

الشؤون

الاقتصادية والاجتماعية

السكان والحقوق الإنجابية  
والصحة الإنجابية مع التركيز  
على وجه الخصوص على  
فيروس نقص المناعة البشرية /  
متلازمة نقص المناعة  
المكتسب (الإيدز)

التقرير الموجز

الأمم المتحدة



ST/ESA/SER.A/214

إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية  
شعبة السكان

# السكان والحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية مع التركيز على وجه الخصوص على فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)

التقرير الموجز

الأمم المتحدة • نيويورك، ٢٠٠٢



## ملحوظة

لا تنطوي التسميات المستخدمة في هذا التقرير ولا طريقة عرض المادة التي يتضمنها على الإعراب عن أي رأي على الإطلاق من جانب الأمانة العامة للأمم المتحدة فيما يتعلق بالوضع القانوني لأي بلد أو إقليم أو مدينة أو منطقة أو سلطاتها. أو فيما يتعلق بتعيين حدودها أو تخومها.

وتشير كلمة "البلد" كما هي مستخدمة في نص هذا التقرير أيضا، حسب الاقتضاء، إلى الأقاليم أو المناطق.

وتستخدم تسميات "المتقدم النمو" و "النامي" لأغراض إحصائية ولا تعبر بالضرورة عن إبداء أي حكم بشأن المرحلة التي وصل إليها بلد معين أو منطقة معينة في عملية التنمية.

ST/ESA/SER.A/214

UNITED NATIONS PUBLICATION

Sales No.....

ISBN.....

Copyright © United Nations 2002

All rights reserved

Printed in New York, United States of America



## تصدير

أعد هذا التقرير استجابة لقرار المجلس الاقتصادي والاجتماعي ٥٥/١٩٩٥ المؤرخ ٢٨ تموز/يوليه ١٩٩٥، الذي أيد فيه المجلس اختصاصات لجنة السكان والتنمية وبرنامج عملها متعدد السنوات والمحدد الأولويات ذي المنحى المواضيعي في دورته الثامنة والعشرين<sup>(١)</sup>. ووفقا لبرنامج العمل متعدد السنوات، المقرر استخدامه كإطار لتقييم التقدم المحرز في تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية<sup>(٢)</sup>، ستعد سلسلة جديدة من التقارير سنويا عن مجموعة خاصة من المواضيع. وقد قررت اللجنة في مقررها ١/٢٠٠١<sup>(٣)</sup>، أن يكون الموضوع الخاص لعام ٢٠٠٢ هو: "الحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية، مع التركيز على وجه الخصوص على فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)"، وهو موضوع هذا التقرير. وهذا هو ثاني تقرير يستعرض الحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية. وكان الموضوع الذي اختير لعام ١٩٩٦، هو "الحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية، بما في ذلك معلومات السكان والتعليم والاتصال"، هو موضوع أول تقرير سنوي. وهذا المنشور نسخة منقحة من التقرير الذي قُدم إلى اللجنة في دورتها الخامسة والثلاثين.

ويقدم التقرير موجزا لجوانب مختارة من الحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية، تشمل المواضيع التالية: الدخول في مرحلة الحياة الإنجابية؛ والسلوك الإنجابي، وتنظيم الأسرة؛ والإجهاد؛ ووفيات الأمهات أثناء النفاس واعتلالهن؛ والأمراض المعدية المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي؛ وفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)؛ والحقوق الإنجابية.

وقد أعدت هذا التقرير شعبة السكان بالأمانة العامة للأمم المتحدة. ويجدر التنويه بمختلف مكاتب الأمم المتحدة واللجان الإقليمية والوكالات المتخصصة التي ساعدت في إعدادها بصورة مباشرة أو غير مباشرة. وعلى وجه الخصوص، أعدت منظمة الصحة العالمية الفصلين الخامس والسادس وأعد برنامج الأمم المتحدة المشترك

المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) الفصل السابع. وتقدم بالشكر والامتنان أيضا لتريزا كاسترو مارتين من المجلس الأعلى للبحوث العلمية، مدير، للمساعدة التي قدمتها في التحرير الموضوعي للتقرير.

وللاطلاع على مزيد من المعلومات، برجاء الاتصال بمدير شعبة السكان، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، الأمم المتحدة، نيويورك، (Director, Population Division, Department of Economic and Social Affairs.)  
(United Nations, New York, 10017, USA).

#### الحواشي

- (١) انظر الوثائق الرسمية للمجلس الاقتصادي والاجتماعي، ١٩٩٥، ملحق رقم ٧ (E/1995/27)، المرفق الأول، الفرعان الأول والثاني.
- (٢) تقرير المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، القاهرة، ٥-١٣ أيلول/سبتمبر ١٩٩٤ (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع E.95.XIII.18)، الفصل الأول، القرار الأول، المرفق.
- (٣) انظر الوثائق الرسمية للمجلس الاقتصادي والاجتماعي، ٢٠٠٠، الملحق رقم ٥ (E/2000/25)، الفصل الأول، الفرع باء.

## المحتويات

## الصفحة

iii	تصدير
viii	ملاحظات تفسيرية
١	مقدمة
٧	أولا - دخول مرحلة الحياة الإنجابية
٢١	ثانيا - السلوك الإنجابي
٣٧	ثالثا - تنظيم الأسرة
٥٤	رابعا - الإجهاض
٧١	خامسا - وفيات الأمهات واعتلاهن
٨٥	سادسا - الأمراض المعدية المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي
٩٤	سابعا - فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)
١١٣	ثامنا - الحقوق الإنجابية
١٢٤	المراجع
	الجداول
	١ - التوقيت والسياق الزوجي لبدء ممارسة النشاط الجنسي للرجال والنساء في الفئة العمرية ٢٠-٢٤ عاما في مناطق منتقاة
١١	
	٢ - معدل الخصوبة الكلي، في المناطق والأقاليم الرئيسية من الفترة ١٩٧٠-١٩٧٥ إلى الفترة ١٩٩٥-٢٠٠٠
٢١	
	٣ - معدلات الخصوبة الكلية حسب المستوى التعليمي للمرأة، في بلدان نامية منتقاة
٢٩	

- ٤ - متوسط شيوع استخدام طرق معينة لمنع الحمل، حسب المناطق والأقاليم الرئيسية (استناداً إلى أحدث بيانات الاستقصاءات المتاحة، والتاريخ المتوسط لإجراء الاستقصاء هو عام ١٩٩٧) . . . . . ٣٨
- ٥ - حالات الإجهاض القانوني المبلّغ عنها، أحدث سنة . . . . . ٥٦
- ٦ - الوضع القانوني لعقار ميفيريستون (Mifepristone RU-486) . . . . . ٦٤
- ٧ - تقديرات وفيات الأمهات أثناء النفاس حسب المناطق، ١٩٩٥ . . . . . ٧٤
- ٨ - الاتجاهات في ٥٣ بلداً من حيث نسبة الولادات التي عني بها مباشرون لديهم المهارات اللازمة، ١٩٨٩-١٩٩٩ . . . . . ٨٠
- ٩ - المعدل المقدر لانتشار الأمراض المعدية المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي والقابلة للعلاج والمعدل السنوي المقدر لحالات الإصابة بها حسب المنطقة . . . . . ٨٦
- ١٠ - إحصاءات وخصائص فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز حسب المناطق، في نهاية عام ٢٠٠١ . . . . . ٩٥
- ١١ - معدل الانتشار الإقليمي لفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز في أوساط الشباب في الفئة العمرية ١٥-٢٤ سنة في نهاية عام ٢٠٠١ . . . . . ١٠١
- ١٢ - السياسات الحكومية إزاء توفير وسائل منع الحمل حسب مستوى التنمية، ١٩٩٩ . . . . . ١١٤

### الأشكال

- الأول - توزيع البلدان حسب المناطق وفقاً لمتوسط السن عند الزواج بالنسبة للرجال والنساء، استناداً إلى أحدث بيانات . . . . . ١٧
- الثاني - الخصوبة الخاصة بالعمر للنساء في الفئة العمرية ١٥-١٩، في أواخر التسعينات . . . . . ٣٣



- الثالث - نسبة المتزوجات حالياً اللاتي تلي احتياجاتهن في مجال تنظيم الأسرة المتصلة بالمباعدة بين الولادات أو الحد منها، حسب المنطقة في أواخر التسعينات ..... ٥٠
- الرابع - عدد حالات حمل المراهقات، في عام ١٩٩٩ أو أحدث سنة ... ٦٣
- الخامس - الاتجاهات فيما يتصل بوفيات الأمهات أثناء النفاس، في بلدان منتقاة في أمريكا اللاتينية، ١٩٨٠-١٩٩٩ ..... ٧٦
- السادس - الاتجاهات فيما يتصل بوفيات الأمهات أثناء النفاس، في بلدان منتقاة في آسيا، ١٩٨٠-١٩٩٧ ..... ٧٧
- السابع - الاتجاهات فيما يتصل بوفيات الأمهات أثناء النفاس، في بلدان منتقاة في أوروبا الشرقية، ١٩٧٤-١٩٩٧ ..... ٧٨
- الإطار - تعريف الحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية في برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية ..... ١

## ملاحظات تفسيرية

تتألف رموز ووثائق الأمم المتحدة من حروف وأرقام.

وقد استخدمت رموز مختلفة في الجداول في هذا التقرير، على النحو التالي:

نقطتان (..) وتشيران إلى عدم توفر البيانات أو أنها غير واردة بشكل منفصل.

شرطتان (--) وتشيران إلى أن المقدار صفر أو جدير بالإهمال.

الواصلة (-) وتشير إلى عدم انطباق المادة.

إشارة ناقص (-) قبل رقم تشير إلى ناقص.

الفاصلة (,) تستخدم للإشارة إلى كسر عشري.

الشرطة المائلة (/) تشير إلى سنة محصول أو سنة مالية مثل ١٩٩٥/١٩٩٤.

يشير استخدام الوصلة (-) بين السنوات مثل ١٩٩٤-١٩٩٥ إلى كامل الفترة المعنية، من بداية السنة إلى نهاية السنة.

لا تضاف التفاصيل والنسب المئوية في الجداول بالضرورة إلى المجاميع بسبب تدوير الأرقام.

كلمة دولار تشير إلى دولارات الولايات المتحدة، ما لم يذكر غير ذلك.

تعني كلمة "بليون" ألف مليون.

وتتألف مجموعة أقل البلدان نموا حاليا من ٤٩ بلدا هي: إثيوبيا، إريتريا، أفغانستان، أنغولا، أوغندا، بنغلاديش، بنن، بوتان، بوركينافاسو، بروندي، تشاد، توغو، توفالو، جزر سليمان، جزر القمر، جمهورية أفريقيا الوسطى، جمهورية تنزانيا المتحدة، جمهورية الكونغو الديمقراطية، جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية، جيبوتي، الرأس الأخضر، رواندا، زامبيا، ساموا، سان تومي وبرينسيبي، السنغال، السودان، سيراليون، الصومال، غامبيا، غينيا، غينيا الاستوائية، غينيا - بيساو، فانواتو، كمبوديا، كيريباتي، ليبريا، ليسوتو، مالي، مدغشقر، ملاوي، ملديف، موريتانيا، موزامبيق، ميانمار، نيبال، النيجر، هايتي، اليمن.

## مقدمة

في الدورة الاستثنائية الحادية والعشرين للجمعية العامة المكرسة لإجراء استعراض وتقييم شاملين لتنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، التي عُقدت في نيويورك في عام ١٩٩٩، أكدت الحكومات التزامها المتجدد والمطرد بمبادئ وأهداف وغايات برنامج العمل، ومن بينها تلك المتصلة بالحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية (انظر قرار الجمعية العامة د1 - ٢١/٢، المرفق).

وعرّف برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (الأمم المتحدة، ١٩٩٥، الفصل الأول، القرار ١، المرفق) المعقود في القاهرة في عام ١٩٩٤ الصحة الإنجابية بأنها حالة رفاه كامل بدنيا وعقليا واجتماعيا في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته (انظر الإطار). وهكذا، وعلى نقيض النهج السابقة التي تركز على جوانب محددة للصحة الإنجابية، من قبيل الأمومة السالمة وصحة الأم والطفل وتنظيم الأسرة، يُعنى نهج الصحة الإنجابية، ليس فقط بالمسائل الصحية المتصلة بالحمل، ولكن أيضا بالمسائل الصحية ومسائل حقوق الإنسان المتصلة بالإنجاب والجوانب الجنسية الناشئة في نطاق سن الإنجاب أو بعده.

### تعريف الحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية في برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية<sup>(١)</sup>

”الصحة الإنجابية هي حالة رفاه كامل بدنيا وعقليا واجتماعيا في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته. وليست مجرد السلامة من المرض أو الإعاقة. ولذلك تعني الصحة الإنجابية قدرة الناس على التمتع بحياة جنسية مُرضية ومأمونة، وقدرةهم على الإنجاب، وحريةهم في تقرير الإنجاب وموعده وتواتره. ويشتمل هذا الشرط الأخير، ضمنا، على حق الرجل والمرأة في معرفة واستخدام أساليب تنظيم الأسرة المأمونة والفعالة والميسورة والمقبولة في نظرهما، وأساليب تنظيم الخصوبة التي يختارها والتي لا تتعارض مع القانون، وعلى

الحق في الحصول على خدمات الرعاية الصحية المناسبة التي تمكن المرأة من أن تحتاز بأمان فترة الحمل والولادة، وتهيئ للزوجين أفضل الفرص لإنجاب وليد متمتع بالصحة. وتمشيا مع تعريف الصحة الإنجابية سالف الذكر، تُعرّف الرعاية الصحية الإنجابية بأنها مجموعة من الأساليب والطرق والخدمات التي تسهم في الصحة الإنجابية والرفاه من خلال منع وحل مشاكل الصحة الإنجابية. وهي تشمل كذلك الصحة الجنسية التي ترمي إلى تحسين نوعية الحياة والعلاقات الشخصية، لا مجرد تقديم المشورة والرعاية الطبية فيما يتعلق بالإنجاب والأمراض التي تنتقل بالاتصال الجنسي“ (الفصل السابع، الفقرة ٧-٢).

”وبمراعاة التعريف السابق، تشمل الحقوق الإنجابية بعض حقوق الإنسان المعترف بها فعلا في القوانين الوطنية والوثائق الدولية لحقوق الإنسان وغيرها من وثائق الأمم المتحدة التي تظهر توافقا دوليا في الآراء. وتستند هذه الحقوق إلى الاعتراف بالحق الأساسي لجميع الأزواج والأفراد في أن يقرروا بأنفسهم بحرية ومسؤولية عدد أولادهم وفترة التباعد فيما بينهم وتوقيت إنجابهم، وأن تكون لديهم المعلومات والوسائل اللازمة لذلك، والاعتراف أيضا بالحق في بلوغ أعلى مستوى ممكن من الصحة الجنسية والإنجابية. كما تشمل حقهم في اتخاذ القرارات المتعلقة بالإنجاب دون تمييز أو إكراه أو عنف على النحو المبين في وثائق حقوق الإنسان. ولدى ممارسة الأزواج والأفراد لهذا الحق، ينبغي أن يأخذوا في الاعتبار حاجات معيشتهم ومعيشة الأولاد في المستقبل ومسؤولياتهم تجاه المجتمع. وينبغي أن يكون تعزيز الممارسة المسؤولة لهذه الحقوق بالنسبة لجميع الناس هو المرتكز الأساسي للسياسات والبرامج التي تدعمها الحكومة والمجتمع في مجال الصحة الإنجابية، بما في ذلك تنظيم الأسرة. وكجزء من التزامهم، ينبغي إيلاء الاهتمام الكامل لتعزيز إيجاد علاقات بين الجنسين تتسم بالاحترام المتبادل والإنصاف، والاهتمام بوجه خاص بتلبية الحاجات التثقيفية والخدمية للمراهقين كما يتمكنوا من معالجة الجانب الجنسي من حياتهم معالجة إيجابية ومسؤولة. والصحة الإنجابية لا تصل إلى الكثيرين من سكان العالم بسبب عوامل متعددة، منها عدم كفاية مستويات المعرفة عن الجانب الجنسي في حياة البشر، وعدم ملائمة المعلومات والخدمات المتصلة بالصحة الإنجابية أو ضعف نوعيتها؛ وشيوع

السلوك الجنسي المنطوي على مخاطر كبيرة؛ والممارسات الاجتماعية التمييزية؛ والمواقف السلبية تجاه المرأة والفتاة، والقدر المحدود من سيطرة كثير من النساء والفتيات على حياتهن الجنسية والإنجابية. والمراهقون معرضون للخطر بوجه خاص بسبب افتقارهم إلى المعلومات وعدم حصولهم على الخدمات ذات الصلة في معظم البلدان. أما المسنون والمسنات فلديهم قضايا إنجابية مميزة لا تلقى العناية الكافية في أغلب الأحيان“ (الفصل السابع، الفقرة ٧-٣).

(أ) 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.

وينطوي التعريف الشامل للصحة الإنجابية على أن صحة وبقاء الرضع والأطفال تمثل مؤشرات هامة على الصحة الإنجابية. ويُنظر إلى بقاء الطفل على أنه مرتبط بشكل وثيق ليس فقط بتوقيت الولادات والمباعدة بينها وعددها بل أيضا بصحة الأمهات. وتعد المراهقة فترة يمكن أن تتعرض فيها للخطر آفاق الحياة الإنجابية المتسمة بالصحة. وتشمل عوامل الخطر الرئيسية بدء ممارسة العلاقات الجنسية قبل الأوان، وتعدد الشركاء في هذه العلاقات، والإنجاب في سن مبكرة، والسلوك الجنسي الذي ينطوي على مخاطر شديدة والإجهاض غير المأمون<sup>(١)</sup>، ونقص المعلومات والخدمات الصحية الأساسية. وتفرض الأمراض المعدية التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي، وخاصة فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) تهديدات رئيسية للمراهقين. وقد أصبح سن الخصوبة، الذي كان يمثل تقليديا محور تركيز برامج تنظيم الأسرة وبرامج صحة الأم والطفل السن التي يمكن التعرض فيه أيضا لمخاطر شديدة بالعدوى بالفيروس/الإيدز والموت بسببهما. وفي السياقات التي ينتشر فيها الوباء بشكل خطير للغاية، تمثلت أهم العوامل التي يعزى إليها الانتشار

السريع للوباء في ممارسة الجنس بين الجنسين بصورة غير مأمونة وإقامة علاقات جنسية مع شركاء متعددين (برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز، ٢٠٠٠). ويسلم نهج الصحة الإنجابية أيضا بأن مشاكل الصحة الإنجابية يمكن أن تحدث بعد سن الإنجاب بكثير. فبالنسبة للنساء، يمكن أن يتسبب انقطاع الطمس في حدوث تغييرات بيولوجية ونفسية كثيرة قد تؤدي إلى تغييرات في الهيكل العظمي والقلب وأوعيته. وفي الرجال، تُعد الأورام التي تصيب غدة البروستات شائعة نسبيا في سنوات العمر المتقدمة ويمكن أن تعوق الوظيفة الجنسية وقد تؤدي إلى الوفاة. وفي الرجال والنساء على السواء، يؤدي بدء ممارسة علاقات جنسية في سن مبكرة وتعدد الشركاء إلى زيادة مخاطر الإصابة بسرطان الجهاز التناسلي.

ومنذ عام ١٩٩٤، تواصلت الحكومات والمجتمع المدني والمجتمع الدولي بذل جهود لتنفيذ الاتفاقات التي تم التوصل إليها في القاهرة بشأن الحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية. كما أجرت كثير من البلدان تغييرات في السياسات وتغييرات تشريعية ومؤسسية لتحسين دعم تنفيذ برامج الصحة الإنجابية. وأظهر الاستعراض والتقييم الذي يجري كل خمس سنوات لتنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية أنه قد تم إحراز إنجازات هامة في مجال تحسين الصحة الإنجابية. (الأمم المتحدة، ١٩٩٩ أ؛ قرار الجمعية العامة د١ - ٢/٢١، المرفق). ويحظى التعريف الواسع النطاق للصحة الإنجابية بالقبول، بصفة خاصة، من جانب عدد متزايد من البلدان. ويُعد الاستعمال المتزايد لأساليب تنظيم الأسرة دليلا على تزايد إمكانية الحصول على خدمات تنظيم الأسرة وعلى قدرة أعداد متزايدة من الأزواج والأفراد على اختيار عدد أطفالهم والفترة الفاصلة بينهم. ومع ذلك فإن الاستعراض يظهر أيضا أن التقدم المحرز في بعض البلدان كان محدودا بل إنه حدثت نكسات في بعض الحالات. وتعرض تنفيذ برامج الصحة الإنجابية للإعاقة نتيجة لاختناقات في التنفيذ، وخاصة صعوبات في إدماج خدمات الصحة الإنجابية في الرعاية الصحية الأولية بطريقة تكفل إتاحة هذه الخدمات للجميع وبأسعار معقولة. ولم يتم بعد بشكل كاف التصدي لاحتياجات الصحة

الجنسية والإنجابية للمراهقين في إطار أنظمة الرعاية الصحية الأولية، ولا يتمكن كثير من المراهقين من الحصول على المعلومات والخدمات اللازمة لحماية صحتهم وتحديد اختياراتهم بحرية وبشكل يتسم بالمسؤولية (الأمم المتحدة، ١٩٩٩ ب، المرفق).

ورغم أن بلوغ أهداف الصحة الإنجابية يتعرض لتحديات من جانب مجموعة كبيرة متنوعة من العوامل، فربما ليس هناك عامل أشد خطرا في هذا الصدد من الوباء العالمي لفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. فالفيروس/الإيدز يفاقمان من الأعباء الشديدة المفروضة على الصحة الإنجابية التي يتحملها الكثيرون، وخاصة النساء، بسبب الأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي والأمراض المتصلة بالإنجاب. ويتأثر الرضع والأطفال أيضا بالوباء إما عن طريق انتقال العدوى من الأم إلى الطفل أو عن طريق الرضاعة، أو بالتبتم نتيجة لوفاة الآباء المصابين بالمرض. وقد اعترفت الدورة الاستثنائية للأمم المتحدة المعنية بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، المعقودة في نيويورك في الفترة من ٢٥ إلى ٢٧ حزيران/يونيه ٢٠٠١ بأن وباء الإصابة بالفيروس/الإيدز يمثل حالة طوارئ عالمية وأنه يمثل تحديا من أكثر التحديات الموهلة التي تعصف بحياة البشر وكرامتهم وكذلك بالتمتع الفعلي بحقوق الإنسان (انظر قرار الجمعية العامة د-٢٦/٢ الذي يتضمن إعلان الالتزام بشأن الإيدز).

ورغم أن الاحتياجات من البيانات اللازمة لتقييم التقدم المحرز في مجال الحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية ضخمة ومتنوعة، فقد أحرز تقدم في تلبية بعض هذه الاحتياجات. ويوجد حاليا قدر ضخم من البيانات المتعلقة بجوانب الصحة الجنسية والإنجابية كانت مستبعدة من قبل من التحريات، وجمعت استقصاءات متنوعة عن السكان والصحة معلومات عن جوانب الحقوق الإنجابية ومن بينها بيانات عن أدوار الجنسين وتوقعاتهم وشيوع ختان الإناث والأشكال الأخرى للعنف المرتكب ضد المرأة. وجمعت معلومات أيضا في بعض الاستقصاءات عن وجود أعراض تشير إلى الإصابة بالأمراض المعدية التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي وعن توافر المعارف والممارسات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. ونتيجة للرصد

المستمر من جانب برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، توجد بيانات ضخمة عن المستويات والاتجاهات السائدة فيما يتصل بانتشار الفيروس والوفيات بسبب الإيدز في أرجاء العالم. ومع ذلك فإن رصد التقدم المحرز فيما يتصل ببرنامج الصحة الإنجابية لا يزال محدودا نظرا لندرة المعلومات عن المراهقين الصغار في السن وعن المستويات والاتجاهات السائدة فيما يتصل بانتشار الأمراض المعدية التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي وعن وفيات الأمهات أثناء النفاس واعتلالهن وعن وفيات حديثي الولادة. ولا تتوافر أيضا بيانات، بالنسبة للرجال والنساء على السواء، فيما يتصل بالصحة الإنجابية بعد سن الإنجاب.

وفي سياق أوجه القصور هذه المتصلة بالبيانات، يقدم هذا التقرير عرضا عاما لجوانب منتقاة من الحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية، مع التركيز بوجه خاص على وباء فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. ويستكمل التقرير نتائج رصد سكان العالم لعام ١٩٩٦ (الأمم المتحدة، ١٩٩٨) مع التشديد هنا بوجه خاص على وباء فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. وكان تقرير رصد سكان العالم في عام ١٩٩٦ هو أول تقرير يرصد التقدم المحرز في تنفيذ برنامج العمل فيما يتصل بالحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية. ويتناول هذا التقرير المسائل المتعلقة بالحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية المتصلة بدخول مرحلة الحياة الإنجابية؛ والسلوك الإنجابي؛ وتنظيم الأسرة؛ والإجهاد؛ ووفيات الأمهات أثناء النفاس واعتلالهن؛ والأمراض المعدية التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي؛ وفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)؛ ومسائل السياسة العامة المتصلة بالحقوق الإنجابية.



## أولاً - دخول مرحلة الحياة الإنجابية

يُمثل دخول مرحلة الحياة الإنجابية نقطة انتقال رئيسية في حياة الفرد. وتصيغ في المعتاد الاختيارات وأنماط السلوك المكتسبة خلال هذه المرحلة المبكرة مسار الحياة اللاحق (الأمم المتحدة، ١٩٨٨ و ١٩٨٩ و ١٩٩٨). وتتسم هذه المرحلة الانتقالية بأحداث هامة في الحياة هي: البلوغ وبدء ممارسة الحياة الجنسية والزواج وبدء الإنجاب. وتوقيت هذه الأحداث وتعاقبها والسياق الذي تتم فيه له تأثير فوري وطويل الأجل على الصحة الجنسية والإنجابية للأفراد. ووثق استعراض لبحث أجري مؤخرًا المخاطر الصحية لبدء ممارسة الجنس قبل الأوان والعواقب الضارة للزواج والإنجاب المبكرين (Alan Guttmacher Institute, 1998).

ويرجع تاريخ الاهتمام الدولي باحتياجات الصحة الإنجابية للمراهقين إلى المؤتمر الدولي المعني بالسكان المعقود في مكسيكو سيتي في عام ١٩٨٤. ومن التوصيات التي اعتمدها المؤتمر (الأمم المتحدة، ١٩٨٤، الفصل الأول، الفرع بـ) حث إحداها الحكومات على أن تكفل حصول المراهقين على التعليم الوافي، بما في ذلك التعليم المتعلق بالحياة الأسرية والجنس وأن توفر للمراهقين المعلومات والخدمات المناسبة المتعلقة بتنظيم الأسرة (المرجع نفسه، الفرع بـ - ثالثاً، التوصية ٢٩). وفي المؤتمر الدولي للسكان والتنمية المعقود في القاهرة في عام ١٩٩٤، تم تعريف المراهقين على أنهم فئة معرضة للخطر بشكل خاص وتم تناول احتياجات الصحة الإنجابية الخاصة بهم في فرع مستقل من برنامج العمل (الأمم المتحدة، ١٩٩٥، الفصل الأول، القرار ١، المرفق، الفصل السابع، الفرع هـ). وفي عام ١٩٩٩، أثناء استعراض وتقييم تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، جرى التشديد مرة أخرى على أهمية التصدي بشكل فعال لاحتياجات الصحة الإنجابية والجنسية للمراهقين (انظر قرار الجمعية العامة د إ - ٢/٢١، المرفق، الفرع الرابع - هـ).

ويرجع القلق المتزايد إزاء الصحة الإنجابية للمراهقين والشباب في جزء منه إلى مجرد الحجم المطلق لمجموعاتهم. فوفقاً للتوقعات السكانية العالمية: تنقح عام ٢٠٠٠

(الأمم المتحدة، ٢٠٠١ أ)، فإن نحو نصف سكان العالم، و ٦٣ في المائة في أقل البلدان نمواً، يقل عمرهم في الوقت الحالي عن ٢٥ عاماً من العمر، وهو ما يعني أن فرقة ضخمة من الأفراد ستدخل مرحلة الحياة الإنجابية في المستقبل القريب. ويُقدر عدد السكان المصنفين كـ "شباب"، في الفئة العمرية ١٥-٢٤ عاماً، بـ ١.٢ بليون نسمة ويمثلون نحو ١٨ في المائة من سكان العالم - نحو ١٤ في المائة من السكان في المناطق الأكثر تقدماً و ١٩ في المائة تقريباً من السكان في المناطق الأقل تقدماً. وتعيش الأغلبية العظمى من شباب العالم في المناطق الأقل تقدماً: ٦١ في المائة في آسيا و ١٥ في المائة في أفريقيا و ١٠ في المائة في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي. وفي العقود القادمة، سينخفض الثقل النسبي لهذه الفئة العمرية ضمن سكان العالم بصفة عامة، ولكن بحلول سنة ٢٠٣٠ من المسقط أن يزيد العدد المطلق للرجال والنساء في الفئة العمرية ١٥-٢٤ عاماً بنسبة ١٧ في المائة في أرجاء العالم ويصل إلى ١,٢ بليون نسمة. وستحدث أكبر زيادة (٨٤ في المائة) في أفريقيا، وليس من المتوقع أن تنقص هذه الفئة العمرية من السكان إلا في أوروبا. وتواجه الأجيال الحالية والمقبلة من الشباب تحديات هامة، ويعتمد حجم وصحة ورخاء الأجيال المقبلة من سكان العالم إلى حد ما على النجاح في تلبية احتياجات الشباب في مجال التعليم والصحة الإنجابية.

## سن البلوغ

يدل البلوغ على بدء النضج الجنسي. وخلال حالة التطور هذه، يمر المراهق بتغيرات بدنية وهرمونية ونفسية وجنسية ويصبح قادراً على الإنجاب. ورغم أن بدء الحيض ليس إلا جزءاً واحداً من عملية النضج الجنسي فإنه لا يزال في بعض المجتمعات معلماً ثقافياً هاماً يعلن خروج الفتيات من مرحلة الطفولة واستعدادهن للزواج والإنجاب (Mensch, Bruce and Greene, 1998). وتبعاً للاستقصاء الديمغرافي والصحي الذي أجري في بنغلاديش في عام ١٩٩٧، فإن ٥ في المائة من النساء اللاتي تتراوح أعمارهن حالياً بين ٢٠ و ٢٤ عاماً تزوجن قبل بلوغ سن ١٢ سنة، و ٤٧ في المائة منهن قبل بلوغ سن ١٥ سنة، مما يشير إلى أن نسبة كبيرة من الزيجات تتجمع

حول بدء الحيض. ولكن في معظم أرجاء العالم أدى التوسع التعليمي إلى انفصال النضج الجنسي عن الزواج بشكل متزايد، وأصبح هناك فارق بعدة سنوات بين البلوغ وبدء ممارسة النشاط الجنسي وتكوين الأسرة.

وهناك تباين كبير بين السن الذي يبدأ فيه في المتوسط الحيض بين البلدان (Becker, 1993; Morabia and Costanza, 1998). ويسجل استعراض أجري مؤخرا لبلدان عددها ٦٧ بلدا (Thomas and others, 2001) أن سن بدء الحيض أدنى في المناطق الأكثر تقدما منه في المناطق الأقل تقدما وأنه يرتبط ارتباطا عكسيا بالظروف الاجتماعية - الاقتصادية والتغذية ومعدلات الإلمام بالقراءة والكتابة. وتبعاً لهذا الاستعراض، يبلغ متوسط العمر عند بدء الحيض ١٣,١ من الأعوام في أوروبا وأمريكا الشمالية و ١٣,٢ في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي و ١٣,٦ في أوقيانوسيا و ١٣,٨ في آسيا و ١٤,١ في أفريقيا. وعلى مدى العقد الماضي، انخفض السن عند بدء الحيض انخفاضاً كبيراً في المناطق الأكثر تقدماً، بمعدل شهرين إلى ثلاثة أشهر في العقد، مما أسفر عن انخفاض خلال القرن عموماً بلغ نحو ثلاث سنوات (Wyshak and Frisch, 1982)، ولكن يبدو أن هذا الاتجاه بلغ مرحلة تتسم بالاستقرار. وفي المناطق الأقل تقدماً، استمر سن بدء الحيض في الانخفاض، على نحو مصاحب لتحسينات في التغذية والظروف الصحية (Chowdhury and others, 2000).

ورغم أنه من الموثق أن الصبية يدخلون سن البلوغ بعد سنتين تقريباً من الفتيات، فثمة نقص في الدراسات عن الاتجاهات والمقارنات الدولية بشأن توقيت بلوغ الصبية، ويرجع ذلك جزئياً إلى أنه ليس هناك توحيد قياسي للمعالم البيولوجية التي يبدأ عندها بلوغ الذكور. ولكن توجد أدلة متفرقة على وجود اتجاه عام على تكبير سن البلوغ أيضاً بين الصبية (McCauley and Salter, 1995). ويعني البلوغ في سن أكثر تكبيراً المرتبط بإكمال التعليم المدرسي في سن أكثر تأخراً والزواج في سن أكثر تقدماً أن هناك فصلاً متزايداً بين المعالم البيولوجية والمعالم الاجتماعية الاقتصادية المقترنة بالانتقال إلى مرحلة البلوغ.

## بدء ممارسة النشاط الجنسي

عادة ما يبدأ النشاط الجنسي أثناء المراهقة، وهي فترة نمو وتجريب وبحث عن الهوية يكون فيها الأفراد سريعي التأثر بشكل خاص، ولا يكون لديهم في كثير من الحالات إلمام جيد يمكنهم من تحديد اختيارات تتسم بالمسؤولية مما يعرّض للخطر صحتهم الجنسية والإنجابية (Zabin and Kiragu, 1998). وتؤدي إمكانية الوصول بشكل محدود إلى التوعية والخدمات في مجال الصحة الإنجابية إلى زيادة احتمالات حدوث حمل غير مرغوب فيه والإجهاض غير المأمون والإصابة بالأمراض المعدية التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي ومن بينها فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. وفي المعتاد، تكون البيانات عن السلوك الجنسي للشباب شحيحة، وخاصة بالنسبة للرجال. ولكن، في العقد الماضي، أدت خطورة ونطاق الوباء العالمي لفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز إلى دفع مسألة الصحة الجنسية إلى موقع الصدارة فيما يتصل بإجراء البحوث وفيما يتصل ببرامج السياسة العامة، مما عزز جمع البيانات وإدراج الرجال في الاستقصاءات. ونتيجة لهذه الجهود لجمع البيانات، توجد مجموعة متزايدة من الكتابات التي توثق التغير القائم في أرجاء العالم في توقيت بدء ممارسة الشباب للجنس وسياق هذه الممارسة (Singh and others, 2000؛ مكتب المراجع السكانية، ٢٠٠١؛ منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠١ أ).

ويوجز الجدول ١ بيانات استقصاء عن أعمار الشابات والشبان والحالة الزوجية وقت بدء ممارسة الجنس في مناطق منتقاة. وفي جميع المناطق المدرجة، كان بدء ممارسة الجنس أثناء المراهقة هو النمط السائد بين النساء. وتبلغ نسبة الشابات الناشطات جنسيا قبل سن العشرين أعلى نسبة لها في أفريقيا وفي البلدان الأكثر تقدما، إذ تبلغ ٧٩ في المائة في أفريقيا و ٧٢ في المائة في البلدان الأكثر تقدما، بينما سجلت أدنى نسبة في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، وهي ٥٨ في المائة. كما أن بدء ممارسة الجنس في سن المراهقة هو النمط السائد أيضا بين الذكور. وتبلغ

في المتوسط نسبة الشباب الذين بدأوا ممارسة النشاط الجنسي قبل سن ٢٠ عاما  
٦٩ في المائة في أفريقيا و ٨٢ في المائة في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي.

الجدول ١

التوقيت والسياق الزوجي لبدء ممارسة النشاط الجنسي للرجال والنساء في الفئة  
العمرية ٢٠-٢٤ عاما في مناطق منتقاة

النسبة المئوية للرجال والنساء الناشطين جنسيا ببلوغ سن العشرين								
قبل بلوغ ١٨ عاما			في الفترة بين ١٨ عاما و ١٩ عاما					
المنطقة	البلدان	الجميع	المجموع	قبل الزواج	في إطار الزواج	المجموع	قبل الزواج	في إطار الزواج
<b>الرجال</b>								
أفريقيا	١٨	٦٩	٤٨	٤٥	٣	٢١	١٧	٤
أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي	٦	٨٢	٦٥	٦٣	٢	١٧	١٥	٣
<b>النساء</b>								
أفريقيا	٢٥	٧٩	٦١	٣١	٢٩	١٨	٩	٩
أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي	١٣	٥٨	٣٨	١٧	٢١	٢٠	٩	١١
المناطق الأكثر تقدما	٥	٧٢	٥٠	٤٤	٦	٢٢	١٥	٧

المصادر: معهد آلان غوتمانشر، نحو عالم جديد: الحياة الجنسية والإنجابية للشابات  
(نيويورك، ١٩٩٨)، صفحة ٥١، الجدول ٣ في التذييل؛ وتقارير قطرية مختلفة  
لدراسات استقصائية ديموغرافية وصحية.

ملاحظة: المعدلات الإقليمية غير مرجحة وترتكز فقط على البيانات المتاحة بالنسبة لتلك  
المنطقة.

وبالنسبة لكثير من المراهقين، تبدأ ممارستهم للجنس قبل أن تتوفر لديهم  
معلومات وافية عن أخطاره على الصحة، ومهارات حماية الذات، وإمكانية الحصول

بشكل كامل على خدمات الصحة الإنجابية. وتتفاقم هذه الحالة إذا بدأت ممارسة الجنس في سن مبكرة للغاية. وثمة وجه آخر للقلق يتمثل في أن النشاط الجنسي في الأعمار المبكرة للغاية غالبا ما يكون غير طوعي أو قسري (Heise, Moore and Tou-bia, 1995؛ منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠١ أ). وتبعاً لاستقصاءات ديموغرافية وصحية حديثة، بدأت ما يزيد على ربع النساء اللاتي تتراوح أعمارهن حالياً بين ٢٠ و ٢٤ عاماً ممارسة الجنس قبل بلوغ سن ١٥ عاماً في بلدان أفريقية مختلفة هي: أوغندا وتشاد وجمهورية أفريقيا الوسطى وغينيا والكاميرون وكوت ديفوار وليبيريا ومالي وموزامبيق والنيجر. وفي المنطقة الآسيوية، اعتمدت معظم استقصاءات الصحة الإنجابية على عيّنات متزوجة، وعلى أي حال بلغت نسبة الشابات الناشطات جنسياً لدى بلوغهن ١٥ عاماً في إطار الزواج نحو الخمس في نيبال والهند، ونحو النصف في بنغلاديش. وفي أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، يعد بدء ممارسة الجنس قبل سن ١٥ عاماً غير شائع نسبياً، وإن كانت نسبة ١٠ إلى ١٥ في المائة من الشابات قد بدأت نشاطهن الجنسي قبل تلك السن في الجمهورية الدومينيكية وغواتيمالا ونيكاراغوا. وفي المناطق الأكثر تقدماً، تسود الولايات المتحدة الأمريكية أنماط لممارسة الجنس في سن أبكر من بقية البلدان: إذ تمارس نسبة ١٥ في المائة من الشابات و ٣٤ في المائة من الشبان أول علاقة جنسية قبل بلوغ سن ١٥ عاماً (Singh and others, 2000).

ويعد شيوع بدء ممارسة الجنس قبل سن ١٨ مؤشراً ذا صلة أيضاً بالصحة الإنجابية، لأن عدم النضج النفسي والعاطفي غالباً ما يرتبط بالسلوك المنطوي على مخاطر. وفي المنطقة الأفريقية، تبلغ نسبة النساء اللاتي تتراوح أعمارهن حالياً بين ٢٠ و ٢٤ عاماً اللاتي بدأت نشاطهن الجنسي قبل سن ١٨ ما يزيد على النصف في ١٨ من البلدان التي تمت دراستها والبالغ عددها ٢٥ بلداً، ويجاوز نسبة ٧٥ في المائة في تشاد وجمهورية أفريقيا الوسطى والكاميرون وكوت ديفوار وليبيريا ومالي وموزامبيق والنيجر. أما في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، فتتراوح نسبة

الشابات الناشطات جنسيا قبل بلوغ سن ١٨ عاما بين ٢٨ في المائة في المكسيك و ٤٩ في المائة في نيكاراغوا. وفي جميع البلدان المتقدمة التي تتوفر بيانات بشأنها، باستثناء بولندا، تجاوزت نسبة الشباب الناشطات جنسيا لدى بلوغهن ١٨ عاما النصف. كما أن الشروع في ممارسة الجنس قبل سن ١٨ شائع أيضا بين الرجال في أرجاء العالم. إذ تجاوزت نسبة الشباب الناشطون جنسيا قبل هذه السن النصف في ١٠ من البلدان الأفريقية الثمانية عشر وفي جميع بلدان أمريكا اللاتينية التي تتوفر بشأنها بيانات.

وكما أظهرت دراسات أخرى سابقة (Singh and others, 2000)، تتناقض البيانات مع الرأي الذي ساد طويلا القائل بأن الرجال عموما ينضجون جنسيا أبكر من النساء. ويختلف نمط التباين بين الجنسين بشأن بدء ممارسة النشاط الجنسي من منطقة إلى أخرى. ففي أفريقيا، تتجه النساء إلى بدء ممارسة الجنس في عمر أبكر من الرجال: ففي ١٦ بلدا من البلدان التي جرى استقصاء لها البالغ عددها ١٨ بلدا، تزيد نسبة الشباب عن نسبة الشباب الذين ينشطون جنسيا ببلوغ سن العشرين. وعلى النقيض، ففي أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، تنخفض بشكل كبير نسبة الشباب الناشطات جنسيا ببلوغ سن العشرين عن نسبة الرجال.

