

Distr.: General
20 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

تقرير موجز عن رصد السكان في العالم في عام ٢٠٠٠: السكان

والمسائل الجنسانية والتنمية

تقرير الأمين العام

موجز

أعد هذا التقرير وفقا لاختصاصات لجنة السكان والتنمية وبرنامج عملها المتعدد السنوات المحدد الأولويات ذي المنحى المواضيعي، الذي أقره المجلس الاقتصادي والاجتماعي في قراره ٥٥/١٩٩٥. وقد قررت اللجنة، في مقرريها ١/١٩٩٨ و ١/١٩٩٩ أن يكون موضوع عام ٢٠٠٠ هو "السكان والتنمية".

ويقدم التقرير موجزا عن نخبة من الجوانب المتعلقة بالسكان والمسائل الجنسانية والتنمية، ويشمل استعراضا تاريخيا للمسائل السكانية والجنسانية في قائمة الاهتمامات العالمية ويقدم معلومات حديثة بشأن مواضيع من قبيل تكوين الأسرة، والصحة والوفيات، بما في ذلك مسألة الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقصي المناعة المكتسب (الإيدز)، والشيوخ والهجرة الداخلية والدولية. وترد النسخة الأولية غير المحررة من التقرير الكامل كورقة عمل في الوثيقة ESA/WP/159.

* E/CN.9/2000/1

010200 270100 00-21939(A)

وقد أعدت هذا التقرير شعبة السكان في إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمانة العامة للأمم المتحدة. بمساهمة من برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز).

المحتويات

الصفحة	الفقرات
٤	١٣-١ مقدمة: السكان والمنظور الجنساني في قائمة الاهتمامات العالمية
٧	٣٧-١٤ أولاً - تكوين الأسرة
١٨	٧٢-٣٨ ثانياً - الصحة ومعدل الوفيات
٣١	٩٢-٧٣ ثالثاً - الشيخوخة ونوع الجنس
٤٠	١٠١-٩٣ رابعاً - الهجرة الداخلية
٤٣	١٢٢-١٠٢ خامساً - الهجرة الدولية
٤٩	١٣٠-١٢٣ سادساً - ملاحظات ختامية

الجدول

١٢	١ - المتوسط العالمي والمتوسطات الإقليمية للمعدلات الحالية لاستعمال وسائل منع الحمل حسب نوع الوسيلة
١٥	٢ - معدلات الأمية بين الذكور والنسب الإجمالية للالتحاق بالمدارس، لعامي ١٩٨٠ و ١٩٩٦ ...
١٩	٣ - الاتجاهات والفوارق بين الجنسين في العمر المتوقع عند الولادة، في العالم والمناطق الرئيسية في الفترات ١٩٥٠-١٩٥٥، و ١٩٧٥-١٩٨٠، و ١٩٩٥-٢٠٠٠
٢١	٤ - تقديرات وفيات الرضع والأطفال، في العالم والمناطق الرئيسية، في ١٩٩٥-٢٠٠٠
٢٨	٥ - إحصاءات وخصائص فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز حسب المناطق، كانون الأول/ديسمبر ١٩٩٩
٣٢	٦ - سكان العالم من سن ٦٠ سنة فما فوق، حسب نوع الجنس، ونسب المسنات إلى المسنين، في عامي ٢٠٠٠ و ٢٠٥٠
٤٤	٧ - تقديرات عدد المهاجرين من الذكور والإناث والنسبة المئوية للإناث من العدد الإجمالي، في العالم والمناطق الرئيسية في عامي ١٩٦٥ و ١٩٩٠

الأشكال

٢٣	الأول - توزيع الوفيات بحسب الجنس والمجموعات العامة لأسباب الوفاة، في العالم، في عام ١٩٩٨
٣٣	الثاني - توزيع السكان حسب السن ونوع الجنس، في المناطق الأكثر نمواً والمناطق الأقل نمواً، في عامي ٢٠٠٠ و ٢٠٥٠

مقدمة: السكان والمنظور الجنساني في قائمة الاهتمامات العالمية

١ - أصبح الاهتمام بالمسائل السكانية والجنسانية مدرجا بصورة رسمية في قائمة الاهتمامات العالمية بعد إنشاء الأمم المتحدة بوقت قصير. وشهد نصف القرن الأخير تطورين أساسيين ملحوظين أولهما زيادة التشديد على قضايا حقوق الإنسان في السياسات والبرامج السكانية، وثانيهما اتساع نطاق السياسات الجنسانية من مجرد التركيز على مركز المرأة إلى تحقيق المساواة والإنصاف بين الجنسين وتمكين المرأة.

٢ - ولقد بدأت أنشطة الأمم المتحدة المتعلقة بالسكان والمسائل الجنسانية في عام ١٩٤٦ حينما أنشأ المجلس الاقتصادي والاجتماعي لجنة مركز المرأة^(١) ولجنة السكان^(٢). وفي عام ١٩٤٨، اعتمدت الجمعية العامة الإعلان العالمي لحقوق الإنسان^(٣) الذي يؤكد، في جملة أمور، أنه لا يجوز التمييز بسبب الجنس في التمتع بالحقوق والحريات المذكورة فيه. ويؤكد الإعلان أيضا حق كل فرد في الحياة وفي الزواج وتأسيس أسرة والتنقل داخل بلده ومغادرته؛ وهذه كلها أحداث أساسية في مجال التغير السكاني.

٣ - وكانت الخمسينيات وأوائل الستينات فترة بناء توافق أولي للآراء في المجالين السكاني والجنساني. وفي عام ١٩٦٧، اعتمدت الجمعية العامة إعلان القضاء على التمييز ضد المرأة^(٤)، الذي دعا إلى اتخاذ تدابير لإزالة الحواجز التي تعوق مساواتها بالرجل. واعتمدت الجمعية العامة في السنة التالية إعلان طهران^(٥) الصادر عن المؤتمر الدولي لحقوق الإنسان الذي عقد في تلك المدينة في عام ١٩٦٨. وأكد هذا الإعلان، لأول مرة في صك دولي، أن تقرير الأوبن لعدد أبنائهما والفترات الفاصلة بينهم بحرية وعلى نحو مسؤول هو حق من حقوق الإنسان التي لهما.

٤ - وشهد عام ١٩٧٩ إنجازا رئيسيا آخر في المجال الجنساني حينما اعتمدت الجمعية العامة اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة^(٦). وقد فصلت هذه الاتفاقية إعلان عام ١٩٦٧، إذ دعت إلى تغيير أنماط التحيز الاجتماعي والثقافي التي تستند إلى أفكار تقوم على عدم المساواة بين الرجل والمرأة. وأكدت الاتفاقية أن للرجل والمرأة نفس الحقوق في أن يقررا بحرية وعلى نحو مسؤول عدد أطفالهما والفترات الفاصلة بينهم وفي الحصول على المعلومات والتثقيف والوسائل الكفيلة بتمكينهما من ممارسة هذه الحقوق.

٥ - وتمثلت الخطوة المحورية التالية في المجال الجنساني في المؤتمر العالمي لاستعراض وتقييم منجزات عقد الأمم المتحدة للمرأة: المساواة، والتنمية، والسلام المعقود بنيروبي في عام ١٩٨٥. واعتمد المؤتمر استراتيجيات نيروبي التطلعية للنهوض بالمرأة^(٧) التي فتحت آفاقا جديدة هامة، ودعا إلى اضطلاع المرأة بدور مركزي في مجال التنمية.

٦ - واتخذ المؤتمر العالمي الرابع المعني بالمرأة المعقود في عام ١٩٩٥ في بيجين خطوات هامة أخرى. فقد تم استخدام المفهوم الجنساني على نطاق واسع في منهاج العمل الصادر عن المؤتمر^(٨) الذي أكد أنه ينبغي للمرأة، علاوة على تحقيق المساواة في المركز، أن تشارك مشاركة كاملة وفعالة في اتخاذ القرارات في جميع مجالات الحياة. وفي الوقت ذاته، يرجى أن تحدث تغييرات في أدوار الرجل ومركزه وسلوكه وأن يراعى المنظور الجنساني في جميع السياسات والبرامج. ودعا منهاج العمل بقوة إلى القضاء على جميع أشكال العنف ضد المرأة وإلى صون حقوق البنت. وأكد المنهاج من جديد بصورة كاملة النصوص المتعلقة بالحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة الصادرة عن المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الذي عقد في عام ١٩٩٤ في القاهرة.

٧ - وكانت هناك عملية تغيير ذات صلة في معالجة مسألة السكان في قائمة الاهتمامات العالمية. فبعد المؤتمر الدولي لحقوق الإنسان المنعقد في طهران في عام ١٩٦٨، وفرت ثلاثة مؤتمرات دولية بشأن السكان المحفل الرئيسي لصياغة السياسة السكانية العالمية.

٨ - وأول هذه المؤتمرات هو المؤتمر العالمي للسكان الذي عقد ببوخارست في عام ١٩٧٤ واعتمد خطة العمل العالمية للسكان^(٩). وأهم ما جاء في مبادئ هذه الخطة وأهدافها^(١٠) أن الاتجاهات السكانية تتسم بالأهمية نظراً لارتباطها بالتنمية الاجتماعية الاقتصادية. وأعيد تأكيد صيغة طهران للحق في تنظيم الأسرة ووسع نطاق هذا الحق ليشمل جميع الأزواج والأفراد. وتم تأكيد حق المرأة في الاندماج الكامل في عملية التنمية وكذلك مشاركتها الكاملة في صياغة وتنفيذ السياسات الاجتماعية - الاقتصادية والسكانية. ومن منطلق التسليم بأن الأسرة هي الوحدة الأساسية للمجتمع، تناولت خطة العمل المسائل الجنسانية في الفرع المعنون "الإنجاب، وتأسيس الأسرة، ومركز المرأة"^(١١). ودعت الخطة إلى توسيع نطاق تعليم البنات والأولاد حتى يتمكنوا من المساهمة على نحو أوسع في النشاط الاقتصادي وإلى الاعتراف بالإسهامات الاقتصادية للمرأة على صعيد الأسر المعيشية وفي مجال الزراعة.

٩ - وفي عام ١٩٨٤، انعقد المؤتمر الدولي المعني بالسكان في مكسيكو. وجاء المؤتمر بأفكار مبتكرة هامة في المجالين السكاني والجنساني. وقد فصلت التوصيات الصادرة عنه المتعلقة بدور المرأة ومركزها^(١٢) عن التوصيات المتعلقة بالإنجاب والأسرة^(١٣)، وخصص لها حيز هام في التقرير. وحثت الحكومات على دمج المرأة بصورة كاملة في جميع مراحل عملية التنمية وكفالة حرية اشتراكها في القوى العاملة. وأشار إلى أنه ينبغي أن توفر للمرأة من خلال التعليم والتدريب والتوظيف فرص لتحقيق ذاتها. وينبغي للرجل أن يشارك بشكل

أكبر في جميع جوانب المسؤولية الأسرية. وفي إطار تطوير المعارف والسياسات، ينبغي للحكومات أن توفر البيانات السكانية والبيانات المرتبطة بها مصنفة حسب نوع الجنس. وقد حدد مؤتمر عام ١٩٨٤ هدفا كميًا لتقليص معدل وفيات الأمهات. وبصدد الإنجاب وعدد أفراد الأسرة، أكد المؤتمر من جديد صيغة خطة العمل العالمية للسكان، ولاحظ أن الأسرة تتخذ عدة أشكال، بما فيها الأسرة الوحيدة الوالد. وفيما يتعلق بالهجرة، دعا إلى مساعدة النساء المهاجرات وكذلك النساء اللاتي يتركن دون عائل في المناطق الريفية. ولفت المؤتمر الانتباه أيضا إلى الأعداد المتزايدة للاجئات.

١٠ - وقد وسّع برنامج العمل الصادر عن المؤتمر الدولي للسكان والتنمية^(٤)، الذي عقد في القاهرة في عام ١٩٩٤، نطاق المناقشة بشأن العلاقة بين السكان والمنظور الجنساني وعمّقها. وقد بُني برنامج العمل على الاهتمام بحقوق الإنسان. ووصف البرنامج حقوق الإنسان الخاصة بالمرأة والطفلة بأنها جزء غير قابل للتصرف ولا للفصل ولا للتجزئة من حقوق الإنسان العالمية. وقد اشتمل على فصل مستقل (الفصل الرابع) بعنوان "المساواة بين الجنسين والإنصاف وتمكين المرأة"، حيث قدم مواضيع جديدة وأضفى طابع الدقة والتخصيص على التوصيات السابقة. ودعا البرنامج إلى القضاء على العنف ضد المرأة وإلى اتخاذ التدابير التي تكفل تمكين المرأة من الجمع بين أدوار الأمومة والمشاركة في القوة العاملة، وإلى تمكين المرأة في المعاملات التجارية وتحقيق المساواة في كافة شروط التوظيف. وأدان اتخاذ الاغتصاب وسيلة من وسائل الحرب. ودعا الفرع (باء) الذي خُصص للطفلة إلى إزالة ظاهرة الوفيات المفرطة للبنات، وإلى القضاء على ظاهرة ختان ال. كما تضمن البرنامج فرعا، هو الفرع (جيم)، يتناول فيه مسؤوليات الذكور ومشاركتهم في الحياة الأسرية والإنجاب. وبالإضافة إلى الفصل المستقل المذكور آنفا، امتزجت القضايا الجنسانية مع قضايا عديدة أخرى في جميع أجزاء برنامج العمل وضم كل فصل تقريبا توصيات متعلقة بالقضايا الجنسانية أو بالنساء والبنات.

١١ - وقد أولى برنامج العمل اهتماما خاصا لاستمرار انتشار الفقر، وبخاصة في أوساط النساء. وحددت أهداف قياسية منقحة وأكثر تفصيلا لخفض معدلات وفيات الأمهات أثناء النفاس. ودعا البرنامج إلى الاهتمام باحتياجات النساء اللائي تشملهن الهجرة الدولية، وبخاصة اللاجئات، كما دعا إلى فرض جزاءات على من يشتركون بأي شكل من الأشكال في الاتجار الدولي بالنساء. وخصص البرنامج فصلا مستقلا للسكان والتنمية والتعليم، وأكد على وجوب القضاء على أوجه التباين بين الجنسين وتمكين المرأة عن طريق التعليم. كما حث البرنامج على إجراء بحوث تستخدم بيانات مصنفة حسب الجنس وبحوث بشأن مشاركة الذكور في تنظيم الأسرة.

١٢ - وعُقدت الدورة الاستثنائية الحادية والعشرون للجمعية العامة في حزيران/يونيه - تموز/يوليه ١٩٩٩ من أجل استعراض وتقييم شاملين لتنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. وقد خلصت الجمعية إلى أنه قد حدث تقدم في تنفيذ برنامج العمل، لكن هذا التقدم كان بقدر محدود في بعض المجالات. واعتمدت الدورة الاستثنائية مجموعة من الإجراءات الأساسية لمواصلة تنفيذ برنامج العمل^(١٥). وشملت تلك الإجراءات توصيات بشأن تعزيز وحماية حقوق الإنسان للمرأة، وتمكين المرأة، واعتماد منظور جنساني في البرامج والسياسات والدعوة إلى المساواة والإنصاف بين الجنسين.

١٣ - ومع تطور السياسات والبرامج المتعلقة بالسكان والقضايا الجنسانية، تعاضم الإحساس أيضا بكثرة ما زال يتعين عمله. ويدعو برنامج العمل والإجراءات الأساسية للمستقبل إلى تحليل مصنف حسب نوع الجنس للعمليات الاجتماعية والديمقراطية. والغرض من هذا التقرير هو المساهمة في إيجاد فهم أفضل لهذه القضايا واتخاذ تدابير أكثر فعالية لمعالجتها. وتشمل الفروع التالية موجزا للمعلومات الحديثة عن المكونات الهامة للتغيرات السكانية وعلاقتها بالمنظور الجنساني. ويغطي هذا التقرير بخاصة الأنماط والاتجاهات السائدة في تكوين الأسرة، بما في ذلك معدلات الزواج ومنع الحمل والخصوبة؛ ومعدل الوفيات، بما في ذلك الأسباب الرئيسية للوفاة، والإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية ومتلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)؛ وشيوخة السكان؛ والهجرة الداخلية والدولية. ويستعرض التقرير أيضا سياسات الحكومات وأنشطتها فيما يتعلق بكل عنصر من هذه العناصر.

أولا - تكوين الأسرة

١٤ - تمثل أحد أهم التطورات في الدراسات المتعلقة بالخصوبة والأسرة في التحول التدريجي من تركيز شبه حصري على المرأة إلى منظور أكثر توازنا يشمل الرجل والمرأة على حد سواء. وقد أوجد برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية حافزا هاما لا للتحول من نهج تنظيم الأسرة إلى نهج أشمل بشأن الصحة الإنجابية فحسب، بل للتحول أيضا من نهج مقتصر على المرأة إلى نهج يشمل الرجل والمرأة. وقد أدى الإدراك المتزايد لضرورة معرفة مواقف الرجل والمرأة وسلوكهما على حد سواء باعتباره أمرا جوهريا من أجل فهم كامل لديناميات الخصوبة والأسرة، إلى بذل الجهود من أجل إدماج الرجل في تحليلات البحوث وبرامج السياسات العامة. ومن أجل رَأب الثغرة الموجودة في البيانات، بدأ عدد متزايد من الدراسات الاستقصائية الديمغرافية الواسعة النطاق في إدماج الرجل في عيناته الوطنية.

١٥ - ويقوم دور الرجل والمرأة ومركزهما في المجتمع بدور أساسي في تشكيل كيفية دخول الأفراد إلى الحياة الجنسية. وتزايد الشواهد على أن عدم المساواة فيما بين الجنسين قد يعرض للخطر الصحة الجنسية والإنجابية للمرأة وذلك من خلال تقييد تحكمها في موعد بدء نشاطها الجنسي، ومن خلال زيادة إمكانية تعرضها للسلوك الجنسي المنطوي على المخاطرة، ومن خلال الحد من قدرتها على التفاهم مع شريكها بشأن التدابير الوقائية. ويتم الشروع في النشاط الجنسي عادة خلال فترة المراهقة حينما يكون الأفراد غير محصنين بصفة خاصة وغير مطلعين على نحو يمكنهم من اتخاذ قرارات مسؤولة.

١٦ - وخلال العقود الأخيرة، مرت عملية بدء النشاط الجنسي بتغيرات من حيث التوقيت والسياق على حد سواء. فقد أظهرت بعض الدراسات وجود اتجاه نحو دخول الأفراد مرحلة نشاطهم الجنسي في سن أصغر في المناطق الأكثر نمواً، لكن الدلائل ليست مؤكدة بالنسبة للمناطق الأقل نمواً بسبب وجود تنوع كبير بين البلدان. وأدى انخفاض سن الحيض، بسبب تحسين التغذية والرعاية الصحية بالإضافة إلى ارتفاع معدل السن عند الزواج، إلى توسيع الفجوة بين النضج الجنسي وتكوين الأسرة، مما أدى إلى إطالة أمد مباشرة النشاط الجنسي قبل الزواج. وقد أوجد هذا الاتجاه وعياً جديداً بالمخاطر التي يواجهها غير المتزوجين من الشباب، إذ كثيراً ما يكون حصولهم على المعلومات ووصولهم إلى مرافق الرعاية الصحية، بما في ذلك تنظيم الأسرة، محدودين، مما يجعلهم أكثر عرضة للمخاطر المحتملة للنشاط الجنسي غير المأمون، مثل الحمل غير المرغوب فيه والأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي.

١٧ - وقد غدا بدء النشاط الجنسي أثناء المراهقة تجربة معروفة لدى الرجال والنساء على حد سواء، لكن التوقيت والسياق الذي يحدث فيه كثيراً ما يختلف بالنسبة لهم، خصوصاً في البلدان النامية. فالرجال بصفة عامة يصبحون نشطين جنسياً في سن أصغر من سن النساء. ومع ذلك، تكشف بيانات أخيرة أن الفوارق فيما بينهما بسيطة وأن النمط يختلف حسب المنطقة. فبينما يكون سن الرجل في معظم بلدان أمريكا اللاتينية عند مرحلة بدء النشاط الجنسي مبكراً عنه بين النساء، فإن العكس صحيح في عدة بلدان أفريقية. وقد وجدت فوارق جنسانية أوسع فيما يتعلق بالسياق الذي يحدث فيه بدء النشاط الجنسي. ففي صفوف الرجال، يكون معظم النشاط الجنسي أثناء سنوات المراهقة نشاطاً خارج الزواج، بينما يحدث بالنسبة لشرائح كبيرة من النساء داخل إطار الزواج. ويشمل أحد الأوجه الهامة للدخول إلى الحياة الجنسية مدى استخدام الوسائل الفعالة لمنع الحمل والوقاية من الأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي. وتشير البيانات من البلدان المتقدمة النمو والبلدان النامية على حد سواء إلى انخفاض مستوى الوقاية عند بدء النشاط الجنسي.

