

بالاختيار وليس بالصدفة

تنظيم الأسرة ،
وحقوق الإنسان ،
والتنمية

حالة سكان العالم ٢٠١٢



ينبغي لجميع البلدان أن تتخذ خطوات لتلبية احتياجات سكانها فيما يتصل بتنظيم الأسرة في أقرب وقت ممكن، وينبغي في جميع الحالات، وفي موعد لا يتجاوز سنة ٢٠١٥، السعي إلى تمكين الجميع من الحصول على كل أنواع أساليب تنظيم الأسرة المأمونة والموثوق بها، وما يتصل بذلك من خدمات الصحة الإنجابية التي لا تتعارض مع القانون. وينبغي أن يكون الهدف مساعدة الأزواج والأفراد على تحقيق أهدافهم الإنجابية، وإعطائهم الفرصة كاملة في ممارسة حق الإنجاب باختيارهم.

— برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، الفقرة ٧ - ١٦

حالة سكان العالم ٢٠١٢

نبذة عن المؤلفين

مارغريت غرين

مارغريت غرين (كبيرة المعدين والباحثين) عملت قرابة ٢٠ عاماً في مجال دراسة المحددات الاجتماعية والثقافية المتعلقة بالصحة العامة والصحة الإنجابية للمراهقين ووضع السياسات والشؤون الجنسانية. وهي معروفة على نطاق واسع في مجال البحوث والدعوة بشأن الأوضاع التي تواجه الفتيات والنساء في البلدان الفقيرة وبشأن إشراك الرجال والفتيان في جهود تحقيق المساواة بين الجنسين. وهي تدير حالياً مؤسسة غرينويركس GreeneWorks، وهي مجموعة استشارية تعمل من أجل تعزيز التحول الاجتماعي لصالح الصحة والتنمية. وهي رئيسة مجلس إدارة كل من مؤسستي Promundo-USA وWillows Foundation، اللتين تقدمان خدمات الصحة الإنجابية في تركيا. وقد حصلت الدكتورة غرين على درجتي الدكتوراه والماجستير في الفلسفة من جامعة بنسلفانيا في تخصص الديمغرافيا، كما أنها حاصلة على درجة الليسانس في الآداب تخصص لغويات من جامعة ييل.

شارين جوشي

شارين جوشي (باحثة ومؤلفة الفصل ٤) هي أستاذة زائرة بكلية الشؤون الدولية بجامعة جورجتاون، واشنطن العاصمة، وتقوم بتدريس مقررات في الاقتصاد والتطور السياسي؛ والفقير وشؤون الجنسين وعلم السياسة؛ والنهج المتكاملة للتنمية المستدامة. وهي حاصلة على درجة الدكتوراه في الاقتصاد، وماجستير فلسفة في علم الاقتصاد، وماجستير في الآداب تخصص علوم اقتصادية. وهي أيضاً حاصلة على درجة البكالوريوس في الرياضيات من كلية ريد في بورتلاند، أوريغون.

عمر روبلز

يعمل عمر روبلز مستشاراً لشؤون الصحة والجنسين والتنمية. وقد رأس برامج تدريبية لصالح صندوق الأمم المتحدة للسكان في إندونيسيا في مجال مراعاة الاعتبارات المتعلقة بالجنسين، ويعمل حالياً مستشاراً لشؤون الجنسين في قطاع النشر في حالات الطوارئ بمنظمة "كير" الدولية. وقبل ذلك، عمل مستشاراً لسياسات شؤون الجنسين والشؤون الصحية في مبادرة السياسات الصحية بوكالة الأمم المتحدة للتنمية الدولية التي تتولى تنفيذها مجموعة Futures Group. وهو حاصل على درجة الماجستير في العلوم في مجال الصحة العامة، والسياسات والإدارة الصحية، من كلية الصحة العامة العالمية بجامعة نورث كارولينا ودرجة البكالوريوس في الصحافة والإعلام، أيضاً من جامعة نورث كارولينا.

يصدر هذا التقرير عن شعبة الإعلام والعلاقات الخارجية في صندوق الأمم المتحدة للسكان.

فريق التحرير

المحرر: ريتشارد كولودج
معاون التحرير: روبرت بوشاليك
معاونة التحرير والإدارة: ميرييه شلهوب
مدير التوزيع: جايش غولراجاني

الإعراب عن الشكر

يعرب فريق التحرير عن امتنانه للمجلس الاستشاري للتقرير في صندوق الأمم المتحدة للسكان لما قدمه من توجيهات حول فكرة التقرير وإعداده، ولما أبداه من تعليقات قيمة على مسودات التقرير. وقد ضم الفريق ألفونسو باراخيس، وبياتريس دي لا مورا، وأبو بكر دانغوس، وفيرنر هوغ، ومايكل هيرمان، ومنى قايتباي، ولورا لاسكي، وإيدلبرت لوبزه، وكيشي أوغبواغو، ونبيه أوجولابه، ونورييه أورتالي، وجاغديش أوبادياي.

وقام أيضاً بمراجعة مسودات التقرير كل من آن - بيرجيت ألبركتسن وكلاوس بيك، وإيزابيل بلانكو، ودليا برشلونة، وساتورنين إبييه، وفرانسوا فرح، وكيت جيلمور، وإيلينا بيرونديني، وزباد رفاعي.

وساهم أيضاً في التطوير الموضوعي للتقرير كل من حافظ شقير، وتيا فيرنس، ونوبوكو هوريبي، وبانمي ماكينوا، ومارسيلا سوازو. وقدم دعماً استشارياً إضافياً للتقرير كل من محمد عفيفي، ومونيك كليسا، وخورخي كوردوبا، وأديابو فايونين، وسونيا هيكادون، وغابرييل لانكو، وبانمين لين، وسوزان ماندونغ، ووليام ريان، وشيرين سعد الله.

ويعرب فريق التحرير أيضاً عن امتنانه لماريزابيل أغوستو لمشاركتها الدائبة في جميع مراحل إعداد التقرير وكتابته وتحريره. ويقدم الفريق جزيل الشكر أيضاً إلى كل من كارين رينغام، ودافيد ليفنغر لما قدماه من إسهامات في التقرير.

صورة الغلاف: أم وطفلها، باكستان.

©Panos/Peter Barker

بالاختيار وليس بالصدفة

تنظيم الأسرة ، وحقوق الإنسان ، والتنمية

صفحة ب	تصدير
صفحة د	استعراض عام
صفحة ١	١ الحق في تنظيم الأسرة
صفحة ١٧	٢ تحليل البيانات والاتجاهات لفهم الاحتياجات
صفحة ٣٩	٣ تحديات تعميم فرص الاستفادة
صفحة ٧١	٤ الأثر الاجتماعي والاقتصادي لتنظيم الأسرة
صفحة ٨٧	٥ التكاليف المتكبدة والمدخرات الناشئة عن دعم تنظيم الأسرة
صفحة ٩٧	٦ جعل الحق في تنظيم الأسرة حقاً عالمياً
صفحة ١٠٦	المؤشرات
صفحة ١١٧	المراجع



تصدير

كان حق الأفراد في أن يقرروا بحرية وبروح من المسؤولية عدد أطفالهم والمباعدة بين ولاداتهم هو المبدأ التوجيهي في مجال الصحة الجنسية والإنجابية، بما في ذلك تنظيم الأسرة، على مدى عقود من الزمن، ولكن بوجه خاص منذ عام ١٩٩٤، حينما اجتمعت ١٧٩ حكومة واعتمدت برنامج العمل التاريخي لمؤتمر الأمم المتحدة للسكان والتنمية.

والآن هناك أدلة قاطعة على أنه حينما يدمج تنظيم الأسرة في مبادرات التنمية الاقتصادية والاجتماعية الأوسع نطاقاً، فإنه يمكن أن يحقق أثراً إيجابياً مضاعفاً على التنمية البشرية وعلى رفاه الأمم بأسرها. إن أصحاب الرؤى المستقبلية الذين صاغوا برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في عام ١٩٩٤ لهم أن يشعروا بالفخر العظيم؛ فلقد كان التقدم الذي تم إحرازه منذ ذلك الحين رائعاً.

ومع ذلك، فأينما أسافر، لا أزال ألتقي نساء وفتيات يبلغنني بعدم تمكنهن من ممارسة حقهن في تنظيم الأسرة وينتهي بهن الأمر وقد أنجبن من الأطفال أكثر مما يردن، بما يكبلهن بعبء اقتصادي ثقيل، ويضر بصحتهن، ويقوض فرصهن في حياة أفضل لهن ولأسرهن. وتظهر الإحصاءات الأخيرة أن ٨٦٧ مليون امرأة في سن الإنجاب في البلدان النامية يتمتن الآن بفرص الحصول على وسائل منع الحمل الحديثة. ومن أصل هذا المجموع، فإن ٦٤٥ مليون امرأة يمكنهن الحصول على هذه الوسائل. ولكن عدداً هائلاً يصل إلى ٢٢٢ مليون امرأة لا يمكنهن ذلك. وهذا أمر لا يغتفر. إن تنظيم الأسرة هو حق من حقوق الإنسان. ولذلك، لا بد أن يتاح لكل من يريده. على أنه من الواضح أن هذا الحق لم يتسع نطاقه بعد لكي يشمل الجميع، وبخاصة في أشد البلدان فقراً.

ولا تزال هناك عقبات. ويتعلق بعضها بنوعية وتوافر الإمدادات والخدمات، ولكن عقبات أخرى كثيرة

لقد مثل مؤتمر الأمم المتحدة للسكان والتنمية تحولاً كبيراً في المعايير في ميدان السكان والتنمية، حيث استعاض عن نهج إزاء تنظيم الأسرة يركز على العوامل الديمغرافية بنهج يقوم على حقوق الإنسان وعلى احتياجات كل امرأة وتطلعاتها وظروفها.

وكان الأثر الذي أحدثته هذه المرحلة الفارقة أشبه بثورة بالنسبة إلى مئات الملايين من النساء والشباب الذين تمكنوا على مر ١٨ عاماً خلت من اكتساب القدرات والموارد من أجل تفادي الحمل أو تأخيرها. لقد أفضى النهج القائم على الحقوق إزاء الصحة الجنسية والإنجابية وتنظيم الأسرة إلى نتائج غير عادية. فقد أصبح بمقدور ملايين أخريات من النساء أن يقللن عدد أطفالهن وأن يبدأن حياتهن الأسرية في مرحلة متأخرة من عمرهن، بما أتاح لهن الفرصة لإتمام تعليمهن، وتحسين موارد رزقهن، والإفلات من هوة الفقر.

وأظهرت دراسات لا حصر لها أن النساء اللاتي تستخدمن وسائل تنظيم الأسرة يكنّ عموماً أوفر صحة، وأفضل تعليماً، وأكثر قدرة داخل أسرهن المعيشية ومجتمعاتهن المحلية، فضلاً عن كونهن أكثر إنتاجية من الناحية الاقتصادية. وفي المنازل التي يكون فيها للوالدين من القدرة والموارد ما يعينهما على اتخاذ القرارات بشأن عدد حالات الحمل والمباعدة بينها، يكون للأطفال أوفر صحة، وأحسن تعليماً، ويحققون دخلاً أعلى حينما يكبرون.



المدير التنفيذي
لصندوق الأمم
المتحدة للسكان،
باباتوندي أوشيتيمن،
يتعهد بمواصلة تقديم
المساعدة من أجل
الصحة الإنجابية
وتنظيم الأسرة
الطوعي في الفلبين.

©UNFPA

▲ المساواة بين الجنسين، وزيادة فرص الحصول على التعليم عالي النوعية، وتمكين الشباب من المشاركة التامة في اقتصاداتهم ومجتمعاتهم، والحد من الفقر. ولذلك، فلابد من إدماج التام في جميع المبادرات الإنمائية الحالية والمقبلة، بما في ذلك الإطار العالمي للتنمية المستدامة الذي سيقوم مقام الأهداف الإنمائية للألفية فيما بعد عام ٢٠١٥.

لقد كان الالتزام الذي تعهد به المجتمع الدولي في عام ١٩٩٤ لجميع النساء والرجال والشباب هو حماية حقوقهم كأفراد في أن يتخذوا بأنفسهم أحد أهم القرارات الأساسية في حياتهم. ولقد أن الأوان لكي نفي بهذا الالتزام ولكي نجعل تنظيم الأسرة الطوعي خياراً متاحاً للجميع.

الدكتور باباتوندي أوشيتيمن
وكيل الأمين العام للأمم المتحدة والمدير التنفيذي
لصندوق الأمم المتحدة للسكان

تتعلق بالظروف الاقتصادية والقيود الاجتماعية. وأياً كان نوع هذه العقبات، لا بد من إزالتها. واعترافاً بالحاجة الماسة إلى معالجة هذه الاحتياجات الهائلة المستمرة وغير الملباة من خدمات تنظيم الأسرة، فقد قام صندوق الأمم المتحدة للسكان، وإدارة التنمية الدولية بالملكة المتحدة، ومؤسسة بيل وميليندا غيتس، وشركاء آخرون، بتنظيم مؤتمر قمة في تموز/يوليه ٢٠١٢ تمكن من حشد ٢,٦ بليون دولار كالتزامات للتمويل من جانب البلدان المانحة والتزامات كبيرة جديدة من جانب البلدان النامية نفسها. ويهدف هذا التمويل الجديد إلى توفير تنظيم الأسرة الطوعي لعدد إضافي قدره ١٢٠ مليون من النساء والمراهقات في البلدان النامية بحلول عام ٢٠٢٠. ولكن يلزم توفير المزيد من الموارد والالتزامات السياسية من أجل الوفاء بكل الاحتياجات غير الملباة عن غيرها.

إن تنظيم الأسرة يحظى بأهمية مركزية بالنسبة للكثير من الأهداف التي يتوخى المجتمع الدولي تحقيقها - ومنها تحسين صحة الأم والطفل، وتعزيز

استعراض عام

في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية ، المعقود في عام ١٩٩٤ ، أكدت ١٧٩ حكومة حق الأفراد في تنظيم الأسرة حينما أعلن الموقعون على برنامج عمل المؤتمر أن ”هدف برامج تنظيم الأسرة هو تمكين الأزواج والأفراد من أن يقرروا بحرية وبروح من المسؤولية عدد أطفالهم والمباعدة بين ولاداتهم ، والحصول على المعلومات والوسائل اللازمة للقيام بذلك“. وشكل هذا التأكيد تحولاً معيارياً في رؤية الحكومات والمنظمات الدولية لقضايا السكان والتنمية .

- البشرية/الإيدز وتوفير العناية المتعلقة بها وعلاجها ؛
- توفير المعلومات والتثقيف والإرشاد حول الأمور الجنسية والصحة الإنجابية ؛
- منع ومراقبة العنف ضد المرأة وتوفير الرعاية للناجيات ؛
- اتخاذ أي إجراءات أخرى بهدف القضاء على الممارسات الضارة التقليدية ، من قبيل تشويه/بتر الأعضاء التناسلية للإناث .
- ويركز هذا التقرير على تنظيم الأسرة والحقوق للأسباب التالية :
- إن الحق الأساسي لجميع الأزواج والأفراد في أن يقرروا بحرية وبروح من المسؤولية موعد إنجاب أطفالهم وعددهم هو حق معلوم بوصفه يشكل أحد الأبعاد الرئيسية للحقوق الإنجابية جنباً إلى جنب مع الحق في الحصول على أعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة الجنسية والإنجابية ، وحق الجميع في اتخاذ قراراتهم بشأن الإنجاب دون تمييز أو قسر أو عنف .
- إن قدرة أي شخص على تنظيم مواعيد الإنجاب وتحديد حجم الأسرة يرتبط بصورة وثيقة بقدرته على إعمال حقوق أخرى .
- إن الحق في تنظيم الأسرة هو أحد الحقوق التي كافح من أجلها الكثيرون ولا يزال يتطلب اليوم

ولتنظيم الأسرة أهميته الحاسمة بالنسبة إلى تعزيز قدرة الأفراد على ممارسة حقوقهم الإنجابية وغيرها من حقوق الإنسان . وقد جاء توافق الآراء الدولي الذي تم التوصل إليه بشأن الحق في تقرير مواعيد حالات الحمل والمباعدة بينها جاء نتيجة لعقود من البحث والدعوة والمناقشات . وهذا التوافق في الآراء يتجلى في تجديد تركيز مجتمع التنمية الآن على ضرورة وضع المزيد من السياسات واتخاذ المزيد من الإجراءات العملية التي تكفل ممارسة جميع الناس على قدم المساواة لحقهم في الحصول على الخدمات والإمدادات والمعلومات عالية النوعية حينما يحتاجون إليها .

يجب توفير طائفة عريضة من الخدمات ضماناً لتحقيق الصحة الجنسية والإنجابية . وتنظيم الأسرة ليس سوى إحدى هذه الخدمات التي ينبغي إدماجها مع الخدمات التالية :

- الرعاية الصحية الأولية والرعاية في مرحلة ما قبل الولادة والرعاية المتعلقة بالولادة المأمونة والرعاية في مرحلة ما بعد الولادة ؛
- الوقاية والعلاج الملائم للخصوبة ؛
- إدارة عواقب الإجهاض غير المأمون ؛
- علاج إصابات الجهاز التناسلي ؛
- الوقاية من الإصابة بالأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي وفيروس نقص المناعة



النساء القدرات على
تنظيم الأسرة يرجح
لهن أن يتمكنن من
تعليم أطفالهن. ويقدر
ما يتمكن الأطفال من
البقاء في المدارس ،
يقدر ما تتحسن فرصهم
لكسب العيش في
حياتهم مما يساعد على
انتشالهم من براثن
الفقر .

©Lindsay Mgbor/UK
Department for International
Development

ومن شأن الأخذ بنهج تقوم على الحقوق – إزاء
تنظيم الأسرة أو أي جانب آخر من جوانب التنمية
المستدامة – أن يقضي إلى المزيد من الإنصاف
والمساواة وعدم التمييز .

الأطفال بالاختيار وليس بالصدفة

يوضح تقرير حالة سكان العالم السبب في اعتبار تنظيم
الأسرة حقاً من حقوق الإنسان ، وماذا يعني ذلك بالنسبة
إلى الأفراد في البلدان النامية والبلدان المتقدمة النمو على
السواء . وي طرح التقرير توليفة للعديد من أطر العمل في
مجالات الصحة والصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة ، في
حين يقوم في الوقت نفسه بالبناء عليها من خلال القيام
بما يلي: رفع مستوى المناقشة حول أهمية إشراك الرجال
في تنظيم الأسرة كأطراف في العلاقات وشركاء في
الحياة ، وكمستفيدين من الخدمات ؛ إبراز ضرورة جمع
المزيد من البيانات واستحداث البرامج التي تصل أيضاً
إلى غير المتزوجين من الشباب وكبار السن على السواء ؛
توجيه الاهتمام إلى المعدلات المرتفعة من حالات الحمل
العارض أو غير المرغوب فيه في كل من البلدان النامية
والبلدان المتقدمة النمو ؛ والتأكيد على أن التغييرات
في أنماط النشاط الجنسي عبر مختلف الفئات العمرية
تتعارض بصورة متزايدة مع الكثير من الافتراضات
والممارسات الضارة ، الاجتماعية منها والثقافية والمتعلقة
بنوع الجنس .

تعزيز الدعوة إلى تحقيقه على الرغم من أنه يلقي
التأييد من أطر عالمية هامة للحقوق والتنمية .

التحول إلى نهج يقوم على الحقوق إزاء تنظيم الأسرة

تكمن قيمة الأخذ بنهج يقوم على الحقوق إزاء تنظيم
الأسرة في أنه يعامل الأفراد في حد ذاتهم كبشر
كاملين الأهلية وكعناصر فاعلة وليس كمستفيدين
سلبيين . ويقوم هذا النهج على التحديد الواضح
لأصحاب الحقوق (الأفراد) ، والمكلفين بالمهام
(الحكومات وغيرها) ممن يتولون المسؤولية عن إنفاذ
الحقوق . وتنظيم الأسرة اليوم أمر مقبول به على نطاق
واسع باعتباره أساساً لطائفة من الحقوق .
ولهذا السبب ، فإن النهج القائم على الحقوق
سيكون الأساس الذي سيرتكز عليه الإطار العالمي
للتنمية المستدامة الذي سيخلف الأهداف الإنمائية
للألفية التي تختتم فترتها في عام ٢٠١٥ . وفي مقال
نشر مؤخراً عن برنامج ما بعد عام ٢٠١٥ ، أكدت
مفوضية الأمم المتحدة لحقوق الإنسان أن ”تزايد
الأخذ على نطاق عالمي بالنهج القائمة على حقوق
الإنسان إزاء التنمية استناداً إلى مبادئ المشاركة
والمساواة وعدم التمييز والتمكين وسيادة القانون
يبعث الآن على الأمل في ظهور نموذج للتنمية أكثر
إشراقاً“ .

أعد هيكل التقرير لكي يجب على الأسئلة الرئيسية التالية :

يقدم الفصل ١ لمحة عامة عن الالتزامات الدولية إزاء الصحة الجنسية والإنجابية ، بما في ذلك تنظيم الأسرة ، مع التأكيد بوجه خاص على برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية والالتزام الدولي المتجدد بالاستثمار في تنظيم الأسرة في إطار برنامج التنمية المستدامة لما بعد مرحلة الأهداف الإنمائية للألفية . ويحدد ذلك الفصل الحريات والاستحقاقات المرتبطة بالحقوق الإنجابية ، والمستمدة من الحقوق المدنية والسياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية . ويحدد الفصل التزامات الدول بالوفاء بحق المواطنين في تنظيم الأسرة كما يحدد إطاراً للمساءلة لرصد عملية التنفيذ .

ما هو النهج القائم على الحقوق إزاء تنظيم الأسرة ؟

يعتمد الفصلان ٢ و ٣ على البحوث والأدلة العملية لتوضيح الاتجاهات العالمية وتبيان أوجه التفاوت في التمتع بمزايا تنظيم الأسرة . ويوجه الفصل ٢ الانتباه إلى أوجه التفاوت في العديد من المؤشرات الأساسية لتنظيم الأسرة . ويفحص أوجه التفاوت في فرص الحصول على خدمات تنظيم الأسرة والاستفادة منها حسب مستويات الثروة والتعليم ومكان الإقامة . ويناقش الفصل الأسباب التي تدعو الناس إلى استعمال وسائل معينة ، والوسائل التي يغلب استعمالها بين الإناث ، وأثر خدمات تنظيم الأسرة على الإجهاد . ويناقش الفصل ٣ الارتفاع النسبي للاحتياجات غير الملباة بين فئات سكانية ثانوية كبيرة الحجم ، ومهملة إلى حد كبير ، من قبيل : الشباب ، وغير المتزوجين من جميع الأعمار ، ومن رجال وفتيان ، والفقراء ، والفئات الأخرى المهمشة اجتماعياً ذات الوصول المحدود إلى المعلومات والخدمات . ويناقش هذا الفصل ما يطرأ من تغيرات على ديناميات النشاط الجنسي وأنماط الزواج ، ومدى تأثير هذه التغيرات على الحاجة إلى تنظيم الأسرة .

أين تحققت المكاسب ، ومن الذين يتعذر عليهم حتى الآن ممارسة حقهم في تنظيم الأسرة ؟



ما هي المنافع الاجتماعية والاقتصادية للأخذ بنهج قائم على الحقوق إزاء تنظيم الأسرة؟

يوجز الفصل ٤ المنافع الاجتماعية والاقتصادية لتوسيع نطاق فرص الحصول على خدمات تنظيم الأسرة، مع التركيز على الفئات السكانية الأشد احتياجاً والتي تعاني من النقص في الخدمات. وتشمل المنافع التي تتحقق للأفراد الحد من الوفيات النفاسية ومعدلات الاعتلال، والمكاسب التي تتحقق من تعليم المرأة وتحسين آفاق المستقبل بالنسبة للأطفال، بما يترتب على ذلك من آثار بالنسبة إلى الأسر والمجتمعات المحلية والبلدان عموماً. وحينما تضع الحكومات تنظيم الأسرة ضمن أولوياتها كجزء من استراتيجية إنمائية متكاملة، فإنها بذلك تقوم باستثمار استراتيجي يفي بالتزامها بحماية حقوق مواطنيها ويساعد في الوقت نفسه على التخفيف من حدة الفقر وتنشيط النمو الاقتصادي.

ما هي الآثار المتعلقة بالتكلفة فيما يتعلق بالأخذ بنهج يقوم على الحقوق إزاء تنظيم الأسرة؟

يتعين على الحكومات والوكالات الإنمائية أن تستثمر المزيد من الموارد من أجل تحقيق المكاسب الفردية والمكاسب الاجتماعية والاقتصادية الأوسع نطاقاً والتي يمكن أن تنبثق عن طريق الأخذ بنهج يقوم على حقوق الإنسان إزاء تنظيم الأسرة. ويقدم الفصل ٥ عرضاً موحداً لأحدث البحوث عن حساب التكاليف، والذي يخلص إلى أن الاحتياجات غير الملباة ستواصل الازدياد مع دخول المزيد من الشباب في مرحلة سنوات الإنجاب. وتؤكد البحوث أن خدمات تنظيم الأسرة هي بمثابة استثمارات فعالة من حيث التكلفة في مجال الصحة العامة. ويعد تنظيم الأسرة استثماراً استراتيجياً إذا ما أخذت في الاعتبار مساهماته في إعمال حقوق الإنسان وفعالية تكلفته.

ماذا ينبغي للمجتمع الدولي القيام به من أجل تنفيذ نهج يقوم على الحقوق؟

يجمل الفصل ٦ توصيات للاسترشاد بها مستقبلاً في مجال الاستثمار ووضع السياسات والبرامج. وعلى أصحاب المصلحة الرئيسيين الاعتراف بأن أوجه التفاوت التي تنطوي عليها نظم خدمات تنظيم الأسرة تشكل انتهاكاً لحقوق الإنسان، وبضرورة توجيه المعلومات والخدمات إلى الفئات السكانية التي تعاني من نقص الخدمات. ويتعين على الأسر والمجتمعات المحلية والمؤسسات والحكومات أن تعدل استراتيجياتها بما يكفل تمكين جميع الناس من إعمال حقهم في تنظيم الأسرة. ويقتضي هذا العمل توسيع نطاق النهج التقليدية إزاء برامج تنظيم الأسرة. ومما له أهميته الأساسية اعتماد مؤشرات لما بعد الأهداف الإنمائية للألفية تتيح التقييم الدقيق لأوجه التفاوت القائمة في مجال الصحة الجنسية والإنجابية.



الحق في تنظيم الأسرة

أحد حقوق الإنسان الأساسية

يعد التخطيط المسبق لعدد الأطفال وموعد ولادتهم من الأمور المسلم بها اليوم بالنسبة لملايين الناس ممن يمتلكون الوسيلة والقدرة على القيام بذلك. بيد أن نسبة كبيرة من سكان العالم لا يتمتعون بالحق في اختيار عدد أطفالهم وموعد ولادتهم لأنه لا تتوفر لهم فرص الحصول على المعلومات والخدمات المتعلقة بتنظيم الأسرة، أو لرداءة نوعية ما يتوفر لهم من خدمات إلى الحد الذي يجعلهم يستغنون عنها مما يجعلهم عرضة للحمل غير المرغوب فيه .

نهج تنظيم الأسرة القائم على الاختيار المستنير والذي يستند إلى حقوق الإنسان من الأنشطة الأكثر فعالية من حيث التكلفة لمواجهة الوفيات النفاسية ومعدلات الإصابة بالأمراض . ومن شأن ضمان الحق في تنظيم الأسرة أن يؤدي في نهاية المطاف إلى تسريع تقدم البلدان صوب الحد من الفقر وتحقيق الأهداف الإنمائية . ولقد كان لتعميم فرص الحصول على خدمات الصحة الإنجابية ، بما في ذلك تنظيم الأسرة ، ما يكفي من الأهمية لجعله جزءاً من أهداف الأمم المتحدة الإنمائية للألفية . ويشكل ذلك أمراً أساسياً لبلوغ الكثير من الأهداف ذات الأولوية التي نشأت في مرحلة ما بعد إطار التنمية المستدامة لعام ٢٠١٥ . وعلى الرغم من أن تنظيم الأسرة يعد أحد الحقوق الأساسية ، فإنه يلقي أحياناً معالجات متضاربة من جانب المجتمعات المحلية والنظم الصحية والحكومات . وربما يقوض من قوة الالتزام بتنظيم الأسرة ربطه بالنشاط الجنسي وما ينطوي عليه هذا النشاط في سياق مختلف القيم الاجتماعية والثقافية . ومن الناحية العملية ، فإن الشواغل المتعلقة بتوسيع نطاق

وقد اتفق المجتمع الدولي في عام ١٩٩٤ في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية على أنه ينبغي توفير خدمات تنظيم الأسرة لكل من يحتاجون إليها ، وأن تهيئ الحكومات الظروف التي تدعم حق الناس في تنظيم أسرهم . ولكن البحوث الأخيرة تبين أن ٢٢٢ مليون امرأة في البلدان النامية اليوم لا تتوفر لهن الوسيلة لتأخير الحمل أو الولادة . كما تعجز ملايين النساء في البلدان المتقدمة النمو عن تنظيم أسرهن لأنه لا تتوفر لهن فرص الحصول على المعلومات والتعليم والإرشاد في مجال تنظيم الأسرة ، ولا يمكنهن الحصول على وسائل منع الحمل ، وتواجهن عوائق اجتماعية واقتصادية وثقافية ، بما في ذلك التمييز والقسر والعنف في سياق حياتهن الجنسية والإنجابية . ويؤثر عدد الأطفال والمباعدة بين ولاداتهم على الاحتمالات المتعلقة بالتحاقهم بالمدارس ، وعلى الدخل والرفاه بالنسبة إلى النساء والفتيات وكذلك بالنسبة إلى الرجال والفتيان . ولذلك ، فإن الحق في تنظيم الأسرة يتيح التمتع بحقوق أخرى ، بما في ذلك الحق في الصحة ، والتعليم ، والعيش حياة كريمة . ويعد

▶ أمهات يستمنعن إلى حديث عن وسائل منع الحمل في أحد مراكز الدعوة في باكستان.

©Panos/Peter Barker

” يولد جميع الناس أحراراً متساوين في الكرامة والحقوق... ولكل إنسان حق التمتع بكافة الحقوق والحريات الواردة في هذا الإعلان، دون أي تمييز، كالتمييز بسبب العنصر أو اللون أو الجنس أو اللغة أو الدين أو الرأي السياسي أو أي رأي آخر، أو الأصل الوطني أو الاجتماعي أو الثروة أو الميلاد أو أي وضع آخر... ولكل فرد الحق في الحياة والحرية وسلامة شخصه“.

— الإعلان العالمي لحقوق الإنسان

المشارك على النحو الأكمل في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، الذي أحدث تغييراً عميقاً في النهج الذي يتخذه المجتمع الدولي إزاء الصحة الجنسية والإنجابية، وشكل الكثير من السياسات القائمة الآن. واعترف برنامج العمل رسمياً بحقوق الأفراد في أن يكون لهم أطفال عن طريق الاختيار وليس بالصدفة.

فالأفراد لهم الحق في تحديد أحجام أسرهم، كما أن لهم الحق في أن يحددوا متى ينجبون أطفالهم. وقد أسهم العديد من السمات التي تضمنها برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في تمكين المزيد من الناس من ممارسة حقوقهم الإنجابية. ففي المقام الأول، أسهم برنامج العمل في النهوض بالحقوق الإنجابية من خلال تحديد المفهوم العام لمسألة ”الصحة الجنسية والإنجابية“، وإيلاء الاهتمام للأوضاع الاجتماعية التي تشكل هذا المفهوم. وأقر برنامج العمل صراحة بأهمية الصحة الجنسية والإنجابية في حياة النساء، وكذلك بالاحتياجات المحددة للمراهقين ودور الرجال والفتيان. وأرسى البرنامج ولاية تقضي بأن تراعي البرامج الإنمائية العوامل الاجتماعية والسياسية والاقتصادية التي تؤثر في الناس بصورة مختلفة وفقاً لاختلاف مشاربيهم، وأماكن عيشهم، وظروف عملهم، وأن تستجيب لهذه العوامل.

يعرّف برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الصحة الجنسية والإنجابية بأنها ”حالة رفاه كامل بدنياً وعقلياً واجتماعياً في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته. ولذلك، تعني الصحة الإنجابية ضمناً قدرة الناس على التمتع بحياة جنسية مرضية ومأمونة، وقدرتهم على الإنجاب، وحريرتهم في تقرير الإنجاب وموعده وتواتره“.

— برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية،
الفقرة ٧-٢.

الحصول على هذه الخدمات ليشمل فئات سكانية محددة يمكن أيضاً أن تضعف من قوة الالتزام العام بتنظيم الأسرة.

وهناك فئات كثيرة جرى استبعادها من برامج تنظيم الأسرة أو أنها لم تستفد منها، بما في ذلك الشباب أو غير المتزوجين. وهناك فئات أخرى، منها الأشخاص ذوو الإعاقة أو كبار السن، محرومة من الاستفادة من برامج تنظيم الأسرة استناداً إلى مفاهيم خاطئة سائدة بأنهم ليست لديهم احتياجات جنسية.

ويؤيد هذا التقرير حجة مؤداها أن العجز عن تقرير موعد إنجاب الأطفال أو تحديد حجم الأسرة إنما هو أمر ناجم عن حالة من الحيف الاجتماعي وانعدام الحرية، بل إنه يعزز من هذه الحالة. وينادي هذا التقرير بالحق في تنظيم الأسرة باعتباره أحد مجالات التركيز الأساسية والمهملة أحياناً فيما يتعلق بطائفة من الخدمات اللازمة لدعم الصحة الجنسية والإنجابية بصورة أعم. ويشدد هذا التقرير أيضاً على أن تنظيم الأسرة هو أحد أكثر الأنشطة فعالية من حيث التكلفة التي تم استحداثها في مجال الصحة العامة والتنمية المستدامة (Levine, What Works Group and Kinder, 2004).

تنظيم الأسرة يؤدي إلى تعزيز حقوق الإنسان الأخرى

لقد تمكن العالم من أن يبلور تفاهماً عالمياً مشتركاً بشأن الصحة الجنسية والإنجابية، وبشأن العوامل المؤسسية والاجتماعية والسياسية والاقتصادية اللازمة لدعم هذا التفاهم. وتم توثيق هذا التفاهم

ويعتبر أحد الإسهامات الأخرى لبرنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في ما يلي: في حين عاملت البرامج السابقة مسألة تنظيم الأسرة باعتبارها نشاطاً قائماً بذاته، فإن برنامج العمل تناول هذه المسألة في سياق البرامج الأعم للصحة الجنسية والإنجابية. فالحقوق الإنجابية لا تقوم فقط على الاعتراف بحق الأزواج والأفراد في تنظيم أسرهم، ولكن على "الحق في الحصول على أعلى معايير الصحة الجنسية والإنجابية. ويتضمن أيضاً الحق في اتخاذ القرارات المتعلقة بالإنجاب دون تمييز أو قسر أو عنف، وعلى النحو المعرب عنه في صكوك حقوق الإنسان" (صندوق الأمم المتحدة للسكان، ١٩٩٤).

وعن طريق الحد من أوجه القلق إزاء الحمل غير المرغوب فيه، فإن تنظيم الأسرة يمكن أن يساهم في توطيد العلاقات بين الشركاء وضمان حياة جنسية مرضية وأمنة. ومن شأن احترام حقوق الإنسان وحمايتها والوفاء بها أن يسهل بدرجة أكبر حصول الناس على المزايا الكاملة للاستثمار في تنظيم الأسرة (Cottingham, Germain and Hunt 2012).

الالتزامات الدولية

لا تمثل الحقوق المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية مجموعة جديدة من الحقوق لكنها حقوق سبق الاعتراف بها صراحة وضمناً في القوانين الدولية والصكوك الدولية لحقوق الإنسان وغيرها من وثائق الأمم المتحدة ذات الصلة التي جرى اعتمادها بتوافق الآراء. ويرتكز بعض هذه المعايير الدولية على حقوق أشمل من حقوق الإنسان التي يقوم عليها أيضاً الحق في الصحة الجنسية والصحة الإنجابية والحق في تنظيم الأسرة.

وتشمل الحقوق الإنجابية الحريات والاستحقاقات التي توفرها الحقوق المدنية والسياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية. فالحق في تقرير عدد الأطفال والمباعدة بين ولاداتهم هو جزء لا يتجزأ من إطار الحقوق

- الحق في الحياة؛
- الحق في حرية الفرد وسلامة شخصه؛
- الحق في الصحة، بما في ذلك الصحة الجنسية والإنجابية؛
- الحق في الزواج القائم على رضا الطرفين وعلى التكافؤ بينهما؛
- الحق في الخصوصية؛
- الحق في المساواة وعدم التمييز؛
- الحق في عدم التعرض للتعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة؛
- الحق في التعليم، بما في ذلك فرص الحصول على التثقيف الجنسي؛
- الحق في المشاركة في إدارة الشؤون العامة والحق في المشاركة الحرة والنشطة والمؤثرة؛
- الحق في التماس المعلومات والحصول عليها ونشرها، وفي حرية التعبير؛
- الحق في الاستفادة من التقدم العلمي.

(مركز الحقوق الإنجابية، ٢٠٠٩؛ الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة، ١٩٩٦).

الإنجابية، ولذلك فهو يتصل مباشرة بحقوق الإنسان الأساسية، بما في ذلك الحقوق التالية: وهذه الحقوق مستمدة من العديد من المعاهدات والاتفاقيات الإقليمية والدولية. وعلى هذا النحو، فإنها تعبر عن فهم مشترك لحقوق الإنسان الأساسية. وهذه الحقوق وغيرها من الحقوق المتصلة بالحقوق الإنجابية والمصادر المستمدة منها مدرجة في منشور بعنوان الحقوق الإنجابية هي حقوق للإنسان، الصادر عن مركز الحقوق الإنجابية (٢٠٠٩).

ولمواجهة واقع الحال المتمثل في أوجه التفاوت القائمة بين الجنسين والطابع الفسيولوجي للإنجاب، يتولى عدد من الوثائق المتصلة بحقوق الإنسان تسجيل ما تتعرض له النساء والفتيات من تحديات خاصة ومن ضروب التمييز. وتشمل حقوق الإنسان الأشد ارتباطاً بمسألة عدم المساواة بين الجنسين الحق في التحرر من الممارسات التمييزية، وبخاصة تلك التي تضر بالنساء

المعاهدات والاتفاقيات والاتفاقات ذات الصلة بالصحة والحقوق الإنجابية

الإعلان العالمي لحقوق الإنسان: وثيقة أساسية ألهمت كامل الخطاب المتعلق بحقوق الإنسان والكثير من الدساتير والقوانين الوطنية، وهو مصدر للقانون العرفي الدولي.	١٩٤٨
مؤقر طهران المعني بحقوق الإنسان: يعلن على الملأ حق الأفراد والأزواج في الحصول على المعلومات وفي تقرير عدد أطفالهم والمباعدة بين ولادتهم.	١٩٦٨
اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز العنصري	١٩٦٩
إعلان الجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن التقدم والتنمية في الميدان الاجتماعي، القرار ٢٥٤٢ (د-٢٤)، المادة ٤: "يكون للوالدين وحدهما الحق في أن يقررا بحرية ومسؤولية عدد أولادهما وتوقيت إنجابهم". وقررت الجمعية العامة أيضاً أن تنفيذ هذا الحق يقتضي "تزويد الأسر بالمعرفة والسبل اللازمة لتمكينها من ممارسة هذا الحق...".	١٩٦٩
برنامج عمل المؤتمر العالمي للسكان الذي اعتمد في المؤتمر العالمي للسكان لعام ١٩٧٤ المعقود في بوخارست، و٨٨ توصية لمواصلة التنفيذ اعتمدها المؤتمر الدولي للسكان في مكسيكو في عام ١٩٨٤.	١٩٨٤/١٩٧٤
العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية، الذي تستعين به جماعات الحقوق المدنية في نضالها ضد إساءة الحكومات لسلطتها السياسية.	١٩٧٦
العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، الذي اعتمد عام ١٩٦٦ ودخل حيز النفاذ في عام ١٩٧٦. وتعترف المادة ١٢ من العهد بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة البدنية والعقلية يمكن بلوغه.	١٩٧٦
اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، وهي الوثيقة الدولية الوحيدة لحقوق الإنسان التي تشير على وجه التحديد إلى تنظيم الأسرة كعنصر أساسي لضمان صحة ورفاه الأسر. وتوفر الاتفاقية الأساس لتحقيق المساواة بين النساء والرجال من خلال ضمان حصول المرأة على فرص متساوية مع الرجل للمشاركة في الحياة السياسية والعامة، بما في ذلك الحق في التصويت والترشح للانتخابات، علاوة على الفرص في التعليم والصحة والعمل.	١٩٧٩
إعلان بشأن الحق في التنمية، وهو يدعو إلى تحقيق التنمية التي تهدف إلى تحقيق الرفاهية لكل السكان، والمشاركة الحرة والمجدية، والتوزيع العادل للمنافع المحققة.	١٩٨٦
اتفاقية حقوق الطفل، وهي تحدد معايير لحماية الطفل من الإهمال وسوء المعاملة في بلدان المعمورة. وبغية حماية المصالح الفضلى للطفل، تهدف الاتفاقية إلى ما يلي:	١٩٨٩
<ul style="list-style-type: none"> حماية الأطفال من الأفعال والممارسات الضارة، بما في ذلك الاستغلال لأغراض تجارية أو جنسية، والإيذاء البدني والنفسي، وتدعو إلى مساعدة الوالدين على الاضطلاع بمسؤولياتهم في تربية أطفالهم بصورة إيجابية إذا ما لزمته هذه المساعدة. ضمان حق الأطفال في الحصول على خدمات معينة، مثل الرعاية الصحية والمعلومات بشأن الحياة الجنسية والإنجاب. ضمان مشاركة الطفل في الشؤون المتعلقة بحياته حينما يكبر. ويشمل ذلك ممارسة الحق في حرية الكلام وحرية الرأي. 	
مؤقر الأمم المتحدة العالمي لحقوق الإنسان، المعقود في فيينا، والذي أكد أن حقوق المرأة هي من حقوق الإنسان.	١٩٩٣

١٩٩٤	المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، المعقد في القاهرة، حيث اتفقت ١٧٩ حكومة على أن السكان والتنمية يرتبطان بصورة لا تنفصم، وأن تمكين المرأة وتلبية احتياجات الناس من التعليم والصحة، بما في ذلك الصحة الإنجابية، أمور لازمة للنهوض بالأفراد ولتحقيق التنمية المتوازنة، على السواء. واعتمد المؤتمر برنامج عمل لفترة ٢٠ عاماً، ركز على احتياجات الأفراد وحقوقهم بدلاً من التركيز على تحقيق أهداف ديمغرافية. وأقر المؤتمر بأن تعزيز المساواة بين الجنسين، والقضاء على العنف ضد المرأة، وضمان قدرة المرأة على التحكم في خصوبتها تعد من الأمور التي تشكل حجر الزاوية لسياسات السكان والتنمية. وتركزت الأهداف المحددة لبرنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية على تعميم فرص الحصول على التعليم، وبخاصة بالنسبة إلى الفتيات؛ والحد من وفيات الأطفال والرضع والوفيات النفاسية؛ وضمان تعميم الحصول على الرعاية الصحية الإنجابية للجميع بحلول عام ٢٠١٥، بما في ذلك تنظيم الأسرة، وخدمات الولادة بمساعدة متخصصة؛ والوقاية من الأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز.
١٩٩٥	منهاج عمل بيجين، الذي كرر فيه مؤتمر الأمم المتحدة العالمي الرابع المعني بالمرأة التأكيد على التعريف العام لحق المرأة في تنظيم الأسرة على النحو المحدد في برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية.
١٩٩٩	الإجراءات الأساسية لمواصلة تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية ينبغي اعتماد منظور جنساني في جميع عمليات صياغة وتنفيذ السياسات والخدمات، وبخاصة في مجال الصحة الجنسية والإنجابية، بما في ذلك تنظيم الأسرة. وجرى التأكيد على إعطاء الأولوية للصحة الجنسية والإنجابية في سياق الإصلاح الصحي الأوسع نطاقاً، مع إيلاء الاهتمام بوجه خاص لحقوق الفئات المستبعدة.
٢٠٠٠	إعلان الألفية، قام بصياغته ١٨٩ دولة، ووعد الإعلان بتحرير الناس من الفقر المدقع بحلول عام ٢٠١٥. وفي البداية، لم تلق الروابط مع الصحة الإنجابية التقدير الكافي.
٢٠٠١	الأهداف الإنمائية للألفية. تمثل الأهداف خريطة طريق ذات أهداف قابلة للقياس ومواعيد زمنية واضحة؛ وتشمل الغايات ذات الصلة بالصحة الإنجابية ما يلي: <ul style="list-style-type: none"> تخفيض معدل الوفيات النفاسية، خلال الفترة من ١٩٩٠ إلى ٢٠١٥، بمقدار ثلاثة أرباع (الهدف ٥ من الأهداف الإنمائية للألفية). تحقيق حصول الجميع على خدمات الصحة الإنجابية بحلول عام ٢٠١٥ (الهدف ٥ باء من الأهداف الإنمائية للألفية).
٢٠٠٤	جمعية الصحة العالمية السابعة والخمسون، اعتمدت أول استراتيجية لمنظمة الصحة العالمية بشأن الصحة الإنجابية، واعترفت ببرنامج العمل، وحثت البلدان على تنفيذ الاستراتيجية الجديدة كجزء من جهودها الوطنية لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية. <ul style="list-style-type: none"> جعل الصحة الجنسية والإنجابية جزءاً لا يتجزأ من التخطيط والميزنة، علاوة على الرصد والإبلاغ فيما يتعلق بالتقدم المحرز نحو تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية. تدعيم النظم الصحية لتعميم حصول الجميع على الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية، مع إيلاء الاهتمام بوجه خاص للفقراء والفئات المهمشة الأخرى، بما في ذلك المراهقون والرجال.
٢٠٠٥	مؤتمر القمة العالمي لعام ٢٠٠٥، متابعة لمؤتمر القمة للألفية لعام ٢٠٠٠. والتزم قادة العالم بتعميم الحصول على خدمات الصحة الإنجابية بحلول عام ٢٠١٥، وتعزيز المساواة بين الجنسين، والقضاء على التمييز ضد المرأة.
٢٠٠٦	اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة
٢٠١٠	الأهداف الإنمائية للألفية/مؤتمر القمة الاستعراضي بعد ١٠ سنوات. جدد قادة العالم التزامهم بتعميم الحصول على خدمات الصحة الإنجابية بحلول عام ٢٠١٥ وتعزيز المساواة بين الجنسين والقضاء على التمييز ضد المرأة.
٢٠١١	لجنة القضاء على التمييز ضد المرأة: أصدرت لجنة القضاء على التمييز ضد المرأة مقررًا يقضي بأن على جميع الدول التزام يتصل بحقوق الإنسان بأن تكفل للنساء من جميع الخلفيات العرقية والاقتصادية الحصول في الوقت المناسب ودون تمييز على خدمات الصحة النفاسية المناسبة.

والفتيات ، والحق في التحرر من القسر الجنسي والعنف الجنساني .

المساءلة عن الحقوق

لا وجود لأي حق بلا التزام ، ولا أهمية لأي التزام في غياب المساءلة . وهيئات رصد معاهدات الأمم المتحدة مكلفة بتتبع امتثال الحكومات لمعاهدات حقوق الإنسان الأساسية ، وتوصي الآن بصورة روتينية بأن تقوم الحكومات باتخاذ إجراءات لحماية الحقوق المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية (مركز الحقوق الإنجابية ، ٢٠٠٩) . وتحت رعاية مجلس حقوق الإنسان التابع للأمم المتحدة ، يشتمل الاستعراض الدوري الشامل على استعراض تجرية الدولة لسجلات حقوق الإنسان المتعلقة بجميع الدول الأعضاء في الأمم المتحدة مرة كل أربع سنوات . وتتاح لكل دولة الفرصة لإعلان ما اتخذته من إجراءات لتحسين حالة حقوق الإنسان في بلدانها والوفاء بالتزامات حقوق الإنسان .

وتستعرض اللجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة ما يعرض من أدلة على حماية حقوق الإنسان حول العالم ، وتصدر توصيات في هذا الشأن . وفي عام ٢٠١١ ، على سبيل المثال ، أصدرت اللجنة توصيات قوية موجهة إلى حكومات زامبيا ونيبال وكوستاريكا من أجل ضمان الحقوق الجنسية والإنجابية لمواطنيها (مركز الحقوق الإنجابية ، ٢٠١١ أ) . وأنشأ الأمين العام للأمم المتحدة في عام ٢٠١١ فريق الاستعراض المستقل المؤلف من خبراء لمتابعة الاستراتيجية العالمية لصحة المرأة والطفل ، واللجنة المعنية بالإعلام والمساءلة في مجال صحة المرأة والطفل (منظمة الصحة العالمية ، ٢٠١٠ أ) . وسيستمر فريق الاستعراض المستقل المؤلف من خبراء لفترة أربعة أعوام ، ويركز بوجه خاص على تخصيص الموارد من أجل الوفاء بالهدف ٤ من الأهداف الإنمائية للألفية (تخفيض معدل وفيات الأطفال) ، والهدف ٥ (تخفيض معدل الوفيات النفاسية) ، وسيقدم تقريره الأول إلى الجمعية العامة للأمم المتحدة في أيلول/سبتمبر ٢٠١٢ .

وتقع على المؤسسات الوطنية لحقوق الإنسان ومحاكم العدل المسؤولية المباشرة عن ضمان أعمال الحقوق الإنجابية . وعلى سبيل المثال ، قامت اللجنة الوطنية الكينية لحقوق الإنسان مؤخراً بإجراء تحقيق

الصحة: حق اجتماعي واقتصادي

في خلال الستينات من القرن الماضي ، وضع العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية ، والعهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية لضمان تنفيذ المبادئ التي أشار إليها الإعلان العالمي لحقوق الإنسان . وسعى الناشطون في مجال حقوق الإنسان ، من خلال العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية ، إلى ضمان أن يؤدي العهد دوراً رئيسياً في حماية الناس من الانتهاكات الحكومية والسلطة السياسية ، في حين يشكل اليوم العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية أداة فعالة في الجهود التي يبذلها الناشطون من أجل إقناع الحكومات بجعل الحق في المسكن أو في الغذاء على قدم المساواة مع الحق في التصويت (الإيكونومست ، ٢٠٠١) . وطالب الناشطون في بعض أفقر بلدان العالم والملتزمون بقضايا هذه البلدان بمعالجة المنافع الاقتصادية والاجتماعية بوصفها استحقاقات في الأماكن التي يتعذر فيها الحصول على الغذاء والكساء إلى حد تبدو معه الحقوق المدنية والسياسية من الأمور الكمالية .

ومنذ عام ١٩٩٨ ، ما فتئت منظمة الصحة العالمية تطالب المجتمع الدولي بأن يقوم رسمياً باحترام وتأييد الحق في الصحة كحق من حقوق الإنسان . وتمثل التحدي في تحديد ما تعنيه هذه الحقوق الاجتماعية والاقتصادية – بما في ذلك الحق في الصحة – بعبارات محددة وقاطعة لتيسير الدعوة والتنفيذ . وفي عام ٢٠٠٠ ، حددت لجنة الأمم المتحدة للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية ” الالتزامات الأساسية ” للحكومات باعتبارها تضم توفير فرص الحصول ، على قدم المساواة ، على الخدمات الصحية ، والأغذية الكافية ، والمياه الصالحة للشرب ، والمرافق الصحية ، والأدوية الأساسية .



في طائفة من انتهاكات الحقوق الإنجابية في ذلك البلد (اللجنة الوطنية لحقوق الإنسان في كينيا، ٢٠١٢). وكانت قد وجهت اتهامات في هذا الصدد في أواخر عام ٢٠٠٩ من جانب اتحاد المحاميات في كينيا، ومركز الحقوق الإنجابية، وتضمنت ادعاءات بوقوع انتهاكات للحقوق الإنجابية في مرافق صحية في كينيا. وخلص تقييم اللجنة الوطنية إلى وقوع انتهاكات لحقوق الناس، يعزى معظمها إلى رداء نوعية الخدمات، ودعت اللجنة الحكومة إلى إجراء التحسينات اللازمة.

وأصدرت المحكمة الدستورية الكولومبية أحكاماً هامة لضمان الحصول على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية (المحكمة الدستورية لكولومبيا، ٢٠١٢؛ Reprohealthlaw, 2012). وفي عام ٢٠١٠، على سبيل المثال، أكدت المحكمة قانونية استخدام الوسائل العاجلة لمنع الحمل وعملت على ضمان الحصول عليها. وفي عام ٢٠٠٣، أجرى صندوق الأمم المتحدة للسكان دراسة استقصائية للخبرات الوطنية بعد مرور عشر سنوات على المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (صندوق الأمم المتحدة للسكان، ٢٠٠٥ أ). ومن أصل عدد البلدان التي شملتها الدراسة الاستقصائية، وعددها ١٥١ بلداً، قدم ١٤٥ بلداً رداً حول إنفاذ الحقوق الإنجابية. ومن بين البلدان المجيبة، أفاد ١٣١ بلداً باعتماد سياسات أو خطط وطنية أو برامج أو استراتيجيات أو تشريعات جديدة بشأن الحقوق الإنجابية.

تنظيم الأسرة وحقوق الإنسان: إطار عمل

في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية عام ١٩٩٤، ترجم المجتمع الدولي اعترافه بحق الشعوب في تنظيم الأسرة إلى الالتزام بنهج يقوم على حقوق الإنسان إزاء الصحة، وهو نهج يركز على بناء قدرات الدول والأفراد من أجل إعمال الحقوق. ومن ثم، فالأمر لا يقتصر على الحقوق التي يتمتع بها الناس، ولكن الدول أيضاً تقع عليها التزام باحترام هذه الحقوق وحمايتها والوفاء بها (مركز الحقوق الإنجابية وصندوق الأمم المتحدة للسكان، ٢٠١٠).

وتسترشد الوكالات التابعة للأمم المتحدة، فيما تقوم به من أعمال دعماً لحقوق الإنسان، بالفاهيم المشتركة للأمم المتحدة بشأن النهج القائم على حقوق الإنسان إزاء التعاون الإنمائي (٢٠٠٣): سعياً إلى إعمال حقوق الإنسان بصيغتها التي يتضمنها الإعلان العالمي لحقوق الإنسان والاتفاقات الدولية الأخرى المتعلقة بحقوق الإنسان، ” إذ ينبغي لجميع جوانب التعاون الإنمائي والبرامج الإنمائية في جميع القطاعات ومراحل عملية البرمجة أن تسترشد بمبادئ ومعايير حقوق الإنسان“ (منظمة الصحة العالمية ومفوضية حقوق الإنسان، ٢٠١٠). والنهج القائم على حقوق الإنسان موجه من الناحية العملية إلى تنمية قدرات أصحاب الحقوق

▲ غريس مايبوز، أم لطفلين، تمضي ثلاث ساعات من السير وركوب دراجتها من أجل الحصول على وسائل منع الحمل. قررت أخيراً أن تحقن لتأخير حملها التالي.

©Lindsay Mgbor/
UK Department for
International Development

” لكل إنسان الحق في التعليم الذي يجب أن يوجه إلى التنمية الكاملة للموارد البشرية، وتعزيز الكرامة والقدرات الإنسانية، مع المراعاة الخاصة للنساء والفتيات. وينبغي أن يوجه التعليم إلى تعزيز احترام حقوق الإنسان والحريات الأساسية، بما في ذلك تلك التي تتصل بالسكان والتنمية“.

— برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، المبدأ ١٠.

تكافؤ الفرص والإعمال التدريجي لحقوق الإنسان، بما في ذلك الحق في الصحة، للجميع دون تمييز. وتقوم الدول بتحقيق ذلك من خلال استراتيجيات تسهم في إزالة العقبات واعتماد تدابير إيجابية تعوض عن العوامل التي تحرم فئات معينة بصورة منتظمة من الحصول على الخدمات جيدة النوعية.

حريات الأفراد واستحقاقاتهم

الحق في تنظيم الأسرة للأفراد يخوّل للأفراد والأزواج الحصول على طائفة من المنافع والخدمات جيدة النوعية في مجال تنظيم الأسرة، بما في ذلك نطاق كامل من الوسائل للرجال والنساء.

ويعد توفير المعلومات والتثقيف الجنسي في إطار الحق في تنظيم الأسرة من الأمور الأساسية ضمن الاستحقاقات التي يحصل عليها الناس. إذ يجب أن تتوفر للناس فرص الحصول على المعلومات المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية، سواء من خلال برامج التثقيف الجنسي الشاملة في المدارس أو من خلال الحملات أو الخدمات الإرشادية أو التدريب. وهذه المعلومات ” ينبغي أن تكون دقيقة علمياً، وموضوعية، وخالية من أي تعصب أو تمييز“ (مركز الحقوق الإنجابية، ٢٠٠٨).

والعنصر الثالث من عناصر الحق في تنظيم الأسرة هو الموافقة المستنيرة والتحرر من التمييز أو القسر أو العنف. ويجب أن يتمكن النساء والرجال، والفتيات والفتيان، من الأخذ بخيارات مستنيرة خالية من أي قسر أو تمييز أو عنف (مركز الحقوق الإنجابية وصندوق الأمم المتحدة للسكان، ٢٠١٠؛ الاتحاد الدولي لأمراض النساء والتوليد: اللجنة المعنية بدراسة الجوانب الأخلاقية للإنجاب وصحة المرأة، ٢٠٠٩).

التزامات الدول

يؤكد برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية أن ”على الدول أن تتخذ كل التدابير المناسبة لكي تكفل، على أساس المساواة بين الرجل والمرأة،

على المطالبة بحقوقهم، وقدرات المكلفين بمسؤولية التنفيذ على الوفاء بالتزاماتهم (بوابة ممارسي الأمم المتحدة في مجال نهج البرمجة القائمة على حقوق الإنسان).

والمظاهر العملية للحق في تنظيم الأسرة يمكن تقسيمها إلى حريات واستحقاقات يتمتع بها الأفراد، والتزامات تقع على عاتق الدول (مركز الحقوق الإنجابية، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، ٢٠١٠). وبالنسبة إلى الحريات والاستحقاقات، فإنها تتوقف بشدة على التزامات الدول بضمأن

▼ أم وطفلها في كيريباس.
©UNFPA/Ariela Zibiah



الحقوق، في حدود ما تسمح به مواردها القصوى (العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، ١٩٦٦).

الخطة الاستراتيجية لصندوق الأمم المتحدة للسكان في مجال تنظيم الأسرة للفترة ٢٠١٢-٢٠٢٠

الهدف: توفير فرص الحصول على خدمات تنظيم الأسرة لما يبلغ عددهن ١٢٠ مليون امرأة إضافية في ٦٩ بلداً بحلول عام ٢٠٢٠.

تقوم خطة صندوق الأمم المتحدة للسكان في مجال تنظيم الأسرة على مبادئ رئيسية: الأخذ بنهج يقوم على المبادئ، بما في ذلك الالتزام بالمساواة بين الجنسين؛ وعدالة تقديم الخدمات جغرافياً واجتماعياً واقتصادياً؛ والتركيز على الابتكار والكفاءة؛ وتحقيق نتائج مستدامة؛ والإدماج في الأولويات الوطنية. ويؤكد التزام صندوق الأمم المتحدة للسكان بإدماج حقوق الإنسان في السياسات والبرامج المتعلقة بتنظيم الأسرة على إجراءين أساسيين. الأول هو أن تكون جميع السياسات والخدمات والمعلومات والاتصالات مراعية لمعايير حقوق الإنسان فيما يتعلق بالاستعمال الطوعي لوسائل منع الحمل وتوخي النوعية الجيدة لخدمات الرعاية المقدمة. ثانياً، يجب أن تتخذ إجراءات للحد من الفقر والتهميش وأوجه عدم المساواة بين الجنسين التي تشكل في أحيان كثيرة الأسباب الجذرية لانتهاكات الحق في تنظيم الأسرة والقدرة على تمتع الناس بهذا الحق (كوتنغهام وجيرمان وهنت، ٢٠١٢؛ مركز الحقوق الإنجابية وصندوق الأمم المتحدة للسكان، ٢٠١٢). ولدى التركيز على الحقوق، يلتزم صندوق الأمم المتحدة للسكان بوجه خاص بما يلي:

- ضمان استجابة وسائل منع الحمل التي يتم شراؤها للاحتياجات المحددة المتعلقة بالجنسين؛
- إبلاغ الرجال والنساء والشباب بتوافر وسائل منع الحمل وأماكن الحصول عليها - ودعمهم في ممارستها للحقوق المتعلقة بتنظيم الأسرة؛
- دعم الرجال والنساء لإحداث تغيير في المواقف المتعلقة بالجنسين وإزالة العوائق الثقافية التي تحول دون الحصول على خدمات تنظيم الأسرة والاستفادة منها.

ويركز صندوق الأمم المتحدة للسكان على ما يلي:

- تعزيز الالتزام السياسي والمالي بتنظيم الأسرة؛
- زيادة الطلب على تنظيم الأسرة؛
- تحسين الإدارة الوطنية لسلاسل التوريد؛
- تحسين توافر ونوعية خدمات تنظيم الأسرة؛
- تحسين إدارة المعارف بشأن تنظيم الأسرة.

حصول الجميع على خدمات الرعاية الصحية بما فيها الخدمات المتعلقة بالرعاية الصحية الإنجابية التي تشمل تنظيم الأسرة والصحة الجنسية. وينبغي أن توفر برامج الرعاية الصحية الإنجابية أوسع دائرة من الخدمات دون أي شكل من أشكال القسر". (صندوق الأمم المتحدة للسكان، ١٩٩٤).

وتنطوي التزامات الدولة باحترام وحماية وتلبية الحق في توفير المعلومات والخدمات المتصلة بوسائل منع الحمل على تقييدات على إجراءاتها، كما تنطوي على التزامات استباقية يتعين عليها اتخاذها (مركز الحقوق الإنجابية وصندوق الأمم المتحدة للسكان، ٢٠١٠؛ هنت ودي مسكيتا، ٢٠٠٧).

- الاحترام:** على الدول أن تمتنع عن التدخل في التمتع بالحق في تنظيم الأسرة، عن طريق القيام، على سبيل المثال، من خلال قوانين الحصول على موافقة الزوجين أو الوالدين، بتقييد فرص الحصول على وسيلة معينة من وسائل تنظيم الأسرة، أو بحظر استخدام هذه الوسيلة.
- الحماية:** على الدول أن تمتنع الأطراف الثالثة من التعدي على حصول الناس على معلومات وخدمات تنظيم الأسرة، كما يحدث، على سبيل المثال، في حالات رفض الصيدلانيين تقديم وسائل منع الحمل المتاحة قانوناً.
- التلبية:** الدول مطالبة باعتماد تدابير تشريعية و/أو متعلقة بالميزانية و/أو قضائية و/أو إدارية لتلبية الحق الكامل للناس في تنظيم الأسرة، مما قد يتطلب، على سبيل المثال، توفير إعانات للسلع والخدمات. وقد تحول المواد المحدودة للحكومة دون قيامها على الفور بتلبية حقوق اقتصادية واجتماعية وثقافية معينة يقوم عليها حق الأفراد في الحصول على المعلومات والخدمات المتعلقة بتنظيم الأسرة. وهنا يأتي دور مبدأ "الإعمال التدريجي": فاعترافاً بهذه الحقائق، يتيح قانون حقوق الإنسان للدول أن تبرهن على أنها تقوم باتخاذ خطوات "بغرض البلوغ التدريجي للإعمال الكامل" لهذه

▼ نساء يصطفن للحصول على خدمات مجانية لتنظيم الأسرة. تشير التقديرات إلى وجود ٢٢٢ مليون امرأة في البلدان النامية لا تتاح لهن فرص الحصول على وسائل منع الحمل الحديثة. ©Lindsay Mgbor/ UK Department for International Development

وبالإضافة إلى تخصيص الموارد ، يجب على الدول أن تتخذ خطوات لإدماج تنظيم الأسرة في سياساتها وبرامجها الصحية الوطنية العامة ، وأن تضع تدابير للصحة الإنجابية يكون من شأنها المساعدة على رصد التقدم المحرز على الصعيد الوطني صوب تحقيق أهداف تنظيم الأسرة . ولذلك ، توضع مجموعة من ”الالتزامات

الأساسية الدنيا“ التي تكون مستقلة عن الموارد الوطنية ولا تخضع للتحقيق التدريجي . وتشمل هذه المجموعة من الالتزامات توفير فرص الحصول على معلومات وخدمات تنظيم الأسرة على أساس غير تمييزي ، وتوفير الأدوية الأساسية حسب تعريفها في برنامج عمل منظمة الصحة العالمية بشأن العقاقير الأساسية ، الذي يتضمن طائفة



صندوق الأمم المتحدة للسكان وضمان إمدادات يعتمد عليها من وسائل منع الحمل جيدة النوعية

يعمل صندوق الأمم المتحدة للسكان، من خلال برنامجه العالمي لتحسين أمن سلع الصحة الإنجابية، على ضمان الحصول على إمدادات يعتمد عليها من وسائل منع الحمل في ٤٦ بلداً نامياً.

ومنذ بداية البرنامج في عام ٢٠٠٧، قام الصندوق بتعبئة ٤٥٠ مليون دولار لسلع الصحة الإنجابية، بما في ذلك وسائل منع الحمل. وفي عام ٢٠١١ فقط، وفر البرنامج ما قيمته ٣٢ مليون دولار من هذه السلع و ٤٤ مليون دولار للمبادرات الرامية إلى تعزيز النظم الوطنية للرعاية الصحية وزيادة قدراتها على تقديم الخدمات الصحية الإنجابية.

وفي عام ٢٠١١، مول البرنامج توفير نحو ١٥ مليون قرورة من قوارير منع الحمل عن طريق الحقن، و ١,١ مليون وسيلة رحيمة، و ١٤ مليون دورة فموية من دورات منع الحمل، و ٣١٦.٠٠٠ جرعة فموية من جرعات الوسائل العاجلة لمنع الحمل، و ٣٠٨.٠٠٠ من وسائل منع الحمل المغروسة، و ٢٥٣ مليون رفال ذكري، و ٣,٥ ملايين رفال أنثوي.

الاستنكاف الضميري، وتنظيم تقديم الخدمات، وضمان قيام مقدمي الخدمات بتوفير نطاق كامل من الخدمات المسموح بها قانوناً. ويشمل دور الدولة في حماية الحقوق وتلبيتها ضمان ألا يترتب على ممارسة الاستنكاف الضميري بين مقدمي خدمات الرعاية الصحية انقطاع هذه الخدمات. "فالاستنكاف الضميري" يحدث حينما لا يريد القائمون على توفير الرعاية الصحية لأسباب تتعلق بمعتقداتهم الدينية أو غيرها تقديم معلومات كاملة عن بعض البدائل. "ويقع عليهم، كمسألة تتعلق باحترام حقوق الإنسان لمرضاهم، التزام أخلاقي بالكشف عن اعتراضهم، وأن يطرحوا الإحالات المناسبة كي يتمكن [المريض] من الحصول على المعلومات الكاملة اللازمة للاختيار على أساس سليم" (الاتحاد الدولي لأمراض النساء والتوليد: اللجنة المعنية بدراسة الجوانب الأخلاقية للإنجاب وصحة المرأة، ٢٠٠٩). وترد الولايات المتحدة على مسألة الاستنكاف الضميري في سياق قانون الرعاية ميسورة التكلفة. ففي كانون الثاني/يناير ٢٠١٢، حددت وزارة الصحة والخدمات الإنسانية بالولايات المتحدة خدمات صحية وقائية تلزم خطط التأمين

كاملة من وسائل منع الحمل. (مركز الحقوق الإنجابية وصندوق الأمم المتحدة للسكان، ٢٠١٠).

النهج القائم على حقوق الإنسان إزاء تنظيم الأسرة

توفر معايير حقوق الإنسان، بصيغتها الواردة في المعاهدات الدولية والتي طورت فيما بعد في قوانين وأنظمة وطنية، الأساس القانوني لتصميم وتوفير معلومات وخدمات مقبولة ويسهل الحصول عليها وعالية النوعية بشأن تنظيم الأسرة ولإقامة أساس للدعوة من جانب الأفراد والمجتمعات المحلية التي تريد الاستفادة بهذه الخدمات (كوتنغهام وجيرمان وهنت، ٢٠١٠). وتشمل أنشطة الدعوة العمل على كسب التأييد لترجمة الالتزامات الدولية إلى قوانين وسياسات وأنظمة وطنية، والمساءلة عن تنفيذ هذه القوانين والسياسات والأنظمة.

وتوفر معايير حقوق الإنسان والتفسيرات ذات الحجية للمعايير من قبل هيئات رصد المعاهدات (التعليقات العامة) مجموعة موضوعية من الثوابت والمعايير التي من شأنها أن تساعد على ترجمة الحق في تنظيم الأسرة على المستوى العادي المجرد إلى سياسات وبرامج. وكجزء من ضمان هذه الترجمة، لا بد للتعاون الإنمائي أن يساهم في تنمية قدرات "الجهات المكلفة بمهام" (وبخاصة الدول) لكي تفي بالتزاماتها، وقدرات "أصحاب الحقوق" (الأفراد والمجتمعات المحلية) لكي يطالبوا بحقوقهم (منظمة الصحة العالمية ومفوضية حقوق الإنسان، ٢٠١٠). وحددت لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، في تعليقها العام ١٤ على الحق في الحصول على أعلى مستوى من الصحة البدنية والعقلية يمكن بلوغه، العناصر المعيارية التالية التي تنطبق على جميع المحددات الأساسية للصحة:

التوافر

يمتد التزام الدولة بضمان توافر نطاق كامل من وسائل تنظيم الأسرة ليضمن عرض الخدمات، وتنظيم

الجديدة بتغطيتها (غالستون وروجرز ، ٢٠١٠) .
وشملت القائمة وسائل منع الحمل والتعقيم بما
في ذلك الوسائل العاجلة لمنع الحمل . واستثنيت
الكنايس بالكاد من هذه القاعدة ، ولكن لم تستثن
منها المستشفيات ووكالات الخدمات الاجتماعية
ذات الانتماءات الدينية . ويتعين على هذه المجموعة
الأخيرة ، إذا لم تكن تقدم بالفعل هذه الخدمات ، أن
تمثل للولاية الجديدة خلال فترة عام واحد . وخلال
هذا العام ، سيتعين عليها أن تكشف عن التقييدات

” لكي يتمكن أصحاب الحقوق من المطالبة بحقوقهم بفعالية ، يجب
أن تكون لديهم القدرة على الحصول على المعلومات وعلى التنظيم
والمشاركة والدعوة إلى تغيير السياسات والحصول على وسائل
الإنصاف “ .

— مكتب المفوضية السامية لحقوق الإنسان ومنظمة الصحة العالمية

إمكانية الوصول

حتى مع وجود الخدمات ، فإن المعايير والممارسات
الاجتماعية يمكن أن تحد من فرص وصول الأفراد
إليها . وعلى سبيل المثال ، فإن تبعية حقوق الشباب
لحقوق الوالدين يمكن أن تحد من فرص الحصول على
المعلومات والخدمات ومن القدرة على التصرف .
وقد اعترف برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان
والتنمية بضرورة إعطاء الأولوية لأفضل مصالح
الطفل (استناداً إلى اتفاقية حقوق الطفل) . ومنذ
ذلك الحين ، وبخاصة في عامي ٢٠٠٩ و ٢٠١٢ ،
أكدت مفاوضات أخرى في اجتماعات لجنة السكان
والتنمية على حقوق الطفل وعلى ” واجبات
ومسؤوليات “ الوالدين ، بما في ذلك مسؤوليتهم
الحصرية عن تقرير عدد أطفالهم والمباعدة بين
ولاداتهم .

المقبولية

قد تتوافر المعلومات والخدمات ، وقد يتيسر
حصول الأفراد عليها في مجتمع ما . لكنها
إذا لم تكن مقبولة لأسباب ثقافية أو دينية أو
لأي أسباب أخرى ، فإنها لن يستفاد منها .
وعلى سبيل المثال ، فقد انتهت بحث أجري
في المكسيك إلى أن الكاثوليكيات المتزوجات
يعتمدن في المقام الأول أثناء سنوات إنجابهن
الأساسية على العزل والامتناع الدوري ، كما
ذكرت نساء جرت مقابلاتهن لأغراض البحث
أن وسائل منع الحمل الحديثة ، مثل الحبوب
والوسائل الرحمية مخالفة لمعتقداتهن الدينية
ولذلك فهي لا تحوز قبولهن (هيرش ، ٢٠٠٨ ؛
هيرش وناتانسون ، ٢٠٠١) .

النوعية

لكي تكون خدمات تنظيم الأسرة متمشية مع حقوق
الإنسان الأساسية ، يجب أن تلبى معايير معينة من
معايير النوعية . وقد نشأ قدر كبير من الاتفاق على
” نوعية الرعاية “ منذ تعريفها لأول مرة في عام
١٩٩٠ (بروس ، ١٩٩٠) . وأبرز تركيز التعريف
على نوعية الخدمات من منظور الأفراد عدداً من

التي تخضع لها تغطيتها ، وأن توجه موظفيها إلى
خدمات منع الحمل الميسورة التكلفة في أماكن
أخرى .

