



صندوق الأمم المتحدة للسكان



اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا

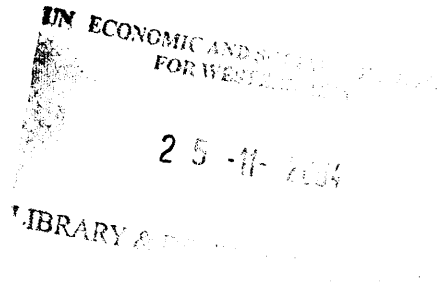


جامعة الدول العربية

Distr.
LIMITED

E/ESCWA/SDD/2004/WG.1/12
11 November 2004
ORIGINAL: ARABIC

المنتدى الإقليمي العربي للسكان
بيروت، ١٩-٢١ تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠٠٤



التقدم المحرز نحو تحقيق أهداف برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في المنطقة العربية

إعداد
عبد العزيز فرح
مارتين نجم كتيبي
عبد الله الزعبي

ملاحظة: طبعت هذه الوثيقة بالشكل الذي قدمت به ودون تحرير رسمي. والآراء الواردة فيها هي آراء المؤلف وليست، بالضرورة، آراء الإسكوا.

04-0545

إن معدّي هذه الورقة يتقدّمون بالشكر والتقدير لكل من ساهم في التحضير لهذه الدراسة.
ويخصّون بالذكر:

إن الآراء الواردة في هذه الدراسة لا تعكس بالضرورة وجهة نظر المؤسسات التي ينتمي إليها معدّو هذه الورقة

التقدّم المحرز نحو تحقيق أهداف برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في المنطقة العربية

مقدّمة

تدنو الذكرى العشرية الأولى للمؤتمر الدولي للسكان والتنمية (القاهرة ١٩٩٤) والشعوب العربية وحكوماتها أكثر توقاً إلى التمتع بفضائل التنمية المستدامة والعدالة والمتوازنة، وتتطلع إلى النفاذ لعالمٍ يخلو من القلق المتزايد من التفاعل السالب بين النمو المفرط لأعداد السكان واحتياجاتهم، وتردّي البيئة وضمور مواردها، وانتشار الوبائيات وتحديات العولمة والنظام العالمي الجديد.

ومع إطلالة العقد الثاني لمؤتمر القاهرة والمصادقة على برنامج العمل الدولي الصادر عنه من قبل حكومات ومنظمات المجتمع المدني، يبدو لزاماً العودة إلى الوراء لمتابعة إيقاعات التقدّم العربي نحو تحقيق مبادئ وأهداف ذلك البرنامج، وما اقترنت به من غايات صادرة عن المؤتمرات الدولية الأخرى، وبالذات غايات الألفية الثالثة التي تم اعتمادها من قبل ١٨٩ دولة بينها الدول العربية، في سبتمبر ٢٠٠٠ في نيويورك.

تهدف هذه الدراسة إلى:

أولاً: استعراض الإنجازات العربية المحققة في إطار تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في المجالات التالية: السكان والفقر والتنمية المستدامة، المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة، الصحة الإنجابية والحقوق الإنجابية، الصحة الإنجابية والشباب والمراهقين، نقص المناعة البشرية ومرض الإيدز، الدعوة لتغيير أنماط السلوك، الشراكة والموارد.

ثانياً: تحديد العوائق والصعوبات أمام تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية.

ثالثاً: استخلاص الدروس المستفادة من تجارب الدول العربية بغية تحسين عناصر البيئة الداعمة لتنفيذ برنامج العمل المذكور، بما في ذلك الموارد المالية والفنية وتوسيع قاعدة الشراكة والدعوة المبنية على البراهين الملموسة

تعتمد الورقة على عرض وتحليل البيانات التي جمعت بواسطة الاستبيان الميداني الذي استوفت بياناته ١٧ دولة عربية من أصل ٢٢ دولة أرسلت لها الاستبيانات^١. ويهدف الاستبيان الى الحصول بالمعلومات الخاصة بمواقف حكوماتها تجاه قضايا السكان والنوع الاجتماعي والصحة الإنجابية والتنمية وطبيعة السياسات والبرامج الخاصة بها. بالإضافة الى ذلك، سوف تعتمد طروحاتها واستنتاجاتها على المؤشرات المتوافرة حول المعطيات والمتغيرات السكانية والاجتماعية الدالة على مستويات تحقيق أهداف السياسات والبرامج السكانية الوطنية خلال العقد الماضي. وبالاعتماد على هذين المصدرين سيتم شرح مدى تحقيق الأهداف الوطنية للسكان والتنمية وفق تصورات برنامج العمل الدولي لمؤتمر السكان والتنمية والمؤتمرات الدولية والإقليمية المعنية، بما فيها مؤتمر الألفية الثالثة للتنمية.

يجب التنويه الى أن المسودة الأولى لهذه الورقة عُرضت على اللقاء البرلماني العربي الرابع للسكان والتنمية بالرباط في ديسمبر ٢٠٠٣، وقد كان لها صدى إيجابياً على مجريات الحوارات والمقررات الصادرة في إعلان الرباط حول السكان والتنمية في الوطن العربي. ومنذ ذلك الحين، وبناءً على ملاحظات المشاركين في ذلك اللقاء، تم تطوير فرضيات ومعطيات ومضامين واستنتاجات الدراسة لتظهر في صيغتها النهائية في هذه الورقة.

^١الدول الخمسة التي لم تستوف الاستبيان في الوقت المحدد هي: العراق وليبيا والكويت والإمارات العربية المتحدة وقطر

التحولات البارزة في أعقاب مؤتمر القاهرة

انعقد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية لعام ١٩٩٤ في القاهرة في مرحلة حاسمة من تاريخ المنطقة، حيث كانت المجتمعات العربية تنوء تحت وابل الأزمات الاقتصادية والاجتماعية والبيئية والنفسية الناجمة عن حرب الخليج، وعن التغيرات المفاجئة في العلاقات الدولية والإقليمية إثر انهيار النظم الاشتراكية وانتهاء الحرب الباردة. وقد شاركت دول المنطقة بوفودها الحكومية وغير الحكومية في هذا المؤتمر وفي المؤتمر الإقليمي للتحضير له في عمان ١٩٩٣ وهي أكثر حاجة لإيجاد إطار مرجعي دولي وإقليمي جامع تركز عليه الجهود الوطنية عند صياغة وتغيير السياسات والبرامج القطرية الخاصة بالسكان والتنمية.

وانطلاقاً من أهداف ومضامين برنامج العمل، أصبحت الدول العربية أكثر إدراكاً لأهمية اعتماد السياسات السكانية كوسيلة علمية وعملية لتحقيق رفاهية الفرد والمجتمع. وعضواً عن التقيد بالسياسات ذات الأهداف الديموغرافية الكمية البحتة وبرامجها المستقلة والرأسية، برزت قناعة متقدمة بجعلها أكثر حساسية لقضايا الناس وخيارات الأسر والأفراد، وأكثر تجاوباً مع حقوقهم المتساوية والعادلة.

وفي هذا السياق، بدأت الحكومات العربية تعتبر الإنفاق على الصحة والتعليم والتدريب وتنمية المهارات استثماراً حقيقياً في تكوين رأس المال البشري، وعاملاً لا غنى عنه في استدامة التنمية الاقتصادية والاجتماعية. وقد تعمق هذا التوجه مع انبثاق روح المشاركة المجتمعية ويزوغ منظمات أهلية وجمعيات خيرية وإنشاء مؤسسات المجتمع المدني وتفاعلها الإيجابي مع حقوق الأفراد والمجتمعات وفق أهداف مؤتمر القاهرة وغايات الألفية الثالثة.

وفي مجال العمالة والاستخدام، بدأ واضعو السياسات في شتى أنحاء العالم العربي البحث عن استراتيجيات إنمائية تجمع بين النمو الاقتصادي وإتاحة المزيد من فرص العمل. وتشير الدلائل إلى أن الحكومات العربية، حتى في الدول الأقل نمواً، بدأت تنفق بسخاء على تعليم العاملين وتدريبهم، وفتح أسواق جديدة للعمل، ودعم المشاريع صغيرة النطاق والعمالة غير الموسمية، من أجل توسيع فرص الاستخدام وديمومتها في إطار تنمية الموارد البشرية.

وضمن تحسين المناخ المؤسسي والتنسيقي للسياسات والبرامج السكانية والتنمية، وبغرض إدماج المتغيرات السكانية في التنمية المستدامة، سعت غالبية الدول العربية إلى تأسيس مجالس أو لجان وطنية للسكان أو دوائر ملحقة بجهات تنفيذية أو تشريعية ذات مهام مماثلة. إضافة إلى الترويج الواسع للسياسات السكانية، وتنسيق الجهود الرسمية والأهلية على كل المستويات، بدأت هذه الجهات بإرساء الأسس الكفيلة لإجراء الدراسات المتعمقة بمحدّات الإشكالات السكانية ومؤثراتها، ووضع التدابير المنطقية لاستنباط أهداف السياسات السكانية ومضامينها¹.

في الوقت ذاته، سعت دول المنطقة إلى إجراء إصلاحات إدارية في القطاع العام، وإزالة الحواجز القانونية والنظم المقيدة للفعالية الإنتاجية للسلع، وتأمين انتشار الخدمات ذات النوعية الجيدة. كما عملت على الانفتاح نحو تحريك المبادرات الفردية والمجتمعية، ونحو المشاركة في الحياة الاقتصادية والسياسية، واتباع سياسات التحرير الاقتصادي والخصخصة، والتحول إلى نظم اقتصادية السوق وإلى المشاركة والاستفادة من ثورة المعلومات والوسائط الإعلامية. وقد حظي هذا الإدماج بدرجة عالية من الالتزام السياسي وبتأييد شعبي عريض متناغم مع روح المؤتمرات الدولية الأخيرة للأمم المتحدة (في القاهرة عام ١٩٩٤، وفي كوبنهاجن عام ١٩٩٥، وفي بيكين عام ١٩٩٥، ومؤتمر الألفية ٢٠٠٠).

كما تطورت نسبياً البيئة المعلوماتية والبحثية لدراسة آثار المتغيرات السكانية على عوامل الاقتصاد الكلي ونتائجها على أنماط الإنتاج والاستهلاك وانعكاساتها على الموارد الطبيعية وعلى استقرار صلاتها مع الخدمات التعليمية والصحية. إضافة إلى ذلك، تحسنت القدرات الفنية والتقنية لدى الوزارات والمؤسسات الرسمية والأكاديمية والأهلية والخاصة لتعزيز الآليات المؤسسية والتخطيطية المطلوبة لضمان معالجة العوامل السكانية في إطار اتخاذ القرارات والعمليات الإدارية ذات الصلة بالسياسات والبرامج السكانية والإنمائية².

وعلى الرغم من تلك التحولات الإيجابية، واجهت المنطقة العربية تحديات كبيرة ساهمت في تأخير سعيها إلى بلوغ أهداف سياساتها واستراتيجياتها الوطنية وفي تجاوبها مع أهداف برنامج

¹ اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا وصندوق الأمم المتحدة للسكان. ملاح السياسات السكانية في الدول العربية. ٢٠٠٣

² فاعور، علي. التنمية البشرية في المنطقة العربية على ضوء التحديات الاجتماعية والاقتصادية. المركز الديموغرافي في القاهرة،

عمل مؤتمر القاهرة وغايات الألفية الثالثة. وقد ظلّت انعكاسات التحول الديموغرافي البطيء والركود الاقتصادي ومضاعفات العولمة عاملاً مناصراً لتأخير التقدّم نحو تحقيق تلك الأهداف والغايات وعلى المنوال الذي ستتضح معاملته ضمن التحليلات الواردة في هذه الورقة وفي الأوراق الأخرى المقدّمة في المنتدى العربي للسكان ٢٠٠٤.

رؤية عامة حول تنفيذ برنامج عمل مؤتمر القاهرة

١ - السكان والفقير والتنمية المستدامة

الأهداف

يدعو برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية جميع الدول والحكومات إلى إدماج الاهتمامات السكانية في الاستراتيجيات الإنمائية والتخطيط وعملية اتخاذ القرارات وتخصيص الموارد على جميع المستويات وفي جميع المناطق بهدف تلبية احتياجات الأجيال الحالية والمقبلة وتحسين نوعية حياتها. كما يدعو إلى إدماج الاهتمامات السكانية في جميع جوانب التخطيط الإنمائي من أجل تعزيز العدالة الاجتماعية والقضاء على الفقر عن طريق النمو الاقتصادي المطرد في سياق التنمية المستدامة.

ويؤكد أيضاً هذا البرنامج على ضرورة رفع مستوى نوعية الحياة لجميع السكان عن طريق الأخذ بسياسات وبرامج سكانية وإنمائية مناسبة ترمي إلى اجتثاث الفقر وتحقيق النمو الاقتصادي المطرد في سياق التنمية المستدامة والأنماط المستدامة للاستهلاك والإنتاج وتنمية الموارد البشرية وضمان جميع حقوق الإنسان بما في ذلك الحق في التنمية.

التدابير المتخذة

كانت الدول العربية، إلى فترة ليست ببعيدة، تتناول قضايا السكان بشكل منعزل ومستقل عن خطط التنمية الاجتماعية والاقتصادية وبعيداً من آليات اتخاذ القرارات التشريعية والسياسية. وقد نجمت عن هذا الفصل آثار ساهمت في تعميق الهوة بين الهدفين المتمثلين بتحسين نوعية حياة الإنسان وتخفيف حدة الفقر من جهة، والنمو الاقتصادي والإنتاج المادي من جهة أخرى.

ولسدّ هذه الهوة، بدأت دول المنطقة تسعى نحو اتخاذ تدابير وبدرجات متباينة، لإدماج قضايا السكان في سياساتها وخططها واستراتيجياتها الوطنية أو القطاعية.

بالإشارة الى الجدول رقم 1 ، فإن ٩ دول عربية اتخذت إجراءات متنوعة تشتمل على تغيير السياسات والخطط والبرامج والاستراتيجيات والقوانين والتشريعات، وعلى تطوير البيانات السكانية والإعلام والدعوة بهدف إدماج قضايا السكان فيها. وذلك مقارنةً مع ٨ دول كان سجلها في هذا الشأن متواضعاً. ومن الملاحظ أن مدى تبني الدول العربية لتلك التدابير لم يتأثر بالمستوى الاقتصادي للدول مقاساً بدخل الفرد السنوي.