وفي حين أن التباين بين الجنسين في توقيت بدء ممارسة الجنس متواضع نسبيا ولا يتبع نمطا ثابتا عبر المناطق، فإن التباين بين الجنسين فيما يتصل ببدء ممارسة الجنس في سياق الزواج ضخم ويسير على نمط واحد بصفة عامة. وتبين المتوسطات المتعلقة بالمناطق المبينة في الجدول ١ أنه من بين الشباب الناشطات جنسيا ببلوغ سن العشرين، مرت ٥١ في المائة من الشباب في أفريقيا و ٤٥ في المائة من الشباب في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي بهذه المرحلة الانتقالية في سياق سابق على الزواج. وعلى النقيض، بلغت النسبة المناظرة فيما يتعلق بالذكور ٩٠ في المائة في أفريقيا و ٩٥ في المائة في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي. وفي آسيا، افترض على الدوام أن بدء ممارسة النشاط الجنسي يحدث تقليديا في سياق الزواج ولكن حيث أن معظم الاستقصاءات الديموغرافية قد ركزت على نساء متزوجات فلا توجد

إلا معلومات ضعيفة مبنية على الملاحظة بشأن ممارسة النشاط الجنسي قبل الزواج. وتؤكد الدراسات الأخيرة المستندة إلى استقصاءات الصحة الإنجابية للشباب الآسيوي أن مستوى ممارسة النشاط الجنسي قبل الزواج منخفض بين الشباب في منطقة آسيا بالمقارنة بالمناطق الأخرى، وإن كان مرتفعا بين الشباب (Xenos and others, 2001). وفي المناطق الأكثر تقدما، يميل التباين بين الجنسين فيما يتصل ببدء ممارسة الجنس في سياق الزواج إلى أن يكون أصغر، حيث أن بدء ممارسة النشاط الجنسي تحدث في الغالب في بلدان كثيرة قبل الزواج بالنسبة للنساء والرجال على السواء.

وأظهر عدد من الدراسات أن التعليم يؤدي دورا مؤثرا في توقيت بدء ممارسة الشباب للجنس والسياق الذي يمارس فيه (Blanc, 2000). فالارتباط بين ارتفاع مستوى تعليم النساء وتأخر بدء النشاط الجنسي ثابت تماما بالرهان في البلدان الواقعة جنوب الصحراء الكبرى في أفريقيا، وإن كان الارتباط بين التعليم والسلوك الجنسي السابق على الزواج يختلف بين البلدان (Gage and Meekers, 1994). ففي أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، يميل التباين في توقيت بدء ممارسة الجنس نتيجة الحصول على التعليم إلى أن يكون كبيرا، ولا سيما بين النساء الحاصلات على تعليم ابتدائي والنساء الحاصلات على تعليم ثانوي. ولكن هناك قرائن حديثة تشير إلى أن التعليم قد يؤثر بشكل مختلف على السلوك الجنسي لكل من الذكور والإناث. ففي العديد من بلدان أفريقيا وأمريكا اللاتينية التي تتوفر بيانات بشأنها، من الأرجح أن يكون عدد الرجال الحاصلين على تعليم ثانوي الناشطين جنسيا قبل بلوغ سن ١٨ عاما أكثر من الرجال الحاصلين على تعليم أدنى.

ويحظى أيضا تأثير البيئة الأسرية على بدء الشباب ممارسة النشاط الجنسي باعتراف متزايد (Gage, 1998). فعادة ما يؤدي الآباء وأفراد الأسرة الآخرون دورا رئيسيا في تشكيل معارف الشباب وقيَمهم وسلوكهم، بما في ذلك تلك المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية. ووثقت دراسات مختلفة الدور المؤثر للاستقرار الأسري (Gomez, 1993)، وتواجد الأب في الأسرة المعيشية (Dittus, Jaccard and Gordon).



(1997) والتواصل القائم بين الآباء وأبنائهم المراهقين (Hutchinson and Cooney, 1998) على تأخير توقيت بدء ممارسة الجنس وتقليل اتباع سلوك ينطوي على مخاطر.

وفيما يتصل بالاتجاهات الحديثة السائدة فيما يتصل ببدء ممارسة الجنس، وثقت بعض الدراسات تأخر بدء ممارسة النشاط الجنسي في بلدان عديدة (Blanc and Way, 1998). وقد يرجع السبب في هذا الاتجاه إلى حد ما إلى امتداد التعليم وتأخر الزواج وزيادة الوعي بالمخاطر الصحية والاجتماعية للبدء المبكر في ممارسة الجنس. وتؤكد دراسة لبلدان تتوافر بشأها بيانات في نقطتين زمنيتين مختلفتين أن ثمة اتجاهها ساد مؤخرا نحو تأخير بدء ممارسة الجنس: ففي ١٣ من البلدان التي تمت دراستها البالغ عددها ١٧ بلدا، حدث انخفاض في نسبة الشابات الناشطات جنسيا قبل سن العشرين. وتوفرت مؤخرا أدلة على أن تأخير بدء ممارسة الجنس فيما بين النساء والرجال قد ساهم مساهمة كبيرة في الانخفاض الذي حدث مؤخرا في معدلات إصابة الشباب بفيروس نقص المناعة المكتسب في أوغندا، وهي أحد البلدان الأفريقية الأشد تضررا بوباء فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والتي نُفذ فيها برنامج وقاية قوي (برنامج الأمم المتحدة المشترك الذي ترعاه عدة جهات والمعني بفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)، ١٩٩٨). وفي البلدان الأكثر تقدما، يسود نمط مستقر. ففي استعراض لبيانات استقصاء عن السلوك الجنسي أُجري في ١٢ بلدا أوروبيا، بين بوزون وكوتتولا (١٩٩٨) أنه بعد ما يزيد على عقدين من انخفاض سن بدء الشابات ممارسة الجنس، استقر توقيت ذلك في معظم البلدان منذ أوائل الثمانينات.

ورغم أن السن وقت البدء في ممارسة الجنس أخذ في الارتفاع في كثير من البلدان، فإن الارتفاع في سن الزواج أكبر بصفة عامة، مما أسفر عن اتساع الفجوة. ونتيجة لذلك، زاد بصفة عامة شيوع ممارسة النشاط الجنسي قبل الزواج، في المناطق الأكثر تقدما وفي بعض المناطق الأقل تقدما على السواء (Carr, Way and Smith, 2001). ففي كولومبيا على سبيل المثال زادت نسبة الشابات الناشطات جنسيا قبل

الزواج قبل بلوغ سن العشرين من ٣٥ في المائة في عام ١٩٩٥ إلى ٤٩ في المائة في عام ٢٠٠٠.

## الزواج

في جميع المجتمعات، يمثل الزواج نقطة تحول هامة في حياة الفرد. ورغم أنه في كثير من الخلفيات لم يعد الزواج يعني بدء ممارسة النشاط الجنسي، فلا تزال الارتباطات الزوجية هي السياق المهيمن الذي يتم في إطاره إنجاب الأطفال وتنشئتهم. ويحظى توقيت الزواج باهتمام متزايد من جانب الباحثين وواضعي السياسات بسبب الآثار الطويلة الأجل المترتبة عليه فيما يتصل بما يتيح للأفراد من خيارات في الحياة وفيما يتعلق بصحتهم الإنجابية ورفاههم الأسري (الأمم المتحدة، ١٩٩٠؛ Singh and Samara, 1996).

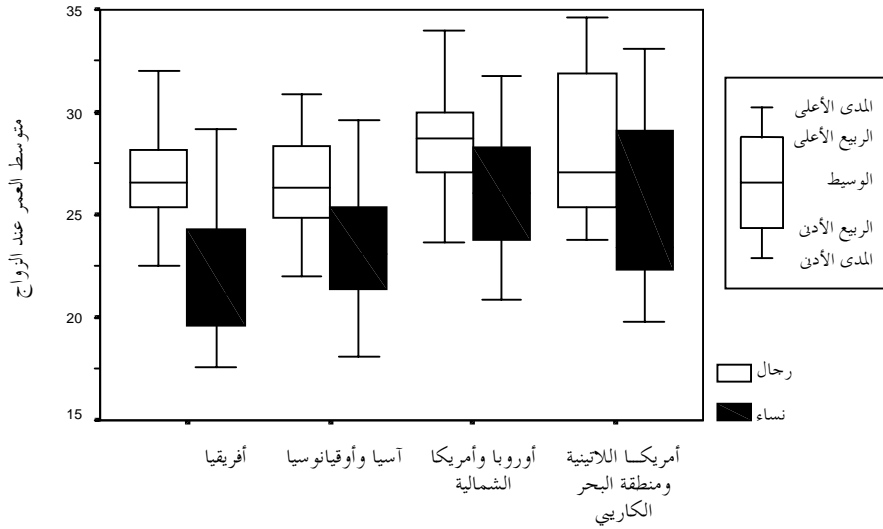
وتنص الاتفاقيات الدولية لحقوق الإنسان على ألا يتم الزواج إلا بالرضاء الحر والكامل لكلا الزوجين، لكن كثيرا من النساء يتزوجن دون ممارسة حقهن في الاختيار أو يكن ببساطة أصغر من أن يتمكن من اتخاذ قرار عن علم (منظمة الأمم المتحدة للطفولة، ٢٠٠١). والزواج المبكر يحرم الفتاة من مراهقتها، ويقلل فرصها التعليمية وغالبا ما يستتبعه إنجاب سابق للأوان ويحد من مستوى استقلاليتها داخل الأسرة. بما في ذلك سلطة اتخاذ القرارات المتعلقة بالمسائل المتصلة بالصحة الجنسية والإنجابية (Kishor and Neitzel, 1996). ورغم أن معظم البلدان قد سنت قوانين تنظم الزواج، من حيث الحد الأدنى للسن وضرورة الموافقة، فإن هذه القوانين لا تنفذ بشكل دائم، وغالبا ما لا تطبق إلا على حالات الاقتران التي تفتقر إلى الموافقة الأبوية. وتبعاً لأحدث الاستقصاءات الديمغرافية والصحية، تجاوزت نسبة الشابات اللاتي تزوجن قبل بلوغ سن ١٥ عاما الربع في بنغلاديش وتشاد وغينيا والنيجر.

وفي حين يبلغ متوسط عمر النساء عند الزواج في المناطق المختلفة ٢١,٩ عاما في أفريقيا و ٢٣,٤ عاما في آسيا وأوقيانوسيا و ٢٥,٥ عاما في أمريكا اللاتينية و ٢٦,١ عاما في أوروبا وأمريكا الشمالية (الشكل الأول) فإن متوسط عمر الرجال عند الزواج يكون أعلى بكثير من النساء في جميع المناطق، فهو يتراوح بين ٢٦,٦ في

آسيا إلى ٢٨,٨ في أوروبا وأمريكا الشمالية. وتتفق المتوسطات السائدة في المناطق بالنسبة للنساء والرجال المتزوجين في الفئة العمرية من ١٥ إلى ١٩ عاما مع هذه الأنماط. ولوحظت أعلى نسبة من النساء المتزوجات في الفئة العمرية ١٥ - ١٩ عاما في أفريقيا (٢٥ في المائة) تتبعها آسيا وأوقيانوسيا (١٣ في المائة) وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي (١١ في المائة) ولوحظت أدنى نسبة في أوروبا وأمريكا الشمالية (٤ في المائة). وعلى النقيض، كانت نسبة الذكور المتزوجين في الفئة العمرية ١٥ - ١٩ عاما أدنى من ٤ في المائة في جميع المناطق.

الشكل الأول

توزيع البلدان حسب المناطق وفقا لمتوسط السن عند الزواج بالنسبة للرجال والنساء، استنادا إلى أحدث بيانات



المصدر: شعبة السكان في الأمانة العامة للأمم المتحدة

وثمة تباين كبير في توقيت الزواج داخل المناطق خاصة بين النساء (الأمم المتحدة، ٢٠٠٢). ففي أفريقيا، يتراوح متوسط عمر المرأة عند الزواج بين ١٧,٦ في

النيجر إلى ما يزيد على ٢٦ عاما في بوتسوانا وتونس والجمهورية العربية الليبية وجنوب أفريقيا وناميبيا. ويسود منطقة آسيا تنوع واسع في متوسط عمر المرأة عند الزواج، الذي يتراوح بين ١٨ عاما تقريبا في أفغانستان وبنغلاديش إلى ما يزيد على ٢٦ عاما في جمهورية كوريا وسنغافورة وميانمار واليابان. وفي أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، عادة ما يتم الزواج في عمر أكثر تأخرا عنه من المناطق الأقل تقدما الأخرى. ولا يقل متوسط عمر المرأة عند الزواج عن ٢١ عاما إلا في كوبا ونيكاراغوا وهندوراس. وفي أوروبا وأمريكا الشمالية، يتمثل النمط الغالب في الزواج في سن متأخرة، وإن كانت بلدان أوروبا الشرقية يسودها نمط للزواج في سن أبكر من بقية البلدان الأوروبية. ويبلغ متوسط عمر المرأة عند الزواج ٣٠ عاما أو أكثر في أيرلندا وأيسلندا والسويد وفرنسا وفنلندا والنرويج.

وتعد الفروق بين الجنسين في السن عند الزواج على أكبر ما يكون في أفريقيا حيث تبلغ في المتوسط ٥ سنوات بالمقارنة بـ ٣,٢ من السنوات في آسيا و ٢,٨ في أوروبا وأمريكا الشمالية وفي أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي. وفي بلدان مختلفة من أفريقيا مثل بوركينافاسو وغامبيا وغينيا وكوت ديفوار والكونغو ومالي وموريتانيا، وفي بعض البلدان الآسيوية مثل أفغانستان، يبلغ في المتوسط الفرق بين متوسط عمر الذكور والنساء عند الزواج ما يزيد على سبع سنوات. وتؤدي الفروق الضخمة في العمر بين الزوجين إلى علاقة قوة لا تتسم بالمساواة، وتعزز تبعية المرأة، وغالبا ما تقيد قدرة المرأة على اتخاذ القرارات بشأن مسائل تتعلق بصحتها الجنسية والإنجابية ((Mensch, Bruce and Greene, 1998).

وفيما يتعلق بالتطور الأخير في أنماط الزواج، وثق وجود اتجاه عام نحو تأجيل الزواج في معظم مناطق العالم (Singh and Samara, 1996). وثمة اعتراف عام بأن التركيز المتزايد على التعليم أدى دورا هاما في هذا الاتجاه (Jejeebhoy, 1995؛ الأمم المتحدة، ١٩٩٥ ب؛ Lloyd and Mensch, 1999). وعلى نطاق العالم زاد متوسط العمر عند الزواج لأول مرة بمقدار ١,٦ سنة بين النساء و ١,٢ سنة بين الرجال عن

العقد الماضي. وكان التحول نحو التأخر في سن الزواج على أوضح ما يكون في أوروبا وأمريكا الشمالية، حيث زاد متوسط العمر عند الزواج بنحو ٢,٥ من السنوات بالنسبة لكل من الرجال والنساء على السواء. وتوثق دراسة حديثة أيضا الارتفاع الكبير في السن عند الزواج الذي حدث منذ أوائل التسعينات في البلدان الأوروبية التي تمر اقتصاداتها بمرحلة انتقال والتي تميزت بصفة تقليدية بنمط الزواج المبكر نسبيا (منظمة الأمم المتحدة للطفولة، ١٩٩٩). وفي أفريقيا زاد متوسط العمر عند الزواج في المتوسط بـ ١,٦ من السنوات بين الإناث و ٠,٨ من السنوات بين الذكور. وكان هذا التحول نحو تأخر سن الزواج كبيرا في بلدان متعددة، وخاصة في شمال أفريقيا. فقد زاد متوسط عمر النساء عند الزواج بأكثر من عامين في بنن وتونس والرأس الأخضر والسودان وكوت ديفوار وبما يزيد على ثلاث سنوات في إثيوبيا والجزائر والمغرب. وفي المنطقة الآسيوية كانت الزيادة عموما في السن عند الزواج ١,٢ من السنوات بين النساء و ٠,٩ بين الرجال، وفي بعض البلدان مثل إندونيسيا والفلبين وميانمار واليابان ارتفع متوسط عمر النساء عند الزواج بنحو سنتين. وفي أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، زاد العمر الوسيط عند الزواج، في المتوسط، بمقدار ١,٢ من السنوات بالنسبة للنساء والرجال على السواء، وإن كان متوسط عمر النساء عند الزواج قد سجل انخفاضا طفيفا بالفعل في بعض البلدان، مثل باراغواي والجمهورية الدومينيكية والسلفادور وشيلي وكولومبيا وهندوراس وهاتي.

وتختلف عادات الزواج اختلافا كبيرا بين المجتمعات ويمكن أن يكون لنوع ترتيبات الزواج تأثير كبير على الحقوق والالتزامات القانونية والحماية المجتمعية المكفولة للأزواج والأطفال. وفي بعض أجزاء العالم، يحظى الاقتران غير الشرعي بالاعتراف الاجتماعي كسياق مقبول لإنجاب الأطفال وتنشئتهم. ويعد الارتفاع في نسبة المعاشرة بدون زواج أحد أبرز الملامح في التحول الديمغرافي الثاني في البلدان الأكثر تقدما (Klijzing and Macura, 1997; Kiernan, 1999; Bumpass and Lu, 2000). ورغم أن المعاشرة بدون زواج تمثل في كثير من المجتمعات مرحلة لا يتم فيها إنجاب أطفال،

وتخدم كفترة تجريبية قبل الزواج، ففي مجتمعات أخرى من قبيل الدول الاسكندنافية وفرنسا، زاد التشابه بين الاقتران غير الشرعي والارتباط الزوجي بشكل كبير من حيث السلوك الإنجابي (Brown and Dittgen, 2000). وتعيش على الأقل خمس الشابات في الفئة العمرية ٢٠ - ٢٤ عاما في الدانمرك والسويد وفرنسا وفنلندا في إطار اقتران غير شرعي. وخلال التسعينات، أصدرت عدة بلدان أوروبية قوانين شراكة تعادل بين القرناء المتزوجين والقرناء غير المتزوجين المسجلين في بعض الحقوق والاستحقاقات والالتزامات (Bradley, 2001).

والاقتران غير الشرعي ليس ظاهرة قاصرة على العالم المتقدم النمو. فقد كان لتعايش الزوجات الرسمية والاقتران غير الشرعي ملمحا مميزا منذ أمد بعيد لأنماط الزواج في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي (De Vos, 2000). بل إن نسبة النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ١٩ وبين ٢٠ و ٢٤ المقتربات بشكل غير شرعي تجاوزت بالفعل الزوجات القانونية في بنما وبيرو وجامايكا والجمهورية الدومينيكية والسلفادور وكولومبيا ونيكاراغوا وهايتي وهندوراس. وأظهرت دراسات متعددة أن الاقتران غير الشرعي في هذه المنطقة مماثل للغاية للاقتران الزوجي فيما يتصل بأنماط الإنجاب وإن كان يوفر حماية قانونية ودعمًا ماليًا بدرجة أقل للنساء والأطفال في حالة إنفائه (Quilodrán, 1999). كما أن الاقتران غير الشرعي شائع نسبيًا في كثير من البلدان الواقعة في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى (Thiriat, 1999). وتجاوز نسبة حالات الاقتران غير الشرعي بين النساء اللاتي في الفئة العمرية ١٥ - ٢٤ الزوجات القانونية في بوتسوانا وجمهورية أفريقيا الوسطى والرأس الأخضر ورواندا وسان تومي وبرينسيبي وليبيريا وموزامبيق.

## ثانياً - السلوك الإنجابي مستويات الخصوبة واتجاهاتها

في العقد الماضي، استمرت معدلات الخصوبة في التناقص في معظم البلدان. وعلى النطاق العالمي، انخفضت الخصوبة من ٣,٤ من الأطفال لكل امرأة في الفترة ١٩٨٥-١٩٩٠ إلى ٢,٨ من الأطفال في الفترة ١٩٩٥-٢٠٠٠ (الجدول ٢). وفي المناطق الأكثر تقدماً، انخفضت الخصوبة من ١,٨ من الأطفال لكل امرأة في الفترة ١٩٨٥-١٩٩٠ إلى مستويات أدنى بكثير من مستوى الإحلال، بلغت في المتوسط ١,٦ من الأطفال لكل امرأة في الفترة ١٩٩٥-٢٠٠٠. وانخفض متوسط معدل الخصوبة الكلي في المناطق الأقل تقدماً من ٣,٨ من الأطفال لكل امرأة في الفترة ١٩٨٥-١٩٩٠ إلى ٣,١ في الفترة ١٩٩٥-٢٠٠٠. لكن هذه المتوسطات تخفي في طياتها اختلافات كبيرة بين المناطق وداخلها.

الجدول ٢

معدل الخصوبة الكلي، في المناطق والأقاليم الرئيسية من الفترة ١٩٧٥-١٩٧٠ إلى الفترة ١٩٩٥-٢٠٠٠

١٩٩٥-٢٠٠٠	١٩٩٠-١٩٩٥	١٩٨٥-١٩٩٠	١٩٧٠-١٩٧٥	المجموعة الرئيسية أو الإقليم أو المجموعة الرئيسية
٢,٨	٣,٠	٣,٤	٤,٥	العالم
١,٦	١,٧	١,٨	٢,١	المناطق الأكثر تقدماً <sup>(أ)</sup>
٣,١	٣,٤	٣,٨	٥,٤	المناطق الأقل تقدماً <sup>(ب)</sup>
٥,٥	٥,٧	٦,٠	٦,٦	أقل البلدان نمواً
٥,٣	٥,٦	٦,٠	٦,٧	أفريقيا
٦,١	٦,٣	٦,٧	٧,٠	شرق أفريقيا
٦,٤	٦,٥	٦,٦	٦,٣	وسط أفريقيا
٣,٦	٤,١	٤,٨	٦,٣	شمال أفريقيا
٣,٣	٣,٥	٤,١	٥,٥	الجنوب الأفريقي

-١٩٩٥ ٢٠٠٠	-١٩٩٠ ١٩٩٥	-١٩٨٥ ١٩٩٠	-١٩٧٠ ١٩٧٥	المنطقة أو الإقليم أو المجموعة الرئيسية
٥,٩	٦,٤	٦,٧	٧,٠	غرب أفريقيا
٥,٨	٦,١	٦,٤	٦,٨	البلدان الواقعة في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى
٢,٧	٢,٩	٣,٤	٥,١	آسيا
١,٨	١,٩	٢,٤	٤,٥	شرق آسيا
٣,٦	٤,٠	٤,٤	٥,٦	جنوب وسط آسيا
٢,٨	٣,٢	٣,٧	٥,٥	جنوب شرق آسيا
٣,٩	٤,٢	٤,٧	٥,٦	غرب آسيا
١,٤	١,٦	١,٨	٢,٢	أوروبا
١,٣	١,٦	٢,١	٢,٢	أوروبا الشرقية
١,٧	١,٨	١,٨	٢,١	شمال أوروبا
١,٣	١,٤	١,٦	٢,٥	جنوب أوروبا
١,٥	١,٦	١,٦	١,٩	أوروبا الغربية
٢,٧	٣,٠	٣,٤	٥,٠	أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي
٢,٥	٢,٧	٣,١	٤,٤	منطقة البحر الكاريبي
٣,٠	٣,٤	٣,٩	٦,٤	أمريكا الوسطى
٢,٦	٢,٨	٣,٢	٤,٧	أمريكا الجنوبية
٢,٠	٢,٠	١,٩	٢,٠	أمريكا الشمالية
٢,٤	٢,٥	٢,٥	٣,٢	أوقيانوسيا
١,٨	١,٩	١,٩	٢,٦	استراليا/نيوزيلندا
٤,٤	٤,٨	٤,٩	٥,٨	ميلانيزيا
٤,٣	٤,١	٣,٨	٤,٨	ميكرونيزيا
٣,٢	٣,٧	٤,١	٥,٥	بولينيزيا

المصدر: التوقعات السكانية العالمية: تنقيح عام ٢٠٠٠، المجلد الأول، الجداول الشاملة (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع E.01.XIII.8)

(أ) تضم جميع مناطق أوروبا وأمريكا الشمالية وأستراليا ونيوزيلندا واليابان.

(ب) تضم جميع مناطق أفريقيا وآسيا (ما عدا اليابان) وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي ومناطق بوليفيا وميكرونيزيا وميلانيزيا).



وكان تناقص الخصوبة سريعا على وجه الخصوص في شمال أفريقيا حيث انخفض معدل الخصوبة الكلي بمقدار ١,٢ من الأطفال لكل امرأة في فترة السنوات العشر الممتدة من ١٩٨٥-١٩٩٠ إلى ١٩٩٥-٢٠٠٠. وفي المناطق الأخرى الأقل تقدما، تراوح التناقص خلال الفترة ذاتها من ٠,٢ من الأطفال لكل امرأة في وسط أفريقيا إلى ٠,٩ من الأطفال لكل امرأة في جنوب شرق آسيا وأمريكا الوسطى. وفي المناطق المتقدمة النمو، تناقصت الخصوبة من مستوياتها المنخفضة بالفعل في أوروبا إلى ١,٤ من الأطفال لكل امرأة بينما زادت الخصوبة في أمريكا الشمالية من ١,٩ من الأطفال لكل امرأة في الفترة ١٩٨٥-١٩٩٠ إلى طفلين لكل امرأة في الفترة ١٩٩٥-٢٠٠٠.

وتغير توزيع البلدان وفقا لمستوى الخصوبة تغيرا كبيرا عن السبعينات. فبحلول أواخر التسعينات، سجل ٥٠ بلدا، معظمها في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، مستويات خصوبة تجاوزت ٥ أطفال لكل امرأة. ومن تلك البلدان، لم يظهر ١٥ بلدا، يبلغ عدد سكانها مجتمعة ١٥٠ مليون نسمة وتقع جميعها في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وتنتمي جميعها باستثناء بلد واحد إلى مجموعة أقل البلدان نموا، أي دلائل تشير إلى حدوث أي تناقص في الخصوبة. ولكن في البلدان الـ ٣٥ المتبقية، هناك دلائل تشير إلى أن الخصوبة بدأت في التناقص.

وبحلول أواخر التسعينات، تراوحت الخصوبة الكلية بين ٣ و ٥ أطفال لكل امرأة وأخذت في التناقص في ٤٦ بلدا ناميا، من بينها ١٥ بلدا في أفريقيا، و ١٦ بلدا في آسيا، و ١٠ بلدان في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي و ٥ بلدان في أوقيانوسيا. ويبدو أن معدلات التناقص الأخيرة في الخصوبة كانت أبطأ في المتوسط في هذه البلدان (١,٠ من الأطفال لكل امرأة في السنة) حيث بلغت مستوياتها ٣ أطفال لكل امرأة.

وتباطأت سرعة التناقص في بلدين مكتظين بالسكان في آسيا هما: الهند وبنغلاديش. ففي الهند، توقف معدل الخصوبة عند نحو ما يتراوح بين ٥,٥ و ٥,٧ من

الأطفال لكل امرأة بين الستينيات وأوائل السبعينات. وتناقص بعد ذلك إلى نحو ٤ أطفال لكل امرأة بنهاية الثمانينات. لكن خلال التسعينات، تباطأ تناقص الخصوبة، ووصل إلى مستوى ٣,٣ من الأطفال لكل امرأة بنهاية التسعينات. وفي بنغلاديش، انخفضت الخصوبة الكلية من ٦,٣ من الأطفال لكل امرأة في الفترة ١٩٧١-١٩٧٥ إلى ٣,٤ من الأطفال لكل امرأة في الفترة ١٩٩١-١٩٩٣ (أي انخفاض يبلغ في المتوسط ٠,٨ من الأطفال لكل امرأة كل ٥ سنوات) ولكنه استمر مستقرا إلى حد كبير عند نحو ٣,٣ من المواليد لكل امرأة منذ ذلك الحين. وكانت سرعة تناقص الخصوبة بطيئة أيضا في عدد من بلدان أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي التي تسودها معدلات كلية مرتفعة نسبيا للخصوبة (أكثر من ٣,٥ من الأطفال لكل امرأة) وخاصة في باراغواي وبيرو والسلفادور وهايتي. ومن ناحية أخرى، شهدت عدة بلدان نامية مثل الأردن والجزائر والجمهورية العربية الليبية تناقصا سريعا في الخصوبة في التسعينات.

وفي أواخر التسعينات، كان معدل الخصوبة الكلي أدنى من ٣ مواليد لكل امرأة ولكن أعلى من مستوى الإحلال في ٢٦ بلدا ناميا من بينها إندونيسيا وجمهورية إيران الإسلامية والبرازيل وتركيا وجنوب أفريقيا وفيت نام وكولومبيا والمكسيك. وعلى مدى العقد، كانت اتجاهات الخصوبة متباينة بشكل كبير في هذه المجموعة من البلدان. فقد استقرت في إسرائيل وبما معدلات الخصوبة الكلية عند ما يتراوح بين ٢,٩ و ٣,١ من الأطفال لكل امرأة. وفي جمهورية إيران الإسلامية، انخفض معدل الخصوبة الكلي انخفاضاً كبيراً من ٦,٦ من الأطفال لكل امرأة في عام ١٩٨٤ إلى ٢,٥ من الأطفال لكل امرأة في عام ١٩٩٦، وكان التناقص سريعا على وجه خاص في التسعينات (Abbasi-Shavazi, 2001). وفي فيت نام، انخفض معدل الخصوبة الكلي مما يزيد على ٧ أطفال لكل امرأة في الستينات إلى نحو ٤ أطفال لكل امرأة في أواخر الثمانينات وإلى ٢,٣ من الأطفال لكل امرأة في منتصف التسعينات. وشهدت البرازيل تناقصا سريعا مطردا: فقد انخفض معدل الخصوبة الكلي

من ٥,٧ من الأطفال لكل امرأة في عام ١٩٦٥ إلى ٣,٧ من الأطفال لكل امرأة في الفترة ١٩٨٩-١٩٩١ وإلى ٢,٣ من الأطفال لكل امرأة في عام ١٩٩٦ (Bozon and Enoch, 1999).

وأدت هذه الاتجاهات إلى مزيد من التباين في مستويات الخصوبة داخل المناطق النامية وفيما بينها. وشهدت أفريقيا على وجه الخصوص فروقا ضخمة من حيث مستويات الخصوبة. ومنذ الثمانينات، تناقصت الخصوبة الكلية تناقصا سريعا في شمال أفريقيا؛ في حين لم تحقق بالكامل بعد معظم البلدان الواقعة جنوب الصحراء في أفريقيا تناقصا في معدلات خصوبة بالحجم الذي حققته مناطق أخرى. وتتمتع حاليا مناطق شاسعة في آسيا بانخفاض مستويات الخصوبة. وتحولت منطقة شرق آسيا المكتظة بالسكان إلى منطقة دون مستوى الإحلال، ولكن لا تزال هناك جيوب ترتفع فيها الخصوبة في أجزاء من غرب وجنوب آسيا. أما مستوى متوسط التباين بين البلدان في الخصوبة الكلية في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي فليس كبيرا بقدر كبره في المناطق الرئيسية الأخرى.

وفي الوقت الحالي يعيش نحو ٤٤ في المائة من سكان العالم في بلدان معدل الخصوبة فيها دون مستوى الإحلال. ونظرا لأن الصين تنتمي إلى هذه الفئة، فإن عدد سكان البلدان النامية التي يعد فيها معدل الخصوبة دون مستوى الإحلال (١,٥ بليون نسمة) أكبر من عدد سكان البلدان المتقدمة النمو التي يعد فيها معدل الخصوبة دون مستوى الإحلال (١,٢ بليون نسمة). وفي بلدان كثيرة، انخفض معدل الخصوبة إلى أدنى بكثير من المتوقع. وفي ٢٣ بلدا أوروبيا وأرمينيا والجمهورية الكورية وكوبا واليابان وإقليمي الإدارة الخاصة التابعين للصين (مكاو وهونغ كونغ)، يبلغ معدل الخصوبة الكلي، أو يقل، حاليا عن ١,٥ من المواليد لكل امرأة.

## الأنماط العمرية للخصوبة

في المراحل المبكرة لتناقص الخصوبة في البلدان المتقدمة، انخفضت الخصوبة بين النساء الأكثر تقدماً في السن بقدر أكبر من انخفاضها بين النساء الأصغر سناً، مما أسفر عن انخفاض متوسط السن وقت الإنجاب. ويسود نمط مماثل للتغيير في عدد من البلدان النامية حيث أصبح التناقص الأولي في الخصوبة الذي تحقق بين النساء الأصغر سناً بسبب ارتفاع السن عند الزواج أقل من تناقص الخصوبة بين النساء الأكبر سناً ولكن لا يمثل هذا قاعدة عامة. وتباين التغييرات في الأنماط العمرية للخصوبة بين المناطق والأقاليم الرئيسية.

وفي أفريقيا، يبدو أن الإنجاب موزع بالتساوي بين النساء الأكثر تقدماً في السن والأقل تقدماً، ولكن في معظم المناطق الرئيسية الأخرى، تحدث حوالي ثلثي حالات الإنجاب قبل بلوغ سن الثلاثين. ويتسع بشكل خاص نطاق الأنماط العمرية للإنجاب بين المناطق في أوروبا. ففي أوروبا الشرقية تسهم النساء دون سن الثلاثين بنسبة ٧٩ في المائة من الخصوبة الكلية، في حين تبلغ النسبة المناظرة في أوروبا الغربية ٥٦ في المائة. ولم يشهد عقد التسعينات تغييراً كبيراً في أنماط الإنجاب في أفريقيا وأمريكا اللاتينية، بينما يسود جميع مناطق أوروبا وخاصة جنوب أوروبا وفي شرق آسيا بشكل واضح نمط يتم فيه الإنجاب في مرحلة متقدمة من العمر.

أما الأنماط العمرية للخصوبة دون مستوى الإحلال، فتتميز بانخفاض خصوبة الشباب نتيجة لتأجيل الإنجاب إلى أوائل الثلاثينات من أعمارهن بل وحتى إلى أواخرها. وهكذا فإن متوسط العمر وقت الإنجاب أخذ في الارتفاع باطراد. وقد يؤدي التأجيل الضخم للإنجاب إلى انخفاض سريع في معدلات الخصوبة خلال فترة ما لكن انتعاش الخصوبة لدى الأجيال اللاحقة يمكن أن يؤدي إلى زيادة مؤقتة للخصوبة في الفترة. لذلك تعد الدرجة المفترضة لانتعاش الخصوبة التي تحققت في الأعمار المتقدمة (بعد ٣٠ عاماً) والتي فقدت في الأعمار الأصغر، عنصراً هاماً في تحديد

الاتجاهات المقبلة للخصوبة الإجمالية خلال الفترة (Bongaarts and Feeney, 1998;) (Lesthaeghe and Willems, 1999).

وتفرض الولادات المتقاربة زمنيا ولأمهات تقل أعمارهن عن ١٨ عاما أو تزيد أعمارهن عن ٣٤ عاما مخاطر على الصحة ومخاطر تتصل بوفاة الأم والطفل على السواء. والأمراض والوفيات الإنجابية هي أكثر شيوعا بين النساء اللاتي يحملن في البدايات المبكرة لحياقهن الإنجابية أو في آخرها. وتبين البيانات المتعلقة بأواخر التسعينات التي تغطي ٣٨ بلدا ناميا أن ما يزيد على نسبة ١٠ في المائة من حالات الولادة حدثت لأمهات أقل من ١٨ سنة في عدد من البلدان الأفريقية وفي بنغلاديش والهند والجمهورية الدومينيكية ونيكاراغوا. وتبين البيانات أيضا أن نسبة كبيرة من الولادات في جميع البلدان النامية تفصل بينها فترة أقل من سنتين. وتعتبر نسبة حدوث ولادات لا تفصل بينها إلا فترة قصيرة مرتفعة بصفة خاصة في آسيا: إذ تتراوح نسبة الولادات التي يفصل بينها أقل من ٢٤ شهرا بين ١٠ في المائة في إندونيسيا و٣٥ في المائة في الأردن. وتشيع أيضا الولادات المتقاربة زمنيا في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، حيث تتراوح في معظم البلدان المشمولة بالاستقصاء نسبة حالات الولادة التي تفصل بينها فترة زمنية تقل عن عامين بين ٢٠ و ٢٥ في المائة. ويحدد السلوك الإنجابي السائد في كثير من البلدان الأفريقية الواقعة جنوب الصحراء، وخاصة الرضاعة المطولة من حدوث ولادات لا تفصل بينها سوى فترات قصيرة: ففي ١٣ بلدا من بين البلدان التي شملها الاستقصاء البالغ عددها ١٩ بلدا، كانت نسبة الولادات التي تفصل بينها فترة تقل عن ١٤ شهرا أقل من ٢٠ في المائة.

### العوامل التي تؤثر على انخفاض الخصوبة

يعد تحول المجتمعات إلى مجتمعات صناعية وتحضرها وأخذها بالأساليب العصرية، ومن بينها انتشار التعليم وتحسين بقاء الأطفال وزيادة استعمال وسائل منع الحمل، من القوى الرئيسية الدافعة لتناقص الخصوبة. والتوليفات المختلفة لعناصر معينة في هذه التحولات الاجتماعية تؤثر على سرعة تناقص الخصوبة وبالتالي على

المستويات الحالية للخصوبة. وحدث أسرع تناقص في الخصوبة في البلدان التي كانت تسودها مستويات أعلى نسبياً للتنمية عند بدء تناقص الخصوبة.

ووثق أيضاً بشكل شامل الدور الحاسم الذي يؤديه التعليم في تعزيز تناقص الخصوبة. فالتعليم، وخاصة تعليم النساء، يتيح المعرفة ويزيد الاطلاع على المعلومات ووسائل الإعلام ويهيئ المهارات للحصول على وظائف مكسبة ويزيد من مشاركة المرأة في اتخاذ القرارات الأسرية ويرفع تكاليف الفرص البديلة لوقت المرأة. ويؤدي تمكين المرأة واستقلالها إلى تحول في السلوك الإنجابي، ويرجع ذلك أساساً إلى قدرة المرأة على التحكم في خصوبتها. ويعد التعليم أيضاً عاملاً أساسياً يؤثر في السن عند بداية الزواج واستخدام وسائل منع الحمل، وهما عاملان متقاربان هامين في تحديد الخصوبة. وحتى بضع سنوات من التعليم النظامي يكون لها تأثير: ففي معظم البلدان، تنجب المرأة التي حصلت على تعليم ابتدائي أطفالاً أقل من المرأة غير المتعلمة (الأمم المتحدة، ١٩٩٥).

ويعرض الجدول ٣ مستويات خصوبة النساء في الفئات التعليمية المختلفة في ٥١ بلداً نامياً. وكان معدل الخصوبة الكلية في المتوسط في هذه البلدان في أواخر التسعينات أقل بما مقداره ٢,٧ من الأطفال بالنسبة للنساء الحاصلات على تعليم ثانوي أو تعليم عالي عنه بالنسبة للنساء غير الحاصلات على تعليم. وعلاوة على ذلك، فإن الفروق في الخصوبة حسب التعليم على الصعيد الوطني ليست واحدة داخل المناطق وفيما بينها. ففي أفريقيا وآسيا، تراوحت الفروق بين الخصوبة الكلية للنساء غير المتعلمات والنساء الحاصلات على الأقل على تعليم ثانوي بين ٠,١ من الأطفال للمرأة في إندونيسيا و٤ أطفال أو أكثر للمرأة في الإمارات العربية المتحدة والبحرين وبوركينا فاسو والرأس الأخضر وعمان.

## الجدول ٣

## معدلات الخصوبة الكلية حسب المستوى التعليمي للمرأة، في بلدان نامية منتقاة

البلد	سنة إجراء الاستقصاء	المجموع	مستوى التعليم			الفرق (بملا تعليم - التعليم الثانوي أو الأعلى)
			بملا تعليم	ابتدائي	ثانوي أو أعلى	
أفريقيا						
إثيوبيا	٢٠٠٠	٥,٩	٦,٢	٥,١	٣,١	٣,١
إريتريا	١٩٩٥	٦,١	٦,٩	٥,٥	٣,٩	٣,٠
أوغندا	١٩٩٥	٦,٩	٧,٠	٧,١	١,٨	٥,٢
بنن	١٩٩٦	٦,٣	٧,٠	٥,٠	٣,٨	٣,٢
بوركينافاسو	١٩٩٩	٦,٨	٧,١	٥,٤	٤,٢	٢,٩
توغو	١٩٩٨	٥,٤	٦,٥	٤,٨	٣,٨	٢,٧
تونس	١٩٩٥	٣,٢	٤,٢	٢,٧	٢,٦	١,٦
جزر القمر	١٩٩٦	٥,١	٥,٨	٥,٣	٢,٢	٣,٦
الجمهورية العربية الليبية	١٩٩٥	٤,١	٥,٢	٣,٩	١,٩	٣,٣
جمهورية تنزانيا المتحدة	١٩٩٦	٥,٦	٦,٥	٥,١	١,٦	٤,٩
الرأس الأخضر	١٩٩٨	٤,٠	٦,٩	٣,٥	٤٠٧	٢,٢
زامبيا	١٩٩٦	٦,١	٦,٨	٦,٧	٢,٣	٤,٥
زيمبابوي	١٩٩٩	٤,٠	٥,٢	٤,٥	١,٨	٣,٤
السنغال	١٩٩٧	٥,٧	٦,٣	٥,٢	٣,٢	٣,١
السودان	١٩٩٣	٤,٦	٥,٤	٥,٢	١,٨	٣,٦
غانا	١٩٩٨	٤,٦	٥,٨	٤,٩	٣,٠	٢,٨
غينيا	١٩٩٩	٥,٥	٥,٩	٤,٨	٢,٤	٣,٥
الكاميرون	١٩٩٨	٥,٢	٦,٦	٥,٣	٣,٠	٣,٦
كينيا	١٩٩٨	٤,٧	٥,٨	٤,٨	٢,٣	٣,٥
مالي	١٩٩٦	٦,٧	٧,١	٦,٥	٣,٠	٤,١
مدغشقر	١٩٩٧	٦,٠	٦,٨	٦,٥	٢,٦	٤,٢
مصر	٢٠٠٠	٣,٥	٤,١	٣,٤	٠,٩	٣,٢
المغرب	١٩٩٥	٣,٣	٤,٠	٢,٤	٢,١	١,٩
موزامبيق	١٩٩٧	٥,٦	٥,٨	٥,٧	٢,١	٣,٧
النيجر	١٩٩٨	٧,٥	٧,٨	٦,٧	٣,٢	٤,٦
نيجيريا	١٩٩٩	٥,٢	٦,١	٥,٦	١,٢	٤,٩

البلد	سنة إجراء الاستقصاء	المجموع	مستوى التعليم			الفرق (بلا تعليم - التعليم الثانوي أو الأعلى)
			بلا تعليم	ابتدائي	ثانوي أو أعلى	
آسيا						
الأردن	١٩٩٧	٤٤٤	٤,٦	٤,٥	٤,٥	٠,١
الإمارات العربية المتحدة	١٩٩٥	٤,٩	٧,٣	٥,٣	٣,٣	٤,٠
إندونيسيا	١٩٩٧	٢,٨	٢,٧	٣,٠	٢,٦	٠,١
البحرين	١٩٩٥	٣,٢	٧,٠	٣,٧	٣,٠	٤,٠
بنغلاديش	١٩٩٧	٣,٤	٣,٨	٣,٣	٢,٦	١,٢
تركيا	١٩٩٨	٢,٦	٣,٩	٢,٦	١,٦	٢,٣
الجمهورية العربية السورية	١٩٩٣	٤,٢	٥,٣	٣,٨	٢,٨	٢,٥
عمان	١٩٩٥	٧,١	٨,٦	٧,٥	٣,٨	٤,٨
الفلين	١٩٩٨	٣,٧	٥,٠	٥,٠	٣,٣	١,٧
قطر	١٩٩٨	٣,٩	٦,٥	٤,٠	٣,٧	٢,٨
الكويت	١٩٩٦	٤,١	٥,٧	٥,١	٣,٤	٢,٣
لبنان	١٩٩٦	٢,٤	٣,٦	٢,٧	١,٧	١,٩
المملكة العربية السعودية	١٩٩٦	٥,٧	٧,٤	٥,٦	٤,٦	٢,٨
الهند	١٩٩٩	٢,٩	٣,٥	٢,٦	٢,٠	١,٥
اليمن	١٩٩٧	٦,٥	٦,٩	٤,٧	٣,١	٣,٨
أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي						
إكوادور	١٩٩٩	٣,٤	٥,٦	٤,٢	٢,٩	٢,٧
باراغواي	١٩٩٦	٤,٤	٦,٩	٤,٧	٢,٤	٤,٥
البرازيل	١٩٩٦	٢,٥	٥,٠	٣,٠	١,٥	٣,٥
بوليفيا	١٩٩٨	٤,٢	٧,١	٥,٨	٢,٧	٤,٤
بيرو	١٩٩٦	٣,٥	٦,٩	٥,٠	٣,٠	٣,٩
الجمهورية الدومينيكية	١٩٩٦	٣,٢	٥,٠	٤,٣	٢,٦	٢,٤
السلفادور	١٩٩٨	٣,٦	٥,٠	٣,٦	٢,٤	٢,٦
غواتيمالا	١٩٩٩	٥,٠	٦,٨	٥,٢	٢,٩	٣,٩
كولومبيا	٢٠٠٠	٢,٦	٤,٠	٣,٦	٢,٤	١,٦
نيكاراغوا	١٩٩٨	٣,٩	٦,١	٤,١	٢,٧	٣,٤

المصدر: الدراسات الاستقصائية الديموغرافية والصحية (Calverton, Maryland, Macro International, Inc.).



