



حالة سكان العالم ٢٠٠٤



توافق آراء القاهرة بعد عشر سنوات:
السكان والصحة الإنجابية والجهود العالمية
لوضع نهاية للفقر

حالة سكان العالم ٢٠٠٤



توافق آراء القاهرة بعد عشر
سنوات: السكان والصحة
الإيجابية والجهود العالمية لوضع
نهاية للفقير

© حقوق الطبع لعام ٢٠٠٤ مطبوعة لصندوق الأمم المتحدة للسكان

صندوق الأمم المتحدة للسكان
ثريا أحمد عبيد، المديرية التنفيذية

الفصول

٣٧	٦	١	١
٣٩		١	عرض عام
٣٩		٢	جعل الناس هم المحور
٤٠		٢	الانتقال من الأقوال إلى الأفعال
٤١		٤	إفادة البلدان من إحرارز تقدم
٤٢		٤	الملكية والثقافة الوطنيتان
٤٤		٦	انبثاق توافق آراء عالمي جديد
٤٤		٦	الأثر الواسع النطاق
٤٤		٦	الشروط مازال طويلاً
٤٤		٧	الطريق إلى الأمام
٤٤		١١	
٤٤		١١	٢ السكان والفقر
٤٤		١١	الغايات الإنمائية للآلفية
٤٤		١٢	الصحة الإنجابية والغايات الإنمائية للآلفية
٤٤		١٢	الأثر الاقتصادي للعوامل الديمغرافية السكانية
٤٤		١٥	فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والفقر
٤٤		١٥	شيوخة السكان
٤٤		١٥	التدابير الوطنية للحد من الفقر
٤٤		١٧	
٤٤		١٧	٣ السكان والبيئة
٤٤		١٧	أثر السكان على استخدام الموارد
٤٤		١٩	الفقر والشفوط الإيكولوجية
٤٤		٢٠	إبعاد التغيير البيئي الجنسانية
٤٤		٢٣	
٤٤		٢٣	٤ الهجرة والتحضّر
٤٤		٢٣	التحضّر والانتقال
٤٤		٢٤	التطورات التي حدثت على صعيد السياسات منذ انعقاد
٤٤		٢٤	المؤتمر الدولي للسكان والتنمية
٤٤		٢٤	الهجرة الدولية
٤٤		٢٥	الاستجابة على صعيد السياسات
٤٤		٢٩	
٤٤		٢٩	المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة
٤٤		٢٩	الإنتاجات
٤٤		٢٩	نتائج الاستقصاء العالمي
٤٤		٢٢	التقدم القانوني
٤٤		٢٢	المؤتمر الدولي للسكان والتنمية والغايات الإنمائية للآلفية
٤٤		٢٢	التحديات: ملء الكوب نصف الفارغة
٤٤		٢٣	
٤٤		٦	٦ الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة
٤٤		٦	تنظيم الأسرة والصحة الجنسية
٤٤		٦	سبل الحصول على وسائل منع الحمل واستخدامها
٤٤		٦	الحاجة غير الملباة
٤٤		٦	خيار الوسائل
٤٤		٦	الأمراض التي تنتقل جنسياً
٤٤		٦	نوعية الرعاية
٤٤		٦	أصوات القوى تدعو إلى الصحة الإنجابية
٤٤		٦	تأمين الإمدادات
٤٤		٦	الرجال والصحة الإنجابية
٤٤		٦	
٤٤		٦	٧ الصحة النفسية
٤٤		٦	أنهج الجديدة
٤٤		٦	الأسباب والعواقب
٤٤		٦	الاعتلال النفسي
٤٤		٦	ناسور الولادة
٤٤		٦	الحد من معدلات وفيات الأمهات واعتلال صحتهن أثناء
٤٤		٦	مرحلة النفاس
٤٤		٦	صعوبات القياس
٤٤		٦	الاستجابات الشاملة
٤٤		٦	الرعاية قبل الولادة
٤٤		٦	إشراف أشخاص مهرة
٤٤		٦	رعاية التوليد في الحالات الطارئة
٤٤		٦	الرعاية بعد الإجهاض
٤٤		٦	نوعية رعاية الصحة النفسية
٤٤		٦	الرجل والصحة النفسية
٤٤		٦	صندوق الأمم المتحدة للسكان والأمومة السائلة
٤٤		٦	
٤٤		٦	٨ الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز
٤٤		٦	الأثر والاستجابة
٤٤		٦	الربط بين الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية
٤٤		٦	وبرامج الصحة الإنجابية
٤٤		٦	الرفقات
٤٤		٦	المشورة والاختيار الطوعيان
٤٤		٦	التحديات الأساسية

١٠٢	المؤشرات	٧٣	المراهقون والشباب
١٠٢	رصد أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية - مؤشرات مختارة	٧٣	تنفيذ توافق آراء المؤتمر الدولي للسكان والتنمية
١٠٦	المؤشرات الديمغرافية والاجتماعية والاقتصادية	٧٤	الجيل الثاني من البرامج
١١٠	مؤشرات مختارة لأهل البلدان/الأقاليم اكتظاظاً بالسكان	٧٥	نتائج الاستقصاء العالمي الذي أجراه صندوق الأمم المتحدة للسكان
١١٢	حواشي المؤشرات	٧٥	دور المنظمات غير الحكومية
١١٣	الملاحظات الفنية	٧٦	دواعي القلق الأساسية بشأن الصحة والتنمية
		٧٧	ثبية احتياجات المراهقين والشباب
		٧٧	الترويج للسلوك الأصح
		٧٨	الخدمات الملائمة للشباب
		٧٨	التقدم القانوني
		٧٩	التحديات الأساسية
			١٠ الصحة الإيجابية للمجتمعات التي تتعرض لآزمات
		٨١	النمو السكاني
		٨٢	تنظيم الأسرة
		٨٢	العنف الجنسي والعنف ضد المرأة
		٨٣	فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وبغيره من الأمراض التي تنتقل جنسياً
		٨٤	صحة المراهقين الإيجابية
		٨٥	المكاسب والتغرات
		٨٧	١١ أولويات العمل
		٨٧	الشراكة مع المجتمع المدني
		٨٩	الموارد اللازمة لتنفيذ برنامج العمل
		٩١	أولويات العمل
		٩٢	الخلاصة
		٩٤	الحواشي
١١٦	التحليلات على الصور ومصادرها		
١١٦	فريق التحرير	١٠٠	مصادر الأطر



١ عرض عام

- وخطت بلدان نامية كثيرة خطوات عظيمة في وضع توصيات المؤتمر الدولي للسكان والتنمية موضع التطبيق العملي، محققة تأثيراً كبيراً. فإلبدان تعمل على إدماج العوامل السكانية مع الخطط الإنمائية، وعلى تحسين جودة ومدى برامج الصحة الإنجابية، وعلى تعزيز حقوق المرأة، وعلى تلبية احتياجات صغار السن ومن يتعرضون لحالات طارئة، وعلى تعزيز جهود الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية. وما برحت إمكانية الحصول على خدمات تنظيم الأسرة تتزايد؛ ويستخدم الآن ٦٠ في المائة من المتزوجين في البلدان النامية وسائل حديثة لمنع الحمل، وذلك بالمقارنة بنسبة تتراوح بين ١٠ و ١٥ في المائة في سنة ١٩٦٠.

- إلا أن عدم كفاية الموارد واستمرار وجود ثغرات في تقديم الخدمات إلى أشد السكان فقراً يعوقان التقدم في مواجهة التحديات المستمرة ومن بينها استمرار انتشار فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، وبخاصة بين صغار السن، والحاجة غير الملّبة إلى خدمات تنظيم الأسرة، وارتفاع معدلات الخصوبة والوفيات النفاسية في أقل البلدان نمواً. ويتعين على المانحين أن يفوا بالالتزامات التي تعهدوا بها في مؤتمر القاهرة وأن يعطوا الأولوية الواجبة للصحة الإنجابية في خطط مساعدة التنمية التي تكافح الفقر، ويجب تصعيد البرامج وتوسيع نطاقها لتحقيق غاية توفير رعاية الصحة الإنجابية الشاملة للجميع بحلول سنة ٢٠١٥، وهي إحدى غايات المؤتمر الدولي للسكان والتنمية.

جعل الناس هم المحور

لقد استند المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، مثلما يتضح من اسمه، إلى مبدأ أن حجم السكان ونموهم وتوزيعهم هي أمور وثيقة الارتباط بأفاق التنمية الاقتصادية والاجتماعية، وأن اتخاذ تدابير في أحد هذين المجالين يعزز التدابير المتخذة في المجال الآخر. وقد نال هذا المبدأ قبولاً متزايداً في العقدين اللذين انقضا منذ انعقاد أول مؤتمر عالمي للسكان في سنة ١٩٧٤، مع سرعة نمو السكان في المناطق النامية ومع اكتساب أعداد متزايدة باستمرار من البلدان خبرة فيما يتعلق ببرامج تنظيم الأسرة. وبحلول سنة

في يوم ١٢ أيلول/سبتمبر ١٩٩٤ بالقاهرة، وبعد تسعة أيام من نقاش شديد، اعتمد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية خطة عمل واسعة النطاق ويستغرق تنفيذها ٢٠ عاماً وصفها المندوبون والمعلقون بأنها تفتتح "حقبة جديدة في مجال السكان".

وقد دعا اتفاق القاهرة، الذي يقوم على التزام بحقوق الإنسان وبالمساواة بين الجنسين، البلدان إلى كفالة الصحة والحقوق الإنجابية للجميع باعتبار أن ذلك يمثل مساهمة حاسمة الأهمية في التنمية المستدامة وفي مكافحة الفقر، اللذين اعتبرهما المؤتمر الدولي للسكان والتنمية لا يتفصمان عن التصدي للشواغل المتعلقة بالسكان.

وقالت الدكتورة نغيس صديق، المديرية التنفيذية لصندوق الأمم المتحدة للسكان وأمينة عام المؤتمر، للمندوبين في الجلسة الختامية "لقد وضعت برنامج عمل للسنوات العشرين المقبلة، ينطلق من واقع العالم الذي نحيا فيه، ويبين لنا مساراً إلى واقع أفضل". "ويتضمن البرنامج أهدافاً وتوصيات محددة للغاية في المجالات المتعاضدة المتعلقة بوفيات الرضع والأمهات في مرحلة النفاس، والتعليم، والصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة، ولكن تأثيره سيكون أوسع نطاقاً من ذلك. فبرنامج العمل هذا يمكن أن يغير العالم".

وبعد انقضاء عشر سنوات من الحقبة الجديدة، حان وقت إجراء استعراض للوضع:

- فبرنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية يقدم مشروعاً لاتخاذ تدابير في مجال السكان والصحة الإنجابية تتفق البلدان على أنها ضرورية لتحقيق الغايات الإنمائية العالمية ومن بينها القضاء على الفقر المدقع، وتمكين المرأة، وخفض الوفيات النفاسية، والحفاظ على البيئة، واستتصال جانحة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. وفي الاجتماعات الإقليمية والعالمية التي عقدت مؤخراً، وكذلك في الممارسة العملية، أكدت الحكومات بقوة من جديد التزامها، القائم على تجربتها، باستخدام برنامج العمل كاستراتيجية لا غنى عنها لتحسين رفاه الناس وكفالة حقوق الإنسان.

١٩٩٤، رأت أغلبية البلدان النامية أن ثمة حاجة للتصدي للشواغل السكانية من أجل العمل على تحقيق النمو الاقتصادي وتحسين رفاه الناس.

نهج جديد. ولكن مؤتمر القاهرة غير تغييراً جذرياً النهج الذي يتبعه المجتمع الدولي فيما يتعلق بالتحديات المترابطة التي يمثلها السكان والتنمية، ووضعاُ البشر وحقوق الإنسان، لا أعداد السكان ومعدلات نموهم، في بؤرة المعادلة.

ويمثل لب هذا التحول في الصيغة التحول عن اعتبار السكان متغيراً من متغيرات الاقتصاد الكلي أساساً فيما يتعلق بالتخطيط والسياسات إلى نهج قائم على الحقوق يمثل رفاه الأفراد محوراً. وبدعاُ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية إلى اتباع السياسات والبرامج نهجاً متكاملأً - يربط العمل السكان والتنمية البشرية، وتمكين المرأة، والمساواة بين الجنسين، واحتياجات الأفراد وحقوقهم، بما في ذلك احتياجات وحقوق صغار السن. واعترف برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بأن الاستثمار في الناس، وفي توسيع الفرص المتاحة لهم وتمكينهم من تحقيق إمكاناتهم كبشر، هو السبيل إلى تحقيق النمو الاقتصادي المستدام والتنمية المستدامة، فضلاً عن أنه السبيل إلى تحقيق التوازن بين معدلات السكان والبيئة والموارد المتوافرة.

وكجزء من هذا التحول، جعل

المؤتمر الدولي للسكان والتنمية تنظيم الأسرة، الذي كان يوماً ما محور التركيز الرئيسي للسياسات والبرامج السكانية، جزءاً من إطار أعم هو الصحة والحقوق الإنجابية، ومن بينها تنظيم الأسرة والصحة الجنسية. وأقر بأن الصحة الإنجابية حق من حقوق الإنسان لجميع الناس طيلة حياتهم، وحث البلدان على السعي إلى إتاحة إمكانية حصول الجميع على خدمات الصحة الإنجابية الشاملة بحلول سنة ٢٠١٥ (انظر الفصل ٦).

اختيار الأفراد يعزز الازدهار. لقد أقر توافق آراء المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بأن تمكين الأزواج والأفراد من أن يحددوا بحرية عدد أطفالهم وتوقيت إنجابهم وفترات المباحة بين إنجابهم من شأنه أن يجعل بإحراز تقدم نحو جعل الأسر أصغر حجماً ونحو إبطاء النمو السكاني، مما يساهم في تحقيق النمو الاقتصادي والحد من الفقر، على كل من صعيد الأسرة المعيشية والصعيد الكلي. وعلى العكس من ذلك، أدرك المؤتمر أن عدم تلبية

الاحتياجات إلى خدمات الصحة الإنجابية ووجود ثغرات كبيرة في تلك الخدمات من شأنهما أن يساعدا على إدامة الخصوبة المرتفعة، ومعدلات الوفيات النفاسية المرتفعة، والنمو السكاني السريع، وأن يقوضا آفاق الحد من الفقر (انظر الفصل ٢).

حقوق المرأة. لقد اعترف بأن تمكين المرأة غاية هامة بحد ذاته، فضلاً عن أنه السبيل إلى تحسين نوعية الحياة بالنسبة للجميع. فبدون مشاركة المرأة مشاركة كاملة وعلى قدم المساواة بالرجل، لا يمكن أن تتحقق تنمية بشرية مستدامة. وشدد برنامج العمل على أهمية الحقوق الإنجابية لاستقلال المرأة ذاتياً، وذلك كتكملة للتعليم، والتمكين الاقتصادي،

والمشاركة السياسية (انظر الفصل ٥). وقد تحققت أوجه تقدم هامة في مجابهة التحديات العاجلة رغم حساسيتها، ومن بينها صحة المراهمين الجنسية، وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، والإجهاض غير المأمون. وأولي اهتمام غير مسبوق للفئات التي لا تحصل على خدمات كافية، ومن بينها فقراء الريف، والشعوب الأصلية، وسكان الأحياء العشوائية في الحضر، واللاجئون، والأشخاص المشردون داخلياً.

المشاركة والشراكة. وتوخى اتفاق القاهرة أيضاً عملية إنمائية تشاركية وخاضعة للمساواة، تُشرك بفعالية المستفيدين منها لضمان ارتباط البرامج وغايات السياسات بالواقع الشخصي، وإقامة شراكات واسعة النطاق بين الحكومات والمنظمات الدولية والمجتمع المدني.

الانتقال من الأقوال إلى الأفعال

لقد شكّل اتفاق القاهرة السياسات والأفعال على مدى السنوات العشر الماضية بحيث تناولت مجموعة واسعة من الشواغل المتعلقة بالسكان والصحة الإنجابية والمساواة بين الجنسين، كما توضح ذلك التقارير والدراسات الاستقصائية القطرية والإقليمية والعالمية التي أعدت مؤخراً.

ففي سلسلة من المؤتمرات الإقليمية التي عقدت احتفالاً بمرور عشر سنوات على انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، أكدت الحكومات جماعياً من جديد تأكيداً قوياً التزامها ببرنامج العمل، رغم محاولات الولايات المتحدة إعادة فتح باب النقاش بشأن قضايا كان توافق آراء القاهرة قد حسمها. وتؤكد بلدان كثيرة من البلدان النامية والبلدان المارة بمرحلة

ولاية واسعة

لقد أعطيت لمؤتمر ١٩٩٤، صراحة، ولاية أوسع من ولاية المؤتمرات السكانية السابقة بشأن قضايا التنمية، مما يعكس الوعي المتزايد بأن قضايا السكان والفقر وأنماط الإنتاج والاستهلاك والبيئة هي قضايا وثيقة الارتباط لدرجة أنه لا يمكن بحث أي منها على انفراد.

— برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، الفقرة ١-٥

انتقالية ملكيتها الوطنية للمؤتمر الدولي للسكان والتنمية، وتفيد بأن السياسات والبرامج التي تسعى إلى الترويج للصحة الإنجابية والمساواة بين الجنسين أصبحت الآن أجزاء لا غنى عنها من خططها الإنمائية.

وفي الدورة السنوية للجنة السكان والتنمية التي عقدت في سنة ٢٠٠٤، اتفقت البلدان على أن تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية يساهم "مساهمة أساسية في تحقيق الغايات الإنمائية المتفق عليها دولياً، ومن بينها تلك الواردة في إعلان الأمم المتحدة بشأن الألفية". (انظر الفصل ٢ للاطلاع على مزيد من المعلومات بشأن الغايات الإنمائية للألفية وصلتها بالمؤتمر الدولي للسكان والتنمية).

إفادة البلدان عن إحراز تقدم

يقدم استقصاء عالمي^١ للحكومات إجراء صندوق الأمم المتحدة للسكان في سنة ٢٠٠٢ مزيداً من الأدلة على أن البلدان النامية تشعر الآن شعوراً قوياً بـ "ملكية" اتفاق المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، وتبذل جهوداً متضافرة لتنفيذ توصياته وتحقيق غاياته. ولقد تحققت مكاسب واسعة في إدماج الشواغل السكانية ضمن الاستراتيجيات الإنمائية للتخفيف من الفقر، وتعزيز حقوق الإنسان والقضاء على انعدام المساواة، وحماية البيئة والحفاظ على الموارد الطبيعية، وتحقيق لا مركزية التخطيط. وانشئت وعُدّت مؤسسات وقوانين للتجديد بإحراز تقدم.

وقد حدث توسع كبير في إمكانية الحصول على خدمات الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة، إلى جانب اتخاذ تدابير لتلبية احتياجات صفار السن، والتصدي لفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، والحد من الوفيات النفاسية. ولكن البلدان التي أجابت على الاستقصاء اعترفت أيضاً بضرورة القيام بما هو أكثر كثيراً لتأمين الحقوق الإنجابية، وإمكانية حصول المراهقين على خدمات الصحة الإنجابية، وتوسيع نطاق خيارات وسائل منع الحمل، وتوفير خدمات أفضل متمحورة حول الزبائن.

وكان من النتائج الرئيسية للاستقصاء العالمي الذي إجراء صندوق الأمم المتحدة للسكان ما يلي:

السكان والتنمية. أفادت البلدان التي أجابت على الاستقصاء، وعددها ١٥١ بلداً، جميعها تقريباً (٩٦ في المائة) عن اتخاذ تدابير لإدماج الشواغل السكانية ضمن السياسات والاستراتيجيات الإنمائية. وذكرت غالبيتها أنها اعتمدت سياسات لمعالجة التفاعلات بين السكان والفقر. وأفاد نصف البلدان عن القيام بأنشطة للتأثير في توزيع سكانها، مثلاً عن طريق إقامة مراكز جديدة للنمو الاقتصادي وتحقيق لا مركزية التخطيط وصنع القرار السياسي. وأصبحت البلدان أيضاً عملية بدرجة أكبر فيما يتعلق بتركيز الموارد وتلبية الاحتياجات ذات الأولوية (انظر الفصل ٢).

المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة. لقد أفادت تسعة وتسعون في المائة من البلدان بأنها اعتمدت سياسات أو قوانين أو أحكاماً دستورية لحماية حقوق الفتيات والنساء، وأنشأت كثرة منها لجاناً وطنية للمرأة. وأوجدت بلدان آليات لتزويد المرأة بالتعليم والمهارات وفرص العمل، ولتعزيز مشاركة المرأة على قدم المساواة في العملية السياسية وفي الشؤون المجتمعية. واعتمدت قوانين واضطُح بأنشطة للدعوة للتصدي للعنف ضد المرأة. واتخذت تدابير شتى لزيادة معدلات قيد الفتيات في المدارس الابتدائية والثانوية.

الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة. لقد بدأت البلدان في إدماج خدمات الصحة الإنجابية ضمن الرعاية الصحية الأولية. ويقوم معظمها بتحسين التدريب وزيادة أعداد مقدمي الخدمات الصحية. فقد قامت تلك البلدان بتحسين مرافق الخدمات وزيادة سبل الحصول عليها، وبخاصة بالنسبة لمن يعيشون في المناطق النائية. ومازال استخدام وسائل منع الحمل الحديثة يتزايد، وربطت بلدان بين تنظيم الأسرة وخدمات الصحة الإنجابية الأخرى. وتقال الجهود الرامية إلى خفض الوفيات والإصابات النفاسية اهتماماً متزايداً، مع زيادة التركيز على الولادة تحت إشراف وعلى زيادة توافر رعاية التوليد في الحالات الطارئة ونظم الإحالة والنقل (انظر الفصل ٦).

فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. لقد أفادت ثلاثة أرباع البلدان بأنها اعتمدت استراتيجيات وطنية بشأن فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز؛ وذكر ثلثها أن لديه استراتيجيات محددة موجهة إلى أكثر الفئات تعرضاً للخطر. وتشجع بلدان كثيرة استخدام الرقالات (العوازل الواقية) استخداماً مستمراً وصحيحاً وتقديم خدمات المشورة والاختبار الطوعية. واستعانت حملات الدعوة بالمشاهير أو بالزعماء الدينيين للتشجيع على أن يكون السلوك الجنسي أكثر أماناً (انظر الفصل ٨).

المراهقون والشباب. يتزايد اعتراف البلدان بالحاجة إلى معالجة قضية صحة المراهقين وحقوقهم الإنجابية، وأفاد ٩٢ في المائة من البلدان عن اتخاذ تدابير في هذا الصدد. فقد ألغى بعضها قوانين وسياسات كانت تقيد سبل حصول المراهقين على معلومات وخدمات الصحة الإنجابية، وأنشأت أكثر من نصفها خدمات ملائمة للشباب. وأدخل معظم البلدان التعليم المتعلق بالصحة الإنجابية، باعتباره عنصراً هاماً من عناصر مهارات الحياة الأساسية، ضمن المناهج المدرسية وضمن البرامج الموجهة إلى الشباب غير الملحقين بالمدارس. وتعتمد بلدان كثيرة أيضاً نهجاً كلياً يتناول السياق الأوسع لحياة الشباب، بما في ذلك الحقائق الاجتماعية - الاقتصادية والفقر وسبل كسب العيش (انظر الفصل ٩).

١ مراعاة الخصوصية الثقافية في برامج صندوق الأمم المتحدة للسكان

لا بد للجهود الإنمائية، لكي تنجح وتستمر، من أن تعترف بالحقائق الاجتماعية والثقافية المحلية وأن تشجع على إقامة حوار مفتوح وعلى إشراك المجتمع المحلي. وهذا المفهوم يوجّه الدعم المقدم من صندوق الأمم المتحدة للسكان للبلدان في تنفيذ برنامج عمل المؤتمر السنوي للسكان والتنمية.

والشراكات مع زعماء ومؤسسات المجتمعات المحلية حاسمة الأهمية لمعالجة القضايا الحساسة ثقافياً، مثلما أكدت تجربة الصندوق.

ففي أوغندا، مثلاً، انخفض ختان الإناث بين قبائل السابيني التي تمثل أقلية انخفاضاً شديداً بدعم من صندوق الأمم المتحدة للسكان، وذلك من خلال إقامة شراكة مع شيوخ تلك القبائل لاستحداث شعارات بديلة عززت إحساس تلك القبائل بالكبرياء الثقافي مع صياغتها حقوق الإنسان للفتيات.

وفي غواتيمالا، التي توجد فيها واحدة من أعلى نسب الوفيات النفاسية في أمريكا اللاتينية، ساعد صندوق الأمم المتحدة للسكان على تيسير إقامة تحالف مارس ضغطاً بنجاح من أجل اعتماد قانون رائد يدعو إلى تحسين صحة المرأة وأسرتها، وقد حقق ذلك بإيجاد أساس مشترك بين جماعات مثبائة إيديولوجياً من بينها الزعماء الكاثوليك، والمسيحيون الإنجيليون، ودرائر قطاع الأعمال.

الشراكات. يعمل معظم الحكومات مع مجموعة واسعة للتتبع من منظمات المجتمع المدني ومنظمات القطاع الخاص - من بينها للمنظمات غير الحكومية الوطنية والدولية، وبخاصة رابطات تنظيم الأسرة، والرابطات النسائية، والمنظمات الأهلية - فيما يتعلق بمجموعة واسعة من القضايا المرتبطة بالمؤتمر الدولي للسكان والتنمية. وهذا التعاون يساعد بالذات في تقديم الخدمات للفتيات التي لا تشملها الخدمات عادة لولا ذلك (انظر الفصل ١١).

الملكية والثقافة الوطنيتان

إن ما يجعل توافق الآراء الذي تم التوصل إليه في مؤتمر القاهرة ناجحاً عملياً هو أن كل بلد يقرر لنفسه ما يتخذه من تدابير وما يتبعه من سياسات، استناداً إلى احتياجاته ذات الأولوية، وضروراته وقيمه الثقافية. ويشدد برنامج العمل على أن تنفيذ توصياته "هو حق سيادي لكل بلد، بما يتسق مع القوانين الوطنية والأولويات الإنمائية، ومع الاحترام الكامل لمختلف القوانين الدينية والأخلاقية والخلفيات الثقافية لشعبه، وطبقاً لحقوق الإنسان الدولية المعترف بها من الجميع".

وصندوق الأمم المتحدة للسكان هو أكبر جهة متعددة الأطراف تقدم الدعم للبرامج المتعلقة بالسكان والصحة الإنجابية وهو وكالة الأمم المتحدة التي تقود عملية تنفيذ توصيات المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. وهو يقدم، شأنه في ذلك شأن المانحين الآخرين، المساعدة المالية والتقنية بناء على طلب الحكومات استجابة للاولويات التي يحددها كل بلد.

انبثاق توافق آراء عالمي جديد

مفهوم متطور^٢. لقد انبثق توافق آراء القاهرة المتمحور حول الصحة والحقوق الإنجابية مما يناهز ٢٥ عاماً من الخبرة فيما يتعلق بالبرامج السكانية، ومن التفاهات الدولية المتطورة بشأن التنمية وحقوق الإنسان. ففي سنة ١٩٦٩، عندما بدأ صندوق الأمم المتحدة للسكان أعماله، لم يكن هناك اتفاق يطبق بشأن السكان فيما بين أعضاء الأمم المتحدة؛ وبحلول سنة ١٩٩٤ أصبحت لصندوق الأمم المتحدة للسكان برامج في ١٤٠ بلداً.

وعندما انعقد مؤتمر السكان الأول في بوخارست في سنة ١٩٧٤، كانت مجموعة كبيرة من البلدان، من بينها معظم بلدان أمريكا اللاتينية، وبلدان أفريقيا الناطقة بالفرنسية، وبعض أجزاء آسيا، مترددة فيما يتعلق بأي أنشطة سكانية تتجاوز عمليات جمع البيانات وتوفير الرعاية الصحية للأم وللطفل. وبعد عقدين من الزمن، أصبحت البلدان جميعها تقريباً تؤيد جميع أنشطة الصحة الإنجابية على اختلافها، ومن بينها خدمات تنظيم الأسرة الطوعية، والأمومة السامة، والوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، والحماية من الأمراض التي تنتقل جنسياً وعلاجها.

تنظيم الأسرة باعتباره حقاً من حقوق الإنسان. لقد كان المؤتمر الدولي لحقوق الإنسان الذي عقد في طهران في سنة ١٩٦٨

أن تلك الحاجات ستزيد زيادة حادة مع تزايد عدد الأزواج الذين هم في سن الإنجاب في العقد المقبل.

وحدد مؤتمر الأمم المتحدة المعني بالبيئة والتنمية الذي عقد في سنة ١٩٩٢ النمو السكاني السريع باعتباره عائقاً خطيراً للتنمية المستدامة. ولكن لم يتوصل للمؤتمر إلى توافق في الآراء بشأن تدابير للتصدي لذلك، نتيجة جزئياً لاستمرار التشكك في برامج تنظيم الأسرة.

وخرج مؤتمر القاهرة من هذا المأزق بربط الغايات الإنمائية بحقوق الإنسان والنهوض بالمرأة.

الحقوق الإنجابية. لقد شق عدد من اللجان الدولية أثناء العقود الذين سبقوا عام ١٩٩٤ درباً جديداً في بلورة حقوق الإنسان، ومن بينها الحق في التنمية والصحة، وحقوق المرأة واتخاذها للقرارات المتعلقة بالإنجاب. وقد جمع المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بين هذه الحقوق مبلوراً مفهوماً جديداً للحقوق الإنجابية.

والحقوق الإنجابية تشمل بوجه عام الحق في الصحة الإنجابية والجنسية، طيلة دورة العمر؛ واتخاذ القرارات الإنجابية ذاتياً، بما يشمل حق الاختيار الطوعي في الزواج، وحق الحصول على المعلومات والوسائل اللازمة لتحديد عدد الأولاد، وتوقيت إنجابهم وفترات المباشرة بين إنجابهم، والمساواة والإنصاف للمرأة والرجل في جميع مجالات الحياة؛ والأمن الجنسي والإنجابي، بما في ذلك التحرر من العنف والإكراه الجنسيين^٢. وقد عُبر عن تلك الحقوق

صراحة في مجموعة متنوعة من المعاهدات والاتفاقيات المتعلقة بحقوق الإنسان ومن الاتفاقيات الدولية التي تم التوصل إليها بتوافق الآراء.

واستعداداً للمؤتمر الدولي للسكان والتنمية عبا دعاء الحقوق الإنجابية في الحكومات وفي المجتمع المدني، وبخاصة المنظمات النسائية، قوامهم لكفالة أن تمثل هذه التفاهات أساس خطة العمل الجديدة للتصدي للشواغل المتعلقة بالسكان والتنمية.

وقد تبين من الاستقصاء العالمي الذي أجراه صندوق الأمم المتحدة للسكان في سنة ٢٠٠٣ أن ١٣١ بلداً غيرت، منذ انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، سياساتها أو قوانينها الوطنية، أو أدخلت تغييرات مؤسسية للاعتراف بالحقوق الإنجابية، فعلى سبيل المثال، تُدرج جنوب أفريقيا وفنزويلا الحقوق الإنجابية ضمن دستوريهما باعتبارها من حقوق الإنسان الأساسية. واعتمدت لجنة حقوق الإنسان في الهند إعلاناً بشأن الحقوق الإنجابية وأوعزت إلى حكومات الولايات بأن تعزز تلك الحقوق وتحميها^٣. وفي إثيوبيا وإكوادور وغانا وكينيا وليبيريا، بين بلدان أخرى، تدعو منظمات غير حكومية من قبيل منظمات المحاميات إلى اتخاذ الحكومة تدابير داعمة للحقوق الإنجابية وترصد تلك التدابير.

الحق التوفيقي المتعلق بالإجهاض. لقد تم التوصل إلى اتفاق واسع النطاق بشأن معظم عناصر برنامج العمل في اجتماعات تحضيرية مطولة. ولكن في مؤتمر القاهرة ذاته هُدد الخلاف حول كيفية معالجة قضية الإجهاض، وهو خلاف حظي

المؤتمر الدولي للسكان والتنمية والحقوق الإنجابية

تشمل الحقوق الإنجابية بعض حقوق الإنسان المعترف بها فعلاً في القوانين الوطنية والوثائق الدولية لحقوق الإنسان وغيرها من وثائق الأمم المتحدة التي تظهر توافقاً دولياً في الآراء. وتستند هذه الحقوق إلى الاعتراف بالحق الأساسي لجميع الأزواج والأفراد في أن يقرروا بأنفسهم بحرية ومسؤولية عدد أولادهم وفترات المباشرة بين إنجابهم وتوقيت إنجابهم، وأن تكون لديهم المعلومات والوسائل اللازمة لذلك، والاعتراف أيضاً بالحق في بلوغ أعلى مستوى ممكن من الصحة الجنسية والإنجابية. كما تشمل حقهم في اتخاذ القرارات المتعلقة بالإنجاب دون تمييز أو إكراه أو عنف على النحو المبين في وثائق حقوق الإنسان. ولدى ممارسة الأزواج والأفراد لهذا الحق، ينبغي أن يأخذوا في الاعتبار حاجات معيشتهم ومعيشة الأولاد في المستقبل ومسؤولياتهم تجاه المجتمع. وينبغي أن يكون تعزيز الممارسة المسؤولة لهذه الحقوق بالنسبة لجميع الناس هو المرتكز الأساسي للسياسات والبرامج التي تدعمها الحكومة والمجتمع في مجال الصحة الإنجابية، بما في ذلك تنظيم الأسرة.

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

بتغطية إعلامية واسعة النطاق، بإعانة التوصل إلى توافق في الآراء.

وبعد مناقشة مطولة تم التوصل إلى حل توفيقي. فالمؤتمر الدولي للسكان الذي عقد في سنة ١٩٨٤ كان قد اتفق على أن الإجهاض لا ينبغي أبداً تشجيعه كوسيلة لتنظيم الأسرة، وعلى وجوب مساعدة المرأة على تجنب الإجهاض من خلال تحسين إمكانية حصولها على خدمات تنظيم الأسرة، وأن المرأة التي تلجأ إلى الإجهاض تحتاج إلى علاج ومشورة إنسانيتين. وأكد برنامج عمل سنة ١٩٩٤ مجدداً هذه النقاط وأضاف، إقراراً منه بأن الإجهاض غير المأمون^١ شاغل رئيسي من الشواغل المتعلقة بالصحة العامة، أن للمرأة ينبغي أن تتاح لها سبل الحصول على خدمات جيدة لإدارة مضاعفات الإجهاض. واتفقت الحكومات على أن السياسة المتعلقة بالإجهاض هي مسألة تتعلق بصنع القرار على الصعيد الوطني؛ وعلى أن الإجهاض ينبغي أن يكون مأموناً حيثما كان ليس متعارضاً مع القانون.

وأيد المؤتمر العالمي الرابع المعني بالمرأة الذي عقد في بيجين سنة ١٩٩٥ خطة عمل القاهرة وأيد الحقوق الإنجابية باعتبارها أساسية لجدول أعمال تحقيق المساواة بين الجنسين. وأسهب مؤتمر بيجين في تناول مفهوم الأمن الجنسي، محدداً أن "حقوق الإنسان للمرأة تشمل حقها في أن تسيطر على حياتها الجنسية، وأن تبت بحرية ومسؤولية في الأمور المتعلقة بهذا الجانب، ومن بينها الصحة الجنسية والإنجابية، دون التعرض للإكراه والتمييز أو العنف".

الأثر الواسع النطاق

لقد كان هناك أثر واسع النطاق لنجاح المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في طرح جدول أعمال يتعلق بحقوق الإنسان للتصدي للتحديات الحاسمة الأهمية في مجال الصحة والتنمية. ومنذ سنة ١٩٩٤ استخدمت المنظمات غير الحكومية والبلدان واستخدم المجتمع الدولي توافق الآراء للمساعدة على طرح جدول أعمال بعيد المدى بشأن التمكين والمساواة. فعلى سبيل المثال:

• صعدت البلدان جهودها لمكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز باتباع نهج شامل ومتكامل في مجالات الوقاية والعلاج والرعاية والدعم (انظر الفصل ٨).

• أصبحت صحة المراهقين الإنجابية شاغلاً جديداً على نطاق العالم (انظر الفصل ٩).

• تتزايد المعارضة للزواج المبكر باعتباره يمثل خطراً على صحة الفتيات وانتهاكاً لحقوقهن.

• أدى استمرار ارتفاع معدلات الوفيات النفاسية إلى تكثيف دراسة أسبابه وسبل علاجه (انظر الفصل ٧).

• يتزايد الإقرار باحتياجات المرأة في مجال الصحة الإنجابية ويتزايد تقديم الدعم لتلبية تلك الاحتياجات في الحالات الطارئة (انظر الفصل ١٠).

• اتخذ مجلس الأمن التابع للأمم المتحدة في تشرين الأول/ أكتوبر ٢٠٠٠ بالإجماع القرار ١٢٢٥ بشأن المرأة والسلام والأمن، الذي دعا إلى إدماج الاحتياجات الخاصة للمرأة والفتاة في جميع القرارات المتعلقة بالإعادة إلى الوطن وإعادة التوطين والتأهيل وإعادة الإدماج والتعمير بعد انتهاء الصراعات.

• يتخذ عدد متزايد من البلدان تدابير للوقاية من ناسور الولادة ولعلاجه، وهو إصابة بشعة تحدث أثناء الولادة، وبخاصة في حالة الأمهات المراهقات.

• منذ أن حدد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية أن الإجهاض غير المأمون هو أحد الشواغل الرئيسية المتعلقة بالصحة العامة تزايدت التدابير الرامية إلى الحد من الأثر المترتب على ذلك الإجهاض، وقد تضمن ذلك تقديم مزيد من الدعم لتوفير خدمات جيدة في مجال تنظيم الأسرة ورعاية جيدة بعد الإجهاض، وإجراء مناقشة مفتوحة تهدي بالقيم الثقافية بشأن الظروف التي قد يجوز فيها جعل الإجهاض مباحاً.

• تنال حملات مناهضة العنف ضد المرأة (بما في ذلك العنف العائلي واللجوء إلى الاغتصاب لترويع السكان المنكوبين بالحرب) دعماً واسع النطاق في كثير من البلدان.

• تتزايد النداءات التي تدعو إلى القيام بعمل عالمي لمكافحة الاتجار بالنساء والأطفال والزج بهم قسراً في صناعة الجنس العالية.

• تُتخذ تدابير قوية لوضع نهاية لختان الإناث وتغييره من الممارسات التقليدية الضارة، وهي ممارسات كانت تُعتبر يوماً ما بالغة الحساسية بحيث تتعذر مناقشتها؛ وقد حُرِّم ١٧ بلداً ختان الإناث وجرت عملية تعبئة لمجتمعات كثيرة لاستئصال شائفة هذه الممارسة.

الشروط مازال طويلاً

إن التقدم الذي حققته البلدان حتى الآن في وضع توصيات المؤتمر الدولي للسكان والتنمية موضع التطبيق العملي أرسى الأساس لإحراز مزيد من التقدم في كفاءة الصحة والحقوق الإنجابية. ولكن التحديات الباقية التي يجب التصدي لها تحديات هائلة:

فالهجرة مستمرة من المناطق الريفية في البلدان النامية إلى المدن التي تنمو بسرعة. فبحلول سنة ٢٠٠٧ سيصبح نصف عدد سكان العالم موجودين في الحضر. وتقديم خدمات اجتماعية تتضمن رعاية الصحة الإنجابية في المناطق الحضرية الفقيرة يمثل تحدياً رئيسياً، وكذلك تلبية احتياجات المجتمعات الريفية التي لا تحصل على خدمات كافية.

ويُسهم النمو السكاني، إلى جانب ارتفاع استهلاك السكان ليسوري الحال للموارد، في زيادة الضغوط على البيئة العالمية. وسيؤدي الاحتقار العالمي، وإزالة الغابات، وتزايد شحة المياه، وتناقص الأراضي الزراعية، إلى زيادة صعوبة التصدي للفقر ولانعدام المساواة بين الجنسين.

وما يربو على ٣٥٠ مليوناً من الأزواج مازالوا لا يملكون سبيلاً للحصول على مجموعة كاملة من خدمات تنظيم الأسرة. فنحو ١٢٧ مليون امرأة يرغبن في تأخير ولادتهن التالية أو يرغبن في تجنب ولادة أخرى ولكنهن لا يستعملن وسائل لتنظيم الأسرة؛ بينما تستعمل ٦٤ مليون امرأة أخريات وسائل أقل فعالية. وتصل الخدمات الآن إلى عدد من النساء أكبر كثيراً مما كان يحدث في أي وقت مضى، ولكن لا يحدث توسع في تلك الخدمات بالسرعة الكافية لسد الفجوات القائمة أو لمسايرة النمو السكاني وتزايد الطلب. فالطلب على خدمات تنظيم الأسرة سيزيد بنسبة ٤٠ في المائة بحلول سنة ٢٠٢٥.

ومضاعفات الحمل والولادة هي أحد الأسباب الرئيسية للوفاة والمرض بين النساء في سن الإنجاب في كثير من أنحاء العالم النامي. وتعاني قرابة ٨ ملايين امرأة كل سنة من مضاعفات مرتبطة بالحمل تعرض حياتهن للخطر؛ ويموت أكثر من ٥٢٩.٠٠٠ امرأة نتيجة لتلك المضاعفات، توجد ٩٩ في المائة منهن في البلدان النامية^٦. وتعاني أعداد من النساء تفوق هذه الأعداد عدة مرات من الأضماح أو الإصابات.

وفي العالم النامي ككل، لا يحصل ثلث جميع النساء الحوامل على رعاية صحية أثناء الحمل؛ ويحدث ٦٠ في المائة من الولادات خارج المرافق الصحية؛ ولا تقدم مساعدة من مشرفين مهرة إلا في نصف جميع الولادات.

وكان هناك ما يقدر بـ ٥ ملايين إصابة جديدة بفيروس نقص المناعة البشرية أثناء سنة ٢٠٠٢، أي بمعدل قدره ١٤.٠٠٠ إصابة يومياً؛ كان ٤٠ في المائة منها إصابات بين نساء وزهات ٢٠ في المائة منها إصابات بين أطفال. وفي منتصف سنة ٢٠٠٤ كان هناك حوالي ٢٨ مليون شخص مصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. وفي سنة ٢٠٠٢ توفي نحو ٢ ملايين شخص نتيجة للإيدز؛ ٢,٥ مليون منهم بالفون، و ٥٠٠.٠٠٠ طفل دون سن الخامسة عشرة^٧.

قصور الموارد. في مواجهة هذه التحديات كانت استجابة المجتمع الدولي لا تفي بالمراد. فبعد حدوث طفرة أولية في أعقاب مؤتمر القاهرة، ظلت مستويات الموارد ثابتة.

فالبلدان المانحة لم توفر إلا حوالي نصف الموارد الخارجية التي اتفق المؤتمر الدولي للسكان والتنمية على أنها ستلزم لتنفيذ برنامج العمل. وقد وافق المانحون على تقديم ٦,١ بلايين دولار سنوياً لبرامج السكان والصحة الإنجابية بحلول سنة ٢٠٠٥، وهو ما يمثل ثلث الموارد الإجمالية اللازمة. وخلال الفترة ما بين سنة ١٩٩٩ وسنة ٢٠٠١ ظلت مساهماتهم عند مستوى قدره ٢,٦ بلايين دولار تقريباً؛ ثم زادت في سنة ٢٠٠٢ إلى ٣,١ بلايين دولار^٨. وفي مواجهة جائحة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، ثمة احتياجات إضافية، وبخاصة لتوفير إمدادات مضمونة وكافية من سلع الصحة الإنجابية، من بينها الرفالات الذكورية والأنثوية.

الطريق إلى الامام

إن حلول الذكرى السنوية العاشرة للمؤتمر الدولي للسكان والتنمية فرصة للحكومات والمجتمع الدولي لاستعراض الجهود التنفيذية، وتحديد التعهدات، وتحديد الأولويات والتحديات الباقية. وقد أكدت الاستعراضات والاستجابات الإقليمية للاستقصاء العالمي الذي أجراه صندوق الأمم المتحدة للسكان أن البلدان حققت تقدماً كبيراً، وأنها ملتزمة التزاماً قوياً باتخاذ المزيد من التدابير.

ومازال برنامج العمل يتيح، بنهجه الشامل الذي يربط بين السكان والتنمية - بما في ذلك حماية البيئة وإدارة النمو الحضري والريفي - والمساواة بين الجنسين، والصحة والحقوق الإنجابية، مشروعاً أساسياً للجهود الإنمائية في العقد المقبل.

وتتيح التزامات الأمم المتحدة والمانحين مؤخراً باتباع استراتيجيات للحد من الفقر والعمل على بلوغ الغايات الإنمائية للألفية (بما في ذلك التدابير الرامية إلى خفض معدلات الوفيات النفاسية واستئصال شائقة جائحة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز) فرصة حقيقية لتوليد ما سيلزم من إرادة سياسية وموارد إضافية لتنفيذ توافق آراء القاهرة تنفيذاً كاملاً.

ويشكل هدف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية المتمثل في إتاحة سبل حصول الجميع على رعاية الصحة الإنجابية بحلول سنة ٢٠١٥ شرطاً أساسياً لبلوغ معظم الغايات الإنمائية للألفية. ومن الأهمية بمكان كفاءة عدم تجاهل الموارد والتدابير اللازمة من أجل الصحة الإنجابية عند تحديد أولويات التمويل. فالدعم المقدم من المانحين في هذا القطاع لا يتجاوز نحو نصف المستوى الذي اتفق عليه المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، وما زالت الاحتياجات أخذة في التزايد.

وعلاوة على ذلك، يلزم تمويل من أجل تنفيذ برامج متكاملة ومتعددة القطاعات. ويتناقض هذا النهج، الذي يمثل لب رؤية المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، مع نهج وضع برامج لكل قطاع على حدة (ولكل مرض على حدة في إطار قطاع الصحة) التي يسرها توجه الغايات الإنمائية للألفية.

مازال سكان العالم، الذين يبلغ عددهم حالياً ٦,٤ بلايين نسمة، يتزايدون بسرعة، بمعدل قدره ٧٦ مليوناً كل سنة. وتوقع الأمم المتحدة أن يزيد عدد سكان العالم، بحلول سنة ٢٠٥٠، بنحو ٢,٥ بلايين نسمة، أي بما يعادل عدد سكان العالم الإجمالي في سنة ١٩٥٠.

وقد تباعداً النمو بعد أن كان قد بلغ ذروته في منتصف تسعينيات القرن العشرين ببلوغه حوالي ٨٢ مليوناً سنوياً. وانخفض متوسط حجم الأسرة من ستة أطفال لكل امرأة في سنة ١٩٦٠ إلى حوالي ثلاثة أطفال حالياً، بعد أن أصبحت خدمات تنظيم الأسرة حالياً أكثر متألماً وأوسع استعمالاً. وتشير التوقعات إلى أن مجموع عدد سكان العالم سيبدأ في الثبات في منتصف هذا القرن، مع انخفاض الخصوبة إلى ما يمثل مستوى الإحلال أو أقل.

ولكن بعض البلدان ستبلغ تلك المرحلة بعد بلدان أخرى بكثير. فسيزيد عدد سكان البلدان التي تنسم بكثرة عدد الشباب، بينهم (نتيجة لارتفاع الخصوبة في الماضي القريب) لعدة عقود حتى وإن كان حجم الأسر الصغير سيكون هو الشائع. فعند المرافقين.

الذين تتراوح أعمارهم بين ١٠ سنوات و ١٩ سنة يبلغ الآن ١,٢ بليون مرافق، وهو عدد لم يسبق له مثيل.

وفي أشد البلدان فقراً، حيث تظل معدلات الخصوبة والولادات مرتفعة وتظل سبل الحصول على خدمات تنظيم الأسرة محدودة، بدأ فحسب توالى التحول إلى تكوين أسر أصغر حجماً. ومن المتوقع أن يزيد عدد سكان أقل البلدان نمواً ومجموعها ٥٠ بلداً بنسبة قدرها ٢٢٨ في المائة، بحيث يبلغ عددهم ١,٧ بليون بحلول سنة ٢٠٥٠.

وستشهد البلدان التي انخفضت فيها معدلات الخصوبة انخفاضاً حاداً شديداً هائلاً بين سكانها في العقود المقبلة، وهو الاتجاه بدأ فعلاً في البلدان المتقدمة النمو وأصبح يشكل شاغلاً رئيسياً من الشواغل المتعلقة بالسياسات.

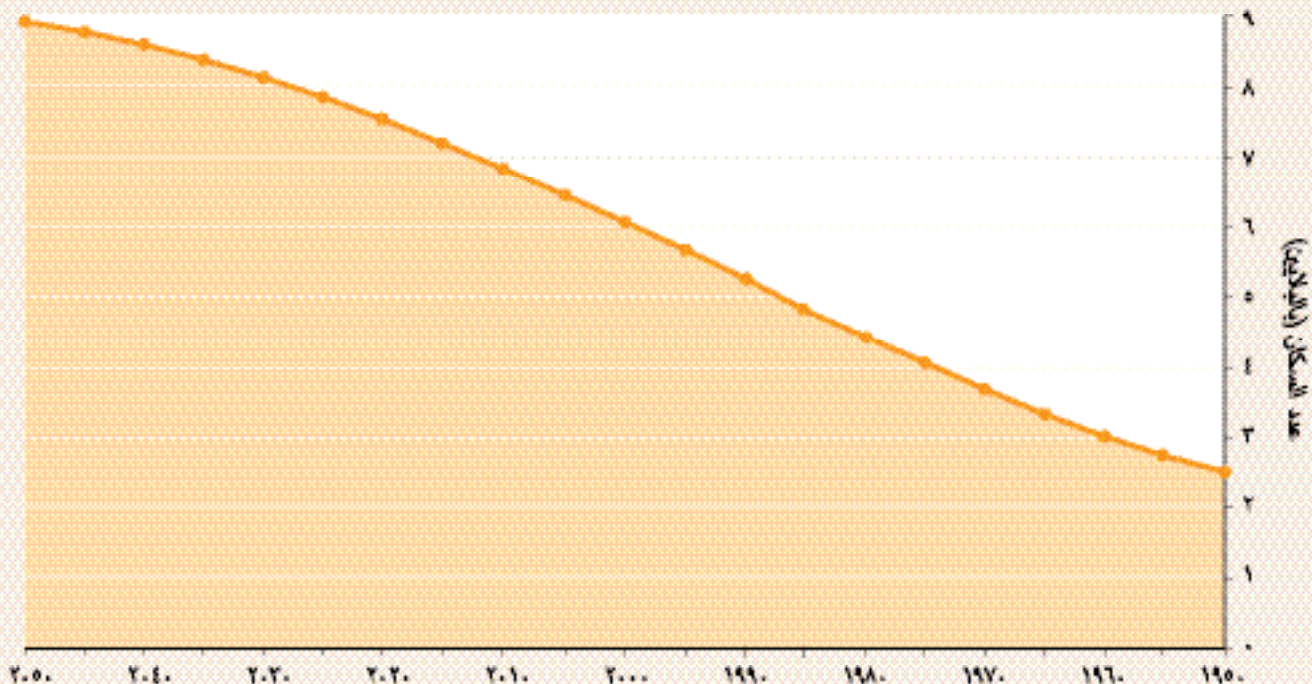
وسيحده ستة وتسعون في المائة من النمو المتوقع في بلدان نامية. ويتدنى الآن عدد سكان أوروبا واليابان ومن المتوقع أن يتضاعف معدل التدي بحلول الفترة ٢٠١٠ - ٢٠١٥؛ ومازال عدد سكان أمريكا الشمالية يزيد بحوالي ١ في المائة سنوياً، بسبب الهجرة إلى حد كبير.

وتقديرات عدد السكان حالياً وتوقعات زيادة ذلك العدد هي تقديرات وتوقعات أقل من تلك التي كانت موجودة قبل عقد مضى، وهذا يرجع بدرجة كبيرة إلى أن أثر فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز في أفريقيا كان أسوأ مما كان متوقعاً سابقاً وأن النمو السكاني في البلدان المتقدمة انخفض بسرعة أكبر.

ومن المتوقع أن البلدان الأفريقية الأشد تدياً بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز وعددها ٢٨ بلداً سيصبح عدد سكانها ٨٢٢ مليوناً في سنة ٢٠١٥، أي ما يقل بمقدار ٩١ مليوناً عن عددهم لو لم تكن قد حدثت وباءات بسبب الإيدز وأكن عددهم سيكون أكبر بما يتجاوز ٥٠ في المائة من عددهم حالياً (فبدون فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز كان عددهم سيزيد بنسبة ٧٠ في المائة).

وتقتضئ إسقاطات الأمم المتحدة التي تتوقع حدوث تباطؤ في النمو السكاني أن مزيداً من الأزواج سيصبح بمقدورهم أن يختاروا تكوين أسر أصغر حجماً، وهذا يتطلب استثمارات أكبر لكفالة زيادة سبل الحصول على معلومات وخدمات الصحة الإنجابية، ومن بينها تنظيم الأسرة.

الشكل ١: عدد سكان العالم، ١٩٥٠-٢٠٥٠ (المتوقع)



المصدر: تخمة السكان بالأمم المتحدة

وللاستثمار في تحسين الصحة الإنجابية مردود مرتفع توجد براهين عليه. ويلزم مزيد من التمويل، على وجه الخصوص، لزيادة توافر خدمات تنظيم الأسرة الطوعية، ولزيادة سبل الحصول على رعاية التوليد في الحالات الطارئة وعلى التدخلات المأمونة الأخرى المتعلقة بالأمومة، ولتصعيد جهود الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز كجزء من التصدي المكثف لتلك الجائحة. وتلزم جهود خاصة لتقديم الخدمات إلى المراهقين والشباب، وإلى من شردتهم الحروب والكوارث الطبيعية.

ومن المهم أيضاً تعزيز استنتاجات المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الأساسية الأخرى وهي: أن الخطط والسياسات الإنمائية يجب أن تعالج العوامل الدينامية السكانية وصلتها بالصحة الإنجابية، وأثر تلك العوامل على آفاق تحقيق نمو اقتصادي

مستدام والحد من الفقر؛ ويجب إشراك المجتمعات المحلية والمستفيدين في تشكيل البرامج وتقييمها؛ ويجب الاضطلاع بالتدخلات في شراكة مع المجتمع المدني، كما يجب أن تراعي تلك التدخلات الحساسيات الثقافية.

وكان برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية قد بدأ، قبل عشر سنوات، بالإشارة إلى أن العالم "في لحظة حاسمة من تاريخ التعاون الدولي"، وهي وجود فرصة لا نظير لها لتعزيز رفاه الإنسان بالربط بين التنمية والسكان، والنهوض بالمرأة، والصحة الإنجابية، وتحديات اليوم - التي تشمل الشواغل الأمنية، واستمرار انتشار فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، واستمرار الفقر إلى جانب ازدهار غير مسبوق - تُزيد من حتمية تنفيذ جدول أعمال القاهرة لكي يتحقق حلم وجود مستقبل أفضل.



٢ السكان والفقير

لقد كان من المرتكزات الأساسية لمؤتمر القاهرة الذي عقد في سنة ١٩٩٤ فكرة أن حجم سكان أي بلد ونموهم وتكوينهم العمري وتوزيعهم ما بين الريف والحضر يترك أثراً حاسماً الأهمية على أفاق التنمية في ذلك البلد، وتحديد أفاق رفح مستويات معيشة الفقراء. وقد دعا المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، كانعكاس لهذا المفهوم، البلدان إلى "إدماج الشواغل السكانية ضمن الاستراتيجيات وعمليات التخطيط وصنع القرار وتوزيع الموارد على جميع المستويات لأغراض التنمية".

وكان من بين الشواغل الأساسية في مجال السكان والتنمية التي تناولها برنامج العمل: السكان والفقير؛ والبيئة (انظر الفصل ٣)؛ والصحة، والاعتلال، والوفيات (الفصول ٦ و ٧ و ٨)؛ والتوزيع السكاني، والتحضر، والهجرة الداخلية والدولية (الفصل ٤). فالفقير يديم اعتلال الصحة، وانعدام المساواة بين الجنسين، وبسرعة النمو السكاني. وقد أقر المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بأن تمكين المرأة والرجل بواسطة التعليم والمساواة في الفرصة، ووسائل تحديد عدد أولادها وفتوات المبادعة بين إنجابهم، هو أمر حاسم الأهمية للخروج من هذه الدائرة المفرغة.

وفي سنة ١٩٩٤ كان هناك بالفعل دليل قوي، يستند إلى جيلين من الخبرة، على أن البلدان النامية ذات معدلات الخصوبة الأقل وذات النمو السكاني الأبطأ تكون إنتاجيتها أعلى، وتكون مدخراتها أكثر، ويكون الاستثمار المنتج فيها أكثر، مما يؤدي إلى الإسراع بتحقيق النمو الاقتصادي.

ويؤكد تحليل أحدث البيانات أن البلدان التي نجحت في خفض معدلات الخصوبة والوفيات بالاستثمار في الصحة والتعليم قد ازدهرت نتيجة لذلك.

ومع سعي المجتمع الدولي إلى تركيز الجهود الإنمائية تركيزاً أكثر فعالية لتحقيق الغايات الإنمائية للألفية من أجل القضاء على الفقر وتحسين رفاه الناس، يستحق جدول أعمال المؤتمر الدولي للسكان والتنمية القائم على أساس الحقوق والمتعلق بمعالجة الترابط بين السكان والفقير أن ينال أعلى درجات الأولوية.

الغايات الإنمائية للألفية

لقد تغيرت السياسات التي تشكل المساعدة الإنمائية الدولية في العقد الذي انقضى منذ انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. فقد حدث

ركود في مبلغ المساعدة عند مستوى ٦٠ بليون دولار سنوياً، نتيجة لكل من وهن المانحين وعدم اليقين الاقتصادي. وفي الوقت ذاته، أصبح المانحون أكثر انتقاداً لكيفية استخدام المساعدة (مع إلغاء اللوم على كل من الحكومات المانحة والحكومات المتلقية). وعملاً على زيادة أثر المساعدة الإنمائية، جعل المانحون إدارة تلك المساعدة معياراً هاماً لتخصيصها، وعززوا التركيز بوجه عام على التخفيف من الفقر باعتباره الأساس المنطقي الرئيسي لتقديم المساعدة.

وكان هدف تركيز المساعدة الإنمائية تركيزاً أكثر فعالية هو الذي شكّل مؤتمر قمة الألفية الذي عقد في مقر الأمم المتحدة في سنة ٢٠٠٠ وهو الذي شكّل تحديده للغايات الإنمائية للألفية وما يرتبط بها من أهداف تتعلق بالحد من الفقر العالمي بحلول سنة ٢٠١٥.

١. **القضاء على الفقر المدقع والجوع.** تخفيض نسبة السكان الذين يقل دخلهم اليومي عن دولار واحد وتخفيض نسبة السكان الذين يعانون من الجوع إلى النصف بحلول سنة ٢٠١٥.

٢. **تحقيق تعميم التعليم الابتدائي.** كفاية تمكين جميع الأطفال، سواء الذكور أو الإناث منهم، من إتمام مرحلة التعليم الابتدائي بحلول سنة ٢٠١٥.

٣. **تعزيز المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة.** إزالة التفاوت بين الجنسين في التعليم الابتدائي والثانوي ويفضل أن يكون ذلك بحلول عام ٢٠٠٥، وبالنسبة لجميع مراحل التعليم في موعد لا يتجاوز عام ٢٠١٥.

٤. **تخفيض معدل وفيات الأطفال.** تخفيض معدل الوفيات بين الأطفال دون سن الخامسة بمقدار الثلث بحلول سنة ٢٠١٥.

٥. **تحسين الصحة الإنجابية.** تخفيض معدل الوفيات الإنجابية بمقدار ثلاثة أرباع بحلول سنة ٢٠١٥.

٦. **مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والملاريا وغيرهما من الأمراض.** وقف انتشار فيروس نقص المناعة

البشرية/الإيدز والملاريا وغيرها من الأمراض الرئيسية وهدد انحسارها بحلول سنة ٢٠١٥.

٧. **كفاءة الاستدامة البيئية.** إدماج مبادئ التنمية المستدامة في السياسات والبرامج القطرية، وانحسار فقدان الموارد البيئية. وتخفيض نسبة الأشخاص الذين لا يمكنهم الحصول على مياه الشرب المأمونة إلى النصف بحلول سنة ٢٠١٥. وتحقيق تحسن كبير بحلول سنة ٢٠٢٠ في معيشة ما لا يقل ١٠٠ مليون من سكان الأحياء الفقيرة.

٨. **إقامة شراكة عالمية من أجل التنمية.** المضي في إقامة نظام تجاري وعالي يتسم بالانفتاح والتقدير بالقواعد والقابلية للتنبؤ به وعدم التمييز يشمل التزاماً بالحكم الرشيد، والتنمية، وتخفيف وطأة الفقر، على الصعيدين الوطني والدولي. ومعالجة الاحتياجات الخاصة لأقل البلدان نمواً والاحتياجات الخاصة

للبلدان غير الساحلية والدول الجزرية الصغيرة النامية. والمعالجة الشاملة لمشاكل نيون البلدان النامية. وإيجاد عمل كريم ومنتج للشباب. والتعاون مع شركات المستحضرات الصيدلانية لإتاحة العقاقير الأساسية بأسعار ميسورة في البلدان النامية. والتعاون مع القطاع الخاص لإتاحة فوائد التكنولوجيات الجديدة، وبخاصة تكنولوجيات المعلومات والاتصالات.

والغايات والأهداف المحددة في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (انظر الإطار ٢) هي التي اهدت بها الغايات الإنمائية للألفية من نواح كثيرة.

الصحة الإيجابية والغايات الإنمائية للألفية

إن غاية إتاحة سبل حصول الجميع على خدمات جيدة للصحة الإيجابية بحلول عام ٢٠١٥ التي حددها مؤتمر القاهرة ليست من بين الغايات الإنمائية للألفية. وقد أثار ذلك قلقاً من أن الصحة الإيجابية

٢

غايات المؤتمر الدولي للسكان والتنمية واستعراض سنة ١٩٩٩

اعتمد المؤتمر الدولي لسكان والتنمية الغايات المتعاضدة التالية:

• **المساواة بين الجنسين في التعليم.** إزالة الفجوة بين الجنسين في التعليم الابتدائي والثانوي بحلول سنة ٢٠٠٥. وتحقيق إمكانية الحصول الكامل على التعليم الابتدائي أو ما يعادله بالنسبة للبنات والبنين بأقصى سرعة ممكنة وقبل سنة ٢٠١٥ بأي حال.

• **وفيات الرضع والأطفال والأمهات.** تخفيض معدلات وفيات الرضع والأطفال دون سن الخامسة بمقدار الثلث على الأقل، إلى ما لا يتجاوز ٥٠ و ٧٠ بين كل ١٠٠٠ مولود حي، على التوالي، بحلول سنة ٢٠٠٠، وإلى ما لا يقل عن ٢٥ و ٤٥ بين كل ١٠٠٠ مولود حي، على التوالي، بحلول سنة ٢٠١٥؛ وتخفيض وفيات الأمهات بحلول سنة ٢٠٠٠ إلى نصف مستوياتها في سنة ١٩٩٠ وبمقدار نصف آخر بحلول سنة ٢٠١٥ (وتحديداً، في البلدان ذات أعلى معدلات الوفيات، إلى أقل من ٦٠ بين كل ١٠٠٠٠ مولود حي)؛

• **خدمات الصحة الإيجابية.** تعميم توافر سبل حصول الجميع على مجموعة كاملة من الوسائل المأمونة والموثوق بها لتنظيم الأسرة

وعلى ما يرتبط بذلك من خدمات الصحة الإيجابية والجنسية بحلول سنة ٢٠١٥.

• **واستعراضاً للسنوات الخمس الأولى لتنفيذ برنامج العمل.** أحاطت الأمم المتحدة علماً في سنة ١٩٩٩ بتفاقم أزمة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وبقابلية الشباب للإصابة به واعتمدت أهدافاً عديدة محددة لتقييم تنفيذ البرنامج:

• **التعليم.** خفض معدلات أمية النساء والفتيات بحلول سنة ٢٠٠٥ بالوصول بها إلى نصف ما كانت عليه في سنة ١٩٩٠؛ وكفالة قيد نسبة قدرها ٩٠ في المائة على الأقل من الأطفال من كلا الجنسين في التعليم الابتدائي بحلول سنة ٢٠١٠؛

• **خدمات الصحة الإيجابية.** توفير مجموعة واسعة من وسائل تنظيم الأسرة، ورعاية التوليد الأساسية، والوقاية من أمراض الجهاز التناسلي وإدارتها، في ٦٠ في المائة من مرافق الرعاية الصحية الأولية بحلول سنة ٢٠٠٥؛ وفي ٨٠ في المائة من تلك المرافق بحلول سنة ٢٠١٠، وفي جميع المرافق بحلول سنة ٢٠١٥؛

• **الوفيات التنفسية.** كفالة حدوث ٤٠ في المائة على الأقل من جميع الولادات بمساعدة مشرفين مهرة بحلول سنة ٢٠٠٥ حيثما كانت معدلات الوفيات التنفسية مرتفعة ارتفاعاً شديداً، ونسبة ٥٠ في المائة بحلول سنة

٢٠١٠، ونسبة ٦٠ في المائة بحلول سنة ٢٠١٥؛ وعالمياً، ينبغي حدوث ٨٠ في المائة من الولادات بمساعدة مشرفين مهرة بحلول سنة ٢٠٠٥. و ٨٥ في المائة بحلول سنة ٢٠١٠، و ٩٠ في المائة بحلول سنة ٢٠١٥؛

• **الحاجة غير الملباة إلى تنظيم الأسرة.** تخفيض أي فجوة بين نسب الأفراد الذين يستعملون وسائل منع الحمل وأولئك الذين يريدون رفقة في المياعة بين ولادات أطفالهم أو في الحد من حجم أسرهم بمقدار النصف بحلول سنة ٢٠٠٥، ونسبة ٧٥ في المائة بحلول سنة ٢٠١٠، وتتماماً بحلول سنة ٢٠١٥. ولا ينبغي استخدام أهداف أو حصص لتوزيع هذه الغاية.

• **فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز.** كفالة سبل حصول ٩٠ في المائة على الأقل من الشبان والشابات الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ٢٤ سنة بحلول سنة ٢٠١٠ على وسائل للوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز من قبيل الرفالات الأنثوية والذكرية، والاختبار الطوعي، والمشورة، والمتابعة؛ وتخفيض معدلات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية في هذه الفئة العمرية بنسبة ٢٥ في المائة في أشد البلدان تضرراً بهذا الوباء بحلول سنة ٢٠٠٥، ونسبة ٢٥ في المائة عالمياً بحلول سنة ٢٠١٠.

قد لا تنال ما تستحقه في الجهود الرامية إلى تحسين توجيه الموارد نحو الأولويات الإنمائية. ولكن كما أكد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، فإن هذه الغاية أساسية للحد من الفقر وتخفيف وفيات الأطفال والأمهات والحد من انتشار فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز.

وكما ذكر كوفي عنان الأمين العام للأمم المتحدة في رسالة وجهها إلى المؤتمر السكاني الخامس لآسيا والمحيط الهادئ، الذي عقد في بانكوك في كانون الأول/ديسمبر ٢٠٠٢، "لا يمكن أن تتحقق الغايات الإنمائية للآلفية، وبخاصة القضاء على الفقر المدقع والجوع، ما لم تُعالج قضايا السكان والصحة الإنجابية معالجة جسورة. وهذا معناه بذل جهود أقوى لتعزيز حقوق المرأة، وزيادة الاستثمار في التعليم والصحة، بما في ذلك الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة". ويلزم عمل ما هو أكثر كثرةً لكثالة التآزر بين الغايات الإنمائية للآلفية وغايات المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، ولكن تحقق تقدم مشجع. فقد أقرت فرقاً عمل تتألفان من خبراء الأمم المتحدة في مشاريع الآلفية (في مجالي المساواة بين الجنسين وصحة الأطفال والأمهات) إقراراً قوياً "إتاحة سبل حصول الجميع على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية" باعتبارها أولوية استراتيجية لبلوغ الغايات الإنمائية للآلفية^١.

ومطلوب من جميع البلدان إبلاغ الجمعية العامة بالتقدم الذي أحرزته نحو بلوغ الغايات الإنمائية للآلفية، من خلال التقارير الوطنية المتعلقة بالغايات الإنمائية للآلفية. وقد أوردت عشرة من التقارير الأولى المنشورة الصحة الإنجابية باعتبارها غاية، وتناولت أربعة تقارير إضافية قضايا الصحة الإنجابية. وقدمت تسعة تقارير بيانات عن معدل شيوع استعمال وسائل منع الحمل (وهو المؤشر الأكثر شيوعاً من حيث الاستعمال لرصد توافر سبل الحصول على رعاية الصحة الإنجابية)؛ بينما أشارت ١٠ تقارير إليه.

الأثر الاقتصادي للعوامل الدينامية السكانية

ثمة أدلة واضحة على أن تمكين الناس من أن ينجبوا عدداً أقل من الأطفال، إن أرادوا ذلك، يساعد على حفز التنمية والحد من الفقر، في الأسرة المعيشية الفردية وعلى مستوى الاقتصاد الكلي على حد سواء.

حجم الأسرة ورفاهاها. تؤيد البحوث التي أجريت مؤخراً فرضية أن إنجاب أطفال كثيرين (بدون تنظيم) يفرض عبئاً ثقيلاً على الفقراء، بينما تحقق الأسر الأصغر حجماً نهوضاً اقتصادياً أكبر^٢.

فالخصوبة تؤثر على فقر الأسرة بطرائق عديدة:

- فالأسر الأصغر حجماً تتقاسم الدخل بين عدد أقل من الأفراد، بحيث يزيد متوسط نصيب الفرد من الدخل. وقد تعيش أسرة ذات حجم معين تحت خط الفقر، ولكنها قد تتجاوز عتبة الفقر إذا قل عدد أفرادها بفرد واحد.

- وتؤدي حالات الحمل الأقل إلى انخفاض معدلات الوفيات والاعتلال النفساني، وغالباً ما تؤدي إلى إتاحة مزيد من التعليم والفرص الاقتصادية للمرأة. وقد تؤدي وفاة أم أو إعاقتها إلى إفقار أسرة. وقد تؤدي قدرتها على كسب دخل إلى انتشار الأسرة من الفقر.

- وتتوَّض الخصوبة المرتفعة لتعليم الأطفال، وبخاصة البنات. فالأسر الأكبر حجماً تتوافر لديها موارد أقل يمكن أن تستثمرها في تعليم كل طفل. وعلاوة على ذلك، يؤدي الحمل المبكر إلى وقف تعليم الفتيات المدرسي، وغالباً ما تقوم الأمهات في الأسر ذات الحجم الكبير بإخراج بناتهن من المدارس لكي يساعدن في رعاية أشقائهن. والتعليم الأقل يعني في العادة زيادة الفقر بالنسبة للأسرة فضلاً عن انتقال الفقر بين الأجيال.

- والأسر ذات الخصوبة الأقل أقدر على الاستثمار في صحة كل طفل، وعلى توفير تغذية سليمة لأطفالها. ويؤدي سوء التغذية إلى تقزم النمو، وتخلّف نمو المخ، وعدم القدرة لاحقاً على تحقيق مستويات إنتاجية عالية في قوة العمل.

الأثر المترتب على الاقتصاد الكلي.

إن الخصوبة المرتفعة تعوق التنمية بطرائق شتى. فقد أشارت لجنة الاقتصاد الكلي والصحة التابعة لمنظمة الصحة العالمية في سنة ٢٠٠١ إلى أن "على صعيد المجتمع، تفرض سرعة النمو السكاني في الريف على وجه الخصوص ضغوطاً هائلة على البيئة المادية وعلى الإنتاجية الغذائية مع حدوث انخفاض في نسبة الأراضي إلى اليد العاملة في الزراعة. ومن المرجح عندئذ أن يهاجر الفلاحون الفقراء فقراً شديداً إلى المدن بحيث يؤديون إلى اكتظاظها، مما يفرض على ارتفاع معدلات التحضر ارتفاعاً شديداً، مع ما يترتب على ذلك من عواقب سلبية إضافية من حيث حدوث حالة اختناق وتدني رأس المال الحضري لكل شخص". أما الخصوبة المنخفضة، من الناحية الأخرى، فهي مرتبطة بتحقيق مكاسب اقتصادية. فقد وجدت دراسة أجريت في ٤٥ بلداً في سنة ٢٠٠١ أن هذه البلدان لو كانت قد نجحت في تخفيض الخصوبة فيها بمقدار ٥ مواليد بين كل ١٠٠٠ شخص في ثمانينات القرن العشرين، لكان متوسط المعدل الوطني للفقر الذي بلغ ١٨,٩ في المائة في منتصف الثمانينات قد انخفض إلى ١٢,٦ في المائة خلال الفترة ما بين عام ١٩٩٠ وعام ١٩٩٥^٣.

وفي وقت انعقاد مؤتمر القاهرة كان من الصعب الحصول على دليل إحصائي اقتصادي لهذا "التأثير السكاني" على النمو الاقتصادي، وكان خبراء الاقتصاد الذين يمثلون التيار العام يميلون إلى إنكار أهميته أو التخفيف منها. وقد توصلت دراسة أجراها المجلس القومي للبحوث في الولايات المتحدة في سنة ١٩٨٦^٤ إلى أن النمو السكاني تأثيره ضئيل على النمو الاقتصادي العام أو ليس له أي تأثير عليه، بالرغم من تأثيراته الهامة على مستوى الأسرة المعيشية؛ ولكن الدراسة استندت إلى بيانات ترجع إلى

انعدام المساواة في مجال الصحة الإنجابية يعزز الفقر

لقد اعترف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بأن اعتلال الصحة والولادات غير المخططة يمكن أن يحددا ما إذا كانت أسرة مستقط في وحدة الفقر أم أنها مستثقت منه، مثلما أدرك الفقراء أنفسهم منذ أمد طويل. ولكن واضعي السياسات كانوا يهينون في معالجة التوزيع غير المنصف المعلومات والخدمات الصحية الذي يساعد على إبقاء الناس فقراء.

ويتبين من تحليل لبيانات بشأن توافر سبل الحصول على خدمات الصحة الإنجابية بين فئات سكانية متفاوتة الدخل في ٥٦ بلداً أن أشد الفئات فقراً محرومة حرماناً واضحاً، من عدة نواح:

- فأكبر فجوة بين أغنى السكان وأفقرهم هي تلك الموجودة في التوليد بمساعدة مشرف ماهر، وهو ما يمثل أفدح خدمات الصحة الإنجابية ثمناً؛
- وأظهرت خصوبة المراهقين ثلثي أكبر فارق - فالنساء الفقيرات ينجبن أطفالاً ومن في أعمار أصغر؛
- كما أن أوجه انعدام الإنصاف الصحية المستندة إلى الثروة فيما يتعلق بالأمومة السائلة وخصوبة المراهقات واستعمال وسائل منع الحمل والخصوبة الإجمالية أكبر من تلك المنطقه بوفيات الرضخ؛

وتتجنب النساء الفقيرات عدداً من الأطفال طيلة حياتهن أكبر من العدد الذي تتجنبه النساء الأكثر ثراءً؛

وتزيد في البلدان الفقيرة مخاطر الوفاة وللرضع بين الأمهات والرضع والأطفال، وتواجه النساء الفقيرات في جميع البلدان مخاطر أكبر من تلك التي تواجهها النساء الأخريات؛

ومعدل استعمال وسائل تنظيم الأسرة، وبخاصة الوسائل الحديثة، أعلى بين شرائح المجتمع الأدنى.

وتؤيد هذه النتائج تلك التي عرضت في تقرير حالة سكان العالم ٢٠٠٦، الذي تناول بالدراسة بيانات مستقاة من ٤٤ بلداً، وتحرم أوجه نقص الموارد والمهارات والفرص والتوعية للفقراء من إمكانية الحصول على معلومات وخدمات الصحة الإنجابية، وتتبدى تكثيراتها.

وتتجم أوجه نقص المعلومات والخدمات عن عوامل شتى هي:

- أن النساء الفقيرات والأزواج الفقراء تتاح لهم سبل أقل للحصول على المعلومات وعلى المهارات التي يوفرها التعليم لزيادة معارفهم؛
- أن الأفراد الفقراء والمجتمعات الفقيرة يتفرون من المخاطرة - بحيث تقل احتمالات محاولتهم اتباع سلوكيات جديدة - بالنظر إلى أن مجال الخطأ المتاح لهم ضئيل للغاية؛

إن تكاليف الحصول على المعلومات والخدمات (أي للتكاليف النقدية الرسمية وغير الرسمية، وتكاليف النقل وتكاليف الفرصة الضائعة) هائلة بالنسبة للفقراء؛

إن مقدمي الخدمات يكونون، عند تعاملهم مع الفقراء، أقل رغبة في التفاعل عن كذب بالمرجة المطلوبة لتبادل المعلومات وتقديم المساعدة فيما يتعلق بالمواضيع الحساسة، أو يكونون أقل قدرة على ذلك التفاعل؛

إن الخدمات لا تتوافر في أماكن، أو تكون متاحة في أوقات، ميسورة بالنسبة للفقراء؛

إن السكان الأغنى أكثر على التعامل مع المؤسسات الرسمية وعلى أن يلغوا لذاناً صاغية

وفي سنة ٢٠٠٠ كانت نسبة لا تتجاوز ٣ في المائة من الناتج المحلي الإجمالي تخصص للقطاع الصحي في البلدان النامية؛ وكان الرقم أقل حتى من ذلك في أقل البلدان نمواً. وما زالت النفقات في بلدان كثيرة تحابي المستشفيات والمرافق الطبية الموجودة في العاصمة، ولم يتحقق سوى قدر طفيف من التقدم نحو جعل توزيع الموارد على المستويات المحلية أكثر إنصافاً. فالنسبة المتوية النفقات الصحية الوطنية المخصصة للخدمات الصحية المحلية أصابها ركود، في البلدان النامية وتناقصت في أقل البلدان نمواً.