كما يبين هذا الجدول أن ٨ دول، من أصل ١٦ دولة أدلت بالبيانات، أولت اهتماماً قوياً لإدماج التفاعل بين السكان والفقير في الاستراتيجيات الوطنية للتخفيف من الفقر المتضمن مثلاً علاقة الفقر بالخصوبة والنمو السكاني، والهجرة وتمكين المرأة. ويبدو أن هذه التدابير أكثر بروزاً لدى الدول التي يقل دخل الفرد السنوي فيها عن ٦٠٠٠ دولار أميركي.

علاوةً على ذلك، يصنّف الجدول المذكور الدول حسب ما انتهجته من استراتيجيات وقوانين وسياسات وغيرها لمراعاة العلاقة الديناميكية بين عناصر السكان والبيئة. فتبين أن ٩ دول اتخذت خطوات متعددة في هذا المجال، بينما لوحظت إجراءات أقل تنوعاً لدى كل من السودان، جيبوتي، فلسطين، سوريا، لبنان، الجزائر وتونس.

أما في ما يتعلق بتأمين شروط الحد الأدنى لمستويات المعيشة لكبار السن، أو تصميم وتنفيذ برامج واستراتيجيات وسياسات خاصة لحمايتهم، أو تفعيل المجتمع المدني لزيادة الاهتمام بهم، أو تطوير قواعد البيانات والمؤشرات عن حياتهم، فقد قامت ٦ دول باتخاذ مبادرات نشطة وهي السودان، سوريا، مصر، المغرب، الأردن، ولبنان. واللافت هنا أن الدول التي يزيد دخل الفرد السنوي فيها عن ٦٠٠٠ دولار أميركي لم تقم إلا بمبادرات محدودة تجاه كبار السن.

ويبدو من معطيات الجدول ١ أن ٨ دول عربية تبنت سياسات أو برامج صريحة للتأثير في تيارات الهجرة الداخلية بما في ذلك تبني خطط للهجرة، وإنشاء مؤسسات لها، وتأمين الدعم والخدمات للسكان النازحين (المهجرين) داخلياً وغيرها. أما في ما يخص الهجرة الدولية، فإن ١٠ دول عربية تبنت سياسات أو برامج صريحة بما في ذلك تبني سياسات أو قوانين أو تشريعات تنظم الهجرة، أو سن قوانين لمنع الاتجار الدولي بالمهاجرين، أو توسيع التشبيك بين الحكومات حول الهجرة، أو التعاون بين المؤسسات في مجال الهجرة، أو تنفيذ الاتفاقيات حول اللاجئين، أو تفعيل الإعلام والتثقيف والاتصال حول حقوق المهاجرين. فيما قامت ٨ دول أخرى باعتماد

برامج وسياسات أقل صراحةً في مجال الهجرة الداخلية و ٧ دول في مجال الهجرة الدولية. والجدير ذكره أن هذه النتائج أتت بمعزل عن دخل الفرد السنوي في كل دولة في ما يخص الهجرة الداخلية.

وبالنسبة الى التدابير المتعلقة بالصحة الإنجابية لقاطني المناطق العشوائية، فقد اتخذت، وبحسب الجدول ذاته، ٧ دول - حيث دخل الفرد السنوي دون ٦٠٠٠ دولار أميركي - تدابير أكثر تنوعاً مقارنة مع ١٠ دول أخرى، من بينها ٥ دول يفوق فيها دخل الفرد السنوي ٦٠٠٠ دولار أميركي. وتشمل مثل هذه التدابير، تأمين خدمات تنظيم الأسرة وخدمات الصحة الإنجابية، وخدمات الإعلام والتثقيف والاتصال وتدريب مقدّمي خدمات الصحة الإنجابية وخدمات الصحة العامة.

ويشير الجدول أيضاً إلى أن مسألة إدماج العوامل السكانية في التخطيط اللامركزي وعلى المستويات المحلية قد تجسدت إلى حد ما في ٩ دول، وبشكل متواضع في ٧ دول. ويقضي هذا بإدماج العوامل السكانية في الخطط الاقتصادية والاجتماعية والبيئية المحلية، وإنشاء هياكل محلية، وتحسيس القادة المحليين حول أهمية ذلك.

أما في ما يتعلّق بتطور القدرات الوطنية في مجال المعلومات والبحوث السكانية، فتشير الدلائل الى تحسّن نسبي ملموس وبالذات في الدراسات الرامية الى إظهار الصلات بين المتغيرات السكانية وعوامل الاقتصاد الكلي ومؤثراتها على نمط الإنتاج والاستهلاك وعلى الموارد الطبيعية وعلى استقرار انعكاساتها على الخدمات التعليمية والصحية. إضافة إلى ذلك، تحسنت القدرات الفنية والتقنية لدى المؤسسات الرسمية وغير الرسمية والأكاديمية لتعزيز الآليات المؤسسية والتخطيطية المطلوبة. ولتعليل ذلك، فإن البيانات الواردة في الجدول تشير الى أن ١٤ دولة عملت على إنشاء قواعد بيانات أو نظم معلومات وطنية، وجمع البيانات وتحليلها، وتدريب العاملين في إدارة البيانات واستخداماتها. بالإضافة إلى أن ١٢ دولة اتخذت تدابير مهمة لتفعيل البحوث السكانية من خلال تنفيذ عمليات استشارية، وإجراء البحوث والمسوحات وإصدار التقارير، وتوفير التمويل الحكومي للبعثات، وتأمين الدعم الفني للمؤسسات الوطنية وإيجاد الظروف المشجعة لذلك في الدوائر الإحصائية أو في المجالس الوطنية للسكان أو في أية آليات وطنية أخرى.

وبخصوص رصد وتقويم الأهداف الوطنية والدولية للسكان والتنمية، فإن ٦ دول أتاحت ظروفًا مشجعة لاستنباط مؤشرات التتبع لتلك الأهداف، بينما توافرت هذه الظروف لدى ١١ دولة بغرض إيجاد مؤشرات التتبع لأهداف الألفية الثالثة.

تحليل الواقع والمنظور المستقبلي

على الرغم من محاولات دول المنطقة لدمج عوامل السكان في مخططات التنمية، يلاحظ أنها لم تنعكس بالدرجة المطلوبة على تغيير مستويات ومحددات النمو السكاني، وخلق التوازن بين السكان والتنمية، وتحسين نوعية حياة السكان، والحد من الفقر.

تشير الدلائل إلى أنه رغم الانخفاض الحاصل في النمو السكاني في المنطقة، يظل هذا النمو من أعلى المعدلات في العالم، حيث أن عدد سكانها زاد من ١٦٣,٥ مليون نسمة عام ١٩٨٠ إلى ٢٨٤ مليون نسمة عام ٢٠٠٠، أي بمعدل نمو سنوي تقدر بحوالي ٢,٦% خلال الفترة الممتدة من ١٩٨٠ إلى ١٩٩٨ وبحوالي ٢,٣% من ١٩٩٨ حتى الآن. وكما يظهر في الجدول رقم ٨، فإن هذا المعدل يتأرجح ما بين ١,٦% و ٣,٥% في الدول التي تُشكل في مجموعها ٧٥% من سكان العالم العربي وهي مصر والسودان والجزائر والمغرب والسعودية واليمن وسوريا والعراق. ويعود مصدر هذا النمو المرتفع إلى التباطؤ في التحوّل الديموغرافي الناتج، بشكل رئيس، من الانخفاض البطيء في الخصوبة العالية، حيث أن معدلها الكلي يُقارب حالياً ٤,٤ ولادة حية لكل امرأة مقارنة مع ٥,٤ عام ١٩٩٤.

ولهذا السبب ورثت الدول العربية مشاكل التركيب العمري ونسب الإعالة العالية، والنمو المفرط في أعداد النساء في سن الإنجاب^١. وتمثل نسب الإعالة العمرية للصغار (أقل من ١٥ سنة) حوالي ٣٨% من جملة سكان المنطقة عام ٢٠٠٠ مقارنة مع ٤٥% عام ١٩٨٠، ومن المتوقع أن تنخفض إلى حوالي ٣١% عام ٢٠٢٥. كما أن نسب النساء في سن الإنجاب سوف تتزايد بحوالي ٢٨% مع حلول عام ٢٠٢٥. ومن المتوقع أن يرتفع عدد الشباب والمراهقين (١٠-٢٤ من العمر) من ٩٢ مليون عام ٢٠٠٠ إلى ١٢٤ مليون بحلول العام ٢٠٢٥. وإذا ما أدركنا أن هذه الفئة السكانية هي أكثر عرضة لتحديات العصر ومخاطر الأمراض المعدية ومنها الأمراض

^١ UNFPA. Regional Strategy Report for Arab States. 2003. (In progress)

المنقولة جنسياً، ينبغي أن تكون هذه الأرقام وحدها، وإفرازاتها على مستقبل العالم العربي، كافية لتوضيح أن التحديات التي تواجه تنفيذ أهداف برنامج العمل الدولي جسيمة وتتطلب جهوداً استثنائية.

وفي مقابل ذلك، تدل الإسقاطات الى أن عدد المُسنين (٦٠ سنة فأكثر) يتزايد تدريجياً - بشكل يقترن مع وتيرة التحول الديمغرافي العربي - من ١٦ مليون عام ٢٠٠٠ إلى ٤٦ مليون عام ٢٠٢٥ والذي بحلوله سوف تصل نسبة المسنين ما بين ١٠-١٥ % من جملة السكان في سبعة دول وهي الجزائر ومصر والكويت ولبنان وليبيا والمغرب وتونس، بينما ستتجاوز هذه النسبة العشرين في المئة في كل من البحرين وقطر والإمارات^١.

بالإضافة إلى ذلك، فقد تصاحب النمو السكاني السريع مع هجرة سكانية كثيفة بين المناطق والأقطار في المنطقة حيث اتخذت الهجرة الداخلية شكل النزوح من الريف نحو المدن بحثاً عن العمل والخدمات التعليمية والصحية والثقافية، الأمر الذي ساهم في ارتفاع نسبة التحضر في المنطقة العربية من ٣١% عام ١٩٦٠ إلى ٥٢% عام ١٩٩٤ ثم إلى ٥٦% عام ٢٠٠٠. ومن المتوقع أن تصل هذه النسبة إلى ٦٦% عام ٢٠١٥. وسجلت المناطق الحضرية معدل نمو لسكانها بلغ ٤,٢% في الفترة ١٩٦٠-١٩٩٧. وتشير بعض الدراسات إلى وجود اختلافات واضحة في هذا الشأن حيث بلغت نسبة التحضر عام ١٩٩٨ إلى ٩٨% في الكويت، و٩١% في كل من قطر والبحرين، و٨٧% في لبنان، بينما انخفضت في اليمن إلى ٢٥% وفي السودان إلى ٢٧%. ومن المعلوم أن مثل هذا النمو الحضري السريع لا يخلو من مشاكل الاكتظاظ السكاني في المدن وما يرتبط بها من توسع عشوائي بالإضافة إلى التلوث وتردي البيئة وانتشار الأوبئة والضغط على مصادر المياه وانتشار الفقر وغيرها من الاشكالات^٢.

وإذا ما أخذنا في الاعتبار هجرة العمالة إلى المنطقة العربية، نلاحظ أن تياراتها - رغم انخفاض وتأثرها - ما زالت عارمة ومؤثرة على التركيبة السكانية وعلى عادات المنطقة وثقافتها. فقد بلغ عدد العاملين المهاجرين في منطقة الخليج في منتصف الثمانينات حوالي ٤ ملايين نسمة، وفي

^١ ESCWA. Ageing in the Arab Countries: Regional Variations, Policies and Programmes. 2004.

^٢ فرح ويشوعي. السياسات السكانية واستراتيجيات التنمية في إطار الاقتصاد الكلي في الدول العربية. ١٩٩٨.

بداية التسعينات حوالي ٥,٢ مليون نسمة، وأن حوالي ٤٨ % منهم كانوا من غير الجنسيات العربية. وقد شكلت هذه المجموعات غير الخليجية حوالي ثلثي سكانها عام ١٩٩٠.^١ وفي الوقت ذاته، يُلاحظ حدوث تراجع في معدلات النمو الاقتصادية وانكماش في معدلات الزيادة في دخل الفرد السنوي. وتشير المعلومات المتوافرة الى أن متوسط النمو الحقيقي للنتائج الإجمالي القومي خلال الفترة ١٩٧٥ - ١٩٨٠ قد تجاوز ٣,٣%، بينما تراجع هذا المتوسط بنسبة سالبة بلغت حوالي (-٠,٠٢) في السنة خلال الفترة ١٩٨٠-١٩٩٠، ولم تلحظ المنطقة العربية خلال التسعينات أكثر من (٠,٠٧) لمعدل الزيادة السنوية لمجموع الناتج القومي الإجمالي^٢.

ونتيجة للتراجع في وتيرة تقدم الاقتصاد ولمعدلات الزيادة السكانية العالية، وارتفاع نسبة الأمية بين الكبار وبالذات الإناث، وارتفاع معدلات التسرب في التعليم وخاصة بين الفتيات والمجموعات الريفية، ووقوع النزاعات السياسية وتبعات الحروب في المنطقة، والتزايد في نسب البطالة وبالذات بين النساء والشباب، انتشر الفقر على نطاق واسع في دول المنطقة العربية، حيث أن عدد الفقراء فيها قد تزايد من ٦٢ مليون^٣ إلى ١٤٥ مليون نسمة^٤، أي ما يعادل ٢٢% - ٥٢ % من جملة السكان بحسب اعتماد الدولار الواحد أو دولارين كمتوسط دخل الفرد اليومي على التوالي. وتتزايد هذه النسب في الدول ذات الوزن السكاني الكبير، وترتفع حدتها وسط النساء والشباب والمسنين وسكان الريف^٥.

يظل الافتراض المرتكز على ديمومة الاقتران بين النمو الاقتصادي وإزالة الفقر افتراضاً زائفاً وخطيراً. زائف، لأنّ النمو الاقتصادي وحده لا يعكس الجوهر الحقيقي للتنمية البشرية، ألا وهو توسيع خيارات الناس في العيش المزدهر والتمتع بالصحة الجيدة والحياة الممتدة، وفي التعلّم والتمتع بمستوى معيشة لائق، وبالحرية، والكرامة، واحترام الذات والغير. والفقر هو الوجه السالب لتلك الخيارات. فإن عدم أخذ هذه الاعتبارات في السياسات السكانية والإنمائية الكلية هو تكريس للأضرار الاجتماعية التي قد تسببها أوجه التكيّف المتخذة لتيسير عملية النمو الاقتصادي، ولا سيّما تلك التي تقع على كاهل الفقراء.

^١ UNFPA. Regional Strategy Report for Arab States. 2003. (In progress)

^٢ فرح ويشوعي. السياسات السكانية واستراتيجيات التنمية في إطار الاقتصاد الكلي في الدول العربية. ١٩٩٨

^٣ حسب تعريف البنك الدولي لمتوسط دخل الفرد بالدولار الواحد في اليوم.

