية حول العمل الاجتماعي أو علم النفس أكثر استعداداً لقيادة هذه المجموعات. مقارنة بالعاملين في مجال الطب. لكن إيجاد الميسرين لم يكن أمراً سهلاً في بيئة تتسم بالفقر وضعف البنية الأساسية.

وكانت مساعدة المراهقين الأكبر سنًا في التفكير حول حياتهم الجنسية من المهام المعقدة الأخرى. ذلك أنه مثلهم مثل المشاركين الآخرين. كان هؤلاء متأثرين بالمعايير السائدة في المجتمع حول النوع الاجتماعي. واعتمد الميسرون عند العمل مع مجموعة من الشباب على «منهج واحد متكامل» في ممارسة «نشاط شبكة الكلمة». وفي البداية. حددوا أعمالاً بعينها باعتبارها تخص الذكور والإناث

«منهج واحد متكامل» الميسرين على التعامل مع الحاجات الوجدانية الرهيبة لهؤلاء الشباب الضعيف. على سبيل المثال. تتضمن الأنشطة قيام المشاركين بكتابة قصص تعبر عن مكنون مشاعرهم من مخاوف وتطلعات. كما تدفع كارييس راتب أخصائي نفسي يعمل لبعض الوقت كي يساعد المشاركين على التعامل مع العبء النفسي الذي يشعرون به. بصورة عامة. يركز المنسقون على الجانب الإيجابي وذلك باستخدام العديد من الأساليب الخلاقية. على سبيل المثال. يتضمن أحد الأنشطة قيام المشاركين برسم صور تشرح أهمية تناول الدواء. وقد رسم أحد الأطفال دجاجة تصارع من أجل القمح. مؤكداً أن هذا ما تشعربه معدته عند تناول الدواء. ورسم طفل آخر سيارة. قائلاً إن الدواء بمثابة الغاز بالنسبة للسيارة. كما تتضمن النوادي أنشطة من أجل بناء الثقة. وكذلك تدريبات جسمانية وأنشطة فنية كالأغاني. ذلك أن المشاركين الجدد يحتاجون إلى وقت لتهيئتهم قبل أن يصبحوا مستعدين لمشاركة الآخرين في خبراتهم ومعاناتهم.



صورة: عدد من الشباب المتعاطفين مع فيروس نقص المناعة المكتسبة يستمعون بنشاط جماعي

خلفية:

في الصين، كما في غيرها من البلدان، تؤثر الصور النمطية السائدة والمعايير المزدوجة حول الجنس على نهج وسلوك المراهقين إزاءه. كما ما يزال الصمت حول الأمور المتعلقة بالجنس والسلوك السلبي إزاء المثليين جنسيًا من الأمور السائدة في الصين. غير أن التربية الجنسية في هذا البلد تتجاهل هذه الأمور.

الاستجابة:

طبق باحثون في كلية التنمية الاجتماعية والسياسة العامة في جامعة بيجين للمعلمين منهجًا حساسًا للنوع الاجتماعي في ست مدارس ثانوية ومهنية في بيجين (في مناطق حضرية وريفية) وفي منطقة لانزهو الحضرية في شمال غرب الصين. بغرض التعامل مع هذه الفجوات، وكانت الأهداف كالتالي:

- تعزيز الحساسية للنوع الاجتماعي ومهارات التفكير النقدي لدى الطلاب، وتغيير معرفتهم وسلوكهم وممارساتهم إزاء الجنس.
- تغيير سلوك المعلمين وتحسين مهاراتهم في التدريس.
- تقديم توصيات مجرّبة حول السياسة من أجل التشجيع على التربية الجنسية الشاملة.

وُترجمت أجزاء كبيرة من «منهج واحد متكامل» وطُبقت من خلال دورة تدريبية للطلاب تتألف من اثنتي عشرة جلسة تغطي المجالات التالية:

- سن البلوغ والتصور حول الجسد واحترام الاختلافات.
- النوع الاجتماعي (جلستان).
- الحب والعلاقات.
- الحياة الجنسية.
- المعايير المزدوجة حول الجنس.
- مهارات التواصل واتخاذ القرارات (ثلاث جلسات).
- الصحة الجنسية والإنجابية (جلستان).
- التخطيط للحياة.

بصورة مباشرة. وتدرجيًا. أقر العديد من الأولاد أنهم في أغلب الأوقات يؤدون الأعمال التي وصفوها في البداية باعتبارها تخص البنات. ودفعتهم المناقشة إلى إدراك أن البنات بوسعهن أيضًا أداء الأعمال التي كانوا يعتقدون أنها مقصورة على الأولاد. وأن الأدوار القائمة على النوع الاجتماعي ليست فطرية، بل مكتسبة.

كما أن تطبيق منهج يستند إلى الحقوق يُعتبر عملية معقدة أيضًا. حيث تصطدم «الحقوق غير القابلة للمصادرة» ببعضها البعض. ومن حق هؤلاء المراهقين الحماية من التفرقة التي يعانون منها إذا كشفوا أنهم مرضى بفيروس نقص المناعة المكتسبة. لكنهم عندما يصبحون نشطين جنسيًا، تبرز تساؤلات حول حق الشريك في حماية نفسه من الفيروس. هل يكفي التأكيد على أنهم يجب عليهم دائمًا استخدام الواقي الذكري؟ أم أن الشريك لديه الحق في معرفة أن الطرف الآخر مصاب بفيروس نقص المناعة المكتسبة؟ تُطرح هذه التساؤلات في «منهج واحد متكامل» بطرق علمية مدروسة، يمكن لها توجيه الميسرين كي يحترموا مشاعر وضعف المشاركين. وفي الوقت نفسه يساعدونهم على التفكير بشأن وقاية الآخرين.

التطلع إلى الأمام:

تتخذ كاريس خطوات كي تنشئ شراكة مع شبكة من الجماعات التي تعمل مع المراهقات من في وضع ضعيف في جميع أنحاء البلاد وتعمل أيضًا على توفّر المناهج لهم. وفي الوقت نفسه، يُجرى توسعة نطاق عمل النوادي على نحو تدريجي. وتأمل كاريس في الوصول إلى جميع المراهقين المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية المكتسبة في هايتي.

منهج دراسي حساس للنوع الاجتماعي والتفكير النقدي في الصين: اختبار النتائج، بواسطة زيهونغ سا، جامعة بيجين للمعلمين.

مع المدرسين. وأشارت النتائج إلى أن المدرسين أصبحوا - بفعل المشاركة في هذا التدخل - أكثر حساسية للنوع الاجتماعي. وقدرة على التفكير النقدي. وأكثر مهارة في التدريس التشاركي والتفاعلي. وفيما يلي بعض التعليقات التي وردت منهم:

«في البداية لم أكن أفهم حقًا الصلة بين النوع الاجتماعي والحياة الجنسية. لكنها نتيجة التدريب ودورتين من التدريس. أصبحت أدرك أن النوع الاجتماعي جزء مهم في التربية الجنسية. أشعر أيضًا أنه يجب تضمين قضية النوع الاجتماعي في مواد دراسية أخرى.»

«أصبحت أكثر وعيًا بالمساواة بين الجنسين الموجودة في المجتمع. وفي العلاقات الحميمة... كما تعلمت كيفية فهم الطلاب. والتفاعل معهم داخل الفصول فيما يخص هذه القضايا.»

عمومًا، استقبل الطلاب والمعلمون ومديرو المدارس التدخل على نحو جيد. ولوحظ أنه بعد الانتهاء من التجربة، قامت معظم المدارس التي شهدت هذا التدخل بتحويل المنهج الدراسي التجريبي إلى درس منتظم.

التحديات

بالرغم من أن العديد من المعلمين أظهروا حدوث تغيرات إيجابية لديهم إزاء النوع الاجتماعي والمعايير الخاصة بالجنس. استمر البعض الآخر في تبني الصور النمطية والسلوكيات القائمة على التمييز. فيما يخص النوع الاجتماعي. وعلى سبيل المثال، تحول

وكان من الجوانب الأساسية للمشروع توعية نحو ثلاثين مدرسًا (٣٠) في عدد من المدارس الثانوية والمهنية المختارة في بيجين ولانزهو بشأن قضايا النوع الاجتماعي والحقوق الجنسية. ثم جرى تطبيق نوع من التدخل شبيه التجريبي - يستند إلى المدرسة - على نحو ألف وخمسمائة طالب (١٥٠٠) في مدارس ثانوية ومهنية (متوسط عمر الطالب ١٦ سنة) في مواقع متعددة. وجرى تقييم نتيجة هذا التدخل على الطلبة خلال مسوح ونقاشات مع مجموعات بؤرية. وبينت نتائج البحث مايلي:

- حدوث تغيرات إيجابية لدى الأولاد والبنات فيما يخص معرفتهم إزاء الجنس. وسلوكياتهم نحو النوع الاجتماعي والحقوق الجنسية. بما في ذلك تراجع التسامح مع المعايير المزدوجة (حول استخدام وسائل منع الحمل. والعذرية قبل الزواج. وتعدد الشركاء). والجنس الإجباري. مقارنة بنظرائهم في المجموعة الضابطة.
- تراجع السلوكيات النمطية إزاء أدوار النوع الاجتماعي لدى الأولاد في المجموعة التداخلية.
- تحسن الكفاءة الذاتية حول تأجيل المبادرة الجنسية. والتفاوض حول استخدام الواقي الذكري لدى البنات في المجموعة التداخلية.

وجرى تقييم هذه التجربة عن طريق ملاحظة السلوكيات في الفصل إلى جانب المجموعة البؤرية



صورة: مدرسين يشرحون معايير النوع الاجتماعي في لانزهو وكنفاي



صورة: مدرس (إلى اليسار) يقوم بتعليم الفتيات في مدرسة مهنية

- تطوير برامج تدريب المدرس المستندة إلى محتوى الدليل الكتابي بعد مراجعته.
- تطوير وتطبيق برامج واسعة النطاق للتدخل. مصممة من أجل تلبية احتياجات الطلاب في المناطق الريفية والمدارس المهنية.
- الجمع بين التعلم من الأقران والتدخل الحالي المستند إلى المدرسة

جوانباً: تمكين البنات الريفيات من السكان الأصليين، بواسطة أجيل ديل فالي، مجلس السكان خلفية:

أكثر من ٦٠٪ من البنات الريفيات من السكان الأصليين يتوقفن عن الدراسة قبل عمر الـ ١٧، ويواجهن خطر الزواج المبكر والحمل في سن المراهقة.^(٨) ومن أجل التغلب على هذا الوضع، يعمل برنامج «الفرص المفتوحة» مع البنات اللاتي تتراوح أعمارهن بين الثامنة والسابعة عشر، بهدف بناء القدرات والمهارات، ويخصص البرنامج أماكن آمنة داخل

نشاط يخص المعايير المزدوجة إزاء النشاط الجنسي إلى الترويج لفكرة عذرية الفتيات قبل الزواج. كما اتجه بعض المدرسين إلى تعزيز الصور النمطية والتصور الذي يعتبر المثلية الجنسية وصمة عار، وهو ما ظهر من خلال التعليقات التالية: «قلت للطلاب إن الهوية الجنسية هي قرار يتخذه الشخص. لكنني أخبرتهم أيضاً إنه إذا اختار المرء أن يكون مثلي الجنسية، فسوف يواجه مشكلات كثيرة في المستقبل.»

ومن ثم، كان التحدي الأساسي هو كيفية اختيار وتدريب المدرسين، وتحديدًا تطوير مواد الدراسة وبرامج تدريب المدرسين في المناطق الريفية الفقيرة والمدارس المهنية.

التطلع إلى الأمام:

تتضمن الخطط الحالية مايلي:

- مراجعة الدليل الكتابي الخاص بالمدرسين في المدارس الثانوية والمهنية وتوسيع نطاق استخدامه.

الاجتماعي. والعنف المستند إلى النوع. وبمساعدة مستشار تعليمي. جريت البنات القائدات ميدانيًا المادة على بنات ينتمين لمجموعتين عمريتين. واستغرق استكمال دليل المنهج الجديد والتحقق من فاعليته عامين. وحاليًا. تضم المجالات الثمانية الرئيسية في البرنامج التمكين الشخصي. وتأثير المجتمع المحلي. والصحة. والصحة الإيجابية والجنسية. والتعليم المالي. ومنع العنف. والنوع الاجتماعي.

وكانت عملية مراجعة واختبار دليل المنهج رائعة. على سبيل المثال. افترض الدليل السابق أن البنات كن يدركن معنى ما نقصده بـ «حقوق الإنسان». لكن عملية التحقق من صحة الدليل أثبتت أننا كنا مخطئين. فقد سألنا البنات: «ما حقوقهن الأساسية؟» وبينما أكدوا بالفعل على بعض الحقوق الأساسية - مثل المشاركة والتحدث إلى السلطات المحلية والحق في تنظيم أنفسهم - غابت تمامًا حقوق أخرى. مثل الدراسة والصحة والسلامة.

*** يتضمن موضوع شئون الصحة الإيجابية ورقة أخرى كتبها ويهر وتوم حول برنامج الفرص البديلة ص ١٣٦-١٤٢.

المجتمعات المحلية. وينشئ نواديًا للبنات فقط. تجتمع إسبوعيًا. بالنسبة لطالبات المدارس (بين الثامنة والـ ١٢) والذين تركوا المدرسة (بين ١٣ و١٧).***

وتتضمن أنشطة برنامج «الفرص المفتوحة» أربع مقابلات كل شهر. يركز الأسبوعان الأول والثاني على المضمون. بينما يكون الأسبوع الثالث ترفيهيًا. ويخصص الأسبوع الرابع لبناء المهارات. ويقدم الموجهون تدريبًا مستمرًا للقيادات من بنات المنطقة. من يدرين البنات الأصغر. مستخدمين مناهج التربية الجنسية والصحة الإيجابية. وخلال السنوات الخمس الأولى. كان يجري مراجعة دليل المنهج دوريًا. لكنه في ٢٠١٠. اكتشفنا أن النهج الذي نتبناه ليس شاملاً بما يكفي كي يتعامل مع التحديات التي واجهتها البنات على مستوى المجتمع المحلي. خاصة العنف عند المغازلة والجنس الإجمالي.

الاستجابة:

استخدمنا «منهج واحد متكامل» كأداة تغذي دليل المنهج بمضمون جديد. خاصة في مجالات الحياة الجنسية. والصحة الإيجابية. ومعايير النوع



صورة: جلسة مع الفتيات ضمن برنامج «الفرص المفتوحة»

التعلم من أجل التأكد من أن البنات ليست لديهن صعوبات في متابعة الدروس. كما أن لدينا منحًا للتعليم فيما يخص تحديد الصفات المطلوب توفرها لدى الميسرين البالغين وتشغيل هؤلاء الميسرين.

التطلع إلى الأمام:

منذ عام ٢٠٠٤، جرى تطبيق برنامج «الفرص المتاحة» على أكثر من ستة آلاف بنت. في أكثر من خمسين مجتمعًا محليًا ريفيًا للسكان الأصليين. وتدريب أكثر من ألف بنت قائدة. وبناء على تلك الخبرة، نناقش في الوقت الحالي إدخال محتوى أشمل. يمكن أن يضيف قيمة إلى المنهج الدراسي القومي في مدارس جواتيمالا.

الحديث عن القهر والنوع الاجتماعي والحياة الجنسية للمراهقين في مجتمعات أصولية تقوم على تعدد الزوجات (الولايات المتحدة)، بواسطة نيكول لي، جمعية تنظيم الأسرة في يوتا

خلفية:

عندما ناقش تعدد الزوجات داخل مجتمع ديني أصولي معاصر، قلما ترد إلى الذهن الولايات المتحدة. وفي حقيقة الأمر، حظر القانون تعدد الزوجات عام ١٨٦٢. وبعد ٣٠ سنة، رفضت هذا النوع من الزواج الكنيسة القائدة في هذه الممارسة في البلد. وهي كنيسة «قديسو الأيام الأخيرة» (المورمون). وبالرغم من ذلك، ما تزال بعض طوائف المورمون الأصولية المنشقة تمارس هذا الزواج - الذي غالبًا ما يتضمن إجبار الفتيات الصغيرات على الزواج من رجال يكبرونهن كثيرًا. ويقدر الدارسون عدد المورمون الأصوليين الذين ظلوا يمارسون تعدد الزوجات إلى يومنا هذا في أمريكا الشمالية بين ٨٠٠٠ إلى أقل من ٣,٠٠٠^(١). غير أنه نظرًا لأن هذه الممارسة تحيطها السرية بشكل عام، لا يمكن الوثوق في هذه التقديرات.

وأحيانًا يخرج أفراد - خاصة من الشباب - من هذه الطائفة، إما بحض إرادتهم، أو لأنه يجري طردهم.

ومن ثم، جربنا نشاط في «منهج واحد متكامل». يبدأ بأن نطلب من مجموعة أن تتخيل الحقوق التي ستؤسسها إذا أقامت مجتمعًا في جزيرة جديدة. أكدت البنات على الحق في ارتداء الأحذية. وأنذاك أدركنا أن هذا الأسلوب، من خلال كونه ملموسًا بدرجة أكبر، لم يفترض أن أولويات البنات كانت بالضرورة تماثل الأمور التي كان يتصورها مديرو وميسرو البرنامج. وعندما سمح هذا النهج للبنات أن يبدأن من حيث يقفن، فتح الباب أمامهم كي يفكروا بطريقة نقدية ويناقشون احتياجاتهن.

كما اكتشفنا طرقًا للتدريب التربوي أكثر نفعًا ومفهومة بدرجة أفضل بالنسبة للبنات القائدات. على سبيل المثال، يتضمن الدليل تعلم الأهداف عبر ثلاثة مجالات معترف بها للتعلم، هي التعلم المعرفي (المستند إلى المعرفة)، والتعلم العاطفي (السلوكيات)، والتعلم المهاري (المهارات) وكي نعلم البنات القائدات كيف يقرأن المنهج الدراسي، استخدمنا دلالات ملوسة بشكل أكبر تتعلق بحالات التعلم. وأطلقنا على التعلم المعرفي «التعلم بالعقل»، وعلى التعلم العاطفي «التعلم بالقلب»، وعلى تعلم المهارات «التعلم باليدين والقدمين». وساعدت هذه الأداة البسيطة البنات القائدات على التمييز بين المعلومات، وبين المشاعر والأفعال. عند التعامل مع البنات، ونتيجة تعديل «منهج واحد متكامل» كي يتلاءم مع سياق مجتمع السكان الأصليين الريفي، والتحقق من صحته في التعامل مع البنات في هذا المجتمع، أصبحت البنات القائدات يشعرن بالراحة في عملية التدريس وأصبحت البنات المشاركات يفهمن الجلسات والأنشطة.

التحديات:

البنات القائدات في برنامج «الفرص المتاحة» واللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٤-١٧ كمدربات، لم تسهم معظمن في أي نوع من التدريس أو التدريب قبل الالتحاق بالبرنامج. وفي ظل التصميم الجديد لدليل المنهج، يجب بذل الجهود الرامية إلى تقييم كفاءة

اعتمادًا على ذاته. فيما لا تستطيع المرأة الوصول إلى هذا المستوى إلا في ارتباطها برجل «فاضل». وحيث إن خدي سلطة الرجل قد يؤدي بالمرأة إلى فقدان أبنائها. وكذلك الرابط الوحيدة التي يمكن أن يأخذها إلى «المجد السماوي». كانت أمهاتهم تخشين خدي الأباء. وعُرف هؤلاء المراهقون هذا النمط باعتباره قهراً روحياً. بمعنى استخدام الحياة الروحية من أجل فرض اللامساواة في القوة بين الرجال والنساء. ولم يكن دور جمعية تنظيم الأسرة في يوتا يتعلق بإطلاق الأحكام على ما يقولونه. بل بالمتابعة الدقيقة لطريقتهم في التفكير. وفي ظل هذه العملية. طوروا خلياتهم بصورة أسرع مما كنا نتوقع.

وحيث إن نقطة البدء كانت أقوال وأفكار المشاركين. بدأت المجموعة تتحدث حول القهر الروحي باعتباره نوعاً من العنف. وبعد ذلك. بدأوا يتحدثون عن أشكال العنف الأخرى. بما فيها العنف الجسدي. ومضت المناقشات قدماً كي تستكشف ما يريده المشاركون في العلاقات. وفي ظل الشعور بأن بعض الشباب من هربوا من طوائفهم كانوا يواجهون صعوبة في الحياة من دون قوانين صارمة. تناولت المناقشة أيضاً كيف يقيم الشخص حدوداً لنفسه. بما في ذلك تجنب الأمراض التي تنتقل عن طريق الجنس. والحمل غير المرغوب فيه.

وأدركت جمعية تنظيم الأسرة في يوتا أن هؤلاء الشباب. مثلهم مثل كثيرين غيرهم. لديهم خبرات متعارضة. وبالرغم من أنه لم تكن لديهم معرفة حول الصحة الجنسية. شهد الكثير منهم عملية الولادة الطبيعية في المنزل. وبينما نشأوا في ثقافة غارقة في عدم المساواة بين الجنسين. كانوا يشعرون هؤلاء أكثر لأمهاتهم مقارنة بأبائهم (الذين لديهم العديد من الأبناء بفعل تعدد الزوجات). وخلال معظم سنوات عمرهم. تعلموا ألا يسألوا. ومع ذلك. أصبحوا مشاركين بقوة في التفكير النقدي والحديث عن خبراتهم الحياتية.

التحديات:

بالنظر إلى ظروف بعينها. كان من المهم تبني نهج

ووفقاً لتقرير صدر عام ٢٠١٢. يقدّر عدد الشباب من تركوا إحدى الطوائف التي تعيش على حدود ولايتي يوتا وأريزونا في الفترة بين ٢٠٠٤ و ٢٠١٢ بـ ٧٥٠ شخصاً^(١). ويواجه هؤلاء الشباب النبذ. والعزلة. والافتقار إلى المعلومات والخدمات. بما في ذلك تلك المتعلقة بالحياة الجنسية. والصحة الإيجابية.

الاستجابة:

قامت واحدة من الوكالات العاملة في مجال تقديم الخدمات الاجتماعية لهؤلاء الشباب بمطالبة جمعية تنظيم الأسرة في يوتا بتوفير جلسات تعليمية. وقام ميسر من الجمعية بإعطاء العديد من الجلسات - استناداً إلى منهج تعليمي حول سن البلوغ - للأطفال المراهقين الأصغر سناً. وطالبت الوكالة بعد ذلك بورش عمل إضافية. من خلال سلسلة بعنوان «الانتقال إلى البلوغ». مخصصة للأولاد والبنات بين عمر ١٥-١٨. واستمرت تلك الورش نحو الشهرين.

وتولت جمعية تنظيم الأسرة في يوتا هذه المهمة من خلال مفهوم يرى أن الصحة الإيجابية والحياة الجنسية والسلطة يربط بينها عدد لا حصر له من الوشائج. كما كان هناك إدراك أن هؤلاء المراهقين عانوا كثيراً. وأنهم كانوا بدرجات مختلفة رافضين للعديد من الدروس التي تعلموها في مجتمعاتهم الأصلية. على سبيل المثال. قال الأولاد: إنهم تعلموا أن النساء كالأفاعي. وأن الولادة مؤلمة بالضرورة. وكي يفتح الميسر المجال أمام المناقشة والتوضيح. سأل المشاركين حول تصوراتهم بشأن الممارسة الجنسية. والعلاقات. والجسد. والحياة السعيدة الصحية كبالغين. وتبنت جمعية تنظيم الأسرة في يوتا نشاطاً مستمداً من «منهج واحد متكامل». وقدمت أمثلة من الأرجح أن يكون هؤلاء المراهقون يعرفونها. بالنظر إلى خلفيتهم.

واتضح أن هذا النشاط ذو فعل خري بالنسبة للمشاركين. حيث أعطاهم إطاراً ومهارات للتفكير والحديث حول كيفية عمل عناصر السلطة والنوع. في البيئة الدينية الأبوية التي تربوا فيها. وأوضح هؤلاء أن الرجل بوسعه الوصول إلى مستوى «المجد السماوي»

إلى الحاجة إلى نشر هذه الوسائل. على نطاق أوسع. وأكثر فعالية. إضافة إلى ذلك، بينما يريد العديد من مطوري ومدرسي المناهج الدراسية نسخًا ورقية. يود بعض المستخدمين رؤية مجموعة واسعة النطاق من الصيغ والبرامج الملائمة.

وعلى نطاق أوسع. يوضح توثيق أمثلة البرامج أن واحدًا من التحديات الأساسية التي لا تزال موجودة في العديد من البرامج يتعلق بتهيئة المدرس للقيام بهذه المهمة. وفي سياقات التعليم الرسمي. ربما يكلف المدرس على نحو تعسفي بتدريس أمور الحياة الجنسية. وغالبًا ما تنقصه المعرفة والسلوك اللازم كي يصبح مدرسًا كفؤًا لأُمور الحياة الجنسية. وبالرغم من التحديات العامة التي تظهر خلال عملية تدريب المدرس. يمكن أن يؤدي الاستثمار في تدريبه إلى نتائج أوسع. بالنسبة لعلم أصول التدريس. والمساواة بين الجنسين في البيئة التعليمية.

وتوجد بعض التطورات الواعدة. ذلك أن كلاً من صندوق الأمم المتحدة للسكان واليونيسكو يستثمران في إحداث نقلة تركّز على النوع الاجتماعي. كما تستكشف بعض البرامج وسائل إعلامية جديدة من أجل توسيع نطاق النهج القائم على التمكين. على سبيل المثال. تستكشف أوكسفام إمكانات برنامج شبكي لتدريب المدرس. يستند إلى «منهج واحد متكامل». ويعدل مجلس السكان «منهج واحد متكامل». كي يمكن استخدامه في وسائل حديثة للإعلام. مثل الألعاب الشبكية. وتقوم وكالات ومنظمات أخرى بابتكارات مثيلة.

ومن خلال تقييم التجربة الميدانية. ظهرت عدد من التوصيات.

أولاً: قد يرغب صناع السياسة وباحثو التقييم في إدخال النتائج حول المساواة بين الجنسين وحقوق النساء بصورة أكثر صراحة ضمن أهداف البرنامج ومؤشرات التقييم.

ثانياً: توجد حاجة إلى المزيد من التدخل كي نضمن أن الاستثمارات في مضمون المنهج الدراسي تؤدي ثمارها بالنسبة للمراهقين ومن يتلقون التعليم.

يختلف عن التربية الجنسية المتعارف عليها. كما كان مهتمًا بالنسبة للميسرة في جمعية تنظيم الأسرة في يوتا أن تطور وعيها وحساسيتها. بطريقة جعلها قادرة على العمل مع هؤلاء الشباب (ذوي وجهات النظر المتباينة والمتطورة): طريقة تقوم على الاحترام والمودة وعدم إطلاق الأحكام. وكان من التحديات الأخرى أنه بينما يتسم هؤلاء المراهقون بالضعف الشديد. كان عددهم قليلاً (حيث في الأغلب ضمت المجموعة ١٢ شاباً أو أقل). وهو ما كان له آثار على العاملين.

التطلع إلى الأمام:

علّمت هذه التجربة جمعية تنظيم الأسرة في يوتا الكثير بشأن الإمكانات التي تنشأ عبر المزج بين منظور للحياة الجنسية والسلطة قائم على النوع الاجتماعي. وبين الاحترام العميق لكل شخص. وقد أصبحت جمعية تنظيم الأسرة في يوتا اليوم أفضل تجهيزاً من أجل خدمة الشباب في هذا المجتمع المحافظ وفي مجتمعات مثيلة.

خاتمة:

طرحت الأدلة التي ظهرت مؤخراً حول أن الأساليب القائمة على التمكين في التربية الجنسية تؤدي إلى نتائج أفضل على صعيد الصحة الجنسية -تساؤلات عما إذا كان ممكناً إحداث نقلة في هذا الاتجاه. وما يستتبعه تطبيق هذا النهج الجديد. ومدى قدرة الأدوات التي في متناول اليد على المساعدة في إحداث هذه النقلة النوعية. وتشير نتائج المسح. والتقارير المبينة على العمل على الأرض. إبان العديد من البرامج ترغب في التشجيع على المساواة بين الجنسين. وحقوق الإنسان. ومهارات التفكير النقدي. إلى جانب تحسين النتائج المتعلقة بالصحة الجنسية. علاوة على ذلك. حدثت هذه النقلة في مجموعة من السياقات الجغرافية والبرنامجية شديدة التنوع.

