

Distr.: General  
31 December 1999  
Arabic  
Original: English

## المجلس الاقتصادي والاجتماعي



### لجنة السكان والتنمية

#### الدورة الثالثة والثلاثون

٢٧-٣١ آذار/مارس ٢٠٠٠

البند ٣ من جدول الأعمال المؤقت\*

إجراءات متابعة توصيات المؤتمر الدولي  
للسكان والتنمية

### رصد البرامج السكانية: السكان والقضايا الجنسانية والتنمية

#### تقرير الأمين العام

موجز

أعد هذا التقرير وفقا للاختصاصات الجديدة للجنة السكان والتنمية وبرنامج عملها الشامل لعدة سنوات ذي المنحى المواضيعي المحدد الأولويات، الذي أيده المجلس الاقتصادي والاجتماعي في قراره ٥٥/١٩٩٥. ومن المواضيع المقرر تناولها في عام ١٩٩٩، القضايا الجنسانية والسكان والتنمية.

ويُقصد من هذا التقرير تقديم استعراض شامل لمجموعة الأنشطة التي تم البدء بها بهدف تنفيذ نتائج المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في مجال القضايا الجنسانية والسكان والتنمية. ويعرض التقرير الاستراتيجيات والنهج التي اعتمدها الدول استجابة للتوصيات الواردة في برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بخصوص القضايا الجنسانية والسكان والتنمية. ويقدم كذلك تحليلا للتحديات والقيود التي تواجهها الدول في تنفيذ البرامج وفي المسائل المتعلقة بتعبئة الموارد في مجال القضايا الجنسانية والسكان والتنمية.

\* E/CN.9/2000/1

## المحتويات

| الصفحة | الفقرات |  |
|--------|---------|--|
| ٤      | ٦-١     | مقدمة .....  |
| ٥      | ٨-٧     | أولا - المنهجية .....  |
| ٥      | ١١-٩    | ثانيا - القضايا الجنسانية والسكان والتنمية في مؤتمرات الأمم المتحدة .....              |
| ٦      | ٦٧-١٢   | ثالثا - تعزيز المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة .....                                 |
| ٧      | ٢٠-١٣   | ألف - حماية الحقوق وتعزيز تمكين المرأة .....   |
| ٩      | ٢٢-٢١   | باء - تعزيز مشاركة المرأة في صنع القرار .....  |
| ٩      | ٢٦-٢٣   | جيم - العولمة وأثرها على صحة المرأة .....  |
| ١٠     | ٣٣-٢٧   | دال - تحسين سبل الاستفادة من خدمات الصحة الإنجابية وتوفيرها .....                      |
| ١٤     | ٣٧-٣٤   | هاء - خفض معدل وفيات الأمهات .....   |
| ١٥     | ٤٣-٣٨   | واو - وباء متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) .....                                  |
| ١٦     | ٤٦-٤٤   | زاي - تلبية احتياجات المراهقين .....   |
| ١٩     | ٤٩-٤٧   | حاء - القضاء على العنف ضد المرأة .....   |
| ٢٠     | ٥٤-٥٠   | طاء - اتخاذ إجراءات ضد الممارسات الضارة .....  |
| ٢١     | ٥٨-٥٥   | ياء - الدعوة لتعليم البنات .....   |
| ٢٢     | ٦٢-٥٩   | كاف - تعزيز دور الرجال في الأسرة وفي تحقيق الصحة الإنجابية .....                       |
| ٢٤     | ٦٧-٦٣   | لام - الاستجابة لحالات الطوارئ .....   |
| ٢٥     | ٧٥-٦٨   | رابعا - الشواغل الجنسانية في البرامج السكانية والإنمائية: التحديات وجوانب القصور ..... |
| ٢٥     | ٦٩-٦٨   | ألف - الاتجار في النساء والبنات .....  |
| ٢٦     | ٧١-٧٠   | باء - اختيار نوع المولود .....   |
| ٢٦     | ٧٥-٧٢   | جيم - تأنيث الفقر .....  |
| ٢٧     | ٨٥-٧٦   | دال - القيود المفروضة على التنفيذ .....  |
| ٢٨     | ٧٩-٧٨   | ١ استمرار المواقف والممارسات الثقافية السلبية .....                                    |
| ٢٨     | ٨٠      | ٢ عدم وجود الآليات المؤسسية القوية .....   |
| ٢٨     | ٨٣-٨١   | ٣ ضعف القدرات التقنية .....  |
| ٢٩     | ٨٥-٨٤   | ٤ عدم كفاية تعبئة الموارد وتخصيصها .....   |
| ٣٠     | ٨٨-٨٦   | خامسا - الاستنتاجات .....  |
| ٣٠     | ٨٧-٨٦   | ألف - تعزيز إدماج المنظور الجنساني في السياسات والبرامج والأنشطة .....                 |

## الفقرات الصفحة

باء - الإجراءات الموصى بها بشأن القضايا الجنسانية والسكان والتنمية ..... ٨٨ ٣١

## الجدول

- |   |  |    |
|---|--|----|
| ١ | التدابير التي اتخذتها البلدان لإضافة عناصر جديدة في مجال الصحة الإنجابية.....                  | ١٢ |
| ٢ | - التدابير التي اتخذتها البلدان لتحسين استفادة الجميع من خدمات الصحة الإنجابية ....            | ١٣ |
| ٣ | - التدابير التي اتخذتها الدول لتلبية احتياجات الصحة الإنجابية للمراهقين .....                  | ١٧ |
| ٤ | - التدابير التي اتخذتها بلدان مختارة لتعزيز دور الرجال في تحقيق الصحة الجنسية والإنجابية ..... | ٢٣ |

## مقدمة

١ - أعد هذا التقرير عند رصد البرامج السكانية وفقاً للاختصاصات الجديدة للجنة السكان والتنمية وبرنامج عملها الشامل لعدة سنوات ذي المنحى المواضيعي المحدد الأولويات، الذي أيده المجلس الاقتصادي والاجتماعي في قراره ٥٥/١٩٩٥. ومن المواضيع المقرر تناولها في عام ١٩٩٩، القضايا الجنسانية والسكان والتنمية.

٢ - ويستعرض هذا التقرير التقدم المحرز في مجال البرامج السكانية والأنشطة الإنمائية ذات الصلة بها على المستوى القطري. ويركز على التجارب والاستراتيجيات البرنامجية في مجال القضايا الجنسانية والسكان والتنمية التي تم الاضطلاع بها بهدف تنفيذ نتائج المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. ويتناول التقرير بالدرجة الأولى الأنشطة التنفيذية الرامية إلى تحقيق المساواة والعدالة بين الجنسين وتمكين المرأة في إطار البرامج السكانية والإنمائية.

٣ - وخلال العقد المنصرم، حدثت تغيرات اجتماعية وسياسية واقتصادية عميقة في جميع أنحاء العالم. وحُدثت أهداف ومقاصد جديدة في مجال القضايا الجنسانية والسكان والتنمية، تتعلق بالتمكين والمساواة والعدالة وحقوق الإنسان ومسؤولية الذكور ومشاركتهم والفقر والصحة والتعليم والعمالة والعنف والهجرة والبيئة ووسائل الإعلام.

٤ - وقد أسفرت هذه الأهداف عن حدوث تغييرات في الاستراتيجيات المتبعة لبلوغ الأهداف المتمثلة في تحقيق المساواة والعدالة. وغدت رمزا لتطور سياسي يشجع على إشراك مختلف عناصر المجتمع المدني ويعكس ظهور شراكات جديدة. وقد غدا تعزيز المساواة والعدالة بين الجنسين وتمكين المرأة من الشواغل الهامة للحكومات والمنظمات غير الحكومية والمجتمع المدني، وللقطاع الخاص في كثير من الأحوال.

٥ - وأكد من أهمية التركيز على القضايا الجنسانية والسكان والتنمية إدراك أن ما تعيشه النساء من تجارب يختلف عما يعيشه الرجال بالنسبة لجميع جوانب التنمية. وإن أخذ هذه الحقيقة بعين الاعتبار يعزز فعالية التخطيط ووضع السياسات وتنفيذ البرامج على جميع الأصعدة. ويهدف اتباع نهج متكامل للقضايا الجنسانية في مجال السكان والتنمية إلى ضمان استفادة الرجال والنساء على السواء من جهود التنمية وتمتع الجنسين بنفس القدر من الفرص والموارد وبنفس القدرة على التحكم بها. وهذا النهج يعزز، بدوره، المساءلة والمساهمة في العمليات التي تؤثر على حياة الناس.

٦ - وإن إدماج المنظور الجنساني في العمل الإنمائي يمثل اعترافاً بالأدوار والاهتمامات والاحتياجات والعلاقات المختلفة القائمة بين الرجال والنساء، والناشئة عن اختلاف مسؤوليات الجنسين في المجتمع، واستجابة لها. وتتداخل هذه الأدوار والاهتمامات مع تلك

القائمة على الطبقة الاجتماعية أو الانتماء العرقي أو العمر بحيث تتغلب على التجانس المفترض وجوده في كل فئة والذي ينجم في أحيان كثيرة عن التركيز على النساء أو الرجال كقائمة. وإيثار التركيز على نوع الجنس بدلا من التركيز على المرأة أو الرجل تحفزه أيضا الأدلة الشائعة التي تثبت أن هناك بونا شاسعا بين الرجال والنساء في الاستفادة من ثمار التنمية، إذ أن المنافع التي تحققها النساء تمثل جزءا بسيطا مما يحققه الرجال. ومن ثم، فإن هذا المنظور الجنساني يسعى إلى إزالة تلك الفوارق.

## أولا - المنهجية

٧ - في إطار الإعداد لهذا التقرير قام صندوق الأمم المتحدة للسكان بتحليل عمليات استعراض مختلف مؤتمرات الأمم المتحدة التي نظمتها الوكالات التابعة للأمم المتحدة، والأدلة الوثائقية الأخرى، بالإضافة إلى البيانات الواردة في الاستطلاع الميداني لصندوق الأمم المتحدة للسكان لعام ١٩٩٨ بشأن التقدم المحرز في تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، كجزء من عملية استعراض المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بعد خمس سنوات. وقد استجاب ما مجموعه ١١٤ بلدا من البلدان النامية والبلدان التي تمر اقتصاداتها بمرحلة انتقالية<sup>(١)</sup>.

٨ - ويركز التقرير على الجهود الرامية إلى إدراج القضايا الجنسانية بصورة فعلية في برامج السكان والتنمية، من خلال اعتماد استراتيجيات ومبادرات تهدف كغاية الانتفاع بخدمات العناية بالصحة الجنسية والإنجابية ذات النوعية الجيدة، وزيادة تمكين المرأة وحماية حقوقها الإنجابية، والحد من وفيات الأمهات، وحماية الطفلة، وزيادة اشتراك المرأة في اتخاذ القرارات، وإشراك الرجل في الحفاظ على صحته وصحة شريكته الجنسية والتناسلية. إضافة إلى ذلك، يتناول التقرير التحديات والقيود القائمة إلى اليوم.

## ثانيا - القضايا الجنسانية والسكان والتنمية في مؤتمرات الأمم المتحدة

٩ - ساهمت سلسلة من مؤتمرات الأمم المتحدة المعقودة خلال العقدين الماضيين، في تحويل التفكير من اعتبار الرجال أو النساء كأهداف للتدخلات الإنمائية إلى الاهتمام بالعلاقات الجنسانية التي قد تعوق أو تسهل تحقيق مثل هذه التدخلات. وقد قام المؤتمر العالمي لاستعراض وتقييم منجزات عقد الأمم المتحدة للمرأة، المعقود في نيروبي في عام ١٩٨٥<sup>(٢)</sup> بتحليل جهود التنمية من وجهة نظر حقوق الإنسان، وعلى الأخص حقوق المرأة. وأثبت هذا المؤتمر أن العقبات أمام النهوض بالمرأة متأصلة في المجتمع وفي الاقتصاد،

وأن الإجراءات الرامية إلى التغلب على هذه العقبات ينبغي أن تبني على مفاهيم المساواة والاندماج والمشاركة والتعاون. وكان لتوصيات مؤتمر نيروبي تأثير عميق على المؤتمرات اللاحقة، بما فيها مؤتمر الأمم المتحدة المعني بالبيئة والتنمية المنعقد في ريو دي جانيرو في عام ١٩٩٢<sup>(٣)</sup>، والمؤتمر العالمي المعني بحقوق الإنسان المنعقد في فيينا في عام ١٩٩٣<sup>(٤)</sup>.