ستينات وسبعينات القرن العشرين، عندما كانت بلدان نامية كثيرة ما زالت في مستقبل تحولها الديمغرافي.

النافذة الديمغرافية. لقد أظهرت بوضوح سلسلة جديدة من البحوث أجريت في منتصف التسعينات^٥، باستخدام بيانات من فترات أطول، أن انخفاض الخصوبة يفتح "نافذة ديمغرافية" لفرصة اقتصادية. إذ تستطيع البلدان، مع وجود عدد من الأطفال المعالين أقل بالنسبة إلى عدد السكان الذين هم في سن العمل، أن تستثمر استثمارات إضافية يمكن أن تحفز النمو الاقتصادي وتساعد على الحد من الفقر.

وهذه النافذة لا تنفتح إلا مرة واحدة ثم تنغلق عندما تبدأ أعمار السكان ونسبة المعالين (من الأطفال والسنين) في الارتفاع مرة أخرى.

وقد استفادت بلدان عديدة في شرق آسيا - هي البلدان التي تسمى "النمور الآسيوية" - وبضعة بلدان أخرى من هذه الميزة الاقتصادية. وشهدت الصين انخفاضاً هائلاً في معدلات الفقر^٦. وقدرت دراسة أن تدني الخصوبة في البرازيل أدى إلى ارتفاع نصيب الفرد من النمو السنوي للناتج المحلي الإجمالي بنسبة ٧،- نقطة مئوية. وسجلت المكسيك وبلدان أخرى في أمريكا اللاتينية حدوث تأثيرات معاكسة. ومن الناحية الأخرى، أهدرت بلدان أخرى إلى حد كبير فرصة "هبة من السماء" تحدث مرة واحدة وذلك بسبب الافتقار إلى الحكم الرشيد فيها أو إلى اتباع سياسات أدت إلى استثمارات غير منتجة^٧.

وفي أشد البلدان فقراً حيث ما زالت الخصوبة مرتفعة، لن تنفتح النافذة الديمغرافية لفترة من الزمن ولكن الاستثمارات الحالية - وبخاصة في تحسين تقديم خدمات الصحة الإنجابية -

يمكن أن تؤدي إلى الإسراع بتحقيقها وكفالة الحصول على عوائدها في المستقبل.

وتمر مناطق العالم بمراحل مختلفة من التحول الديمغرافي. فمنطقة جنوب اسيا ستبلغ نسبة من هم في سن العمل إلى المعالين فيها ثروتها بين عامي ٢٠١٥ و ٢٠٢٥. وفي أمريكا اللاتينية ومنطقة الكاريبي، بدأت نسبة من هم في سن العمل تزيد قبل زيادة تلك النسبة في شرق آسيا وستبلغ ثروتها أثناء الفترة ٢٠٢٠ - ٢٠٣٠، ولكن التغيير النسبي كان ملحوظاً بدرجة أقل، وفي مقابل ذلك ستكون الميزة أقل مباغته وأقل كثافة. وستبلغ بعض البلدان العربية وبلدان وسط اسيا فرصتها الديمغرافية في غضون عقدين، في حين أن بلداناً أخرى مازال أمامها شروط أطول.

وفي أنحاء كثيرة من أفريقيا جنوب الصحراء مازالت الميزة الديمغرافية بعيدة، فالسكان مازالوا صغيري السن للغاية ومازالت نسبة من هم في سن العمل منخفضة نسبياً. وقد بدأت بلدان كثيرة تروا عملية التحول الديمغرافي، بينما توجد بلدان أخرى لم تبدأ بعد هذا التحول. ومن المتوقع أن تبلغ ١١ بلداً فقط أقصى نسبة من هم في سن العمل فيها قبل سنة ٢٠٥٠. إلا أن الحاجة غير الملابة إلى رسائل منع الحمل في المنطقة مرتفعة، مما يشير إلى أن التوسع في البرامج الجيدة يمكن أن يؤدي إلى الإسراع بتحقيق الميزة.

فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والفقر

إن جائحة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز تفتل، في البلدان التي ترتفع فيها معدلات شيوع الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، أعداداً كبيرة من الناس في أوج سنوات عمرهم إنتاجاً، مما يؤدي إلى زيادة نسبة المعالين إلى السكان ممن هم في سن العمل ويؤدي إلى توقع أسوأ سيناريو فيما يتعلق بالتحول الديمغرافي.

ففي البلدان الأفريقية السبعة التي يبلغ فيها معدل شيوع

الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية بين

اليافعين فيها ٢٠ في المائة أو أكثر، من

المتوقع أن يصبح عدد السكان أقل

بنسبة ٢٥ في المائة بحلول سنة ٢٠٢٥

مما كان سيصبح في حالة عدم وجود

الوباء. وبحلول الفترة ٢٠٢٠ - ٢٠٢٥،

سيكون متوسط العمر المتوقع في هذه

البلدان أقل بمقدار ٢٩ سنة مما كان

سيصبح لولا الإيدز، أي أن الفارق

سيكون بنسبة ٤١ في المائة^١.

وتوجد أيضاً قرائن متزايدة على

أن نصيب الفرد من النمو الاقتصادي

سيتضاؤل نتيجة لتزايد نسب الإعالة،

وتزايد الأعباء على النظم الصحية،

وتقييد الاستثمار في الإنتاجية،

وانخفاض القوى العاملة.

شيوخة السكان

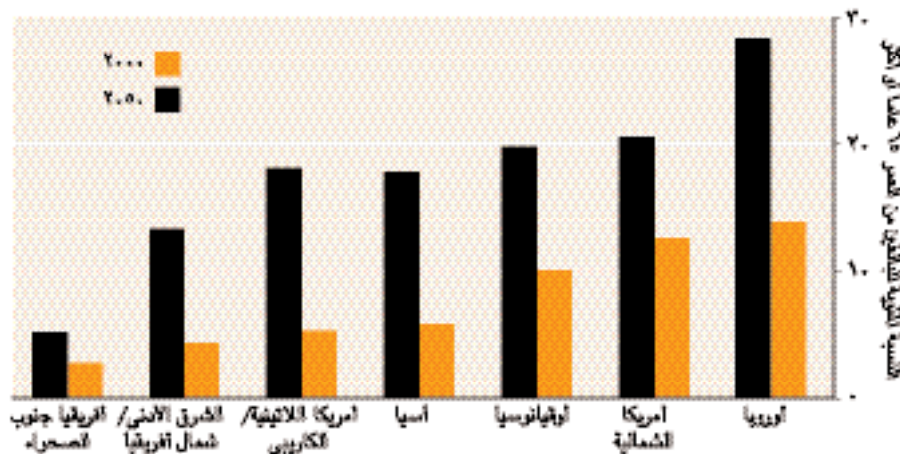
إن الشيوخة جانب آخر من جوانب العوامل الدينامية السكانية التي تؤثر على مستوى الفقر. فمع انخفاض الخصوبة وتقدم السكان في العمر، قد تضعف النظم التقليدية لتوفير الرعاية في الشيوخة، وهي نظم قائمة على الأسرة، مما يترك المسنين عرضة للتأثر. ويمثل أمن الدخل للأشخاص المسنين شاغلاً من الشواغل المتعلقة بالسياسات لا في البلدان المتقدمة فحسب بل أيضاً بدرجة متزايدة في البلدان النامية من قبيل الصين التي مرت بعملية التحول الديمغرافي^١. ففي خلال الفترة ما بين سنة ٢٠٠٠ وسنة ٢٠٥٠ ستضاعف نسبة السكان الذين تبلغ أعمارهم ٦٥ عاماً أو أكثر في معظم المناطق النامية (انظر الرسم البياني).

التدابير الوطنية للحد من الفقر

أوضح ١٣٦ بلداً من البلدان التي أجابت على الاستقصاء العالمي الذي أجراه صندوق الأمم المتحدة للسكان^١ في سنة ٢٠٠٢ ومجموعها ١٥١ بلداً أنها أخذت في الحسبان التفاعلات بين السكان والفقر إلى حد ما، وإن كان ٢٧ بلداً فقط، أي ما يمثل ٥٧ في المائة، اتخذت إجراءات أو أكثر للتصدي لتلك التفاعلات. وعند إجراء الاستقصاء العالمي الأخير في سنة ١٩٩٤ أفادت ١٣ في المائة فقط من البلدان النامية باتخاذها أي تدابير بشأن هذه القضية.

وتبعت البلدان استراتيجيات متباينة فيما يتعلق بقضية السكان والفقر، تتراوح من اتخاذ تدابير واسعة النطاق بشأن السكان والتنمية في ١٠٨ بلدان (٧٩ في المائة)؛ ووضع استراتيجيات خاصة للمهاجرين واللاجئين والأشخاص المشردين داخلياً وغيرهم من الفئات الضعيفة في ٣٩ بلداً (٢٩ في المائة)؛ وبدء اتخاذ إجراءات لإبرار الدخل وتمكين المرأة في ٢٥ بلداً (١٨ في المائة). وكانت قرابة ٢٠ بلداً (١٤ في المائة) لديها استراتيجيات لخفض معدلات الخصوبة بينما كان لدى عدد مماثل من البلدان استراتيجيات لخفض النمو السكاني.

الشكل ٢: نسبة السكان الذين تتجاوز أعمارهم ٦٥ عاماً بحسب المنطقة، في سنتي ٢٠٠٠ و ٢٠٥٠ (المتوقعة)



المصدر: مكتب الولايات المتحدة للإحصاء السكاني (٢٠٠٠).



٣ السكان والبيئة

لقد أكد مؤتمر القاهرة أن الضغوط على البيئة واستنزاف الموارد الطبيعية يؤديان كلاهما إلى تعزيز انعدام المساواة بين الجنسين، واعتلال الصحة، والفقر، ويتفاقمان أيضاً بفعل تلك العوامل. وتتزايد الضغوط البيئية نتيجة لكل من "أنماط الاستهلاك والإنتاج غير القابلة للاستدامة" (ومن بينها ارتفاع استهلاك الموارد في البلدان الغنية وفيما بين الفئات الأفضل حالاً في جميع البلدان) والعوامل الديمغرافية من قبيل سرعة النمو السكاني، والتوزيع السكاني، والهجرة.

وتشديداً على أن "تلبية الاحتياجات البشرية الأساسية للسكان المتزايدين تتوقف على توافر بيئة صحية"، تناول الفصل الثالث من برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية^١ العلاقات المتبادلة بين السكان والنمو الاقتصادي وحماية البيئة، منوهاً من جديد بمبادئ جدول أعمال القرن ٢١، التي اعتمدها مؤتمر الأمم المتحدة المعني بالبيئة والتنمية في ريو سنة ١٩٩٢.

لقد أكد المجتمع العالمي في كل من مؤتمر القاهرة واستعراضه الذي أجري بعد خمس سنوات على انعقاد ذلك للمؤتمر أن زيادة المساواة بين الرجل والمرأة عنصر أساسي من عناصر التنمية المستدامة، بما في ذلك الحماية البيئية. وقد أصبح الآن تعزيز وضع المرأة مقبولاً كشرط مسبق لتخفيض معدلات الخصوبة وكفالة إدارة الموارد الطبيعية إدارة سليمة. ويتزايد إدراك الحاجة إلى التصدي للأزمات البيئية، والحقائق الديمغرافية، وانعدام الإنصاف بين الجنسين، وتزايد الاستهلاك وسط فقر مستمر تصدياً كلياً.

دائرة حميدة

إن الجهود الرامية إلى التخفيف من سرعة نمو السكان والحد من الفقر وتحقيق التقدم الاقتصادي وتحسين حماية البيئة والحد من أنماط الاستهلاك والإنتاج غير القابلة للاستدامة تعزز بعضها بعضاً. فقد أدت زيادة بطء نمو السكان في عدد كبير من البلدان إلى زيادة قدرة تلك البلدان على التصدي للفقر وحماية البيئة وإصلاحها وبناء القاعدة اللازمة للتنمية المستدامة مستقبلاً.

— برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، الفقرة ٣-١٤

وقد أدى هذا المفهوم إلى اتخاذ مجموعة متنوعة من التدابير منذ سنة ١٩٩٤ تربط جهود مكافحة الفقر بتمكين المرأة والصحة وإدارة الموارد المحلية إدارة أفضل. إلا أن معظم الجهود المبذولة في هذا الصدد كانت على نطاق صغير. وثمة حاجة ماسة إلى تحسين إدماج التدخلات المتعلقة بالسكان والصحة الإنجابية والقضايا المتعلقة بنوع الجنس ضمن استراتيجيات تحقيق الغايات الإنمائية للألفية ومن بينها الغاية ٧، وهي كفالة الاستدامة البيئية.

وقد تبين من الاستقصاء العالمي الذي أجراه صندوق الأمم المتحدة للسكان في سنة ٢٠٠٢ أن البلدان حققت تقدماً في معالجة القضايا السكانية في سياق الفقر والبيئة وعمليات التخطيط اللامركزية. فقد أفاد مائة واثنان وعشرون بلداً عن وضع خطط أو استراتيجيات بشأن الصلات بين السكان والبيئة. ووضع أربعون بلداً سياسات محددة، وسن ٢٢ بلداً قوانين أو تشريعات بشأن العوامل الدينامية السكانية والبيئة.

ومع ذلك فإن المخاطر مازالت شديدة، مع استمرار النشاط البشري في تغيير كوكب الأرض على نطاق غير مسبوق. فقد صار مزيد من الناس يستخدمون مزيداً من الموارد بمزيد من الكثافة تاركين "آثار أقدام" على الأرض أكبر مما حدث في أي وقت من قبل.

أثر السكان على استخدام الموارد

إن الأرقام وحدها لا تعبر عن أثر التفاعلات بين أعداد البشر والبيئة. فحجم ومفعول الأثر البيئي الذي يتركه كل شخص على كوكب الأرض تحددهما الطرائق التي يستخدم بها الناس الموارد،

أقد أحدث الناس على مدى القرن للتاسي وبخاصة خلال السنوات الأربعين الماضية تغييرات هائلة في البيئة العالمية. وأولئك الذين يتأثرون أكبر تأثر مياشر بالتحديات البيئية، بدءاً من تلوث المياه وانتهاءً بتغير المناخ، هم أيضاً أشد الناس فقراً - وأقلهم قدرة على تغيير سبل كسب عيشهم أو أساليب حياتهم للتغلب مع التدهور الإيكولوجي أو لكافحته. وفيما يلي بعض المحطات الخاطفة التي تصور ذلك:

- قام المزارعون وأصحاب للزارع والعاملون في مجال قطع الأخشاب والعاملون في مجال التعمير بإزالة نحو نصف غطاء الغابات الأصلي في العالم، بينما تدهورت نسبة أخرى قدرها ٢٠ في المائة من ذلك الغطاء أو تجزأت.
- أدى تدهور الأراضي خلال نصف القرن الأخير إلى تضيق مساحه الأراضي الزراعية بما يقدر بنسبة ١٢ في المائة وأراضي الرعي بنسبة قدرها ٤ في المائة. وفي كثير من البلدان

كان النمو السكاني أسرع من الإنتاج الغذائي في السنوات الأخيرة. وأصبح نحو ٨٠٠ مليون شخص يعانون من سوء تغذية مزمن بينما يفترق بايوناً شخص إلى الأمن الغذائي.

• يجري الآن حصيد ثلاثة أرباع الأرصدة السمكية الموجودة في العالم على مستوى حدود الصيد القابلة للاستدامة أو بما يتجاوز تلك الحدود. فقد استنزفت الأساطيل الصناعية ٩٠ في المائة على الأقل من الأسماك المفترسة الكبيرة الموجودة في المحيطات - ومن بينها التونة والرايخوس وسكة السيف - في السنوات الخمسين الأخيرة.

• ومنذ خمسينات القرن العشرين زاد الطلب العالمي على المياه ثلاث مرات. وكمية المياه الجوية ونوعيتها أخذتا في التدهور نتيجة للإفراط في الضخ، والسحب من الأمعدة، ومبيدات الآفات، وتسرب النفايات الصناعية. ويعيش نصف بايون شخص في بلدان توصف بأنها تعاني أزمة مياه أو شحة مياه؛ ومن المتوقع أن يرتفع ذلك الرقم بحلول سنة ٢٠٢٥.

إلى ما يتراوح بين ٢,٤ بليون و ٢,٤ بليون شخص.

• **تغير المناخ.** نتيجة نتيجة لاستهلاك الوقود الأحفوري، أصبحت الآن معدلات ثاني أكسيد الكربون أعلى بنسبة ١٨ في المائة مما كانت في سنة ١٩٦٠ وأعلى بما يقدر بنسبة ٢١ في المائة مما كانت في بداية الثورة الصناعية سنة ١٧٥٠. ويرتبط تراكم غازات الاحتباس الحراري في الغلاف الجوي، ومن بينها ثاني أكسيد الكربون، بارتفاع درجات الحرارة وحدوث تغير شديد فيها، وحدوث عواصف أشد.

• وارتفع مستوى سطح البحر بنسبة تقدر بلها يتراوح بين ١٠ سنتيمترات و ٢٠ سنتيمتراً، وذلك نتيجة إلى حد كبير لذوبان كتل الجليد وتوسّع المحيطات المرتبطتين بظاهرة الاحترار الإقليمي والعالمي. وتواجه الدول الجزرية الصغيرة والسن والمناطق الزراعية الواطئة فيضانات شديدة أو غمر شديد بالمياه.

مستهلكو العالم والفقير المستمر. إن فئة مستهلكي العالم التي

تنمو بسرعة، والتي تبلغ حالياً حوالي ١,٧ بليون شخص، مسؤولة عن الغالبية العظمى من عمليات تناول اللحوم، واستخدام الورق، وقيادة السيارات، واستخدام الطاقة على كوكب الأرض، فضلاً عن ما ينجم عن هذه الأنشطة من تأثير على موارد الكوكب الطبيعية. وهذه الفئة لا تقتصر على البلدان الصناعية؛ فمع تزايد أعداد السكان في البلدان النامية ومع تزايد عولة الاقتصاد العالمي، ستزيد أكثر فأكثر أعداد الأشخاص الذين يستطيعون حياة مجموعة متنوعة من المنتجات والخدمات أكبر مما كان يحدث في أي وقت من قبل^٢.

وفي الوقت ذاته مازال ٢,٨ بليون شخص - أي اثنان بين كل خمسة - يجاهدون لكي يبقوا على قيد الحياة بدخل يقل عن دولارين يومياً. وفي سنة ٢٠٠٠ لم تكن تتوافر لدى ١,١ بليون شخص سبل معقولة للحصول على مياه شرب مأمونة، وكان ٢,٤ بليون شخص على نطاق العالم يعيشون بدون خدمات صرف صحي أساسية. وأدى عدم الحصول على مياه نظيفة وعلى خدمات صرف صحي في العالم النامي إلى ١,٧ مليون حالة وفاة في سنة ٢٠٠٠.

وهو ما يؤثر على الكميات التي يستهلكونها. فعلى سبيل المثال، الشخص النباتي الذي يستخدم نراجة أساساً يكون تأثيره أقل كثيراً من تأثير الشخص الذي يتناول اللحوم ويقود مركبة رياضية. والأثر الإيكولوجي للشخص العادي في بلد مرتفع الدخل يزيد حوالي ست مرات عن الأثر الذي يتركه شخص في بلد منخفض الدخل، ويزيد أكثر من ذلك بكثير عن الأثر الذي يتركه شخص في بلد من أقل البلدان نمواً. وتحدد آثار الناس معاً في أي منطقة أفاق حفظ التنوع البيولوجي الموجود فيها أو فقدان ذلك التنوع فقداناً دائماً.

ويستخدم خبراء اقتصاد ودعاة بيئة كثيرون معادلة تربط ما بين السكان والاستهلاك والتكنولوجيا ليصفوا آثارها النسبية (١ = س و ت: الأثر = السكان × الوفرة × التكنولوجيا).

ومع انخفاض معدلات المواليد، ستكتسب معدلات الاستهلاك وأنماطه (الوفرة)، مع التكنولوجيا، أهمية جديدة في تحديد حالة البيئة العالمية. ولكن السكان سيظلون العامل الحاسم الأهمية حيثما يواصل الافتقار إلى سبل الحصول على خدمات الصحة الإنتاجية وتنظيم الأسرة، وأوجه النقص في تعليم الفتيات والنساء، والفقير وقلة نفوذ المرأة بالنسبة إلى الرجل، التسبب في ارتفاع الخصوبة.

اختلاف التأثيرات. حيثما يحدث معاً النمو السكاني وارتفاع مستويات الاستهلاك، وهو ما يحدث في بعض البلدان الصناعية، يكون تأثير النمو كبيراً. فعلى سبيل المثال، حتى بالرغم من أن سكان الولايات المتحدة لا يساوي عددهم سوى ربع عدد سكان الهند، فإن الآثار البيئية المترتبة عليهم أكبر ثلاث مرات - إذ ينبعث عنهم في الغلاف الجوي كل سنة ١٥,٧ مليون طن من الكربون مقابل انبعاث ٤,٩ ملايين طن من سكان الهند^٤. ومن ثم فإن أثر الزيادة السكانية السنوية الحالية في الولايات المتحدة البالغة ٣ ملايين نسمة أكبر من الأثر الذي يترتب على الزيادة السكانية التي تحدث في الهند سنوياً وقدرها ١٦ مليوناً.

وقد يستمر الأثر البيئي في التزايد حتى مع استقرار النمو السكاني. ففي الصين، تباطأ النمو السكاني تباطؤاً شديداً، ولكن استهلاك النفط والفحم وما ينجم عنه من تلوث استمر في الارتفاع. وبينما تشجع الحكومة الصينية على زيادة كفاءة وقود السيارات (انظر الإطار ٧)، فإنها لا تشجع زيادة استخدام وسائل النقل العام وركوب الدراجات والسير، أو التخطيط الحضري الذي يتسم بالكفاءة لكي لا يضطر الناس إلى قيادة سياراتهم.

وباستطاعة الحكومات، إلى جانب الحد من استخدام الموارد الإجمالية، أن تقلل من الآثار البيئية لتزايد الاستهلاك وذلك بتشجيع التكنولوجيا الملائمة التي تستخدم موارد بمزيد من الكفاءة^٥. وباستطاعة البلدان الصناعية أن تساعد العالم النامي وذلك بتقديم يد المساعدة له فيما يتعلق بالترويج للتكنولوجيات الأنظف والأخذ بتلك التكنولوجيات^٦.

وثمة اتجاهات ديمغرافية أخرى تتقاطع مع الاستهلاك بطرائق تثير الدهشة. فنتيجة لارتفاع الدخل والتحصن وانخفاض حجم الأسر انخفض متوسط عدد الأشخاص الذين يعيشون تحت سقف واحد خلال الفترة ما بين سنة ١٩٧٠ وسنة ٢٠٠٠ - من ٥,١ إلى ٤,٤ في البلدان النامية ومن ٣,٢ إلى ٢,٥ في البلدان الصناعية - بينما زاد العدد الإجمالي للأسر المعيشية. ويتطلب كل منزل جديد أرضاً ومواد. ومع انخفاض عدد أفراد كل أسرة معيشية، تُفقد الوفورات التي تتحقق من خلال تقاسم استخدام الطاقة والأجهزة. فالأسرة المعيشية ذات الشخص الواحد في الولايات المتحدة، مثلاً، يزيد استخدامها للطاقة عن الأسرة التي تضم شخصين بنسبة ١٧ في المائة.

وحتى في بعض البلدان الأوروبية وفي اليابان، حيث توقف النمو السكاني، تمثل العوامل الديمغرافية المتغيرة فيما يتعلق بالأسر المعيشية قوى محركة هامة لزيادة الاستهلاك^٧.

الفقر والضغط الإيكولوجية

مع أن المستهلكين، وبخاصة في أغنى البلدان، هم المسؤولون أساساً عن إعادة تشكيل العالم الطبيعي من خلال استخدامهم للموارد والمنتجات، فإن سكان أشد البلدان فقراً وأقلها نمواً الذين تتزايد أعدادهم بسرعة يتركبون أثراً أيضاً. ففي تلك البلدان غالباً ما يكون التنوع البيولوجي كبيراً ويكون التدهور البيئي واسع الانتشار بالفعل.

فالفقراء في كثير من المناطق الغنية بالتنوع البيولوجي - وهي في معظمها المناطق الريفية التي يكون من الشائع انعدام المرافق الصحية والمدارس والبنية الأساسية فيها - غالباً ما لا يكون أمامهم خيارات أخرى غير استغلال بيئتهم المحلية لتلبية احتياجاتهم الكافية إلى الغذاء والوقود.

وفي ظل هذه الظروف فإن الممارسات التقليدية التي ربما كانت صالحة إيكولوجياً عندما كان عدد السكان صغيراً تقل صلاحيتها بدرجة متزايدة بالنسبة للأنواع والنظم الإيكولوجية مع نمو عدد السكان وتزايد احتياجاتهم. فقد تسارعت تجارة حيوانات الأبقار في أفريقيا الوسطى، مثلاً، إلى درجة أن مستقبل الحيوانات التي تعيش في الغابات، ومن بينها الثدييات الرئيسية، أصبح في خطر^٨.

البيئة والصحة. بدءاً من تلوث الهواء إلى تلوث المياه وإلى وجود التوكسينات في الغذاء، يمكن أن تؤثر صحة البيئة على صحة الإنسان بطرائق معقدة. ويتعرض النساء والرجال على السواء لعدد متزايد من المخاطر البيئية، وبخاصة في المجتمعات الفقيرة. ففي المناطق الريفية غالباً ما يلبس المزارعون والعمال مجموعة متنوعة من مبيدات الآفات والمذيبات والتوكسينات غير المعروفة؛ ولبعض تلك المواد تأثير على الصحة الإنجابية، ولكن مع وجود تأثير غير متناسب لها على المرأة بالذات^٩.

٦ الترويج لاستخدام الطاقة استخداماً أكثر كفاءة

يشير عدد من المبادرات إلى أن البلدان تأخذ مأخذ الجد التمدني المتصل في الحد من أنماط الإنتاج والاستهلاك الضارة. فعلى سبيل المثال، بدأت الصين في العام الماضي تضع أنظمة لصناعة السيارات فيها التي تنمو بسرعة، بحيث أصبحت تشترط استيفاء المركبات العائلية الجديدة التي تُباع في المدن الكبرى لمعايير بشأن تلوث الهواء تماثل في تشدها تلك المطبقة في الولايات المتحدة وغرب أوروبا. وبدءاً من هذا العام، ستصبح المعايير الجديدة الخاصة بوقود السيارات أكثر صرامة حتى من تلك المطبقة في الولايات المتحدة.

ويتزايد أيضاً نقل التكنولوجيا التي تتسم بكفاءة استخدام الطاقة. وقد أصبحت الصين أكبر بلدان العالم التي تقوم بتصنيع مسابيح الإضاءة المتوهجة الصغيرة والمتسعة بالكفاءة، وتحقق ذلك جزئياً من خلال مشاريع مشتركة مع شركات إضاءة في اليابان وهولندا وأماكن أخرى. وأصبحت الهند من البلدان الرئيسية التي تقوم بتصنيع توريينات متقدمة تعمل بالريخ باستخدام تكنولوجيا حصلت عليها من خلال مشاريع مشتركة واتفاقات ترخيص مع شركات دانمركية وهولندية وألمانية.

أبعاد التغير البيئي الجسسانية

في العالم النامي على وجه الخصوص يلعب نوع الجنس دوراً قوياً في كيفية استخدام الموارد وتنميتها. فعالمياً ما تقضي النساء والفتيات ساعات كل أسبوع في جلب المياه من أجل استخدامها المنزلي، مثلاً؛ وعندما تشح إمدادات المياه تكون النساء والفتيات هن اللاتي يعانين أكبر عواقب ذلك^{١١}. ففي السودان، حيث أدت إزالة الغابات إلى زيادة مقدار الوقت الذي تقضيه المرأة في جمع الأخشاب من أجل الطهي زيادة رباعية، تستهلك الطاقة التي تبذلها المرأة في حمل المياه والوقود ثلث السعرات الحرارية التي تحصل عليها يومياً، وذلك وفقاً لما تذكره منظمة الصحة العالمية^{١٢}. وغالباً ما تكون الحقوق المتعلقة بالموارد الطبيعية منحازة. فقلة من النساء هن اللاتي يملكن عقارات (والنساء ممنوعات قانوناً في بعض البلدان من هذا التملك) وقلة منهن يشاركن في عملية صنع القرارات على مستوى رفيع بشأن البيئة. ومازال الرجال، إلى حد كبير، هم المسؤولون عن البت في كيفية استخدام موارد العالم الطبيعية من خلال الصناعة والتعدين ورعي للماشية وتملك الأراضي.

ومازال الوكالات الإنمائية تقدم مساعدتها التقنية للرجال أساساً، حتى في الأماكن التي تكون النساء هن اللاتي ينقلن الأخشاب والمياه ويحرثن التربة. وعندما لا يعترف مسؤولو الحكومة

أو زعماء المجتمع المحلي بالطرائق المختلفة التي تستخدم بها المرأة الموارد - ومن ذلك مثلاً زراعة الخضروات من أجل استهلاك الأسرة في فراغات بين المحاصيل النقدية التي يديرها الذكور - يسهل تدمير الموارد^{١٣}.

أما عندما تُشرك المرأة في إدارة الموارد الطبيعية فإن النتائج يمكن أن تكون مذهلة.

فعندما فشل مشروع مياه استبعد المرأة في منطقة كيرينياغا بكينيا، قامت النساء المحليات بتكوين منظمة كويريا النسائية وطلبن إلى وزارة تنمية المياه مساعدتهن على الوصول إلى مصادر مأمونة وميسورة للمياه. ووفرت جهودهن المياه لـ ٢٠٠ أسرة، وحسنت الصرف الصحي، وأدت إلى زيادة الإنتاج الزراعي، وأصبحت النساء أيضاً زعيماً محلياً، يعملن على بناء عيادة وتوفير سبيل للحصول على خدمات الصحة الإيجابية وتنظيم الأسرة^{١٤}.

استحداث نهج متكاملة.

اتباعاً لجدول أعمال القرن ٢١ وما دعا إليه المؤتمر الدولي للسكان والتنمية أولي اهتمام دولي أكبر لإدارة المرأة للموارد الطبيعية، كان من بينه بذل جهود لإدماج خدمات الصحة الإيجابية وتنظيم الأسرة ضمن برامج حفظ الطبيعة. وقد أقامت بعض المنظمات البيئية شراكات مع منظمات



المؤتمر الدولي للسكان والتنمية والتنمية المتمحورة حول الناس

كان كثيرون من واضعي السياسات، قبل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، يميلون إلى النظر إلى "التنمية" من زاوية النمو الاقتصادي فحسب، مقيساً بالنتائج القومية الإجمالي، وغالباً ما اقتضت وصفات التنمية على جدول أعمال اقتصادي يتضمن الاستثمار والمفاوضات التجارية وإقامة البنية الأساسية والعونة النقدية. أما اعتبارات من قبيل المساواة والإنصاف بين الجنسين، والصحة، والتعليم، وحالة البيئة، فقد كانت تُعامل على أنها ثانوية، إذا وُجعت على الإطلاق.

وبعد انقضاء عشر سنوات على مؤتمر القاهرة، أصبح هناك اعتراف أكبر كثيراً بأن حسن إدارة البيئة، وصحة الناس، ووضع المرأة، هي أمور مترابطة جميعاً وتؤثر على سرعة واتساع نطاق التنمية في أي بلد. ويجب أن تؤدي التنمية الحقيقية إلى تحسين حياة الأفراد.

ويرى بعض الديمغرافيين والباحثين المعنيين بالعلاقات بين السكان والتنمية والبيئة أن مؤتمر القاهرة شهد تشديداً مفرطاً على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية وقلل من شأن العلاقات على المستوى الكلي بين النمو السكاني والبيئة، والاقتصاد، والحد من الفقر، والتعليم، والإسكان.

وهذا الانتقاد لا مبرر له. فقد اعترف مؤتمر القاهرة بأن تعزيز حقوق الأفراد فيما يتعلق بالصحة الجنسية والإنجابية من شأنه أن يؤدي إلى تقدم على المستوى الكلي أيضاً، وأحرب ذلك الاجتماع عن رغبة في أن تؤدي كفاءة حق الناس في أن يختاروا عدد أولادهم وتوقيت إنجابهم وفترات المياعة بين إنجابهم إلى إبطاء النمو السكاني السريع، بدون اللجوء إلى تحديد أهداف ديمغرافية. بل إن تمكين النظم الصحية من تلبية احتياجات الأفراد ورغبتهم بطريقة تناسب الزبائن يمكن حتى أن يؤدي إلى تمارع استخدام وسائل تنظيم الأسرة.

السكان. فعلى سبيل المثال، تكافقت المنظمة الدولية لحفظ الطبيعة مع المنظمات غير الحكومية لتنظيم الأسرة ومع المعهد المكسيكي للأمن الاجتماعي من أجل زيادة سبل الحصول على رعاية الصحة الإنجابية بما في ذلك تنظيم الأسرة، ووقف إزالة الغابات في محمية مونتيس أزولس للغلاف الحيوي وحولها.

وفي المقاطعات الجبلية بوسط إكوادور، حيث لا تُتاح للمرأة سبل الحصول على خدمات الصحة الإنجابية وحيث ينتشر تحات التربة على نطاق واسع، تكافقت منظمة جيران العالم مع منظمة غير حكومية محلية، هي مركز التوجيه الطبي وتنظيم الأسرة، لتقديم رعاية الصحة الإنجابية وللتشجيع على إدخال تحسينات في الإدارة المحلية للموارد الطبيعية لصالح أكثر من ٤٠٠٠ أسرة.

وفي آذار/مارس ٢٠٠٢ في هلسنكي، اجتمعت وزيرات البيئة وغيرهن من القيادات النسائية من ١٩ بلداً صناعياً ونامياً بالمنظمات غير الحكومية النسائية وأصدرن بياناً يدعو إلى: منح المرأة المساواة في حق الوصول إلى الموارد الطبيعية وحق السيطرة عليها، بما في ذلك حق تملك الأراضي؛ واتباع سياسات تُشرك المرأة في اتخاذ القرارات المتعلقة باستخدام الموارد؛ وتتقيف المستهلكين تثقيفاً أفضل بشأن الآثار البيئية للمنتجات؛ ووضع "سياسات وتشريعات واستراتيجيات موجهة نحو تحقيق التوازن بين الجنسين في حماية البيئة وفي توزيع فوائدها"^{١٤٤}.

تغييرات السياسة. على صعيد السياسة، شددت بلدان كثيرة، بناء على توصيات المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، واستعراضه بعد انقضاء خمس سنوات، ومؤتمر قمة الألفية، ومؤتمر القمة العالمي للتنمية المستدامة الذي عقد في سنة ٢٠٠٢، على الصلات بين العوامل الدينامية السكانية، والتنمية المستدامة، وحماية البيئة.

ففي اندريجان، مثلاً، يراعي البرنامج الحكومي بشأن الحد من الفقر والتنمية الاقتصادية العلاقات المتبادلة بين السكان والبيئة؛ ويشجع التثقيف العام بشأن القضايا البيئية التي تؤثر مباشرة على فئات السكان؛ ويعمل على رصد الآثار البيئية للسياسات على الصعيدين المحلي والمجتمعي؛ ويؤكد على حماية البيئة والحفاظ عليها كمصدر وكننتيجة أيضاً للنمو الاقتصادي المستدام. وفي جزر سيشل، وُضعت خطتان شاملتان لإدارة البيئة خلال العقد الماضي تدمجان السكان والتنمية. وتركز أحدهما، التي تغطي الفترة ٢٠٠٠ - ٢٠١٠، على التخصر، وإدارة المياه، والسكان والصحة، وقضية نوع الجنس، والاقتصاد البيئي، والتمويل المستدام.



٤ الهجرة والتحضر

والخدمات والفرص. وتساهم في هذه التحركات السكانية عوامل الدفع - وبخاصة الفقر في الريف - وعوامل الجذب - وهي جاذبية المناطق الحضرية المنفعة بالحياة الاقتصادية بدرجة أكبر وأفاق حياة أراضٍ جديدة في مناطق الحدود الحضرية.

وكما قد تكون الحالة فيما يتعلق بالهجرة الدولية، نجد أن نسبة كبيرة من الهجرة الداخلية هي هجرة مؤقتة، ومن ذلك مثلاً عودة العمال المهاجرين إلى مزارعهم أثناء المواسم التي يكثر فيها العمل بالنسبة لهم.

وقد سعى المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، شأنه في ذلك شأن المؤتمرات السكانية التي سبقته، إلى الترويج لاتباع سياسات إنمائية متكاملة ومستدامة للتصدي لاختلالات التوازن داخل البلدان وبين النمو السكاني والنمو الاقتصادي. وكانت توصيات العمل التي وضعها ترمي إلى تحسين البنية الأساسية والخدمات من أجل الفقراء وجماعات السكان الأصليين وغيرهم من سكان الريف الذين لا يحصلون على خدمات كافية.

وكان من محاور تركيزه الأخرى إدارة النمو السكاني وتنمية البنية الأساسية في المناطق الحضرية الكبيرة. وهذه تحديات عاجلة للتنمية ولتحسين حياة الفقراء، الذين يعيش كثيرون منهم في أحياء فقيرة وفي مستوطنات محيطة بالحضر بحيث تتوافر لهم سبل محدودة للحصول على الرعاية الصحية وغيرها من الخدمات.

خلال السنوات العشر الماضية زادت الهجرة، داخل البلدان وبينها على حد سواء، وزادت الأهمية السياسية للظاهرة.

واعترافاً بأن الهجرة المنظمة يمكن أن تكون لها نتائج إيجابية على كل من البلدان المرسل والبلدان المستقبلية للمهاجرين، دعا برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (الفصلان التاسع والعاشر) إلى اتباع نهج شامل فيما يتعلق بإدارة الهجرة. وشدد على حقوق ورفاه المهاجرين وكذلك على الحاجة إلى تقديم دعم دولي لمساعدة البلدان المتأثرة بالهجرة وتشجيعاً لمزيد من التعاون فيما بين الدول بشأن القضية.

التحضر والانتقال

بحلول سنة ٢٠٠٧، ولأول مرة في تاريخ البشرية، سيعيش أكثر من نصف سكان العالم في مدن، وذلك نتيجة لاستمرار انتقال الناس الذي أدى إلى نمو هائل في المناطق الحضرية بالبلدان النامية في العقد الماضي. ولقد كانت مساعدة البلدان على التصدي لهذا الانتقال السكاني إحدى أولويات المؤتمر الدولي للسكان والتنمية.

فقد كرّس برنامج عمل المؤتمر فضلاً بأكمله للتوزيع المكاني للسكان وللتنقلات السكانية الداخلية. واعترف بأن الناس يتنقلون داخل البلدان استجابة لانعدام الإنصاف في توزيع الموارد

إدارة الهجرة

حتى يتحقق التوزيع المكاني المتوازن للإنتاج والعمالة والسكان، ينبغي أن تعتمد البلدان استراتيجيات للتنمية الإقليمية المستدامة واستراتيجيات لتشجيع الدمج الحضري ونمو المراكز الحضرية الصغيرة أو المتوسطة والتنمية المستدامة في المناطق الريفية، بما في ذلك اعتماد مشاريع قائمة على كثافة العمل، وتدريب الشباب على الأعمال غير الزراعية وتوفير شبكات النقل والاتصال الفعالة. ولإيجاد سياق موات للتنمية المحلية، بما في ذلك تقديم الخدمات، ينبغي أن تنظر الحكومات في تحقيق اللامركزية في نظمها الإدارية.

— من برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، الفقرة ٩-٤

وقد أقر المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بما تنطوي عليه المستوطنات الحضرية الكبيرة من حيوية اقتصادية، ولكنه اعترف أيضاً بتزايد أهمية المدن المتوسطة الحجم وبتزايد أهمية الهجرة بين المدن^١.

يولي الآن مزيد من الاهتمام على صعيد السياسات للتنوع الاقتصادي داخل المدن والأحياء، حيث غالباً ما يعيش الأغنياء والفقراء على مقربة شديدة^٢.

ومن بين الأهداف التي تشملها الغاية الإنمائية ٧، وهي كفاءة الاستدامة البيئية، هدف "تحقيق تحسن كبير بحلول سنة ٢٠٢٠ في معيشة ما لا يقل عن ١٠٠ مليون من سكان الأحياء الفقيرة". وتشير أحدث التقديرات والتوقعات إلى أن غالبية سكان العالم سيكونون حضريين بحلول سنة ٢٠٠٧^٣. فعدد سكان الحضرة سيرتفع من ٢ بلايين في سنة ٢٠٠٢ (يمثلون ٤٨ في المائة من مجموع السكان) إلى ٥ بلايين في سنة ٢٠٢٠ (يمثلون ٦٠ في المائة). وسيرجع معظم هذا النمو الحضري إلى الخصوبة الطبيعية لا إلى الهجرة. وسينخفض عدد سكان الريف انخفاضاً طفيفاً في الفترة ذاتها، من ٢,٢ بلايين إلى ٢,٢ بلايين.

ومن المتوقع أن يزيد عدد سكان الحضرة بنسبة ١,٨ في المائة سنوياً خلال الفترة ما بين سنة ٢٠٠٠ وسنة ٢٠٢٠، أي بما يقرب من ضعف سرعة نمو سكان العالم. وستتمو المناطق الأقل نمواً بنسبة ٢,٢ في المائة ومن المتوقع أن تصبح غالبيتها مناطق حضرية بحلول سنة ٢٠١٧. وبحلول سنة ٢٠٢٠ سيكون أغلب سكان جميع مناطق العالم حضريين (ستبلغ نسبة سكان الحضرة في أفريقيا ٥٤ في المائة، وفي آسيا ٥٥ في المائة). وسيحدث في المناطق الحضرية بالبلدان النامية كل النمو السكاني الإجمالي تقريباً الذي سيحدث في العالم في تلك الفترة.

وقد أضاف فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز عنصراً جديداً من عدم اليقين فيما يتعلق بهذه التوقعات^٤. فقد كانت معدلات الإصابة، على وجه الإجمال، أعلى في المناطق الحضرية. وفي المناطق المنكوبة بشدة بذلك الوباء، قد يؤدي ارتفاع معدلات الوفيات في الحضرة وانخفاض معدلات الخصوبة إلى إبطاء سرعة التحضر أو حتى إلى حدوث انخفاض في عدد سكان الحضرة. وتوجد الآن ٢٠ مدينة يتجاوز عدد سكان كل منها ١٠ ملايين نسمة (١٥ منها في البلدان النامية)، تضم ٤ في المائة من سكان العالم؛ وبحلول سنة ٢٠١٥ ستكون هناك ٢٢ مدينة كبرى من هذا القبيل (١٦ منها في البلدان النامية)، تضم ٥ في المائة من سكان العالم.

وسيزيد عدد سكان المدن التي يقل مجموع سكانها حالياً عن مليون شخص بمقدار ٤٠٠ مليون نسمة بحلول سنة ٢٠١٥. وسيحدث أكثر من ٩٠ في المائة من هذا النمو في مدن يقل عدد سكان كل منها عن ٥٠٠ ٠٠٠ نسمة. وسيطلب ذلك استثمارات هائلة في البنية الأساسية المحلية وفي القدرة على إدارة الخدمات العامة، وبخاصة مع تزايد انتقال عملية صنع القرار إلى البلديات والمناطق المحلية تحقيقاً للمركزية.

وسيتعين إيلاء مزيد من الاهتمام لاحتياجات فقراء الحضرة أيضاً، الذين تقل سبل حصولهم على الخدمات الصحية وغيرها من الخدمات كثيراً عن السبل المتاحة لسكان المدن الأغنى وغالباً ما لا تكون ليست أفضل كثيراً من الأحوال الموجودة في الريف. فالحاجة غير الملّية إلى خدمات تنظيم الأسرة بين فقراء الحضرة في آسيا وأفريقيا جنوب الصحراء، على سبيل المثال، تكاد أن تكون مساوية لحاجة سكان الريف إلى تلك الخدمات (بل وتفوقها في جنوب شرق آسيا). كما أن فقراء الحضرة محرومون بقدر حرمان فقراء الريف فيما يتعلق بإشراف أشخاص مهرة على الولادة وفيما يتعلق بالمعارف اللازمة لتجنب الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز.

التطورات التي حدثت على صعيد السياسات منذ انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية

لقد أفاد قرابة ثلثي البلدان النامية التي أجابت على الاستقصاء العالمي الذي أجراه صندوق الأمم المتحدة للسكان في سنة ٢٠٠٢ (٩٧ بلداً من ١٥١ بلداً) أنها اتخذت بعض التدابير بشأن الهجرة الداخلية، وذلك بالمقارنة بنسبة قدرها ٤١ في المائة من النجيين في سنة ١٩٩٤؛ واعتمد ٥٢ في المائة منها خطماً بشأن الهجرة؛ وتوجد لدى ٥١ في المائة منها خطط للتأثير في التوزيع المكاني للسكان (من بينها مخططات لإعادة التوطين، وخطط لإعادة توزيع السكان بإقامة مراكز جديدة للنمو الاقتصادي، وتحقيق لا مركزية التخطيط الاجتماعي والاقتصادي وعملية صنع القرار السياسي)؛ وتوفر ١٦ في المائة منها خدمات للأشخاص المشردين داخلياً؛ وتوجد لدى ١٠ في المائة منها مؤسسات خاصة معنية بالهجرة. والبلدان الأكثر تحضراً، وتلك ذات النمو الحضري الأسرع، لم تكن احتمالات اعتمادها تدابير متعددة للتصدي للهجرة الداخلية أكبر من احتمالات ذلك بالنسبة للبلدان الأخرى.

وقد أفاد ثلاثة أرباع جميع الحكومات، وقرابة ٨٠ في المائة من حكومات البلدان النامية، بأنها غير راضية عن التوزيع المكاني لسكانها. ويشير الاستقصاء العالمي إلى أن غالبية البلدان النامية وضعت سياسات بشأن الهجرة أو خصصت استثمارات إنمائية بهدف التأثير في التوزيع السكاني. ولكن درجة الاهتمام المعطاة لهذه القضايا تتفاوت تفاوتاً واسعاً. وتتطلب زيادة وضع سياسات بشأن الانتقالات من الريف إلى الحضرة وظروف الحياة داخل المدن بيانات ويحوت أكثر تفصيلاً.

الهجرة الدولية

تفيد شعبة السكان التابعة للأمم المتحدة^٥ أن عدد المهاجرين الدوليين في العالم بلغ ١٧٥ مليوناً في سنة ٢٠٠٠ - أي ما يمثل واحداً بين كل ٢٥ شخصاً - بعد أن كان هذا العدد ٧٩ مليوناً في سنة ١٩٩٠^٦. وكانت النساء يمثلن قرابة ٥٠ في المائة من أولئك المهاجرين، بينما كان اللاجئون يمثلون ١٠,٤ ملايين منهم. وخلال الفترة ما بين عام ١٩٩٠ وعام ٢٠٠٠، حدث ثلثا الزيادة في عدد

معالجة أسباب الهجرة

ينبغي لحكومات بلدان المنشأ وبلدان المقصد أن تسعى إلى جعل خيار بقاء الشخص في بلده متاحاً أمام الناس جميعاً. وتحقيقاً لهذه الغاية، ينبغي تعزيز الجهود الرامية إلى تحقيق التنمية الاقتصادية والاجتماعية المستدامة، التي تكفل توازناً اقتصادياً أفضل بين البلدان المتقدمة النمو والبلدان النامية والبلدان التي تمر اقتصاداتها بمرحلة انتقالية. ومن الضروري أيضاً زيادة الجهود الرامية إلى نزع فتيل الصراعات الدولية والداخلية قبل أن تتصاعد؛ وضمان احترام حقوق الأشخاص الذين ينتمون إلى أقليات عرقية أو دينية أو لغوية، والسكان الأصليين؛ واحترام سيادة القانون، وتشجيع الحكم الرشيد، وتدعيم الديمقراطية، وتعزيز حقوق الإنسان.

— من برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، الفقرة 10-3

ما يتجاوز قيمة المساعدة الإنمائية الرسمية بثلاثين بليون دولار)، وأن التحويلات المتدفقة من خلال القنوات الرسمية زادت بكثير من الضعف خلال الفترة ما بين عامي ١٩٨٨ و ١٩٩٩^{١١}.

وقد دعا المؤتمر الدولي للسكان والتنمية البلدان إلى التصدي للأسباب الجذرية للهجرة، وبخاصة تلك المرتبطة بالفقر، وذلك مثلاً عن طريق العمل على تحقيق التنمية المستدامة لكفالة تحقيق توازن اقتصادي أفضل بين البلدان المتقدمة النمو والبلدان النامية، ونزع فتيل الصراعات الدولية والداخلية؛ والتشجيع على زيادة التعاون والحوار بين بلدان المنشأ وبلدان المقصد، لزيادة فوائد الهجرة إلى أقصى حد؛ وتيسير إعادة إدماج المهاجرين العائدين^{١٢}.

وتضمنت التوصيات استغلال الهجرة القصيرة الأجل في تحسين مهارات مواطني بلدان المنشأ، وجمع بيانات عن تدفقات المهاجرين الدوليين وأعدادهم وعن العوامل المسببة للهجرة، وتعزيز الحماية والمساعدة الدوليتين للاجئين وللأشخاص المشردين^{١٣}. واهتداءً بالمؤتمر الدولي للسكان والتنمية وبالاتفاقات الدولية الأخرى اتفق مؤتمر قمة الألفية في سنة ٢٠٠٠ على ضرورة أن تحترم البلدان وتحمي حقوق الإنسان للمهاجرين، والعمال المهاجرين وأسرههم. وذكر التقرير الختامي للجنة أمن الإنسان في سنة ٢٠٠٣^{١٤} أن "تحركات الناس عبر الحدود تعزز الاعتماد المتبادل بين البلدان والمجتمعات وتعزز التنوع".

ومع ذلك تظل الهجرة الدولية موضوعاً حساساً، ولم تستطع البلدان أن تتفق على عقد مؤتمر للامم المتحدة ليقدم توجيهاً إلى البلدان فيما يتعلق بالتصدي للقضية، مثلما اقترح البعض^{١٥}.

الاستجابة على صعيد السياسات

لقد تبين من استقصاء ميداني أجراه صندوق الأمم المتحدة للسكان في سنة ٢٠٠٣ أن ٧٣ في المائة من البلدان المجيبة (١١٠ من بين

المهاجرين في أمريكا الشمالية. أما قبل سنة ١٩٨٠ فقد كانت حصة أعلى من المهاجرين الدوليين من نصيب المناطق الأقل نمواً، وبحلول سنة ٢٠٠٠ كان ثلاثة أخماس أولئك المهاجرين موجودين في مناطق أكثر نمواً.

والآن، في اقتصاد يتزايد طابع عولته، غالباً ما توفر الهجرة فرص العمل، مما يؤدي إلى تدفق غير مسبوق للمهاجرين، ومن بينهم أعداد متزايدة من المهاجرات^{١٦}. وفي الوقت ذاته، توجد أعداد متزايدة من اللاجئين والأشخاص المشردين داخلياً بفعل الكوارث الطبيعية والصراعات المسلحة والاضطرابات الاجتماعية والأزمات الاقتصادية والسياسية.

وتترتب على تحركات الهجرة الدولية آثار اقتصادية واجتماعية ثقافية وديمقراطية كبيرة بالنسبة للمناطق المرسلة ومناطق العبور والمناطق المستقبلية^{١٧}. وقد واجهت مناطق العبور والمناطق المستقبلية صعوبات في إطار تدفقات الهجرة وإدماج المهاجرين في مجتمعاتها. أما المناطق المرسلة فقد فقدت عمالاً مهرة وحدثت تفتيت للأسر فيها، وغالباً ما كانت المرأة تصبح عائل الأسرة المعيشية بعد رحيل الزوج.

كما أدت هجرة العمال من الشباب إلى تركهم المسنين الذين لا يستطيعون أداء العمل البدني اللازم في الزراعة. وقد دفعت الشواغل المتزايدة بشأن الإرهاب بلداناً كثيرة إلى تعزيز الأمن عند حدودها، مما أدى إلى تزايد الهجرة غير القانونية، وبخاصة من خلال تهريب البشر والاتجار بهم، وساهمت تحركات الهجرة في انتشار فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وغيره من الأمراض. وتحدثت الآثار الاقتصادية للهجرة في كلا الاتجاهين.

فالتحويلات المالية من المهاجرين تتدفق من البلدان الأكثر نمواً إلى البلدان الأقل نمواً. ويفيد البنك الدولي بأن تحويلات العمال إلى البلدان النامية في سنة ٢٠٠٢ بلغ مجموعها ٨٨ بليون دولار (أي

١٥٦ بلدًا) أفادت بأنها اتخذت بعض التدابير للتعامل مع الهجرة الدولية، بالمقارنة بنسبة قدرها ١٨ في المائة في استقصاء معالج أجري في سنة ١٩٩٤. وقد اعتمدت قرابة نصف البلدان برامج أو استراتيجيات بشأن المهاجرين أو اللاجئين الدوليين؛ وسنّت نسبة قدرها ٣٧ في المائة من البلدان تشريعات بشأن المهاجرين الدوليين والعمال المهاجرين؛ واعتمدت نسبة قدرها ٣٣ في المائة من البلدان سياسة بشأن الهجرة؛ واضطلعت نسبة قدرها ١١ في المائة من البلدان بجهود لتعزيز الاتفاقيات الدولية المتعلقة باللاجئين وملتمسي اللجوء، والمهاجرين غير القانونيين؛ وأصدرت نسبة قدرها ١٠ في المائة من البلدان قوانين بشأن الاتجار بالبشر، وبخاصة بالنساء والأطفال.

وأنشأ عدد متزايد من البلدان آليات تنسيقية شتى - عبر الأجهزة الحكومية، وبين الحكومات، وفيما بين الحكومات والمنظمات غير الحكومية والمناخنة الدوليين.

وشدّدت سياسات في بعض البلدان الأفريقية، من قبيل غانا وجمهورية تنزانيا المتحدة، على توطين اللاجئين. وفي بلدان أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي انصب التركيز على توفير حوافز للمواطنين العائدين، بينما انصب التركيز في شرق أوروبا والدول العربية وجمهوريات وسط آسيا على حماية أسواق العمل ومكافحة الاتجار بالمخدرات.

واعتمدت بضعة بلدان، بهدف تحسين إدماج المهاجرين في مجتمعاتها، تدابير يقصد بها تحقيق التساوي في الفرص فيما يتعلق بالحصول على وثائق وفيما يتعلق بالإسكان والصحة

والتعليم. وفي العقد الماضي أدخلت بعض البلدان المتقدمة النمو تغييرات في سياساتها المتعلقة بلم شمل الأسرة. فمنذ تموز/يوليه ٢٠٠٢، مثلاً، لم تعد الدانمرك تمنح حقاً قانونياً للزوجة في أن تثق بزوجها، وفي معظم الحالات لا تمنح هذا الحق إذا كان عمر أحد الزوجين أقل من ٢٤ سنة. وتُعرف نيوزيلندا بمجموعة من الهياكل الأسرية أوسع من تلك التي تُعرف بها من قبل، ولكنها عززت أيضاً المسؤولية القانونية لأرباب الأسر الذين يجلبون أفراداً من أسرهم إلى البلد. وأصبحت سياسة كندا، من ناحية أخرى، أقل تقييداً، بحيث تشمل الآن الأطفال المعالين دون سن الثانية والعشرين بدلاً من الأطفال المعالين دون سن التاسعة عشرة.

ويبدأ عدد من البلدان المتقدمة النمو في اتخاذ مبادرات تشجع هجرة العمال المهرة استجابة لأوجه النقص في اليد العاملة. واعتمد بعضها سياسات ترمي إلى اجتذاب واستبقاء طلبة البلدان النامية ذوي المهارة الفائقة.

وتصدياً لتزايد الاتجار بالبشر لجأت البلدان إلى تشديد ضوابط الحدود وإلى زيادة تقييد السياسات المتعلقة بالجوء؛ وقد أدى ذلك في بعض الحالات دون قصد إلى جعل الاتجار بالبشر أكثر ربحاً. وتصدياً لتلك الظاهرة بدأ بعض البلدان في تطبيق عقوبات شديدة فيما يتعلق بالاتجار بالبشر.

ومع أن معظم البلدان المستقبلية تعترف بالمساهمات الإيجابية للهجرة في تنمية كل من البلدان المستقبلية للمهاجرين والبلدان المرسله لهم اقتصادياً واجتماعياً وثقافياً، يظل ارتفاع معدلات

وضع خرائط للبشر واحتياجاتهم

توفر نظم المعلومات التي اقيمت في العقد الماضي معلومات جغرافية دقيقة عن الناس الذين يجيئون على استبيانات الاستقصاءات الديمغرافية. وسيتيح ذلك إجراء دراسة أكثر تفصيلاً لتوزيع الثروة والفرص والتحديات داخل البلدان. كما سيتيح فهم عوامل الدفع والجذب التي تؤدي إلى انتقال السكان، فضلاً عن أثر السياسات التي تعالج ذلك، فهماً أفضل.

فعلى سبيل المثال، تجمع بحوث جرت مؤخراً بين بيانات الإحصاء السكاني وبيانات الاستقصاء لوضع خريطة لتوزيع السكان. وتشير النتائج إلى أن مساحة الأراضي التي تغطيها المراكز الحضرية والمستوطنات المحيطة بالحضر من حولها - وأثرها على البيئة - قد تكون أكبر كثيراً مما أشارت إليه

التقديرات السابقة المستندة إلى الحدود الإدارية. وتتيح الأساليب الجديدة أيضاً قياس السكان على امتداد السواحل وفي المناطق الأخرى الحساسة بيئياً.

وقد استُخدم وضع الضرائط هذا لدراسة معدلات وفيات الرضع في ١٠ من بلدان غرب أفريقيا. وأكدت النتائج من جديد الاستنتاجات القائمة منذ أمد طوول (ومنها مثلاً ارتفاع معدلات وفيات الذكور، والميزة التي ينعم بها الحضر بالنسبة للمناطق الريفية، والتأثيرات الوقتية لتعليم الأمهات وتحسين الصرف الصحي)، ولكنها وفرت أيضاً استبصارات جديدة غير متوقعة فيما يتعلق بوجود نسبة تركز عالية للمناطق الأسوأ أداءً، مما يمكن أن يؤدي إلى تحسين توجيه البرامج.

وستلزم استثمارات كبيرة في بناء القدرات ونقل التكنولوجيا تحقيقاً للاستفادة الكاملة من

التكنولوجيات الجديدة لجمع البيانات ومنهجيات التحليل. ومن اللازم أيضاً أن تتضمن بحوث البلدان النامية وبرامجها تحليلات أكثر تفصيلاً للشبكات الاجتماعية الحضرية ولخصائص الأحياء السكنية.

وهذا من شأنه أن ييسر صنع القرارات المتعلقة بالتنمية على صعيد محلي بدرجة أكبر، ويؤدي إلى تحسين السياسات التي تعالج انماط الاستيطان على اختلافها بهدف الحد من الفقر وتحسين نوعية الحياة. فعلى سبيل المثال، قد تتيح المجتمعات ذات الدخل المتنوع سبباً للنهوض بالفقراء بسرعة أكبر. وقد يساعد الاستهداف الجغرافي واستخدام الرابطات المحلية على تحقيق رؤية المؤتمر الدولي للسكان والتنمية فيما يتعلق بالمشاركة الاجتماعية.

الهجرة غير القانونية واستمرار تدفقات اللاجئين وملتزمي اللجوء، شافطين رئيسيين.

وتحيز بلدان كثيرة زيادة التعاون الدولي لإدارة الهجرة إدارة أكثر فعالية. فمذ سنة ١٩٩٤، أنشئت ثمانى عمليات تشاور إقليمية ودون إقليمية، تشمل كل بلد تقريباً. ونظم البرنامج الدولي لسياسة الهجرة الذي بدأ في سنة ١٩٩٨^{١٥} اجتماعاً إقليمياً للنهوض بالتعاون وبناء القدرات. وأعلن في كانون الأول/ديسمبر ٢٠٠٢ عن إنشاء لجنة عالمية معنية بالهجرة الدولية؛ ومن المقرر أن تصدر تلك اللجنة توصيات موجهة إلى الأمين العام للأمم المتحدة في منتصف سنة ٢٠٠٥.



٥ المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة

كاملاً ومفصلاً (الفصل الرابع) بشأن تمكين المرأة والمساواة بين الجنسين. وقد ذكر، في جزء منه، أن "... تحسين وضع المرأة يعزز أيضاً قدرتها على صنع القرار على جميع المستويات في جميع مجالات الحياة، وبخاصة في مجال الجنس والإنجاب". وقد كانت المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة هما لب رؤية المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. فغايات برنامج العمل المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بغاياته المتعلقة بتمكين المرأة والمساواة بين الجنسين، وتعزز كل منهما الأخرى. وقد أخذ المؤتمر الدولي للسكان والتنمية على عاتقه التزاماً جديداً رئيسياً في هدفه المتمثل في "... تحقيق المساواة بين الجنسين في جميع مجالات الحياة، بما في ذلك الحياة الأسرية والاجتماعية، وتشجيع الرجل على الاضطلاع بمسؤوليته عن السلوك الجنسي والإنجابي وعن دوره في المجتمع والأسرة وتمكينه من الاضطلاع بتلك المسؤولية والدور" (الفقرة ٤-٢٥).

ودعا أيضاً المؤتمر الدولي للسكان والتنمية البلدان إلى "اتخاذ تدابير وافية" للقضاء على أشكال الاستغلال والإيذاء والتحرش

لقد كانت تسعينات القرن العشرين عقداً بارزاً فيما يتعلق بوضع قضايا الصحة والحقوق الإنجابية والعنف ضد المرأة ومسؤولية الذكور عن علاقات القوة بين الجنسين، في بؤرة المناقشات العالمية والوطنية بشأن حقوق الإنسان والتنمية البشرية. وكانت المؤتمرات التي عقدتها الأمم المتحدة في التسعينات، وبخاصة المؤتمر العالمي لحقوق الإنسان (فيينا، ١٩٩٢)، والمؤتمر الدولي للسكان والتنمية (القاهرة، ١٩٩٤)، والمؤتمر العالمي الرابع المعني بالمرأة (بيجين، ١٩٩٥)، محورية في حدوث تحول رئيسي في صيغة السياسة السكانية.

ففي القاهرة، توصلت حكومات العالم إلى توافق في الآراء أكد التزامها بتعزيز وحماية التمتع الكامل بحقوق الإنسان بالنسبة لجميع النساء طيلة دورة عمرهن. واتفقت الحكومات أيضاً على اتخاذ تدابير لمنع المرأة مزيداً من القوة ولتحقيق المساواة في علاقاتها مع الرجل، في القوانين والنظم الاقتصادية ودخل الأسرة المعيشية.

وتضمن برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، للمرة الأولى في وثيقة دولية رئيسية بشأن السياسة السكانية، فصلاً

إجراءات لتمكين المرأة

ينبغي للبلدان أن تعمل على تمكين المرأة، وأن تتخذ الخطوات المؤدية إلى القضاء على ضروب التفاوت بين الرجل والمرأة ... عن طريق ما يلي ... القضاء على جميع ممارسات التمييز ضد المرأة؛ ومساعدة المرأة على إقرار حقوقها وإعمالها، بما فيها الحقوق المتصلة بالصحة الإنجابية والجنسية؛ ... والقضاء على ممارسة العنف ضد المرأة؛ ... والقضاء على ممارسات أرباب العمل التمييزية ضد المرأة، كذلك المبنية على إثبات استخدام وسائل منع الحمل أو على الحمل؛ ... [و] تمكين المرأة، عن طريق القوانين والأنظمة وغيرها من التدابير الملائمة، من الجمع بين أدوار الحمل والرضاعة الطبيعية وتربية الأطفال مع المشاركة في القوة العاملة.

... من برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، الفقرة ٤-٤

والعنف الموجهة ضد المرأة والمراهقين والأطفال (الفقرة ٤-٩). ودعا الرجال إلى تحمل مسؤوليتهم المشتركة عن الوالدية، والاعتراف بالقيمة المتساوية للأطفال وتعليمهم ومنع العنف ضدهم. وحث أيضاً على اتخاذ تدابير لكفالة مشاركة الرجل مع المرأة مشاركة نشطة في السلوك المسؤول فيما يتعلق بالجنس والإنجاب (الفقرة ٤-٢٧).

وفي بلدان شتى، ساعد أيضاً التحول في الصيغة الذي أدخله المؤتمر الدولي للسكان والتنمية على حفز إجراء تغييرات هامة في نهج منظومة الأمم المتحدة على الصعيد القطري. فعلى سبيل المثال، في الهند، يوجد تآزر قوي بين نهج المؤتمر وإطار عمل الأمم المتحدة للمساعدة الإنمائية، الذي يعطي الأولوية للمساواة بين الجنسين ولتحقيق اللامركزية باعتبارهما موضوعين يتخللان جميع المساعدات المقدمة إلى الهند من منظومة الأمم المتحدة. وتتمثل أهداف الإطار الرئيسية فيما يتعلق بتحقيق المساواة بين الجنسين في تعزيز قدرة المرأة على صنع القرار، وتحقيق المساواة في الفرصة، ودعم إجراء تغييرات في السياسات.

وفي الهند، كانت التدابير التعاونية التي حُدثت توجهاً لتحقيق المساواة بين الجنسين هي ما يلي:

- وضع إطار لتحليل السياسات من زاوية نوع الجنس؛
- تقديم الدعم لقاعدة بيانات شاملة مفصلة بحسب نوع الجنس؛
- تقديم الدعم لتحقيق المساواة بين الجنسين؛
- المساعدة في وضع خطط للولايات تراعي الفوارق بين الجنسين؛
- تشجيع إجراء بحوث بشأن التدابير التي يمكن اتخاذها فيما بين الأجهزة بخصوص قضية نوع الجنس.

وفي سنة ٢٠٠٢ وجه مكتب المسجل العام في الهند ومفوض تعدادات السكان، ووزارة الصحة ورعاية الأسرة، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، الاهتمام إلى مشكلة الإجهاض الانتقائي لجنس المولود وواد الإناث الرضيع، وما ينجم عن ذلك من انخفاض في عدد البنات بالنسبة إلى عدد البنين، وأُشر نتيجة لذلك كتيب بعنوان المفقودات: وضع خريطة للنسبة المختلة بين الأطفال الذكور والأطفال الإناث في الهند.

ودعت الجمعية العامة للأمم المتحدة، في استعراضها الذي أجرته سنة ١٩٩٩ لتنفيذ توصيات المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، إلى مضاعفة الجهود لتصحيح أوجه انعدام المساواة بين الجنسين، بما في ذلك القضاء على الممارسات الضارة والمواقف والتمييز ضد المرأة والفتاة. وحثت الجمعية العامة الجمهور على عدم التسامح

إطلاقاً فيما يتعلق بتفضيل الأبناء الذكور، وفيما يتعلق بعدم تقديم رعاية للطفلة لا تتساوى مع الرعاية المقدمة للطفل أو فيما يتعلق بإعطاء قيمة للطفلة أقل من قيمة الطفل، وفيما يتعلق أيضاً بجميع أشكال العنف الموجهة ضد المرأة - بما فيها ختان الإناث، والافتصاب، وسفاح المحارم، والعنف الجنسي، والاتجار بالمرأة. وشجعت الجمعية العامة الحكومات على إدخال تغييرات قانونية، فضلاً عن تشجيع إدخال تغييرات في المجالات الاجتماعية والثقافية والاقتصادية.

الإنجازات

لقد تحقق قدر كبير من التقدم في تنفيذ هذه الغايات في السنوات العشر التي انقضت منذ انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، ولكن هذا التقدم كان متفاوتاً وما زال يواجه تحديات كثيرة. فالاستقصاء العالمي الذي أجراه صندوق الأمم المتحدة للسكان في سنة ٢٠٠٢ بشأن التقدم المحرز على الصعيد الوطني يقدم صورة متفاوتة. فقد أدخل عدد من البلدان قوانين وسياسات ولكن ما تحقق كان أقل فيما يتعلق بترجمة هذه القوانين والسياسات إلى برامج وتنفيذ ورصد. ومع ذلك فقد أُخذت خطوات هامة.

فعلى سبيل المثال، في المكسيك، يتلقى العاملون في قطاع الصحة تدريباً، في إطار برنامج صحة المرأة الذي يشرف عليه وزير الصحة، على تحقيق المساواة بين الجنسين في المجالات المحددة الخاصة بكل منهم. وتنفذ أندونيسيا تعليمات الرئيس بشأن تعميم المنظور الجنساني في التنمية الوطنية من خلال مجموعات لإدارة التنمية في الأقاليم والمقاطعات تضم موظفين حكوميين ومنظمات غير حكومية محلية وباحثين. وأقامت إيران مراكز خاصة للشرطة النسائية لتقديم الخدمات للنساء ضحايا العنف، ولتقديم خدمات الوقاية والمشورة التي تتضمن خطوطاً هاتفية ساخنة.

وفي الهند، وعلى الرغم من استمرار التفاوت بين الجنسين في مجال التعليم، يبدو أن الفجوات بين الجنسين في معرفة القراءة والكتابة أخذت في التناقص في بعض الولايات التي كانت توجد فيها أشد المشاكل في هذا الصدد، وفقاً لما تبين من الإحصاء السكاني الذي أجري في سنة ٢٠٠١. وتُبذل محاولات مبتكرة، مثلما يحدث في ولاية هاريانا، لزيادة انتظام الفتيات في المدارس بتوفير مرافق للفتيات وذلك للحد من قلق الأسر بشأن التهديدات لأمنهن. وفي المكسيك، بدأ المجلس القومي للسكان محاولة كبرى لتوسيع نطاق عمليات جمع البيانات بشأن مجموعة واسعة من القضايا المرتبطة بالسلوك الجنسي والإنجابي.

واضطلعت المنظمات غير الحكومية، أيضاً، بمجموعة من البرامج للوفاء بوعد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية المتعلق بتحقيق الإنصاف والمساواة بين الجنسين. وفي كالابار، نيجيريا، مثلاً، تعيى "مبادرة قوة الفتيات" الفتيات وتمكنهن من أن يتولين زمام حياتهن بالوقوف ضد العنف وبالمطالبة بحقوقهن. وهناك برنامج

تدريب العاملين في مجال الصحة على التصدي للعنف ضد المرأة

إن العنف ضد المرأة مشكلة موجودة على نطاق العالم وتبين الدراسات أنها مشكلة قد تعاني منها امرأة بين كل ثلاث نساء. فمشاكل الإيذاء التي تتراوح من السباب إلى الاغتصاب إلى الممارسات التقليدية الضارة جسدياً ونفسياً من قبيل ختان الإناث تشكل أيضاً انتهاكات لحقوق الإنسان. ولا يفحص أحد من ممارسي المهن الطبية ضحايا كثيرات لكي يعالج ما تعرضن له من إيذاء، مما يجعل تقديم المساعدة لأوائك الضحايا تحدياً.

وقد قدم صندوق الأمم المتحدة للسكان، كجزء من أعماله التي ترمي إلى التصدي للعنف ضد المرأة، الدعم لتدريب المهنيين العاملين في المجال الطبي، لجعلهم أكثر مراعاة للنساء اللاتي قد يكن

قد تعرضن للعنف وإثنية احتياجاتهن الصحية. وجرت معانيات تجريب بتدخلات رائدة في ١٠ بلدان - هي الرأس الأخضر وكوباور وقواتيمالا وايدان وأيتوانيا وموزامبيق ونيجال ورومانيا وروسيا ووري لانكا.

وفي اعقاب المشاورات بين مقدمي الخدمات الصحية والزبائن، تم فحص جميع النساء من أجل اكتشاف من تعرضن منهن للإيذاء. في بعض المشاريع الرائدة، وقدم لمن يُحتمل أن يكن ضحايا للعنف دعم قانوني وطبي ونفسي، كما جرت عمليات إحالة طبية لهن عند الضرورة. واضطلع ببعض المشاريع الرائدة بالاشتراك مع السلطات المحلية والمستشفيات، بينما تعمل مشاريع أخرى مع شبكات المنظمات غير الحكومية. وأولي اهتمام لإشراك المجتمعات المحلية، وإنشاء شبكات دعم لضحايا العنف ضد المرأة تضم الشرطة ومقدمي

الرعاية الصحية على السواء، إلى جانب خدمات تقديم المشورة.

وعقد صندوق الأمم المتحدة للسكان أيضاً حلقات عمل لمقدمي الخدمات الصحية بشأن معرفة آثار العنف ضد المرأة على صحتها وبشأن كيفية اكتشاف ذلك العنف ومنعه ومساعدة ضحاياه. وشددت حلقات العمل هذه على الحاجة إلى السرية والرصد.

وتبين من تقييم أن المشاريع الرائدة ناجحة وجديرة بأن تنال دعماً مستمراً. ومن بين التوصيات دعوة الحكومات إلى الاعتراف بالعنف ضد المرأة باعتباره من الاهتمامات المتعلقة بالصحة العامة.

واستناداً إلى هذه التجربة أعد صندوق الأمم المتحدة للسكان دليلاً بعنوان تهج معني فيما يتعلق بالعنف ضد المرأة، تُرجم إلى سبع لغات.

مقابل للفتيان يدرهم على أن يصبحوا شباناً أكثر مراعاة للمرأة وأكثر دعماً لها.

التصدي لانعدام المساواة في البرامج الصحية. تعمل

برامج كثيرة ترمي إلى الحد من حالات الحمل غير المقصودة في ظل بيئات لا تتمتع فيها المرأة باستقلال ذاتي كبير وتكون عادة متساهلة في علاقاتها مع زوجها أو مع مقدمي الرعاية الصحية. وترمي تدخلات من قبيل برنامج "خيارات حياة أفضل" للوجه إلى اثباتيات في الهند^٢، وبرنامج "الأمهات المراهقات في جامايكا"^٣، وتدريب المدربين في مجال الصحة والتمكين في المكسيك^٤، إلى تعزيز المهارات العملية للمرأة فيما يتعلق بالتفكير على المدى الطويل، وحل المشاكل، وصنع القرار، وإلى إتقانها بقدرتها على اتخاذ قرارات هامة بشأن حياتها وصحتها. وبعض البرامج الناجحة تقوم بتوعية المرأة بحقوقها الإيجابية والإنسانية؛ بينما تقدم برامج أخرى التدريب على معرفة القراءة والكتابة ومهارات العمل والحقوق القانونية والوالدية وصحة الطفل والتمتعبة الاجتماعية.

نتائج الاستقصاء العالمي

لقد وفر الاستقصاء العالمي الذي أجراه صندوق الأمم المتحدة للسكان في سنة ٢٠٠٣ إطاراً مفيداً لتقييم ما تحقق في مجال المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة. فقد تناول خمس مجموعات من الإجراءات هي: ^١ حماية حقوق الفتيات والنساء وتعزيز التمكين؛ ^٢ التصدي للعنف القائم على أساس نوع الجنس

وبخاصة ضد الفتيات والنساء؛ ^٣ تحسين سبل الحصول على التعليم الابتدائي والثانوي ومعالجة التفاوتات بين الجنسين في مجال التعليم؛ ^٤ حض الفتيان والرجال على تبني مواقف مؤيدة للمساواة بين الجنسين ودعم حقوق المرأة وتمكينها؛ و ^٥ تشجيع الذكور على تولي المسؤولية عن صحتهم الإيجابية وصحة شريكاتهم الإيجابية.

تحقيق المساواة بين الجنسين. مع أن أكثر من نصف

البلدان التي أجابت على الاستبيان الخاص بالاستقصاء العالمي ومجموعها ١٥١ بلداً اعتمدت تشريعات وطنية، وصدقت على اتفاقيات للأمم المتحدة، وأنشأت لجاناً وطنية للمرأة، لم يتحقق تقدم مماثل في صياغة سياسات وتنفيذ برامج. فلم يتخذ تدابير من هذا القبيل إلا ثلث البلدان فقط. ووضع عدد أقل من البلدان (١٣) بلداً فقط) برامج للقيام بأنشطة الدعوة بخصوص المساواة بين الجنسين.

الإجراءات الرامية إلى تمكين المرأة. لقد وضع حوالي

نصف البلدان خططاً واستراتيجيات من أجل المرأة وإتاحة الفرص الاقتصادية لها، ولكن ٢٨ بلداً فقط هي التي نجحت في زيادة المشاركة السياسية للمرأة، وكان لدى ١٦ بلداً فقط برامج لتوعية المسؤولين الحكوميين.

العنف ضد المرأة. لقد تبين من الاستقصاء أن ٩١ بلداً لديها قوانين للتصدي للعنف ضد المرأة وللمعاقبة عليه، ولكن ٢١ بلداً

فقط هي التي قامت فعلاً بإنفاذ هذه القوانين. وقام ٢٤ بلداً فقط بتدريب مقدمي الخدمات أو المسؤولين الحكوميين بشأن العنف ضد المرأة، وأنشأ ٢٣ بلداً فقط آليات للرصد في هذا المجال.

الحصول على التعليم. لم يتمكن سوى ٤٢ بلداً من زيادة الإنفاق العام على المدارس، وقدم ٢٨ بلداً فقط حوافز للأسر الفقيرة لإرسال أطفالها إلى المدارس. وعلاوة على ذلك، أدمج ١٢ بلداً فقط التوعية بشأن قضية نوع الجنس ضمن المناهج الدراسية، ونجح ١٦ بلداً فقط في زيادة عدد المدارس الثانوية للفتيات.

مواقف الذكور ومسؤوليتهم. افاد ٢٠ بلداً فقط عن وضع خطط وبرامج بشأن الصحة الإنجابية للشباب والمراهقين. وكان يوجد لدى أقل من نصف البلدان المبلغة برامج لتوعية الرجال بشأن صحتهم الإنجابية والصحة الإنجابية لشريكاتهم.

