

حالة سكان العالم ٢٠١٩



مهمة

تنتظر الإنجاز

السعي لحصول الجميع على الحقوق والخيارات

أعدَّ هذا التقرير برعاية شعبة الاتصالات والشراكات الاستراتيجية في صندوق الأمم المتحدة للسكان.

رئيس التحرير

أرثر إيركن، مدير، شعبة الاتصالات والشراكات الاستراتيجية

فريق التحرير

المحرر: ريتشارد كولودج

المحررة المساعدة: كاتي مادونيا

مديرة النسخة الرقمية: كاتي مادونيا

مستشارو النسخة الرقمية: هانو رانك، كاتيلين رويز

النشر والتصميم الشبكي: Prographics, Inc.

الكاتب ومستشار الأبحاث

ستان بيرنشتاين

المستشارون المُتُون في صندوق الأمم المتحدة للسكان

إليزابيث بنومار

دانييل سكينسل

الباحثة والكتابة الرئيسية

كاتيلين موغيلغارد

باحثو الفصول وكتّابها

جيفري إدميدز

غريتشين لوتشينغر

وليام إي. راين

أن إم. ستارز

كُتَّاب المقالات الخاصة

جانيت جنسن

غريتشين لوتشينغر

© صندوق الأمم المتحدة للسكان ٢٠١٩

شكر وتقدير

يود صندوق الأمم المتحدة للسكان أن يعرب عن خالص شكره وتقديره للنساء التالية أسماؤهن لموافتهنَّ على مشاركة نبذاتٍ عن حياتهنَّ في هذا التقرير:

تفتا شاكاج، ألبانيا

مديحة بيسيك، البوسنة والهرسك

تسيستينا خافانتي، البرازيل

ساي بانغ، كمبوديا

دهب السيد وأم أحمد، مصر

ألما أوديت شاكون، غواتيمالا

فاني ديريسمي، هايتي

مارتا بولا سانكا، غينيا بيساو

راجيشواري ماهالينغام، الهند

شارا راناسينغ، سريلانكا

راسامي، تايلند

جوزفين كاسيا، أوغندا

يودُ المحررون أن يعربوا عن خالص امتنانهم لويليام مكجريف لقاء البحوث التي أجراها حول العقبات المؤسسية والتمويلية التي تعترض الصحة الجنسية والإنجابية وكذلك لكريستوفر هوك للمساعدة البحثية الأخرى. جمع فرغ السكان والتنمية في صندوق الأمم المتحدة للسكان البيانات الإقليمية ضمن قسم المؤشرات في هذا التقرير. قُدمت البيانات المصدّرة المستخدمة في إعداد مؤشرات التقرير من قِبَل شعبة السكان في إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية في الأمم المتحدة، ومنظمة الصحة العالمية. ساهمت أيضاً راشيل سنو، وسارة ريس، ومارييل ساندر - ليندستروم من صندوق الأمم المتحدة للسكان في صياغة تقرير هذا العام. وقامت إيرين أنستاسي، وإيميلي فيلمر - ويلسون، وأنيكا كنوتسون، وليلي شرفي باستعراض المسودات وإبداء ملاحظات بشأنها.

الخرائط والتسميات

لا تعبر التسميات المستخدمة وطريقة عرض المواد ضمن الخرائط الواردة في هذا التقرير عن أي رأي كان من جانب صندوق الأمم المتحدة للسكان فيما يخصّ الوضع القانوني لأي بلد أو إقليم أو مدينة أو منطقة، أو لسلطات أيّ منها، أو ما يتعلّق بتعيين حدودها أو تخومها. يمثل الخط المنقّط بشكل تقريبي خطّ المراقبة المنقّف عليه بين الهند وباكستان في جامو وكشمير. علماً بأن الأطراف المعنية لم تتفق على الوضع النهائي لجامو وكشمير.

الصور الفوتوغرافية

التغلاف الأمامي: © Steve McCurry/Magnum Photos

الجدول الزمني: © Alamy Stock Photos, Getty Images.

Jangbu Sherpa, Warren K. Leffler, NASA,

UN/UNFPA

صندوق الأمم المتحدة للسكان

ضمان حصول الجميع على الحقوق والخيارات منذ عام ١٩٦٩

حالة سكان العالم ٢٠١٩ 

مهمّة تنتظر الإنجاز

السعي لحصول الجميع على الحقوق والخيارات

- ١ النضال من أجل الحقوق والخيارات
ما زال مستمراً
صفحة ٧
- ٢ ستُّ نساء، ستة عقود، ستُّ
مسيرات حياة
صفحة ٢٣
- ٣ حقوقٌ مهدّدة في زمن النمو السكاني
صفحة ٣٧
- ٤ متوفرة لكن يتعدّر الحصول
عليها
صفحة ٥٣
- ٥ العقبة الكامنة وراء جميع
العقبات الأخرى
صفحة ٧٣
- ٦ عندما تنهار الخدمات
صفحة ٨٧
- ٧ المؤسسات والتمويل لضمان
الحقوق والاختيارات
صفحة ١٠١
- ٨ إعمال الحقوق والخيارات للجميع:
إن لم يكن الآن، فمتى؟
صفحة ١١٧
- ٩ أكثر من أمّ لي، وأقل من ابنةٍ لي
صفحة ١٣٧

أحرزت مكاسب هامة في الصحة والحقوق الجنسية والإيجابية منذ عام ١٩٦٩. ولكن على الرغم من هذا التقدم الحاصل، ما تزال مئات الملايين من النساء يواجهن عوائق اقتصادية واجتماعية ومؤسسية وسواها من العوائق التي تحول دون اتخاذ قراراتهن بشأن ما إذا كنَّ يرغبن بالحمل ومتى وممن.

إن توفير الحقوق والخيارات للجميع هو مسعى متواصل يواجه تحديات جديدة في كل حين.



تحويل الحقوق والخيارات إلى واقع يحياه الجميع

منذ تأسيسه سنة ١٩٦٩، قاد صندوق الأمم المتحدة للسكان جهوداً متعددة الجوانب تهدف إلى مساعدة النساء في البلدان النامية لإيجاد طريقهن وسط مشهد دائم التبدل ومتنوع بالعوائق التي تحول دون حصولهن على حقوقهن الإنجابية. وقد اكتسبت هذه الجهود زخماً وإلهاماً جديدين سنة ١٩٩٤، حين اجتمعت ١٧٩ حكومة في القاهرة في إطار المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، ورسمت خطة تنمية مستدامة قائمة على الحقوق والخيارات الفردية ومستندة على تحقيق الصحة الجنسية والإنجابية للجميع. وقد نجحت تلك الخطة المضمنة في برنامج العمل، لا في إعادة الحياة إلى حركة الحقوق الإنجابية العالمية فقط، بل كذلك في تنصيب صندوق الأمم المتحدة للسكان وصياً على هذه الحركة.

ومع تضافر جهود المجتمع المدني والحكومات والمؤسسات التنموية وصندوق الأمم المتحدة للسكان على مدى الخمسين عاماً الماضية، شُرعت أبواب فرص واحتمالات جديدة أمام النساء والفتيات في شتى أرجاء المعمورة. ومع ذلك، ما زال أمامنا طريقاً طويلاً قبل أن تمتلك جميع النساء والفتيات القدرة والوسائل اللازمة للسيطرة على أجسامهن واتخاذ قرارات مستنيرة بشأن صحتهم الجنسية والإنجابية.

وفي الوقت عينه، يتعيّن علينا التصدي للقوى التي تتوق لإعادتنا إلى زمن لم يكن للنساء فيه رأي في القرارات الإنجابية، أو حتى في أي من نواحي حياتهن.

يجب مواصلة النضال من أجل الحقوق والخيارات إلى أن تصبح واقعاً يعيشه الجميع.

د. نتاليا كاتيم

وكيلة الأمين العام والمديرة التنفيذية لصندوق الأمم المتحدة للسكان

حدث ذلك سنة ١٩٦٩. وصل عدد سكان العالم إلى ٣,٦ مليار نسمة، بزيادة تقارب المليار عن ١٧ عاماً خلت فقط. في ذلك الزمن كانت معدلات الخصوبة في أنحاء العالم حوالي ضعف ما هي عليه اليوم. وفي أقلّ البلدان نمواً، وصلت الخصوبة إلى حوالي ست ولادات لكل امرأة.

وكان قد صدر في العام السابق كتاب *القنبلة السكانية* لبول إيرليش، وأثار موجة من الذعر عمّت العالم بشأن "الاكتظاظ السكاني"، الذي سيؤدي وفقاً لتوقعات المؤلف إلى مجاعة جماعية على "كوكبٍ يحتضر".

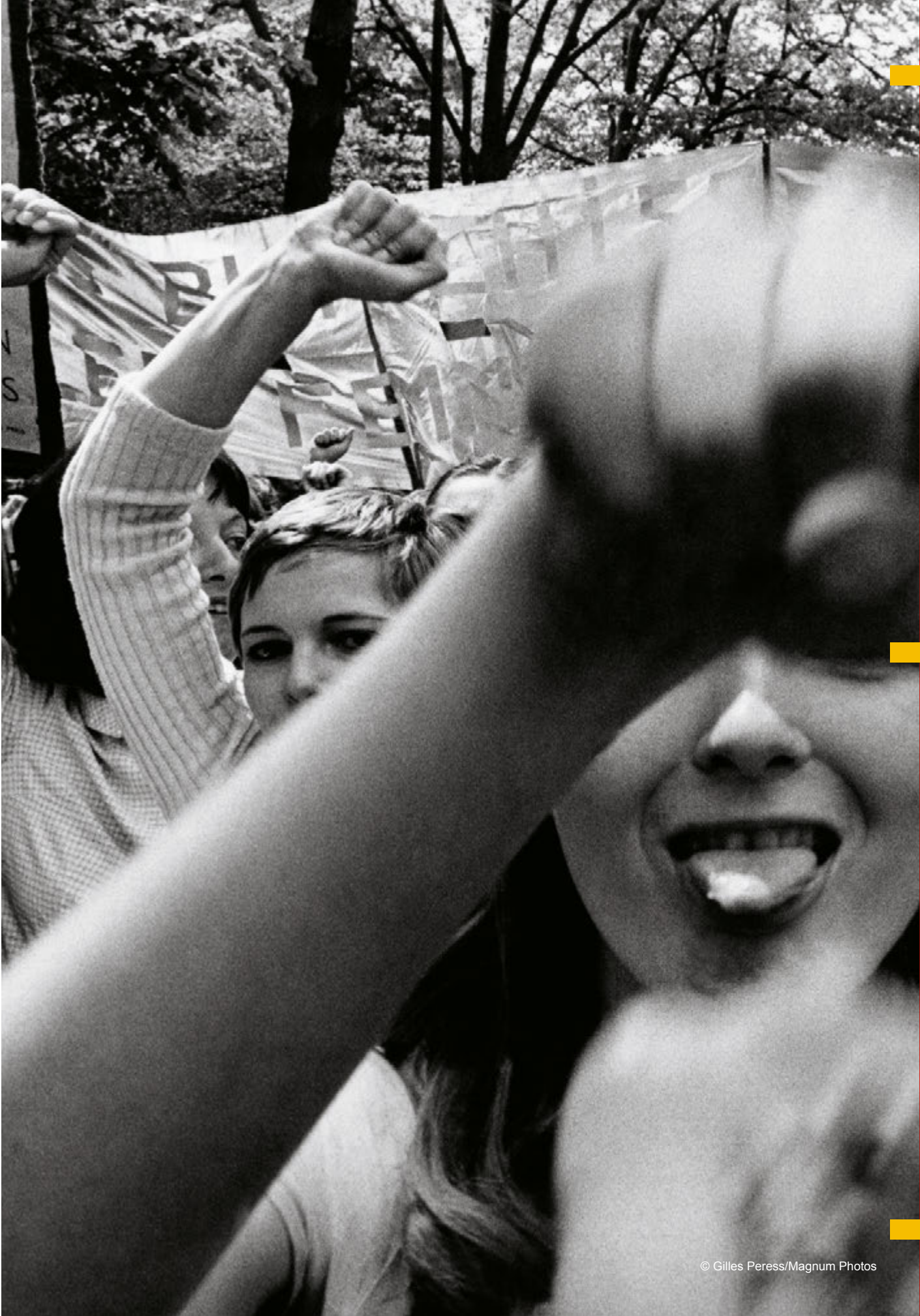
كانت تلك هي الظروف التي مهّدت لتأسيس صندوق الأمم المتحدة للسكان من أجل تقديم النصح للبلدان النامية بشأن العواقب الاجتماعية والاقتصادية للنمو السكاني، ولدعم البرامج السكانية الوطنية التي شرعت في توزيع وسائل منع الحمل على نطاقٍ غير مسبوق.

ونتيجةً لهذه البرامج، أصبحت الخيارات الإنجابية الحقيقية واقعاً يعيشه المزيد والمزيد من النساء في البلدان النامية. وبسبب ذلك، اتجهت النساء إلى إنجاب عددٍ أقل من الأطفال، وأخيراً امتلكت ملايين النساء زمام التحكم بخصوبتهن.

وعلى الرغم من ازدياد توفّر وسائل منع الحمل مع مرور الوقت، فما تزال مئات الملايين من النساء اليوم غير قادرات على الحصول عليها، ولا على الخيارات الإنجابية التي توفرها تلك الوسائل. ومن دون إمكانية الحصول عليها، تفتقر النساء إلى القدرة على اتخاذ القرارات بشأن أجسادهن، بما في ذلك القرار بالحمل أو عدمه.

ومن شأن الافتقار إلى هذه القدرة – الذي يؤثر على جوانب أخرى عديدة من الحياة، من التعليم إلى الدخل والأمان – أن يجعل النساء عاجزات عن رسم مستقبلهن.





1969

1970

1971

1972

1973

1974

1975

1976

1977

1978

1979

1980

1981

1982

1983

1984

1985

1986

1987

1988

1989

1990

1991

1992

1993

1994

1995

1996

1997

1998

1999

2000

2001

2002

2003

2004

2005

2006

2007

2008

2009

2010

2011

2012

2013

2014

2015

2016

2017

2018

2019

النضال من أجل الحقوق والخيارات ما زال مستمراً

يشهد عام ٢٠١٩ حدثين هامّين في مجال الصحة الإنجابية هُما: مرور ٥٠ عاماً على بدء أنشطة صندوق الأمم المتحدة للسكان، و مرور ٢٥ عاماً على انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية ذي الأهمية التاريخية، في القاهرة.

السكاني، واستخدام وسائل منع الحمل، والصحة والحقوق الجنسية والإنجابية، سيحدّد قدرة النساء والفتيات على تحقيق كامل إمكاناتهن كأفرادٍ في مجتمعاتهن، كما أنّ تلك التغييرات ستتوقف على هذه القدرة في الوقت نفسه. وكل ذلك سيعتمد إلى حدّ كبير على مضيّ العالم قدماً بالإنجازات التي حققتها المؤتمر الدولي

تعيش فيها، بطرقٍ قابلةٍ وغير قابلةٍ للقياس، عميقة وسطحية، دائمة ومؤقتة. لقد دأب الناشطون والمناصرين والمختصون في الصحة العامة والعديد سواهم على النضال دون كللٍ لإحداث التغييرات التي نراها من حولنا اليوم، لكن ما زال أمامنا الكثير من العمل بعد. وما يحمله لنا المستقبل من تغييراتٍ في النمو

وقد أدى هذان الحدثان – إطلاق الأمم المتحدة لأول وكالة مكرّسة للتعامل مع قضية النمو السكاني واحتياجات سكان العالم في مجال الصحة الإنجابية، وإعلان التزام عالميٍّ بالصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية – إلى إحداث تغييرٍ جذريٍّ في حياة النساء والعائلات، فضلاً عن المجتمعات التي

التعليم، وفرص العمل والأجور، والزواج والطلاق، وحياسة الممتلكات والعديد من القضايا الأخرى. في عام ١٩٦٩، كانت اضطرابات ستونول في نيويورك بمثابة شرارة انطلاقاً للحركة العالمية لحقوق المثليين؛ كما أسست وكالة الولايات المتحدة للتنمية الدولية مكتباً خاصاً بالسكان؛

الحمل أو منعه؛ غير أن المرأة العادية في أقل البلدان نمواً كانت تنجب ٦,٧ أطفال، وكان ٢ في المائة تقريباً يستخدمن أحد أساليب منع الحمل. أما الإجهاض فكان أمراً غير قانوني في معظم أرجاء العالم، وكانت حركة تحرير المرأة تناضل في سبيل المساواة في الحصول على

السكان والتنمية، ومعالجته لجوانب النقص التي عانى منها.

العالم سنة ١٩٦٩

قبل خمسين عاماً، وفي العالم أجمع، كانت المرأة العادية تنجب ٤,٩ أطفال، وكان ٣٥ في المائة من النساء المتزوجات يستخدمن أحد أساليب منع الحمل لتأجيل



١٩٦٩
حتى ٢٠١٩

الجمعية العامة تسمي صندوق الأمم المتحدة للسكان هيئة رائدة في تنفيذ البرامج السكانية

معاهدة عدم انتشار الأسلحة النووية تدخل حيز النفاذ

تعيين رافانيل سالاس مديراً تنفيذياً لصندوق الأمم المتحدة للسكان

صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية يبدأ في ممارسة مهامه

١٩٧١

طرح اللوب الرجمي "دالكون شيلد" في الأسواق

سيراليون تُصبح جمهورية

١٩٧٠

مجلس السكان ينشئ اللجنة الدولية لبحوث منع الحمل

١٩٦٩

عالم الأحياء روبرت جوفري إدواردز يُعلن نجاحه في تخصيب بويضات بشرية في طبق بئري لأول مرة

إنشاء مكتب السكان التابع للوكالة الأمريكية للتنمية الدولية

اضطرابات ستونول بمدينة نيويورك تشكل نقطة انطلاق للحركة الحديثة لحقوق المثليين في الولايات المتحدة

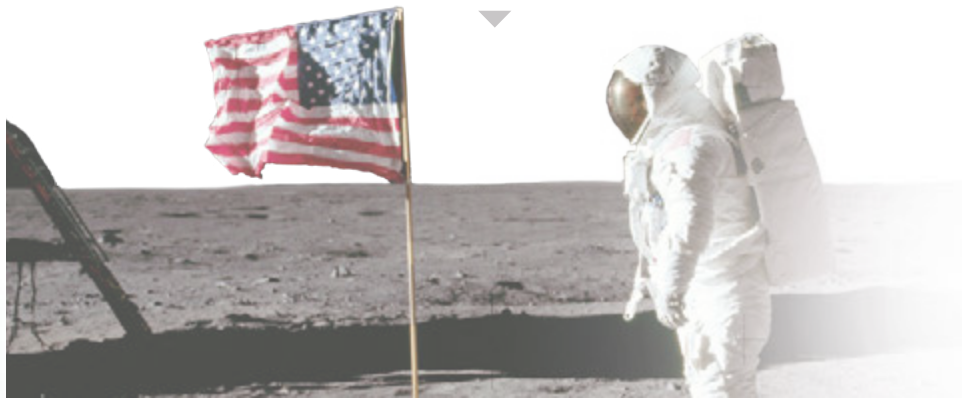
"توجيه أول رسالة عبر شبكة وكالة مشاريع الأبحاث المتقدمة (أربانيت)، التي شكّلت خطوة تمهيدية لشبكة الإنترنت

"نيل أرمسترونغ يخطو أولى خطواته التاريخية على سطح القمر"

أحداث عالمية

محطات بارزة على صعيد الأمم المتحدة

٥



النامي. وقد ساهمت المخاوف بشأن النمو السكاني الناجم عن ذلك، وما قد يُلحقه من ضررٍ بالنمو الاقتصادي والبيئة، في الإقبال على فهم الخصوبة البشرية وإدارتها بشكلٍ أفضل. وقد عكسَ تأسيسُ صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية، الذي عُدّل اسمه عام ١٩٨٧ ليصبح صندوق الأمم المتحدة

الذي يحدث للمرة الأولى من خلال إعلانٍ عالمي (الأمم المتحدة، ١٩٦٨). وبحلول عام ١٩٦٩، ونتيجةً للتدخلات الجارية في قطاع الصحة العامة، والتي أدت إلى خفض معدل وفيات الرضع والأطفال وإطالة العمر المتوقع، فاقت معدلات الإنجاب معدلات الوفيات في معظم أنحاء العالم

واعتمدت غانا سياستها المسمّاة "التخطيط السكاني من أجل التقدم والازدهار الوطني". وقيل ذلك بعام، خلال مؤتمر الأمم المتحدة الدولي الأول لحقوق الإنسان في طهران، أكد المندوبون الحق الأساسي للوالدين في " تحديد عدد الأطفال والفترات الفاصلة بينهم بكل حرية ومسؤولية"، الأمر



الأمم المتحدة تُعلن افتتاح عقد الأمم المتحدة للمرأة



انعقاد المؤتمر العالمي للسكان، بوخارست

اكتمال الجسر في إسطنبول الذي يعبر مضيق البوسفور، وبالتالي ربط قارتي أوروبا وآسيا ببعضهما البعض

الولايات المتحدة والاتحاد السوفياتي ينضمان إلى ٧٠ دولة أخرى في التوقيع على اتفاقية لحظر الحرب البيولوجية

١٩٧٥

استقلال موزامبيق وسورينام

العالم أندريه ساخاروف، مبتكر أول قنبلة هيدروجينية للاتحاد السوفياتي، يُمنح جائزة نوبل للسلام



١٩٧٤

عدد سكان العالم

يصل إلى

٤

مليارات نسمة

الهند تُجري بنجاح تجربة نووية تحت سطح الأرض

١٩٧٣

الجمعية الأمريكية للطب النفسي تُزيل المثلية الجنسية من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، الطبعة الثانية، الخاص بها

الإجهاض يصبح قانونياً في الولايات المتحدة

١٩٧٢

نادي روما يُطلق تقرير "حدود النمو"

الأمم المتحدة تُعلن ١٠ كانون الأول/ديسمبر يوماً عالمياً لحقوق الإنسان



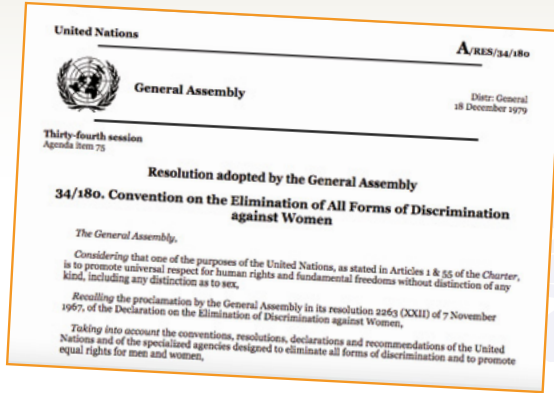
والاجتماعية، كان ما يزال في بدايته. أما إدراك ما سينجم عن كل ذلك بشكل أفضل، فلم يجن وقتُه بعد.

العالم سنة ١٩٩٤

قبل خمسة وعشرين عاماً، أي في وقت انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في القاهرة، كان متوسط معدل الخصوبة

والجديدة نسبياً تغييراً جذرياً بالنسبة للنساء، فقد أتاحت لهنَّ - للمرة الأولى - القدرة على منع الحمل غير المقصود بأساليب موثوقة، فضلاً عن خياراتٍ جديدة في التحكُّم بحياتهن الإنجابية. غير أن فهم تأثيرات وسائل منع الحمل وتحديد النسل على صحة الأفراد من النساء والفتيات، ورفاههن وحياتهن الاقتصادية

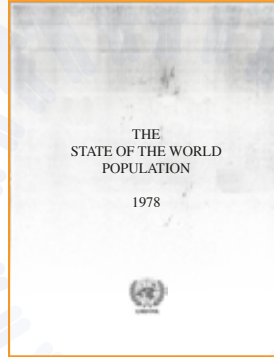
للسكان، تعاطمَ الاهتمام بفهم طبيعة تأثير الديناميات السكانية على التنمية الاجتماعية والاقتصادية، كما عكس رغبة الأمم المتحدة في دعم برامج العمل الهادفة إلى تثبيت عدد سكان العالم. وخلال العقد السادس من القرن العشرين، مثَّلت زيادة توفر طرق منع الحمل الفعالة



إقرار اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة (سيداو)

١٩٧٩

السنة الدولية الأولى للطفل



صندوق الأمم المتحدة للسكان يُصدر أول تقرير عن حالة السكان في العالم

١٩٧٨

ولادة أول "طفل أنبوب"



تسجيل أول حالة نقشٌ معروفة لفيروس إيبولا

١٩٧٧

الرئيس المصري أنور السادات يُجرى زيارة رسمية إلى إسرائيل



١٩٧٦

وشهدت السنوات السابقة للمؤتمر الدولي للسكان والتنمية تحولاً تدريجياً ومتسارعاً من التركيز بشكلٍ أساسي على القضايا السكانية وخفض الخصوبة إلى التركيز على حقوق الأفراد والأزواج في منع الحمل أو تأجيله وإعمال الصحة الجنسية والإنجابية. وقد مثل المدافعون عن حقوق المرأة ومناصرو الصحة

منتخباً نيلسون مانديلا رئيساً للبلاد؛ وأسفرت الإبادة الجماعية في رواندا عن وفاة ما يربو على ٨٠٠ ألف رجل وامرأة وطفل؛ وشهدت السويد تشريع الاقتران المدني بين شركاء من الجنس نفسه؛ كما مثل انطلاق خدمة أمريكا أونلاين (AOL) إيذاناً بسهولة الوصول إلى الإنترنت.

العالمي حوالي ٣ ولادات لكل امرأة، وكان ٥٨,٨ في المائة من نساء العالم يستخدمن وسائل منع الحمل؛ أما في أقل البلدان نمواً فكانت الخصوبة تقارب ٥,٦ أطفال، وكان ٢٠,٢ في المائة من النساء المتزوجات يستخدمن وسائل منع الحمل. في ذلك العام أجرت جنوب أفريقيا أول انتخابات متعددة الأعراق،



سالي رايد تصبح أول امرأة تصعد إلى الفضاء على متن مكوك الفضاء تشالنجر



الأمم المتحدة تُطلق جائزة الأمم المتحدة للسكان

١٩٨٣



اكتشاف الفيروس القهقري الذي يُسبب متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)

المجاعة في إثيوبيا



١٩٨٢

الأطباء يُجرون أول عملية زرع لقلب اصطناعي دائم صممه روبرت جارفيك

لأول مرة، مجلة تايم الأمريكية تمنح شخصية رجل العام لكانن غير بشري هو الكمبيوتر

١٩٨١

ساندرا داي أوكونور تتبوأ مقعدها بكونها أول قاضية في المحكمة العليا بالولايات المتحدة الأمريكية

عدد سكان الصين يتجاوز مليار نسمة

شركة آي بي إم تطرح أول حاسوب شخصي لها في السوق، مطلقاً بذلك أيضاً أنظمة التشغيل الحاسوبية المملوكة لشركة مايكروسوفت

١٩٨٠

منظمة الصحة العالمية تتبنى إعلان القضاء على مرض الجدري على الصعيد العالمي



والحقوق الجنسية والإنجابية القادة الرئيسيين لهذا التحول الذي أتى، بشكل جزئي، استجابةً لحالات سوء المعاملة التي نجمت في الماضي عن سياسات " تحديد النسل" القائمة على أهداف محددة. وفي السبعينيات والثمانينيات، وبفضل التمويل والتشجيع المقدمين من البلدان والمؤسسات المانحة والثرية، أطلقت

بعض البلدان برامج دفعت الأزواج أو أرغمتهم على استخدام وسائل منع الحمل أو تحديد عدد أفراد عائلتهم، أو قَدَّمت حوافز مالية أو غير مالية لإقناعهم بذلك.

وقد أطلق برنامج العمل الصادر عن المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، والذي اعتمده 179 حكومة، دعوةً صريحةً

إلى إلغاء الأهداف السكانية وأهداف تحديد النسل من البرامج الوطنية المعنية بالسكان وتنظيم الأسرة. وبينما واصل برنامج العمل في إقراره بأن الديناميات السكانية جديدة بالنظر أثناء عملية تقرير السياسات، فقد أطلق نداءً ملحاً لإيلاء حاجات النساء وحقوقهن مركز الصدارة في السياسات السكانية



تعيين الدكتورة نفيس صادق مديرةً تنفيذيةً لصندوق الأمم المتحدة للسكان

تغيير اسم صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية إلى صندوق الأمم المتحدة للسكان

تفكك المكوك الفضائي تشالنجر ومقتل طاقمه المكون من سبعة أشخاص

إبرام اتفاق شنغن بين الدول الخمس الأعضاء في الجماعة الاقتصادية الأوروبية

انعقاد المؤتمر الدولي للسكان، مكسيكو سيتي

١٩٨٧

١٩٨٦

١٩٨٥

١٩٨٤

الإثنين الأسود: انهيار أسواق الأسهم في وول ستريت وفي جميع أنحاء العالم

كورازون أكينو تُصبح أول امرأة تشغل منصب الرئاسة في جمهورية الفلبين

إدارة الغذاء والدواء الأمريكية تعتمد فحص دم لفيروس نقص المناعة البشرية

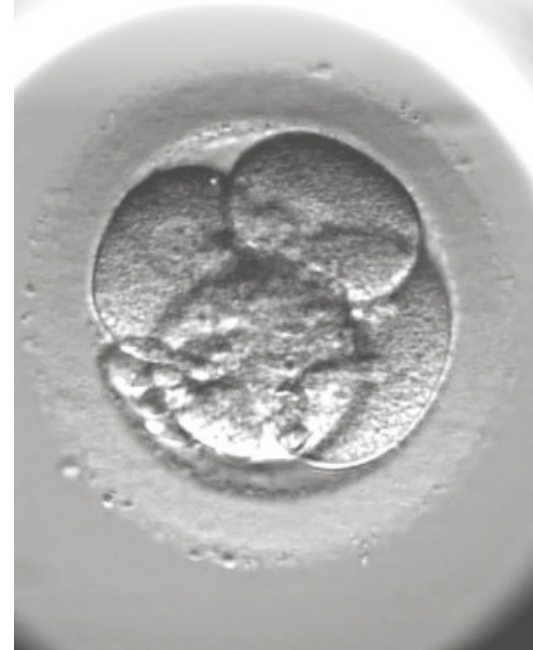
نقل جنين من امرأة إلى أخرى لأول مرة، ما نتج عنه ولادة مولود حي

عدد سكان العالم يصل إلى



مليارات نسمة

إطلاق مبادرة الأمومة المأمونة



في الأبحاث، لمعرفة العوامل المؤثرة على الخيارات والسلوكيات الفردية في ما يتصل باستخدام وسائل منع الحمل أو عدم استخدامها الخصوبة؛ وفي التواصل، لتوعية النساء والرجال وصناع القرار وتثقيفهم بشأن المنافع الصحية والاقتصادية والاجتماعية لخفض الخصوبة ومنع حالات الحمل

جوانب التقدم والنكوص منذ العام

١٩٩٤

مثل توافق المؤتمر الدولي للسكان والتنمية نقطة تحول وانتصاراً تحويلياً لحركة الحقوق الإنجابية. ومع وضعه حقوق الأفراد ورفاههم في صدارة جدول أعمال الصحة الإنجابية، فقد أطلق عدة تغييرات:

والتنموية. وقد اتفقت الحكومات على أنه ينبغي للعالم إتاحة حصول النساء والأزواج والعائلات على مجموعة من التدخلات في مجال الصحة الجنسية والإنجابية، وإحداث تغييرات اجتماعية واقتصادية من شأنها تمكين النساء، واحترام حقوقهن، والمساعدة في دفع العالم باتجاه المساواة بين الجنسين.



انضمام كوريا الشمالية وكوريا الجنوبية وإستونيا ولاتفيا وليتوانيا وجزر مارشال وميكرونيزيا إلى الأمم المتحدة

الإفراج عن نيلسون مانديلا من سجن فيكتور فيريستر

الاحتفال باليوم العالمي لمكافحة الإيدز لأول مرة في ١ كانون الأول/ديسمبر

١٩٩٢

١٩٩١

١٩٩٠

١٩٨٩

١٩٨٨

حكومة موزمبيق تُوقِّع على هدنة مع قادة حركة المقاومة الوطنية الموزامبيقية (رينامو)

كرواتيا وسلوفينيا تعلنان استقلالهما عن يوغوسلافيا، واشتعال حرب البلقان

استقلال ناميبيا

سقوط جدار برلين

البدء في هدم جدار برلين

تفكُّك الاتحاد السوفياتي



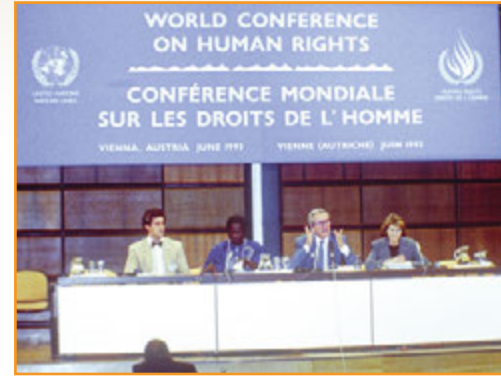
الوقاية من العقم وسرطانات المسالك التناسلية جانباً من جوانب الصحة الجنسية والإنجابية.

وقد أقرّ برنامج العمل الصادر عن المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بأن احتياجات المراهقين في مجال الصحة الإنجابية مهملة إلى حدّ بعيد في الخدمات الموجودة. وبينما دعا توافق المؤتمر

وإستخدامها لتلك الوسائل فحسب، بل على العديد من العوامل الأخرى أيضاً: قدرتها على تقادي مضاعفات الإجهاض غير الآمن والتعامل معها؛ وقدرتها على تجنب الأمراض المُعدية المنقولة جنسياً ومعالجتها، بما فيها فيروس نقص المناعة البشرية؛ والرعاية التي تتلقاها خلال الحمل والولادة. كما اعتُبرت

غير المقصود؛ وفي توصيل الخدمات، للتشديد على أهمية توفير نطاقٍ كاملٍ من طرق منع الحمل وضمان إتاحة الخيارات أمام جميع النساء.

كما أقرّ المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بأن الصحة الجنسية والإنجابية للمرأة ورفاهها لا يتضمنان إمكانية حصولها على وسائل منع الحمل



انتخاب الدبلوماسي الغاني كوفي عنان أميناً عاماً للأمم المتحدة

١٩٩٦

الحكومة البوسنية تعلن انتهاء حصار سرايفو
ولادة النعجة دوللي، وهي أول حيوان ثديي يتم استنساخه بنجاح من خلية حيوان بالغ



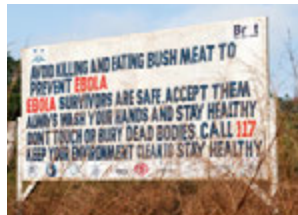
انعقاد مؤتمر الأمم المتحدة العالمي الرابع المعني بالمرأة

١٩٩٥

أكثر من ١٧٠ دولة توافق على تمديد معاهدة عدم انتشار الأسلحة النووية إلى أجل غير مسمى ودون شروط

توقيع الاتفاق الإطاري العام للسلام في البوسنة والهرسك (اتفاق دايتون) في باريس لإنهاء الحرب في البوسنة

فيروس إيبولا يقتل ٢٤٤ شخصاً في زائير



انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، القاهرة

١٩٩٤

الإبادة الجماعية في رواندا
تنصيب نيلسون مانديلا رئيساً للبلاد في جنوب أفريقيا



انعقاد مؤتمر الأمم المتحدة العالمي لحقوق الإنسان

١٩٩٣

منظمة الصحة العالمية تُعلن مرض السُّلّ حالة طوارئ عالمية

على الناس والمجتمعات والأمم، بينما عانى التمويل الموجّه نحو جوانب أخرى من الصحة الجنسية والإنجابية من الجمود إلى حدّ كبير.

وأبدى بعض المراقبين خشيتهم من قلة تجاوب الأطراف المانحة والحكومات مع تشديد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية على الخيارات الفردية

وتصادف انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية مع تصاعد أزمةٍ أخرى في مجال الصحة العامة والحقوق: فيروس نقص المناعة البشرية والإيدز. ومع تنامي كلٍّ من المخاوف والأنشطة المتعلقة بالتأثيرات الجسيمة لهذه الأزمة، رفعت بعض الأطراف المانحة مستوى الاهتمام والتمويل لمجابهة الوباء وتأثيره

الدولي للسكان والتنمية إلى بذل جهود خاصة من أجل تلبية هذه الاحتياجات، فقد أدت الأصوات المعارضة لتوفير التنقيف الجنسي الشامل وخدمات الصحة الإنجابية للمراهقين، فضلاً عن الخلافات بشأن مسألة موافقة الوالدين، إلى طغيان لغةٍ ملتويةٍ على الوثيقة، وإلى سياساتٍ ملتويةٍ على أرض الواقع في بعض الحالات.



تعيين ثريا أحمد عبيد مديرةً تنفيذيةً لصندوق الأمم المتحدة للسكان



إقرار الأهداف الإنمائية للألفية



كاثي أودود، متسلقة جبال في جنوب أفريقيا، تصبح أول امرأة تصعد إلى قمة جبل إفرست من الجانبين الشمالي والجنوبي

الطلاق يُصبح قانونياً في جمهورية أيرلندا

٢٠٠١

زرع أول قلب اصطناعي مكثف ذاتياً في العالم للمواطن الأمريكي روبرت تولز في الولايات المتحدة

هجمات ١١ أيلول/سبتمبر في مركز التجارة العالمي بمدينة نيويورك

٢٠٠٠

كيم داي جونج يصبح أول رئيس كوري جنوبي يسافر إلى كوريا الشمالية

١٩٩٩

عدد سكان العالم يصل إلى

٦

مليارات نسمة

١٩٩٨

مجلس النواب الأمريكي يُرسل بنود الاتهام الموجه ضد الرئيس كلينتون إلى مجلس الشيوخ الأمريكي

١٩٩٧



وتمكين النساء، ومن أن ابتعاد المجتمع عن التركيز على النمو السكاني يعني التأثير سلباً على قدرته على حشد الموارد والالتزام السياسي. وعلى الرغم من هذه المخاوف، فقد صمد إطار العمل الصادر عن المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. وفي عام ١٩٩٩، خلال اجتماع استعراض السنوات الخمس

للمؤتمر الدولي للسكان والتنمية، أُعيدَ تأكيد الالتزام بإتاحة الصحة الجنسية والإنجابية للجميع، حيث تمكن المؤيدون بعد جهدٍ جهيد، وفي وجه معارضةٍ شرسة، من تحقيق تقدم بشأن عدة عناصر أساسية، ومنها الصحة الجنسية والإنجابية للمراهقين، وإتاحة الإجهاض الآمن حيثما كان ذلك قانونياً.

لكن مع مجيء العام ٢٠٠٠، أقرت الأمم المتحدة الأهداف الإنمائية للألفية، والتي حددت المساعي والغايات للخمسة عشر عاماً المقبلة، ولم يرد أيُّ ذكرٍ للصحة الإنجابية فيها. ولعل الموظفين المكلفين بكتابة الأهداف الإنمائية للألفية ارتأوا بدلاً عن ذلك تحديد هدفٍ يعنى بـ "تحسين صحة الأمهات" استجابةً



حل منظمة الوحدة الأفريقية والاستعاضة عنها بالاتحاد الأفريقي

٢٠٠٢

بدء العمل بعملة اليورو رسمياً في بلدان منطقة اليورو



انطلاق قمة الأرض ٢٠٠٢



اكتمال مشروع الجينوم البشري، وترتيب ٩٩٪ من متواليات الجينوم البشري بدقة بلغت ٩٩,٩ في المئة

٢٠٠٣

البرازيل تطلق أول صاروخ لها إلى الفضاء

٢٠٠٤

رؤساء الدول الأوروبية يوقعون على المعاهدة والوثيقة الختامية، التي شكّلت الأساس للدستور الأوروبي الأول

إضافة هدف تعميم الحصول على خدمات الصحة الإنجابية إلى الأهداف الإنمائية للألفية

٢٠٠٥

أنغيلا ميركل، ٥١ سنة، تُصبح أول وأصغر مستشارة في تاريخ جمهورية ألمانيا الاتحادية
إلين جونسون سيرليف تُصبح أول رئيسة دولة منتخبة ديمقراطياً في قارة أفريقيا



العالمية. وعلى الرغم من تكرُّر إهمال المجتمع العالمي لمسألة تنظيم الأسرة، إلا أنها ظلَّت تحظى بالتمويل والاهتمام، حتى إنها برزت بشدة في بعض الأحيان وتلقت زخماً كبيراً في تموز/يوليو ٢٠١٢ إثر انعقاد مؤتمر القمة العالمي المعني بالتخطيط الأسري والذي حصل على جهة مانحةٍ رئيسية جديدة

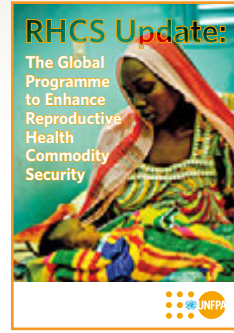
والإنجابية للجميع إلى مجموعة الغايات المشمولة بهدف "صحة الأمهات". وقد ساهم إغفال الصحة الجنسية والإنجابية من الأهداف الإنمائية للألفية في بادئ الأمر في بروز افتراضٍ بأن تلك المسألة كانت جدلية وصعبة، وبالتالي كان من الأيسر تجاهلها على الأقل خلال النقاشات والمحادثات

منهم لطول مدة المحادثات وما رافقها من جدالٍ خلال المؤتمر العالمي الرابع المعني بالمرأة في ١٩٩٥ واستعراض السنوات الخمس للمؤتمر الدولي للسكان والتنمية في ١٩٩٩. واستغرق الأمر حتى العام ٢٠٠٥ لكي ينجح المجتمع المعني بالصحة الجنسية والإنجابية في مسعاه لإضافة غايةٍ إتاحة الصحة الجنسية



بوليفيا تُعلن حق السكان الأصليين في حكم أنفسهم

الجراحون في مستشفى مورفيلدز للعيون في لندن يُجرون أولى العمليات الناجحة باستخدام عيون صناعية زُرعت في مريضين مكفوفين



صندوق الأمم المتحدة للسكان يُطلق البرنامج العالمي لأمن سلع الصحة الإنجابية

الجمعية العامة للأمم المتحدة تصوّت على إنشاء مجلس حقوق الإنسان

٢٠٠٩

٢٠٠٨

٢٠٠٧

٢٠٠٦

إجازة "حبة صبيحة الجماع" من قِبل إدارة الغذاء والدواء الأمريكية لاستخدامها من قِبل المراهقين الذين تبلغ أعمارهم ١٧ عاماً

الجمعية العامة للأمم المتحدة تتبنى إعلاناً بشأن حقوق الشعوب الأصلية

ميشيل باتشيليت تُودي اليمين الدستورية كأول رئيسة لجمهورية شيلي



برلمان جنوب أفريقيا يقر قانوناً يجيز زواج المثليين

على الفقر ما زال المسعى المهيمن على جدول الأعمال العالمي الجديد. ولكن برزت جوانب جديدة للتحديات القديمة، فضلاً عن ظهور تحديات جديدة، وقد أقرت أهداف التنمية المستدامة وتوجّهت إليها بكل وضوح. ومنها التغيّر المناخي والهشاشة البيئية؛ وازدياد عدد الأزمات الإنسانية

لاتساع نطاق برنامج العمل وتنامي تعقيد التحديات التي ينبغي التصدي لها، تضمنت خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠ ما مجموعه ١٧ هدفاً للتنمية المستدامة، تنضوي تحتها ١٦٩ غاية. وعلى الرغم من تراجع أعداد الناس الذين يعيشون في فقر ونسبتهم بين العاملين ٢٠٠٠ و٢٠١٥، فإن القضاء

واستقطب التزامات سياسية، كما أعاد إحياء المجتمع المعني بتنظيم الأسرة.

نموذج جديد: ٢٠١٥ وأهداف التنمية المستدامة

في أيلول/سبتمبر ٢٠١٥، أقرت ١٩٣ حكومة إطار عمل عالمي جديداً لإنجاح الأهداف الإنمائية للألفية. استجابة



لجنة وضع المرأة تدعو الدول إلى وضع حد لممارسات زواج الأطفال والزواج المبكر والزواج القسري

الجمعية العامة تعتمد قراراً بشأن منع تشويه الأعضاء التناسلية للإناث

تعيين الدكتورة باباتونديه أوسوتيمييهين مديراً تنفيذياً لصندوق الأمم المتحدة للسكان

٢٠١٣

٢٠١٢

٢٠١١

٢٠١٠

إعلان مستوى تلوث الهواء في بيجين خطراً على صحة الإنسان

إعصار يوكا المداري يضرب الفلبين

عدد سكان العالم يصل إلى

منظمة الصحة العالمية تُعلن انتهاء وباء إنفلونزا H1N1

مليارات نسمة

اندلاع الحرب الأهلية السورية



بالمساواة بين الجنسين، والذي يتضمّن الحقوق الإنجابية أيضاً. لكن، وكما كان الحال في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية والأهداف الإنمائية للألفية، لم تقرّ أهداف التنمية المستدامة بالحقوق الجنسية. أما العناصر المركزية الأخرى في مجال الصحة الجنسية والإنجابية، ومنها معدلات وفيات

وبخلاف الأهداف الإنمائية للألفية، تُقرّ أهداف التنمية المستدامة بكلّ وضوح بأهمية الصحة الجنسية والإنجابية لتحقيق التنمية المُنصفة وتمكين النساء، مضمّنة الصحة الجنسية والإنجابية في هدف التنمية المستدامة الثالث، المعني بالصحة، ومن ثم في هدف التنمية المستدامة الخامس، المعني

والسياسية المستعصية، وما نجم عن ذلك من ازدياد عدد الناس الذين يعيشون في أوضاع هشّة وغير مستقرة؛ وتساعد التركيز على الحاجة إلى التمويل المحلي بالإضافة إلى المساعدة الإنمائية من أجل بناء القدرة على التعافي وزيادة المقدرات وترسيخ أساسٍ للتقدم الاقتصادي والاجتماعي المستدام.



منظمة الصحة العالمية تعلن تفشّي فيروس زيكا



إقرار أهداف التنمية المستدامة، بما في ذلك الهدف الذي يرمي إلى تعميم الحصول على الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية وخدماتها



إجراء استعراض العشرين عاماً للتقدم المحرر في تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية

٢٠١٦

٢٠١٥

٢٠١٤

قادة العالم يجتمعون في باريس لإجراء محادثات تاريخية حول تغيّر المناخ



وباء الإيبولا في غرب أفريقيا يصيب ما لا يقل عن ٢٨,٦١٦ شخصاً ويقتل ما لا يقل عن ١١,٣١٠ آخرين

اختطاف ٢٧٦ فتاة وامرأة في نيجيريا واحتجازهنّ رهائن



مع التأكيد على أهمية الإنصاف وتلبية احتياجات الفئات الأكثر قابلية للتضرر. على مرّ السنوات الخمس والعشرين الماضية، وعبر العديد من الاجتماعات الاستعراضية والعمليات المتعلقة بالمؤتمر الدولي للسكان والتنمية، دعا عددٌ من مناطق العالم إلى الاعتراف بالحقوق الجنسية. وتوجد حالياً عدة

إلى تحقيق التغطية الصحية الشاملة، وبالتحديد من خلال ضمان حصول الجميع على خدمات الرعاية الصحية الأساسية الجيدة، والأدوية واللقاحات الفعالة بتكلفة ميسورة. بالإجمال، تخدم أهداف التنمية المستدامة جدول أعمالٍ لكل الناس، الأمر الذي يواصل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية أيضاً فعله،

الأمهات والمواليد الجدد ومرض نقص المناعة البشرية، فقد تصدّت لها الغايات المُدرّجة تحت هدف التنمية المستدامة الثالث، فيما تصدّت الغايات المُدرّجة تحت هدف التنمية المستدامة الخامس لعنصرَي العنف المبني على أساس النوع الاجتماعي والممارسات الضارة. كما تدعو أهداف التنمية المستدامة



تعيين الدكتورة نتاليا كانيم مديرة تنفيذية لصندوق الأمم المتحدة للسكان

صندوق الأمم المتحدة للسكان يكمل عامه الخمسين

٢٠١٩

الذكرى الخامسة والعشرون للمؤتمر الدولي للسكان والتنمية



ICPD25
International Conference on
Population and Development

٢٠١٨

المؤتمر العالمي للرعاية الصحية الأولية يُعلن وضع الصحة الجنسية والإنجابية في صدارة أولوياته

PRIMARY HEALTH CARE IS...



٢٠١٧

انضمّ ملايين الأشخاص من ١٦٨ بلداً لتظاهرة النساء.

الأمم المتحدة تحذر من أنّ ٢٠ مليون شخص معرضون لخطر الجوع الشديد والمجاعة في اليمن والصومال وجنوب السودان ونيجيريا

العام الحالي أنطونيو غوتيريش، اهتماماً وجهوداً منسّقة باتجاه أهداف التنمية المستدامة والتغطية الصحية الشاملة؛ نظراً لأنها تُعنى بالنساء والفتيات والمراهقين، ولأن الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية تمثل أحد نواحي التركيز الرئيسية فيها.

إن توفير الحقوق والخيارات للجميع هو مسعى متواصل يواجه تحديات جديدة في كل حين. ولئن اختلفت طبيعة هذه العقبات وحجمها مع مرور السنوات، إلا أن التزام المجتمع الدولي بتذليلها ما زال راسخاً.

السكانية، وتحديد التحديات المتنوعة التي تقف في وجه مختلف البلدان على اختلاف مستوياتها التنموية، ووضع سياسات وبرامج تحترم حقوق الإنسان وكرامة الفرد وتحققها.

ثمة زخمٌ هائلٌ يدفع الجهود الم بذولة في سبيل تحقيق أهداف التنمية المستدامة، بما في ذلك تجدد الالتزام بـ "الصحة للجميع" في اعترافٍ صريح بأن لكل إنسان حقاً أساسياً في التمتع بأعلى المعايير الصحية الممكنة، دون أي تمييز. وتستقطب حركة "كل امرأة وكل طفل" التي أطلقها الأمين العام السابق للأمم المتحدة بان كي مون عام ٢٠١٠، ويرأسها اليوم الأمين

تعريفات للحقوق الجنسية، بما فيها التعريفات الواردة في تقرير لجنة غوتماشر-لانسييت لعام ٢٠١٨ حول الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية (ستارز وآخرون، ٢٠١٨)، وتلك الصادرة عن منظمة الصحة العالمية، وهي تتضمن حقوق الأشخاص في التعبير عن سماتهم الجنسية الفردية؛ وحقوق المراهقين في الحصول على التنقيف الجنسي الشامل والخدمات الصحية الجنسية والإنجابية؛ وحقوق النساء والفتيات في التحرر من العنف والإكراه المبنيين على أساس النوع الاجتماعي. وقد حازت هذه الحقوق على اعتراف وتأييد منظمات المجتمع المدني في جميع أنحاء العالم، كما تم الإقرار بها في مختلف الوثائق الإقليمية التي تباحثت الحكومات فيها ودعمتها. غير أنه لم يتم التوصل إلى أي توافق في الآراء بين جميع الدول الأعضاء في الأمم المتحدة بخصوص هذه الحقوق في أية وثيقة تم التفاوض بشأنها على المستوى العالمي.

العام ٢٠١٩ وما بعده

تُمثل الذكرى السنوية الخمسون لتأسيس صندوق الأمم المتحدة للسكان، والذكرى الخامسة والعشرون لانعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، فرصة فريدة لكي يتوسّع المجتمع العالمي في إطار عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية ويلتزم بشكل كامل بتنفيذ جدول أعمال رؤيوي في مجال الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية، مع مد يد العون إلى المتخلفين عن الركب. ينبغي لجدول الأعمال التركيز على الديناميات



ملايين النساء في الهند يشكن أيديهن لتشكيل حائط بطول ٣٨٥ ميلاً احتجاجاً على حالة عدم المساواة، ٢٠١٩. © Babas Panachmoodu



ستُّ نساء، سنة عقود، ستُّ مسيرات حياة

ستُّ نساء كن بعمر ١٠ سنوات في العام ١٩٦٩ وبعمر ٣٥ سنة في وقت انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، يتحدّثن عن الزواج والعمل والعائلة. هل امتلكن حرية اختيار دروبهن ورسم مستقبلهن بأنفسهن؟



© UNFPA/R. Anis

"لم تكن أمامي أي فرصٍ بخلاف الزواج، كان هذا هو المستقبل الوحيد الذي أراه أمامي."

دهب

كانت الخيارات محدودة

تعيش دهب السيد، ذات الستين عاماً، في حيّ يقع على أطراف القاهرة. ما زالت تتذكر بشكلٍ مبهم الحماسة التي عمّت مدينتها عند انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية فيها. لكن نظراً لانشغالها بالعمل ورعاية عائلتها في ذلك الوقت، فقد خانتها الذاكرة في استعادة تفاصيل المؤتمر وتأثيراته.

وهي تتذكر اليوم الذي حضرت فيه امرأةً إلى بيتها وقامت ببتّر أعضائها التناسلية. لم يكن لدى دهب أدنى فكرة عما يجري، لكنها تتذكر الألم والدماء والمسحوق الذي استخدم لإيقاف النزف. وهي تتذكر كيف بقيت طريحة الفراش طيلة ١٥ يوماً حتى التأمّت

لكونها فتاةً ترعرعت في كنف عائلة ريفية فقيرة من ١٥ فرداً، كانت خيارات دهب محدودة، حتى إن التعليم كان بعيداً عن منالها. "لم تكن أمامي أي فرصٍ بخلاف الزواج، كان هذا هو المستقبل الوحيد الذي أراه أمامي"، تقول دهب.

غير أنها شهدت في مراحل تالية من حياتها بعض التغييرات الطارئة على المواقف تجاه النساء والفتيات والتي يمكن عزوها إلى المؤتمر الذي أقرّ بأن أعمال حقوق الفتيات والنساء، وخاصة فيما يتعلق بخياراتهن الجنسية والإنجابية، هو أمر أساسي في التنمية.

إلى منزلها. وبالرغم من توقعها الشديد لتعلم القراءة والكتابة، لو أن لديها مزيداً من الوقت، لاستغلته في جني المزيد من المال. بعد فترة وجيزة ستلقى معاشاً بسيطاً من الحكومة، لكنه لن يكفي لإعالتها ولذلك ستواصل العمل. قالت: " النساء هن من يعملن ويكسبن المال لإعالة العائلة". تقول ذلك وكأنه حقيقة لا جدل فيها.

وبينما تتحدث ذهب وغيرها من السيدات الستينيات عن شذراتٍ من حياتهن، بما فيها من أحلامٍ ومعاناة، يغدو واضحاً عمق تأثير الظروف السياسية والاقتصادية التي رافقت ولادتهن على رسم مسار حياتهن. وعلى الرغم من محدودية الاختيارات والخيارات

بفواصل زمنية وجيزة. محاصرين بالفقر واعتلال صحة زوجها، قرر الزوجان عدم إنجاب المزيد من الأطفال. ولأنها لطالما اشتغلت بمهن عرضية، كالتنظيف وغسيل الملابس والرعاية، فهي لم تحصل يوماً على تأمين صحي يغطي تكاليف وسائل منع الحمل. لكن موانع الحمل الرحيمة (اللولب) كانت مدعومةً في مصر، ولذلك بدأت باستخدامها.

توقّي زوجها، الذي كان يعمل منجّداً، قبل ٢٠ عاماً. منذ ذلك الوقت وتغطية تكاليف المعيشة تزداد صعوبة يوماً بعد يوم. يعاني ثلاثة من أولادها من مشاكل طبية جعلتهم عاجزين عن العمل. ولتتمكن من إعالتهم، فضلاً عن إعالة نفسها، فهي تتولى عمليتين خلال النهار، ثم تعتني بشخص مسنّ ليلاً. ونادراً ما تحظى بفرصة الذهاب

جراحها. لكنها عندما كبرت وأست عائلتهُ بدورها، أخضعت ابنتها لبتن الأعضاء التناسلية أيضاً. "كان [ختان الإناث] أمراً حتمياً"، على حد قول دهب. وقد أصرت عائلة زوجها على القيام به. تتوقف فرص الزواج على ذلك، كانت جميع الفتيات يتعرّضن للختان في ذلك الوقت.

وهي اليوم تعتقد أن تعريض الفتاة لهذه الممارسة أمرٌ خاطئ، وقد نجت حفيدتها من هذا المصير. "اليوم ليس ذلك مستحسناً"، تقول دهب بعد أن شاهدت حملة عبر التلفاز وعرفت الأذى الناجم عن تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية، وعلمت أن هذا الإجراء بات اليوم غير قانوني.

أنجبت دهب بُعيد زواجها أربعة أطفال





الحقيقية أمامهن؛ فقد نجحت معظم النساء في التحايل على العقبات وبناء حياة ذات معنى.

لقد أخذت حياة النساء وتجاربهن منحىً مختلفاً إلى حدٍ بعيد عما كانت كلُّ منهن تتخيله لنفسها في سنِّ العاشرة. فالطموحات كانت تُخنق أحياناً بفعل محدودية الأدوار التي أُتيح للإناث تولّيها في ذلك الزمن. وفي أحيان أخرى، كانت تُقَمع بسبب الاضطرابات الاجتماعية. شهدت حياة بعضهم تحولات مفاجئة، ونجحت إلى حدٍّ لم يكن ليحلمن به في سن العاشرة.

لكن على الرغم من تباين مسيرات حياتهن، تبرز روابط مشتركة بينها، ويرتبط العديد من تلك الروابط مباشرةً بمهام صندوق الأمم المتحدة للسكان وعمله.

في وجه عالم ضيق الأفاق

تستعيد راجيشواري ماهالينغام ذكرى استمتاعها بالذهاب إلى المدرسة في ولاية تاميل نادو الهندية، حيث اشتهرت بشعرها الطويل الأجد الفاتن ومشاركتها في العروض الراقصة. لكن لم يسألها أحد يوماً عن أحلامها، أو المهنة التي تود اتخاذها في المستقبل. وعندما فكرت في الأمر، بدا لها أن الأدوار المتاحة

الزوج المناسب، أي زوجاً لن يطلب مهراً فاحشاً.

وبعد إنجاب طفلين بجراحات قيصرية، أُعلمت بأنه يتحتم إخضاعها لجراحات قيصرية في جميع ولاداتها المستقبلية، وبأن ذلك سيكلف أكثر مما يمكن

أمامها محدودة: مديرة منزل، عاملة في المجال الطبي، معلمة.

في عمر ٢٥ سنة، تزوجت زيجة المدبرة. كانت قد أرغمت على الانتظار حتى يتزوج إخوتها السبعة الأكبر سناً وإلى حين أن يجد والداها

جلّ طاقتها وأحلامها لولديها، وهما اليوم خريجان جامعيان ويعيشان حياة ناجحة. تقول: "رويتُ لهما القصة وقرأتُ لهما الكتب التي تتحدث عن المساعدة وتحلّي الإنسان بالصدق. كنت أتوق لرؤيتهما ينضجان ويصلان إلى مراتب أعلى".

وأضافت راجيشواري: "استمتعت بالأمومة كما لم أستمتع بأي شيءٍ آخر. المرأة نورُ البيت. المرأة تشارك في العائلة، وبهذه الطريقة فهي تشارك أيضاً في المجتمع والوطن والعالم".

خلال حياتها، شهدت راجيشواري تحولات كبرى طالت التوقعات والاحتمالات المتاحة أمام النساء اليافعات.

لعائلتها تحمله، ولذلك قررت إجراء عملية ربط البوق. كانت قد اضطرت أصلاً إلى بيع بعض من حلّيتها الذهبية لدفع تكاليف ولادة طفلها الثاني، وهي ابنة.

كان معظم أصدقائها يكتفون بعائلات أصغر في ذلك الوقت. كانوا متأثرين بحملات تنظيم الأسرة، تقول راجيشواري، متذكّرةً الشعار الراجح: "تنظيم الأسرة يعني سعادة الأسرة".

كرست معظم سنّي حياتها لرعاية أسرتها، غير أنها تولت أيضاً رعاية أطفال آخرين مقابل بعض المال حين اشتدّت قسوة الظروف. وكرّست

© UNFPA/Stormy Clicks



© UNFPA/Stormy Clicks

**"استمتعت بالأمومة
كما لم أستمتع بأي
شيءٍ آخر."
راجيشواري**





© UNFPA/M. Mugisha

الريفي بدأت بإقناع النساء بالتكاتف وتجميع مواردهن". وهناك أيضاً تعلّمت التعاون مع منظمات أخرى لإنجاز المهام.

شديدة الاختلاف والصعوبة"، متحدثة عن تلك الفترة المبكرة من زواجها، التي ربّيت خلالها ستة أطفال، وحملت الماء من مصدرٍ يبعد كيلومتراً ونصف، واعتنت بأبقارها. "تدبّرتُ أمر بيع بعض الحليب للحصول على مال يسير أشتري به بضعة أغراض للمنزل".

لكنها تقول إنها غير نادمة على تلك المعاناة المبكرة، لأنها دفعتها إلى التحرك للعمل. "من ذلك المكان

قبل زواجها، كانت تخشى من فعل الكثير خارج المنزل، فوالداها لم يقبلا بذلك. لكن شقيقتها التي لا تصغرها سوى بخمسة أعوام تمتعت بحسّ أكبر بالحرية الشخصية، الأمر الذي مكّنها من أن تصبح ناشطة اجتماعية، وتنال درجة الماجستير، وتمتحن العمل في قضايا المرأة.

من الحرمان إلى العمل السياسي

عندما كانت طفلةً في العاشرة تعيش في أوغندا، نظرت جوزيفين كاسيا بعين التقدير لمعلميها: "كانوا أذكى الناس، وقررت أن أصبح معلمة. والذي كان معلماً أيضاً، وكنت أحبه كثيراً. وقلت: (أريد أن أصبح مثل والدي)".

لكن عندما بلغت جوزيفين سنّ الثانية عشر، استولى عيدي أمين على السلطة في البلد، وتبع ذلك سنواتٌ من عدم الاستقرار، والحرمان، والعنف. ولم يرَ حلمها بأن تصبح معلمةً النور.

بعد أن وضعت الحرب الأهلية أوزارها عام ١٩٨٦، كان الكثير في مجتمعها قد تعرض للدمار أو الضياع، فاضطرت للانتقال مع زوجها الجديد، الذي يعمل مرشداً اجتماعياً، إلى مسقط رأسه النائي نسبياً في منطقة غنية بالخضرة جنوبي البلاد. وبالرغم من أن مجتمعها الجديد كان أقل تأثراً بالحرب، فقد افتقر إلى الهيكلية الاجتماعية التي ألفتها في الماضي. قالت جوزيفين: "غدت الحياة

"دحضتُ فكرة أن هذا المنصب حكراً على الذكور ومهدت الطريق أمام نساء أخريات لتولي مناصب مماثلة في مقاطعاتٍ أخرى".

جوزيفين

© UNFPA/M. Mugisha





© UNFPA/M. Kasztelan

ولم تَمَرَّ مهاراتها القيادية دون اهتمام؛ فسرعان ما انتُخبت لتولّي دور القيادة على مستوى محليّ في البداية، ومن ثم لرئاسة مقاطعة تضم ٢٥٠ ألف نسمة في عام ٢٠٠١. خلال مسيرة عملها السياسي، كانت مناصرةً للتنمية المجتمعية وتعليم الفتيات والمساواة بين الجنسين، وركّزت على إيصال أصوات النساء الريفيات. وغدت أول امرأة تتولى منصب رئيس مقاطعة في أوغندا. قالت بفخر: "دحضتُ فكرة أن هذا المنصب حكراً على الذكور ومهّدت الطريق أمام نساء أخريات لتولي مناصب مماثلة في مقاطعاتٍ أخرى"، مضيفة أن عدداً من النساء في مقاطعتها تولّين مناصب في صنع القرار.

"خلال الحروب، لا يمتلك الناس مجرد خيار الاختيار. إنهم يبذلون أقصى ما يستطيعون من أجل النجاة". يانغ

عندما تُحطّم الحرب الخيارات

كانت ساي يانغ تحلم بارتياح مدرسة جيدة، والاجتهاد في الدراسة لتحقيق رغبتها في أن تصبح معلمة. لكن حلمها تلاشى عندما بلغت سن السادسة عشر؛ فقد اقتحم الجنود مجتمعها المحلي وهم يطلقون الرصاص في الهواء ويصرخون. انفصلت عن عائلتها وأجبرت على أداء أعمال تقصم الظهر. قالت ساي يانغ: "حطمت الحرب كل شيء، حتى أحلامي. لم أعد أجرؤ على الحلم. خلال الحروب، لا يمتلك

أرغمت يانغ على الزواج من رجلٍ لم تعرف حتى اسمه، وذلك في حفلٍ زواج جماعي. عندما كان ينادى باسميهما، كان على كل زوجين أن يتقدّما. أمسك كلٌّ منهما بيد الآخر،

الناس مجرد خيار الاختيار. إنهم يبذلون أقصى ما يستطيعون من أجل النجاة".

في كمبوديا، عندما وُندت الحريات الشخصية تحت حكم الخمير الحمر،

مناصرة حقوق المرأة

قبل بلوغ ألما أوديت شاكون سن الرابعة عشر، كانت حياتها سعيدة ورتيبةً بعض الشيء، وهي الابنة البكر لعائلةٍ تضم ستة أطفال وتقتن في مدينة غواتيمالا العاصمة. كان والدها يقدّران التعليم، فأرسلوا الأطفال إلى مدرسة يسوعية. وعندما تفكّرت في مستقبلها، تخيلت ألما أن تصبح معلمةً مثل والدتها، أو محاسبةً مثل والدها. وكانت على يقينٍ من أنها ترغب في مساعدة الآخرين.

شهدت حياتها تغيراً صادمًا في الليلة التي غادرت فيها والدتها إلى المستشفى لإنجاب طفلها السابع، ولم تعد قط. بالرغم من أن جميع ولادات الأم السابقة كانت طبيعية؛ فقد حدث خطبٌ ما هذه المرة.

وتهاوى عالم ألما. قالت: "كان الأمر بغاية القسوة. فجأةً تفقد أهم ركائز العائلة، وكل فردٍ يذهب في سبيله". وقبل وفاة والدتها، كانت ألما تتصدر دائماً المرتبة الأولى في صفها، لكن لم يعد بمستطاعها اليوم الحفاظ على درجاتٍ عالية. كان والدها غائباً معظم الوقت، وفي النهاية طردتها زوجة أبيها من البيت.

بعد وفاة والدة ألما بعامٍ واحد، وقعت هزة أرضية بقوة ٧,٥ درجات



© UNFPA/M. Kasztelan

جارتها أن المستشفى القائم في البلدة المجاورة يجري عمليات ربط البوق، قطعت رحلة شاقّة لا تخلو من المخاطر لإجراء العملية.

وذات يوم، تلقّت يانغ خبراً ساراً، إذ تمت دعوتها للالتحاق ببرنامج تدريبي للمعلمين. قالت: "لكن لم يكن بوسعي الذهاب. كان عليّ العناية بطفلي وأداء الأعمال المنزلية كل يوم. فتركت زوجي يلتحق بدلاً عني. كان علينا الموازنة بين العائلة والمجتمع".

وتعاهدا على العيش كزوج وزوجة. طوال أشهر عدة في البداية، لآزمهما خجلٌ شديدٌ حتى إنهما نادراً ما كانا يجرؤان على تبادل النظر أو التحدث مع بعضهما.

وعندما انقضى حكم الخمير الحمر، سافرت يانغ وزوجها عاندين إلى مسقط رأسها ليقوما مع والدتها. وبين العامين ١٩٨١ و١٩٨٨، أنجبت خمسة أطفال، توفي أحدهم وهو رضيع، وتوفي آخر في سن ١٣ عاماً. بعد أن علمت من

ومعظمهم من نساء الشعوب الأصلية – لعبتا دوراً أساسياً في التزام بالعدالة الاجتماعية رافقها طيلة حياتها.

في العشرينيات من عمرها، دفعتها الخشية من الاعتقال بسبب انخراطها في السياسة إلى مغادرة غواتيمالا متجهة إلى المكسيك، وفيها تلقت تدريباً في مجال الاتصالات. شهدت هناك أسلوب حياة أكثر حرية، وتعرّفت على الأفكار النسوية. ولإعالة نفسها، عملت في وظائف مختلفة: في التنظيف، وكمساعدة إنتاج، وأمينة سرّ مركز لحقوق الإنسان، وغيرها.

**"من الجليّ أن النساء
اليوم مدركاتٌ أن
لهنّ حقوقاً وأنه يحقّ
لهنّ تقرير ما يحدث
لأجسادهنّ."
ألما**

وبعد فترة وجيزة، تكفّلت مدرستها بنفقات إرسالها للتدريس في مجتمع شعب كيتشه الأصلي لمدة شهر. تقول ألما إنّ هاتين التجربتين في التعامل مع الناس المهمّشين والمكروبين –

بالقرب من مدينة غواتيمالا مُخلّفةً ١٠٠ ألف ضحية بين قتل ومصاب، ومشردة ما يربو على مليون شخص. سرعان ما اندفعت ألما إلى مساعدة الناجين، تعاطفاً مع محنة من تشردوا.

© UNFPA/Rizzo Producciones





© UNFPA/G. Banaj

جناح الأطفال. قالت: "قدمتُ مساعدةً جمّةً لأن العديد من الولادات كانت تُجرى في البيوت، إذ لم يتوفر الكثير من المراكز. أشعر بالغبطة لأنني ساعدت العديد من النساء".

وفي أوائل التسعينيات، إثر سقوط النظام الشيوعي في ألبانيا، أمضت أيامها في خضم الفوضى والمعاناة من نقص كل شيء، على حد قولها. تزوجت، وأنجبت طفلين، لكنها كانت تؤدّ إنجاب المزيد لولا انعدام الاستقرار الاقتصادي في ذلك الوقت. ومن ثم أصيب زوجها بالمرض، واحتاجا إلى المال لتغطية تكاليف الخدمات الطبية. ولعدم قدرتها

عمرٌ مبذولٌ في مساعدة الناس

لطالما أرادت تفتنا شاكاج الدراسة في الجامعة لتصبح طبيبة، لكن ذلك لم يكن خياراً متاحاً في ألبانيا عندما كانت بعمر المراهقة. قالت تفتنا: "كنا مجبراتٍ على الانصياع لما نُؤمر به". ولكن بعد إتمام الدراسة الثانوية، حصلت على فرصةٍ غيرت مسار حياتها: برنامج دراسي مدته عامٌ واحدٌ لتصبح ممرضةً قباله.

وبعد إتمامها لتدريبها، عُيِّنت تفتنا في قرية نائية تفتقر إلى المرافق والموظفين واللوازم الطبية. اتّسمت الحياة هناك بالقسوة على مختلف الأصعدة، لكنها شغفت برعاية المواليد والأمهات، وتفاننت في تقديم خدماتها سواءً في التوليد، أو تقديم الرعاية السابقة للولادة، أو العناية بالصغار في

وفي منتصف التسعينيات، تنقلت أماً بين مختلف أرجاء أمريكا الوسطى وساهمت في ترتيب اجتماع إقليميٍّ حول حقوق المرأة. ودفعها هذا العمل إلى الانخراط في الحركة النسائية وعمّق فهمها للصحة والحقوق الجنسية والإنجابية كركيزةٍ أساسيةٍ لتحقيق التنمية الأشمل.

واليوم تعيش مجدداً في غواتيمالا وقد أمضت عدة عقود في العمل مع "تيرا فيفا"، وهي منظمة غير ربحية تُعنى بهذه القضايا. ومن موقعها هذا، تشهد أماً تحولاتٍ كبرى في مواقف النساء، وخاصة في مجتمعات السكان الأصليين: "من الجليّ أن النساء اليوم مدركاتٌ أن لهنّ حقوقاً وأنه يحقّ لهن تقرير ما يحدث لأجسادهن".

© UNFPA/Rizzo Producciones



"أشعر بالغبطة لأنني ساعدت العديد من النساء."

تفتا



ابنتها الصغرى أن تصبح شرطية، وهو مؤشر على أن الأعراف التقليدية بشأن المساواة بين الجنسين تتحو باتجاه التغيير.

الحياة تتحسن في ألبانيا، تقول تفتا، وهي تعتقد أن بناتها وأحفادها سيتمتعون بخيارات وفرصٍ تفوق ما أتيج لها هي. فمن ناحية، باتت وسائل منع الحمل متوفرة على نطاق واسع مجاناً. ومن ناحية أخرى، اختارت

على الحصول على وسائل منع الحمل، أصبحت حاملاً، وكحال الكثيرات من نساء أوروبا الشرقية في تلك الحقبة، خضعت لعملية إجهاض.

لكنها تقول إن ثمة جانب إيجابي للاضطرابات التي شهدتها بداية التسعينيات: فقد دفعت الألبانيين للهجرة الجماعية نحو إيطاليا واليونان، ليتعرفوا على أفكار وأساليب جديدة. وعلى يد أولئك الذين غادروا ألبانيا، تتابع تفتا، "بدأنا بالانفتاح على عالم آخر ووجهات نظر مختلفة". وأضافت: "قبل ذلك، لم نسمع إلا أقاويل عن مدى سوء كل ما هو خارج حدود ألبانيا".

© UNFPA/G. Banaj





© UNFPA/M. Kasztelan



© UNFPA/R. Anis

من اليوغا، والأحلام التي لم تحققها في التعليم، تتجسد اليوم في أولادها.

وبالرغم من قول يانغ بأن أحلامها قضت مع العنف الذي قاسته خلال زمن الحرب، فإن الصلّات العائلية الحميمة تمثل جزءاً أساسياً من حياتها. وإلى جانب اهتمامها بأحفادها الأربعة، ومن حينٍ لآخر

والاقتصادية الأشمل. لقد أُجريت التسويات، وأجهضت التطلعات.

ما زالت ذهب تكدح في ثلاثة أعمال، لكنها تصرّح أنها تقبّلت حياتها وتشعر بالرضى.

تحول عشق راجيشواري السابق للرقص إلى تدريب على نوع صعب

مسيرات الحياة التي عشنا

كل النساء الستّ مُلفتاتٌ بتأثيرهن على الآخرين، سواء في عائلتهن أم في محيطهنّ الأوسع. لكن عندما تتأمل في مسيرات حياتهنّ على مدى ستة عقود، يبدو واضحاً لنا، رغم أن عدداً منهن يُعتبرن دافعاتٍ قوياتٍ نحو التغيير في عائلتهن أو مجتمعاتهن، عمقُ تأثرهن الهائل بالقوى الاجتماعية والسياسية

© UNFPA/Stormy Clicks





© UNFPA/G. Banaj



المرّة الخامسة لها – قبل التقاعد من العمل العام. لكنها لا تفكر في التوقف عن ممارسة ما تحبه؛ إذ قالت: "مع مرور السنوات، لم أعد قوية كما كنت. لكنني شغوفة بالخبز، وأخطط لتدريب مجموعة من النساء ليتعلّمن هذه المهارة ويتمكّن من بيع الخبز".

لكنها مصممة على أن ترى حفيدتها وهي تكبر، وعلى متابعة حياتها. "لن أسمح للورم الخبيث بالنيل مني"، تقول تقفاً. "سأستمر في تقديم العون ما دامت في ذرّة من الحيوية".

أما جوزيفين في أوغندا، فتنوي الترشح لفترة جديدة أو أكثر – وهي

بوالدتها المسنة أيضاً، أطلقت مؤخراً مشروعاً عائلياً لغسيل الملابس.

وما تزال ألما متمسكةً بالمعنى والهدف اللذين ينطوي عليهما عملها في مجال تمكين المرأة، وهي لا تفكر في التقاعد قريباً. "سنحقق المزيد"، تقول ألما.

وتعيش تقناصراً مع مرض السرطان،

© UNFPA/Rizzo Producciones



© UNFPA/M. Mugisha





حقوق مهّدة في زمن النمو السكاني

كانت حقبةً زاخرةً بالتقدّمات التكنولوجية المذهلة. ففيها مشى نيل أرمسترونغ وإيدوين آلدرين أول خطوة للإنسان على سطح القمر عام ١٩٦٩. وفي العام نفسه، نجح الأطباء للمرة الأولى في استبدال قلب رجلٍ يحتضر بقلبٍ آلي. كما قام العلماء بتلقيح بويضة بشرية داخل أنبوب اختبار (إدواردز وآخرون، ١٩٦٩).

فقد بلغ معدّل نمو عدد سكان العالم عام ١٩٦٩ حوالي ٢ في المائة سنوياً. وبهذا المعدّل كان عدد سكان العالم سيتضاعف في غضون ٣٥ عاماً فقط. لم يسبق قطّ لعدد سكان العالم أن ازداد بهذه السرعة على مرّ العصور.

من الاحتفال إلى القلق

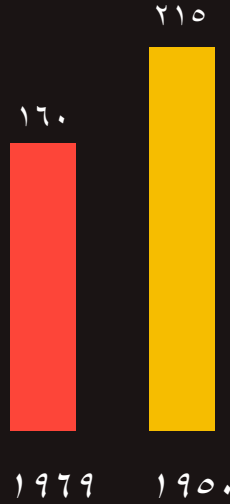
سرعان ما انقلب الاحتفال العالمي بالنجاحات المحققة في مجال الصحة العامة إلى مخاوف من مستقبل بئس يشهد تنافس الكثير من البشر على موارد

كما ساعدت الاكتشافات الطبية الأخرى في إطالة أعمار البشر. ففي شتى أنحاء العالم، كان العمر المتوقّع عام ١٩٦٩ حوالي ٥٥ سنة، مرتفعاً بذلك عن العمر المتوقّع عام ١٩٥٠ وهو ٤٧ سنة.

وقد أدى تحسّن معدلات بقاء الأطفال على قيد الحياة وإطالة العمر إلى تغيير جذري في أحوال البشر. لكن مع اقتران كل ذلك بمتوسط معدل خصوبة قدره خمس ولادات لكل امرأة، تغيّر أيضاً مسارُ تعداد سكان العالم.

وبحلول العام ١٩٦٩، بدأت أولى ثمار التقدّمات السابقة في مجال التكنولوجيا الطبية بالظهور، وذلك بالتوازي مع إنشاء أنظمة أقوى للصحة العامة، وتحسّن التغذية والنظافة، والتزام العالم بإنهاء بلاء وفيات الرضع والأطفال. وهبطت في مجمل أنحاء العالم معدلات وفاة الأطفال من ٢١٥ وفاة لكل ١٠٠٠ ولادة حية عام ١٩٥٠ إلى ما دون ١٦٠ لكل ١٠٠٠ بعد مرور تسعة عشر عاماً فقط (الأمم المتحدة، ٢٠١٧).