وفي حوالي نصف البلدان الواردة في الجدول ٣ كان معدل الخصوبة الكلي بين النساء الحاصلات على تعليم ثانوي أو أعلى أقل من ٣ أطفال لكل امرأة. وفي أمريكا اللاتينية على وجه الخصوص، بلغ معدل الخصوبة الكلي في البلدان العشرة جميعها بين النساء الأكثر تعليماً ٣ أطفال أو أقل لكل امرأة، وفي البرازيل كان مجرد ١,٥ من المواليد لكل امرأة. وتبين المقارنات بالبيانات السابقة أن الخصوبة انخفضت بين جميع فئات المتعلّقات، وحتى بين النساء غير الحاصلات على تعليم. فعلى سبيل المثال، في غانا انخفضت الخصوبة بين النساء غير الحاصلات على تعليم من ٧,١ من المواليد لكل امرأة في عام ١٩٩٨ إلى ٥,٨ في عام ١٩٩٨؛ بينما انخفضت الخصوبة بين النساء الحاصلات على تعليم ثانوي أو أعلى من ما يتراوح بين ٦,٨ و ٤,٩ من المواليد لكل امرأة في عام ١٩٨٨ إلى مجرد ٢,٨ من المواليد لكل امرأة في عام ١٩٩٨. وتعزز نقص الخصوبة، نتيجة الحصول على التعليم، بتخفيضات تسببت فيها عوامل أخرى من قبيل ارتفاع السن عند الزواج واستعمال وسائل منع الحمل.

وارتبط تناقص الخصوبة في بلدان من أوروبا وأمريكا الشمالية بنقص خصوبة الزواج وارتفاع السن عند الزواج وزيادة معدلات الطلاق وشيوع المعاشرة بدون زواج، بينما اقتضت عناصر نقص الخصوبة في شرق آسيا على انخفاض خصوبة الزواج وارتفاع السن عند الزواج. أما العوامل الكامنة وراء الأنماط المختلفة للسلوك الإنجابي دون مستوى الإحلال فإنها عوامل معقدة. وتتسق التحولات التي حدثت في اتجاهات القيم الناتجة عن زيادة الاستقلالية الفردية في جميع المجالات مع نمط الحياة الذي يختار فيه الأفراد بين الزواج والمعاشرة بدون زواج، ويتمتعون فيه بحرية إنجاب أطفال داخل إطار الزواج وخارجه، وتنشئتهم وحدهم أو مع شريك، وإنجابهم في مرحلة مبكرة أو متأخرة من العمر، أو عدم الإنجاب على الإطلاق (McDonald, 1994; Lesthaeghe and Willems, 1999; Van de Kaa, 1999). ومن المتوقع أن يكون لعناصر بعينها في هذه التغيرات الاجتماعية تأثير مختلف على السلوك الإنجابي. وحيث أنه من المرجح أن تؤدي تغييرات متواضعة نسبياً في السلوك الإنجابي

في المجتمعات التي تكون فيها الخصوبة دون مستوى الإحلال إلى تغيير سمة النمو السكاني وأن تؤثر على ببطء أو سرعة شيخوخة السكان، فمن المهم على وجه الخصوص تعزيز فهم اتجاهات وأنماط الخصوبة دون مستوى الإحلال.

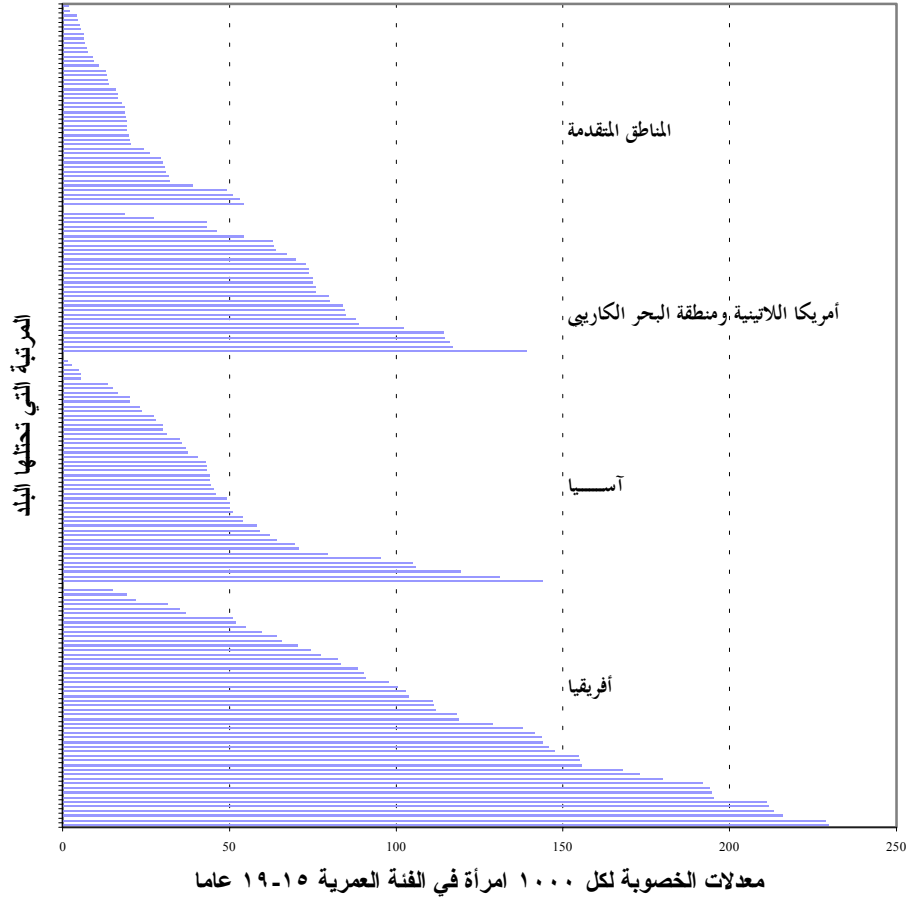
### الحمل في سن المراهقة

يترتب على الحمل المبكر، وخاصة الحمل دون سن ١٨، احتمال تعرض الأم للوفاة بقدر أكبر بكثير من المتوسط، كما أن أبناء الأمهات الصغيرات في السن يعانون من مستويات أعلى من الاعتلال والوفيات. وقد يترتب أيضا الحمل المبكر الحياة التعليمية للشابات ويهدد آفاقهن الاقتصادية وقدرتهن على كسب الدخل ورفاههن عموما. وهكذا فقد تورث الأمهات الصغيرات أطفالهن اعتلال الصحة ونقص التعليم والعيش على مستوى الكفاف، ويخلق ذلك دائرة من الفقر يصعب الإفلات منها.

وتشير التقديرات إلى أن نحو ١٤ مليون امرأة في الفئة العمرية ١٥-١٩ على مستوى العالم وضعن مولودا في كل سنة خلال الفترة ١٩٩٥-٢٠٠٠؛ وحدثت ١٢,٨ مليون ولادة لمراهقات في المناطق النامية. وفي الفترة ١٩٩٥-٢٠٠٠، بلغ معدل الخصوبة بين المراهقات ٥٤ مولودا لكل ١٠٠٠ امرأة على نطاق العالم بأسره. وفي المناطق الأكثر تقدما، بلغ المعدل ٢٩ مولودا لكل ١٠٠٠ امرأة بينما كان معدل خصوبة المراهقات في المناطق الأقل نموا ضعف ذلك تقريبا، فقد بلغ ٥٨ مولودا لكل ١٠٠٠ امرأة. وفي المتوسط، توجد أعلى معدلات حمل المراهقات في أفريقيا (١١٥ مولودا لكل ١٠٠٠ امرأة) وأقلها في أوروبا (٢٥ مولودا لكل ١٠٠٠ امرأة). وعلى نحو ما يبين الشكل الثاني، تتباين المستويات الحالية لخصوبة المراهقات تباينا كبيرا في جميع المناطق الرئيسية.

## الشكل الثاني

الخصوبة الخاصة بالعمر للنساء في الفئة العمرية ١٥-١٩، في أواخر التسعينات



المصدر: شعبة السكان في الأمانة العامة للأمم المتحدة.

وتوجد أعلى مستويات خصوبة المراهقات في البلدان الأفريقية التي تسودها أيضا أضخم نسب التباين في المعدلات بالمقارنة بالمناطق الأخرى. وعلاوة على ذلك، ففي العشرين بلدا التي توافرت بشأنها بيانات في نقطتين زمنيتين مختلفتين في

التسعينات، زادت معدلات خصوبة المراهقات في ٦ بلدان هي تشاد وزمبابوي وغينيا وكينيا ومدغشقر والنيجر وفي البلدان الـ ١٤ المتبقية نقصت معدلات الخصوبة بين المراهقات في التسعينات وحدث نقص تجاوز ٢٠ مولودا لكل ١٠٠٠ امرأة في ٦ بلدان. ورغم التناقص الضخم الذي حدث في السنغال والكاميرون وكوت ديفوار ونيجيريا، فإن معدلات الخصوبة الخاصة بالعمر بين النساء في الفئة العمرية ١٥-١٩ عاما تجاوزت في أواخر التسعينات ١٠٠ مولود لكل ١٠٠٠ امرأة.

وفي كثير من البلدان الآسيوية، أسفر ارتفاع الأعمار عند الزواج وانخفاض حدوث حمل قبل الزواج عن انخفاض مستويات الحمل بين المراهقات. وفي ٢٨ بلدا آسيويا، كانت المعدلات أقل من ٥٠ مولودا لكل ١٠٠٠ امرأة ولكنها تجاوزت في ١٠ بلدان ١٠٠ مولود لكل ١٠٠٠ امرأة. وفي البلدان الآسيوية الـ ٢٥ التي تتوفر بشأنها بيانات في نقطتين زمنيتين مختلفتين في التسعينات، سجلت ٥ بلدان تناقصا جاوز ٢٠ مولودا لكل ١٠٠٠ امرأة.

وفي معظم أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي تراوحت معدلات خصوبة المراهقات بين ٥٠ إلى ١٠٠ مولود لكل ١٠٠٠ امرأة؛ وسجلت ٥ بلدان معدلات أدنى من ٥٠ مولودا في حين تجاوزت معدلات الخصوبة في ستة بلدان في الفئة العمرية ١٥-١٩ عاما ١٠٠ مولود لكل ١٠٠٠ امرأة. ولا تزال معدلات خصوبة المراهقات في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي مرتفعة نسبيا رغم أن معدلات الخصوبة الكلية في معظم البلدان قد بلغت مستويات منخفضة في نهاية التسعينات (Guzmán and others, 2001). فعلى سبيل المثال، في البرازيل في الفترة بين ١٩٩٠ و ١٩٩٥، انخفضت الخصوبة الكلية من ٣,٧ من المواليد إلى ٢,٦ من المواليد لكل ١٠٠٠ امرأة، في حين زادت الخصوبة بين المراهقات من ٧٦ إلى ٨٨ مولودا لكل ١٠٠٠ امرأة.

وتقل في الوقت الحالي خصوبة المراهقات عن ٥٠ مولودا لكل ١٠٠٠ امرأة في جميع البلدان المتقدمة باستثناء بلدين هما أوكرانيا وجمهورية مولدوفا. وفي بلغاريا

والولايات المتحدة الأمريكية نقصت، على التوالي، خصوبة المراهقات من ٧٠ مولودا و ٦١ مولودا لكل ١٠٠ امرأة في عام ١٩٩٠ إلى ٤٩ مولودا لكل ١٠٠٠ امرأة في عام ٢٠٠٠. وتقل معدلات الخصوبة عن ٢٠ مولودا لكل ١٠٠٠ امرأة في أغلبية البلدان المتقدمة بل تصل في انخفاضها إلى ٥ مواليد أو أقل في سلوفينيا واليابان وعدد قليل من بلدان أوروبا الغربية. وسجلت كثير من بلدان أوروبا الشرقية ودول البلطيق انخفاضات سريعة في حمل المراهقات في التسعينات. فعلى سبيل المثال، انخفضت معدلات الخصوبة الخاصة بالعمر في الاتحاد الروسي بين النساء في الفئة العمرية ١٥-١٩ عاما من ٥٦ مولودا لكل ١٠٠٠ امرأة في عام ١٩٩٠ إلى ٣٠ مولودا لكل ١٠٠٠ امرأة في عام ١٩٩٩. وارتبط الانخفاض في جزء منه بزيادة الالتحاق بالمؤسسات التعليمية وبصفة عامة بزيادة الطموحات الاجتماعية للشباب التي لوحظت في مجموعة من الاستقصاءات التي أجريت في موسكو وفي المقاطعات (Ma gun, 1998).

### عدم الخصوبة

يُعاني ما بين ٨ و ١٢ في المائة من جميع الأزواج في أرجاء العالم من شكل ما من أشكال عدم الخصوبة خلال حياتهم الإنجابية (منظمة الصحة العالمية، ١٩٩١). وتُعرف عدم الخصوبة بأنها عدم القدرة على الحمل من خلال ممارسة النشاط الجنسي العادي دون استعمال وسائل منع الحمل، أو إتمام الحمل إلى نهايته. وتؤثر عدم الخصوبة على الرجال والنساء في سن الإنجاب على السواء. وعلى عكس عدم الإنجاب المقصود، الذي قد يتقرر نتيجة لعوامل اجتماعية أو ثقافية أو اقتصادية أو نفسية، فإن أسباب عدم الخصوبة هي أسباب بيولوجية، وتعوق عدم الخصوبة بلوغ الرجال والنساء المدى الكامل للصحة الإنجابية.

ويطلق على عدم الخصوبة عبارة "أساسية" إذا لم تتمكن المرأة على الإطلاق من حمل أطفال و "ثانوية" إذا أصبحت المرأة عديمة الخصوبة بعد ولادة طفل أو اثنين. وقد تحدث عدم الخصوبة نتيجة لظروف فطرية أو مكتسبة، بسبب ممارسة سلوك من قبيل النشاط الجنسي المبكر وتعدد الشركاء مع ما يصاحب ذلك من

التعرض للإصابة بالأمراض المعدية التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي. ويرجع مستوى يتراوح بين ٣ إلى ١٠ في المائة من عدم الخصوبة الأساسية إلى عوامل جينية أو تشريحية أو متصلة بالغدد الصماء أو مناعية. أما شيوع عدم الخصوبة الثانوية بين النساء البالغات ٤٠ عاماً أو أكثر، فغالبا ما ينتج عن الأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي، ويتراوح بين ٤ في المائة في بعض بلدان جنوب آسيا والأمريكتين والشرق الأوسط و ٢٩ في المائة في عدد من البلدان الواقعة جنوب الصحراء في أفريقيا (Abou Zahr, Ahman and Guidotli, 1998).

وفي البلدان التي تنخفض فيها نسبة الخصوبة، كثيرا ما تنجم عدم الخصوبة عن التأجيل المقصود للإنجاب. فاحتمالات الحمل تتناقص مع السن. ولذلك فإنه إذا ما أجلت الشابات الإنجاب وحاولن بعد ذلك تعويض هذا التأجيل في الإنجاب خلال العقد أو العقدتين التاليين فمن المرجح أن تكون احتمالات عدم الحمل التي يواجهنها كبيرة.

ويبدو أن انتشار عدم الخصوبة ينطلق في اتجاهين متضادين في البلدان النامية والمتقدمة النمو ففي البلدان النامية، تُساعد بشكل متزايد التحسينات في الوقاية من الأمراض المعدية التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي ومعالجتها وتوافر المضادات الحيوية وإمكانية الحصول عليها في تقليل عدم الخصوبة (الذي يتضح على وجه خاص في الزيادات المؤقتة في معدلات الخصوبة خلال الفترة التي تسبق بدء تناقص الخصوبة) بينما يؤدي التأجيل المتزايد للإنجاب في البلدان المتقدمة المقترن بزيادة الميل للتماس علاج لعدم الخصوبة إلى زيادة في الإبلاغ عن شيوع عدم الخصوبة.

## ثالثا - تنظيم الأسرة

لقد كان تنظيم الأسرة عنصرا رئيسيا منذ أمد بعيد في السياسات والبرامج السكانية وهو جزء لا يتجزأ من الصحة الإنجابية. فهو يُمكن الأزواج والأفراد من إعمال حقهم الأساسي في أن يقرروا بحرية وبمسؤولية عدد أطفالهم والفترة الزمنية الفاصلة بينهم وتوقيت إنجابهم وهو حق تقرر بشكل راسخ في مؤتمر الأمم المتحدة المعني بالسكان المعقود في عام ١٩٧٤ وتؤكد في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية المعقود في القاهرة في عام ١٩٩٤ (الأمم المتحدة، ١٩٧٥، ١٩٩٥ أ). ونظرا لأن تنظيم الأسرة يمكن الأزواج والأفراد من التحكم في العملية الإنجابية لذلك فهو أساسي لجودة حياتهم. وفي الواقع فقد اتضح على نطاق واسع أن صحة المرأة وصحة الطفل تتعرض لمخاطر عالية إذا حدث الحمل في سن مبكرة للغاية أو متأخرة للغاية أو لمرات كثيرة للغاية أو متقاربة للغاية من بعضها البعض.

واللجوء إلى تنظيم الأسرة آخذ في الازدياد بشكل مضطرد. إذ يلجأ ما يزيد على ٦٠ في المائة من الأزواج المقيمين في أرجاء العالم الأقل تقدما إلى تنظيم الأسرة حاليا بالمقارنة بنسبة ١٠ في المائة فقط في الستينات. وكان تزايد توافر وسائل منع الحمل الحديثة وبرامج تنظيم الأسرة المنظمة (سواء الحكومية أو غير الحكومية) مع نمو الرغبة في إقامة أسر أصغر حجما مسؤولا عن زيادة اللجوء إلى تنظيم الأسرة، وما صحب ذلك من تناقص في الخصوبة في البلدان الأقل تقدما. وفي البلدان الأكثر تقدما، التي وصل فيها استخدام وسائل منع الحمل إلى مستوى عال نسبيا، كان لاستحداث طرق حديثة أثر أيضا في تمكين الأزواج والأفراد من تنويع اختيارهم لوسائل معينة من وسائل منع الحمل.

### مستويات استخدام وسائل منع الحمل

تشير التقديرات إلى أن شيوع استخدام وسائل منع الحمل - أي نسبة من يستخدمون وسائل منع الحمل حاليا بين الأزواج الذين تكون فيهم الزوجة في سن

الإنجاب - بلغ نسبة ٦٢ في المائة على الصعيد العالمي في عام ١٩٩٧ (انظر الجدول ٤). وفي المناطق الأكثر تقدماً، بلغ متوسط شيوع استخدام وسائل منع الحمل ٧٠ في المائة مع فروق طفيفة بين المناطق. وفي العالم الأقل تقدماً، بلغت النسبة في المتوسط ٦٠ في المائة ولكن مع فروق شاسعة بين المناطق الرئيسية: إذ تراوحت نسبة شيوع استخدام الوسائل من نسبة ٢٥ في المائة فقط في أفريقيا إلى ما يزيد على ٦٥ في المائة في آسيا وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي. وفي ضوء السرعة التي يتزايد بها استعمال وسائل منع الحمل في المناطق الأقل تقدماً، من المرجح أن تصل بحلول عام ٢٠٠٠ نسبة الأزواج الذين يستعملون وسائل منع الحمل في العالم إلى ٦٥ في المائة.

**الجدول ٤ - متوسط شيوع استخدام طرق معينة لمنع الحمل، حسب المناطق والأقاليم الرئيسية (استناداً إلى أحدث بيانات الاستقصاءات المتاحة، والتاريخ المتوسط لإجراء الاستقصاء هو عام ١٩٩٧)**

المناطق والأقاليم الرئيسية	جميع الطرق (١)	طرق حديثة <sup>(٢)</sup>		تعقيم		١٠	١١	١٢	١٣	١٤	١٥	١٦	١٧	١٨	١٩	٢٠	٢١	٢٢	٢٣	٢٤	٢٥	
		إناث	ذكور																			
النسبة المئوية للأزواج الذين يضمنون امرأة في سن الإنجاب تستخدم وسائل منع الحمل																						
العالم	٦١,٩	٥٥,٦	٢٠,١	٤,١	٧,٨	٢,٦	١٤,٩	٥,١	٠,٤	٠,٦	٢,٦	٣,١	٠,٦									
المناطق الأقل تقدماً	٦٠,٢	٥٤,٩	٢٢,٠	٣,٦	٥,٩	٣,١	١٦,٣	٣,١	٠,٢	٠,٦	٢,٥	٢,٣	٠,٦									
أفريقيا	٢٥,٢	١٩,٨	٢,٢	٠,١	٧,١	٤,٢	٤,٩	١٠,١	٠,١	٠,١	٣,٢	١,١	١,٠									
شرق أفريقيا	٢٠,٦	١٥,٢	٢,٠	٠,٠	٥,٦	٥,٤	٠,٧	١,٢	٠,٠	٠,٢	٢,٧	١,٤	١,٣									
وسط أفريقيا	١٠,٠	٣,٢	٠,٥	٠,١	٠,٩	٠,٥	٠,٢	٠,٩	٠,٢	٠,٢	٤,٩	٠,٨	١,١									
مال أفريقيا	٤٧,٧	٤٤,١	٢,٧	٠,٠	١٨,٠	٣,٠	١٩,٢	٠,٩	٠,٢	٠,٢	٢,٤	٠,٩	٠,٢									
الجنوب الأفريقي	٥١,٩	٥٠,٤	١٤,٠	١,٨	١٠,٣	٢,٠	٢٠,٧	١,٦	٠,٠	٠,٠	٠,٤	٠,٨	٠,٤									
غرب أفريقيا	١٤,٤	٧,٨	٠,٤	٠,٠	٢,٥	١,٩	١,٤	١,٢	٠,٢	٠,٢	٤,٢	١,٠	١,٤									
آسيا <sup>(٣)</sup>	٦٥,٨	٦٠,٨	٢٤,٨	٤,٤	٤,٨	٢,٩	١٩,٦	٣,٤	٠,٢	٠,٨	٢,٠	٢,٥	٠,٥									
شرق آسيا <sup>(٣)</sup>	٨٣,٤	٨٢,٤	٣٢,٨	٧,٧	١,٧	٠,٠	٣٥,٨	٣,٨	٠,٢	٠,٤	٠,٩	٠,٠	٠,١									
جنوب وسط آسيا	٤٨,٠	٤٠,٩	٢٣,٣	١,٦	٥,٣	٣,٥	٣,٧	٣,٢	٠,٠	٠,٤	٣,٤	٢,٧	١,٠									
جنوب شرق آسيا	٥٧,٩	٤٩,٦	٧,٧	٠,٨	١٣,٠	١٣,٠	١٠,٤	٢,٠	٠,٠	٠,٠	٣,٣	٣,٨	١,٢									



المناطق والأقاليم الرئيسية	جميع الطرق	طرق حديثة <sup>(1)</sup>	تعقيم		ز	ز	ز	ز	ز	ز	ز	ز	ز
			إناث	ذكور									
(١)	(٢)	(٣)	(٤)	(٥)	(٦)	(٧)	(٨)	(٩)	(١٠)	(١١)	(١٢)	(١٣)	
غرب آسيا	٤٧,٨	٢٩,٣	٣,٠	٠,٠	٦,١	٠,٦	١٣,٧	٥,٠	٠,٥	٢,١	١٤,٣	٢,٠	
أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي	٦٨,٨	٥٩,٩	٢٩,٥	١,٦	١٣,٨	٣,٠	٧,٤	٤,٢	٠,٣	٤,٩	٣,٤	٠,٦	
منطقة الكاريبي	٥٨,٧	٥٥,٨	٢٢,٦	٠,٥	١٠,٥	٥,٦	١١,٢	٤,٣	٠,٤	١,٣	١,٤	٠,٢	
أمريكا الوسطى	٦٢,٩	٥٤,٥	٢٣,٦	٠,٧	٩,١	٤,٠	١٣,٠	٣,٩	٠,١	٥,٣	٣,٠	٠,١	
أمريكا الجنوبية	٧٢,٨	٦٢,٩	٣١,٩	١,٩	١٦,٩	٢,٤	٤,٨	٤,٦	٠,٣	٥,٤	٣,٨	٠,٧	
أوقيانوسيا <sup>(٢)</sup>	٢٧,٧	٢١,٥	٨,٦	٠,٢	٤,٩	٦,١	٠,٦	١,١	٠,٠	٢,٨	٠,٩	٢,٦	
المناطق الأكثر تقدماً <sup>(٣)</sup>	٧٠,٤	٥٩,٢	١٠,٤	٧,٢	١٧,٣	٠,١	٧,٦	١٥,٠	١,١	٣,٦	٦,٨	٠,٨	
آسيا: اليابان	٥٨,٦	٥٢,٨	٣,٤	٠,٧	٠,٤	٠,٠	٢,٢	٤٥,٥	٠,٦	٣,٣	١,٧	٠,٨	
أوروبا	٧٠,١	٥٥,٣	٤,٨	٤,٩	٢٢,٠	٠,٢	١١,٩	١٠,٥	١,١	٤,٣	١٠,٠	٠,٦	
أوروبا الشرقية	٦٣,٢	٣٥,١	١,٥	٠,٠	٦,٨	٠,٠	١٤,٢	١١,١	١,٣	١٠,١	١٧,٩	٠,١	
شمال أوروبا	٧٨,٤	٧٥,٨	١٢,٢	١٣,٤	١٩,٧	٠,٢	١١,١	١٧,٠	٢,٢	٠,٩	١,٦	٠,١	
جنوب أوروبا	٦٦,٩	٤٥,٢	٦,٣	٢,٤	١١,٤	٠,٣	١١,٤	١٢,٨	٠,٦	٣,١	١٧,٨	٠,٨	
أوروبا الغربية	٧٤,٥	٧٠,٦	٣,٣	٧,١	٤٣,٧	٠,٣	١٠,٠	٥,٣	٠,٩	١,٣	١,٧	١,٠	
أمريكا الشمالية	٧٦,٢	٧٠,٨	٢٤,٥	١٣,٤	١٥,٥	٠,٠	٠,٩	١٢,٩	١,٧	٢,١	٢,١	١,٢	
أوقيانوسيا:													
أستراليا - نيوزيلندا	٧٥,٩	٧٢,٢	٣٣,٣	١٥,٣	٦,٤	٢,٦	٦,٠	٧,٦	١,٠	٢,٠	١,٥	٠,٢	

المصدر: قاعدة البيانات بشأن استخدام وسائل منع الحمل التي تحتفظ بها شعبة السكان في الأمانة العامة للأمم المتحدة.

ملاحظة: تعكس هذه التقديرات افتراضات عن استخدام وسائل منع الحمل في البلدان التي لا تتوفر بيانات بشأنها. وتعلق البيانات بالنساء المقترنات بصفة رسمية أو بصفة غير رسمية.

(أ) تشمل الطرق المشار إليها في الأعمدة من (٣) إلى (١٠).

(ب) ما عدا اليابان.

(ج) ما عدا أستراليا - نيوزيلندا.

(د) أستراليا - نيوزيلندا، أمريكا الشمالية، أوروبا، اليابان.

ويعزى إلى الطرق الحديثة، التي تعتبر أكفأ في منع الحمل، معظم ممارسة استعمال وسائل منع الحمل في أرجاء العالم. وعادة ما يتطلب استخدام الوسائل الحديثة توافر إمكانية الحصول على خدمات تنظيم الأسرة أو إمداداتها. وتشمل الطرق الحديثة تعقيم الإناث والذكور، والأقراص التي يجري تناولها عن طريق الفم، والوسائل الرحمية لمنع الحمل، والرفالات، والحقن أو غرس أجهزة تحت الجلد أو الوسائل العازلة المهبلية (ومن بينها الغشاء الحاجز وغطاء عنق الرحم والريغايوي والمواد الهلامية والكريمات والاسفنجيات التي تحتوي على مواد قاتلة للحيوانات المنوية). ويعزى إلى الطرق الحديثة حصة أكبر في استعمال وسائل منع الحمل في المناطق الأقل تقدماً (٩١ في المائة من المستعملين) منها في المناطق الأكثر تقدماً (٨٤ في المائة). ويرجع هذا إلى حد كبير إلى الاعتماد الشديد على الطرق التقليدية - وهي أساساً العزل والأشكال الأخرى للامتناع الدوري واستخدام الدش المهبل كوسيلة لمنع الحمل - في بعض أرجاء أوروبا وفي اتحاد الجمهوريات السوفياتية الاشتراكية السابق (Popov, Visser and Ketting, 1993).

وسجلت أدنى نسبة لشيوع استخدام وسائل منع الحمل في العالم في أفريقيا، حيث يلجأ في المتوسط ربع الأزواج إلى تنظيم الأسرة. وتقل نسبة شيوع استخدام وسائل منع الحمل في أغلبية البلدان الأفريقية عن ٢٠ في المائة. وعلاوة على ذلك تقل مستويات استخدام وسائل منع الحمل الحديثة عن ١٠ في المائة فيما يزيد على نصف البلدان. ومع ذلك فمن الواضح أنه توجد فروق إقليمية. فباستثناء جزيرتي ريونيون وموريشيوس، حيث يستخدم ما يزيد على ثلثي الأزواج وسائل منع الحمل، تبلغ نسبة شيوع استخدام وسائل منع الحمل في شمال أفريقيا ٤٨ في المائة وفي الجنوب الأفريقي ٥٢ في المائة أي أعلى بنسبة تتراوح بين ٣ و ٥ مرات عنها في شرق أفريقيا ووسطها وغربها.

وفي البلدان النامية الواقعة في آسيا، يلجأ ٦٦ في المائة من الأزواج إلى تنظيم الأسرة. ومع ذلك فإن ارتفاع مستوى اللجوء إلى تنظيم الأسرة في الصين يؤثر تأثيراً

كبيرا على هذا الرقم المتوسط. وفي الواقع فإن متوسط شيوع استخدام وسائل منع الحمل في شرق آسيا، وهي المنطقة التي تضم الصين، أعلى متوسط بين جميع المناطق في العالم (٨٣ في المائة)، بل إنه يجاوز حتى أعلى مستوى مسجل في المناطق الأكثر تقدما (٧٨ في المائة في شمال أوروبا). وتُعد مستويات استخدام وسائل منع الحمل في المناطق الآسيوية الأخرى مماثلة بقدر أكبر لتلك السائدة في الأجزاء الشمالية والجنوبية من أفريقيا. وتشير ٩ في المائة من البلدان الآسيوية إلى أن نسبة شيوع استخدام وسائل منع الحمل تقل عن عشرين في المائة، بينما يشير نحو الثلث إلى أن نسبة الاستخدام تجاوز ٦٠ في المائة.

وفي أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، يُعد متوسط شيوع الاستخدام مرتفعا إلى حد ما (٦٩ في المائة) أما الفروق على المستوى الإقليمي فهي متواضعة تماما مثل الوضع السائد في المناطق الأكثر تقدما. وتتراوح نسبة شيوع الاستخدام من ٥٩ في المائة للأزواج الذين يلجأون إلى تنظيم الأسرة في منطقة البحر الكاريبي إلى ٧٣ في المائة في أمريكا الجنوبية. وفي هذه المنطقة الرئيسية، تشير ثلثا البلدان إلى أن نسبة شيوع الاستخدام تجاوز ٥٠ في المائة، مما يشير إلى أن استخدام وسائل منع الحمل شائع للغاية بالفعل.

وفي المناطق الأكثر تقدما، تنحصر الفروق على الصعيد الإقليمي داخل نطاق ضيق نسبيا إذ تتراوح بين ٥٩ في المائة في اليابان إلى ٧٨ في المائة في شمال أوروبا، لكن الفروق الإقليمية في استخدام الطرق الحديثة أكثر وضوحا. فشروع استخدام الطرق الحديثة ينخفض إلى مستوى ٣٥ في المائة في أوروبا الشرقية ويرتفع إلى ما يتراوح بين ٧١ و ٧٦ في المائة في شمال أوروبا وغربها.

### الاتجاهات الحديثة السائدة في استخدام وسائل منع الحمل

أظهرت معظم البلدان النامية التي تتوافر بيانات بشأنها زيادة كبيرة في استخدام وسائل منع الحمل على مدى السنوات العشر الماضية. فقد زاد شيوع

استخدامها بنسبة نقطة مئوية على الأقل في السنة في ٦٨ في المائة من البلدان، وبنسبة نقطتين مئويتين على الأقل في السنة في ١٥ في المائة من البلدان. وحدثت أسرع زيادات، في المقام الأول، في البلدان التي كانت فيها مستويات شيوع الاستخدام في النطاق المتوسط (بين ٣٥ و ٦٤ في المائة) في عام ١٩٩٠. وتنتمي البلدان التي حدثت فيها أقل زيادة في مستوى شيوع الاستخدام (أقل من نقطة مئوية واحدة في السنة) في معظمها إلى أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، وخاصة غرب أفريقيا، حيث كان مستوى شيوع الاستخدام في عام ١٩٩٠ منخفضا للغاية، ولشرق آسيا حيث كان مستوى شيوع الاستخدام في عام ١٩٩٠ مرتفعا للغاية. وحيث أنه يُعزى للطرق الحديثة معظم النمو في استخدام وسائل منع الحمل في البلدان النامية، فإن سرعة النمو في استخدام جميع الوسائل وفي استخدام الطرق الحديثة واحدة إلى حد كبير.

وعلى نقيض البلدان النامية (باستثناء بلدان شرق آسيا) لم تُظهر البلدان المتقدمة إلا نموا ضئيلا أو تنوعا ضئيلا في مستويات استخدام وسائل منع الحمل خلال السنوات العشر الماضية. ومع ذلك، فقد زاد استخدام الوسائل الحديثة بخطى أسرع إلى حد ما.

وبصفة عامة، لا يزال اللجوء إلى تعقيم الإناث يمثل أهم الاتجاهات السائدة في المناطق الأقل والأكثر تقدما على السواء. ولكن هناك بلدان كثيرة تؤدي فيها طرق أخرى دورا هاما. ورغم الترويج العام نحو أن تُصبح الطرق الحديثة، كمجموعة، أكثر هيمنة على مدى الوقت، فليس هناك إلا شواهد ضئيلة تشير إلى أن أنماط الاستخدام الشديدة التنوع على الصعيد الوطني تتحول إلى استخدام نفس المزيح من الطرق.

### وسائل منع الحمل المستخدمة

يعتمد معظم مستخدمي وسائل منع الحمل على الوسائل الحديثة. ويعزى إلى الطرق الحديثة نسبة ٩٠ في المائة من استعمال وسائل منع الحمل على نطاق العالم. وهناك ثلاث طرق تستهدف النساء هي الأكثر شيوعا بوجه خاص: تعقيم الإناث

والوسائل الرحمية لمنع الحمل والأقراص التي يجري تناولها عن طريق الفم. ويعزى إلى هذه الطرق الثلاث ٦٩ في المائة من استخدام وسائل منع الحمل في أرجاء العالم و ٧٤ في المائة من المناطق الأقل تقدماً. وفي المتوسط، يتساوى تقريباً شيوع استعمال وسائل منع الحمل في المناطق الأكثر تقدماً مع المناطق الأقل تقدماً: إذ يبلغ ٥٩ في المائة في المناطق الأكثر تقدماً و ٥٥ في المائة في المناطق الأقل تقدماً. ولكن، ووفقاً للمشار إليه أعلاه، تزيد نسبة استخدام الطرق الحديثة من وسائل منع الحمل في المناطق الأقل تقدماً عنها في المناطق الأكثر تقدماً.

وفيما يتصل باستخدام طرق معينة، توجد فروق ملحوظة بين المناطق الأكثر تقدماً والمناطق الأقل تقدماً. ويتعلق تناقض ملحوظ بين المنطقتين في استخدام الطرق التقليدية. وتنطوي هذه المجموعة من الطرق على الامتناع الدوري أو فترة الأمان والعزل والامتناع واستخدام الدش المهبلي ومختلف الطرق الشعبية الأخرى. وتبلغ نسبة شيوع الطرق التقليدية في المناطق الأكثر تقدماً ضعف شيوعها في المناطق الأقل تقدماً (١١ في المائة و ٥ في المائة على التوالي). ويعكس ارتفاع مستويات استخدام هذه الطرق في مناطق العالم المتقدم النمو استمرار أثر أنماط ضبط الخصوبة التي كانت قد استقرت قبل اختراع وسائل منع الحمل الحديثة وكذلك محدودية توافر الطرق الأحدث في بعض البلدان الأوروبية. وتظهر الاستقصاءات الأخيرة التي أجريت في التسعينات أن شيوع استخدام الطرق التقليدية قد نقص في أوروبا الغربية ولكن ليس في شرق أوروبا وجنوبها (باستثناء إسبانيا).

ويكمن التناقض الثاني بين المناطق الأكثر تقدماً والمناطق الأقل تقدماً في أن مستعملي وسائل منع الحمل في المناطق الأكثر تقدماً يعتمدون بقدر أكبر على الطرق ذات المفعول القصير الأجل التي يمكن عكس اتجاهها في حين يعتمدون في المناطق الأقل تقدماً على الطرق الأطول مفعولاً والطرق السريرية العالية الفعالية. وفي المتوسط، يستخدم ٦ من كل ١٠ من مستخدمي وسائل منع الحمل في المناطق الأكثر تقدماً الأقراص التي يتم تناولها عن طريق الفم أو الرقالات أو الطرق التقليدية. وعلى النقيض

فإن ٧ من كل ١٠ مستعملين يعتمدون في المناطق الأقل تقدماً على التعقيم أو الوسائل الرحمية لمنع الحمل. ويرجع العامل الرئيسي الذي يسهم في تحقق هذه النتيجة إلى الاعتماد بدرجة كبيرة على تعقيم الإناث والوسائل الرحمية في آسيا. فعلى وجه الخصوص، يجري تعقيم ما يزيد على ٣٠ في المائة من الإناث من مستعملات وسائل منع الحمل في الصين والهند في حين تستعمل ما يزيد على ٣٠ في المائة من النساء الوسائل الرحمية لمنع الحمل في الصين.

وثمة فرق ثالث بين المناطق الأكثر تقدماً والأقل تقدماً يكمن في أهمية استعمال الطرق التي تستهدف الذكور. وعلى نطاق العالم، يعتمد أقل من ربع الأزواج الذين يستخدمون وسائل منع الحمل على طرق تتطلب مشاركة الذكور (الرفالات وتعقيم الذكور) أو تعاونهم (فترة الأمان والعزل). ومع ذلك فإن الاعتماد على طرق تستهدف الرجال أكبر بكثير في المناطق الأكثر تقدماً (نحو ٥٠ في المائة من استخدام وسائل منع الحمل عموماً) عنه في المناطق الأقل تقدماً (نحو ٢٠ في المائة).

ومن حيث شيوع استخدام طرق محددة، يحتل تعقيم الإناث المرتبة الأولى (٢٠ في المائة من المتزوجات حالياً) في العالم. وعلى النطاق العالمي، فإن واحدة من كل ثلاث سيدات من المتزوجات حالياً اللاتي يستخدمن وسائل منع الحمل تلجأ إلى التعقيم. وتشمل عبارة "المتزوجات حالياً" المستخدمة على طول هذا الفرع النساء المقتربات رسمياً أو بشكل غير رسمي على السواء. وتبلغ نسبة شيوع تعقيم الإناث في المناطق الأقل تقدماً ضعف نسبته في المناطق الأكثر تقدماً (٢٢ في المائة و ١٠ في المائة على التوالي). وعلى الصعيد الإقليمي، تعتبر هذه الطريقة شائعة نسبياً، أي نسبة شيوع تجاوز ١٠ في المائة، في شرق آسيا وجنوب وسط آسيا وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي وشمال أوروبا وأمريكا الشمالية وأستراليا - نيوزيلندا، ولكن نادراً ما يتم اللجوء إليها في أفريقيا وأوروبا الشرقية وجنوب أوروبا وغرب أوروبا واليابان.