التقدم القانوني

خلال السنوات العشر الماضية اعتمدت بلدان كثيرة قوانين جديدة أو عدلت تشريعاتها من أجل تحقيق المساواة بين الجنسين، ساعية إلى القضاء على جميع أشكال التمييز القائمة على أساس الجنس فضلاً عن العنف ضد المرأة ولزيادة العقوبات على من يرتكبون ذلك العنف أو التمييز.

ومن بين البلدان التي اعتمدت تشريعات لتحريم التمييز القائم على أساس الجنس مالطة وموريشيوس (وتكفل هذه التشريعات أيضاً المساواة في الحقوق للمرأة بغض النظر عن حملها أو ما إذا كانت متزوجة أو غير متزوجة) والمكسيك. وسنت كولومبيا وسلوفينيا قوانين لتحقيق المساواة في الفرص بين النساء والرجال، ويدعو مرسوم في كوستاريكا إلى إدخال تحسينات في أحوال معيشة النساء الفقيرات والفرص المتاحة لهن.

وأصدرت جيبوتي تشريعاً يعتمد استراتيجيات وطنية لتحسين مشاركة المرأة في التنمية وخطة عمل وطنية، تنص على تقييم جميع السياسات والقوانين استناداً إلى آثارها على إدماج قضية نوع الجنس ضمن التنمية. ويورد القانون أيضاً بالتفصيل الأنشطة التي ستقوم بها الحكومة للنهوض بالصحة الإنجابية ولتحقيق المساواة في التعليم للمرأة، ولتحسين مشاركة المرأة في عملية صنع القرار (في المجال العام ودخل الأسرة) وفي التنمية الاقتصادية. وأصدرت جمهورية كوريا قانوناً بإنشاء لجنة معنية بالمساواة بين الجنسين لإدارة السياسات المتعلقة بقضية نوع الجنس.

ويتضمن عدد من الدساتير، الموضوع حديثاً أو المعدلة، أحكاماً قوية بشأن المساواة بين الجنسين. فعلى سبيل المثال، يؤكد دستور البحرين الصادر سنة ٢٠٠٢، مع إشارته إلى أن الشريعة هي المصدر الأساسي للقوانين، المساواة بين المرأة والرجل في مجال السياسة وفي المجالات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية.

ويؤكد دستور كويا الصادر سنة ٢٠٠٢ أن الأزواج متساويون في الحقوق والواجبات. ويؤكد دستور تيمور الشرقية بعد استقلالها المساواة في الحقوق بين المرأة والرجل في الزواج وفي الأسرة وفي إطار الحياة الاجتماعية والاقتصادية والسياسية.

ويضمن أيضاً دستور رواندا الصادر سنة ٢٠٠٢ المساواة في الحقوق بين الأزواج في إطار العلاقة الزوجية وفي الطلاق، ويحرم التمييز القائم على أساس الجنس، وينص على إنشاء لجنة وطنية لحقوق المرأة ومجلس وطني للمرأة. ويضمن أيضاً حق المرأة والرجل في أن يصوتا ويرشحا أنفسهما لشغل المناصب العامة، ويدعو إلى دفع أجر متساوٍ عن العمل ذي القيمة المتساوية، ويرسي الحق في التعليم. وفي سنة ٢٠٠٢ عدلت توغو دستورها لكي يكفل المساواة بين الجنسين أمام القانون وفي علاقات العمل.

وأنشأت بولندا منصب مفوضة معنية بتحقيق المساواة في وضع المرأة، يوجد مقرها في مكتب رئيس الوزراء، من أجل تحليل وضع المرأة القانوني والاجتماعي والعمل على تحقيق الإنصاف من خلال القوانين والسياسات^٦.

وفي سنة ٢٠٠٠، في أندريجان، أوعز مرسوم رئاسي إلى الحكومة بأن تكفل تمثيل المرأة والرجل على قدم المساواة في إدارة الدولة وإتاحة فرص متساوية لهما في إطار الإصلاحات الجارية. وصدرت أيضاً تعليمات إلى المؤسسات الحكومية بأن تعين جهة وصل معنية بقضية نوع الجنس في كل مكتب من مكاتب المقاطعات^٧.

العنف ضد المرأة. إن التصدي للعنف العائلي والجنسي الموجه ضد المرأة يمثل أولوية أخرى لتدابير تشريعية من جانب حكومات كثيرة. ففي بنغلاديش، تنص قوانين جديدة على أن العنف ضد المرأة جريمة يُعاقب عليها، وتتناول مدونات قواعد السلوك التحرش الجنسي في مكان العمل^٨. وصدقت بلجيكا وبيرو ويوغوسلافيا قوانينها لكي تُعرّف التحرش الجنسي وتجعله جريمة يمكن لضحاياها المقاضاة بشأنها والتماس رد الاعتبار.

وأصدرت بلجيكا والجمهورية الدومينيكية والبرتغال وإسبانيا وأوروغواي، ضمن بلدان أخرى، قوانين تضاعف عقوبات ممارسة العنف ضد المرأة. وفي البرازيل، أنشأ قانون صادر سنة ٢٠٠٢ خطأً هاتفياً ساخناً مجاناً على الصعيد الوطني يديره موظفون مدربون تدريباً مخصوصاً وذلك لكي تستخدمه النساء في الإبلاغ عن الإيذاء العائلي.

وكان الاتجار بالبشر أيضاً موضع تغييرات قانونية. فقد سنت بلدان كثيرة قوانين لمكافحة الاتجار بالنساء والبنات وصدقت بلدان كثيرة على معاهدات دولية^٩. وحرمت جمهورية الكونغو الديمقراطية الاتجار بالأطفال في قانون العمل الخاص بها الصادر سنة ٢٠٠٢.

ومع أن غالبية الحكومات تقول إنها تدرك أهمية تحقيق المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة، فإن كثرة منها تجد صعوبة في العمل مباشرة مع المرأة على مستوى المجتمع المحلي. وبناء على

ويقوم بتدريب مثقفي الأقران من خلال برنامج شباب عرضة للمخاطر.

المؤتمر الدولي للسكان والتنمية والغايات الإنمائية للألفية

إن الغاية ٢ من الغايات الإنمائية للألفية، وهي "تعزيز المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة"، هي انعكاس لأهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. إلا أن هدفها الرئيسي فيما يتعلق بقياس التقدم المحرز هدف محدود نوعاً ما: وهو القضاء على التفاوتات بين الجنسين في التعليم الابتدائي والثانوي بحلول سنة ٢٠٠٩، وفي جميع مراحل التعليم في موعد لا يتجاوز عام ٢٠١٥.

وقد اعترضت فرقة العمل رقم ٢ التابعة للأمم المتحدة والمعنية بمشاريع الألفية بشأن المساواة بين الجنسين إطاراً تنفيذياً أوسع نطاقاً يُعَيّن المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة من خلال ثلاثة أبعاد هي: "١" القدرات البشرية مقيسة من خلال التعليم والصحة والتغذية؛ "٢" إمكانية الحصول على الموارد والفرص، مما يشير إلى الأصول الاقتصادية والمشاركة السياسية؛ و"٣" الأمن من حيث التعرض للعنف^١.

وقد حددت فرقة العمل، استناداً إلى أدلة مستفيضة مستقاة من مجموعة واسعة من البلدان، الأولويات الاستراتيجية للتدابير الوطنية والدولية؛ والتأزر بين هذه الأولويات ونهج المؤتمر الدولي للسكان والتنمية تآزر قوي. ومن الأمور الحيوية لتعزيز قدرات المرأة: إزالة التفاوتات بين الجنسين في التعليم الثانوي، وزيادة سبل حصول المراهقات والنساء على معلومات وخدمات الصحة الجنسية والإنجابية.

وأولويات تحسين الفرص الاقتصادية والسياسية بالنسبة للمرأة هي ما يلي: الاستثمار في البنية الأساسية بطرائق مراعية للمرأة بحيث ينخفض الوقت الذي تقضيه المرأة في العمل وتنخفض مستويات الكدح؛ والحد من التمييز ضد المرأة في العمل والدخل؛ والحد من التفاوتات بين الجنسين في الملكية والميراث؛ وزيادة حصة المرأة من المقاعد في أجهزة الحكم المحلية والوطنية. ومن السبل الأساسية لتحسين أمن المرأة اتخاذ تدابير تقلل إلى حد كبير حالات العنف ضد الفتيات والنساء.

التحديات: ملء الكوب نصف الفارغة

لقد تبين من تحليل أجري مؤخراً للتقارير الوطنية المتعلقة بالتقدم المحرز نحو بلوغ الغايات الإنمائية للألفية أنه "رغم انعكاس منظور قائم على أساس الحقوق في معظم التقارير في المناقشات بشأن الغاية ٢ [المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة]، مازال النهج المتبع فيما يتعلق بالمرأة في المناقشات في إطار الغايات الأخرى يمثل أداة بدلاً من أن يكون قائماً على أساس الحقوق. ومن أمثلة ذلك المناقشات بشأن وفيات الأطفال الواردة في تقارير عديدة، حيث من

ذلك تقوم المنظمات غير الحكومية النسائية في بلدان من قبيل جامايكا وماليزيا وموزامبيق بتنفيذ هذه البرامج. وغالباً ما تكون المنظمات غير الحكومية أكثر فعالية في العمل مع ضحايا العنف ضد المرأة، بالنظر إلى أنها يُنظر إليها على أنها أكثر تعاطفاً كما أنها من الأرجح أن تحظى بالثقة.

وتقوم المنظمات غير الحكومية أيضاً بتدريب ضباط الشرطة والقضاة وغيرهم بشأن كيفية التعامل مع ضحايا العنف ضد المرأة عندما يلتمس أولئك الضحايا المساعدة. ففي إثيوبيا، مثلاً، يعمل بهمة المجلس الوطني المعني بالممارسات التقليدية وغيره من المنظمات غير الحكومية على القضاء على الممارسات التقليدية الضارة من قبيل ختان الإناث. وفي الفلبين، أنشأت المنظمات غير الحكومية مراكز لإدارة الأزمات النسائية من أجل ضحايا العنف العائلي.

وخلال الفترة ما بين عامي ١٩٩٩ و ٢٠٠٢ تعاونت المنظمات غير الحكومية في جامايكا، ومن بينها رابطة المنظمات النسائية في جامايكا، ومنظمة "الآباء المتحدون"، ومكتب شؤون المرأة، للعمل على زيادة الوعي العام بالعنف ضد المرأة. وقد سعت تلك المنظمات إلى زيادة التغطية الإعلامية للقضية، وتوعية الشرطة، والقضاء، والعاملين في المهن الصحية والقانونية، بأهمية التصدي بقوة للعنف ضد المرأة وأهمية نظم الدعم للضحايا.

الحقوق الإيجابية. خلال العقد المنصرم أصبحت المنظمات غير الحكومية في كثير من البلدان ضالعة بدرجة متزايدة في رصد الحقوق الإيجابية واستخدام إجراءات الإبلاغ المتعلقة بالصكوك الدولية لحقوق الإنسان التي صدقت عليها حكوماتها. وتقدم منظمات كثيرة منها "تقارير موازية" لتكملة تلك التي تقدمها الحكومة، وتحضر دورات لجنة الرصد ذات الصلة عند مناقشة تقرير بلدها.

وفي بعض البلدان من قبيل الهند وإندونيسيا وماليزيا ونيجيريا، يمكن أن تلعب لجان حقوق الإنسان دوراً هاماً في كفالة مراعاة الحقوق الإيجابية ويمكن أن توفر انتصافاً في حالات حدوث انتهاكات. ويوجد لدى بلدان أخرى أمثال ميانمار أو آليات أخرى يمكن أن تلجأ إليها منظمات المجتمع المدني.

إشراك الذكور. يُعترف بأن المنظمات غير الحكومية غالباً ما تكون أكثر فعالية من الأجهزة الحكومية في تشجيع الرجل على تولي المسؤولية عن سلوكه الجنسي والإنجابي وعن دوره الاجتماعي ودوره في الأسرة. ففي كمبوديا، على سبيل المثال، شاركت منظمة "رجال ضد العنف ضد المرأة" مشاركة نشطة مع المنظمات النسائية وغيرها من المنظمات غير الحكومية في حملة دامت ١٦ يوماً بشأن العنف ضد المرأة.

وفي الفلبين تدعو المنظمات غير الحكومية دعوة نشطة إلى دعم الذكور لتمكين المرأة وحقوقها فيما يتعلق بالصحة الإنجابية. ويستشير المركز النسائي لمؤسسة جامايكا الآباء من الشباب

في سنة ٢٠٠٣ قدمت إدارة نوع الجنس وصحة المرأة التابعة لمنظمة الصحة العالمية تحديلاً لكيفية التي يمكن بها من طريق النظر من خلال عدسة نوع الجنس تعزيز فعالية الجهود الرامية إلى تحقيق الغايات الإنمائية للرابطة المرتبطة بالصحة علاوة على الغاية ٣.

وتتضمن توصيات منظمة الصحة العالمية، بين جملة توصيات أخرى، ما يلي: إيلاء اهتمام لما يترتب على تفضيل الابن من آثار على انجرعات التغذية التي تحصل عليها البنات والنساء وعلى إمكانية حصولهن على الرعاية الصحية، والحد من اعباء عمل الفتيات والنساء؛ والتصدي لتزايد تأثيرات جائحة فيروس نقص المناعة البشرية نتيجة للممارسات التقليدية المنحازة للرجل ونتيجة لعدم كفاية التشديد عليها في البرامج؛ والتصدي للتأثيرات المحددة لنوع الجنس فيما يتعلق بالإصابة بالملاريا والسل، والحد من تلوث الهواء الداخلي الذي يؤثر على النساء والفتيات بوجه خاص، تعطي منظمة الصحة العالمية أولوية لتوفير أنواع وقود للطهي والإضاءة تكون أكثر نظافة.

الشائع تحديد أن افتقار المرأة إلى الإلمام بالممارسات المتعلقة بالرعاية والإطعام هو العقبة التي تحول دون بلوغ الغاية. وهذه الصيغة تتجاهل التفاوتات بين الجنسين التي تحدد فرص بقاء الطفل على قيد الحياة، مع قبولها عدم قيام الآباء بدور واضح في تربية الأولاد ورعايتهم دون تعليق^{١١٤}.

وحتى بعد انقضاء ١٠ سنوات على مؤتمر القاهرة، وجد التقرير أن "للمرأة مازال يُنظر إليها من حيث أوجه ضعفها" وأن الأغلب هو حصرها في دورها التقليدي كأم أو كضحية – لا كمعاصر فاعل في العملية الإنمائية.

ومن بين العوائق الأخرى التي تقف في طريق التقدم استمرار الافتقار إلى بيانات جيدة مفصلة بحسب الجنس، وشحة الموارد المالية والتقنية اللازمة لبرامج للمرأة على كل من الصعيد الدولي والصعيد الوطني، والبلبلة بشأن المزايا النسبية لتعميم منظور نوع الجنس مقابل البرامج المنصبة على المرأة.

البيانات. يستحيل، بدون توافر بيانات مفصلة بحسب الجنس، وضع مقاييس مرجعية بشأن فعالية السياسات أو البرامج أو لرصد تلك الفعالية. وفي معظم البلدان، مازالت توجد فجوات خطيرة في البيانات المتاحة عن النشاط الاقتصادي للمرأة وقدرتها على صنع القرار وعن اختلاف آثار برامج مكافحة الفقر أو غيره من البرامج على المرأة عنها على الرجل. كما أن البيانات التي تتيج إجراء مقارنات فيما بين البلدان أكثر شحة من ذلك. ومن اللازم إعطاء الأولوية للجهود الجارية حالياً لسد هذه الثغرات وتعزيز تلك الجهود^{١١٥}.

قلة الموارد. من المشاكل المستمرة الأخرى شحة الموارد. فثمة التزامات كثيرة أخذتها الحكومات والوكالات على عاتقها لا يمكن الوفاء بها بسبب الافتقار إلى الأموال. والبرامج الوطنية التي تعمل على النهوض بالمرأة عرضة بوجه خاص لتخفيضات تصفية في الميزانية في أوقات التقشف المالي. ومن الاتجاهات غير المتواتية بوجه خاص الميل إلى خفض التمويل للبرامج أو الأجهزة المتمحورة حول المرأة استناداً إلى حجة أن منظور نوع الجنس يجري تعميمه الآن في المؤسسة كلها.

جهود تعميم منظور نوع الجنس. لقد أصبح تعميم منظور نوع الجنس النهج الذي وقع عليه الاختيار في تسعينات القرن العشرين استجابة للإقرار بأن البرامج أو الأجهزة المتمحورة حول المرأة من السهل عزلها أو تهيمشها. إلا أن تعميم منظور نوع الجنس عملية صعبة وعملية مازالت تتطور فيها للممارسات الجيدة.

وقد تبين من الاستقصاء العالمي الذي أجراه صندوق الأمم المتحدة للسكان وجود أوجه قصور كبيرة في فهم ما يعنيه نهج الإنصاف بين الجنسين وكيفية تطبيقه في إطار البرامج والسياسات على النحو الذي يدعو إليه المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. فجهود تعميم منظور نوع الجنس، المضطع بها بدون

١١ اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة

لكي يتحول النهج القائم على الحقوق فيما يتعلق بالقضايا السكانية إلى قوانين وسياسات وبرامج فعالة، من أهم أن يُستخدم بفعالية أهم صك قائم من صكوك حقوق الإنسان، وهو اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة.

وقد أوصت فرقة العمل رقم ٢ المعنية بالتعليم الابتدائي والمساواة بين الجنسين، وهي من فرق عمل الأمم المتحدة المعنية بمشاريع الألفية، باستخدام اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة لرصد التقدم المحرز وتعزيز المساواة فيما يتعلق بالمساواة بين الجنسين وتمكين المرأة. وقد خلصت دراسة أجريت في سنة ٢٠٠٠ إلى أن الاستخدام الفعال لتلك الاتفاقية يتوقف على الإلمام بها على نطاق واسع؛ وإقامة حوار فيما بين ممثلي الحكومة، وأعضاء اللجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة، والمنظمات غير الحكومية، واستخدام مؤشرات مفصلة بحسب الجنس لتتبع السياسات والقوانين والميزانيات؛ وإدراك الحكومة لكيفية ربط السياسات بالاتفاقية.

واتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة لم تستخدم استخداماً كافياً حتى الآن في تتبع تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية أو في استحداث الآليات اللازمة لهذا التنفيذ.

وجود جهاز نسائي لمساندة تلك الجهود، يمكن أن تكون مشتقة بل ويكون تجاهلها أسهل من تجاهل المبادرات المتحورة حول المرأة. وما يلزم هو مزيج من جهود تعميم منظور نوع الجنس (مع اتباع نهج بحثي واضح بشأن العمليات وذلك لتحديد ما ينجح وما لا ينجح ولماذا يحدث ذلك داخل المؤسسات الأساسية)^{١٢} كما يستلزم وجود جهاز نسائي معول تمويلاً جيداً ولديه ما يلزم من الموارد (بما في ذلك وزارات لشؤون المرأة أو للمساواة بين الجنسين وجهات تنسيق لقضايا نوع الجنس داخل الوزارات واللجان والإدارات) تكون لديها القدرة التقنية والمكانة السياسية اللتان تؤهلانها لتوجيه السياسات والبرامج.

الإرادة السياسية. تكمن وراء هذه العوامل مسألة النفوذ والالتزام السياسيين. ففي الحالات التي يكون بمقدور حركة نسائية وطنية فيها الدعوة إلى اتباع السياسات والبرامج اللازمة وإلى توفير الموارد اللازمة، يمكن أن يكون المضي قدماً سريعاً. أما في الحالات الأخرى فإن المنظمات غير الحكومية أو منظمات المجتمع المدني الأخرى تسعى إلى تنفيذ برامج مثيرة للاهتمام من أجل تحقيق المساواة بين الجنسين، ولكن معظمها لا يحدث تصعيد له بحيث يصبح برامج مدعومة من الحكومة. إلا أنه حتى في الحالات التي لا تكون فيها الحركة النسائية قوية، باستطاعة القيادة السياسية أن تلعب دوراً هاماً في الدعوة إلى المساواة بين الجنسين وإلى تمكين المرأة على صعيد السياسات.



٦ الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة

ولقد تحقق تقدم هام منذ سنة ١٩٩٤ نحو بلوغ غاية المؤتمر الدولي للسكان والتنمية المتمثلة في إتاحة إمكانية حصول الجميع على خدمات الصحة الإنجابية. فقد تبين من الاستقصاء العالمي الذي أجراه صندوق الأمم المتحدة للسكان في سنة ٢٠٠٢ أن غالبية البلدان وضعت سياسات وبرامج بشأن الصحة الإنجابية أو توسعت في تلك السياسات والبرامج. وأدخلت بلدان كثيرة تغييراً كبيراً على طرائق تقديم خدمات صحة الأم والطفل وخدمات تنظيم الأسرة^٢. بحيث أعادت توجيه الخدمات نحو تحسين نوعيتها وتحسين تلبية احتياجات الزياتن وريغياتهم. ويشير ارتفاع معدل استخدام وسائل منع الحمل بين الأزواج إلى زيادة سبل الحصول على خدمات تنظيم الأسرة^٣. وأولي اهتمام أكبر للحقوق الإنجابية في القوانين والسياسات.

ومنذ سنة ١٩٩٤ ركزت الحكومات والوكالات الدولية والمنظمات غير الحكومية اهتمامها على زيادة الطلب على وسائل منع الحمل، لا على مجرد زيادة الإمدادات من تلك الوسائل. وزيادة الطلب معناها تحسين تلبية احتياجات الزياتن وريغياتهم، وتقديم مجموعة واسعة من وسائل تنظيم الأسرة والرعاية ذات نوعية أفضل، مع

إن الثغرات في خدمات الصحة الإنجابية والجنسية مسؤولة عن زهاء خمس عبء المرض والوفاة السابقة لأوانها على نطاق العالم، ويحدث ثلث حالات المرض والوفاة بين نساء في سن الإنجاب^٤. وقد تبني المجتمع الدولي في مؤتمر القاهرة مفهوماً واسع النطاق للصحة والحقوق الإنجابية، يشمل تنظيم الأسرة والصحة الجنسية. ودعا إلى إدماج خدمات تنظيم الأسرة ورعاية صحة الأم والطفل ضمن مجموعة أوسع من الخدمات تشمل السيطرة على فيروس نقص المناعة البشرية والأمراض التي تنتقل جنسياً. وركّبي أن التوسع في إمكانية الحصول على الخدمات وتلبية احتياجات الزياتن وريغياتهم الملته ضروريان للحد من حالات الحمل غير المقصودة، وتحسين الصحة التنفسية، وكبح جائحة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز.

وجدد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية هدف كفاية تعميم حصول الجميع طوعاً على مجموعة كاملة من معلومات وخدمات رعاية الصحة الإنجابية بحلول سنة ٢٠١٥. واتفق المندوبون أيضاً على أن الصحة الجنسية والإنجابية حق من حقوق الإنسان، وجزء من الحق العام في التمتع بالصحة.

الصحة الإنجابية – مفهوم كلي

الصحة الإنجابية هي حالة رفاه كامل بدنياً وعقلياً واجتماعياً في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته، وليست مجرد السلامة من المرض أو الإعاقة. ولذلك تعني الصحة الإنجابية قدرة الناس على التمتع بحياة جنسية مرضية ومأمونة، وقدرتهم على الإنجاب، وحريرتهم في تقرير الإنجاب وموعده وتواتره. ويشتمل هذا الشرط الأخير، ضمناً، على حق الرجل والمرأة في معرفة واستخدام أساليب تنظيم الأسرة المأمونة والفعالة والميسورة والمقبولة في نظرهما، وأساليب تنظيم الخصوبة التي يختارونها والتي لا تتعارض مع القانون، وعلى الحق في الحصول على خدمات الرعاية الصحية المناسبة التي تمكن المرأة من أن تجتاز بأمان فترة الحمل والولادة، وتهيئ للزوجين أفضل الغرض لإنجاب وليد متمتع بالصحة.

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

وجود مرافق مزودة جيداً باللوازم والإمدادات ووجود موظفين مدربين تدريباً جيداً وقادرين على نقل المعلومات المطلوبة ويتسمون بالكفاءة.

ولكن ملايين من البشر - وبخاصة الفقراء - مازالوا يفتقرون إلى إمكانية الحصول على خدمات جيدة، من بينها وسائل حديثة لتنظيم الأسرة، وخدمات التوليد في الحالات الطارئة، والوقاية من الأمراض التي تنتقل جنسياً وإدارتها. فالطلب يتزايد بسرعة أكبر من تزايد الموارد اللازمة لتثييمه. وفي كثير من البلدان أدت مجموعة متنوعة من العوامل إلى إعاقة إحراز تقدم في تحقيق التكامل بين الخدمات القائمة وتحقيق التنازلات التي توخاها المؤتمر الدولي للسكان والتنمية.

نتائج الاستقصاء العالمي. تشير ردود البلدان على الاستقصاء العالمي الذي أجراه صندوق الأمم المتحدة للسكان في سنة ٢٠٠٢ إلى إحراز تقدم في زيادة سبل الحصول على خدمات الصحة الإنجابية وفي إدماج خدمات تنظيم الأسرة مع الخدمات الأخرى. ولكنها أفادت أيضاً عن وجود تحديات كبيرة. ففي السنوات العشر التي انقضت منذ انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية تبنت البلدان فكرة وممارسة الصحة الإنجابية. وقامت بتوسيع نطاق البرامج لكي يستفيد منها مزيد من الناس الذين يحتاجون إلى الخدمات، كما قامت بإدماج خدمات تنظيم الأسرة مع خدمات الرعاية السابقة للولادة واللاحقة لها، وخدمات التوليد، والوقاية من الأمراض التي تنتقل جنسياً ومن فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز، وفحوص سرطان الرحم، والإحالة للعلاج عند الضرورة. كما تزايد الاهتمام بتحسين سبل الحصول على الخدمات بالنسبة للفئات التي لا تحصل على خدمات كافية، ومن بينها من

هم أشد فقراً ومن يعيشون في المناطق الريفية، وكفالة أن يكون للفقراء صوت أقوى في عملية وضع السياسات، لكي يتسنى تكثيف المعلومات والخدمات بحسب ظروفهم الخاصة. وتقوم البلدان أيضاً بإدماج خدمات الصحة الإنجابية، ومن بينها تنظيم الأسرة والصحة الجنسية، مع خدمات الرعاية الصحية الأولية في سياق إصلاح قطاع الصحة وإدخال تغييرات بعيدة المدى في الترتيبات التنظيمية والإدارية والتمويلية.

التطورات القانونية. لقد اعتمدت بلدان كثيرة منذ المؤتمر الدولي للسكان والتنمية قوانين لزيادة سبل حصول جميع النساء والرجال على خدمات رعاية الصحة الإنجابية وكفالة عدم منع النساء والمراهقات الحوامل من الالتحاق بالمدارس أو الالتحاق بالعمل، أو تعرضهن للتمييز في المدارس أو في العمل. وتبين من الاستقصاء العالمي الذي أجراه صندوق الأمم المتحدة للسكان أن ٤٦ بلداً قد سنت قوانين وتشريعات جديدة منذ سنة ١٩٩٤. فعلى سبيل المثال، ألغى في بابوا غينيا الجديدة شرط "موافقة الزوج" على استعمال وسائل منع الحمل وأصبح بإمكان المراهقين الذين تتجاوز أعمارهم ١٦ سنة الحصول على خدمات الصحة الإنجابية بدون موافقة والديهم. واعتمدت جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية سياسة وطنية للمباعدة بين الولادات، مما حث رجوعاً عن السياسة المحبذة للولادات التي كانت معتمدة في تسعينات القرن العشرين. ويعوجب السياسة الجديدة تقديم وسائل منع الحمل مجاناً وبدون إكراه.

وتحدد السياسة الصحية الوطنية لبليز الحقوق الإنجابية، ومن بينها الحصول طوعاً على المشورة والاختيارات المتعلقة بالإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية؛ وتكفل الإعفاء الضريبي للمنظمات

١٢ منظمة الصحة العالمية تعتمد استراتيجية عالمية بشأن الصحة الإنجابية لتحقيق الغايات الإنمائية للألفية

١٢

- في أيار/مايو ٢٠٠٤، اعتمدت جمعية الصحة العالمية السابعة والخمسون أول استراتيجية منظمة الصحة العالمية بشأن الصحة الإنجابية. ويتمثل الهدف من ذلك في التعجيل بإحراز تقدم نحو بلوغ الغايات الإنمائية للألفية والغايات المتعلقة بالصحة الإنجابية التي توخاها المؤتمر الدولي للسكان والتنمية ومتابعتها بعد خمس سنوات.
- وتحدد الاستراتيجية خمسة جوانب ذات أولوية من جوانب الصحة الإنجابية والجنسية هي:
 - تحسين الرعاية أثناء الحمل وأثناء الولادة وبعدها ورعاية المواليد حديثاً؛
 - تقديم خدمات فائقة الجودة لتنظيم الأسرة، من بينها الخدمات المتعلقة بالعمق؛
- القضاء على الإجهاض غير المأمون؛
- مكافحة الأمراض التي تنتقل جنسياً، ومن بينها فيروس نقص المناعة البشرية، وأمراض الجهاز التناسلي، وسرطان الرحم وغيره من الاعتلالات المتعلقة بأمراض النساء؛
- الترويج للصحة الجنسية.
- وأقرت الجمعية برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية وحلت البلدان على القيام بما يلي:
 - اعتماد وتنفيذ الاستراتيجية الجديدة باعتبارها جزءاً من الجهود الوطنية الرامية إلى بلوغ الغايات الإنمائية للألفية؛
 - جعل الصحة الإنجابية والجنسية جزءاً لا يتجزأ من عملية التخطيط والميزنة؛
- تعزيز قدرات النظم الصحية على توفير سبل حصول الجميع على الرعاية المتعلقة بالصحة الإنجابية والجنسية، وبخاصة صحة الأم والمولود حديثاً، بمشاركة المجتمعات المحلية والمنظمات غير الحكومية؛
- كفالة أن يعود التنفيذ بالفائدة على الفقراء وغيرهم من الفئات المهمشة ومن بينهم المراهقون والرجال؛
- إدراج جميع جوانب الصحة الإنجابية والجنسية ضمن عمليات الرصد والإبلاغ الوطنية عن التقدم المحرز نحو بلوغ الغايات الإنمائية للألفية.

غير الحكومية فيما يتعلق بتقديم الخدمات الصحية؛ وتحدد بروتوكولات لخدمات تنظيم الأسرة.

وأفاد عشرون بلداً في الاستقصاء العالمي عن قيامهم بحملات للاتصالات/الدعوة تروّج للحقوق الإنجابية. وسلط ثمانية عشر بلداً الضوء على التغييرات المؤسسية التي أدخلها كل منها. فعلى سبيل المثال، يُسمح في ميكرونيزيا للطالبات الحوامل بمواصلة الانتظام في المدارس ويُسمح للمراقبين بإمكانية الحصول على وسائل منع الحمل بدون موافقة كتابية من والديهم. واعتمدت عشرة بلدان قوانين وتشريعات للأسرة لكي تجعل الرجال يتحملون مسؤولية أكبر عن الصحة الإنجابية.

تنظيم الأسرة والصحة الجنسية

لقد دعا المؤتمر الدولي للسكان والتنمية جميع البلدان إلى اتخاذ خطوات لتلبية احتياجات سكانها من حيث خدمات تنظيم الأسرة وإلى توفير سبل حصول الجميع، بحلول سنة ٢٠١٥، على مجموعة كاملة من الوسائل للمأونة والموثوقة لتنظيم الأسرة. وكانت أهداف ذلك تتمثل في مساعدة الأزواج والأفراد على بلوغ غاياتهم الإنجابية؛ والحيولة دون حالات الحمل غير المرغوبة والحد من حالات الحمل التي تنطوي على مخاطر شديدة؛ وجعل خدمات تنظيم الأسرة ميسورة التكلفة ومقبولة بالنسبة للجميع وفي متناولهم؛ وتحسين نوعية المعلومات والمشورة والخدمات المتعلقة بتنظيم الأسرة؛ وزيادة مشاركة الرجال في ممارسة تنظيم الأسرة.

فوائد الاختيار. إن تنظيم الأسرة يمكن الأفراد والأزواج من تحديد عدد أولادهم وفترات المباشرة بين إنجابهم - وهو حق معترف به من حقوق الإنسان الأساسية. وتتحقق فوائد عملية من ذلك على مستويات كثيرة:

- فبالنسبة للأفراد، تتحسن صحة الأم والرضيع؛ وتزيد فرص تعليم المرأة وعملها ومشاركتها في المجتمع؛ ويقل التعرض للمخاطر الصحية؛ ويقل اللجوء إلى الإجهاض؛
- وبالنسبة للأسر، يقل التنافس بين أوجه إنفاق الموارد ويقل تشتيت تلك الموارد؛ وتحدث انخفاضات في فقر الأسرة المعيشية؛ وتزيد إمكانية تقاسم عملية صنع القرار؛
- وبالنسبة للمجتمع، يحدث تسارع في التحول الديمغرافي؛ وتتاح فرصة استخدام "الليزة الديمغرافية" (انظر الفصل ٢) للتعجيل بالتنمية الاقتصادية.

سبل الحصول على وسائل منع الحمل واستخدامها

منذ سنة ١٩٩٤ زاد استعمال وسائل تنظيم الأسرة على صعيد العالم من ٥٥ في المائة عن الأزواج إلى حوالي ٦١ في المائة، وقد زاد بنقطة مئوية واحدة على الأقل سنوياً في ٦٨ في المائة من

١٢ تكاليف وفوائد استعمال وسائل منع الحمل

إن استعمال وسائل منع الحمل الحديثة يحول سنوياً حالياً، بتكلفة قدرها حوالي ٧,١ بلايين دولار سنوياً، دون ما يلي:

- ١٨٧ مليون حالة حمل غير مقصودة؛
 - ٦٠ مليون ولادة غير مخططة؛
 - ١٠٥ ملايين حالة إجهاض متعمدة؛
 - ٢,٧ مليون حالة وفاة بين الرضع؛
 - ٢١٥ ٠٠٠ حالة وفاة مرتبطة بالحمل (من بينها ٧٩ ٠٠٠ حالة ناجمة عن عمليات الإجهاض غير المؤمن)؛
 - فقدان ٦٨٥ ٠٠٠ طفل لامهاتهم نتيجة الولوجيات المرتبطة بالحمل.
- وهناك نحو ٢٠١ مليون امرأة لديهن حاجة غير ملبية إلى وسائل فعالة لمنع الحمل. وتلبية احتياجاتهن، بتكلفة سنوية تقدر بمبلغ ٢,٩ بلايين دولار، من شأنها أن تحول دون حدوث نحو ٥٢ مليون حالة حمل كل سنة (سيتم خفض نصفها إلى موعد لاحق، وفقاً للرقبات المعلنة).
- كما أن منع حالات الحمل غير المقصودة هذه أو تأخيرها من شأنه أن يحول دون حدوث ما يلي:
- ٢٣ مليون ولادة غير مخططة (وهو ما يمثل خفضاً بنسبة ٧٢ في المائة)؛
 - ٢٢ مليون إجهاض متعمد (وهو ما يمثل خفضاً بنسبة ٦٤ في المائة)؛
 - ١,٤ مليون حالة وفاة بين الرضع؛
 - ١٤٢ ٠٠٠ حالة وفاة مرتبطة بالحمل (من بينها ٥٣ ٠٠٠ حالة ناجمة عن الإجهاض غير المؤمن)؛
 - فقدان ٥٠٥ ٠٠٠ طفل لامهاتهم نتيجة الولوجيات المرتبطة بالحمل.

البلدان التي تتوفر لديها بيانات وينتقلتين على الأقل سنوياً في ١٥ في المائة من هذه البلدان. ويتفاوت استعمال وسائل منع الحمل بحسب المناطق، بحيث يتراوح من حوالي ٢٥ في المائة في أفريقيا إلى حوالي ٦٥ في المائة في آسيا (حيث يؤدي ارتفاع مستوى استعمالها في الصين إلى رفع متوسط الاستعمال)، وإلى ٧٠ في المائة في أمريكا اللاتينية ومنطقة الكاريبي وفي المناطق المتقدمة النعم.

إلا أن بلداناً كثيرة، وبخاصة أشدها فقراً، مازالت سبل الحصول على وسائل منع الحمل وخيارات تلك الوسائل مقيدة فيها. وإذا استبعدنا الصين (التي يوجد لديها عدد كبير من السكان ومعدل شيوع مرتفع لاستعمال وسائل منع الحمل) من الحسابات، فإن ٤٦ في المائة فقط من النساء المتزوجات في آسيا

يستعملن وسائل لمنع الحمل. أما في أقل البلدان نمواً فإن متوسط الاستعمال أقل كثيراً.

ولقد زاد زيادة مطردة منذ سبعينات القرن العشرين الدعم الذي تقدمه الحكومات لوسائل منع الحمل، من خلال المرافق التي تديرها الحكومات، من قبيل المستشفيات والعيادات ونقاط الصحة والمراكز الصحية، ومن خلال العاملين الميدانيين الحكوميين.

ويحلول سنة ٢٠٠١ كانت حكومات ٩٢ في المائة من جميع البلدان تدعم برامج تنظيم الأسرة.

وقد زاد معدل شيوع استعمال وسائل منع الحمل في كل بلد من البلدان العشرين التي أجري فيها استقصاءان منذ منتصف التسعينات، وذلك من متوسط قدره ٢٨ في المائة في البداية إلى متوسط قدره ٢٥ في المائة. وزادت نسبة الرغبات للمباة بواسطة الوسائل الحديثة في ١٩ من هذه البلدان^٤، حيث حدثت زيادة بلغت في المتوسط ٩٤ في المائة بين أفقر خمس من السكان. وفي عشرة بلدان، كانت الزيادة السنوية في الحاجة للمباة لأفقر خمس من السكان أعلى من للتوسط القومي.

الحاجة غير المباة

تشير عبارة "الحاجة غير المباة" إلى النساء والأزواج الذين لا يرغبون في إنجاب طفل آخر في غضون السنتين المقبلتين، أو لا يريدون إنجاب أي طفل على الإطلاق، ولكنهم لا يستعملون وسيلة من وسائل منع الحمل^٥. وتنتج الحاجة غير المباة عن تزايد الطلب، ومعوقات تقديم الخدمات، وانعدام الدعم من المجتمعات المحلية والأزواج، والمعلومات المغلوطة، والتكاليف المالية، وقيود النقل.

وقد أعطى المؤتمر الدولي للسكان والتنمية أولوية لخفض الحاجة غير المباة كمبدأ توجيهي فيما يتعلق بكفالة حدوث الولادات بالاختيار الطوعي والمستنير^٦. واعتمد الاستعراض الذي أجرته الأمم المتحدة في سنة ١٩٩٩ للتقدم المحرز في التنفيذ مؤشرات قياسية هي: خفض الحاجة غير المباة بحلول سنة ٢٠٠٥ إلى نصف مستوياتها في سنة ١٩٩٠ وتلبية جميع الرغبات المعلنة بشأن الخصوبة بحلول سنة ٢٠١٥^٧.

وقدرة الناس على تنفيذ رغباتهم بشأن حجم أسرهم والمباة بين إنجاب أولادهم هي مسألة ذات أهمية كبيرة شخصياً وديمغرافياً. ففي البلدان النامية، يتجاوز عادة معدل الخصوبة الإجمالي ما يبلغ عنه الناس باعتباره الخصوبة التي يريدونها؛ ويكون الفارق في المتوسط حوالي ٠,٨ طفل^٨. ومع انكماش الرغبات المتعلقة بحجم الأسرة، تزيد عادة الحاجة غير المباة إلى أن تصبح القدرة على تقديم الخدمات المطلوبة موكبة للحاجة إلى عدد أقل من الولادات وإلى فترات أطول فاصلة بين الولادات. وبعد ذلك، يؤدي تحقيق زيادات تباعاً في إمكانية الحصول على الخدمات إلى خفض الحاجة غير المباة^٩.

وجود ثغرات كبيرة – وتزايد. على الرغم من الزيادة التي

حدثت في معدل شيوع استعمال وسائل منع الحمل، مازالت توجد لدى ١٢٧ مليون امرأة حاجة غير مباة إلى وسائل منع الحمل^{١٠}

وتستعمل ٦٤ مليون امرأة أخريات وسائل تقليدية لتنظيم الأسرة أقل موثوقية من الوسائل الحديثة^{١١}. وإجمالاً، توجد لدى ٢٩ في المائة من نساء البلدان النامية حاجة غير مباة إلى وسائل حديثة لمنع الحمل. وتوجد أعلى نسبة، وهي أعلى عدة مرات من مستوى الاستعمال الراهن، في أفريقيا جنوب الصحراء حيث لا تستعمل أي وسيلة ٤٦ في المائة من النساء المعرضات للحمل غير المقصود^{١٢}.

ومن بين العقبات التي تحول دون استعمال وسائل منع الحمل ما يلي:

- عدم توافر خدمات يسهل الحصول عليها، وأوجه نقص المعدات والسلع والأفراد؛
- عدم توافر خيارات من الوسائل تكون ملائمة لحالة المرأة وأسرته^{١٣}؛
- عدم توافر معرفة عن سلامة الخيارات وفعاليتها وتوافرها؛
- قلة التفاعل بين مقدمي الخدمات والزبائن^{١٤}؛
- انعدام الدعم من المجتمع المحلي أو من الزوج؛
- المعلومات المغلوطة والشائعات؛
- الآثار الجانبية لبعض الوسائل، وعدم كفاية المتابعة للترويج لتغيير الوسيلة أو لكفالة الاستعمال الصحيح وتناول الجرعة الصحيحة؛
- المعوقات المالية.

ويتأثر الشباب على وجه الخصوص بانعدام الوسائل المؤقتة، وعدم توافر سرية وخصوصية كافيتين، وعدم مراعاة مقدمي الخدمات لوجهات نظرهم^{١٥}.

وعلى الرغم من عقود من الجهود الرامية إلى الحد من هذه المعوقات، مازالت مشاكل كثيرة مستمرة. وقد أدى التدني في النظم الصحية في بلدان كثيرة إلى الحد من إمكانية الحصول على الخدمات وتدني نوعية الموظفين. وأدى انخفاض الدعم المقدم من الماتحين وعدم كفاية الاستثمارات الوطنية إلى الإضرار بالبرامج. كما أدت الرسوم التي يدفعها للمستعملون، والتي يُقصد بها تعزيز استخدام الاستعمال وخفض تكاليف القطاع العام، إلى زيادة أوجه عدم الإنصاف. كما أن قلة المرتبات وسوء ظروف العمل يدفعان الموظفين إلى ترك الخدمات الصحية العامة من أجل العمل في القطاع الخاص، مما يزيد من تقييد إمكانية حصول الفقراء على الخدمات مع دفع شبه الفقراء إلى الفقر.

وفي سنة ١٩٩٩، كان ٢٠٠ مليون امرأة متزوجة، على الأقل، يفتقرن إلى إمكانية الحصول على أقراص منع الحمل، أو الوسائل الرجعية لمنع الحمل، أو الرفالات^{١٦}، بما في ذلك التعقيم الطوعي، وكان قرابة ٤٠٠ مليون امرأة يفتقرن إلى توافر مجموعة كبيرة من خيارات منع الحمل لهن. ومنذ ذلك الحين، تبين التقارير الوطنية

حدوث تحسينات تدريجية في توافر وسائل متعددة لمنع الحمل.

ويبين الشكل ٣ العلاقة بين استعمال وسائل منع الحمل (بما فيها الوسائل التقليدية) والحاجة غير الملباة، استناداً إلى بيانات استقصاء أجري في العقد الماضي. وانمط المتوقع واضح تماماً، وهو: أن الحاجة غير الملباة تبلغ أعلى درجاتها في البلدان التي يتراوح فيها معدل الشيوخ بين ٢٥ و ٤٠ في المائة. إن حدوث زيادات في استعمال الوسائل الحديثة يؤدي عموماً إلى الحد من الحاجة غير الملباة. وتتفاوت الحاجة غير الملباة تفاوتاً كبيراً عند المستويات المنخفضة لاستعمال الوسائل الحديثة، وذلك تبعاً لمستوى الحاجة غير الملباة ودرجة اتجاه الناس إلى استعمال الوسائل التقليدية المتاحة لهم قبل توافر خدمات منع الحمل الحديثة.

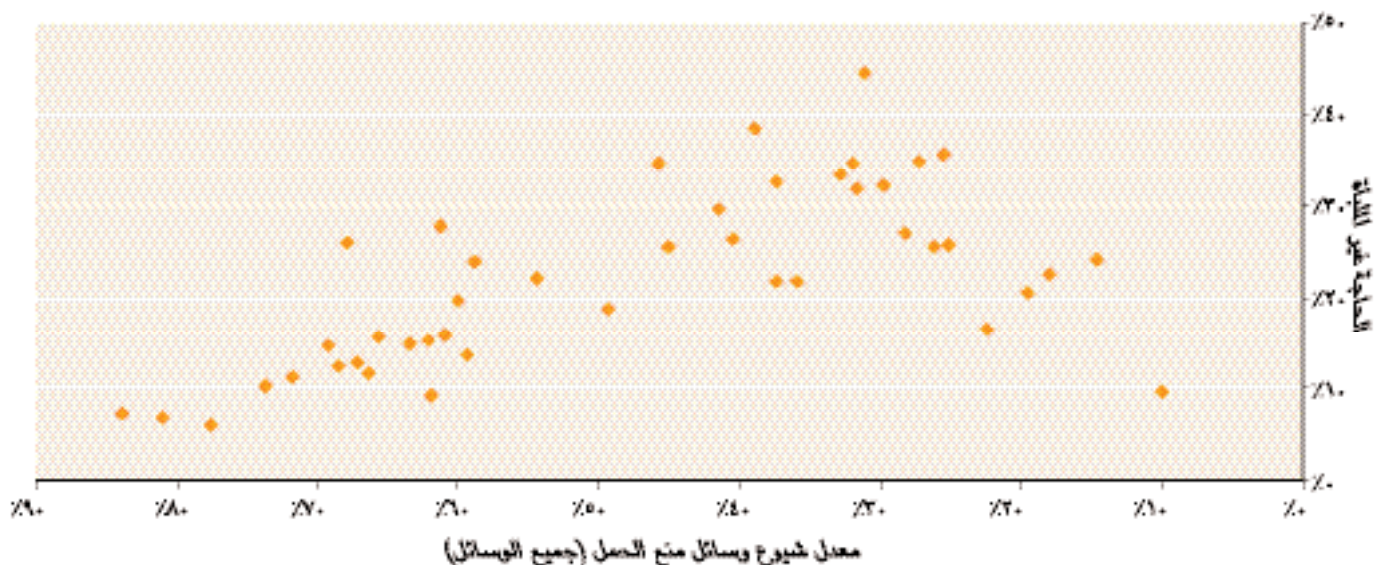
الفقر وحجم الأسرة المرغوب. يميل الفقراء عادة إلى إنجاب عدد من الأطفال أكبر من عدد الأطفال الذي يريده الأغنياء^{١٧}. فالآباء والأمهات قد يرون مزايا في إنجاب مزيد من الأطفال لكي يعملوا في الزراعة الكفافية، مثلاً، أو قد يأملون في ضمان أن يكون لهم أولاد على قيد الحياة عند بلوغهم مرحلة الشيخوخة. كما أن قلة الفرص تقلل من احتمال أن تكون لدى الفقراء حوافز اجتماعية واقتصادية تدفعهم إلى زيادة الاستثمار في عدد أقل من الأطفال بدلاً من ضمانة الاستثمار في عدد كبير من الأطفال^{١٨}. ولكن حتى في الأسر الفقيرة، أخذت الرغبات المعلقة فيما يتعلق بحجم الأسرة تتدنى منذ عقود، على الرغم من استمرار اللواقف والتقاليد التي تحبذ الأسر الأكبر حجماً. وينعكس ذلك في ارتفاع مستويات الحاجة غير الملباة بين الفقراء. والفارق بين الفقراء

والأغنياء فيما يتعلق بالرغبة في تأجيل أو تجنب ولادة أخرى أقل كثيراً من الفارق فيما يتعلق باستعمال وسائل منع الحمل. وترتفع بأطراد نسبة الطلب الذي تشبه الخدمات الحديثة لتنظيم الأسرة مع تزايد استعمال الوسائل الحديثة. وفي جميع الحالات، تكون الفئات السكانية الأغنى أقدر على تلبية رغباتها الإنجابية، بواسطة استعمال وسائل حديثة لمنع الحمل. وحيثما كان معدل الشيوخ منخفضاً، يستعمل قرابة ثلث الأزواج الذين يتمتعون إلى الفئة ذات أعلى دخل ويرغبون في تأخير أو تجنب ولادة وسائل حديثة لمنع الحمل. أما فيما بين الفقراء، فإن نسبة من يحققون رغباتهم^{١٩} بواسطة استعمال وسائل حديثة لمنع الحمل لا تصل إلى هذا المستوى إلا عندما يصبح قبول وسائل منع الحمل أوسع انتشاراً. والفروق بين إمكانية حصول الفقراء والأغنياء على خدمات تنظيم الأسرة فروق مذهلة. ففي بلدان بافريقيا جنوب الصحراء، مثلاً، تكون احتمالات إمكانية حصول أغنى خمس من السكان على وسائل منع الحمل واحتمالات استعمالهم لها أكبر عدة مرات من احتمالات ذلك فيما يتعلق بالنساء اللاتي ينتمين إلى أفقر خمس من السكان^{٢٠}.

خيار الوسائل

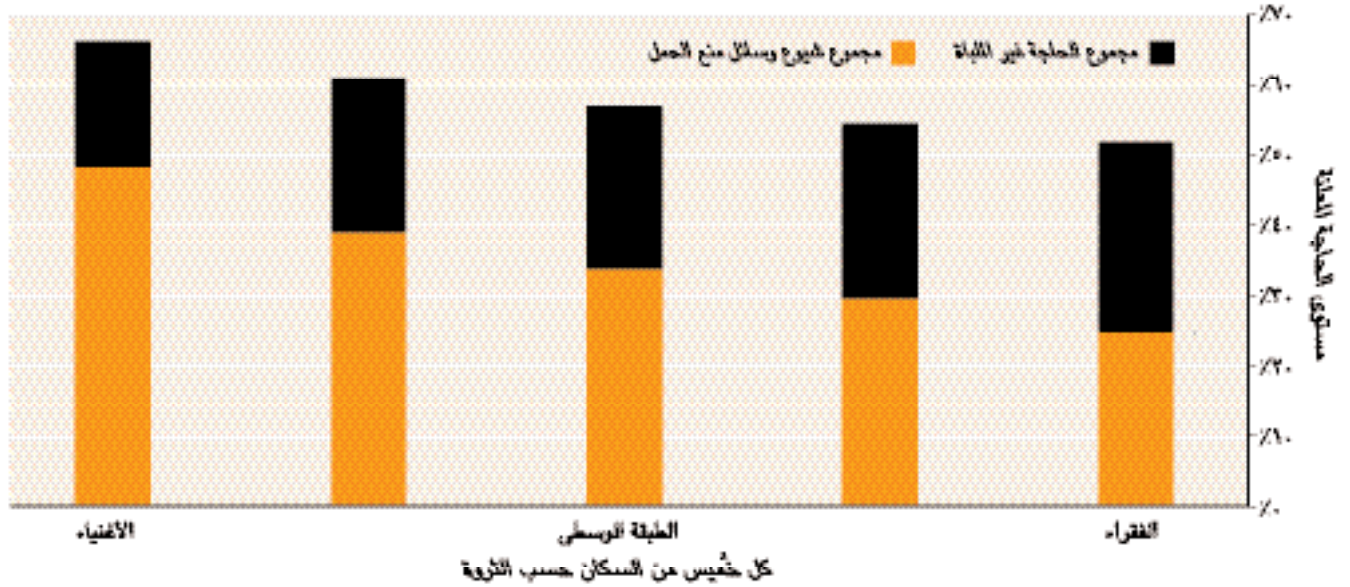
تمثل الآن وسائل منع الحمل الحديثة ٩٠ في المائة من الوسائل التي تستعمل على نطاق العالم. وهناك، على وجه الخصوص، ثلاث وسائل موجهة إلى الإناث هي الأكثر شيوعاً وتمتلك في: تعقيم الإناث، والوسائل الرحمية، وأقراص منع الحمل. وفي ثلث جميع البلدان، تمثل وسيلة وحيدة، تكون عادة التعقيم أو أقراص منع الحمل، نصف جميع وسائل منع الحمل المستعملة، على الأقل. وقد زاد استعمال الرفالات في الغالبية العظمى من البلدان النامية.

الشكل ٣: الحاجة غير الملباة ومعدل الشيوخ الإجمالي



المصدر: بيانات مقدمة من K. Johnson, ORC MACRO, International، وهي مستمدة من استقصاءات ديموغرافية وصحية.

الشكل ٤: متوسط الطلب الإجمالي بين فئات السكان حسب الثروة



المصدر: بيانات مقدمة من K. Johnson, ORC MACRO, International، وهي مستمدة من استقصاءات سيمغرافية وصحية.

١٤ صندوق الأمم المتحدة للسكان يساعد البلدان على زيادة مجموعة الوسائل

يقوم صندوق الأمم المتحدة للسكان بتوريد ٤٠ في المائة من سلع منع الحمل المقدمة من المانحين الدوليين. كما أنه شريك هام للحكومات والمانحين في التصدي لمشاكل الإمداد.

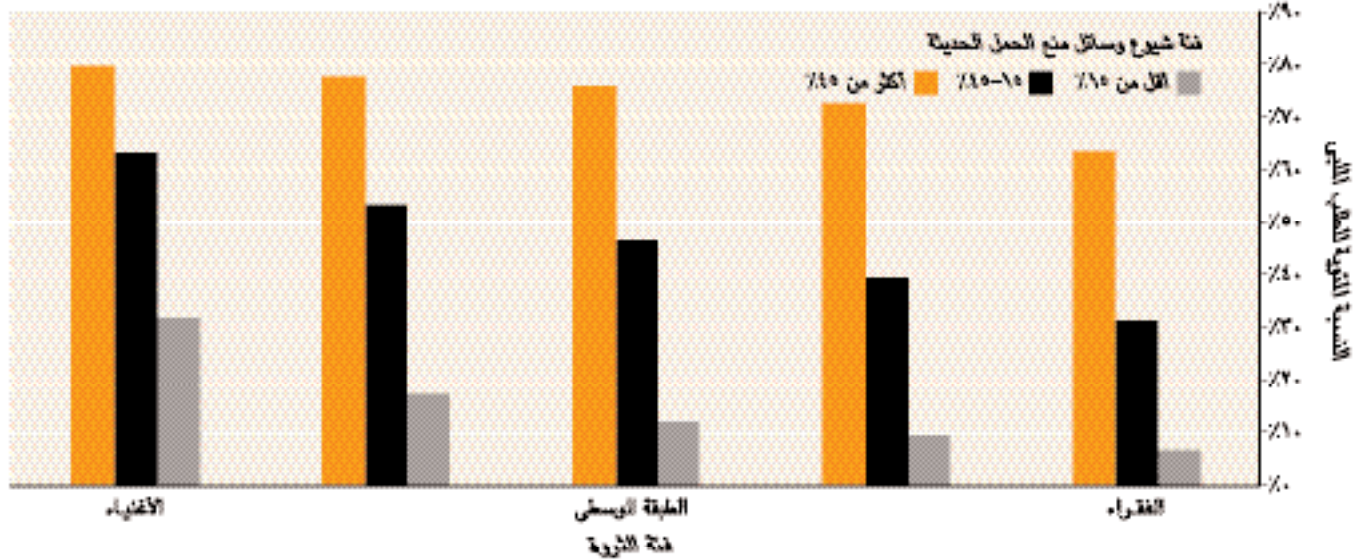
وفي سنة ٢٠٠٢ أفاد ٦٠ بلداً عن وجود مراكز لتقديم الخدمات تعرض وسائل متعددة لمنع الحمل، فيما يتعلق بكل من المناطق التي يتغذى فيها صندوق الأمم المتحدة للسكان برامج وفيما يتعلق بالدولة ككل. وفي ٢٤ بلداً، كانت نسبة المرافق التي تعرض ثلاث وسائل على الأقل أعلى في المناطق التي يعمل فيها الصندوق، وفي ٢٤ بلداً كانت الخدمات التي تعرضها المرافق متماثلة في الحالتين. وفي ١١ بلداً أخرى يركز فيها الصندوق تحديداً على تحسين إمكانية الوصول إلى الأماكن التي لا تقدم فيها خدمات كافية (وهي عادةً أشد المناطق فقراً) أو بالنسبة لفئات معينة (وبخاصة المراهقين)، نجد أن نسبة أقل من المواقع التي يتغذى فيها الصندوق برامج تعرض ثلاث وسائل على الأقل.

وقد بلغ عشرون بلداً مرحلة إتاحة إمكانية الحصول على ثلاث وسائل على الأقل لمنع الحمل بالنسبة للجميع في مراكز تقديم الخدمات الموجودة في المناطق التي يتغذى فيها الصندوق برامج، وحافظت تلك البلدان على هذا الوضع. ويتضح من تقارير وأردة من ٢٦ بلداً حدوث توسع متلاحق في خيارات وسائل منع الحمل. وقد انخفضت إمكانية الحصول على تلك الوسائل في خمسة بلدان فقط؛ وحدث ذلك في ثلاثة منها بعد حرب أهلية.

وفي الاستقصاء العالمي الذي أجراه صندوق الأمم المتحدة للسكان سنة ٢٠٠٢، أفاد ١٢٦ بلداً عن اتخاذ تدابير لزيادة خيارات وسائل منع الحمل. واتخذ ثمانية وثمانون بلداً خطوات متعددة، من بينها زيادة توافر وسائل منع الحمل في الحالات الطارئة (٦٨ بلداً) والرفالات الانتثوية (٦٥ بلداً)، وتحسين عمليات النقل والإمداد لتأمين توافر وسائل منع الحمل (٤٢ بلداً)، وتقديم وسائل أو خدمات لمنع الحمل مدعومة أو مجانية (٢٧ بلداً).^{٢١}

ومنع الحمل في الحالات الطارئة يشير إلى منع الحمل بعد حدوث جماع بدون وقاية. وقد أظهرت البحوث التي جرت على مدى السنوات الثلاثين الماضية أن أقراص منع الحمل الخاصة بالحالات الطارئة (وهي جرعات خاصة من أقراص منع الحمل العادية) تكون مفعولة وفعالة عند استعمالها في غضون ٧٢ ساعة. وكما ذكرت منظمة الصحة العالمية، "وسائل منع الحمل الخاصة بالحالات الطارئة لا توقف الحمل ومن ثم فهي ليست شكلاً من أشكال الإجهاض"^{٢٢}. ويتزايد عدد البلدان التي بدأت في استعمال وسائل منع الحمل الخاصة بالحالات الطارئة منذ انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية؛ وبعضها جعل إمكانية حصول المرأة على تلك الوسائل أسير، وذلك مثلاً بإنهاء القيود على المبيعات التي لا تستلزم وريشة من الطبيب. وتوفر الهند وإيران ونيبال تلك الوسائل من خلال البرنامج الوطني لتنظيم الأسرة. أما في الجمهورية الدومينيكية فمن الممكن الحصول على وسائل منع الحمل الخاصة بالحالات الطارئة من خلال صيدليات خاصة، بينما توفر المنظمات غير الحكومية في ماليزيا وباكستان تلك الوسائل.

الشكل ٥: النسبة المئوية للطلب على وسائل تنظيم الأسرة الذي يكبى في فئات مختلفة من حيث الثروة على ثلاثة مستويات لشيوع وسائل منع الحمل الحديثة



المصدر: بيانات مقدمة من K. Johnson, ORC MACRO, International، وهي مستمدة من استقصاءات ديمغرافية وصحية.

وقد دعا المؤتمر الدولي للسكان والتنمية إلى جعل اكتشاف الإصابة بالأمراض التي تنتقل جنسياً وعلاج تلك الأمراض، إلى جانب تقديم المعلومات والمشورة، "عناصر أساسية في جميع خدمات الصحة الإنجابية والجنسية"^{٢٧}.

الفروق بين الجنسين. لقد أواى اهتمام متزايد على مدى العقد الماضي للدور الحاسم الأهمية الذي يلعبه نوع الجنس في تشخيص الأمراض التي تنتقل جنسياً وعلاجها. فالمرأة تكون أكثر تعرضاً من الرجل للإصابة بتلك الأمراض، ويكون اكتشاف تلك الأمراض لديها أصعب: فنسبة قدرها ٧٠ في المائة من النساء المصابات بالأمراض التي تنتقل جنسياً لا تظهر عليهن أي أعراض (بالمقارنة بنسبة قدرها ١٠ في المائة من الرجال)^{٢٨}.

ومن الممكن أن تصبح لإدارة الأمراض التي تنتقل جنسياً مكانة هامة في تقديم خدمات تنظيم الأسرة. وحيثما لا تتوفر معدات لإجراء اختبارات للكشف عن الأمراض التي تنتقل جنسياً، يستعمل العاملون في مجال الصحة "نهج المتلازمة" فيما يتعلق بالتشخيص، استناداً إلى عوامل المخاطر والأعراض التي تبدو على الزينان. ولكن هذا النهج ينطوي على أوجه قصور؛ وغالباً ما لا تُشخص ولا تُعالج^{٢٩}. وإصابة المرأة الحامل بمرض غير مُعالج من الأمراض التي تنتقل جنسياً يمكن أن تيسير انتقال العدوى إلى الموالود وتؤدي إلى زيادة مخاطر الولادة قبل الأوان أو انخفاض وزن الموالود، أو إصابته بالعمى^{٣٠}.

التكامل. إن توفير فحوص الكشف عن الأمراض التي تنتقل جنسياً وتشخيصها وعلاجها كجزء من رعاية الصحة الإنجابية

وغالباً ما تعرض البرامج التي تتصدى للعنف الجنسي أقراص منع الحمل الخاصة بالحالات الطارئة إلى جانب تقديم المشورة إلى النساء اللاتي يكن قد اغتصبن. وفي شيلي، باستماعة الأطباء وغرف استقبال الحالات الطارئة توزيع أقراص منع الحمل على النساء اللاتي يكن قد اغتصبن.

الأمراض التي تنتقل جنسياً

يحدث كل سنة نحو ٢٤٠ مليون حالة جديدة من الإصابة بالأمراض البكتيرية التي تنتقل جنسياً [ومن بينها الزهري والسيلان والكلاميديا و"الترايكومونيايسيس" (التهاب مهبي حاد)] لدى من تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ٤٩ سنة^{٣١}. ومع أن هذه الأمراض معظمها يمكن علاجه، فإن كثرة منها لا تُشخص ولا تُعالج بسبب عدم توافر خدمات يسهل الحصول عليها^{٣٢}. والأمراض التي تنتقل جنسياً ولا تُعالج هي سبب رئيسي من أسباب العم الذي يصيب ما يتراوح بين ٦٠ و ٨٠ مليوناً من الأزواج على نطاق العالم. وأكثر من ثلاثة أرباع الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشرية التي تبلغ ٥ ملايين إصابة كل سنة تحدث عن طريق الاتصال الجنسي (انظر الفصل ٨). وأي مرض من الأمراض التي تنتقل جنسياً لا يُعالج يمكن أن يؤدي إلى زيادة مخاطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية وإلى انتقال العدوى بما يصل إلى ١٠ مرات^{٣٣}. ويرتبط مرض آخر من الأمراض الفيروسية التي تنتقل جنسياً، وهو فيروس الورم الحليمي، بسرطان عنق الرحم، الذي يقتل ٢٤٠.٠٠٠ امرأة كل سنة. والرفالات، الذكورية والأنثوية على السواء، هي وسائل منع الحمل الوحيدة التي توفر وقاية كبيرة من الأمراض الفيروسية والبكتيرية التي تنتقل جنسياً^{٣٤}.

ما يعتبره الزبائن رعاية جيدة

يُقيّم الزبائن نوعية الخدمات التي يحصلون عليها. وإذا أُتيح لهم الخيار، فإنهم سيستعينون بالمرافق ومقدمي الخدمات الذين يرون أنهم يقدمون أفضل رعاية. وتشير الدراسات المختلفة في أنحاء العالم إلى أن الزبائن يريدون ما يلي:

- الاحترام والود والكرامة في المعاملة؛
- القدرة والخصوصية؛
- مقدمو خدمات يفهمون ويشرح كل زبون واحتياجاته؛
- معلومات كاملة ودقيقة، بما يشمل الإقراض الكامل عن الآثار الجانبية لوسائل منع الحمل؛
- الكفاءة الفنية؛
- إمكانية الحصول باستمرار على لوازيم وخدمات يمكن الاعتماد عليها وميسورة التكلفة ولا توجد عوائق تحول دونها؛
- توافر الإنصاف والمعلومات والخدمات للجميع بغض النظر عن السن أو الوضع الزوجي أو الجنس أو التوجه الجنسي أو الطبقة أو الأصل الإثني؛
- نتائج فالزبائن يشعرون بالإحباط عندما يُطلب إليهم الانتظار أو العودة.

والى استمرارية الرعاية، وإلى مجموعة من الخدمات ذات الصلة. وأورد إطار آخر تفاصيل ما يحتاج إليه مقدمو الخدمات من دعم وأدوات وموارد لكي يقدموا رعاية جيدة^{٢٤}.

وتركز الجهود الرامية إلى تحسين الجودة على تحسين بيئة تقديم الخدمات لتلبية احتياجات الزبائن بإشراك الموظفين بجميع مستوياتهم في تحديد المشاكل واقتراح الحلول. ويعد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية جرت عملية تكييف للنهج التي كانت مستخدمة بالفعل على نطاق واسع في البلدان المتقدمة النمو من أجل استخدامها في البرامج الدولية لتنظيم الأسرة^{٢٥}.

التدابير للموسسة. لقد تبين من الاستقصاء العالمي الذي أجرته صندوق الأمم المتحدة للسكان في سنة ٢٠٠٢ أن ١٤٣ بلداً اتخذت خطوات لتحسين إمكانية الحصول على خدمات جيدة في مجال الصحة الإنجابية، أفاد ١١٥ بلداً منها عن اتخاذ تدابير متعددة. ومن بين هذه التدابير زيادة عدد الموظفين والتدريب (٧٧ بلداً)؛ وبدء تطبيق معايير بشأن الجودة (٤٥ بلداً)، وإدخال تحسينات على الإدارة وشؤون النقل والإمداد (٣٦ بلداً). وفي بنغلاديش وجمهورية كوريا الديمقراطية الشعبية ومنغوليا، مثلاً، توجد الآن قواعد وتدابير لضبط الجودة فيما يتعلق بمجموعة واسعة من خدمات الصحة الإنجابية. وتقوم إندونيسيا بتحديث القواعد للوجود لديها. وتقوم جامايكا بوضع مؤشرات لتقييم نوعية الرعاية ورصدها. وبرامج القطاع العام ورباطات تنظيم الأسرة والمنظمات غير الحكومية المعنية بصحة المرأة في غواتيمالا والهند وكينيا تتضمن جميعها تقديم رعاية جيدة كجزء من غاياتها وأهدافها^{٢٦}.

يتيح الفرصة أمام ملايين من النساء اللاتي يلتصحن الحصول على هذه الخدمات، وكثيرات منهن لا يوجد لديهن أي اتصال آخر بنظام الرعاية الصحية. ويتضح من التجربة أن تحقيق التكامل بين الوقاية من الأمراض التي تنتقل جنسياً، وتنظيم الأسرة، وتقديم المشورة بشأن النواحي الجنسية والعلاقات بين الشركاء، يمكن أن يؤدي إلى زيادة استعمال الخدمات^{٢٧}.

وتتيح الخدمات المتكاملة، بدلاً من المرافق التي يعمل كل منها على حدة أو العلاج الذي يقدمه طبيب خاص، تحقيق وفورات في التكلفة والموظفين واللازم والمعدات، وتكون عادة أنسب للزبائن^{٢٨}.

ولكن الجهود الرامية إلى تصفية البرامج المتعلقة بمعالجة الأمراض التي تنتقل جنسياً دون غيرها قد لقيت قدراً من المقاومة.

وقد بدأت إندونيسيا في إدماج الخدمات المتعلقة بالأمراض التي تنتقل جنسياً مع الخدمات الأخرى في مجال الصحة الإنجابية في سنة ١٩٩٥. وللتغلب على الوصمة المرتبطة بالرعاية المتعلقة بالأمراض التي تنتقل جنسياً أو على الفلج من استعمال المشتغلين بالجنس للمرافق الصحية، أصبحت الخدمات المتعلقة بالأمراض التي تنتقل جنسياً تقدم خارج ساعات العمل المعتادة في العيادات، وفي غرف فحص منفصلة^{٢٩}.

وقد أفاد ٤٣ بلداً في الاستقصاء العالمي الذي أجرته صندوق الأمم المتحدة للسكان في سنة ٢٠٠٢ عن اتخاذ تدابير منذ انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية لدمج المعلومات المتعلقة بالوقاية من الأمراض التي تنتقل جنسياً و/أو فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز ضمن الرعاية الصحية الأولية^{٣٠}. فإكوادور وليبيريا وموزامبيق وزمبابوي، مثلاً، تقدم الآن الخدمات المتعلقة بالأمراض التي تنتقل جنسياً في مرافق الصحة الأولية^{٣١}.

نوعية الرعاية

لقد اعترف برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بأن "برامج تنظيم الأسرة يجب أن تبذل جهوداً كبيرة لتحسين نوعية الرعاية" (الفقرة ٧-٢٢)، فضلاً عن تعميم خدمات الصحة الإنجابية. وينبغي أن يتمثل الهدف في "كفاءة الاختيارات المدروسة وإتاحة طائفة كاملة من الوسائل المأمونة والفعالة" (الفقرة ٧-١٢).

ومنذ سنة ١٩٩٤، أُعيد توجيه الخدمات في كثير من البلدان من أجل تحسين نوعيتها وتلبية احتياجات ورغبات الزبائن على نحو أفضل - من خلال توسيع دائرة خيارات وسائل منع الحمل، وتحسين المتابعة، وتحسين تدريب الموظفين من أجل تقديم المعلومات والمشورة (مع التركيز على الحساسيات والخصوصية والسرية والخيارات المدروسة). كما أن تحسين الخدمات المقدمة للفقراء يمثل أولوية عالمية أخرى^{٣٢}.

وقد حدد إطار لنوعية الرعاية^{٣٣} نُشر في سنة ١٩٩٠ مكونات الرعاية الجيدة للصحة الإنجابية. فالزبائن يحتاجون إلى نخبة من وسائل منع الحمل، وإلى معلومات دقيقة وكاملة، وإلى رعاية من أخصائيين متمكنين تقنياً، وإلى تفاعل جيد مع مقدمي الخدمات،

آثار الجودة. إن الرعاية الجيدة يمكن أن تؤدي إلى زيادة الطلب على الخدمات بمساعدتها الزبائن على اختيار وسيلة منع الحمل الملائمة وعلى الاستمرار في استخدام خدمات تنظيم الأسرة إن أرادوا الحد من عدد حالات الحمل أو المباشرة بينها. فالنساء والرجال الذين يعيشون في إطار مجتمعات محلية تتوافر فيها خدمات جيدة تزيد احتمالات استعمالهم لخدمات تنظيم الأسرة عن أولئك الذين لا تتوافر في مجتمعاتهم المحلية خدمات جيدة، مثلما تبين دراسة أجريت في بيرو⁴¹. وفي المناطق الريفية بجمهورية تنزانيا المتحدة، تؤثر التصورات المتعلقة بنوعية الرعاية التي يقدمها أي مرفق من مرافق تنظيم الأسرة تأثيراً كبيراً على استعمال أفراد المجتمع المحلي لوسائل منع الحمل⁴².

والقدرة على اختيار وسيلة لمنع الحمل أمر مهم بالنسبة للزبائن. ففي إندونيسيا، وصلت نسبة قدرها ٩١ في المائة من النساء اللاتي أعطيت لهن الوسيلة التي كن يرغبن فيها استعمال تلك الوسيلة بعد انقضاء عام، وذلك بالمقارنة بنسبة قدرها ٣٨ في المائة من النساء اللاتي لم يحصلن على وسيلة من اختيارهن⁴³. وفي غامبيا والنيجور، نجد أن للمستعملين الجدد الذين حصلوا على مشورة جيدة بشأن الآثار الجانبية كان من المحتمل أن يتوقف عدد يتراوح بين ثلثهم إلى نصفهم عن استعمال وسائل منع الحمل بعد انقضاء ثمانية أشهر بالمقارنة بأولئك الذين رأوا أن المشورة التي حصلوا عليها غير وافية⁴⁴.

تمكين الفقراء. إن العلاج الأفضل يحدث، على وجه الخصوص، فارقاً بالنسبة للمرأة الفقيرة. ففي دراسة أجريت مؤخراً في بنغلاديش، كانت احتمالات استعمال وسائل منع الحمل بين النساء اللاتي شعرن أنهن يحصلن على رعاية جيدة⁴⁵ من العاطلين الميدانيين أكبر بنسبة ٦٠ في المائة، وكانت احتمالات استمرارهن في استخدام تلك الوسائل، أكبر بنسبة ٣٤ في المائة، بالمقارنة بالنساء اللاتي رأين أنهن يحصلن على رعاية سيئة⁴⁶. ومع أن نوعية الخدمات تؤثر على استعمال جميع النساء لوسائل منع الحمل، فإنها أهم بمراحل كمحدد لاستمرار الاستعمال بين النساء الفقيرات وغير المتعلمات.

الجهود التدريبية. إن التفاعل بين الزبائن ومقدمي الخدمات أمر حاسم الأهمية في توفير رعاية جيدة. ومن اللازم أن يستطلع مقدمو الخدمات رأي الزبائن في القرارات الصحية، وأن يبندوا مخاوفهم بشأن الآثار الجانبية، وأن يشجعوهم على القيام بدور نشط في المشاورات. ومن الممكن تحسين معارف مقدمي الخدمات ومهاراتهم من حيث التواصل وذلك بتحديد توقعات واضحة للتفاعل مع الزبائن، وإبداء تعليقات على أدائهم، وزيادة فعالية التدريب. ومن المهم أيضاً توفير تعويض كافٍ، وحيز، وناوأم، ووقت؛ والتوفيق بين الموظفين والوظائف التي توجد لديهم مهارات فيها⁴⁷. وقد أجرت بلدان شديدة التباين، من قبيل السنغال وتركيا وجمهورية تنزانيا المتحدة، منذ المؤتمر الدولي للسكان والتنمية،

إصلاحات على نطاق منظومة الخدمات بأكملها لتقديم رعاية جيدة للزبائن. فقد عززت التدريب، وتوسعت في الأنشطة التثقيفية، وارتفعت بمستوى البنية الأساسية والمعدات، وقامت بتحديث السياسات والمبادئ التوجيهية الإجرائية، وعززت نظم الإدارة⁴⁸. وعززت بلدان أخرى كثيرة تدريب الموظفين والإشراف عليهم وحسنت توافر وخيارات الوسائل⁴⁹.

وعملت بلدان كثيرة على النهوض بمستوى مرافق الصحة الإيجابية الموجودة لديها. ومن بين التدابير المتخذة في هذا الصدد: إصدار شهادات للمرافق أو اعتمادها (موزامبيق)؛ وتعزيز البنية الأساسية وكفاءة توافر رعاية متخصصة على سبيل المتابعة (البرازيل)؛ والبده في استخدام وحدات صحية متنقلة (أرمينيا والسلفادور)؛ وتقديم خدمات مجانية أو منخفضة التكلفة للأحياء الفقيرة وللمستوطنات العشوائية الحضرية (١٤٨ بلداً).

اصوات اقوى تدعو إلى الصحة الإنجابية

لقد عمل صندوق الأمم المتحدة للسكان، منذ المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، على تحسين نوعية الرعاية، وزيادة سبل الحصول على الخدمات، وكفاءة توافر لوازم ومعدات كافية، والنهوض بمستوى مهارات موظفي الصحة تقنياً وإدارياً وتواصلياً بتقديم ما يلزم لذلك من دعم تقني ومعدات وتدريب.

١٦ الترويج للمشاركة

لقد شدد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية على أهمية إشراك المستفيدين من برامج الصحة الإنجابية في عمليات التخطيط والتنفيذ والرمصد. وتبع من الاستقصاء العالمي الذي أجراه صندوق الأمم المتحدة للسكان في سنة ٢٠٠٣ أن ١٢٤ بلداً أفاد أنه اتخذ تدابير أساسية في هذا المجال، مع إفادة ٤٨ بلداً منها باتخاذ تدابير متعددة. وقد عقد بعضها جلسات استماع عامة أو استقصاءات للمستهلكين وأشرك المجتمعات المحلية في وضع برامج تعبر عن احتياجات السكان وأرائهم.

وأشركت كينيا رؤساء القرى والمعالجين التقليديين باعتبارهم يمثلون مرجعية محلية. ونظمت ماليزيا حوارات بين مقدسي الخدمات والزبائن. وأنشأت البرازيل مجالس صحية وطنية وإقليمية وبلدية. واستعانت هندوراس بالاستبيانات ومجموعات التركيز والمقابلات المتصقة للحصول على تعليقات بشأن جميع للنظم الصحية. وأقامت لاتفيا "مكتب حقوق المرضى" الذي يسطع باستقصاءات للوقوف على مدى رضا المرضى عن الرعاية الصحية.

وبدا عدد من اللاتصين والنظلمات الدولية أنشطته ترمي إلى الترويج لمشاركة المجتمع المدني في تلبية الاحتياجات المتطرفة بالصحة الإنجابية. ويضطلع أربعة وثلاثون رابطة وطنية من رابطات تنظيم الأسرة، تابعة للاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة، بمبادرة تستغرق خمس سنوات لتحديد أوجه القصور في الجودة وتداركها.