١٨ - ويغلب أن يسود الزواج المبكر في المجتمعات التي تتحدد فيها هوية المرأة ومركزها على نحو يربطهما أساسا فيما يتعلق بدورها الأسري ودورها الإنجابي. وعندما يتسع نطاق التعليم ويزداد تنوع أدوار المرأة، يتجه الزواج المبكر إلى أن يصبح أقل شيوعا. ويمكن لتوقيت الزواج أن يؤثر بدوره أيضا على وضعية المرأة في المجتمع وفي الأسرة. فكثيرا ما يستتبع الزواج المبكر على سبيل المثال التوقف عن الذهاب إلى المدرسة ويمكن أن يؤثر نتيجة لذلك على مستوى المرأة من حيث استقلالها الذاتي وسلطتها داخل الأسرة.

١٩ - وتُظهر البيانات الموجودة تنوعا كبيرا على نطاق العالم في أنماط توقيت الزواج. فمتوسط عمر النساء عند الزواج يتراوح بين ١٤ سنة في بنغلاديش وحوالي ١٦ سنة في الهند ونيبال واليمن وما يزيد عن ٢٦ سنة في اليابان وعدة بلدان أوروبية. وقد سُجل اتجاه عام نحو تأخير الزواج في معظم مناطق العالم. ففي المناطق الأكثر نموا، يرتبط جزء من ارتفاع السن عند الزواج بتزايد انتشار المعاشرة في سن أصغر. ويؤدي المعدل المتزايد لفسخ الزواج والمعدل المنخفض لإعادة التزوج عقب الطلاق أيضا إلى ازدياد الفترة التي تقضيها النساء البالغات خارج إطار الزواج.

٢٠ - وبينما يُعد الزواج أثناء المراهقة نمطا اعتياديا بالنسبة للنساء في العديد من البلدان النامية، فإن زواج المراهقين أمر نادر بين الرجال في معظم المجتمعات، وهذا يعود بالدرجة الأولى إلى كون المعايير الاجتماعية السائدة تؤكد على قدرة الرجل على إعالة الأسرة من الناحية الاقتصادية كشرط مسبق للزواج. وفي معظم البلدان، يكون الأزواج عادة أكبر سنا من زوجاتهم، وإن كان مقدار الفجوة العمرية يختلف بصورة واسعة بين المناطق. ويتزع متوسط الفجوة العمرية بين الأزواج إلى الضالة في أمريكا اللاتينية وآسيا عنه في شمال أفريقيا وأفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، مع أن هذه المناطق جميعها شهدت مؤخرا اتجاه هذه الفجوة نحو الانخفاض.

٢١ - ويمكن بصفة عامة، مع تحسن تعليم المرأة، ملاحظة حدوث اتجاه نحو الانتقال المتأخر إلى مرحلة الأمومة وإنجاب عدد أقل من الأطفال وانخفاض حالات الحمل غير المرغوب فيه. وقد قامت المعايير والمواقف الجنسانية المتغيرة بدور حاسم في الانتقال الديمغرافي الثاني الذي شهدته المجتمعات الصناعية المتقدمة خلال العقود الماضية. فإلى جانب انخفاض مستوى الخصوبة، تشمل هذه المرحلة الديمغرافية الجديدة تغيرات واسعة النطاق في محورية الأسرة بالنسبة للأفراد، وهو ما انعكس في إرجاء الزواج، وتزايد ظاهرة المعاشرة غير الزوجية، وارتفاع معدلات الطلاق ومعدلات الحمل خارج إطار الزواج. ويفيد الرأي السائد بأن

التكافؤ المتزايد بين الرجال والنساء في مستويات التعليم وفي المشاركة في القوى العاملة أدى إلى حدوث تغيرات هامة في مجال الأسرة.

٢٢ - وقد بلغ عدد متزايد من البلدان مستويات من الخصوبة دون مستوى الإحلال، أولاً في المناطق الأكثر نمواً ثم في بعض المناطق الأقل نمواً، خصوصاً في شرق وجنوب شرقي آسيا. ووفقاً لما ورد في تنقيح عام ١٩٩٨ لتقديرات الأمم المتحدة وتوقعاتها السكانية^(١٦)، يوجد حالياً ٦١ بلداً، تضم ٤٤ في المائة من سكان العالم، يقل فيها معدل الخصوبة عن مستوى الإحلال أو يكافئه. ومع ذلك، توضح بيانات الدراسات الاستقصائية في العديد من هذه المجتمعات، أن حجم الأسرة المرغوب فيه، وهو عادة حوالي طفلين، أعلى من مستوى الخصوبة المتحقق، مما يشير إلى وجود طلب كامن على مزيد من الأطفال. وطبقاً لتنقيح عام ١٩٩٨، يوجد ١٣ بلداً تقارب فيها مستويات الخصوبة أو تقل عن ١,٥ طفل لكل امرأة، ويوجد معظمها في شرق أوروبا وجنوبها. وأشار بعض الباحثين إلى أن الفجوة بين الخصوبة المرغوب فيها والخصوبة الفعلية تعزى في جزء منها إلى نقص التكيف المؤسسي مع التغيرات في أدوار الجنسين وعدم كفاية التدابير اللازمة لتقليل أوجه التعارض المحتمل أن يواجهها كل من المرأة والرجل لدى الجمع بين الاستقلال الاقتصادي وتنشئة الأطفال.

٢٣ - ولتوقيت الانتقال إلى الوالدية آثار هامة على الحياة الإنجابية فيما بعد، ومن ذلك الحجم النهائي للأسرة بعد اكتمالها وصحة الأم والأطفال ورفاه الأسرة. ومعدل انتشار الإنجاب المبكر جداً - قبل سن الخامسة عشرة - متدن بصفة عامة في معظم البلدان، وإن كان حوالي العشر من الشباب يلدن قبل تلك السن في بعض بلدان أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى مثل ليبيريا ومالي والنيجر وكذلك في بنغلاديش. غير أن الإنجاب قبل سن الثامنة عشرة أمر مألوف في عدد كبير من البلدان النامية، وإن كان قد سجل مؤخراً اتجاه نحو البدء في الإنجاب بعد تلك السن في معظم مناطق العالم. وقد تركزت أغلبية الدراسات على العواقب الضارة للإنجاب المبكر على المرأة، ويعزى هذا أساساً إلى أن والدية الذكور المراهقين ليست منتشرة في معظم المجتمعات. بيد أن الرجال يغلب أيضاً أن يكونوا غير مهيين لتحمل كامل المسؤوليات المتصلة بتربية الأطفال في سن مبكرة. ويتبين من الدراسات القليلة المتاحة أن والدية في سن المراهقة تؤثر سلباً على المستقبل التعليمي والوظيفي للرجال، وإن كان تأثيرها السلبي على الرجل أضعف من تأثيرها على المرأة.

٢٤ - وتتم معظم الولادات الأولى داخل إطار الزواج، وإن كانت نسبة كبيرة من الشباب يلدن خارج إطار الزواج. ففي منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، على سبيل المثال، تبلغ نسبة الولادات الأولى للنساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين ٢٠ و ٢٤ سنة، التي تمت قبل الزواج حوالاً

٤٠ في المائة في كينيا وليبيريا وتتجاوز ٧٠ في المائة في بوتسوانا وناميبيا. وبالرغم من أن اتجاهها نحو تدني معدلات الخصوبة لدى المراهقين قد سجل في معظم أرجاء العالم، فإن نسبة الولادات خارج إطار الزواج آخذة في الارتفاع في عدد كبير من البلدان، في المناطق الأقل نمواً والأكثر نمواً على السواء. وعلى سبيل المثال، يتضح من دراسات أجريت مؤخراً بناء على بيانات مستقاة من الدراسات الاستقصائية عن الخصوبة والأسرة في أوروبا أن نسبة الأمهات اللاتي تتراوح أعمارهن بين ٢٥ و ٢٩ سنة وأنجن لأول مرة خارج إطار الزواج تبلغ النصف في السويد والنمسا وفرنسا وحوالي الثلث في النرويج والمانيا والمملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية. بيد أن نسبة كبيرة من الولادات خارج إطار الزواج تتم في إطار المعاشرة غير الزوجية، ومن ثم فإن الزيادة التي حدثت في عدد هذه الولادات مؤخراً لا تعني بالضرورة أن هناك اتجاهها إلى التزايد في ظاهرة الأمهات الوحيدات.

٢٥ - وبالرغم من أن اتخاذ قرار استعمال وسائل منع الحمل يعود عادة إلى الوالدين كليهما، يغلب أن تتحمل المرأة معظم المسؤولية عن منع الحمل. ومن العوامل التي تسهم في تحمل المرأة قدراً أكبر من المسؤولية في هذا المجال أن معظم وسائل منع الحمل الحديثة تعتمد على المرأة في بدء استعمالها والتحكم فيه وتبين التقديرات الأخيرة التي وضعتها الأمم المتحدة بخصوص معدلات انتشار استعمال وسائل منع الحمل أن ٥٨ في المائة من مجموع الزيجات على الصعيد العالمي تمارس منع الحمل، وإلا أقل من نسبة الثلث من تلك الزيجات تعتمد على طرق تقتضي مشاركة الذكور (استخدام الرفالات وقطع القناة المنوية) أو التعاون بين الذكر والأنثى (التنظيم والعزل) (الجدول ١). ويكثر الاعتماد على الطرق المعدة للذكور في المناطق الأكثر نمواً (حوالي ٥٠ في المائة من إجمالي الطرق المستعملة) عنه في المناطق الأقل نمواً (حوالي ٢٠ في المائة). ويعزى هذا الفارق جزئياً إلى كثرة استخدام الامتناع الدوري والعزل في المناطق الأكثر نمواً ولا سيما في شرق وجنوب أوروبا.

الجدول - ١ : المتوسط العالمي والمتوسطات الإقليمية للمعدلات الحالية لاستعمال وسائل منع الحمل^(١) حسب نوع الوسيلة

(نسبة مئوية)

النظم والغزل ^(٢)	الطرق المعدة للإناث				الطرق المعدة للإناث				المناطق الرئيسية
	الرفالات	تعقيم الذكور	تعقيم الإناث	الطرق الأخرى	الوسائل التي تعتمد على الرحمية	الأقراص	المجموع	الطرق الأخرى	
٨	٤	٤	١٩	٣	١٣	٨	٥٨	العالم	
١٩	١٤	٥	٩	٢	٦	٦٧	٧٠	المناطق الأكثر نموا	
٥	٢	٤	٢١	٢	١٤	٦	٥٥	المناطق الأقل نموا	
٤	١	٠,١	٢	٢	٤	٧	٢٠	أفريقيا	
٤	٣	٥	٢٤	٢	١٧	٥	٦٠	آسيا ^(٣)	
٩	٤	١	٢٨	٢	٧	١٤	٦٦	أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي	
٧	١	٠,٢	٩	٦	١	٥	٢٩	أوقيانوسيا	

المصدر: World Contraceptive Use 1998, Wall Chart (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع

(E.99.XIII.4).

(أ) معدلات استعمال وسائل منع الحمل بين النساء المتزوجات اللاتي في سن الإنجاب حاليا بمن فيهن، حيثما أمكن، اللاتي يعشن في معايشة غير زواجية.

(ب) تشمل وسائل الحقن وحاجز منع الحمل وغطاء عنق الرحم ومبيدات الحيوانات المنوية.

(ج) تشمل أيضا الامتناع التام عن الاتصال الجنسي إذا ما كان ذلك لأسباب تتعلق بمنع الحمل، والطرق الشعبية وغيرها من الطرق غير المذكورة على حدة.

(د) باستثناء اليابان.

٢٦ - ونتيجة لزيادة انتشار الأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي، ولا سيما فيروس نقص المناعة البشرية، أصبح اتقاء الأمراض يحظى بنفس القدر من الاهتمام الذي تحظى به حالات الحمل غير المرغوب فيه، ولا سيما فيما بين الشباب النشطين جنسيا. ومن شأن هذين الشاغلين أن يؤثرنا على الخيارات الخاصة بوسائل منع الحمل. كما أسهمت تلك الزيادة في إبراز أهمية مشاركة الرجل في تحمل المسؤولية في ممارسة منع الحمل لأن الطريقة الرئيسية التي يمكن أن تقي من الحمل غير المقصود ومن الأمراض، وهي استعمال الرفالة، تتطلب تعاون الرجال. وعلى الصعيد العالمي، لا يزال معدل استعمال الرفال منخفضا. وحسب تقديرات الأمم المتحدة، تعتمد نسبة ٤ في المائة تقريبا من مجموع الزيجات على الرفالات، وتتراوح هذه النسبة بين ٢ في المائة في المناطق الأقل نموا و ١٤ في المائة في المناطق الأكثر نموا. غير أن التقديرات المتاحة تستند إلى ردود النساء المتزوجات ضمن الدراسات الاستقصائية، وهذا قد يعطي تقديرات أقل من المستويات الفعلية للاستعمال على صعيد السكان عامة.

٢٧ - وقد اعترف منذ عهد قديم بتأثير الرجل في اتخاذ القرار بشأن استخدام وسائل منع الحمل، غير أن التركيز الواضح على الرجل كشريك رئيسي في الصحة الإنجابية لم يبرز سوى خلال العقد الماضي حيث ساهم في تشكيل نهج السياسات العامة. وبعد أن كانت برامج تنظيم الأسرة تكاد تكون موجهة إلى المرأة وحدها، أصبحت تعتبر الرجل مشاركا هاما ومعنيا وأخذت تعيد توجيه خدماتها تبعا لذلك. ولم تؤيد بيانات الدراسات الاستقصائية الافتراضات السابقة التي تفيد أن الرجل لا يبدي سوى اهتمام قليل بالمشاركة في مسؤولية تنظيم الأسرة. كما بينت الدراسات الأخيرة مدى تأثير التواصل بين الأزواج على السلوك المتصل باستخدام وسائل منع الحمل.

٢٨ - ويعترف الجميع بالدور الحيوي الذي يؤديه التعليم في التقدم الاقتصادي والاجتماعي للمجتمعات وفي رفاه الفرد. فالقوارق الكبيرة في التعليم بين الذكور وال تسهم في إدامة واستمرار اللامساواة بين الجنسين داخل الأسرة وضمن المجتمع عامة. وعلى العكس من ذلك، فإن المساواة في التعليم تسهم في الزوال التدريجي للأساس المنطقي الذي يقوم عليه انعدام التساوق إلى حد كبير في أدوار الجنسين في المجالين الأسري والعام. وتحقيقا لهذه الغاية، شدد برنامج العمل بقوة على قيمة التعليم بالنسبة للبنات. ويرمي البرنامج، على وجه التحديد، إلى الحفاظ على بقاء البنات والمراهقات في التعليم المدرسي من أجل رآب الفجوة بين الجنسين في التعليم بالمرحلتين الابتدائية والثانوية بحلول عام ٢٠٠٥.

٢٩ - وتتعدد السبل المباشرة وغير المباشرة التي يؤثر تعليم ال من خلالها على تكوين الأسرة والسلوك الإنجابي. فالتعليم العالي يقترن بالزواج المتأخر وتأجيل الانتقال إلى مرحلة الأمومة. وفيما يتعلق بالحجم المنشود للأسرة، تفضل النساء اللاتي تلقين قدرا أكبر من التعليم الأسر الصغيرة، لأن التعليم يوسع من نطاق دور المرأة بحيث يتجاوز تربية الأطفال ويولد طموحات أكبر فيما يتعلق بتعليم الأطفال، مما يشكل رادعا لارتفاع الخصوبة. فتعليم ال لا يؤثر فقط على الرغبة في إنجاب الأطفال، بل يؤثر أيضا على إرادة تحقيق حجم الأسرة المفضل والقدرة على ذلك عن طريق وسائل منع الحمل. وبينت دراسات عديدة أن التعليم يقترن بزيادة الوعي بأهمية منع الحمل وقبوله واستعمال وسائله. ونتيجة لهذه العمليات، يقل حدوث الإنجاب غير المقصود بين النساء الأفضل تعليما، مما يدل على أن التعليم يتيح الاختيار في مجال الإنجاب. وتبين نتائج البحوث أيضا أن تعليم النساء والرجال على السواء مهم لعملية تكوين الأسرة وأن كلا منهما يعزز الآخر ولا يمثل بديلا له.

٣٠ - وفي عام ١٩٩٦، كانت نسبة الأمية بين الذكور وال الذين تزيد أعمارهم على ١٥ سنة ١٦ في المائة و ٢٩ في المائة على التوالي (انظر الجدول ٢). وتظهر البيانات المتعلقة بمعدلات الالتحاق بالمدارس أن الحصول على التعليم مرهون إلى حد كبير بمستوى التنمية الاجتماعية - الاقتصادية للمجتمع وأن الفوارق بين الجنسين في الانتظام في الدراسة تكبر في المناطق التي تتدن فيها المستويات العامة للتعليم. وخلال العقود القليلة الماضية، شهدت معظم المناطق توسعا في التعليم الابتدائي، باستثناء أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. ففي هذه المنطقة، بدأ التقدم يتباطأ خلال الثمانينات بسبب الأزمة الاقتصادية وإعادة هيكلة الديون، مما أدى إلى ارتفاع التكاليف المدرسية بالنسبة للوالدين وكذلك إلى تدهور نوعية التعليم. وفي البلدان النامية بصفة عامة، تقلصت كثيرا الفجوة بين الجنسين على مستوى التعليم الابتدائي، وإن كانت هذه الفجوة لا تزال قائمة في بلدان أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وشمال أفريقيا وجنوبي آسيا. ويتناقص وجود ال في المرحلتين الإعدادية والثانوية ومرحلة التعليم العالي، ون كانت الفجوة بين الجنسين قد ضاقت.

الجدول ٢ - معدلات الأمية بين الذكور والنسب الإجمالية للالتحاق بالمدارس،
لعامي ١٩٨٠ و ١٩٩٦

النسبة الإجمالية للالتحاق بالمدارس												المناطق الرئيسية
المرحلة الثانوية				المرحلة الابتدائية				نسبة الكبار الأميين				
١٩٩٦		١٩٨٠		١٩٩٦		١٩٨٠		١٩٩٦		١٩٨٠		
ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	
٥٥	٦٣	٤١	٥٢	٩٥	١٠٥	٨٨	١٠٣	٢٩	١٦	٣٨	٢٣	على نطاق العالم
١٠٢	٩٩	٩٠	٨٩	١٠٣	١٠٣	١٠١	١٠١	٢	١	٥	٢	المناطق الأكثر نمواً
٤٥	٥٥	٢٨	٤٢	٩٤	١٠٦	٨٦	١٠٤	٣٨	٢١	٥٣	٣١	المناطق الأقل نمواً
١٥	٢٣	٩	٢٠	٦١	٧٩	٥٤	٧٧	٦٢	٤١	٧٥	٥٢	أقل البلدان نمواً
٣٠	٣٦	١٦	٢٧	٧١	٨٥	٦٩	٨٩	٥٤	٣٤	٧٢	٤٨	أفريقيا
٥٠	٦٢	٣٢	٤٦	٩٨	١١٠	٨٧	١٠٦	٣٧	١٩	٥١	٢٨	آسيا
٦٠	٥٥	٤٥	٤٤	١١٠	١١٦	١٠٣	١٠٦	١٥	١٢	٢٣	١٨	أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي

المصدر: حولية اليونسكو الإحصائية لعام ١٩٩٨ (Paris and Larham, Maryland, United States of)

(America, UNESCO Publishing and Bernan Press, 1998).