وتعقيم الذكور أقل شيوعاً بكثير من تعقيم الإناث. فعلى الصعيد العالمي، لم تشر سوى ٤ في المائة من النساء إلى أن شركاءهم لجأوا إلى التعقيم. وعلى عكس

النمط الملحوظ في تعقيم الإناث، تبلغ نسبة شيوع لجوء الذكور إلى التعقيم في المناطق الأكثر تقدماً ضعفها في المناطق الأقل تقدماً (٧ في المائة و ٣ في المائة على التوالي). وعلى الصعيد الإقليمي، يبلغ شيوع استخدام هذه الطريقة ما يجاوز ١٠ في المائة في شمال أوروبا وأمريكا الشمالية وأستراليا - نيوزيلندا. وعلى الصعيد القطري، يبلغ شيوع استخدام هذه الطريقة أعلى مستوى له في أستراليا وكندا ونيوزيلندا والولايات المتحدة (نسبة تتراوح بين ١٠ و ١٩ في المائة).

أما الوسائل الرحمية لمنع الحمل، التي تستخدمها ١٥ في المائة من النساء المتزوجات حالياً ونسبة واحد من كل ٤ ممن يستخدمون وسائل منع الحمل على نطاق العالم فتأتي في المرتبة التالية لتعقيم الإناث باعتبارها ثاني أكثر وسائل منع الحمل شيوعاً في الاستخدام. وتبلغ نسبة شيوع استخدام الوسائل الرحمية لمنع الحمل في المناطق الأقل تقدماً ضعفها في المناطق الأكثر تقدماً (١٦ في المائة و ٨ في المائة على التوالي). وعلى الصعيد الإقليمي، يشيع استخدام هذه الطريقة نسبياً، أي نسبة شيوع تجاوز ١٠ في المائة، في شمال أفريقيا وآسيا (باستثناء جنوب وسط آسيا) وأمريكا الوسطى ومنطقة البحر الكاريبي وأوروبا. وعلى الصعيد القطري، يعد شيوع استخدام الوسائل الرحمية لمنع الحمل مرتفعاً للغاية في أوزبكستان وجمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية وكازاخستان (نسبة تتراوح بين ٤٠ و ٤٩ في المائة). وبصفة عامة، تظهر معظم البلدان النامية، التي تتوفر بيانات عن الاتجاهات السائدة فيها، زيادة متواضعة في شيوع استخدام الوسائل الرحمية لمنع الحمل في الفترات الأحدث. وعلى النقيض، يسير الاتجاه نحو التناقص في استخدام الوسائل الرحمية لمنع الحمل في معظم البلدان المتقدمة.

وبالنسبة للأقراص التي يجري تناولها عن طريق الفم، وهي الطريقة التي تستخدمها ٨ في المائة من المتزوجات حالياً ونسبة ١٣ في المائة ممن يستخدمون وسائل منع الحمل على نطاق العالم فتأتي في مرتبة أدنى من تعقيم الإناث والوسائل الرحمية وتعتبر ثالث الطرق الأكثر شيوعاً. ويعد شيوع استخدام الأقراص التي يجري تناولها عن طريق الفم أكثر بثلاثة مرات تقريباً في المناطق الأكثر تقدماً عنه في المناطق الأقل

تقدما (١٧ في المائة و ٦ في المائة على التوالي). كما أن تركيز استخدام الأقراص أعلى أيضا في المناطق الأكثر تقدما، حيث يقع في المتوسط اختيار واحد من أربعة من مستخدمي وسائل منع الحمل عليها بالمقارنة بنسبة ١ من كل ١٠ في المناطق الأقل تقدما. وعلى الصعيد الإقليمي، يشيع استخدام هذه الطريقة نسبيا - أي تجاوز نسبة الشيوخ ١٠ في المائة - في شمال أفريقيا وجنوب شرق آسيا ومنطقة البحر الكاريبي وأمريكا الجنوبية وأوروبا (باستثناء أوروبا الشرقية) وأمريكا الشمالية. ويجري تسويق الأقراص على أوسع نطاق جغرافي بالمقارنة بأي طريقة أخرى. وفي البلدان النامية، أبلغت ما يزيد إلى حد بعيد على نصف البلدان عن زيادة في شيوع استخدام الأقراص في الماضي القريب. ولم تظهر أغلبية البلدان المتقدمة إلا تغيرا طفيفا في أنماط استخدام الأقراص من الثمانينات إلى التسعينات.

ويستخدم ٥ في المائة في المتوسط من الأزواج الرفالات التي يستخدمها أيضا ٨ في المائة من مستخدمي وسائل منع الحمل في أرجاء العالم. وكما هي الحال بالنسبة للأقراص، يزيد شيوع استخدام الرفالات زيادة كبيرة في المناطق الأكثر تقدما عنه من المناطق الأقل تقدما (١٥ في المائة و ٣ في المائة على التوالي). وتجدد الإشارة إلى أن اليابان، التي يعتمد فيها ٤٦ في المائة من الأزواج (وثلاثة أرباع اليابانيين من مستخدمي وسائل منع الحمل) على الرفالات، تسودها أعلى نسبة شيوع لاستخدام الرفالات إلى حد كبير.

وتشير البيانات المتعلقة بالاتجاهات التي سادت في السنوات العشر إلى الـ ١٥ سنة الماضية إلى أن استخدام الرفالات قد زاد في الأغلبية العظمى من البلدان النامية في أفريقيا وآسيا وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، وربما يرجع ذلك إلى حملات ترويج استخدام الرفالات للحماية من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية. وفي العالم المتقدم النمو، زاد استخدام الرفالات في أمريكا الشمالية ونيوزيلندا وبعض بلدان أوروبا (وخاصة إسبانيا حيث ارتفع بنسبة ١٢ نقطة مئوية بين عامي ١٩٨٥ و ١٩٩٥ من نسبة ١٢ إلى ٢٤ في المائة) ولكنه نقص في بلدان أوروبية أخرى.



وقد استمدت التقديرات السالفة الذكر من المعلومات التي قدمتها النساء عن استخدام الرفالات لأغراض منع الحمل في إطار ارتباطات زوجية معترف بها. ولكن هذه المعلومات قد تستبعد نسبة كبيرة من مجموع استخدام الرفالات. فعلى سبيل المثال، تظهر الاستقصاءات التي تم خلالها الالتقاء برجال ونساء على السواء أن الرجال يبلغون عن مستويات أعلى في استخدام الرفالات من النساء، وذلك في البلدان النامية والمتقدمة على السواء. كما أن المستوى المبلغ عنه لاستخدام الرفالات سيكون أعلى لو وجهت أسئلة إلى المحبيين عن استخدامها إما كوسيلة لمنع الحمل أو للوقاية من الأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي بدلا عن استخدامها كوسيلة لمنع الحمل. وبالمثل، فسيكون الاستخدام المبلغ عنه للرفالات أعلى بكثير لو تم الاستفسار في الاستقصاء صراحة عن استخدامها مع أي شريك عند ممارسة الجنس، بدلا من الإيحاء بأن استخدامها مع الزوج أو الشريك الرئيسي الذي تجري ممارسة الجنس معه هو موضع الاهتمام الأساسي (McFarlane, Friedman and Morris, 1994). وقد يصور أيضا استخدام الرفالات على أقل مما هو عليه في الواقع لو أن المحبيين على الاستقصاء كانوا يستخدمون الرفالات بالاقتران بطرق أخرى (خاصة طرق أكثر فعالية) لأنه في الأغلبية العظمى من الاستقصاءات لا تسجل إلا أكثر طريقة فعالة إذا كان يجري استخدام مزيج من الطرق. وأخيرا، فإن الرفالات التي جرى تناولها هنا تضم الرفالات الذكرية لأنها النوع الوحيد المبلغ عن استخدامه في الاستقصاءات حتى الآن.

أما طرق الحقن بالهرمونات وزرع وسيلة لمنع الحمل تغرس تحت الجلد (نوربلانت) فإنها ليست متاحة على نطاق واسع بنفس القدر الذي تتوافر به معظم الطرق الحديثة الأخرى ولا يستخدمها إلا ٣ في المائة من المتزوجات حاليا على نطاق العالم. وتعيش معظم مستخدمات الحقن ووسيلة نوربلانت في المناطق الأقل تقدما حيث يستخدم هذه الوسائل في المتوسط ٣ في المائة من المتزوجات بالمقارنة بما يقل عن ١ في المائة في المناطق الأكثر تقدما.

أما الوسائل العازلة المهبليّة فتستخدمها أقل من نسبة ١ في المائة من المتزوجات في الوقت الحالي على نطاق العالم، وأقل من نصف في المائة من مستخدمي وسائل منع الحمل. ومع ذلك فمن المرجح أن يكون الاستعمال الحالي للوسائل العازلة المهبليّة مصور على أقل من حقيقته، حيث أنّها عادة ما تستخدم بالاقتران بطرق أخرى (وخاصة الرفالات). ويعيش معظم مستخدمي هذه الطرق في مناطق أكثر تقدماً حيث يستخدمها في المتوسط نسبة ١ في المائة من المتزوجات بالمقارنة بنسبة ٠,٢ في المائة في المناطق الأقل تقدماً.

وبالنسبة للطرق التقليديّة، فإنها مستخدمة بواسطة ٦ في المائة من المتزوجات حالياً على نطاق العالم و ١٠ في المائة من جميع مستخدمي وسائل منع الحمل. ووفقاً للمشار إليه أعلاه، فإن استخدام الطرق التقليديّة أكثر شيوعاً في المناطق الأكثر تقدماً منه في المناطق الأقل تقدماً. وأهم طريقتين بين الطرق التقليديّة هي العزل وفترة الأمان (هي في المقام الأول طريقة الامتناع الدوريّة). ويلجأ ٣ في المائة من الأزواج على نطاق العالم إلى طريقة العزل. وهي الطريقة الرئيسيّة المستخدمة في شرق وجنوب أوروبا، حيث تصل نسبة شيوع استخدامها إلى ١٤ في المائة. كما يلجأ ٣ في المائة من الأزواج على نطاق العالم إلى استخدام فترة الأمان، وبصفة عامّة فإن الإبلاغ عن استخدام فترة الأمان أكثر شيوعاً عن العزل في المناطق غير شرق أوروبا وغرب آسيا.

### الاحتياجات غير الملباة في مجال تنظيم الأسرة

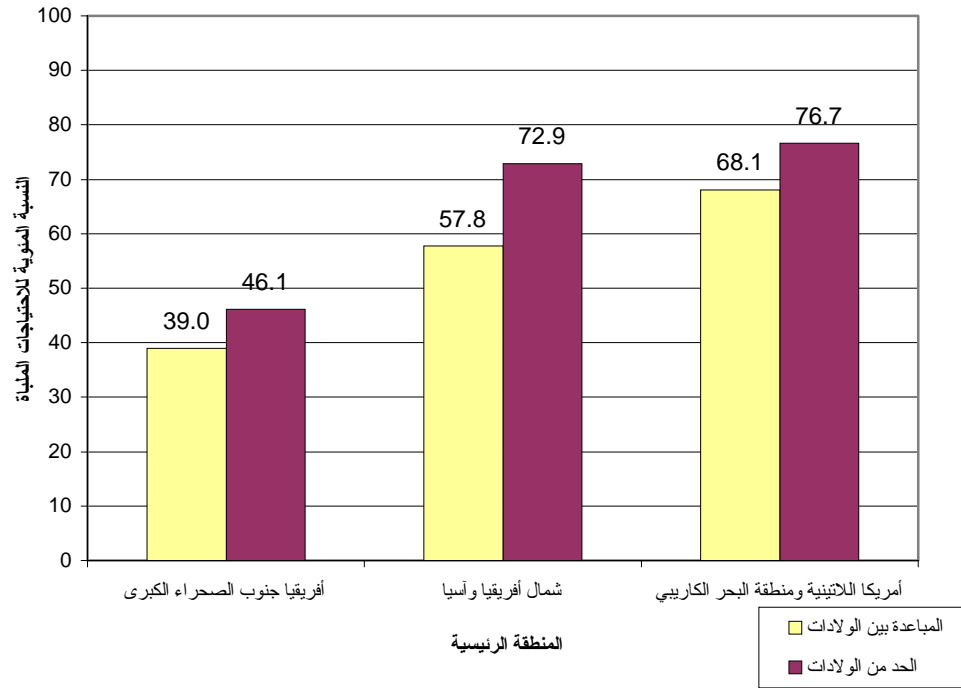
على الرغم من النمو السريع الذي حدث مؤخراً في استخدام وسائل منع الحمل، تشير مجموعة متنوعة من الشواهد إلى أنّ المشاكل المتعلقة بمحدودية اختيار الوسائل فضلاً عن الاحتياجات العالية غير الملباة من خدمات تنظيم الأسرة لا تزال واسعة الانتشار في البلدان النامية. ففي عدد كبير من البلدان يصل إلى الثلث يعزى إلى طريقة واحدة، عادة التعقيم أو الأقراص، نسبة النصف على الأقل من جميع الوسائل المستخدمة لمنع الحمل. وفي الوقت نفسه، يعرب نحو ٢٠ في المائة من الأزواج في

البلدان النامية (ما عدا الصين) عن رغبتهم في المباشرة بين الولادات أو تحديد عدد أسرهم ولكنهم لا يستخدمون بعد أي وسيلة لمنع الحمل. والحاجة إلى تنظيم الأسرة التي لم تتم تلبيةها عن طريق استخدام وسائل منع الحمل هي أعلى بوضوح في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، حيث تعاني في المتوسط ٢٤ في المائة من النساء المتزوجات حالياً من عدم تلبية احتياجاتهن في مجال تنظيم الأسرة بالمقارنة بنحو ١٨ في المائة في شمال أفريقيا وآسيا وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي.

وإذا أضفنا مع النسبة المئوية للنساء اللاتي يستخدمن وسائل منع الحمل والنسبة المئوية للنساء اللاتي يعانين من عدم تلبية احتياجاتهن في مجال تنظيم الأسرة، فيمكن أن نستخلص رقماً يطلق عليه "الاحتياج الكلي لتنظيم الأسرة". ويعرض الشكل الثالث الاحتياجات الملباة في مجال تنظيم الأسرة كنسبة مئوية من مجموع هذه الاحتياجات الكلية التي يجري تلبيةها عن طريق استخدام وسائل منع الحمل. ويوجد ثمانية أضخم فرق في النسبة المئوية للاحتياجات الكلية الملباة بين أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى والمناطق الأخرى (الشكل الثالث). وفي أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، يستخدم عدد يقل عن نصف النساء اللاتي يحتجن إلى تنظيم الأسرة من أجل المباشرة بين الولادات أو الحد منها وسائل منع الحمل، في حين تلبى في المناطق الأخرى هذه الاحتياجات لنسبة تجاوز ٦٠ في المائة. ومع ذلك فإنه في جميع المناطق، من الأرجح أن يلجأ الراغبون في التوقف عن الإنجاب بقدر أكثر بكثير إلى استخدام وسائل منع الحمل عن من يرغبون في تأجيل الإنجاب التالي. ويشير هذا إلى أن الرغبة في تحديد حجم الأسرة محسوسة بدرجة أقوى من الرغبة في المباشرة بين الولادات، ربما لأن نتائج الفشل في بلوغ الهدف المتعلق بتحديد حجم الأسرة تعتبر أجهظ تكلفة.

## الشكل الثالث

نسبة المتزوجات حاليا اللاتي تلبي احتياجاتهن في مجال تنظيم الأسرة المتصلة بالمباعدة بين الولادات أو الحد منها، حسب المنطقة في أواخر التسعينات



المصدر: شعبة السكان في الأمانة العامة للأمم المتحدة.

وتشير آخر التقديرات إلى أن هناك ١٠٥ ملايين سيدة في سن الإنجاب من المتزوجات أو اللاتي يعاشرن رجالا دون زواج في العالم النامي يعانون من عدم تلبية احتياجاتهن في مجال تنظيم الأسرة (Ross, 2001). وفي كثير من البلدان، لا تزال انعدام إمكانية الحصول على خدمات تنظيم الأسرة ذات الجودة المعقولة فضلا عن نقص المعلومات بشأن الخدمات المتاحة يشكل عقبة سيئة تعرقل اللجوء إلى تنظيم الأسرة (Robey, Ross and Bhushan, 1996). ويصدق هذا على وجه الخصوص على أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى حيث لا تلم ببساطة نسب كبيرة من

النساء بأي أشكال حديثة لوسائل منع الحمل (Westoff and Bankole, 1995). ومن الأسباب الأخرى التي تساق بصفة عامة كأسباب لعدم اللجوء إلى تنظيم الأسرة قلة المهمة في تنفيذ الحق في الاختيار وانخفاض احتمالات حدوث الحمل ونقص المعرفة اللازمة بتنظيم الأسرة وأخيرا الشواغل الثقافية والاجتماعية والصحية والاقتصادية المرتبطة باختيار و/أو مواصلة استخدام وسائل منع الحمل ومن بينها المعارضة من جانب الأزواج أو الأفراد الآخرين من أفراد الأسرة الممتدة والخوف من الآثار الجانبية لوسائل منع الحمل وارتفاع التكلفة والإيمان بالقضاء والقدر (Bongaarts and Bruce, 1995).

### استخدام وسائل منع الحمل والاحتياج إليها حاليا بين المراهقين

في البلدان النامية، لا تلجأ معظم المراهقات المتزوجات إلى تنظيم الأسرة. وتبين الاستقصاءات الأخيرة أن شيوع استخدام وسائل منع الحمل بين المراهقات المتزوجات أدنى بصفة عامة في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى (أقل من ٢٠ في المائة) بينما يقف عند مستوى متوسط في آسيا وشمال أفريقيا (بين ٢٠ و ٤٠ في المائة) ويصل أعلى مستوى له في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي ( ما يزيد على ٣٠ في المائة). وكما هو الحال بالنسبة للنساء في سن الإنجاب المتزوجات حاليا، يعزى إلى الطرق الحديثة أغلبية حالات استخدام وسائل منع الحمل بين المراهقات، وإن كان بنسبة مئوية أقل. ومع ذلك فإنه عند مقارنة بيانات استخدام وسائل منع الحمل بين المراهقات وجميع النساء، فتبين معظم البلدان أن نسبة شيوع استخدام وسائل منع الحمل بين المراهقات المتزوجات تبلغ نحو نصف نسبة استخدامها بين النساء الأكبر سنا المتزوجات. ومن المحتمل أن هذا يرتبط بتزايد رغبة الفتيات الصغيرات في إنجاب عدد أكبر من الأطفال.

وفي البلدان النامية، تتجه المراهقات غير المتزوجات ولكن الناشطات جنسيا إلى الإبلاغ عن نسبة أعلى بكثير من اللجوء إلى خدمات تنظيم الأسرة عن المراهقات المتزوجات. وتجاوز بصفة عامة نسبة شيوع استخدام وسائل منع الحمل بين المراهقات

غير المتزوجات الناشطات جنسيا ٣٠ في المائة في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وما يزيد على ٦٠ في المائة في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي. وعلى وجه الخصوص، فإن استخدام الرفالات أعلى بكثير بين المراهقات غير المتزوجات عنه بين المراهقات المتزوجات. ومن المحتمل أن ارتفاع معدل لجوء المراهقين غير المتزوجين إلى تنظيم الأسرة يرجع إلى إدراكهم أن تكلفة الحمل غير المرغوب فيه أعلى بالنسبة لهم منها بالنسبة لنظرائهم المتزوجين ولذلك فإنهم يحاولون قدر طاقتهم تجنبه (Co ntreras, Guzmán and Hakkert, 2000).

وتبين البيانات المتاحة من البلدان المتقدمة النمو أن شيوع استخدام وسائل منع الحمل مرتفع بصفة عامة (ما يزيد على ٤٠ في المائة) بين المراهقات المتزوجات. وقد تكون هذه النسبة مساوية في ارتفاعها للنسبة السائدة بين النساء المتزوجات الأكبر سنا. وفي أمريكا الشمالية، تقتصر وسائل منع الحمل التي تستخدمها المراهقات على الطرق الحديثة ولكن في أوروبا تستخدم نسبة أقل هذه الطرق. ومن بين جميع وسائل منع الحمل التي تستخدمها المراهقات، يمثل استخدام الرفالات نسبة أعلى بكثير في البلدان المتقدمة النمو (٢٧ في المائة في المتوسط)، عنه في البلدان النامية (١٤ في المائة في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى و ٩ في المائة في آسيا و ١٠ في المائة في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي في المتوسط). ويشير هذا إلى أن حملات الترويج للرفالات كوسيلة لمنع الإصابة بالأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي (ومن بينها الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية) ومنع الحمل غير المرغوب فيه كان لها تأثير أكبر على المراهقين الذين يعيشون في العالم المتقدم النمو من تأثيرها على من يعيشون في العالم النامي.

وتعاني نسبة كبيرة (ما يزيد على ١٥ في المائة) من المراهقات المتزوجات حاليا من عدم تلبية احتياجاتهن في مجال تنظيم الأسرة في أغلبية البلدان النامية التي تتوفر بشأنها بيانات. وفي المعتاد تكون مستويات الاحتياجات غير الملباة أعلى بين المراهقات منها بين النساء الأكبر منهن في السن. كما أن النسبة المثوية للاحتياجات الملباة أقل

بين المراهقات منها بين جميع النساء في سن الإنجاب. وتؤكد هذه النتائج نتائج سابقة (الأمم المتحدة، ١٩٩٨؛ ٢٠٠٠). وتشير إلى أن المراهقات المتزوجات يحظين بقدر أقل من الحماية ضد حالات الحمل غير المرغوب فيه من المتزوجات الأكبر سناً. وربما تكون الشابات أقل معرفة بطرق منع الحمل والخدمات المعتادة في هذا الصدد. كما أنهن قد يواجهن عقبات أكبر في الحصول على خدمات تنظيم الأسرة. وأخيراً، فإن الشابات اللاتي تنصب احتياجاتهن في مجال تنظيم الأسرة في المعتاد على المباعدة بين الولادات وليس الحد منها، قد تكون اختياراًهن مقيدة بالطرق المتاحة المناسبة لحالتهم.

## رابعاً - الإجهاض

رغم أن قضية الإجهاض كانت من أكثر القضايا الخلافية المثارة في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية لعام ١٩٩٤، إلا أنه كان هناك توافق في الآراء فيما بين الحكومات بشأن الرأي القائل بأن الإجهاض غير المأمون هو "شاغل صحي جماهيري رئيسي" وبشأن الالتزام بـ "معالجة الآثار الصحية الناجمة عن الإجهاض غير المأمون"<sup>(١)</sup> و "تقليل اللجوء إلى الإجهاض عن طريق توسيع وتحسين خدمات تنظيم الأسرة" كجزء لا يتجزأ من التزامها بصحة المرأة (الأمم المتحدة، ١٩٩٥ أ، الفصل الأول، القرار ١، المرفق، الفصل ثامناً، الفقرة ٨-٢٥).

وقد تمثلت الشواغل المتواصلة للحكومات بشأن الآثار الصحية الناجمة عن الإجهاض غير المأمون في الإجراءات الرئيسية لمواصلة تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (قرار الجمعية العامة د-٢١/٢، المرفق). وتناشد الإجراءات الرئيسية الحكومات "اتخاذ الخطوات المناسبة لمساعدة النساء على تجنب الإجهاض" (الفقرة ٦٣ '٢') وكذلك "في الحالات التي لا يكون فيها الإجهاض مخالفاً للقانون، ينبغي للأنظمة الصحية أن تقدم التدريب والتجهيزات اللازمة لمقدمي الخدمات الصحية وأن تتخذ تدابير أخرى لكفالة أن يكون هذا الإجهاض مأموناً ومتاحاً" (الفقرة ٦٣ '٣').

## بيانات بشأن الإجهاض

ويرتبط توفر الإحصاءات عن الإجهاض بالوضع القانوني للإجهاض. وعموماً ما تتطلب البلدان التي لديها قوانين تسمح بالإجهاض الإبلاغ عن جميع عمليات الإجهاض التي تُجرى للسلطات الصحية. وحيثما يكون الإجهاض غير قانوني، لا يمكن تقدير عدد حالات الإجهاض سوى بصورة غير مباشرة. ومن أشيع المصادر المستخدمة لتقدير عدد حالات الإجهاض سجلات زيارة المستشفيات عن النساء اللاتي زرن المستشفى لمضاعفات ناتجة عن الإجهاض والدراسات الاستقصائية للأسر



المعيشية التي تتضمن معلومات عن تاريخ حمل النساء. وقد أجريت في بعض البلدان، دراسات استقصائية لمقدمي خدمات الإجهاض استخدمت كأساس لتقدير عدد عمليات الإجهاض.

ومن الواضح أن الإبلاغ يتأثر بنطاق الظروف التي يكون الإجهاض فيها قانونيا: وكلما كانت أسباب منح الإجهاض أوسع، كان الإبلاغ عنه أكمل. وإن كان الإجهاض مشمولاً بتأمين طبي هو عامل آخر يؤثر تأثيراً كبيراً على الإبلاغ. وحيثما يتعين على المرضى تغطية تكلفة الإجهاض، كثيراً ما لا يبلغ عن عدد عمليات الإجهاض التي تُجرى بصورة خاصة.

وفي العديد من البلدان التي يكون الإجراء قانونياً فيها، أدى تفويض السلطة الصحية للكيانات دون الوطنية، إلى حد ما، إلى عرقلة جمع البيانات عن الإجهاض على الصعيد الوطني. وتُعد القيود المفروضة على مراقبة الإجهاض. بما إذا كانت المؤسسات دون الوطنية تقدم بيانات مفصلة عن عمليات الإجهاض أو تقدم أرقاماً مجمعة عنه فقط. بيد أنه قد يتعرقل الإبلاغ نفسه، في حالات قليلة. ففي الولايات المتحدة الأمريكية، لا تتطلب أربع ولايات الإبلاغ عنها، ولا تقوم ولايتان، هما كاليفورنيا وألاسكا، حالياً بجمع البيانات بشأن الإنهاء المستحث للحمل.

كما شكّل عدم توحيد بيانات الإجهاض مشكلة في الكثير من بلدان الاتحاد السوفياتي السابق حيث لم تكن إحصاءات وزارات الصحة تشمل عمليات الإجهاض التي تُجرى في المرافق الطبية التابعة لوزارات ووكالات عامة أخرى.

تشير التقديرات إلى أنه قد تم إجراء ما يقرب من ٢٦ مليون عملية إجهاض قانونية و ٢٠ مليون عملية إجهاض غير مأمونة في العالم في عام ١٩٩٥ (Henshaw, Singh and Haas, 1999a، منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٨). ورغم أن هذه الأرقام تقدم فكرة عن الحجم الهائل لمسألة الإجهاض، فهي لا تزال أرقاماً تخمينية وذلك نظراً لعدم

توفر بيانات عن الأغلبية الساحقة من البلدان. وحاليا لا تتوفر الأرقام الخاصة بعمليات الإجهاض القانونية التي تم الإبلاغ عنها إلا بالنسبة لحوالي ٤٥ بلدا.

ووفقا لأحدث البيانات يصل مجموع عمليات الإجهاض التي تم الإبلاغ عنها إلى حوالي ١٥ مليون عملية إجهاض قانونية سنويا (الجدول ٥). وتم إجراء ٨٠ في المائة من حالات الإجهاض القانونية في أربعة بلدان، هي: الصين (٧,٤ مليون)، والاتحاد الروسي (مليونان)، والولايات المتحدة الأمريكية وفييت نام (١,٢ مليون لكل منهما). وينبغي النظر إلى مجموع حالات الإجهاض القانونية في العالم على أنها تقديرات تقريبية حيث أنه لا يمكن التأكد من اكتمال عمليات الإبلاغ في البلدان التي تحدث فيها حالات الإجهاض بأعداد كبيرة جدا. وعلى وجه الخصوص، لم يتسن التأكد من العدد الفعلي لحالات الإجهاض التي جرت في الصين. وفي عام ١٩٩٨، قدرت وزارة الصحة عدد حالات الإجهاض بـ ٧,٣٨ مليون حالة بينما أبلغت اللجنة الحكومية لتنظيم الأسرة عن حدوث ٢,٦٣ مليون حالة إجهاض.

الجدول ٥

### حالات الإجهاض القانوني المبلّغ عنها، أحدث سنة

البلد	السنة	عدد حالات الإجهاض (بالآلاف)	حالات الإجهاض لكل ١٠٠٠ امرأة في الفئة العمرية ١٥-٤٤
الاتحاد الروسي	١٩٩٩	٢٠٣٠	٦٢
أذربيجان	١٩٩٩	٢١	١١
أرمينيا	١٩٩٩	١٤	١٥
ألبانيا	١٩٩٨	٥٤	٦
استراليا	١٩٩٦	٧٦	١٨
استونيا	١٩٩٩	١٥	٤٨
إسرائيل	١٩٩٩	١٩	١٥
ألبانيا	١٩٩٩	١٦	٢٢
ألمانيا	١٩٩٩	١٣٠	٨

البلد	السنة	عدد حالات الإجهاض (بالآلاف)	حالات الإجهاض لكل ١٠٠٠ امرأة في الفئة العمرية ١٥-٤٤
أوزبكستان	١٩٩٩	٥٨	١٠
أوكرانيا	١٩٩٨	٤٩٩	٤٥
أيسلندا	١٩٩٨	١	١٥
إيطاليا	١٩٩٨	١٣٨	١١
بلجيكا	١٩٩٧	١٣	٦
بلغاريا	١٩٩٩	٧٢	٤٣
بيلاروس	١٩٩٩	١٣٥	٥٨
تركمانستان	١٩٩٧	٣٣	٣٢
الجمهورية التشيكية	١٩٩٩	٣٧	١٧
جمهورية مقدونيا اليوغوسلافية السابقة <sup>(١)</sup>	١٩٩٩	٨	١٩
جمهورية مولدوفا	١٩٩٩	٢٨	٢٧
جورجيا	١٩٩٩	١٨	١٥
الدانمرك	١٩٩٨	١٧	١٥
رومانيا	١٩٩٩	٢٦٠	٥٢
سلوفاكيا	١٩٩٨	٢١	٢١
سلوفينيا	١٩٩٩	٩	٢٠
سنغافورة	١٩٩٩	١٤	١٧
السويد	١٩٩٩	٣١	١٨
الصين	١٩٩٨	٧ ٣٨٠	٢٤
طاجيكستان	١٩٩٩	٢١	١٥
فرنسا	١٩٩٧	١٦٤	١٣
فنلندا	١٩٩٩	١١	١١
فييت نام	١٩٩٩	١ ٢٠٠	٦٣
قيرغيزستان	١٩٩٩	١٨	١٦
كازاخستان	١٩٩٩	١٣٨	٣٥
كرواتيا	١٩٩٩	١٥	١٥
كندا	١٩٩٨	١١٠	١٦

البلد	السنة	عدد حالات الإجهاض (بالآلاف)	حالات الإجهاض لكل ١٠٠٠ امرأة في الفئة العمرية ١٥-٤٤
لاتفيا	١٩٩٩	١٨	٣٤
ليتوانيا	١٩٩٩	١٩	٢٣
المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية	١٩٩٧	١٩٢	١٥
النرويج	١٩٩٨	١٤	١٥
نيوزيلندا	١٩٩٩	١٦	١٩
هنغاريا	١٩٩٩	٦٦	٣١
هولندا	١٩٩٨	٢٤	٧
الولايات المتحدة الأمريكية	١٩٩٧	١ ١٨٦	٢٠
اليابان	١٩٩٩	٣٣٧	١٣
المجموع		١٤ ٦٩٦	

المصدر: مصرف بيانات السياسات المتعلقة بالسكان التي تحتفظ بها شعبة السكان بالأمانة العامة للأمم المتحدة.

(أ) جمهورية مقدونيا اليوغوسلافية السابقة.

ويمكن تصنيف البلدان التي يعد فيها الإجهاض قانونيا إلى ثلاث فئات، وذلك على أساس مدى حدوث الإجهاض. وتقع الغالبية العظمى للبلدان، بما في ذلك الصين، في المدى الذي يتراوح من ١٠ إلى ٢٥ حالة إجهاض لكل ألف امرأة في الفئة العمرية ١٥-٤٤ سنة. وتبلغ أربعة بلدان أوروبية، وهي أسبانيا، وألمانيا وبلجيكا وهولندا، عن مستويات منخفضة جدا لحالات الإجهاض القانونية (أقل من ١٠ حالات إجهاض لكل ١٠٠٠ امرأة في الفئة العمرية ١٥-٤٤ سنة). وفي الطرف الآخر من هذه الفئة يصل معدل حالات الإجهاض إلى حوالي ٦٠ حالة إجهاض لكل ١٠٠٠ امرأة في الفئة العمرية ١٥-٤٤ سنة في بلدان مثل الاتحاد الروسي وبيلاروس وفيت نام. وكذلك تضم هذه المجموعة التي تسودها حالات الإجهاض المرتفعة عددا من البلدان التي خلفت الاتحاد السوفياتي السابق مثل إستونيا وأوكرانيا وتركمانستان

وكازاخستان ولاتفيا فضلا عن بلدان أوروبا الشرقية والوسطى مثل بلغاريا ورومانيا وهنغاريا.

ومن الواضح أنه في كثير من بلدان أوروبا الشرقية والاتحاد السوفياتي السابق تعتمد النساء اعتمادا كبيرا على الإجهاض لضبط الخصوبة. وفي ٦ من هذه البلدان يتم إنهاء حالة حمل واحدة على الأقل بواسطة الإجهاض<sup>(٢)</sup>. ويجري الاعتماد أيضا إلى حد كبير على الإجهاض لضبط الخصوبة في فييت نام حيث يتم إجهاض ٤ حالات حمل على الأقل من كل عشر حالات. وتم الإبلاغ ضمن البلدان الغربية عن أعلى مستويات إنهاء حالات الحمل في السويد - ٢٦ حالة إجهاض لكل ١٠٠ حالة حمل - بينما لوحظ أقل مستوى لحالات الإجهاض في بلجيكا (حالة إجهاض واحدة لكل ١٠ حالات حمل).

والإجهاض عنصر هام في الحياة الإنجابية للمرأة. ففي معظم البلدان التي يعتبر فيها الإجهاض قانونيا، تتراوح نسبة النساء اللاتي أجهضن مرة واحدة أثناء حياتهن بين امرأة واحدة في كل ثلاث نساء وامرأة واحدة لكل امرأتين. وفي البلدان التي يرتفع فيها مدى حدوث الإجهاض، مثل الاتحاد الروسي، يتجاوز معدل حالات الإجهاض في المتوسط حالي إجهاض لكل امرأة أثناء حياتها.

ولم تتغير معدلات الإجهاض أساسا في البلدان الغربية أثناء النصف الثاني من التسعينات. وعلى النقيض من ذلك فقد لوحظ اتجاه للانخفاض في بلدان أوروبا الشرقية والاتحاد السوفياتي السابق. وتم تسجيل انخفاض هائل في رومانيا حيث انخفضت معدلات الإجهاض من ١٠٠ حالة إجهاض لكل ١٠٠٠ امرأة في الفئة العمرية ١٥-٤٤ سنة في عام ١٩٩٥ إلى ٥٢ حالة إجهاض لكل ١٠٠٠ امرأة في عام ١٩٩٩. وانخفض عدد عمليات الإجهاض عادة بمعدل أسرع كثيرا من معدل عدد المواليد.

ولا يتوفر في الكتابات عن الموضوع إلا قدر بسيط من التقديرات الحديثة عن عدد حالات الإجهاض في البلدان التي يتم فيها تقييد أو حظر الإجهاض قانونيا - أي معظم بلدان العالم النامي. وتتوفر هذه التقديرات عن بلد في جنوب آسيا وبلد في شرق آسيا، هما: بنغلاديش والفلبين. وحيث أن الإجهاض غير قانوني في بنغلاديش، إلا في حالة إنقاذ حياة المرأة، فقد تم توفير سبل لتنظيم الحيض بناء على الطلب منذ عام ١٩٧٩. وخلص سنج وآخرون باستخدام طرائق تقدير غير مباشرة (١٩٩٧) إلى أن أفضل تقدير أمكن التوصل إليه هو ٧٣٠.٠٠٠ حالة إجهاض في بنغلاديش، وهو رقم يمكن ترجمته إلى معدل إجهاض يبلغ ٢٨ حالة إجهاض لكل ١.٠٠٠ امرأة في الفئة العمرية ١٥-٤٤ سنة. ووفقا لنفس المصادر فإن مستوى حالات الإجهاض تماثل إلى حد كبير مستوى الإجهاض في الفلبين استنادا إلى أفضل تقدير لها ٤٠٠.٠٠٠ حالة إجهاض في عام ١٩٩٤.

وتعود أحدث التقديرات بالنسبة لبلدان أمريكا اللاتينية ومنطقة الكاريبي إلى الفترة ١٩٨٩-١٩٩١ (Henshaw Singh and Haas, 1999b; Singh and Wulf, 1994). وهذه التقديرات متوفرة بالنسبة لستة بلدان هي البرازيل وبيرو والجمهورية الدومينيكية وشيلي وكولومبيا والمكسيك، وتقوم على البيانات بدخول المستشفيات لأسباب متعلقة بالإجهاض. وتشير التقديرات إلى إجراء حوالي ٢,٨ مليون حالة إجهاض في هذه البلدان سنويا. وتعتبر معدلات الإجهاض التقديرية مرتفعة للغاية في خمسة بلدان، هي: البرازيل (٤١ حالة إجهاض لكل ١.٠٠٠ امرأة في الفئة العمرية ١٥-٤٤ سنة)، وبيرو (٥٦ حالة إجهاض لكل ١.٠٠٠ امرأة في الفئة العمرية ١٥-٤٤ سنة)، والجمهورية الدومينيكية (٤٧ حالة إجهاض لكل ١.٠٠٠ امرأة في الفئة العمرية ١٥-٤٤ سنة)، وشيلي (٥٠ حالة إجهاض لكل ١.٠٠٠ امرأة في الفئة العمرية ١٥-٤٤ سنة)، وكولومبيا (٣٦ حالة إجهاض لكل ١.٠٠٠ امرأة في الفئة العمرية ١٥-٤٤ سنة)، ولذلك فإن نسبة حالات إنهاء الحمل في هذه البلدان تتراوح بين حالة حمل واحدة لكل ٤ حالات حمل إلى حالة حمل واحدة في كل ثلاث

حالات حمل. ولقد كان معدل حالات الإجهاض في المكسيك أقل منه في البلدان التي سبق ذكرها وظل عند ٢٥ حالة إجهاض لكل ١٠٠٠ امرأة في الفئة العمرية ١٥-٤٤ سنة.

ومصر هي البلد الوحيد بشمال أفريقيا الذي وضعت بشأنه تقديرات غير مباشرة عن مستوى الإجهاض. ويتبين من تحليل البيانات الطبية بشأن الدخول للعلاج في أقسام التوليد وأمراض النساء الذي تم إجراؤه في عام ١٩٩٥ أن مريضة واحدة من كل خمس مريضات دخلت لعلاج حالة إجهاض مستحث أو تلقائي (Huntington and others, 1998). وكانت حصيلة هذا الرقم عدد إجمالي تقديري لحالات الإجهاض المستحث تتجاوز ٣٠٠٠٠٠ حالة.

إن المعلومات بشأن حالات الإجهاض المستحث في بلدان أفريقيا جنوب الصحراء غير منتظمة على الإطلاق. ففي عام ١٩٩٦، قَدَّر استقصاء أجري على عينة ممثلة لنيجيريا، وتضم ٦٧٢ مرفقا صحيا في البلد تعتبر من الجهات التي قد تقدم خدمات للإجهاض، حدوث حوالي ٦١٠٠٠٠ حالة إجهاض وأن معدل الإجهاض يبلغ ٢٥ حالة إجهاض لكل ١٠٠٠ امرأة في الفئة العمرية ١٥-٤٤ سنة (Henshaw and others, 1998). وفي عام ١٩٩٨، في باماكو (بمالي)، صرحت مريضة واحدة من بين كل خمس مريضات تم التحدث معهن بمراكز العناية الصحية بأنها قد سبق لها أن أُجهضت مرة واحدة على الأقل، وكان الرقم المقابل بالنسبة لأبيدجان (كوت ديفوار) هو مريضة واحدة من كل ثلاث مريضات (Konaté and others, 1999; Guil-laume and others, 1999). وبينت الاستقصاءات التي أُجريت في نيجيريا وكوت ديفوار بشكل واضح أن معدلات الإجهاض أكثر انخفاضا بكثير في الأرياف وفي المناطق الأشد فقرا.

## الخصائص الديمغرافية

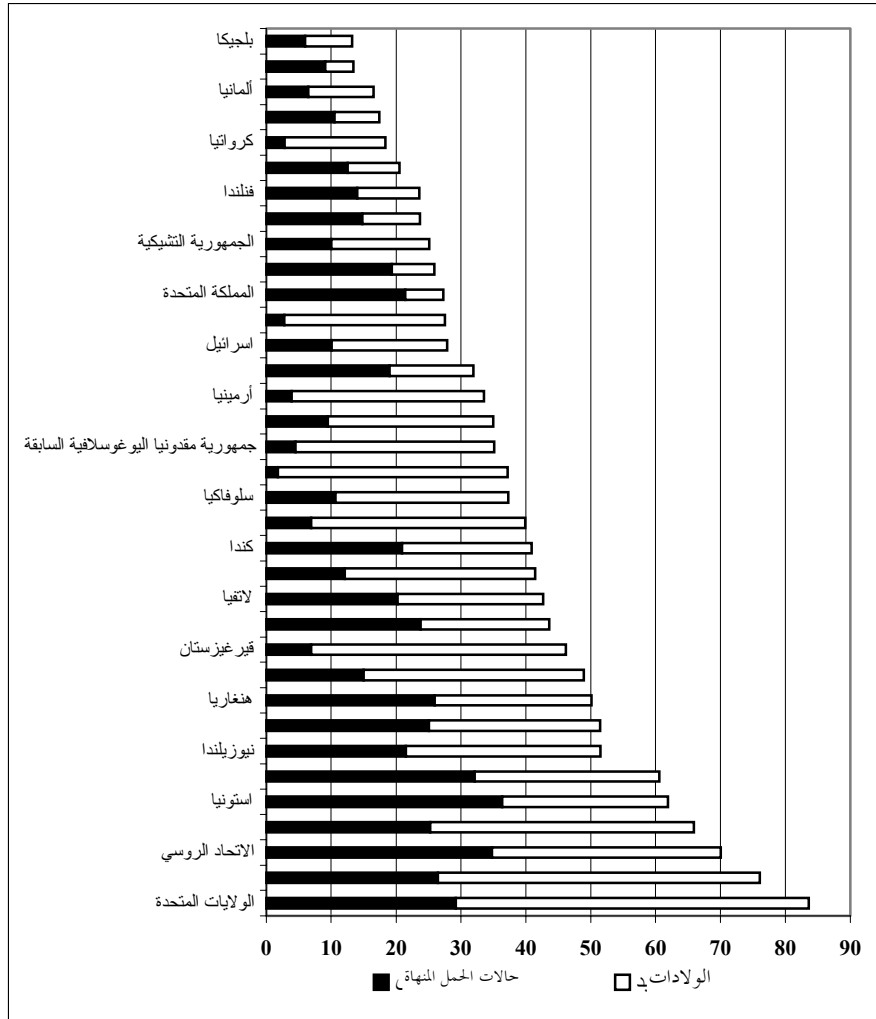
في أمريكا الشمالية وفي أوروبا الغربية وكذلك في استراليا ونيوزيلندا، تُعزى نسب كبيرة من حالات الإجهاض إلى غير المتزوجات في عشرة بلدان من الـ ١٣ بلدا التي توفرت بيانات بشأنها، وتتراوح من ٦١ في المائة في النرويج إلى ٨١ في المائة في الولايات المتحدة. وتبين كذلك بيانات الاستقصاءات أن غالبية النساء اللاتي أُجرين إجهاضا في أفريقيا هن من غير المتزوجات.