ويذكر المستخدمون أن الأدوات المستخدمة على النطاق العالمي. مثل «منهج واحد متكامل». يمكن أن تساهم بوسائل فعالة في إحداث هذه النقلة - وهي تساهم في ذلك بالفعل. لكن المستخدمين يشيرون

وأخيرًا، تحتاج مواد مثل «منهج واحد متكامل» إلى الانتشار على نطاق أوسع. وبلغات محلية إلى أقصى حد ممكن.

شكر وتقدير

يرغب المؤلفون في شكر الائتلاف الدولي لصحة النساء حول ما قدمه من مساعدات في تطوير دراسات الحالة في الصين وجواتيمالا ونيجيريا.

ثالثًا: هناك حاجة إلى فهم بطريقة أفضل الفوائد الكامنة من هذا التدريب بالنسبة للتعليم ككل. مثل تعزيز المهارات التربوية للمدرسين. عبر طرق التعليم القائمة على التفكير النقدي. وتقوية إيمانهم بالمساواة بين الجنسين. رابعًا: يمكن للبحث أن يحلل ويوثق كيف يمكن للشراكات بين الحكومات والمنظمات غير الحكومية أن تحسن نوع ونطاق التربية الجنسية على أفضل وجه.

المراجع

1. United Nations. Resolution adopted by the General Assembly. (ICPD+5). A/RES/S-21/2; Para 35(b). New York: UN; 8 November 1999.
2. Haberland N. What happens when programs emphasize gender? A review of the evaluation research. Presentation at Global Technical Consultation on Comprehensive Sexuality Education, Bogotá, 30 November–2 December 2010.
3. International Sexuality and HIV Curriculum Working Group. It's All One Curriculum: Guidelines and Activities for a Unified Approach to Sexuality, Gender, HIV, and Human Rights Education. Haberland N, Rogow D, editors. New York: Population Council; 2009 and 2011. www.itsallone.org.
4. International Planned Parenthood Federation. IPPF Framework for Comprehensive Sexuality Education. London: IPPF; 2006 and 2010. <http://ippf.org/resources/publications/ippf-framework-comprehensive-sexuality-education>.
5. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. International Technical Guidance for Sexual Education. Vol.1 and 2. Paris: UNESCO; 2009.
6. WHO Regional Office for Europe and Federal Center for Health Education of Germany (BZgA). Standards for Sexuality Education in Europe: A framework for policy makers, educational and health authorities and specialists. Cologne: BZgA; 2010.
7. Children's Rights Centre. My Living Positively Handbook. Johannesburg: Jacana Media; 2006. <http://childrensrights.org.za/index.php/resources/publications/by-crc>.
8. United Nations Development Programme. Guatemala: ¿Un país de oportunidades para la juventud? Informe nacional de desarrollo humano 2011/2012.
9. Guatemala. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 2012.
9. Driggs K. Twentieth-century polygamy and fundamentalist Mormons in southern Utah. Dialogue: A Journal of Mormon Thought 1991; Winter:46–47.
10. Whitehurst L. First study of people who leave FLDS polygamous sect shows struggle. Salt Lake Tribune. 16 June 2012.

خدمات المراهقين المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشرية المعتمدة على الحقوق ودعم الفاعلية الذاتية والآثار المترتبة على النظر الصحية في زامبيا

بقلم: جيتاو مبورو،^(أ) إيان هودجسون،^(ب) أنجا تلتشيك،^(ج) مالا رام،^(د) تشولوي هاموجومبا،^(هـ) ديفيا باجباي،^(و) بياتريس موتالي^(ز)

- (أ) مستشار أقدم في مجال فيروس نقص المناعة البشرية ونظم الصحة، التحالف الدولي لمكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/مرض الإيدز، هوف، المملكة المتحدة. للمراسلة: gmburu@aidsalliance.org
- (ب) محاضر زائر، مركز الصحة العالمية، جامعة دبلن، كلية ترينيتي، دبلن، أيرلندا؛ ومسؤول بحوث أقدم، التحالف الدولي لمكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/مرض الإيدز، هوف، المملكة المتحدة.
- (ج) مستشار أقدم، الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية، التحالف الدولي لمكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/مرض الإيدز، هوف، المملكة المتحدة.
- (د) مسؤول، الفعالية المؤسسية، التحالف الدولي لمكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/مرض الإيدز، هوف، المملكة المتحدة.
- (هـ) منسق بحوث، خالف زامبيا، لوساكا، زامبيا.
- (و) مستشار أقدم، الصحة الجنسية والإنجابية، التحالف الدولي لمكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/مرض الإيدز، هوف، المملكة المتحدة.
- (ز) رئيس فريق أفريقيا، التحالف الدولي لمكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/مرض الإيدز، هوف، المملكة المتحدة.

ترجمة: شერთ العالم

موجز المقال: لقد أخذ النهج القائم على الحقوق، في مجال تقديم الخدمات للكبار المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية، يد جذوره بتزايد في أفريقيا جنوب الصحراء في سياق زيادة توافر الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية. بيد أن التقدم في تعزيز نهج يرتكز على الحقوق، في مجال الخدمات المقدمة للبالغين المصابين بالفيروس، لا يزال محدوداً نسبياً؛ وهو ما عرفناه من خلال دراسة نوعية أجريت في عام ٢٠١٠ لعدد ١١١ من المراهقين المصابين بالفيروس، و٢١ من الآباء والأمهات، و٣٨ من مقدمي الرعاية الصحية، في ثلاث مقاطعات في زامبيا. وقد أفاد المراهقون، خلال هذه الدراسة، بمجموعة من المعلومات واحتياجات الدعم، وكانوا يرغبون في تدخلات محلية ذات صلة بتلبية تلك الاحتياجات. لقد أعربوا عن رغبتهم في زيادة فرص الحصول على معلومات صحية حول فيروس نقص المناعة البشرية وحول الصحة الجنسية والإنجابية، ومعلومات حول كيفية حماية أنفسهم، وحول الخصوصية والسرية في مواقع الخدمة، وحول مهارات التدريب، حتى يمكنهم كسب المال، وتحسين رقابتهم على كشف حالة إصابتهم بالفيروس إلى آخرين. وقد أقر العاملون الصحيون والآباء والأمهات أن المعلومات والخدمات يجب تحسينها لتلبية تلك الاحتياجات على نحو أفضل بكثير. تقدم هذه الورقة أمثلة لبرامج ناجحة في كل من زمبابوي، وأوغندا، وتنزانيا، وبوتسوانا، وجنوب أفريقيا، وتدعو إلى ربط الخدمات المقدمة للمراهقين بخدمات طب الأطفال والكبار، وإنشاء شبكات الأقران لزيادة قدرة المراهقين على التعبير الجماعي عن شواغلهم وتدعيم بعضهم بعضاً، فضلاً عن التدخلات التي تدعم رقابة المراهقين على الكشف الذاتي، وأخيراً أن تصبح صحة المراهقين تخصصاً تدريبياً في أفريقيا جنوب الصحراء. © مجلة قضايا الصحة الإنجابية ٢٠١٣

Rights-based services for adolescents living with HIV: adolescent self-efficacy and implications for health systems in Zambia. Gitau Mburu, Ian Hodgson, Anja Teltschik, Mala Ram, Choolwe Haamujompa, Divya Bajpai, Beatrice Mutali, Reproductive Health Matters 2013;21(41):176-185

الكلمات الدالة: فيروس نقص المناعة البشرية/مرض الإيدز، الحقوق الإنجابية، المراهقون والشباب، نظم الصحة، زامبيا.

والإنجابية. بغض النظر عن حالتهم في ما يتعلق بفيروس نقص المناعة البشرية.^(١٧، ١٨) وفي الوقت نفسه، يواجه دائمًا المراهقون المصابون بالفيروس في زامبيا صعوبات اجتماعية وعاطفية إضافية نتيجة الوصمة المرتبطة بالفيروس. والمسؤوليات الأسرية الإضافية:^(١٨) كما تمل نتائج العلاج عبر جنوب أفريقيا إلى أن تكون أسوأ مقارنة بنتائج علاج البالغين.^(١٩، ٢٠) وهذه الحقائق تتطلب اهتمامًا أكبر.

إن تعزيز النظم الصحية للاستجابة لاحتياجات الصحة الجنسية والإنجابية، وغيرها من احتياجات الحماية الاجتماعية الأخرى للمراهقين المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية، يُعد استراتيجية لا غنى عنها للتخفيف من تأثير الفيروس على صحة المراهقين.^(٢١، ٢٢) بالإضافة إلى ذلك، يُعد إعداد خدمات صحية تناسب احتياجات المراهقين المصابين بالفيروس بمثابة فرصة للقيام بتدخلات مناسبة للفئة العمرية، وتعزز في الوقت نفسه حقهم في الصحة.^(٢١، ٢٢) تتطلب اتفاقية الأمم المتحدة حول حقوق الطفل احترام حقوق جميع الأطفال، وحمايتهم، وتحقيقها.^(٢٣، ٢٤) وهذه الحقوق، في سياق الشباب المصابين بالفيروس، تشمل الحق في الصحة والخدمات الصحية.^(٢٥، ٢٦)

أدى النموذج القائم على الحقوق إلى مطالبة عدد أكبر بكثير من البالغين المصابين بالفيروس بتيسير إمكانية الوصول للأدوية المضادة للفيروسات القهقرية، وحققوا ذلك في نهاية المطاف خلال أواخر تسعينيات القرن العشرين.^(٢٧) على الرغم من الاعتقاد السائد في ذلك الوقت بعدم إمكانية تحقيق ذلك، لقد حقق الوصول إلى العلاج، إلى حد كبير، من خلال مبادرات المناصرة متعددة الأوجه، التي ترمي إلى تخفيف الحواجز الهيكلية أمام العلاج في البرازيل وغيرها من البلدان، وأخيرًا في أفريقيا الجنوبية.^(٢٧، ٢٨) ويبدو أن المسار المماثل بشأن خدمات المراهقين لم يكتسب زخمًا، حتى على الرغم من أن المناصرة العالمية لتشخيص الرضع المبكر قد أسهمت في الارتقاء بعلاج الأطفال.^(٢٩) نتيجة لذلك، وعلى الرغم من أن الوفاء باحتياجات جميع الفئات العمرية يُعد أساسيًا في تلك السلسلة المتصلة

يتزايد وباء فيروس نقص المناعة البشرية في أفريقيا جنوب الصحراء، وبالتالي يتزايد المراهقون والشباب الآخرون المتعايشون مع الفيروس.^(١) في زامبيا، يتزايد عدد المراهقين المصابين بالفيروس، حيث أن زيادة توافر الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية، تتيح للأطفال المصابين بالفيروس من أمهاتهم، بالبقاء على قيد الحياة ودخول مرحلة المراهقة.^(٢) يشكل المراهقون - وأغلبهم نشطون جنسيًا^(٣) - ما يقرب من نصف الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشرية في زامبيا.^(٤، ٥) في نهاية عام ٢٠٠٩، بلغ عدد المصابين من الشباب، الذين تتراوح أعمارهم بين ١٠-١٩ سنة، حوالي ٨٠ ألف في زامبيا.^(٦)

وعلى هذا النحو، يزداد خديد المراهقين لمسار وباء فيروس نقص المناعة البشرية في جنوب أفريقيا.^(٧، ٨) لقد جذبت الدلالة الوبائية لوجود مجموعة من المراهقين يتعايشون مع الفيروس اهتمامًا كبيرًا، من حيث إمكانية التأثير على ما إذا كانت الأهداف الإنمائية للألفية المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية والصحة تحققت أم لم تتحقق.^(٩) وقد أدى هذا التمايز إلى تعزيز الوعي بأن احتياجاتهم تختلف عن احتياجات الأطفال والسكان البالغين المصابين بالفيروس.^(١٠، ١١)

في زامبيا، كما في سائر بلدان أفريقيا جنوب الصحراء، غالبًا ما ترد البيانات المتعلقة بالمراهقين في الفترة العمرية ١٠-١٩ المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية ضمن بيانات الفئات العمرية ١٥-١٩، أو ١٥-٢٤؛ مما يجعل من الصعب أن نحدد بدقة مدى حصولهم على الخدمات الخاصة بالفيروس.^(١٢، ١٣) وعلى الرغم من أن الإطار الاستراتيجي الوطني الحالي لمرض الإيدز في زامبيا للفترة ٢٠١١-٢٠١٥ يضع الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية بين الشباب في موقع الأولوية.^(١٤) فإنه يفتقر إلى أحكام محددة تتعلق برعاية المراهقين والشباب الآخرين المصابين فعلاً بالفيروس.^(١٥) وهو أمر مهم، لا سيما في ضوء الدراسات الأخيرة التي توضح وجود كوكبة من العوامل - على المستوى الفردي والمجتمعي - تحول دون حماية جميع المراهقين في زامبيا، والوفاء بحقوقهم في مجال الصحة الجنسية

البشرية ويتبنون - على سبيل المثال - ممارسات جنسية أكثر أماناً.^(٣٨) كما أن إمكانات المراهقين في التأثير إيجابياً على مجرى وباء فيروس نقص المناعة البشرية^(٣٩) تعزز بدورها. الدعوة العالمية لزيادة حصولهم على العلاج والرعاية والخدمات الأخرى.^(٤٠)

بيد أن محركي الدعوة لهذه الخدمات لا يزالون من العناصر الفاعلة الأخرى. كما يبدو في معظم الحالات، لا من المراهقين أنفسهم؛ مثل شبكات المصابين بالفيروس (وهي تتكون، إلى حد كبير، من البالغين، والهيئات الحكومية، والمنظمات غير الحكومية، والمنظمات الدولية). بالإضافة إلى ذلك، وفي حين اكتسب مفهوم الحقوق الإنجابية كأحد الجوانب الأساسية لحقوق الإنسان قبولاً عالمياً.^(٤١) لا تزال المناهج الحالية بشأن صحة المراهقين في زامبيا، وغيرها من بلدان أفريقيا جنوب الصحراء، تواصل التركيز على سلوكيات المراهقين الجنسية ونتائجها. مع قليل من التشديد على حقوقهم الجنسية والإنجابية، وقدرتهم على وضع حقوقهم موضع التنفيذ.^(٣٨، ٤١) في زامبيا، وعلى الرغم من التقدم الذي أحرزته الحكومة في تعزيز توفير الخدمات الصديقة للمراهقين.^(٤١) لا يزال ضعف النظم الصحية عاملاً يحد من الوفاء بحقوق المراهقين الجنسية والإنجابية.^(٤٢، ٤٣)

إننا نبحث، خلال ورقة المناقشة هذه، كيف تُشكل القدرات المتطورة للمراهقين المصابين بالفيروس قدرتهم على التعبير عن احتياجاتهم، وكيف يجب أن تستجيب الخدمات الصحية. نحن نقدم مقتطفات من مناقشات المجموعات البؤرية، والمقابلات التي أُجريت مع الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين ١٠-١٩ سنة، ومقتطفات من أقوال الآباء والأمهات، ومقدمي الرعاية الصحية، لدعم حججنا.

منهاج الدراسة

أُجريت الدراسة بين أبريل وديسمبر ٢٠١٠؛ وترد النتائج الرئيسية في موضع آخر.^(٣١) يهدف جزء من هذه الدراسة إلى توثيق احتياجات الصحة النفسية

لرعاية المصابين بالفيروس.^(٢٩) فقد تخلف الاعتراف بالاحتياجات الخاصة للمراهقين المصابين به.^(٣٠، ٤١)

كثيراً ما يُنظر للمراهقين بشكل خاطئ باعتبارهم بالغين صغاراً أو أطفالاً كباراً.^(٣٢، ٣٣) وهو ما أسفر عن إمدادهم بخدمات مصممة للبالغين أو للأطفال.^(٣٤، ٣٥) قد نقول إن هناك فجوة كامنة في قدرة النظم الصحية على إجراء التدخلات المناسبة للفئة العمرية للمراهقين عموماً، وليس فقط للمصابين بفيروس نقص المناعة البشرية.^(٣٦، ٣٧) وهي المشكلة التي أصبحت أكثر وضوحاً مع تزايد أعداد الشباب سواء الذين يحتاجون للخدمات أو يطالبون بها.^(٣٨)

بالإضافة إلى النظم الصحية غير المستجيبة، فقد أدت البيئة القانونية والاجتماعية في أفريقيا جنوب الصحراء إلى تقليص قدرة المراهقين على الطلب والوصول إلى الخدمات الصحية بشكل عام.^(٣٩) حيث يُعتبر المراهقين غالباً تحت مسؤولية الكبار.^(٣٦) في ظل محدودية الحصول على المعلومات، أو صنع القرار بشأن وضع إصابتهم بالفيروس.^(٣١) علاوة على ذلك، كثيراً ما تعوق الأعراف الثقافية حصولهم على المعلومات المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية.^(٣٦، ٣٧) إن إغراب المراهقين المصابين بالفيروس عن احتياجاتهم، وخديهم الحواجز الثقافية، يقود إلى خلق فرصة للتغلب على بعض هذه التحديات. علاوة على ذلك، يمكن أن يؤدي أيضاً إشراك المراهقين المصابين بالفيروس في التعبير عن احتياجاتهم من الخدمات المتصلة بفيروس نقص المناعة البشرية إلى تعزيز مطالبهم بالتدخلات ذات الصلة بالصحة الجنسية والإنجابية.^(٤٠، ٤١)

إن المفهوم المركزي الذي يشكل أساس قدرة المراهقين على اكتساب بعض السيطرة والسلطة التقديرية على رفاههم هو مفهوم الفاعلية الذاتية والجماعية - أي بمعنى مدى سيطرة وتأثير الأفراد على ظروفهم الخاصة. تتطور لدى المراهقين القدرة على اتخاذ إجراءات لتلبية حقهم في الصحة.^(٣٧) وقد أوضحت البحوث في زامبيا أن المراهقين يدركون الظروف التي تعرضهم لخطر فيروس نقص المناعة

(بيمبا، لوزي، ونيانجا). كما كانت تُسجل صوتيًا ثم يُفرغ الشريط وتُترجم إلى الإنجليزية. عُدَّت، بعد ذلك، مناقشات لثماني مجموعات بؤرية، مع ٥٣ مراهقًا إضافيًا مصابًا بالفيروس، ومجموعتين لـ ٢١ من الآباء (إحدهما حضرية والأخرى ريفية). وثلاث مجموعات تضم ٢٤ من مقدمي الرعاية الصحية (مجموعتان حضريتان ومجموعة ريفية). من بين مجموعات المراهقين، ضمت مجموعتين فتيات تتراوح أعمارهن بين ١٠-١٤ سنة، وضمت مجموعتين فتيات تتراوح أعمارهن بين ١٥-١٩ سنة، وضمت مجموعتين فتيانًا وفتيات تتراوح أعمارهم بين ١٠-١٤ سنة، وضمت مجموعتين فتيانًا وفتيات تتراوح أعمارهم بين ١٥-١٩ سنة. وأُديرَت مناقشات شبه بنوية باستخدام أسئلة مفتوحة ومجسّات للمتابعة، تركز على ما إذا كانت، وكيف، تلبّي الخدمات الصحية احتياجات المراهقين المصابين بالفيروس. أُجريت المناقشات باللغة الإنجليزية أو باللغات المحلية، واستمرت لحوالي ٥٠-٦٠ دقيقة، وكانت تُسجل رقميًا. ثم يجري تفرّيعها وترجمتها إلى اللغة الإنجليزية ثم تحليلها باستخدام NVivo ٧ (مطور دولي لبرمجية البحوث الكيفية)، مع نصوص مُشفرة استقرائيًا لتحديد الموضوعات التي تبرز^(٤١)، والاحتياجات التي يُعبر عنها المراهقون.

الشعور بالحقوق، والأحققيات، والتوقعات

في مجموعة مقابلة المراهقين، كان معظمهم (٤٦) يعيشون في مناطق حضرية، وكان نصفهم من الذكور ونصفهم من الإناث، وكان حوالي ٥٠٪ منهم في علاقة جنسية في وقت الدراسة. كان المراهقون الناشطون جنسيًا من الأكبر سنًا، وكان ستة منهم متزوجين ولديهم أطفال؛ في حين كان ٢٨ منهم يخططون لإجاب أطفال في المستقبل. لم يكشف اثنان فقط من المراهقين الناشطين جنسيًا عن وضعهم فيما يتعلق بفيروس نقص المناعة البشرية إلى شركائهم الجنسيين، ويرجع ذلك أساسًا إلى خشيتهم من أن يؤدي ذلك إلى إنهاء العلاقة. يبدو أنهم يتبنون مفهوم العيش بإيجابية، ومع

والجنسية والإيجابية للمراهقين المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية في زامبيا، وتحديد الفجوات بين تلك الاحتياجات والخدمات المتاحة حاليًا للمراهقين. أُجريت الدراسة في إحدى المناطق الريفية (كالومو) واثنين من المناطق الحضرية (لوساكا وكيثوي) في زامبيا، حيث يُشكل المراهقون ما يقرب من ربع عدد السكان البالغ ١٠ مليون^(٤٢) وقد أُختيرت هذه المناطق لتنوعها من حيث الموقع الجغرافي، والسياق، والتدخلات المتاحة. كان المراهقون، في المناطق الثلاث جميعًا، يصلون إلى الخدمات الإكلينيكية الخاصة بفيروس نقص المناعة البشرية في العيادات الحكومية المكرسة لذلك، فضلًا عن الدعم غير الإكلينيكي من مراكز المجتمع المحلي التي تديرها المنظمات غير الحكومية، وكانت بمثابة مواقع جذب المراهقين لدراستنا.

كنا نجتذب المراهقين الراغبين في المشاركة عندما يحضرون إلى العيادة أو المركز. وكان الآباء والأوصياء للمراهقين في الفترة العمرية من ١٠-١٨ سنة^(٤٣) من يبدون موافقة شفاهية، يوقعون نموذج موافقة. بينما كان المراهقون في الفترة العمرية ١٨-١٩ سنة يوقعون نموذج الموافقة بأنفسهم. وكان جميع المراهقين المشاركين على علم بإصابتهم بفيروس نقص المناعة البشرية؛ وقد بذلت الجهود الرامية إلى الحفاظ على السرية، بما يتسق والتوصيات المتعلقة بالبحوث بين الشباب^(٤٤، ٤٥) لقد أتاح لنا إدراج المقابلات مع الآباء ومقدمي الرعاية الصحية تثلث النتائج^(٤٥) وحصلنا على الموافقة الأخلاقية من «لجنة أخلاقيات بحوث الطب الحيوي» في جامعة زامبيا.

أُجريت مقابلات شبه بنوية مع المراهقين المتعاشين مع فيروس نقص المناعة (٥٨) ومقدمي خدمات الرعاية الصحية (١٤). وقد شملت هذه الأخيرة الأطباء (٥)، والمرضات (٤) والمستشارين (٢)، والمسؤولين الإكلينكيين (٢)، والموظفين الإداريين (١). وقد صُممت الأسئلة لتناسب المراهقين الأصغر سنًا (١٠-١٤ سنة)، والمراهقين الأكبر سنًا (١٥-١٩ سنة)، والمُبلّغين الرئيسيين. كانت مدة المقابلة تتراوح بين ٣٠-٤٠ دقيقة، باللغة الإنجليزية أو اللغات المحلية

بحقهم في السرية كمجموعة منفصلة.

«لقد حاولت أن أطلب منهم الحصول على مزيد من المعلومات. لكنهم لم يعطوني ما يكفي. وما قالوه لي لم يكن على درجة كبيرة من الفائدة. أنا أحب أن تزداد إمكانية وصولي إلى المعلومات والمهارات الحياتية. ليس لدى ما يكفي من معلومات حول تنظيم الأسرة. وهو أحد حقوقي». (مقابلة مع فتاة تبلغ من العمر ١٧ سنة، لوساكا)

«ينبغي أن توجد مساحة أكبر بحيث إنه. يمكن أن تتمتع بالخصوصية أثناء الإنتظار في مكان خاص بنا. حيث يمكن للمصابين أن يكونوا معًا ويدردشون حول كيفية العيش على نحو إيجابي: وهو ما قد يكون أحد الدوافع». (مناقشة المجموعة البؤرية، فتاة تبلغ من العمر ١٦ سنة، كيتوي)

«يجب أن يفصلوا بيننا وبين الكبار. ومساعدتنا في ما نحتاج إليه كأطفال في مجال الصحة الجنسية والإيجابية». (مقابلة مع فتى يبلغ من العمر ١٦ سنة، كالومو)

وأعرب البعض عن الحاجة إلى خدمات أسرع وكراهيتهم للطوابير الطويلة. وهو ما يدعو إلى تحسين النظم وتوفير موظفين أفضل. ويبدو أن هذه المشاعر ترتبط بوجه خاص بالوصمة التي يواجهها المراهقون في عيادات فيروس نقص المناعة البشرية. على اعتبار أنه كان مفترضًا على نطاق واسع أنهم أصيبوا بالفيروس نتيجة للممارسة الجنسية. والمجتمع يتوقع منهم عدم ممارسة الجنس. هذا يعني أنهم لا يحبون إنفاق الوقت في بيئات إكلينيكية.

«التحدي الآخر الذي يواجه مراهقينا المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية هو الوصمة والتمييز. يجب محاربة هذا العيب بحيث يمكن أن تتوفر لمراهقينا حرية الوصول إلى الخدمات. إذ إنهم يرفضون أحيانًا الذهاب إلى المستشفى خوفًا من أن يُعرف ذلك. يجب أن نتناول هذه المسألة عندما ننشئ الخدمات

حق الشباب المصابين بالفيروس من التمتع بحياة جنسية جيدة. وعلى سبيل المثال. يعتقد الغالبية في ضرورة السماح للمصابين بالفيروس بالزواج والإيجاب. إذا رغبوا في ذلك.

«المصابون بفيروس نقص المناعة البشرية لديهم مشاعر ... [إنهم] بشر يعيشون حياة طبيعية. والزواج هو حق للجميع. سواء كانت الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية إيجابية من عدمه». (مقابلة مع فتاة تبلغ من العمر ١٩ سنة، لوساكا)

«لدينا الحق في تكوين أسرة وإيجاب الأطفال». (مناقشة المجموعة البؤرية، فتاة تبلغ من العمر ١٧ سنة، كالومو)

«لا أعتقد أن التحليل الإيجابي للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية يجب أن يمنعك من الدخول في علاقة. كما لا يجعل العلاقة مختلفة: ستظل مثل علاقة من تكون خليلاتهم غير إيجابية». (مقابلة مع فتى يبلغ من العمر ١٧ سنة، لوساكا)

وكانوا شديدي الوضوح في التعبير عن حقهم في تحديد الكشف من عدمه عن وضع إصابتهم بالفيروس إلى الآخرين. وبالتالي. عندما تم الكشف دون رضاها عن إصابتها بالفيروس. قالت إحدى المشاركات في الدراسة:

«كان الجميع ينظرون نحوي بطريقة مضحكة ويهمسون 'هذه هي المريضة. لديها مرض الإيدز'. وهو ما كان مؤلمًا جدًا بالنسبة لي. لأنني اعتقدت أنه من حقني أن أكتشف أو لا أكتشف للناس عن حالتي. لقد شعرت بأن حقوقي قد انتهكت». (مناقشة المجموعة البؤرية، فتاة تبلغ من العمر ١٦ سنة، لوساكا).

التعبير عن الاحتياجات غير الملباة

اعتبر كثيرون أن النظام الصحي ضعيف ولا يفي باحتياجاتهم فيما يتعلق بفيروس نقص المناعة البشرية. واحتياجاتهم الجنسية والنفسية. ولا يفي

«لأنني كفيف، فإنني أود حقًا أن أتعلّم بعض المهارات حتى يمكنني إعالة نفسي». (مقابلة مع فتى يبلغ من العمر ١٢ سنة، كالومو)

لقد كانت هذه الشكاوى والطلبات، التي نعتقد أن إثارتها لم تكن عَرَضًا، تتسم بأهمية خاصة نظرًا لحقيقة أن بعض المراهقين تقع على عاتقهم مسؤوليات رعاية أطفالهم أو أشقائهم. علاوة على ذلك، كانوا يشعرون بالحرمان لأن النظام الصحي يتمحور حول رعاية الأطفال والكبار، وأدى تعبيرهم الصريح، أو الضمني، عن تلك المشاعر إلى توتر مقدمي الخدمات الصحية. وقاد في كثير من الأحيان إلى إقرار مقدمي الخدمات بالحاجة إلى توفير خدمات صديقة للمراهقين.