٣١ - ويرى عدد متزايد من الحكومات أن المراهقين والمراهقات في حاجة إلى معلومات أفضل عن الإنجاب والأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي والإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية ومخاطر الإنجاب المبكر، والفوائد الصحية من استعمال وسائل منع الحمل. لكن هناك خلافا حقيقيا، حتى بين أشد المؤيدين لتعميم التربية الجنسية للشباب، بشأن السن الذي ينبغي فيها توفير هذه التربية ومن الذي ينبغي أن يوفرها والسياق الذي ينبغي أن تتم فيه. وفي البلدان الأكثر نموا حيث يستمر انتظام الأطفال في الدراسة حتى منتصف مرحلة المراهقة أو أواخرها، يفترض بصفة عامة أن المدرسة هي أحسن مكان لتلقي التربية الجنسية، تليها مباشرة مؤسسات الشباب. وتقدم معظم المدارس، في البلدان المتقدمة النمو، نوعا من فصول التربية الجنسية للشباب في السنوات الأولى من التعليم الثانوي. وفي بعض هذه البلدان، يدرج التثقيف عن الحياة الأسرية تدريجيا في الصفوف الأولى وتصمم المناهج حسب مراحل النمو العاطفي والمعرفي للأطفال. أما في معظم البلدان النامية فإن عدد الصبيان والبنات الذين يتلقون تربية جنسية قليل جدا.

٣٢ - ويؤكد برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية على أنه ينبغي أن "تتوخى الحكومات الدقة في إنفاذ القوانين التي تكفل عدم الدخول في الزواج إلا بإرادة حرة وبموافقة تامة من الزوجين المقبلين عليه. وإضافة إلى ذلك، ينبغي للحكومات أن تتوخى الدقة في إنفاذ القوانين المتعلقة بالحد الأدنى القانوني لحن قبول الزواج والحد الأدنى للسن عند الزواج وأن ترفع الحد الأدنى للسن عند الزواج حيثما يقتضي الأمر ذلك" (الفقرة ٤-٢١). وتنتهك حقوق الإنسان الأساسية للمرأة، في كثير من بقاع العالم، حينما تُزوج دون موافقتها أو حينما تجبر على القبول بضغط من الأسرة. وتكاد القوانين التي تعين الحد الأدنى للسن عند الزواج أن تكون قوانين عالمية حيث تحدد السن الدنيا عموما بـ ١٨ سنة بالنسبة للذكور و ١٦ سنة بالنسبة للإناث.

٣٣ - وتكمن إحدى المشاكل فيما يتصل بالعديد من القوانين التي تعين الحد الأدنى للسن عند الزواج في أنها تجعله منخفضا جدا بالنسبة للمرأة، وفي أنها تجعله أقل في حالة المرأة عنه في حالة الرجل، مما يوحي بأن استعداد المرأة للزواج يستغرق سنوات أقل حيث أن واجباتها ستتحصر في الإنجاب والمهام المنزلية. وعلى مدى العقدين الماضيين، عمد ما يزيد على ٥٠ بلدا إلى تغيير قوانينها فيما يخص السن القانونية الدنيا للزواج. غير أن القوانين الخاصة بسن الزواج لا تنفذ في كثير من الأحيان. ففي بعض أرجاء العالم، مثل أفريقيا، عادة ما تكون السن القانونية للزواج مرتفعة، ولكن السن الفعلية عند الزواج تكون منخفضة. وفي عدد كبير من البلدان، تكون السن القانونية الدنيا للزواج في حالة موافقة الوالدين أقل كثيرا عنها في الحالات التي تتم دون تلك الموافقة.

٣٤ - وكانت برامج عديدة لتنظيم الأسرة لا تعير للرجل سوى قليل من الاهتمام. بل إن بعض برامج تنظيم الأسرة تتحاشى التعامل مع الرجل لأنها تفترض أن الرجال لا يبالون بتنظيم الأسرة بل ويعارضونه. ويعترف برنامج العمل رسمياً بأهمية دور الرجل في الصحة الإنجابية للمرأة وكذا بأهمية الصحة الإنجابية للرجل نفسه. ويبحث برنامج العمل جميع البلدان على توفير رعاية "سهلة المنال وميسورة التكلفة ومقبولة وملائمة" في مجال الصحة الإنجابية للرجال والنساء على السواء. ويشجع برنامج العمل برامج الرعاية الخاصة بالصحة الإنجابية على التوقف عن التعامل مع الرجال والنساء بشكل منفصل واعتماد نهج أكثر شمولية تشمل الرجال وتركز على الزوجين معاً. وفي السنوات الأخيرة وضع عدد من البلدان برامج للرجال.

٣٥ - وخلال فترات التحول الذي طرأ على الخصوبة على مر التاريخ في أوروبا وأمريكا الشمالية، كان الرجال يتحكمون في الطرق الأساسية للحد من الخصوبة مثل العزل والامتناع واستعمال الرفالات. ومنذ الثورة التي شهدتها وسائل منع الحمل في الستينات، حينما أصبحت أقراص منع الحمل متوافرة على نطاق واسع، ارتبطت معظم التطورات في تكنولوجيا وسائل منع الحمل بالطرق الهرمونية الخاصة بال. وبالرغم من أن عدداً كبيراً من النساء قد يفضلن الوسائل الطويلة المفعول لأسباب تتعلق براحتهن أو لأنهن لا يرون ضرورة لإخبار أزواجهن، فإنهن يعتمدن على نظم صحية كثيراً ما تكون ناقصة التجهيز لتلبية الاحتياجات الطبية. وما فتئت الشروط القانونية أو الإدارية، تحد من إمكانية الحصول على طائفة واسعة من طرق تنظيم الأسرة في بلدان، بل ويشترط على المرأة في بعض الأماكن الحصول على إذن من الزوج أو الوالدين قبل الحصول على الخدمات.

٣٦ - وهناك فرق واضح بين الجنسين فيما يخص التعقيم. وفي معظم البلدان، لا يزال تعقيم ال يجري على نطاق أوسع من تعقيم الذكور، بالرغم من أن العملية الجراحية للمرأة تنطوي على خطر أكبر وتقتضي قدراً أكبر من الخبرة التقنية كما أنها أكثر تكلفة من عملية تعقيم الرجل. والواقع أن تعقيم الأنثى هو أهم الطرق جميعاً في العالم بأسره، حيث أنه يستعمل في حوالي ٣٠ في المائة من إجمالي ممارسات منع الحمل. ومنذ عام ١٩٧٤، شهدت مناطق عديدة من العالم اتجاهاً نحو الحد من القيود على التعقيم الطوعي أو رفعها. لكن تجنباً لإساءة الاستعمال وبالنظر إلى أن هذه العملية نهائية بلا رجعة، تضع حكومات عديدة شروطاً تتعلق بالسن وسابق الإنجاب وغير ذلك للحصول على التعقيم الطوعي. ويفرض عدد كبير من البلدان قيوداً على المرأة دون الرجل.

٣٧ - وفي عدد من البلدان، خصوصاً في شرقي وجنوب شرقي وجنوب وسط آسيا، هناك عادة قديمة العهد وراسخة تتمثل في تفضيل الأطفال الذكور. ولهذا الظاهرة أسباب كثيرة منها الاعتقاد بأن الذكور أصلح للأعمال الزراعية الشاقة، وأهم مؤهلون لحمل اسم العائلة ونسبها، وضرورة

توفير مهر ضخيم للبنات لدى الزواج، فضلا عن المعتقدات الثقافية المترسخة. فإذا رغب الزوجان في إنجاب طفل واحد أو اثنين فقط، فإنهما يودان عادة أن يضمنا أن يكون هذا الطفل أو هذان الطفلان من الذكور. ولمواجهة ممارسة انتقاء جنس الطفل قبل الولادة، سنت حكومة الهند في عام ١٩٩٤ تشريعا لمجموع البلد ينظم الاختبارات السابقة للولادة. ويتمثل الغرض المعلن من هذا التشريع في حظر استعمال تقنيات التشخيص قبل الولادة لتحديد جنس الجنين، مما يؤدي إلى قتل "الأجنة ال".

ثانيا - الصحة ومعدل الوفيات

٣٨ - شهد العالم انخفاضا كبيرا في معدل الوفيات خلال القرن العشرين. ففي النصف الثاني فقط من القرن، ارتفع متوسط العمر المتوقع عند الولادة بالنسبة للعالم من ٤٦,٥ سنة خلال الفترة ١٩٥٠-١٩٥٥ إلى ٦٥ ٤ سنة خلال الفترة ١٩٩٥-٢٠٠٠ (الجدول ٣). أما في البلدان الأكثر نموا حيث كانت قد حدثت زيادات كبيرة في طول العمر بحلول سنة ١٩٥٠، فقد زاد متوسط العمر المتوقع عند الولادة من ٦٦ ٦ إلى ٧٤,٩ سنة منذ بداية الخمسينات. وهي النقيض من ذلك، لم تشهد معظم البلدان في المناطق الأقل نموا انخفاضا في معدل الوفيات إلا بعد الخمسينات؛ لكن وتيرة التحول أصبحت أسرع بعد ذلك. وسجل متوسط العمر المتوقع عند الولادة في المناطق الأقل نموا قفزة كبيرة قدرت بـ ٢٤ ٤ سنة حث ارتفع من ٤٠ ٩ سنة في الفترة ١٩٥٠-١٩٥٥ إلى ٦٣ ٣ سنة في الفترة ١٩٩٥-٢٠٠٠. وحتى في أقل البلدان نموا، زاد متوسط العمر المتوقع بمقدار ١٤ ٩ سنة حيث ارتفع من ٣٥ ٦ سنة إلى ٥٠ ٥ سنة.

٣٩ - وعزى الانخفاض في معدل الوفيات خلال القرن العشرين إلى عوامل عدة، منها الزيادة في الدخل والاستهلاك الغذائي، وأوجه التقدم في مجالات المرافق الصحية والإمداد بالمياه، ومقاومة الأمراض والإصلاحات في مجال الصحة العامة التي تحسنت بفضلها الظروف المعيشية. وفي المناطق الأقل نموا، حيث كانت السمة الرئيسية للتحول الذي طرأ على معدل الوفيات هي حدوث انخفاض ضخم في وفيات الرضع والأطفال في النصف الثاني من القرن العشرين، كان لبرامج الصحة العامة دور رئيسي في ذلك. وكان لتطبيق التكنولوجيات الجديدة في مجال منع الأمراض ومعالجتها أهمية خاصة في هذا الصدد.

٤٠ - وارتبط أيضا انخفاض معدل الوفيات ارتباطا قويا بتوسيع نطاق فرص التعليم. وثبت أن التعليم، لا سيما تعليم المرأة، كان له تأثير على معدلات وفيات الرضع والأطفال يفوق في قوته تأثير عوامل الدخل وتحسن المرافق الصحية والعمالة في القطاع الحديث، مجتمعة.

وبينت دراسة حديثة عن أسباب انخفاض الوفيات في العالم أن المكاسب التعليمية التي حققتها المرأة هي التي يعزى إليها ثلث الزيادة في متوسط العمر المتوقع للذكور والإناث في فترة ما بين عامي ١٩٦٠ و ١٩٩٠.

٤١ - وعلى الرغم من أن معظم العوامل التي يعزى إليها انخفاض معدل الوفيات في القرن العشرين كانت سبباً في تحسن الظروف المعيشية لكل من الذكور والإناث، فإن العمر المتوقع للإناث زاد بسرعة أكبر في كل مكان كما أن العمر المتوقع للإناث عند الولادة في الفترة ١٩٩٥-٢٠٠٠ زاد على العمر المتوقع للذكور في جميع البلدان تقريباً. وتقدر الزيادة في العمر المتوقع للنساء في العالم عند الولادة في الفترة ١٩٩٥-٢٠٠٠ بما قدره ٤.٤ سنوات، غير أن الفارق في المناطق الأكثر نمواً (٦ سنوات) أكبر منه في المناطق الأقل نمواً (٣,٢ سنوات). وكان الفارق في أقل البلدان نمواً أصغر من ذلك بكثير إذ ناهز ١,٩ سنة.

الجدول ٣ - الاتجاهات والفوارق بين الجنسين في العمر المتوقع عند الولادة، في العالم والمناطق الرئيسية في الفترات ١٩٥٠-١٩٥٥، و ١٩٧٥-١٩٨٠، و ١٩٩٥-٢٠٠٠

المناطق الرئيسية	العمر المتوقع، لكلا الجنسين			الفارق بين الجنسين		
	(بالسنوات)	(العمر المتوقع للإناث - العمر المتوقع للذكور)				
	١٩٥٥-١٩٥٠	١٩٨٠-١٩٧٥	٢٠٠٠-١٩٩٥	١٩٥٥-١٩٥٠	١٩٨٠-١٩٧٥	٢٠٠٠-١٩٩٥
العالم	٤٦,٥	٥٩,٧	٦٥,٤	٢,٧	٣,٥	٤,٤
المناطق الأكثر نمواً	٦٦,٦	٧٢,١	٧٤,٩	٥,٠	٧,٤	٧,٦
المناطق الأقل نمواً	٤٠,٩	٥٦,٨	٦٣,٣	١,٧	٢,٠	٣,٢
أقل البلدان نمواً	٣٥,٦	٤٥,٣	٥٠,٥	١,٣	١,٨	١,٩
أفريقيا	٣٧,٨	٤٨,٠	٥١,٤	٢,٧	٣,٢	٢,٨
آسيا	٤١,٣	٥٨,٥	٦٦,٣	١,٤	١,٦	٣,١
أوروبا	٦٦,٢	٧١,٢	٧٣,٣	٥,١	٧,٧	٨,٢
أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي	٥١,٤	٦٣,١	٦٩,٢	٣,٤	٥,٢	٦,٥
أمريكا الشمالية	٦٩,٠	٧٣,٣	٧٦,٩	٥,٨	٧,٨	٦,٦
أوقيانوسيا	٦٠,٩	٦٨,٢	٧٣,٨	٣,٨	٥,٦	٤,٩

المصدر: World Population Prospects: The 1998 Revision, volume I, Comprehensive tables

(منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع E.99.XIII.9).

٤٢ - وفي البلدان المتقدمة النمو، سجل أصغر فارق بين الجنسين في العمر المتوقع - أقل من خمس سنوات - في أيسلندا، وجمهورية مقدونيا اليوغوسلافية السابقة. والسويد ومالطة وسجل أكبر فارق بين الجنسين - أكثر من ١١ سنة - في الاتحاد الروسي، واستونيا، وبيلاروس، ولاتفيا، ولتوانيا. ويعكس ارتفاع مستويات معدل الوفيات والفوارق الكبيرة بين الجنسين في العمر المتوقع في أوروبا الشرقية فترة الركود الطويلة وانعكاس اتجاه انخفاض الوفيات الذي حدث في المنطقة منذ منتصف الستينات، لا سيما بالنسبة للذكور.

٤٣ - والفوارق بين الجنسين في العمر المتوقع في المناطق الأكثر نموا تعزى أساسا إلى الاتجاهات في الفوارق في وفيات الكبار والمسنين، حيث أن وفيات الرضع والأطفال في تلك المناطق لم تعد تؤثر منذ وقت طويل في العمر المتوقع. ويتبين من دراسة للفوارق بين الجنسين في معدلات الوفيات المصنفة حسب الفئة العمرية لمن تزيد أعمارهم على ٣٠ سنة في مجموعة من البلدان المتقدمة النمو أن نسبة الوفيات أعلى في حالة الذكور في كل الفئات العمرية في جميع البلدان. ويبلغ هذا الفارق في معدل الوفيات أقصاه عموما في بلدان أوروبا الشرقية. ويبلغ فارق الزيادة في وفيات الذكور أقصاه في الفئة العمرية ما بين سن الثلاثين والأربعين.

٤٤ - والفوارق بين الذكور والإناث في العمر المتوقع في المناطق الأقل نموا هي عموما أصغر من الفوارق في المناطق الأكثر نموا، وإن كانت هناك بلدان نامية تعادل فيها الفوارق في الوفيات الفوارق في المناطق الأكثر تقدما. وسجلت أصغر فوارق بين الجنسين في المناطق الأقل نموا في جنوب وسط آسيا، حيث كان العمر المتوقع للرجال يفوق العمر قليلا العمر المتوقع للنساء قبل عام ١٩٨٠، ولكن العمر المتوقع للإناث أصبح حاليا يفوق المتوقع للرجال بمقدار ١.١ سنة. ويقدر أن أكبر الفوارق بين الجنسين توجد في جنوب أمريكا والجنوب الأفريقي حيث تبلغ الزيادة فيها على التوالي ٦,٥ و ٦,٠ سنوات لصالح النساء.

٤٥ - ولم تركز معظم المؤلفات التي تتناول الفوارق بين الجنسين في معدل الوفيات في البلدان النامية على الفوارق في العمر المتوقع، الذي يمكن أن يكون متحيزا بسبب الافتراضات في تقدير معدل وفيات الكبار في البلدان التي لا تتوفر بشأنها سوى بيانات محدودة، بقدر ما ركزت على الفوارق بين الجنسين في وفيات الأطفال، أي وفيات الرضع والأطفال ومن هم دون سن الخامسة، التي تتوفر بشأنها قدر أكبر من البيانات. وفي معظم الفئات السكانية، يقل معدل الوفيات في حالة الرضع من الإناث عنه في حالة الرضع من الذكور، ويعزى ذلك إلى العوامل البيولوجية والوراثية (انظر الجدول ٤). ويظل هذا الفارق في معدل الوفيات مستمرا لصالح الإناث إلى ما بعد فترة الرضاعة، وإن كانت العوامل

البيئية، وليس البيولوجية هي التي يصبح لها التأثير الأكبر في الفوارق بين الجنسين في معدل الوفيات في مرحلة ما خلال الطفولة المبكرة ما بين سن الواحدة والرابعة. وفي بعض البلدان هناك عوامل أخرى تتغلب على هذه الميزة للبنات على الصبيان، ومنها التمييز ضد الفتيات على نحو يؤثر في صحتهن وبقائهن.

الجدول ٤ - تقديرات وفيات الرضع والأطفال، في العالم والمناطق الرئيسية، في ١٩٩٥-٢٠٠٠

معدل وفيات الرضع			احتمال الوفاة قبل سن الخامسة (في كل ألف مولود)		
			(في كل ألف مولود)		
المناطق الرئيسية	المجموع	الذكور	الإناث	المجموع	الذكور
المجموع العالمي،	٥٧	٨٠	٨٠	٨٠	٨٠
المناطق الأكثر نموا	٩	١١	١٣	١٠	١٠
المناطق الأقل نموا	٦٣	٨٧	٨٧	٨٨	٨٨
أقل البلدان نموا	٩٩	١٥٦	١٦٠	١٥١	١٥١
أفريقيا	٨٧	١٤٠	١٤٦	١٣٣	١٣٣
آسيا	٥٧	٧٤	٧١	٧٧	٧٧
أوروبا	١٢	١٤	١٦	١٢	١٢
أمريكا اللاتينية ومنطقة					
البحر الكاريبي	٣٦	٤٤	٤٩	٣٩	٣٩
أمريكا الشمالية	٧	٨	٩	٧	٧
أوقيانوسيا	٢٤	٣٢	٣١	٣٢	٣٢

المصدر: World Populations Prospects: The 1998 Revision, Vol.I, Comprehensive Tables (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع E.99.XIII.9).

٤٦ - وأكدت دراسة حديثة أجرتها الأمم المتحدة عن الفوارق بين الجنسين في وفيات الرضع والأطفال والعوامل المحددة لها في البلدان النامية في السبعينات والثمانينات، أن احتمال بقاء الرضع من الذكور على قيد الحياة أضعف من احتمال بقاء الرضع من الإناث في غالبية البلدان المشمولة بالدراسة. وفيما يتعلق بوفيات الأطفال (احتمال الوفاة بين سن الواحدة والخامسة)، توصلت الدراسة إلى ما يثبت أن هناك زيادة في وفيات الإناث غير مقصورة على منطقة بعينها. وتبين من متوسط مرجح لجميع البلدان أن هناك زيادة في وفيات الأطفال من الإناث في حدود ١٠ في المائة. وعلى الصعيد الإقليمي، تبين أن الفارق لغير صالح

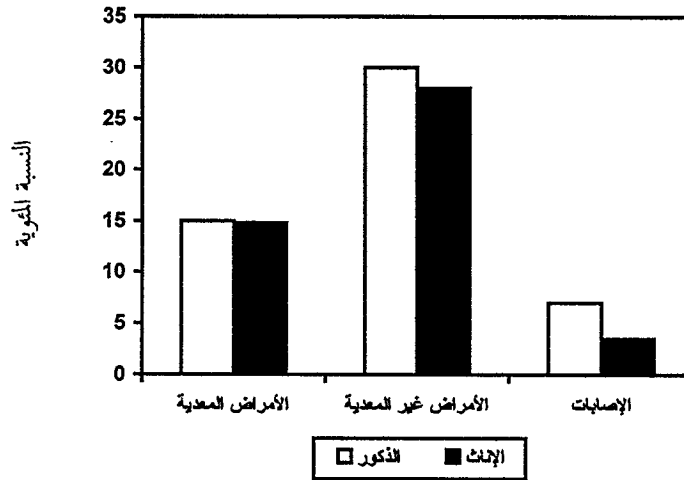
الإناث كان أشد ما يكون ارتفاعا في جنوب وسط آسيا وبقدر أقل في شمال أفريقيا وغربي آسيا. وفي جميع المناطق الأخرى، لم تظهر أنماط جغرافية واضحة للبلدان التي يوفى فيها معدل وفيات الأطفال من الإناث معدل وفيات الأطفال من الذكور، وإن كان يغلب في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي أن تنحصر هذه الفئة من البلدان في أمريكا الوسطى، أما في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى فإنها يغلب أن توجد في غرب ووسط أفريقيا. بيد أن الفارق لغير صالح الإناث في معظم هذه البلدان طفيف.