وتركز الاهتمام مؤخراً على تعبئة المجتمعات المحلية من أجل الضغط لتحسين نوعية الخدمات الصحية ولزيادة مشاركة المرأة في إدارة تلك الخدمات. ويدعم صندوق الأمم المتحدة للسكان مبادرة "أصوات أقوى تدعو إلى الصحة الإنجابية"، وهي مبادرة مبتكرة ترمي إلى تمكين مستعملي تلك الخدمات بتزويدهم بالمعلومات عن صحتهم وحقوقهم الإنجابية وعن آليات المساندة المجتمعية لكي يكون لهم "صوت أقوى" من أجل كفالة اتخاذ الخطوات اللازمة لتحسين رعاية الصحة الإنجابية. ويتشارك صندوق الأمم المتحدة للسكان مع منظمة العمل الدولية واليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية في هذه المبادرة.

مجتمعات الزبائن المستنيرين. إن المبدأ الأساسي هنا هو أن المستعملين الأكثر استنارة ستتحسن تفاعلاتهم مع مقدمي الخدمات ومن الأرجح أيضاً أن يحشدوا قواهم لإحداث تغيير على مستوى المجتمع المحلي. والتشجيع على قيام المجتمعات المحلية بعمل جماعي للمطالبة برعاية جيدة يمكن أيضاً أن يكفل عدم إفضاء تحقيق لا مركزية الخدمات الصحية الجارية الآن في بلدان كثيرة إلى حدوث انخفاض في الموارد المتاحة لرعاية الصحة الإنجابية. ولقد أقام مشروع "أصوات أقوى" جسوراً بين المنظمات التي لم يسبق لها العمل سوياً - وهي منظمات دعاة الحقوق الإنجابية، والمنظمات النسائية، ومقدمو الرعاية الصحية، والمنظمات التي تركز على التمويل أو الإصلاح الصحي على الصعيد المجتمعي. وبدأت مبادرة "أصوات أقوى" في الهند وبنغلاديش وموريتانيا ونيبال وبيرو وجمهورية تنزانيا المتحدة، وكان من بين الأنشطة التي تضمنتها اتباع نهج تشاركية لزيادة إمكانية حصول المرأة على خدمات الصحة الإنجابية، وربط المنظمات النسائية بمقدمي الخدمات للعمل على توفير رعاية أفضل، وتعبئة الشباب للعمل مع مقدمي الخدمات في توفير خدمات مناسبة للشباب. وفي بنغلاديش، قامت المنظمات المجتمعية بجمع أموال وجددت مراكز التوليد الميدانية، وتعارض نساء المجتمع المحلي علناً تقليد "اختطاف العروس" القديم باعتباره انتهاكاً للحقوق الإنجابية. وفي موريتانيا، أنشئ نظامان مجتمعيان للتأمين الصحي للتناهي الصغر من أجل كفالة إمكانية حصول النساء الفقيرات على خدمات الأمومة. ووضع شركاء المشاريع في نيبال استراتيجية وطنية رائدة لضمان جودة الرعاية فيما يتعلق بخدمات الصحة الإنجابية، تجمع ما بين "الطلب" والحقوق الإنجابية باعتبار أن الاثنين أساسيان لتقديم خدمات ذات نوعية جيدة.

وفي جمهورية تنزانيا المتحدة، وضع شركاء المشاريع أول نهج في البلد قائم على أساس الحقوق لكفالة جودة الرعاية، مع التشديد على بناء القدرات المحلية والرصد المجتمعي للخدمات الذي يتربط مع الجهود الرامية إلى تحقيق اللامركزية.

دفع ثمن مقابل الخدمات. تدرس بلدان كثيرة وسائل فرض رسوم مقابل الخدمات، وذلك بالنظر إلى أوجه النقص في التمويل

الحكومي والتمويل من المانحين لخدمات الصحة الإنجابية. وقد حققت محاولات استرداد تكاليف تلك الخدمات نتائج متفاوتة. ففي بنغلاديش، مثلاً، دفعت استراتيجية قطاع الصحة والسكان التي بدأ تطبيقها في سنة ١٩٩٧ المنظمات غير الحكومية إلى الابتعاد عن تقديم خدمات تنظيم الأسرة منزلياً وإلى فرض رسوم متواضعة مقابل الخدمات التي كانت تقدم مجاناً في السابق. وفي الوقت ذاته، سعت المنظمات غير الحكومية إلى تحسين مستوى الخدمات التي تقدمها.

وقد تبين من تقييم للتغيرات التي حدثت نتيجة لذلك أن الزبائن أصبح لديهم تقدير للخدمات المقدمة لهم ويشعرون أنهم يُعاملون معاملة تتسم بالحياسة والاحترام في عيادات المنظمات غير الحكومية. غير أنه كشف أيضاً عن أن التغيرات أدت إلى "شعور على نطاق واسع بأن الفقراء يواجهون تمييزاً في المرافق الصحية وأن الخدمات الجيدة ليست في متناولهم لأنهم لا يستطيعون دفع ثمنها".*

تأمين الإمدادات

إن القدرة على تقديم خدمات جيدة في مجال الصحة الإنجابية تتوقف على وجود دعم سياسي وتمويل وموظفين ومرافق وسلع. ومع أن البرامج الوطنية غالباً ما يكون لزاماً عليها أن تتناغم مع السبلات - من قبيل شحة الموظفين والمرافق، وعدم وجود مياه جارية، وحدث انقطاع في الكهرباء، بانتظام، وحدث انقطاع في وسائل النقل - فإن انعدام السلع معناه إهدار الاستثمارات والجهود إلى حد كبير.

و"امن سلع الصحة الإنجابية" ينطوي على ضمان توافر إمدادات كافية ومأمونة من لوازم الصحة الإنجابية الأساسية. ويجب شراء هذه السلع بصورة متكررة وتوريدها وتوزيعها حيثما كانت هناك حاجة إليها وعندما تكون هناك حاجة إليها. وفي بلدان فقيرة كثيرة ستتوقف برامج الصحة الإنجابية توقفاً شديداً على المساعدة المقدمة من المانحين للسلع لمدة طويلة.

وخلال السنوات العشر الماضية، انخفض دعم المانحين للوالم الصحة الإنجابية، ومن بينها وسائل منع الحمل لتنظيم الأسرة والرفالات للوقاية من الإيدز، مما أدى إلى وجود فجوة متزايدة بين التقديرات المقبولة عموماً للحاجة إلى تلك الوسائل وما يُقدّم فعلاً. وفي أوائل التسعينات، قُدّم أربعة فقط من المانحين الدوليين نحو ٤١ في المائة من الاحتياجات الإجمالية التقديرية من وسائل منع الحمل - الأقراص والوسائل الرحمية والمحقونات والرفالات. (وما زالت النظم التي يمكن بها تحديد العرض والطلب فيما يتعلق بسلع الصحة الإنجابية الأخرى تحديداً كميّاً دقيقاً قيد الاستحداث). وقد كانت وكالة التنمية الدولية التابعة للولايات المتحدة (USAID)، التي كانت تسيطر على إمدادات القطاع العام من وسائل منع الحمل منذ الستينات، هي أكبر جهة موردة، بحيث كانت مصدر ما يقرب من ثلاثة أرباع دعم المانحين المُبلغ عنه في سنة ١٩٩٠ وقدره ٧٩ مليون دولاراً.*

ويحلول سنة ٢٠٠٠، كان عدد المانحين النشطين قد أصبح ١٢ مانحاً أو أكثر، ولكن مجموع الدعم المقدم من المانحين (مع مراعاة عامل التضخم) ظل ثابتاً نسبياً أثناء العقد. وانخفضت الحصة المقدمة من وكالة التنمية الدولية التابعة للولايات المتحدة إلى ٣٠ في المائة، بينما زادت الحصة المقدمة من صندوق الأمم المتحدة للسكان إلى ٤٠ في المائة. وهاتان الوكالتان إلى جانب أربع وكالات أخرى (المنظمة الدولية للخدمات السكانية، والبنك الدولي، والوزارة الاتحادية الألمانية للتعاون الإنمائي الاقتصادي، وإدارة التنمية الدولية التابعة للمملكة المتحدة) كانت مصدر ٩٥ في المائة من سلع منع الحمل التي قُدمت إلى البلدان النامية.

وفي سنة ٢٠٠١، استجابت هولندا والمملكة المتحدة وكندا لحالات نقص شديدة في الإمدادات في بعض البلدان بتقديم مساهمة إضافية إلى صندوق الأمم المتحدة للسكان قدرها ٩٧ مليون دولار من أجل توفير السلع والدعم التقني اللازم لتعزيز القدرة الوطنية وتحسين إمكانية الحصول على تلك السلع. وكان مجموع دعم المانحين في تلك السنة الذي بلغ ٢٢٤ مليون دولار يعثل زيادة تقرب من ٥٠ في المائة بالقياس إلى السنة السابقة، ولكن في سنة ٢٠٠٢ (وهي أحدث سنة تتوفر عنها أرقام) انخفض المجموع إلى ١٩٨ مليون دولار.

ولكي تبلغ الحصة المقدمة من المانحين نفس النسبة التي كانت تبلغها في سنة ١٩٩٠ وقدرها ٤١ في المائة من إمدادات وسائل منع الحمل والرفالات فمن اللازم أن يبلغ الدعم المقدم منهم حوالي ٤٥٠ مليون دولار في سنة ٢٠٠٤. وسيلزم مبلغ أكبر إلى حد كبير لتغطية جميع التكاليف المتوقعة لسلع الصحة الإنجابية ولتحسين تقديم الخدمات.

ولكن من المرجح أن تتمكن حكومات البلدان النامية والمنظمات غير الحكومية والقطاعات التجارية من تعويض النقص في نمو الدعم المقدم من المانحين لسلع الصحة الإنجابية. ونتيجة لذلك يمكن أن نتوقع حدوث حالات نقص في تلك السلع وحالات انقطاع في تقديم خدمات الصحة الإنجابية، مع ما يترتب على ذلك من عواقب وخيمة بالنسبة لصحة النساء والأطفال^{١٧}.

وعلاوة على تزايد الاحتياجات لدعم السلع، تحتاج البلدان النامية إلى دعم تقني وإلى تمويل لزيادة قدرات البرامج الصحية الوطنية بشرياً ومالياً وتقنياً من أجل جمع البيانات عن عرض وطلب خدمات الصحة الإنجابية والإبلاغ عن تلك البيانات واستخدامها استخداماً صحيحاً؛ والحصول على الإمدادات اللازمة وتخزينها وتوزيعها.

دور صندوق الأمم المتحدة للسكان وأوليائه. يتولى صندوق الأمم المتحدة للسكان قيادة الجهد العالمي الذي يرمي إلى كفاءة وجود تدفق كافٍ ومنظم من لوازم الصحة الإنجابية ومن بينها وسائل منع الحمل. والصندوق هو أكبر مصدر دولي لتقديم هذه اللوازم، وهو المصدر الوحيد بالنسبة لحوالي ٢٥ بلداً. وقد

تلقى في سنتي ٢٠٠١ و ٢٠٠٢ طلبات من ٩٤ بلداً بلغ مجموع قيمتها ٣٠٠ مليون دولار. ويساعد الصندوق أيضاً البلدان على التخطيط لاحتياجاتها، ويضطلع بالدعوة لتعبئة تمويل مستقر، ويعمل مع الحكومات وشركاء آخرين على تعزيز القدرة الوطنية، وينسق جهود الشركاء، ويجمع بيانات عن جهود المانحين لتيسير التعاون وضمان المساهمة^{١٨}.

وفي سنة ١٩٩٩، وبالتعاون مع المنظمات غير الحكومية الشريكة، بدأ صندوق الأمم المتحدة للسكان العمل على وضع استراتيجية عالمية لضمان إمدادات لوازم الصحة الإنجابية^{١٩}. وقد استحدثت آليات هامتان للشراكة، هما مبادرة الإمدادات وتحالف إمدادات الصحة الإنجابية.

وقد أقامت مبادرة الإمدادات، بتمويل من مؤسسة بيل وميلندا غيتس وصندوق والأس العالمي، نظاماً للمعلومات على شبكة الإنترنت لتوحيد بيانات الشراء من صندوق الأمم المتحدة للسكان ووكالة التنمية الدولية التابعة للولايات المتحدة والاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة، ومن مانحين آخرين في نهاية الأمر. وسيتمكن هذا النظام، في المستقبل، باحتياجات كل بلد من الإمدادات. أما تحالف إمدادات الصحة الإنجابية، وهو شراكة متنوعة، فهو يستكشف إمكانية تشكيل آلية جديدة للمساعدة على تعبئة الموارد وتعزيز التعاون. ولكن المانحين لم يبدوا، حتى الآن، اهتماماً يكفي لتبرير اتخاذ خطوة من هذا القبيل.

وعملاً على تعزيز القدرة الوطنية قام صندوق الأمم المتحدة للسكان مؤخراً بتيسير عقد ست حلقات عمل إقليمية وضع المشاركون فيها - وهم موظفو الصندوق الميدانيون وممثلو الحكومات - خططاً نموذجية لإدارة لوازم الصحة الإنجابية.

المبادرات الأخرى. أصدرت منظمة الصحة العالمية بالاشتراك مع صندوق الأمم المتحدة للسكان مؤخراً مشروع وثيقة مشتركة للمناقشة عنوانها "الأبوية الأساسية والسلع الأخرى لخدمات

١٧ عواقب نقص التمويل

- إن كل نقص قدره مليون دولار في مساعدات سلع منع الحمل سيؤدي إلى ما يقدر بما يلي:
- ٣٦٠ ... حالة حمل غير مقصودة؛
- ١٥٠ ... عمليات إجهاض متعددة؛
- ٨٠٠ ... حالة وفاة نفسية؛
- ١١ ... حالة وفاة بين الرضع؛
- ١٤ ... حالة وفاة بين الأطفال دون سن الخامسة.

الرجال والصحة الإنجابية

لقد كان الهدف من بعض أكثر الأعمال ابتكاراً منذ المؤتمر الدولي للسكان والتنمية هو إشراك الرجال في حماية الصحة الإنجابية لشريكاتهم فضلاً عن حماية صحتهم هم. فغالباً ما يحدد الرجال، من خلال ما يتيسر لهم من موارد ونفوذ أكبر، توقيت وظروف العلاقات الجنسية، وحجم الأسرة، وإمكانية الحصول على الرعاية الصحية. وترمي برامج الصحة الإنجابية بدرجة متزايدة إلى التصدي للحد من سبل حصول المرأة - والرجل أحياناً - على الرعاية الصحية بسبب انعدام المساواة بين الجنسين^{٥٥}. وقيل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية كان العمل في ميدان السكان يميل إلى التركيز حصراً تقريباً على خصوبة المرأة، مع إيلاء قدر ضئيل من الاهتمام لدور الرجل في إطار دراسة الأبعاد والآثار الكلية لمعدلات النمو السكاني والخصوبة^{٥٦}. ونتيجة لذلك، كانت البرامج الأساسية لتنظيم الأسرة تخدم المرأة حصراً تقريباً.

المواقف فيما يتعلق بالمعلومات والخدمات.

لقد أظهرت البحوث منذ أمد طويل أن الرجل يريد أن يعرف المزيد عن الصحة الإنجابية ويريد أن يدعم شريكته دعماً أكثر فعالية. فرغبة الرجل في الحد من حجم أسرته غالباً ما يتيح للمرأة التي تريد أن تستعمل وسيلة لمنع الحمل أن تفعل ذلك. وتشير بحوث أجريت بشأن مواقف الذكور وممارساتهم، شملت تحليلاً لبيانات استقصاء ديمغرافي وصحي أجري في ١٧ بلداً جمعت عن الأزواج أثناء التسعينات^{٥٧}، إلى أن آراء الرجال والنساء بشأن منع الحمل وحجم الأسرة كانت متقاربة إلى حد كبير أكثر مما كان كثير من العاملين في هذا الميدان يعتقدون^{٥٨}. فالرجال يريدون عادة الحصول على مزيد من المعلومات الأفضل ومزيد من إمكانية الحصول على الخدمات^{٥٩}. ويريد أولئك الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ٢٤ سنة عدداً من الأطفال أقل من أولئك الذين تتراوح أعمارهم بين ٢٥ و ٢٤ سنة، الذين يريدون بدورهم عدداً من الأطفال أقل مما يريده الرجال في سن الخمسينيات^{٦٠}.

وعندما تستبعد البرامج الرجال فإنها تقوّض فعاليتها. فصحة الرجال الإنجابية تؤثر تأثيراً مباشراً على صحة شريكاتهم الإنجابية، وهذه حقيقة أبرزتها جائحة الإيدز إبرازاً حاداً. وعلاج الأمراض التي تنتقل جنسياً لدى النساء لا معنى له إلا إذا عُولج شركاؤهن الذين تسببوا في انتقال العدوى إليهن وإلا إذا شملتهم التوعية بسبل الوقاية.

إشراك الرجال في الصحة الإنجابية.

وفي آلاف من البرامج الحكومية وبرامج المنظمات غير الحكومية، تُكتشف طرائق خلاقة لإشراك الرجال في برامج الصحة الإنجابية. وقد استجاب الرجال إيجابياً لهذه الجهود.

الصحة الإنجابية^{٦١}. وتعتمد الوثيقة، التي يُتصد بها جزئياً كقائمة وجود مفهوم موحد لمصطلح "صحة الصحة الإنجابية"، على مفهوم الأدوية الأساسية الذي طرحته منظمة الصحة العالمية في سنة ١٩٧٧ وتعدد السلع اللازمة على مستوى الرعاية الصحية الأولية (لتنظيم الأسرة، وصحة الأم والولود حديثاً، والوقاية من التهابات الجهاز التناسلي ومن فيروس نقص المناعة البشرية) فضلاً عن المنتجات اللازمة للرعاية النفسانية على مستوى الإحالة الأول. وهي تقر بوجود أربعة عوامل تمكينية لازمة لكفالة إمكانية الحصول بشكل مستدام على بنود الرعاية هذه الحاسمة الأهمية:

- الاختيار الرشيد استناداً إلى قائمة أدوية أساسية وطنية ومبادئ توجيهية للعلاج مبنية على الأدلة؛
 - أسعار ميسورة للحكومات ومقدمي الرعاية الصحية والمستهلكين؛
 - تمويل مستدام من خلال آليات تمويل منصفة من قبيل الإيرادات الحكومية أو التأمين الصحي الاجتماعي؛
 - وجود نظم إمداد يُعتمد عليها تضم مزيجاً من خدمات الإمداد العامة والخاصة^{٦٢}.
- وفي بعض البلدان النامية توفر نظم المعلومات الإدارية بيانات إدارية يمكن الاعتماد عليها للتنبؤ بالوزم وشراحتها وتوزيعها.
- ### الطريق إلى الأمام.
- من المتوقع أن يزيد عدد مستعملي وسائل منع الحمل في البلدان النامية خلال الفترة ما بين سنة ٢٠٠٠ وسنة ٢٠١٥ بنسبة قدرها ٤٠ في المائة مع تزايد عدد الأزواج ممن هم في سن الإنجاب بنسبة قدرها ٢٢ في المائة ومع انتشار الطلب على خدمات تنظيم الأسرة على نطاق أوسع^{٦٣}. ويتوقع صندوق الأمم المتحدة للسكان أن تبلغ قيمة الاحتياجات من سلع منع الحمل في سنة ٢٠١٥ حوالي ١,٨ بليون دولار، يمكن توقع الحصول على ٧٢٩ مليون دولار منه من المانحين استناداً إلى مستويات الدعم في سنة ١٩٩٠. وتشمل هذه الأرقام الرفالات للوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز ومن الأمراض التي تنتقل جنسياً.
- وسيستدعي بلوغ هذا المستوى من الدعم اللازم: تعزيز القيادة السياسية في كل من البلدان المانحة والبلدان المتلقية؛ وتحسين الدعوة لتوليد دعم مالي طويل الأمد؛ وآليات لاسترداد التكاليف؛ وتنسيق أكثر فعالية بين الشركاء الدوليين الرئيسيين عند الاقتضاء؛ وآليات جديدة في البلدان النامية لتخطيط ورصد استخدام الإمدادات؛ وبيانات مجمعة تقوياً وأكثر موثوقية؛ ومساهمة أفضل من جانب جميع الشركاء.

فقد أفادت البلدان التي أجابت على الاستقصاء العالمي الذي أجراه صندوق الأمم المتحدة للسكان في سنة ٢٠٠٣ بأنها اتخذت جميعها تدابير للترويج لوسائل منع الحمل الذكورية. وشنت حملات تثقيفية بشأن مساندة الرجال للنساء في جميع بلدان وسط آسيا وفي معظم بلدان آسيا والمحيط الهادئ وأفريقيا والكاريبي. وأفاد أكثر من نصف بلدان الكاريبي بأنها تضع خططاً لتشجيع زيادة مشاركة الذكور في مجال الصحة الإنجابية.

اتباع نهج متنوعة بخصوص "إشراك الذكور". لقد اتبعت البرامج التي وضعت في السنوات الأخيرة نهجاً مختلفة فيما يتعلق بإشراك الرجال في الصحة الإنجابية. ويركز أحد النهج على الرجال باعتبارهم عوائق تحول دون استعمال النساء لوسائل منع الحمل وكفئة من المستعملين المحتملين لتلك الوسائل ولكنها غير مستغلة.^{٦٣}

وتركز مجموعة ثانية من البرامج على الحاجة إلى تزويد الرجال برعاية الصحة الجنسية والإنجابية، وتدارك استبعادهم التقليدي من هذه الخدمات.^{٦٤} ومن الممكن أن تؤدي البرامج إلى تحسين إمكانية حصول الرجال على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية بجعل الخدمات القائمة أكثر تجاوباً: بحيث ترحب بالرجال، كزبائن وكشركاء أو آباء مساندين، وتعيد تدريب الموظفين، وتقدم المعلومات والخدمات للرجال، وتستعين بمستشارين من الذكور وتدريبهم، وتغير حتى ديكور العيادات. وتحتاج البرامج، عند محاولتها أن تجعل الرجال موضع ترحيب، إلى توظيف وتدريب أخصائيين صحيين من الذكور، يمكن أن يكونوا دعاة مهمين وقادة فيما يتعلق بالسلوكيات الصحية والشراكات الداعمة.

العمل على تغيير الأعراف المتعلقة بالجنسين. يركز نهج ثالث على الرجال كشركاء مثاليين للنساء، ويلتمس فرصاً لمعالجة الطرائق التي تقم بها للكانة الاجتماعية أدوار المرأة والرجل

الجنسية والإنجابية. وتتصدى بعض البرامج صراحة للأعراف غير المنصفة بين الجنسين التي تلحق الضرر بصحة كل من الرجل والمرأة. وهي تعمل على تثقيف الرجال بشأن الطرائق التي يمكن بها أن تؤدي السيطرة على موارد الأسرة، أو العنف في المنزل، أو الآراء المتعلقة بالأبعاد الجنسية للذكور أو الإناث، مثلاً، إلى كبح التمتع بصحة إنجابية جيدة.

وتسعى برامج خاصة - من قبيل برنامج "تعبئة الشبان من أجل الرعاية في جنوب أفريقيا"، و "برنامج خيارات الحياة الأفضل للفتيان في الهند"، و "حملة القوة" التابعة لمبادرة "الرجال بإمكانهم وقف الاغتصاب" في الولايات المتحدة، وبرنامج "إيقاظ ضمير المراهقين الذكور" في نيجيريا وبرنامج Canera في أمريكا الوسطى - إلى إحداث تحول في القيم التي تكمن وراء السلوكيات الضارة.^{٦٥} وقد أظهرت هذه البرامج أن تشجيع الرجل على مناقشة معتقداته يدفعه إلى التشكك في العناصر الضارة لمفاهيم الذكورية التقليدية وأن الرجل يرحب بفرصة تغيير سلوكه.

وتدعو بعض البرامج إلى التواصل والاحترام بين الرجل والمرأة فيما يتعلق بقضايا الصحة الإنجابية، وتومي إلى بناء مهارات التفاوض لدى كلا الجنسين. وتركز جهود كثيرة على الشبان غير المتزوجين الذين مازالت أفكارهم عن أدوار الجنسين والنواحي الجنسية مازالت تتطور.^{٦٦} ومن كوستاريكا إلى كينيا إلى الفلبين تعمل البرامج مع الشبان على معالجة خياراتهم المتعلقة بالصحة الجنسية وعلى تنمية مهاراتهم. فقد أنشأت رابطة شباب مثاري الرياضية في كينيا، مثلاً، برنامجاً لتثقيف الأقران فيما يتعلق بالوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية.^{٦٧} وتتشدد منظمة إيكوس (ECOS) غير الحكومية البرازيلية على الصلات بين الذكورة والأبوة والصحة.^{٦٨}

ومما يمثل استراتيجية هامة أخرى العمل مع الرجال الذين يتولون مواقع قيادية ويمكنهم التأثير على غيرهم من الرجال والدعوة إلى الاهتمام بصحة المرأة.



Make things better

٧ الصحة النفاسية

إلا أن هذين التدخلين لم يؤديا إلى خفض المعدلات النفاسية^٥. ويوجد الآن اتفاق واسع النطاق بين المهنيين المشتغلين في المجال الصحي وواضعي السياسات على أن معظم الوفيات النفاسية تنبع من مشاكل من الصعب اكتشافها - فمن الممكن أن تتعرض أي امرأة لمضاعفات أثناء الحمل والولادة وما بعدها - ولكن من الممكن دائماً علاجها بشرط توافر رعاية التوليد الجيدة في الحالات الطارئة.

ومنذ منتصف التسعينات ركزت الحكومات والوكالات الدولية، ومن بينها صندوق الأمم المتحدة للسكان، وركز الباحثون والمجتمع المدني على التدخلات التي رتبها أنها هي الأكثر فعالية، وهي: زيادة إمكانية حصول المرأة على إشراف من أشخاص مهرة أثناء الولادة؛ وتحسين مرافق رعاية التوليد في الحالات الطارئة وتحسين إمكانية حصول المرأة على تلك الرعاية من أجل معالجة مضاعفات الحمل؛ وكفالة وجود نظم للإحالة والنقل بحيث تتمكن المرأة التي تعاني من مضاعفات من الحصول على الرعاية اللازمة لها على وجه السرعة.

ويحتل مكانة عالية على قائمة الأولويات العالمية في مجال الأمومة السالمة ضمان إمكانية حصول المرأة على خدمات تنظيم الأسرة للحد من حالات الحمل غير المرغوبة؛ وتحسين نوعية النظم الصحية القطرية وقدرتها بوجه عام، وبخاصة على صعيد المقاطعة؛ وتعزيز الموارد البشرية.

التركيز على الحقوق. من السمات الإضافية للفترة اللاحقة للمؤتمر الدولي للسكان والتنمية الاعتراف بأن الوفيات والإعاقة النفاسيتين يشكلان انتهاكين لحقوق الإنسان للمرأة، ويرتبطان ارتباطاً قوياً بمكانة المرأة في المجتمع وباستقلالها الاقتصادي^٦. وتؤيد اتفاقيات شتى بشأن حقوق الإنسان الرأي القائل بأن المرأة لها الحق في الحصول على الرعاية الصحية التي تعزز احتمال بقائها على قيد الحياة بعد الحمل والولادة^٧. وتنال اهتماماً أكبر على جميع المستويات القضايا المتعلقة بالحقوق من قبيل دور أوجه انعدام المساواة بين الجنسين في الصحة النفاسية وأثر العنف ضد المرأة على حالات الحمل^٨.

ومع ذلك، وبعد انقضاء عشر سنوات على مؤتمر القاهرة، غالباً ما لا تحل احتياجات المرأة مرتبة عالية على قوائم أولويات

إن مضاعفات الولادة هي السبب الرئيسي لوفاة النساء في سن الإنجاب في البلدان النامية حالياً، وتشكل إحدى أكثر مشاكل العالم الصحية إلحاحاً واستعصاءً على الحل^٩. ويُعترف بأن الحد من الوفيات والمرض النفاسيين ضرورة أخلاقية وضرورة من حيث حقوق الإنسان فضلاً عن أنه إحدى الأولويات الإنمائية الدولية الحاسمة الأهمية، ويرد ذلك الاعتراف أيضاً في برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية وفي الغايات الإنمائية للألفية.

ومن المفجع أن العدد الإجمالي للوفيات كل سنة - الذي يُقدَّر بما يبلغ ٥٢٩.٠٠٠، أي حالة وفاة واحد كل دقيقة - لم يتغير تغيراً كبيراً منذ المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، رغم ما تحقق من تقدم في بعض البلدان، وذلك وفقاً لأحدث تقديرات منظمة الصحة العالمية واليونيسيف وصندوق الأمم المتحدة للسكان^{١٠}؛ وتحدث نسبة قدرها ٩٩ في المائة من هذه الوفيات في البلدان النامية. وتتجو ملايين أخرى من النساء، ولكنهن يعانين من المرض والإعاقة المرتبطتين بالحمل والولادة، وعلى الرغم من صعوبة الحصول على بيانات، تقدر مبادرة الأمومة السالمة، وهي ائتلاف يضم وكالات تابعة للأمم المتحدة ومنظمات غير حكومية، أن ٢٠ إلى ٥٠ حالة اعتلال - مؤقتة أو مزمنة - تحدث مقابل كل حالة وفاة نفاسية^{١١}.

التُّهَج الجديدة

إدراكاً لإمكانية الحيلولة دون حدوث معظم هذه الوفيات والإصابات عن طريق توسيع نطاق إمكانية الحصول على الرعاية الماهرة قبل الحمل وأثناءه وبعده، دعا المؤتمر الدولي للسكان والتنمية البلدان إلى التوسع في الخدمات الصحية النفاسية في سياق الرعاية الصحية الأولية وإلى وضع استراتيجيات للتغلب على الأسباب الكامنة لوفاة والمرض النفاسيين^{١٢}.

وخلال السنوات العشرة الماضية حدث تحول في صيغة الأولويات العالمية للحد من الوفيات والمرض النفاسيين. ففي الماضي، كان الباحثون والممارسون يعتقدون أن من الممكن اكتشاف وعلاج حالات الحمل التي تنطوي على درجة عالية من الخطورة وأن من الممكن أن تحول الرعاية أثناء الحمل دون حدوث كثير من الوفيات النفاسية. ودعوا أيضاً إلى تدريب المشرفين التقليديين على الولادة للحد من مخاطر الوفاة أو المرض أثناء الحمل.

خدمات الصحة النفاسية

ينبغي أن تشمل خدمات [الصحة النفاسية]، استناداً إلى مفهوم الخيار الواعي، التوعية بالأمومة السالمة والرعاية المركزة والفعالة قبل الولادة، وبرامج تغذية الأمهات، وتقديم مساعدة وأفية لحالات الوضع تؤدي إلى تجنب الإفراط في الانتجاء إلى العمليات القيصرية وتؤخر ما يلزم لطوارئ الولادة؛ وتقديم خدمات الإحالة بالنسبة للحمل والوضع ومضاعفات الإجهاض؛ وتوفير الرعاية بعد الولادة؛ وتنظيم الأسرة ...

— من برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، الفقرة ٨-٢٢

أشخاص مهرة أثناء الولادة، ورعاية التوليد في الحالات الطارئة، ووسائل النقل، وإحالة فعالة إلى مستويات أعلى من الرعاية عند الضرورة^{١٠}.

وقد اعتبر أيضاً مؤتمر قمة الألفية الذي عُقد في سنة ٢٠٠٠ الصحة النفاسية إحدى الأولويات العاجلة في مكافحة الفقر. فالغاية ٥ من الغايات الإنمائية للألفية تدعو إلى خفض نسبة الوفيات النفاسية (عدد الوفيات النفاسية مقابل كل ١٠٠ ٠٠٠ مولود) بمقدار ٧٥ في المائة بحلول سنة ٢٠١٥ بالمقارنة بمستوياتها في سنة ١٩٩٠.

وسيكون من الصعب تحقيق هذه الأهداف. ففي العالم النامي ككل، تحصل قرابة ٦٥ في المائة من جميع النساء الحوامل على قدر ما من الرعاية على الأقل أثناء الحمل؛ ويجري ٤٠ في المائة من

الحكومات أو المجتمعات المحلية. وما زالت المرأة تنفق إلى القدرة الكاملة على اختيار رعاية التوليد التي تريدها. ويؤدي الفقر والصراعات والكوارث الطبيعية إلى تفاقم الصحة الإنجابية وإضافة تحديات جديدة لكفالة الأمومة السالمة^{١١}.

ولقد حدد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية هدف خفض الوفيات النفاسية بحلول سنة ٢٠٠٠ بمقدار نصف مستوياتها في سنة ١٩٩٠ وخفضها بمقدار نصف آخر بحلول سنة ٢٠١٥. وحث المؤتمر البلدان أيضاً على الحد من الفروق بين البلدان النامية والبلدان المتقدمة النمو والفروق داخل البلدان، وعلى الحد كثيراً من عدد الوفيات وحالات الاعتلال التي تحدث من جراء الإجهاض غير المأمون.

ولقد شدد الاستعراض الذي أجري في سنة ١٩٩٩ لتنفيذ

برنامج عمل المؤتمر الدولي

للسكان والتنمية على

العصلة بين ارتفاع

مستويات الوفيات النفاسية

والفقر، ودعا الدول إلى

”العمل على الحد من

الوفيات والاعتلال

النفاسيين باعتبار أن ذلك

يعمل إحدى أولويات

الصحة العامة وشاغلاً من

الشواغل المتعلقة بالحقوق

الإنتاجية“ وذلك بكفالة

”أن تتاح بالفعل للمرأة

إمكانية الحصول على

رعاية التوليد الأساسية،

وعلى خدمات مزودة جيداً

بالمعدات وبعدد وافٍ من

الموظفين لرعاية الصحة

النفاسية، وإشراف

الجدول ١: تقديرات الوفيات النفاسية بحسب المنطقة، ٢٠٠٠

نسبة الوفيات النفاسية مقابل كل ١٠٠ ٠٠٠ مولود حي)	نسبة الوفيات النفاسية		المنطقة
	عدد الوفيات النفاسية	نسبة خطر الوفاة النفاسية طيلة العمر، ١ بين:	
٤٠	٥٢٩ ...	٧٤	الجموع العالمي
٢٠	٢٥٠٠	٢٨٠٠	الناطق المتقدمة النمو ^(١)
٢٤	١٧٠٠	٢٤٠٠	أوروبا
٤٤	٥٢٧ ...	٦١	الناطق النامية
٨٢	٢٥١ ...	٢٠	أفريقيا
١٢	٤٦٠٠	٢١	شمال أفريقيا ^(٢)
٩٢	٢٤٧ ...	١٦	أفريقيا جنوب الصحراء
٢٢	٢٥٢ ...	٩٤	آسيا
٥٥	١١ ...	٨٤	شرق آسيا
٥٢	٢٠٧ ...	٤٦	جنوب ووسط آسيا
٢١	٢٥ ...	١٤	جنوب وشرق آسيا
١٩	٩٨٠٠	١٢	غرب آسيا
١٩	٢٢ ...	١٦	أمريكا اللاتينية والكاريبي
٢٤	٥٢	٨٢	أوقيانوسيا

المصدر: منظمة الصحة العالمية واليونيسيف وصندوق الأمم المتحدة للسكان، ٢٠٠٢. الوفيات النفاسية في سنة ٢٠٠٠: تقديرات أعدتها منظمة الصحة العالمية واليونيسيف وصندوق الأمم المتحدة للسكان. جنيف: منظمة الصحة العالمية.

الولادات في مرافق صحية؛ ويساعد أشخاص مهرة أكثر قليلاً من نصف جميع الولادات. ولكن ٣٥ في المائة فقط من الولادات التي جرت في جنوب آسيا أشرف عليها أشخاص مهرة في سنة ٢٠٠٠؛ وكانت هذه النسبة في أفريقيا جنوب الصحراء ٤١ في المائة (بعد أن كانت الثلث في سنة ١٩٨٥)؛ أما النسبة في شرق آسيا وفي أمريكا اللاتينية ومنطقة الكاريبي فقد كانت تبلغ ٨٠ في المائة^{١١}. وفي بيئات كثيرة لا يمكن أن تلبي خدمات الأمومة السالمة المتاحة الطلب أو لا تكون في متناول المرأة بسبب المسافة أو التكلفة أو العوامل الاجتماعية - الاقتصادية. وقد تكون الأهمية المعطاة لرعاية الحمل متدنية على قائمة أولويات الأسر المعيشية بالنظر إلى تكاليفها من حيث الوقت والمال. وما زال يُنظر إلى نساء كثيرات للغاية على أنهن لسن جديرات بالاستثمار فيهن، مما تترتب عليه عواقب مفرجة بالنسبة لهن؛ ولأطفالهن، الذين تقل احتمالات بقائهم على قيد الحياة بدون أم؛ وبالنسبة لمجتمعاتهن وبلدانهن.

نتائج الاستقصاء العالمي. لقد أفاد ١٤٤ بلداً في الردود على الاستقصاء، العالمي الذي أجراه صندوق الأمم المتحدة للسكان في سنة ٢٠٠٢ باتخاذ تدابير محددة للحد من الوفيات والإصابة النفاسيتين؛ وأفاد ١١٢ بلداً باتخاذ تدابير متعددة. وكانت التدابير الأكثر شيوعاً هي تدريب مقدمي الرعاية الصحية (٧٦ بلداً)؛ ووضع خطط أو برامج أو استراتيجيات (٦٨ بلداً)؛ وتحسين الرعاية قبل الولادة وبعدها (٦٦ بلداً)؛ وتحسين مستوى جمع البيانات وحفظ السجلات (٤٥ بلداً)؛ وتقديم المعلومات أو القيام بأنشطة الدعوة (٤٠ بلداً).

ولكن بعض البلدان فقط هي التي حققت نجاحاً في الحد من الوفيات النفاسية (ومعظمها بلدان متوسطة الدخل)؛ وبضعة منها بلدان فقيرة). فقد انخفضت الوفيات انخفاضاً كبيراً خلال العقد الماضي في الصين ومصر وهندوراس وإندونيسيا وجامايكا والأردن والمكسيك ومنغوليا وسري لانكا وتونس. ويجمع بين الجهود التي بذلتها هذه البلدان جميعها في مجال الأمومة السالمة وجود أشخاص مهرة أثناء الولادة، ووجود نظام إحالة قادر، ووجود خدمات أساسية أو شاملة للتوليد في الحالات الطارئة. أما التقدم في معظم البلدان الأخرى فقد كان بطيئاً، وتظل معدلات الوفيات وحالات الاعتلال النفاسية مرتفعة ارتفاعاً مفرجاً في مناطق عديدة، من بينها معظم مناطق أفريقيا جنوب الصحراء والأجزاء الأفقر في جنوب آسيا. وعلى الرغم من توقع تحقيق بعض المكاسب في مكافحة الوفاة والاعتلال النفاسيين في السنوات العشر القادمة، سيلزم تصعيد التدخلات الحالية وتوجيه المزيد من الموارد نحوها إذا كان المراد إحراز تقدم هام في مجال حماية حياة المرأة وصحتها.

الأسباب والعواقب

الأسباب الشائعة. تُعرّف منظمة الصحة العالمية الوفاة النفاسية بأنها "وفاة المرأة أثناء الحمل أو في غضون ٤٢ يوماً من انتهاء

الحمل، بصرف النظر عن مدة الحمل أو مكانه، نتيجة لأي سبب يرتبط بالحمل أو بإدارته أو يتفاقم بفعل الحمل أو إدارته، ولكن ليس نتيجة لحادث أو لأسباب عرضية"^{١٢}. وأسباب الوفيات النفاسية مقسمة اتساقاً ملحوظاً في مختلف أنحاء العالم^{١٣}. فحوالي ٨٠ في المائة منها ترجع إلى مضاعفات التوليد المباشرة، وهي: النزف، وتعفن الدم، ومضاعفات الجهاز، والتشنجات قبل الولادة وأثناءها، وطول مدة المخاض وتعسره. وتكون لحوالي ٢٠ في المائة من الوفيات أسباب غير مباشرة، هي عموماً حالات طبية يؤدي الحمل أو تؤدي الولادة إلى تفاقمها. ومن بين هذه الحالات الأنيميا (فقر الدم) والملاريا والالتهاب الكبدى، والإيدز بدرجة متزايدة.

وجود فروق واسعة في الآثار. ولكن توجد فروق ضخمة - تصل إلى مائة مرة - في مخاطر الحمل بين النساء في البلدان الغنية وفي البلدان الفقيرة، وهو أكبر فارق في أي مؤشر من مؤشرات الصحة العامة ترصده منظمة الصحة العالمية. فمن المحتمل أن تموت واحدة بين كل ١٢ امرأة في غرب أفريقيا أثناء الحمل أو الولادة طيلة عمرها، بينما من المحتمل أن تموت امرأة واحدة بين كل ٤٠٠٠ امرأة في المناطق المتقدمة النمو^{١٤}.

وداخل البلدان يؤدي الفقر إلى حدوث زيادة هائلة في احتمالات وفاة المرأة أثناء الحمل أو بعده مباشرة^{١٥}. بل توجد، في حقيقة الأمر، فروق مقلقة في بلدان كثيرة بين النساء الأغنى والنساء الأفقر في مجال الحصول على رعاية الأمومة السالمة. ففي بنغلاديش وتشاد ونيبال والنيجر، تكون معدلات حصول النساء اللاتي يمثلن الصفوة على إشراف من أشخاص مهرة معدلات مرتفعة في حين أن إشراف شخص ماهر على الولادة يمثل بالنسبة للنساء الأخريات جميعهن تقريباً شيئاً نادراً (والمعدلات الوطنية لإشراف أشخاص مهرة على الولادة في هذه البلدان هي من بين أقل المعدلات في العالم). وفي بلدان أخرى تتسم بأن معدلات الإشراف فيها على الولادة من أشخاص مهرة مرتفعة بدرجة معقولة، ومن بينها البرازيل وتركيا وفيت نام، تظل أشد النساء فقراً هن اللاتي تكون احتمالات حصولهن على هذه الرعاية هي أقل الاحتمالات^{١٦}.

والمرأة في العالم المتقدم النمو نادراً ما تموت أو تتعرض للإصابة بإعاقات مستديمة نتيجة لمشاكل مرتبطة بالحمل وذلك لأنها تحصل على علاج فوري وفعال.

"التأخرات الثلاثة". لقد صنّف الخبراء، فيما يتعلق بعملية الولادات التي تحدث منزلياً، الأسباب الكامنة وراء الوفيات النفاسية وفقاً لنموذج "التأخرات الثلاثة"، وهي: التأخر في اتخاذ قرار بالتماس الرعاية الطبية؛ والتأخر في الوصول إلى الرعاية المناسبة؛ والتأخر في الحصول على الرعاية في المرافق الصحية. وينبع التأخر الأول من عدم إدراك علامات الخطر. وينجم ذلك عادة عن عدم وجود مشرفين مهرة على الولادة، ولكنه قد ينبع

أيضاً من ممانعة الأسرة أو المجتمع المحلي في إرسال المرأة إلى مرفق من مرافق الرعاية وذلك بسبب المعتقدات أو الثقافية. أما التأخر الثاني فهو ينجم عن عدم إمكانية الوصول إلى مرفق من مرافق الإحالة الصحية، وعدم توافر وسائل النقل، أو عدم الوعي بالخدمات الموجودة. ويتعلق التأخر الثالث بالمشاكل الموجودة في مرفق الإحالة (ومن بينها عدم كفاية المعدات أو نقص الأشخاص المدربين أو الأدوية الخاصة بالحالات الطارئة، أو نقص الدم).

ولهذا السبب ينبغي أن تعطي برامج الحد من الوفيات النفاسية أولوية لتوافر مرافق التوليد وإمكانية الوصول إليها ولجودتها. فالبلدان التي نجحت في تخفيض الوفيات النفاسية حققت ذلك جميعها من خلال إحداث زيادة هائلة في عمليات الولادة التي تحدث في المستشفيات.

الاعتلال النفاسي

إن نفس العوامل التي تؤدي إلى وفاة الأم أثناء مرحلة النفاس تجعل حالات المرض والإصابة المرتبطة بالحمل والولادة هي ثاني أكبر سبب بعد فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز لفقدان سنوات من الحياة الصحية بين النساء في سن الإنجاب في البلدان النامية - فهي مسؤولة عن حوالي ٣١ مليون^{١٧} سنة من سنوات العمل المعدلة مراعاة للإعاقة^{١٨} تُفقد سنوياً.

ومع أن الإصابة باعتلال الصحة أثناء مرحلة النفاس وشيوع ذلك الاعتلال ليسا مفهومين جيداً، هناك تقدير غالباً ما يُستخدم هو أن ١٥ في المائة من النساء الحوامل سيتعرضن لمضاعفات الحمل أو الولادة بدرجة شديدة تتطلب رعاية توليد خاصة بالحالات الطارئة في مرفق من مرافق الصحة^{١٩}.

والأسباب المباشرة لاعتلال صحة الأم أثناء مرحلة النفاس هي مضاعفات الولادة أثناء فترة الحمل أو المخاض أو ما بعد الولادة نتيجة للتدخلات أو التقصيرات أو لعلاج غير صحيح. أما اعتلال صحة الأم غير المباشر أثناء مرحلة النفاس فهو ينجم عن حالات أو أمراض كانت موجودة من قبل ولكن الحمل يؤدي إلى تفاقمها؛ وقد يحدث هذا النوع من الإعاقة في أي وقت ويستمر طيلة حياة المرأة. كما أن اعتلال صحة الأم أثناء مرحلة النفاس يمكن أيضاً أن يكون نفسياً، وتكون أعراضه في الغالب هي الإصابة بالاكنتاب، الذي يمكن أن ينجم عن مضاعفات الولادة أو التدخلات أو الممارسات الثقافية أو الإكراه^{٢٠}.

ناسور الولادة

ناسور الولادة، وهو من حالات الاعتلال النفاسية المدمرة، هو أحد أكثر القضايا تجاهلاً في مجال الصحة الإنجابية على الصعيد الدولي. والناسور، الذي ينجم عن طول مدة المخاض وتعرضه، هو فتحة تتكون بين مهبل المرأة ومثانتها أو مستقيمها، مما يسبب لها عدم سيطرة بشكل مزمن على تبولها وتبرزها. وفي معظم الحالات يموت المولود.

والمرأة المصابة بالناسور لا تستطيع أن تسيطر على انسياب البول أو البراز منها. وتكون راحة البول أو البراز مستمرة ومهينة. كما أن العواقب الاجتماعية لذلك لا تقل مأساوية: ففتيات ونساء كثيرات مصابات بالناسور يبتعدن عن المجتمع، ويهجرهن أزواجهن، ويُحى عليهن باللائمة بخصوص حالتهن.

والناسور أكثر من مجرد مشكلة صحية للمرأة. فهو يصيب عادة أكثر أفراد المجتمع تهميشاً - وهم الفتيات والنساء الفقيرات الأميات اللاتي يعشن في مناطق نائية. ومن بين الأسباب الجذرية للإصابة المبكر وسوء التغذية وقلة إمكانية الحصول على رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة. ويصيب الناسور، الواسع الانتشار في أفريقيا جنوب الصحراء وفي جنوب آسيا وبعض الدول العربية، أكثر من مليوني فتاة وامرأة على نطاق العالم، بحيث يقدر عدد الإصابات الجديدة سنوياً بما يتراوح بين ٥٠.٠٠٠ و ١٠٠.٠٠٠ حالة^{٢١}.

ومن الممكن الوقاية من الناسور عن طريق بذل الجهود لتأجيل الزواج والحمل المبكرين، وزيادة إمكانية الحصول على خدمات تنظيم الأسرة، والحصول في الوقت المناسب على رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة - وبخاصة العمليات القيصرية للتخفيف من تعسر المخاض. وهو قابل للعلاج من خلال الإصلاح الجراحي،

١٨ الحملة الرامية إلى وضع نهاية للناسور

في سنة ٢٠٠٣ شن صندوق الأمم المتحدة للسكان حملة عالمية لوضع نهاية للناسور بهدف جعل الناسور شيئاً نائراً في البلدان النامية كما هو في العالم الصناعي. وتثير الحملة الوعي بالقضية، وتجري تقييماً للاحتياجات، وتُحدث توسعاً في خدمات الوقاية والعلاج.

ومن الغايات الأساسية للحملة إبراز أهمية رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة بالنسبة لجميع النساء الحوامل. والحملة مستمرة الآن في أكثر من ٢٥ بلداً، بالعمل مع الشركاء الحكوميين والمنظمات غير الحكومية والمجتمع المدني.

وفي بنغلاديش، حيث تعاني نحو ٧٠.٠٠٠ امرأة من ناسور الولادة، أنشئ مركز لإصلاح الناسور في كلية دكا الطبية. ويساعد المركز على التصرف في هذه الحالات ويتولى تدريب مقدمي الخدمات في جنوب آسيا.

وفي زامبيا، تدعم الحملة وحدة إصلاح الناسور في مستشفى إرسالية مونزي. وساهمت الجهود الأولية في زيادة الوعي بالمشكلة وأدت إلى تصحيح نوعية الرعاية.

وفي السودان، شُنت حملة وطنية تحت شعار "الناسور: يجب علينا أن نهتم". وقد قام صندوق الأمم المتحدة للسكان بشراء المعدات واللوازم الطبية لمركز الناسور في الخرطوم، وهو أحد المرافق الوحيدة الموجودة في البلاد التي تعالج هذه الحالة.

يتجنبن الإصابة بالأنيميا (فقر الدم)، ومكافحة الأمراض المعدية من قِبل الملاريا، وتجنب العنف، وتعزز التدخلات في مجال الصحة الإنجابية صحة الرضع وفرص بقائهم على قيد الحياة وتمثل حلقة وصل هامة بين الأهداف المتعلقة بصحة الطفل وصحة الأم.

صعوبات القياس

من الصعب قياس معدلات الوفيات النفاسية وذلك لأسباب نظرية وعملية على السواء، مما يجعل جميع التقديرات عرضة لدرجة ما من عدم اليقين. ففي بيانات كثيرة يكون حفظ السجلات قليلاً، وقد لا تُبلغ الأسر أو المجتمعات المحلية عن وفاة المرأة وأسباب تلك الوفاة^{٢٤}.

وبوجه عام، نجد أن الأساليب التي تُستخدم لتقدير الوفيات النفاسية (باستخدام نُظم تسجيل الإحصاءات الحيوية، وإحصاءات الأسر المعيشية، وبيانات تعداد السكان، والدراسات المتعلقة بالوفيات في سن الإنجاب)^{٢٥} لا توفر المدخلات اللازمة لتصميم ورصد برامج الوقاية، ولا توفر أيضاً المعلومات اللازمة لتقييم مدى توافر الخدمات الصحية المنقذة للحياة وتقييم كمية تلك الخدمات ونوعيتها.

ويمثل أيضاً قياس اعتلال الصحة النفاسي تحدياً وذلك لأسباب كثيرة، هي: أن البيانات المستندة إلى المرافق الصحية (عمليات استعراض الحالات في المستشفيات واستقصاءات صرف الحالات، مثلاً) تنطوي على تحيزات متأصلة^{٢٦}؛ كما أن الرصد الإكلينيكي لأعداد كبيرة من النساء الحوامل وبعد الولادة أمر غير عملي؛ ولا توفر الإفادات الذاتية معلومات يمكن الاعتماد عليها؛ وغالباً ما تؤدي الوصمة والخوف إلى جعل المرأة غير راغبة في مناقشة صحتها النفاسية ومضاعفاتها.

وعلى الرغم من الصعوبات، اتخذ عدد من البلدان، منذ المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، تدابير لتحسين عمليات جمع البيانات وحفظ السجلات لرصد حالات الوفاة والمرضى النفاسيين. ومن بين هذه البلدان أنغولا والأرجنتين وبوليفيا وكمبوديا وكوبا والمغرب وموزامبيق وناميبيا ونيكاراغوا والفلبين والسنغال وسري لانكا وزمبابوي. أما سانت فنسنت وجزر غرينادين فهي تعقد مؤتمراً سنوياً معنياً بحالات اعتلال الصحة والوفاة النفاسيتين لتحليل البيانات الوطنية^{٢٧}.

الاستجابات الشاملة

لقد نجحت التخفيضات الهائلة التي حدثت في معدلات الوفيات النفاسية في سري لانكا (بمقدار النصف في غضون ثلاث سنوات) وفي ماليزيا (بمقدار ثلاثة أرباع في غضون عشرين سنة) عن التطوير المرجح لشبكات، واسعة الانتشار ويسهل الوصول إليها، من المرافق القادرة على علاج طوارئ الولادة، يكملها تدريب قابلات محترفات ونشروهن نشوراً ملائماً، مع وجود خدمات توليد مساندة خاصة بالحالات الطارئة ووثيقة الترابط^{٢٨}. ولم تكن النفقات مرتفعة، ولكن أولي اهتمام لإقامة نظام رعاية صحية أولية يقدم

بحيث تصل معدلات نجاح ذلك العلاج إلى ٩٠ في المائة بالنسبة للحالات غير المعقدة. وتستأنف أغلبية النساء حياتهن بشكل كامل وعادي بعد حصولهن على مشورة وبعد إعادة تأهيلهن اجتماعياً وإعادة إدماجهن في مجتمعاتهن.

إلا أن تكلفة الانتقال للحصول على المساعدة المطلوبة والجراحة التصحيحية ورعاية المستشفى (حوالي ٢٠٠ دولار) غالباً ما تمثل معوقاً. كما أن مرافق العلاج قليلة وتفصل بينها مسافات بعيدة، ولا تتوافر فيها أعداد كافية من الأطباء والمرضات المدربين تدريباً خاصاً.

وفيات الرضع. حيثما كانت الأمهات معرضات لخطر وفاة أو مرض نفاسيين شديد، يكون أطفالهن معرضين للخطر أيضاً. ومن الممكن أن تنجم وفيات حديثي الولادة والرضع عن سوء صحة الأم أثناء مرحلة النفاس وعدم كفاية الرعاية التي تقدم أثناء الحمل، والوضع، والفترة الحرجة اللاحقة للوضع مباشرة^{٢٩}. والأخماج وحالات الاختناق والإصابات التي تحدث أثناء الولادة مسؤولة عن أغلبية وفيات حديثي الولادة، ولكن يسهم أيضاً في تلك الوفيات انخفاض الوزن عند الولادة، ومضاعفات الولادة، والتشوهات الخلقية.

الحد من معدلات وفيات الأمهات واعتلال صحتهن أثناء مرحلة النفاس

إن كل بلد نجح في خفض معدلات الوفيات النفاسية كان قد استحدث نهجاً منتظماً يتضمن توفير مشرفين مهرة للولادات الروتينية، ورعاية توليد خاصة بالحالات الطارئة لمعالجة المضاعفات، ونظم إحالة ونقل تكفل إمكانية الحصول على الرعاية التي تُنفذ الحياة.

وتحسين مستوى المرافق الطبية بحيث تلتزم المرأة الرعاية، والتوسع في الخدمات حيثما كان هناك ضغط شديد على تلك الخدمات، هما من بين الخطوات الأولى في الحيلولة دون حدوث الوفاة والإعاقة النفاسيتين. ويجب إيلاء اهتمام خاص لتوصيل الخدمات إلى الفقراء، وإلى السكان المعزولين بحكم مكان وجودهم، وإلى المنكوبين بالحروب والكوارث الطبيعية.

ومن الأمور الجوهرية أيضاً تعبئة الأسرة والمجتمعات المحلية والدول لدعم المرأة أثناء الحمل والولادة، من خلال وجود سياسة معرّزة وأطر تشريعية وتنظيمية للصحة النفاسية^{٣٠}.

كما أن تنظيم الأسرة أمر حاسم الأهمية للحد من معدلات الوفاة والاعتلال النفاسيين. وتلبية الحاجة غير الملباة حالياً إلى وسائل منع الحمل من شأنها أن تؤدي إلى الحد من حالات الحمل على نطاق العالم، مما يجعل معدلات الوفيات النفاسية تنخفض بنسبة تتراوح بين ٢٥ و ٢٥ في المائة^{٣١}. كما أن الحد من حالات الحمل بين المراهقات من شأنه أن يكون له أثر هام في هذا الصدد. وتستدعي أيضاً استراتيجيات الحد من معدلات الوفيات النفاسية دعماً من جهود أوسع نطاقاً تتناول صحة المرأة، من بينها توفير تغذية أفضل للنساء والفتيات من أجل بناء مقاومتهن ولكي

تنطوي الغاية ٥ من الغايات الإنمائية للألفية، وهي تحسين الصحة النفاسية، على هدف تخفيض معدل الوفيات النفاسية بمقدار ثلاثة أرباع خلال الفترة ما بين سنة ١٩٩٠ وسنة ٢٠١٥. وإلى جانب نسبة الوفيات النفاسية - التي لا تشمل معدلات حالات الاعتلال النفاسية - كانت نسبة الولادات التي تحدث تحت إشراف موظفين صحيين مهرة هي المؤشر الذي اختير لقياس التقدم المحرز؛ وهذا لا يعالج احتمال تعرض المرأة لضاعافات تهدد حياتها وتتطلب رعاية طارئة.

ولقياس هذه الجوانب، أوصت فرقة العمل المعنية بصحة الأم وصحة الطفل والمتابعة لمشاريع الألفية بتنفيذ إحدى غايات المؤتمر الدولي للسكان والتنمية باعتبارها هدفاً إضافياً، وهي: تعميم إمكانية الحصول على خدمات الصحة الإنجابية بحلول سنة ٢٠١٥ من خلال نظم الرعاية الصحية الأولية. كما أوصت فرقة العمل بأن تُستخدم مؤشرات الأمم المتحدة العملية الإضافية، وهي: عدد المرافق العاملة التي تقدم رعاية شاملة وأساسية خاصة بالتوليد في الحالات الطارئة مقابل كل ٥٠٠ ٠٠٠ من السكان ونسبة الولادات التي تحدث في المرافق الخاصة بالحالات الطارئة (بمستويات مناسبة من الرعاية). وحثت أيضاً على إيلاء اهتمام لكفالة الإتصال في إمكانية الوصول إلى تلك المرافق.

الخدمات إلى جميع قطاعات السكان، بصرف النظر عن أصلهم العرقي أو طبقتهم أو الفروق بين الحضر والريف، تماشياً مع توصيات برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية^{٣٩}. وقد حاول البلدان، في هذه الجهود، التوصل إلى المزيج الملائم من النفقات الخاصة مقابل النفقات العامة^{٤٠}.

وأنشأت وزارة الصحة في هايتي لجنة للحد من الوفيات النفاسية، وضعت خطة وطنية، ويتضمن نموذج لرعاية التوليد الشاملة الخاصة بالحالات الطارئة، استُحدثت في ثمانية مستشفيات، الوقاية من حدوث الأضخاج، والرعاية بعد الإجهاض، ودمج الخدمات النفاسية مع الوسائل والمشورة المتعلقة بتنظيم الأسرة^{٤١}.

الرعاية قبل الولادة

على الرغم من أن التركيز حصراً على الرعاية أثناء الحمل لم يظهر أن له تأثير مباشر على معدل الوفيات النفاسية، فإن الرعاية قبل الولادة تمثل نقطة انطلاق هامة بالنسبة للمرأة فيما يتعلق بنظام الرعاية الصحية، فهي تتيح فرصة لتقييم الحالة العامة لن ستصبح أمّاً، ولتخصيص وعلاج الأضخاج، وإجراء فحوص للكشف عن الأتيميا وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، وإشراك المرأة في برامج ترمي إلى التحول دون انتقال فيروس نقص المناعة البشرية إلى الرضع، والحيولة دون انخفاض وزن المواليد، والمرأة التي

تحصل على رعاية قبل الولادة من الأرجح أيضاً أن تجري عملية وضعها تحت إشراف شخص ماهر.

التقدم المحرز والصلات اللازمة بين الخدمات.

قدر من التقدم في زيادة معدلات التغطية قبل الولادة منذ انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. ووفقاً لتقرير صدر مؤخراً عن منظمة الصحة العالمية واليونيسيف، ارتفع عدد النساء الحوامل اللاتي يحصلن على رعاية قبل الولادة من مقدمي خدمات صحية مهرة بنسبة ٢٠ في المائة منذ سنة ١٩٩٠. وكانت أكبر زيادة، وهي ٣١ في المائة، في آسيا، بينما ارتفع عدد النساء اللاتي يحصلن على رعاية قبل الولادة في أفريقيا جنوب الصحراء بنسبة ٤ في المائة فقط.

وأكثر من نصف جميع النساء في العالم النامي يتلقين الآن أربع زيارات على الأقل قبل الولادة (وهو العدد اللوصي به من منظمة الصحة العالمية)، وإن كانت النساء الأقل تعليماً نسبتهن أقل بكثير. فالمرأة الحاصلة على تعليم ثانوي تكون احتمالات حصولها على رعاية قبل الولادة أكبر مرتين أو ثلاث مرات من احتمالات ذلك بالنسبة للمرأة غير الحاصلة على أي تعليم. كما أن المرأة الفقيرة تكون احتمالات حصولها على رعاية قبل الولادة أقل بكثير، تماماً مثل احتمالات حصولها على جميع الخدمات الصحية^{٤٢}.

ومع أن الرعاية الجيدة قبل الولادة يمكن أن تحسّن صحة المرأة في الفترة السابقة مباشرة للولادة واللاحقة لها مباشرة، فإنها لا تؤثر تأثيراً كبيراً على مخاطر الوفاة النفاسية إلا إذا كانت مرتبطة برعاية التوليد^{٤٣}. وترتبط بلدان كثيرة التوسعات في رعاية ما قبل الولادة بالخدمات الأخرى المتعلقة بالأمومة السائلة. فعلى سبيل المثال، أقامت منغوليا، التي تتسم بوجود مسافات كبيرة بين مختلف أجزائها ويقسو مناخها، ٣١٦ داراً من دور الراحة النفاسية يمكن للنساء اللاتي يجترفن مهنة الرعي البقاء فيها والحصول على الرعاية الأساسية أثناء الأسابيع السابقة على الولادة^{٤٤}.

إشراف أشخاص مهرة

ترجع غالبية الوفيات النفاسية إلى المضاعفات غير المتوقعة. إلا أن وجود مشرفين لديهم مهارة الاستجابة هو أمر لا يتحقق إلا في حوالي نصف الولادات التي تحدث على نطاق العالم فقط. ووجود إشراف من أشخاص مهرة على جميع الولادات هو السبيل الوحيد لكفالة توفير رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة لجميع النساء اللاتي يتعرضن لمضاعفات. فوجود مشرفين مهرة أثناء المخاض والولادة وفي الفترة اللاحقة مباشرة للوضع يمكن أن يؤدي إلى خفض الوفيات الناجمة عن تعسر المخاض والنزف وتعفن الدم والتشنجات بنسبة تتراوح بين ١٦ و ٣٣ في المائة^{٤٥}.

والمشرف الماهر هو أخصائي صحي مدرب مهنيّاً - يكون عادة طبيبياً أو قابلة^{٤٦} أو معرضة - لديه المهارات اللازمة لإدارة المخاض العادي والولادة العادية، وإدراك المضاعفات في وقت مبكر، والقيام

بأي تدخلات أساسية، ويده علاج الأم والمولود والإشراف على إحالتهم إلى المستوى التالي من الرعاية عند الضرورة. ولا يعتبر المشرفون التقليديون على الولادة المدربين وغير المدربين مشرفين مهرة^{٣٣}.

وباستعانة المشرف الماهر أن يؤثر في معدلات الوفيات النفاسية باستخدام تقنيات مأمونة وصحية أثناء الولادة. إلا أن هذه التقابير لن تحول دون حدوث معظم الأضماج المهددة للحياة، التي ترجع إلى التأخر في علاج مضاعفات من قبيل طول مدة المخاض، أو تمزق الرحم، أو بقاء مخلفات الولادة^{٣٤}.

النظم الداعمة والتدريب. تقتصر مهمة المشرفين المهرة على نطاق ضيق من التدخلات عند حدوث الولادات في المنزل. ويتطلب الإشراف من أشخاص مهرة، لكي يكون فعالاً، توافر ما يكفي من التوازم والمعدات والهيكل الأساسية فضلاً عن توافر نظم للاتصال والإحالة إلى مرافق تقدم رعاية التوليد في الحالات الطارئة وتكون متمسكة بالكفاءة والفعالية. ومن الأمور الحاسمة الأهمية أيضاً وجود دعم سياسي وسياسات ملائمة - بما في ذلك التدريب قبل

الخدمة وأثناءها، والإشراف، وتمويل النظم الصحية^{٣٥}. ويوجد تباين واسع في مدى دعم نظم الرعاية الصحية للمشرفين المهرة ومدى إشرافها عليهم.

وقد اتخذ عدد من البلدان خطوات منذ المؤتمر الدولي للسكان والتنمية لتحصين تدريب المشرفين المهرة، وأيضاً لزيادة أعدادهم (وقدراتهم) في المناطق الريفية وفي المناطق الأخرى التي لا تُقدّم لها خدمات كافية. ففي إيران، مثلاً، تحصل القابلات الريفيات على تدريب نظري وعملي لمدة ستة أشهر ويشترط فيهن أن يكن قد تولين ٢٠ ولادة على الأقل قبل أن يصبحن مؤهلات للعمل كقابلات. وفي بنما، يمثل توفير التدريب للقابلات العاملات في المناطق الريفية ومع السكان الأصليين إحدى الأولويات^{٣٦}.

رعاية التوليد في الحالات الطارئة

من الممكن أن تتعرض أي امرأة لمضاعفات أثناء الحمل. ولكن مضاعفات الولادة يمكن علاجها جميعاً تقريباً. ويرجع انخفاض نسب الوفيات النفاسية، إلى حد كبير، إلى التصديد المبكر للمضاعفات وعلاجها.

مكافحة "التأخرات الثلاثة".

لقد أثبت نموذج "التأخرات الثلاثة" فائدته في تصميم برامج لإدارة مضاعفات الولادة. والتغلب على التأخر في اتخاذ قرار بالتعاس الرعاية، والتأخر في الوصول إلى مرافق الرعاية المناسبة، والتأخر في الحصول على الرعاية في تلك المرافق، يقتضي اتخاذ إجراءات متتابعة، بدءاً من الرعاية قبل الولادة والاستعداد لإجراء الولادة تحت إشراف ومع وجود قدرات إحالة.

والخدمات الصحية المرتبطة برعاية التوليد في الحالات الطارئة تُصنف في فئتين إحداهما أساسية والأخرى شاملة^{٣٧}. ومن بين المهام الأساسية في الحالات الطارئة، التي تؤدي في مركز صحي بدون وجود غرفة عمليات، ما يلي: المساعدة على الولادة المهبلية؛ والإزالة اليدوية للمشيمة والمخلفات الأخرى للحيلولة دون حدوث التهابات؛ وإعطاء مضادات حيوية لعلاج الالتهابات وإعطاء أدوية منعاً للنزف أو التشنجات أو ارتفاع ضغط الدم، أو لعلاج ذلك كله. وتتطلب الخدمات الشاملة وجود غرفة عمليات وتقديم عادة في مستشفى خاص بالمنطقة. وتشمل هذه الخدمات جميع مهام مرفق الحالات الطارئة الأساسي، إلى جانب القدرة على إجراء جراحة (عملية قيصرية) للتصريف في تضرر المخاض والقيام بعمليات نقل مأمونة للدم في حالة النزيف.

ويسعى عدد من البلدان إلى زيادة عدد مرافق رعاية التوليد الأساسية والخاصة بالحالات الطارئة فضلاً عن تعزيز قدرة الموظفين ونوعية الرعاية المقدمة. فعلى سبيل المثال، أجرت غينيا - بيساؤ، بدعم من صندوق الأمم المتحدة للسكان، تقييماً لاحتياجات رعاية التوليد في الحالات الطارئة ووضعت خطاً لزيادة عدد المرافق التي تقدم الرعاية الأساسية الخاصة بالحالات الطارئة وكذلك المرافق التي تقدم الرعاية الشاملة^{٣٨}.

٢٠ تحسين الصحة النفاسية في ريف السنغال

لوصول من قرية غوبيري إلى المستشفى الإقليمي الموجود في تامباكومبا، بالسنغال، كان يتعين على النساء ومن في مرحلة المخاض أن يسافرن ٧٠ كيلومتراً عبر طريق ترابي وعمر، غالباً في عربات تجرها الحمير. وكانت ثمانين نساء من كل عشر يعانين من تعقيدات الحمل لا يحصلن على المساعدة في الوقت المناسب، وكانت كثيرات منهن يلقين حتفن.

كان ذلك قبل سنة ٢٠٠٦، عندما جرى تحويل عيادة صحية صغيرة في غوبيري، بدعم من صندوق الأمم المتحدة للسكان، إلى مركز لرعاية التوليد مزود بما يلزم من معدات وأفراد للقيام بعمليات نقل الدم وإجراء الجراحات القيصرية. وقد أنقذ هذا المركز النموذجي حتى الآن أكثر من ١٠٠ امرأة.

ويقدم أخصائي تخدير و١٧ ممرضة والعديد من الأخصائيين المحليين المدربين خدمات التوعية، ومن بينها تقديم المعلومات عن قضايا الصحة الإنجابية. كما يقومون بتوريد لوازم منع الحمل إلى المناطق المحيطة.

وتبلغ نسبة الوفيات النفاسية في السنغال حوالي ٧٠٠ حالة وفاة مقابل كل ١٠٠ ٠٠٠ مولود حي. أما متوسط عدد أطباء أمراض النساء فيها فهو لا يتجاوز طبيب واحد لكل ٣٠ ٠٠٠ امرأة في سن الإنجاب، ومعظمهم يعملون في العاصمة. وتلد المرأة الريفية خمسة إلى ستة أطفال في المتوسط. والنزف الشديد والتشنجات هما السببان الرئيسيان للوفاة النفاسية. كما أن الزواج المبكر وختان الإناث والأمراض التي تنتقل جنسياً تمثل عوامل إضافية تؤدي إلى تعقيد الولادة بالنسبة لنساء كثيرات.

الخدمات الجيدة. إن جودة رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة تمثل السبيل إلى النجاح. إذ يجب أن تتوفر الخدمات على مدار ٢٤ ساعة كل يوم من أيام الأسبوع، مع وجود موظفين مدربين تدريباً جيداً ويعملون بهمة، ووجود اللوازم والمقتضيات الإدارية الأساسية، ووجود نظم للنقل والاتصال تعمل، ووجود رصد مستمر. وقد أعطى عدد من البلدان أولوية لتحسين إمكانية الحصول على رعاية التوليد في الحالات الطارئة، وولفح مستوى جودتها. فقد عزز لبنان وعززت عمان خدمات الإحالة لديهما. وأوجدت السلطادور خدمات توليد نموذجية جيدة في المستشفيات والوحدات الصحية. وفي جامايكا تُوفّر في كل منطقة سبل الحصول على رعاية التوليد في الحالات الطارئة، ومن بينها مرافق خاصة للنقل والإحالة إلى مستويات أعلى من مستويات الرعاية^{٤٧}.

ومنذ المؤتمر الدولي للسكان والتنمية أصبحت بلدان شتى في أفريقيا جنوب الصحراء تُدرج التدريب الخاص بالموظفين الصحيين ضمن رعاية التوليد الأساسية. ومن بين هذه البلدان أنغولا وبن وبوروندي والكاميرون وتشاد وكوت ديفوار وغينيا وكينيا وليسوتو وليبيريا وموزامبيق والنيجر وناميبيا والسنغال وسوازيلند وزامبيا. وفي المغرب تلقى مقدمو الخدمات تدريباً على استخدام الأنظمة الجديدة لعلاج طوارئ التوليد. وأنشئت خدمات شاملة في خمسة مستشفيات ريفية، وقامت عشرة مستشفيات في المقاطعات بتحسين جودة رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة، مما أسفر عن حدوث زيادة كبيرة في عدد النساء اللاتي يحصلن على الرعاية المناسبة^{٤٨}.

تحسين النقل والحد من العقبات الأخرى. غالباً ما تكون الأسر الفقيرة غير قادرة على العثور على وسيلة للانتقال إلى مرفق طبي أو غير قادرة على دفع ثمن ذلك الانتقال، وقد تكون أحياناً غير راغبة في ذلك، عندما تصبح امرأة في حالة مخاض. وقد ساعدت "الحركة الصديقة للام" في إندونيسيا المجتمعات المحلية على إدراك ضرورة إنشاء نظم نقل من أجل النساء اللاتي يكن في حالة مخاض وساعدت تلك المجتمعات على إتامة تلك النظم^{٤٩}.

وتسعى جهود جديدة إلى فهم العقبات التي تحول دون استخدام الرعاية المتوفرة وإلى تشجيع ذلك الاستخدام. فهناك شراكة بين الرابطات الطبية الكندية والأوغندية، اضطلع بها كجزء من "مبادرة إنقاذ الأمهات" التابعة للاتحاد الدولي لعلم أمراض النساء وعلم التوليد، عملت في منطقة كيبوغا الريفية في أوغندا على تحسين رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة واستخدام تلك الرعاية.

وقد أدت هذه الشراكة إلى زيادة عدد وقدرات المشرفين المهرة في مستشفى المنطقة، وأتاح المستوصفات المحلية الرعاية على مدار ٢٤ ساعة يومياً؛ كما جرت عملية تحسين مستوى المرافق الصحية وزُودت بما يلزم من مخزونات؛ وعُقدت حلقات عمل لتحسين مواقف الأخصائيين الصحيين نحو أفراد

المجتمع المحلي. وقدم صندوق الأمم المتحدة للسكان سيارتي إسعاف. ونتيجة لهذه التدخلات ارتفعت الحاجة الملحة إلى علاج النساء اللاتي يعانين من مضاعفات الولادة من ٤ في المائة في سنة ١٩٩٨، عندما بدأ المشروع، إلى ٤٧ في المائة في سنة ٢٠٠٠. وانخفضت نسبة الوفيات النفاسية من ٩,٤ في المائة من النساء اللاتي حصلن على رعاية توليد خاصة بالحالات الطارئة في سنة ١٩٩٨ إلى حوالي ٢ في المائة في سنة ١٩٩٩ وفي سنة ٢٠٠٠^{٥٠}.

الرعاية بعد الإجهاض

إن حوالي ١٩ مليون عملية إجهاض من بين عمليات الإجهاض المتعمدة التي يقدر مجموعها بما يبلغ ٤٥ مليون عملية سنوياً هي عمليات غير مأمونة (يجريها أشخاص غير مدربين في ظل ظروف ليست صحية)؛ وتموت قرابة ٧٠.٠٠٠ امرأة نتيجة لذلك، يمثلن ١٣ في المائة من الوفيات المرتبطة بالحمل^{٥١}.

وتكرس خدمات صحية وطنية كثيرة نسبة مئوية مرتفعة من الأسرة في المرافق من الدرجة الثانية والثالثة لاستيعاب الأعداد الكبيرة من النساء اللاتي يحتجن إلى علاج على وجه الاستعجال بعد الإجهاض. وفي أفريقيا جنوب الصحراء، تشغل نساء يعانين من مضاعفات الإجهاض نسبة تصل إلى ٥٠ في المائة من الأسرة الخاصة بأمراض النساء^{٥٢}.

وقد دعا المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، في توافق آراء غير مسبوق، إلى إتاحة سبل حصول جميع النساء على علاج من المضاعفات المرتبطة بالإجهاض، وعلى مشورة بعد الإجهاض، وعلى خدمات التثقيف وتنظيم الأسرة، بصرف النظر عن الوضع القانوني للإجهاض^{٥٣}.

والرعاية التي تقدم بعد الإجهاض تكون فعالة بالنسبة لتكلفتها، وتؤدي إلى تخفيض عمليات الإجهاض المتكررة، وتساعد الأفراد على تحقيق رغباتهم الإنجابية^{٥٤}. وتدرك بلدان كثيرة الآن المساهمة الممكنة لتلك الرعاية في إنقاذ حياة المرأة. فعلى سبيل المثال، يرد في المبادئ التوجيهية المتعلقة بخدمات الصحة الإنجابية الصادرة في كينيا سنة ١٩٩٧ أن "العلاج الفوري لمضاعفات ما بعد الإجهاض يشكل جزءاً هاماً من الرعاية الصحية ينبغي إتاحتها في كل مستشفى على مستوى المنطقة"^{٥٥}.

وقد اعتمد اتحاد دولي نموذجاً للرعاية بعد الإجهاض، يرمي إلى مساعدة المرأة على تجنب المزيد من حالات الحمل غير المرغوبة وغير ذلك من مشاكل الصحة الإنجابية علاوة على التكفل بتلبية احتياجاتها الطارئة. ويتضمن هذه النموذج، الذي كانت منظمة "إيباس"، وهي منظمة غير حكومية، أول منظمة تستحدثه: العلاج العاجل لمضاعفات السقط أو الإجهاض المتعمد؛ والمشورة والخدمات المتعلقة بتنظيم الأسرة؛ ومعالجة الأمراض التي تنتقل جنسياً؛ وتقديم مشورة مصممة خصيصاً حسب الاحتياجات العاطفية والجسدية لكل امرأة؛ والشراكات بين المجتمع المحلي ومقدمي الخدمات^{٥٦}.

وقد بدأ ٤٠ بلداً على الأقل برامج لتقديم الرعاية بعد الإجهاض منذ انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، من بينها هندوراس وملاوي والمكسيك وزمبابوي^{٤٢}. وزادت المرافق التي تقدم الرعاية بعد الإجهاض في مصر زيادة كبيرة خلال الفترة ما بين سنة ١٩٩٩ وستة ٢٠٠١^{٤٣}، وأصبح الآن علاج مضاعفات الإجهاض غير المكتمل جزءاً من القواعد الأساسية المتعلقة برعاية التوليد^{٤٤}. ودمجت إدارة الصحة في ميانمار الرعاية بعد الإجهاض وخدمات وسائل منع الحمل ضمن الرعاية الصحية الموجودة على مستوى البلدية. وتقوم القابلات الآن بزيارات للمنازل لمتابعة النساء اللاتي يعانين من مضاعفات مرتبطة بالإجهاض ويقدمن وسائل تنظيم الأسرة عندما يُطلب إليهن ذلك^{٤٥}.