هبطت في مجمل أنحاء العالم معدلات
وفاة الأطفال من ٢١٥ وفاة لكل
١٠٠٠ ولادة حية عام ١٩٥٠
إلى ما دون ١٦٠ لكل ١٠٠٠ بعد
مرور تسعة عشر عاماً فقط.



لا تنفكُ تتضاءل. ما هو التأثير الممكن
لمثل هذا النمو على التحديات العالمية
كالجوع؟ ما هو التأثير الممكن على
المناطق التي مزقتها النزاعات؟ كيف
يمكن للجهود المبذولة في تنمية الأنظمة
الاقتصادية وانتشال الناس من براثن
الفقر أن تتجح في مواكبة تزايد أعداد
البشر بهذه السرعة المخيفة؟ وما الذي
يمكن فعله بهذا الشأن؟

بالنسبة إلى البعض، لم يُعدَّ النمو
السكاني يمثل انعكاساً للتقدم البشري،
بل تهديداً للبشرية ومشكلة تستدعي
حلاً عاجلاً.

فقد هيمنت على المجتمع الأمني
المخاوف من عواقب النمو السكاني
السريع منذ الخمسينيات. ففي الولايات
المتحدة، كُفَّ الرئيس دوايت د.
أيزنهاور اللواء المتقاعد ويليام هـ.
دراير برئاسة لجنة مهمتها وضع
استراتيجيات مُحكَّمة للمساعدة في
التنمية. وقد حددت لجنة دراير ما
اعتبرته بواعث قلق جسيمة بشأن
النمو السكاني في عددٍ من مناطق
العالم النامي، وهي مرتبطةٌ بالإنتاج
الغذائي بشكلٍ أساسي. أفاد تقرير اللجنة
لعام ١٩٥٩ بأنه: "ستكون المشاكل
المرتبطة بالنمو السكاني العالمي من
بين أخطر المشاكل التي سيواجهها
الجيل الجديد من أطفال اليوم. وما
لَمْ يَتَمَّ عكسُ العلاقة بين الاتجاهات
الحالية للنمو السكاني والإنتاج الغذائي؛
ستتحول التنمية الاقتصادية من مهمة
شاقة إلى مهمة مستحيلة عملياً" (دراير
وآخرون، ١٩٥٩).

وللتعامل مع هذا التحدي، أوصت
اللجنة بأن تقدم الولايات المتحدة

وغيرها من البلدان المتقدمة اقتصادياً
المعلومات والدعم الفني للبلدان النامية،
بناءً على طلبها، "من أجل رسم الخطط
التي ستعتمدها للتعامل مع مشكلة النمو
السكاني السريع". كما أوصت اللجنة
بأن تبادر الولايات المتحدة إلى "زيادة
دعمها للبرامج المحلية المتعلقة برفاه
الأمهات والأطفال".

وبعد مرور عدة أعوام، عبَّر بول
إيرليش عن رأيه في كتابه القنبلة
السكانية قائلاً "أياً كانت المشكلة التي
أنت بصددتها، فلن تحلّها إلا إذا حلت

"ستكون المشاكل المرتبطة بالنمو السكاني العالمي من بين أخطر المشاكل التي سيواجهها الجيل الجديد من أطفال اليوم."

لجنة دراير



© Mark Tuschman

والإنتاج الغذائي، والتصنيع، والتلوث، واستهلاك الموارد الطبيعية غير المتجددة (ميدوز وآخرون، ١٩٧٢). وفقاً لنموذج "المسار المعياري"، والذي يستند إلى استمرارية الاتجاهات التاريخية من عام ١٩٠٠ إلى عام ١٩٧٠، كانت النتيجة "التجاوز والانهييار" بسبب نفاذ الموارد، وانهيار القاعدة الصناعية (ومعها الأنظمة الزراعية التي باتت معتمدة على المساهمات الصناعية)، والنمو السكاني الذي سيصبح معكوساً في نهاية المطاف بسبب ارتفاع معدلات الوفاة الناجمة عن

لتصبح مثار نقاشٍ في البيوت وقاعات المحاضرات والمقرات الحكومية في شتى أرجاء العالم. وفي عام ١٩٧٢ أجريت دراسةً بتقويضٍ من مجمع التفكير الدولي "نادي روما" وتنفيذ باحثين في معهد ماساتشوستس للتكنولوجيا، مُفضيةً إلى تعميق المخاوف بشأن عواقب النمو السكاني السريع على المجتمع. وقد شرح الباحثون في معرض دراستهم الصادرة بعنوان محدّدات النمو السيناريوهات المستقبلية استناداً إلى افتراضاتٍ مختلفةٍ بشأن النمو السكاني،

معها مشكلة عدد السكان. أياً كانت قضيتك، فهي قضية خاسرة من دون السيطرة على عدد السكان" (إيرليش، ١٩٦٨). تمت استضافة إيرليش في مقابلات عديدة من قِبل جوني كارسون، وهو مقدم البرنامج التلفزيون الأمريكي الليلي الشهير *ذا تونايت شو*. ووصل كتابه إلى قائمة الكتب الأكثر مبيعاً، وسرعان ما أصبح مصطلح "الاكتظاظ السكاني" معروفاً وبرزت تساؤلاتٌ حول ما ينبغي فعله بهذا الشأن، أو عمّا إذا كان ينبغي فعل أي شيءٍ أصلاً،

من القلق إلى السيطرة

خوفاً من أن يؤدي النمو السكاني المتسارع إلى إبطال المكاسب التنموية المحققة، وزيادة المجاعات، أو ما هو أسوأ؛ سارعت المنظمات الدولية وغير الحكومية والحكومات فرادى إلى البدء بالعمل.

وفي العديد من الأماكن أخذ هذا العمل هيئة دراسة للاتجاهات السكانية ومحاولة فهم تأثيراتها على الأهداف المجتمعية الأخرى بشكل أفضل. وفي أماكن أخرى، أخذ العمل هيئة إطلاق برامج تنظيم الأسرة. وقد أثمر العمل في

سكان العالم، والتصنيع، والتلوث، والإنتاج الغذائي، واستنفاد الموارد، دون أي تغيير، فسنصل إلى أقصى حدود النمو على هذا الكوكب خلال المئة عام المقبلة. والنتيجة الأرجح ستكون تراجعاً مفاجئاً وخارجاً عن السيطرة في كل من عدد السكان والقدرة الصناعية". خضعت طرائق الدراسة ونتائجها لكثير من النقاش والجدال، الأمر الذي زاد الاهتمام بالبحث في التفاعل بين النمو السكاني والأنظمة البشرية والطبيعية الأخرى (نورغارد وآخرون، ٢٠١٠).

نقص الغذاء والخدمات الصحية. كما كانت نتيجة السيناريوهات الأخرى المعتمدة على تحويل الافتراضات لوحدٍ أو أكثر من المتغيرات هي التجاوز والانهيار في آخر الأمر. وقد نجح سيناريو واحد فقط في تحقيق حالة من التوازن أفضت إلى "عالم مستقر"، تستقر فيه معدلات النمو السكاني ونمو رأس المال الصناعي، وتدعم التطورات التكنولوجية كلاً من السيطرة على التلوث والإنتاج الغذائي الفعال.

واستنتج الباحثون أنه: "إذا استمرت الاتجاهات السائدة حالياً فيما يخص عدد

جدارية حول تنظيم الأسرة: "الطفل الثاني بعد ثلاث سنوات". الهند، ١٩٨٨. © Raghu Rai/Magnum Photos





تقديم خدمة العناية بالطفل مجاناً من قبل برنامج تنظيم الأسرة. ١٩٧٢، الهند
© UN Photo/ILO

بعض الأماكن عن خطوات تشجع - أو حتى تفرض - على الأزواج والأفراد إنجاب عدد أقل من الأطفال أو عدم الإنجاب، منتهكة الحقوق والخيارات في خصم ذلك.

وخلال السبعينيات والثمانينيات من القرن العشرين، اعتمدت العديد من البلدان سياسات سكانية أو سياسات تنظيم الأسرة. وكثيراً ما تضمنت تلك السياسات أهدافاً أو غايات مرتبطة بالنتائج الديمغرافية، مثل اعتماد تاريخ معين لتحقيق الاستقرار السكاني، أو أهدافاً متعلقة بخفض معدلات الخصوبة أو زيادة نسبة السكان الذين يستخدمون وسائل منع الحمل الحديثة.

إلا أن الأهداف الديمغرافية كانت في بعض الأحيان تحث الألفية على حساب حقوق الأفراد وخياراتهم. وقد اعتبر البعض أن برامج تنظيم الأسرة المتسمة بالطوعية، حيث يتمتع الأفراد بالقدرة على اتخاذ قراراتهم بشأن منع الحمل بأنفسهم، قاصرة عن خفض الخصوبة. ولقد كتب عالم الاجتماع الأمريكي كينغسلي دافيز في مقالته التي لاقت صدىً كبيراً حين صدرت عام ١٩٦٧: "إن الظروف التي تجعل الولادات مرغوبة أو غير مرغوبة خارجة عن سيطرة تنظيم الأسرة، وبالتالي فهي خارجة عن سيطرة أي أمّة تعتمد على تنظيم الأسرة كسياسة سكانية وحيدة لديها" (دافيز، ١٩٦٧). وقد جادل قائلاً إنه لو أُريد للسياسة السكانية أن تسيطر على النمو السكاني بما ينفع المجتمع؛ لوجب اعتماد اتجاهات جديدة في السياسة السكانية تتعدى مجرد توفير التنظيم الأسري.

وسائل معينة لتنظيم الأسرة أو الحد من الإنجاب (هيل وآخرون، ٢٠١٢). كما قدّمت بعض السياسات السكانية مساكن وأفضلية في منح القروض للعائلات التي تضمّ عدداً أقل من الأطفال (روس وآيزاكس، ١٩٨٨). وفي العديد من الحالات لم تكن أهداف خفض الخصوبة متماشية مع برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. وكانت المخاوف الديمغرافية دافعاً

ومن بين التوصيات التي قدمها دافيز: تأخير الزواج، فضلاً عن التدابير الرامية إلى التشجيع على تحديد عدد الولادات في إطار الزواج. وكان يمكن لمثل هذه التدخلات أن تنتقص من حماية الحقوق الفردية وتعزيزها. على سبيل المثال، تضمنت بعض السياسات السكانية حوافز مالية - مثل الدفعات النقدية، أو مواد غذائية أو لوازم منزلية - كاستراتيجية لحث الأزواج على اعتماد

التوسُّع في فهم الاتجاهات السائدة، تعزيز الخيارات أمام الأفراد

بالرغم من أن المخاوف من النمو السكاني أدت إلى وضع سياسات وبرامج تحدُّ من الحقوق والخيارات، أو حتى تسحقها تماماً، في عددٍ من الحالات، حفَّزت التحوُّلات الديمغرافية في القرن العشرين ظهور موجاتٍ جديدة من الوعي والنقاش على مستوى العالم حول كيفية تأثير الديناميات السكانية على الاتجاهات الاجتماعية الاقتصادية وتأثرها بها، وكيفية تداخل تلك الاتجاهات مع جدول الأعمال المستجد في مجال حقوق الإنسان.

وظهرت مؤسسات جديدة لاستقصاء تأثيرات النمو السكاني والاستجابات الممكنة من سياساتٍ وبرامج. ففي عام ١٩٥٢، عقد جون د. روكفيلر الثالث اجتماعاً برعاية الأكاديمية الوطنية الأمريكية للعلوم للبحث في الأسئلة المتعلقة بالاتجاهات الديمغرافية وتأثيراتها. ولم يمرَّ وقتٌ طويلاً حتى أسسَ مجلس السكان بهدف متابعة عمله.

وفي وقتٍ مبكرٍ من عهده، شارك مجلس السكان في المساعي الرامية إلى التوصل لفهم الاتجاهات السكانية وعلاقتها بالأهداف المجتمعية: حيث عمل واحدٌ من أولى برامج على تقديم الدعم لطلاب الدراسات العليا من أجل تلقي تدريبٍ متخصصٍ في الديمغرافية. غير أن مجلس السكان لم يقتصر في بدايات عمله على المجال الديمغرافي، بل إنه عكسَ فهماً مفادُه أن جوهر الاتجاهات الديمغرافية قائمٌ على حيوات الأفراد. وقد سعت برامج مجلس السكان في مجال البحث الاجتماعي والطبي



شابة تتفحص لولباً في مركز لتنظيم الأسرة. شرق أفريقيا، ١٩٧٣.
© UN Photo/FAO

في مشروع سكني في بورتوريكو. لم تحصل النساء سوى على قدرٍ ضئيل من المعلومات عن أمان تلك الوسائل وتأثيراتها الجانبية، لأنه لم يُعرَف الكثير عنها في ذلك الوقت (لياو ودولين، ٢٠١٢). ومع مرور الوقت، أثّرت مخاوف أخرى بشأن ممارسات الوكالات والشركات الخاصة والحكومات المسؤولة عن تطوير تقنيات منع الحمل وتقييمها، بما في ذلك مخاوف بشأن عدم وجود الموافقات المستنيرة ولا الاستشارات والمتابعة الطبية المناسبة (الأمم المتحدة، ٢٠١٤).

للعديد من الابتكارات في مجال تقنيات منع الحمل خلال فترة الخمسينيات والستينيات، مما أسفر عن وسائل حديثة ومنها وسائل منع الحمل الفموية، ومانعات الحمل الرحمية، ووسائل منع الحمل بالحقن. غير أن السياسات السكانية المدفوعة بعوامل ديمغرافية أدت في بعض الحالات إلى اعتماد أساليب تقلل جودة الرعاية وتعرِّض صحة الأفراد وحقوقهم للخطر.

على سبيل المثال، حدث أول اختبار واسع النطاق لوسائل منع الحمل الفموية عام ١٩٥٦ على ٢٠٠ امرأة يُقمن

النمو السكاني والنمو الاقتصادي

جداً أو يافعة جداً. وإذا تزامنت هذه الفترة مع بذل استثمار عريض القاعدة وكبير في رأس المال البشري بحيث يركّز على المرحلة من اليافعة إلى البلوغ، مع توفير الفرص في سوق العمل، ستكون النتيجة تعزيز النمو والازدهار الاقتصاديين للسكان. يجدر بالذكر أن هذا التأثير، الذي يُطلق عليه اسم "العائد الديمغرافي" أو "الهبة الديمغرافية"، لا يدوم إلى ما لا نهاية. فمع استمرار معدل الوفيات في الانخفاض، بما فيها الوفيات في الأعمار المتقدمة، تزيد نسبة كبار السنّ المُعالين من مجمل السكان، وقد تتضاءل فرصة تحقيق أي عائد.

ومع تنامي المعارف في مجال العائد الديمغرافي، استعادت الديناميات السكانية مكانتها في النقاشات الدائرة حول السياسة الاقتصادية. ولم ينجُ هذا الظهور المتجدد من التعرض لمزيد من التحذيرات وحالات سوء التفاهم. وترتبط هذه الظاهرة بوجود عدد أكبر من السكان الشباب والبالغين بالنسبة إلى عدد الأطفال وكبار السن، لا بالزيادة الخام في فئة السكان ممن هم في سنّ العمل، ولذلك فهي تتطلب خفض الخصوبة من أجل تقليل حجم الأجيال التالية. كما ينبغي تضمين القضايا الجنسانية. يزداد عدد السكان العاملين عندما تتمكن النساء من الانضمام إلى القوى العاملة على نحوٍ منتج (وينطبق الأمر ذاته على الفئات السكانية المهمشة والمعرضة للإقصاء). وعلاوةً على ذلك، لا يرتبط التقدم بالسن دائماً بانغلاق نافذة الفرص. يولد الناس من دون موارد، لكنهم يصلون إلى "الإعالة الناجمة عن الشيخوخة وهم مزودون بالموارد المتراكمة، إلا في حال كانوا فقراء على الدوام. وكثيراً ما يسود افتراضٌ خاطئٌ بأن نافذة الفرص تنغلق بسرعة عندما تصل الإعالة إلى حدودها الدنيا، على الرغم من أنها ما تزال ميسرةً أكثر مما هو الحال في نقطة البدء الأولى ولعدة سنوات إضافية. ومن شأن هذه الحقيقة التأكيد على الحاجة إلى بذل استثمارات داعمةٍ على مر الزمن، بحيث تسهّل الحصول على عائد في البداية، ومن ثم تحافظ عليه.

من بعد الاستغراق في الجدالات الأيديولوجية في البداية، أصبح للبرهان – لا للسلطة والدعم السياسيين – القول الفصلُ في السؤال عن طبيعة العلاقة بين النموين الاقتصادي والسكاني. وقد صدرت مقالة هامة بقلم كوال وهوفر (١٩٥٨) موضحةً أن مجمل البلدان التي تشهد نمواً سكانياً مرتفعاً للغاية تعاني من تأخرٍ في النمو الاقتصادي. ولم تبيّن هذه العلاقة المتبادلة الأسباب، لكن البعض اعتمد عليها بالرغم من ذلك في تغذية المخاوف من التأثير السلبي لمعدلات النمو السكاني المرتفعة على الأنظمة الاقتصادية.

لكن الدراسات اللاحقة حذت هذه النظرية. على سبيل المثال، في العام ١٩٨٤ وقبل وقتٍ وجيزٍ من انعقاد المؤتمر الدولي للسكان في مكسيكو سيتي، أُجريت دراسةً بتكليف من الأكاديمية الوطنية الأمريكية للعلوم واستنتجت أن النمو السكاني عاملٌ حياديٌّ في النمو الاقتصادي. جاء هذا الاستنتاج من مقارنة معدلات النمو في عدد السكان مع معدلات النمو في الاقتصاد (وليس في مستويات النموين). ولم يبدُ أن هنالك أي علاقة (مجلس البحوث الوطني، ١٩٨٦). وقد أدى هذا الاستنتاج غير المؤكّد وغيره من الأبحاث إلى تعزيز المقاومة في وجه جهود تنظيم الأسرة، سواء خلال مؤتمر عام ١٩٨٤ أو بعده.

**هذا التأثير،
الذي يُطلق
عليه اسم
"العائد
الديمغرافي"
أو "الهبة
الديمغرافية"،
لا يدوم إلى
ما لا نهاية.**

ومنذ أواخر التسعينيات، تنامي الإدراك بأن المجموع الكلي لمستويات عدد السكان وتغيّرها لا يفسر تلك العلاقة. فالأمر الحاسم هو التغيّر في البنية العمرية للسكان حين تصبح الولادات أقل عدداً، وأكثر تأخراً وأماناً (بلوم وآخرون، ٢٠٠٠ و٢٠٠٧؛ بلوم وكانيغ، ٢٠٠٤)، بالإضافة إلى خِصال السكان والفرص المتاحة لهم، وعلى وجه التحديد في مجالات التعليم (لوتز وآخرون، ٢٠٠٨)، والصحة والتشغيل (جوشي وشولتز، ٢٠٠٧). ومع انخفاض الخصوبة، تزداد نسبة السكان الذين هم بسنّ العمل بالمقارنة مع نسبة السكان الذين هم بأعمار متقدمة

البيولوجي إلى تسليط الضوء على السياق الذي دفع الأفراد إلى اتخاذ قراراتهم بشأن حياتهم الإنجابية، واستقصاء تقنيات منع الحمل التي قد تساعد في توسيع نطاق خيارات الأفراد فيما يتعلق بالعلاقات الجنسية والإنجاب. ومثلت هذه المسائل أهمّ شواغل الجهات التي تعمل على توسيع نطاق خيارات النساء واختياراتهن في إطار ما عُرف في حينه باسم حركة "تحديد النسل"؛ وبالفعل، تمّ تأسيس الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة في العام نفسه تحت رئاسة مشتركة بين الرائدة في مجال تحديد النسل مارغريت سانغر من الولايات المتحدة، والسيدة راما راو من الهند (كلايس، ٢٠١٠). وقد أثمر تقرير لجنة درابر لعام ١٩٥٩ في آخر الأمر عن تأسيس مكتب السكان في وكالة الولايات المتحدة للتنمية الدولية عام ١٩٦٩، وبدأت



Margaret Sanger

© Pictorial Press Ltd/Alamy Stock Photo

بعض البلدان المتقدمة الأخرى بتأسيس برامج سكانية كجزء من استراتيجياتها في المساعدات الخارجية. وتمثلت الميزة الأساسية لتلك البرامج في توفير المعلومات والخدمات في مجال تنظيم الأسرة. وسرعان ما أصبحت الولايات المتحدة والسويد أهم الأطراف الثنائية المانحة في مجال تنظيم الأسرة في مختلف أرجاء العالم المتقدم (روبنسون وروس، ٢٠٠٧).

كما وصلت المخاوف بشأن النمو السكاني السريع إلى الجمعية العامة للأمم المتحدة التي تبنت في العام ١٩٦٦ القرار ٢٢١١ (د-٢١) تحت عنوان *النمو السكاني والتنمية الاقتصادية*. حيث دعا هذا القرار الأمم المتحدة إلى "المساعدة، عند الطلب، في تطوير المرافق الوطنية والإقليمية المخصصة للتدريب والأبحاث وخدمات تقديم المعلومات والاستشارات في المجال السكاني، وتعزيز تلك المرافق، مع مراعاة الاختلافات في سمات المشاكل السكانية لكل بلد وإقليم، والاحتياجات المنبثقة عن ذلك" (سينغ، ٢٠٠٢). في العام التالي، أسس الأمين العام يو ثانت صندوقاً استئمانيّاً لتمثّل ولايته العامة في دعم تطوير سياسة سكانية في مختلف بلدان العالم، ثم تحوّل هذا الصندوق الاستئماني إلى صندوق الأمم المتحدة للسكان عام ١٩٦٩، وتولى رافائيل سالاس منصب أول مدير تنفيذي له.

وتعاون صندوق الأمم المتحدة للسكان مع نظرائه من مؤسسات تلك الحقبة للمساعدة في إطلاق تحقيق أعمق في

أسباب الاتجاهات السكانية ونتائجها. وبالشراكة مع وكالة الولايات المتحدة للتنمية الدولية، أطلق صندوق الأمم المتحدة للسكان الاستقصاء العالمي للخصوبة بهدف جمع وتكوين بيانات سكانية مُحكمة. وقد ساهم هذا الاستقصاء، لأول مرة، في تسليط الضوء على مسائل هامة تتعلق بحياة النساء، بما في ذلك تفضيلاتهن وخياراتهن واحتياجاتهن فيما يخص الخصوبة والإنجاب.

وأصبح كلٌّ من مجلس السكان، والاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة، ووكالة الولايات المتحدة للتنمية الدولية، وغيرها، أعضاء مؤسسين لحركة سكانية جديدة أعطت زخماً جديداً لعملية استكشاف المسائل المعنيّة بالسكان، ودعمها بالإرادة السياسية والموارد، مما أثمر عن توسيع نطاق برامج تنظيم الأسرة في العالم النامي، والتي ساعدت بدورها على تمكين الأفراد من اتخاذ خياراتهم بشأن حياتهم الإنجابية. لكن ذلك تزامن مع تصاعد التوتر داخل الحركة بشأن التساؤل عما إذا كان النمو السكاني مشكلةً في جوهره؛ وإن كان كذلك، فهل تمثّل برامج تنظيم الأسرة حلاً مناسباً أو كافياً.

وظهر هذا التوتر جلياً خلال المؤتمر العالمي للسكان في بوخارست عام ١٩٧٤. وبحلول ذلك الوقت، كانت البلدان المتقدمة ماضيةً في دعم جهود تنظيم الأسرة في البلدان النامية ومساعدة الحكومات في وضع السياسات السكانية. لكن هذا الدعم لم يلقَ الترحاب في كل البلدان النامية؛ وفي الواقع، فإن البعض

رافائيل سالاس

عُرف رافائيل سالاس بلقبه المحبب "السيد سُكَّان"، وأشرف على ولادة صندوق الأمم المتحدة للسكان عام ١٩٦٩ بصفته المدير التنفيذي له. وتحت قيادته، نما صندوق الأمم المتحدة للسكان بعد أن كان مجرد هيئة ثانوية، إلى أكبر مقدم متعدد الجوانب للدعم السكاني. ومع مرور الوقت بدأ يتشكل توافق عالمي في الآراء بشأن الصلات الأساسية بين السكان والتنمية من جهة، والحقوق الجنسية والإنجابية للناس، حيث بلغ هذا التوافق أوجَه في برنامج العمل الصادر عن المؤتمر الدولي للسكان والتنمية.

"للوالدين حقٌ أساسيٌّ من حقوق الإنسان في أن يقرّرا بكل حرية ومسؤولية عدد أطفالهما والفترات الفاصلة بينهم"، توجّه بهذا القول إلى المشاركين في المؤتمر الدولي لحقوق الإنسان عام ١٩٦٨. وكان ذلك تصريحاً غير مألوف في ذلك الوقت، وخاصةً لأن سالاس كان يتولى منصب نائب رئيس المؤتمر.

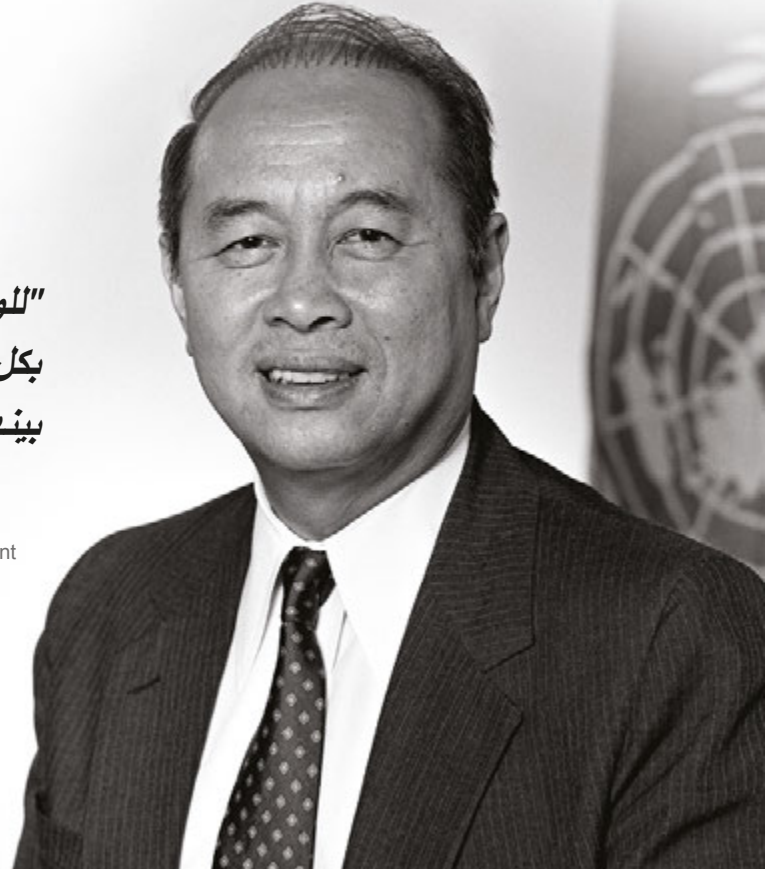
واشتهر سالاس بمقدرته على جمع الناس الذين كانوا ليقفوا مقترقين لولا مساعيه، ومساعدتهم في تجاوز مواقفهم الإيديولوجية الثابتة وصولاً إلى التوافق حيال الشواغل المشتركة بينهم. ودائماً ما كان يصبُّ تركيزه على تحقيق الخير الأعم. وفي العام ١٩٨٤ ترأس المؤتمر الدولي للسكان في مكسيكو سيتي، ممهداً الطريق أمام التعاون بين الأمم المتحدة والبرلمانيين والقيادات الدينية. وحثّ الأشخاص من جميع المستويات الحكومية على إدخال الروابط بين السكان والفقير إلى خطط التنمية الوطنية.

كان سالاس رجلاً متعدد المواهب، فقد تنقّل خلال مختلف مراحل حياته من كونه أستاذاً جامعياً وشاعراً، ليصبح مديراً تنفيذياً للمجلس الاقتصادي الوطني في بلده الأم الفلبين، ومن ثم المدير العام لصحيفة ذا مانيليا كرونيكل. وحين شغل منصب المنسق الوطني لبرنامج الاكتفاء الوطني من الأرز والذرة في الفلبين، أطلق "الثورة الخضراء" التي غدت الفلبين بفضلها مكتفية ذاتياً من إنتاج الأرز للمرة الأولى في تاريخها.

وفي العام ١٩٨٧، بعدما وضعت وفاته المفاجئة نهايةً مبكرةً لعمله كمدير تنفيذي لصندوق الأمم المتحدة للسكان، اجتمع أصدقاؤه وزملاؤه من كل أرجاء المعمورة لتوديعه. ولأن العديد من إنجازاته لاقت استحساناً عميقاً، فقد أجمعوا على أنهم فقدوا رجلاً عظيماً، لكنه كان يعتبر نفسه خادماً متواضعاً للناس. لأجل حسّه الإنساني وسنوات عمله، سنتذكره دائماً كإنسانٍ حطي بمحبة الجميع.

"للوالدين. حقٌ أساسيٌّ من حقوق الإنسان في أن يقرّرا بكل حرية ومسؤولية عدد أطفالهما والفترات الفاصلة بينهم."

© UN Photo/Milton Grant



من تلك البلدان لم يعتبر أن النمو السكاني يمثل تحدياً بالنسبة له، وتملكه الإحباط لأن العالم المتقدم كان، وفق رأي تلك البلدان حينئذ، منشغلاً بالمسألة أكثر مما ينبغي. وبالنسبة للأطراف المتأثرة بنظرية "قيمة العمل" الماركسية، فإن المزيد من السكان يعني المزيد من العمال، وبالتالي جيلاً يتمتع بثروة أكبر، ولذلك قوبلت محاولات كبح هذا النمو بالشكوك والمقاومة. أما البعض الآخر فكانوا يعتقدون أن زيادة عدد العمال ستحسن الظروف فقط في حال توليد السوق لفرص تشغيل كافية. ونظراً لأن

معدلات النمو السكاني غالباً ما تفوق معدلات النمو الاقتصادي، فإن الفجوة الناجمة ستؤدي إلى العمالة الناقصة أو البطالة، مُفضيةً إلى حدوث اضطرابات اجتماعية.

"هل الاكتظاظ السكاني هو سبب وجود البطالة والفقر في العديد من بلدان العالم اليوم؟ لا، على الإطلاق. بل يُعزى ذلك بصورة أساسية إلى ممارسات الإمبرياليين من عدوان ونهب واستغلال، وبالتحديد ممارسات القوى العظمى". كذا قال رئيس الوفد الصيني

في بوخارست هوانغ شوتسي (بوتس وآخرون، ٢٠١٨). وقد جادل وزير الصحة وتنظيم الأسرة الهندي كاران سينغ قائلاً إن الظروف الاجتماعية والاقتصادية الأشمل كانت المسؤول الرئيسي عن ارتفاع الخصوبة، ولذلك ينبغي إعطاء الأولوية لزيادة الدعم التنموي، لا لدعم تنظيم الأسرة. وتابع قائلاً: "التنمية أفضل وسيلة لمنع الحمل" (بوتس، ١٩٩٢).

ساهمت هذه المحادثات في ظهور جوٍّ عامٍ من التضارب حيال فعالية برامج تنظيم الأسرة الحديثة، وبصورةٍ أوسع

رائدة التغيير

جوديث بروس

أدركت جوديث بروس، حين كانت مراهقةً تتمتع بدقة الملاحظة، أنه ما لم يتمّ مواجهة الأمر بتحدٍّ شرس، فإن السياق التقليدي "لكي تصبح الأنثى امرأة" لا ينطوي على التغييرات الجسدية فحسب، بل على فقدان الحرّيات أيضاً. فخيارات الشابات في مجال النشاط الجنسي والخصوبة كانت مقيدة، لا بسبب الرعاية الصحية غير المُراعية لهن فقط، لكن وبالقدر نفسه بسبب الافتقار إلى "صوت" ودخّل مستقلّين.

وحتى مع ترحيب أبناء جيلها بوسائل منع الحمل الحديثة، بقيت بروس متشككةً حيال الاعتماد الشديد على الحلول التقنية. وفي أوائل العشرينات من عمرها، انضمت إلى دعوى جماعية لدعم حق المرأة في الاختيار، ودرست كيف تؤثر فترة المراهقة في قدرة الفتيات على عيش الحياة الكريمة التي يخرنّها.

وانعكست تجربة حياة بروس على مسارها الفكري، حيث كتبت في الوقت نفسه تقريباً عن كلّ من القوة التفاوضية

الاجتماعية والاقتصادية للنساء ضمن العائلات، والرعاية المتمحورة حول العميل. حفّز إطار العمل الذي وضعته عن "جودة الرعاية" إحداث تغيير عالمي في برامج تنظيم الأسرة، من التركيز على الأهداف الرقمية كميّار للنجاح إلى تعزيز الاستخدام المستدام والأمن من خلال الاستجابة إلى أولويات الفتيات والنساء. وتضمّن إطار العمل هذا ستة عناصر: الحرص على أن يكون للعملاء خياراً من مجموعة من وسائل منع الحمل المختلفة والملائمة لاحتياجاتهم؛ وتبادل المعلومات مع العملاء لضمان اتخاذهم خياراتٍ مستنيرة؛ والكفاءة التقنية للمزوّدين؛ والعلاقات القائمة على الاحترام والدعم بين الأشخاص؛ وآليات المتابعة والاستمرارية بهدف معالجة معدّلات التوقّف؛ ومجموعة ملائمة من الخدمات لضمان تلقي العملاء طائفةً من الخدمات اللازمة للتعامل مع كلّ من احتياجاتهم الصحية ووضعهم الاجتماعي الأوسع.

وقرّ إطار العمل هذا الأساس لإعادة توجيه العديد من البرامج الوطنية

لتنظيم الأسرة حول العالم. اعتُبرت بروس العقل المنبّر لاعتراف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في عام ١٩٩٤ بأن خدمات الصحة الإنجابية المتمحورة حول العميل، واستراتيجيات تمكين الإناث، هما هدفان متكافئان، لا متنافسان.

نهج أشمل في تحقيق الصحة الإنجابية للنساء، بما في ذلك الاهتمام بقضايا النشاط الجنسي والعلاقات بين الجنسين.

وبالرغم من تنوعها بمختلف الطرق، فقد وُحِّدَت رسالةً جوهريةً واحدة حركة صحة النساء ومفادها أنه: ينبغي لتصميم البرامج المعنية بصحة النساء، وتطبيقها، وتقييمها، أن تنهض على أساس الاهتمام بالصحة والحقوق الإنجابية، لا على أساس الأهداف الديمغرافية. وبدأت الجماعات النسائية من شتى أرجاء العالم شيئاً فشيئاً بالدعوة إلى سياسات وبرامج تُعامل النساء كجهة فاعلة لها

أن تتمتع النساء أكثر فأكثر بحرية أكبر في الاختيار لتحديد أدوارهن في المجتمع " (روكفيلر، ١٩٧٨).

الاعتراض على السياسات السكانية شديدة التحديد

مع الانتشار المضطرد للسياسات السكانية الوطنية خلال الثمانينيات، استمرَّ تصاعد الخوف والارتباك حيال الجهات التي تروِّج للأهداف الديمغرافية. وبدأت حركة دولية متنامية في مجال صحة النساء بالدعوة إلى برامج لا تضمن إتاحة التنظيم الأسري فحسب، بل أيضاً اعتماد

حيال العلاقة بين النمو السكاني والنمو الاقتصادي. وبالفعل ارتفعت أصواتٌ عديدةٌ مثيرةً الأسئلة عن العوامل التي تساهم في خفض الخصوبة وتسريع التحول الديمغرافي في البلدان النامية.

وفي بوخارست عام ١٩٧٤، عبَّر جون د. روكفيلر الثالث عن "خيبة الأمل حيال نتائج نهج تنظيم الأسرة"، وحثَّ على إعادة تقييم الوضع بما يتعدى مجرد توفير التنظيم الأسري. وقال: "برأيي، إذا أردنا تحقيق تقدُّم حقيقي في التنمية الاقتصادية والاجتماعية، وتحقيق تقدم في الوصول إلى أهدافنا السكانية، ينبغي

© Nadia Todres

وهي اليوم تدعو إلى الاستفادة من أهداف التنمية المستدامة في توجيه الاستثمارات نحو البؤر الساخنة التي تتراكم فيها مسائل زواج الأطفال، والإكراه الجنسي، والاحتياجات غير الملبَّاة، وشحِّ الموارد، والفقر المتوارث عبر الأجيال. قالت بروس: "إن الفتيات اللواتي هنَّ أكثر عرضةً لأسوأ النتائج غالباً ما يصبحن أمهات عازبات ومعيلاتٍ وحيداتٍ لأسرهن". ومن ثم تتعرض هؤلاء الفتيات لتهميشٍ أكبر لأن مسؤولياتهن المنزلية تُقصيهنَّ عن إمكانية اغتنام فرص التعليم والتوظيف والمساهمة في مجتمعاتهن. في حين يتمكّن نظراً هنَّ الذكور من الانتفاع بالأنظمة الاقتصادية الحديثة التي تحرّكها التكنولوجيا.

"من دون الاستثمار الحثيث في الفتيات بعمر ١٠ إلى ١٤ عاماً، لا يمكن للبلدان الاعتماد على تحصيل العائد الديمغرافي"، تقول بروس. وتتابع قائلةً إن الامتناع عن بذل هذه الاستثمارات يعني التخطيط للفقير. وهي تتوقع "زيادة الضغوط على الإناث اليافعات لمقاومة النشاط الجنسي والخصوبة بالنجاة في وجه الطوارئ المناخية والصراعات والنزوح والشحِّ والضعف".

تنادي بروس بأن يتمَّ عكس هذا التخطيط للفقير، وعكس الصحة الإنجابية الضعيفة المصاحبة له من خلال تنفيذ خططٍ مصممةٍ وفق العمر ونوع الجنس والمكان. نقطة البدء نحو التغيير: ٥٠ مليون فتاة بعمر ١٠ سنوات يعيشن اليوم في أشد البلدان فقراً.



احتياجاتها وحقوقها، لا كمجرد غرضٍ لتحقيق أهدافٍ اجتماعيةٍ أوسع. وبدأت أعدادٌ متزايدةٌ من الأصوات في المطالبة بأبحاث وبيانات جديدة عن احتياجات النساء وتفضيلاتهن فيما يتعلق بالخصوبة وتنظيم الأسرة، وجادل الكثيرون بأن هذه الاحتياجات والتفضيلات، لا الأهداف الديمغرافية، هي ما ينبغي اتخاذه مرشداً رئيسياً يوجّه السياسات السكانية وبرامج تنظيم الأسرة. وبالفعل، أظهرت الأبحاث المؤثرة التي أجراها سيندينغ وآخرون (١٩٩٤)، أنه في أغلبية البلدان الخاضعة للتحليل، يتجاوز الطلب القائم على تنظيم الأسرة الأهداف الوطنية التي حددتها الحكومات في مجال معدلات انتشار وسائل منع الحمل؛ ولذلك، يجادل الباحثون، ينبغي استبدال السياسات السكانية التي تتخذ أهدافاً ديمغرافية بغاياتٍ يُعبر عنها فقط الرغبات الصادرة عن الأشخاص الذين تتّم خدمتهم.

نصبُ خيمةٍ واسعة: التمهيد للمؤتمر الدولي للسكان والتنمية

يمكن للأهداف الفردية والجماعية أن تجتمع تحت مظلة السياسة السكانية الواسعة: تحولت هذه الرسالة إلى شعارٍ عالميٍّ مميّزٍ عملية التحضير للمؤتمر الدولي للسكان والتنمية الذي تقرر عقده في القاهرة عام ١٩٩٤.

وبصفته مؤسسة ذات تنظيمٍ مركزيٍّ جنباً إلى جنبٍ مع شعبة السكان بالأمم المتحدة، سعى صندوق الأمم المتحدة للسكان إلى مدّ الجسور ضمن حركةٍ تزداد انقساماً على نفسها. حيث سعت

المؤسسات إلى الاستناد على الأسس الأولى للحركة السكانية العالمية، مدركةً أن فهم الاتجاهات السكانية يعدُّ شرطاً لتحقيق نتائج تنموية دائمة، ومتبينةً في الوقت نفسه تفهوماً للدور المركزي الذي تلعبه حياة النساء، ومعززةً حقوقهن وخياراتهن بصفقتها مبدأً أساسياً للسياسة السكانية.

وتحت رئاسة د. نيفيس صادق، المديرة التنفيذية لصندوق الأمم المتحدة للسكان، قادت أمانة المؤتمر الدولي للسكان والتنمية عمليةً أثمرت عن برنامج عملٍ توافقيٍّ نجح في إحداث تغييرٍ جذريٍّ في وجهات النظر بشأن كيفية تطوير السياسات السكانية وتنفيذها في المستقبل. كان الطريق إلى القاهرة طويلاً ومدروساً بعناية، فقد عُقد الاجتماع التحضيري الأول عام ١٩٩١، وفيه أصبحت كلمة "التنمية" للمرة الأولى جزءاً من عنوان مؤتمرٍ دوليٍّ يُعنى بالسكان، كما تم استعراض مسودة برنامج العمل ومناقشتها والموافقة عليها من قبل الدول خلال الاجتماعات التالية لـ "اللجنة التحضيرية".

وإلى جانب الاجتماعات التحضيرية، نظمت أمانة المؤتمر الدولي للسكان والتنمية اجتماعات لمجموعة الخبراء من أجل مناقشة القضايا الشائكة، مثل النمو السكاني، والهجرة، وتنظيم الأسرة والصحة، والسكن والبيئة. كما عقدت خمسة اجتماعات إقليمية حرساً على الحصول على مساهماتٍ وتغطية ذات نطاقٍ جغرافيٍّ واسعٍ؛ ونظّمت العديد من اللقاءات الرسمية وغير الرسمية بعناية، حيث جمعت فيها منظماتٍ غير حكومية

لإتاحة فرصة المشاركة المتنوعة والقوية من طيفٍ واسعٍ من المجالات المعنية. وفي النهاية فإن الاستشارات الكثيرة والاجتماعات العديدة والدعوات الاستراتيجية ومشاركة الأطراف المعنية أتت بثمارها. في برنامج العمل النهائي، وافقت الحكومات للمرة الأولى على ضرورة شمول السياسات السكانية لمجموعة واسعة من اعتبارات التنمية الاجتماعية. وتوصلت الحكومات إلى توافقٍ في الآراء على ضرورة تنفيذ تنظيم الأسرة ضمن إطار الرعاية الصحية الإنجابية الشاملة، بحيث تتكامل الجهود لضمان الإنجاب الصحي والأمن، والوقاية من الأمراض المعدية المنقولة جنسياً، ومعالجة مسائل الصحة الإنجابية والجنسية ذات الصلة، بما فيها العنف المبني على أساس النوع الاجتماعي وغيره من الممارسات الضارة. كما ازدادت أهمية تمكين النساء والمساواة بين الجنسين ليصبحا عنصرين أساسيين في السياسة السكانية والتنمية.

وانطوى هذا التأكيد على فهمٍ مشتركٍ مفاده أن تعزيز الصحة والحقوق الفردية من شأنه المساهمة في خفض الخصوبة وإبطاء النمو السكاني. ومن خلال وضع أسباب النمو السكاني السريع وتأثيراته ضمن سياق التنمية البشرية والتقدم الاجتماعي، يمكن للحكومات والمجتمع المدني على اختلاف وجهات نظرها السياسية والثقافية والعلمية أن تتكاتف لدعم التوصيات (آشفور، ٢٠٠١).

وبخلاف الوثائق الختامية للمؤتمرات السكانية الدولية السابقة، تميّز برنامج العمل بالانفتاح والحساسية في التعامل

نفيس صادق

ولدت نفيس صادق عام ١٩٢٩ وترعرعت في زمنٍ شهد اضطراباتٍ جمّة، وكان زمناً شهد في العام ١٩٤٧ ولادة بلدها باكستان. ولم يكن ذلك أفضل وقتٍ ليولد الإنسان أنثى. لكنّ صادق كانت مفعمةً برؤيةٍ أنها قادرةٌ على تغيير العالم نحو الأفضل. وهذا ما نجحت في فعله، فقد شجعت الناس على التلاقي حول مفهوم جديدٍ كلَّ الجِدّة حول السكان والتنمية عام ١٩٩٤.

تحدّث صادق التقاليد منذ البداية. فقد حصلت على إجازة الاختصاص في طب التوليد، وقدمت خدماتها للنساء والرجال الريفيين الفقراء، كما ساهمت في تصميم السياسة السكانية الوطنية الأولى لباكستان.

وعندما انضمّت إلى صندوق الأمم المتحدة للسكان وتدرجت في السلم الوظيفي حتى أصبحت المديرية التنفيذية الثانية للصندوق عام ١٩٨٧، كانت تلك أول مرّة ترأس فيها امرأةً واحداً من أهم برامج الأمم المتحدة الممولة بشكلٍ طوعي. وسرعان ما أصبحت مناصرةً شغوفةً لقضية منح النساء الأدوات اللازمة للتحكم بحياتهن الإنجابية، من المعلومات إلى وسائل منع الحمل. وخلال أسفارها حول العالم، سمعت ما لدى النساء من قصص لتحوّلها إلى حملةٍ تطالب دون كلل أو ملل بحقهن في التمتع بالصحة وحياةٍ لا مكان فيها للعنف.

وفي بداية التسعينيات، اختار الأمين العام للأمم المتحدة صادق لقيادة عملية الإعداد للمؤتمر الدولي للسكان والتنمية والذي أصبح أكبر لقاء بين الحكومات في التاريخ حول هذا الموضوع، كما أحدث ثورةً في نهج التعامل مع الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية. وبفضل قوة الإقناع التي تحلّت بها صادق، تولت جماعات المجتمع المدني أدواراً بارزةً خلال مراحل العملية كافة، لتؤسس بذلك عرفاً جديداً يتيح مشاركة النشاط في المحادثات السياسية الدولية.

ومع بدء فعاليات المؤتمر، وقفت صادق أمام المندوبين الحاضرين وقالت بحزمها المعهود: "ليس أيّ شكلٍ من أشكال الإكراه مقبولاً في السياسات والبرامج السكانية. للنساء والرجال الحق في اختيار عدد أفراد عائلاتهم والفترة الفاصلة بين الولادات، ولديهم الحق في الحصول على المعلومات والوسائل اللازمة لفعل ذلك".

وصرّحت بأن "مكان الناس هو في قلب العملية بصفتهم فاعلين ومستفيدين". وقالت: "بأيدينا نحن تخفيف العبء عن كاهلهم، ورفع العوائق من طريقهم، وإتاحة ازدهار كامل إمكانياتهم كبشر".

"مكان الناس هو في قلب العملية بصفتهم فاعلين ومستفيدين"





© Mark Tuschman

الديمغرافية السابقة التي كانت تنطلق من أعلى لأسفل؛ وياتت مفاهيم "السياسة السكانية" تعكس اليوم توافقاً واسعاً على ضرورة حصول النساء على التعليم والتمكين والمساواة. أما أهمية توفير تنظيم الأسرة في إطار الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية الكاملة، فتحظى بالتأييد التام.

ومع ذلك، ما زال الكثيرون يفتنون الانتباه إلى كيفية تأثير الاتجاهات

العالمية للسكان الصادرة عن مؤتمر بوخارست ١٩٧٤، ولا عن التوصيات الصادرة عن مؤتمر مكسيكو سيتي ١٩٨٤ (الأمم المتحدة، ١٩٩٥).

الاسترشاد بالدروس المُكتسبة للمضيّ قُدماً

أُتِمت نتائج توافق الآراء المُحقق في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بالعمق والديمومة. لقد تمَّ التخلي عن الأهداف

مع المسائل المرتبطة بالنشاط الجنسي والإنجاب والعلاقات بين الجنسين. كما شُدّد على الروابط الهامة بين الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية والغالبية الساحقة من بقية الجوانب السكانية والتنمية: التوسُّع الحضري، والهجرة، والتقدم في السن، وتغيُّر البنى العائلية، وحقوق فئة الشباب. على سبيل المقارنة، لم يرد ذكر أيّ من المصطلحين "جنسي و"نشاط جنسي" لا في خطة العمل

الديمغرافية على عرقلة الوصول إلى النتائج التنموية. على سبيل المثال، ما زالت معدلات النمو السكاني عالية في العديد من المناطق الغارقة في الفقر والنزاعات، أو المعرضة لمخاطر التغير المناخي أو الكوارث الطبيعية. وعلى طرف النقيض، أثار ثبات انخفاض الخصوبة وشيخوخة السكان القلق بشأن العافية الاقتصادية وقدرة المجتمع على توفير شبكات الأمان الاجتماعي الملائمة.

مما لا شك فيه أن الديناميات السكانية تشكّل الظروف المجتمعية وتتسكّل

بها. إنها روابط معقدة، ومتعددة المتغيرات والاتجاهات. وقد برهنت دروس الماضي أن الجهود الممولة من الدولة والتي تنطلق من القمة نزولاً من أجل تصميم الاتجاهات الديمغرافية أو تغييرها ما هي إلا مسعى عقيم: فهي أدوات قاصرة عن تحقيق النتائج المرجوة، كما أنها تحدّ من خيارات الأفراد دون أيّ ضرورة، وتنطوي على خطر الانتهاك البيّن لحقوق الإنسان.

لكن هنالك حاجة إلى فهم أفضل للاتجاهات الديمغرافية وعلاقتها بالأهداف التنموية. وتقع على عاتق

المجتمع الدولي مسؤولية جمع البيانات التي تكفل تسليط الضوء على هذه الروابط وتداولها، مع المثابرة على تأكيد أولوية مراعاة الحقوق والخيارات في جوانب الحياة كافة، لكن بشكل خاص في الحصول على المعلومات والخدمات في مجال الصحة الجنسية والإنجابية.

موجز الفصل

- أسست الأمم المتحدة صندوق الأمم المتحدة للسكان عام ١٩٦٩، خلال فترة شهدت نمواً سكانياً سريعاً، لمساعدة البلدان في تحليل الاتجاهات الديمغرافية وعلاقتها بالتنمية الاقتصادية والاجتماعية.
- خلال فترة السبعينيات، قدّمت الحكومات والمنظمات غير الحكومية والمؤسسات التنموية كميات متزايدة من وسائل منع الحمل الحديثة والموثوقة بهدف تمكين النساء من التحكم بخصوبتهن.
- مثّل تحقيق الأهداف الديمغرافية الغاية الرئيسية لعددٍ من أوائل برامج تنظيم الأسرة، ما أدى في بعض الأحيان إلى التأثير سلباً على جودة الخدمات الصحية الإنجابية.
- بحلول عام ١٩٩٤، وهو وقت انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، تشكّل توافق عالمي حول حق النساء باتخاذ قراراتهن بأنفسهن بشأن الحمل وعدد مرّاته وتوقيتها. وبيّن برنامج العمل الصادر عن المؤتمر الدولي للسكان والتنمية أن الحقوق الإنجابية والتنمية المستدامة يعزّز أحدهما الآخر.
- سيعتمد حصول الجميع على الحقوق والخيارات على شراكة مستمرة بين كل من المجتمع المدني والحكومات والجهات الأكاديمية والمؤسسات الدولية.
- يعتمد نجاح أهداف التنمية المستدامة التي وضعتها الأمم المتحدة إلى حدّ ما على تحقيق الإتاحة الشاملة للصحة الجنسية والإنجابية.



متوفرة لكن يتعذر الحصول عليها

أسهم نمو البرامج السكانية الوطنية وتمويل المانحين لها إسهاماً كبيراً في زيادة توافر وسائل منع الحمل في البلدان النامية في سبعينيات القرن العشرين وما بعدها.

باستخدام الوسائل التي تُغرس تحت الجلد أو بالحقن. وبحلول عام ١٩٧٦، كانت هناك أكثر من ١٠٠ حكومة تُقدّم معلومات وخدمات عن وسائل منع الحمل لمواطنيها، إما مباشرةً من خلال العيادات الحكومية أو من خلال المنظمات غير الحكومية. وقد زاد عدد البلدان التي توفر وسائل منع الحمل الحديثة إلى ما يقرب من ١٤٠ بلداً بحلول عام ١٩٨٦، وإلى ١٦٠ بلداً بحلول عام ١٩٩٦ (الأمم المتحدة، ٢٠١٣). وبحلول عام ٢٠١٥، لم تُقدّم سوى ٦ في المائة من الحكومات دعماً

مساعدة النساء على منع الحمل. وفي عام ١٩٥٣، قامت سانغر بتقديم المُحسنة النسوية الأمريكية كاثارين ديكنستر ماكورميك إلى الدكتور غريغوري بينكوس. ومن ثمّ قامت ماكورميك بتمويل البحوث التي يُجريها بينكوس حول وسائل منع الحمل الهرمونية التي تؤخذ عن طريق الفم، وبحلول عام ١٩٦٠، كانت "حبوب منع الحمل" متوفرة في الأسواق.

وفي عام ١٩٧٠، أنشأ مجلس السكان اللجنة الدولية لبحوث منع الحمل لتوسيع نطاق خيارات منع الحمل، بما في ذلك البدائل طويلة المفعول، مثل منع الحمل

وقد عمل الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة أيضاً على تمكين النساء حول العالم من التعبير عن آرائهنّ بعد أن طالبن بمنحهنّ المعلومات والخدمات التي تُمكنهنّ من التحكم في خصوبتهن. وكان من بين أهم أهداف الاتحاد توسيع خيارات منع الحمل. ففي خمسينيات القرن العشرين، كان الرجال يسيطرون على وسائل منع الحمل الأكثر شيوعاً: العازل الذكري، والسحب، والامتناع الدوري. وكانت مارغريت سانغر، إحدى مؤسسي الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة، مهتمة بشكلٍ خاص بتطوير حبوبٍ لمنع الحمل يسهلُ تناولها كسهولة تناول الأسبرين ويمكنها

لتنظيم الأسرة: غير أنّ هذه الحكومات سمحت للقطاع الخاص بتوفير خدمات تنظيم الأسرة دون تقديم أي دعم مادي أو مالي له (الأمم المتحدة، ٢٠١٧ أ). ومع تزايد الدعم الحكومي لتنظيم الأسرة وتنامي وسائل منع الحمل، زاد عدد الأشخاص الذين يستفيدون من وسائل منع الحمل. وعلى الصعيد العالمي، تضاعفت تقريباً نسبة النساء المتزوجات أو المرتبطات في إطار علاقة ممن أبلغن عن استخدام وسائل منع الحمل بين عامي ١٩٧٠ و ٢٠١٥، من ٣٦ في المائة إلى ٦٤ في المائة (الأمم المتحدة، ٢٠١٥).

وعلى مدى نصف القرن الماضي، سعت الحكومات ومجتمع المانحين الدوليين إلى توفير العديد من وسائل منع الحمل للناس في كل مكان، الأمر الذي أدى إلى توفر مزيج واسع النطاق من أساليب منع الحمل كما نراها اليوم.

أكثر من مجرد تنظيم الأسرة

مع تزايد الجهود المبذولة لتوسيع نطاق برامج تنظيم الأسرة في جميع أنحاء العالم، راحت قضايا المرأة تتبوأ مركز الصدارة. ففي عام ١٩٧٥، على سبيل المثال، أعلنت الأمم المتحدة عن تدشين عقد المرأة، وأسهمت المؤتمرات الدولية المتعددة والتجمعات الإقليمية في تمكين النساء في جميع أنحاء العالم من التلاقي، وتبادل المعلومات، والدعوة إلى التغيير. وزاد عدد النساء اللواتي يطالبن بحقهن في اتخاذ القرارات المتعلقة بحياتهن الإنجابية، كما أكدن أنّ هذا الحق يتعدى مجرد توافر خدمات تنظيم الأسرة. على سبيل المثال، رداً على الأدلة الجديدة الواقعية التي تُشير إلى وفاة

مئات الآلاف من النساء أثناء الحمل أو الولادة كل عام، أسهمت الحركة المدافعة عن صحة المرأة في إطلاق مبادرة الأمومة المأمونة العالمية في عام ١٩٨٧. وهدفت هذه المبادرة إلى خفض معدل وفيات الأمهات بنسبة ٥٠ في المائة بحلول عام ٢٠٠٠ من خلال تعزيز الرعاية الصحية المجتمعية وتطوير نظم الإنذار والنقل لتمكين النساء الحوامل المعرضات للخطر من الحصول على الخدمات المنقذة للحياة المعنية بصحة الأمهات.

وفي الوقت نفسه، دعت منظمات المجتمع المدني إلى الاستعاضة عن برامج تنظيم الأسرة ضيقة التركيز - التي أعطت أولوية لتوزيع وسائل منع الحمل - بنظام رعاية أكثر شمولاً للصحة الإنجابية. وقالت منظمات المجتمع المدني إنّ توافر خدمات تنظيم الأسرة لا يمثل سوى جزء واحد من الصورة؛ أي أنّه لضمان حصول الجميع على حقوقهم وحرّيتهم في الاختيار، يحتاج جميع الناس، بل ويستحقون، توافر مجموعة شاملة من المعلومات والخدمات المتعلقة بالحياة الجنسية والصحة الإنجابية.

قاب قوسين لكنها صعبة المنال

في عام ١٩٩٤، لم يعترف برنامج العمل المنبثق عن المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بأنّ تنظيم الأسرة والصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية متشابكة فحسب، بل دعا أيضاً الدول إلى توفير إمكانية الحصول على: الرعاية السابقة للولادة؛ والولادة المأمونة، ورعاية ما بعد الولادة؛ وعلاج العقم؛ والإجهاض المأمون حيثما كان قانونياً، وإدارة عواقب الإجهاض

غير المأمون؛ وعلاج التهابات الجهاز التناسلي والأمراض المنقولة جنسياً؛ وتوفير المعلومات والتثقيف والمشورة بشأن الحياة الجنسية والصحة الإنجابية والوالدية المسؤولة.

وأكد برنامج العمل أيضاً أنّ الإحالة لهذه الخدمات، وكذلك لتلك المتعلقة بسرطان الثدي، وسرطان الجهاز التناسلي ينبغي أن تكون متاحة دائماً؛ وأنّ منع الممارسات الضارة، مثل تشويه الأعضاء التناسلية للإناث، ينبغي أن يكون جزءاً لا يتجزأ من الرعاية الصحية الأولية (الأمم المتحدة، ٢٠١٤ أ).

وشدّد مصطلح "الوصول" على النقطة التي تُشير إلى أنّ خدمات الصحة الإنجابية المتوفرة غير كافية لتمكين الجميع من التمتع بحقوقهم الإنجابية. الحقوق عالمية، وهذا يعني أنّ كل إنسان له حق التمتع بها. وعلى سبيل المثال، فالمرأة غير القادرة على الاستفادة من خدمات تنظيم الأسرة، حتى عندما تكون متاحة، تكون قد حرّمت من حقها في التخطيط لأسرتها. ومن ثمّ، يتعين إزالة العوائق الاجتماعية والاقتصادية التي تحول دون الحصول على الحقوق.

ويتمثل أحد أبسط التعريفات الأساسية لمصطلح "الوصول" في القرب الجغرافي من نقاط تقديم الخدمات. ويمكن للمسافات الكبيرة أن تعيق الوصول إلى الخدمات، إما لأنّ خيارات النقل الميسورة التكلفة محدودة أو لأنّ تكاليف الاستفادة من الفرصة المتاحة للنساء الفقيرات اللاتي يتركن منازلهنّ أو سبل عيشهنّ مرتفعة للغاية. ومع ذلك، لا تعد المسافة سوى جزء من التحدي. ففي بعض الأحيان تكون الخدمات متوفرة في مكان شديد القرب بالمعنى الحرفي لكن مع ذلك يصعب الوصول إليها.



© Patrick Zachmann/Magnum Photos

والخدمات التي تمكّنهم من الصحة والرفاه والتمتع بالحقوق والخيارات في حياتهم الجنسية والإنجابية.

تخطي العوائق التي تحول دون الحصول على الخدمات

في نصف القرن الماضي، أُحرز تقدّم كبيرٌ في توسيع نطاق الوصول إلى خدمات ومعلومات الصحة الجنسية والإنجابية ليشمل الناس في كل مكان. لكن هذا التقدم كان متفاوتاً ولا تزال أوجه عدم المساواة قائمة، سواء داخل البلدان أو فيما بينها - ليس فقط بالنسبة

زوجاتهم من استخدام أي وسيلة من وسائل منع الحمل.

وبمرور الوقت، ساعد الباحثون والممارسون في صياغة مفاهيم الوصول المتعددة الأبعاد للحصول على الخدمات، مع التسليم بأنّ هذا الوصول يتأثر بعوامل متعددة على مستويات الأفراد والمجتمعات ومقدمي الخدمات ونقاط تقديم الخدمات. وتُلقب المفاهيم المحسّنة - التي تتناول حق الوصول إلى الخدمات - الضوء على العديد من العوائق التي تحول دون قدرة الأفراد على الاستفادة من المعلومات

على سبيل المثال، قد تُقدّم عيادة قريبة متخصصة في تنظيم الأسرة الخدمات المطلوبة، لكن قد يكون مقدم الخدمات متحيزاً ويفرض إعطاء وسائل منع الحمل لشاب أو امرأة غير متزوجة. وقد يكون لدى العيادة نفسها أيضاً وسيلة حديثة واحدة أو وسيلتين حديثتين من وسائل منع الحمل، ولكن لا تتوفر لديها الوسيلة التي تفضلها بعض النساء. وقد تكون لوازم وسائل منع الحمل غير موثوقة ولا يعوّل عليها. وقد تكون هناك قوانين تمنع حصول مجموعات معينة، على الخدمات، أو قد يمنع الأزواج

للشواغل التقليدية المتعلقة بتنظيم الأسرة وصحة الأم، بل بالنسبة للمعلومات والخدمات التي يمكن أن تُمكن من إعمال النطاق الكامل للصحة والحقوق الجنسية والإنجابية.

وهناك عوامل مؤثرة متعددة تتمثل في القوى الاجتماعية والمؤسسية والسياسية والجغرافية والاقتصادية. وتتأثر التفاوتات في الصحة الجنسية والإنجابية تأثيراً عميقاً بعدم المساواة في الدخل، ونوعية النُظُم الصحية ومدى انتشارها، والقوانين والسياسات، والأعراف الاجتماعية والثقافية، ومدى تعرُّض الناس للتثقيف الجنسي.

عدم المساواة في الدخل

في معظم الدول النامية اليوم، تكون إمكانية الحصول على الخدمات الضرورية في مجال الصحة الجنسية والإنجابية في أدنى مستوياتها ضمن

الخُمس الأشد فقراً من الأسر عموماً، وفي أعلى مستوياتها ضمن الخُمس الأكثر ثراءً (صندوق الأمم المتحدة للسكان، ٢٠١٧). وتُعد العلاقة بين الفقر ومحدودية الحصول على الخدمات معقّدة للغاية؛ ففي حين أنّ التكاليف المالية للخدمات واللوازم الصحية يمكن أن تُشكّل عائقاً أمام الحصول في بعض الحالات، فإنّ الدخل يرتبط بالعديد من القوى الاجتماعية والمؤسسية والسياسية والجغرافية والاقتصادية التي يمكن أن تؤثر أيضاً على حصول الأفراد على الخدمات التي يحتاجونها.

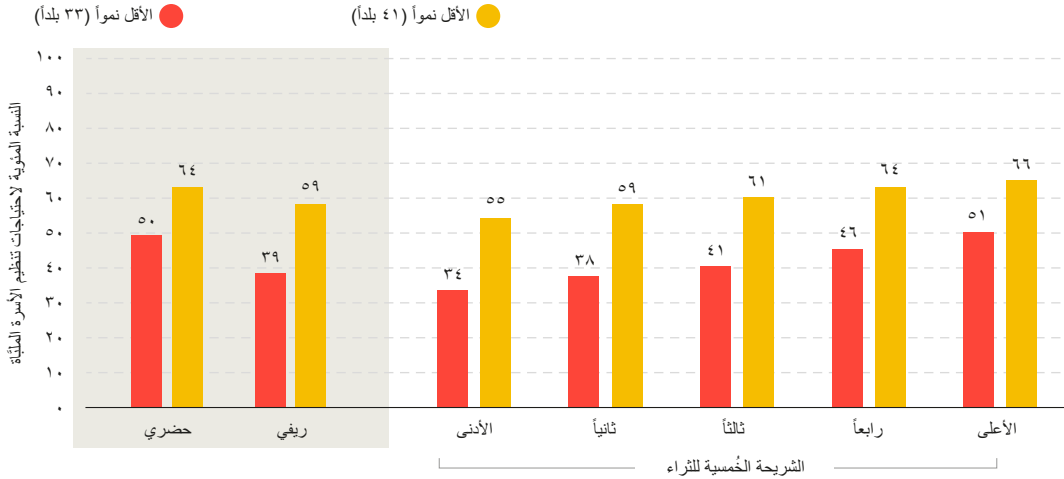
وقد تجد النساء اللاتي ينتمين إلى الأسر المعيشية الأشد فقراً أنفسهنّ في وضع لا يتيح لهنّ سوى فرصة محدودة – أو منعدمة – للحصول على الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية، ما يؤدي إلى حدوث حالات حمل غير مقصودة وإلى زيادة مخاطر الإصابة بالأمراض

أو الوفاة جرّاء الحمل أو الولادة، وإلى الاضطرار إلى الولادة بمفردهنّ بدون مساعدة من أطباء أو ممرضين أو قابلات.

وبالنسبة لهؤلاء النساء، يمكن لضعف الصحة الجنسية والإنجابية لديهنّ أن يقف عائقاً أمام حصولهنّ على الفرص في حياتهنّ، كما يحدّ من إمكانياتهنّ ويُقيهنّ في أدنى درجات السلم الاقتصادي. وترسم المؤشرات صورة للاختلافات الشاسعة وفقاً للشرائح الخُمسية لمستوى الثراء بالنسبة للعديد من الخدمات الصحية الجنسية والإنجابية الهامة (صندوق الأمم المتحدة للسكان، ٢٠١٧). على سبيل المثال، في غالبية البلدان النامية، تكون كل من نسبة الطلب على تنظيم الأسرة التي يتم الوفاء بها من خلال وسائل منع الحمل الحديثة، والحصول على الرعاية الملائمة السابقة للولادة،



الشكل ١-٤



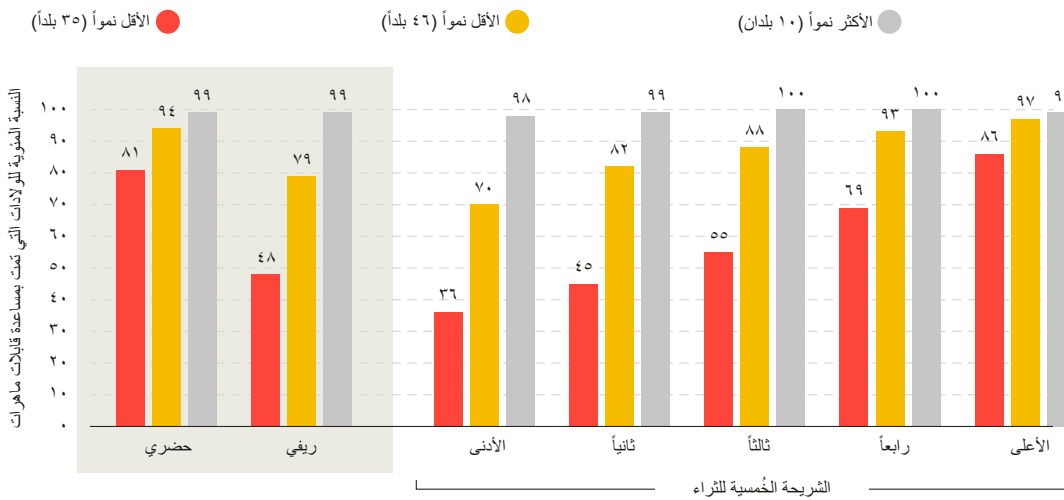
نسبة احتياجات تنظيم الأسرة الملبّاة من خلال وسائل منع الحمل الحديثة، مُصنّفة حسب مستوى التنمية ومكان الإقامة والشرائح الخمسية للثراء، آخر سنة متاحة

الشكل ٢-٤



نسبة النساء اللواتي يحصلن على أربع زيارات سابقة للولادة أو أكثر، مُصنّفة حسب مستوى التنمية والشرائح الخمسية للثراء، آخر سنة متاحة

الشكل ٣-٤



نسبة الولادات بمساعدة مشرف صحي خبير، مُصنّفة حسب فئة التنمية ومكان الإقامة والشرائح الخمسية للثراء، آخر سنة متاحة

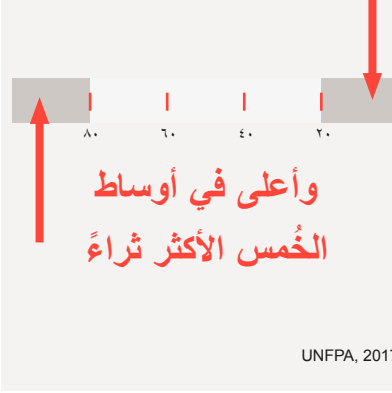
واحتمالية الولادة بمساعدة، أدنى بشكلٍ كبير بين الفقراء مقارنة بالأسر الأكثر ثراءً (الأشكال ٤-١، ٤-٢، ٤-٣).

وعلى مدى السنوات الخمسين الماضية، قُطعت أشواط كبيرة في توفير معلومات وخدمات الصحة الجنسية والإنجابية إلى مجموعات سكانية جديدة. وبيّن الشكل ٤-٤ أنه في العديد من البلدان، أحرز تقدم ملحوظ في توسيع نطاق الوصول إلى الخدمات التي أسهمت في خفض معدل وفيات الأمهات بشكلٍ كبير: فقد شهدت نسبة وفيات الأمهات على مستوى العالم انخفاضاً بنسبة ٤٤ في المائة تقريباً، مع حدوث تقدم ملحوظ في المناطق كافة (ألكيما وآخرون، ٢٠١٦).

لكن في العديد من الأماكن الأخرى لم يستفد أفقر السكان حتى الآن بنفس القدر من هذا التقدم. فالغالبية العظمى من وفيات الأمهات، على سبيل المثال، تحدث في بيئاتٍ شحيحة الموارد، ومن الأرجح أن تعاني النساء الفقيرات اللاتي لديهنّ فرص محدودة للحصول على الرعاية السابقة للولادة، والولادة بإشراف عناصرٍ مدربة (قابلات مؤهلات)، ورعاية التوليد في الحالات الطارئة من آثار صحية مدمرة وإصابات مرتبطة بالحمل، مثل ناسور الولادة. وبالتالي، يلزم بذل المزيد من الجهود للنهوض بالمعلومات والخدمات المصممة خصيصاً لإعطاء الأولوية للفقراء وأولئك الذين يصعب الوصول إليهم.

تمنحنا الأمثلة على هذه الجهود المبذولة الأمل. على سبيل المثال، في كلٍ من بنغلاديش وبوتان وكمبوديا وتايلند، تزداد معدلات انتشار وسائل منع الحمل بين الخمس الأشد فقراً من السكان عما هو الحال بين الخمس

تكون معدلات انتشار وسائل منع الحمل أقلّ عموماً في أوساط الخمس الأشد فقراً من السكان



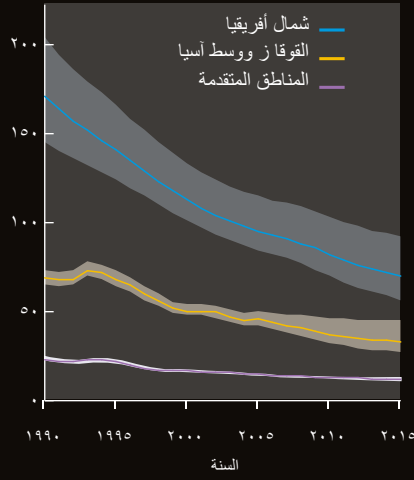
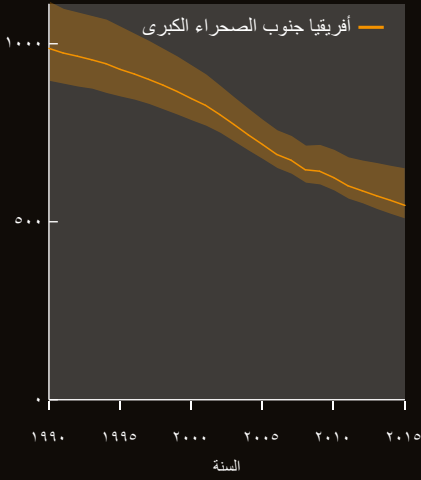
الأكثر ثراءً منهم. ففي هذه البلدان وبعضٍ من سواها، أثمرت الجهود المُستقة المبذولة للتوسع في نشر تنظيم الأسرة في المناطق الأكثر صعوبة إلى تحقيق إمكانية الحصول على وسائل منع الحمل الحديثة بشكلٍ شبه شامل للجميع، والتوصل إلى معدلات شبه متساوية لانتشار وسائل منع الحمل بين الأسر الأكثر ثراءً والأشد فقراً (صندوق الأمم المتحدة للسكان، ٢٠١٧).

ولقد ساعدت النماذج المبتكرة في تقديم الخدمات في توسيع نطاق الوصول إلى أشد السكان فقراً. على سبيل المثال، ساعدت أنظمة التوزيع المجتمعية التي بدأت في سبعينيات القرن العشرين في توسيع نطاق الوصول إلى المجتمعات الفقيرة والريفية من خلال أفراد مدربين في المجتمع المحلي. وفي حين أنّ هذه الجهود تُركز تقليدياً على توسيع نطاق الحصول على وسائل منع الحمل

مثل الحبوب والعوازل الذكرية؛ فقد تم بذل جهود حثيثة لتوسيع نطاق الخدمة لتشمل الوسائل العاجلة لمنع الحمل، ومجموعات الولادة، وعقار الميزوبروستول للوقاية من نزيف ما بعد الولادة (بونغارتس وآخرون، ٢٠١٢). وفي الآونة الأخيرة، استُحدثت استراتيجيات لتمويل جانب الطلب، مثل القسائم، كوسيلةٍ لإعطاء العملاء الفقراء قدرًا أكبر من القدرة على اتخاذ القرارات. وفي هذا النموذج، يمكن للعملاء شراء قسائم لمنتجات معينة متعلقة بالصحة الإنجابية بسعرٍ مدعم. ويمكن مبادلة القسائم للحصول على الخدمات، بما في ذلك خدمات شديدة التنوع تشمل المعلومات المتعلقة بتنظيم الأسرة على المدى الطويل، ومعلومات الولادة الآمنة وخدماتها والتأهيل بعد التعرّض للعنف المبني على أساس النوع الاجتماعي، في نقاط الخدمة المؤهلة (بونغارتس وآخرون، ٢٠١٢). كما استُحدثت التحويلات النقدية المشروطة كاستراتيجية لحفز الإجراءات والسلوكيات التي تُسهم في النتائج الصحية الحرجة، مثل زيارات الرعاية الصحية السابقة للولادة، أو إبقاء الفتيات في المدرسة، أو تأخير الزواج (بونغارتس وآخرون، ٢٠١٢).

عدم كفاية المرافق ومقدمي الخدمات واللوازم

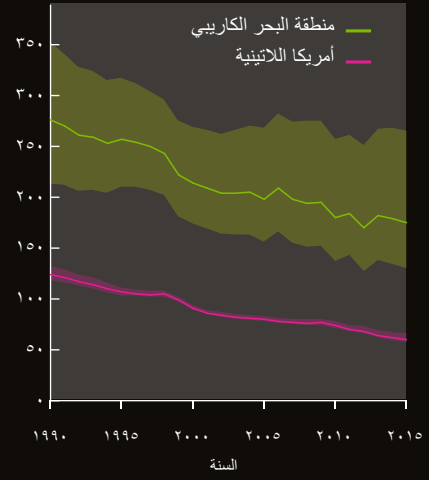
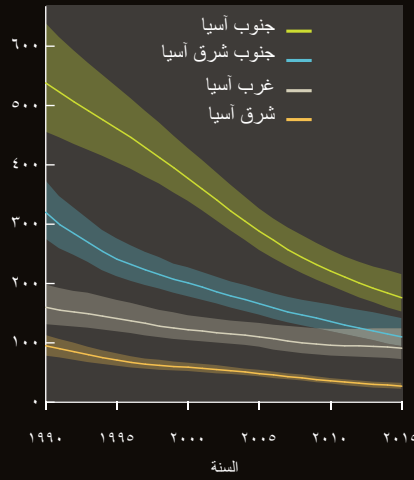
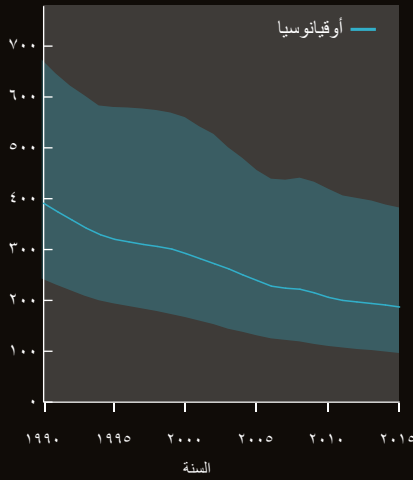
قد لا تجد المرأة التي تلتبسُ معلومات وخدمات في مجال الصحة الجنسية والإنجابية من يوفر لها ما تريد في مجتمعها المحلي. وإذا كانت لديها الوسائل اللازمة لتغطية تكاليف الانتقال إلى عيادة طبية في منطقة مجاورة؛ فقد تجد عند وصولها إلى هناك أنّ تلك



الشكل ٤-٤

التقديرات العالمية والإقليمية لنسبة وفيات الأمهات، ٢٠١٥-١٩٩٠

نسبة الوفيات النفاسية لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حي. المناطق المظلمة هي فترات عدم اليقين بنسبة ٨٠٪. المناطق المظلمة في الخلفية متماثلة.



جميع أنحاء العالم



ولذلك، فإنَّ استراتيجيات جودة الرعاية الصحية يجب أن تُدرك أيضاً أنَّ مقدمي الخدمات لديهم احتياجاتهم الخاصة، وينبغي أن يكونوا قادرين على توقع الحصول على التدريب المناسب، واللوازم، والتوجيه، والدعم، والاحترام، والتشجيع، وتقييم الأداء، والتعبير عن الذات (هيوزو ودياز، ١٩٩٣).