٤٧ - ويتبين من البيانات الحديثة المتعلقة بالتسعينات أنه على الرغم من أن وفيات الرضع والأطفال لا تزال تنخفض بالنسبة للصبيان والبنات فإن الزيادة في وفيات الأطفال من الإناث لا تزال سائدة في بعض البلدان. ولا تزال البنات هن الأكثر وفاة مقارنة بالصبيان في جنوب وسط آسيا وبدرجة أقل في شمال أفريقيا وغربي آسيا.

٤٨ - ولدى دراسة العوامل المحددة للزيادة في وفيات الأطفال من الإناث، لم تتوصل دراسة الأمم المتحدة إلى وجود إهمال منتظم للفتيات فيما يتعلق بالتغذية حتى في البلدان التي فيها ما يدل بوضوح على عدم تكافؤ الإناث بالذكور من حيث نسبة البقاء على قيد الحياة. وكانت النتائج متفاوتة أكثر شيئا ما فيما يتعلق باستخدام الخدمات الصحية. ففي البلدان التي يشتد فيها الفارق لغير صالح البنات، هناك ما يدل على وجود ممارسات تمييزية تتعلق بالحصول على الرعاية الوقائية والعلاجية. ومما يثير الدهشة أنه ليس هناك دليل ثابت على أن تعليم الأمهات يخفف من الفوارق بين الجنسين في الوقاية من المرض والعلاج على الرغم من أنه ثبت أن التعليم له تأثير كبير على بقاء الأطفال. وبصورة عامة، تبين من نتائج الدراسة أن العوامل المحددة لزيادة وفيات الأطفال من الإناث عوامل معقدة، كما أنه لم يتسن التوصل إلى دليل قاطع على الأسباب الفعلية لذلك. وهذا ما يؤكد أهمية توخي الحذر من التفسيرات المغالية في التبسيط التي تعزو الزيادة في وفيات الإناث إلى التمييز بين الجنسين.

٤٩ - وفيما يتعلق بأسباب الوفاة، يتبين من التقديرات العالمية لتوزيع الوفيات لعام ١٩٩٨ بحسب الجنس والمجموعات الثلاث العامة لأسباب الوفاة (الشكل الأول) أن الأمراض غير المعدية هي إلى حد كبير أهم أسباب الوفاة للذكور والإناث، إذ يعزى إليها نحو ٥٩ في المائة من مجموع الوفيات في عام ١٩٩٨. ويقدر أن ٣٠ في المائة من الوفيات تعزى إلى الأمراض المعدية و ١١ في المائة منها إلى الإصابات.

الشكل الأول - توزيع الوفيات بحسب الجنس والمجموعات العامة
لأسباب الوفاة، في العالم، في عام ١٩٩٨



المصدر: World Health Organization, *The World Health Report 1999: Making a Difference* (Geneva, 1999), annex table 2.

٥٠ - وعلى الرغم من أن البيانات الواردة في الشكل الأول تظهر أن احتمال الوفاة بسبب الأمراض المعدية وغير المعدية متساو تقريبا بين الذكور والإناث، فإن هناك فوارق كبيرة بين الجنسين في الوفيات الناشئة عن أسباب محددة. وفيما يتعلق بالأمراض المعدية، يزيد احتمال وفاة الذكور بسبب الأمراض المعدية والطفيلية عن احتمال وفاة الإناث. ويعزى إلى مرض السل وحده زيادة في وفاة الذكور بنسبة ٤٩ في المائة. ومن الأمراض غير المعدية، فإن أمراض القلب والشرايين والأورام الخبيثة هي أولى أسباب الوفيات بالنسبة للذكور والإناث. ويقدر أن عدد الذكور الذين يتوفون بسبب الأورام الخبيثة يفوق عدد الإناث بنسبة ٣٢ في المائة. وفي أوساط النساء، يتسبب سرطان الصدر وسرطان الجهاز التناسلي في أكبر عدد من الوفيات بسبب السرطان.

٥١ - ويفوق عدد وفيات الإناث بسبب أمراض القلب والشرايين عدد وفيات الذكور. والسبب الأول في زيادة وفيات الإناث بسبب أمراض القلب والشرايين هو الوفيات في سن السبعين فما فوق حيث يفوق عدد وفيات الإناث وفيات الرجال بنسبة ٣٦ في المائة. وعلى العكس من ذلك، فإن وفيات الذكور بسبب أمراض القلب والشرايين في سن ما بين ٣٠ و ٥٩ سنة يفوق عدد وفيات الإناث بنسبة تفوق ٥٠ في المائة. ويفهم من ذلك أن أمراض

القلب والشرابين أصبحت هي السبب الرئيسي في وفيات الإناث، ليس لأن النساء أكثر إصابة بهذه الأمراض ولكن لأن هناك عددا أكبر منهن يبقين على قيد الحياة حتى يبلغن مرحلة تصبح فيها أمراض القلب والشرابين هي السبب الرئيسي للوفاة.

٥٢ - وتعد الإصابات سببا هاما من أسباب وفيات الرجال الأصغر سنا. ففي عام ١٩٩٨، قدرت الوفيات بسبب الإصابات بـ ٥,٨ ملايين حالة وفاة وقد سجل ثلثاها، أي ٣,٨ ملايين حالة وفاة بين الرجال. ويفوق عدد الرجال ضعف عدد النساء في ضحايا حوادث الطرق. أما في ضحايا القتل والعنف، فإن عدد الرجال يقارب أربعة أمثال عدد النساء.

٥٣ - ولم تدرك بصورة واضحة العوامل الكامنة وراء ارتفاع معدل وفيات الذكور بالمقارنة بالإناث من جراء معظم الأمراض المعدية رغم أنه يبدو أن الاختلافات بين الجنسين من الناحية البيولوجية، فضلا عن الاختلافات في مدى مشاركة الذكور والإناث في العلاقات مع الآخرين، تساهم في إيجاد فوارق بين الجنسين من حيث معدلات الوفاة. أما فيما يتعلق بالأمراض غير المعدية والإصابات، فهناك دليل واضح على أهمية العوامل السلوكية بالنسبة للفوارق بين الجنسين من حيث معدل الاعتلال ومعدل الوفيات. ففي بلدان أوروبا الشرقية، اعتبرت أنماط السلوك الخطرة لدى الذكور، ولا سيما الإفراط في تعاطي الكحول والتدخين من بين هذه العوامل. ويعتبر التدخين من المخاطر التي تهدد حياة الذكور أكثر مما تهدد حياة الإناث. وعلى الصعيد العالمي، تفوق حالات الوفاة المرتبطة بالتدخين لدى الرجال حالات الوفاة لدى النساء بأربعة أمثال. غير أنه بالنظر إلى ارتباط الوفيات الحالية بالاستهلاك في الماضي وزيادة انتشار التدخين لدى النساء في السنوات الأخيرة، يتوقع أن تمتد العواقب الصحية لتشمل عددا أكبر من النساء. فسرطان الرئة يعتبر بالفعل أكثر الأسباب شيوعا للوفاة بالسرطان لدى النساء في الولايات المتحدة الأمريكية ويزيد انتشار هذا الداء في البلدان التي شرعت فيها النساء في التدخين منذ أمد طويل. وبما أن المزيد من النساء يمارسن التدخين، فقد أصبح الاعتلال والوفاة المرتبطين بالتدخين من التهديدات الكبرى لاستمرار ميزة طول العمر المتوقع للإناث بالمقارنة بالذكور.

٥٤ - وما زالت المضاعفات المرتبطة بالحمل والولادة من بين الأسباب الرئيسية لوفيات النساء في سن الإنجاب في عدة أجزاء من العالم النامي. وحسب التقديرات التي أصدرتها مؤخرا منظمة الصحة العالمية، سجلت حوالي ٥٠٠ ٠٠٠ حالة وفاة لدى النساء في عام ١٩٩٨ لأسباب ترتبط بالحمل، منها أكثر من ٩٩ في المائة في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل. ورغم أن هناك ما يدل على أن معدل وفيات الأمهات قد انخفض في

البلدان التي شهدت انخفاضاً في المعدل العام للوفيات، فمن الصعب قياس التقدم في البلدان التي يعتبر فيها المشكل أعوص بسبب انعدام البيانات الموثوق بها. ويكمن السبب المباشر للمضاعفات واعتلال الصحة والوفاة المرتبطة بالحمل في عدم كفاية الرعاية المقدمة للمرأة أثناء فترة الحمل والولادة. وتشمل العوامل التي تساهم في ارتفاع معدل وفيات الأمهات انحطاط منزلة المرأة وضعف صحتها وعدم كفاية التغذية المقدمة لها. وثمة عوامل أخرى تساهم في ارتفاع معدل وفيات الأمهات في البلدان النامية وتتمثل في انعدام التعليم ونقص المعلومات بشأن العلامات المنذرة بمضاعفات خلال فترة الحمل.

٥٥ - وما زال تنفيذ محاولات دمج المنظور الجنساني في السياسة الصحية في بدايته. ورغم إحراز بعض التقدم في تحديد المجالات ذات الأولوية، فقد تبين صعوبة تعبئة الموارد لدمج المنظور الجنساني في عدة بلدان، ولا سيما في البلدان النامية، حيث تواجه النظم الصحية صعوبات هيكلية ومالية حمة وتخضع لإصلاحات كبيرة. وقد ركزت الجهود الهادفة إلى دمج المنظور الجنساني في القطاع الصحي تركيزاً كبيراً على قضايا صحة المرأة. وقلما توجد سياسات وبرامج مراعية للفوارق بين الجنسين تعالج جوانب أخرى من جوانب الصحة. وتعتبر المبادرات الهادفة إلى تعزيز الصحة والحيلولة دون نشوء بعض الأوضاع المؤثرة على نمط الحياة من قبيل حملات مكافحة التدخين، أمثلة واضحة على انعدام المنظور الجنساني. وقد ثبت الآن أن الأنماط السلوكية مثل العادات الغذائية وممارسة التدخين وتعاطي الكحول التي لها تأثير كبير على صحة الأفراد والجماعات كثيراً ما تكون مرتبطة بنوع الجنس. غير أنه باستثناء الحملات التي تستهدف الحوامل، فإن حملات مكافحة التدخين لم تأخذ المنظور الجنساني في الاعتبار. كما أن حملات منع تعاطي الكحول لم تستهدف البتة أحد الجنسين على وجه التحديد رغم أن هناك عدة برامج لإعادة التأهيل استهدفت ضمناً الرجال.

٥٦ - ويرى أكثر من ثلثي حكومات البلدان النامية ونصف حكومات البلدان المتقدمة النمو التي ردت على استقصاء الأمم المتحدة الثامن بشأن السكان والتنمية أن معدلات وفيات الأمهات بها مرتفعة بشكل غير مقبول. وتشير جميع البلدان إلى أنها قد اتخذت تدابير لخفض هذه المعدلات. وتصب معظم التدابير التي اتخذتها الحكومات في مجالي الرعاية قبل الولادة، والإعلام والتعليم والاتصال. ورغم أن المبادرات الهادفة إلى تخفيض معدلات وفيات الأمهات واعتلائهن تستند إلى المسلمة التي مفادها أن أهم العوامل المحددة لصحة الأم وبقائها هو مدى استفادتها من الرعاية الولادية الأساسية، فإن المعلومات بشأن الإجراءات الحكومية تفيد أن خدمات الإسعاف الولادية لا تحظى بالأولوية العليا. وعلاوة على ذلك، تشير نتائج البحوث إلى أن البرامج التي هي من قبيل برامج تدريب القابلات التقليديات، لم يكن لها حتى الآن إلا أثر طفيف على وفيات الأمهات في معظم العالم النامي. وقد بات من الواضح

أن فعالية المبادرات الهادفة إلى تخفيض معدل وفيات الأمهات مرهونة بتعزيز نظام الرعاية الصحية بصورة شاملة.

٥٧ - ويدعو برنامج العمل إلى القضاء على جميع أشكال العنف ضد المرأة، بما في ذلك العنف الأسري وختان الإناث. ولم يشرع معظم البلدان إلا مؤخرًا في صياغة مناهج عمل لاكتشاف حالات العنف الأسري ومنع حدوثه. وتعد أمريكا اللاتينية من بين المناطق التي شهدت مؤخرًا تطورات ملموسة. فقد أقرت بلدان أمريكا الوسطى السبعة فيما بين عامي ١٩٩٥ و ١٩٩٧، تشريعًا بشأن العنف الأسري. كما أنشأ عدد من البلدان وحدات شرطة خاصة للتصدي للعنف الجنساني والعنف داخل الأسرة (الأرجنتين والبرازيل وبيرو ونيكاراغوا). وجرت داخل المدارس ومرافق الرعاية الصحية بعض المبادرات لتحسين اكتشاف الحالات عن طريق استهداف الفئات المعرضة للخطر كالمراهقين أو بناء على معايير لدرجة الخطورة، غير أنه يصعب حتى الآن تقييمها. وفي المدن الكبرى، خصصت خطوط هاتفية مباشرة سواء في المصالح العامة أو من قبل المنظمات غير الحكومية بغية الوصول إلى ضحايا الاعتداء الأسري. كما قام عدد من المنظمات غير الحكومية بفتح أماكن إيواء وجمع الأموال لتقديم دعم اقتصادي قصير الأجل للنساء اللاتي يتعرضن للاعتداء. وفيما يتعلق بالرعاية، قام عدد من البلدان سواء في العالم المتقدم النمو أو النامي بوضع معايير وبروتوكولات تحدد المبادرات الطبية البيولوجية والعقلية الموجهة إلى ضحايا العنف الأسري والاعتداء الجنسي. ومن بين هذه المحاولات هناك برنامج ماليزيا الاستشفائي المسمى "مراكز الرعاية الشاملة" الذي يعد مبتكرًا ودقيقًا لمعالجة مشكلة العنف الأسري.

٥٨ - وقد دعم توافق الآراء القوي الذي تم التوصل إليه خلال المؤتمرات الدولية الأخيرة لمكافحة ممارسات ختان الأنثى المبادرات الوطنية والدولية الهادفة إلى وضع حد لهذه الممارسة. فقد أقر عدد من الدول الأفريقية تشريعات تحظر و/أو تجرم ممارسات ختان الأنثى: غانا (١٩٩٤)، وبوركينا فاسو (١٩٩٦) وكوت ديفوار (١٩٩٨). وفي عام ١٩٩٧، نقضت المحكمة الإدارية المصرية العليا حکما صادرا عن محكمة أدنى كانت قد رفضت تطبيق مرسوم حكومي صادر في عام ١٩٩٦ يحظر على العاملين الصحيين ختان الإناث. وقد حاولت معظم البلدان معالجة هذه القضية بوسائل أخرى غير القوانين الجنائية كالتخفيف من الممارسة عن طريق حملات إعلامية تشدد على العواقب الضارة بالصحة. ومن بين هذه الأنشطة، تعد الطقوس غير الضارة البديلة التي روجتها المنظمات غير الحكومية بالتشارك مع القيادات التقليدية في أربع مقاطعات في كينيا وفي منطقة كيشوروا في أوغندا، نجحا مبتكرًا في مجال الاتصال. وقد قامت عدة بلدان تضم مهاجرين أفارقة هي: استراليا والدايمرك وفرنسا وكندا والترويج وهولندا والولايات المتحدة الأمريكية (٨ ولايات فيها) -

إما بإقرار تشريع يحظر ختان الإناث أو بتوضيح عدم قانونية هذه الممارسة بموجب القانون الجنائي.

فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)

٥٩ - مع نهاية عام ١٩٩٩، كان عدد المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية يقدر بـ ٣٣,٦ مليون شخص (الجدول ٥). وخلال السنة، أصبح مصابا بالفيروس حوالي ٦.٦ ملايين شخص. ويعيش أكثر من ٩٥ في المائة من المصابين بالفيروس في العالم النامي. ويحدث ٩٥ في المائة أيضا من الوفيات بسبب الإيدز في البلدان النامية، ولا سيما في أوساط الشبان البالغين الذين يكونون عادة في فترة الذروة الإنتاجية والإنجابية. وقد أودى وباء الإيدز حتى الآن بحياة أكثر من ١٦ مليون شخص.

٦٠ - وبحلول نهاية عام ١٩٩٩، كان الرجال يمثلون ٥٤ في المائة من مجموع الأشخاص الحاملين لفيروس نقص المناعة البشرية/المصابين بالإيدز الذين تتجاوز أعمارهم ١٥ سنة. ومن الاتجاهات المقلقة لوباء الإيدز تزايد وتيرة إصابة النساء والبنات بهذا الداء. ففي أفريقيا، تشكل النساء أغلبية البالغين المصابين بالفيروس. وفي بعض البلدان الأكثر تأثرا، يفوق عدد النساء المصابات بالفيروس عدد الرجال بست عشرة مرة في فئات صغار السن. وعلاوة على ذلك، ليس هناك ما يشير إلى تحسين هذا الاتجاه في المستقبل.

٦١ - وليس مفهوما تماما لماذا يفوق عدد النساء المصابات بالفيروس عدد الرجال. ومن الواضح أن هناك مجموعة من العوامل التي تؤثر في ذلك، منها أن الفيروس ينتقل بسهولة عن طريق الاتصال الجنسي من الرجل إلى المرأة أكثر من المرأة إلى الرجل. غير أن أحد العوامل الرئيسية يكمن بالتأكيد في اختلاف الأنماط العمرية للإصابة بالفيروس بين الرجال والنساء. فالمرأة معرضة للإصابة في سن أقل بكثير من سن الرجل، وذلك لأسباب بيولوجية وثقافية معا. وتفيد دراسات أجريت مؤخرا على عدد من الفئات السكانية الأفريقية، بأن احتمال إصابة الفتيات اللواتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ١٩ سنة بفيروس نقص المناعة البشرية يفوق مثيله لدى الشبان من نفس الفئة العمرية بخمسة أو ستة أمثال. إلا أن معدل الإصابة لدى الرجال يدرك مثيله لدى النساء في نهاية المطاف، لكن ليس قبل أن يبلغوا أواخر العشرينات أو أوائل الثلاثينات من العمر. ومن الواضح أن الرجال الأكبر سنا - الذين كثيرا ما يُكرهون الفتيات على ممارسة الجنس أو يستميلوهن بإغداق الهدايا عليهن - هم المصدر الرئيسي لإصابة المراهقات بالفيروس.