١٠ - وأدى مؤتمر فيينا إلى إحراز تقدم في إدماج نهج تعزيز حقوق الإنسان في مجال السكان والتنمية، حيث دعا المؤتمر إلى إيجاد التزام قوي بحقوق المرأة، وسلامة الأمهات، والحق في الرعاية الصحية، وإتاحة خدمات لتنظيم الأسرة بنوعية جيدة وبتكلفة يمكن تحملها، وبإمكان الحصول على المعلومات في الوقت المناسب. وقد برزت هذه الالتزامات بوصفها الروابط الأساسية بين مؤتمر فيينا والقاهرة. وأدى اعتماد برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في القاهرة، في عام ١٩٩٤<sup>(٥)</sup> إلى إيجاد روابط أساسية بين القضايا الجنسانية من ناحية والسكان والتنمية المستدامة من ناحية أخرى. فضلا عن ذلك، أكد المؤتمر على أن تمكين المرأة هو هدف جوهري بحد ذاته، وهو موقف أيده بقوة المؤتمر العالمي الرابع المعني بالمرأة المعقود في بيجين عام ١٩٩٥<sup>(٦)</sup>.

١١ - وسمحت نتائج هذه المؤتمرات وتوافق الآراء الذي تعزز فيها بظهور نموذج جديد في صياغة وتنفيذ السياسات والبرامج السكانية والإنمائية. ويُنظر الآن إلى المسائل السكانية في إطار أوسع يشمل الصحة الإنجابية وحقوق الإنسان والتنمية المستدامة، التي تتطلب أساسا تحقيق المساواة والعدالة بين الجنسين وتمكين المرأة. وهذه الأهداف عالمية وشاملة. وتترتب على تحقيقها تغييرات في المواقف والتزام قوي بالتقيد بمعايير وقواعد المساواة بين الجنسين المقبولة دوليا، بما في ذلك حماية وتعزيز حقوق الإنسان للفتيات والنساء.

### ثالثا - تعزيز المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة

١٢ - لقد دلت مختلف الاستعراضات على أنه تحقق، في البلدان المتقدمة النمو وفي البلدان النامية على حد سواء، تقدم ملحوظ في تعزيز المساواة بين الجنسين وفقا لأهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. وأظهر الاستطلاع الميداني الذي أجري استعدادا لاستعراض المؤتمر الدولي بعد ٥ سنوات أن الشواغل الجنسانية قد أدرجت في الاستراتيجيات السكانية والإنمائية في معظم البلدان، عن طريق إنشاء و/أو تقوية الآليات المؤسسية الوطنية التي تعالج الشواغل السكانية أو الجنسانية أو كليهما. ومن الـ ١١٤ بلدا التي استجابت للاستطلاع، كانت ٧٩ دولة قد نقحت سياساتها السكانية وأعلنت أنها أدخلت في استراتيجيتها الإنمائية عموما تدابير جديدة وصریحة تتعلق بالسياسات وتعكس الاهتمام بالقضايا الجنسانية.

## ألف - حماية الحقوق وتعزيز تمكين المرأة

١٣ - ما فتئ الاعتراف الدولي بالحاجة إلى تعزيز وحماية حق المرأة في الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية يزداد. وقد قوّت الهيئات المنشأة بمعاهدات حقوق الإنسان من التزامها بتطبيق القواعد المتعلقة بحقوق الإنسان لضمان صحة المرأة، بما في ذلك حقها في الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية. وفي شباط/فبراير ١٩٩٩، اعتمدت اللجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة، في دورتها الثانية عشرة، التوصية العامة ٢٤ المتعلقة بالمادة ١٢ من اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة - المرأة والصحة<sup>(٧)</sup>، والتي تتناول بكثير من التفصيل المادة ١٢ التي تركز على المرأة والصحة<sup>(٨)</sup>. وفي الوقت نفسه تقريبا، أوصت لجنة مركز المرأة، في دورتها الثالثة والأربعين، المجلس الاقتصادي والاجتماعي بالموافقة على مشروع القرار الذي يتضمن البروتوكول الاختياري للاتفاقية<sup>(٩)</sup>، الذي يكفل للمنظمات الضمانات الإجرائية القضائية كي تعتمد الجمعية العامة. واعتمد المجلس مشروع القرار (قرار المجلس ١٣/١٩٩٩)، ولاحظت الجمعية العامة، في دورتها الرابعة والخمسين اعتماد التوصية العامة ٢٤ (قرار الجمعية ١٣٧/٥٤ المؤرخ ١٧ كانون الأول/ديسمبر ١٩٩٩) واعتمدت البروتوكول الاختياري (قرار الجمعية ٤/٥٤ المؤرخ ٦ تشرين الأول/أكتوبر ١٩٩٩). ويشكل كل من هذين الصكين معلما في مجال حماية حقوق المرأة باعتبارها من حقوق الإنسان، بما في ذلك عدم تعرضها للعنف والقسر والتمييز القائم على نوع الجنس، وتعزيز حقها في التحكم بكل ما يتعلق بأمورها الجنسية وفي اتخاذ القرارات المسؤولة بهذا الصدد.

١٤ - وبدافع الحاجة إلى مواءمة النهج القائمة على الحقوق في داخل منظومة الأمم المتحدة وبين المانحين الثنائيين، نظمت اللجنة المشتركة بين الوكالات المعنية بالمرأة والمساواة بين الجنسين، التي أنشأتها لجنة التنسيق الإدارية، بالاشتراك مع شعبة النهوض بالمرأة بالأمانة العامة للأمم المتحدة، حلقة عمل في عام ١٩٩٨ حول اعتماد نهج يقوم على الحقوق بالنسبة لتمكين المرأة والنهوض بها وتحقيق المساواة بين الجنسين. وفي عام ١٩٩٩، عقدت حلقة عمل أخرى لنفس المجموعة، وركزت على قضايا الأمن الاقتصادي للمرأة. واستعرضت كلتا الحلقتين مختلف الاستراتيجيات لإسراع خطى التقدم نحو المساواة بين الجنسين في مختلف المجالات، وقيّمتا الآثار المتعلقة بالسياسات والتنفيذ، فضلا عن النهج القائمة على التعاون.

١٥ - وقد أقرت الدول مجموعة من الاستراتيجيات الوطنية المختلفة لتعزيز المساواة والعدالة بين الجنسين من خلال الإصلاحات المتعلقة بالسياسات والإجراءات التشريعية التي تشمل: التشريعات الرامية إلى حماية حقوق المرأة، وتعديل القانون المتعلق بالأسرة، ووضع

تشريعات أكثر صرامة تجاه العنف ضد المرأة، وإنشاء مكاتب تُعنى بشؤون المرأة لحماية حقوقها وزيادة تمكينها. وقد استوحت المحاكم في عدة ولايات قانونية من اللجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة للمساعدة على تفسير الأحكام القانونية الوطنية. كما كثفت الدول النقاش المتعلق بالسياسات وفتحت باب الحوار في مجالات جديدة.

١٦ - واستعرض قرابة نصف جميع البلدان التي شملها الاستطلاع سياساتها في ضوء فهم جديد لدور السكان في التنمية. وقام أكثر من ثلث هذه البلدان مؤخرا بتحديث سياساتها في مجال السكان أو أدمج في خطط إنمائية طويلة الأجل عوامل تتعلق بتحسين نوعية الرعاية الصحية، وبالمساواة والإنصاف بين الجنسين، وتحسين نظم المعلومات. وبالإضافة إلى ذلك، أدخل ثلثا جميع البلدان تدابير في مجال السياسات أو التشريع على مجالات مثل الإرث، وحقوق الملكية والعمل، والحماية من العنف القائم على نوع الجنس.

١٧ - ومن أهم المبادرات التي اتخذتها الحكومات تعزيز القوانين والسياسات والآليات الوطنية التي تدعم حقوق الإنسان، بما في ذلك الحقوق الإنجابية. وترتب عن ذلك وضع سياسات شاملة في مجال صحة المرأة تساعد البلدان على الانتقال من نهج ذي هدف محدد في مجال تنظيم الأسرة إلى نهج يتمركز حول الزبائن حيث تقدم طائفة من الخدمات، منها خيارات واسعة من وسائل منع الحمل. وتقوم البلدان حاليا أيضا بإلغاء العمل بالقوانين والسياسات التي تحد من الاستفادة من خدمات الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة على نطاق أوسع مثل ما يتعلق بالحالة الاجتماعية والحصول على إذن من الزوج.

١٨ - وتعين أيضا على البلدان المتقدمة أن تحدث تعديلات جديدة. فعلى سبيل المثال، قامت نظم الضمان الاجتماعي على مفهوم تقليدي يصور المرأة كزوجة معالة. غير أن عددا من البلدان اتخذ خطوات لتكييف تشريعها في مجال الضمان الاجتماعي مع الواقع الجديد الذي أحدثته مشاركة المرأة في العمل لقاء أجر<sup>(١)</sup>. ويسلم ذلك بأن المرأة قد اكتسبت في مجال العمل لقاء أجر حقوقا مستقلة في مجال الضمان الاجتماعي.

١٩ - غير أن العقبة الرئيسية التي تعترض تمتع المرأة بحقوقها هي عدم قدرتها على امتلاك أرض والتصرف بها. فرغم أن حق المرأة في الأرض يظل عاملا حاسما في إنتاج الغذاء، لا تزال المعايير والممارسات الثقافية الاجتماعية تحظر عليها إلى حد بعيد الحق في أن يكون لها أرض تملكها وتتصرف بها بحرية. ويؤثر ذلك سلبا على حصول المرأة على موارد طبيعية أخرى، مثل المياه، والخطب، ومنتجات الأسماك والأحراج، وهي موارد تعد حاسمة بالنسبة للأمن الغذائي، وتؤثر على الدخل ومن ثم على الصحة.



٢٠ - وبينما يركز العديد من الخطط الوطنية على بذل جهود ترمي إلى تحقيق المساواة الفعلية بالنسبة للمرأة، تؤكد هذه الخطط أيضا على الحاجة المستمرة إلى إحداث إصلاحات تشريعية وإدارية للقضاء على ما لا يزال قائما من عدم مساواة وتمييز.

## باء - تعزيز مشاركة المرأة في صنع القرار

٢١ - أكد كل من برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية وبرنامج عمل بيجين على أن تمكين المرأة وضمان استقلاليتها وتحسين مركزها السياسي، والاجتماعي، والاقتصادي والصحي غايات هامة جدا في حد ذاتها. فتعزيز مشاركة المرأة في صنع القرار استراتيجية هامة لتحقيق هذا الغرض. وفي هذا الصدد، أنشأ العديد من البلدان آليات لمشاركة المرأة على قدم المساواة وتمثيلها تمثيلا عادلا في جميع مستويات العملية السياسية والحياة العامة. وتشمل هذه الآليات تحديد حصص دنيا للمرأة في الهيئات الانتخابية وفي المؤسسات العامة. وتقوم الحكومات بإشراك المؤسسات المهتمة بقضايا المرأة، أي المنظمات غير الحكومية في المقام الأول، في السياسة الحكومية وأفرقة المراقبة.

٢٢ - غير أن المرأة لا تزال ضعيفة التمثيل بشكل بالغ في مناصب السلطة وصنع القرار، بسبب وجود عقبات مثل الفقر، والأمية، وقلة سبل الحصول على التعليم، وعدم كفاية الموارد المالية، وسيادة عقلية المجتمع الأبوي وتحمل المرأة عبئا مزدوجا في قيامها بمهامها المنزلية ووفائها بالتزاماتها المهنية.