وتُعَدُّ العلاقة بين حقوق العملاء واحتياجات مقدمي الخدمات أمراً محورياً لأيَّ جهدٍ يرمي إلى إزالة العقبات التي تحول دون جودة الرعاية الصحية. وتشمل التدخلات الواعدة تلك التي تُسهِّل التفاعل الأفضل بين العملاء ومقدمي الخدمات من خلال وسائل مثل مقدمي التدريب في مجال التواصل بين الأفراد. ومن الممكن إدخال تحسينات على هذه الأبعاد المتعلقة بجودة الرعاية دون الحاجة إلى استثمارات كبيرة في الموظفين أو المعدات أو اللوازم (راما راو وموهانام، ٢٠٠٣).

ويمكن أن يكون للقيود المفروضة على جودة الرعاية آثار كبيرة على صحة الأم. وفي حين أنَّ عدداً متزايداً من النساء يلدن في المرافق الصحية وليس في منازلهنَّ، فإنَّ نقص الموظفين والتدريب، والبنية التحتية والسلع الأساسية يمكن أن يؤدي إلى سوء جودة الرعاية، والمعروفة باسم خدمة "شديدة المحدودية ومتأخرة للغاية". وي طرح العكس أيضاً تحديات: ففي بعض المناطق، اقترنت الزيادة السريعة في استخدام مرافق الولادة بالإفراط في العلاج الطبي للولادة، مما أدى، على سبيل المثال، إلى الإفراط في العمليات القيصرية أو الولادات غير الضرورية، أو إجراء عمليات قيصرية في ظروف غير مأمونة أو متواضعة الجودة، مما يؤدي إلى إصابة الأم والطفل. هذه الظاهرة، المعروفة باسم الخدمة "شديدة الكثافة والمتعجلة للغاية"، يمكن أن يكون لها تأثير على المكاسب التي تم تحقيقها في مجال صحة الأمهات وخلال فترة ما حول الولادة. وبالنسبة إلى كل من الخدمة "شديدة المحدودية والمتأخرة للغاية" والخدمة "شديدة الكثافة والمتعجلة للغاية"، فإنَّ تحسين تدريب مقدمي الرعاية والالتزام بأفضل الممارسات يمكن أن يساعد في تعزيز نتائج الأمومة وفترة ما حول الولادة، وتجنُّب الضرر، وخفض تكاليف الرعاية الصحية وأوجه التفاوت وعدم المساواة (ميلر وآخرون، ٢٠١٦).

تُعَدُّ الجودة جانباً حاسماً في الحصول على الخدمات الصحية. وقد حدَّدت جوديث بروس في عملها التأسيسي لوضع إطار لجودة الرعاية الصحية، ستة عناصر تستحق الاهتمام من منظور عميل خدمات تنظيم الأسرة: اختيار الأساليب؛ والمعلومات المقدمة للعملاء؛ والكفاءة التقنية؛ والعلاقات بين الأشخاص؛ وآليات المتابعة والاستمرارية؛ والتجميع الملائم للخدمات (بروس، ١٩٩٠).

وإدراكاً بأنَّ عدداً كبيراً للغاية من النساء لا يستفدن من إجراءات تحسين الصحة الإنجابية، أطلقت مؤسسات دولية وتسعة بلدان في عام ٢٠١٧ شبكةً لتحسين جودة الرعاية من أجل صحة الأم والوليد والطفل، أو ما يُطلق عليها "شبكة جودة الرعاية الصحية". واتفق أعضاء الشبكة على رؤية مفادها أنَّ كل امرأة حامل ومولود جديد ينبغي أن يتلقيا رعاية صحية عالية الجودة طوال فترة الحمل والولادة وفترة ما بعد الولادة، وهي رؤية تركز على القيم الأساسية للجودة والإنصاف والكرامة (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٨).

"شديدة المحدودية والتأخرة للغاية" أو "شديدة الكثافة والتعجلة للغاية"

ويحظى عنصر الجودة بالدعم في جميع أبعاد الصحة الجنسية والإنجابية من خلال الإطار الواسع للرعاية الصحية المعروف اختصاراً بـ AAAQ، ويعني التوافر وإمكانية الوصول والمقبولية والجودة، والذي قُدِّم كعنصر رئيسي من عناصر حقوق الرعاية الصحية من قبل لجنة الأمم المتحدة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (لجنة الأمم المتحدة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، ٢٠٠٠).

وفي عام ١٩٩٢، قَدِّمَ الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة "شُرْعَةَ حقوق" لعملاء تنظيم الأسرة، التي حدَّدت ما ينبغي للأفراد الساعين إلى تنظيم الأسرة أن يطالبوا به إذا كانوا يتلقون رعاية عالية الجودة من مقدمي الخدمات. وتشمل هذه الحقوق الحق في الحصول على المعلومات، والحق في الحصول على الخدمات، والاختيار، فضلاً عن السلامة، والحق في الخصوصية، والسرية، والحفاظ على الكرامة والراحة والاستمرارية والتعبير عن الرأي.

وفي حين أنَّ المسؤوليات المتعلقة بجودة الرعاية موزَّعة، من حيث المبدأ، عبر برنامج تنظيم الأسرة بأكمله، فإنَّ أولئك الأشخاص الذين يُنظر إليهم على أنَّهم الأكثر مسؤولية عن ضمان تلك الحقوق هم الأفراد الذين هم على اتصال مباشر بالعملاء: مقدِّمو الخدمات.

العيادة تفتقر إلى المعدات أو اللوازم المناسبة للخدمات التي تحتاجها. وقد لا يكون هناك مقدم خدمات صحية، أو عدد كافٍ من مقدمي الخدمة، لمقابلة كل من جاء للحصول على الخدمات الصحية في هذا اليوم. وإذا كان هناك ما يكفي من مقدمي الخدمات الصحية، فقد لا يكون لديهم التدريب اللازم لتقديم معلومات أو خدمات مناسبة، أو ربما لا يكونوا قادرين على توفير الخصوصية أو التدابير الأخرى التي من شأنها تمكين المرأة من الشعور بالأمان والاحترام. ولقد أكدت الأبحاث والمعلومات المستمدة من الواقع وتقارير المجتمع المدني منذ فترة طويلة أوجه القصور في الخدمات. فعلى سبيل المثال، كشف استعراض حديث للمرافق الصحية في ١٠ بلدان أفريقية وجود انخفاض في

مستويات الاستعداد بشكل عام عند تقييم مدى توافر اللوازم والخدمات الرئيسية، بما في ذلك المبادئ التوجيهية للتخطيط الأسري، والموظفين المدربين على تنظيم الأسرة، وأجهزة ضغط الدم، ووسائل منع الحمل الفموية المشتركة، ووسائل منع الحمل بالحقن، والعوازل الذكورية (علي وآخرون، ٢٠١٨). ولا تزال المحاولات المنهجية لقياس الاستعداد العام ورصده قيد الإعداد. وتُصدر منظمة الصحة العالمية، بالشراكة مع منظمات أخرى، ملاحظات توجيهية بانتظام حول معايير الممارسة الجيدة لمجموعة متنوعة من التدخلات في مجال الصحة الإنجابية. وأشار تقييم أجري في عام ٢٠١٧ لـ ٢٤ بلداً إلى أنّ خدمات تنظيم الأسرة ينفذ لديها بعض وسائل منع

الحمل في حوالي ثلاثة أرباع الوقت. وكان لدى ٧٨ في المائة في المتوسط من مرافق المستوى الأولي التي تقدم ثلاث وسائل أو أكثر من وسائل منع الحمل مخزون من تلك الوسائل في يوم التقييم؛ وكان لدى ٧٩ في المائة من المستشفيات المتوسطة والمستشفيات الكبيرة المتكاملة (المستشفيات الإقليمية والأكبر) التي تقدم خمس وسائل أو أكثر من وسائل منع الحمل مخزون متوفر من تلك الوسائل (تنظيم الأسرة في عام ٢٠٢٠، ٢٠١٨). غير أنّ هذه المعدلات تُخفي تباينات واسعة داخل البلدان وفيما بينها.

يتحقق مفهوم "أمن سلع الصحة الإنجابية" عندما يتمكن جميع الأفراد من الحصول على لوازم ميسورة التكلفة وجيدة النوعية، بما في ذلك وسائل منع



هناك حاجة إلى زيادة قدرها ٣٧ في المائة في تمويل الموظفين لتوزيع وسائل منع الحمل؛ وستتطلب الرعاية الصحية للأمهات والمواليد الجدد زيادات بنسبة ٢٠ في المائة تقريباً عن المستويات الحالية (معهد غوتماشر، ٢٠١٧).

وتُخفي هذه المتوسطات العالمية تفاوتات إقليمية كبيرة. ففي أقل البلدان نمواً، على سبيل المثال، سيلزم زيادة الإنفاق على الموظفين لمعالجة الاحتياجات غير المُلبَّاة من وسائل منع الحمل وحدها بنسبة ٩٦ في المائة، وبنسبة ٨٤ في المائة لتحقيق التغطية الكاملة لخدمات الرعاية الصحية للأمهات والمواليد الجدد. وسيكون العائد على مثل هذا الاستثمار مرتفعاً: فالتقديرات تُشير إلى أنَّ وفيات الأمهات واللجوء إلى الإجهاض ستتحسّر بما يناهز الثلاثة أرباع، مع توفير الموظفين والمعدات وصيانة النظام بالكامل (معهد غوتماشر، ٢٠١٧).

وقد كان استعداد مقدمي الخدمات لتوفير خدمات الرعاية الكافية فيما يتعلق بتنظيم الأسرة موضع تقدير كبير. ويمكن للمشورة غير الكافية – التي تُخفق في معالجة الأسئلة المتعلقة بالاستخدام السليم؛ وتقديم نصائح حول موانع الاستعمال، والآثار الجانبية، والمتابعة المناسبة، بما في ذلك طريقه التبديل؛ أو للمساعدة في معالجة سياق الاستخدام، بما في ذلك شواغل الشركاء – أن تكون عقبة أمام الحصول على وسائل منع الحمل وتبنيها واستمراريتها.

وتُشير النتائج التي توصلت إليها الدراسات المتعلقة بأسباب وجود احتياجات غير مُلبَّاة في خدمات تنظيم الأسرة إلى أنَّ توفير طائفة من الأساليب والمعلومات والمشورة لمساعدة النساء في اختيار طريقة مناسبة واستخدامها بفاعلية قد يكون أمراً حاسماً في



© UNFPA/M. Bradley

الذين يستطيعون تقديم خدمات الصحة الجنسية والإنجابية الأساسية بشكلٍ خاص. وخُصَّ تحليل صدر حديثاً لـ ٧٣ بلداً من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل إلى أنه رغم وقوع أكثر من ٩٢ في المائة من وفيات الأمهات ووفيات المواليد والمواليد الأموات في العالم داخل هذه البلدان، إلا أنها لا تضم سوى ٤٢ في المائة فقط من الأدوية وخدمات التوليد وأطقم التمريض في العالم (صندوق الأمم المتحدة للسكان، ٢٠١٤).

وتُشير تقديرات النفقات للموظفين اللازمين لتحقيق مستويات التغطية الشاملة للتدخلات الرئيسية في مجالات الإنجاب والأمومة والمواليد والأطفال، إلى أنَّ هناك حاجة إلى زيادة أعدادهم بشكلٍ كبير. فعلى سبيل المثال، لبلوغ المستويات اللازمة لتلبية جميع الاحتياجات غير المُلبَّاة للصحة الإنجابية والرعاية الصحية للأمهات والمواليد الجدد في جميع أنحاء العالم، قد تكون

الحمل التي يختارونها، كلما احتاجوا إليها. وتحقيقاً لهذا الهدف، تعمل الشراكة التي أُبرمت مع مؤسسة بيل وميليندا غيتس ووزارة التنمية الدولية في المملكة المتحدة على التعجيل بإيصال سلع الصحة الإنجابية إلى البلدان لتفادي نفاد المخزونات (صندوق الأمم المتحدة للسكان، ٢٠١٨).

وفي كثيرٍ من الأماكن، لا يكفي عدد مقدمي الخدمات المدربين لضمان الحصول الكافي على مجموعةٍ كاملةٍ من المعلومات والخدمات المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية. وقد أشار التحالف العالمي للقوى العاملة الصحية إلى الحاجة إلى زيادة عدد العاملين الصحيين، ولا سيما القابلات الماهرات، في البلدان النامية (كامبل وآخرون، ٢٠١٣). وعلى مستوى جميع فئات العاملين الصحيين، كان هناك نقص عالمي يقدر بـ ٧,٢ مليون عامل صحي في وقت سابق من هذا العُقد. وهناك حاجة شديدة للمهنيين المدربين

التغلب على العقبات التي تحول دون استخدام وسائل منع الحمل. وتشمل الأسباب الأكثر شيوعاً لعدم الاستخدام، الجنس غير المتكرر، والمخاوف بشأن الآثار الجانبية أو المخاطر الصحية (سيدغ وحسين، ٢٠١٤).

ويُعبّر التوقف عن استخدام وسائل منع الحمل في كثيرٍ من الأحيان عن جانبٍ لم يُعالج بصورة حسنة يتعلّق بحاجة غير ملبّاة. ويُشير تحليل حديث لـ ٣٢ بلداً إلى أنّه في المتوسط، يتم التوقف عن أكثر من خُمس وسائل منع الحمل قصيرة المدى (العوازل الذكورية والحبوب) خلال ١٢ شهراً، على الرغم من أنّ المستخدم لا يزال يريد منع الحمل (تنظيم الأسرة في عام ٢٠٢٠، ٢٠١٨). وتتنخفض معدلات التوقف في غضون سنة واحدة بالنسبة للوسائل طويلة المفعول: ١٢ في المائة مع اللولب الرّجمي و٨ في المائة مع وسائل منع الحمل التي تغرس تحت الجلد.

عوائق قانونية

قد يواجه الأفراد عوائق قانونية تحد من وصولهم إلى المعلومات والخدمات حتى في الأماكن التي يتوفر فيها مقدمو خدمات صحية مدربون جيداً ومرافق جيدة التجهيز. ففي بعض الأماكن، تشترط القوانين حصول النساء أو المراهقين على إذنٍ من طرف ثالث للوصول إلى الخدمات الصحية. وفي أماكن أخرى، يمكن للقوانين التي تجرّم العلاقات المثلية والاشتغال بالجنس وتعاطي المخدرات، أن تجبر الناس على الاختباء مع منعهم من التماس أو تلقي المعلومات والخدمات التي يحتاجون إليها.

وفي حين أنّ قوانين تقديم الخدمات الصحية في سن الرشد تهدف إلى حماية القاصرين، إلاّ إنّها يمكن أن تُنتهي المراهقين عن الوصول إلى الخدمات اللازمة المتعلقة بصحتهم الجنسية والإنجابية. ويمكن أن يكون ذلك ضاراً بشكلٍ خاص بالفتيات

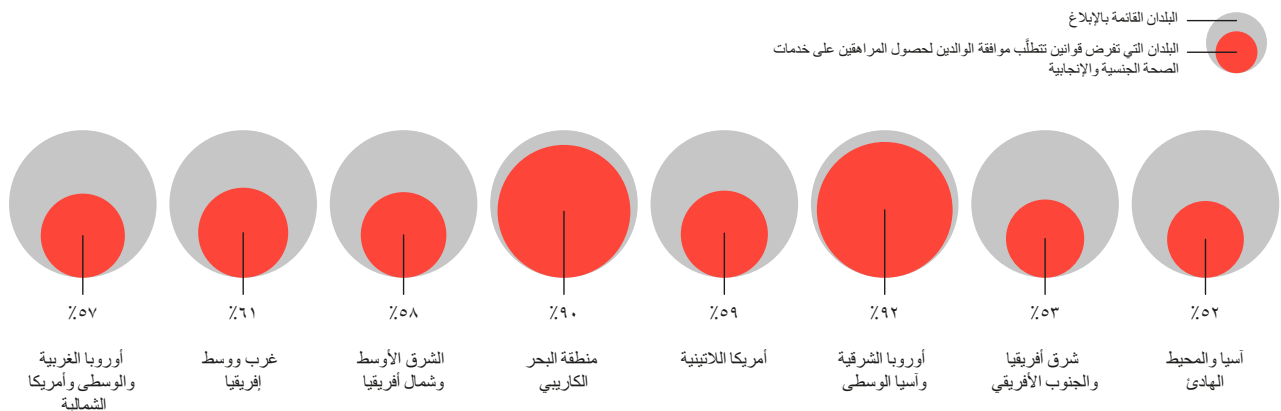
المراهقات اللواتي يتحمّلن عواقب اجتماعية وبدنية غير متناسبة للحمل غير المقصود.

في عام ٢٠١٧، أشار ٦٨ من ١٠٨ بلداً – البلدان التي تُقدّم بياناتها إلى برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز – إلى أنّها تتطلب موافقة الوالدين للأطفال دون سن ١٨ عاماً للحصول على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية (الشكل ٤-٥؛ برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، ٢٠١٨). وفي بعض الأماكن، يُشترط قانوناً على مقدمي الرعاية الصحية الإبلاغ عن حوادث ممارسة الجنس دون السن القانونية أو غيرها من الأنشطة غير المشروعة بين المراهقين (ديلاني-موريتلو وآخرون، ٢٠١٥).

يمكن أن تتداخل التشريعات التي تحظر الاتصال الجنسي بين البالغين المتراضين من نفس الجنس مع الجهود

الشكل ٤-٥ ثني المراهقين عن طلب الحصول على الخدمات

البلدان التي لديها قوانين تُحدّد السن القانوني للحصول على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، ٢٠١٨



المصدر: الأداة السياسية والالتزامات الوطنية لعامي ٢٠١٧ و٢٠١٨.

الكثيرات منهن إلى رعاية طبية في مرحلة ما بعد الإجهاض لكنهن غير قادرات على الحصول عليها (سينغ وآخرون، ٢٠١٨).

الأعراف والتوجهات والممارسات تقضي التوقعات عبر المجتمعات المختلفة في جميع أنحاء العالم أن يقتصر النشاط الجنسي والإنجاب على مجموعات ذات خصائص محددة؛ وتشمل هذه الخصائص في كثير من الأحيان الأفراد مغايري الهوية الجنسية، المتزوجين، وأحادي الزواج، والمقتدرين جسدياً، وليسوا صغاراً في السن، وليسوا طاعنين في السن. وفي كثير من الأماكن، من المتوقع ألا تنقيد ممارسات الإنجاب بمصالح الفرد، ولكن بالأعراف السائدة في العائلات والمجتمعات المحلية.

وقد تؤدي مثل هذه التوقعات إلى ظهور توجهات وممارسات طويلة الأمد، أو معتقدات دينية سائدة. وعندما تقع الأنشطة الجنسية والإنجابية للشخص خارج هذه التوقعات، فمن المرجح أن يكون حصول ذلك الشخص على المعلومات والخدمات لتلبية احتياجاته أكثر صعوبة.

ويواجه المراهقون أكثر من غيرهم تحديات خاصة. فعلى الرغم من وجود أدلة واسعة الانتشار على أن العديد من المراهقين غير المتزوجين ناشطين جنسياً (ستارز وآخرون، ٢٠١٨)، فإن الأعراف الاجتماعية قد تمنع أو تحظر صراحة إجراء مناقشات حول الصحة الجنسية والإنجابية أو النشاط الجنسي. وبالإضافة إلى العوائق القانونية، قد تأتي تحديات الحصول على خدمات الرعاية الصحية في شكل عدم كفاية التثقيف



© Giacomo Pirozzi/Panos Pictures

النساء في سن الإنجاب في ١٢٥ بلداً حيث يخضع الحصول على الإجهاض المأمون إلى قيودٍ شديدة. ومن بين جميع حالات الإجهاض في جميع أنحاء العالم، فإن نسبة ٥٥ في المائة فقط تُعد حالات إجهاض مأمونة وتعتمد على طريقة موصى بها وتتم تحت إشراف مقدمي خدمات مدرّبين (سينغ وآخرون، ٢٠١٨).

وتشير الأدلة إلى أن تواتر الإجهاض لا يتأثر تأثراً كبيراً بالقوانين: فمعدلات الإجهاض في البلدان التي لديها أكثر قوانين الإجهاض تقييداً هي تقريباً نفس معدلات الإجهاض في البلدان التي لديها أقل قوانين الإجهاض تقييداً. ومع ذلك، كلما كان الوضع القانوني أكثر تقييداً، ارتفعت نسبة حالات الإجهاض غير المأمونة، والتي تتراوح من أقل من ١٪ في أقل البلدان تقييداً إلى ٣١ في المائة في أكثر الدول تقييداً (سينغ وآخرون، ٢٠١٨).

وفي المناطق النامية مجتمعة، باستثناء شرق آسيا، يُقدّر عدد النساء اللاتي يعالجن سنوياً من المضاعفات المتصلة بالإجهاض بـ ٦,٩ مليون امرأة. وتحتاج

الرامية إلى إتاحة الوصول إلى الخدمات الصحية من أجل منع الإصابة بالأمراض المنقولة جنسياً أو علاجها، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية. واعتباراً من عام ٢٠١٧، أفاد أكثر من ٤٠ بلداً – من البلدان التي تُقدّم بياناتها إلى برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز – بأن لديها قوانين تُجرّم على وجه التحديد الاتصال الجنسي مع طرف آخر من نفس الجنس. ومن بين هذه البلدان، تطبق دولتان عقوبة الإعدام، بينما تطبق دول أخرى عقوبة السجن مدى الحياة على الأشخاص المتورطين (برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، ٢٠١٨). ونتيجة لذلك، يخشى الكثير من الناس السعي للحصول على خدمات صحية مهمة مثل اختبار فيروس نقص المناعة البشرية.

وتقع القوانين المتعلقة بالحصول على خدمات الإجهاض على امتداد سلسلة متصلة من الإجراءات، من الحظر الكامل إلى السماح الكامل. واعتباراً من عام ٢٠١٧، يعيش ٤٢ في المائة من

أشعل ميتشاي فيرافيديا فتيل ثورة لا حدود لها لتحطيم القيود في تايلند قامت في جوهرها على اعتقادٍ راسخٍ مفاده أنه ينبغي للجميع معرفة كيف يخططون لعائلتهم ويحمون صحتهم.

ميتشاي فيرافيديا

أحسنَ ميتشاي استغلال خبرته الكبيرة في مجال التواصل الجماهيري منذ الستينيات وحمل رسائل توعية إلى أفراد المجتمع تمحورت حول أهمية استخدام العازل الذكري وعمل على نشر أفكاره في المدارس ومحطات الوقود، وفي المكاتب والقرى، من خلال مسابقات تربية الخنازير وزيارات سيدات إيفون (AVON) لمستحضرات التجميل واحتفالات الرهبان البوذيين. وكان ذلك كله بدافع جعل وسائل منع الحمل مقبولة وغير محرجة في الحياة اليومية.

وكان ميتشاي يُشجع على استخدام العازل الذكري ويقول للناس في حملاته التوعوية "قولوا كلمة 'العازل الذكري'". تداولوها بينكم. تحدثوا عنها. في الواقع، ما نُعلّمه لكم... هو حقكم في اختيار عدد الأطفال الذي تريدهم".

وفي حين أنّ العازل الذكري مَثَل نقطة دخول حساسة للتعليم، وأحياناً مثاراً للفتنر، كان هدف ميتشاي دائماً توفير مجموعة واسعة من وسائل منع الحمل بسهولة مثل "توفر الخضراوات في القرى" تماماً. وفي غضون بضعة عقود، قطعت تايلند شوطاً طويلاً نحو تحقيق هذه الأهداف، وانخفض متوسط حجم الأسرة التايلندية من ٧ أطفال إلى ١,٦.

وفي أوائل التسعينيات من القرن العشرين، عندما كان من المتوقع ارتفاع معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشرية، أُنقذ ميتشاي الحكومة بزيادة ميزانية الوقاية ٥٠ ضعفاً وتعبئة الأفراد من جميع قطاعات الخدمة العامة وقطاع الأعمال والمجتمعات المحلية للتحدث بصراحة عن الحماية واستخدام العازل الذكري. وفي وقتٍ لاحق، نجحت تايلند في التخلص من نحو ٣ ملايين حالة إصابة بفيروس نقص المناعة البشرية، وأصبح فيرافيديا يعرف باسم "ملك العازل الذكري". وأصبح اسم "ميتشاي" اليوم في العمارة التايلندية مرادفاً لمصطلح العازل الذكري.

ولا يزال فيرافيديا حتى الآن يقود أكبر منظمة غير حكومية في تايلند، وهي جمعية تنمية السكان والتنمية المجتمعية، التي تقوم منذ عام ١٩٧٣ بمناصرة التنمية والصحة في الريف. وتشمل أنشطتها مدارس ميتشاي باتانا، التي تتبنى مبادئ العدالة والإنصاف في تقديم تعليم عالي الجودة - بما في ذلك التنقيف الجنسي الشامل - للمجتمعات المهمشة. وتُعد المساواة بين الجنسين جزءاً لا يتجزأ من المنهج الدراسي. ويقول ميتشاي: "تؤدي المرأة دوراً مهماً للغاية في عملية التنمية وبإمكانها الإسهام في تحقيق ازدهار مشهودٍ لوطنها". وأضاف: "عندما يكون لديك ذراعان قويّتان، فلماذا تكتفي باستخدام واحدة فقط؟"

"قولوا كلمة 'العازل الذكري'.

تداولوها بينكم.

تحدثوا عنها."



ليبو غانغ موتسومي

عندما تتحدث ليوغانغ موتسومي إلى الشباب الآخرين عن فيروس نقص المناعة البشرية والإيدز، فإنها تفعل ذلك من واقع تجربة شخصية. ومن خلال رواية قصتها فهي تأمل في إلهام الشباب والفتيات الأخريات للبقاء في المدرسة، والحفاظ على صحة جيدة، واتخاذ خيارات إيجابية.

كتبت ليوغانغ منشوراً جريئاً للغاية على موقع التواصل الاجتماعي فيسبوك: "صباح الخير، اسمي ليوغانغ بريندا موتسومي وألقبُ أيضاً باسم الملكة الأفريقية. أنا لست فيروس نقص المناعة البشرية، أنا فقط مصابة به. أنا لست الفيروس ذاته، الفيروس هو الذي يعيش بداخلي. أنا لا أعرفُ بفيروس نقص المناعة البشرية، بل أنا من يُعرّفه ويكشف حقيقته".

وقد انقضى ما يقرب من عقْد من الزمان منذ أن علّمت موتسومي أنّها مصابة بفيروس نقص المناعة البشرية. وكانت في السابعة عشرة فقط من عمرها عندما أصيبت بالعدوى من صديقها، وهو مغنٍ معروف توفي فيما بعد. ولم تذهب موتسومي لإجراء فحص طبي حتى أصرَّ شريك لاحق على القيام بذلك. وبعد أيام قليلة علّمت موتسومي أنّ نتيجة الفحص إيجابية وحاولت الانتحار. وبعد شهر من ذلك، اكتشفت أنها حامل، وبدأت تتناول أدوية لحماية طفلها.

وبدأت موتسومي رحلة رائعة عبر مواقع التواصل الاجتماعي، كمتحدثة ملهمة، وناشطة في مجال مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية، ومدربة تتحدث بشكل خاص للشباب. "لقد ساعدتني الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية في العثور على هدفي في الحياة. وأدركت أنني أستطيع تحويل الفوضى إلى رسالة، واستخدام الألم من أجل تمكين الآخرين".

وقد كرّمها الاتحاد الأفريقي باعتبارها بطلاً للشباب، وهي عضو في المجالس الاستشارية للشباب لكل من الاتحاد وصندوق الأمم المتحدة للسكان. كما أنها تحشد الناس بصفتها سفيرة لـ "زازي"، وهي حملة تشجع النساء والفتيات في جنوب أفريقيا على "استكشاف مكامن القوة لديهن".

وتصرّح موتسومي بقولها: "سنجد علاج فيروس نقص المناعة البشرية. وحتى نجد العلاج، يبقى التعليم والتمكين للأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية هو ملاذنا وعلاجنا الحالي. والوقاية بالنسبة لأولئك غير المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية".

"أنا لا أعرفُ بفيروس نقص المناعة البشرية،

بل أنا من يُعرّفه."



الجنسي في المدارس، أو في مواقف ومعتقدات مقدمي الخدمات بشأن مدى ملاءمة التدخلات في سياق السن أو الحالة الاجتماعية.

وتواجه الأقليات العرقية، والسكان الأصليون، والمشتغلون بالجنس، والأشخاص ذوي الإعاقة، والنساء والفتيات الأشد فقراً، والمثليات والمثليون ومزدوجو الميل الجنسي ومغايرو الهوية الجنسانية وحاملو صفات الجنسين التهميش والوصمة اللذين يمكن أن يؤديا إلى خلق عوائق كبيرة أمام حصولهم على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية وإعمال الحقوق والخيارات. فعلى سبيل المثال، كثيراً ما تُحرَم الفتيات والشابات ذوات الإعاقة من الحق في اتخاذ القرارات لأنفسهنَّ بشأن صحتهنَّ

الإنجابية والجنسية، مما يزيد من خطر تعرضهنَّ للعنف الجنسي والحمل غير المخطط له والأمراض المنقولة جنسياً. وقد لا يُنظر إليهنَّ على أنهنَّ بحاجة إلى معلومات حول صحتهنَّ وحقوقهنَّ الجنسية والإنجابية، وبالتالي تكون معرفتهنَّ بهذه الأمور محدودة للغاية، مما يؤدي إلى نتائج تحد من خياراتهنَّ وتزيد من حد التهميش الذي يتعرضنَّ له. ففي إحدى الدراسات التي أُجريت في إثيوبيا، على سبيل المثال، استخدم ٣٥ في المائة فقط من الشباب ذوات الإعاقة وسائل منع الحمل خلال أول لقاء جنسي لهنَّ، وكان ٦٣ في المائة منهم يعانين من حمل غير مخطط له (صندوق الأمم المتحدة للسكان، ٢٠١٨ أ). ويمكن أن يمنع الوصم الأفراد من

التماس الخدمات التي يحتاجون إليها ويحق لهم الحصول عليها. فالنساء غير المتزوجات، على سبيل المثال، قد يترددن في طلب الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية، ولا سيما خدمات مثل منع الحمل والإجهاض المأمون. وتعد مستويات الاحتياجات غير المُلبَّاة من أجل تنظيم الأسرة الحديث أعلى بكثير في أوساط النساء غير المتزوجات الناشطات جنسياً مقارنة بالنساء المتزوجات، بسبب هذه الوصمة (سينغ وآخرون، ٢٠١٨).

ولا تؤثر الوصمة على خيارات الأفراد المحتاجين إلى المعلومات والخدمات وقراراتهم فقط، بل يمكن أن تؤثر أيضاً على سلوك مقدمي خدمات الرعاية الصحية. على سبيل المثال،

تمكين الشباب ذوي الإعاقة من الحصول على الخدمات

لمختلف الأعمار بهدف شرح أنواع وسائل منع الحمل وخدمات الصحة الجنسية والإنجابية المتاحة والنظر في دعم هذه الخدمات للشباب ذوي الإعاقة محدود الدخل.

- تنظيم حملات توعية ومواد تثقيفية لمقدمي الرعاية وأفراد أسر الشباب ذوي الإعاقات بشأن الحياة الجنسية، واستخدام وسائل منع الحمل، وتوافر الخدمات.
- ضمان إتاحة المعلومات والسلع والخدمات المتعلقة بوسائل منع الحمل للشابات ذوات الإعاقة. وينبغي أيضاً أن يتلقى الرجال والفتيان معلومات تساعد على فهم حقوق الشابات والمراهقات في استخدام وسائل منع الحمل.

ساعدت منظمة تمكين المرأة الدولية في وضع مبادئ توجيهية للحكومات ومقدمي الخدمات وغيرهم من أصحاب المصلحة لتلبية احتياجات الشباب ذوي الإعاقة في مجال الصحة الجنسية والإنجابية. وتتضمن المبادئ التوجيهية إجراءات لضمان توافر الخدمات وإمكانية الحصول عليها ومقبوليتها وجودتها، فضلاً عن الخدمات الرامية إلى منع أو تخفيف تأثير العنف المبني على أساس النوع الاجتماعي:

- وضع بروتوكولات ومبادئ توجيهية مراعية لحالات الإعاقة لزيارات المتابعة مع مقدمي الرعاية الصحية، وإدارة الآثار الجانبية للأدوية أو العلاجات، ووضع مبادئ توجيهية للإحالة من أجل حصول ذوي الإعاقة على مزيدٍ من المساعدة عند الضرورة.
- إنتاج مواد إعلامية يسهل الوصول إليها ومصممة خصيصاً للشباب الذين يعانون من أنواع مختلفة من الإعاقة وملامنة

الصحة الجنسية والإنجابية وظهور مفهوم الرعاية الصحية الشاملة

استمرارية الرعاية التي تشمل الجنس والإنجاب، من منع الحمل إلى الحمل والولادة والرضاعة ورعاية ما بعد الولادة والطفولة وعوامل المياه والصرف الصحي الحرجة.

وفي إطار هذا الهدف رقم ٣ – ضمان حياة صحية وتعزيز الرفاه للجميع من جميع الأعمار بحلول عام ٢٠٣٠ – تتطلّع الغاية رقم ٣-٧ إلى تعميم الحصول على الرعاية والخدمات الصحية الجنسية والإنجابية، بما في ذلك تنظيم الأسرة والمعلومات والتعليم، وإدماج الصحة الإنجابية في الاستراتيجيات والبرامج الوطنية.

ويكشف الشكل ٤-٦، الذي يُبيّن تغطية التدخلات الصحية عبر سلسلة الرعاية المتواصلة في أفقر بلدان العالم وأكثرها احتياجاً، عن إحراز تقدم متفاوت في بعض مجالات الصحة الجنسية والإنجابية. وتُعد التغطية، رغم أنها لا تزال دون المستوى الأمثل، هي الأعلى عند الولادة وللتحصينات التي يمكن تحديد مواعيد لها (اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية، ٢٠١٧). ولا تزال المرحلة التي تسبق الحمل ومرحلة ما بعد الولادة الحديثة، ومرحلة البت في نوايا الحمل المستقبلية لا تحظى جميعها بخدمات كافية.

في تشرين الأول/أكتوبر ٢٠١٨، أي بعد مرور ٤٠ سنة على إعلان ألما آتا، أقرّ المندوبون المشاركون في المؤتمر العالمي الأخير المعني بالرعاية الصحية الأولية أخيراً بالأهمية المحورية للصحة الجنسية والإنجابية في الرعاية الصحية الأولية. وجاء في الإعلان الصادر عن هذا التجمع أنّ الرعاية الصحية الأولية "ستوفر مجموعة شاملة من الخدمات والرعاية، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر... الخدمات التي تُعزّز وتُحسّن صحة الأم والوليد والطفل والمراهق والصحة العقلية والجنسية والإنجابية".

ويتضمن أحد أهداف التنمية المستدامة – المتمثل في التغطية الصحية الشاملة – تنظيم الأسرة كمؤشر أساسي إلى جانب رعاية ما قبل الولادة والرعاية عند الولادة وفحص سرطان عنق الرحم. وفي السنوات الأخيرة، أُدرجت الصحة الجنسية والإنجابية باستمرار في مؤشرات وضع السياسات الصحية العالمية.

تعرّضت الصحة الجنسية والإنجابية بشكل عام، وتنظيم الأسرة بشكل خاص، للتهمة على مدى عشرات السنين في الفعاليات العالمية التي تناولت قضايا الرعاية الصحية الأولية.

ففي عام ١٩٧٨، على سبيل المثال، اجتمع ممثلو الحكومات في كازاخستان لحضور المؤتمر الدولي المعني بالرعاية الصحية الأولية. واختتم المؤتمر أعماله بإعلان ألما آتا، الذي حدّد الرعاية الصحية الأولية باعتبارها المفتاح لتحقيق الصحة للجميع في جميع أنحاء العالم. لكن بعض الحكومات قالت إنّ الأهداف المحددة في الإعلان واسعة النطاق للغاية وبالتالي يتعدّر تحقيقها.

وبعد ذلك بسنة، وفي اجتماع للخبراء في مجال الصحة والسياسات، برز توافق في الآراء بشأن ضرورة التركيز على تدخلات الرعاية الصحية الأولية البسيطة والعالية الأثر التي وعدت بإنقاذ الأرواح في البلدان النامية. وقد أخفقت هذه التدخلات، التي يُشار إليها اختصاراً باسم GOBI، أي "رصد النمو، والإمالة الفموية، والرضاعة الطبيعية، والتحصين"، مرةً أخرى في معالجة المسائل الأساسية المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية كجزء من الرعاية الصحية الأولية. غير أنّ المجتمع الصحي العالمي أدرك في نهاية المطاف أهمية التدخلات الأساسية الأخرى في مجال الرعاية الأولية، واتفق على وجوب أن يكون تنظيم الأسرة أولوية (بالإضافة إلى تعليم الإناث وتوفير الغذاء).

وقد كانت إضافة تنظيم الأسرة إلى جدول الأعمال العالمي للصحة الأولية إيذاناً بإطلاق الأهداف الإنمائية للألفية، التي تضمنت هدفاً يتمثل في خفض معدل وفيات الأمهات في جميع أنحاء العالم بنسبة ٧٥ في المائة بين عامي ٢٠٠٠ و٢٠١٥. وفي عام ٢٠٠٥، بعد خمس سنوات من الجهود الرامية إلى تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية، أضافت الأمم المتحدة هدفاً آخر لتعميم حصول الجميع على خدمات الصحة الإنجابية.

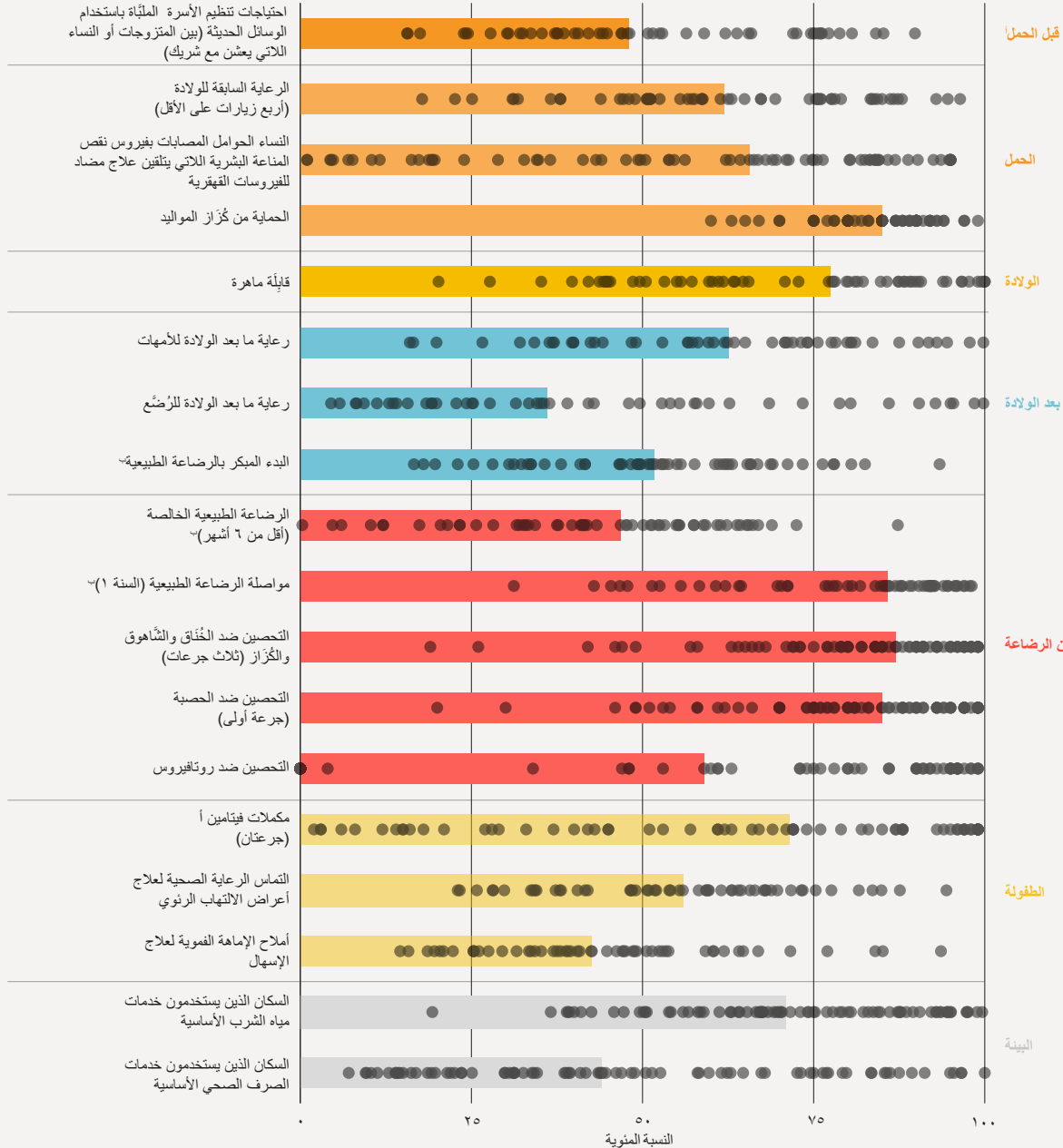
وكانت الأهداف الصحية متناثرة في أربعة من الأهداف الإنمائية للألفية. ولكن ابتداءً من عام ٢٠١٥، ومع بدء خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠ الجديدة، التي يرافقها ١٧ هدفاً من أهداف التنمية المستدامة، أُدمجت جميع الأهداف المتعلقة بالصحة، بما في ذلك الأهداف المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية، في هدف واحد. وقد عزّز وجود جميع الأهداف المتعلقة بالصحة في موطن واحد مفهوم



الشكل ٤-٦ الفجوات الرئيسية في التغطية

متوسط التغطية الوطنية للتدخلات عبر سلسلة الرعاية المتواصلة بين البلدان، مع توافر البيانات من عام ٢٠١٢، من مبادرة العد التنازلي نحو عام ٢٠٣٠، التي تتنبأ بالتقدم المحرز في ٨١ بلداً تستأثر بأكثر من ٩٠ في المائة من وفيات الأطفال دون سن الخامسة و٩٥ في المائة من الوفيات النفاسية في العالم.

● بيانات البلد القائم بالإبلاغ



أ يُشير إلى منع الحمل والتخطيط له ويشمل الفترة الزمنية السابقة للحمل الأول والفواصل الزمنية، فضلاً عن اتخاذ قرار بشأن إمكانية حدوث حمل من عدمه في المستقبل.

ب تعمل مؤشرات تغذية الرُضّع والأطفال الصغار بديلاً للتغطية البرنامجية التي لا تتوفر بشأنها تدابير محدّدة.

ملاحظة: يشمل فقط التدخلات ذات الصلة لجميع بلدان مبادرة العد التنازلي. المؤشرات المتعلقة بالملايا التي لا تُظهر مسارات مبادرة العد التنازلي.

المصدر: معدلات التحصين، منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف)؛ السكان الذين يستخدمون خدمات مياه الشرب وخدمات الصرف الصحي الأساسية، وبرنامج الرصد المشترك بين منظمة الصحة العالمية واليونيسف لإمدادات المياه والمرافق الصحية؛ وعلاج الفيروسات القهقرية للنساء الحوامل المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية، وقاعدة البيانات العالمية لليونيسف، تموز/يوليو ٢٠١٧، استناداً إلى تقديرات عام ٢٠١٧ الواردة من برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز؛ وجميع المؤشرات الأخرى، وقاعدة البيانات العالمية لليونيسف، تموز/يوليو ٢٠١٧، استناداً إلى الدراسات الاستقصائية الديمغرافية والصحية، والدراسات الاستقصائية العنقودية المتعددة المؤشرات وغيرها من الدراسات الاستقصائية الوطنية.



© UNFPA

والعاطفية والجسدية والاجتماعية للجنس. وهي تهدف إلى تزويد الأطفال والشباب بالمعارف والمهارات والمواقف والقيم التي من شأنها أن تُمكنهم من: التمتع بصحتهم ورفاههم وكرامتهم؛ وإقامة علاقات اجتماعية وجنسية مبنية على الاحترام؛ والنظر في كيفية تأثير خياراتهم على رفاههم وعلى الآخرين؛ وفهم حقوقهم وضمن حمايتهم طوال حياتهم (اليونسكو، ٢٠١٨).

ويُتيحُ بدء التنقيف الجنسي الشامل الملائم للسن في المدارس الابتدائية العديد من الفوائد، بما في ذلك مساعدة

لخدمات الإجهاض (ريهنستروم لوي وآخرون، ٢٠١٥).

عدم كفاية التنقيف بشأن المسائل الجنسية قد يُشكّل نقص المعرفة لدى الأفراد عائقاً أمام الوصول إلى الخدمات. فالتصورات الخاطئة أو انعدام الفهم بشأن الحياة الجنسية وجسم الإنسان والتنمية والحقوق ونوع الجنس، والقوة في العلاقات يمكن أن تقف في طريق حقوق الناس وخياراتهم.

يُعدّ التنقيف الجنسي الشامل عملية قائمة على المناهج الدراسية للتنقيف والتعلّم حول الجوانب المعرفية

يمكن أن تؤثر الوصمة المستمرة حول الإجهاض - في الأماكن التي يكون فيها الإجهاض قانونياً على نطاق واسع - على استعداد مقدمي الرعاية الصحية لتقديم المشورة أو الإجهاض. ولقد خُصّ استعراض أُجري مؤخراً إلى أن لدى بعض مقدمي الرعاية الصحية مواقف سلبية تجاه الإجهاض في معظم البلدان في جنوب شرق آسيا وأفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. وعلى سبيل المثال، أفاد مقدمو الخدمات أيضاً بأنه يتم وصمهم من قبل عائلاتهم ومجتمعاتهم المحلية وزملاءهم وصانعي السياسات بسبب توفيرهم

الأطفال على تحديد السلوك غير اللائق والإبلاغ عنه، مثل إساءة معاملة الأطفال، ودعم بناء مواقف صحية بشأن أجسادهم وعلاقاتهم. وينبغي أيضاً أن يكون التنقيف الجنسي الشامل متاحاً لأولئك الذين لم يلتحقوا بالمدرسة.

وتؤكد الأدلة أن التنقيف الجنسي لا يُعجل بالنشاط الجنسي، ولكنه يؤثر تأثيراً إيجابياً على السلوكيات الجنسية الأكثر أماناً ويُسهّم في تأخير سن بدء النشاط الجنسي. وخُصص استعراض أجرته اليونيسكو لوضع إرشادات فنية بشأن التنقيف الجنسي الشامل إلى أن البرامج القائمة على المناهج الدراسية تُسهّم في تأخير بدء الاتصال الجنسي، وتُقلص وتيرة، وتُخفّض عدد الشركاء الجنسيين، وتحد من

المجازفة، وتزيد من استخدام العوازل الذكرية وغيرها من وسائل منع الحمل (اليونسكو، ٢٠١٨). وكما هو الحال في جميع المناهج التعليمية، يجب أن يتم التنقيف الجنسي الشامل وفقاً للقوانين والسياسات الوطنية (صندوق الأمم المتحدة للسكان، ٢٠١٦ أ).

وقد بيّنت دراسة أُجريت حديثاً امتلاك نحو ٨٠ في المائة من ٤٨ بلداً سياسات أو استراتيجيات تدعم التنقيف الجنسي الشامل (اليونسكو، ٢٠١٥).

نحو تعميم الحصول على الخدمات

يُشكّل ضمان الحصول على المعلومات والخدمات الصحية أولوية لدى المجتمع الدولي. وبمرور الوقت، ساعد واضعو السياسات والممارسون والمناصرون في الإجابة عن الأسئلة المهمة المتعلقة

"بالوصول إلى ماذا؟" و"الإتاحة لمن؟" و"ماذا يعني الوصول فعلياً في الواقع؟" اليوم، أصبح هناك توافق في الآراء حول الهدف المتمثل في أنه يحق للجميع، في كل مكان، التمتع بحق الحصول على معلومات وخدمات عالية الجودة لتلبية كامل احتياجاتهم المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية على مدار حياتهم. ولئن كان التقدم الملحوظ نحو تحقيق هذا الهدف واضحاً، فإن تحقيقه بشكلٍ كامل لا يزال بعيد المنال بالنسبة للكثيرين، بسبب نقص الوعي، أو قلة الموارد، أو عدم كفاية الإرادة السياسية، أو عدم المساواة بين الجنسين.

النقاط الرئيسية في هذا الفصل

- لضمان حصول الجميع على حقوقهم وحرّيتهم في الاختيار، يحتاج جميع الناس، بل ويستحقون، توافر مجموعة شاملة من المعلومات والخدمات المتعلقة بالحياة الجنسية والصحة الإنجابية.
- في حين أنّ البرامج المبكرة ركّزت على توسيع نطاق وصول وسائل منع الحمل للنساء في جميع أنحاء العالم، تطوّر مفهوم الوصول مع مرور الوقت. ساعد المناصرون والممارسون وواضعو السياسات في الإجابة عن الأسئلة المهمة المتعلقة "بالوصول إلى ماذا؟" و"الإتاحة لمن؟" و"ماذا يعني الوصول فعلياً في الواقع؟" ومع تزايد فهمنا للعوائق التي تعترض طريق الإتاحة، ومع ظهور تحديات جديدة، هناك حاجة مستمرة لإثارة هذه الأسئلة.
- تُلقّي المفاهيم المحسّنة – التي تتناول حق الوصول إلى الخدمات – الضوء على العديد من العوائق التي تحول دون قدرة الأفراد على الاستفادة من المعلومات والخدمات التي تمكّنهم من الصحة والرفاه والتمتع بالحقوق والخيارات في حياتهم الجنسية والإنجابية.
- رغم إحراز تقدم كبير في توسيع نطاق الحصول على الخدمات والمعلومات التي تُمكن من تحقيق النطاق الكامل للصحة والحقوق الجنسية والإنجابية، إلا أنّ هذا التقدم كان متفاوتاً ولا تزال أوجه عدم المساواة قائمة. وتتأثر التفاوتات في الصحة الجنسية والإنجابية تأثراً عميقاً بعدم المساواة في الدخل، ونوعية النظم الصحية ومدى انتشارها، والقوانين والسياسات، والأعراف الاجتماعية والثقافية، ومدى تعرّض الناس للتنقيف الجنسي.



العقبة الكامنة وراء جميع العقبات الأخرى

كانت الثورة الجنسية، التي تأججت إلى حدٍ كبير بفضل ظهور وسائل منع الحمل الموثوقة والمأمونة، جارية في البلدان الغنية في ستينيات القرن العشرين. وفي الوقت نفسه، كانت البلدان النامية تمرُّ بتغيرات اقتصادية واجتماعية هائلة أدت إلى حدوث تحوُّل جذري في مجتمعاتها.

وفي حين أن التعبير عن القضايا الجنسانية يختلف باختلاف السياقات، إلا أنه تم تحديدها في جميع المجتمعات تقريباً بطرق تُخضع المرأة (والنساء غير المستوفيات للمواصفات الجنسانية) للرجل، وتُضفي تعريفات الذكورة والأنوثة بمستوياتٍ مختلفة من القوة والسلطة الاجتماعية. وكانت النتيجة الصافية لهذه الاختلافات في معظم المجتمعات هي عدم التمكين المنهجي للنساء والفئات غير المطابقة للفوارق بين الجنسين، ممن يجدون استقلاليتهم الذاتية وقدرتهم على اتخاذ قرارات لأنفسهم بحريةٍ محدودة للغاية

ومن بين جميع العقبات التي تحول دون أعمال حقوق الإنسان وممارستها، بما في ذلك الحقوق الإنجابية، ثبت أن عددًا قليلاً من العقبات يصعب التغلب عليه، مثل التحديات المتعلقة بالقضايا الجنسانية. ويجري فهم القضايا الجنسانية، وشبكة التوقعات والأعراف داخل المجتمع التي تحدد معاً السلوكيات والأدوار والخصائص المناسبة للذكور والإناث، واستيعابها وتعزيزها من خلال التفاعلات الاجتماعية مع الآخرين، وبالتالي يكون لها تأثير عميق في كل ميدان من ميادين الحياة.

وشملت هذه التغييرات تحولات في المواقف بشأن ما يمكن وينبغي للرجل والمرأة أن يفعلاه في حياتهما. وفي الوقت نفسه، قامت إيلا بهات وسونيا مونتانيو وغلوريا ستاينم وغيرهن من النسويات في جميع أنحاء العالم برفع الوعي بشأن عدم المساواة بين الجنسين وارتباطه بالجنس وعدم المساواة في الأسرة، والحقوق الإنجابية، والعنف الجنسي. ولا تزال هذه الرؤية الأوسع نطاقاً لعدم المساواة بين الجنسين تحتل دوراً محورياً في المناقشات حول الحقوق الإنجابية اليوم.

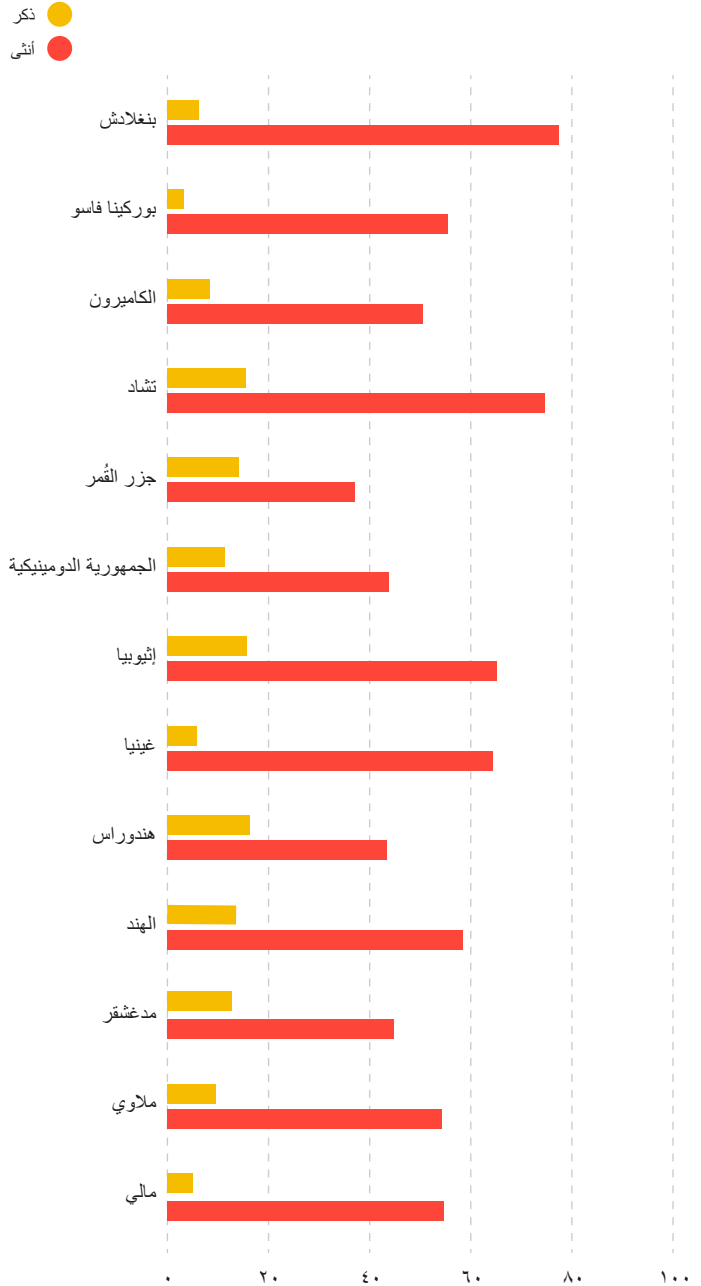
في جميع جوانب الحياة تقريباً. وتمارس الأعراف الجنسانية تأثيراً كبيراً بصفة خاصة في المسائل الإنجابية.

التأثيرات الجنسانية وتأثرها بالحقوق الإيجابية

تحدُّ حالة عدم المساواة بين الجنسين من قدرة النساء على اتخاذ قرارات جوهرية بحريَّة بشأن متى ومع من يمارسن الجنس، وبشأن استخدام وسائل منع الحمل أو الرعاية الصحية، وبشأن ما إذا كُنَّ يبحثن عن عمل أو متى يبحثن عنه، أو ما إذا كُنَّ يرغبن في الالتحاق بالتعليم العالي. وتؤدِّي الأعراف والتوقعات الجنسانية غير المتساوية إلى زيادة التأثيرات السلبية للعوائق الأخرى على الحقوق والخيارات. ومن الأمثلة على ذلك زواج الأطفال، الذي يُعدُّ أمراً شائعاً للغاية بالنسبة للفتيات مقارنةً بالبنين. وعندما تنزوج الفتاة، تقلُّ احتمالات ذهابها إلى المدرسة أو إكمالها تعليمها أو التنقل بحريَّة خارج منزلها وحدها؛ ويزيد احتمال تعرُّضها للعنف المبني على أساس النوع الاجتماعي؛ وتصبح أقل احتمالاً لمعرفة معلومات عن جسدها وحقوقها (الشكل ١-٥). وبدورها تؤدِّي محدودية قدرتها على التنقل والتعليم واكتساب المعرفة إلى تعزيز عدم المساواة بين الجنسين وإدامته.

اكتساب القدرة على الاختيار

إجمالاً، تتمتع المرأة اليوم بقدْر أكبر من التحكم في حياتها الإنجابية أكثر من أي وقت مضي في تاريخ البشرية، مع ما يترتب على ذلك من آثار عميقة على الأفراد والمجتمعات. فبالنسبة للمرأة على وجه الخصوص، أشرعت القدرة على



نسبة النساء في الفئة العمرية ٢٠-٥٩ سنة ممن تزوجن قبل سن الثامنة عشرة

قريباً)، حيث تُعرّف الذكورة بطرق تكافئ الرجال على البراعة الجنسية وتُعرّف الأنوثة بطرق تكافئ النساء على النقاء والعفة. وكثيراً ما تُستخدَم هذه الأعراف والمواقف غير المتكافئة بين الجنسين لترشيد السيطرة على الحياة الجنسية والإنجابية للمرأة. وتُشكّل الشواغل المتعلقة بالمحافظة على النقاء الجنسي للمرأة أساساً لطائفة واسعة من الممارسات الضارة، مثل زواج الأطفال وتشويه الأعضاء التناسلية للإناث، وكثيراً ما يستخدمها الرجال مبرراً للعنف المبني على أساس النوع الاجتماعي.

ويمكن أن تزيد الممارسات الضارة الناجمة عن عدم المساواة في الأعراف

السلطة والصوت والاختيار

في جميع المجتمعات، يكون الإنجاب مشعباً بمغزى اجتماعي ومعنى ثقافي عميقين، ويؤدّي دوراً حاسماً في التمييز بين مراحل الحياة وفي بناء المكانة والهوية الاجتماعيتين. ونتيجةً لذلك، تُنظّم السلوكيات المرتبطة بالإنجاب، بما في ذلك الطريقة التي تتشكّل بها الأسرة والسلوك الجنسي، من خلال الأعراف، ولا سيما تلك المتعلقة بالنوع الاجتماعي. وتُشكّل مثل هذه الأعراف الجنسية الأنظمة الاجتماعية والقانونية والاقتصادية وتعمل على تعزيزها.

غالباً ما تتسم المجتمعات الأبوية بمعايير جنسية مزدوجة قوية وواسعة الانتشار (هيس وآخرون، يصدر

اختيار عدد أطفالها والوقت المناسب لإنجابهم الأبواب لحياة لا يهيمن عليها الإنجاب وتنشئة الأطفال فقط، وساعدت في الحد من عدم المساواة بين الجنسين. ومع توسّع مستويات الخيارات الإنجابية بمرور الوقت في جميع أرجاء العالم، بدأت النساء في معظم أنحاء العالم بإنجاب عدد أقل من الأطفال. وقد كان لهذا الاتجاه نحو إنجاب عدد أقل من الأطفال بعض الفوائد للنساء بوجه خاص، بما في ذلك تحسين الصحة لأنفسهنّ وأطفالهنّ، وزيادة التحصيل العلمي، وزيادة المشاركة في العمل المأجور، وتحسين الطريقة التي ينظر بها المجتمع والأسر إلى النساء والفتيات وكيف يُقيّم دورهنّ (ستوابيناو وآخرون، ٢٠١٣). وفي العديد من السياقات، شكّل هذا الأمر جزءاً من حلقة التمكين الفعّالة، حيث أسهمت إمكانية الوصول إلى طرق موثوقة للسيطرة على الخصوبة في تمكين توسيع الحقوق في مجالات أخرى، الأمر الذي ساهم بدوره في زيادة قدرة النساء على ممارسة حقوقهنّ الإنجابية بشكلٍ كامل.

وقد أصبح حق كل من المرأة والرجل في اختيار عدد الأطفال وتوقيت إنجابهم والمباعدة بين الولادات بحرّية أمراً معترفاً به عالمياً تقريباً. وفي نهاية المطاف، لن يحصل جميع الأشخاص تقريباً الذين بلغوا سن الإنجاب في جميع أنحاء العالم، وعددهم ٤,٣ مليار نسمة تقريباً، على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية بشكلٍ كافٍ في مرحلة ما من حياتهم (ستارز وآخرون، ٢٠١٨). ويعتمد هذا الحصول اعتماداً كبيراً على الأعراف الجنسية السائدة.



صانعة ومحركة أفلام تعمل في المقر الرئيسي للأمم المتحدة. ويمكن مشاهدة شعار سنة المرأة الدولية في الخلفية وعلى مكبر الصوت إلى يمين الصورة. نيويورك، ١٩٧٤. © UN Photo/M. Faust

الجنسانية من عرقلة الحصول على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية وأن تحدّ من حقوق المرأة وخياراتها في جميع مجالات حياتها.

العنف المبني على أساس النوع الاجتماعي: يُشكّل العنف ضد النساء والفتيات انتهاكاً رئيسياً لحقوق الإنسان وشاغلاً من شواغل الصحة العامة في جميع البلدان. ويُتوقَّع أن تتعرَّض واحدة من كل ثلاث نساء في جميع أنحاء العالم للعنف البدني أو الجنسي في مرحلة ما من حياتها (غارسيا مورينو وآخرون، ٢٠١٣). ويخلق وجود العنف وحتى التهديد به بيئة تكون فيها النساء خاضعات للرجال في المسائل المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية ويتعرَّضن لخطر متزايد من الإصابة بالأمراض المنقولة جنسياً والحمل غير المرغوب فيه.

زواج الأطفال: هناك ما يقدر بنحو ٨٠٠ مليون امرأة على قيد الحياة اليوم تزوجن وهُنَّ طفلات. فزواج الأطفال يحرم الفتاة من حقها في القدرة على اتخاذ القرار وتحقيق استقلالها الذاتي في منزلها وفي القرارات الجنسية والإنجابية، ويقفّل من فرصتها في التعليم، ويقوّض مستقبلها ويحرمها من تحقيق إمكاناتها الكاملة في الحياة. فاحتمال حصول الفتيات المتزوجات على الرعاية الطبية الكافية أثناء الحمل يقل عن احتمال حصول النساء البالغات عليه، وهذا النقص في الرعاية، إلى جانب كون العديد من الفتيات المتزوجات غير مستعدات بعدً للولادة، يُعرِّض الأمهات والرضع للمخاطر. ويؤدّي الافتقار إلى الاستقلالية لدى

الطفلات العرائس من حيث القدرة على اتخاذ القرارات المتعلقة بالإنجاب، إلى جانب القيود المفروضة على التنقل التي تواجهها الكثيرات منهنّ، إلى الحد من قدرتهنّ على اتخاذ الخيارات الإنجابية بحريّة وقدرتهنّ على التصرف حيال ذلك من خلال زيارة مقدمي الخدمات الصحية.

الضغوط المتعلقة بالخصوبة وإيثار البنين: نظراً لأنّ الإنجاب يُعتبر جزءاً أساسياً من المُثل الاجتماعية العليا لكل من الرجولة والأنوثة، فإنّ الرجال والنساء على حد سواء يمكن أن يواجهوا ضغوطاً كبيرة لإثبات خصوبتهم في وقتٍ مبكر من العلاقات الزوجية. ويُلاحظ نمط مماثل أيضاً في السياقات التي يوجد فيها إيثار قوي للبنين، وهذا في حد ذاته انعكاس للأراء الشائعة للغاية وغير المنصفة المتعلقة بالقيمة الجوهرية للرجل والمرأة. وفي هذه السياقات، تُواجه النساء ضغوطاً شديدة للحمل بأبناء ذكور، وقد يواجهن العنف أو الهجر أو الوصمة حال إنجاب البنات بدلاً من البنين. وفي ظل هذه الظروف، لا تتمتع المرأة بالقوة أو الصوت أو الاختيار، ما يعني القليل من الاستقلالية.

عدم المساواة بين الجنسين في القانون والممارسة: كثيراً ما تعكس القوانين والسياسات قيماً اجتماعية أوسع نطاقاً حول النوع الاجتماعي ويمكن أن تتداخل مع القرارات المستقلة بشأن مسائل الصحة الجنسية والإنجابية. فعلى سبيل المثال، قد يُمنع مقدم الخدمة من توزيع وسائل منع الحمل على المراهقات أو النساء غير المتزوجات، أو قد يؤدّي تجريم العلاقات الجنسية المثلية بين

المثليات والمثليين ومزدوجي الميل الجنسي ومغايري الهوية الجنسانية وحاملي صفات الجنسين إلى تقييدهم من التماس خدمات الصحة الجنسية والإنجابية.

مترابطة بطبيعتها

ثمّة ترابط طبيعي بين القرارات الجنسية والإنجابية من جهة ودور العامل الجنسي في صنعها من جهةٍ أخرى، ذلك أنها تنطوي على تفاعلات مع الآخرين، وخاصة الشركاء الجنسيين أو العاطفيين ولكن أيضاً مع أفراد الأسرة الموسّعة أو أعضاء المجتمع أو المؤسسات مثل العيادات والمستشفيات. يتمتع الأفراد بالقدرة على اتخاذ القرار بحريّة ضمن هذه العلاقات (الشكل ٥-٢).

وعلى وجه الخصوص، هناك ثلاثة جوانب للعلاقات التي تعتمد على النوع الاجتماعي تتسم بالأهمية في القرارات الجنسية والإنجابية: قوة الفرد؛ والصوت، أو مدى قدرة الأفراد على التعبير عن احتياجاتهم ورغباتهم والدعوة إليها؛ ومدى امتلاك الأفراد لاختيارات حقيقية. وتُشكّل القوة والصوت والاختيار معاً درجة القدرة على اتخاذ القرار التي يتمتع بها الفرد في إطار العلاقة، سواء كانت شخصية أو مع مؤسسة أو مجتمع. فعلى سبيل المثال، قد تمتلك المرأة القدرة على اتخاذ القرار في علاقتها المباشرة مع زوجها، ولكنها تكون أقل قدرة من ذلك بكثير في علاقتها مع مقدم الرعاية الصحية أو حتى حماتها. تتحدد القدرة على اتخاذ القرار

تعتمد القدرة على اتخاذ القرار على العلاقات مع الأفراد والمجتمعات والمؤسسات



المصدر: إيدمبوز وأخرون، ٢٠١٨.

العشرين جعل العدد الأكبر من برامج تنظيم الأسرة المبكرة تُعنى أساساً بالحد من الخصوبة، وليس بتمكين المرأة من إعمال حقها في اتخاذ القرارات بشأن توقيت الحمل والمباعدة بين الولادات. لذلك ركزت البرامج في ستينيات وسبعينيات القرن العشرين في الغالب على توفير وسائل منع الحمل للنساء، مع إيلاء القليل من الاهتمام لاحتياجات أو رغبات النساء والرجال الذين قد يكونون بحاجة فعلية إليها أو السياقات الاجتماعية والجنسانية التي تُتخذ فيها القرارات الإيجابية.

وكان بعض هذه البرامج المبكرة غافلاً عن المنظور الجنساني في أحسن الأحوال، ومسؤولاً جزئياً، في أسوأ الأحوال، عن إدامة أوجه عدم المساواة بين الجنسين باسم تحقيق استخدام أكبر لوسائل منع الحمل وخفض الخصوبة. وكان التركيز على النساء، ولا سيما المتزوجات، باعتبارهن أهدافاً رئيسية لبرامج تنظيم الأسرة، يعمل على تعزيز الأعراف الجنسانية القائمة التي تفترض أن الأدوار الرئيسية للمرأة هي أن تكون زوجة وأم.

وعادةً ما عكست البرامج طابع المجتمعات الأبوية التي تعمل فيها، مع إيلاء القليل من الاهتمام بالديناميات الجنسانية المتعلقة بصنع القرار الإيجابي أو الرفاه العام للمرأة. وفي الوقت نفسه، وُجّه القليل من البرامج نحو الرجال، بمعزلٍ عن الجهود الرامية إلى زيادة استخدام العازل الذكري.

وبحلول موعد انعقاد مؤتمر الأمم المتحدة العالمي للسكان عام ١٩٧٤، بدأت الحكومات والحركات النسائية



© Michele Crowe

المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية. ويمكن للجهود الرامية إلى توسيع نطاق الحصول على الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية وتمكين الأفراد من ممارسة حقوقهم الإنجابية أن تستفيد من نهج لا يقتصر على توقع ما تحتاجه المرأة فقط، ولكنه يأخذ في الاعتبار أيضاً أن القرارات المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية تتأثر بنوع الجنس وكيفية تأثيره في العلاقات، بما في ذلك مع أنظمة الرعاية الصحية. ويمكن للرؤى المتعمقة لهذه الديناميات أن تساعد مقدمي الخدمات على الاستجابة بشكل أفضل للاحتياجات الفريدة لكل عميل.

تطوّر المنظور الجنساني في تنظيم الأسرة

إنّ الاستعجال الذي تعامل به صنّاع السياسات والمناحون مع مسألة النمو السكاني في أواخر ستينيات القرن

أيضاً بناء على مستويات مختلفة داخل كل علاقة. فعلى سبيل المثال، تتأثر القدرة على اتخاذ القرار، على المستوى الفردي، بعوامل مثل المعرفة بالصحة والحقوق الجنسية والإنجابية، والتي باستطاعتها تمكين الفرد من الدفاع عن نفسه بشكلٍ أكثر فاعليّة واتخاذ خيارات مستنيرة. وعلى مستوى آخر، تعتمد هذه القدرة على عوامل مثل درجة احترام الشريك للسلامة الجسدية للطرف الآخر أو درجة الحرية في التعبير عن وجهات النظر بشأن وسائل منع الحمل. وعلى مستوى أبعد، حيث تكون العلاقات مع مؤسسات مثل النُظُم الصحية أو حتى الاقتصاد، تعتمد القدرة على اتخاذ القرار على الاستجابة للاحتياجات الفردية. وفي إطار هذه العلاقات كافة، تُعتبر الأعراف الجنسانية أساسية. ويمكنها أن تبني- أو تُفوّض - القدرة على اتخاذ القرار في جميع جوانب الحياة، ولكن بصفة خاصة في اتخاذ القرارات

غيثا سين

طوال ٣٥ سنة، شجعت الاقتصادية الهندية غيثا سين التفكير النسوي على القيام بدوره الصحيح في صُلب الالتزامات الوطنية والدولية للصحة والحقوق الإنجابية والجنسية. وباعتبارها قائدةً للشبكة النسوية "منظمة بدائل التنمية مع المرأة من أجل عهد جديد"، والمعروفة اختصاراً باسم "داون"، انضمت سين إلى العلماء والمدافعين عن المساواة بين الجنسين في نشر أدوات البحث والنضال لتشجيع تحقيق العدالة الجنسانية.

وتقول سين: "علينا أن نعمل لتمكين النساء والفتيات من الاستفادة من ثمار التنمية. وعلينا أن نناضل من أجل تمكين المرأة من التمتع بحقوقها الإنسانية بكل السبل الممكنة".

كانت سين من أبرز الشخصيات النسوية الناشطة في حشد التأييد العالمي للمجتمع المدني الذي حوّل إلى الأبد مفهوم السكان والتنمية في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية لعام ١٩٩٤. وقبل هذا التاريخ، كانت المؤتمرات السكانية تشمل في معظمها رجالاً يتداولون أهدافاً سكانية عامة. وقلماً سُمعت فيها كلمات مثل "الجنس" و"الإنجاب". لكن في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، واجهوا ما تُطلق عليه سين "قوة الحركة النسائية التي لا تقاوم". ومع مشاركة آلاف النشطاء والناشطات من الجنوب والشمال على مستوى العالم، أصبحت الصحة والحقوق الإنجابية والجنسية للمرأة هي جدول أعمال المؤتمر.

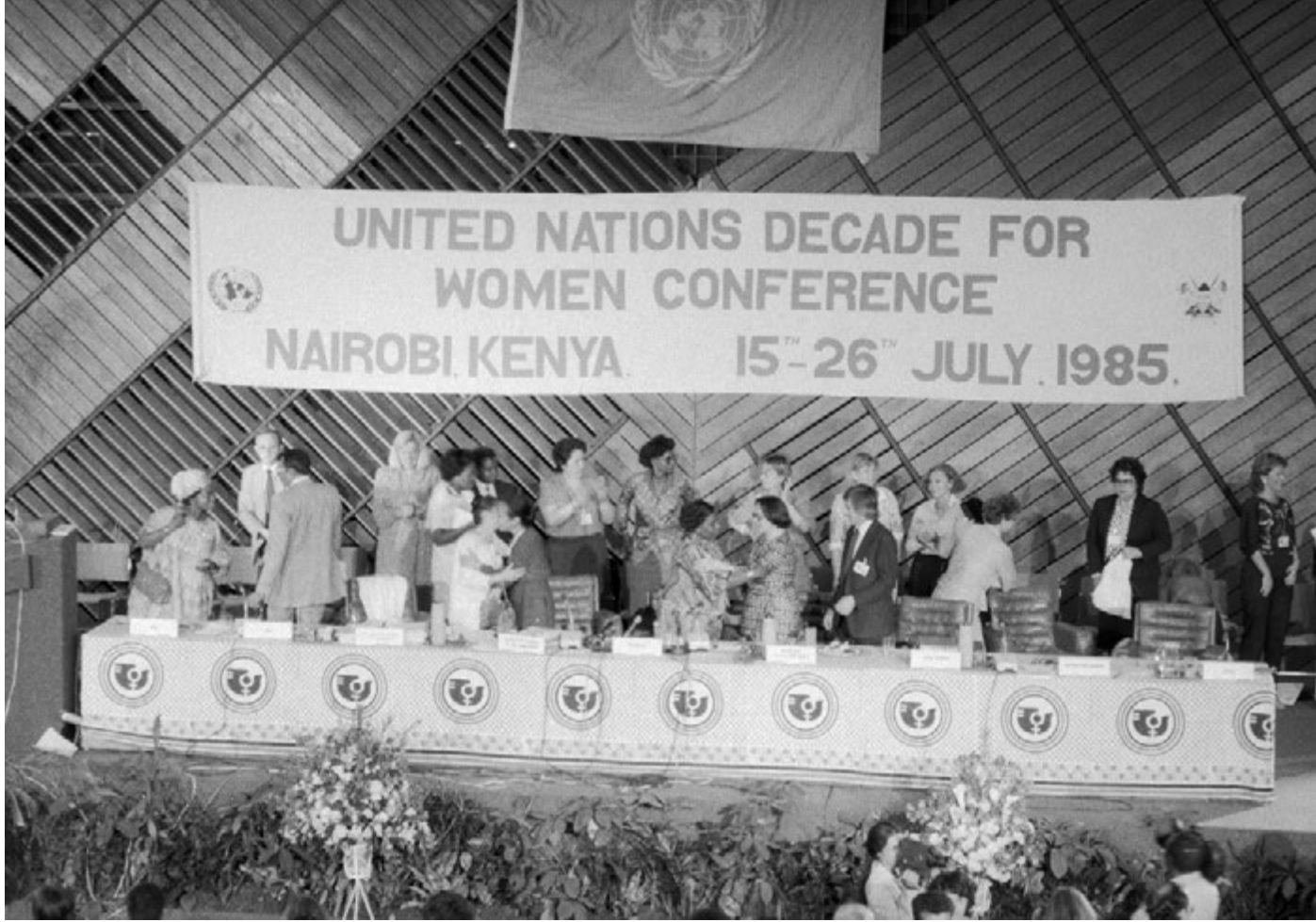
وأضافت سين: "بعد مرور خمسة وعشرين عاماً، أصبح العالم مكاناً أصعب بكثير بالنسبة لحقوق الإنسان. فردود الفعل المناهضة للمرأة والحركات النسائية تزايدت حدتها عن ذي قبل. غير أنّ استمرار خطة عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية حتى الآن يدلُّ بوضوح على قوة ما حققناه".

**"علينا أن نعمل
لتمكين النساء
والفتيات من الاستفادة
من ثمار التنمية.
وعلينا أن نناضل من
أجل تمكين المرأة
من التمتع بحقوقها
الإنسانية بكل السبل
الممكنة."**

ولطالما جادلت سين بأنّ التغيير الحقيقي للمرأة لن يأتي إلا عندما تحتشد النساء لتحطيم هياكل السلطة الحالية وإحداث تحوّل في النماذج الإنمائية. ويعني هذا الأمر، من بين مسائل أخرى، إعادة توجيه الاقتصادات بحيث لا تعتمد بعد الآن على أعمال الرعاية غير المأجورة للنساء أو دفعهنّ نحو العمل في الوظائف السيئة زهيدة الأجر. ينبغي أن يكون الهدف أكثر بكثير من حصة متساوية من فطيرة "مسمومة".

وحول التزامها على مدار حياتها بتحقيق المساواة بين الجنسين، قالت: "أعتقد أنّ أكثر ما يحفزني للعمل من أجل المرأة هي حياتي كامرأة. فقد أدركت حقيقة عدم المساواة بين الجنسين منذ أن كنت فتاة صغيرة، عندما كان الكثير يدور حينئذ حول السيطرة على ما يجب أو ما لا يجب على الفتيات القيام به. ولم يكن الشيء نفسه ينطبق على البنين. وفي وقت لاحق، عندما استطعت أن أرى كيف تعمل هياكل السلطة وعدم المساواة في مجتمعات واقتصادات بأكملها، قلت حسناً، ليس هناك مجال للعودة إلى الوراء".





© UN Photo/M. Grant

وقد وفّرت الشبكات التي تشكّلت طوال مسيرة العمل أساساً لتحالف نسوي قوي أثر على اتجاه حركة تنظيم الأسرة خلال العقدين التاليين.