^٤ حسب تعريف البنك الدولي لمتوسط دخل الفرد بالدولارين إلى الخمسة دولارات في اليوم.

^٥ UNFPA. Regional Strategy Report for Arab States. 2003. (In progress)

ولجعل النمو الاقتصادي أداة فعالة لإزالة الفقر، يجب أن يكون مزدهراً ومستداماً، ومقروناً بعدالة توزيع عوائده وبزيادة الأجور والإنتاجية للفقراء وذوي الدخل المحدود والمجموعات المهمشة. كما لا بد من جعل هذا النمو أقل تبذيراً للموارد الطبيعية وأكثر تألفاً مع حقوق الإنسان الأساسية التي تتضمن الحقوق الإنجابية وتنظيم الأسرة وتمكين دور المرأة المتوازن في الإنتاج والإنجاب والشراكة العادلة في كافة مواقع اتخاذ القرار. ومن الضروري أن تشمل السياسات السكانية والإنمائية على أهداف وبرامج ترمي إلى مناصرة الفقراء والتجاوب أكثر مع حقوق الفئات الفقيرة والمهمشة في نيل الخدمات الائتمانية والحوافز المادية لإنشاء المشاريع الخاصة بهم والمدرة للدخل. إضافةً إلى ذلك، عليها أن تحميهم من الأزمات النابعة من التوجه نحو استخدام التكنولوجيات التي لا تتسم بكثافة اليد العاملة فيها، ومن ربط الأسواق المحلية بالأسواق الكونية العملاقة.

٢- المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة

الأهداف

يدعو برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الى تحقيق المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة وتعزيز مشاركتها في الحياة السياسية والاجتماعية و الاقتصادية ومساهمتها في التنمية المستدامة وعمليات صنع القرار في جميع المراحل. وليس هذا هدف بالغ الأهمية بحد ذاته فحسب، بل أيضاً وسيلة لتحقيق أهداف التنمية المستدامة بما فيها استراتيجيات التخفيف من الفقر. كما يدعو الى اتخاذ تدابير قانونية وتشريعية لسد الفجوة بين الجنسين في أوجه الحياة المختلفة والقضاء على كافة أشكال التمييز القائم على أساس النوع الاجتماعي في جميع المراحل والممارسات الضارة الناتجة عنه، بما فيها كل أشكال العنف؛ بالإضافة الى مشاركة الرجل في الحياة الأسرية والمجتمعية، واضطلاعه بمسؤولياته تجاه السلوك المتعلق بالجنس والإنجاب.

ويربط البرنامج ربطاً وثيقاً بين القضاء على التمييز الاجتماعي والثقافي والسياسي ضد المرأة من جهة، والقضاء على الفقر وتعزيز النمو الاقتصادي المطرد من جهة أخرى، وذلك في سياق التنمية المستدامة وضمان توفير خدمات مرتفعة النوعية للصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة وتحقيق التوازن بين السكان والموارد المتاحة.

كما تتضمن غايات الألفية الثالثة للدعوة الى تعزيز المساواة بين الجنسين، وتمكين المرأة، وإزالة التفاوت بين الجنسين في التعليم الابتدائي والثانوي.

التدابير المتخذة

يحظى هذا الميدان بأهمية خاصة في المنطقة العربية، بما لهذه المنطقة من العادات والتقاليد التي غالباً ما أودت بها خارج حلبة الحوار الجاد لقضايا المرأة وحقوقها الأساسية والسعي الملتمزم الى إدماج تلك الحقوق في جميع مكونات السياسات السكانية والاستراتيجيات الإنمائية¹.

¹ Heyzer, Noeleen. *Women Are the Key to Development*, in *An Agenda for People* Ed. Nafis Sadik. 2002

ويبين الجدول ٢ تحولاً بارزاً لدى معظم الدول العربية التي شاركت في الاستبيان الميداني لتقويم "العشرية الأولى لبرنامج عمل مؤتمر القاهرة الدولي للسكان والتنمية".

ففي هذا السياق، يبين الجدول المذكور أعلاه أن ١٧ دولة أفادت باتخاذ تدابير تهدف الى حماية حقوق المرأة وحقوق الفتيات، من بينها ١٤ دولة اتخذت أكثر من تدبير واحد. وتتضمن هذه التدابير إنشاء لجان ومجالس وطنية، إجراء إصلاحات دستورية، وضع سياسات للقضاء على التمييز ضد المرأة ولتمكينها، المصادقة على اتفاقيات الأمم المتحدة وتنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، سن قوانين وتشريعات حول حقوق المرأة، وضع وتطوير وتنفيذ خطط عمل وطنية لإدماج النوع الاجتماعي ولتمكين المرأة، وأيضاً تطوير برامج والإعلام والتثقيف والاتصال والدعوة حول النوع الاجتماعي.

أما بالنسبة الى التدابير الخاصة بتمكين المرأة، والتي تضم تدابير لزيادة مشاركة المرأة في الحياة السياسية وتفعيلها، وفي الحكم، والتعليم والتدريب، والفرص الاقتصادية (العمل)، وفي مجال تحسيس الجهات الرسمية حول النوع الاجتماعي، وفي وضع خطط وبرامج واستراتيجيات وقوانين وتشريعات تهدف الى تمكين المرأة، يشير الجدول ٢ الى أن ٣ دول أفادت بأنها اتخذت إجراءات متعددة -وقد تكون نشطة- في هذا المجال بينما ١٤ دولة اتخذت إجراءات محدودة.

في ما يتعلق بالعنف على أساس النوع الاجتماعي، أفادت ١١ دولة أنها اتخذت تدابير قوية تشمل: إنشاء لجان أو مجالس وطنية، أو توفير الخدمات لضحايا العنف على أساس النوع الاجتماعي، أو تطوير برامج والإعلام والتثقيف والاتصال والدعوة، أو تدريب مقدمي الخدمات، أو سن قوانين وتشريعات، بالإضافة الى رصد ومتابعة ضحايا العنف على أساس النوع الاجتماعي. في المقابل، اتخذت ٦ دول تدابير متواضعة من حيث الكم في هذا المجال.

في مجال التعليم، أحرزت ١٤ دولة، بحسب الجدول نفسه، تقدماً ملحوظاً تمثل باتخاذ تدابير تضمن مجانية التعليم الابتدائي أو إلزاميته للفتيان والفتيات، مجانية التعليم الثانوي، تطوير خطط

² Chekir, H and Farah, A. GEEW in the Arab Region: Indicators of Progress and Impediment. 2001

وبرامج واستراتيجيات للمساعدة على تقليل نسب التسرب من الدراسة، زيادة التمويل للمدارس من قبل القطاع الخاص، زيادة الانفاق العام على المدارس، تحفيز الأسر لإرسال أولادهم وبناتهم الى المدرسة، إجراءات الحدّ من التدخّل المعيق لتعليم البنات، تصميم حملات إعلام وتنقيف واتصال ودعوة حول التعليم، ومراجعة المناهج التربوية في ما يخص مراعاة النوع الاجتماعي. وقد أفادت دولتا جزر القمر وموريتانيا أن تقدّمهما في هذا المجال كان محدوداً.

من حيث تضيق الفجوة التعليمية بين الذكور والإناث، اتخذت ٩ دول (فلسطين، اليمن، سوريا، المغرب، لبنان، الجزائر، تونس، عمان، والسعودية) تدابير متعددة في شأنها، مقابل ٦ دول كانت تدابيرها محدودة في هذا المجال. ومن هذه التدابير، زيادة نسبة الإناث للذكور في التعليم الابتدائي والثانوي، وسن قوانين وتشريعات للمساواة في كل مراحل التعليم، وتعزيز دور ومسؤولية الوالدين في تعليم البنات، وإجراءات للحدّ من التدخّل السلبي في تعليم البنات، وتصميم حملات توعية وتنقيف واتصال ودعوة حول المساواة بين الجنسين في التعليم.

وفي ما يخص الجهود المبذولة لغرس قيم الاحترام في أذهان الأبناء تجاه وجهات نظر النساء والفتيات، فإن ٧ دول اتخذت إجراءات متعددة بينما اكتفت ٦ دول باتخاذ تدابير محدودة فقط. وتضم مثل هذه التدابير، الدعوة داخل المؤسسات حول المواقف الإيجابية من المساواة بين الجنسين، ومراجعة وتعديل المناهج والكتب المدرسية، وتصميم حملات توعية وتنقيف واتصال ودعوة حول المساواة بين الجنسين، وتصميم خطط وبرامج توعية حول الصحة الإيجابية للشباب والمراهقين، بالإضافة الى التربية المدنية حول الأدوار الاجتماعية.

كما تشير بيانات الجدول المذكور إلى أن ٨ دول (موريتانيا، سوريا، مصر، المغرب، الأردن، تونس، عمان، السعودية) اتخذت إجراءات متنوعة لتشجيع الرجال لمساندة حقوق المرأة وتمكينها، و ٩ دول اتخذت إجراءات أقل تنوعاً في هذا الصدد. من هذه التدابير، تصميم حملات توعية وتنقيف واتصال ودعوة حول هذا الموضوع، ووضع خطط لتشجيع مشاركة الرجال ومسؤوليتهم في الصحة الإيجابية، وسن قوانين وتشريعات متعلّقة بإجازة الأبوة، ومراجعة وتعديل المناهج والكتب المدرسية بما يراعي النوع الاجتماعي، وترويج وسائل تنظيم الأسرة الخاصة بالرجال، وتطوير تدابير جديدة للقضاء على العنف على أساس النوع الاجتماعي موجهة للرجال.

أما بالنسبة الى التدابير التي تمكّن الرجال من القيام بمسؤولياتهم في ما يتعلّق بصحتهم وصحة زوجاتهم الجنسية والإنجابية، فقد بيّن الجدول نفسه أن ٨ دول اتخذت أكثر من إجراء بينما ٧ دول اتخذت إجراءات أقل عدداً. وتشمل هذه الإجراءات: تفعيل المشورة قبل الزواج، تثقيف الرجال حول صحتهم وصحة زوجاتهم الانجابية، تأمين المعلومات والإعلام والتثقيف والاتصال والدعوة حول الصحة الإنجابية للرجال ومسؤوليتهم، التثقيف حول المهارات الحياتية المتعلقة بالأدوار الاجتماعية وقولبتها، إنشاء عيادات للصحة الإنجابية خاصة بالرجال، ترويج وسائل تنظيم الأسرة الخاصة بالرجال، وغيرها.

تحليل الواقع والمنظور المستقبلي

رغم الالتزام المتزايد من قبل دول المنطقة ومنظماتها المدنية لتحقيق المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة وفق المعاهدات الدولية والتوصيات الصادرة عن المؤتمرات الأممية، يُظهر تحليل الواقع التباطؤ في وتيرة تحقيق ذلك الهدف. وفي الوقت الذي يتزايد فيه عدد الدول التي صادقت على الاتفاقيات الدولية وباشرت بتعديل النصوص القانونية والتشريعية وبإصدار قرارات سياسية في شأن تنمية المرأة ومشاركتها في العمليات الاقتصادية والاجتماعية. تعكس منظومة المؤشرات المتوافرة في هذا الشأن تباطؤاً، وبدرجات متفاوتة، في تقليص فجوة النوع الاجتماعي في الحقوق الأساسية وفي مكونات التمكين الحيوية للمرأة والفتاة العربية.

وباستخدام مؤشر المساواة¹ بين الجنسين يمكننا أن ننبئ ببطء حركة التغيير في وضعية المساواة بين الجنسين في التعليم الأساسي ومحو أمية الكبار في المنطقة. ففي الجدول² رقم ٩ نجد أن قيمة هذا المؤشر تزايدت بالنسبة الى غير الأميين (١٥ سنة فأكثر) بصورة واضحة في أربعة دول عربية فقط خلال التسعينات وهي قطر والكويت والبحرين والإمارات العربية. أما بالنسبة الى بقية الدول (١٤ دولة) فجميعها سجلت أقل من (٠,٩٠) مع بقاء اليمن (٠,٣٧) وموريتانيا والمغرب وجيبوتي أقل من (٠,٦٠) في أسفل القائمة.

¹ مؤشر المساواة بين الجنسين هو نسبة النساء اللاتي لديهن خاصية معينة إلى الرجال الذين لديهم الخاصية نفسها. تتراوح قيمة هذا المؤشر بين "١" عندما تكون المساواة كاملة بين المرأة والرجل و"صفر" عندما تكون اللامساواة مطلقة بينهما.
² فرح، عبد العزيز. مؤشرات التقدم والتراجع لقضايا النوع الاجتماعي في المنطقة العربية. ورقة قُمت في ورشة عمل نظمها اليونيفيم. عمان ٢٠٠٣

وعند استخدام المؤشر نفسه في حالة التعليم الأساسي، نجد أن الصورة تختلف بشكل ملحوظ في دول المنطقة. خلال الفترة ١٩٩٠-٢٠٠٠، زادت قيمة مؤشر المساواة بين الجنسين بالنسبة للتعليم الأساسي عن ٠,٩٠ في ١٥ دولة من أصل ١٨ دولة توافرت فيها البيانات. وكما هو واضح، فإن كلاً من اليمن والمغرب وجيبوتي عكست قيماً متدنية لمؤشرات المساواة بين الجنسين للتعليم الأساسي خلال تلك الفترة.

ورغم الأهمية التي ينالها هذا المؤشر لقياس فجوة النوع الاجتماعي بالنسبة إلى أية خاصية تقع تحت مجهر الاهتمام السياسي أو البرامجي، إلا أنه يعجز عن إظهار المدلول التكويني لمضمون الخاصية. فمثلاً، يمكن أن تتغير قيمة هذا المؤشر نتيجة التقدم السريع النسبي المحرز بواسطة الإناث في التعليم، وقد يكون مردّه أيضاً التردّي النسبي المسجل في سرعة التغير في هذا الشأن من قبل الذكور. ولذا كان لا بد من دراسة الظاهرة باستخدام وسائل أخرى تقترب منهجياً بهذا المؤشر للتحكم بمثل هذه العيوب.

وعليه، يمكن استخدام كل من دليل التنمية البشرية¹ (HDI) ودليل التنمية المرتبط بالنوع الاجتماعي² (GDI) أو مقياس التمكين المرتبط بالنوع الاجتماعي³ (GEM) لترتيب الدول حسب إنجازاتها في مجال تحقيق المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة ومتابعة أدائها النسبي في هذا المجال.