إقرار مقدمي الرعاية الصحية وأولياء الأمور باحتياجات المراهقين

أقر مقدموا الرعاية الصحية وأولياء الأمور بأن حصول المراهقين على الخدمات المناسبة في مجال فيروس نقص المناعة البشرية كان مهمًا. على الرغم من الحواجز الثقافية وغيرها، لكن تحقيق ذلك يستغرق بعض الوقت.

«ليس لدينا خدمات صديقة للمراهقين، لأنه كان مفترضًا في البداية أن الطفل المولود بفيروس نقص المناعة البشرية، على سبيل المثال، سيموت في غضون بضعة أشهر. وبالتالي لم تُصمم خدمات حتى للمراهقين، بمعنى أن حصولهم على العلاج مسألة صعبة». (مقابلة مع أحد مقدمي الخدمات الصحية، لوساكا)

«هناك حاجة لوجود شخص متفرغ، مدرب خصيصًا للتعامل مع المراهقين». (مناقشة المجموعة البؤرية، أحد مقدمي الخدمات الصحية، كالومو)

«أحد الأشياء التي نبحث عنها هو وجود مبادئ توجيهية وطنية من شأنها أن تدعم الحقوق والصحة الإنجابية والجنسية للمراهقين المتعاشين مع فيروس

الصدية للطفل». (مناقشة المجموعة البؤرية، الآباء والأمهات، كالومو)

لقد أعرب المراهقون مرارًا عن حاجتهم إلى أن يحترم مقدمو الرعاية الصحية حقهم في الخصوصية. وأن يكونوا أكثر ودية. وأقل إصدارًا للأحكام عليهم. وعلى نحو أقل تكرارًا. تظهر سرديات حول الحقوق والاستحقاقات، حيث يتهمون مقدمي الخدمة بالفشل في تلبية توقعاتهم.

«ما تعلمته في العيادة كان مفيدًا بالفعل، لكنني أود حقًا أن أعرف المزيد. لا سيما في ما يتعلق بكيف يمكنني حماية نفسي. أشعر بخيبة الأمل أحيانًا». (مقابلة مع فتاة عمرها ١٤ سنة، لوساكا)

«أود أن أعرف المزيد حول كيفية حدوث الحمل، وما الذي يمكنك استخدامه لحماية نفسك من الحمل». (مقابلة مع فتاة عمرها ١٦ سنة، كالومو)

«أريد أن أعرف ما إذا كان يمكن أن يكون لي صديق، لأن والدتي تقول لا كلما سألتها. كما أحب أن أعرف أيضًا على الجنس المأمون والأمومة الآمنة». (مناقشة المجموعة البؤرية، فتاة عمرها ١٤ سنة، لوساكا)

طرحت المناقشات الأخرى أن المراهقين يتوقعون تيسير الوصول إلى أنشطة سبل العيش والتدريب على المهارات التي كانت متاحة للكبار (مثل الخياطة). إذ لم يكن الوصول إلى هذه الفرص متاحًا للمراهقين. على سبيل المثال، وردًا على سؤال حول مدى سعادتهم بالخدمات التي يحصلون عليها في العيادات الصحية، أعرب المراهقون عن توقعهم الحصول على تدريب على المهارات المهنية.

«أحد الأشياء التي أريدها بالفعل هو أن أتعلّم مهارات الحياة. لأننا في الوضع الحالي لا أحد يعلمنا هذه الأمور. أود أن تعلم كيفية الطبخ. والخياطة أيضًا». (مناقشة المجموعة البؤرية، فتاة عمرها ١٤ سنة، لوساكا)



نيل فريمان / فيروس نقص المناعة البشرية الولية / التحالف ضد الإيدز

التثقيف الجنسي عن طريق الأقران. زامبيا

شيء حساس ... وفي رأيي أن نغير رؤيتنا تجاه تناول ذلك باعتباره من المحرمات». (مناقشة المجموعة البورية، أولياء الأمور، لوساكا)

«نحن كأولياء أمور لسنا على دراية تامة أيضًا، إلى حد ما، بمعلومات عن الصحة الجنسية والإيجابية بما يمكن أن يساعد المراهقين المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشرية بالنمو وهم على علم جيد بالموضوع. لكنها مرة أخرى مشكلة تتعلق بعدم توفر عيادات الأطفال والزوايا الصديقة للشباب». (مناقشة المجموعة البورية، أولياء الأمور، كالومو)

مناقشة

إن الإقرار بتطور قدرات المراهقين الاجتماعية والقانونية.^(١٢) وإشراكهم في تصميم برامج الصحة. يمكن أن يعزز عمل تدخلات مُصممة للمساعدة احتياجاتهم.^(١٣) وفي فترة مبكرة ترجع إلى عام ١٩٨٩، أكدت اتفاقية حقوق الطفل أهمية إشراك الأطفال بالرأي في المسائل التي تؤثر عليهم.^(١٤) وفي عام ١٩٩٤، ركز المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، بصفة

نقص المناعة البشرية». (مناقشة المجموعة البورية، أحد مقدمي الخدمات الصحية، لوساكا)

«إننا نشعر، ونعتقد، أنه حق للشباب الوصول إلى هذه الخدمات مثل ... الصحة الجنسية والإيجابية، إننا نتحدث عن المسائل المتعلقة بوسائل منع الحمل، والإجهاض غير الآمن، والأمومة الآمنة. إننا نتحدث عن تمكينهم من اتخاذ قرارات مستنيرة. الخدمات تتطور في الأساس. لكن ذلك يستغرق وقتاً طويلاً». (مقابلة مع أحد مقدمي الخدمات الصحية، لوساكا)

«أعتقد أن الشيء الرئيسي هو المعلومات ... ثم دعم المجموعات وجعل هذا مركزاً للإحالة ... والفكرة هي أن يوجد مركز إحالة فرعي متخصص للمراهقين والأطفال الذين يعانون من مشكلات إكلينيكية، ومشكلات في العلاج والالتزام». (مقابلة مع أحد مقدمي الخدمات الصحية، لوساكا)

«ليس بإمكان معظم المراهقين لدينا الوصول إلى المعلومات بسبب التقاليد - نحن أولياء الأمور لا نحب مناقشة مثل هذه القضايا، لأن الحياة الجنسية هي

المناعة البشرية الاحتياجات المعيشية للمراهقين المتعاشين معه. ففي حين يُعتبر التدريب المهني والتدريب على مهارات الحياة أمرًا شائعًا في برامج فيروس نقص المناعة البشرية الموجهة للبالغين، فإنه نادر الحدوث في الخدمات الموجهة للمراهقين. على أنه قد يكون مهمًا للمراهقين الذين كانوا، كما هو الحال في دراستنا، مقدمي الرعاية الأساسية لأطفالهم. في أحد البرامج النادرة في زيمبابوي، أدرج المراهقون المصابون بالفيروس إلى برنامج للدخار ومهارات الحياة. يركز على المجتمع المحلي؛ وكان البرنامج، إلى جانب تمكينهم اقتصاديًا، يعمل أيضًا على تحسين فاعليتهم الذاتية، واحترامهم الذاتي.^(٥١)

ثانيًا؛ يجب دعم المراهقين المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشرية لإنشاء شبكات الأقران الخاصة بهم، المماثلة لتلك الموجودة لدى الكبار، كجزء من برمجة الخدمات الخاصة بالفيروس والمقدمة للمراهقين. وهو الأمر الذي سيزيد قدرتهم على التعبير الجماعي عن شواغلهم وتفضيلاتهم بشأن الخدمات، فضلًا عن قدرتهم على دعم بعضهم بعضًا، والتغلب على الوصمة الاجتماعية، وفي أوغندا، بدأت برامج فيروس نقص المناعة البشرية في إشراك جماعات الأقران من المراهقين للتشاور مع بعضهم بعضًا، وتعزيز الالتزام بالتقنيات الإيجابية المساعدة، وتوعية مجتمعاتهم حول الفيروس بمشاطرة تجاربهم في التعايش مع الفيروس.^(٥٢) إن هذا التيسير لفاعلية المراهقين الجماعية يجب أن يمثل ركيزة أساسية لخدمات فيروس نقص المناعة البشرية. فقد أوضحت أدلة محاولة عشوائية أخيرة في تنزانيا أن المراهقين - عندما يحصلون على دعم لفهم الإيكولوجيا الاجتماعية، والمواطنة، وفيروس نقص المناعة البشرية، وقضايا صحة المجتمع الأوسع نطاقًا، فضلًا عن كيفية تقييم الاحتياجات واتخاذ مواقف جماعية - يمكنهم تثقيف وتعبئة مجتمعاتهم المحلية. كما يمكنهم أيضًا النجاح في إشراك المنظمات الحكومية وغير الحكومية لتقديم مجموعة واسعة من الخدمات لهم ولجتمعاتهم المحلية.^(٣٧) ولذا، يجب أن تعمل برامج فيروس نقص المناعة البشرية

خاصة، على حماية وتعزيز حقوق الصحة الإيجابية للمراهقين.^(٤٧) ومؤخرًا، ربط الهدف ٣ من الأهداف الإنمائية للألفية، واللجنة المعنية بالسكان والتنمية (الدورة ٤٥، عام ٢٠١٢)، بين تعزيز الصحة الجنسية والإيجابية للشباب وحققهم في الحصول على الخدمات المتصلة بفيروس نقص المناعة البشرية وغيرها من خدمات الأمراض المنقولة جنسيًا.^(٤٨) إذن، ما المطلوب حديدًا؟

أولًا؛ يمكن أن يُعد إضافة خدمات المراهقين، المرتبطة بخدمات الأطفال والكبار، آلية لترسيخ نموذج لصحة المراهقين قائم على الحقوق. جادل سوير وآخرون^(٥١) (Sawyer et al) أن طبيعة الخدمات الصديقة للمراهقين يجب أن يحددها المراهقون أنفسهم، ونحن نوافق. في نموذج زيمبابوي الذي وصفته أروكار وآخرون^(٤٩) (Erukar et al)، عندما طُلب من المراهقين تحديد الخصائص التي يرونها تُعبر عن الخدمات الصديقة للشباب، نجدهم يحددون السرية، وقصر فترة الانتظار، وانخفاض التكلفة، وود الموظفين، باعتبارها أهم الخصائص. أقل الخصائص أهمية شملت خدمات للشباب فقط، مما يطرح أن المراهقين لا يفضلون بالضرورة الخدمات التي تقتصر على الشباب. فقد تخالف التوقعات.^(٤٩)

إن تحديد هذه الخصائص، التي قد تختلف تبعًا للسياق ولظروف المراهقين الاجتماعية، يجب أن يسبق تنفيذ خدمات فيروس نقص المناعة البشرية للمراهقين. وعلى سبيل المثال، كان لدى بعض المراهقين في دراستنا أطفال، وهو الأمر الذي يدعو إلى الانتقال السلس والروابط الوثيقة بين خدمات الأطفال والمراهقين والكبار، فضلًا عن تكامل أفضل للصحة الجنسية والإيجابية مع خدمات فيروس نقص المناعة البشرية للمراهقين الأكبر سنًا المتعاشين مع الفيروس.^(٥٠) وتوضح الأدلة من بلدان أخرى أن الموقع المكاني المشترك، وتقديم مجموعة تدخلات تضم الحماية المزدوجة ووسيلة لمنع الحمل داخل خدمات فيروس نقص المناعة البشرية للمراهقين، يمكنه تسهيل التكامل.^(٥٠، ٣٤) وبالمثل، يجب أن تتناول خدمات فيروس نقص

الحديث حول الجنس. والحياة الجنسية. والعلاقات. قد يتطلب برامج تركز على الآباء لتمكينهم من تحسين التواصل مع مراهقيهم المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية. مثلما حقق ذلك بنجاح في أوغندا.^(١٠) رابعاً؛ هناك حاجة إلى ضمان تدريب مقدمي الخدمات الصحية. بوجه خاص، على صحة المراهقين. وعلى خلاف ما يحدث في معظم البلدان الغربية، فإن صحة المراهقين ليست تخصصاً تدريبياً في أفريقيا جنوب الصحراء.^(١١) على أن التدريب القائم على الكفاءة. لمقدمي الرعاية الصحية. حول صحة المراهقين قد ثبتت فاعليته في بوتسوانا.^(١٢) وحققت وزارة الصحة في أوغندا نجاحاً في تحسين مهارات التشاور حول الفيروس مع المراهقين لدى المستشارين المتخصصين. وذلك عن طريق برنامج تدريبي مائل على أساس الكفاءة. لقد كانت السمة المميزة لهذه المبادرة. التي نُفذت بالشراكة مع المنظمات غير الحكومية. تتمثل في مشاركة ذات مغزى من جانب المستفيدين الرئيسيين في تحديد احتياجاتهم في مجال المشورة. مما أسهم في تطوير منهج أولي وتعزيز قدرة مقدمي الخدمة على تناول قضايا المراهقين.^(١٣) وفي زمبابوي. كان تدريب مقدمي الرعاية الصحية يُشرك المراهقين أنفسهم. حيث يشرحون تجربتهم في التعايش مع الفيروس واحتياجاتهم النفسية.^(١٤)

وبإيجاز؛ تطرح النتائج التي توصلنا إليها أن الخدمات الصحية في زامبيا يمكن أن تتغير لتصبح أكثر ملائمة للمراهقين. وذلك من خلال عدد من المقاربات. بما فيها: (١) استخدام المقاربات التشاركية لتحديد الخدمات التي تُقدم للمراهقين؛ (٢) تحديد مقدمي الرعاية الصحية الذين يمكنهم تحمل مسؤولية رعاية المراهقين وتحويلهم من طب الأطفال إلى خدمات الكبار؛ (٣) تعزيز الكفاءات لدى مقدمي الرعاية الصحية لتقديم الخدمات الصديقة للمراهقين؛ (٤) الاستجابة للظروف الفردية. فضلاً عن السياق الاجتماعي الأوسع من المراهقين المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشرية. أي في ما يتعلق بالحوافز الاجتماعية. والاقتصادية. والوصمة. وغيرها

على إنشاء المنابر والفرص. التي تؤدي إلى تمكين الحوار بين الشباب ومجتمعاتهم وحكوماتهم. كما حدث بنجاح للبالغين المتعاشين مع الفيروس.^(٥٣، ٥٤) وفي المقابل. يجب أن يسعى صناع السياسة إلى المراهقين المتعاشين مع الفيروس. ويستمعون إليهم. عند صياغة السياسات ذات الصلة. وكذا إلى الشباب. بغية ضمان أن السياسات الوطنية تركز على الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية بين الشباب. فضلاً عن توفير خدمات مناسبة لأولئك المتعاشين بالفعل مع الفيروس.

ثالثاً؛ هناك مسألة الكشف عن الإصابة بالفيروس. التي ثبت أنها مشكلة مهمة للمراهقين المصابين به. من الضروري أن يمتلك المراهقون وأسرهم قدرًا أكبر من التحكم في كيفية ومتى يكشفون عن إصابتهم للآخرين. وهو ما يتطلب معرفة مهارات الكشف. على الرغم من محدودية الخبرة حول كيفية تحقيق ذلك. توضح أدلة جنوب أفريقيا أن المقاربات التي تتخذ من الأسرة مركزاً لها. وتعمل على تحسين مهارات الكشف لدى أولياء الأمور المتعاشين مع الفيروس. تمثل منهجية مهمة يمكن تبنيها مع المراهقين.^(٥٥) إن المداخلات التي تدعم كشف المراهقين عن حالتهم يجب أن تضع في حساباتها تطور قدراتهم. وفاعليتهم الذاتية. والعلاقات الجنسية والأسرية.^(٥٦، ٥٧)

إن تحقيق الصحة الجنسية والإنجابية للمراهقين المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشرية يتطلب أن تقوم البرامج الخاصة بالفيروس بإشراك المراهقين ومجتمعاتهم المحلية في التصدي للوصمة الاجتماعية. وغيرها من الحواجز الثقافية التي تمنع المراهقين من التمتع بحياة جنسية صحية. في دراستنا. كان المراهقون المتعاشون مع الفيروس مصممون على إقامة علاقات جنسية صحية. لكن التقاليد الثقافية كانت غالباً ما تحول دون مناقشة علاقاتهم الجنسية مع والديهم. إن تعزيز قدرة التواصل بين الآباء والمراهقين. حول الجنس والعلاقات. يمكن أن يُيسر ويؤثر إيجابياً على السلوك الجنسي للمراهقين.^(٥٨، ٥٩) كما أن تحسين الشعور بالراحة عند

بين آخرين: وإلى ممالي الدراسة. «الوكالة السويدية للتعاون الإنمائي الدولي» *Swedish International Development Cooperation Agency* من خلال «برنامج أفريقيا الإقليمي للتحالف الدولي لفيروس نقص المناعة البشرية/مرض الإيدز» *Africa Regional Programme of the International HIV/AIDS Alliance*. ووزارة التنمية الدولية بالملكة المتحدة من خلال «دليل اتحاد أعمال البحوث» *Evidence for Action Research Consortium*.

من الحواجز الثقافية: (٥) تمكين المراهقين المتعاشين مع الفيروس من الدفاع عن أنفسهم. وأن يصبحوا عناصر رائدة من أجل التغيير.

شكر وتقدير

نود أن نتوجه بالشكر للشباب، ومساعدتي البحث، والبالغين الذين شاركوا؛ وإلى فابيان كاتالدو *Fabian Cataldo*. الذي شارك في تصميم بروتوكول الدراسة؛ وإلى الفريق الاستشاري للبحث، بما فيه «رابطة الإيدز أفريقيا الجنوبية» *Southern Africa AIDS Trust*. من

المراجع

1. Ferrand R, Lowe S, Whande B, et al. Survey of children accessing HIV services in a high prevalence setting: time for adolescents to count? Bulletin of World Health Organization 2010;88(6):428-34.
2. United Nations Children's Fund. Children and AIDS: Fifth Stocktaking Report, 2010. New York: UNICEF; 2010.
3. Siziya S, Muula AS, Kazembe LN, et al. Harmful lifestyles' clustering among sexually active in-school adolescents in Zambia. BMC Pediatrics 2008;8(6).
4. Ministry of Health [Zambia], Central Statistical Office [Zambia] and ORC Macro. Zambia HIV/AIDS Service Provision Assessment Survey 2005. Calverton, MD: Ministry of Health, Central Statistical Office and ORC Macro; 2006.
5. Agha S, Van Rossem R. Impact of a school-based peer sexual health intervention on normative beliefs, risk perceptions, and sexual behavior of Zambian adolescents. Journal of Adolescent Health 2004;34(5):441-52.
6. United Nations Children's Fund. The State of the World's Children 2011. New York: UNICEF; 2011.
7. Ferrand RA, Corbett EL, Wood R, et al. AIDS among older children and adolescents in Southern Africa: projecting the time course and magnitude of the epidemic. AIDS 2009;23(15):2039-46.
8. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. We can empower young people to protect themselves from HIV. Geneva: UNAIDS; 2010.
9. UNAIDS. Global Report: UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2010. Geneva: UNAIDS; 2010.
10. Sawyer SM, Afifi RA, Bearinger LH, et al. Adolescence: a foundation for future health. Lancet 2012;379(9826):1630-40.
11. World Health Organization. Antiretroviral Therapy of HIV Infection in Infants and Children in Resource-limited Settings: Towards Universal Access. Geneva: WHO; 2006.
12. WHO. Adolescent Friendly Health Services: An Agenda for Change. Geneva: WHO; 2002.
13. Mahy M, Garcia-Calleja JM, Marsh KA. Trends in HIV prevalence among young people in generalized epidemics: implications for monitoring the HIV epidemic. Sexually Transmitted Infections 2012;88(Suppl.2):65-75.
14. National AIDS Council [Zambia]. National AIDS Strategic Framework 2011-2015. Lusaka: National AIDS Council [Zambia]; 2010.
15. Kalibala S, Mulenga D. Situation Assessment of the HIV Response Among Young People in Zambia. Geneva: UNAIDS; 2011.
16. Magnani RJ, Karim AM, Weiss LA, et al. Reproductive health risk and protective factors among youth in Lusaka, Zambia. Journal of Adolescent Health 2002;30(1):76-86.
17. Warenus L, Pettersson KO, Nissen E, et al. Vulnerability and sexual and reproductive health among Zambian secondary school students. Culture, Health & Sexuality 2007;9(5):533-44.
18. Menon A, Glazebrook C, Campain N, et al. Mental health and disclosure of HIV status in Zambian adolescents with HIV in-

- fection: implications for peer-support programs. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2007;46(3):349–54.
19. Nachega JB, Hislop M, Nguyen H, et al. Antiretroviral therapy adherence, virologic and immunologic outcomes in adolescents compared with adults in southern Africa. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2009;51(1):65–71.
 20. Nglazi MD, Kranzer K, Holele P, et al. Treatment outcomes in HIV-infected adolescents attending a community-based antiretroviral therapy clinic in South Africa. *BMC Infectious Diseases* 2012;12:21.
 21. Bakeera-Kitaka S, Nabukeera-Barungi N, Nostlinger C, et al. Sexual risk reduction needs of adolescents living with HIV in a clinical care setting. *AIDS Care* 2008;20(4):426–33.
 22. Koenig LJ, Pals SL, Chandwani S, et al. Sexual transmission risk behavior of adolescents with HIV acquired perinatally or through risky behaviors. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2010;55(3):380–90.
 23. McMillan AS, Simkiss D. The United Nations Convention on the Rights of the Child and HIV/AIDS. *Journal of Tropical Pediatrics* 2009;55(2):71–72.
 24. Gruskin S, Tarantola D. Universal access to HIV prevention, treatment and care: assessing the inclusion of human rights in international and national strategic plans. *AIDS* 2008;22(Suppl 2):S123–32.
 25. Ayres JR, Paiva V, Franca Jr I, et al. Vulnerability, human rights, and comprehensive health care needs of young people living with HIV/AIDS. *American Journal of Public Health* 2006;96(6):1001–06.
 26. Berkman A, Garcia J, Munoz-Laboy M, et al. A critical analysis of the Brazilian response to HIV/AIDS: lessons learned for controlling and mitigating the epidemic in developing countries. *American Journal of Public Health* 2005;95(7):1162–72.
 27. Chopra M, Ford N. Scaling up health promotion interventions in the era of HIV/AIDS: challenges for a rights based approach. *Health Promotion International* 2005;20(4):383–90.
 28. Baryamutuma R, Baingana F. Sexual, reproductive health needs and rights of young people with perinatally acquired HIV in Uganda. *African Health Sciences* 2011;11(2):211–18.
 29. WHO, UNAIDS. Key elements in HIV/AIDS care and support. Geneva: WHO, UNAIDS; 2000.
 30. WHO. Integrating sexual health interventions into reproductive health services: programme experience from developing countries. Geneva: WHO; 2005.
 31. Hodgson I, Ross J, Haamujompa C, et al. Living as an adolescent with HIV in Zambia – lived experiences, sexual health and reproductive needs. *AIDS Care* 2012;24(10):1204–10.
 32. WHO. A qualitative review of psychosocial support interventions for young people with HIV. Geneva: WHO; 2009.
 33. Gruskin S, Ferguson L, O'Malley J. Ensuring sexual and reproductive health for people living with HIV: an overview of key human rights, policy and health systems issues. *Reproductive Health Matters* 2007;15(29 Suppl):4–26.
 34. Birungi H, Obare F, Mugisha JF, et al. Preventive service needs of young people perinatally infected with HIV in Uganda. *AIDS Care* 2009;21(6):725–31.
 35. Binagwaho A, Fuller A, Kerry V, et al. Adolescents and the right to health: eliminating age-related barriers to HIV/AIDS services in Rwanda. *AIDS Care* 2012;24(7):936–42.
 36. Siu GE, Bakeera-Kitaka S, Kennedy CE, et al. HIV serostatus disclosure and lived experiences of adolescents at the Transition Clinic of the Infectious Diseases Clinic in Kampala, Uganda: a qualitative study. *AIDS Care* 2012;24(5):606–11.
 37. Carlson M, Brennan RT, Earls F. Enhancing adolescent self-efficacy and collective efficacy through public engagement around HIV/AIDS competence: a multilevel, cluster randomized-controlled trial. *Social Science & Medicine* 2012;75(6):1078–87.
 38. Michelo C, Sandoy IF, Fylkesnes K. Marked HIV prevalence declines in higher educated young people: evidence from population-based surveys (1995–2003) in Zambia. *AIDS* 2006;20(7):1031–38.
 39. Kayeyi N, Fylkesnes K, Michelo C, et al. Decline in HIV prevalence among young women in Zambia: national-level estimates of trends mask geographical and socio-demographic differences. *PLoS One* 2012;7(4):e33652.
 40. Baringer LH, Sieving RE, Ferguson J, et al. Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention, and potential. *Lancet* 2007;369(9568):1220–31.
 41. Ministry of Health [Zambia]. Adolescent HIV Care and Treatment: A Training Curriculum for Multidisciplinary Health Care Teams. Lusaka: MOH [Zambia]; 2011.
 42. Ferrinho P, Siziya S, Goma F, et al. The human resource for health situation in Zambia: deficit and maldistribution. *Human Resources for Health* 2011;9(1):30.

43. Save the Children. So you want to involve children in research? Stockholm: Save the Children; 2004.
44. World Medical Association. Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Ferney-Voltaire: WMA; 2008.
45. Bhopal R. Concepts of Epidemiology: Integrating the Ideas, Theories, Principles and Methods of Epidemiology. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2008.
46. Silverman D. Interpreting Qualitative Data: Methods for Analyzing Talk, Text and Interaction. 2nd ed. London: Sage Publications; 2001.
47. UN Population Fund. International Conference on Population and Development Programme of Action 1994. www.unfpa.org/public/icpd/.
48. UN Commission on Population and Development. (45th session, 2012) Draft Resolution on Adolescents and Youth, E/CN.9/2012/8. www.un.org/esa/population/cpd/cpd_resolutions.html.
49. Erulkar AS, Onoka CJ, Phiri A. What is youth-friendly? Adolescents' preferences for reproductive health services in Kenya and Zimbabwe. *African Journal of Reproductive Health* 2005;9(3):51-58.
50. Birungi H, Obare F, van der Kwaak A, et al. Maternal health care utilization among HIV-positive female adolescents in Kenya. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2011;37(3):143-49. doi: 10.1363/3714311.
51. Senefeld S, Miller C, Mgugu D, et al. Self-esteem, self-efficacy and hope among vulnerable adolescents affected by HIV participating in community-based savings and lending groups in rural Nyanga district, Zimbabwe. Presented at 19th International AIDS Conference, Washington, DC, 2012. Abstract No. WEAE0402.
52. Mukasa Mbooga B, Kawuma E, Batamwita R, et al. Responding to the sexual and reproductive health needs of adolescents living with HIV and AIDS: the Mildmay Uganda experience. Paper presented at 19th International AIDS Conference, Washington, DC, 2012. Abstract No. MOPE668.
53. Hodgson I, Nakiyemba A, Seeley J, et al. Only connect – the role of PLHIV group networks in increasing the effectiveness of Ugandan HIV services. *Aids Care: Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV* 2012;24(11):1368-74. doi: 10.1080/09540121.2012.656568.
54. de Souza R. Creating "communicative spaces": a case of NGO community organizing for HIV/AIDS prevention. *Health Communication* 2009;24(8):692-702. doi: 10.1080/10410230903264006.
55. Rochat TJ, Mkwana N, Bland R. Maternal HIV disclosure to HIV-uninfected children in rural South Africa: a pilot study of a family-based intervention. *BMC Public Health* 2013;13(1):147. doi: 10.1186/1471-2458-13-147.
56. Cook R, Dickens BM. Recognizing adolescents' 'evolving capacities' to exercise choice in reproductive healthcare. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2000;70(1):13-21.
57. Wiener LS, Battles HB. Untangling the web: a close look at diagnosis disclosure among HIV-infected adolescents. *Journal of Adolescent Health* 2006;38(3):307-09.
58. Benavides Torres RA, Villaruel A, Rew L, et al. Parents' and adolescents' influences on Mexican adolescents' intentions for sexual behaviors: a model building approach. Paper presented at 17th International AIDS Conference, 2008. Abstract No. WEPE0852.
59. Miller KS, Maxwell KD, Fasula AM, et al. Pre-risk HIV-prevention paradigm shift: the feasibility and acceptability of the Parents Matter! Program in HIV risk communities. *Public Health Report* 2010;125(Suppl.1):38-46.
60. Kisaakye VNK, Nyombi J, Nakalawa L. Designing interventions for parents/guardians of HIV perinatally infected adolescents in Uganda. Presented at 5th IAS Conference on HIV Pathogenesis and Treatment. Cape Town, 2005. Abstract No. WEPED200.
61. Stefan C, van der Merwe PL. Treating adolescents in South Africa: time for adolescent medicine units? *South African Medical Journal* 2008;98(3):184-85, 187.
62. Lowenthal ED, Szalda D, Harari N, et al. Relationship of training to self-reported competency and care of adolescents in an African health care setting. *Journal of Adolescent Health* 2011;49(4):431-33.
63. Chimulwa TN, Nyombi JK, Birungi J. Evaluation of strengthening HIV counselor training (SCOT) project in Uganda: successes and lessons learnt. Paper presented at HIV Capacity Building Summit, Nairobi, 2011. www.hivcapacityforum.org/userfiles/Chimulwa%20T.pdf.
64. Gamanya G. Improving the quality of care for adolescents living with HIV/AIDS by introducing psychosocial support services at Beatrice Road Infectious Disease Hospital Opportunistic Infections and Antiretroviral Therapy clinic in Harare, Zimbabwe. Paper presented at 18th International AIDS Conference, Vienna, 2010. Abstract No. TUPE0832.