وعلى النقيض من ذلك، ففي بلدان أوروبا الشرقية وبلدان الاتحاد السوفياتي السابق، فإن معظم النساء اللاتي أُجهضن هن من المتزوجات ويمثلن ما يتراوح بين ٦١ في المائة في الجمهورية التشيكية إلى ما يزيد على ٩٥ في المائة في بعض بلدان جنوب وسط آسيا. ويسود نمط مماثل في جميع البلدان الآسيوية الأخرى وبلدان أمريكا اللاتينية التي تتوفر بيانات بشأنها باستثناء البرازيل حيث تعتبر أغلبية النساء اللاتي أُجهضن من غير المتزوجات.

وفي معظم البلدان، فإن النساء اللاتي في العشرينات من أعمارهن يسجلن أعلى معدلات الحمل ويُعزى إليهن أعلى عدد من حالات الإجهاض. وكذلك فإن نسبة حالات الحمل التي تم إنهاؤها هي الأعلى بصفة تقليدية بين النساء اللاتي وصلت أعمارهن إلى الأربعين أو أكثر وكذلك بين المراهقات. وبالطبع تدل الإحصاءات في البلدان التي يجوز فيها قانونا إجراء الإجهاض دلالة واضحة على أن معدل حدوث الإجهاض بين المراهقات، في معظم البلدان، يتماشى مع المستوى العام للإجهاض. ووفقا لأحدث الأرقام الرسمية، تتراوح نسبة الإجهاض بين المراهقات من ٣ إلى ٢٠ في المائة من جميع حالات الإجهاض القانونية التي أبلغ عنها في ٣٩ بلدا من ٤٠ بلدا تتوفر بشأنها بيانات. وبين الشكل الرابع عدد حالات الحمل والإجهاض بين المراهقات في بلدان مختارة.



الشكل الرابع  
عدد حالات حمل المراهقات، في عام ١٩٩٩ أو أحدث سنة  
(لكل ١٠٠٠ امرأة في الفئة العمرية ١٥-١٩)



المصدر: شعبة السكان بالأمانة العامة للأمم المتحدة.  
ملاحظة: قدرت حالات الحمل كمجموع حالات الولادات والإجهاض في سنة تقويمية معينة.

## التغيرات الأخيرة في قوانين الإجهاض

تسمح الأغلبية الساحقة من البلدان أو المناطق (١٨٩ من ١٩٣) بإجراء الإجهاض لإنقاذ حياة الحوامل (الأمم المتحدة ٢٠٠١ ب، ٢٠٠١ ج، منشورات مرتقبة). وتحظر أربع دول الإجهاض، وهي السلفادور وشيلي والكرسي الرسولي ومالطة. ومع ذلك تختلف الشروط التي يجوز في ظلها الإجهاض قانونا اختلافا كبيرا فيما بين البلدان. فالقوانين والسياسات الوطنية الخاصة بالإجهاض تقييدية بقدر أكبر في البلدان النامية عنها في البلدان المتقدمة النمو. ففي البلدان المتقدمة النمو، يسمح بإجراء الإجهاض بناء على الطلب حسب الرغبة في ثلثي البلدان (٣١ بلدا) ويسمح به كذلك لأسباب اقتصادية أو اجتماعية في ثلاثة بلدان من كل أربعة بلدان. وعلى العكس من ذلك، لا يسمح إلا ببلد واحد في كل سبعة بلدان نامية (٢١ بلدا) بالإجهاض بناء على الطلب ويسمح ببلد واحد في كل ستة بلدان بالإجهاض لأسباب اقتصادية أو اجتماعية.

ومنذ عام ١٩٩٠ قام ٢٩ بلدا، ٨ بلدان متقدمة النمو و ١٥ بلدا ناميا و ٦ بلدان تمر اقتصاداتها بمرحلة انتقال، بتعديل قوانينها أو لوائحها بشأن الإجهاض. وفي ٢٣ بلدا، تمثلت التغيرات في إلغاء الأحكام التقييدية. وبالإضافة إلى ذلك أقرت السلطات الصحية استخدام عقار ميفبريستون (RU-486) لإنهاء الحمل في ١٨ بلدا بينما تم السماح بإجراء تجارب سريرية للعقار في ستة بلدان أخرى (الجدول ٦).

الجدول ٦

### الوضع القانوني لعقار ميفبريستون (RU-486) (Mifepristone)

(أ) أقرت السلطات الصحية الوطنية استخدام عقار ميفبريستون (RU-486) (Mifepristone)

الاتحاد الروسي (٢٠٠٠)

اسبانيا (٢٠٠٠)

إسرائيل (١٩٩٩)

ألمانيا (١٩٩٩)  
 أوكرانيا (٢٠٠٠)  
 بلجيكا (١٩٩٩)  
 الدانمرك (١٩٩٩)  
 سويسرا (٢٠٠٠)  
 الصين (١٩٩٢)  
 فرنسا (١٩٨٩)  
 فنلندا (١٩٩٩)  
 لكسمبرغ (١٩٩٩)  
 المملكة المتحدة (١٩٩١)  
 النرويج (٢٠٠٠)  
 النمسا (١٩٩٩)  
 هولندا (١٩٩٩)  
 الولايات المتحدة الأمريكية (٢٠٠٠)  
 اليونان (١٩٩٩)

(ب) أذن بإجراء تجارب سريرية لعقار ميفبريستون Mifepristone

إيطاليا

تونس

فييت نام

كندا

كوبا

الهند

المصدر: مصرف بيانات السياسات السكانية الذي تحتفظ بها شعبة السكان بالأمانة العامة للأمم المتحدة.

لقد كان الإجهاض، في البلدان المتقدمة النمو، قانونيا بدرجات متفاوتة ومقبولا عموما منذ عشرات السنين. وفي أواخر الثمانينات ومستهل التسعينات، تزايد قلق السلطات الصحية الوطنية إزاء تأثير الإجهاض غير المأمون على الصحة، وأسفر ذلك عن اتخاذ قرارات لتوسيع نطاق الأسس التي يسمح على أساسها بإجراء

الإجهاض بحيث تشمل الإجهاض بناء على الطلب في بعض البلدان مثل ألبانيا وبلغاريا ورومانيا. وفي الاتحاد الروسي وهنغاريا، استجابت أيضا التطورات التشريعية الرامية إلى توسيع نطاق أسس السماح بإجراء الإجهاض للظروف الاقتصادية والاجتماعية العسيرة التي تواجهها المرأة. ومن ناحية أخرى، سن بلدان أروبيان، هما بولندا وألمانيا، قانون إجهاض أكثر تقييدا.

وفي عام ١٩٩٦، اعتمدت اليابان قانون حماية الأمومة، وهو الصيغة المعدلة تعديلا كبيرا لقانون حماية تحسين النسل لعام ١٩٤٨. وفي الولايات المتحدة الأمريكية تم تكريس جهود قانونية مكثفة لتقييد قدرة القصر على إجراء الإجهاض على مستوى الولايات. واعتبارا من آذار/مارس ٢٠٠١، بدأ تطبيق هذه القيود في ٤١ ولاية. ومن ناحية أخرى جرى اعتماد قيود تشمل جوانب عديدة من أعمال المرابطة أمام عيادات الإجهاض التي يقوم بها المحتجون المناصرون للحياة لمنع السيدات من دخول العيادات وذلك على المستوى الاتحادي ومستوى الولايات.

وفي أمريكا اللاتينية، يسمح بإجراء الإجهاض حسب الطلب في بلدين فقط، هما: كوبا وغيانا. ويسمح بإجرائه لأسباب اقتصادية واجتماعية في ولاية يوكاتان بالمكسيك؛ وعلى أساس اعتلال الجنين فقط في بنما وفي عدد من الولايات المكسيكية الأخرى؛ وفي حالات الحمل الناجم عن الجرائم في سبعة بلدان (بما في ذلك العاصمة مكسيكو)، ويشترط بلدان منها أن تكون الضحية محتلة عقليا. وفي بقية بلدان أمريكا اللاتينية، يسمح بلدان بإجراء الإجهاض لأسباب صحية و ٨ بلدان لإنقاذ حياة الحوامل.

وفي السنوات الأخيرة، طرحت العديد من المقترحات للإصلاح في بلدان أمريكا اللاتينية، لم ينجح منها إلا القليل. وفي عام ١٩٩٥، سنت غيانا قانونا يجيز الإجهاض بناء على أسس واسعة النطاق. وعلى العكس، وقبل انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في عام ١٩٩٤ بفترة وجيزة، عدلت الأرجنتين دستورها لكي يشمل حماية الحياة منذ الحمل. وفي السلفادور، أزلت أحكام الإجهاض في القانون الجنائي

الجديد المعتمد في عام ١٩٩٧ جميع الاستثناءات التي منعت الإجهاض والتي كانت قائمة في السابق ومنعت الإجهاض منعاً باتاً في ذلك الحين.

وفي أفريقيا، قامت بوتسوانا (١٩٩١) و سيشيل (١٩٩٤) وبوركينا فاسو و جنوب أفريقيا (١٩٩٦) بإدخال تعديلات كبيرة على قوانينها القائمة أو سنت قوانين إجهاض جديدة تتسم بصبغة أكثر تحراً بينما اعتمدت غينيا الاستوائية تشريعا للإجهاض أكثر تقييدا في عام ١٩٩١. ولا يسمح حالياً بالإجهاض بناء على الطلب إلا في ٣ بلدان من بين ٥٣ بلدا أفريقيا، وهي: تونس والرأس الأخضر و جنوب أفريقيا. ويجيز بلد واحد، هو زامبيا، الإجهاض بسبب ظروف اقتصادية واجتماعية. ويجيز أحد عشر بلدا أفريقيا الإجهاض بسبب اعتلال الجنين و ١٢ بلدا عندما يكون الحمل نتيجة اغتصاب أو سفاح للمحارم. ويسمح ٢٧ بلدا أفريقيا بإجراء الإجهاض لأسباب تتعلق بالصحة العقلية و ٢٨ بلدا للحفاظ على صحة المرأة البدنية.

وفي آسيا، لا يجيز ١٧ بلدا الإجهاض إلا في حالة إنقاذ حياة المرأة، ويجيز ١٦ بلدا الإجهاض بناء على الطلب، ويجيز ١٣ بلدا الإجهاض في ظل ظروف معينة. وتشمل التطورات الأخيرة سن تشريع بشأن الإجهاض يتماشى مع الشريعة الإسلامية في جمهورية إيران الإسلامية (القانون الجنائي لعام ١٩٩١) وفي باكستان (١٩٨٩) وكذلك سن التشريع الجديد الذي يجيز الإجهاض قانونا في كمبوديا في عام ١٩٩٧. وقامت كل من إندونيسيا (١٩٩٢) وماليزيا (١٩٨٩) بتعديل قانونها لكي يجيز الإجهاض بناء على أسباب طبية. وفي عام ١٩٨٩، عدّلت منغوليا قانونها الصحي لكي ينص على أن تحوّل المرأة إلى أم هو قرار يخص المرأة ولذا يحق لها الإجهاض حسب طلبها أثناء الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل. وفي عام ١٩٩١، عدّلت السودان قانونها الجنائي لكي يسمح بالإجهاض في حالة الاغتصاب أو إذا كان الطفل غير المولود قد توفي في رحم الأم.

وفي الفترة بين عام ١٩٨٩ وعام ١٩٩١، أقرت حكومة فييت نام عددا من القوانين التي تنظم الإجهاض بطرق مختلفة من بينها القانون المعني بحماية الصحة العامة

وهو ينص "على أنه يحق للمرأة إجراء عملية إجهاض عندما ترغب في ذلك" فضلا عن مراسيم عديدة لتوفير وسائل منع الحمل وخدمات الصحة العامة المتصلة بالإجهاض بالمجان لفئات كبيرة من السكان.

وقامت حكومة الهند في محاولة لمنع "قتل الأجنة الإناث"، بسن قانون يسري على كافة أنحاء البلد في عام ١٩٩٤ يقصر استخدام الأساليب التقنية التشخيصية قبل الولادة على الحالات التي تنطوي على أمراض خطيرة أو حالات تشوه، ويمنع الأطباء من الكشف عن جنس الجنين بأي طريقة كانت. ولقد تعرّض تطبيق هذا القانون - الذي بدأ إنفاذه في عام ١٩٩٦ - لبعض المشكلات.

### الإجهاض غير المأمون

الإجهاض غير المأمون هو إجراء لإنهاء حمل غير مرغوب فيه إما بواسطة أشخاص يفتقرون إلى المهارات اللازمة أو في بيئة تفتقر إلى الحد الأدنى من المعايير الطبية أو كليهما (منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٢ أ). وتشير التقديرات إلى احتياج ما بين ١٠ و ٥٠ في المائة من كافة النساء اللاتي أجرين عمليات إجهاض غير مأمونة للعناية الطبية بسبب مضاعفات الإجهاض. ووفقا لتقديرات منظمة الصحة العالمية للفترة ١٩٩٥-٢٠٠٠، فقد أسفرت عمليات الإجهاض غير المأمونة عن وفاة ٧٨ ٠٠٠ أم سنويا تقريبا، وحدثت مئات الألوف من حالات الإعاقة، التي وقعت الأغلبية العظمى منها في البلدان النامية (منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٨). وهكذا، فإنه على صعيد العالم، ربما ترجع وفاة أم واحدة من بين ٨ أمهات إلى مضاعفات متصلة بالإجهاض. وعلى المستوى الإقليمي، تتراوح معدلات الوفيات المتصلة بالإجهاض بين وفاة أم واحدة من كل ٨ أمهات في أفريقيا وآسيا، ووفاة أم واحدة من كل ٦ أمهات في أوروبا، ووفاة أم واحدة بين كل ٥ أمهات في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي.

ومعظم البلدان التي يرتفع فيها معدل الإجهاض غير المأمون أو الإجهاض المستحث عموماً، هي من البلدان التي لا تتوفر فيها معلومات عن تنظيم الأسرة وخدماتها ووسائل منع الحمل أو تكون هذه المعلومات والخدمات غير كافية إلى حد كبير (Indriso and Mundigo, 1999). ويعتمد منع الإجهاض بالفعل على توفر المعلومات والاستشارات والخدمات في مجال تنظيم الأسرة. وأثناء التسعينات، أدى القلق المتزايد بشأن حمل المراهقات وإجهاضهن إلى تغيير محور تركيز السياسات لكي تمتد إلى فئات أخرى بالإضافة إلى المتزوجين - وهم الهدف الأساسي والوحيد في الغالب الذي تركز عليه برامج تنظيم الأسرة - وتصل إلى الشبان والشابات. ومع ذلك لا يزال الوقت مبكراً لتكوين فكرة بشأن تنفيذ هذه البرامج وتأثيراتها.

وتوفر خدمات تنظيم الأسرة والاستشارة في إطار العناية المقدمة بعد الإجهاض في عدد من البلدان بغية الحيلولة دون تكرار الإجهاض. وبعد استحداث هذه الخدمات في مستشفيات مختارة، وصلت نسبة المريضات اللاتي حصلن على استشارة في مجال تنظيم الأسرة إلى ٩٧ في المائة في بوليفيا و ٩٤ في المائة في بوركينافاسو و ٦٨ في المائة في كينيا و ٨٦ في المائة في المكسيك و ٧٨ في المائة في بيرو (Huntington, 2000). ولم ينجح البرنامج بنفس القدر في السنغال حيث لم تقدم الاستشارة إلا إلى حوالي ثلث المريضات. وفي كينيا تبين أن وجود موظفين في المستشفيات لتوفير خدمات ومعلومات في مجال تنظيم الأسرة أكثر فعالية من زيارة المستشفيات بواسطة أولئك الذين يقدمون خدمات واستشارات في مجال صحة الأم والطفل/تنظيم الأسرة.

ويتمثل النمط الثاني من التدخلات الرامية إلى تقليل الاعتلال والوفاة بسبب الإجهاض في جعل الإجهاض مأموناً. ومن وجهة النظر الطبية، تقوم سلامة الإجهاض أساساً على مدة الحمل عند الإجهاض - فكلما تم إجراء الإجهاض في مرحلة مبكرة كلما ازدادت سلامته - وعلى الطريقة المستخدمة، فضلاً عن معالجة التعقيدات الناجمة بشكل فوري ومناسب (Grimes, 2000).

وفي عدد من البلدان النامية التي تميز الإجهاض، لا تتاح عمليات الإجهاض على نطاق واسع كما أنها غير مأمونة في جميع الحالات. وفي أفريقيا، تنشأ صعوبات نتيجة عدد من العوامل الاجتماعية والثقافية والمؤسسية. ففي زامبيا على سبيل المثال، أدت الشروط الإجرائية المعقدة، بالإضافة إلى عدم كفاية الخدمات، إلى مواصلة الاعتماد على الإجهاض غير القانوني. ويتزع الشباب إلى نبذ الخدمات الرسمية بسبب الافتقار إلى سرية الإجراءات ووصمة العار التي تحيط بالإجهاض (Webb, 2000). وفي جنوب أفريقيا، لا يؤيد معظم الأطباء والمرضات، لاعتبارات متعلقة بالضمير، القانون الجديد لإنهاء الحمل. ورفضت نسبة كبيرة منهم المشاركة في العناية الصحية المتصلة بالإجهاض (Harrison and others, 2000). ونتيجة لذلك لا تزال الخدمات المتصلة بالإجهاض غير متوفرة في معظم أنحاء البلد.

وفي الهند، أدت التباينات الكبيرة في التوزيع الجغرافي للخدمات إلى عدم حصول فئات كبيرة من السكان على الخدمات الخاصة بالإجهاض. وتضم أربع ولايات شمالية كبيرة - أوتر براديش وبيهار وراجستان ومادهايا براديش - تشمل أكبر من ٤٠ في المائة من سكان البلد، ١٦ في المائة من كافة المراكز المعتمدة بموجب قانون إنهاء الحمل بوسائل طبية (Barge and others, 1998).



## خامسا - وفيات الأمهات واعتلاهن

تشير التقديرات العالمية الأخيرة إلى وفاة ٥١٥ ٠٠٠ امرأة نتيجة أسباب ومضاعفات متصلة بالحمل سنويا، وتحدث معظمها في بلدان العالم النامي. وأثناء التسعينات، وضع عدد من المؤتمرات الدولية أهدافا من أجل تقليل عدد وفيات الأمهات. وكذلك أيد هذا الهدف ١٤٩ رئيس دولة بمؤتمر قمة الأمم المتحدة للألفية المعقود في عام ٢٠٠٠ (انظر الفقرة ١٩ من إعلان الأمم المتحدة بشأن الألفية والوارد في قرار الجمعية العامة ٢/٥٥). ويشير توافق الآراء العالمي الذي لم يسبق له نظير إلى الأهمية التي تضيفها الحكومات والأوساط الإنمائية والصحية الدولية لصحة المرأة وأطفالها، ويخلق زخما إضافيا للاهتمام بالرصد الدقيق للتقدم المحرز في إنجاز هذا الهدف في كل بلد على حدة وفي جميع أنحاء العالم.

### التعاريف

يعرف التنقيح العاشر للتصنيف الدولي للأمراض والمشاكل الصحية ذات الصلة وفيات الأمهات بأنها وفاة امرأة أثناء الحمل أو خلال ٤٢ يوما من انتهاء الحمل، بصرف النظر عن مدة الحمل ومكانه، من جراء أي سبب متصل بالحمل أو تفاقم بسبب الحمل أو متعلق بمعالجته ولكن دون أن يحدث ذلك نتيجة حوادث أو عوامل خارجية (منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٢ ب). وتنجم الوفيات المتعلقة بالتوليد مباشرة بسبب مضاعفات التوليد المتصلة بالحمل أو بسبب التدخلات أو حالات الإغفال أو العلاج غير السليم وهي تحدث عادة نتيجة أحد الأسباب الرئيسية الخمسة التالية: التزيف الدموي وحمج الدم واضطرابات الحمل الناجمة عن ارتفاع ضغط الدم وتعثر الولادة والمضاعفات الناجمة عن الإجهاد غير المأمون. أما الوفيات الناجمة بشكل غير مباشر عن التوليد فهي تلك الوفيات الناجمة عن أمراض كانت موجودة قبل الحمل أو أمراض أصيبت بها الأم أثناء الحمل وتفاقمت بسبب التأثيرات الفسيولوجية للحمل وهي مرتبطة في أغلبها بالمalaria وفيروس نقص المناعة البشرية ومتلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) وأمراض شرايين القلب.

## المقاييس المستخدمة والقياس

إن المقياس الأكثر شيوعاً والمستخدم لقياس وفيات الأمهات أثناء النفاس هو عدد وفيات الأمهات لكل ١٠٠٠٠٠ مولود حي. ورغم أنه كان يطلق عليه تقليدياً لفظ المعدل، إلا أنه بالفعل نسبة، وهو ما يطلقه عليه الباحثون الآن. ولكن بغرض الاتساق التاريخي، فلا يزال التنقيح العاشر للتصنيف الدولي للأمراض يستخدم مصطلح المعدل لهذا القياس.

وتقتضي عملية قياس وفيات الأمهات أثناء النفاس معرفة بوفيات النساء في سن الإنجاب (١٥-٤٩ سنة)، والسبب الطبي للوفاة، وكذلك ما إذا كانت المرأة حاملاً وقت الوفاة أو كانت حاملاً في عهد قريب منه (AbouZahr, 1998). غير أن عدداً قليلاً من البلدان يقوم في الممارسة العملية بتسجيل الوفيات، بل ويقوم عدد أقل من البلدان بتسجيل سبب الوفاة، ويتدنى العدد أكثر فأكثر حين يتعلق الأمر بتسجيل حالة الحمل في شهادة الوفاة. وفي حالة عدم توفر أو عدم كفاية نظم التسجيل المدني، يمكن تقييم وفيات الأمهات بواسطة إدراج أسئلة بشأن الحمل والوفيات في الاستقصاءات التي تتناول الأسر المعيشية التي تجري على نطاق واسع. ويمكن العيب هنا في أن هذا الأسلوب يقتضي توفر حجم كبير من العينات مما يجعله مكلفاً ويستغرق وقتاً طويلاً (انظر على سبيل المثال (Agoestina and Soejoenoes, 1989). وتم اتباع طريقة تدعى "طريقة الإخوات" (Graham, Brass and Snow, 1989) التي تهدف إلى تخفيض متطلبات حجم العينة؛ وتضيف إلى الاستقصاءات الراهنة عن الأسر المعيشية عدداً قليلاً من الأسئلة التي تطلب معلومات عما تعرفه الجيبات على الاستقصاء عن بقاء أخريات على قيد الحياة من عدمه (Rutenberg and Sullivan, 1991). ومع ذلك فقد أسفرت طرائق الاستقصاء لتقييم وفيات الأمهات عن نتائج تتضمن هوامش خطأ كبيرة وبالتالي لا يمكن استخدامها للرصد الدوري أو قصير الأجل.

إن المشكلات المتعلقة بالقصور في الإبلاغ أو سوء التصنيف شائعة في جميع طرائق قياس وفيات الأمهات. ولهذا السبب يوافق معظم الخبراء على أن تأكيد وفيات الأمهات يقتضي الحصول على معلومات من مصادر مختلفة. فالاستقصاء المتعلق بالوفيات في سن الإنجاب (منظمة الصحة العالمية، ١٩٨٧، Greenwood and others.) 1987 يستخدم مصادر معلومات متعددة، مثل السجلات المدنية وسجلات المرافق الصحية وقادة المجتمعات المحلية والهيئات الدينية ومتعهدي الجنازات والعاملين في المقابر وتلاميذ المدارس، لتحديد جميع الوفيات. ويتم كذلك استخدام المقابلات مع أعضاء الأسرة ومقدمي الرعاية الصحية وسجلات المرافق لتصنيف الوفيات كوفيات للأمهات أثناء النفاس أو غير ذلك (التشريح الشفوي).

### المعدلات

قلة فقط من البلدان هي التي تتوفر لديها على الصعيد الوطني بيانات دقيقة عن وفيات الأمهات أثناء النفاس. وقد قامت منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة بمشاركة صندوق الأمم المتحدة للسكان، بوضع نهج لتقدير معدلات وفيات الأمهات أثناء النفاس القصد منه استنباط تقديرات تتعلق بالبلدان التي لا تتوفر لديها بيانات وتصحيح ما يشوب البيانات المتوفرة من أخطاء ناتجة عن القصور في الإبلاغ وسوء التصنيف. وتقضي الاستراتيجية بتصحيح البيانات القطرية المتاحة من منبعها والقيام في الوقت نفسه بوضع نموذج مبسط تستمد من خلاله تقديرات تخص البلدان التي لا تتوفر لديها معلومات موثوقة وعددها ٥٥ بلدا. وقد أسفر أحدث تطبيق لذلك النهج عن وضع تقديرات تتعلق بعام ١٩٩٥.

وكان العدد المقدر لحالات وفاة الأمهات أثناء النفاس في عام ١٩٩٥ هو ٥١٥ ٠٠٠ حالة في العالم (الجدول ٧). وقد سجل في أفريقيا ما يربو على نصف تلك الوفيات (٢٧٣ ٠٠٠) وبلغت تلك النسبة في آسيا ٤٢ في المائة (٢١٧ ٠٠٠) وفي أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي زهاء ٤ في المائة (٢٢ ٠٠٠) وفي مناطق العالم الأكثر تقدما كانت تلك النسبة أدنى من ١ في المائة (٢ ٨٠٠). أما النسبة

العالمية لوفيات الأمهات أثناء النفاس فتقدر بنحو ٤٠٠ حالة لكل ١٠٠ ٠٠٠ مولود حي. وعلى مستوى المناطق كانت أعلى نسبة لوفيات الأمهات أثناء النفاس في أفريقيا (١ ٠٠٠) تليها آسيا (٢٨٠) ثم أوقيانوسيا (٢٦٠) وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي (١٩٠) ثم أوروبا (٢٨) وأمريكا الشمالية (١١).

## الجدول ٧

## تقديرات وفيات الأمهات أثناء النفاس حسب المناطق، ١٩٩٥

مخاطر وفاة الأمهات أثناء النفاس على مدى حياتهن: واحدة من كل:	عدد وفيات الأمهات أثناء النفاس	نسبة وفيات الأمهات أثناء النفاس (معدل وفيات الأمهات لكل ١٠٠ ٠٠٠ مولود حي)	المنطقة
٧٥	٥١٥ ٠٠٠	٤٠٠	العالم
٢ ٥٠٠	٢ ٨٠٠	٢١	المناطق الأكثر تقدماً <sup>(١)</sup>
٦٠	٥١٢ ٠٠٠	٤٤٠	المناطق الأقل تقدماً
١٦	٢٣٠ ٠٠٠	١ ٠٠٠	أقل البلدان نمواً
١٦	٢٧٣ ٠٠٠	١ ٠٠٠	أفريقيا
١١	١٢٢ ٠٠٠	١ ٣٠٠	شرق أفريقيا
١٣	٣٩ ٠٠٠	١ ٠٠٠	وسط أفريقيا
٤٩	٢٠ ٠٠٠	٤٥٠	شمال أفريقيا
٦٥	٤ ٥٠٠	٣٦٠	الجنوب الأفريقي
١٣	٨٧ ٠٠٠	١ ١٠٠	غرب أفريقيا
١١٠	٢١٧ ٠٠٠	٢٨٠	آسيا <sup>(٢)</sup>
٨٤٠	١٣ ٠٠٠	٥٥	شرق آسيا
٥٥	١٥٨ ٠٠٠	٤١٠	جنوب وسط آسيا
٩٥	٣٥ ٠٠٠	٣٠٠	جنوب شرق آسيا
٩٥	١١ ٠٠٠	٢٣٠	غرب آسيا
٢ ٠٠٠	٢ ٢٠٠	٢٨	أوروبا
١ ١٠٠	١ ٦٠٠	٥٠	أوروبا الشرقية
٣ ٩٠٠	١٤٠	١٢	شمال أوروبا
٥ ٠٠٠	١٧٠	١٢	جنوب أوروبا
٤ ٠٠٠	٢٨٠	١٤	أوروبا الغربية

المنطقة	نسبة وفيات الأمهات أثناء النفاس (معدل وفيات الأمهات لكل ١٠٠ ٠٠٠ مولود حي)	عدد وفيات الأمهات أثناء النفاس	مخاطر وفاة الأمهات أثناء النفاس على مدى حياتهن: واحدة من كل:
أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاربي	١٩٠	٢٢ ٠٠٠	١٦٠
منطقة البحر الكاريبي	٤٠٠	٣ ١٠٠	٨٥
أمريكا الوسطى	١١٠	٣ ٨٠٠	٢٤٠
أمريكا الجنوبية	٢٠٠	١٥ ٠٠٠	١٥٠
أمريكا الشمالية	١١	٤٩٠	٣ ٥٠٠
أوقيانوسيا <sup>(١)</sup>	٢٦٠	٥٦٠	٢٦٠
استراليا/نيوزيلندا	٨	٢٥	٥ ٥٠٠
ميلانيزيا	٣١٠	٥٦٠	٦٠
ميكرونيزيا	(ب)	(ب)	(ب)
بولينزيا	٣٣	٥	٧٠٠

المصدر: منظمة الصحة العالمية، وفيات الأمهات أثناء النفاس في عام ١٩٩٥، تقديرات أعدتها منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة وصندوق الأمم المتحدة للسكان (جنيف، ٢٠٠١).

(أ) استبعدت استراليا ونيوزيلندا واليابان من الجداول الإقليمية ولكنها أدرجت في المجموع الخاص بالمناطق الأكثر تقدماً.  
(ب) لم تعد تقديرات خاصة بالبلدان التي يقل مجموع سكانها عن ٣٠٠ ٠٠٠ نسمة.

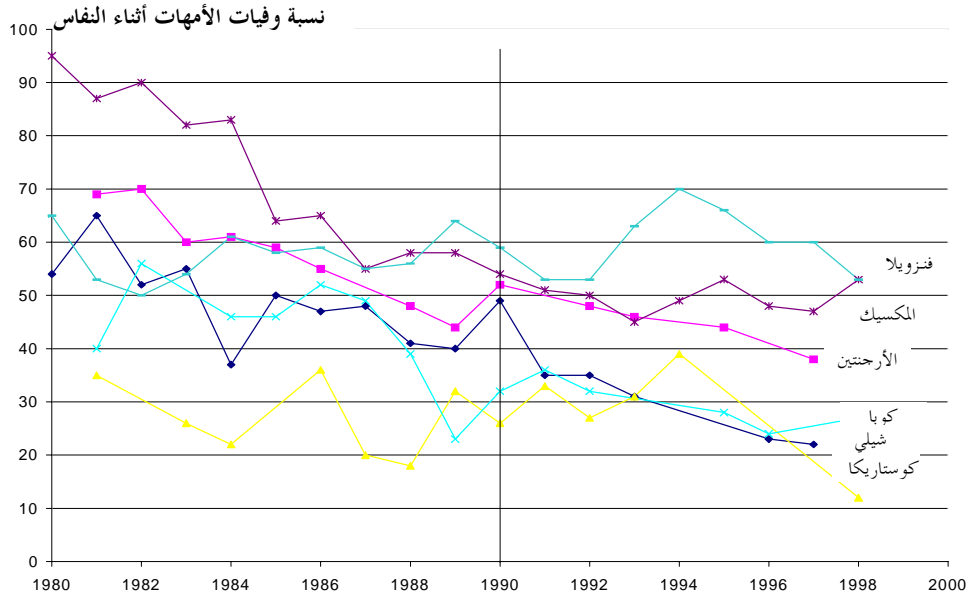
### استخدام بيانات السجل المدني في تقييم الاتجاهات

تتوفر لدى قلة فقط من البلدان - تناهز فيها نسبة المواليد ربع نسبة المواليد في العالم (وتقل تلك النسبة عن ٧ في المائة في حالة استبعاد الصين) - بيانات عن وفيات الأمهات أثناء النفاس مستمدة من نظام السجل المدني. ومنذ مستهل الثمانينات ومعدل وفيات الأمهات أثناء النفاس ينحدر إلى الانخفاض نسبياً حيث أنه يقل عن ١٠٠ امرأة لكل ١٠٠ ٠٠٠ مولود حي. وبالإضافة إلى ذلك، فإنه حتى وإن كانت تغطية الوقائع الحيوية تعتبر تغطية وافية (وهو ما يعرف بوجه عام بأنه تغطية ٩٠ في المائة أو نيف من مجموع الوقائع) فعادة ما تقصر نظم السجل المدني عن تحديد النسبة

المتعلقة بوفيات الأمهات أثناء النفاس، بشكل صحيح (A trash, Alexander and Berg, 1995). ومن ثم فمع أخذ تلك المحاذير في الاعتبار يمكن بحث اتجاهات وفيات الأمهات أثناء النفاس المستخلصة من السجل المدني في بعض بلدان آسيا وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي (الشكلان الخامس والسادس). وتتوفر، أيضاً، بيانات عن الاتجاهات فيما يخص الصين حيث يستعان منذ عام ١٩٨٩ في تقدير معدل وفيات الأمهات أثناء النفاس، باستقصاءات عن وفيات النساء في سن الإنجاب.

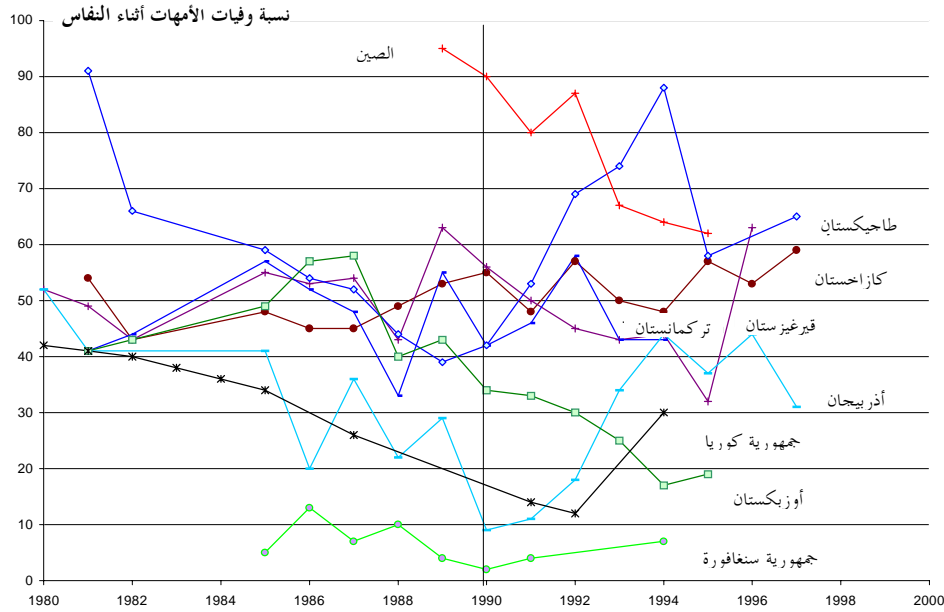
### الشكل الخامس

الاتجاهات فيما يتصل بوفيات الأمهات أثناء النفاس، في بلدان منتقاة في أمريكا اللاتينية، ١٩٨٠-١٩٩٩



المصدر: قاعدتا بيانات منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة.

الشكل السادس  
الاتجاهات فيما يتصل بوفيات الأمهات أثناء النفاس، في بلدان منتقاة في آسيا،  
١٩٩٧-١٩٨٠



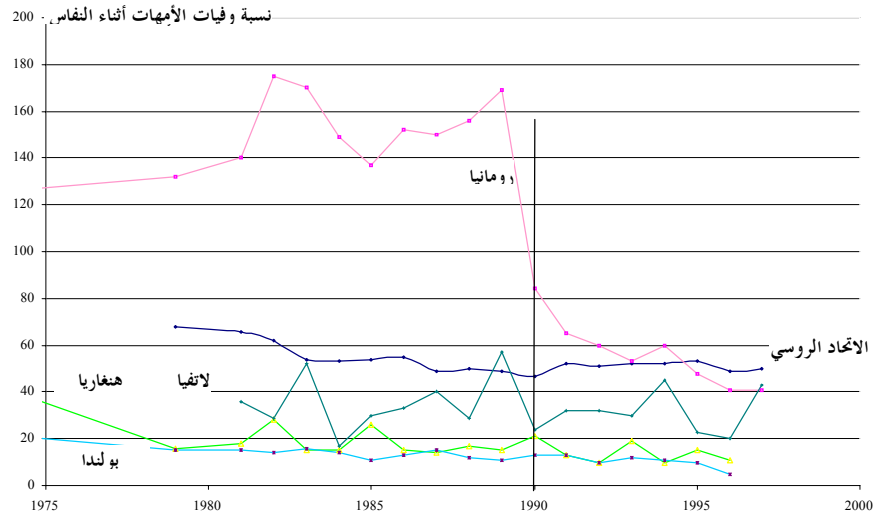
المصدر: قاعدتا بيانات منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة.  
ملحوظة: استمدت البيانات المتعلقة ببيانات الصين من استقصاءات عن وفيات النساء في سن  
الإنجاب.

ومن بين البلدان النامية كانت الأرجنتين وأوزبكستان وشيلي والصين  
وكوستاريكا هي البلدان الوحيدة التي أمكنها تحقيق انخفاض متواصل في معدل وفيات  
الأمهات أثناء النفاس على امتداد العقد الماضي. وفي أنحاء أخرى من العالم النامي يبدو  
أن معدل وفيات الأمهات أثناء النفاس تجمد نسبيا منذ عام ١٩٩٠ بل إنه حدثت، في  
بعض الحالات، زيادات كبيرة في المعدلات ولكن يعتقد أن ذلك يرجع إلى تحسن  
عملية الإبلاغ.

كما أن الزيادات العارضة الواضحة في وفيات الأمهات أثناء النفاس في بعض بلدان أوروبا الشرقية (مثلا لاتفيا) يمكن أن تعزى هي الأخرى إلى تحسن عملية الإبلاغ عن الحالات (انظر الشكل السابع). وفي هذا الصدد تشكل رومانيا استثناء حيث يعد الهبوط الحاد الملحوظ في وفيات الأمهات أثناء النفاس خلال الفترة ١٩٨٩-١٩٩٠ انعكاسا لرفع القيود عن القانون مما سمح بتوفير وسائل إجهاض مأمونة. فقبل عام ١٩٩٨، أسفرت السياسات المشجعة بشدة على زيادة المواليد، وانعدام وسائل منع الحمل الموثوقة وحظر الإجهاض والصعوبات الاقتصادية، عن ارتفاع شديد في معدلات الوفيات المتصلة بالإجهاض (Royston and Armstrong, 1989).

الشكل السابع

الاتجاهات فيما يتصل بوفيات الأمهات أثناء النفاس في بلدان منتقاة في أوروبا الشرقية، ١٩٧٤-١٩٩٧



المصدر: قاعدتا بيانات منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة.



## استخدام مؤشرات عملية في تقييم الاتجاهات

في حالة قياس وفيات الأمهات أثناء النفاس بالاستعانة باستقصاءات الأسر المعيشية تكون هوامش عدم اليقين من الكبر بحيث يتعذر استخلاص استنتاجات مؤكدة فيما يتصل بمسار الاتجاهات. ومن ثم، فلتقييم التقدم في تلك البلدان يلزم الاستعانة بمؤشرات عملية بما يخدم أغراض الرصد المنتظم. ويمكن أن تكون النسبة المئوية لحالات الولادة التي تتم على يد أخصائيي صحة تتوفر لديهم المهارات اللازمة مؤشرا عمليا يتصل اتصالا وثيقا بمعدلات وفيات الأمهات أثناء النفاس (منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٩؛ De Browere, Tonglet and Van Lerberghe, 1998). ويتمثل مصدر المعلومات بوجه عام في الاستقصاءات الديمغرافية والصحية أو مشروع الدول العربية لنماء الطفل أو استقصاءات الصحة الإنجابية التي تشكل، جنبا إلى جنب مع المعايير الصارمة المتعلقة بصون نوعية البيانات، منهجية موحدة وإطارا لاختيار العينات. وتقتصر فئة أخصائيي الرعاية الصحية المهرة على الأطباء والمرضات/القابلات اللاتي تتوفر لهن مهارات التوليد اللازمة<sup>(١)</sup> (منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٩).

وفيما يتعلق بمسألة وجود مباشرين مهرة أثناء عملية الوضع تتوفر في هذا الصدد بيانات عن الاتجاهات في ٥٣ بلدا لديها عنصران على الأقل من عناصر البيانات مستمدان من مصادر تستخدم في وضع التقديرات وسائل مماثلة وهي بوجه عام الاستقصاءات الديمغرافية والصحية. وعموما تبلغ النسبة المئوية للمواليد الأحياء في تلك البلدان ٧٦ في المائة على أن هذا الرقم يتباين تباينا كبيرا باختلاف المناطق. ويبين الجدول ٨ الاتجاه من حيث نسب عمليات الوضع التي تتم بمساعدة مباشرين مهرة وذلك فيما يتصل بالمجموعات الإقليمية الكبرى. ولما كانت البيانات المتوفرة تغطي سنوات مختلفة وتغطي فترات زمنية تختلف باختلاف البلدان فقد تم تكييفها وفقا لفترة زمنية موحدة قدرها عشر سنوات هي الفترة ١٩٩٨-١٩٩٩. واستخدم، في إسقاط بيانات القيم المتطرفة في عامي ١٩٨٩ و ١٩٩٩، معدل التغير الملحوظ. أما المتوسطات الإقليمية فهي مرجحة حسب أعداد المواليد الأحياء.