صندوق الأمم المتحدة للسكان ، حقوق الإنسان والحق في تنظيم الأسرة

يعمل صندوق الأمم المتحدة للسكان على إعمال الحقوق الإنجابية ، بما في ذلك الحق
في أعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة الجنسية والإنجابية ، وذلك من خلال تطبيق
نهج يقوم على مبادئ حقوق الإنسان والمساواة بين الجنسين والحساسية الثقافية إزاء
إطار الصحة الجنسية والإنجابية . وفي ضوء هذه المبادئ ، يعامل الأفراد باعتبارهم
مشاركين فاعلين في عملية رسم السياسات وتمتعين بالقدرة على مساءلة الحكومات
عن التزاماتها باحترام حقوق الإنسان وحمايتها وإعمالها .

وصندوق الأمم المتحدة للسكان ، باعتباره الوكالة الرائدة للأمم المتحدة في العمل
على تحسين الصحة الجنسية والإنجابية ، يشجع التغييرات القانونية والمؤسسية
والمتعلقة بالسياسات ، ويعمل على زيادة الوعي بحقوق الإنسان ، وتمكين الناس من
ممارسة التحكم في حياتهم الجنسية والإنجابية ، ومن أن يصبحوا مشاركين فاعلين في
التنمية . ويشجع صندوق الأمم المتحدة للسكان على وضع الأطر الوطنية في مجال
السياسات ونظم المساءلة الوطنية لضمان تعميم الحصول على المعلومات والسلع
والخدمات ذات الجودة عن الصحة الجنسية والإنجابية دون تمييز أو قسر على أي
أساس . وفي الوقت نفسه ، يؤكد صندوق الأمم المتحدة للسكان على ضرورة إيجاد
شريعة ثقافية تقوم عليها مبادئ حقوق الإنسان بحيث يمكن للمجتمعات المحلية أن
تتولى زمام الأمور فيما يتعلق بها .



العناصر المحددة: مثل الخيار ما بين عدد من وسائل منع الحمل؛ وتقديم معلومات دقيقة عن فعالية الوسائل ومخاطرها ومنافعها؛ والقدرة التقنية لمقدمي الخدمات؛ واستناد العلاقات بين مقدمي الخدمات والمستعملين إلى احترام الخيار المستنير والخصوصية والسرية؛ والمتابعة؛ والتجميع الملائم للخدمات. ومن شأن تقديم خدمات عالية النوعية أن يلبي معايير حقوق الإنسان واجتذاب المزيد من الزبائن، وزيادة استخدام الأسر لخدمات تنظيم الأسرة، والحد من الحمل غير المرغوب فيه (كريل، وساس، وينغر، ٢٠٠٢).

وفي السنوات الأخيرة، نشأ توافق في الآراء عما تترتب عليه النوعية في سياق تنظيم الأسرة وحقوق الإنسان. ويشمل ذلك ما يلي:

- تقديم خدمات تنظيم الأسرة كجزء من الخدمات الصحية الإنجابية الأخرى، مثل الوقاية من الأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي وعلاجها، وخدمات الرعاية الخاصة بالإجهاض حينما يكون قانونياً، ورعاية ما بعد الولادة (مورا وآخرون، ١٩٩٣)؛
- عدم السماح بوضع أهداف أو حوافز أو مشبطات تتعلق بتنظيم الأسرة، مثل تقديم أموال للنساء اللاتي تخضعن للتقييم، أو لمقدمي خدمات الرعاية الصحية على أساس عدد النساء اللاتي يتم استقطابهن للخضوع لتنظيم الأسرة؛
- إدراج عمليات تقييم للعلاقات بين الجنسين في خطط وميزانيات خدمات تنظيم الأسرة (أبو زهر وآخرون، ١٩٩٦)؛
- مراعاة عوامل من قبيل المسافات التي سيقطعها الزبائن، وقدرتهم على تحمل النفقات، ومواقف مقدمي الخدمات. وفي بيئات متباينة مثل السنغال وبنغلاديش، من المرجح أن تقدم النساء على تنظيم الأسرة حينما يحصلن على رعاية جيدة (سانوغو وآخرون، ٢٠٠٣؛ كوينيغ، وحسين وويتاكر، ١٩٩٧). وضمن النساء اللاتي لا تستعملن

وسائل منع الحمل، فإن تصوراتهن بشأن نوعية الرعاية الصحية المقدمة توجي إلى حد كبير بأنهن سيبدأن في استعمال إحدى وسائل منع الحمل؛ وبالمثل، فإنه يرجح بدرجة أكبر أن تواصل اللاتي تستعملن حالياً إحدى وسائل منع الحمل استعمالهن لهذه الوسيلة. ومن خلال تحسين نوعية الخدمات، فإن البرامج تهيئ أيضاً إحساساً أقوى بالاستحقاقات مما يدفع بالزبائن إلى المطالبة بنوعية أفضل في أجزاء أخرى من النظام الصحي (كريل وساس وينغر، ٢٠٠٢).

”يشكل الاعتلال أحد انتهاكات حقوق الإنسان حينما ينشأ، كليا أو جزئياً، عن عدم قيام المكلفين بالواجبات – أي الدولة عموماً – باحترام التزام يتعلق بحق من حقوق الإنسان وحمايته وإعماله. حينئذ تنشأ العقبات بين الأفراد وتمتعهم بالصحة الجنسية والإنجابية. ومن منظور يتعلق بحقوق الإنسان، فإن السؤال الرئيسي الذي يطرح نفسه هو: هل يقوم المكلفون بولايات في مجال حقوق الإنسان بأداء ما في وسعهم لإزالة هذه الحواجز؟“ (هنت ودي مسكيتا، ٢٠٠٧).

▪ **المشاركة - الالتزام** بإشراك أصحاب المصلحة الرئيسيين، وبخاصة المستفيدين من أشد الفئات ضعفاً، في جميع مراحل اتخاذ القرار، بدءاً من رسم السياسات إلى تنفيذ البرامج والرصد (صندوق الأمم المتحدة للسكان، ٢٠٠٥).

▪ **المساواة وعدم التمييز - الالتزام** بضمان تمتع جميع الأفراد بحقوق الإنسان الخاصة بهم بمعزل عن وضعهم، بما في ذلك النوع والجنس والعرق والأصل الإثني والسن والدخل والصحة والإعاقة والتوجه الجنسي ومكان الإقامة أو غير ذلك.

▪ **المساءلة -** يجب إنشاء الآليات لضمان اضطلاع الحكومات بمسؤولياتها فيما يتعلق بمعلومات وخدمات تنظيم الأسرة. وتشمل المساواة نظم الرصد والتقييم مع تحديد معايير وأهداف واضحة

ويولي النهج القائم على حقوق الإنسان إزاء التنمية المستدامة نفس القدر من الأهمية إلى كل من النتائج والعمليات التي ينفذ بها هذا النهج. ويجري الاسترشاد بمعايير حقوق الإنسان في صياغة نواتج التنمية ومحتوى التدخلات، بما في ذلك الوفاء بالحاجة غير الملبأة من تنظيم الأسرة. فمبادئ حقوق الإنسان تضيء المساواة والشرعية على العمليات الإنمائية. ويجب أن تكون هذه العمليات شاملة للجميع وقائمة على المشاركة وشفافة. ومما له أهميته الحاسمة ضرورة إعطاء الأولوية لحقوق واحتياجات فئات السكان التي تم التخلي عنها واستبعادها نتيجة لأنماط التمييز وعدم التمكين.

وهناك ثلاثة مبادئ شاملة تسهم في وضع برامج تنظيم الأسرة المتينة والقائمة على الحقوق، وهذه المبادئ هي:

▼ وسعت فيبت نام من نطاق خدماتها الصحية الإنجابية، بما فيها تنظيم الأسرة والرعاية قبل الولادة وبعدها والوقاية من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية. ©UNFPA/Doan Bau Chau



من وجهة نظر صندوق الأمم المتحدة للسكان ، هناك مزايا رئيسية لتنفيذ نهج يقوم على حقوق الإنسان إزاء وضع برامج الصحة الجنسية والإنجابية ، بما في ذلك تنظيم الأسرة ، حيث يؤدي ذلك إلى ما يلي :

- تعزيز أعمال حقوق الإنسان ومساعدة الشركاء مع الحكومات على تنفيذ التزاماتهم المتعلقة بحقوق الإنسان ؛
- زيادة وتعزيز مشاركة المجتمع المحلي ؛
- تحسين الشفافية ؛
- تعزيز تحقيق النتائج (وتحقيق المواءمة مع الإدارة القائمة على النتائج) ؛
- زيادة المساءلة ؛
- الحد من أوجه الضعف من خلال التركيز على أشد الفئات تهميشاً واستبعاداً في المجتمع ؛
- إحداث تغيير مطرد لأن البرامج التي تقوم على حقوق الإنسان لها تأثيرها الأقوى على القواعد والقيم والهياكل والسياسات والممارسات .

وتقرير حالة سكان العالم هذا العام يركز على إطار سابق لحقوق الإنسان والصحة وضعه صندوق الأمم المتحدة للسكان ومركز الحقوق الإنجابية لكي يشمل الفتیان والرجال الذين يريد الكثيرون منهم أيضاً الاستفادة من تنظيم الأسرة لكنهم عادة

” يولي النهج القائم على حقوق الإنسان إزاء التنمية المستدامة نفس القدر من الأهمية إلى كل من النتائج والعمليات التي ينفذ بها هذا النهج “.

ما يستبعدون من المناقشة الجارية في هذا الصدد . ويؤكد التقرير أيضاً على سياق العلاقات الجنسية الذي يلجأ فيه الأفراد والأزواج إلى تنظيم الأسرة . ويدعو التقرير إلى التركيز إلى توسيع نطاق فرص الحصول على خدمات تنظيم الأسرة على نحو أكثر إنصافاً بين فئات السكان ، مع التركيز بوجه خاص على أوجه التفاوت الاجتماعية والاقتصادية القائمة تقريباً في كل بلد من بلدان العالم . لقد حظي الحق في تنظيم الأسرة بالدعم والتعزيز القويين من جانب مجموعة من المعاهدات والاتفاقيات الدولية ، وأيده المجتمع الدولي وأصبح مترسخاً بقوة ضمن حقوق الإنسان . إن الحق في تنظيم الأسرة هو أيضاً بوابة تفتح الطريق إلى بلوغ أهداف أخرى .

لتقييم الجهود التي تبذلها الحكومة في مجال رسم السياسات من أجل أعمال حقوق الناس . ويعد الرصد والتقييم ضروريين لتوفير السبل للحكومة لتحديد العوائق الرئيسية أمام تنظيم الأسرة والفئات التي تواجه أشد الصعوبات إزاء هذه العوائق . كما أن الرصد والتقييم يزودان الأفراد – أصحاب الحقوق – والمجتمعات المحلية بالمعلومات من أجل محاسبة الحكومة إذا لم تدعم تلك الحقوق .

الخلاصة

هناك مئات الملايين من الرجال والنساء في العالم ممن يرغبون في إنجاب الأطفال بالاختيار وليس بالصدفة . وهم يرون الكثيرين من أبناء وطنهم – هؤلاء الموسرين والمتعلمين – قادرين ، فيما يبدو ، على الحصول على هذا الحق (فوريت ، وكارا ، وبانديت راجاني ، ٢٠١٠ ؛ ولويزة وبليك ، ٢٠١٠ ؛ ومنظمة الصحة العالمية ، ٢٠١١) . وقد بلور برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية هذا الحق في تنظيم الأسرة في سياق الحق في الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق المتصلة بهما ، مع إيلاء الاهتمام بوجه خاص لاحتياجات فئات محددة ومستبعدة من السكان ولتحقيق المساواة بين الجنسين .



تحليل البيانات والاتجاهات لفهم الاحتياجات

الاتجاهات العالمية في الخصوبة

تجاوز سكان العالم ٧ بلايين نسمة السنة الماضية ومن المتوقع أن يبلغ عددهم ٩ بلايين نسمة بحلول عام ٢٠٥٠. ويتزايد النمو السكاني بشدة في أفقر البلدان عموماً، حيث يبلغ تفضيل الخصوبة أعلى مستوى له، بينما تفتقر الحكومات للموارد لتلبية الطلب المتزايد على الخدمات والهيكل الأساسية، ولا يواكب نمو فرص العمل تنامي عدد الوافدين الجدد إلى سوق العمل، ويواجه العديد من الفئات السكانية صعوبة كبيرة في الحصول على المعلومات والخدمات المتعلقة بتنظيم الأسرة (Population Reference Bureau, 2011; UNFPA, 2011b).

إن الفقر وعدم المساواة بين الجنسين والضغط الاجتماعية كلها أسباب تعمل على استمرار ارتفاع الخصوبة. بيد أنه في كل أقل البلدان نمواً تقريباً، يعد انعدام فرص الاستفادة من التنظيم الطوعي للأسرة عاملاً مساهماً رئيسياً.

من يستعمل وسائل تنظيم الأسرة؟

تزايد استعمال الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة على الصعيد العالمي بوتيرة متواضعة للغاية لا تتعدى ٠,١ في المائة سنوياً في السنوات الأخيرة حسبما يتجلى من معدل شيوع استخدام وسائل منع الحمل، وهي زيادة أبطأ مما كانت عليه في

العقد الماضي (إدارة الأمم المتحدة للشؤون الاقتصادية والاجتماعية، ٢٠١١). وتعدى جزئياً هذه الزيادة المتواضعة إلى التزايد الكبير في أعداد المتزوجات البالغات سن الإنجاب - بمعدل ٢٥ في المائة في الفترة الفاصلة بين عامي

وعلى الصعيد العالمي، ظلت معدلات الولادات تنخفض ببطء. غير أن ثمة تفاوتاً كبيراً بين المناطق الأكثر نمواً والمناطق الأقل نمواً. ويصدق هذا بوجه خاص في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، حيث تنجب المرأة

معدلات الخصوبة

معدل الخصوبة الكلي (عدد المواليد لكل امرأة)	
العالم	٢,٥
البلدان المتقدمة النمو	١,٧
البلدان الأقل نمواً	٢,٨
أقل البلدان نمواً	٤,٥
أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى	٥,١

المصدر: الأمم المتحدة، ٢٠١١ أ.

الأطفال (Westoff and Bankole, 2002)، فإن الفوارق في الخصوبة تكشف باطراد عن محدودية فرص الحصول على وسائل منع الحمل العارض في العالم النامي وعن عدم مساواة في فرص الحصول على تلك الوسائل.

ثلاثة أضعاف ما تنجبه في المتوسط مثلتها في المناطق الأكثر نمواً من العالم (٥,١ مواليد لكل امرأة مقابل ١,٧ مولود لكل امرأة).

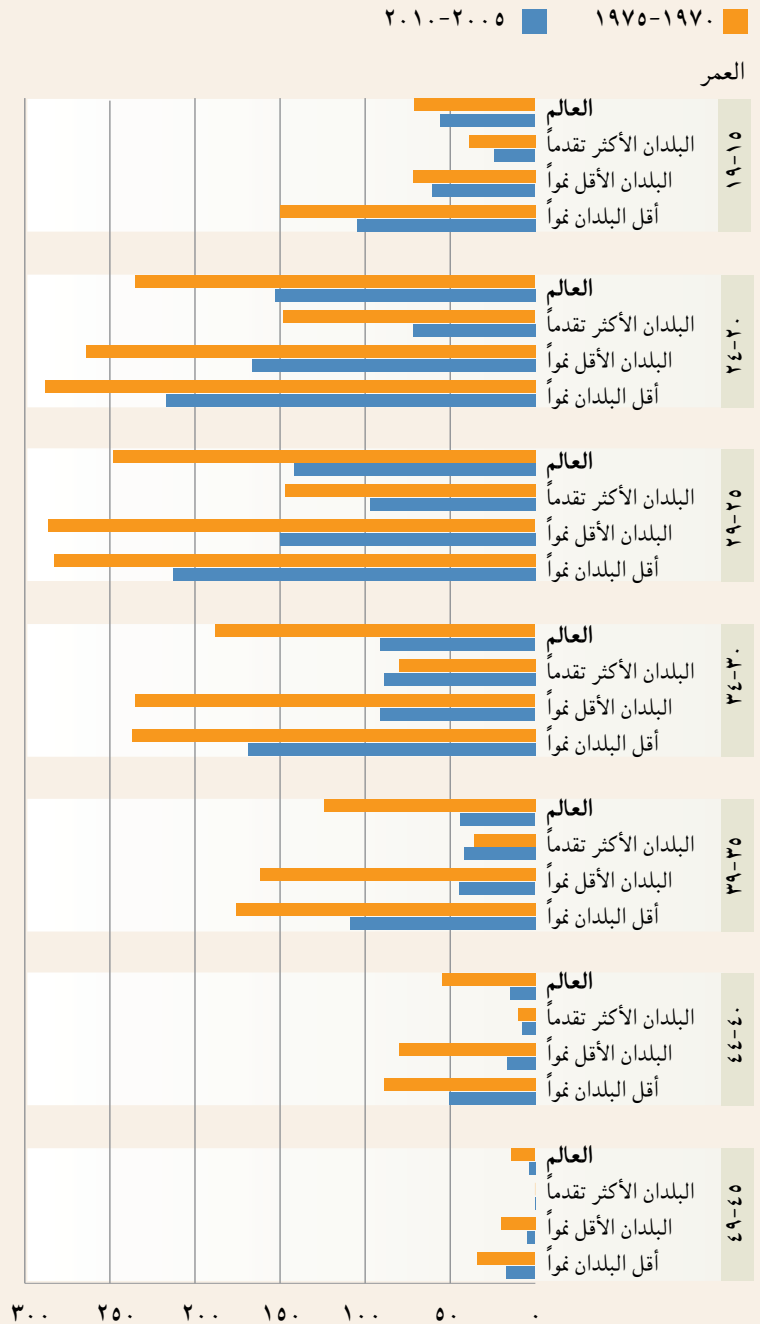
ويعكس هذا الفرق في معظمه رغبة في تشكيل أسر أكبر عدداً في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، لكن بما أن معظم النساء في هذه المنطقة يرغبن في إنجاب عدد أقل من

▶ في مالي، زوجان مع طفليهما.

©Panos/Giacomo Pirozzi

التغير عبر الزمن في معدلات الخصوبة المحددة بفئة عمرية

(الولادات بالنسبة لكل ١٠٠٠ امرأة)



المصدر: الأمم المتحدة، ٢٠١١ أ.

٢٠٠٠ و ٢٠١٠ في ٨٨ بلداً من البلدان التي تتلقى دعماً من المانحين لوسائل منع الحمل (Ross, Weissman and Stover, 2009). ونظراً لارتفاع الخصوبة في فترة سابقة، فإن أعداداً متزايدة في البلدان النامية تبلغ في الوقت الراهن سن الإنجاب، ولم تسهم تلبية الاحتياجات إلى وسائل منع الحمل لدى أعداد متزايدة من النساء إلا في تحقيق مكسب هامشي في النسبة المئوية المشمولة بالتغطية.

وعلى الصعيد العالمي، تستخدم وسائل منع الحمل ثلاث نساء من كل أربع نساء من النساء النشيطات جنسياً والبالغات سن الإنجاب الممتد من ١٥ سنة إلى ٤٩ سنة والقادرات على أن يصبحن حوامل، لكنهن لسن حوامل ولا يرغبن في أن يصبحن حوامل (Singh and Darroch, 2012). وفي كل بلد من بلدان العالم، تستخدم وسائل منع الحمل معظم النساء المتعلقات والموسرات. ففي شرق آسيا، تستخدم وسائل منع الحمل ٨٣ في المائة من المتزوجات (إدارة الأمم المتحدة للشؤون الاقتصادية والاجتماعية، ٢٠١١). وبخلاف ذلك، تبلغ معدلات شيوع وسائل منع الحمل أدنى مستوى لها في أفقر مناطق العالم ولا تتزايد إلا ببطء شديد. وكان معدل استعمال وسائل منع الحمل في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى في عام ٢٠١٠ أدنى من مثيله لدى نساء المناطق الأخرى في عام ١٩٩٠.

وشهد حجم الأسرة واستعمال وسائل منع الحمل تغيراً جذرياً على الصعيد العالمي في السبعينات، عندما كان للأزواج في المتوسط خمسة أطفال بالنسبة لكل أسرة. وفي الوقت الراهن، يبلغ متوسط أطفالهم ٢,٥ (إدارة الأمم المتحدة للشؤون الاقتصادية والاجتماعية، ٢٠١٠). ويعد تزايد استعمال وسائل منع الحمل المسؤول الرئيسي عن انخفاض الخصوبة في البلدان النامية (Singh and Darroch, 2012). ورغم استقرار مستويات شيوع استعمال وسائل منع الحمل منذ عام ٢٠٠٠، فإن الرغبة في تكوين أسرة أصغر حجماً تظل رغبة قوية على نطاق عالمي بل وتزايدت في البلدان النامية.

تباين استعمال وسائل منع الحمل بتباين مستويات الدخل

تحسب معظم الدراسات الاستقصائية أرقام الثروة الوطنية وتصنف المؤشرات حسب أخماس الثروة، من ٢٠ في المائة الأشد فقراً من السكان إلى ٢٠ في المائة الأكثر غنى. ويمكن أن تعمل تحليلات الأخماس في

فقراء المناطق الحضرية ، لاسيما إذا كانت ثمة أنماط فوارق متشابهة بين المؤشرات التي تقيس نواتج عكسية في مجال الصحة الجنسية والإنجابية .

المستوى التعليمي يؤثر على حجم الأسرة المرغوب فيه ، وعلى استعمال وسائل تنظيم الأسرة وعلى الخصوبة

يرتبط مستوى التعلم بحجم الأسرة المرغوب فيه ، وباستخدام وسائل منع الحمل والخصوبة . فقد تبين من تحليل ٢٤ بلداً من البلدان الأفريقية جنوب الصحراء الكبرى أن المراهقات اللواتي يرجح أن يصبحن حوامل هن المراهقات الفقيرات غير المتعلقات اللواتي يعشن في المناطق الريفية (Lloyd, 2009) . وترتفع بأربعة أضعاف معدلات الولادات لدى المراهقات غير المتعلقات اللواتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ سنة و١٩ سنة بالمقارنة مع الفتيات اللواتي بلغن في دراستهن المرحلة الثانوية . وتوجد فجوة مماثلة بالاستناد إلى الثروة ومكان الإقامة . ففي هذه البلدان ، تتسع الفجوة: فقد تزايدت الولادات في صفوف المراهقات اللواتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ سنة و١٩ سنة واللاتي ليس لهن أي مستوى تعليمي ، وبلغ معدل تلك الزيادة ٧ في المائة في العقد الماضي ، في حين انخفضت بما يقارب ١٤ في المائة الولادات

▶ طالبتان في مدرسة ثانوية في بوخارست ، رومانيا تطلعن نشرة عن الرفالات .
©Panos/Peter Barker



إطار الدراسات الاستقصائية للسكان على تحديد أوجه التفاوت واحتياجات وسائل منع الحمل فيما بين البلدان ، ولاسيما باقتران مع البيانات المتعلقة بالأبعاد المهمة الأخرى لفرص الاستفادة (Health Policy Initiative, Task Order 1, 2010) .

ولما كان الفقر يتميز بخصائص في إطار وضع معين ، فإن بعض الباحثين يدعون إلى استخدام تصنيفات مستقلة للأخماس فيما يتعلق بسكان الحضر والمناطق الريفية لرسم صورة أكمل عن أوجه التفاوت بين الفقر والغنى في كل من المناطق الحضرية والمناطق الريفية . ويتيح هذا النهج مقارنة مختلف تجارب الفقيرات في الأوضاع الحضرية والموسرات نسبياً في المجتمعات المحلية الريفية . ويتبين من الأبحاث التي أجريت في إطار دراسة شملت ١٦ بلداً من أفريقيا وآسيا وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي وجود روابط قوية بين استخدام تنظيم الأسرة والوضع الاجتماعي الاقتصادي ومكان الإقامة (Foreit, Karra, and Pandit-Rajani, 2010) .

ففي بلدان من قبيل بنغلاديش ، يتشابه معدل شيوع وسائل منع الحمل الحديثة عبر أخماس الثروة في المناطق الحضرية والريفية: فثمة فرق اسمي بين استعمال وسائل منع الحمل لدى الأغنياء والفقراء في المجتمعات المحلية الحضرية ، وبين الأشخاص الأشد غنى والأشخاص الأشد فقراً في المناطق الريفية (Demographic and Health Surveys, 2007) . ففي بنغلاديش تشيع وسائل منع الحمل بقدر أكبر في المناطق الحضرية (بمعدل ٦ في المائة) . وخلصت الأبحاث في بيرو إلى نتائج مماثلة تؤيد الاستراتيجيات المرجحة للمناطق الريفية ، مما يجعلها مؤهلة للاستفادة من الاستراتيجيات الموجهة نحو المناطق الريفية ، شأنها في ذلك شأن بوليفيا وإثيوبيا ومدغشقر وتنزانيا وزامبيا (Health Policy Initiative, Task Order 1, 2010) . وفي بعض البلدان ، من قبيل نيجيريا (DHS, 2008) ، شهد استعمال وسائل منع الحمل الحديثة زيادات تعزى إلى تزايد ثروة سكان المناطق الحضرية والمناطق الريفية . والفارق الرئيسي هو معدل التغيير: فالسكان الأيسر حالاً في المناطق الريفية يفيدون بأنهم يستعملون وسائل منع الحمل بمستويات أعلى مما عليه الأمر لدى فقراء المناطق الحضرية . وتزكي هذه النتائج السياسات التي تركز على الوصول إلى

للشباب لم تستفد منها الشباب الفقيرات اللواتي يعشن في المناطق الريفية ، واللواتي لهن مستوى تعليمي ضعيف . والنساء اللواتي هن في أمس الحاجة إلى هذه الخدمات هن أشد تخلفاً في هذا المضمار (Loaiza and Blake, 2010) . والتفسير الأرجح للنواتج الإيجابية في مجال تنظيم الأسرة والمقترنة بالتعليم هو أن المتعلمات يتأخرن في الزواج أو يتزوجن بوتيرة أقل ، ويستخدمن وسائل منع الحمل بفعالية أكبر ، ولهن معرفة أكبر بوسائل منع الحمل وفرص الحصول عليها ، ويتمتعن باستقلالية أكبر في اتخاذ قرار الإنجاب ولهن وعي أكبر بالتكاليف الاقتصادية الاجتماعية لتربية الأطفال غير المرغوب في إنجابهم (Bongaarts, 2010) .

دراسة حالة

الخدمات المراعية للشباب في ملاوي

لا تلبى جيداً احتياجات الصحة الجنسية والإنجابية للمراهقين والشباب في ملاوي ، وفي العديد من بقاع أفريقيا أيضاً . فانعدام المعلومات المتعلقة بهذه الخدمات وبعد المسافة الفاصلة عن أماكن الحصول عليها وما يتسم به مقدمو هذه الخدمات من قلة كياسة كلها أمور تسهم في الحمل العارض وفي الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية .

وقد أقام صندوق الأمم المتحدة للسكان شراكة مع وزارة الصحة الملاوية وجمعية ملاوي لتنظيم الأسرة لتقديم خدمات متكاملة ومراعية للشباب في مجال الصحة الجنسية والإنجابية . وتقدم جمعية ملاوي لتنظيم الأسرة خدماتها في مراكز حياة الشباب المتعددة الأغراض وكذلك عن طريق خدمات المجتمع المحلي والخدمات المتنقلة ؛ وقد عززت هياكلها الأساسية في إطار تحسين نوعية الرعاية التي توفرها للشباب . وتشمل الخدمات توفير وسائل منع الحمل ، بما فيها الوسائل العاجلة لمنع الحمل ، وفحوص الحمل ، ومعالجة الإصابات بالأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي ، وتقديم المشورة في مجال فيروس نقص المناعة البشرية وإجراء فحوص الفيروس ، وتقديم العلاج المضاد للفيروسات العكوسة ومعالجة الأحماس الناهزة ، وفحص سرطان عنق الرحم ومعالجته ، وتقديم مشورة عامة في مجال

الحياة الجنسية والصور النمطية الجنسية والجنسانية ومحدودية استعمال طريقة قطع القنوات المنوية

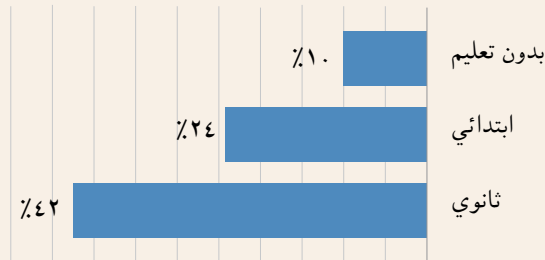
إن قلة المعلومات المتعلقة بقطع القنوات المنوية وانعدام فرص الحصول على تلك الخدمات قد يعرضان للخطر صحة وحقوق الرجال والنساء ممن قد يفضلون هذه العملية المأمونة نسبياً والبسيطة والدائمة وغير الجذرية ، لو تم تزويدهم بمعلومات تزويداً سليماً . فالرجال الذين يختارون قطع القنوات المنوية يقررون اختيار طريقة طويلة الأجل بعد النظر في العديد من العوامل الفيزيولوجية والنفسية والاجتماعية والثقافية . وفي كثير من الأماكن ، لا يكون تعقيم الذكور مفهوماً جيداً وينظر إليه على أنه يشكل تهديداً للنشاط الجنسي للذكور ولأدائهم الجنسي . وعندما تتاح للرجال والنساء طائفة كاملة من معلومات وخدمات تنظيم الأسرة ، فإن أعداداً إضافية منهم قد تختار قطع القنوات المنوية باعتباره وسيلتهم المفضلة لمنع الحمل . وتعكس قلة تقبل قطع القنوات المنوية محدودية فرص الحصول على معلومات ملائمة عن هذه العملية ، كما تعكس تحيزاً مؤسسياً ضد هذه الطريقة ، وشواغل فردية بشأن آثار قطع القنوات المنوية على الأداء الجنسي والمتعة الجنسية .

المصادر: Landry and Ward, 1997; Greene and Gold, n.d.; EngenderHealth, 2002

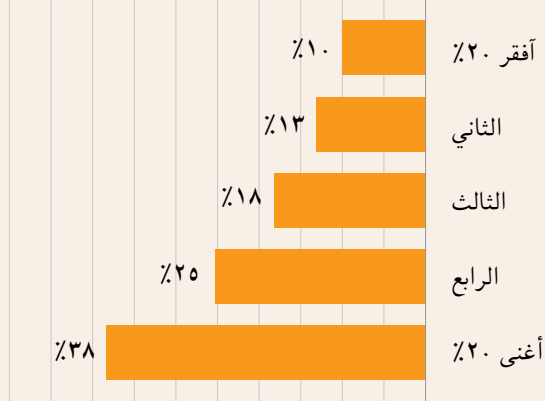
في صفوف الفتيات اللواتي بلغن المرحلة الثانوية في تعليمهن (Loaiza and Blake, 2010) . ويعكس اتساع الفوارق في معدلات الولادات بين المتعلمات وغير المتعلمات على مدى فترة زمنية فجوة متزايدة مماثلة في استعمالهن لوسائل منع الحمل . ففي أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى ، تبين أن احتمال استعمال الفتيات البالغات مستوى التعليم الثانوي لوسائل منع الحمل أكبر أربع مرات من احتمال استعمال الفتيات غير المتعلمات لها (Lloyd, 2009) . ولئن كان استعمال وسائل منع الحمل لدى المراهقات المتعلمات قد ارتفع إلى حد ما في الفترة الفاصلة بين تاريخي الدراستين الاستقصائيتين إلى ٤٢ في المائة عموماً ، فإن الوضع لدى الفتيات غير المتعلمات لم يتغير . فالمراهقات غير المتعلمات اللواتي يستخدمن وسائل منع الحمل لا يتعدى مرافقة واحدة من أصل كل عشر مرافقات ، حتى وإن كانت للفتاة الواحدة من كل أربع فتيات في هذه البلدان ، حاجة غير ملبية إلى وسائل تنظيم الأسرة ، بصرف النظر عن ثروتهن أو مستوى تعليمهن أو مكان إقامتهن . وتوحي هذه الأرقام بأن الجهود الرامية إلى تحسين فرص الاستفادة من خدمات الصحة الإنجابية لدى الشباب بتوسيع الخدمات المراعية

أدنى معدلات استخدام لوسائل منع الحمل بين أفقر النساء وأقلهن تعليماً وبين النساء في المناطق الريفية في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى

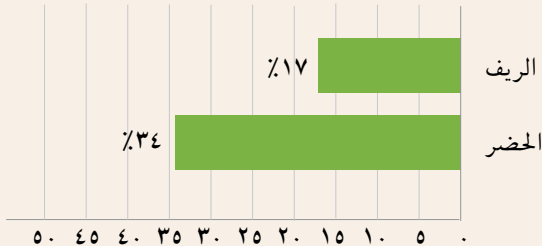
التعليم



الثروة



المكان



النسبة المئوية المثوية للاستخدام

شيوخ وسائل منع الحمل حسب الخلفية الاجتماعية في ٢٤ بلداً من بلدان أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى في آخر دراسة استقصائية، ١٩٩٨-٢٠٠٨ (النسبة المئوية للنساء البالغات من العمر ١٥-٤٩، متزوجات أو مرتبطات يستخدمن أي وسيلة من وسائل منع الحمل).
المصدر: المسحان الديمغرافي والصحي (استخدمت في الحساب البيانات الواردة في المرفق الثالث).

الصحة الجنسية والإنجابية، وتوفير الرعاية اللاحقة للإجهاض، وتوفير الرعاية السابقة للولادة واللاحقة لها للأمهات المراهقات. ويتم الترويج لهذه الخدمات عن طريق الصحف، والإعلانات والإخبار الشفهي. كما أن تحسين الهياكل الأساسية للخدمات، ومشاركة الشباب في تقديم الخدمات، والجمع بين خدمات الصحة الجنسية والإنجابية وخدمات معالجة فيروس نقص المناعة البشرية، والالتماس المتواتر لمساهمات الزبائن الشباب - كلها أمور عملت على تحسين نوعية خدمات الصحة الجنسية والإنجابية وزادت زيادة ملموسة في استعمالها.

وتتجلى في فترة المراهقة بصورة أوضح الروابط القائمة بين المستوى التعليمي واستعمال وسائل تنظيم الأسرة والخصوبة. لكن أثر التعليم على حجم الأسرة المرغوب فيه واستعمال وسائل منع الحمل يظل قائماً حتى مرحلة البلوغ. ويبين الرقم الوارد أدناه أن النساء اللواتي بلغن في تعليمهن المستوى الثانوي يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة بمعدل يفوق أربع مرات معدل استعمال النساء غير المتعلّمات لها في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. ويعكس هذا الأثر تفضيلات تتعلق في آن واحد بعدد الأطفال وفرص الاستفادة من تنظيم الأسرة (صندوق الأمم المتحدة للسكان، ٢٠١٠).

استعمال وسائل تنظيم الأسرة ومحل الإقامة

إن استعمال وسائل منع الحمل في المناطق الحضرية يفوق مرتين مثيله في المناطق الريفية. ويسعى العديد من البلدان، لاسيما أفقر البلدان في العالم، إلى توفير هذه الخدمات في المناطق الريفية. وبالإضافة إلى ذلك، يفتقر الناس في المناطق الريفية في الغالب إلى فرص الاستفادة من التعليم، وهو عنصر هام له صلة بتفضيل الأسر ذات الحجم الصغير وباستعمال وسائل تنظيم الأسرة.

تطور الطلب على وسائل تنظيم الأسرة واستعمالها عبر مراحل الحياة

يتبين من استعراض البيانات على الصعيد العالمي أن النشاط الجنسي يتطور على مدى حياة الفرد. فالرجل والمرأة يمارسان الجنس لأسباب مختلفة وفي ظروف

مختلفة وفي أوقات شتى من حياتهما. ولا ترتبط بالضرورة القرارات الفردية بممارسة الجنس بالرغبة في الإنجاب. وفي العديد من الحالات - غير حالات الإكراه أو الاستغلال أو العنف - تكون الرغبة البشرية في إقامة علاقة حميمة أو إقامة روابط و/أو السعي إلى متعة جنسية هي الدافع المحرك للسلوك الجنسي.

الشباب

رغم أن معظم النشاط الجنسي للشباب يتم في إطار الزواج، فإن العديد من الشباب والشابات يكون لهم نشاط جنسي خارج إطار الزواج. ويجري التمرس على الجنس خارج الزواج بصورة متزايدة بالنسبة للفتاة المراهقة، وإن تم ذلك في الغالب مع زوج المستقبل (McQueston, Silverman and Glassman, 2012; National Research Council and Institute of Medicine, 2005). ومن المحتمل أن يسهم انخفاض سن الحيض في تزايد مخاطر الصحة الإنجابية بالنسبة للشابات مما يؤدي إلى تزايد عدد السنوات الفاصلة بين سن الحيض والزواج. ولا يزال

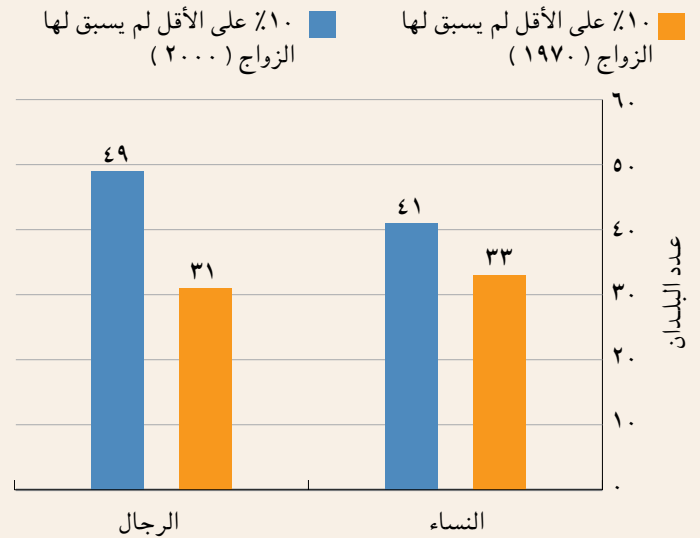
الاتصال الجنسي المبكر للغاية (في سن ١٤ أو أقل) يحدث لدى ما يقارب ثلث الفتيات في بنغلاديش وتشاد ومالي والنيجر (Dixon-Mueller, 2008). وتختلف اختلافاً بيناً نسبة الشريحة التي تشهد هذا التحول (بين ٤٠ في المائة و ٨٠ في المائة) في البلدان الأفريقية جنوب الصحراء الكبرى، مثلاً.

واحتمال ممارسة الفتيان للجنس قبل بلوغ سن الخامسة عشرة أقل مما عليه بالنسبة للفتيات حيث يشيع الزواج "المرتب" في فترة مبكرة. غير أنه في الأماكن التي يكون هذا الأمر أقل شيوعاً، يحتمل أن يكون الفتيان في العديد من الأوضاع نشطين جنسياً أكثر من الفتيات من نفس السن. وكما لاحظ بعض الباحثين، "فإن التحول على مدى فترة زمنية من التمرس الجنسي في إطار الزواج إلى التمرس الجنسي خارج إطار الزواج قد تكون له مزية بالنسبة للصحة الجنسية والإنجابية للفتيات"، لأن ممارسة الجنس خارج إطار الزواج تستتبع في الغالب ممارسته بوتيرة أقل وبقدر أكبر من الاحتراز مما عليه الأمر في إطار العلاقات الزوجية (Clark, Bruce and Dude, 2006).

وتواجه الشباب والشابات تحديات مختلفة منذ المراهقة المبكرة حتى المراحل الأولى لمرحلة البلوغ. فمعظم الشباب لا يمارس الجنس رضائياً لكي يصبحوا آباء وأمهات قبل الأوان. وعلى الصعيد العالمي، يؤجل الشباب الزواج بصورة متزايدة. فبالنسبة للمرأة، زاد متوسط السن عند الزواج (بالنسبة لأولئك الذين يتزوجون قبل سن الخمسين) في ١٠٠ بلد من أصل ١١٤ من البلدان التي تتاح بشأنها بيانات منذ عام ١٩٧٠ (إدارة الأمم المتحدة للشؤون الاقتصادية والاجتماعية، ٢٠١١ ب).

غير أنه في العديد من البلدان، يؤدي الإقدام المبكر على الزواج وممارسة الجنس إلى حشر الشباب في مسلك محفوف بمخاطر تفضي إلى عدة نواتج عكسية. فمن استعراض عدة مناطق، يتبين أن احتمال زواج الفتاة وممارستها الجنس في سن مبكر يظل احتمالاً أكبر من احتمال زواج نظيرها الفتى وممارسته الجنس في مرحلة الطفولة. ولئن كان من المحتمل أن تمارس الشباب الجنس في مرحلة مبكرة من حياتهن، فإن البحوث تفيد بأن احتمال ممارسة الشباب للجنس مع عشير مُسَاكن أكبر من احتمال نظيراتهم الشباب (UNICEF, Office

عدد البلدان التي يظل فيها ١٠ في المائة على الأقل من النساء والرجال غير متزوجين



المصدر: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division: (2009). World Marriage Data 2008 (POP/DB/Marr/ Rev2008)



▲ مرشد تنظيم أسرة محلي في الكاميرون بعد زيارة منزلية.
©Alain Sibenaler/UNFPA

الرجال قبل عيد ميلادهم الخمسين فتزايد من ٣١ بلداً من إلى ٤٩ بلداً . ويستأثر القران الرضائي بحصة متزايدة من حالات المعاشرة ، وهذه الحالات أقل استقراراً وأكثر مرونة من الزواج الرسمي . وفي أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي ، يعيش ما يفوق ربع النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين ٢٠ و ٣٤ سنة في إطار قران رضائي (إدارة الأمم المتحدة للشؤون الاقتصادية والاجتماعية ، ٢٠٠٩) وهذا الترتيب أقل شيوعاً في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وآسيا حيث يعيش ١٠ في المائة من النساء في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى في إطار قران رضائي مقابل ٢ في المائة في آسيا . وعلى الصعيد العالمي ، ارتفعت حصة البالغين (المتراوحه أعمارهم بين ٣٥ سنة و ٣٩ سنة) المطلقين أو المنفصلين من ٢ في المائة إلى ٤ في المائة في الفترة الفاصلة بين عامي ١٩٧٠ و ٢٠٠٠ ، وهو توجه متمركز في البلدان المتقدمة النمو لكنه يحدث أيضاً في أماكن أخرى (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2010) .

الأساليب المفضلة

تزايد في السنوات الأخيرة استعمال الأساليب الحديثة لتنظيم الأسرة في شرق أفريقيا ، لاسيما في إثيوبيا ، وملاوي ورواندا ، وفي جنوب شرق آسيا ، لكن لم يحدث أي تزايد في استعمال هذه الأساليب الحديثة في وسط أفريقيا وغربها (Singh and Darroch, 2012) . وعندما تتاح للمرأة فرص اختيار أساليب منع الحمل ،

of the Deputy Director, Policy and Practice, 2011) . وتعمل هذه التفاصيل على تحديد سياق بيانات تنظيم الأسرة المتعلقة بالشباب ، بما في ذلك رسم صورة أشمل للسبب الذي يجعل احتمال استعمال الشبان للرفال يفوق احتمال استعمال الشابات له .

البالغون

رغم ارتفاع سن الزواج لأول مرة ، فإن أغلبية النساء والرجال يتزوجون أو يعيشون في نهاية المطاف في إطار قران رضائي (إدارة الأمم المتحدة للشؤون الاقتصادية والاجتماعية ، ٢٠٠٩) . ونتيجة لذلك ، يظل الإنجاب اعتيادياً في إطار القران المعترف به قانوناً - وهو واقع يتماشى مع القبول الاجتماعي في معظم البلدان التي يفترض أن يكون الإنجاب فيها في إطار زوجين تربطهما علاقة الزواج . غير أن البيانات الحديثة تبرز كيف أن حاجة البالغين إلى وسائل تنظيم الأسرة قد تتزايد باطراد عندما يكونون عزاباً أو منفصلين عن بعضهم أو مطلقين . وفي الوقت الراهن ، يقضي البالغون وقتاً أطول خارج إطار الزواج بالمقارنة مع الأجيال السابقة ، وتعكس احتياجاتهم من حيث تنظيم الأسرة هذه الحقائق . ففي البلدان النامية والبلدان المتقدمة النمو على السواء ، تتزايد نسبة البالغين الذين لا يتزوجون أبداً . وخلال الأربعين سنة الماضية ، تزايد عدد البلدان التي لم يتزوج فيها ١٠ في المائة على الأقل من النساء (حتى سن الخمسين) من ٣٣ بلداً إلى ٤١ بلداً ؛ أما عدد البلدان التي لا يتزوج فيها ١٠ في المائة على الأقل من

وتعتمد بقدر أقل على قدرة مستخدميها على تذكر وقت استعمالها بانتظام . كما يقيس الأفراد والأزواج الذين يستخدمون وسائل منع الحمل فعالية تلك الأساليب ومعدل الإخفاق وما له من أثر على المتعة الجنسية . وفي بعض الحالات ، تستعمل المرأة خفية أساليب "غير منظورة" من قبيل الحقن مخافة اعتراض زوجها . ولما كانت المرأة ترغب بصورة متزايدة في التحكم في خصوبتها أو ما فتئت ترغب في ذلك وأضحت مدركة في الوقت الراهن بأن بإمكانها أن تتحكم في خصوبتها ، فإن بعض النساء يخترن إحباط هذه المعارضة باستعمال وسائل منع الحمل لا يمكن لشركائهن أن يكتشفوها . وتفيد بعض الدراسات والأدلة المتداولة إلى أن الارتفاع السريع في استخدام الحقن (من ٦ في المائة إلى ٢٠ في المائة) في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وفي أماكن أخرى يعزى بعضه إلى الاستعمال المنتشر الذي تعمد إليه المرأة التي ترى لزاماً عليها أن تخفي وسيلة منع الحمل عن زوجها أو أسرته أو مجتمعها المحلي (Biddlecom and Fapohunda, 1998) .

فعالية الأساليب

تعد الأساليب ذات المفعول الطويل الأمد من قبيل الوسائل المزروعة واللولب الرحمي فعالة للغاية في منع الحمل ، ويعزى ذلك في جزء كبير منه إلى أنها لا تتطلب عملاً يومياً أو دورياً ، من قبيل تناول الحبوب أو أخذ حقنة في وقتها المحدد . أما الحبوب والرقعة والحلقة المهبلية والوسائل العازلة فإنها تكون أكثر فعالية عند "استعمالها على الوجه الأكمل" وليس عند استعمالها الاعتيادي ، لأن الناس قد ينسون استعمال الوسيلة أو قد يستعملوها استعمالاً غير سليم .

معظم وسائل منع الحمل الحديثة فعالة للغاية إذا استعملت على الوجه الصحيح وبانتظام . أما أساليب إدراك الخصوبة فتكون هي أيضاً فعالة إلى حد ما إذا استخدمت على الوجه الصحيح ، وكثيراً ما تفضلها النساء اللواتي لهن اعتراض ديني على الأشكال الأخرى لمنع الحمل . وحتى الأساليب الأقل فعالية تكون أحياناً أكثر فعالية في منع الحمل من عدم استعمال أي وسيلة . فما يقارب ٨٥ امرأة من كل ١٠٠ امرأة من النساء النشيطات جنسياً اللواتي اخترن عدم استعمال

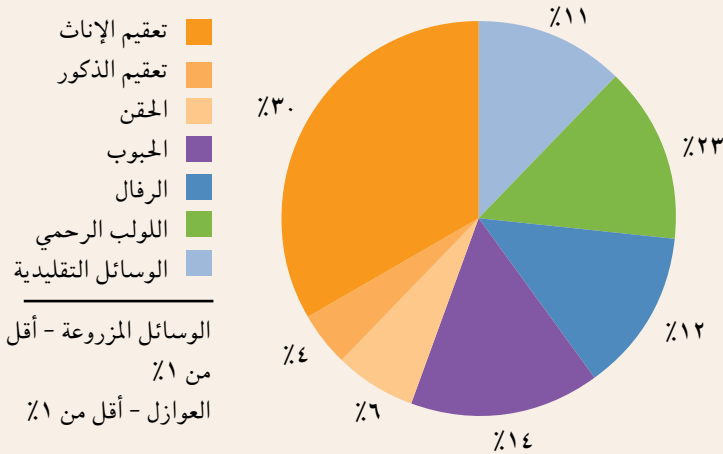
فإن عدة عوامل تؤثر على اختيارها لهذه الأساليب . ومن أهم هذه العوامل الآثار الصحية الجانبية ، وسهولة الاستعمال ، وما يفضله الشريك من أساليب (Bradley, Schwandt and Khan, 2009; Darroch, Sedgh and Ball, 2011) . وعلى سبيل المثال ، تفيد التقديرات بأن ٣٤ مليون امرأة من أصل ١٠٤ ملايين امرأة ممن لهن أسباب مرتبطة بأسلوب منع الحمل تحول دون تلبية احتياجاتهن إلى وسائل منع الحمل الحديثة يرغبن في أساليب لا تتسبب أو لا يبدو أنها تتسبب في مشاكل صحية أو آثار جانبية (Singh and Darroch, 2012) . وتتطلب أساليب منع الحمل الطويلة الأمد من قبيل اللولب الرحمي والحقن زيارات أقل إلى المستوصف

فعالية الأساليب

الوسائل ، مرتبة بالتدرج من أجمعها إلى أقلها نجاعة	حالات الحمل لدى كل ١٠٠ امرأة في السنة الأولى من الاستعمال الاعتيادي
الوسائل المزروعة	٠,٠٥
قطع القنوات المنوية	٠,١٥
التعقيم الأنثوي	٠,٥
اللولب الرحمي (اختبار النحاس)	٠,٨
اللُّوَالِبُ الْمُطْلَقَةُ لليفونورجيستريل	٠,٢
الحقنة - لمدة ٣ أشهر	٦
الحلقة المهبلية	٩
الرقعة	٩
حَبَّةُ مَنَعِ الحَمَلِ القَمَوِيَّةُ المُشْتَرَكَةُ	٩
العَازِلُ الأَنْثَوِيُّ	١٢
الرفال الذكري	١٨
الرفال الأنثوي	٢١
الإسفنجة	١٢-٢٤
العزل	٢٢
أساليب الوعي بالخصوبة الأيام المعيارية ، اليومان ، الأعراض الحرارية	٢٤
مُبيدُ النَّطْفِ	٢٨
عدم استعمال أي وسيلة	٨٥

المصدر: Gutmacher Institute, 2012. (Based on data from the United States)

الاستعمال العالمي لوسائل منع الحمل حسب الطريقة المستعملة



المصدر: United Nations. 2011 World Contraceptive Data Sheet

استعمال وسائل منع الحمل، أي الآثار الجانبية والخوف من حدوثها، هي عوامل رئيسية في تباطؤ انخفاض الحاجة غير الملباة (Cottingham, Germain and Hunt, 2012).

وتعد الفعالية وتوفير طائفة كاملة من أساليب منع الحمل جزءاً من الطلب بل تعكس أيضاً العرض. فقد تكون نوعية الخدمات رديئة ولا تتوفر الطائفة الكاملة من أساليب منع الحمل لمعظم الناس؛ ونتيجة لذلك، قد لا يرغبهم تنظيم الأسرة حتى وإن كانوا يرغبون في تأجيل الحمل أو إنهائه.

استعمال وسائل تنظيم الأسرة وموثوقية الإمدادات

يتاح عدد متزايد من خيارات منع الحمل، لا سيما في البلدان المتقدمة النمو. غير أنه لا تتاح للمرأة في معظم البلدان النامية إلا القلة القليلة من الخيارات، رغم أن طائفة الأساليب المتاحة ما فتئت تتحسن وتشمل في الوقت الراهن حقناً ووسائل مزروعة بالإضافة إلى الحبوب والرفالات. ويعد الحصول على وسائل منع

أي وسيلة لمنع الحمل سيصبحن حوامل في غضون السنة الأولى (Guttmacher Insititute, 2012). وتتراوح فعالية وسيلة منع الحمل - المقيسة بعدد حالات الحمل لدى كل 100 امرأة في السنة الأولى من الاستعمال الاعتيادي - تتراوح بين 0.05 بالنسبة للوسائل المزروعة إلى 28 بالنسبة لقطع القنوات المنوية، مقارنة بـ 85 بالنسبة للنساء اللواتي لا يستعملن أي وسيلة لمنع الحمل (Guttmacher Insititute, 2012). وعلى النطاق العالمي تعتمد على التعقيم الأنثوي امرأة واحدة من كل ثلاثة نساء تقريباً ممن يستعمل وسائل منع الحمل. وتعتمد امرأة من كل أربع نساء تقريباً على اللؤلؤ الرحمي. وما يزيد على امرأة واحدة من كل 10 نساء تعتمد على وسيلة تقليدية من وسائل منع الحمل، وغالباً ما تكون هذه الوسيلة هي العزل أو حساب الدورة الطمثية.

الاستعمال يتوقف على الخيارات المتاحة، وعلى سهولة الاستعمال والمعلومات

قد تكون للمرأة حاجة غير ملبأة إلى وسائل منع الحمل أو قد تتوقف عن استعمالها لعدم اقتناعها بالخيارات القائمة (Frost and Darroch, 2008; Bradley, Schwandt and Khan, 2009). ويعتمد معظم الخيارات المتاحة على التكنولوجيات التي طورت في الستينات والسبعينات، ومنذ ذلك الحين لم يكن الاستثمار في اكتشاف ونشر أساليب أخرى لمنع الحمل إلا استثماراً إسمياً (Harper, 2005; Darroch, 2007). وبالإضافة إلى تعزيز نوعية الخدمات الإعلامية بشأن الأساليب الحديثة، قد يتطلب إحقاق حقوق المرأة والرجل الاستثمار في أساليب جديدة، بما فيها الأساليب التي لا تتسبب في آثار جانبية، ويمكن استعمالها عند الحاجة، ولا تتطلب مشاركة الشريك أو معرفته (Darroch, Sedgh and Ball, 2011).

والأساليب الحديثة وحدها لن تقضي على الحاجة غير الملباة. غير أن الأساليب الأحدث التي أقرتها الحكومات مؤخراً من شأنها أن تمكن المرأة من ممارسة حقها في أن تمنع الحمل بطريقة موثوق بها وآمنة. ويستفاد من الدراسات أن الأسباب الرئيسية للكف عن

وفي إطار الجهود التي تبذلها سوازيلند بهدف التصدي لارتفاع الوفيات النفاسية وحمل المراهقات ، فإنها استثمرت في أمن سلع الصحة الإنجابية . ووطدت وزارة الصحة علاقاتها بالمتجمع المدني وصندوق الأمم المتحدة للسكان عن طريق إقامة شراكة مع الجمعية السوازيلندية لحياة الأسرة ، وهيئة العلوم الإدارية من أجل الصحة وصندوق الأمم المتحدة للسكان في عام ٢٠١١ لتعزيز تنفيذ البرامج . وكان هدفها العام هو زيادة فعالية نظام الصحة في ضمان سلع الصحة الإنجابية عن طريق ثلاث استراتيجيات: تعزيز النظم الوطنية من أجل أمن سلع الصحة الإنجابية؛ وتقوية قدرة الموارد البشرية على التنفيذ والرصد والإبلاغ؛ ودعم الالتزام السياسي والمالي لأمن سلع الصحة الإنجابية . وقياساً بالمعايير الاعتيادية، تم إحراز نجاح عن طريق توسيع نطاق شيوع وسائل منع الحمل . غير أن زيادة عدد المرافق التي تقدم خدمات تنظيم الأسرة وتعزيز موثوقية تلك الخدمات اكتسبت أهمية أيضاً . ■

لا تزال الأساليب التقليدية لتنظيم الأسرة تحظى بالشعبية

لا تزال الأساليب التقليدية تستخدم على نطاق واسع ، لا سيما في البلدان النامية . وكثيراً ما تسلط بيانات الدراسات الاستقصائية الضوء على سبب استعمال الناس للأساليب التقليدية لتنظيم الأسرة بدل الأساليب الحديثة .

وتشمل الأساليب التقليدية الامتناع الدوري ، والعزل ، والانقطاع الإرضاعي للحيض (تمديد فترة الرضاعة الطبيعية) والممارسات ” الشعبية “؛ وتباين بالتالي فعاليتها تبايناً شديداً . وتؤكد الدراسات المقارنة لأوضاع شتى أن احتمال حمل المرأة التي تستعمل وسائل حديثة أقل من احتمال حمل المرأة التي تعتمد على وسائل منع الحمل التقليدية (Trussell, 2011) . ورغم نزعة جمع كافة الأساليب التقليدية لمنع الحمل في فئة واحدة ، فإن هذه الأساليب ليست كلها متشابهة . ولعدة بلدان تجارب طيبة مع الأساليب التقليدية غير الحديثة . وعلى سبيل المثال ، يستخدم العزل على نطاق واسع لدى الأزواج المتعلمين في إيران وتركيا ، وما فتئ يستخدم على نطاق واسع لمنع الحمل



الحمل تحدياً؛ بيد أن توزيعها تحد آخر: فأغلبية التمويل الدولي لاقتناء الرفالات يصرف على شراء هذه السلعة ولا يخصص لتسليمها وتوزيعها وإدارتها إلا قدر ضئيل نسبياً .

▲ زوجان يزوران عيادة ريفية لتنظيم الأسرة في مينانداو ، الفلبين.
©Panos/Chris Stowers

دراسة حالة

الإمدادات في سوازيلند

تعد إتاحة فرص الحصول على الإمدادات و توفيرها بصورة موثوق بها أمرين أساسيين لإحقاق حق الأفراد في تنظيم الأسرة . وعلى غرار العديد من البلدان الأفريقية ، شهدت سوازيلند انقطاعاً في المخزون ، مما تعذر معه على الناس اختيار أساليب محددة لمنع الحمل والثقة في الاعتماد عليها . وركزت برمجة أمن سلع الصحة الإنجابية أساساً على شراء الحكومة لوسائل منع الحمل ، وكانت نتائجها دون المستوى .

في صقلية وباكستان (Cottingham, Germain and Hunt, 2012; Erfani, 2010). وتصنف الدراسات الاستقصائية الديمغرافية والصحية 'العزل' *coitus interruptus* في عداد "الأساليب الشعبية غير الفعالة بناتاً"، حتى وإن كان هذا الأسلوب مستعملاً على نطاق واسع في بلدان من قبيل إيران وتركيا ولا يقل في فعاليته عن الرفال (Cottingham, Germain and Hunt, 2012).

تستخدم الأساليب الأنثوية لتنظيم الأسرة على نطاق أوسع من نطاق استخدام الأساليب الذكورية

اعتبر برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية "استحداث وسائل جديدة لتنظيم الخصوبة للرجال... أولوية عالية"، ودعا إلى إشراك دوائر الصناعة التابعة للقطاع الخاص. وحث البلدان على بذل جهود خاصة من أجل تشجيع الذكور على المشاركة وتحمل المسؤولية في تنظيم الأسرة (الفقرة ١٢-١٤). وبعد مرور ما يقارب ٢٠ سنة، لم تقدم للجمهور على نطاق واسع أي وسيلة جديدة لتنظيم خصوبة الرجال. ونظراً لقلّة خيارات تحديد النسل المتاحة للرجل، لم يكن استعمال الرجل لتنظيم الأسرة بالمستوى الذي علق عليه الأمل في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. واليوم، حتى ولو احتسبت كافة الوسائل التقليدية لمنع الحمل والتي تتطلب تعاون الرجل (حساب الدورة الطمثية، والعزل وغيرهما) إلى جانب الرفالات الذكورية، فإن الأساليب الذكورية لا تمثل سوى ٢٦ في المائة من مجموع وسائل منع الحمل الشائعة (إدارة الأمم المتحدة للشؤون الاقتصادية والاجتماعية، ٢٠١١). وتتجاوز بكثير معدلات تعقيم الإناث معدلات تعقيم الذكور. وعلى الرغم من أن قرار إنهاء الإنجاب بصورة دائمة يمكن أن يكون صعباً، فإن التعقيم هو أسلوب تنظيم الأسرة الأكثر استعمالاً في العالم، وعليه يعول أكثر من خمس النساء المتزوجات. وفي كل مكان تقريباً، تكون المرأة أكثر عرضة للخضوع لإجراءات التعقيم من الرجل. ففي كولومبيا، مثلاً، حيث تستخدم المرأة وسائل منع الحمل بمعدل ٧٨ في المائة، تم تعقيم ما يقارب ثلث كل النساء (٣١ في المائة)، مقارنة بمعدل

اثنين في المائة فقط بالنسبة للرجل (إدارة الأمم المتحدة للشؤون الاقتصادية والاجتماعية، ٢٠١١). وبما أن الخصوبة المرغوب فيها تنخفض مع مرور الوقت، فإن الأزواج المتزوجين في سن مبكرة سيتوقفون عن الإنجاب في سن مبكرة. وبعد بلوغهم الخصوبة المرجوة، فإن هؤلاء الأزواج الشباب قد يضطرون إلى تفادي الحمل غير المرغوب فيه لمدة تصل إلى ٢٥ سنة، مما يجعل الأساليب الدائمة لمنع الحمل مغرية بالنسبة إليهم. وفي حين تعد معدلات تعقيم الإناث أعلى معدلات في أمريكا اللاتينية وأمريكا الوسطى، إذ تبلغ ٤٧ في المائة في الجمهورية الدومينيكية، فإن البلدان التي بلغت معدل ٥ في المائة على الأقل من الرجال الذين خضعوا لعمليات قطع القنوات المنوية لا يتعدى عددها ١٤ بلداً. وتشابه كثيراً معدلات تعقيم الذكور والإناث

”على الرغم من أن قرار إنهاء الإنجاب بصورة دائمة يمكن أن يكون صعباً، فإن التعقيم هو أسلوب تنظيم الأسرة الأكثر استعمالاً في العالم، وعليه يعول أكثر من خمس النساء المتزوجات“.

في أستراليا ونيوزيلندا، حيث تم تعقيم حوالي ١٥ في المائة من الرجال والنساء (إدارة الأمم المتحدة للشؤون الاقتصادية والاجتماعية، ٢٠١١). ولا يفوق معدل تعقيم الذكور معدل تعقيم الإناث إلا في عدد قليل من البلدان، وعلى الأخص في كندا والمملكة المتحدة، حيث يحتمل أن يكون عدد الرجال الذين تم تعقيمهم أكبر بمعدل الضعف من عدد النساء اللواتي خضعن للتعقيم.

ولعل المرء يستنتج من حالة البلدان المتقدمة النمو في معظمها أن معدلات قطع القنوات المنوية تعكس بالدرجة الأولى السلطة الاقتصادية للمرأة وحقوقها في هذه البلدان. وتعد نيبال من بين البلدان النامية القليلة التي تتعدى فيها معدلات قطع القنوات المنوية ٥ في المائة وتعادل ثلث معدل تعقيم الإناث أو أكثر، مما يدل على أن زيادة تمكين المرأة في نيبال قد يكون لها تأثيرها على اختيار وسائل منع الحمل (EngenderHealth, 2002).

الذكور استثناء ، فإن هذه لحظة جلية يتبين فيها عدم المساواة بين الجنسين . فانعدام فرص القيام بقطع القنوات المنوية أو عدم الترويج له ينال من حقوق كل من الرجل والمرأة .

وعلى ضوء هذه الحقائق ، ما هي العوامل التي يضعها الأزواج في الاعتبار ، عندما يناقشون فعلاً من منهم سيخضع لعملية التعقيم ؟ لقد تبين من إحدى الدراسات المتعددة الأقطار أن بعض الرجال الذين اختاروا قطع قنواتهم المنوية قاموا بذلك حرصاً على صحة شركائهم (Landry and Ward, 1997) . أما رجال آخرون فلم يكونوا راضين على الوسائل المتاحة ، أو توقفت زوجاتهم عن استعمال أساليب أخرى بسبب الآثار الجانبية . وفي بعض الأسر الفقيرة ، تم اختيار قطع القنوات المنوية لتعذر إعفاء النساء من رعاية الأطفال والرعاية المنزلية خلال المدة التي يتطلبتها تعافيهن . وارتأى بعض الرجال أن لهم ما يكفي من الأطفال ، ولم يستشيروا زوجاتهم قبل خضوعهم للتعقيم . وفي الولايات المتحدة ، تنتشر عمليات قطع القنوات المنوية لدى الرجال ذوي المستوى التعليمي والدخل العالين ، في حين ينتشر تعقيم الإناث بقدر أكبر لدى النساء ذوات الدخل والمستوى التعليمي المنخفضين (Anderson et al., 2012) .

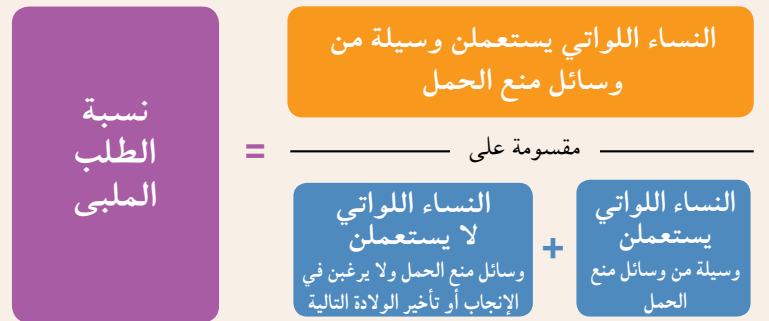
وقطع القنوات المنوية غير شائع في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى ، حيث تقل معدلاته بكثير عن واحد في المائة (Bunce et al., 2007) . وقليل من مقدمي الخدمات من يتم تدريبهم على إجراء عمليات قطع القنوات المنوية ، كما أن العديد من الرجال والنساء ، إن لم يكن معظمهم ، لم يسمع من قبل بهذا الأسلوب في منع الحمل . وخلصت دراسة بشأن مقبولية قطع القنوات المنوية في تنزانيا إلى أن الرجال والنساء لديهم مخاوف بشأن الآثار الجانبية الجنسية (Bunce et al., 2007) . ولئن كان بعض النساء يخشين أن يخونهن أزواجهن ، فإن الرجال يسمعون إشاعات تفيد بأن قطع القنوات المنوية يتسبب في العجز الجنسي فيخشون أن تهجرهم زوجاتهم إذا تأثر أداؤهم الجنسي .

وتعقيم الإناث هو إجراء جذري ومكلف ومحفوف بالمخاطر إلى حد كبير بالمقارنة مع تعقيم الذكور ، وأقل فعالية إلى حد ما ، بيد أن انتشاره يفوق بشكل كبير قطع القنوات المنوية في كل مكان ما عدا في أمريكا الشمالية وأوروبا الغربية (Greene and Gold, n.d.; Shih,) . ولما كان تعقيم الإناث قد أصبح هو القاعدة ، في الوقت الذي لا يزال فيه تعقيم

العرض والطلب عبر الزمن

إن مقياس انتشار وسائل منع الحمل والحاجة غير الملباة محدودة في قدرتها على استيعاب الطبيعة الديناميكية لقرارات الأفراد بشأن نشاطهم الجنسي ، وكذلك السياق الذي تتخذ فيه هذه القرارات . وعلى سبيل المثال ، يتأثر شيوع وسائل منع الحمل والاحتياجات غير الملباة بعوامل تمثل في أن النساء اللواتي هن في حاجة إلى وسائل منع الحمل لا يتحكمن في وسائل منع الحمل ولا في تغير وفرتها وإمداداتها على مدى فترة زمنية . وعلاوة على ذلك ، تعكس الحاجة غير الملباة لتنظيم الأسرة في آن واحد طلب الأفراد لأساليب محددة لمنع الحمل وعرض هذه الأساليب . وبقدر ما يتزايد عدد الناس الذين يدركون مزايا ممارسة حقهم في تنظيم أسرهم ، يحتمل أن يفوق الطلب على الخدمات وتيرة العرض . وقد يحدث هذا في مناطق نائية وفي صفوف السكان الذين يحدد نشاطهم الجنسي عن المعتقدات الشائعة بشأن الطرف الذي تكون فيه ممارسة الجنس لائحة .

ولئن كان انتشار وسائل منع الحمل والحاجة غير الملباة مؤشرين هامين ، فإن حدود انتشار وسائل منع الحمل والحاجة غير الملباة توجه الانتباه إلى ضرورة وضع مؤشرات إضافية من أجل فهم أفضل لنسبة الطلب على وسائل منع الحمل الذي تلبيه النظم الصحية (صندوق الأمم المتحدة للسكان ، ٢٠١١) . ومن هذه المؤشرات "نسبة الطلب الملبى" . ويستمد هذا المؤشر من أساليب جمع البيانات الحالية ويرصد بدقة أكبر ما إذا كانت تلبى رغبات المرأة المعلن عنها في تنظيم الأسرة . وبالإضافة إلى ذلك ، فإن الاستخدام الأكثر اتساقاً للتحليلات المعدلة للأخماس الحضورية مقابل الأخماس الريفية يمكن أن يساعد واضعي السياسات والممارسين على تصميم استراتيجيات وبرامج لتنظيم الأسرة تقوم على الاحتياجات .



المصدر: United Nations Population Fund (2010). *Sexual and Reproductive Health for All: Reducing poverty, advancing development and protecting human rights*. New York: UNFPA

دراسة حالة

قطع القنوات المنوية دون مبضع في جزر سليمان

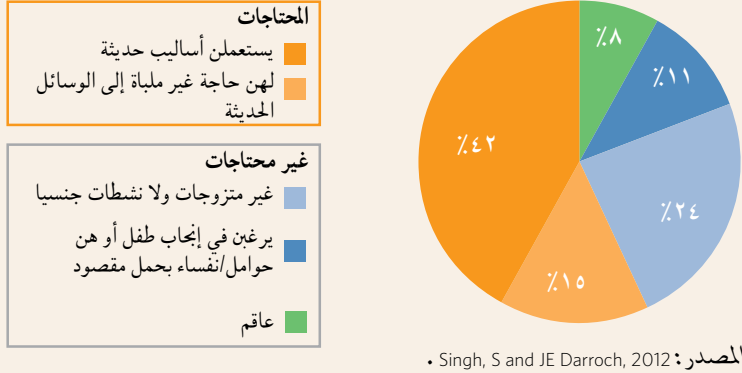
بعد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، تغيرت برامج تنظيم الأسرة في جزر سليمان نحو الأفضل وأصبحت أكثر ارتكازاً على الحقوق. وتعكس أحكام السياسة السكانية الجديدة تركيزاً على الحقوق، إذ تلتزم الحكومة صراحة "... بتشجيع ودعم الجهود التي يبذلها الآباء لاتخاذ قرارات مسؤولة بشأن حجم الأسرة...". وتم تنشيط تنظيم الأسرة في الفترة ٢٠٠٣-٢٠٠٤ باستكمال المبادئ التوجيهية الوطنية والتدريب المكثف للعاملين في مجال الرعاية الصحية على مختلف المواضيع، بما في ذلك الاختيار الواعي ومزيج أوسع من أساليب منع الحمل. وقد ارتفع معدل انتشار وسائل منع الحمل من ١١ في المائة إلى ٢٩ في المائة.

ولقي أسلوب قطع القنوات المنوية دون مبضع قبولاً واسعاً بصفة خاصة. ويعزى النجاح في توفير هذا الأسلوب جزئياً إلى دعوة الرجال لأول مرة للمشاركة بقدر أكبر في تنظيم الأسرة. وبالإضافة إلى ذلك، فإن عملية قطع القنوات المنوية دون مبضع عملية اقتصادية للغاية ويمكن أن تتم محلياً، في حين أن ربط البوق يتطلب الانتقال إلى عيادة للإحالة. وثمة عامل إضافي يبدو أنه قد ساهم في تشجيع مشاركة الرجل هو دعوته للحضور أثناء مخاض زوجته وعملية الوضع، مما يولد لديهم تقديراً لزوجاتهم واطلاعاً على ما تنطوي عليه الولادة.