## جيم - العولمة وأثرها على صحة المرأة

٢٣ - ساهمت السياسات الإنمائية والاستراتيجيات الاقتصادية السابقة في تحسين الحالة الصحية لكل من الرجل والمرأة، لا سيما في الحالات التي تم التركيز فيها في الوقت ذاته على السياسات الاجتماعية. فقد حسنت هذه السياسات بصورة متفاوتة مؤشرات نوعية الحياة، بما في ذلك العمر المتوقع عند الولادة، وخفضت من معدلات وفيات الرضع والأطفال والأمهات. وشهد معظم البلدان تطورا تدريجيا في الهياكل الأساسية الصحية، بما في ذلك الرعاية من المستوى الثاني والثالث، بالإضافة إلى نظام واسع للرعاية الصحية الأولية يرمي إلى إيصال الخدمات الصحية إلى مستوى المجتمع المحلي.

٢٤ - غير أن تطورات حدثت مؤخرا أضرت ببعض هذه المكاسب. فالآثار المترتبة على بعض الاتجاهات السائدة في الاقتصادين العالمي والوطني تشكل عقبات خطيرة تعترض سبيل تحقيق المستويات المطلوبة في مجال الصحة بصورة عامة، وصحة المرأة بصورة خاصة والمحافظة

عليها. ومن أهم هذه الاتجاهات المخصصة وتعاضم دور آلية السوق؛ والكساد العالمي؛ وسياسات التكيف الهيكلي؛ والتجارة العالمية<sup>(١٢)</sup>. ففي كل حالة يقع الضرر الأكبر على صحة المرأة نظرا لما تضطلع به، بوصفها أنثى، من مسؤوليات تقلص فرص الكسب أمامها، الأمر الذي يسلبها القدرة على أن يكون لها في هذه الظروف الجديدة تأثير فيما يتعلق بحصولها على خدمات صحية.

٢٥ - وبالنسبة للسكان في العديد من البلدان النامية ارتبطت خصخصة قطاع الصحة بتضاؤل سبل الحصول على الخدمات الصحية. نظرا لارتفاع تكلفة هذه الخدمات. وفي الوقت نفسه، أدت الخصخصة في بعض الحالات إلى تدهور نوعية الخدمات الصحية، إذ ضعف دور الدولة في وضع القواعد والمعايير وفرض آليات الإشراف. وفي العديد من الحالات، بولغ في تقدير قدرة القطاع الخاص على تقديم خدمات صحية بطريقة منصفة، وقد ترك ذلك أثرا على المرأة يختلف اختلافا شديدا عن أثره بالنسبة للرجل. وفي العديد من البلدان في آسيا وأفريقيا، انتقلت مسؤولية تقديم الرعاية الصحية، وبخاصة الرعاية في مجال الصحة الإنجابية، من المستشفيات وسائر مراكز الرعاية الصحية، لتقع على عاتق النساء. وبصورة متزايدة على البنات. وتنطبق هذه الحالة بصورة خاصة على الرعاية الطويلة الأجل التي لم يعد في استطاعة الأسر تحمل تكاليفها.

٢٦ - وكان للكساد العالمي أثر عميق في بعض أنحاء المعمورة. ففي أفريقيا على سبيل المثال، ظل العديد من البلدان رازحا تحت عبء ديون ثقيلة ومتزايدة باستمرار. فخدمة هذه الديون تستنزف الموارد المالية التي كان بالإمكان، لولا ذلك، أن تستثمر في الخدمات الصحية والهياكل الأساسية. أما النتائج فهي واضحة. فعلى مستوى المجتمع المحلي، الفقر في استفحال، ونسبة أكبر من الأسر غير قادرة على تلبية احتياجاتها الأساسية. وأما في قطاع الصحة، فإن المستشفيات والمستوصفات مكتظة بالمرضى في حين لا تتوفر الأدوية الأساسية. والأفراد العاملون في قطاع الصحة مجهدون، ويتقاضون أجورا هزيلة، وينقصهم التدريب والمهارات اللازمة. ويبحث العديد منهم عن عمل بديل، فيزيدون بذلك من حرمان هذا القطاع من أفراد يحتاج إليهم. ونتيجة لذلك ظلت مؤشرات الصحة، مثل معدلات وفيات الأمهات دون تغيير، وفي بعض الحالات نزلت إلى الهبوط.

## دال تحسين سبل الاستفادة من خدمات الصحة الإنجابية وتوفيرها

٢٧ - كان إدماج تنظيم الأسرة وصحة الأم والطفل تحت مظلة مؤسسية مشتركة أكثر عمليات التغيير شيوعا فيما يتعلق بتقديم خدمات فعالة في مجال الرعاية الصحية. فقد أصبحت خدمات الصحة الإنجابية التي تراعي الفوارق بين الجنسين وتضمن تعميم الاستفادة

من الرعاية الصحية الجيدة من الأولويات في إصلاح قطاع الصحة والنهج المتبعة على صعيد هذا القطاع.

٢٨ - ويقوم العديد من البلدان حالياً باختبار سبل لإدماج خدمات الصحة الإنجابية، بينما تعمل بلدان أخرى على إقامة روابط فيما بين عناصر خدمات الصحة الإنجابية، وبخاصة تنظيم الأسرة، وصحة الأم والطفل والخدمات المتعلقة بالأمراض التي تنقل عبر الاتصال الجنسي/فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)، وذلك من خلال وضع نظم للإحالة. وقد ساهم ذلك في تحسين سبل الاستفادة من الخدمات وفي إيجاد مقدمين للخدمات أفضل تدريباً. ونتيجة لذلك، أصبحت مجموعات الخدمات الصحية الأساسية متوافرة بصورة متزايدة في مراكز تقديم الخدمات، وأدى تحسين نظم الإحالة إلى ضمان زيادة توفر الرعاية في مجالات منها علاج الأمراض التي تنقل عبر الاتصال الجنسي والرعاية في حالات الولادة الطارئة.

٢٩ - وتركز وزارات الصحة ووكالات تنظيم الأسرة في البلدان النامية بصورة متزايدة على نوعية الخدمات التي تقدمها. ويسعى العديد من هذه الوزارات والوكالات إلى نهج استراتيجيات جديدة لتحسين إسداء المشورة بهدف الاستجابة لاحتياجات المواطنين. وتقدم هذه البرامج بصورة متزايدة مجموعة من الخيارات أوسع نطاقاً تأخذ في الاعتبار الخيارات المتنوعة للمستفيدين من خدمات الصحة الإنجابية، وحالتهم الصحية، وأعمارهم وظروفهم الحياتية. وقد نجحت استراتيجيات الترويج الاجتماعية أو المدعومة في زيادة الاستفادة من وسائل منع الحمل، بما في ذلك رفالات الذكور والإناث. وقد ساعدت حملات الدعوة التي استهدفت الرجال بصورة خاصة في زيادة استخدام الرفالات وإجراء جراحات التعقيم.

٣٠ - ومن أصل ١١٤ بلداً ردت على الاستطلاع الميداني، ذكر ٣٦ بلداً أنها تقدم جميع خدمات الصحة الإنجابية كما وردت في برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. وفي السنوات الخمس الأخيرة، اتخذ ٥٤ بلداً بعض التدابير لإضافة عناصر جديدة إلى برامجهم السارية في مجال الصحة الإنجابية. وكان التقدم أوضح ما يكون في آسيا، حيث اتخذ ٤٥ في المائة من البلدان بعض التدابير، تليها أفريقيا بنسبة ٤٤ في المائة.

٣١ - ومن أبرز التدابير التي اتخذتها البلدان في مجال إضافة عناصر جديدة إلى برامج الصحة الإنجابية تقديم خدمات من أجل الوقاية من الأمراض التي تنقل عبر الاتصال الجنسي، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) وعلاج هذه الأمراض. وأفاد خمسة وأربعون بلداً أنها أضافت خدمات للوقاية من العقم وعلاجه وعلاج

التهابات القنوات التناسلية، وتقديم خدمات الولادة المأمونة والرعاية بعد الولادة بما في ذلك الرعاية السابقة للولادة (الجدول ١).

## الجدول ١ التدابير التي اتخذتها البلدان لإضافة عناصر جديدة في مجال الصحة الإنجابية

| البلدان  | التدابير   |
|--|--|
| أوروغواي، باراغواي، باكستان، بروندي، بولندا، توفالو، جزر مارشال، جمهورية تانزانيا المتحدة، الجمهورية الدومينيكية، جمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية، طاجيكستان، كينيا، لا تيفيا، ليسوتو، المكسيك، ميكرونيزيا (ولايات المتحدة)، النيجر  | الوقاية من الأمراض التي تنقل عبر الاتصال الجنسي/فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة البشرية (الإيدز) وعلاج هذه الأمراض |
| إيران (جمهورية الإسلامية)، بنغلاديش، بوتان، بوليفيا، الجزائر، السلفادور، السنغال، الصين، الفلبين، كينيا، مالي، مدغشقر، منغوليا، النيجر، نيجيريا، هندوراس، اليمن  | الوقاية من العقم وعلاجه  |
| أذربيجان، الأردن، إكوادور، أوروغواي، أوزبكستان، إيران (جمهورية الإسلامية)، باراغواي، باكستان، بوتسوانا، بروندي، بولندا، توفالو، جزر مارشال، جمهورية تانزانيا المتحدة، الجمهورية الدومينيكية، جمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية، طاجيكستان، غامبيا، غينيا بيساو، فانواتو، كوستاريكا، لا تيفيا، المكسيك، ملديف، ميكرونيزيا (ولايات المتحدة)، نيبال، نيجيريا، الهند، الأردن، إكوادور، أوروغواي، إيران (جمهورية الإسلامية)، باراغواي، باكستان، بوتسوانا، بروندي، بولندا، توفالو، جزر مارشال، جمهورية تانزانيا المتحدة، الجمهورية الدومينيكية، طاجيكستان، غامبيا، غينيا بيساو، فانواتو، كوستاريكا، ليسوتو، مالي، المكسيك، ملديف، موزامبيق، ميكرونيزيا (ولايات المتحدة)، نيبال، النيجر، نيجيريا، الهند | تقديم خدمات الولادة المأمونة والرعاية بعد الولادة  |
|  | تقديم الرعاية السابقة للولادة  |

٣٢ - ويشير الاستطلاع الميداني أيضا إلى أن التقدم الذي أحرز في مجال تحسين تعميم الحصول على خدمات الصحة الإنجابية كان أكبر مما أحرز في مجال توسيع نطاق هذه الخدمات. فمن بين البلدان النامية، يقوم ما مجموعه ٥٩ بلدا (٧٦ في المائة) باتخاذ تدابير لتحسين تعميم الاستفادة من الخدمات. وأفاد ما يزيد على نصف البلدان في أفريقيا، وآسيا وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي بحصول تحسن في مجال تعميم الاستفادة من خدمات الرعاية في مجال الصحة الإنجابية.

٣٣ - وكانت أكثر التدابير التي اتخذتها البلدان لتحسين الوصول لخدمات الصحة الإنجابية شيوعا هي: (أ) تقديم مزيد من التدريب لمقدمي الخدمات؛ (ب) توسيع و/أو تشييد مزيد من مراكز تقديم الخدمات الطبية؛ (ج) تخصيص المزيد من المعدات والموارد و/أو زيادة التزويد بالمعدات (الجدول ٢).