حقّقت حركة الحقوق الإنجابية قفزة كبيرة إلى الأمام أثناء المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الذي عُقد في عام ١٩٩٤. وقاد جدول الأعمال مناصرون للخيارات الفردية والمراعاة الكاملة للاعتبارات الجنسانية في ممارسة الحقوق الإنجابية.

وفي عام ٢٠١٠، أنشئت هيئة الأمم المتحدة للمساواة بين الجنسين وتمكين المرأة (هيئة الأمم المتحدة للمرأة)

بذل البلدان النامية جهوداً متضافرة لاعتماد نهج أكثر شمولاً للتنمية يتضمن تدابير لتمكين المرأة من اتخاذ قراراتها الخاصة بشأن عدد الولادات وتوقيتها والمباعدة بينها.

واكتسبت هذه الجهود زخماً في السنوات التي تلت ذلك. فعلى سبيل المثال، صادف عقد الأمم المتحدة للمرأة (١٩٧٦-١٩٨٥) على نطاق واسع ثلاثة مؤتمرات عالمية للأمم المتحدة بشأن المرأة (في أعوام ١٩٧٥ و ١٩٨٠ و ١٩٨٥)، وإنشاء صندوق الأمم المتحدة الإنمائي للمرأة، واتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة.

وغيرها في التعبير عن الإحباط إزاء الأهداف الديموغرافية التي كانت تُحرّك جزءاً كبيراً من الحركة الدولية للتخطيط الأسري حتى تلك المرحلة. وقد ساهمت الأدلة المتنامية على انتهاكات حقوق الإنجاب وحقوق الإنسان، ونقص المدخلات التي يوقرها أكثر المتضررين مباشرة ببرامج تنظيم الأسرة، فضلاً عن عدم الاعتراف بالمسائل الأوسع نطاقاً المتعلقة بالتنمية الاجتماعية والاقتصادية في بعض برامج تنظيم الأسرة، في حدوث تشكك كبير لدى الدول النامية حول نوايا الحركة الدولية للتخطيط الأسري. وقد أدّى هذا التشكك إلى

الأشخاص ذوو الإعاقة

تواجه النساء والشباب من ذوي الإعاقة أشكالاً متعددة من التمييز بما في ذلك التمييز الجنساني. ولا تزال البيانات المصنفة حسب الإعاقة ونوع الجنس والسن شحيحة للغاية ولكن لا غنى عنها لفهم حالة الأشخاص ذوي الإعاقة ولوضع السياسات التي تستهدفهم. وتكشف الأدلة المستمدة من جميع أنحاء العالم بشأن العنف الجنسي والعنف المبني على أساس النوع الاجتماعي والصحة الجنسية والإنجابية وحقوق النساء والشباب ذوي الإعاقة أنّ حقوقهم معرضة لخطر شديد. ويرجع أن يكون الشباب ذوو الإعاقة الذين تقل أعمارهم عن ١٨ سنة أكثر عرضة للسقوط ضحايا للإساءة بنحو أربعة أمثال مقارنة بأقرانهم من غير ذوي الإعاقة، مع تعرّض الشباب ذوي الإعاقات الذهنية، ولا سيما الفتيات، لأكبر قدر من المخاطر. ومن الأرجح أن تتعرّض الفتيات والشابات ذوات الإعاقة للعنف أكثر من نظرائهنّ من الرجال ذوي الإعاقة أو الفتيات والشابات غير ذوات الإعاقة.

الأقليات الجنسية

يواجه أفراد الأقليات الجنسية من قبيل المثليات والمثليين ومزدوجي الميل الجنسي ومغايري الهوية الجنسانية وحاملي صفات الجنسين عقبات إضافية أمام المعلومات والخدمات المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية. وفي معظم المجتمعات، حيث تفرّض الأعراف الجنسية سلوكاً مغايراً للجنس، مع التركيز على الإنجاب، يواجه هؤلاء الأفراد وصمة من العار والتمييز، وغالباً ما يجدون ممارساتهم الجنسية مجرّمة، ويواجهون مستويات عالية من العنف الجنسي (ستارز وآخرون، ٢٠١٨). ونتيجة لذلك، غالباً ما يُحجم أعضاء مجتمعات المثلية الجنسية عن الإفصاح عن ميولهم الجنسية أو أنشطتهم لمقدمي الخدمات الصحية، مما يعوق قدرتهم على تلقي رعاية جيدة تعكس احتياجاتهم. ولا تزال هذه الفئات مُهمّشة داخل حركة تنظيم الأسرة، مما يعكس وجود تحيز مباشر وتصور بأنّ مسائل الإنجاب ليست ذات صلة بهم.

إنّ أكثر من يشعر بتأثير الأعراف الجنسية بشكل مباشر هي تلك الجماعات التي يُنظر إلى قدرتها على التحكم في السلوك الجنسي والسلوك والإنجابي بصفتها ذات أهمية خاصة، أو تلك الجماعات التي لا يتوافق سلوكها مع التوقعات الاجتماعية السائدة. ويمكن أن يكون التأثير على الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية عميقاً، مع ما يترتب على ذلك من عواقب حقيقية على صحتهم.

المراهقون

تُعد المراهقة مرحلة عمرية تتمتع فيها قوى التنشئة الاجتماعية للجنسين بنفوذ كبير، حيث يتعلم الفتيان والفتيات كيفية التصرف بطرق جنسانية مقبولة لدى المجتمع (جون وآخرون، ٢٠١٧). ومع ذلك، تُعتبر مرحلة المراهقة أيضاً الوقت الذي يكون فيه الأفراد في مستويات متواضعة للغاية من السلطة والقدرة على التعبير عن الرأي والاختيار في حياتهم، الأمر الذي يشكل تحديات فريدة من نوعها أمام حصولهم على الخدمات (باتون وآخرون، ٢٠١٦). وينطبق هذا الأمر بصفة خاصة على الفتيات.

لدى المراهقين احتياجات خاصة في مجال الصحة الجنسية والإنجابية. وقد يفتقرون إلى المعرفة حول المسائل الصحية وكيفية حصولهم على الرعاية الصحية، وهو ما يحد من قدرتهم على منع الحمل والأمراض المنقولة جنسياً. فالحظر الاجتماعي ضد النشاط الجنسي بين المراهقين، ولا سيما الأشخاص غير المتزوجين، يزيد من التكاليف الاجتماعية والوصمة المرتبطة بالتماس الخدمات، ويضاعف من المخاوف بشأن فقدان السرية أثناء الحصول على الخدمات، ووضع قيود قانونية على حرية الحصول عليها. وأخيراً، تنزوح العديد من المراهقات في مرحلة الطفولة، الأمر الذي يُعد انتهاكاً كبيراً لحقوقهنّ. وقد أهملت أولئك الفتيات، اللاتي يتجاوزن مجرد التصنيف ضمن المراهقات كفئة عمرية، في جزء كبير من تاريخ حركة تنظيم الأسرة، على الرغم من مستويات حاجتهنّ الواضحة وأهميتهنّ بالنسبة للأهداف الأوسع للحركة.

للمساعدة في تحقيق الهدف العالمي المتمثل في تحقيق المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة. وفي عام ٢٠١٢، ركّز البنك الدولي في تقرير التنمية في العالم الذي يُصدره سنوياً على وجه التحديد على مسألة عدم المساواة بين الجنسين، وأعلن أنّ المساواة بين الجنسين هي لبُّ التنمية، وأنّ للمساواة بين الجنسين قيمة جوهرية ولا تقتصر على كونها أداة لتحقيق النمو الاقتصادي أو غير ذلك من الأهداف (البنك الدولي، ٢٠١٢).

وفي عام ٢٠١٥، أقرّت الأمم المتحدة خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠ وما رافقها من أهداف التنمية المستدامة البالغ عددها ١٧ هدفاً،

التي تتضمن غايةً بشأن "تعميم الحصول على الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية"، وتوسيع عدد المؤشرات الجنسانية المستخدمة بشكل

كبير لرصد التقدم المحرز. ويرمي الهدف ٥ بشكلٍ عام إلى تحقيق المساواة بين الجنسين وتمكين النساء والفتيات. ويدعو، في جملة أمور، إلى إدماج توصيات برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في الخطط والسياسات والبرامج الوطنية.

تحديّ الوضع الراهن: التحرك نحو برامج جنسانية تحولية

قد تكون برامج الصحة الجنسية والإنجابية التي تُراعي التأثير الجنساني في سياق العلاقات أفضل تجهيزاً لمساعدة النساء والرجال على ممارسة

حقوقهم الإنجابية (إيدميدز وآخرون، ٢٠١٨).

وقدمت إحراز تقدم كبير في مجال صون الحقوق الإنجابية منذ عام ١٩٦٩. بيد أنّ تحقيق النجاح في المستقبل يتطلب تحدياً مباشراً للروابط بين النوع الاجتماعي والإنجاب والأعراف الاجتماعية الأبوية التي تعزّزها. فبرامج تنظيم الأسرة، على سبيل المثال، لديها القدرة على أن تصبح عوامل تحوّل جنساني عن طريق بناء تفاهم حول النوع الاجتماعي بطرقٍ تعزّز المزيد من المساواة وتسمح بمزيدٍ من الحرية في الخيارات الجنسية والإنجابية. وجرى وضع عدد من النهج الواعدة التي توجّه الطريق نحو تحقيق هذه الأهداف.

يجب أن ينطوي تحقيق المساواة الكاملة على المشاركة المباشرة مع الرجال باعتبارهم شركاء كاملين ومتكافئين بطرقٍ تمكّنهم من الاستثمار في صحتهم ودعم استقلال المرأة (هوك وآخرون، ٢٠١٨).

وتشمل المبادرات التي اتخذت هذا النهج برنامج تعبئة جهود الرجال، الذي ثبت أنه يحدّ من العنف ضد المرأة في الهند وكينيا وأوغندا (غريغ وجيركر، ٢٠١٢).

ومن الأمثلة الأخرى على ذلك برنامج من كير (MenCare)، الذي أطلقته منظمة بروموندو وسونكي للعدالة الجنسانية. ويهدف هذا البرنامج إلى التصدي للأعراف التقليدية المتعلقة بتوفير الرعاية وتشجيع الرجال وتمكينهم من الاضطلاع بأدوارٍ لا تعتبر

تقليدياً أدواراً رجولية، وذلك بهدف تحقيق الرفاه العام وتحقيق المساواة بين الجنسين والصحة. وعلى نفس المنوال، حققت إيكولي دي مارييس، أو مدارس الأزواج في النيجر، نجاحاً كبيراً في تشجيع الأزواج على المشاركة في المسائل المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية، سواء بالنسبة لأنفسهم أو لزوجاتهم.

وفي حين أنّ إشراك الرجال في عملية التحوّل الجنساني أمرٌ بالغ الأهمية لتحقيق الأهداف طويلة الأجل المتمثلة في تعزيز الحقوق الإنجابية، إلا أنه من الأهمية بمكان مواصلة تمكين النساء والفتيات من بلوغ كامل إمكاناتهنّ. وقد لا يكون هناك تأثير كبير لأي من التغييرات التي شهدناها في العقدين الماضيين بهذا الخصوص على الأعراف الجنسانية على المدى الطويل مع الزيادة الكبيرة في عدد الفتيات اللاتي يلتحقن بالمدارس ولا يتسربن من التعليم. ويمكن أن تكون تجربة التعليم ومضمونه تجربة تحولية للفتيات على وجه الخصوص، مما يعزز فهمهنّ لمكانتهنّ في المجتمع وكيفية صياغتها؛ وتزويدهنّ بالمهارات والمعلومات للتعبير عن أنفسهنّ في علاقاتهنّ مع الآخرين والتفاوض من أجل تحقيق مصالحهنّ الخاصة؛ وحمايتهنّ من الممارسات الضارة مثل زواج الأطفال. وهناك برامج أخرى، مثل برنامج "فتح أبواب الفرص" ("أبريندو أوبور تيوداديس") في غواتيمالا، الذي ينفّذه مجلس السكان حقّق أيضاً نجاحاً كبيراً في مساعدة الفتيات على الانتقال بنجاح



ليز-ماري ديجان

تستذكر ليز-ماري ديجان الماضي قائلةً: "لقد ترعرعتُ في بيئةٍ كانت فيها حياة النساء تُنحَى جانباً ولا يُؤبَى لها دائماً. كان الرجال يُذكَرون النساء باستمرار، بل ويؤمنون، بأن أجسادهنّ ليست ملكاً لهنّ".

وتضيف بصوتٍ مفعم بالحيوية: "كان علينا تفكيك الخرافات والعقليات. كان علينا مساعدة النساء على الاعتناء بأجسادهنّ وصحتهنّ".

تتمتع ليز-ماري ديجان، التي تبلغ من العمر ٧٥ عاماً، بشهرةٍ واسعة النطاق في هايتي بصفقتها مدافعة عن حقوق المرأة، وقد وُلدت بعد فترة وجيزة من تأسيس منظمة حقوق المرأة في البلاد في عام ١٩٣٤، والتي ناضلت من أجل حقوق المرأة في التعليم والمشاركة السياسية، بما في ذلك حقها في التصويت. وتذكر ديجان الذهاب إلى اجتماعات المرأة مع والدتها. غير أنّها لم تع خطرورة الأمر إلا بعد أن أصبحت طبيبة وبدأت النظر في معدلات وفيات الأمهات المرتفعة للغاية في مرحلة النفاس في هايتي، لدرجة أنها أدركت تماماً حجم التمييز بين الجنسين والافتقار إلى الحقوق الإنجابية.

قرّرت ديجان أن تأخذ مهاراتها الطبية إلى بعض المناطق النائية الأكثر فقراً في هايتي لمعالجة المرضى وصقل مهارات القابلات لتوسيع نطاق الخدمات الطبية المتاحة. وفي وقتٍ لاحق، وبصفتها رئيسة منظمة نسائية كبيرة في هايتي، هي منظمة تضامن نساء هايتي، ساعدت على فتح عيادات نسائية في الأحياء الفقيرة الحضرية المزدهمة. وكانت المناصرة المستمرة لجهودها بمثابة دافع للسعي نحو رفع العقوبات الجنائية المفروضة على الإجهاض. وتُشير ديجان إلى أنّ الإجهاض غير القانوني وغير المأمون يتسبب في نحو ثلث وفيات الأمهات. وشدّدت على "أنّ هذا الكفاح يهدفُ إلى الحفاظ على حياة المرأة".

**"إنّه مكسبٌ كبيرٌ وجميلٌ أن تكون المرأة مستعدة
نفسياً للدفاع عن نفسها كإنسانة، فهذا في حد
ذاته انتصارٌ كبير، فحقوقها لن تضيع بعد اليوم.
ولن تسمح لأي شخص بتجاهلها وإغفال وجودها."**

بالنسبة للمرأة الهايتية، كان المؤتمر الدولي للسكان والتنمية لعام ١٩٩٤ لحظةً تاريخيةً فارقة. وتمثّلت إحدى النتائج الرئيسية في إنشاء أول وزارة وطنية لشؤون المرأة، بقيادة ديجان. ولقيادة هذه الوزارة الوليدة، كان على ديجان أن تتغلب على التهديدات بالقتل والمظاهرات المناهضة لها، وحتى الآن، يلزم توخي اليقظة الدائمة في مواجهة الدعوات المنتظمة والمتكررة لإغلاقها.

تقول ديجان بأعصابٍ هادئة: "لقد بدأت النساء في تمثيل أنفسهنّ بوصفهنّ مواطناتٍ يتمتعن بكامل بحقوقهنّ. إنّه مكسبٌ كبيرٌ وجميل. فعندما تكون المرأة مستعدة نفسياً للدفاع عن نفسها كإنسانة، فهذا بحد ذاته انتصارٌ كبير. فحقوقها لن تضيع بعد اليوم. ولن تسمح لأي شخص بتجاهلها وإغفال وجودها".



سيفانانثي ثانينيران

باعتبارها ناشطة نسوية شابة، اعتادت سيفانانثي ثانينيران على الاعتقاد بأن النصر كان حليف معارك الحقوق الإنجابية في ستينيات القرن العشرين. وقد تم التركيز بما فيه الكفاية على النساء وأجسادهن. واختارت بدلاً من ذلك المشاركة في مبادرات عظيمة الأثر مثل مبادرة ترشُّح المرأة في الانتخابات في بلدها الأم ماليزيا. وسعت لتقديم الدعم والتأييد للمرشحين السياسيين الذين يدعمون قضايا حقوق المرأة.

لكن في عام ٢٠٠٦، عندما كانت تعكفُ على تأليف كتاب حول الصحة الإنجابية في آسيا، بدأت في تفحص الأرقام والتحدث إلى الناس، واستشاطت غضباً.

تقول ثانينيران: "لقد مثل هذا الأمر حقاً صدمة بالنسبة لي بعد أن اكتشفت كيف أنَّ هذه المعارك لا تزال حية وحاضرة في كثيرٍ من المجتمعات. لذا، كان ينبغي عليّ القيام بشيء حيال ذلك".

"يحصل الإنسان فقط على ما يُناضل من أجله. نحن بحاجة إلى طرح وجهات نظرنا ثم المُضي قدماً دون خوف."

انضمت ثانينيران إلى النشطاء في مركز آسيا والمحيط الهادئ للموارد والبحوث المتعلقة بالمرأة، وأصبحت في نهاية المطاف المديرية التنفيذية للمركز. ويدعو مركز آسيا والمحيط الهادئ للموارد والبحوث المتعلقة بالمرأة، الذي يتخذ من ماليزيا مقراً له، وينشط في ١٧ بلداً، إلى الأعمال الكاملة للصحة والحقوق الجنسية والإنجابية للمرأة حتى تكون مواطنة متساوية في جميع مناحي الحياة.

ومن وسائل التواصل الاجتماعي إلى قاعات المحادثات السياسية الدولية، أصبحت ثانينيران من أبرز الأصوات النسائية في التتبع المنهجي للثغرات في الحقوق الجنسية والإنجابية، فضلاً عن الربط بين القضايا التي تؤدي إلى تفاقم أوجه القصور، مثل الفقر والتغير المناخي. وفي عالم متشظٍ وغير متساوٍ إلى حد بعيد، تقوم ثانينيران بحشد الناس وصانعي السياسات لمقاومة ما تسميه "المساومة" بعيداً عن الحقوق الاجتماعية وسط صراع على الموارد الاقتصادية وغيرها من الموارد التي تتزايد ندرتها.

وتفتخر ثانينيران بالناشطات النسويات اللاتي يسعين إلى الاضطلاع بدور قيادي في الحركة، بما في ذلك في مركز آسيا والمحيط الهادئ للموارد والبحوث المتعلقة بالمرأة. فقد ورثن عالماً يُعترف فيه بالمساواة بين الجنسين على نطاقٍ أوسع أكثر من أي وقت مضى.

ومع ذلك، تُحدّر ثانينيران قائلة: "المعركة لم تنتهِ بعد. فنجاحنا يعتمد على التصرف بشجاعةٍ والبقاء بدأً واحدة". وأضافت: "يُحصل الإنسان فقط على ما يُناضل من أجله. نحن بحاجة إلى طرح وجهات نظرنا ثم المُضي قدماً دون خوف".



إلى مرحلة البلوغ، وبالتالي أتاح بالفعل فرصاً يمكن أن تُشكّل مستقبلهم لبقية حياتهم.

ويساعدُ التنقيف الجنسي الشامل أيضاً على إحداث تحوّل في الأعراف الجنسية من خلال المناهج الدراسية الملائمة للسن والتي توفر معلومات عن النشاط الجنسي والإنجاب، ولكنها تركزُ أيضاً على النوع الاجتماعي والسلطة في العلاقات. وتدعم اليونسكو وصندوق الأمم المتحدة للسكان التنقيف الجنسي الشامل في المدارس ومن خلال المنظمات المجتمعية في عشرات البلدان

النامية (هابرلاند، ٢٠١٥). ومن شأن تشجيع الفتيان والفتيات على مناقشة المسائل المتعلقة بالحياة الجنسية علناً أن يُسفر عن شراكاتٍ أكثر تواصلاً حيث يشعر كلا الشريكين بحريّة مشاركة رغباته وتفضيلاته بطريقةٍ تحترم الطرفين، مما يُعزّز العلاقات بين النساء والرجال ويُحسّن النتائج الإيجابية.

وسيتطلب تحقيق الهدف الأوسع المتمثل في تمكين الجميع أن يلتزم مجتمع الصحة الجنسية والإنجابية مجدداً ببناء فهمٍ أعمق لدور الجنسين وكيف تُشكّل الأدوار والتوقعات

الجنسانية التفاعلات الاجتماعية في برامج الصحة الجنسية والإنجابية. فقط من خلال معالجة هذه الأسباب الجذرية، سيكون بمقدور الأطراف المعنية في النهاية أن تفخر بتحرير البشرية فعلياً مما يصفه غولدرغ (٢٠٠٩) بـ "الطغيان المتشابك للثقافة والبيولوجيا"، وهو الجهد الذي لا يزال واحداً من أكثر الجهود طموحاً في تاريخ البشرية.

النقاط الرئيسية في هذا الفصل

- من بين جميع العقبات التي تحول دون إعمال حقوق الإنسان وممارستها، بما في ذلك الحقوق الإنجابية، ثبت أنّ عدداً قليلاً من العقبات يصعب التغلب عليه، مثل التحديات المتعلقة بالقضايا الجنسية.
- يجري فهم القضايا الجنسية، وشبكة التوقعات والأعراف داخل المجتمع التي تحدد معاً السلوكيات والأدوار والخصائص المناسبة للذكور والإناث، واستيعابها وتعزيزها من خلال التفاعلات الاجتماعية مع الآخرين، وبالتالي يكون لها تأثير عميق في كل ميدان من ميادين الحياة.
- تحدّ حالة عدم المساواة بين الجنسين من قدرة النساء على اتخاذ قرارات جوهريّة بشأن متى ومع من يمارسن الجنس، وبشأن استخدام وسائل منع الحمل أو الرعاية الصحية، وبشأن ما إذا كنّ يبحثن عن عمل أو متى يبحثن عنه، أو ما إذا كنّ يرغبن في الالتحاق بالتعليم العالي.
- تُقيّد الأعراف الجنسية الحقوق الإنجابية للرجال عن طريق خلق ضغوط اجتماعية قوية لإثبات الخصوبة والانخراط في سلوكيات محفوفة بالمخاطر وإنجاب العديد من الأطفال.
- وتؤدّي الأعراف والتوقعات الجنسية غير المتساوية إلى زيادة التأثيرات السلبية للعوائق الأخرى على الحقوق والخيارات.
- تُعتبر القرارات الجنسية والإنجابية ودور العامل الجنساني في صنعها مترابطة بطبيعتها من حيث أنها تنطوي على تفاعلات مع الآخرين، وخاصة الشركاء الجنسيين أو العاطفيين ولكن أيضاً مع أفراد الأسرة الموسّعة أو أعضاء المجتمع أو المؤسسات مثل العيادات والمستشفيات.
- لا يمكن إعمال الحقوق الإنجابية بالكامل في غياب المزيد من المساواة بين الجنسين.
- تسعى برامج الصحة الجنسية والإنجابية التي تُراعي التأثير الجنساني في سياق العلاقات إلى التشجيع على المزيد من المساواة ومساعدة النساء والرجال على ممارسة حقوقهم الإنجابية.



عندما تنهار الخدمات

منذ أواسط تسعينيات القرن العشرين، قدّمت الحكومات ومنظمات المعونة والمؤسسات الدولية بصورةٍ متزايدة خدمات إلى النساء والفتيات المراهقات ممن تعرّضت لخياراتهنّ لعقبات ناتجة عن الحروب والكوارث الطبيعية.

طوارئ أثناء الحمل والولادة، بسبب غياب القابلات الماهرات أو إجراءات الولادة الطارئة والإجهاض غير المأمون (صندوق الأمم المتحدة للسكان، ٢٠١٨ ب).

وبزيد انعدام الأمن والتفكك من احتمالية التعرّض للاغتصاب والاستغلال وانتقال فيروس نقص المناعة البشرية، بما في ذلك بين النساء والمراهقات والفتيان والأشخاص ذوي الإعاقة والأفراد الذين يعرفون بأنهم مثليات أو مثليين أو مزدوجي الميل الجنسي أو مغايري الهوية الجنسية أو حاملتي صفات الجنسين.

وتتفاوت أسباب التشرد وشدّته تفاوتاً كبيراً بين البلدان وداخلها ولكننا دائماً نجد أنّ الفئات الأكثر حرماناً هي التي تُعاني أشد المعاناة وأطولها. ووفقاً لمركز رصد التشرد الداخلي: "إنّ

والمشرّدين داخلياً باطرادٍ في السنوات الأخيرة. وتشمل العوامل التي تدفع هذه الزيادة النزاعات طويلة الأمد التي تنبع من هشاشة البلدان وتؤدي إلى تفاقمها؛ والعواصف المميتة المرتبطة بتغيّر المناخ؛ والأحداث التي لا يمكن التنبؤ بها مثل الزلازل.

فانهيار الأمن، وفقدان المأوى، وانقطاع المياه، وشحّ الغذاء، وانهيار المرافق الصحية والخدمات الصحية، هي عوامل تتضافر لخلق مشقّة دائمة للأشخاص المتضررين من الأزمات. ويضطر العديد منهم لترك منازلهم والتعرّض لمعاناةٍ إضافية أثناء رحلة الهروب. وهناك أشخاص آخرون يرحلون في مستوطنات اللاجئين لفتراتٍ زمنية تصل أحياناً لعقود.

تفقّد أكثر من ٥٠٠ امرأة وفتاة حياتها يومياً في البلدان التي توجد فيها حالات

وفي القرن الحادي والعشرين، مع انتشار النزاعات التي طال أمدها واشتداد الكوارث المتصلة بالمناخ، تعمّق الإجماع الدولي بشأن هذه الأولوية. وقد أقرّت الدول التزامات متعاقبة لمعالجة الشواغل المتعلقة بالصحة الإنجابية والعنف المبني على أساس النوع الاجتماعي في بيئات الأزمات، وشحذت المستجيبون خبراتهم بشأن ممارسات إنقاذ الحياة.

عالمٌ من المتاعب

يواجه العالم اليوم مستويات غير مسبوقة من الاحتياجات الإنسانية. وفي جميع أنحاء العالم، كان هناك نحو ١٣٦ مليون شخص بحاجةٍ إلى مساعدات إنسانية في عام ٢٠١٨؛ وتلقّى نحو ٩١ مليون شخص مساعدات في عام ٢٠١٧ (مكتب تنسيق الشؤون الإنسانية، ٢٠١٨).

وقد تصاعد عدد اللاجئين والمهاجرين

الفقر وانعدام المساواة، وعدم الاستقرار السياسي وهشاشة الدولة، والإجهاد المائي وانعدام الأمن الغذائي، وتغيّر المناخ، وتدهور البيئة، والتنمية غير المستدامة، والتخطيط الحضري الضعيف تتحد جميعها بطرقٍ مختلفة في بلدان مختلفة لزيادة تعرّض الناس وقابليتهم للتضرّر". والجدير بالذكر أنّ "المستويات المتدنية للتنمية البشرية ترتبط ارتباطاً قوياً بمخاطر التشرّد الناجم عن الكوارث" (مركز رصد التشرّد الداخلي، ٢٠١٨).

وتُظهر البيانات التي جمعتها وكالات الأمم المتحدة والمفوضية الأوروبية والحكومات والمنظمات غير الحكومية أنّ مخاطر الأزمات الإنسانية والكوارث التي يمكن أن تطغى على قدرات الاستجابة الوطنية مرتفعة للغاية في ١٢ بلداً على الأقل. (الشكل ٦-١؛ اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات والمفوضية الأوروبية، ٢٠١٩).

الأزمات الممتدة: الوضع الطبيعي الجديد

لطالما أثّرت الحروب على السكان المدنيين وكثيراً ما أسفرت عن التشرّد الجماعي. ففي عام ١٩٦٩، عندما كان صندوق الأمم المتحدة للسكان في طور التأسيس، كانت حرب بيفرا تُعجّل بحدوث مجاعة وأزمة إنسانية هائلة. وفي عام ١٩٩٤، الذي عُقد فيه المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، انطوى النزاع الذي نشب في يوغوسلافيا السابقة والحرب الأهلية في رواندا على هجمات واسعة النطاق على المدنيين.

وفقاً لتقرير لمحة عالمية إنسانية شاملة لعام ٢٠١٨ الصادر عن مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية (مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية، ٢٠١٨)، فإنّ "الأزمات الممتدة أصبحت هي الوضع



الشكل ١-٦ إمكانية طغيان الأزمات والكوارث الإنسانية على قدرة البلدان على التعامل معها.

يتكون مؤشر "إنفورم" العالمي للمخاطر لعام ٢٠١٩ من ثلاثة أبعاد هي - التهديدات والتعرض للمخاطر، وقابلية التضرر، وعدم القدرة على التأقلم. توضح هذه الخريطة التفاصيل الخاصة بالبلدان الإثني عشر التي لديها أعلى نسبة من المخاطر الكلية.



مؤشر "إنفورم" للمخاطر



الطبيعي الجديد" في عالم اليوم. وقد أدى التفكك طويل الأجل بسبب النزاعات المستعصية إلى زيادة غير مسبوقه في الأشخاص المشردين داخلياً واللاجئين والمهاجرين في السنوات الأخيرة، مما أوجد احتياجات متزايدة باطراد للمساعدة وتحدياً متصاعداً للجهات الفاعلة في المجال الإنساني.

خلال ثماني سنوات، شردت الحرب الأهلية في الجمهورية العربية السورية أكثر من نصف سكان البلاد.

وفي نهاية عام ٢٠١٧، كان هناك نحو ٢,٦ مليون لاجئ من أفغانستان، و٢,٤ مليون من جنوب السودان، وما يقرب من مليون من الصومال (المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، ٢٠١٨).

إنّ أكبر أزمة إنسانية في العالم اليوم هي الأزمة اليمنية، حيث تسببت

الحرب في انهيار الاقتصاد والخدمات الاجتماعية وسبل العيش. وهناك أربعة من بين كل خمسة أشخاص، ٢٢ مليون إنسان، بحاجة لمساعدة إنسانية، والكثير منهم على شفا المجاعة (مكتب تنسيق الشؤون الإنسانية، ٢٠١٨).

وفي جميع أنحاء العالم، شرد ما يقرب من ١٢ مليون شخص بسبب النزاعات المسلحة والإرهاب والعنف الطائفي أو السياسي في عام ٢٠١٧، وذلك ارتفاعاً عن ٦,٩ مليون في العام السابق؛ وشرد نحو ١٨ مليون شخص بسبب الكوارث المرتبطة بالطقس (مركز رصد التشرّد الداخلي، ٢٠١٨). وفي بداية عام ٢٠١٨، كان هناك نحو ٤٠,٣ مليون شخص مشردون داخلياً بسبب النزاعات ونحو ٢٢,٥ مليون لاجئ - وهو أعلى رقم سُجّل على الإطلاق (المنظمة الدولية

للهجرة، ٢٠١٧).

وكان النزاع عنصراً رئيسياً في ١٩ من ٢١ حالة قامت فيها الأمم المتحدة بتنسيق خطط الإغاثة الإنسانية في عام ٢٠١٨. وقد استمرت معظم هذه الأزمات لمدة خمس سنوات أو أكثر؛ إذ استمرت ثلاث أزمات (في جمهورية الكونغو الديمقراطية والصومال والسودان) لأكثر من ١٨ عاماً (مكتب تنسيق الشؤون الإنسانية، ٢٠١٨). وارتفع عدد المشردين قسراً بنسبة تزيد على ٥٠ في المائة في العُقد الماضي.

وفي عام ٢٠١٧، أُجبر العنف العرقي نحو ٦٥٥,٥٠٠ شخصاً من الروهينغيا على الفرار من ميانمار إلى بنغلاديش. وفي العام نفسه، كان ٢,٩ مليون سوري و٢,٢ مليون كونغولي و١,٤ مليون عراقي قد شردوا حديثاً



جِراء النزاعات (مركز رصد التشرُّد الداخلي، ٢٠١٨).

ويمكن أن تستمر آثار النزاع الداخلي أو الخارجي الممتد بعد انتهاء الأعمال العدائية بفترةٍ طويلة؛ ففي عام ٢٠١٧، كان أكبر عدد من المشرِّدين في العالم - ٧,٧ مليون شخص - يعيشون في كولومبيا، على الرغم من التوصل إلى اتفاق سلام في عام ٢٠١٦.

وكثيراً ما يؤدِّي النزاع الواسع النطاق إلى انهيار السلطة والانهيار الاقتصادي، مما يستدعي تقديم مساعدة إنسانية واسعة النطاق. وتزيد التهديدات الأمنية التي يتعرَّض لها عمال الإغاثة من التحديات. ولا يزال الأشخاص المتضررون في أماكن اللجوء غير الآمنة عرضةً لاندلاع أعمال عنف وتشريد جديدة، وكل جولة تجعلهم أقل قدرة على الصمود (مركز رصد

التشرُّد الداخلي، ٢٠١٨).

ومن المرجح أن يبقى أولئك الذين يفرون من العنف في بلدانهم لا أن يعبروا الحدود إلى بلدانٍ أخرى. ويستقر العديد من المشرِّدين على المدى الطويل بين المجتمعات المضيفة، وغالباً في المناطق الحضرية، ويجهدون الخدمات ويعفِّدون جهود الإغاثة.

الكوارث المرتبطة بالمناخ

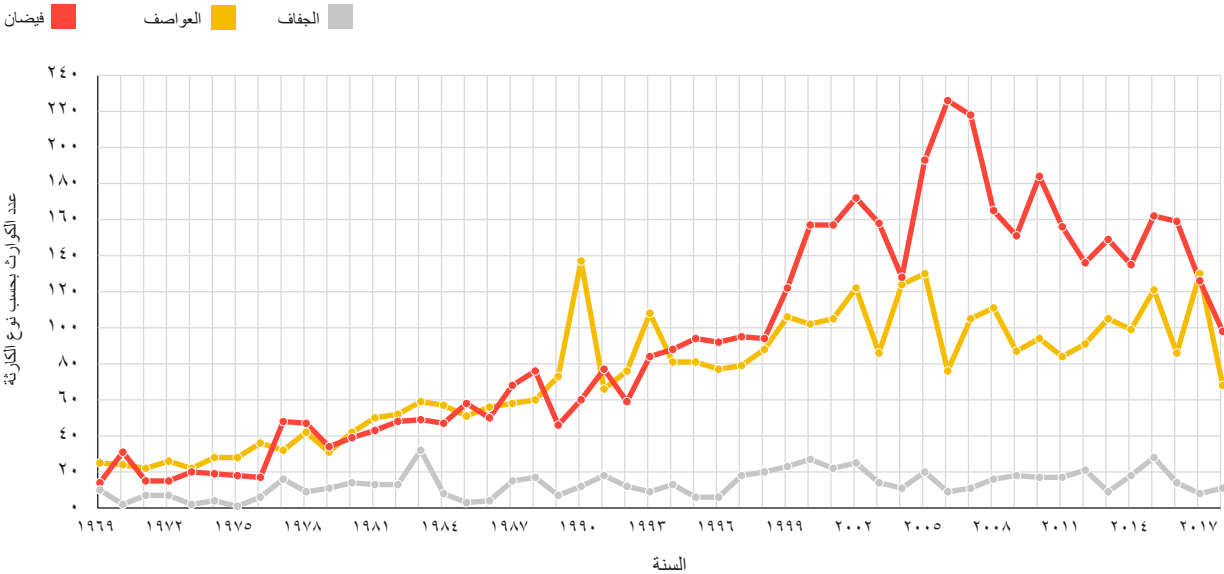
شُرِّد عدد أكبر من الناس بسبب الفيضانات والعواصف والجفاف وحرائق الغابات أكثر من النزاعات، وإن كان الكثير من عمليات الإجلاء هذه قصيرة الأجل. ومنذ عام ٢٠٠٨، بلغ معدل حالات التشرُّد الجديدة المرتبطة بالطقس في جميع أنحاء العالم حوالي ٢٥ مليون في السنة؛ وكانت الأعاصير والأعاصير المدارية هي السبب الرئيسي

(الشكل ٢-٦). وتواجه البلدان الصغيرة والدول الجُزر على وجه الخصوص مخاطر متزايدة من الدمار الاقتصادي والاجتماعي بسبب الكوارث (المنظمة الدولية للهجرة، ٢٠١٧).

ومن المتوقع أن يزداد الفقر والمشقة في بعض المناطق مع زيادة الاحترار العالمي، مما يسهم في زيادة التشرُّد. ويُعد السكان الأصليون والمجتمعات المحلية التي تعتمد على سبل العيش الزراعية أو الساحلية، ولا سيما في أقل المناطق نمواً، عرضةً للمخاطر بوجه خاص.

ويُعتقد أيضاً أن تغيُّر المناخ يُشكِّل عامل خطر في تفشي الأمراض المعدية مثل فيروس إيبولا وفيروس زيكا، من خلال انتشار نواقل الأمراض والتنافس بين البشر والماشية على موائ وموارد آخذة في التضاؤل (ديس وكلاين، ٢٠١٧). وكان للأوبئة في

الشكل ٢-٦ الكوارث بحسب النوع، ١٩٦٩-٢٠١٧



المصدر: قاعدة البيانات الدولية للكوارث؛ قاعدة البيانات الدولية للكوارث - جامعة لوفيان الكاثوليكية - مركز أبحاث الأوبئة الناجمة عن الكوارث، الباحثة ديباراتي غوما سلبير - www.emdat.be، بروكسل، بلجيكا

غرب أفريقيا، ومؤخراً في جمهورية الكونغو الديمقراطية، آثار مدمرة في المجتمعات المحلية التي تعاني بالفعل من النزاعات.

هجرة الملايين

ساهم التشرد الناتج عن النزاعات واليأس في حدوث زيادة هائلة في الهجرة الدولية والداخلية في السنوات الأخيرة. وفي حين أن اللاجئين والمشردين داخلياً يمثلون نسبة مئوية صغيرة نسبياً من جميع المهاجرين، فإنهم كثيراً ما يجدون أنفسهم في أوضاع شديدة الصعوبة وغالباً ما يحتاجون إلى المساعدة والحماية (المنظمة الدولية للهجرة، ٢٠١٧).

لقد عانى المهاجرون الذين شردهم النزاع في الشرق الأوسط وأفريقيا من مصاعب شديدة. فقد قضى الآلاف وهم يحاولون عبور البحر الأبيض المتوسط. وأدى إغلاق طرق العبور في أوروبا واللجوء إلى المهربين إلى تعريض العديد من المهاجرين لمخاطر الاستغلال أو الاتجار بالبشر (المنظمة الدولية للهجرة، ٢٠١٧).

النساء والمراهقون معرضون للخطر

تؤدي كل أزمة إنسانية - سواء كانت بسبب النزاعات أو الكوارث الطبيعية - إلى انهيار النظم، وزيادة الاحتياجات المتعددة للحماية والخدمات. وبصفة خاصة، في الاندفاع الأولي لتوفير الغذاء والمأوى، قد يتجاهل المستجيبون طرقاتاً بعينها يمكن أن تزيد بها الأزمة من تعرض النساء والفتيات للخطر وتهدد حياتهن.

ويمكن أن تكون تجربة المعاناة من الكوارث الطبيعية أو الفرار من العنف مؤلمة للغاية للنساء الحوامل وأمهات الأطفال الصغار. وتعتبر الصدمات وسوء التغذية خطرة أثناء الحمل، وتعرض العديد من النساء خلال حالات الطوارئ للإجهاد أو يلدن قبل الأوان. ويزيد الافتقار إلى توفر الشروط الأساسية للولادة النظيفة من خطر العدوى المميتة لكل من الأم والطفل (صندوق الأمم المتحدة للسكان، ٢٠٠٤). وكثيراً ما تؤدي مضاعفات الولادة في غياب القابلات الماهرات أو رعاية التوليد في الحالات الطارئة إلى الوفاة أو الإصابة الخطيرة مثل ناسور الولادة.

وفي أكثر مستوطنات اللاجئين اكتظاظاً في العالم في كوكس بازار في بنغلاديش، لا تلد سوى امرأة واحدة من كل خمس أمهات من الروهنغيا في أحد المراكز الصحية، على الرغم من وجود مرافق تعمل بها عشرات القابلات المدربات. وتُفقد التقارير بأن بعض النساء منعهن أزواجهن من الخروج من منازلهن المؤقتة؛ ويقال إن الأخريات اللاتي تعرضن للاغتصاب ويخشين الوصم والتمييز من المجتمع الأوسع (صندوق الأمم المتحدة للسكان، بنغلاديش، ٢٠١٨).

كما أن تعطيل تنظيم الأسرة يعتبر أمراً مهدداً للحياة. وتعرض النساء الناشطات جنسياً اللاتي لا يحصلن على وسائل منع الحمل، بسبب نقص الخدمات أو القيود القانونية، لخطر الحمل غير المقصود والأمراض المنقولة جنسياً بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية.

وتلجأ الكثيرات من النساء الحوامل إلى الإجهاض غير المأمون، وهو سبب رئيسي للوفيات والإصابات النفسانية. وغالباً ما تكون خدمات الإجهاض المأمون ضئيلة أو معدومة في حالات الأزمات، حتى في الحالات التي يسمح بها القانون، وغالباً ما تكون الرعاية المنقذة للحياة بعد الإجهاض غير متاحة. إن ظروف التشرد وتفكك الأسر تجعل النساء والفتيات عرضة للاغتصاب والاعتداء. وقد تتعرض الفتيات المراهقات والمعاقات والأقليات العرقية والجنسية للخطر بشكل خاص. وتُشير الأبحاث الحديثة إلى أن واحدة على الأقل من كل خمس لاجئات أو مشردات في بيئات إنسانية معقدة قد تعرضت للعنف الجنسي، رغم أنه كثيراً ما لا يبلغ عنه. وتعاني الناجيات من صدمات نفسية وجسدية، فضلاً عن حالات الحمل غير المرغوب فيها والأمراض المنقولة جنسياً، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية.

ويكون الأشخاص ذوو الإعاقة معرضين بشكل خاص للعنف الجنسي، وقد يواجهون صعوبة أكبر في الحصول على المساعدة بعد الاعتداءات. كما يتعرض الرجال والفتيان للخطر، حتى أن الأعراف التي تُثني النساء والفتيات عن الإبلاغ عن الاعتداءات قد تكون أكثر ردياً وتخويفاً لهن من المضي قدماً في الإبلاغ عن الاعتداءات التي تعرضن لها (الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر، ٢٠١٨).

ويحدُّ الخوف من الاعتداء الجنسي أو الاستغلال والإيذاء من تنقل العديد من اللاجئات والمشرّدات. وتلجأ بعض

نادين الحراكي

كانت نادين الحراكي، المتزوجة حديثاً في سنّ الـ ٢١، تُدرّس الجغرافيا في إحدى الجامعات في دمشق، سوريا، منذ ست سنوات. وقد أصبحت لاجئة منذ ذلك الحين. ومع دخول سوريا في أتون الحرب والفوضى، انضمت هي وزوجها إلى ٥ ملايين شخص فروا من بلادهم. وعبر الحدود في الأردن، وجدوا السلامة في مخيم مترامي الأطراف اسمه مخيم الزعتري للاجئين.

وبعد ثلاثة أيام من وصولها، وعلى الرغم من الاضطرابات الشخصية الموحجة، تطوّعت نادين للعمل مع كويست سكوب، وهي منظمة إنسانية تخدم الشباب. وتلقّت التدريب من خلال ورشة عمل لتعليم الشباب والمراهقين وإرشادهم بشأن الصحة الإنجابية. وتقول نادين: "هذه قضايا مهمة للناس جميعاً، سواء كانوا لاجئين أو غير لاجئين. في مجتمعنا، نعرف أنّ هناك فجوة في المعلومات الصحيحة وأنّ الشباب باتوا الآن يحصلون على الخدمات التي يحتاجونها".

وفي مركز للشباب تابع لمنظمة كويست سكوب، تقود نادين جلسات تثقيفية تتناول قضايا مثل الأمومة المأمونة للشباب والشابات الذين تتراوح أعمارهم بين ١٨ و ٢٤ عاماً، ومراحل البلوغ لمن هم دون سن الثامنة عشرة. ويُعد الحفاظ على جوٍّ ودّي جزءاً لا يتجزأ من تشجيع المناقشات التفاعليّة حول المسائل العملية، مثل ما يجب القيام به عند بدء الدورة الشهرية. وغالباً ما تمثّل هذه الجلسات المرة الأولى التي يحصل فيها سكان المخيم الأصغر سناً على أي معلومات حول الصحة الإنجابية.

وتُضيف نادين: "عندما يُدرك الناس أنّ لديهم معلومات خاطئة، ويسمعون المعلومات الصحيحة وكيف يمكن أن يؤثر ذلك على حياتهم، فإنّ ذلك يُحدث تغييراً هائلاً".

وتُمكن هذه الدورات الشباب من التصدي للتنميط، بما يشمل التنميط المتعلق بالنعوع الاجتماعي، وإعمال الفكر، والتصريف بناء على أفكارهم الخاصة. وفي أحد الأنشطة التي تتذكرها نادين جيداً، قام الشباب بتوزيع حملات الأطفال على الأمهات والآباء، إلى جانب رسائل عن كيفية مساعدة الأزواج لزوجاتهم في رعاية الأطفال.

أصبحت نادين الآن حاملاً بطفلها الأول وزاد عزمها على الاستمرار في مساعدة الشباب المقيمين في مخيم الزعتري. ولكن حلمها الأكبر هو ألا ترى طفلها يكبر كلاجئ. وأنّ يحظى بجميع الخدمات الصحية الجيدة والتعليم، والوعي الكامل بالصحة الإنجابية.

وتختم كلامها وهي مبتسمة قائلة: "بالطبع، سأعلم طفلي كل ما أعرفه، الآن بعد أن أصبحت خبيرة!"

**"عندما يُدرك الناس أنّ لديهم معلومات خاطئة،
ويسمعون المعلومات الصحيحة وكيف يمكن أن
يؤثر ذلك على حياتهم، فإنّ ذلك يُحدث
تغييراً هائلاً".**



الأُسْر التي تعاني من ظروفٍ مزرية إلى زواج الأطفال، على أمل أن يؤدي زواج بناتهم إلى حمايتهم من العنف.

وضع تدابير استجابة ترتكز على الحقوق والخيارات

في الاستجابة الإنسانية لحالات الطوارئ في جميع أنحاء العالم، لم تحظ احتياجات المرأة ومواطن ضعفها دائماً بنفس المستوى من الاهتمام الذي حظيت به الحاجة إلى الغذاء والمأوى. وفي تسعينيات القرن العشرين فقط، أتت الجهات الفاعلة في المجال الإنساني تركيزاً أكثر اتساقاً على حقوق النساء والفتيات المتضررات من الأزمات واحتياجاتهنَّ (شوينث، ٢٠١٥). وقد نصَّ الإصدار الأول من دليل العمل في حالات الطوارئ الصادر عن المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين في عام ١٩٨٢ على أنَّ الرعاية الصحية الأولية للمجتمعات المشردة ينبغي أن تشمل "رعاية الأم والطفل، بما في ذلك تنظيم الأسرة". غير أنه في الممارسة العملية، لم تكن خدمات منع الحمل مدرجة عادة في الرعاية الصحية للاجئين (وولف، ١٩٩٤).

وفي عام ١٩٩١، أصدرت المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين مبادئ توجيهية بشأن حماية اللاجئين، صاغت من خلالها الشواغل المتعلقة بالحماية في إطار الأعراف الدولية المعمول بها، بما في ذلك الإعلان العالمي لحقوق الإنسان واتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة. وتضمَّنت هذه المبادئ التوجيهية أيضاً "الحماية من العودة القسرية إلى البلدان

الأصلية؛ والأمن ضد الهجمات المسلحة وأشكال العنف الأخرى؛ والحماية من الاحتجاز غير المبرر ولفترات مطوّلة؛ ووضع قانوني يمنح حقوقاً اجتماعية واقتصادية كافية؛ وامتلاك اللاجئين من النساء والفتيات احتياجات حماية خاصة تعكس نوع جنسهنَّ: فهنَّ بحاجة، على سبيل المثال، إلى الحماية من التلاعب والاعتداء الجنسي والجسدي والاستغلال، وكذلك الحماية من التمييز على أساس نوع الجنس عند تقديم السلع والخدمات" (المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، ١٩٩١).

ونشرت اللجنة النسائية المعنية باللاجئين والأطفال اللاجئين في عام ١٩٩٤ تقريراً تحت عنوان "اللاجئين والرعاية الصحية الإنجابية: إعادة تقييم الأولويات". حدّد هذا التقرير المؤثر ثغرات حرجة في رعاية النساء، بما في ذلك التثقيف الجنسي، وتنظيم الأسرة، والتعريف بفيروس نقص المناعة البشرية والوقاية منه، واللوازم التي تحتاجها النساء في فترة الحيض، وتقديم الخدمات لمساعدة الناجيات من الاعتداء الجنسي والاعتصاب والإكراه على البغاء (وولف، ١٩٩٤).

نجح المؤتمر الدولي للسكان والتنمية التحوُّلي في عام ١٩٩٤ في الحصول على إقرارٍ عالمي بحق المرأة في اتخاذ قرارها باستقلالية في ما يتعلق بالجنس والإنجاب. وفي توصياته بشأن أعمال الصحة والحقوق الإنجابية، تضمَّن برنامج عمل المؤتمر المشردين واللاجئين والمهاجرين المتأثرين بالتدهور البيئي والكوارث الطبيعية والنزاعات الداخلية، ودعا الدول إلى

معالجة الأسباب الجذرية "لا سيما تلك المتعلقة بالفقر". ودعا المؤتمر إلى حماية الأشخاص الذين "كثيراً ما يجدون أنفسهم، في ظل الطبيعة القسرية لحركتهم...، في أوضاعٍ شديدة الضعف، ولا سيما النساء، اللاتي قد يتعرَّضن للاغتصاب والاعتداء الجنسي في حالات النزاع المسلح". وحثَّ الحكومات على "ضمان حصول الأشخاص المشردين داخلياً... على خدمات الرعاية الصحية الأساسية، بما في ذلك خدمات الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة" وتزويد اللاجئين "بالخدمات الصحية بما في ذلك تنظيم الأسرة" (الأمم المتحدة، ٢٠١٤ أ).

وفي عام ١٩٩٩، أوضح استعراضٌ أُجري على مدار خمس سنوات التقدّم المحرز في تنفيذ برنامج العمل بشأن الحاجة إلى التعامل مع الاعتبارات المتعلقة بالحماية وضمان الصحة الجنسية والإنجابية للاجئين والمشردين (الأمم المتحدة، ١٩٩٩).

وضع معايير للرعاية الصحية الإنجابية

في عام ١٩٩٥، شكَّلت حوالي ٤٠ من الوكالات الحكومية الدولية، والوكالات الحكومية، والمنظمات غير الحكومية العاملة في مجال أعمال الإغاثة الفريق العامل المشترك بين الوكالات المعني بالصحة الإنجابية في حالات اللاجئين، وهو الآن الفريق العامل المشترك بين الوكالات المعني بالأزمات. وقد نجح هذا الائتلاف، بقيادة صندوق الأمم المتحدة للسكان والمفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، في وضع مبادئ توجيهية للتدخلات في مختلف

وفي حين أنّ اللاجئين
والمشرّدين داخلياً
يمثلون نسبة مئوية
صغيرة نسبياً من جميع
المهاجرين، فإنّهم كثيراً
ما يجدون أنفسهم في
أوضاع شديدة الصعوبة
وغالباً ما يحتاجون إلى
المساعدة والحماية.

© UNFPA/N. Batev

وينبغي أن ينفذها الموظفون المدربون في بداية أي أزمة. وتتمثل الأهداف فيما يلي: اختيار وكالة رئيسية لتنسيق أنشطة الصحة الإنجابية وشركاء الدعم؛ ومنع العنف الجنسي، وتوفير الرعاية الطبية والنفسية والاجتماعية للناجين؛ والحد من انتقال فيروس نقص المناعة البشرية، مع نقل الدم المأمون والعوازل الذكرية مجاناً؛ والوقاية من وفيات الأمهات والموليد الجدد من خلال خدمات الطوارئ، والإحالة على أساس التفرغ، وتوفير لوازم الولادة النظيفة؛ ومنع حالات الحمل غير المقصودة، وتوفير طائفة واسعة من وسائل ومعلومات منع الحمل؛ والانتقال إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية الشاملة في أقرب وقت ممكن. وقد أدت الدعوة من جانب شركاء

المعترف بها عالمياً". وعلى مر السنين، كان الفريق العامل المشترك بين الوكالات المعني بالأزمات فعّالاً في الضغط من أجل إدراج الشواغل المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية في جميع إجراءات الاستجابة للأزمات، وفي توفير المعايير التقنية لتقديم الخدمات والأدلة لوضعي السياسات. وقد تنامي الائتلاف ليشمل ٢٠ وكالة من أعضاء اللجنة التوجيهية وأصبح لديه شبكة تضم أكثر من ٢٠٠٠ عضو ينتمون لأكثر من ٤٥٠ وكالة.

الخدمات الأساسية في أوقات الأزمات

حدّد الفريق العامل في دليله الميداني "الحد الأدنى لمجموعة أنشطة الخدمات الأولية" البالغة الأهمية للصحة الإنجابية لمنع الوفيات والاعتلال. وتتنطبق هذه الحالات في جميع حالات الطوارئ،

مراحل الأزمات، وذلك بشأن الأمومة المأمونة؛ والعنف الجنسي والعنف المبني على أساس النوع الاجتماعي؛ والأمراض المنقولة جنسياً، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية والإيدز؛ وتنظيم الأسرة. وقد أدرجت هذه التفاصيل في الصحة الإنجابية في حالات الطوارئ: دليل ميداني مشترك بين الوكالات (المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، ١٩٩٩).

وتمثّل الركن الأساسي للدليل في المبدأ التالي: "ينبغي أن تكون الرعاية الصحية الإنجابية متاحة في جميع الحالات وأن تستند إلى احتياجات اللاجئين وطلباتهم المعرب عنها، ولا سيما النساء، مع الاحترام الكامل لمختلف القيم الدينية والأخلاقية والخلفيات الثقافية للاجئين، ومع الامتثال أيضاً لحقوق الإنسان الدولية

مجموعة العمل إلى تبني مجموعة الخدمات على نطاق واسع. وهي الآن مدرجة في معايير مشروع اسفير، وهي مبادئ معتمدة على نطاق واسع للمستجيبين في المجال الإنساني؛ وكذلك في معايير إنقاذ الحياة التي وضعها صندوق الأمم المتحدة المركزي لمواجهة الطوارئ من أجل تحديد أولويات العمل المبكر في حالات الكوارث؛ وفي التوجيه الصحي من اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات، التي تُنسّق أعمال الإغاثة التي تقوم بها وكالات الأمم المتحدة والمنظمات غير الحكومية (اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات، ٢٠٠٩).

تحُدّد مراجعة الدليل الميداني لعام ٢٠١٨ الآن منع الحمل غير المقصود - من خلال توفير وسائل منع الحمل طويلة وقصيرة المفعول والمعلومات والاستشارة - كهدفٍ محدد لإنقاذ الحياة بدلاً من كونه عنصراً من عناصر صحة الأم. ومن المسلم به أيضاً أنّ ضبط الخصوبة يُمكنُ النساء والفتيات من المشاركة في التعليم والحماية والمهارات الحياتية وسبل العيش. ويتم تضمين الرعاية للإجهاض المأمون، حيثما كان قانونياً، كأولويةٍ منفصلة. ويوفر الدليل أيضاً مزيداً من التوجيه بشأن الانتقال من الخدمات الطارئة إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية الشاملة، ويضيف فصلاً لوجستياً، ويُركّزُ بقدرٍ أكبر على العنف المبني على أساس النوع الاجتماعي.

والأهم من ذلك، يؤكد دليل عام ٢٠١٨ أنّ توفير خدمات الصحة الجنسية والإنجابية الشاملة للسكان المتضررين من الأزمات يُعدّ ضرورة حتمية لحقوق الإنسان تتماشى مع التزامات الحقوق

الدولية والتوجيهات الصادرة عن العديد من الهيئات السياسية.

ولقد اعتمد مؤتمر القمة العالمي للأمم المتحدة للعمل الإنساني الذي عُقد في إسطنبول في عام ٢٠١٦ خطة عمل من أجل الإنسانية. وفي إطار التزاماته الأساسية بتحقيق المساواة بين الجنسين، دعا مؤتمر القمة إلى "تعميم الحصول على الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية" وأتباع "نهج عالمي منسّق لمنع العنف المبني على أساس النوع الاجتماعي والتصدي له في سياقات الأزمات". وتعهّدت الدول بالعديد من التزامات تنفيذ أنشطة الصحة الجنسية والإنجابية وتمويلها.

التصدي للعنف الجنسي

بموازاة التركيز المتزايد على ضمان الصحة الجنسية والإنجابية للمرأة في حالات الطوارئ، ركّزت الجهات الفاعلة في المجال الإنساني بصورةً متزايدة على العنف الجنسي وعواقبه، ولا سيما أثناء النزاعات. وقد أدّى الاستخدام المروّج والواسع النطاق للاغتصاب كسلاح من أسلحة الحرب في تسعينيات القرن العشرين في يوغوسلافيا السابقة ورواندا وسيراليون وليبيريا، وفي جمهورية الكونغو الديمقراطية بعد عام ١٩٩٨، إلى دفع المجتمع الدولي نحو التحرك من أجل التصدي له.

وقد دعا إعلان ومنهاج عمل بيجين لعام ١٩٩٥ اللذان اعتمدهما المؤتمر العالمي الرابع المعني بالمرأة إلى اتخاذ تدابير لمعالجة "الصلة الوثيقة بين الانتهاكات الجسيمة لحقوق الإنسان، ولا سيما في شكل الإبادة الجماعية والتطهير العرقي والاغتصاب المنهجي للنساء

في حالات الحرب وتدفقات اللاجئين وغير ذلك من عمليات التشريد، وحقيقة أنّ اللاجئين والمشرّذات والعائدات قد يتعرّضن لضروبٍ معينة من انتهاكات حقوق الإنسان" (الأمم المتحدة، ١٩٩٥). (أ).

يُعرّف نظام روما الأساسي لعام ١٩٩٨ المُنتهى للمحكمة الجنائية الدولية الاغتصاب والعنف الجنسي المرتكبين ضمن هجمات منهجية ضد السكان المدنيين باعتبارها جرائم ضد الإنسانية، وجرائم حرب (المحكمة الجنائية الدولية، ١٩٩٨).

وفي عام ٢٠٠٠، اعتمد مجلس الأمن التابع للأمم المتحدة القرار ١٣٢٥ الذي يدعو إلى زيادة مشاركة المرأة في منع نشوب النزاعات وتعزيز السلام والأمن. ودعا القرار "جميع الأطراف في النزاعات المسلحة إلى اتخاذ تدابير خاصة لحماية النساء والفتيات من العنف المبني على أساس النوع الاجتماعي، ولا سيما الاغتصاب وغيره من أشكال الاعتداء الجنسي".

وقد أعلن قرار مجلس الأمن ١٨٢٠، الذي اعتمد في عام ٢٠٠٨، أنّ "النساء والفتيات يُستهدفن بصفة خاصة بالعنف الجنسي المرتكب لأغراض منها اتخاذه وسيلة من وسائل الحرب لإذلال الأفراد المدنيين في مجتمع أو مجموعة عرقية ما و/أو السيطرة عليهم و/أو بثّ الخوف في نفوسهم و/أو تشنيت شملهم و/أو تهجيرهم قسراً". ووصف القرار العنف الجنسي بأنه تهديد للأمن وعائق أمام استعادة السلام، وقال إنّ جهود إعادة الإعمار وتحقيق التعافي بعد النزاع تحتاج إلى إيلاء اهتمام خاص لأثار العنف الجنسي. وقد تناول المجلس هذه

وعدت "بعدم إغفال أحد" تشمل اللاجئين والمشردين داخليا والمهاجرين. وتعهدت الدول الأعضاء "بضمان استقبال جميع الأشخاص الذين يصلون إليها استقبالا يكون محوره الإنسان، ومراعياً لمشاعرهم، وإنسانياً، وكرامياً، ومراعياً للمنظور الجنساني"، وكذلك حماية حقوقهم الإنسانية ومضاعفة الجهود الدبلوماسية الرامية إلى المنع المبكر لوقوع الأزمات. والتزمت الدول الأعضاء "بتعميم مراعاة المنظور الجنساني" في سياسات الهجرة، و"مكافحة العنف المبني على أساس النوع الاجتماعي"، و"توفير إمكانية الحصول على خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية" للمتضررين من الأزمات" (الأمم المتحدة، ٢٠١٦).

بدأ مؤتمر القمة مفاوضات لوضع اتفاقين أكثر شمولاً: الاتفاق العالمي

وإساءة معاملة المسنين. ويقدم الدليل إرشادات بشأن إنشاء أماكن آمنة للاجئين داخل المرافق الصحية، وتوفير الرعاية الطبية المناسبة، وإحالة اللاجئين إلى الخدمات النفسية والاجتماعية والقانونية.

اتفاقيات عالمية بشأن المهاجرين واللاجئين

استضافت الجمعية العامة للأمم المتحدة مؤتمر القمة المعني باللاجئين والمهاجرين، وهو الأول من نوعه، في عام ٢٠١٦. وتمثل الهدف من عقد هذا المؤتمر في وضع مخطط لنظام أكثر مسؤولية وأكثر إمكانية للتنبؤ به من أجل التصدي لمسألة الهجرة.

أكدت الجمعية العامة، في إعلانها الصادر في نيويورك، أنّ خطة الأمم المتحدة ٢٠٣٠ للتنمية المستدامة التي

المسائل بالتفصيل في قرارات لاحقة. وخلال الفترة نفسها، أخذت المنظمات المشاركة في أعمال الإغاثة تُعطي الأولوية المتزايدة لمنع العنف الجنسي وتلبية احتياجات الناجين، وهو هدفٌ أساسي من أهداف مجموعة الخدمات الأولية التي تُمثل الحد الأدنى للصحة الإنجابية في حالات الأزمات. يُعرف الدليل الميداني المنقح للفريق العامل المشترك بين الوكالات العنف المبني على أساس النوع الاجتماعي بأنه يشمل الاغتصاب، والاستغلال الجنسي والاعتداء الجنسي، والبلغاء القسري، والاتجار بالبشر، والزواج المبكر القسري، وتشويه الأعضاء التناسلية للإناث، والقتل دفاعاً عن الشرف، والعنف الأسري والعنف من جانب الشريك، والإيذاء المبني على الميل الجنسي أو الهوية الجنسية،



وتقف المستودعات في فيجي وأستراليا على أهبة الاستعداد لخدمة جزر المحيط الهادئ المعرضة للكوارث (صندوق الأمم المتحدة للسكان، ٢٠١٨ ج). وفي جنوب السودان، حيث لا يعمل سوى عدد قليل من المرافق الصحية، تُخزّن خمسة مراكز للإمداد مجموعات مستلزمات ما بعد التعرّض للاغتصاب ولوازم الصحة الإنجابية (صندوق الأمم المتحدة للسكان، ٢٠١٨ ج).

وعلى الصعيد العالمي، يعتبر صندوق الأمم المتحدة للسكان المورد الرئيسي للوازم والمعدات المتصلة بالصحة الإنجابية المعبّأة والجاهزة للتوزيع في مختلف الحالات ومستويات الخدمة. فمجموعات تنظيم الأسرة، على سبيل المثال، تحتوي على العازل الذكري، ووسائل منع الحمل عن طريق الفم والحقن، وأجهزة اللولب الرّجمي. وتتضمن مجموعات الصحة للأمهات والمواليد المعدات الطبية واللازم الضرورية لتقديم المساعدة في الولادة السريرية ورعاية التوليد في الحالات الطارئة الأساسية والشاملة. وتحتوي مجموعات أخرى على لوازم لعلاج الأمراض المنقولة جنسياً، وإدارة حالات الإجهاض، وإجراء عمليات نقل الدم.

ويُعطي صندوق الأمم المتحدة للسكان الأولوية في حالات الأزمات لتلبية احتياجات الصحة الجنسية والإنجابية والحماية للمراهقات. وقد نشر صندوق الأمم المتحدة للسكان وهيئة إنقاذ الطفولة في عام ٢٠٠٩ مجموعة أدوات بشأن الاستجابة لاحتياجات المراهقين من خلال مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى للصحة الإنجابية في حالات الأزمات (صندوق الأمم المتحدة



© UNFPA Myanmar/B. Manser

الأزمات، وكان له دور أساسي في وضع المعايير التي تدعم اليوم العمل المتعلق بالاستجابة لاحتياجات الصحة الإنجابية والعنف المبني على أساس النوع الاجتماعي في مجموعة واسعة من البيئات. وساعد صندوق الأمم المتحدة للسكان البلدان التي تعافت من الأزمات على إدمج الصحة الإنجابية في إعادة بناء نُظُمها الصحية. وساعد البلدان أيضاً على الاستعداد لمواجهة الأزمات في المستقبل.

وقبل وقوع الأزمات، وطوال حالات الطوارئ المطولة، يساعد صندوق الأمم المتحدة للسكان، بالشراكة مع الحكومات ومنظمات المجتمع المدني المحلية، على بناء القدرات في النُظُم الصحية عن طريق تخزين اللوازم الحيوية وتعزيز إدارة سلسلة الإمداد وتدريب الموظفين الوطنيين على تخزين لوازم الصحة الإنجابية ونقلها واستخدامها.

عندما ضرب الزلزال نيبال عام ٢٠١٥، تمكّن المستجيبون بسرعة كبيرة من نشر اللوازم الطبية التي كانت متركزة مسبقاً في مواقع استراتيجية.

بشأن اللاجئين، الذي أفرّته الجمعية العامة في دورتها لعام ٢٠١٨؛ والاتفاق العالمي من أجل الهجرة الآمنة والمنظمة والنظامية، الذي اعتمد في مؤتمر حكومي دولي عُقد في مراكش، المغرب، في كانون الأول/ديسمبر ٢٠١٨. ولكلا الاتفاقين التزامات بمكافحة العنف المبني على أساس النوع الاجتماعي. غير أنّ أياً من الوثيقتين لا تشير صراحةً إلى الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية (الأمم المتحدة، ٢٠١٨ و ٢٠١٨).

استجابة صندوق الأمم المتحدة للسكان في حالات الطوارئ

يُركّز صندوق الأمم المتحدة للسكان، تماشياً مع ولايته المنصوص عليها في برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، على الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية للنساء والفتيات، حتى في الأزمات وحالات الطوارئ.

وقد دعا صندوق الأمم المتحدة للسكان إلى إدراج تدخلات الصحة الإنجابية كمكوّن من مكونات إنقاذ الحياة في المساعدة الدولية في جميع

المناخي والتطورات الديموغرافية (النمو السكاني والهجرة والتوسع الحضري والشيخوخة) تجعل من الصعب التغلب على التحديات المتصاعدة. وعلاوة على متطلبات الاستجابة للأزمات، هناك حاجة إلى ضخ استثمارات ضخمة والتعهد بمزيد من الالتزام من أجل التنمية المستدامة وبناء السلام والتصدي للتغير المناخي والحد من مخاطر الكوارث.

وكما أشار فريق خبراء الأمين العام للأمم المتحدة لعام ٢٠١٦ المعني بتمويل العمل الإنساني: "إن أفضل طريقة لمعالجة الاحتياجات الإنسانية المتزايدة هي معالجة أسبابها الجذرية... ونظراً لأن التنمية هي أفضل وسيلة لبناء القدرة على الصمود... فإن موارد العالم الشحيحة للمساعدة الإنمائية الرسمية ينبغي أن تُستخدَم حيثما كانت أكثر أهمية، في الأوضاع الهشة" (الأمم المتحدة، ٢٠١٦ أ).

علاج ما بعد الاغتصاب بطريقةٍ مراعية للظروف ومُتَّسمة بالسرّيّة، وتوزيع اللوازم السريرية - بما في ذلك وسائل منع الحمل الطارئة والعلاج الوقائي بعد التعرُّض لفيروس نقص المناعة البشرية - على المراكز الصحية والعيادات المتنقلة.

بناء القدرة على الصمود

لقد أصبح ضمان الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية وسلامة النساء والفتيات في الأزمات الآن أولوية عالمية راسخة. ولكن النجاح الحقيقي في هذا الجهد مرتبط بتحقيق أهداف التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠. وينبغي جعل المجتمعات أكثر قدرة على الصمود لمنع العنف والكوارث ومواجهتها والتعافي منها. ويتطلب ذلك مزيداً من الموارد وحلولاً أذكى وتعاوناً دولياً أفضل لمعالجة العوامل المتعددة الكامنة وراء التنامي المتسارع للاحتياجات الإنسانية. فتزايد عدم المساواة والنزاعات المطوّلة والتغير

للسكان، ٢٠٠٩). وفي تدخلاته الإنسانية، يُنشئ صندوق الأمم المتحدة للسكان مساحات مخصصة للفتيات تُوفّر مهارات كسب الرزق والمعلومات الصحية والإحالة إلى الخدمات. وحيثما دعت الحاجة، يدعم صندوق الأمم المتحدة للسكان أيضاً العيادات المتنقلة وفرق التوعية التي تقدم الخدمات واللوازم الصحية، بما في ذلك وسائل منع الحمل. ويجري استشارة المراهقات وإشراكهن في الاستجابة وتوزيع اللوازم الصحية النسائية وجمع البيانات والتواصل مع نظيرتهن (صندوق الأمم المتحدة للسكان، ٢٠١٦).

ويُنسّق صندوق الأمم المتحدة للسكان أيضاً لمنع العنف المبني على أساس النوع الاجتماعي، والتخفيف من حدة المخاطر والاستجابة لها في العديد من السياقات الإنسانية. ويدرب العاملین الصحيين على تقديم خدمات عالية الجودة ومنقذة للحياة، بما في ذلك تقديم

النقاط الرئيسية في هذا الفصل

- تؤدّي كل أزمة إنسانية - سواء كانت بسبب النزاعات أو الكوارث الطبيعية - إلى انهيار النظم، وزيادة الاحتياجات المتعددة للحماية والخدمات. وبصفة خاصة، في الاندفاع الأولي لتوفير الغذاء والمأوى، قد يتجاهل المستجيبون طرقاتاً بعينها يمكن أن تزيد بها الأزمة من تعرُّض النساء والفتيات للخطر وتهدد حياتهن.
- يمكن أن تكون تجربة المعاناة من الكوارث الطبيعية أو الفرار من العنف مؤلمة للغاية للنساء الحوامل وأمهات الأطفال الصغار. وتُعتبر الصدمات وسوء التغذية خطرة أثناء الحمل، وتعرِّض العديد من النساء خلال حالات الطوارئ للإجهاد أو يلدن قبل الأوان.
- يفقد أكثر من ٥٠٠ امرأة وفاة حياتهن يومياً في البلدان التي توجد فيها حالات طوارئ أثناء الحمل والولادة، بسبب غياب القابلات الماهرات أو إجراءات الولادة الطارئة والإجهاد غير المأمون.

RIGHTS

meaning that a person needs



المؤسسات والتمويل لضمان الحقوق والاختيارات

في عام ١٩٦٩، كانت هناك بلدان قليلة لديها سياسات أو مؤسسات سكانية قادرة على تنفيذ تلك السياسات (نظام الدين، ٢٠٠٢). ولكن مع ترسخ الاهتمام العالمي بقضايا السكان، سعى عدد متزايد من البلدان إلى فهم التفاعلات بين الديناميات السكانية والتنمية ومعالجتها بشكل أفضل.

المدرّبين تعني أنّ عدداً كبيراً من السكان في بلد معين كانت لديهم فرصة محدودة للحصول على خدمات منع الحمل الجيدة، أو لم يحظوا قطّ بهذه الفرصة. وعلاوةً على ذلك، ونظراً لأنّ المانحين الغربيين كانوا يغطون جزءاً كبيراً من تكاليف توزيع وسائل منع الحمل في ذلك الوقت، كانت الخدمات كثيراً ما تعكس تفضيلات الجهات المانحة، وفي بعض الأحيان، أخفقت في الاستجابة لاحتياجات المرأة. ولقد التزم بعض المانحين ببناء المزيد من العيادات، بينما فضّل آخرون تمويل خطط التوزيع التي تُدار خارج الهياكل الأساسية لوزارة الصحة، ولا يزال آخرون يمولون مشاريع البحث والإثبات بصورة رئيسية (روبينسون وروس، ٢٠٠٧).

وبمرور الوقت، اضطرت المؤسسات إلى التكيّف لكي تتمكن من تلبية الاحتياجات المتزايدة لمجموعةٍ أعرض من خدمات الصحة الجنسية والإنجابية وتمكين المرأة من ممارسة حقوقها الإنجابية.

قيودٌ مبكرة

قدّمت بعض برامج تنظيم الأسرة المبكرة داخل وزارات الصحة خدماتها بصورةٍ رئيسية من خلال العيادات والمستشفيات الحضرية. وقد أدّى ضعف البنية التحتية في بعض الأحيان إلى صعوبة مدّ مظلة الخدمات إلى المناطق النائية. وحتى في المناطق الحضرية، فإنّ المرافق التي تفتقر إلى الموارد ونقص الموظفين

وبحلول عام ١٩٧٦، كان لدى ٤٠ بلداً سياسات لخفض معدل الخصوبة؛ وبحلول عام ١٩٨٦، ارتفع هذا العدد إلى ٥٤ بلداً، وبحلول ١٩٩٦ بلغ العدد ٨٢ بلداً (الأمم المتحدة، ٢٠١٥ أ).

وقد أسندت بعض البلدان إلى وزارات الصحة مسؤولية تنفيذ برامج ضيقة النطاق لتوفير وسائل منع الحمل. وأنشأت بلدان أخرى مجالس مستقلة للتخطيط الأسريّ أو لجاناً سكانية لترجمة تمويل المانحين بسرعةٍ إلى خدمات. وفي العديد من البلدان الأخرى، تعاونت الحكومات مع منظمات المجتمع المدني لتوفير وسائل منع الحمل، ولا سيما للسكان الذين يعانون من نقصٍ في الخدمات.

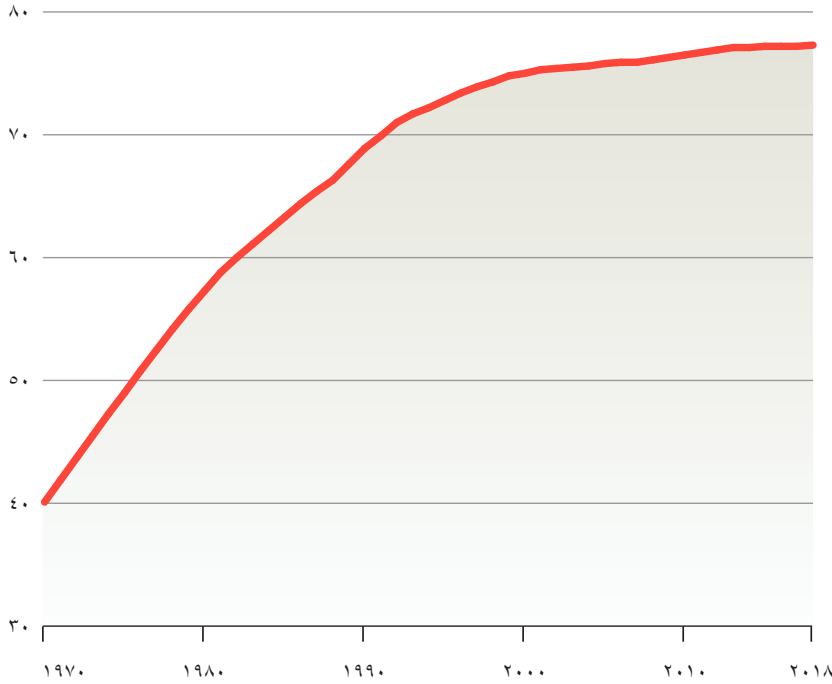
وكان التنسيق يُمثّل تحدياً خاصاً في البرامج السكانية المبكرة. وتقع على عاتق المؤسسات الوطنية المختلفة مسؤولية تفعيل مختلف جوانب تنفيذ السياسات السكانية؛ إذ تعاملت وزارات الصحة مع تقديم الخدمات الطبية؛ وقامت المكاتب الإحصائية المركزية بإجراء التعدادات والاستقصاءات؛ وتولّت وزارات التعليم مسؤولية توفير المناهج الدراسية للمدارس وللمؤسسات التدريبية؛ وكانت وزارات الإعلام مسؤولة عن حملات التثقيف العام؛ وقامت وزارات التخطيط أو التمويل بتخصيص الأموال. وفي بعض الأماكن، ساعدت وحدات التخطيط السكاني أو لجان السكان الوطنية على تنسيق الجوانب المتعددة للسياسة السكانية، ولكن كانت القدرة على قيادة هذه الجهود متواضعة في أحيان كثيرة. وأدى توزيع مسؤوليات إدارة البرامج إلى تعقيد تقديم الخدمات والمعلومات اللازمة للنساء لممارسة حقوقهنّ الإنجابية.

ومن بين القيود الأخرى التي ظهرت في الأيام الأولى لبرامج تنظيم الأسرة ندرة البيانات التي يُسترشد بها في صياغة البرامج أو رصد أثر المبادرات. وفي سبعينيات القرن العشرين، ساعدت الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية في إنشاء العديد من وكالات الإحصاء المركزية، ومنذئذ، تحسّن نطاق ونوعية البيانات الوبائية والسلوكية المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية من البلدان النامية بشكلٍ كبير.

ومع ذلك، لا تزال هناك ثغرات في جمع البيانات وتحليلها لبعض الأحداث



الشكل ١-٧: الطلب المُلتبى على خدمات تنظيم الأسرة من خلال الأساليب الحديثة لمنع الحمل: النسبة المئوية بين النساء المتزوجات أو اللاتي يعشن مع شريك، ١٩٧٠ - ٢٠١٨



والنتائج والاعتلالات، مثل الإجهاض، والعنف بين الأفراد، والأمراض المنقولة جنسياً، وناسور الولادة، وسلس البول، وآلام الجماع، والعجز الجنسي.