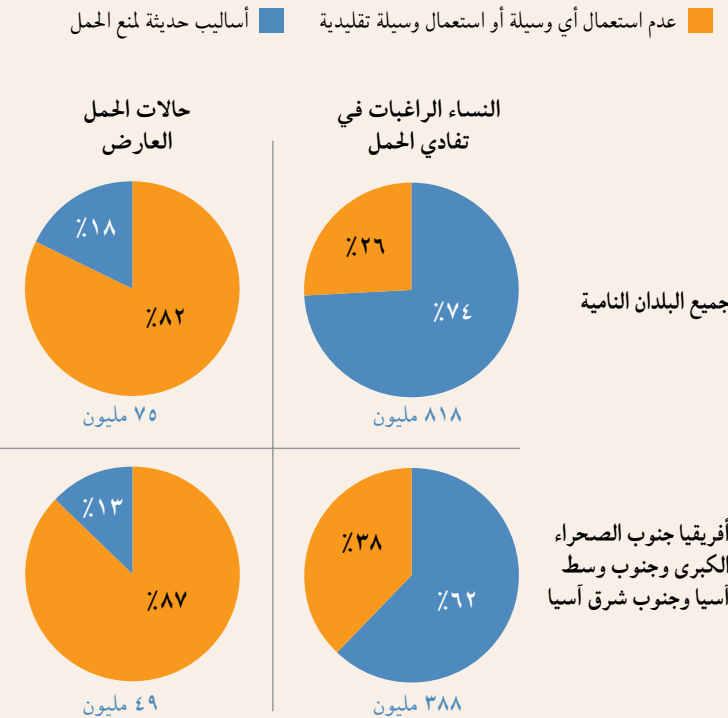
الوسائل العاجلة لمنع الحمل

الوسائل العاجلة لمنع الحمل هي وسائل يستعان بها لغرض منع الحمل في غضون خمسة أيام من حدوث اتصال جنسي غير مأمون، أو في حالة فشل أو سوء استعمال وسيلة حمل معينة (من قبيل نسيان تعاطي أقراص منع الحمل)، أو في حالة الاغتصاب أو الجنس القسري. ويؤدي استعمال هذه الوسائل إلى منع الإباضة وتقليل احتمال حدوث الحمل بنسبة تصل إلى ٩٠ في المائة. بيد أنها لا تمنع من انغراس ببيضة مخصبة ولا تضر بجنين في مرحلة التكوين كما أنها لا تؤدي إلى إنهاء الحمل. وبقدر ما يتم التعجيل بتناول تلك الحبة بقدر ما

يحتاج ما يزيد على نصف النساء البالغات سن الإنجاب في البلدان النامية إلى وسائل منع الحمل



النساء الراغبات في تفادي الحمل واللواتي لا يستعملن وسيلة حديثة لمنع الحمل يشكلن الأغلبية بصورة غير متناسبة



المصادر: Singh S and J Darroch, 2012, and special tabulations of data for Singh S et al., 2009

لماذا تظل الحاجة غير الملباة لمنع الحمل مرتفعة للغاية؟

إن عدد النساء الراغبات في تجنب الحمل لمدة لا تقل عن العامين المقبلين دون أن يستعملن أي وسيلة لمنع الحمل، ومجموعهن ٢٢٢ مليون امرأة، يعكس في الواقع انخفاضاً طفيفاً في الاحتياجات غير الملباة بين عامي ٢٠٠٨ و ٢٠١٢. فخلال هذه الفترة، ازداد عدد النساء اللواتي يرغبن في تجنب الحمل بما يقارب ٤٠ مليون امرأة، وحدثت أكبر التحسينات في تخفيض الاحتياجات غير الملباة في جنوب شرق آسيا. وعلى الرغم من هذه المكاسب، ثمة حاجة كبيرة إلى تدخلات موجهة تستهدف المجتمعات المحلية التي تعاني من نقص في الخدمات والشرائح السكانية المهمشة، التي تظل احتياجاتها غير الملباة عالية نسبياً.

وفي العالم النامي في مجمله، فإن ١٨ في المائة من النساء المتزوجات لديهن حاجة غير ملباة إلى وسائل منع الحمل الحديثة، بيد أن ٣٠ إلى ٣٧ في المائة من النساء لديهن حاجة غير ملباة إلى وسائل منع الحمل في غرب أفريقيا ووسطها وشرقها وفي غرب آسيا. وفي المنطقة العربية، لدى عدد كبير من النساء حاجة غير ملباة إلى تنظيم الأسرة - أي أنهن يفضلن تجنب الحمل لمدة سنتين على الأقل لكنهن لا يستخدمن وسيلة من وسائل تنظيم الأسرة. وقد خلصت دراسة استقصائية تولاها مشروع الدول العربية للصحة الأسرية أن أربع متزوجات من كل ١٠ متزوجات بالغات سن الإنجاب ممن يعشن في الدول العربية يستعملن وسائل حديثة لمنع الحمل (Roudi- Fahimi et al., 2012). وفي معظم الدول العربية، يعزى تردد المرأة تجاه تنظيم الأسرة إلى طائفة من العوامل، بما في ذلك الخوف من الآثار الجانبية، وشواغل بشأن ردود فعل الزوج، ودور أسرته ومسؤوليتها الثقافية عن الإنجاب. ويتراجع هذا التردد بتقدم المرأة في السن. وفي غرب أفريقيا ووسطها بوجه خاص، يسهم ضعف النظم الصحية وسوء الخدمات في اشتداد الاحتياجات غير الملباة إلى وسائل منع الحمل (Singh and Darroch, 2012). وفي جميع البلدان النامية تقريباً، تنجب النساء الفقيرات المزيد من الأطفال ويقل استعمالهن لوسائل منع الحمل مقارنة بالنساء الأيسر حالاً، مما يؤكد الحاجة إلى البرمجة الموجهة في

تكون فعاليتها أكبر. ولا تكون الوسيلة العاجلة لمنع الحمل فعالة عندما يبدأ انغراس البويضة ولا تسبب الإجهاض. فالغرض منها أن تستخدم في حالات الاستعجال وليست مناسبة للاستخدام العادي. وللحماية الطويلة الأمد، فإن اللولب الرحمي النحاسي عندما يتم وضعه في غضون خمسة أيام من الجماع، يمنع هو أيضاً انغراس البويضة ويمكن تركه في الرحم لمدة تصل إلى ١٠ سنوات (Trussell and Raymond, 2012). وتقوم الوسائل العاجلة لمنع الحمل بدور خاص في حالات العنف الجنسي، والنزاع المسلح، وحالات الطوارئ الإنسانية. ونظراً لطبيعة اللقاءات الجنسية للشباب التي لا يمكن التنبؤ بها في كثير من الأحيان ولا يخطط لها، فإن الوسائل العاجلة لمنع الحمل تكتسي أهمية خاصة من خلال طائفة الخدمات التي توفرها للمراهقين والبالغين الشباب.

الحقوق والحاجة غير الملباة لتنظيم الأسرة

استناداً إلى تقرير لمعهد غوتماخر وصندوق الأمم المتحدة للسكان لعام ٢٠١٢، بشأن الاحتياجات غير الملباة في مجال تنظيم الأسرة، يقدر عدد النساء البالغات سن الإنجاب ١,٥٢ بليون امرأة. ويحتاج إلى وسيلة من وسائل منع الحمل ما تقديره ٨٦٧ مليون امرأة منهن. لكن من يستعملن وسيلة حديثة من وسائل منع الحمل لا يتعدى ٦٤٥ مليون امرأة. أما ٢٢٢ مليون امرأة، وهو العدد المتبقي منهن، فلهن حاجة غير ملباة إلى منع الحمل.

- وسيحصل ما تقديره ٨٠ مليون حالة حمل عارض في عام ٢٠١٢ في العالم النامي نتيجة لفشل وسائل منع الحمل أو عدم استعمالها لدى النساء غير الراغبات في التعجيل بالإنجاب.
- ومعظم حالات الحمل العارض في البلدان النامية في عام ٢٠١٢ - أي ٦٣ مليون حالة - من أصل ٨٠ مليون حالة حمل عارض، ستحدث لدى النساء اللواتي لهن حاجة غير ملباة لوسائل منع الحمل الحديثة.
- وتحدث ١٨ في المائة من حالات الحمل العارض لدى النساء اللواتي كن يستخدمن وسائل منع الحمل الحديثة والبالغ عددهن ٦٠٣ مليون امرأة لكنهن واجهن صعوبة في استعمال وسيلتهن استعمالاً منتظماً أو سليماً، أو تحدث بسبب فشل تلك الوسيلة.

حصول المراهقين على وسائل منع خلال السنوات العشر الماضية في ٢٢ بلداً من البلدان الأفريقية الواقعة جنوب الصحراء الكبرى حيث للمراهقة الواحدة من أصل كل أربع مراهقات حاجة غير ملبأة إلى وسائل تنظيم الأسرة (الأمم المتحدة، ٢٠١١ ج). وتعاني المراهقات المتزوجات في جميع المناطق صعوبة أكبر من النساء الأكبر سناً في تلبية حاجتهن إلى خدمات منع الحمل (Ortayli and Malarcher, 2010). لكن الشباب اللواتي لم يسبق لهم أن تزوجن يواجهن هن أيضاً صعوبات في الحصول على وسائل منع الحمل، ويعزى ذلك إلى حد كبير إلى وصمة العار المرتبطة بممارسة النشاط الجنسي قبل الزواج (Singh and Darroch, 2012).

استعمال وسائل منع الحمل يقلل من معدلات الإجهاض

توقف الانخفاض الطويل الأمد في معدلات الإجهاض، استناداً إلى دراسة حديثة لمعهد غوتماخر (Singh and Darroch, 2012). ويذهب البحث في تقديره إلى أن ما يقدر بحوالي ٨٠ مليون حالة حمل عارض ستنشأ في عام ٢٠١٢ في العالم النامي، و٤٠ مليون منها ستنتهي بالإجهاض.

المجتمعات المحلية الفقيرة الموارد. وفي أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، يزيد بثلاثة أضعاف احتمال استعمال وسائل منع الحمل لدى نساء الخمس الأيسر حالاً بالمقارنة مع نساء الخمس الأقل يسراً (Gwatkin et al., 2007). وقد يدفع منتقدو تنظيم الأسرة أحياناً في ظروف معينة بحجج ثقافية حول عدم استعمال وسائل منع الحمل، بيد أن هؤلاء النسوة هنّ جميعاً أفراد في مجتمع واحد. والفرق الرئيسي بين مستعملي وسائل منع الحمل وغير مستعمليها هو أن البعض منهنّ متاح له فرصة الحصول على المعلومات، ويتوفر له المزيد من الخيارات نتيجة لنصيبي الأوفر من الثروة ومستواه التعليمي، ويمكنه أن يقرر إنجاب عدد أقل من الأطفال حسب رغبته.

وتمثل النساء ذوات الحاجة غير الملبأة إلى وسائل تنظيم الأسرة ما يقارب أربعة أخماس حالات الحمل العارض (Singh and Darroch, 2012). ومن العوامل الأخرى المسهمة في نشوء حالات الحمل العارض الاستعمال غير السليم أو غير المنتظم لوسيلة منع الحمل، بسبب النقص في المشورة أو المعلومات، ووقف استعمال وسيلة منع الحمل دون الاستعاضة عنها بوسيلة أخرى (Singh and Darroch, 2012). ويقل كثيراً استعمال الوسائل الحديثة لمنع الحمل لدى النساء اللواتي لم يسبق لهم أن تزوجن عن استعمال النساء المتزوجات لها في العالم النامي برمته، ما عدا في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، حيث للنساء حاجة ملحة لتوفير الحماية المزدوجة من الحمل والأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية، إذ يعد الرفال الوسيلة الشائعة التي تستعملها النساء غير المتزوجات (Singh and Darroch, 2012). وتؤكد هذه البيانات أيضاً ضرورة توفير الخدمات الملائمة للمراهقات والشباب. فحالات الحمل بين المراهقات اللواتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ١٩ سنة تشيخ بما يزيد على الضعف في الأسر الفقيرة بالمقارنة مع نفس الفئة العمرية من المراهقات في الأسر الأيسر حالاً (Gwatkin et al., 2007). وتتفاقم هذه الفوارق لأن احتمال أن تكون الفتيات الفقيرات متزوجات وغير متعلمات ويعانين من سوء التغذية وينجبن رضعاً خدجاً أو ناقصي الوزن أرجح من احتمال كون الفتيات الموسرات في نفس الوضع. ولم يلاحظ أي تحسن يذكر في

▼ مرشدة صحية متنقلة في زيارة لأحد المنازل في غابورون، بوتسوانا.
©Panos/Giacomo Pirozzi



وتنشأ معظم حالات الحمل العارض المنتهية بالإجهاض عن عدم استعمال وسائل منع الحمل أو عن إخفاق وسيلة منع الحمل المستعملة، ولاسيما الوسائل التقليدية من قبيل العزل. وعلى الرغم من انخفاض معدل فعالية وسائل منع الحمل التقليدية، فإن ١١ في المائة من جميع مستعملي وسائل منع الحمل على المستوى العالمي (أقل من سبعة في المائة من جميع النساء المتزوجات) يعتمدون على العزل وحساب الدورة الطمثية والأساليب التقليدية الأخرى (Rogow, 1995). ولئن كان انعدام فرص الحصول على الوسائل الحديثة في الغالب عاملاً في هذا الاختيار، فإن العديد من الناس يفضلون ما يسمى بالأساليب "الطبيعية" لانعدام الآثار الجانبية، ولكونها غير مكلفة، ولإمكانية استعمالها في البيت دون حاجة إلى الانتقال إلى عيادة.

” ينبغي لجميع البلدان، خلال السنوات القليلة القادمة، أن تقيّم مدى حاجاتها الوطنية غير المستوفاة من الخدمات الجيدة لتنظيم الأسرة وإدماجها في إطار الصحة الإنجابية، مع إيلاء اهتمام خاص إلى أشد فئات السكان ضعفاً وحرماناً من الخدمات“.

— برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية لعام ١٩٩٤، الفقرة ٧-١٦

ويمكن معالجة شواغل المرأة بشأن وسائل منع الحمل الحديثة ومساعدة النساء اللواتي يتوقفن عن استعمال وسيلة من وسائل منع الحمل على العثور على وسيلة جديدة وفعالة للحد من حالات الحمل العارض في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وجنوب آسيا ووسطها وجنوب شرق آسيا بمعدل ٦٠ في المائة، وخفض حالات الإجهاض في تلك المناطق بأكثر من النصف (Cohen, 2011). ولعل تلبية الاحتياجات غير الملباة عالمياً من شأنه تجنب ٥٤ مليون حالة من حالات الحمل العارض وتخفيض حالات الإجهاض بحوالي ٢٦ مليون حالة - أي بتخفيضها من ٤٠ مليون إلى ١٤ مليون حالة إجهاض (Singh and Darroch, 2012).

وخلصت دراسة للإجهاض في ١٢ بلداً في آسيا الوسطى وأوروبا الشرقية إلى أن العديد من النساء كن يستعملن وسائل منع الحمل الحديثة ولكنهن توقفن عن ذلك لعدة أسباب (Westoff, 2005). وانتهت

بالإجهاض غالبية حالات الحمل الناجمة عن التوقف عن استعمال وسيلة حديثة من وسائل منع الحمل. وهذا ما يبرز أهمية توفير طائفة من وسائل منع الحمل للزبائن لا اختيار وسيلة منها، وإسداء مشورة ذات جودة عالية لهن و”مصاحبتهن“ كما أبرزت أهمية قيام مقدمي وسائل منع الحمل بمساعدة النساء اللواتي لا يشعرن بالرضا على وسيلة من وسائل منع الحمل على الانتقال إلى وسيلة أخرى قبل أن يحدث الحمل العارض.

وفي أوكرانيا، ما فتئت معدلات الخصوبة تنخفض لأن المزيد من النساء تتاح لهن فرصة العمل خارج البيت، ويختار المزيد من الأزواج إنجاب عدد أقل من الأطفال. فبعد تفكك الاتحاد السوفياتي مباشرة، كان الأزواج يعتمدون على الإجهاض باعتباره وسيلة رئيسية لتخفيض عدد الأطفال. غير أنه في الوقت الراهن، لما كان تنظيم الأسرة متاحاً ومفهوماً بقدر أكبر، فإن حالات الحمل غير المخطط له قليلة، مما تقل معه حالات الإجهاض. وفي أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، تراجعت معدلات الإجهاض (من ٣٧ لكل ١٠٠٠ امرأة تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ٤٤ في عام ١٩٩٥ إلى ٣١ لكل ١٠٠٠ امرأة في عام ٢٠٠٨) (Kulcycki, 2011)، وتزايد استعمال وسائل منع الحمل الحديثة في جميع أنحاء المنطقة إلى حوالي ٦٧ في المائة لدى النساء المتزوجات (إدارة الأمم المتحدة للشؤون الاقتصادية والاجتماعية، ٢٠١١). غير أن الحصول على وسائل منع الحمل لا يزال صعباً في بعض المناطق، وبالنسبة لبعض الجماعات، لا سيما الفقراء والمراهقين. ويدفع ارتفاع معدلات الحمل العارض بالعديد من النساء إلى السعي إلى الإجهاض، الذي يحاط بعدة قيود في معظم بلدان المنطقة. ففي عدد من البلدان، لا يسمح بالإجهاض إلا لإنقاذ حياة المرأة. ونتيجة لذلك، تتم سراً وفي ظروف غير مأمونة عمليات الإجهاض كلها تقريباً وبالبالغ عددها ٤,٢ ملايين عملية إجهاض سنوياً في المنطقة؛ كما أن معدلات الإجهاض ونسبة عمليات الإجهاض غير المأمون في المنطقة من أعلى المعدلات والنسب في العالم (United Nations, Economic Commission for Latin America and the Caribbean, 2011). ولئن كان بإمكان المرأة الموسرة أن تستعين بمقدمي الخدمات من القطاع الخاص، فإن المرأة



▲ بحلول عام ٢٠٢٠، إذا تمكن عدد إضافي من النساء قدره ١٢٠ مليون امرأة من الحصول على ما ترده من وسائل منع الحمل، سيعني ذلك تخفيض عدد وفيات النساء والفتيات لأسباب تتعلق بالحمل والولادة بمقداره ٢٠٠٠٠٠٠٠. بما يعني إنقاذ حياة امرأة كل ٢٠ دقيقة، وسيؤدي توفير فرص الحصول على وسائل منع الحمل إلى تخفيض عدد المواليد الذين يموتون في السنة الأولى من عمرهم بمقدار ٣ ملايين مولود.

©Lindsay Mgbor/
UK Department for
International Development

الصغيرة، والعنف ضد المرأة. وتنسق المحفل شابات من الجمعية تلقين تدريباً في مجال حقوق الإنسان، والصحة الجنسية والإنجابية والمساواة بين الجنسين. وتفيد الشابات بأن ثمة ثقة أكبر في اتخاذ القرارات المتعلقة بالصحة الإنجابية وقدرًا كبيراً من الإلمام بالمعلومات المتعلقة بخدمات الصحة الجنسية والإنجابية وأماكن الحصول عليها. ■

زيادة استعمال وسائل منع الحمل، والتقليل من الإجهاض

ثمة أدلة قوية تفيد بأنه عندما تُستعمل وسائل منع الحمل الحديثة على نطاق أوسع، تنخفض معدلات الإجهاض (Westoff, 2008). ففي روسيا، مثلاً، بتزايد استعمال اللولب الرحمي وحبوب منع الحمل بنسبة ٧٤ في المائة بين عامي ١٩٩١ و ٢٠٠١، انخفض بنسبة ٦١ في المائة الإجهاض الذي كان الوسيلة الأساسية للتحكم في الخصوبة على مدى عقود. ولوحظت أنماط مماثلة في جميع أنحاء بلدان أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى حيث كانت المرأة تفتقر في

الفقيرة كثيراً ما تعاني من العواقب الطبية والقانونية لخياراتهم المحدودة (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١١ أ). وتؤدي عمليات الإجهاض غير المأمون في المنطقة إلى أكثر من ١٠٠٠ حالة وفاة و ٥٠٠٠٠٠ حالة استشفاء بالمستشفيات سنوياً (Kulcycki, 2011).

وتتشابه معدلات الإجهاض لدى النساء في المناطق المتقدمة النمو والمناطق النامية من العالم: إذ تبلغ ٢٩ عملية إجهاض لكل ١٠٠٠ امرأة في البلدان النامية، مقارنة بمعدل ٢٦ عملية إجهاض لكل ١٠٠٠ امرأة في البلدان المتقدمة النمو (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١١). وعلى الرغم من أن شيوع وسائل منع الحمل مرتفع في البلدان المتقدمة النمو، فإن بعض النساء قد يتوقفن عن استعمال وسيلة من وسائل منع الحمل أو قد لا تتوفر لهن فرص الحصول عليها بانتظام.

ويمثل الإجهاض غير المأمون ما يقارب نصف جميع حالات الإجهاض (Sedgh, Singh and Shah, 2012). وتحديث في البلدان النامية كل حالات الإجهاض غير المأمون (٩٨ في المائة) - بين جميع الفئات العمرية - إذ يحدث أكبر عدد منها في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. وقد ذهبت منظمة الصحة العالمية في تقديراتها إلى أنه يحدث سنوياً ما مجموعه ٢١,٦ مليون عملية إجهاض (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١١). ويتزايد عددها باطراد بتزايد عدد النساء البالغات سن الإنجاب (١٥-٤٤) في جميع أنحاء العالم.

دراسة حالة

الإجهاض غير المأمون في موزامبيق

تلجأ الشابات في موزامبيق لممارسات خطيرة وغير مشروعة لإنهاء الحمل غير المرغوب فيه. وقد نظمت الجمعية الموزامبيقية للنهوض بالأسرة (AMODEFA) حلقات مناقشة في إطار "تجمعات نسائية" تجتمع لمدة ساعتين كل أسبوع للحديث عن القضايا ذات الصلة وسارت على دربها في الوقت الراهن منظمات غير حكومية أخرى (صندوق الأمم المتحدة للسكان، ٢٠١١ أ). ويختار الأعضاء الموضوعات التي تدور حول وسائل منع الحمل، والشركاء، والإجهاض غير المأمون، والمساواة بين الجنسين، وفرص الأعمال التجارية

السابق لفرص الحصول على وسائل منع الحمل الحديثة (Westoff, 2005).

ووفقاً لآخر بيانات مبنية حسب العمر ومتعلقة بعمليات الإجهاض غير المأمون، تمثل المراهقات والشابات اللواتي يلجأن إلى الإجهاض ٤٠ في المائة تقريباً من حالات الإجهاض غير المأمون في جميع أنحاء العالم (Shah and Ahman, 2004). وقد تكون حالات الوفاة والعجز أعلى في صفوف المراهقات مما عليه الأمر في صفوف النساء البالغات وذلك بسبب التأخر في التماس خدمات الإجهاض وعدم طلب الرعاية في حالات مضاعفات الإجهاض. وتزايد معدلات الإجهاض بفرض قيود على وسائل منع الحمل أو بتزايد الرغبة في تشكيل أسر أصغر حجماً أو في تأخير الإنجاب. ويمكن أن يعمل تنظيم الأسرة الموجه للشباب على اتقاء الأسباب الرئيسية للوفاة لدى الفتيات اللواتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ١٩ سنة أي: مضاعفات الحمل والولادة والإجهاض غير المأمون (Patton et al., 2009). فكل وفيات الأمهات تقريباً تحدث في البلدان النامية، حيث يحدث أكثر من نصف هذه الوفيات في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وما يقارب ثلثها في جنوب آسيا (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٢).

وتذهب تقديرات دراسة مقارنة لحالات الاستشفاء بالمستشفيات في ١٣ بلداً من البلدان النامية إلى أن ما يقارب ربع النساء (٨,٥ ملايين امرأة) اللواتي يجهضن كل سنة يعانين مضاعفات تتطلب عناية طبية، ويعجز حوالي ٣ ملايين منهن عن الحصول على الرعاية التي يحتجن إليها (Singh, 2006).

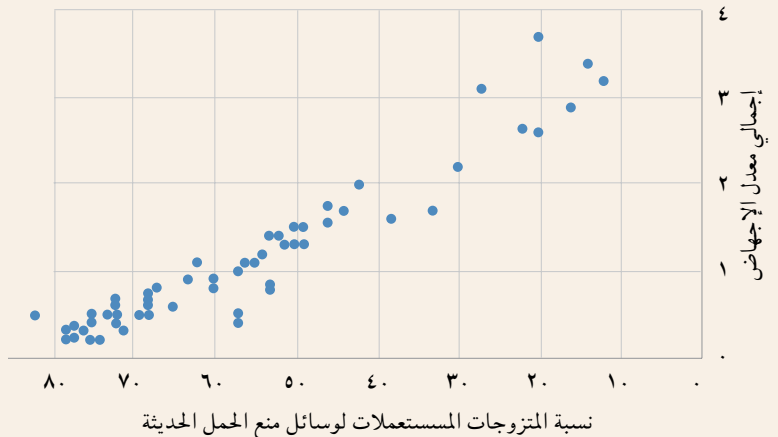
وتواجه الفتيات من مخاطر المضاعفات والوفاة بسبب للحمل ما يفوق المخاطر التي تواجهها البالغات. ومقارنةً بالبالغات، فإن احتمال الوفاة أثناء الولادة والوفاة النفاسية أكبر مرتين إلى خمس مرات لدى الأمهات الأصغر سناً اللواتي يلدن أطفالهن قبل بلوغهن سن الخامسة عشر (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٦). أما الفتيات الحوامل البالغات ١٨ سنة أو أقل فإن احتمال الوفاة النفاسية لديهن يفوق أربع مرات نظيره لدى النساء البالغات سن العشرين أو أكثر (Greene and Merrick, n.d.).

ومن الأمور التي يتم إغفالها كثيراً أن اعتلال الأمهات يشكل أيضاً مصدر قلق للشباب. فالأمهات الشبابات اللواتي يبقين على قيد الحياة بعد الولادة يكن معرضات بشكل أكبر لخطر المعاناة من الإصابات والأمراض الناجمة عن الحمل، بما في ذلك ناسور الولادة. وفي أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وآسيا، تذهب تقديرات الأمم المتحدة إلى أن ما يزيد على مليوني امرأة شابة تتعاش مع ناسور الولادة دون علاج، وهي حالة تقترن بالإعاقة، والاستبعاد الاجتماعي (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٠).

وفي معظم الأوضاع، تعكس المستويات العالية من الوفيات النفاسية والعجز ما تواجهه الشبابات من عدم مساواة في الاستفادة من الخدمات الصحية وحرمان واستبعاد اجتماعيين - وهي سبب ونتيجة للمخاطر الصحية التي تواجهها الشبابات نتيجة للحمل (Swann et al., 2003; Greene and Merrick, n.d.).

ويتم ما يقارب ٩٥ في المائة من الولادات في صفوف المراهقات في البلدان النامية، ففي هذه البلدان، تتم ٩٠ في المائة من الولادات في صفوف المراهقات اللواتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ١٩ في إطار الزواج (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٨). ويجري التسليم بصورة متزايدة بأن زواج الأطفال - وهو زواج يحدث قبل سن

معدلات مجموع عمليات الإجهاض وشيوع أساليب منع الحمل الحديثة في ٥٩ بلداً

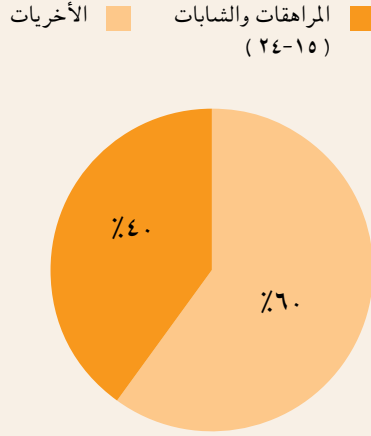


المصدر: Westoff, 2005.

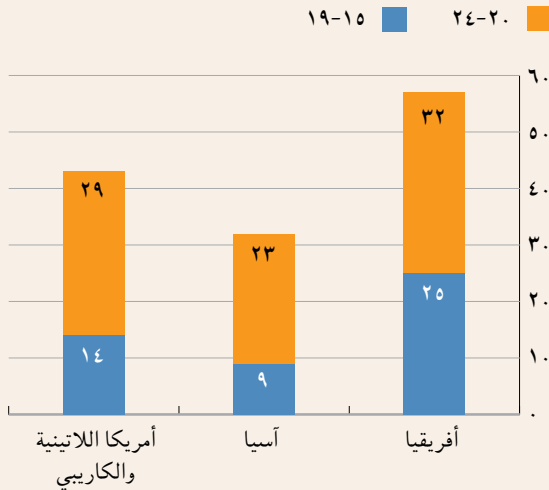
الإجهاض غير المأمون لدى المراهقات والشابات

النسبة المئوية لمجموع عمليات الإجهاض غير المأمون في البلدان النامية والحصة بالنسبة المئوية من الإجهاض غير المأمون في المنطقة

النسبة المئوية للمراهقات والشابات من مجموع عمليات الإجهاض غير المأمون على الصعيد العالمي



التوزيع، بالنسبة المئوية من عمليات الإجهاض غير المأمون (١٥-٢٤ سنة) في منطقتين



المصدر: Shah, I., Ahman, E (2004). "Age Patterns of Unsafe Abortion in Developing Country Regions. *Reproductive Health Matters*. 12(24 Supplement):9-17

الثامنة عشرة - انتهاك لحقوق الإنسان الواجبة للفتاة ، بما فيها الحق في الحماية من الممارسات التقليدية الضارة (على النحو المنصوص عليه في اتفاقية حقوق الطفل) ، لكنه يظل شائعاً للغاية ، وخاصة في أفريقيا وجنوب آسيا ، حيث يتم تزويج ما يقارب نصف جميع الفتيات قبل سن الثامنة عشرة (Hervish, 2011) . ومعظم الفتيات المتزوجات يصبحن حوامل بعد زواجهن بفترة قصيرة (Godha, Hotchkiss and Gage, 2011) . وعلى الرغم من أن ٧٥ في المائة من جميع الولادات في أوساط المراهقات توصف بأنها ولادات "مقصودة" ، (منظمة الصحة العالمية ، ٢٠٠٨) ، فإن هذا القصد قد يكون متأثراً بشدة الضغوط الاجتماعية والمعايير الثقافية التي تقضي مثلاً بأن تثبت المرأة خصوبتها لزوجها ولأسرته بعد الزواج مباشرة (Godha, Hotchkiss and Gage, 2011) . أما بالنسبة للفتيات غير المتزوجات ، فإن الأرجح أن يكون الحمل عارضاً وأن ينتهي بالإجهاض ، الذي غالباً ما يكون الوسيلة الوحيدة المتاحة لهن للتحكم في الخصوبة (منظمة الصحة العالمية ، ٢٠٠٨) .

وفي أمريكا اللاتينية ، انخفضت الولادات في صفوف المراهقات بسرعة أكبر ، ولكن لا تزال مرتفعة ، بمتوسط ٨٠ ولادة لكل ١٠٠٠ شابة في العام . وفي عدد قليل من البلدان ، من قبيل إكوادور وهندوراس ونيكاراغوا وفنزويلا ، تفوق معدلات الولادات لدى المراهقات ١٠٠ ولادة لكل ١٠٠٠ امرأة من النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ١٩ سنة ، مما يجعلها تقترب من معدلات معظم البلدان الواقعة جنوب الصحراء الكبرى (صندوق الأمم المتحدة للسكان ، ٢٠١١) . وترتفع كثيراً معدلات الحمل والإنجاب لدى المراهقات المنتهيات إلى مجموعات السكان الأصليين في هذه البلدان ؛ فهذه المجموعات كثيراً ما تكون محرومة اجتماعياً واقتصادياً وتعليمياً (Lewis and Lockheed, 2007) . وفي الولايات المتحدة ، انخفضت في الآونة الأخيرة معدلات الولادات لدى المراهقات في جميع المجموعات العرقية إلى أدنى مستوى سجل تاريخياً حيث بلغت ٣٤ ولادة لكل ١٠٠٠ امرأة لكنها لا تزال أعلى مما هي عليه في أوروبا الغربية (صندوق الأمم المتحدة للسكان ، ٢٠١٠) .

الحاجة إلى بيانات شاملة

إن حماية الحق في تنظيم الأسرة يتطلب أولاً فهماً أساسياً لمسألة من تتاح له في الوقت الراهن فرصة الحصول على خدمات تنظيم الأسرة ومن لا تتاح له تلك الفرص. كما يستوجب ضمان تلك الحقوق فهم الكيفية التي يرى بها الشباب والبالغون الجنس والحياة الجنسية، وقرار إنجاب الأطفال. وتتيح التكنولوجيات الجديدة للدول زيادة فهم الاتجاهات الديمغرافية والعوامل البيئية التي تحفز الناس على ممارسة الجنس وتؤثر على معدلات الخصوبة. وتمكن الاتصالات الرقمية والمتنقلة الناس من الحصول بسهولة على المزيد من المعلومات بشأن حقوقهم والتزامات حكوماتهم بدعمهم.

ويتطلب تقييم اتجاهات تنظيم الأسرة تحليلاً دقيقاً لتحديد الشرائح الأكثر ضعفاً، والشرائح التي أهملت احتياجاتها، وتحديد العوامل التي تسهم في إضعاف الناس وتجعلهم عاجزين عن إحقاق حقوقهم في تنظيم الأسرة في جميع مراحل حياتهم (صندوق الأمم المتحدة للسكان، ٢٠١٠).

وترسم المقاييس الديمغرافية السليمة صورة معقدة ومتطورة. وقد بات من الضروري أن تحلل الأطراف ذات المصلحة هذه البيانات على ضوء المعلومات المتعلقة بالظروف الاجتماعية والثقافية والصحية والسياسية التي تكيف الصحة وتكمن وراء نشوء أنماط فيها. وتؤكد منظمة الصحة العالمية أن هذه المحددات الاجتماعية للصحة هي التي تكمن وراء "معظم العبء العالمي للمرض والجزء الأكبر من الفوارق في الصحة" (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٥). وعلى جميع المستويات الفردية والمجتمعية والوطنية تهيئ المحددات الاجتماعية للصحة الظروف التي تؤثر على قدرة الرجال والنساء والشباب على الحصول على وسائل تنظيم الأسرة الجيد عندما يرغبون في منع أو تأخير الحمل في مراحل مختلفة من حياتهم.

ولذلك يتعين على صناعات القرار استخدام بيانات شاملة في مختلف القطاعات عن ديناميات السكان، بما في ذلك الهياكل العمرية ونسبة التحضر، إلى جانب الاتجاهات الأخرى. فالإكتفاء بزيادة توفير خدمات تنظيم الأسرة قد لا يكون ناجحاً في الحد من الحمل العارض إن لم تشفع بتحليل الشرائح التي تكون

والولادات لدى المراهقات آخذة في الانخفاض في معظم المناطق، ولكن معدل الانخفاض تباطأ في بعض المناطق من العالم، بل إنه انتكس في بعض البلدان في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى حيث إن الولادات لدى المراهقات هي الأعلى في العالم (United Nations Population Division, 2012). ففي أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، للمراهقات اللواتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ١٩ سنة، معدل ولادات متوسطة ١٢٠ ولادة لكل ١٠٠٠ فتاة في السنة، إذ يتراوح بين معدلين أعلاهما ١٩٩ ولادة لكل ١٠٠٠ فتاة في النيجر وأدناها ٤٣ ولادة لكل ١٠٠٠ فتاة في رواندا. وما يزيد على نصف الشباب يلدن قبل سن العشرين (Godha, Hotchkiss and Gage, 2011)، ولم تشهد خصوبة المراهقات في معظم البلدان في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى انخفاضاً يذكر منذ عام ١٩٩٠ (Loaiza and Blake, 2010). وفي منطقة القوقاز وآسيا الوسطى، استقرت خصوبة المراهقات على مدى السنوات العشر الماضية، ربما لأن المنطقة حققت مستويات عالية في تعليم الفتيات، إذ أحرزت المساواة بين الجنسين في المرحلة الثانوية وفاق عدد الفتيات اللواتي يلتحقن بالتعليم العالي عدد الفتيان (الأمم المتحدة، ٢٠١٢). والمنطقة الوحيدة التي زادت فيها خصوبة المراهقات بين عامي ٢٠٠٠ و ٢٠١٠ هي منطقة جنوب شرق آسيا.

نتائج الدعوة القائمة على البيانات في كسب الدعم السياسي والمالي لتنظيم الأسرة في إكوادور

تتباين معدلات الخصوبة في إكوادور حسب المجموعات السكانية. فالنساء في الخمس الأقل دخلاً، على سبيل المثال، لهن في المتوسط خمسة أطفال، مقارنة بالنساء في الخمس الأعلى دخلاً اللواتي لهن طفلين في المتوسط. وتعكس هذه الفوارق تفاوتاً في فرص الحصول على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية. وللتصدي لذلك، أقام صندوق الأمم المتحدة للسكان شراكة مع وزارة الصحة وغيرها من المنظمات الثنائية والمتعددة الأطراف لجمع وتحليل البيانات لتوثيق أوجه التفاوت والدعوة إلى إحداث تغييرات من شأنها تصحيح هذه التفاوتات. وقد أتاحت هذه البيانات حججاً في عام ٢٠٠٩ استوجبت وضع استراتيجية جديدة لتنظيم الأسرة ومنع حمل المراهقات، ونتيجة لذلك، زادت إكوادور من استثماراتها في إمدادات الصحة الإنجابية، بما في ذلك وسائل منع الحمل، بما يزيد على ٧٠٠ في المائة بين عامي ٢٠١٠ و ٢٠١٢، حيث بلغ ما أنفقته ٥٧ مليون دولار.



▲ زوجان مع طفلهما في فولكان ، رومانيا.
©Panos/Petru Calinescu

ومستويات الإجهاد غير المأمون أعلى معدلاتها في أفقر البلدان وفي صفوف السكان المحرومين داخل كل بلد . ولا تزال المستويات العالية والمستمرة للحمل غير المرغوب فيه قائمة في بعض البلدان المتقدمة النمو . ويمكن الوقوف على فوارق في الحصول على وسائل تنظيم الأسرة واستعمالها بين النخب المتعلمة والموسرة وبقية الفئات الأخرى . ولذلك عندما يتعلق الأمر باستعمال وسائل تنظيم الأسرة ، فإن أولئك الذين يستطيعون استعمالها يستعملونها فعلاً ، في حين أن أولئك الذين لا تتاح لهم إلا فرص محدودة لاستعمالها يواجهون احتياجات غير ملباة وحالات حمل عارض .

وفي معرض التفكير في الحاجة القائمة إلى معلومات تنظيم الأسرة وخدماته في جميع أنحاء العالم ، يلزم أن تتاح لواقعي السياسات فرص الحصول على بيانات شاملة وأن يراعوا أنماط النشاط الجنسي لا مجرد معدلات الخصوبة .

احتياجاتها غير الملباة أكبر ، أو الجوانب التي تكون فيها الجهود الرامية إلى دعم الحقوق الإنجابية ضعيفة ، أو الجوانب التي تحول فيها الحواجز الثقافية والاجتماعية والاقتصادية أو اللوجستية دون حصول الأفراد على المعلومات وعلى خدمات عالية الجودة .

ويبرز برنامج العمل ترابط النشاط الجنسي البشري والسن ونوع الجنس ، والكيفية التي تؤثر بها هذه العوامل على قدرة الرجال والنساء على بلوغ الصحة الجنسية والإنجابية وصونها وإدارة عيشتهم . ولذلك يجب أن تركز برامج تنظيم الأسرة على تحليل البيانات بطرق تأخذ في الاعتبار مجموع عناصر النشاط الجنسي ، إضافة إلى نتائج النشاط الجنسي المرتبطة بنوع الجنس والفئة العمرية .

خاتمة

تبلغ الخصوبة ، والاحتياجات غير الملباة ، ومعدلات توقف مستعملي وسائل منع الحمل عن استعمالها



تحديات تعميم فرص الاستفادة

توجد رغبة كبيرة وغير ملبأة في تنظيم الأسرة في جميع أنحاء العالم لدى الناس على اختلاف أعمارهم وفتاتهم العرقية وأماكن إقامتهم. وتباين الأمم تبايناً كبيراً في قدرتها على مساعدة سكانها على تحقيق هذه الرغبة وإحقاق حقوق الأفراد. وفي العديد من البلدان توجد تشريعات وطنية لترجمة الالتزامات الدولية للحقوق إلى واقع ملموس (Robison and Ross, eds, 2007). غير أنه في العديد من الأوضاع، لا تضمن حقوق البعض - لا حقوق الكل - إلا من حيث المبدأ.

التصدي للحواجز الاجتماعية والاقتصادية لتنظيم الأسرة

يؤكد "تفاهم الأمم المتحدة المشترك بشأن نهج قائم على حقوق الإنسان" على أهمية بناء قدرات الأفراد على المطالبة بحقوقهم وكذا قدرة المكلفين بالواجبات على الوفاء بالتزاماتهم، بما فيها الالتزام بتقديم الخدمات. وبالتالي فإن زيادة فرص الاستفادة من الخدمات الأساسية لتنظيم الأسرة واستعمالها يتطلب تطوير القدرات من أجل التمكين، ولا سيما تمكين ذوي الحقوق الذين يعانون من التهميش والتمييز، وتطوير قدرة المكلفين بالواجبات على الاستجابة والمساءلة. ويمكن للعديد من المؤسسات المختلفة أن تتصدى لهذه الحواجز التي تحول دون إعمال الحق في تنظيم الأسرة.

ويمكن للعوامل الاجتماعية والثقافية والاقتصادية أن تمكن من إعمال الحقوق أو تعيق إعمالها بما فيها حق الوصول إلى معلومات وخدمات تنظيم الأسرة. وقد تعني هذه العوامل أن الأصل العرقي، والعمر، والحالة الزوجية، ومركز اللاجئ، والجنس، والإعاقة، والفقر، والصحة العقلية وغيرها من الخصائص كلها حواجز

ورغم توافر طائفة من أشكال الحماية القانونية، لا تزال ثمة حواجز تحول دون الحصول على الحقوق أو التمتع بها. ويتعلق بعض الحواجز بالتكاليف والقدرة على تحمل التكاليف. ويتعلق البعض الآخر بصعوبات في توفير إمدادات وخدمات ذات جودة تتاح بصورة موثوق بها في المناطق النائية أو تتعلق تلك الحواجز بالمسافات التي يتعين على الأفراد قطعها للحصول على وسائل تنظيم الأسرة. وثمة حواجز أخرى تتعلق بالقواعد والأعراف الاجتماعية أو بعدم المساواة بين الجنسين. ومع ذلك فإن بعضها مرتبط بالسياسة العامة أو البيئات التشريعية.

ولذلك تعجز فئات عديدة عن ممارسة حقها في أن تقرر ما إذا كانت ترغب في الإنجاب ومتى ستنجب وفي أي ظروف. وكثيراً ما يتعلق التحدي بالتمييز المباشر وغير المباشر والتنفيذ غير المتكافئ للتشريعات والسياسات والبرامج القائمة.

وفي جميع أنحاء العالم، تواجه فئات فرعية معينة من السكان تحديات كبرى في الوصول إلى المعلومات والخدمات التي تحتاج إليها لتنظيم أسرها. ونتيجة لذلك، يصبح الحصول على خدمات تنظيم الأسرة أقرب إلى امتياز يتمتع به البعض وليس حقاً عالمياً يمارسه الجميع.

► بريندا، ١٦ سنة (إلى اليسار)، واختها الأكبر أنوبيل، ١٨ سنة (إلى اليمين)، اضطرتا إلى ترك الدراسة لأن أسرتهما لم تتحمل المصروفات. هما الآن أمان شابان.

©Lindsay Mgbor/
UK Department
for International
Development

تحول دون استفادة الأفراد من خدمات تنظيم الأسرة . غير أنه ، في مجال الصحة الجنسية والإنجابية ، يبرز عدم المساواة بين الجنسين ، والتمييز الجنساني وعدم تكين المرأة باعتبارها عقبات تعترض سبيل المرأة بصفة خاصة عند سعيها إلى صون صحتها وإحقاق حقوقها ومطالبتها بها .

الوفاء بالتزامات الدول في مجال تنظيم الأسرة يتطلب التركيز على المساواة بين الجنسين

في كثير من الأوضاع ، تتغاضى المعايير الجنسانية عن معتقدات وسلوكيات محددة ، وعن توقعات البالغين والبالغين ، مما يسهم في المخاطر الصحية وجوانب الضعف التي تؤثر على المرأة والرجل طوال حياتهما . وبالمقارنة مع الرجل ، كثيراً ما يتم تنشئة المرأة والفتاة تنشئة سلبية ولا توفر لهما تربية كافية بشأن صحتهم

في إطار الجهد المبذول لتلبية الاحتياجات غير المستوفاة ، يطلب إلى جميع البلدان أن تحدد كافة العوائق الرئيسية المتبقية التي تحول دون الاستفادة من خدمات تنظيم الأسرة .

— برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية

الجنسية والإنجابية . فالحياة الجنسية — وهو موضوع يشمل مجموعة متنوعة من الرغبات والتجارب والاحتياجات — تقتصر عادة على مفاهيم طهر وعذرية المرأة والفتاة . وتتعايش المرأة مع ضغوط تكرهها على التقيد بالمعايير الاجتماعية التي تقصر بشكل موحد نشاطها الجنسي في إطار الزواج . وكثيراً ما تُصرف عن أخذ زمام المبادرة لطرح المواضيع المتعلقة بالعلاقات الجنسية ، أو رفض ممارسة الجنس أو التواصل بشأن تنظيم الأسرة .

وفي ظل الهيمنة الذكورية ، يلقن الفتيان والرجال بأن الجنس والأداء الجنسي عنصران أساسيان من عناصر الذكورة . وينظر إلى التمتع بالعلاقات الجنسية باعتباره حقاً من حقوقهم ويربون على أخذ زمام المبادرة في علاقاتهم الجنسية ، مما يولد ضغطاً كبيراً (وشعوراً بعدم الثقة بالنفس) . ولعل الآراء التقليدية

بشأن الرجولة تشجع الرجل على السعي إلى إقامة علاقات جنسية متعددة والمجازفة بالمخاطر الجنسية . وفي جميع أنحاء العالم ، يربى الرجل على الاعتقاد بأنه ليس المسؤول الأول عن تنظيم الأسرة وغالباً ما لا يعد مسؤولاً عن حدوث حالات الحمل خارج إطار الزواج .

واختلاف المعاملة بين الفتى والفتاة طيلة ترعرعهما يبدأ في وقت مبكر ، ويستمر في جميع مراحل حياتهما . والنتيجة هي أن الجميع — أطفالاً وشباباً وبالغين — يلقنون عموماً رسائل بشأن الطريقة التي يجب أو لا يجب أن يتصرفوا أو يفكروا بها ، وفي وقت مبكر ، يشرعون في تكوين توقعات متباينة عن أنفسهم وعن الآخرين ، تبعاً لكونهم ذكوراً أو إناثاً . ول للأسف كثيراً ما تترجم هذه التوقعات إلى ممارسات من شأنها أن تضر بالصحة الجنسية والإنجابية .

ورغم أن المرأة تعاني باستمرار من الآثار السلبية الضارة للمعايير الجنسانية طيلة حياتها ، فإن المجتمعات بدورها تنشئ الرجل والمراهق والفتى تنشئة اجتماعية يترتب عليها سوء الصحة الإنجابية والجنسية . وفي العديد من المجتمعات ، يشجع الرجال على إثبات رجولتهم بالمخاطرة ، وإثبات قوة شكيمتهم ، وقدرتهم على التحمل ، واستقلاليتهم ، وبالإكثار من العشيريات ويلقن الفتيان والرجال أدوار ومسؤوليات المعيل ورب الأسرة ؛ ويكون الاضطلاع بهذه السلوكيات والأدوار هو السبيل الغالب لإثبات الرجولة .

ولو كانت المعايير الجنسانية تملّي الفرق بين الجنسين ولا تملّي التراتبية الهرمية ، لما كان لنا أن نتحدث عنها في هذا المقام . لكن المعايير الجنسانية ترسخ وتعزز كقاعدة عامة خضوع المرأة للرجل وتتسبب في سوء نواتج الصحة الجنسية والإنجابية لكل من الرجل والمرأة . وكثيراً ما تمتنع المرأة من الاطلاع على حقوقها والحصول على الموارد التي يمكن أن تساعد في التخطيط لحياتها وأسرتها ، وتعمل على دعم النهوض بالمرأة في المدارس ، وتشجيع مشاركتها في الاقتصاد الرسمي (Greene and Levack, 2010) . وغالباً ما لا تقدم للرجل معظم مصادر معلومات وخدمات الصحة الجنسية والإنجابية فيتولد لديه شعور بأن التخطيط للإنجاب لا يعنيه : بل هو من مسؤولية المرأة .

عدم المساواة بين الجنسين في برامج تنظيم الأسرة

يشكل عدم المساواة بين الجنسين عقبة كأداء تحول دون تمكين المرأة - والرجل - من إحقاق حقهما في تنظيم الأسرة. بل هو أيضاً عائق يعترض سبيل التنمية المستدامة. ولئن كانت المساواة بين الجنسين تحيل إلى الهدف الشامل المتمثل في المساواة في الحقوق، وتوفير فرص الاستفادة، وعدم التمييز بين الجنسين فإن المساواة بين الجنسين تعني أيضاً الإنصاف في توزيع الموارد والخدمات (UNFPA, 2012b; Caro, 2009).

ولضمان الإنصاف والعدل، يجب على الحكومات أن تسعى إلى تحقيق المساواة بين الجنسين، واعتماد استراتيجيات وتدابير للتعويض عن جوانب الحرمان التاريخية والاجتماعية التي تمتع المرأة والرجل من التمتع بتكافؤ الفرص (UNICEF, 2010).

وتعزز الحواجز القانونية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية التي تحول دون بلوغ الصحة والحصول على الخدمات الصحية بحكم الحقائق الفيزيولوجية للإنجاب: فالمرأة تتحمل نتائج سوء خيارات الصحة الجنسية والإنجابية وتدفع ثمن هذه النتائج بالتضحية بصحتها بل وبالتضحية بحياتها أحياناً. ويتمكن الفئات السكانية الضعيفة من المعلومات والأساليب والخدمات الملائمة، فإنها تكون في وضع أفضل لتجنب العديد من النتائج الضارة بالصحة الجنسية والإنجابية التي تؤثر عليها. ويتيح التركيز على المساواة بين الجنسين للمرأة والرجل من كل الأعمار وفي جميع الأوضاع الاجتماعية المختلفة التخطيط لتوقيت الإنجاب والمباعدة بين الولادات.

ويتم تلقين المثل الجامدة بشأن المواقف والسلوكيات المناسبة بالنسبة للرجل والمرأة، وهي معايير تنشأ اجتماعياً وتختلف باختلاف السياقات المحلية وتتفاعل مع العوامل الاجتماعية والثقافية، بما في ذلك عوامل الطبقة أو الطائفة (Barker, 2005; Barker, Ricardo and Nascimento, 2007). وتنتقل هذه المعايير الاجتماعية وتتركس عبر شتى المستويات، ومن خلال الأفراد في مجموعات الأقران والأسر، وعبر المواقف والممارسات على صعيد المجتمع المحلي، وداخل المؤسسات.



▶ زوجان في مركز لتوفير الرعاية السابقة للولادة للأزواج في فنزويلا.
©UNFPA/Raúl Corredor

دراسة حالة

التصدي للعنف الجنساني في تنزانيا

اعترف برنامج جيجينجي! (Jijenge!) في تنزانيا بما يلحق المرأة من ضرر بسبب عدم المساواة بين الجنسين، بما في ذلك الضرر الذي يلحق بصحتها الجنسية والإنجابية (Michau, Naker and Swalehe, 2002). وتجاوز البرنامج نهج الطب الحيوي المتبع عادة في مجال الصحة الجنسية والإنجابية، فأدرج المساواة بين الجنسين في مجال الصحة الجنسية والإنجابية من خلال ثلاث استراتيجيات:

- توفير المعلومات والخدمات السريرية للمرأة، وهي معلومات وخدمات ومشورة تساعد المرأة على تحديد الأسباب الجذرية لمشاكل الصحة الجنسية في مجتمعاتها المحلية؛

ربط المواقف والسلوكيات العادلة جنسانياً ذات الصلة بالصحة الجنسية والإنجابية

النسبة المئوية للرجال الذين يرون أهمية ما يلي				
التبعية على سلم الرجل العادل جنسانياً	التواصل بين الزوجين	الإشباع الجنسي	المصاحبة في الزيارات السابقة للولادة	إجراء فحص فيروس نقص المناعة البشرية
منخفض	٨٧	٨٠	٥٨	٢٨
معتدل	٨٤	٩١	٦٨	٣١
عالي	٨٧	٩٥	٨٧	٣٨
البرازيل				
منخفض	٥٠	٥٠	٢٧	٢١
معتدل	٨٦	٨٣	٨٣	٢٤
عالي	٩٠	٨٨	٨٩	٣١
شيلي				
منخفض	٧٠	٦١	٦٩	٥
معتدل	٨٨	٦٧	٨٤	٣
عالي	٩٥	٧٩	٩٤	١٣
كرواتيا				
منخفض	٧٣	٩٨	٩١	٢٠
معتدل	٦٥	٩٨	٩١	١٢
عالي	٦٤	٩٨	٩٣	٦
الهند				
منخفض	٧١	٨٦	٧٥	١٦
معتدل	٨٥	٩١	٨٧	١٥
عالي	٩١	٩٦	٩٤	٣١
المكسيك				
منخفض	—	٨٣	—	٨٥
معتدل	—	٨٥	—	٨٧
عالي	—	٩٠	—	٨٩
رواندا				

المصدر: International Center for Research on Women and Promundo, 2011.

وقد خلص البرنامج إلى أن التركيز بصفة خاصة على العنف الجنساني (خاصة عندما ترد إشارات بطرق عدة) تبين أنه أكثر فعالية من اتباع نهج أوسع نطاقاً إزاء عدم المساواة بين الجنسين . وكان إشراك الرجل في المناقشات عنصراً رئيسياً شأنه في ذلك شأن تأييد أفراد المجتمع من ذوي النفوذ . ■

وإذا كانت المواقف الجنسانية الذكورية التقليدية المهمة ترتبط بسوء النواتج الصحية ، فإن من المنطقي

- تدريب العاملين في المجتمعات المحلية لإنشاء وكالات تقديم خدمات تراعي بقدر أكبر الفوارق بين الجنسين وتوفير مقدمي الخدمات ، بمن فيهم المدرسون والشرطة والقضاة والجماعات الكنسية وغيرهم ممن يستطيعون تطوير ممارسات أكثر مراعاة للمرأة ؛
- تغيير المواقف الجنسانية في المجتمعات المحلية عن طريق حفز النقاش العام عن حالة المرأة من خلال الكتيبات ومسرح الشارع ، واجتماعات المجتمع المحلي وغيرها من وسائل نشر المعلومات .



▶ أوليفيا أدبلايدي ،
أخصائية مخبر في
مركز بوان الصحي في
موزامبيق ، الذي يوفر
خدمات الرعاية الصحية
الأولية والصحة الجنسية
والإنجابية ، بما في فيها
تنظيم الأسرة وفحص
الإصابة بفيروس نقص
المناعة البشرية .

©UNFPA/Pedro Sá da
Bandeira

منع انتقال فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز من الأم إلى الطفل

إن حالة الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية لا تقع بالضرورة الرغبة في إنجاب الأطفال ،
إذ يمكن أن تقرر النساء المصابات بالفيروس الإنجاب على الرغم من إصابتهن ، أو يقررن إنهاء
الحمل أو عدم إنجاب الأطفال على الإطلاق (Rutenberg et al., 2006) . وتعجز النساء المصابات
بفيروس نقص المناعة البشرية عن ممارسة حقهن في أن يقررن عدد الأطفال الذين يرغبن في
إنجابهن وتوقيت ولادتهن والمباعدة بينهم عندما تحرم الممارسات التمييزية هؤلاء النساء من الوسائل
والخدمات الضرورية لتنفيذ قراراتهن ، من قبيل الحصول على وسائل منع الحمل وتنظيم الأسرة
ورعاية صحة الأمهات ، والحصول على الأدوية والخدمات لمنع نقل العدوى من الأم إلى طفلها .
ويخول الحق في الصحة وفي الصحة الجنسية والإنجابية للنساء المصابات بفيروس نقص
المناعة البشرية العلاج والرعاية والخدمات اللازمة لهن لمنع انتقال العدوى من الأم إلى الطفل
أثناء الحمل . ويقل احتمال انتقال فيروس نقص المناعة البشرية قبل الولادة عن ٢ في المائة
عندما يقترن الحمل بالعلاج المضاد للفيروسات العكوسة ، وينتهي بولادة مأمونة ، وتضمن التغذية
للرضيع . وفي غياب هذه الخدمات الحاسمة ، يتراوح احتمال انتقال الفيروس بين ٢٠ في المائة
و ٤٥ في المائة (World Health Organization, 2004a) .
وفي البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل ، يتلقى ما يقدر بنحو ٤٥ في المائة
من النساء الحوامل المصابات بالفيروس بعض الأدوية المضادة للفيروسات العكوسة على الأقل
لمنع انتقال فيروس نقص المناعة البشرية من الأم إلى الطفل (World Health Organization,)
UNAIDS and UNICEF, 2010) .

أن تؤدي المواقف الجنسانية الأكثر إنصافاً إلى تحسينات
في المواقف والممارسات ذات الصلة بالصحة الجنسية
والإنجابية (Pulerwitz and Barker, 2006; Barker, Ricardo and Nascimento, 2007) . وعلى سبيل
المثال ، فإنه تبين من الاستقصاء الدولي للرجال والمساواة
بين الجنسين أن الممارسات التي تراعي بقدر أكبر
الاعتبارات الصحية تقترن بمعدل أعلى في سلم ” الرجل
العادل جنسانياً “ وهو سلم يستخدم لقياس المواقف
تجاه المساواة بين الجنسين (International Center for
Research on Women and Promundo, 2010) .
وما تفيدنا به هذه البيانات هو أن الرجال الذين لهم
مواقف أكثر احتراماً للمرأة يحتمل أن تكون لهم نواتج
أفضل على المستوى الفردي ومستوى الزوجين تتجسد
في تحسين التواصل بين الزوجين ، وزيادة الإشباع
الجنسي ، وتزايد فرص مصاحبة شريكاتهم في الزيارات
السابقة للولادة ، وزيادة احتمال إجراء فحص لفيروس
نقص المناعة البشرية .

وعلى مدى السنوات الخمس عشرة الماضية ،
استثمرت المنظمات غير الحكومية ووكالات الأمم المتحدة
والحكومات في البرامج التي تجمع بين الجهود الرامية
إلى تغيير القواعد الجنسانية والتدخلات الصحية . وقد
تبين من بحث أجري مؤخراً أن الجهود الرامية إلى تعزيز
مواقف الرجال العادلة جنسانياً من شأنها أن تؤثر على
المواقف والممارسات المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية
(Pulerwitz and Barker, 2006; Barker, Ricardo and Nascimento, 2007) .
وقد خلصت استعراضات
عالمية أجريت مؤخراً لبرامج الصحة الجنسية والإنجابية
أن البرامج التي تراعي الاعتبارات الجنسانية تحقق نتائج
أفضل (Rottach, Schuler and Hardee, 2011;)
(Barker, Ricardo and Nascimento, 2007) .
ولا تزال المواقف الثقافية والتوقعات بشأن العذرية
والزواج والأدوار الأسرية تتسم بالجمود في كثير من
الأماكن ، وتتعرض بمخاوف بشأن الحياة الجنسية للأنثى ،
وسلطتها ، واستقلالها والمخاطر الحقيقية التي يمكن
أن تواجهها الفتاة (Greene and Merrick, n.d.) .
ولما كانت أعداد متزايدة من الفتيات يواصلن تعلميهن
في المدرسة لفترة أطول ، فإن الأرجح إحصائياً أن
ينضجن جنسياً أثناء فترة دراستهن ؛ ويواجهن مخاطر

إعادة تعريف ماذا يعني "الرجل الحقيقي"

يشعر الرجال ، على غرار النساء والفتيات ، بضغوط اجتماعية تكرههم على تبني مُثل جامدة بشأن الكيفية التي ينبغي أن يتصرفوا ويشعروا ويتفعلوا بها لكي يُعتبروا رجالاً حقيقيين . فهذه المُثل تُلقن ، ولا تعد بكل بساطة نتيجة لنوع جنسهم (Connell, 1987; Connell, 1998) . وعندما تتاح للرجال والفتيات فرصة التفكير النقدي في هذه المثل ، فإنهم كثيراً ما يصفون الضغوط التي يشعرون بها لكي يكونوا رجالاً حقيقيين - وهو تعبير يفيد عادة المخاطرة ، والقدرة على المكابدة ، وقوة الشكيمة ، والقيام بدور المعيل ومعايشة شريكات عديدات (Flood, 2007) .

ويشير تعبير الرجال الحقيقيين عادة إلى الهيمنة الذكورية - وهو مقياس الذكورة السائد الذي يقيّم به الرجال أنفسهم وقيمون به الآخرين . فمفاهيم الذكورة السائدة معقدة ومختلفة باختلاف المجتمعات ، وتتأثر بعدة عوامل منها الثقافة والعرق ، والطبقة الاجتماعية ، والحياة الجنسية (Kimmel, 2000) . وعلى سبيل المثال ، فإن فئة من الفئات التي لها صيغة واحدة للذكورة داخل فئة اجتماعية أو طبقية أو عرقية قد تمارس سلطة أكبر على فئة آخر ، كما تغطي في كثير من الأحيان الذكورة الجنسية الغيرية المهيمنة على ذكورة المثلية الجنسية والذكورة المزدوجة الميل الجنسي (Marsiglio, 1998) . وفي العديد من المجتمعات ، تقترن الذكورة المهيمنة بالغيرية الجنسية ، والزواج والسلطة والنجاح المهني والهيمنة العرقية ، وأو القوة البدنية (Barker, Ricardo and Nascimento, 2007) . والرجال والفتيات الذين يحددون عن معايير الذكورة السائدة في مواقفهم وسلوكياتهم يكونون عرضة للسخرية والنقد (Barker and Ricardo, 2005) . وعلاوة على ذلك ، فإن الشباب والبالغين الذين يؤمنون بهذه الآراء التقليدية عن الرجولة يحتمل أن يكونوا أكثر ميلاً إلى الممارسات الجنسية المحفوفة بالمخاطر (Sonen-stein, ed, 2000) . وقد خلصت نتائج مقياس الرجل العادل جنسانياً إلى أن المؤمنين بآراء أكثر جموداً بشأن الذكورة يرجح أن تكون لهم مواقف أو سلوكيات تعرض للخطر صحتهم الجنسية وصحة شريكاتهم (Pulerwitz and Barker, 2008) .

لا تعالجها على الوجه الملائم إلا مدارس قليلة ، ومنها العنف الجنسي ، والتعرض للأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي وفيروس نقص المناعة البشرية ، والحمل المبكر والإنجاب ، والإجهاض غير المأمون (Lloyd 2009) . وبطبيعة الحال ، فإن هذه المخاطر ليست كلها مخاطر جديدة ، أو مخاطر لا تحدث إلا في المدرسة ؛ فالفتيات غير المنتحقات بالمدارس يتزوجن هن أيضاً ، ويواصلن الإنجاب وهن مراهقات بأعداد كبيرة . والجديد في الأمر هو تعاطم احتمال التضارب بين الأدوار المستقرة التي تقوم بها الفتيات (الأعباء المنزلية ، والتوقعات بشأن العذرية ، وإدارة حياتهن الجنسية ، وتطلعات الزواج) وتلك الأدوار المتغيرة (التعليم ، والتعرض للأقران ، وتزايد التنقل في بعض الحالات) .

الإجهاض غير المأمون هو "عملية لإنهاء حمل عارض تُجرى إما عن طريق شخص يفتقر إلى المهارات اللازمة أو في بيئة لا تتفق مع الحد الأدنى للمعايير الطبية ، أو تُجرى في الحالتين معا" .

— منظمة الصحة العالمية (١٩٩٢)

ويتبين من تحليل أجري في خمسة بلدان أفريقية لتجربة فتيات تتراوح أعمارهن بين سن ١٢ و ١٩ سنة كنّ في المدرسة في سن الثانية عشرة أن احتمال بقاء الفتيات في المدرسة الابتدائية أو الثانوية أقل من احتمال بقاء الفتيات فيها في كل سن ، كما أن احتمال انتقالهن من المرحلة الابتدائية إلى المرحلة الثانوية أقل من احتمال انتقال الفتيات (Biddlecom et al., 2008) . والفتيات أكثر عرضة للانقطاع عن الدراسة عندما يصبحن ناضجات جنسياً ويمارسن الجنس في الفترة السابقة للزواج ؛ فالحمل المبكر له عواقب أوخم على الفتيات . وتفيد بعض البحوث التي أجريت مؤخراً بأن الحمل والزواج المبكر هما نتيجتان وليس سببين لعدم إكمال الفتيات لتعليمهن الثانوي (Biddlecom et al., 2008; Lloyd and Mensch, 2008) .



▲ شباب في ميدان التحرير
بالقاهرة.
©UNFPA/Matthew Cassel

وعلى نطاق واسع لا يعتبر النشاط الجنسي مقبولاً إلا عندما يمارسه الأشخاص "المناسبون" في ظروف "مناسبة". ولا تدرج منظورات الفئات المستبعدة إدراجاً محكماً في تصميم وتنفيذ وتقييم سياسات وبرامج تنظيم الأسرة. فمعوقات استفادة تلك الفئات تعتبر أمراً مسلماً به استناداً إلى أنماط الاستبعاد الخاصة بكل وضع.

وعبر كل المجتمعات في شتى أنحاء العالم، تلمي التوقعات ألا يمارس الجنس إلا بين الأفراد المتزوجين الذين يتمتعون بصحة جيدة، في إطار الغيرية الجنسية، بزواج واحد، في سن لا يكون مبكراً جداً ولا متأخراً للغاية، على أن يفني إنجابهم بتوقعات أسرهم ومجتمعاتهم المحلية. وعندما يخل النشاط الجنسي لأي شخص بأي شرط من هذه الشروط الصارمة، فإن المجتمع يجعل من الصعب على ذلك الشخص أن يستفيد من التربية المتعلقة بتنظيم الأسرة ومن أساليبه وخدماته.

وهذه المعايير الاجتماعية التي تعززت على مر الزمن بفعل المواقف والممارسات الثقافية القديمة العهد تتخلل الحوار، أو انعدام الحوار، بشأن الرغبات الجنسية

ولا يتماهى كل الفتيان والرجال في صيغ الذكورة المهيمنة داخل مجتمعاتهم المحلية. وعلى سبيل المثال، فإن الشباب الذين لهم مركز اجتماعي اقتصادي أعلى كثيراً ما تكون لهم من السلطة وإمكانية الاستفادة من السلع ومن الفرص ما يفوق المتاح للشباب المنتمي إلى الطبقات الاجتماعية الاقتصادية الدنيا (Barker, 2005). فتطور هوياتهم داخل مجموعات أقرانهم وأسرهم ومجتمعاتهم المحلية عملية دينامية تتغير مع مرور الوقت (Connell, 1994). ومواقف الرجال وتجاربهم، ولا سيما ما يستخلصونه من استنتاجات بشأن السلوك المقبول اجتماعياً، آثار على رغبة الرجال والفتيان في الاستفادة من خدمات تنظيم الأسرة وعلى المشاركة الفعالة في تنظيم أسرهم مع شريكاتهم.

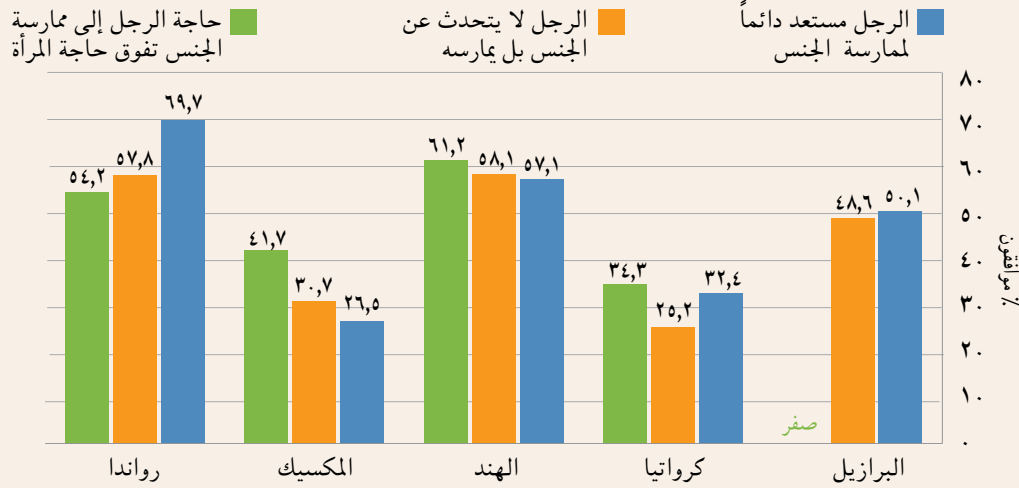
وخلص استعراض عالمي أجرته منظمة الصحة العالمية إلى أن أشكال الذكورة المهيمنة ثقافياً، التي تدفع الرجال في كثير من الأحيان إلى التحكم الصارم في المشاعر وتربي لديهم شعوراً بالمناعة، تعد حواجز تعترض الصحة والسلوك الذي ينشد صون الصحة: إذ أنها تثني بعض الرجال والفتيان عن زيارة المرافق الصحية أو عن دعم صحة شريكاتهم (Barker, 2007; Ricardo and Nascimento).

وكثيراً ما لا تتاح للرجال فرصة التشكيك في هذه المعايير الذكورية أو للتفكير في الكيفية التي تؤثر بها آراؤهم عن الرجولة في صحتهم وصحة شريكاتهم. غير أنه تبين من بعض البرامج المصممة خصيصاً لفئات معينة أن الشباب والبالغين يمكن أن يتخذوا مواقف وسلوكيات عادلة - وهي مواقف تقترن بنتائج أفضل في مجال الصحة الجنسية والإنجابية (International Center for Research on Women and Promundo, 2010; UN Women, 2008).

المواقف والمعايير السائدة بشأن الجنس تعيق استفادة الشباب وغير المتزوجين على اختلاف أعمارهم والرجال والفتيان والفئات المهمشة من تنظيم الأسرة

تلمي المعايير الاجتماعية والثقافية على المرأة والرجل من يمارس منهما الجنس ومتى يمارسونه ومع من يمارسونه.

العلاقة بين التقيد بالذكورة المهيمنة والحياة الجنسية



المصدر: International Men and Gender Equality Survey, International Center for Research on Women & Instituto Promundo 2011

العمومية . ولا تستطيع الحكومات وحدها تغيير المواقف والمعايير التمييزية بشأن الجنس . غير أنها تستطيع أن تهيكّل وتنسق العمليات التي تخفف الحواجز الاجتماعية التي تحول دون الاستفادة ، وأن تبني قدرات الفئات المهمشة على ممارسة حقوقها وأن تزود هؤلاء الأشخاص بالمعلومات والخدمات الكافية ، بما في ذلك التربية الجنسية الشاملة والموضوعية .

ويقوض تهميش حقوق عدد من الشرائح السكانية أهداف التنمية الوطنية . وكثيراً ما تكون هذه الفئات السكانية أكثر عرضة للإهمال والتمييز ، وفي كثير من البلدان ، تكون لتلك الفئات أكبر حاجة غير ملباة . ومن الفئات التي يمكن أن يتحدى نشاطها الجنسي المعايير الاجتماعية السائدة والتي تُعرقّل فرص استفادتها من خدمات جيدة وموثوق بها في مجال تنظيم الأسرة : (١) الشباب ، (٢) غير المتزوجين من كافة الأعمار ، (٣) الذكور (٤) الفئات الأخرى المهمشة والمعرضة للتمييز .

ويدون إدماج سياسات تنظيم الأسرة المعززة للاندماج الاجتماعي وتطبيق إطار قائم على الحقوق ،

للأفراد ، وبواعثهم وتحفظاتهم بشأن الاستفادة من تنظيم الأسرة ، وما يواجهونه من وصم وتمييز . ولنأخذ مثال المراهقين غير المتزوجين ، ذلك أنه رغم وجود أدلة وفيرة على أن العديد منهم ينشطون جنسياً وأنه من المعقول تماماً من زاوية الصحة العامة إعدادهم لإدارة تجاربهم ، فإن المعايير الاجتماعية تمنع مناقشة العلاقات الجنسية أو توفير خدمات الصحة الجنسية والإنجابية لهم وتزويدهم بالمعلومات المتعلقة بتنظيم الأسرة .

والظروف الاجتماعية التي بموجبها يعتبر النشاط الجنسي "غير مقبول" لا تحل الدول من واجب الوفاء بالتزاماتها وتعهداتها في مجال الصحة

توجد صلات وثيقة بين الحياة الجنسية للبشر والعلاقات بين الجنسين وهما يؤثران معاً في قدرة الرجال والنساء على تحقيق الصحة الجنسية والحفاظ عليها والتحكم في حياتهم الإنجابية . . . فالسلوك الجنسي المسؤول والحساسية والإنصاف في العلاقات بين الجنسين ، لا سيما عندما تغرس خلال سنوات تكون الشخصية ، تعزز وتشجع المشاركة بين الرجل والمرأة على أساس الاحترام والانسجام .

— برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية ، الفقرة ٧-٣٤ .

فإن المؤسسات المسؤولة عن التقديم العادل للمعلومات والخدمات قد تهمل إهمالاً منهجياً احتياجات شرائح كاملة من سكانها .

١ الشباب

رغم الالتزامات الدولية بإزالة الحواجز التي تحول دون تنظيم الأسرة لفائدة جميع الفئات السكانية، تخلص الأبحاث إلى أن احتياجات الشباب لا تزال تلقى الإهمال إلى حد كبير. والنتيجة هي أن أكبر جيل من الشباب في التاريخ عاجز عن ممارسة حقوقه الإنجابية ومنع الحمل العارض، أو التخفيف من مخاطر الانقطاع عن الدراسة، أو حماية نفسه من الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية. وهذا الواقع وعواقبه الضارة أمر بالإمكان تفاديه إلى حد بعيد .

ويشكل الأشخاص الذين تقل أعمارهم عن ٢٥ سنة في الوقت الراهن ٤٤ في المائة من مجموع سكان العالم (١,٦ بليون شخص)، وفي البلدان النامية، تبلغ أعداد الأطفال والشباب مستويات لم يسبق لها مثيل على الإطلاق (بليون شخص) .