#### الجدول ٢ - التدابير التي اتخذتها البلدان لتحسين استفادة الجميع من خدمات الصحة الإنجابية

| التدابير  | البلدان   |
|---|---|
| تدريب مقدمي الخدمات                                 | أذربيجان، الأردن، أوغندا، أوزبكستان، بابوا غينيا الجديدة، بوتان، تركيا، جزر كوك، جزر مارشال، جمهورية أفريقيا الوسطى، جمهورية إيران الإسلامية، ساموا، السلفادور، سوازيلند، غانا، كمبوديا، كينيا، ميكرونيزيا، هندوراس.  |
| توسيع/تشييد المزيد من المراكز الصحية                | إثيوبيا، الأردن، ألبانيا، أوغندا، أوكرانيا، بابوا غينيا الجديدة، باكستان، بليز، بنغلاديش، بروندي، تركيا، تونس، جزر مارشال، جمهورية أفريقيا الوسطى، جمهورية إيران الإسلامية، الجمهورية الدومينيكية، زامبيا، زمبابوي، ساموا، السلفادور، غانا، غينيا، الفلبين، كمبوديا، كوبا، كينيا، لاوس، ليسوتو، مدغشقر، المغرب، منغوليا، ميكرونيزيا، نيبال، الهند، هندوراس. |
| تخصيص المزيد من الموارد و/أو زيادة التزويد بالمعدات | أذربيجان، بابوا غينيا الجديدة، بوليفيا، بيرو، جمهورية أفريقيا الوسطى، الجمهورية الدومينيكية، الجمهورية العربية السورية، جنوب أفريقيا، غانا، مالي، مدغشقر، مصر، ميكرونيزيا، نيجيريا.   |

## هاء - خفض معدل وفيات الأمهات

٣٤ - ينادي برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بخفض معدل وفيات الأمهات لعام ١٩٩٠ إلى النصف بحلول عام ٢٠٠٠، ثم خفضه إلى النصف مرة أخرى بحلول عام ٢٠١٥ (الفقرة ٨-٢١). وقد حدث بعض التقدم نحو هذا الهدف. فقد تحسنت صحة الأم في عدد من البلدان النامية نتيجة لزيادة عدد القابلات الماهرات، ووجود هياكل أساسية للصحة العامة، وإمكانية الاستفادة من الرعاية الصحية. وقد أدى تعريف الأمومة المأمونة بأنها مسألة تتعلق بالتنمية وقاعدة من قواعد حقوق الإنسان إلى تعاظم الوعي بمسائل وفيات الأمهات واعتلائهن. وقد أخذ معظم البلدان يعزز الجهود الرامية إلى منع الحمل غير المرغوب فيه، بينما تعمل بلدان أخرى بصورة أكثر انتظاماً على تخفيض الآثار الصحية للإجهاض غير المأمون.

٣٥ - ويسمح الآن عدد كبير من البلدان بالإجهاض لإنقاذ حياة النساء الحوامل. بيد أن عدداً قليلاً منها حقق تقدماً في ضمان وجود موظفين ماهرين ومرافق لضمان الاستفادة من العملية وسلامتها، في كل الأحوال التي لا تخالف فيها القانون. وفي الغالب لا توجد خدمات لمعالجة النساء اللاتي يعانين من مضاعفات تهدد الحياة أو الصحة نتيجة للإجهاض غير المأمون.

٣٦ - وفي السنوات الأخيرة، حدث انخفاض كبير في عدد حالات الإجهاض في وسط وشرق أوروبا/الدول المستقلة حديثاً، وفي جمهوريات آسيا الوسطى، نتيجة لزيادة توفر واستخدام وسائل منع الحمل الحديثة. وقد حدث بعض التطور في تدريب مقدمي الخدمات الصحية وتجهيز المستشفيات بالمعدات لمعالجة المضاعفات الناجمة عن الإجهاض، وطور عدد من البلدان النامية نهجاً خاصة لتحسين الخدمات والرعاية بعد الإجهاض.

٣٧ - ورغم هذه الإنجازات، فإن ما أحرز من تقدم بوجه عام في خفض معدل وفيات الأمهات ظل بطيئاً، وما زالت العوامل الرئيسية التي تساهم في رفع مستوى معدلات وفيات الأمهات واعتلائهن قائمة. وتشمل هذه العوامل المركز المتدني للنساء، وحالتهم التغذوية السيئة طوال حياتهن، ومعاناتهن من فقر الدم الشديد. وإن الذي يحد من خفض معدلات وفيات الأمهات ليس هو في الغالب عدم وجود التقنية، بل عدم توفر الالتزام السياسي والموارد، وعدم إعطاء الأولوية للأنشطة الفعالة.

## واو وباء متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)

٣٨ - تشير تقديرات آخر تقرير لبرنامج الأمم المتحدة الذي ترعاه عدة جهات والمعني بفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب ومنظمة الصحة العالمية صدر في كانون الأول/ديسمبر ١٩٩٨ إلى أن أكثر من ٩٥ في المائة من مجموع المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية يعيشون في بلدان نامية. ويبلغ عدد المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية أو الإيدز في العالم ٣٣,٤ مليون شخص، منهم ٣٢,٢ مليون من البالغين و ١,٢ مليون من الأطفال تحت سن الخامسة عشرة. وقد أصيب بفيروس نقص المناعة البشرية في عام ١٩٩٨ قرابة ٣ ملايين شاب تتراوح أعمارهم بين الخامسة عشرة والرابعة والعشرين. وتشكل النساء الآن النسبة الأعلى من حيث الزيادة في عدد الإصابات التي حدثت مؤخراً؛ فقد بلغت نسبتهن ٤٣ في المائة من البالغين الذين أصيبوا مؤخراً في عام ١٩٩٨، مقارنة بـ ٤١ في المائة قبل ذلك بعام. ونسبة الإصابة بين النساء المتزوجات اللاتي هن شريك واحد مرتفعة جدا أيضا في البلدان النامية.

٣٩ - وقد وقعت أكثر الإصابات بوجه خاص في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. فعلى الرغم من أن فيها ١٠ في المائة فقط من سكان العالم، فقد وقع ٧٠ في المائة من مجموع الإصابات الحديثة منذ عام ١٩٩٨ في تلك المنطقة. ويعيش الآن في هذه المنطقة أكثر من ثلثي المصابين بالإيدز. ومن بين الـ ٢,٥ مليون شخص ماتوا بسبب الإيدز في عام ١٩٩٨، كان مليونان يعيشون في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. وفقد خمس وتسعون في المائة من الأيتام في هذا الإقليم أمهاتهم أو كلا والديهم بسبب الإيدز. ويفوق عدد النساء المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية عدد الرجال المصابين به بمليونين<sup>(١٣)</sup>.

٤٠ - إن الأبعاد الجنسانية لفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، والتي تؤدي إلى زيادة هذه الاتجاهات، تشكل خطراً على المرأة بوجه خاص. ويشير تقرير برنامج الأمم المتحدة الذي ترعاه عدة جهات والمعني بالإيدز ومنظمة الصحة العالمية إلى أن المرأة بصفة عامة أكثر عرضة من الرجل للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية. فلدى المرأة قابلية أعلى لتحدها عوامل بيولوجية للإصابة بالأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي/فيروس نقص المناعة البشرية. ودور المرأة الذي يتحكم فيه الموروث الثقافي يعطيها قدراً محدوداً من مجالات التحكم في نشاطها الجنسي، ويحد من قدرتها على الاختيار، إن وجدت، فيما يتعلق بممارسة الجنس. وتوضح دراسات حديثة أن هناك صلة وثيقة بين انتقال فيروس نقص المناعة البشرية وأعمال العنف القائم على نوع الجنس، التي تتعرض لها، بصفة خاصة، النساء المشتغلات بتجارة الجنس<sup>(١٤)</sup>.

٤١ - ويتصل جانب آخر من جوانب تعرض المرأة لفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز بالسن والحالة الاقتصادية؛ فالإيدز ينتشر على أشده في أوساط الشابات والفتيات من النساء. وهذا القطاع من السكان يفتقر في الغالب إلى التعليم الأساسي، والسكن اللائق، والطعام الكافي، وإمكانية الاستفادة من الرعاية الصحية. فعلى الرغم من أن الأدوية التي تستخدم لمعالجة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز لا تتوفر لمعظم الناس، فهي فوق ذلك أبعد عن متناول النساء. وهن في الغالب يفتقرن إلى الوسائل التي تيسر الحصول على المساعدة الطبية أو لا يستطعن فعل ذلك بسبب حالة البطالة التي يعشن فيها والتي تحرمهن من المشاركة في برامج الضمان الطبي التي تقدم مثل هذه الخدمات عبرها في العادة. والمراهقات بصفة خاصة أكثر عرضة للإصابة فقد أثبتت الدراسات في عدد من الدول أن الفتيات الأفريقيات اللاتي تتراوح أعمارهن بين الخامسة عشرة والتاسعة عشرة، تزيد نسبة احتمال إصابتهن بفيروس نقص المناعة البشرية بنسبة تزيد خمس إلى ست مرات عن الصبيان في نفس السن<sup>(١٥)</sup>.

٤٢ - وحسب معدلات الإصابة الحالية، تشير التقديرات إلى أن حالات الوفاة بين الأمهات بسبب الإيدز في أفريقيا وآسيا وأمريكا اللاتينية ستترك خلفها ٤٢ مليون طفل يتيم بحلول عام ٢٠١٠. ويؤثر انتقال فيروس نقص المناعة البشرية من الأم إلى الطفل على ٣٠٠ ٠٠٠ مولود تقريبا كل سنة، ومعظمهم في البلدان النامية.

٤٣ - إن مدى انتشار الوباء وأبعاده الجنسانية تتطلب وضع استراتيجيات متعددة لمواجهة مضاعفاته. ويشمل ذلك تحليل آثار الإصلاحات التي قام بها العديد من البلدان النامية في القطاع الصحي، في وقت تتزايد فيه متطلبات الاستثمار العام في مجال الصحة. وقد أعاق هذا الوضع مقدرة النظم الصحية على مواجهة وباء الإيدز بفعالية، خاصة في البلدان الأفريقية الأكثر تعرضا للإصابة. ونتيجة لذلك، أصبح العديد من النظم الصحية على حافة الانهيار وقد انعكس مسار قدر كبير من الإنجازات التي تحققت في خفض معدلات الوفيات بين الأمهات والرضع.

## زاي - تلبية احتياجات المراهقين

٤٤ - تحتل الصحة الإنجابية للمراهقين الآن مكانها بوضوح في جداول أعمال الصحة العامة في معظم البلدان. وقد اعتمد عدد كبير من البلدان سياسات ومعايير وآليات لتلبية احتياجات المراهقين. وقد أدرجت هذه البلدان خدمات الصحة الإنجابية للمراهقين في برامج الشباب وفي خطط الصحة الوطنية، أو أنشأت مكاتب تعنى بالشباب في الوزارات. وأحرز تقدم في تقديم المعلومات والخدمات للمراهقين، وأخذ الزواج المبكر وغيره من الممارسات



الضارة بالفتيات في الانخفاض. وأصبحت الحاجة للاستماع للشباب ومشاورتهم تعتبر بصورة متزايدة عنصراً أساسياً لتصميم وتخطيط وتنفيذ برامج تقديم المعلومات والخدمات للمراهقين.

٤٥ - وقد اتخذ ٩١ بلداً من البلدان التي ردت على الاستطلاع الميداني إجراءات لتحسين الصحة الإنجابية لدى المراهقين، وأحرزت بلدان أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي تقدماً كبيراً جداً في تلبية حاجات الصحة الإنجابية للمراهقين، تليها أفريقيا. وقام عدد من البلدان التي اتخذت تدابير لتلبية هذه الحاجات، بتوفير أنشطة في مجال التوعية/الدعوة وبرامج مدرسية؛ وأعدت سياسات تعنى بالشباب؛ وأنشأت مؤسسات جديدة لتقديم خدمات الصحة الإنجابية للمراهقين (الجدول ٣).