التقدم التدريجي

اتسع نطاق برامج تنظيم الأسرة ببطء في سبعينيات القرن العشرين ثم بسرعة أكبر في العقود التالية. ففي المناطق النامية في عام ١٩٧٠، على سبيل المثال، تمت تلبية ما يُقدَّر بـ ٤٠ في المائة من الطلب على تنظيم الأسرة بطريقة حديثة (الشكل ١-٧). وارتفعت هذه النسبة إلى ٥٧ في المائة في عام ١٩٨٠، و٦٩ في المائة في عام ١٩٩٠، و٧٥ في المائة بحلول عام ٢٠٠٠، وحوالي ٧٧ في المائة اليوم (الأمم المتحدة، ٢٠١٨ ب).

يعكس هذا التقدم توسعاً تدريجياً في "مستوى الجهد" الذي بذلته الحكومات في برامجها الخاصة بتنظيم الأسرة. وفي عام ١٩٧٢، وضع الباحثون تدابير للجهود البرامجية، ومنذ ذلك الوقت، طَبَّقوا بصورة دورية في معظم البلدان النامية. ويستند مؤشر جهد برنامج تنظيم الأسرة إلى استبيانٍ يُتعلق بـ ٣٠ مقياساً لمستوى الجهد في أربع فئات: السياسات، والخدمات، والتقييم، وطريقة الإتاحة. وتُسْتَمَد نقاط مؤشر الجهد من إفادات قَدَمها مراقبون مستقلون ومستثيرون استجابةً لاستبيانات، وتُقَيَّم هذه الإفادات بمعزلٍ عن النتائج من قبيل استخدام وسائل منع الحمل أو تغيير الخصوبة.

وعندما تم تقييم هذا المؤشر لأول مرة في ٢٣ برنامجاً وطنياً في عام ١٩٧٢، كانت البلدان موزعة بشكل متساوٍ إلى

و بحلول عام ١٩٧٦،

كان لدى ٤٠ بلداً سياسات لخفض معدل الخصوبة؛ وبحلول عام ١٩٨٦، ارتفع هذا العدد إلى ٥٤ بلداً، وبحلول ١٩٩٦ بلغ العدد ٨٢ بلداً.

حد ما عبر سلسلة متواصلة من الجهد المنخفض إلى الجهد المرتفع. ولكن بحلول عام ١٩٨٩، ارتفعت مستويات الجهود التي بذلتها بلدان كثيرة، إذ بدأت البلدان ذات الجهد المنخفض تشبه تلك التي في فئتي الجهد المتوسط والعالي (روبنسون وروس، ٢٠٠٧). بيد أن هذا التقدم في مجهود تنظيم الأسرة ليس سوى جزء واحد من الصورة، وتدرجياً بدأت السياسات السكانية تشمل أكثر من تنظيم الأسرة.



© Giacomo Pirozzi/Panos Pictures

ذلك الرعاية اللاحقة للإجهاض (الشكل ٧-٢).

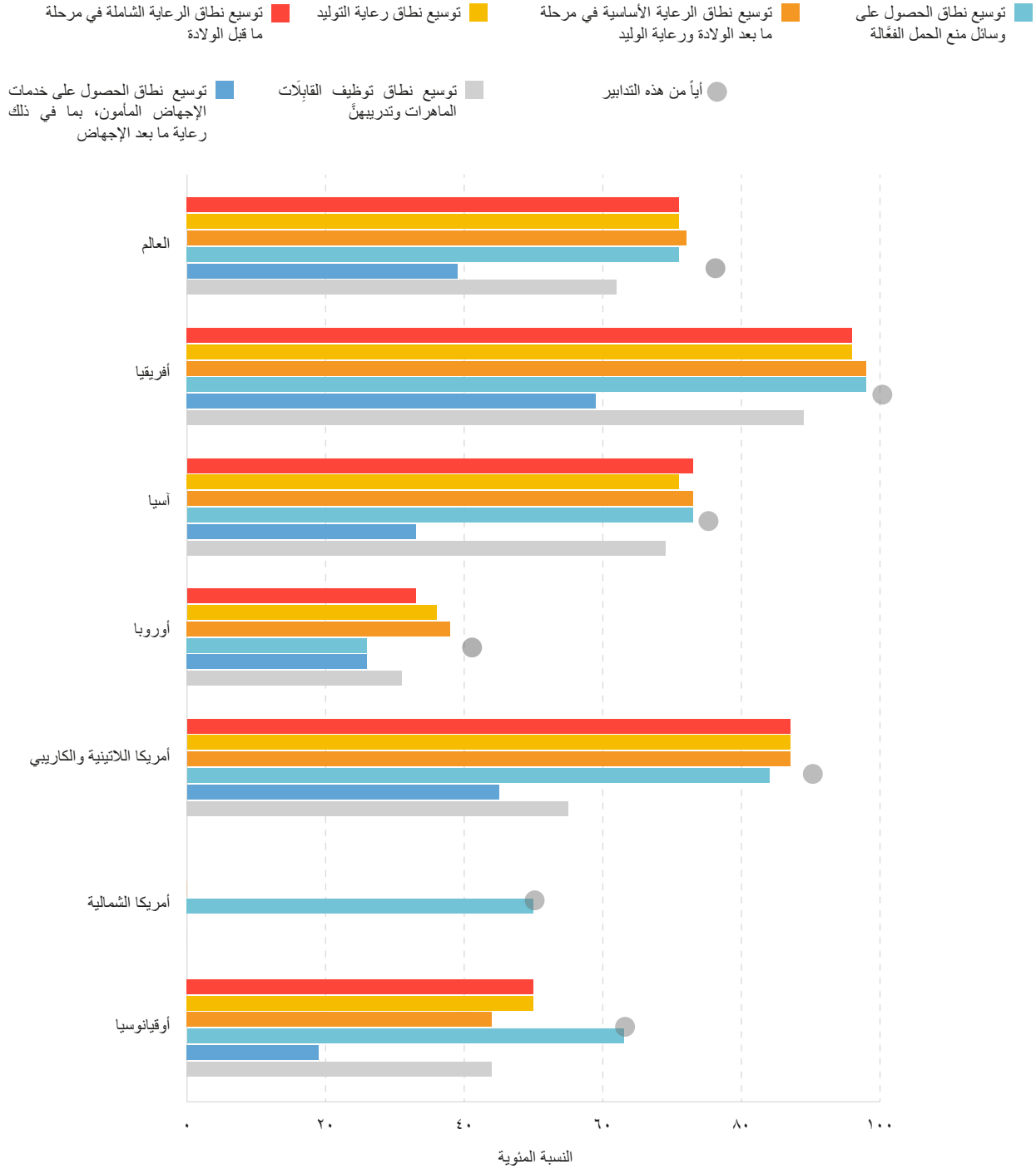
في دراسة استقصائية عالمية حول التقدم المحرز في تنفيذ توصيات برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، قُدمت الحكومات معلومات عن إنشاء مؤسسات مختلفة "المعالجة القضايا المتعلقة بالتفاعل بين السكان والتنمية". وتُشير النتائج إلى أنه بالمقارنة مع مواضيع أخرى للمؤتمر الدولي للسكان والتنمية، مثل التعليم والهجرة، كان هناك نمو نسبي أكبر في المؤسسات الحكومية التي تتناول المساواة بين الجنسين والمراهقين والشباب والسكان

الحكومات تدبيراً سياساتياً أو أكثر في السنوات الخمس السابقة على ذلك العام للحد من عدد وفيات المواليد الجدد أو الأمهات، ووسَّعت أكثر من ٧٠ في المائة من الحكومات نطاق التغطية الأساسية للرعاية اللاحقة للولادة ورعاية الوليد، والرعاية السابقة للولادة، أو الرعاية التوليدية (الأمم المتحدة، ٢٠١٧ أ). بالإضافة إلى ذلك، اعتمدت ٦٢ في المائة من الحكومات في جميع أنحاء العالم سياسات للتوسع في توظيف القابلات الماهرات وتدريبهن، وزادت نسبة ٣٩ في المائة من فرص الحصول على رعاية الإجهاض المأمون، بما في

السياسات السكانية: أكثر من مجرد خفض معدلات الخصوبة

ساعد التوافق بالغ الأهمية في الآراء، الذي تم التوصل إليه في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في عام ١٩٩٤ على توليد الزخم اللازم لإنشاء المؤسسات وتجديدها. ومع مرور الوقت، اتسع نطاق السياسات والاستراتيجيات السكانية الوطنية بما يتجاوز تركيزها الضيق على تنظيم الأسرة لأغراض خفض معدلات الخصوبة، ليشمل البرنامج العالمي الجديد للصحة الجنسية والإنجابية وتمكين المرأة. على سبيل المثال، اعتباراً من عام ٢٠١٥، اعتمدت ٧٦ في المائة من

الشكل ٢-٧ النسبة المئوية للحكومات التي اتخذت تدابير سياساتية في السنوات الخمس الماضية لمعالجة وفيات المواليد أو وفيات الأمهات، حسب المنطقة، ٢٠١٥



.Source: United Nations, 2017a
ملاحظة: بناءً على ١٦٠ بلداً تتوفر بيانات عنها.

والتنمية المستدامة منذ تسعينيات القرن العشرين (الأمم المتحدة، ٢٠١٤). وتُعد هذه المؤسسات الجديدة هي الأكثر فاعليةً في النهوض بالحقوق والخيارات عندما تتبنى بالكامل احتياجات العملاء المحتملين ووجهات نظرهم. وأكد برنامج العمل الحاجة إلى إشراك أولئك المتضررين تضرراً مباشراً، ولا سيما الأشخاص الذين كانوا مستبعدين تاريخياً بسبب التمييز أو الإكراه أو العنف، في وضع القوانين والسياسات والممارسات. وتعمل هذه المشاركة على تمكين الأفراد، ولا سيما النساء والفتيات، من ممارسة حقوقهم على نحوٍ أوفى.

القيمة المتنامية للشراكات

خلال سبعينيات وثمانينيات القرن العشرين، اتسعت الشراكات في مجال السكان والتنمية وتتنوعت وساهمت في تحقيق الكثير من النجاح في النهوض بالأهداف السكانية والإنمائية (ويراكون، ٢٠٠٢).

وقد أقرّ برنامج العمل بهذا التطور، مشيراً إلى أنه لم يعد من غير المعتاد أن تعمل الحكومات والمنظمات المتعددة الأطراف بشكلٍ وثيق مع المنظمات غير الحكومية الوطنية والدولية والقطاع الخاص (الأمم المتحدة، ٢٠١٤ أ).

إنّ الأهداف الطموحة والموسّعة لبرنامج العمل جاءت في جزءٍ كبير منها نتيجةً لتعبئة المجتمع المدني، وليس من المستغرب أن تقوم مجموعة كبيرة من منظمات المجتمع المدني وغيرها من أصحاب المصلحة غير الحكوميين على نحوٍ متزايد منذ عام ١٩٩٤ بالحشد من أجل تشكيل أطر للسياسات

والمساءلة العالمية والإقليمية والوطنية بشأن الصحة الجنسية والإنجابية (الأمم المتحدة، ٢٠١٤). وقد حدث هذا الاتجاه في سياق زيادة انتشار السلطة والقيادة في هياكل الحكم، والاعتراف المقابل بالقيمة التي تأتي مع المشاركة والشراكة بين الحكومات الوطنية والمحلية، والمجتمع المدني، فضلاً عن الجهات الفاعلة غير الرسمية.

وفي أواخر الثمانينيات وأوائل التسعينيات من القرن العشرين، أتاحت موجة من مبادرات اللامركزية الحكومية فرصاً لمشاركة المجتمع المدني في التخطيط المحلي وصنع القرار، ورصد خدمات الصحة الجنسية والإنجابية وتقييمها. غير أنّ اللامركزية جلبت أيضاً تحديات تتعلق بعدم الوضوح في كيفية ارتباط المؤسسات المختلفة ببعضها البعض والسلطات الصحية في المقاطعات/على المستوى المحلي، فضلاً عن المشاكل المتصلة بتدفقات السلع الأساسية والمشتريات وصرف المعدات واللوازم (ماسيرا، ٢٠٠٥).

ومع هذا التطور، تعرّزت مشاركة المستفيدين المستهدفين من برنامج العمل خلال السنوات العشرين الماضية، حيث أقرّ رسمياً بشبكاتٍ واسعة من المجتمع المدني والمنظمات غير الحكومية وإدماجها في التخطيط والتنفيذ (الأمم المتحدة، ٢٠١٤).

على سبيل المثال، يجمع الائتلاف المعني بإمدادات الصحة الإنجابية بين منظمات المجتمع المدني إلى جانب المنظمات المتعددة الأطراف والثلاثية، والمؤسسات الخاصة، والحكومات وممثلي القطاع الخاص بهدف ضمان

حصول جميع الأشخاص في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل على وسائل منع الحمل عالية الجودة وغيرها من لوازم الصحة الإنجابية واستخدامها بأسعارٍ معقولة. وقد أشركت مبادرة تنظيم الأسرة لعام ٢٠٢٠ المجتمع المدني في وضع استراتيجيات لتحقيق هدفها المتمثل في تمكين ١٢٠ مليون امرأة وفتاة إضافية في أشد البلدان فقراً في العالم من الحصول على معلومات حول تنظيم الأسرة الطوعي ووسائل منع الحمل والخدمات ذات الصلة بحلول عام ٢٠٢٠.

وبالمثل، اضطلع القطاع الخاص بدورٍ أكبر في تخطيط البرامج وتنفيذها. وقد اعترف برنامج العمل بالدور الحاسم الذي يمكن أن يؤديه القطاع الخاص الهادف للربح، ودعا الحكومات والمنظمات غير الحكومية إلى تكثيف تعاونها مع القطاع الخاص في برامج السكان والتنمية، ولا سيما في مجالات مثل إنتاج وتسليم سلع منع الحمل عالية الجودة وتقديم الخدمات مقرونة بالمعلومات والتعليم المناسبين (الأمم المتحدة، ٢٠١٤ أ). وقد وجد تحقيق ميداني أجري على مستوى العالم في عام ١٩٩٨ أنّ القطاع الخاص في العديد من البلدان قد بدأ في الاضطلاع بدورٍ أكثر نشاطاً في تشغيل المستوصفات والشروع في برامج التسويق الاجتماعي (ويراكون، ٢٠٠٢).

ومع تزايد تنوع الشراكات والجهات الفاعلة، دعا برنامج العمل الحكومات المستقبلية للمساعدات إلى تعزيز آليات التنسيق الوطنية لضمان التعاون الكفء والفعال في مجال السكان والتنمية. وأشار برنامج العمل إلى الحاجة إلى توضيح

ميشيل باتشيليت

تتميز ميشيل باتشيليت بكونها طبيبة، وإحدى الناجيات من التعذيب السياسي، ووزيرة سابقة للدفاع، وإحدى أبرز السياسيات في العالم. ومع انتخابها مرتين رئيسةً لجمهورية شيلي، نادت ميشيل باتشيليت بالمساواة بين الجنسين وأيدت بقوة الحقوق الجنسية والإنجابية، وأشرفت على إحداث تغييرات تحولية في التشريعات الشيلية للنساء والفتيات.

أصبحت باتشيليت أول امرأة تشغل منصب الرئاسة في تاريخ شيلي في عام ٢٠٠٦، وسرعان ما أوفت بوعود حملتها الانتخابية بتشكيل حكومة تضم عدداً متساوياً من الوزراء من الرجال والنساء. واستندت إلى علاقاتٍ طويلة الأمد مع الحركة النسائية الشيلية وسعت لضم بعض من أنصارها إلى الحكومة، والذين انضموا إليها بالفعل وعملوا على النهوض بالإصلاحات المتعلقة بالقضايا الأساسية للحقوق الإنجابية.

وقد نجحت في رفع مستوى الحماية للناجيات من العنف الأسري، ووقفت أشكال التمييز في مكان العمل، وجعل نظام المعاشات التقاعدية أكثر إنصافاً للنساء، وتحسين رعاية الأطفال للأمهات ذوات الدخل المنخفض. وعندما وقف ائتلافٌ محافظ في طريق خططها لتوسيع إمكانية الحصول على وسائل منع الحمل الطارئة، توجهت باتشيليت نحو الرأي العام المساند لها، ومن ثمّ تمت الموافقة على مشروع القانون واعتماده بسرعة كبيرة. وفي عام ٢٠١٧، ومع اقتراب نهاية فترة ولايتها الثانية كرئيسة، حققت باتشيليت تغييراً بارزاً آخر تمثل في إنهاء الكونغرس الشيلي حظراً شاملاً على الإجهاض دام ٢٨ عاماً.

تقول باتشيليت: "عقدت العزم على إجراء إصلاحات اجتماعية واقتصادية وسياسية اعتقدت أنّها ضرورية لجعل حياة الناس أفضل. لقد كانت لدينا الشجاعة لوضع شيلي في حالة حركة، ومعها، شهدنا تغييراً حقيقياً يحدث فيها".

في عام ٢٠١٨، أصبحت باتشيليت مفوضة الأمم المتحدة السامية لحقوق الإنسان، وتعهدت بتطويع ما تعلمته خلال حياتها المليئة بالخبرات لتعزيز حقوق الإنسان للجميع. وتضيف باتشيليت: "يتطلع المدافعون عن حقوق الإنسان والضحايا إلى المفوض السامي ويأملون أن يدافع عنهم ويقف بجانبهم. لذلك، سأبذل قصارى جهدي حرصاً على أن تقوم بما يجب علينا فعله".

لا توجد قضية أعظم من صون حقوق النساء والفتيات... تقول باتشيليت: "إنّ بناء عالم أكثر إنصافاً وعدلاً يضمن حقوق النساء والفتيات، هو أكثر من مجرد تحدٍ. إنّها ضرورة والتزام".

"عقدت العزم على إجراء إصلاحات اجتماعية واقتصادية وسياسية اعتقدت أنّها ضرورية لجعل حياة الناس أفضل. لقد كانت لدينا الشجاعة لوضع شيلي في حالة حركة، ومعها، شهدنا تغييراً حقيقياً يحدث فيها".





© UNFPA/Sanne De Wilde/NOOR

غير أن تقدير التمويل وتتبعه كانا عملية صعبة منذ الأيام الأولى للسياسات السكانية. ففي ستينيات وسبعينيات القرن العشرين، كان تمويل الصحة الجنسية والإنجابية يندرج ضمن فئات مختلفة من الميزانية. فتمويل صحة الأم والطفل ومعالجة الأمراض المنقولة جنسياً، على سبيل المثال، يصنّفان ضمن نطاقٍ أوسع من التمويل الصحي، بينما يركز التمويل "السكاني" بشدة على تمويل خدمات منع الحمل، مع تكريس بعض النفقات لجمع بيانات المسح الديموغرافي وتحليلها.

تحديات تقدير التمويل وتتبعه

يُعد تقدير الاحتياجات التمويلية وتتبع التدفقات المالية لخدمات الصحة الجنسية والإنجابية جانباً حاسماً من جوانب النهوض الفعّال بحقوق الأشخاص المحتاجين وخياراتهم. وتوفر هذه الجهود المعلومات والشفافية التي تُمكن الأطراف المانحة من تنسيق الجهود، وتُساعد المخطّطين على تحديد الأولويات والثغرات، وتُمكن المناصرين من إبقاء المانحين والحكومات مسؤولين عن الوفاء بالتزاماتهم.

المسؤوليات المسندة إلى الشركاء في التنمية، استناداً إلى النظر في المزايا النسبية والأولويات الإنمائية الوطنية، ودعا المجتمع الدولي إلى مساعدة الحكومات المتلقية في الاضطلاع بجهود التنسيق هذه (الأمم المتحدة، ٢٠١٤ (أ)). ومع الإبقاء على أولوياتها الوطنية، دعمت البلدان المانحة زيادة التعاون والتنسيق داخل الأمم المتحدة وفي إطار العمليات الوطنية كجزء من إصلاح الأمم المتحدة ومن خلال مبادرات الشبكات الجديدة.

إنخجار غال دافاسورين

اعتاد المواطنون في جميع أنحاء منغوليا على تجنب ذكر العنف الأسري الذي يحدث داخل منازلهم. ففي الحقبة الشيوعية، كانت العقوبات شديدة لدرجة أن العديد من النساء كنَّ يحجمن عن الإبلاغ

حتى عن الجرائم الخطيرة. وفي عام ١٩٩٠، حدثت ثورة ديمقراطية، ولكن توقف نظام المحاكم في أعقابها عن الاعتراف بالعنف الأسري والاعتصاب الزوجي كجريمتين جنائيتين.

بالنسبة لإنخجار غال دافاسورين، لم يكن ذلك مقبولاً أبداً. وكفتاة، عقدت أمها الناشطة النقابية جلسات عديدة في المنزل حيث نظمت النساء من أجل حقوقهنَّ في العمل، وعملن أيضاً على مساعدة بعضهنَّ البعض في وقف الاعتداءات التي يتعرضنَّ لها. وقد التحقت إنخجار غال دافاسورين بكلية القانون كطريقةٍ أخرى للوقوف بجانب المرأة.

وبكونها محامية شابة، أسست المركز الوطني لمناهضة العنف وأطلقت حملة لإصدار قانون جديد يجرِّم العنف الأسري. وعلى مدى عقدين من الزمن، قامت هي وفريقها من الناشئة المتضامنين باستمرار بدعوة السياسيين إلى التحرك واتخاذ إجراءات. وقد استغرق الأمر حتى عام ٢٠١٦ إلى أن آتت جهودهم ثمارها وجرِّم البرلمان المنغولي العنف الأسري لأول مرة في تاريخ منغوليا كدولة ديمقراطية. ويكفل القانون الجديد حق المرأة المنغولية – حيث تتعرض واحدة من كل ثلاث نساء في منغوليا لأحد أشكال العنف الأسري في حياتها – في السعي للحصول على الأمن والحماية.

"ففي المجتمع الأبوي الذي يهيمن عليه الذكور مثل منغوليا، لا تدرك النساء مدى التأثير الذي يمكن أن يحدثه."

واجهت دافاسورين تهديدات بالقتل وانتقادات، مع اتهامها بـ "استيراد الأفكار من الخارج" في سعيها للتغيير. لكنها لم تتراجع أبداً. ويرعى المركز الوطني لمناهضة العنف الذي أسسته فريقاً من المحامين لتقديم التمثيل القانوني المجاني للناجيات من الاعتداءات، وأقامت مراكز إيواء في جميع أنحاء البلد تتيح للنساء والفتيات التماس الملجأ والعون. وقد انتشر الوعي في البلاد وزاد عدد النساء اللاتي يلتمسن المساعدة وتولَّد شعور عام ملموس بالسخط على العنف الأسري، تحت تأثير التغطية الإعلامية الموسعة لحالات الاعتداء.

وتقول دافاسورين: "إن نتوقف أبداً عن جهودنا في مناصرة قضايا المرأة. ففي المجتمع الأبوي الذي يهيمن عليه الذكور مثل منغوليا، لا تدرك النساء مدى التأثير الذي يمكن أن يحدثه."

وتنصح دافاسورين النساء بقولها: "كنَّ قويات، ولكن الأهم من ذلك، اجعلن هذه القوة قوةً جماعية. يجب أن تقف النساء معاً يداً واحدة لتحقيق التغيير الاجتماعي المنشود؛ فالتحديات منهجية والحلول جماعية."





القرن العشرين. وارتفع مجموع المساعدة السكانية إلى ٩٣٦ مليون دولار أمريكي في عام ١٩٩٠، أي ما يقرب من ٢٠ في المائة من مجموع المساعدة الخارجية المقدمة لقطاع الصحة. واستأثرت الأطراف المانحة الثنائية بنسبة ٦٠ في المائة من هذه المساعدة السكانية، ووكالات الأمم المتحدة بنسبة ٢٢ في المائة، ومصارف التنمية بنسبة ١٣ في المائة، ومصادر خاصة بنسبة ٥ في المائة

مجموع المدفوعات من الوكالات المتعددة الأطراف والثنائية لقطاع الصحة حوالي ٩٠٠ مليون دولار أمريكي (على أساس قيمة الدولار في عام ١٩٩٠) في عام ١٩٧٢؛ ثم ارتفع هذا المبلغ إلى ٢,٧ مليار دولار أمريكي بحلول عام ١٩٨٠ وإلى ٣,٩ مليار دولار أمريكي بحلول عام ١٩٩٠. ومن بين هذه المبالغ، زادت المساعدة المقدمة إلى "الأنشطة السكانية" ببطء خلال السبعينيات والثمانينيات من

وفي شتى الدراسات، كثيراً ما كانت النفقات الصحية والسكانية تُجمع معاً كتمويلٍ "للقطاع الصحي"، ولا يمكن بسهولة تحليل البيانات التاريخية المتعلقة بتمويل تدخلات محددة. وقد سلّطت جهود التتبُّع التي بدأت في سبعينيات القرن العشرين الضوء على الاتجاهات، ولا سيما على الطرق التي ضاعفت بها الجهات المانحة دعمها للأنشطة الصحية والسكانية. وبلغ

فقد زادت مدفوعات المساعدة الإنمائية الرسمية المقدّمة من البلدان المتقدّمة إلى البلدان النامية من أجل الصحة الجنسية والإنجابية بسرعة كبيرة بعد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في عام ١٩٩٤، وبلغت ذروتها في عام ٢٠١١ بما يزيد بقليل على ٥ دولار أمريكي لكل امرأة في سن الإنجاب في العالم النامي. بيد أنّه بحلول عام ٢٠١٦، انحسر هذا الرقم بمقدار ٦٠ سنتاً لكل امرأة، ليصل إلى ٤,٤٠ دولار أمريكي. وعند النظر في جميع مصادر التمويل الخارجي، بما في ذلك المساعدة الإنمائية الرسمية والمنح الخاصة، بلغت المساعدة المقدّمة للصحة الجنسية والإنجابية ٦,٢٢ دولار أمريكي لكل امرأة في سن الإنجاب في عام ٢٠١٦. ورغم أنّ هذه الأرقام كبيرة، فإنّها لا تزال متدنية بالمقارنة مع الاحتياجات.

الدور المركزي للتمويل المحلي

رغم صعوبة القياس، من الواضح أنّ الموارد المالية من البلدان النامية ككل، بما في ذلك التمويل من الحكومات والمنظمات غير الحكومية الوطنية والإنفاق الخاص، تستأثر بأغلب التمويل الذي يدعم الأنشطة السكانية (صندوق الأمم المتحدة للسكان، ٢٠١٤ أ).

أحرزت العديد من حكومات البلدان النامية تقدماً في مواءمة الأهداف والميزانيات المحلية مع أهداف برنامج العمل. ومع ذلك، يمكن أن تؤثر الأزمات المالية المستمرة في البلدان النامية والبلدان التي تمر بمرحلة انتقالية على قدرتها في الحفاظ على الزخم. علاوةً على ذلك، شكّلت معارضة البرامج السكانية لأسباب دينية وثقافية عقبةً أمام

ووافق المجتمع الدولي آنذاك على " مجموعة عناصر محدّدة التكاليف"، حيث قدّرت الحاجة إلى ١٧ مليار دولار أمريكي في عام ٢٠٠٠، و١٨,٥ مليار دولار أمريكي في عام ٢٠٠٥، و٢٠,٥ مليار دولار أمريكي في عام ٢٠١٠، و٢١,٧ مليار دولار أمريكي في عام ٢٠١٥. واتفقت الحكومات على أنّ البلدان النامية ستقوم بتدبير ثلثي المبلغ المطلوب بنفسها، ومن المقرر أن يأتي الثلث المتبقي من المجتمع الدولي.

احتياجات متزايدة وتكاليف متنامية

بدأ عدد من المنظمات والبرامج في تتبّع التكاليف ومساعدة المانحين فيما يتعلق بالصحة الإنجابية وصحة الأم والوليد والطفل. فعلى سبيل المثال، تقوم مبادرة تنظيم الأسرة لعام ٢٠٢٠ بتتبع التمويل للتخطيط الأسريّ على مستوى العالم؛ وتقوم شراكة صحة الأم والوليد والطفل بتتبع الالتزامات المالية بالاستراتيجية العالمية لصحة المرأة والطفل؛ ويقدم معهد غوتماشر التقارير عن فجوات التمويل والإنفاق لمجموعة من خدمات الصحة الإنجابية.

تكشف آليات التقدير والتتبع هذه عن التقدم المحرز والتحديات المستمرة في المشهد التمويلي منذ عام ١٩٩٤. وقد زاد عدد المانحين باطراد، وأصبحت جهود المانحين تتشكل بصورة متزايدة من خلال المشاركة المتنامية للمجتمع المدني والقطاع الخاص (الأمم المتحدة، ٢٠١٤). ومع ذلك، لا تزال الموارد اللازمة لتلبية احتياجات الصحة الجنسية والإنجابية غير كافية على الصعيد العالمي، وتسير اتجاهات المانحين في الاتجاه الخاطئ.



© Brian Sokol/Panos Pictures

(ميكود وموراي، ١٩٩٤). بحلول عام ١٩٩٤، أصبحت نظم تقدير التمويل وتتبعه لخدمات الصحة الجنسية والإنجابية أكثر تطوراً. ويشمل برنامج العمل نفسه التكاليف المقدّرة لتنفيذ التوصيات الأساسية في مجالات تنظيم الأسرة؛ الصحة الإنجابية، وعلاج الأمراض المنقولة جنسياً والوقاية منها، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية؛ وإجراء الأبحاث الأساسية.

تعبئة الموارد في بعض الأماكن (كوهين وأبرامز، ٢٠٠٢).

ولا يزال العديد من البلدان، ولا سيما أقلها نمواً، غير قادرة على جمع الموارد اللازمة لتلبية احتياجات الصحة الجنسية والإنجابية لمواطنيها بالكامل. وتعتمد معظم البلدان النامية على الأموال المقدّمة من المانحين لتمويل البرامج السكانية والمحافظة عليها (صندوق الأمم المتحدة للسكان، ٢٠١٤ أ). ويمثّل هذا الأمر تحدياً لقدرات البلدان النامية على التخطيط وإعداد الموازنة وفقاً لأطر زمنية مستدامة، نظراً لأنّ الأموال المقدّمة من المانحين يمكن أن تتفاوت من سنة إلى أخرى، مما يعرّض استقرار البرامج الوطنية للصحة الجنسية والإنجابية لخطر التخفيضات المفاجئة.

علاوةً على ذلك، يتحمّل المستهلكون من القطاع الخاص في البلدان النامية عبئاً ثقيلاً من تكاليف الصحة الجنسية والإنجابية من خلال الإنفاق عليها من أموالهم الخاصة. ويترتب على هذا الأمر آثار هامة فيما يتعلق بالحصول على الخدمات الأساسية لأفقر السكان وأكثرهم تهميشاً. ففي الأماكن التي يسيطر فيها الرجال على الدخل التقديري للأسرة، على سبيل المثال، قد تواجه المرأة تحديات إضافية في دفع تكاليف احتياجاتهنّ الجنسية والإنجابية (ستارز وآخرون، ٢٠١٨). ويمكن أن يؤدي عبء الإنفاق من الأموال الخاصة أيضاً إلى خلق تحديات تواجه المبادرات الرامية إلى الحد من الفقر وعدم المساواة في الدخل في العالم النامي (الأمم المتحدة، ٢٠١٤). وتدعم نهج التمويل المبتكرة حكومات

البلدان النامية وتحفزها على إعطاء الأولوية للاستثمارات في المجالات التي تعاني من نقص الموارد مثل الصحة والتغذية والعمل على إدامتها. فعلى سبيل المثال، أُطلقَ مرفق التمويل العالمي في عام ٢٠١٥ ويعمل على تشجيع الحكومات على زيادة الإنفاق المحلي بما يتماشى مع الأبعاد الصحية والغذائية لأهداف التنمية المستدامة. وبالمثل، تدعم مؤسسة بيل وميليندا غيتس الحكومات التي التزمت بهدف تنظيم الأسرة لعام ٢٠٢٠ بخفض الحاجة غير المُلبّاة لتنظيم الأسرة، وتقوم أيضاً بوضع خطط خاصة بالبلد وتنفيذها لتوسيع نطاق الحصول على خدمة تنظيم الأسرة.

الاهتمام المتزايد بفعالية المعونات

كان إطلاق الأهداف الإنمائية للألفية في عام ٢٠٠٠ إيذاناً بعهده جديد من الاهتمام المتزايد بفعالية المعونات، والذي نتج جزئياً عن إحباط حكومات البلدان النامية من مشاكل الشراكات غير المتكافئة في مجال المعونة وفقدان قدرتها على التخطيط الفعّال لعملية التنمية وتنسيقها وقيادتها في بلدانها.

وفي إعلان أبوجا لعام ٢٠٠١ بشأن فيروس نقص المناعة البشرية والإيدز والسُّل والأمراض المعدية الأخرى ذات الصلة، التزمت الدول الأعضاء في الاتحاد الأفريقي بزيادة الإنفاق على الصحة إلى ما لا يقل عن ١٥ في المائة على الأقل من الميزانية الوطنية، ودعت البلدان المانحة إلى توسيع الدعم وفقاً لذلك. وعزّزت نتائج المنتديات رفيعة المستوى المعنية بفعالية المعونة (إعلان

باريس بشأن فعالية المعونات لعام ٢٠٠٥، وبرنامج عمل أكرام لعام ٢٠٠٨، وشراكة بوسان لتعاون إنمائي فعال لعام ٢٠١١) الالتزامات بتقديم المساعدات بشكل أكثر فعالية، مع التركيز على تنمية القدرات والملكية الوطنية والتنفيذ (الأمم المتحدة، ٢٠١٤).

وقد انعكس هذا الاهتمام المتزايد بفعالية المعونات في وضع هيكل للتنسيق بين الجهات المانحة، وزيادة الاعتراف بالقيادة على مستوى البلدان والمساءلة المتبادلة في مجالات التعاون هذه (الأمم المتحدة، ٢٠١٤). وقد وجدت دراسة مشتركة بين منظمة الصحة العالمية وصندوق الأمم المتحدة للسكان – عن الآثار المترتبة على التغيرات في بيئة المعونة من أجل الصحة الجنسية والإنجابية – تركيزاً متزايداً على النهج القطاعية الشاملة واستراتيجيات الحد من الفقر، وكذلك على وضع الاستراتيجيات لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية. ووجدت الدراسة أيضاً أنّ التمويل المأمون والذي يمكن التنبؤ به للصحة الجنسية والإنجابية لا يزال يُشكّل تحدياً (منظمة الصحة العالمية وصندوق الأمم المتحدة للسكان، ٢٠١١).

النهوض بالتغطية الصحية الشاملة

مع ظهور أهداف التنمية المستدامة في عام ٢٠١٥، تركّز اهتمام متزايد على تحقيق التغطية الصحية الشاملة التي تقع في صميم الهدف ٣ من أهداف التنمية المستدامة. ويجسّد مفهوم التغطية الصحية الشاملة عدة مبادئ، من بينها توفير خدمات عالية الجودة لتحسين

تشيا شانتوم

اضطلع تشيا شانتوم، الذي يتزأس مديرية السكان والتنمية في وزارة التخطيط الكمبودية، بدور هام للغاية في الجهود التي بذلتها كمبوديا لوضع التزامات المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في صميم السياسات الوطنية التقدمية المتعلقة بالسكان والشيخوخة ومجموعة من القضايا الأخرى.

وتحت إشرافه، زادت كمبوديا استثماراتها في تنظيم الأسرة زيادةً كبيرة. وأصبح الآن بوسع البلد الذي كان قبل بضعة عقود فقط غارقاً في النزاع أن يشير إلى حدوث انخفاضٍ حادٍ في معدلات الخصوبة مقارنةً بتلك الموجودة في البلدان الأكثر تقدماً، فضلاً عن تحسين صحة الأم.

وفي معرض حديثه عن الجهود التي بذلتها بلاده في هذا المجال، قال تشيا: "شددنا على الحق في إنجاب الأطفال، وحرصنا في الوقت نفسه على حتّ الأزواج على التفكير في رفاههم ورفاه عائلاتهم. ويمكننا فعل الكثير من خلال التعليم والتوعية".

تعكف كمبوديا حالياً على إدخال التثقيف الجنسي الشامل إلى المناهج الدراسية الوطنية من الصف الخامس حتى الصف الثاني عشر، مستندةً في ذلك إلى دعوة تشيا المستمرة لاحترام الحقوق الجنسية والإنجابية للمراهقين والشباب. وساعد تشيا أيضاً في إنشاء صندوق أسهم وطني للرعاية الصحية يوفر رعايةً صحيةً مجانيةً للمواطنين الفقراء في جميع أنحاء البلاد.

يعمل تشيا موظفاً حكومياً منذ حوالي ٣٠ عاماً، وكان قد بدأ حياته المهنية ضابطاً في الشرطة قبل أن يحصل على درجات علمية في التنمية الريفية والإدارة العامة. وبينما كان يمضي بعض الوقت في المناطق الريفية، أدرك الصلة الوثيقة بين السكان والتنمية.

ويتذكر قائلاً: "في البداية، لم أكن أفهم أهمية السكان. الآن أدرك تماماً أنّ السكان هم الركن الأساسي في التنمية. ويحفزني هذا الأمر على بذل كل ما في وسعي لفهم ما يحتاجه الناس لتحسين رفاههم".

وشدد على أنّ "الأمر لا يقتصرُ فقط على تقديم بعض الخدمات التي يحتاجها السكان. ينبغي علينا إشراك الناس بجميع فئاتهم في جهود التنمية. فإذا لم نشارك الناس معنا، لن يكون لجهودنا معنى. ولن يكون بوسع الوطن أن يتقدم ويواصل مسيرته إلا بمشاركة أبنائه".

"شددنا على الحق في إنجاب الأطفال، وحرصنا في

الوقت نفسه على حتّ الأزواج على التفكير في رفاههم

ورفاه عائلاتهم. ويمكننا فعل الكثير من خلال التعليم

والتوعية."



الصحة، والإنصاف في الحصول على الخدمات الصحية دون التعرُّض لخطر العسر المالي.

وكما يتضح بشكلٍ جلي من الموضوع الرئيسي لأهداف التنمية المستدامة المتمثل في "عدم إغفال أحد"، فإنَّ مفهوم التغطية الصحية الشاملة يُشجِّع أيضاً "الإدراك التدريجي"، وهي فكرة مفادها أنه ينبغي إعطاء الأولوية لإصلاحات النظام الصحي التي تعالج أوجه عدم المساواة منذ البداية، الأمر الذي يستفيد منه الأفراد الأقل حظاً بدرجةٍ مساويةٍ

أو أكبر من الأشخاص الأكثر حظاً، وأنه يمكن لكل بلد أن يحرز تقدماً، بغض النظر عن النقطة التي انطلق منها (ستارز وآخرون، ٢٠١٨).

تتوخى التغطية الصحية الشاملة مجموعة من الخدمات الصحية التي يجري توسيعها بالتتابع، وزيادة حصة التكاليف المشمولة بالتمويل المجمع أو مخططات التأمين، بحيث يتم تخفيض الإنفاق من الأموال الخاصة. ويركز المفهوم أيضاً على العديد من الروابط القطاعية بين أهداف التنمية المستدامة،

مع التسليم بأنَّ آفاق تحقيق الأهداف الصحية سيتم تعزيزها من خلال التقدم في معالجة المحددات الاجتماعية والبيئية المتعددة للصحة (ستينبيرغ وآخرون، ٢٠١٧). وقد تحسَّنت مخرجات الصحة الجنسية والإنجابية من خلال العديد من مخططات التمويل المبتكرة مثل برامج القسائم والتحويلات النقدية المشروطة وبرامج التأمين الاجتماعي والرصد القائم على الأداء (الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، ٢٠١٤). ويمكن تكيف هذه التدخلات المبتكرة بفاعليَّة لتلائم

© Mark Tuschman



أوضاعاً أخرى (ستارز وآخرون، ٢٠١٨).

ودعماً لهذه الأهداف، اجتمعت مؤسسات متعددة الأطراف لإطلاق عملية جماعية للتعجيل بالتقدم نحو تحقيق أهداف التنمية المستدامة. وتهدف خطة العمل العالمية من أجل ضمان حياة صحية وتعزيز الرفاه للجميع إلى التعجيل بإحداث تأثير في البلدان، مع

تعزيز اتخاذ القرارات المحلية، وتعزيز الاستجابات القائمة على الحقوق والمساواة التي لا تغفل أهداً، وتعزيز التعلم بين البلدان والمؤسسات. وتعمل هذه المبادرة، التي تنسقها منظمة الصحة العالمية، على توحيد عمل ١١ مؤسسة متعددة الأطراف موجّهة نحو القطاع الصحي. وستقوم المجموعة بوضع الصيغة النهائية لخطة العمل التي سنُنجز

في أيلول/سبتمبر ٢٠١٩ في الجمعية العامة للأمم المتحدة (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٨ أ).

وتعمل هذه المبادرات معاً على تمهيد الطريق لمؤسسات أفضل تجهيزاً وذات تمويل مستدام لتوسيع نطاق الوصول إلى المعلومات والخدمات عالية الجودة التي تُمكن النساء من ممارسة حقوقهنّ الإنجابية.

النقاط الرئيسية في هذا الفصل

- بمرور الوقت، تطورت سياسات وبرامج الحكومات ومقدمو خدمات الصحة الجنسية والإنجابية الأخرى استجابة للفهم المتنامي للصحة الجنسية والإنجابية. تحتاج المؤسسات إلى التكيف باستمرار حتى تتمكن من تلبية الاحتياجات المتزايدة لمجموعةٍ أوسع من خدمات الصحة الجنسية والإنجابية وتوسيع الحقوق والخيارات للجميع في كل مكان.
- ساعدت مشاركة الحكومات الوطنية والمحلية والمجتمع المدني والقطاع الخاص في صياغة الأهداف الطموحة للمؤتمر الدولي للسكان والتنمية وأهداف التنمية المستدامة؛ وكانت الشراكات بين هذه الجهات الفاعلة أساسية لإحراز تقدم على مسار تحقيق تلك الأهداف، وستكون حاسمة في تحقيقها.
- يُعد تقدير الاحتياجات التمويلية وتتبع التدفقات المالية لخدمات الصحة الجنسية والإنجابية جانباً حاسماً من جوانب النهوض بحقوق الأشخاص المحتاجين وخياراتهم. لا تزال الموارد اللازمة لمعالجة احتياجات الصحة الجنسية والإنجابية غير كافية على الصعيد العالمي، وتسير اتجاهات المانحين في الاتجاه الخاطئ. أحرزت العديد من حكومات البلدان النامية تقدماً في مواءمة الأهداف والميزانيات المحلية مع أهداف برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، ولكن الأزمات المالية المستمرة تؤثر على قدراتها المتصلة بالحفاظ على هذا الزخم.
- يشكّل تحقيق التغطية الصحية الشاملة محور الهدف ٣ من أهداف التنمية المستدامة. وتتضمن هذه التغطية توفير خدمات عالية الجودة لتحسين الصحة، والإنصاف في الحصول على الخدمات الصحية دون التعرّض لخطر العسر المالي. يتيح ظهور المبادرات الرامية إلى تعزيز التغطية الصحية الشاملة فرصةً للنهوض بالمؤسسات الأفضل تجهيزاً وذات التمويل المستدام لتوسيع نطاق الحصول على المعلومات والخدمات عالية الجودة التي تُمكن الجميع من ممارسة حقوقهم وخياراتهم.



إعمال الحقوق والخيارات للجميع: إن لم يكن الآن، فمتى؟

وُلدت المرأة - التي تبلغ الآن من العمر ٦٠ سنة - في عصرٍ كانت فيه الحقوق والاختيارات الجنسية والإنجابية أكثر تقييداً. وكان من الصعب على الكثيرات وقتها الحصول على وسائل منع الحمل، وكان أيضاً من السهل نسبياً أن يفقدن حياتهنَّ عند الولادة. ولكن بحلول الوقت الذي بلغت فيه تلك المرأة سن العاشرة، كان التغيير قد بدأ، ما أسفر عن تحقيق مكاسب مطردة.

لقد استفادت من بعض التغييرات، لكن كان للجيل اللاحق الحظ الأوفر في الاستفادة، وهنَّ النساء اللواتي كُنَّ في العاشرة من العمر عندما انعقد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. ولكن حتى بالنسبة لهنَّ، فإنَّ التقدم اليوم لا يزال منقوصاً. ومع بلوغهنَّ سن الخامسة والثلاثين، أصبح لديهنَّ المزيد من الحقوق والخيارات، ولكن لم يتم الوفاء بكل ما وُعد به.

هل يمكننا أن نفعل ما هو أفضل للفتاة التي هي في العاشرة من عمرها اليوم؟ إذا كان التاريخ دليلاً مرشداً، فإنَّ الإجابة هي نعم، إذا منحنا الأولوية للناس ولم نغفل أحداً.

أحرزت الحكومات والمجتمع المدني والمنظمات الدولية على مدى السنوات الخمسين الماضية الكثير من التقدم الملحوظ في توسيع نطاق الحقوق والخيارات الجنسية والإنجابية. وفي عام ١٩٩٤، قُتِم المؤتمر الدولي للسكان والتنمية التزاماً عالمياً متبصراً بهذه الحقوق والخيارات، وبتوافق آراء غير مسبوق بشأن الصلات الأساسية بين تمكين المرأة والنهوض بها. وبعد مرور خمسة وعشرين عاماً، لا تزال رؤية المؤتمر الدولي للسكان والتنمية إحدى النقاط البارزة بين التطلعات البشرية، التي انعكست الآن في خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠ وأهدافها السبعة عشر للتنمية المستدامة.

ومع تطلعنا نحو المستقبل تبقى بعض المشاكل القديمة قائمة لم تُحل. بل ظهرت مشاكل أخرى جديدة. وكمقياسٍ للمهمة المنتظرة، أصدر صندوق الأمم المتحدة للسكان وشركاؤه الكثيرون نداءً واضحاً لتحقيق اللاتات الثلاث التالية بحلول عام ٢٠٣٠: لا لترك حاجةٍ من حاجات وسائل منع الحمل غير مُلبَّاة، ولا للوفياتِ النفسانية التي يمكن تجنبها، ولا للعنف أو الممارسات الضارَّة ضد النساء والفتيات.

تستحق الفتاة التي تبلغ ١٠ سنوات اليوم عالماً يتمتع فيه الجميع بجميع حقوقهم وبممكنهم أن يعيشوا حياتهم التي يختارونها.

الديمغرافية الأخرى مثل الهجرة، التي تعكس في كثيرٍ من الحالات أوجه عدم المساواة والأزمات المتأصلة. ولا يزال الفقر عميقاً ومستعصياً حتى في العديد من البلدان التي هي في مجملها أفضل حالاً. وتؤدي النزعة المحافظة والأصولية إلى عرقلة التقدم وتسعى بقوةٍ إلى إبطال ما تم تحقيقه.

منح الأولوية للناس

بالنسبة للبلدان كافة، تبدأ الاستفادة القصوى من المكاسب القائمة، والتغلب على العقبات، وبناء مستقبل أفضل، بما في ذلك المستقبل المنشود في خطة عام ٢٠٣٠، بالعمل على التزامات المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. ويشمل ذلك منح الأولوية للناس عن طريق التمسك بحقوقهم وخياراتهم الجنسية والإنجابية، فضلاً عن الحق في التنمية للأجيال الحالية والمقبلة على السواء.

وينبغي للنظم القانونية الوطنية أن تنص على التزامات صريحة بهذه الحقوق، وأن تتخلص من الأحكام التمييزية المتبقية، مثل العوائق التي تحول دون حصول الشباب، والأشخاص غير المتزوجين، والمهاجرين، والأشخاص ذوي الميول الجنسية أو الهوية الجنسانية المختلفة، وغيرهم، على خدمات ووسائل منع الحمل. ويمكن بعد ذلك ترجمة هذه الالتزامات إلى ممارسة من خلال سياسات سكانية وإنمائية جيدة التصميم تُعطي الأولوية للوصول إلى الأشخاص الذين لديهم أقل عدد من الخيارات ويواجهون أكبر أوجه القصور في أعمال حقوقهم.



© UNFPA/R. Anis

الجودة العالية، بما في ذلك الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية، فضلاً عن تحقيق المساواة بين الجنسين وإعمال الحقوق الإنجابية.

غير أن المكاسب هشة في عالم كثيراً ما يتسم بالاضطراب وعدم الاستقرار. يتقدم بعض الناس إلى الأمام، لكن الكثيرين يُتركون ليتخلفوا عن الركب. فالأوبئة والنزاعات والتغير المناخي تقوّض التقدم وتُعرقل الحقوق والخيارات. وقد فتح التراجع في عدد السكان في بعض البلدان الباب أمام أشكالٍ جديدةٍ من السياسات السكانية الرامية إلى دفع الناس إلى إنجاب الأطفال، بينما في أماكن أخرى، عادت المخاوف بشأن النمو السكاني إلى الظهور من جديد. وقد تاجّج التعصب بسبب التحوّلات

رؤية تحوُّلية: من الماضي للمستقبل

في أواخر الستينيات من القرن العشرين، كان يُخشى أن يكون النمو السكاني بمثابة قنبلة موقوتة وكان هناك سعيٌ نحو نزع فتيلها من خلال برامج تنظيم الأسرة التي اتسمت بالعدوانية والقسرية في بعض الأحيان. وبحلول موعد انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، ظهر توافق في الآراء بأنَّ للناس الحق في السيطرة على أجسادهم وعلى حياتهم الجنسية والإنجابية. وعند إعمال هذا الحق، فإنهم كثيراً ما يتخذون الخيارات التي تفيد أنفسهم، ويدعمون الرفاه الاجتماعي والاقتصادي وحتى البيئي على نطاقٍ أوسع. واليوم، تُقرُّ خطة عام ٢٠٣٠ بأنَّ التنمية المستدامة تتوقف على الخدمات الصحية الشاملة ذات

الحقوق الجنسية والإنجابية تقييم ما إذا كانت القوانين والسياسات والميزانيات والخدمات وحملات التوعية وغيرها من الأنشطة تتماشى مع هذه الحقوق.

الحقوق والاختيارات عبر دورة الحياة أدت التحولات الكبيرة في أنماط السكان في السنوات الأخيرة، ولا سيما بين مختلف الفئات العمرية، إلى زيادة التقدير لقيمة اتباع نهج دورة الحياة

الصحة العامة والرفاه والأهمية التي يوليها له الأفراد والأزواج. ويمكن أن يشمل ذلك توجيه التحرك نحو تعريف إعلان أستانا الأخير بشأن الرعاية الصحية الأولية على أنه دمج لخدمات الصحة الوقائية والعلاجية والجنسية والإنجابية والعقلية في إطار واحد (منظمة الصحة العالمية واليونيسف، ٢٠١٨). ويمكن "لإجراءات الفحص الوطنية المعنية بالتحقق من أعمال

وإدراكاً للتفاعلات المعقدة بين التنمية المستدامة والديناميات السكانية، ينبغي أن تشمل القضايا السكانية أيضاً خططاً واستثمارات أوسع نطاقاً، وأن تكون جزءاً من النهج المتكامل للتنمية الذي تجسده الآن خطة ٢٠٣٠. وينبغي أن تعكس هذه الجهود المجموعة الكاملة من العوامل التي تؤثر على الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية، بما في ذلك التعليم والعمل والإسكان والأمن الغذائي.

ويمكن للبلدان المعنية بتناقص عدد السكان أن تعمل على ضمان إتاحة خدمات الصحة الجنسية والإنجابية الأساسية للجميع بسهولة. وقد تحتاج أيضاً إلى بذل المزيد من الجهد للمضي قدماً في السياسات الصديقة للأسرة لمساعدة الأشخاص على ممارسة حقوقهم في بدء الأسرة أو تكبيرها، مثل الإجازة الوالدية المدفوعة الأجر للرجال والنساء، والإعفاءات الضريبية للأسر، وترتيبات العمل المرنة والإسكان ميسور التكلفة. ويمكن للبلدان التي لديها حصة أكبر من الأشخاص الذين ينضمون إلى القوة العاملة تعزيز الإنتاجية وتحقيق المزيد من العوائد الديموغرافية المحتملة من خلال ضمان تمكّن الشباب من الحصول على خدمات صحية أساسية شاملة وذات جودة عالية بالإضافة إلى التعليم الجيد، وإتاحة الفرص أمامهم للانتقال إلى العمل اللائق.

في إطار السياسات الصحية الوطنية، ينبغي أن تنتقل الصحة الجنسية والإنجابية من دور هامشي لا يؤبه له في كثير من الأحيان إلى دور مركزي أساسي، مع التوفيق بين أثره على

© UNFPA/Live Images



جدول أعمال غير مكتمل: الوصول إلى خدمات عالية الجودة

تطور فهم طبيعة خدمات الصحة الجنسية والإنجابية باطراد على مدار ٥٠ عاماً. واتسع نطاق التركيز شبه الحصري على وسائل منع الحمل ليشمل دعوة المؤتمر الدولي للسكان والتنمية إلى الوصول الشامل إلى مجموعة كاملة من الخدمات المتعلقة بالرعاية الصحية الجنسية والإنجابية. وأصبحت التغطية الصحية الشاملة الآن مجال تركيز رئيسي للهدف ٣ من أهداف التنمية المستدامة بشأن الصحة والرفاه للجميع.

مجموعة شاملة من الخدمات

تظهر أعلى مستويات الاحتياجات غير المُلبّاة لخدمات الصحة الجنسية والإنجابية بين الفئات المهمّشة، بما في ذلك الأقليات العرقية؛ والشباب؛

ومجتمعاتهم المحلية. ويمكن لنهج دورة الحياة أن يساعد في الحد من أوجه عدم المساواة المرتبطة بالسن، وتوجيه الخيارات حول استهلاك الموارد لتحقيق التوازن بين احتياجات الأجيال الحالية والمقبلة.

وينبغي أن تُتاح أنظمة الحماية الاجتماعية التي لها شبكة أمان ذات حد أدنى من الاستحقاقات للأشخاص في جميع مراحل الحياة، بما يضمن قدرة الناس على الحفاظ على مستوى من الكرامة والاختيار والرفاه بما يتماشى مع حقوقهم. وتحتاج سياسات التوظيف إلى مواكبة التغيرات السريعة في أسواق العمل التي تقوّض استقرار الوظائف ونوعيتها، مثلاً من خلال استمرارية فوائد الصحة والضمان الاجتماعي الأساسية، والالتزامات بالتعلم مدى الحياة.

في التخطيط ورسم السياسات. وينبغي أن تصل الخدمات العامة وغيرها من التدخلات إلى الناس في بداية الحياة وأن تظل متاحة في كل مرحلة لاحقة، معتمدة على بعضها البعض حتى بلوغ سن الشيخوخة.

وسيساعد هذا الأمر البلدان على إعمال حقوق الأشخاص في جميع مراحل الحياة وتعظيم الاستثمارات عالية التأثير. وسيحظى الأطفال والشباب بالصحة والتعليم اللازمين ليصبحوا قادرين على العمل عند الوصول إلى مرحلة البلوغ. وسيحصل البالغون على العمل اللائق ودعم تنظيم الأسرة اللازمين للمساهمة بشكلٍ مثمر في الاقتصاد ورعاية المُعالين والاستعداد لمرحلة الشيخوخة. ويستطيع كبار السن الاعتماد على الموارد المتراكمة والحفاظ على نوعية حياتهم، ومواصلة المساهمة في أسرهم



والأشخاص غير المتزوجين، والمثليات والمثليين ومزدوجي الميل الجنسي ومغايري الهوية الجنسانية وحاملي صفات الجنسين، والأشخاص ذوي الإعاقة؛ والفقراء في المناطق الريفية والحضرية. أما بين النساء الأكثر فقراً، فالحاجة غير المُلبَّاة لوسائل منع الحمل ليست أكثر وضوحاً فحسب، بل إنَّ معدلات وفيات الأمهات تعد مرتفعة للغاية أيضاً.

ومن بين العوائق التي لا تزال تمنع النساء والفتيات من الحصول على خدمات الرعاية الصحية منخفضة الجودة، عدم كفاية التجهيزات واللوازم، والقوانين التمييزية، والمعاملة الراضية من جانب مقدمي الخدمات. ويمكن أن يكون الوصول إلى حقوق الفئات المستبعدة لفترة طويلة والإعمال الكامل لها أمراً صعباً ومكلفاً، لكن يجب أن يكون ذا أولوية رئيسية لإكمال خطة عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية وتحقيق خطة عام ٢٠٣٠. لا تحتاج الخدمات إلى الوصول إلى هذه المجموعات فعلياً فقط، بل ينبغي أيضاً أن تكون مصممة وفقاً للاحتياجات التي تعبر عنها، وتحفظ الخصوصية، وخالية من الأحكام المسبقة أو القسر والإكراه.

وينبغي لجميع النُظُم الصحية أن تحدد مجموعة أساسية من خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية المتاحة عالمياً والمتكاملة والمتسمة بالجودة العالية وأنَّ تقدّمها على مستوى المستشفيات الأولية ومستشفيات الإحالة. ويعرّف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية هذه الخطط بأنها تشمل تنظيم الأسرة؛ والخدمات المتعلقة بالحمل والأمراض المنقولة جنسياً والعقم والإجهاض المأمون حيثما كان قانونياً؛ والإحالات لسرطانات الجهاز التناسلي.

وبصفة عامة، تؤدي الخدمات المتكاملة المزيد من العمل لتلبية الاحتياجات المتعددة، مثل تقديم المشورة المتعلقة بوسائل منع الحمل قبل الولادة وبعدها.

وينبغي تحسين البرامج محدودة الفاعلية والمتعلقة بصحة الأم والطفل، بدعم من البرامج ذات الصلة في مجال التغذية والأمن الغذائي وتمكين المرأة. فمن خلال صندوق استئماني لصحة الأم، على سبيل المثال، يساعد صندوق الأمم المتحدة لسكان البلدان ذات الأعباء العالية من وفيات الأمهات بشكلٍ خاص من خلال التدخلات المجرّبة مثل تدريب القابلات وإدراج الرعاية الشاملة للصحة الجنسية والإنجابية في مرافق رعاية التوليد والمواليد في الحالات الطارئة.

هناك أيضاً حاجة إلى بذل المزيد من الجهود المتضافرة لإنهاء التابو والمعلومات المغلوطة حول الحيض، وتعزيز المرافق والخدمات لإدارة النظافة الصحية في فترة الطمث، مع أخذ العقبات الأخرى التي تتراوح بين التعليم المتقطع والمشاكل الصحية غير المعالجة بعين الاعتبار.

يمكن للعديد من البلدان أن تفعل الكثير لدعم الحقوق والخيارات للجميع عن طريق إزالة العوائق التي تعترض تقديم الخدمات والمعلومات للأشخاص ذوي التوجهات الجنسية والجنسانية المتنوعة. ويمكن أن يبدأ تفكيك هذه البرامج بتدريب وتوعية العاملين في مجال الرعاية الصحية لتجنب التمييز وتلبية الاحتياجات الخاصة.

إقامة صلات لإنهاء العنف

لا تزال هناك ثغرات كبيرة في منع العنف المبني على أساس النوع الاجتماعي والتصدي له، وهو انتهاك لحقوق

الإنسان متفشٍ على الصعيد العالمي. وبالرغم من الجهود المتقانية التي تبذلها المنظمات النسائية، فلا تزال نظم المأوى هامشية أو منعدمة في العديد من الأماكن. ويمكن إدخال نماذج الخدمات المتكاملة أو توسيع نطاقها لمساعدة النساء على الحصول بشكل يسير على مزيج من الدعم الصحي والقضائي والنفساني والاجتماعي والوظيفي وغير ذلك من أشكال الدعم اللازمة للشعور بالأمان واستئناف حياتهن. ويمكن تقاسم التجارب الناجحة وتكرارها في ما يخص تدريب وحدات الشرطة والمسؤولين القضائيين على الاستجابة للظروف الخاصة المحيطة بالعنف المبني على أساس النوع الاجتماعي.

ويمكن إقامة صلات أقوى بين خدمات الصحة الإنجابية والمبادرات الرامية إلى منع العنف المبني على أساس النوع الاجتماعي والحماية منه، وبرامج التمكين الاقتصادي للمرأة. ويمكن أن تكون هذه الصلات بسيطةً مثل أنظمة التحري والإحالة، بحيث تُسأل النساء اللاتي يلتمسن خدمات تنظيم الأسرة، على سبيل المثال، عن احتياجاتهن والمخاطر الأخرى التي يتعرضن لها، ومن ثمَّ تتم إحالتهم إلى الموارد الإضافية حسب الاقتضاء.

المساعدة تبدأ مع المستفيدين من الخدمات يتعلق أحد الأسباب الرئيسية للعجز في جودة الخدمة، بما يتجاوز الأسباب المتصلة بمستويات الموارد المنخفضة، بالافتقار إلى المساعدة وتلبية احتياجات المستفيدين من الخدمات. ومن شأن نُظُم إدارة المعلومات الصحية المعززة، فضلاً عن الجهود الرامية إلى تسجيل جميع وفيات الأمومة وتحليلها بشكل



© Thomas Imo/Photothek/Getty Images

على الرغم من التزامات المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بتنفيذها. ولا تزال القواعد القانونية والأعراف القديمة تقف في طريقهم. وبرزت قضايا جديدة جرّاء استخدام شبكة الإنترنت التي توفر فيضاً من المعلومات الصحيحة والمغلوبة على السواء، إلى جانب مخاطر أخرى مثل التنمّر الإلكتروني والإتجار بالأشخاص لأغراض الاستغلال الجنسي. وللمراهقين الحق في أن يتم تعليمهم وتمكينهم من تفعيل الخيارات الخاصة بهم وحماية أنفسهم. ويمكن دعم هذا الحق بتدابير خاصة مثل التنقيف الجنسي الشامل الملائم للسن، والإدماج في المناهج الدراسية والوصول إلى جميع

من الخدمات في القرارات المتعلقة بالسياسات والخدمات إلى تحسين جودة الرعاية. ومن بين النظم التي يمكن تطويرها بشكل أكبر تلك التي ترسل استبيان متابعة بسيط إلى الهواتف الخلوية وتطلب من المستفيدين من الخدمات إبداء الرأي حول جودة الرعاية مباشرة. ويمكن استخدام النتائج لتقييم أداء مقدمي الرعاية. ويمكن أيضاً لهذا النوع من النهج أن يحسّن الخدمات ويشجّع على استخدامها.

إدماج المراهقين

ظلّ المراهقون كفةً يفتقرون باستمرار إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية

منهجي لتحديد أوجه النقص في الرعاية، أن تُمكن البلدان من رصد التقدم المحرز والتأكد من وصول الخدمات إلى الفئات التي تخلفت أكثر من غيرها عن اللحاق بالركب. وكان من الاتجاهات الإيجابية في هذا الشأن اعتماد المعايير الدنيا وإجراءات تقديم الشكاوى. وفي الحالات التي تجري فيها خصخصة الرعاية الصحية، ينبغي أن تعكس هذه اللوائح المعايير وأن يشترط على مقدمي الخدمات الخاصة احترام الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية لجميع المستفيدين.

كما يمكن أن يؤدي إشراك المجموعات النسائية وغيرها من ممثلي المستفيدين

الطلاب، والقدرة على الوصول إلى الفتيات والفتيان غير الملتحقين بالمدارس. وينبغي لهذه البرامج أن توفر المعلومات، ولكن لتحقيق أهم النتائج، ينبغي أن تهدف أيضاً إلى تحسين احترام الذات، وبناء فهم لحقوق الإنسان والأعراف الجنسانية الإيجابية، وتطوير مهارات اتخاذ القرار والتواصل (ستارز وآخرون، ٢٠١٨).

مواجهة تحديات الخصوبة

هناك ما يناهز الـ ١٨٠ مليون من الأزواج في جميع أنحاء العالم من المحتمل أن يتأثروا بالعمق، مع تداعيات يمكن أن تشمل المعاناة النفسية، والعنف من جانب الشريك، والوصمة الاجتماعية (ستارز وآخرون، ٢٠١٨). وتشمل أهم دوافع العمق التحولات في العمل والأسرة التي دفعت عدداً متزايداً من النساء إلى تأجيل الإنجاب حتى سن متأخرة عندما يواجهن تحديات الخصوبة. ويمكن أيضاً أن يؤدي اعتلال الصحة وعدم الحصول على الرعاية أثناء حالات الحمل الأولى إلى عدم القدرة على إنجاب أطفال إضافيين.

بالنسبة لمن تتوفر لهم الموارد، تتوفر تكنولوجيا المساعدة على الإنجاب مثل الإخصاب في الأنابيب. ومع ذلك، وبالنظر إلى الطابع العالمي للحقوق الإنجابية ومبدأ الرعاية الصحية الشاملة، لا بد من فصل هذه الخيارات عن القدرة على دفع التكلفة. ويتطلب توسيع نطاق الإتاحة وضع مبادئ توجيهية أخلاقية ومعايير طبية ملائمة، والحد من التكاليف الباهظة، وتوسيع القدرات للحصول على التكنولوجيا عبر البلدان التي تمر بمراحل متباينة من التنمية. ويمكن أيضاً بذل المزيد

من الجهود لزيادة الوعي بالوقاية من العمق ومعالجته، وبذل الجهود في بعض البلدان لإصلاح القوانين المتعلقة بعلاج العمق، والتبني، والحمل لفائدة الغير بما يتماشى مع الحقوق الجنسية والإيجابية.

تزايد عبء سرطان الأعضاء التناسلية

تتزايد أعباء السرطان في جميع البلدان، مع وجود قفزة واضحة في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل بشكل خاص حيث يعيش الناس لفترة أطول. وتتعلق المخاطر الأخرى بانخفاض مستويات النشاط البدني بسبب الوظائف الحديثة. وتُشكلُ سرطانات البروستات والثدي والرقبة وغيرها من أشكال سرطان الأعضاء التناسلية جزءاً كبيراً من عبء السرطان (جمعية السرطان الأمريكية، ٢٠١٦). وينبغي توسيع نطاق الفحص الروتيني باعتباره جزءاً لا يتجزأ من الرعاية الطبية الأولية، بما في ذلك من خلال التقنيات المعمول بها واستكشاف تقنيات جديدة للفحوصات مثل الاختبارات الجينية، التي بدأت تكلفتها تنخفض. وتماشياً مع المقاربة القائمة على الحقوق، قد يشمل جزء من التعجيل بالوصول لتلك التقنيات استعراض عمليات الملكية الفكرية وتكثيف العمل لتمكين التكنولوجيا التي تلبى احتياجات الصالح العام للانتقال من مرحلة التطوير إلى الاستخدام واسع النطاق.

ومن بين الأدوات الواضحة للوقاية للقاح الخاص بفيروس الورم الحليمي البشري، والذي يسبب معظم حالات سرطان عنق الرحم. وهو يُعطى الآن بصورة روتينية

للفتيات اللواتي تتراوح أعمارهن بين ٩ و١٣ عاماً في ٥٥ بلداً. وينبغي للبلدان الأخرى أن تنظر في أمر التحرك نحو اعتماد هذا اللقاح، مع وضع جدول زمني جديد للجرعات يخفض التكلفة.

تحديد العوامل المتعلقة بالشيخوخة

أشار المؤتمر الدولي للسكان والتنمية إلى حقيقة أن مسائل الصحة الإنجابية والجنسية المتعلقة بكبار السن من الرجال والنساء كثيراً ما لا تُعالج بشكل كافٍ. ومع تزايد أعداد كبار السن في عددٍ متزايد من البلدان، سيتعين على النظم الصحية أن تتناول المسائل المتعلقة بالأداء الجنسي، والمخاطر المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية والأمراض المنقولة جنسياً، ومخاطر الإصابة بسرطان الأعضاء التناسلية التي تزيد نسبتها مع التقدم في العمر.

إبلاء المزيد من الاهتمام بالصحة العقلية على الرغم من أن المؤتمر الدولي للسكان والتنمية نص على أن "لكل فرد الحق في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية"، فإن الصحة العقلية تظل بمثابة "الأخ المنبوذ" مقارنة بالاهتمام الذي تتلقاه الصحة البدنية والموارد المرصودة لها. ومع ذلك، يمكن أن يكون لقضايا الصحة العقلية تأثير كبير على الحقوق والخيارات.

على سبيل المثال، يبقى الاكتئاب السابق للولادة واللاحق عليها من المشاكل الشائعة في جميع أنحاء العالم. وترتبط حالات الحمل غير المقصودة بنوبات اكتئاب أطول أجلاً. ومن بين

العوامل التي تهدد الصحة العقلية للنساء والفتيات استمرار الحاجة غير المُلبَّاة للتخطيط الأسري، والآثار الجانبية لاستخدام وسائل منع الحمل، واختلالات توازن القوى في العلاقات بما في ذلك التعامل المتسم بالعنف مع حالات الحمل غير المقصود. ويُعد الانتحار في الوقت الحالي سبباً رئيسياً لوفاة المراهقات.

وكحد أدنى، ينبغي أن يكون لدى خدمات الصحة الإنجابية مقدّمي خدمات مدربين على هذه المسائل، وأنظمة التحريّ والإحالة للكشف عن هذه المسائل والتعامل معها (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٩). وينبغي بذل هذه الجهود في ظل احترام حقوق الإنسان والكرامة، وأن تبذل جهوداً أخرى للحد من وصمة العار التي ما زالت في كثير من الأحيان تتمحور حول الصحة العقلية.

الأساسيات: التمكين والمساواة

استرعى المؤتمر الدولي للسكان والتنمية اهتماماً تاريخياً بحق النساء الأساسي في اتخاذ القرارات بشأن أجسادهن. وهو حقٌ يدعم العديد من الحقوق الأخرى مثل التعلم والعمل، والتنقل بحريّة في الأماكن العامة والخاصة، والاستمتاع بوقت الفراغ. ومنذ عام ١٩٩٤، وفي كل جزءٍ من العالم، تدفقت النساء والفتيات بقوة نحو التعليم والانضمام إلى القوى العاملة. وفي نهاية المطاف، أصبحن أوفر صحةً وأكثر استعداداً للتخطيط لأسرهن.

ومع ذلك، تتقاضى النساء أجراً أقل، ويُقمن بما يزيد عن نصيبهنّ العادل من أعمال الرعاية غير مدفوعة الأجر، وما زلن لم يحرزن المساواة في تبوء معظم

مناصب صنع القرار، من مجالس إدارة الشركات إلى البرلمانات. ويقع العنف المبني على أساس النوع الاجتماعي دون عقاب؛ وتؤدي التقاليد الضارّة إلى تشويه الأعضاء التناسلية للفتيات وتزويجهن في سن مبكرة.

تحدي الأعراف الجنسانية

لا تزال الأعراف الجنسانية التمييزية تُمثل إحدى أخطر العقبات التي تعيق ما يُحرز من تقدمٍ لصالح النساء والفتيات، وهي العقبة التي تظهر في جميع مجالات الحياة. وتُملي هذه المعايير على النساء والفتيات مكانةً من الدرجة الثانية في المجتمع، وتُعوق حقوقهنّ وتحد من خياراتهن. وبالتالي، يجب توسيع نطاق المعلومات والخدمات الشاملة المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية عالية الجودة بحيث تصل إلى جميع النساء. غير أنّ الإتاحة والاستخدام الفعليين قد يتوقفان أيضاً على رغبة الزوج في السماح لزوجته بمغادرة المنزل، والرسائل التي يبثها الإعلام، والمعايير المجتمعية المتعلقة بالجنس والخصوبة، أو التوجهات التي تدعو إليها شخصيات دينية أو غيرها من الشخصيات. وغالباً ما يُستخدم التمكين كمصطلح شامل للإشارة إلى أنّ للمرأة الحق في الاختيار، ولكن في الواقع هناك العديد من العوامل المتصلة بالوسائل الخاصة بالمرأة، ووضعها في أسرتها، والبيئة الاجتماعية والاقتصادية والسياسية الأوسع التي تقلل من الخيارات التي يمكنها الاختيار من بينها.

ينبغي أن تصبح خدمات الصحة الجنسية والإنجابية أكثر فاعليّة في الاستجابة للوقائع المتعلقة بأدوار الجنسين

والأعراف المتعلقة بهما. ولا يزال العديد من مقدمي الخدمات يتعاملون مع هذه الحقائق وفقاً لمقاربة العمل من القمة إلى القاعدة. ومن شأن أسلوب المشاركة المحترمة، القائم على التواصل ثنائي الاتجاه والخالي من الأحكام المسبقة، أن يساعد الأفراد على التفكير وتحديد أهداف الصحة الجنسية والإنجابية، وفهم كيف يمكنهم تحقيقها. وينبغي تدريب مقدمي الخدمات على تجنب القواعد والسلوكيات التمييزية بين الجنسين، والتي لا يزال الكثير منها يمر دون مساءلة. ويمكنهم أن يتعلموا التساؤل عن العوائق التمييزية التي قد تنشأ عندما تغادر المرأة مرفقاً صحياً ويقدموا المساعدة بصورة مباشرة أو عن طريق الإحالات.

ويمكن لحمات التوعية الاجتماعية وتغيير السلوك الأوسع نطاقاً أن تدعم التحول نحو معايير أكثر إيجابية مقبولة على نطاقٍ واسع. ولا تزال هناك حاجة لاتخاذ تدابير لوضع حد للقوالب النمطية الجنسانية في المدارس، بما في ذلك تلك التي تسعى إلى دفع الفتيات والفتيان إلى تفضيل بعض التخصصات الدراسية عن غيرها. وينبغي أن يهدف العمل مع وسائل الإعلام إلى الحد من التنميط الجنساني المتفشي في كثير من الأحيان، وزيادة الإبراز الذي لا يزال محدوداً لأصوات النساء ووجهات نظرهن. وينبغي فهم التجارب الناجحة في العمل مع القيادات الدينية، الذين يمكن أن يكون لهم تأثير عميق في المجتمعات والأسر المعيشية، بشكل أفضل والعمل على استنساخها.

إنهاء جميع الممارسات الضارّة

تؤدي بعض الأعراف الجنسانية الأكثر

ليليان بلومين

إن فرض الولايات المتحدة للسياسة التي تُقيّد تمويل خدمات الصحة الإنجابية في عام ٢٠١٧، والمعروفة لدى البعض باسم قاعدة المنع العالمية، لم تُفلح في إسكات ليليان بلومين. وفي الواقع، ألهمت هذه السياسة بأن تجاهر برفضها. فقد دعت البرلمانية التي أصبحت في وقت لاحق وزيرة التجارة الخارجية والتعاون الإنمائي الهولندية النساء في جميع أنحاء العالم إلى توجيه رسالتهم الخاصة: لا أحد يتخذ قراراً بشأن أجساد النساء سوى النساء أنفسهن.

ومن هنا ولدت حركة "هي تُقرّر". في البداية، كان هناك وسم على مواقع التواصل الاجتماعي، ثم مؤتمر لإعلان تبرعات نجح في جمع ٢٠٠ مليون دولار أمريكي من الحكومات والمؤسسات الخيرية وفاعلي الخير. ومن ثمّ أُنشئت منصة التمويل الجماعي. وقّع أكثر من ٥٠,٠٠٠ شخص على بيان يلتزمون فيه بتنفيذ مبادرة "هي تُقرّر"، وتعهد وزراء في فرنسا وجنوب أفريقيا من بين ٤٠ شخصية عالمية بارزة أخرى بمناصرة هذه المبادرة والسعي إلى زيادة الزخم لإنجاحها.

وقالت بلومين: "لقد بذلت العديد من منظمات والأفراد الشجعان جهوداً حثيثة ومن دون كلل في مسائل تتعلق بالاستقلال الجسدي للفتيات والنساء والرعاية الصحية الشاملة لعقود. وفجأة، بدأت بقية دول العالم تولي اهتماماً كبيراً بهذه القضية. [نحن] نتبنى طاقة جديدة ولغة جديدة تجلب المزيد من المناصرين، ومن جميع مناحي الحياة، لاحتضان فكرة مبادرة "هي تُقرّر".

وإجمالاً، تقدّر بلومين أنه سيتم جمع ما لا يقل عن ٦٠٠ مليون دولار أمريكي سنوياً للتعويض عن الخسائر التي تتسبب فيها "قاعدة المنع العالمية"، وهو قرار سياساتي في الولايات المتحدة لإيقاف التمويل للمنظمات التي تقدم المشورة أو الإحالات المتعلقة بالإجهاض، وتدعو إلى إلغاء تجريم الإجهاض أو توسيع نطاق خدمات الإجهاض، حتى في الحالات القانونية.

وباعتبارها موظفة سابقة في مجال التوعية المجتمعية في روتردام، قامت بلومين بقيادة صندوق "ماما كاش"، وهو صندوق يهدف إلى النهوض بحقوق المرأة؛ وتولّت أيضاً إدارة البرامج الدولية في المنظمة الكاثوليكية للإغاثة والتنمية، وهي منظمة كبرى تقدم المساعدات الإغاثية والإنمائية. وقد شهدت بنفسها مزيجاً من الأعراف والقيم والقوانين والمدونات والعادات التي تمنع المرأة من أن تكون الشخص الذي يمكن أن تكون عليه، في كل مكان في العالم.

وتضيف بلومين: "هذه القواعد المكتوبة وغير المكتوبة يجب أن تتغير. وهنا أطلب الجميع بالوقوف دفاعاً عن حقوقهم، والتعبير عن آرائهم، وأن يكونوا متضامنين، وأن يمارسوا الضغط على حكوماتهم، وأن ينظموا صفوفهم من أجل إحداث التغيير المنشود!"

"[نحن] نتبنى طاقة جديدة ولغة جديدة تجلب

المزيد من المناصرين، ومن جميع مناحي الحياة."



التي يتجنب فيها الرجال التماس الرعاية الصحية لأسباب مثل الخوف من الظهور في مظهر الضعف، أو لأنهم يعتقدون أن العيادات هي أساساً للنساء والأطفال.

النهوض بالمساواة

بالنسبة لعدد كبير جداً من النساء، تُخفق الاقتصادات في تحقيق المساواة بطرق تُعرض حقوقهن وخياراتهن الجنسية والإنجابية للخطر. فهنّ على سبيل المثال، يشغلن حصة كبيرة بشكل غير متناسب من الوظائف الضعيفة الأجر وغير الآمنة ولا تتاح لهنّ إمكانية الحصول على الحماية الاجتماعية. وينبغي أن تكون النماذج الجديدة للنمو

الرجال والفتيان على نحو أفضل، سواء للاستعانة بهم في النهوض بالمساواة بين الجنسين أو للاستجابة لحقوقهم واحتياجاتهم الخاصة.