وتشكل الفتيات اللواتي تتراوح أعمارهن بين ١٠ و ١٩ لوحدهن ما يقارب خمس كافة النساء البالغات سن الإنجاب (Guttmacher Institute and International Planned Parenthood Federation, 2010; Guttmacher Institute and International Planned Parenthood Federation, 2010a) .

وبدخول هؤلاء الشباب مرحلة البلوغ، يحدد واقعهم السياسي والاقتصادي والاجتماعي والثقافي الفرص والمخاطر التي يواجهونها في تخطيطهم للإنجاب . وفي العديد من المجتمعات، لا تزال هذه العوامل تتركس المواقف والممارسات التي تقيد الشباب أو تثنيهم عن الاستفادة من التعليم والخدمات والموارد التي من شأنها أن تمكنهم بمعلومات تتيح لهم اختيار اللحظة التي يريدون فيها أن يصبحوا آباء .

وتبلغ الاحتياجات غير الملباة أعلى مستوى لها لدى المراهقات اللواتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ١٩ سنة ويبلغن في المجموع ٣٠٠ مليون مراهقة . وتبلغ

مخاطر الإنجاب بالنسبة للأم والرضيع أعلى مستوى لها لدى الأمهات المراهقات ويلزم بذل جهود مكثفة لضمان احترام حقوق المراهقات في الحصول على معلومات وخدمات الصحة الجنسية والإنجابية، بما في ذلك الحماية من الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي ومن فيروس نقص المناعة البشرية، (UNICEF et al., 2011a) .

وكل يوم، يصاب بفيروس نقص المناعة البشرية ٢٥٠٠ شخص من الشباب معظمهم من الإناث . وكثيراً ما تحتاج الشابة، سواء كانت متزوجة أم لا، إلى الحماية المزدوجة باستخدام الرفال ووسيلة حديثة من وسائل منع الحمل لحمايتها من الحمل والمرض في آن واحد .

وفي أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وجنوب وسط آسيا وجنوب شرقها، يواجه ما يزيد على ٦٠ في المائة من المراهقات الراغبات في تجنب الحمل احتياجات غير ملباة من وسائل منع الحمل الحديثة . فهؤلاء المراهقات اللواتي لا يستخدمن وسائل منع الحمل الحديثة، أو اللواتي يعتمدن على طريقة تقليدية يشكلن ما يزيد على ٨٠ في المائة من حالات الحمل العارض في هذه الفئة العمرية .

وقد خلص تحليل مقارنة لبيانات الدراسات الاستقصائية الديمغرافية والصحية التي قام بها معهد غوتماخر في ٤٠ بلداً أن نسبة المراهقات اللواتي أفدن بأنهن توقفن عن استخدام طريقتهم في منع الحمل في الوقت الذي كن فيه بحاجة إلى وسيلة من وسائل منع الحمل تراوحت بين ٤ في المائة في المغرب و ٢٨ في المائة في غواتيمالا . وفي جميع البلدان، تزيد معدلات توقف المراهقات عن استعمال وسائل منع الحمل بحوالي ٢٥ في المائة عن معدلات النساء الأكبر سناً، مع وجود اختلافات حسب المناطق (Blanc et al., 2009) . وفي جميع البلدان باستثناء إثيوبيا، توقفت نسبة أكبر من المراهقات بالمقارنة مع النساء الأكبر سناً عن استخدام وسيلة من وسائل منع الحمل في الوقت الذي كن فيه راغبات في تجنب الحمل . وأشار نفس التحليل إلى ارتفاع معدلات إخفاق وسائل منع الحمل في أوساط الشباب خلال السنة الأولى من استعمال وسائل منع الحمل .

إن القلة القليلة من الشباب هي القادرة على استكشاف حياتها الجنسية في بيئات صحية تماشياً

مع التربية والخدمات الجنسية المناسبة للفئة العمرية مما يمكنها من اتخاذ قرارات مستنيرة بشأن تصرفاتها الجنسية وصحتها الإنجابية. ويمكن أن تعكس برامج تنظيم الأسرة الاعتقاد بأن من المفترض أن يظل الشباب عفيفاً حتى الزواج. ولم يعد هذا المعيار الاجتماعي والثقافي يعكس واقع الحياة الجنسية المتنوعة للشباب.

ويستكشف الشباب نشاطه الجنسي، ويخوض غمار حياته الجنسية تحت تأثير أفراد الأسرة، والممارسات الدينية وقادة المجتمع المحلي وضغط أقرانهم. ويتعرض المراهقون والمراهقات في كل مكان لمواقف وسلوكيات مجنسة تشكل تصوراتهم للجنس والحياة الجنسية، والعلاقات، كما تشكل سلوكهم. وتباين نوعية ومضمون المعلومات التي يتلقاها الشباب تبايناً واسعاً، وتتأثر تأثيراً شديداً بفئات الأقران المراهقين (Kinsman, Nyanzi and Pool, 2000).

وخلصت تحاليل أجريت مؤخراً لبيانات بشأن السلوك الجنسي لدى الشباب في ٥٩ بلداً إلى عدم وجود أي توجه عالمي نحو ممارسة الجنس في سن مبكرة؛ فالتوجهات معقدة وشديدة التباين حسب المناطق والحالة الزوجية (Lloyd, 2005). وفي الوقت نفسه، ساهمت التوجهات العالمية نحو الزواج المتأخر في تناقص نسبة الشباب اللواتي يفتن بممارستهن للجنس قبل سن الخامسة عشرة (Lloyd, 2005).

ويستكشف الشباب نشاطه الجنسي، ويخوض غمار حياته الجنسية تحت تأثير أفراد الأسرة، والممارسات الدينية وقادة المجتمع المحلي وضغط أقرانهم. ويتعرض المراهقون والمراهقات في كل مكان لمواقف وسلوكيات مجنسة تشكل تصوراتهم للجنس والحياة الجنسية، والعلاقات، كما تشكل سلوكهم. وتباين نوعية ومضمون المعلومات التي يتلقاها الشباب تبايناً واسعاً، وتتأثر تأثيراً شديداً بفئات الأقران المراهقين (Kinsman, Nyanzi and Pool, 2000).

التفاوت في معدلات الخصوبة في مرحلة المراهقة: التعليم ودخل الأسرة أمران مهمان

معدلات الخصوبة المحددة بالعم (الولادات الحية بالنسبة لكل ١٠٠٠ فتاة) للشريحة المتراوحة أعمارها بين ١٥ و ١٩ سنة حسب أخماس الدخل والمنطقة

المنطقة	عدد الاستقصاءات لكل بلدان المنطقة	المتوسط الإقليمي	الخمس الأشد فقراً	الخمس الأشد غنى	نسبة معدلات الخصوبة بين الفقراء والأغنياء	% أطفال المستوى الأدنى من التعليم الثانوي والمنقطعين عن الدراسة ^٦
شرق آسيا	٤ من ٧	٤٢,٤	٧٥,٦	١٧,٦	٤,٣	١٠,٠
أوروبا الشرقية والوسطى، وآسيا الوسطى	٦ من ٨	٥٢,٧	٧,٠	٣١,٣	٢,٣	٩,٦، ٩,٩**
أمريكا اللاتينية، الكاريبي	٩ من ١٧	٩٥,٧	١٦٩,٥	٣٩,٢	٤,٣	٥,٥
الشرق الأوسط، شمال أفريقيا	٤ من ٦	٥٧,٨	٦٨,٢	٣٥,١	١,٩	١٩,٥
جنوب آسيا	٤ من ٨	١٠٧,٠	١٤٢,٠	٥٧,٩	٢,٥	٢٧,٣*
أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى	٢٩ من ٤٩	١٢٩,٧	١٦٨,١	٧٥,٤	٢,٢	٣٦,٨
متوسط كل البلدان	٥٦ من ٩٥	١٠٣,٠	١٤٢,٥	٥٦,٦	٢,٥	١٨,٣

مصدر بيانات الخصوبة: Gwatkin et al 2007.

مصدر بيانات التعليم: UNESCO Institute for Statistics 2010.

^٦ تشمل الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ١١ و ١٤ سنة، وتباين حسب البلدان. تشمل جنوب آسيا وغربها.

** تعرض على حدة البيانات المتعلقة بالتعليم في كل منطقة من المنطقتين.



▲ عروسان تزوجا على
التو، باريس.
©Panos/Martin Roemers

والفتيان في سن الدراسة وتحترم حقوق الأشخاص وتدعم صحتهم: فالشباب في أوروبا متاح له فرص أكبر للاستفادة من التربية الجنسية الشاملة وخدمات الصحة الجنسية، بما في ذلك تنظيم الأسرة؛ كما أن ثمة ميلاً إلى إجراء نقاش أكثر انفتاحاً للنشاط الجنسي مع الآباء وفي المجتمع بصفة أعم.

وعلى الصعيد العالمي، تتغير أنماط الزواج. فالشابات والشباب يتأخرون في الزواج، ويتناقص عدد البلدان التي يتزامن فيها أول جماع مع الزواج لدى أولئك الذين تقل أعمارهم عن ٢٥ سنة مقارنة بالأجيال السابقة (Lloyd, ed, 2005; Greene and Merrick, n.d.). وقد أدت هذه التوجهات إلى زيادة في انتشار ممارسة الجنس السابقة للزواج بين الشباب. وفي البلدان المتقدمة النمو، كانت هناك زيادة واضحة في عدد السنوات الفاصلة بين أول جماع والزواج (Mensch, Grant and Blanc, 2005). وتكون الفترة الزمنية الفاصلة بين أول اتصال جنسي والعيش مع شريك فترة أطول لدى الرجل (من ثلاث إلى ست سنوات) مقارنة بالمرأة (تصل إلى سنتين).

ولتزايد الفاصل الزمني بين السن لدى أول ممارسة للجنس والسن لدى أول زواج آثار على مخاطر الصحة الجنسية واحتياجات الشباب، ولا سيما بالنسبة للفتيات البالغات سن الدراسة. وخلص تحليل عبر الأقطار أجري مؤخراً وشمل ٣٩ بلداً، إلى أنه - باستثناء بن

(Greene and Merrick, n.d.). ورغم ذلك، فإنه حيثما يشيع كثيراً زواج الطفلات - جنوب آسيا ووسط أفريقيا وغربها وشرقها - يكون متوسط العمر عند أول اتصال جنسي للمرأة أقل مما هو عليه في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، مثلاً. وبالنسبة للشباب، لا يكون أول اتصال جنسي مرتبطاً بحالتهم الزوجية. وتكون هذه الفوارق بين تجارب الشباب أشد وضوحاً في البلدان النامية.

وتلخص تقييمات مقارنة للصحة الجنسية للمراهقين بين الولايات المتحدة وأوروبا إلى أن الشباب يبدأون ممارسة الجنس في أوقات مماثلة، وإن اختلفت النواتج إلى حد ما. ففي الولايات المتحدة، يمارس الجنس ٤٦ في المائة من جميع طلاب المدارس الثانوية (Centers for Disease Control and Prevention, 2010). وعلى الرغم من تشابه مستويات النشاط الجنسي للمراهقين في عدة بلدان أوروبية، من قبيل فرنسا وألمانيا وهولندا، فإنه من غير المحتمل إلى حد ملموس أن يواجه المراهقون النشاطون جنسياً تجارب الحمل أو الولادة، أو الاجهاض. وتفوق معدلات الحمل في الولايات المتحدة مثيلاتها في أوروبا ثلاثة مرات، ومعدلات الولادة ثماني مرات، ومعدلات الإجهاض مرتين (Advocates for Youth, 2011). وتعزى هذه الاختلافات إلى السياسات الأوروبية التي تسهل عملية الحصول على المعلومات والخدمات في مجال الصحة الجنسية للفتيات

ومالي - من المستبعد إلى حد كبير أن تمارس الجنس قبل الزواج الفتيات غير المتزوجات (المتراوحة أعمارهن بين ١٥ و ١٧ سنة)، مقارنة بقريناتهن من غير المتلحقات بالمدارس (Biddlecom et al., 2008; Lloyd, 2010). ورغم أن العوامل الفردية والعائلية والاجتماعية تؤثر على السلوك الجنسي والمشاركة المدرسية، فإن هذه النتائج تؤكد الآثار الواقية التي يتيحها التعليم ضد حمل المراهقات ونتائجها السلبية. وتفيد الأدلة المستمدة من خمسة بلدان في غرب أفريقيا بأن الحمل والزواج المبكر قد يكونان نتيجتين، لا سببين لانقطاع الفتيات عن الدراسة في بعض الأوضاع (Lloyd and Mensch, 2008).

ومارس الملايين من الشباب الجنس قبل أن يُقر ذلك والداهم أو قبل أن تستجيب المؤسسات لاحتياجاتهم. وهؤلاء الشباب - المتزوجون وغير المتزوجين - يحتاجون أيضاً إلى خدمات لتجنب الحمل العارض ومنع الأمراض

▼ شاب في سن المراهقة في مدغشقر ينصت إلى حديث عن الممارسة المأمونة للجنس.
©Panos/Piers Benatar

المنقولة بالاتصال الجنسي بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية ولكنهم كثيراً ما لاتتاح لهم فرص الاستفادة من تلك الخدمات . ويشكل النشاط الجنسي للشباب تحدياً للسياسة التي تركز على العفة وللرأي الذي يدعو إلى ألا يمارس الجنس إلا من أجل الإنجاب . والواقع أن الكثير من الشباب لا يمتنعون عن ممارسة الجنس، ونشاطهم الجنسي لا تحركه الرغبة في إنجاب الأطفال . وتفيد التقييمات النوعية في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى بأن النشاطات جنسياً من الشباب غير المتزوجات لا يسعين عموماً إلى الحمل (Cleland, Ali and Shah, 2006). وعلاوة على ذلك، فإن الشباب المتزوجات لا يرغبون بالضرورة في أن يصبحوا حامل في سن مبكرة، أو إذا كان لديهم بالفعل طفل، فإن بعضهم يرغب في تأجيل الحمل الثاني . ونظراً لرغبة الشباب في تأخير الإنجاب والوقاية من الأمراض، فإن مصطلح "تنظيم الأسرة" قد يبدو غير ذي صلة باحتياجاتهم . وقد تناولت هذه النقطة البحوث التي أجريت مؤخراً: فقد يكون للعديد من الشباب اهتمام باستعمال وسائل منع الحمل لمنع الحمل العارض، والحماية من الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي، ولكن الرسائل التقليدية لتنظيم الأسرة في ما يتصل بتنظيم أسرهن لا صلة لها بالموضوع . فتلبية احتياجاتهم والتغلب على العوائق التي تحول دون استفادتهم من خدمات تنظيم الأسرة يتطلبان التركيز على منع الحمل والوقاية من المرض كما يتطلبان التركيز على التربية الجنسية الشاملة المستندة إلى حقوق الإنسان بما في ذلك المساواة وعدم التمييز، والتفكير بشأن أدوار الجنسين، والسلوك والمواقف الجنسية (Cottingham, Germain and Hunt, 2010).

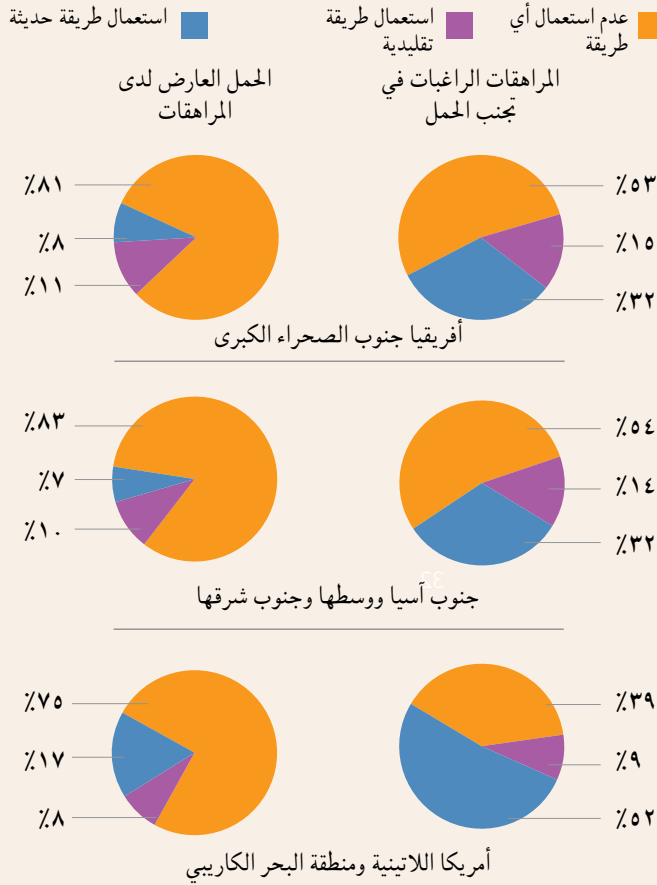
٢ غير المتزوجين من كل الأعمار

بالمقارنة بالأجيال السابقة، فإن أعداداً غفيرة من الشباب البالغين سن الإنجاب يمارسون الجنس خارج إطار الزواج، دون أن تكون لهم رغبة فورية في الإنجاب (Ortega, 2012). ويتطلب ضمان استفادتهم من خدمات تنظيم الأسرة بغض النظر عن حالتهم الزوجية الإقرار بممارسة النشاط الجنسي



في المائة من النساء في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى في إطار قران رضائي مقابل ٢ في المائة في آسيا . وتتراوح النسبة المئوية للنساء المرتبطات بقران رضائي ما بين صفر و ٣٠ في المائة تقريباً في ١٦ بلداً من البلدان المتقدمة النمو . وفي أغلبية البلدان التي تتاح بشأنها بيانات ، تبلغ نسبة النساء اللواتي يرتبطن بقران رضائي أعلى مستوى لها في الشريحة العمرية ٢٥-٢٩ سنة (إدارة الأمم المتحدة للشؤون الاقتصادية والاجتماعية ، ٢٠٠٩) .

استخدام وسائل منع الحمل والاحتياجات غير الملباة في صفوف المراهقات الراغبات في تجنب الحمل في العالم النامي



المصدر: Guttmacher Institute and International Planned Parenthood Federation, 2010a

والعلاقة الحميمة من أجل المتعة قبل وبعد الزواج ، وكذلك في إطاره . ومعظم الناس في العالم يتزوجون ، ومعظم النشاط الجنسي يجري فعلاً في إطار الزواج (إدارة الأمم المتحدة للشؤون الاقتصادية والاجتماعية ، ٢٠٠٩) . لكن الكثير من الناس الذين لم يسبق لهم أن تزوجوا أو الذين أنهوا زيجاتهم ينشطون جنسياً ويرغبون في استعمال وسائل تنظيم الأسرة . وتبرز بيانات حديثة العهد أن التواصل الشخصي بين البالغين بشأن تنظيم الأسرة - والاستخدام الفعلي لوسائل تنظيم الأسرة - يتمان بصورة متزايدة عندما يكونون عزاباً أو منفصلين أو أرامل أو مطلقين .

وعندما تستبعد البرامج الحكومية لتنظيم الأسرة هذه الفئات من غير المتزوجين ، فإن تنظيم الأسرة يهمل جزءاً متزايداً من السكان . ورغم أن الممارسات الدينية والمعايير الاجتماعية تقضي بأن الزواج شرط مسبق للنشاط الجنسي ، فإن على الدولة التزاماً بضمان فرص الاستفادة لجميع الناس من خدمات تنظيم الأسرة دون تمييز وبغض النظر عن معتقداتهم الدينية وممارساتهم الجنسية .

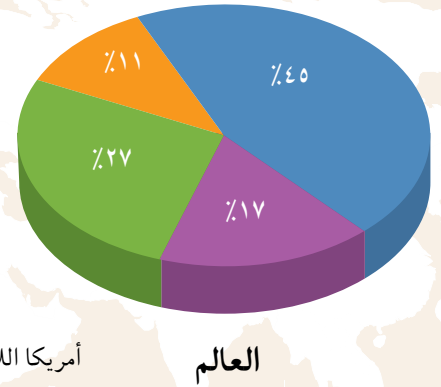
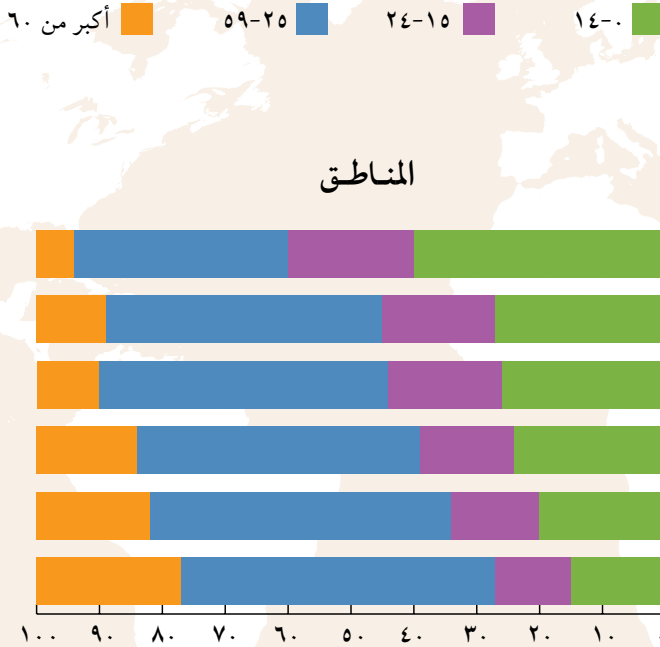
وفي بعض البلدان ، تتزايد نسبة البالغين الذين لم يسبق لهم أن تزوجوا (إدارة الأمم المتحدة للشؤون الاقتصادية والاجتماعية ، ٢٠٠٩) . وخلال الأربعين سنة الماضية ، تزايد عدد البلدان التي لم يسبق أن تزوج فيها ١٠ في المائة على الأقل من النساء حتى سن الخمسين من ٣٣ بلداً إلى ٤١ بلداً . كما أن أعداداً كبيرة من الرجال لا يتزوجون . ففي الفترة الفاصلة بين عامي ١٩٧٠ و ٢٠٠٠ ، زاد عدد البلدان التي لا يتزوج فيها ١٠ في المائة على الأقل من الرجال قبل عيد ميلادهم الخمسين من ٣١ بلداً إلى ٤٩ بلداً .

ويستأثر القران الرضائي بحصة متزايدة من حالات المعاشرة ، التي تكون في الغالب أقل استقراراً وأكثر مرونة من الزواج الرسمي . وفي أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي ، يعيش ما يفوق ربع النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين ٢٠ و ٣٤ سنة في إطار قران رضائي (إدارة الأمم المتحدة للشؤون الاقتصادية والاجتماعية ، ٢٠٠٩) . وهذا الترتيب أقل شيوعاً في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وآسيا حيث يعيش ١٠

وعلى الصعيد العالمي ، تضاعفت نسبة البالغين المطلقين أو المنفصلين (من ٢ في المائة إلى ٤ في المائة) بين عامي ١٩٧٠ و ٢٠٠٠ . فالطلاق والانفصال أكثر شيوعاً في البلدان المتقدمة النمو مما هو عليه في البلدان النامية . ووفقاً ” للبيانات العالمية للزواج “ عام ٢٠٠٨ ، فإن ١١ في المائة من النساء طلقن أو انفصلن في البلدان المتقدمة النمو في حين أن المطلقات أو المنفصلات لا يشكلن سوى ٢ في المائة من النساء من نفس الفئة العمرية في البلدان النامية (إدارة الأمم المتحدة للشؤون الاقتصادية والاجتماعية ، ٢٠٠٩) . وتفيد البيانات المستمدة من ١٥ بلداً صناعياً بين عامي ٢٠٠٦ و ٢٠٠٨ أن متوسط مدة الزواج تتراوح بين ١٠

و ١٧ سنة . وبالإضافة إلى ذلك ، فإن ما يقارب ربع الزيجات المسجلة في البلدان التي تنتمي إلى منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي زيجات لاحقة لزواج سابق . ويرتبط البالغون بقران ويلتزمون به أو ينهونه بطرق مختلفة تماماً عن الأجيال السابقة وتكتسي احتياجاتهم إلى التوعية بتنظيم الأسرة وخدماته خصائص جديدة . وأمام سياسات وبرامج تنظيم الأسرة فرصة لإعادة النظر في جوانب تركيزها حتى لا تستبعد غير المتزوجين ، سواء لم يسبق لهم الزواج أو كانوا في حالة طلاق أو انفصال – مؤقتة أو دائمة – أو كانوا في حالة ترميل .

نحن هنا! التوزيع بالنسبة المئوية للشباب ، بالنسبة المئوية من سكان العالم حسب المنطقة



المصدر: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2011).



وفي البلدان المتقدمة النمو والبلدان النامية على السواء، تشجع المعايير الاجتماعية - بدرجات متفاوتة - الامتناع عن النشاط الجنسي حتى الزواج. ورغم ما تحظى به التربية الجنسية الشاملة من دعم واسع النطاق في العديد من الأماكن، فإن اتباع نهج العفة حتى الزواج في تنظيم الأسرة قد يؤثر سلباً على فعالية برامج التربية الجنسية في المدارس ويهمل احتياجات الصحة الجنسية للمراهقين العزاب والبالغين الشباب النشطين جنسياً. ويتبين من الأدلة أن اعتماد أسلوب العفة حتى الزواج لوحده في التربية الجنسية ليس فعالاً (Doug Kirby, 2008).

وعادة ما يركز "تنظيم الأسرة" على احتياجات المتزوجين الأصغر سناً، وهم الأكثر خصوبة عموماً. غير أنه من المتعين على عدد متزايد من النساء والرجال الأكبر سناً أن يناقشوا إمكانية استعمال وسائل منع الحمل وحماية أنفسهم من الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي في وقت لاحق من الحياة، وغالباً ما يكون ذلك بعد الزواج (Organisation for Economic Co-op- eration and Development, 2010). ويتم إلى حد كبير تجاهل رغبة كبار السن (المتجاوزة أعمارهم ٤٩ سنة) في إقامة علاقات جنسية في تصميم السياسات والبرامج. وينال هذا الإغفال من حقوق الكبار النشطين جنسياً والراغبين في حماية أنفسهم من النتائج الضارة بالصحة الجنسية والإنجابية، بما في ذلك ارتفاع مخاطر الحمل العارض والحماية من الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية. وتتطلب تلبية احتياجاتهم إلى تنظيم الأسرة إعادة النظر في الافتراض السائد والقائل بأن كبار السن ليسوا نشطين جنسياً وليسوا بحاجة إلى ممارسة الحق في تنظيم الأسرة.

وتدخل أعداد وفيرة من كبار السن، نساءً ورجالاً، سنوات الإنجاب في وقت متأخر وهم إما في حالة عزوبة أو طلاق أو ترميل، ويشكلون بالتالي فئة كبيرة من السكان الذين هم في مرحلة "ما بعد الزواج". وقد تناول بحث أجري في تايلند قلة مناعة كبار السن من الرجال إزاء فيروس نقص المناعة البشرية (Van Landingham and Knodel, 2007)، لكن أبحاث تنظيم الأسرة لم تتناول هذا المجال. وغالباً ما تهمل

احتياجات الصحة الجنسية لكبار السن من النساء والرجال لأنه، على غرار المراهقة، تنافى ممارسة الجنس خارج إطار الزواج من أجل المتعة والعلاقة الحميمية مع المعايير الاجتماعية التي تحدد من ينبغي له أن يمارس الجنس ومتى ينبغي له ذلك. وما فتئت نسبة البالغين غير المتزوجين تزداد باطراد في جميع أنحاء العالم، مما يفرض التزامات جديدة على كاهل الدول توجب عليها تلبية احتياجات تنظيم الأسرة لدى كبار السن (إدارة الأمم المتحدة للشؤون الاقتصادية والاجتماعية، ٢٠٠٩). وللنساء والرجال في مراحل متقدمة من أعمارهم، حاجة غير ملبأة إلى خدمات "مراعية للناضجين".

وتنخفض خصوبة الرجال بتدرج شديد على مدى فترة تستغرق عدة سنوات (Gutmacher Institute, 2003, cited in Barker and Pawlak, 2011). فكبار السن الذين يحتفظون بخصوبتهم لفترة أطول مما عليه الأمر بالنسبة لكثيرات السن، يفتقرون غالباً للدعم من أجل منع حالات الحمل المحفوفة بالمخاطر في علاقاتهم،

▲ وسائل منع الحمل في الرابطة المصرية لتنظيم الأسرة في قرية أبو عطوة، قرب مدينة الاسماعيلية .

©UNFPA/Matthew Cassel

وكثير منها يحدث مع نساء أصغر سناً. ولما كانت أعداد غفيرة من الرجال والنساء ممن هم في حالة عزوبة يمارسون الجنس بعد الزواج وبعد فسخه، فإن التركيز بصورة تكملية على توعية كبار السن بفوائد جميع وسائل منع الحمل وتوفيرها، بما في ذلك الرفال وقطع القنوات المنوية بدون مبضع، من شأنه أن يمكن كبار السن من الموارد لمنع الحمل العارض المحفوف بالمخاطر في سن متقدم، وبالتالي حماية حق كبيرات السن في الصحة.

٣ الذكور

يمكن للرجال والنساء المرتبطين بعلاقات جنسية غيرية أن يكونوا شركاء في مناقشة توقيت الولادات والمباعدة بينها. بيد أن احتياجات الرجال والفتيان إلى تنظيم الأسرة ومشاركتهم فيها لم تحظ باهتمام كبير مقارنة بما لهم من دور بصفتهم شركاء داعمين لصحة المرأة (Barker and Pawlak, 2011). واعتباراً للأدلة المتاحة ولتزايد الوعي بأهمية إشراك الرجال والفتيان في الصحة وتحقيق المساواة بين الجنسين، فإن الردود الوطنية للتصدي للاحتياجات المترابطة إلى تنظيم

انخفاض معدلات الحمل العارض والإجهاض لدى الشباب في هولندا

تصدت هولندا بطرق متعددة للعقبات التي تحول دون حصول الشباب على وسائل منع الحمل (Greene, Rasekh and Amen, 2002). ومن بين التغييرات الجديرة بالملاحظة ما يلي: التربية الجنسية الشاملة في المدارس الابتدائية والثانوية التي تشمل تلقيناً بشأن العلاقات، وتوضيحاً للقيم، كما تشمل النمو الجنسي، ومهارات إدارة الحياة الجنسية الصحية، والتسامح مع التنوع، حيث يتلقى المدرسون تدريباً منتظماً بشأن محتوى هذه التربية ومناهجها التدريسية؛ وتوفير معلومات جيدة للأباء وأطباء الأسرة، والعيادات الصديقة للشباب ووسائل الإعلام؛ والحفاظ على سرية العلاقة بين المريض الطبيب، حتى بين المراهقين الشباب؛ والقيام بحملات وطنية واضحة ومتسمة بروح الدعاية بشأن الصحة الجنسية. والموضوع الذي يتخلل التزام السياسة العامة تجاه الصحة الجنسية والإنجابية للشباب في هولندا هو أن القوانين ينبغي أن تتناول الواقع، لا الإيديولوجيا (Ketting, 1994). وباختصار، استجابت الحكومة لاحتياجات وحقوق الشباب بسياسات تضمن حصولهم على المعلومات والخدمات. ولهولندا في الوقت الراهن أدنى معدلات الحمل العارض والإجهاض في العالم.

الأسرة لدى كل من النساء والرجال لا تزال محدودة حجماً ونطاقاً (Barker et al., 2010). وقد تبين من مجموعة متزايدة من الأدلة على مدى السنوات العشرين الماضية أن المعايير الجنسانية الضارة تؤثر على المواقف والسلوكيات لدى الفتيان والرجال، مع ما يقترن بذلك من نتائج سلبية بالنسبة للنساء والفتيات والرجال والفتيان أنفسهم (Barker, Ricardo and Nascimento, 2007; Barker et al., 2011). وقد لاحظ نفس البحث البرنامجي عبر أوضاع متنوعة أن الفتيان والرجال يمكنهم أن يتخذوا، وغالباً ما يتخذون، مواقف وسلوكيات عادلة جنسانياً تدعم تحسين صحتهم وصحة شريكاتهم وصحة أسرهم. وهذه الرؤية مفيدة بشكل متزايد في وضع سياسات وبرامج تنظيم الأسرة. وبالإضافة إلى ذلك، فإن عدة اتفاقيات واتفاقات دولية بما في ذلك برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، تؤكد أهمية مشاركة الرجال في الحياة الأسرية، بما في ذلك الصحة الجنسية والإنجابية وتنظيم حواراً بشأن السياسات يتناول أدوار الرجل في مجال الصحة الجنسية والإنجابية، وتدرج أعداد متزايدة من العاملين في مجال التنمية نوع الجنس في تصميم البرنامج.

وما فتئ المجتمع الدولي يقر بأن الشركاء الذكور يمارسون نفوذاً كبيراً في اختيارات الخصوبة المتاحة للأزواج (Bankole and Singh, 1994; UNFPA, 1998). غير أنه بات من المتعين على العديد من المؤسسات ومقدمي الخدمات ومنظمات المجتمع المدني أن تتغلب على الاعتقاد السائد والمستمر القائل بأن الرجال بكل بساطة لا يولون أي اهتمام لتنظيم الأسرة. فغالباً ما تتم تنشئة الرجال والفتيان منذ سن مبكر على اعتبار مسائل الخصوبة من مسؤولية المرأة؛ وحتى عندما يرغب الرجال في القيام بدور، فإنه كثيراً ما تتجاهلهم الخدمات المقدمة. وقد خلصت بحوث أجريت بشأن السبل التي تؤثر بها المعايير الجنسانية على الفتيان والرجال إلى الطعن في الصور النمطية بشأن مواقفهم وسلوكياتهم، وأبرزت الفرص المتاحة لتعزيز الصحة والجهود المبذولة لتحقيق المساواة بين الجنسين.

وخدمات تساعدهم على اختيار وقت الإنجاب (Guttmacher Institute, 2003).

ويتباين تبايناً كبيراً استعمال وسائل منع الحمل لدى الشباب (المتراوحة أعمارهم بين ١٥ و ٢٤ سنة) في جميع أنحاء العالم، إذ أبلغ الشباب بنسبة تتراوح بين ٦٣ في المائة و ٩٣ في المائة عن استعمالهم وسائل منع الحمل في مناطق من أمريكا الشمالية وأوروبا، وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي (الأمم المتحدة، ٢٠٠٧). وتشكل هذه الأرقام مفارقة صارخة مع معظم البلدان الأفريقية الواقعة جنوب الصحراء الكبرى، حيث استعمل ما يقل عن ٥٠ في المائة من الشباب النشطين جنسياً الرفال آخر مرة مارسوا فيها الجنس. وعلى الصعيد العالمي، لا يزال تعقيم الإناث الأسلوب الأكثر شيوعاً، إذ تختاره ٢٠ في المائة من النساء المتزوجات (الأمم المتحدة، ٢٠١١). وهذا الرقم أعلى بكثير مما هو عليه في بعض البلدان تبعاً لأنماط الخصوبة وطائفة أساليب المنع غير النهائي للحمل المتاحة للمرأة.

رجل في كينابا،
أوغندا، يحمل طفله
بينما يتم حقن زوجته
لمنع الحمل لفترة طويلة.
©UNFPA/Omar
Gharzeddine



وتتباين السلوكيات الجنسية للرجال تبايناً كبيراً عبر المناطق. وعلى سبيل المثال، يختلف الرجال في توقيت نشاطهم الجنسي. وتفيد أحدث البيانات المتاحة والمستمدة من الاستقصاءات الديمغرافية والصحية في ٣٠ بلداً أن الشباب لا يزال يمارس الجنس سنوات قبل الزواج (IFC Macro DHS Statcompiler). والفجوات القائمة بين السن عند أول جماع والسن عند الزواج تتراوح بين ١,١ سنة في جنوب آسيا وجنوب شرقها و ٦,٨ سنوات في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي. وفي أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، يتزوج الشباب بعد مرور ٤,٨ سنوات على ممارستهم الجنس لأول مرة.

وعندما لا يزود المراهقون والشباب بالمعلومات والخدمات الملائمة خلال هذا الفاصل الزمني بين الجماع الأول وبين لحظة دخولهم في قران رسمي - فإنهم سيواجهون، هم وشريكاتهم - خطراً متزايداً يعرضهم للأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي وللحمل العارض. ومن المستبعد أن تشمل هؤلاء الرجال برامج تنظيم الأسرة التي تعتمد اعتماداً كبيراً على الأزواج. وقد أصبح الشباب أكثر وعياً بوسائل منع الحمل المتاحة لهم، ويعزى ذلك جزئياً إلى جهود الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية (Abraham, Adamu and Deresse, 2010). ومن المحتمل أن يكون الرجال المرتبطون بقران على علم بوسائل منع الحمل المتاحة لهم؛ وفي السنوات الأخيرة أصبحوا أكثر وعياً بالرفال، في حين لا يزال أسلوب قطع القنوات المنوية مجهولاً نسبياً لديهم.

ورغم وعي الرجل المتزايد بأساليب منع الحمل، لا تزال المرأة تشكل ٧٥ في المائة في الاستعمال العالمي لوسائل منع الحمل (الأمم المتحدة، ٢٠١١). ففي عام ٢٠٠٩، أفادت الأمم المتحدة بأن ٩ في المائة فقط من النساء المتزوجات في المناطق النامية يعتمدن على وسائل منع الحمل التي تتطلب مشاركة الذكور من قبيل استعمال الرفال وتعقيم الذكور (الأمم المتحدة، ٢٠٠٩). وتغيرت اختيارات خصوبة الرجال على مر الزمن. وفي الوقت الراهن، يرغب الشباب عموماً في تشكيل أسر أصغر حجماً. ونتيجة لذلك، قد تكون للشباب وبالغين رغبة متزايدة في الحصول على معلومات

٤ الفئات المهمشة الأخرى

الشعوب الأصلية والأقليات العرقية . كثيراً ما تفتقر الشعوب الأصلية والأقليات العرقية إلى فرص الاستفادة من وسائل تنظيم الأسرة . ويتبين من نتائج المقابلات النوعية أن مقدمي الخدمات يجدون صعوبة في مساعدة نساء الأقليات العرقية والسكان الأصليين ، ويعزى ذلك غالباً إلى عدم القدرة على التواصل أو فهم ممارساتهم الثقافية بالقدر الكافي (Silva and Batista, 2010; Cooper, 2005) . وقد يفضي التحيز ضد هذه الفئات إلى انخفاض مستويات الاستثمار في صحتهم الجنسية والإنجابية (إدارة الأمم المتحدة للشؤون الاقتصادية والاجتماعية ، ٢٠٠٩) .

وتتجسد الآثار الضارة لنقص الاستثمار الحكومي في التفاوت الكبير بين نساء الشعوب الأصلية والنساء غير المنتمات إلى الشعوب الأصلية في المؤشرات الرئيسية للصحة الإنجابية وصحة الأمومة . وتشمل هذه المؤشرات معدلات الوفيات النفاسية ، ومعدلات الخصوبة الكلية والحاجة غير الملباة إلى وسائل تنظيم الأسرة (Silva and Batista, 2010) .

وتوجد فوارق كبيرة ذات صلة بالصحة بين فئات السكان الأصليين والفئات الأخرى من غير السكان الأصليين في العديد من البلدان في جميع أنحاء العالم . ففي غواتيمالا ، مثلاً ، حيث تشكل فئات السكان الأصليين (المايا ، والإنكا ، والغاريفونا) ما يقارب ٤٠ في المائة من مجموع السكان و ٧٥ في المائة من فقرائهم ، لما يقارب ٣٩ في المائة من نساء الشعوب الأصلية المتزوجات واللواتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ٤٩ سنة حاجة غير ملباة إلى تنظيم الأسرة وبالتالي فإنهن غير قادرات على ممارسة حقهن في تنظيم الأسرة (Guatemala Ministry of Public Health and Social Assistance, 2003) . وعلى العكس من ذلك ، فإن ٢٢ في المائة من النساء من غير السكان الأصليين لهن حاجة غير ملباة إلى تنظيم الأسرة . وتسهم هذه الفوارق في فرص الحصول على الخدمات في ارتفاع معدل الخصوبة (٦,١) لدى نساء السكان الأصليين اللواتي يواجهن أيضاً خطراً أكبر يعرضهن للوفاة النفاسية مقارنة بالنساء من غير السكان الأصليين .

وما فتئ المجتمع الدولي يشجع بشكل أكثر شمولاً مشاركة الرجل في سياق الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية ، وظلت جهود الوقاية المجتمعية تساهم في زيادة تقبل استعمال الرفال الذكري . بيد أن منظمة الصحة العالمية تفيد بأن ما يقل عن ثلث (٣١ في المائة) الشبان في البلدان النامية يفهمون فهماً "شاملاً ودقيقاً" فيروس نقص المناعة البشرية ، مما يوحي بضرورة زيادة دعم الصحة الجنسية والإنجابية للرجل ، بما في ذلك التربية الجنسية ووسائل منع الحمل (الأمم المتحدة ، ٢٠٠٩ ب) .

وما فتئ الرجال يعبرون بصورة متزايدة عن رغبة في المشاركة بقدر أكبر في تنظيم أسرهم ، بما في ذلك خفض عدد حالات الحمل العارض (Barker and Paw-

ويتعين على البلدان ، بدعم من المجتمع الدولي ، أن تحمي وتعزز حقوق المراهقين في التربية والمعلومات والرعاية المتصلة بالصحة الجنسية والإنجابية ، وأن تخفض عدد حالات حمل المراهقات تخفيضاً كبيراً . . . وتحت الحكومات على أن تلبى ، بالتعاون مع المنظمات غير الحكومية ، الحاجات الخاصة للمراهقين وتنشئ البرامج الملائمة للاستجابة لتلك الحاجات . وينبغي أن تتضمن تلك البرامج آليات دعم لتثقيف المراهقين وإسداء المشورة لهم في مجالات العلاقات بين الجنسين والمساواة بينهما ، وأعمال العنف ضد المراهقين ، والسلوك الجنسي المسؤول ، وتنظيم الأسرة بصورة مسؤولة ، والحياة الأسرية ، والصحة الإنجابية والجنسية ، والأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي ، والعدوى بفيروس نقص المناعة البشرية ، والوقاية من الإيدز

— برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية ، الفقرتان ٧-٦ و ٧-٤٧ .

(Iak, 2011) . وما يصل إلى ٥٠ في المائة من الرجال في بعض البلدان – البرازيل ، وألمانيا ، والمكسيك ، وإسبانيا ، والولايات المتحدة – يمكن أن ينظروا في إمكانية استعمال وسائل منع الحمل الهرمونية إذا أتاحت لهم هذه الوسائل (Glasier, 2010) . ولعل إشراك الرجال البالغين سن الإنجاب في برامج تنظيم الأسرة منذ سن مبكر من شأنه أن يعزز التواصل البناء بين الأزواج بشأن توقيت الإنجاب والمباعدة بين الولادات .

دراسة حالة

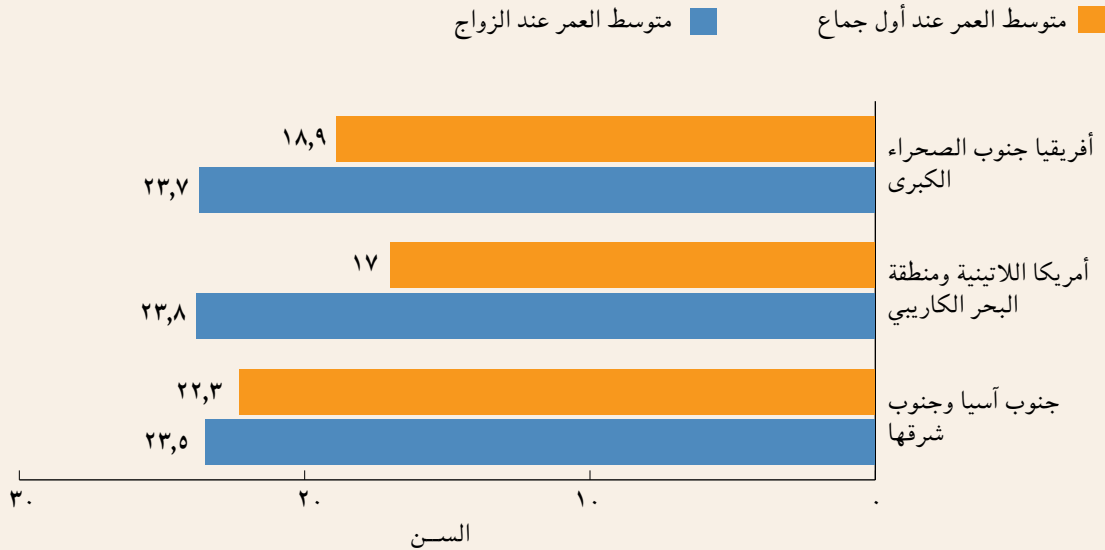
عمل صندوق الأمم المتحدة للسكان مع مجموعات السكان الأصليين في أمريكا اللاتينية

والنظم الصحية للطب العادي الغربية في معظمها، داعماً أيضاً التدخلات المجتمعية التي تعبئ المجتمعات المحلية لإنقاذ حياة المرأة. كما أن أدوار "الوساطة الثقافية" التي تقوم بها سلطات السكان الأصليين وقادتهم، بما في ذلك القابلات التقليديات، أساسية في هذه العملية.

وقد ساهم الصندوق أيضاً في تعزيز المعرفة المتعلقة بالشعوب الأصلية على المستوى الإقليمي والقطري من خلال الدراسات النوعية والكمية، والدعوة لإدراج قضايا الشعوب الأصلية في تعدادات السكان والمسكن، والمساعدة في تحسين سجلات الصحة والسجلات الإدارية الأخرى. ■

من أجل التصدي لارتفاع معدل الوفيات النفاسية ووفيات الرضع لدى نساء وشابات ومراهقات الشعوب الأصلية، يعمل الصندوق من أجل زيادة فرص حصولهن على خدمات جيدة ومأمونة ومقبولة ثقافياً في مجال صحة الأم والوليد والصحة الإنجابية، بما فيها تنظيم الأسرة (صندوق الأمم المتحدة للسكان، ٢٠١٢د). وفي إطار القيام بذلك، ما فتئ الصندوق يعزز حوار الثقافات بين النظم الصحية التقليدية

الحاجة إلى تنظيم الأسرة كما تتبين من الفجوة المتعددة السنوات القائمة بين سن الرجال عند الجماع الأول وسنهم عند الزواج



- في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، يمارس الشبان الجنس قبل الزواج بما يقارب ٥ سنوات.
- في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، يمارس الشبان الجنس في المتوسط قبل بلوغهم سن الثامنة عشر، ثم ينتظرون ما يقارب ٧ سنوات قبل الزواج.
- في جنوب آسيا وجنوب شرقها، تقلص بصورة ملموسة الفجوة (١,١ سنوات) القائمة بين سن الرجال المبلغ عنه ذاتياً عند الجماع الأول وسنهم عند الزواج مقارنة بالمناطق الأخرى.

المصدر: بلدان مختارة لها أحدث بيانات استقصاءات ديمغرافية وصحية متاحة، IFC Macro DHS Statcompiler.

والفقر (Scheer et al., 2003; European Commission, 2008).

وعلى الصعيد العالمي، يسود الاعتقاد بأن الأشخاص المعوقين لاجنسيون أو أنه ينبغي أن تكون حياتهم الجنسية وخصوبتهم خاضعة للمراقبة (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٩). والأشخاص ذوو الإعاقة نشطون جنسياً، وقد وثقت الدراسات الاحتياجات غير الملباة للعشير في مجال تنظيم الأسرة (Maart and Jelsma, 2010; World Health Organization, 2009). ورغم الحظر القانوني الذي يخول المعوقين الحق في تنظيم الحمل وتوقيته، فإن الأرجح أن يستبعد المعوقون من برامج التربية الجنسية (Rohleder et al., 2009; Tanzanian Commission for AIDS, 2009). وقد وثقت الدراسات أيضاً حالات التعقيم القسري للمعوقات (Servais, 2006; Grover, 2002). فالتعقيم غير الرضائي يخالف المعايير الدولية لحقوق الإنسان.

الأشخاص المصابون بفيروس نقص المناعة

البشرية. تفيد البحوث سواء في البلدان المتقدمة النمو أو في البلدان النامية بأن الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية لا تصرف عن الرغبة في الإنجاب (Ruten-berg et al., 2006). وتظل الاعتبارات المحددة للنساء والرجال المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية ويفكرون في الإنجاب مرتبطة بما يواجهونه في أسرهم أو مجتمعهم المحلي أو في النظام الصحي من وصم وتمييز (Oosterhoff et al., 2008).

وبالنسبة للنساء والرجال الذين يحصلون على العلاج المضاد للفيروسات العكوسة، يمكن في الوقت الراهن إدارة تشخيص فيروس نقص المناعة البشرية إلى حد كبير باعتباره مرضاً مزمنياً. وعلى الرغم من عدم تعميم الاستفادة من العلاج المنقذ للحياة في جميع أنحاء العالم، فإن المجتمع الدولي قد أحرز تقدماً كبيراً نحو توسيع فرص الاستفادة. وفي البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل، بلغ عدد الأشخاص الذين يتلقون العلاج ٦,٦٥ ملايين شخص، وهو ما يمثل زيادة بمقدار ١٦ ضعفاً في غضون سبع سنوات (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١١). ومع تواصل إحراز تقدم نحو تعميم الاستفادة من العلاج المضاد للفيروسات

تنظيم الأسرة في الأوضاع الإنسانية: الصومال

تستأثر النساء في الصومال بأعلى معدلات خصوبة في العالم، بمتوسط يزيد على ٦ أطفال لكل امرأة (صندوق الأمم المتحدة للسكان، ٢٠١٢ ب). وعلى الرغم من الاقتتال والمجاعة وارتفاع معدلات الوفيات النفاسية ووفيات الرضع والأطفال، فإن عدد سكان البلد تضاعف ثلاث مرات تقريباً في السنوات الخمسين الماضية. ففي هذا المجتمع الرعوي، وهذا المكان الذي ضاع فيه الكثير بسبب الحرب، تكون للأطفال قيمة هائلة.

وطوال العقد الماضيين للذين شهدا اقتتالاً في الصومال وانعدام حكومة مركزية فاعلة منذ عام ١٩٩١، تركز الاهتمام الدولي على حل الأزمة السياسية وتقديم الإغاثة في حالات الطوارئ. وفي هذا السياق، لم يحظ بالأولوية وضع البرامج وتطوير الهياكل الأساسية للرعاية الصحية اللازمة لتوليد وتلبية الطلب على تنظيم الأسرة.

ويعتقد البعض أن الطريقة الوحيدة للتواصل بفعالية بشأن تنظيم الأسرة، مع الصوماليين ومعظمهم من المسلمين السنة الملتزمين، هي التواصل عن طريق الدين. ولعل إقامة شراكات مع المنظمات الدينية من شأنه تخفيف الضغوط الدينية والاجتماعية على النساء اللواتي يباعدن بين الولادات. وتعد الأساليب التقليدية من قبيل العزل والاقتصار على الرضاعة الطبيعية أسهل الوسائل قبولاً في المجتمع الصومالي. ويتعاون صندوق الأمم المتحدة للسكان مع المنظمات غير الحكومية والمنظمات الحكومية لتقديم إمدادات وخدمات الصحة الإنجابية الأساسية. وفي الوقت الراهن الذي يشهد انتهاء أسوأ فترة مجاعة، تتاح للصومال فرصة التركيز على برامج تنظيم الأسرة باعتبارها وسيلة للحفاظ على رفاهية الأجيال القادمة.

الأشخاص ذوي الإعاقة. تعترف اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة بحقوقهم الخاصة، وتحدد التزامات الدول فيما يتعلق بهم. وتنص الاتفاقية تحديداً على أن الأشخاص ذوي الإعاقة يتمتعون بأهلية قانونية على قدم المساواة مع آخرين (المادة ١٢) والحق في الزواج وتأسيس أسرة والحفاظ على خصوبتهم (المادة ٢٣) والحصول على الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية (المادة ٢٥).

وتخلص البحوث إلى أن الأشخاص ذوي الإعاقة يعانون تمييزاً ينتهك حقوقهم، وأن التحيز الاجتماعي يقيد قدراتهم على التفوق أكاديمياً ومهنياً وشخصياً (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١١). وعلاوة على ذلك، يكابد المعوقون سوء النواتج الاجتماعية والاقتصادية

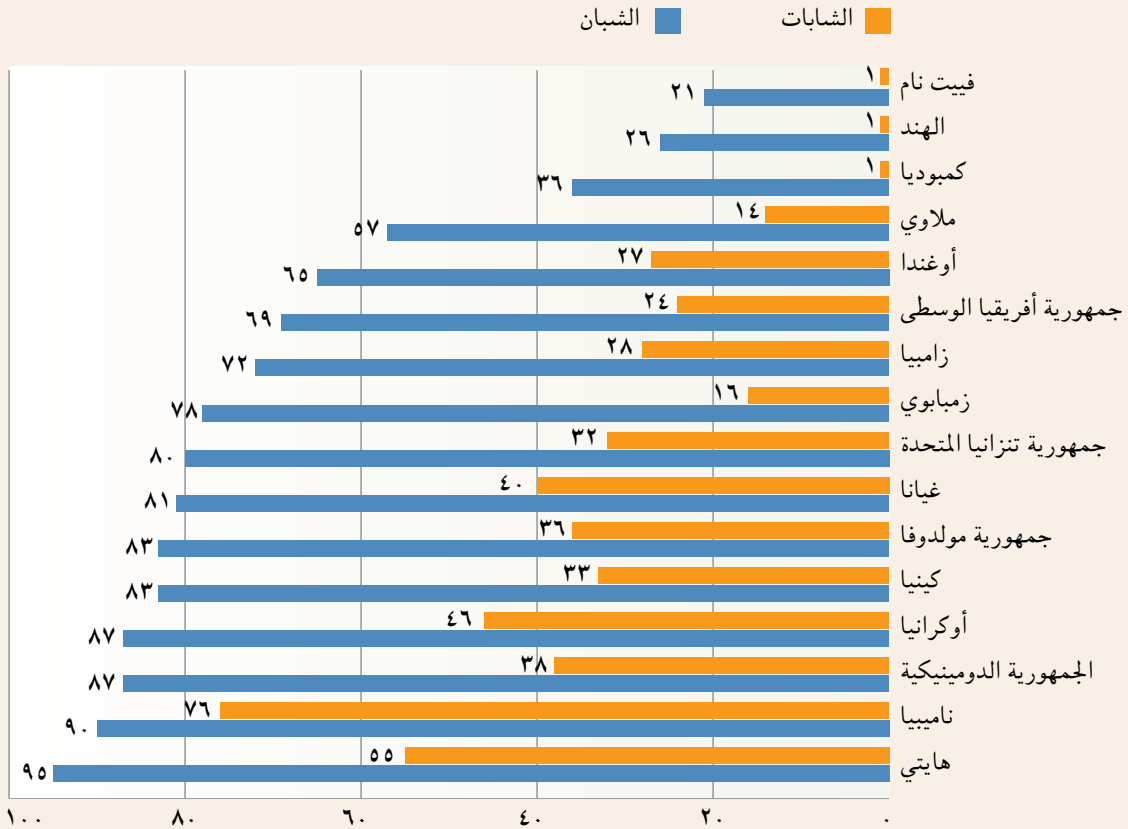
فيروس نقص المناعة البشرية قبل الولادة أو بشأن رفاه الأطفال الذين قد يموت والداهم قبل الأوان بسبب الإيدز (Cooper et al., 2005; IPPF, 2005). ولما كان المزيد من الناس المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشرية يعيشون حياة أطول، فإن العديد منهم يفكر في الإنجاب. وفي معظم المجتمعات، يكون الإنجاب هو العنصر المحوري في الهوية الاجتماعية للنساء والرجال؛ وفي إطار الضغوط الأسرية أو المجتمعية،

العكوسة، سيلتمس المزيد من الناس الذين يتعاشون مع فيروس نقص المناعة البشرية سبباً للتعبير عن حياتهم الجنسية وتنظيم أسرهم. ويبلغ النساء والرجال المصابون بفيروس نقص المناعة البشرية عما يعانونه من ضغط شديد من الأسرة وقادة المجتمعات المحلية، ومقدمي الخدمات الصحية لدفعهم إلى التخلي عن رغبتهم في الإنجاب. وتتعلق معظم مبررات هذا الضغط بمخاوف بشأن خطر انتقال

الشبان أكثر عرضة من الشابات لمخاطر الجنس مع شريك غير الزوج أو العشير، في الأشهر الاثني عشرة الأخيرة

(النسبة المئوية من الشباب المتراوحة أعمارهم بين ١٥ و ٢٤)

الآثار المترتبة بالنسبة لتنظيم الأسرة: المتزوجون وغير المتزوجين بحاجة إلى الاستفادة من وسائل منع الحمل لمنع الحمل العارض



المصدر: AIS, DHS, MICS and other national household surveys, ٢٠٠٥-٢٠٠٩. تشير البيانات، بالنسبة لكل بلد، إلى آخر سنة متاحة في الفترة المحددة.

غالباً ما يتوقع من "الأشخاص الأصحاء" أن ينجبوا أطفالاً.

ويتباين حسب السياقات الإحساس بالوصم الذي يشعر به المصابون بفيروس نقص المناعة البشرية عند اعتزامهم الإنجاب. وعلى سبيل المثال، تخلص دراسات أجريت في زيمبابوي، إلى أن النساء قد يرغبن في الإنجاب، لكنهن لا يشعرن بالأمان الكافي لتحقيق رغباتهن، لخشيتن رد فعل عنيفاً محتملاً من المجتمع وخاصة بسبب احتمال انتقال فيروس نقص المناعة البشرية إلى أطفالهن

(Feldman and Maposhere, 2003; Craft et al., 2007). وقد أظهرت دراسات أخرى أجريت في كوت ديفوار وجنوب أفريقيا أن بعض النساء يرغبن في الإنجاب تحديداً لتجنب وصمة العار المقترنة بالعمق، استناداً ليس فقط إلى التوقعات الاجتماعية التي تفترض وجوب أن تصبح المرأة أمًا، بل وأيضاً بناءً على التأويلات التي ترى أن تجنب الحمل يفسر في كثير من الأحيان بكونه دليلاً على الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية (Aka-Dago-Akribi et al., 1999).

ولما كان الرفال هو وسيلة منع الحمل المستعملة على أوسع نطاق والتي تمنع أيضاً انتقال الفيروس، فإن منظمة الصحة العالمية توصي بأن يستخدم الرجال والنساء المصابون بفيروس نقص المناعة البشرية والراغبون في تجنب الحمل الرفال، إلى جانب وسيلة أخرى وسائل منع الحمل أو بدون استخدام أي وسيلة أخرى (World Health Organization, 2012; Cooper et al., 2007).

وتشير الدراسات إلى أن فيروس نقص المناعة البشرية قد تكون له آثار سلبية على خصوبة الذكور والإناث (Lyerly, Drapkin and Anderson, 2001). وعلاوة على ذلك، فإنه في حالة الأزواج المختلفين - أي العلاقات التي يكون فيها شخص واحد حاملاً لفيروس نقص المناعة البشرية ويكون الشخص الآخر سليماً - تتباين سبل السعي إلى الإنجاب. ويمكن للتلقيح الاصطناعي أن يقلل من خطر الإصابة عندما تكون المرأة حامله لفيروس نقص المناعة البشرية. وعندما يكون الشريك الذكر



بيشانس مابشومو، ٣٧ سنة، مريضة من زيمبابوي مع طفلها جوزفات (٥ سنوات) الذي ولد خالياً من فيروس نقص المناعة البشرية.

© Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation

سياسات تقييد تنظيم الأسرة

تجريم الوسائل العاجلة لمنع الحمل في هندوراس

في أبريل من عام ٢٠١٢، سن الكونغرس الهندوراسي قانوناً يفرض عقوبة جنائية على العاملين في المجال الطبي الذين يقومون بتوزيع الوسائل العاجلة لمنع الحمل، بما في ذلك معلومات عن الوسائل العاجلة لمنع الحمل. وبموجبه تنتهك القانون كل امرأة تستخدم أو تشرع في استخدام وسائل عاجلة لمنع الحمل بغرض منع حمل عارض. ويسري هذا التشريع على جميع النساء، بمن فيهن ضحايا الاغتصاب.

القيود المفروضة على تنظيم الأسرة في مدينة مانيتلا

حرم حظر وسائل منع الحمل الحديثة في مدينة مانيتلا، بالفلبين، النساء من فرص الاستفادة من خدمات تنظيم الأسرة، لأكثر من عشر سنوات. فقد أصدر رئيس بلدية مانيتلا أمراً تنفيذياً في عام ٢٠٠٠ لا يشجع على استعمال وسائل منع الحمل الاصطناعية من قبيل الرفالات، وحبوب منع الحمل، واللولب الرحمية، والتعقيم الجراحي، وغيره من الأساليب. ويمنع على مراكز الرعاية الصحية في المدينة التي تتلقى تمويلًا من المدينة توفير وسائل منع الحمل الحديثة. ويلغي هذا الحظر التزام الفلبين باتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة وغيرها من اتفاقيات حقوق الإنسان.

وفي عام ٢٠٠٨، أقام مدعون دعوى ضد المدينة، يطعنون في دستورية الحظر بحجة أنه يخل بالتزامات الفلبين بموجب القانون الدولي. وقد رُفضت الدعوى، فاستؤنفت أمام المحكمة العليا فرضتها مرة أخرى لأسباب إجرائية. وأقيمت الدعوى مرى أخرى في نيسان/أبريل ٢٠٠٩ أمام المحكمة الابتدائية الإقليمية في مدينة مانيتلا.

المصادر: International Consortium for Emergency Contraception, 2012; Center for Reproductive Rights, 2012; Center for Reproductive Rights, 2010; EnGendeRights, 2009.

هو الحامل لفيروس نقص المناعة البشرية ، فإن السعي إلى الإنجاب قد يكون أكثر تعقيداً وإثارة للإشكال وأكثر كلفة (Semprini, Fiore and Pardi, 1997).

” والصحة الإنجابية لا تصل إلى الكثيرين من سكان العالم بسبب عوامل متعددة ، منها عدم كفاية مستويات المعرفة عن الجانب الجنسي في حياة البشر ، وعدم ملائمة المعلومات والخدمات المتصلة بالصحة الإنجابية أو ضعف نوعيتها ؛ وشيوع السلوك الجنسي المنطوي على مخاطر كبيرة ؛ والممارسات الاجتماعية التمييزية ؛ والمواقف السلبية تجاه المرأة والفتاة ؛ والقدر المحدود من سيطرة كثير من النساء والفتيات على حياتهن الجنسية والإنجابية ؛ والمراهقون معرضون للخطر بوجه خاص بسبب افتقارهم إلى المعلومات وعدم حصولهم على الخدمات ذات الصلة في معظم البلدان . أما المسنونون والمسنيات فلديهم قضايا إنجابية مميزة تلقى العناية الكافية في أغلب الأحيان “ .

— برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية لعام ١٩٩٤ ، الفقرة ٧-٣

الأسر حالاً والتي تشكل ٦٠ في المائة في المناطق الحضرية معدلات مواليد منخفضة وهي آخذة في الانخفاض منذ عام ٢٠٠٠ .

الأشخاص الذين يصعب الوصول إليهم في المجتمعات المحلية الريفية أو الحضرية . في معظم البلدان النامية ، ترتبط المقاييس الوطنية للفقراء ارتباطاً شديداً بمكان الإقامة فالأسر المعيشية الحضرية غالباً ما تكون أسر حالاً من الأسر المعيشية الريفية (Bloom and Canning, 2003a). وتختلف المجتمعات المحلية التي يصعب الوصول إليها باختلاف البلدان ، ولكن الأماكن التي يعيش فيها الناس تؤثر على قدرتهم على الحصول على فرص الاستفادة من خدمات تنظيم الأسرة .

وفي بعض الأوضاع ، تعجز النساء والرجال في المناطق الريفية عن الحصول بشكل روتيني على معلومات وخدمات جيدة لتنظيم الأسرة . وفي المتوسط ، يبلغ معدل انتشار وسائل منع الحمل لدى النساء الفقيرات في المناطق الريفية من أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى ، مثلاً ، ١٧ في المائة مقابل ٣٤ في المائة لدى أقرانهن في المناطق الحضرية (صندوق الأمم المتحدة للسكان ، ٢٠١٠) . كما توجد فروق نسبية داخل المجتمعات الريفية ، وقد تحجب التقييمات الوطنية

الفقراء . على الرغم من أن نواحي الصحة الجنسية والإنجابية قد تحسنت خلال السنوات العشرين الماضية ، فإنها تتباين تبعاً لتباين مستويات الدخل (صندوق الأمم المتحدة للسكان ، ٢٠١٠) . وزادت هذه الفجوة الآخذة في الاتساع من عدد الأشخاص العاجزين عن ممارسة الحق في تنظيم الأسرة . وعلاوة على ذلك ، تشير الأبحاث إلى أن قدراً غير متناسب من الإنفاق العام على الصحة والتعليم يخصص لشرائح موسرة من المجتمع ، مما يفاقم من احتمال استمرار اتساع الفوارق القائمة حالياً بين البلدان وداخلها (Gwatkin, Wagstaff and Yazbeck, 2005) .

وتخلص الاستقصاءات الديمغرافية والصحية في ٢٤ بلداً من بلدان أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى إلى أن النساء الأكثر فقراً والأقل تعليماً ” يتراجعن “ ، إذ للمراهقات أدنى مستويات الاستعمال المستمر لوسائل منع الحمل وأكبر حاجة غير ملبأة إلى تنظيم الأسرة (صندوق الأمم المتحدة للسكان ، ٢٠١٠) . وعلى سبيل المثال ، لا يستعمل وسائل منع الحمل إلا ١٠ في المائة من أولئك اللواتي ينتمين إلى الأسر المعيشية الأكثر فقراً ، مقارنة مع ٣٨ في المائة من النساء المنتميات إلى الأسر المعيشية الأكثر ثراء .

وبحكم الإقصاء الاجتماعي يتعذر على الفقراء الحصول على معلومات وخدمات تنظيم الأسرة ، مقارنة بالأفراد من ذوي الوضع الاجتماعي الاقتصادي الأعلى مرتبة . وتعرض هذه الفوارق للخطر صحة المرأة وحقوق الرجل والمرأة ، وتقوض جهود الحد من الفقر (Greene and Merrick, 2005) . وعلى سبيل المثال ، تخلص البحوث إلى أن معدلات المواليد قد زادت لدى المراهقات الفقيرات الأقل تعليماً اللواتي غالباً ما يعشن في المجتمعات المحلية الريفية (صندوق الأمم المتحدة للسكان ، ٢٠١٠) . وفي المقابل ، شهدت المراهقات الأكثر تعليماً اللواتي ينتمين إلى شريحة الأسر المعيشية

”... تؤثر الثقافة على حالة الصحة الإنجابية للمرأة من خلال عدة أمور منها تحديد سن النشاط الجنسي وطرقه وأنماط الزواج، والمباعدة بين عدد من الأطفال، وطقوس البلوغ، وآليات صنع القرار وقدرة المرأة على السيطرة على الموارد. كما تفسر القوالب النمطية والأدوار الجنسانية المجتمعية والثقافية السبب الذي يجعل المراهقين من الفتيان والرجال يظلون بأعداد كبيرة على هامش سياسات وبرامج الصحة الجنسية والإنجابية، رغم دورهم الرئيسي في هذا المجال واحتياجاتهم إلى المعلومات والخدمات“.

— الخطة الاستراتيجية لصندوق الأمم المتحدة للسكان في مجال تنظيم الأسرة، ٢٠١٢

العالم في الوقت الراهن في المناطق الحضرية، وخلال العقود القادمة، سيحدث كل النمو السكاني العالمي تقريباً في البلدات والمدن، حيث ستركز معظم النمو الحضري في أفريقيا وآسيا (صندوق الأمم المتحدة للسكان، ٢٠٠٧). ويعيش ثلثا سكان أفريقيا الحضريين في مستوطنات عشوائية، حيث يفتقرون إلى الهياكل الأساسية ويحول خطر العنف دون استخدام المرأة لوسائل النقل والخدمات الصحية (UN Habitat, 2003; Taylor, 2011). والعديد من الولادات التي تتم في المناطق الحضرية في البلدان النامية هي ولادات غير مقصودة؛ وثمة فرق في معدل انتشار وسائل منع الحمل يتراوح بين ٣٠ في المائة و ٤٠ في المائة بين نساء أغنى الأسر المعيشية الحضرية ونساء أفقر الأسر المعيشية الحضرية (Ezeh, Kodzi and Emina, 2010).

ويسهم نفاد المخزون، وتعطل سلاسل التوريد، والتكلفة في عدم تلبية الاحتياجات في المجتمعات المحلية التي يصعب الوصول إليها والناقص الخدمات سواء في المناطق الحضرية أو المناطق الريفية. وبالإضافة إلى ذلك، فإن قلة الإعلام الموجه فيما يتعلق باحتياجات الناس الذين يعيشون في المناطق الريفية المعزولة والمجتمعات المحلية في المناطق الحضرية المكتظة من بين العوامل الرئيسية التي تسهم في انخفاض مستويات استخدام وسائل منع الحمل وارتفاع الحاجة غير الملباة إليها (Ezeh, Kodzi and Emina, 2010).

المهاجرون واللاجئون والمشردون. الهجرة والتشرد وتنقل الأشخاص من منطقة إلى أخرى ظواهر شائعة بصورة متزايدة. وقد زاد العدد الإجمالي للمهاجرين الدوليين على مدى السنوات العشر الماضية من ١٥٠ مليون شخص في عام ٢٠٠٠ إلى ٢١٤ مليون شخص في عام ٢٠٠٨ (إدارة الأمم المتحدة للشؤون الاقتصادية والاجتماعية، ٢٠٠٨). وتختلف أسباب الهجرة والتشرد داخل الحدود وعبرها، ولكن سواء كانت الهجرة والتشرد قسريين أو طوعيين، أو لأسباب سياسية واقتصادية واجتماعية، أو بيئية، فإن منظمة الصحة العالمية تلاحظ أن العدد الكبير من الناس الذين

لأخماس الدخل الفوارق النسبية داخل المجتمعات المحلية الريفية وداخل المجتمعات المحلية الحضرية. وعلى سبيل المثال، تخلص الأبحاث في أمريكا اللاتينية وأفريقيا جنوب الصحراء الكبرى إلى أنه عندما تستخدم أخماس الدخل المعدلة لدى المجتمعات المحلية الريفية في دراسة مؤشرات تنظيم الأسرة، فإنه يتبين أن نساء الأخماس الأيسر حالاً داخل مجتمعاتهن الريفية أكثر قدرة على الحصول على خدمات تنظيم الأسرة (Foreit, 2012).

وفي أماكن أخرى، فاق التوسع السريع للمناطق الحضرية أيضاً قدرات الحكومات على تطوير الهياكل الأساسية لتزويد الفقراء في المناطق الحضرية بخدمات جيدة لتنظيم الأسرة. ويعيش أكثر من نصف سكان

تعزيز دمج معالجة فيروس نقص المناعة البشرية والصحة الجنسية والإنجابية في زيمبابوي

كانت النساء والفتيات البالغات سن الإنجاب أكثر تضرراً من وباء فيروس نقص المناعة البشرية في زيمبابوي؛ فقد اشتد انتشار الفيروس لدى النساء الحوامل، وبعد فيروس نقص المناعة البشرية والإيدز مسؤولين عن وفاة واحدة من كل أربع وفيات نفاسية. وفي عام ٢٠١٠، خلص تقييم لسياسات وبرامج الصحة الجنسية والإنجابية وفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز إلى أن الدمج الناقص لبرامج الصحة الجنسية والإنجابية وفيروس نقص المناعة البشرية يضعف قدرة مقدمي الخدمات الصحية على الاستجابة للاحتياجات غير الملباة إلى خدمات تنظيم الأسرة لدى المرأة والفتاة. وبالتعاون مع الصندوق، ومنظمة الصحة العالمية، واليونيسيف، تقوم وزارة الصحة ورعاية الطفل بسد الفجوة عن طريق وضع مبادئ توجيهية متكاملة بشأن تقديم الخدمات وتدريب مقدميها.

تنظيم الأسرة والتمتع بحياة جنسية مرضية

وفقاً للفقرة ٧-٢ من برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، تعني الصحة الإنجابية "قدرة الناس على التمتع بحياة جنسية مرضية وأمونة،... وهي تشمل كذلك الصحة الجنسية التي ترمي إلى تحسين نوعية الحياة والعلاقات الشخصية، لا مجرد تقديم المشورة والرعاية الطبية فيما يتعلق بالإنجاب والأمراض التي تنتقل بالاتصال الجنسي". وقد روعيت في عدد من برامج تنظيم الأسرة هذه الفكرة الشاملة في مجال الصحة الإنجابية- التي تشمل حياة جنسية مرضية وأمونة .