الجدول ٥ - إحصاءات وخصائص فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز حسب المناطق، كانون الأول/ديسمبر ١٩٩٩

المنطقة	بداية الوباء	البالغون والأطفال الحاملون للفيروس/ المصابون بالإيدز	البالغون والأطفال المصابون مؤخرًا بالفيروس	نسبة الانتشار لدى البالغين (نسبة مئوية)	النسبة المئوية للنساء من البالغين الحاملين للفيروس	طرق انتقال الفيروس الرئيسية إلى البالغين الحاملين للفيروس
أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى	أواخر السبعينات أوائل الثمانينات	٣ ٣٠٠ ٠٠٠	٣ ٨٠٠ ٠٠٠	٨,٠٠	٥٥	عن طريق الاتصال الجنسي غير المثلي
شمال أفريقيا وغربي آسيا	أواخر الثمانينات	٢٢٠ ٠٠٠	١٩ ٠٠٠	٠,١٣	٢٠	عن طريق حقن المخدرات، وعن طريق الاتصال الجنسي غير المثلي
جنوب آسيا وجنوب شرق آسيا	أواخر الثمانينات	٦ ٠٠٠ ٠٠٠	١ ٣٠٠ ٠٠٠	٠,٦٩	٣٠	عن طريق الاتصال الجنسي غير المثلي
شرق آسيا والمحيط الهادئ	أواخر الثمانينات	٥٣٠ ٠٠٠	١٢٠ ٠٠٠	٠,٦٨	١٥	عن طريق حقن المخدرات، وعن طريق الاتصال الجنسي غير المثلي، وعن طريق الاتصال الجنسي بين الرجال
أمريكا اللاتينية	أواخر السبعينات أوائل الثمانينات	١ ٣٠٠ ٠٠٠	١٥٠ ٠٠٠	٠,٥٧	٢٠	عن طريق الاتصال الجنسي بين الرجال، وعن طريق حقن المخدرات، وعن طريق الاتصال الجنسي غير المثلي
منطقة البحر الكاريبي	أواخر السبعينات أوائل السبعينات	٣٦٠ ٠٠٠	٥٧ ٠٠٠	١,٩٦	٣٥	عن طريق الاتصال الجنسي غير المثلي، وعن طريق الاتصال الجنسي بين الرجال
أوروبا الشرقية ووسط آسيا	أوائل التسعينات	٣٦٠ ٠٠٠	٩٥ ٠٠٠	٠,١٤	٢٠	عن طريق حقن المخدرات، وعن طريق الاتصال الجنسي بين الرجال
أوروبا الغربية	أواخر السبعينات أوائل الثمانينات	٥٢٠ ٠٠٠	٣٠ ٠٠٠	٠,٢٥	٢٠	عن طريق الاتصال الجنسي بين الرجال، وعن طريق حقن المخدرات
أمريكا الشمالية	أواخر السبعينات أوائل الثمانينات	٩٢٠ ٠٠٠	٤٤ ٠٠٠	٠,٥٦	٢٠	عن طريق الاتصال الجنسي بين الرجال، وعن طريق حقن المخدرات، وعن طريق الاتصال الجنسي غير المثلي
أستراليا ونيوزيلندا	أواخر السبعينات أوائل الثمانينات	١٢ ٠٠٠	٥٠٠	٠,١٠	١٠	عن طريق الاتصال الجنسي بين الرجال، وعن طريق حقن المخدرات
المجموع		٣ ٣ ٦٠٠ ٠٠٠	٥ ٦٠٠ ٠٠٠	١,١٠	٤٦	

المصدر: المنشور الصادر في كانون الأول/ديسمبر ١٩٩٩ عن برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) ومنظمة الصحة العالمية المعنون: "AIDS epidemic update"، (جنيف، كانون الأول/ديسمبر ١٩٩٩).

(أ) نسبة البالغين ما بين ١٥ و ٤٩ سنة الحاملين لفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) في عام ١٩٩٩، من خلال الإحصاءات الديمغرافية لعام ١٩٩٨.

٦٢ - ورفض ممارسة الجنس دون وقاية يمثل أمرا عسيرا على الفتيات اللواتي يعتمدن اقتصاديا واجتماعيا على شركائهن الذكور، ويخشين التبعات العنيفة التي قد تترتب على هذا الرفض، ويوجدن في موقف ضعيف لا يتيح لهن المطالبة بأن تكون الممارسة الجنسية مأمونة. وتشجع الخرافات والمعتقدات المحلية الرجال الأكبر سنا والأنشط جنسيا على البحث عن شريكات جنسيات أصغر سنا، الأمر الذي يفسر تزايد الإصابات بالأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي وبفيروس نقص المناعة البشرية لدى الفتيات صغيرات السن بالمقارنة بالشباب من نفس العمر. وعلاوة على ذلك، أخذت المرأة في بعض البلدان تبدأ النشاط الجنسي في سن أصغر، غير مدركة لمخاطر فيروس نقص المناعة البشرية والأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي.

٦٣ - والعلاقات غير المتساوية بين الجنسين التي تحد من قدرة المرأة على حماية نفسها بشكل كاف من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية متأصلة في الظروف الاجتماعية - الاقتصادية التي يواجه فيها العديد من النساء التمييز منذ أن يولدن فصاعدا. فالمرأة، بشكل عام، أقل تعلمًا من شريكها وتفتقر إلى الفرص الاقتصادية وإمكانية الوصول إلى الموارد المنتجة، فضلا عن محدودية سبل وصولها إلى المعلومات المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية. وهذه الفوارق والأوضاع المحففة التي تعانيها المرأة بسبب نوع جنسها تضيف إلى ما يحيق بها من ضعف بيولوجي إزاء هذا الفيروس.

٦٤ - وتتأثر المرأة متأثرا غير متناسب بالفيروس/الإيدز. فعندما تنشأ في الأسرة المعيشية أو العمل أو مزرعة الأسرة واجبات جديدة بسبب مرض أحد أفراد الأسرة، تكون البنت هي أول من يُقتلع من المدرسة لتجد نفسها معرضة بصورة خاصة لممارسة الجنس لقاء المال أو غيره من الموارد. ونتيجة لأن المرأة هي المصدر الرئيسي للرعاية فإنها تتحمل بصورة متزايدة عبء رعاية من يتيم من جراء الإيدز من أفراد أسرتها الموسعة وتضطلع في كثير من الأحيان بدور رئيس الأسرة، مما يجعلها تواجه القيود التي تفرضها أوجه التفاوت الاجتماعي - الاقتصادي الأوسع نطاقا. ويتزايد الخطر المحدق بالأمن الغذائي للأسرة المعيشية في المجتمعات المحلية الزراعية حين تمرض المرأة، لكونها المسؤولة عن زراعة الكفاف التي تتقوت بها الأسرة. وفي الوقت نفسه، فإنه حين تمرض المرأة التي تعيش في فقر تكون فرصتها في الوصول إلى الرعاية الصحية أقل من فرصة الرجل؛ بل إنها تفضل، في العديد من الحالات، عدم التماس خدمات الرعاية، خوفا من التعبير والتمييز الاجتماعيين ومن انصراف أسرتها عنها.

٦٥ - ولا تزال الهجرة من الريف إلى الحضر من أجل العمالة مرتبطة بتفشي فيروس نقص المناعة البشرية. فحين يبعد الرجل عن أواصره الزوجية والأسرية، يبحث عن شريكات

جنسيات في محيط عمله في معظم الأحيان، معرضا للخطر لا نفسه فحسب بل تلك الشريكات أيضا. ولدى عودته إلى أسرته المعيشية في الريف ومعاودته للعلاقة الجنسية، يزيد من إمكانية نقل الفيروس إلى زوجته وإلى مجتمعه المحلي.

٦٦ - وفي حين أن انخراط النساء والمراهقات في البلدان النامية في القطاعات الاقتصادية المنتجة، مثل الصناعة التحويلية والسياحة، سواء بوصف المعيل الرئيسي للأسرة أو لزيادة دخل الأسرة، يعتبر خطوة إيجابية نحو زيادة استقلالهن الاقتصادي، فإن هذه الهجرة تفرض عليهن تحديات جديدة. فكثير منهن يقمن علاقات جنسية جديدة متشابكة تفتقر إلى سمات الحماية والدعم التي توفرها الأسر والمجتمعات القروية، الأمر الذي يزيد من تعرضهن للإصابة بالأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي وبفيروس نقص المناعة البشرية.

٦٧ - وقد سبب فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز نكسة في الجهود الإنمائية في البلدان المتفشي فيها بدرجات عالية. وفي البلدان التي وصل فيها هذا الوباء إلى عامة السكان، يقدر أنه حدثت انخفاضات في معدل العمر المتوقع تتراوح بين ١٠ سنوات و ٢٠ سنة. كذلك فإن عدم التحسن في معدل وفيات الأطفال، نتيجة لانتقال المرض من الأم إلى الطفل سيكون عنصرا كاجبا لعملية التنمية في هذه البلدان. وعشر المصابين الجدد في عام ١٩٩٩ جاءت لهم العدوى من أمهاتهم.

٦٨ - وسيؤثر فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز تأثيرا واضحا على البنى الأساسية لتنظيم الرعاية الصحية التي هي مجهددة أصلا ومثقلة بالأعباء. ويتوقع أن تزيد نفقات ميزانيات الصحة العامة، المخصصة لتدابير علاج الإيدز، ولا سيما في أفريقيا، بنسبة تتراوح بين ٣٥ و ٦٥ في المائة. كما أن فقدان الموظفين المديرين وغيرهم من مقدمي الرعاية الصحية سيضعف بصورة خطيرة مستوى ونوعية الرعاية الصحية في أفريقيا.

٦٩ - وتزايد اليتيم هو جانب من أكثر جوانب هذا الوباء إثارة للحزن. فبحلول نهاية عام ١٩٩٩. تيتيم من جراء الإيدز ١١,٢ مليون طفل دون سن الـ ١٥، تعيش نسبة ٩٥ في المائة منهم في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. وهياكل الأسرة الموسعة، المنهكة بالفعل من جراء التحضر والهجرة بحثا عن العمل، غير قادرة على أداء دورها التقليدي كآليات للنفوس بعبء هذه المشكلة. ومن المستبعد أيضا أن يكون لدى الخدمات الاجتماعية وخدمات الرعاية في العديد من بلدان هذه المنطقة القدرة على توفير الرعاية والدعم اللذين تحتاج إليهما هذه الأعداد الكبيرة من الأطفال اليتامى.

٧٠ - وقد اتبعت ثلاثة مناهج عمل رئيسية من أجل تحسين الوقاية والعلاج من الأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، هي: دمج

الخدمات المتعلقة بالأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي والفيروس/الإيدز في الخدمات الصحية الأولية والمجتمعية القائمة، واستحداثات تكنولوجيات جديدة، وتعزيز المساواة بين الجنسين في العلاقات الجنسية والأسرية. وقد جرى الترويج لدمج هذه الخدمات بوصفه وسيلة لإزالة الحواجز الجنسانية التي تحول دون الحصول على العلاج، ولجعل الخدمات المتعلقة بالأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي والفيروس/الإيدز متوافرة ومتاحة لعدد أكبر من الناس الذين يستفيدون منها حالياً، ولا سيما للنساء غير المتزوجات والمراهقات النشطات جنسياً. ففي البلدان النامية، يقتصر توفير هذه الخدمات على عيادات تقديم الرعاية السابقة للولادة، التي تشكل الجهاز الوطني لمراقبة فيروس نقص المناعة البشرية. وتبذل الجمعيات الوطنية لتنظيم الأسرة في عدة بلدان جهوداً مهمة لتكميل الجهود الحكومية.

٧١ - وهناك أيضاً تكنولوجيات جديدة بدأت تصبح متاحة ويرجح أن تساعد المرأة على حماية نفسها. فيجري حالياً تسويق الرفال الأنثوي في أكثر من ٣٠ بلداً، ويزداد الاعتراف بصلاحيته من حيث أنه يعطي المرأة قدرة التحكم الشخصي في سياق الفعل الجنسي ويعزز قدرتها على حماية نفسها من الأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي ومن الفيروس/الإيدز. وفي السنوات الخمس الماضية، طرأت زيادة كبيرة على عدد المنتجات المبيدة للجراثيم، التي يجري اختبارها. إلا أن التجارب الميدانية للمنتجات الحالية المبيدة للجراثيم داخل المهبل لا تزال مخيبة للآمال بعض الشيء.

٧٢ - وشرعت أغلبية البلدان في شن حملات للإعلام والاتصال للدعوة إلى المساواة بين الجنسين في العلاقات الجنسية والأسرية. وجرت في عدد من البلدان محاولات لربط برامج التدريب على مهارات العلاقات الاجتماعية بالترويج للرفالات وتوزيعها. وثبتت أيضاً فعالية التثقيف عن طريق الأقران في استهداف فئات محددة من الرجال والنساء. وبالإضافة إلى ذلك، جرت محاولات قليلة للذهاب إلى أبعد من أنشطة الوقاية التقليدية لمعالجة الأسباب الاقتصادية الأساسية للضعف المرتبط بنوع الجنس.

ثالثاً - الشيخوخة ونوع الجنس

٧٣ - لا تتسم شيخوخة السكان بأنها "متعادلة جنسانياً"، في بعض الجوانب الديمغرافية الأساسية. فالتطور إلى بنية سكانية أكبر سناً يخل بالتوازن بين عددي الرجال والنساء في مجموع السكان. ففي الفئة العمرية من ٦٠ سنة فما فوق، يوجد حالياً ٣٣٤ مليون امرأة و ٢٧١ مليون رجل، أي ما يكافئ ١,٢ امرأة مقابل كل رجل (الجدول ٦). وترتفع هذه النسبة من ١,١ امرأة مقابل كل رجل في الفئة العمرية من ٦٠ إلى ٦٩ سنة، إلى ١,٨ امرأة مقابل كل رجل لمن هم في الثمانينات من العمر، وإلى ٢,٩ امرأة مقابل كل رجل لمن هم في

التسعينات من العمر، وإلى ٤ نساء مقابل كل رجل لمن تجاوز عمرهم مائة سنة من العمر. وهذه الأغلبية الأثوية في فئات السن المتقدمة تناقض النمط السائد في الفئات الأصغر سناً، حيث يشكل الذكور الأغلبية. ويعزى هذا الأمر إلى أن المواليد الذكور أكثر من المواليد الإناث - بمتوسط يناهز ١٠٥ ذكور مقابل كل ١٠٠ أنثى. بيد أنه نتيجة لأن معدلات الوفيات، فيما خلا استثناءات قليلة، أعلى في حالة الذكور، فإن الأغلبية تصبح للنساء في الفئات الأكبر سناً. أما على صعيد العالم ككل، فعدد النساء يفوق عدد الرجال في جميع الأعمار التي تتجاوز ٥٤ سنة.

الجدول ٦ - سكان العالم من سن ٦٠ سنة فما فوق، حسب نوع الجنس، ونسب المسنات إلى المسنين، في عامي ٢٠٠٠ و ٢٠٥٠

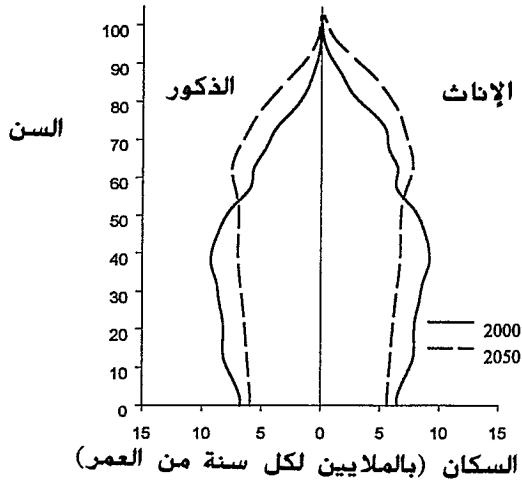
٢٠٥٠			٢٠٠٠			الفئة العمرية
النسبة (الإناث/الذكور)	الذكور	الإناث	النسبة (الإناث/الذكور)	الذكور	الإناث	
١,٢	٩٠٦,٥	١٠٦٣,٣	١,٢	٢٧٠,٩	٣٣٤,٣	٦٠ سنة فما فوق
١,٠	٤٦٧,٢	٤٨٢,١	١,١	١٦١,٨	١٧٦,٦	٦٠ - ٦٩ سنة
١,٢	٢٩٩,١	٣٥١,١	١,٣	٨٥,١	١١٢,٢	٧٠ - ٧٩ سنة
١,٥	١٢٣,٧	١٨٧,٦	١,٨	٢٢,٠	٣٩,٥	٨٠ - ٨٩ سنة
٢,٥	١٦,٢	٤٠,٧	٢,٩	٢,٠	٥,٩	٩٠ - ٩٩ سنة
٥,٤	٠,٣٤	١,٨٥	٤,٠	٠,٠٣	٠,١٢	١٠٠ سنة فما فوق

المصدر: التوقعات السكانية العالمية: تنقيح عام ١٩٩٨، المجلد الثاني، نوع الجنس والسن (بالانكليزية فقط) (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع E.99.XIII.8).

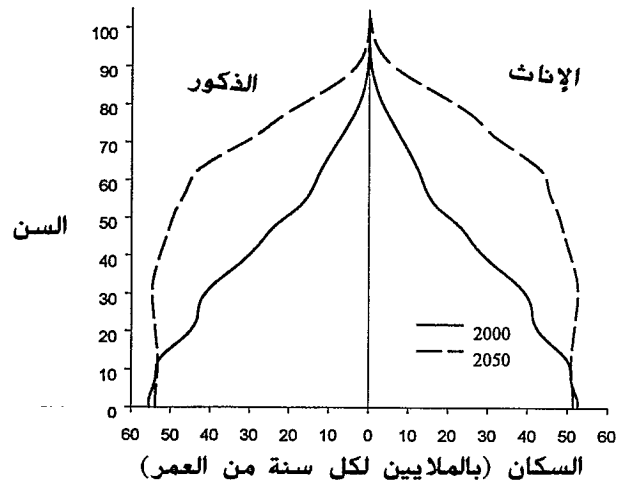
٧٤ - ويتسم تفوق المرأة من حيث العدد في الفئات الأكبر سناً بأنه أكبر في المناطق الأكثر نمواً منه في المناطق الأقل نمواً، مما يعكس الفجوة الأكبر نسبياً بين الجنسين في معدلات الوفيات في المجموعة الأولى (الشكل الثاني). ومن المتوقع أن يطرأ انخفاض طفيف على نسب الإناث إلى الذكور في معظم الفئات الأكبر سناً، إلا أن عدد كبيرات السن سيظل يفوق بقدر كبير عدد الرجال كبار السن في عام ٢٠٥٠. وكما أن العدد المطلق لكبيرات السن اللائي سيضفن إلى عدد السكان سيفوق عدد الرجال إلى حد كبير: فبين عامي ٢٠٠٠ و ٢٠٥٠ يتوقع أن يزيد عدد الإناث بمقدار ٧٢٩ مليوناً وأن يزيد عدد الذكور بمقدار ٦٣٦ مليوناً. وفي حين أن من الواضح أن الزيادة في احتمال البقاء حتى سن متقدمة ناجمة عن انخفاض الوفيات في المراحل العمرية الأصغر، فإن العقود الأخيرة شهدت أيضاً تحسينات في معدلات وفيات كبار السن، بمن فيهم المعمرين، وقد ظلت هذه الاتجاهات حتى الآن موالية للنساء أكثر منها للرجال.

الشكل الثاني - توزيع السكان حسب السن ونوع الجنس، في المناطق الأكثر نمواً والمناطق الأقل نمواً، في عامي ٢٠٥٠ و ٢٠٠٠

المناطق الأكثر نمواً



المناطق الأقل نمواً



المصدر: التوقعات السكانية العالمية: تنقيح عام ١٩٩٨، المجلد الثاني، نوع الجنس والسن (بالانكليزية فقط) (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع E.99.X III.8).

٧٥ - وإن عدم توفر بيانات موثوقة وقابلة للمقارنة دولياً أعاق الجهود الرامية إلى دراسة الوضع الصحي للرجال والنساء الأكبر سناً. وتعزى هذه الحالة إلى عدة عوامل، منها مشكلات تحديد الوضع الصحي في الأعمال المتقدمة، واستبعاد كبار السن من الدراسات الطبية الواسعة النطاق، وتعدد الأحوال المرضية في الشيخوخة، والجيوب التي يوجد فيها تمييز بسبب الشيخوخة. ويجري تطبيق نهج يشمل الدورة العمرية للصحة والرعاية الصحية على صحة كبار السن. ويؤكد هذا النهج على الصلات بين الصحة في الشيخوخة والصحة على امتداد العمر، منذ مرحلة الوجود في الرحم، ومؤداه أن الوضع الصحي لكبيرات السن، خصوصاً في البلدان التي تسود فيها تباينات جنسانية واسعة، تتبع جذورة من التمييز الذي تعرضن له في وقت سابق من حياتهن، عندما كان القدر المتاح لهن من الرعاية الصحية والتغذية الكافية والتعليم أقل من القدر المتاح للرجال.