وقد تم التحقق من التقدم الإجمالي والتقدم الخاص بكل دولة بتحديد موقع الدول حسب القيمة المعطاة لها بالنسبة إلى كل من الدليلين، كما هو موضح في الشكل رقم ١ و٢. ويترجم الشكل

¹ إن دليل التنمية البشرية، كما تم تعريفه من قبل برنامج الأمم المتحدة الإنمائي UNDP (١٩٩٧)، يستند إلى ثلاثة مؤشرات وهي: طول العمر المقياس بدليل العمر المتوقع عند الولادة؛ والتحصيل الدراسي المقياس بدليل معدل الأمية بين البالغين (ثُلثي الوزن) إضافة إلى نسب القيد الإجمالية في التعليم الابتدائي والثانوي والعالي معاً (ثُلث الوزن)؛ ومستوى المعيشة المقياس بنصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي (بالدولار حسب تعادل القوة الشرائية) (GDP per capita PPP US\$)

² ينطوي حساب دليل التنمية المرتبط بالنوع الاجتماعي على ثلاث خطوات: أولاً، يُحسب دليل الإناث والذكور من حيث كل بعد من الأبعاد وفقاً لمعادلة موضوعة. ثانياً، يُجمع دليل الإناث والذكور من حيث كل بعد من الأبعاد على نحو يُعاقب الاختلافات في الإنجاز بين الرجل والمرأة ويُحسب الدليل الناتج، المُشار إليه بوصفه الدليل المُوزع بالتساوي، وفقاً لمعادلة مُعطاة، مما يتيح التوصل إلى المتوسط المتساوي لدليلي الإناث والذكور. ثالثاً، يُحسب دليل التنمية المرتبط بالنوع الاجتماعي بالجمع ما بين الأدلة الثلاثة الموزعة بالتساوي في متوسط غير مُرجح.

³ الملاحظات الفنية، تقرير التنمية البشرية ٢٠٠٠

البياني لهذه الدول بصورة تقريبية الاتجاه العام لهذا الأداء في المنطقة العربية على مدى الفترة ١٩٩٤-٢٠٠٠. ويمكن استخلاص بعض الاستنتاجات الهامة الآتية:

- أولاً، رغم أن العديد من الدول سجلت تحسناً في قيمة دليل التنمية البشرية إلا أنها تبتعد بدرجات متفاوتة عن المسار المؤدي لتحقيق المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة. ففي العامين ١٩٩٤ و ٢٠٠٠، كانت قيم دليل التنمية المرتبط بالنوع الاجتماعي أدنى من قيم دليل التنمية البشرية، الأمر الذي يدل على استمرار الممارسات التمييزية ضد المرأة في كل الأقطار في السنوات اللاحقة لمؤتمر القاهرة.
- ثانياً، عند مقارنة درجة الارتباط بين قيم دليل التنمية البشرية ودليل التنمية المرتبط بالنوع الاجتماعي بين الأقطار خلال الفترة الممتدة ما بين ١٩٩٤ و ٢٠٠٠، نلاحظ أن تحسناً واضحاً قد سجل لمصلحة المنطقة وأن دولها صارت أكثر تجانساً في المضي نحو تحسين مركز المرأة والعمل على مبدأ العدالة والمساواة بين الجنسين في الحقوق والواجبات (قيمة مُربع معامل الارتباط للعام ٢٠٠٠ أكبر من قيمته للعام ١٩٩٤).
- ثالثاً، إن الدول ذات القيم المنخفضة لدليل التنمية البشرية ليست بالضرورة هي الأقل تقدماً في تحقيق المساواة بين الجنسين، فالسودان وموريتانيا ومصر لم تُسجل تحسناً في أهداف المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة فحسب بل احتلت أيضاً موقعاً متقدماً في الإطار الإقليمي العربي ومقارنة بدوله الأكثر غنى.
- رابعاً، تجدر الإشارة هنا إلى أن مظاهر اللامساواة بين الجنسين هي مقترنة بشكل كبير بإخفاق الدول في تحقيق إنجاز فيما يخص أهداف الصحة الإنجابية وإن الإفراط في العلاقة الوثيقة ما بين قضايا النوع الاجتماعي وقضايا الصحة الإنجابية يغير السياسات والبرامج الموجهة لأي منهما. وبالرجوع إلى الأشكال رقم ٣، ٤، ٥ يتبين أن دليل التنمية المرتبط بالنوع الاجتماعي له علاقة مزدوجة مع كل واحد من مؤشرات الصحة الإنجابية المذكورة في الأشكال المختلفة، ذلك أن معامل الارتباط بين دليل النوع الاجتماعي ومعدلات استخدام وسائل تنظيم الأسرة إيجابي ومعنوي ($r=0,62$) وهو سلبي ومعنوي مع معدلات خصوبة المراهقين ($r = -0,95$) ونسب وفيات الأمهات ($r = -0,89$)

وهذا برهان عملي واضح على أن الدول التي باتت تُسجل تقدماً ضعيفاً في مسار تحقيق المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة هي أيضاً أكثر تخلفاً في المؤشرات التنموية الأخرى بما في ذلك مؤشرات الصحة الإنجابية وحقوق الإنسان وحماية المراهقين والشباب من مخاطر الإنجاب المبكر وما يرتبط بها من اشكالات.

٣- الصحة الإيجابية والحقوق الإيجابية

الأهداف

يدعو برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية جميع الدول والحكومات إلى توفير خدمات الصحة الإيجابية، بما في ذلك الخدمات الخاصة بمرض نقص المناعة البشرية المصاحبة للإيدز - لجميع الأفراد في السن المناسبة - وذلك في أقرب وقت ممكن لا يتجاوز عام ٢٠١٥. كما يدعو إلى تيسير ودعم القرارات الطوعية المسؤولة فيما يتعلق بالحمل وأساليب تنظيم الأسرة وتوفير المعلومات والتتقيف والوسائل اللازمة لذلك.

كما أكد برنامج مؤتمر القاهرة، وبرنامج المؤتمر الدولي للسكان والتنمية + ٥ في نيويورك، الحاجة الماسة إلى تعزيز الصحة الإيجابية والحقوق الإيجابية للمرأة والرجل وإدراك أهمية مشاركتها معاً، ضمن إطار نهج حقوق الإنسان، في اتخاذ القرارات المتعلقة بتكوين الأسرة وحمايتها وتميبتها.

التدابير المتخذة

لقد سجلت الدول العربية مواقف متنوعة تجاه مكونات الصحة الإيجابية والحقوق الإيجابية وفق ما ورد في برنامج العمل الدولي. ويبين الجدول ٣ أن سجل الدول العربية في مجال دمج مكونات الصحة الإيجابية في نظام الرعاية الصحية الأولية يظهر تقدماً ملموساً، حيث أن ١٦ دولة طبقت مبدأ الدمج في مقابل ٣ دول فقط لم تتخذ سوى إجراءات محدودة في هذا الشأن. وتشمل الإجراءات المتخذة في هذا الاتجاه، إدماج توفير المعلومات والخدمات المتعلقة بالوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً وفيروس عوز المناعة البشرية ومرض الأيدز، والمتعلقة بمعالجة العقم، والخاصة بالشباب والمراهقين، وبالصحة الإيجابية وتنظيم الأسرة؛ وكذلك إدماج الصحة الإيجابية من خلال تدريب مقدمي الخدمات، وإجراء تغييرات مؤسسية، وتعديل الخطط والبرامج والاستراتيجيات الوطنية والمحلية، وتطوير السياسات الوطنية، والإعلام والتتقيف والاتصال والدعوة.

وفي إطار تغيير السياسات والتشريعات المتعلقة بالصحة الإنجابية والحقوق الإنجابية، قامت ٤ دول باتخاذ إجراءات متعددة وهي اليمن، فلسطين، جيبوتي ولبنان بينما اكتفت ١١ دولة بإحداث تغييرات محدودة. وقد شملت هذه الإجراءات رسم سياسات جديدة وخطط وبرامج واستراتيجيات وطنية، وإقرار قوانين وتشريعات جديدة، وإجراء تغييرات مؤسسية، وتوفير التدريب اللازم، وتعزيز الإعلام والتثقيف والاتصال والدعوة.

وبالنسبة الى إدماج الصحة الإنجابية من خلال برنامج إصلاح القطاع الصحي، فإن ٦ دول اتخذت إجراءات متنوعة في هذا الشأن وهي اليمن، جزر القمر، السودان، موريتانيا، الجزائر والسعودية. وذلك مقابل ٦ دول لم تتخذ إلا إجراءات محدودة. وتأتي ضمن هذه الإجراءات، تلبية الحاجات الصحية للشباب والمراهقين والنساء والرجال من خلال تشجيع مشاركة الرجال في الصحة الإنجابية، وتحسين صحة الأم ومعالجة الحالات النفاسية الطارئة، وزيادة الميزانية المخصصة للصحة والحقوق الإنجابية.

أما في ما يخص زيادة الوصول الى خدمات الصحة الإنجابية ذات الجودة العالية، اتخذت ١٣ دولة تدابير متزايدة بينما كانت التدابير متواضعة في كل من اليمن، وسوريا والمغرب. واشتملت هذه التدابير على توفير خدمات الصحة الإنجابية بصورة مجانية وبأسعار معقولة في جميع مراكز الصحة العامة، وزيادة عدد أماكن توفير الخدمة، وتخصيص موارد أكثر بما فيها التجهيزات اللازمة لهذه الخدمات، وتطوير نظام لامركزي للعاية والخدمات الصحية، وتحسين الإدارة وعمليات النقل والإمداد في تقديم الخدمات، وتقديم خدمات موجهة للشباب، وتأمين خدمات نقالة، وإقامة الشراكة مع المؤسسات غير الحكومية والمؤسسات الدولية ومقدمي الخدمات الصحية في القطاع الخاص من أجل تأمين وتوفير خدمات الصحة الإنجابية، وبلوغ معايير النوعية في تقديم الخدمات الصحية، وتدريب مقدمي الخدمة والموظفين.

إن إجراءات تخفيض المراضة والوفيات بين الأمهات تدرج ضمن قائمة الأولويات في السياسات والاستراتيجيات الوطنية في المنطقة العربية، خاصة بعد المصادقة على استراتيجيات الأمومة الآمنة في المؤتمرات والمنتديات العربية وعلى وجه الخصوص في المؤتمر العربي للسكان في عمان في ١٩٩٣. ويظهر الجدول ٣ أن الأكثرية الساحقة من الدول التي استوفت البيانات اتخذت تدابير متعددة من أجل تحقيق هذا الهدف. وتضم هذه التدابير: استحداث شبكة من عيادات الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة، تحسين خدمات قبل وما بعد الولادة، تدريب مقدمي الخدمات الصحية،

تأمين خدمات متنقلة لصحة الأم، الإعلام والتثقيف والاتصال والدعوة، تأمين وسائل النقل لحالات الولادة الطارئة، بناء شراكات مع وكالات الأمم المتحدة و/أو المنظمات غير الحكومية فيما يخص تقديم الخدمات الصحية للأم، تحسين عمليات جمع البيانات، تحليل وتسجيل الوقائع بهدف المتابعة، تقديم خدمات الصحة الولادية للمجموعات الأكثر عرضة وفي المناطق النائية، الوصول لخدمات ما بعد الإجهاض، سن القوانين والتشريعات من أجل تمكين المرأة وحقوقها، زيادة عدد الولادات التي تحصل في المستشفيات، بالإضافة الى وضع الخطط والبرامج والاستراتيجيات التي تضمن تخفيض المراضة والوفيات بين الأمهات.

وتمشياً مع تحقيق أهداف الأمومة الآمنة والأهداف الأخرى للصحة الإنجابية، فإن ١٠ دول عملت على توسيع مساحة الاختيار الواعي بين مجموعة وسائل تنظيم الأسرة من خلال زيادة عدد نقاط تقديم الخدمة، وتنظيم حملات الترويج الاجتماعي، وتحسين عمليات النقل والإمداد الخاصة بتوافر لوازم تنظيم الأسرة، وتأمين وسائل و/أو خدمات تنظيم الأسرة بشكل مجاني أو مدعوم، وتدريب مقدمي الخدمة على إدارة لوازم تنظيم الأسرة، وتوفير الواقي الأنثوي وموانع الحمل الخاصة بالحالات الطارئة، وكذلك بيع وسائل تنظيم الأسرة في الصيدليات والأماكن غير التقليدية. واكتفت كل من اليمن وجزر القمر وموريتانيا وعمان والسعودية باتخاذ تدابير محدودة. كما أن ١٠ دول عملت على تأمين لوازم الصحة الإنجابية بطريقة صريحة وذلك عبر تصميم أنظمة إدارة لوجستية وخطط شراء، المساعدة من قبل الوكالات الدولية في تأمين لوازم تنظيم الأسرة والتزود بها، وتدريب العاملين حول الإدارة اللوجستية، وبناء شراكات بين الحكومات والمنظمات غير الحكومية والقطاعات الخاصة والدينية من أجل تأمين وسائل تنظيم الأسرة والتزود بها، بالإضافة الى إقامة مرافق حكومية ووضع خطط تنسيقية ما بين الوكالات لتأمين لوازم تنظيم الأسرة.

وعند استطلاع الدول حول اتخاذ تدابير لمواجهة العنف على أساس النوع الاجتماعي، بما في ذلك الاغتصاب والممارسات الضارة وغيرها، أفادت ٧ دول عربية بأنها اتخذت تدابير نشطة بما في ذلك تطبيق سياسة حكومية، وسن قوانين، وتنظيم حملات الإعلام والتثقيف والاتصال والدعوة، وتدريب المهنيين، وإحداث تغييرات تأخذ في الاعتبار العنف على أساس النوع الاجتماعي في المؤسسات، ووضع الخطط والبرامج والاستراتيجيات للتصدي للعنف على أساس النوع الاجتماعي، وإجراء الدراسات والبحوث حول العنف على أساس النوع الاجتماعي، وتأمين الخدمات، وبناء الشراكات مع المنظمات غير الحكومية والمنظمات الدولية الأخرى لمواجهة العنف على أساس النوع الاجتماعي، وقيام الحكومات باستحداث المؤسسات الوطنية لمواجهة

العنف على أساس النوع الاجتماعي. وقامت ٥ دول باتخاذ تدابير محدودة في هذا الشأن وهي اليمن، موريتانيا، جيبوتي، الأردن، وعمان. جميع الدول العربية لا تعتبر الإجهاض وسيلة لتنظيم الأسرة. كما يعتبر الإجهاض غير قانوني إلا لاعتبارات طبية محضة للحفاظ على حياة الأم.