دراسة حالة

دروس تنظيم الأسرة في إيران

تشترط جمهورية إيران الإسلامية في جميع الأزواج المقبلين على الزواج حضور دورة للمشورة سابقة للزواج والخضوع لفحوص طبية. ولكي يحصل الأزواج على نتائج هذه الفحوص ويسجلوا زيجاتهم، يتعين عليهم حضور فصل دراسي لمدة ساعتين يغطي قضايا تنظيم الأسرة والوقاية من الأمراض والأهم من ذلك، أنه يغطي العلاقات العاطفية والاجتماعية التي ينطوي عليها الزواج. وقد أولت جمهورية إيران الإسلامية الأولوية لمناقشة "القضايا الجنسية والعاطفية"، ويعزى ذلك جزئياً إلى ما لوحظ من ارتفاع معدلات الطلاق. وكان برنامج تنظيم الأسرة في جمهورية إيران الإسلامية منذ إنشائه، من أبحح البرامج في العالم، إذ حقق معدل انتشار لوسائل منع الحمل يقارب ٨١,٦ في المائة .

دراسة حالة

الخوف من الحمل العارض في المكسيك

استناداً إلى دراسة أجريت عام ٢٠٠٨ لمجتمع تقليدي في المكسيك (Hirsch 2008)، كانت المعتقدات الدينية للنساء تمنعهن من استعمال وسائل تنظيم الأسرة في معظم حياتهن الإنجابية (إذ كان التعقيم هو الطريقة الرئيسية المتاحة). وبالتالي كان هؤلاء النساء في كثير من الأحيان يساورهن قلق من احتمال حدوث حمل عارض. ولم تتح للنساء "فرصة التمتع بالعلاقات الجنسية الحميمة دون القلق من احتمال الحمل العارض أو غير المرغوب فيه" إلا في مرحلة متأخرة من أعمارهن بعد انقضاء سنوات الإنجاب .

دراسة حالة

فيروس نقص المناعة، والجنس، واستخدام الرفال

لقد أقر بأثر الرفال على المتعة الجنسية لدى الرجال باعتباره عقبة تحول دون استخدامه وسيلة لمنع الحمل والوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية (UNAIDS 2000). ولكن نهج تشجيع النساء على استخدام هذه الوسيلة قد تحول بشكل كبير منذ بداية تفشي وباء فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز (Higgins and Hirsch 2007). ويؤكد العديد من البرامج على بناء مهارات التفاوض لدى المرأة، إقراراً بما يديه الرجال من مقاومة. ولكننا لا نعرف إلا القليل عن مقاومة المرأة الجنسية للرفال الذكري. غير أن الأبحاث التي أجريت في الولايات المتحدة خلصت إلى أن النساء يفقن الرجال في كراهيتهم للرفال (Higgins and Hirsch 2008).

تغيرت أماكن إقامتهم بشكل تحدياً في مجال الصحة العامة بالنسبة للمجتمع الدولي (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٣).

وتعترف الصكوك الدولية لحقوق الإنسان صراحة بأن حقوق الإنسان، بما فيها الحق في الصحة وتنظيم الأسرة، يسري على جميع الأشخاص بمن فيهم المهاجرون واللاجئون وغيرهم من غير المواطنين (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٣). ويؤدي حرمان المهاجرين والمشردين المستبعدة اجتماعياً من هذه الحقوق إلى جعلهم غير قادرين على الاستفادة الكاملة من الخدمات الصحية، بما في ذلك خدمات تنظيم الأسرة. فالتساء (والرجال، حسبما بدأت تنفيذ به الأدلة) معرضات أيضاً للعنف الجنسي على يد الجنود والحرس وأفراد المجتمعات المحلية المضيفة والمهاجرين الآخرين ويواجهن بالتالي خطر الحمل العارض (United Nation's High Commissioner for Refugees and Women's Refugee Commission, 2011).

واستناداً إلى المهاجرين والمشردين في البلدان المتقدمة النمو والبلدان النامية، فإن قلة المعلومات بشأن حقوقهم والخدمات المتاحة لهم تعد من بين الأسباب الرئيسية المدلى بها لتفسير عدم الاستفادة من الخدمات الصحية (Braunschweig and Carballo, 2001). وعلى سبيل المثال، لاحظ الاستعراض الوطني لعدة بلدان في أوروبا الغربية أن معدلات الوفيات النفسانية والاعتلال مرتفع في صفوف المهاجرات - وهي نتائج تقترن بانخفاض مستويات الاستفادة من وسائل منع الحمل (Kamphausen, 2000).

وخلصت دراسة أجرتها مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين ولجنة اللاجئات في جيبوتي والأردن وكينيا وماليزيا وأوغندا في عام ٢٠١١ إلى أن الناس الذين يعيشون في أوضاع اللاجئين أبلغوا عن قلة استعمال وسائل منع الحمل وعن زيادة صعوبة الحصول على معلومات وخدمات تنظيم الأسرة، ولاسيما بالنسبة للمراهقات والمراهقين (United Nations High Commissioner for Refugees and Women's Refugee Commission, 2011).

توسيع نطاق تنظيم الأسرة في الحالات الإنسانية

في إطار الاستجابة لحالات الطوارئ في جنوب السودان، قدم صندوق الأمم المتحدة للسكان إمدادات وسائل منع الحمل الفموية والمحقونة واللولب الرحمية وغيرها من سلع تنظيم الأسرة (صندوق الأمم المتحدة للسكان، ٢٠١١ أ). وبالتعاون مع اللجنة الأمريكية للاجئين، ساهم الصندوق في تدريب العاملين في مجال الرعاية الصحية والعاملين في مجال التوزيع داخل المجتمع المحلي والمربين الأقران على تنظيم الأسرة.

وكثيراً ما تخفق الاستراتيجيات والبرامج في تلبية احتياجات تنظيم الأسرة لدى اللاجئين والمشردين داخلياً الذين رحلوا عن ديارهم لفترات زمنية متفاوتة. فالتركيز على توفير الطارئ للمأوى والغذاء والخدمات الصحية الأساسية لا يدرج دائماً البرمجة الموجهة لتقديم المعلومات والخدمات الأساسية في مجال الصحة الإنجابية. غير أنه في السنوات الأخيرة، طورت الأفرقة العاملة المشتركة بين الوكالات والمعنية بالشؤون الإنسانية موارد وأدوات لمساعدة العاملين في المجال الإنساني على توليد طلب خدمات تنظيم الأسرة وضمان إحقاق حق اللاجئين في تنظيم الأسرة. ■

المشتغلون بالجنس. لا يحق للمشتغلين بالجنس توقيت الإنجاب والمباعدة بين الولادات فحسب، بل يحق لهم أيضاً أن يعتمدوا على الرفالات كوسيلة لحماية أنفسهم من الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية. غير أنه كثيراً ما يواجه المشتغلون بالجنس وصمة العار والتمييز اللذين يصرفانهم عن التماس فرص الحصول على معلومات وخدمات تنظيم الأسرة (Lin, 2007).

وكثيراً ما تتعدت المعايير الاجتماعية المشتغلين بالجنس بالرديلة وقد تركزت المؤسسات ومسؤولو إنفاذ القوانين والصحة مواقف وممارسات تمييزية تكون لها آثار ضارة على المشتغلين بالجنس. وعلى سبيل المثال، استخدمت في بعض البلدان، من قبيل لبنان والفلبين،

وصمة العار ضد الاشتغال بالجنس وضد ممارسة الجنس خارج نطاق الزوجية لسن تشريعات تمنع الناس من حرية حيازة الرفالات (Human Rights Watch, 2004; World Health Organization, 2005). ونتيجة لذلك، كثيراً ما يعتقد المشتغلون بالجنس أن النظم الصحية لا تستجيب لاحتياجاتهم، مما يحرمهم من فرص الاستفادة من كامل مجموعة وسائل منع الحمل المتاحة.

وتؤكد الدراسات أنه عندما تتاح للمشتغلين بالجنس فرصة الاستفادة من خدمات تنظيم الأسرة، فإنهم كثيراً ما يترددون في الاستفادة منها ويذهبون ضحية تحيز العاملين في مجال الرعاية الصحية الذين يهملون احتياجاتهم في مجال الصحة الجنسية والإنجابية، مركزين أساساً على خطر فيروس نقص المناعة البشرية والأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي (Lin, 2007; Human Rights Watch, 2004). وثمة حالات موثقة اتهم فيها مقدمو الخدمات في جنوب آسيا وجنوب شرقها بفضح حالات فيروس نقص المناعة البشرية والتهديد بإبلاغ السلطات عن حالات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية (Mgbako et al., 2008). وتنتهك الآثار المترتبة على شجب المشتغلين بالجنس حقوق الإنسان العالمية. واستناداً إلى منظمة الصحة العالمية، "يجب أن تندرج التدخلات الرامية إلى تشجيع ممارسة الجنس الآمن لدى المشتغلين بالجنس في إطار الجهود الشاملة الرامية إلى ضمان سلامتهم، وتعزيز صحتهم ورفاههم على نطاق أوسع وحماية حقوق الإنسان الواجبة لهم" (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٥).

المثليات والمثليون ومزدوجو الميل الجنسي ومغايري الهوية الجنسانية. تهمل برامج تنظيم الأسرة التي تديرها الدول إهمالاً كبيراً احتياجات أولئك الذين يعتبرون أنفسهم مثليين ومثليات ومزدوجي الجنس ومغايري الهوية الجنسانية. وأكدت مفوضة الأمم المتحدة السامية لحقوق الإنسان أن "التمييز على أساس الميل الجنسي يتعارض مع القانون الدولي لحقوق الإنسان" (United Nations High Commissioner for Human Rights, 2008). غير أنه تُفضّل العلاقات



▲ نجود، من صنعاء، باليمن، زُفَّت إلى زوجها الذي يكبرها بما يزيد على ٢٠ سنة، وعمرها لم يكن يتعدى ١٠ سنوات. وهي الآن مطلقة.

©VII/Stephanie Sinclair

أن الزواج المبكر غير شائع نسبياً لدى الشبان. وتشير التقديرات إلى أن ٣٤ في المائة من النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين ٢٠ و ٢٤ سنة في البلدان النامية يتزوجن أو يرتبطن في إطار قران قبل بلوغهن سن الثامنة عشرة. وتحدد التوقعات الاجتماعية، بما في ذلك توقع الزواج المبكر للفتيات، السلوك الجنسي للفتيات، مما يعرض للخطر أداءهن المدرسي، ويجعلهن عرضة للزواج المبكر.

ويفضي زواج الطفلات إلى تلقينهن النشاط الجنسي خلال فترة لا تعرف فيها الفتيات إلا القليل عن أجسادهن وصحتهن الجنسية والإنجابية، وحقهن في تنظيم الأسرة. كما تخضع الزوجات الطفلات لضغوط اجتماعية مكثفة لإثبات خصوبتهن، مما يجعلهن عرضة لحالات حمل مبكر ومتقارب. وحتى عندما تكون للزوجات الطفلات معرفة دقيقة وشاملة بكيفية منع الحمل المبكر، فإن عدم قدرتهن على أن يناقشن

الجنسية الطبيعية في برامج تنظيم الأسرة التي تديرها الدولة. وقد يسعى البعض من هؤلاء الأفراد إلى منع حالات الحمل العارض. وعلى سبيل المثال، قد يختار الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال وثنائيو الجنس ممارسة الجنس بين الجنسين دون رغبة في إنجاب الأطفال. وفي حالات أخرى، قد ترغب المتليات والمثليون في تنظيم الأسرة. كما أن العنف الجنسي ضد الأشخاص بسبب ميولهم الجنسية المعقدة أو الفعلية يجعل المرأة عرضة للحمل العارض نتيجة للاغتصاب، الأمر الذي يتطلب إتاحة فرص الحصول على الوسائل العاجلة لمنع الحمل.

العرائس الطفلات. رغم انخفاض معدلات الزواج المبكر، تظل ممارسة تزويج البنات قبل سن الثامنة عشرة – وهو سن البلوغ المتفق عليه دولياً – منتشرة في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وجنوب آسيا. غير

Health Organization, 2008; Lam, Marteleto and Ranchhod, 2009; Levine et al, 2008; Mensch, (Bruce and Greene, 1999)

رداءة النوعية باعتبارها عائقاً يحول دون استخدام وسائل تنظيم الأسرة

عندما تكون الخدمات لا يعول عليها أو يكون مقدموها موظفين غير مدربين، أو عندما لا تتاح مجموعة كاملة من وسائل منع الحمل والمعلومات المتعلقة بها، فإن من لهم حاجة غير ملبأة قد يختارون عدم الاستفادة من وسائل تنظيم الأسرة ويعجزون بالتالي عن ممارسة حقهم في ذلك.

وتسعى النظم الصحية في كثير من البلدان جاهدة من أجل التصدي للتحدي المتمثل في إدارة مواردها البشرية بشكل فعال، والتأكد من أن الهياكل الأساسية ملائمة لمهمة توفير الخدمات وضمان إمدادات كافية من المواد والمعدات من جميع الأنواع. فالناس الذين يعيشون في المناطق الريفية هم أشد تأثراً بجوانب قصور النظام الصحي الذي يمكن أن يستثنى من الخدمات المتاحة للناس الذين يقطنون في البلدات والمدن.

ويمكن أن يكون من نتائج سوء التوجيه بشأن النهج القائم على الحقوق في مجال الصحة وضعف إدارة الموظفين اتخاذ أخصائيي الصحة لمواقف متحيزة وتمييزية. فبعض مقدمي الخدمات يستبطنون تحيزات اجتماعية ضد الأقليات. وقد تؤثر مواقف أخصائيي الصحة على نوعية المعلومات المقدمة لزيائن معينين، مما يؤدي إلى انعدام الاختيار الواعي وانتفاء الخيارات. ومن العوائق التي تحول دون تقديم الخدمات لبعض المجموعات عدم احترام خصوصيتها وعدم القدرة على التواصل معها. وقد خلصت دراسة شاملة لعدة بلدان أجريت أخيراً إلى أن البرامج الصحية في مخيمات اللاجئين لا تكفل الحق في الخصوصية والسرية، وعدم التمييز للجميع، وخاصة للمراهقين والأشخاص غير المتزوجين (United Nations High Commissioner for Refugees, 2011). وفي بعض الأوضاع، كثيراً ما يعجز المشردون داخلياً أو اللاجئين عن الحصول على خدمات ذات جودة بسبب محدودية الالتزام

مع أزواجهن (الأكبر سناً عادة) استخدام وسائل منع الحمل، أو على الحصول على الخدمات يسهم في ارتفاع مستويات الإنجاب في سن المراهقة.

والقلة من برامج تنظيم الأسرة هي التي تتضمن استراتيجيات تشمل العرائس الطفلات اللواتي غالباً ما يكن معزولات، ومفتقرات لشبكات اجتماعية متطورة، ومعرضات للكثير من النتائج السلبية المرتبطة بالحمل والولادة المبكرة في مجال صحة الأم. وهذا مجال آخر للاستثمار (Malhotra et al., 2011; Bruce and Clark, 2003; UNFPA, 2009; Lloyd, 2009; World

البلدان ذات المعدلات العالية لزواج الطفلات

النسبة المئوية للفتيات المتزوجات قبل سن ١٨	البلد
٧٥%	التيجر
٧٢%	تشاد
٦٦%	بنغلاديش
٦٣%	غينيا
٦١%	جمهورية أفريقيا الوسطى
٥٥%	مالي
٥٢%	موزامبيق
٥٠%	ملاوي
٤٨%	مدغشقر
٤٨%	سيراليون
٤٨%	بوركينافاسو
٤٧%	الهند
٤٧%	إريتريا
٤٦%	أوغندا
٤٥%	الصومال
٤٣%	نيكاراغوا
٤٢%	زامبيا
٤١%	إثيوبيا
٤١%	نيبال
٤٠%	الجمهورية الدومينيكية

المصدر: صندوق الأمم المتحدة للسكان، ٢٠١٢.



بمساعدة الناس الذين هم في حالات تنقل أو حالات مؤقتة قليلة الموارد على إدارة خصوصيتهم (United Nations High Commissioner for Refugees, 2011).

وقد يشعر المستفيدون المحتملون بالنفور بسبب مقدمي خدمات تنظيم الأسرة في لحظات تعرض للخطر صحتهم على المدى الطويل. ففي المجتمعات المحلية التي ترتفع فيها مستويات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية، مثلاً، قد تصرف التجارب المنفرة الشباب المنتمين إلى طوائف أو فئات عرقية معينة عن السعي إلى الاستفادة من الخدمات في لحظات حرجة من حياتهم الجنسية والإنجابية (United Nations, Economic and Social Council, 2009a). فالأقليات العرقية والشرائح الاجتماعية الدنيا، والمشتغلون بالجنس الذين قد يقضون قسماً كبيراً من حياتهم في مجتمعات محلية فقيرة أو يصعب الوصول إليها، أو غيرها من الطوائف الموصومة بوصمة ما لا يستفيدون دائماً من كامل مجموعة النهج المتبعة في التوزيع (UNHCR, 2011). ومن هذه النهج التوفير المأمون على صعيد المجتمع المحلي للحقن واللواحب الرحمية التي أقرت استعمالها منظمة الصحة العالمية (World Health Organization, 2009) (USAID and Family Health International, 2009).

دراسة حالة الهند

حدد برنامج تنظيم الأسرة في الهند في مرحلة سابقة، غايات لطائفة ضيقة من الأساليب تمشياً مع أهدافه الديمغرافية، واعتمد على أخصائيي الصحة للترويج لهذه الأساليب. فالكثير من الناس كانوا يتعرضون لضغوط بل ويكرهون على استخدام أساليب طويلة الأمد أو دائمة لتنظيم الأسرة، وكان هذا النهج يقيد فرص الاستفادة من مجموعة كاملة من الأساليب. غير أن ثمة أدلة تفيد بأن الحاجة غير الملباة يمكن معالجتها دون تحديد غايات وذلك من خلال جعل العرض يستجيب بصورة أكثر فعالية للاحتياجات المحلية. واستجابة لذلك، وضعت الحكومة إطاراً جديداً يوفر وسائل تنظيم الأسرة في سياق أوسع لخدمات الصحة الإنجابية وصحة الطفل، ويستند إلى التخطيط على المستوى المحلي بناء على تقييم حاجة المرأة إلى الخدمات (Murthy et al., 2002). ورغم أن تغيير برنامج وطني ضخم عملية بطيئة، فإن زيادة طائفة أساليب منع الحمل، وإدارة أخصائيي الصحة بطريقة أقل توجيهاً، وجعل البرنامج أكثر استجابة للاحتياجات المحلية كلها أمور ساهمت في زيادة الطلب على خدمات تنظيم الأسرة. ■

دراسة حالة طاجيكستان

عملت طاجيكستان على التغلب على نقص المعلومات والخدمات، لا سيما في المناطق الريفية. ومن خلال الجهود المشتركة لصندوق الأمم المتحدة للسكان ووزارة الصحة، حسنت طاجيكستان فرص استفادة السكان المعرضين للخطر من خدمات تنظيم الأسرة. ويجري توفير المعلومات والخدمات المتعلقة بتنظيم الأسرة في سياق خدمات ومعلومات شاملة وجيدة للصحة الإنجابية، وهو شرط رئيسي في برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. وحققت طاجيكستان هذا التحول عن طريق بناء القدرات، وإجراء حملات توعية، وتوفير وسائل منع الحمل، وضمان توفير معدات كافية لدعم جودة الخدمات. ■

▲ إحدى العاملات في المجال الصحي تقوم بزيارة لقرية في إثيوبيا.
©UNFPA/Antonio Fiorente

القوانين التي تجرم تنظيم الأسرة قد تنال من الحقوق وتضر بالصحة

إن القوانين والسياسات التي تحد من فرص الاستفادة من وسائل منع الحمل وتحرم على أخصائيي الصحة توفير خدمات الصحة الإنجابية، بما فيها خدمات تنظيم الأسرة، يمكن أن تقوض حق المرأة في الصحة وتضفي الطابع المؤسسي على حلقات الشجب والتمييز، وذلك استناداً إلى أناند غروفر، المقرر الخاص لمجلس حقوق الإنسان المعني بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية. فالدولة التي توظف القوانين لتنظيم خيارات الناس في تنظيم

الأسرة "تحل إرادتها قسراً محل إرادة الفرد" على حد تعبير غروفر.

وفي التقرير المؤقت للمقرر الخاص المعني بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية دعا غروفر الدول إلى "إلغاء القوانين الجنائية وغيرها من القوانين التي تقيد فرص التوعية والإعلام بشأن الصحة الجنسية والإنجابية". كما قال إن القوانين وغيرها من القيود القانونية التي تحد أو تحرم من فرص الحصول على سلع وخدمات تنظيم الأسرة، بما فيها الوسائل العاجلة لمنع الحمل، تنتهك الحق في الصحة وتعكس أفكاراً تمييزية عن أدوار المرأة في الأسرة والمجتمع.

الخلاصة

تهمل نظم تنظيم الأسرة عدداً من الفئات السكانية الهامة أو تواجه هذه الأخيرة أحياناً عقبات كأداء في هذا الصدد؛ ومن هذه الفئات: الشباب والبالغون غير المتزوجين الذين هم في سنوات الإنجاب الأساسية، والمنفصلون عن شركائهم، وكبار السن، والأشخاص ذوو الإعاقة، واللاجئون، والأشخاص المصابون بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، والأقليات العرقية والمجموعات المحرومة الأخرى. وثمة حاجة هائلة إلى توفير وسائل تأخير الحمل العارض ومنعه توفيراً أكثر انتظاماً وسخاءً.

ويشير إلى هذا التوجه الجديد نهج قائم على حقوق الإنسان في مجال الصحة وتنظيم الأسرة. ويدعو إطار حقوق الإنسان في السياسات والبرمجة إلى التركيز على الإنصاف وعدم التمييز لتحقيق المساواة؛ وعلى التواصل مع الفئات الأشد تعرضاً للإهمال، والتي كثيراً ما تكون مهمشة وضعيفة؛ وعلى بناء آليات تعزز الرصد والمساءلة (صندوق الأمم المتحدة للسكان، ٢٠١٠). ولا يتطلب تطبيق نهج قائم على حقوق الإنسان مجرد سن قوانين وسياسات تحظر الممارسات التمييزية وتعاقب عليها، بل إنه يستوجب أيضاً وضع نظم وتشجيع وإشراك المجتمع المدني لتنفيذها وضمان المساءلة.

توسيع نطاق الاستفادة من خلال خدمات محلية ملائمة ثقافياً في جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية

جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية دولة متنوعة ثقافياً وعرقياً. فمجتمعات سكانها الأصليين، الذين يتحدثون أربع لغات فريدة من نوعها، تشكل ٤٠ في المائة من مجموع سكان البلد. وثمة حاجة كبيرة غير ملبأة إلى تنظيم الأسرة لدى هؤلاء السكان الأصليين. وبدعم من صندوق الأمم المتحدة للسكان، أعلن مركز صحة الأم والطفل التابع لوزارة الصحة عن انطلاق مبادرة لتقديم خدمات ملائمة ثقافياً ومراعية للزبائن في مجال تنظيم الأسرة في عام ٢٠٠٦. ودرب البرنامج القرويين على تقديم خدمات تنظيم الأسرة على مستوى المجتمع المحلي للعمل مع المراهقين والشباب والأزواج. وتزايد في هذه المجتمعات المحلية استعمال وسائل منع الحمل من ١٢ في المائة من السكان في عام ٢٠٠٧ إلى ٤٥ في المائة في عام ٢٠١١.

تدريب الصيادلة على تحقيق نتائج في توفير إمدادات موثوق بها لوسائل منع الحمل في منغوليا

كان انعدام تدريب متخصص للصيادلة يشكل عائقاً رئيسياً يحول دون توفير إمدادات موثوق بها لوسائل منع الحمل وغيرها من لوازم الصحة الإنجابية في منغوليا إلى أن شرع الصندوق في تنقيح المناهج التدريبية للصيادلة الشباب بالتعاون مع وزارة الصحة وكلية الصيدلة في جامعة العلوم الصحية في منغوليا. وفي الوقت الراهن، يتخرج كل سنة ما يزيد على ٣٥٠ صيدلي من ذوي المهارات اللازمة في توفير وسائل منع الحمل والعمل على تخفيض الحاجة غير الملبأة إلى تنظيم الأسرة.



▲ رئيس الوزراء البريطاني دافيد كامرون وميلندا غيتس يتحدثان عن قضايا تنظيم الأسرة والتطوع مع الشباب في مؤتمر قمة لندن بشأن تنظيم الأسرة.
©Russell Watkins/
UK Department for
International Development

في تنظيم الأسرة المراهقون الشباب، والأشخاص غير المتزوجين من كافة الأعمار، والرجال والفتيان، وغيرهم من الفئات المهمشة اجتماعياً والتي تعاني من محدودية فرص الحصول على المعلومات والخدمات. ونتيجة لذلك، تظل الحاجة غير الملباة عالية نسبياً في صفوف الشرائح الرئيسية للسكان ولا يزال الحصول على خدمات تنظيم الأسرة أقرب إلى امتياز يتمتع به البعض لا حقاً عالمياً يمارسه الجميع.

ويتم النشاط الجنسي بصورة متزايدة بطرق تتحدى المعايير الاجتماعية التي تملّي الظروف التي ينبغي أن يمارس فيها الجنس. وبات من المتعين على الأسر والمجتمعات المحلية والمؤسسات والحكومات أن تعدل استراتيجياتها لضمان أن يكون بمقدور جميع الناس، باعتبارهم ذوي حقوق، أن يُعملوا حقهم في تنظيم الأسرة بموجب الاتفاقيات الدولية. ومن بين الشرائح السكانية الرئيسية التي لم تستفد على قدم المساواة من المكاسب التي حققت أخيراً



الأثر الاجتماعي والاقتصادي لتنظيم الأسرة

تعد القدرة على ممارسة الحق في تنظيم الأسرة - وبصورة أعم الحق في الصحة الجنسية والإنجابية - أمراً أساسياً لإعمال حقوق أخرى، كما يؤدي ذلك إلى تحقيق منافع اقتصادية جمة للأفراد والأسر المعيشية والمجتمعات المحلية وللبلدان بأسرها. وللصحة الإنجابية الجيدة، بما في ذلك تنظيم الأسرة، تأثيرها على الاقتصاد - ومن ثم على التنمية المستدامة - وذلك بطرق كثيرة. فالنساء اللاتي تتعرضن لعدد أقل من حالات

تنظيم الأسرة ورفاه المرأة الأثر الصحي

يتبدى الأثر الاقتصادي لتحسين الصحة الإنجابية على حياة النساء أول ما يتبدى في تحسين صحتهم، وهو الأمر الذي يقوم فيه تنظيم الأسرة بدور رئيسي. فالوصول على خدمات تنظيم الأسرة من شأنه أن يقلل من معدلات الخصوبة عموماً، ومن عدد حالات الحمل العارض، وأيضاً من حالات الحمل الخطرة، مما يؤدي بالتالي إلى تقليل مخاطر الوفيات النفاسية ومعدلات الاعتلال في الأجل الطويل (Maine et al., 1996). ومن شأن إتاحة فرص الحصول على خدمات تنظيم الأسرة أن تؤدي أيضاً إلى تحقيق المبادعة بين الولادات على النحو الأمثل، الأمر الذي يؤدي بدوره إلى تحسين صحة الأم عموماً من خلال تقليص ظاهرة تضعضع صحة الأم والرضيع ومخاطر الولادة المتسرة وما ينجم عنها من مضاعفات (Conde-Agudelo, Rosas-Ber- mudez and Kafury-Goeta, 2007). وفي سري لانكا، على سبيل المثال، حدثت أشد حالات الانخفاض في معدلات الوفيات النفاسية أثناء الفترة التي شهد فيها البلد انخفاضاً في معدلات الخصوبة. واليوم، تعتبر سري لانكا أحد البلدان ذات

الولادة التي تنطوي على المخاطرة، واللاتي تتمتعن بحالات حمل صحية وتحظين بولادات مأمونة، تواجهن مخاطر أقل من حيث الوفيات، وتنعم بصحة أفضل بوجه عام. وهؤلاء النساء يضعن مواليد أكثر صحة وينعم أطفالهن بصحة أفضل وهم في بداية حياتهم. وتؤدي هذه التحسينات في مجال الصحة إلى تحقيق طائفة كبيرة من المنافع الاقتصادية: مثل زيادة الاستثمار في المدارس، وزيادة الإنتاجية، وتحقيق مشاركة أكبر من جانب القوة العاملة، بما يؤدي في نهاية المطاف إلى زيادة الدخل، والمدخرات، والاستثمارات، وتراكم الأصول. بيد أنه لا تتوافر أدلة كثيرة حول أثر ذلك على حياة الرجال.

ويواجه الباحثون الذين يحاولون توثيق ضخامة هذه العلاقات عقبات عديدة، يعزى بعضها إلى أن تنظيم الأسرة يعتمد على مجموعة متنوعة من المتغيرات الأخرى، بما في ذلك الدخل، والتعليم (وبخاصة تعليم الإناث)، والفرص المتاحة لعمل الإناث، ونطاق التصنيع والتحضر، والمعايير الثقافية والاجتماعية، وتكلفة تنشئة الأطفال. فهذه المتغيرات من الصعب قياسها ولكل منها تأثيرها القوي على المتغيرات الأخرى.

▶ حصّة جغرافيا في
جامعة إدواردو
موندلين.

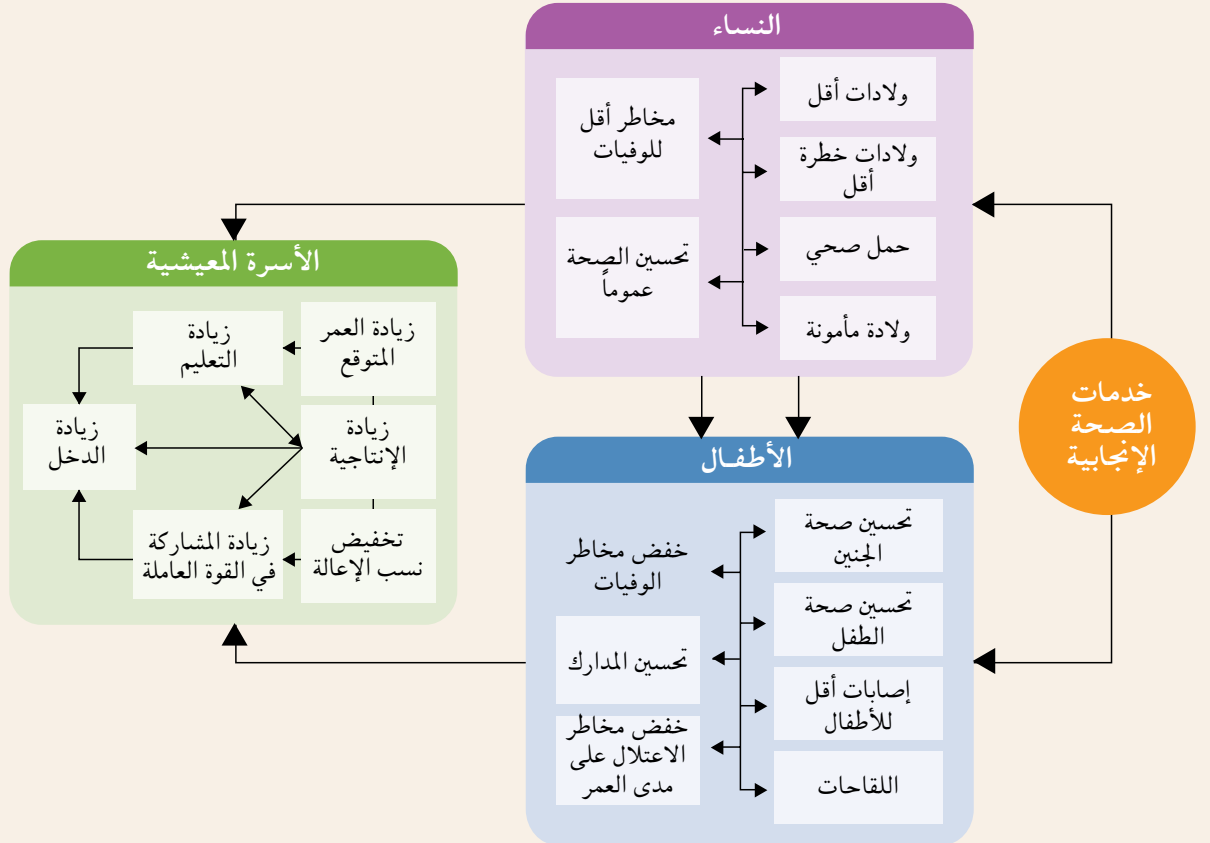
© UNFPA/Pedro Sá da
Bandeira

معدلات وفيات الأم والطفل، ولكن أيضاً إلى مجموعة متنوعة من الآثار الجانبية على صحة المرأة. فالنساء اللاتي تعاملن مع البرنامج خلال سنوات الإنجاب تعرضن لزيادة في أوزانهن وتغييرات في مؤشر كتلة الجسم والصحة العامة (Phillips et al., 1988; Muhuri and Preston, 1991; Muhuri, 1995; Muhuri, 1996; Ronsmans and Khat, 1999; Chowdhury et al., 2007). وخلصت الدراسات إلى أن مؤشر كتلة الجسم بالنسبة للنساء اللاتي شاركن في البرنامج تجاوز الحد المرتبط بالمخاطر الدنيا للوفيات، وهو ١٨,٥ (منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٥). وتطرح دراسة أجريت مؤخراً حجة مؤداها أن الزيادة بمعدل نقطة واحدة في مؤشر كتلة الجسم حول هذه القيمة من شأنها أن تخفّض خطر الموت بنسبة ١٧ في المائة (Joshi and Schultz, 2007).

المعدلات الأعلى لانتشار وسائل منع الحمل، وأقل معدلات الخصوبة، وأقل معدلات للوفيات النفاسية، كما أنها تغطي ببعض أفضل المؤشرات المتعلقة بصحة الأم والطفل في العالم (Seneviratne and Rajapaksa, 2000).

وهناك شواهد قوية على تأثير انخفاض معدلات الخصوبة على تحسين صحة المرأة، ورد بعضها من مقاطعة ماتلاب، بنغلاديش، حيث يجري من خلال برنامج طويل الأجل بشأن صحة الأم والطفل إيصال وسائل منع الحمل، والرعاية السابقة للولادة، واللقاحات، ومجموعات أدوات الولادة المأمونة، ومجموعة متنوعة أخرى من الخدمات الصحية إلى النساء في عقر دارهن. وعلى مدى ٣٠ عاماً، أسفر البرنامج ليس فقط عن تخفيض معدلات الخصوبة بنحو ١٥ في المائة وتحسين

الصلات بين الصحة الإيجابية والنواتج الاقتصادية





نحو ١٤ في المائة من أعمارهن على ذلك في الآونة الأخيرة (Lee, 2003).

الأثر على التعليم المدرسي

في كولومبيا، ارتبط الانخفاض في معدلات الخصوبة، الذي تحقق بفضل برنامج بروفاميليا لتنظيم الأسرة، بتحقيق زيادة تناهز ٠,١٥ في عدد سنوات الدراسة (Miller, 2009). وفي سري لانكا، أدى تخفيض معدلات الوفيات النفاسية في الفترة ما بين ١٩٤٦ و ١٩٥٣ إلى زيادة العمر المتوقع للإناث بما مقداره ١,٥ سنة (قرابة ٤ في المائة)، ونجم عن ذلك حدوث زيادة في معدلات محو أمية الإناث بين الفئات المتأثرة بنسبة ٢,٥ في المائة (نقطة مئوية واحدة) وزيادة عدد سنوات الدراسة بنسبة ٤ في المائة (Jayachandran and Lleras-Muney, ٠,١٧ سنة) (2009).

وللمفاضلة بين التعليم والحمل أهميتها بوجه خاص بالنسبة للمراهقات، بالنظر إلى ما يتسبب فيه الحمل من

وهناك مزايا صحية كبرى لتنظيم الأسرة ولاسيما بالنسبة إلى الشباب والمراهقات. فالنساء ما بين سن ١٥ و ١٩ سنة يكن أكثر عرضة للوفيات النفاسية بمعدل الضعف من النساء الأكبر سناً نتيجة لعدم نضوجهن البدني وزيادة خطر المضاعفات المتعلقة بالولادة مثل ناسور الولادة (Miller et al., 2005; Raj et al., 2009).

ومن خلال تجنب حالات الحمل المبكر، وتقليل حالات الحمل الخطرة، والحد من مخاطر الوفاة المبكرة أو الاعتلال الطويل الأجل، فإن تحسين فرص الحصول على خدمات تنظيم الأسرة يمكن أن يؤدي إلى إطالة العمر، وزيادة الأفق الزمني لتحقيق عائدات من الاستثمار في رأس المال البشري، كما يساعد المرأة على إعادة تخصيص وقتها لأنشطة اقتصادية أخرى. وخلصت دراسة بحثية إلى أن النساء في أوروبا وأمريكا الشمالية قد تحولن من إنفاق ٧٠ في المائة من حياتهن في سن الرشد على الحمل وتربية الأطفال قبل حدوث التحول الديمغرافي، إلى إنفاق

دولار ، كما تقلل من سنوات الدراسة (Fletcher and Wolfe, 2008) .

ويؤدي حمل المراهقات أيضاً إلى عرقلة التحصيل العلمي للفتيات في البلدان النامية . ووفقاً لحساب المخاطر التراكمية الذي أجراه لويد ومينش (٢٠٠٨) في خمسة من بلدان غرب أفريقيا للفتيات المتسربات من المدارس قبل إتمام دراستهن الثانوية ، فإن التقديرات تشير إلى أن المخاطر التراكمية للتسرب نتيجة للحمل (أو الزواج) أثناء المراهقة يتراوح بين ٢٠ في المائة في بوركينافاسو وكوت ديفوار وغينيا وتوغو إلى قرابة ٤٠ في المائة في الكاميرون . وكشف تحليل عن أثر الأمومة بين المراهقات على المواظبة وإتمام الدراسة في المدارس الثانوية في شيلي عن أن الأمومة تحد من احتمال المواظبة وإتمام الدراسة في المدارس الثانوية بنسبة تتراوح بين ٢٤ في المائة و ٣٧ في المائة (Kruger et al., 2009) .

وفي حين ترى بعض الدراسات أن الفتيات أكثر عرضة فيما يبدو لتترك الدراسة بمجرد بلوغهن مرحلة النضج الجنسي والانخراط في الجنس قبل الزواج ، خلصت دراسات أخرى إلى أنه من المرجح أن تكون هناك أسباب أخرى غير الحمل وراء تسرب الفتيات من الدراسة (Biddlecom et al., 2008) . وفي بعض الحالات ، يرجح أن يكون الحمل نتيجة للخروج المبكر من الدراسة . وتشير الأدلة المستقاة من جنوب أفريقيا ، على سبيل المثال ، إلى أن الأداء المدرسي الضعيف يكون مرتبطاً بدرجة مخاطرة عالية من حدوث الحمل ، ثم بدرجة مخاطرة أكبر بالتسرب من الدراسة . ومن شأن ذلك أن يؤدي إلى آثار سلبية طويلة الأجل على تعليم المرأة ومهاراتها وعملها ودخلها (Grant and Hall-man, 2006) .

الأثر على مشاركة المرأة في القوة العاملة

من شأن إتاحة فرص الحصول على خدمات الصحة الإنجابية ، بما في ذلك تنظيم الأسرة ، أن يؤدي أيضاً إلى تحسين فرص انضمام المرأة إلى القوة العاملة . فالحصول على هذه الخدمات يتيح للمرأة ، أولاً ، فرصة تنظيم مواعيد الولادة ، ومن ثم زيادة مشاركتها في أسواق اليد العاملة . ويوضح ذلك طرح أقرص إينوفيد ، وهي



انقطاع عن التعليم وإرباك لعملية الاستعداد للانخراط في القوة العاملة . وتتباين العلاقة بين الزواج والإنجاب حسب الظروف أو حسب البلد ، مما قد يصعب معه إزالة اللبس حول العلاقة السببية بين حمل المراهقات والانقطاع المبكر عن الدراسة .

وكشفت البحوث التي استخدمت فيها عمليات المسح الطولية الوطنية للشباب في الولايات المتحدة عن أن الاتصال الجنسي في مرحلة مبكرة تكون له آثار ضارة على أداء الفتيات في التعليم والتحصيل المدرسي ، حتى لو تم التحكم في المتغيرات المتعلقة بالخلفية الاجتماعية والاقتصادية (Steward, Farkas and Bingenheimer, 2009) . وتؤكد دراسة أخرى أجريت في الولايات المتحدة أن الأمومة أثناء فترة المراهقة تقلل من فرص حصول الفتيات على دبلوم دراسة عليا بنسبة تصل إلى ١٠ في المائة ، وتقلل من دخلهم السنوي كشباب بما يتراوح بين ١٠٠٠ و ٢٤٠٠

▲ العودة من الحقل ، كيريباس .

©UNFPA/Ariela Zibiah

تقديرات الخصوبة الكلية

التوقعات الوسيطة للفترة ٢٠١٥-٢٠١٠

المنطقة	الخصوبة الكلية (طفل لكل امرأة) ٢٠١٥-٢٠١٠
العالم	٢,٤٥
المناطق الأكثر تقدماً	١,٧١
المناطق الأقل تقدماً	٢,٥٧
أقل البلدان نمواً	٤,١٠
المناطق الأقل تقدماً باستثناء أقل البلدان نمواً	٢,٣١
المناطق الأقل تقدماً باستثناء الصين	٢,٨٦
أفريقيا	٤,٣٧
شرق أفريقيا	٤,٧٤
وسط أفريقيا	٥,١٦
شمال أفريقيا	٢,٧٥
جنوب أفريقيا	٢,٤٦
غرب أفريقيا	٥,٢٢
آسيا	٢,١٨
شرق آسيا	١,٥٦
جنوب وسط آسيا	٢,٥٦
وسط آسيا	٢,٤٦
جنوب آسيا	٢,٥٧
جنوب شرق آسيا	٢,١٣
غرب آسيا	٢,٨٥
أوروبا	١,٥٩
شرق أوروبا	١,٤٩
شمال أوروبا	١,٨٦
جنوب أوروبا	١,٤٩
غرب أوروبا	١,٦٩
أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي	٢,١٧
الكاريبي	٢,٢٥
أمريكا الوسطى	٢,٤١
أمريكا الجنوبية	٢,٠٦
أمريكا الشمالية	٢,٠٤
أوقيانوسيا	٢,٤٥

الحكومات المالي والسياسي بضمان أن تتوفر للنساء والرجال من جميع الأعمار فرص الحصول على المعلومات والخدمات الموثوق بها في مجال تنظيم الأسرة . وفي المجتمعات التي انخفض فيها معدل الخصوبة الكلية دون مستويات الإحلال ، فإن الأفراد والأسر لا يمتنعون عن إنجاب الأطفال لمجرد أنهم يمتنعون بفرص الحصول على خدمات تنظيم الأسرة ، بل لأنهم ، بالأحرى ، يحققون مرادهم في تكوين أسر صغيرة الحجم لأنهم يمتلكون الوسيلة لتحقيق ذلك . وأدى الحصول على خدمات تنظيم الأسرة إلى تمكين المرأة بصورة متزايدة وبخاصة بما تحتاج إليه من معلومات وخدمات لتأكيد حقوقها وممارسة خياراتها المتعلقة بالخصوبة .

وفقاً لتقديرات بيانات الأمم المتحدة ، فإن معدل الخصوبة الكلية قد انخفض دون مستوى الإحلال (٢,١ طفل لكل امرأة) في أكثر من ٨٣ بلداً . وساور القلق بعض حكومات البلدان التي تكون أجيالها الحالية أصغر حجماً من الأجيال التي سبقتها بما يعني وجود أعداد أقل من العمال الخاضعين للضرائب ، وأعداد أكبر من كبار السن الذين يحتاجون إلى الدعم . وفي ظل وجود أعداد أكبر من الأفراد والأسر القادرين على ممارسة الحق في تنظيم الأسرة ، فقد يكون من المجدي إجراء حوار وطني حول سياسات الأسرة ، بما في ذلك إجازة الوالدين ، ودعم خدمات الرعاية ، وإزالة ممارسات العمل التمييزية ضد العاملين من ذوي صغار الأطفال . بيد أن أي تعديلات في السياسات العامة لا ينبغي أن تخفف من التزام

أن النساء اللاتي تعملن في وظائف مدفوعة الأجر تتلقين أجوراً أعلى بكثير من الثلث من نظيراتهن اللاتي لم تحصلن على خدمات من البرنامج. وهذه الزيادات في الأجور مردها إلى حد كبير المزايا العالية التي حصلت عليها النساء من تعليمهن في القرى المشمولة بخدمات البرنامج (Schultz, 2009a).

المزايا التي يحققها تنظيم الأسرة بالنسبة للصحة والدخل تعزز أيضاً حقوق المرأة

من شأن تخفيض معدلات الخصوبة، وتحقيق تحسن في الأوضاع الصحية، وزيادة الدخل، أن يحسن من حالة حقوق المرأة في المنزل وفي مجتمعاتها المحلية. وتوضح دراسة أجريت مؤخراً أنه حينما تنخفض معدلات الخصوبة وتزداد أهمية رأس المال البشري في الاقتصاد، يبدأ الميل لدى الرجال في تقاسم السلطة مع النساء لضمان التعليم الأفضل للأطفال، حيث تستثمر النساء بدرجة أكبر في رأس المال البشري للأطفال وتكون لقدرتهن على المساومة أهميتها في القرارات التي تتخذ على مستوى الأسرة المعيشية (Doepke and Tertilt, 2009). ويواجه الرجال بنوع من المفاضلة بين منفعتهم أنفسهم ومنفعة أطفالهم، وأحفادهم، والأجيال المقبلة. وفي هذه الحالة تنحاز خياراتهم إلى التنازل عن حقوق أكثر للنساء. ويدلل المؤلفان على هذه الحجج بوقائع تاريخية: فهما يستخدمان المناقشات البرلمانية وافتتاحيات الصحف لتقديم الوثائق التي تدلل على أنه حدث في كل من إنكلترا والولايات المتحدة تحول تدريجي خلال القرن التاسع عشر من المناقشات التي كانت تركز على حقوق الرجال إلى وجهة نظر تعطي الأولوية إلى احتياجات الأطفال.

تنظيم الأسرة ورفاه الأطفال

يؤثر تحسين خدمات الصحة الإنجابية على صحة الأطفال بطرق عديدة. ف أولاً، تؤدي الاستعانة بخدمات تنظيم الأسرة من أجل الحد من عدد الولادات والمباعدة بشكل أفضل بين الولادات، إلى تحقيق فوائد جانبية إيجابية لأن النساء اللاتي يتمتعن بصحة جيدة ينجبن أطفالاً أصحاء، كما أن النساء اللاتي تتمتعن بصحة

أول أقرص لتحديد النسل، في الولايات المتحدة في عام ١٩٦٠. وقد أتاحت هذه الأقرص للمرأة الأمريكية حرية غير مسبوق لاتخاذ قرارات في آن واحد بشأن الإنجاب وبشأن حياتهن الوظيفية. ويشير تحليل سببي لأثر أقرص منع الحمل على تحديد موعد الولادة الأولى ومشاركة المرأة في القوة العاملة إلى أن إتاحة الحصول على الأقرص بصورة قانونية قبل سن الحادية والعشرين قلل بشكل كبير من احتمال حدوث الولادة الأولى قبل سن ٢٢ سنة، وزاد من عدد النساء في القوة العاملة المدفوعة الأجر، كما زاد من عدد ساعات العمل السنوية. وترتبت على ذلك آثار هائلة: ففي الفترة من ١٩٧٠ إلى ١٩٩٠، عزيت إلى الاستخدام المبكر للأقرص نسبة ٣ في المائة من أصل الزيادة البالغة ٢٠ نقطة مئوية (١٤ في المائة) في معدلات المشاركة في قوة العمل و ٦٧ من أصل الزيادة البالغة ٤٥٠ في عدد ساعات العمل السنوية (١٥ في المائة) بين النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٦ و ٣٠ سنة (Bailey, 2006).

وإتاحة فرص الحصول على خدمات تنظيم الأسرة تؤثر أيضاً على سوق اليد العاملة من خلال خفض معدلات الاعتلال وتحسين الحالة الصحية عموماً. ويسهم تنظيم الأسرة في الحد من مخاطر ومضاعفات عمليات الولادة ويؤدي هذا بدوره إلى الحد من مخاطر اعتلال الأمهات وزيادة إنتاجية المرأة. وهناك بعض الاستثناءات لهذه الأنماط. ففي بعض السياقات، يمكن أن تنخفض مشاركة الإناث في قوة العمل مع تقلص معدلات الخصوبة أو زيادة معدلات التحصيل التعليمي أو تحسن الوضع الاجتماعي والاقتصادي. ففي مشروع ماتلاب في بنغلاديش، على سبيل المثال، أدى توفير خدمات تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية للنساء البالغات في منازلهن على مدى ٢٠ عاماً إلى تحقيق تحسن كبير في رفاههن، ولكن مشاركة الإناث في العمل المدفوع الأجر تقلصت في واقع الأمر. ويعزو الباحثون هذه الظاهرة إلى العادات والتقييدات الأبوية التي تقيد حركة الإناث، لاسيما بالنسبة للموسرات وذوات المراكز العليا، مما يضطر بعضهن إلى العمل في المنزل بدلاً من أداء أعمال يدوية أو العمل المدفوع الأجر خارج المنزل. بيد أن التقديرات تشير إلى



▲ في حلقة عمل عن تنظيم الأسرة في كوستاريكا.
©UNFPA/Alvaro Monge

في برنامج لتنظيم الأسرة في نافرونغو، غانا (Binka, Nazzar and Phillips, 1995; Pence et al., 2001; Phillips et al., 2006; Pence, Nyarko and Phillips, 2007).

واستخدمت بحوث حديثة قياسات الجسم البشري للحالة الصحية على مدى العمر كمقياس للصحة في فترة الطفولة المبكرة. ويعد طول الفرد بوجه خاص مثلاً مهماً على ذلك. إذ أنه يستعان بطول الشخص البالغ كمؤشر كامن للتغذية في مرحلة العمر المبكرة وللحالة الصحية على مدى العمر: فالأطفال ذوو الوزن المنخفض عند الولادة، على سبيل المثال، يكونون أقصر طولاً حتى لو حصلوا خلال مرحلة الطفولة على تغذية إضافية. ورغم أن الطول تحدده العوامل الوراثية، فإنه يتحقق جزئياً من خلال التغذية والرعاية والظروف الصحية الكافية، وخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة. وقد زادت معدلات الطول في العقود الأخيرة بالنسبة

أفضل تتوفر لهن موارد أكبر للاستثمار في رفاه أطفالهن (Alderman et al., 2001).

الأثر على صحة الرضع والأطفال وبقائهم

خلصت دراسات شاملة لعدة بلدان إلى أن هناك علاقة إيجابية بين تنظيم الأسرة وبقاء الطفل: ومن المرجح بدرجة أكبر لمستعملي برامج تنظيم الأسرة أن يواجهوا مخاطر الوفيات بدرجة أقل هم وأطفالهم (Bongaarts, 1987). على أن هذه العلاقات لا يمكن تفسيرها باعتبارها علاقات سببية بالنظر إلى وجود عوامل أخرى مربكة من قبيل مدة وكثافة استخدام الرضاعة الطبيعية، والنضوج المبكر، فضلاً عن تأثيرات غير محددة، وبيولوجية وسلوكية وبيئية واجتماعية - اقتصادية، أو ذات صلة بالرعاية الصحية، والتي من المعروف أنها وراء الاختلافات الكبيرة في معدلات وفيات الرضع بين الأسر. بيد أن دراسة حديثة أخضعت للكثير من هذه العوامل كشفت عن أن زيادة فترات المباشرة بين الولادات يمكن أن تقلل من معدل وفيات المواليد (Rustein, 2005). وخلصت هذه الدراسة إلى أن مباحة الولادات لفترة تتراوح بين ثلاث وخمس سنوات يمكن أن تؤدي وحدها إلى تفادي ما نسبته ٤٦ في المائة من معدل وفيات الرضع في البلدان النامية.

وتؤكد هذا الاستنتاج الشواهد التي تم الحصول عليها من برامج تتعلق ببلدان محددة. وتوضح دراسة من كولومبيا، على سبيل المثال، أن توفر الأسرة في العيادات والمستشفيات ونفقات تنظيم الأسرة بالنسبة للفرد الواحد يرتبطان بانخفاض معدلات وفيات الأطفال وأيضاً بانخفاض معدلات الخصوبة بين النساء في المناطق الحضرية (Rosenzweig and Schultz, 1982). وفي الفلبين، كان لوجود برنامج لتنظيم الأسرة آثار مباشرة على صحة الأطفال (Rosenzweig and Wolpin, 1986). ومن شأن تحسين فرص الحصول على خدمات الصحة الإنجابية، وتحسين المباشرة بين فترات الحمل، والحد من حالات الحمل الخطرة في بنغلاديش أن تؤدي جميعها إلى خفض معدل وفيات الأطفال وتحسين معدلات بقائهم (Phillips et al., 1998; Muhuri and Preston, 1991; Muhuri, 1995; Muhuri, 1996; Joshi and Schultz, 2007). ولوحظ حدوث أثر مماثل

من نيبال والهند وباكستان والبرازيل . فقد كشفت الدراسة عن أن الرضع الذين يولدون في حيز الوزن الذي يتراوح بين ١٥٠٠ و ١٩٩٩ غرام يكونون أكثر عرضة للوفاة بمقدار ٨,١ مرات ، في حين يتعرض البالغ وزنه ما بين ٢٠٠٠ غرام و ٢٤٩٩ غراما للوفاة بمقدار ٢,٨ مرة نتيجة للأسباب المرتبطة بفترة الولادة أكثر من الأطفال الذين يزنون ٢٤٩٩ غراما عند الولادة (Bhutta et al., 2008) .

تعليم الأطفال

من شأن تحسين خدمات الصحة الإنجابية وفرص الحصول على خدمات تنظيم الأسرة أن يؤثر كذلك على استثمار رأس المال البشري في الأطفال . ويحدث ذلك من خلال قنوات عديدة . فتزايد معدلات العمر المتوقع تهيئ حوافز وفرصاً جديدة للاستثمار في التعليم . وعلاوة على ذلك ، فإن تحسين الصحة الإنجابية يؤدي عموماً إلى تحسين صحة الأمهات أثناء الحمل ، بما لذلك ، بدوره ، من آثار مواتية على النماء الإدراكي للأطفال . وأخيراً ، فإن انخفاض معدلات الخصوبة يحرر موارد المرأة ويتيح لها زيادة الاستثمار في تعليم أطفالها . وأفضل دليل على العلاقة القائمة بين انخفاض معدل الخصوبة ، وتحسين الصحة الإنجابية ، وتعليم الأطفال ، يأتي مرة أخرى من ماتلاب ، بنغلاديش . فانخفاض معدلات الخصوبة وتحسن الصحة التناسلية لم يؤدي فقط إلى زيادة الاستثمار في تعليم الأطفال إضافة إلى المفاضلة بين تعليم الأطفال والعمل (Sinha, 2010; Schultz, 2007; Joshi and Schultz, 2003) . ولكن هناك أيضاً شواهد على أن البرنامج كان له أثره الإيجابي على درجات الامتحانات التي حصل عليها الأطفال وعلى نماذجهم الإدراكي (Barham, 2009) .

مشاركة الأطفال في القوة العاملة في المستقبل

يؤدي انخفاض معدلات خصوبة الأمهات ، وحدوث تحسن في صحتها ، وزيادة الاستثمار في رأس المال البشري للأطفال إلى التأثير في نهاية المطاف على مشاركة الأطفال في القوة العاملة . ومع أن هذه الصلة بديهية وتبدو واضحة ، فإن الأدلة التجريبية التي تؤيد هذه النظرية ظلت حتى الآن بعيدة المنال ، ويعزى ذلك

للسكان الذين زاد بالنسبة إليهم معدل الدخل القومي بالنسبة للفرد الواحد ، وفي الأوساط التي شهدت تزايداً في أنشطة الصحة العامة . وكشفت دراسة أجريت على مقاطعة لاغونا في الفلبين ، واستندت إلى جمع معلومات عن الطول والوزن والاستفادة من برامج تنظيم الأسرة في الفترة ما بين ١٩٧٥ و ١٩٧٩ ، عن أن تنفيذ البرامج الصحية وبرامج تنظيم الأسرة يؤدي إلى تحسين طول الأطفال بالنسبة لسنهم وكذلك إلى تحسين الوزن بالنسبة إلى السن . وتشير التقديرات المستقاة في هذا الصدد إلى أن طول الطفل الذي لم يتمتع بخدمات صحية من عيادة طبية يكون أقل بنسبة ٥ في المائة عن الطفل الذي يكون قد حظي بمثل هذه الخدمات ، بينما يؤدي توفير خدمات تنظيم الأسرة إلى زيادات في الطول تصل إلى نسبة ٧ في المائة .

وهناك آلية هامة أخرى تربط بين تحسين خدمات تنظيم الأسرة والصحة في مرحلة الطفولة المبكرة وهي تحسين الحالة التغذوية للأم التي تنشأ عن المبادأة الأفضل بين فترات الحمل أو تقليلها بوجه عام . وهناك الآن أدبيات كثيرة في مجال الطب والصحة العامة والعلوم الاجتماعية تطرح حجة مؤداها أن تحسين الحالة التغذوية للأم يؤدي دوراً حاسماً في تحسين نماء الطفل . وتبين دراسات كثيرة أن سوء تغذية الأم - والذي يقاس بطواهر مثل وقف النمو ، والهزال ، وانعدام الطاقة المزمّن ، وحالات النقص في المغذيات الأساسية الدقيقة ، ومؤشرات كتلة الجسم دون القيمة ١٨,٥ ترتبط جميعها بزيادة مخاطر تأخر النمو داخل الرحم إضافة إلى حدوث مضاعفات وعيوب خلقية عند الولادة (Bhutta et al., 2008) . وضعف نمو الجنين يمكن أن يؤدي بصورة مباشرة إلى وفاة المواليد ، وبخاصة في حالات اختناق المواليد والإصابة بالأخماج (مثل الإلتان ، والالتهاب الرئوي ، والإسهال) ، والتي تعزى إليها مجتمعة أكثر من نصف حالات وفيات المواليد في العالم اليوم .

ومعروف أن حالات الانخفاض في معدلات الخصوبة وتحسين تحسين في الأوضاع الصحية للأم يرتبطان بالمواليد الأكثر صحة والأعلى وزناً عند الولادة والأقل تعرضاً لخطر وفيات المواليد . وقد ظهر ذلك في التوقعات المتعلقة بالمواليد في عينة من المجتمعات المحلية في كل



▲ عيادة صحية متنقلة في
سري لانكا.
©UNFPA/FPASL

(Schultz, 2008; Sinding, 2009; 2001). فأولاً،
وكما جرى توثيقه سابقاً، فإن الأصحاء يعملون أكثر
كما أنهم الأقوى من الناحية البدنية والمعرفية، ومن
ثم فهم أكثر إنتاجية ويمكنهم تحقيق دخول أعلى وأن
يراكموا أصولاً أكبر. ثانياً، يتمتع الأصحاء بمعدلات
أطول للعمر المتوقع، ومن ثم، فإن أمامهم فرصاً أكبر
للاستثمار وجني العائدات من التعليم ورأس المال
البشري بصورة أعم. وهذه العلاقة الإيجابية بين
الصحة والثروة يعززها بدرجة أكبر انخفاض معدلات
الخصوبة والمعاوضة الكمية والتنوعية التي تغري
الشركاء باستثمار المزيد من الموارد في كل طفل من
أطفالهم وإن قل عددهم.

بدرجة كبيرة إلى طول الفترة الزمنية التي يمكن فيها
ملاحظة هذه التطورات.

بيد أن هناك أدلة أخرى تؤيد العلاقة بين صحة الأم،
وصحة الطفل، ومشاركته في القوة العاملة، وهذه الأدلة
مستمدة من الدراسات المتعلقة بتغذية الأم. وتبين هذه
الدراسات أن انخفاض معدلات الخصوبة وتحسن صحة
الأم لا يرتبطان فحسب بتحسين صحة الطفل، وتحسن
الدرجات التي يحصل عليها في الاختبارات الإدراكية،
وتحسين التحصيل المدرسي، ولكن أيضاً بحدوث
تحسن في الوضع المهني والدخل، وخفض معدل عدم
المشاركة في القوة العاملة، وخفض معدلات الأمراض
المزمنة والإعاقة قبل سن 50 سنة، وبدرجة أهم فيما
بعد (Miguel and Kremer, 2004; Almond 2006;
Almond, Edlund, et al., 2007; Almond and Ma-
zumder, 2008; Almond and Currie, 2011).
وكشفت دراسة أجريت مؤخراً استعين فيها
بالبينات المتعلقة بتوأم وحيد الزيجوت لتقدير أثر
المستوعب الغذائي الرحيمي على صحة البالغين
وأرباحهم عن أن الأحوال الصحية لها دور رئيسي في
تحديد توزيع الدخل العالمي (Behrman and Rosenzweig,
2004). وتظهر الدراسة تبايناً كبيراً في معدلات
انخفاض الوزن عند الولادة عبر البلدان، وأن هناك
عائدات حقيقية يمكن أن تتحقق من زيادة وزن الجسم
عند الولادة. فزيادة الوزن عند الولادة تضاعف من قدرة
البالغين على التحصيل المدرسي كما تؤدي إلى تحقيق
زيادات في طول البالغين بالنسبة لمختلف مستويات وزن
المواليد عند الولادة. ووجدت الدراسة أيضاً أدلة على
أن زيادة الوزن عند الولادة بالنسبة للمواليد ذوي الوزن
المنخفض، ولكن ليس بين المواليد ذوي الوزن المرتفع
عند الولادة، يؤدي إلى تحقيق منافع كبيرة في سوق اليد
العاملة.

الصحة الإنجابية وثروة ورفاه الأسر المعيشية

هناك طرق عديدة يمكن أن يترجم بها انخفاض
معدلات الخصوبة وتحسين الصحة إلى رفاه اجتماعي
واقتصادي أفضل للأسر المعيشية (Bloom and
Canning, 2000; Birdsall, Kelley and Sinding,

وحيازة أنصبة أقل من أصول الأسرة المعيشية في شكل أنشطة مكتملة لعمل الأطفال، مثل الماشية والصيد أو حتى حيازة مساحات زراعية لأغراض زراعة المحاصيل السنوية. وذكرت الأسر المعيشية أنها تحتفظ بالجزء الأكبر من أصولها في شكل مدخرات مالية وجواهر وبساتين وبرك ومساكن وبيع استهلاكية معمرة مما تعتبر أصولاً تشكل تعويضاً أفضل عن دعم الشيخوخة الذي يقدمه الأبناء عادة.

ويسهم أيضاً تحسين فرص الحصول على خدمات تنظيم الأسرة، وخفض معدلات الخصوبة، والحد من الوفيات النفاسية، واعتلال الأمهات، وتحسين صحة الطفل إلى زيادة المدخرات والدخول عن طريق الحد من الإنفاق لمواجهة وطأة "الصددمات الصحية"، مثل الفقد المفاجئ للدخل، وتفكك الأسرة المعيشية، واعتلال صحة أحد أعضاء الأسرة المعيشية، ولاسيما من الأطفال. ويسهم تحسن الصحة في تحسين الإنتاجية الاقتصادية.

التحولات في عملية اتخاذ القرار داخل الأسر المعيشية

من شأن توافر خدمات الصحة الإنجابية، ولاسيما تنظيم الأسرة، أن يؤدي أيضاً إلى تغيير هيكل سلطة اتخاذ القرار داخل الأسر المعيشية. وفي السياقات التي تتباين فيها مواقف الرجال والنساء إزاء مسألة الخصوبة، وحيثما يمكن للنساء الحصول على خدمات تنظيم الأسرة بصورة مستقلة، فإن تمتعهن بدرجة أكبر من التحكم في خصوبتهن يترجم إلى زيادة في قدرتهن التفاوضية، واستقلالهن الذاتي، والقدرة على اتخاذ القرارات داخل الأسرة.

وتوفر بنغلاديش مثلاً على ذلك على المستوى القطري. فالانخفاض السريع في معدل الخصوبة، من قرابة ستة أطفال لكل امرأة خلال فترة السبعينات إلى أقل من ثلاثة أطفال لكل امرأة خلال فترة التسعينات صاحبه زيادات في مستويات تعليم المرأة ومشاركتها في القوة العاملة، ولاسيما في صناعة الملابس (Ka-beer 1997; Kabeer 2000). وأتاحت فرص وصول المرأة إلى أسواق العمل والائتمانات والمجمعات عموماً إمكانية إعادة التفاوض بشأن معايير من قبيل البردة

مدخرات الأسر المعيشية، ودخلها، وأصولها

من شأن تحسين الصحة وزيادة معدلات العمر المتوقع اللذين يمكن أن يتحققا نتيجة لتحسين فرص الحصول على خدمات الصحة الإنجابية، بما في ذلك تنظيم الأسرة، أن يؤدي ليس فقط إلى تغيير القرارات إزاء التعليم، ولكن أيضاً إزاء النفقات والمدخرات على مدى عمر الفرد. ومع انخفاض معدلات الخصوبة، يقل احتمال اعتماد الأفراد على الأطفال لتوفير الدعم والتأمين عند الشيخوخة. ولذلك، فإنهم يكونون أكثر ميلاً إلى الادخار من أجل تقاعدهم. ويعزز من القوة الدافعة وراء الادخار تحسن الصحة وزيادة معدل العمر المتوقع ما أن يصبح التقاعد توقعاً معقولاً، وبالنظر أيضاً إلى طول فترة التقاعد. وهناك أدلة وفيرة تدعم هذه العلاقة بين انخفاض معدلات الخصوبة ومعدلات الادخار (Bloom and Canning, 2008). وترى دراسات كثيرة أن هناك علاقة إيجابية متبادلة بين انخفاض معدلات الخصوبة أو زيادة معدلات العمر المتوقع، من جهة، ومعدلات الادخار، من جهة أخرى.

ففي مقاطعة تايوان الصينية، على سبيل المثال، ارتفعت نسبة المدخرات الخاصة من ٥ في المائة في خمسينات القرن الماضي إلى ما يزيد على ٢٠ في المائة خلال فترة الثمانينات، وتزامن ذلك تقريباً مع حدوث تحسينات في معدل العمر المتوقع (Tsai, Chu and Chung, 2000). ويتزايد هذا الأثر مع اعتماد نظم الرعاية والضمان الاجتماعي.

ومرة أخرى تأتي من مالتاب، بنغلاديش، بعض أفضل الأدلة على المستوى الجزئي بالنسبة للعلاقة بين انخفاض معدلات الخصوبة وتحسن الصحة الإنجابية والدخل (Joshi and Schultz, 2007; Schultz, 2008; Barham, 2009; Schultz, 2009). وتشير الأدلة عموماً إلى أن الانخفاض في معدلات الخصوبة ووفيات الأطفال ساهم في التخفيف من حدة الفقر: فزادت فرص حصول الأبناء على التعليم، وتمتعت البنات بأوضاع تغذوية أفضل، وأصبحت النساء أفضل تعليماً، وزادت معدلات أجورهن نسبياً، وأصبحن يعشن ضمن أسر معيشية ذات أصول أكبر نسبياً. وأبلغت الأسر المعيشية في القرى المشمولة بالبرنامج عن زيادة في الأصول بنسبة ٢٥ في المائة لكل بالغ،

خيارات متضاربة بشأن العدد المثالي للأطفال . وفي حين تتكبد المرأة تكاليف بدنية واقتصادية مباشرة نتيجة لحمل الأطفال وإعالتهم ، فإنه بالنسبة للرجال تتوزع هذه التكاليف على أسر متعددة في ضوء ممارسة تعدد الزوجات وتبني الأطفال . ونتيجة لذلك ، قد تفضل النساء أسراً أصغر حجماً من تلك التي يفضلها أزواجهن . بيد أن قدراتهن على تنفيذ خياراتهن قد تخضع للتقييد في ضوء المعايير الاجتماعية التي تحبذ معدلات الخصوبة العالية والقوانين التي تقتضي موافقة الزوج على الحصول على وسائل منع الحمل . وانخفاض معدلات الخصوبة وتحسين الصحة لا يؤديان فحسب إلى إتاحة الفرص للمرأة لإعادة تخصيص وقتها بعيداً عن تنشئة الأطفال واستغلاله في الانخراط في القوة العاملة ، ولكن أيضاً لتخصيص بعض هذا الوقت لإيلاء الرعاية لأعضاء الأسرة الآخرين ، مثل المسنين ، حسبما جرى توثيق ذلك في دراسة أخرى من مقاطعة ماتلاب ، بنغلاديش (Chaudhuri, 2009; huri, 2005) .

(عزلة الإناث) التي أدت إلى عزل النساء في بيوتهن في الأجيال السابقة وحدت من قدرتهن على التعبير عن أنفسهن في أسر معيشية خاضعة للسيطرة الأبوية . ويجري توضيح هذه العمليات في دراسة جزئية عن أخصائيات الصحة المجتمعية في مقاطعة ماتلاب ، بنغلاديش ، اللاتي قمن بدور رئيسي في إيصال خدمات الرعاية الصحية الإنجابية ، واستفدن هن أنفسهن من العمل في البرنامج . وكان لانخفاض معدلات الخصوبة بين هؤلاء الأخصائيات أنفسهن ، وما حققته من تحسينات في الأوضاع الصحية ، وزيادة فرص العمل والأجور ، كان لذلك كله أثره في تعزيز وضعهن وقدرتهن التفاوضية في منازلهن ومجتمعاتهن المحلية (Simmons, 1996) .

ويمكن لحصول المرأة على وسائل منع الحمل أن يؤدي في حد ذاته إلى إحداث تغيير في قدرتها التفاوضية داخل أسرتها المعيشية . ويتجلى ذلك في حالة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى . فقد اعتاد الرجال والنساء في هذه المنطقة تاريخياً أن تكون لهم

▶ زوجان في انتظار
جلسة إرشادية بشأن
تنظيم الأسرة في
مستشفى إقليمي في
الكاميرون .

© UNFPA/Alain Sibener





يتعرضون لحالات الحمل العارض بدرجة أكبر مما هي الحال لو كان الحمل مقصوداً. فهذه المسائل لا تؤثر فقط على الرجال والنساء المعنيين بالأمر، ولكن أيضاً على أطفالهم وأسرههم (Korenman et al., 2002). وتشير الأدلة أيضاً إلى أن حالات الحمل العارض ترتبط في أحيان كثيرة بالمستويات العليا من انفصام عرى الزوجية، وانخفاض دخول الأسر المعيشية، وبمجموعة متنوعة من الآثار النفسية السلبية على نماء الطفل (McLanahan and Sandefur, 1994).

الصحة، والتغير الديمغرافي، وثروة الأم، والتنمية المستدامة

إن الأثر الذي يحققه تحسين الصحة الجنسية والإنجابية، بما في ذلك تنظيم الأسرة والمساواة بين الجنسين، يكون أقوى وأكثر مباشرة على مستوى الأسر المعيشية مما هو بالنسبة لمستوى الاقتصاد الجزئي أو الكلي. ولكن الآثار التي يحدثها تنظيم الأسرة على الأفراد والأسر المعيشية - مثل خفض معدلات الخصوبة، وتحسين الصحة، وخفض معدل الوفيات، وزيادة الاستثمار في

تنظيم الأسرة وتحقيق الرفاه للفتيان والرجال

لا يحتمل أن يكون هناك تأثير كبير لتنظيم الأسرة على الصحة البدنية للرجال. بيد أن تأخير ومنع حالات الحمل والولادة العارضة يمكن أن يؤثر على حياتهم المدرسية وفرص عملهم (Montgomery, 1996). وحيثما يكون الرجل مضطراً لتولي مسؤولية رعاية زوجته أثناء الحمل، فقد يُرغم على ترك الدراسة (لكي يعمل ويعيل الزوجة وإن يكن ذلك دون أن توجه إليه الوصمة الاجتماعية التي توجه إلى المرأة إن هي فعلت ذلك). وكجميع الأمهات، فإن أي والد يشعر بالمسؤولية قد يتخلى عن فرص عمالة مجزية ويقبل بوظيفة لا يعتبرها مثالية متخلياً عن فرص النمو والتطور الوظيفيين.

وخارج إطار الزواج وداخله، على السواء، يمكن للحمل العارض أن يؤثر على صحة كلا الوالدين، وبخاصة إذا كان هناك تباين في التزام الشريكين إزاء الحمل (Leathers and Kelley, 2000). وتشير الدلائل إلى حدوث حالات من الاكتئاب والإيذاء البدني وغير ذلك من المشاكل الصحية النفسية بدرجة عالية بين من

▲ ريكاردو وسارة، من مكسيكو سيتي، يقولان إنهما قررا الانتظار لحين الانتهاء من الدراسة والحصول على وظيفة قبل الزواج وإنجاب الأطفال.

©UNFPA/Ricardo Ramirez Arriola

رأس المال البشري، وزيادة المشاركة في القوة العاملة، وزيادة الدخل والمدخرات - تزداد أيضاً على المستويات التجميعية لكل من المجتمعات المحلية والبلدان ويكون من الصعب أحياناً تحديد هذه الآثار على المستوى الكلي لأنها تنطوي على متغيرات متشابكة وتخضع لتأثير عدد هائل من المتغيرات الإضافية مثل البيئة المؤسسية، وتأثير السياسات، والحروب، وغير ذلك من الأحداث الرئيسية في المجالات الاجتماعية والاقتصادية والسياسية. ورغم أنه لم يتوفر بعد أي دليل قاطع على حجم هذه العلاقات، فقد برزت بعض مجالات توافق الآراء.