نقص الخدمات. مع ذلك، يظل عدم توافر سبل الحصول على علاج للإجهاض غير المكتمل مشكلة رئيسية. وقد وجدت دراسة في إثيوبيا أن ١٦ فقط من ١٢٠ مركزاً صحياً هي التي تستطيع أن تستجيب بواسطة وسائل نقل عاجل لمساعدة المرأة التي تحتاج إلى رعاية بعد الإجهاض^{٤٦}. ومن الصعب توثيق الحاجة إلى الرعاية بعد الإجهاض. فقد وجدت دراسة للمستشفيات أجريت في كينيا أن



الإجهاض سبب هام من أسباب تلقي الرعاية في المستشفيات ولكنه نادراً ما يُسجل في سجل الوفيات على أنه السبب، وهي حقيقة من المرجح أنها ترجع إلى الوصمة المرتبطة بالوفيات الناجمة عن الإجهاض^{٤٧}.

والمرمات الاجتماعية المحيطة بالإجهاض^{٤٨} والعقوبات التي تُفرض على كل من المرأة التي تسعى إلى الإجهاض أو على من يقومون بعملية الإجهاض تمثل تحديات أخرى في كثير من البلدان، حتى حيثما كانت الرعاية بعد الإجهاض قانونية. فقد وجدت دراسة أجريت في زمبابوي أن السبب الأكثر شيوعاً لعدم التماس الرعاية الطبية فوراً عند التعرض لمضاعفات الإجهاض هو الخوف من إخطار الشرطة بذلك الإجهاض^{٤٩}.

وتمثل المراهقات حصة كبيرة من النساء اللاتي تجري لهن عمليات إجهاض غير قانونية. وبالنسبة لهن، قد يكون الإحساس بالوصمة والعار وعدم الموافقة من مقدمي الخدمات شديداً وقد يثني كثيرات منهن عن التماس العلاج.

نوعية رعاية الصحة النفاسية

إن النوعية هامة أيضاً في برامج الصحة النفاسية^{٥٠}، كما هو الحال فيما يتعلق بتنظيم الأسرة، ويمكن أن تؤدي إلى زيادة احتمال أن تتوجه المرأة التي تتعرض لطوارئ التوليد إلى مرافق صحية لكي تحصل فيها على رعاية تُنقذ حياتها. فقد وجدت دراسة أجريت في المكسيك وشملت ١٦٤ أسرة معيشية حدثت فيها وفيات نفاسية أن النوعية المتصورة للرعاية الصحية كانت عاملاً هاماً في تأخر المرأة التي تمر بمرحلة المخاض في التماس الرعاية الطبية^{٥١}.

ووجدت دراسات أخرى هواجس مماثلة بين المستخدمين المحتملين. ففي بوليفيا، تقول النساء أنهن يعتبرن المعاملة باحترام أمراً جوهرياً وأن موقف مقدمي الرعاية المتعالي هو أكبر رادع للجوء إلى خدمات الصحة النفاسية^{٥٢}. ووجدت دراسة أجريت في ألبانيا وشملت مجموعة مختارة عشوائياً من الأسر المعيشية أن كلاً من المرأة الريفية والمرأة الحضرية تفضل أن تلد في المنزل، رغم إقرارها بأهمية احتياجاتها الطبية، لأنها تخشى التعرض لتجربة سيئة أو كان قد سبق لها التعرض لتجربة سيئة بخصوص الولادة في مؤسسة صحية^{٥٣}.

ومنذ انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية زاد الاهتمام بتقديم خدمات جيدة زيادة كبيرة، وبدأت بلدان كثيرة مبادرات لتحسين رعاية الصحة النفاسية. فعلى سبيل المثال، بدأت أدربيجان، بمساعدة من المانحين، مشروع الأمومة السائلة ورعاية المولودين حديثاً، الذي يتضمن بناء قدرات الموظفين في قطاع الصحة، وتوعية النساء والمراهقات بأساليب الحياة الصحية، وتهيئة بيئة مناسبة للام والمولود في وحدات الولادة، وإيلاء اهتمام خاص للسكان الضعفاء. وأنشأت حكومات عديدة في منطقة الكاريبي لجاناً لصحة الأم والطفل أو أفرقة استشارية تقنية، تضم أطباءً وممرضات وأخصائيين اجتماعيين^{٥٤}.

ومقدمو التدريب عنصر هام في تقديم رعاية محسنة والتغلب على تحفظات الزبائن بشأن التماس الخدمات المتوافرة. ومن الممكن أيضاً أن تكون له تأثيرات إيجابية على النتائج التي تتحقق في مجال الصحة النفاسية^{٦٦}. فعلى سبيل المثال، أدى برنامج تدريبي في مولدوفا إلى وجود مرافق ترحب بالآباء أو بأفراد الأسرة كمساندين للمرأة أثناء المخاض، وإلى سماح مستشفيات الولادة بزيارات الأسرة بعد الوضع، وإلى إفادة النساء بحدوث انخفاض في ممارسات التدخل اللاتبي يتعرضن لها، وإلى زيادة أعداد الوالدين الذين يحضرون دروساً بشأن حالات الإنجاب الجديدة^{٦٧}.

ويعد أن تلقى ٢٤ مديراً تدريباً في أوكرانيا، أصبح اللجوء إلى استحقاقات المخاض وإلى إجراء العمليات القيصرية أقل شيوعاً، وأعاد مقدمو الخدمات بانهم يشعرون بأن النساء اللاتي يلدن زادت سعادتهن^{٦٨}. وأفضى تدريب مقدمي الخدمات في روسيا إلى حدوث زيادة هائلة في عدد الزبونات اللاتبي يقضين الليل في مستشفى بعد الولادة، من ٠.٥ في المائة إلى ٨٦ في المائة بعد انقضاء سنة واحدة^{٦٩}.

الرجل والصحة النفاسية

إن مساندة الرجل الاجتماعية للمرأة أثناء الحمل والمخاض والولادة تؤدي إلى نتائج إيجابية فيما يتعلق بالصحة النفاسية^{٧٠}. ففي غواتيمالا غالباً ما يقدم الأزواج الرعاية والمساندة أثناء الحمل، ويصطحبون زوجاتهم في الزيارات السابقة للولادة، ويكونون بوجه عام حاضرين أو على مقربة أثناء الولادات التي تحدث في المنزل؛ وعندما لا يكونون مع زوجاتهم اللاتي يلدن في المستشفيات فإنهم يتولون أمر الاستعدادات المتعلقة بالمولود^{٧١}. ويتضح من بحوث أجريت في مصر أن إشراك الأزواج في الرعاية اللاحقة للأجهزة

في عيادة ماكس سالود (MaxSalud) للخدمات الصحية الأولية في مجتمع محلي محيط بالحضر في بيرو، كان للديورون الصحيون يشعرون بالقلق لندني معدلات اللجوء إلى خدمات تلك العيادة في سنة ٢٠٠٠ بين زبائنهم الذين كان معظمهم إنثاءً. وقد تبين من تقييم أجري بهذا الشأن أن النساء كن يعانين في الحصول على خدمات الصحة الإنجابية من أطباء ذكور بعد أن انتقلت القابلية إلى عيادة أخرى. وقد خفضت بعد ذلك الأسعار، وشهدت حملة دعائية مكثفة الإعلان عن الرسوم الجديدة، وأعيد تعيين قابلة معتمدة، وذلك كجزء من عملية تدخل لتحسين نوعية الخدمات التي تقدمها العيادة، وكانت نتيجة ذلك هي حدوث ارتفاع هائل في معدلات استعمال خدمات العيادة، وأغلبت الزبونات عن ارتياحهن للتشديد للخدمات المتعلقة بصحة المرأة التي تقدم في العيادة وعن تقديرهن لمقدمي تلك الخدمات من الإناث.

يؤدي إلى التعجيل بشفاء زوجاتهم وإلى زيادة استخدام وسائل منع الحمل بعد ذلك^{٧٢}.

إلا أن رجالاً كثيرين ممن يرغبون في أن يكونوا ضالمين في الأمور المتعلقة بصحة نسائهم تعوقهم عن ذلك أنظمة المستشفيات، أو جداول عملهم، أو ضعف التواصل مع شريكاتهم. وقد كان من الأساليب الناجحة في برامج كثيرة إقناع الشركاء الذكور والأسر الممتدة وأفراد المجتمع المحلي بإيلاء أولوية أكبر لرعاية صحة المرأة أثناء الحمل وفي فترة ما بعد الوضع. فعلى سبيل المثال، يقدم مشروع باتي سامبارك في الهند معلومات للأزواج عن الحمل والولادة، ويبين لهم الأدوار المحددة التي يمكن أن يقوموا بها، ومن ذلك تقديم المساعدة اللازمة للأسرة المعيشية أثناء الحمل ووضع خطط تتضمن تدير وسيلة لنقل زوجاتهم اللاتي سيلدن^{٧٣}.

صندوق الأمم المتحدة للسكان والأمومة السائلة

يدعم صندوق الأمم المتحدة للسكان مجموعة متنوعة من الأنشطة في البلدان النامية من أجل تخفيض معدلات الوفيات النفاسية واعتلال صحة الأم^{٧٤}، مع إيلاء المراعاة لمقتضيات الحد من الفقر، وشؤون الحكم، والتنمية الاقتصادية والاجتماعية، وإصلاح النظام الصحي.

تقديرات الاحتياجات. أجرى صندوق الأمم المتحدة للسكان تقديرات للاحتياجات في الكاميرون وكوت ديفوار والهند وموريتانيا والمغرب وموزامبيق ونيكاراغوا والنيجر والسنگال، بين بلدان أخرى، وذلك بالاشتراك مع برنامج تجنب الوفاة والإعاقة النفاسيتين الذي تديره كلية ميلمان للصحة العامة التابعة لجامعة كولومبيا وتموله مؤسسة بيل وميلندا غيتس.

وفي نيكاراغوا أدى تقييم أجري لمرافق بلغ مجموعها ١٢٥ مرفقاً إلى مجموعة واسعة من التحسينات في ثلاث مناطق صحية، هي: التحسين العمراني، ونشر معايير وقواعد للرعاية، وتدريب الموظفين، وبذل جهود لتحسين نوعية الخدمات. وخلال الفترة ما بين سنة ٢٠٠٠ وسنة ٢٠٠٣، ارتفعت بمقدار الثلث نسبة النساء اللاتي يعانين من مضاعفات وحصلن على رعاية عاجلة في تلك المناطق^{٧٥}.

التدريب. يتواصل في جميع المناطق تدريب الأطباء والمرضات والقابلات وأخصائني التخدير على رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة وعلى الرعاية اللاحقة للأجهزة، وذلك إلى جانب تدريب مقدمي الخدمات على حفظ سجلات وجمع بيانات، وتلقي الموظفون الصحيون تدريباً على تقييم الوفيات والمضاعفات النفاسية. وأعد الصندوق أيضاً مواد تقنية، ودورة دراسية للتعلم عن بعد، وقائمة مرجعية لرعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة من أجل الخططين.

إقامة رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة في موزامبيق من جديد

في أعقاب الحرب الأهلية والكوارث الطبيعية، كان نظام الرعاية الصحية في مقاطعة سوفالا بموزامبيق في حالة يرثى لها، بحيث كانت قدرته على تقديم الرعاية العاجلة للنساء الحوامل مهزلة للغاية. وقد قدمت المبادرة المشتركة بين صندوق الأمم المتحدة للسكان وبرنامج تجنب الوفاة والإعاقة النفاسيتين الدعم لتدريب الموظفين الطبيين، كما زودت مستشفى المقاطعة والمرافق الصحية الموجودة على أطراف المقاطعة بالأمور واللوازم والمعدات. ونتيجة لذلك تضاعف تقريباً عدد النساء ممن يتعرضن لمضاعفات اللاتي يحصلن على الرعاية المناسبة. وسيتمدد المشروع إلى تسع مقاطعات أخرى وسرعان ما سيضمحل البلد بأكمله بفضل تمويل تعاوني من مانحين آخرين.

تطوير البنية الأساسية. قام صندوق الأمم المتحدة للسكان بتحسين مستوى المرافق وبناء مرافق جديدة، كما قدم المعدات واللوازم، وقام بشراء سيارات إسعاف وأجهزة للاتصال اللاسلكي. وفي ولاية راجاستان الهندية، ويدعم من مبادرة مشتركة بين صندوق الأمم المتحدة للسكان وبرنامج تجنب الوفاة والإعاقة النفاسيتين، تم تحسين مستوى ٨٢ مرفقاً من مرافق رعاية التوليد، يستفيد منها ١٢ مليون شخص. وتم تدريب تسعة وخمسون فريقاً

من المشتغلين بالمهن الصحية على تقديم رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة؛ وتم تدريب ١٢ فريقاً على الوقاية من الأضماح. وبدأ تطبيق نظم للمعلومات الإدارية من أجل تحسين رصد وتقييم الخدمات. وفي سنة ٢٠٠٢، بدأت محطات التليفزيون والصحف المحلية في بث برامج تتعلق بالأمومة السائلة. ونتيجة لهذه الجهود، زاد عدد النساء اللاتي يعالجن من مضاعفات الولادة بنسبة ٥٠ في المائة في غضون أربع سنوات، وبدأت الهند في تطبيق تدخلات مماثلة في ولايات أخرى^{٣٦}.

السياسة والدعوة. نظم صندوق الأمم المتحدة للسكان، بالاشتراك مع اليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية، حملة "رؤية ٢٠١٠" لتسليط الضوء على الوفيات النفاسية ووفيات الأطفال حديثي الولادة في وسط وغرب أفريقيا، ويأدر إلى إنشاء منتدى تخفيض الوفيات النفاسية في أمريكا اللاتينية بالاشتراك مع منظمة الصحة للبلدان الأمريكية. وتعاون الصندوق مع وزارات الصحة لوضع مبادئ توجيهية وقواعد لرعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة، والقيام بعمليات رصد روتينية لنظم الإحالة.

تعبئة المجتمع المحلي. يدرّب الصندوق متطوعين ودعاة صحة من أجل توعية المجتمعات المحلية بخدمات الأمومة السائلة وتنظيم الأسرة ويشجع وضع نظم للنقل ترعاها المجتمعات المحلية.

WELCOME



Don't
Rebelle

Handwritten graffiti or text on a wall, including the word 'WELCOME' and other illegible characters.

٨ الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز

وأعترف بأن برامج الصحة الإنجابية ضرورية للوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية من خلال الوقاية من الأمراض التي تنتقل جنسياً واكتشافها وعلاجها؛ وتقديم المعلومات والتثقيف والمشورة من أجل اتباع سلوكيات جنسية تتسم بالإحساس بالمسؤولية؛ وكفالة توافر إمدادات موثوقة من الرقالات.

وقد أحاطت الأمم المتحدة علماً، في استعراضها لتنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في سنة ١٩٩٩ بعد انقضاء خمس سنوات على انعقاد المؤتمر، باشتداد الجائحة ودعت إلى زيادة الموارد وتوسيع الجهود لمكافحة انتشارها، وحددت أهدافاً لتخفيض معدلات شيوخ فيروس نقص المناعة البشرية بين صغار السن، ولزيادة سبل حصولهم على ما يلزم من معلومات وخدمات للوقاية من العدوى بالنظر إلى أن أكثر من ثلاثة أرباع حالات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية تنتقل جنسياً وأن نسبة إضافية قدرها ١٠ في المائة تنتقل من الأمهات إلى أطفالهن أثناء المخاض أو الولادة أو عن طريق الرضاعة الثديية^{٣٣}، فإن الربط بين فيروس نقص المناعة البشرية وخدمات الصحة الإنجابية أمر حاسم الأهمية. وقد أبرزت الجائحة الحاجة الماسة إلى تحسين كل من الخدمات الصحية الأولية وخدمات الصحة الجنسية والإنجابية.

الأثر والاستجابة

إن فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز يُكثف خسائر مروعة بالأفراد والمجتمعات المحلية في البلدان التي ترتفع فيها معدلات شيوخ الإصابة به. ففي بعض بلدان أفريقيا جنوب الصحراء، نجد أن ربع القوى العاملة مصابة بفيروس نقص المناعة البشرية. ويفيد أحد التقديرات

بعد انقضاء عقدين على بدء جائحة الإيدز أصبح هناك حوالي ٢٨ مليون شخص مصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز فضلاً عن وفاة ٢٠ مليون شخص^{٣٤}. وعلى الرغم من التوسع في أنشطة الوقاية، تحدث كل سنة ٥ ملايين حالة إصابة جديدة. وفي أشد البلدان تكباً بهذه الجائحة، تتراجع المكاسب الإنمائية التي تحققت على مدى عقود. وفي سنة ١٩٩٤ أشار برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية إلى شدة الجائحة وتوقع أن يرتفع عدد المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية^{٣٥} إلى ما يتراوح بين ٢٠ مليوناً و ٤٠ مليوناً بحلول نهاية العقد في حالة عدم اتباع استراتيجيات فعالة للوقاية^{٣٦}.

وقد دعا المؤتمر الدولي للسكان والتنمية إلى اتباع نهج متعدد القطاعات فيما يتعلق بالإيدز يتضمن التوعية بالعواقب الكارثية لهذا الوباء، وقدم معلومات عن وسائل الوقاية، تتناول "أوجه اندام المساواة الاجتماعية والاقتصادية وبين الجنسين والعنصرية التي تؤدي إلى زيادة التعرض للإصابة بهذا الوباء"^{٣٧}. واعترف بالضرر الذي تلحقه الوصمة ويلحقه التمييز، وبالحاجة إلى حماية حقوق الإنسان للمصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز.

وأشار برنامج العمل أيضاً إلى أن "الظروف الاجتماعية والاقتصادية السيئة التي تواجهها المرأة تجعلها معرضة بوجه خاص للإصابة بالأمراض التي تنتقل جنسياً، ومن بينها فيروس نقص المناعة البشرية"^{٣٨}. والمرأة في أفريقيا تزيد الآن احتمالات تعرضها للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية ١,٢ مرة عن احتمالات ذلك بالنسبة للرجل. كما تزيد احتمالات إصابة الشباب اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ٢٤ سنة بالعدوى مرتين ونصف المرة عن احتمالات ذلك بالنسبة للشبان.

إدماج الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز مع خدمات الصحة الإنجابية

ينبغي للحكومات أن تكفل إدماج الوقاية من الأمراض التي تنتقل جنسياً وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والخدمات المرتبطة بها لتصبح جزءاً لا يتجزأ من برامج الصحة الإنجابية والجنسية على مستوى الرعاية الصحية الأولية.

— الإجراءات الأساسية لمواصلة تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، الفقرة ٦٨

بأن النتائج المحلي الإجمالي ينخفض بنسبة تبلغ حوالي ١ في المائة كل سنة إذا كان ١٥ في المائة من سكان بلد مصابين بفيروس نقص المناعة البشرية (وهو مستوى من المتوقع أن تشهد تسعة بلدان بحلول سنة ٢٠١٠). وباستخدام هذا المقياس قد ينخفض الناتج المحلي الإجمالي لجنوب أفريقيا بنسبة ١٧ في المائة بحلول سنة ٢٠١٠.

ويحضر تقرير صندر مؤخراً عن البنك الدولي وجامعة هايدلبرغ من أن أثر الإيدز قد يكون أكثر حتى إضراراً من ذلك على المدى الطويل^٧. فالإيدز يدمر رأس المال البشري بقتل الناس وهم في ريعان الشباب كما يؤثر في انتقال المعارف والمهارات من جيل إلى آخر. وعلاوة على ذلك، تؤدي وفيات البالغين السابقة لأوانها المرتبطة بالإيدز إلى إضعاف الاستثمارات في التعليم وإلى الحد من نسبة الأسر التي يمكنها مادياً أن ترسل أولادها إلى المدرسة.

وأقل من ١ بين كل خمسة أشخاص معرضين لخطر إصابة بالغ فيروس نقص المناعة البشرية يتوافر لديه سبيل للاستفادة من تدخلات وقائية ثبتت جدواها، وذلك وفقاً لما يذكره تقرير صندر في سنة ٢٠٠٣ عن

الفريق العامل العالمي المعني بالوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية، وهو فريق دولي من الخبراء في الإيدز. ومن الممكن أن يؤدي تصعيد استراتيجيات الوقاية التي ثبتت جدواها تصعباً هائلاً إلى تجنب ٢٩ مليوناً من حالات الإصابة الجديدة بفيروس نقص المناعة البشرية المتوقعة بحلول سنة ٢٠١٠ ومجموعها ٤٥ مليون حالة، كما يقول التقرير^٨.

ولقد تحسنت طيلة التسعينات من القرن العشرين نظم علاج فيروس نقص المناعة البشرية، ولكن تكلفتها ظلت رادعة بالنسبة لجميع البلدان باستثناء أغنى البلدان. وعلى الرغم من وجود جهد متضافر الآن لزيادة سبل الحصول على العلاج - يشمل "مبادرة ٣ في ٥"^٩ التي يقوم بها برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز بقيادة منظمة الصحة العالمية لكي يبلغ عدد المستفيدين من هذا العلاج ٢ ملايين شخص بحلول سنة ٢٠٠٥ ولكي تتخفف تكاليف الأدوية اللازمة - مازالت الغالبية الساحقة من المصابين لا تملك سبيلاً للحصول على علاج من الرتروفيروسات، مما يمكن أن يؤدي إلى تحويل الإيدز إلى وباء مزمن.

عملاً على التصدي لأثر فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز غير المتناسب على المرأة والفتاة، أعلن برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز عن إنشاء الائتلاف العالمي للمعني بالمرأة والإيدز في اجتماع عقد في شباط/فبراير ٢٠٠٤ برئاسة ثريا أحمد عبيد المديرة التنفيذية لصندوق الأمم المتحدة للسكان. ويتركز هذه المبادرة في مجال الدعوة على منع حدوث إصابات جديدة بفيروس نقص المناعة البشرية بين النساء والفتيات، والتشجيع على تكافؤ سبل الحصول على الرعاية والعلاج المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية، والتعجيل بالبحوث المتعلقة بمبيدات الجراثيم، وحماية حقوق الملكية والميراث للمرأة، والحد من العنف ضد المرأة وأصدر برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، وصندوق الأمم المتحدة الإنمائي للمرأة، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، تقريراً مشتركاً في تموز/يوليه ٢٠٠٤، بعنوان المرأة والإيدز، التصدي للآزمة. ويدعو التقرير الحكومات والمجتمع العالمي إلى:

- كفاية حصول الفتيات المراهقات والنساء على ما يلزم من معارف ووسائل للوقاية من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية من خلال حملات للدعوة تنقل الحقائق الأساسية عن زيادة قابلية المرأة

فسيونوجياً للإصابة، وتبديد الأكاذيب الضارة والافتكار النمطية عن الذكورة والأنوثة، وتحذر من أن الزواج لا يصح بالضرورة من انتقال العدوى بفيروس نقص المناعة البشرية، ويشدك الشبان والشابات على المساواة في الدعوة للصحة الجنسية والإنجابية.

- العمل على إتاحة سبل العلاج على قدم المساواة وللجميع بكفالة أن تشكل النساء نسبة قدرها ٥٠ في المائة من القادرين على الحصول على التدخلات العلاجية الموسعة، وزيادة إمكانية الحصول على خدمات المشورة والاختيار الطوعيين السريعين التي تراعي عدم تكافؤ علاقات القوة وتشجع إجراء اختبارات للشركاء، والتوسع في خدمات الصحة الإنجابية والجنسية، وتقريب مقدمي الخدمات الصحية على تقديم رعاية وعلاج تراعي فيهما الفوارق بين الجنسين.

- النهوض بتعليم الفتيات الابتدائي والثانوي وتعليم المرأة القراءة والكتابة وذلك بإلغاء الرسوم المدرسية، والدعوة إلى عدم التسامح إطلاقاً عن العنف ضد المرأة وعن التحرش الجنسي، وتقديم نورات دراسية نحو أمية النساء، تركيز على فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والمساواة بين الجنسين، وتقديم تثقيف بشأن مهارات الحياة داخل المدرسة وخارجها على السواء، ووضع مناهج

دراسية تتحدى القوالب النمطية للجنسين وتعزز احترام الذاتها.

- التخفيف مما يقع على المرأة والفتاة من عبء عمل منزلي جائر ومن مسؤوليات عن رعاية أفراد الأسرة المرضى واليتامى بتوفير اليات الحماية الاجتماعية والدعم لمقدمي الرعاية، والدعوة إلى زيادة الإنصاف في أحوال الجنسين في الأسرة المعيشية، وتوزيع مجموعات معدات الرعاية المنزلية، وإنشاء حقول ومطابخ مجتمعية لتكامل المسؤوليات الغريبة المتعلقة بالأسر المعيشية.

- وضع نهاية لجميع أشكال العنف ضد المرأة والفتاة بالقيام بحملات إعلامية بشأن عدم التسامح فيما يتعلق بالعنف، ومسؤولية الذكور واحترامهم للمرأة، وأعراف العسك والخطرة، وعن طريق تقديم المشورة والمعالجة الوقائية بعد التعرض للعنف الجنسي لجميع النساء اللاتي يتعرضن لتجارب من هذا القبيل.

- تعزيز وحماية حقوق الإنسان للمرأة والفتاة بسن وتعزيز وإنفاذ قوانين تسمى حقوقهما، وإضطرار لجنة الأمم المتحدة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة بانتهاكات تلك القوانين، وجمالية حق المرأة في الملكية واليراث، ودعم الخدمات القانونية المجانية أو الميسورة التكلفة بالنسبة للنساء المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز.

وقد شدد تقرير أصدره الفريق العامل العالمي المعني بالوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية في حزيران/يونيه ٢٠٠٤ على أهمية إدماج تدخلات الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية ضمن برامج العلاج الآخذة في التوسع. وذكر التقرير أن زيادة توافر العلاج من الرتروفيروسات سيجعل مزيداً من الناس يترددون على مرافق الرعاية الصحية حيث يمكن توعيتهم بشأن الوقاية من الفيروس. ولكن زيادة ذلك التوافر يمكن أيضاً أن تؤدي إلى حدوث زيادة في السلوكيات المحفوفة بالمخاطر ما لم تُدمج المشورة المتعلقة بالوقاية ضمن برامج العلاج. وأوصى الفريق بإتاحة المشورة والاختبار الطوعيين في جميع مرافق الرعاية الصحية التي يتاح فيها للناس الحصول على علاج من الرتروفيروسات.

تانيث الجائحة. إن الإناث يمثلن نصف جميع اليافعين المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، بعد أن كانت نسبتهم تبلغ ٤١ في المائة في سنة ١٩٩٧. وفي أفريقيا جنوب الصحراء، وهي أشد المناطق تكتة بالأوباء، يبلغ الرقم حوالي ٦٠ في المائة. وتساعد معدلات الإصابة بين النساء والفتيات المراهقات هو انعكاس لزيادة قابليتهن للإصابة، نتيجة لعوامل بيولوجية واجتماعية على حد سواء. فأوجه انعدام الإنصاف بين الجنسين وسيطرة الذكور في العلاقات يمكن أن تؤدي إلى زيادة مخاطر إصابة المرأة بالعدوى وإلى الحد من قدرتها على التفاوض بشأن استخدام الرقالات. كما أن الفقر يدفع نساء وفتيات كثيرات إلى الدخول في علاقات جنسية غير مأمونة، غالباً ما تكون مع شركاء أكبر سناً منهن. وهذا "التانيث" للجائحة يزيد تفاقم أوار المرأة كمديرة للأسرة المعيشية ومقدمة للرعاية الأولية لأفراد الأسرة المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية. ومن بين العوامل الأخرى التي تجعل التأثيرات على المرأة غير متناسبة أوجه انعدام المساواة القانونية والاقتصادية والاجتماعية التي غالباً ما تواجهها المرأة في مجالات التعليم والرعاية الصحية وفرص كسب العيش والحماية القانونية وصنع القرار.

استجابة البلدان. لقد أفادت ثلاثة أرباع البلدان التي أجابت على الاستقصاء العالمي الذي أجراه صندوق الأمم المتحدة للسكان في سنة ٢٠٠٢ بأنها تتبع استراتيجيات وطنية بشأن فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وذكرت نسبة منها تبلغ ٢٦ في المائة أن لديها استراتيجيات محددة موجهة إلى الفئات الأكثر تعرضاً للخطر. وأنشأت بلدان كثيرة لجاناً وطنية معنية بالإيدز ووضعت سياسات وبرامج لمعالجة أثر الجائحة. ويتبع عدد متزايد من البلدان نهجاً متعدد القطاعات، يشمل مجموعة واسعة من الوزارات وينطوي على زيادة إشراك المنظمات غير الحكومية. ولكن ١٦ في المائة فقط من البلدان أبلغت عن إصدارها تشريعات داعمة للجهود في مجال فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز.

الربط بين الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية وبرامج الصحة الإنجابية
بالنظر إلى أن غالبية حالات انتقال فيروس نقص المناعة البشرية تحدث من خلال الاتصال الجنسي، فإن معلومات وخدمات الصحة الإنجابية

والجنسية تمثل منطقاً بالغ الأهمية للوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. كما أنها بمثابة سبيل إلى برامج الرعاية والعلاج وموضع لإنجاز تلك البرامج.

ويستطاعة خدمات الصحة الإنجابية أن تساعد على الوقاية من انتقال فيروس نقص المناعة البشرية عن طريق ما يلي: التوعية بالمخاطر من أجل التأثير في السلوك الجنسي؛ واكتشاف الأمراض التي تنتقل جنسياً والتصرف فيها؛ والتشجيع على الاستخدام الصحيح والمستمر للرقالات؛ والمساعدة على منع انتقال العدوى من الأم إلى الطفل^{١٠}. والربط بين برنامج الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية والوقاية من الأمراض التي تنتقل جنسياً وعلاجها وبين برنامج تنظيم الأسرة والتدخلات المتعلقة بالصحة النفسية يمكن أن يؤدي إلى تحسين التوعية والحد من الوصمة وتوفير المال باستخدام الموارد والبنية الأساسية الموجودة.

وقد سعى عدد من المبادرات، أساساً في أفريقيا، إلى الربط بين برنامج الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية وبرنامج الصحة الإنجابية^{١١}. ولكن البرنامجين لا يوجد ارتباط بينهما في كثير من البيئات.

الدعوة إلى الالتزام. في حزيران/يونيه ٢٠٠٤ عقد صندوق الأمم المتحدة للسكان وبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والمنظمة الدولية لرعاية الأسرة اجتماعاً تشاورياً رفيع المستوى شارك فيه وزراء صحة وبرنامجيون وسفراء وزعماء من وكالات الأمم المتحدة ومنظمات مانحة وزعماء من المجتمعات المحلية ومن المنظمات غير الحكومية وشباب ومصابون بفيروس نقص المناعة البشرية. وأسفر الاجتماع عن إصدار نداء من أجل الالتزام شدد على "الحاجة الماسة إلى وجود صلات أقوى كثيراً بين سياسات وبرامج وخدمات الصحة الجنسية والإنجابية والسياسات والبرامج المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز".

وجاء في النداء أن وجود روابط أوثق - بما في ذلك تقديم المعلومات والخدمات المتعلقة بالصحة الإنجابية لجميع من يستفيدون من البرامج المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، وتقديم المعلومات والخدمات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز إلى جميع من يستفيدون من البرامج المتعلقة بالصحة الإنجابية - أمر حاسم الأهمية للنجاح في كلا المجالين ولتحقيق الغايات الإنمائية لللفية^{١٢} وسيؤدي إلى جعل البرامج أكثر جدوى وأكثر فعالية بالنسبة للتكلفة محققة تأثيراً أكبر^{١٣}.

التوعية بالمخاطر. لم تركز حتى الآن إلا قلة من برامج تنظيم الأسرة على تمكين مقدمي الخدمات من التعامل مع القضايا الجنسية. فقد وجدت دراسة أجريت مؤخراً في جمهورية تنزانيا المتحدة، مثلاً، أن فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز لم يُذكر لزيارات تنظيم الأسرة إلا باقتضاب أثناء تقديم المشورة إليهن بشأن الخيار الواعي من بين وسائل تنظيم الأسرة، وذلك عندما "كان يقال للنساء أن الرقالات تعني من الإصابة بالأمراض التي تنتقل جنسياً من قبيل فيروس نقص المناعة البشرية، وأن الوسائل الأخرى لا تكفل هذه الوقاية"^{١٤}.

دراسة أجريت في جمهورية تنزانيا المتحدة في منتصف التسعينات أن الوقاية من الأمراض التي تنتقل جنسياً وعلاجها يمكن أن يحولا دون حدوث حوالي ٤٠ في المائة من الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشرية^{١١}. وأظهرت الدراسة أيضاً أن الدعاية المجتمعية، وإخطار الشركاء، والجهود العلاجية، يمكن أن تؤدي إلى الحد من انتشار الأمراض التي تنتقل جنسياً. ومن الممكن أن تتولى برامج الصحة الإنجابية توعية مستعملي الخدمات بشأن الأمراض التي تنتقل جنسياً، وأعراضها وانتقال العدوى بها وبسبب السلوك الصحي. إلا أن اكتشاف تلك الأمراض والتصرف فيها قد ثبتت صعوبتهما، فأغلبية النساء المصابات بالأمراض التي تنتقل جنسياً لا تظهر عليهن أي أعراض، ونتيجة لذلك ثبت أن الجهود الرامية إلى اكتشاف تلك الأعراض وعلاجها في مرافق الصحة الإنجابية أمر لا يحقق فائدة كبيرة بالنسبة للنساء^{١٢}. وبناءً على ذلك، لم تلق الأمراض التي تنتقل جنسياً اهتماماً كافياً في كل من برامج الصحة الإنجابية والبرامج المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية^{١٣}. ولم تحقق وزارات الصحة الكثير لكفالة إدراج الأمراض التي تنتقل جنسياً ضمن تلك البرامج^{١٤}. والاختبارات التي أسسدهت مؤخراً للكشف عن الأمراض الشائعة التي تنتقل جنسياً، والتي تتسم بانها أرحص ثمناً، يمكن أن تساعد على علاج هذا القصور.

الرفالات

إن الرفالات تمثل عناصر أساسية في الجهود الوقائية بين ذوي النشاط الجنسي. ومن الممكن أن تشجع البرامج استخدام الرفالات للوقاية من الحمل غير المقصود ومن الأمراض التي تنتقل جنسياً فضلاً عن فيروس نقص المناعة البشرية، وأن تقوم بتوعية الزبائن بأن وسائل منع الحمل غير العازلة لا تحول دون انتقال عدوى فيروس نقص المناعة البشرية. واستعمال الرفالات استعمالاً صحيحاً ومستمراً أمر حاسم الأهمية: ففي دراسة أجريت في أوغندا لم تصب أي امرأة من بين النساء اللاتي أفدن بأنهن يستعملن الرفالات باستمرار ومجموعهن ٢٥٠ امرأة بفيروس نقص المناعة البشرية، بينما كانت نسبة الإصابة كبيرة بين النساء اللاتي أفدن بأنهن لا يستعملن الرفالات باستمرار^{١٥}. ولكن التحديات المتعلقة بزيادة استعمال الرفالات تحديات كبيرة، فهناك أوجه نقص هائلة في الإمدادات بالمقارنة بالاحتياجات الحالية، كما يتكرر حدوث نفاذ الخزونات، فضلاً

وقد قام الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة بتدريب عدد من رابطات تنظيم الأسرة على التعامل مع القضايا المتعلقة بالأمور الجنسية وقضية نوع الجنس وتوعية الرعاية^{١٦}. وأظهرت هذه التجارب أن تقديم المشورة بشأن الأمور الجنسية يمكن أن يحدث إذا توافر لمقدمي الخدمات التدريب المناسب. إلا أن هناك دراسات أجريت في كينيا وزامبيا نكر فيها معظم مقدمي الخدمات أن لديهم شكوكاً في قدرتهم على تقديم مشورة وأفية للزبونات بشأن الاحتياجات المتعلقة بوسائل منع الحمل في ضوء فيروس نقص المناعة البشرية^{١٧}. وتحتاج البرامج إلى تدريب جميع مقدمي الخدمات على مساعدة الزبونات على تقدير مخاطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية وعلى استشارتهم بشأن تجنب الواء والحمل غير المقصود. ويجب أيضاً أن يتضمن التدريب تقديم معلومات صحيحة عن وسائل منع الحمل للمساعدة على تبيد الأكاذيب والشائعات الكثيرة.

التصرف في الأمراض التي تنتقل جنسياً. إن وجود واحد أو أكثر من الأمراض التي تنتقل جنسياً يؤدي إلى حدوث زيادة كبيرة في مخاطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية. وقد تبين من دراسة أجريت مؤخراً في الولايات المتحدة أن علاج مرض من تلك الأمراض لدى شخص مصاب بفيروس نقص المناعة يمكن أن يؤدي إلى انخفاض احتمالات انتقال العدوى منه بفيروس نقص المناعة البشرية بنسبة ٢٧ في المائة، بدون أي تغيير آخر في سلوكياته^{١٨}. وأظهرت



الجمع ما بين خدمات تنظيم الأسرة وخدمات الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية في زامبيا

لقد حدث مؤخراً توسع في مشروع في لوساكا، زامبيا، يوفر الرفالات من أجل الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية وذلك لكي يعرض وسائل أخرى لمنع الحمل يطلبها الزبائن. بالنظر إلى عدم كفاية خدمات تنظيم الأسرة، وقد ظلت معدلات استخدام الرفالات مرتفعة. بل إن موظفي البرنامج وجدوا أن مستعملي الأنواع الأخرى من وسائل منع الحمل كان من الأرجح بدرجة أكبر أن يستعملوا الرفالات أيضاً، وأن مستعملي الرفالات كانت احتمالات أن يبدأوا في استخدام أشكال أخرى لمنع الحمل عندما تتاح لهم أكبر مرتين. وقال مدير المشروع "لقد كان كل ما تعين علينا أن نفعله من أجل زيادة وسائل منع الحمل هو أن نيسر الحصول عليها".

ويقول مدير المشروع إن الأزواج الذين جاؤا إلى المركز جرت الاستعانة بهم كإخصائين في التوعية، وذلك الدعوة لهذه الخدمات الجديدة. وأضاف قائلاً "لقد دفعنا لهم أجراً لكي يذهبوا إلى أصدقائهم ويفشروا معلومات عما نفعله. كما أننا نوزع دعوات، من باب إلى باب، من أجل التردد على المركز، ويزور المركز فعلاً حوالي ثلث الأشخاص الذين يتلقون تلك الدعوات".

إنراكه أن الرفالات تقي من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية بما يقرب من الضعف بالنسبة للنساء اللاتي لم يستعملن رفاً^{٢٢}. كما أن النساء اللاتي كان من الأرجح أن يستعملن الرفالات هن نساء صغيرات السن وأكثر تعليماً ويعشن في مناطق حضرية. وكانت احتمالات أن تكون النساء اللاتي استعملن رفاً مع شركائهن العرضيين أكبر أربع مرات من احتمالات ذلك في حالة النساء اللاتي مارسن الجنس آخر مرة مع أزواجهن، بينما كانت احتمالات ذلك بالنسبة للنساء اللاتي لهن شركاء منتظمين خارج إطار الزوجية ضعف احتمالات ذلك بالمقارنة بالغة الأخيرة.

ومن الضروري أن يساعد مقدمو خدمات تنظيم الأسرة والرعاية قبل الولادة الزبونات على اكتساب مهارات التواصل والتفاوض لكي يستخدمن تلك المهارات مع شركائهن من أجل حماية أنفسهن حماية كافية من عدوى فيروس نقص المناعة البشرية.

الحماية للزوجة. ينبغي أن يكون مقدمو الخدمات على دراية بالحماية للزوجة، وهي استراتيجية للوقاية من عدوى فيروس نقص المناعة البشرية أو الأمراض التي تنتقل جنسياً والوقاية أيضاً من الحمل غير المقصود، من خلال استخدام الرفالات بمفردها، واستخدام الرفالات مع وسائل أخرى للحصول على حماية زائدة من الحمل (استعمال الوسيلة للزوجة)، أو تجنب الأنشطة الجنسية التي تعتبر محفوفة بمخاطر شديدة. ومن الممكن التوسع في توجيه الرسالة التي تدعو إلى الحماية للزوجة بتضمينها الحفاظ على الخصوبة من خلال الوقاية من الأمراض التي تنتقل جنسياً والسيطرة عليها، وهي رسالة ذات أهمية خاصة للنساء صغيرات السن اللاتي لم يبدأن في الإنجاب^{٢٣}.

عن أن موارد البرمجة محدودة فيما يتعلق بالحض على الساوكيات الجنسية الأكثر أماناً. كذلك تودع الاكائب الشائعة والنصيرات الخاطئة والمخاوف بشأن الرفالات عن استعمالها.

كفالة وجود إمدادات منتظمة وميسورة التكلفة من الرفالات الفائقة الجودة تطوي على التنبؤ بالاحتياجات، والشراء، وإدارة أمور النقل والإمداد، وضمان الجودة. كما يتطلب التشجيع على استعمال الرفالات فهم احتياجات الناس وأفضليتهم، وفهم البيئة الاجتماعية الثقافية للمجتمعات المحلية والبلدان.

الرفال الأنثوي. أدى الرفال الأنثوي، الذي بدأ استخدامه في التسعينات، إلى زيادة الخيارات المحدودة المتاحة أمام المرأة فيما يتعلق بوسائل الحماية. ولكن سعره حال دون استعماله على نطاق أوسع، فهو أعلى ١٠ مرات من سعر الرفال الذكري^{٢٤}. ومع أن القران تشير إلى أن الرفال الأنثوي يمكن إعادة استعماله إلى ما يصل إلى سبع مرات في حالة غسله بمطهر غسلأ صحيحاً، توصي منظمة الصحة العالمية حالياً باستعماله مرة واحدة فقط إلى أن يتوافر مزيد من البيانات عن سلامة إعادة استعماله^{٢٥}.

وقد تم توريد أكثر من ١٩ مليون رفال أنثوي في ما يناهز ٧٠ بلداً. وتوجد برامج كبيرة بشأن ذلك الرفال لدى كل من البرازيل وغانا وناميبيا وجنوب أفريقيا وزامبيا وزمبابوي. وقد تبين من دراسة أجريت في كوستاريكا وإندونيسيا والمكسيك والسنتال أن الرفال الأنثوي يحظى بأقصى درجة من المقبولية في حالة ما إذا كان الرجل يؤيد فعلاً تنظيم الأسرة ويتصور أن أقرانه سيؤيدون استعمال تلك الوسيلة، وفي حالة ما إذا كان المشتغلون بالجنس لديهم فعلاً مهارات التفاوض على الجنس الأكثر أماناً، وفي حالة ما إذا كان الرفال الأنثوي يعتبر أفضل من الرفال الذكري^{٢٦}. وهذا يشير إلى أن "الترويج لاستعمال هذا الرفال ينبغي أن يركز على المرأة التي يمكن أن تتفاوض بنجاح على استخدام الرفال الأنثوي مع شريكها، فضلاً عن تشجيع الرجل على قبول تلك الوسيلة"^{٢٧}.

وتواصل البحوث في هذا المجال، وتوجد دلائل على أن جيلاً جديداً من الرفالات الأنثوية الأقل ثمناً يمكن أن يصبح متاحاً في غضون بضع سنوات.

صعوبات التفاوض على استعمال الرفال. تُظهر بيانات من جمهورية تنزانيا المتحدة أن معدل شيوع الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز أكبر بين النساء صغيرات السن المتزوجات اللاتي تكون لكل واحدة منهن علاقة برجل واحد فقط منها بين النساء غير المتزوجات النشاطات جنسياً. غالباً ما تكون المرأة المتزوجة، وبخاصة المرأة صغيرة السن، غير قادرة على التفاوض على استعمال الرفال حتى إذا كانت تعلم أن زوجها له الآن شريكات متعددات أو كان له في السابق شريكات متعددات؛ وأن المرأة تكون أقدر على القيام بذلك إذا كان استعمال الرفالات مقبولاً على نطاق واسع كعنصر هام من عناصر الوقاية بوجه عام.

وقد وجدت بحوث أجريت في جنوب أفريقيا أن النساء اللاتي استعملن رفاً في آخر مرة مارسن فيها الجنس تزيد احتمالات

إن مدينة الناصرة، بإثيوبيا، تقع على طريق شاحنات تشد الحركة عليه ويقع بين أديس أبابا وجيبوتي، ومن الشائع أن يعمل المشتغلون بالجنس في تلك المنطقة. ويقدر أن ١٨,٧ في المائة من البالغين في المنطقة مصابون بفيروس نقص المناعة البشرية. وسعى إلى تحسين فهم معدل الشروع المرتفع هذا والتصدي له، بدأت الرابطة الإثيوبية لتوجيه الأسرة في تقديم مشورة واختبار طوعيين في يومين من أيام الأسبوع في عيادة الصحة الإيجابية التابعة لها في مدينة الناصرة، التي تخدم حوالي ١٠٠ زبون يومياً.

وقد كشفت المناقشات التي جرت مع أفراد المجتمع المحلي في تلك المنطقة ومع مقدمي الخدمات فيها عن وجود حاجة إلى دمج المشورة والاختبار الطوعيين مع الخدمات الأخرى. ويذكر بعض الزبائن أنهم لن يزوروا مراكز المرجوثة حالياً والقائمة بذاتها المتخصصة في تقديم المشورة والاختبار الطوعيين بسبب الوصمة المرتبطة بتلك المراكز، ولكنهم سيستخدمون خدمات المشورة والاختبار الطوعيين في حالة تقديمها في عيادة الصحة الإيجابية. وقد وضعت خطط من أجل الاختبار، ومن أجل تقديم المشورة قبل الاختبار وبعده، ومن أجل توعية المجتمع المحلي في المنطقة بالوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية، ومن أجل توفير العلاج لأكثر الإصابات شيوعاً، ومن أجل توفير الإحالات للحصول على مزيد من الرعاية والدعم.

وتلقى موظفو العيادة تدريباً بخصوص فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، كما تلقت المعرضات تدريباً على تشخيص الأمراض التي تنتقل جنسياً وعلاجها. وأنشئت إدارة مجتمعية لتوزيع الرفالات، وتلقى اختصاصيو التوعية تدريباً على التشجيع على استخدام تلك الرفالات. وأشركت المؤسسات المحلية في إيجاد آليات لتقديم الدعم الطبي والاجتماعي والاقتصادي للزبائن الذين يتنسخ من الاختبارات أنهم مصابون بالفيروس. كما أقيمت نظم الرصد والتقييم.

وأكثر من نصف زبائن المشورة والاختبار الطوعيين رجال، و ٤٣ في المائة منهم صغار السن. وتكشف قرابة ٢٠ في المائة من الاختبارات عن الإصابة بالفيروس، وهو معدل شيع مماثل للمعدلات الموجودة فيما يتعلق بالجهات الأخرى التي تقدم خدمات المشورة والاختبار الطوعيين في المنطقة.

التي يتعرضان لها، كما تشجع تكييف الأساليب التي تصبح صحية. وتمثل هذه البرامج وسيلة فعالة للوقاية من عدوى فيروس نقص المناعة البشرية كما تمثل منعطفاً هاماً لعلاج الأمراض المرتبطة بذلك الفيروس، ومنع انتقال العدوى من الأم إلى الطفل، ومكافحة الدرن، وتقديم المساندة النفسية والاجتماعية والقانونية.

وتشير مشاريع رائدة في كوت ديفوار والهند إلى أن إدماج المشورة والاختبار الطوعيين ضمن خدمات الصحة الجنسية والإنجابية يؤدي إلى الحد من الوصمة المرتبطة بالإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، ويعزز الوعي بالسلوك الجنسي الصحي، ويؤدي إلى زيادة سبل الحصول على الخدمات وزيادة الانتفاع بها. إلا أن المشورة والاختبار الطوعيين كثيراً للغاية ما كانا يقدمان بمعزل عن الخدمات الأخرى^{٢٨}.

منع انتقال العدوى من الأم إلى الطفل. من الممكن أن تساعد البرامج المتعلقة بالصحة الإنجابية على منع انتقال العدوى بفيروس نقص المناعة البشرية من الأم إلى الطفل عن طريق منع الإصابة بالعدوى بين النساء، وكفالة حصول النساء المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية والرجال المصابين بذلك الفيروس على معلومات بشأن الخيارات المتاحة لهم والمخاطر التي يتعرضون لها وذلك لكي تكون اختياراتهم اختيارات واعية، وعن طريق توفير سبل الحصول على العلاج المضاد للفيروسات وعلى مجموعة واسعة من وسائل منع الحمل للمساعدة على دعم تلك الاختيارات.

وفي بيئات كثيرة غالباً ما يكون الحمل هو إحدى المرات القليلة التي تلجأ فيها المرأة إلى الخدمات الصحية، مما يتيح فرصة ممتازة للوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية، وبخاصة عن طريق تقديم المشورة وخدمات المشورة والاختبار الطوعيين. ومن الممكن أن تشجع الخدمات المتكاملة للوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية والصحة الإنجابية استخدام الرفالات، ومعالجة الأمراض التي تنتقل جنسياً، وتقديم الرعاية قبل الولادة وبعدها، والولادة المأمونة، وتقديم المشورة بشأن تغذية الرضيع.

وثمة حاجة كبيرة إلى تصعيد مبادرات منع انتقال العدوى من الأم إلى الطفل، الذي لا يمثل حالياً إلا نسبة مئوية صغيرة من الحالات بين النساء^{٢٩}.

التحديات الأساسية

زيادة سبل الحصول على العلاج. في العامين الماضيين أدت التعمدات بزيادة التمويل الجهود العلاجية وزيادة توافر الأدوية النوعية المضادة للفيروسات إلى حدوث تغيير في محور تركيز البرامج المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. وقد أخذت منظمة الصحة العالمية على عاتقها، وكذلك شركاؤها في برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، مهمة هائلة تمثل تحدياً وهي علاج ٣ ملايين شخص بواسطة الأدوية المضادة للفيروسات بحلول سنة ٢٠٠٥. وفي أفريقيا سنة ٢٠٠٢، كان ١٠٠.٠٠٠ شخص فقط يحصلون على الأدوية المضادة للفيروسات، يمثلون ٢ في المائة فقط ممن يحتاجون إلى علاج ويقدر عددهم بما يبلغ ٤,٤ ملايين شخص. وفي جنوب وشرق آسيا، كانت خدمات العلاج بالأدوية

مبيدات الجراثيم. يجري استحداث مبيدات جراثيم لحماية المرأة من عدوى فيروس نقص المناعة البشرية ولكن إنتاج تلك المبيدات لن يتحقق إلا بعد عدة سنوات. وبالنسبة لأولئك الذين يفتقرون إلى القدرة على التفاوض على استعمال الرفالات، سيؤدي وجود مبيد للجراثيم إلى حدوث زيادة كبيرة في قدرتهم على حماية أنفسهم من العدوى. وتقدر الحملة العالمية لمبيدات الجراثيم أن من الممكن أن يصبح منتجاً متاحاً في سنة ٢٠٠٧ وأن من الممكن تجنب ٢,٥ مليون حالة إصابة بفيروس نقص المناعة البشرية على مدى ثلاث سنوات في حالة استخدام مبيد الجراثيم تبلغ نسبة فعاليته ٦٠ في المائة في البلدان النامية^{٣٠}.

المشورة والاختبار الطوعيين

إن برامج المشورة والاختبار الطوعيين تتيح، في سرية ومراعاة للحساسيات، للمرأة وللرجل أن يصبحا على دراية بحالتهم وبالمخاطر

المضادة للترتروفيروسات تشمل ٧ في المائة ممن كانوا بحاجة إلى علاج.

وقد تعهدت الولايات المتحدة بتوفير الأموال اللازمة لـ ١٥ بلداً أفريقيًا وكاريبيًا لعلاج مليوني شخص على مدى السنوات الخمس القادمة، كجزء من مبادرة جديدة ترمي إلى منع حدوث ٧ ملايين حالة إصابة جديدة وتوفير الرعاية والدعم لعشرة ملايين شخص مصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز.

وتدرك منظمة الصحة العالمية ويدرك برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز أن المبادرات العلاجية تعتل التزاماً طويلاً الأجل. "فتوفير العلاج على امتداد العمر يجب أن يكون مكافئاً لكل شخص بدأ العلاج المضاد للترتروفيروسات. ومن ثم فإن ٣ في ٥ هي مجرد بداية للتصعيد المستمر للعلاج المضاد للترتروفيروسات وتعزيز النظم الصحية"^{٣١}.

وسيتطلب حدوث توسع سريع في العلاج تعزيزاً فورياً للنظم الصحية - التي يمكن أيضاً أن تعود بالفائدة على برامج الصحة الجنسية والإنجابية - وزيادة عدد مقدمي الرعاية الصحية (وهو أحد أهداف مبادرة ٣ في ٥).

وستساهم زيادة توافر العلاج في جهود الوقاية من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية، لأن من يتلقون علاجاً مضاداً

للترتروفيروسات تكون احتمالات نشرهم للفيروس أقل، ويتيح توفير ذلك العلاج فرصاً لنقل الرسائل الوقائية وتقديم الرفالات. ولكن من الحتمي زيادة الدعم المقدم لبرامج الوقاية أيضاً، وإسماج الوقاية ضمن المبادرات العلاجية.

وثمة حاجة أساسية أخرى هي تعزيز الاحتياطات العامة (بما في ذلك إجراءات السلامة والتخلص الصحيح من القفازات والأشياء الحادة). فحالياً، حتى عندما يكون مقدمو الخدمات على دراية بالاحتياطات التي يجب عليهم اتخاذها حتى لا تنتقل العدوى بفيروس نقص المناعة البشرية، غالباً ما يفتقرون إلى قفازات واقية وإلى علاج مضاد للترتروفيروسات (في حالة انفراز الإبر أو وقوع حوادث أخرى). فقد وجدت دراسة أجريت مؤخراً في زامبيا أن العيادات لا توجد لديها مبادئ توجيهية بشأن السلامة أو معدات للمعالجة الوقائية بعد التعرض. وعند وجود عجز في الإمدادات من القفازات، كان يُطلب إلى الزبائن أن يشربوها. ومن الممكن أن تؤدي معالجة المخاطر المهنية إلى رفع معنويات الموظفين وإلى تحسين الرعاية التي تقدم للزبائن^{٣٢}.

الأولويات في مجال الوقاية. تشير دراسة أجريت مؤخراً بشأن الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية في كمبوديا وهندوراس وإندونيسيا وكينيا وروسيا إلى أن محور تركيز الأنشطة الوقائية ينبغي

لقد بلغت معدلات شيوخ الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية في أوغندا ذروتها البالغة ١٥ في المائة في سنة ١٩٩١ ثم انخفضت إلى ٥ في المائة في سنة ٢٠٠١. ويعزى هذا الانخفاض إلى جهود الوقاية على جبهات متعددة، في إطار نهج يجمع بين الصحة العامة وتغيير السلوك ويوصف بأنه نهج "ABC" وهو تشجيع الامتناع (Abstinence) عن ممارسة الجنس، والحد من عدد الشركاء (الذي يسمى أيضاً Be faithful)، واستخدام الرفال (Condom)، القرون بخدمات المشورة والاختبار الطوعيين.

الإمتناع. تشير البيانات إلى أن صغار السن الأفنديين تتزايد بينهم ظاهرة بدء العلاقات الجنسية في سن متلخرة، ففي خلال الفترة ما بين سنة ١٩٨٩ وسنة ٢٠٠٠ ارتفع العمر الذي تبدأ فيه العلاقات الجنسية من ١٥,٩ سنة إلى ١٦,٦ سنة بين الفتيات ومن ١٧,٢ سنة إلى ١٨,٥ سنة بين الفتيان. وقد لعب دوراً في هذا الصدد كل من الجهود التثقيفية التي تدعو إلى الامتناع عن ممارسة الجنس وزيادة الإلتام بالوباء.

إلا أن نسبة الأشخاص الذين كانوا يمارسون الجنس لم تنخفض انخفاضاً كبيراً إلا بين الرفاقات اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ١٧ سنة لا بين الفئات الأخرى. فقرابة نصف جميع النساء غير المتزوجات كانت لهن تجارب جنسية في سنة ٢٠٠٠، وهي نفس النسبة التي كانت موجودة في أواخر الثمانينات. أما الرجال غير المتزوجين فقد كانت لهما تجارب جنسية قليلاً نصفهم تجارب جنسية، وهو ما يمثل انخفاضاً يعقدار الثلث.

الإخلاص (Be faithful) (الحد من عدد الشركاء). زادت العلاقات الأحادية خلال الفترة ما بين سنة ١٩٨٩ وسنة ١٩٩٥، وبخاصة بين النساء غير المتزوجات اللاتي يمارسن الجنس، ولكنها لم تتغير إلا تغيراً طفيفاً بعد ذلك. فقد انخفضت بمقدار النصف نسبة النساء اللاتي لهن شركاء متعددين، ولكن المعدلات كانت منخفضة أصلاً وعلى العكس من ذلك نجد أن أكثر من ٢٥ في المائة من الرجال غير المتزوجين الذين يمارسون الجنس كانت لهم شريكات متعديدات. وقد زاد عند الرجال المتزوجين ذوي الشريكات للمعدلات في بعض الفئات العمرية ولكنه انخفض في فئات أخرى.

استعمال الرفال. حدثت تغيرات هائلة في مجال استعمال الرفال، وبخاصة بين الرجال والنساء غير المتزوجين، في التسعينات. فقبل سنة ١٩٨٩ كان استعمال كلا الجنسين للرفالات يكاد لا يُذكر. وبحلول سنة ١٩٩٥ زاد الاستعمال إلى نسبة قدرها ٨ في المائة بين النساء وإلى نسبة قدرها ١١ في المائة بين الرجال. وكانت الزيادات التي حدثت بعد ذلك مذهلة، وبخاصة بين أصغر الفئات العمرية سنأ (وأكثرها تعرضاً).

وقد زاد استعمال الفتيات اللاتي يمارسن الجنس وتتراوح أعمارهن بين ١٥ و ١٧ سنة للرفالات من ٦ في المائة إلى ٢٥ في المائة، وزاد استعمال الفتيات اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٨ و ١٩ سنة للرفالات من ٢ في المائة إلى ١٢ في المائة. أما بالنسبة للفتيان الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ١٧ سنة فقد ارتفع استعمالهم للرفالات من ١٦ في المائة إلى ٥٥ في المائة، بينما زاد استعمال الفتيان الذين تتراوح أعمارهم بين ١٨ و ١٩ سنة من ٢٠ في المائة إلى ٣٢ في المائة. وتشير البيانات التي جُمعت مؤخراً إلى استمرار حدوث زيادات في استعمال الرفالات.

يستكشف مشروع "النساء المصابات بالفيروس: أصوات وخيارات"، وهو مشروع للدعوة وإجراء البحوث أعدته الجماعة الدولية للمصابات بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، أثر فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز على حياة المرأة جنسياً وإنجابياً، ويعارض انتهاك حقوقها، ويدعو إلى تحسينات في السياسات والخدمات.

وقد نُفذ المشروع في زيمبابوي، بين ثلاثة بلدان أخرى شطها المشروع، في الفترة من سنة ١٩٩٨ إلى سنة ٢٠٠١. ولم تكن النساء المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية على دراية بوجه عام بالمخاطر المعرضات لها قبل أن تجري اختباراتهن. فالأعراف المتعلقة بالجنس واعتماد المرأة اقتصادياً على زوجها أو شريكها كانا يؤديان إلى تقييد سيطرة المرأة على حياتها الجنسية والإنجابية. وفي مواجهة التحيزات بشأن النساء المصابات بالفيروس اللاتي يكن نشطات جنسياً وينجبن أطفالاً، فإنهن لم يبلغن الموظفين الصحيين بشأن حالتهم، مما جعل من الصعب ثبوت احتياجاتهن. ولم يكن استعمال الرفالات في إطار الزواج أمراً ملائماً.

وكانت النساء الأصغر سناً يرغبن في إنجاب الأطفال، بينما كانت النساء الأكبر سناً ولديهن العديد من الأطفال يرغبن في الحد من الإنجاب بعد أن تبين من التشخيص إصابتهن بفيروس نقص المناعة البشرية. وقد زاد استعمال الرفالات ووسائل منع الحمل الأخرى زيادة ملحوظة بين النساء اللاتي حضرن جلسات مجموعات دعم. وأكد المشروع أن المرأة المصابة بفيروس نقص المناعة البشرية تحتاج إلى فرص اقتصادية أفضل، وإلى إدماج خدمات رعاية الحمل والولادة مع خدمات تنظيم الأسرة والخدمات المتعلقة بالأمراض التي تنتقل جنسياً وفيروس نقص المناعة البشرية.

توافر الخدمات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز في المراكز الصحية المجتمعية في المقاطعة على أن عدم لا مركزية هذه الأنشطة يعوق إمكانية بحث الإدماج على هذه المستويات^{٣٣٤}. وينبغي أن تكتفل الإصلاحات التي ترمي إلى تعزيز النظم الصحية، ومن بينها إنشاء مجموعات من الخدمات التي تمثل حداً أدنى، تقديم خدمات الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وعلاجه مع خدمات تنظيم الأسرة^{٣٣٥}.

ويجب تمكين مقدمي الخدمات الصحية، الذين يواجهون تصاعد أعباء عملهم وغالباً ما يواجهون تخفيضات في عدد الموظفين، لا من تقديم وسائل منع الحمل للزبانن فحسب بل أيضاً من تحديد مشاكل الصحة الإنجابية المرتبطة بذلك. ومن اللازم أن يتوافر لهم حيز ليفحصوا المرضى ويقدموا لهم المشورة على انفراد، كما أنهم يحتاجون إلى لوازيم ومعدات غالباً ما لا تكون موجودة في العيادات بالبلدان النامية، ومن بينها القفازات والمنظف والمكشافات والمحاقن من أجل إعطاء حقن منع الحمل.

وغالباً أيضاً ما يكون من اللازم تثقيف مقدمي الخدمات الصحية بشأن فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز من أجل التغلب على التحيز، وتلقيهم أن ينقلوا رسائل بشأن الوقاية، وأن يساعدوا الأفراد الذين يحصلون على خدمات على تقدير مخاطر إصابتهم بالعدوى.

أن يستند إلى تحايل دقيق للامكان التي تحدث فيها الإصابات لا إلى تصنيفات واسعة النطاق فحسب للفئات المعرضة للخطر^{٣٣٦}. فعلى سبيل المثال، في كمبوديا، انخفضت الإصابات الجديدة التي حدثت نتيجة للجنس التجاري، بينما زادت نسبة الإصابات الجديدة التي حدثت في إطار الزواج من ١١ في المائة إلى ٤٦ في المائة. ومع ذلك فإن الانتقال الأولي لفيروس نقص المناعة البشرية مازال مرتبطاً ارتباطاً شديداً بالاشتغال بالجنس، ومعظم الأشخاص الذين يصابون هم أولئك الذين كانت سلوكيات شركائهم في الماضي محفوفة بالمخاطر. ومن ثم لا بد من تركيز الوقاية على كل من الاشتغال بالجنس والوقاية في إطار الزواج.

تنظيم الأسرة. من الأمور الحاسمة الأهمية أيضاً ألا تكون زيادة التشديد على الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وعلاجه على حساب المعلومات والخدمات الأخرى المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية. إذ تشير بيانات من استقصاء ديمغرافي وصحي أجري في سنة ٢٠٠٣ إلى أن ذلك حدث في كينيا، حيث حققت برامج تنظيم الأسرة مكاسب في التسعينات. فقد ارتفع معدل شيوع استعمال وسائل منع الحمل بالطراد من ٢٧ في المائة في سنة ١٩٨٩ إلى ٢٩ في المائة في سنة ١٩٩٨، ولكنه لم يرتفع منذ ذلك الحين.

وفي سياق ارتفاع معدل شيوع فيروس نقص المناعة البشرية، من الأمور الحاسمة الأهمية مواصلة تقديم الدعم لتنظيم الأسرة، الذي يمثل عنصراً أساسياً من عناصر الحد من انتقال العدوى من الأم إلى الطفل. فقد وجدت دراسات أجريت في كينيا وزامبيا أن مقدمي خدمات تنظيم الأسرة، والنساء اللاتي يحصلن على رعاية قبل الولادة وعلى خدمات تنظيم الأسرة، وكذلك النساء المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية، كانوا جميعاً يرون زيادة الحاجة إلى خدمات تنظيم الأسرة لتجنب حالات الحمل غير المقصودة^{٣٣٧}.

وفي الوقت ذاته، من اللازم أن يحترم مقدمو الخدمات حقوق جميع الأشخاص، ومن بينهم المصابون بالعدوى، فيما يتعلق باتخاذ قراراتهم بشأن الإنجاب وفيما يتعلق بإتاحة السبيل أمامهم للحصول على معلومات دقيقة وعلى معاملة إنسانية لكي يفعلوا ذلك. وفي حالات كثيرة، كان يُقال للنساء المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية إنهن ينبغي ألا ينجبن. وهذه المعاملة التمييزية تدفع نساء كثيرات منهن إلى عدم الإنصاح للموظفين الصحيين عن إصابتهن بالفيروس.

التحديات المتعلقة بالإدماج. وجدت دراسة أجريت مؤخراً أن "إصلاحات كثيرة في قطاع الصحة كانت تفصل بين برامج التنقيف الجنسي، وخدمات الصحة الإنجابية، والبرامج المتعلقة بالأمراض التي تنتقل جنسياً/فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، بحيث تجعل وزارات مختلفة أو قطاعات مختلفة من وزارات الصحة مسؤولة عن تلك البرامج، مما يُوجد أيضاً تنافساً محتملاً على السيطرة على الميزانية وعلى التمويل"^{٣٣٨}.

فقد تبين من تقييم أجري في منطقة كاواك بالسنغال في سنة ٢٠٠١ وجود أدلة قليلة على إدماج خدمات تنظيم الأسرة أو رعاية صحة الأم والطفل مع الخدمات المتعلقة بالأمراض التي تنتقل جنسياً/فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز.^{٣٣٩} ويدل مرة أخرى وضوح عدم

لقد خرجت سيراليون مؤخراً من حرب دامت أكثر من عشر سنوات وأحدثت خللاً شديداً في جميع قطاعات المجتمع. فقد سُرد ما يقرب من ثلثي السكان، وأصبح الاغتصاب والاعتداء الجنسي منتشرين على نطاق واسع. واتجه آلاف من الفتيات والنساء اللاتي فقن أسرهن إلى الاستغلال بالجنس لكي يبقين على قيد الحياة. وأصبح تعرض الناس بدرجة متزايدة للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز شاملاً الآن من الشواغل ذات الأولوية.

وقد استجاب صندوق الأمم المتحدة للسكان من خلال مبادرة منسقة تستهدف فئات مختلفة وتضم مجموعة متنوعة من الجهات الفاعلة الوطنية والمكاتب الحكومية. ويمثل الهدف بوجه عام في الحد من خطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وبغيره من الأمراض التي تنتقل جنسياً، والحد من حاجة المرأة إلى الاستغلال بالجنس التجاري، والتخفيف من الفقر، وتعزيز الحياة الأسرية وأمن المجتمع المحلي.

ويتضمن البرنامج الشامل الذي يتبعه صندوق الأمم المتحدة للسكان، وينفذ في شراكة مع الحكومة وبرنامج الأمم المتحدة المشترك للتعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وإدارة عمليات حفظ السلام التابعة للأمم المتحدة وصندوق الأمم المتحدة الإنمائي للمرأة وشركاء آخرين، ما يلي:

- عقد حلقات عمل وتنظيم مبادرات أخرى للترويج للوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز بين قوة الشرطة في سيراليون، وأفراد المؤسسة العسكرية في سيراليون، وأفراد حفظ السلام الدوليين، والجنود المسترجعين؛
- الترويج للوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز بين المشتغلين بالجنس، من خلال التوعية الصحية والتدريب على المهارات لمساعدتهم على إيجاد مصادر دخل أخرى؛
- تعزيز قدرة المنظمات غير الحكومية الشريكة؛
- الترويج للوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز بين اللاجئين والأشخاص المشردين داخلياً؛
- إيجاد إمدادات من الدم للحمون.

وفي سنة ٢٠٠٢ اعترف مجلس الأمن التابع للأمم المتحدة بهذه المبادرة المتعددة الأطراف والمتعددة الاتجاهات باعتبار أنها يمكن أن تكون فتحاً في مجال التصدي بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز في إطار عمليات الإعمار بعد الحرب، بحيث تجمع ما بين الجميع - ومن بينهم المقاتلون السابقون والأفراد العسكريون وأفراد حفظ السلام الدوليين - معاً للعمل على تحسين الصحة والوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية. ويطبق صندوق الأمم المتحدة للسكان وشركاؤه نهجاً معاً في ليبيريا المجاورة وفي جمهورية الكونغو الديمقراطية.

تغيير السلوك. تستدعي مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز التصدي للعوامل الاجتماعية - الاقتصادية والثقافية والسلوكية الكامنة التي تسهم في انتشاره - ومن ذلك الافتقار إلى فرص عمل لاجر، وبخاصة للنساء، والسياسات المتعلقة بالعمالة والهجرة التي تُرغم أشخاصاً كثيرين على الهجرة بحثاً عن عمل، والعنف ضد المرأة والاتجار بها^{٣٨}.

وتغيير السلوك أمر يحدث تدريجياً ومتعدد الأوجه ويستلزم تحسين الصحة والحد من المخاطر المتعلقة بصغار السن المتزوجين وغير المتزوجين على اختلافهم. وكما تبين التجربة في أوغندا والسنغال^{٣٩}، يتغلب التشجيع على السلوك المنتم بالسوقية والعلوي والمأمون بذل جهود شاملة ومتعددة القطاعات تتبنى شركات تضم الحكومات المركزية والمحلية، والقطاع الخاص، وشركاء التنمية، والزعماء الثقافيين، ومجموعة واسعة من منظمات المجتمع المدني. ويسعى مشروع في زيمبابوي إلى تقديم وقاية مالية للفتيات لكي يقاومن إقامة علاقات جنسية مع رجال أكبر سناً، غالباً ما يطلق عليهم اسم "sugar daddies"، ويقدمون دعماً مالياً للفتيات في مقابل الجنس^{٤٠}. ويقدم البرنامج تدريباً مهنياً وتدريباً على مهارات الحياة، وقروضاً وفرصاً للعمل، ترتبط بالتثقيف بشأن الصحة الإنجابية والتفاوض على استخدام الرقالات. وستجري دراسة تقييمية لأثر البرنامج على فيروس نقص المناعة البشرية والأمراض التي تنتقل جنسياً ويده ممارسة النشاط الجنسي والحمل.

توعية الفئات المعرضة لخطر شديد. لقد زاد زيادة كبيرة في السنوات الأخيرة الاهتمام بتوعية الفئات المعرضة لخطر شديد وذلك بتزويدها بالمعلومات المتعلقة بالوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، وتقديم العلاج والرعاية لتلك الفئات. وقد اقامت أغلبية البلدان التي شاركت في الاستقصاء العالمي الذي أجراه صندوق الأمم المتحدة للسكان بأنها تضطلع ببرامج لتوعية فئات من قبيل المشتغلين بالجنس، ومن يستعملون المخدرات بواسطة الحقن، وسائقي الشاحنات لمسافات طويلة، والرجال الذين تكون لهم علاقات مع رجال، وأطفال الشوارع، والجنود، والعمال المهاجرين، فضلاً عن المراهقين والشباب.

وغالباً ما تكون المنظمات غير الحكومية شريكة أو مُبادرة. ففي كينيا، مثلاً، قام مشروع يقدم التثقيف والمشورة بشأن السلوك الجنسي المسؤول وبشأن استعمال الرقالات ويعرض بدائل اقتصادية يتوعمية وإفادة ١٥٠٠٠ من المشتغلين بالجنس وزيائتهن. وفي بنغلاديش، تقدم مجموعة متنوعة من المنظمات خدمات الصحة الجنسية للمشتغلين بالجنس التجاري^{٤١}. وقد كانت بلدان في أمريكا اللاتينية نشطة على وجه الخصوص في تثقيف أفراد القوات المسلحة من أجل استئصال العدوى بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وزيادة انتقاله^{٤٢}.

مكافحة الوصمة والتحيز. مازال المصابون بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز يواجهون الإحساس بالوصمة والتمييز القانوني والاجتماعي في جميع المناطق. وغانا وجنوب أفريقيا وأوغندا من بين

البلدان التي بدأت برامج لمكافحة هذه العقبة الرئيسية التي تحول دون كبح الوباء. كما أن جزر البهاما من بين عدد من البلدان التي حرمت التمييز ضد المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية في مكان العمل.



٩ المراهقون والشباب

السعي العالمي الذي يرمي إلى القضاء على الفقر وتحقيق الغايات الإنمائية للألفية (انظر الفصل ٢). والاستثمار في صحة الشباب وتعليمهم وتنمية مهاراتهم، وتمكين الفتيات من البقاء في المدرسة والتزوج في وقت لاحق، ضروريان أيضاً لتحقيق الغايات الإنمائية للألفية المرتبطة بالمساواة بين الجنسين، ووفيات الأطفال، والصحة النفسانية، وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز.

تنفيذ توافق آراء المؤتمر الدولي للسكان والتنمية

لقد تناول المؤتمر الدولي للسكان والتنمية القضايا المتعلقة بصحة المراهقين الإنجابية ومن بينها الحمل غير المرغوب، والإجهاض غير المأمون، والإصابة بالأمراض التي تنتقل جنسياً، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، عن طريق تشجيع السلوك الإنجابي والجنسي الصحي والتسمم بالإحساس بالمسؤولية، بما في ذلك الامتناع طوعاً عن ممارسة الجنس، وتقديم الخدمات اللامنة والمشورة المناسبة تحديداً لتلك الفئة العمرية. كما استهدف المؤتمر تحقيق انخفاض كبير في جميع حالات حمل المراهقات^١، وافر برنامج العمل بأن ضعف الفرص التعليمية والاقتصادية، والعنف ضد المرأة، والحمل المبكر، والاستغلال الجنسي، هي عوامل تؤدي إلى زيادة تعرض المراهقين، وبخاصة الفتيات، للمخاطر المتعلقة بالصحة الإنجابية. وحث الحكومات والمجتمع الدولي على كفالة حصول جميع المراهقين على معلومات وتنقيف وخدمات في مجال الصحة الإنجابية تكون ملائمة لأعمارهم، مع احترام حقهم في الخصوصية والسرية وكفالة عدم إعاقة موافق مقدمي الخدمات الصحية أو أي عقبات أخرى (القوانين أو الأنظمة أو العادات الاجتماعية) حصولهم على ذلك. ودعا أيضاً إلى إشراك الوالدين والأسر والمجتمعات المحلية والمؤسسات الدينية والمدارس ووسائل الإعلام وجماعات الأقران في تلبية احتياجات المراهقين في مجال الصحة الإنجابية^٢.

المقاييس الجديدة. وجد استعراض لتنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية أجري في سنة ١٩٩٩ أن حقوق الشباب الإنجابية واحتياجاتهم الصحية مازالا موضع تجاهل إلى حد

إن كفالة صحة وسلامة مراهقي العالم وشبابه، وتزويدهم بمهارات الحياة، وتهيئة فرص تعليمية وفرص عمل لهم، ضرورة أساسية لتحقيق التحديات الإنمائية للقرن الحادي والعشرين. وقد أولى المؤتمر الدولي للسكان والتنمية اهتماماً غير مسبوق لاحتياجات المراهقين المتباينة فيما يتعلق بالصحة الإنجابية، باعتبار أن ذلك إحدى أولويات حقوق الإنسان وضرورة عملية على حد سواء. ومنذ سنة ١٩٩٤ وبخاصة في السنوات القليلة الماضية، حققت البلدان تقدماً كبيراً في معالجة القضايا المتعلقة بصحة المراهقين الإنجابية التي غالباً ما تكون قضايا حساسة، ومنها احتياجاتهم إلى ما يلزم من معلومات وتنقيف وخدمات لتمكينهم من تجنب الحمل غير المرغوب والإصابة بالعدوى. ويتزايد الاضطلاع بهذه الجهود كجزء من نهج كلي أوسع نطاقاً يرمي إلى إيصال المعلومات والخدمات إلى الشباب الذين يعيشون في ظل حالات متباينة وتزويدهم بما يلزم لتشكيل مستقبلهم بأنفسهم. ولكن تبقى تحديات هائلة. فنشخص بين كل خمسة أشخاص - ١,٢ بليون شخص ككل - مراهق (يُعرّف المراهق بأنه من يتراوح عمره بين ١٠ سنوات و ١٩ سنة)، وهو يشكل جزءاً من أكبر جيل من الشباب في التاريخ. ونصفهم فقراء، وربعهم يعيشون على أقل من دولار واحد يومياً. وكثيرون منهم يمارسون الجنس، غالباً بدون ما يلزم من قوة أو معرفة أو وسائل لحماية أنفسهم، أو بدون فرصة توجيه طاقاتهم إلى مجالات أكثر إنتاجاً من مجالات الحياة. أما الشباب (من ١٥ سنة إلى ٢٤ سنة) فهم يمثلون نصف جميع الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشرية، وهو ما يبلغ ٢,٥ مليون إصابة كل سنة، مع كون الفتيات والشابات بالذات معرضات لخطر الإصابة. ورغم وجود اتجاه إلى تأخير سن الزواج في أنحاء كثيرة من العالم، مازال من المتوقع أن تتزوج ملايين من الفتيات ويبدأن في الإنجاب وهن مازلن مراهقات، غالباً قبل أن تكون أجسامهن قد أصبحت مهياً لذلك.