٧٦ - وكون الوضع الزواجي يشكل محددًا هامًا من محددات الصحة وطول العمر أمر ناتج عن عدد من العوامل، ويغلب أن تكون معدلات وفيات المتزوجين أقل من معدلات وفيات غير المتزوجين، وقد يكون هذا ناجماً عن عنصر الانتقاء (المتزوجون أوفر صحة)، أو الحماية (المتزوجون يعيشون حياة أكثر صحة) أو زيادة الأمان المالي المرتبطة بكون المرء متزوجاً. فكبيرات السن غير المتزوجات، لا سيما في البلدان التي لا تزال فيها آليات الدعم الرسمية في مراحلها الأولى، يغلب أن يعشن في ظروف فقيرة أكثر من المتزوجات، ولذلك فإنهن أكثر تعرضاً للخطر.

٧٧ - وفي مراحل السن المتقدمة، يزيد بقدر كبير احتمال أن يكون الرجل متزوجاً عنه في حالة المرأة. ففي حين أن أكثر من ثلاثة أرباع الرجال كبار السن (٧٩ في المائة) متزوجون حالياً، فإن أقل من نصف النساء كبيرات السن (٤٣ في المائة) متزوجات. ويبدو أن التنمية الاجتماعية - الاقتصادية لا تغير من نسب كبار السن المتزوجين وغير المتزوجين. فللنسب المثوية للمتزوجين تكاد تكون متطابقة في المناطق الأكثر نمواً والأقل نمواً. وينجم الفارق الكبير بين الجنسين في الوضع الزواجي عن زيادة العمر المتوقع للإناث، وعن كون الزوجات يكن، في المتوسط، أصغر سناً من أزواجهن. كما أن تواتر زواج النساء كبيرات السن بعد الطلاق أقل منه في حالة الرجال كبار السن. وعدد الأراامل آخذ في الازدياد بسرعة في معظم المناطق.

٧٨ - وفي مراحل السن المتقدمة، يعد العيش في وحدة تجربة نسائية بشكل رئيسي. وفي الدول الأعضاء في الاتحاد الأوروبي، يعيش ١٥ في المائة من الذكور كبار السن وحدهم، مقابل ٣٩ في المائة في حالة النساء. أما نسبة كبار السن الذين يعيشون وحدهم في البلدان

النامية فهي أقل بكثير مما هي في البلدان المتقدمة النمو، بسبب استمرار قوة تقاليد البر بالوالدين، التي غالباً ما تنضح في عيش كبار السن وأبنائهم معاً. كما أن النسب الكبيرة لكبار السن الذين يعيشون وحدهم في البلدان المتقدمة النمو قد تدل إلى حد ما، على تفضيلهم درجة أكبر من الخصوصية والاستقلال، فضلاً عن توافر الوسائل الاقتصادية لتحقيق ذلك.

٧٩ - وقد بدأ موضوع توفير الرعاية يصبح إحدى القضايا البارزة المتعلقة بحالة كبار السن. ومعظم البلدان، ولا سيما البلدان التي لا تتوفر فيها نظم دعم رسمية كافية، تعتمد اعتماداً يكاد يكون تاماً على الأسرة الموسعة - التي تعني عادة النساء - في رعاية كبار السن. وهؤلاء النساء تتنازعهن حاجات تربية الأطفال، ورعاية الآباء كبار السن، وفي حالات عديدة مزاولة الأنشطة في سوق العمل. وفي البلدان التي تتوفر فيها نظم الدعم الرسمية، أدى الاتجاه نحو تحويل تقديم الرعاية من الدعم الحكومي إلى الأسرة إلى زيادة الأعباء الواقعة على كاهل مقدمي الرعاية في الأسرة. وكون النساء العاملات وغير العاملات في البلدان المتقدمة النمو متساويات في احتمال أن يكن من مقدمي هذا النوع من الرعاية ينبذ الخرافة القائلة بأن العمل خارج البيت يمنع النساء من توفير الرعاية. ورغم أن النسبة المئوية لكبار السن الموجودين في مؤسسات الرعاية في البلدان المتقدمة النمو منخفضة نسبياً، إذ تبلغ في جميع الأوقات حوالي ٥ في المائة، فإن نسبة تتراوح من حوالي ٢٥ إلى ٣٠ في المائة من كبار السن يكونون في المؤسسات في أواخر سني حياتهم. وتشكل النساء الأغلبية العظمى بين نزلاء المؤسسات، لأنهن يغلب أن يعشن حتى سن أكبر، وأن يكن غير متزوجات، وأن يكن أكبر المعمرين سناً.

٨٠ - وكثيراً ما تُغفل النسب القليلة ولكن غير الطفيفة من كبار السن الذين يقدمون الدعم المالي والبدني والمادي إلى أولادهم و/أو أحفادهم. وفي عدد من البلدان، يوفر الأجداد، وعادة الجدة، قدراً وافراً من الرعاية لأحفادهم. وعلاوة على ذلك، ازداد عدد الأطفال الذين يعيشون في أسر معيشية يرأسها جد نتيجة عوامل مختلفة، بما فيها الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)، والطلاق، وحمل المراهقات، وإساءة استعمال المخدرات، وهجرة الوالدين. ومن بين الـ ١١,٢ مليون يتيم بفعل الإيدز في العالم في عام ١٩٩٩، كان ٩٥ في المائة في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، حيث يقوم الجدان بتوفير الرعاية الرئيسية للعديد من هؤلاء الأطفال.

٨١ - واحتمال وجود الرجال كبار السن في قوة العمل أكثر منه في حالة النساء كبيرات السن. وعلى الصعيد العالمي، كان ٤٢ في المائة من الرجال كبار السن في عام ١٩٩٥

نشطتين اقتصادياً، مقابل ١٦ في المائة من النساء كبيرات السن. وفي الواقع أن العديد من كبار السن يظلون يعملون إلى أن يصبحوا عاجزين عن الاستمرار في العمل. وفي أفريقيا وآسيا، أفيد بأن النشاط الاقتصادي يمارس على نحو مطرد، حتى في مراحل السن المتقدمة. وفي الواقع أن هناك غبنا في تقدير الإسهام الاقتصادي للنساء كبيرات السن لأن تعاريف النشاط الاقتصادي كثيراً ما تستبعد شرائح رئيسية من أنواع العمل التي تقوم بها النساء. وبسبب الافتقار إلى التعليم الرسمي وإلى المهارات تعمل النساء كبيرات السن بصورة عامة في القطاع غير الرسمي في العديد من الاقتصادات النامية، في المزارع الأسرية أو في المشاريع الزراعية الأخرى أو يعملن بالقطعة. وانخفاض معدلات اشتراك النساء كبيرات السن يعكس أيضاً السن المبكر لتقاعد المرأة بصورة عامة في المناطق الأكثر نمواً. ويظهر ضعف ارتباط كبار السن بالحياة العملية في متوسط السن عند التقاعد الذي انخفض لكل من الرجال والنساء في المناطق الأكثر نمواً، وفترة التقاعد التي ازدادت زيادة حادة بالنسبة للنساء أكثر من الرجال.

٨٢ - وبالنسبة للعديد من كبار السن، لا سيما في المناطق الأقل نمواً، يشكل الفقر الخطر الرئيسي على رفاههم. ويجب على البرامج الرامية إلى تحسين حالة كبار السن بشكل عام، النساء منهم بشكل خاص، أن تركز على تأمين الدخل وضمان الغذاء والخدمات الصحية. إلا أنه في غياب خطة وطنية للمعاشات التقاعدية، فإن تنفيذ هذه البرامج قد يكون صعباً. ولا توجد في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى خطط وطنية شاملة للمعاشات التقاعدية إلا لدى جنوب أفريقيا وناميبيا.

٨٣ - والمبالغ التي تكتسبها النساء طوال حياتهن هي بشكل عام أقل بكثير من التي يكتسبها الرجال، وذلك لأنهن يشاركن في قوة العمل لفترات أقصر وعلى نحو متقطع، ويعملن بشكل غير متفرغ، ويحصلن على أجور أقل وعلى معاشات تقاعدية أقل، ويعملن في القطاع غير الرسمي. وعلاوة على ذلك، توجد في العديد من البلدان عدة عوامل تؤثر على أمان المرأة عندما تصبح كبيرة السن، وهذه العوامل هي تدني المركز الاجتماعي للمرأة، وضعف حقوقها في الملكية ومحدودية حقها في الميراث. وحيثما تكون استحقاقات المعاشات التقاعدية مستندة إلى استحقاقات الزوج، فإن الوضع الاقتصادي للزوجات غير العاملات يتدهور إذا ترملن، حيث أن استحقاقات المعاش التقاعدية تخفض أو توقف في غالب الأحيان عند وفاة الزوج. وعلى الرغم من ذلك، فإن المعاشات التقاعدية تقلل من التفاوت في الدخل بين الرجال والنساء كبار السن.

٨٤ - وبعد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الذي عقد في عام ١٩٩٤، تحولت أنظار العديد من الحكومات إلى نهج شامل جديد مراعي للمنظور الجنساني إزاء شيخوخة السكان. فهناك بلدان، مثل استراليا والجمهورية الدومينيكية وجمهورية كوريا وجنوب أفريقيا والسويد وغانا وكندا وملاوي، توجد لديها سياسات متقدمة بصفة خاصة في مجال وضع نهج جنساني إزاء شيخوخة السكان. وقد وفر الاحتفال بالسنة الدولية لكبار السن في عام ١٩٩٩ حافزا آخر لتطبيق منظور جنساني في البرامج الحكومية المتعلقة بالشيخوخة.

٨٥ - وفي البلدان المتقدمة النمو، اتخذت بعض الحكومات عددا من التدابير لتحسين فرص العمالة للعمال كبار السن، بما في ذلك نظام لمنح مكافآت للشركات التي تستخدم العمال كبار السن وفرض غرامات تجعل طردهم من العمل أكثر تكلفة. وتسعى الحكومة النمساوية إلى خلق وحفظ وظائف للمرأة من خلال برامج لسوق الأيدي العاملة تستهدف المرأة بشكل خاص وإلى وضع تدابير خاصة لدعم النساء اللاتي يعدن إلى العمل بعد فترة من التوقف عن العمل أو بعد فترة من البطالة. كما تعمل الحكومة على تحسين معاش الشيخوخة للنساء بإيلاء مزيد من الاهتمام لدورات حياة الأثني بشكل خاص في تحديد مستويات المعاش التقاعدي. وفي بعض البلدان، يجري نشر ثقافة جديدة للعمل الطوعي ويؤدي هذا دورا خاصا في السياسات الجديدة المتعلقة بالشيخوخة. ويظهر من دراسة لسن التقاعد القياسي حسب البلدان أن الرجال يصبحون مستحقين لكامل مستحقات المعاش التقاعدي عن سن ٦٥ أو أكثر في أكثر من نصف البلدان في حين أن سن التقاعد القياسي الأكثر شيوعا للنساء يتراوح بين ٥٥ و ٥٩ سنة. وفي البلدان التي توجد فيها فوارق في هذا المجال، تجري إزالتها أو تضييقها برفع السن الذي يمكن أن تتقاعد فيه النساء.

٨٦ - وفي بعض البلدان، اتخذت مؤخرا تدابير لحفظ وتقوية وتبسيط نظام تأمين الدخل وضمان بقائه ميسورا. ففي كندا، بدأ تطبيق نظام جديد لمستحقات كبار السن وأجريت إصلاحات لخطة المعاشات التقاعدية الكندية. وستساعد هذه الإجراءات على توجيه الاستحقاقات إلى كبار السن من ذوي الدخل المنخفض والمتوسط وتشمل ميزات خاصة تراعي مسؤوليات المرأة في تربية الأطفال، وطول فترة عمرها نسيبا، وعلاقتها الفريدة بسوق الأيدي العاملة. واتخذت الحكومة الاسترالية عددا من الخطوات لمعالجة الأوجه المحتملة لعدم الإنصاف فيما يتعلق بالتغطية بنظام المعاش التقاعدي والاستحقاقات ذات الصلة المرتبطة بأنماط العمل المتقطع. كما يقدم بدل ترميل إلى النساء اللاتي ترملن أو طلقن أو انفصلن بعد بلوغهن ٥٠ سنة من العمر.

٨٧ - كما تقوم بعض البلدان النامية بتنفيذ إدماج المنظور الجنساني في البرامج المتعلقة بالشيخوخة. وتشمل الإجراءات الحكومية الهادفة إلى معالجة التفاوتات الاقتصادية بين الرجال والنساء وتمكين النساء كبيرات السن تحسين إمكانية حصول النساء على الائتمان والتدريب، وإلغاء التشريعات العرفية التمييزية، وتسهيل مشاركة النساء في المشاريع الصغيرة والمتوسطة. وبدأت في عدد من البلدان برامج إغناء اقتصادية بالاشتراك مع كبار السن ومن أجلهم.

٨٨ - ويؤثر عدم التكافؤ في فرص الحصول على الخدمات الصحية، ولا سيما الرعاية الصحية الأساسية، تأثيراً كبيراً على الحالة الصحية لكبار السن من الرجال والنساء. وتعرض النساء للإصابة بالأمراض المزمنة والعجز في المراحل الأخيرة من حياتهن بمعدلات أعلى نسبياً قياساً إلى الرجال كبار السن، ولكن هؤلاء يعانون عادة حالات مرضية حادة. وبما أن تقديم الرعاية الصحية يوجه نحو برامج الرعاية في الحالات المرضية الحادة، فإنه يفضل عموماً حاجات النساء كبيرات السن اللاتي يتطلبن رعاية منزلية بقدر أكبر، وليس العلاج في المستشفى. ويسعى عديد من البلدان المتقدمة النمو إلى توفير خدمات المساعدة في المنزل لكبار السن من الرجال والنساء الذين يعانون من أمراض مزمنة بدلاً من وضعهم في مؤسسات الرعاية. أما البلدان التي تمر اقتصاداتها بمرحلة انتقالية فهي مشغولة بارتفاع نسب الوفيات بين الرجال المتوسطي السن وكبار السن، وبدأت مؤخرًا برامج إعلامية صحية تهدف إلى إشاعة أنماط الحياة الصحية، وبخاصة بين الرجال.

٨٩ - ويتمثل أحد التوجهات الهامة في سياسات العديد من الحكومات في تحسين مشاركة المجتمع المحلي في توفير الرعاية الصحية والخدمات الاجتماعية لكبار السن. فمثلاً ركز برنامج مساعدة كبار السن في الهند (HelpAge India) على تثقيف وتجنيد الشباب والأطفال للعمل مع كبار السن. ونجحت كذلك تدابير مماثلة في أماكن مختلفة اختلافاً واسعاً مثل سري لانكا وكولومبيا وكينيا. وتشجع بعض الحكومات كبار السن على تحمل المسؤولية الأساسية عن العناية بصحتهم بأنفسهم.

٩٠ - وهناك اتجاه متزايد من جانب الحكومات في البلدان المتقدمة النمو إلى التركيز على دور الأسرة في توفير الرعاية غير الرسمية بدلاً من زيادة الرعاية الرسمية والرعاية في المؤسسات. وقد زاد هذا الاتجاه من العبء الواقع على كاهل مقدمي الرعاية غير الرسميين، الذين تشكل النساء أغليبيتهم. ففي ألمانيا، تعتبر الأسرة مصدر المساعدة الذي يلجأ إليه أولاً، ولا تقدم المساعدة من الرعاية الاجتماعية الحكومية إلا عندما يفشل ذلك. وعلاوة على ذلك، هناك حالات منصوص فيها على مسؤولية الأسر في القوانين. وفي النمسا، تولى أولوية

لتعزيز وتوسيع نطاق التضامن بين الأجيال. وأفراد الأسرة الذين يقدمون رعاية طويلة الأمد إلى المعوقين أو كبار السن من أفراد الأسرة ويتخلون عن أعمالهم لهذا السبب وتدفع عنهم مساهمة رب العمل في التأمين التقاعدي من الأموال العامة، وهذا يقلل بحوالي النصف ما يدفعونه هم للتأمين التقاعدي. كما بدأت بعض البلدان المتقدمة النمو الأخرى تطبيق نظم لتقديم مدفوعات نقدية وخطط لتأمين الرعاية تعوض مقدمي الرعاية عن العمل الذي يقومون به. وتعمل الحكومات على تحقيق تقاسم مسؤوليات تقديم الرعاية بين الرجال والنساء على قدم المساواة والتوفيق على نحو أفضل بين مسؤوليات العمل ومسؤوليات تقديم الرعاية.

٩١ - أما في البلدان النامية، فإن الطريقة التقليدية لرعاية كبار السن ظلت دائما توفر تلك الرعاية من خلال الأسرة الموسعة. وكثيرا ما تؤدي عملية التحديث والتصنيع إلى إضعاف المركز الذي كان يتمتع به كبار السن من النساء والرجال في المجتمعات التقليدية. وظاهرة التضرر هي أحد الاتجاهات الأخرى التي أدت إلى إضعاف نظم الدعم التقليدية لكبار السن. وذبول هذه النظم يؤثر على النساء والرجال على نحو متباين. إلا أن البعد الجنساني لم يحظ إلا باهتمام قليل جدا من الباحثين والممارسين. وقد بدأ مقرر السياسات في البلدان النامية مؤخرا فقط في معالجة التحديات التي تواجهها نظم الدعم التقليدية. وقد أدرجت الحكومات في عدد من البلدان، مثل سنغافورة والصين والفلبين، النص على الدعم الأسري في تشريعاتها.

٩٢ - وقد قررت الجمعية العامة، في مرفق قرارها ٤٧/٥ المؤرخ ١٦ تشرين الأول/أكتوبر ١٩٩٢، الاحتفال بعام ١٩٩٩ بوصفه السنة الدولية لكبار السن. وفي إطار موضوع "نحو مجتمع لجميع الأعمار"، حددت مجالات أربعة للعمل هي حالة كبار السن، وتنمية الفرد على مدى العمر، والعلاقات بين الأجيال، والعلاقة بين شيخوخة السكان والتنمية. والتقدم نحو إقامة مجتمع لجميع الأعمار يتطلب سياسات وبرامج تعزز تنمية الفرد على مدى العمر إلى أواخر الحياة، وتقييم في الوقت نفسه مجتمعا عماده المعاملة بالمثل والتكافل والمساواة. ومن الأهمية بمكان لنجاح هذا النهج إدماج المنظور الجنساني في جميع السياسات والبرامج. وهذا يتطلب جعل شواغل وخبرات كبار السن من النساء، إلى جانب الرجال، بعدا متكاملًا في تصميم وتنفيذ ورصد وتقييم السياسات والبرامج، بحيث تتحقق الاستفادة لكبار السن من النساء والرجال على قدم المساواة. ويعد تمكين الشباب من أهم وسائل تأمين رفاه النساء كبيرات السن. ومن الشواغل المهمة أيضا في مجال السياسات تحقيق الإنصاف والمساواة في تقديم الرعاية وتأمين الدخل، خصوصا في هذا الوقت الذي تشجع حكومات كثيرة على زيادة الاعتماد على الذات في تأمين الدخل وزيادة مسؤولية الأسرة في تقديم الرعاية.

رابعا - الهجرة الداخلية

٩٣ - تتأثر الهجرة بالعوامل الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية وبموامل السدورة العمرية على الصعيدين الفردي والأسري. وفي العقود الأخيرة سهلت التطورات في مجالي النقل والاتصالات في الزيادة في الهجرة الداخلية. وتحد أوجه النقص في البيانات بدرجة كبيرة من إمكانية تحليل الفوارق بين الجنسين في الهجرة الداخلية نظرا لأن عددا قليلا من البلدان فقط هو الذي يحرص على جمع ونشر البيانات المتعلقة بالهجرة الداخلية مصنفة حسب نوع الجنس في تعداداته السكانية، بل ويقل عن ذلك عدد البلدان التي تنشرها مصنفة حسب العمر أو درجة التعليم أو المركز الاجتماعي أو المركز في قوة العمل. وبالإضافة إلى ذلك، لا يتيسر إلا للدراسات الاستقصائية بالعينة وحدها إمكانية جمع البيانات المفصلة اللازمة لتقييم عوامل ونتائج الهجرة، ولا يتوفر سوى عدد قليل من الدراسات الاستقصائية الملائمة التي تركز على الهجرة الداخلية.