ويمثل أحد هذه المجالات في ظهور توافق الآراء بين الخبراء الاقتصاديين والديمقراطيين ومقرري السياسات على الاعتراف بدور الهيكل العمر للسكان في تحقيق التنمية الاقتصادية. ويؤدي الانخفاض في معدلات الخصوبة مبدئياً إلى خفض حصة الشباب في سكان البلد. وهذا الانخفاض الأولي في عدد السكان من الشباب والذين يعتمدون على غيرهم لتلبية احتياجاتهم الأساسية يستمر لبعض الوقت دون أن تعوضه الزيادات في حصة السكان الأكبر سناً والمعتمدين على غيرهم. وعند هذه النقطة من التحول الديمغرافي، يزداد الحجم النسبي لسكان البلد الذين هم في سن العمل. وهذه الزيادة التي تحدث مرة واحدة في نسبة السكان الذين هم في سن العمل، والتي تتوافق مع نقص، يحدث أيضاً مرة واحدة، في "نسب الإعالة"، تهيئ ظروفاً مواتية لتحقيق التنمية الاقتصادية ويطلق عليها "العائد الديمغرافي".

وعلى مستوى الاقتصاد الكلي، يؤدي التحول الديمغرافي إلى تقليل التحديات التي تواجهها البلدان التي لا يتيسر لها الاستثمار في الصحة والتعليم بالنسبة لأعداد كبيرة ومتزايدة من السكان الشباب، والتي لا يتيسر لها كذلك إدارة عرض غير محدد أساساً من اليد العاملة. ومن شأن العائد الديمغرافي أيضاً أن يتيح للبلدان فرصاً لزيادة مشاركة القوة العاملة، وزيادة الدخل والمدخرات والاستثمارات والتحول الاجتماعي، إذا قامت هذه البلدان بوضع سياسات للاستثمار في رأس المال البشري المتعلق بهذه الفئة من الشباب (عن

طريق زيادة معدل الإنفاق حسب الفرد على الصحة والتعليم، وزيادة الاستثمار في الهياكل الأساسية المادية، وتنمية القدرات المؤسسية، ودعم المشاركة المدنية، في جملة أمور).

ولوحظ تحقق عائد ديمغرافي في شرق وجنوب شرقي آسيا، وأمريكا اللاتينية، والشرق الأوسط، وشمال أفريقيا، وجزر المحيط الهادئ (Lee et al., 2010; Lee, 2003; Lee et al., 2001; Mason and Lee, 2004; Lee and Mason, 2006; Bloom et al., 2009; Schultz, 2009). وبدأ تحقيق هذا العائد في شرق آسيا في السبعينات من القرن الماضي، وفي جنوب آسيا في فترة الثمانيات، وفي أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى في الألفية الجديدة.

”بعد أن تأخذ معدلات الخصوبة في الانخفاض بصورة مطردة على مدى ٢٠ أو ٣٠ عاماً، سوف يزداد عدد البالغين المدربين للدخل بالنسبة إلى عدد السكان الذين يعتمدون على غيرهم للحصول على الدعم، مما يهيئ ظروفاً أكثر مواتية لتحقيق النمو الاقتصادي والتنمية المستدامة“.

أثر تنظيم الأسرة على المدخرات والاستثمار والنمو على المستوى الكلي

يمكن لنسب الإعالة والعائد الديمغرافي أن تؤثر على الاقتصادات والمجتمعات بطرق عديدة. ففي المراحل الأولى من التحول الديمغرافي - التي تبدأ فيها حصة السكان من الشباب في النمو - قد يقتضي الأمر من البلدان أن تكثر من إنفاقها على المدارس، والعيادات الصحية، والإسكان، وغير ذلك من الهياكل الأساسية، لتأمين رفاهة السكان وإنتاجيتهم في المستقبل. وهذه العملية المتعلقة بإعادة توجيه الموارد نحو الشباب، الذين يستهلكون ولا ينتجون، قد لا تفضي إلى تحقيق تحسن فوري في معدلات النمو الاقتصادي (Coale and Hoover, 1958). ولكن بعد أن تأخذ معدلات الخصوبة في الانخفاض بصورة مطردة على مدى ٢٠ أو ٣٠ عاماً، سوف يزداد عدد البالغين المدربين للدخل بالنسبة إلى عدد السكان الذين يعتمدون على غيرهم للحصول على الدعم، مما يهيئ

ظروفاً أكثر مواتاة لتحقيق النمو الاقتصادي والتنمية المستدامة .

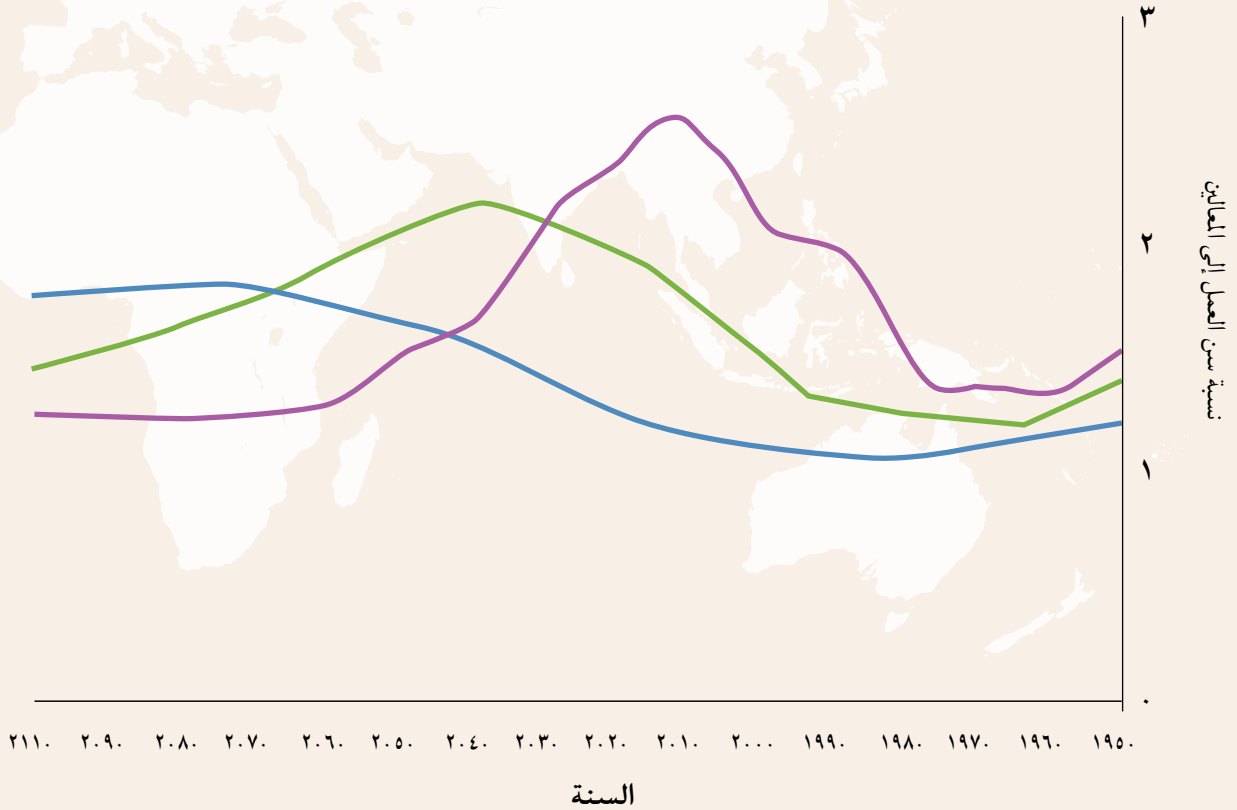
وتعتبر الزيادة في مستوى المدخرات والاستثمارات في اقتصاد ما بمثابة إحدى القوى الدافعة الرئيسية وراء تحسين النمو الاقتصادي أثناء فترة التحول الديمغرافي . ويمكن للبالغين ذوي عدد أقل من الأطفال إعادة توزيع الكثير مما لديهم من موارد لغرض الادخار من أجل التقاعد . ويضاعف ذلك من قيمة رأس المال المتاح للاستثمار .

ومن شأن تحقيق تحسن في الصحة العامة والتقليل من أعباء المرض أن يضاعفاً من اجتذاب فرص

الاستثمار . وقد أدى الانخفاض في نسب الإعالة في شرق آسيا منذ فترة الستينات ، على سبيل المثال ، إلى زيادة المدخرات زيادة كبيرة ، مما هيئ فرصاً جديدة للاستثمار ، وساعد البلدان الآسيوية على تقليل اعتمادها على رأس المال الأجنبي (Higgins and Williamson, 1996; Higgins and Williamson, 1997) . كما ساهم ارتفاع معدلات الادخار في إنشاء نظم التقاعد ونظم الرعاية الاجتماعية : وأمكن للكامل السكانية الدائبة التزايد من الشباب في سن العمل أن تمول استحقاقات فئة صغيرة نسبياً من المواطنين كبار السن (Reher, 2011) .

نسبة سن العمل إلى السكان المعالين

■ أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى ■ شرق آسيا ■ جنوب آسيا



المصدر: الأمم المتحدة . التوقعات السكانية في العالم ، ٢٠١٠ متغير الخصوبة المتوسط .



وفي نهاية المطاف ، فإن تحسن الأحوال الصحية ، وتحسن الاستثمار في التعليم ، وزيادة معدلات الادخار ، وزيادة الاستثمارات ، تترجم جميعها إلى حالة من النمو الاقتصادي . وقد تبين أن النمو السريع الذي شهدته اقتصادات شرق آسيا منذ عام ١٩٧٥ له صلته بالعائد الديمغرافي لهذه الاقتصادات . وخلصت إحدى الدراسات إلى أن التغييرات في الهيكل العمري كانت السبب وراء حالة الازدهار في قرابة الثلث من اقتصادات ” النمر ” الآسيوية (Bloom, Canning and Malaney, 2000; Williamson, 2001) .

وتبين البحوث أيضاً أن الصحة الأساسية للسكان تعد أحد المحركات القوية والفاعلة وراء النمو الاقتصادي . وخلصت إحدى الدراسات إلى أن سنة واحدة إضافية في معدل العمر المتوقع ترفع من الناتج المحلي الإجمالي للفرد بنحو ٤ في المائة (Bloom, Canning and Silva, 2001; Bloom, Canning and Silva, 2003) .

الخلاصة

من شأن زيادة الحصول على خدمات تنظيم الأسرة أن يحسن من رفاه النساء والرجال والأطفال وأسرههم ومجتمعاتهم من خلال زيادة معدلات العمر المتوقع ، وخفض معدلات الاعتلال وتحسين الصحة بصورة أعم . ويؤدي ذلك إلى زيادة فرص الاستثمار في التعليم وغير ذلك من أشكال الاستثمار في رأس المال البشري ، والمشاركة في أسواق اليد العاملة ، بما يؤدي إلى زيادة الإنتاجية ورفع معدلات الدخول والمدخرات والاستثمار وتراكم الأصول .

ويفضي انخفاض معدل الوفيات ، الذي يتبعه انخفاض في معدلات الخصوبة ، إلى إحداث تغييرات في الهيكل العمري للسكان كما ينجم عنه ” عائد ديمغرافي ” تجميعي على مستوى البلدان . ويؤدي ذلك إلى تحقيق تحسن في النمو الاقتصادي والتنمية .

وهناك ثلاثة استنتاجات رئيسية خلصت إليها المنشورات في هذا الصدد . أولاً ، أن تحسين الصحة الإنجابية لا يؤدي فقط إلى ضمان الحقوق وتحسين حياة النساء والأطفال ، لكنه يؤدي أيضاً إلى تخفيف حدة الفقر وتعزيز التنمية الاقتصادية . ثانياً ، من شأن البرامج المتكاملة الرامية إلى تحسين الصحة الإنجابية - الصحة النفاسية ، وصحة الطفل ، والتغذية ، و برامج تنظيم الأسرة - أن تؤدي إلى تحقيق التغير الديمغرافي وكذلك التحول الاقتصادي . ثالثاً ، ينبغي أن لا ينظر إلى هذه البرامج كبديل عن أي نوع آخر من السياسات الرامية إلى زيادة النمو أو تحقيق التنمية المستدامة في المجتمع . والأحرى ، أن ينظر إلى تنظيم الأسرة باعتباره أحد عناصر الاستراتيجيات الأوسع نطاقاً الرامية إلى الاستثمار في رأس المال البشري ، وبخاصة النساء .

▲ الخدمات المراعية للشباب في مصر .

© UNFPA/Matthew Cassel



التكاليف المتكبدة والمدخرات الناشئة عن دعم تنظيم الأسرة

بغية دعم حقوق الإنسان وجني المنافع التي يحققها تنظيم الأسرة في مجال تحقيق الرفاه الاقتصادي والاجتماعي للأفراد والأسر المعيشية والمجتمعات المحلية والأمم، لابد من توسيع نطاق فرص الحصول على خدمات تنظيم الأسرة. ولكن كم سيتكلف ذلك؟ إن معاملة تنظيم الأسرة كحق من الحقوق تترتب عليها آثار هامة فيما يتعلق بالسياسات الإنمائية وإطار التنمية المستدامة الذي سيخلف الأهداف الإنمائية للألفية فيما بعد عام ٢٠١٥. ومن شأن

الملاية، أعداد من المستعملين المحتملين لخدمات تنظيم الأسرة.

حاجة متزايدة

سوف تزداد الحاجة إلى تنظيم الأسرة مع تزايد عدد الأشخاص الداخلين في مرحلة سنوات الإنجاب في المستقبل القريب، وبخاصة في أشد البلدان فقراً. وهناك نسبة تبلغ نحو ١٥ في المائة من النساء في سن الإنجاب في البلدان النامية يرغبن في تأخير ولادتهن الثانية أو التوقف عن الإنجاب، لكنهن لا تستعملن حالياً وسائل حديثة لمنع الحمل (Singh and Darroch, 2012). ولذلك، فإن حقوقهن في تنظيم الأسرة معرضة للخطر. و”الحاجة غير الملابة“، وفقاً للتعريف المقبول على نطاق واسع، ليست على درجة عالية في البلدان الغنية. ومع ذلك، فإن تعبير ”الحمل العارض“ يشير إلى نسبة كبيرة من الولادات في البلدان الغنية والفقيرة على السواء. وتوجد النسبة الدنيا للحمل العارض، وهي ٣٠ في المائة، في أوروبا الغربية؛ بينما توجد النسبة الأعلى، وهي ٦٤ في المائة، في أمريكا الجنوبية (Singh, Sedgh

البعد المعياري لحقوق الإنسان أن يحقق تحولاً راديكالياً ينقل استراتيجيات تنظيم الأسرة من ساحة الالتزام السياسي والبراغماتية الاقتصادية إلى ساحة تحديد الالتزامات ووضع خطوط حمراء فيما يتعلق بالمبادلات المعقدة في مجال السياسات.

بيد أنه فيما يتعلق بالجانب البراغماتي الاقتصادي، يقتضي الأمر إلقاء نظرة على تداعيات الالتزام بالمساواة وعدم التمييز على الاقتصاد والميزانيات في إطار السياسات المالية وإطار الميزانيات، من قبيل الأثر المتعلق بفرض رسوم أو ضرائب على المستعملين فيما يتعلق بتيسير إتاحة خدمات منع الحمل. ويقتضي الأمر أيضاً التركيز على الالتزام بالتنفيذ التدريجي بمرور الوقت فيما يتصل بتخصيص الميزانيات عبر مختلف القطاعات كجزء من الميزانيات الوطنية.

وبوجه عام، فإن تقديرات التكاليف لم تأخذ بهذا المنظور القائم على الحقوق، رغم أنها بالتأكيد لا تختلف معه. فقد مالت هذه التقديرات إلى التركيز على الخصائص الديمغرافية للسكان، وهيكلمهم العمري، وكيف ينتج عن هذه العوامل، مقترنة بالاحتياجات غير

▶ موانئنا في لقاء تحت ظل شجرة الباليوباب في ملاوي مع قرابة ٢٠٠ امرأة. لقد اجتمعن في هذا المكان سعياً إلى الحصول على وسائل منع الحمل التي تعتبرها الكثيرات منهن وسيلة لإنقاذ حياتهن وإحداث تحول في مستقبل أسرهن. في ملاوي، تموت امرأة من بين كل ٣٦ في حالات الوضع بالمقارنة مع واحدة كل ٤٦٠٠ في المملكة المتحدة.

©Lindsay Mgbor/
UK Department for
International Development

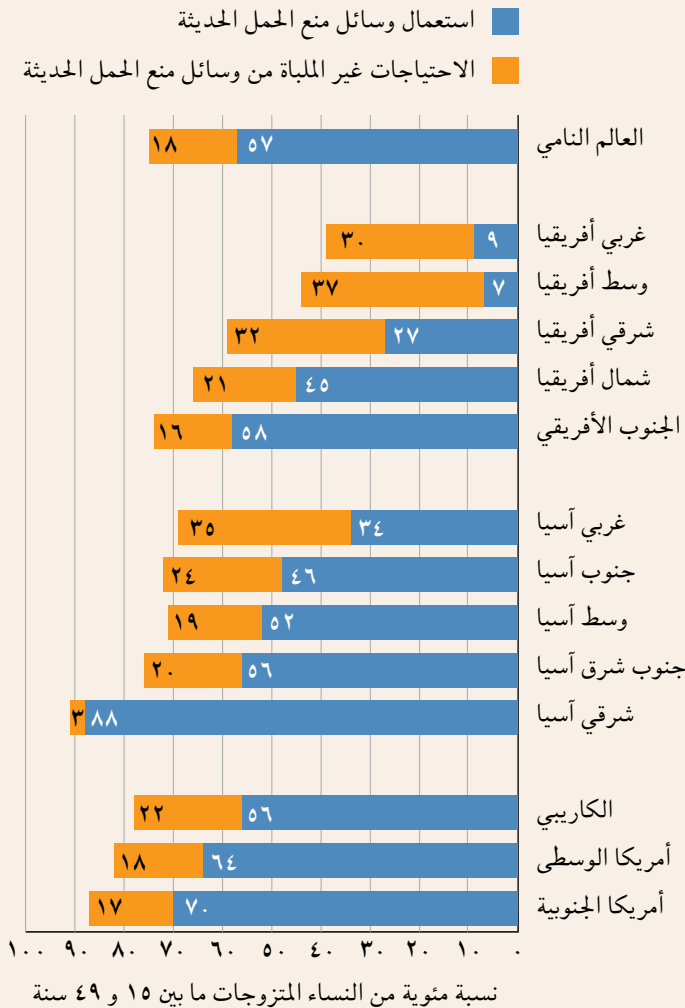
الحمل العارض ونتائجه، ٢٠٠٨

النسبة المئوية لتوزيع نتائج الحمل العارض (كنسبة مئوية من جميع حالات الحمل)			النسبة المئوية من حالات الحمل العارض	العدد الكلي لحالات الحمل (بالمليون)	
إسقاط	إجهاض	مواليد			
٥	٢٠	١٦	٤١	٢٠٨,٢	العالم
٦	٢٥	١٥	٤٧	٢٢,٨	المناطق الأكثر تقدماً
٥	١٩	١٦	٤٠	١٨٥,٤	المناطق الأقل تقدماً
٥	١٣	٢١	٣٩	٤٩,١	أفريقيا
٦	١٤	٢٥	٤٦	١٧,٤	شرق
٥	٨	٢٢	٣٦	٦,٩	وسط
٥	١٨	١٥	٣٨	٧,٤	شمال
٨	٢٠	٣٤	٥٩	٢	جنوب
٤	١٠	١٦	٣٠	١٥,٥	غرب
٥	٢١	١٢	٣٨	١١٨,٨	آسيا
٣	٢٥	٤	٣٣	٣١,٧	شرق
٥	١٨	١٥	٣٨	٦٠,٤	جنوب وسط
٦	٢٨	١٤	٤٨	١٩,٢	جنوب شرق
٦	١٥	٢٤	٤٤	٧,٥	غرب
٥	٢٨	١١	٤٤	١٣,٢	أوروبا
٥	٣٨	٥	٤٨	٦,٤	شرق
٥	١٨	١٧	٤١	١,٨	شمال
٥	٢٠	١٧	٤٢	٢,٤	غرب
٥	١٦	١٨	٣٩	٢,٧	جنوب
٨	٢٢	٢٨	٥٨	١٧,١	أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي
٩	٢٣	٣١	٦٣	١,٢	الكاريبي
٦	١٧	٢٠	٤٣	٤,٦	أمريكا الوسطى
٩	٢٤	٣١	٦٤	١١,٣	أمريكا الجنوبية
٧	١٨	٢٣	٤٨	٧,٢	أمريكا الشمالية
٥	١٦	١٦	٣٧	٠,٩	أوقيانوسيا

المصدر: Singh, S. et al. 2010: 244.

وزاد معدل استعمال النساء المتزوجات اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ٤٩ سنة في البلدان النامية والمتقدمة النمو من قرابة صفر في المائة خلال فترة الستينات من القرن الماضي إلى ٤٧ في المائة في فترة التسعينات و ٥٥ في المائة خلال عام ٢٠٠٠ واستقر على هذا الوضع منذ ذلك الحين (إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية للأمم المتحدة، ٢٠٠٤

تباينات كبيرة في مستويات الاحتياجات غير الملباة ومستويات استعمال وسائل منع الحمل الحديثة بين النساء المتزوجات في المناطق الفرعية للعالم النامي، ٢٠١٢



المصدر: Singh & Darroch 2012

(and Hussain, 2010). وفي الولايات المتحدة، تبلغ نسبة الحمل العارض ٤٩ في المائة، وقد ظلت هذه النسبة دون تغيير خلال الفترة من ١٩٩٤ حتى عام ٢٠٠١ (Finer and Henshaw, 2006). وفي الولايات المتحدة، تحدث حالات الحمل العارض في أغلب الأحيان بين النساء بين سن ١٨ و ٢٤ سنة من غير المتزوجات، والفقيرات، والسود، واللاتي من أصل إسباني. وحدثت نسبة ٤٨ في المائة من حالات الحمل العارض في عام ٢٠٠١ خلال شهر من استعمال وسيلة منع الحمل (Finer and Hen-shaw, 2006). ويعزى ذلك إلى أن بعض النساء، على الأرجح، يمارسن الجنس دون وقاية حتى وإن اعتدن استعمال وسائل منع الحمل في أوقات أخرى. وبالإضافة إلى ذلك، فإنهن ربما استعملن وسائل أقل فعالية. وأخيراً، فإن الحمل العارض من المرجح حدوثه للمعاشرات ربما لتردهن في استعمال وسائل منع الحمل التي قد يفضلها شركاؤهم وليس الوسائل التي يفضلنها أنفسهن. ويحتمل بدرجة أكبر فشل وسائل منع الحمل مع المستعملين من الطبقات الاجتماعية والاقتصادية الدنيا لأنهن غالباً ما يستعملون وسائل أقل فعالية.

التغيرات في استعمال وسائل منع الحمل والمستويات الحالية للاستعمال وللاحتياجات غير الملباة

حسبما جرى بيانه في الفصلين الثاني والثالث، هناك حاجة قوية ومتزايدة لخدمات الصحة الجنسية والإنجابية، بما في ذلك تنظيم الأسرة، بين الأشخاص غير المتزوجين، حيث ارتفع معدل السن عند الزواج الأول كما زاد معدل النشاط الجنسي بين الأشخاص غير المتزوجين. وتعتبر النساء غير المتزوجات والناشطات جنسياً أكثر عرضة لخطر الحمل العارض من النساء المتزوجات. والنساء اللاتي تقمن علاقات معاشرية تستعملن وسائل منع الحمل مثلهن مثل المتزوجات، لكنهن يملن إلى الانخراط في مستويات أعلى من النشاط الجنسي نظراً لصغر سنهن؛ إضافة إلى أنهن ربما يكن أكثر خصوبة.

عجز التمويل عن مواكبة الاحتياجات

تقلص دعم الجهات والحكومات المانحة للصحة الجنسية والإنجابية، وبخاصة تنظيم الأسرة، في وقت حرج يدخل فيه قرابة ٢ بليون من الشباب سنوات الإنجاب. وفي الوقت نفسه، لم تدرج بلدان نامية كثيرة الصحة الجنسية والإنجابية ضمن الأولويات في قطاعاتها الصحية (Population Council, 2007; Birungi et al., 2006). ومن جهة أخرى، فقد تراجعت أهمية الصحة الجنسية والإنجابية أمام المسائل الصحية "المتنافسة" مثل الأمراض المعدية، ولم يكن ميدانها مقنعاً للوسطاء في محافل السلطة - من قبيل مقرري السياسات والجهات المانحة - لكي يضاعفوا من الأموال المخصصة لها.

وقد دعا برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الجهات المانحة الدولية لتغطية ثلث تكاليف الصحة الجنسية والإنجابية، بما في ذلك تنظيم الأسرة، ودعا البلدان النامية نفسها أن تسهم بالثلثين من التكاليف الإجمالية.

وقصرت البلدان النامية والجهات المانحة على السواء عن بلوغ هذا الهدف. وعلى سبيل المثال، فإن تلبية احتياجات تنظيم الأسرة للمستعملين الحاليين لوسائل منع الحمل في عام ٢٠١٠، كانت تقتضي من المانحين المساهمة بنحو ١,٣٢ بليون دولار، لكنها لم تسهم إلا بمبلغ ٨٢٢ مليون دولار - أي أقل من المبلغ المستهدف بنحو الثلث.

وربما يعزى هذا العجز إلى تخفيض الميزانيات في بعض البلدان المانحة، لكنه يعزى أيضاً إلى التغييرات في طريقة تخصيص البلدان لمواردها. فالولايات المتحدة، على سبيل المثال، كمساهم رئيسي في برامج تنظيم الأسرة على الصعيد الدولي، وضعت عدداً متزايداً من البلدان على قائمة "التخرج". وبمجرد أن "يتخرج" أحد البلدان، فإنه يعتبر في غير حاجة إلى نفس مستوى الدعم الذي كان يتمتع به في وقت من الأوقات. والبلدان التي أدرجت في قائمة التخرج هي تلك التي بلغت معدل خصوبة إجمالية قدرها ٣,٠ في المائة أو أقل وحققت معدل انتشار لوسائل منع الحمل الحديثة بنسبة ٥٥ في المائة أو أكثر (Bertrand, 2011). وتأثرت بلدان أمريكا اللاتينية بوجه خاص



و (٢٠١١). وفي شرق أفريقيا، زاد المعدل من ٢٠ في المائة في عام ٢٠٠٨ إلى ٢٧ في المائة الآن. وفي جنوب شرقي آسيا، ارتفع المعدل من ٥٠ في المائة إلى ٥٦ في المائة على مدى الفترة نفسها. وفي الفترة ما بين ٢٠٠٨ و ٢٠١٢، حدثت زيادة بلغ متوسطها ١,٧ في المائة بين مستعملي وسائل منع حديثة كان من نتيجتها قيام عدد إضافي من النساء قدره ٤٢ مليون امرأة باستعمال خدمات تنظيم الأسرة.

ويقدر سينغ وداروخ (Singh and Darroch, 2012)، وفقاً لقياساتهما الجديدة المتعلقة بالاحتياجات غير الملباة، والتي أعيد حسابها لتشمل تقديرات النساء الناشطات جنسياً اللاتي لم يسبق لهن الزواج، أنه من أصل ١,٥٢ بليون امرأة في سن الإنجاب في البلدان النامية، تحتاج ٨٦٧ مليون امرأة إلى خدمات تنظيم الأسرة في عام ٢٠١٢.

ومن بين هؤلاء النساء، تلبى احتياجات نحو ٣ بين كل ٤، في حين لا تلبى احتياجات واحدة من كل أربع نساء.

▲ فريق التزامات المانحين في مؤتمر قمة لندن بشأن تنظيم الأسرة.
©Russell Watkins/
UK Department for
International
Development

توفير وسائل منع الحمل الحديثة لجميع المحتاجين إليها في عام ٢٠١٢ يعني زيادة في التكاليف الحالية بمقدار ٤,١ بلايين دولار

التكاليف المباشرة

■ سلع وإمدادات وسائل منع الحمل

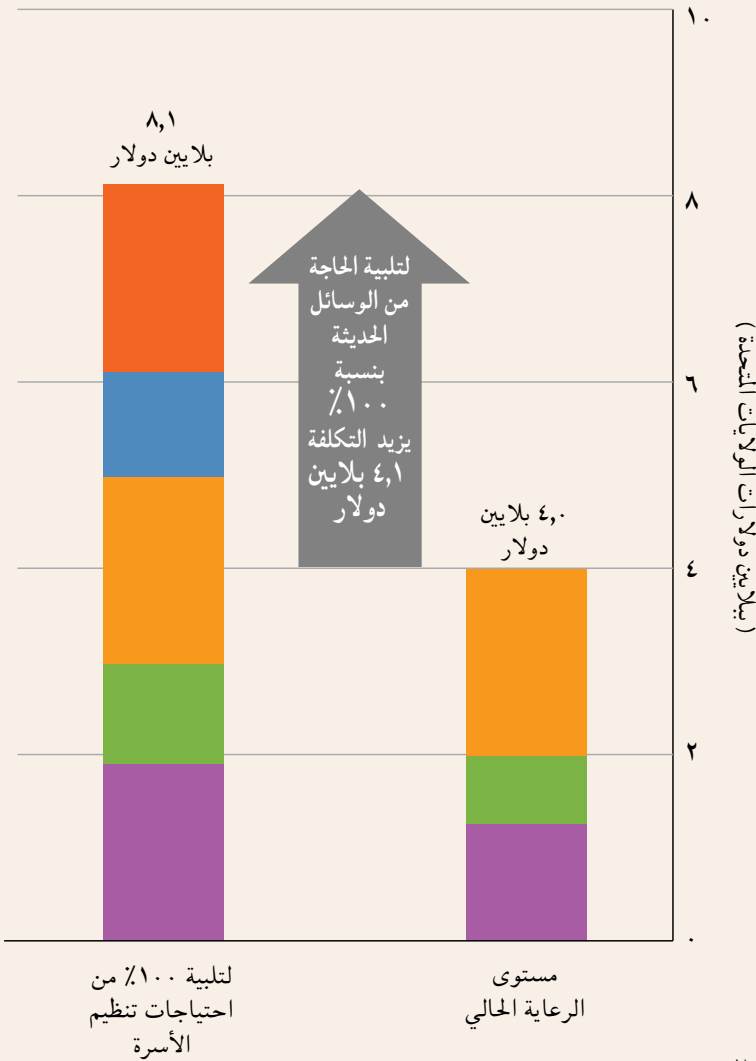
■ معاشات موظفي الرعاية الصحية

تكاليف البرامج والنظم

■ تكاليف المستوى الحالي للبرامج والنظم

■ تكاليف البرامج والنظم الإضافية للمستخدمين الحاليين

■ تكاليف البرامج والنظم لخدمة النساء ذوات الاحتياجات غير الملباة



بعملية التخرج هذه، خاصة وأن بعض وزارات الصحة في المنطقة لم تتمكن من ملء الفراغ الذي نجم عن وقف التمويل من الولايات المتحدة أو إنهائه تدريجياً.

توسيع نطاق الوصول ليشمل تغطية الاحتياجات غير الملباة

تبلغ تكلفة توفير وسائل منع الحمل للمستعملين الحاليين البالغ عددهم ٦٤٥ مليون نسمة ما مقداره ٤ بلايين دولار في السنة. ويكلف تحسين نوعية هذه الخدمات مبلغاً إضافياً قدره ١,١ بليون دولار في السنة، وفقاً لأحدث تقديرات معهد غوتماخر. وسيؤدي توفير وسائل منع الحمل الحديثة، مع تحسين نوعية الخدمات، لما يبلغ عددهم ٢٢٢ مليون امرأة من ذوات الاحتياجات غير الملباة، إلى زيادة التكاليف بمبلغ إضافي قدره ٣ بلايين دولار في السنة. وبذلك، فإن مجموع التكلفة اللازمة للوفاء بصورة كاملة باحتياجات جميع النساء في البلدان النامية مع تحسين نوعية الخدمات سيبلغ ٨,١ بلايين دولار في السنة. وستؤدي تلبية جميع الاحتياجات من وسائل منع الحمل الحديثة، مضافاً إليها تكاليف تحسين نوعية الخدمات، إلى رفع متوسط التكلفة السنوية لكل مستعمل في البلدان النامية من ٦,١٥ دولار إلى ٩,٣١ دولار (Singh and Darroch, 2012). وتبلغ تكلفة الاحتياجات غير الملباة أعلى مستوى لها في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وفي أفقر بلدان المناطق الأخرى حيث تكون القدرات على إيصال الخدمات في أضعف مستوياتها. ولذلك فإن الالتزام بتلبية الاحتياجات غير الملباة سوف يستلزم إجراء تحول في عملية تخصيص الموارد. والآن تتلقى أفقر البلدان، وعددها ٦٩ بلداً، نحو ٣٦ في المائة الموارد المقدمة من المانحين من أجل تنظيم الأسرة. ويتعين زيادة هذا الرقم إلى ٥١ في المائة.

دراسة حالة

المساءلة في سيراليون

يعد الفساد من الأمور المكلفة للغاية بالنسبة لأي نظام صحي. وفيما قبل وبعد انتهاء الحرب الأهلية في سيراليون، كانت هناك نسبة ٥٠ في المائة من الأدوية

من التدخلات الموفرة للتكاليف على مستوى الأفراد والأسر/الأسر المعيشية وعلى المستوى الوطني (Cleland et al., 2011; Greene and Merrick, 2005). ووفقاً للتقديرات التي تضمنتها البحوث التي أجريت مؤخراً، فإن زيادة استعمال وسائل منع الحمل على مدى العقدين الماضيين أدى إلى الحد من الوفيات النفاسية بنسبة ٤٠ في المائة من خلال تقليل حالات الحمل العارض (Cleland et al., 2012). ويمكن منع نسبة أكثر بمقدار ٣٠ في المائة من الوفيات النفاسية من خلال تلبية الاحتياجات غير الملبية من خدمات تنظيم الأسرة. وتشكل ”الممارسات الجنسية غير المأمونة“ – وهي طائفة من الحالات والأوضاع المتصلة بالصحة الجنسية والإنجابية، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية – إسهاماً شديداً الوطأة في عبء المرض العالمي (Ezzati et al., 2002). وتقع الأمراض الجنسية والتناسلية في المرتبة الخامسة من الأسباب المؤدية إلى الوفاة في العالم، وفي المرتبة الثانية من حيث العوامل المساهمة في عبء المرض العالمي قياساً على معيار سنوات العمر المعدلة حسب الإعاقة؛ علماً بأن معيار سنوات العمر المعدلة حسب الإعاقة بسبب ”الممارسات الجنسية غير المأمونة“ هو أعلى بكثير بين النساء منه بين الرجال.

والإمدادات الطبية المخصصة للمرافق الصحية العامة لم يعرف مصيرها (صندوق الأمم المتحدة للسكان، ٢٠١١ أ). وواجهت شبكة التوريد حالة من عدم الشفافية وسوء السجلات وسوء إدارة الأدوية وسرقتها من المرافق العامة ليعاد بيعها بعد ذلك إلى الصيدليات الخاصة. ودعم صندوق الأمم المتحدة للسكان تحالف الصحة للجميع، وهو إحدى منظمات المجتمع المدني التي تعمل من أجل إنشاء نظام قوي ومستقل للرصد والتقييم. وبفضل عمل مراقبي الأدوية الآن في النظام الصحي، انخفض معدل سرقات الأدوية وزادت المساءلة زيادة كبيرة بما لذلك من آثار مباشرة على فرص حصول الناس على وسائل تنظيم الأسرة. ■

الوفورات المحققة من تلبية الاحتياجات غير الملبية

من خلال استثمار مبلغ إضافي قدره ٤,١ بلايين دولار في خدمات وسائل منع الحمل الحديثة في البلدان النامية، سيوفر العالم قرابة ٥,٧ بلايين دولار في خدمات صحة الأم والأطفال حديثي الولادة نتيجة لمنع حدوث حالات الحمل العارض وعمليات الإجهاض غير المأمونة (Singh and Darroch, 2012). ويعتبر تنظيم الأسرة

توفر خدمات تنظيم الأسرة طائفة كبيرة من الخيارات في غينيا. © UNFPA/Mariama Sire Kaba.



الالتزام بالحق في تنظيم الأسرة: الآثار المترتبة على التكلفة

بعد حساب تكاليف تنظيم الأسرة من الأمور بالغة الصعوبة نظراً للتباين الكبير في طرق إيصال الخدمات ، كما أن خدمات ” تنظيم الأسرة “ كثيراً ما تنطوي على أكثر من وسيلة (Janowitz and Bratt, 1994) .

وبالإضافة إلى ذلك ، فإن التكاليف المرتبطة بحالة من حالات الحمل العارض أو المنافع الناشئة عن تجنب حالة من هذه الحالات تتجاوز الفرد وينسحب أثرها على الأسر والمجتمعات المحلية والأمم .

يضاف إلى ذلك أن بعض تكاليف تنظيم الأسرة تتحملها الخدمات الصحية ؛ ويتحمل بعضها الأفراد . وفي بعض الحالات ، تبغين فئات محددة بشكل أو بآخر حينما يفرض عليها تحمل هذه التكاليف . وعلى وجه العموم ، فإن تكلفة توفير المعلومات ليست مدرجة في معظم التقديرات ، حيث إنها تركز بدرجة أكبر على تكاليف إيصال الإمدادات والخدمات .

وقد تكتشف البرامج التي وفرت خدمات تنظيم الأسرة إلى مجموعات أولية ” يسهل الوصول إليها “ أن تكاليف الوصول إلى الشريحة التالية من المستعملين أكبر بكثير (Janowitz and Bratt, 1994) . ومرد ذلك هو أنه قد يكون من الضروري الوصول إلى أناس في مناطق أبعد جغرافياً وأكثر عزلة من الناحية الاجتماعية . وقد يتعين توسيع نطاق الخدمات أو تحسينها بما يلبي حقوق الفئات المهمشة .

ويقتضي الالتزام بالوفاء بالحق في تنظيم الأسرة فهماً كاملاً لجميع التكاليف المتكبدة من أجل إيصال الخدمات لكل فرد . وهل يلزم توسيع نطاق الوصول لكي تصل الخدمات إلى الفئات المحرومة من المزايا ؟ وكيف تفي دولة ما بالتزامها بإعطاء الأولوية للأشخاص الأصعب وصولاً إليهم حتى وإن لم يكن ذلك مجدداً تماماً من الناحية الاقتصادية ؟ وهل هناك عناصر برنامجية تتجاوز العبادة اللازمة لتقديم الخدمات ويتعين إدراجها للتغلب على عوائق الوصول ؟

وقد أقر برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بالعوائق الاجتماعية والثقافية أمام الصحة وحدد الأساس المنطقي للتصدي لبعض هذه العوائق كجزء من برامج تنظيم الأسرة . بيد أن هذه البرامج التي تناول

” ما بعد تنظيم الأسرة “ قد يبدو من الممكن حذفها ، إلا أنها ذات آثار عامة على الصحة والتنمية (Singh and Darroch, 2012) . ومثال على ذلك الجهود التي يتعين بذلها للعمل مع الرجال والفتيان لغرض التشجيع على معايير وعلاقات أكثر تكافؤاً بين الجنسين ، بما في ذلك دعم قيامهم هم أنفسهم أو شركاؤهم بتنظيم الأسرة .

أنشطة دعم تنظيم الأسرة لها أيضاً أهميتها الأساسية في إعمال الحقوق

غالباً ما يركز حساب التكاليف على الخدمات الصحية وعلى توفير الإمدادات والخدمات لغرض الاستجابة للاحتياجات غير الملباة . وغالباً ما تهمل الحاجة إلى التأثير على الأوضاع الأساسية التي تشكل مفاهيم الناس بشأن الإنجاب وتتيح لهم تطبيق تنظيم الأسرة . ومن شأن الأخذ بنهج يقوم على حقوق الإنسان إزاء التنمية المستدامة أن يوجه السياسات والبرامج في سعيها إلى تحديد ومعالجة المجموعة المتشابكة من العوامل التي تؤدي إيجاد احتياجات غير ملباة في بلد ما

” ويقتضي الالتزام بالوفاء بالحق في تنظيم الأسرة فهماً كاملاً لجميع التكاليف المتكبدة من أجل إيصال الخدمات لكل فرد “ .

أو في سياق محلي معين . ومن شأن تطبيق نهج يقوم على حقوق الإنسان باعتباره حلقة متواصلة بدءاً من تحليل الحالة ومروراً بوضع السياسات إلى حساب تكلفة البرامج أن يساعد على ضمان أن تكون الميزانيات العامة أكثر مراعاة لمختلف أشكال التمييز ، وأن تكون داعمة لحقوق الإنسان .

ويلاحظ تحليل للتكاليف أجراه مؤخراً معهد غوتماخر أن ” تدخلات ما بعد تنظيم الأسرة لازمة لمعالجة العوامل الاجتماعية التي تمنع استعمال وسائل منع الحمل... ذلك أن معالجة هذا النوع من العوائق يقتضي التزاماً بالاضطلاع بأنشطة شاملة طويلة الأجل ، من قبيل توفير التثقيف الجنسي الشامل وبذل الجهود جيدة التصميم على نطاق واسع في مجال التعليم العام “ (Singh and Darroch, 2012) .

لتحديد مواعيد حالات الحمل والمباعدة بينها، تدرج أحياناً في تقديرات التكاليف لأنها ترتبط ارتباطاً مباشراً باستعمال خدمات تنظيم الأسرة .

ومع أنه يمكن حساب تكاليف ما يجري القيام به من أعمال من أجل تغيير المعايير المتعلقة بالجنسين وغيرها من المعايير التي ترتبط في نهاية المطاف بنتائج الصحة الجنسية والإنجابية، فإنه من الصعب قياس "التقدير" الذي يمكن أن تحصل عليه هذه الأعمال لما حققته من زيادة في معدلات استعمال وسائل منع الحمل . وهذا يجعل من الصعب تقدير تكلفتها فيما يتصل بتنظيم الأسرة، حتى وإن أدت في نهاية المطاف إلى تحقيق آثار ليس فقط على تنظيم الأسرة والجوانب الأخرى للصحة الجنسية والإنجابية، ولكن على مجالات أخرى من مجالات الصحة والتنمية . ويعتبر المنهج الدراسي الذي يطلق عليه اسم "Stepping Stones" والذي تم تطويره في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى أحد الأمثلة على الأنشطة الرامية إلى تغيير المعايير والتي كان لها أثرها الملموس على النتائج الصحية، ويجري الآن تكييفه لاستخدامه في عشرات البلدان الأخرى حول العالم (Welbourn, 2003) . ويعمل هذا المنهج على تغيير توازن السلطة بما له من تأثير على العلاقات بين الرجال والنساء داخل المجتمعات المحلية في مجال الصحة . وقد أثر هذا المنهج على المواقف المتصلة بالجنسين من حيث أنه قلل من معدلات انتشار فيروس نقص المناعة البشرية وزاد من معدلات استعمال الرافالات، من بين نتائج أخرى، حتى وإن تم قياسها بعد عام من تطبيق هذا النشاط .

وحتى الآن لم يحظ الخطاب المتعلق بالحقوق إلا بالنزول اليسير في المناقشات حول تكلفة توفير خدمات تنظيم الأسرة لمن يحتاجون إليها . بيد أنه كانت هناك بعض الحالات في ميادين أخرى تم فيها إدماج عامل حقوق الإنسان في التكاليف العامة . وعلى سبيل المثال، فقد تضمنت دراسة أجريت مؤخراً للتكاليف المرتبطة بمعالجة فيروس نقص المناعة البشرية التقديرات المتعلقة بدعم الأنشطة التي من شأنها أن تكفل فعالية الاستثمار في توفير العلاج المضاد للفيروسات العكوسة . واشتملت هذه الأنشطة على إجراءات لحماية حقوق الإنسان للأشخاص الذين يتلقون العلاج (Jones et al., 2011) .



ويمكن أن تشمل الأنشطة التي تدعم الحق في تنظيم الأسرة ما يلي:

- تغيير المعايير بهدف تحقيق تغيير طويل الأجل في الطلب، على سبيل المثال، مع الاستعانة بالرجال والفتيان من أجل تأخير سن الزواج ودعم الشريكات؛
- حشد الناس للمطالبة بحقوقهم ومحاسبة مقدمي الخدمات على نوعيتها؛
- التغلب على العقبات التي تعترض سبيل الوصول إلى الخدمات، عن طريق القيام، على سبيل المثال، بالمساعدة على تطوير شبكات النقل المحلية .
- وبعض الأنشطة التي تهدف إلى زيادة الطلب على خدمات تنظيم الأسرة، مثل تشجيع الرجال والفتيان على زيادة دعمهم لاستعمال شريكاتهم لوسائل تنظيم الأسرة وزيادة الوعي بالمنافع الصحية والاقتصادية

▲ الدكتور باباتوندي أوشيتين، المدير التنفيذي لصندوق الأمم المتحدة للسكان، يتحدث أمام مؤتمر قمة لندن بشأن تنظيم الأسرة .

©Russell Watkins/
UK Department for
International Development

في النجاح الطويل الأجل للبرنامج وإسهامه في إعمال الحقوق .

الخلاصة

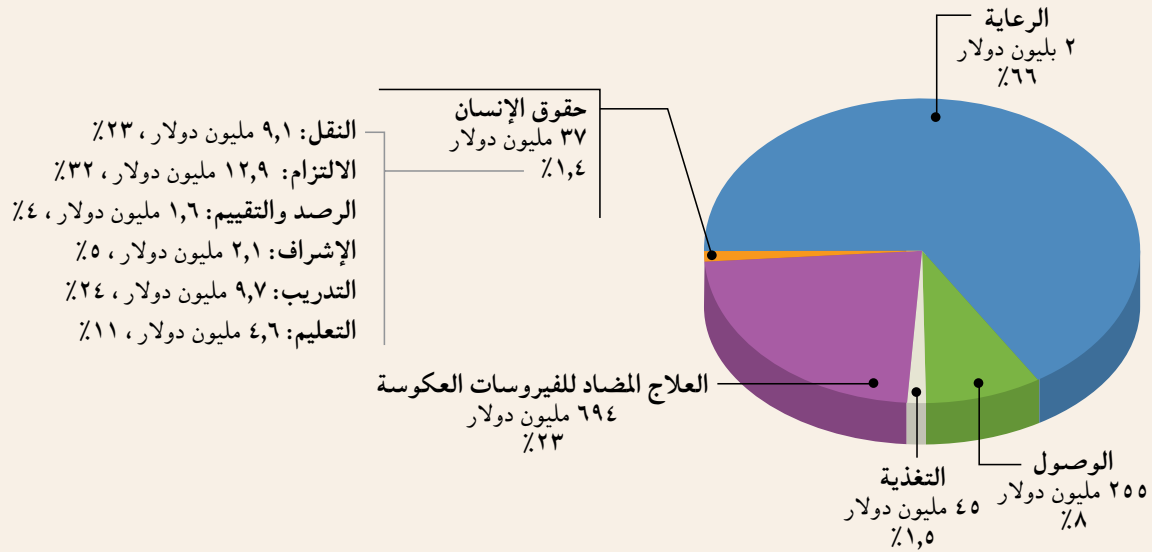
تشير التقديرات الحديثة للاحتياجات غير الملباة إلى الارتفاع الكبير في مستويات الاستثمار اللازمة لدعم حق سكان العالم في تنظيم الأسرة . وسيزداد خلال السنوات المقبلة ارتفاع مستويات الاحتياجات غير الملباة من تنظيم الأسرة نتيجة لدخول أعداد كبيرة من جيل الشباب سنوات مرحلة الإنجاب . وقد ثبت أن تنظيم الأسرة هو أحد أكثر الأنشطة فعالية من حيث التكلفة التي تم وضعها على الإطلاق . ولذا ، فإن أي قرار بشأن كيفية الاستثمار في تنظيم الأسرة يجب أن يوازن بين تكاليفه من جهة ، وما يحققه من منافع جمة للأفراد والأسر المعيشية والأمم عموماً ، من جهة أخرى .

وحاولت دراسة أجريت مؤخراً حساب تكاليف حقوق الإنسان لتقديم العلاج المضاد للفيروسات العكوسة بوصفه تدخلاً وقائياً أقل تكلفة (Granich et al., 2012) .

وخلصت الدراسة إلى أنه بدون مشاركة المجتمع المحلي ودعمه ، لن يكون من المرجح أن يحقق البرنامج أهدافه . ويؤيد نموذج الدراسة أهمية ضمان "إشراك المجتمع في تخطيط وتنفيذ البرنامج حتى لا يكون هناك أي قسر في إجراء الاختبارات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية وأن يكون هناك دعم كاف للأفراد فيما يواجهونه من مسائل أو شواغل . وعلى عكس الكثير من الدراسات الأخرى المماثلة ، فقد أدرجنا تكلفة ضمان توافر الكثير من عناصر إطار قوي لحقوق الإنسان" (Granich, 2012) . وتبلغ التكلفة الكلية لإدراج هذه العناصر من عناصر حقوق الإنسان في البرنامج ما نسبته ١,٤ في المائة ، وهو استثمار ضئيل

متوسط التكاليف المرتبطة بعلاج فيروس نقص المناعة البشرية حسب الفئة مع توزيع عنصر حقوق الإنسان والدعم المجتمعي

(التكاليف المبينة بدولارات الولايات المتحدة)



المصدر: Granich et al, 2012



جعل الحق في تنظيم الأسرة حقاً عالمياً

لقد مرت ٢٠ سنة تقريباً منذ أن أجرت ١٧٩ حكومة ممثلة في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية تحولاً في الطريقة التي يتناول بها العالم الصحة الجنسية والإنجابية ، بما فيها تنظيم الأسرة . ولئن أحرز بعض التقدم ، فإنه لا يزال ثمة الشيء الكثير مما ينبغي القيام به لتحقيق رؤية المؤتمر الدولي للسكان والتنمية ذات التوجه القائم على الحقوق .

وتعزيز المساواة بين الجنسين . لكن المؤتمر الدولي للسكان والتنمية لم يغير حتى الآن الواقع اليومي لمئات الملايين من الناس الذين يرغبون في تجنب الحمل أو تأجيله ولكنهم يعجزون عن ذلك إما لأنه لا تتاح لهم أي فرص موثوق بها للاستفادة من وسائل جيدة لمنع الحمل ومن معلومات وخدمات تنظيم الأسرة أو لأنهم يواجهون عقبات كأداء اجتماعية واقتصادية ولوجستية .

وفاتت هؤلاء الأفراد الاستفادة من التحسينات من حيث الصحة والتمكين والتمتع بطائفة من الحقوق الأخرى التي يمكن أن تسهل تنظيم الأسرة أو تحفز عليه . والتحديات أشد استعصاء في البلدان النامية لكنها قائمة أيضاً في البلدان المتقدمة النمو ، حيث يتعذر على العديد من النساء والرجال الحصول على خدمات تنظيم الأسرة ، أو تقدم لهم خدمات رديئة أو لا يرضون على ما يستعملونه من وسائل منع الحمل .

ولا يزال من المتعين ترجمة رؤية المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بالكامل إلى نهج قائم على الحقوق في سياسات وبرامج الصحة الجنسية والإنجابية ، مع ضمان الجودة والاستفادة للجميع . ونتيجة لذلك ، لا يزال العديد من الأفراد تعوزهم القدرة على اتخاذ قرارات بشأن حجم أسرهم وبشأن توقيت الحمل .

لقد حدد برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية مفهوم الصحة الجنسية والإنجابية وجعل تنظيم الأسرة حقاً من بين مجموعة أوسع من الحقوق المترابطة . وذهب إلى ما وراء البرامج ، فأشار إلى الظروف الاجتماعية والاقتصادية التي تبلور قرارات الناس بشأن حياتهم الجنسية والإنجابية وتحدد قدرتهم على التصرف بناء على تلك القرارات . وأبرز أدوار واحتياجات المراهقين والرجال والفئات الأخرى التي لم يسبق تناول أدوارها واحتياجاتها . وأكد على ضرورة أن تراعي الخدمات الحقوق الفردية وتستجيب للاختيارات الفردية في تقديم خدمات تنظيم الأسرة .

وبالنسبة لوضعي السياسات والمنظمات الدولية والحكومات والمجتمع المدني ، اعتُبر هذا النهج الجديد القائم على الحقوق نهجاً ثورياً ، ويعزى ذلك جزئياً لكونه أحدث التزامات توجب على الحكومات إتاحة خدمات الصحة الإنجابية للجميع . ولكن هل كانت عامة الناس وفرادى النساء والرجال والفتيات والفتيان الذين انصرفوا نية المؤتمر الدولي للسكان والتنمية إلى مساعدتهم يعتبرون هذا التحول الذي شهده تحولاً ثورياً ؟ فأينما أقر الحق في تنظيم الأسرة وزيدت فرص الاستفادة منه ، عاد هذا الحق على الناس بالنفع – من خلال تحسين الصحة وزيادة الدخل ، والحد من الفقر

زوجان من البرازيل
مع طفلتهما.

©Panos/Adam Hinton

عندما يكون الأفراد قادرين على ممارسة الحق في تنظيم الأسرة ، فإنهم يكونون قادرين على اتخاذ قرارات بشأن توقيت الحمل والمباعدة بين الولادات ، وقادرين أيضاً على ممارسة العديد من الحقوق الأخرى والاستفادة منها

وستسهم هذه المبادئ في اتساق السياسات على كل من الصعيد العالمي والإقليمي والوطني ودون الوطني ، وتضمن تأزر أنشطة التنمية .

ومن هذه الأنشطة تنظيم الأسرة . فعندما يكون الأفراد قادرين على ممارسة الحق في تنظيم الأسرة ، فإنهم يكونون قادرين على اتخاذ قرارات بشأن توقيت الحمل والمباعدة بين الولادات ، وقادرين أيضاً على ممارسة العديد من الحقوق الأخرى والاستفادة منها من قبيل الحق في الصحة والحق في التعليم والحق في التنمية .

وتعكس القدرة على اتخاذ قرار بشأن إنجاب الأطفال وتوقيته وعدد الأطفال المزمع إنجابهم إحقاق المساواة في الحقوق والفرص . وبالتالي ، فإن تنظيم الأسرة هو مسألة إنصاف وعدالة اجتماعية .

وترد في هذا المقام أربع توصيات عامة لإقرار تنظيم الأسرة باعتباره مسألة من مسائل الحقوق الأساسية والتنمية المستدامة – كما توجز فيه استراتيجيات محددة لتحقيق هذه التوصيات . فهي تشير إلى ضرورة (١) اتباع أو تعزيز نهج قائم على الحقوق؛ (٢) وضمان التركيز على تنظيم الأسرة في إطار التنمية المستدامة لما بعد عام ٢٠١٥؛ (٣) وضمان المساواة بالتركيز على فئات

مستبعدة محددة؛ (٤) وجمع الأموال للاستثمار بالكامل في مجال تنظيم الأسرة .

١ توسيع نطاق خدمات تنظيم الأسرة وتحسين خدماتها من خلال اعتماد نهج قائم على حقوق الإنسان في مجال الصحة

لا بد أن يركز تنظيم الأسرة على برامج شاملة في مجال الصحة الجنسية والإنجابية . فالنهج القائم على حقوق الإنسان في مجال تنظيم الأسرة يتعدى بكثير فيما يستتبعه الركون إلى حماية الحق في الاستفادة من خدمات تنظيم الأسرة . إذ أن العلاقة الوثيقة القائمة بين

وقد تعهدت الحكومات التي أيدت برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان بضمن تمكين الأفراد من المعلومات والتوعية والوسائل لكي يقرروا بحرية وبروح من المسؤولية بشأن الإنجاب وتوقيته واتفقت على أن تنظيم الأسرة حق .

وقد نص صراحة على تنظيم الأسرة في اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة . وأدرج في الهدف ٥ من الأهداف الإنمائية للألفية ، ولاسيما في الغاية ٥ بء التي تقيس التقدم المحرز نحو تعميم الاستفادة من خدمات الصحة الإنجابية ، بما فيها تنظيم الأسرة بحلول عام ٢٠١٥ . لكن التقدم المحرز نحو تحقيق هذا الهدف يقل عن التقدم المحرز نحو تحقيق غيره من الأهداف الإنمائية للألفية .

فماذا سيحدث يا ترى بعد عام ٢٠١٥ ، عقب انصرام الأجل المحدد لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية ؟

إن القيم والمبادئ المكرسة في إعلان الألفية ترسي أساساً متيناً للتصدي للتحديات الإنمائية العالمية . وستستند خطة التنمية المستدامة لما بعد عام ٢٠١٥ إلى المبادئ الأساسية لحقوق الإنسان والمساواة والاستدامة . وفي سياق هذه المبادئ ، سيُسعى إلى تحقيق الأهداف الإنمائية استناداً إلى أربعة أبعاد مترابطة هي: التنمية الاجتماعية الشاملة ، والاستدامة البيئية ، والتنمية الاقتصادية الشاملة والسلام والأمن .

إن رؤية الخطة الإنمائية لما بعد عام ٢٠١٥ رؤية شمولية وعالمية تقوم على المبادئ والقيم والمعايير الأساسية التي تنبثق من الأطر المتفق عليها دولياً .

الحق في اختيار إنجاب الأطفال وتوقيت إنجابهم وتحديد عددهم وغير ذلك من جوانب حياة الناس الجنسية والإنجابية تتطلب اتباع نهج واسع النطاق في مجال الخدمات .

وينبغي أن ترصد الحكومات وتزيل أي استخدام للأهداف ، أو الحوافز أو هيكل الرسوم التي تحفز مقدمي الرعاية الصحية على الدعوة إلى اعتماد أساليب محددة ، أو وضع حوافز لاستخدام وسائل منع الحمل ، وخاصة بالنسبة لطرق محددة . فعملية تقديم الخدمات نفسها ينبغي أن تستجيب لمعايير حقوق الإنسان ، كما يجب الاعتراف بأن الحواجز التي تحول دون الانتفاع بها تعد انتهاكاً لحقوق الإنسان . والفقر من ذوي المستوى التعليمي المحدود هم الأكثر عرضة لسوء الفهم والمغالطة بشأن الكيفية التي تعمل بها وسائل منع الحمل والكيفية التي يمكن بها توجيه خياراتهم .

وينبغي الذهاب إلى ” ما هو أبعد من تنظيم الأسرة “ من أجل معالجة العقبات الاجتماعية والاقتصادية للصحة الجنسية والإنجابية . فمن المتعين على النساء بل وعلى الرجال أحياناً ، التغلب على المعايير الجنسانية الراسخة من أجل ممارسة حقهم في تنظيم الأسرة . وينبغي تعزيز ضمان فرص استفادة المرأة من تنظيم الأسرة بأنشطة تعالج ظروفها الاجتماعية بشكل مباشر وتعزز قدرتها على اتخاذ القرار ، والتنقل ، والاستقلال الذاتي ، والحصول على الموارد . ويجب أن تتناول البرامج هذه القيود مباشرة في إطار جهودها الرامية إلى ضمان الحق في تنظيم الأسرة .

والإقرار بأن الرجال والفتيان يقومون بدور محوري في إحقاق حق المرأة في تنظيم الأسرة وإحقاق حقوقهم هم أيضاً . فتنظيم الأسرة باعتباره حقاً من حقوق الإنسان يهم كل شخص كما يهم جميع الآباء والأمهات المحتملين ، ذكوراً وإناثاً . ويكتسي تنظيم الأسرة أهمية خاصة بالنسبة للمرأة وصحتها ورفاهها ، كما أن له أهمية وقيمة عظيمتين بالنسبة

للرجل . فمجال الصحة الجنسية والإنجابية يتيح فرصة لتشجيع المشاركة الكاملة للرجل في تنظيم الأسرة . ويمكن للرجل والفتى العمل على ضمان حق المرأة في تنظيم الأسرة عندما يكونان شريكين داعمين ، باستخدام وسائل منع الحمل ، وتجنب العنف وتشجيع المساواة بين الجنسين . ولهما أدوار هامة يمكن أن يقوموا بها في إحداث تحول في الأدوار والقواعد الجنسانية بطرق تسهل على كل واحد إحقاق حقوقه .

ويجب أن تعكس برامج تنظيم الأسرة الحقيقية القائلة بأن استعمال وسائل منع الحمل إنما يحدث في سياق العلاقات الجنسية . فما فتى مجال تنظيم الأسرة يسلم فعلاً بالروابط القائمة بين الصحة الجنسية والإنجابية وحقوق الإنجاب والحياة الجنسية . ويلزم إجراء أبحاث لدراسة الكيفية التي تقوم بها الرغبة في التمتع بحياة جنسية مرضية بدور في بلورة آراء المرأة والرجل بشأن تنظيم الأسرة ، وتفضيلاتها لأساليب محددة ، وقدرتها على التفاوض بشأن استعمالها . ويمكن أن

▼ محطة حافلات في
مومباي ، بالهند .
©Panos/Mark Henley



تقر برامج تنظيم الأسرة بمنهجية أكبر رغبتهما في الحفاظ على علاقات جنسية صحية وممتعة وأن تدعم تلك الرغبة .

لمدى دعم الأفراد ، والمجتمعات المحلية ، والنظم الصحية لحق الناس في الاختيار واستعمال وسيلة لتنظيم الأسرة .

٢ ضمان مكانة محورية لتنظيم الأسرة في إطار التنمية المستدامة لما بعد عام ٢٠١٥ ؛ مكانة تعترف بإسهاماته في التنمية وكسر حلقة الفقر وعدم المساواة

وينبغي إتاحة وسائل تنظيم الأسرة مع خدمات الإجهاض عندما تكون هذه الخدمات متاحة قانوناً .
فينبغي إتاحة وسائل تنظيم الأسرة للنساء اللواتي أجرين عمليات إجهاض مؤخراً لتمكينهن من تأخير الحمل في المستقبل . غير أنه كثيراً ما يُفصل تنظيم الأسرة عن خدمات الإجهاض ، حتى عندما تكون تلك الخدمات قانونية . فالعالم كله يقلقه الإجهاض غير المأمون ، الذي يعد سبباً مهماً من أسباب اعتلال الأمهات والوفيات النفاسية . ويسهم تنظيم الأسرة مساهمة أساسية في التصدي لهذه المشكلة الهامة في شؤون الصحة العامة عن طريق الحد من الحمل العارض .

التعامل مع تنظيم الأسرة لا باعتباره موضوع "اختصاص" داخل القطاع الصحي ، بل باعتباره استثماراً من بين استثمارات رئيسية عديدة تسهم في التنمية . فتنظيم الأسرة استثمار اقتصادي سليم ومؤكد يعود بمنافع على الفرد والأسرة والمجتمع والأمة . وتوحي سعة وحجم فوائد دعم الحق في تنظيم الأسرة بأن تنظيم الأسرة قد يكون من بين التدخلات الأكثر نجاعة - وفعالية من حيث التكلفة - في تراكم رأس المال البشري والتخفيف من حدة الفقر . وعندما تصدق الحكومات على معاهدات حقوق الإنسان فإنها تتحمل بعض الالتزامات التي توجب عليها حماية طائفة واسعة من الحقوق . وكثيراً ما يسهل الوفاء بهذه الالتزامات بإعمال الحق في تنظيم الأسرة .

وضمن فرص الحصول على الوسائل العاجلة لمنع الحمل جزء أساسي من إعمال الحق في تنظيم الأسرة في سياق نهج شامل للصحة الجنسية والإنجابية . فيلزم أن يؤكد المجتمع الدولي على أهمية توفير فرص الحصول على الوسائل العاجلة لمنع الحمل في حالات العنف الجنسي ، وكذلك في سياقات النزاع المسلح وحالات الطوارئ الإنسانية .

ويقوم تنظيم الأسرة بدور مركزي في تحقيق طائفة واسعة من الأهداف الإنمائية . وإطار التنمية المستدامة لعام ٢٠١٥ ، بتركيزه بصفة خاصة على أوجه التفاوت وعدم المساواة ، يحتمل أن يتألف من عناصر متأزرة . ويعزز تنظيم الأسرة على الأقل أربع أولويات تعكس التوجه الناشئ لحقوق الإنسان في هذا الإطار الإنمائي الجديد لفترة ما بعد عام ٢٠١٥ :

وينبغي أن ترصد الحكومات والمنظمات الدولية والمجتمع المدني مستويات الرضا عن نوعية وسائل وخدمات منع الحمل المتاحة ، وأثرها على نواتج الصحة وحدوث حمل المراهقات ، وتكاليف الحمل العارض .
فينبغي أن تضع المنظمات الدولية والمنظمات غير الحكومية والحكومات أو تعتمد مؤشرات أكثر دقة للاحتياجات غير الملباة ، من قبيل "نسبة الطلب الملبى" ، لتحديد حصة إجمالي طلب وسائل منع الحمل الذي تتم تلبيةه . فاستعمال وسائل منع الحمل والحاجة غير الملباة إنما يحددان المستوى الكلي لطلب وسائل تنظيم الأسرة . ويستخدم مقياس "الطلب الملبى" دليلاً على مدى تلبية الرغبات المعلن عنها بشأن وسائل منع الحمل وهو مقياس أكثر حساسية

- **الحد من الفقر:** فتنظيم الأسرة يتيح للناس منع الحمل العارض وغير المرغوب فيه وغير الصحي . ويساعد على تهيئة الظروف التي تتيح للناس الاستفادة بشكل أفضل من الاستثمارات الأخرى المطلوبة في القطاع الاجتماعي والاستثمار بقدر أكبر في أطفالهم .

▪ **المساواة بين الجنسين:** كيف يمكن للمرأة أن تخطط لحياتها إذا لم يكن بإمكانها أن تتخذ قراراً بشأن الإنجاب؟ فالجهود الإنمائية لا بد أن تضع المرأة في وضع يتيح لها تنفيذ خياراتها بشأن الحياة. وتستدعي المساواة بين الجنسين قيام الرجل بدور مركزي في تنظيم أسرته ودعم المرأة والفتاة.

▪ **تمكين الشباب:** يسهم تنظيم الأسرة في فتح فرص للشباب ويبرز التخطيط لحياتهم. ويحمي منع الحمل العارض المراهقات والمراهقين من إهدار فرص حياتهم. فتعلم المرأة كيفية تنظيم الأسرة مهارة مطلوبة لعدة عقود من سنوات الإنجاب في حياة الشخص. ويسهم تنظيم الأسرة في التخطيط لجوانب أخرى عديدة من حياة الفرد بما فيها: التعليم، والعمل، وتكوين الأسرة، وجوانب أخرى.

▪ **الصحة:** فتتنظيم الأسرة أمر أساسي لصحة المرأة لأنه يؤخر الحمل المبكر، ويسمح بالمباعدة بين الولادات، ويخفض الخصوبة العالية.

وتحسين فرص الحصول على خدمات تنظيم الأسرة يطيل العمر المتوقع لكل من الأم والطفل، ويزيد من حوافز الاستثمار في التعليم وغيره من أشكال رأس المال البشري، ويخلق فرص المشاركة في أسواق العمل، ويزيد عائد المشاركة في أسواق العمل ويفضي إلى ارتفاع الدخل ومستويات تراكم الأصول. وهذا ما يضاف إلى فوائد ملموسة، لا سيما إذا حدث الانخفاض في الخصوبة بسرعة كافية لتوليد عائد ديمغرافي. وبالإضافة إلى ذلك، فإن الدراسات التي تناولت هذا الموضوع تؤكد كلها تقريباً أن حجم العائد الديمغرافي لا يتوقف فقط على وتيرة انخفاض الوفيات والخصوبة، بل إنه يتوقف أيضاً على بيئة السياسة العامة، ولا سيما في مجالات الصحة الجنسية والإنجابية وتنظيم الأسرة والتعليم، ومرونة سوق العمل، والانفتاح على التجارة والادخار.

وتعزز برامج تنظيم الأسرة الآثار الإيجابية للبرامج الأخرى التي تستثمر في رأس المال البشري. فبالحد من

وفيات الأمهات وزيادة العمر المتوقع، ترفع هذه البرامج عائد التعليم في المدارس وتزيد بالتالي عوائد الاستثمار في التعليم، وخاصة بالنسبة للفتيات. وينبغي أن تعامل الحكومات تنظيم الأسرة بنفس الطريقة التي تعامل بها استثمارات رأس المال البشري الأخرى في التعليم ومشاركة القوة العاملة والمشاركة السياسية وتضعها على رأس الأولويات.

وتوحي العلاقة الوثيقة بين انخفاض معدلات الخصوبة وتحسين حقوق المرأة بضرورة ألا تركز الحكومات والمؤسسات المتعددة الأطراف على تشجيع التغييرات التشريعية المباشرة من أجل حقوق المرأة فحسب بل ينبغي أن تركز أيضاً على الاستثمار في برامج تنظيم الأسرة وغيرها من البرامج التي تستثمر في رأس المال البشري. وهذه طريقة أخرى إضافية لتحسين الموقف التفاوضي للمرأة في المجتمع.

غير أن برامج تنظيم الأسرة ليست بديلاً عن أنواع أخرى من الاستثمارات في رأس المال البشري. وواقع الأمر أن برامج تنظيم الأسرة وتخفيض معدلات الخصوبة لها أقصى تأثير في المجتمعات التي تقوم باستثمارات تكميلية في زيادة تعليم الإناث وتوسيع فرص سوق العمل، وتشهد تغيرات اقتصادية تحدث

▼ الدكتورة أوماري كولسيك، وزيرة الصحة في السنغال، تتحدث أمام مؤتمر قمة لندن بشأن تنظيم الأسرة.

©Russell Watkins/UK Department for International Development



الاستقلالية في اتخاذ القرارات بشأن الخدمات الصحية أو اعتراض الأسرة أو المجتمع على استخدام وسائل منع الحمل).

تحولاً جذرياً في مقايضة تكاليف وفوائد الخصوبة العالية. فالبرامج كثيراً ما تكون أكثر فعالية عندما تقترن بأنواع أخرى من مدخلات صحة الأم والطفل.

٣ ضمان الحق في تنظيم الأسرة لفئات مستبعدة محددة

كجزء أساسي من التزامات الحكومات بتصحيح أوجه عدم المساواة في الصحة، يجب أن تتناول البرامج العوامل المالية والمادية والقانونية والاجتماعية والثقافية

بالحد من وفيات الأمهات وزيادة العمر المتوقع، ترفع هذه البرامج عائد التعليم في المدارس وتزيد بالتالي عوائد الاستثمار في التعليم، وخاصة بالنسبة للفتيات. وينبغي أن تعامل الحكومات تنظيم الأسرة بنفس الطريقة التي تعامل بها استثمارات رأس المال البشري الأخرى في التعليم ومشاركة القوة العاملة والمشاركة السياسية وتضعها على رأس الأولويات.

التي يتعذر معها على الكثير من الناس الحصول على الخدمات الصحية والتغلب على أشكال التمييز المتداخلة التي قد يواجهونها.

إن الفقيرات اللواتي لا يستطعن الحصول على خدمات تنظيم الأسرة ينجبن من الأطفال مالا يعتزمن إنجابهم. وفي الوقت نفسه، فإن النخب الغنية والمتعلمة، أينما كانت، تحصل في الغالب على خدمات تنظيم الأسرة، بغض النظر عما إذا كانت السياسات أو البرامج تدعمها. وفي كثير من البلدان، رغم بذل جهود للتغلب على الفوارق في الصحة من خلال توجيه الخدمات للفقراء، فإن الاستفادة منها كثيراً ما تحصل أساساً لمن هم أحسن حالاً فعلاً (Gwatkin and others, 2007).

ولتحسين فرص حصول الفقراء على معلومات وخدمات وسائل منع الحمل، يجب ألا تكتفي البرامج في كثير من الأحيان بمعالجة العقبات المالية بل يجب أن تعالج أيضاً العقبات المادية (من قبيل المسافة الفاصلة عن المرافق الصحية وتكاليف الفرصة البديلة لضياح وقت العمل لزيارة مقدمي خدمات تنظيم الأسرة) والعوامل الاجتماعية والثقافية (بما في ذلك التعامل غير اللائق والمضمر لأحكام قيمة لدى أخصائيي الصحة، وعدم

وينبغي سن تشريعات جديدة في البلدان التي تحتاج إليها لضمان تعميم فرص الاستفادة من خدمات تنظيم الأسرة؛ وفي البلدان الأخرى، لا بد من اتخاذ إجراءات لضمان التنفيذ العادل للتشريعات والسياسات والبرمجة القائمة. وينبغي أن يشمل دعم الحكومة لتنظيم الأسرة الإجراءات التي تتيح الخدمات للفئات المهمشة، بما فيها الأقليات العرقية والسكان الأصليين والأشخاص الذين يعيشون في مجتمعات حضرية أو ريفية يصعب الوصول إليها (United Nations Economic and Social Council, 2009).