هناك عددٌ متزايدٌ من التدخلات التي تدعم الرجال بوصفهم عناصر نشطة في العمليات الإيجابية. ويشمل ذلك تقديم المشورة للأزواج لتعزيز التواصل وحل الخلافات، والتنقيف الجنسي الشامل الذي يشدد على تمكين المرأة ويشرح أدوار الرجل والتزاماته. وقد عملت مبادرات أخرى مع مجموعات من الرجال لإعادة تعريف الأعراف الذكورية الضارة، وكسر الأنماط التي تسهم في العنف المبني على أساس النوع الاجتماعي. وتعمل الإجازة الوالدية للرجال على تقريبهم من مهمة رعاية الأطفال منذ البداية، لذا ينبغي أن تكون هذه الإجازة متاحة على نطاقٍ أوسع. وتشمل الفوائد العديدة لمشاركة الذكور قبل الولادة وبعدها انخفاض احتمالات الاكتئاب السابق للولادة واللاحق لها، وتحسين استخدام رعاية ما بعد الولادة (ستارز وآخرون، ٢٠١٨).

وتحتاج برامج الصحة الجنسية والإنجابية في كثيرٍ من الحالات إلى الوصول صراحةً إلى الرجال بوصفهم مستخدمين للخدمة، بما في ذلك في مجال تنظيم الأسرة والوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً. وينبغي زيادة الاستثمار في وسائل منع الحمل الخاصة بالذكور فضلاً عن الخدمات التي تستجيب لقضايا مثل العجز الجنسي الذكري وسرطانات الأعضاء التناسلية. وقد يلزم وضع أشكال محددة من التوعية والمشورة في السياقات

ضرراً إلى ممارسات ضارة مثل زواج الأطفال والزواج القسري، وتشويه الأعضاء التناسلية للإناث، وإيثار البنين مع اللجوء إلى الإجهاض الانتقائي وقتل المواليد الإناث. يجب القضاء على هذه الأمور قضاءً كلياً يبدأ بسنّ قوانين صريحة مدعومة بإجراءات عملية لتنفيذها على أرض الواقع. وقد أحرز بعض التقدم في العمل داخل المجتمعات المحلية لشرح الضرر الذي تؤدي إليه هذه الممارسات وبناء توافق في الآراء حول التخلي عنها، بما في ذلك من خلال برنامج مشترك بين صندوق الأمم المتحدة للسكان ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة في عدد من البلدان ذات المعدلات المرتفعة في تشويه الأعضاء التناسلية للإناث (صندوق الأمم المتحدة للسكان واليونيسف، ٢٠١٨).

يمكن أن يؤدي الدفاع الفاعل عن حقوق الفتيات وإمكانتهنّ إلى إحداث تحولٍ في النزعات الحالية التي تميل إلى التعامل معهنّ في المقام الأول كعبء أو كمورد للعمل المنزلي. وحيثما كان بإمكان الفتيات البقاء في المدرسة، بما في ذلك من خلال تدابير مثل مخططات التحويلات النقدية المستهدفة، والانتقال في نهاية المطاف إلى العمل اللائق؛ فإنهنّ سيتمتعن بحقوقهن، وسيبدأ الآباء والمجتمعات برؤية قدرتهنّ وإمكانتهن.

إشراك الرجال

ركّزت معظم برامج الصحة الإنجابية بشدةً على النساء والفتيات، وذلك لسبب مُبرر، وهو أنّ الإنجاب يحدث في أجسادهنّ، وأنهنّ لا يزلن متخلفات كثيراً عن الرجال والفتيان في ممارسة الحقوق والخيارات. ومع ذلك، يجب إشراك

0123456789 + - % =



© Peo Bonet/NOOR

٢٠١٨). وهناك حاجة إلى أدلة أفضل بكثير في قياس استخدام الوقت كأساس لتحديد الاستثمارات في الخدمات والهيكل الأساسية التي تسهم في تحقيق المساواة بين الجنسين والوصول إلى الفئات التي تخلفت أكثر من غيرها عن اللحاق بالركب. ويمكن لعمليات تقدير التكاليف أن تحدد مدى تأثير الخدمات والهيكل الأساسية على الخزانة العامة للدولة، وأن تحقق عوائد من قبيل العمالة المنتجة والإيرادات الضريبية المرتفعة (هيئة الأمم المتحدة للمرأة، ٢٠١٨). وهو عنصر آخر يستلزم تشجيع الرجال على القيام بنصيبهم العادل. وبالإضافة إلى حتمية أعمال حقوق المرأة، بدأ عدد متزايد من البلدان يدرك

الرسمية، لكنهنّ يُقمن بما يتراوح بين مرتين وعشر مرات أكثر من الرعاية المنزلية والعمل المنزلي مقارنة بالرجال (ستارز وآخرون، ٢٠١٨). وبالنسبة للكثير من النساء، لا يزال إنجاب طفل يتطلب ترك العمل والبقاء خارجه لفترةٍ أطول مما يرغبن، أو ببساطة يكافحن لمسايرة هذا الوضع. وتدفع بعض النساء تكاليف باهظة من حيث الدخل والصحة. ويمكن للإسكان الميسور التكلفة، والطاقة النظيفة، والنقل العام الآمن، والمياه النظيفة، والصرف الصحي، وخدمات الصحة، وخدمات التعليم ورعاية الأطفال أن تحدّ من عمل المرأة غير المدفوع الأجر (ستارز وآخرون،

الشامل منصفة للجنسين وأن تشدد على "تحقيق المساواة"، بما في ذلك من خلال إزالة الفجوات بين الجنسين في البطالة وزيادة العمل اللائق لكل من النساء والرجال، ولكن مع ارتفاع معدل التوسع بالنسبة للنساء (إيلسون وفونتاننا، ٢٠١٩). في كل مكان في العالم، حتى في البلدان التي تحركت بشكلٍ كبير نحو تحقيق المساواة بين الجنسين، تتحمل النساء عبئاً أكبر من أعمال الرعاية غير مدفوعة الأجر التي تقلل بصورةٍ غير عادلة من الوقت المتاح لهنّ للانخراط في العمل مدفوع الأجر وفي الترفيه. وعلى الصعيد العالمي، تُشكّل النساء نسبة ٤٠ في المائة من القوى العاملة



© Holly Pickett/Redux Pictures

الكثير من خلال هذه الفرص، مثلاً من خلال البرامج التي قد تكون الفرصة الأولى من نوعها التي تُتاح أمام الناس للتعرف على الصحة الجنسية والإنجابية، أو تحدي الأعراف الجنسانية أو التماس ملاذ من العنف المبني على أساس النوع الاجتماعي. وفي خضم الاضطرابات، قد تستكشف النساء والفتيات أدواراً جديدة، مثلاً من خلال التدريب على العمل. ويمكن القيام بالمزيد لتعزيز الاستثمار في الخدمات النفسية والاجتماعية والصحة العقلية، ذلك لأنَّ الفجوات يمكن أن تؤدي بسرعة إلى مخاطر جنسية وسلوكيات خطيرة أخرى، واعتلال الصحة، والعنف المبني على أساس النوع الاجتماعي، من بين عواقب أخرى.

الجاهزية

لا يمكننا تفادي حدوث الأزمات على جميع الأصعدة. فمفهوم الجاهزية يعني إعداد خطط لإدارة الكوارث والتخفيف من المخاطر. وحيثما تكون اللوازم مهيأة

للمرأة الحامل الفأرةً بجنينها من مناطق الكوارث، تكون الرعاية الطبية الماهرة ضرورية لحياتها وحياء طفلها تماماً كالطعام والمأوى.

يجب أن تصبح الحقوق والخيارات الإنجابية جزءاً لا يتجزأ من جميع الاستجابات الدولية للأزمات. وينبغي لجميع الجهات الفاعلة في المجال الإنساني، العامة أو الخاصة، من الحكومات أو المنظمات غير الحكومية، أن تطبق المعايير الدنيا للخدمات من أجل وقف العنف الجنسي والتصدي له، والحد من انتقال فيروس نقص المناعة البشرية، ومنع وفاة الأمهات والمواليد والحيلولة دون إصابتهم بالأمراض. وينبغي توفير المعايير الدنيا للخدمات بمجرد أن تسمح الظروف بذلك.

اغتنام الفرص

يمكن للأزمات، وإن لم تكن مطلوبة أبداً، أن تفتح فرصاً أمام تحسين الحقوق والخيارات. ويمكن تحقيق

أنَّ "تحقيق المساواة" يمكن أن يوفر زخماً إضافياً للتحوُّل الديموغرافي، الأمر الذي يحقق عائداً ديمغرافياً للمرأة. ويمكن للنساء المتمتع بصحة جيدة والمتقنات، اللاتي يدركن حقوقهنَّ وخياراتهنَّ الإنجابية، أن يسهمن إسهاماً كبيراً في اقتصاد منتج ومزدهر.

الاستمرارية في أوقات الأزمات

من النزاعات المستعصية إلى الكوارث المتصلة بالمناخ، أصبح عالم اليوم معرضاً للأزمات التي تقيد الحقوق والاختيارات بانتظام. ودعا المؤتمر الدولي للسكان والتنمية إلى حماية الأشخاص المجبرين على التنقل أو الذين يعيشون في أوضاع هشَّة، بما في ذلك من خلال خدمات الصحة الجنسية والإنجابية.

يجب ألا تتسبب الأزمة في تجميد الحقوق والخيارات. ومع ذلك، فقد ظلَّ الدعم المالي متخلفاً باستمرار عن تلبية الاحتياجات الملحة. وبالنسبة

شيشكالا باندي

كان من المفترض أن تتزوج شيشكالا باندي عندما كانت في الصف الثامن. ولكن بدلاً من ذلك، فإن الفتاة البالغة الآن من العمر ١٩ عاماً تداوم اليوم في الجامعة، وتُشرف على توجيه فتيات أخريات، وحصلت مؤخراً على وسام وطني رفيع، وهو جائزة البطل أونسونغ.

لم يكن من السهل التنبؤ بهذه التطورات حينما ولدت باندي. ففي مجتمعها الفقير في جنوب نيبال، كانت الفتيات تقليدياً يتزوجن في سن أصغر، على الرغم من أنّ الحد الأدنى للسنة القانونية للزواج هو ١٨ سنة. ومع عدم وجود فرصة لإكمال تعليمهن، يمثل الزواج بالنسبة للكثيرات نقطة الدخول إلى حياة مستمرة من الفقر وعدم التمكين.

رفضت باندي أن يكون هذا هو مصيرها. وعندما ظهر موضوع الزواج لأول مرة في عائلتها، انفجرت أولاً في البكاء، ثم وضعت خطة عمل، واقتضت مالا من أخيها وأنشأت شركة صغيرة لتصنيع المشغولات اليدوية لبيعها في السوق المحلية. وكسبت ما يكفي من المال لسداد الرسوم الدراسية للمدرسة، وهي التكلفة التي غالباً ما تُسبب ضغوطاً مالياً على ميزانية الأسرة بما يكفي لقيام الآباء بسحب بناتهن من المدارس وتزويجهن.

بالنسبة لباندي، كان التغيير في حياتها مجرد نقطة بداية. واليوم، في أوقات الفراغ من دراستها الجامعية، تقوم بالتدريس في مدرسة محلية لإعالة نفسها، وترأس أيضاً جمعية "حلقة الفتيات" التي تضم ٣٠ عضواً بدعم من حكومتها المحلية وصندوق الأمم المتحدة للسكان. وتسعى الجمعية إلى إنهاء الممارسات الضارة مثل زواج الأطفال والاعتداء الجنسي، وتدعو الفتيات إلى البقاء في المدرسة. وعندما يعرف أعضاء الجمعية بحالة زواج أطفال وشيكة، يتدخلون لوقفها، حتى إنهم في إحدى الحالات قاموا بمقاطعة حفل الزفاف.

**"نحن نسعى إلى تغيير المجتمع،
لذا، ينبغي ألاّ تزعجنا العقبات التي
تعرض طريقنا".**

وتقول باندي: "أشجّع الفتيات على التحلي بالجرأة للوقوف في وجه كل أنواع العنف ضدهن"، مضيفة بموضوعية كبيرة: "نحن نسعى إلى تغيير المجتمع، لذا، ينبغي ألاّ تزعجنا العقبات التي تعرض طريقنا".

إنّ شجاعة باندي في أن تكون نموذجاً يُحتذى تجعل المزيد من الفتيات في مجتمعها حريصات الآن على البقاء في المدرسة. وأصبحت الأمهات يأتينها للسؤال عن كيف يمكن أن تصبح بناتهن مثلها. وتُبشّر تجربة باندي بأعراف جديدة يحرص الجميع فيها على الاعتزاز بالفتاة وتشجيعها، وليس التخلص منها عن طريق زواج الأطفال.



الخيارات بشأن البقاء أو الفرار، ودعم التحول التدريجي عن المساعدات الإنسانية الخارجية.

تسريع الإجراءات لاستكمال خطة عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية

لإنهاء الأعمال غير المنجزة للمؤتمر الدولي للسكان والتنمية والتحرك بشكل واقعي نحو تحقيق خطة عام ٢٠٣٠ وأهداف التنمية المستدامة بالإضافة إلى اللاءات الثلاث - لا لترك حاجة من حاجات وسائل منع الحمل غير مُلبّاة، ولا لوفياتٍ نفاسية يمكن اتقاؤها، ولا للعنف أو الممارسات الضارة ضد النساء والفتيات - يمكن لمعظم البلدان البناء على أساس الإنجازات التي تحققت مؤخراً. ولدى العديد من البلدان الآن

بناء القدرة على الصمود تظهر أفضل صور الصمود في وجه الكوارث عندما يكون لدى الأفراد القدرة على الصمود ويمتلكون وسائل حماية للدفاع عن أنفسهم. ويمكن لنظم الرعاية الصحية القوية المزوّدة بمجموعةٍ كاملةٍ من خدمات الصحة الجنسية والإنجابية أن تحد من قابلية التعرّض للخطر وتُحسّن الخيارات التي يكون الناس جاهزين للجوء إليها. ويمكن لبرامج الحماية الاجتماعية المتاحة للجميع أن تحافظ على الصحة والتعليم والدخل، وهي ثلاث ركائز للقدرة على الصمود يمتلكها أولئك الذين يعيشون على الهامش. ويمكنهم تحديد ما إذا كان الأشخاص سينجون من الأزمة عند وقوعها ومدى نجاحهم في ذلك، وتوجيه

مسبقاً للاستجابة للكوارث، ينبغي لها أن تشمل بشكلٍ افتراضي وسائل منع الحمل وأطقم الولادة الآمنة وغيرها من المواد الضرورية للصحة الإنجابية. ولكي تعمل نماذج الخدمات المتكاملة يلزمها وجود موظفين وتدابير أخرى ضرورية للحفاظ على الاستمرارية. وينبغي دعم جميع هذه الجهود بالتمويل الموسّع لمخاطر الكوارث، والذي كثيراً ما يكون غير كافٍ. ومن بين الممارسات الواعدة عقدُ مجالس وطنية للمخاطر تقوم بوضع توجيهات مبنية على الخبرة المجمّعة لمشرفي التأمين، ووكالات إدارة الكوارث، والوزارات ذات الصلة، بما في ذلك العاملين في مجال الصحة والمساواة بين الجنسين.

© Jonas Bendiksen/Magnum Photos



مؤسسات وسياسات أساسية ذات صلة بالسكان والصحة الإنجابية، ولكنها تحتاج إلى الوصول إلى ما هو أبعد من ذلك، وتحسين جودة الخدمة، والاستجابة للتحوّلات المستجدة في الخصائص الديموغرافية والإنمائية. وسيتعين عليها التخطيط بصورة استراتيجية، استناداً إلى الأدلة الصحيحة، التي لا تزال تفتقر إليها في كثير من الأحيان، وضخ الاستثمارات المناسبة التي لا تزال غير كافية، رغم زيادتها.

توفير المؤسسات المناسبة

لن يتحقق إعمال الحقوق والخيارات من خلال العمل بصورة فردية وتناول كل مسألة على حدة. فالنظم الصحية ككل تحتاج إلى التطوير من أجل تزويد السكان بمجموعة كاملة من الخدمات الأساسية التي يحتاجونها على امتداد حياتهم. وقد قُدرت دراسة حديثة نشرتها دورية "لانسييت" التكاليف التي تتحملها معظم البلدان لتحقيق الأهداف الصحية لأهداف التنمية المستدامة، ورأت أنّ نحو ثلاثة أرباع الاستثمارات الإضافية يجب أن تذهب نحو تعزيز النظم الصحية، مثل توسيع نطاق القوى العاملة في المجال الصحي والمرافق الصحية (ستينبيرغ وآخرون، ٢٠١٧). وفي العديد من البلدان النامية، على الرغم من التحركات نحو تحقيق اللامركزية في الصحة والنظم العامة الأخرى، لا تزال هناك جهود كبيرة ينبغي بذلها لتحسين القدرات دون الوطنية، وضمان التمويل الكافي والاستجابة بمرونة للاحتياجات التي تتفاوت بين المواقع.

وإقراراً بالطبيعة المتكاملة لأهداف التنمية المستدامة، فإنّ الرؤية الوطنية للتغطية الصحية الشاملة ستقيم روابط

قوية مع المحدّثات المختلفة للصحة والصحة الجنسية والإنجابية بشكل خاص. وتشمل هذه المحدّثات البيئة النظيفة التي تدعم الصحة أثناء الحمل ويمكن أن تقلل من مخاطر الإصابة بسرطان الأعضاء التناسلية. ويساعد العمل اللائق النساء على التخطيط لأسرهنّ من خلال توفير مستويات أعلى من الدخل والاستقلال الذاتي. ويزوّد التعليم الشباب بخياراتٍ مستنيرة وصحية. وكما هو الحال بالفعل في بعض البلدان، يمكن للآليات الوطنية التي تجمع بين الأشخاص العاملين في ميادين مختلفة أن تُنمّي فهماً أكثر عمقاً للكيفية التي تتفاعل بها القضايا المختلفة وتبني على بعضها البعض.

ومنذ انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، برز قدرٌ أكبر من المساواة عن الحقوق والخيارات من خلال المشاركة الواسعة للمجتمع المدني والمنظمات غير الحكومية في السياسات والتخطيط. ولقد قدّم صندوق الأمم المتحدة للسكان الدعم والمساعدة للعديد منها. ولا تزال المشاركة تتطور، على سبيل المثال من خلال الائتلاف المعني بإمدادات الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة ٢٠٢٠. ومن بين التحديات الأخرى، يمكن لهذه الجماعات أن تسلط الضوء على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية التي لا تشملها غايات ومؤشرات أهداف التنمية المستدامة، نظراً لاحتمال أن تكون هذه الخدمات في مرتبةٍ متدنيةٍ على جدول السياسات الحكومية وخيارات الاستثمار.

وفي بعض الحالات، قد يكون توسيع الربط الشبكي وبناء القدرات من الأولويات لإشراك قطاع عريض

من المجتمع المدني والمنظمات غير الحكومية، وليس فقط الفئات ذات الحضور الوطني أو الدولي، ولكن أيضاً فئات أخرى كثيرة بدءاً من المجتمعات المحلية الأصغر وحتى المجموعات المهمشة. ويمكن أن تتقدم في كثير من الحالات مشاركة الشباب، والمسنين، والمثليات والمثليين ومزدوجي الميل الجنسي ومغايري الهوية الجنسانية وحاملي صفات الجنسين، والأشخاص ذوي الإعاقة، ومجتمعات السكان الأصليين والأقليات الأخرى. وينبغي أن يكون هناك اهتمام بمستويات متعددة من التنوع، مثل الشابات المنتميات للطبقات الفقيرة.

وقد تأتي أشكال أخرى من المساواة من خلال الإدماج المدروس للصحة والحقوق الجنسية والإنجابية في مسؤوليات الرقابة التي تتحملها المؤسسات الوطنية لحقوق الإنسان ومن خلال المراجعات البرلمانية. ويمكن زيادة تطوير قدرات النظم القضائية للحد من الممارسات القانونية التمييزية، التي لا تزال قائمة حتى عندما تتماشى القوانين مع معايير حقوق الإنسان.

إيجاد التمويل

ثبت أن تتبّع تمويل التزامات المؤتمر الدولي للسكان والتنمية يمثل تحدياً، وإن كانت هناك دلائل قوية على أنّ التمويل لا يزال غير كافٍ. نصّ المؤتمر الدولي للسكان والتنمية على أنه سيتم الوفاء بثلاثي المبلغ المطلوب من قِبَل البلدان النامية نفسها، على أن يأتي الثلث المتبقي من المجتمع الدولي.

وفيما يتعلّق بأولويات التمويل، تقدم الخدمات الصحية الممولة من القطاع العام الرعاية الصحية للأمهات والمواليد

داني ستولبونوف

كان داني ستولبونوف، البالغ من العمر الآن ٢٠ عاماً، معجباً بطبيبه في أوكرانيا ويثق به لدرجة جعلته يرغب في الالتحاق بكلية الطب. وكان يأمل أن يتحقق حلمه يوماً ما. لكن بدلاً من ذلك، قوبل طلبه بالرفض وتحطمت أحلامه. قال طبيبه: "لا يمكنك أن تكون طبيباً، فأنت مصابٌ بفيروس نقص المناعة البشرية".

ولد ستولبونوف مصاباً بفيروس نقص المناعة المكتسبة وعلم بذلك في سن الثامنة عندما توفي والده بسبب الإيدز. وكلما كبر رأى بنفسه وصمة العار التي لا تزال مرتبطة بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز حتى بين العاملين في أنظمة الرعاية الصحية الذين يفترض أن يكونوا في الخطوط الأمامية لتوفير العلاج لمثل هذه الحالات. وبصفته شاباً بالغاً، صمم ستولبونوف على الدعوة إلى توفير رعاية صحية أقل تمييزاً.

وقال ستولبونوف أمام الحاضرين في المؤتمر الدولي المعني بالإيدز لعام ٢٠١٨، وهو أكبر تجمع عالمي في مجال الرعاية الصحية: "نحن أول جيل يولد بفيروس نقص المناعة البشرية ويكبر ويمتلك القدرة على التحدث علانية عن ذلك".

وبصفته قائداً للمنظمة الأوكرانية تينيرغايزر!، شارك ستولبونوف في إنتاج مسرحي وثائقي خلال المؤتمر تحت عنوان "لا تُخبر أحداً". ويوضح هذا المحتوى الوثائقي ما يعنيه العيش عند الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية في أوروبا الشرقية ويدعو إلى الاستماع إلى أصوات الشباب المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية.

وتهدف منظمة تينيرغايزر!، التي أسسها مراهقون لخدمة المراهقين، إلى مناصرة حق كل مراهق في تحقيق إمكاناته والتمتع بحقوقه بشكل كامل، وإنهاء جميع أشكال التمييز، بما في ذلك تلك التي تستهدف الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية. ولا تزال النظرة إلى الشباب لا ترى فيهم أولوية للحصول على المعلومات الأساسية حتى عن فيروس نقص المناعة البشرية، على الرغم من أن فيروس نقص المناعة البشرية هو السبب الرئيسي للوفاة بين الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين ١٠-١٩.

ويشارك ستولبونوف أيضاً في رئاسة "ذا باكت"، وهو ائتلاف يضم أكثر من ٨٠ منظمة وشبكة يديرها شباب ملتزمون بالنهوض بالصحة والحقوق الجنسية والإنجابية، والقضاء على الإيدز بحلول عام ٢٠٣٠. قال: "لن يتحقق شيء ما لم نسع نحن بأنفسنا إلى تحقيقه. ونحن على أتم الاستعداد للقتال من أجل حقوقنا".

**"لن يتحقق شيء ما لم نسع نحن
بأنفسنا إلى تحقيقه. ونحن على أتم
الاستعداد للقتال من أجل حقوقنا."**



وفي الوقت الراهن، يقع نحو ١٠٠ مليون شخص في براثن الفقر سنوياً بسبب التكاليف الصحية (ستارز وآخرون، ٢٠١٨). ويمكن أن تكون خطط التمويل أو التأمين المشتركة خطوات على طريق تخفيض الإنفاق من الأموال الخاصة. وقد أدت برامج القسائم والتمويل القائم على الأداء وبرامج التأمين الاجتماعي والتحويلات النقدية المشروطة للأسر إلى تحسين الصحة الجنسية والإنجابية في مجموعة واسعة من السياقات (ستارز وآخرون، ٢٠١٨). وفي بعض البلدان، قد يكون هناك أساس منطقي لخصخصة الخدمات الصحية، ولكن لا ينبغي القيام بذلك بطرق تفرض تكاليف قد لا يتمكن الفقراء والشباب من تحملها، مما يؤدي إلى خسائر في حقوقهم. وإلى جانب التمويل المحلي، فإن

التي تخلفت أكثر من غيرها عن الركب، ووفقاً لالتزاماتها تجاه حقوق الإنسان. وقد اتخذت البلدان النامية التي نجحت في تمويل الخدمات الموسعة تدابير من بينها استخدام الإيرادات الضريبية لدعم السكان المستهدفين، وزيادة القيد في التأمين الصحي الحكومي، وخفض إنفاق الأسر المعيشية للأموال الخاصة مع تعزيز حصة الحكومة من إجمالي النفقات الصحية (ستارز وآخرون، ٢٠١٨).

يمكن أن يؤدي النهج القائم على الحقوق في وضع الميزانيات إلى تحديد أولويات جديدة، مثل زيادة مخصصات الإتاحة الشاملة لجميع وسائل منع الحمل في أكثر المجتمعات المحلية فقراً، وتعديل السياسة الضريبية بطريقة تدريجية بحيث توفر عائداتٍ من شأنها توسيع الخدمات.

© Sven Torfinn/Panos Pictures



والأطفال وكذلك تنظيم الأسرة، وإن كان ذلك بدرجة أقل. وقد تلقت خدمات فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز تمويلًا كبيراً من المانحين في المناطق الموبوءة، في حين ذهب عدد أقل بكثير من الأموال المحلية أو الدولية نحو الإجهاض، والأمراض المنقولة جنسياً، والعنف الجنسي، والوظيفة الجنسية، والعقم، وسرطانات الأعضاء التناسلية (ستارز وآخرون، ٢٠١٨). وسيكون التوزيع المتوازن عنصراً هاماً في طرح مجموعة شاملة من خدمات الصحة الجنسية والإنجابية الأساسية.

وقدّرت إحدى الدراسات أنه لتلبية جميع الأهداف الصحية لأهداف التنمية المستدامة بالنسبة لمعظم البلدان، فهناك حاجة إلى ٣٧١ مليار دولار أمريكي سنوياً بحلول عام ٢٠٣٠، بدلاً من ١٣٤ مليار دولار أمريكي سنوياً (ستينبيرغ وآخرون، ٢٠١٧). ومن بين النتائج الأخرى، سيؤدي ذلك إلى خفض معدل وفيات الأمهات إلى النصف تقريباً، وتلافي ٤٠٠ مليون ولادة غير مخطط لها، ومنع ١٠,٨ مليون حالة وفاة بسبب فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز.

وخلصت الدراسة إلى أنّ البلدان المتوسطة الدخل مجهزة تجهيزاً جيداً للتمويل الذاتي من أجل تحقيق الاستثمار المطلوب، بل ثبت أنها أكثر طموحاً من غيرها من البلدان. أما البلدان المنخفضة الدخل فستواجه فجوة تمويلية وستظل بحاجة إلى الدعم المالي الخارجي، ولكن حتى أفقر البلدان يمكن أن تستهدف مستوى ما من التغطية الصحية الشاملة. وستحتاج جميع البلدان إلى إعطاء الأولوية للاستثمارات وفقاً لمبدأ الإنصاف والوصول إلى الفئات



ويتطلب تحقيق الاءات الثلاث

لا لترك حاجة من حاجات وسائل منع الحمل
غير مُلبّاة،

ولا لوفيات نفاسية يمكن اتقاؤها،

ولا للعنف أو الممارسات الضارة ضد النساء
والفتيات - يتطلب طموحاً والتزاماً.

الكامل للحقوق والخيارات الإنجابية إلى الأدلة الصحيحة. وقد تحسّن جمع البيانات منذ انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. ومع ذلك، لا تزال هناك ثغرات في التغطية والقدرة على جمع البيانات وتحليلها. وكثيراً ما تظل الدراسات الاستقصائية حلاً مؤقتاً لنقص

مع حقوق الإنسان، إذ تفرض قيوداً مرهقة على الإنفاق على الخدمات الأساسية.

تقييم الموقف

ينبغي أن تستند السياسات والبرامج والاستثمارات التي ترمي إلى الأعمال

مجموعة متنوعة من العوامل الخارجية تقيد الأموال المخصصة للرعاية الصحية وينبغي معالجتها، بدءاً بالوفاء بالتزامات العالمية بالمساعدة الإنمائية الرسمية والمعونة الإنسانية. وتشمل التحديات الحاسمة الأخرى خدمة الديون التي تتناقض

الإلكترونية المحمولة باليد. وتتيح أدوات النمذجة المتوفرة في البرمجيات مفتوحة المصدر خيارات جديدة لتطبيق البيانات في تقييم التفاعلات عبر مختلف أبعاد السكان، والصحة والحقوق الجنسية والإنجابية، والتنمية المستدامة.

تحقيق اللاءات الثلاث

على مدار السنوات الخمسين الماضية، نجح التغيير في شق طريقه نحو حياة الشعوب وعبر الأجيال. وأصبح لدى العديد من النساء اليوم حياة أفضل من أمهاتهن، ويمكنهن أن يأملن فيما هو أفضل لصالح بناتهن. ويتوقف هذا الأمل إلى حد كبير على أعمال الحقوق والخيارات الجنسية والإنجابية للجميع. ويتطلب تحقيق اللاءات الثلاث - لا لترك حاجة من حاجات وسائل منع الحمل غير مُلبّاة، ولا لوفيات نفاسية يمكن اتقاؤها، ولا للعنف أو الممارسات الضارّة ضد النساء والفتيات - يتطلب طموحاً والتزاماً. وهناك عقبات كثيرة تنتظرنا على مسار ليس سهلاً وما يزال موضع جدل. ولكن الناس ذهبوا بعيداً في المطالبة بحقوقهم وخياراتهم، وسيواصلون فعل ذلك؛ فالتاريخ إلى جانبهم.

المنطقة أو بين المناطق الحضرية وشبه الحضرية والمناطق الريفية. وكثيراً ما تُركّز البيانات المتعلقة بالصحة الإنجابية على النساء المتزوجات في سن الإنجاب، دون إيلاء اعتبار كافٍ لغير المتزوجات، والأصغر سناً وكبار السن، أو المثليات والمثليين ومزدوجي الميل الجنسي ومغايري الهوية الجنسانية وحاملي صفات الجنسين. ولا توجد بيانات موثوقة عن وفيات الأمهات إلا لدى ثلث جميع البلدان والأقاليم (هيئة الأمم المتحدة للمرأة، ٢٠١٨). وتشمل الثغرات الرئيسية الأخرى قياس الموارد المالية المخصصة للصحة والحقوق الجنسية والإنجابية، ونطاق أعمال الرعاية غير مدفوعة الأجر، ومراقبة الأمراض المنقولة جنسياً، ومدى انتشار العنف المبني على أساس النوع الاجتماعي. ولا يتم تتبّع التداخلات بين أشكال التمييز المتعددة بشكل جيد، وكذلك التغيرات في الهيكل العمري للسكان، على الرغم من التأثير العميق لهذه العوامل على التنمية.

يتيح التركيز القوي على الرصد في خطة عام ٢٠٣٠ فرصاً لسد هذه الثغرات، لا سيما وأنّ رصد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية يسهم مباشرة في تحقيق المقاصد الأساسية لأهداف التنمية المستدامة. ويمكن توجيه الجولات القادمة من التعدادات التي تبدأ في عام ٢٠٢٠ نحو تحديث البيانات وتصنيفها في سياق خطة عام ٢٠٣٠، وتطبيق التكنولوجيات الجديدة وتطوير الابتكارات. وبصورة متزايدة، توفر التكنولوجيا خيارات لتحسين جمع البيانات، مثل استخدام المعلومات الجغرافية المكانية أو الأجهزة



© Filippo Monteforte/Getty Images

المصادر الإدارية الفعّالة مثل نظم التسجيل المدني. وتكافح بلدان كثيرة بسبب عدم وجود بيانات مصنّفة، مما يجعل من المستحيل فهم ما يحدث في المجتمعات المهمشة والاستجابة له بدقة، على سبيل المثال، أو تقييم الاختلافات حسب



أكثر من أمّ لي، وأقل من ابنة لي

إنهنّ في الخامسة والثلاثين من العمر. لقد أنجبن كلّ ما أردن من أطفال. أو ما زلن في طور الإنجاب. أو أنهنّ يخططن لذلك. وبعكس العديد من أمهاتهن، فهنّ عموماً لم يلزمن المنزل للعمل فيه. إنهن قادة في مجتمعاتهن، ومُعيلات لأسرهنّ، فضلاً عن أدوار أخرى عديدة.



© UNFPA/M. Bradley

"اكتسبت الكثير من الخبرات والمعارف، لكن الشهادة هي التي تثبت قدراتي." فاني

إيقاف فاني عن الدراسة بعمر العاشرة والذهاب للعمل في منزل أحد أبناء العمومة في المدينة. وتعلقت آمالها بإيجاد فرصٍ تتيح لها متابعة تعليمها. لكن سرعان ما تلاشت هذه الأحلام في خضمّ الأعمال المنزلية المُرهِقة والطويلة ومع معاناتها من سوء معاملة مستمر في هذه العائلة الثانية.

ومع بلوغها سنّ العشرين، أُغرمت فاني بأحدهم وأصبحت حاملاً. لم يكن

هايتي: فرصٌ ضائعةٌ للتعليم
وُلدت فاني في أعالي الجبال على تخوم عاصمة هايتي "بور-أوبرانس" لعائلةٍ تضم ١٣ طفلاً يكاد منزلهم المكوّن من ثلاث غرف لا يتسع لهم. كان والداها يملكان حديقةً خصبةً يُطعمان العائلة منها، كما اشتهرت والدتها بعملها كجزّارة.

لكن الضغوط الناجمة عن عدد أفراد العائلة الكبير كانت الدافع لاتخاذ قرار

بنى معظمهنّ أحلاماً لم تكن لتخطر على بال أمهاتهنّ قط. قدّمن خدماتٍ وحظين بفرصٍ لجني دخلٍ يتيح لهنّ المطالبة ببعضٍ من حقوقهن وخياراتهن الإنجابية. وقد بات بعض تلك الحقوق والخيارات متاحاً بفضل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الذي عُقد في القاهرة حين كانت أعمارهنّ لا تزيد عن ١٠ أعوام.

لكن، وخصوصاً بالنسبة للنساء اللواتي يعشن وسط الحدود الاقتصادية الدنيا، لم يتحقق سوى جزءٍ من حقوقهن وخياراتهن في أحسن الأحوال. فالقيود كثيرة، تتراوح بين محدودية التعليم وعدم توفر عمل لائق وارتفاع تكاليف الرعاية الصحية. وحتى اللواتي حصلن على وظائف أفضل، فقد يتعرّضن لعقوبات مالية جسيمة تتعلق بإنجاب الأطفال ورعايتهم.

فهل أوفى العالم بوعوده لجيلٍ ما بعد القاهرة؟ ليس تماماً. ليس بعد.

وهن بعمر الخامسة والثلاثين، هؤلاء النسوة مفعماتٌ بالأمل والشجاعة. ولديهن إيمانٌ بأن المستقبل سيكون أكثر إشراقاً أمام أطفالهن. لكن في الوقت الراهن، تروي تجاربهن قصةً ما حققته، وتكشف ما لم يتحقق بعد.



© UNFPA/R. Anis

"لم ألاحظ التغييرات التي يتحدث الناس عنها." أم أحمد

مصر: معاناة في سبيل الدّخل والصحة

ولدت أم أحمد في أحد أحياء القاهرة الفقيرة، المدينة التي شهدت أيضاً ولادة برنامج العمل الصادر عن المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، وتقول ببساطة: "لم ألاحظ التغييرات التي يتحدث الناس عنها". بعد إتمام المرحلة الابتدائية، أنهى الفقر مسيرتها الدراسية. وإلى حين زواجها في سن السابعة والعشرين، كدحت في أداء أعمالٍ صغيرة، مثل الخياطة والخدمة المنزلية، وكسبت ما يكفي من المال لشراء التجهيزات المنزلية التي يُفترض بالعروس إحضارها عند الزواج.

رجلاً، وأنجب طفلاً، ثم اكتشف أن الأمور لا تسير على ما يرام لتقع جميع المسؤوليات على كاهلي وحدي"، تقول فاني. "لا يمكن أن أكون بوضع يتيح لي رعاية طفل إلا إذا توفّر لي دخلان اثنان".

وهي تعتمد في الوقت الراهن على الواقيات الذكورية لتجنّب الحمل، لكنها أصبحت مُكلفة والعيادات الحكومية لا تقدّمها مجاناً دوماً كما كان الحال في السابق.

كما أنها تتحمّل ضغوطاً أخرى من أخواتها اللواتي أنجبن الكثير من الأطفال وينتظرن منها مساعدتهن. وقد أعطت إحدى أخواتها اثنتين من أطفالها لمنظمة دولية كانت قد وعدت بتعليمهما وإعادتهما إلى العائلة ما أن يبلغا سن الثامنة عشر، لكنهما لم يعودا قط. ولا أحد يعلم مكانهما.

ذلك الأمر بالحسبان، لكنّه حدث لأن أحداً لم يخبرها سوى أن الاقتراب "كثيراً" من رجلٍ قد يكون محفوفاً بالمخاطر. مع اكتمال الشهر السادس للحمل، هجرها حبيبها من أجل امرأة أخرى، وأنجبت فاني ابنها دون مُعين. اليوم، يبلغ ابنها ١٥ عاماً، وهو يرتاد المدرسة، لكن فاني تعاني الأمرين دوماً لتغطية تكاليف المعيشة. فهي تعمل في تنظيف البيوت بالأجرة، وتتمنى لو أنها أخذت دراستها على محمل الجدّ لتتمكن من تحقيق حلمها في أن تصبح طاهية، وربما تؤسس مطعماً صغيراً أيضاً.

تقول فاني: "اكتسبت الكثير من الخبرات والمعارف، لكن الشهادة هي التي تثبت قدراتي"، وأضافت: "كان عليّ احتمال الكثير، كالعيش في بيوت الآخرين، والقيام بكل الأعمال وحدي مع الإذلال الدائم. أمل أن يتعلّم ولدي ويصبح ذا شأنٍ في المستقبل، ويعيش حياةً أفضل بكثير من حياتي".

كانت فاني لترغب في إنجاب طفلٍ آخر، لكنها قلقة بشأن المصاريف وافتقارها إلى علاقةٍ مستقرة. "لا أريد أن أصاحب

© UNFPA/M. Bradley





© UNFPA/R. Anis

يحتدم الجدل بينهما، يضربها أحياناً صارخاً بأن الله سيرزقهما الدخل اللازم. وهي تعلم بوجود خطأ ساخن يمكنها الاتصال به طلباً للحماية منه، لكنها تخشى من أن يؤدي الانفصال الدائم بينهما إلى قطع أواصر الصلّة مع ابنها.

عندما كانت أم أحمد في العاشرة من عمرها، كانت تلميذةً مُجَدَّةً تمشي ساعةً على الأقدام للذهاب إلى مدرستها كل يوم، وساعةً أخرى للعودة منها، لأن تكاليف المواصلات كانت تفوق طاقة عائلتها. كانت تحلم بارتياح الجامعة والحصول على عمل لائق ومنزل مريح. لكن ذاك الحلم بات اليوم حكراً على ابنها. قالت: "إنني مصممة، حتى آخر نفسٍ في صدري، أن أبقيه في المدرسة وأن يحظى بحياة كريمة".

طفلاً واحدٍ حتى نهاية المدة. أنجبت والدة أم أحمد خمسة أطفال ولم تعمل إلا في بيتها. أما أم أحمد فلدتها طفلاً واحداً، وقد اتخذت قرارها بعدم إنجاب آخر، لمجرد أنها غير قادرة على كسب دخلٍ كافٍ، بالرغم من أنها تتوق لإنجاب أخ أو أختٍ لأحمد. لطالما فاقت تكاليف المعيشة ما يمكنها تحمّله. قالت بحسرة: "لو أردتُ الحفاظ على حملي بطفلاً آخر، لتوجب علي الخضوع لفحوصٍ وإجراء عملية جراحية من جديد، لكن ذلك يفرض عبئاً مالياً ثقيلاً للغاية. أنا أكذب في عملي، لكن وضعنا لا يتحسّن".

يرغب زوجها في مزيدٍ من الأطفال، وهو ممتعضٌ من خيارها باستخدام مانع حملٍ رحمي بالرغم من أن شغله كعامل متقطع وقليل. وعندما

حملت أم أحمد مرتين بفواصل زمني وجيز، وانتهت حالتا الحمل بولادتين مبكرتين ووفاة الوليدتين. وبفضل إجراء جراحي في مستشفى حكومي، تمكنت من الحفاظ على حملها الثالث مدةً تكفي ليخرج ابنها أحمد، الذي يبلغ من العمر 6 سنواتٍ اليوم، إلى العالم.

فيما بعد، علمت أم أحمد أن سنواتٍ من العمل لساعات طويلة مقابل أجر ضئيلٍ قد أثرت في صحتها تأثيراً دائماً. أصيبت أم أحمد بفيروس يسبب لها مضاعفاتٍ خلال الحمل. ونظراً لضآلة دخلها بما يعجز عن تأمين الرعاية الصحية الأساسية، كالزيارات الدورية إلى عيادة الطبيب، اضطرت لاستدانة المال من عددٍ من أفراد عائلتها من أجل تغطية التكاليف الإضافية الناجمة عن حملٍ

غينيا-بيساو: سعيًا إلى علاقةٍ مستقرة

على الطرف الغربي لأفريقيا، في غينيا-بيساو، أتمت مارتا باولا سانكا دراستها الثانوية وحصلت على عملٍ أفضل مما حظيت به كلُّ من أم أحمد وفاني بالرغم من أنها بدأت حياتها الدراسية في ظلِّ شجرةٍ بأحد الأحياء الفقيرة في العاصمة بيساو. ومن بين الإخوة الخمسة في العائلة، لم يعيش إلا هي وشقيقها حتى ما بعد مرحلة الطفولة.

عندما كانت بسنِّ الثالثة عشر، ذهبت إلى السوق لشراء بعض الأغراض لوالدتها، وشرع رجلٌ بالتحدث معها وشراء الحلوى لها. لم تفهم ما يحدث وهو يغتصبها، ولا عندما أصبحت حاملاً. وهي تذكر المكوث في المستشفى فترةً من الزمن قبل الولادة لأنها كانت يافعةً جداً مما دفع الأطباء إلى الخوف على حياتها. كما أنهم أثنوا والديها عن طلب الإجهاض، موضِّحين أن تلك العملية أيضاً فيها خطر على حياتها. وأصرَّ الأطباء على ذلك لأن الطفل قد ينجو على الأقل حتى لو توفيت مارتا باولا في مرحلةٍ لاحقةٍ من الحمل. في نهاية المطاف، تمت الولادة دون مشاكل.

ولم يطل الأمر حتى قُتل والدها خلال نزاعٍ أهليٍّ اندلع في أواخر التسعينيات، فيما وقعت والدتها فريسة المرض. كانت مارتا باولا مجرد أمٍّ في سن المراهقة، وكان مطلوباً منها العمل لمساعدة شقيقها

الأصغر ووالدتها. لكنها تدبّرت بطريقةٍ ما رعاية طفلها، والعمل في التنظيف، وبيع السلِّع في الشارع، وإتمام دراستها الثانوية في آن. وشرعت في علاقة ارتباطٍ تُعد بالاستقرار، وقررت مع شريكها إنجاب طفلٍ ثانٍ عندما بلغت ١٩ عاماً. لكنَّ الوالد، الذي كان يسافر على الدوام خلال عمله كسائق، هجرها لاحقاً من أجل امرأةٍ أخرى.

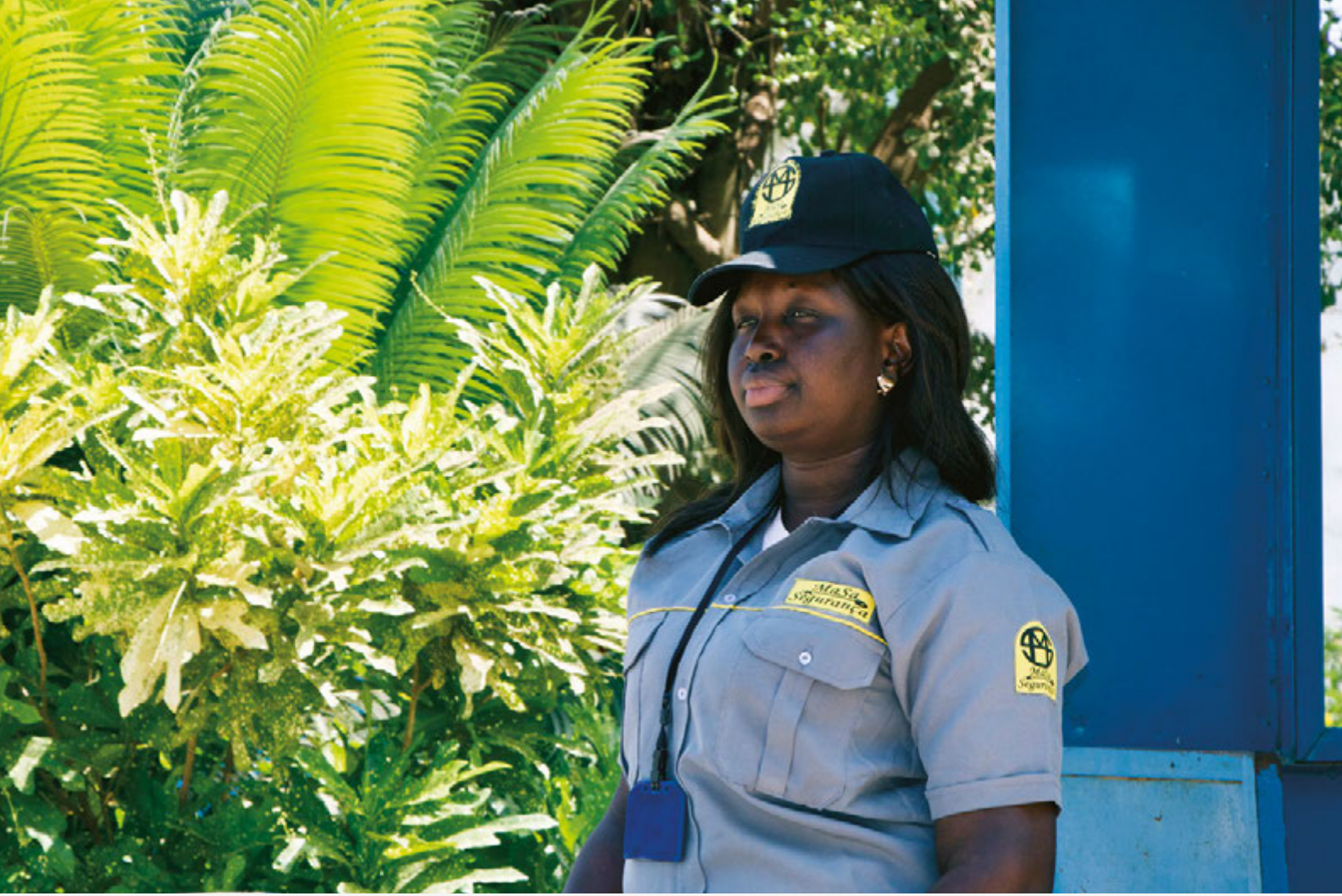
اليوم تعمل مارتا باولا حارسة أمن، وتتمنى لو أن بمقدورها إنجاب المزيد من الأطفال. لكنها، مثل فاني، لن تُقدِّم على ذلك ما لم تعثر على علاقةٍ مستقرة، وهو أمرٌ ما يزال صعب المنال. ونظراً لساعات عملها الطويلة فإن طفلها غالباً ما يكونان نائمين عندما تغادر المنزل صباحاً، كما أنهما يكونان قد خلدا إلى النوم عندما تعود ليلاً.

"كنت لأطلب من جميع الأمهات في غينيا-بيساو أن يلتمن خدمات تنظيم الأسرة ما إن تبلغ فتياتهن سن ١٢ عاماً، وأن يخترن وسيلة لمنع الحمل."

مارتا

© UNFPA/I. Barbosa





© UNFPA/I. Barbosa

البوسنة والهرسك: خياراتٌ مُقيّدة لمنع الحمل

تزوجت مديحة بيسيك في سن ١٥ عاماً، وأصبحت أمّاً للمرة الأولى في سن ١٦ عاماً. وفي سنّ ٣٥ عاماً أصبحت أمّاً لخمس أطفال تتراوح أعمارهم بين ٤ و ١٩ عاماً. ومع انتمائها وزوجها إلى مجتمع الرّوما المهمّش في منطقة ريفية من البوسنة والهرسك، فهما أفقر من أن يتحمّلا تكاليف وسائل منع الحمل الحديثة، ما دفعهما إلى الاعتماد

وتنتشر المعلومات عن تنظيم الأسرة بشكلٍ وافٍ، كما أن خدمات الصحة الإنجابية متوفرة في معظم الأحيان، غير أنها لا تصل إلى الفتيات المراهقات لسببٍ ما. طفلاً مارتا باولا ذكران، لكنها تؤكد: "كنت لأطلب من جميع الأمهات في غينيا-بيساو أن يلتصن خدمات تنظيم الأسرة ما إن تبلغ فتياتهن سن ١٢ عاماً، وأن يخترن وسيلة لمنع الحمل".

وهي قلقَةٌ حيال تغيير الأعراف في بلدها الغارق في أمواج المعلومات المتدفقة من بقية أرجاء العالم. فحملها بعمر الثالثة عشر كان يُعتبر حالةً نادرةً للغاية في ذلك الزمن. "لكنه اليوم شائعٌ جداً"، تقول وهي تعزو هذا التحوّل إلى تساهل الأهل في التربية، والشروع بالنشاط الجنسي في أعمار أصغر. كما أن للفقر دوراً هنا، فهو يدفع بعض الفتيات إلى مقايضة أجسادهن بالرسوم المدرسية والمال الذي تحتاجه عائلاتهن.



© UNFPA/I. Kapetanović

ومع ذلك تشعر مديحة أن بعض جوانب حياتها باتت أفضل مقارنة بالأوضاع في طفولتها، وبالتأكيد عما كانت عليه خلال الحرب التي أرهقت بلادها في التسعينيات، حيث تذكر جيداً أنه لم يكن لديها قط ما يسد رمقها من الطعام. وهي تعيش اليوم في منزلٍ أوسع من الذي ترعرعت فيه. وهو مبني من الآجر، لا من بقايا البناء، غير أنه ما زال يفتقر إلى المياه الجارية.

"أردت استعمال وسائل منع الحمل. لكن عندما تفتقر إلى المال، لا يمكنك تحمّل تكاليفها."

مديحة

على الخيارات التقليدية الأقل كلفة، مثل الانسحاب قبل القذف. قالت: "كان من الأهنون علينا رعاية طفلين فقط. أردت استعمال وسائل منع الحمل. لكن عندما تفتقر إلى المال، لا يمكنك تحمّل تكاليفها".

كحال والدتها، لا تعمل مديحة خارج المنزل. كان زوجها يعمل سابقاً في جمع بقايا أعمال البناء وغيرها من المواد وبيعها، لكن تلك المهنة تلاشت مع مرور الوقت نظراً لتضاؤل الموارد وارتفاع ثمن الوقود. وهو الآن يشتغل عاملاً بالأجر اليومي في بعض الأحيان فقط. تعتمد العائلة عموماً في معيشتها على بدل إعالة للأولاد تقدّمه الحكومة، ومقداره حوالي ٥٠ دولاراً أمريكياً في الشهر، أي بالكاد فوق حد التعريف العالمي للفقر المدقع.

© UNFPA/I. Kapetanović





© UNFPA/I. Kapetanović

البرازيل: أب يشجع على حياة مختلفة
 لم يمض سوى ٧٠ عاماً تقريباً على أول اتصال بين مجتمع السكان الأصليين آووي أوتاباي، الذي تنتمي إليه تسيتسينا خافانتي، والعالم الخارجي في البرازيل. أما قبل ذلك، فكانوا منغلقيين على أنفسهم في عمق الغابات المطيرة. لم يكن والدها يرتدي أي ملابس في شبابه، كما لم يتكلم اللغة البرتغالية. وعندما أصبح أول عضو من السكان الأصليين في الكونغرس الوطني البرازيلي، اصطحب تسيتسينا، وهي أصغر أطفاله، للإقامة معه في العاصمة برازيليا. وقد دفعتها تجاربها المبكرة لأن تصبح رئيسة جمعية نامونكورا خافانتي التي

بطفلها الأول. تحدث معها الأطباء عن الطفل والولادة عموماً، ولم يُطلعوها على الكثير من المعلومات بشأن تنظيم الحمل في المستقبل. "في ثقافتنا، لا نتحدث أبداً عن تنظيم الأسرة"، تقول مديحة وهي تتذكر شعورها بالخزي والخجل.

لكنها اليوم حرصت على التحدث مع ولديها الأكبر عن سبل وقاية نفسيهما. قالت: "أريدهما أن يتنمّا الدراسة، ويجدا عملاً، ثم يتزوجا ويؤسسا عائلة"، وأضافت: "يحدوني الأمل بأنهما سيحظيان بفرص أفضل في الحياة".

تستطيع مديحة القراءة والكتابة، فهي أتمت دراستها الابتدائية. وعلى النقيض منها، لم تقع عينا والدتها يوماً على صفّ مدرسي من الداخل. غير أن مديحة بعيدة كل البعد عن تحقيق طموح طفولتها بأن تصبح معلمة أو طبيبة. قالت: "أنجب والداي ستة أطفال، ولم يستطعا دفع تكاليف تعليمنا جميعاً، فكان لزاماً عليّ أن أترك المدرسة". أما شقيقتها فقد أتمت دراستها وامتنت التمريض.

ذهبت مديحة إلى طبيب أمراض نساء للمرة الأولى في حياتها عندما كانت في الشهر الخامس من حملها

**"تعتقد أخواتي أن عليّ مسؤولية
إنجاب أطفال لضمان استمرارية
شعبنا، لكنهن يدركن أيضاً أنني
نشأت بأسلوبٍ مختلف."**

تسيتسينا

تمثل ٣٠٥ جماعة مختلفة من السكان الأصليين. وهي تحرص على التوضيح بأنها لا تمثل جميع السكان الأصليين، بل تمثل نفسها فقط.

ومن بين ١٠ إخوة، كانت الوحيدة التي أتمت الدراسة الجامعية لتحصل حتى على شهادة الماجستير. وقد اتخذت إلى اليوم قراراً بالألا تتزوج ولا تنجب، على الأقل في الوقت الراهن. قبل وفاة والدها

© UNFPA/G. Bello



العائلات. وتتوفر الرعاية الصحية للسكان الأصليين، لكنهم لا يستعينون بها بانتظام. بسبب التحريم الصارم للحديث عن الجنس والنشاط الجنسي بشكل صريح، لا يملك الكثير من الناس معلومات وافية، أو حتى أي معلومات، عن أجسادهم أو عن سبل استكشاف العلاقة الجنسية بطريقة مسؤولة.

قالت تسييسينا: "تتزوج فتيات كثيرات بعمر ١٤ أو ١٥ عاماً، وينجبن في عمر مبكر للغاية. بعضهن سعيدات بذلك. لكنهن لا يطلعن أبداً على وجهات النظر الأخرى. أوّ لو أنهن يفعلن ذلك، وإلا فسيبقين مقيدات دوماً بالحياة التي يعرفنها ويعتبرنها طبيعية، دون التعرّض لمحفزات جديدة".

ليس الأمر بتلك السهولة؛ إذ لا يمكن لمجتمعها الوصول إلى شبكة الإنترنت بالرغم من توفر الكهرباء لهم في الوقت الحالي. كما أن ركوب القارب إلى أقرب مدينة، وهي وسيلة النقل الوحيدة، يكلف الكثير. وفي المجتمعات الأبوية، حيث يُنظر إلى أدوار النساء وواجباتهن المُحددة بدقة على أنها أدنى قيمة، قد يستحيل فعلياً على الفتيات استجماع شجاعتهن والسعي وراء أحلامهن. غير أنهن يستطعن اتخاذ تسييسينا قدوةً لهن، وهي التي التزمت بمجتمعها حتى وإن اتخذت أسلوباً مختلفاً في الحياة.

أطفال لضمان استمرارية شعبنا"، تقول تسييسينا. "لكنهن يدركن أيضاً أنني نشأت بأسلوبٍ مختلف".

ومن الأمور التي تثير قلقها في مجتمعها ما لاحظته من أن الكثيرين كانوا في الماضي ينتظرون حتى يبدأ طفلم الأول بالمشي قبل أن ينجبوا الثاني، أما اليوم فعادةً ما تنجب النساء طفلاً في كل عام على مدى أعوام عديدة. كما ارتفعت مخاطر الإصابة بالأمراض بسبب عادة تعدد الشركاء الجنسيين ضمن

عام ٢٠٠٢، طلبت إذنه للمواعدة وكان عمرها آنذاك ١٥ عاماً، لكنه رفض. قالت متذكرة: "أراد مني أن أتابع دراستي لفترة أطول ليتاح لي الذهاب حيثما شئت، وقال إنه يجب علي التمتع بالاستقلال المالي حتى لو تزوجت".

لكن أخواتها المتزوجات بدأن مؤخراً في حثها على إنجاب ابن أو ابنة قبل فوات الأوان. وفي مجتمعها الذي يسمح بتعدد الزوجات، من المقبول للمرأة أن تقيم علاقةً مع زوج أختها بهدف الحمل. "تعتقد أخواتي أن علي مسؤولية إنجاب

© UNFPA/G. Bello





© UNFPA/Lexicon

"إنني محظوظة لأنني أتمتع بمزيد من الفرص اليوم بفضل دعم والديّ."

راسامي

كانت تلاحظ الصعوبات المالية الجمة التي عانى منها والداها. كانت والدتها تعمل في البيت، أما والدها فكان يسعى للعمل في البناء، غير أن مرضه كثيراً ما كان يعوقه عن ذلك.

قالت راسامي: "إنني محظوظة لأنني أتمتع بمزيد من الفرص اليوم بفضل دعم والديّ"، وأضافت: "كثيراً ما كنت أفكر في توقي لعيش حياة ناجحة. لكننا كنا مدركين على الدوام لما يعانیه الكثير من الناس، ولذلك كان النجاح لا يعني مجرد كسب ما يكفي لإعالة نفسي، بل إضفاء معنى على حياتي أيضاً". ينطوي عملها الحالي على التفكير في السبل التي يمكن للشركة من خلالها مساعدة تايلند في تحقيق أهداف التنمية المستدامة.

الطويل. لكنها أهدت لهذا التحدي بالرغم من عدم مرور أكثر من خمسة أشهر على ولادة طفلها الأول.

كم يختلف حالها عما عاشه أجدادها الذين هاجروا من الصين إلى تايلند، وكانوا على قناعة بأن المدرسة للصبي والمنزل للفتيات. نالت راسامي شهادة في الاقتصاد والتجارة الدولية تحت إلهام والدتها التي انقطعت عن الدراسة في الصف الخامس. وخلال نشأتها

تايلند: ثقافة في طور التغيير

"أعشق عملي"، تهتف راسامي وهي تشرح بسرعة طبيعة دورها كمناصرة قيادية للتنمية المستدامة ضمن شركة الاتصالات الكبرى في تايلند. وهي وظيفة تنطوي على ضغوط كبيرة وساعات عمل طويلة. إذ يتعين عليها وضع الاستراتيجيات مع المدراء وأعضاء مجلس إدارة الشركة بشأن التغييرات الجذرية التي يمكن إدخالها على أسلوب عمل الشركة على المدى

لكن ليس ثلاثة أو أربعة أطفال كما هو مستحبٌ وفقاً لأسلوب التفكير الصيني التقليدي.

وأضافت ضاحكة: "لدى زوجي وظيفة أيضاً. يستحيل أن يتاح لنا الوقت الكافي لرعاية ذلك العدد من الأطفال!". يعمل الزوجان منذ الآن على الادخار لتعليم وليدهما، كما يخطط زوجها لتوسيع نطاق عمله من أجل تحمل تكاليف عائلته المتنامية.

تدريسيها في المدارس. وتتوفر وسائل منع الحمل في جميع المتاجر تقريباً. تقول راسامي: "لقد سعت حكومتنا كثيراً لترويج ذلك. لا أحد يجد حرجاً في التكلم بهذا الموضوع".

بعد أن وضعت مولودها، كانت تتوق للعودة إلى وظيفتها، حتى إن إجازة أمومتها لم تدم لأكثر من شهرين بالرغم من أن شركتها تسمح بثلاثة أشهر. وهي تخطط لإنجاب طفل ثانٍ،

نجحت راسامي نجاحاً باهراً في مهنتها لسنواتٍ عديدة ولم تفكر حتى بالزواج، لكنها تزوّجت في النهاية وسرعان ما أنجبت طفلها الأول. قالت: "لقد تغيرت الثقافة وبات بوسع النساء العمل وإعالة أنفسهن دون الاضطرار للاعتماد على أزواجهن".

وتلقى تلك الحرية دعماً من المعلومات حول تنظيم الأسرة، والتي أمست منتشرة على نطاق واسع، فضلاً عن

© UNFPA/Lexicon





© UNFPA/C. Learson

"كانت والدتي متميزة في طفولتها، لكنها لم تكمل دراستها بعد المرحلة الثانوية، ومع بلوغها سن العشرين كانت قد تزوجت وأنجبت طفلة."

شارا

أن ذلك أفضل ما حدث لي خلال حياتي كلها."

أنجبت شارا طفلين آخرين بعد ذلك، وانتقلت إلى أستراليا للحصول على شهادات دراسية عليا، وهي تطمح في نيل شهادة الدكتوراه في التواصل مع مرضى السرطان. لطالما رغبت في إنجاب الكثير من الأطفال، لكن كل حملٍ تمرُّ به يعرِّض صحتها الهشة لبعض

وعندما أتت علاجه، أخبرها الأطباء بأن فرصتها في الإنجاب ضئيلة أو معدومة. وكانت قد سُئلت ذات مرة ما إذا كانت ترغب في حفظ بويضاتها، لكن والدها كان حاضراً عند طرح الأمر عليها فشعرت بالحرَج من مناقشته. ورغم كل شيء، قررت وحببيها الزواج، وسرعان ما اكتشفت أنها حامل. قالت شارا: "عندما أظهر كاشف الحمل نتيجة إيجابية، شعرتُ

سري لانكا: هبة غير متوقعة: أطفالٌ بعد السرطان

خلال نشأتها في سري لانكا، عاشت شارا راناسينغ حياةً تعجُّ بالاضطرابات. فقد تطلَّق والدها وقرَّرت المحكمة لها العيش مع والدها، وهي الطفلة الوحيدة لهما، لأنه كان يتمتع بالاستقرار المالي، بعكس والدتها. قالت: "كانت والدتي متميزة في طفولتها، لكنها لم تكمل دراستها بعد المرحلة الثانوية، ومع بلوغها سن العشرين كانت قد تزوجت وأنجبت طفلة."

بعد زواج والدها مرة أخرى، عانت شارا من سوء معاملة زوجة أبيها التي كانت تضربها في بعض الأحيان. وعندما كانت والدتها تسألها عمَّا حدث، كانت تختلق الأعذار مثل سقوطها على السلالم، تجنباً لإثارة المزيد من القلق والغضب.

وبالرغم من طفولتها البائسة، أصبحت شارا شابةً مفعمة بروح الاستقلالية والقدرة على التكيف. بعد انتقالها إلى ماليزيا للحصول على شهادة جامعية، انطلقت في حياة ناجحة إلى أن شُخصت إصابتها بالسرطان في سنتها الجامعية الأخيرة. أخبرت حبيبها بضرورة افتراقهما، لكنه أبى ذلك ووقف إلى جانبها طيلة الجولات المُضنية من العلاج الكيميائي والعلاج بالأشعة.

للتمييز، لكن ما يزال هنالك العديد من أشكال عدم المساواة".

وهي تعتبر أستراليا بلداً أكثر تقدماً بكثير في فهم عالمنا المتغير، بالمقارنة مع سري لانكا التي ما زالت تقيد النساء بتوقعاتٍ محافظة للغاية. وهي الآن تنعم بدعم والديها الراسخ الذي مكنها من اتخاذ خياراتها والسعي لتحقيق أحلامها. وتتابع بالقول: "لكن ما زال أمام بلدي سنواتٌ عدة قبل أن يصل".

ساعات عملٍ مرنة في إعداد الطعام في المقاهي. ثم انتقل والداه مؤخراً للإقامة مع الزوجين، فعاد إلى عمله كمهندس. تشهد شارا انفتاحاً متنامياً في العالم المحيط بها، فالنساء بدان أخيراً في تولي مناصب قيادية ضمن جامعتها، كما أن صبيها يدرس في مدرسة ابنتها قد طلب أن يُعامل كفتاة، وتلك سابقة من نوعها. تكاد ابنتها "المعجزة" الكبرى أن تبلغ سن العاشرة، وهي طفلة موهوبة وحساسة. قالت: "أريدها أن تصبح قوية جداً. وأمل ألا تتعرض

المخاطر. ومن الناحية المالية أيضاً، فهي تعتقد أن ثلاثة أطفال هو العدد الأمثل. ومع أن أستراليا توفر الدعم لرعاية الأطفال، فقد قلقت وزوجها من الابتعاد طويلاً عن أطفالهما الصغار، ونظماً أوقات عملهما بحيث يكون أحد الوالدين دائماً مع الأطفال في المنزل.

وفي مرحلة ما، تقدّمت شارا في مراتب وظيفتها التعليمية لتصبح المعيل الرئيسي للأسرة، فيما أخذ زوجها إجازة من عمله كمهندس ليتمكن من العمل وفق

© UNFPA/C. Learson



المؤشّرات

صفحة ١٥٢	مؤشّرات رصد أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية
صفحة ١٦٤	المؤشّرات الديمغرافية
صفحة ١٧٠	ملاحظات فنيّة حول المؤشّرات

مؤشرات رصد أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية

الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية														
اتخاذ القرارات بشأن الصحة الجنسية والإنجابية، والحقوق الإنجابية، ونسبة مئوية	الولادات بإشراف عاملين في القطاع الصحي ذوي كفاءة، نسبة مئوية	نطاق عدم اليقين لنسبة الوفيات النفاسية (٨٠٪)، تقدير أدنى		نسبة الوفيات النفاسية (عدد الوفيات لكل ١٠٠٠٠٠٠ مولود حي)		نسبة الطلب الملقى بوسائل حديثة، النساء في سن ١٥-٤٩ عاماً			نسبة الطلب الملقى، النساء في سن ١٥-٤٩ عاماً	الاحتياجات غير المُلْتَمَة من خدمات تنظيم الأسرة، بين النساء في سن ١٥-٤٩ عاماً	معدّل انتشار وسائل منع الحمل، بين النساء في سن ١٥-٤٩ عاماً، وسيلة حديثة/			معدل انتشار وسائل منع الحمل، بين النساء في سن ١٥-٤٩ عاماً، أي وسيلة/
		٢٠١٥	٢٠١٧	٢٠١٥	٢٠١٩	٢٠١٩	١٩٩٤	*١٩٦٩			٢٠١٩	١٩٩٤	*١٩٦٩	
٢٠١٤	٢٠١٧	٢٠١٥	٢٠١٥	٢٠١٥	*١٩٩٤	٢٠١٩	١٩٩٤	*١٩٦٩	٢٠١٩	٢٠١٩	٢٠١٩	١٩٩٤	*١٩٦٩	٢٠١٩
٥٧	٧٩	٢٤٩	٢٠٧	٢١٦	٣٦٩	٧٨	٧٢	٤٢	٨٤	١٢	٥٨	٥٢	٢٤	٦٣
—	—	٢٧٤	٢٢٨	٢٣٨	٤٠٩	٧٧	٧٢	٤٠	٨٤	١٢	٥٧	٥١	٢٠	٦٢
—	—	١٤	١١	١٢	٢٢	٧٩	٧٢	٤٦	٨٨	١٠	٦١	٥٧	٣٥	٦٨
٤٩	٥٦	٥١٤	٤١٨	٤٣٦	٨٣٢	٥٩	٣١	٤	٦٧	٢١	٣٧	١٥	١	٤٢

بيانات العالم وبيانات إقليمية

بيانات إقليمية														
الدول العربية														
—	٧٦	٢١٢	١٣٨	١٦٢	٢٨٥	٦٩	٥٤	٢٦	٧٨	١٥	٤٨	٣٣	١١	٥٤
—	٣٨٤	١٥١	١١٤	١٢٧	٣١٦	٨١	٧٨	٤٥	٨٧	١٠	٦٢	٥٨	٢٢	٦٧
—	٩٨	٣١	٢٢	٢٥	٦٨	٦٦	٤٩	٢٤	٨٧	١٠	٥٠	٣٦	١٦	٦٦
—	٩٥	٧٧	٦٤	٦٨	١١٧	٨٣	٧١	٣٩	٨٩	١٠	٧٠	٥٧	٢٥	٧٤
٥١	٦٢	٥٥٦	٤١٩	٤٥٥	٨٥٨	٦٠	٢٩	٦	٦٦	٢٢	٣٨	١٤	٢	٤٢
٣٨	٥٢	٨٦٢	٥٨٦	٦٧٦	١٠٤٠	٣٩	١٧	١	٤٧	٢٤	١٨	٦	٠	٢٢

الدول والأقاليم والمناطق الأخرى														
٢٠١٨-٢٠٠٧	٢٠١٧-٢٠٠٦	٢٠١٥	٢٠١٥	٢٠١٥	١٩٩٤	٢٠١٩	١٩٩٤	*١٩٦٩	٢٠١٩	٢٠١٩	٢٠١٩	١٩٩٤	*١٩٦٩	٢٠١٩
—	٥١	٦٢٠	٢٥٣	٣٩٦	١٣٠٠	٤٨	١٧	٥	٥٢	٢٤	٢٤	٦	١	٢٧
—	٩٩	٣٣	١٨	٢٥	٨٨	٧٤	٦٠	٢٦	٨٨	٩	٥٨	٤٦	٢٠	٦٩
—	٩٧	٧١	٥٧	٦٤	١٤٧	٨٣	٦٢	٢٧	٩٢	٧	٧١	٤٧	١٤	٧٩
—	١٠٠	١١	٣	٦	١٣	٦٢	٤٢	١٩	٧٤	١٨	٤٢	٢٣	٨	٥١
—	١٠٠	٦٣	٤٤	٥٢	٦٤	٨٢	٦٦	٣٤	٨٦	١١	٦٦	٤٨	١٩	٦٩
٧٣	١٠٠	٧٥	٤٤	٥٨	٩٦	٦٣	٤٨	٢٩	٨٥	١٢	٤٧	٣٣	١٦	٦٣
—	١٠٠	١٩	١٢	١٥	٢٢	٦٣	٤٦	٣٠	٨٧	١٠	٤٨	٣٣	١٧	٦٧
—	٩٩	٥٤	٣٦	٤٤	٨٨	٨٨	٧٩	٤٩	٩٢	٧	٧٧	٦٨	٣٥	٨٠
—	٩٩	١٣	٩	١٠	١٥	٨٠	٦٧	٢٦	٨٩	٩	٦٣	٥٥	٢١	٧٠
—	—	١٢٤	٥٣	٨٠	٤٧	٨٣	٧٩	٦٠	٨٥	١٢	٦٥	٦١	٤٠	٦٧
—	١٠٠	١٧	٧	١١	٢٤	٣٣	١٩	٥	٧٧	١٥	٢١	١٢	٣	٥٠
—	٩٢	٨٠	٥٤	٦٨	٢١٥	٦٨	٤٨	١٦	٩٢	٧	٥٦	٣٩	١٠	٧٦
—	٩٩	١٢	٤	٧	١٢	٤١	٣٣	١١	٦٥	٢١	٢٤	٢٢	٨	٣٩
—	٩٧	٢٤٤	٨٢	١٤٠	١٩٦	٧٧	٦٧	٣٠	٨٧	١٠	٥٧	٤٦	١٣	٦٤
—	٩٤	٩	٥	٦	١١	٨٤	٨٢	٧٠	٨٨	١٠	٦٧	٦٦	٥٥	٧٠
—	٩١	٩٥	٢٠	٤٢	١٧٠	٨١	٥٠	٥	٨٤	١٢	٦٣	٣٢	٢	٦٦
—	١٠٠	٦٩	٤٠	٥٤	١٣٥	٨٢	٦٩	٣١	٨٨	١٠	٦٨	٥٠	١٥	٧٢
٧	٥٩	٤٦٨	٢١٤	٣١٥	٥١١	٤٨	١٥	١	٥١	٢٥	٢٤	٦	٠	٢٦
—	٧٨	٤٣٣	٢١٤	٣١١	٦٦٧	٣٦	١٨	٨	٣٨	٢٨	١٦	٧	٣	١٧
—	—	٥	٣	٤	٧	٨٠	٧٦	٦٦	٨٧	١٠	٦٣	٦٠	٥٣	٦٩
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	٩	١٣٩٠	٣٦١	٧٣٢	١٢٠٠	٥٢	١٥	١	٥٣	٢٧	٣٠	٦	٠	٣١
—	١٠٠	٣٢	٢٢	٢٧	٧٧	٩٥	٩٥	٦٨	٩٦	٤	٨٢	٨٣	٤٤	٨٣
—	٧٠	٦٩	٣٥	٥٠	٩٢	٦٣	٤٢	٢٥	٨٣	١٢	٤٤	٢٢	١٠	٥٨
٨١	٧٣	١٧٥	٨٧	١١٤	١٢١	٥٧	٣٧	٢٠	٧٧	١٧	٤٢	٢٧	١١	٥٦

مؤشرات رصد أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية

الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية														
اتخاذ القرارات بشأن الصحة الجنسية والإنجابية، والحقوق الإنجابية، ونسبة منوية	الولادات بإشراف عاملين في القطاع الصحي ذوي كفاءة، نسبة مئوية	نطاق عدم اليقين لنسبة الوفيات النفاسية (٨٠٪)، تقدير أدنى		نسبة الوفيات النفاسية (عدد الوفيات لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حي)		نسبة الطلب الملقى بوسائل حديثة، النساء في سن ١٥-٤٩ عاماً			نسبة الطلب الملقى، النساء في سن ١٥-٤٩ عاماً	الاحتياجات غير المُلْتَمَة من خدمات تنظيم الأسرة، بين النساء في سن ١٥-٤٩ عاماً	مُعدّل انتشار وسائل منع الحمل، بين النساء في سن ١٥-٤٩ عاماً، وسيلة حديثة/			معدل انتشار وسائل منع الحمل، بين النساء في سن ١٥-٤٩، أي وسيلة/
		٢٠١٥	٢٠١٥	٢٠١٥	١٩٩٤	٢٠١٩	١٩٩٤	١٩٦٩			٢٠١٩	١٩٩٤	١٩٦٩	
٢٠١٨-٢٠٠٧	٢٠١٧-٢٠٠٦	٢٠١٥	٢٠١٥	٢٠١٥	١٩٩٤	٢٠١٩	١٩٩٤	١٩٦٩	٢٠١٩	٢٠١٩	٢٠١٩	١٩٩٤	١٩٦٩	٢٠١٩
—	١٠٠	٦	٣	٤	٨	٦٥	٥٨	٣٢	٨٠	١٥	٤٧	٣٧	١٦	٥٧
—	٧٤	١٤٢	٩٣	١٢١	٢٦٤	٧٩	٦١	٢١	٨٩	٩	٦٢	٤١	٨	٧٠
—	٩٨	٤٢	٣٤	٣٨	٨٦	٨٢	٧١	٢٩	٨٧	١١	٦٨	٥٧	١٧	٧١
—	—	١١	٨	٩	١١	٩٣	٩٢	٧٥	٩٣	٦	٧٩	٧٨	٦١	٧٩
—	٩٩	٦	٤	٥	٧	٨٤	٨٠	٧٠	٩١	٧	٧٠	٦٤	٥٥	٧٥
—	٩٨	٥	٣	٤	٧	٨٤	٧١	٣٩	٨٨	١٠	٦٤	٥٠	٢٨	٦٧
٧	٤٠	٧٥٢	٤١١	٥٥٣	٨٣٦	٤٨	١٣	١	٥٢	١٩	١٩	٣	٠	٢١
—	٨٦	٢١٧	١٣٩	١٧٤	٤٨٨	٧٤	٦٢	٢٢	٨٢	١٢	٥١	٣٩	٩	٥٧
—	٩٩	١٦	١٢	١٤	١٢	٨٣	٨٦	٧١	٩١	٧	٦٧	٧٠	٥٣	٧٤
—	١٠٠	٧	٤	٥	١١	٦٢	٧٤	٧٥	٦٨	٢١	٤٠	٥٤	٥٣	٤٤
—	٤٥	٥٨٢	٢٧٤	٣٨٥	٥٠٧	٥٥	١٥	٢	٦٤	٢٤	٣٧	٨	١	٤٤
—	—	٤	٢	٣	٤	٦٤	٤٠	٢٣	٨٩	٩	٥٠	٣٢	١٩	٧٠
٤٥	٢٨	٥٦٧	٢٤٧	٣٥٣	١١٣٠	٦٤	٨	٠	٦٦	٢١	٤٠	٣	٠	٤١
—	٣٤	٧٥٠	٣٣٢	٥٠١	١٢١٠	٣١	١٠	١	٣٤	٣٠	١٤	٤	٠	١٥
—	—	٦	٤	٥	٦	٨٥	٦٧	١٢	٨٧	١١	٦٧	٥٥	٩	٦٩
—	١٠٠	١٤	٦	٩	٥٧	٧٩	٦٤	٤٦	٨٥	١١	٦١	٤٩	٣٥	٦٦
—	—	٦	٤	٥	٩	٧١	٦٥	٤٣	٩٠	٨	٥٧	٥١	٢٧	٧٢
—	٩٣	١٧٩	٩٣	١٢٦	٣٤٧	٨٠	٧٤	١٥	٨٣	١٣	٥٩	٥٢	٥	٦١
—	١٠٠	٥	٣	٤	٧	٦٩	٥٠	٢٠	٨٨	٩	٥٤	٣٨	١٥	٦٩
—	١٠٠	٣٥	١٧	٢٥	٩٢	٤٠	٢٧	٢٣	٨٢	١٣	٢٩	١٨	١١	٥٨
٦٦	١٠٠	٣١	٢١	٢٥	٥٠	٤٤	٣٥	٢٦	٨٢	١٣	٣١	٢٦	١٥	٥٩
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	١٠٠	٧	٥	٦	٨	٨٣	٨٥	٨٠	٨٦	١١	٦٤	٦٦	٦٢	٦٦
٦٩	٩٩	٤٦	١٦	٢٩	٤٩	٣٣	١٨	٩	٨٢	١٤	٢٦	١٤	٧	٦٤
—	٩٩	٨	٥	٦	٩	٨٣	٨٣	٥٠	٨٥	١١	٦٢	٦٥	٤٠	٦٣
—	—	—	—	—	—	٨٠	٧٢	٤٧	٨٣	١٣	٦١	٥٣	٢٩	٦٤
٦٢	٥٠	٩٨٨	٢٢١	٤٧٧	١١٨٠	٣٠	٨	١	٣٣	٣٦	١٦	٣	٠	١٧
—	٩٨	١٩	١١	١٥	٣٦	٨٩	٨٧	٦٥	٩٢	٧	٧٦	٧٦	٥٢	٧٩
—	١٠٠	٦٥	٢٠	٣٦	٣٧	٨٤	٧٤	٤٨	٨٨	٩	٦٤	٥١	٢٧	٦٨
٦٢	٧٤	٤٩٣	٢٤٧	٣٤٣	٦٩٢	٥٣	١٦	١	٥٩	٢٨	٣٦	٧	٠	٤٠
٨١	٩٩	٣٢	١٩	٢٤	٤٩	٧٠	٤٩	٢٢	٨٧	١٠	٥٤	٣٨	١٧	٦٧
—	١٠٠	١١	٦	٨	٩	٨١	٧٦	٥٦	٨٧	١١	٦٣	٦١	٤٤	٦٨
—	٩٨	٦	٢	٣	٦	—	—	—	—	—	—	—	—	—
٣٨	٧٧	٦٣٣	٢٧٩	٤٠٥	٥٤١	٣٠	٧	١	٤١	٣٠	١٥	٣	٠	٢١
—	٥٣	٤٥٧	٩٨	٢١٥	٣٨٨	٥٠	٣٦	٢٩	٦٠	٢٥	٣١	٢٠	١٥	٣٧
—	٩٦	١٦٣	١٠٧	١٣٢	١٤٧	٨٥	٥٧	٢٨	٨٩	٩	٦٨	٤١	١٤	٧٢
—	٥٢	٢٨٣	١١١	١٧٨	٣٧٥	٥٤	٣٠	٩	٦٨	١٩	٣٣	١٤	٣	٤٢
—	٩٩	٣٧	١٩	٢٧	٥٦	٧٦	٧٢	٥٤	٨٠	١٥	٥٩	٥٤	٣٥	٦٢
—	١٠٠	٣٠	١٥	٢٣	٣٤	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	١٠	٥	٧	٩	٩٠	٨٨	٢٧	٩١	٧	٧١	٦٩	٢٢	٧٢
—	١٠٠	١٤	٨	١١	٢٥	٦٦	٥٢	٧	٨٨	١٠	٥٤	٤٦	٦	٧٢