وبالنسبة الى مواجهة مضاعفات الإجهاض غير الآمن، فإن ٥ دول اتخذت إجراءات متعددة مثل اعتماد قوانين أو تشريعات لجعل الإجهاض غير قانوني أو قانوني تحت ظروف صحية خاصة (تونس)، أو تدريب مقدمي الرعاية الصحية لتقديم خدمات ومشورة، أو تطوير إرشادات لرعاية وتقديم خدمات ما بعد الإجهاض، أو توفير خدمات ووسائل تنظيم الأسرة، أو تأمين مرافق للوقاية من الإجهاض وما قد يترتب عليه من تعقيدات. من جهة أخرى، قامت ٩ دول باتخاذ تدابير محدودة في هذا الإطار (أقل من إجراءين من الإجراءات المذكورة أعلاه).

وتجدر الإشارة إلى أن ٧ دول تطبق إجراءات متنوعة لمواجهة الأمراض المنقولة جنسياً، بما فيها نقص المناعة البشرية ومرض الإيدز، و ٩ دول تكتفي بتطبيق بعض الإجراءات. وتشمل هذه الإجراءات: استحداث ومراجعة الخطط والبرامج والاستراتيجيات الوطنية للوقاية من العدوى بالأمراض المنقولة جنسياً، تقديم خدمة العلاج والإدارة، الترويج الاجتماعي للوقاية وللأدوية الخاصة بالأمراض المنقولة جنسياً، بناء الشراكات مع المنظمات غير الحكومية ومنظمات الأمم المتحدة والمنظمات الدولية الأخرى ومع حكومات أخرى لتقديم الخدمة، رسم سياسات وطنية تخص الوقاية والتحكم في العدوى بالأمراض المنقولة جنسياً، استحداث اللجان الوطنية والوكالات والمؤسسات والمكاتب، حملات الإعلام والتثقيف والاتصال والدعوة الخاصة بالوقاية والعلاج، القيام بمبادرات تثقيفية تستهدف المجتمعات الأكثر عرضة، وأيضاً تطوير أنظمة وبحوث للمتابعة وللمراقبة.

تحليل الواقع والمنظور المستقبلي

إن المعلومات المتوافرة تشير إلى أن المنطقة العربية سجلت تطوراً غير مسبوق في خدمات الصحة العامة والصحة الإنجابية خلال الثلاثة عقود السابقة. وقد ترتب على هذا التطور انخفاض في معدلات الخصوبة والوفيات (انظر الجدول رقم ٨). فقد ارتفع توقع الحياة عند

الولادة من ٤٥,٥ سنة عام ١٩٦٠ إلى حوالي ٧٣ سنة عام ١٩٩٤ وإلى ٦٦ سنة عام ٢٠٠٠. في المقابل، انخفض معدل وفيات الرضع على مستوى المنطقة من ١٨٨ لكل ألف مولود حي في النصف الثاني من الخمسينات إلى ٧٨ في الألف في النصف الثاني من الثمانينات ثم إلى ٦٧ في الألف في النصف الثاني من التسعينات.

في ما يخص الخصوبة، رغم انخفاضها، ما زالت تحافظ على نمطها التقليدي حيث أن معدلها الكلي يزيد عن ٥ في كل من جيبوتي والعراق وفلسطين وعمان والسعودية والصومال واليمن. ويتأرجح هذا المعدل ما بين ٣ إلى ٥ ولادات حية في ٩ دول هي الجزائر ومصر والأردن وليبيا والمغرب وقطر والسودان وسوريا والإمارات العربية المتحدة والتي تشكل في مجموعها ٦٦% من سكان العالم العربي. أما الدول الأربعة الباقية وهي البحرين وتونس والكويت ولبنان، فإن معدلاتها تقل عن ٣ ولادات حية (انظر الجدول رقم ٨).

ورغم هذا التطور الإيجابي، لا تزال المنطقة تعاني من اتساع نطاق الاشكالات المتعددة في مجال الصحة الإنجابية ومن بطئ الانخفاض في حدة الأمراض والوفيات. وحسب التقديرات المتاحة^٢ فإن متوسط نسبة وفيات الأمهات بلغ ٤٤٠ لكل ١٠٠ ألف مولود حي عام ٢٠٠٠، وتتراوح هذه النسبة بين أقل من ١٠ لكل ١٠٠ ألف في كل من الكويت وقطر والسعودية والإمارات، وتزيد عن ١٠٠ لكل ١٠٠ ألف في كل من جزر القمر وجيبوتي والعراق ولبنان والصومال والمغرب والسودان والجزائر واليمن وموريتانيا. إن النسب الواردة أعلاه تدل على التحسن البطيء في مضامين الاستراتيجية العربية للأمومة الآمنة التي اعتمدها دول المنطقة قبل عقد من الزمان، ولم يتطور النظام الذي يكفل الحصول على الخدمات الإسعافية المتخصصة للأمهات. كما أن هذه النسب ما زالت أعلى مما يتوقع أن تكون عليه وفق ما نصت عليه سياساتها الوطنية وأهداف الأجندة الدولية. وما يدل على عمق الاشكالية هو أن ٨٤% من سكان دول المنطقة يقعون في النطاق المتميز بنسب عالية لوفيات الأمهات والتي تزيد عن ٧٠ لكل ١٠٠ ألف مولود حي.

^١ UNFPA. Regional Strategy Report for Arab States. 2003. (In progress)

^٢ اليونسيف، وضع الأطفال في العالم ٢٠٠٢.

وتشير الإحصاءات إلى أن الأمهات في المنطقة العربية ما زلن يواجهن قصوراً في برامج الأمومة السليمة وتنظيم الأسرة. كما أن هناك نقصاً كبيراً في نوعية الخدمات أثناء الحمل والولادة والنفاس، وتأخير في الكشف المبكر عن المضاعفات أثناء الولادة، وعدم اتباع نظام الإحالة في حينه. وترتفع نسب الأنيميا بين الحوامل ويلاحظ غياب نسبي للخطط الوطنية حول تنمية الموارد البشرية العاملة في مجال الصحة الإنجابية، وإغفال نسبي أيضاً لدور الكوادر المساعدة وبالذات الإناث، وشيوع لسلوك الحمل والولادة المحفوف بالمخاطر.

ومن حسن الطالع أن واضعي السياسات العربية بدأوا يتفهمون أهمية تنظيم الأسرة كأحد وسائل الوقاية من مخاطر مرضة ووفيات الأمهات والأطفال، بالإضافة إلى كونها وسيلة مباشرة لتنظيم الخصوبة والحماية من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. وبناءً على بيانات المسوحات الحديثة في المنطقة¹ فإن متوسط معدل الاستخدام لوسائل تنظيم الأسرة لم يتجاوز ٤٠% في التسعينات مقارنة مع ٣١% في السبعينات في الدول التي شملتها تلك المسوحات مع مراعاة أن هذا المعدل كان مرتفعاً في كل من لبنان والمغرب وتونس (حوالي ٦٠%) ومتواضعاً في كل من الجزائر ومصر وليبيا (٤٥% إلى ٥٧%) بينما كان متدنياً في الدول المتبقية (٤٠% في سوريا و ١٠% أو أقل في كل من السودان واليمن وجيبوتي).

في ما يتعلّق باستخدام الوسائل الحديثة، بلغ المعدل العام حوالي ٥٤% في مصر وتجاوز ٤٥% في دول شمال أفريقيا، بينما لم يتعد ٢٠% في مجموعة الدول التي تتضمن العراق وسوريا والأردن ولبنان، و ١٩% في دول الجزيرة العربية والخليج، و ٩% في دول القرن الأفريقي.

ولا يتفاوت استخدام الوسائل بين المناطق والبلدان وحسب، بل يتغير كثيراً تبعاً للتقسيمات الإدارية والاجتماعية والاقتصادية في الدول. فمثلاً، إن نسبة النساء المستخدمات لوسائل تنظيم الأسرة تقدر بحوالي ٢٨% في المراكز الحضرية مقارنة مع ٦% في القطاع الريفي في اليمن. وتتسع الفجوة في الاستخدام ما بين ٦٥% في القطاع الحضري التونسي و ٥١% في القطاع الريفي. كما أنها تتراوح بين ٤٠% للنساء الأميات في المنطقة العربية و ٦١% للنساء اللاتي أكملن المرحلة الثانوية وأكثر.

¹ المسوحات الوطنية حول صحة الأم والطفل وصحة الأسرة في الدول العربية (جامعة الدول العربية).

علاوة على ذلك، فإن استخدام الوسائل تشويه بعض مظاهر القصور التي تعوق التقدم نحو تحقيق أهداف الصحة الإنجابية. إن نسبة كبيرة من المجتمعات العربية - وبالذات الريفية منها - ما زالت تعاني من عدم المعرفة الجيدة بأنواع الوسائل وفعاليتها، وأن نسبة مرتفعة منها تعاني من عدم تحقيق رغباتهم من خدمات تنظيم الأسرة حيث تصل هذه النسبة إلى ٤٠% بالنسبة للنساء العمانيات و٣٥% لليمنيات و٢٥% للفلسطينيات و١٨% للأردنيات و١١% للمصريات. علاوة على ذلك، فإن مشاركة الرجل في التكوين الأسري وتنظيم الأسرة هي مشاركة هامشية، كما أن بعض مقدمي الخدمة الأساسيين تعوزهم الكفاءة والدراية بأساسيات منهجيات تقديم الخدمة وفق ميادين حقوق الإنسان.

وقد تبين أن ختان الإناث هو من العوامل التي تعرّض آلاف النساء والأمهات سنوياً للمخاطر. وقد أظهرت إحدى الدراسات في السودان أن لختان الإناث علاقة سلبية مع كل من العقم والارتفاع في معدلات الطلاق والتزايد في وفيات الأمهات^١. وتفيد التقارير المتوفرة أن ختان الإناث مازال يمارس بمعدلات عالية في العديد من الدول العربية، تصل إلى ٩٨% في الصومال وموريتانيا وشبه الجزيرة العربية ومنطقة الخليج^٢. ووفق المصادر المتوفرة فإن ٩٧% من النساء المتزوجات في عمر الإنجاب في مصر قد جرت لهن عملية ختان^٣.

والجدير ذكره أن معظم عمليات الختان يقوم بها أفراد من غير الأطباء، كالدائيات والقابلات والنساء المسنات ويستخدمون شفرات أو خيوط غير معقمة، مما يؤدي إلى زيادة احتمالات العدوى. وبالعادة لا يكون العلاج في مثل هذه الحالات متاحاً بسهولة. هذا وتبقى محاولات بعض الدول للحد من تلك الظاهرة، من خلال إصدار قوانين تحظر ختان الإناث وتدعو إلى فرض غرامات أو أحكام سجن كما هي الحال في مصر وجيبوتي، غير كافية إذ يكون إنفاذ القوانين الصادرة مترخياً فيؤدي إلى استمرار تلك الممارسة في ظل أكبر من السرية^٤.

^١ باليك، د. "الزواج والحمل: العواقب الديموغرافية للختان التخيبي في السودان" في ختان الإناث في إفريقيا ٢٠٠٠

^٢ صندوق الأمم المتحدة للسكان. حالة سكان العالم. ٢٠٠٠

^٣ الزناتي، ف وآخرون. المسح الديموغرافي والصحي لمصر. ١٩٩٦

^٤ Family Care International مواجهة تحدي مؤتمر القاهرة. نيو يورك. ١٩٩٩

ومما يزيد الوضع سوءاً عدم دمج خدمات الصحة الانجابية والحقوق الانجابية في منهجيات التخطيط المتكامل للتنمية والتخفيف من الفقر، حيث أن المخططين وراسمي السياسات السكانية والصحية لم يتفهموا أهمية إدراج هذه الخدمات والحقوق في استراتيجيات التنمية المستدامة والتخفيف من الفقر إلا على نطاق ضيق. وقد كان هذا سبباً من الأسباب التي أدت الى تأجيل التقدّم نحو محاربة الفقر وتحقيق أهداف الألفية الثالثة وفي تتبع نهج الصحة الإنجابية المتكاملة والارتقاء بأهداف الصحة الإنجابية ومكوناتها. ومما يدعم هذا الاعتقاد، هو أن علاقة معدلات الفقر مع نسب وفيات الأمهات قوية وطردية ($r = 0,71$)، ومع معدلات استخدام وسائل تنظيم الأسرة سالبة ومعنوية ($r = -0,52$). ولذا كان لا بد من صياغة وتغيير سياسات وبرامج تأخذ في الاعتبار العلاقة المزدوجة بين مكونات الصحة الإنجابية وعناصر استراتيجيات التخفيف من الفقر وتحقيق التنمية الاجتماعية المستدامة (انظر الشكلين رقم ٦ و ٧).

الأهداف

يدعو برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية جميع الدول والحكومات لتصميم برامج وآليات دعم تشجع الشباب والمراهقين على المشاركة الفعالة في برامج الصحة الانجابية والجنسية التي تراعي النوع الاجتماعي. كذلك، يدعو برنامج العمل الى توفير خدمات الرعاية الصحية وتغيير مواقف مقدّمي الرعاية الصحية لجهة عدم استثناء الشباب والمراهقين من الوصول الى الخدمات والمعلومات اللازمة للتخفيف من نسبة الحمل غير المرغوب به، والإجهاض غير الآمن، والأمراض المنقولة جنسياً بما في ذلك مرض الأيدز.

كما يؤكد البرنامج ضرورة حماية حقوق الشباب والمراهقين لجهة ضمان الوصول الى خدمات الصحة الانجابية وكذلك ضمان سرّيتها وخصوصيتها مع احترام القيم الثقافية وحقوق ومسؤولية الوالدين. ويدعو أيضاً الى تطوير مواد للإعلام، والتثقيف والاتصال وبرامج دعوة تراعي النوع الاجتماعي وتشرك الشباب والمراهقين ووالديهم، مما يساهم في تمكينهم من اتخاذ قرارات مسؤولة ومبنية على المعرفة، واتخاذ الخيارات المتعلقة باحتياجاتهم الصحية الانجابية والجنسية.

التدابير المتخذة

انطلاقاً من هذه الأهداف ونظراً لأن جيل الشباب والمراهقين أصبح يشكل في الوقت الحاضر أكبر جيل يدخل سن الرشد في التاريخ العربي، وأكثر فئة معرضة لمخاطر الأمراض المنقولة عن طريق الجنس، وترديات الصحة الإيجابية، وتشوهات التنمية الاقتصادية والاجتماعية، وتردي البيئة وسلبيات العولمة، بدأت الحكومات والدول العربية باتخاذ مواقف أكثر موضوعية وأكثر صلابةً حيال تأمين حياة الشباب والمراهقين ضد المخاطر، وإدماج قدراتهم الخلاقة في عمليات التنمية المستدامة.