ويجب أن تستجيب سياسات وبرامج تنظيم الأسرة لاحتياجات الأشخاص غير المتزوجين من جميع الأعمار الذين تزداد أعدادهم في جميع أنحاء العالم. فالشباب والكبار يدخلون في علاقات مشاركة ويظلون في إطارها وينهونها بصور مختلفة مقارنة بالأجيال السابقة، ولا بد أن يستجيب التعليم والخدمات لهذه التحولات. فالشباب يحتاج إلى خدمات في الفترة الفاصلة بين أولى تجاربهم الجنسية ووقت زواجهم. ويتطلب توسيع نطاق فرص الاستفادة لتلبية احتياجات الصحة الجنسية والإنجابية لدى الشباب القيام بأعمال الدعوة وغيرها من الإجراءات التي تغير المواقف بشأن التجارب الجنسية والإنجابية للشباب. وينبغي إتاحة الخدمات والمعلومات للبالغين الذين انفصلوا عن شركائهم أو الذين هم في شراكات جديدة في وقت لاحق من حياتهم. ولأن الناس يكبرون في السن، فإنهم يواجهون ضغوطاً للتكيف استجابة لتوقعات المجتمع والأسرة فيما يتعلق بالجنس، والزواج، والإنجاب. ومع تطور أدوارهم، تتراجع حاجتهم إلى تنظيم الأسرة في كثير من الأحيان من وجهة نظر واضعي السياسات ومصممي البرامج.

وينبغي توسيع نطاق برامج تنظيم الأسرة حتى تتاح الخدمات للمرأة الشابة المتزوجة وزوجها. فالمرهقون



▲ زوجان في بوتسوانا يطلعان على خيارات منع الحمل.
© Panos/Giacomo Pirozzi

السنن . وينال هذا الإغفال من حقوق الكبار النشطين جنسياً والراغبين في حماية أنفسهم من النواتج الضارة بالصحة الجنسية والإنجابية . وكما أكدته لجنة السكان والتنمية في عام ٢٠١٢ ، فإنه ينبغي إتاحة الخدمات والمعلومات للبالغين الذين انفصلوا عن شركائهم أو ارتبطوا بعشرة جديدة في وقت لاحق من حياتهم .

وينبغي أن تعزز الدول والمجتمع الدولي الجهود الرامية إلى جمع البيانات بشأن كافة الفئات التي قد تواجه صعوبات في الحصول على وسائل تنظيم الأسرة : المراهقون - بمن فيهم أولئك المتراوحة أعمارهم بين ١٠ سنوات و ١٤ سنة - والشباب والفتيان والرجال ، المتزوجون والمراهقون ، وغير المتزوجين ، وكبار السن ، والأقليات العرقية ، واللاجئون والمهاجرون ، والمشتغلون بالجنس ، والأشخاص المصابون بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز ، والنساء والفتيات المعرضات للعنف

المتزوجون يواجهون صعوبات كبيرة في الحصول على خدمات تنظيم الأسرة ، وبالتالي فإنهم عرضة للحمل العارض أو غير المرغوب فيه وما يترتب عليه من آثار صحية سلبية (Ortayli and Malarcher, 2011; Godha, Hotchkiss and Gage, 2010) . ويقدر ما يصغر سن الفتاة عند الزواج ، بقدر ما تتعاطم التحديات التي تواجهها في السيطرة على خصوبتها ، وتكون أكثر عرضة لعدم المباشرة بين الولادات وللحمل المتكرر (Rutstein 2008) .

وتتطلب التلبية الكافية لاحتياجات تنظيم الأسرة لدى كبار السن تحدي الافتراض السائد بأن هؤلاء الأفراد لا يحتاجون إلى ممارسة حقهم في تنظيم الأسرة . فكثيراً ما يُغفل في تصميم سياسات وبرامج تنظيم الأسرة الرجال الذين تتجاوز أعمارهم ٤٩ سنة والذين لا تنخفض خصوبتهم إلا تدريجياً مع تقدمهم في

الجنسي في مناطق النزاعات أو في المناطق التي شهدت كوارث طبيعية أو أزمات إنسانية. وينبغي أن تكون البيانات مصنفة روتينياً حسب الجنس والعمر والعرق، وأن يتم تحليلها حسب أخماس الثروة وأن تبين الاختلافات بين أولئك الذين يعيشون في المناطق الريفية وأولئك الذين يعيشون في المناطق الحضرية لتسليط الضوء على الكيفية التي تتباين بها الاستفادة من خدمات تنظيم الأسرة داخل الشريحة السكانية الواحدة وفيما بين الشرائح المختلفة.

▼ الرئيس غودلوك جوناثان، رئيس نيجيريا، يعلن في أيلول/سبتمبر عن خطة لزيادة فرص الحصول على الإمدادات المنقذة للحياة، بما فيها وسائل تنظيم الأسرة. ويشترك الرئيس جوناثان في رئاسة لجنة الأمم المتحدة للسلع المنقذة للحياة.
©United Nations/J. Carrier

التركيز على تنظيم الأسرة من منظور حقوق الإنسان تقدير تكاليف البرمجة من جانب الطلب. ويوصي سينغ وداروش (Singh and Darroch, 2012) بجمع منهجي للبيانات على مستوى مقدم الخدمات ومستوى مرفقها لتشمل مؤشرات من قبيل عدد الموظفين وما تلقوه من تدريب، وطائفة أساليب منع الحمل المعروضة، والاتساق مع طائفة وسائل منع الحمل التي يجري توريدها ونوعية الرعاية.

٤ زيادة تمويل تنظيم الأسرة وضمان الإنفاق الرشيد

يلزم أن تزيد حكومات البلدان النامية والجهات المانحة والمنظمات الدولية والمؤسسات التمويلية لتحسين نوعية معلومات وخدمات منع الحمل وتوفيرها لجميع الذين يرغبون في الحصول عليها حتى تتأتي لهم ممارسة حقوقهم في تنظيم الأسرة. كما ينبغي أن تفي الحكومات - سواء منها حكومات البلدان المانحة أو حكومات البلدان النامية - بالتزامات التمويل التي تعهدت بها في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية لعام ١٩٩٤ لتنفيذ جميع جوانب برنامج العمل.

وثمة حاجة إلى ما يقارب ٤ بلايين دولار سنوياً لمواصلة تلبية حاجة ٦٤٥ مليون امرأة ممن يستخدمن حالياً وسائل حديثة لتنظيم الأسرة في البلدان النامية. كما أن تحسين نوعية الخدمات المقدمة لهؤلاء النساء سيتطلب إضافة مبلغ آخر قدره ١,١ بليون دولار. ولتلبية احتياجات النساء الراغبات في تأخير الحمل أو الإنجاب أو إنهائه واللواتي لا يستعملن في الوقت الراهن خدمات تنظيم الأسرة، سيلزم توفير مبلغ إضافي قدره ٣ بلايين دولار سنوياً. وبالتالي، فإن تلبية الحاجة الحالية وغير الملباة لخدمات تنظيم الأسرة لدى النساء في البلدان النامية تلبية كاملة ستكلف ما قدره ٨,١ بلايين دولار سنوياً. ويجب على البلدان المتقدمة النمو حساب التكاليف الخاصة بها لإعمال هذا الحق مع كل ما يترتب عليه من فوائد تعود على مواطنيها وعلى التنمية الوطنية.

ويجب أن يعكس قياس ورصد فرص الاستفادة احتياجات الجميع وتجاربهم. فوضع مزيج من المؤشرات من شأنه أن يعطي صورة أوضح لجوانب التفاوت في الاستفادة بين الفئات السكانية. وعلى سبيل المثال، فإن تحليل أبعاد المساواة الاجتماعية للصحة من شأنه أن يساعد على تركيز الجهود على الجوانب التي هي بحاجة إلى تلك الجهود (Austveg, 2011). ويتطلب



وينبغي أن تؤكد الحكومات والمنظمات الدولية والمجتمع المدني، في معرض الدعوة إلى تنظيم الأسرة، على الروابط القائمة مع المبادرات العالمية الأخرى، من قبيل المبادرات التي ترمي إلى الحد من الوفيات النفاسية، وإنهاء زواج الطفلات، ومكافحة العنف الجنساني ومنع حمل المراهقات. وهناك عدد من المبادرات المحددة، الحليفة بحكم طبيعتها لإعمال الحق في تنظيم الأسرة، من قبيل ” المرأة نبع الحياة“ (Women Deliver) (وهي مبادرة تركز على صحة ورفاه المرأة والفتاة)، ومبادرة بنات لا عرائس (Girls Not Brides) (التي تركز على إنهاء زواج الطفلات)، ومنظمة MenEngage (وهي شبكة عالمية من المنظمات الساعية إلى الحد من عدم المساواة بين الجنسين وتحسين رفاه الرجل والمرأة والطفل).

والاستثمار والتنسيق المتعدد القطاعات أساسيان لاستخدام الأموال بفعالية. فاحتمال القيام بخيارات مدروسة بشأن عدد المواليد وتوقيت إنجابهم والمباعدة بينهم احتمال أرجح عندما تستثمر الحكومات في مجموعة واسعة من السياسات والبرامج بما في ذلك الجهود الرامية إلى القضاء على زواج الطفلات، وتشجيع تعليم الفتيات، وخلق فرص عمل للشباب

(Greene, 2000 in Cohen and Burger, 2000). وبما أن اتباع نهج شامل تجاه التنمية والصحة والتعليم والحقوق يفضي على الأرجح إلى خفض معدلات الخصوبة، فإن من المتعين على الحكومات أيضاً أن تتبع نهجاً شاملاً يجمع بين تحسين التنسيق والتعاون بين الوزارات. كما يتطلب العمل مع قطاعات متعددة على مستوى المجتمع المحلي. وعلى سبيل المثال، فإن العمل المشترك مع المربين والقادة الدينيين من شأنه أن يساعد في القضاء على التحيز بسبب نوع الجنس والسن الذي يدفع الرجل إلى التشكيك في تنظيم الأسرة، ويقوض حقوق المرأة ويستخف بالنشاط الجنسي للمراهقين أو يتجاهله.

وفي مؤتمر لندن المعقود في ١١ تموز/يوليه ٢٠١٢، أعلنت البلدان والمؤسسات المانحة عن تبرع قدره ٢,٦ بليون دولار لإتاحة وسائل تنظيم الأسرة لما مجموعه ١٢٠ مليون امرأة من أصل ٢٢٢ مليون امرأة في البلدان النامية ممن لهن حاجة غير ملبأة إلى وسائل منع الحمل وذلك بحلول عام ٢٠٢٠. وفي هذه المناسبة، أعلنت البلدان النامية أيضاً عن التزامات كبيرة لهذه المبادرة. ووصف أصحاب المصلحة التمويل الإضافي بكونه ” بداية“، ترمي في نهاية المطاف إلى تعبئة ما يكفي من الموارد للتلبية التامة للاحتياجات غير الملبأة في البلدان النامية.

رصد أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية:

مؤشرات مختارة

التعليم		الصحة الجنسية والإنجابية				صحة الأم والأطفال حديثي الولادة				البلدان أو الأقاليم أو المناطق الأخرى
النسبة المئوية لصافي القيد بالتعليم الثانوي للأطفال في سن الالتحاق بالمدرسة ، ٢٠١١/١٩٩٩	النسبة المئوية لصافي القيد بالتعليم الابتدائي للأطفال في سن الالتحاق بالمدرسة ، ٢٠١١/١٩٩٩	النسبة المئوية للمهابة لتنظيم الأسرة ، ٢٠١١/١٩٨٨	معدل شيوع وسائل منع الحمل بين النساء من سن ١٥ إلى ٤٩ سنة - باستخدام وسيلة حديثة ، ٢٠١١/١٩٩٠	معدل شيوع وسائل منع الحمل بين النساء في سن ١٥ - ٤٩ سنة - باستخدام أي وسيلة ، ٢٠١١/١٩٩٠	معدل وفيات الأطفال تحت سن ٥ سنوات لكل ١٠٠٠ مولود حي ، ٢٠١٥-٢٠١٠	معدل المواليد بين المراهقات لكل امرأة من سن ١٥ إلى ١٩ سنة ، ٢٠١٠/١٩٩١	النسبة المئوية للولادات التي تجري تحت إشراف أخصائيين صحيين مهرة ، ٢٠١٠/٢٠٠٠	نسبة الوفيات النفاسية (لكل ١٠٠٠٠ مولود حي) ، ٢٠١٠		
إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	
١٣	٣٤			١٦	٢٢	١٨٤	٩٠	٣٤	٤٦٠	أفغانستان
٧٣	٧٥	٨٠	٨٠	١٣	١٠	١٩	١١	٩٩	٢٧	ألبانيا
٦٩	٦٥	٩٦	٩٨	٥٢	٦١	٢٧	٤	٩٥	٩٧	الجزائر
١١	١٢	٧٨	٩٣	٥	٦	١٥٦	١٦٥	٤٩	٤٥٠	أنغولا
٨٥	٨٥	٨٤	٩١				٦٧			أنتيغوا وبربودا
٨٧	٧٨	٩٩	١٠٠	٧٠	٧٩	١٤	٦٨	٩٨	٧٧	الأرجنتين
٨٨	٨٥	٩٨	٩٥	١٩	٢٧	٢٧	٢٨	١٠٠	٣٠	أرمينيا
٨٦	٨٥	٩٨	٩٧	٦٨	٧٢	٥	١٦	٩٩	٧	أستراليا ^١
				٤٧	٥١	٥	١٠	٩٩	٤	النمسا
٧٨	٨١	٨٤	٨٥	١٥	١٣	٤٣	٤١	٨٨	٤٣	أذربيجان
٨٨	٨٢	٩٦	٩٤			١٨	٤١	٩٩	٤٧	جزر البهاما
٩٧	٩٢	١٠٠	٩٩	٣١	٦٢	٩	١٢	٩٧	٢٠	البحرين
٥٠	٤٥			١٧	٤٨	٥١	١٣٣	٢٧	٢٤٠	بنغلاديش
٨٨	٨١	٩٧	٩٠			١٤	٥٠	١٠٠	٥١	بربادوس
				٥٦	٧٣	٩	٢١	١٠٠	٤	بيلاروس
٨٧	٩٠	٩٩	٩٩	٣	٧٣	٥	١١	٩٩	٨	بلجيكا
٦٥	٦٤	٩١	١٠٠	٢١	٣١	٢١	٩٠	٨٨	٥٣	بليز
١٣	٢٧			٢٧	٦	١٢١	١١٤	٧٤	٣٥٠	بنن
٥٧	٥٠	٩١	٨٨	١٢	٦٥	٥٢	٥٩	٥٨	١٨٠	بوتان
٦٩	٦٨	٩٦	٩٥	٢٠	٣٤	٥٤	٨٩	٧١	١٩٠	بوليفيا (دولة - متعددة القوميات)
				١١	٣٦	١٦	١٧	٩٩	٨	البوسنة والهرسك
٦٥	٥٧	٨٨	٨٧	٢٧	٥١	٤٦	٥١	٩٥	١٦٠	بوتسوانا
		٩٧	٩٥	٦	٧٧	٢٤	٧١	٩٩	٥٦	البرازيل
٩٩	٩٥					٦	١٨	١٠٠	٢٤	بروني دار السلام
٨٢	٨٤	١٠٠	٩٩	٣٠	٤٠	١١	٤٨	٩٩	١١	بلغاريا
١٦	١٩	٦١	٦٥	٣٠	١٥	١٤٧	١٣٠	٦٧	٣٠٠	بوركينافاسو
١٥	١٨	٨٩	٩١	٢٩	١٨	١٥٢	٦٥	٦٠	٨٠٠	بوروندي
٣٣	٣٧	٩٥	٩٦	٢٤	٣٥	٦٩	٤٨	٧١	٢٥٠	كمبوديا
				٢١	١٤	١٣٦	١٢٧	٦٤	٦٩٠	جمهورية الكاميرون
		١٠٠	١٠٠	٧٢	٧٤	٦	١٤	٩٩	١٢	كندا
٧١	٦١	٩٢	٩٥	١٧	٥٧	٢٢	٩٢	٧٦	٧٩	الرأس الأخضر
١٠	١٨	٦٠	٧٨	١٩	٩	١٥٥	١٣٣	٤١	٨٩٠	جمهورية أفريقيا الوسطى
٥	١٦	٥١	٧٤	٢١	٢	١٩٥	١٩٣	١٤	١١٠٠	تشاد
٨٤	٨١	٩٤	٩٤		٦٤	٨	٥٤	١٠٠	٢٥	شيلي
				٢	٨٤	٢٤	٦	٩٦	٣٧	الصين
٧٧	٧٢	٩١	٩٢	٨	٧٣	٢٣	٨٥	٩٥	٩٢	كولومبيا

رصد أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية: مؤشرات مختارة

التعليم		الصحة الجنسية والإيجابية			صحة الأم والأطفال حديثي الولادة				البلدان أو الأقاليم أو المناطق الأخرى	
النسبة المئوية لصافي الفيد بالتعليم الثانوي للأطفال في سن الالتحاق بالمدرسة ، ٢٠١١/١٩٩٩	النسبة المئوية لصافي الفيد بالتعليم الابتدائي للأطفال في سن الالتحاق بالمدرسة ، ٢٠١١/١٩٩٩	النسبة المئوية للاحتياجات غير الملباة لتنظيم الأسرة ، ٢٠١١/١٩٨٨	معدل شيوع وسائل منع الحمل بين النساء من سن ١٥ إلى ٤٩ سنة - باستخدام وسيلة حديثة ، ٢٠١١/١٩٩٠	معدل شيوع وسائل منع الحمل بين النساء في سن ١٥ - ٤٩ سنة - باستخدام أي وسيلة ، ٢٠١١/١٩٩٠	معدل وفيات الأطفال تحت سن ٥ سنوات لكل ١ ٠٠٠ مولود حي ، ٢٠١٥-٢٠١٠	معدل الصوليد بين المراهقات لكل ١ ٠٠٠ امرأة من سن ١٥ إلى ١٩ سنة ، ٢٠١٠/١٩٩١	النسبة المئوية للولادات التي تجري تحت إشراف أخصائيين صحيين قاهرة ، ٢٠١٠/٢٠٠٠	نسبة الوفيات النفسية (لكل ١٠٠ ٠٠٠ مولود حي) ، ٢٠١٠		
ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	ذكور	إناث	ذكور	إناث		
	٧٥	٨١	٣٦	١٩	٢٦	٨٦	٩٥	٤٧	٢٨٠	جزر القمر
	٣٢	٣٤	٢٤	٦	١٨	١٨٠	١٣٥	٨٠	٥٤٠	جمهورية الكونغو الديمقراطية ^٢
	٨٩	٩٢	٢٠	١٣	٤٤	١٠٤	١٣٢	٨٣	٥٦٠	جمهورية الكونغو
			٥	٨٠	٨٢	١١	٦٧	٩٥	٤٠	كوستاريكا
	٥٦	٦٧	٢٩	٨	١٣	١٠٧	١١١	٥٧	٤٠٠	كوت ديفوار
٩٤	٨٨	٩٧	٩٥			٧	١٣	١٠٠	١٧	كرواتيا
٨٧	٨٧	٩٩	١٠٠		٧٢	٦	٥١	١٠٠	٧٣	كوبا
٩٦	٩٦	٩٩	٩٩			٥	٤	٩٨	١٠	قبرص
	٩٦	٩٦	١١	٦٣	٧٢	٤	١١	١٠٠	٥	الجمهورية التشيكية
٩١	٨٨	٩٧	٩٥			٥	٦	٩٨	١٢	الدانمرك
٢٠	٢٨	٤٢	٤٧		١٧	١٠٤	٢٧	٧٨	٢٠٠	جيبوتي
٩٣	٨٤	٩٦	٩٥					٤٨		دومينيكا
٦٧	٥٨	٩٠	٩٦	١١	٧٠	٢٨	٩٨	٩٤	١٥٠	الجمهورية الدومينيكية
٥٩	٥٨	١٠٠	٩٩	٧	٥٩	٢٣	١٠٠	٨٩	١١٠	إكوادور
٦٩	٧١	٩٦	١٠٠	١٢	٥٨	٢٥	٥٠	٧٩	٦٦	مصر
٥٩	٥٧	٩٥	٩٥	٩	٦٦	٢٣	٦٥	٨٥	٨١	السلفادور
	٥٦	٥٧	٢٩	٦	١٠	١٥١	١٢٨	٦٥	٢٤٠	غينيا الاستوائية
٢٥	٣٢	٣٣	٣٧		٥	٦٢	٨٥	٢٨	٢٤٠	إريتريا
٩٣	٩١	٩٦	٩٦	٢٥	٥٦	٧	٢١	٩٩	٢	إستونيا
١١	١٧	٨٠	٨٥		٢٧	٩٦	٧٩	١٠	٣٥٠	إثيوبيا
٨٨	٧٩	٩٩	٩٩			٢٢	٣١	١٠٠	٢٦	فيجي
٩٤	٩٤	٩٨	٩٨			٣	٨	٩٩	٥	فنلندا
٩٩	٩٨	٩٩	٩٩	٢	٧٥	٤	١٢	٩٨	٨	فرنسا
				٢٨	١٢	٦٤	١٤٤	٨٦	٢٣٠	غابون
	٧٠	٦٨			١٣	٩٣	١٠٤	٥٢	٣٦٠	غامبيا
٨٠	٨٤	٩٤	٩٦	١٦	٢٧	٢٧	٤٤	١٠٠	٦٧	جورجيا
					٦٦	٤	٩	٩٩	٧	ألمانيا
٤٧	٥١	٨٥	٨٤	٣٦	١٧	٦٣	٧٠	٥٥	٣٥٠	غانا
٩٠	٩١	٩٩	٩٨		٤٦	٥	١٢		٣	اليونان
٨٦	٩٥	٩٩	٩٦		٥٢	١٥	٥٣	١٠٠	٢٤	غرينادا
٤٠	٤٣	٩٨	١٠٠	٢٨	٣٤	٣٤	٩٢	٥١	١٢٠	غواتيمالا
٢٢	٣٦	٧٠	٨٣	٢٢	٤	١٣٤	١٥٣	٤٦	٦١٠	غينيا
٧	١٢	٧٣	٧٧			١٨١	١٣٧	٤٤	٧٩٠	غينيا - بيساو
٨٣	٧٨	٨٦	٨٢	٢٩	٤٠	٤٦	٩٧	٨٧	٢٨٠	غيانا
				٣٧	٢٤	٧٦	٦٩	٢٦	٣٥٠	هايتي
	٩٧	٩٥	١٧	٥٦	٦٥	٣٣	١٠٨	٦٦	١٠٠	هندوراس
٩١	٩١	٩٨	٩٨	٧	٧١	٧	١٩	١٠٠	٢١	هنغاريا
٨٩	٨٧	١٠٠	٩٩			٣	١٥		٥	آيسلندا
	٩٨	٩٩	٢١	٤٨	٥٥	٦٥	٣٩	٥٨	٢٠٠	الهند
٦٧	٦٨	٩٣	٩٧	١٣	٥٧	٣١	٥٢	٧٧	٢٢٠	إندونيسيا

رصد أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية: مؤشرات مختارة

التعليم		الصحة الجنسية والإنجابية			صحة الأم والأطفال حديثي الولادة				البلدان أو الأقاليم أو المناطق الأخرى
النسبة المئوية لصافي القيد بالتعليـم الثانوي للأطـفال في سن الالتحاق بالمدرسة ، ٢٠١١/١٩٩٩	النسبة المئوية لصافي القيد بالتعليـم الابتدائي للأطـفال في سن الالتحاق بالمدرسة ، ٢٠١١/١٩٩٩	النسبة المئوية للاحتياجات غير الملباة لتنظيم الأسرة ، ٢٠١١/١٩٨٨	معدل شيوع وسائل منع الحمل بين النساء من سن ١٥ إلى ٤٩ سنة - باستخدام وسيلة حديثة ، ٢٠١١/١٩٩٠	معدل شيوع وسائل منع الحمل بين النساء في سن ١٥ - ٤٩ سنة - باستخدام أي وسيلة ، ٢٠١١/١٩٩٠	معدل وفيات الأطفال تحت سن ٥ سنوات لكل ١٠٠٠ مولود حي ، ٢٠١٥-٢٠١٠	معدل المواليد بين المراهقات لكل ١٠٠٠ امرأة من سن ١٥ إلى ١٩ سنة ، ٢٠١٠/١٩٩١	النسبة المئوية للولادات التي تجري تحت إشراف أخصائيين صحيين قهور ، ٢٠١٠/٢٠٠٠	نسبة الوفيات النفسية (لكل ١٠٠٠٠٠ مولود حي) ٢٠١٠	
ذكور	إناث	ذكور	ذكور	ذكور	ذكور	ذكور	ذكور	ذكور	
	٩٨	٩٦	٥٩	٧٣	٣١	٣١	٩٩	٢١	إيران (جمهورية - الإسلامية)
٣٩	٤٩	٨٤	٣٣	٥٠	٤١	٦٨	٨٠	٦٣	العراق
١٠٠	٩٨	١٠٠	٦١	٦٥	٤	١٦	١٠٠	٦	أيرلندا
١٠٠	٩٧	٩٧	٩٧	٩٧	٤	١٤	١٠٠	٧	إسرائيل
٩٤	٩٤	٩٩	١٢	٦٣	٤	٧	١٠٠	٤	إيطاليا
٨٧	٨٠	٨١	١٢	٦٦	٢٦	٧٢	٩٨	١١٠	جامايكا
١٠٠	٩٩		٤٤	٥٤	٣	٥	١٠٠	٥	اليابان
٨٨	٨٣	٩١	١٣	٥٩	٢٢	٣٢	٩٩	٦٣	الأردن
٨٩	٩٠	١٠٠	١٢	٥١	٢٩	٣١	٩٩	٥١	كازاخستان
٤٨	٥٢	٨٥	٢٦	٣٩	٨٩	١٠٦	٤٤	٣٦٠	كينيا
٧٢	٦٥		١٢	٣٦	٤٤	٣٩			كيريباس
			٥٨	٦٩	٣٢	١	١٠٠	٨١	جمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية
٩٥	٩٦	٩٨	٧٠	٨٠	٥	٢	١٠٠	١٦	جمهورية كوريا
٩٣	٨٦	١٠٠	٣٩	٥٢	١٠	١٤	٩٩	١٤	الكويت
٧٩	٧٩	٩٥	٤٦	٤٨	٤٢	٣١	٩٧	٧١	قيرغيزستان
٣٨	٤٢	٩٥	٢٧	٣٥	٤٦	١١٠	٣٧	٤٧٠	جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية
٨٤	٨٣	٩٧	١٧	٥٦	٨	١٥	٩٩	٣٤	لاتفيا
٧٩	٧١	٩٣	٣٤	٥٨	٢٤	١٨	٩٧	٢٥	لبنان
٣٧	٢٣	٧٥	٢٣	٤٦	٨٩	٩٢	٦٢	٦٢٠	ليسوتو
	٤١	٥٢	٣٦	١٠	١٠٧	١٧٧	٤٦	٧٧٠	ليبيريا
			٢٦	٤٥	١٥	٤	١٠٠	٥٨	ليبيا
٩١	٩١	٩٦	١٨	٣٣	٩	١٧	١٠٠	٨	ليتوانيا
٨٦	٨٤	٩٨			٣	٧	١٠٠	٢٠	لكسمبرغ
٢٤	٢٣	٨٠	١٩	٢٨	٥٨	١٤٧	٤٤	٢٤٠	مدغشقر
٢٧	٢٨	٩٨	٢٦	٤٢	١١٩	١٥٧	٧١	٤٦٠	ملاوي
٧١	٦٥	٩٦	٣٢	٤٩	٩	١٤	٩٩	٢٩	ماليزيا
٥٢	٤٦	٩٧	٢٩	٢٧	١٢	١٩	٩٥	٦٠	ملاييف
٢٥	٣٦	٦٣	٢٨	٦	١٧٣	١٩٠	٤٩	٥٤٠	مالي
٨٠	٨٢	٩٤	٤٦	٨٦	٧	٢٠	١٠٠	٨	مالطة
					٨	٢٠			جزر المارتينيك
١٥	١٧	٧٦	٣٢	٨	١٠٦	٨٨	٥٧	٥١٠	موريتانيا
٧٤	٧٤	٩٤	٤	٣٩	١٥	٣١	١٠٠	٦٠	موريشيوس ^٣
٧٣	٧٠	١٠٠	١٢	٦٧	١٧	٨٧	٩٥	٥٠	المكسيك
					٣٨	٥٢	١٠٠	١٠٠	ميكرونيزيا (ولايات موحدة)
٧٩	٧٨	٩٠	١١	٤٣	١٩	٢٦	١٠٠	٤١	جمهورية مولدوفا
٨٥	٧٧	٩٩	١٤	٥٠	٣٧	٢٠	٩٩	٦٣	منغوليا
			١٧	٣٩	٩	٢٤	١٠٠	٨	الجبيل الأسود
٣٢	٣٨	٩٦	١٢	٥٢	٣١	١٨	٧٤	١٠٠	المغرب
١٧	١٨	٨٨	١٩	١٢	١٢٣	١٩٣	٥٥	٤٩٠	موزامبيق
٥٢	٤٩		١٩	٣٨	٥٧	١٧	٧١	٢٠٠	ميانمار

رصد أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية: مؤشرات مختارة

التعليم		الصحة الجنسية والإيجابية			صحة الأم والأطفال حديثي الولادة				البلدان أو الأقاليم أو المناطق الأخرى	
النسبة المئوية لصافي الفيد بالتعليم الثانوي للأطفال في سن الالتحاق بالمدرسة ، ٢٠١١/١٩٩٩	النسبة المئوية لصافي الفيد بالتعليم الابتدائي للأطفال في سن الالتحاق بالمدرسة ، ٢٠١١/١٩٩٩	النسبة المئوية للاحتياجات غير الملباة لتنظيم الأسرة ، ٢٠١١/١٩٨٨	معدل شيوع وسائل منع الحمل بين النساء من سن ١٥ إلى ٤٩ سنة - باستخدام وسيلة حديثة ، ٢٠١١/١٩٩٠	معدل شيوع وسائل منع الحمل بين النساء في سن ١٥ - ٤٩ سنة - باستخدام أي وسيلة ، ٢٠١١/١٩٩٠	معدل وفيات الأطفال تحت سن ٥ سنوات لكل ١ ٠٠٠ مولود حي ، ٢٠١٥-٢٠١٠	معدل الصوليد بين المراهقات لكل ١ ٠٠٠ امرأة من سن ١٥ إلى ١٩ سنة ، ٢٠١٠/١٩٩١	النسبة المئوية للولادات التي تجري تحت إشراف أخصائيين صحيين قاهرة ، ٢٠١٠/٢٠٠٠	نسبة الوفيات النفاسية (لكل ١٠٠ ٠٠٠ مولود حي) ، ٢٠١٠		
إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	
٥٧	٤٤	٨٩	٨٤	٢١	٥٤	٥٥	٣٩	٧٤	٨١	٢٠٠
		٦٤	٧٨	٢٥	٤٣	٥٠	٣٩	٨١	٣٦	١٧٠
٨٨	٨٧	٩٩	١٠٠	٦٧	٦٩	٥	٥	٥	٥	٦
٩٥	٩٤	١٠٠	٩٩	٧٢	٧٥	٦	٦	٢٩	٩٦	١٥
٤٩	٤٣	٩٥	٩٣	٨	٦٩	٧٢	٢٢	١٠٩	٧٤	٩٥
٨	١٣	٥٧	٦٨	١٦	٥	١١	١٤٤	١٩٩	١٨	٥٩٠
		٥٥	٦٠	١٩	٩	١٤	١٤١	١٢٣	٣٤	٦٣٠
٩٤	٩٤	٩٩	٩٩	٨٢	٨٨	٤	٤	١٠	٩٩	٧
٨٧	٨١	٨٨	٩٠	٣٩	٥٠	٢٢	٢٢	٦٠		٦٤
		٩٧	١٠٠	٢٥	٣٢	١١	١١	١٢	٩٩	٣٢
٢٩	٣٨	٦٧	٨١	٢٥	١٩	٢٧	٨٦	١٦	٤٥	٢٦٠
٧٢	٦٦	٩٨	٩٩				٢١	٨٨	٨٩	٩٢
						٣٦	٥٨	٧٠	٤٠	٢٣٠
٦٢	٥٨	٨٦	٨٦	٥	٧٠	٧٩	٣٣	٦٣	٨٥	٩٩
٧٨	٧٧	٩٨	٩٨	٧	٥٠	٧٤	٢٨	٧٢	٨٤	٦٧
٦٧	٥٦	٩٠	٨٨	٢٢	٣٤	٥١	٢٧	٥٣	٦٢	٩٩
٩٢	٩٠	٩٦	٩٦		٢٨	٧٣	٧	١٦	١٠٠	٥
٨٦	٧٨	١٠٠	٩٩		٨٣	٨٧	٥	١٦		٨
٩٣	٧٦	٩٧	٩٦		٣٢	٤٣	١٠	١٥	١٠٠	٧
٨٣	٨٢	٨٧	٨٨	١٢	٣٨	٧٠	١٥	٤١	٩٩	٢٧
		٩٦	٩٥		٦٥	٨٠	١٦	٣٠	١٠٠	٣٤
		٩٢	٨٩	١٩	٤٤	٥٢	١١٤	٤١	٦٩	٣٤٠
٨٨	٨٩	٨٦	٨٦							٦٧
٨٥	٨٥	٨٩	٩٠				١٦	٤٩	١٠٠	٣٥
٩٦	٨٥	٩٧	١٠٠				٢٥	٧٠	٩٨	٤٨
٨٣	٧٣	٩٧	٩٣	٤٨	٢٧	٢٩	٢٤	٢٩		ساموا
٥٢	٤٤	٩٨	٩٧	٣٨	٣٣	٣٨	٦٩	١١٠	٨١	٧٠
٨٣	٧٨	٨٩	٩٠			٢٤	١٩	٧	١٠٠	٢٤
١٩	٢٤	٨٠	٧٦	٢٩	١٢	١٣	٨٥	٩٣	٦٥	٣٧٠
٩١	٨٩	٩٤	٩٥	٧	٢٢	٦١	١٣	٢٢	١٠٠	١٢
١٠٠	٩٢	٩٤	٩٦							٦٢
				٢٨	٦	٨	١٥٧	٩٨	٣١	٨٩٠
					٥٥	٦٢	٢	٦	١٠٠	٣
					٦٦	٨٠	٧	٢١	١٠٠	٦
٩٢	٩١	٩٧	٩٧	٩	٦٣	٧٩	٤	٥	١٠٠	١٢
٢٩	٣٢	٨١	٨٣	١١	٢٧	٣٥	٤٣	٧٠	٧٠	٩٣
					١	١٥	١٦٢	١٢٣	٩	١٠٠٠
٦٥	٥٩	٩١	٩٠	١٤	٦٠	٦٠	٦٤	٥٤	٩١	٣٠٠
٩٦	٩٤	١٠٠	١٠٠	١٢	٦٢	٦٦	٤	١٣		٦
		٩٤	٩٤	٧	٥٣	٦٨	١٣	٢٤	٩٩	٣٥

التعليم		الصحة الجنسية والإنجابية				صحة الأم والأطفال حديثي الولادة				البلدان أو الأقاليم أو المناطق الأخرى
النسبة المئوية لصافي القيد بالتعلم الثانوي للأطفال في سن الالتحاق بالمدرسة ، ٢٠١١/١٩٩٩	النسبة المئوية لصافي القيد بالتعلم الابتدائي للأطفال في سن الالتحاق بالمدرسة ، ٢٠١١/١٩٩٩	النسبة المئوية للاحتياجات غير الملباة لتنظيم الأسرة ، ٢٠١١/١٩٨٨	معدل شيوع وسائل منع الحمل بين النساء من سن ١٥ إلى ٤٩ سنة - باستخدام وسيلة حديثة ، ٢٠١١/١٩٩٠	معدل شيوع وسائل منع الحمل بين النساء في سن ١٥ - ٤٩ سنة - باستخدام أي وسيلة ، ٢٠١١/١٩٩٠	معدل وفيات الأطفال تحت سن ٥ سنوات لكل ١٠٠٠ مولود حي ، ٢٠١٥-٢٠١٠	معدل المواليد بين المراهقات لكل ١٠٠٠ امرأة من سن ١٥ إلى ١٩ سنة ، ٢٠١٠/١٩٩١	النسبة المئوية للولادات التي تجري تحت إشراف أخصائيين صحيين قاهرة ، ٢٠١٠/٢٠٠٠	نسبة الوفيات النفسية (لكل ١٠٠٠٠ مولود حي) ، ٢٠١٠		
ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	
		٢٩	٩	٨٧	٧٠	٢٣	٧٣٠			السودان ^٤
٥٥	٤٦	٩١	٩١	٢٧	٦٦	٨٧	١٣٠			سورينام
٣٧	٢٩	٨٥	٨٦	٩٢	١١١	٨٢	٣٢٠			سوازيلند
٩٤	٩٤	٩٩	١٠٠	٣	٦	٤	٤			السويد
٨٢	٨٤	٩٩	٩٩	٥	٤	١٠٠	٨			سويسرا
٦٧	٦٧	٩٨	١٠٠	١٦	٧٥	٩٦	٧٠			الجمهورية العربية السورية
٨٠	٩٠	٩٦	٩٩	٦٥	٢٧	٨٨	٦٥			طاجيكستان
		٩٨	٩٨	٨١	١٢٨	٤٩	٤٦٠			جمهورية تنزانيا المتحدة
٧٨	٧٠	٨٩	٩٠	١٣	٤٧	٩٩	٤٨			تايلند
										جمهورية مقدونيا اليوغوسلافية السابقة
٨١	٨٢	٩٩	٩٧	١٥	٢٠	١٠٠	١٠			جمهورية تيمور - ليشتي الديمقراطية
٣٩	٣٤	٨٦	٨٦	٧٦	٥٤	٣٠	٣٠٠			توغو
١٦	٣٣			١٠٠	٤	٨٩	٣٠٠			تونغا
٨٠	٦٧	٨٩	٩٤	٢٥	١٦	٩٨	١١٠			ترينيداد وتوباغو
٧٠	٦٦	٩٧	٩٨	٣١	٣٣	٩٧	٤٦			تونس
٦٦	٦٤	٩٦	٩٩	٢٣	٦	٩٥	٥٦			تركيا
٧١	٧٧	٩٧	٩٨	٢٣	٣٨	٩١	٢٠			تركمانستان
		١٠		٦٢	٢١	١٠٠	٦٧			جزر تركس وكايكوس
٦٩	٧٢	٨٤	٧٧							توفالو
		٢٤				٢٨				أوغندا
١٥	١٧	٩٢	٩٠	١١٤	١٥٩	٤٢	٣١٠			أوكرانيا
٨٦	٨٦	٩١	٩١	١٥	٣٠	٩٩	٣٢			الإمارات العربية المتحدة
٨٢	٨٠	٩٨	٩٤	٨	٣٤	١٠٠	١٢			المملكة المتحدة
٩٧	٩٥	١٠٠	١٠٠	٦	٢٥		١٢			الولايات المتحدة الأمريكية
٩٠	٨٩	٩٦	٩٥	٨	٣٩	٩٩	٢١			أوروغواي
٧٣	٦٦	٩٩	١٠٠	١٥	٦٠	١٠٠	٢٩			أوزبكستان
٩١	٩٣	٩١	٩٤	٥٣	٢٦	١٠٠	٢٨			فانواتو
٤٩	٤٦	٩٧	٩٨	٢٩	٩٢	٧٤	١١٠			فنزويلا (جمهورية - البوليفارية)
٧٦	٦٨	٩٥	٩٥	٢٠	١٠١	٩٥	٩٢			فييت نام
		٤		٢٣	٣٥	٨٤	٥٩			اليمن
٣١	٤٩	٧٠	٨٦	٥٧	٨٠	٣٦	٢٠٠			زامبيا
		٩٤	٩١	١٣٠	١٥١	٤٧	٤٤٠			زمبابوي
		٢٧	٢٧	٧١	١١٥	٦٦	٥٧٠			
		١٦	٥٧							

رصد أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية: مؤشرات مختارة

التعليم				الصحة الجنسية والإيجابية			صحة الأم والأطفال حديثي الولادة				البيانات العالمية والإقليمية ^{١٤}
النسبة المئوية لصافي الفيد بالتعليم الثانوي للأطفال في سن الالتحاق بالمدسة ، ٢٠١١/١٩٩٩		النسبة المئوية لصافي الفيد بالتعليم الابتدائي للأطفال في سن الالتحاق بالمدسة ، ٢٠١١/١٩٩٩		النسبة المئوية للاحتياجات غير الملباة لتنظيم الأسرة ، ٢٠١١/١٩٨٨	معدل شيوع وسائل منع الحمل بين النساء من سن ١٥ إلى ٤٩ سنة - باستخدام وسيلة حديثة ، ٢٠١١/١٩٩٠	معدل شيوع وسائل منع الحمل بين النساء في سن ١٥ - ٤٩ سنة - باستخدام أي وسيلة حديثة ، ٢٠١١/١٩٩٠	معدل وفيات الأطفال تحت سن ٥ سنوات لكل ١٠٠٠ مولود حي ، ٢٠١٥-٢٠١٠	معدل المواليد بين المراهقات لكل امرأة من سن ١٥ إلى ١٩ سنة ، ٢٠١٠/١٩٩١	النسبة المئوية للولادات التي تجري تحت إشراف أخصائيين صحيين مهرة ، ٢٠١٠/٢٠٠٠	نسبة الوفيات النفاسية (لكل ١٠٠٠ مولود حي) ، ٢٠١٠	
ذكور	إناث	ذكور	إناث								
٦١	٦٤	٩٠	٩٢	١٢	٥٧	٦٣	٦٠,٠	٤٩	٧٠	٢١٠	المجموع العالمي
٩١	٩٠	٩٧	٩٧		٦٢	٧٢	٧,٧	٢٣		٢٦	المناطق الأكثر نمواً ^{١٥}
٥٧	٦٠	٨٩	٩١	١٣	٥٦	٦٢	٦٦,١	٥٢	٦٥	٢٤٠	المناطق الأقل نمواً ^{١٦}
٢٩	٣٥	٧٨	٨٢	٢٤	٢٨	٣٥	١١٢,٠	١١٦	٤٢	٤٣٠	أقل البلدان نمواً ^{١٧}
٥٨	٦١	٨٢	٨٩	١٨	٤٢	٥١	٤٩,١	٤٣	٧٦	١٤٠	الدول العربية ^{١٨}
٦٠	٦٣	٩٤	٩٥	١١	٦٢	٦٧	٥١,٤	٣٣	٦٩	١٦٠	آسيا والمحيط الهادئ ^{١٩}
٨٥	٨٥	٩٤	٩٤	١٠	٥٤	٧٠	٢٦,١	٣٠	٩٧	٣٢	أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى ^{٢٠}
٧٦	٧١	٩٥	٩٦	١٠	٦٧	٧٣	٢٣,٩	٧٩	٩١	٨١	أمريكا اللاتينية والكاريبي ^{٢١}
٢٦	٣٣	٧٦	٧٩	٢٥	٢٠	٢٥	١٢٢,٦	١٢٠	٤٧	٥٠٠	أفريقيا جنوب الصحراء ^{٢٢}

المؤشرات الديمغرافية

معدل الخصوبة الإجمالي لكل امرأة، ٢٠١٥-٢٠١٠	معدل العمر المتوقع عند الولادة، ٢٠١٥-٢٠١٠	النسبة المئوية لمتوسط معدل التغير السنوي في السكان، ٢٠١٥-٢٠١٠	مجموع عدد السكان بالملايين، ٢٠١٢	البلدان أو الأقاليم أو المناطق الأخرى
١,٨	٨٢	٧٧	٤,٨	كوستاريكا
٤,٢	٥٨	٥٥	٢٠,٦	كوت ديفوار
١,٥	٨٠	٧٣	٤,٤	كرواتيا
١,٥	٨١	٧٧	١١,٢	كوبا
١,٥	٨٢	٧٨	١,١	قبرص
١,٥	٨١	٧٥	١٠,٦	الجمهورية التشيكية
١,٩	٨١	٧٧	٥,٦	الدانمرك
٣,٦	٦٠	٥٧	٠,٩	جيبوتي
			٠,١	دومينيكا
٢,٥	٧٧	٧١	١٠,٢	الجمهورية الدومينيكية
٢,٤٢	٧٩	٧٣	١٤,٩	إكوادور
٢,٦	٧٦	٧٢	٨٤,٠	مصر
٢,٢	٧٧	٦٨	٦,٣	السلفادور
٥,٠	٥٣	٥٠	٢,٧	غينيا الاستوائية
٤,٢	٦٤	٦٠	٢,٩	إريتريا
١,٧	٨٠	٧٠	١,٣	إستونيا
٣,٨	٦٢	٥٨	٨٦,٥	إثيوبيا
٢,٦	٧٢	٦٧	٠,٩	فيجي
١,٩	٨٣	٧٧	٥,٤	فنلندا
٢,٠	٨٥	٧٨	٦٣,٥	فرنسا
٣,٢	٦٤	٦٢	١,٦	غابون
٤,٧	٦٠	٥٨	٢,٧	غامبيا
١,٥	٧٧	٧١	٤,٣	جورجيا
١,٥	٨٣	٧٨	٨٢,٠	ألمانيا
٤,٠	٦٦	٦٤	٢,٣	غانا
١,٥	٨٣	٧٨	١١,٤	اليونان
٢,٢	٧٨	٧٤	٠,٤	غرينادا
٣,٨	٧٥	٦٨	٢,٥	غواتيمالا
٥,٠	٥٦	٥٣	١٠,٥	غينيا
٤,٩	٥٠	٤٧	١,٦	غينيا - بيساو
٢,٢	٧٣	٦٧	٠,٨	غيانا
٣,٢	٦٤	٦١	١٠,٣	هايتي
٣,٠	٧٦	٧١	٧,٩	هندوراس
١,٤	٧٨	٧١	٩,٩	هنغاريا
٢,١	٨٤	٨٠	٠,٣	آيسلندا
٢,٥	٦٨	٦٤	١٠,٢٥٨,٤	الهند
٢,١	٧٢	٦٨	٢٤٤,٨	إندونيسيا
١,٦	٧٥	٧٢	٧٥,٦	إيران (جمهورية - الإسلامية)
٤,٥	٧٣	٦٨	٣٣,٧	العراق

معدل الخصوبة الإجمالي لكل امرأة، ٢٠١٥-٢٠١٠	معدل العمر المتوقع عند الولادة، ٢٠١٥-٢٠١٠	النسبة المئوية لمتوسط معدل التغير السنوي في السكان، ٢٠١٥-٢٠١٠	مجموع عدد السكان بالملايين، ٢٠١٢	البلدان أو الأقاليم أو المناطق الأخرى
٦,٠	٤٩	٤٩	٣٣,٤	أفغانستان
١,٥	٨٠	٧٤	٠,٣	ألبانيا
٢,١	٧٥	٧٢	١,٤	الجزائر
٥,١	٥٣	٥٠	٢,٧	أنغولا
			١,٠	أنغيوا وبربودا
٢,٢	٨٠	٧٢	٠,٩	الأرجنتين
١,٧	٧٧	٧١	٠,٣	أرمينيا
١,٩	٨٤	٨٠	١,٣	أستراليا ^١
١,٣	٨٤	٧٨	٠,٢	النمسا
٢,١	٧٤	٦٨	١,٢	أذربيجان
١,٩	٧٩	٧٣	٠,٤	جزر البهاما
٢,٤	٧٦	٧٥	٢,١	البحرين
٢,٢	٧٠	٦٩	١,٣	بنغلاديش
١,٦	٨٠	٧٤	٠,٢	بربادوس
١,٥	٧٦	٦٥	٠,٣	بيلاروس
١,٨	٨٣	٧٧	٠,٣	بلجيكا
٢,٧	٧٨	٧٥	٢,٠	بليز
٥,١	٥٩	٥٥	٢,٧	بنن
٢,٣	٧٠	٦٦	١,٥	بوتان
٣,٢	٦٩	٦٥	١٠,٢	بوليفيا (دولة - متعددة القوميات)
١,١	٧٨	٧٣	٠,٢	البوسنة والهرسك
٢,٦	٥١	٥٤	١,١	بوتسوانا
١,٨	٧٧	٧١	١٩٨,٤	البرازيل
٢,٠	٨١	٧٦	٠,٤	بروني دار السلام
١,٥	٧٧	٧٠	٠,٧	بلغاريا
٥,٨	٥٧	٥٥	٣,٠	بوركينافاسو
٤,١	٥٣	٥٠	١,٩	بوروندي
٢,٤	٦٥	٦٢	١,٢	كمبوديا
٤,٣	٥٤	٥١	٢,١	جمهورية الكاميرون
١,٧	٨٣	٧٩	٠,٩	كندا
٢,٣	٧٨	٧١	٠,٩	الرأس الأخضر
٤,٤	٥١	٤٨	٢,٠	جمهورية أفريقيا الوسطى
٥,٧	٥٢	٤٩	٢,٦	تشاد
١,٨	٨٢	٧٦	٠,٩	شيلي
١,٦	٧٦	٧٢	٠,٤	الصين
٢,٣	٧٨	٧٠	١,٣	كولومبيا
٤,٧	٦٣	٦٠	٢,٥	جزر القمر
٥,٥	٥١	٤٧	٢,٦	جمهورية الكونغو الديمقراطية ^٢
٤,٤	٥٩	٥٧	٢,٢	جمهورية الكونغو

المؤشرات الديمغرافية

ذكور ■ إناث

معدل الخصوبة الإجمالي لكل امرأة، ٢٠١٥-٢٠١٠	معدل العمر المتوقع عند الولادة، ٢٠١٥-٢٠١٠	النسبة المئوية لمتوسط العمر المتوقع السنوي في السكان، ٢٠١٥-٢٠١٠	مجموع عدد السكان بالملايين، ٢٠١٢	البلدان أو الأقاليم أو المناطق الأخرى
٢,٦	٧٠	٦٨	٣١,٠	نيبال
١,٨	٨٣	٧٩	١٦,٧	هولندا
٢,١	٨٣	٧٩	٤,٥	نيوزيلندا
٢,٥	٧٧	٧١	١,٤	نيكاراغوا
٦,٩	٥٦	٥٥	٣,٥	النيجر
٥,٤	٥٣	٥٢	١٦٦,٦	نيجيريا
١,٩	٨٣	٧٩	٥,٠	النرويج
٤,٣	٧٥	٧٢	٢,٨	الأراضي الفلسطينية المحتلة
٢,١	٧٦	٧١	١,٩	عمان
٣,٢	٦٧	٦٥	١٨٠,٠	باكستان
٢,٤	٧٩	٧٤	٣,٦	بنما
٣,٨	٦٦	٦١	٧,٢	بابوا غينيا الجديدة
٢,٩	٧٥	٧١	٦,٧	باراغواي
٢,٤	٧٧	٧٢	١,١	بيرو
٣,١	٧٣	٦٦	٩٦,٥	الفلبين
١,٤	٨١	٧٢	٣٨,٣	بولندا
١,٣	٨٣	٧٧	١٠,٧	البرتغال
٢,٢	٧٨	٧٩	٢,٩	قطر
١,٤	٧٨	٧١	٢١,٤	رومانيا
١,٥	٧٥	٦٣	١٤٢,٧	الاتحاد الروسي
٥,٣	٥٧	٥٤	١١,٣	رواندا
			١,٢	سانت كيتس ونيفيس
١,٩	٧٨	٧٢	١,٠	سانت لوسيا
				سانت فنسنت وجزر غرينادين
٢,٠	٧٥	٧٠	٠,١	ساموا
٣,٨	٧٦	٧٠	٠,٥	سان تومي وبرينسيبي
٢,٦	٧٦	٧٣	٢,١	المملكة العربية السعودية
٤,٦	٦١	٥٩	١٢,١	السنغال
١,٦	٧٧	٧٢	٩,٨	صربيا
			٠,٣	سيشيل
٤,٧	٤٩	٤٨	٢,١	سيراليون
١,٤	٨٤	٧٩	١,١	سنغافورة
١,٤	٨٠	٧٢	٠,٢	سلوفاكيا
١,٥	٨٣	٧٦	٢,٠	سلوفينيا
٤,٠	٧٠	٦٧	٢,٥	جزر سليمان
٦,٣	٥٣	٥٠	٢,٦	الصومال
٢,٤	٥٤	٥٣	٥,٧	جنوب أفريقيا
			٣,٢	جنوب السودان
١,٥	٨٥	٧٩	٤٦,٨	إسبانيا

معدل الخصوبة الإجمالي لكل امرأة، ٢٠١٥-٢٠١٠	معدل العمر المتوقع عند الولادة، ٢٠١٥-٢٠١٠	النسبة المئوية لمتوسط العمر المتوقع السنوي في السكان، ٢٠١٥-٢٠١٠	مجموع عدد السكان بالملايين، ٢٠١٢	البلدان أو الأقاليم أو المناطق الأخرى
٢,١	٨٣	٧٨	٤,٦	آيرلندا
٢,٩	٨٤	٨٠	٧,٧	إسرائيل
١,٥	٨٥	٧٩	٦١,٠	إيطاليا
٢,٣	٧٦	٧١	٢,٨	جامايكا
١,٤	٨٧	٨٠	١٢٦,٤	اليابان
٢,٩	٧٥	٧٢	٦,٥	الأردن
٢,٥	٧٣	٦٢	١,٦	كازاخستان
٤,٦	٥٩	٥٧	٢,٧	كينيا
٢,٩	٧١	٦٦	٠,١	كيريباس
٢,٠	٧٢	٦٦	٢٤,٦	جمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية
١,٤	٨٤	٧٧	٤٨,٦	جمهورية كوريا
٢,٣	٧٦	٧٤	٢,٩	الكويت
٢,٦	٧٢	٦٤	٥,٤	قيرغيزستان
٢,٥	٦٩	٦٦	٦,٤	جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية
١,٥	٧٩	٦٩	٢,٢	لاتفيا
١,٨	٧٥	٧١	٤,٣	لبنان
٣,١	٤٨	٥٠	٢,٢	ليسوتو
٥,٠	٥٩	٥٦	٤,٢	ليبيريا
٢,٤	٧٨	٧٣	٦,٥	ليبيا
١,٥	٧٨	٦٧	٣,٣	ليتوانيا
١,٧	٨٣	٧٨	٠,٥	لكسمبرغ
٤,٥	٦٩	٦٥	٢,٨	مدغشقر
٦,٠	٥٥	٥٥	١٥,٩	ملاوي
٢,٦	٧٧	٧٣	٢٩,٣	ماليزيا
١,٧	٧٩	٧٦	٠,٣	مدلف
٦,١	٥٣	٥١	١٦,٣	مالي
١,٣	٨٢	٧٨	٠,٣	مالطة
١,٨	٨٤	٧٧	٠,٣	جزر المارتنيك
٤,٤	٦١	٥٧	٣,٦	موريتانيا
١,٦	٧٧	٧٠	١,٣	موريشيوس ^٣
٢,٢	٨٠	٧٥	١١٦,١	المكسيك
٣,٣	٧٠	٦٨	٠,٥	ميكرونيزيا (ولايات موحدة)
١,٤	٧٣	٦٦	٣,٥	جمهورية مولدوفا
٢,٤	٧٣	٦٥	٢,٨	منغوليا
١,٦	٧٧	٧٣	٠,٦	الجبل الأسود
٢,٢	٧٥	٧٠	٣٢,٦	المغرب
٤,٧	٥٢	٥٠	٢٤,٥	موزامبيق
١,٩	٦٨	٦٤	٤٨,٧	ميانمار
٣,١	٦٣	٦٢	٢,٤	ناميبيا

معدل الخصوبة الإجمالي، لكل امرأة، ٢٠١٥-٢٠١٠	معدل العمر المتوقع عند الولادة، ٢٠١٥-٢٠١٠	النسبة المئوية لمتوسط معدل التغير السنوي في السكان، ٢٠١٥-٢٠١٠	مجموع عدد السكان بالملايين، ٢٠١٢	البيانات العالمية أو الإقليمية ^{١٤}
٢	٧٢	٦٧	٧٠.٥٢,١	المجموع العالمي
٢	٨١	٧٥	١٠.٢٤٤,٦	المناطق الأكثر نمواً ^{١٥}
٣	٦٩	٦٦	٥٠.٨٠٧,٦	المناطق الأقل نمواً ^{١٦}
٤	٦٠	٥٨	٨٧٠,٤	أقل البلدان نمواً ^{١٧}
٣	٧٢	٦٨	٣١٨,٥	الدول العربية ^{١٨}
٢	٧١	٦٨	٣.٧٤٤,٥	آسيا والمحيط الهادئ ^{١٩}
٢	٧٥	٦٦	٤٠١,٩	أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى ^{٢٠}
٢	٧٨	٧٢	٥٩٨,٣	أمريكا اللاتينية والكاريبي ^{٢١}
٥	٥٦	٥٤	٨٤١,٨	أفريقيا جنوب الصحراء ^{٢٢}

معدل الخصوبة الإجمالي، لكل امرأة، ٢٠١٥-٢٠١٠	معدل العمر المتوقع عند الولادة، ٢٠١٥-٢٠١٠	النسبة المئوية لمتوسط معدل التغير السنوي في السكان، ٢٠١٥-٢٠١٠	مجموع عدد السكان بالملايين، ٢٠١٢	البلدان أو الأقاليم أو المناطق الأخرى
٢,٢	٧٨	٧٢	٢١,٢	سري لانكا
			٣٥,٠	السودان ^٥
٢,٣	٧٤	٦٨	-,٥	سورينام
٣,٢	٤٩	٥٠	١,٢	سوازيلند
١,٩	٨٤	٨٠	٩,٥	السويد
١,٥	٨٥	٨٠	٧,٧	سويسرا
٢,٨	٧٨	٧٤	٢١,١	الجمهورية العربية السورية
٣,٢	٧١	٦٥	٧,١	طاجيكستان
٥,٥	٦٠	٥٨	٤٧,٧	جمهورية تنزانيا المتحدة
١,٥	٧٨	٧١	٦٩,٩	تايلند
١,٤	٧٧	٧٣	٢,١	جمهورية مقدونيا اليوغوسلافية السابقة
٥,٩	٦٤	٦٢	١,٢	جمهورية تيمور - ليشتي الديمقراطية
٣,٩	٥٩	٥٦	٦,٣	توغو
٣,٨	٧٥	٧٠	-,١	تونغا
١,٦	٧٤	٦٧	١,٤	ترينيداد وتوباغو
١,٩	٧٧	٧٣	١٠,٧	تونس
٢,٠	٧٧	٧٢	٧٤,٥	تركيا
٢,٣	٦٩	٦١	٥,٢	تركمستان
			٠,٠	جزر تركس وكايكوس
			٠,٠	توفالو
٥,٩	٥٥	٥٤	٣١	أوغندا
١,٥	٧٥	٦٤	٤٤,٩	أوكرانيا
١,٧	٧٨	٧٦	٨,١	الإمارات العربية المتحدة
١,٩	٨٢	٧٨	٦٢,٨	المملكة المتحدة
٢,١	٨١	٧٦	٣١٥,٨	الولايات المتحدة الأمريكية
٢,٠	٨١	٧٤	٣,٤	أوروغواي
٢,٣	٧٢	٦٦	٢٨,١	أوزبكستان
٣,٧	٧٤	٧٠	-,٣	فانواتو
٢,٤	٧٨	٧٢	٢٩,٩	فنزويلا (جمهورية - البوليفارية)
١,٧	٧٧	٧٣	٨٩,٧	فييت نام
٤,٩	٦٨	٦٥	٢٥,٦	اليمن
٦,٣	٥٠	٤٩	١٣,٩	زامبيا
٣,١	٥٣	٥٤	١٢,٠	زيمبابوي

حواشي المؤشرات

* استخدمت أحدث البيانات المتاحة لكل بلد عن الفترة المحددة .

- ١ بما في ذلك جزيرة كريسماس وجزر كوكس (كيلينغ) وجزيرة نورفولك .
- ٢ زائير سابقاً .
- ٣ بما في ذلك أغاليزا ورودرiguez وسانت براندون .
- ٤ نظراً لقيام جمهورية جنوب السودان في تموز/يوليه ٢٠١١ وما تلاه من انضمامها إلى الأمم المتحدة في ١٤ تموز/يوليه ٢٠١١ ، فإن البيانات المصنفة لكل من السودان وجنوب السودان كدولتين منفصلتين ليست متاحة بعد بالنسبة إلى معظم المؤشرات . والبيانات المجمعة المقدمة هي عن السودان قبل استقلال جنوب السودان .
- ٥ لا تشمل جنوب السودان .
- ٦ المناطق الأكثر تقدماً تشمل أمريكا الشمالية ، واليابان ، وأوروبا ، وأستراليا - نيوزيلندا .
- ٧ تشمل المناطق الأقل نمواً جميع مناطق أفريقيا ، وأمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي ، وآسيا (باستثناء اليابان) ، وميلانيزيا ، وميكرونيزيا ، وبولينيزيا .
- ٨ أقل البلدان نمواً وفقاً للتسمية المعيارية للأمم المتحدة .
- ٩ تشمل الأردن ، والإمارات العربية المتحدة ، والبحرين ، وتونس ، والجزائر ، والجمهورية العربية السورية ، وجيبوتي ،

الملاحظات الفنية:

مصادر البيانات والتعاريف

تشمل الجداول الإحصائية الواردة في حالة سكان العالم ٢٠١٢ مؤشرات لتتبع التقدم المحرز صوب تحقيق أهداف برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية والأهداف الإنمائية للألفية في مجالات الصحة النفاسية ، وفرص الحصول على التعليم ، والصحة الإنجابية والجنسية . وبالإضافة إلى ذلك ، تشمل هذه الجداول مجموعة متنوعة من المؤشرات الديمغرافية .

وتستخدم مختلف الهيئات الوطنية والمنظمات الدولية منهجيات شتى في جمع البيانات واستقراءها وتحليلها . ولتيسير مقارنة البيانات دولياً ، يعتمد صندوق الأمم المتحدة للسكان على المنهجيات المعيارية التي تستخدمها المصادر الأصلية للبيانات ، وخاصة شعبة السكان التابعة لإدارة الأمم المتحدة للشؤون الاقتصادية والاجتماعية . ولذلك ، ففي بعض الحالات قد تختلف البيانات المدرجة في هذه الجداول عن البيانات التي استخرجتها الهيئات الوطنية .

وتستند المتوسطات الإقليمية إلى البيانات عن البلدان والأقاليم التي يعمل فيها صندوق الأمم المتحدة للسكان ، وليس إلى التعريفات الجغرافية الصارمة التي تستخدمها شعبة السكان التابعة لإدارة الأمم المتحدة للشؤون الاقتصادية والاجتماعية . وللإطلاع على قائمة بالبلدان المدرجة في كل فئة إقليمية في هذا التقرير ، انظر "حواشي المؤشرات" .

رصد أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية

صحة الأم والأطفال حديثي الولادة

نسبة الوفيات النفاسية ، لكل ١٠٠ ٠٠٠ مولود حي ، ٢٠١٠ . المصدر: منظمة الصحة العالمية ، ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) ، وصندوق الأمم المتحدة للسكان ، والبنك الدولي . ٢٠١٠ . الاتجاهات في الوفيات النفاسية: تقديرات الفترة من ١٩٩٠ إلى ٢٠١٠: منظمة الصحة العالمية . يعرض هذا المؤشر عدد وفيات النساء لكل ١٠٠ ٠٠٠ مولود

والسودان ، والصومال ، والعراق ، وعمان ، وقطر ، والكويت ، ولبنان ، وليبيا ، ومصر ، والمغرب ، والمملكة العربية السعودية ، واليمن ، والأرض الفلسطينية المحتلة .

١٠ تشمل فقط البلدان أو الأقاليم أو المناطق الأخرى التالية المشمولة ببرامج صندوق الأمم المتحدة للسكان: أفغانستان ، وأندونيسيا ، وإيران (جمهورية - الإسلامية) ، وبابوا غينيا الجديدة ، وباكستان ، وبالاو ، وبنغلاديش ، بوتان ، وتايلند ، وتوفالو ، وتوكيلاو ، وتونغا ، وتيمور - ليشتي ، وجزر سليمان ، وجزر كوك ، وجزر مارشال ، وجمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية ، وساموا ، وسري لانكا ، والصين ، وغينيا ، وفانواتو ، والفلبين ، وفيجي ، وفيت نام ، وكمبوديا ، وكيريباس ، وماليزيا ، وملديف ، ومنغوليا ، وميانمار ، وميكرونيزيا (ولايات - الموحدة) ، وناورو ، ونيبال ، ونيوي ، والهند .

١١ تشمل فقط البلدان أو الأقاليم أو المناطق الأخرى التالية المشمولة ببرامج صندوق الأمم المتحدة للسكان: الاتحاد الروسي ، وأذربيجان ، وأرمينيا ، وألبانيا ، وأوزبكستان ، وأوكرانيا ، وبلغاريا ، والبوسنة والهرسك ، وبيلاروس ، وتركمانيستان ، وجمهورية مقدونيا اليوغوسلافية السابقة ، وجمهورية مولدوفا ، وجورجيا ، ورومانيا ، وصربيا ، وطاجيكستان ، وقيرغيزستان ، وكازاخستان .

١٢ تشمل فقط البلدان أو الأقاليم أو المناطق الأخرى التالية المشمولة ببرامج صندوق الأمم المتحدة للسكان: الأرجنتين ، وإكوادور ، وأنتيغوا وبربودا ، وأنغولا ، وأوروغواي ، وباراغواي ، والبرازيل ،

وبربادوس ، وبرمودا ، وبليز ، وبنما ، وبوليفيا (دولة - المتعددة القوميات) ، وبيرو ، وترينيداد وتوباغو ، وجامايكا ، وجزر الأنتيل الهولندية ، وجزر البهاما ، وجزر ترنكس وكايكوس ، وجزر فرجن البريطانية ، وجزر كايمان ، والجمهورية الدومينيكية ، ودومينيكا ، وسانت فنست وجزر غرينادين ، وسانت كيتس ونيفيس ، وسانت لوسيا ، والسلفادور ، وسورينام ، وشيلي ، وغرينادا ، وغواتيمالا ، وغيانا ، وفنزويلا (جمهورية - البوليفارية) ، وكوبا ، وكوستاريكا ، وكولومبيا ، والمكسيك ، ومونتسيرات ، ونيكاراغوا ، وهاتي ، وهندوراس ، وهولندا .

١٣ تشمل فقط البلدان أو الأقاليم أو المناطق الأخرى التالية المشمولة ببرامج صندوق الأمم المتحدة للسكان: إتيوبيا ، وإريتريا ، وأفغولا ، وأوغندا ، وبنن ، وبوتسوانا ، وبوركينا فاسو ، وبوروندي ، وتشاد ، وتوغو ، وجزر القمر ، وجمهورية أفريقيا الوسطى ، وجمهورية تنزانيا المتحدة ، وجمهورية الكونغو الديمقراطية ، وجنوب أفريقيا ، وجنوب السودان ، والرأس الأخضر ، ورواندا ، وزامبيا ، وزمبابوي ، والسنگال ، وسوازيلند ، وسيراليون ، وسيشيل ، وغابون ، وغامبيا ، وغانا ، وغينيا ، وغينيا الاستوائية ، وغينيا - بيساو ، والكاميرون ، وكوت ديفوار ، والكونغو ، وكينيا ، وليبيريا ، وليسوتو ، ومالي ، ومدغشقر ، وملاوي ، وموريتانيا ، وموريشيوس ، وموزامبيق ، وناميبيا ، والنيجر ، ونيجيريا .

١٤ التجميعات الإقليمية هي متوسطات مرجحة استناداً إلى البلدان التي تتوفر بشأنها بيانات .

حي والتي تنشأ عن ظروف تتعلق بالحمل والوضع وفترة ما بعد الوضع والمضاعفات ذات الصلة . وتم تقريب التقديرات بين ١٠٠ و ٩٩٩ إلى أقرب ١٠ ، والأرقام فوق ١٠٠٠ إلى أقرب ١٠٠ . ويختلف العديد من التقديرات عن الأرقام الحكومية الرسمية . وتستند التقديرات إلى الأرقام المبلغ عنها قدر الإمكان ، مع استعمال التهجج التي تحسّن إمكانية المقارنة مع المعلومات الواردة من مصادر مختلفة . وللمزيد من التفاصيل المتعلقة بتقديرات وطنية معينة ، يرجى الاطلاع على المصدر . وتخضع التقديرات والمنهجيات للاستعراض بصورة منتظمة من جانب منظمة الصحة العالمية ، واليونسيف ، وصندوق الأمم المتحدة للسكان ، والمؤسسات الأكاديمية ، والوكالات الأخرى ، ويتم تنقيحها حينما يقتضي الأمر ذلك ، كجزء من العملية المستمرة الرامية إلى تحسين بيانات الوفيات النفاسية . ونظراً للتغيرات التي تطرأ على الأساليب ، فإن التقديرات السابقة لعامي ١٩٩٥ و ٢٠٠٠ قد لا تكون قابلة للمقارنة الصارمة مع هذه التقديرات . وتستند تقديرات الوفيات النفاسية المقدمة في هذا التقرير إلى قاعدة البيانات العالمية للوفيات النفاسية ، والتي يتم تحديثها دورياً .

النسبة المئوية للولادات التي تجري تحت إشراف أخصائيين صحيين مهرة ، ٢٠١٠/٢٠٠٠ . المصدر: قاعدة البيانات العالمية لمنظمة الصحة العالمية بشأن مؤشرات صحة الأم ، تحديث ٢٠١٢ . جنيف ، منظمة الصحة العالمية (<http://www.who.int/gho>) . ومعدل الولادات التي تجري تحت إشراف أخصائيين مهرة (أطباء أو ممرضات أو قابلات) هو النسبة المئوية لحالات الولادة التي يشرف عليها أشخاص مدربون على توفير الرعاية التوليدية المنقذة للأرواح ، بما في ذلك توفير ما يلزم من إشراف ورعاية ومشورة للنساء أثناء الحمل والوضع وبعد الولادة ؛ وإجراء عمليات الولادة بمفردهم ؛ وتوفير الرعاية للأطفال حديثي الولادة . ولا يشمل ذلك القابلات التقليديات ، حتى وإن حصلن على دورة دراسية تدريبية قصيرة .

معدل المواليد بين المراهقين، لكل ١٠٠٠ امرأة من سن ١٥ إلى ١٩ سنة، ٢٠١٠/١٩٩١. المصدر: الأمم المتحدة، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، شعبة السكان (٢٠١٢). تحديث ٢٠١٢ لقاعدة بيانات الأهداف الإنمائية للألفية: معدل المواليد بين المراهقين (POP/DB/Fert/AV) (MDG2012). ومعدل المواليد بين المراهقين هو العدد السنوي من المواليد لكل ١٠٠٠ امرأة من سن ١٥ إلى ١٩ سنة. ويعبر عن نسبة خطر الإنجاب بين المراهقات فيما بين سن ١٥ و ١٩ سنة. ولأغراض السجل المدني، فإن المعدلات تكون عرضة لبعض التقييمات التي تستند إلى استيفاء بيانات المواليد، ومعاملة الرضع الذين يولدون أحياء ولكنهم يموتون قبل التسجيل أو خلال فترة ٢٤ ساعة من مولدهم، ونوعية المعلومات المقدمة عن سن الأم، وإدراج المواليد من فترات سابقة. وربما تتأثر التقديرات السكانية نتيجة للتقييمات المرتبطة بعدم صحة البيانات المقدمة عن السن ومدى شمول هذه البيانات. وفي البيانات المستخدمة للمسح السكاني وتعداد السكان، يكون البسط والمقام من نفس فئة السكان. وتتعلق أوجه القصور الأساسية بعدم صحة بيانات السن، وحذف المواليد، وعدم صحة الإبلاغ عن تاريخ ميلاد الطفل، وتغير العينات المستخدمة في حالات المسح.

معدل وفيات الأطفال تحت سن ٥ سنوات، لكل ١٠٠٠ مولود حي ٢٠١٠-٢٠١٥. المصدر: الأمم المتحدة، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، شعبة السكان (٢٠١١). التوقعات السكانية في العالم: تنقيح ٢٠١٠. نسخة على قرص فيديو رقمي - قاعدة البيانات الموسعة بنموذجي نظام إكسيل والنظام الأمريكي الموحد لتبادل المعلومات (منشورات الأمم المتحدة، ST/ESA/SER.A/306)، معدل الوفيات تحت سن ٥ سنوات هو احتمال (معبر عنه كنسبة لكل ١٠٠٠ مولود حي) أن يتوفى طفل ولد في سنة معينة قبل بلوغ سن الخمس سنوات ويندرج ضمن معدلات الوفيات الحالية المحددة حسب السن.

الصحة الجنسية والإيجابية

معدل شيوع وسائل منع الحمل. المصدر: الأمم المتحدة، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، شعبة السكان (٢٠١٢). تحديث ٢٠١٢ لقاعدة بيانات الأهداف الإنمائية للألفية: معدل شيوع وسائل منع الحمل (POP/DB/CP/A/MDG2012). وهذه البيانات مستمدة من تقارير استقصاءات بالعينة وتقدم تقديرات لنسبة النساء المتزوجات (ومن فيهن النساء المرتبطات بعلاقات التراضي) اللاتي يستخدمن حالياً وسيلة حديثة أو أي وسيلة لمنع الحمل. وتشمل الوسائل الحديثة أو المتوفرة عبر العبادات أو عن طريق الإمدادات المتوفرة تعقيم الذكور والإناث، والوسائل الرحمية، وأقراص منع الحمل، والمحقوقات، وزرع الهرمونات، والرفالات (العوازل الواقية)، والوسائل الحاجزة التي تستعملها الإناث. ويمكن مقارنة هذه الأرقام بين البلدان بصورة عامة، وإن لم يكن بصورة كاملة، بسبب التباين في توقيت إجراء الاستقصاءات وفي تفاصيل الأسئلة التي تتضمنها. وتشير جميع البيانات القطرية والإقليمية إلى النساء بين سن ١٥ و ٤٩ سنة. ويشير إلى أحدث بيانات متاحة من الاستقصاء خلال الفترة ما بين ١٩٩٠ و ٢٠١١.