الجدول ٨  
الاتجاهات في ٥٣ بلداً من حيث نسبة الولادات التي عني بها مباشرون لديهم  
المهارات اللازمة، ١٩٨٩-١٩٩٩

المنطقة	عدد البلدان التي لديها بيانات عن الاتجاهات <sup>(١)</sup>	النسبة المئوية للولادات في المنطقة المشمولة بالبيانات	النسبة المئوية للولادات التي عني بها مباشرون لديهم المهارات اللازمة		المتوسط السنوي لمعدل التغيير <sup>(ب)</sup> (نسبة مئوية)
			١٩٨٩	١٩٩٩	
أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى	١٧	٥٩	٤٤	٤٤	٠,١
شمال أفريقيا وغرب آسيا	٩	٥٦	٤٩	٦٣	٢,٥
آسيا	٧	٨٩	٣٩	٤٨	٢,٢
أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاربي	١٨	٧٤	٧٤	٨١	٠,٩
<b>المجموع</b>	<b>٥٣<sup>(ج)</sup></b>	<b>٧٦<sup>(د)</sup></b>	<b>٤٥</b>	<b>٥٢</b>	<b>١,٧</b>

المصدر: أبو زهر و ت. وادلو، "معدل وفيات الأمهات أثناء النفاس في نهاية عقد من الزمان: بادرة تقدم؟" نشرة منظمة الصحة العالمية (جنيف) المجلد ٧٩، رقم ٦ (٢٠٠١).

(أ) البيانات المنشورة حتى نيسان/أبريل ٢٠٠١.

(ب) المتوسط المرجح لبيانات فرادى البلدان. رجحت المتوسطات الإقليمية حسب أعداد المواليد الأحياء.

(ج) شامل بلدين من وسط وشرق أوروبا ورابطة الدول المستقلة.

(د) بيانات تخص البلدان النامية فقط.

وبوجه عام لم تتحسن نسبة تغطية الرعاية المقدمة أثناء عملية الوضع إلا بقدر طفيف حيث بلغ متوسط الزيادة السنوية ١,٧ في المائة على امتداد الفترة ١٩٨٩-١٩٩٩. وفي أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، لم يطرأ أي تغيير يذكر خلال فترة السنوات العشر. غير أن بلدان آسيا وغرب آسيا، وشمال أفريقيا سجلت تحسناً

ملموسا حيث بلغ المتوسط السنوي للزيادة في المنطقة الأولى ٢,٢ في المائة وفي الثانية ٢,٥ في المائة، على التوالي.

وفي عام ١٩٩٩، تم في دورة الجمعية العامة الاستثنائية الحادية والعشرين المكرسة لإجراء استعراض وتقييم شاملين لتنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، الاتفاق على وجوب أن تعمل جميع البلدان على كفالة حصول ٨٠ في المائة من النساء بحلول عام ٢٠٠٥ على المساعدة أثناء الولادة من مباشرين مهرة (قرار الجمعية العامة د ١ - ٢/٢١، الجزء الرابع، المرفق، الفقرة ٦٤). وفي ضوء الاتجاهات الراهنة لن يبلغ ذلك الهدف سوى بلدان منطقة أمريكا اللاتينية. ذلك أن بلدان غرب آسيا وشمال أفريقيا لن تبلغه إلا حوالي عام ٢٠١٠ أما البلدان الآسيوية ككل فلن تحقق ذلك الهدف حتى في عام ٢٠١٥. وفي أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى ككل لا تلاحظ حاليا أي بوادر على إحراز تقدم صوب الهدف المذكور.

### أسباب وفيات الأمهات أثناء النفاس وحالات الاعتلال المتصلة بها

تفيد التقديرات بأن ربع وفيات الأمهات أثناء النفاس يرجع إلى التزيف وأن ١٥ في المائة منها ترجع إلى خمج الدم وأن كل من الاضطرابات الناشئة عن ارتفاع ضغط الدم أثناء الحمل ومضاعفات الإجهاض يتسبب في ١٣ في المائة من تلك الوفيات وأن ٧ في المائة منها ترجع إلى تعسر الولادة. ويرتفع معدل الوفيات المتصلة بالإجهاض، بوجه خاص، في بعض أنحاء أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي حيث يمكن أن يصل في بعض الأحوال إلى ٣٠ في المائة من مجموع وفيات الأمهات أثناء النفاس. ومن بين الأسباب المباشرة الأخرى للوفاة الحمل خارج الرحم وانسداد الأوعية الدموية ويمكن أيضا أن تقترن الوفاة أثناء الولادة بالتدخلات الطبية وبخاصة التخدير. وتشكل الوفيات الناتجة عن أسباب غير مباشرة ٢٠ في المائة من مجموع الوفيات إلا أن تركيبة تلك الأسباب تختلف من منطقة إلى أخرى، وتبرز من بينها الملاريا أو فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، وذلك بوجه خاص في بعض أنحاء

أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. وثمة شواهد متزايدة على أن الوفيات المتصلة بالحمل قد تحدث أيضا نتيجة للعنف الأسري.

ومقابل كل امرأة تموت نتيجة لمضاعفات متصلة بالحمل تعاني الكثيرات من آثار تصيبهن بالوهن يمكن أن تستمر طيلة الحياة. والواقع أن الأدوات المتاحة في مجال علم الأمراض لا تسمح بتقدير معدلات الإصابة بالمرض والإعاقة نتيجة للتعقيدات المتصلة بالحمل تقديرا دقيقا ولكن من المعروف أنها تكون مرتفعة. فالمرأة التي تعاني مثلا من انسداد الأوعية الدموية بالسوائل الأمينية أو أمراض شرايين المخ يمكن أن تصاب باضطراب عصبي دائم. كما أن تهتك الرحم أو التزيف الحاد قد يستلزمان إزالة الرحم بما يترتب على ذلك من فقدان الخصوبة وآثار نفسية محتملة (Den nmissie and others, 2000). وتشمل الآثار الطويلة الأجل المترتبة على النزيف بعد الولادة الإصابة بأنيميا حادة بل وحتى توقف وظائف الغدة النخامية (متلازمة شيهان). وثمة حالة شائعة تصيب بالوهن وتكون مصحوبة بجمع الدم لا سيما بعد الولادة ألا وهي مرض التهاب الحوض المفضي إلى العقم. كما أن الاكتئاب اللاحق للولادة والدهان النفساني ليسا بالمرضين المستغربين؛ فالواقع أن الدهان اللاحق للولادة هو اضطراب شديد يمكن أن يحدث بمعدل ١-٢ لكل ١٠٠٠ حالة ولادة (أبو زهر، ١٩٩٨).

وتستمد تلك الأسباب السريرية للوفاة والعجز جذورها من انعدام إمكانيات الحصول على الرعاية الطبية الماهرة. فمعظم مضاعفات الولادة يمكن التغلب عليها بتدخلات طبية بسيطة نسبيا إذا كان بمقدور المرأة الاستفادة من خدمات أخصائي رعاية صحية لديه المهارات اللازمة، لا سيما في اللحظات الحرجة أثناء المخاض والولادة. بيد أنه في البلدان النامية لا تتلقى نساء كثيرات العون إلا من الأقارب أو القابلات التقليديات، وتلد الكثيرات منهن وحدهن دون أي عون. وعلى النطاق العالمي، لا تتجاوز نسبة النساء اللاتي تلدن بمساعدة أخصائي (قابلة أو ممرضة أو طبيب) ٥٣ في المائة. أما نسبة نساء البلدان النامية اللاتي تلدن في مستشفى أو مركز صحي فلا تتعدى ٤٠ في المائة (منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٩).

وتشمل الأسباب الرئيسية المتصلة بارتفاع معدل وفيات الأمهات أثناء النفاس انخراط مركز المرأة الاجتماعي بما يحد من فرص حصولها على الموارد الاقتصادية والتعليم الأساسي ويعوق قدرتها على اتخاذ القرارات المتعلقة بصحتها وتغذيتها. فانعدام سلطة اتخاذ القرار والفرص البديلة يقصر حياة المرأة على الإنجاب. كما أن الجهد البدني الشاق المقترن بقلة التغذية له آثاره على اعتلال صحة الأم أثناء النفاس.

### التدخلات الرامية إلى خفض معدل وفيات الأمهات واعتلال صحتهم أثناء النفاس

أصدرت وكالات الأمم المتحدة بيانا بتوافق الآراء أوضحت فيه الإجراءات اللازمة لتخاذهما لخفض معدل وفيات الأمهات أثناء النفاس (منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٩)، ألا وهي منع الحمل غير المرغوب فيه والإجهاد غير المأمون والتصرف حيالهما، وإتاحة فرص الاستفادة من الرعاية التي تستلزم مهارات متخصصة أثناء الحمل والولادة؛ وتوفير إمكانية الحصول على الرعاية التخصصية عند نشوء أي مضاعفات.

والتصدي للتحدي المتمثل في وفيات الأمهات واعتلال صحتهم أثناء النفاس أمر يتطلب وجود نظام رعاية صحية فعال جنبا إلى جنب مع القيام بتدخلات على الصعيد المحلي، للتأكد من أن الحمل مرغوب فيه ولكفالة حصول المرأة على ما تحتاجه من رعاية عند اللزوم، أما على صعيد السياسات العامة فيلزم القيام بتدخلات لتهيئة بيئة مؤاتية يمكن في إطارها توفير خدمات الرعاية الصحية للأمهات أثناء النفاس على نحو فعال. وترهن فرص الحصول على الرعاية بوسائل النقل وبطائفة من العوامل الاقتصادية والاجتماعية والثقافية الهامة من بينها قدرة المرأة على توفير توقيت ومكان التماس الرعاية.

وتوجد الآن مجموعة من التجارب التي تبين العوامل الكثيرة المترابطة اللازم توافرها إذا أريد إحراز تقدم في خفض معدل اعتلال ووفيات الأمهات والرضع أثناء فترة النفاس. ومن ثم يلزم تحديد الأولويات بوضوح ووضع استراتيجيات برنامجية

تركز على مجالات محددة يمكن للحكومات التي تعاني ضائقة في الموارد تنفيذها. ويلزم أن تستند التدخلات إلى الشواهد الثابتة وأن تتصدى لجميع الأسباب الرئيسية لوفيات الأمهات أثناء النفاس ومن بينها مضاعفات الإجهاض. ويتعين تلبية الاحتياجات الخاصة لفئات السكان المستضعفة مثل المراهقين وينبغي أن تتاح على نطاق واسع مبادئ توجيهية تتصل بالشؤون الفنية وبالبرمجة، ومناهج تدريبية وغير ذلك من الأدوات اللازمة لكفالة فعالية البرامج. ولا بد من التصدي لمسألة انتقال عدوى فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز إلى النساء وأطفالهن الرضع كما ينبغي التصدي للأخطار المصاحبة لأمراض أخرى من قبيل الملاريا. والأهم من كل ذلك، يتطلب الأمر التزاما راسخا من جانب جهات اتخاذ القرار الحكومية وموالاته تخصيص الموارد على الصعيدين الوطني والدولي.

## سادسا - الأمراض المعدية المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي

الأمراض المعدية المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي<sup>(3)</sup> من أكثر أسباب الأمراض شيوعا في العالم وتترتب عليها في بلدان عديدة آثار صحية واجتماعية واقتصادية بعيدة المدى. وهي لا تعدو أن تكون مجرد سبب في إصابة البالغين بعدوى حادة بل إنها يمكن أيضا أن تسفر عن اعتلال صحة النساء والرجال لفترات طويلة، على أن معدلات الإصابة بالمرض بين النساء تكون أعلى. وتصيب الآثار الثانوية الطويلة الأجل، من قبيل العقم، كل من المرأة والرجل بيد أن المرأة تعاني مما يترتب على ذلك من تبعات اجتماعية واقتصادية أكثر من الرجل. ولما كان مرض التهاب الحوض ذي الصلة بالأمراض المعدية المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي يتلف قناة فالوب فإن احتمالات الحمل خارج الرحم تتزايد لدى المرأة المصابة بأمراض معدية منقولة عن طريق الاتصال الجنسي قياسا بالمرأة غير المصابة بتلك الأمراض. وتتسبب عدوى فيروس الحليمات البشرية في الإصابة بسرطان عنق الرحم وهو أكثر أمراض السرطان شيوعا بين نساء البلدان النامية. كما أن الرضع لا يسلمون من آثار الأمراض المعدية المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي. فبعض حالات العدوى تقترن بانخفاض الوزن عند الولادة وبالولادة المبكرة والإصابة بداء خلقي مثل مرض الزهري وسقوط الأجنة. كما أن الإصابات التي تلحق بعيون حديثي الولادة يمكن أن تفضي إلى العمى إذا لم تلق علاجا مبكرا ومناسبا.

وقد كان لظهور فيروس نقص المناعة البشرية والإيدز أثره في تزايد الحاجة إلى ضرورة مراقبة الأمراض المعدية المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي. فثمة علاقة متبادلة قوية بين الأمراض المعدية التقليدية المنقولة بالاتصال الجنسي وانتقال فيروس نقص المناعة البشرية. وقد تبين أن تلك الأمراض، سواء ما يسبب منها القروح أو لا يسببها، تزيد من مخاطر انتقال فيروس نقص المناعة البشرية عن طريق الاتصال الجنسي. كما أن عدوى فيروس نقص المناعة البشرية تعقد عملية التصدي للأمراض

المعدية المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي من قبيل قروح الجهاز التناسلي وزوائد الجهاز التناسلي وحلأ الجهاز التناسلي.

## معدل التعرض للإصابة بالأمراض المعدية المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي

تفيد تقديرات منظمة الصحة العالمية بأن ٣٤٠ مليون حالة جديدة من حالات الإصابة بالأمراض المعدية المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي سجلت في عام ١٩٩٩. وقد سجل أكبر عدد من الحالات الجديدة في آسيا تليها أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي (الجدول ٩). والواقع أن أعلى معدلات إصابة بالأمراض المعدية المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي توجد بوجه عام بين رجال ونساء الحضر في أكثر سنوات عمرهم نشاطا من الناحية الجنسية أي بين سن ١٥ إلى ٣٥ عاما. وتصاب المرأة بالعدوى في عمر أقل من عمر الرجل.

الجدول ٩

المعدل المقدر لانتشار الأمراض المعدية المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي والقبالة للعلاج والمعدل السنوي المقدر لحالات الإصابة بها حسب المنطقة<sup>(١)</sup>

المنطقة	السكان الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ٤٩ عاما (بالملايين)	معدل الانتشار (بالملايين)	معدل الانتشار (لكل ١٠٠٠)	المعدل السنوي لحالات الإصابة (بالملايين)
أمريكا الشمالية	١٥٦	٣	١٩	١٤
أوروبا الغربية	٢٠٣	٤	٢٠	١٧
شمال أفريقيا وغرب آسيا	١٦٥	٣,٥	٢١	١٠
أوروبا الشرقية ووسط آسيا	٢٠٥	٦	٢٩	٢٢
أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى	٢٦٩	٣٢	١١٩	٦٩
جنوب آسيا وجنوب شرقي آسيا	٩٥٥	٤٨	٥٠	١٥١
شرق آسيا والمحيط الهادئ	٨١٥	٦	٧	١٨



المنطقة	السكان الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ٤٩ عاماً (بالملايين)	معدل الانتشار (بالملايين)	معدل الانتشار (لكل ١٠٠٠)	المعدل السنوي لحالات الإصابة (بالملايين)
استراليا ونيوزيلندا	١١	٠,٣	٢٧	١
أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي	٢٦٠	١٨,٥	٧١	٣٨
<b>المجموع</b>	<b>٣٠٤٠</b>	<b>١١٦,٥</b>		<b>٣٤٠</b>

المصدر: منظمة الصحة العالمية، المعدل العالمي لانتشار أمراض معدية معينة منقولة عن طريق الاتصال الجنسي وقابلة للعلاج، وحالات الإصابة بها: عرض عام وتقديرات (جنيف ٢٠٠١).

(أ) الحراشف البرعمية والسيلان والزهري وداء الوحيدات المشعرة.

ويتهدد المراهقين<sup>(٤)</sup>، بوجه خاص، خطر التعرض للإصابة بالأمراض المعدية المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي وبفيروس نقص المناعة البشرية لأن علاقاتهم الجنسية غالباً ما تكون بلا تخطيط وتكون متقطعة وأحياناً ما تأتي نتيجة للضغط أو استعمال القوة (منظمة الصحة العالمية)، ١٩٨٦. فعادة ما تنشأ علاقاتهم الجنسية قبل أن تتوفر لهم الخبرة والمهارة لحماية أنفسهم وقبل أن تتوفر لديهم معلومات كافية عن الأمراض المعدية المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي وأن تتاح لهم الإمكانيات الكافية للحصول على الخدمات المتصلة بتلك الأمراض وعلى لوازهم من الرفالات. فمثلاً، يتبين من عدد من الدراسات أن حداثة السن كانت في حد ذاتها مؤشراً مستقلاً ينبئ، بعد استبعاد العوامل السلوكية، بإمكانية الإصابة بالحراشف البرعمية (Arno, and others, 1994).

والواقع أن المراهقات يكن لأسباب بيولوجية واجتماعية واقتصادية أقل مناعة من الشباب والبالغين. فهن يتعرضن، بصفة خاصة، للإصابة بأمراض عنق الرحم بسبب عدم اكتمال النمو الفسيولوجي للحاجز الطبيعي المقاوم للعدوى (عنق الرحم). كما أن المراهقات يكن، لأسباب اجتماعية واقتصادية، أقل مناعة من الشباب

والبالغين. فمثلا يرتبط النشاط الجنسي المبكر، أي قبل نزول الطمس، كما هو الحال في زواج الفتيات الصغار، بزيادة معدلات انتشار الأمراض المعدية المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي ومرض التهابات الحوض (others, 1990 Duncan and). ولا يستخدم كثير من المراهقين وسائل منع الحمل العازلة إما بسبب الجهل أو لأن الحصول عليها محدود لأسباب اجتماعية و/أو اقتصادية.

وبالإضافة إلى ذلك، هناك فئات يمكن تحديدها لديها معدلات مرتفعة أو متزايدة من معدلات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية أو هي، كما تبين معلومات الصحة العامة، أشد تعرضا للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية. وتتسم الفئات الأخيرة بعوامل مثل التاريخ المحلي للوباء والفقر والسن والممارسات الجنسية والسلوك في استخدام المخدرات وسبل المعيشة ومكان المؤسسات والهياكل الاجتماعية المهترئة وتنقلات السكان (قسرا أو غير ذلك). ومع استهداف توفير الرعاية لجميع فئات السكان المستضعفين المعرضين للإصابة بالأمراض آفة الذكر ينبغي توفير الخدمات الصحية المناسبة والمقبولة الميسور الحصول عليها وذلك مع الحرص بقدر أكبر على عدم وصم أولئك الأفراد.

### الاتجاهات في الأمراض المعدية المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي

غالبا ما لا يعرف الحجم الحقيقي للعبء الذي تمثله الأمراض المعدية المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي على الصعيد الوطني. فعلى الرغم من وجود نظم سلبية لمراقبة هذه الأمراض في بعض البلدان، فإن البيانات المتاحة ليست موثوقة أو وافية في جميع الأحيان. وتتوقف نوعية البيانات والتقديرات المتاحة ومدى كمالها على نوعية الخدمات المقدمة للمصابين بالأمراض المعدية المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي ومدى إقبال هؤلاء المرضى على خدمات الرعاية الصحية، ومدى استقصاء الحالات المرضية، ودقة التشخيص وجودة الإبلاغ.

وثمة أكثر من ٢٠ مسببا من مسببات الأمراض التي تنتقل عن طريق الجماع. ويمكن الشفاء من العديد منها باتباع العلاج المناسب المضاد للجراثيم. غير أنه رغم توافر علاجات فعالة، فإن الأمراض الجرثومية المعدية المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي لا زالت تشكل شاغلا رئيسيا من شواغل الصحة العامة في كل من البلدان الصناعية والبلدان النامية على السواء.

ويعتبر مرض الزهري المثال الكلاسيكي الذي يُعطى للاستدلال على إمكانية التحكم بنجاح في مرض معد منقول عن طريق الاتصال الجنسي من خلال اعتماد تدابير الصحة العامة وذلك نظرا لتوافر فحوص دقيقة لتشخيصه وعلاج فعال يمكن الحصول عليه بأسعار معقولة. وتعد فحوص اكتشاف الزهري التي تُجرى للحوامل وتوفير العلاج اللازم لمن أُنجم سبيل للوقاية من داء الزهري الخلقى. وتسجل الولايات المتحدة منذ عام ١٩٩٢ انخفاضا في معدلات الإصابة بداء الزهري. ولا زالت معدلات الإصابة بهذا الداء منخفضة في أوروبا الغربية، غير أنها بلغت درجة الوباء في أوروبا الشرقية ودول الاتحاد السوفياتي السابق المستقلة حديثا. وظلت مرتفعة في آسيا وأفريقيا.

أما مرض السيلان، وهو من الأمراض المعدية المنقولة بالاتصال الجنسي الشائعة، لا سيما في البلدان النامية، فغالبا ما يكون عديم الأعراض لدى ٨٠ في المائة من النساء و ١٠ في المائة أو أكثر من الرجال. وهو يصيب أساسا المسلك التناسلي، غير أنه قد يصيب غيره من الأعضاء كالعينين والمستقيم والمفاصل. ويعتبر سببا هاما من أسباب العقم والعمى لدى حديثي الولادة.

ويتراوح معدل تفشي مرض السيلان في أوساط النساء اللاتي يترددن على العيادات قبل الولادة في بعض البلدان النامية، كجامايكا وملاوي مثلا، بين ١٥ و ٢٠ في المائة. وبالمقابل، تسجل بعض بلدان أوروبا، كالسويد مثلا، انخفاضا مطردا في عدد المصابين بهذا المرض بفضل التدابير الوقائية التي تتخذها والتي تستند إلى المعلومات والعلاج والقضاء على عوامل الخطر (Cronberg, 1993). لكن في عام ١٩٩٧،

سجلت زيادة في عدد المصابين وذلك لأول مرة منذ عام ١٩٧٦. والفئات الأساسية المصابة هي المراهقون من ذوي الميول الجنسية الغيرية والرجال من ذوي الميول الجنسية المثلية (Ferglund, Fredland and Giesecke, 2001). وسجلت أوروبا الغربية انخفاضاً كبيراً رغم أن هناك زيادة مطردة في لندن (المملكة المتحدة) منذ عام ١٩٩٧. أما بلدان أوروبا الشرقية وبلدان الاتحاد السوفياتي السابق المستقلة حديثاً فتظهر زيادة في معدلات الإصابة بهذا المرض، وذلك إثر التغييرات الاجتماعية والاقتصادية والسياسية المثيرة التي شهدتها ونتيجة تحرير السلوك الجنسي (Borisenko, Tichonova and Renton, 1999). وفي استراليا، تضاعفت حالات الإصابة بالسيلان المبلغ عنها منذ عام ١٩٩١.

ويعتبر مرض الحراشف البرعمية من الأسباب الشائعة لانتشار التهابات المبال غير المتعلقة بالمكورات البنية لدى الرجال والالتهابات الحوضية التي تنطوي على خطر الإصابة بالعمق لدى النساء. وتلاحظ أعلى معدلات الإصابة بمرض الحراشف البرعمية لدى المراهقات (Bunnell and others, 1999; Burstien and others, 1998) ويزر ارتباطه بفترة الشباب (Cook and others, 1999) أهمية فحص النساء الشابات الناشطات جنسيا لوقايتهن من الإصابة بالعمق. غير أن الموارد اللازمة لكشف مرض الحراشف البرعمية غير متاحة في معظم البلدان. وفي الولايات المتحدة، يعتبر هذا المرض أكثر الأمراض المعدية المبلغ عنها شيوعاً. وظلت معدلات انتشار وتفشي هذا المرض منخفضة في بلدان شمال أوروبا نتيجة تنفيذ برامج واسعة النطاق للكشف عن هذا المرض في السبعينات.

ويعتبر داء الوحيدات المشعرة من الأسباب الشائعة للإفرازات المهبلية لدى النساء وغالباً ما لا تكون له أي أعراض لدى الرجال، غير أنه قد يسبب التهاب المبال غير المتعلق بالمكورات البنية. ورغم أن هذا الداء يعتبر من أكثر الأمراض المعدية المنقولة بالاتصال الجنسي قابلية للشفاء، فإن البيانات عن تفشيه والإصابة به قليلة. ويرتبط هذا الداء بعواقب وخيمة في حالات الولادة من قبيل تمزق الأغشية والوضع

قبل الأوان، وانخفاض الوزن عند الولادة (Cothc and others, 1997). وثمة أدلة تتراكم، رغم أنها أدلة غير قطعية، تفيد أن داء الوحيدات المشعرة المهبلية قد يرتبط بخطر زيادة نسبة التحويل المصلي لفيروس نقص المناعة البشرية لدى النساء (Laga and others, 1993).

أما الحلال الشرجي - التناسلي فينتج أساسا عن فيروس الحلال البسيط من نوع ٢. وتتفاوت نسب تفشي هذا الفيروس تفاوتاً كبيراً إذ هناك عموماً معدلات أعلى في البلدان النامية منه في البلدان المتقدمة النمو وفي المناطق الحضرية منه في المناطق الريفية. وتعرف أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى ومنطقة البحر الكاريبي معدلات عالية ويصل معدل تفشي الفيروس لدى الكبار حوالي ٥٠ في المائة في العديد من البلدان. وبصورة إجمالية، فإن معدل الإصابة لدى النساء أعلى من معدل الإصابة لدى الرجال، لا سيما بين الشباب (Kamali and others, 1999; Fleming and others, 1997, Obasi and others, 1999). وفي البلدان الصناعية، سجلت الولايات المتحدة معدل إصابة أعلى (٢٢ في المائة لدى الكبار) (Krone and others, 2000) من معدل الإصابة في أوروبا (حيث لا يتجاوز ١٥ في المائة عموماً). وأدى ظهور فيروس نقص المناعة البشرية إلى زيادة انتشار الحلال التناسلي، لا سيما في البلدان النامية. وتشير البيانات المتراكمة إلى أن فيروس الحلال البسيط من نوع ٢ قد يكون مسؤولاً عن نسبة كبيرة من حالات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية التي ظهرت حديثاً في بعض أجزاء أفريقيا.

## الوقاية والرعاية

إن الهدف من برامج الرعاية والوقاية من الأمراض المعدية المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي هو الحد من انتشار هذه الأمراض من خلال الحد من انتقالها، وتقليل مدة الإصابة بها، ومنع ظهور مضاعفات لدى المصابين بها.

وتساعد الوقاية الأولية على تجنب العدوى والمرض الناتج عنها. ويجري ترويج برامج الوقاية الأولية عن طريق التوعية الصحية وتشتمل على تشجيع عدة ممارسات منها السلوك الجنسي الآمن، بما في ذلك استخدام الرفالات والامتناع. وتنطبق رسائل التوعية بشأن الوقاية الأولية بنفس القدر على داء فيروس نقص المناعة البشرية وغيره من الأمراض المعدية المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي. وتنطوي الوقاية الثانوية على معالجة المصابين بهذه الأمراض لمنع انتقالها إلى آخرين. وباستثناء فيروس نقص المناعة البشرية وغيره من الأمراض الفيروسية المعدية المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي، فإن العلاج المتاح يشفي العدوى ويحد من انتقال المرض بجعل المريض شخصا غير معد للآخرين. ومن شأن برامج الوقاية الثانوية أيضا تعزيز مكافحة الأمراض الفيروسية المعدية عن طريق تقديم المشورة (لمنع انتقال المرض) وربما بتقديم علاج لا يشفي المصاب من المرض (غير أنه قد يحد من عدواه).

ويعتبر التصدي الفعال للأمراض المعدية المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي من اللبئات الأساسية لمكافحة هذه الأمراض إذ يحد من انتقال العدوى ويحول دون ظهور أي مضاعفات أو عواقب. ولذلك، فإن استفادة المصابين بهذه الأمراض من العلاج المناسب في أول زيارة يقومون بها لأحد مقدمي الرعاية الصحية تعتبر تدبيرا هاما من تدابير الصحة العامة. وحينما يتعلق الأمر بمراهقين، فقد يؤثر ذلك في سلوكهم الجنسي في المستقبل وفي طرق التماس العلاج في مرحلة حرجة من النمو.

والتشخيص المخبري للأمراض المعدية المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي أمر مثالي، غير أنه صعب في العديد من الأماكن. وهو ينطوي على عراقيل منها الوقت والموارد وإمكانية الحصول على العلاج. وفي الأماكن التي توجد بها مرافق مخبرية، لا بد من توافر موظفين مؤهلين حصلوا على ما يكفي من التدريب على طرق تتطلب تقنيات عالية ولا بد أن يكون إنشاء مراقبة خارجية للنوعية أمرا إلزاميا.

وقد تبين أن أي تشخيص سريري لمسببات الأمراض استنادا إلى الخبرة السريرية للطبيب غالبا ما لا يكون تشخيصا دقيقا مهما كانت خبرة الأخصائيين في

الأمراض المعدية المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي. فهم يفشلون في التشخيص الصحيح إما لحدوث إصابة بأكثر من مرض معد في وقت واحد أو لوجود أشكال غير نمطية في بعض الحالات.

وثمة طريقة ثالثة، تتمثل في تشخيص المتلازمات المتصلة بالأمراض المعدية المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي، وقد طورت وروج لها في عدد كبير من البلدان النامية. وتستند إلى تحديد مجموعات متجانسة من الأعراض والعلامات المميزة (متلازمات)، وتوفير العلاج الذي من شأنه أن يواجه معظم الكائنات أو أكثر الكائنات المسؤولة عن ظهور المتلازمة خطورة. وميزة هذه الطريقة أنها رخيصة وفعالة وتتيح العلاج فوراً، مما يؤدي إلى انخفاض معدل العدوى بالأمراض والمضاعفات. بيد أنه ينبغي أن موازنة القدرة على علاج أكبر عدد ممكن من المصابين في مواجهة خطر الإفراط في العلاج. وللحد من ظاهرة الإفراط في العلاج، أوصت منظمة الصحة العالمية بضرورة تكييف المبادئ التوجيهية للتصدي للأمراض المعدية التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي على نحو مناسب تعكس تفشي الحالات الوبائية الوطنية.

وتؤدي الأمراض المعدية المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي إلى حالات مرضية خطيرة ووفيات كثيرة في العالم. ويجري على مدى سنوات عديدة تحديد العناصر الأساسية لمكافحة هذه الأمراض. ويعتبر العلاج من أي مرض معد منقول عن طريق الاتصال الجنسي عملية فعالة جداً من حيث التكلفة. ويكمن التحدي في تنفيذ العمليات التي ثبتت فعاليتها على الصعيد القطري.

## سابعا - فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)

منذ الإبلاغ عن أول دليل سريري على الإصابة بمرض الإيدز قبل عقدين، أدى فيروس نقص المناعة البشرية إلى ظهور وباء الإيدز الذي انتشر في كل جزء من أجزاء العالم. ومع نهاية عام ٢٠٠١ قدر عدد المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية بحوالي ٤٠ مليون شخص (الجدول ١٠). وقد تبين أن هذا الوباء مدمر إذ أدى مرض الإيدز إلى وفاة حوالي ٢٠ مليون شخص منذ الإعلان عن أول دليل سريري على الإصابة بالإيدز في حزيران/يونيه ١٩٨١. وفي عام ٢٠٠١، أصيب به حوالي خمسة ملايين شخص في العالم، ٨٠٠ ٠٠٠ منهم من الأطفال. وخلال العقد المقبل، سينضم هؤلاء إلى صرعى الإيدز إذا لم تتح لهم الرعاية والعلاج الفعالين باستخدام مضادات فيروسات النسخ العكسي.

وما زالت حملات الوقاية تغفل عددا كبيرا جدا من الشباب. فقد بينت دراسات استقصائية أجريت مؤخرا في ١٧ بلدا أن أكثر من نصف المراهقين المستجوبين لم يستطيعوا تحديد طريقة واحدة لحماية أنفسهم من فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز (منظمة الأمم المتحدة للطفولة، ٢٠٠٠). وفي العديد من البلدان التي ينتشر فيها فيروس نقص المناعة البشرية، ما زال أقل من ٥٠ في المائة من الشباب هم الذين يستعملون الرفالات في العلاقات التي تنطوي على خطر، وهي نسبة أقل للغاية من أن تحد بشكل فعال من انتقال عدوى جديدة بفيروس نقص المناعة البشرية. ويجري تطوير عقاقير وعلاجات أشد أثرا باستخدام مضادات فيروسات النسخ العكسي لمكافحة الأمراض الانتهازية. غير أنها ما زالت لم تصبح بعد في متناول الغالبية العظمى.



الجدول ١٠  
إحصاءات وخصائص فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز حسب المناطق، في نهاية  
عام ٢٠٠١

المنطقة	بداية الوباء	البالغون والأطفال/ الحاملون للفيروس المصابون بالإيدز	البالغون والأطفال المصابون مؤخرًا بالفيروس	نسبة الانتشار لدى البالغين <sup>(١)</sup> (نسبة مئوية)	نسبة الانتشار لدى البالغين الحاملين للفيروس	النسبة المئوية للنساء من البالغين الحاملين للفيروس	طرق انتقال الفيروس الرئيسية إلى الحاملين للفيروس
أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى	أواخر السبعينات - أوائل الثمانينات	٢٨ ١٠٠ ٠٠٠	٣ ٤٠٠ ٠٠٠	٨,٤	٥٥		عن طريق الاتصال الجنسي بين الجنسين
شمال أفريقيا وغربي آسيا	أواخر الثمانينات	٤٤٠ ٠٠٠	٨٠ ٠٠٠	٠,٢	٤٠		عن طريق الاتصال الجنسي بين الجنسين وعن طريق حقن المخدرات
جنوب آسيا وجنوب شرق آسيا	أواخر الثمانينات	٦ ١٠٠ ٠٠٠	٨٠٠ ٠٠٠	٠,٦	٣٥		عن طريق الاتصال الجنسي بين الجنسين وعن طريق حقن المخدرات
شرق آسيا والمحيط الهادئ	أواخر الثمانينات	١ ٠٠٠ ٠٠٠	٢٧٠ ٠٠٠	٠,١	٢٠		عن طريق حقن المخدرات، وعن طريق الاتصال الجنسي بين الجنسين وعن طريق الاتصال الجنسي بين الرجال
أمريكا اللاتينية	أواخر السبعينات - أوائل الثمانينات	١ ٤٠٠ ٠٠٠	١٣٠ ٠٠٠	٠,٥	٣٠		عن طريق الاتصال الجنسي بين الرجال، وعن طريق حقن المخدرات، وعن طريق الاتصال الجنسي بين الجنسين
منطقة البحر الكاريبي	أواخر السبعينات - أوائل الثمانينات	٤٢٠ ٠٠٠	٦٠ ٠٠٠	٢,٢	٥٠		عن طريق الاتصال الجنسي بين الجنسين، وعن طريق الاتصال الجنسي بين الرجال

المنطقة	بداية الوباء	البالغون والأطفال/ الحاملون للفيروس المصابون بالإيدز	البالغون والأطفال المصابون مؤخرا بالفيروس	نسبة الانتشار لدى (البالغون) <sup>(أ)</sup>	النسبة المئوية المئوية للنساء من البالغين الحاملين للفيروس	طرق انتقال الفيروس الرئيسية إلى الحاملين للفيروس سالبين
أوروبا الشرقية ووسط آسيا	أوائل التسعينات	١ ٠٠٠ ٠٠٠	٢٥٠ ٠٠٠	٠,٥	٢٠	عن طريق حقن المخدرات
أوروبا الغربية	أواخر السبعينات - أوائل الثمانينات	٥٦٠ ٠٠٠	٣٠ ٠٠٠	٠,٣	٢٥	عن طريق الاتصال الجنسي بين الرجال، وعن طريق حقن المخدرات
أمريكا الشمالية	أواخر السبعينات - أوائل الثمانينات	٩٤٠ ٠٠٠	٤٥ ٠٠٠	٠,٦	٢٠	عن طريق الاتصال الجنسي بين الرجال، وعن طريق حقن المخدرات، وعن طريق الاتصال الجنسي بين الجنسين
أستراليا ونيوزيلندا	أواخر السبعينات - أوائل الثمانينات	١٥ ٠٠٠	٥٠٠	٠,١	١٠	عن طريق الاتصال الجنسي بين الرجال
<b>المجموع</b>		<b>٤٠ مليون</b>	<b>٥ مليون</b>	<b>١,٢</b>	<b>٤٨</b>	

المصدر: المنشور الصادر في كانون الأول/ديسمبر ٢٠٠١ 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 ٢٠٠١).

(أ) نسبة البالغين في الفئة العمرية ١٥-٤٩ سنة الحاملين لفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) في عام ٢٠٠١، باستخدام عدد السكان في عام ٢٠٠١.

## اتجاهات الوباء

لا زالت أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى إلى حد بعيد أشد المناطق تأثراً بهذا الوباء في العالم. فقد شهدت هذه المنطقة ظهور حوالي ٣,٤ ملايين حالة جديدة في عام ٢٠٠١، فوصل العدد الإجمالي للمصابين بفيروس نقص المناعة البشرية إلى ٢٨,١

مليون شخص. كما أن أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى هي المنطقة التي يفوق فيها عدد المصابات من النساء بهذا الفيروس عدد المصابين به من الرجال. وتشير التقديرات إلى أن ٢,٣ مليون أفريقي توفوا بسبب الإيدز في عام ٢٠٠١.

وتتباين أنماط انتقال العدوى، كما تتباين الفئات السكانية الأكثر تعرضا للخطر، ففي أفريقيا جنوب الصحراء ينتشر الفيروس بشكل رئيسي عن طريق الاتصال الجنسي بين الذكر والأنثى في جميع فئات المجتمع. غير أن ضعف النساء من النواحي الفسيولوجية والاجتماعية والاقتصادية يسهم في ارتفاع معدلات الإصابة في أوساطهن في هذه المنطقة. وعبر القارة، وفي نهاية عام ٢٠٠١ قُدر أن حوالي ٢,٤ مليون طفل دون سن الخامسة عشرة يحملون الفيروس، مما يدل على أن انتقال العدوى من الأم إلى الطفل يتسبب كذلك في عدد متزايد من الوفيات. وفي الواقع، تؤولي المنطقة ما يزيد على ٩٠ في المائة من مجموع الأطفال الذين انتقلت إليهم العدوى من أمهاتهم في عام ٢٠٠١.

وأوغندا هي أول بلد أفريقي تمكن من دحر وباء رئيسي. فقد أدت جهود التعبئة الوطنية الاستثنائية فيها إلى تخفيض معدل انتشار الفيروس في أوساط البالغين في المدن من حوالي ٢٨ في المائة في بداية التسعينات إلى أقل من ٨ في المائة في عام ٢٠٠٠. وتشير دلائل متزايدة إلى انخفاض مماثل لانتشار الفيروس بين البالغين من الشبان في جمهورية تنزانيا المتحدة وزامبيا. أما في غرب أفريقيا، فبينما نجحت السنغال في الإبقاء على معدل لانتقال الفيروس يقل عن ٢ في المائة، فقد كانت كوت ديفوار إحدى البلدان الـ ١٥ الأشد إصابة في العالم، كما أن انتشار الفيروس بين البالغين في نيجيريا المكتظة بالسكان قد تجاوز نسبة ٥ في المائة.

وتوجد أعلى معدلات للإصابة حاليا في أفريقيا الجنوبية، فواحد على الأقل من كل خمسة بالغين في عدة بلدان هي جنوب أفريقيا وزمبابوي وسوازيلند وليسوتو وناميبيا، مصاب بالفيروس. وفي بوتسوانا يناهز معدل انتشار الفيروس بين البالغين ٣٦ في المائة، مما دفع الحكومة والجمهور إلى مضاعفة جهودهم للسيطرة على الوباء.

وقد جددت جنوب أفريقيا جهودها لاحتواء الوباء. وفي عام ٢٠٠٠، ارتفع معدل انتشار الفيروس بين الحوامل في جنوب أفريقيا إلى أعلى مستوى له في أي وقت مضى فبلغ ٢٤,٥ في المائة، ونتيجة لذلك بلغ عدد المصابين بالفيروس من سكان جنوب أفريقيا ٤,٧ ملايين شخص.

وفي أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، يتسبب عدد من العوامل في انتشار فيروس نقص المناعة، منها الاتصال الجنسي غير المأمون بين الرجال والنساء، الذي يشكل الطريقة الرئيسية لانتقال العدوى في منطقة البحر الكاريبي وجزء كبير من أمريكا الوسطى. وفي كوستاريكا والمكسيك، توجد أعلى معدلات الإصابة بين أوساط الرجال ذوي الميول الجنسية المثلية، وفي الأرجنتين وأوروغواي والبرازيل توجد أعلى معدلات بين مستهلكي المخدرات بالحقن. ومع ذلك فيعزى إلى انتقال العدوى بين الجنسين نسبة متزايدة من الإصابات في أرجاء المنطقة.

وفي بلدان أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي يوجد حوالي ١,٨ مليون من المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، بمن فيهم ١٩٠ ٠٠٠ من البالغين والأطفال الذين أصيبوا في عام ٢٠٠١. وقد غدا فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز أهم أسباب الموت في عدة بلدان كاريبية. وأشدّها تضرراً هايتي وجزر البهاما، حيث تزيد معدلات الانتشار بين البالغين على ٤ في المائة. ويبدو أن البرازيل في طريقها إلى احتواء وباء يهدد بالتفشي على نطاق واسع عن طريق الاتصال الجنسي بين الجنسين، وذلك بفضل جهود الوقاية التي تبذلها وبفضل برنامج علاج وعناية واسع النطاق.