وبالإشارة إلى الجدول رقم ٤، نجد أن ١١ دولة من جملة الدول التي استجابت للاستبيان الميداني اتخذت تدابير قوية حيال تلبية احتياجات المراهقين وحقوقهم المتعلقة بالصحة الإنجابية. وقد شملت هذه التدابير: استحداث وتطبيق قوانين وتشريعات وسياسات، تنفيذ حملات الإعلام والتثقيف والاتصال والدعوة، رسم الخطط والبرامج والاستراتيجيات، إنشاء لجان وطنية للشباب، التصديق على اتفاقيات الأمم المتحدة، بناء شراكات مع منظمات غير حكومية وطنية أو دولية، تصميم برنامج وطني للرعاية الصحية يشمل الصحة الإنجابية للمراهقين، تأمين تمويل من الحكومة لخدمات الشباب، تقديم المشورة للشباب والمراهقين، إدماج تعليم الصحة الإنجابية والجنسية في المناهج الدراسية، إجراء البحوث عن احتياجات الشباب والمراهقين، الترويج الاجتماعي، وأيضاً تدريب العاملين مع الشباب والمراهقين. ذلك في مقابل ٦ دول كانت تدابيرها في هذا الصدد محدودة.

أما في ما يتعلق بالتثقيف على الصحة الإنجابية، قامت ١٥ دولة باتخاذ تدابير لإدخال مفاهيم الصحة الإنجابية في التعليم، مثل تضمين المناهج الدراسية والأنشطة اللاصفية للصحة الإنجابية أو المهارات الحياتية، وتطوير برامج تعتمد على التعليم من خلال الأقران، وإنشاء برامج و/أو عيادات للشباب خارج المدرسة، وتدريب المعلمين والعاملين في المدارس على الصحة الإنجابية، وتنظيم حملات الإعلام والتثقيف والاتصال والدعوة، واستخدام وسائل الإعلام بما فيها التلفاز والمذياع والإنترنت وخطوط البث الساخنة، وتوفير أدلة تدريبية، والتعليم على الصحة الإنجابية والمهارات الحياتية في مراحل التعليم الأساسي وتوسيع نطاقها لتشمل عدد أكبر من المدارس والمراحل التعليمية، بالإضافة إلى المبادرة بمشاريع اختبار رائدة في هذا المجال. فيما لم تتخذ دولتان وهما الصومال وجيبوتي أي تدابير في هذا الشأن.

وقد اضطلعت ١٢ دولة بإجراءات متنوعة لتوفير معلومات الصحة الإنجابية للشباب والمراهقين بشكل فعال، بينما اكتفت دولتان وهما اليمن ومصر باتخاذ تدابير محدودة. وقد شملت هذه التدابير: تصميم خطط وبرامج وإستراتيجيات تعليمية وطنية، تطوير نظم وطنية لإدارة المعلومات، استخدام وسائل الإعلام بما فيها التلفاز والمذياع وخطوط البث الساخنة، تقديم المشورة، تنفيذ حملات الإعلام والتثقيف والاتصال والدعوة، إنشاء جمعيات ومنظمات شبابية، توفير خدمات

صديقة للشباب، إنشاء منظمات غير حكومية تركّز على الشباب، تطوير برامج التعليم من خلال الأقران.

أما بالنسبة الى تسهيل حصول الشباب والمراهقين على خدمات الصحة الإنجابية، فقد اتخذت ١٢ دولة تدابير في هذا الاتجاه تشمل: وضع خطط وبرامج ورسم استراتيجيات، تطوير نظم لإدارة المعلومات، الإعلام، تقديم المشورة حول الصحة الإنجابية، تأمين خطوط ساخنة، الإعلام والتثقيف والاتصال والدعوة؛ بالإضافة الى تدابير متعلّقة بخدمات الصحة الانجابية الخاصة بالشباب والمراهقين، مثل تطوير الإرشادات والمعايير، وتوفير الخدمات الصديقة للشباب والمراهقين، وسن القوانين والتشريعات، ووضع السياسات حول تقديم هذه الخدمات. أما الدول الأربعة الباقية فلم تتخذ أي تدبير يساهم في تسهيل حصول الشباب والمراهقين على خدمات الصحة الإنجابية.

وفي ما يخص تبني الدول مقاربات خاصة لمواجهة الاحتياجات الجنسية والإنجابية للشباب والمراهقين، فإن ٦ دول، وهي موريتانيا، سوريا، مصر، الأردن، الجزائر، وتونس اعتمدت بعض هذه المقاربات بشكل ملحوظ بينما اتخذت الدول السبع الأخرى تدابير محدودة في هذا الشأن. تضم هذه التدابير تقدير احتياجات الفئات المختلفة من الشباب، تنفيذ حملات الترويج الاجتماعي، تأمين خدمات للزوجين، استهداف مجموعات الشباب من خلال النشاطات خارج إطار المؤسسة، الترويج للحقوق البديلة للشباب، قيام المنظمات غير الحكومية بتقديم برامج للشباب المتسربين من المدارس، تصميم و/أو تعديل برامج، تأمين التوعية الصحية وخدمات الصحة الإنجابية في المدارس.

وتشير البيانات ذاتها إلى أن غالبية الدول أفادت بتسجيل تقدّم وتحقيق إنجازات هامة في مجال مساندة الشباب في الحصول على سبل العيش والمهارات الحياتية. وتمثّلت هذه الانجازات بتوفير التدريب على مهارات مهنية من خلال النظام التعليمي، وتوفير التدريب المهني للشباب المتسربين من المدارس، وقيام منظمات غير حكومية بالتدريب المهني للشباب، وتوفير تدريب على المستوى المحلي للشابات، وتأمين وظائف للشباب من قبل الحكومة، وكذلك إدماج خصائص سكان البلد

الأصليين في برامج محو الأمية. هذا مقارنة بجزر القمر والسودان وموريتانيا وجيبوتي والأردن التي لم تحرز إلا تقدماً محدوداً فيما يتعلّق بدعم الشباب ومساندتهم.

إن إشراك الشباب في صياغة السياسات الوطنية وفي عمليات التنمية الاجتماعية أصبح من الأمور الهامة التي لم تحققها غالبية دول المنطقة بعد. ويجب الاعتراف بأن المشاركة الفاعلة للشباب في الشؤون الأسرية والوطنية لها مردودات على اتجاهات ومستويات احتياجاتهم وخياراتهم المتعلقة بنموهم وبدورهم الإنتاجي وبصحتهم الجنسية والإنجابية. وعلى مدى السنوات الماضية بات عدد متزايد من الأفراد والمنظمات في المنطقة ينادي بتمكين الشباب والمراهقين والاستماع لأصواتهم وتغيير النهج التقليدية لمعاملة صغار السن وكأنهم كائنات أقل قيمة.

وتدل المعلومات المتوافرة على أن السياسات الوطنية للسكان في كل من اليمن والأردن والسودان وعمان ومصر والمغرب قد أفرزت بوضوح أقساماً خاصة تدعو لإدماج قضايا الشباب في الخطط التنموية وتبين خطوات إشراك الشباب في الأنشطة السكانية ودمج مفاهيم وأبعاد وأهداف صحتهم الإنجابية.

وتمشياً مع الاحتياجات المتزايدة والمتنوعة للشباب، صدرت الاستراتيجية الوطنية لإدماج الشباب في التنمية في اليمن خلال العامين السابقين، كما مهدت تونس والبحرين بدرجة فعالة لمشاركة الشباب في رسم السياسات من خلال صياغة وتطوير وتنفيذ خطط وبرامج وسياسات وطنية، بالإضافة الى مشاركة الشباب في المؤتمرات والمنتديات والروابط الرياضية والثقافية محلياً وإقليمياً ودولياً. ولم تتخذ غالبية الدول في هذا المضمار إلا تدابير محدودة.

تحليل الواقع والمنظور المستقبلي

حالياً تمثل شريحة المراهقين والشباب (١٠-٢٤ سنة) أكبر جيل يشكل قاعدة الهرم السكاني العربي، وهم يواجهون مخاطر تقترن بمتغيرات عالم سريع التغيير. ولهذه الشريحة أهمية خاصة ليس لكبر حجمها فحسب، ولكن لما لهم من دور جسيم يتعيّن الاضطلاع به حاضراً ومستقبلاً إذا ما وضعت من أجلهم خطط تمكنهم من مواجهة التحديات وترسيخ معارفهم وتعزيز

مؤهلاتهم والحفاظ على سلامتهم البدنية والعاطفية والعقلية وتعميق جهودهم الإنتاجية والاستثمارية.

إن الحكومات العربية لم تضطلع إلى الآن بالدور المناط بها القيام به لتثبيت دعائم وتوسيع نطاق الوقاية من الأمراض المعدية ومن فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. وتدل المعلومات المتوافرة إلى أن الشباب العربي يواجه اليوم مخاطر الزواج والحمل المبكرين والتسرب الدراسي والتهديدات التي يمثلها فيروس نقص المناعة البشرية والبطالة المتزايدة وعواقب العولمة وانتشار الفقر. الخ..

ورغم ارتفاع العمر عند الزواج الأول بالنسبة للإناث في المنطقة، ما زال السلوك الإنجابي يتسم بالحمل المبكر حيث أن معدلات الخصوبة للمراهقين في الفئة العمرية (١٠-١٩ سنة) يقارب ١٠٥ لكل ألف مولود حي في اليمن و٨٣ في الصومال و٧٧ في فلسطين و٧٢ في السودان و٦٠ في كل من جزر القمر ومصر^١. إن استمرارية هذا النمط التقليدي للخصوبة هو دليل على افتقار فئة المراهقين للمعلومات والخدمات اللازمة لتنظيم سلوكهم الإنجابي المحفوف بالمخاطر وما يترتب عليه من استمرار لحالات الحمل غير المرغوب فيها والإجهاض غير المأمون.

إن المؤسسات الوطنية موصوفة بالضعف والإغفال على صعيد تزويد صغار السن ومن بينهم المراهقين بمعلومات عن الصحة الجنسية والإنجابية وحزمة من الخدمات المناسبة للشباب في مجال الصحة الإنجابية. كما أن البحوث والاستقصاءات الميدانية لحاجات وأوضاع الشباب والمراهقين ومعرفتهم بمكونات المساواة بين الجنسين تُظهر تأثير العوامل الاجتماعية والموروثات التقليدية على تسرب الفتيات من التعليم، والممارسات المؤدية للعنف القائم على أساس النوع الاجتماعي، وتأثير الضغوط الاجتماعية لصغار السن لإثبات ذكورتهم ونظرتهم الدونية للإناث^٢.

إن اقتران صحة الشباب والمراهقين بقضايا الفقر في المنطقة العربية هو أمر استراتيجي يتطلب تلبية احتياجاتهم الآتية ليس كمطلب إنساني فحسب بل كضرورة اقتصادية واستثمارية ملحة للنهوض بالمجتمع وتحقيق رفاهية الفرد في الأمدين القريب والبعيد. وتظل الحكمة المؤيدة إلى

^١ وفق بيانات الاستبيانات الميدانية لتقييم العشرية الأولى في برنامج عمل مؤتمر القاهرة الدولي للسكان والتنمية.

^٢ صندوق الأمم المتحدة للسكان: حالة سكان العالم ٢٠٠٣

أن الوصول إلى تخفيف الفقر وتعزيز التنمية المستدامة من خلال تلبية احتياجات الشباب والمراهقين يمكن تثبيتها عملياً حيث أن الاستثمار في التعليم والصحة للشباب اليوم يُشكل نافذة ديمغرافية نادرة يمكن أن تترتب عليها فرص توسيع قاعدة الادخارات والاستثمارات وتكوين رأس المال المادي والبشري والتحكم بمنافذ الفقر. وجدير بالذكر أن العلاقة القائمة ما بين خصائص الصحة الإنجابية للشباب والمراهقين وانتشار الفقر في دول المنطقة موصوفة بالتبادلية وتقع ضمن المستويات المُعتبرة إحصائياً. إن الشكل رقم ٨ يبين أن معامل الارتباط بين مستويات خصوبة المراهقين والفقر يعادل (٠,٧٩)، وهي قيمة تعبر عن قوة العلاقة الطردية، بمعنى أنه كلما كانت معدلات الخصوبة بين المراهقين مرتفعة في الدول، يكون مستوى الفقر فيها أكبر، وهذا مبرر مادي أمام صناعات القرار لوجوب الاستثمار في صغار السن والمراهقين وصولاً لأهداف السياسات الوطنية للسكان وأهداف مؤتمر القاهرة وغايات الألفية الثالثة للدول.

٥- نقص المناعة البشرية ومرض الإيدز

الأهداف

يدعو برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية جميع الدول والحكومات الى إدماج الإعلام والتثقيف وتقديم المشورة للوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية في جميع خدمات الصحة الانجابية. كما يدعو الى توفير جميع الوسائل للتقليل من معدل انتشار وانتقال عدوى فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز.

ويؤكد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية + ٥ ضرورة أن تقوم الحكومات بالتعاون مع برنامج الأمم المتحدة لمكافحة الإيدز ومع الشركاء الآخرين لتصميم وتنفيذ سياسات وطنية وخطط عمل للوقاية من الإيدز. كما يؤكد أهمية سن التشريعات واتخاذ التدابير التي تمنع التمييز ضد المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. وقد أتت غايات الألفية الثالثة لتحث الدول على الحد من انتشار فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز.

التدابير المتخذة

من أكثر الأمور المخيبة للأمال، لكثير من السياسات الوطنية لدول المنطقة، انتشار الإصابة بالأمراض المنقولة جنسياً وتفشي مرض الإيدز بسبب الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية. وتشير الإحصاءات المتوافرة إلى أن حالات الإصابة بهذا الفيروس هي في تزايد مستمر في جميع دول المنطقة¹. ومن حسن الطالع، بدأت الحكومات العربية، واحدة تلو الأخرى، تعلن صراحة عن تنامي هذه المشكلة وتتخذ إجراءات وتدابير مناسبة لمواجهتها.

تشير البيانات الواردة في الجدول رقم ٥ الى أن ١٤ دولة من جميع الدول التي استوفت الاستبيان أفادت بأنها وضعت خطط أو برامج أو استراتيجيات حول فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز.

¹ UNAIDS, Fact Sheet 2002: The Middle East and North Africa, 2002

أما بالنسبة الى القوانين والتشريعات الخاصة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، فلم تغد أي دولة، من الدول الستة عشر التي أجابت على استمارة الاستبيان الميداني، بأنها قامت بسن مثل هذه القوانين أو التشريعات.

وبخصوص السياسات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، قامت دولة واحدة هي موريتانيا برسم سياسات واضحة في هذا الإطار، بينما لم تقم الدول الخمسة عشر الباقية بأي خطوة في هذا الاتجاه.