المراهقون والغايات الإنمائية للألفية. إن تمكين الشباب من تأخير الحمل ليس ضرورة من حيث الصحة وحقوق الإنسان فحسب، بل هو سبيل أيضاً لإبطاء قوة الارتفاع المستمرة للنمو السكاني وتمكين البلدان النامية من جني الثمار الاقتصادية التي يمكن أن يحققها انخفاض الخصوبة، وينبغي إيلاؤه أولوية في

الاحتياجات المتعلقة بصحة المراهقين الإيجابية

ظلت احتياجات المراهقين من حيث الصحة الإيجابية موضع تجاهل كبير حتى الآن من جانب خدمات الصحة الإيجابية القائمة. وينبغي أن تستند استجابة المجتمعات لاحتياجات المراهقين من حيث الصحة الإيجابية إلى المعلومات التي تساعد على اكتساب مستوى النضج المطلوب لاتخاذ قرارات تتسم بالإحساس بالمسؤولية. وعلى وجه الخصوص، ينبغي أن تتوافر للمراهقات المعلومات والخدمات التي تساعد على فهم حياتهن الجنسية، وتحميهن من الحمل غير المرغوب، ومن الأمراض التي تنتقل جنسياً، ومن خطر العقم بعد ذلك. وينبغي أن يقترن ذلك بتربية الشبان على احترام حق المرأة في أن تتخذ بنفسها القرارات المتعلقة بها وعلى مشاركة المرأة المسؤولية في المسائل المتعلقة بالحياة الجنسية والإنجاب.

— من برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، لفقرة ٧-٤١.

٢٩ إصاح التدريب المهني مع التثقيف في مجال للصحة الإيجابية

إن مجمع مركز وسائل الإعلام المتعددة الجديد في كوتونو، بنن، يروج بالنشاط في كل غرفة، يتعلم شباب من مختلف أنحاء البلد - زهاء ٢٠٠ شاب - كيف يصبحون صحفيين في الصحافة المطبوعة، ومصوريين فوتوغرافيين، ومذيعين في الإذاعة والتلفزيون، ومحررين في المجلات، وفناني توشيب سحفي، وخبراء في رسوم "الغرافيك" الحاسوبية، ومصممي مواقع على شبكة الويب، ومصوري فيديو، ومصوري أشرطة فيديو رقمية، وفناني إذاعيين وتلفزيونيين.

ويمدج هذا المركز، الذي أقامه صندوق الأمم المتحدة للسكان بالتعاون مع الحكومة، التدريب المهني مع التثقيف بشأن الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والحمل غير المرغوب، لكي يصبح المدربون أيضاً دعاة سلبين للسلوكيات السلبية بدرجة أكبر. ويعرض التلفزيون والنحلة الإذاعية التي تعمل على مدار ٢٤ ساعة يومياً برامج ينتجها الشباب وموجهة إليهم ولها جمهور واسع من المستمعين والمشاهدين: مليون مشاهد التلفزيون و ٣٠٠ ٠٠٠ مستمع للإذاعة يومياً.

وكثيرون من المراهقين الذين يترددون على المركز هم من المتسربين من الدراسة (في بنن، لا ينتظم في الدراسة الثانوية إلا ٧ في المائة فقط من البنات و ١٧ في المائة فقط من البنين). ولولا المركز لكانت الخيارات المتاحة لهم لتعلم مهارات الحياة أو للحصول على معلومات سليمة عن صحتهم الإيجابية خيارات قليلة.

والمرکز عنصر واحد من عناصر مشروع شامل، هو مشروع "الخدمات الصحية والاجتماعية للمراهقين"، الذي تدعاه مؤسسة الأمم المتحدة كجزء من مبادرة تشمل بلداناً متعددة ومعنية بالمراهقات. ويهدف المشروع أيضاً مراكز للشباب والترفيه، وعيادات صحية ملائمة للشباب، وتقديم التثقيف للمراهقين أيضاً، مع التركيز على خفض الأمية بين الشباب والفتيات.

كبير، ويشكلان مدعاة قلق متزايد في مواجهة ارتفاع معدلات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية. وحددت أهداف جديدة، من بينها خفض معدل شيوخ الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية بنسبة ٢٥ في المائة بين من تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ٢٤ سنة، بحلول سنة ٢٠٠٥ في أشد البلدان تكتبة بالوباء، وبحلول سنة ٢٠١٠ عالمياً. وأتفق أيضاً على ضرورة حصول الأغلبية الساحقة ممن تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ٢٤ سنة (٩٠ في المائة منهم بحلول سنة ٢٠٠٥ و ٩٥ في المائة منهم بحلول سنة ٢٠١٠) على ما يلزم من معلومات وتثقيف وخدمات لاكتساب مهارات الحياة اللازمة للحد من تعرضهم للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية.

الجيل الثاني من البرامج

استناداً إلى التجربة منذ سنة ١٩٩٤ انبثق نهج شامل فيما يتعلق بوضع البرامج الموجهة إلى الشباب، وذلك على شكل توافق آراء عالمي خلال السنوات القليلة الماضية. ويربط هذا النهج بين التدخلات المتعلقة بالصحة الإيجابية - بما في ذلك البرامج التي تمكن المراهقين من تأخير النشاط الجنسي ورفض العلاقات غير المرغوبة وحماية أنفسهم إذا كانوا يمارسون الجنس - بالجهود الرامية إلى تزويد المراهقين بخيارات من خلال الاستثمار في تعليمهم وتدريبهم المهني وتنمية إحساسهم بالمواطنة. وتتمثل أولوية أخرى في زيادة أصوات ومشاركة الشباب في القرارات المتعلقة بالصحة والتنمية وفي حياة مجتمعاتهم الأعم.

وبرامج المراهقين والشباب هذه التي تمثل الجيل الثاني تعطي أولوية أيضاً لإيصال الخدمات إلى فئات الشباب التي لا تحصل على خدمات كافية، ومن بينها الشباب المتزوجون، والشباب الذين يعيشون في المناطق الريفية وفي مستوطنات حضرية فقيرة، والشباب غير الملحقين بالمدارس (الذين يمثلون غالبية أفراد تلك الفئة العمرية في كثير من البلدان).

والخوف من انتهاك خصوصياتهم، والتصورات الخاطئة عن السلامة وعن الآثار الجانبية لوسائل منع الحمل.

التدريب ومهارات الحياة والمشاركة. يؤود عدد من البلدان الشباب بالتدريب وفرص العمل وبالتثقيف على مهارات الحياة، وأفادت أغلبية البلدان بأنها اتخذت تدابير لتعزيز مشاركة الشباب في وضع السياسات والبرامج من خلال المجالس الاستشارية أو إجراء مشاورات غير رسمية عن طريق حلقات العمل والحوار مع منظمات الشباب. وقد بدأت كوستاريكا مبادرة غير مسبقة لإشراك الشباب في وضع السياسة الوطنية للشباب عن طريق مجلس وطني للشباب أنشئ حديثاً ويقدم صندوق الأمم المتحدة للسكان الدعم له^٤.

المراهقون. بعد انقضاء عشر سنوات على انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، مازال تقديم معلومات وخدمات الصحة الإنجابية للمراهقين مسألة خلافية في بعض البلدان. وهناك إقرار على نطاق واسع باحتياج المراهقين إلى تمكين لكي يمتنعوا عن ممارسة الجنس كخيار شخصي، أو لحماية أنفسهم من الحمل غير المرغوب ومن الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وغيره من الأمراض التي تنتقل جنسياً إذا كانوا يمارسون الجنس. ومما يؤدي إلى تفاقم عدم التوافق بين الاحتياجات والرعاية المقدمة عدم ثقة المراهقين في أغلب الأحيان في العاملين في المجال الصحي، وبخاصة في العيادات المكتظة التي تديرها الحكومة، وتصورهم أن مقدمي الخدمات يصدرون عليهم أحكاماً ويفتقرون إلى احترام أساسيات تقديم الرعاية الجيدة، ومن بينها السرية والخصوصية.

دور المنظمات غير الحكومية

تلعب المنظمات غير الحكومية أدواراً هامة في تقديم الرعاية والمعلومات، وفي الدعوة لحقوق المراهقين الإنجابية. ففي إندونيسيا، مثلاً، تقر الحكومة بأن المنظمات غير الحكومية غالباً ما تكون أكثر تقدماً في توفير الخدمات للمراهقين. وهي تنفيذ بأن المراهقين "وغيرهم ممن يفهمون الشباب حقاً" يديرون مراكز للشباب أقامتها الرابطة الإندونيسية لتنظيم الأسرة. وفي إثيوبيا، تتعاون المنظمات غير الحكومية في تقديم خدمات الصحة الإنجابية للمراهقين من خلال مراكز الشباب والبرامج الأهلية. كما تشجع الشباب على ممارسة أنشطة ذاتية مدرة للدخل من خلال تقديم قروض صغيرة إليهم.

وفي جامايكا، تتعاون "مجموعة المستقبلات الدولية"، وهي منظمة غير حكومية دولية، مع وزارة الصحة في شن حملة إعلامية تدعو إلى الامتناع عن ممارسة الجنس بين جميع المراهقين وتتولى تثقيف من هم أكبر سناً بشأن الجنس الأكثر أماناً.

وفي الهند، تقدم المنظمات غير الحكومية السبع التي تضمها شبكة كيدافري لمهارات المراهقين (وهي شبكة تضم منظمات دينية ومنظمات عمل اجتماعي ومنظمات بحوث اجتماعية ومنظمات

ويتضح من الجهود المبذولة في هذا المجال أنها تبشر بالخير إلى حد كبير، ولكن من اللازم تصعيدها تصعيداً هائلاً للتصدي للتحديات الضخمة التي تواجه شباب العالم تصدياً كافياً.

نتائج الاستقصاء العالمي الذي أجراه صندوق الأمم المتحدة للسكان

القوانين والسياسات. أفاد أكثر من ٩٠ في المائة من البلدان التي أجابت على الاستقصاء العالمي الذي أجراه صندوق الأمم المتحدة للسكان في سنة ٢٠٠٢ عن اتخاذ تدابير لمعالجة قضية صحة المراهقين وحقوقهم الإنجابية من خلال سياسات أو قوانين أو برامج^٥. فعلى سبيل المثال، يكفل قانون في بنما حق المراهقات الحوامل في البقاء في المدرسة والحصول على رعاية شاملة في مجال الصحة الإنجابية. وفي إكوادور، تنص مدونة جديدة بشأن الأطفال والمراهقين على الحق في التعليم والحق في الحصول على المعلومات والحق في الصحة الإنجابية والحق في السلامة^٦. ووضعت سيراليون سياسة وطنية للشباب ترمي إلى تعميم الشواغل المتعلقة بمبادرات الشباب باعتبارها مدخلات محورية في السياسات والبرامج الإنمائية. وتعطي خطة نيبال الحالية للحد من الفقر أولوية لصحة المراهقين وتعليمهم^٧.

التثقيف الصحي. لقد أدخلت البلدان جميعها تقريباً التثقيف الصحي، بما في ذلك التثقيف بشأن مهارات الحياة، ضمن المناهج الدراسية في المدارس (أساساً في التعليم الثانوي) وبرنامج موجهة إلى الشباب غير المتلتحقين بالمدارس. وهناك بلدان أيضاً تُفيد بأنها تستخدم التثقيف بواسطة الأقران من أجل توعية الشباب المتلتحقين بالمدارس وكذلك الشباب غير المتلتحقين بها. ويبدأ بلدان كثيرة أيضاً في تطبيق برامج لتوعية المتلتحقين بالمدارس من خلال الأندية والمسكرات وحلقات العمل، ويستخدم عدد من البلدان وسائل الإعلام لإيصال المعلومات المتعلقة بالصحة الإنجابية إلى فئة متنوعة من الشباب.

وفي بوليفيا، وبدعم من صندوق الأمم المتحدة للسكان، وضعت وزارة الصحة برنامجاً للشابات اللاتي ينتمين إلى السكان الأصليين يجمع بين الحصول على خدمات الصحة الإنجابية ومهارات القراءة والكتابة باللغة الإسبانية وبلغت السكان الأصليين، وتدبير ترمي إلى تحسين احترام الذات. وقد منحت اليونيسكو ذلك البرنامج الجائزة الدولية لحو الأمية في سنة ٢٠٠٠^٨.

الخدمات. لقد اتخذ تسعون في المائة من البلدان التي أجابت على الاستقصاء تدابير لتمكين المراهقين من الحصول على الرعاية المتعلقة بالصحة الإنجابية. وأنشأت بلدان كثيرة منها خدمات ملائمة للشباب موجهة بالتحديد إلى صغار السن. ومعظم هذه الخدمات تقدم على نطاق صغير وكثير منها تديره منظمات غير حكومية. ومن ثم تظل هناك احتياجات واسعة النطاق. وحتى حيثما تتوفر الخدمات، قد يواجه المراهقون عقبات، من بينها انعدام المعلومات، والإحساس بالوصمة، ومعارضة الأسرة، وموقف مقدمي الخدمات السلبي.

إنسانية) الخدمات لفئات متباينة من المراهقين الفقراء والمهمشين، من بينهم أطفال الشوارع، وتدعو إلى مشاركة الشباب في عملية صنع القرار.

دواعي القلق الأساسية بشأن الصحة والتنمية

يعيش سبعة وثمانون في المائة من الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ٢٤ سنة في العالم النامي^{١١}. ويشكل من تقل أعمارهم عن ١٥ سنة ٢١ في المائة من السكان في البلدان النامية و ٤٢ في المائة في أقل البلدان نمواً^{١٢}. وفي سنة ٢٠٠٠ كان المراهقون والشباب الذين تتراوح أعمارهم بين ١٠ سنوات و ٢٤ سنة يشكلون ٢٩ في المائة من السكان في البلدان النامية و ٢٢ في المائة من السكان في أقل البلدان نمواً، وذلك بالمقارنة بنسبة قدرها ٢٠ في المائة في البلدان المتقدمة النمو^{١٣}.

الفقر ونوع الجنس: دوائر الارتباط بين الإثنين وأثارها.

يشكل الشباب ربع أولئك الذين يعيشون تحت خط الفقر المدقع المتمثل في العيش على دولار واحد يومياً ومجموعهم بليون شخص^{١٤}. ويعيش نحو ١٠٦ ملايين شاب في حالة فقر مدقع في جنوب آسيا، و ٦٠ مليوناً في أفريقيا جنوب الصحراء، و ٥١ مليوناً في شرق آسيا ومنطقة المحيط الهادئ، و ١٥ مليوناً في منطقة أمريكا اللاتينية والكاريبي. وغالباً ما يمنع الفقر المدقع المراهقين من الانتظام في المدرسة، ويديم دائرة الفقر، ويجعل من الأصعب أن تصل برامج الصحة أو التعليم أو تنمية الشباب إلى تلك الفئة.

وما زالت أعداد الشباب تتزايد في البلدان الفقيرة. وكلما زاد فقر البلد، كلما زادت نسبة الشباب بين سكان ذلك البلد. ويزيد استعمال وسائل منع الحمل والحصول على الخدمات الصحية تبعاً للتعليم والحالة الاقتصادية، وينطبق ذلك أيضاً على سن الزواج وحدث أول ولادة.

وقد انخفضت الأمية بين أولئك الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ٢٤ سنة في جميع المناطق خلال الفترة ما بين سنة ١٩٩٠ وسنة ٢٠٠٠، ولكنها ما زالت أعلى كثيراً بين الإناث عنها بين الذكور، ولم يتحقق تقدم كبير في الحد من تلك الفجوة منذ سنة ١٩٩٠^{١٥}. فما زالت الفتيات يواجهن محدودية فرص التعليم المتاحة لهن، وغالباً ما توقعهن عن التعليم أدوارهن التقليدية التي تعطي الأولوية لتعليم البنين.

النشاط الجنسي المبكر. في معظم أنحاء العالم يصل صغار

السن إلى مرحلة البلوغ في عمر أبكر ويتزوجون في وقت متأخر أكثر مما كان يحدث في الماضي، ويبدو أن العلاقات الجنسية قبل الزواج أخذت في التزايد.

ويتضح من البيانات المتعلقة بأواخر التسعينات أن ٥١ في المائة من الشابات في أفريقيا و ٤٥ في المائة من الشابات في منطقة أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي ممن كن يمارسن الجنس وهن في سن العشرين قد بدأ نشاطهن الجنسي قبل الزواج. وعلى العكس

من ذلك، نجد أن النسبة المقابلة بالنسبة للذكور كانت تبلغ ٩٠ في المائة في أفريقيا و ٩٥ في المائة في منطقة أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي^{١٦}. وفي كثير من البلدان المتقدمة النمو، يبدأ في العادة النشاط الجنسي قبل الزواج بالنسبة لكل من الرجل والمرأة.

حمل المراهقات. لقد دعا برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية البلدان إلى "حماية وتعزيز حقوق المراهقين في الحصول على تثقيف ومعلومات ورعاية بشأن الصحة الإنجابية وإلى تخفيض عدد حالات حمل المراهقات تخفيضاً كبيراً"^{١٧}. ومع أن حالات حمل المراهقات أخذت في الانخفاض في كثير من البلدان، فإنها لا تزال تشكل مدعاة قلق كبير - وبخاصة بالنظر إلى المخاطر الصحية التي يمثلها الحمل المبكر بالنسبة لكل من الأم والطفل، وأثرها على تعليم الفتيات وفرصهن في الحياة. وما زالت الشابات والفتيات اللاتي تقل أعمارهن عن ٢٠ عاماً يمثلن ١٧ في المائة من جميع الولادات التي تحدث في أقل البلدان نمواً^{١٨} و ١٤ مليون ولادة تحدث على نطاق العالم كل سنة.

فأما واحدة بين كل ثلاث نساء في البلدان النامية تلد قبل أن تبلغ سن العشرين، بحيث تتفاوت نسبتهن إقليمياً من ٨ في المائة في شرق آسيا إلى ٥٥ في المائة في غرب أفريقيا^{١٩}.

والحمل هو أحد الأسباب الرئيسية للوفاة بالنسبة لمن تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ١٩ سنة، مع كون مضاعفات الولادة والإجهاض غير المأمون العاملين الرئيسيين في هذا الصدد. وتمثل النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ١٩ سنة نسبة تبلغ الربع على الأقل من عمليات الإجهاض غير المأمون التي تقدر بعشرين مليون عملية، وقراءة ٧٠٠٠٠ حالة وفاة مرتبطة بالإجهاض، تحدث كل سنة.

ولأسباب فيسيولوجية واجتماعية على السواء، تكون احتمالات وفاة الأمهات اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ١٩ سنة أثناء الولادة ضعف احتمالات ذلك بالنسبة لمن هن في عشرينات عمرهم، كما أن احتمالات وفاة الفتيات اللاتي تقل أعمارهن عن ١٥ سنة تبلغ خمسة أمثال احتمالات حدوث ذلك بالنسبة للنساء ممن هن في عشرينات عمرهم. وتعرض المخاض شائع على وجه الخصوص بين الفتيات غير الناضجات جسدياً اللاتي يلدن للمرة الأولى. والمرأة التي لا تموت من جراء تعسر المخاض وعدم حصولها على أي تخفيف لحالتها قد تفقد مولودها وتعاني من الناسور، وهو فتحة في قناة الولادة تتركها عاجزة عن التحكم في تبولها وتبرزها وغالباً ما تجعلها منبوذة اجتماعياً.

خطر الإصابة بالأمراض التي تنتقل جنسياً وبفيروس

نقص المناعة البشرية/الإيدز. يصاب شخص صغير السن كل ١٤ ثانية بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. وفي بيئات كثيرة يكون عدد صغيرات السن بين المصابين حديثاً أكبر عدة مرات من عدد صغار السن من الرجال^{٢٠}. فالإناث يشكلن ثلثي عدد صغار السن المصابين حديثاً في أفريقيا جنوب الصحراء. ولا تدري سوى نسبة مئوية صغيرة من صغار السن المصابين بفيروس نقص

المناعة البشرية/الإيدز أنهم مصابون بهذا الوباء. وفي كل من البلدان المتقدمة النمو والبلدان الأقل نمواً لا يعرف معظم الناس الذين يبدأون في ممارسة الجنس في سن صغيرة كيف يحمون أنفسهم. وغالباً ما تكون المرأة صغيرة السن غير قادرة على التفاوض على استعمال الرفال مع شريكها وقد تخشى عنقه إذا حاولت أن تفعل ذلك.

ويحدث ثلث حالات الإصابة الجديدة بالأمراض التي تنتقل جنسياً ويمكن العلاج منها - وهي حالات يتجاوز عددها ١٠٠ مليون حالة كل سنة - بين شبابه وشباب تقل أعمارهم عن ٢٥ سنة^{٢٠}. والإصابة بمرض آخر من الأمراض التي تنتقل جنسياً ولا تُعالج تؤدي إلى زيادة خطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية.

تزايد المخاطر بالنسبة للمراهقات المتزوجات. على الرغم من وجود اتجاه عالمي نحو تأخير سن الزواج (فقد ارتفع متوسط عمر أول زواج بين النساء من ٢١,٤ عاماً في سنة ١٩٧٠ إلى ٢٥,٥ عاماً في سنة ٢٠٠٠)^{٢١}، ستزوج ٨٢ مليون فتاة في البلدان النامية تتراوح أعمارهن الآن بين ١٠ سنوات و ١٧ سنة قبل أن يبلغن عيد مولدهن الثامن عشر^{٢٢}.

وغالباً ما تواجه المراهقات المتزوجات مخاطر لصحتهن الإنجابية أكبر من المخاطر التي تواجهها المراهقات غير المتزوجات. فغالباً ما تتوقع منهن الأسرة ويتوقع منهن المجتمع أن يبدأن في الإنجاب بعد الزواج مباشرة. وغالباً ما تكون إمكانية حصولهن على وسائل لمنع الحمل محدودة. وكثيرات منهن يواجهن خطر انتقال العدوى إليهن بالأمراض التي تنتقل جنسياً أو بعدوى فيروس نقص المناعة البشرية من أزواجهن الأكبر سناً اللذين قد تكون لهم شريكات جنسيات متعددات، ولكن التفاوض على استعمال الرفال لا يمثل خياراً بالنسبة لهن.

وقد وجدت دراسة أجريت في أولرر التسعينات أن معدل شيوع وسائل منع الحمل بين المراهقات غير المتزوجات اللاتي يعارسن الجنس كانت تتجاوز ٢٠ في المائة في سبعة بلدان بأفريقيا جنوب الصحراء (بنن والكاميرون والراس الأخضر وكينيا ونيجيريا وجنوب أفريقيا وزامبيا) وتتجاوز ٦٠ في المائة في ستة بلدان في منطقة أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي (بوليفيا والبرازيل وكولومبيا وكوستاريكا والجمهورية الدومينيكية وبيرو)، وهما نسبتان أعلى كثيراً من النسبة الشائعة بين نظيراتهم المتزوجات^{٢٣}. وكان استعمال الرفال على وجه الخصوص أعلى كثيراً بين المراهقين غير المتزوجين في هذه البلدان بالمقارنة باستعماله بين المتزوجين^{٢٤}.

تلبية احتياجات المراهقين والشباب

إن مساعدة المراهقين والشباب على تجنب الحمل غير المقصود والإصابة بالأمراض التي تنتقل جنسياً ومن بينها فيروس نقص المناعة البشرية تتطلب بذل جهود تثقيفية تروج للمواقف المتسمة بالإحساس بالمسؤولية ولاتباع سلوكيات جنسية أكثر صحة، وتتطلب زيادة إمكانية الحصول على خدمات ملائمة للشباب في

٣٠ إتاحة الفرصة للفتيات لتحقيق أحلامهن

تقول صفاء، وهي فتاة من اليمن تبلغ من العمر ١٥ سنة، "اعتقد أن لزم عندما يتعلم فإنه يحقق أحلامه ولكنه عندما يتزوج وهو في سن صغيرة للغاية فإنه يفقد فرصة تحقيق أحلامه".

وتشارك صفاء في برنامج المرشحات الذي يرمم صندوق الأمم المتحدة للسكان، وهو إحدى شركات كثيرة بين الصندوق والحكومة والمنظمات الاجتماعية والدينية تعمل على التوعية بعواقب الزواج المبكر بالنسبة للفتيات، ومن بينها المخاطر الصحية للحمل المبكر، وبفقدان فرص التطور، ومحدودية خيارات الحياة.

وتشارك صفاء وأخريات في طائفة متنوعة من الأنشطة - التي تشمل الحرف والرياضة والفنون والتكيف بشأن قضايا الصحة الإنجابية والقضايا الاجتماعية. وقد أصبحت، بعد مشاركتها في البرنامج على مدى خمس سنوات، وثقة من نفسها ومثلهة على أن تتحدث مع أصدقائها وأسرتهما عما تعلمته، وبخاصة فيما يتعلق بالزواج المبكر. وبينما لا يتوافر أمام كثيرات من قريناتها سوى خيار أن يتزوجن في سن صغيرة، فإن لديها خططاً أخرى، فهي تقول: "أريد أن أكون محامية، أشهر محامية في اليمن كله".

مجال الصحة الإنجابية، ويتطلب تدريباً وتثقيفاً على مهارات الحياة، واتخاذ تدابير لتعزيز حقوق المرأة والفتاة.

ويركز صندوق الأمم المتحدة للسكان على كفاءة إدراج صحة المراهقين وحقوقهم الإنجابية ضمن جداول الأعمال الوطنية وترجمتها إلى سياسات وتدابير تحقق نتائج ملموسة. ويعمل الصندوق على الترويج لحقوق الإنسان وللمساواة بين الجنسين، وعلى دعم انتقال صغار السن بنجاح إلى مرحلة البلوغ. وتُعطى أولوية لتوعية من هم أشد تعرضاً - ومن بينهم أولئك الذين يعيشون في حالة فقر أو في ظل ظروف قاسية، والشباب المتزوجون، والشباب المصابون بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز أو الذين أصبحوا يتامى بسبب الوباء، وأطفال الشوارع. ويعمل صندوق الأمم المتحدة للسكان أيضاً على معالجة قضية صحة المراهقين وحقوقهم معالجة أوسع نطاقاً، بالتركيز على وضع برامج كلية تتناول طائفة متنوعة من الاحتياجات وتستجيب لسياق حياة الشباب الاجتماعي والاقتصادي والثقافي الأوسع نطاقاً.

الترويج للسلوك الأصح

إن تقديم معلومات مناسبة للسن عن الأمور الجنسية والوقاية من الحمل والعدوى قد أظهر أنه يشجع السلوك المتسم بالإحساس بالمسؤولية (بما في ذلك الامتناع عن ممارسة الجنس، وتأخير بدء ممارسة الجنس، والحد من عدد الشركاء). وإلى جانب البرامج لدرسية تُبذل جهود لتوعية الشباب غير المتحقين بالمدارس اللذين غالباً ما يكونون هم الأكثر تعرضاً للمخاطر.

وقد أُستُخدمت، عند انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، أساليب ووسائط إعلامية مبتكرة كثيرة، من بينها المسرحيات

لقد أصبح تحالف الشباب الأفريقي رائداً في جعل البرامج الشاملة المتعلقة بالصحة الإنجابية التي تقدم المعلومات والرعاية حقيقية واقعة بالبنية لصغار السن، وأساساً بالنسبة لأولئك الذين تتراوح أعمارهم بين ١٠ سنوات و ١٩ سنة. ويتمثل هدف التحالف في الحد من حالات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وغيره من الأمراض التي تنتقل جنسياً والحد من انتشارها وتحسين صحة المراهقين الإيجابية بوجه عام في بوتسوانا وغانا وأوغندا وجمهورية تنزانيا المتحدة. وهذا التحالف، الذي تموله مؤسسة بيل وميلندا غيتس، هو شراكة تعاون بين صندوق الأمم المتحدة للسكان وبرنامج التكنولوجيا الملائمة في مجال الصحة (PATH)، ومنظمة "Pathfinder" القومية، ومنظمات غير حكومية محلية، يرمي إلى التوسع في اتباع النهج البرنامجية الناجحة.

وفي بوتسوانا، مثلاً، يساعد التحالف الرابطة اليوتسوانية للرعاية الاجتماعية للأسرة وشعبة صحة الأسرة بوزارة الصحة على تحسين خدماتها الملائمة للشباب. وترمي جهود الترويج الاجتماعي وأنشطة التوعية إلى زيادة الوعي بين الشباب بالخدمات الجديدة والمحسنة. وفي غانا، تم تشكيل لجنة تابعة للتحالف لكفالة مشاركة الحكومة مشاركة مجدية في الأنشطة المتعلقة بصحة المراهقين الإيجابية. ويعمل التحالف على نطاق واسع مع وزارة الصحة لتدريب مقدمي الخدمات الصحية على تقديم خدمات صحية ملائمة للشباب.

ويركز التحالف، الذي يقرب من عامه الخامس والأخير، على بناء قدرة شركائه المحليين وعلى التوسع في الأنشطة الحالية من أجل استمرار البرنامج بعد انتهاء منته الأصلية. وتلقى عدد من شركاء التحالف دافع البلاد مساعدة مكثفة فيما يتعلق بالإدارة المالية والتخطيط الاستراتيجي.

الصغيرات وضد المراهقات. ويصدر أيضاً تكليفاً بتخصيص خدمات صحية منفصلة للنساء في المرافق التعليمية. واعتمدت تونس أيضاً تشريعاً يكفل حق التعليم - بدون التمييز القائم على أساس الجنس أو عوامل أخرى.

ويكفل التشريع القائم في الأرجنتين وبينما للمراهقات الحوامل الحق في البقاء في المدرسة. وينص قانون بنما على حق المراهقات الحوامل في الحصول على رعاية صحية متكاملة أثناء العمل والولادة وفي فترة ما بعد الوضع (ويقضي بتقديم هذه الخدمات مجاناً إذا كان صغار السن لا يستطيعون دفع ثمن تلك الرعاية). وستقوم وزارة الصحة بتدريب المدرسين على تقديم المشورة إلى الطلبة بشأن الصحة الإنجابية ودرع التمييز.

وأصدرت نيكاراغوا قانوناً شاملاً بشأن تنمية الشباب يعزز حقوق الشباب (المعروفين بأنهم من تتراوح أعمارهم بين ١٨ و ٣٠ سنة) فيما يتعلق بالحصول على معلومات الصحة الإنجابية والتثقيف الجنسي والحقوق الإنجابية، بما في ذلك إمكانية الحصول على خدمات تنظيم الأسرة والمعلومات بشأن الأمراض

والمعرض الموسيقية ورسائل وسائط الإعلام والأحداث الرياضية والخطوط الساخنة الهاتفية ومشورة الأقران وتثقيف الأقران بواسطة مراهقين وشباب مدربين. وتركز البرامج بدرجة متزايدة على إكساب المراهقين مهارات الحياة فضلاً عن نقل المعلومات المتعلقة بالأمور الجنسية.

ومن الممكن أن تساعد برامج تثقيف الأقران صغار السن على تفهم الكيفية التي تتوخى بها التوقعات المتعلقة بالوقار الجنسيين صحتهم الإنجابية، ويمكن أن تمنحهم الثقة ليقاوموا تلك الأعراف. ويرمي بعضها، مثلاً، إلى تمكين صغار السن من رفض العلاقات الجنسية وتأكيد حقهم في أن يقولوا "لا"، فضلاً عن الإصرار على الجنس الأكثر أماناً وعلى استعمال الرقاقات إذا كانوا يمارسون الجنس. وتشجع برامج أخرى الشباب على تحدي الأفكار السائدة عن سيطرة الذكور في العلاقات والسماح بالإكراه وبالغف الجنسي.

ومشاركة المجتمع المحلي هامة أيضاً. ففي كمبوديا، يتلقى زعماء المجتمع المحلي والمدرسون والآباء والأمهات وحتى الرهبان (وكثيرون منهم صغار السن هم أنفسهم) تثقيفاً بشأن قضايا الصحة الإنجابية وذلك لكي يزيد فهمهم ودعمهم للمراهقين^{٢٥}.

الخدمات الملائمة للشباب

تستخدم طائفة متنوعة من نماذج البرامج لتقديم خدمات في مجال الصحة الإنجابية تكون ملائمة ثقافياً وملائمة للشباب وتحترم الخصوصية والسرية، وتتبع ساعات وأماكن مناسبة، وتحافظ على ميسورية الرسوم، وذلك بين خصائص أخرى. ومن بين النهج الواعدة توعية الأقران، والعيادات المتنقلة، والبرامج التي تنفذ في المدارس وأماكن العمل، والترويج الاجتماعي للرقاقات في منافذ غير تقليدية يسهل على صغار السن الوصول إليها.

وفي السنغال، يقدم مشروع الفتيات المراهقات - الذي تتكفل به مؤسسة الأمم المتحدة وينفذه صندوق الأمم المتحدة للسكان واليونيسيف - معلومات شاملة بشأن الصحة الإنجابية وخدمات ملائمة للشباب إلى جانب مهارات كسب العيش وممارسة الأنشطة الضرورية للدخول لمجموعة من الفتيات والشابات اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ٢٤ سنة وينحدرن من أسر فقيرة يبلغ مجموعهن ١٠٠٠ فتاة وشابة. ويخدم المشروع أيضاً الشباب المعوقين.

التقدم القانوني

في السنوات العديدة الماضية سن عدد من البلدان قوانين، ووضع لساتير جديدة أو وافق على تعديلات للمدونات القانونية، تحمي وتعزز حقوق المراهقين، ومن بينها حقهم في الرعاية المتعلقة بالصحة الإنجابية، وترمي إلى القضاء على التفاوتات في معاملة وتقييم البنين والبنات، في إطار الأسرة ومن جانب المجتمع. فقد وافقت بيرو على تشريع يكفل للبنات والبنين التعليم مع تكافؤ الفرص. ويسمى قانون آخر إلى تمكين الفتيات الريفيات من إتمام تعليمهن الثانوي، ويدعو إلى القضاء على التمييز ضد البنات

في بنغلاديش يتزوج أكثر من نصف جميع الفتيات ويبدأن في الإنجاب عند بلوغهن سن العشرين. وقد تكاثف معاً صندوق الأمم المتحدة للسكان واليونيسيف لمساعدة المراهقات غير المتزوجات على تلخير الزواج ومساعدة المراهقات المتزوجات على معرفة حقوقهن. ويشجع مشروع اليونيسيف الذي يحمل اسم "Kishori Abijan"، قيادات المراهقات والنساء اللاتي يمثلن قدوة لهن ويعملن في شراكة مع الحكومة والمنظمات غير الحكومية (مجالس السكان، ولجنة بنغلاديش النهوض بالريف، ومركز تثقيف الجماهير بشأن الطوم)، والفتيات شريكات نشطات ويشاركن في برامج مهارات كسب العيش غير التقليدية من قبيل الصحافة والتصوير الفوتوغرافي لتعزيز ثقتهن ورويتهن في المجتمع المحلي. ويدعم صندوق الأمم المتحدة للسكان الجهود الرامية إلى زيادة وعي المراهقين بحقوقهم المتعلقة بالصحة الإنجابية، ويركز الشروع على تمكين المراهقين ولكنها يساعدان أيضاً الحكومة والأسر والمجتمعات المحلية على دعم تنمية الفتيات.

السن وتعالج احتياجاتهم وشواغلهم وطموحاتهم. وسيضم الفريق أعضاء من كل من البلدان المتقدمة النمو والبلدان النامية وسيركز على ثلاثة مواضيع مبدئياً هي: فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، واحتياجات المراهقين المتزوجين، ودور الثقافة في صحة المراهقين الإنجابية^{٢٤}.

النُهج الاستراتيجية. تبين من تقييم أجري مؤخراً لمساهمات صندوق الأمم المتحدة للسكان والاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة في تعزيز صحة المراهقين وحقوقهم في ستة بلدان تنفذ فيها برامج أن المبادرات المضطلع بها حتى الآن كانت ستصبح أكثر فعالية لو أولي فيها مزيد من الاهتمام للسياسات والعمليات والاستعمال الاستراتيجي لنهج قائمة على الحقوق وتراعي الفوارق بين الجنسين فيما يتعلق بالبرمجة^{٢٥}. فقلة من الجهود موجهة بفعالية إلى فئات الشباب المهمشة، ومن اللازم القيام بمزيد من العمل لإتاحة خدمات جيدة في مجال الصحة الإنجابية لصغار السن بوجه عام ولجعل تلك الخدمات في متناولهم. وستستخدم النتائج المستمدة من هذا التقييم، الذي موله عدد من المانحين الثنائيين، في أعمال صندوق الأمم المتحدة للسكان التي سيقوم بها لصغار صغار السن في العالم في السنوات المقبلة.

التي تنتقل جنسياً، والحمل غير المرغوب، والإجهاض غير المأمون، وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز.

التحديات الأساسية

التوسع في البرامج. لقد بدأ منذ انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية تنفيذ عدد كبير من البرامج الجيدة على نطاق العالم لمعالجة الشواغل المتعلقة بالصحة الإنجابية، ولكن معظمها يعمل على نطاق صغير نسبياً. ويمثل أحد التحديات في تأمين الحصول على ما يلزم من موارد والتزام للتوسع في هذه البرامج.

ومن المنظمات التي نجحت في هذا الصدد منظمة "Action Health Incorporated" في نيجيريا، التي ساعدت تجارياً على تشكيل برنامج وطني للتثقيف بشأن الصحة الإنجابية^{٢٦}. وهناك أيضاً مبادرات حكومية جارية.

وفي أعقاب المؤتمر الدولي للسكان والتنمية تمهدت مؤامبيق بالاستثمار في الشباب. واعتمدت سياسة وطنية متعددة القطاعات بشأن الشباب تشرك وزارات حكومية مختلفة ومنظمات غير حكومية ومنظمات أهلية في مسعى يرمي إلى زيادة مشاركة الشباب في وضع السياسات وتحسين صحتهم الإنجابية. ويدعو هذا المشروع الوطني، الذي يحمل اسم "Geração Biz"، إلى تغيير السلوك ويقدم الخدمات لطائفة متنوعة من فئات المراهقين، من بينهم الطلبة والشباب غير المتحقين بالمدارس.

المشاركة والشراكة. من اللازم إضفاء الطابع المؤسسي على مشاركة الشباب في عمليات وضع البرامج والسياسات، ويجب تمكين الشباب بواسطة هذه العمليات. وتسعى مبادرة إقامتها اليونيسيف بالاشتراك مع منظمة الصحة العالمية وصندوق الأمم المتحدة للسكان، وهي مبادرة "إعمال حقوق المراهقات في مجال التنمية والمشاركة"، إلى جعل مرحلة المراهقة في صدارة جدول أعمال التنمية من خلال مشاركة الشباب في عملية وضع السياسة. وقد أعدت ونفذت نيكاراغوا، بمساعدة من صندوق الأمم المتحدة للسكان واليونيسيف، سياسة وطنية بشأن الشباب تُدمج الصحة الإنجابية ضمن الإطار العام للمواطنة وتثقيف الأقران والمشاركة السياسية. وفي أعقاب مشاور على نطاق البلد مع المراهقين، أنجحت الحكومة صراحة احتياجات المراهقين من حيث الصحة الإنجابية ضمن ورقة استراتيجياتها للحد من الفقر، وأصبحت أول بلد في العالم يفعل ذلك^{٢٧}.

ويدعم من فنلندا يقوم صندوق الأمم المتحدة للسكان حالياً بتشكيل فريق استشاري للشباب لكفالة أن تُدمج سياساته صغار



١٠ الصحة الإنجابية للمجتمعات التي تتعرض لأزمات

وفي منتصف التسعينات تعاون صندوق الأمم المتحدة للسكان ومفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين ومنظمة الصحة العالمية وغيرهم من الشركاء في وضع دليل ميداني شامل مشترك بين الوكالات للصحة الإنجابية في حالات اللاجئين^١، واتفقت هذه الهيئات جميعها على مجموعة من المعايير للرعاية تمثل حداً أدنى. وقد قام صندوق الأمم المتحدة للسكان بتجميع الموارد المادية اللازمة في حالات الطوارئ في مجموعات معدات خاصة بالصحة الإنجابية، مكونة من ١٢ مجموعة فرعية تتضمن لوازم الولادة النظيفة والمأمونة، والتصرف في مضاعفات التوليد، والوقاية من الأمراض التي تنتقل جنسياً ومن بينها فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز ومعالجة حالات الإصابة بتلك الأمراض، وتنظيم الأسرة. ومنذ سنة ١٩٩٦ قامت منظمات وحكومات بطلب وتوزيع هذه المعدات في أكثر من ٥٠ بلداً وإقليماً.

انطباق الحقوق في حالات الطوارئ مع تصاعد الاحتياجات.

تشكل النساء ممن في سن الإنجاب حوالي ٢٥ في المائة من عشرات الملايين من اللاجئين والأشخاص المشردين داخلياً بفعل الحروب أو المجاعة أو الاضطهاد أو الكوارث الطبيعية. ومن المرجح أن تكون واحدة بين كل خمس نساء منهن حاملاً. وتترتب على إهمال قضية الصحة الإنجابية في حالات الطوارئ عواقب خطيرة، من بينها حدوث حالات حمل غير مرغوبة، وحوادث وفيات بين الأمهات في مرحلة النفاس وبين الرضع كان يمكن الحيلولة دون

لقد كان من أهم الإنجازات التي تحققت منذ المؤتمر الدولي للسكان والتنمية حدوث زيادة كبيرة في الاهتمام باحتياجات الصحة الإنجابية الخاصة بالسكان الذين يصبحون في حالة ضعف من جراء الصراعات المسلحة أو الكوارث الطبيعية.

وقبل عقد من الزمان كانت المساعدة الإنسانية التي تقدم للسكان المتأثرين بحالات طوارئ معقدة تقتصر عموماً على الغذاء والماء والصرف الصحي والمأوى والحماية والرعاية الصحية الأساسية. وعدد الوفيات التي تحدث على نطاق العالم من جراء مضاعفات الحمل والولادة التي يمكن الوقاية منها أكبر من عدد الوفيات التي تحدث من جراء التضور جوعاً، ولكن المواد الأساسية اللازمة للولادة المأمونة ورعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة تلما كانت المساعدة في حالات الطوارئ تشملها. ويؤدي خطر الحمل غير المرغوب والعدوى بالأمراض التي تنتقل جنسياً إلى حدوث زيادة هائلة في مخيمات المشردين، ولكن قلة من الجهات الفاعلة في المجال الإنساني في هذه البيئات كانت تقدم خدمات تنظيم الأسرة، والعلاج والمشورة بعد الاغتصاب، أو حتى الرفالات.

وقد بدأ يتغير ذلك في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في سنة ١٩٩٤، حيث تناول برنامج العمل تحديداً احتياجات الأشخاص المشردين من حيث الصحة الإنجابية، ودُعيت اللجان إلى التحدث عن احتياجاتهن من حيث الصحة الإنجابية على صعيد دولي للمرة الأولى.

الصحة الإنجابية للأشخاص المشردين

لا يحصل المهاجرون والمشدون في أنحاء كثيرة من العالم على الرعاية الصحية الإنجابية إلا بصورة محدودة، وقد يواجهون أخطاراً جسيمة محددة تُهدق بصحتهم وبحقوقهم الإنجابية. ويجب أن تراعى الخدمات المعنية، مراعاة خاصة، احتياجات فرادى النساء والمراهقات وأن تستجيب لحالتهم التي تتصف غالباً بالضعف، مع إيلاء اهتمام خاص لضحايا العنف الجنسي.

— برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، الفقرة ٧-١١

علاوة على التأثيرات العامة للعنف وانعدام الرعاية الصحية:

- تتعرض المرأة بالذات لنقص الفيتامينات والحديد - وبخاصة للأنيميا (فقر الدم)، التي يمكن أن تؤدي إلى وفاة المرأة الحامل ومولودها.
- وتعاني المرأة من طائفة متنوعة من مشاكل الصحة الإنجابية، التي تتراوح من عدم توافر لوازيم صحية من أجل الطمث إلى المضاعفات الهمدة للحياة والمرتبطة بالحمل.
- وغالباً ما تؤدي الضغوط النفسية والاختلالات الناجمة عن الحرب إلى حدوث ارتفاع في العنف ضد المرأة والعنف الجنسي.
- والمرأة هي المسؤولة أساساً عن رعاية من يصبحون ضعفاء بسبب الحرب، وهم الأطفال والمرضى والمسنون.
- ويزيد ضعف المرأة بفقدان الرجل والوفاة، ويحدث اختلالات في البنية الاجتماعية، ويعوامل أخرى مرتبطة بالصراعات.

استمداد مرحلة الأزمة، وساهم أيضاً في التنمية الأطول أجلاً، مع إصلاح مستشفى للولادة وتدريب أخصائيي الرعاية الصحية، بين أنشطة أخرى.

وقد تبين من تقييم عالمي أجراه مؤخراً الفريق العامل المشترك بين الوكالات المعني بالصحة الإنجابية في حالات اللاجئين أن معظم مواقع اللاجئين تقدم الآن مزيداً على الأقل من الرعاية قبل الولادة، والتوليد بمساعدة مشرفين، وإدارة طوارئ التوليد، والرعاية للمولودين حديثاً وبعد الوضع. وقد تبين أن نسب الوفيات النفاسية في مخيمات اللاجئين في كينيا وباكستان وجمهورية تنزانيا المتحدة أقل من النسب الموجودة في البلدان المضيفة بوجه عام أو في بلدان اللاجئين الأصلية. ومع أن بعض عناصر رعاية الصحة النفاسية - وبخاصة دعم التوليد في الحالات الطارئة - مازالت تتطلب قدراً كبيراً من التعزيز، فقد تحققت بداية جيدة منذ سنة ١٩٩٤.

تنظيم الأسرة

غالباً ما يُعتبر تنظيم الأسرة اهتماماً ذا أهمية ثانوية في ظروف الطوارئ أو ظروف ما بعد انتهاء الصراعات. ولكن في بلد مزقته الحروب مثل أنغولا أو مثل سيراليون، حيث لا تتوفر رعاية كافية قبل الولادة، ولا تتوفر خدمات التوليد بمساعدة أخصائيين مهرة، ولا تتوفر رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة، سموتت امرأة بين كل تسع نساء نتيجة للحمل أو الولادة على مدى حياتهن. وبالنسبة للمرأة التي تعيش في ظل أزمات، يمكن أن يكون الحمل غير المخطط أمراً يؤدي إلى وفاتها.

حوتها، وانتشار الأمراض التي تنتقل جنسياً ومن بينها فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز.

ولقد أكد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية أن الحق في الصحة الإنجابية ينطبق على جميع البشر في جميع الأوقات. وتكفل برامج الصحة الإنجابية الفعالة حقوق الإنسان، من قبيل الحق في الصحة، وفي حرية تحديد عدد الأطفال الذين ينجبهم المرء وفترات المبادعة بين إنجابهم، والحق في الحصول على المعلومات وعلى تثقيف، والحق في التحرر من العنف والإكراه الجنسيين.

الأمومة السائلة

إن الحمل والولادة يمكن أن يكونا محفوفين بالمخاطر بالنسبة للمرأة في أفضل الظروف. ولكن الصراعات أو الكوارث الطبيعية تعرّض المرأة الحامل لمخاطر أكبر حتى من ذلك بسبب فقدان الدعم الطبي فجأة، الذي تضاعفه في كثير من الحالات عوامل الصدمة، أو سوء التغذية أو المرض، أو التعرض للعنف.

وعندما ضرب زلزال قوي مدينة بام، في إيران، في كانون الأول/ديسمبر ٢٠٠٢، دُمّر أكثر من ٨٥ في المائة من المرافق الصحية في المنطقة المنكوبة بالزلزال وراح ضحيته أكثر من نصف الموظفين الذين كانوا يقدمون الرعاية الصحية في تلك المرافق، في أقل من دقيقة واحدة. وأدت الصدمة الناجمة عن هذه الكارثة إلى جعل نساء حوامل كثيرات يلدن قبل الأوان أو يفقدن أجنبتهن. وعندما أُرغم القتال الذي انتلع مؤخراً في السودان أكثر من ١٠٠ ٠٠٠ لاجئ على الفرار إلى تشاد، اضطرت النساء الحوامل إلى أن يلدن على جانب الطرق وفي وسط الصحراء. وأدى الافتقار إلى أبسط المعدات الأساسية اللازمة للولادة المأمونة والنظيفة - مثل الصابون، وشفرة موسى نظيفة لقطع الحبل السري، وملاعة من البلاستيك لوضعها على الأرض - إلى إصابة نساء كثيرات بالتهابات مميتة، بحيث أصبح أطفالهن بلا أم ومعرضين للخطر.^٢ وقد وجدت دراسة أجريت في سنة ٢٠٠٢ أن مضاعفات الحمل والولادة كانت السبب الرئيسي في الوفاة بين النساء في سن الإنجاب في أفغانستان المنكوبة بالحرب. فنسبة لا تتجاوز ٧ في المائة من النساء الأفغانيات اللاتي لقين حتفهن أثناء الولادة كان يشرف على ولادتهن أخصائيو مهرة في مجال الرعاية الصحية. وكما هو الحال في ظل الظروف الأكثر استقراراً، من الممكن إنقاذ النساء اللاتي يصبن بمضاعفات مرتبطة بالحمل من الوفاة والإصابة، جميعهن تقريباً، إذا حصلن على علاج في الوقت المناسب. وفي غضون ٧٢ ساعة من زلزال بام، ساعد صندوق الأمم المتحدة للسكان ووزارة الصحة والتعليم الطبي الإيرانية على شراء لوازيم لكي تلد النساء الحوامل في أمان في المنزل، وإقامة مرافق مؤقتة لرعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة. وفي تشاد ومواقع أخرى من مواقع اللاجئين، يعمل صندوق الأمم المتحدة للسكان مع الشركاء المحليين على وضع نظام لتقديم الدعم قبل الولادة والإحالة من أجل طوارئ الولادة. وفي أفغانستان، استجاب صندوق الأمم المتحدة للسكان بلوازم وإمدادات الطوارئ أثناء

وإهمال تنظيم الأسرة يمكن أن تكون له عواقب خطيرة أخرى، من بينها عمليات الإجهاض غير المأمونة التي تنجم عن حالات الحمل غير المرغوبة، وعن حالات الحمل المتقاربة بشدة، وعن حالات الحمل المحفوفة بالمخاطر لدى النساء اللاتي إما يكن كبيرات السن للغاية أو صغيرات السن للغاية، وانتقال العدوى بالأمراض التي تنتقل جنسياً ومن بينها فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. وقد يمثل إبقاء إمدادات منتظمة من وسائل منع الحمل تحدياً رئيسياً في حالات الطوارئ. فقد تنقطع طرق النقل، وقد تتفكك شبكات التوزيع، وقد تتدهر مرافق الصحة، وقد تقصر الإمدادات الموجودة عن الطلب عندما تنتقل أعداد كبيرة من الأشخاص إلى مكان جديد.

ومع أن نساء كثيرات في هذه الظروف يخترن أن يحملن، فإن أعداداً كبيرة من النساء اللاتي يفضلن عدم مواجهة صعوبات الحمل والولادة أو إنجاب طفل وهن في مخيم من مخيمات المشردين لا يكون أمامهن خيار بسبب الافتقار إلى إمكانية الحصول على رفات أو وسائل أخرى لمنع الحمل. وحتى عندما تكون الخدمات والواجب متوافرة، قد يعوق عدد من العوامل استخدامها. فقد تبين من تقييم أجرته اللجنة النسائية للاجئين والأطفال اللاجئين في سنة ٢٠٠٦ أن لاجئات أنغوليات كثيرات في زامبيا كن يابن استخدام وسائل لتنظيم الأسرة، رغم توافرها. وكان من بين العقبات التي ذكرت في هذا الصدد: مقاومة الأزواج؛ والمعتقدات الدينية والاجتماعية التي تتمثل في أن المرأة ينبغي أن تُنجب أكبر عدد ممكن من الأطفال؛ وانعدام برامج التوزيع المجتمعية؛ والصعوبة التي تواجهها المرأة في إقناع شريكها باستخدام الرفات. وقد أوصت اللجنة، عملاً على زيادة قبول وسائل تنظيم الأسرة، بشن حملة اتصالية موجهة إلى الرجال والتدريب المستمر للثقي الأتران والأخصائيين المجتمعيين^٢.

وفي ظروف الطوارئ في مختلف أنحاء العالم قدّم صندوق الأمم المتحدة للسكان الرفات مجاناً كخطوة أولى نحو إعادة خدمات تنظيم الأسرة. ويجري الصندوق، عندما يسمح الوضع الأمني بذلك، تقييمات سريعة لتحديد الاحتياجات في مجال تنظيم الأسرة، وغالباً ما يتمكن من تقديم المعلومات الأساسية الهامة بشأن السكان، بما في ذلك أفضليتهم فيما يتعلق بوسائل تنظيم الأسرة. ويسعى الصندوق مع شركائه، عند التخطيط لبرامج متوسطة الأجل وطويلة الأجل، إلى إشراك النساء والرجال والمراهقين من بين السكان المنكوبين، للمساعدة على كفالة تقديم خدمات ملائمة في مجال تنظيم الأسرة تراعي الحساسيات الثقافية وتتسم بالفعالية.

العنف الجنسي والعنف ضد المرأة

لقد أصبح الاغتصاب سمة من سمات الصراع المسلح منذ قرون، وغالباً ما يُكجأ إليه بصفة منتظمة لإهانة "العدو" أو السيطرة عليه أو إحداث خلل في الروابط الاجتماعية الخاصة به.

وفي عدد من الصراعات التي اندلعت منذ المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، ومن بينها الصراعات التي اندلعت في البوسنة ورواندا وكوسوفو، كان السكان المدنيون هدفاً متعمداً للعنف الجنسي، مما أثار اهتمام الحركات الداعية إلى حقوق الإنسان والحركات النسائية والصحافة الدولية.

وقد أولي اهتمام أقل للنساء والفتيات اللاتي قد تضطرن الظروف، أثناء هروبهن أو وجودهن كلاجئات، إلى أن يعرضن ممارسة الجنس في مقابل الحصول على غذاء أو مأوى أو حماية. وينشأ أيضاً على نطاق كبير العنف العائلي والاغتصاب في إطار الزوجية بين السكان المشردين، بالنظر إلى أن رجالاً كثيرين ممن يكونون قد فقدوا وظائفهم ومكانتهم واستقرارهم يُنفسون عن إحباطاتهم بممارسة العنف مع شريكاتهم.

والأثر الذي يترتب على العنف، وبخاصة الاغتصاب، قد يكون أثراً مدمراً. وقد تشمل الآثار الجسدية الإصابات، والحمل غير المرغوب، والعجز الجنسي، والإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. وقد تواجه النساء اللاتي يبقين على قيد الحياة بعد تعرضهن لذلك العنف استبعاداً من الحياة الأسرية وعزلة اجتماعية. أما الضرر الذي يلحق بالصحة العقلية فهو يشمل الفلق، والاضطراب الناجم عن الضغط النفسي بعد الصدمة، والاكتئاب، والانتحار. وكثيرات من النساء اللاتي يبقين على الحياة بعد تعرضهن للعنف لا يُبلغن عن عمليات الاغتصاب التي تعرضن لها وقد تشعر أخريات أنهن عاجزات عن القيام بذلك.

وحتى وقت قريب العهد، كانت المحاولات التي تُبذل لمنع العنف الجنسي والعنف ضد المرأة في أوقات الصراعات أو التشريد قليلة. ولكن كانت هناك مبادرات شتى موجهة إلى السكان المنكوبين بالصراعات أظهرت أن من الممكن منع ذلك العنف بواسطة ما يلي:

- إثارة الوعي بشأن العنف الجنسي وإدانتته باعتباره انتهاكاً لحقوق الإنسان وتهديداً للصحة العامة؛
- دعم حملات التوعية والإعلام؛
- التشجيع على اتخاذ تدابير سلامة لصالح النساء في مخيمات المشردين، بما في ذلك توفير إضاءة كافية وتنظيم دوريات أمنية وتحديد أماكن مأمونة للخدمات والمرافق، وكفالة إمكانية الحصول على المياه والوقود والعلف وغير ذلك من المؤن بدون الاضطرار إلى السير مسافات بعيدة للغاية؛
- الدعوة إلى سنّ وإنفاذ قوانين وسياسات مضادة للعنف الجنسي والعنف ضد المرأة، وتقديم التدريب للشرطة والقضاة؛
- إشراك الرجال للتشجيع على تغيير السلوك.

ويُدعم صندوق الأمم المتحدة للسكان هذه الجهود، إلى جانب تقديم العلاج والمشورة اللذين يساعدان على إيجاد شعور بالأمان، وإتاحة فرص للتحدث بشأن التجارب العنيفة - وكلها أمور حيوية من أجل الشفاء. ومن الممكن أن تساعد المشورة ويساعد التثقيف أفراد الأسرة والمجتمعات المحلية على قبول ومساندة المرأة التي تُنتهك. ومن الممكن أن يؤدي التدريب على كيفية مساعدة ضحايا العنف الجنسي إلى تحسين حساسية استجابات العاملين في المجال الصحي فيما يتعلق بتلك القضية. ويتضمن العلاج الطبي والنفسي تقديم وسائل لمنع الحمل خاصة بالحالات الطارئة، وتقديم المشورة وخدمات الصحة الإنجابية.

فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وغيره من الأمراض التي تنتقل جنسياً

إن الأمراض التي تنتقل جنسياً، ومن بينها فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، تنتشر جميعها في ظل ظروف الأزمات، التي تتزامن مع محدودية إمكانية الحصول على وسائل الوقاية والعلاج والرعاية.

ومن بين الظروف الأخرى التي تؤدي إلى زيادة مخاطر التعرض للمخطر في الحالات الطارئة ما يلي:

- حدوث تنقلات للسكان على نطاق كبير؛
 - انقطاع العلاقات المستقرة وتفكك المجتمع والحياة الأسرية؛
 - حدوث اختلال في الأعراف الاجتماعية التي تحكم السلوك الجنسي؛
 - بدء المراهقين علاقات جنسية في سن أبكر؛
 - إكراه النساء والمراهقات والمراهقين على تقديم الجنس مقابل الغذاء والمأوى والدخل والحماية؛
 - الاختلاط بسكان لديهم معدلات إصابة أعلى بفيروس نقص المناعة البشرية؛
 - زيادة خطر العنف الجنسي، ومن بينه الاغتصاب.
- والاغتصاب من رجل مصاب بالعدوى يعرض المرأة مباشرة للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية، وقد يؤدي ما ينجم عن ذلك من تهتكات أو تمزيقات في أنسجة المهبل إلى زيادة خطر العدوى وزيادة هائلة.
- وفي بعض الصراعات، كانت إصابة المرأة إصابة مخططة ومتعمدة بعدوى فيروس نقص المناعة البشرية أداة من أدوات

الحرب العرقية. وقد وجدت رابطة أرومب الإيابة الجماعية في رواندا أن ثلثي أعضائها ممن تعرضن للاغتصاب على يد المقاتلين من قبائل الهوتو تبين أنهن أصبن بفيروس نقص المناعة البشرية. ومع أن البيانات المتعلقة بمعدل شيوع فيروس نقص المناعة البشرية بين اللاجئين شحيحة، من المعتقد أن الأشخاص المشردين يتعرضون لزيادة مخاطر انتقال الفيروس إليهم أثناء التشريد وبعده^٤.

والتدخلات اللازمة فيما يتعلق بالأمراض التي تنتقل جنسياً/فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز في أوساط اللاجئين، عند استقرار الحالة، هي إلى حد كبير نفس التدخلات التي تلزم فيما يتعلق بالسكان المستقرين، وهي: المعلومات والتوعية، والترويج لاستعمال الرفالات وتوزيعها، واللجوء إلى التصرف في متلازمة الأمراض التي تنتقل جنسياً، وتقديم المشورة والاختبار الطوعيين فيما يتعلق بفيروس نقص المناعة البشرية، وتوفير احتياطات لكفالة نقل دم مأمون، والحيلولة دون انتقال العدوى من الأم إلى الطفل.

ولكن في ظل ظروف ما بعد انتهاء الصراعات كالتحولات التي سادت في ليبيريا وسيراليون، حيث أوجدت سنوات من الحرب والتشريد المستمر حالة أصبح فيها تزايد شيوع فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز يشكل تهديداً رئيسياً للمصالحة وللإعمار بعد انتهاء الصراع، استحدث صندوق الأمم المتحدة للسكان وشركاؤه نهجاً أكثر شمولاً (انظر الإطار).

صحة المراهقين الإنجابية

إن صغار السن الذين ينفصلون عن أسرهم ومجتمعاتهم المحلية يكونون عرضة بوجه خاص للاستغلال الجنسي ومن الأرجح أن يخرطوا في سلوك جنسي محفوف بالمخاطر. فقد يتأثر المراهقون المنكوبون بالحرب تأثراً عميقاً بانهيار النظم الاجتماعية والثقافية، وفقدان إمكانية الحصول على الخدمات التعليمية والصحية، وتعطيل المدارس وحدث اختلال في الصداقات، والتعرض للعنف، وفقدان أفراد من الأسرة.

وفي كولومبيا، اقترنت بالعنف والتشريد زيادة ملحوظة في حالات الحمل بين المراهقات وعمليات الإجهاض غير المأمونة. وتبين من دراسة أن الفتيات المشردات كانت احتمالات أن يحملن قبل سن ١٥ سنة أكبر ثلاث مرات من احتمالات حدوث ذلك في حالة الفتيات الأخريات^٥. وفي ليبيريا، حيث من المألوف أن تحمل الفتيات وهن في سن ١١ و ١٢ سنة، قُدِّر ممثل منظمة الصحة العالمية في سنة ٢٠٠٢ أن ما يصل إلى ٨٠ في المائة من الفتيات المشردات كانت قد أجريت لهن عملية إجهاض متعدد وهن في سن ١٥ سنة^٦. والحمل المبكر يمكن أن تكون له آثار شديدة بالنسبة لصحة وسلامة الفتيات اللاتي لا تكون أجسادهن قد نمت نمواً كافياً بحيث يمكن أن تتحمل الحمل والولادة. واحتمالات وفاة الفتيات اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٠ سنوات و ١٤ سنة أثناء الحمل والولادة أكبر خمس مرات من احتمالات حدوث ذلك في حالة

الأشخاص المشردون داخلياً مستضعفون بوجه خاص ويتعرضون لخاطر أكبر

حتى بالرغم من تحسُّن التغطية لخدمات الصحة الإنجابية بالنسبة للاجئين الدوايين خلال العقد الماضي، فقد تحلَّفت التقدم المحرز في تقديم الخدمات للأشخاص المشردين داخلياً الموجودين داخل دول، الذين يفوق عددهم عدد اللاجئين على نطاق العالم بنسبة اثنين إلى واحد.

وفي أنغولا، حيث مازال مئات الآلاف مشردين بعد زهاء ثلاث عقود من الحرب، أسفر انفجار شديد إلى الخدمات الأساسية للأمم المتحدة السائلة عن واحدة من أعلى نسب الوفيات النفاسية في العالم. وليس من المرجح أن تتحسن الحالة بدون بذل جهد طويل الأجل وعلى نطاق ضخم يتضمن إعادة بناء المرافق الصحية وإعادة تزويدها بالمواد، وتدريب المشغلين بالمهن الصحية، وإنشاء خدمات إحالة ونظم نقل أساسية من أجل التضاعفات التي تتطلب رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة.

كما أن الأشخاص المشردين داخلياً في ليبيريا ظلوا بدون الخدمات الصحية الدنيا لمدة تجاوزت عقداً.

ويمثل الأشخاص المشردون داخلياً تحدياً خاصاً لخاصة لجهات تقديم المساعدة الإنسانية، وبخاصة فيما يتعلق بتقديم خدمات الصحة الإنجابية. فعلى ما تتجاهل السلطات الوطنية الأشخاص المشردين، وتتخذ موقفاً عدائياً منهم في بعض الأحيان. وقد وسَّعت وكالات من قبيل مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين وصندوق الأمم المتحدة للسكان نطاق ولاياتها خلال العقد الماضي لكي تشمل الأشخاص المشردين داخلياً. وحققت تقدراً من التقدم في ربطهم بالنظم الصحية الوطنية. ولكن مازال يتعذر وصول هذه المنظمات إلى ملايين من أولئك الأشخاص.

ويجب على الحكومات في البلدان التي يعيش فيها أشخاص مشردون أن تفعل المزيد للاعتراف بحقوقهم، بينما يجب على البلدان المانحة أن تُزيد من التمويل الذي تقدمه ومن الضغط السياسي الذي تمارسه من أجل كفاءة عدم تجاهل احتياجاتهم.

النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين ٢٠ و ٢٤ سنة. وتمثل أيضاً عمليات الإجهاض غير المأمون مخاطر صحية هائلة. ففي ظروف صراعات كثيرة، تصبح الفتيات الصغيرات عرضة بدرجة مفرطة للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية وبالأضرار الأخرى التي تنتقل جنسياً أيضاً.

ومن أجدي وسائل حماية صحة المراهقين المنكوبين بالكوارث كفاءة إمكانية حصولهم على معلومات وخدمات الصحة الجنسية والإنجابية. ويتضمن ذلك تقديم معلومات ومساندة ملائمين للشباب، وتقديم المشورة، وهي أمور يمكن أن تكون هامة على وجه الخصوص لضحايا العنف الجنسي.

ويقدم من بلجيكا، يعمل صندوق الأمم المتحدة للسكان مع الشركاء المحليين على التوسع في الخدمات وتقديم الدعم للشباب المشردين داخلياً في بوروندي وكولومبيا وجمهورية الكونغو الديمقراطية وليبيريا والأراضي الفلسطينية المحتلة ورواندا وسيراليون.

وفي جمهورية الكونغو الديمقراطية، مثلاً، أقام صندوق الأمم المتحدة للسكان بالاشتراك مع منظمة غير حكومية محلية مراكز للشباب من أجل الشباب المشردين الذين يعيشون خارج مخيمات أو في مدن كبيرة. وتقدم هذه المراكز خدمات الصحة الإنجابية ومن بينها المشورة والاختبار الطوعيان للمتعلقان بالأمراض التي تنتقل جنسياً. وقام المشروع أيضاً بتدريب عشر منظمات غير حكومية على تقديم معلومات وخدمات الصحة الإنجابية للمراهقين. ومع تزايد الطلب على هذه الخدمات، سيلزم المزيد من التمويل والموارد والشراكات.

المكاسب والثغرات

مع أن التمويل الدولي للاحتياجات المتعلقة بالصحة الإنجابية في حالات الطوارئ قد زاد منذ سنة ١٩٩٤، فإن عدد الأشخاص الذين يحتاجون إلى هذه الخدمات قد زاد بسرعة أكبر من السرعة التي زادت بها المساعدة ذات الصلة. فأكثر من نصف البلدان في أفريقيا جنوب الصحراء قد نُكبتت بآزمات خلال العقد الماضي - سواء مباشرة، كما في حالة رواندا أو ليبيريا، أو بطريق غير مباشر، كما في حالة جمهورية تنزانيا المتحدة وغينيا، التي نأت تحت عبء وجود أعداد كبيرة من اللاجئين لديها من البلدان المجاورة.

وعدم تلبية احتياجات الصحة الإنجابية للسكان المنكوبين بالآزمات، وبخاصة في عصر الإيدز، يمكن أن تترتب عليه عواقب مفعمة لا بالنسبة لفرادى النساء والرجال والأطفال فحسب. إذ أنه يمكن أيضاً أن يقوِّض استقرار بلد بأكمله وأفاق المصالحة والإعمار والتنمية بعد انتهاء الصراعات.

ويحدِّث تقييم عالمي جديد أجراه الفريق العامل المشترك بين الوكالات المعني بالصحة الإنجابية في حالات اللاجئين من أن التقدم الذي تحقق مؤخراً في هذا المجال يهدده حالياً ركود أو تدني التمويل من المانحين، الذي يتفاهم بفعل المعارضة السياسية من جانب حكومة الولايات المتحدة لبعض جوانب الصحة الإنجابية. علماً بأن زيادة أنشطة الدعوة وزيادة التمويل أصبحت الآن أكثر أهمية مما كانتا في أي وقت مضى، بالنظر إلى أن انعدام الاستقرار الجيوسياسي وتزايد التعرض للكوارث الطبيعية يهددان بزيادة عدد الأشخاص المحتاجين في السنوات المقبلة.



١١ أولويات العمل

لقد سلّمت حكومات العالم، باعتمادها برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في سنة ١٩٩٤، بأن الاستثمار في الناس، وتوسيع نطاق فرصهم، وتمكينهم من تحقيق إمكاناتهم كبشر، هو السبيل إلى تحقيق النمو الاقتصادي المستدام والتنمية القابلة للاستدامة. واتخاذ تدابير ناجحة لتنفيذ جدول أعمال مؤتمر القاهرة ومكافحة الفقر يتوقف على توافر التمويل الكافي ووجود شراكات فعالة.

ويناقد هذا الفصل دور الشراكة في العمل على تحسين الصحة الإنجابية وتعزيز الجهود الرامية إلى تحقيق أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية والغايات الإنمائية للألفية، والوارد اللازمة؛ ويلقي ذلك موجز لأولويات العمل.

الشراكة مع المجتمع المدني

لقد لعبت المنظمات غير الحكومية، وهي العمود الفقري لبرامج كثيرة في مختلف أنحاء العالم، دوراً جوهرياً في تشكيل توافق آراء المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، وكان مستوى مشاركتها في العملية الحكومية الدولية غير مسبوق. وقد كان برنامج العمل بعيد المدى في توصياته الداعية إلى تعزيز الشراكات من المنظمات غير الحكومية، ومؤسسات المجتمع المدني الأخرى، والقطاع الخاص. ففي بلدان كثيرة تنشط حالياً منظمات غير حكومية في تقديم الخدمات المتعلقة بالصحة الإنجابية والترويج لجدول أعمال مؤتمر القاهرة بطرائق عديدة أخرى، من بينها الدعوة.

وقبل سنة ١٩٩٤ كانت الشراكات بين الحكومات والمنظمات غير الحكومية تشمل في معظمها رابطات تنظيم الأسرة، التي كانت الجهات الرئيسية التي تقدم خدمات تنظيم الأسرة في كثير من البلدان النامية. وقد استمر هذا التعاون خلال العقد الماضي، مع حصول المنظمات غير الحكومية في أغلب الأحيان على تمويل خارجي لتقديم الخدمات على نحو مستقل عن الحكومات. ومنذ انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية واستعراضه في سنة ١٩٩٩، تطورت الشراكات بين الحكومات ومجموعة أوسع نطاقاً من منظمات المجتمع المدني، من بينها الرابطات المهنية، والمنظمات الأهلية، وغيرها.

وفي الاستقصاء العالمي الذي أجراه صندوق الأمم المتحدة للسكان في سنة ٢٠٠٢، أفاد ٩٠ في المائة من الحكومات في جميع

المناطق الإقليمية بوجود شراكات فعالة مع المنظمات غير الحكومية فيما يتعلق بقضايا السكان والصحة الإنجابية. فقد تقبّل كلا الجانبين فكرة أن المنظمات غير الحكومية غالباً ما تستطيع أن تصل إلى بعض الفئات بسهولة أكبر من سهولة وصول الحكومات إلى تلك الفئات، وتستطيع أن تنفذ برامج معينة بفعالية أكبر من الفعالية التي يمكن أن تنفذ بها الحكومات تلك البرامج.

المنظمات غير الحكومية وخدمات الصحة الإنجابية. لا توفر

بعض الحكومات عناصر معينة من عناصر خدمات الصحة الإنجابية بسبب المعوقات المالية أو الافتقار إلى القدرة على القيام بذلك. وفي بعض البيئات التي تتطلب مرونة وإيصال الخدمات بسرعة أكبر تكون المنظمات غير الحكومية أقدر من الحكومات على تعزيز المساواة بين الجنسين، ومعالجة موضوع العنف ضد المرأة، وتشجيع مسؤولية الذكور، وتقديم معلومات وخدمات الصحة الإنجابية للمراهقين، والاضطلاع ببرامج لتنمية الشباب، وتوعية الفئات الأكثر تعرضاً لخطر الإصابة بعدوى فيروس نقص المناعة البشرية. وفي المكسيك، تعترف الحكومة بدور المنظمات غير الحكومية في تقديم الخدمات الطبية بما فيها اختبارات الكشف عن سرطان الرحم، والاستشارات الخاصة بأمراض النساء، والرعاية قبل الولادة، ورعاية المولودين حديثاً.

ومع بدء إصلاح القطاع الصحي وتقديم وريقات استراتيجية الحد من الفقر واتباع نهج قطاعية خلال العقد الماضي، يقدم مانحون كثيرون الآن التمويل إلى الحكومات مباشرة. ونتيجة لذلك، غالباً ما تكون حكومات البلدان النامية أقدر الآن على أن تتشارك مع المنظمات غير الحكومية، والجهات الفاعلة الأخرى في المجتمع المدني، والقطاع الخاص، بطرائق مكتملة للبرامج التي تنفذها. ففي بنغلاديش، حيث تقدم المنظمات غير الحكومية ويقدم القطاع الخاص معظم الرعاية الصحية، أدرجت الحكومة المنظمات غير الحكومية والمنظمات الأهلية ضمن لجنة استشارية وطنية لمشاركة أصحاب المصلحة في قطاع الصحة والتغذية والسكان، كغالبية تقديم خدمات متمحورة حول الزبائن، وتقديم رعاية جيدة، وتحقيق الإنصاف الاجتماعي والإنصاف بين الجنسين، وتحقيق اللامركزية. وكان القصد من ذلك هو إشراك الشركاء في تخطيط السياسات والبرامج وكذلك في تنفيذها.

ومن الناحية الأخرى، أدرجت بعض البلدان المنظمات غير الحكومية وغيرها من المنظمات في وضع استراتيجيات الحد من الفقر وإصلاح القطاع الصحي، ولكنها استبعدتها من مرحلة التنفيذ.

وتتخذ المنظمات غير الحكومية وغيرها من الجهات الفاعلة في المجتمع المدني، ومن بينها الرابطة المهنية، تدابير كانت تعتبر تقليدياً حكراً على الحكومات، ومن ذلك وضع المعايير وكفالة المسألة، إما كتكملة للجهود الحكومية أو لسد الثغرات في تلك الجهود. ويمكن أيضاً للمنظمات غير الحكومية أن ترصد امتثال الحكومة لمعاهدات حقوق الإنسان وللالتزامات التي أخذتها على عاتقها بشأن تنفيذ برنامج العمل.

وللرابطات المهنية الخاصة بالأطباء والمرضى والمرضات والقابلات وموظفي الرعاية الصحية الآخرين أدوار أساسية يجب أن تقوم بها في وضع المعايير، بما في ذلك المعايير الأخلاقية، وفي توفير التعليم الطبي المستمر والتدريب على المهارات لأفرادها فيما يتعلق بالصحة والحقوق الإنجابية والجنسية وعناصر الرعاية الجيدة. وقد نفذت منظمات غير حكومية دولية من قبيل منظمة "Commonwealth Medical Trust" أنشطة لهذا الغرض.

القطاع الخاص. كان مما يمثل تطوراً جديداً آخر في العقد الماضي الشراكة بين المنظمات غير الحكومية والقطاع الخاص في الترويج للصحة الإنجابية مع إدراك كل جانب منهما مزايا الآخر النسبية. فالشركات الخاصة تتيح فوصاً للترويج الاجتماعي للرفالات وغيره من سلع الصحة الإنجابية من خلال أسواق السوبرماركت والمتاجر الصيدليات. ويسلم بعض أصحاب العمل في القطاع الخاص الآن بمزايا الترويج للصحة الجنسية والإنجابية بين موظفيهم وفي المجتمعات المحلية التي يعملون فيها.

البرلمانيون. يلعب للمثولون المنتخبون أدواراً هامة في تحديد الأولويات، وتخصيص الموارد، وتحديد المسؤوليات المؤسسية فيما يتعلق بخدمات الصحة الجنسية والإنجابية وبالحقوق الإنجابية. وقد عملت مجموعات برلمانية في عدد من البلدان على الترويج لتنفيذ جدول أعمال المؤتمر الدولي للسكان والتنمية وتوفير التمويل الكافي له.

وكانت المجموعة الأولى من هذا القبيل، وهي مجموعة "اتحاد البرلمانيين الياباني من أجل قضية السكان"، رائدة في حركة البرلمانيين العالمية منذ ثلاثة عقود. كما كانت "المجموعة البرلمانية الشاملة لجميع الأحزاب والمعنية بقضية السكان والتنمية والصحة الإنجابية" في المملكة المتحدة مصدر إلهام لمجموعات برلمانية وطنية في بلدان أوروبية أخرى. ومن بين المجموعات في البلدان النامية "رابطة البرلمانيين المعنية بقضية السكان والتنمية" في الهند، واللجان المعنية بالسكان والتنمية في كل من مجلسي البرلمان النيجيري.

وشبكات البرلمانيين الإقليمية والعالمية نشطة أيضاً في جهود الدعوة. فمنتدى البرلمانيين الآسيوي المعني بقضية السكان والتنمية، ومنتدى البرلمانيين الأفريقيين والعرب المعني بالسكان والتنمية، والمجموعة البرلمانية للبلدان الأمريكية المعنية بالسكان والتنمية، قررت جميعها تنظيم أحداث في سنة ٢٠٠٤ للاحتفال بالذكرى السنوية العاشرة للمؤتمر الدولي للسكان والتنمية.

وسيعقد في مدينة ستراتسبورغ بفرنسا يومي ١٨ و ١٩ تشرين الأول/أكتوبر ٢٠٠٤ مؤتمر البرلمانيين الدولي الثاني المعني بتنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. وهذا المؤتمر يشترك في تنظيمه منتدى البرلمانيين للبلدان الأوروبية المعني بالسكان والتنمية وصندوق الأمم المتحدة للسكان بالتعاون مع مجلس أوروبا.

وفي مؤتمر البرلمانيين الدولي الأول المعني بتنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الذي عقد في سنة ٢٠٠٢ في أوتاوا، بكندا، وقّع ١٠٣ من المسؤولين المنتخبين من ٧٢ بلداً بيان التزام^١ يوجز تدابير محددة ستتخذها تلك البلدان لصون الحقوق الإنجابية للمرأة، وتحسين إمكانية حصولها على خدمات الصحة الإنجابية بما في ذلك تنظيم الأسرة، والحد من الوفيات النفاسية، والحيلولة دون انتشار فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، وتمهدوا بالسعي جاهدين إلى تخصيص نسبة تصل إلى ١٠ في المائة من ميزانيات التنمية في بلدانهم لبرامج السكان والصحة الإنجابية.