وتشهد آسيا ارتفاعاً مثيراً للقلق في عدد الإصابات. ويحمل سبعة ملايين شخص فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز في آسيا والمحيط الهادي - وهو رقم يُتوقع أن يتضاعف عدة مرات إذا لم تتخذ فوراً تدابير منسقة وحازمة لإيقاف الوباء.

في عام ٢٠٠١، انتقلت العدوى إلى أكثر من مليون شخص في آسيا، إذ تجاوز معدل الانتشار بين البالغين ٢ في المائة في تايلند وكمبوديا وميانمار. وفي

تاييلند، في أعقاب برنامج وطني شامل لزيادة استخدام الرفالات في إطار الاتجار بالجنس، بلغ معدل استخدام الرفالات بين المشتغلين بالجنس في بيوت الدعارة أكثر من ٩٠ في المائة، وتناقصت الأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي تناقصاً حاداً، وانخفض معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز بين المجندين بأكثر من النصف. وبالنظر إلى ضخامة عدد سكان الهند، فإن معدل الانتشار فيها، الذي يقل عن ١ في المائة، يعني أن ٣,٨٦ ملايين شخص يحملون فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. ويعود الارتفاع في معدل الانتشار في معظمه إلى الاتصال الجنسي غير المأمون وممارسات حقن المخدرات. ويمكن أن يتسبب الارتفاع الحاد الذي طرأ حديثاً في الأمراض المعدية التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي في الصين والهجرة السكانية الداخلية بأعداد هائلة في تفشي الوباء.

وفي الوقت نفسه أخذت معدلات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية المنخفضة حالياً في شمال أفريقيا وغرب آسيا في الارتفاع. وتدل دراسات محلية في الجزائر والجمهورية العربية الليبية مثلاً على معدلات انتشار تبلغ ١ في المائة بين الحوامل. وقد قُدِّر عدد الإصابات الجديدة في أنحاء المنطقة بـ ٨٠ ٠٠٠ حالة في عام ٢٠٠١، وبلغ بذلك عدد حاملي فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز ٤٤٠ ٠٠٠ شخص.

وترتفع معدلات الإصابة في أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى، حيث تؤدي الأوبئة المتشابكة المؤلفة من فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وتعاطي المخدرات بالحقن والأمراض المعدية التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي إلى زيادة أعداد الحاملين لفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. وكان معظم الأشخاص الذين انتقلت إليهم العدوى في عام ٢٠٠١، والبالغ عددهم ربع مليون شخص، من الرجال - جميعهم تقريباً من متعاطي المخدرات بالحقن، الذين يعيشون على هامش المجتمع. وفي بعض أجزاء المنطقة حدثت إصابات في عام ٢٠٠١ تزيد على مجموع الإصابات التي حدثت في الأعوام السابقة.

وقد ظهرت أوبئة جديدة في إستونيا وأوزبكستان، وذلك في الوقت الذي عانى فيه ٢٤٠.٠٠٠ شخص في أوكرانيا في عام ١٩٩٩ من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وفي عام ١٩٩٦، أبلغ عدد قليل فقط من المدن في الاتحاد الروسي عن وجود حالات إصابة بالفيروس؛ واليوم وصل الفيروس إلى ٨٢ إقليمًا من أقاليم البلاد الـ ٨٩. ولا يزال الوباء متركزا بين أوساط متعاطي المخدرات بالحقن وشركائهم الجنسيين؛ غير أن تفاقم الدعارة وارتفاع معدلات الإصابة بالأمراض المعدية التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي من شأنهما أن يسببا انتشارا سريعا للمرض بين عامة السكان.

ويحمل حوالي ١,٥ مليون شخص الفيروس في البلدان الصناعية ذات الدخل المرتفع، وكثيرون منهم قادرون على العمل المنتج بفضل شيوخ العلاج المضاد لفيروسات النسخ العكسي. بيد أن تعثر جهود الوقاية في أغلب البلدان الصناعية يعكس صفو هذا الإنجاز؛ وهناك دلائل تشير إلى أن الإصابة بالفيروس لم تتناقص خلال السنوات الخمس الأخيرة.

وتشهد بعض البلدان نشوء نمط جديد، حيث يتحول الوباء في اتجاه الفئات السكانية الأفقر والأصغر سنا - وعلى الأخص الأقليات العرقية - التي تواجه تهديدا أكبر بالإصابة، واحتمالات أكبر بألا تشملها حملات الوقاية وأن تُحرم من إمكانية الاستفادة من العلاج. وتدعو معدلات انتشار الفيروس في أوساط متعاطي المخدرات بالحقن إلى القلق: ١٨ في المائة في شيكاغو، وما لا يقل عن ٣٠ في المائة في بعض أجزاء نيويورك. وبالمقابل، سمحت خطط تبادل الإبر والمحاقن في أستراليا بالإبقاء على معدلات الانتشار منخفضة بين متعاطي المخدرات بالحقن.

وقد عادت معدلات الإصابة إلى الارتفاع مرة أخرى بين الرجال الذين يمارسون الجنس مع رجال مثلهم في بعض مدن أمريكا الجنوبية. ووجدت إحدى الدراسات الحضرية التي أجريت في الولايات المتحدة معدل انتشار يبلغ ٧,٢ في المائة لدى هذه الفئة (Volleroy and others, 2000). وكذلك أُبلغ عن ارتفاع حاد في

الأمراض التي تنتقل بالاتصال الجنسي بين أوساط الشباب الذين يمارسون الجنس مع رجال مثلهم في أمستردام - وهو دليل على أن الاتصال الجنسي غير المأمون يوشك مرة أخرى أن يصبح السمة الغالبة. وهناك بوادر تشير إلى أن الاتصال الجنسي غير المأمون بين الرجال قد يشكل عنصراً متزايد الأهمية في ولاء أوروبا الشرقية.

### التحديات التي تواجهها الحقوق الإنجابية للشباب وصحتهم الإنجابية

إن النمط المشترك في جميع المناطق على نطاق عالمي هو انتشار الفيروس بين الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ٢٤ سنة. ويقدر أن ١١,٨ مليون شخص (في الفئة العمرية ١٥-٢٤) كانوا يحملون فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز في نهاية عام ٢٠٠١، منهم ٧,٣ ملايين (٦٢ في المائة) من النساء، و ٤,٥ ملايين (٣٨ في المائة) من الرجال. ويبين الجدول ١١ التصنيفات الإقليمية حسب الجنس.

الجدول ١١

معدل الانتشار الإقليمي لفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز في أوساط الشباب في الفئة العمرية ١٥ - ٢٤ سنة في نهاية عام ٢٠٠١

المنطقة	عدد الشباب الحاملين لفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز	النسبة المئوية للنساء بين حاملي الفيروس/الإيدز
أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى	٨ ٦٠٠ ٠٠٠	٦٧
شمال أفريقيا وغرب آسيا	١ ٦٠ ٠٠٠	٤١
جنوب آسيا	١ ١٠٠ ٠٠٠	٦٢
شرق آسيا والمحيط الهادي	٧٤٠ ٠٠٠	٤٩
أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي	٥٦٠ ٠٠٠	٣١
أوروبا الوسطى والشرقية	٤٣٠ ٠٠٠	٣٥
البلدان الصناعية	٢٤٠ ٠٠٠	٣٣
المجموع	١١ ٨٠٠ ٠٠٠	٦٢

المصادر: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة.

وتتباين مستويات الانتشار بين الرجال والنساء في بعض أشد البلدان تضررا. ففي كثير من المجتمعات المحلية في بوتسوانا والكاميرون وكينيا، يمكن أن يكون معدل الإصابة بين النساء أزيد بخمسة أو ستة أضعاف مما هو عليه بين الرجال من نفس الفئة العمرية. ومن أسباب ارتفاع مستويات الإصابة لدى الشباب، بالإضافة إلى كونهم أكثر عرضة للإصابة بالفيروس بفعل التكوين البيولوجي، هو أن شبكات اتصالهم الجنسي تتكون عادة من رجال أكبر سنا، اتصلوا جنسيا بعدد أكبر من الشريكات، مما يزيد احتمالات إصابتهم بالفيروس. وفضلا عن ذلك، من الأرجح ألا تناقش الفتيات الأقل سنا مسألة استخدام الرفالات أو إخلاص الشريك وذلك بسبب الفروق في السن والتفاوت الاقتصادي والمعايير الجنسانية.

وتؤدي رعاية الصحة الإنجابية دورا رئيسيا في الوقاية من الإيدز. وتصبح حماية وتطبيق الحق في الحصول على خدمات رعاية شاملة وجيدة النوعية للصحة الإنجابية في غاية الأهمية نظرا لاستمرار انتشار وباء فيروس نقص المناعة البشرية على أسرع نحو في أوساط الشباب والنساء.

وبعد مرور عشرين عاما على ظهور الوباء، دل القدر الكبير المتوفر من المعلومات على وجود تفاعلات معقدة بين عدد كبير من العناصر التي تحد من قدرات الفرد والمجتمع المحلي على حماية نفسيهما من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية. وتجري فيما يلي مناقشة أوجه الضعف هذه التي ثبت أن الشباب معرض بصفة خاصة لها.

### قلة الاعتراف باحتمال الإصابة شخصيا بالفيروس

في دراسات أجريت بين أوساط المراهقين والمراهقات من ذوي التجربة الجنسية في تسعة بلدان أفريقية، تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ١٩ عاما، أعرب ما بين ٤٠ و ٨٧ في المائة ممن أجابوا على الأسئلة في سبعة بلدان عن اعتقادهم بأن احتمال إصابتهم بالإيدز ضئيل أو معدوم. وهناك اعتقاد شائع في معظم الحالات بأن الشخص



الذي يقيم علاقة بشريك واحد فقط لا يواجه أي خطر. ويرجع ذلك الاعتقاد إلى الجهل بعوامل الخطر الأخرى، مثل الممارسات الجنسية الماضية وكون الطرف الآخر يتصل جنسيا بشركاء آخرين.

### عدم كفاية المعلومات والتثقيف في مجال الصحة الجنسية

تظهر الاستقصاءات التي أُجريت في منطقة البحر الكاريبي وأمريكا الجنوبية أن ثلث الشباب على الأقل تلقوا قدرا ضئيلا من التثقيف الجنسي أو لم يتلقوا أي تثقيف جنسي على الإطلاق، بما في ذلك المعلومات عن فيروس نقص المناعة البشرية. وفي جميع الحالات كانت معرفة الشابات أقل مما يعرفه الشبان، وذلك دليل على عدم حصولهن على المعلومات وعدم قدرتهن على التحكم في حياتهن الجنسية. وإضافة إلى عدم تلقي المعلومات الكافية، لا يزود الشباب بالمهارات الحياتية التي تمكنهم من التصرف بناء على معرفة، وتزيد تحكّمهم في العلاقات الجنسية، وتشجع التصرف المسؤول. وإذا ما تم توفير المعلومات والتثقيف بشأن الصحة الجنسية فإن ذلك يأتي بعد بدء النشاط الجنسي، أو في الأوساط المدرسية التي لا تشمل نسبة كبيرة من الشابات والشبان الذين قد يكونوا انقطعوا بالفعل عن التعليم النظامي.

### النشاط الجنسي المبكر

يشكل بدء النشاط الجنسي مبكرا خطرا على صحة المراهقين. ففي ٦ من ١١ بلدا أفريقيا، مارست ما يقارب ٢٠ في المائة من المراهقات العلاقات الجنسية قبل سن الخامسة عشرة (مكتب المراجع السكانية، ٢٠٠١). وفي بعض هذه البلدان، تمارس الشابات النشاط الجنسي المبكر في إطار الزواج أو قبيله مباشرة، بينما يمر الشبان بالتجارب الجنسية خارج إطار الزواج. وتدلل البحوث العالمية على أن العلاقات الجنسية للمراهقات دون سن الخامسة عشرة تتم عادة تحت الضغط، إذ أن هؤلاء الفتيات ضعيفات جدا أمام الإكراه الجنسي. ومعظم الشباب لا يستخدمون أي شكل من أشكال وسائل منع الحمل أو الوقاية من الأمراض التي تنتقل بالاتصال

الجنسي أثناء تجربتهم الجنسية الأولى، مما يجعلهم عرضة للإنجاب غير المنظم وللإصابة بالأمراض المعدية التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي. وفي العادة لا تكون الشباب، اللاتي هن أكثر تعرضاً لأسباب بيولوجية لعدوى الإصابة بهذه الأمراض وبفيروس نقص المناعة البشرية، في وضع يسمح لهن بمطالبة شركائهن بأخذ الاحتياطات التي تكفل الممارسة الآمنة للجنس.

### عدم كفاية الخدمات الصحية المقدمة إلى الشباب

توجه خدمات الصحة الإنجابية في الغالب نحو خدمة احتياجات الحوامل المتزوجات. وبالتالي فإن الشباب، وعلى الأخص المراهقات والمراهقين الناشطين جنسيا لا يلتمسون هذه الخدمات لأسباب منها عدم مناسبة المواقيت والأماكن، وانعدام الخصوصية والسرية، وخشية العار الاجتماعي، والمواقف المنطوية على لوم من طرف مقدمي الخدمات، والاعتاب التي تتجاوز إمكاناتهم. ويشكل نقص فرص الوصول إلى الخدمات الصحية تهديدا خطيرا للصحة الإنجابية للمراهقين، وعلى الأخص بالنسبة للشابات، بفعل أوجه الضعف الفسيولوجية إزاء الإصابة بالأمراض المعدية التي تنتقل بالاتصال الجنسي. ومعظم هذه الأمراض لا ترافقها أعراض لدى الإناث، والمراهقات كثيرا ما لا يستطعن التمييز بين ظروف الصحة الإنجابية العادية وغير العادية. وبالتالي فلا يسعين للحصول على المشورة أو الرعاية. ولم تتم الاستفادة بقدر كاف من القدرات الكامنة للخدمات الصحية بوصفها مدخلا لتقديم مجموعة من خدمات الصحة الإنجابية الميسرة للشباب، والتي تشمل قبول المشورة والفحص طوعا، والتثقيف في مجال الوقاية من الإيدز، والوقاية من الأمراض المعدية التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي، والدعم النفسي. وليست أنظمة الرعاية الصحية الأولية في كثير من البلدان النامية مصممة لإدماج مثل هذه الخدمات، ومقدمو الخدمات غير قادرين على الاستجابة للاحتياجات الخاصة للشبان والشابات، بسبب نقص تدريبهم.

## التفاوت بين الجنسين في المعايير وفي العلاقات

تؤثر التوقعات الاجتماعية فيما يختص بالرجال والنساء تأثيراً عميقاً على قدرتهم على حماية أنفسهم من فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، والتصدي لآثارهما. فبالنسبة للنساء، تكمن أوجه ضعفهن في تعرضهن للحرمان من الحصول على المعلومات الجنسية، وتقييد إمكانية الوصول إلى الفرص الاقتصادية والاستقلال الذاتي، وتعدد أدوارهن في الأسرة والمجتمع المحلي. ويصبح الرجال معرضين للخطر بسبب المعايير الاجتماعية التي تشجع على الكيل بمكيالين فيما يتصل بعدم اقتصار الذكور على امرأة واحدة واقتصار الإناث على شريك واحد، والتي تدعم اعتقادات مضرّة تشجع على إدمان المواد المخدرة والعنف. وفي جميع المناطق يشكل الإكراه على ممارسة الجنس والاتصال الجنسي مقابل سد الاحتياجات المعيشية تجارب شائعة في أوساط الشباب.

## التهميش الاقتصادي والاجتماعي

تتعرض فئات الشباب التي تعاني أشد قدر من الحرمان الاجتماعي والاقتصادي لأقصى حد من خطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. ويفاقم نقص التعليم وضعف الصحة العامة والإصابات بالأمراض المعدية التي تنتقل بالاتصال الجنسي التي تبقى دون علاج والاستغلال الجنسي من ضعف الشباب الذي يعاني من الفقر. ويعاني على وجه الخصوص الشباب الذين يعيشون في الشوارع أو يعملون فيها في ظروف معيشية تنسم بالخطورة الشديدة، حيث يصبحون فرائس سهلة للاستغلال الجنسي وتعاطي المخدرات والعنف.

## تأثير فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز على النظم الأسرية المجتمعية

عانى الشباب معاناة شديدة من آثار الوباء على الأسر والمجتمعات المحلية. ولا يقتصر الأمر على كون الفقر بيئة مؤاتية لفيروس نقص المناعة، بل إن الفيروس والإيدز يمكن أن يؤديا إلى الفقر، الذي يصيب بخاصة النساء والشباب. وتشير

التقديرات إلى حدوث انخفاض مقداره ٢٠ في المائة في الثروة في بعض بلدان أفريقيا جنوب الصحراء (هيئة الإذاعة البريطانية، ٢٠٠١). وعلى المستوى المحلي، في كوت ديفوار، شهدت الأسر الحضرية التي فقدت واحدا من أفرادها على الأقل بسبب الإيدز انخفاضا في الدخل يتراوح بين ٥٢ و ٦٧ في المائة، بينما ازدادت نفقاتها الصحية بمقدار أربعة أضعاف. وفي زامبيا، حيث انخفض الدخل الأسري القابل للإنفاق بنسبة تزيد على ٨٠ في المائة، يتم سحب الأطفال من المدارس ويتوقع منهم ممارسة أنشطة اقتصادية متفرقة في القطاع غير الرسمي. واحتمال سحب البنات من المدارس أكبر لكي يعملن كمقدمات رعاية لأفراد الأسرة المرضى، أو يقدمن دعما اقتصاديا، بما في ذلك الاضطلاع بمسؤوليات إنتاج الكفاف، وهو دور رئيسي من أدوار المرأة في المناطق الريفية. ومن أوجه الضعف الإضافية تضاؤل نظم الدعم الاجتماعي التي توفرها الأسر، وانخفاض مشاركة الشباب في التعليم النظامي، نتيجة لوجود مصاب بالإيدز في الأسرة.

### الصلات بين برامج رعاية الصحة الإنجابية وبرامج مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز

تبرز الأهداف المتفق عليها في الدورة الاستثنائية للجمعية العامة للأمم المتحدة، المنعقدة في نيويورك في حزيران/يونيه ٢٠٠١ (قرار الجمعية العامة ٢٦ (د-٢))، رعاية الصحة الإنجابية بوضوح باعتبارها عنصرا جوهريا من عناصر الوقاية من الإيدز والعناية بالمصابين به. ويظل النهوض بالصحة الإنجابية للشباب وبحقوقهم موضع جدل في كثير من البلدان. والمسائل المتعلقة بالجانب الجنسي والتقاليد وحقوق الوالدين على الشباب وواجبهما تجاههم في مجال السلوك الجنسي مشحونة بالحساسيات الثقافية والسياسية. ومن الأمور التي اتضحت خلال عقدين من الزمان، أن لكل جانب من جوانب رعاية الصحة الإنجابية دورا استراتيجيا في الوقاية من الإيدز والعناية بالمصابين به. وترد فيما يلي مباشرة مناقشة للعناصر ذات الأهمية الخاصة في الوقاية من الإيدز.

## الشمول بالمعلومات والتثقيف في مجال الصحة الجنسية وتوفيرهما ومحتواهما

تلزم برامج واسعة النطاق لتوفير المعلومات وبناء المهارات، يشارك فيها القطاعان العام والخاص وتضاهي الوباء في حجمه. ويجب أن تستخدم هذه البرامج جميع طرق التثقيف، وتسخر قوى مؤسسات المجتمع المحلي، مثل المدارس والحكومات المحلية والكنائس ووسائل الإعلام الجماهيرية. وبالدرجة الأولى يرجع الفضل في تخفيض أو غندا معدلات انتشار الفيروس فيها بفعالية على مدى فترة عشر سنوات إلى حملات التثقيف الوقائي التي جندت القادة على جميع المستويات وفي جميع القطاعات. كما أن حملات التثقيف الواسعة النطاق ساعدت البرازيل وتايلند أيضا على تحقيق تقدم كبير نحو احتواء الوباء لديهما.

وينبغي أن يصل التثقيف في مجال الصحة الجنسية إلى الجميع، وبصورة خاصة إلى الشباب، سواء أكانوا في المدرسة أو خارجها، وإلى الفئات التي يصعب الوصول إليها. وسيستلزم اتخاذ إجراءات بشأن العقوبات الاجتماعية والقانونية اتخاذ قرارات استباقية وجسورة تتعلق بالسياسات على الصعيد الوطني والمحلي كي تضيء المشروعية والدعم على برامج التثقيف في مجال الصحة الجنسية واسعة النطاق. ومن شأن وضع إطار برامج التثقيف حول مبادئ حقوق الإنسان أن يقلل من استبعاد الفئات التي تمسح عادة، مثل المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية والنساء والمراهقين. وبالإضافة إلى ذلك، يجب أن يراعي التثقيف في مجال الصحة الجنسية الديناميات المحلية للوباء، لكفالة أن تعالج الرسائل والتدخلات كلا من عوامل الخطر والضعف لأشد السكان تأثرا، بما في ذلك "المجموعات المحددة التي تعاني في الوقت الحاضر من ارتفاع أو تزايد معدلات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية، أو التي تشير معلومات الصحة العامة بشأنها إلى أنها معرضة أو يحتمل أن تتعرض أكثر من غيرها لإصابات جديدة بالعدوى..." (قرار الجمعية العامة د-إ-٢٦/٢، المرفق، الفقرة ٦٤). وعلى الرغم من أن كثيرا من مشاغل الصحة الجنسية والإنجابية مشتركة

بين الرجل والمرأة، إلا أن احتياجاتهما تختلف بحسب أعرافهما وثقافتهما المحلية وحالتهم الزوجية وسكنهما في الريف أو الحضر، وعمرهما، وظروف معيشتهم. ومن الضروري توجيه البرامج وفقا لهذه الاحتياجات الخاصة.

ويجب تطوير برامج تعترف بأهمية الأسرة في تقليل قابلية التعرض للإصابة، عن طريق أمور في جملتها تثقيف وتوجيه الأطفال ومراعاة العوامل الثقافية والدينية والإثنية، وتقليل قابلية تعرض الأطفال والشباب للإصابة. وفي العديد من البلدان النامية، تعرقل بشدة القيود المالية والحاجة إلى المساعدة في الواجبات المنزلية قدرة الوالدين على الاضطلاع بمسؤوليتهم الرئيسية إزاء كفالة التعليم الأساسي لأطفالهم، وهو عامل من عوامل الحماية من فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. ويعرب إعلان الالتزام بشأن فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز الذي اعتمده الدورة الاستثنائية السادسة والعشرون للجمعية العامة المعنية بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز (قرار الجمعية العامة د إ-٢٦/٢، المرفق) بوضوح عن ضرورة تطوير الحكومات لبرامج تتعهد بإشراك الأسر وتعزز من قدرتها على ذلك من أجل توفير التثقيف وتخطيط وتنفيذ برامج الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وبرامج الرعاية ذات الصلة (الفقرة ٦٣). وما زال الآباء يتعاونون بصورة هامة في المبادرات التي اتخذت في العديد من البلدان في أفريقيا وآسيا، مثل تحسين الاتصال بين الأجيال بشأن الجنس ومسائل فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، وتعزيز قدرات الدعم المالي والنفسي لدى أفراد الأسرة من أجل رعاية الأقارب المصابين بالفيروس والأيتام، وتقليل الخوف ووصمة العار في المجتمعات المحلية. وفي البيئات الثقافية التي تعمل فيها نظم أسرية وثيقة العرى، يؤدي أفراد الأسرة الآخرون عملا مهما في مراقبة المعلومات بشأن الجنس التي يسمح بها للشباب، وخاصة الشباب. ونتيجة لذلك، فإن تعزيز معلوماتهم بشأن فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وإشراكهم كشركاء أمر حيوي في البناء الإيجابي على أساس تأثيرهم على تطور المراهقين في مجال الصحة الإنجابية. وقد أظهرت هذه البرامج أن الأبوين ونظم الأسرة عوامل رئيسية في تعزيز بيئة لتشجيع الصحة والرفاه

الشاملين للشباب، ولا سيما في التماس وتلقي المعلومات والخدمات بشأن الصحة الجنسية وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز.

## الوقاية من الأمراض المعدية التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي والعناية بالمصابين بها

نظراً لأن الإصابة بالأمراض المعدية التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي، وعلى الأخص الحلاً التناسلي، من شأنه أن يزيد قابلية تعرض الشخص لفيروس نقص المناعة البشرية، فإن تعزيز الوقاية من الأمراض المعدية التي تنتقل بالاتصال الجنسي يمكن أن يكون له أثر بالغ على تخفيض معدلات انتقال فيروس نقص المناعة البشرية. وسعياً لتحسين الوقاية من الأمراض المعدية التي تنتقل بالاتصال الجنسي والعناية بالمصابين من الشباب، ينبغي أن تكون عمليات اكتشاف هذه الإصابات ومعالجتها، وكذلك التشجيع على استخدام الرفالات عناصر أساسية من برامج الرعاية الصحية الأولية والوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية. ومن شأن هذا التكامل أن يوسع نطاق الخدمات، بحيث تشمل الحوامل اللائي يتوجهن إلى مراكز الرعاية قبل الولادة، وعلى الأخص النساء المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية؛ واللاتي يستخدمن خدمات تنظيم الأسرة؛ والنساء اللائي يلتمسن خدمات صحة الأم والطفل. وتدل التجارب في مجال معالجة الأمراض المعدية التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي على استمرار وجود تحديات في المجالات التالية: تخفيف وصمة العار الاجتماعي بصفتها عقبة أمام السلوك الذي يلتمس الصحة؛ وتجهيز خدمات الصحة الأولية بوسائل فحص سريعة ومبسطة وقليلة التكلفة؛ وتوفير أدوية ناجعة وبأسعار ميسرة؛ وتوفير الخدمات للشركاء في ممارسة الجنس، وعلى الأخص الرجال منهم.

## خدمات تنظيم الأسرة

توفير خدمات تنظيم الأسرة ضمن الإطار الأوسع للصحة الإنجابية، بما فيها الوقاية من الإيدز، سوف يتيح مجالات لمشاركة الناشطين جنسيا من الشباب العُزب، وعلى الأخص لمشاركة الذكور. وإضافة إلى ذلك فإن إسداء المشورة في إطار خدمات تنظيم الأسرة يسمح بتوفير وسائل مزدوجة للحماية (أي منع الحمل والوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية/الأمراض المعدية التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي في نفس الوقت). والحماية المزدوجة مسألة ذات أهمية، سواء من زاوية تنظيم الأسرة، نظرا لأن وسائل منع الحمل الأكثر شيوعا والأكثر فعالية (الأساليب القائمة على الهرمونات والوسائل الرحمية والتعقيم) لا توفر حماية ضد فيروس نقص المناعة البشرية/الأمراض المعدية التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي، أو من زاوية انتقال العدوى بالفيروس من الأم إلى الطفل. وينبغي لخدمات تنظيم الأسرة والمشورة المتعلقة بفيروس نقص المناعة أن يستطلعوا مع المستفيدين أُنْجَع وسائل الحماية المزدوجة، في ضوء ممارساتهم الجنسية، وإمكاناتهم وبيئاتهم الاجتماعية.

## احتياجات النساء والرجال المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز في مجال الصحة الإنجابية

هناك أعداد كبيرة من المراهقين الذين يتلقون رسائل تثقيفية في البلدان التي تعاني من معدلات إصابة مرتفعة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، يحملون الفيروس بالفعل. وتفرض هذه الحقيقة إعادة توجيه مضمون البرامج، بحيث لا تكتفي بمعالجة الوقاية من الفيروس، بل تشمل كذلك حياة المصابين، بما في ذلك مسائل مثل التقليل من انتقال العدوى من المصابين إلى الأصحاء، وتفادي إعادة الإصابة بعدوى الفيروس/الأمراض المعدية التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي، ومعالجة هذه الأمراض، والعلاقات الجنسية، وتنظيم الأسرة. ومن التحديات التي تواجهها خدمات تنظيم الأسرة أن النساء المصابات بالفيروس قلما يُعلنن حالتهم، وبالتالي فلا يستطيع مقدمو الخدمات إيصال المساعدات المناسبة إليهن.



## إشراك الرجال

يشكل إسهام الرجال كشركاء عنصرا حاسما من عناصر الوقاية من الإيدز والعناية بالمصابين به، وكما هو الحال في كثير من السياقات فإن الرجال هم أصحاب القرار فيما يختص بالصحة الإنجابية والجنسية. وينبغي الجمع بين التدخلات الرامية إلى تمكين المرأة وبين الجهود الرامية إلى إشراك الرجال. وينبغي أن تشمل هذه المبادرات توعية الرجال باحتياجاتهم الخاصة في مجال الصحة الإنجابية والجنسية، وتفهم العلاقات بين الجنسين، وتعزيز السلوك الذي يصون الصحة.

## تكنولوجيات الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية: الرفالات ومبيدات الجراثيم

يشكل التزويد بالرفالات عنصرا أساسيا في نجاح الوقاية من الإيدز. غير أن استخدام المراهقين الناشطين جنسيا للرفالات بصورة منتظمة وصحيحة لا يزال يشكل تحديا كبيرا يواجه الصحة العامة. وبينما تدل دراسات الجدوى على قبول الرفالات بشكل متزايد من طرف الرجال والنساء على حد سواء، إلا أن مسائل التكلفة والتوافر تشكل عقبات أمام استخدامها على نطاق واسع.

ومن المتوخى أن يكون الاستخدام الموضعي لمبيدات الجراثيم وسيلة لتنويع خيارات الوقاية المتاحة، وعلى الأخص تلك التي بوسع المرأة التحكم فيها. ويستمر البحث عن مبيد فعال لمنع انتقال عدوى فيروس نقص المناعة البشرية، على الرغم من أن نقص التمويل يعوق جهود البحث والتطوير.

## طريق المستقبل

لقد تبين للعالم خلال العقد الماضي أن وباء فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز يمثل حالة طوارئ عالمية. ويتطلب التغلب عليه رد فعل عالميا قائما على زيادة الموارد، وتحسين التنسيق، والتزاما وروح مبادرة لم يسبق لهما نظير من طرف الزعماء في كل مكان. وقد أثمرت الدورة الاستثنائية للجمعية العامة المكرسة لفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز تعهدات سياسية والتزامات بتوفير الموارد. والصندوق

العالمي للإيدز والصحة، وهو مبادرة من الأمين العام للأمم المتحدة لتعبئة الدعم على أعلى المستويات السياسية، سيوفر آلية لتوجيه هذه الالتزامات وتحويلها إلى إجراءات برنامجية واسعة النطاق لاحتواء الوباء. وبالتالي فإن النجاح مرهون بمدى نجاح البلدان في تنظيم ردود فعلها بنفسها.

## ثامنا - الحقوق الإنجابية

يقدم برنامج العمل المنبثق من المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (الأمم المتحدة، ١٩٩٥-أ، الفصل الأول، القرار ١، المرفق)، تفسيراً شاملاً للصحة الإنجابية. إذ تعلن الفقرة ٧-٢ ما يلي:

”الصحة الإنجابية هي حالة رفاه كامل بدنيا وعقليا واجتماعيا في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته. وليست مجرد السلامة من المرض أو الإعاقة. ولذلك تعني الصحة الإنجابية قدرة الناس على التمتع بحياة جنسية مرضية ومأمونة، وقدرةهم على الإنجاب، وحريرتهم في تقرير الإنجاب وموعده وتواتره“.

ويضيف برنامج العمل ما يلي:

”وبمراعاة التعريف السابق، تشمل الحقوق الإنجابية بعض حقوق الإنسان المعترف بها فعلا في القوانين الوطنية والوثائق الدولية لحقوق الإنسان وغيرها من الوثائق التي تظهر توافقا دوليا في الآراء. وتستند هذه الحقوق إلى الاعتراف بالحقوق الأساسي لجميع الأزواج والأفراد في أن يقرروا بأنفسهم بحرية ومسؤولية عدد أولادهم وفترة التباعد فيما بينهم وتوقيت إنجابهم، وأن تكون لديهم المعلومات والوسائل اللازمة لذلك، والاعتراف أيضا بالحقوق في بلوغ أعلى مستوى ممكن من الصحة الجنسية والإنجابية. كما تشمل حقوقهم في اتخاذ القرارات المتعلقة بالإنجاب دون تمييز أو إكراه أو عنف على النحو المبين في وثائق حقوق الإنسان... وينبغي أن يكون تعزيز الممارسة المسؤولة لهذه الحقوق بالنسبة لجميع الناس هو المرتكز الأساسي للسياسات والبرامج التي تدعمها الحكومة والمجتمع في مجال الصحة الإنجابية، بما في ذلك تنظيم الأسرة. وكجزء من التزامهم، ينبغي إيلاء الاهتمام الكامل لتعزيز إيجاد علاقات بين الجنسين تتسم بالاحترام المتبادل والإنصاف، والاهتمام بوجه خاص بتلبية

الحاجات التثقيفية والخدمية للمراهقين كيما يتمكنوا من معالجة الجانب الجنسي من حياتهم معالجة إيجابية ومسؤولة“ (الفقرة ٧-٣).

### القضايا الأساسية المتعلقة بالحقوق الإنجابية

من الجوانب الهامة للحقوق الإنجابية حق الوصول إلى المعلومات وأساليب تنظيم الأسرة. ويعترف عدد من البلدان، منها البرازيل وجنوب أفريقيا وغواتيمالا وكولومبيا بصراحة في دساتيره الوطنية، بحق الأزواج في تقرير عدد أطفالهم والفواصل العمرية بينهم بحرية وبطريقة مسؤولة. وفضلا عن ذلك، حصل تزايد مطرد على مر السنوات في نسبة الحكومات التي تقدم دعما مباشرا لخدمات تنظيم الأسرة، من ٦٣ في المائة في عام ١٩٧٦ إلى ٧٥ في المائة في عام ٢٠٠١. وفي الوقت الحاضر يدعم ١٤٤ بلدا بصورة مباشرة توفير وسائل منع الحمل، كما يقدم ٣٢ بلدا دعما غير مباشر (انظر الجدول ١٢).

#### الجدول ١٢

السياسات الحكومية إزاء توفير وسائل منع الحمل، حسب مستوى التنمية، ٢٠٠١  
(عدد البلدان)

المجموع	إمكانية وصول غير محدودة			إمكانية وصول محدودة	
	انعدام الدعم	دعم غير مباشر	دعم مباشر		
١٩٣	١٦	٣٢	١٤٤	١	العالم
٤٨	٨	١٧	٢٢	١	المناطق الأكثر تقدما
١٤٥	٨	١٥	١٢٢	صفر	المناطق الأقل تقدما
٤٩	٢	٤	٤٣	صفر	أقل البلدان نموا

المصدر: مصرف بيانات السياسات السكانية التي تحتفظ بها شعبة السكان في الأمانة العامة للأمم المتحدة.

وإلى جانب توفير الخدمات يبين برنامج العمل المنبثق عن المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الخطوط الرئيسية لنهج قائم على الاحتياجات لتوفير خدمات تنظيم الأسرة. وتؤكد رابطة تنظيم الأسرة في بنغلاديش مثلاً على اتباع نهج في الصحة الجنسية والإنجابية يركز على المستفيدين، ويسعى إلى زيادة مشاركة الذكور، ويستهدف فئات مثل الشباب والموظفين والمتطوعين والزعماء الدينيين وقادة المجتمع المحلي من خلال حملات التوعية وبرامج المعلومات والتثقيف. وتشمل الخدمات كذلك التحصين والإمهاء الشفوية، والرضاعة الطبيعية ومحو الأمية والتغذية. غير أنه في بعض البلدان، يظل مثل هذا النهج غاية لم تتضح معالمها، ولم تترجم بعد إلى سياسات وبرامج.

وتتوافر لمراهقي اليوم فرص تختلف عما شهده آباؤهم أو حتى المراهقون خلال العقد أو العقدين الماضيين. وتزداد المواظبة المدرسية في جميع أنحاء العالم. ومع ارتفاع مستويات التعليم في العالم، تزداد فرص العمل والتنمية الوظيفية، وعلى الأخص في مجالات المعلومات والمجالات المهنية والفنية. وفي نفس الوقت يواجه المراهقون تحديات ينفرد بها هذا العهد التاريخي. فبالإضافة إلى تحسين فرص النمو الذاتي، يزيد البلوغ المبكر وتأخير الزواج من تعرض المراهقين لأخطار الجنس والحمل والإصابات بالأمراض المعدية التي تنتقل بالاتصال الجنسي والإنجاب خارج إطار الزواج. وفي بعض البيئات التي يتفشى فيها فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والأمراض المعدية التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي، قد تكون الفتيات المراهقات المتزوجات معرضات بصفة خاصة للخطر بسبب ممارستهن المنتظمة للجنس وقدرتهن المحدودة على مناقشة الأمور التي تكفل السلامة عند ممارسته. وهذا الجيل هو في الحقيقة أول جيل من المراهقين ينمو في عالم ينتشر فيه فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز.

والعديد من القضايا الرئيسية المتعلقة بالصحة الإنجابية للمراهقين والمراهقات تتصل اتصالاً وثيقاً بالزواج. والقوانين التي تحدد السن الأدنى للزواج هي قوانين موجودة في كل أنحاء العالم تقريباً، وغالبيتها تحدد الحد الأدنى للزواج بسن ١٨ سنة للذكور و ١٦ سنة للإناث. ورغم التشريعات التي تهدف إلى القضاء على هذه

الظاهرة، فإن البنات في كثير من البلدان تتزوجن بعد بلوغهن بفترة قصيرة، حيث يُنتظر منهن أن ينجبن أطفالا على الفور تقريبا، وهو الأمر الذي يرجع في جانب منه إلى انعدام الفرص البديلة. والكثير من القوانين تحدد للنساء حدا أدنى منخفضا للغاية، وأدنى مما في حالة الرجال، مما يعني ضمنا أن النساء يحتجن سنوات أقل للاستعداد للزواج، حيث يُتوقع أن تقتصر واجباتهن على إنجاب الأطفال والواجبات المنزلية. وعلى مدار العقدين الماضيين، قام أكثر من ٥٠ بلدا بتغيير قوانينه المتعلقة بالحد الأدنى للسن القانونية للزواج. غير أن القوانين المحددة لسن الزواج لا تُنفذ في كثير من الأحيان. وفي بعض أنحاء العالم، مثلما في أفريقيا، تكون السن القانونية للزواج مرتفعة في الغالب، مما يعكس التزوع إلى تبني المعايير القانونية الأوروبية، غير أن السن الفعلية عند الزواج لا تزال منخفضة.

وكانت اتفاقية حقوق الطفل (قرار الجمعية العامة ٢٥/٤٤، المرفق) أول صك دولي يعترف بحقوق المراهقين والمراهقات في الصحة. ورغم أن برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية يعترف بحقوق الوالدين والأوصياء في توفير التوجيه والإرشاد اللائمين فيما يتعلق بأمور الصحة الإنجابية، على نحو يتمشى مع القدرات المتطورة للمراهقين والمراهقات، فإنه يدعو أيضا إلى حماية وتعزيز حقوقهم في الحصول على المعلومات والخدمات.

وفي المناطق التي ينتشر فيها فيروس نقص المناعة البشرية من خلال الاتصالات الجنسية بين الجنسين، تكون الصلة قوية بين وباء فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) والحقوق الإنجابية بأشكال عديدة، منها حق الإنسان في حماية نفسه من الإصابة بالمرض، وكذلك حقوق الأطفال الذين يمكن أن يصابوا بالمرض. وتعتبر بذلك الحماية من الأمراض المعدية المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي قضية ذات صلة بالموضوع وبالغة الأهمية، حيث أن هذه الأمراض تجعل الرجال والنساء أكثر عرضة للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية.

وكثيرا ما يُنظر إلى قرار الشروع في نشاط جنسي والظروف التي يتم ذلك فيها باعتباره حقا للزوج. وفي هذه الحالات، قد لا تتمتع المرأة بكثير من القوة التي تمكنها من الاعتراض على رغبات الزوج، حتى وإن كان لديها شك في إصابة زوجها بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. كما أن حقها في استخدام سبل الحماية من فيروس نقص المناعة البشرية ومن الأمراض المعدية المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي هو حق محدود. ففي كثير من الأماكن، يُنظر إلى استخدام الرفالات - وهي أرخص أساليب الحماية وأكثرها فعالية - باعتباره أمرا مناسبا عند ممارسة الجنس مع العاهرات، غير أنه لا يُلحق بين الأزواج. والمعروف أن الأمراض المعدية المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي، التي تتسبب في حدوث إصابات متفرحة، تزيد من احتمالات الإصابة بفيروس الإيدز أثناء الممارسة الجنسية. والمرأة، باعتبارها الطرف المتلقي، تعاني من الضعف بصفة خاصة إزاء هذه الإصابات.

والتمييز ضد المرأة على أساس نوع الجنس يمكن أن يؤدي إلى وقوع أعباء إضافية على المرأة المصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. فعندما تُحرم النساء من حقهن في التملك، على سبيل المثال، قد تضطر المرأة المصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، أو التي يموت زوجها متأثرا بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، إلى مغادرة بيتها، وقد لا يتاح لها سوى القليل من السبل القانونية لاسترداد ممتلكاتها (مركز قوانين وسياسات الصحة الإنجابية، ٢٠٠٠). وفي بعض البلدان الآسيوية التي تتدنى فيها مكانة المرأة، يُنتظر أن تسهم الديناميات الجنسانية للوباء في سرعة انتشاره (Crossette, 2001).

وتشمل الحقوق الإنجابية توفير فرص الوصول إلى كامل خدمات رعاية الصحة الإنجابية، ومن بينها الرعاية التي تكفل إنجاب المرأة لأطفال يتمتعون بالصحة. ويُصاب الأطفال بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز بطريقتين: عن طريق انتقال الفيروس إليهم من الأمهات، أو عن طريق العدوى من خلال النشاط الجنسي الذي يبدأ أثناء سنوات المراهقة. وقد يحدث انتقال العدوى من الأم إلى الطفل أثناء الحمل،

أو أثناء الولادة، أو أثناء الرضاعة الطبيعية. ويصاب بفيروس نقص المناعة البشرية ما يتراوح بين ٢٥ و ٣٠ في المائة تقريبا من الأطفال المولودين لأمهات مصابات بالفيروس، ومعظمهم لا يعيشون لأكثر من بضع سنوات. ورغم وجود عقاقير مأمونة وفعالة يمكن أن تخفض بدرجة كبيرة من مخاطر إصابة المولود بفيروس نقص المناعة البشرية، مثل عقار نيفيرابين nevirapine، فإن معظم النساء في البلدان النامية لا يمكن إمكانية الحصول على هذه العقاقير.