### الجدول ٣ - التدابير التي اتخذتها الدولة لتلبية احتياجات الصحة الإنجابية للمراهقين

| الدول  | التدابير            |
|--|---------------------|
| إثيوبيا، أذربيجان، إكوادور، ألبانيا، أوروغواي، أوزبكستان، بابوا غينيا الجديدة، بربادوس، بوتان، بوليفيا، تركيا، ترينيداد وتوباغو، جزر القمر، الجمهورية العربية السورية، جمهورية تترانيا المتحدة، جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية، الرأس الأخضر، زامبيا، سانت لوسيا، سري لانكا، السلفادور، سيراليون، سيشيل، فترويل، فييت نام، الكاميرون، كوبا، كوستاريكا، كينيا، مدغشقر، المغرب، المكسيك، ملاوي، ملديف، منغوليا، موريشيوس، ميكرونيزيا، ناميبيا، نيبال، هايتي، موزامبيق | جهود التوعية/الدعوة |
| أذربيجان، الأردن، إستونيا، إكوادور، أوزبكستان، الاتحاد الروسي، بابوا غينيا الجديدة، بنما، بوتان، بولندا، بيرو، تركمانستان، تركيا، جزر القمر، جمهورية أفريقيا الوسطى، جمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية، جنوب أفريقيا، الرأس الأخضر، رومانيا، غامبيا، فيجي، فييت نام، كوت ديفوار، كيريباس، ليسوتو، مالي، مدغشقر، مصر، المغرب، منغوليا، ميكرونيزيا، هايتي  | البرامج المدرسية    |

السياسات التي تعنى بالشباب  
إستونيا، إكوادور، أوغندا، باراغواي، بنغلاديش، بنما،  
بوتسوانا، بولندا، بوليفيا، بيرو، جمهورية تنزانيا الاتحادية،  
جنوب أفريقيا، رومانيا، زامبيا، السلفادور، سيراليون،  
فييت نام، الكامبيرون، كوت ديفوار، كوستاريكا،  
ليسوتو، مالي، المغرب، المكسيك، ملاوي، نيبال، النيجر،  
نيجيريا، هندوراس

المؤسسات الجديدة  
إكوادور، ألبانيا، بوتان، بوركينا فاسو، تركمانستان،  
الجمهورية الدومينيكية، الرأس الأخضر، سري لانكا، غانا،  
فيجي، كازاخستان، كوستاريكا، منغوليا، موزامبيق،  
نيكاراغوا

توفير الاستشارات للشباب  
إستونيا، أنغولا، أوروغواي، تونغا، جزر كوك، غامبيا،  
كوبا، كوت ديفوار، كوستاريكا، مالي، مدغشقر، مصر،  
المغرب، المكسيك، منغوليا، ميكرونيزيا، نيكاراغوا،  
هندوراس

مشاركة المنظمات غير الحكومية  
إثيوبيا، أذربيجان، إستونيا، إكوادور، أوزبكستان،  
بربادوس، بنما، بوتسوانا، بوليفيا، تركيا، توفالو، تونغا،  
جامايكا، جزر القمر، جزر مارشال، الجمهورية العربية  
السورية، الرأس الأخضر، رومانيا، زامبيا، السنغال،  
سيراليون، غامبيا، غانا، فانواتو، فترويل، فيجي،  
كوستاريكا، كينيا، مالي، مصر، ملديف، نيبال،  
نيكاراغوا، الهند

٤٦ - ورغم التقدم الكبير في العمل المشترك بين المنظمات غير الحكومية، والقطاع الخاص، والحكومات، خاصة في أفريقيا، ما زال المراهقون من أقل الفئات تمتعا بالخدمات، خاصة بالنسبة لأعدادهم الكبيرة. ونتيجة لذلك، فإن عدم تنظيم الأسرة لدى الفتيان والفتيات يؤدي غالبا إلى تقليص إمكاناتهم في عمر مبكر جدا من حياتهم، واتخاذهم قرارات غير

مستتيرة بشأن سلوكهم الجنسي يعرضهم للأمراض التي تنتقل بالاتصال الجنسي بما فيها فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. ولذلك، فلا بد من وجود التزام سياسي أكبر ينم عن وجود استعداد لوضع استراتيجيات مقبولة وفعالة.

## القضاء على العنف ضد المرأة

حاء

٤٧ - إن العنف المرتكب ضد المرأة يعد عقبة كؤودا أمام تمتع المرأة بحقوقها الإنسانية. وقد أصبحت الحكومات تتعاونها مع منظومة الأمم المتحدة، والمنظمات غير الحكومية المحلية والعالمية، شريكا نشطا في العمل على رفض العنف المرتكب ضد المرأة رفضا تاما. وقد تباينت الاستراتيجيات التي اتبعت تباينا كبيرا. وأخذت اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة تستخدم بصورة متعاطمة باعتبارها أداة رصد للعنف القائم على نوع الجنس وغيره. كما توفر آليات الأمم المتحدة الأخرى ذات الصلة بالأمر دعما قويا للإجراءات القانونية والسياسية والاجتماعية المتخذة لحماية المرأة من العنف. وأخذت الدول في استخدامها بفعالية على المستوى الوطني.

٤٨ - ونتيجة لذلك فإن العنف القائم على نوع الجنس، الذي كان في وقت من الأوقات من الأمور التي يحرم الخوض فيها، أصبح الآن معترفا بوجوده بصورة علنية. وسنت القوانين في عدد من البلدان لحماية المرأة من العنف، ونقحت قوانين الأسرة بغرض تضمينها القضايا المتعلقة بالعنف العائلي. وشملت الاستراتيجيات الأخرى التي جرى اعتمادها إنشاء مراكز للاستشارة والدعم الأسري، وخطوط اتصالات هاتفية فورية للتبليغ عن حوادث العنف العائلي وبرامج لتدريب الشرطة على التعامل مع هذا النوع من العنف، والتدريب بشأن مسألة المضايقات الجنسية ولا سيما في بيئة العمل، ووضع برامج مالية لتنويع الخيارات الاقتصادية أمام المرأة في المناطق الريفية.

٤٩ - ولضمان نجاح هذه الاستراتيجيات، عكف منفذوها على إنشاء روابط فيما بين الوكالات الحكومية، وهيئات إنفاذ القوانين، والمنظمات غير الحكومية، وتنظيمات المرأة. فقد أثبتت المنظمات غير الحكومية مثالا، فعاليتها في إنشاء مراكز لضحايا الاغتصاب وغشيان المحارم وغير ذلك من أشكال العنف، بينما تعمل الحكومات على تعزيز ما لديها من نظم لجمع البيانات الخاصة بالزواج والطلاق، وعلى تدريب القضاة والقيادات الدينية على استخدام آليات الرصد بغرض تقفي حالات العنف ضد المرأة. غير أنه، في ضوء انتشار ظاهرة العنف ضد المرأة، هناك حاجة إلى تعزيز هذه الجهود بدرجة كبيرة.

## طاء - اتخاذ إجراءات ضد الممارسات الضارة

٥٠ - يتطلب القضاء على الممارسات الضارة التزاماً طويلاً الأجل. وينبغي للأنشطة المضطلع بها أن تكون مركزة وموجهة لأغراض محددة وأن تقوم على أساس الفهم الكامل للبيئة الثقافية. وتشكل الممارسات الضارة نوعاً من أنواع العنف القائم على نوع الجنس، ويجري الآن تناولها صراحة في اتفاقية القضاء على كافة أشكال التمييز ضد المرأة.

٥١ - وقد أحرز تقدم في مجال تحريم الممارسات الضارة التي تهدد سلامة النساء والبنات واتخذت تسعة بلدان أفريقية هي بوركينا فاسو وتوغو وجمهورية أفريقيا الوسطى وجمهورية تنزانيا المتحدة وجيبوتي والسنغال وغانا وغينيا وكوت ديفوار خطوات صوب تجريم ممارسة ختان الإناث. وتراوحت العقوبات المفروضة بين السجن لفترة لا تقل عن ستة أشهر والسجن مدى الحياة. وفي مصر، أصدرت وزارة الصحة قانوناً يحرم ختان الإناث.

٥٢ - وبذلك برهنت البلدان على أن بالإمكان اتخاذ مبادرات ناجحة للقضاء على الممارسات الضارة بدون التضحية بالقيم الثقافية السليمة. واستخدمت مختلف الاستراتيجيات التي تناسب بلداناً بعينها. وتشتمل هذه الاستراتيجيات على تقديم معلومات ومهارات جديدة مفيدة لصحة المرأة إلى المتمسكين بالممارسات الضارة؛ والاضطلاع بحملات عن حقوق المرأة بغية توعية واضعي القوانين والجمهور معاً عن الأخطار الصحية وانتهاكات حقوق الإنسان التي تشكلها بعض الممارسات ذات الجذور الثقافية؛ وإنشاء آليات للرصد تستتبع الاضطلاع بأنشطة البحوث والدعوة، وتوثيق وتوزيع المعلومات الخاصة بانتشار وطبيعة الممارسات الضارة؛ واستخدام نهج مشتركة بين القطاعات بمشاركة القيادات المجتمعية والتنظيمات الكنسية ورابطات الآباء والمعلمين والحكومات بغية القضاء على هذه الممارسات.

٥٣ - وسلّمت البلدان بضرورة اعتماد نهج تكاملية تتناول السياق الاجتماعي والثقافي والاقتصادي الذي تزدهر فيه الممارسات الضارة. ومن ثم أصبحت الحكومات تدعم دور أعضاء الأسرة، خاصة الوالدين وغيرهم من أولياء الأمور الشرعيين في تعزيز شعور الفتيات الصغيرات بذاتهن وتقديرهن لأنفسهن ومركزهن في المجتمع، وحماية صحتهن وسلامتهن.

٥٤ - وعلى الرغم من ذلك لا تزال الممارسات الضارة مستمرة وتعرض للخطر صحة وحياة أعداد كبيرة من النساء والبنات والفتيات. ولا تزال شائعة ممارسة القتل لأسباب تتعلق بالشرف، وطقوس تطهير المجتمعات من الأراذل والزواج القهري وحرق العرائس. ويعزى استمرارها إلى أسباب منها غياب القوانين التي تكافحها، والتحيز ضد المرأة عند تطبيق القوانين القائمة، وانعدام استقلال المرأة الذاتي.

## ياء - الدعوة لتعليم البنات

٥٥ - يعتبر تعليم البنات من العوامل الأساسية لبناء اعتزازهن وثقتهن بأنفسهن. يضاف إلى ذلك استمرار تزايد الدلائل على أن تعليم البنات يعد واحد من أهم معاملات الارتباط بحالة الصحة الإنجابية للمرأة. وتبرهن دراسات كثيرة على أن تعليم البنات يؤدي إلى إنجاب عدد أقل من الأطفال وإلى تمتعهم بصحة أفضل، وإلى انتهاج سلوك مستنير يتحرى أسباب الصحة للنفس والأسرة، والاستعانة بخدمات الرعاية الصحية في الوقت المناسب<sup>(١٦)</sup>.

٥٦ - وتشير نتائج الاستطلاع الميداني إلى أن ٥٧ بلدا (٥٠ في المائة) تعتبر أن نسبة حصول البنات على التعليم الابتدائي فيها كافية بالفعل. وأشارت نسبة ٦١ في المائة من البلدان الأفريقية و ٥٩ في المائة من البلدان الآسيوية إلى أنها تقوم باتخاذ بعض التدابير لتعزيز مستوى الحصول على التعليم الابتدائي خاصة بالنسبة للبنات.

٥٧ - وتقترب الحكومات شيئا فشيئا من تحقيق هدف الحصول الشامل على التعليم الابتدائي. وزادت البلدان النامية الآن تركيزها على توفير التعليم المجاني أو المنح الدراسية، وزيادة عدد المدارس والأماكن المخصصة لها، ومراجعة المناهج الدراسية بغية جعلها أكثر ملاءمة للمرأة. واستحدثت بعض البلدان تدابير قانونية لدعم حق البنات في التعليم. وساهمت هذه المبادرات في رفع نسبة التحاق البنات بالمدارس الابتدائية في بلدان عديدة. وفي معظم مناطق العالم تجاوز معدل التحاق البنات بالتعليم الابتدائي نسبة ٨٠ في المائة من معدل التحاق الأولاد.