الدول والأقاليم والمناطق الأخرى

مؤشرات رصد أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية

الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية														
تأخذ القرارات بشأن الصحة الجنسية والإنجابية، والحقوق الإنجابية، ونسبة مئوية	الولادات بإشراف عاملين في القطاع الصحي ذوي كفاءة، نسبة مئوية	نطاق عدم اليقين لنسبة الوفيات النفاسية (٪٨٠)، تقدير أعلى		نسبة الوفيات النفاسية (عدد الوفيات لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حي)		نسبة الطلب الملقى بوسائل حديثة، النساء في سن ١٥-٤٩ عاماً			نسبة الطلب الملقى، النساء في سن ١٥-٤٩ عاماً	الاحتياجات غير المُلْتَمَة من خدمات تنظيم الأسرة، بين النساء في سن ١٥-٤٩ عاماً	مُعدّل انتشار وسائل منع الحمل، بين النساء في سن ١٥-٤٩ عاماً، وسيلة حديثة/			معدل انتشار وسائل منع الحمل، بين النساء في سن ١٥-٤٩، أي وسيلة/
		٢٠١٥	٢٠١٥	٢٠١٥	١٩٩٤	٢٠١٩	١٩٩٤	*١٩٦٩			٢٠١٩	١٩٩٤	*١٩٦٩	
٢٠١٨-٢٠٠٧	٢٠١٧-٢٠٠٦	٢٠١٥	٢٠١٥	٢٠١٥	١٩٩٤	٢٠١٩	١٩٩٤	*١٩٦٩	٢٠١٩	٢٠١٩	٢٠١٩	١٩٩٤	*١٩٦٩	٢٠١٩
—	٩٧	٣٦	٢٠	٢٨	٥٥	٧٠	٦٠	٣٥	٧٤	١٩	٥٢	٤٢	٢٠	٥٥
—	٥٠	٢٨٠	١٢٥	١٧٦	٤٩٥	٧٦	٥٥	٩	٨٥	١١	٥٧	٣٧	٣	٦٤
—	٩٥	١٢١	٧٧	٩٤	٨٥	٧٥	٧١	٥٣	٧٩	١٦	٥٧	٥٣	٣٧	٦٠
—	٨٩	٢٤١	١٠١	١٤٨	٦٩٠	٨٣	٤٤	١٠	٨٤	١٢	٦٢	٢٢	٣	٦٣
—	١٠٠	١٧٢	١٠٢	١٢٩	٢٣٠	٧٩	٦٠	٦	٨٢	١٤	٥٨	٣٨	٣	٦٠
—	—	١٨	١٠	١٤	٢٥	٨٤	٨١	٦٩	٩٣	٦	٧٠	٦٧	٥٢	٧٨
٢٠	٨٠	٥٠٩	٢٥٧	٣٧١	٦٥٥	٤٨	١٠	٠	٥٠	٢٧	٢٦	٤	٠	٢٦
٤٤	٨٥	١٠٥٠	٤٧١	٧١٢	١٢٥٠	٤٧	١١	٠	٥٥	٢٧	٢٨	٤	٠	٣٣
—	١٠٠	٤	٢	٣	١٤	٦٩	٤٢	١٦	٨٢	١٤	٥٢	٣٣	١٢	٦١
—	٩٠	٣٥١	١٤٠	٢٠٦	٤٠١	٥٩	٢٥	٩	٨١	١٥	٤٩	١٨	٥	٦٦
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	٩٩	٣٢	١٤	٢٠	٢٥	٩٠	٨٩	٣٨	٩٣	٦	٧٦	٧٢	١٨	٧٨
—	١٠٠	٧٣	٢٠	٤٢	٨٨	٧٤	٦٩	٤٨	٧٩	١٥	٥٢	٥٠	٢٨	٥٥
—	٩٧	٢١	١٢	١٦	٨٧	٦٣	٤٦	١٩	٩٢	٦	٥١	٣٦	١١	٧٥
—	٩٧	٨٠	٤٩	٦٣	٨٠	٦٤	٦١	٥٥	٧٠	٢١	٤٤	٤١	٣٦	٤٨
—	١٠٠	٢٦	١٨	٢٢	٤٣	٨٦	٧١	٣٨	٩٠	٨	٧٢	٥٣	٢٢	٧٥
٤٧	٦٤	٥٧٠	٢٨١	٣٩٨	٩٧٩	٥٨	٢٦	٢	٦٧	٢١	٣٧	١٢	١	٤٣
٣٠	٤٥	٥١٨	٢٥٥	٣٦٨	٥٦٦	٣٨	٩	١	٤٢	٣٣	٢١	٦	٠	٢٣
—	٩٣	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	٧٤	٩٢	٤٢	٦٢	١١٤	٧٦	٦٩	٣٣	٨٨	٩	٥٧	٤٩	١٦	٦٧
—	٩٦	٢٧٠	٥٧	١٢٤	٩٣	٥١	٤٢	٣٣	٥٧	٢٧	٣٣	٢٥	١٨	٣٦
—	٩٩	١١٥	٧٠	٨٩	٨٠	٨٤	٧٤	٥١	٨٨	١٠	٦٩	٥٧	٣٣	٧٢
٢١	٨٢	٥٣٦	٢٠٧	٣٣٥	٥٧٦	٣٩	١٩	٣	٤٨	٣٠	٢٢	١٠	١	٢٧
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	٨٦	١٧٥	٧٥	١١٤	٢٨٨	٤٨	٤٤	٣٣	٥٦	٢٥	٢٧	٢٤	١٦	٣٢
—	—	—	—	—	—	٨٠	٧٣	٥٢	٨٦	١١	٦٤	٥٥	٣٤	٦٨
—	١٠٠	٦	٣	٤	١١	٨٣	٥٨	٢٣	٩٣	٦	٧١	٤٧	١٨	٨٠
٧٧	١٠٠	١١١	٧٧	٩٢	١٨١	٨٤	٧٣	٣٧	٨٧	١١	٦٩	٥٧	٢٢	٧١
٢٧	٩١	٦٣٨	٣٠٠	٤٤٢	٦٢٧	٤٣	١٦	٤	٦٨	٢٠	٢٦	٨	٢	٤٢
٣١	٨٠	١٠١٠	٥٠٩	٦٩٣	٩٠٤	٢٣	٨	٤	٤٩	٢٧	١٢	٤	٢	٢٥
—	٩٦	١٠٨	٤٥	٦٨	٣٧٠	٥٦	٤١	١٦	٦٧	٢٣	٣٨	٢٥	٧	٤٥
—	٩٩	٣١	٢١	٢٥	٨٧	٧٨	٦٦	٣٢	٩٤	٥	٦٥	٥٢	١٦	٧٨
—	٤٠	١٥٠٠	٥٠٨	٨٨٢	١٣٢٠	٤٢	١٠	٢	٥٣	٢٣	٢١	٣	١	٢٦
٤٠	٥٧	٣٠٠	١٥٠	٢١٥	٩٥٨	٤٩	٥٤	٢٢	٥٤	٢٥	٢٦	٢٠	٧	٢٩
—	١٠٠	١٣	٩	١١	١٩	٨٤	٨٠	٣٦	٩٣	٦	٧٠	٦٧	١٩	٧٨
—	١٠٠	١٩٠	٣٧	٨٢	٦٥	٨٦	٧٢	٤٧	٩٠	٨	٧١	٥٦	٢٩	٧٥
—	٩٩	٢٨	١٩	٢٣	٦٣	٦٥	٥٠	٢٣	٨٤	١٢	٤٩	٣٩	١٨	٦٤
—	١٩	١١٥٠	٥٢٣	٧٨٩	١٥٨٠	١٨	٣	٠	٢٤	٣٠	٧	١	٠	١٠
—	٩٧	١٥٤	١٢٤	١٣٨	٦٩	٧٩	٧٤	٢٩	٨٠	١٤	٥٧	٥٢	١٦	٥٧
—	١٠٠	٤٧	٢٨	٣٦	٣٤	٥٨	٣٥	٢٠	٧٩	١٥	٤١	٢٠	٩	٥٥
—	٨٧	٤٨٢	١١١	٢٢٩	٤٥٩	٤٨	٨	٠	٥٠	٢٨	٢٧	٣	٠	٢٩

مؤشرات رصد أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية

الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية												
معدل انتشار وسائل منع الحمل، بين النساء في سن ١٥-٩٩، أي وسيلة.	مُعدّل انتشار وسائل منع الحمل، بين النساء، في سن ١٥-٩٩ عاماً، وسيلة حديثة.			نسبة الطلب الملتي، النساء في سن ١٥-٩٩ عاماً.	نسبة الطلب الملتي، النساء في سن ١٥-٩٩ عاماً.	نسبة الوفيات النفاسية (عدد الوفيات لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حي)		نطاق عدم اليقين لنسبة الوفيات النفاسية (٨٠٪)، تقدير أدنى		الاحتياجات غير المُلّاة من خدمات تنظيم الأسرة، بين النساء في سن ١٥-٩٩ عاماً.	نسبة الطلب الملتي، النساء في سن ١٥-٩٩ عاماً.	اتخاذ القرارات بشأن الصحة الجنسية والإنجابية، والحقوق الإنجابية، نسبة مئوية
	٢٠١٩	١٩٩٤	*١٩٦٩			٢٠١٩	١٩٩٤	٢٠١٥	٢٠١٥			
دومينيكا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
رواندا	٥٧	١٠	٠	٧٧	١٧	٧٠	١٧	٠	٧٧	١٧	٩١	٧٠
رومانيا	٧٠	١٧	٣	٨٩	٨	٧٤	٢٣	٤	٨٩	٨	٩٥	-
ريونيون	٧٣	٦٧	١٨	٩٠	٨	٨٧	٨٣	٢٩	٩٠	٨	-	-
زامبيا	٥٥	١٢	١	٧٥	١٨	٧٠	٢٤	٢	٧٥	١٨	٦٣	٤٧
زيمبابوي	٦٧	٤٣	٥	٨٧	١٠	٨٦	٦٤	١١	٨٧	١٠	٧٨	٦٠
ساموا	٣٠	٢٣	١٧	٤٢	٤١	٣٩	٣٤	٢٨	٤٢	٤١	٨٣	-
سان مارينو	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
سانت فنسنت وجزر غرينادين	٦٦	٥٧	٣٤	٨٤	١٢	٨١	٧٦	٥٢	٨٤	١٢	-	-
سانت كيتس ونيفيس	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
سانت لوسيا	٥٩	٤٨	٣١	٧٩	١٦	٧٥	٦٨	٥١	٧٩	١٦	٩٩	-
سانت مارتن	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ساو تومي وبرينسيبي	٤٤	٢٠	٤	٦٠	٢٩	٥٦	٣٣	٨	٦٠	٢٩	٩٣	٤٦
سيرلانكا	٦٥	٤٩	١٧	٩٠	٨	٧٤	٦٤	٣٢	٩٠	٨	٩٩	-
سلوفاكيا	٧٢	٤٢	١٥	٨٩	٩	٧٦	٥٣	١٩	٨٩	٩	-	-
سلوفينيا	٧٧	٥٧	١٣	٩٣	٦	٧٩	٦٦	١٧	٩٣	٦	١٠٠	-
سنغافورة	٦٦	٥٣	٤٦	٨٦	١١	٧٧	٧٠	٦٤	٨٦	١١	١٠٠	-
سورينام	٥٣	٤٣	٢٢	٧٤	١٩	٧٣	٦٤	٣٨	٧٤	١٩	٩٠	-
سويسرا	٧٣	٧٣	٤٨	٩١	٧	٨٦	٨٧	٦١	٩١	٧	-	-
سيراليون	٢٠	٣	٠	٤٤	٢٦	٤٢	٩	١	٤٤	٢٦	٦٠	٤٠
سيشل	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
صربيا	٥٨	٢٢	٤	٨٢	١٣	٤٠	٣٠	٦	٨٢	١٣	٩٨	-
طاجيكستان	٣٦	٢٨	١٥	٦٣	٢١	٥٨	٥٠	٣٣	٦٣	٢١	٨٧	٣٣
عُمان	٣٨	١٦	٣	٦٠	٢٥	٤١	٣٠	٨	٦٠	٢٥	٩٩	-
غابون	٣٧	١٠	٢	٦٠	٢٥	٤٢	١٨	٤	٦٠	٢٥	٨٩	٤٨
غامبيا	١٤	٩	١	٣٥	٢٦	٣٢	٢٣	٣	٣٥	٢٦	٥٧	٤١
غانا	٣٣	١٠	٢	٥٥	٢٧	٤٨	١٨	٦	٥٥	٢٧	٧١	٥٢
غرينادا	٦٦	٥٢	١٨	٨٤	١٢	٨٠	٧١	٣٤	٨٤	١٢	-	-
غواتيمالا	٦٢	٢٦	١٠	٨٢	١٤	٦٩	٤٤	٢٢	٨٢	١٤	٦٣	٦٥
غوادلوپ	٥٩	٤١	١٩	٧٩	١٦	٧٣	٦٠	٣٣	٧٩	١٦	-	-
غوام	٥٣	٣٧	٢٣	٧٦	١٦	٦٧	٥٧	٤١	٧٦	١٦	-	-
غيانا	٤٢	٣٦	١٩	٦١	٢٧	٥٩	٥٣	٣١	٦١	٢٧	٨٦	٧١
غيانا الفرنسية	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
غينيا	١٠	٢	٠	٢٩	٢٥	٢٥	٦	٠	٢٩	٢٥	٦٣	٢٣
غينيا الاستوائية	١٩	٤	١	٣٧	٣٢	٣٠	١١	٢	٣٧	٣٢	٦٨	-
غينيا بيساو	٢٠	٣	٠	٤٩	٢١	٤٥	١٢	١	٤٩	٢١	٤٥	-
فانواتو	٤٦	٣١	١٧	٦٧	٢٣	٥٩	٥٠	٣٣	٦٧	٢٣	٨٩	-
فرنسا	٧٦	٧٠	١٧	٩٤	٥	٩١	٨٦	٢٢	٩٤	٥	٩٧	-
فلسطين ^١	٦٠	٣٠	١٢	٨٣	١٢	٦٥	٤٨	٢٦	٨٣	١٢	١٠٠	-
فنزويلا (جمهورية فنزويلا البوليفارية)	٧٣	٥٦	٢٩	٨٧	١١	٨٢	٧٠	٤٢	٨٧	١١	٩٦	-
فنلندا	٨٣	٧٣	٥٩	٩٥	٥	٩٠	٨٧	٧٢	٩٥	٥	١٠٠	-
فيتنام	٧٩	٤٦	٩	٩٤	٦	٧٧	٥٩	٢٠	٩٤	٦	٩٤	-

الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية																
الدول والأقاليم والمناطق الأخرى	معدل انتشار وسائل منع الحمل، بين النساء في ١٥-٩٩، أي وسيلة.			مُعدّل انتشار وسائل منع الحمل، بين النساء في ١٥-٩٩ عاماً، وسيلة حديثة/			نسبة الطلب الملتي، النساء في سنّ ١٥-٩٩ عاماً.		نسبة الطلب الملتي بوسائل حديثة، النساء في سنّ ١٥-٩٩ عاماً.		نسبة الوفيات النفاسية (عدد الوفيات لكل ١٠٠٠٠٠٠ مولود حي).		نطاق عدم اليقين لنسبة الوفيات النفاسية (٨٠٪)، تقدير أعلى/تقدير أدنى		الولادات بإشراف عاملين في القطاع الصحي ذوي كفاءة، نسبة مئوية	اتخاذ القرارات الجنسية والإنجابية، والحقوق الإنجابية، نسبة مئوية
	٢٠١٩	١٩٩٤	١٩٦٩	٢٠١٩	١٩٩٤	١٩٦٩	٢٠١٩	١٩٩٤	١٩٦٩	٢٠١٥	٢٠١٥	٢٠١٥	٢٠١٥			
فيجي	٤٩	٣١	٣٩	٤٥	١٩	٧٢	٥٠	٥٩	٦٦	٥٤	٣٠	٢٣	٤١	١٠٠	-	
قبرص	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	٧	٤	١٢	٩٧	-	
قطر	٤٧	١٥	٣٢	٤١	١٧	٧٤	٣٢	٥٤	٦٥	٢٩	١٣	٩	١٩	١٠٠	-	
قيرغيزستان	٤٤	٢٨	٤٧	٤١	١٧	٧٢	٤٨	٦٩	٦٨	٨٩	٧٦	٥٩	٩٦	٩٨	٧٧	
كازاخستان	٥٧	٢٧	٤٧	٥٥	١٥	٨٠	٤٤	٦٣	٧٧	٨٦	١٢	١٠	١٥	٩٩	-	
كاليدونيا الجديدة	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
كرواتيا	٦٥	٧	٢٧	٤٨	١١	٨٦	١٠	٣٥	٦٣	١٢	٨	٦	١١	١٠٠	-	
كمبوديا	٦١	٠	٨	٤٦	١٢	٨٤	١	١٨	٦٣	٧٨٩	١٦١	١١٧	٢١٣	٨٩	٧٦	
كندا	٧٢	٦٣	٧٣	٧٠	٨	٩٠	٨١	٨٩	٨٨	٨	٧	٥	٩	٩٨	-	
كوبا	٧٤	٤٩	٦٨	٧٢	٩	٩٠	٦٨	٨٥	٨٨	٥٧	٣٩	٣٣	٤٧	١٠٠	-	
كوت ديفوار	٢٠	٠	٤	١٨	٢٥	٤٤	١	١١	٤٠	٧٤١	٦٤٥	٤٥٨	٩٠٩	٧٤	٢٥	
كوراساو	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
كوستاريكا	٧٩	٤٤	٦٨	٧٧	٧	٩٢	٦٠	٨١	٨٩	٤٣	٢٥	٢٠	٢٩	٩٩	-	
كولومبيا	٨٠	١٢	٥٩	٧٥	٧	٩٢	٢٠	٧١	٨٦	١٠٩	٦٤	٥٦	٨١	٩٩	-	
كيريباس	٢٩	١٦	٢٤	٢٤	٢٦	٥٢	٣٣	٤٤	٤٥	٢١٥	٩٠	٥١	١٥٢	٨٠	-	
كينيا	٦٥	٢	٢٧	٦٢	١٤	٨٢	٤	٤١	٧٩	٦٨٤	٥١٠	٣٤٤	٧٥٤	٦٢	٥٦	
لاتفيا	٦٩	٣٩	٥٦	٦٢	١١	٨٧	٥٠	٦٩	٧٨	٦١	١٨	١٣	٢٦	١٠٠	-	
لبنان	٦١	٢٤	٣٨	٤٨	١٣	٨٣	٣٦	٥١	٦٥	٥٧	١٥	١٠	٢٢	-	-	
لكسمبرغ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	١٣	٧	١٦	١٠٠	-	
ليبيا	٥١	١٠	٢٥	٣٤	١٨	٧٤	٢١	٣٨	٤٩	٢٧	٩	٦	١٥	١٠٠	-	
ليبيريا	٣١	١	٨	٣١	٢٨	٥٣	٤	١٨	٥٢	١٨٩٠	٧٢٥	٥٢٧	١٠٣٠	٦١	٦٧	
ليتوانيا	٦٦	٢٨	٣٧	٥٦	١١	٨٥	٣٩	٥١	٧٣	٣١	١٠	٧	١٤	-	-	
ليسوتو	٦٢	١	٢٢	٦١	١٦	٧٩	٢	٣٧	٧٩	٥٢٢	٤٨٧	٣١٠	٨٧١	٧٨	٦١	
مارتينيك	٦١	٢٤	٤٦	٥٧	١٥	٨٠	٣٩	٦٤	٧٥	-	-	-	-	-	-	
مالطا	٨٤	٢٦	٥٤	٦٧	٤	٩٦	٢٩	٦٠	٧٦	١٣	٩	٦	١٥	١٠٠	-	
مالي	١٦	٠	٤	١٦	٢٦	٣٩	٠	١١	٣٨	٩٤٠	٥٨٧	٤٤٨	٨٢٣	٤٤	٧	
ماليزيا	٥٣	١٣	٣٤	٣٩	١٧	٧٦	٢٧	٤٨	٥٦	٦٧	٤٠	٣٢	٥٣	٩٩	-	
مدغشقر	٤٧	٠	٧	٤١	١٨	٧٢	١	١٥	٦٣	٦٧٦	٣٥٣	٢٥٦	٤٨٤	٤٤	٧٤	
مصر	٦١	١٧	٤٦	٦٠	١٢	٨٤	٣٦	٦٧	٨٢	٨٨	٣٣	٢٦	٣٩	٩٢	-	
ملاوي	٦٢	٠	١١	٦١	١٦	٧٩	١	٢١	٧٧	٩٥٦	٦٣٤	٤٢٢	١٠٨٠	٩٠	٤٧	
منغوليا	٥٨	٢٢	٤٤	٥٢	١٤	٨١	٤١	٦٢	٧٣	٢٠٨	٤٤	٣٥	٥٥	٩٩	-	
موريتانيا	٢١	٠	٢	١٩	٣٠	٤١	٠	٦	٣٧	٨٢٧	٦٠٢	٣٩٩	٩٨٤	٦٩	-	
موريشوس	٦٧	١٧	٤٦	٤٤	١٠	٨٧	٢٧	٥٧	٥٧	٦٨	٥٣	٣٨	٧٧	١٠٠	-	
موزمبيق	٣٠	٠	٥	٢٩	٢٤	٥٦	١	١٦	٥٣	١٢١٠	٤٨٩	٣٦٠	٦٨٦	٥٤	٤٩	
ميانمار	٥٤	٢	٢١	٥٣	١٥	٧٨	٦	٤٣	٧٦	٣٨٩	١٧٨	١٢١	٢٨٤	٦٠	٦٨	
ناميبيا	٦٠	٣	٣١	٥٩	١٦	٧٩	٨	٥٥	٧٨	٣٢٣	٢٦٥	١٧٢	٤٢٣	٨٨	٧١	
نيبال	٥٤	١	٢٣	٤٨	٢٢	٧١	٤	٤٠	٦٣	٦٩٣	٢٥٨	١٧٦	٤٢٥	٥٨	٤٨	
نيجيريا	١٩	٠	٨	١٥	٢٣	٤٥	١	٢٣	٣٦	١٢٧٠	٨١٤	٥٩٦	١١٨٠	٤٣	٥١	
نيكاراغوا	٨٠	١١	٥٠	٧٧	٦	٩٣	٢١	٦٦	٩٠	١٩٩	١٥٠	١١٥	١٩٦	٨٨	-	
نيوزيلندا	٧١	٥٢	٦٩	٦٨	٩	٨٩	٧٠	٨٥	٨٥	١٤	١١	٩	١٤	٩٦	-	
هايتي	٣٧	٤	١٣	٣٤	٣٥	٥١	٧	٢٢	٤٧	٥٥١	٣٥٩	٢٣٦	٦٠١	٤٩	٥٩	
هندوراس	٧٣	١٣	٣٩	٦٥	١٠	٨٨	٢٥	٥٥	٧٨	١٨٦	١٢٩	٩٩	١٦٦	٨٣	٧٠	

مؤشرات رصد أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية

الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية														
اتخاذ القرارات بشأن الصحة الجنسية والإنجابية، والحقوق الإنجابية، نسبة مئوية	الولادات بإشراف عاملين في القطاع الصحي، نوي كفاءة، نسبة مئوية	نطاق عدم اليقين لنسبة الوفيات النفاسية (٨٠٪)، تقدير أعلى		نسبة الوفيات النفاسية (عدد الوفيات لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حي)		نسبة الطلب الملتى بوسائل حديثة، النساء في بين ١٥-٤٩ عاماً			نسبة الطلب الملتى، النساء في بين ١٥-٤٩ عاماً		معدل انتشار وسائل منع الحمل، بين النساء في بين ١٥-٤٩ عاماً، وسيلة حديثة/وسيلة حديدية/			
		٢٠١٥	٢٠١٥	٢٠١٥	١٩٩٤	٢٠١٩	١٩٩٤	*١٩٦٩	٢٠١٩	٢٠١٩	١٩٩٤	*١٩٦٩	٢٠١٩	
٢٠١٨-٢٠٠٧	٢٠١٧-٢٠٠٦	٢٢	١٢	١٧	٢١	٧٦	٧٧	٣٧	٨٧	١٠	٦٠	٦٥	٣٠	٦٨
—	—	٩	٥	٧	١٣	٨٦	٨٩	٦٤	٩١	٨	٦٩	٧٣	٤٩	٧٢
—	٨٥	٢١١	٤٦	١٠٠	١٦٩	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	٩٦	٩٧	٤٨	٦٨	٩٤	٦١	٤٦	٢٥	٨١	١٤	٤٥	٣٠	١٢	٦٠
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	٨٨	٩٠	٦٠	٩٢	٧	٧٢	٨٠	٤٠	٧٦
—	—	٢٠	٧	١٢	٣٦	٤٣	٤٦	٢٤	٥٤	٢٦	٢٥	٢٦	١١	٣١
٤٩	٨٨	٦٢٧	٢٥١	٣٨٩	٥٣٨	٨١	٤٠	٦	٨٣	١٤	٦٥	٢٥	٢	٦٦
—	١٠٠	٦	٣	٤	٣٣	٧٥	٥٤	٢٥	٩١	٧	٦٠	٣٩	١٨	٧٣
٢٧	٢٠	١٣٥٠	٥٦٠	٨٥٦	١٤٤٠	٢٢	٥	٠	٢٤	٢٤	٧	١	٠	٨
—	٤٠	٣٠٧	١٣٦	١٩٧	٧٣٤	٦٩	٣٢	٤	٧٧	١٧	٥١	١٧	١	٥٧
٣٨	٦٥	٨٨١	٤٤٠	٥٩٦	٧٤٩	٤٤	١٤	١	٦٥	٢٠	٢٥	٥	٠	٣٧
—	١٠٠	١٠	٥	٨	١٢	٣٥	١٦	٥	٧٣	١٨	٢٣	١١	٣	٤٨

الدول والأقاليم والمناطق الأخرى

ملاحظات

- لا تتوفر بيانات.
- * الأرقام الواردة في هذا العمود مدرجة تحت عامي ١٩٦٩ و ١٩٩٤ لتتوافق مع التواريخ المشمولة في هذا التقرير: من عام ١٩٦٩ حتى عام ٢٠١٩. أما أرقام عام ١٩٦٩ فهي في الواقع تقديرات من عام ١٩٧٠، وأرقام عام ١٩٩٤ هي تقديرات من عام ١٩٩٥.
- ك. النساء المتزوجات أو المقترنات حالياً.
- أ. قُرِّبت نسبة وفيات الأمومة طبقاً للمخطط التالي: > ١٠٠، لأقرب ١٠٠٠١ - ٩٩٩، مقربة لأقرب ١٠٠٠، مقربة لأقرب ١٠.
- ب. باستثناء جزر كوك وجزر مارشال وناورو ونيوي وبالاو وتوكيلاو وتوفالو بحسب توافر البيانات.
- ج. باستثناء أنغويلا، وأروبا وبرمودا، وجزر فيرجن البريطانية، وجزر كايمان، وكوراساو، ومونتسيرات، وسانت مارتن، وجزر تركس وكايكوس بحسب توافر البيانات.
- د. باستثناء توفالو بحسب توافر البيانات.
- ١. في ٢٩ تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠١٢، اتخذت الجمعية العامة للأمم المتحدة القرار ١٩/٦٧، الذي منح فلسطين "مركز دولة غير عضو لها صفة المراقب في الأمم المتحدة..."

مؤشرات رصد أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية

المراهقون والشباب									
مؤشر تكافؤ الجنسين، التعليم الثانوي	صافي معدل الالتحاق، التعليم الثانوي، نسبة مئوية، ٢٠١٧		مؤشر تكافؤ الجنسين، التعليم الأساسي	صافي معدل الالتحاق، المعدل، التعليم الابتدائي، نسبة مئوية، ٢٠١٧		انتشار تشويه الأعضاء التناسلية للإناث في سن ١٥-١٩ عاماً، نسبة مئوية	زواج الأطفال حتى سن ١٨ عاماً، نسبة مئوية	معدل الولادات لدى المراهقات لكل ١٠٠٠ فتاة في سن ١٥-١٩ عاماً	بيانات العالم وبيانات إقليمية
	أنثى	ذكر		أنثى	ذكر				
٢٠١٧			٢٠١٧			٢٠١٧	٢٠١٧	٢٠١٨	
١,٠٠	٦٦	٦٦	٠,٩٨	٩٠	٩٢	-	٢١	٤٤	العالم
٠,٩٩	٦٢	٦٢	٠,٩٨	٨٩	٩١	-	-	٤٨	المناطق الأقل تطوراً
١,٠١	٩٣	٩٣	١,٠٠	٩٧	٩٧	-	-	١٤	المناطق الأكثر نمواً
٠,٩٥	٣٦	٣٨	٠,٩٦	٨٠	٨٣	-	٤٠	٩١	أقل البلدان نمواً

بيانات إقليمية

٠,٩٣	٥٩	٦٣	٠,٩٧	٨٣	٨٥	٥٥	٢١	٥٠	الدول العربية
١,٠٢	٦٨	٦٧	٠,٩٩	٩٤	٩٥	-	٢٦	٢٨	منطقة آسيا والمحيط الهادئ
٠,٩٩	٨٧	٨٨	١,٠٠	٩٥	٩٦	-	١١	٢٦	منطقة أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى
١,٠٥	٧٩	٧٥	١,٠١	٩٦	٩٥	-	٢٦	٣٦٢	منطقة أمريكا اللاتينية وبحر الكاريبي
٠,٩٣	٣٣	٣٥	٠,٩٧	٨٣	٨٦	-	٣٥	٤٩٣	منطقة شرق أفريقيا والجنوب الأفريقي
٠,٨٦	٣٤	٣٩	٠,٩٠	٧١	٧٩	٢٢	٤٢	١١٤	منطقة غرب أفريقيا وأفريقيا الوسطى

٢٠١٨-٢٠٠٩	٢٠١٨-٢٠٠٩		٢٠١٨-٢٠٠٩	٢٠١٨-٢٠٠٩		٢٠١٧-٢٠٠٤	٢٠١٧-٢٠٠٦	٢٠١٧-٢٠٠٦	الدول والأقاليم والمناطق الأخرى
	أنثى	ذكر		أنثى	ذكر				
٠,٥٨	٣٦	٦٢	-	-	-	-	٣٥	٨٧	أفغانستان
١,٠١	٩٥	٩٤	١,٠١	٩٨	٩٧	-	-	٢٤	الاتحاد الروسي
١,٠٢	٨٩	٨٧	١,٠٢	٩٩	٩٧	-	-	١١١	الإكوادور
٠,٩٦	٨٦	٨٩	٠,٩٨	٩٦	٩٨	-	-	٣٤	الإمارات العربية المتحدة
١,٠٥	٩٢	٨٧	٠,٩٩	٩٩	١٠٠	-	-	٦٥	الأرجنتين
١,٠٣	٦٥	٦٣	-	-	-	-	٨	٢٦	الأردن
١,٠٢	٩٤	٩٢	١,٠٠	٩٩	٩٩	-	-	١٤	البحرين
١,٠٥	٨٤	٨٠	١,٠٢	٩٨	٩٦	-	٢٦	٦٢	البرازيل
١,٠١	٩٤	٩٣	١,٠٠	٩٦	٩٧	-	-	٨	البرتغال
١,٠٩	٨٦	٧٩	١,٠٨	٩٢	٨٥	-	-	٣٢	البهاما
-	-	-	-	-	-	-	٤	١١	البوسنة والهرسك
١,٠٢	٨١	٨٠	١,٠١	١٠٠	٩٩	-	٢٢	٦٥	البيرو
١,٠٠	٨٩	٨٩	٠,٩٩	٩٦	٩٧	-	٥	١١	الجبل الأسود
-	-	-	٠,٩٨	٩٨	١٠٠	-	٣	١٢	الجزائر
١,٠٤	٩٢	٨٨	١,٠١	٩٩	٩٩	-	-	٣	الدانمرك
١,١١	٦٨	٦١	٠,٩٨	٨٦	٨٧	-	-	٨٠	الرأس الأخضر
١,٠٢	٦١	٦٠	١,٠١	٨٢	٨١	-	٢٦	٦٩	السلفادور
١,١٠	٣٩	٣٥	١,١٢	٧٩	٧١	٢١	٣١	٨٠	السنغال
-	-	-	١,١٠	٦٣	٥٧	٨٢	٣٤	٨٧	السودان
١,٠٠	٩٩	١٠٠	١,٠٠	٩٩	١٠٠	-	-	٤	السويد
-	-	-	-	-	-	-	-	-	الصحراء الغربية
-	-	-	-	-	-	٩٧	٤٥	٦٤	الصومال
-	-	-	-	-	-	-	-	٩	الصين
-	-	-	-	-	-	٥	٢٤	٨٢	العراق
١,١٩	٧٢	٦٠	١,٠١	٩٦	٩٥	-	١٥	٤٧	الفلبين
١,٠٧	٨٩	٨٤	١,٠٠	٩٣	٩٣	-	-	٦	الكويت
٠,٩٩	٦٣	٦٤	١,٠٠	٩٧	٩٧	-	-	٣٢	المغرب

مؤشرات رصد أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية

المراهقون والشباب									
مؤشر تكافؤ الجنسين، التعليم الثانوي ٢٠١٨-٢٠٠٩	صافي معدل الالتحاق، التعليم الثانوي، نسبة مئوية، ٢٠١٨-٢٠٠٩		مؤشر تكافؤ الجنسين، التعليم الأساسي ٢٠١٨-٢٠٠٩	صافي معدل الالتحاق، المعدل، التعليم الابتدائي، نسبة مئوية، ٢٠١٨-٢٠٠٩		انتشار تشويه الأعضاء التناسلية للإناث في سن ١٩-١٥ عاماً، نسبة مئوية	زواج الأطفال حتى سن ١٨ عاماً، نسبة مئوية	معدل الولادات لدى المراهقات لكل ١٠٠٠ فتاة في سن ١٩-١٥ عاماً	الدول والأقاليم والمناطق الأخرى
	أنثى	ذكر		أنثى	ذكر				
٢٠١٨-٢٠٠٩	أنثى	ذكر	٢٠١٨-٢٠٠٩	أنثى	ذكر	٢٠١٧-٢٠٠٤	٢٠١٧-٢٠٠٦	٢٠١٧-٢٠٠٦	
١,٠٠٤	٧٩	٧٦	١,٠٠٢	١,٠٠	٩٨	—	٢٦	٦٣	المكسيك
١,٠٠٠	٩٨	٩٨	١,٠٠٠	١,٠٠	١,٠٠	—	—	١٤	المملكة المتحدة
١,٠٠١	٩٦	٩٥	١,٠٠٠	١,٠٠	١,٠٠	—	—	٥	النرويج
١,٠٠٠	٨٨	٨٧	—	—	—	—	—	٨	النمسا
٠,٧٣	١٧	٢٤	٠,٨٧	٦٢	٧١	١	٧٦	٢١٠	النيجر
١,٠٠١	٦٢	٦١	١,٠٠١	٩٨	٩٧	—	٢٧	٢٨	الهند
١,٠٠٠	٩٢	٩٢	١,٠٠٠	٩٦	٩٦	—	—	٢٠	الولايات المتحدة الأمريكية
١,٠٠١	١٠٠	٩٩	١,٠٠٠	٩٨	٩٨	—	—	٤	اليابان
٠,٧٤	٤٠	٥٤	٠,٨٨	٧٨	٨٨	١٦	٣٢	٦٧	اليمن
٠,٩٩	٨٩	٩١	١,٠٠٠	٩٣	٩٣	—	—	٨	اليونان
٠,٩٧	٣٠	٣١	٠,٩٣	٨٣	٨٩	٤٧	٤٠	٨٠	إثيوبيا
٠,٩٢	٢٥	٢٧	٠,٩١	٣٦	٣٩	٦٩	٤١	٧٦	إريتريا
١,٠٠٢	٩٧	٩٥	١,٠٠٠	٩٩	٩٨	—	—	٨	إسبانيا
١,٠٠٢	٩٥	٩٣	١,٠٠١	٩٤	٩٣	—	—	١٣	إستونيا
١,٠٠٢	١٠٠	٩٨	١,٠٠١	٩٨	٩٧	—	—	١٠	إسرائيل
١,٠٠٢	٧٨	٧٦	٠,٩٥	٩٠	٩٥	—	١٤	٤٨	إندونيسيا
١,٠٠٠	٩٦	٩٦	١,٠٠٠	٩٨	٩٩	—	—	٥	إيطاليا
١,٠٠١	٨٨	٨٧	١,٠٠٢	٩٥	٩٣	—	١١	٥٣	أذربيجان
١,٠٠١	٨٨	٨٧	١,٠٠٠	٩٢	٩٢	—	٥	٢٤	أرمينيا
١,١٠	٨١	٧٣	١,٠٠٠	٩٩	٩٩	—	—	٣٥	أروبا
١,٠٠١	٩٤	٩٣	١,٠٠١	٩٧	٩٦	—	—	١٢	أستراليا
٠,٩٩	٨٧	٨٨	٠,٩٩	٩٦	٩٨	—	١٠	٢٠	ألبانيا
—	—	—	—	—	—	—	—	٨	ألمانيا
١,٠٠٤	٧٦	٧٣	٠,٩٩	٨١	٨٢	—	—	—	أنغيغا وبربودا
٠,٧٩	١٠	١٣	٠,٧٥	٦٦	٨٩	—	٣٠	١٦٣	أنغولا
١,٠٠٨	٨٦	٨٠	١,٠٠٠	٩٨	٩٨	—	٢٥	٥١	أوروغواي
٠,٩٩	٩٠	٩١	٠,٩٨	٩٨	٩٩	—	٧	٣٠	أوزبكستان
—	—	—	١,٠٠٣	٩٢	٩٠	١	٤٠	١٤٠	أوغندا
١,٠٠١	٨٧	٨٦	١,٠٠٢	٩٤	٩٢	—	٩	٢٦	أوكرانيا
١,٠٠١	٩٩	٩٧	١,٠٠٠	١٠٠	١٠٠	—	—	٩	أيرلندا
١,٠٠٣	٩١	٨٩	١,٠٠٠	٩٩	١٠٠	—	—	٨	أيسلندا
٠,٧٥	٤٠	٥٣	٠,٩٠	٩٠	١٠٠	٢	٢٦	٩٤	بنين
٠,٨٢	٣٠	٣٦	٠,٩٣	٧٥	٨٠	—	٢١	—	بابوا غينيا الجديدة
١,٠٠٧	٦٧	٦٣	١,٠٠٠	٧٩	٧٩	—	٢٢	٦٢	باراغواي
٠,٨١	٤٠	٤٩	٠,٨٦	٧١	٨٢	—	٢١	٤٤	باكستان
١,٠٠٧	٩٩	٩٣	١,٠٠٠	٩١	٩٠	—	١١	٥٠	بربادوس
١,٠٠٣	٨٥	٨٢	١,٠٠٠	٩٦	٩٧	—	—	١١	بروناي دار السلام
١,٠٠٠	٩٤	٩٤	١,٠٠٠	٩٩	٩٩	—	—	٧	بلجيكا
٠,٩٧	٨٩	٩١	١,٠٠٠	٩٣	٩٣	—	—	٣٩	بلغاريا
١,٠٠٧	٧٣	٦٨	٠,٩٩	٩٩	١٠٠	—	٢٦	٦٩	بليز
١,١٧	٦٧	٥٧	١,٠٠٧	٩٨	٩٢	—	٥٩	٧٨	بنغلادش
١,٠٠٧	٧٢	٦٧	٠,٩٩	٨٧	٨٨	—	٢٦	٧٩	بنما
١,١٧	٧١	٦١	١,٠٠٢	٨٣	٨١	—	٢٦	٢٨	بوتان
—	—	—	١,٠٠١	٩٠	٨٩	—	—	٣٩	بوتسوانا

مؤشرات رصد أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية

المراهقون والشباب									الدول والأقاليم والمناطق الأخرى
مؤشر تكافؤ الجنسين، التعليم الثانوي ٢٠١٨-٢٠٠٩	صافي معدل الالتحاق، التعليم الثانوي، نسبة مئوية، ٢٠١٨-٢٠٠٩		مؤشر تكافؤ الجنسين، التعليم الأساسي ٢٠١٨-٢٠٠٩	صافي معدل الالتحاق المعدل، التعليم الابتدائي، نسبة مئوية، ٢٠١٨-٢٠٠٩		انتشار تشويه الأعضاء التناسلية للإناث في سن ١٩-١٥ عاماً، نسبة مئوية	زواج الأطفال حتى سن ١٨ عاماً، نسبة مئوية	معدل الولادات لدى المراهقات لكل ١٠٠٠ فتاة في سن ١٩-١٥ عاماً	
٢٠١٨-٢٠٠٩	أنثى	ذكر	٢٠١٨-٢٠٠٩	أنثى	ذكر	٢٠١٧-٢٠٠٤	٢٠١٧-٢٠٠٦	٢٠١٧-٢٠٠٦	
١,٠٧	٧٧	٧٢	١,٠٧	٨٤	٧٩	-	-	٣٠	بورتوريكو
١,٠١	٢٩	٢٩	٠,٩٨	٧٦	٧٨	٥٨	٥٢	١٢٩	بوركينافاسو
١,٢١	٣٢	٢٦	١,٠٢	٩٨	٩٦	-	٢٠	٥٨	بوروندي
١,٠١	٩٣	٩٢	١,٠٠	٩٦	٩٦	-	-	١٢	بولندا
١,٠٠	٧٨	٧٨	٠,٩٩	٩٢	٩٣	-	١٩	٧١	بوليفيا (دولة متعددة القوميات)
-	-	-	-	-	-	-	-	٤٠	بوليفيزيا الفرنسية
١,٠١	٧٧	٧٧	١,٠٠	٩٨	٩٨	-	٢٣	٤٣	تايلند
-	-	-	-	-	-	-	٦	٢٨	تركمانستان
٠,٩٩	٨٥	٨٦	٠,٩٩	٩٤	٩٥	-	١٥	٢٧	تركيا
-	-	-	٠,٩٩	٩٨	٩٩	-	١١	٣٨	ترينيداد وتوباغو
١,٠٤	٨٩	٨٦	١,٠٠	٩٣	٩٣	-	-	٤١	تشيلي
١,٠٢	٢٣	٢٣	١,٠٤	٨١	٧٨	٥	٣١	١٢٢	تنزانيا (جمهورية تنزانيا المتحدة)
٠,٦٩	٣٣	٤٨	٠,٩٤	٨٩	٩٥	٢	٢٢	٨٥	توغو
١,٢٦	٧٩	٦٣	-	-	-	-	١٠	٢٨	توفالو
-	-	-	٠,٩٩	٩٨	٩٩	-	٢	٧	تونس
١,٠٧	٧٩	٧٤	١,٠٣	٩٧	٩٥	-	٦	٣٠	تونغا
١,٠٩	٧٧	٧١	-	-	-	-	٨	٤٦	جامايكا
١,٠٩	٤٥	٤١	٠,٩٩	٨٤	٨٥	-	٣٢	٧٠	جزر القمر
-	-	-	-	-	-	-	-	-	جزر تركس وكايكوس
-	-	-	١,٠١	٧٠	٦٩	-	٢١	٧٨	جزر سليمان
-	-	-	-	-	-	-	-	٢٥	جزر فيرجن الأمريكية
١,٠٢	٩٢	٩٠	-	-	-	-	-	١٢	جمهورية التشيك
١,١٣	٧١	٦٢	١,٠٠	٨٨	٨٨	-	٣٦	٩٠	جمهورية الدومينيكان
-	-	-	١,٠٩	٩١	٨٤	-	٢٧	١٤٧	جمهورية الكونغو
-	-	-	-	-	-	-	٣٧	١٣٨	جمهورية الكونغو الديمقراطية
-	-	-	١,٠٠	١٠٠	١٠٠	-	٤	١٣	جمهورية الملديف
١,٠٠	٧٣	٧٢	-	-	-	-	١٧	٣٨	جمهورية إيران الإسلامية
٠,٦١	١٠	١٦	٠,٧٩	٦٠	٧٧	١٨	٦٨	٢٢٩	جمهورية أفريقيا الوسطى
١,١٦	٦٤	٥٥	١,٠٤	٨٢	٧٩	-	١٩	٥٠	جمهورية تيمور-ليشتي الديمقراطية
١,٠٠	٩٨	٩٧	١,٠٠	٩٧	٩٦	-	-	١	جمهورية كوريا
١,٠١	٩١	٩٠	١,٠٠	٩٧	٩٧	-	-	١	جمهورية كوريا الديمقراطية الشعبية
١,٠٠	٧٨	٧٨	١,٠٠	٩٠	٩٠	-	١٢	٢٧	جمهورية مولدوفا
٠,٧٠	٤	٦	٠,٧٦	٢٨	٣٦	-	٥٢	١٥٥	جنوب السودان
٠,٩٨	٨٤	٨٦	١,٠١	٩٢	٩١	-	-	٧١	جنوب أفريقيا
١,٠٢	٩٩	٩٧	٠,٩٩	٩٨	٩٨	-	١٤	٤٤	جورجيا
٠,٨٣	٣٢	٣٨	٠,٨٩	٥٦	٦٢	٩٠	٥	٢١	جيبوتي
١,٠٨	٩٧	٩٠	١,٠٢	٩٩	٩٧	-	-	-	دومينيكا
١,١٨	٣٠	٢٥	١,٠١	٩٤	٩٤	-	٧	٤٥	رواندا
١,٠٠	٨١	٨١	١,٠٠	٩٠	٩٠	-	-	٣٥	رومانيا
-	-	-	-	-	-	-	-	٤٤	ريونيون
-	-	-	١,٠٢	٨٩	٨٧	-	٣١	١٤١	زامبيا
١,٠١	٤٤	٤٤	١,٠٢	٨٦	٨٤	-	٣٢	١١٠	زيمبابوي
١,١٠	٨١	٧٤	١,٠١	٩٧	٩٦	-	١١	٣٩	ساموا
-	-	-	١,٠٠	٩٣	٩٣	-	-	٠	سان مارينو

مؤشرات رصد أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية

المراهقون والشباب									
مؤشر تكافؤ الجنسين، التعليم الثانوي	صافي معدل الالتحاق، التعليم الثانوي، نسبة مئوية، ٢٠١٨-٢٠٠٩		مؤشر تكافؤ الجنسين، التعليم الأساسي	صافي معدل الالتحاق، المعدل، التعليم الابتدائي، نسبة مئوية، ٢٠١٨-٢٠٠٩		انتشار تشويه الأعضاء التناسلية للإناث في سن ١٥-١٩ عاماً، نسبة مئوية	زواج الأطفال حتى سن ١٨ عاماً، نسبة مئوية	معدل الولادات لدى المراهقات لكل ١٠٠٠ فتاة في سن ١٥-١٩ عاماً	الدول والأقاليم والمناطق الأخرى
	٢٠١٨-٢٠٠٩	أنثى		ذكر	٢٠١٨-٢٠٠٩				
٠,٩٩	٩١	٩١	٠,٩٩	٩٨	٩٩	-	-	٦٤	سانت فنسنت وجزر غرينادين
-	-	-	-	-	-	-	-	٤٦	سانت كيتس ونيفيس
١,٠٣	٨١	٧٩	-	-	-	-	٨	-	سانت لوسيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	سانت مارتن
١,١١	٦٨	٦١	٠,٩٩	٩٧	٩٧	-	٣٥	٩٢	ساو تومي وبرينسيبي
١,٠٣	٩٠	٨٧	٠,٩٨	٩٦	٩٨	-	١٢	٢٠	سريلانكا
١,٠١	٨٦	٨٤	-	-	-	-	-	٢٤	سلوفاكيا
١,٠١	٩٥	٩٥	١,٠١	٩٨	٩٧	-	-	٥	سلوفينيا
١,٠٠	١٠٠	١٠٠	-	-	-	-	-	٣	سنغافورة
١,٢٢	٦٥	٥٣	١,٠٤	١٠٠	٩٦	-	١٩	٥٨	سورينام
٠,٩٧	٨٤	٨٧	١,٠٠	١٠٠	١٠٠	-	-	٦	سويسرا
٠,٩٧	٣٧	٣٨	١,٠١	٩٩	٩٩	٧٤	٣٩	١٢٥	سيراليون
١,٠٣	٩٠	٨٧	-	-	-	-	-	٦٦	سيشل
١,٠١	٩٣	٩٢	١,٠٠	٩٩	٩٨	-	٣	١٦	صربيا
٠,٩٠	٧٨	٨٧	٠,٩٩	٩٨	٩٩	-	١٢	٥٤	طاجيكستان
٠,٩٩	٩١	٩١	١,٠٠	٩٩	٩٩	-	-	١٤	عُمان
-	-	-	-	-	-	-	٢٢	٩١	غابون
-	-	-	١,١٠	٨٣	٧٥	٧٦	٣٠	٨٨	غامبيا
١,٠١	٥٧	٥٦	١,٠٢	٨٦	٨٤	٢	٢١	٧٦	غانا
٠,٩١	٧٢	٨٠	١,٠١	٩٧	٩٦	-	-	-	غرينادا
٠,٩٦	٤٦	٤٨	١,٠٠	٨٧	٨٧	-	٣٠	٩٢	غواتيمالا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	غوادلوپ
-	-	-	-	-	-	-	-	٣٨	غوام
١,٠٦	٨٦	٨١	١,٠٢	٩٧	٩٥	-	٣٠	٧٤	غيانا
-	-	-	-	-	-	-	-	٨٧	غيانا الفرنسية
٠,٦٦	٢٦	٤٠	٠,٨٣	٧١	٨٦	٩٥	٥١	١٤٦	غينيا
-	-	-	١,٠٢	٤٥	٤٤	-	٣٠	١٧٦	غينيا الاستوائية
-	-	-	٠,٩٥	٧٠	٧٤	٤٢	٢٤	١٠٦	غينيا بيساو
١,٠٧	٥١	٤٨	١,٠٣	٨٨	٨٦	-	٢١	٧٨	فانواتو
١,٠١	٩٤	٩٣	١,٠١	٩٩	٩٩	-	-	٥	فرنسا
١,١٠	٨٧	٧٩	١,٠٠	٩٤	٩٤	-	١٥	٤٨	فلسطين ^١
١,١٠	٧٣	٦٧	١,٠٠	٨٦	٨٦	-	-	٩٥	فنزويلا (جمهورية فنزويلا البوليفارية)
١,٠١	٩٦	٩٦	١,٠٠	٩٩	٩٩	-	-	٦	فنلندا
-	-	-	-	-	-	-	١١	٣٠	فيتنام
١,١١	٨٨	٧٩	١,٠١	٩٨	٩٨	-	-	٤٠	فيجي
١,٠١	٩٥	٩٤	١,٠١	٩٨	٩٨	-	-	٥	قبرص
١,٢٥	٨٥	٦٨	٠,٩٩	٩٨	٩٩	-	٤	١٠	قطر
١,٠٠	٨٧	٨٧	٠,٩٩	٩٨	٩٩	-	١٢	٣٨	قيرغيزستان
١,٠٠	١٠٠	١٠٠	١,٠٢	١٠٠	٩٨	-	٧	٣١	كازاخستان
-	-	-	-	-	-	-	-	٢٢	كاليدونيا الجديدة
١,٠٤	٩٢	٨٩	١,٠٤	٩٩	٩٦	-	-	١٠	كرواتيا
-	-	-	١,٠٠	٩٠	٩١	-	١٩	٥٧	كمبوديا
١,٠١	١٠٠	٩٩	-	-	-	-	-	١١	كندا
١,٠٦	٨٩	٨٤	١,٠٠	٩٧	٩٧	-	٢٦	٥٠	كوريا

مؤشرات رصد أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية

المراهقون والشباب									
مؤشر تكافؤ الجنسين، التعليم الثانوي ٢٠١٨-٢٠٠٩	صافي معدل الالتحاق، التعليم الثانوي، نسبة مئوية، ٢٠١٨-٢٠٠٩		مؤشر تكافؤ الجنسين، التعليم الأساسي ٢٠١٨-٢٠٠٩	صافي معدل الالتحاق، المعدل، التعليم الابتدائي، نسبة مئوية، ٢٠١٨-٢٠٠٩		انتشار تشويه الأعضاء التناسلية للإناث في سن ١٥-١٩ عاماً، نسبة مئوية	زواج الأطفال حتى سن ١٨ عاماً، نسبة مئوية	معدل الولادات لدى المراهقات لكل ١٠٠٠ فتاة في سن ١٥-١٩ عاماً	الدول والأقاليم والمناطق الأخرى
	أنتى	ذكر		أنتى	ذكر				
٢٠١٨-٢٠٠٩	أنتى	ذكر	٢٠١٨-٢٠٠٩	أنتى	ذكر	٢٠١٧-٢٠٠٤	٢٠١٧-٢٠٠٦	٢٠١٧-٢٠٠٦	
٠,٧٥	٣٣	٤٥	٠,٩١	٨٥	٩٣	٢٧	٢٧	١٢٩	كوت ديفوار
-	-	-	-	-	-	-	-	٣٥	كوراساو
١,٠٠٤	٨٤	٨١	١,٠٠٠	٩٧	٩٧	-	٢١	٥٣	كوستاريكا
١,٠٠٧	٨٢	٧٦	١,٠٠١	٩٤	٩٣	-	٢٣	٧٥	كولومبيا
-	-	-	-	-	-	-	٢٠	٤٩	كيريباس
٠,٩٤	٤٧	٥٠	١,٠٠٤	٨٥	٨١	١١	٢٣	٩٦	كينيا
١,٠٠٢	٩٥	٩٣	١,٠٠١	٩٧	٩٦	-	-	١٨	لاتفيا
١,٠٠٠	٦٥	٦٥	٠,٩٤	٨٦	٩١	-	٦	-	لبنان
١,٠٠٤	٨٦	٨٣	١,٠٠٠	٩٩	٩٩	-	-	٦	لكسمبرغ
-	-	-	-	-	-	-	-	١١	ليبيا
٠,٨٨	١٤	١٦	٠,٩٣	٣٦	٣٩	٥٢٦	٣٦	١٤٩	ليبيريا
١,٠٠٠	٩٧	٩٨	١,٠٠٠	١٠٠	١٠٠	-	-	١٤	ليتوانيا
١,٠٥٣	٤٥	٢٩	١,٠٠٣	٨٣	٨١	-	١٧	٩٤	ليسوتو
-	-	-	-	-	-	-	-	٢٠	مارتينيك
١,٠٠٥	٩٢	٨٧	١,٠٠٣	١٠٠	٩٧	-	-	١١	مالطا
٠,٨٠	٢٦	٣٢	٠,٨٩	٦٣	٧١	٨٣	٥٢	١٧٤	مالي
١,٠٠٨	٧٨	٧٢	١,٠٠٠	٩٩	٩٨	-	-	١٢	ماليزيا
١,٠٠٨	٣٠	٢٨	-	-	-	-	٤١	١٥٢	مدغشقر
١,٠٠٠	٨٢	٨١	١,٠٠١	٩٩	٩٨	٧٠	١٧	٥٦	مصر
٠,٩٦	٣١	٣٢	١,٠٠٤	٩٩	٩٥	-	٤٢	١٣٦	ملاوي
-	-	-	٠,٩٩	٩٨	٩٩	-	٥	٢٧	منغوليا
٠,٩٧	٢٥	٢٦	١,٠٠٥	٧٨	٧٥	٦٣	٣٧	٧١	موريتانيا
١,٠٠٨	٨٨	٨٢	١,٠٠٢	٩٧	٩٥	-	-	٢٤	موريشيوس
١,٠٠٢	١٩	١٩	٠,٩٧	٨٦	٨٩	-	٤٨	١٦٧	موزمبيق
١,٠٠٩	٦٢	٥٧	٠,٩٩	٨٩	٩٠	-	١٦	٣٦	ميانمار
-	-	-	١,٠٠٤	١٠٠	٩٦	-	٧	٨٢	ناميبيا
١,٠٠٧	٥٧	٥٣	٠,٩٧	٩٣	٩٦	-	٤٠	٨٨	نيبال
-	-	-	٠,٨٤	٦٠	٧٢	١٢	٤٤	١٤٥	نيجيريا
١,١٧	٥٣	٤٥	١,٠٠٣	١٠٠	٩٧	-	٣٥	٩٢	نيكاراغوا
١,٠٠٢	٩٧	٩٥	١,٠٠١	٩٩	٩٨	-	-	١٦	نيوزيلندا
-	-	-	-	-	-	-	١٨	٥٥	هايتي
١,١٤	٤٨	٤٣	١,٠٠٢	٨٤	٨٣	-	٣٤	١٠٣	هندوراس
١,٠٠٠	٨٩	٨٩	١,٠٠٠	٩٧	٩٧	-	-	٢٣	هنغاريا
١,٠٠١	٩٤	٩٣	-	-	-	-	-	٣	هولندا
-	-	-	١,٠٠٣	٨٥	٨٣	-	-	٤٤	ولايات ميكرونيزيا الموحدة
٠,٩٩	٤٥	٤٦	٠,٩٨	٦٧	٦٨	-	١٣	٥٤	الجمهورية العربية السورية
١,٠٠٥	٨٧	٨٤	١,٠٠٠	٩٩	٩٩	-	-	٣	الصين، منطقة مكاو الإدارية الخاصة
١,٠٠٠	٩٣	٩٣	-	-	-	-	-	٣	الصين، منطقة هونغ كونغ الإدارية الخاصة
٠,٩٧	٨٤	٨٦	١,٠٠٠	١٠٠	٩٩	-	-	٧	المملكة العربية السعودية
١,٢٩	٤١	٣٢	٠,٩٨	٧٥	٧٦	-	٥	٨٧	إسواتيني
١,٠٠١	٩٦	٩٥	١,٠٠٠	٩٦	٩٦	-	٣	١٦	بيلاروس
-	-	-	٠,٧٧	٥٥	٧١	٣٢	٦٧	١٧٩	تشاد
٠,٩٨	٦٠	٦١	٠,٩٩	٩٣	٩٤	-	٣٥	٧٦	جمهورية لاوس الديمقراطية الشعبية
٠,٨٨	٤٤	٥٠	٠,٩٢	٩١	٩٩	٠	٣١	١١٩	جمهورية الكاميرون

مؤشرات رصد أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية

المراهقون والشباب								
مؤشر تكافؤ الجنسين، التعليم الثانوي	صافي معدل الالتحاق، التعليم الثانوي، نسبة مئوية، ٢٠١٨-٢٠٠٩		مؤشر تكافؤ الجنسين، التعليم الأساسي	صافي معدل الالتحاق المعدل، التعليم الابتدائي، نسبة مئوية، ٢٠١٨-٢٠٠٩		انتشار تشويه الأعضاء التناسلية للإناث في سن ١٥-١٩ عاماً، نسبة مئوية	زواج الأطفال حتى سن ١٨ عاماً، نسبة مئوية	معدل الولادات لدى المراهقات لكل ١٠٠٠ فتاة في سن ١٥-١٩ عاماً
٢٠١٨-٢٠٠٩	أنثى	ذكر	٢٠١٨-٢٠٠٩	أنثى	ذكر	٢٠١٧-٢٠٠٤	٢٠١٧-٢٠٠٦	٢٠١٧-٢٠٠٦
—	—	—	١,٠٠٠	٩٢	٩٢	—	٧	١٦
الدول والأقاليم والمناطق الأخرى								
مقدونيا الشمالية								

ملاحظات

- لا تتوافر بيانات.
- أ باستثناء جزر كوك، وجزر مارشال، وناورو، ونيوي، وبالاو، وتوكيلاو، وتوفالو بحسب توافر البيانات.
- ب باستثناء أنغويلا، وأنتيغوا وبربودا، وبرمودا، وجزر فيرجن البريطانية، وجزر كايمان، والإكوادور، وغرينادا، ومونتسيرات، وسانت مارتن، وسانت كيتس ونيفيس بحسب توافر البيانات.
- ج تشمل سيشل
- د النسبة المئوية للفتيات في سن ١٥-١٩ عاماً ممن هنّ أفراد في جماعة ساندي. العضوية في جماعة ساندي تعني تشويه الأعضاء الأنثوية.
- ١ في ٢٩ تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠١٢، اتخذت الجمعية العامة للأمم المتحدة القرار ١٩/٦٧، الذي منح فلسطين "مركز دولة غير عضو لها صفة المراقب في الأمم المتحدة..."

المؤشرات الديمغرافية

التركيب السكاني (بحسب السن)				تغيّر السكان متوسط المعدل السنوي، نسبة مئوية	العمر المتوقع			الخصوبة			السكان		
٦٥ في المائة وما يزيد	٦٤-١٥ في المائة	٢٤-١٠ في المائة	١٤-٠ في المائة		العمر المتوقع عند الولادة، سنوات			معدل الخصوبة الإجمالي، للنساء ٢٠٢٠-٢٠١٥			مجموع السكان بالملايين		
٢٠١٩	٢٠١٩	٢٠١٩	٢٠١٩	٢٠١٩-٢٠١٠	٢٠١٩	١٩٩٤	١٩٦٩	٢٠١٩	١٩٩٤	١٩٦٩	٢٠١٩	١٩٩٤	١٩٦٩
بيانات العالم وبيانات إقليمية													
العالم													
٩	٦٥	٢٤	٢٦	١,١	٧٢	٦٥	٥٦	٢,٥	٢,٩	٤,٨	٧٧١٥	٥٦٧٠	٣٦٢٦
المناطق الأقل تطوراً													
٧	٦٥	٢٥	٢٧	١,٣	٧١	٦٣	٥٣	٢,٦	٣,٢	٥,٩	٦٤٤٨	٤٥٠٣	٢٦٢٥
المناطق الأكثر نمواً													
١٩	٦٥	١٧	١٦	٠,٣	٨٠	٧٤	٧١	١,٧	١,٦	٢,٣	١٢٦٦	١١٦٧	١٠٠١
أقل البلدان نمواً													
٤	٥٧	٣٢	٣٩	٢,٤	٦٥	٥٢	٤٤	٣,٩	٥,٦	٦,٨	١٠٥٠	٥٧٠	٣٠١

بيانات إقليمية

الدول العربية													
٥	٦١	٢٨	٣٤	٢,٠	٧٠	٦٤	٥٢	٣,٣	٤,٥	٦,٩	٣٧٣	٢٢٣	١١٢
منطقة أميركا اللاتينية وبحر الكاريبي													
٣٩	٣٦٧	٣٢٥	٣٢٤	١,١	٦٦	٦٩	٥٩	٣,٠	٣,٠	٥,٤	٦٥٣	٤٧٤	٢٧٨
منطقة أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى													
١٠	٦٧	٢١	٢٣	٠,٩	٧٣	٦٧	٦١	٢,٠	٢,٤	٣,٦	٢٤٧	٢١١	١٥٤
منطقة آسيا والمحيط الهادئ													
٨	٦٨	٢٣	٢٤	١,٠	٧٢	٦٤	٥٣	٢,١	٢,٨	٥,٩	٤٠٣٠	٣٠٢٧	١٨١٨
منطقة شرق أفريقيا والجنوب الأفريقي													
٣	٥٥	٣٢	٤١	٢,٧	٦٤	٤٩	٤٦	٤,٣	٥,٩	٦,٨	٦١٣	٣١٢	١٥٤
منطقة غرب أفريقيا وأفريقيا الوسطى													
٣	٥٤	٣٢	٤٣	٢,٧	٥٨	٤٩	٤١	٥,١	٦,٣	٦,٦	٤٤٧	٢٢٩	١١٨

الدول والأقاليم والمناطق الأخرى

٣	٥٥	٣٥	٤٢	٢,٨	٦٥	٥٣	٣٦	٤,٢	٧,٦	٧,٥	٣٧,٢	١٦,٢	١٠,٩
أفغانستان													
١٥	٦٧	١٥	١٨	٠,١	٧١	٦٦	٦٩	١,٨	١,٤	٢,٠	١٤٣,٩	١٤٨,٤	١٢٩,٥
الاتحاد الروسي													
٨	٦٥	٢٦	٢٨	١,٥	٧٧	٧١	٥٧	٢,٤	٣,٤	٦,٣	١٧,١	١١,٢	٥,٩
الإكوادور													
١	٨٥	١٦	١٤	١,٨	٧٨	٧٣	٦١	١,٧	٣,٦	٦,٧	٩,٧	٢,٣	٠,٢
الإمارات العربية المتحدة													
١١	٦٤	٢٤	٢٤	١,٠	٧٧	٧٢	٦٦	٢,٢	٢,٨	٣,١	٤٥,١	٣٤,٦	٢٣,٦
الأرجنتين													
٤	٦١	٣٠	٣٥	٣,٨	٧٥	٧١	٥٩	٣,٢	٤,٨	٨,٠	١٠,١	٤,٤	١,٦
الأردن													
٣	٧٩	١٨	١٩	٣,١	٧٧	٧٣	٦٣	٢,٠	٣,٢	٦,٧	١,٦	٠,٥	٠,٢
البحرين													
٩	٧٠	٢٣	٢١	٠,٨	٧٦	٦٧	٥٩	١,٧	٢,٦	٥,٢	٢١٢,٤	١٥٩,٧	٩٢,٩
البرازيل													
٢٢	٦٥	١٥	١٣	٠,٤-	٨٢	٧٥	٦٧	١,٢	١,٥	٣,٠	١٠,٣	١٠,١	٨,٧
البرتغال													
١٠	٧٠	٢١	٢٠	١,٢	٧٦	٧١	٦٦	١,٧	٢,٦	٣,٦	٠,٤	٠,٣	٠,٢
البيهاما													
١٧	٦٨	١٧	١٤	٠,٧-	٧٧	٧١	٦٦	١,٤	١,٧	٣,٠	٣,٥	٣,٩	٣,٧
البوسنة والهرسك													
٨	٦٦	٢٦	٢٧	١,٣	٧٦	٦٨	٥٣	٢,٣	٣,٤	٦,٥	٣٢,٩	٢٣,٦	١٣,٠
البيرو													
١٦	٦٦	١٩	١٨	٠,١	٧٨	٧٤	٦٩	١,٦	٢,٠	٢,٨	٠,٦	٠,٦	٠,٥
الجبل الأسود													
٧	٦٤	٢٢	٣٠	١,٩	٧٧	٦٨	٥٠	٢,٦	٣,٧	٧,٧	٤٢,٧	٢٨,٤	١٤,١
الجزائر													
٢٠	٦٤	١٨	١٦	٠,٤	٨١	٧٥	٧٣	١,٨	١,٨	٢,٢	٥,٨	٥,٢	٤,٩
الدانمرك													
٥	٦٦	٣٠	٢٩	١,٢	٧٣	٦٦	٥٣	٢,٢	٤,٧	٧,٠	٠,٦	٠,٤	٠,٣
الرأس الأخضر													
٩	٦٥	٢٨	٢٧	٠,٥	٧٤	٦٧	٥٥	٢,٠	٣,٧	٦,٣	٦,٤	٥,٥	٣,٦
السلفادور													
٣	٥٤	٣٢	٤٣	٢,٩	٦٨	٥٧	٣٩	٤,٦	٦,١	٧,٣	١٦,٧	٨,٥	٤,١
السنغال													
٤	٥٦	٣٣	٤٠	٢,٤	٦٥	٥٦	٥٢	٤,٣	٥,٩	٦,٩	٤٢,٥	٢٣,٣	١٠,٠
السودان													
٢٠	٦٢	١٧	١٨	٠,٨	٨٣	٧٩	٧٤	١,٩	١,٩	٢,١	١٠,١	٨,٨	٨,٠
السويد													
٣	٦٩	٢٥	٢٧	٢,١	٧٠	٦٠	٤٢	٢,٤	٣,٨	٦,٦	٠,٦	٠,٢	٠,١
الصحراء الغربية													
٣	٥١	٣٣	٤٦	٢,٩	٥٨	٤٦	٤١	٦,٠	٧,٦	٧,٢	١٥,٦	٧,٦	٣,٤
الصومال													
١٧	٧٠	١٣	١٢	٠,٧	٨٤	٧٩	٧١	١,٤	١,٢	٣,٤	٧,٥	٦,١	٣,٨
الصين - منطقة هونغ كونغ الإدارية الخاصة ^٢													
١٢	٧١	١٧	١٨	٠,٥	٧٧	٧٠	٥٨	١,٦	١,٧	٥,٩	١٤٢٠,١	١٢٢٩,٠	٨٠٣,٦
الصين ^٣													
٣	٥٧	٣١	٤٠	٣,٠	٧٠	٦٨	٥٨	٤,٢	٥,٥	٧,٤	٤٠,٤	١٩,٦	٩,٦
العراق													
٥	٦٤	٢٩	٣١	١,٦	٧٠	٦٦	٦١	٢,٨	٤,١	٦,٤	١٠٨,١	٦٨,٢	٣٤,٨
الفلبين													
٣	٧٦	١٩	٢١	٣,٩	٧٥	٧٣	٦٦	١,٩	٢,٧	٧,٣	٤,٢	١,٧	٠,٧
الكويت													
٧	٦٦	٢٤	٢٧	١,٤	٧٧	٦٧	٥٢	٢,٤	٣,٤	٦,٧	٣٦,٦	٢٦,٧	١٥,٧
المغرب													

المؤشرات الديمغرافية

التركيب السكاني (بحسب السن)				تغيّر السكان متوسط المعدل السنوي، نسبة مئوية	العمر المتوقع			الخصوبة			السكان			الدول والأقاليم والمناطق الأخرى
٦٥ في المائة وما يزيد	٦٤-١٥ في المائة	٢٤-١٠ في المائة	١٤-٠ في المائة		العمر المتوقع عند الولادة، سنوات			معدل الخصوبة الإجمالي، للنساء ٢٠١٥-٢٠٢٠			مجموع السكان بالملايين			
٢٠١٩	٢٠١٩	٢٠١٩	٢٠١٩	٢٠١٩-٢٠١٠	٢٠١٩	١٩٩٤	١٩٦٩	٢٠١٩	١٩٩٤	١٩٦٩	٢٠١٩	١٩٩٤	١٩٦٩	
٧	٦٧	٢٦	٢٦	١,٣	٧٨	٧٢	٦١	٢,١	٣,١	٦,٨	١٣٢,٣	٩٢,٣	٥٠,٤	المكسيك
١٩	٦٣	١٧	١٨	٠,٦	٨٢	٧٧	٧٢	١,٩	١,٨	٢,٤	٦٧,٠	٥٧,٨	٥٥,٤	المملكة المتحدة
١٧	٦٥	١٨	١٨	١,١	٨٣	٧٨	٧٤	١,٨	١,٩	٢,٧	٥,٤	٤,٣	٣,٨	الزويج ^{١٣}
٢٠	٦٦	١٥	١٤	٠,٥	٨٢	٧٧	٧٠	١,٥	١,٥	٢,٤	٨,٨	٧,٩	٧,٥	النمسا
٣	٤٧	٣٣	٥٠	٣,٨	٦١	٤٦	٣٦	٧,١	٧,٧	٧,٦	٢٣,٢	٩,٢	٤,٤	النيجر
٦	٦٧	٢٧	٢٧	١,٢	٦٩	٦٠	٤٧	٢,٣	٣,٧	٥,٦	١٣٦٨,٧	٩٤٢,٢	٥٤١,٥	الهند
١٦	٦٥	٢٠	١٩	٠,٧	٨٠	٧٦	٧١	١,٩	٢,٠	٢,٤	٣٢٩,١	٢٦٢,٧	٢٠٧,٧	الولايات المتحدة الأمريكية
٢٨	٥٩	١٤	١٣	٠,١-	٨٤	٨٠	٧٢	١,٥	١,٤	٢,١	١٢٦,٩	١٢٦,١	١٠٣,٥	اليابان
٣	٥٨	٣٣	٣٩	٢,٥	٦٦	٥٩	٤٠	٣,٧	٧,٨	٧,٨	٢٩,٦	١٤,٧	٦,١	اليمن
٢١	٦٥	١٥	١٤	٠,٣-	٨٢	٧٨	٧١	١,٣	١,٤	٢,٦	١١,١	١٠,٧	٨,٦	اليونان
٤	٥٧	٣٤	٣٩	٢,٥	٦٧	٤٩	٤٣	٣,٩	٧,٠	٦,٩	١١٠,١	٥٥,٤	٢٧,٧	إثيوبيا
٤	٥٥	٣٢	٤١	٢,١	٦٦	٥٢	٤٣	٣,٩	٦,٠	٦,٧	٥,٣	٣,١	١,٨	أريتريا
٢٠	٦٦	١٥	١٤	٠,١-	٨٤	٧٨	٧٢	١,٤	١,٢	٢,٩	٤٦,٤	٣٩,٨	٣٣,٦	إسبانيا ^{١١}
٢٠	٦٣	١٥	١٧	٠,٢-	٧٨	٦٩	٧٠	١,٧	١,٥	٢,١	١,٣	١,٥	١,٣	إستونيا
١٢	٦٠	٢٣	٢٨	١,٦	٨٣	٧٨	٧٢	٢,٩	٢,٩	٣,٨	٨,٦	٥,٢	٢,٨	إسرائيل
٦	٦٨	٢٦	٢٧	١,٢	٧٠	٦٥	٥٤	٢,٣	٢,٨	٥,٥	٢٦٩,٥	١٩٣,٩	١١١,٨	إندونيسيا
٢٤	٦٣	١٤	١٣	٠,١-	٨٤	٧٨	٧١	١,٥	١,٢	٢,٥	٥٩,٢	٥٧,٣	٥٣,٢	إيطاليا
١٢	٦٨	١٩	٢٠	٠,٢	٧٥	٦٩	٧٠	١,٦	٢,٢	٣,٣	٢,٩	٣,٣	٢,٥	أرمينيا
١٤	٦٨	٢١	١٧	٠,٥	٧٦	٧٤	٦٩	١,٨	٢,١	٣,١	٠,١	٠,١	٠,١	أروبا
١٦	٦٥	١٩	١٩	١,٤	٨٣	٧٨	٧١	١,٨	١,٨	٢,٨	٢٥,١	١٧,٩	١٢,٦	أستراليا ^{١١}
١٤	٦٩	٢١	١٧	٠,٠	٧٩	٧٢	٦٧	١,٧	٢,٧	٥,١	٢,٩	٣,١	٢,١	ألبانيا
٢٢	٦٥	١٤	١٣	٠,٢	٨٢	٧٦	٧١	١,٥	١,٣	٢,٢	٨٢,٤	٨٠,٩	٧٨,٣	ألمانيا
٧	٦٩	٢٤	٢٣	١,١	٧٧	٧٢	٦٦	٢,٠	٢,٢	٣,٨	٠,١	٠,١	٠,١	أنغيوا وبربودا
٣	٥١	٣٣	٤٦	٣,٤	٦٢	٤٣	٣٧	٥,٥	٧,٠	٧,٦	٣١,٨	١٣,٨	٦,٦	أنغولا
١٥	٦٤	٢٢	٢١	٠,٣	٧٨	٧٣	٦٩	٢,٠	٢,٤	٢,٩	٣,٥	٣,٢	٢,٨	أوروغواي
٥	٦٧	٢٥	٢٨	١,٥	٧٢	٦٦	٦٢	٢,٢	٣,٧	٦,٤	٣٢,٨	٢٢,٤	١١,٧	أوزبكستان
٢	٥١	٣٤	٤٧	٣,٣	٦١	٤٤	٤٩	٥,٣	٧,٠	٧,١	٤٥,٧	١٩,٩	٩,٢	أوغندا
١٥	٦٤	١٩	٢١	٠,٥	٨٢	٧٥	٧١	٢,٠	١,٩	٣,٨	٤,٨	٣,٦	٢,٩	أيرلندا
١٥	٦٥	٢٠	٢٠	٠,٧	٨٣	٧٩	٧٤	١,٩	٢,٢	٣,١	٠,٣	٠,٣	٠,٢	أيسلندا
٣	٥٥	٣٢	٤٢	٢,٨	٦٢	٥٥	٤٢	٤,٨	٦,٤	٦,٧	١١,٨	٥,٧	٢,٩	بنين
٤	٦١	٣١	٣٥	٢,١	٦٦	٦٠	٤٨	٣,٥	٤,٧	٦,٢	٨,٦	٤,٨	٢,٥	بابوا غينيا الجديدة
٧	٦٤	٢٨	٢٩	١,٣	٧٣	٦٩	٦٥	٢,٤	٤,٢	٥,٩	٧,٠	٤,٧	٢,٤	باراغواي
٥	٦١	٢٩	٣٥	٢,٠	٦٧	٦١	٥٢	٣,٣	٥,٥	٦,٦	٢٠٤,٦	١١٩,٨	٥٦,٥	باكستان
١٦	٦٥	١٩	١٩	٠,٣	٧٦	٧٢	٦٥	١,٨	١,٧	٣,٣	٠,٣	٠,٣	٠,٢	بربادوس
٥	٧٢	٢٣	٢٢	١,٤	٧٨	٧٤	٦٧	١,٨	٢,٩	٥,٨	٠,٤	٠,٣	٠,١	بروناي دار السلام
١٩	٦٤	١٧	١٧	٠,٦	٨٢	٧٧	٧١	١,٨	١,٦	٢,٣	١١,٦	١٠,٢	٩,٦	بلجيكا
٢١	٦٤	١٤	١٥	٠,٦-	٧٥	٧١	٧١	١,٦	١,٤	٢,١	٧,٠	٨,٥	٨,٥	بلغاريا
٤	٦٦	٣٠	٣٠	٢,١	٧١	٧٠	٦٥	٢,٤	٤,٢	٦,٣	٠,٤	٠,٢	٠,١	بليز
٥	٦٨	٢٨	٢٧	١,١	٧٣	٦١	٤٨	٢,٠	٣,٨	٦,٩	١٦٨,١	١١٦,٢	٦٣,٤	بنغلادش
٨	٦٥	٢٥	٢٧	١,٦	٧٩	٧٤	٦٥	٢,٤	٢,٩	٥,٣	٤,٢	٢,٧	١,٥	بنما
٥	٦٩	٢٧	٢٦	١,٤	٧١	٥٦	٣٩	٢,٠	٤,٨	٦,٧	٠,٨	٠,٥	٠,٣	بوتان
٤	٦٥	٢٨	٣١	١,٨	٦٩	٥٧	٥٤	٢,٦	٤,١	٦,٧	٢,٤	١,٥	٠,٧	بوتسوانا
١٦	٦٧	٢١	١٧	٠,٢-	٨١	٧٤	٧١	١,٥	٢,١	٣,٢	٣,٧	٣,٧	٢,٧	بورتوريكو