الاحتياجات غير الملباة من تنظيم الأسرة. المصدر: الأمم المتحدة، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، شعبة السكان (٢٠١٢). تحديث ٢٠١٢ لقاعدة بيانات الأهداف الإنمائية للألفية: الاحتياجات غير الملباة من تنظيم الأسرة (POP/DB/CP/B/MDG2012). والنساء ذوات الاحتياجات غير الملباة هن اللاتي تتمتعن بدرجة عالية من الخصوبة والناشطات جنسياً لكنهن لا تستعملن أي وسيلة لمنع الحمل، وتبلغن عن رغبتهن في تأخير إنجاب الطفل التالي. وهذه الفئة من النساء هي فئة ثانوية تدرج تحت إطار فئة الاحتياجات غير الملباة بالكامل من تنظيم الأسرة، والتي تشمل أيضاً احتياجات غير ملباة تتعلق بتحديد عدد الولادات. ويشير مفهوم

الاحتياجات غير الملباة إلى الفجوة بين رغبات المرأة في الإنجاب وسلوكها إزاء وسائل منع الحمل. وفيما يتعلق برصد الأهداف الإنمائية للألفية، يعبر عن الاحتياج غير الملبى كنسبة مئوية استناداً إلى عدد النساء المتزوجات أو المرتبطات باقتران رضائي. ولمزيد من التحليل حول هذا الموضوع، انظر أيضاً حساب التكاليف والفوائد بالنسبة لخدمات وسائل منع الحمل - التقديرات لعام ٢٠١٢، معهد غوتماخر وصندوق الأمم المتحدة للسكان.

التعليم

صافي معدلات التحاق الذكور والإناث بالتعليم الابتدائي (معدلة)، وصافي معدلات التحاق الذكور والإناث بالتعليم الثانوي، ٢٠١٠ أو ما بعدها. المصدر: معهد اليونسكو للإحصاء، بيانات صادرة في أيار/مايو ٢٠١٢. يمكن الاطلاع عليه على الموقع التالي: stats.uis.unesco.org. ويشير صافي معدلات الالتحاق إلى نسبة التحاق فئة عمرية في السن الرسمية للالتحاق بمستوى تعليمي معين معبراً عنها كنسبة مئوية من السكان في نفس العمر. ويشمل الصافي الإجمالي لمعدل الالتحاق بالمدارس الابتدائية أيضاً الأطفال في سن التعليم الابتدائي المقيدين بالتعليم الثانوي. وتقدم البيانات عن تقديرات أحدث سنة متاحة للفترة من ١٩٩٩ إلى ٢٠١١.

المؤشرات الديمغرافية

مجموع السكان، ٢٠١٢. المصدر: الأمم المتحدة، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، شعبة السكان (٢٠١١). التوقعات السكانية في العالم: تنقيح ٢٠١٠. نسخة على قرص فيديو رقمي - قاعدة البيانات الموسعة بنموذجي نظام إكسيل والنظام الأمريكي الموحد لتبادل المعلومات (منشورات الأمم المتحدة، ST/ESA/SER.A/306). وتقدم هذه المؤشرات تقديرات لحجم السكان في منتصف السنة.

متوسط معدل التغير السنوي في السكان (نسبة مئوية). المصدر:

الأمم المتحدة، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، شعبة السكان (٢٠١١). التوقعات السكانية في العالم: تنقيح ٢٠١٠. نسخة على قرص فيديو رقمي - قاعدة البيانات الموسعة بنموذجي نظام إكسيل والنظام الأمريكي الموحد لتبادل المعلومات (منشورات الأمم المتحدة، ST/ESA/SER.A/306). ويعبر هذا المؤشر عن تسارع معدل نمو السكان خلال فترة معينة. وهو يستند إلى إسقاط لمعدل متوسط.

معدل العمر المتوقع عند الولادة، ذكور/إناث. المصدر: الأمم المتحدة، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، شعبة السكان (٢٠١١). التوقعات السكانية في العالم: تنقيح ٢٠١٠. نسخة على قرص فيديو رقمي - قاعدة البيانات الموسعة بنموذجي نظام إكسيل والنظام الأمريكي الموحد لتبادل المعلومات (منشورات الأمم المتحدة، ST/ESA/SER.A/306). وهذه المؤشرات تعبر عن مستويات معدلات الوفيات عبر المراحل المتتالية، وتمثل متوسط عدد سنوات العمر المتوقع لفئة معينة من الأفراد الذين سيخضعون طيلة حياتهم لنفس معدل العمر المتوقع لفترة معينة. والبيانات المقدمة هي عن الفترة ٢٠١٠-٢٠١٥، ويعبر عنها بالسنوات.

معدل الخصوبة الإجمالي. المصدر: الأمم المتحدة، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، شعبة السكان (٢٠١١). التوقعات السكانية في العالم: تنقيح ٢٠١٠. نسخة على قرص فيديو رقمي - قاعدة البيانات الموسعة بنموذجي نظام إكسيل والنظام الأمريكي الموحد لتبادل المعلومات (منشورات الأمم المتحدة، ST/ESA/SER.A/306). ويشير هذا المعدل إلى متوسط عدد الأطفال الذين تنجبهم المرأة خلال السنوات التي تتمتع فيها بالقدرة على الإنجاب إذا حدث الحمل بالمعدل التقديري للفئات العمرية الأخرى في فترة زمنية محددة. وقد تصل البلدان إلى المستوى المسقط في أوقات مختلفة من تلك الفترة. والتقديرات المقدمة هي عن الفترة ٢٠١٠-٢٠١٥.

- Abbasi-Shavazi, Mohammad Jalal, Peter McDonald, and Meimanat Hosseini-Chavoshi. 2011. "The Fertility Transition in Iran: Revolution and Reproduction." *Studies in Family Planning* 42(3): 233-235.
- Abdel-Tawab, Nahla, Dale Huntington, Ezzeldin Osman, Hala Youssef and Laila Nawar. 2002. "Recovery from Abortion and Miscarriage in Egypt: Does Counseling Husbands Help?" In, Haberland, Nicole and Diana Measham, eds., *Responding to Cairo: Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning*. New York: Population Council.
- Abma, Joyce C., Gladys Martinez, and Casey E. Copen. 2010. "Teenagers in the United States: Sexual Activity, Contraceptive Use, and Childbearing, National Survey of Family Growth 2006-2008." *Vital and Health Statistics*. 23(30): 1-47.
- AbouZahr, Carla and others. 1996. "Quality Health Care for Women: A Global Challenge." *Health Care for Women International*. 17(5): 449-467.
- Abraham, W., A. Adamu, and D. Deresse. 2010. "The Involvement of Men in Family Planning An Application of Transtheoretical Model in Wolaita Soddo Town South Ehtiopia." *Asian Journal of Medical Sciences*. 2(2): 44-50.
- Advocates for Youth. 2011. "Adolescent Sexual Health in Europe and the United States: The Case for a Rights. Respect. Responsibility. Approach." Fact Sheet. Washington, DC: Advocates for Youth.
- Aka-Dago-Akribi, H, A. Desgrees Du Lou, Phillippe Msellati, and others. 1999. "Issues Surrounding Reproductive Choice for Women Living with HIV in Abidjan, Cote d'Ivoire." *Reproductive Health Matters*. 7(13): 20-29.
- Alderman, Harold, Jere. R. Behrman, Victor Lavy, and others. 2001. "Child Health and School Enrollment: A Longitudinal Analysis." *The Journal of Human Resources*. 36(1): 185-205.
- Almond, Douglas. 2006. "Is the 1918 Influenza Pandemic Over? Long-Term Effects of In Utero Influenza Exposure in the Post-1940 U.S. Population." *Journal of Political Economy*. 114(4): 672-712.
- Almond, Douglas and Janet Currie. 2011. "Killing Me Softly: The Fetal Origins Hypothesis." *Journal of Economic Perspectives*. 25(3): 153-172.
- Almond, Douglas, Lena Edlund, Hongbin Li, and others. 2007. "Long-Term Effects of the 1959-1961 China Famine: Mainland China and Hong Kong." *National Bureau of Economic Research Working Paper Series*. No. 13384.
- Almond, Douglas and Bhashkar Mazumder. 2008. "Health Capital and the Prenatal Environment: The Effect of Maternal Fasting During Pregnancy." *National Bureau of Economic Research Working Paper Series*. No. 14428.
- Anderson, John E., Denise J. Jamieson, Lee Warner, and others. 2012. "Contraceptive Sterilization Among Married Adults: National Data on Who Chooses Vasectomy and Tubal Sterilization." *Contraception*. 85(6): 552-557.
- Angusto E. Semprini, Simona Fiore, Gioigio Pardi. 1997. "Reproductive Counseling for HIV-Discordant Couples." *The Lancet*. 349(9062): 1401-1402.
- Bailey, Martha J. 2006. "More Power to the Pill: The Impact of Contraceptive Freedom on Women's Life Cycle Labor Supply." *The Quarterly Journal of Economics*. 121(1): 289-320.
- Bankole A and Singh S. 1998. Couples' fertility and contraceptive decision-making in developing countries: hearing the man's voice, *International Family Planning Perspectives*, 1998, 24(1): 15-24.
- Barham, Tania. 2009. "Effects of Early Childhood Health and Family Planning Interventions on Adolescent Cognitive Functioning: Evidence from Matlab in Bangladesh." Working Paper.
- Barker, Gary T. 2005. *Dying to Be Men: Youth, Masculinity, and Social Exclusion*. Abingdon: Routledge.
- Barker, Gary, Margaret E. Greene, Eve Goldstein Siegel, and others. 2010. *What Men Have to Do With It: Public Policies to Promote Gender Equality*. Washington, DC: International Center for Research on Women.
- Barker, Gary and Peter Pawlak. 2011. "Evolving Men? Men, Families, Gender Equality and Care." In *Men in Families and Family Policy in a Changing World*. New York: The Division for Social Policy and Development of the United Nations Department of Economic and Social Affairs.
- Barker, Gary and Christine Ricardo. 2005. *Young Men and the Construction of Masculinity in Sub-Saharan Africa: Implication for HIV/AIDS, Conflict, and Violence*. Social Development Papers: Conflict Prevention and Reconstruction. Paper No. 26.
- Barker, Gary, Christine Ricardo, and Marcos Nascimento. 2007. *Engaging Men and Boys in Changing Gender-Based Inequity in Health: Evidence from Programme Interventions*. Geneva: World Health Organization.
- Batini, Nicoletta, Tim Callen, and Warwick McKibbin. 2006. *The Global Impact of Demographic Change*. International Monetary Fund Working Paper. Washington, DC: IMF.
- Behrman, Jere R. and Mark R. Rosenzweig. 2004. "Returns to Birthweight." *The Review of Economics and Statistics*. 86(2): 586-601.
- Bertrand, Jane T. 2011. *USAID Graduation from Family Planning Assistance: Implications for Latin America*. Washington, DC: Population Institute and Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine.
- Bertrand, Jane T., Karen Hardee, Robert J. Magnani, and others. 1995. "Access, Quality of Care and Medical Barriers in Family Planning Programs." *International Family Planning Services*. 21(2): 64-69, 74.
- Bhutta, Zulfiqar A., Tahmeed Ahmed, Robert E. Black, and others. 2008. "What Works? Interventions for Maternal and Child Undernutrition and Survival." *The Lancet*. 371(9610): 417-440.
- Biddlecom, Ann E., and Bolaji M. Fapohunda. 1998. "Covert Contraceptive Use: Prevalence, Motivations, and Consequences." *Studies in Family Planning*. 29(4): 360-372.

- Biddlecom, Ann E., Richard Gregory, Cynthia B. Lloyd, and Barbara S. Mensch. 2008. "Associations between Premarital Sex and Leaving School in Four Sub-Saharan African Countries." *Studies in Family Planning*. 39(4): 337-350.
- Binka, Fred N., Alex Nazzar, and James F. Phillips. 1995. "The Navrongo Community Health and Family Planning Project." *Studies in Family Planning*. 26(3): 121-139.
- Birdsall, Nancy, Allen Kelley, and Stephen Sinding. 2001. *Population Matters: Demographic Change, Economic Growth, and Poverty in the Developing World*. New York: Oxford University Press.
- Birungi, Harriet, Philomena Nyarko, Ian Askew, and others. 2006. *Priority Setting for Reproductive Health at the District Level in the context of Health Sector Reforms in Ghana*. Washington, DC: Population Council.
- Blanc, Ann K., Amy O. Tsui, Trevor N. Croft, and Jamie L. Trevitt. 2009. "Patterns and Trends in Adolescents' Contraceptive Use and Discontinuation in Developing Countries and Comparisons with Adult Women." *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 35(2): 63-71.
- Bloom, David E. and David Canning. 2008. "Global Demographic Change: Dimensions and Economic Significance." *Population and Development Review*. 34:17-51.
- Bloom, David E. and David Canning. 2003. "The Health and Poverty of Nations: from Theory to Practice." *Journal of Human Development*. 4(1): 47-71.
- Bloom, David E. and David Canning. 2000. "The Health and Wealth of Nations." *Science*. 287(5456): 1207-1209.
- Bloom, David E., David Canning, Gunther Fink, and others. 2009. "Fertility, Female Labor Force Participation, and the Demographic Dividend." *Journal of Economic Growth*. 14(92): 79-101.
- Bloom, David E., David Canning, and Pia N. Malaney. 2000. "Population Dynamics and Economic Growth in Asia." *Population and Development Review*. 26(Supplement: Population and Economic Change in East Asia): 257-290.
- Bloom, David E., David Canning, Jaypee Silva. 2001. "Economic Growth and the Demographic Transition." *National Bureau of Economic Research Working Paper Series*. No. 8685.
- Bloom, David E., David Canning, and Jaypee Silva. 2003. "The Effect of Health on Economic Growth: A Production Function Approach." *World Development*. 32(1): 1-13.
- Bongaarts, John. 2010. *The Causes of Educational Difference in Fertility in sub-Saharan Africa*. New York: The Population Council.
- Bongaarts, John. 1987. "Does Family Planning Reduce Infant Mortality Rates?" *Population and Development Review*. 13(2): 323-334.
- Bongaarts, John, W. Parker Mauldin, and James F. Phillips. 1990. "The Demographic Impact of Family Planning Programs." *Studies in Family Planning*. 21(6): 299-310.
- Bradley, Sarah E.K., Hilary M. Schwandt, and Shane Khan. 2009. *Levels, Trends, and Reason for Contraceptive Discontinuation. DHS Analytical Studies No. 20*. Calverton, Maryland: ICF Macro.
- Braunschweig, Scott and Manuel Carballo. 2001. *Health and Human Rights of Migrants*. Geneva: International Centre for Migration and Health.
- Bruce, Judith. 1990. "Fundamental Elements of the Quality of Care: A Simple Framework." *Studies in Family Planning*. 21 (2): 61-91.
- Bruce, Judith, and Shelley Clark. 2003. *Including Married Adolescents in Adolescent Reproductive Health and HIV/AIDS Policy*. Paper prepared for the WHO/UNFPA/Population Council Technical Consultation on Married Adolescents, WHO, Geneva, 9-12 December 2003.
- Bunce, Arwen, Greg Guest, Hannah Searing, and others. 2007. "Factors Affecting Vasectomy Acceptability in Tanzania." *International Family Planning Perspectives*. 33 (1):13-21.
- Canning, David, Jocelyn E. Finlay, and Emre Ozaltin. 2009. *Adolescent Girls Health Agenda: Study on Intergenerational Health Impacts*. Boston: Harvard School of Public Health.
- Caro, Deborah, for the Interagency Gender Working Group. 2009. *A Manual for Integrating Gender Into Reproductive Health and HIV Programs: From Commitment to Action (2nd Edition)*. Washington, DC: Population Reference Bureau
- Centers for Disease Control and Prevention. 2010. Youth Risk Behavior Surveillance: United States, 2009. Surveillance Summaries. MMWR 2010; 59 (No. SS-5).
- Center for Reproductive Law and Policy. 1998. *Silence and Complicity: Violence Against Women in Peruvian Public Health Facilities*. New York: CRLP.
- Center for Reproductive Rights. 2009. *Reproductive Rights are Human Rights*. New York: CRR.
- Center for Reproductive Rights. 2010. "Facts on Abortion in the Philippines: Criminalization and a General Ban on Abortion." New York: CRR.
- Center for Reproductive Rights. 2011. *Calculated Injustice—The Slovak Republic's Failure to Ensure Access to Contraceptives*. New York: CRR.
- Center for Reproductive Rights. 2011a. *The CEDAW Committee Urges States to Protect and Promote Sexual and Reproductive Rights*. July 2011. Available from: <http://reproductiverights.org/en/feature/the-cedaw-committee-urges-states-to-protect-and-promote-sexual-and-reproductive-rights> (Accessed 30 August 2012).
- Center for Reproductive Rights. 2008. *An International Human Right: Sexuality Education for Adolescents in Schools*. New York: CRR.
- Center for Reproductive Rights. 2012. "Over 700,000 Petitioners Demand Honduran Congress Reject Law Criminalizing Emergency Contraception." Press Release. 16 May 2012.
- Center for Reproductive Rights and United Nations Population Fund. 2010. *The Right to Contraceptive Information and Services for Women and Adolescents*. New York: CRR.
- Chaudhuri, Anoshua. 2005. "Direct and Indirect Effects of a Maternal and Child Health Program in Rural Bangladesh." *Journal of Developing Societies*. 21(1-2): 143-173.

- Chaudhuri, Anoshua. 2009. "Spillover Impacts of a Reproductive Health Program on Elderly Women in Rural Bangladesh." *Journal of Family and Economic Issues*. 30(2): 113-125.
- Chowdhury, M.E., R. Botlero, M. Koblinsky, and others. 2007. "Determinants of Reduction in Maternal Mortality in Matlab, Bangladesh: a 30-year march." *The Lancet*. 370(9595): 1320-1328.
- Chun, Hyunbae and Jeungil Oh. 2002. "An Instrumental Variable Estimate of the Effect of Fertility on the Labour Force Participation of Married Women." *Applied Economics Letters*. 9(10): 631-634.
- Clark, Shelley, Judith Bruce, and Annie Dude. 2006. "Protecting Young Women from HIV/AIDS: The Case Against Child and Adolescent Marriage." *International Family Planning Perspectives*. 32(2): 79-88.
- Cleland, John, Mohamed M. Ali, and Iqbal Shah. 2006. "Trends in Protective Behavior Among Single Versus Married Young Women in sub-Saharan Africa." *Reproductive Health Matters*. 14(28): 17-22.
- Cleland, John, Agustin Conde-Agudelo, Herbert Peterson, and Others. 2012. "Contraception and Health." *The Lancet*. 380(9837): 149-156.
- Cleland, Kelly, Jeffrey F. Peipert, Carolyn Westoff, and others. 2011. "Family Planning as a Cost-Saving Preventive Health Service." *The New England Journal of Medicine*. 364(18):e37.
- Coale, Ansley J. and Edgar M. 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, Susan A. 2011. "The World at Seven Billion: Global Milestone A Reflection of Individual Needs." *Guttmacher Policy Review*. 14(3): 2-5.
- Conde-Agudelo, A., A. Rosas-Bermudez, A.C. Kafury-Goeta. 2007. "Effects of Birth Spacing on Maternal Health: A Systematic Review." *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 196(4): 297-308.
- Connell, Robert W. 1987. *Gender and Power: Society, the Person, and Sexual Politics*. Stanford: Stanford University Press.
- Connell, Robert W. 1994. *Masculinities*. Berkeley: University of California Press.
- Connell, Robert W. 1998. "Masculinities and Globalization." *Men and Masculinities*. 1(1): 3-23.
- "Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW)." UN News Center. UN. Web. 30 May. 2012. Accessible at: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/>
- Cooper, Diane, Hillary Bracken, Landon Myer, and others. 2005. *Reproductive Intentions and Choices among HIV-infected individuals in Cape Town, South Africa: Lessons for Reproductive Policy and Service Provision from a qualitative Study (Policy Brief)*. New York: Population Council.
- Cooper, D., J. Harries, L. Myer, and others. 2007. "Life is Still Going on": Reproductive Intentions Among HIV-Positive Women and Men in South Africa." *Social Science Medicine*. 65(2): 274-283.
- Corte Constitucional de Colombia. *Sentencia T-841/2011*. 10 May 2012. Available from: http://www.promsex.org/docs/varios/Sentencia_T-841_de_2011.pdf (Accessed 30 August 2012).
- Cottingham, Jane, Adrienne Germain, and Paul Hunt. 2012. "Use of Human Rights to Meet the Unmet Need for Family Planning." *The Lancet* 380 (9837): 172-180.
- Craft, Shonda M., Robin O. Delaney, Dianne T. Bautista, and others. 2007. "Pregnancy Decisions among Women with HIV." *AIDS and Behavior*. 11(6): 927-935.
- Creanga, Andreea A., Duff Gillespie, Sabrina Karklins, and Amy O. Tsui. 2011. "Low Use of Contraception Among Poor Women in Africa: An Equity Issue." *Bulletin of the World Health Organization*. 89(4): 241-316.
- Creel, Liz C., Justine C. Sass, and Nancy V. Yinger. 2002. *Overview of Quality of Care in Reproductive Health: Definitions and Measurements of Quality*. Washington, DC: Population Council and Population Reference Bureau.
- Darroch, Jacqueline. 2007. *Family Planning: Overview of Epidemiologic and Medical Events*. In: JW Ward and C Warren, eds., *Silent Victories: The History and Practice of Public Health in Twentieth Century America*. New York: Oxford University Press. pp. 253-278.
- Darroch, Jacqueline E., Gilda Sedgh, and Haley Ball. 2011. *Contraceptive Technologies: Responding to Women's Needs*. New York: The Guttmacher Institute.
- Dixon-Mueller, Ruth. 2008. "How Young is 'Too Young'? Comparative Perspectives on Adolescent Sexual, Marital, and Reproductive Transitions." *Studies in Family Planning*. 39 (4): 247-262.
- Doepke, Matthias and Michele Tertilt. 2009. "Women's Liberation: What's in It for Men?" *The Quarterly Journal of Economics*. 11(92): 379-420.
- Donohue, John J. and Steven D. Levitt. 2001. "The Impact of Legalized Abortion on Crime." *The Quarterly Journal of Economics*. 116(2): 379-420.
- Eaton, Danice K., Laura Kann, Steve Kinchen, and others. 2012. "Youth Risk Behavior Surveillance—United States, 2011." *Morbidity and Mortality Weekly Report Surveillance Summaries*. 61(4): 1-164.
- The Economist. 2001. "Righting Wrongs—Human Rights." New York: The Economist.
- EngenderHealth. 2002. *Contraceptive Sterilization: Global Issues and Trends*. New York: EngenderHealth.
- EnGendeRights. 2009. *Advancing reproductive rights using the inquiry procedure of the OP CEDAW and the UN special procedures: the Philippine experience*. Manila: EnGendeRights, Inc.
- Erfani, Amir. 2010. *The Use of Withdrawal among Birth Limiters in Iran and Turkey*. *DHS Working Papers No. 71*. Calverton, Maryland: ICF Macro.
- Erulkar, Annabel S. and Eunice Muthengi. 2007. *Evaluation of Berhane Hewan: A Pilot Program to Promote Education and Delay Marriage in Rural Ethiopia*. New York: Population Council.

- European Commission. 2008. *Quality in and Equality of Access to Healthcare Services*. Brussels: Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities.
- Ezeh, Alex C., Ivy Kodzi, Jacques Emina. 2010. "Reaching the Urban Poor with Family Planning Services." *Studies in Family Planning*. 41(2): 109-116.
- Ezzati, Majid, AD Lopez, A Rodgers, S Vander Hoorn, CJ Murray and Comparative Risk Assessment Collaborating Group. 2002. "Selected Major Risk Factors and Global and Regional Burden of Disease." *Lancet* Nov 2; 360(9343): 1347-60. *Lancet*. 2002 Nov 2;360(9343): 1347-60.
- Fahimi-Roudi, Farzaneh, Ahmed Abdul Monem, Lori Ashford, and Maha El-Adawy. 2012. *Women's Need for Family Planning in Arab Countries*. Cairo: UNFPA Arab States Regional Office and the Pan Arab Project for Family Health. Washington DC: Population Reference Bureau.
- Feldman, R. and C. Maposhere. 2003. "Safer Sex and Reproductive Choice: Findings from "Positive Women: Voices and Choices" in Zimbabwe." *Reproductive Health Matters*. 11(22): 162-173.
- Finer, Lawrence B. and Stanley K. Henshaw. 2006. "Disparities in Rates of Unintended Pregnancy in the United States, 1994 and 2001." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 38(2): 90-96.
- Fletcher, Jason M. and Barbara L. Wolfe. 2008. "Education and Labor Market Consequences of Teenage Childbearing." *The Journal of Human Resources*. 44(2): 303-325.
- Flood, Michael. 2007. "Involving Men in Gender Policy and Practice." *Critical Half*. 5(1): 9-13.
- Foreit, Karen G. 2012. *Addressing Poverty: A Guide for Considering Poverty-Related and Other Inequities in Health*. Washington, DC: USAID and MEASURE Evaluation.
- Foreit, Karen, M. Karra, and T. Pandit-Rajani. 2010. *Disentangling the Effects of Poverty and Place of Residence for Strategic Planning*. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Initiative, Task Order 1.
- Frost, Jennifer J. and Jacqueline E. Darroch. 2008. "Factors Associated with Contraceptive Choice and Inconsistent Method Use." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 40(2): 94-104.
- Galston, William A. and Melissa Rogers. 2012. *Health Care Providers' Consciences and Patients' Needs: The Quest for Balance*. Washington, DC: The Brookings Institution.
- Glasier, Anna. 2010. Acceptability of contraception for men: a review. *Contraception*. 82 (5): 453-456.
- Glasier, Anna, A. Metin Gulmezoglu, George P. Schmid, and others. "Sexual and Reproductive Health." *The Lancet*. 368(9547): 1595-1607.
- Godha, Deepali, David Hotchkiss, and Anastasia Gage. 2011. *The Influence of Child Marriage on Fertility, Fertility-Control, and Maternal Health Care Utilization: A Multi-country Study from South Asia. MEASURE Evaluation PRH Working Paper Series*. Tulane: Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine.
- Granich, Reuben, James G. Kahn, Rod Bennett, and others. 2012. "Expanding ART for Treatment and Prevention of HIV in South Africa: Estimated Cost and Cost-Effectiveness 2011-2050." *PLoS ONE*. 7(2): e30216.
- Grant, Monica and Kelly Hallman. 2006. *Pregnancy-related School Dropout and Prior School Performance in South Africa*. New York: Population Council.
- Greene, Margaret E. and Alison M. Gold. N.d. "Gender and Sterilization in International Reproductive Health Programs." Unpublished manuscript.
- Greene, Margaret E., and Andrew LeVack. 2010. *Synchronizing Gender Strategies: A Cooperative Model for Improving Reproductive Health and Transforming Gender Relations*. Washington, DC: Population Reference Bureau for the Interagency Gender Working Group of USAID.
- Greene, Margaret E., Manisha Mehta, Julie Pulerwitz, and others. N.d. *Involving Men in Reproductive Health: Contributions to Development*. New York: United Nations Millennium Project.
- Greene, Margaret E. and Thomas W. Merrick. n.d. "Adolescent Sexual Activity and Childbearing in Developing Countries: Challenges and Support for Girls (Draft)." Washington, DC: World Bank.
- Greene, Margaret E, Omar J Robles, and Krista Stout. 2012. *A Girl's Right to Learn Without Fear: Working to End Gender-Based Violence at School*. Toronto: Plan Canada.
- Greene, Margaret E. and Thomas W. Merrick. 2005. *Poverty Reduction: Does Reproductive Health Matter?* In *HNP Discussion Paper Series*. Washington, DC: The World Bank.
- Greene, Margaret E., Zohra Rasekh, and Kali-Ahset Amen. 2002. *In this Generation: Sexual and Reproductive Health Policies for a Youthful World*. Washington, DC: Population Action International.
- Grover S.R. 2002. "Menstrual and Contraceptive Management in Women with an Intellectual Disability." *The Medical Journal of Australia*. 176(3): 108-110.
- Guatemala Ministry of Public Health and Social Assistance. 2003. *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil* (National Maternal and Child Health Survey). Guatemala City: MSPAS.a
- The Guttmacher Institute. 2003. *In Their Own Right: Addressing the Sexual and Reproductive Health Needs of Men Worldwide*. New York: The Guttmacher Institute.
- The Guttmacher Institute. 2012. "Are you in the know?" New York: Guttmacher Insitute. Website: <http://www.guttmacher.org/in-the-know/contraceptive-use.html>. Accessed 25 July 2012.
- The Guttmacher Institute and the International Planned Parenthood Federation. 2010. *Facts on Satisfying the Need for Contraception in Developing Countries*. New York and London: The Guttmacher Institute and IPPF. Accessible at: <http://www.guttmacher.org/pubs/FB-Unmet-Need-Intl.pdf>.
- The Guttmacher Institute and the International Planned Parenthood Federation. 2010a. *In Brief: Facts on the Sexual and Reproductive Health of Adolescent Women in the Developing World*. New York: Guttmacher Institute and IPPF.

- Gwatkin, Davidson R., Shea Rutstein, Kiersten Johnson, and others. 2007. *Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population Within Developing Countries: An Overview. Country Reports on Health, Nutrition, and Population and Poverty*. Washington, DC: World Bank.
- Gwatkin, Davidson R., Adam Wagstaff, Abdo S. Yazbeck. 2005. *Reaching the Poor with Health, Nutrition, and Population Services: What Works, What Doesn't, and Why*. Washington, D.C.: The International Bank for Reconstruction and Development and The World Bank.
- Haberland, Nicole and Diana Measham. 2002. *Responding to Cairo: Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning*. New York: Population Council.
- Hamilton, Brady E., and Stephanie J. Ventura. 2012. *Birth Rates for U.S. Teenagers Reach Historic Lows for All Age and Ethnic Groups*. NCHS Data Brief, No. 89. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Hardon, Anita. 2001. *Monitoring Family Planning and Reproductive Rights*. New York: Zed Books.
- Harper, Michael J.K. 2005. "In Search of a Second Contraceptive Revolution." *Sexuality, Reproduction, and Menopause*. 3(2): 59-67.
- Haupt, A., T.T. Kane, and C. Haub. 2011. *PRB's Population Handbook. A Quick Guide to Population Dynamics for Journalists, Policymakers, Teachers, Students, and other People Interested in Demographics*. Washington, DC: Population Reference Bureau.
- Health Policy Initiative, Task Order 1. 2010. "Quantify Inequalities in Access to Health Services and Health Status." Washington, DC: Futures Group, Health Policy Initiative, Task Order 1.
- Hervish, Alexandra Charlotte Feldman-Jacobs. 2011. *Who Speaks for Me?: Ending Child Marriage*. Policy Brief. Washington, DC: Population Reference Bureau.
- Higgins JA and HS Hirsch JS. 2008. "Pleasure and power: incorporating sexuality, agency, and inequality into research on contraceptive use and unintended pregnancy." *American Journal of Public Health*. 98(10): 1803-1813.
- Higgins, Jenny A. and Jennifer S. Hirsch. 2007. "The Pleasure Deficit: Revisiting the "Sexuality Connection" in Reproductive Health." *International Family Planning Perspectives*. 33(3): 133-139.
- Higgins, Matthew and Jeffrey G. Williamson. 1997. "Age Structure Dynamics in Asia and Dependence on Foreign Capital." *Population and Development Review*. 23(2):261-293.
- Higgins, Matthew and Jeffrey G. Williamson. 1996. "Asian Demography and Foreign Capital Dependence." *National Bureau of Economic Research Working Paper Series*. No. 5560.
- Hirsch, Jennifer S. 2008. "Catholics Using Contraceptives: Religion, Family Planning, and Interpretive Agency in Rural Mexico." *Studies in Family Planning*. 39(2): 93-104.
- Hirsch, Jennifer S. and Nathanson, Constance A. 2001. "Some Traditional Methods are More Modern than Others: Rhythm, Withdrawal and the Changing Meanings of Sexual Intimacy in Mexican Companionate Marriage." *Culture, Health, and Sexuality*. 3 (4): 413-428.
- Hobcraft, J. 1991. *Child Spacing and Child Mortality*. Columbia, MD: Macro International, Inc.
- Human Rights Watch. 2004. "Testimonies from "Unprotected: Sex, Condoms, and the Human Right to Health in the Philippines." Accessible at: <http://www.hrw.org/news/2004/05/04/testimonies-unprotected-sex-condoms-and-human-right-health-philippines>.
- Human Rights Watch. 2011. "Landmark UN Vote on Sexual Orientation." Available at <http://www.hrw.org/news/2011/06/17/landmark-un-vote-sexual-orientation>. (Accessed 30 August 2012).
- Hunt, Paul and Judith Bueno de Mesquita. 2007. *The Rights to Sexual and Reproductive Health*. Essex: University of Essex Human Rights Centre.
- ICF Macro and Uganda Bureau of Statistics. 2007. *Uganda Demographic and Health Survey 2006*. Calverton, Maryland: ICF Macro.
- ICF Macro and Uganda Bureau of Statistics. 2012. *Uganda Demographic and Health Survey 2011*. Calverton, Maryland: ICF Macro.
- International Center for Research on Women and Promundo. 2011. *Evolving Men: Initial Results from the International Men and Gender Equality Survey*. Washington, DC: ICRW and Promundo.
- International Consortium for Emergency Contraception. 2012. "What is Emergency Contraception?" New York: ICEC. Accessible at: <http://www.cecinfo.org/what/index.htm>. Accessed 25 June 2012.
- International Federation of Gynecology and Obstetrics Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. 2009. *Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology*. London: International Federation of Gynecology and Obstetrics.
- International Planned Parenthood Federation, European Network. 2006. *Sexuality Education in Europe: a Reference Guide to Policies and Practices*. Brussels: The SAFE Project: A European partnership to promote the sexual and reproductive health and rights of young people.
- International Planned Parenthood Federation. 2005. *Fulfilling Fatherhood: Experiences from HIV-Positive Fathers*. London: IPPF.
- International Planned Parenthood Federation. 1996. *IPPF Charter on Sexual and Reproductive Rights*. London: IPPF.
- Jaccard, James; Blanton, Hart; Dodge, Tonya (2005). *Developmental Psychology*, Vol. 41(1). 135-147.
- Janowitz, Barbara and John H. Bratt. 1994. *Methods for Costing Family Planning Services*. New York: United Nations Population Fund and Family Health International.
- Jayachandran, Seema, and Adriana Lleras-Muney. 2009. "Life Expectancy and Human Capital Investments: Evidence from Maternal Mortality Declines." *The Quarterly Journal of Economics*. 124(1): 349-397.
- Jewkes, R. and H. Rees. 2005. "Dramatic Decline in Abortion Mortality Due to the Choice on Termination of Pregnancy Act." *South African Medical Journal*. 95(4): 250.

- Jones, Louisa, Paula Akugizibwe, Michaela Clayton, and others. 2011. "Costing Human Rights and Community Support Interventions as a Part of Universal Access to HIV Treatment and Care in a Southern African Setting." *Current HIV Research*. 9(6):416-428.
- Jones, Rachel K. and Joerg Dreweke. 2011. *Countering Conventional Wisdom: New Evidence on Religion and Contraceptive Use*. New York: Guttmacher Institute.
- Joshi, Shareen, T. Paul Schultz. 2007. *Family Planning as an Investment in Development: Evaluation of a Program's Consequences in Matlab, Bangladesh*. New Haven, CT: Yale University.
- Kabeer, Naila. 2000. *Bangladeshi Women and Labour Market Decisions in London and Dhaka*. London: Verso.
- Kabeer, Naila. 1997. "Women, Wages, and Intra-Household Power Relations in Urban Bangladesh." *Development and Change*. 28(2):261-302.
- Kamphausen, W. 2000. *Health Status of Minority Women Living in Europe*. Report of a meeting in Gothenburg, Sweden, November 2000. Brussels: European Commission.
- Karki, Yagya B. and Radha Krishna. 2008. *Factors Responsible for the Rapid Decline of Fertility in Nepal—An Interpretation: Further Analysis of the 2006 Nepal Demographic and Health Survey*. Calverton, Maryland: Macro International.
- Ketting, Evert and Visser, Adriaan P. 1994. "Contraception in the Netherlands: The Low Abortion Rate Explained." *Patient Education and Counseling*. 23 (3): 161-171.
- Kim, Young Mi, Caroline Marangwanda, and Adrienne Kols. 1996. *Involving Men in Family Planning: The Zimbabwe Male Motivation and Family Planning Method Expansion Project, 1993-1994*. Baltimore: Johns Hopkins School of Public Health, Center for Communication Programs.
- Kimmel, Michael S. 2000. *The Gendered Society*. New York: Oxford University Press.
- Kinsman, John; Nyanzi, Stella; Pool, Robert (2000). Socializing Influences and the Value of Sex: The Experience of Adolescent School Girls in Rural Masaka, Uganda *Culture, Health & Sexuality*. Vol. 2, No. 2 (Apr. - Jun., 2000): 151-166.
- Kirby, Douglas. 2008. "The Impact of Abstinence and Comprehensive Sex and STD/HIV Education Programs on Adolescent Sexual Behavior." *Sexuality Research and Social Policy*. 5(3): 18-27.
- Koenig, Michael A., Mian Bazle Hossain, and Maxine Whittaker. 1997. "The Influence of Quality of Care upon Contraceptive Use in Rural Bangladesh." *Studies in Family Planning*. 28 (4): 278-289.
- Korenman, Sanders, Robert Kaestner and Ted Joyce. 2002. "Consequences for Infants of Parental Disagreement In Pregnancy Intention." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* Volume 34, Number 4, July/August.
- Kruger, Diana, Matias Berthelon, and Rodrigo Navia. 2009. *Adolescent Motherhood and Secondary Schooling in Chile*. IZA Discussion Paper Series Paper No. 4552.
- Kulczycki, Andrzej. 2011. "Abortion in Latin America: Changes in Practice, Growing Conflict, and Recent Policy Developments." *Studies in Family Planning*. 42(3): 199-220.
- Lam, David, Leticia Marteleto, and Vimal Ranchhod. 2009. *Schooling and Sexual Behavior in South Africa: The Role of Peer Effects*. Presentation to the XXVI IUSSP International Population Conference, Marrakech, Morocco, September 2009.
- Landry, Evelyn, and Victoria Ward. 1997. "Perspectives from Couples on the Vasectomy Decision." *Reproductive Health Matters*. London: Reproductive Health Matters.
- Leathers, Sonya J. and Michele A. Kelley. 2000. "Unintended Pregnancy and Depressive Symptoms Among First-Time Mothers and Fathers." *American Journal of Orthopsychiatry*. 70(4): 523-531.
- Lee, Ronald. 2003. "The Demographic Transition: Three Centuries of Fundamental Change." *Journal of Economic Perspectives*. 17(4): 167-190.
- Lee, Ronald and Andrew Mason. 2006. "What is the Demographic Dividend?" *Finance and Development*. 43(3): 16.
- Lee, Ronald, Andrew Mason, and Timothy Miller. 2000. "Life Cycle and the Demographic Transition: The Case of Taiwan." *Population and Development Review*. 26 (Supplement: Population and Economic Change in East Asia): 194-219.
- Lee, Ronald, Andrew Mason, and Timothy Miller. 1997. *Saving, Wealth, and the Demographic Transition in East Asia*. Honolulu: East-West Center.
- Levine, Ruth, The What Works Working Group, with Molly Kinder. 2004. *Millions Saved: Proven Successes in Global Health*. Washington, DC: Center for Global Development.
- Levine, Ruth, Cynthia B. Lloyd, Margaret Greene, and others. 2008. *Girls Count: A Global Investment and Action Agenda*. Washington, DC: Center for Global Development.
- Lewis, Maureen, and Marlaire Lockheed. 2007. *Inexcusable Absence: Why 60 Million Girls Aren't in School and What to Do About It*. Washington, DC: Center for Global Development.
- Lin, Yim Yuet. 2007. "Working from a Rights-Based Approach to Health Service Delivery to Sex Workers." *Exchange*. Accessible at: http://www.kit.nl/net/KIT_Publicaties_output/ShowFile2.aspx?e=1277.
- Lloyd, Cynthia B., ed. 2005. *Growing Up Global: The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries*. Washington, DC: National Academy of Sciences.
- Lloyd, Cynthia B. 2009. *New Lessons: The Power of Educating Adolescent Girls—A Girls Count Report on Educating Adolescent Girls*. New York: The Population Council.
- Lloyd, Cynthia B. 2007. *The Role of Schools in Promoting Sexual and Reproductive Health Among Adolescents in Developing Countries*. Poverty, Gender, and Youth Working Paper No. 6. New York: Population Council.

- Lloyd, Cynthia B. and Barbara S. Mensch. 2008. Marriage and childbirth as factors in dropping out from school: an analysis of DHS data from sub-Saharan Africa. *Population Studies* Mar; 62(1):1-13.
- Loaiza, Edilberto, and Sarah Blake. 2010. *How Universal is Access to Reproductive Health?: A Review of the Evidence*. New York: United Nations Population Fund.
- Lyerly, Anne Drapkin and Jean Anderson. 2001. "Human Immunodeficiency Virus and Assisted Reproduction: Reconsidering Evidence, Reframing Ethics." *Fertility and Sterility*. 75(5): 843-858.
- Maart, S and J Jelsma. 2010. "The Sexual Behaviour of Physically Disabled Adolescents." *Disability and Rehabilitation*. 32(6):438-443.
- Maine, Deborah, Murat Z. Akalin, Jyotsnamoy Chakraborty, and others. 1996. "Why did Maternal Mortality Decline in Matlab." *Studies in Family Planning*. 27(4): 179-187.
- Malhotra, Anju, Ann Warner, Aliison McGonagle, and others. 2011. *Solutions to End Child Marriage: What the Evidence Shows*. Washington, DC: International Center for Research on Women.
- Mason, Andrew and Sang-Hyop Lee. 2004. *The Demographic Dividend and Poverty Reduction*. Presentation to Seminar on the Relevance of Population Aspects for the Achievement of the Millennium Development Goals New York NY, November 17-19, 2004. Honolulu: East-West Center.
- Marsiglio, William. 1988. "Adolescent Male Sexuality and Heterosexual Masculinity: A Conceptual Model and Review." *Journal of Adolescent Research*. 3 (3-4): 285-303.
- McCleary-Sills, Jennifer, Allison McGonagle, and Anju Malhotra. 2012. *Women's Demand for Reproductive Control: Understanding and Addressing Gender Barriers*. Washington, DC: International Center for Research on Women.
- McLanahan, Sara and Gary Sandefur. 1994. *Growing Up With a Single Parent: What Hurts, What Helps*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- McQueston, Kate, Rachel Silverman, and Amanda Glassman. 2012. *Adolescent Fertility in Low- and Middle-Income Countries: Effects and Solutions*. Working Paper 295. Washington, DC: Center for Global Development.
- Meekers, Dominique. 1994. "Sexual Initiation and Premarital Childbearing in Sub-Saharan Africa." *Population Studies*. 48 (1): 47-67.
- Mensch, Barbara S., Judith Bruce, Margaret E. Greene. 1999. *The Uncharted Passage: Girls' Adolescence in the Developing World*. New York: Population Council.
- Mensch, Barbara S., Monica J. Grant, and Ann K. Blanc. 2005. *The Changing Context of Sexual Initiation in Sub-Saharan Africa*. New York: Population Council.
- Mgbako, Chi, Meghan Gabriel, Laura Garr, and others. 2008. *Rights-Based Sex Worker Empowerment Guidelines: An Alternative HIV/AIDS Intervention Approach to the 100% Condom Use Programme*. Maharashtra: Center for Advocacy on Stigma and Marginalization.
- Michau, Lori, Dipak Naker and Zahara Swalehe. 2002. "Mobilizing Communities to End Violence Against Women in Tanzania." In *Responding to Cairo: Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning*, Nicole Haberland and Diana Measham, eds. New York: Population Council.
- Miguel, Edward and Michael Kremer. 2004. "Worms: Identifying Impacts on Education and Health in the Presence of Treatment Externalities." *Econometrica*. 72(1): 159-217.
- Miller, Grant. 2009. "Contraception as Development? New Evidence from Family Planning in Colombia." *The Economic Journal*. 120(545):709-736.
- Miller, S., F. Lester, M. Webster, B. Cowan. "Obstetric Fistula: A Preventable Tragedy." *Journal of Midwifery and Women's Health*. 50(4): 286-294.
- "Monitoring MDG Target 5B". MDG5 at 10. Commonwealth Medical Trust, 01 January 2010. Web. 10 July. 2012. http://mdg5at10.org/index.php?option=com_content&view=category&id=3:mdg-target-5b&layout=blog&Itemid=4.
- Montgomery, Mark R. 1996. "Comments on Men, Women, and Unintended Pregnancy." *Population and Development Review*. 22 (Supplement: Fertility in the United States: New Patterns, New Theories): 100-106.
- Mora G., C. Betts, J. Gay, and others. 1993. *Quality of Care in Women's Reproductive Health: A Framework for Latin America and the Caribbean*. Washington, DC: Pan American Health Organization.
- Muhuri, Pradip K. 1996. "Estimating Seasonality Effects on Child Mortality in Matlab, Bangladesh." *Demography*. 33(1): 98-110.
- Muhuri, Pradip K. 1995. "Health Programs, Maternal Education, and Differential Child Mortality in Matlab, Bangladesh." *Population and Development Review*. 21(4): 813-834.
- Muhuri, Pradip K. and Samuel H. Preston. 1991. "Effects of Family Composition on Mortality Differentials by Sex Among Children in Matlab, Bangladesh." *Population and Development Review*. 17(3): 415-434.
- Murthy, Nirmala, Lakshmi Ramachandar, Pertti Pelto and Akhila Vasan. 2002. "Dismantling India's Contraceptive Target System: An Overview and Three Case Studies." In *Responding to Cairo: Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning*, Nicole Haberland and Diana Measham, eds. New York: Population Council.
- "Namibia: Women Take Legal Action Over Alleged Sterilisations." *Irin Plus News*. 25 June 2009. Accessible at: <http://www.irinnews.org/Report/85012/NAMIBIA-Women-take-legal-action-over-alleged-sterilisations>.
- National Research Council and Institute of Medicine, panel on Transitions to Adulthood in Developing Countries, Cynthia B. Lloyd (ed.). 2005. *Growing up Global: The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries*. Washington, DC: National Academies Press.
- Office of the High Commissioner for Human Rights. Convention on the Rights of the Child. 3 June 2012.

- Oosterhoff, P., NT Anh, NT, Hanh, and others. 2008. "Holding the Line: Family Responses to Pregnancy and the Desire for a Child in the Context of HIV in Vietnam." *Culture, Health, and Sexuality*. 10(4): 403-416.
- Organisation for Economic Co-Operation and Development. 2011. *Doing Better for Families*. Presentation to OECD Ministerial Meeting on Social Policy Paris, May 2-3, 2011. Paris: OECD.
- Organisation for Economic Co-Operation and Development. 2010. "Marriage and Divorce Rates." OECD Family Database. Paris: OECD, Social Policy Division-Directorate of Employment, Labour, and Social Affairs. Accessible at: <http://www.oecd.org/els/familiesandchildren/40321815.pdf>.
- Ortayli, Nuriye, and Shawn Malarcher. 2010. "Equity Analysis: Identifying Who Benefits from Family Planning Programs". *Studies in Family Planning*. 41(2): 101-108.
- Ortega, José Antonio. 2012. "A Characterization of World Union Patterns at the National and Regional Level." Paper presented at the International Union for the Scientific Study of Population seminar on First Union Patterns around the World, Madrid, Spain, 20-22 June.
- PATH. 2012. "Sharing Experiences and Changing Lives—Communication Influences Informed Choice for Nepali Women." Seattle: PATH. Website: http://www.path.org/projects/safe_abortion_nepal.php. Accessed 14 July 2012.
- Patton, George C., Carolyn Coffey, Susan M. Sawyer, and others. 2009. "Global Patterns of Mortality in Young People: A Systematic Analysis of Population Health Data." *The Lancet*. 374(9693): 881-892.
- Pence, Brian, Philomena Nyarko, Cornelius Debpuur, and others. 2001. *The Impact of the Navrongo Community Health and Family Planning Project on Child Mortality, 1993-2000*.
- Pence, Brian W., Philomena Nyarko, and James F. Phillips. 2007. "The Effect of Community Nurses and Health Volunteers on Child Mortality: The Navrongo Community Health and Family Planning Project." *Scandinavian Journal of Public Health*. 35(6): 599-608.
- Penteado, Luis Guilherme, Francisco Cabral, Margarita Diaz, and others. 2001. "Organizing a Public-sector Vasectomy Program in Brazil." *Studies in Family Planning*. 32(4):315-328.
- Perper K, Peterson K, Manlove J. 2010. *Diploma Attainment Among Teen Mothers*. Child Trends, Fact Sheet Publication #2010-01: Washington, DC: *Child Trends*.
- Phillips, James F., Ayaga A. Bawah, and Fred N. Binka. 2006. "Accelerating Reproductive and Child Health Programme Impact with Community-Based Services: the Navrongo Experiment in Ghana." *Bulletin of the World Health Organization*. 84: 949-955.
- Phillips, James F., Ruth Simmons, Michael A. Koenig, and others. 1988. "Determinants of Reproductive Change in a Traditional Society: Evidence from Matlab, Bangladesh." *Studies in Family Planning*. 19(6): 313-334.
- Philpott, Anne, Wendy Knerr and Dermot Maher. 2006. "Promoting protection and pleasure: amplifying the effectiveness of barriers against sexually transmitted infections and pregnancy." *The Lancet*. 368(9551): 2028-2031.
- Planned Parenthood Federation of America. 2012. "Fertility Awareness-Based Methods." New York: Planned Parenthood Federation of America. Website: <http://www.plannedparenthood.org/health-topics/birth-control/fertility-awareness-4217.htm>. Accessed 25 July 2012.
- Population Action International. 2003. *Emergency Contraception and the Global Gag Rule: An Unofficial Guide*. New York: Population Action International.
- Population Council. 2007. "Financial Sustainability of Reproductive Health Services." *Frontiers in Reproductive Health (Legacy Series)*. Washington, DC: Population Council.
- Population Reference Bureau. 2011. *2011 World Population Datasheet*. Washington, DC: PRB.
- Population Reference Bureau. 2011. *Population Bulletin: The World at 7 Billion*. Washington, DC: PRB.
- Pradhan Ajit, Subedi Bal Krishna, Barnett Sarah, Sharma Sharad Kumar, Puri Mahesh, Poudel Pradeep, Rai Shovana, KC Naresh Pratap, Hulton Louise. 2010. Nepal Maternal Mortality and Morbidity Study 2008/2009. Family Health Division, Department of Health Services, Ministry of health and Population, Government of Nepal: Kathmandu, Nepal.
- Pulerwitz, Julie, and Gary Barker. 2006. "Promoting More Gender-equitable Norms and Behaviors Among Young Men as an HIV/AIDS Prevention Strategy." *Horizons Final Report*. Washington, DC: Population Council.
- Pulerwitz, Julie and Gary Barker. 2008. "Measuring Attitudes toward Gender Norms among Young Men in Brazil." *Men and Masculinities*. 10(3): 322-338.
- Raj, Anita, Niranjana Saggurti, Donta Balaiah, and others. 2009. "Prevalence of Child Marriage and its Effect on Fertility and Fertility-Control Outcomes of Young Women in India: A Cross-Sectional, Observational Study." *The Lancet*. 373(9678):1883-1889.
- Ravindran, TK Sundari. 1995. *A Study of User Perspectives on the Diaphragm in an Urban Indian Setting*. New York: Population Council.
- Reher, David S. 2011. "Economic and Social Implications of the Demographic Transition." *Population and Development Review*. 37 (Supplement s1): 11-33.
- Reprohealthlaw. 2012. *Colombia: Constitutional Court Upholds Abortion Rights*, 23 Feb 2012. Available from: <http://reprohealthlaw.wordpress.com>. (Accessed 30 August 2012).
- Ringheim, Karin. 2007. "Ethical and Human Rights Perspectives on Providers' Obligation to Ensure Adolescents' Rights to Privacy." *Ethical Issues in Reproductive Health*. 38(4): 245-252.
- Rogow, Deborah. 1995. "Withdrawal: A Review of the Literature and an Agenda for Research." *Studies in Family Planning*. 26(3): 140-153.
- Rohleder P., SH Braathen, LSwartz, AH Eide. 2009. "HIV/AIDS and Disability in Southern Africa: A Review of Relevant Literature." *Disability and Rehabilitation*. 31(1): 51-59.

- Ronsmans, Carine and Myriam Khat. 1999. "Adolescence and Risk of Violent Death during Pregnancy in Matlab, Bangladesh." *The Lancet*. 354(9188): 1448.
- Rosenzweig, Mark R. and T. Paul Schultz. 1982 "Child Mortality and Fertility in Colombia: Individual and Community Effects." *Health Policy and Education*. 2(3-4):305-348.
- Rosenzweig, Mark R. and Kenneth I. Wolpin. 1986. "Evaluating the Effects of Optimally Distributed Public Programs: Child Health and Family Planning Interventions." *The American Economic Review*. 76(3):470-482.
- Ross, John, Eva Weissman, and John Stover. 2009. *Contraceptive Projections and the Donor Gap: Meeting the Challenge*. Washington, DC: Reproductive Health Supplies Coalition.
- Rottach, Elisabeth, Sidney Schuler, and Karen Hardee. 2009. *Gender Perspectives Improve Reproductive Health Outcomes: New Evidence*. Washington, DC: Population Reference Bureau.
- Rutenber, Naomi, Duff Gillespie, Elizabeth Flanagan, and others. 2006. *HIV Status, Fertility Intentions, and the Demand for Contraception: Assessing the Current Research to Improve the Integration of Reproductive Health and HIV Programs*. Presentation to Population Association of America Meetings Los Angeles CA, March 30, 2006. Princeton: Princeton University.
- Rutstein, Shea. 2000. "Effects of Birth Intervals on Mortality and Health: Multivariate Cross-Country Analyses." Power Point Presentation. Washington DC: United States Agency for International Development.
- Rutstein, Shea. 2005. "Effects of Preceding Birth Intervals on Neonatal, Infant and Under-five years Mortality and Nutritional Status in Developing Countries: Evidence from the Demographic and Health Surveys." *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 89: S7-S24.
- Sanogo, Diouratie, Saumya RamaRao, Heidi Jones, Penda N'diaye, Bineta M'bow, and Cheikh Bamba Diop. 2003. "Improving Quality of Care and Use of Contraceptives in Senegal." *African Journal of Reproductive Health*. 7 (2): 57-73.
- Schalet, Amy. 2004. "Must We Fear Adolescent Sexuality?" *MedGenMed*. 6(4):44.
- Schalet, Amy. 2010. "Sexual Subjectivity Revisited: The Significance of Relationships in Dutch and American Girls' Experiences of Sexuality." *Gender and Society*. 24(3):304-329.
- Scheer, Jessica, Thilo Kroll, Melinda T. Neri, Phillip Beatty. 2003. "Access Barriers for Persons with Disabilities: The Consumer's Perspective." *Journal of Disability Policy Studies*. 14(4):221-230.
- Schmidt, Brita. 1998. "Forced Sterilization in Peru." *Political Environments*. 6. Accessible at: <http://cwpe.org/node/49>.
- Schultz, Paul T. 2009. "The Gender and Intergenerational Consequences of the Demographic Dividend: An Assessment of the Micro- and Macrolinkages between the Demographic Transition and Economic Development." *The World Bank Economic Review*. 23(3): 427-442.
- Schultz, Paul T. 2008. "Health Disabilities and Labor Productivity in Russia in 2004: Health Consequences beyond Premature Death." In *Economic Implications of Chronic Illness and Disability in Eastern Europe and the Former Soviet Union*, edited by C. Mete. Washington, DC: The World Bank.
- Schultz, Paul T. 2010. "Health Human Capital and Economic Development." *Journal of African Economies*. 19(3): iii12-iii80.
- Schultz, Paul T. 2009a. *How Does Family Planning Promote Development? Evidence from a Social Experiment in Matlab, Bangladesh, 1977-1996*. Presentation to Population Association of America meetings Detroit MI, April 20, 2009. New Haven: Yale University.
- Schultz, Paul T. 2003. "Human Capital, Schooling and Health." *Economics and Human Biology*. 1(2):207-221.
- Schultz, Paul T. 1997. "Wage and Labor Supply Effects of Illness in Cote d'Ivoire and Ghana: Instrumental Variable Estimates for Days Disabled." *Journal of Development Economics*. 53(2): 251-286.
- Sedgh, Gilda, Susheela Singh, and Iqbal H. Shah. 2012. "Induced Abortion: Incidence and Trends Worldwide from 1995 to 2008." *The Lancet*. 379(9816): 625-632.
- Seneviratne, H.R. and L.C. Rajapaksa. 2000. "Safe Motherhood in Sri Lanka: a 100 year march." *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 70(1): 113-124.
- Servais, L. 2006. "Sexual Health Care in Persons with Intellectual Disabilities." *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*. 12(1): 48-56.
- Shah, Iqbal and Elisabeth Ahman. 2010. "Unsafe Abortion in 2008: Global and Regional Levels and Trends." *Reproductive Health Matters*. 18(36): 90-101.
- Sharma, Sudha. 2003. "Legalization of Abortion in Nepal: The Way Forward." *Kathmandu University Medical Journal*. 2(3): 177-178.
- Shih, Grace, David Turok, and Willie Parker. 2011. "Vasectomy: the Other (Better) Form of Sterilization." *Contraception*. 83(4): 310-315.
- Silva, Erika and Ricardo Batista. 2010. *Bolivian Maternal and Child Health Policies: Successes and Failures (Policy Paper)*. Ottawa, ON: FOCAL (Canadian Foundation for the Americas).
- Simmons, Ruth. 1996. "Women's Lives in Transition: A Qualitative Analysis of the Fertility Decline in Bangladesh." *Studies in Family Planning*. 27(5):251-268.
- Sinding, Steven W. 2009. "Population, Poverty, and Economic Development." *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*. 364(1532): 3023-3030.
- Singh, Susheela. 2006. "Hospital Admissions Resulting from Unsafe Abortion: Estimates from 13 Developing Countries." *The Lancet*. 368(9550):1887-92.
- Singh, Susheela and others. 2009. *Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health*, New York: Guttmacher Institute and UNFPA.
- Singh, Susheela and Jacqueline E. Darroch. 2012. *Adding it Up: Costs and Benefits of Contraceptive Services-Estimates for 2012*. New York: Guttmacher Institute and United Nations Population Fund.

- Singh, Susheela, Gilda Sedgh, and Rubina Hussain. 2010. "Unintended Pregnancy: Worldwide Levels, Trends, and Outcomes." *Studies in Family Planning*. 41(4): 241-250.
- Sinha, Nistha. 2003. "Fertility, Child Work and Schooling Consequences of Family Planning Programs: Evidence from an Experiment in Rural Bangladesh." *Economic Development and Cultural Change*. 54(1): 97-128.
- Sonenstein, Freya L. (ed). *Young Men's Sexual and Reproductive Health: Toward a National Strategy-Framework and Recommendations*. Washington, DC: Urban Institute.
- Statement by Dr. Kisamba Mugerwa, Chairperson of the National Planning Authority at the 45th Session of the Commission on Population and Development on Agenda Item 4 "Adolescents and Youth". Accessible at: http://www.un.org/esa/population/cpd/cpd2012/Agenda%20item%204/Country%20statements/Uganda_Item4.pdf.
- Steward N.R., G. Farkas, and J.B. Bingenheimer. 2009. "Detailed Educational Pathways Among Females After Very Early Sexual Intercourse." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 41(4):244-252.
- Suvedi, Bal Krishna, Ajit Pradhan, Sarah Barnett, and others. 2009. *Nepal Maternal Mortality and Morbidity Study 2008/2009: Summary of Preliminary Findings*. Kathmandu, Nepal: Family Health Division, Department of Health Services, Ministry of Health, Government of Nepal.
- Swann C., K. Bowe, G. McCormick, M. Kosmin. 2003. *Teenage Pregnancy and Parenthood: A Review of Reviews*. London: Health Development Agency.
- Taylor, Joan. 2008. *Revitalizing Underutilized Family Planning Methods Using Communication and Community Engagement to Stimulate Demand for the IUD in Uganda*. New York: The ACQUIRE Project and Engender Health.
- Tanzania Commission for AIDS. 2009. *The Forgotten: HIV and Disability in Tanzania*. Dar es Salaam, Tanzania: Tanzania Commission for AIDS. Available from: <http://www.gtz.de/de/dokumente/gtz2009-en-hiv-and-disability-tanzania.pdf> (accessed 14 June 2012).
- Tensou, Biruk, and Michelle J. Hindin. 2010. *Covert Contraceptive Use and Discordant Fertility Preferences among Ethiopian Couples*. Presentation to Population Association of America Dallas TX, April 17, 2010. Princeton, New Jersey: Princeton University.
- Trussell, James. 2011. "Contraceptive Efficacy." In Hatcher R.A., J. Trussell, A.L. Nelson, W. Cates, D. Kowal, and M. Policar (eds). *Contraceptive Technology: Twentieth Revised Edition*. New York: Ardent Media.
- Trussell, James, and Elizabeth G. Raymond. 2012. *Emergency Contraception: A Last Chance to Prevent Unintended Pregnancy*. Princeton, New Jersey: Princeton University Office of Population Research.
- Tsai, I-Ju, C. Y. Cyrus Chu and Ching-Fan Chung. 2000. "Demographic Transition and Household Saving in Taiwan." *Population and Development Review*. 26 (Supplement: Population and Economic Change in East Asia): 174-193.
- UNAIDS. 2000. *Men and AIDS—A Gendered Approach*. Geneva: UNAIDS.
- UNFPA. 1994. *International Conference on Population and Development Programme of Action*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2003. *Enlisting the Armed Forces to Protect Reproductive Health and Rights: Lessons Learned from Nine Countries-Technical Report*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2005. *Rights into Action: UNFPA Implements Human Rights-Based Approach*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2005a. *ICPD at Ten - The World Reaffirms Cairo: Official Outcomes of the ICPD at Ten Review*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2007. "RHIYA Programme Officially Ends, But Its Legacy Continues-Making a Decade of Investment in the Youth in Asia." Brussels: UNFPA. Website: <http://www.unfpa.org/news/news.cfm?ID=1038&Language=1>. Accessed 25 July 2012.
- UNFPA. 2007a. *The State of the World Population Report*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2009. *Do all pregnant women have the right to live?* Retrieved June 8, from Fact Sheet: Motherhood and Human Rights: <http://www.unfpa.org/public/cache/offonce/home/factsheets/pid/3851>.
- UNFPA. 2010. *Sexual and Reproductive Health for All: Reducing Poverty, Advancing Development and Protecting Human Rights*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2010a. *Monitoring ICPD Goals: Select Indicators*. New York: UNFPA. http://www.unfpa.org/swp/2010/web/en/pdf/EN_SOWP10_ICPD.pdf United Nations Population Fund. 2011. "Issues Brief: Comprehensive Condom Programming." New York: UNFPA.
- UNFPA. 2011. *The State of the World Population Report*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2011a. *The Global Programme to Enhance Reproductive Health Commodity Security: Annual Report 2011*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2011b. *Population Dynamics in the Least Developed Countries: Challenges and Opportunities for Development and Poverty Reduction*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2012. *Marrying Too Young: End Child Marriage*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2012a. *The Family Planning Programme in the Islamic Republic of Iran*. Tehran: UNFPA.
- UNFPA. 2012b. "Promoting Gender Equality-Frequently Asked Questions about Gender." New York: UNFPA. Website: http://www.unfpa.org/gender/resources_faq.htm. Accessed 12 July 2012.
- UNFPA. 2012c. "So Many Mouths to Feed: Addressing High Fertility in Famine-Stricken Somalia." Retrieved 30 August from <http://www.unfpa.org/public/home/news/pid/10333>.
- UNFPA. 2012d. "Statement of UNFPA for the Eleventh Session of the Permanent Forum on Indigenous Peoples Issues," May 9th, 2012.
- UNFPA. N.d. "Young People and Times of Change." Fact Sheet. New York: UNFPA. Accessible at: http://www.unfpa.org/public/home/factsheets/young_people, Accessed 4/12/11.

- UN-Habitat. 2003. *The Challenge of Slums—Global Report on Human Settlements*. Virginia: Earthscan.
- UNICEF. 2011. *Boys and Girls in the Life Cycle: Sex Disaggregated data on a selection of well-being indicators, from early childhood to young adulthood*. New York: UNICEF, Division of Policy and Practice.
- UNICEF. 2010. *Progress for Children: Achieving the MDGs with Equity*. New York: UNICEF.
- UNICEF, with UNAIDS, United Nations Educational Scientific and Cultural Organization, United Nations Population Fund, International Labour Organization, World Health Organization, and the World Bank. 2011a. *Opportunity in Crisis: Preventing HIV from Early Adolescence to Early Adulthood*. New York: UNICEF.
- United Nations. 2006. *Levels and Trends in Contraceptive Use as Assessed in 2002*. New York: Department of Economic and Social Affairs.
- United Nations. 2007. *World Youth Report*. New York: Department of Economic and Social Affairs.
- United Nations. 2008. *Official List of Millennium Development Goals Indicators*. New York: Statistics Division, Department of Economic and Social Affairs. Accessible at: <http://mdgs.un.org/> (Accessed 30 August 2012).
- United Nations. 2008a. *Trends in International Migrant Stock: The 2008 Revision*. New York: Population Division of the Department of Economic and Social Affairs.
- United Nations. 2009. *World Marriage Data 2008*. New York: Population Division of the Department of Economic and Social Affairs. Accessible at: http://www.un.org/esa/population/publications/WMD2008/WP_WMD_2008/Documentation.html.
- United Nations. 2009a. *Analysis prepared by the secretariat of the Permanent Forum on Indigenous Issues: indigenous women*. E/C.19/2009/8. New York: Economic and Social Council.
- United Nations. 2009b. "The Millennium Development Goals Report 2009." New York: UN.
- United Nations. 2010. *World Fertility Report 2007*. New York: Population Division of Department of Economic and Social Affairs.
- United Nations. 2011. "World Contraceptive use." Wall Chart. New York: The Population Division of the Department of Economic and Social Affairs. Accessible at: http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2011/wallchart_front.pdf
- United Nations. 2011a. *World Population Prospects: The 2010 Revision, Highlights and Advance Tables*. New York: The Population Division of the Department of Economic and Social Affairs.
- United Nations. 2011b. "World Marriage Patterns." Population Facts. No. 2011/1. New York: Population Division of the Department of Economic and Social Affairs. Accessible at: http://www.un.org/esa/population/publications/popfacts/PopFacts_2011-1.pdf.
- United Nations. 2011c. "The Millennium Development Goals Report 2011." New York: UN.
- United Nations. 2011d. *Social Panorama of Latin America 2011*. Santiago: UN Economic Commission for Latin America.
- United Nations. 2012. *Millennium Development Goals: 2012 Progress Chart*. New York: Statistics Divisions, Department of Economic and Social Affairs.
- United Nations General Assembly. 1999. *Report of the Ad Hoc Committee of the Whole of the Twenty-First Special Session of the General Assembly. Key Actions for Further Implementation of the ICPD Programme of Action*. New York: United Nations.
- United Nations General Assembly Special Session (2010). UNGASS Report on HIV and AIDS - Zimbabwe. Harare: National AIDS Council
- United Nations High Commissioner for Refugees. 2011. *Refocusing Family Planning in Refugee Settings: Findings and Recommendations from a Multi-Country Baseline Study*. Geneva: UNHCR.
- United Nations High Commissioner for Human Rights. 2008. Ms. Navanetham Pillay, Statement to the UN General Assembly (New York, N.Y., 18 Dec 2008). Available from: <http://www.unhcr.org/refworld/docid/49997ae312.html> (accessed 30 August 2012).
- United Nations Population Division. 2012. Unpublished data on regional averages.
- United Nations Practitioner's Portal on Human Rights Based Approaches to Programming. *The Human Rights Based Approach to Development Cooperation: Towards a Common Understanding Among UN Agencies*. Available from: <http://hrbaportal.org/> (Accessed 30 August 2012).
- UN System Task Force Team on the Post-2015 UN Development Agenda. 2012. *Realizing the Future We Want for All: Report to the Secretary-General* (New York, United Nations).
- UN Women. 2008. *The Role of Men and Boys in Achieving Gender Equality*. New York: The Division for the Advancement of Women of the Department of Economic and Social Affairs.
- VanLandingham, Mark, and John E. Knodel. 2007. "Sex and the Single (Older) Guy: Sexual Lives of Older Unmarried Thai Men During the AIDS Era." *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 22(4): 375-388.
- Ventura, Stephanie J., Joyce A. Martin, Sally C. Curtin, and T.J. Mathews. 1997. "Report of Final Natality Statistics." *Monthly Vital Statistics Report*. 45(11):1-84.
- Welbourn, Alice. 2003. *Stepping Stones*. Oxford, UK: Strategies for Hope Trust.
- Westoff, Charles F. 2008. *A New Approach to Estimating Abortion Rates*. DHS Analytical Studies No. 13. Calverton, Maryland: Macro International, Inc.
- Westoff, Charles F. 2005. *Recent Trends in Abortion and Contraception in Twelve Countries*. DHS Analytical Studies No. 8. Calverton, Maryland: ORC Macro.
- Westoff, Charles F., and Akinrinola Bankole. 2002. *Reproductive Preferences in Developing Countries at the Turn of the Century*. DHS Comparative Reports No. 2. Calverton, Maryland: ORC Macro.

- Williamson, Jeffrey G. 2001. "Demographic Change, Economic Growth and Inequality." *Population Matters*. 1(9): 106-137.
- World Health Organization. 1995. *Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry—Report of a WHO Expert Committee*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2003. *International Migration, Health, and Human Rights*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2004. *Basic Indicators: Health Situation in South-East Asia*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2004a. *Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants: Guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. 2005. *Action on the Social Determinants of Health: Learning from Previous Experience (Background Paper)*. Geneva: Commission on Social Determinants of Health.
- World Health Organization. 2005a. "Emergency Contraception." Fact Sheet No. 244. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2005b. *Violence against Sex Workers and HIV Prevention*. Information Bulletin Series, Number 3. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2006. *International Covenant on Economic, Social, and Cultural Rights*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2006a. *Pregnant Adolescents: Delivering on Global Promises of Hope*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2008. "Adolescent Pregnancy." *Making Pregnancy Safer (MPS) Notes*. 1(1). Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2008a. "Why is Giving Special Attention to Adolescents Important for Achieving Millennium Development Goal 5?" Fact Sheet. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2009. *Strategy for Integrating Gender Analysis and Actions into the work of WHO*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2010. "10 Facts on Obstetric Fistula." Geneva: WHO. Available from: http://www.who.int/features/factfiles/obstetric_fistula/en/.
- World Health Organization. 2010a. *Accountability for Women's and Children's Health*. Geneva: WHO. Available from: http://www.who.int/woman_child_accountability/about/en/ (Accessed 30 August 2012).
- World Health Organization. 2011. *Global HIV/AIDS Response: Epidemic Update and Health Sector Progress Towards Universal Access: Progress Report 2011*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2011a. *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2011b. "Reproductive Health at a Glance: Uganda." Accessible at: <http://siteresources.worldbank.org/INTPRH/Resources/376374-1303736328719/Uganda42111WEB.pdf>, accessed 15 July 2012.
- World Health Organization. 2011c. *World Report on Disability*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2012. "WHO Upholds Guidance on Hormonal Contraceptive Use and HIV: Women Living with HIV or at Risk of HIV can safely continue to use Hormonal Contraceptives to Prevent Pregnancy." Note for the Media. 16 February 2012. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2012a. *Early Marriages, Adolescent and Young Pregnancies*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2012b. "Maternal Mortality." Fact Sheet No. 348. Geneva: WHO. Accessible at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/index.html>.
- World Health Organization and Office of the High Commissioner for Human Rights. 2010. *A Human Rights-Based Approach to Health*. Geneva: WHO and OHCHR.
- World Health Organization, UNAIDS, UNICEF. 2010. *Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector: Progress Report 2010*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization and UNFPA. 2009. *Promoting Sexual and Reproductive Health for Persons with Disabilities*. Geneva: WHO and UNFPA.
- World Health Organization, U.S. Agency for International Development, Family Health International. 2009. *Community-Based Health Workers Can Safely and Effectively Administer Injectable Contraceptives: Conclusions from a Technical Consultation*. Research Triangle Park, North Carolina: FHI.



من أجل تحقيق عالم يكون فيه كل حمل مرغوباً،
وكل ولادة مأمونة ويحقق فيه الشباب كامل إمكاناتهم.

صندوق الأمم المتحدة للسكان

United Nations Population Fund

Third Avenue 605

New York, NY 10158 USA

Tel. +1-212 297-5000

www.unfpa.org

©UNFPA 2012

ISBN 978-1-61800-012-5

A/900/2012