خارج جدران العيادة: تمكين الشباب من خلال برامج الأقران والشباب المثقفين في الإكوادور ونيكاراجوا

بقلم: كلير تيببتس،^(أ) دي ريدواين^(ب)

(أ) كبيرة مسؤولي التعلم في برنامج بلاند بارنتهود جلوبال Planned Parenthood Global، بلاند بارنتهود فيدریشن أوف أميركا Planned Parenthood Federation of America، نيويورك، الولايات المتحدة الأمريكية. للمراسلة: claire.tebbets@ppfa.org
(ب) المديرية الإقليمية، أميركا اللاتينية، بلاند بارنتهود جلوبال، بلاند بارنتهود فيدریشن أوف أميركا، ميامي، فلوريدا، الولايات المتحدة الأمريكية

ترجمة: أمل التريز

موجز المقال: ترتفع معدلات الحمل بين المراهقات، وتتفاقم حالات الإصابات المنقولة جنسيًا بين الشباب في أميركا اللاتينية. في حين لا تلبى الخدمات الصحية التقليدية احتياجاتهم من الرعاية الصحية. ويحتاج الشباب إلى وسائل تمكنهم من الحصول على ما يناسبهم من رعاية صحية ومعلومات، وذلك لاتخاذ قرارات سليمة قائمة على معرفة. لذلك من أجل التخلص من الحواجز الماثلة أمام توفير هذه الخدمات الصحية الحيوية، في مجالي الصحة الجنسية والإيجابية، صممت الوالدية المخططة العالمية، *Planned Parenthood Global* - وهي شعبة تابعة لهيئة الوالدية المخططة الأميركية *Planned Parenthood Federation of America* - نموذجًا للأقران الشباب المثقفين. وقد جرى تنفيذه في أميركا اللاتينية منذ أوائل التسعينيات. ويتجاوز النموذج مهمة تثقيف الأقران، ليغطي تدريب الأقران الشباب المثقفين دون سن العشرين. وذلك لتزويد أقرانهم بالأوقية الذكورية، وحجوب منع الحمل المستعملة بطريق الفم، ووسائل منع الحمل في الأحوال الطارئة، ووسائل منع الحمل بطريق الحقن. ومعلومات حول الصحة الجنسية والإيجابية. أما الأقران ذوو الاحتياجات التي تتجاوز قدرات الأقران الشباب المثقفين، فيتم إحالتهم للمتخصصين الصحيين، الذين يقدمون خدمات تراعي احتياجات الشباب. وتكشف نتائج المسوح عن ارتفاع مستويات استخدام وسائل منع الحمل بين الشباب، ممن يتلقون خدمات من الأقران الشباب المثقفين: ٩٨٪ من الشباب الناشطين جنسيًا، الذين شاركوا في المسح، وكانوا يرغبون في تجنب وقوع حالات حمل. ذكروا أنهم قد استعملوا وسائل منع الحمل بعد المشاركة في البرنامج بخمس سنوات. وتُبرز نتائج التقييمات النوعية للبرنامج مستوى أعلى من تقدير الذات، ومهارات أقوى في التواصل واتخاذ القرار، وعلاقات أوثق مع الأصدقاء والأسرة. واهتمامًا أكبر بالمدرسة، وفهمًا للمسؤولية في العلاقات، وغير ذلك من نتائج إيجابية ظهرت بين المشاركين في البرنامج. © مجلة قضايا الصحة الإيجابية ٢٠١٣

Beyond the clinic walls: empowering young people through
Youth Peer Provider programs in Ecuador and Nicaragua
Claire Tebbets, Dee Redwine, Reproductive Health Matters 2013;21(41):143-153

الكلمات الدالة: مراهقون وشباب، برامج تدخلات مجتمعية وأشكالها، منع الحمل، تثقيف الأقران.

سنة يلدن سنويًا، بما يشمل ذلك ٢ مليون شابة في أميركا اللاتينية.^(١) وكان ٩٥٪ من المواليد لشابات تتراوح أعمارهن ما بين ١٥ و ١٩ سنة في الدول ذات الدخل المنخفض، والمتوسط في عام ٢٠٠٨،^(٢) كما بلغ

يواجه الشباب، في جميع أنحاء العالم، عقبات تحول دون حصولهم على حقوقهم الإنسانية، بما في ذلك الحق في الصحة الجنسية والإيجابية.^(٣) وهناك ستة عشر مليون شابة تتراوح أعمارهن ما بين ١٥ و ١٩

عملية اتخاذ القرارات المتعلقة بالصحة الجنسية والإيجابية.^{١٥} وقد خلصت البحوث، التي أجريت حول العالم، إلى أن الشباب الذين تثقفوا على يد أقرانهم يتباهون بما حققوه من تحسن في معلوماتهم ومواقفهم وسلوكياتهم المتعلقة بالصحة الجنسية والإيجابية، وإلى أن الأقران المثقفين يقومون بدور محوري في نجاح البرنامج.^{١٦-١١} ومن الأرجح أن يُظهر الشباب، الذين يناقشون الصحة الجنسية والإيجابية مع أقرانهم، سلوكيات إيجابية تعكس مدى اهتمامهم بالصحة أكثر من الشباب الذين يناقشون تلك الموضوعات مع الكبار. وكذلك، فإن احتمال مناقشة الشباب الناشطين جنسيًا لقضايا الصحة الجنسية والإيجابية مع أقرانهم، أرجح كثيرًا من احتمال مناقشتها مع الكبار.^{١٧} كما أنهم أكثر انفتاحًا في مناقشة القضايا المتعلقة بالنوع الاجتماعي إذا طرحها عليهم أقرانهم.^{١٨} ويمكن أن يعزز تثقيف الأقران من مستوى المعرفة بالصحة الجنسية والإيجابية فيما بين الشباب المهمشين، في فترة تقارب من ثلاثة أشهر.^{١٩} وأن يترك أثرًا إيجابيًا على تقدير الذات فيما يخص الصحة الجنسية.^{٢٠} نتيجة لذلك، يتفرد الشباب بوضع يتيح لهم التصرف باعتبارهم المرجعية التي يلجأ أقرانهم إليها. ولهذه الأسباب مجتمعة، قامت بلاند بارنتهود جلوبال بإعداد تنفيذ نموذج برنامج الأقران الشباب المثقفين، ودعمه.

نبذة تاريخية وإيضاح المنظمات الموجودة حاليًا لتنفيذ البرنامج

يجري تنفيذ نموذج برنامج الأقران الشباب المثقفين في أمريكا اللاتينية منذ مطلع التسعينيات، في ذلك الوقت، قامت بلاند بارنتهود جلوبال - وهي شعبة تابعة لبلاند بارنتهود فيدریشن أوف أميركا - بدعم برامج تثقيف الأقران التي يعمل عليها عدد من المنظمات المحلية، غير الحكومية. ومع ذلك، لم تلاحظ بلاند بارنتهود جلوبال، أو شركاؤها، أية زيادة في استعمال موانع الحمل بين الشباب، فجُمعت عن تقديم البرنامج، من ثم، أعدت بلاند بارنتهود جلوبال نموذج

عدد الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و٢٤ عامًا نسبة قاربت ٦٠٪ من كل الإصابات المنقولة جنسيًا في ٢٠٠٥^١ وفي المناطق النامية ككل. كان ثلثا حالات الإجهاض، غير الآمن، التي تمت في عام ٢٠٠٤ بين النساء اللاتي تتراوح أعمارهن ما بين ١٥ و٣٠ سنة، ونسبة ١٤٪ بين الشبابات دون سن العشرين^٢ ومع ذلك، لم يتجاوز عدد الشبابات، اللاتي مارسن نشاطًا جنسيًا في أمريكا اللاتينية، ولم يرغبن في أن يحملن، النصف من بين اللاتي كنّ يستخدمن وسيلة حديثة لمنع الحمل في ٢٠٠٧^٣

ويواجه الشباب عقبات حول دون حصولهم على الرعاية الصحية والمعلومات، بسبب صغر أعمارهم، وفي حين يستطيع الكثير من الشباب الحصول على معلومات من خلال الإنترنت، فليس بوسع غيرهم في الدول ذات الدخل المنخفض، والمتوسط الحصول عليها - لاسيما أولئك الذين يعيشون في المناطق الريفية والأحياء الفقيرة في المناطق الحضرية، بل إنهم لا يعرفون، في الأغلب، من أين يحصلون على تلك المعلومات، أو الخدمات، إضافة إلى أنهم لا يثقون في أن الخدمات المقدمة لهم في المراكز الصحية ستكون محاطة بالسرية، أو أنهم سيحصلون على العلاج الصحيح، أو أن العاملين بها سيفهمون احتياجاتهم، أو يلبّونها. وقد تكون وسائل الانتقال إلى المراكز الصحية وتكلفة الخدمات عاملاً مانعًا أيضًا. كما أن عدم موافقة المجتمع على ممارسات الشباب الجنسية يمثل عقبات إضافية.^{٤،٥،١٠}

نتيجة لذلك، فإن المعلومات والخدمات ضرورية كي يتخذ الشباب قرارات صحية ومبنية على معرفة، ويتجنبوا الحمل غير المخطط له، والإصابات المنقولة جنسيًا.^{١١،١٢،١٣} ويجب أن يتمكن الشباب من الحصول على المجموعة الكاملة من وسائل منع الحمل: إذ إن منظمة الصحة العالمية لا تحرم أي شاب من الشباب المراهقين من حقه في الحصول على أية وسيلة من تلك الوسائل.^{١٤}

يمارس الأقران قوة تأثير كبيرة على الشباب في

ففي عام ٢٠١١ قدمت CEMOPLAF خدمات لعدد ٧,٩٨٦ شاب من خلال ٢١ موقعًا لتقديم البرنامج. وفي المناطق الريفية والمدن الأصغر، يصل البرنامج إلى نسبة ٣٥٪ من المراهقين. حيث يوفر لهم المشورة ووسائل منع الحمل. كما يتحقق نسبة ٩٥٪ من المراهقين. ويخدم البرنامج نسبة ١٪، أو ما دونها، من الشباب في المدن الكبيرة؛ مثل كيتو Quito. حيث ترتفع بدرجة كبيرة نسبة الوصول إلى هذه القطاعات المحددة التي يغطيها البرنامج. ولكن لا يمكن إدراج التقديرات بسبب محدودية البيانات.^{٢٤}

ينحصر تركيز كلتا المنظمين على الوصول إلى المناطق ذات الدخل المنخفض. وكذلك إلى الشباب المهمشين. وفي الكثير من المجتمعات المحلية، لاسيما النائية منها والريفية، توفر المنظمين السبيل الوحيد للحصول على وسائل منع الحمل. والأمر نفسه فيما يتعلق بالشباب في مناطق الحضر. المنحدرين من القطاعات المحرومة؛ حيث توفر المنظمين الخدمات الوحيدة التي يمكن الوصول إليها وتحمل تكلفتها. وفي حين يبحث بعض الشباب في مناطق الحضر عن الخدمات من خلال النظام الصحي العام أو الخاص، فإن الخدمات التي تراعي احتياجات الشباب يندر توفرها.

نموذج البرنامج: ما يتجاوز تثقيف الأقران

يتقدم نموذج البرنامج هذا بخطوة واحدة تتجاوز تثقيف الأقران. وذلك بتدريب الشباب من الفئة العمرية دون العشرين، وهو يسمّى «الأقران الشباب المثقفون»؛ حيث يقدم وسائل لمنع الحمل. ومعلومات حول الصحة الجنسية والإنجابية إلى الأقران في مجتمعاتهم المحلية.

في الإكوادور، تعد مراكز الصحة CEMOPLAF نقاط الاتصال التي يقدم البرنامج من خلالها؛ حيث يقوم العاملون بتقديم دورات تدريبية. وإمداد الشباب بوسائل منع الحمل. وفي نيكاراغوا، حيث يوجد لمنظمة AMNLAE مركز مجتمعي، يقوم العاملون فيه بالمهمة ذاتها. أما في المجتمعات التي لا يوجد فيها أي مراكز، يحدد العاملون مكانًا منفصلاً للتدريب: في مدرسة محلية، أو مركز مجتمعي، أو

أقران الشباب المثقفين. ودعمت منظمة شريكة لها في المكسيك، من أجل تجريب برنامج يتخطى الأسلوب التقليدي لتثقيف الأقران. وأدمجت تقديم وسائل منع الحمل في برامجها. وعلى مدار العشرين سنة الماضية، يجري تنفيذ النموذج بمشاركة ١٦ منظمة في أمريكا اللاتينية، حيث توسّع النموذج ليوفر مجموعة من وسائل منع الحمل، ويصل إلى الشباب في المناطق منخفضة الموارد في جميع أنحاء أمريكا اللاتينية، وأجزاء من أفريقيا. صُمم النموذج خصيصًا كي يلبي احتياجات الفئات المهمشة؛ التي تضم الشباب الريفيين، والشباب الأصليين، والشباب في الأحياء الفقيرة في الحضر.

واليوم، تدعم مؤسسة الولاية المخططة العالمية سبع منظمات، غير حكومية، في أمريكا اللاتينية، لإدارة برامج الأقران الشباب المثقفين، التي تهدف إلى تعزيز سبل حصولهم على الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية، وعلى المعلومات؛ وذلك للشباب في الإكوادور (١)، ونيكاراجوا (١)، وجواتيمالا (٢)، وبيرو (٣)، وستركز هذه المقالة على منظمين تديران البرامج الأطول أجلاً.

في نيكاراغوا، تدير منظمة Luisa Amanda Espinoza Association of Nicaraguan Women (AMNLAE) شبكة من المراكز المجتمعية، التي تقدم خدمات الدعم الاجتماعي إلى النساء، منذ الثمانينيات من القرن الماضي. وفي عام ٢٠١١ حصل ٧,٤٨٤ شاب على خدمات من خلال برنامج الأقران الشباب المثقفين. ويخدم البرنامج نسبة كبيرة من الشباب الناشطين جنسيًا في المجتمعات المحلية المشاركة في البرنامج. وتوفر منظمة AMNLAE أساليب منع الحمل لنسبة تقارب ١٨٪ من المراهقين في هذه المجتمعات المحلية. وتثقف نسبة منهم تقارب ٦٠٪.^{٢٥}

في الإكوادور، تُعتبر CEMOPLAF (وهي مراكز للرعاية الصحية وتنظيم الأسرة) إحدى الجهات التي تصدر تقديم خدمات تنظيم الأسرة على مستوى البلاد منذ تأسيسها في ١٩٧٤، وتعمل على تقديم الخدمات والمعلومات في ٢٦ مركزًا في ١١ مقاطعة.

منزل أحد الأقران الشباب المثقفين.

لدى كل برنامج طاقم من العاملين المخلصين. يتضمن مديري البرنامج ومنسقي المواقع. ويشرف مديرو البرامج على العمليات من المقر الرئيسي للمنظمات التي يعملون بها. ويقومون بزيارات منتظمة للمواقع. من أجل رصد أنشطة البرنامج. وتدريب العاملين. وتقييم مستوى جودة الرعاية المقدمة. وفي كل موقع. يضطلع منسق واحد من منسقي المواقع بمسؤولية تعيين الأقران الشباب المثقفين. ويقوم بالأنشطة التثقيفية في المجتمعات المحلية. وفي الإكوادور. يعمل المنسقون بوصفهم عاملين بالمراكز الصحية بدوام كامل. ويشمل ذلك المرضى. والمثقفين. ومقدمي المشورة. من يكرسون ما لا يقل عن نصف وقتهم في تنفيذ البرنامج. وفي نيكاراغوا. توظف منظمة AMNLAE منسقين يعملون نصف دوام. ويقوم مديرو البرنامج العاملون لديهم بدور أكبر للإشراف الميداني. مرة كل شهر على الأكثر. حيث إن المنسقين ليسوا اختصاصيين صحيين.

ويدعو المنسقون والأقران الشباب المثقفون شباباً جديداً للانضمام للبرنامج. كما يقوم كل من المنسقين والأقران الشباب المثقفين بأنشطة تثقيفية في المدارس المحلية وفي المجتمع المحلي. ويدعون الشباب من يُظهرون اهتماماً بهذا البرنامج. للمشاركة فيه. ويبحث كل من الفريقين عن الشباب الخارجين من المدارس؛ من خلال أنشطة الرياضة. وجمعيات الشباب. والجمعيات المجتمعية. وذلك لضمان دمجهم. كما يدعون الأقران الشباب المثقفون من يُظهر اهتماماً بالبرنامج من رفاق المدرسة. والأصدقاء. والأسرة. وفي ٢٠١١. أدارت منظمة CEMOPLAF عدد ٢٣١ من الأقران الشباب المثقفين. بمتوسط ١٢ شاباً لكل موقع. وأدارت AMNLAE عدد ١٩٨ شاب من الأقران الشباب المثقفين. بمتوسط ٢٠ شاباً لكل موقع.

والمعياران الأساسيان في اختيار الأقران الشباب المثقفين هما: مستوى اهتمامهم بتقديم الخدمات والمعلومات لأقرانهم. ومستوى التزامهم. ومن

بين المعايير الأخرى: المبادرة الشخصية. ومهارات العلاقات الشخصية. ومهارات التواصل. والمسؤولية. وتخصيص ما يكفي من الوقت للقيام بأنشطة البرنامج. ويذكر معظم الأقران الشباب المثقفين أن الهدف من مشاركتهم هو تعلم ما له صلة بالصحة الجنسية والإنجابية. ومساعدة أقرانهم على تجنب حالات الحمل غير المخطط له. وكذا الوقاية من الإصابات المنقولة جنسياً. يتشارك الأقران الشباب المثقفون في خصائص ديموغرافية متشابهة مع الشباب الذين يقدمون لهم تلك الخدمات. فعادةً ما يقوم الأقران الشباب المثقفون الأصغر سنًا بخدمة المراهقين الأصغر سنًا. في حين يخدم من هم أكبر سنًا المراهقين الأكبر سنًا. وبالمثل. فإن الأقران الشباب المثقفين من الذكور يقدمون في أغلب الأحيان الخدمات لأقرانهم من الذكور. شأنهم في ذلك شأن الإناث اللاتي يقدمن الخدمات لقريناتهن. نتيجة لذلك. تحافظ المنظمات على توازن ما بين الأقران الشباب المثقفين. من حيث الفئة العمرية والجنس. بغية ضمان تلبية ما تحتاج إليه المجتمعات المحلية المشاركة. يقوم المنسقون بتدريب الأقران الشباب المثقفين وبالإشراف عليهم. ولدى المنظمات أدلة تدريبية قياسية. ولكن خطوات تنفيذ التدريبات مصممة بما يلائم احتياجات كل موقع. والبروتوكول الأكثر شيوعاً هو حصول الشباب على تدريب لعدة أسابيع. قبل منحهم الأوقية الذكرية. والمعلومات الأساسية لتقديمها لأقرانهم: غير أنهم يتلقون تدريباً إضافياً قبل تقديم أساليب أخرى. وإرشاد. وتثقيف مجتمعي. تتضمن كل المناهج التدريبية وحدات عن أساليب منع الحمل: بما في ذلك آلية عملها. والآثار الجانبية. وموانع الاستعمال. وكذا وحدات عن الإرشاد بشأن منع الحمل. والإصابات المنقولة جنسياً. والرعاية المسؤولة من جانب الوالدين. وحمل المراهقات. والنشاط الجنسي. والبلوغ. والنوع الاجتماعي. والعنف الأسري وعنف شركاء الحياة. وتقدير الذات. والمسكرات والتجذرات. والتواصل. ومهارات مخاطبة الجمهور. ومهارات تيسير التواصل الجماعي. وجمع

جنسيًا. وفي عدة مواقع يقدم فيها البرنامج. يدرّب الأقران الشباب المثقفون على إعطاء موانع الحمل بطريق الحقن، وإحالة أقرانهم لمن يعطيها لهم. وفي CEMOPLAF، يقدمون كذلك موانع الحمل في الأحوال الطارئة. وتتوافر كل أساليب منع الحمل في الصيدليات دون تذكرة طبية. ويقوم الأقران الشباب المثقفون بإحالة أقرانهم، الذين يحتاجون خدمات في مسائل تتجاوز حدود خبرتهم، إلى المتخصصين الطبيين. ويشرف المنسقون على جودة الرعاية المقدمة. ويحصل الأقران الشباب المثقفون على أسعار ممتدة لأساليب منع الحمل من المنسقين. ودائمًا ما تكون أسعار المنتجات أقل من مثيلاتها المتوفرة في الصيدليات، أو المراكز الصحية الخاصة. وهذا على الرغم من تباين هياكل الأسعار من منظمة لأخرى. ومن موقع لآخر. وتُمنح دائمًا أساليب الوقاية مجانًا في حال عجز الشباب عن الدفع.

لا يبحث الأقران الشباب المثقفون عن أقرانهم كي يقدموا لهم أساليب الوقاية؛ ولكنهم ييسرون إمكانية الوصول إليهم باعتبارهم مرجعية يمكن أن يثق فيها أقرانهم. وذلك بتقديم أنفسهم في فصول المدارس واللقاءات المجتمعية. وهكذا يتوجه المهتمون لأقرانهم من الشباب.

«على الرغم من أنني أب، فإنني لم أفهم المسؤوليات المترتبة على ما يقوم به الآباء من رعاية وتنشئة [إلى أن التحقت ببرنامج الشباب]. ظننتُ أن الأمر متعلق بالنشاط الجنسي لا غير. ولكن عندما قالت لي زوجتي إننا قد نُرزق بطفل، فوجئت. ولم أعرف كيف أحمل تلك المسؤولية. بحثت عن يساندني ويسدي إلي النصيحة. ولكنني لم أجد أي شخص في أسرتي يلبي أيا من الاحتياجات. لم أستطع إخبارهم، فكيف سينظرون إلي؟ فكرت في أنني لو قلت لأصدقائي، سيجعلونني أشعر بالحرَج. وفي النهاية اتصلت بصديق لي في CEMOPLAF. وحدثته بالأمر وأنا مخرج. راقت لي الطريقة التي بدأ بها إسداء المشورة

البيانات حول وسائل منع الحمل. وإدارة حجم الحالات التي يجري التعامل معها.

ومن أجل ضمان جودة الرعاية المقدمة، يخضع الأقران الشباب المثقفون لإشراف مستمر ودورة تدريبية تنشيطية من المنسقين. وفي الإكوادور، يجتمع الشباب مرة كل أسبوع أو أسبوعين؛ أما في نيكاراغوا، فيجتمعون مرة كل شهر اجتماعًا جماعيًا. وفي خلال الشهر يجتمعون مع المنسقين في اجتماعات فردية. وأثناء الاجتماعات، يقدم المنسقون في كلتا المنظمتين تدريبًا، ويناقشون القضايا التي تُطرح خلال جلسات الإرشاد. ويراجعون سجلات منع الحمل. من أجل رصد حجمها ومتابعتها، وإعادة تزويد المخزون بوسائل منع الحمل.

يحصل الأقران الشباب المثقفون على وسائل منع الحمل مجانًا، وكذا على مكافأة نقدية بسيطة، وعلى سترات، أو قبعات، أو غير ذلك من الملابس اللازمة للبرنامج. وتقدم بعض المواقع تدريبًا على المهارات المهنية، أو توفر المنح اللازمة لتمويل أنشطة مولدة للدخل. وهذه الحوافز هي عوامل أساسية للحفاظ على تنفيذ البرنامج.

الخدمات المقدمة في الفترة من ٢٠٠٧ إلى ٢٠١١

في الإكوادور، زود الأقران الشباب المثقفون لدى CEMOPLAF عدد ٢٧,٤١٨ شاب بخدمات منع الحمل في الفترة من ٢٠٠٧ إلى ٢٠١١. ويوضح الجدول رقم (١) التقسيم الديموغرافي لهؤلاء الشباب. ففي عام ٢٠١١، قدم كل قرين من الأقران الشباب المثقفين خدمات إلى ٤٨ قريبًا لهم في المتوسط (بتراوح العدد من ٢٤ إلى ١١٩). وفي نيكاراغوا، قدم الأقران الشباب المثقفون لدى AMNLAE خدمات إلى ٢٨,٢٨٨ شاب في الفترة من ٢٠٠٧ إلى ٢٠١١. وفي ٢٠١١، قدم كل قرين من الأقران الشباب المثقفين خدمات إلى ٣٧ قريبًا في المتوسط (بتراوح العدد من ١٥ إلى ٦٠).

يمنح كل الأقران الشباب المثقفين الأوقية الذكرية، وحبوب منع الحمل التي تؤخذ بطريق الفم. موضحين مدى أهمية الأوقية الذكرية لمنع الإصابات المنقولة

الأقران الشباب المثقفون عن الآثار الجانبية. ويؤكدون الاستعمال الصحيح لها. ويجيبون على الأسئلة. وأساليب إعادة الإمداد. وقد تدوم الزيارات الأولية لفترة تصل إلى نصف ساعة. أو أكثر. ويتوقف ذلك على المعرفة السابقة للشباب. أو الشابة. ويتراوح الوقت اللازم لزيارات المتابعة ما بين بضع دقائق للفحص السريع. ونصف ساعة. أو أكثر. للرد على أسئلتهم أو ما يقلقهم. وعادةً ما يلتقي الأقران الشباب المثقفون بأقرانهم كل على حدة. على الرغم من حضور شركائهم. أو شريكاتهم في بعض الأحيان.

وفي حال وجود أسئلة أو أمور تقلقهم. تتجاوز مستوى مهارة الأقران الشباب المثقفين. فإنهم يحيلونهم إلى المتخصصين الطبيين. ففي الإكوادور. يجري إحالة الشباب إلى المراكز الصحية التابعة لمنظمة CEMOPLAF. حيث يخضع العاملون لتدريب على تقديم الخدمات التي تراعي احتياجات الشباب. ويلبي هؤلاء العاملون احتياجات الشباب المحددة. مدركين حقهم في الحصول على المعلومات. من أجل اتخاذ قراراتهم الشخصية والاستمتاع بنشاطهم الجنسي بأسلوب صحي. وتقدم المراكز الصحية التي تراعي احتياجات الشباب جداول زمنية مناسبة.