التركيب السكاني (بحسب السن)				تغيّر السكان متوسط المعدل السنوي، نسبة مئوية	العمر المتوقع			الخصوبة			السكان			
٦٥ في المائة وما يزيد	٦٤-١٥ في المائة	٢٤-١٠ في المائة	١٤-٠ في المائة		العمر المتوقع عند الولادة، سنوات			معدل الخصوبة الإجمالي، للنساء ٢٠١٥-٢٠٢٠			مجموع السكان بالملايين			
٢٠١٩	٢٠١٩	٢٠١٩	٢٠١٩	٢٠١٩-٢٠١٠	٢٠١٩	١٩٩٤	١٩٦٩	٢٠١٩	١٩٩٤	١٩٦٩	٢٠١٩	١٩٩٤	١٩٦٩	
الدول والأقاليم والمناطق الأخرى														
٢	٥٣	٣٣	٤٥	٢,٩	٦٢	٤٩	٣٩	٥,١	٦,٩	٦,٦	٢٠,٣	٩,٨	٥,٥	بوركينافاسو
٣	٥٢	٣١	٤٥	٣,١	٥٩	٤٨	٤٤	٥,٥	٧,٣	٧,٣	١١,٦	٥,٩	٣,٤	بوروندي
١٨	٦٧	١٥	١٥	٠,١-	٧٨	٧٢	٧٠	١,٣	١,٨	٢,٣	٣٨,٠	٣٨,٤	٣٢,٤	بولندا
٧	٦٢	٢٩	٣١	١,٥	٧٠	٥٧	٤٥	٢,٨	٤,٦	٦,٣	١١,٤	٧,٤	٤,٤	بوليفيا (دولة متعددة القوميات)
٨	٦٩	٢٤	٢٣	٠,٨	٧٧	٧٠	٦٠	٢,٠	٢,٩	٥,١	٠,٣	٠,٢	٠,١	بولينزيا الفرنسية
١٢	٧١	١٩	١٧	٠,٣	٧٦	٧٠	٥٩	١,٤	١,٩	٥,٨	٦٩,٣	٥٨,٩	٣٥,٨	تايلند
٥	٦٥	٢٥	٣١	١,٧	٦٨	٦٣	٥٨	٢,٧	٣,٧	٦,٥	٥,٩	٤,١	٢,١	تركمستان
٩	٦٧	٢٤	٢٤	١,٥	٧٧	٦٦	٥٢	٢,٠	٢,٨	٥,٧	٨٣,٠	٥٧,٦	٣٤,١	تركيا
١١	٦٩	١٩	٢٠	٠,٤	٧١	٦٨	٦٥	١,٧	٢,٠	٣,٧	١,٤	١,٣	٠,٩	ترينيداد وتوباغو
١٢	٦٨	٢١	٢٠	٠,٨	٨٠	٧٥	٦٢	١,٨	٢,٤	٤,٢	١٨,٣	١٤,١	٩,٤	تشيلي
٣	٥٢	٣٢	٤٤	٣,١	٦٧	٤٩	٤٦	٤,٨	٥,٩	٦,٨	٦٠,٩	٢٩,١	١٣,٢	تنزانيا (جمهورية تنزانيا المتحدة) ^{١٧}
٣	٥٦	٣٢	٤١	٢,٦	٦١	٥٥	٤٦	٤,٣	٥,٩	٧,٠	٨,٢	٤,٢	٢,٠	توغو
-	-	-	-	٠,٩	-	-	-	-	-	-	٠,٠	٠,٠	٠,٠	توفالو
٩	٦٧	٢١	٢٤	١,١	٧٦	٧١	٥٠	٢,١	٢,٧	٦,٨	١١,٨	٩,٠	٥,٠	تونس
٦	٥٩	٣٣	٣٥	٠,٦	٧٣	٧٠	٦٥	٣,٥	٤,٥	٦,٢	٠,١	٠,١	٠,١	توغا
١٠	٦٧	٢٥	٢٣	٠,٣	٧٦	٧٢	٦٨	٢,٠	٢,٨	٥,٦	٢,٩	٢,٥	١,٨	جامايكا
٣	٥٨	٣١	٣٩	٢,٣	٦٤	٥٨	٤٥	٤,١	٥,٩	٧,١	٠,٩	٠,٥	٠,٢	جزر القمر
-	-	-	-	١,٨	-	-	-	-	-	-	٠,٠	٠,٠	٠,٠	جزر تركس وكايكوس
٤	٥٨	٣٢	٣٨	٢,١	٧٢	٥٩	٥٤	٣,٧	٥,٣	٦,٨	٠,٦	٠,٣	٠,٢	جزر سليمان
٢٠	٦٠	٢٠	٢٠	٠,١-	٨٠	٧٥	٦٩	٢,٢	٢,٦	٥,٣	٠,١	٠,١	٠,١	جزر فيرجن الأمريكية
٢٠	٦٤	١٤	١٦	٠,١	٧٩	٧٣	٧٠	١,٦	١,٥	٢,٠	١٠,٦	١٠,٤	٩,٨	جمهورية التشيك
٧	٦٤	٢٧	٢٩	١,٢	٧٤	٦٩	٥٨	٢,٣	٣,٢	٦,٤	١١,٠	٧,٨	٤,٤	جمهورية الدومينيكان
٣	٥٥	٣١	٤٢	٢,٦	٦٦	٥٤	٥٣	٤,٥	٥,٢	٦,٣	٥,٥	٢,٧	١,٣	جمهورية الكونغو
٣	٥١	٣٢	٤٦	٣,٣	٦١	٤٩	٤٤	٥,٨	٦,٨	٦,٢	٨٦,٧	٤٠,٣	١٩,٥	جمهورية الكونغو الديمقراطية
٤	٧٢	٢١	٢٣	٢,٤	٧٨	٦٥	٤٣	٢,٠	٤,٦	٧,٢	٠,٥	٠,٢	٠,١	جمهورية الملديف
٦	٧٠	٢١	٢٤	١,٢	٧٧	٦٨	٥٠	١,٦	٣,٥	٦,٥	٨٢,٨	٥٩,٧	٢٧,٨	جمهورية إيران الإسلامية
٤	٥٤	٣٤	٤٢	٠,٩	٥٤	٤٧	٤١	٤,٦	٥,٧	٦,٠	٤,٨	٣,٣	١,٨	جمهورية أفريقيا الوسطى
٤	٥٣	٣٥	٤٣	٢,٢	٧٠	٥٢	٣٩	٥,٢	٦,١	٦,٠	١,٤	٠,٩	٠,٦	جمهورية تيمور-ليشتي الديمقراطية
١٥	٧٢	١٦	١٣	٠,٤	٨٣	٧٣	٦٠	١,٣	١,٦	٤,٥	٥١,٣	٤٤,٨	٣١,٦	جمهورية كوريا
٩	٧١	٢٢	٢٠	٠,٥	٧٢	٦٨	٥٩	١,٩	٢,٢	٤,٤	٢٥,٧	٢١,٦	١٤,٠	جمهورية كوريا الديمقراطية الشعبية
١٢	٧٢	١٧	١٦	٠,١-	٧٢	٦٧	٦٥	١,٢	٢,٠	٢,٦	٤,٠	٤,٤	٣,٥	جمهورية مولدوفا ^{١٨}
٣	٥٥	٣٢	٤١	٣,١	٥٨	٤٦	٣٥	٤,٦	٦,٦	٦,٩	١٣,٣	٥,٤	٣,٦	جنوب السودان
٦	٦٦	٢٧	٢٩	١,٣	٦٤	٦٢	٥٥	٢,٤	٣,٢	٥,٧	٥٨,١	٤١,٢	٢٢,٢	جنوب أفريقيا
٤	٦٦	٣٠	٣٠	١,٦	٦٣	٥٧	٤٨	٢,٧	٥,٥	٦,٨	١,٠	٠,٦	٠,١	جيبوتي
-	-	-	-	٠,٥	-	-	-	-	-	-	٠,١	٠,١	٠,١	دومينيكا
٣	٥٧	٣٢	٣٩	٢,٥	٦٨	٢٩	٤٤	٣,٧	٦,٣	٨,٢	١٢,٨	٦,٠	٣,٦	رواندا
١٩	٦٦	١٦	١٥	٠,٥-	٧٦	٧٠	٦٨	١,٦	١,٤	٢,٨	١٩,٥	٢٣,١	٢٠,٣	رومانيا
١٢	٦٥	٢٣	٢٣	٠,٨	٨١	٧٤	٦٢	٢,٢	٢,٤	٥,١	٠,٩	٠,٧	٠,٥	ريونيون
٢	٥٣	٣٤	٤٤	٣,٠	٦٣	٤٣	٤٩	٤,٨	٦,٢	٧,٣	١٨,١	٨,٩	٤,٠	زامبيا
٣	٥٦	٣٢	٤١	٢,٣	٦٢	٥٢	٥٥	٣,٥	٤,٦	٧,٤	١٧,٣	١١,١	٥,٠	زيمبابوي
٦	٥٨	٣٢	٣٦	٠,٧	٧٦	٦٧	٥٤	٣,٨	٤,٨	٧,٣	٠,٢	٠,٢	٠,١	ساموا
-	-	-	-	٠,٩	-	-	-	-	-	-	٠,٠	٠,٠	٠,٠	سان مارينو
٨	٦٩	٢٥	٢٣	٠,١	٧٤	٧١	٦٥	١,٩	٢,٨	٦,٢	٠,١	٠,١	٠,١	سلت فنسنت وجزر غرينادين

المؤشرات الديمغرافية

التركيب السكاني (بحسب السن)				تغيّر السكان متوسط المعدل السنوي، نسبة مئوية	العمر المتوقع			الخصوبة			السكان			الدول والأقاليم والمناطق الأخرى
٦٥ في المائة وما يزيد	١٥-٦٤ في المائة	١٠-٢٤ في المائة	٠-١٤ في المائة		العمر المتوقع عند الولادة، سنوات			معدل الخصوبة الإجمالي، للنساء ٢٠١٥-٢٠٢٠			مجموع السكان بالملايين			
٢٠١٩	٢٠١٩	٢٠١٩	٢٠١٩	٢٠١٩-٢٠١٠	٢٠١٩	١٩٩٤	١٩٦٩	٢٠١٩	١٩٩٤	١٩٦٩	٢٠١٩	١٩٩٤	١٩٦٩	
—	—	—	—	١,٠	—	—	—	—	—	—	٠,١	٠,٠	٠,٠	سانت كيتس ونيفيس
١٠	٧٢	٢٣	١٨	٠,٥	٧٦	٧١	٦٢	١,٤	٣,٠	٦,٢	٠,٢	٠,١	٠,١	سانت لوسيا
—	—	—	—	٢,٤	—	—	—	—	—	—	٠,٠	٠,٠	٠,٠	سانت مارتن
٣	٥٥	٣٣	٤٢	٢,٢	٦٧	٦٢	٥٥	٤,٣	٥,٦	٦,٤	٠,٢	٠,١	٠,١	ساو تومي وبرينسيبي
١١	٦٦	٢٣	٢٣	٠,٤	٧٦	٦٩	٦٤	٢,٠	٢,٣	٤,٥	٢١,٠	١٨,١	١٢,٢	سريلانكا
١٦	٦٨	١٦	١٦	٠,١	٧٧	٧٢	٧٠	١,٥	١,٧	٢,٥	٥,٥	٥,٤	٤,٥	سلوفاكيا
٢٠	٦٥	١٤	١٥	٠,٢	٨١	٧٤	٦٩	١,٧	١,٣	٢,٢	٢,١	٢,٠	١,٧	سلوفينيا
١٤	٧١	١٧	١٥	١,٦	٨٤	٧٧	٦٨	١,٣	١,٧	٣,٤	٥,٩	٣,٤	٢,٠	سنغافورة
٧	٦٧	٢٦	٢٦	١,٠	٧٢	٦٨	٦٣	٢,٣	٣,١	٥,٨	٠,٦	٠,٤	٠,٤	سورينام
١٩	٦٦	١٥	١٥	١,١	٨٤	٧٨	٧٣	١,٦	١,٥	٢,٢	٨,٦	٧,٠	٦,١	سويسرا
٣	٥٦	٣٣	٤١	٢,٢	٥٣	٣٦	٣٤	٤,٢	٦,٦	٦,٥	٧,٩	٤,٣	٢,٦	سيراليون
٩	٦٨	١٩	٢٢	٠,٥	٧٤	٧١	٦٥	٢,٢	٢,٤	٥,٩	٠,١	٠,١	٠,١	سيشيل
١٨	٦٥	١٨	١٦	٠,٤	٧٦	٧٢	٦٧	١,٦	١,٩	٢,٤	٨,٧	٩,٩	٨,١	صربيا ^{١٥}
٤	٦١	٢٨	٣٥	٢,٢	٧٢	٦٣	٦٠	٣,٢	٤,٧	٧,٠	٩,٣	٥,٧	٢,٨	طاجيكستان
٢	٧٦	١٩	٢١	٥,٥	٧٨	٦٩	٥٠	٢,٥	٥,٧	٧,٣	٥,٠	٢,١	٠,٧	عُمان
٤	٦٠	٢٨	٣٦	٢,٨	٦٧	٦١	٤٦	٣,٦	٥,١	٥,٠	٢,١	١,١	٠,٦	غابون
٢	٥٣	٣٣	٤٥	٣,١	٦٢	٥٣	٣٧	٥,٢	٦,١	٦,٠	٢,٢	١,٠	٠,٤	غامبيا
٣	٥٨	٣١	٣٨	٢,٣	٦٤	٥٨	٤٩	٣,٨	٥,٢	٧,٠	٣٠,١	١٦,٣	٨,٤	غانا
٨	٦٦	٢٥	٢٦	٠,٤	٧٤	٦٩	٦٤	٢,٠	٣,٣	٤,٧	٠,١	٠,١	٠,١	غرينادا
٥	٦١	٣٢	٣٤	٢,٠	٧٤	٦٥	٥٢	٢,٨	٥,٢	٦,٧	١٧,٦	١٠,٢	٥,٥	غواتيمالا
١٩	٦٤	٢١	١٨	٠,٠	٨٢	٧٥	٦٤	١,٩	٢,١	٥,٠	٠,٤	٠,٤	٠,٣	غوادلوپ ^{١٤}
١٠	٦٦	٢٥	٢٤	٠,٥	٨٠	٧٣	٦٥	٢,٣	٢,٩	٤,٥	٠,٢	٠,١	٠,١	غوام
٦	٦٦	٢٩	٢٨	٠,٦	٦٧	٦٤	٦٢	٢,٤	٣,١	٥,٥	٠,٨	٠,٨	٠,٧	غيانا
٦	٦٢	٢٨	٣٢	٢,٦	٨١	٧٣	٦٥	٣,٢	٤,٠	٤,٨	٠,٣	٠,١	٠,٠	غيانا الفرنسية
٣	٥٥	٣٢	٤٢	٢,٤	٦٢	٥٢	٣٦	٤,٦	٦,٤	٦,٢	١٣,٤	٧,٥	٤,٢	غينيا
٣	٦٠	٢٩	٣٧	٤,٠	٥٩	٥٠	٣٩	٤,٤	٦,٠	٥,٨	١,٤	٠,٥	٠,٣	غينيا الاستوائية
٣	٥٦	٣١	٤١	٢,٥	٥٩	٥١	٤١	٤,٤	٦,٤	٦,٠	٢,٠	١,١	٠,٧	غينيا بيساو
٥	٦٠	٢٩	٣٦	٢,٢	٧٣	٦٥	٥٢	٣,٢	٤,٨	٦,٣	٠,٣	٠,٢	٠,١	قاناو
٢٠	٦٢	١٨	١٨	٠,٤	٨٣	٧٨	٧٢	٢,٠	١,٧	٢,٦	٦٥,٥	٥٨,٠	٥٠,٥	فرنسا
٣	٥٨	٣٢	٣٩	٢,٧	٧٤	٦٩	٥٥	٣,٨	٦,٤	٧,٩	٥,٢	٢,٥	١,١	فلسطين ^{١٤}
٧	٦٦	٢٦	٢٧	١,٤	٧٥	٧١	٦٤	٢,٢	٣,١	٥,٦	٣٢,٨	٢١,٧	١١,٢	فنزويلا (جمهورية فنزويلا البوليفارية)
٨	٦٩	٢١	٢٣	١,١	٧٧	٧٢	٦٠	١,٩	٢,٩	٦,٥	٩٧,٤	٧٣,٩	٤٢,٣	فيتنام
٧	٦٥	٢٦	٢٨	٠,٧	٧١	٦٦	٥٩	٢,٤	٣,٣	٤,٧	٠,٩	٠,٨	٠,٥	فيجي
٢	٨٤	١٨	١٤	٤,٨	٧٩	٧٦	٦٨	١,٨	٣,٦	٦,٩	٢,٧	٠,٥	٠,١	قطر
٥	٦٣	٢٥	٣٢	١,٥	٧١	٦٦	٦٠	٢,٩	٣,٤	٥,٢	٦,٢	٤,٥	٢,٩	قيرغيزستان
٧	٦٤	٢٠	٢٩	١,٤	٧٠	٦٤	٦٢	٢,٥	٢,٤	٣,٦	١٨,٦	١٦,٢	١٢,٩	كازاخستان
١٠	٦٨	٢٢	٢٢	١,٣	٧٨	٧٢	٦٢	٢,١	٢,٨	٥,٣	٠,٣	٠,٢	٠,١	كاليدونيا الجديدة
٢١	٦٥	١٦	١٥	٠,٥	٧٨	٧٣	٦٨	١,٤	١,٦	٢,٠	٤,١	٤,٧	٤,٤	كرواتيا
٥	٦٤	٢٨	٣١	١,٦	٧٠	٥٥	٤٢	٢,٥	٤,٩	٦,٦	١٦,٥	١٠,٣	٦,٩	كمبوديا
١٨	٦٦	١٧	١٦	١,٠	٨٣	٧٨	٧٢	١,٦	١,٧	٢,٤	٣٧,٣	٢٩,٠	٢١,١	كندا
١٦	٦٩	١٧	١٦	٠,٢	٨٠	٧٥	٦٩	١,٧	١,٦	٤,٢	١١,٥	١٠,٩	٨,٦	كوريا
٣	٥٥	٣٢	٤٢	٢,٥	٥٥	٥٠	٤٣	٤,٧	٦,٣	٧,٩	٢٥,٥	١٤,١	٥,٠	كوت ديفوار
١٧	٦٤	١٨	١٨	١,١	٧٩	٧٥	٦٩	٢,٠	٢,٢	٣,٥	٠,٢	٠,١	٠,١	كوراساو

التركيب السكاني (بحسب السن)				تغيّر السكان متوسط المعدل السنوي، نسبة مئوية	العمر المتوقع			الخصوبة			السكان			الدول والأقاليم والمناطق الأخرى
٦٥ في المائة وما يزيد	٦٤-١٥ في المائة	٢٤-١٠ في المائة	١٤-٠ في المائة		العمر المتوقع عند الولادة، سنوات			معدل الخصوبة الإجمالي، للنساء ٢٠١٥-٢٠٢٠			مجموع السكان بالملايين			
٢٠١٩	٢٠١٩	٢٠١٩	٢٠١٩	٢٠١٩-٢٠١٠	٢٠١٩	١٩٩٤	١٩٦٩	٢٠١٩	١٩٩٤	١٩٦٩	٢٠١٩	١٩٩٤	١٩٦٩	
١٠	٦٩	٢٣	٢١	١,١	٨٠	٧٦	٦٦	١,٧	٢,٩	٤,٩	٥,٠	٣,٤	١,٨	كوستاريكا
٨	٦٩	٢٤	٢٣	٠,٩	٧٥	٦٩	٦١	١,٨	٢,٧	٥,٨	٤٩,٨	٣٦,٨	٢١,٥	كولومبيا
٤	٦٠	٢٩	٣٦	١,٨	٦٧	٦٢	٥٤	٣,٥	٤,٤	٥,٧	٠,١	٠,١	٠,١	كيريباس
٣	٥٨	٣٣	٤٠	٢,٦	٦٨	٥٥	٥٢	٣,٧	٥,٥	٨,١	٥٢,٢	٢٦,٥	١٠,٩	كينيا
٢٠	٦٤	١٤	١٦	١,١-	٧٥	٦٨	٧٠	١,٦	١,٥	١,٩	١,٩	٢,٥	٢,٤	لاتفيا
٩	٦٩	٢٥	٢٢	٣,٧	٨٠	٧٢	٦٦	١,٧	٢,٧	٥,١	٦,١	٣,٠	٢,٣	لبنان
١٥	٦٩	١٨	١٦	١,٨	٨٢	٧٦	٧٠	١,٦	١,٧	٢,١	٠,٦	٠,٤	٠,٣	لكسمبرغ
٥	٦٨	٢٥	٢٨	٠,٧	٧٢	٧٠	٥٥	٢,٢	٣,٩	٨,١	٦,٦	٤,٩	٢,٠	ليبيا
٣	٥٦	٣٢	٤١	٢,٦	٦٤	٤٩	٣٩	٤,٤	٦,٢	٦,٧	٥,٠	٢,٠	١,٤	ليبيريا
١٩	٦٥	١٦	١٥	١,٠-	٧٥	٧٠	٧١	١,٧	١,٧	٢,٣	٢,٩	٣,٦	٣,١	ليتوانيا
٥	٦٠	٣٢	٣٥	١,٣	٥٥	٥٨	٤٩	٢,٩	٤,٦	٥,٨	٢,٣	١,٧	١,٠	ليسوتو
٢٠	٦٣	١٩	١٧	٠,٣-	٨٣	٧٦	٦٥	١,٩	١,٩	٤,٨	٠,٤	٠,٤	٠,٣	مارتينيك
٢٠	٦٥	١٥	١٥	٠,٤	٨١	٧٧	٧١	١,٥	٢,٠	٢,٠	٠,٤	٠,٤	٠,٣	مالطا
٢	٥٠	٣٣	٤٧	٣,٠	٥٩	٤٧	٣٢	٥,٨	٧,١	٧,١	١٩,٧	٩,٤	٥,٩	مالي
٧	٦٩	٢٥	٢٤	١,٦	٧٦	٧٢	٦٤	٢,٠	٣,٤	٥,٢	٣٢,٥	٢٠,٠	١٠,٥	ماليزيا ^١
٣	٥٧	٣٣	٤٠	٢,٧	٦٧	٥٤	٤٤	٤,٠	٦,٠	٧,٣	٢٧,٠	١٣,١	٦,٤	مدغشقر
٥	٦٢	٢٦	٣٣	٢,١	٧٢	٦٦	٥٢	٣,١	٣,٩	٦,٣	١٠١,٢	٦٢,٥	٣٤,٢	مصر
٣	٥٤	٣٤	٤٣	٢,٩	٦٤	٤٧	٤٠	٤,٤	٦,٥	٧,٣	١٩,٧	٩,٨	٤,٥	ملاوي
٤	٦٦	٢٢	٣٠	١,٧	٧٠	٦١	٥٥	٢,٦	٢,٩	٧,٦	٣,٢	٢,٣	١,٢	منغوليا
٣	٥٧	٣١	٣٩	٢,٨	٦٤	٥٩	٤٩	٤,٥	٥,٨	٦,٨	٤,٧	٢,٣	١,١	موريتانيا
١٢	٧١	٢٢	١٧	٠,٢	٧٥	٧٠	٦٣	١,٤	٢,٢	٤,٢	١,٣	١,١	٠,٨	موريشوس ^{١١}
٣	٥٣	٣٣	٤٤	٢,٩	٦٠	٤٥	٣٩	٥,١	٦,٠	٦,٨	٣١,٤	١٥,٢	٩,٠	موزمبيق
٦	٦٨	٢٧	٢٦	٠,٩	٦٧	٦٠	٥٠	٢,١	٣,١	٦,٠	٥٤,٣	٤٢,٧	٢٥,٧	ميانمار
٤	٦٠	٣١	٣٦	٢,٢	٦٦	٦١	٥٢	٣,٢	٤,٧	٦,٤	٢,٦	١,٦	٠,٨	ناميبيا
٦	٦٤	٣٢	٢٩	١,١	٧١	٥٨	٤٠	٢,٠	٤,٨	٥,٩	٢٩,٩	٢٠,٩	١١,٨	نيبال
٣	٥٤	٣٢	٤٤	٢,٦	٥٥	٤٦	٤١	٥,٣	٦,٣	٦,٤	٢٠١,٠	١٠٥,٤	٥٤,٧	نيجيريا
٦	٦٦	٢٨	٢٨	١,١	٧٦	٦٧	٥٣	٢,١	٣,٩	٦,٩	٦,٤	٤,٥	٢,٣	نيكاراغوا
١٦	٦٤	٢٠	٢٠	١,٠	٨٢	٧٧	٧١	٢,٠	٢,٠	٣,٢	٤,٨	٣,٦	٢,٨	نيوزيلندا
٥	٦٣	٣٠	٣٢	١,٣	٦٤	٥٦	٤٧	٢,٨	٥,٠	٥,٨	١١,٢	٧,٧	٤,٦	هايتي
٥	٦٥	٣١	٣٠	١,٧	٧٤	٦٨	٥٢	٢,٤	٤,٧	٧,٣	٩,٦	٥,٦	٢,٦	هندوراس
٢٠	٦٦	١٦	١٤	٠,٣-	٧٦	٧٠	٦٩	١,٤	١,٦	٢,٠	٩,٧	١٠,٤	١٠,٣	هنغاريا
٢٠	٦٤	١٨	١٦	٠,٣	٨٢	٧٧	٧٤	١,٨	١,٦	٢,٦	١٧,١	١٥,٤	١٢,٩	هولندا
٥	٦٢	٣٣	٣٢	٠,٤	٧٠	٦٧	٦١	٣,٠	٤,٧	٦,٩	٠,١	٠,١	٠,١	ولايات ميكرونيزيا الموحدة
٥	٦٠	٣٥	٣٥	١,٤-	٧٣	٧٢	٥٨	٢,٨	٤,٦	٧,٦	١٨,٥	١٣,٩	٦,١	الجمهورية العربية السورية
١١	٧٥	١٣	١٤	٢,٠	٨٤	٧٩	٦٩	١,٤	١,٣	٢,٤	٠,٦	٠,٤	٠,٢	الصين، منطقة مكاو الإدارية الخاصة ^٥
٤	٧٢	٢١	٢٥	٢,٤	٧٥	٧١	٥٢	٢,٤	٥,٢	٧,٣	٣٤,١	١٨,٣	٥,٦	المملكة العربية السعودية
٣	٦٠	٣٢	٣٧	١,٨	٥٩	٥٨	٤٧	٢,٩	٥,٠	٦,٩	١,٤	٠,٩	٠,٤	إسواتيني
٦	٧٠	٢١	٢٣	١,١	٧٢	٦٥	٦٣	٢,٠	٢,٧	٥,٢	١٠,٠	٧,٧	٥,١	أذربيجان ^٢
١٧	٦٧	١٥	١٦	٠,٥-	٧٢	٦٨	٧١	١,٦	١,٥	٢,٠	٤٣,٨	٥١,١	٤٦,٧	أوكرانيا ^{١٨}
١٥	٦٧	١٥	١٧	٠,٠	٧٣	٦٩	٧١	١,٧	١,٥	٢,٣	٩,٤	١٠,٢	٨,٩	بيلاروس
٣	٥١	٣٤	٤٧	٣,٢	٥٤	٤٧	٤١	٥,٦	٧,٤	٦,٥	١٥,٨	٦,٨	٣,٦	تشاد
٤	٦٤	٣٠	٣٢	١,٤	٦٨	٥٦	٤٦	٢,٥	٥,٦	٦,٠	٧,١	٤,٧	٢,٦	جمهورية لاوس الديمقراطية الشعبية
٣	٥٥	٣٢	٤٢	٢,٦	٦٠	٥٠	٤٦	٤,٥	٦,١	٦,٢	٢٥,٣	١٣,١	٦,٤	جمهورية الكاميرون

المؤشرات الديمغرافية

التركيب السكاني (بحسب السن)				تغيّر السكان	العمر المتوقع			الخصوبة			السكان		
٦٥ في المائة وما يزيد	٦٤-١٥ في المائة	٢٤-١٠ في المائة	١٤-٠ في المائة	متوسط المعدل السنوي، نسبة مئوية	العمر المتوقع عند الولادة، سنوات			معدل الخصوبة الإجمالي، للنساء ٢٠٢٠-٢٠١٥			مجموع السكان بالملايين		
٢٠١٩	٢٠١٩	٢٠١٩	٢٠١٩	٢٠١٩-٢٠١٠	٢٠١٩	١٩٩٤	١٩٦٩	٢٠١٩	١٩٩٤	١٩٦٩	٢٠١٩	١٩٩٤	١٩٦٩
٢٠١٩	٢٠١٩	٢٠١٩	٢٠١٩	٢٠١٩-٢٠١٠	٢٠١٩	١٩٩٤	١٩٦٩	٢٠١٩	١٩٩٤	١٩٦٩	٢٠١٩	١٩٩٤	١٩٦٩
١٥	٦٥	١٨	٢٠	٠,٩-	٧٤	٧٠	٦٧	٢,٠	١,٩	٢,٧	٣,٩	٥,١	٤,٧
٢٢	٦٢	١٧	١٧	٠,٤	٨٢	٧٦	٧٠	١,٨	١,٨	٢,٠	٥,٦	٥,١	٤,٦
١٤	٦٩	٢٠	١٧	٠,٨	٨١	٧٧	٧٢	١,٣	٢,٢	٢,٧	١,٢	٠,٨	٠,٦
١٤	٦٩	١٨	١٦	٠,١	٧٦	٧٢	٦٦	١,٦	٢,٠	٣,٣	٢,١	٢,٠	١,٧

الدول والأقاليم والمناطق الأخرى

ملاحظات

- ٨ - تشمل أبخازيا وجنوب أوسيتيا.
- ٩ - تشمل سانت بارتيليمي وسانت مارتن (الجزء الفرنسي).
- ١٠ - تشمل صباح وساراواك.
- ١١ - تشمل أغاليجا، وروديغيس، وسانت براندون.
- ١٢ - تشمل ترانزستريا.
- ١٣ - تشمل جزر سفالبارد وجان ماين.
- ١٤ - تشمل القدس الشرقية. في ٢٩ تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠١٢، اتخذت الجمعية العامة للأمم المتحدة القرار ١٩/٦٧، الذي منح فلسطين "مكانة دولة غير عضو لها صفة المراقب في الأمم المتحدة..."
- ١٥ - تشمل كوسوفو.
- ١٦ - تشمل جزر الكناري، ومدينتي سبتة ومليلة.
- ١٧ - تشمل زنجبار.
- ١٨ - تشمل شبه جزيرة القرم.
- ١ - لا تتوفر بيانات.
- أ - باستثناء جزر كوك وجزر مارشال وناورو ونيوي وبالاو وتوكيلاو وتوفالو وبحسب توافر البيانات.
- ب - باستثناء أنغويلا، ويرمودا، وجزر فيرجن البريطانية، وجزر كايمان، ودومينيكا، ومونتسيرات، وسانت كيتس ونيفيس، وسانت مارتن، وجزر تركس وكايكوس بحسب توافر البيانات.
- ١ - تشمل جزيرة كريسماس، وجزر كوكس (كيلنج)، وجزيرة نورفولك.
- ٢ - تشمل ناغورنو كاراباخ.
- ٣ - للأغراض الإحصائية، لا تشمل البيانات عن الصين منطقتي هونغ كونغ وماكاو الإداريتين الخاصتين التابعتين للصين، ولا مقاطعة تايوان الصينية.
- ٤ - اعتباراً من ١ تموز/يوليو ١٩٩٧، أصبحت هونغ كونغ منطقة إدارية صينية خاصة.
- ٥ - اعتباراً من ٢٠ كانون الأول/ديسمبر ١٩٩٩، أصبحت ماكاو منطقة إدارية صينية خاصة.
- ٦ - تشير إلى البلد بأكمله.
- ٧ - تشمل جزر آland.

تشمل الجداول الإحصائية الواردة في تقرير حالة سكان العالم ٢٠١٩ مؤشرات تتبع التقدم المحرز نحو تحقيق أهداف إطار العمل المعني بمتابعة برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، والأهداف الإنمائية للألفية في مجالات صحة الأم، وفرص الحصول على التعليم، والصحة الإنجابية والجنسية. وبالإضافة إلى ذلك، تشمل هذه الجداول مجموعة متنوعة من المؤشرات الديمغرافية. وتدعم الجداول الإحصائية التركيز الذي يوليه صندوق الأمم المتحدة للسكان للتحقق من النتائج المحققة في الوصول إلى عالم يكون فيه كل حمل مرغوباً، وكل ولادة آمنة، ويحقق فيه كل شاب وشابة ما لديهم من إمكانيات.

قد تلجأ السلطات الوطنية والمنظمات الدولية المختلفة إلى تطبيق منهجيات مختلفة في جمع البيانات أو استقرارها أو تحليلها. ومن أجل تسهيل مقارنة البيانات بين البلدان، يعتمد صندوق الأمم المتحدة للسكان على المنهجيات الموحدة المتبعة من قبل المصادر الرئيسية للبيانات. ولهذا السبب، قد تختلف البيانات في هذه الجداول أحياناً عن البيانات الصادرة عن السلطات الوطنية. ولا يمكن مقارنة البيانات الواردة في الجداول بالبيانات الواردة في نسخ سابقة من تقرير حالة سكان العالم نظراً لتحديث التصنيفات الإقليمية، والتحديثات المنهجية، وعمليات التفتيح التي أدخلت على بيانات المجموعات الزمنية.

تعتمد الجداول الإحصائية على الاستقصاءات الممثلة للأسر على الصعيد الوطني، مثل الاستقصاءات الديمغرافية والصحية، والدراسات الاستقصائية العنقودية المتعددة المؤشرات، والتقديرات الصادرة عن منظمات الأمم المتحدة، والتقديرات المشتركة بين الوكالات. وتشمل أيضاً أحدث التقديرات والتوقعات السكانية المستمدة من منشور التوقعات السكانية في العالم: تنقيح عام ٢٠١٧، وتقديرات مؤشرات تنظيم الأسرة وتوقعاتها القائمة على النماذج لعام ٢٠١٨ (إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية في الأمم المتحدة، شعبة السكان). البيانات مرفقة بتعريفات، ومصادر، وملاحظات. وتعكس الجداول الإحصائية الواردة في تقرير حالة سكان العالم ٢٠١٩ عموماً المعلومات المتاحة حتى كانون الثاني/يناير ٢٠١٩.

مؤشرات رصد أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية

الصحة والحقوق الجنسية والإيجابية

معدل انتشار وسائل منع الحمل، بين النساء في سن ١٥-٤٩ عاماً، أي وسيلة (٢٠١٩).
المصدر: شعبة السكان في الأمم المتحدة. تستند التقديرات القائمة على النماذج إلى البيانات المستمدة من عيّنات من تقارير الاستقصاءات. تُقدّر بيانات الاستقصاءات نسبة النساء المتزوجات (بمن فيهنّ النساء المرتبطات بعلاقات قران رضائي) اللواتي يستخدمن حالياً، وعلى التوالي، أي وسيلة أو وسائل حديثة لمنع الحمل. تشمل الوسائل الحديثة أو الوسائل المستخدمة في العيادات أو المعتمدة على التجهيزات كلاً من تعقيم الذكر والأنثى، ومناعات الحمل الرحميّة، وحبوب منع الحمل، والوسائل الحقيّة، والطعوم الهرمونية، والوقايات الذكرية، والوسائل العازلة الأنثوية.

معدل انتشار وسائل منع الحمل، بين النساء في سن ١٥-٤٩ عاماً، وسيلة حديثة (١٩٦٩، ١٩٩٤، ٢٠١٩).
المصدر: شعبة السكان في الأمم المتحدة. تستند التقديرات القائمة على النماذج إلى البيانات المستمدة من عيّنات من تقارير الاستقصاءات. تُقدّر بيانات الاستقصاءات نسبة النساء المتزوجات (بمن فيهنّ النساء المرتبطات بعلاقات قران رضائي) اللواتي يستخدمن حالياً، وعلى التوالي، أي وسيلة أو وسائل حديثة لمنع الحمل. تشمل الوسائل الحديثة أو الوسائل المستخدمة في العيادات أو المعتمدة على التجهيزات كلاً من تعقيم الذكر والأنثى، ومناعات الحمل الرحميّة، وحبوب منع الحمل، والوسائل الحقيّة، والطعوم الهرمونية، والوقايات الذكرية، والوسائل العازلة الأنثوية.

الاحتياجات غير الملبّاة إلى تنظيم الأسرة، بين النساء في سن ١٥-٤٩ عاماً (٢٠١٩).

المصدر: شعبة السكان في الأمم المتحدة. النسبة المئوية للنساء المتزوجات أو المقترنات في سن ١٥ إلى ٤٩ عاماً اللواتي يرغبن في التوقف عن الإنجاب أو تأجيله لكنهن لا يستعملن أي وسيلة لمنع الحمل.

نسبة الطلب الملبّي، النساء في سن ١٥-٤٩ عاماً (٢٠١٩)

المصدر: شعبة السكان في الأمم المتحدة. النسبة المئوية للطلب الإجمالي الملبّي على تنظيم الأسرة بين النساء المتزوجات أو المقترنات في سن ١٥ إلى ٤٩ عاماً. انتشار وسائل منع الحمل، أو انتشار وسائل منع الحمل الحديثة، مقسماً على الطلب الإجمالي على تنظيم الأسرة. الطلب الإجمالي على تنظيم الأسرة هو مجموع انتشار وسائل منع الحمل والاحتياجات غير الملبّاة لتنظيم الأسرة.

نسبة الطلب الملبّي، بوسائل حديثة، النساء في سن ١٥-٤٩ عاماً (١٩٦٩، ١٩٩٤، ٢٠١٩).
المصدر: شعبة السكان في الأمم المتحدة. النسبة المئوية للطلب الإجمالي على تنظيم الأسرة، بين النساء المتزوجات أو المقترنات في سن ١٥ إلى ٤٩ عاماً، الذي تمت تلبيةه من خلال استعمال وسائل منع الحمل الحديثة. انتشار وسائل منع الحمل، أو انتشار وسائل منع الحمل الحديثة، مقسماً على الطلب الإجمالي على تنظيم الأسرة. الطلب الإجمالي على تنظيم الأسرة هو مجموع انتشار وسائل منع الحمل والاحتياجات غير الملبّاة لتنظيم الأسرة.

نسبة وفيات الأمومة (MMR)، الوفيات لكل ١٠٠ ألف ولادة حية (١٩٩٤، ٢٠١٥) وهامش عدم التيقن في نسبة وفيات الأمومة (80% UI)، التقديرات الدنيا والعليا (٢٠١٥). المصدر: تقديرات الفريق المشترك بين وكالات الأمم المتحدة المعني بتقدير وفيات الأمهات (منظمة الصحة العالمية، واليونيسف، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، والبنك الدولي، وشعبة السكان في الأمم المتحدة). يمثّل هذا المؤشر عدد وفيات النساء جراء أسباب مرتبطة بالحمل لكل ١٠٠ ألف ولادة حية. يتولّى الفريق المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأمومة إصدار التقديرات باستخدام بيانات من نظم التسجيل المدني، والدراسات الاستقصائية للأسر المعيشية، وتعدادات السكان. كما أن صندوق الأمم المتحدة للسكان ومنظمة الصحة العالمية والبنك الدولي واليونيسف وشعبة السكان في الأمم المتحدة هي جميعها أعضاء في الفريق المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأمومة. ويجري استعراض التقديرات والمنهجيات بانتظام من جانب الفريق المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأمومة، وغيره من الوكالات والمؤسسات الأكاديمية، ويتمّ تنقيحها حيثما يلزم، كجزء من الإجراءات المتواصلة في تحسين بيانات وفيات الأمومة. يجب عدم مقارنة هذه التقديرات بالتقديرات السابقة المشتركة بين الوكالات.

الولادات بإشراف عاملين في القطاع الصحي ذوي كفاءة، نسبة مئوية (٢٠١٧).

المصدر: قاعدة البيانات العالمية المشتركة بشأن الولادة بإشراف عناصر مدرّبة، ٢٠١٧، ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف)، ومنظمة الصحة العالمية. تمّ احتساب الجامع الإقليمي من قبل صندوق الأمم المتحدة للسكان استناداً إلى بيانات من قاعدة البيانات العالمية المشتركة. النسبة المئوية للولادات بإشراف عاملين في القطاع الصحي ذوي كفاءة (أطباء أو ممرضين أو قابلات) هي النسبة المئوية لعمليات الولادة التي أشرف عليها عاملون صحيون مدرّبون على تقديم رعاية الولادة المنقذة للحياة، ويشمل ذلك توفير الإشراف والرعاية والمشورة اللازمة للنساء خلال فترة الحمل والمخاض وما بعد الولادة، وإجراء عمليات الولادة بمفردهم، ورعاية المواليد الجدد. ولا يشمل ذلك القابلات التقليديات، حتى وإن "حصلن على دورة تدريبية قصيرة".

تصدر عن شعبة السكان في الأمم المتحدة مجموعة منهجيّة وشاملة من التقديرات والتوقعات السنوية القائمة على النماذج، وهي تقدّم من أجل مجموعة من مؤشرات تنظيم الأسرة لفترة زمنية قدرها ٦٠ عاماً. وتشمل المؤشرات معدل انتشار وسائل منع الحمل، والاحتياجات غير الملبّاة في مجال تنظيم الأسرة، وإجمالي الطلب على تنظيم الأسرة، والنسبة المئوية للطلب على تنظيم الأسرة الذي تمّ تلبيةه للنساء المتزوجات أو المقترنات في إطار علاقة خلال الفترة من ١٩٧٠ حتى ٢٠٢٠. استخدم النموذج الهرمي البيازي مع الاتجاهات الزمنية الخاصة بالبلدان من أجل توليد التقديرات والتوقعات وتقييمات درجة عدم التيقن. ويعرّف هذا النموذج الأعمال السابقة ويأخذ في الاعتبار التباينات حسب مصدر المعلومات، والعيّنات السكانية، ووسائل منع الحمل التي تشملها طرق قياس الانتشار. يمكن الاطلاع على معلومات إضافية عن التقديرات والمنهجيات والتحديثات القائمة على النماذج في مجال تنظيم الأسرة في الموقع http://www.un.org/en/development/desa/population/theme/family-planning/cp_model.shtml تستند التقديرات إلى البيانات الخاصة بكل بلد التي جُمعت في تقرير الاستخدام العالمي لوسائل منع الحمل ٢٠١٨.

اتخاذ القرارات بشأن الصحة الجنسية والإيجابية والحقوق الإيجابية، نسبة مئوية (٢٠١٤).
المصدر: UNFPA. النسبة المئوية للنساء في سن ١٥-٤٩ عاماً ممن هنّ متزوجات (أو مقترنات) ويتخذن قراراتهن بأنفسهن في المجالات الثلاثة كافة: الجماع مع شريكهن، واستخدام وسائل منع الحمل، والرعاية الصحية التي يتلقينها.

مؤشرات رصد أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية:

المراهقون والشباب

معدل الولادات لدى المراهقات لكل ١٠٠٠ فتاة في سن ١٥-١٩ عاماً (٢٠١٨).
المصدر: قاعدة البيانات العالمية لأهداف التنمية المستدامة. ويُمثّل معدل الولادات لدى المراهقات مخاطر الإنجاب عند النساء المراهقات في سن ١٥ إلى ١٩ عاماً. ولأغراض التسجيل المدني، فإن المعدلات تكون عرضة لبعض التقييمات التي تستند إلى استيفاء بيانات المواليد ومعاملة الرضع الذين يولدون أحياء ولكنهم يموتون قبل التسجيل أو خلال الـ ٢٤ ساعة الأولى من حياتهم، ونوعية المعلومات المُقدّمة عن سن الأم، وإدراج المواليد من فترات سابقة. قد تعاني التقديرات السكانية

الخصوبة

معدل الخصوبة الإجمالي، لكل امرأة (١٩٦٩، ١٩٩٤، ٢٠١٩).

المصدر: شعبة السكان في الأمم المتحدة. استندت حساب المجاميع الإقليمية الذي أجراه صندوق الأمم المتحدة للسكان إلى البيانات المُستَمَدّة من شعبة السكان في الأمم المتحدة. عدد الأطفال الذين يُفترض أن تلدهم كل امرأة في حال عاشت حتى نهاية سنوات الإنجاب وأنجبت عدداً من الأطفال في كلِّ عمرٍ بحيث يتوافق مع المعدلات السائدة للخصوبة حسب العمر.

العمر المتوقع

العمر المتوقع عند الولادة، سنوات (١٩٦٩، ١٩٩٤، ٢٠١٩).

المصدر: شعبة السكان في الأمم المتحدة. استندت حساب المجاميع الإقليمية الذي أجراه صندوق الأمم المتحدة للسكان إلى البيانات المُستَمَدّة من شعبة السكان في الأمم المتحدة. عدد السنوات التي يُتَوَقَّع أن يعيشها المواليد الجدد فيما لو تعرّضوا إلى أخطار الوفاة السائدة في المقطع العرضي للسكان في وقت ولادتهم.

تغيّر السكان

متوسط معدل تغيّر السكان السنوي، نسبة مئوية (٢٠١٠-٢٠١٩). المصدر: حسابات صندوق الأمم المتحدة للسكان بناءً على بيانات من شعبة السكان في الأمم المتحدة. متوسط مُعدّل النمو الأساسي للسكان خلال فترة معيّنة، استناداً إلى توقع متغير وسيط.

التركيبة السكانية

السكان من الفئة العمرية ٠-١٤ عاماً، نسبة مئوية (٢٠١٩). المصدر: حسابات صندوق الأمم المتحدة للسكان بناءً على بيانات من شعبة السكان في الأمم المتحدة. نسبة السكان من الفئة العمرية ٠ إلى ١٤ عاماً.

السكان من الفئة العمرية ١٠-٢٤ عاماً، نسبة مئوية (٢٠١٩). المصدر: حسابات صندوق الأمم المتحدة للسكان بناءً على بيانات من شعبة السكان في الأمم المتحدة. نسبة السكان من الفئة العمرية ١٠ إلى ٢٤ عاماً.

السكان من الفئة العمرية ١٥-٦٤ عاماً، نسبة مئوية (٢٠١٩). المصدر: حسابات صندوق الأمم المتحدة للسكان بناءً على بيانات من شعبة السكان في الأمم المتحدة. نسبة السكان من الفئة العمرية ١٥ إلى ٦٤ عاماً.

السكان بعمر ٦٥ عاماً فما فوق، نسبة مئوية (٢٠١٩). المصدر: حسابات صندوق الأمم المتحدة للسكان بناءً على بيانات من شعبة السكان في الأمم المتحدة. نسبة السكان بعمر ٦٥ عاماً فما فوق.

من قيود مرتبطة بالإبلاغ الخاطيء عن العمر، ومدى التغطية. بالنسبة إلى البيانات المستمدة من الاستقصاءات والتعدادات، فإن كلاً من رقّي البسط والمقام يعودان إلى المجموعة السكانية نفسها. وتُتعلق القيود الرئيسية بالإبلاغ الخاطيء عن العمر، وإغفال الولادات، والإبلاغ الخاطيء عن تاريخ ولادة الطفل، وتغيّرات العينات في حالة الاستقصاءات.

زواج الأطفال حتى سن ١٨ عاماً، نسبة مئوية (٢٠١٧). المصدر: قاعدة البيانات العالمية لأهداف التنمية المستدامة. تمّ احتساب المجاميع الإقليمية من قبل صندوق الأمم المتحدة للسكان استناداً إلى بياناتٍ من قاعدة البيانات العالمية لأهداف التنمية المستدامة. نسبة النساء في سن ٢٠-٢٤ عاماً ممن تزوّجن أو اقترنن قبل عمر ١٨ عاماً.

انتشار تشويه الأعضاء التناسلية للإناث بين الفتيات في سن ١٥-١٩ عاماً، نسبة مئوية (٢٠١٧). المصدر: UNFPA. نسبة الفتيات في سن ١٥-١٩ عاماً ممن تعرّضن لتشويه الأعضاء التناسلية الأثوية.

صافي معدّل الالتحاق المعدّل، التعليم الابتدائي، نسبة مئوية، ٢٠١٧. المصدر: معهد اليونسكو للإحصاء. النسبة المئوية للأطفال المنتمين إلى الفئة العمرية الرسمية للدراسة الابتدائية من الملتحقين بالتعليم الابتدائي أو الثانوي.

مؤشر تكافؤ الجنسين، التعليم الأساسي (٢٠١٧). المصدر: معهد اليونسكو للإحصاء. نسبة قيم الإناث إلى الذكور في صافي نسبة الالتحاق المعدّل بالتعليم الابتدائي.

صافي معدّل الالتحاق، التعليم الثانوي، نسبة مئوية، (٢٠١٧). المصدر: معهد اليونسكو للإحصاء. النسبة المئوية للأطفال المنتمين إلى الفئة العمرية الرسمية للدراسة الثانوية من الملتحقين بالتعليم الثانوي.

مؤشر تكافؤ الجنسين، التعليم الثانوي (٢٠١٧). المصدر: معهد اليونسكو للإحصاء. نسبة قيم الإناث إلى الذكور في صافي نسبة الالتحاق بالتعليم الثانوي.

المؤشرات الديمغرافية

السكان

عدد السكان الإجمالي بالملايين (١٩٦٩، ١٩٩٤، ٢٠١٩).

المصدر: شعبة السكان في الأمم المتحدة. استندت حساب المجاميع الإقليمية الذي أجراه صندوق الأمم المتحدة للسكان إلى البيانات المُستَمَدّة من شعبة السكان في الأمم المتحدة. الحجم التقديري للتعدادات السكانية الوطنية في منتصف السنة.

يتم حساب متوسطات صندوق الأمم المتحدة للسكان المذكورة في نهاية الجداول الإحصائية باستخدام بيانات من بلدان ومناطق كما هو مبين في التصنيف أدناه.

منطقة الدول العربية

الجزائر؛ جيبوتي؛ مصر؛ العراق؛ الأردن؛ لبنان؛ ليبيا؛ المغرب؛ عمان؛ فلسطين؛ الصومال؛ السودان؛ الجمهورية العربية السورية؛ تونس؛ اليمن

منطقة آسيا والمحيط الهادئ

أفغانستان؛ بنغلاديش؛ بوتان؛ كمبوديا؛ الصين؛ جزر كوك؛ فيجي؛ الهند؛ إندونيسيا؛ إيران (الجمهورية الإسلامية)؛ كيريباتي؛ كوريا، الجمهورية الشعبية الديمقراطية؛ جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية؛ ماليزيا؛ مالديف؛ جزر مارشال؛ ميكرونيزيا (الولايات المتحدة)، منغوليا؛ ميانمار؛ ناورو؛ نيبال؛ نيوزيلندا؛ باكستان؛ بالاو؛ بابوا غينيا الجديدة؛ الفلبين؛ ساموا؛ جزر سليمان؛ سري لانكا؛ تايلاند؛ تيمور-ليشتي، الجمهورية الديمقراطية؛ توكيلاو؛ تونغافا؛ توفالو؛ فانواتو؛ فيجي نام

منطقة أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى

ألبانيا؛ أرمينيا؛ أذربيجان؛ بيلاروس؛ البوسنة والهرسك؛ جورجيا؛ كازاخستان؛ قبرغستان؛ مولدوفا، جمهورية؛ صربيا؛ طاجيكستان؛ جمهورية مقدونيا اليوغوسلافية سابقاً؛ تركيا؛ تركمانستان؛ أوكرانيا؛ أوزبكستان.

منطقة شرق أفريقيا والجنوب الأفريقي

أنغولا؛ بوتسوانا؛ بوروندي؛ جزر القمر؛ الكونغو، الجمهورية الديمقراطية؛ إريتريا؛ إيسواتيني؛ إثيوبيا؛ كينيا؛ ليسوتو؛ مدغشقر؛ مالاوي؛ موريشوس؛ موزامبيق؛ ناميبيا؛ رواندا؛ جنوب أفريقيا؛ جنوب السودان؛ تنزانيا، الجمهورية المتحدة؛ أوغندا؛ زامبيا؛ زيمبابوي

منطقة أمريكا اللاتينية والكاريبي

أنغويلا؛ أنتيغوا وبربودا؛ الأرجنتين؛ أروبا؛ البهاما؛ بربادوس؛ بليز؛ برمودا؛ بوليفيا (دولة متعددة القوميات)؛ البرازيل؛ جزر فيرجين البريطانية؛ جزر كايمان؛ تشيلي؛ كولومبيا؛ كوستاريكا؛ كوبا؛ كوراساو؛ دومينيكا؛ الجمهورية الدومينيكية؛ إكوادور؛ السفادور؛ غرينادا؛ غواتيمالا؛ غيانا؛ هايتي؛ هندوراس؛ جامايكا؛ المكسيك؛ مونتيسيرات؛ نيكاراغوا؛ بنما؛ باراغواي؛ بيرو؛ سانت كيتس ونيفيس؛ سانت لوسيا؛ سانت فنسنت وجزر غرينادين؛ سانت مارتن؛ سورينام؛ ترينيداد وتوباغو؛ جزر تركس وكايكوس؛ أوروغواي؛ فنزويلا (جمهورية بوليفارية)

منطقة وسط وغرب أفريقيا

بنن؛ بوركينا فاسو؛ الكاميرون، جمهورية؛ كابو فيردي؛ جمهورية أفريقيا الوسطى؛ تشاد؛ الكونغو، جمهورية؛ كوت ديفوار؛ غينيا الاستوائية؛ غابون؛ غامبيا؛ غانا؛ غينيا؛ غينيا-بيساو؛ ليبيريا؛ مالي؛ موريتانيا؛ النيجر؛ نيجيريا؛ سان تومي وبرينسيبي؛ السنغال؛ سيراليون؛ توغو

تشمل **المناطق الأكثر نمواً** المناطق المحددة من قبل شعبة السكان في الأمم المتحدة، وهي أوروبا، وأمريكا الشمالية، وأستراليا/نيوزيلندا واليابان.

تشمل **المناطق الأقل نمواً** جميع المناطق المحددة من قبل شعبة السكان في الأمم المتحدة، وهي أفريقيا، وآسيا (باستثناء اليابان)، وأمريكا اللاتينية والكاريبي بالإضافة إلى ميلانيزيا وميكرونيزيا وبولينيزيا.

أقل البلدان نمواً، كما حدتها الجمعية العامة للأمم المتحدة في قراراتها ذات الأرقام (٢٠٩/٥٩، ٢١٠/٥٩، ٣٣/٦٠، ٩٧/٦٢، 64/L.55٠ 67/L.43، ٢٩٥/٦٤، ١٨/٦٨)، تتضمن ٤٧ بلداً (حتى آذار/مارس ٢٠١٨): ٣٣ في أفريقيا، و٩ في آسيا، و٤ في أوقيانوسيا وواحد في أمريكا اللاتينية والكاريبي – أفغانستان، أنغولا، بنغلادش، بنين، بوتان، بوركينا فاسو، بوروندي، كمبوديا، جمهورية أفريقيا الوسطى، تشاد، جزر القمر، جمهورية الكونغو الديمقراطية، جيبوتي، إريتريا، إثيوبيا، غامبيا، غينيا، غينيا - بيساو، هايتي، كيريباتي، جمهورية لاوس الديمقراطية الشعبية، ليسوتو، ليبيريا، مدغشقر، ملاوي، مالي، موريتانيا، موزمبيق، ميانمار، نيبال، النيجر، رواندا، ساو تومي وبرينسيبي، السنغال، سيراليون، جزر سليمان، الصومال، جنوب السودان، السودان، تيمور-ليشتي، توغو، توفالو، أوغندا، جمهورية تنزانيا المتحدة، فانواتو، اليمن، زامبيا. كما أن هذه البلدان مشمولة في المناطق الأقل تقدماً.

- Ali, Moazzam and others, 2018. "Assessment of Family Planning Service Availability and Readiness in 10 African Countries." *Global Health: Science and Practice* 6(3):473-483.
- Alkema, Leontine and others, 2016. "Global, Regional, and National Levels and Trends in Maternal Mortality between 1990 and 2015, with Scenario-Based Projections to 2030: A Systematic Analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group." *The Lancet* 387(10017): 462-474.
- American Cancer Society, 2016. "Global Burden of Cancer in Women: Current Status, Trends and Interventions." Paris: Union for International Cancer Control World Cancer Congress.
- Ashford, Lori, 2001. "New Population Policies: Advancing Women's Health and Rights." *Population Bulletin* 56(1), *Population Bulletin* 56(1). Washington, D.C.: Population Reference Bureau.
- Bloom, David E. and David Canning, 2004. "Global Demographic Change: Dimensions And Economic Significance." *Proceedings: Economic Policy Symposium, Jackson Hole, Federal Reserve Bank of Kansas City* August: 9-56.
- Bloom, David E. and others, 2000. "Population Dynamics and Economic Growth in Asia." *Population and Development Review: Population and Economic Change in East Asia Supplement* 26: 257-290.
- Bloom, David E. and others, 2007. "Fertility, Female Labor Force Participation, and the Demographic Dividend." Working Paper, Working paper, No. 25. Cambridge, Massachusetts: Harvard School of Public Health Program on the Global Demography of Aging.
- Bongaarts, John and others, 2012. *Family Planning Programs for the 21st Century: Rationale and Design*. New York: Population Council.
- Bruce, Judith, 1990. "Fundamental Elements of the Quality of Care: A Simple Framework." *Studies in Family Planning* 21(2): 61-91.
- Campbell, Jim and others, 2013. "A Universal Truth: No Health Without a Workforce." *No Health Without a Workforce*. Forum Report, Third Global Forum on Human Resources for Health. Recife, Brazil. Geneva: Global Health Workforce Alliance and World Health Organization.
- Chynoweth, Sarah K., 2015. "Advancing Reproductive Health on the Humanitarian Agenda: The 2012-2014 Global Review." *Conflict and Health* 9(Suppl. 1): 11.
- Claeys, Vicky, 2010. "Brave and Angry—The Creation and Development of the International Planned Parenthood Federation (IPPF)." *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 15(Suppl. 2): S67-S76.
- Coale, Ansley and Edgar Malone Hoover, 1958. *Population Growth and Economic Development in Low Income Countries: A Case Study of India's Prospects*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- Cohen, Sylvie I. and Tevia Abrams, 2002. "Broadening Choices: Information, Education, Communication, and Advocacy." In *An Agenda for the People: In An Agenda for the People: The UNFPA through Three Decades*, Sadik, Nafis, ed. New York: New York University Press, pp. 248-276.
- Davis, Kingsley, 1967. "Population Policy: Will Current Programs Succeed?" *Science* 158(3802): 730-739.
- Deese, Brian and Ronald A. Klain, 2017. "Another Deadly Consequence of Climate Change: The Spread of Dangerous Diseases." *The Washington Post* 30 May 2017.
- Delany-Moretlwe, Sinead and others, 2015. "Providing Comprehensive Health Services for Young Key Populations: Needs, Barriers and Gaps." *JIAS: Journal of the International AIDS Society* 18(2)(Suppl. 1):19833.
- Draper, William H. and others, 1959. "Composite Report of the President's Committee to Study the United States Military Assistance Program (The Draper Report)," Vol. 1. Washington, D.C.: United States, Office of the President.
- Edmeades, Jeffrey and others, 2018. "Conceptual Framework for Reproductive Empowerment: Empowering Individuals and Couples to Improve their Health." Background Paper. Washington, D.C.: International Center for Research on Women.
- Edwards, Robert G. and others, 1969. "Early Stages of Fertilization *in vitro* of Human Oocytes Matured *in vitro*." *Nature* 221:632-635.
- Ehrlich, Paul, R., 1968. *The Population Bomb*. New York: Ballantine Books.
- Elson, Diane, and Marzia Fontana, 2019. "Conceptualizing Gender-Equitable Inclusive Growth." *Gender Equality and Inclusive Growth: Economic Policies to Achieve Sustainable Development*. New York: UN Women.
- FP2020 (Family Planning 2020), 2018. *Catalyzing Collaboration*. Washington, D.C.: FP2020.
- García-Moreno, Claudia and others, 2013. *Global and Regional Estimates of Violence Against Women: Prevalence and Health Effects of Intimate Partner Violence and Non-partner Sexual Violence*. Geneva: World Health Organization.
- Goldberg, Michelle, 2009. *The Means of Reproduction: Sex, Power, and the Future of the World*. New York: The Penguin Press.
- Greig, Alan and Jerker Edström, 2012. "Mobilising Men in Practice: Challenging sexual and gender-based violence in institutional settings." Brighton: Brighton: Institute of Development Studies.
- Guttmacher Institute, 2017. "Adding It Up: Investing in Contraception and Maternal and Newborn Health 2017." New York: New York: Guttmacher Institute. Website: guttmacher.org/fact-sheet/adding-it-up-contraception-mnh-2017, accessed 1 December 2018.
- Haberland, Nicole, 2015. <g id="1">Education for All Global Monitoring Report, UNESCO and United Nations Girls Education Initiative. A Comprehensive Review of Evaluation Studies." *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 41(1): 31%

- Heil, Sarah H. and others, 2012. "Incentives to Promote Family Planning." *Preventive Medicine* 55: S106-S112
- Heise, Lori and others, forthcoming. "Gender Inequality and Restrictive Gender Norms: Framing the Challenges to Health." *The Lancet*.
- Hook, Christopher and others, 2018. "Getting to Equal: Engaging Men and Boys in Sexual and Reproductive Health and Rights and Gender Equality." Washington, D.C.: Promundo-US.
- Huezo, Carlos, and Soledad Diaz, 1993. "Quality of Care in Family Planning: Clients' Rights and Providers' Needs." *Advances in Contraception* 9(2): 129-139.
- IASC (Inter-Agency Standing Committee) and European Commission, 2019. "INFORM Report 2019: Shared Evidence for Managing Crises and Disasters." Geneva: Geneva: IASC and the European Commission.
- IASC (Inter-Agency Standing Committee), 2009. *Health Cluster Guide: A Practical Guide for Country-Level Implementation of the Health Cluster*. Geneva: World Health Organization.
- ICC (International Criminal Court), 1998. "Rome Statute of the International Criminal Court." The Hague, Netherlands: ICC.
- IDMC (Internal Displacement Monitoring Centre), 2018. "Global Report on Internal Displacement 2018." Geneva: IDMC.
- IFRC (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies), 2018. "World Disasters Report 2018: Leaving No One Behind." Geneva: Geneva: IFRC.
- IOM (International Organization for Migration), 2017. "World Migration Report 2018." Geneva: Geneva: IOM.
- John, Neetu A. and others, 2017. Gender Socialization During Adolescence in Low- and Middle-Income Countries: Conceptualization, Influences and Outcomes. Innocenti Discussion Paper 2017-01. Florence: Innocenti.
- Joshi, Shareen and T. Paul Schultz, 2007. "Family Planning as an Investment in Development: Evaluation of a Program's Consequences in Matlab, Bangladesh." Center Discussion Paper No. IZA Discussion Paper No. 951. New Haven, Connecticut: Economic Growth Center.
- Liao, Pamela Verma and Janet Dollin, 2012. "Half a Century of the Oral Contraceptive Pill: Historical Review and View to the Future." *Canadian Family Physician Medecin de famille canadien* 58(12): e757-760.
- Lutz, Wolfgang and others, 2008. "The Demography of Educational Attainment and Economic Growth." *Science* 319(5866): 1047-1048.
- Maceira, Daniel, 2005. "Decentralisation and Implications for Sexual and Reproductive Health Services: Policy Brief." *ابحرفاً بونج*. School of Public Health, University of the Witwatersrand.
- MacQuarrie, Kerry and Edmeades, Jeffrey, 2015. *Child Grooms: Prevalence and Correlates of Early Marriage among Men*. Paper presented at the Annual Meetings of the Population Association of America, San Diego, CA, USA, April 30-May 2, 2015.
- Meadows, Donella H. and others, 1972. *The Limits to Growth: A Report for the Club of Rome's Project on the Predicament of Mankind*. Milford, Connecticut: Universe Books.
- Michaud, Catherine and Christopher J.L. Murray, 1994. "External Assistance to the Health Sector in Developing Countries: A Detailed Analysis, 1972-90." *Bulletin of the World Health Organization* 72(4): 639-651.
- Miller, Suellan and others, 2016. "Beyond Too Little, Too Late and Too Much, Too Soon: A Pathway Towards Evidence-Based, Respectful Maternity Care Worldwide." *The Lancet* 388(10056): 2176-2192.
- National Research Council, 1986. *Population Growth and Economic Development: Policy Questions*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Nizamuddin, Mohammad, 2002. "Shaping Population and Development Strategies." In *An Agenda for the People: The UNFPA through Three Decades*, Sadik, Nafis, ed. New York: New York University Press, pp. 189-210.
- Nørgård, Jørgen Stig and others, 2010. "The History of the Limits to Growth." *Solutions* 1(2): *Solutions* 1(2): 59-63.
- OCHA (United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs), 2018. "Global Humanitarian Overview 2018," "Global Humanitarian Overview 1," Website: unocha.org/sites/unocha/files/GHO2018.PDF, accessed 2018 December 2018.
- Patton, George C. and others, 2016. "Our future: A *Lancet* Commission on Adolescent Health and Wellbeing." *The Lancet* 387(10036), 2423-2478.
- Potts, Malcolm, 1992. "Contraception Is the Best Development" (Commentary). *The Lancet* 340(1201): 1155.
- Potts, Malcolm and others, 2018. "Why Did National Leaders in India, China, and Peru Impose Coercive Family Planning Policies?" *Juniper Online Journal of Public Health* 3(4): 555619.
- RamaRao, Saumya and Raji Mohanam, 2003. "The Quality of Family Planning Programs: Concepts, Measurements, Interventions, and Effects." *Studies in Family Planning* 34(4): 227-248.
- Rehnström Loi, Ulrika and others, 2015. "Health Care Providers' Perceptions of and Attitudes towards Induced Abortions in Sub-Saharan Africa and Southeast Asia: A Systematic Literature Review of Qualitative and Quantitative Data." *BMC Public Health* 15:139. *BMC Public Health* 15:139.
- Robinson, Warren C. and John A. Ross, eds., 2007. *The Global Family Planning Revolution: Three Decades of Population Policies and Programs*. Washington, D.C.: The World Bank.
- Rockefeller, John David, 1978. "Population Growth: The Role of the Developed World." *Population and Development Review* 4(3): 509-516.

- Ross, John A. and Stephen L. Isaacs, 1988. "Costs, Payments, and Incentives in Family Planning Programs: A Review for Developing Countries." *Studies in Family Planning* 19(5): 270–283.
- Sedgh, Gilda and Rubina Hussain, 2014. Reasons for contraceptive nonuse among women having unmet need for contraception in developing countries. *Studies in Family Planning* 45(2): 151–169.
- Sinding, Steven W. and others, 1994. "Seeking Common Ground: Unmet Need and Demographic Goals." *International Family Planning Perspectives* 20 (1): 23-27, 32.
- Singh, Jyoti Shankar, 2002. "UNFPA and the Global Conferences." In *An Agenda for the People: The UNFPA through Three Decades*, Sadik, Nafis, ed. New York: New York University Press, pp. 152-174.
- Singh, Karan, 1976. "National Population Policy: A Statement of the Government of India." *Population and Development Review* 2(2): 309-312.
- Singh, Susheela and others, 2018. *Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access*. New York: Guttmacher Institute.
- Starrs, Ann M. and others, 2018. "Accelerate Progress—Sexual and Reproductive Health and Rights for All: Report of the Guttmacher–Lancet Commission." *The Lancet* 391(10140): 2642–2692.
- Stenberg, Karin and others, 2017. "Financing Transformative Health Systems towards Achievement of the Health Sustainable Development Goals: A Model for Projected Resource Needs in 67 Low-Income and Middle-Income Countries." *Lancet Global Health* 5: e875–e887.
- Stoebenau, Kirsten and others, 2013. "Has Fertility Decline Contributed to Improvements in Women's Lives?" International Center for Research on Women Fertility & Empowerment Working Paper Series No. 012–2013–ICRW–FE, Washington, D.C.: International Center for Research on Women.
- UN Women (United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women), 2018. *Turning Promises into Action: Gender Equality in the 2030 Agenda for Sustainable Development*. New York: UN Women.
- UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS), 2018. "Miles To Go: Closing Gaps, Breaking Barriers, Righting Injustices. Global AIDS Update." Geneva: Geneva: UNAIDS.
- UNCESCR (United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights), 2000. "The Right to the Highest Attainable Standard of Health." International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, Article 12, General Comment No. 14. Geneva: UNCESCR.
- UNESCO (United Nations Economic, Scientific and Cultural Organization), 2018. "International Technical Guidance on Sexuality Education: An Evidence-Informed Approach." Paris: Paris: UNESCO.
- UNESCO (United Nations Economic, Scientific and Cultural Organization), 2015. "Emerging Evidence, Lessons and Practice in Comprehensive Sexuality Education: A Global Review 2015." Paris: UNESCO.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2018. "UNFPA Supplies." Website: unfpa.org/unfpa-supplies, accessed 28 November 2018.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2018a. "Young Persons With Disabilities: Global Study on Ending Gender-Based Violence, and Realising Sexual and Reproductive Health and Rights." New York: New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2018b. "Humanitarian Action 2018 Overview." New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2018c. "Delivering Supplies When Crisis Strikes: Reproductive Health in Humanitarian Settings." New York: New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2017. "State of World Population 2017: Worlds Apart." New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2016. "Adolescent Girls in Disaster and Conflict: Interventions for Improving Access to Sexual and Reproductive Health Services." New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2016a. "State of World Population 2016: 10: How Our World Depends on a Girl at this Decisive Age." New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2014. "The State of the World's Midwifery 2014: A Universal Pathway, A Woman's Right to Health." New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2014a. "Financing the ICPD Programme of Action: Data for 2012, Estimates for 2013/2014, Projections for 2015." New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2009. *Adolescent Sexual and Reproductive Health Toolkit for Humanitarian Settings: A Companion to the Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2004. "The State of World Population 2004. The Cairo Consensus at Ten: Population, Reproductive Health and the Global Effort to End Poverty." New York: New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund) and UNICEF (United Nations Children's Fund), 2018. "How to Transform a Social Norm." New York: New York: UNFPA and UNICEF.
- UNFPA Bangladesh (United Nations Population Fund Bangladesh Country Office), 2018. "Safer Spaces, Gender Equality, Choices in Life and Love." Website: bangladesh.unfpa.org/en/news/safer-spaces-gender-equality-choices-life-and-love, accessed 2 December 2018.
- UNHCR (Office of the UN High Commissioner for Refugees), 2018. "Global Trends in Forced Displacement 2017." Geneva: UNHCR.
- UNHCR (Office of the UN High Commissioner for Refugees), 1999. *Reproductive Health in Emergency Situations: An Inter-Agency Field Manual*. Geneva: UNHCR.

- UNHCR (Office of the UN High Commissioner for Refugees), 1991. *Guidelines on the Protection of Refugee Women*. Geneva: UNHCR.
- UNICEF (United Nations Children's Fund) and WHO (World Health Organization), 2017. "Tracking Progress Towards Universal Coverage of Reproductive, Newborn and Child Health: The 2017 Report." Washington, D.C.: UNICEF and WHO.
- United Nations, 2018. "Report of the United Nations High Commissioner for Refugees, Part II: Global Compact on Refugees." A/73/12 (Part II). New York: United Nations General Assembly.
- United Nations, 2018a. *Global Compact for Safe, Orderly and Regular Migration*. New York: United Nations.
- United Nations, 2018b. "Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2018." Population Division of the Department for Economic and Social Affairs. New York: United Nations.
- United Nations, 2017. "World Population Prospects 2017," *Website: population-un.org/wpp/Download/Standard/Mortality, accessed 28 November 2018*.
- United Nations, 2017a. "Reproductive Health Policies 2017: Data Booklet," *ST/ESA/SER.A/396. Population Division of the Department for Economic and Social Affairs. New York: United Nations*.
- United Nations, 2016. "New York Declaration for Refugees and Migrants." New York: New York: United Nations.
- United Nations, 2016a. "High-Level Panel on Humanitarian Financing Report to the Secretary-General: Too Important to Fail—Addressing the Humanitarian Financing Gap." New York: New York: United Nations.
- United Nations, 2015. "Trends in Contraceptive Use Worldwide 2015;" *ST/ESA/SER.A/349. Population Division of the Department for Economic and Social Affairs. New York: United Nations*.
- United Nations, 2015a. *World Population Policies Database*. Population Division of the Department for Economic and Social Affairs. New York: United Nations.
- United Nations, 2014. "Framework of Actions for the follow-up to the Programme of Action of the International Conference on Population and Development Beyond 2014: Report of the Secretary-General." New York: United Nations.
- United Nations, 2014a. "Programme of Action: Adopted at the International Conference on Population and Development Cairo, 5–13 September 1994. 20th Anniversary Edition." New York: United Nations.
- United Nations, 2013. *World Population Policies 2013*. New York: United Nations.
- United Nations, 1999. "Key Actions for the Further Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development." A/RES/S-21/2. New York: United Nations General Assembly.
- United Nations, 1995. "Population Consensus at Cairo, Mexico City and Bucharest: An Analytical Comparison." Population Division of the Department for Economic and Social Affairs. New York: United Nations.
- United Nations, 1995a. "Beijing Declaration and Platform for Action." New York: United Nations.
- United Nations, 1968. "Final Act of the International Conference on Human Rights (Tehran Declaration)." New York: United Nations.
- USAID (United States Agency for International Development), 2014. "High Impact Practices in Family Planning, Financing Commodities and Services: Mobilizing Resources to Sustain Current and Future Family Planning Demand." Washington, D.C.: United States Agency for International Development.
- Vu A. and others, 2014. "The Prevalence of Sexual Violence among Female Refugees in Complex Humanitarian Emergencies: A Systematic Review and Meta-analysis", *PLOS Currents Disasters*. Website: <http://currents.plos.org/disasters/article/the-prevalence-of-sexual-violence-among-female-refugees-in-complex-humanitarian-emergencies-a-systematic-review-and-meta-analysis>. Accessed 5 March 2019.
- Weerakoon, Bradman, 2002. "Broadening Partnerships." In *An Agenda for the People: The UNFPA through Three Decades*, Sadik, Nafis, ed. New York: New York University Press, pp. 95-112.
- WHO (World Health Organization), 2018. "Quality, Equity, Dignity: the Network to Improve Quality of Care for Maternal, Newborn and Child Health. Strategic Objectives." Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization), 2018a. "Towards a Global Action Plan for Healthy Lives and Well-being for All." Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization), 2009. "Mental Health Aspects of Women's Reproductive Health: A Global Review of the Literature." Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization) and UNFPA (United Nations Population Fund), 2011. "Strengthening Country Office Capacity to Support Sexual and Reproductive Health in the New Aid Environment: Report of a Technical Consultation Meeting: Wrap-Up Assessment of the 2008-2011 UNFPA-WHO Collaborative Project." WHO/RHR/11.29. Geneva: WHO and UNFPA.
- WHO (World Health Organization) and UNICEF (United Nations Children's Fund), 2018. "Declaration of Astana." Geneva: WHO and UNICEF.
- World Bank, 2012. "World Development Report 2012: Gender Equality and Development", Washington, D.C.: The World Bank.
- Wulf, Deirde, 1994. *Refugee Women and Reproductive Health Care: Reassessing Priorities*. New York: Women's Commission for Refugee Women and Children.



ضمان حصول الجميع على الحقوق والخيارات منذ عام ١٩٦٩

صندوق الأمم المتحدة للسكان
605 Third Avenue
New York, NY 10158
+١ (٢١٢) ٢٩٧-٥٠٠٠
www.unfpa.org
@UNFPA