٩٤ - وتتوفر أحدث البيانات المستمدة من جولة تعدادات عام ١٩٩٠ التي تشتمل على نوع الجنس بالنسبة للمهاجرين في حالة ١٣ بلدا ناميا. ففي أفريقيا وآسيا، يقل عدد الإناث عن نصف عدد المهاجرين داخليا في سبعة بلدان من ثمانية بلدان تتوفر عنها بيانات؛ أما في أمريكا اللاتينية، فإن الإناث يشكلن الأغلبية في أربعة من خمسة بلدان تتوفر عنها بيانات. ومع ذلك فإن نسبة الإناث تتفاوت في ١٣ بلدا في نطاق ضيق يتراوح بين ٤٣ و ٥٦ في المائة، وإن كانت العوامل الاقتصادية والثقافية التي تؤثر في الهجرة حسب نوع الجنس تتفاوت بدرجة كبيرة بين بلد وآخر.

٩٥ - وتتميز البيانات المتعلقة بتدفقات الهجرة المصنفة حسب مكان المنشأ ومكان المقصد (الحضري أو الريفي) بمحدودية أكبر وبالتالي يجب البحث عنها في مصادر البيانات السابقة، بما في ذلك جولات التعدادات للسبعينات والثمانينات. وحتى في ذلك التاريخ كانت البيانات تقتصر على بلد واحد في أفريقيا (ليس من بلدان أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى) وستة بلدان في آسيا وبلدين في أمريكا اللاتينية. ففي مصر تتساوى التدفقات العامة تقريبا بالنسبة للرجال والنساء، ولكن الرجال لهم أغلبية ضئيلة في التدفقات من الريف إلى الحضر، والنساء هن الأغلبية في التدفقات الأصغر نسبيا فيما بين المناطق الريفية. أما في آسيا فتشكل الإناث أغلبية التدفقات العامة في الهند بسبب حصتها التي تبلغ ٧٩ في المائة من أكبر هذه التدفقات، وهو تدفق الهجرة فيما بين المناطق الريفية، التي ترتبط بعادة الهجرة بسبب الزواج. ويغلب الذكور في التدفقات الثلاثة الأخرى الأصغر حجما الأخرى. ومما يدعو للدهشة أن الإناث في باكستان المجاورة لا يمثلن أغلبية حتى في التدفقات فيما بين المناطق الريفية. أما في تايلند والفلبين وفي أمريكا اللاتينية بصفة عامة يغلب الرجال في الهجرة

المتجهة إلى المناطق الريفية وتشكل المرأة الأغلبية في التحركات إلى المناطق الحضرية. أما في جمهورية كوريا وماليزيا فتساوى التدفقات تقريبا بالنسبة للرجال والنساء.

٩٦ - وترتبط المشاركة المتزايدة للمرأة في قوة العمل في أمريكا اللاتينية وكذلك في بعض بلدان شرقي وجنوب شرقي آسيا ارتباطا وثيقا بالزيادة في هجرة المرأة إلى المناطق الحضرية التي تصاحب زيادة ظاهرة التحضر. وربما يعني ذلك أن تدفقات الهجرة في هذه البلدان، وفي غيرها من البلدان التي تقارب فيها نسبة تعليم المرأة ومشاركتها في قوة العمل نسبة الرجال، سوف تغلب فيها بشكل أكبر في المستقبل التدفقات الحضرية ومشاركة المرأة في تلك التدفقات

٩٧ - وتتوفر البيانات بشأن الأسباب التي يقدمها السكان للهجرة من التعدادات والدراسات الاستقصائية للأسر المعيشية لخمسة بلدان أفريقية وثمانية بلدان آسيوية وخمسة بلدان في أمريكا اللاتينية، وإن كان بعض بيانات هذه الدراسات مستمدة من عينات صغيرة ومن مدينة واحدة في أغلب الأحيان. ففي البلدان الأفريقية الخمسة التي تتوفر عنها بيانات يشير المهاجرون المذكور إلى أن الأسباب الاقتصادية هي التي دعتمهم للهجرة بأكثر مما تشير إلى ذلك الإناث. ويهاجر عدد أكبر من الرجال أيضا بسبب التعليم في حين تهاجر أغلبية النساء لأسباب أسرية. ولا يتوفر دليل على أن كثيرا من النساء يهاجرن لأسباب اقتصادية إلا في غانا. وتتميز الحالة بأنها أكثر اختلاطا في المناطق الأخرى. ويمكن تصنيف البلدان الآسيوية الثمانية في فئات متميزة طبقا لنسبة النساء اللاتي يشرن إلى الأسباب الاقتصادية: فهناك من لا يذكرن أسبابا اقتصادية إطلاقا (الهند وباكستان) وهناك من يمثلن نسبة مئوية صغيرة (ماليزيا وجمهورية كوريا) وهناك من يمثلن نسبة تتراوح بين الثلث والنصف (بنغلاديش ونيبال واندونيسيا وتايلند). فبالنسبة لتايلند تشير البيانات المجمعة من عدد من الدراسات الاستقصائية للمهاجرين إلى بانكوك إلى أن نسب الذكور، وكذلك نسب الإناث، الذين يهاجرون لأسباب اقتصادية ظلت تزداد بمرور الزمن. وتقل الفوارق حسب نوع الجنسين في أمريكا اللاتينية عن تلك الموجودة في المناطق الأخرى وتشمل أيضا أعدادا أكبر من المهاجرين من أجل التعليم. والدوافع الاقتصادية هي الغالبة بالنسبة لكلا الجنسين.

٩٨ - وفي جميع البلدان التي تتوفر عنها بيانات كان مستوى تعليم المهاجرين الذكور أعلى من مستوى تعليم الإناث المهاجرات، وإن كانت هذه الفوارق أكبر ما تكون في حالة آسيا وأقل ما تكون في حالة أمريكا اللاتينية. وبالمثل تشير البيانات بشأن المهاجرين (قبل قيامهم بالهجرة) والبيانات المتعلقة بغير المهاجرين في مناطق الهجرة الخارجة نفسها إلى انتقائية

المهاجر، أي إلى أن المهاجرين أكثر تعليماً من غير المهاجرين في مناطق المنشأ، مما يعني أن التعليم يعتبر عاملاً مؤثراً في القرارات المتعلقة بالهجرة.

٩٩ - وفي حين يكثر عدد المنشورات المتعلقة بمحددات الهجرة، تركز قليل من الدراسات على الرجال والنساء على نحو منفصل. والاستثناء من ذلك دراسة تستند إلى البيانات المفصلة المستمدة من الدراسة الاستقصائية الثانية للحياة الأسرية في ماليزيا في عام ١٩٨٨، وجدت أن للتعليم صلة بقرارات الهجرة للجنسين ولكن عاملي الشباب والعزوبة مهمين لدى النساء فقط. ويعتبر تكوين الأسرة المعيشية مهماً أيضاً وكذلك ملكية الأرض فيما يتعلق بالحد من الهجرة إلى الخارج بالنسبة للذكور والإناث. وبدأت أعمال نظرية وتجريبية مؤخرًا في دراسة تأثير المنطقة أو المجتمع الذي يعيش فيه الأفراد في قراراتهم بشأن الهجرة. وتشير دراسات أجريت في إكوادور وتايلند إلى أن الزواج ليس له أثر على الأبناء ولكنه يؤثر في الحد من هجرة البنات إلى الخارج (في إكوادور وحدها) وأن كبر حجم الأسرة يسهل الهجرة إلى الخارج بالنسبة للجنسين وأن فرص العمل الريفي المحلي الجيدة تحد من هجرة الأبناء إلى الخارج دون البنات.

١٠٠ - وفيما يتعلق بآثار الهجرة ينبغي أن تجري دراسات لمقارنة حالة المهاجرين بحالة الآخرين الباقين في البلد الأصلي. وهذا أمر لم يدرس حتى الآن، ويعزى هذا جزئياً إلى أنه يتطلب عملاً أكثر تكلفة لجمع البيانات، أي جمع بيانات من دراسات استقصائية في مناطق منشأ المهاجرين ومناطق خفضهم. وبدلاً من ذلك، يجري عادة مقارنة المهاجرين بغير المهاجرين في بلد المقصد، وفي المناطق الحضرية أساساً، وهذا بالتالي يبين مدى تكيف المهاجرين بالنسبة للوطنيين بدلاً من بيان آثار الهجرة ذاتها. وجميع البيانات المتاحة هي من هذا النوع ويقارن كثير منها المركز الاقتصادي للمهاجرين وغير المهاجرين. وهنا أيضاً، لا يوفر سوى منشورات أو دراسات قليلة من منشورات ودراسات التعدادات البيانات المتعلقة بكل من الجنسين على نحو مستقل. وتبين البيانات المتعلقة بمعدلات المشاركة في قوة العمل بالنسبة لخمسة بلدان ارتفاع معدلات الذكور المهاجرين وغير المهاجرين دون استثناء عن معدلات الإناث وارتفاع معدلات المهاجرين عن معدلات غير المهاجرين. ويتفق ذلك مع ما يتوقع من انخفاض "أجر الحفظ" بالنسبة للمهاجرين، أي أنهم سوف يعملون بأجور أقل نظراً لأن معظمهم قد هاجر بسبب العمل.

١٠١ - ويصعب وجود بيانات قابلة للمقارنة بشأن التوزيع المهني وبشأن القطاع الاقتصادي الذي يعمل به الرجال المهاجرون والنساء المهاجرات. وتشير الدراسات القائمة على عمليات مسح أجريت في البرازيل والمكسيك إلى زيادة فرص المهاجرين من الرجال عن فرص

المهاجرات من الإناث في العمل في مهن رفيعة المستوى (حيث يغلب وجود النساء في قطاع خدمات الأسر المعيشية والنسيج). ولكن يحدث بالنسبة للجنسين قدر مهم من التنوع والتحسين في الوظائف بعد الهجرة. وتكشف البيانات المتعلقة بنيبال وجمهورية كوريا عن اختلافات مماثلة بين الجنسين وتوحي بأن الرجال يستفيدون بقدر أكثر من النساء من الهجرة. وتبين بيانات مستمدة من دراسات لمستويات أجور المهاجرين (في المكسيك وبنكوك في تايلند وشنغهاي في الصين) أن الفجوة بين أجور الرجال والنساء لم تتغير بسبب الهجرة وأن تلك الفجوة تزداد اتساعا بالنسبة للمهاجرين. وهناك حاجة لمزيد من البحوث بشأن هذا الموضوع المهم.

خامسا - الهجرة الدولية

١٠٢ - على الصعيد العالمي كانت أعداد النساء المهاجرات كبيرة كأعداد المهاجرين من الرجال في عدد المهاجرين الدوليين. وظلت نسبة المهاجرات في العدد الإجمالي للمهاجرين دون تغيير تقريبا وكانت تمثل نسبة ٤٨ في المائة في الفترة من ١٩٦٥ إلى ١٩٩٠ (الجدول ٧). وزاد عدد المهاجرين الذكور من ٤٠ مليونا (٢,٤) في المائة من عدد الذكور في العالم) إلى ٦٣ مليونا (٢,٤) في المائة من عدد الذكور في العالم) بين عامي ١٩٦٥ و ١٩٩٠ في حين كانت الزيادة في عدد المهاجرات من الإناث من ٣٥ مليونا (٢,١) في المائة من عدد الإناث في العالم) إلى ٥٧ مليونا (٢,٢) في المائة من عدد الإناث في العالم) أثناء الفترة نفسها.

الجدول ٧ - تقديرات عدد المهاجرين من الذكور والإناث والنسبة المئوية للإناث من العدد الإجمالي، في العالم والمناطق الرئيسية في عامي ١٩٦٥ و ١٩٩٠
عدد المهاجرين (بالملايين)

المناطق الرئيسية	الذكور		الإناث		النسبة المئوية للإناث في العدد الإجمالي للمهاجرين	
	١٩٦٥	١٩٩٠	١٩٦٥	١٩٩٠	١٩٦٥	١٩٩٠
العدد الإجمالي في العالم	٤٠,٢	٦٢,٦	٣٥,٠	٥٧,١	٤٧	٤٨
المناطق الأكثر نمواً	١٥,٧	٢٧,٢	١٤,٧	٢٧,١	٤٨	٥٠
المناطق الأقل نمواً	٢٤,٥	٣٥,٤	٢٠,٣	٣٠,١	٤٥	٤٦
أفريقيا	٤,٦	٨,٤	٣,٤	٧,٢	٤٢	٤٦
آسيا	١٦,٩	٢٣,٥	١٤,٥	١٩,٥	٤٦	٤٥
أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي	٣,٢	٣,٩	٢,٧	٣,٦	٤٥	٤٨
أمريكا الشمالية	٦,٥	١١,٧	٦,٢	١٢,٢	٤٩	٥١
أوروبا والاتحاد السوفياتي (السابق)	٧,٦	١٢,٨	٧,١	١٢,٣	٤٨	٤٩
أوقيانوسيا	١,٤	٢,٤	١,١	٢,٣	٤٥	٤٩

المصدر: اتجاهات العدد الإجمالي للمهاجرين، التنقيح (POP/IB/DB/96/1/Rev.4)، قاعدة البيانات التي تحتفظ بها شعبة السكان، بإدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية بالأمانة العامة للأمم المتحدة.

١٠٣ - وشكّل الرجال والنساء كثير من المناطق المتقدمة النمو نسبة متساوية تقريباً في عدد المهاجرين بين عامي ١٩٦٥ و ١٩٩٠. وعلى النقيض من ذلك استمرت النساء يشكلن نسبة متدنية من عدد المهاجرين في المناطق الأقل نمواً، وكانت نسبتهم تتراوح بين ٤٥ و ٤٦ في المائة من العدد الإجمالي فيما بين عامي ١٩٦٥ و ١٩٩٠. أما البلدان التي تمر اقتصاداتها بمرحلة انتقالية، باستثناء اتحاد الجمهوريات الاشتراكية السوفياتية السابق، فقد شهدت أعلى نسبة للنساء في عدد المهاجرين، ٥٥ في المائة من العدد الإجمالي منذ عام ١٩٧٥ فصاعداً. وفاق عدد المهاجرات بدرجة طفيفة عدد المهاجرين الذكور في أمريكا الشمالية حيث بلغت نسبتهم ٥١ في المائة من المولودين في الخارج وكانوا يقيمون في المنطقة في عام ١٩٩٠، والبالغ عددهم ٢٤ مليون شخص.

١٠٤ - وعلى العكس من ذلك، هيمنت نسبة الرجال على عدد المهاجرين في غربي آسيا، فلم تزد نسبة النساء في عام ١٩٩٠ عن ٤٠ في المائة من العدد الإجمالي للمهاجرين. أما في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى فقد كان عدد الذكور أكثر من عدد النساء في عداد المهاجرين منذ عام ١٩٦٥. إلا أن الحصة النسبية للمهاجرات من الإناث قد ارتفعت بدرجة

ملحوظة من ٤١ في المائة في عام ١٩٦٠ إلى ٤٧ في المائة في عام ١٩٩٠ نتيجة للزيادة السريعة في عدد الإناث المهاجرات. وفي جميع المناطق الأخرى كان عدد الذكور من العدد الإجمالي للمهاجرين يفوق عدد الإناث باستمرار ولكن بنسب قليلة حيث تراوحت نسب المرأة بين ٤٥ و ٥٠ في المائة في عام ١٩٩٠.

١٠٥- وتبين البيانات المتعلقة بتدفقات المهاجرين في التسعينات وجودا متزايدا للنساء بين المهاجرين في كثير من البلدان في أوروبا. وكانت مشاركة المرأة في الهجرة المؤقتة للعمل في آسيا قد أصبحت أكثر بروزا بالرغم من أن حجم تدفقات العاملات المهاجرات لا يضاهي مستوى نظرائهن من الذكور. وتزداد أعداد المهاجرات اللاتي يهاجرن بوصفهن فاعلات مستقلة اقتصاديا أكثر من كونهن من المعالين المعتمدين على أفراد أسرهن الذكور.

١٠٦- وعلى مدى العقود القليلة الماضية، زادت بدرجة كبيرة تدفقات الباحثين عن العمل في الخارج. وتتراوح التقديرات الأخيرة للعدد الإجمالي للأجانب الناشطين اقتصاديا في العالم في منتصف التسعينات بين ٣٦ و ٤٢ مليون شخص، ويقيم معهم في الخارج عدد أكبر من الأفراد (يتراوح من ٤٤ إلى ٥٥ مليون شخص) بوصفهم معالين.

١٠٧- وازداد عدد النساء اللواتي يهاجرن وحدهن بحثا عن العمل في الخارج. وغالبا ما يتركز عمل المهاجرات المتعاقدات في مهن متواضعة نسبياً لا تتجاوز احتمالاتها من حيث الحراك الاقتصادي والاجتماعي الحد الأدنى في المجتمعات المستقبلية. وعلى وجه التحديد، تعمل المهاجرات الآسيويات أساساً في مهن تشمل الخدمات المتزلية والترفيه والتمريض والخدمات الفندقية والمطاعم وخدمات البيع. أما المهاجرات من أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي فيغلب أن يمارسن أعمال الخدمة المتزلية. وهناك أيضا عدد لا يستهان به من النساء يزاولن أنشطة مهنية في الخارج، وهن يأتين من بلدان غنية اقتصادياً كسنغافورة وماليزيا واليابان، وليس فقط من البلدان الرئيسية المصدرة للأيدي العاملة. وعلى الصعيد العالمي، أسهمت عولمة الاقتصاد وتوسع الأعمال التجارية الدولية في زيادة تدفقات المهنيين والمدراء والاستشاريين وموظفي المنظمات الدولية والدبلوماسيين ذوي الكفاءات العالية. ومع التنامي الذي يحدث حالياً في المستوى التعليمي للمرأة واكتسابها لمزيد من المهارات، من المرجح أن تزداد مشاركتها في هذا النوع من الهجرة.

١٠٨- وقد كُتِبَ كثير عن هشاشة أوضاع العاملات المهاجرات في البلدان المستقبلية. فالخدمة المتزلية التي تختارها المهاجرات عادة في جميع أنحاء العالم من أكثر المهن هشاشة، إذ غالباً ما تعمل المشتغلات بالمنازل ساعات طويلة لقاء أجر منخفض ومزايا ضئيلة، وفي أوضاع غير مرضية، علاوة على الشكوى المستمرة من المضايقة الجنسية من جانب أصحاب

العمل. ويتفاقم على الصعيد العالمي الاتجار بالنساء (والأطفال) لأغراض صناعة الجنس، وكثيراً ما يكون مرتبطاً بالجريمة المنظمة.

١٠٩- كما تفيد الأدلة المستمدة من البلدان المستقبلة للمهاجرين في المناطق المتقدمة النمو أن المهاجرات يواجهن وضعاً محمّفاً من حيث إمكانية الوصول إلى سوق اليد العاملة في البلد المستقبل بالمقارنة بالمهاجرين الرجال. وكثيراً ما يقيّد البلد المستقبل حرية المهاجرين في الوصول إلى السوق المحلية لليد العاملة، ولا سيما في حالة المهاجرين الذين يدخلون بوصفهم معالين (ووضع المعال هو الوضع المرجّح للعديد من النساء).

١١٠- وما تواجهه المهاجرات من قيود وإجحاف لا يحول دون حصولهن على مكاسب إيجابية من تجربتهن في سوق اليد العاملة في بلد المقصد. فالهجرة بقصد العمل تسهم في تمكين المرأة إذ تمنحها فرصاً جديدة وتؤمن لها دخلاً خاصاً بها. ومع ذلك، لا تتفق الآراء على ما إذا كانت الهجرة تحسّن وضع المرأة أو تنتقص منه مقارنة بوضع الرجل.

١١١- وعندما يعبر المهاجرون حدود الوطن، ينتقل أفراد الأسرة أحياناً سوية، ولكن الأغلب هو أن يغادر أحد أفراد الأسرة الوطن وحده ثم يتبعه سائر أفراد الأسرة لاحقاً. وعادة ما يرحل الرجال أولاً لأنهم في أغلب الحالات المعيلون لأسرهم المعيشية ولأنهم يجدون عملاً بسهولة نسبية في بلد المقصد. وعلى النقيض من ذلك، عادة ما تكون حركة النساء أقل استقلالاً لأنه يُتوقع منهن رعاية الأسرة. كما أن القيود الثقافية في بلد المنشأ كثيراً ما تحظر على المرأة أن تهاجر وحدها. وبالتالي، فإن عدد النساء اللواتي يستقبلهن بلد المقصد بصفتهن معالين لرجال مهاجرين، أكبر من عدد النساء اللواتي يستقبلهن وحدهن.