الجامعات. غالباً ما تتجه الحكومات إلى الجامعات لجمع وتحليل البيانات، وإجراء البحوث، بشأن قضايا الصحة الجنسية والإنجابية. ففي الهند، على سبيل المثال، يتولى ١٨ مركزاً من مراكز البحوث السكانية الملحق بالجامعات مسؤولية إجراء بحوث بشأن الاتجاهات والعوامل الديمومية السكانية، ومعارف ومواقف الزياتن، والقضايا التنفيذية وغير ذلك من جوانب متوالية السكان والتنمية. ويقدم معهد الإحصاءات الاجتماعية والبحوث الاقتصادية بجامعة غانا التدريب في مجال الصحة الإنجابية، وقضية نوع الجنس، والفقر، والعلاقات المتبادلة بين السكان والتنمية.

التعاون بين الجنوب والجنوب. إن تيسير تبادل الدراية والتجارب بين البلدان النامية يشكل جانباً هاماً آخر من جوانب تشديد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية على الشراكة. وقد أصبح الآن تحالف "شركاء في مجال السكان والتنمية"، الذي أقيم في سنة ١٩٩٤ بدعم من صندوق الأمم المتحدة للسكان ومؤسسة روكفلر وماتحتن آخرين، تحالفاً يضم ٢٠ بلداً نامياً (هي بنغلاديش وبنن والصين وكولومبيا ومصر وغامبيا والهند وإندونيسيا والأردن وكينيا ومالي والمكسيك والمغرب ونيجيريا وباكستان وتايلند وتونس وأوغندا واليمن وزمبابوي) يعمل على توسيع نطاق التعاون بين الجنوب والجنوب فيما يتعلق بتنظيم الأسرة والصحة الإنجابية وتحسينها^٢.

الموارد اللازمة لتنفيذ برنامج العمل

لقد كان برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية أول وثيقة دولية يتم التوصل إليها بتوافق الآراء تتضمن تقديرات لتكلفة تنفيذ التدخلات المحددة فيه^٢. فقد حدد برنامجاً أساسياً للتدابير ذات الأولوية التي يجب الاضطلاع بها في مجال نظام الصحة الأولية، بما في ذلك:

- تنظيم الأسرة والبنية الأساسية اللازمة لتقديم الخدمات؛
- خدمات إضافية في مجال الصحة الإنجابية (من بينها الرعاية قبل الولادة، والولادة الطبيعية والمأمونة؛ وتقديم المعلومات والتثقيف والتواصل بشأن الصحة الإنجابية - بما في ذلك الأمراض التي تنتقل جنسياً، والأمور الجنسية الخاصة بالإنسان والوالدية المسؤولة، وضد الممارسات الضارة من قبيل ختان الإناث - والوقاية من العقم؛ وتقديم المشورة، وتشخيص الأمراض التي تنتقل جنسياً وعلاجها؛ والإحالات والتثقيف والمشورة في حالة مضاعفات الحمل والولادة)؛
- الوقاية من الأمراض التي تنتقل جنسياً ومن بينها فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز؛
- جمع البيانات وإجراء البحوث ووضع السياسات من أجل قضية السكان والصحة الإنجابية.

وقد تُدرت التكلفة السنوية لهذه التدخلات بمبلغ ١٧,١ بليون دولار في سنة ٢٠٠٠، يرتفع إلى ١٨,٥ بليون دولار في سنة ٢٠٠٥، وإلى ٢٠,٥ بليون دولار في سنة ٢٠١٠، وإلى ٢١,٧ بليون دولار في سنة ٢٠١٥. وقد كان توافق الآراء الذي تم التوصل إليه هو أن البلدان النامية ستقوم بتعبئة ثلثي هذه الاحتياجات من مواردها المحلية وأن البلدان المانحة ستقدم المساعدة الدولية في حدود ثلث المجموع.

وأشار برنامج العمل إلى أن هذه التقديرات سيعاد النظر فيها بمرور الوقت^٣، وأن هناك موارد إضافية ستلزم على مستويات مختلفة من النظم الصحية ولأغراض التدخلات الداعمة في مجالات من قبيل التثقيف، والحد من الوفيات، وتمكين المرأة، والمشاركة الاجتماعية.

التوقعات الجديدة. بعد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية وضعت تقديرات أخرى للتكلفة من أجل جدول أعمال التنمية الأوسع نطاقاً. فقد دعت مبادرة ٢٠ مقابل ٢٠ لتلبية الاحتياجات إلى الخدمات الاجتماعية الأساسية، التي أقرها مؤتمر القمة العالمي للتنمية الاجتماعية في سنة ١٩٩٥، إلى قيام البلدان النامية بتخصيص نسبة ٢٠ في المائة من ميزانياتها الوطنية للصحة والتعليم والجوانب الاجتماعية الأخرى من جوانب التنمية، ودعت البلدان

المانحة إلى تخصيص نسبة قدرها ٢٠ في المائة من مساعداتها الإنمائية لهذه المجالات. وقدرت لجنة الاقتصاد الكلي والصحة قيمة الاحتياجات الإجمالية لمجموعة من التدخلات في مجال الصحة تمثل أولوية في البلدان المنخفضة الدخل بمبلغ ٦٦ بليون دولار كل سنة^٤.

وفي إطار الصحة الإنجابية عُرض على الدورة الاستثنائية للجمعية العامة للأمم المتحدة المعنية بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز سنة ٢٠٠١ تقدير يتراوح بين ٧ و ١٠ بلايين دولار تلزم الحاجة إليه سنوياً لمجموعة شاملة من عناصر الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وعلاجه والرعاية المتعلقة به. ثم جاءت التحليلات اللاحقة لتزيد ذلك التوقع^٥. فقد قُدّر أن مبلغاً قدره ٩,٢ بلايين دولار سيلزم سنوياً بحلول سنة ٢٠٠٥ لتنفيذ التدخلات الأساسية وتطوير البنية الأساسية. وكانت عناصر الوقاية في هذه التقديرات أعلى هامشياً فحسب من التقدير الذي أوردته المؤتمر الدولي للسكان والتنمية^٦.

وتوضع الآن تقديرات جديدة للمجموعة الكلية من العناصر المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز لكي تعبر عن كل من استمرار انتشار الجائحة والحاجة إلى أموال إضافية لتعزيز البنية الأساسية الصحية من أجل تقديم الخدمات اللازمة.

ويدل هذا المثال على الطابع المتغير للتوقعات المتعلقة بالموارد، مع تعديل أولويات التدخلات بحسب الظروف المحلية ومع فهم تكاليف التنفيذ ومتطلبات النظم فهماً أفضل. فنكالييف التحول إلى نظم جديدة للتخطيط والإدارة وتقديم الخدمات يكون من الصعب دائماً التكهّن بها.

وربط الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز ببرامج الصحة الإنجابية يمثل اهتماماً من الاهتمامات ذات الأولوية على صعيد السياسات^٧. فالبرامج الراسية الجديدة التي تتصدى لفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز تنطوي على تكاليف بدنية لنظم إدارية مكرسة خصيصاً لهذا الهدف وتنطوي على متطلبات مؤسسية أخرى^٨. ومع أنه من الأيسر تتبع تدفقات الموارد للبرامج الراسية الخاصة (بدلاً من الاضطرار إلى انتزاع التكاليف المستهدفة من ميزانيات النظم الصحية العامة)، من الممكن أن تلبّي البرمجة التكاملية الاحتياجات المتعددة وتستفيد من التآزرات بين مختلف العناصر، مع توفير ميزة وفورات الحجم^٩.

وعلى الرغم من الصعوبات المتأصلة في تتبع تدفقات الموارد، يقدم صندوق الأمم المتحدة للسكان إفاضة بانتظام عن التمويل لمجموعة العناصر الأساسية المتعلقة بالسكان والصحة الإنجابية التي حددها المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. وقد ساهم المانحون في سنة ٢٠٠٢ بنحو ٣,١ بلايين دولار، وهو ما لا يتجاوز ٥٤ في المائة من المبالغ التي التزم بها المانحون في برنامج العمل فيما يتعلق بسنة ٢٠٠٠ و ٥١ في المائة من الاحتياجات لسنة ٢٠٠٥.

وقد تُدرت النفقات المحلية للبلدان النامية فيما يتعلق بمجموعة العناصر في سنة ٢٠٠٢ بمبلغ ١١,٧ بليون دولار. إلا أن نسبة كبيرة من هذه النفقات تأتي من بضعة بلدان كبيرة من قبيل

البرازيل والصين والهند وإندونيسيا والمكسيك. فثمة بلدان كثيرة – وبخاصة أشدها فقراً، التي يقل فيها نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة – تعتمد اعتماداً رئيسياً على التمويل المقدم من المانحين فيما يتعلق باحتياجاتها بخصوص تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية وبفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وجمع البيانات المتعلقة بالسكان وإجراء الأبحاث ووضع السياسات^{١١}.

والمعوقات التي تحول دون إحراز تقدم ليست معوقات مالية فقط. فسيلزم تبادل المعلومات والتكنولوجيا وغيرهما من أشكال المساعدة التقنية لكي تُستخدم الموارد أجدى استخدام ممكن.

الاحتياجات من حيث الموارد البشرية. لا يمكن أن يتسارع التقدم ولا يمكن أن تتحسن النوعية إلا إذا كان باستطاعة البرامج أن تعين موظفين وتدريبهم وتستبقهم. فالوظائف المختلفة تتطلب مهارات مختلفة – أي تدريباً طبياً تقنياً، وقدرة على تقديم المشورة، وقدرة على توعية المجتمعات المحلية، ومهارات إشرافية وإدارية، وما إلى ذلك – وكثيراً ما يكون هناك عجز في ذلك كله. وغالباً ما تكون مرتبات موظفي الخدمة المدنية غير كافية لاجتذاب أقدر الرجال والنساء.

ويتطلب أيضاً توسيع نطاق تغطية البرامج القدرة على كفاية توافر العناصر البشرية حيثما تكون الاحتياجات على أشدها، وهذا الاشتداد غالباً ما يكون موجوداً في البيئات النائية أو التي تفتقر إلى المرافق العامة. ويجب التصدي لكل تحدٍ من هذه التحديات المتعلقة بالموارد البشرية تصدياً منهجياً، في سياق إصلاح النظم بوجه عام عادة.

الاحتياجات من حيث السلع. لا يمكن تحقيق تقدم إضافي بدون توفير السلع الأساسية اللازمة لتنفيذ البرامج. ولقد عمل صندوق الأمم المتحدة للسكان، بالتعاون مع مانحين رئيسيين آخرين، على كفاية توافر إمدادات موثوق بها من أدوية الصحة الإنجابية ومعداتها ولوازمها الجيدة.

ويقدر أن المانحين يقدمون الآن أقل كثيراً من حصصهم التاريخية من تكاليف سلع منع الحمل؛ ففي أوائل التسعينات كان المانحون يقدمون ٤١ في المائة من الاحتياجات السلعية، أي حوالي نصف ما يقدمونه الآن. ونتيجة لهذا النقص في التمويل، كان لزاماً تطوير النظم لكي تعالج الطلبات الطارئة من البلدان منعاً لنفاذ المخزونات وحدوث حالات عجز.

الغايات الإنمائية للألفية. يولي مشروع الأمم المتحدة بشأن الألفية^{١٢} أولوية لتقديرات الموارد المستتدة إلى الاحتياجات والمتطلبات من حيث القدرة لتحقيق الغايات الإنمائية للألفية على مدى الأحد عشر عاماً المقبلة. وتسلّم تقديرات الخبراء بأن توافر خدمات الصحة الإنجابية (ومن بينها تنظيم الأسرة، والأمومة السالمة، والوقاية من الأمراض التي تنتقل جنسياً) أمر أساسي لتحقيق الغايات الإنمائية للألفية^{١٣}.

ولذلك سيتطلب تحقيق الغايات الإنمائية للألفية استثمارات متعددة القطاعات، من بينها استثمارات في قطاع السكان والصحة الإنجابية.

ويجب زيادة الموارد (من المانحين وفي إطار المخصصات الوطنية على حد سواء) لتنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية وتحقيق الغايات الإنمائية للألفية زيادة كبيرة، ولكن الموارد يجب أن تُستخدم بفعالية. وسيتطلب ذلك، في ظل تغير الطابع المؤسسي للامركزية وإسناد سلطة صنع القرار إلى مستويات أدنى في القطاعات الاجتماعية، تنمية المهارات والقدرات على الصعيد الإداري الوطني وعلى الصعيد الإداري الأدنى. وتفتقر بلدان كثيرة، وبخاصة أشدها فقراً، إلى الموارد المالية والبشرية الكافية؛ ويلزم وضع خطط جديدة للتغلب على هذه المعوقات.

وقد أكد المانحون من جديد أنهم يطمحون إلى تقديم المساعدة الدولية على مستوى ٠.٧ في المائة من ناتجهم القومي الإجمالي وذلك في مؤتمر التمويل من أجل التنمية الذي عقد في مونتيري، بالمكسيك، في سنة ٢٠٠٢. إلا أن خمسة بلدان فقط من البلدان المانحة هي التي بلغت ذلك المستوى من التمويل^{١٤}.

ولتحقيق الغايات الإنمائية للألفية وأهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية ذات الأهمية البالغة، ولتحقيق تقدم جدي في الحد من أبعاد كثيرة من أبعاد الفقر، يجب أن تنتقل الالتزامات السابقة الخاصة بتقديم المساعدة الإنمائية من حالة كونها مجرد إعلانات نوايا حسنة إلى شركات فعالة واستثمارات.

٣٥ العوامل الدينامية السكانية ووضع السياسات

إن خطة التنمية الوطنية في نيكاراغوا لسنة ٢٠٠٢ هي مثال جيد للكيفية التي يمكن بها للبلدان أن تدمج العوامل الدينامية السكانية في سياساتها الوطنية وفي عملية التخطيط فيها على الصعيد الوطني.

فالخطة، التي صيغت بمساعدة فنية من صندوق الأمم المتحدة للسكان، تشير إلى أن النمو السكاني والهجرة الداخلية والخارجية لها جميعاً آثار هامة فيما يتعلق بالحد من الفقر. وهي تدعو إلى تحسين نظم جمع البيانات الديموغرافية، وإيجاد فرص عمل، ووجود تركيز خاص على احتياجات الشباب إلى تثقيف وخدمات في مجال الصحة الإنجابية والجنسية.

ولقد أثرت الخطة على عمليات إنمائية أخرى شاركت فيها الحكومة أو بادرت بها، ومن بينها صياغة ورقة لاستراتيجية الحد من الفقر، ووضع إطار عمل الأمم المتحدة للمساعدة الإنمائية، وتحديد التدابير اللازمة لتحقيق الغايات الإنمائية للألفية، والخطة الوطنية المعنية بالسكان والشباب والتنمية. كما أدت إلى حوار مثير فيما بين واضعي السياسة الوطنية في مختلف قطاعات العمل الإنمائي، وإلى تعاون محلي فيما بين مختلف القطاعات، وبخاصة فيما يتعلق بتقديم الخدمات للمراهقين.

إن توافر القيادة السياسية والتمويل الكافي سيكونان أمرين حاسمي الأهمية لتحقيق كل من أهداف مؤتمر القاهرة والغايات الإنمائية للثلاثية. ومن بين أولويات العمل خلال السنوات العشر المقبلة ما يلي:

تفسيق السياسات

- إدماج أولويات المؤتمر الدولي للسكان والتنمية ضمن الحوارات المتعلقة بالسياسة الإنمائية بخصوص مواضيع الحد من الفقر، وتمكين المرأة، والسياسات الاجتماعية، وحقوق الإنسان، والاستدامة البيئية، وسياسات الاقتصاد الكلي، وفي النهج القطاعية، وورقات استراتيجية الحد من الفقر، وغير ذلك من عمليات البرمجة.
- توسيع نطاق السياسات والبرامج لتلبية احتياجات أشد السكان فقراً وكثافة إن تكون الجهود الرامية إلى تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية ذات وجهة مالية للفقراء، وإعطاء الأولوية لزيادة تعليم ومهارات الفقراء، وتقديم الخدمات المجتمعات الريفية والحضرية الفقيرة.
- جعل مشاركة المجتمع المدني جانباً روتينياً من جوانب الممارسات المؤسسية على كل من الصعيد الوطني والإقليمي والمحلي.
- قوانين الإصلاح والسياسات والمؤسسات التي ترمي إلى تعزيز المساواة والإنصاف بين الجنسين، مكافحة العنف ضد المرأة والممارسات التقليدية الضارة؛ وزيادة سبل حصول المرأة على الأراضي والائتمانات؛ وزيادة مشاركة المرأة في عملية صنع القرارات؛ وتقويم انعدام المساواة داخل الأسرة وفي أماكن العمل وفي المجتمعات المحلية.
- ربط الجهود والتكثف الوطنية المتعلقة ببناء القدرات والتي ترمي إلى تحقيق الغايات الإنمائية للثلاثية ورصد التقدم بالجهود والتنظيم اللازمة لتنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، من أجل زيادة التأثير وفعالية البرامج إلى أقصى حد.

السكان والتنمية

- إدراج العوامل الدينامية السكانية في التخطيط الوطني والحوارات المتعلقة بالسياسات. فتح تغير حجم السكان وتكوينهم وكثافتهم من اللازم أن يتوقع الخططون ويلبوا الاحتياجات من حيث البنية الأساسية والخدمات.
- الاستجابة لسرعة التحضر، بما في ذلك في أقل البلدان نمواً. أي التوسع في خدمات الرعاية الصحية الأولية - بما في ذلك خدمات الصحة الإنجابية - والخدمات الاجتماعية الأخرى في المجتمعات الحلية الفقيرة الكائنة على هامش المدن - وتيسير عملية صنع القرار بطريقة لا مركزية عن طريق تدريب الناس على المستويات المحلية في مجالات المدينة وتقديم الخدمات والرصد.
- إيلاء مزيد من الاهتمام للتنمية الريفية من أجل معالجة الثغرات الموجودة في الرعاية الصحية والتعليم وفرص العمل؛ ووقف التدهور البيئي؛ وإبطاء هجرة ذوي المهارات والتعليم؛ والحد من أثر فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز.

الصحة الإنجابية

- تركيز مزيد من الاهتمام والموارد على تقديم خدمات شاملة وفعالة الجودة في مجال الصحة الإنجابية.
- إيلاء الأولوية للصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة في الجهود الرامية إلى تعزيز النظم الصحية وإصلاحها، وفي النهج القطاعية، وورقات استراتيجية الحد من الفقر، واستراتيجيات تحقيق الغايات الإنمائية للثلاثية.
- تعزيز القدرة على جميع المستويات لتقديم خدمات الصحة الإنجابية، وكفاءة التمويل المستدام وتوافر عدد كاف من الموظفين، وتحسين نوعية الخدمات وزيادة استعمالها؛
- كفاءة استخدام سلاسل الإمداد وأمنها فيما يتعلق بجمع مبلغ منع الحمل والمعدات والإمدادات اللازمة للرعاية الشاملة للصحة الإنجابية؛
- توجيه القدرات والموارد إلى التدخلات التي يكون من المعروف أنها هي الأكثر

فعالية بما في ذلك اتباع نهج جديدة للحد من الوفيات النفاسية وكفاءة صحة المراهقين الإنجابية:

- تحسين نوعية الرعاية، والاستفادة من تجربة العقد الماضي؛
- إنشاء آليات رصد وتقييم فعالة للتصدي للمعوقات المتعلقة بتنفيذ البرامج ولتقييم النجاح؛
- تعزيز نظم جمع البيانات وتحليلها ونشرها واستعمالها، من خلال الدعم والتدريب المؤسسيين.

الصحة النفاسية

- تصعيد وزيادة سبل حصول المرأة على التدخلات الأكثر فعالية في الوقاية من الوفيات النفاسية: إجراء الولادات تحت إشراف أشخاص مهرة وتوافر إمكانية الحصول على رعاية الولادة الخاصة بالحالات الطارئة؛
- تعزيز خدمات تنظيم الأسرة لشئكن المرأة من تأجيل حالات الحمل والمباعدة بينها والحد منها؛
- زيادة استعمال خدمات الإنعومة السائلة، وبخاصة بين الأسر المعيشية للفقيرة، بواسطة التوعية، والتصدي للعقبات الاجتماعية والاقتصادية، وتحسين البنية الأساسية؛
- إزالة العقبات المالية التي تحول دون الحصول على الرعاية قبل الولادة وانهاها وبعدها، يجعل كل هذه الرعاية مجانية أو بتغطية رسمياً من خلال نظم التأمين الوطنية.

فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز

- ربط التدخلات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز ربطاً أكثر فعالية برعاية الصحة الإنجابية باعتبارها جزءاً من استجابة متعددة القطاعات للوياً؛
- التوسع في تقديم الدعم لبرامج تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية - مما يمثل منطلقات هامة للوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية وعلاجه وتقديم الرعاية في حالة الإصابة به؛
- تعزيز الجهود الرامية إلى إدماج الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وعلاجه ضمن الخدمات الشاملة في مجال الصحة الإنجابية؛
- زيادة حجم البرامج الحالية، باتباع نهج متعدد القطاعات؛
- التصدي للعوامل الاجتماعية - الاقتصادية التي تيسر انتقال العدوى بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، بما في ذلك العلاقات بين الجنسين، من خلال برامج ملائمة ثقافياً لتغيير السلوك.

صحة المراهقين الإنجابية

- تكثيف الجهود الرامية إلى إيصال الخدمات إلى جميع المراهقين المحتاجين، ومن بينهم المراهقون المتزوجون والمراهقون غير المتزوجين بالمدارس؛
- زيادة مشاركة الشباب في تصميم البرامج وتنفيذها ورصدها، وفي عمليات وضع السياسات؛
- التوسع في اتباع النهج الشامل فيما يتعلق بوضع البرامج والتنمية المتعلقين بالشباب؛
- زيادة حجم الجهود المبذولة حالياً.

الموارد

- زيادة المساعدة المقدمة من المانحين الوجيهة إلى تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية؛
- تبادل المعلومات عن التدخلات التي تنجح، بحيث يحقق الجمع ما بين الأموال والقدرة الإدارية أقصى تأثير ممكن؛
- دعم الحكومات لكي تتخذ قرارات صائبة في جو من الشفافية والمساءلة.

الخلاصة

لقد أضفى المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الذي عقد في سنة ١٩٩٤ معنى عملياً على التنمية المتمحورة حول الناس. فبرنامج عمله يقر بأن الاستثمار في الناس وتوسيع نطاق فرصهم وقدراتهم أمر لا غنى عنه لتحقيق النمو الاقتصادي المستدام وللتخفيف من وطأة الفقر.

وقد حفز توافق آراء القاهرة على استجابة عالمية:

- فقد يسر تحقيق مزيد من أوجه التقدم في التقاهات الدولية بشأن صحة المرأة وتمكينها أعلنت في المؤتمر العالمي الرابع المعني بالمرأة الذي عقد في بيجين سنة ١٩٩٥:
 - وشجع على التركيز على فرص الأفراد في الحوار بشأن التنمية وجعله يمثل محور السياسات والاستراتيجيات السكانية:
 - وكان عاملاً حافزاً على زيادة دور منظمات المجتمع المدني في الحوار بشأن التنمية:
 - وأضفى مشروعية على الاتفاقات الدولية المتعلقة بالاحتياجات من الموارد لبلوغ الأهداف الإنمائية.
- ومن خلال هذه النتائج فإنه ساعد على تمهيد السبيل للغايات الإنمائية للألفية.
- وفي هذا العقد تحقق تقدم في السياسات الوطنية والإقليمية والدولية اتساقاً مع رؤية المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. فقد تعززت الصحة الإنجابية في السياسات والمؤسسات. وأصبح هناك إقرار بتنوع الحالات الديمغرافية في مختلف أنحاء العالم.

وأصبحت الدول تعمل على تصميم سياسات وبرامج تستجيب للاحتياجات المحسوسة.

وأصبحت مواضيع كانت المناقشات بشأن السياسات لا تتناولها سابقاً - من قبيل الممارسات التقليدية الضارة، والعنف ضد المرأة، وصحة المراهقين الإنجابية، والرعاية بعد الإجهاض، والاحتياجات الصحية للاجئين ومن يعيشون في ظل حالات الطوارئ، وأمن إمدادات سلع الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة، ودور الثقافة كأداة لتعزيز حقوق الإنسان الأساسية - تُعالج بصورة روتينية الآن وتتخذ قرارات بشأنها.

ولقد تغير الكثير في العالم منذ سنة ١٩٩٤. فقد حدث تحول هائل في البيئة الإيديولوجية المؤسسية لمبادرات التنمية. فقد أحدثت تحولاً فيما يتعلق بالمناقشة والأفعال عوامل الأخذ باللامركزية في عملية صنع القرار، وتغير موازين مسؤوليات القطاعين العام والخاص، ووجود آليات تمويلية جديدة وقيود على الميزانية، والجهود المبذولة للإصلاح القطاعي، والبرامج الرئيسية المتعلقة بأمراض محددة، وزيادة الأولوية المعطاة للحد من الفقر.

إلا أن الرؤية التشاركية المتمحورة حول الشخص والخاصة بالتدابير الوطنية التي تمثل لب برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية أهم الآن مما كانت في أي وقت من قبل. فمع سعي العالم إلى تحقيق غايات مؤتمر قمة الألفية الطموحة، يظل الالتزام السياسي وتكريس موارد مالية وبشرية كافية لتنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية أمراً ذا أهمية محورية.

وتحسين صحة الأم والطفل، وتحقيق المساواة بين الجنسين، والنهوض بالتعليم، والحد من الفقر، ونوعية البيئة، وتحسين الشراكات الإنمائية، هي أمور تتوقف جميعها على تعبئة الإرادة السياسية والتمويل اللازم لتحقيق توافق آراء مؤتمر القاهرة. فإتاحة حصول الجميع على خدمات الصحة الإنجابية والتعليم والمشاركة الاجتماعية هي أمر حيوي للكرامة الشخصية والوطنية وللأمن، ولتحقيق تقدم في التخفيف من وطأة الفقر.

الحواشي والمؤشرات

٩٤	الحواشي
١٠٠	مصادر الأطر
	المؤشرات
	رصد أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية:
١٠٢	مؤشرات مختارة
١٠٦	المؤشرات الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية
	مؤشرات مختارة لأقل البلدان/الاقليم
١١٠	اكتظاظاً بالسكان
١١٢	حواشي المؤشرات
١١٢	الملاحظات الفنية

الفصل ١

١ صندوق الأمم المتحدة للسكان. ٢٠٠١. الاستعداد في الناس: التقدم الوطني في تنفيذ برنامج العمل الدولي للسكان والتنمية. نيويورك: صندوق الأمم المتحدة للسكان.

٢ بحث هذا البحث على تحليل بود في مشروع "تعد" لإرسال الفهرس "٢٠٠٢: الطريق إلى الصحة الإنجابية العالمية: الصحة والتعليم الإنجابية على جدول الأعمال العالمي. ١٩٧٨-٢٠٠٢. نيويورك: مشروع "تعد" لتحويلات أفضل، الذي يمدد الفريق العامل العالمي وبمساعدة الإقليم/الدولة التابع لمنظمات غير الحكومية الأوروبية والتي ينشئ صندوق الأمم المتحدة للسكان ومناهج. الموقع على شبكة الويب: www.unfpa.org/issd/issd_03/pub_tle/119_03enome_eoreng.pdf.

٣ بالرجوع إليه في ١ حزيران/يونيه ٢٠٠١.

٢ انظر صندوق الأمم المتحدة للسكان. ١٩٩٧. "الصحة الإنجابية ومثوق الإنسان". الفصل ١ في: *حالة سكان العالم ١٩٩٧*. جنيف: المكون الإنجابية والصحة الإنجابية. نيويورك: صندوق الأمم المتحدة للسكان.

٤ صندوق الأمم المتحدة السكان ٢٠٠١. الصفحتان ٢٤ و ٢٥.

٥ برنامج الإيواس غير المأمون بأنه إجراء إيجابي. حمل غير مرموق إما بواسطة أشخاص يتقنون إلى المهارات اللازمة أو في ظل ظروف تتفق إلى التغيير الكلية الدنيا أو الملائمة سماً (استناداً إلى منظمة الصحة العالمية. ١٩٩٤. *الصحة والسكان والتنمية* (WHO/FHE/94/2). ورقة مؤلف منظمة الصحة العالمية أعدت من أجل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. القاهرة، ٢٠-٢٢ أيلول/سبتمبر ١٩٩٤. جنيف: منظمة الصحة العالمية.

٦ منظمة الصحة العالمية واليونيسيف وصندوق الأمم المتحدة للسكان. ٢٠٠٢. *البيانات العالمية في سنة ٢٠٠٠: تغيرات أهمها منظمة الصحة العالمية واليونيسيف وصندوق الأمم المتحدة للسكان. جنيف: منظمة الصحة العالمية ومنظمة الصحة العالمية. ٢٠٠٢. الصحة الإنجابية ومشروع استراتيجيتها لتحويل التقدم نحو برامج الفئات والاعمال الإنسانية الدولية (EITD/VS Add.1). جنيف: منظمة الصحة العالمية.*

٧ برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. ٢٠٠١. تقرير عن وباء الإيدز في العالم ٢٠٠١. التقرير العالمي الرابع (UNAIDS/04.01). جنيف: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز.

٨ إلا أن الزيادة لم تكن متواصلة وقد تمثل في حد كبير استثمارات في البرامج المنفذة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز لا في برامج نوع شامل بشأن الصحة الإنجابية.

الفصل ٢

١ مشروع الأمم المتحدة بشأن الكلية ٢٠٠١. "تقرير دول المرأة العمل ٢ بشأن التعليم الأساسي". نيويورك: مشروع الأمم المتحدة بشأن الكلية. الموقع على شبكة الويب: www.unmillenniumproject.org/documents/13genderindex.htm. بالرجوع

إليه في ٢ حزيران/يونيه ٢٠٠١. ومشروع الأمم المتحدة بشأن الكلية ٢٠٠١. "تقرير دول المرأة العمل ٢ بشأن صحة الطفل والصحة الإنجابية". نيويورك: مشروع الأمم المتحدة بشأن الكلية. الموقع على شبكة الويب: www.unmillenniumproject.org/documents/14Internad/. بالرجوع إليه في ٢ حزيران/يونيه ٢٠٠١.

٢ Holkert, R. and G. Martine. 2001. "السكان والفرق وعدم المساواة: منظور أمريكا اللاتينية". الفصل ٦ في: *السكان والفرق: تحقيق الإنصاف والمساواة والتنمية*. حرره صندوق الأمم المتحدة للسكان. سلسلة استراتيجيات السكان والتنمية الرقم ٨. نيويورك: صندوق الأمم المتحدة للسكان.

٣ Eastwood, R. and M. Lipton. 2001. "التحول الديمغرافي والفرق: تأثيرات من طريق النمو الاقتصادي والتوزيع والتحول". الفصل ٩ في: *التشخيص السكاني: تأثير الديمغرافي والنمو الاقتصادي والفرق في العالم الثاني*. حرره N. Birdsall, A. C. Kelley, and S. W. Sinding. 2000. مطبعة جامعة كاليفورنيا.

٤ المجلس القومي للبحوث. 1٩٩٦. *شعر السكاني والتنمية الاقتصادية: مسائل بشأن السياسات والسفن. العاصمة: مطبعة الأكاديمية القومية.*

٥ RAND Corporation. 2002. "Banking the Demographic Dividend: How Population Dynamics Can Affect Economic Growth." *Population Matters Policy Brief, No. 88-3065-WFH/DLH/88*. Santa Monica, California: RAND Corporation. Koen, D. E., D. Corning, and L. Sevilla. 2003. *The Demographic Dividend: A New Perspective on the Economic Consequences of Population Change*. RAND Population Matters Monograph Series. Santa Monica, California: RAND Corporation. Pass de Barros, R., et al. 2001. "Demographic Changes and Poverty in Brazil". *Ch. 11 in: Population Matters: Demographic Change, Economic Growth, and Poverty in the Developing World*, edited by N. Birdsall, A. C. Kelley, and S. W. Sinding. 2001. Oxford: Oxford University Press. Koen, D. E., D. Corning, and L. Sevilla. 2002. *Demographic Change and Economic Growth: The Importance of Age Structure*. Santa Monica, California: RAND Corporation. Selzler, I. 2002. *The Origins and Evolution of Family Planning Programs in Developing Countries*. Santa Monica, California: RAND Corporation.

٦ Cassen, R. 1994. *Population and Development: Old Debates, New Centuries*. New Brunswick, New Jersey, and Oxford: Transaction Publishers and Lousende, L. 1996. *Cooping with Population Challenges*. London: Earthscan Publications.

٧ البنك الدولي. *رصد الفقر العالمي*. الموقع على شبكة الويب: www.worldbank.org/research/. بالرجوع إليه في ١٨ أيلول/سبتمبر ٢٠٠١.

٨ تعدد هذه الفقرات والفقرات لها اعتباراً شديداً على صندوق الأمم المتحدة السكان ٢٠٠٢. *حالة*

سكان العالم ٢٠٠١. الناس والفرق والإنجابيات: جدول الثانية. *تعمل في صياغة الفقر*. نيويورك: صندوق الأمم المتحدة للسكان.

٨ الأمم المتحدة. ٢٠٠٢. *وباء فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والأثر الاجتماعية والاقتصادية*. UN/POH/MORT/2003/12. نيويورك: شعبة السكان، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية. الأمم المتحدة.

٩ المجلس القومي للبحوث. ٢٠٠١. *Preparing for an Aging World: The Case for Cross-National Research*. واشنطن: العاصمة: مطبعة الأكاديمية القومية.

١٠ صندوق الأمم المتحدة السكان ٢٠٠١. *الاستعداد في الناس: التقدم الوطني في تنفيذ برنامج عمل الأئمة الوطني للسكان والتنمية*. نيويورك: صندوق الأمم المتحدة للسكان.

الفصل ٣

١ الأمم المتحدة. ١٩٩٥. *السكان والتنمية: المبدأ ١*. برنامج العمل الذي اعتمده المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. القاهرة، ٢٠-٢٢ أيلول/سبتمبر ١٩٩٤. *الفقرة ٢-٢*. نيويورك: إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية وتعمل السياسات، الأمم المتحدة.

٢ Gardner, G., E. Assadourian, and R. Sarin. ٢٠٠١. "حالة الشهادة اليوم". الفصل ١ في: *حالة العالم في سنة ٢٠٠١*. معهد مراهلة العالم (Worldwatch Institute). ٢٠٠١. نيويورك: W. W. Norton.

٣ منظمة الصحة العالمية. ٢٠٠٢. *تقرير الصحة في العالم ٢٠٠٢: الحد من المخاطر والتنمية على الصحة*. منظمة الصحة العالمية.

٤ Gardner, Assadourian, and Sarin 2004. "إذا أصبح الفقراء أكثر، هل سيهدد العالم تقدماً؟" صحيفة كريستيان ساينس مونيتور.

٥ Gardner, Assadourian, and Sarin 2004. *الرجوع لمفرد، ص ٨*.

٦ MacDonald, M., and D. Nierenberg. 2003. "الربط بين السكان والمرأة والتدور البيولوجي". ص ٤١. الفصل ٢ في: *حالة العالم في سنة ٢٠٠٢*. معهد مراهلة العالم. ٢٠٠٢. نيويورك: W. W. Norton.

٧ صندوق الأمم المتحدة للسكان. ٢٠٠١. *حالة سكان العالم ٢٠٠١*. آخر الفهم وعدم على الطريق: السكان والتغير البيئي. الصفحتان ٢٨ و ٢٩. والرجوع للمكتوبة فيما: و. Nierenberg, D. ٢٠٠٢. *تصحيح عصر الفقر*، هذا يتعلق بالمشهد، والتصديق بود الهندسي. ورقة المرأة والبيئة. الصفحتان ٢٦-٢٨. بحث معهد مراهلة العالم. رقم ١٦١. واشنطن: العاصمة: معهد مراهلة العالم.

٨ Nierenberg 2002. *الرجوع لمفرد، ص ٨*.

٩ Simpren-Hebert, M. 1995. "النساء والصرف الصحي وصحة المرأة: النهج العملي لاختلال المياه". *الرسالة الإخبارية بشأن الصحة البيئية* رقم ٢٠. جنيف: منظمة الصحة العالمية. مستشهد بها في:

المرأة والفرق والتغير البيئي. *النهج الهندسي*. السياسات والبرامج الإيجابية. ص ١٠٠. بقلم جاستين ساس. ٢٠٠٢. منظمة الصحة العالمية الناشئة على صعيد السياسات في مجال السكان والصحة والبيئة والسفن. العاصمة: مكتب الترجمة السكانية.

١٢ Nierenberg 2002. ص ٤٨.

١٣ منظمة بيئة المرأة والتنمية. ٢٠٠٢. *أساس مشرك: إمكانية حصول المرأة على الفوائد الطبيعية وفراغات الأمم المتحدة الإنجابية للائمة*. ص ٨. نيويورك: منظمة بيئة المرأة والتنمية.

١٤ MacDonald and Nierenberg 2003. ص ٢٧. و "استنتاجات نهائية: لوجيا القيادة النسائية بشأن البيئة ٢-٨ آذار/مارس ٢٠٠٢". www.unhcr.org/refugees/files/03env02a.htm. بالرجوع إليه في ١ آذار/مارس ٢٠٠٢.

الفصل ٤

١ الأمم المتحدة. ١٩٩٥. *السكان والتنمية: المبدأ ١*. برنامج العمل الذي اعتمده المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. القاهرة، ٢٠-٢٢ أيلول/سبتمبر ١٩٩٤. *الفصل ٩*. جون. ب.أ. نيويورك: إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية وتعمل السياسات، الأمم المتحدة.

٢ *الرجوع لمفرد، الفقرة ١-١ والفقرة ٩-٩*.

٣ هذه المناقشة والمناقشات التالية لها يرجع الفضل فيها إلى أعمال مارك ر. مونتغمري وزملائه. ومن بين ذلك الأعمال: مونتغمري، ج. و. ٢٠٠١. "تكتشف والفرق والصحة في العالم الثاني". بحث قدم في: *شعبة السكان والأمم المتحدة*. نيويورك، ٨ نيسان/أبريل ٢٠٠١. ومونتغمري، ج. و. ب. هيريت. ٢٠٠١. "الفرق والصحة الحضريان في البلدان النامية: تأثيرات النمو العيشية والأحياء". ورقة العمل رقم ١٤٤ لشعبة بحث السياسات. نيويورك: مجلس السكان.

٤ التغييرات الحالية مستمدة من الأمم المتحدة. ٢٠٠١. "مركز تقديري". *الحق المتصور في العالم*. تتلخص عالم ٢٠٠٢. نيويورك: شعبة السكان إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية. الأمم المتحدة.

٥ انظر: Dyson, T. 2003. "كوبوس نفس لتنامة البشرية/الإيدز والتحصين". *Population and Development Review* 29(3):427-442.

٦ صندوق الأمم المتحدة السكان ٢٠٠١. *الاستعداد في الناس: التقدم الوطني في تنفيذ برنامج عمل الأئمة الوطني للسكان والتنمية*. نيويورك: صندوق الأمم المتحدة للسكان. ويصدق هذا التقرير يتعلق بالتدوير المنفرد مظهراً مع ما تبصرت إليه شعبة السكان بالأمم المتحدة من أن ما يقرب من ثلثة أرباع البلدان النامية لديها سياسات ترمي إلى الحد من تدفق الهجرة إلى مناطق العاصمة. ومن بينها السياسات التي كانت مستمدة من قبل (انظر الأمم المتحدة ٢٠٠١).

٧ المصدر: الأمم المتحدة. ٢٠٠٢. *تقرير الهجرة الدولية* ٢٠٠٢. (رقم البيع E03.XIII.A). نيويورك: شعبة السكان، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية. الأمم المتحدة.

1000 Countries? Sofie, Motherhood Strategies: A Review of the Evidence, by V. De Bruinere and W. Van Lerberghe, 2001. سلسلة دراسات الأمم المتحدة للخدمات الصحية، الرقم 17، أكتوبر: صفحة 10.

26 تتعدد الأمهات المتفلة بتأثير إيجابي لشخص مودة على الأمهات نتيجة لوجود تعاريف مختلفة تستخدمها الأمهات في تعريف الطفلة وتعليمهن.

27 منظمة الصحة العالمية وصندوق الأمم المتحدة للسكان واليونيسيف وإي.سي.دي. 1999. الحد من الموروثات الثقافية: بيان مشترك صادر عن منظمة الصحة العالمية وصندوق الأمم المتحدة للسكان واليونيسيف/إي.سي.دي. منظمة الصحة العالمية.

28 Cunningham, F. G. وآخرون، 1997. Williams Obstetrics، الطبعة الثانية عشرة، نيويورك، كينينجيت، Appleton & Lange. استشهد بها في "برقة معلومات أساسية لفرقة عمل مشروع الكلية بشأن صحة الطفل وأخصبة تناسلية" بقلم A. Freedman وآخرون، 2002. نيويورك: مشروع الأمم المتحدة للكلية.

29 Graham, B.E. and B. Leough 2001. صندوق الأمم المتحدة للسكان 2001، ص 44.

30 اليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية وصندوق الأمم المتحدة للسكان 1997. بيان صحفي توجبه لخدمة خدمات التوليد وتغذيتها والتغذية، نيويورك: اليونيسيف.

31 تجنب الولادة والإمالة التلقائية 2002. كتيب تجنب الولادة والإمالة التلقائية، ص 3. الرقم 8، نيويورك: تجنب الولادة والإمالة التلقائية، كلية ميلمان للصحة العامة، جامعة كولومبيا.

32 صندوق الأمم المتحدة للسكان 2001، ص 61.

33 صندوق الأمم المتحدة للسكان 2001، ص 12.

34 Chell, A. M. B., Iskandar, and R. Scerifino, 1998. The Life Saver: The Mother Friendly Movement in Indonesia. جاكرتا، إندونيسيا: وزارة الدولة لديمقراطية ونسبة نوز.

35 Avering, 2002. وآخرون، 2002. Maternal Death and Disability: The FGO Save the Mothers Initiative: The Uganda-Canada Collaboration. "International Journal of Gynecology and Obstetrics" 80(2): 204-212.

36 منظمة الصحة العالمية 2002، ص 2.

37 اليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية وصندوق الأمم المتحدة للسكان 1999.

38 الأمم المتحدة 1990، الفقرة 8-24.

39 Harten, K. وآخرون. منشور صادر لاحقاً. What Works: A Policy and Program Guide to the Evidence on Family Planning, Safe Motherhood, and STI/HIV/AIDS Interventions. Modul 2: Periobactico Com. العاصمة، واشنطن، منظمة الصحة العالمية، صندوق الأمم المتحدة، مجموعة المستقلون، وبرنامج FRONTIER، مجلس السكان، ومشروع (IFD) مركز برامج

Country Research Triangle Park, North Carolina. مركز صحة الأم والولادة، حديثاً. للطفلة لخدمة الأسرة.

40 Danay, F. and L. Wei, 2004. "The Lancet Commission." مجلة لانسيت. 363(9402): 71-72.

41 Gay, J. وآخرون، 2002. What Works: A Policy and Program Guide to the Evidence on Family Planning, Safe Motherhood, and STI/HIV/AIDS Interventions: Modul 2: Periobactico Com. العاصمة، واشنطن، مشروع POLICY.

42 Saving Mother's Lives: What Works: Field Guide for Implementing Best Practices in Safe Motherhood، 2002. واشنطن، العاصمة، التحالف الشريفة الأبيض للأمومة المسألة/الهدف.

43 مجلس الصحة العالمي 2002. Promises to Keep: The Toll of Unintended Pregnancy on Women's Lives in the Developing World. واشنطن، العاصمة، مجلس الصحة العالمي.

44 منظمة الصحة العالمية واليونيسيف وصندوق الأمم المتحدة للسكان 2002.

45 الرجوع نفسه.

46 Farney, J. and J. Smith, 1999. "Measuring Maternal Morbidity," Pp. 43-50 in: Safe Motherhood Initiative: Critical Issues, edited by M. Baner and T. K. S. Ravindran. Oxford, United Kingdom: Blackwell Science for Reproductive Health Matters.

47 صندوق الأمم المتحدة للسكان 2002، ص 2. الفصل 4 في المبحث: التقدم العالمي في تلبية برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية 1994-2000، ص 61، نيويورك: صندوق الأمم المتحدة للسكان.

48 Pehmanathan, I., et al. 2003. Investing in Maternal Health: Lessons from Malaysia and Sri Lanka. شبكة التنمية البشرية، ورقة مناقشة بشأن الصحة والتنمية والسكان والبيئة، العاصمة، البنك الدولي.

49 الرجوع نفسه.

50 صندوق الأمم المتحدة للسكان 2001، ص 44.

51 مواد مقدمة من شبكة منظمة أمريكا اللاتينية والكاريبي لصندوق الأمم المتحدة للسكان.

52 منظمة الصحة العالمية واليونيسيف 2002. الرعاية قبل الولادة في البلدان النامية: التوليد والإنجاب والخصم الشائعة: تحليل للأبحاث والتشخيص والتقويم: 1990-2000. جنيف، نيويورك: منظمة الصحة العالمية واليونيسيف.

53 Liljestrand, J. 1999. "Commentary: Reducing Perinatal and Maternal Mortality in the World: The Major Challenges." British Journal of Obstetrics and Gynecology 106(9): 877-880.

54 صندوق الأمم المتحدة للسكان 2001، ص 61.

55 Graham, W., J. S. Bell, and H. W. Rublogh, 2001. "Can Skilled Attendance at Delivery Reduce Maternal Mortality in Developing

1 الأمم المتحدة 1990. السكان والتنمية: جدول برنامج العمل الذي أعدته المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الثانية، 2-4 يوليو/أغسطس 1994، الفقرة 8-24. نيويورك: إدارة للخدمات الاقتصادية والاجتماعية وإحدى الدراسات، الأمم المتحدة.

2 Freedman, A. وآخرون، 2001. "تقرير مؤقت لفرقة العمل بشأن صحة الطفل والأخصبة التناسلية"، ص 4. نيويورك: مشروع الأمم المتحدة للكلية.

3 Liljestrand, J. 2000. "Strategies to Reduce Maternal Mortality Worldwide." Current Opinion in Obstetrics and Gynecology 12(4): 519-527.

4 Stars, A. 1998. The Safe Motherhood Action Agenda: Priorities for the Next Decade. نيويورك: اللجنة الدولية لرعاية الأسرة.

5 Liljestrand 2000.

6 صندوق الأمم المتحدة للسكان 2001، ص 44. إنعقاد حياة الأمهات: التحدي مستمر، نيويورك: صندوق الأمم المتحدة للسكان.

7 الأمم المتحدة 1994. الإجازات الأسبوعية بواسطة تلبية برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية 1994-2000، الفقرة 22 (ب) والفقرة 22 (ب)، نيويورك: الأمم المتحدة.

8 الأمم المتحدة 2001. استعراض وتقييم التقدم المحرز في تحقيق غايات وأهداف برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية: تقرير الأمم، العالم (E/CN.S/2004/3).

9 منظمة الصحة العالمية 2002. التصنيف الإحصائي الدولي للأمراض والمشاكل الصحية العقلية، الطبعة العاشرة، جنيف: منظمة الصحة العالمية.

10 Main, D. and T. McGinn, 1999. "Maternal Mortality and Morbidity." الفصل 21 في: Women and Health, edited by M. Goldman and M. Hatch, 1999. الطبعة الثانية عشرة.

11 منظمة الصحة العالمية واليونيسيف وصندوق الأمم المتحدة للسكان 2002.

12 Graham, W. وآخرون، 2001. "The Family" Technique for Linking Maternal Death with Poverty." The Lancet 357(9402): 23-27.

13 Kuro, A. E. and T. Hausberg, 1999. "مقدمة عالمية للاختلافات بين الفقراء والأغنياء في الاستعداد من رعاية التوليد." الصفحات 297-314 في: Safe Motherhood Strategies: A Review of the Evidence, by V. De Bruinere and W. Van Lerberghe, 2001. Studies in Health Services Organization and Policy Series. No 17. Antwerp: منظمة ITD.

14 منظمة الصحة العالمية 2001. Personal communication on forthcoming publications.

15 Main and McGinn 1999.

16 Farney, J. and J. Smith, J. 1996. The Role of the Inberg: Prevalence and Perceptions of Maternal Morbidity in Four Developing

1000. A. M. 1996. "تعلم المرأة الزواج والصحية هل الرجل ليس مهماً جداً؟" سلسلة ورقة عمل برنامج السكان والتنمية، الرقم 2-46. نيويورك: جامعة كولومبيا، و HaE, T. H. 1999. "الرجل والتعليم الأسرة ما هو مدى جاذبية برنامج العمل؟ بحث عرض في مجلة العمل التناسلية والاجتماعية، نيويورك، نيويورك، 21-23 آذار/مارس 1999." Newsletter, 5، 1999. "التقدم خدمات الصحة التناسلية للرجال في باكستان." Health Exchange 3: 34-35.

17 White, V. M. Greene, and E. Murphy, 2003. "الرجل وبرنامج الصحة الإنجابية: التأثير على الأثراف المتعلقة بالجنسية." واشنطن، العاصمة، مشروع Synergy وهو متاح على العنوان الإلكتروني: www.synergypubs.com/Gender_Matters.pdf بالرجوع إليه في * آذار/مارس 2004.

18 Rivers, K. and F. Aggleton, 2002. "الولادة: التوزيع للصحة الجنسية والإنجابية لمن الانتقال من إلى مرحلة البلوغ، جامعة لندن." 2002. Brady, M. and A. B. Khan. 2002. "الولادة: برنامج كذا تقدم التوليد والتوليد لطفة موهوبة الرقمية للكتاب، نيويورك: مجلس السكان.

19 "نظر: برامج e Comarcação em Sexualidade e Reprodução Humana (ECOS) على شبكة الويب: www.ecos.org.br/ بالرجوع إليه في 2 آذار/مارس 2004.

الفصل 7

1 منظمة إقتصاد انتقال، 2001. جرد كل طفل موهوب للصحة أم موهوبة الصحة: تقرير تدرك من الصلوات بين الصحة النفسية والتقييم الأسرة، ريادة الطفل على قيد الحياة، واشنطن، العاصمة، 21 لتورينجيه www.steethe.org/publications/repredictive_health، بالرجوع إليه في 14 أيار/أغسطس 2004.

2 منظمة الصحة العالمية واليونيسيف وصندوق الأمم المتحدة للسكان 2002. "الولادة الثقافية في سنة 2000: تحديات من إعداد منظمة الصحة العالمية واليونيسيف وصندوق الأمم المتحدة للسكان، جنيف: منظمة الصحة العالمية.

3 مبادرة الأمومة المسألة 2002. الموقع على شبكة الويب: <http://www.usa/asmotherhood.org>.

4 بالرجوع إليه في 22 شباط/فبراير 2004.

5 والاختلاف الرابع ما بين 2000 و 2001 هو المكان لصعوده تعريف وقياس حالات الأمهات التناسلية فمن مشتبه أن يكون الإبراق للفتاة، وأن يكون هناك خطأ في التصنيف، وأن يكون هناك عدم قدرة على التعرف على الحالة، وذلك بسبب العوامل الاجتماعية والثقافية وبطبيعة الحالة، والموارد المتاحة للتعبير.

12 الأمم المتحدة 2002، "الوقاية المتعلقة بسكان العالم: نتائج عام 2002"، نيويورك: شعبة السكان، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، الأمم المتحدة.

13 الأمم المتحدة 2001.

14 أوبنيسكو 2002، تقرير الزهد العالمي: دراسة التحليل للجمع 2002، "التعليم للجميع: هل العالم يمشي على الحريق؟" باريس: أوبنيسكو، التوقع على شبكة الويب، www.unicef.org، بالرجوع إليه في 2 شباط/فبراير 2004.

15 الأمم المتحدة 2001.

16 الأمم المتحدة 1998، الفقرة 17-19.

17 Curtin, R. 2003. "ميراث استئثار الزيد في حصار البين كوز، لا ينجوا من استراتيجيات القضاء على الفقر" - بحث غير منشور، ميلبورن، أستراليا: Curtin Consulting.

18 A Mother's Promise, n.d. "Keeping Young People Healthy," صحيفة وثائق واشنطن العاصمة: A Mother's Promise، التوقع على شبكة الويب: www.ppf.org/promis/born، بالرجوع إليه في 12 أيار/مايو 2004.

19 صندوق الأمم المتحدة للسكان 2002، "حالة سكان العالم 2002"، جعل بطون مرافق توبة مؤلفة الاستئثار في حصار لرفعتن، وحقنهم نيويورك: صندوق الأمم المتحدة للسكان.

20 صندوق الأمم المتحدة للسكان 2002.

21 أوبنيسكو 2001، "الأزواج الذكور: الأزواج المثقل، Innocenti Digest, No. 7"، نيويورك، إيطاليا: أوبنيسكو، مركز إوبنيسكي (Innocenti)، التوقع على شبكة الويب: www.unicef.org/publications/pdfdigest7a.pdf، بالرجوع إليه في 26 حزيران/يونيه 2004.

22 المرجع نفسه.

23 الأمم المتحدة 2001.

24 الأمم المتحدة 2002، "رصد سكان العالم 2002"، تحقيق (إنتاجية والصحة الإنجابية: جوانب مختلفة)، نيويورك: (ESA/P/WP.7/7)، الأمم المتحدة.

25 صندوق الأمم المتحدة للسكان 2002.

26 Helderland, N., and D. Measham (eds.) 2002. "التكنولوجيا المتطورة: أساسيات حالة بشأن تغير المناخ في مجال الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة"، نيويورك: مجلس السكان.

27 صندوق الأمم المتحدة للسكان 2002.

28 صندوق الأمم المتحدة للسكان 2001، نيسان/أبريل 2004، "الزهد: من الشباب يقعون للقسوة إلى صندوق الأمم المتحدة للسكان بشأن حقوق ولجنابوات جوامع" - نشرة صحفية نيويورك: صندوق الأمم المتحدة للسكان.

29 Price 2004.

30 صندوق الأمم المتحدة للسكان 2001، الاستئثار في نشرة: التقدم العالمي في تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية: تقرير الأثر العام (E/CN.8/2004/3)، نيويورك: الأمم المتحدة.

31 Deroff, Deborah: مؤسسة روكفلر، مستشهد بها في: Chaya, Aron, and Fox 2002.

32 الكتب الإقليمي لجنوب آسيا التابع للامم المتحدة الدولي لتنظيم الأسرة، وصندوق الأمم المتحدة للسكان 2001، "إدماج خدمات التثقيف والفتنار الطموح: بشأن تويوس نفس الشامة البشرية ضمن مرافق تقديم خدمات الصحة الإنجابية: مبادئ توجيهية كوجينية لخططي البرامج"، نيويورك: منظمة الخدمات لندن ونيويورك: الكتب الإقليمي لجنوب آسيا التابع للامم المتحدة الدولي لتنظيم الأسرة، وصندوق الأمم المتحدة للسكان.

33 "The Green Call to Action on Family Planning and HIV/AIDS in Women and Children: 3-5 May 2004" - جنيف: منظمة الصحة العالمية.

34 منظمة الصحة العالمية وبرنامج الأمم المتحدة للتثقيف التي بفيروس نفس الشامة البشرية (الأيض 2002، علاج 2 ملايين بحلول سنة 2005: تحقيق ذلك: استراتيجية منظمة الصحة العالمية جنيف: منظمة الصحة العالمية وبرنامج الأمم المتحدة للتثقيف التي بفيروس نفس الشامة البشرية (الأيض).

35 المرجع نفسه، ص 21.

36 Banda, Bradley, and Hordee 2004.

37 Plesent, E., وآخرون 2002، "Back to Basics in HIV Prevention: Focus on Egoisms," *African Medical Journal* 326(7403):1384-1387.

38 Banda, Bradley, and Hordee 2004.

39 Askew and Barer 2003، ص 88.

40 مكتب الصحة: وزارة الصحة والثروة، حكومة السنغال 2002، "مستحق: MCY and STI/HIV/AIDS Services in Senegal's Kolda Region" - كولد، لوبنتن، فيرجينيا: Advance Africa.

41 Hordoe, K., and J. Smith. 2000. "ميراث خدمات الصحة الإنجابية في حقبة إصلاح قطاع الصحة" - بحث عرضي لمشروع POLICY رقم 8، واشنطن، العاصمة: جمعية المستقبليات الدولية.

42 Barer, M. 2003. "فيروس نفس الشامة البشرية: الأيزز والصحة الجنسية والإنجابية: الرباط ياتق"، *Reproductive Health Matters* 10(22): 6-9.

43 Seibin, A. 2001. "Senegal: Ray of Hope as Transmission Rates Slow," *The Courier ACP-EU*, pp. 16-17; and UN Office of the Coordination of Humanitarian Affairs, n.d. "Senegal: Country Profile," *RW Plus/News* www.rwnews.org/، التوقع على شبكة الويب: AIDS/senegal.asp، بالرجوع إليه في 22 شباط/فبراير 2004.

44 Chase, M. 2001. "She's a 'Super Daddie': Can a Financial Prophetic Shield Girls from Likesses That Spread AIDS in Africa?" - صحيفة وول ستريت: الصفحتان 81-2.

45 Transmitted Disease 27(7): 418-416. Askew and Barer 2003.

46 Grossarth, H., وآخرون 1998، "Impact of Improved Treatment of Sexually Transmitted Diseases on HIV Infection in Rural Tanzania: Randomized Controlled Trial," *The Lancet*, 346(8874): 530-536.

47 Sean, N. L., وآخرون 2000، "Screening and Syndromic Approaches to Identify Gonorrhoea and Chlamydia Infection Among Women," *Studies in Family Planning* 31(1): 55-68.

48 Lush, L. G. Waji, and F. Ogden. 2003. "Transferring Policies for Treating Sexually Transmitted Infections: What's Wrong with Global Guidelines?" *Health Policy and Planning* 18(1): 18-30.

49 Askew and Barer 2003، الصفحتان 42 و 44.

50 Gray, R. H. 2003. "Guest Commentary: Contraception and HIV Acquisition in Rakai, Uganda," *The Pop Reporter* 3(7).

51 مشروع INFO - ومركز برامج الاتصال، وكيفية يوسيرغ للصحة العامة بواسطة جونز هوبكنز.

52 Chaya, N., K-H. Aron, and M. Fox 2002. "Gender Count: Meeting the Need in the Era of HIV/AIDS," *The PAI Report Card 2002* العاصمة: اللجنة الدولية للعمل في مجال السكان.

53 منظمة الصحة العالمية 2002، "Update regarding Review of the Female Condom: جنيف: منظمة الصحة العالمية، التوقع على شبكة الويب: www.who.int/reproductive-health/، بالرجوع إليه في 20 شباط/فبراير 2004.

54 Rivers, K., وآخرون 1998، "Gender Relations, MFA Sexual Communication and the Female Condom," *Critical Public Health* 8(4): 275-290. مستشهد به في: "Programming for the Female Condom: Why is the Jury Still Out," by T. Hatzel. 2001. "عندما ترفض في مكتبى لخدمة المعاصرة" 18 كانون الأول/ديسمبر 2001.

55 Finger, W. R. 2000. 2000. "Zimbabwe Project Promotes Female Condom Use," *Network* 20(2): 20.

56 Carlin, C., and C. Chimwaza. 2003. "Does Knowing Something with AIDS Affect Condom Use: An Analysis from South Africa," *AIDS Education and Prevention* 15(3): 231-244.

57 Brady, M. 2003. "Preventing Sexually Transmitted Infections and Unintended Pregnancy, and Safeguarding Fertility: Triple Protection Needs of Young Women," p. 137. *Reproductive Health Matters* 10(22): 134-141.

58 The Microbicide Initiative. 2002. "Mobilization for Microbicides: The Decision

الفصل 10

الفصل ١

١ صندوق الأمم المتحدة للسكان 2001. Working with White Collar Sensitive Approaches in UNFPA Programming. نيويورك: صندوق الأمم المتحدة للسكان.

٢ الأمم المتحدة 2007. "التحديات الثلاثة بشأن العالم: تطبيق عام 2007-2015". شعبة السكان، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، الأمم المتحدة والأمم المتحدة 2007. "التر الإيز (ESA/9/WP185). نيويورك: شعبة السكان، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، الأمم المتحدة.

٢٢ يهدف التقرير للزائد القدرة العمل الفنية بإظهار العالم والأم والتقرير الثالث لفرقة العمل المعنية بالتعليم الإنشائي والمساواة بين الجنسين تعميم الحصول على خدمات الصحة الإنجابية (وهو أحد أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية) باعتبار أن ذلك أمر أساسي لإبراز الفوائد الإنمائية للألفية (ويستلزم الأخلاص عليها على موع الترويج على شبكة الويب. للتكوير في العناينة السابقة).

٢٥ باحث لك من البلدان، معظمها من بلدان الشمال الغربي، هذا المستوى من الدعم وعلى العكس من ذلك، تقدم الولايات المتحدة أقل حصة وأنشئة إلى نتائجها التحليلي الإجمالي بين البلدان للصححة الإنجابية

2036-2036. راتغر أيضاً: Stover, J. "Can We Reverse the HIV/AIDS Epidemic with an Expanded Response?" The Lancet 360(9326): 73-77.

٧ كان التطوير المتعلق بتعويض وسائل الإصدام والبرامج التعليمية والبرامج الإنجابية من أجل الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز التي يتكون منها برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية يبلغ ١.٢ بليون دولارًا وهو مبلغ يزيد بمقدار ٢٠٠ مليون دولار عما كان متوقفاً في سنة ١٩٩٤.

١٩٩٩. الصححة الإنجابية في حالات الكوارث: دليل ميداني مشترك بين الوكالات. جنيف: منظمة الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين.

٢ بعد ولادة الأم تصبح احتمالات وفاة أطفالها في غضون عامين أكبر بما يتراوح بين ثلاث وحتى مرات من المعدلات الحديثة ذلك في حالة الأهل الذين يعيشون مع كلا الوالدين. انظر: اليونيسيف 2001. حالة الأهل العالم 2001. "الطولة البكره نيويورك: اليونيسيف.

الفصل ٢

٢ الأمم المتحدة 1٩٩٥. "سكان والتنمية الجزء ١: برنامج العمل الثاني المعتمد في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية القاهرة ١٩9٥-١٩٩٤". نيويورك: إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية وتعمل السياسات، الأمم المتحدة، الأمم المتحدة 1٩٩٩. "الجزء الثاني: توسيع نطاق عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية 1٩95-2٠00". نيويورك: الأمم المتحدة.

١٥ عقدت مشاركة تقنية بشأن إدماج برامج الصححة الإنجابية والفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز في إطار/مايو 2001. استضافها صندوق الأمم المتحدة للسكان. ومفتاح للتوير عن الاجتماع وورقات المعلومات الأساسية على موقع الصندوق على شبكة الويب: www.unfpa.org.

١٦ يمكن أيضاً أن تؤدي البرامج الراسية إلى تعويل الورق، والأفراد كثيرة من جهود النظم الصححية القائمة. ومن السهل العثور على أدلة مبررة من الأثر السلسلي لتتفق موارد كثيرة إلى البرامج المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والدراسات الجارية بشأن الأثر لفترة على السياسات والبرامج مازالت في مراحلها الأولى.

٢ Kruse, S. "Sexual and Reproductive Health in Under-served Conditions: A Survey of the Situation of Displaced Women in Colombia". كولومبيا: PROFAMELIA, 2001.

٦ Helm, E. and E. Johnson Siskaf. "Sexual and Reproductive Health in Under-served Conditions: A Survey of the Situation of Displaced Women in Colombia". كولومبيا: PROFAMELIA, 2001.

٧ Helm, E. and E. Johnson Siskaf. "Sexual and Reproductive Health in Under-served Conditions: A Survey of the Situation of Displaced Women in Colombia". كولومبيا: PROFAMELIA, 2001.

الفصل ٣

1 منظمة الصححة العالمية وأيضاً الدولي 2001. "Dying for Change: Poor People's Experiences of Health and Health. The Voices of the Poor Study". جنيف: منظمة الصححة العالمية. و Gwatkin, D. "Rural Country-level Inequities in Health, Nutrition and Population". العاصمة البقاء الدولي: وصندوق الأمم المتحدة لسكان 2007. "حالة سكان العالم 2007: الناس والفقر والإسكان: جعل للتنمية شمل لسداح العالم". نيويورك: صندوق الأمم المتحدة للسكان والأمم المتحدة 2001. "استراتيجيات وتقييم التقدم للتعرف على تحقيق تباين أهداف برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية: تقرير الأيوب العالم 2004/33". نيويورك: لجنة السكان والتنمية، المجلس الاقتصادي والاجتماعي، الأمم المتحدة.

١٠ أيدي زيادة استخدام التعويل القلامي والبرمجة القائمة على صححية تتيح تحفكات الترويج من أجل أنشطة معينة وتكثير نسبة الاعتمادات المالية للصححة الأفرانس التي تخصص لها مخرج معينة هو أمر يقدم بصححة متصلة. يتبين أن الترويج عدم تعلم الأسرة كان نسبته من مجموع الخدمات أهدأ في التحليل. إنترنت الأمم المتحدة 2004. "شغل الموارد المالية للمساعدة في تلبية برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية: استعراض وتحليل مدتها 2004-2004". تقرير الأيوب: العالم (E/CN.9/2004/40). نيويورك: الأمم المتحدة.

الفصل ١١

١ يمكن العثور على بيان الأترام في: www.unfpa.org/press/index.htm.

٢ انظر الترويج على شبكة الويب: www.unfpa.org/press/press.asp?cat=2004.

١١ ينبغي أيضاً ترحي الحوار في تفسير المستوى المرتفع للتحفكات المالية البالغ منها حتى في البلدان التي تقدم تقارير. وقد كشفت تقديرات تقدم خدمات برنامج عمل من أجل التحفكات على مستوى الزيادة الصححية الأولية، ومن أجل أنشطة وإثبات مختارة فقط فيما يتعلق بحوالي فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. وباستخدام تقرير الإبلاغ من التحفكات المالية للزائد الوطنية العامة لجمعية العناصر الأساسية للمسوية كالتاليها. ولكن غالباً ما تشمل تقديم الخدمات على مستوى أعلى (إما في ذلك الرعاية في المستشفيات والرعاية الأخرى مستوى التي تقدم في هذا المراقق الأبحاث/التحليل). ومنذ عام 1٩٩٩، تم تعد تقارير للمزيد ولا التقارير للمالية بشأن فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز كقاسية على أنشطة الزيادة التي مدتها المؤتمر الدولي للسكان والتنمية فقط.

٢ كان جدول أعمال أعمال القرن 21 الذي اعتمده مؤتمر الأمم المتحدة العالمي بأولوية وتنمية التي على مدى سنة 1٩٩٢ يتضمن بعض التكاليف الأساسية ولكن المتكورات لم توافق عليها وكلمات باعتبارها مؤثرة.

١ الأمم المتحدة 1٩٩٥. "سكان والتنمية الجزء ١: برنامج العمل الثاني المعتمد في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية القاهرة ١٩9٥-١٩٩٤". نيويورك: إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية وتعمل السياسات، الأمم المتحدة.

٢ لم يأخذ هذا التقرير في الاعتبار على نحو الواسع لوزم تنظيم الأسرة (وبعض لوزم الصححة الإنجابية الأخرى) أو تكاليف تبيدها. وقد أدرجت هذه التكاليف وغيرها من مكونات البنية الأساسية للصححة الإنجابية ضمن مجموع تكلي يخر من البنية الأساسية اللازمة لتقديم الخدمات.

الفصل ٣

French, H. 2001. "Greening Globalization." *Geopolitical Journal of International Affairs* 20(2): 25. French, H. 2004. "Linking Globalization, Consumption, and Governance." *ص 11٥*. الفصل ٧ في *Stohr of the World 2004*, by the Worldwatch Institute. 2004. نيويورك: W. W. Norton.

1W. W. Norton. منظمة الأغذية والزراعة 2007. "حالة غابات العالم، ٢٠0٧". روما: منظمة الأغذية والزراعة، ومنظمة الأغذية والزراعة 2004. "إنتاج وتجارة صلح مصادر السمك 1٩٧٦-٢٠٠٠". قاعدة البيانات الإلكترونية: الترويج على شبكة الويب: www.fao.org/fish/statist/fish/FRSH.

٢ FAO 2007. "الترويج إليه في 1٩٩٤". روما: منظمة الأغذية والزراعة 2007. "عالم نمو 2007-2015". روما: منظمة الأغذية والزراعة، و Myers, R. and B. Wern. 2003. "Rapid Worldwide Depletion of Predatory Fish Communities." *Nature* 423:

٢٢ يدير للترويج جيفري سالكن، المستشار الخاص للأمين العام ومركز مارك براون مدير برنامج الأمم المتحدة الإنشائي، ولصحة فريق عمل مكونة من خبراء دوليين. ويتعلق ذلك الفريق استخلاصات من الأبحاث للتحويل بإعزاز تقدم والعمل على كفاءة أن تولي استراتيجيات الحد من الفقر في البلدان ثمانية لأولوية لإبراز العناينة الإنمائية للألفية. ويمكن العثور على التفاصيل في: www.unfpa.org/projnet.org.