أما في ما يتعلّق بالاستراتيجيات الخاصة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، أكدت ١٤ دولة قيامها بوضع استراتيجيات عديدة تشمل مزيجاً من: تصميم خطط وبرامج واستراتيجيات وطنية لمكافحة الإيدز بما في ذلك التنسيق ما بين الوكالات الحكومية، وإنشاء نظم معلومات إدارية، والإعلام والتثقيف والاتصال والدعوة حول نقص المناعة ومرض الإيدز و/أو العدوى بالأمراض المنقولة جنسياً، ورسم خطط وبرامج واستراتيجيات تستهدف المجموعات الأكثر عرضة للخطورة، واتخاذ إجراءات لتحليل الدم، ووضع استراتيجية للرعاية المنزلية، ووضع استراتيجية أو تطبيق مبادرة الحد من انتقال العدوى بفيروس نقص المناعة من الأم إلى الطفل، وتأمين مواقع استشارية تطوعية واختبارية، وسن القوانين والتشريعات ورسم السياسات الخاصة بنقص المناعة ومرض الإيدز، تدريب مقدمي الرعاية الصحية، وتأمين بيئة ممكنة وداعمة، وتعبئة الموارد، بالإضافة الى تنظيم حملات الترويج الاجتماعي.

كما أفادت ١٦ دولة أنها تقوم بتوفير الواقي الذكري وتشجيع استخدامه كوسيلة وقائية، بينما بقيت دولة واحدة هي البحرين دون اعتماد هذه الاستراتيجية الوقائية.

من حيث وضع استراتيجيات للوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية، أفادت ١٥ دولة أنها اتخذت إجراءات عدة تضم: تقديم المشورة للمراهقين والشباب، تشجيع التعليم من خلال الأقران، وضع استراتيجيات أو تطبيق مبادرة الحد من انتقال العدوى بفيروس نقص المناعة من الأم إلى الطفل، تصميم برامج تثقيفية، التنسيق مع شبكة المنظمات غير الحكومية، استحداث الخطوط الساخنة، تأسيس مجموعات دعم ومجموعات الرعاية الخاصة بنقص المناعة ومرض الإيدز، التعاون مع

القطاع الخاص، اتخاذ إجراءات لتحليل الدم، تخفيض الفقر، وضع برامج للسكان المهاجرين، الدعوة، وكذلك تعبئة الموارد.

تحليل الواقع والمنظور المستقبلي

بات فيروس نقص المناعة البشرية/الأيدز يمثل أحد الإهتمامات الكبرى في المنطقة العربية بعد أن شهدت المنطقة انتشار الوباء لأول مرة منذ أواخر الثمانينات. ورغم التفشي البطيء لهذا الوباء مقارنة بأنحاء أخرى من العالم، تشير المعلومات الحديثة الى أن عدد حالات الأيدز بدأ يرتفع بشكل ملحوظ في الآونة الأخيرة بحيث يمكن القول أن ليس هناك حزاماً مانعاً ضد انتشاره في كل دول المنطقة على حد سواء.

في عام ٢٠٠٢ كان العدد التراكمي للمصابين بالفيروس/الأيدز ٥٥٠,٠٠٠ شخص (كباراً وصغاراً) في المنطقة، وقدّر عدد الحالات الجديدة بحوالي ٨٣,٠٠٠ في ذلك العام. وقد وقع عبء هذا الوباء بشكل رئيسي على النساء اللواتي يشكلن ٥٤% من المصابين الكبار وكذلك على الأطفال (أقل من ١٤ سنة) الذين يشكلون نسبة ٧% من مجمل المصابين^١.

ومن أبرز عواقب شيوع الوباء هو ارتفاع عدد صغار السن (أقل من ١٤ سنة) الذين فقدوا أحد والديهم أو كليهما بسبب الأيدز الى ٦٥,٠٠٠. أما بالنسبة الى الشباب والمراهقين (ما بين ١٥ و ٢٤ سنة)، فقد بلغ عدد الحالات التراكمي^٣ ١٦٠,٠٠٠.

وبما أن المنطقة هي أكثر المناطق التي تفتقر الى المعلومات والمهارات اللازمة للحماية من فيروس نقص المناعة البشرية/الأيدز، نجد أن الكثير من سكان المنطقة وبالذات الشباب والمراهقين منهم لديهم تصورات خاطئة عن الوباء وكيفية انتقاله وطرق الوقاية منه. ومثلاً، فإن ٨% فقط من النساء السودانيات و ١٨% من الفلسطينيات يعرفن أماكن توفر الفحص المخبري

^١ UNFPA. Regional Strategy Report for Arab States. 2003. (In progress)

^٢ WHO/UNAIDS, Report on the Global HIV/AIDS Epidemic 2002, July 2002, pg. 198

^٣ UNICEF/UNAIDS/WHO, Young People and AIDS: An Opportunity in Crisis, pg. 5

للكشف عن الفيروس¹. كما أن ٢٦% فقط من المراهقات الصوماليات سمعن بالأيدز منهم ١% فقط يعرفن كيفية حماية أنفسهن منه¹.

وبالرغم من التقدم المحرز في مجال التصديّ لشروع هذا الوباء في المنطقة، تبقى مجالات عديدة متردية وتشكل تحديات جمة. فمن الملاحظ أن مناهج التعليم لم تدمج التعليم الخاص بفيروس نقص المناعة البشرية/الأيدز، كما أن المساعي نحو الرعاية والوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً لم تتقدّم وفق ما هو مطلوب، وأن انتقال العدوى بفيروس نقص المناعة من الأم إلى الطفل لم تؤثّق بالشكل المطلوب في غالبية دول المنطقة. وفي غياب تدابير صريحة وفعالة ستفاعل عوامل كثيرة لإحداث أزمات تعايشها مناطق أخرى من العالم. وتتلخّص هذه العوامل في الآتي:

- أولاً: غياب النظم الوطنية الفعالة للمراقبة والذي يعطل عمليّات الرصد والتقييم لديناميكيات الأمراض المنقولة جنسياً وفيروس نقص المناعة البشرية/الأيدز في المنطقة
- ثانياً: عدم توافر خدمات طوعية للمشورة والفحص المخبري للفيروس مما يعيق الجهود المبدولة لمتابعة ومعالجة الأمراض المنقولة جنسياً في المجتمعات العربية
- ثالثاً: العوامل الثقافية والاجتماعية السائدة والتي تعيق الاعتراف الصريح بالسلوك الجنسي المحفوف بالخطر مما يعزّز الحواجز أمام وصول النساء الى خدمات الصحة الانجابية، والوصمة والتمييز، والمفاهيم الخاطئة حول الإنتقال والحماية، وتمنع الرعاية والدعم عن المصابين
- رابعاً: التوسع في نطاق الفئات الأكثر عرضة للأمراض المنقولة جنسياً وفيروس نقص المناعة البشرية/الأيدز والذي لا يقتصر على الشباب والمراهقين بل يتعداهم ليشمل المهاجرين واللاجئين والمشتغلين بالجنس ومتعاطي المخدرات بواسطة الأبر
- خامساً: إتساع نطاق الفقر الذي تشهده المنطقة يرتبط ارتباطاً وثيقاً بانتشار الوباء وتكريسه، كما جاء في الدورة الاستثنائية للجمعية العامة للأمم المتحدة المعنية بفيروس نقص المناعة البشرية/الأيدز التي عقدت في سنة ٢٠٠١ بأن "الفقر والتخلف والأمية من بين العوامل المساهمة الرئيسية في انتشار فيروس نقص المناعة البشرية/الأيدز"

¹ صندوق الأمم المتحدة للسكان، حالة سكان العالم ٢٠٠٣

وبهدف الوقاية من الإصابة بالفيروس والأيدز والحد من انتشارهما وتخفيف آثارهما الى الحد الأدنى وزيادة الوعي عن النتائج الوخيمة للإهمال في الوقاية وللإصابة، فضلاً عن الوعي بسبل الوقاية منه والحرص على عدم التمييز ضد المصابين وتكثيف البحوث التي تجري حول وسائل مكافحة هذا الوباء، ينبغي على الحكومات والدول أن تكفل حصول شرائح المجتمع كافة، وبالذات الشباب والنساء، على المعلومات والتعليم والخدمات الضرورية لتنمية المهارات التي يحتاجونها للحد من خطر تعرّضهم للإصابة بالفيروس، وتشمل هذه الخدمات الحصول على أساليب الوقاية مثل الواقي للإناث وللذكور، والاختبار الطوعي، وتقديم المشورة والمتابعة.

ومن الأمور التي تبشر خيراً في المنطقة أن نجد دولاً بدأت تأخذ منحىً إيجابياً باتجاه مكافحة وباء الأيدز والتخفيف من انتشاره. ففي المغرب تمت صياغة استراتيجية وطنية متعددة القطاعات لفيروس نقص المناعة البشرية/الأيدز، بالإضافة الى ٦ دول أخرى هي جيبوتي، لبنان، مصر، السودان، تونس واليمن أنهت أو على وشك إنهاء صياغة استراتيجيات وطنية مشابهة.

الأهداف

يدعو مؤتمر القاهرة الدولي للسكان والتنمية الحكومات الوطنية الى الالتزام السياسي بقضايا السكان والتنمية من أجل تعزيز مشاركة القطاعين العام والخاص معاً على جميع المستويات في تصميم السياسات والبرامج السكانية والانمائية وتنفيذها ورصدها.

ويولي المؤتمر اهتماماً خاصاً للمعلومات والتعليم وجهود الاتصال، بهدف زيادة الوعي وتغيير السلوك في ما يخص الصحة الإنجابية والحقوق الإنجابية - بما فيها ما يتعلق بنقص المناعة البشرية والإيدز - لكل السكان بمن فيهم المراهقين، وذلك باستخدام وسائل الإعلام التقليدية والحديثة. ويدعو برنامج عمل المؤتمر الى تشجيع تكوين مواقف مؤيدة للسلوك المسؤول في مجال السكان والتنمية، لا سيما في مجالات البيئة والأسرة، والحياة الجنسية، والإنجاب، والوعي بمشكلة التمييز على أساس النوع الاجتماعي.

التدابير المتخذة

بدأت دول المنطقة - أكثر من أي وقت مضى - تتخذ إجراءات وتتبع استراتيجيات الإعلام والاتصال والدعوة تجاه قضايا السكان والتنمية والصحة الإنجابية والنوع الاجتماعي بهدف تغيير السلوك.

وتدل على ذلك المعطيات الواردة في الجدول رقم ٦ وهي تشير إلى أن ١٠ دول وضعت بعض الاستراتيجيات التي تشمل جوانب شتى ذات صلة بالتوعية بقضايا الصحة الإنجابية: القيام بحملات الإعلام والتثقيف والاتصال والدعوة حول سلوكيات الصحة الإنجابية وحول بناء القدرات، تصميم حملات الإعلام والتثقيف والاتصال والدعوة الموجهة الى المجموعات الأكثر عرضة، بناء الشراكات والشبكات من أجل الدعوة، تطوير التعليم حول الصحة الإنجابية من خلال الأقران، تنظيم اجتماعات في المجتمع المحلي تضم النساء والأزواج، تدريب العاملين

الصحيين في المجتمع المحلي حول وسائل تنظيم الأسرة، قيام الحكومة والمنظمات غير الحكومية بوضع خطط وبرامج واستراتيجيات، إدخال التثقيف الصحي في المناهج الدراسية، وتصميم خطط وبرامج واستراتيجيات وطنية، بناء الشراكات مع المؤسسات الدولية متعددة الأطراف، وتنفيذ حملات إعلامية من خلال التلفاز والمذياع، تقديم خدمات و سلع مجانية، وغير ذلك من الاستراتيجيات التي تُعزز السلوك المتعلق بالصحة الإنجابية. في المقابل، قامت ٧ دول أخرى، معظمها من الدول حيث يقل الدخل الإجمالي للفرد عن ٦٠٠٠ دولار أميركي سنوياً، باعتماد عدد محدود من الاستراتيجيات في هذا الإطار.

ويُظهر الجدول نفسه أن ١١ دولة اعتمدت بعض الاستراتيجيات الهادفة الى زيادة تغطية وسائل الإعلام لقضايا الصحة الإنجابية والحقوق الإنجابية والنوع الاجتماعي. وتشمل التدابير المتخذة في هذا الشأن: طباعة مواد إعلامية، وسائل إعلام الكترونية، تنظيم أحداث أو أنشطة في المجتمع المحلي، تنظيم الاحتفالات في الأيام الوطنية للتوعية، تدريب الإعلاميين على قضايا الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة، تطوير نظم لإدارة المعلومات الخاصة بالصحة الإنجابية، بالإضافة الى اعتماد أساليب أخرى لتغطية قضايا الصحة الإنجابية في وسائل الإعلام. بينما اكتفت ٥ دول وهي جزر القمر، السودان، سوريا، الأردن والبحرين باتخاذ تدابير محدودة في هذا المجال.

تحليل الواقع والمنظور المستقبلي

يفترض أن يكون الإعلام والاتصال والتثقيف أداة من أدوات تحسين البيئة الداعمة لتنفيذ أهداف برنامج عمل مؤتمر القاهرة الدولي للسكان والتنمية. ويتطلب ذلك بناء الاستراتيجيات على أسس علمية وواقعية مراعية لخصوصية الثقافات المحلية وحقوق الإنسان.

وقد تزايد خلال العقد الماضي عدد الدول والمؤسسات الوطنية التي بدأت بصياغة واعتماد استراتيجيات للإعلام والحث والدعوة في مجالات عدة تقع ضمن نطاق أهداف برنامج عمل مؤتمر القاهرة والغايات الإنمائية للألفية منها: القضاء على الفقر، تعميم التعليم الابتدائي، تعزيز المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة، الحصول على خدمات الصحة الإنجابية والصحة الجنسية،

مناهضة كل أشكال العنف على أساس النوع الاجتماعي، مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، كفاءة الاستدامة البيئية، إقامة شراكة عالمية من أجل التنمية.

في مقابل هذه الجهود، تشير المعطيات إلى أن معظم البرامج والخطط والاستراتيجيات الموضوعة لم يتم تنفيذها على النحو المطلوب، في حين بقيت غالبية الدول دون استراتيجيات شاملة ومتناغمة مع متطلبات تنفيذ أهداف برنامج عمل مؤتمر القاهرة. ويعود ذلك إلى عوامل عدّة منها افتقار وسائل الإعلام والاتصال للموارد البشرية والتقنية والمادية الضرورية، وغياب المشاركة المجتمعية في التصميم والتنفيذ والمتابعة، والضعف في تعبئة جهودها، وصعوبة تنفيذ برامج تعالج مواضيع حساسة مثل الصحة الجنسية والعنف على أساس النوع الاجتماعي.