٥٨ - بيد أنه لم يمكن بعد تحقيق هدف الحصول الشامل على التعليم الابتدائي وسد الفجوة التي تفصل بين الجنسين في مجال التعليم، وبخاصة في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وجنوب آسيا. ولا يحقق الأطفال الذين يعيشون في ظروف من الفقر، والبنات بصفة خاصة سوى أدنى معدلات التحصيل الدراسي ومعدلات التسرب الدراسي مرتفعة في جميع المراحل، خاصة أثناء الانتقال بين المرحلتين الابتدائية والثانوية وكثيرا ما تعجز الأسر المنخفضة الدخل عن تلبية تكاليف الزي المدرسي والمصروفات المدرسية وتكاليف الكتب والمواصلات. ومعدلات الاستمرار في التعليم متردية، خاصة بين البنات. يضاف إلى ذلك أن ارتفاع نسبة الطلاب إلى المعلمين، وعدم كفاية المناهج أو عدم ملاءمتها للمرأة، وعدم كفاية تدريب المعلمين، والنقص في توفير المعدات المدرسية هي جميعها عوامل تؤدي إلى انخفاض نوعية التعليم في هذه المناطق. ويشكل أيضا تراجع الاستثمارات في الهياكل

الأساسية التعليمية، باعتباره إحدى الدوال على ضعف الاقتصادات، أحد العوامل المساهمة الرئيسية.

### كاف - تعزيز دور الرجال في الأسرة وفي تحقيق الصحة الإنجابية

٥٩ - وجه المزيد من الاهتمام في السنوات القليلة الأخيرة، إلى دور الرجل في تحقيق الصحة الجنسية والإنجابية، عن طريق توفير التعليم والاستشارة الجنسية وإيصال الخدمات الصحية إلى المناطق النائية. وكان الدافع وراء ذلك هو الأساس المنطقي القائل بأن هذه المشاركة من شأنها تحقيق نتائج أكثر سلامة في الصحة الإنجابية بالنسبة للرجال وشريكاتهم في آن واحد. وقد عمدت الغالبية العظمى من البلدان التي ردت على الاستطلاع الميداني إلى زيادة مسؤولية الرجال عن سلوكهم الجنسي والإنجابي وأدوارهم الاجتماعية والأسرية، عبر تدابير معينة مثل تشريعات التوظيف وقوانين إعالة الأطفال.

٦٠ - وكانت حملات الدعوة من أكثر الأنشطة شيوعاً في البلدان التي اضطلعت بأنشطة إنجابية خاصة للرجال. واستخدمت هذه البلدان نهجاً تعالج آثار المواقف والممارسات الاجتماعية والثقافية، بما في ذلك العنف القائم على نوع الجنس، على الصحة الجنسية والحقوق الإنجابية للنساء والفتيات. وتعمل هذه البلدان أيضاً على التوسع في قوانينها الأسرية بصورة مطردة لكي تستجيب لاحتياجات الرجال الخاصة برعاية الأطفال بدون أمهات، وحضانة الأطفال، والتبني، والمسائل ذات الصلة.

٦١ - وحسب نتائج الاستطلاع الميداني، اتخذ ٣٧ بلداً تدابير لتعزيز دور الرجال في تحقيق الصحة الجنسية والإنجابية (الجدول ٤).

الجدول ٤ التدابير التي اتخذتها بلدان مختارة لتعزيز دور الرجال في تحقيق الصحة الجنسية والإنجابية

| البلدان   | التدابير  |
|---|---|
| إثيوبيا، الأردن، أنغولا، أوروغواي، جمهورية إيران الإسلامية، بابوا غينيا الجديدة، باراغواي، باكستان، البرازيل، بربادوس، بليز، بوتسوانا، بوركينا فاسو، بوروندي، بيرو، تايلند، تركيا، ترينيداد وتوباغو، تونس، جامايكا، جزر القمر، جزر مارشال، جمهورية أفريقيا الوسطى، جمهورية تانزانيا المتحدة، الجمهورية الدومينيكية، الجمهورية العربية السورية، جمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية، جمهورية الكونغو الديمقراطية، جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية، الرأس الأخضر، زامبيا، زمبابوي، ساموا، سانت لوسيا، سوازيلند، سيشيل، فانواتو، الفلبين، فتزويلا، فيجي، فييت نام، مالي، مصر، المكسيك، ملاوي، ملديف، موريتانيا، ميكرونيزيا، نيبال، اليمن | التربية والإعلام والتعليم والاتصال وأنشطة الدعوة، بما في ذلك الحملات الاعلامية عبر الوسائط المتعددة |
| الأردن، البرازيل، بليز، بوتان، بوتسوانا، بولندا، بيرو، جامايكا، الجمهورية الدومينيكية، جنوب أفريقيا، الرأس الأخضر، رومانيا، زامبيا، سانت لوسيا، السلفادور، سوازيلند، غانا، غينيا، فييت نام، كوستاريكا، كولومبيا، منغوليا، موزامبيق، النيجر، نيكاراغوا   | تعديل القوانين الأسرية بما في ذلك تنقيح قوانين إعالة الأطفال والأبوة والتوسع فيها                   |
| بوتان، بوتسوانا، بيرو، جمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية، ساموا، الصين، فيجي، فييت نام، كيريباتي، الهند   | الترويج لاستخدام الرجال لوسائل منع الحمل، بما في ذلك توزيع الرفالات وإجراء جراحات التعقيم           |

٦٢ - وتجري بعض البلدان أبحاثا ودراسات استقصائية بغية فهم الاحتياجات والمعوقات المتعلقة بدور الرجال في تحقيق الصحة الإنجابية<sup>(١٧)</sup>. وتشمل المبادرات الأخرى: وضع سياسات وخطط وطنية للترويج لمشاركة الرجال؛ والاضطلاع بأنشطة ترمي إلى تحقيق مشاركة الرجال في توزيع الرفالات والترويج لاستخدامها في مجتمعاتهم؛ وعقد حلقات عمل على المستوى المركزي ومستوى المحافظات للدعوة إلى مشاركة الرجال.

## لام الاستجابة لحالات الطوارئ

٦٣ - تم الاعتراف بصورة صريحة بالحاجة المتنامية إلى الرعاية الصحية الإنجابية في حالات الطوارئ، وتعمل الآن عدة منظمات تابعة للأمم المتحدة ومنظمات غير حكومية دولية على تلبية هذه الاحتياجات. وتعتبر كفاءة الصحة الإنجابية للاجئين والمشردين، وحماية اللاجئين ضد العنف الجنسي من الاهتمامات ذات الأولوية، أينما حدثت النزاعات المسلحة أو وقعت الكوارث الطبيعية.

٦٤ - وفي منطقة البحيرات الكبرى في أفريقيا توجد برامج لتدريب العاملين وتوفير المعدات والإمدادات للنساء في حالات الطوارئ، بغية تلبية احتياجاتهن في مجالات من قبيل: تنظيم الأسرة، بما في ذلك توفير وسائل منع الحمل؛ وتقديم المساعدة في حالات الولادة؛ وتفادي تعقيدات الإجهاد غير المأمون؛ والحماية ضد العنف الجنسي والاغتصاب، بما في ذلك توفير وسائل منع الحمل العاجلة عقب الاتصال الجنسي؛ والوقاية من الأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة البشرية المكتسب (الإيدز).

٦٥ - وقدمت منظمات الأمم المتحدة، بالمشاركة مع المنظمات غير الحكومية الدولية، المساعدة في مجال الصحة الإنجابية في حالات الطوارئ لآلاف الأفراد الذين فروا من مناطق الصراع في كوسوفو، وكذلك في المخيمات في ألبانيا وتيمور الشرقية. وكشف تحقيق أجري عن العنف الجنسي ضد النساء في كوسوفو عن وقوع حالات اختطاف واغتصاب وتعذيب. وتوفر الأمم المتحدة وشركاؤها التدريب للمستشارين الذين يقدمون الدعم إلى اللاجئين الذين تعرضوا للعنف الجنسي. وقدمت المساعدة في حالات الطوارئ أيضا لضحايا الزلازل في عدد من البلدان النامية.

٦٦ - وفي آسيا، تقدم منظمات الأمم المتحدة بالتعاون مع الحكومات الوطنية، في جملة أمور، مكملات التغذية ضمن تدابير حالات الطوارئ التي تقدم إلى أكثر فئات السكان عُرضة للخطر. وتعمل المؤسسات الدولية على تعزيز قدرات الفروع المحلية للمنظمات



الحكومية وتنظيمات المجتمعات المدنية، بما في ذلك المنظمات غير الحكومية، لكي تستجيب لحالات الطوارئ. ومن المحتمل أن يدخل هذا النوع من بناء القدرات ضمن استراتيجيات العديد من البلدان الأخرى.

٦٧ - ورغم أنه يجري توفير خدمات الصحة الإنجابية في حالات الطوارئ، إلا أن هذه الجهود كثيرا ما تواجه العراقيل بسبب نقص العاملين المؤهلين في مجال تقديم الخدمات نفسها أو ذوي المهارات في مجال إدارتها.

## رابعا - الشواغل الجنسانية في البرامج السكانية والإنمائية: التحديات وجوانب القصور

### ألف - الاتجار في النساء والبنات

٦٨ - يأخذ الاتجار في الأطفال واستغلالهم جنسيا أبعادا متنامية الآن كم مشكلة عالمية ويقدر أن أكثر من مليوني بنت تتراوح أعمارهن بين ٥ و ١٥ سنة يأخذن طريقهن إلى سوق تجارة الجنس كل عام<sup>(١٨)</sup>. وترتبط تجارة الجنس ارتباطا وثيقا بالفقر في البلدان النامية. ويعتبر الفقر في المناطق الريفية وارتفاع معدلات البطالة وازدياد الفوارق بين الأغنياء والفقراء من العوامل التي تركز عليها هذه التجارة. وفي بعض البلدان النامية تؤخذ الشابات من النساء من أسرهن الريفية الفقيرة إلى المدن حيث تزدهر تجارة الجنس تلبية لرغبات العملاء من الأثرياء المحليين والسياح. كما أن تجارة الجنس، بما في ذلك المواد الإباحية، أصبحت تجارة ذات تقنية عالية تدعمها الشبكة الالكترونية الدولية (الإنترنت)، ضمن جهات أخرى، ويزداد ارتباطها بالجريمة المنظمة.

٦٩ - وتعرض النساء العاملات في تجارة الجنس إلى الإصابة بالأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة البشرية المكتسب (الإيدز). بمعدلات تفوق كثيرا تعرض النساء الأخريات لها، ومن ثم يعانين من إصابات الجهاز التناسلي بمعدلات لا تتناسب مع عددهن. وجاء في بعض الدراسات أن إصابة نسبة تصل إلى ٨٠ في المائة منهن بالإيدز. وتوضح دراسات أنماط الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية في بعض البلدان وجود رابطة واضحة بين تجارة الجنس وانتقال الفيروس. كما أن انتشار الإصابة بالفيروس يتم بصورة أسرع على امتداد الطرق التي تسلكها الشاحنات حيث ترتفع وتيرة تردد السائقين على أماكن تجارة الجنس وممارستهم الجنس دون وقاية.

## باء - اختيار نوع المولود

٧٠ - حسبما ورد في التقرير عن حالة سكان العالم لعام ١٩٩٧، فإن ٦٠ مليون على الأقل من الفتيات اللاتي كان بقاؤهن على قيد الحياة متوقعا "مفقودات" من سكان مختلف البلدان نتيجة الإجهاض أو الإهمال القائم على تفضيل المواليد الذكور<sup>(١٩)</sup>. ويمكن للوالدين، باستخدام التكنولوجيا الحديثة معرفة نوع الجنين، ثم اختيار الإجهاض إذا تبين أن الجنين أنثى، وتبلغ نسبة الأجنة المجهضة من الإناث ما يربو على ٩٠ في المائة.

٧١ - والإجراءات القانونية ليست سوى وسيلة من وسائل التغلب على التمييز الجنساني. ويشكل التعليم العام والعمل من أجل رفع شأن المرأة والفتاة، وإيجاد الأطر التشريعية المناسبة والرصد والإنفاذ المستمران للمحظورات خطوات هامة أخرى لوقف مثل هذه الممارسات وإعلاء شأن الفتيات.