لي. ورويداً رويداً. ساعدني على فهم مسؤولياتي وإدراكها... وهو ما جعلني شخصاً أفضل.» (أحد عملاء البرنامج. ١٨ سنة)

يحمل الأقران الشباب المثقفون وسائل منع الحمل في حقائبهم. ويلتقون بأقرانهم في الوقت والمكان المناسبين. غالباً أثناء اليوم المدرسي. أو في أماكن أخرى؛ مثل أماكن تمرين كرة القدم. أو في منزل أحدهم. ويقدمون معلومات شاملة وخيارات كاملة لمنع الحمل. بما في ذلك معلومات حول المزايا والعيوب. وآليات عملها. وكذا حول الوقاية من الإصابات المنقولة جنسياً. وذلك بأسلوب لائق بالمرحلة العمرية ومرآع للسياق الثقافي. ويخضع الشباب. الذين يختارون إحدى الوسائل. إلى كشف دقيق للوقوف على أية محاذير قد تمنع الاستعمال؛ ويحصلون على معلومات إضافية وما يحتاجون إليه من وسائل تكفيهم لمدة شهر. وذلك في التو واللحظة. وتتم المتابعة مرة كل شهر على أقل تقدير. بل غالباً أكثر. بصرف النظر عن الوسيلة المستخدمة. ويذكر الكثير من الأقران الشباب المثقفين أنهم يقابلون. يومياً. من يقدمون لهم الخدمات من الشباب. في المدرسة. أو في أحيائهم السكنية. وخلال زيارات المتابعة. يستفسر

جدول رقم ١: تقسيم ديموغرافي لمستخدمي وسائل منع الحمل من الشباب، ٢٠٠٧-٢٠١١

AMNLAE	CEMOPLAF	
١٠٠	٪٩٨	من ١٩-١٠ سنة
٪٠	٪٢	من ٢٤-٢٠ سنة
٪٤٦	٪٣٦	أنثى
٪٥٤	٪٦٤	ذكر
٪٩٣	٪٩٢	من الحضر
٪٧	٪٨	من الريف
٪٨٩	٪٩٣	وحيد
٪١١	٪٧	يعيش مع شريك
٪٨٣	٪٩٣	في المدرسة حالياً
٪١٧	٪٧	ليس في المدرسة في الوقت الحالي

للمعلمين. ومجموعات نقاشية للآباء. وزارات منزلية. وأكشاكًا تثقيفية في فاعليات الخدمات المجتمعية. وأنشطة تجمعية أثناء الألعاب الرياضية أو خلال فاعليات الخدمات المجتمعية. والمسرح الجوال. ومعارض الرقص. وعروض مسرح العرائس. وتتم معظم الأنشطة للمجموعات. ولكن الأقران الشباب المثقفين يقدمون أيضًا أنشطة تثقيفية لمجموعات صغيرة. أو أنشطة فردية. وتستخدم المنظمات برامج إذاعية للوصول إلى أوسع قاعدة من الفئات المستهدفة: كما أن الشباب يسجلون ويذيعون إعلانات عامة عن الخدمات المقدمة. ومقاطع قصيرة تتعلق بالصحة الجنسية والإجابية. وفي الإكوادور. حيث تكنولوجيا الهواتف الجواله غير مكلفة ومنتشرة. تستخدم CEMOPLAF بعض تكنولوجياات الهواتف المحمولة. المبنية على استعمال الكمبيوتر. ويمكن للشباب أن يبعثوا رسائل قصيرة إلى العاملين المتدربين. أو أن يتصلوا بهم. أو أن يبعثوا رسائل بالبريد الإلكتروني. للحصول على إجابات على أسئلتهم الملحة. إضافةً إلى ذلك. استخدمت المنظمة مواقع إلكترونية للتحدث. وشبكات اجتماعية لنشر المعلومات.

تشرك المنظمات الأقران الشباب المثقفين في أنشطة الدعوة. ففي نيكاراغوا. تنسق AMNLAE مع الشباب كي يشاركوا في القمم المحلية والوطنية. من أجل ضمان تمثيلهم في الحوار السياسي. وفي الإكوادور. يحصل الأقران الشباب المثقفون في «لاتاكونجا» Latacunga على تدريب مكثف بشأن حقوق الإنسان. ويشاركون عبر الإنترنت في أنشطة التبادل مع الشباب القائمين على الدعوة في جميع أنحاء العالم.

التحديات والدروس المستفادة

كما هو الحال في أي نموذج لبرنامج. فإن هناك تحديات. وأحد التحديات الرئيسية هو استدامة البرنامج. نظرًا لأن الخدمات تقدّم مجانًا. أو بأسعار منخفضة للغاية. لذا. يجذب برنامج الشباب في CEMOPLAF عملاء جدد إلى المراكز الصحية. بما يولّد دخلا يغطي

وتوفر أماكن ملائمة. ومساحات مريحة تتناسب وأعمارهم. وعمليات إدارية سهلة التنظيم. ويتعامل العاملون مع الشباب بدرجة من الثقة والاحترام. ويصنون سرية ما يدور في اللقاء^٢. وفي نيكاراغوا. يقيم المنسقون علاقات مع الأقران الشباب المثقفين المحليين. ويتم إحالة الشباب إليهم.

وعلى وجه العموم. يدير المنسقون الأنشطة التثقيفية للآباء والمدرسين. في حين يدير الأقران الشباب المثقفون الأنشطة التثقيفية للطلاب والمجموعات القائمة في مجتمعاتهم المحلية. في ٢٠١١. وصلت منظمة CEMOPLAF إلى ٥٠,٥٥٩ عضو من أعضاء المجتمع المحلي: من خلال المعلومات والأنشطة التثقيفية. وأنشطة التواصل. أما منظمة AMNLAE. فإن العدد الذي وصلت إليه هو ٥٢,٤٤٠ شخص. ويتم التصرف في كل الأنشطة التثقيفية. وما يتصل بها من مواد. بما يوائم الفئة المستهدفة. بناءً على مستوى الإلمام بالقراءة والكتابة. والخلفية الاجتماعية والثقافية. وتتضمن المواد صورًا للفئات السكانية المحلية. وتستخدم اللغات المحلية. وتربط الصحة الجنسية والإجابية بالموضوعات المتصلة بالسياق المحلي.

«بفضل CEMOPLAF. لم يتسرع ابني في الزواج. كما فعل إخوته الآخرون... لو أنني كنت استخدمت الواقي الذكري وحبوب منع الحمل في شبابي. لاختلّفت حياتي الآن...يعرف ابني [الأصغر] الأوقية الذكرية. لأنه إن لم يكن يعرفها. لكان قد تزوج الآن... إنه يرغب في العمل والدراسة. وعندئذ - أي فيما بعد - يتزوج. كنت أود أن يفكر أولادي الستة الآخرون بهذه الطريقة.» (أب)

تصمّم الأنشطة بما يتلاءم واحتياجات كل مجتمع محلي. ففي مناطق الحضر. تتم الأنشطة في المدارس. أو المراكز المجتمعية. أو ملاعب كرة القدم. وفي المناطق الريفية. تتم في الأسواق المحلية. أو الفاعليات التي تخدم المجتمع المحلي. أو في المنازل. وتتضمن الأنشطة ورش عمل للشباب تقام في المدارس. وتدريبات



يحمل فلافيو الواقى الذكري وحبوب منع الحمل في حقيبة الظهر وهو في طريقه لعمل زيارة مجتمعية في الريف.



باولا (على اليمين) تعطي المشورة لأم شابة



في دورة تدريبية، تتبادل سيلفيا مع الأقران الشباب المثقفين ما لديها من معرفة حول حبوب منع الحمل.



تشارك ماريانا وجيما في ورشة عمل للوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية، ويدير الورشة الأقران الشباب المثقفون.

الصور الفوتوغرافية: مارك توسشمان

المثقفون للمنسقين وبلاند بارنتهود جلوبال. رغبتهم في الحصول على قدر أكبر من التدريبات والاجتماعات؛ بيد أن استدامة الحلول المتعلقة بالعاملين تظل غير متحققة. ويُعتبر تخصيص ميزانية إضافية للعاملين، لإعادة تنظيم مسؤوليات العمل، هو أحد الإمكانيات المتاحة.

يمثل معدل دوران المنسقين والأقران الشباب المثقفين أحد التحديات الأخرى. إذ يقول مديرو البرنامج ما يفيد بأن العاملين في البرنامج يتركون العمل، والأمر نفسه يحدث في حالة الأقران الشباب المثقفين للبرنامج. وبالمثل، عندما يغادر الأقران الشباب المثقفون، غالبًا ما يقع أقرانهم خارج دائرة المتابعة. وتسعى كلتا المنظمين إلى كفالة شعور الشباب بأنهم من الأصول المستثمرة في البرنامج. أكثر من أي فرد من الأفراد العاملين. ففي نيكاراغوا، يقيم المنسقون علاقات شخصية مع الأقران الشباب المثقفين. ومن يرتبط بهم من أقران. وتؤدي دعوة الشباب للمشاركة في فاعليات تثقيفية. وغيرها من الفاعليات، إلى تشجيع المشاركة المستمرة. وبالمثل، وجد المنسقون في الإكوادور أن تشكيل علاقات بين الأقران الشباب المثقفين، وأقرانهم، والعاملين في المراكز الصحية، يشجعهم على العودة مرة أخرى. كما يجب بذل جهود إضافية بغية النهوض باستمرارية البرنامج.

ومن بين التحديات التي تواجه البرنامج رصد مدى رضا الشباب بما يحصلون عليه من خدمات ومعلومات من الأقران الشباب المثقفين. حيث يفضل الكثير منهم أن يبقى مجهول الهوية. ويتم حاليًا معظم الإشراف على الأقران الشباب المثقفين، من خلال رصد سجلات وسائل منع الحمل. وتقييم مهاراتهم من خلال الأنشطة التثقيفية. وتقوم CEMOPLAF بتجريب نظام يطلب من خلاله الأقران الشباب المثقفون من أقرانهم ملء مسح استبيان سنوية لتحديد مستوى رضائهم. وفي AMNLAE، يمكن القيام بعملية رصد إضافية مخصصة لهذا

تكاليف البرنامج. ويُدمج المصاريف في ميزانيات المراكز الصحية. وتوفر AMNLAE المنح للمواقع. كي تبدأ ببعض الأعمال الصغيرة، التي تعوض بعض التكاليف، ولكنها قليلة في نهاية الأمر. وفي بعض المواقع، أقيمت بعض الأعمال التي تتضمن مقاهي الإنترنت ومحال بيع الكتب المستعملة، حيث يعمل فيها الأقران الشباب المثقفون. ويُستثمر الربح الصافي في البرنامج. وتشير التجارب إلى أن الاستدامة أكثر جدوى في أية منظمة من المنظمات. وتستطيع توليد الدخل من خلال البرنامج، مثل CEMOPLAF.

إن الحصول على دعم من قيادات المنظمات هو أمر من الأمور الحيوية. ففي CEMOPLAF، يقوم مديرو المراكز الصحية، من يقدمون الدعم اللازم، بتعزيز البرامج الناجحة؛ في حين تصارع من أجل البقاء تلك المواقع التي يعمل بها مديرون لا يوفرنون لها دعمًا. بل إنها تغلق أبوابها في أغلب الأحوال. وبعد التثقيف بالبرنامج قبل تنفيذه، وإظهار مدى النفع الذي سيعود على المراكز الصحية، من بين الاستراتيجيات الناجحة في تنمية الدعم.

كما يمهد تعيين العاملين المناسبين الطريق لنجاح البرنامج. وقد أدركت CEMOPLAF أن نجاح المنسقين يعود إلى تكريسهم الاهتمام اللازم للعمل مع الشباب. وإذا ما غاب هذا الالتزام، لا يشعر الأقران الشباب المثقفون بأنهم مدعومون؛ ومن ثم، ترتفع معدلات التراجع في الأداء. لذلك، يتعين على المنظمات أن توازن بين الاستدامة المالية وضمان العاملين الملائمين. وفي معظم مواقع CEMOPLAF، يضطلع المنسقون بمسؤوليات خارج نطاق البرنامج. نتيجة لذلك، يذكر الكثير منهم عدم كفاية الوقت اللازم للقيام بكل مسؤولياتهم. أما في مواقع AMNLAE، يعمل المنسقون نصف دوام نظرًا لحدودية الميزانيات، ولا يكون لدى العاملين إلا ما يلزم من وقت للقيام بأنشطة التدريب الشهرية. ويبيدي الأقران الشباب

الذي يتم تداوله في الشارع. لا أكثر.» (أحد الشباب من مستخدمي وسائل منع الحمل)

«لا طائل من وراء مجرد الكلام، والكلام، والكلام.»
(أحد الأقران الشباب المثقفين)

«أعتقد أن وسائل منع الحمل والمعلومات من الأمور المثالية... إنها أسهل ويمكن للشباب الوصول إليها بصورة أسير. وهكذا. يمكنهم أيضًا تطبيق ما تعلموه.» (أم)

تقييمات البرنامج

تستند المعلومات الواردة في هذه المقالة إلى عملية دامت عشر سنوات من رصد البرنامج وتقييمه. مع التركيز على ثلاثة تقييمات. أولاً، في ٢٠٠٤، أجرت بلاند بارنتهود جلوبال تقييماً لبرنامج الأقران الشباب المثقفين لدى كل من CEMOPLAF و AMNLA. بغية تحديد الفوائد الطويلة الأجل التي حققتها المشاركة في البرنامج. وعلى وجه الخصوص السلوكيات والنتائج الصحية. أجرى الأقران الشباب المثقفون مقابلات منظمة في ستة مواقع. باستخدام مسح مكون من ٣٣ بنداً حول استعمال وسائل منع الحمل. وتاريخ حالات الحمل والولادة. وجرى اختبار ٥٩٧ مشارك اختياراً عشوائياً من بين مستخدمي وسائل منع الحمل. من لديهم سجلات يرجع تاريخها إلى خمس سنوات. وقد شاركوا في البرنامج في مدة ثلاث سنوات. في المتوسط.

ثانياً، من ٢٠٠٧ إلى ٢٠٠٩، أجرت CEMOPLAF تقييماً لبرنامجها عبر الإكوادور، باستخدام «منهج التغيير الأكبر»^١. الذي جمع ٩٢ مقابلة في عملية تقييم نوعية تشاركية. من أجل الوقوف على مدى أثر البرنامج. وشملت أداة المسح ستة أسئلة: كيف انضم المشاركون إلى البرنامج؟ وما اقتضته مشاركتهم الحالية؟ وما التغييرات التي لاحظوها نتيجة المشاركة في البرنامج؟ وما التغيير الأكبر الذي حدث لهم؟ ولماذا؟ وما التوصيات التي يقدمونها

الغرض. بفضل العلاقات الشخصية التي يقيمها المنسقون مع الشباب. وأظهرت التجارب ضرورة انخراط المنسقين في علاقتهم مع الشباب بدرجة أكبر. منذ البداية إذا أمكن. مع ضرورة المحافظة على السرية. في الوقت ذاته. ويجب وضع استراتيجيات جديدة من أجل تيسير هذه العملية.

تمثل كل من الحواجز المالية واللوجستية تحديات أمام الحصول على وسائل منع الحمل. كما أن عدم الانتظام في الإمداد من شأنه التأثير سلباً على استعمال تلك الوسائل. ففي الفترة ما بين ٢٠٠٨ و ٢٠٠٩، انخفض حجم المخزون لدى CEMOPLAF بصورة حادة. عندما تسببت لوائح جمركية جديدة في نقص حبوب منع الحمل المستعملة بطريق الفم. لذا، من الأهمية بمكان الاستثمار في شراء السلع اللازمة من أجل نجاح البرنامج.

وتمثل أيضاً موافقة المجتمع المحلي على الالتزام بهذا البرنامج تحدياً. إذ إن كل المدارس، والآباء، والقيادات المجتمعية، والكيانات الدينية. أعربت عن قلقها تجاه نموذج البرنامج في بعض المجتمعات المحلية. فواجهت كلتا المنظمين هذا التحدي بالعمل الوثيق مع هذه الجماعات. من أجل تعزيز الفهم بالبرنامج وبالصحة الجنسية والإنجابية. على نحو أشمل. وفي المناطق الريفية. شاركت CEMOPLAF مع المنظمات الموثوقة بها. بهدف تيسير تنفيذ البرنامج؛ وقامت أيضاً بزيارات منزلية. قبل البدء في تقديم خدمات منع الحمل.

وثمة درس أخير. وهو ضرورة توفير سبل الوصول إلى وسائل منع الحمل من خلال البرنامج؛ حيث إن تثقيف الأقران لا يزيل وحده الحواجز الماثلة أمام الحصول على تلك الوسائل.

«ما الغرض من كل هذه المعلومات المتعلقة بكيفية استعمال تلك الوسائل. إذا لم تكن في حوزتي من الأساس؟ قد يقتصر الأمر على مجرد الكلام الكثير

النتائج: مسح عام ٢٠٠٤

أظهر مسح عام ٢٠٠٤ مستويات مرتفعة من استعمال وسائل منع الحمل بين الشباب الذين سبق لهم الحصول على خدمات من الأقران الشباب المثقفين (الجدول ٢). وكان ثلاثة أرباع المشاركين في المسح ناشطين جنسيًا. وأفاد ٩٥٪ منهم بأنهم يستخدمون بالفعل وسائل لمنع الحمل. ومن بين أولئك الذين لم يرغبوا في حدوث حمل وقت إجراء المسح، ازدادت تلك النسبة إلى ٩٨٪.

إن هذه المستويات شديدة الارتفاع نسبيًا، مع ما يتوافر من بيانات قابلة للمقارنة. وفي المجموعات السكانية العامة في نيكاراغوا، استخدم ٦٣٪ من الشباب الناشطين جنسيًا في ٢٠٠١، الذين تتراوح أعمارهم ما بين ١٥ و ٢٤ سنة، وسيلة حديثة لمنع الحمل.^٨ وفي المجموعات السكانية العامة في الإكوادور في ٢٠٠٤، استخدم ٦٤٪ من الشباب الذين تتراوح أعمارهم ما بين ١٥ و ٢٤ سنة، والذين يعيشون مع شركاء حميمين، وسيلة حديثة لمنع الحمل.^٩

للببرنامج؟ ثالثًا: في ٢٠١٠، أجرت بلاند بارنتهود جلوبال ١٥ مقابلة متعمقة، شملت تقييمات لمواطن القوة لدى المشاركين، ومواطن ضعفهم، والآثار التي انعكست عليهم، والقضايا المتعلقة بتفعيل البرنامج؛ بما فيها الإشراف والتدريب.^{١٧}

نظرًا للمنهجيات المتشابهة وأنواع الإجابات في التقييمين الثاني والثالث، أُدمجت نتائجهما من أجل تحليلها. وتضمّن المشاركون البالغ عددهم ١٠٧ مشارك، الأقران الشباب المثقفين - الحاليين والسابقين - وشبابًا حاصلًا على جلسات إرشاد ووسائل وقاية من خلال البرنامج، وطلابًا حاصلين على تدريبات منتظمة من الأقران الشباب المثقفين، أو المنسقين، وآباء المشاركين في البرنامج، وعاملين بالمنظمتين، وعاملين في المدارس المشاركة، وغيرهم من الشباب. وشمل كلا التقييمين عينات محددة الهدف، واستخدما طرقًا ملائمة لأخذ العينات.

جدول رقم ٢: تقسيم ديموغرافي للمشاركين في المسح، وأنشطتهم الجنسية، واستخدام وسائل منع الحمل/الوافي الذكري، AMNLAE، CEMOPLAF - ٢٠٠٤

AMNLAE (عدد=٢٩٩)	CEMOPLAF (عدد=٢٩٧)	المشارك في الرد على المسح
٢٢	٢٢	العمر
٣٨٪	٣٥٪	أنثى
٦٢٪	٦٥٪	ذكر
٦٣٪	٨٦٪	ناشط جنسيًا في الوقت الحالي
٩٧٪	٩٣٪	يستخدم وسيلة منع حمل في الوقت الحالي
٣٥٪	٤٧٪	أوقية ذكورية ^(١)
٢٨٪	٣٠٪	حبوب منع الحمل ^(١)
٣٦٪	لم يتم تسلمها	أوقية ذكورية مع حبوب منع الحمل ^(١)
١٪	٢٣٪	وسائل أخرى ^(ب)
٧٥٪	٧٢٪	يستخدم في أي وقت من الأوقات الأوقية الذكورية للوقاية من الأمراض المنقولة جنسيًا

(أ) من بين المشاركين الناشطين جنسيًا

(ب) وسائل منع الحمل بطريق الحقن، موانع للحمل داخل الرحم، أوقية أنثوية

أكثر حملاً للمسؤولية. واتخذوا قرارات أفضل، بما في ذلك ما يتصل بالسلوكيات الجنسية والصحة الإنجابية، وتعاطي المسكرات والمخدرات، والانخراط في عصابات.

«في هذه الأعوام الأربعة، [شاهدتهم] ورأيتهم ينمون، ليس جسمانيًا فحسب، بل أيضًا على مستوى النضج العاطفي والفكري، وفي حملهم المسؤولية، وفي تصرفهم بصورة مسؤولة.» (أحد أعضاء CEMOPLAF)

ذكر ٢٢٪ من المشاركين زيادة في تقديرهم لذواتهم، وثقتهم في أنفسهم، وفي مهارات القيادة بين الشباب المشاركين في البرنامج. وأشار الكثير من المشاركين في البرنامج أنهم كانوا يعانون من تدني في تقديرهم لذواتهم قبل الالتحاق بالبرنامج، ولكنهم أصبحوا يقدرون ذاتهم، بفضل مشاركتهم، ويحترمون أنفسهم.

«أحد أهم التغييرات كانت في الواقع معرفتي لنفسي، وتحسين تقديري لذاتي... لم يكن عندي إيمان في قدراتي، بل فوق ذلك كله، كنت أكره نفسي. لم يقتصر ما تعلمته في CEMOPLAF على معرفة وسائل منع الحمل فحسب، بل أيضًا علموني أن أحب نفسي، وأحترم جسمي ومشاعري، وقبل كل شيء، أفكارى.» (شابة من فريق الأقران الشباب المثقفين)

ذكر ٢٣٪ من المشاركين في المسح أن المشاركين في البرنامج قد حسّنوا مهاراتهم في التواصل فيما يتعلق بالقضايا الجنسية، وقضايا الصحة الإنجابية، على حد سواء، وكذا مهاراتهم بصفة عامة. وذكر الشباب أنهم أصبحوا أكثر انفتاحًا، وأكثر قدرة على التعبير، وأكثر ارتباطًا للتكلم عن نشاطهم الجنسي. كما ساعد المشاركون في البرنامج الشباب على احترام الغير، وذلك وفقًا لإجابات المشاركين التي بلغت نسبتهم ١١٪.

واستخدم ثلاثة أرباع المشاركين في المسح واقيا ذكريًا دائمًا، للوقاية من الإصابات المنقولة جنسيًا، وهو ما يقارن أيضًا بشكل إيجابي بالمجموعات السكانية العامة. وفي نيكاراغوا، استعملت دائمًا نسبة تقدر بأقل من ربع النساء من دون سن الثلاثين واقيا ذكريًا.^{٢٨}

النتائج: تقييمات نوعية

الإكوادور ٢٠٠٧-٢٠١٠

كان أثر برنامج CEMOPLAF على استعمال وسائل منع الحمل مدعومًا بتقييمات نوعية: حيث أشار ٦٪ من المشاركين، دون طرح السؤال عليهم، إلى انخفاض في حالات الحمل بين المراهقات في مجتمعاتهم المحلية، وذلك بفضل برنامج الأقران الشباب المثقفين.

«لاحظت [التغيير] الذي طرأ على المدرسة الثانوية... فقد تخرجت ابنتي وفتيات أخريات في فصلها، ولم تحمل أي منهن - على الرغم من نشاطهن الجنسي.» (أم)

وكان الأثر الأكثر شيوعًا الذي تركه البرنامج، والذي ذكره المشاركون، هو زيادة المعرفة. إذ ذكر ما يقرب من نصفهم (٤٩٪) مجالًا محددًا، أو أكثر، اكتسب فيه المشاركون في البرنامج زيادة في المعرفة، تشمل، فيما تشمل، تجنب وقوع الحمل، ووسائل منعه، والإصابات المنقولة جنسيًا، وفيرس نقص المناعة، والنشاط الجنسي، والتشريح. وأشار الكثير من المشاركين إلى أن هذه المعرفة مكّنت الشباب من حمل المسؤولية فيما يتعلق بصحتهم، لاسيما من خلال الحماية من الإصابات المنقولة جنسيًا، والحمل غير المخطط له.

«في السابق، لم أكن أعرف أي شيء البتة حول الأوقية الذكورية أو حبوب منع الحمل، ولكني الآن أستطيع حماية نفسي.» (طالب في المدرسة الثانوية)

وكان الأثر الأكثر شيوعًا الذي تركه البرنامج، واحتل المرتبة الثانية بعد الأثر الأول، النمو الشخصي، وهو ما ذكره ٤٢٪ من المشاركين. إذ نضج المشاركون في البرنامج على المستويين العاطفي والفكري، وأصبحوا

والإيجابية. وغيرها من قضايا العدالة الاجتماعية. وذلك في فترة طويلة تقدر بخمس عشرة سنة بعد تواصلهم مع البرنامج.

الخلاصة

يوفر نموذج الأقران الشباب المثقفين سبلا تتيح للشباب الوصول إلى معلومات وخدمات صحية حيوية. كما يمنح فرصاً مهمة لتحسين الصحة الجنسية والإيجابية للشباب داخل أمريكا اللاتينية وخارجها. وتقدم تقييمات البرنامج دليلاً قوياً على أن المشاركة في البرنامج تؤدي إلى سلوك صحي. بما في ذلك استعمال وسائل منع الحمل. كما أن تعزيز المعرفة والمهارات المكتسبة خلال المشاركة. بما في ذلك اتخاذ القرارات ومهارات التواصل. يمكن أن يؤثر على السلوكيات المتعلقة بأشكال الحماية. وما يكتسبه المشاركون من نضج. وتقدير للذات. وثقة في النفس. مما يمكن أن يساهم في تحقيق نتائج صحية إيجابية تعني بالصحة.^{٢٠} ويُعتبر أثر البرنامج أوسع نطاقاً ما كان متوقعاً في البدء؛ إذ إنه يصل مباشرةً للشباب المشاركين فيه. ولا يقتصر على ذلك. بل يصل إلى مجتمعاتهم المحلية. ويبدو أن المشاركة تعزز علاقات أقوى بين الشباب وأصدقائهم. وأسرهم. ومعلميهم؛ كما أنها تؤدي إلى زيادة الاحترام المتبادل داخل تلك العلاقات. وإلى تواصل أفضل فيما بينهم. ويمكن لهذه العوامل أن تترك أثراً إيجابياً على الصحة الجنسية والإيجابية للشباب. وذلك بتذليل العوائق أمام الحصول على المعلومات والرعاية اللازمة. ونظراً لاتساع إمكانية تحقيق نتائج إيجابية لهذه البرامج. فنحن نعتقد أنها لابد وأن تتسع لتشمل تغطية مناطق ومنظمات جديدة. وقد تساعد أيضاً الدروس المستفادة من تنفيذ برنامج الأقران الشباب المثقفين على تقوية ما هو قائم من برامج* تهدف إلى تحسين سبل حصول المراهقين على معلومات وخدمات متعلقة بالرعاية الصحية الجنسية والإيجابية.

«لقد تعلمت العيش مع غيري من الناس. وعلى احترام تعليقات الآخرين وأفكارهم... لأننا جميعاً بشر وعلمنا احترام بعضنا بعضاً.» (أحد الأقران الشباب المثقفين) وأبرز عدد كبير من المشاركين تحسّن علاقات الشباب مع أسرهم (٢٧٪) وأصدقائهم (١٧٪). وشهدت العلاقات الأسرية زيادة الثقة والدعم بين الشباب وأسرهم. وشعر المشاركون في البرنامج بتوطيد أوأصر علاقاتهم مع الأصدقاء.

«عندما انضمت للبرنامج. كنت أواجه العديد من المشكلات الأسرية. ففي البيت. لم يكن أحد يستمع للآخر وكل شيء كان يُحل باستعمال العنف. بدأت أشرب الخمر. ولم يكن لدي صديق صالح أو أي شخص يفهم حالتي. عندما انضمت للبرنامج. على سبيل الفضول. اكتشفت وجود مساحة يمكنني فيها أن أكون نفسي. وأن أفهم. وأن أفهم لماذا كنت على ذلك الحال. وكيف أصبح البرنامج بيتي وأصبح الشباب الآخرون أسرتي...هناك الكثير من الشباب الذين يعانون من عدم وجود أي شخص يفهمهم في أسرهم. والبرنامج أداة جوهرية لمساعدتهم على النمو.» (أحد الأقران الشباب المثقفين)

أشار عدة مشاركون (٧٪) إلى أن الشباب الذين شاركوا في البرنامج قد أصبحوا أكثر انخراطاً في المدرسة. وبدأوا يتحدثون أكثر في الفصل. ويزداد تركيزهم في دراستهم. وأشار ٥٪ من المشاركين إلى تحسن في العلاقات بين المعلمين والطلاب الذين شاركوا في البرنامج.