١١٢- وفي الولايات المتحدة، التي تستقبل أكبر عدد من المهاجرين في العالم، شكلت النساء ٥٣ في المائة مما مجموعه ٤,٣ ملايين مهاجر قبلوا في الفترة ١٩٩٢-١٩٩٦. ونسبة ٥٧ في المائة من جميع المهاجرين الذين قبلوا هم من فئة المهاجرين الذين تكفلهم أسرهم، وفاقت نسبة النساء نسبة الرجال، إذ شكّلت ٥٧ في المائة من هذه الفئة.

١١٣- كما أن النساء يفقن الرجال عدداً في الهجرة الأسرية إلى بلدان أوروبا الغربية. وكانت هذه البلدان قد قبلت عمالاً أجانب، معظمهم من الرجال الأعزّاب، لسد بعض النقص في اليد العاملة لديها في الخمسينات والستينات. وعلى اثر الركود الاقتصادي الذي نجم عن أزمة النفط عام ١٩٧٣، اعتمدت حكومات البلدان الأوروبية التي كانت تستورد الأيدي العاملة تدابير لتشجيع عودة المهاجرين إلى بلدانهم ولتسهيل جمع شمل أسر العمال الذين قرّروا البقاء. وبالتالي، تنامي الوجود النسائي ببطء في الجاليات الأجنبية خلال السبعينات ومعظم الثمانينات. ومع أن الاتحاد الأوروبي أكّد المبدأ العام لجمع الشمل، فقد

فُرضت تدريجياً على الصعيد القطري شروط أصعب لدخول الأجانب بغرض جمع شمل الأسر، مما أدى في حالات كثيرة إلى تقليل عدد المهاجرين الذين يدخلون هذه البلدان بغرض جمع الشمل.

١١٤- والمعلومات الإحصائية الدقيقة أداة هامة لإعداد برامج المساعدة للاجئين. إلا أنه لا تتوفر بسهولة، في سياقات كثيرة، معلومات إحصائية دقيقة عن الأشخاص الذين يحتاجون إلى الحماية لأنهم أُجبروا على مغادرة بلدهم الأصلي. وبالإضافة إلى المشاكل النظرية المتعلقة بتعريف اللاجئ، هناك عوائق عملية تحول دون حصر الأشخاص الذين يُجبرون على الرحيل. أما الجهود المنهجية لجمع بيانات مصنفة حسب نوع الجنس فلا تزال حديثة العهد.

١١٥- وبحلول نهاية عام ١٩٩٨، أمكن لـ ٧٩ بلداً تقديم هذه المعلومات. وتتوفر بيانات التوزيع حسب نوع الجنس لحوالي ٤,٢ ملايين لاجئ قَدِّمت لهم مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين المساعدة. إلا أنهم لا يشكلون سوى ٣٧ في المائة من مجموع اللاجئين في العالم الذي قُدِّر بـ ١١,٥ مليون لاجئ في نهاية عام ١٩٩٨. وبالتالي، فإن أي ملاحظات بشأن هجرة اللاجئين من ذكور وإناث لا تتعدى كونها ملاحظات مؤقتة نظراً لضآلة بيانات اللاجئين المصنفة حسب نوع الجنس. وتشير البيانات المتوفرة إلى أن نسب الرجال والنساء في مجموع اللاجئين تكاد تكون متساوية. وفي معظم بلدان اللجوء، تتراوح نسبة النساء بين ٤٥ و ٥٥ في المائة من مجموع اللاجئين.

١١٦- وعلى الصعيد الإقليمي، تتساوى نسب الرجال والنساء تقريباً في المنطقتين اللتين تستضيفان أكبر عدد من اللاجئين، أي آسيا وأفريقيا. وفي أوروبا، تفوق المهاجرات المهاجرين عدداً إلى حد ما، إذ يشكلن ٥٣ في المائة من المجموع. وفي أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، وكذلك في أوقيانوسيا، يفوق اللاجئون اللاتجئات عدداً بعض الشيء، إذ يشكل الرجال في هاتين المنطقتين نسبة ٥٣ و ٥٥ في المائة على التوالي من مجموع اللاجئين.

١١٧- وفي حين أن التشريد القسري ينال من الرجال ومن النساء معاً، فإن احتياجات كل من الجنسين إلى الحماية والمساعدة مختلفة عن احتياجات الآخر. وتحمل المشردات في الغالب قسماً غير متكافئ من المشقة. وتشتد حدة الفوارق السلبية التقليدية غير المؤاتية للمرأة، بالنسبة إلى الرجل، في خضم الفوضى التي تسود في حالات الطوارئ. وانتهاك الأمن البدني من أخطر المشاكل التي تتعرض لها المرأة خلال التشريد وفي مخيمات اللاجئين. وقد تحصل المرأة على كمية أقل من الطعام عند توزيعه، كما أن الانعدام الفعلي للخدمات الصحية الأولية والإنجابية يعرض صحتها للخطر.

١١٨- ولا تراعي معظم السياسات و الأنظمة المتصلة بالهجرة نوع الجنس. إلا أن البيانات المتوفرة تدل على أن الأنظمة السارية تؤثر بصورة مختلفة على الرجال والنساء، نظراً للتمايز بينهما في الدور والمكانة. والتدابير القليلة الموجودة التي تراعي نوع الجنس تُعنى بالأوضاع التي يشكل فيها ضعف المرأة خطراً على أمنها. وقد وضعت هذه التدابير، التي يهدف معظمها إلى حماية المرأة من الايذاء والاستغلال الجنسيين، خلال السنوات العشر الأخيرة، وتُعنى أساساً باللاجئات والمهاجرات غير الحائزات للوثائق اللازمة.

١١٩- ولا تتضمن السياسات الحالية لقبول الأيدي العاملة المهاجرة أي معايير تميز تمييزاً صريحاً بحق الرجال أو النساء. ولكن بما أن الصفة المكتسبة عند دخول البلد تمنح حقوقاً معينة متصلة بالهجرة، فإن النسبة العالية للنساء في تدفقات الهجرة بغرض جمع شمل الأسر قد أثرت على مركز المرأة. وفي كثير من البلدان المستوردة للأيدي العاملة، تُربط تصاريح إقامة الزوجة والأبناء بتصريح إقامة العامل، ولا تترتب على هذه الإقامة تلقائياً أي حقوق في العمل. ويندر وجود أنظمة متعلقة بالهجرة الخارجة تراعي نوع الجنس في البلدان المصدرة للأيدي العاملة، في أفريقيا وأمريكا اللاتينية. وعلى النقيض من ذلك، فرضت عدة بلدان آسيوية مصدرة للأيدي العاملة قيوداً على هجرة العاملات إلى الخارج. وكان الحافز على سن هذه السياسات هو الخوف من استغلال العاملات في الخارج والنقص الداخلي في عدد العاملات في مهن معينة. ويتفاوت تطبيق هذه القيود تفاوتاً شاسعاً بين دولة وأخرى، وكثيراً ما توجد أحكام تبيح الاستثناءات. وهناك عوامل أخرى تجتهد من فعاليتها. وتمثل تدابير الحماية والرعاية الاجتماعية سمات جديدة نسبياً في إطار مؤسسي يهدف إلى تشجيع تصدير الأيدي العاملة.

١٢٠- وعلى مدى السنوات الخمس عشرة الماضية، حظيت القضايا الجنسانية بالمزيد من الاهتمام على الصعيدين الوطني والدولي بالنسبة إلى اللاجئيين. فأولاً، اعترفت بعض البلدان، ومنها استراليا وسويسرا وكندا والمملكة المتحدة والنرويج ونيوزيلندا والولايات المتحدة، بالاضطهاد المتصل بنوع الجنس، كمبرر لمنح اللجوء. واعتمدت استراليا وكندا والولايات المتحدة مبادئ توجيهية لتقييم طلبات اللجوء المتصلة بنوع الجنس. والمبادئ التوجيهية المعنية بالمهاجرات اللواتي يطلبن اللجوء خوفاً من الاضطهاد المتصل بنوع الجنس، التي أصدرتها كندا عام ١٩٩٣، تُحدّد أشكال الاضطهاد الرئيسية الخمسة التي تتعرض لها المرأة، وهي: المعاملة القاسية أو اللاإنسانية لمخالفة المعايير الاجتماعية؛ والعنف الجنسي؛ وختان الإناث واستئصال أعضائهن التناسلية؛ والتنظيم القسري للحمل؛ والعنف الأسري.

١٢١- وثانياً، اعتمد عدد من التدابير والبرامج نتيجة للاحتياجات الخاصة باللاجئين واحتمال تعرّضهن للعنف الجنسي والجسدي. وفي التسعينات، أصدرت مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين المبادئ التوجيهية المتعلقة بحماية اللاجئين^(١٧) والمبادئ التوجيهية المتعلقة بمنع العنف الجنسي الموجه ضد اللاجئين والتصدي له^(١٨). وتتضمن التدابير الأخرى التي اتخذتها المفوضية توفير التسهيلات الاقتصادية والتدريب للنساء اللواتي يبقين في وضع اللاجئين مدة طويلة واللواتي يُعدن إلى أوطانهم من المنفى. وهناك عقبات تعترض الحماية القائمة على نوع الجنس. فمعظم الأفعال المتصلة بالاضطهاد القائم على نوع الجنس تنتمي إلى النطاق المحلي الذي يُعتبر غالباً خارج اختصاص القانون الدولي. وإنه لمن المهين والصعب الإبلاغ عن بعض أشكال الاضطهاد القائم على نوع الجنس ووصف وقائعه، في المقابلات التي تُجرى مع طالبات اللجوء. كما أن صعوبة إثبات المزاعم ذات الصلة في هذا النوع من حالات اللجوء أكبر منها في حالات اللجوء الأخرى.

١٢٢- وتشكل مسألة الاتجار غير المشروع بالمهاجرين غير الحائزين للوثائق اللازمة شاغلاً سياسياً متزايداً. ومع أنه ليس هناك ما يثبت أن النساء يشكلن أغلبية ضحايا هذا الاتجار غير المشروع، فقد تركّز عليهن انتباه السياسيين ووسائل الإعلام بوصفهن فئة معرضة للخطر بصفة خاصة. وفي التسعينات، بدأت الحكومات باعتماد تشريعات تجرم أنشطة الاتجار غير المشروع بالمهاجرين غير الحائزين للوثائق اللازمة، وتفرض عقوبات على إدخالهم ونقلهم وإيوائهم على نحو غير مشروع، وعلى توفير العمالة بشكل مخالف للقانون، وكذلك على تزوير وثائقهم واستغلالهم عن طريق العنف الجنسي. وقد اعتمد معظم البلدان في شمال وغرب أوروبا وأمريكا الشمالية وعدد متزايد من بلدان أمريكا الوسطى وأوروبا الشرقية، تشريعات بشأن هذه المسائل. وفي حين أن هذه التشريعات ركّزت في البداية على معاقبة المهاجر وطرده لا على معاقبة مرتكب الجرم، فقد رفعت بعض البلدان العقوبات خلال السنوات الخمس الماضية عن ضحايا هذا النوع من الاتجار، ولا سيما النساء. ووضعت بضعة بلدان مؤخراً تدابير مبتكرة لتشجيع النساء على الإدلاء بشهادتهن ضد هؤلاء المهربين. وكانت هولندا أول بلد يصدر تصريح إقامة مؤقت للنساء اللواتي يقعن ضحية لهذا الاتجار غير المشروع. وتوجد برامج لحماية الشهود في بلجيكا. وهناك برامج مماثلة قيد الدرس في الولايات المتحدة.

سادسا - ملاحظات ختامية

١٢٣- يسلم برنامج العمل الصادر عن المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بالعلاقة العضوية بين السكان والمسائل الجنسانية والتنمية. فالفصل الرابع مثلاً من برنامج العمل مخصص لموضوع

المساواة بين الجنسين والإنصاف وتمكين المرأة. وبالإضافة إلى ذلك، وضعت القضايا الجنسانية في مواقع بارزة في جميع أجزاء البرنامج. واحتلت هذه القضايا أيضاً موقعا رئيسيا في المناقشات التي دارت في دورة الجمعية العامة الاستثنائية الحادية والعشرين لاستعراض تنفيذ برنامج العمل وتقييمه بصورة شاملة. وجرى التأكيد مجدداً على اعتماد منظور جنساني عند وضع السياسات وتنفيذ البرامج، وذلك في الإجراءات الأساسية التي اعتمدت في الدورة الاستثنائية لمواصلة تنفيذ برنامج العمل.

١٢٤- وشهد العالم تغيراً ديمغرافياً ملحوظاً في النصف الثاني من القرن العشرين. إلا أن هذا التغير لم يحدث بالسرعة نفسها في جميع البلدان ولم يكن وقعه متساوياً على النساء والرجال. ومع أن صحة النساء والرجال ورفاههما تحسّنا تحسّناً عظيماً، فإن الأدلة ساطعة على تفشي آثار عدم مراعاة نوع الجنس وعلى الروابط بين أوجه عدم المساواة في ميادين مختلفة وطوال الدورة العمرية. وبناء على هذه الأدلة، يتزايد اهتمام الحكومات بوضع السياسات والبرامج على كل من الجنسين، وبدأت تعالج المسائل العاجلة، كما يتضح في توصيات برنامج العمل والإجراءات الأساسية لمواصلة تنفيذ برنامج العمل التي اعتمدها الجمعية العامة.

١٢٥- وعلى سبيل المثال، انخفض معدل وفيات النساء بقدر أسرع منه في حالة الرجال، بحيث ازداد الفارق في العمر المتوقع لصالح النساء، وإن كانت فرص بقاء البنات في بعض البلدان لا تزال غير متكافئة بالمقارنة بالصبيان. وعلى الصعيد العالمي، لا يزال العمر المتوقع أعلى نسبياً في حالة النساء، إلا أن ازدياد إقبال النساء على التدخين جعل من الوفيات المتصلة بالتدخين خطراً يهدد بزوال هذا الفارق الذي تتمتع به المرأة.

١٢٦- وتبيّن كذلك أن العلاقات بين الجنسين لها دور هام في المنحى الذي اتخذه وباء الإيدز. فالمرأة في وضع أسوأ من وضع الرجل من حيث احتمال الإصابة بهذا المرض والتصدي لعواقبه في إطار الأسرة والمجتمع المحلي. وأدت الوفيات الناجمة عن الإيدز إلى زوال جزء من الفارق الإيجابي الذي تتمتع به المرأة من حيث العمر المتوقع، وذلك في أشد البلدان تضرراً بهذا الوباء.

١٢٧- كما أنه نتيجة للانخفاضات التي حدثت في معدل الخصوبة، قلّت كثيراً كمية الوقت الذي تكرسه المرأة للحمل وتربية الأطفال مما سهّل مشاركتها في القوى العاملة. ويُعزى جزء كبير من الهبوط الملحوظ في معدلات الخصوبة والوفيات إلى التحسّن الذي طرأ على التعليم، ولاسيما تعليم المرأة. وهناك علاقة أيضاً بين التعليم العالي وتأخر سن الزواج وسن الدخول إلى مرحلة الأمومة. وغالباً ما يرافق الهبوط في معدلات الخصوبة ازدياد الاستثمار في تعليم الأطفال. إلا أنه بالرغم من الإجماع الدولي على اعتبار التعليم حقاً أساسياً وعنصراً

حافزاً للتنمية وعاملاً هاماً يسهم في تحقيق رفاه الأسرة وصونها صحياً، ما تزال فرص التعليم غير كافية مع استمرار الفوارق بين الجنسين. وبالرغم من ذلك، أحرز تقدم كبير في تعميم التعليم الابتدائي وقلّت الفوارق بين الجنسين من حيث معدلات الانتظام في التعليم.

١٢٨- وقد تغير التوازن العددي بين النساء والرجال بفعل شيخوخة السكان، أي الانتقال إلى هيكلية سكانية أكثر تقدماً في السن نتيجة لهبوط معدلات الخصوبة والوفيات. ففي الفئة العمرية ٦٠ سنة فما فوق، على سبيل المثال، يوجد حالياً ١,٢ امرأة مقابل كل رجل؛ وفي الفئة العمرية ٨٠ سنة فما فوق، يقارب عدد النساء ضعف عدد الرجال.

١٢٩- ومن بين علماء العلوم الاجتماعية، درج الديمغرافيون عادة على تحليل البيانات المتعلقة بكل من النساء والرجال على حدة. وقد استُخدمت هذه البيانات المصنّفة حسب نوع الجنس لتحديد الوضع والدور النسبيين للرجال والنساء في العملية الاجتماعية والديمغرافية في البلدان المختلفة وعلى مرّ الزمن. إلا أن البحوث التي تعتبر أدوار الجنسين والعلاقات بينهما محدّدت ونتائج في الوقت نفسه للعمليات الديمغرافية لا تزال محدودة. كما يواجه الباحثون تحديات هامة في قياس المساواة والإنصاف من المنظور الجنساني. ومثال ذلك قلة المقاييس التي يمكن تطبيقها بصورة شاملة على الأوضاع المختلفة.

١٣٠- وقد كان التركيز الذي نالته القضايا الجنسانية في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية حافزاً على إجراء بحوث مبتكرة في هذا المجال. ويولي الباحثون اهتماماً متزايداً لهذه القضايا عند جمع البيانات الديمغرافية والاجتماعية والاقتصادية وتحليلها. وقد أبرز هذا الاهتمام ما يمكن أن يوفره المنظور الجنساني من رؤى متعمقة، ومن المرجح أن يعزز فهمنا للعلاقات الفائقة الأهمية بين السكان والمسائل الجنسانية والتنمية.

الحواشي

- (١) قرار المجلس الاقتصادي والاجتماعي ١١ (د-٢) المؤرخ ٢١ حزيران/يونيه ١٩٤٦.
- (٢) قرار المجلس الاقتصادي والاجتماعي ٣ (د-٣) المؤرخ ٣ تشرين الأول/أكتوبر ١٩٤٦.
- (٣) قرار الجمعية العامة ٢١٧ ألف (د-٣) المؤرخ ١٠ كانون الأول/ديسمبر ١٩٤٨.
- (٤) قرار الجمعية العامة ٢٢٦٣ (د-٢٢) المؤرخ ٧ تشرين الثاني/نوفمبر ١٩٦٧.
- (٥) "الوثيقة الختامية للمؤتمر الدولي لحقوق الإنسان، طهران، ٢٢ نيسان/أبريل-١٣ أيار/مايو ١٩٦٨" (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع A.68.XIV.2)، الفصل الثاني.
- (٦) قرار الجمعية العامة ٣٤/١٨٠، المرفق.

- (٧) "تقرير المؤتمر العالمي لاستعراض وتقييم منجزات عقد الأمم المتحدة للمرأة: المساواة والتنمية والسلام، نيروبي، ١٥-٢٦ تموز/يوليه ١٩٨٥" (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع A.85.IV.10)، الفصل الأول، الفرع ألف.
- (٨) "تقرير المؤتمر العالمي الرابع المعني بالمرأة، بيجين، ٤ - ١٥ أيلول/سبتمبر ١٩٩٥" (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع A.96.IV.13)، الفصل الأول، القرار ١، المرفق الثاني.
- (٩) "تقرير مؤتمر الأمم المتحدة العالمي للسكان، بونخارست، ١٩ - ٣٠ آب/أغسطس ١٩٧٤" (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع A.75.XIII.3)، الفصل الأول.
- (١٠) المرجع نفسه، الفرع باء.
- (١١) المرجع نفسه، الفرع جيم - ١ (ج).
- (١٢) "تقرير المؤتمر الدولي المعني بالسكان، مكسيكو، ٦ - ١٤ آب/أغسطس ١٩٨٤" (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع A.84.XIII.16)، الفصل الأول، الفرع باء، ثالثاً - باء.
- (١٣) المرجع نفسه، الفرع باء - ثالثاً، دال - ٣.
- (١٤) "تقرير المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، القاهرة، ٥ - ١٣ أيلول/سبتمبر ١٩٩٤" (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع A.95.XIII.18)، الفصل الأول، القرار ١، المرفق.
- (١٥) قرار الجمعية العامة د-٢١/٢، المرفق.
- (١٦) "التوقعات السكانية العالمية: تنقيح عام ١٩٩٨، المجلد الأول، الجداول الشاملة" (بالإنكليزية فقط) (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع E.99.XIII.9)، "النقاط الرئيسية في تنقيح عام ١٩٩٨".
- (١٧) مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين، "المبادئ التوجيهية المتعلقة بحماية اللاجئين".
- (١٨) مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين، "المبادئ التوجيهية المتعلقة بمنع العنف الجنسي الموجه ضحك اللاجئين والتصدي له" (جنيف، ١٩٩٥).