## جيم - تأنيث الفقر

٧٢ - على الرغم من التقدم المحرز في تحسين وضع المرأة في كثير من البلدان، فإن عدد النساء اللاتي يعشن الآن في الفقر أكبر مما كان في أي وقت مضى. وبينما تحقق تقدم ملحوظ في مركز المرأة في البلدان المتقدمة النمو، تدل عليه الزيادة في عمرهن المتوقع ومعدل إلمامهن بالقراءة والكتابة ومستوى تعليمهن ومشاركتهم في السياسة، فإن الحالة في البلدان النامية هي على خلاف ذلك. فقد زاد العدد المطلق من النساء اللاتي يعشن في الفقر، وتوحي بعض مؤشرات التنمية البشرية بأن الفقر قد أصبح بشكل متزايد مشكلة تخص الأنثى<sup>(٢٠)</sup>.

٧٣ - وتعتمد هذه الحالة على التفاعل بين العوامل على مستوى الاقتصاد الكلي مثل استمرارية الديون والتجارة العالمية والانتكاس الاقتصادي العالمي، التي لها آثار محددة على حياة المرأة، وبين الأزمات على مستوى الاقتصاد الجزئي داخل العائلة نفسها. وبسبب وفاة الأزواج الذين هم عادة أكبر سنا وهجرة الأزواج العاملين والمعدلات المرتفعة للهجر والطلاق، فإن كثيرا من النساء الآن يعلن أسرا بمفردهن تقريبا. ونتيجة لذلك، فإن واحدة من كل ثلاث أسر في أفريقيا ترأسها امرأة. وتحمل النساء الآن نصيبا غير متناسب من أعباء الفقر في جميع أنحاء العالم، ويقع على كاهلهن قسط غير متساو من ثقل التصدي للفقر على مستوى الأسرة المعيشية. وتزيد هاتان الحقيقتان المترابطتان من ضعف المرأة، بما في ذلك عدم قابليتها لممارسة حقوقها الصحية وحقوقها في مجال التنمية بشكل عام.

٧٤ - والتصدي للفقير بواسطة توفير الفرص الاقتصادية يُحسِّن الصحة الإنجابية؛ وضمان الحقوق الجنسية والإنجابية سوف يساعد على القضاء على الفقر. وعلى هذا الصعيد، يعاني الفقراء من الحرمان المضاعف. فنتيجة لقلّة نفوذهم السياسي وضعف مركزهم الاجتماعي، لا يستفيدون كما ينبغي من الخدمات العامة ولا يستطيعون تحمل تكاليف الخدمات الخاصة لسد احتياجاتهم الأساسية. ويقضون أيامهم عادة في النضال من أجل البقاء. وكثيراً ما تقيد حقوقهم الاقتصادية والاجتماعية، بما فيها الحق في الصحة الجنسية والإنجابية، وتنقصهم المعلومات والمعارف عن هذه الحقوق.

٧٥ - وفي المجتمعات التي تؤكد فيها التقاليد على العزلة الاجتماعية للمرأة، يمكن أن يكون لبرامج العمل الحر أثر كبير. بمجرد إشراك النساء في التفاعلات الاجتماعية مع نساء أخريات، بما في ذلك اللاتي يمارسن تنظيم الأسرة. وبالإضافة إلى إتاحة مزيد من المعلومات وتعزيز الوصول إلى القروض، يمكن أن تكون النتيجة تغييراً في المعايير الاجتماعية المتعلقة بالخصوبة ومنع الحمل. وتثبت التجارب من هذا النوع إلى اليوم أن الفوائد المترتبة على تحكم الفرد في حياته الإنجابية وتلك المترتبة على تحكمه في حياته الاقتصادية تعزز بعضها البعض. وإن تحسين أسباب المعيشة، مع ضمان الحصول على الخدمات والمعلومات المتصلة بالصحة الإنجابية، يعزز احترام المرأة لنفسها وثقتها بنفسها ومشاركتها في الحياة السياسية والحياة المجتمعية، وقدرتها على صنع القرارات ومركزها في الأسرة. وتستفيد المرأة من ذلك وتستفيد أسرتها ويزدهر المجتمع المحلي الذي تعيش فيه.

## دال - القيود المفروضة على التنفيذ

٧٦ - حسبما ورد في الاستطلاع الميداني لصندوق الأمم المتحدة للسكان، فإن القيود التي كثيراً ما تحول دون تنفيذ السياسات المتعلقة بالسكان والتنمية هي كما يلي: (أ) الافتقار إلى التزام مؤسسي كاف؛ (ب) نقص الموارد المالية؛ (ج) نقص القدرات المؤسسية، بما فيها عدم كفاية الموظفين المدربين والمؤهلين والافتقار إلى الوعي والفهم الكافيين للقضايا ونقص البيانات والتنسيق غير الكافي بين المؤسسات والوزارات.

٧٧ - وتوجد في كثير من البلدان قيود هامة تعوق وضع السياسات في مجال الصحة الجنسية والإنجابية. فالظروف الاقتصادية القاسية قد تحد من إمكانية الوصول إلى خدمات الصحة الإنجابية والجنسية وتنظيم الأسرة. وكثير من الاعتقادات والمواقف الاجتماعية والثقافية والدينية لا تزال تضع الوظيفة الإنجابية للمرأة في مقدمة أدوارها وتقيّد قدرتها على صنع القرارات في المجالين الخاص والعام. وإن المواقف التي تحد من حرية المرأة تعيق كذلك مساهمتها في الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، كما تعيق حصولها على المعلومات والمعارف

وتستبعد ما يكون لديها من آراءها بوصفها واحدة من كبار الأطراف المؤثرة في عملية صياغة وتخطيط وتنفيذ السياسات.

## ١ - استمرار المواقف والممارسات الثقافية السلبية

٧٨ - لقد ندد بالممارسات التقليدية التي تشكل خطراً على صحة المرأة والطفلة في عدد من المؤتمرات العالمية، بما في ذلك المؤتمر العالمي المعني بحقوق الإنسان والمؤتمر الدولي للسكان والتنمية والمؤتمر العالمي الرابع المعني بالمرأة وتناشد الحكومات بشكل متزايد باتخاذ خطوات لمكافحة الممارسات التقليدية أو العرفية الضارة. فالمواقف السائدة تجاه المرأة تقوي تلك الممارسات. وهي تبقي على الهوة بين الجنسين وتعيق الجهود الرامية إلى تمكين المرأة وتثبط الاستراتيجيات الرامية إلى الأخذ بمنظور حقوق الإنسان وتبطل التدخلات القانونية والتدخلات ذات الصلة التي تهدف إلى تعزيز المساواة بين الجنسين.

٧٩ - وبغية الوفاء بالالتزامات التي تم التعهد بها في مختلف المنتديات الدولية والوطنية، يعترف الكثير من الدول بضرورة اتخاذ إجراءات تشريعية وإجراءات تتعلق بالسياسات. وبالمثل، تؤكد هذه الدول على الحاجة إلى مزيد من الدعوة وعلى ضرورة القيام بحملات الإعلام والتوعية والاتصال للتصدير للممارسات الضارة. وفي حين أن عدداً كبيراً من الدول سن قوانين، وأجرت تغييرات مؤسسية ووضع سياسات تعزز المساواة بين الجنسين، فإن التحدي الأكبر هو الشروع في تنفيذ هذه التدابير وكفالة التنفيذ التام لها.

## ٢ - عدم وجود الآليات المؤسسية القوية

٨٠ - لا بد أن تتخذ الحكومات إجراءات تصحيحية بوضع سياسات وإنشاء مؤسسات تستجيب لاهتمامات المرأة. وينبغي كذلك زيادة تعزيز الشراكات في القطاعات الاجتماعية العامة، وخاصة التجمعات النسائية ومنظمات المجتمع المحلي والقطاع الخاص والمنظمات غير الحكومية. وقد اعترفت حكومات عديدة بعجزها وأخذت تشجع المنظمات غير الحكومية والقطاع الخاص والتجمعات على مستوى المجتمع المحلي على زيادة مشاركتها في البرامج المعنية بالسكان والقضايا الجنسانية والتنمية.

## ٣ - ضعف القدرات التقنية

٨١ - أقل من نصف الأمهات في البلدان النامية يلدن أطفالهن تحت إشراف قابلة مؤهلة أو عامل كفاء في ميدان الصحة، وذلك عامل أساسي لضمان بقاء المواليد والأمهات. والبلدان

ذات النسب الأدنى من الولادات التي يشرف عليها عامل مؤهل هي من البلدان التي تسجل فيها في نفس الوقت أعلى معدلات وفيات الأمهات في العالم.

٨٢ - ولا بد من وضع برامج لبناء قدرات العاملين في مجال الصحة سواء كانوا من الرجال أو النساء. ويجب ألا تركز هذه البرامج على قضايا المرأة فحسب، بل على مجال أوسع يشمل القضايا الجنسانية وحقوق الإنسان. وينبغي وضع مناهج تعليمية للأطباء والمرضى بعناية لكي تسمح بتحديد صحيح للقضايا الجنسانية في مجال تخطيط وإنجاز الخدمات الصحية في المستقبل.

٨٣ - وكثيراً ما تشكل مواقف العديد من الأطباء والمرضى عقبات تعترض بصورة خاصة سبيل النساء اللاتي يسعين إلى أن تكون القرارات المتعلقة بصحتهن متخذة عن علم. ومن الأهمية بمكان أن يحترم العاملون في مجال الصحة كرامة جميع من يفيد من خدماتهم وحقوق الإنسان التي ينبغي أن يتمتعوا بها، بما في ذلك حقهم الرسمي في الحصول على معلومات شاملة عن حالتهم الصحية وعن خيارات العلاج المتوفرة. ويتطلب ذلك وضع استراتيجية لتثقيف العاملين في مجال الصحة على جميع المستويات بغية أن يعوا أهمية الأخذ بمنظور جنساني في عملهم، وما قد يكون لذلك من تأثير.

#### ٤ - عدم كفاية تعبئة الموارد وتخصيصها

٨٤ - رغم قيام عدد من البلدان المتقدمة بتعبئة الموارد والمساهمة بصورة ملموسة في تدفق المساعدة الدولية لبرامج السكان والتنمية، ثمة قيود تعوق البلدان عن تعبئة ما يلزم من موارد إضافية لتنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بالكامل. ومن بين القيود التي واجهتها البلدان المانحة: (أ) انخفاض المساعدة الإنمائية الرسمية؛ (ب) ضعف الاقتصادات وتخفيضات الميزانية؛ (ج) نقص الاهتمام بدعم المشاريع السكانية الدولية من جانب العديد من المؤسسات والمنظمات الخيرية؛ (د) عدم فهم الترابط القائم بين السكان والتنمية وأهمية إدماج الجانب السكاني في التخطيط الإنمائي؛ (هـ) وجود تصور مؤداه أنه ليس ثمة حاجة لتعبئة الموارد للأنشطة السكانية لأن الاهتمامات السكانية تعالج بشكل كاف من قبل قطاع الصحة و/أو الشؤون الاجتماعية.