وكشف الرصد والتقييم المستمران للبرنامج عن أن ما حققه البرنامج من آثار عديدة. هي أطول أجلاً مما تم رصده من خلال آليات التقييم الاعتيادية. وذكر ٥٪ من المشاركين في المسح أن المشاركين في البرنامج أصبح لديهم تطلعات مهنية أكبر. بفضل مشاركتهم. إذ تقلد الكثير منهم مناصب قيادية داخل منظمات غير حكومية. وفي منظمات حكومية ودولية. كما يعملون في قضايا متعلقة بالصحة الجنسية

شكر وتقدير

نود توجيه كلمة شكر إلى العاملين في منظمتي AMNLAE و CEMOPLAF، على ما بذلوه من عمل دؤوب في أمريكا اللاتينية، وإلى العاملين في بلاند بارنتهود جلوبال - الحاليين والسابقين - على ما قدموه من دعم لهذه الجهود. ونود إزاء الشكر على وجه التحديد إلى تيريزا دي فارغاس Teresa deVargas، وإيلسا راسينيس Elsa Racines، وأدالي أوردونيز Adaly Ordoñez، ومارتا أمبوتا Martha Ambota، لما

أظهرته من التزام موصول بالعمل الذي اضطلعن به. ونود إزاء الشكر أيضًا إلى ديانا سانتانا Diana Santana لما قدمته من إسهامات معتبرة في إصدار هذه الورقة. وكيلي كارنواث Kelley Carnwath، وإيلين كلانسي Ellen Clancy، وجيسيكا جيتس Jessica Getz، وألانا أورتيث Alana Orteiz، وهيدر سايتت Heather Sayette، وويندي شيلدون Wendy Sheldon، لما قدمته من مساعدة في مجال الدعم الفني والرصد والتقييم.

* أعدت بلاند بارنتهود جلوبال دليلًا يحاكي برنامج الأقران الشباب المثقفين، ويقدم إرشادات متعمقة. ومواد تدريبية شاملة للمنظمات التي تفكر في تنفيذ البرنامج: www.plannedparenthood.org/images/PP_Global_YPP_Manual.pdf

المراجع

1. Bearinger LH, Sieving RE, Ferguson J, et al. Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention, and potential. *Lancet* 2007;369(9568):1220-31.
2. WHO/UNFPA/UNICEF Study Group on Programming for Adolescent Health. Programming for adolescent health and development. Geneva: WHO; 1999.
3. Hughes J, McCauley AP. Improving the fit: adolescents' needs and future programmes for sexual and reproductive health in developing countries. *Studies in Family Planning* 1998;29(2): 233-45.
4. Guttmacher Institute, International Planned Parenthood Federation. In Brief: Facts on the sexual and reproductive health of adolescent women in the developing world. New York: Guttmacher Institute; April 2010. www.guttmacher.org/pubs/FB-Adolescents-SRH.pdf.
5. Mangiaterra V, Pendse R, McClure K, et al. MPS Notes: adolescent pregnancy. Geneva: World Health Organization; 2008. www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/mpsn/notes_2_lr.pdf.
6. Dehne KL, Riedner G. Sexually transmitted infections among adolescents: the need for adequate health services. Geneva: World Health Organization & Deutsche Gesellschaft fuer Technische Zusammenarbeit; 2005.
7. Shah I, Åhman E. Age patterns of unsafe abortion in developing country regions. *Reproductive Health Matters* 2004;12(24 Suppl):9-17.
8. Biddlecom AE, Hessburg L, Singh S, et al. Protecting the next generation: learning from adolescents to prevent HIV and unintended pregnancy. New York: Guttmacher Institute; 2007.
9. Biddlecom AE, Munthali A, Singh S, et al. Adolescents' views of and preferences for sexual and reproductive health services in Burkina Faso, Ghana, Malawi and Uganda. *African Journal of Reproductive Health* 2007;11(3):99-110.
10. Rani M, Figueroa ME, Ainsle R. The psychosocial context of young adult sexual behavior in Nicaragua: looking through the gender lens. *International Family Planning Perspectives* 2003;29(4): 174-81.
11. Ross DA, Dick B, Ferguson J, editors. Preventing HIV/AIDS in young people: a systematic review of the evidence from developing countries. Geneva: UNAIDS Inter-agency Task Team on Young People, 2006.
12. Kirby D, Laris BA, Rollieri L. Impact of sex and HIV education programmes on sexual behaviors of youth in developing and developed countries. Research Triangle Park: Family Health International/YouthNet; 2005.
13. Goicolea I, Coe AB, Hurtig AK, et al. Mechanisms for achieving adolescent-friendly services in Ecuador: a realist evaluation approach. *Global Health Action* 2012;5.
14. World Health Organization Department of Reproductive Health. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 4th ed. Geneva: WHO; 2010.
15. Saavedra M. Young people in Bogota, Colombia develop their own strategies to prevent risky sexual behavior. *SIECUS Report* 1996;24(3):10-12.
16. Li S, Huang H, Cai Y, et al. Evaluation of a school-based HIV/AIDS peer-led prevention programme: the first intervention trial for children of migrant workers in China. *International Journal of STD & AIDS* 2010;21: 82-86.
17. Wolf RC, Pulerwitz J. The influence of peer versus adult communication on AIDS-protective behaviors among Ghanaian youth. *Journal of Health Communication* 2003;8(5):463-74.
18. Brieger WR, Delano GE, Lane CG, et al. West African Youth Initiative: outcome of a reproductive health education programme. *Journal of Adolescent Health* 2001;29(6):436-46.
19. Speizer I, Tambashe BO, Tegang SP. An evaluation of the "Entre Nous Jeunes" peer educator programme for adolescents in Cameroon. *Studies in Family Planning* 2001;32:339-51.
20. Peña R, Quintanilla M, Navarro K, et al. Evaluating a peer intervention strategy for the promotion of sexual health-related knowledge and skills in 10- to 14-year-old girls. Findings from the "Entre amigas" project in Nicaragua. *American Journal of Health Promotion* 2008;22(4):275-81.
21. Perez F, Dabis F. HIV prevention in Latin America: reaching youth in Colombia. *AIDS Care* 2003;15(1): 77-87.
22. Re MI, Pagani L, Bianco M. Assessing workshops on sexuality with Argentinian youth. *AIDS STD Health Promotion Exchange* 1996;(3):13-15.
23. Instituto Nacional de Información para el Desarrollo. Cifras municipales. Managua: INIDE; 2008.

www.inide.gob.ni/censos2005/CifrasMun/tablas_cifras.htm.

24. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Banco de Información. Ecuador; 2011. www.inec.gob.ec/estadisticas/?option=com_content&view=article&id=109&Itemid=88.

25. Nelson K, MacLaren L, Magnani R. Assessing and planning for youth friendly reproductive health services. Workbook No.1: Planning for an assessment & collecting data.

Washington, DC: Pathfinder International; 2000.

26. Davies R, Dart J. The 'Most Significant Change' (MSC) technique: a guide to its use. www.mande.co.uk/docs/MSCGuide.pdf.

27. Planned Parenthood Global. Youth Peer Provider Replication Manual. New York, NY; 2011.

28. Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2001. Managua: Instituto Nacional de Estadísticas y

Censos, Ministerio de Salud; 2002.

29. Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil 2004. Quito: Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social; 2005.

30. Lipovsek V, Karim AM, Gutiérrez EZ, et al. Correlates of adolescent pregnancy in La Paz, Bolivia: findings from a quantitative-qualitative study. *Adolescence* 2002;37(146):335-52

التثقيف الجنسي بالمدارس في غرب نيبال: غير مريح للمدرسين والطلاب، على حد سواء

بقلم: شريجانا بوكارل،^أ أندريج كلكسيكي،^ب سوجيتا شاكيا^ج

أ - باحث مشارك، معهد ميدستار للأبحاث، هاياتسفيل - ميريلاند - أمريكا
ب - أستاذ مساعد، قسم صحة الأم والطفل، جامعة ألاباما بيرمنجهام - أمريكا
البريد الإلكتروني: Andrzej@uab.edu
ج - طالب متخرج، معهد تايلاند للسكان والبحث الاجتماعي - جامعة ماهيدول بالجوك - تايلاند

ترجمة: مواهب المويلحي

موجز المقال: تعتبر الاستراتيجية القومية لصحة المراهقين والتنمية لعام ٢٠٠٠ في نيبال أن المراهقين فئة أساسية لتقديم المعلومات والخدمات. التثقيف الجنسي في المدارس ومناهجها لم يلفتا الاهتمام بشكل عام. ومع ذلك وعلى مستوى التعليم الثانوي يفترض أن يدرس الطلاب التثقيف الجنسي الأساسي من خلال باب في مرجع يسمى: «الصحة والسكان والتنمية» وليس معروفاً تماماً ما إذا كانت هذه المواد يتم تغطيتها بشكل كاف. وفي دراسة عام ٢٠٠٢، شملت طلاباً في ثماني مدارس بمنطقة نوابهارزي في المنطقة الغربية لنيبال. أجرينا مقابلة مع ثمانية مدرسين من المسؤولين عن تدريس هذه المواد. كما أننا جمعنا بيانات ميدانية من ٤٥١ طالب وطالبة وعقدنا أربع مجموعات بؤرية للنقاش مع ٢٦ منهم. وقد وجدنا أن المراهقين في هذه المدارس لا يبدو عليهم أنهم قد حصلوا على المعلومات التي يحتاجون إليها. كما أن معظم المدرسين لم يرغبوا في التعامل مع هذه المسائل الحساسة خشيتهم من لوم الزملاء وانتقاد المجتمع. أضف إلى ذلك أن بعضهم لا يمتلك المهارات اللازمة لتقديم مثل هذه الإرشادات. كما أن الكثير من الطلاب لم يشعروا بارتياح إزاء التعرض لهذه الموضوعات. إن التحدي هو تعزيز التثقيف الجنسي وجعله ملائماً بدرجة أكبر للطلاب والتأكد من أن المدرسين يشعرون بالارتياح والقدرة على تدريس الإرشادات الخاصة بهذه الموضوعات. © مجلة قضايا الصحة الإيجابية ٢٠٠٦

School-Based Sex Education in Western Nepal:

Uncomfortable for Both Teachers and Students

Shreejana Pokharel, Andrzej Kulczycki, Sujeeta Shakya, Reproductive Health Matters 2006;14(28):156-161

الكلمات الدالة: التثقيف الجنسي - المراهقون - مدرسو المدارس الثانوية - نيبال

تثقيفاً جنسياً. وتوفر هذه الورقة تقييماً مبدئياً
لحتوى برنامج التثقيف الجنسي ونوعيته من وجهة
نظر كل من المدرسين والطلاب.

وتعتبر الدراسات الموجودة في نيبال حول المراهقين
والصحة الإيجابية دراسات محدودة، سواء من حيث العدد
أو المحتوى.^(١-٤) ومن المعروف أنه ببلوغ سن العشرين
فإن أكثر من نصف المراهقات (٥٢٪) يصبحن أمهات.
وأن ١٢٪ منهن فقط يلدن في منشأة صحية.
بالإضافة إلى ذلك فإن ١٢٪ فقط من المراهقات

تبنت نيبال أول استراتيجية قومية للصحة الإيجابية
عام ١٩٩٨. واستراتيجية قومية لصحة المراهقين
والتنمية عام ٢٠٠٠^(٥-٦) واعتبرت الاستراتيجيات أن
المراهقين فئة أساسية مستهدفة لإدماج خدمات
الصحة الإيجابية. ضمن تدخلات أخرى تم التخطيط
لها، لزيادة المعلومات حول موضوعات الصحة
الإيجابية، وتوفير الخدمات المتعلقة بها. ويتلقى
الطلاب المراهقون بالمدارس، والذين يدرسون بالصف
الثامن والتاسع - بدءاً من سن ١٥ سنة - للمرة الأولى

لضاحية نوالبرازى بالمنطقة الغربية لنيبال. وقد تم استخدام عينة عشوائية طبقية لاختيار ثمانى مدارس من الأربع دوائر الانتخابية بالضاحية منها مدرستان حكوميتان ومدرستان خاصتان لكل المناطق الحضرية والريفية. وتم جمع بيانات المسح عن طريق الإجابات الذاتية المباشرة لاستبيان تم اختياره مسبقاً. وتم تطبيقه على عدد ٤٥١ من الطلاب فى الصف الثامن والتاسع (١٧٤ طالبة و٢٧٧ طالب) فى الفئة العمرية ١٢-١٩ واختيرت عينة عشوائية، منهجة، من حوالي ٦٠ طالبا (نصفهم من الذكور والنصف الآخر من الإناث) من المدارس الثماني كلها. وإذ لم يتم الحصول على عدد ٣٠ طالبة فى أى من المدارس فقد تم تعويض نقص العدد من الطلاب الذكور من الفصول نفسها حتى تكتمل العينة. وقد احتوى الاستبيان على عدد من البنود تضمنت الخصائص الاجتماعية، والديموغرافية، والمعلومات البيولوجية عن التناسل، والاتجاهات نحو الأمراض المنقولة جنسياً، وفيروس نقص المناعة / الإيدز، والإجهاض، وتنظيم الأسرة، واستخدام الخدمات والسلوكيات حول الدورة الشهرية (للإناث فقط)، واستخدام وسائل منع الحمل. وتتناول هذه الورقة النتائج التي لها علاقة مباشرة بالثقيف الجنسى .

وبالرغم من أن الطلاب المراهقين بالمدارس أقروا بأنهم تلقوا الفصل التدريبي عن الثقيف الجنسى فإننا وجدنا أنهم لم يحصلوا تماماً على ما يحتاجون إليه من معلومات. ولدراسة هذا الموقف أجرينا مقابلات معمقة مع ثمان من المدرسين المسؤولين عن تطبيق الثقيف الجنسى فى المدارس المختارة. وقد سألنا المدرسين عما تم تدريسه بالفعل، وعما إذا كانوا يشعرون بالارتياح لتدريس هذه المواد، وما استجابة فصولهم لهذه المعلومات. وبالإضافة إلى ذلك فقد تم عقد أربع مجموعات بؤرية للنقاش مع ٢٦ طالباً وطالبة من عدد العينة ٤٥١ من المدارس نفسها، التى أكملت الاستبيان، اثنان من المجموعات البؤرية لطلاب ذكور، واثنان من الطالبات الإناث وميسرين وميسرات

المتزوجات فى سن ١٥-١٩ يستخدمن وسيلة ما لمنع الحمل و ٩٪ منهن فقط يستخدمن وسيلة حديثة لمنع الحمل.^(٣)

وفى عام ٢٠٠١ كان أقل قليلاً من ثلث المراهقين (٣١٪) - والذين يفترض أن يكونوا مقيدين بالمدارس الثانوية - لا يزالون يدرسون فى هذا المستوى. بعبارة أخرى (٣٥٪) من الذكور و٢٧٪^(٣) من الإناث فقط كانوا لا يزالون يدرسون بالمرحلة الثانوية. والفتيات على وجه الخصوص يتركن المدرسة عند زواجهن مبكراً. إن الدراسات الموجودة لم تنظر إلى البيئة التعليمية للمدرسة، بالرغم من أن المدرسة هى المكان الوحيد الذى يستطيع فيه المراهقون الحصول على ثقيف خاص بالصحة الإيجابية فى الوقت الحاضر. وفى إحدى الدراسات، أقر الباحثون بأنهم دربوا المدرسين كجزء من المدخلات لتثقيف الشباب بالصحة الإيجابية.^(٤) ولكن ليس عن كيفية إدماج التدريب فى هذه التدخلات أو النتائج.

وفى المرحلة الثانوية العليا (من سن ١٤ - ١٦)، يدرس الطلاب الآن التثقيف الجنسى الأساسى من خلال باب فى مرجع عن الصحة الإيجابية والسكان والتنمية.^(٥) ويغطي ذلك الباب الحقائق الأساسية للصحة الإيجابية التى تعنى بالأمومة الآمنة وتنظيم الأسرة وفسولوجيا الإيجاب، والالتهابات، والأمراض الجنسية، والعقم، وصحة المراهقين، ومشاكل الصحة الإيجابية للنساء، بعد انقطاع الطمث، والحقوق الإيجابية. وقد صدقت وزارة التعليم والرياضة فى عام ١٩٩٨ - ١٩٩٩ على هذه المواد. ومع ذلك فالمعلومات التى لدينا عن مدى تغطية هذه المواد فى فصول المدارس الحكومية، والخاصة فى الحضر والريف ضئيلة تماماً.

البيانات والمنهجية

كانت هذه الدراسة جزءاً من تقييم أوسع لبرنامج التثقيف الجنسى والصحة الإيجابية لطلاب المدارس والمراهقين وقد تم تنفيذ العمل الميدانى عام ٢٠٠٢. وقد صممت الدراسة فى مجموعها لتكون مثلة

داعى للقلق بشأن هذا الموضوع.»

«إننى أقول لهم: الموضوع بسيط جداً. اقرأوه بأنفسكم واسألوا فقط فى حالة وجود صعوبة فى الفهم.»

وقد صادف المدرسون الذين حاولوا تدريس هذا الفصل، بشكل ملائم، صعوبات؛ فبعضهم لم تكن لديه المهارات اللازمة بوضوح، والكثير منهم قالوا إن الاتجاهات السيئة لبعض الطلاب الذكور قد وضعت الطالبات الإناث، اللاتى يمثلن الأقلية فى وضع محرج.

«حتى زملائي من المدرسين والطلبة يطلقون على بتهكم (السيد الإيجابي).»

«لا توجد بيئة مواتية لأية مناقشة، أو أسئلة، أو أجوبة. فى هذا الفصل، كل الطالبات ينظرن بخجل إلى الأرض ولا يشعرن بالارتياح.»

«إننى أحاول تدريسه بعمق ولكننى أكرس الكثير من الوقت لهذا الفصل ثم يبدأ الطلاب الذكور فى التعبير عن اتجاهات وسلوكيات سيئة مما يجعل التحكم فى الأمور صعباً بعد ذلك، ولذلك فأنا أسعى لاستكمال هذا الموضوع بأسرع وقت ممكن»

وعندما سئل المدرسون عن أفكارهم حول تحسين هذا الفصل بالذات شعر الكثير منهم أنه قد يكون من الأسير تدريس هذا الموضوع إذا كان طلاب الفصل جميعهم والمدرس من الجنس نفسه:

«سيكون من الأفضل لو كانت هناك فصول منفصلة عن الصحة الإنجابية للفتيات والفتيان فسنشعر بالارتياح أكثر لتدريسه.»

أحد المدرسين أشار إلى أنه حتى فى حالة شعور المدرسين بالارتياح لتدريس هذا الموضوع فإن العاملين بمجال الصحة هم أفضل لتدريسه:

لكل مجموعة من الجنس نفسه. وقد سمحت هذه المجموعات البؤرية للمشاركين بمناقشة فصل التثقيف الجنسى بتفصيل أكبر وارتياح قياساً إلى الاستبيان. وكذلك بمناقشة موضوعات أخرى متعلقة بالصحة الإنجابية. وقد تم اختيار المشاركين بالمجموعات البؤرية بمساعدة المدرسين والطلاب كممثلين عن فصولهم فى المدارس الحكومية والخاصة.

وجهات نظر المدرسين:

يحجم مدرسو المدارس الحكومية عن مناقشة محتوى الباب الخاص بالجنس والصحة الإنجابية بالتفصيل مع طلابهم، كما أن الكثيرين من مدرسى المدارس الخاصة أفادوا أيضاً بأنهم نادراً ما يذكرون الاصطلاحات الخاصة بالصحة الإنجابية. لا يرغب المدرسون فى التعامل مع هذه الموضوعات الحساسة ويخشون توبيخ أو انتقاد زملائهم والمجتمع فى غياب الدعم لهم. كما أن بعضهم كانت لديه أحكام مسبقة حول تدريس مثل هذه الموضوعات، وبعضهم امتنع عن تقديم هذه المواد. تجلت هذه الملاحظات فيما قاله المدرسون:

«نحن المدرسين لا نستطيع القيام بكل شئ، ونحتاج لدعم الآخرين كمدير المدرسة والأهل والمجتمع»
«من العسير إقناع الناس بأهمية الصحة الإنجابية والتثقيف الجنسى للمراهقين فهم يعتقدون أن تلك المعلومات تفسد أبناءهم.»

«الحياة الجنسية مسألة خاصة ومن غير الملائم مناقشة مثل هذه الأمور والمراهقون صغار جداً على مناقشة مثل هذه الموضوعات.»

وقد اقترح بعض المدرسين أن يتعلم الطلاب الأشياء بأنفسهم:

«طلاب هذا الجيل يتعلمون بسرعة ولديهم الفضول والحماس لمعرفة ذلك وليس من الضروري تثقيفهم فهم بالفعل يعلمون أكثر مما يفترض أن نعلمهم ولا

أجابوا إجابة صحيحة عن كيفية انتقال فيروس نقص المناعة. وكان الإعلام (الراديو والتلفاز والصحف) هو مصدر المعلومات الخاصة بتلك الموضوعات. وتلاه المدرسون والعاملون بالمجال الصحى.

لقد أعطت نتائج المسح مؤشراً على سوء نوعية التواصل بين المدرسين والطلاب عند تدريس الموضوعات الخاصة بالصحة الإنجابية فى الفصول فقد أشار ٥٧٪ فقط من الطلاب إلى أن أسئلتهم قد تم الإجابة عنها. اثنان بالمئة من المراهقين فى المسح لم تكن لديهم أية فكرة عن وجود فصل خاص بالصحة الإنجابية. وبالرغم من أنه من المفترض أن الطلاب يدرسون فسيولوجياً الإيجاب فإن ٧٢٪ فقط من الطلاب الذكور و٨٦٪ من الطالبات الإناث كانت لديهم القدرة على تعرف أعضاء الجهازين التناسليين للذكر والأنثى. وكما قال أحد المشاركين فى مجموعات النقاش البؤرية:

«إن مدرسينا عادة ما يركزون على الحقائق البيولوجية إلا إننى مازلت أجهل أوقات الخصوبة وأوقات الأمان من الحمل فى دورة المرأة».

وقد أعرب المشاركون فى مجموعات النقاش البؤرية عن شكهم فى قدرة مدرسيهم على تدريس الصحة الإنجابية. أو التواصل مع طلابهم حول هذا الموضوع:

«يأتى المدرسون إلى الفصل ويكتبون عنوان الدرس على السبورة ثم يتركون الفصل».

«لقد كنت متحمساً لتعلم هذا الموضوع ولكن عندما قال لنا المدرسون إنه لن يكون متضمناً بالاختبار، خاب أملى».

وقد ظهر بوضوح فى الوقت نفسه، أن المناقشة داخل الفصل كانت محدودة لأن الكثير من الطلاب كانوا فى شدة الخجل لسؤال مدرسيهم عن أى شئ حول هذا الموضوع. كما أن المشاركين أبدوا ملاحظتهم بأن مدرسيهم لم يبذلوا الجهد الكافى لخلق مناخ

«ستكون المعلومات أفضل إذا ما دعمت المدرسة محاضرين زائرين لتدريس هذه المادة: كالعاملين فى المجال الصحى مثلاً فأنا أعتقد أنهم يستطيعون شرح هذه المادة بارتياح عن المدرسين أمثالنا».

واشتكى بعض المدرسين من عدم توافر معينات تدريبية:

«لا توجد معينات بصرية وسمعية بالقدر الكافى لتساعدنا على تدريس الحياة الجنسية والصحة الإنجابية. المرجع هو فقط كل ما لدينا . وأنا أشعر بالخلل إذ أطلب منهم قراءته».

«لقد كنت أحد المدرسين المنوط بهم تدريس هذه المادة منذ البداية. هذه هى المادة الوحيدة التى لا تشعرنى بالارتياح عند تدريسها. أحاول كل عام أن أجعل الفصل يعمل بطريقة أفضل ولكنى لم أستطع. المشكلة الكبرى فى عدم توفر الأدوات التدريبية الملائمة: كالمعينات البصرية والسمعية ودراسات الحالة».

وجهات نظر الطلاب

بالرغم من تدريس التثقيف الجنسى فإن معلومات الطلاب عن الصحة الإنجابية كانت ضعيفة. فحوالى نصف الطلاب فقط كانت لديهم معرفة بأن تنظيم الأسرة هدفه ترك مسافة بين الحمل والآخر (٤٣٪). أو بمنع الحمل (٦٣٪). بينما ٥٪ يعتقدون أنه يسبب العقم. و ٤٪ - معظمهم من المدارس الحكومية - لم تكن لديهم أية فكرة عنه . فقط ٤٣٪ منهم كانت لديه فكرة عن وسائل منع الحمل التى يستخدمها الرجال و ٣٧٪ عن الوسائل التى تستخدمها النساء. وضمن هؤلاء الذين كانت لديهم معرفة بالوسائل فإن ٩٣٪ عرفوا العازل الطبى على أنه وسيلة للرجال. وفى الواقع فإن معظم المراهقين (٩٩٪) سمعوا عن الالتهابات والأمراض الجنسية وفيروس نقص المناعة / الإيدز. ومع ذلك فإن ١٥٪ منهم فقط أجابوا إجابة صحيحة عن أعراض التهابات الجهاز التناسلى و ٥٤٪

في العديد من البلدان^(٩-١١) مثل هذه البرامج قد يكون لها تأثير مفيد وطويل الأمد خاصة أن معدلات القيد بالمدارس للفتيات والفتيان في ازدياد. ولسوء الحظ فإن الكثيرين من البالغين في نيبال يعتقدون أن تقديم معلومات عن الصحة الإنجابية قد يزيد من معدلات النشاط الجنسي للمراهقين. وبالإضافة إلى ذلك فمن المعتاد أن تتوقف الفتيات في نيبال عن الذهاب إلى المدرسة عند زواجهن. وحتى إن لم يكن مضطرات إلى ذلك فإن زيادة الأعباء المنزلية ومسئوليات الزواج المبكر والأمومة جعل استمرارهن في الدراسة غالباً من الصعوبة بمكان^(١٥). وعلى الرغم من أن نسبة الحضور للمدرسة في منطقة الدراسة أعلى قليلاً من المناطق الأخرى بنيبال فإن النسبة عموماً منخفضة وبعيدة عن المساواة بين الجنسين.

وبالرغم من ذلك فإن المدرسة يمكن أن تكون البيئة الملائمة - إذا تمت إدارتها بحكمة - لتوفير تثقيف جنسي للمراهقين وإمدادهم بمعلومات عن الصحة الإنجابية. ويكمن التحدي في توسع البرامج الدراسية وتدعيمها. مما يجعلها ملائمة للطلاب على نحو أفضل. ويحتاج المدرسون إلى تلقى تدريب يتلاءم مع الثقافة السائدة. عن أهمية المعلومات الخاصة بالصحة الإنجابية للمراهقين وتدريب عملي عن كيفية تدريس هذه المادة لهم. فعلى سبيل المثال 'يحتاج المدرسون إلى تطوير أسلوب للتواصل أقل رسمية وتحفظاً مع طلابهم ما يؤدي إلى إرشاد أكثر فاعلية. لقد أفاد المدرسون والطلاب بأن تقديم مواد تعليمية مناسبة قد يسمح بمواد إرشادية أكثر فاعلية. وهناك توصية أخرى بأن يتم فصل الفتيان عن الفتيات عند تدريس هذه المواد. كذلك يمكن تنظيم محاضرات من زائرين محليين من يعملون في المجال الصحي وذلك لتجنب شعور المدرسين بعدم الارتياح عند تدريس هذه المادة. ومن ناحية أخرى فالعاملون بالمجال الصحي أيضاً ليسوا مدربين لتدريس التثقيف الجنسي. وقد أشارت مجموعات النقاش البؤرية إلى أن المراهقين يرون أن مقدمي الخدمة لديهم أحكام مسبقة نحوهم، ولذا فإن استبدال العاملين

بسموح للطلاب بالكلام بحرية حول هذه الموضوعات بالفصل. كما أن الطلاب أيضاً قد أحجموا عن تعلم هذا الموضوع بأنفسهم أو من خلال مدرسيهم: «يجب علينا إطاعة مدرسينا في كل المجالات. وهناك فجوة بين المدرسين والطلاب. فالمدرسون مثلهم مثل آبائنا. لا مثل أصدقائنا حيث نشعر بالارتياح لمناقشة أي موضوع. كيف تتصور أنه يمكن لي أن أحصل منهم على إجابة عن أسئلة تتعلق بالصحة الإنجابية والجنس؟ ... لحدث ذلك يجب أن أتحلى بقدر كبير من الشجاعة. وأن أفكر في العواقب.»