كذلك، قد يُصاب الأطفال، والبنات منهم بصفة خاصة، بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز عند ممارسة النشاط الجنسي في سن مبكرة. وبالإضافة إلى المخاطر الصحية التي تنجم عن الحمل المبكر وغير ذلك من المخاطر المرتبطة بالنشاط الجنسي السابق لأوانه والذي تنعدم فيه وسائل الحماية، أصبح المراهقون والمراهقات يواجهون الآن خطرا إضافيا يتمثل في الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. وقد لا يتوفر لهم سوى القليل من فرص الحصول على المعلومات والمشورة فيما يتعلق بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والأمراض المعدية التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي، أو لا تتوفر لهم هذه الفرص على الإطلاق، وقد لا يكونون مؤهلين للحصول على هذه الخدمات.

وتُعد دعارة الأطفال، التي ترتبط بالفقر المدقع وتحلل الحياة الأسرية، انتهاكا آخر لحقوق الطفل ومصدرا آخر للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية. ويتزايد القلق إزاء عدد الأطفال المشردين وازدياد حالات دعارة الأطفال في بعض البلدان. ووجدت إحدى الدراسات أن نسبة كبيرة من الأطفال المشردين في الشوارع قد تعرضوا لاعتداءات جنسية، وكثيرا ما كان ذلك مقابل إيوائهم وإطعامهم (Kande la, 2000).

### الحقوق الإنجابية والعنف ضد المرأة

يعرف إعلان الأمم المتحدة بشأن القضاء على العنف ضد المرأة (قرار الجمعية العامة ٤٨/١٠٤ المؤرخ ٢٠ كانون الأول/ديسمبر ١٩٩٣) العنف ضد المرأة بأنه أي



فعل عنيف تدفع إليه عصبية الجنس ويترتب عليه، أو يرجح أن تترتب عليه، أذى أو معاناة للمرأة، سواء من الناحية الجسمانية أو الجنسية أو النفسية، بما في ذلك التهديد بأفعال من هذا القبيل أو القسر أو الحرمان التعسفي من الحرية، سواء حدث ذلك في الحياة العامة أو الخاصة (المادة ١). ويشمل العنف الضرب والاعتداءات الجنسية على البنات الصغيرات، واغتصاب الزوجات، والممارسات التقليدية الضارة بالمرأة، والتحرشات الجنسية والتخويف في مكان العمل، والاتجار بالنساء وإجبارهن على ممارسة الدعارة. ومنذ شيوع مفهوم الحقوق الإنجابية، أصبحت مسألة العنف القائم على أساس نوع الجنس محل نقاش واسع النطاق في ميدان السكان.

وكثيرا ما يبدأ العنف القائم على أساس نوع الجنس في سن مبكرة. فخلال مرحلة الطفولة، يمكن أن تترك محاباة الأطفال الذكور في توزيع موارد الأسرة أثرا سلبيا على صحة البنات. وهذه الموارد يمكن أن تشمل الغذاء والرعاية الطبية والدراسة. ووجدت دراسات حديثة أنه وإن كانت البنات لا يتعرضن في معظم البلدان بصورة منظمة للتمييز على أساس نوع الجنس، فإن ثمة أدلة على محاباة الأولاد في الاستفادة من الخدمات الصحية في بعض البلدان الآسيوية (الأمم المتحدة، ٢٠٠٠ ب).

والعنف الأسري هو أكثر الأشكال شيوعا للعنف القائم على أساس نوع الجنس، ومع دخول النساء إلى الحياة الزوجية - كمراهقات في كثير من الأحيان، وضد رغبتهن في بعض الحالات - يمكن أن يصبح العنف الأسري مشكلة. ويحدث ذلك بصفة خاصة في الحالات التي يكون فيها الزوج أكبر سنا بصورة كبيرة من زوجته، والتي تنظر فيها الأعراف المحلية إلى الزوج باعتباره صاحب الأمر والنهي. كما يحدث العنف ضد المرأة أيضا في الحالات التي تعجز فيها النساء عن ممارسة حقهن في المعاملة العادلة. وتشمل هذه الحالات الاستغلال الجنسي للاجنات، والاعتصاب كسلاح في الحروب، والاتجار بالنساء في الأعمال الجنسية، والتمييز ضد الأرمال.

ونظرا لأن العنف ضد المرأة غالبا ما يضرب بجذوره في انعدام التكافؤ في القوة بين الرجل والمرأة، فإن أكثر التدابير المضادة فاعلية على المدى الطويل يتمثل في

مواصلة إحراز تقدم نحو التمكين للمرأة (Heise, Ellsberg and Gottemoller, 1999). ويعني ذلك تكافؤ فرص التعليم المتاحة للبنات، كما يعني بالنسبة للنساء زيادة سيطرتهن على مواردهن، واستقلالهن الاقتصادي، وزيادة قدرتهن على المشاركة في صنع القرار.

وهناك قرابة مليونين من النساء والبنات تواجهن خطر التعرض لشكل ما من أشكال تشويه الأعضاء التناسلية للإناث كل سنة (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٠ أ). وهذه الممارسة، التي تسمى أحيانا "ختان الإناث"، تُجرى عادة للبنات أو المراهقات اللاتي يقترن من سن الزواج، وتتم عادة خارج النظام الطبي. وهي تشمل إزالة الأعضاء التناسلية الخارجية للأنثى بصورة كاملة أو جزئية، أو غير ذلك من أشكال الإضرار بالأعضاء التناسلية للإناث. وفي حوالي أربع حالات من بين كل خمس حالات، يتم استئصال البظر والشفرين الصغرين؛ و١٥ في المائة من الحالات تشمل الختان التخييطي الشامل، وهو أكثر أشكال هذه الممارسة تطرفا. ومعروف أن تشويه الأعضاء التناسلية للإناث يُمارس في حوالي ٣٠ بلدا في أفريقيا وبضعة بلدان في غرب آسيا. كما تم الإبلاغ عن ممارسته وسط جاليات المهاجرين في أوروبا وأمريكا الشمالية وأستراليا ونيوزيلندا. وتفيد الدراسات الاستقصائية الديموغرافية والصحية الأخيرة بأنه في بعض البلدان، ومنها إريتريا والسودان ومالي ومصر، على سبيل المثال، تعرضت لهذه الممارسة أكثر من ٩٠ في المائة من النساء.

والأسباب التي تساق في أغلب الأحيان لممارسة تشويه الأعضاء التناسلية للإناث هي التذرع باعتبارات القبول الاجتماعي وحماية سمعة البنات. وفي بعض المناطق، تُعتبر الفتيات غير صالحات للزواج ما لم يكن قد تم ختانهن. ووجدت الاستقصاءات الديموغرافية والصحية أن أكثر من ٧٠ في المائة من النساء يؤيدن هذه الممارسة في البلدان التي يزداد انتشارها فيها. وحتى النساء اللاتي يعارضن تشويه الأعضاء التناسلية للإناث يخترن إخضاع بناتهن لهذه الممارسة نتيجة لضغوط المجتمع المحلي ولنموذ أفراد الأسرة الأكبر سنا (الأمم المتحدة، ٢٠٠٠ ج).

وقد اعتمدت الجمعية العامة للأمم المتحدة عدة قرارات تدعو الحكومات إلى القضاء على تشويه الأعضاء التناسلية للإناث، وسنت بعض البلدان تشريعات لحظر هذه الممارسة. ففي عام ١٩٩٤، أصبحت غانا أول بلد أفريقي يحظر تشويه الأعضاء التناسلية للإناث؛ وأعقبها بوركينا فاسو، ثم كوت ديفوار والسنغال. وفي عام ١٩٩٥، وضعت أوغندا دستورا جديدا، نص على أن "القوانين أو التقافات أو الأعراف أو التقاليد التي تمس بكرامة المرأة أو سلامتها أو مصالحها، محظورة بموجب هذا الدستور" (مركز قوانين وسياسات الصحة الإنجابية، ٢٠٠٠). وفي مقاطعة كابتشوروا في أوغندا، أدى أحد المشاريع إلى حدوث انخفاض كبير في ممارسة تشويه الأعضاء التناسلية للإناث، من خلال الفصل بين الممارسة في حد ذاتها والقيم الثقافية التي يُقصد تدعيمها من وراء تلك الممارسة، ومن خلال اقتراح أنشطة بديلة لتحقيق تلك المثل العليا. وجرى إشراك قادة المجتمع المحلي في جميع مراحل العملية، ونُظمت حلقات توعية لجميع قطاعات المجتمع المحلي. وبحلول عام ١٩٩٦، انخفضت معدلات ممارسة تشويه الأعضاء التناسلية للإناث بنسبة ٣٦ في المائة (Chekweko, 1998).

وقد طلبت الجمعية العامة، في دورتها الاستثنائية الثالثة والعشرين، المعنونة "المرأة عام ٢٠٠٠: المساواة بين الجنسين والتنمية والسلام في القرن الحادي والعشرين"، إلى الحكومات "وضع واعتماد قوانين وتدابير أخرى حسب الاقتضاء، وتنفيذها تنفيذا كاملا، وذلك من قبيل السياسات العامة والبرامج التربوية الرامية إلى القضاء على الممارسات العرفية أو التقليدية الضارة بما في ذلك ختان الإناث والزواج المبكر والإكراه على الزواج وما يسمى بجرائم الشرف التي تشكل انتهاكات لحقوق الإنسان للمرأة والفتاة، وعقبات في سبيل تمتع المرأة بحقوق الإنسان والحريات الأساسية الخاصة بما تتمتعها كاملا، وتكثيف الجهود، بالتعاون مع الجمعيات النسائية المحلية لزيادة الوعي الجماعي والفردى بالطرق التي تنتهك بها الممارسات العرفية أو التقليدية حقوق الإنسان للمرأة" (قرار الجمعية العامة د-٣٣/٣، المرفق، الفقرة ٦٩ (ه)).

وطلبت الجمعية العامة في دورتها الاستثنائية الثالثة والعشرين أيضا إلى الحكومات "زيادة التعاون واستجابة السياسات العامة والتنفيذ الفعال للتشريعات الوطنية وغير ذلك من تدابير الحماية والتدابير الوقائية التي تهدف إلى القضاء على العنف ضد النساء والفتيات، وبخاصة جميع أشكال الاستغلال الجنسي لأغراض تجارية والاستغلال الاقتصادي، بما في ذلك في جملة أمور الاتجار بالنساء والبنات، وواد البنات، والجرائم المرتكبة باسم الشرف، والجرائم المرتكبة باسم العاطفة، والجرائم المرتكبة بدوافع عنصرية، وخطف الأطفال وبيعهم، والعنف والموت المرتبطان بالمهر، والاعتداءات بالأحماض والممارسات التقليدية أو العرفية الضارة مثل ختان الإناث، والزواج المبكر والقسري" (قرار الجمعية العامة د إ-٢٣/٣، المرفق، الفقرة ٩٦ (أ)).

وبعد ذلك اعتمدت الجمعية العامة قرارا معنونا "العمل من أجل القضاء على الجرائم المرتكبة ضد المرأة باسم الشرف" (قرار الجمعية العامة ٦٦/٥٥) وقرارا معنونا "القضاء على جميع أشكال العنف ضد المرأة، بما في ذلك الجرائم المحددة في الوثيقة الختامية للدورة الاستثنائية الحادية والعشرين للجمعية العامة المعنونة "المرأة عام ٢٠٠٠: المساواة بين الجنسين والتنمية والسلام في القرن الحادي والعشرين" (قرار الجمعية العامة ٦٨/٥٥).

## الخلاصة

تضمن برنامج العمل الذي اعتمده المؤتمر الدولي للسكان والتنمية عام ١٩٩٤ تعاريف صريحة للحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية. كما أنه ركز الاهتمام على تحقيق المساواة والعدالة بين الجنسين والتمكين للمرأة. وفي العام التالي، أكد المؤتمر العالمي الرابع المعني بالمرأة المعقود في بيجين مبدأ حقوق الإنسان المكفولة للمرأة، ودعا الحكومات إلى تعزيز وحماية حقوق المرأة، بما فيها حقوقها الإنجابية، وإزالة العراقيل التي تعترض طريق إعمال هذه الحقوق.

وقد أحرز قدر كبير من التقدم في إرساء أساس للحقوق الإنجابية، غير أنه لا يزال يتعين إنجاز الكثير من أجل ترجمة هذه الحقوق إلى سياسات وبرامج. ورغم أن

العديد من البلدان قد شرعت في تنفيذ الاتفاقات التي تم التوصل إليها في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، فإن بلدانا أخرى - ولا سيما البلدان المنخفضة الدخل - لا تملك من الموارد ما يكفي لتوفير الخدمات الصحية الشاملة. غير أن من المرجح أن توافق الآراء الدولي الذي تم التوصل إليه في المؤتمر، والتأييد المستمر لمفاهيم الحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية الذي ساد الاستعراض الذي أجري بعد خمس سنوات لتنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، سيظلان يجعلان الحقوق الإنجابية موضع تركيز رئيسي في السياسات السكانية في المستقبل.

### الحواشي

- (١) يُعرف الإجهاض غير الآمن (unsafe abortion) بأنه إجراء يُتخذ لإنهاء الحمل غير المرغوب فيه، إما على أيدي أشخاص يفتقرون إلى المهارات اللازمة و/أو في بيئة لا يتوفر فيها الحد الأدنى من المعايير الطبية أو كليهما (استنادا إلى منظمة الصحة العالمية، منع الإجهاض غير الآمن والسيطرة عليه، تقرير فريق عامل فني (جنيف، نيسان/أبريل ١٩٩٢) (WHO/MSM/92.5)).
- (٢) قُدرت حالات الحمل بأنها مجموع حالات الولادة والإجهاض التي تتم خلال سنة تقويمية معينة. ونظرا للافتقار إلى المعلومات التي يمكن الوثوق بها، حُذفت حالات الحمل التي تنتهي بفقدان الجنين بصورة عفوية (حالات السقط أو الإجهاض العفوي وحالات ولادة الأجنة الميتة). ونتيجة لذلك، سيكون تقدير مجموع عدد حالات الحمل، وبالتالي معدلات الحمل، أقل مما في الواقع.
- (٣) توصي منظمة الصحة العالمية بالاستعاضة عن تعبير "الأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي" بتعبير "الأمراض المعدية المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي" (sexually transmitted infections). وقد اعتمد تعبير "الأمراض المعدية المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي" لأنه يتضمن بصورة أفضل حالات العدوى التي لا تظهر لها أعراض. وبالإضافة إلى ذلك، اعتمد التعبير في مجموعة واسعة من الجمعيات والمنشورات العلمية.
- (٤) عرّفت منظمة الصحة العالمية المراهقين والمراهقات (adolescents) بأنهم الأشخاص الذين في الفئة العمرية ١٠-١٩ سنة، والشباب (youth) بأنهم الأشخاص الذين في الفئة العمرية ١٥-٢٤ سنة. أما النشء (young people)، فيشكلون مجموع أفراد هاتين المجموعتين المتداخلتين، الذين في الفئة العمرية ١٠-٢٤ سنة.

## المراجع

Abbasi-Shavazi, J. (2001). (Below-replacement fertility in Iran: progress and prospects. Paper presented at the International Union for the Scientific Study of Population (IUSSP) Seminar on International Perspectives on Low Fertility: Trends, Theories and Policies, Tokyo, 21-23 March 2001.

AbouZahr, Carla (1998) عرض عام لوفيات الأمهات أثناء النفاس ورد في *Health Dimensions of Sex and Reproduction*, Global Burden of Disease and Injury Series, vol. III, C. J. L. Murray and A. D. Lopez, eds. Cambridge, Massachusetts كلية هارفارد للصحة العامة بالنيابة عن منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي.

AbouZahr, C., E. Ahman and R. Guidotti (1998). Puerperal sepsis and other puerperal infections. In *Health Dimensions of Sex and Reproduction*, Global Burden of Disease and Injury Series, vol. III, C. J. L. Murray and A. D. Lopez, eds. Cambridge, Massachusetts كلية هارفارد للصحة العامة بالنيابة عن منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي، ص ٢٠٥.

Agoestina, T., and A. Soejoenoes (1989). Technical Report on the Study of Maternal and Perinatal Mortality, Central Java Province. Republic of Indonesia, Coordinating Board of Indonesian Fertility Research (BKS PENFIN)/Ministry of Health.

Alan Guttmacher Institute (1998). *Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives*. New York: Alan Guttmacher Institute.

Arno, J., and others (1994). Age and clinical immunity to infections with *Chlamydia trachomatis*. *Sexually Transmitted Diseases* (Philadelphia), vol. 21, No. 1, pp. 47-52.

Atrash, H., S. Alexander and C. Berg (1995). Maternal mortality in developed countries: not just a concern of the past. *Obstetrics and Gynecology* (New York), vol. 86, No. 4 (February).

Barge, S., and others (1998). Availability of Abortion Services in Rural Government Clinics in Four States of India. Baroda, Gujarat, India: (Baroda, Gujarat) Centre for Operations Research and Training.

Becker, Stan (1993). The determinants of adolescent fertility with special reference to biological variables. In *Biomedical and Demographic Determinants of Reproduction*, Ronald Gray, Henri Leridon and Alfred Spira, eds. Oxford, United Kingdom: Clarendon Press, pp. 21-49.

Berglund, T., H. Fredlund and J. Giesecke (2001). Epidemiology of the re-emergence of Gonorrhoea in Sweden. *Sexually Transmitted Diseases* (Philadelphia), vol. 28, pp. 111-114.

Blanc, Ann (2000). العلاقة بين السلوك الجنسي ومستوى التعليم في البلدان النامية. حنيف: (برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)).

Blanc, Ann K., and Ann Way (1998). Sexual behaviour and contraceptive knowledge and use among adolescents in developing countries. *Studies in Family Planning* (New York), vol. 29, No. 2 (June), pp. 106-116.

Bongaarts, John, and Judith Bruce (1995). The causes of unmet need for contraception and the social content of services. *Studies in Family Planning* (New York), (vol. 26, No. 2 (March/April), pp. 57-75.

Bongaarts, J., and G. Feeney (1998). On the quantum and tempo of fertility. *Population and Development Review*, vol. 24, No. 2, pp. 271-291.

Borisenko, K. K., L. I. Tichonova and A. M. Renton (1999). Syphilis and other sexually transmitted infections in the Russian Federation. *International Journal of STD & AIDS*, vol. 10, No. 10 (October), pp. 665-668.

Bozon, M. and E. Enoch (1999). Brésil: la transition démographique rapide d'un pays hétérogène. *Population et Sociétés* (Bulletin mensuel d'information de l'Institut national d'études démographiques), No. 345 (avril).

Bozon, M., and O. Kontula (1998). Sexual initiation and gender in Europe: a cross-cultural analysis of trends in the twentieth century. In *Sexual Behaviour and HIV/AIDS in Europe*, M. Hubert, N. Bajos and Th. Sandfort, eds. London: UCL Press, pp. 37-67.

British Broadcasting Corporation (2001). AIDS tops African agenda (August).

Brown, Elisabeth, and Alfred Dittgen (2000). Fertility of married and unmarried couples in Europe. Paper presented at the Fertility and Family Surveys Flagship Conference: Partnership and Fertility. A Revolution? Brussels, Belgium, 29-31 May 2000.

Bumpass, Larry L., and Hsien-Hen Lu (2000). Trends in cohabitation and implications for children's family contexts in the United States. *Population Studies* (London), vol. 54, No. 1 (March), pp. 29-41.

Bunnell, R. E., and others (1999). High prevalence and incidence of sexually transmitted diseases in urban adolescent females despite moderate risk behaviour. *Journal of Infectious Diseases* (Chicago), vol. 180, No. 5, pp. 1624-1631.

Burstein, G. R., and others (1998). Incident Chlamydia trachomatis infections among inner-city adolescent females. *Journal of the American Medical Association*, vol. 280, No. 6, pp. 521-526.

Carr, Dara, Ann Way and R. Smith (2001). *Youth in Sub-Saharan Africa: A Chart-book on Sexual Experience and Reproductive Health*. Washington, D.C.: Population Reference Bureau.

Center for Reproductive Law and Policy (2000). *Reproductive Rights 2000: Moving Forward*. New York.

Chekweko, Jackson (1998). تهيئة الظروف الضرورية لتنفيذ برامج الصحة الجنسية والإنجابية وإعمال الحقوق الخاصة بها. كفالة الحقوق الإنجابية وتنفيذ البرامج المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية. اجتماع المائدة المستديرة لخبراء صندوق الأمم المتحدة للسكان، كمبالا، أوغندا، ٢٢-٢٥ حزيران/يونيه ١٩٩٨.

Chowdhury, Sameena, and others (2000). Nutritional status and age at menarche in a rural area of Bangladesh. *Annals of Human Biology* (London), vol. 27, No. 3 (May-June), pp. 249-256.

.Contreras, Juan M., José M. Guzmán and Ralph Hakkert (2001). "استعمال وسائل منع الحمل بين المراهقين" الوارد في "تشخيص الصحة الجنسية والإنجابية للمراهقين في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، المحررون خوسيه م.



غورمان وآخرون، مكسيكو سيتي، المكسيك: صندوق الأمم المتحدة للسكان،  
الصفحات ١٢٩-١٤٢.

Cook, R. L., and others (1999). Screening for Chlamydia trachomatis infection in college women with a polymerase chain reaction assay. *Clinical Infectious Diseases*, vol. 28, No. 5, pp. 1002-1007.

Cothc, M. F., and others (1997). Trichomonas vaginalis associated with low birth weight and pre-term delivery. *Sexually Transmitted Diseases*, (Philadelphia), vol. 24, pp. 353-360.

Cronberg, S. (1993). The rise and fall of sexually transmitted disease in Sweden. *Genitourinary Medicine* (London), vol. 69, pp. 184-186.

Crossette, Barbara (2001). In India and Africa, women's low status worsens their risk of AIDS. *The New York Times* (26 February).

De Browere, V., R. Tonglet and W. Van Lerberghe (1998). Strategies for reducing maternal mortality in developing countries: what can we learn from the history of the industrialised West? *Tropical Medicine and International Health*, vol. 3, No.10, pp. 771-782.

Denmissie, K., and others (2000). *Perinatal Health Indicators for Canada*. Ottawa, Canada: Canadian Perinatal Surveillance System.

De Vos, Susan (2000). Nuptiality in Latin America. In *Till Death Do Us Part: A Multicultural Anthology on Marriage*, Sandra L. Browning and Robin R. Miller, eds. Stamford, Connecticut: JAI Press.

Dittus, Patricia J., James Jaccard and Vivian V. Gordon. (1997). The impact of African American fathers on adolescent sexual behavior. *Journal of Youth and Adolescence* (New York), vol. 26, No. 4 (August), pp. 445-465.

Duncan, E. M., and others (1990). First coitus before menarche and risk of sexually transmitted disease. *The Lancet* (Baltimore, Maryland; and London), vol. 335, pp. 338-340.

Fleming, D. T., and others (1997). Herpes simplex virus type 2 in the United States, 1976-1994. *New England Journal of Medicine* (Boston, Massachusetts), vol. 337, No. 16, pp. 1105-1111.

Gage, Anastasia J. (1998). Sexual activity and contraceptive use: the components of the decision-making process. *Studies in Family Planning* (New York), vol. 29, No. 2 (June), pp. 154-166.

————— Dominique Meekers (1994). Sexual activity before marriage in Sub-Saharan Africa. *Social Biology* (Port Angeles, Washington), vol. 41, No. 1-2 (spring/summer), pp. 44-60.

Gomez, Victor M. (1993). Los padres, la educación y las relaciones sexuales premaritales de los hijos. Encuesta Nacional de Salud Reproductiva de Adultos Jóvenes. San José, Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social, Departamento de Medicina Preventiva, Programa Salud Reproductiva.

Graham, Wendy, William Brass and Robert W. Snow (1989). Estimating maternal mortality: the sisterhood method. *Studies in Family Planning* (New York), vol. 20, No. 3 (May-June), pp. 125-135.

Greenwood, A. M. دراسة مستقبلية لنتائج الحمل في المنطقة الريفية في غامبيا، نشرة منظمة الصحة العالمية، المجلد ٦٥، الصفحات ٦٣٥-٦٤٣.

Grimes, David A. (2000). التخفيف من مضاعفات الإجهاض غير المأمون: دور التكنولوجيا الطبية. ورقة مقدمة في الاجتماع المتعلق بالأولويات والاحتياجات في مجال الإجهاض غير المأمون، برنامج الأمم المتحدة الإنمائي/صندوق الأمم المتحدة للسكان/منظمة الصحة العالمية/البنك الدولي، جنيف، ٢٨ و ٢٩ آب/أغسطس ٢٠٠٠.

Guillaume, Agnès, and others (1999). *Le recours à l'avortement. La situation en Côte d'Ivoire*. Abidjan: École nationale supérieure de statistique et d'économie appliquée (ENSEA) and Institut de recherche pour le développement (IRD), Études et Recherches, No. 27.

Guzmán, J. M., and others (2001). تشخيص الصحة الجنسية والإنجابية للمراهقين في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، المكسيك العاصمة: صندوق الأمم المتحدة للسكان.

Harrison, Abigail, and others (2000). Barriers to implementing South Africa's Termination of Pregnancy Act in rural KwaZulu/Natal. *Health Policy and Planning* (Oxford), vol. 15, No. 4.

Heise, Lori, K. Moore and N. Toubia (1995). *Sexual Coercion and Reproductive Health: A Focus on Research*. New York: The Population Council.

Heise, Lori, Mary Ellsberg, and Megan Gottemoeller (1999). (Ending violence against women. *Population Reports, Series L, No. 11*. Baltimore, Maryland: Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program.

Henshaw, Stanley K., and others (1998). The incidence of abortion in Nigeria. I - *International Family Planning Perspectives* (New York), vol. 24, No. 4, pp. 156-164.

Henshaw, Stanley, Susheela Singh and Taylor Haas (1999a). The incidence of abortion worldwide. *International Family Planning Perspectives* (New York), vol. 25, No. Special (January), pp. S30-S38.

————— (1999b). Recent trends in abortion rate worldwide. *International Family Planning Perspectives* (New York), vol. 25, No. 1. (June), pp. 44-48.

Huntington, Dale (2000). *Meeting Women's Health Care Needs after Abortion*. Program Brief No. 1. Washington, D. C.: Population Council/Frontiers.

—————, and others (1998). The postabortion caseload in Egyptian hospitals: A descriptive study. *International Family Planning Perspectives* (New York), vol. 24, No. 1 (March), pp. 25-31.

Hutchinson, M. Katherine, and Teresa M. Cooney (1998). Patterns of parent-teen sexual risk communication: Implications for intervention. *Family Relations*, vol. 47, No. 2 (April), pp. 185-94.

Indriso, Cynthia, and Axel I. Mundigo, eds. (1999). *Abortion in the Developing World*. London: Zed Books; and New Delhi: Vistaar Publications.

- Jejeebhoy, Shireen J. (1995). *Women's Education, Autonomy and Reproductive Behaviour: Experience from Developing Countries*. Oxford, United Kingdom: Clarendon Press.
- Kamali, A., and others (1999). Seroprevalence and incidence of genital ulcer infection in a rural Ugandan population. *Sexually Transmitted Infections*, vol. 75, pp. 98-102.
- Kandela, Peter (2000). Marrakesh: child prostitution and the spread of AIDS. *The Lancet* (Boston, Massachusetts; and London), vol. 356, No. 9246 (9 December), p. 1991.
- Kiernan, Kathleen E. (1999). Cohabitation in Western Europe. *Population Trends* (London), No. 96 (summer), pp. 25-32.
- Kishor, Sunita, and Katherine Neitzel (1996). *The Status of Women: Indicators for Twenty-Five Countries. Demographic and Health Surveys Comparative Studies*, No. 21. Calverton, Maryland: Macro International.
- Klijzing, Erik, and Miroslav Macura (1997). المعاشرة بدون زواج وإنجاب الأطفال خارج إطار الزواج: الدلائل الأولية في الاستقصاءات عن الأسرة والخصوبة الواردة في محاضر المؤتمر الدولي للسكان، بيجين، ١١-١٧ تشرين الأول/أكتوبر ١٩٩٧: International Union for the Scientific Study of Population, pp. 885-901.
- Konaté, Mamadou Kani, and others (1999). Radioscopie d'une pratique controversée. Les conséquences sanitaires et sociales de l'avortement provoqué dans le district urbain de Bamako. *Pop Sahel* (Bamako), No. 27 (May).
- Krone, M. R., and others (2000). Herpes simplex virus type 2 shedding in human immunodeficiency virus-negative men who have sex with men: frequency, patterns, and risk factors. *Clinical Infectious Diseases*, vol. 30, No. 2, pp. 261-267.
- Laga, M., and others (1993). Non-ulcerative sexually transmitted diseases as risk factors for HIV-1 transmission in women: results from a cohort study. *AIDS* (Philadelphia), vol. 7, pp. 95-102.

Lesthaeghe, R., and P. Willems (1999). Is low fertility a temporary phenomenon in the European Union? *Population and Development Review*, vol. 25, No. 2, pp. 211-228.

Lloyd, Cynthia, and Barbara Mensch (1999). Implications of formal schooling for girls' transitions to adulthood in developing countries. In *Critical Perspectives on Schooling and Fertility in the Developing World*, Caroline H. Bledsoe and others, eds. Washington, D.C.: National Academy Press.

Magun, V. S. (1998). *Revolution of Aspirations and Changing of Youth Life Strategies*. Moscow: Institute of Sociology of the Russian Academy of Sciences.

McCauley, Ann P., and Cynthia Salter (1995). Meeting the needs of young adults. *Population Reports, Series J*, No. 41. Baltimore, Maryland: Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program.

McDonald, P. (1994). Marriage, family formation, living arrangements and household composition in low fertility countries. In *Low Fertility in East and Southeast Asia: Issues and Policies*. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs, pp. 61-89.

McFarlane, Carmen P., Jay S. Friedman and Leo Morris (1994). *Contraceptive Prevalence Survey, Jamaica, 1993: Executive Summary, Main Findings of the Survey*. Atlanta, Georgia: United States Department of Health and Human Services.

Mensch, Barbara S., Judith Bruce and Margaret E. Greene (1998). *The Uncharted Passage: Girls' Adolescence in the Developing World*. New York: The Population Council.

Morabia, Alfredo, and Michael C. Costanza (1998). International variability in ages at menarche, first live birth, and menopause. *American Journal of Epidemiology* (Baltimore, Maryland), vol. 148, No. 12 (December), pp. 1195-1205.

Obasi, A., and others (1999). Antibody to herpes simplex virus type 2 as a marker of sexual risk behaviour in rural Tanzania. *Journal of Infectious Diseases*, vol. 179, No. 1, pp. 16-24.

Popov, Andrej A., Adriaan Ph .Visser and Evert Ketting (1993). Contraceptive knowledge, attitudes and practices in Russia during the 1980s. *Studies in Family Planning* (New York), vol. 24, No. 4 (July/August), pp. 227-240 .

Population Reference Bureau (2001). *The World's Youth 2000*. Washington, D.C.: Population Reference Bureau.

Quilodrán, Julieta (1999). Quand l'union libre n'est pas un phénomène nouveau. *Cahiers Québécois de Démographie* (Montreal), vol. 28, No. 1-2 (spring/fall), pp. 53-80.

Robey, Bryant, John Ross and Indu Bhushan (1996). Meeting unmet need: new strategies. *Population Reports, Series J*, No. 43. Baltimore, Maryland: The Johns Hopkins University.

Ross, John A. (2001). Contraceptive and reproductive health commodity needs to the year 2015: developing world. Paper presented at the Technical Consultation Meeting on Ensuring Essential Health Commodity Security through South-South Collaboration, Kerala, India, 12-15 June.

النقاس، جنيف: منظمة الصحة العالمية. "منع وفيات الأمهات أثناء". Royston, Erica, and Sue Armstrong, eds. (1989)

Rutenberg, N., and J. M. Sullivan (1991). Direct and indirect estimates of maternal mortality from the sisterhood method. In *Proceedings of Demographic and Health Surveys World Conference*, Washington, D.C., 5-7 August 1991, vol. III. Columbia, Maryland: International Research Development Macro International, Inc.

Singh, Susheela, and Deirdre Wulf (1994). Estimated levels of induced abortion in six Latin American countries. *International Family Planning Perspectives* (New York), vol. 20, No. 1.

Singh, Susheela, and Renee Samara (1996). Early marriage among women in developing countries. *International Family Planning Perspectives* (New York), vol. 22, No. 4 (December), pp. 148-157.

Singh, Susheela, and others (1997). Estimating the level of abortion in the Philippines and Bangladesh. *International Family Planning Perspectives* (New York), vol. 23, No. 3 (September), pp. 108-115.

————— (2000) Gender differences in the timing of first intercourse: data from 14 countries. *International Family Planning Perspectives* (New York), vol. 26, No. 1 (December), pp. 21-28.

Thiriart, Marie-Paul. (1999). Les unions libres en Afrique subsaharienne. *Cahiers Québécois de Démographie* (Montreal), vol. 28, No. 1-2 (spring/fall), pp. 81-115.

Thomas, Frédéric, and others (2001). International variability of ages at menarche and menopause: patterns and main determinants. *Human Biology* (Detroit, Michigan), vol. 73, No. 2 (April), pp. 271-290.

الأمم المتحدة (١٩٧٥) - تقرير مؤتمر الأمم المتحدة العالمي للسكان، (١٩٧٤)،  
بوخارست، ١٩-٣٠ آب/أغسطس ١٩٧٤. رقم المبيع E.75.XIII.3.

الأمم المتحدة (١٩٨٤) - تقرير المؤتمر الدولي المعني بالسكان، ١٩٨٤، مكسيكو،  
٦-١٤ آب/أغسطس ١٩٧٤. رقم المبيع A.84.XIII.8 والتصويبات.

(١٩٨٨) - السلوك الإنجابي للمراهقين، المجلد الأول، أدلة من البلدان  
المتقدمة. الدراسات السكانية، العدد ١٠٩. رقم المبيع E.88.XIII.8.

(١٩٨٩) - السلوك الإنجابي للمراهقين، المجلد الثاني، أدلة من البلدان النامية.  
الدراسات السكانية، العدد ١٠٩/Add.1، رقم المبيع E.89.XIII.10.

(١٩٩٠) - أنماط الزواج لأول مرة: توقيتها وشيوعها. رقم المبيع  
E.91.XIII.6.

(١٩٩٥ أ) - تقرير المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، القاهرة، ٥-١٣  
أيلول/سبتمبر ١٩٩٤. رقم المبيع A.95.XIII.18.

(١٩٩٥ ب) - تعليم المرأة وسلوك الخصب: الدلائل الأخيرة المستمدة من  
الاستقصاءات الديمغرافية والصحية. رقم المبيع E.95.XIII.23.

- (١٩٩٦) - تقرير المؤتمر العالمي الرابع المعني بالمرأة، بيجين، ٤-١٥ أيلول/سبتمبر ١٩٩٥. رقم المبيع A.96.IV.13.
- (١٩٩٨) - رصد سكان العالم ١٩٩٦: جوانب منتقاة من الحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية. رقم المبيع A.97.XIII.5.
- (١٩٩٩) - استعراض وتقييم التقدم المحرز في تحقيق أهداف وغايات برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية: تقرير عام ١٩٩٩. رقم المبيع A.99.XIII.16.
- (١٩٩٩ ب) - المنتدى الدولي المعني بالاستعراض والتقييم العمليين لتنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية: مذكرة من الأمين العام تحيل تقرير المنتدى: E/CN.9/1999/PC/3.
- (٢٠٠٠ أ) - المستويات والاتجاهات السائدة في استعمال وسائل منع الحمل حسب تقييمها في عام ١٩٩٨. رقم المبيع E.01.XIII.4.
- (٢٠٠٠ ب) - رصد سكان العالم، ٢٠٠٠: السكان ونوع الجنس والتنمية: ESA/P/WP.159.
- (٢٠٠٠ ج) - نساء العالم في عام ٢٠٠٠: اتجاهات وإحصاءات. إحصاءات ومؤشرات اجتماعية، العدد ١٦. رقم المبيع E.00.XVII.14.
- (٢٠٠١ أ) - التوقعات السكانية في العالم: تنقيح عام ٢٠٠٠، المجلد الأول، جداول شاملة. رقم المبيع E.01.XIII.8.
- (٢٠٠١ ب) - السياسات المتعلقة بالإجهاض: استعراض شامل، المجلد الأول، من أفغانستان إلى فرنسا. رقم المبيع E.01.XIII.10.
- (٢٠٠١ ج) - السياسات المتعلقة بالإجهاض: استعراض شامل، المجلد الثاني، من غابون إلى النرويج. رقم المبيع E.01.XIII.18.
- (٢٠٠٢) - رصد سكان العالم لعام ٢٠٠٢: الحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية: ESA/P/WP.171.



(مرتقبة) - السياسات المتعلقة بالإجهاض: استعراض شامل، المجلد الثالث، من عُمان إلى زمبابوي.

(١٩٩٨) - نهج الصحة العامة إزاء مكافحة الأمراض المعدية المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي: تقرير تقني مستكمل لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية ومتلازمة نقص المناعة المكتسب، جنيف، أيار/مايو.

(٢٠٠٠) - تقرير عن وباء فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب في العالم، حزيران/يونيه ٢٠٠٠. جنيف.

(٢٠٠١) - نشرة آخر أخبار وباء الإيدز: كانون الأول/ديسمبر ٢٠٠١. جنيف.

منظمة الأمم المتحدة للطفولة (١٩٩٩) - النساء في مرحلة الانتقال. مشروع اليونسيف للرصد الإقليمي لأوروبا الشرقية والوسطى/رابطة الدول المستقلة/ دول البلطيق. تقرير الرصد الإقليمي، العدد ٦. فلورنسا، إيطاليا: مركز اليونسيف الدولي لنماء الطفل.

(٢٠٠٠) - حالة الأطفال في العالم، ٢٠٠٠. نيويورك. رقم المبيع E.00/XX.1

(٢٠٠١) - الزواج المبكر: أزواج أطفال. Innocenti Digest، العدد ٧. فلورنسا، إيطاليا: اليونسيف ومركز إينوسنتي للأبحاث.

صندوق الأمم المتحدة للسكان (٢٠٠١) - مسائل سكانية: مجموعة مواد إعلامية، ٢٠٠١، نيويورك.

Valleroy, L. A., and others (2000). HIV prevalence and associated risks in young men who have sex with men. Journal of the American Medical Association, vol. 284, No. 2 (12 July), pp. 198-204.

Van de Kaa, D. J. (1999). Europe and its population: the long view. In European Populations: Unity in Diversity, European Studies in Population, vol. 6: European Population Conference, vol. 1, D. Van de Kaa, and others, eds. Dordrecht, Netherlands: Kluwer Academic Publishers, pp.1-49.

Webb, Douglas (2000). Attitudes to "Kaponya Mafumo": the terminators of pregnancy in urban Zambia. Health Policy and Planning (Oxford), vol. 15, No. 2.

Westoff, Charles F., and Akinrinola Bankole (1995). Unmet Need: 1990-1994. Demographic and Health Surveys Comparative Studies, No. 16. Calverton, Maryland: Macro International, Inc.

البنك الدولي (١٩٩٣) - تقرير عن التنمية في العالم، ١٩٩٣: الاستثمار في الصحة. نيويورك: مطبعة جامعة أو كسفورد.

منظمة الصحة العالمية (١٩٨٦) - صحة الشباب: تحد للمجتمع. تقرير فريق الدراسة التابع لمنظمة الصحة العالمية عن الشباب و"توفير الصحة للجميع بحلول عام ٢٠٠٠". سلسلة التقارير الفنية لمنظمة الصحة العالمية، العدد ٧٣١. جنيف.

(١٩٨٧). دراسة معدلات وفيات الأمهات أثناء النفاس في البلدان النامية: دليل. جنيف. WHO/FHE/87.7.

(١٩٩١) - عدم الخصوبة: جدولة البيانات المتوفرة عن انتشار عدم الخصوبة الأساسية والثانوية WHO/MCM/91.9.

(١٩٩٢) - منع الإجهاض غير المأمون وإدارته، تقرير الفريق العامل التقني، جنيف، (نيسان/أبريل). WHO/MSM/92.5.

(١٩٩٢ ب) - التصنيف الإحصائي الدولي للأمراض والمشاكل الصحية المتصلة بها: التنقيح العاشر. جنيف.

(١٩٩٨) - الإجهاض غير المأمون. التقديرات العالمية والإقليمية لحالات الإجهاض غير المأمون ومعدلات الوفيات الناجمة عنه مع قائمة بالبيانات القطرية المتوفرة، الطبعة الثالثة، جنيف، (تموز/يوليه). WHO/RHT/MSM/97.16.

(١٩٩٩) - تقليل وفيات الأمهات أثناء النفاس: بيان مشترك صادر عن منظمة الصحة العالمية وصندوق الأمم المتحدة للسكان واليونيسيف والبنك الدولي. جنيف.

(٢٠٠٠ أ) - الختان. صحيفة وقائع لمنظمة الصحة العالمية، العدد ٢٤١.

(٢٠٠٠ ب) - منع الحمل في حالات الطوارئ، صحيفة وقائع لمنظمة الصحة العالمية، العدد ٢٤٤.

(٢٠٠١ أ) - العلاقات الجنسية بين الشباب في البلدان النامية: أدلة من دراسات حالة أجرتها منظمة الصحة العالمية. جنيف. WHO/RHR/01.08.

(٢٠٠١ ب) - مبادئ توجيهية للتصدي للأمراض المعدية المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي. جنيف.

منظمة الصحة العالمية/برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (١٩٩٧). الأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي: سياسات ومبادئ الوقاية والرعاية. جنيف.

Wyshak, G., and R. Frisch (1982). Evidence for a secular trend in age at menarche. The New England Journal of Medicine (Boston), vol. 306, No. 17 (April), pp. 1033-1035.

Xenos, Peter, and others (2001). The timing of union formation and sexual onset: Asian evidence from Young Adult Reproductive Health Surveys. East-West Center Working Paper, No. 108-4, (September). Population Series. Honolulu: Hawaii.

Zabin, Laurie, and Karungari Kiragu (1998). The health consequences of adolescent sexuality and fertility behaviour in Sub-Saharan Africa. Studies in Family Planning (New York), vol. 29, No. 2 (June), pp. 210-232