٨٥ - بيد أن البلدان المانحة تعترف في الوقت ذاته بالحاجة إلى تكثيف الجهود لتعبئة الموارد لمواصلة تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، وتشير إلى ضرورة القيام بما يلي: (أ) استكشاف طرائق جديدة، من قبيل زيادة مشاركة القطاع الخاص، بما في ذلك المؤسسات الخاصة، في تمويل خدمات الصحة الإنجابية، بما فيها تنظيم الأسرة؛ (ب) زيادة

دعم المانحين للمدخلات الجوهرية للأنشطة الأساسية للمؤتمر الدولي للسكان والتنمية، حيثما لا تكون البلدان نفسها في موقع يسمح لها بتوفير هذه المدخلات، كالسلع الأساسية والتدريب المتخصص وجمع البيانات لأغراض الرصد والتقييم؛ (ج) زيادة المساعدة الدولية للسكان والصحة الإنجابية في سياق إصلاح القطاع الصحي وإضفاء الطابع اللامركزي عليه؛ (د) تشجيع البلدان النامية على تخصيص مزيد من الموارد الداخلية للبرامج الوطنية المعنية بالسكان وبخاصة تشجيع برامج القطاع الاجتماعي في نطاق المبادرة ٢٠/٢٠ التي نوقشت في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية وأيدها مؤتمر القمة العالمي للتنمية الاجتماعية المعقود عام ١٩٩٥ في كوبنهاغن

## خامسا - الاستنتاجات

### ألف - تعزيز إدماج المنظور الجنساني في السياسات والبرامج والأنشطة

٨٦ - نجح العديد من البلدان على مدى السنوات الخمس الأخيرة في تنفيذ عناصر مختلفة من برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بهدف تعزيز النهوض بالمرأة. وقد تم استخلاص دروس هامة وتسجيل ممارسات جيدة. وأضحت المساواة بين الجنسين تستخدم على نحو متزايد كمبدأ توجيهي أساسي في برامج السكان والتنمية، رغم تباين الظروف الاجتماعية والثقافية والاقتصادية والسياسية. غير أن ثمة حاجة لتعزيز العمل في عدد من الميادين، على نحو ما تم تحديده خلال الدورة الاستثنائية للجمعية العامة (حزيران/يونيه تموز/يوليه ١٩٩٩) المخصصة لإجراء استعراض وتقييم شاملين لتنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بعد خمس سنوات).

٨٧ - وفيما يلي بعض الإجراءات الضرورية لإدماج المنظور الجنساني في السياسات والبرامج والأنشطة:

- ١ - يتعين تطوير وتعزيز النهج القائم على الحقوق في مجال السياسات والبرامج المعنية بالسكان والتنمية، كما ينبغي إدماج تعليم حقوق الإنسان في المسارين التعليميين الرسمي وغير الرسمي على السواء.
- ٢ - ينبغي اتخاذ إجراءات للتخلص من المواقف والممارسات التقليدية والدينية والثقافية السلبية التي تخضع لها المرأة والتي تعزز أوجه اللامساواة بين الجنسين.
- ٣ - ينبغي تعزيز المنظور الجنساني في عمليتي إعداد السياسات وتنفيذ البرامج وفي مجال تقديم الخدمات.

- ٤ - ينبغي اعتماد تدابير تخفيفية للآثار التي تختلف باختلاف نوع الجنس لعولمة الاقتصاد وخصخصة القطاعين الاجتماعي والصحي، ولا سيما على الفقراء.
- ٥ - ينبغي أن تكفل جميع نظم البيانات والمعلومات توفر البيانات المصنفة حسب نوع الجنس لترجمة السياسات إلى استراتيجيات تعالج الاهتمامات المتعلقة بالجنسين، واستحداث المؤشرات ذات الصلة لتحديد الأثر من المنظور الجنساني من أجل رصد التقدم المحرز.
- ٦ - ينبغي معالجة احتياجات المسنين في مجال الصحة الإنجابية من خلال وضع برامج وخدمات وآليات مؤسسية خاصة يستفيد منها الرجال والنساء على قدم المساواة. وينبغي أيضا معالجة احتياجات الفئات الأخرى كالمعاقين وجماعات المهاجرين واللاجئين والمشردين.
- ٧ - وينبغي اتخاذ جميع الإجراءات اللازمة من جانب الحكومات والقطاع الخاص لإزالة الثغرات وضروب اللامساواة بين الجنسين المتعلقة بمشاركة المرأة في سوق العمل. ويجب سن وتعزيز السياسات والقوانين التي تكفل المساواة في الأجر لقاء العمل ذي القيمة المتساوية.

## باء - الإجراءات الموصى بها بشأن القضايا الجنسانية والسكان والتنمية

- ٨٨ - تشمل الإجراءات التي تمت التوصية بها في الدورة الاستثنائية للجمعية العامة (المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بعد خمس سنوات) لتعزيز المساواة بين الجنسين الإجراءات التالية:
- ١ - ينبغي تعزيز القدرة المؤسسية والخبرة التقنية لموظفي الحكومة والمجتمع المدني، ولا سيما المنظمات غير الحكومية، وذلك من أجل تعزيز مراعاة المنظور الجنساني في الأنشطة الرئيسية.
- ٢ - ينبغي تعزيز وعي الأطفال في المدارس بقضايا الجنسين بوصفه خطوة حاسمة نحو القضاء على التمييز ضد المرأة. ويجب جعل التحاق الفتيات بالمدارس إلزاميا لكفالة النهوض بالأجيال القادمة من النساء.
- ٣ - ينبغي التعجيل بمشاركة المرأة في المجال السياسي وعلى جميع أصعدة وضع السياسات وصنع القرارات، بما في ذلك المتعلقة منها بالإصلاحات المالية ودرء النزاعات وحلها.

- ٤ - تُعد الأسرة عاملاً قوياً في تشكيل حياة المرأة. ولذلك يجب وضع استراتيجيات لتشجيع المساواة بين الجنسين على صعيد الأسرة. ومن المهم أيضاً التركيز على الأسرة كوحدة للتحليل لأغراض رصد التقدم المحرز.
- ٥ - ينبغي أن تصادق البلدان كافة على اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، فضلاً عن البروتوكول الاختياري الملحق بها، وإزالة التحفظات حيثما وجدت. ولا بد من وضع أطر عمل قانونية لحماية الحقوق الإنسانية للمرأة.
- ٦ - ينبغي لكيانات وسائط الإعلام والبرلمانيين وغيرها من الكيانات المماثلة اعتماد وتعزيز استراتيجيات تتصدى للمواقف السلبية تجاه المرأة وتساعد على تعزيز المكانة التي يمنحها المجتمع للمرأة.
- ٧ - ينبغي تشجيع الرفض القاطع لكل أشكال العنف الموجه ضد النساء والأطفال، بما في ذلك الاغتصاب وغشيان المحارم والعنف الجنسي والاتجار بالجنس.
- ٨ - ينبغي حماية صغار الفتيات، من الممارسات الضارة خاصة، وتعزيز استفادتهن من خدمات الصحة والتعليم وفرص الحياة. كما ينبغي تعزيز ودعم الدور الذي تضطلع به الأسرة في مجال الحفاظ على رفاهية الفتيات.
- ٩ - ينبغي اتخاذ إجراءات لتعزيز الصورة الإيجابية للذات وتقدير الذات فيما بين الفتيات والنساء من خلال استراتيجيات المعلومات والتعليم والاتصال. وينبغي القيام بإصلاح مناهج التعليم لكفالة التخلص من القوالب الجاهزة المتعلقة بالجنسين في جميع المواد التعليمية والتدريبية، والتشجيع، بدلاً من ذلك، على مسؤولية الرجال وتعاونهم مع النساء.
- ١٠ - ينبغي معالجة احتياجات الرجال في مجال الصحة الإنجابية والجنسية، كما ينبغي تقديم الدعم لهم في مجال تحمل مسؤوليتهم عن سلوكهم الجنسي.
- ١١ - ينبغي لكبار المسؤولين القائمين على وضع السياسات وصنع القرارات أن يؤيدوا جهاراً المساواة بين الجنسين والنهوض بالمرأة وحماية الطفلة.



## الحواشي

- (١) تقرير الدراسة الاستقصائية الميدانية التي أجراها صندوق الأمم المتحدة للسكان عام ١٩٩٨: التقدم المحرز في تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (صندوق الأمم المتحدة للسكان، نيويورك، كانون الثاني/يناير ١٩٩٩).
- (٢) انظر تقرير المؤتمر العالمي لاستعراض وتقييم منجزات عقد الأمم المتحدة للمرأة: المساواة والتنمية والسلم، نيروبي، ١٥ - ٢٦ تموز/يوليه ١٩٨٥ (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع A.85.IV.10)، الفصل الأول، الفرع ألف.
- (٣) انظر تقرير مؤتمر الأمم المتحدة للبيئة والتنمية، ريودي جانيرو، ٣ - ١٤ حزيران/يونيه ١٩٩٢، المجلد الأول، القرارات التي اتخذها المؤتمر (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع A.93.I.8، والتصويب)، القرار ١، المرفقان الأول والثاني.
- (٤) انظر الوثيقة A/CONF.157/24 (Part I)، الفصل الثالث.
- (٥) تقرير المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، القاهرة، ٥ - ١٣ أيلول/سبتمبر ١٩٩٤ (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع A.95.VIII.18)، الفصل الأول، القرار ١، المرفق.
- (٦) انظر تقرير المؤتمر العالمي الرابع للمرأة، بيجين، ٤ - ١٥ أيلول/سبتمبر ١٩٩٥ (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع A.96.IV.13)، الفصل الأول، القرار ١، المرفقان الأول والثاني.
- (٧) الوثائق الرسمية للجمعية العامة، الدورة الرابعة والخمسون، الملحق رقم ٣٨ (A/54/38/Rev.1)، الجزء الأول، الفصل الأول، الفرع ألف.
- (٨) قرار الجمعية العامة ٣٤/١٨٠، المرفق.
- (٩) انظر الوثائق الرسمية للمجلس الاقتصادي والاجتماعي، ١٩٩٩، الملحق رقم ٧ (E/1999/27)، الفصل الأول، الفرع ألف.
- (١٠) انظر الدراسة الاستقصائية العالمية لعام ١٩٩٩ بشأن دور المرأة في التنمية: العولمة وقضايا الجنسين والعمل (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع E.99.IV.8).
- (١١) تقرير المؤتمر العالمي الرابع للمرأة، بيجين، ١٤-١٥ أيلول/سبتمبر ١٩٩٥ (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع A.96.IV.13)، الفصل الأول، القرار ١، المرفق الثاني.
- (١٢) صحة المرأة: نحو تحقيق عالم أفضل، تقرير الاجتماع الأول للجنة العالمية المعنية بصحة المرأة (جنيف، منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٤).
- (١٣) برنامج الأمم المتحدة المشترك الذي ترعاه عدة جهات والمعني بفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)، "آخر التطورات بشأن تفشي وباء الإيدز"، كانون الأول/ديسمبر ١٩٩٩.
- (١٤) R. Petchesky and K. Judd, eds. (١٩٩٨)، التفافض بشأن الحقوق الإنجابية: المنظور النسائي عبر البلدان والثقافات (لندن، منشورات زيد (Zed)، ١٩٩٨).
- (١٥) برنامج الأمم المتحدة المشترك الذي ترعاه عدة جهات والمعني بفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)، نشرة صحفية، ٢٣ تشرين الثاني/نوفمبر ١٩٩٩.

(١٦) منظمة الأمم المتحدة للطفولة، التقرير السنوي لليونيسيف لعام ١٩٩٩ (نيويورك، اليونيسيف، ١٩٩٩).

(١٧) International Union for the Scientific Study of Population (IUSSP), Committee on Gender and (Lige, Belgium, IUSSP, May 1998) Population, Men, Family Formation and Reproduction

(١٨) صندوق الأمم المتحدة للسكان، حالة السكان في العالم ١٩٩٧: الحق في الاختيار: الحقوق التناسلية والصحة الإنجابية (نيويورك، صندوق الأمم المتحدة للسكان، ١٩٩٧).

(١٩) المرجع نفسه، الفصل ٣.

(٢٠) See Deborah Meacham, "Go girls! Young women claim their health rights and needs" (Health Journal, July 1998, pp. 29-36).

(٢١) صندوق الأمم المتحدة الإنمائي للمرأة، التزام إزاء نساء العالم: آراء بشأن التنمية لأجل مؤتمر بيجين وما بعده (صندوق الأمم المتحدة الإنمائي للمرأة، ١٩٩٥).

(٢٢) المخاطر والحقوق والإصلاحات: دراسة استقصائية قطرية في ٥٠ بلدا تقيم الإجراءات المتخذة من قبل الحكومات بعد مضي خمس سنوات على المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (نيويورك، المنظمة النسوية للبيئة والتنمية، آذار/ مارس ١٩٩٩).

(٢٣) المرجع نفسه.