لم يرغب بعض الطلاب الآخرين في التعلم لأن المجتمع لا يعتقد أن ذلك ملائماً. بعضهم أيضاً خشي من العواقب غير المعلنة:

«كيف لي أن أناقش مثل هذه الأشياء! لقد نزعت كل صفحات هذا الباب من الكتاب.»

المناقشة

وجدت هذه الدراسة أن تطبيق منهج التثقيف الجنسي في المدارس الثمانية المختارة كلها كان ضعيفاً. كما أن مستوى جودة التثقيف الخاص بالجنس والصحة الإنجابية كان أيضاً ضعيفاً. بسبب نقص إعداد المدرسين المؤهلين بتدريسه. وعدم كفاية المواد التعليمية. وعدم دعم المجتمع والمدرسين لهذا المنهج. ويبدو أن التركيز قد اقتصر على تقديم الحقائق التشريحية. بينما تم التعامل مع الموضوعات الأخرى بطريقة سريعة وسطحية في أغلب الأحوال. وتشير النتائج أيضاً إلى الاتجاه التمييزي بين المدرسين. الذي أدى إلى عرقلة عملية تحسين وصول المعلومات للشباب. في الوقت نفسه يجد الكثير من المراهقين بالمدارس صعوبة في التعامل مع هذه الموضوعات بحرية.

إن التثقيف الجنسي بالمدارس. الذي يساهم في تقديم معلومات صحيحة عن الصحة الإنجابية والجنسية قد يساعد على تأخر الانخراط في ممارسة الجنس. وعلى انخفاض معدلات الحمل غير المرغوب فيه. وعلى معدلات الإصابة بالتهابات الجهاز التناسلي



دارما راج باجرانشاريا / هدية من فوتوشير

حضور طلاب المدارس المراهقين معرض اليوم العالمي للسكان اليوم، كاتماندو، نيبال ٢٠٠٤

الأمر كذلك إلى بذل مجهود أكبر لبناء دعم وتأييد من الأهل والمجتمع للمدارس لتوفير التثقيف الجنسي. بالإضافة إلى ذلك، فإن تعليم الأقران والأساليب الأخرى النابعة من المجتمع مطلوبة للتأكد من وصول البرنامج لكل المراهقين من فيهم الفتيات الصغيرات المتزوجات، واللاتي لا يستطعن الذهاب إلى المدرسة.

شكر وتقدير

يعرب الباحثون عن امتنانهم للدعم المادي واللوجستي من مجلس الصحة والبحث في نيبال.

بالمدرسين في مجال الصحة ليس أيضاً حلاً مناسباً.

وقد أظهرنا أن تقديم برنامج التثقيف الجنسي، مؤخراً، بالمدارس لم يسهم، إلا قليلاً، في تعزيز المعرفة بالصحة الإيجابية والجنسية بين المراهقين ويحتاج الأمر إلى الكثير من العمل لتوفير تثقيف جنسي بطريقة صحيحة ومقبولة وأقل حرجاً لكل من المدرسين والطلاب. لقد تم تطوير أساليب تشاركية لهذا الغرض في أماكن أخرى وهناك سياسات موجودة بالفعل لتحسين الخدمات الصديقة للمراهقين.^(٢,٤,٥) ويحتاج

المراجع

1. Campbell BB, Reerink LH, Jeniskens F, et al. A framework for developing reproductive health policies and programmes in Nepal. *Reproductive Health Matters* 2003;11(21):171-82.
2. Pradhan A, Strachan M. Adolescent Reproductive Health in Nepal: Status, Policies, Programs, and Issues. Washington, DC: Policy Project, 2003.
3. Department of Health Services, Family Health Division. National Adolescent Health and Development Strategy. Kathmandu, Ministry of Health, 2000.
4. Mathur S, Malhotra A, Mehta M. Adolescent girls' life aspirations and reproductive health in Nepal. *Reproductive Health Matters* 2001;9(17):91-100.
5. Mathur S, Mehta M, Malhotra A. Youth Reproductive Health in Nepal: Is Participation the Answer? New York: EngenderHealth and Washington, DC: International Center for Research on Women, 2004.
6. Waszak C, Thapa S, Davey J. The influence of gender norms on the reproductive health of adolescents in Nepal – perspectives of youth. In: Department of Reproductive Health and Research, Towards Adulthood: Exploring the Sexual and Reproductive Health of Adolescents in South Asia. Geneva: World Health Organization, 2003. p.81-5. At: {http://www.who.int/reproductive-health/publications/towards_adulthood/11.pdf} . Accessed 7 August 2006.
7. Nepal Demographic and Health Survey 2001. Calverton MD: Family Health Division, Ministry of Health; New ERA; ORC Macro, 2002.
8. Health, Population and Environment. Kathmandu: Ministry of Education and Sports, Government of Nepal, 1999.
9. Intervention strategies that work for youth – Summary of FOCUS on Young Adults: End of Program Report. Youth Issues Paper 1. Arlington, VA: Family Health International, YouthNet Program, 2002.
10. Speizer IS, Magnani RJ, Colvin CE. The effectiveness of adolescent reproductive health interventions in developing countries: a review of the evidence. *Journal of Adolescent Health* 2003;33(3):324-48.
11. Gallant M, Maticka-Tyndale E. School-based HIV prevention programmes for African youth. *Social Science and Medicine* 2004;58:1337-51.

”انتفاضة المليار” في كلية جونز هوبكنز بلومبرج للصحة العامة: نظرة تأمل

بقلم: كاسي برانشيني،^أ فيينا سريرام،^ب أنوشيراي،^ج كيري سكوت،^د أنيتا ثوراكال^{هـ}

أ -طالب دكتوراه، كلية جونز هوبكنز بلومبرج للصحة العامة (JHSPH)، بالتيمور، ميرلاند، الولايات المتحدة الأمريكية.
للتواصل: Cabbranch@jhsphe.edu

ب - طالب دكتوراه، كلية جونز هوبكنز بلومبرج للصحة العامة (JHSPH)، بالتيمور، ميرلاند، الولايات المتحدة الأمريكية
ج طالب ماجستير في الصحة العامة، كلية جونز هوبكنز بلومبرج للصحة العامة (JHSPH)، بالتيمور، ميرلاند، الولايات المتحدة الأمريكية
د -طالب دكتوراه، قسم الصحة العالمية، كلية جونز هوبكنز بلومبرج للصحة العامة (JHSPH)، بالتيمور، ميرلاند، الولايات المتحدة الأمريكية
هـ -طبيب، طالب ماجستير في الصحة العامة، كلية جونز هوبكنز بلومبرج للصحة العامة (JHSPH)، بالتيمور، ميرلاند، الولايات المتحدة الأمريكية

ترجمة: ياسنت حامد

العامة في مكافحة العنف القائم على النوع. يعد العنف القائم على النوع الاجتماعي وباءً عالميًا لا تعيش أي من دول العالم بمنأى عنه. وعلى الرغم من الاعتراف بأنه مشكلة خطيرة من مشاكل الصحة العامة، فإنه لم يحظ بالاهتمام الكافي بعد في كلية جونز هوبكنز. بيد أننا نتبوء مكانة فريدة تؤهلنا لمعالجة الموقف بوصفنا طلابًا دارسين للصحة العامة. ولذلك، اجتمع قادة الطلاب وأعضاء هيئة التدريس من الأقسام كافة في أواخر يناير ٢٠١٣ لدراسة سبل رفع الوعي بقضية العنف القائم على النوع فيما بين أفراد كلية هوبكنز. وكان هذا التوقيت بمثابة اللحظة الحاسمة لاتخاذ موقف؛ حيث تزامن مع وقوع العديد من الحوادث، التي هزت الرأي العام ووضعت القضية نصب أعينهم، بما في ذلك الاغتصاب الجماعي لسيدة في الثالثة والعشرين من عمرها، وفتاة في السابعة عشر عاما في جنوب أفريقيا، وانتهى الأمر بوفاة الفتيات متأثرتين بجراحهما. وقد لفتت هذه الحوادث انتباه العالم مما جعل اتخاذ مواقف أمرًا لا مفر منه. وخلال الفعاليات، التي استمرت ليومين، قمنا بتوظيف قنوات عدة؛ بما في ذلك وسائل التواصل الاجتماعي لتعزيز الفعاليات وتشجيعها. حيث

في الفترة من ١٣-١٤ فبراير ٢٠١٣، قام الطلاب والعاملون بكلية جونز هوبكنز بلومبرج للصحة العامة في بالتيمور، بولاية ميرلاند، بالولايات المتحدة الأمريكية، بمشاركة ملايين الأشخاص حول العالم المطالبة بإنهاء العنف ضد النساء والفتيات. وقد جاءت هذه الحملة، المستوحاة من مسرحية للكاتب إيف أنسلر مناجاة المهيل، إحياءً للذكرى الخامسة عشر لتأسيس حركة «في داي» V-Day، إحدى حركات النشاط العالمي، التي ترمي إلى إنهاء أحد أكثر أشكال العنف انتشارًا. وقد أقيمت فعاليات هذا العام، التي تعد الأضخم في تاريخ الحملة، في ٢٠٧ دولة حول العالم. وللمرة الأولى هذا العام، يقوم الطلاب وأعضاء هيئة التدريس بتنظيم محاضرات وندوات نقاشية، وإعداد مقالات مصورة، ونشر المعلومات، وكذلك تقديم عرض يمثل رقصة الفلاش موب الرسمية لانتفاضة المليار One Billion flash mob dance، وذلك تضامنًا مع مئات من العروض المشابهة حول العالم، التي دعت الأفراد إلى «الإضراب*الرقص* الانتفاض» ضد العنف القائم على النوع. ويعتبر هذا المقال انعكاسًا لهذه التجربة وكذلك للدور الأشمل، الذي يمكن أن يلعبه طلاب الصحة

القائم على النوع- سواء عن طريق التطوع في أحد المجموعات المحلية المعنية بمكافحة العنف القائم على النوع، أو عن طريق قيام مقدمي الخدمات الصحية بصقل مهاراتهم الخاصة برصد المخاطر المحلية. وقد اختتمت هذه الأنشطة الصباحية بالرقصة الجماعية (فلاش موب) التي طال انتظارها، حيث قام ٣٥ طالبا بتأدية رقصة على أنغام «كسر القيود» «Break the Chain» التي تغنيها تينا كلارك. وقد قام باختيار الرقصة والأغنية كل من إيف انسلر وحملة انتفاضة المليار. وتم نشرها بالجماع عبر شبكة الإنترنت.

اجتمع أكثر من ٢٠٠ من الطلاب، وأعضاء هيئة التدريس، والعاملون بكلية هوبكنز لمشاهدة العرض. وقد أصبح طلاب كلية هوبكنز من خلال أدائهم للحركات الراقصة نفسها، على أنغام الأغنية الرئيسية لحملة انتفاضة المليار «Break the Chain». جزءاً من الحركة العالمية للمطالبة بإنهاء العنف القائم على النوع. وقد ظل الرقص على مر التاريخ شكلاً من أشكال النشاط السياسي، بيد أن الناس لم يدركوا إلا في الآونة الأخيرة تأثيره الفاعل في النشاط العالمي. وحتى يومنا هذا، لا تزال بعض الثقافات شديدة التحفظ حول العالم تمنع الرقص. ويرجع سبب الخوف منه إلى أنه يذكى الأمر الوحيد الذي لا يمكن أن تنتزعه من أي إنسان: الأمل.

«أنا أنتفض لأنني»...

بعد انتهاء الرقصة الجماعية، قمنا بتوجيه الحضور نحو القاعة الرئيسية بالجامعة حيث أقمنا كشكا للصور لاستخدامه في عمل مقال مصور. وتم تصوير أكثر من ١٠٠ طالب، يحملون رسائل مخصصة لهذا الغرض، تبدأ بالكلمات التالية: «أنا أنتفض لأنني...» أو «أنا مناصرة لقضايا المرأة لأنني...». وقمنا بنشر هذه الصور على صفحتنا الخاصة على الفيسبوك. وقد أتاح كشك التصوير للطلاب مجاًلاً للاستكشاف. كما ساعد على إبراز القضية بشكل أكبر. وقد امتاز الطلاب بالرؤية الثاقبة، والصدق، بل بالشجاعة

أنشأنا صفحة خاصة على الفيسبوك تحت عنوان انتفاضة المليار-جامعة جونز هوبكنز للصحة العامة. كما قمنا بإنشاء خدمة لتبادل الرسائل فيما بين الطلاب المهتمين بهذه القضية. وقمنا بعرض «١٤ حقيقة حول العنف القائم على النوع»^{١٠} على هاتين القناتين في الأيام السابقة لبدء النشاط الفعلي. ولتدشين الأسبوع، قمنا بإبراز هذه الحقائق الجوهرية، إلى جانب عرض صور من جميع أنحاء العالم على حائط الإعلانات والنشرات. وعرض فيديو ١٢x٧ قدم في القاعة الرئيسية للملكية.

حلقة نقاش: من الأبحاث إلى العمل الفعلي

في ١٣ فبراير، قمنا بتنظيم حلقة نقاش، في وقت الغداء، تركز على قضية العنف القائم على النوع على مستوى العالم، مع الأخذ في الاعتبار التدرج من الأبحاث إلى السياسات وصولاً إلى العمل الفعلي. ومن بين المتحدثين بحلقة النقاش: د. جاكين كامبل، أستاذ بكلية التمريض والرئيس المشارك بمنع العنف العالمي التابع لعهد الطب، ومايكل مولوني كيتس المدير الإداري لمؤسسة معاً من أجل الفتيات، وسالي هيس ممرضة متخصصة في الفحص الشرعي للفتيات الناجيات من الاعتداءات الجنسية، وتعمل في مجال وضع برامج حول العنف العائلي في بالتييمور. وقد تناول أعضاء حلقة النقاش سبل جمع البيانات حول العنف القائم على النوع وترجمة النتائج إلى عمل فعلي، كما قدموا اقتراحات حول سبل مشاركة الطلاب في هذا الموضوع. وقد جاءت هذه الحلقة النقاشية، التي حضرها ما يقرب من ١٠٠ شخص، لتمهد الطريق أمام يوم النشاط الفعلي.

الإضراب، الرقص، الانتفاض

بدأت فعاليات ١٤ فبراير بتوزيع «عبوات الحب»، وزهور الواقيات المصنوعة من أوراق السيلوفان، والواقيات الذكرية، وأنابيب تنظيف الغليون. وتضمنت كافة النشرات، التي تم توزيعها، حقائق حول العنف القائم على النوع، وكذلك سبل المشاركة في إنهاء العنف

اهتمامًا واضحًا بقضية العنف. فقضية العنف القائم على النوع من القضايا المركبة، التي تتطلب تصافر الجهود من قبل قطاعات عدة. وإذا ما أخذنا في الاعتبار أن قضايا العنف القائم على النوع لا «محل» لها في جامعة جونز هوبكنز للصحة العامة، نجد أن حشد المؤيدين من مختلف الأقسام كان يمثل تحديًا.

وفي ضوء الطبيعة الخاصة لكلية جونز هوبكنز للصحة العامة، التي تعتمد على البيانات، استطعنا أن نستغل الإحصائيات المتاحة في عمل الدعاية لجذب مزيد من الاهتمام قبل بدء الفعاليات. وبالفعل حققنا نجاحًا ملحوظًا عندما حظينا بدرجة عالية من الاهتمام والدعم من قبل مجموعة من المنظمات الطلابية بالكلية، الذين أبدوا حماسًا شديدًا للمشاركة معنا في تنظيم الفعاليات: الأمر الذي يعكس رغبة القائمين على مجال الصحة العامة في المشاركة في تلك القضايا.

وإذا ما نظرنا إلى المستقبل، فإننا نرى أن كلية جونز هوبكنز للصحة العامة تتبوأ مكانة فريدة تتيح لها دمج البيانات وممارسة النشاط؛ فنحن، باعتبارنا الجيل القادم من الباحثين والممارسين والقائمين على مجال الصحة العامة، نستطيع أن نجتمع بين شغفنا الدفين بهذه القضايا من ناحية، والحاجة إلى توفير الأدلة والبيانات من ناحية أخرى، حتى نستطيع التوصل إلى القرارات اللازمة للتخفيف من وطأة العنف. كما أننا مقتنعون بأنه من الأهمية بمكان المشاركة في هذه الأنشطة من منظور حقوق الإنسان وتحقيق المساواة.

إننا ندرك أن تأثير هذه الاحتفالية كان محدودًا. فالدور الحقيقي تقوم به المنظمات والجماعات الموجودة حول العالم، التي ظلت تدعو لعقود عدة إلى تحقيق إصلاحات. ونحن نؤمن بقدرتنا على دعم الجهود التي تبذلها تلك الجهات من خلال زيادة عدد الباحثين والعاملين في مجال الصحة العامة، الذين يبدون اهتمامًا بهذه القضية. وفي ضوء الدور الذي تلعبه كلية جونز هوبكنز للصحة العامة في شبكات

البالغة، في كثير من الأحيان، عند ذكرهم للأسباب التي دفعتهم للانتفاض.

«أنا أنتفض لأنه.. لا يجب أن يشعر أي شخص بالألم الذي أحسست به أختي»

«أنا مناصرة لقضايا المرأة لأن بنيتي الجسدية الأصغر لا ينبغي أن يترتب عليها القلق باستمرار بشأن أمانتي وسلامتي».

وقد شارك عدد كبير من الرجال حيث قال أحدهم:

«أنا مناصر لقضايا المرأة لأنني... أنا أُمي، أنا أختي» كما أضاف أحد عمداء الجامعة قائلاً: «ربما يكون ٧٠٪ من هذه الكلية من النساء، ولكن هذه القضية تؤثر على ١٠٠٪ من الكلية».

وقد جاءت هذه الاحتفالية لتشكل رابطًا بين العاملين على المستوى المحلي في الولايات المتحدة الأمريكية، والعاملين على المستوى الدولي، فيما يتعلق بأهمية النشاط السياسي والعمل. كما جاء الدعم الحاشد من هيئة الطلاب تأكيدًا لآمالنا نحن منظمي الاحتفالية، فعلى الرغم من اختلاف الاهتمامات والمهارات المكتسبة، فإن الطلاب وأعضاء هيئة التدريس والموظفين بكلية جونز هوبكنز للصحة العامة، القادمين من جميع أنحاء العالم، ترسخ لديهم الإحساس بأن العنف ضد النساء والفتيات يعتبر قضية بالغة الأهمية من قضايا الصحة العامة.

نواصل انتفاضتنا لأن...

باعتبارنا طلابًا في مؤسسة بحثية في المقام الأول، تحدثنا عن أهمية هذا الأمر ومشاعرنا الشخصية نحوه. ونحن إذ نؤمن إيمانًا عميقًا بأهمية البيانات وقدرتها على إحداث تغيير، إلا أننا عادة ما نصارع مع الحاجة إلى توفير بيانات بالغة الدقة من ناحية، والحاجة إلى تقديم الدعم واتخاذ خطوات فعلية على أرض الواقع من ناحية أخرى. ومن أهم التحديات التي واجهتنا في تنظيم هذه الأنشطة، عملية تخفيف أعضاء هيئة التدريس والإداريين، الذين لا يبدون



"One Billion Rising" at Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health: a reflection
Casey Branchini, VeenaSriram, Anushree Ray, Kerry Scott, Anita Thurakal, Reproductive Health Matters 2013;21(41):251-253

الصحة العالمية. علينا أن نرفع درجة الاهتمام بالموضوع فيما بين الطلاب وأعضاء هيئة التدريس. على أمل أن يدفعهم ذلك إلى إدماج مكافحة العنف ضد المرأة ضمن نشاطاتهم واسعة النطاق. وأخيرًا، فإننا نود أن نقيم مقرًا طلابيًا لهذه القضايا ومنبرًا يمكن للطلاب ممارسة النشاط من خلاله.

المراجع

1. United Nations. Say No. UN Secretary General's Campaign: Unite to End Violence Against Women. 2010.
2. Jewkes R, et al. Gender inequitable masculinity and sexual entitlement in rape perpetration South Africa: findings of a cross-sectional study. PLoS One 2011;6(12):e29590.
3. Pinheiro P. The World Report on Violence against Children. Geneva: UN Secretary-General's Study on Violence. 2006.
4. Rape, Abuse and Incest National Network. Statistics.
5. World Health Organization. Violence against Women. Media Centre Factsheets. 2012.

في ذكري إيريكا رويستون

ترجمة: سهير محفوظ

مؤكدًا قدرة بعض التدابير الوقائية البسيطة، وغير المكلفة، على إحداث تأثير كبير على معدلات الوفاة والمعاناة، التي تتجاوز عنها باعتبارها جزءًا أصيلًا من الأمومة.

وأسفرت التحاليل التي قامت بها عن وضع مؤشرات أساسية لنسب وفيات الأمهات، وذلك بمساعدة الكرة البلورية الموضوعة أسفل درج مكتبها. وأصبحت هذه التقديرات هي المؤشرات لعام ١٩٩٠، واستندت إليها الأهداف الإنمائية للألفية لوضع تقديراتها عن صحة الأمهات.

جين فيرجسون

لطالما كانت إيريكا بالنسبة إلي المعلمة والمرشدة على مدى حياتي العملية. عندما التقيت بها قبل ٣٠ عامًا، لم أكن أعرف مدى أهمية الدور الذي ستلعبه في حياتي. في عام ١٩٨٣، قامت إيريكا بإعطائي أولى مهامها لصالح منظمة الصحة العالمية، وكان هذا إيذانًا ببدء علاقة طويلة الأمد مع منظمة الصحة العالمية ومع إيريكا شخصيًا. كنت ناشطة في مجال صحة المرأة في الهند عندما التقيت بها، وحوّلت إلى باحثة خلال ثلاث أو أربع سنوات من العمل معها. لقد كنت مفتونة بالفرصة التي أتاحتها لي للتعليم، وكانت هي معلمة صبورة.

تعلمت منها كيف أحيا، وكيف أكون وفيّة لقناعاتي، وكيف أقول ما أعنيه فقط، وكيف أثمن النزاهة - والآن، تعلمت منها كيف أواجه النهاية بكل راحة ورضا.

ولكنني أظن أن أهم مرحلة في علاقتنا كانت مرحلة عملنا في تعليم الفتيات من خلال برنامج

شغلت إيريكا رويستون وظيفة إحصائية وكاتبة ومحررة بمنظمة الصحة العالمية، وصنعت اسمها من خلال دراسة حالة هجرة العاملين في مجال الصحة في البلدان النامية. ومع بداية ثمانينيات القرن العشرين، بدأت عملها في شعبة صحة الأسرة، وحدة صحة الأم والطفل. في هذه الوحدة تجسدت مهمة إيريكا، حيث عملت على تفعيل خدمة رعاية «الأم» كما يستدعي اسم الوحدة. كانت إيريكا تعلم أن سبب الوفاة الأكثر شيوعًا بين النساء، في جنوب العالم، هو الإتيان بحياة جديدة إلى هذا العالم.

بدأت إيريكا في تطوير ما أصبح لاحقًا قاعدة بيانات منظمة الصحة العالمية حول وفيات الأمهات، لعلمها بأن هذه القضية تحتاج إلى توثيق وتحديد للأعداد كي تخطى بأي قدر من الاهتمام. في تلك الأيام، التي سبقت عصر الإنترنت ووسائل التواصل الاجتماعي، كان توصيل المعلومات يتم، في مجمله، من خلال المطبوعات والتقارير. أما في دول العالم النامي، كانت النشرات الرمادية (أي غير المنشورة) هي الوحيدة التي تقدم شيئًا ما عن عناء الولادة ومصاعبها. وقد ثابرت إيريكا حتى أصدرت العمل واسع الأثر، «منع وفيات الأمهات»، الذي نشرته منظمة الصحة العالمية عام ١٩٨٩. قدم هذا العمل معالجة عالمية شاملة للموضوع، بداية من مقاييسه حتى محدّداته في الأنظمة المجتمعية والصحية، إلى جانب تحديد عواقبه وكيفية الوقاية منه. ويغل الكتاب خلاصة ما يقرب من عقد من القراءة والتحليل، من خلال تصنيف النشرات الرمادية، وإجراء مناقشات مع بضع سيدات، من صممن على تقديم بيان حاسم عن الإجحاف والإهمال، الذي تعاني منه المتعرضات للحدث الصحي الأهم الذي تمر به نصف البشرية: الولادة. وانتهى الكتاب بدعوة إلى العمل.

إيريك أول رئيس مشارك وأمين صندوق لمجلس الأمناء. واستمر قيام إيريك بدور المرشدة في حياتي بطرق لا حصر لها منذ ذلك الوقت حتى نهاية حياتها. كانت دائماً حاضرة في حياتي وداعمة لعملتي. إلى جانب كونها صديقة دافئة ورائعة.

مارج بيرير

التقيت إيريك رويستون مرة واحدة فقط في جنيف في أوائل تسعينيات القرن العشرين. وفوجئت بموافقتها على مقابلتي (فقد كنت، في ذلك الوقت، موظفاً شاباً أعمل في الخدمة العامة بمنظمة الصحة العالمية في المغرب، ولم أكن أتوقع أن شخصاً بقاتمتها سيقطع من وقته بعضاً يقضيه معي). في الواقع، وجدتتها شخصية سلسلة يسهل الاقتراب منها، وكنت قد تعرفت عليها بصورة أعمق من خلال كتابها الشهير «منع وفيات الأمهات»، وهو أول كتاب يصف هذه المشكلة وعواقبها بوضوح. ناقشنا الوضع في المغرب وشجعتني على المضي قدماً في دراستي عن الحاجة إلى وجود عملية جراحية لإنقاذ الحياة خلال الولادة. هذه الحاجة التي لم يتم تلبيتها بعد، وكان ذلك منذ أكثر من ٢٠ عاماً ...

فنسننت دي بيرير

في أواخر ثمانينيات القرن العشرين، التقيت إيريك في منظمة الصحة العالمية عندما بدأت العمل على قاعدة بيانات الإجهاض. وعلى الرغم من أنها لم تكن المسؤولة عني وظيفياً، فإنها كانت لي بمثابة معلمة تلقائية وشديدة السخاء. عرفتني إيريك على تعقيدات قواعد البيانات، وفي وقت لاحق عرضت علي قضية التقديرات في مجال الصحة الإنجابية، عندما بدأت في تغطية مجموعة واسعة من قضايا صحة الأم والطفل.

التعليم الاجتماعي من أجل التنمية. ما زلت أذكر استماعي لها وهي تقول للمرة الأولى إنها تريد أن «تفعل شيئاً ما لتعليم الفتيات الصغيرات» في الهند. على مدى السنوات العشر الماضية، دعمت، هي وزوجها مايكل وابنتها جين، تعليم فتيات الداليت، اللائي، لولاهم، لتسرين من التعليم الابتدائي. لقد شهدت حياة أولئك الفتيات الصغيرات تحولاً كبيراً. قليلون هم من يستطيعون النظر إلى الماضي ويقولون إنهم قد أحدثوا تغييراً في حياة المئات، وكانت إيريك واحدة من أولئك القلائل. لقد أثرت إيريك حياتي بمجرد التعرف إليها، ولهذا وحده أشعر بالامتنان. بوفاة إيريك، أشعر كما لو كنت قد فقدت من كان لي دليلاً مرشداً طول حياتي.