٦ يمكن العثور على تقرير التنمية في "Resource. 2001. "Schwartzlander, B. Needs for HIV/AIDS." *Source* 2002(26):

رصد اهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية - مؤشرات مختارة

مؤشرات الصحة الإيجابية				مؤشرات التعليم				مؤشرات التوقيتات			المجموع العالمي
معدل شيوخ الإعاقة بمؤشر نقص القدرة البشرية (%) (19٩٠-٢٠٢٠) معدل/مئة	شيوخ وسائق مستحق الحصول على الوسائل المادية معدل/مئة	معدل الوفيات لكل ١٠٠٠ امرأة تتراوح العمر بين ١٥ و ١٩ سنة	النسبة المئوية للبنين (بنين تزيد أعمارهم عن ١٤ سنة) معدل/مئة	القدرة في التعليم الثانوي (الإجمالي) معدل/مئة	نسبة من يعانون من إلى الصف الحاسن معدل/مئة	القدرة في التعليم الابتدائي (الإجمالي) معدل/مئة	نسبة الوفيات النسبية	متوسط العمر أطول معدل/مئة	مجموع الوفيات لكل ١٠٠٠ معدل/مئة		
٤٤	٦١	٥٠						٦٧,٦/٦٣,٣	٤٦	المجموع العالمي	
٥٥	٦٩	٢٧						٧٩,٤/٧٢,١	٨	المناطق الأكثر نمواً (٥)	
٤٤	٥٩	٥٣						٦٥,١/٦١,٧	٦١	المناطق الأقل نمواً (٥)	
		١٢٤						٥٠,٥/٤٨,٨	٩٧	أقل البلدان نمواً (٥)	
٢٠	٢٧	١٠٧						٥٠,٠/٤٧,٩	٨٤	أفريقيا (١)	
	١٧	٢٢						١٢,٥/١٢,٤	٩٧	شرق أفريقيا	
٦,٧/٥,٢	١٠	١٦	٥٠	٤٧/٤٢	٦/١٢	٥٧/٦٨	٦٢/٨٠	١٠٠٠	١٠٧	بوركينا فاسو	
٢,٠/٢,٣	٥	٨	١١٥	٢٢/٢٢		٥٤/٦٧	٧٢	٥٤,٢/٥٩,٢	٧٢	إريتريا	
٥,٠/٢,٨	٦	٨	١٠٠	٦٦/٥١	١٥/٢٢	٥٧/٦٢	٥٢/٥٥	٨٥٠	١٠٠	إثيوبيا	
٨,٧/٤,٦	٢٢	٢٩	٧٨	٢١/١٠	٢٠/٢٤		٩٥/٩٧	١٠٠٠	١٤٦	كينيا	
١,٧/١,٤	١٢	١٩	١٣٧		٢٤/٢٢	١٠٢/١٠٦	٥٥٠	٤٤,٥/٥٢,٥	٩١	ملاوي	
١٦,٠/١٢,٤	٢٦	٢٦	١٦٢	٥١/٢٤	٢٩/٢٩	١٧/٦١	١٢٢/١٤٩	١٨٠٠	١١٥	موريتانيا	
	٤٩	٧٥	٢٢	١٧/١٢	١٨/٨١	١٧/٩٩	١٠٦/١٠٦	٢٤	٧٥,٨/٦٨,٤	٦٦	موزمبيق (٢)
١٢,٨/١٠,٦	٥	٦	١٠٥	٦٧/٢٨	١٠/١٦	١٧/٥٦	٨٧/٦١	١٠٠٠	١٢٢	نيجيريا	
٥,٧/٤,٤	٤	١٢	٥٠	٢٧/٢٥	١٤/١٥	٤٧/٢٩	١١٦/١١٨	١٤٠٠	١٢٢	رواندا	
		٢١٢						١١٠٠	١١٨	السنغال	
٤,٧/٢,٧	١٨	٢٢	٢١١	٤١/٢١	١٥/١١		١٢٤/١٢٩	٨٥٠	٨٦	أوغندا	
٩,٧/٧,٦	١٧	٢٥	١٢٠	٢١/١٥		٨٠/٦٦	٦٧/٧٠	١٥٠٠	١٠٠	جمهورية تنزانيا المتحدة	
١٨,٩/١٤,١	٢٢	٢٤	١٥٥	٢٦/١٤	٢١/٢٧	٧٥/٦٦	٦٦/٨١	٧٥٠	١٠٥	زambia	
٢٨,٤/٢١,٠	٥٠	٥٤	٩٢	١٤/٦	٤٠/٤٥		١٨/١٠٠	١١٠٠	٥٨	زيمبابوي	
	٥	٢٣	٢٠٠						١١٦	وسط أفريقيا (٣)	
٤,٤/٢,٤	٥	٦	٢٢٩		١٧/٢١			١٧٠٠	١٤٠	أنغولا	
٧,٧/٦,٠	٧	١٩	١٢١	٤٠/٢٢	٢٩/٢٦		٩٩/١١٥	٧٢٠	٨٨	الكاميرون	
١٥,١/١١,٩	٧	١٨	١٢٢	٦٧/٢٥			٥٢/٧٩	١١٠٠	١٠٠	جمهورية أفريقيا الوسطى	
٥,٤/٤,٢	٢	٨	١١٥	٦٢/٤٦	٥/١٧	٤٨/٥٨	٥٧/٦٠	١١٠٠	١١٥	تشاد	
٤,٧/٢,٧	٤	٢٦	٢٢٠					٩٩٠	١٢٠	جمهورية الكونغو الديمقراطية (٤)	
٥,٧/٤,٢			١٤٦	٢٢/١١	٢٧/٢٧		٨٢/٨٨	٥١٠	٨٤	جمهورية الكونغو	
٦,١/٧,١	١٢	٢٢	١١٢				١٢٤/١٢٥	٤٢٠	٥٧	غابون	
	٢٢	٢٧	٢٦						٤٩	شمال أفريقيا (٥)	
٠,١ > / -٠,١	٥٠	١٤	١٦	٤٠/٢٢	٧٤/٦٨	٩٧/٩٥	١٠٤/١١٢	١٤٠	٤٤	الجزائر	
٠,١ > / -٠,١	٥٤	٥٦	٥٧	٥٦/٢٢	٨٥/٩١	٩٧/٩٩	١٤/١٠٠	٨٤	٤١	مصر	
	٢٦	٤٠	٧	٢٩/٨	١,٨/١٠,٢		١١٤/١١٤	٩٧	٢١	الجمهورية العربية السورية	
	٢٢	٥٠	٢٥	٦٢/٢٧	٢٦/٤٥	٨٢/٨٤	١٠١/١١٢	٢٢٠	٤٢	الغرب	
٢,٦/١,٩	٧	٨	٥٥	٥١/٢٩	٢٠/٢٤		٥٤/٦٢	٥٩٠	٧٧	السودان	
٠,١ > / -٠,١ >	٥١	٦٠	٧	٢٧/١٧	٨١/٧٨	٩٧/٩٥	١٠٩/١١٤	١٢٠	٢٢	تونس	
	٥٤	٥٣	٦٦						٥٢	الجنوب الأفريقي	
٤٢,١/٢١,٧	٢٩	٤٠	٩١	١٨/٢٤	٧٥/٧٠	٩٢/٥٧	١٠,٢/١٠,٢	١٠٠٠	٥٧	برازيل	
٢٢,٤/٢٥,٤	٢٠	٢٠	٥٢	١٠/٢٦	٢٨/٢٠	٧٤/٦٠	١٢٥/١٢٢	٥٥٠	٩٢	ليبيريا	
٢٤,٢/٢٨,٤	٢٦	٢٩	٧٨	١٧/١٦	٦٥/٥٧	١٤/١٤	١٠٦/١٠٦	٢٠٠	٦٠	نامبيا	
٢٢,٥/٢٨,١	٥٥	٥٦	٦٦	١٥/١٢	٩٠/٨٢	٦٤/٦٥	١٠,٢/١٠,٧	٢٢٠	٤٨	جنوب أفريقيا	
٤١,٧/٢٥,٧	١٦	١٨	٤٥	٢٠/١٨	٤٥/٤٥	٧٩/٦١	١٨/١٠,٢	٢٢٠	٧٨	سوازيلند	
	٨	١٥	١١٩						٩٠	غرب أفريقيا (٦)	
٢,١/١,٧	٧	١٩	١٠٧	٧٤/٤٥	١٧/٢٥	٧٨/٨١	٨٧/١٢٢	٨٥٠	٩٢	بنن	
٤,٨/٢,٦	٥	١٢	١٢٦	٩٢/٨٢	٨/١٢	٧٦/٦٨	٢٦/٥١	١٠٠٠	٩٢	بوركينا فاسو	
٨,١/٦,٠	٧	١٥	١١٦				٦٨/٩٢	٦٥٠	١٠١	كوت ديفوار	
١,٢/١,٠	٩	٦٠	١٢٥		٢٨/٤٠		٧٥/٨٢	٥٤٠	٨١	غامبيا	

رصد أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية - مؤشرات مخارة

مؤشرات الوفيات	مؤشرات الصحة الإيجابية			مؤشرات التعليم				نسبة الوفيات القاتلة	متوسط العمر المتوقع (ذكور/إناث)	مجموع وفيات الرضع لكل 1000 مولود حي	
	معدل شيوخ الإناث لكل 1000 امرأة تراوح بين 15 و 64 سنة (تكرارات)	شيوخ وسائر منسج العمل النسائي (تكرارات)	معدل الولادة لكل 1000 امرأة تراوح بين 15 و 64 سنة (تكرارات)	النسبة التي لا يمكن تزيدهم (تكرارات)	التعليم الثانوي (الإجمالي) (تكرارات)	نسبة من يعانون من نقص التعليم الأساسي (تكرارات)	نسبة من يعانون من نقص التعليم الأساسي (تكرارات)				
غانا	٢٤/٢٦	١٧	٢٢	٧٦	٣٤/١٨	٢٤/٤١	٦٥/٦٧	٧٨/٨٥	٥٤٠	٥١,٢/٥٦,٥	٥٨
غينيا	٢,٧/٢,٧	٤	٦	١٧٢			٧٧/٩٠	٦٦/٨٨	٧٤٠	٤٩,٥/٤٨,٨	١٠٢
غينيا - بيساو		٤	٨	١٩٧					١١٠٠	٤٦,٩/٤٢,٦	١٢٠
ليبيريا	٦,٧/٥,١	٦	٦	٢٢٧	٦١/٢٨				٧٦٠	٤٢,٢/٤٠,٧	١٤٧
مالي	٢,٦/١,٦	٦	٨	١٩١	٨٨/٧٣		٧٩/٨٨	٤٩/٦٥	١٢٠٠	٤٤,١/٤٤,٠	١١٩
موريتانيا	٠,٧/٠,٦	*	٨	١٠٤	٦٩/٤١	١١/٢٥	٥٦/٥٤	٨٥/٨٨	١٠٠٠	٥٤,١/٥٠,٩	٩٧
النيجر	١,٤/١,٠	٤	١٤	٢٢٣	٩١/٥٥	٥/٨	٦٨/٧٣	٢٢/٤٧	١٦٠٠	٤٦,٥/٤٥,٩	١٢٦
نيجيريا	٦,٤/٤,٦	٩	١٥	١٠٢	٤١/٢٦			٨٦/١٠٧	٨٠٠	٥١,٦/٥١,١	٧٩
السنغال	٠,٩/٠,٧	٨	١٢	٤٦	٧٠/٥١	١٥/٢٢	٦٥/٧٠	٧٢/٩١	٦٤٠	٥٥,١/٥٠,٦	٦١
سيراليون		٤	٤	٢١٢		٢٢/٢١		٦٥/٩٢	٢٠٠٠	٢٥,٥/٢٣,١	١٧٧
توغو	٤,٧/٢,٦	٩	٢٦	٨١	٥٥/٢٦		٨٠/٨٨	١١٢/١٢٦	٥٧٠	٥١,١/٤٨,٢	٨١
آسيا		٨١	٦٤	٢٠						٦٩,٠/٦٥,٥	٢٣
شرق آسيا (٧)		٨١	٨٢	*						٧٤,٧/٦٩,٧	٢٤
الصين	٠,١/٠,٢	٨٢	٨٤	*	١٢/٥			١١٤/١١٤	٥٦	٧٢,٢/٦٨,٩	٢٧
جمهورية كوريا الديمقراطية الشعبية		٥٢	٦٢	٢				٦٧	٦٦٠	٦٠,٤	٤٥
هونغ كونغ (للنقطة الإدارية الخاصة، الصين (A))	٠,١/٠,١	٨٠	٨٦	٦		٧٨/٦٨		١٠٨/١٠٨		٨٢,٦/٧٧,٢	٤
آيباران	٠,١/٠,١	٥١	٥٦	٤	١٠٢/١٠٢			١٠٠/١٠٠	٦١٠	٨٥,١/٧٧,٩	٣
منغوليا	٠,١/٠,١	٤٤	٧٧	٥٤	٣/٢	٨٢/٦٩	٩,٧/٨٧	١٠٠/٧٧	١١٠	٦٥,٩/٦١,٩	٥٨
جمهورية كوريا	٠,١/٠,١	٧٧	٨١	٢		٩١/٩١	١٠٠/١٠٠	١٠٢/١٠٢	٢٠	٧٩,٢/٧٩,٨	٥
جنوب شرق آسيا		٢١	٥٧	٤٢						٦٩,٦/٦٤,٤	٤١
كمبوديا	١,٦/٢,٧	١٩	٢٤	٦٠	٤١/٢٩	١٦/٢٧	٢٠/٧١	١١٦/١٢٠	٤٥٠	٥٩,٥/٥٥,٢	٧٢
إندونيسيا	٠,١/٠,٢	٥٥	٥٧	٥٥	١٧/٨	٥٦/٨٨	٩٢/٨٧	١١٠/١١٢	٢٢٠	٦٨,٦/٦٤,٦	٤٢
جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية	٠,١/٠,١	٢١	٢٢	١١	٤٥/٢٢	٢٤/٤٧	٦٢/٢٢	١٠٠/١٢٢	٦٥٠	٥٥,٢/٥٢,٢	٨٨
ماليزيا	٠,١/٠,٧	٢٠	٥٥	١٨	١٥/٨	١٢/٢٦	٩٦/٩٨	٩٥/٩٥	٤١	٧٥,٧/٧٠,٨	١٠
ميانمار	٠,٧/٠,٦	٢٨	٣٢	٢٤	١٩/١١	٢٥/٤١	٦١/٥٩	٩٠/٩٠	٢٦٠	٦٠,٢/٥٤,٦	٨٢
الفلبين	٠,١/٠,١	٢٨	٤٧	٢٨	٧/٧	٨٦/٥٨	٨٢/٧٦	١١١/١١٢	٢٠٠	٧٢,٠/٦٨,٠	٢٩
سنغافورة	٠,١/٠,٤	٥٢	٦٢	٦	١١/٢				٢٠	٨٠,٢/٧٥,٩	٣
تايلاند	١,١/٢,٠	٧٠	٧٢	٤٩	٩/٥	٨١/٥٥		٩٦/١٠٠	٤٤	٧٢,٥/٦٥,٢	٢٠
فيت نام	٠,٢/٠,٧	٥٧	٧٨	٢١	١٢/٦	١٧/٢٢	٨٨/٩٠	١٠٠/١٠٧	١٢٠	٧١,٦/٦٦,٩	٢٤
جنوب وسط آسيا		٤١	٤٨	٥٤						٦٢,٩/٦٢,٥	٦٨
أفغانستان		٤	*	١١١		-٢٤		-٤٤	١١٠٠	٤٢,٢/٢٢,٠	١٦٢
بنغلاديش		٤٢	٥٤	١١٧	٦٩/٥٠	٤١/٤٥	٦٨/٧٢	٩٨/٧٧	٢٨٠	٦٤,٦/٦١,٠	٦٤
بوتان		١٩	١٩	٥٤				٩٢/٨٨	٤٢٠	٦٤,٥/٦٢,٠	٥٤
الهند		٤٢	٤٨	٤٥		٤٠/٥٦	٥٩/٥٩	٩٠/١٠٧	٥٤٠	٦٤,٦/٦٢,٢	٦٤
جمهورية إيران الإسلامية	٠,١/٠,١	٥٦	٧٢	٢٢	٢٠/١٧	٧٥/٦٩	٩٤/٩٤	٩٠/٩٤	٧٦	٧١,٩/٦٨,٩	٢٢
نيبال	٠,١/٠,١	٢٥	٢٩	١١٧	٧٤/٢٨	٢٧/٥٠	٨١/٧٥	١١٢/١٢٠	٧٤٠	٥٩,٦/٦٠,١	٧٩
باكستان	٠,١/٠,٢	٢٠	٢٨	٥٠	٧١/٤٧	١٩/٢٩		٦٢/٨٤	٥٠٠	٦٠,٩/٦١,٢	٨٧
سريلانكا	٠,١/٠,٠	٤٤	٦٦	٢٢	١٠/٥			١١٠/١١١	٩٢	٧٥,٩/٦٩,٩	٢٠
غرب آسيا		٢٨	٤٧	٤٧						٦٤,٢/٦٧,١	٤٤
العراق		٦٠	٤٤	٢٨					٢٥٠	٦٢,٢/٥٩,٢	٨٢
إسرائيل		٥٢	٦٨	١٧	٧/٢	٩٤/٩٥	٩٩/١٠٠	١١٢/١١٤	١٧	٨٤,٠/٧٧,١	٦
الأردن		٢٩	٥٦	٢٧	١١/٥	٨٧/٥٥		٩٩/٩٨	٤١	٧٢,٥/٦٩,٧	٢٤
الكويت		٤١	٥٠	٢١	١٩/١٥	٨٨/٨٢	٩٨/٩٩	٩٤/٩٥	٥	٧٤,٠/٧٤,٩	١١
لبنان	٠,٠/٠,٢	٢٧	٦١	٢٥		٨١/٥٤	٩٦/٩٢	١٠٠/١٠٥	١٥٠	٧٥,١/٧١,٩	١٧
الأراضي الفلسطينية المحتلة				٤٤		٨٨/٨٢	٩٨/٩٧	١٠٥/١٠٤	١٠٠	٧٤,٠/٧٠,٨	٢١
عمان	٠,١/٠,٢	١٨	٢٤	٦٦	٢٥/١٨	١٨/٢٩	١٦/٢٦	٨٢/٨٤	٨٧	٧٤,٤/٧٤,٠	٢٠

رصد أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية - مؤشرات مختارة

مؤشرات الصحة الإيجابية				مؤشرات التعليم				مؤشرات الرفاهية		
معدل شيخوخة إضافية بمؤشر نفس الثالثة البشرية (١٢-١٤) مكرر/إذات	متوسط ومعدل متاح العمل نسبة نسبة	معدل المراتب لكل ١٠٠٠ أفراد تراوح عمرهم بين ١٤ و ٦٤ سنة	نسبة التربة الناجحة (بمن تزيد أعمارهم عن ٦٥ سنة) مكرر/إذات	القدرة في التعليم الثانوي (الإجمالي) مكرر/إذات	نسبة من يعيشون أبى من الخاص مكرر/إذات	القدرة في التعليم الإجمالي (الإجمالي) مكرر/إذات	نسبة الرفاهية الطاقة	متوسط العمر المتوقع مكرر/إذات	مجموع رؤيتنا مكرر ١٠٠٠ مكرر/إذات	
٢١	٢٢	٢٨	٢١/١٦	٦٥/٧٢	١١/١٤	٦٦/٦٨	٢٢	٧٢,٧/٧١,١	٢١	المملكة العربية السعودية
٢٨	٢٦	٢٤	٢٦/١٩	٤٢/٤٧	١٢/١٢	١٠٤/١١٥	١٦٠	٧٢,١/٧٠,٦	٢٢	الجمهورية العربية السورية
٢٨	٦٤	٤٢	٢٢/٦	٦٦/٨٦		٩١/٩٨	٧٠	٧٢,٢/٦٨,٠	٤٠	تركيا (١٠)
٢٤	٢٨	٤١	١٧/٢٤	٨٢/٨٧	١٨/١٧	٩٠/٩٤	٥٤	٧٧,٤/٧٢,٢	١٤	الإمارات العربية المتحدة
١٠	٢١	١١١	٧١/٢١	٢٧/٦٥	١٤/٨٢	٦٤/٧٧	٥٧	٦١,١/٥٨,٩	٧٦	قبرن
٢٤	٤٠	٤٨	٤٨/٢٦	٦٢/٦٨	٩٤/٩٢	٨٨/٩٦	٢٤٢	٦٧,١/٦٢,٩	٥٢	الدول العربية (١١)
٤٤	٢٧	٢٠						٧٨,٢/٧٠,١	٩	أوروبا
٢١	٦١	٢٤						٧٤,٤/٦٤,٠	١٤	شرق أوروبا
٢٥	٤٢	٤١	٢/١	٩١/٩٤	١٥/١٥	١٠٠/١٠٢	٢٢	٧٤,٧/٧٢,٤	١٥	بلغاريا
١٢	٧٢	١٧		٥٧/٥٥	١٧/١٦	١٠٢/١٠٤	٩	٧٨,٧/٧٤,١	٦	الجمهورية التشيكية
٢٨	٧٧	٢١		١٠٤/١٠٢	١١/١٨	١٠٠/١٠٢	١٦	٧٦,٠/٧٧,٧	٩	هنغاريا
١٩	٤٩	١٦		١٠١/١٠٥	١٨/١٩	١٩/١٠٠	١٢	٧٨,٠/٦٩,٨	٩	بولندا
٢٠	٦٤	٢٧	٤/٢	٨٢/٨٢	١٥/١٤	١٨/١٠٠	٤٩	٧٤,٢/٧٠,٠	٢٠	رومانيا
٤١	٧٤	٢٤	٠/٠	٩٠/٨٩	١١/١٨	١٠١/١٠٢	٢	٧٧,٦/٦٩,٨	٨	سلوفاكيا
٧٥	٧٩	١٢						٨٠,٥/٧٤,٤	٥	شمال أوروبا (١٢)
١٢	٧٨	٧			١٠٠/١٠٠	١٠٢/١٠٢	٥	٧٩,١/٧٤,٢	٥	الدانمرك
٥٦	٧٠	٢٦	٠/٠	١١١/١٠٩	٩٧/١٠٠	١٠١/١٠٥	١٢	٧٦,٤/٦٦,٥	٩	إستونيا
٧٥	٧٧	٨		١٢٢/١٢٠	١٠٠/١٠٠	١٠١/١٠٢	٦	٨١,٥/٧٤,٤	٤	نمندا
		١٥		١٠٩/١٠٠	١١/١٨	١٠٤/١٠٤	٥	٧٩,٦/٧٤,٤	٦	أيرلندا
٢٩	٤٨	٢٤	٠/٠	٩٢/٩٢	١٨/١٨	٩٥/٩٩	٤٢	٧٦,٢/٦٥,٦	١٤	لاتفيا
٢١	٤٧	٢٦	٠/٠	٩٨/٩٩	١٥/١٠٠	١٠٤/١٠٥	١٢	٧٧,٧/٧٧,٥	٩	ليتوانيا
٦٥	٧٤	١١		١١٦/١١٢		١٠٢/١٠١	١٦	٨١,٩/٧٦,٠	٥	النرويج
١٢	٧٨	٧		١٦٠/١٢٢		١١٢/١٠٩	٢	٨٢,٦/٧٧,٦	٢	السويد
٨١	٨٤	٢٠		١٧٠/١٤٦		١٠١/١٠١	١٢	٨٠,٧/٧٥,٧	٥	للمملكة المتحدة
٤٦	٧٧	١١						٨١,٠/٧٤,٦	٧	جنوب أوروبا (١٢)
١٥	٤٨	١٦	٢/١	٨٠/٧٧	١٤/١٦	١٠٧/١٠٧	٥٥	٧٦,٧/٧٠,٩	٢٥	ألمانيا
١٦	٤٨	٢٢	١/٢				٢١	٧٦,٧/٧٤,٢	١٤	اليونان والبرتغال
		١٩	٢/١	٨١/٨٨	١٠٠/١٠٠	٩٥/٩٦	٨	٧٨,١/٧٠,٢	٨	كرواتيا
		١٠		٥٧/٥٥		٩٦/٩٧	١	٨٠,١/٧٥,٧	٦	اليونان
٢٩	٦٠	٦		١٥/١٧	١٧/١٦	١٠٠/١٠١	٥	٨١,٩/٧٥,٥	٥	إيطاليا
		٢٤		٨٢/٨١	١٧/١٦	٩٧/٩٩	٢٢	٧٥,٤/٧١,٤	١٦	جمهورية مقدونيا اليوغوسلافية السابقة
٢٢	٦٦	١٧		١١٧/١١١		١٢٠/١٢٢	٥	٧٩,٦/٧٢,٦	٦	البرتغال
٢٢	٥٨	٢٦		٨١/٨٨		٩٧/٩٩	١١	٧٥,٦/٧٠,٩	١٢	سربيا والجبل الأسود
٥٩	٧٤	٨	٠/٠	١٠٧/١٠٥		١٠٠/١٠١	١٧	٧٦,٤/٧٢,٦	٦	سلوفينيا
٧٧	٨١	٦		١١٩/١١٢		١٠٦/١٠٨	٤	٨٢,٤/٧٥,٩	٥	إسبانيا
٧٩	٧٤	١٠						٨١,٥/٧٥,٢	٥	غرب أوروبا (١٤)
٤٧	٥١	١٢		٩٧/١٠٠	١٥/١٢	١٠٢/١٠٤	٤	٨١,٥/٧٥,٤	٥	ألمانيا
٧٤	٧٨	١		١٢٢/١٤٦		١٠٥/١٠٦	١٠	٨١,٩/٧٥,٧	٤	بلجيكا
٦٦	٧٥	٩		١٠٥/١٠٧		١٠٤/١٠٦	١٧	٨٢,٤/٧٥,٢	٥	فرنسا
٧٢	٧٥	١١		٩٩/١٠٠	١٠٠/٩٩	١٠٠/١٠١	٨	٨١,٢/٧٥,٢	٥	ألمانيا
٧٦	٧٩	٥		١٢٢/١٢٦	١٠٠/١٠٠	١٠٧/١٠٩	١٦	٨١,٠/٧٥,٦	٥	هولندا
٧٨	٥٢	٥		٩٧/١٠٢	٩٧/١٠٠	١٠٧/١٠٨	٧	٨٢,٢/٧٥,٩	٥	سويسرا
٦٢	٧١	١٢						٧٢,٩/٦٧,١	٢٦	أمريكا اللاتينية والكاريبي
٥٧	٦١	١١						٦٤,٠/٦٤,٦	٢٥	الكاريبي (١٢)
١٢	٧٢	١٥	٢/٢	٨١/٩٠	٩٦/١٥	١٨/١٠٢	٢٢	٧٨,٧/٧٤,٨	٧	كوبا
١٧	٦٥	١٢	١٦/١٦	٧٥/٦٠	٨٠/٥٤	١٢٧/١٢٥	١٥٠	٦٩,٢/٦٤,٤	٢٦	الجمهورية الدومينيكية

رصد أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية - مؤشرات مختارة

مؤشرات التوفيات	مؤشرات الصحة الإنجابية			مؤشرات التعليم				مؤشرات التوفيات	مجموع وفيات التوسع لكل 1000 مولود حي
	نسبة التوفيات الخلقية	متوسط العمر المتوقع (ذكور/إناث)	نسبة المواليد المولودين	النسبة المئوية للذكور في التعليم الثانوي (الإجمالي)	النسبة المئوية للإناث في التعليم الثانوي (الإجمالي)	نسبة من يتجاوزون إلى الصف الخامس العاشر	النسبة المئوية للذكور في التعليم الثانوي (الإجمالي)		
23	19.0/20.0	68	64	6.0/16					هايتي
20	77.8/73.7	87	79	9/16	88/82	92/88	1.0/1.1		جامايكا
10	8.1/7.2	28	22	7/1					بورتوريكو
14	71.4/68.4	16	26	2/1	13/18	1.0/1.7	1.4/1.6		ترينيداد وتوباغو
20	78.4/76.8		66						أمريكا الوسطى
10	8.1/7.8	13	78	1/1	78/76	98/92	1.8/1.8		كوستاريكا
26	72.7/77.7	18	87	22/18	87/81	7.0/8	1.9/1.1		السلفادور
11	78.1/73.0	24	111	28/22	22/24	84/87	1.9/1.7		غواتيمالا
22	71.4/76.8	11	1.2	2.0/2.0			1.7/1.8		هندوراس
28	76.4/77.4	82	64	11/7	88/82	91/80	1.1/1.1		المكسيك
26	71.9/77.2	22	128	22/22	71/82	88/81	1.8/1.4		نيكاراغوا
21	77.4/76.2	16	89	8/7	92/78	89/88	1.8/1.7		بنما
22	72.9/76.8		76						أمريكا الجنوبية (16)
20	77.9/77.6	82	61	2/2	1.2/87	98/91	1.9/1.2		الأرجنتين
41	76.1/71.8	12	81	1.9/7	82/86	77/79	1.2/1.1		بوليفيا
28	72.3/74.0	26	92	12/11	112/1.2	81/76	1.4/1.2		البرازيل
12	78.0/73.0	21	14	1/1	9.0/88	1.0/1.0	1.9/1.1		شيلي
26	78.2/76.2	12	80	8/8	78/72	72/89	1.9/1.1		كولومبيا
11	72.8/78.2	12	66	1.8/8	89/89	9.9/77	1.7/1.7		إكوادور
27	72.1/78.6	17	78	1.7/7	74/72	78/76	1.1/1.1		باراغواي
22	72.4/77.2	11	88	2.0/9	87/92	87/86	1.2/1.2		بيرو
12	78.9/79.6	27	70	2/2	1.8/88	9.0/87	1.7/1.4		أوروغواي
19	71.9/77.1	16	88	7/6	71/74	1.0/92	1.8/1.7		فنزويلا
7	8.1/74.8		80						أمريكا الشمالية (17)
8	81.9/76.7	9	16	1.7/1.7			1.0/99		كندا
7	78.9/78.2	17	82	9/16			1.9/88		الولايات المتحدة الأمريكية
26	76.6/71.8		22						أوقيانوسيا
6	81.8/76.2		18						الشرق الأوسط وآسيا الوسطى (18)
6	82.0/76.4	8	16	1.2/1.2	1.2/1.2		1.2/1.2		أستراليا (18)
82	71.7/89.2		22						ميلانيزيا (19)
6	8.7/78.8	7	27	1.8/1.8			9.9/99		نيوزيلندا
22	88.9/83.8	2.0	77	2.0/2.0		88/91	78/77		بايوغيفو الجديدة
بلدان الاتحاد السوفياتية السابقة التي تمر اقتصاداتها بمرحلة انتقالية (20)									
17	78.7/76.0	88	24	7.0	89/84		98/87		أرمينيا
21	78.8/78.7	14	26		9.9/81		92/92		أذربيجان
11	78.2/74.1	28	27	7.0	87/82		1.9/1.1		بيلاروس
18	77.7/76.8	22	22		82/76		94/84		جورجيا
82	71.9/77.1	21	18	7.0	88/80		98/88		كازاخستان
27	72.2/74.8	11	22		87/86		91/91		قيرغيزستان
18	72.2/78.8	26	12	7.0	92/91		91/80		جمهورية مولدوفا
16	72.1/77.8	17	20	7.0	92/92		1.2/1.1		الاتحاد الروسي
80	71.4/76.2	1.0	28	7.0	94/80		1.8/1.9		طاجيكستان
19	70.4/73.9	21	17	2/1					تركمانستان
14	74.7/74.7	28	28	7.0	97/97		2.0/2.0		أوكرانيا
27	72.8/76.8	21	17	7.0	97/1.0		1.2/1.2		أوزبكستان

المؤشرات الديمغرافية والاجتماعية والاقتصادية

رقم	اسم الدولة	عدد السكان باللايين (2014)	النسبة المئوية لمعدل النمو السكاني (2000-2014)	النسبة المئوية الحضر لسكان الحضر (2014)	النسبة المئوية للزراعة والرعي المحاصيل للخدمة (2014)	عدد السكان لكل فكتار من الأرض الصالحة للزراعة والرعي المحاصيل للخدمة	معدل الخصوبة الإجمالي (2014)	النسبة المئوية للذكور من إجمالي السكان (2014)	معدل العمر عند الميلاد (تقديرات)	معدل العمر عند الميلاد (تقديرات)	معدل العمر عند الميلاد (تقديرات)	معدل العمر عند الميلاد (تقديرات)	معدل العمر عند الميلاد (تقديرات)	معدل العمر عند الميلاد (تقديرات)	معدل العمر عند الميلاد (تقديرات)
32	غانا	21.1	2.2	48	2.2	1.9	5.11	54	54	54	54	54	54	54	
33	غانيا	21.6	1.6	28	2.8	1.8	4.87	28	28	28	28	28	28	28	
34	غانيا - صهار	1.8	3.7	21	3.1	2.3	5.10	28	28	28	28	28	28	28	
	نيجيريا	2.8	4.0	17	4.7	2.8	7.80	41	41	41	41	41	41	41	
35	مالي	17.1	1.0	22	2.2	2.3	5.00	51	51	51	51	51	51	51	
36	موريتانيا	2.0	1.8	22	2.2	2.1	4.91	47	47	47	47	47	47	47	
37	المغرب	16.1	4.0	22	2.2	2.7	4.00	16	16	16	16	16	16	16	
38	نيجيريا	17.1	24.8	17	2.8	1.7	4.27	28	28	28	28	28	28	28	
39	السنغال	1.2	2.1	8	2.1	2.8	4.57	46	46	46	46	46	46	46	
40	سيراليون	8.2	1.2	23	2.8	4.0	3.40	42	42	42	42	42	42	42	
41	توغو	8.0	1.0	28	2.2	1.3	4.22	45	45	45	45	45	45	45	
	آسيا	2,870.8	2,221.1	21	1.2	1.7	2.44	2.44	2.44	2.44	2.44	2.44	2.44	2.44	
	شرق آسيا (7)	1,822.0	1,490.1	12	0.2	0.3	1.98	1.98	1.98	1.98	1.98	1.98	1.98	1.98	
	المحيط الهندي	1,212.7	1,212.7	28	0.2	0.8	1.87	26	26	26	26	26	26	26	
	جمهورية كوريا الديمقراطية الشعبية	22.8	28.0	0.8	0.8	0.0	2.02	28	28	28	28	28	28	28	
	مركز كونغ (القطعة الإدارية الخاصة) - الصين (8)	4.1	4.1	1.1	1.1	1.1	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
	البيان	129.8	1.0.7	18	0.2	1.0	1.22	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
	منغوليا	2.6	2.8	47	1.2	0.8	2.22	17	17	17	17	17	17	17	
	جمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية	18.0	1.2	8	0.2	0.0	1.21	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
	جنوب شرق آسيا	88.7	72.2	12	1.2	0.2	2.44	2.44	2.44	2.44	2.44	2.44	2.44	2.44	
	كمبوديا	16.8	2.1	15	2.1	0.8	4.27	22	22	22	22	22	22	22	
	إندونيسيا	222.6	222.6	13	1.2	2.8	2.24	13	13	13	13	13	13	13	
	جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية	8.8	1.1	21	2.2	1.2	4.28	19	19	19	19	19	19	19	
	ماليزيا	24.9	2.1	28	1.1	0.8	2.00	17	17	17	17	17	17	17	
	ميانمار	8.1	1.2	25	1.2	0.8	2.83	43	43	43	43	43	43	43	
	الفلبين	81.1	11.0	11	1.8	2.8	2.18	46	46	46	46	46	46	46	
	بنغلاديش	13.7	4.8	1.0	1.2	0.8	1.23	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
	تايلاند	22.8	0.1	22	1.0	1.1	1.27	18	18	18	18	18	18	18	
	فيت نام	82.8	11.2	23	1.2	0.2	2.20	48	48	48	48	48	48	48	
	جنوب وسط آسيا	1,888.8	2,122.1	21	1.2	0.8	2.24	2.24	2.24	2.24	2.24	2.24	2.24	2.24	
	أفغانستان	24.9	1.8	22	2.1	1.8	2.80	12	12	12	12	12	12	12	
	بنغلاديش	121.2	24.2	22	2.0	0.8	2.21	12	12	12	12	12	12	12	
	بنغلاديش	2.7	4.2	9	2.0	1.2	4.02	12	12	12	12	12	12	12	
	اليمن	1,81.2	1,422.1	18	1.8	1.8	2.01	22	22	22	22	22	22	22	
	جمهورية إيران الإسلامية	71.8	1.8.8	27	1.2	1.2	2.22	9	9	9	9	9	9	9	
	نيبال	28.2	8.8	18	2.2	0.8	4.21	11	11	11	11	11	11	11	
	باكستان	182.2	218.2	21	2.1	0.8	4.08	20	20	20	20	20	20	20	
	سريلانكا	18.2	2.2	21	0.8	0.8	2.01	17	17	17	17	17	17	17	
	غرب آسيا	2,884	1,008	21	1.8	0.8	2.24	2.24	2.24	2.24	2.24	2.24	2.24	2.24	
	العراق	28.1	4.2	27	2.2	0.8	4.27	22	22	22	22	22	22	22	
	إسرائيل	7.1	1.00	12	2.0	0.8	2.20	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	
	الأردن	8.1	1.2	25	2.2	0.8	2.47	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
	الكويت	2.6	4.1	25	2.8	1.2	2.11	18	18	18	18	18	18	18	
	لبنان	2.2	1.1	28	1.2	0.8	2.18	18	18	18	18	18	18	18	
	المراعي القطيفية الثلاثة	2.2	1.1	23	2.1	0.8	4.47	17	17	17	17	17	17	17	
	عمان	2.1	1.8	28	2.1	1.2	4.41	18	18	18	18	18	18	18	

المؤشرات الديمغرافية والاجتماعية والاقتصادية

رقم	إجمالي السكان (بالملايين) (2014)	عدد السكان بالبلدان (2014)	النسبة المئوية للوسط العمر (2014)	النسبة المئوية للذكور (2014)	النسبة المئوية لكل مائة من الأرض الصالحة للزراعة والرعي (2014)	عدد السكان لكل مائة من الأرض الصالحة للزراعة والرعي (2014)	معدل الخصوبة الإجمالي (2014)	النسبة المئوية للزراعة والصيد البحري (2014)	النسبة المئوية للخدمات (2014)	النسبة المئوية للقطاع الخدمي (2014)	النسبة المئوية للقطاع الخدمي (2014)	النسبة المئوية للقطاع الخدمي (2014)	النسبة المئوية للقطاع الخدمي (2014)	النسبة المئوية للقطاع الخدمي (2014)	النسبة المئوية للقطاع الخدمي (2014)	النسبة المئوية للقطاع الخدمي (2014)
1	11.1	11.1	3.4	49	1.1	1.1	2.71	5.1	5.1	5.1	5.1	5.1	5.1	5.1	5.1	5.1
2	12.1	12.1	3.2	48	1.2	1.2	2.58	5.2	5.2	5.2	5.2	5.2	5.2	5.2	5.2	5.2
3	12.7	12.7	3.1	47	1.3	1.3	2.36	5.3	5.3	5.3	5.3	5.3	5.3	5.3	5.3	5.3
4	13.2	13.2	3.0	46	1.4	1.4	2.24	5.4	5.4	5.4	5.4	5.4	5.4	5.4	5.4	5.4
5	14.1	14.1	2.9	45	1.5	1.5	2.12	5.5	5.5	5.5	5.5	5.5	5.5	5.5	5.5	5.5
6	15.1	15.1	2.8	44	1.6	1.6	2.00	5.6	5.6	5.6	5.6	5.6	5.6	5.6	5.6	5.6
7	16.1	16.1	2.7	43	1.7	1.7	1.88	5.7	5.7	5.7	5.7	5.7	5.7	5.7	5.7	5.7
8	17.1	17.1	2.6	42	1.8	1.8	1.76	5.8	5.8	5.8	5.8	5.8	5.8	5.8	5.8	5.8
9	18.1	18.1	2.5	41	1.9	1.9	1.64	5.9	5.9	5.9	5.9	5.9	5.9	5.9	5.9	5.9
10	19.1	19.1	2.4	40	2.0	2.0	1.52	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0
11	20.1	20.1	2.3	39	2.1	2.1	1.40	6.1	6.1	6.1	6.1	6.1	6.1	6.1	6.1	6.1
12	21.1	21.1	2.2	38	2.2	2.2	1.28	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2	6.2
13	22.1	22.1	2.1	37	2.3	2.3	1.16	6.3	6.3	6.3	6.3	6.3	6.3	6.3	6.3	6.3
14	23.1	23.1	2.0	36	2.4	2.4	1.04	6.4	6.4	6.4	6.4	6.4	6.4	6.4	6.4	6.4
15	24.1	24.1	1.9	35	2.5	2.5	0.92	6.5	6.5	6.5	6.5	6.5	6.5	6.5	6.5	6.5
16	25.1	25.1	1.8	34	2.6	2.6	0.80	6.6	6.6	6.6	6.6	6.6	6.6	6.6	6.6	6.6
17	26.1	26.1	1.7	33	2.7	2.7	0.68	6.7	6.7	6.7	6.7	6.7	6.7	6.7	6.7	6.7
18	27.1	27.1	1.6	32	2.8	2.8	0.56	6.8	6.8	6.8	6.8	6.8	6.8	6.8	6.8	6.8
19	28.1	28.1	1.5	31	2.9	2.9	0.44	6.9	6.9	6.9	6.9	6.9	6.9	6.9	6.9	6.9
20	29.1	29.1	1.4	30	3.0	3.0	0.32	7.0	7.0	7.0	7.0	7.0	7.0	7.0	7.0	7.0
21	30.1	30.1	1.3	29	3.1	3.1	0.20	7.1	7.1	7.1	7.1	7.1	7.1	7.1	7.1	7.1
22	31.1	31.1	1.2	28	3.2	3.2	0.08	7.2	7.2	7.2	7.2	7.2	7.2	7.2	7.2	7.2
23	32.1	32.1	1.1	27	3.3	3.3	-0.04	7.3	7.3	7.3	7.3	7.3	7.3	7.3	7.3	7.3
24	33.1	33.1	1.0	26	3.4	3.4	-0.16	7.4	7.4	7.4	7.4	7.4	7.4	7.4	7.4	7.4
25	34.1	34.1	0.9	25	3.5	3.5	-0.28	7.5	7.5	7.5	7.5	7.5	7.5	7.5	7.5	7.5
26	35.1	35.1	0.8	24	3.6	3.6	-0.40	7.6	7.6	7.6	7.6	7.6	7.6	7.6	7.6	7.6
27	36.1	36.1	0.7	23	3.7	3.7	-0.52	7.7	7.7	7.7	7.7	7.7	7.7	7.7	7.7	7.7
28	37.1	37.1	0.6	22	3.8	3.8	-0.64	7.8	7.8	7.8	7.8	7.8	7.8	7.8	7.8	7.8
29	38.1	38.1	0.5	21	3.9	3.9	-0.76	7.9	7.9	7.9	7.9	7.9	7.9	7.9	7.9	7.9
30	39.1	39.1	0.4	20	4.0	4.0	-0.88	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0
31	40.1	40.1	0.3	19	4.1	4.1	-1.00	8.1	8.1	8.1	8.1	8.1	8.1	8.1	8.1	8.1
32	41.1	41.1	0.2	18	4.2	4.2	-1.12	8.2	8.2	8.2	8.2	8.2	8.2	8.2	8.2	8.2
33	42.1	42.1	0.1	17	4.3	4.3	-1.24	8.3	8.3	8.3	8.3	8.3	8.3	8.3	8.3	8.3
34	43.1	43.1	0.0	16	4.4	4.4	-1.36	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4
35	44.1	44.1	-0.1	15	4.5	4.5	-1.48	8.5	8.5	8.5	8.5	8.5	8.5	8.5	8.5	8.5
36	45.1	45.1	-0.2	14	4.6	4.6	-1.60	8.6	8.6	8.6	8.6	8.6	8.6	8.6	8.6	8.6
37	46.1	46.1	-0.3	13	4.7	4.7	-1.72	8.7	8.7	8.7	8.7	8.7	8.7	8.7	8.7	8.7
38	47.1	47.1	-0.4	12	4.8	4.8	-1.84	8.8	8.8	8.8	8.8	8.8	8.8	8.8	8.8	8.8
39	48.1	48.1	-0.5	11	4.9	4.9	-1.96	8.9	8.9	8.9	8.9	8.9	8.9	8.9	8.9	8.9
40	49.1	49.1	-0.6	10	5.0	5.0	-2.08	9.0	9.0	9.0	9.0	9.0	9.0	9.0	9.0	9.0
41	50.1	50.1	-0.7	9	5.1	5.1	-2.20	9.1	9.1	9.1	9.1	9.1	9.1	9.1	9.1	9.1
42	51.1	51.1	-0.8	8	5.2	5.2	-2.32	9.2	9.2	9.2	9.2	9.2	9.2	9.2	9.2	9.2
43	52.1	52.1	-0.9	7	5.3	5.3	-2.44	9.3	9.3	9.3	9.3	9.3	9.3	9.3	9.3	9.3
44	53.1	53.1	-1.0	6	5.4	5.4	-2.56	9.4	9.4	9.4	9.4	9.4	9.4	9.4	9.4	9.4
45	54.1	54.1	-1.1	5	5.5	5.5	-2.68	9.5	9.5	9.5	9.5	9.5	9.5	9.5	9.5	9.5
46	55.1	55.1	-1.2	4	5.6	5.6	-2.80	9.6	9.6	9.6	9.6	9.6	9.6	9.6	9.6	9.6
47	56.1	56.1	-1.3	3	5.7	5.7	-2.92	9.7	9.7	9.7	9.7	9.7	9.7	9.7	9.7	9.7
48	57.1	57.1	-1.4	2	5.8	5.8	-3.04	9.8	9.8	9.8	9.8	9.8	9.8	9.8	9.8	9.8
49	58.1	58.1	-1.5	1	5.9	5.9	-3.16	9.9	9.9	9.9	9.9	9.9	9.9	9.9	9.9	9.9
50	59.1	59.1	-1.6	0	6.0	6.0	-3.28	10.0	10.0	10.0	10.0	10.0	10.0	10.0	10.0	10.0

بلدان اتحاد الجمهوريات الاشتراكية السوفياتية السابق التي تم تصداتها بمرحلة انتقالية (2014)

مؤشرات مختارة لآقل البلدان/الإقليم اكتظاظاً بالسكان

مؤشرات الصحة الإنجابية				مؤشرات التعليم		مؤشرات الرفاهية		رصد أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية - مؤشرات مختارة	
معدل شروع الإنجاب الخرس (نفس المرأة السنوية) (19-16 سنة) تكرور/لغات	تصحيح وسائل منع الحمل	معدل الوفيات لكل 1000 امرأة تتراوح أعمارهن بين 15 و 19 سنة	معدل الوفيات الثانوي (الجماعي) تكرور/لغات	معدل الوفيات الابتدائي (الجماعي) تكرور/لغات	نسبة الوفيات التنفسية	مجموع رذيات الرضع لكل 1000 مولود حي			
2,0/2,0	10	22	6	92/90	92/92	6	7,2/72,9	18	جزر البهاما
0,2/0,1	21	22	18	99/91	98/98	28	78,9/72,0	14	البحرين
1,0/2,0	42	44	22	1,2/1,2	1,8/1,8	90	79,0/74,0	11	بريتانوس
1,8/2,0	22	27	86	74/78	117/119	140	72,0/76,9	21	بليز
0,1 > / 0,1 >			26	91/80	1,7/1,7	27	78,9/74,2	6	بروني دار السلام
	23	42	82	77/74	12,0/120	100	72,8/77,0	20	التراس الأخضر
	18	26	49	20/20	81/78	680	72,2/69,4	27	جزر القمر
			10	94/92	97/97	27	80,0/76,0	8	قبرص
0,2/0,2			64	10/24	20/26	720	67,8/64,7	1,2	جيبوتي
			192	22/28	12,0/122	880	0,0/0,8	10,1	غينيا الاستوائية
0,1 > / 0,2			44	82/78	1,9/1,9	70	71,0/70,1	18	فيجي
			60			20	70,8/70,7	9	بولنيزيا الفرنسية
			18			0	81,7/74,8	7	غواتيمال
			70			12	77,0/72,4	10	غوام
2,8/2,2	26	27	77			170	66,2/60,1	41	غيانا
0,2/0,2			19	111/1,1	1,0/1,1	0	81,9/77,6	2	إسنادا
			1	99/92	1,0/1,1	28	81,4/70,1	0	لكسمبرغ
			42	77/74	122/120	110	72,0/77,8	28	لديف
			12	89/91	1,7/1,6	21	80,7/70,9	7	مالطة
			20			4	82,2/70,8	7	جزر المارتنيك
			42				74,0/70,2	21	ميكرونيزيا (26)
			44	77/76	1,4/1,1	20	79,2/72,2	12	جزر الأنتيل الهولندية
			21			10	77,7/72,0	7	كاليدونيا الجديدة
			29				72,4/70,9	21	بولنيزيا (27)
	22	22	20	92/88	1,4/1,8	7	70,4/70,0	12	قطر
	22	27	22			41	79,2/71,2	8	ريونيون
			44	77/71	1,0/1,1	120	72,4/76,9	26	ساموا
			42			120	70,7/70,9	21	جزر سليمان
1,1/2,2	41	22	22	87/72	120/127	110	72,7/70,0	26	سورينام
			27			660	0,1/0,7	124	جمهورية تيمور ليشتي الديمقراطية
			42	29/28	111/112	120	70,0/77,0	24	فانواتو

مؤشرات مختارة لاقبل البلدان/الاتاليم اكتظاظاً بالسكان

المؤشرات الديمغرافية والاجتماعية والاقتصادية	مجموع السكان (بالآلاف) (٢٠٠٤)	عدد السكان الثابت (بالآلاف) (٢٠٠٤)	النسبة المئوية لسكان العمر (٢٠٠٢)	معدل النمو الحضري (٢٠٠٤-٢٠٠٠)	عدد السكان لكل هكتار من الأرض الصالحة للزراعة وارض المراعي المتاحيل عالمياً	معدل الخصوبة الإجمالي (٢٠٠٤-٢٠٠٠)	النسبة المئوية للزلات التي تعرضت لشراف الشخص من ١٥ سنة	خصيب الفرد من المعادن القوس الإجمالي بالدرجات حسب تعادل القوة الشرائية (٢٠٠٢)	معدل البنيات دون سن الخامسة تكبير/لغات
جزر البهاما	٢١٧	٢١٥	٨٩,٥	١,٥	-١	٢,٢٩			٢١ / ٢٧
البحرين	١٢٩	١٢٧	٩٠,٠	٢,٣	١,٢	٢,٦٦	٩٨		١٦ / ٢٠
بربادوس	٢٧١	٢٤٨	٩١,٧	١,٥	-٦	١,٥٠	٩١		١١ / ١٢
بلجيكا	٢٦١	٢٦٦	٤٨,٢	٢,٣	-٧	٢,١٥	٨٢	٥٢٤٠	٤٢ / ٤٢
بيروني دار السلام	٢٦٦	٢٥٥	٧٦,٢	٢,٢	-٢	٢,٤٨	٩١		٦ / ٨
البرازيل الأخضر	٤٧٢	٤١٢	٥٥,١	٢,٥	٢,٤	٢,٢٠	٨٩	٤٧٢٠	٢٦ / ٤٥
جزر القمر	٧١٠	١٨١٦	٢٤,٠	٤,٦	٤,٠	٤,١٠	٦٢	١٦٤٠	٨٧ / ٩١
قبرص	٨٠٨	٨١٢	٦٩,٢	١,٠	-٦	١,٩٠	١٠٠	١٨٠٤٠	٨ / ٨
جيبوتي	٧١٢	١٢٩٥	٨٢,٧	٢,١		٥,٧٠		٢٠٧٠	١٦٨ / ١٨٥
كينيا الاستوائية	٥٠٧	١١٧٧	٤٨,١	٤,٧	١,٤	٥,٨٩	٦٥	٥٥٩٠	١٦٤ / ١٨١
كوبا	٨٤٧	٩٦١	٩١,٧	٢,٥	١,١	٢,٨٨	١٠٠	٥٢٦٠	٢٢ / ٢١
بولينزيا الفرنسية	٢٤٨	٢٥٥	٥٢,١	١,٢		٢,٤٤			١١ / ١١
لوزانوب	٤٤٣	٤٦٧	٩١,٧	٠,١	-٥	٢,١٠			٨ / ١١
لوزان	١٦٥	٢٤٨	٩٢,٧	١,٧		٢,٨٨			١٠ / ١٢
لوزان	٧٧٧	٥٠٧	٢٦,٦	١,٤	-٢	٢,٢١	٨٦	٢٧٨٠	٦٠ / ٨١
أيسلندا	٢٩٢	٢٢٠	٩٢,٨	-١	٢,٢	١,٩٥		٢٨٥٩٠	٤ / ٥
لكسمبرغ	٤٥٩	٧١٦	٩١,١	١,٦		١,٧٢		٥١٠٦٠	٧ / ٧
لديف	٢٢٨	٨١٩	٢٨,٨	٤,٥	٨,٧	٥,٢٢	٧٠		٥٦ / ٤١
مالطة	٢٩٦	٤٠٢	٩١,٧	٠,٢	-٦	١,٧٧			٨ / ٩
جزر المارتينيك	٢٩٥	٤١٢	٩٥,٧	٠,٤	-٧	١,٩٠			٨ / ٩
ميكرونيزيا (٢٦)	٥٢٥	٨٢٢	٦٦,١	٢,٦		٢,٤٠			٢٥ / ٢٦
جزر الأنتيل الهولندية	٢٢٢	٢٤١	٦٩,٧	١,١	-١	٢,٠٥			١١ / ١٧
كاليدونيا الجديدة	٢٢٢	٢٨٢	٦١,٢	٢,٢		٢,٤٥			١٠ / ٩
بولينزيا (٢٧)	٦١٢	٩١٢	٤٢,٦	١,٧		٢,١٦			٢٦ / ٢٦
قطر	٦١٩	٨٧٤	٩٢,٠	١,٧	-٢	٢,٢٢	٩٨		١٢ / ١٧
رومانيا	٧٧٧	١٠١٤	٩١,٥	٢,٠	-٦	٢,٢٠			٩ / ١١
ساموا	١٨٠	٢٤٤	٢٢,٢	١,٢		٤,١٢	١٠٠	٥٢٥٠	٢٩ / ٢٤
جزر سليمان	٤٩١	١٠٧٦	١٦,٥	٤,٥	٤,٤	٤,٤٢	٨٥	١٥٢٠	٢٠ / ٢١
سوريانام	٤٢١	٤٥٩	٧٦,١	١,٦	١,٢	٢,٤٥	٨٥		٢٢ / ٢٥
جمهورية تيمور ليشتي الديمقراطية	٨٢٠	١٤٢٢	٧,٦	٤,٥	٧,٢	٢,٨٥	٢٤		١٧٩ / ١٨٦
فانواتو	٢١٧	٤٢٥	٢٢,٨	٤,١		٤,١٢	٨٩	٢٧٧٠	٢٩ / ٢٢

- إن التسميات المستخدمة في هذا المنشور لا تعني ضمناً الإعتراف من أي راي من جانب صندوق الأمم المتحدة للسكان فيما يتعلق بالمركز القانوني لأي بلد أو إقليم أو منطقة أو سلطات في منها، أو فيما يتعلق بتعيين حدودها أو حدودها.
- ولا ترد في هذا الجدول بصورة منفصلة البيانات الخاصة بالبلدان أو المناطق الصغيرة التي كان عدد سكان كل منها بوجه عام يبلغ ٦٠٠ - ٦٠٠ نسمة أو أقل من ذلك في عام ١٩٩٠. وقد أدرجت ضمن أعداد سكان الأقاليم التي تقع فيها.
- (*) تشمل المناطق الأكثر نمواً أمريكا الشمالية واليابان وأوروبا وأستراليا ونيوزيلندا.
- (+) تشمل المناطق الأقل نمواً جميع مناطق أفريقيا وأمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي، وآسيا (باستثناء اليابان)، وميلانيزيا، وسيكرونيزيا، وبولينيزيا.
- (‡) أقل البلدان نمواً حسب التسمية المعيارية للأمم المتحدة.
- (١) بما في ذلك إقليم المحيط الهندي التابع لبريطانيا وسيشيل.
- (٢) بما في ذلك الماليزيا، ورودرiguez، وسانت برانسون.
- (٣) بما في ذلك سان تومي وبرينسيبي.
- (٤) زائير سابقاً.
- (٥) بما في ذلك الصحراء الغربية.
- (٦) بما في ذلك سانت هيلانة، وأستسيون، وترينيداد وكوبا.
- (٧) بما في ذلك مأكاو.
- (٨) في ١ تموز/يوليه ١٩٩٧، أصبحت هونغ كونغ منطقة إدارية خاصة تابعة للصين.
- (٩) هذا القيد يدرج ضمن الإجمالي للمناطق الأكثر نمواً ولكنه ليس مدرجاً ضمن التقدير الخاص بالمنطقة الجغرافية.
- (١٠) تركيا مدرجة في غرب آسيا لأسباب جغرافية. وثمة تصنيفات أخرى تدرج هذا البلد في أوروبا.
- (١١) تشمل الجزائر، والبحرين، وجزر القمر، وجيبوتي، ومصر، والعراق، والأردن، والكويت، ولبنان، والجمهورية العربية الليبية، وموريتانيا، والمغرب، والأراضي الفلسطينية المحتلة، وعمان، وقطر، والمملكة العربية السعودية، والصومال، والسودان، وسوريا، وتونس، والإمارات العربية المتحدة، واليمن، والتجمع الإقليمي لأغراض المؤشرات الديمغرافية مقدم من شعبة السكان بالأمم المتحدة. والتجمعات الخاصة بالمؤشرات الأخرى هي متوسطات مرجحة تستند إلى البلدان التي تتوفر لديها بيانات.
- (١٢) بما في ذلك جزر القنال وجزر فارو وجزيرة مان.
- (١٣) بما في ذلك أندورا، وجبل طارق، والكرسي الرسولي، وسان مارينو.
- (١٤) بما في ذلك ليختنشتاين وموناكو.
- (١٥) بما في ذلك أنغولا، وأنتيغوا وبريوبا، وأروبا، وجزر فرجين البريطانية، وجزر كايمان، ودومينيكا، وغرينادا، ومونتسيرات، وجزر الأنتيل الهولندية، وسان كيتس ونيفس، وسانت لوسيا، وسان فنستنت وجزر غرينادين، وجزر تركس وكايكوس، وجزر فرجين التابعة للولايات المتحدة.
- (١٦) بما في ذلك جزر فولكلاند (مالديفاس) وغيانا الفرنسية.
- (١٧) بما في ذلك جزر بربودا وفريتلاتد وسانت بيير وميكلون.
- (١٨) بما في ذلك جزيرة كريسماس، وجزر كوكوس (كيلنج) وجزيرة نورفولك.
- (١٩) بما في ذلك كاليديونيا الجديدة وفانواتو.
- (٢٠) تم تجميع الدول للتحقق للاتحاد السوفياتي السابق في إطار المناطق القائمة لمنطقة شرق أوروبا تشمل بيلاروس، وجمهورية مولدوفا، والاتحاد الروسي، وأوكرانيا، ومنطقة غرب آسيا تشمل أرمينيا، وأذربيجان، وجورجيا، ويشمل جنوب وسط آسيا كازاخستان، وقيرغيزستان، وطاجيكستان، وتركمانستان، وأوزبكستان، والمجموع للمنطقة، باستثناء المنطقة دون الإقليمية الواردة بصورة منفصلة أدناه.
- (٢١) المجموع للمنطقة، باستثناء المنطقة دون الإقليمية الواردة بصورة منفصلة أدناه.
- (٢٢) تضم هذه المناطق دون الإقليمية منطقة الدول العربية وأوروبا في إطار صندوق الأمم المتحدة للسكان.
- (٢٣) تستند التقديرات إلى تقارير السنوات السابقة، ومن المتوقع ورود بيانات مستكملة.
- (٢٤) يشمل المجموع للمنطقة شرق أوروبا بعض دول منطقة البلدان في جنوب أوروبا ودول البلقان في شمال أوروبا.
- (٢٥) تشير التقارير الأحدث عهداً إلى أن هذا الرقم ربما كان أعلى من ذلك، وستنكس المنشورات التي تصدر مستقبلاً تقيماً لهذه المعلومات.
- (٢٦) تشمل ولايات ميكرونيزيا المتحدة، وغوام، وكيريباسي، وجزر مارشال، وتاورو، وجزر ماريانا الشمالية، وجزر المحيط الهادئ (بالق).
- (٢٧) تشمل جزيرة ساموا الأمريكية، وجزر كوك، وجزيرة جونتسون، وبتكين، وساموا، وتوكيلاو، وتونغا، وجزر مندوزاي، وتوفالو، وجزر ألبيس وفوتونا.

المعلومات المستمدة من مصادر مختلفة. ويرجى الرجوع إلى مصدر التفاصيل المتعلقة بأصل كل تقدير من التقديرات الوطنية المحددة. والتقديرات والمنهجيات تستعرضها بانتظام منظمة الصحة العالمية واليونسيف وصندوق الأمم المتحدة للسكان والمؤسسات الأكاديمية وغيرها من الوكالات، وتتفح عند الضرورة، كجزء من عملية مستمرة لتحسين بيانات الوفيات النفاسية. ونظراً للتغيرات التي أدخلت على الأساليب المتبعة فإن التقديرات للسبق لمستويات عام ١٩٩٥ قد لا تكون مطابقة تماماً لهذه التقديرات.

مؤشرات التعليم

النسب الإجمالية للغير الذكور والإناث في التعليم الابتدائي، والنسب الإجمالية للغير الذكور والإناث في التعليم الثانوي. المصدر: جداول حاسوبية مقدمة من معهد اليونسكو للإحصاء، آذار/مارس ٢٠٠٤. وبيانات البلدان المستمدة من قاعدة بيانات منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي هي بيانات مؤقتة (انظر التفاصيل في: www.oecd.org/els/education/ei/eag/ wei.htm، بالرجوع إليه في ١ حزيران/يونيه ٢٠٠٤). وتستند البيانات السكانية إلى: شعبة السكان بالأمم المتحدة، التوقعات بشأن سكان العالم: تنقيح عام ٢٠٠٢. وتشير النسب الإجمالية للغير إلى عدد التلاميذ المقيد في مرحلة من مراحل التعليم بالنسبة لكل ١٠٠ فرد في الفئة العمرية المناسبة. ولم تصحح هذه النسب لمراعاة الأفراد الأكبر سناً من العمر المناسب للمرحلة التعليمية بسبب تأخر بداية تعليمهم أو انقطاعهم عن الانتظام في الدراسة أو إعادتهم لصفوف دراسية معينة. وتتعلق البيانات بسنة ٢٠٠٢/٢٠٠١ أو سنة ٢٠٠١/٢٠٠٠ في حالة عدم توافر بيانات عن سنة لاحقة.

معدلات الأمية بين الذكور والإناث. المصدر: انظر نسب الغير الإجمالية أعلاه للاطلاع على المصدر؛ والبيانات معدلة بحسب الأمية، انطلاقاً من معرفة القراءة والكتابة. وتخضع تعريف الأمية للتباين في البلدان المختلفة، وأستعمل ثلاثة تعريف مقبولة على نطاق واسع. فالبيانات تشير بقدر الإمكان إلى نسبة من لا يستطيعون قراءة وكتابة نبذة قصيرة وبسيطة عن الحياة اليومية، مع فهمها. ومعدلات الأمية بين البالغين (وهي معدلاتها بين الأشخاص الذين تزيد أعمارهم على ١٥ سنة) تعكس كلا من المستويات الحديثة للغير في التعليم ومستويات التحصيل التعليمي السابق. وقد استُخدمت مؤشرات التعليم الواردة أدناه، باستخدام تقديرات شعبة السكان بالأمم المتحدة المستمدة من التوقعات بشأن سكان العالم: تنقيح عام ٢٠٠٢. نيويورك: الأمم المتحدة. وبيانات التعليم هي أحدث البيانات بشأن الفترة ٢٠٠٠-٢٠٠٤.

النسبة المئوية لمن يصلون إلى الصف الخامس من التعليم الابتدائي. المصدر: انظر النسب الإجمالية للغير أعلاه للاطلاع على المصدر. والبيانات هي الأحدث في خلال السنوات الدراسية

مرة أخرى، تولى الجداول الإحصائية في تقرير هذا العام عن حالة سكان العالم اهتماماً خاصاً للمؤشرات التي يمكن أن تساعد في متابعة التقدم المحرز في تحقيق الأهداف الكمية والنوعية للمؤتمر الدولي للسكان والتنمية والغايات الإنمائية للألفية في مجالات خفض معدلات الوفيات، وفرص الحصول على التعليم، وفرص الحصول على خدمات الصحة الإنجابية، بما في ذلك تنظيم الأسرة، وشيوع الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز بين الشباب. وقد أدخلت تغييرات عديدة على مؤشرات أخرى، كما هو مبين أدناه. وستشمل التقارير التي تصدر مستقبلاً إجراءات عملية مختلفة، عند توافرها، عندما تؤدي جهود متابعة المؤتمر الدولي للسكان والتنمية والغايات الإنمائية للألفية إلى تحسين نظم الرصد. كما أن تحسين رصد المساهمات المالية المقدمة من الحكومات والمنظمات غير الحكومية والقطاع الخاص ينبغي أن يتيح أيضاً تحسين التقارير التي تقدم مستقبلاً عن النفقات وتبعينة الموارد للجهود المبذولة لتنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية والغايات الإنمائية للألفية. وتود فيما يلي مصادر المؤشرات ومبررات اختيارها، حسب كل فئة من الفئات.

رصد أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية

مؤشرات معدلات الوفيات

وفيات الرضع، ومتوسط العمر المتوقع للذكور والإناث عند المولد. المصدر: شعبة السكان بالأمم المتحدة. ٢٠٠٢. التوقعات بشأن سكان العالم: تنقيح عام ٢٠٠٢. نيويورك: الأمم المتحدة. جداول حاسوبية مقدمة من شعبة السكان بالأمم المتحدة. وهذه المؤشرات هي مقاييس لمستويات معدلات الوفيات في العام الأول من العمر (الذي يتسم بالحساسية الشديدة بالنسبة لمستويات التنمية) وطوال فترة العمر كله. والتقديرات تتعلق بالفترة ٢٠٠٠-٢٠٠٥.

نسبة معدلات الوفيات النفاسية. المصدر: منظمة الصحة العالمية واليونسيف وصندوق الأمم المتحدة للسكان. ٢٠٠٢. تقديرات الوفيات النفاسية في سنة ٢٠٠٠: تقديرات من إعداد منظمة الصحة العالمية واليونسيف وصندوق الأمم المتحدة للسكان. جنيف: منظمة الصحة العالمية. ويعرض هذا المؤشر عدد وفيات الأمهات لكل ١٠٠ ٠٠٠ مولود حي، التي تنجم عن أحوال تتصل بالحمل والولادة والمضاعفات المرتبطة بهما. ورغم أن من الصعوبة تحري الدقة في هذا الصدد، فإن الأرقام النسبية تعطي فكرة عن حجم الظاهرة. والتقديرات الأقل من ٥٠ حالة وفاة لا يجري تقريبها إلى رقم صحيح؛ أما الأرقام التي تتراوح بين ٥٠ و ١٠٠ فهي مقربة إلى أقرب ٥؛ بينما الأرقام التي تتراوح بين ١٠٠ و ١٠٠٠ مقربة إلى أقرب ١٠؛ والأرقام التي تزيد على ١٠٠٠ مقربة إلى أقرب ١٠٠. وعدة من التقديرات تختلف عن الأرقام الحكومية الرسمية. وتستند التقديرات إلى الأرقام المبلغ عنها حيثما أمكن، مع استخدام نهج لتحسين إمكانية مقارنة

التي تبدأ في ١٩٩٩ أو ٢٠٠٠ أو ٢٠٠١. وقد قدم ثلاثة وعشرون بلداً بيانات حتى الصف الرابع (انظر المصدر الأصلي).

مؤشرات الصحة الإنجابية

عدد الولادات لكل ١٠٠٠ امرأة تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ١٩ سنة. المصدر: جداول حاسوبية مقدمة من شعبة السكان بالأمم المتحدة. ٢٠٠١. وهذا يمثل مؤشراً لعبء الخصوبة على النساء الصغيرات السن. وحيث إنه معدل سنوي لجميع النساء اللاتي ينتمين إلى هذه الفئة العمرية، فإنه لا يعكس تماماً مدى خصوبة المرأة أثناء فترة شبابها. وحيث إنه يشير إلى المتوسط السنوي لعدد الولادات لكل امرأة سنوياً، فمن الممكن ضربه في خمسة لتقريب عدد الولادات لكل ١٠٠٠ امرأة في أواخر سنوات مراهقتهم. ولا يشير المقياس إلى الأبعاد الكاملة للحمل أثناء فترة المراهقة نظراً لأن الولادات الحية هي وحدها التي يشملها الإحصاء، بينما لا يتضمن المؤشر من يولدون موتى وعمليات الإجهاض العفوي أو المتعمد.

شيوخ وسائل منع الحمل. المصدر: جدول حاسوبي، "النسبة المئوية للنساء المتزوجات أو المقترنات في سن الإنجاب اللاتي يستعملن حالياً وسائل لمنع الحمل". مقدم من شعبة السكان بالأمم المتحدة باستخدام "استعمال وسائل منع الحمل في العالم ٢٠٠٢". قاعدة بيانات تتعدها شعبة السكان بالأمانة العامة للأمم المتحدة. وهذه البيانات مستمدة من تقارير عن دراسات استقصائية لعينات، وهي تقدر نسبة المتزوجات (بمن فيهن النساء المرتبطات بعلاقات بالتراضي) اللاتي يستخدمن حالياً، على التوالي، أي وسيلة أو وسائل حديثة لمنع الحمل. وتشمل الوسائل الحديثة أو الإكلينيكية تعقيم الذكور والإناث، والوسائل الرحمية، والحبوب، والمحقونات، وزرع الهرمونات، والرقاقات (الواقيات). والوسائل الحاجزة التي تستعملها الإناث. ويمكن مقارنة هذه الأرقام بين البلدان بصورة عامة، وإن لم يكن بصورة كاملة، نتيجة للتفاوت في توقيت إجراء الدراسات الاستقصائية وفي تفاصيل الأسئلة التي تتضمنها. وعلى الاختلاف من السنوات السابقة، تشير جميع البيانات القطرية والإقليمية إلى النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ٤٩ سنة. وبيانات أحدث الدراسات الاستقصائية المتاحة هي المذكورة، وهي تتفاوت من سنة ١٩٨٠ إلى سنة ٢٠٠٢.

معدل شيوخ الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية، ذكور/إناث، ١٥-٤٩ سنة. المصدر: بيانات مقدمة من برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز. برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز ٢٠٠٤. جنيف: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز. وهذه البيانات مستمدة من تقارير نظم المراقبة وتقديرات نموذجية. والبيانات المقدمة فيما يتعلق بالرجال والنساء الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ٤٩ سنة هي متوسطات التقديرات العالية والمنخفضة لكل بلد. والسنة المرجعية هي سنة ٢٠٠٢. والفروق بين الذكور والإناث هي انعكاس للقابلية نفسياً واجتماعياً للإصابة بالمرض، وتتأثر بالاختلافات العمرية بين الشركاء في علاقات جنسية.

المؤشرات الديمغرافية والاجتماعية والاقتصادية

مجموع السكان في عام ٢٠٠٢، والإسقاطات المتوقعة للسكان في عام ٢٠٥٠، ومتوسط معدل النمو السكاني السنوي في الفترة ٢٠٠٠-٢٠٥٠. المصدر: جداول حاسوبية مقدمة من شعبة السكان بالأمم المتحدة. وتعرض هذه المؤشرات حجم سكان البلد حالياً، وحجمهم الذي تتوقعه الإسقاطات مستقبلاً، ونموهم السنوي في الفترة الحالية.

النسبة المئوية لسكان الحضر ومعدلات النمو الحضري. المصدر: شعبة السكان بالأمم المتحدة. ٢٠٠٤. توقعات التضرر في العالم: تنقيح عام ٢٠٠٢. نيويورك: الأمم المتحدة، وهي متاحة على قرص مدمج - ذاكرة قراءة فقط (POP/DP/WUP/Rev.2003) وشعبة السكان بالأمم المتحدة ٢٠٠٤. توقعات التضرر في العالم: تنقيح عام ٢٠٠٢: جداول بيانات ونقاط بارزة (الوثيقة ESA/P/WP.190). نيويورك: الأمم المتحدة. وتعكس هذه المؤشرات نسبة سكان البلد الذين يعيشون في المناطق الحضرية ومعدل النمو الذي تتوقعه الإسقاطات في المناطق الحضرية.

عدد السكان الزراعيين لكل هكتار من الأراضي الصالحة للزراعة والمنتجة لمحاصيل بصفة دائمة. المصدر: بيانات مقدمة من منظمة الأغذية والزراعة (الفاو)، شعبة الإحصاءات، باستخدام بيانات السكان الزراعيين استناداً إلى مجموع أعداد السكان المستمد من شعبة السكان بالأمم المتحدة. ٢٠٠٢. التوقعات بشأن سكان العالم: تنقيح عام ٢٠٠٢. نيويورك: الأمم المتحدة. ويربط هذا المؤشر حجم السكان الزراعيين بالأرض الصالحة للإنتاج الزراعي. وهو يتجاوب مع التغييرات في كل من بنية الاقتصادات الوطنية (نسب القوى العاملة في الزراعة) وتكنولوجيا استصلاح الأراضي. ويمكن عزو القيم المرتفعة إلى إجهاد الأرض إنتاجياً وإلى تجزئة حيازات الأرض. غير أن المقياس يراعي أيضاً اختلاف مستويات التنمية وسياسات استخدام الأراضي. وتشير البيانات إلى سنة ٢٠٠١.

معدل الخصوبة الإجمالي (الفترة: ٢٠٠٠ - ٢٠٥٠). المصدر: شعبة السكان بالأمم المتحدة. ٢٠٠٢. التوقعات بشأن سكان العالم: تنقيح عام ٢٠٠٢. نيويورك: الأمم المتحدة. ويشير المقياس إلى عدد الأطفال الذين تنجبهم المرأة أثناء سنواتها الإنجابية إذا حملت بالمعدل للمقدّر للفئات العمرية المختلفة في الفترة الزمنية المحددة. وقد تصل البلدان إلى المعدل الذي تتوقعه الإسقاطات عند نقاط مختلفة في غضون تلك الفترة.

معدل الولادات التي تجري تحت إشراف اشخاص مهرة. المصدر: جدول حاسوبي مقدم من اليونيسيف، مع بيانات من حالة أطفال العالم ٢٠٠٤ واستكمالات رصد الغايات الإنمائية للألفية في شباط/فبراير ٢٠٠٤. ولا تتوافر بيانات عن البلدان الأكثر نمواً. ويستند هذا المؤشر إلى تقارير وطنية عن نسبة الولادات التي تجري تحت إشراف "أخصائيين صحيين مهرة أو مشرفين مهرة: أطباء (متخصصين أو غير متخصصين) و/أو أشخاص لديهم مهارات القابلات قانرين على تشخيص مضاعفات الولادة وإدارتها فضلاً عن الولادات الطبيعية". وبيانات البلدان الأكثر نمواً تعكس

ارتفاع مستويات الإشراف فيها على الولادات من جانب أشخاص مهرة، ويسبب افتراضات التغطية الكاملة، فإن حالات العجز في البيانات (والتغطية) فيما يتعلق بالسكان المهتمين وأثار تأخيرات الفرصة والنقل قد لا تنعكس في الإحصائيات الرسمية. وتقديرات البيانات هي أحدث التقديرات المتاحة بعد سنة ١٩٩٤.

نصيب الفرد من الدخل القومي الإجمالي. المصدر: أحدث

أرقام (السنة ٢٠٠١ أو ٢٠٠٢) مستمدة من: البنك الدولي.

مؤشرات التنمية في العالم على الإنترنت. الموقع على الإنترنت:

<http://devdata.worldbank.org/dataonline/> (باشترك).

وهذا المؤشر (الذي كان يشار إليه سابقاً بوصفه نصيب الفرد من [الناتج القومي الإجمالي]) يقيس مجموع الإنتاج من السلع والخدمات الجاهزة للاستهلاك النهائي التي ينتجها المقيمون وغير المقيمين، بغض النظر عما يخصص للمحلي والخارجي.

بالنسبة لحجم السكان، وهو يُعتبر بهذا الشكل مؤشراً للإنتاجية

الاقتصادية للدولة، وهو يختلف عن (الناتج المحلي الإجمالي) من

حيث إنه يراعي أيضاً حساب الإيرادات المحولة من الخارج مقابل

عمل ورأس المال المقيمين والمدفوعات المماثلة لغير المقيمين، وتضمينه

مختلف التسويات الفنية، بما فيها التسويات المتصلة بما يطرأ

من تغييرات على سعر الصرف بمرور الوقت. ويراعي هذا

المقياس أيضاً اختلاف القوة الشرائية للعملات من خلال إدراج

نسويات تعادل القوة الشرائية "للناتج القومي الإجمالي

الحقيقي". ويستند بعض أرقام تعادل القوة الشرائية إلى النماذج

التدرجية: بينما تُستنبط أرقام أخرى من أحدث التقديرات

المعيارية لبرنامج المقارنات الدولية؛ انظر المصدر الأصلي للاطلاع

على التفاصيل.

نفقات الحكومة المركزية على التعليم والصحة. المصدر: معظم

أحدث البيانات في السنوات الست الأخيرة مستمدة من البنك

الدولي. مؤشرات التنمية في العالم على الإنترنت. الموقع على

الإنترنت: <http://devdata.worldbank.org/dataonline/>

(باشترك). وتعكس هذه المؤشرات ما توليه الدولة من أولوية

قطاعي التعليم والصحة، من خلال نسبة النفقات الحكومية

المخصصة لهما، وهي لا تراعي الفروق في المخصصات داخل

القطاعات، مثل مستويات المخصصات للتعليم الابتدائي أو الخدمات

الصحية، بالنسبة إلى مستويات المخصصات الأخرى، التي تتفاوت

بدرجة كبيرة. وإمكانية المقارنة المباشرة يُعدها اختلاف

المسؤوليات الإدارية والخاصة بالميزانية المسندة إلى الحكومات

المركزية بالنسبة إلى الحكومات المحلية، وكذلك اختلاف دوري

القطاعات الخاص والعام، والتقديرات المبلغ عنها معروضة

باعتبارها نصيب الفرد من حصص الناتج المحلي الإجمالي

(للتعليم) أو من مجموع الناتج المحلي الإجمالي (لصحة). ويلزم

توخي قدر كبير من الحذر بشأن المقارنات بين البلدان وذلك بسبب

تباين تكاليف المدخلات في البيئات والقطاعات المختلفة.

المساعدات الخارجية في مجال السكان. المصدر: صندوق

الأمم المتحدة للسكان ٢٠٠٢. نفقات الموارد المالية من أجل

الأنشطة السكانية في عام ٢٠٠١. نيويورك: صندوق الأمم المتحدة

للسكان. ويعبر هذا الرقم عن مقدار المساعدات الخارجية التي

قُدمت في عام ٢٠٠١ من أجل الأنشطة السكانية في كل بلد.

وتصرف الأموال الخارجية من خلال وكالات المساعدة المتعددة

الأطراف والثنائية ومن خلال المنظمات غير الحكومية. ويشار إلى

البلدان المانحة عن طريق وضع مساهماتها بين أقواس. وتشمل

المجاميع الإقليمية كلاً من المشاريع التي يجري تنفيذها على

الصعيد القطري والأنشطة الإقليمية (التي لا ترد في الجدول).

وستتاح بيانات سنة ٢٠٠٢ بعد نشر هذا التقرير.

معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة. المصدر: شعبة

السكان بالأمم المتحدة، جداول خاصة تستند إلى الأمم المتحدة.

٢٠٠٢. التوقعات بشأن سكان العالم: تنقيح عام ٢٠٠٢. نيويورك:

الأمم المتحدة. ويتعلق هذا المؤشر بحالات وفيات الرضع والأطفال

الصغار. ولذلك، فإنه يعكس تأثير الأمراض وغيرها من أسباب

الوفاة على الرضع ومن بلغوا نحو سنة من العمر، فضلاً عن

صغار الأطفال. وتتمثل المقاييس الديمغرافية الأكثر معيارية في

معدلات وفيات الرضع والأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين سنة

واحدة وأربع سنوات، التي تعكس أسباباً مختلفة لحالات الوفاة

ومدى تواتر هذه الحالات في هذه الأعمار. ويراعي هذا المقياس

عبء أمراض الطفولة، بما فيها الأمراض التي يمكن الوقاية منها

عن طريق تحسين الغذاء وبرامج التحصين، أكثر مما تراعي هذا

العبء وفيات الأطفال دون سن الخامسة باعتبارها حالات وفاة أطفال تقل

أعمارهم عن خمس سنوات مقابل كل ١٠٠٠ ولادة حية في سنة

محددة. ويشير التقدير إلى الفترة ٢٠٠٥-٢٠٠٠.

نصيب الفرد من استهلاك الطاقة. المصدر: البنك الدولي.

٢٠٠٢. مؤشرات التنمية في العالم على الإنترنت. الموقع على

الإنترنت: <http://devdata.worldbank.org/dataonline/>

(باشترك). ويعكس هذا المؤشر الاستهلاك السنوي من الطاقة

الأولية التجارية (الفحم والليغنايت، والنفط والغاز الطبيعي،

والكهرباء المائية والنووية والحرارية الأرضية) بالكيلوغرامات من

معادلات النفط لكل فرد. وهو يعكس مستوى التنمية الصناعية

وبنية الاقتصاد وأنماط الاستهلاك. وما يطرأ من تغييرات بمرور

الوقت يمكن أن يعكس التغييرات في مستوى وتوازن مختلف

الأنشطة الاقتصادية والتغيرات في كفاءة استخدام الطاقة

(بما في ذلك حالات النقصان أو الزيادة في الاستهلاك التبدلي).

وتشير البيانات إلى عام ٢٠٠١.

إمكانية الحصول على مياه مأمونة. المصدر: اليونيسيف

٢٠٠٢. حالة أطفال العالم ٢٠٠٤: الفتيات والتعليم والتنمية.

نيويورك: اليونيسيف: الجدول ٢: الصحة. وبين هذا المؤشر

النسبة المئوية للسكان الذين يمكنهم الوصول إلى مصدر محسّن

لمياه الشرب يتيح كمية كافية من مياه الشرب المأمونة الموجودة في

حدود مسافة مناسبة من سكن مستخدم المياه. والكلمات للطبوعة

بأحرف مائلة تستخدم التعاريف القطرية. ويرتبط المؤشر بالتعرض

للمخاطر الصحية، بما فيها تلك الناجمة عن سوء الصرف الصحي.

والبيانات هي تقديرات لسنة ٢٠٠٠.

فريق التحرير

حالة سكان العالم ٢٠٠١

رئيس التحرير: ويليام أ. رايان

كبير الباحثين/المستشار المعني بالسياسة: ستان بيرنستين

مساعدة التحرير: فيليس براكان

المساهمون: ديفيد بيل فاكيو، وأوسيل بيلينغ نبي لوسينا، وياتريك

فريبيل، وماغريت إي. غرين، وكارين هاردي، وماريان هاسلفراف، وإرين

هاسلبرغ، ونون هنريكسن، وميا ماكديونالد، واليكس مارشال، وكورنوم

ناكرو، ودانييل نيرينبرغ، وراي رويان، وغيتا سن، ومايكل فلاسوف.

المشورية الداخلية: كاثرين مكارثي

ما قبل الطباعة/الإنتاج: شركة بروغرافيكس، أتابوليس، ميريلاند.

الولايات المتحدة الأمريكية

التعليقات على الصور الفوتوغرافية ومصادرها

الفصل ٨

© مارك إيواردز/Still Pictures

أخصائي توعية يقوم بتوزيع الحملات على البغايا في بانكوك، تايلند.

الفصل ٩

© جيرغن شابت/Still Pictures

امرأة صغيرة السن وضعتها في غولتامالا.

الفصل ١٠

© مارك إيواردز/Still Pictures

أب وطفلة في الهند.

الفصل ١١

© شهزاد نوراني/Still Pictures

أم وابنة في بنغلاديش.

الصفحة ٢٠

© مارك إيواردز/Still Pictures

امرأة مهاجرة تعمل على تحويل رقع من خاية مطوية إلى أرض تصلح للزراعة الكفائية، جارة، إندونيسيا.

الصفحة ٤٩

© جياكومو بيروزي/Panos Pictures

مرمضة تخصص امرأة حاملاً في عيادة بالقراس الأخضر.

الصفحة ٦٦

© ساري موريفني

مرمضة بالأيمن تتلقى الرعاية في مستشفى بوكوبا، بنزانيا.

الغلاف الإجمالي

© رون جيلينغ/Still Pictures

أمهات والاطفال في غانا.

الفصل ١

© دومينيك سانسوني/Panos Pictures

أسرة ريفية في الهند.

الفصل ٢

© مارك إيواردز/Still Pictures

أسرة مهاجرة في الفلبين

الفصل ٣

© مارك إيواردز/Still Pictures

عاملات في دولو، بالثوبيا، يقمن بتحويل مجرى ساني أري الأرض كجزء من مشروع لتقديم الغذاء مقابل العمل.

الفصل ٤

© هانز بلوسي/Still Pictures

الناس والمسيارات يملأون الطريق الشمالي في هونغ كونغ، المقاطعة الإدارية الخاصة التابعة للصين.

الفصل ٥

© روجر ليمون/اليونيسيف

مدرسات يحضرن دورة تدريبية تنظيها وزارة التعليم، في كابول، أفغانستان.

الفصل ٦

© شهزاد نوراني/Still Pictures

أخصائية صحة محلية تقوم بتوعية امرأة ريفية في بنغلاديش بشأن تنظيم الأسرة.

الفصل ٧

© شهزاد نوراني/Still Pictures

فحص قبل الولادة في الهند.



صندوق الأمم المتحدة للسكان
United Nations Population Fund
220 East 42nd Street, 23rd FL
New York, NY 10017 U.S.A.
www.unfpa.org



صندوق الأمم المتحدة للسكان
United Nations Population Fund
220 East 42nd Street, 23rd Fl.
New York, NY 10017 U.S.A.
www.unfpa.org

ISBN 0-89714-724-3
A/1,500/2004 Sales No. A.04.III.H.1

مطبوع على ورق معاد استعماله.