تي كيه سونداري رافيندران

عندما انخرطت في فعاليات إطلاق اليوم العالمي الأول للعمل لصحة المرأة المعني بوفيات الأمهات عام ١٩٨٨، علمتني إيريك كل ما أعرفه عن قضية صحة الأم ووفيات الأمهات في أواخر ثمانينيات القرن العشرين. بما في ذلك كيفية فهم التقديرات. كان ذلك بعد مضي عام على إطلاق منظمة الصحة العالمية أول مبادرة للأمومة الآمنة تأسيساً على المعلومات التي وضعتها إيريك لهذا الموضوع. وفي عام ١٩٩٠، اتصلت بي لأكتب أول منشور رسمي تحت عنوان «المجموعات النسائية، والمنظمات غير الحكومية، والأمومة الآمنة»، الذي حرصت على أن تعمل منظمة الصحة العالمية على نشره عام ١٩٩٢. وقد ساندني هذا العمل خلال فترة من البطالة، بينما كنت أعمل على تحرير كتاب عن المرأة وفيروس نقص المناعة البشرية والصحة الجنسية والإنجابية. وكنت أعمل مع سونداري على إعداد «قضايا الصحة الإنجابية». منذ أول اجتماع لـ «قضايا الصحة الإنجابية» أثناء عيد الهالووين لعام ١٩٩٣ وحتى عام ١٩٩٨، أسند إلى سونداري منصب مساعد رئيس التحرير، وأصبحت

الوقت المناسب. ووصلت إلى جنيف مع قائمة أسماء تشمل سيدة باسلة تعمل في منظمة الصحة العالمية واسمها إيريك رويستون. واجهتني إيريك بالواقع بكل جفائه؛ قالت لي إن منظمة الصحة العالمية لا تملك أية إحصاءات تذكر عن وفيات الأمهات في البلدان النامية. لم يكن ذلك راجعاً لنقص في الموارد. أو في القدرة على جمع البيانات. ولكن لعدم وجود الإرادة السياسية في الأساس؛ وشرحت لي أن وفيات السيدات لا تمثل أهمية كبيرة كي تؤخذ في الحسبان. وخاصة عندما تكون هذه الوفيات ناجمة عن عمليات الإجهاض. غير السليمة. التي لا ترغب الحكومات في الحديث عنها. عرضت عليّ إيريك نتائج الدراسات القليلة المتاحة. وأوضحت أن ندرة البيانات كانت السبب في مزيد من الإهمال لهذه القضية. وعقب ذلك. استجبتني لتناول الغذاء. وعبرت لي عن مشاعر الإحباط التي تملؤها وإصرارها على القيام بشيء ما حيال ذلك.

بعد مرور عقد من الزمان. تقدمت بطلب للحصول على وظيفة مؤقتة في قسم صحة الأسرة بمنظمة الصحة العالمية. ووجدت نفسي مرة أخرى في مكتب إيريك. كان من الواضح أنها لم تتذكر لقاءنا السابق. وخجلت أن أذكرها به. ولكنني رأيت أن الكثير قد تغير. لقد صدر دليل قياس معدلات الوفيات بين الأمهات. كما أثمرت العديد من الدراسات التي تتناول مستويات وفيات الأمهات في البلدان النامية؛ الشيء الذي مكن إيريك من التوصل إلى أول تقدير عالمي. بلغ نصف مليون حالة وفاة بين الأمهات سنوياً. وكان كتاب يتناول منع وفيات الأمهات على وشك الصدور. وتبعته نشرة الأمومة الآمنة. التي قامت إيريك على تحريرها حتى تقاعدت. وقدمت من خلالها الكثير للربط بين واقع البلاد وتحركات الوكالات العالمية. وعملنا معاً على كتاب الحقائق العالمية. وهو جميع لكل ما كان معروفاً. في ذلك الوقت. عن صحة الأمهات في جميع أنحاء العالم.

لقد دعمتني إيريك بمعرفتها الواسعة بكل جود وسخاء. كما شاركتني في تحليلها النقدي

وأود أن أؤكد أن الكرة البلورية. التي كانت تحب أن ترمح حولها. هي في الواقع حكمتها ومعرفتها العميقة. وبصيرتها النافذة في جميع القضايا المتعلقة بصحة الأمهات. وأعتقد أن إيريك لعبت دوراً مهماً في الدعوة للاجتماع الدولي الأول حول صحة الأم في نيروبي. عام ١٩٨٥. بل قد تكون هي من بدأت ذلك الاجتماع. لأنني أتذكر أن الدكتور هالفدان ماهر قد ذكر (عندما التقيناه أنا وإقبال شاه لمناقشة مساهمته في الطبعة الخامسة من منشور منظمة الصحة العالمية بشأن إحصائيات الإجهاض) أنه ختم عليه أن يتدخل بنفسه ليدفع الاجتماع للبدء. وفي اجتماع نيروبي. انتبه المجتمع الدولي. للمرة الأولى. لارتفاع أعداد وفيات الأمهات.

استمرت صداقتي مع إيريك بعد أن غادرت منظمة الصحة العالمية. والتقينا كثيراً خلال الأشهر الأخيرة من حياتها. كانت تعرف ما سيحدث. واختارت ألا تدخل في صراع ضارٍ مع مرضها بعد أن خضعت لعملية جراحية. وكان من الرائع رؤيتها تحسن على المستوى الجسدي (حيث استعادت قدرتها على المشي). وكان من المحزن أن أشاهدها تواجه صعوبة في الحديث. ثم تكف تماماً عنه في الأسابيع الأخيرة. كم أفقدتها.

إليزابيث أهماان

في أواخر سبعينيات القرن العشرين. قرر المكتب الإحصائي للمفوضية الأوروبية جميع سلسلة من الإحصاءات الاقتصادية والاجتماعية لعقد مقارنة بين أوروبا وسائر بلدان العالم. وأدرجت الإحصاءات الخاصة بوفيات الأمهات على قائمة الموضوعات المهمة. في تلك الأيام التي سبقت الإنترنت. لم يكن العثور على البيانات مهمة بسيطة. لذلك كان على شخص ما أن يذهب إلى جنيف لزيارة منظمة الصحة العالمية والوكالات الأخرى التابعة للأمم المتحدة ليلتمس مساعدة الخبراء. ثم إرسال خطابات تعريف رسمية في



إيريك رويستون

بحدود معرفتنا وحاجتنا إلى وضع افتراضات شجاعة للاستقراء من بين عدد قليل من الدراسات الوبائية حول وفيات الأمهات. وذلك لإنتاج مؤشرات للعالم. لقد أبقت على الكرة البلورية في مكتبها لتذكرنا جميعاً بأننا في بعض الأحيان لا نعرف ببساطة أين نفق. وقد نضطر إلى إجراء بعض التخمينات المبنية على معلومات.

اليوم، وُضعت قضية صحة الأمهات على رأس جدول الأعمال السياسي. وأصبح وضع التقديرات ورصد الاتجاهات صناعة عالمية يتنافس الأكاديميون ووكالات الأمم المتحدة حول تقديمها في أرقام هي الأقرب إلى الحقيقة. وبالرغم من أن تقنيات النماذج الإحصائية الحالية أبعد ما تكون عن التحليلات الارتدادية البسيطة التي قدمت في هذه الأوقات

للمعتقدات التقليدية الراهنة. كانت دائماً تقول. يجب دائماً التثبت مما يطرحونه. سواء كانوا من كبار مسؤولي منظمة الصحة العالمية. أو وزراء الصحة. أو موظفي الخدمة المدنية. أو حتى من الأساتذة البارزين. أخضعت إيريك الأفكار الثابتة للتساؤل: مثل فكرة «نهج الخطر». وناقشتها قائلة إن معظم حالات الوفاة بين الأمهات تقع بين من يطلق عليهن سيدات «معدلات الخطورة المنخفضة». لأن معدلات الحمل عندهن هي الأعلى. كما كانت تنتقد الاعتماد على تدريب القابلات التقليديات. مشيرة إلى أنهن يقفن عاجزات إزاء التعامل مع المضاعفات الخطيرة للحمل والولادة.

سعت إيريك إلى جمع الأدلة قبل أن يصبح منهج «الاستناد للأدلة» شعاراً. لكنها اعترفت أيضاً

وكانت إيريك من أوائل من دعموا الأبحاث المتعلقة بكيفية قياس اعتلال الصحة المرتبط بالحياة الجنسية والإيجابية للمرأة. وتظل أبدأً في الذاكرة زيارة القرى الريفية في مصر، حيث أجرت هدى زريق وزملاؤها دراسة رائدة حول معدلات انتشار الأمراض الإيجابية. لم تكن إيريك باستخدام خليلها الثاقب في مناقشة طرق البحث، بل أغدقت على النساء والأطفال في مواقع الدراسة بدفع شخصيتها وإنسانيتها.

وعلى مدار سنوات، أشركتني إيريك، ضمن آخرين، في شغفها وحكمتها ورؤيتها الثاقبة. وعندما تقاعدت أعطتني كرتها البلورية، ونصحتني باستخدامها عند إعلان معدلات وفيات الأمهات في البلدان ذات البيانات الضعيفة. ولا تزال رؤيتها صالحة اليوم كما كانت آنذاك. شكرا لك، إيريك، على ما ضربته لنا من مثل أعلى، ولما أشعلته داخلنا جميعاً من حماس. شكرا على الحياة التي ملأها بالعمل الصالح.

كارلا أبو زهر

المبكرة. فإن التحليل النهائي ومعرفة «الحقيقة» يبقى معتمداً على اكتمال الإحصاءات في كل بلد، والثقة في مصادرها. لقد تحسنت هذه العوامل بالتأكيد، ولكن الطريق لا يزال طويلاً للوصول إلى العوامل المناسبة، وهو ما كانت إيريك أول من اعترف به.

لم تفتقر إيريك أبدأً إلى الشجاعة في قناعاتها. فقد كانت تعلم أن نشر معدلات وفيات الأمهات في كل بلد على حدة من شأنه أن يلهب الوضع السياسي، إلا أن عزمها على إلقاء الضوء على هذه القضية المهملة لم يفت. وكانت صريحة في إدانة السياسات، التي تمنع النساء من الحصول على رعاية الإجهاض الآمن. وقدمت الكثير للفت الانتباه لأبعاد مشكلة الإجهاض غير المأمون، وناضلت بقوة لإثبات أن وفيات الأمهات كانت واحدة من بين أعراض إهمال أوسع لصحة المرأة، وفتت الانتباه إلى المشكلة الخفية لانسور الولادة والأسباب الكامنة التي قد تؤدي إلى حدوثه، من إهمال، وسوء تغذية، بالإضافة إلى الزواج المبكر بين الفتيات.

عندما ترد الفئات المستهدفة: في موقع تقاطع الإثنوجرافيا البصرية والصحة الجنسية للمراهقين

بقلم: إيريكا نلسون،^(أ) وديلان هوويت^(ب)

(أ) زميلة في أبحاث ما بعد الدكتوراه، جامعة امستردام AISSR وأقسام الأنثروبولوجيا الطبية، مشروع CERCA، أمستردام، هولندا، المراسلات: erica.marie.nelson@gmail.com.

(ب) منتجة مشاركة، مديرة مشاركة، مدير تحرير، كاميرا Camera

ترجمة: شہرت العالم

هذا تقرير قدمته الكاتبة الأولى حول صنع اثنين من أفلام الفيديو حول الصحة الجنسية للمراهقين في الإكوادور في عامي ٢٠١١ و ٢٠١٢.

وهكذا، اخترت ديلان هوويت - وهي مخرجة ذات خبرة في الأفلام الوثائقية - لتصوير المنظور المحلي في هذه الأزمة المدركة في الصحة الجنسية والإيجابية للمراهقين. وفي الفيلم، اتخذنا نهجاً استكشافياً ومرجلاً تاركين إجابات الباحثين توجه عملية صناعة الفيلم. لقد شرحنا للمشاركين في الفيلم أننا سنتقاسم العمل الناتج مع أعضاء مشروع «سيركا»، بمدينة كوينكا ومقاطعة أزواي (وربما على المستوى الوطني)، وسننشره على موقع يوتيوب، ونستخدمه في العروض المستقبلية لعمل «مشروع «سيركا» بالمؤتمرات وفي المقالات. وطلبنا من الجميع التحلي بالصدق قدر الإمكان، نظرًا لأن هذه الأفلام يمكن أن تساعد في الإخبار عن حالة النشاط الجنسي للمراهقين والتثقيف الصحي ومشروع التوعية الصحية في المنطقة، مع أمل في تحسينها. وفي المقابل، بقينا صادقين قدر الإمكان تجاه المواقف المتناقضة والتضليل حول هذه القضايا، التي شارك فيها الناس في المقابلات أمام الكاميرا، بدلاً من تحرير المواد لتعكس «أفضل الممارسات»، على سبيل المثال، عند الإشارة إلى العدوى المنقولة جنسياً (كأمراض).

* «الصحة الإيجابية للمراهقين بالمجتمعات المحلية في أمريكا اللاتينية» www.proyectocerca.org

عندما وصلت للمرة الأولى إلى كوينكا، في الإكوادور، لأبدأ العمل الميداني الإثنوجرافي كجزء من مشروع الصحة الجنسية والإيجابية للمراهقين، أكد لي زملائي في كلية الطب بجامعة كوينكا أن الحديث عن الجنس مع الشباب، وأبائهم، أو أي شخص آخر في هذه المدينة الكاثوليكية، في أغلبها، سيكون عسيراً. وعندما اقترحت الحديث مع أحد سكان كوينكا حول هذه القضايا أمام الكاميرا، قال لي أحد الباحثين المساعدِين إنني مجنونة، بيد أن خبرتي خلال هذه الأشهر الأولى من العمل الميداني ضمت أحاديثي مع أهل كوينكا من جميع الأعمار حول آرائهم وأفكارهم عن الحالة الراهنة للتثقيف في مجال الصحة الجنسية والإيجابية والخدمات للمراهقين، فضلاً عن تحليلات لمجموعة متنوعة من المحرمات الثقافية حول الجنس والحياة الجنسية، فهذا بلد، قبل أي شيء، ترتفع فيه معدلات الحمل بين المراهقات إلى ما يزيد على المتوسط (١٠٠ ولادة لكل ١٠٠٠ امرأة تتراوح أعمارهن بين ١٥-١٩ سنة)^(١) أكثر من أي مكان آخر في العالم، ما عدا أفريقيا جنوب الصحراء. كما أنه بلد ارتفعت فيه نسبة الحمل بين المراهقات خلال العقدَيْن الأخيرين، على عكس بلدان أخرى في المنطقة، من ١٤,٤٣٪ من جميع الولادات في عام ١٩٨٩ إلى ٢٠,٣٤٪ في عام ٢٠٠٩.^(٢)



إيركا نلسون

مشاهدة فيلم «الأجيال الثلاثة» في نادي المسنين في تشيكوينتاد.

كوينكا. وطلاب اللغة الإنجليزية. الذين التقينا بهم في الشارع. وحدثوا أمام الكاميرا في مقابلات معنا. وشقيق أحد المعارف.

الأجيال الثلاثة

فيلم تم تصويره في تشيكوينتاد، الإكوادور، مايو-يوليو ٢٠١٢

<https://vimeo.com/61224125>

شكل الفيلم الثاني، بعنوان «الأجيال الثلاثة»، جزءاً من البحث الإثنوجرافي المتعمق الذي قمت به لأكثر من خمسة أشهر في عام ٢٠١٢ في أبرشية شبه ريفية في تشيكوينتاد (عدد السكان ٤,٠٧٣)^(١). ويُعد واحداً من مواقع التدخل الثلاثة لمشروع «سيركا» في كوينكا. كان هذا الفيلم يتطلب إجراء مقابلات متعمقة وتصوير قصدي على مدى الشهرين

أصوات من كوينكا

فيلم تم تصويره في كوينكا، الإكوادور، مارس ٢٠١١ <https://www.youtube.com/watch?v=L8o0kFfUddY>
كان الفيلم الأول - بعنوان «أصوات من كوينكا» - يستهدف إعطاء الشباب فرصة للتحدث مباشرة إلى أولئك المسؤولين عن إعداد استراتيجيات التدخل في مجال الصحة الجنسية والمراهقين للمراهقين في كوينكا. (مثل زملائي في مشروع «سيركا»، وهو تدخل بحثي يمول من الاتحاد الأوروبي (FPV)، بالإضافة إلى المنظمات غير الحكومية، ومثلي إدارات التعليم والصحة في البلديات والإقليم. الأصوات التي نسمعها تشمل المراهقين المشاركين في الحلقة البحثية الإثنوجرافية، التي توليت إدارتها، والبالغين الشباب الذين تلقوا تدريباً في مجال الصحة الجنسية والإنجابية، والمراهقين بمشروع موله سابقاً IPPF في

كوينا.

ولا نقصد بالشخصيات الثلاث التي تظهر في الفيديو (الجدة، الأم، الابنة) أنهن «أنماطاً» تمثيلية. لكن قصصهن تقدم بعض التبصر في التحول الجذري للمواقف والمعارف في مجال الصحة الجنسية والإيجابية على مدى فترة تمتد ٤٠ سنة. وعلى الرغم من أن ثلاثتهن لا يعشن في تشيكوينتاد. فإنهن جميعاً يرتبطن ارتباطاً وثيقاً بهذا المكان. ترعرعت دونا روزا اسبيرانزا ألفارادو أوكويلما في منزل يبعد عن الساحة المركزية بمجموعة واحدة من المباني. تركت المدرسة في سن التاسعة بسبب إصابتها بالحمى الروماتيزمية. ثم ساعدت والدتها في تربية أخواتها التسع الأصغر سناً. الشخصية الثانية هي سونيا استوديلو. رئيسة مكتبة تشيكوينتاد العامة التي تتكون من غرفة واحدة. وتساعد في تنسيق أنشطة المجتمع المحلي مثل اللقاء الأسبوعي في نادي المسنين في قاعة الإبرشية. أما هيبوليتو كابريرا. فهي مشاركة نشطة في نوادي الشباب التابعة لمشروع «سيركا». وملتحنة بمدرسة تشيكوينتاد الفنية العليا. وتسافر يومياً بالحافلة من حي يقع قريباً في بقعة منتصف الطريق بين القرية والحديقة الصناعية في كوينكا. شاهدت المشاركات فيلم «الأجيال الثلاثة» الوثائقي. ووافقن على المحتوى (على الرغم من أن دونا اسبيرانزا اشتكت من أنها تبدو نحيفة جداً. حيث تم تصوير الفيلم بعد وفاة والدتها بشهور قليلة).

وعلى خلاف فيلم «أصوات من كوينكا». الذي تم تجميعه بسرعة والمشاركة فيه على نحو غير رسمي. كان المقصود بفيلم «الأجيال الثلاثة» أن يكون أكثر تعبيراً. كانت الفكرة تكمن في تقديم سياق تاريخي وثقافي لمشروع للصحة العامة يستهدف تغيير طريقة حديث الأسر عن القضايا المتصلة بالصحة الجنسية والإيجابية للمراهقين. يعكس الفيلم اعتقادي بأنه للبدء في تغيير هذه الأحاديث اليومية حول السلوك المقبول والمتوقع للشباب. عندما يدخلون فترة الاستكشاف الجنسي. التي قد تؤدي إلى

الماضيين. ولذا اخترت المشاركين من بين أولئك الذي نمت بيني وبينهم علاقات وثيقة خلال عملي مع نادي المسنين في تشيكوينتاد. ومكتبة تشيكوينتاد. ومدرسة تشيكوينتاد الثانوية الفنية. ونظراً لأنني شهدت فائدة الإثنوجرافيا البصرية في تحفيز الحوار والمناقشة خلال فيلم «أصوات من كوينكا». فقد جاء هذا الفيلم الوثائقي الثاني بمثابة نقطة انطلاق للمناقشات حول المحرمات الثقافية والجيلية المحيطة بالكلام عن. وتقديم المشورة حول. الجنس والحياة الجنسية داخل الأسر.

تشيكوينتاد هو مكان للأمهات الشابات. والأجداد. والأطفال. والمراهقين (٤١٪ من السكان دون سن ١٨). وهناك قلة قليلة من كبار السن الذكور (بسبب قيود الهجرة. وأساساً للولايات المتحدة). مستويات التعليم الرسمي متدنية (أكمل ١٧٪ فقط المدرسة الثانوية).^(٣) كما أن صناعة نسج قبعات بنما الشهيرة. التي تُستخدم لتوفير التدفق المالي لإعاشة المزارعين الذين يعيشون في الوادي. قد تقلصت حالياً إلى قدر ضئيل من دولارات السياح. أحد مصادر الفخر المتبقية. كما يمكن أن يخبرك أي مقيم هناك. هو فوز المرأة التشيكوينتادية ١٩ مرة بلقب «ملكة الجمال والثقافة». ومع ذلك. وفي الحياة اليومية. نجد أن النساء فقط اللاتي في الخمسينيات من أعمارهن. أو أكبر. هن من لا يزلن يرتدين التنورات الكاملة التقليدية. والبلوزات المطرزة. والقبعات المبيضة المنسوجة بإحكام من زّي التشولا المحلي. لقد تحولت تشيكوينتاد. في غضون ثلاثة أجيال فقط. من قرية زراعية ريفية لا تضم أي مركز صحي أو مدرسة ثانوية. ومنازلها الريفية مصنوعة من الطوب اللبن. ومصابة بالفقر الذي يعوقها. وخالية من وسائل المواصلات المباشرة إلى كوينكا. إلى مكان يقع عند حافة التحول نحو الحضر في كوينكا. يضم مدرسة فنية عليا. ومقاهي الإنترنت. ومنازل مصنوعة من الأسمنت والزجاج ومتعددة الطوابق. مبنية بالدولارات المكتسبة من الخارج. هذا بالإضافة إلى خدمة الحافلات كل خمس ساعات إلى وسط مدينة



إيركا نلسون

أطفال إحدى المدارس في الإكوادور.

تم تصويره في بلد آخر، حيث كان محتواه مشابهاً لقصص حيواتهم. وفي ماناجوا، فوجئ المشاركون في المجموعة البورية بالحجم الكبير للأمور المشتركة بينهم وبين أسر تبعد عنهم آلاف الأميال، لا سيما الغياب التام للتثقيف الجنسي أو المعرفة بموانع الحمل بين البالغين سن الأربعين وأكبر. واستجابة للفيلم، تحدث الناس (الشباب، والمسنون، والأعمار الوسيطة) بانفتاح حول المشورة التي قدمها لهم البالغون في الأسرة وأقرانهم حول الجنس وموانع الحمل؛ كما أقر مقدمو الرعاية الصحية بالصعوبات التي واجهوها عن حديثهم عن موانع الحمل أو السلوك الجنسي الصحي مع أطفالهم هم أنفسهم؛ وعزى الآباء والأمهات أنفسهم في ما يتعلق بالتحديات التي واجهتها سونيا. وصدمة اسبيرانزا كونها شاهدة

تصلب محتمل للأعراف المتعلقة بالنوع الاجتماعي، من المهم أن يعرفوا المزيد حول ما عاشته واختبرته بنفسها الأجيال السابقة.

خلال الأشهر الثلاثة الماضية، عرضت فيلم «الأجيال الثلاثة» على مجموعات مختلطة من الآباء والأجداد، والمراهقين، في جميع مواقع مشاريع «سيركا» الثلاثة (ماناجوا، نيكاراغوا، كوتشابامبا، بوليفيا، كوينكا، الإكوادور)، وما يثير الدهشة، أن قدرة الفيلم على فتح محادثات حول طبيعة، والقيود المفروضة على التواصل داخل الأسر حول الجنس والحياة الجنسية كانت متساوية في المواقع الثلاثة. على الرغم من الاختلافات الثقافية والاجتماعية والاقتصادية الكبيرة بين المجموعات، في كوتشابامبا، لم يصدق الآباء والأمهات والشباب أن الفيلم الوثائقي

خاصة بها. فعلى الرغم من إمكانية اختلافهم مع. أو التمرد على. المعايير والتوقعات الاجتماعية والثقافية لوالديهم وكبار السن. فإنهم يوجدون في عالم متعدد الأجيال. يتوقع منهم الكثير. ويُعتبر الفلمان. بطرق مختلفة. محاولة للوصول إلى الناس من جميع الأعمار الذين يعانون من ثغرات بين الأجيال. من أجل تحديد حد فاصل على الجانب الآخر.

شكر وتقدير

يضم مشروع «سيركا» الشركاء التاليين: المجموعة الجنوبية. بوليفيا: جامعة كوينكا. إكوادور: جامعة كاواناس للطب. ليتوانيا: جامعة نيكاراجوا الوطنية المستقلة. نيكاراغوا: معهد أمريكا الوسطى للصحة. نيكاراغوا: جامعة أمستردام. هولندا. يتولى تنسيق المشروع: المركز الدولي للصحة الإنجابية. بلجيكا: ويجري تمويله عن طريق إطار FPI للجنة الأوروبية.

على عالم متغير. وبقى أمامنا أن نرى ما إذا كانت هذه الأفلام نفسها يمكن أن تخدم مشاريع أخرى للصحة الجنسية والإنجابية للمراهقين. توضح تجربة عرضي لهذه الأفلام في سياقات متميزة في أمريكا الوسطى وأمريكا الجنوبية أنها قد تكون مفيدة للمُعلمين المراهقين ضمن سياق أمريكا اللاتينية والناطقين بالإسبانية في الولايات المتحدة. واستناداً إلى تجربتي. فإنني أشجع بقوة الأنصار ومسؤولي إعداد البرامج. في بقاع أخرى من العالم. على إدماج المناهج البصرية في جهودها في مجالي التثقيف والتوعية. وعلى الرغم من أن الفيلمين يتناولان أساساً واقع الحياة في منطقة سييراس جنوب الإكوادور خاصة. فإنهما يحتويان على رسالة ذات صلة. على قدم المساواة. للشباب وأسرهم في أي مكان في العالم. المراهقون ليسوا جماعة مستهدفة محتواة ذاتياً. أو تضم مجموعة من المعارف والمواقف والممارسات

المراجع

1. UN Population Fund. State of the World's Population 2012.
www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/EN_SWOP2012_Re-

port_1.pdf.

2. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Censo de población y vivienda 2001.

3. Instituto Nacional de Estadísticas

y Censos, ibid, quoted in: Informe País: Proyecto CERCA, Universidad de Cuenca, February 2011.

REPRODUCTIVE HEALTH *matters*

RHM in Arabic, Issue No. 18

Papers in this issue are from:

Reproductive Health Matters

Volume 21 number 41 May 2013

Volume 13 number 25 May 2005

Volume 9 number 17 May 2001

Volume 14 number 27 May 2006

Volume 14 number 28 May 2006

© Reproductive Health Matters 2001, 2005, 2006 & 2013

Translation:

- Shohrat El Alem
- Refaat El Said Ali
- Soheir Gamal Mahfouz
- Mawaheb El Mouelhy
- Ghada Tantawi
- Passant Hamed
- Yassmin El Kashef
- Amal El Tarzi

Manager Editor

Hala El Damanhoury

Linguistic Revision

Fatma Kandil

Ilham Basiouny

Editorial Advisory Board

Mawaheb El Mouelhy

Amal Fahmy

Nahla Abd El Tawab

Omayma El Gibaly

Hisham El Rouby

Design

Philip Kondos

Typesetting

Promotion Team

Cover Photo

RHM Promotional leaflet 2012 Girls from Alexandria/
Egypt

Arabic edition published by:

Youth and Development Consultancy Institute/
ETIJAH

56 El Nozha St., Heliopolis, Cairo, Egypt.

Tel.: + 202 24177395 - 24177375

Fax: + 202 24177409

E-mail: rhm@arabicrhm.org / arabicrhm@gmail.com

Website: www.arabicrhm.org

ISSN 2356-864x

RHM Editorial Office:

Reproductive Health Matters

444 Highgate Studios

53 - 79 Highgate Road, London NW5 1TL, UK

Tel.: +(44-20) 7267 6567 Fax: +(44-20) 7267 2551

Website: www.rhmjournal.org.uk

www.rhm-elsevier.com/

ISSN 0968 – 8080

RHM IS INDEXED IN:

Current contents	Research Alert
Medicine	Social Science Research Network
Popline	Social Sciences Citation Index
PubMed	Studies on Women Abstracts

Submissions & Editorial matters:

Shirin Heidari, Editor

Guidelines available at: www.rhmjournal.org.uk

All Other Correspondence

Pathika Martin

E-mail: pmartin@rhmjournal.org.uk

RHM is part of the Elsevier Reproductive and

Women's Health Resource Online:

www.rhm-elsevier.com

To be included on the mailing list or to get additional
copies of this issue,

Contact: Arabic Reproductive Health Matters Journal
– RHM

E-mail: arabicrhm@gmail.com/ rhm@arabicrhm.org

Website: www.arabicrhm.org

Facebook: www.facebook.com/arabicrhm

Twitter: https://twitter.com/arabicrhm

**This Arabic edition is funded by
Reproductive Health Matters**