وتشير الدلائل إلى أن وسائل الإعلام والاتصال في المنطقة، إن من حيث الإطار أو المحتوى، تفنّد العمق في طرح المواضيع المتعلقة بالسكان والتنمية وتعاني من التضارب في الرسائل الموجهة. يضاف إلى ذلك عدم مراعاتها للأسلوب والتوقيت الملائمين، إذ لا يزال الأسلوب المستعمل لتوصيل الرسائل تلقينياً ويعتمد على العرض الفني، أو تدرج المادة في مواقع هامشية أو يتم البث خارج أوقات الذروة.

من أجل تحقيق أهداف برنامج العمل وغايات الألفية الثالثة لا بد من كسب التأييد الوطني والإقليمي من خلال تطوير وتحسين النوعية والتغطية لوسائل الإعلام والاتصال المختلفة، وبناء وصقل القدرات في هذا المجال، وتبني مقاربات غير تقليدية مثل التعليم من خلال الأقران وحملات الترويج الاجتماعي، وإقامة شراكة بين كل القطاعات المعنية بما في ذلك منظمات المجتمعات المحليّة والقادة الدينيين والقطاع الخاص، والمنظمات غير الحكومية، والأحزاب السياسية والنقابات والمدارس والمرافق الصحية على كل المستويات.

الأهداف

إن الشراكة بين الحكومات والبرلمانيين والمنظمات غير الحكومية والقطاع الخاص والمجتمعات المحلية، هي مفتاح النجاح في تنفيذ برنامج عمل مؤتمر القاهرة الدولي للسكان والتنمية على كافة الأصعدة. وينادي هذا البرنامج المجتمع الدولي بزيادة مساهمته في تمويل برامج السكان والتنمية، والى زيادة التمويل للدول المتفنية، وذلك من أجل زيادة ميزانياتها القومية والمحلية المخصصة لأنشطة السكان والتنمية، ولمساعدتها على الاستغلال الأمثل للموارد.

التدابير المتخذة

ثبت على مدار العقد المنصرم أن دول المنطقة باتت أكثر وعياً لأهمية المشاركة مع المنظمات المحلية والدولية والجهات المانحة باعتباره السبيل الأمثل للتنمية وتعبئة الموارد اللازمة لتحقيق الأهداف المنصوص عليها في أجندة التنمية الدولية والإقليمية والقطرية. وفي هذا الإطار، يشير الجدول رقم ٧ إلى أن غالبية الدول (١١ دولة) بذلت جهوداً لتعزيز المشاركة من قبل البرلمانيين والمنظمات غير الحكومية ومؤسسات المجتمع المحلي ورجال الدين وغيرهم من ذوي النفوذ بصورة فعالة في برامج السكان والصحة الإنجابية والنوع الاجتماعي وذلك باتباع مزيج من التدابير الرامية إلى استحداث تشريعات عن الحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية، ووضع وتنفيذ ومراقبة السياسات السكانية، وبناء الشراكات ما بين اللجان الوطنية للسكان والمنظمات غير الحكومية والمنظمات الدولية، وتوفير التدريب في مجال السكان والصحة الإنجابية، وإنشاء وتفعيل اللجان البرلمانية، والتشبيك على الصعيدين المحلي والمجتمعي، وإجراء عملية تعداد سكاني، وبناء القدرات ما بين الحكومة والمنظمات غير الحكومية. والجدير بالذكر أن كلاً من مصر والسودان ولبنان وفلسطين والسعودية بذلت جهوداً أكثر فعالية اشتملت على عدد كبير من التدابير في هذا الشأن.

أما في مجال تنسيق آليات المشاركة من قبل الشركاء في برامج السكان والصحة الإنجابية، فإن ١٣ دولة وضعت آليات محدودة موضع التنفيذ، مقارنة مع ٤ دول وضعت آليات تنسيقية أكثر فعالية وهي لبنان ومصر واليمن وجزر القمر.

وبالنسبة الى إشراك القطاع الخاص في برامج الصحة الإنجابية، وضعت ٨ دول آليات محدودة في هذا الصدد بينما وضعت ٥ دول أخرى آليات أكثر جدوى تشمل تفعيل دور القطاع الخاص من خلال تمثيله في الهيئات الوطنية للتنسيق، أو تقديمه الدعم المالي للمنظمات غير الحكومية العاملة في مجال تنظيم الأسرة، أو تكفله بالقيام بالجهود الخاصة بالإعلام والتثقيف والاتصال والدعوة وتنفيذه حملات الترويج الاجتماعي والبرامج الخاصة بالمناطق النائية، والمراكز الطبية الخاصة وتأمين وسائل تنظيم الأسرة وتوزيعها.

وبهدف تعبئة الموارد المحلية لتنفيذ برامج السكان والصحة الانجابية أفادت غالبية الدول التي استوفت بيانات الاستبيان الميداني أنها تقوم بتخصيص المزيد من الموارد بشكل متزايد لهذا الغرض وأن كلاً من تونس ومصر وموريتانيا وجزر القمر أفادت بانتهاج آلية لتغطية التكلفة كجزء من استراتيجياتها لتعبئة الموارد.

تحليل الواقع والمنظور المستقبلي

لقد شكّل برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية وغايات الألفية الثالثة إطاراً منهجياً عملياً للحث على إقامة شراكة بين الحكومات ومنظمات المجتمع المدني والمنظمات غير الحكومية والمشرّعين والمانحين من أجل تحقيق الأهداف المعنية. إن زيادة الوعي بجسامة الاحتياجات غير الملباة ومدى تنوعها وإحاحها وتفاعلها مع المضاعفات السلبية للعولمة أحدثت تغييرات كبيرة في أجنادات أطراف الشراكة محليين كانوا أم إقليميين أم دوليين.

وقد صاحب هذا التغيّر نمو بيئة مقبولة تشكل أساس الشراكة بين الأطراف المختلفة ولم تعد النظرة التقليدية من قبل الحكومات تجاه المنظمات غير الحكومية والسيطرة عليها وتوجيهها وفق الرؤيا الخاصة بها سائدة وفق متطلبات العصر. كما لم يعد القطاع الخاص قطاعاً لا يتفاعل مع احتياجات السكان المتنامية، ذلك أن مجرد تعظيم الربح المادي له بات مرتبطاً بتحسين نوعية حياة

السكان والموارد البشرية ومن ضمنها الصحة الانجابية للأفراد والأسر. فضلاً عن أن للمنظمات المدنية والخيرية والتطوعية خصائص كامنة وبيئة تخدم أهداف استراتيجيات السكان والتنمية، مما يحتم ضرورة استنفارها.

وعلى ضوء هذا التوجه العام، باتت المنظمات غير الحكومية في دولة المنطقة قادرة على اتخاذ مبادرات نحو تحقيق أهداف برنامج عمل مؤتمر القاهرة والمؤتمرات المعنية اللاحقة بالرغم من القصور في الموارد والبنى التحتية الداعمة لحركتها ومحاولة بعض المؤسسات الرسمية تذويبها ضمن هيكليات الدولة. كما أن القطاع الخاص بدأ يساهم في تنفيذ البرامج السكانية والإنمائية بما فيها تأمين وتوزيع سلع وخدمات تنظيم الأسرة، مما ساهم في زيادة عائده وتحسين صورته في المجتمع.

إن هذه التطورات على مستوى الشراكة ساهمت جزئياً في تهيئة مناخٍ داعمٍ لتعبئة الموارد. وكما في الأقاليم الأخرى، فإن دول المنطقة رفعت من مساهمتها المالية في تنفيذ أهداف استراتيجيات السكان والتنمية وباتت تعي أهمية توفير الموارد المحلية واستنفارها باعتبارها تشكل الشرط الأعظم من الموارد اللازمة لبلوغ تلك الأهداف. أما بالنسبة إلى بلدان المنطقة الأكثر فقراً، فإن جهودها لتوفير الموارد اللازمة تبقى غير كافية إذا لم يتأمن لها الدعم التكميلي من خلال إيجاد قدر أكبر من الموارد المالية والتقنية من المجتمع الدولي.

واستناداً إلى النمو المتوقع في عدد النساء والرجال والشباب ومضاعفات التحول الديموغرافي العربي، فإن الحاجات غير الملباة في مجال خدمات الصحة الانجابية بما فيها خدمات الأمومة الآمنة وتنظيم الأسرة سوف تتزايد زيادةً سريعةً جداً خلال العقد المقبل. لذا يلزم تكثيف الجهود الرامية إلى تنمية الموارد المحلية والدولية وضمان استخدامها بشكل فعال لدعم برامج تقديم الخدمات وما يتصل بها من إعلام وتنقيف واتصال وبناء قدرات وطنية في مجال استراتيجيات السكان والتنمية والنوع الاجتماعي.

الخلاصات والخيارات

تسمح هذه الورقة من خلال ما تنطوي عليه من تحليلات باستنتاج بعض الخلاصات الهامة واستقراء عناصر الخيارات التي يمكن الأخذ بها عند بلورة ومراجعة السياسات الوطنية والإقليمية للسكان والتنمية، وعند تحديد رؤية واضحة لإقامة شراكات وتحالفات بين القوى الفاعلة والمسؤولة عنها وصولاً لأهداف برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية ولغايات الألفية الثالثة التي تبنتها دول المنطقة.

أولاً: بدأت مضاعفات التحوّل الديموغرافي وانعكاسات الركود الاقتصادي والتغيرات الفكرية والفلسفية المتصلة بالسكان والتنمية تشكل - أكثر من ذي قبل - قوة دافعة لتغيير مواقف الدول العربية حيال تبني السياسات السكانية واستراتيجيات التنمية البشرية المستدامة وفق مقتضيات أجندة التنمية الدولية والإقليمية وفي مقدّمها مضامين برنامج العمل الدولي للسكان والتنمية. ورغم التباين في محتويات السياسات والاستراتيجيات القطرية وفي أطرها المؤسسية، إلا أن مسألة إدماج قضايا السكان والصحة الإنجابية والنوع الاجتماعي في استراتيجيات التنمية المستدامة ومتابعتها وتقويمها أصبحت قضية ملحة تتطلّب بذل جهود حكومية وغير حكومية على الأصعدة الوطنية والإقليمية والدولية.

ثانياً: إنطلاقاً من برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية وتلازمه مع غايات الألفية الثالثة والتزاماً به، باتت دول المنطقة أكثر جهوزية لجعل سياساتها الوطنية وسيلة علمية وعملية لبلوغ أهداف التنمية البشرية المستدامة وتوسيع الرؤية الديموغرافية الضيقة المنقّدة بالأهداف الكمية البحتة، وأكثر تفاعلاً مع قضايا العصر وتحدياته وفرصه. وتمشياً مع ذلك، ينبغي أن تعزز دول المنطقة سياساتها لتكون أكثر تجاوباً مع الأهداف النوعية التي تتمحور حول المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة، وتوفير التعليم للجميع، ومحو الأمية، والحصول على خدمات الصحة الإنجابية والصحة الجنسية وتنظيم الأسرة، وخفض وفيات الأمهات والرضع والأطفال، ومحاربة التحديات البيئية، ومكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/الأيدز.

ثالثاً: على رغم من عدم تحقيق كامل من قبل غالبية دول المنطقة للعديد من أهداف برنامج عمل مؤتمر القاهرة، أصبحت الفرص أكثر نضوجاً من خلال الإطار الدولي لغايات الألفية الثالثة وارتباط تلك الغايات، وخاصة غاية القضاء على الفقر، مع أهداف هذا البرنامج. من هنا ينبغي تكثيف الجهود الرامية الى القضاء على الفقر وذلك ضمن استراتيجيات التخفيف من الفقر التي لا بد من أن تشمل التعليم للجميع والصحة الانجابية للجميع وتحقيق النمو الاقتصادي المطرد في سياق التنمية المستدامة كخطوات جوهرية يمكن أن تساعد على رفع مستوى نوعية الحياة لجميع السكان والحد من الفقر وتنمية الموارد البشرية وضمان جميع حقوق الانسان. وفي هذا المجال، لا بد أن تغتم المنطقة الفرصة التاريخية المتاحة للإستفادة من النافذة الديموغرافية الناتجة من التحول الإنجابي الحديث عن طريق الاستثمار في الشباب والمراهقين في مجال التعليم والصحة والحماية من الأمراض والاستغلال وتطوير نوعية حياتهم. ذلك أن مثل هذا الاستثمار يضمن توفير فرص حقيقية للتنمية المستدامة وسد منافذ الفقر.

رابعاً: على عكس ما ابتغت، لم تحقق غالبية الدول العربية الانتعاش الاقتصادي والزيادة في قدرتها التنافسية في أسواق العالم حسب ما كان متوقعاً من خلال اعتماد برامج الإصلاح الاقتصادي. كما أنها لم تشهد تحسناً في اختلالات الاقتصاد الكلي، أو زيادة في الإنفاق على أولويات التنمية البشرية مثل التعليم الأساسي والصحة والمياه النقية والعمالة، أو تقلصاً في الفوارق بين الجنسين أو محاربة فعالة لانتشار الفقر. كان من المفترض أن تتحقق زيادة مطردة في الاستثمار المحلي والأجنبي، وفي فرص العمالة ودخل الفقراء والفئات المهمشة، وفي نوعية حياة السكان. ولكن مزايا هذه البرامج لم تحتسب، إلى الآن، لمصلحة غالبية دول المنطقة وسياساتها السكانية والإنمائية. لذا، تدعو الحاجة في المنطقة العربية الى رصد التأثيرات الناجمة عن ذلك واتخاذ مواقف احترازية لسد الخلل وتأمين استدامة التنمية العادلة وتطوير أساليب عملية لمناصرة الفقراء وبالذات بالنسبة الى النساء والشباب والأطفال والأسر التي ترأسها النساء وسكان الريف وضحايا الحروب والكوارث الطبيعية.

خامساً: إن إقامة شراكة بين آليات الدولة والسوق والمجتمع المدني، في كل مراحل السياسات والاستراتيجيات السكانية والإنمائية الكلية، هي خيار شرطي لنجاح الخيارات الأخرى، إلا أنها لم تحظ بالجدية الكافية. فللدولة دور محوري في تمكين تلك السياسات والاستراتيجيات، وهي تمارس هذا الدور ليس فقط من خلال أنشطتها، ولكن أيضاً عبر تأثيرها على أنشطة السوق والمجتمع المدني والجمعيات الأهلية. كما أن آليات السوق والعلامة تتسم بميزات يمكن توجيهها وتسخيرها لخدمة سياسات التنمية البشرية المستدامة وأهدافها. ومن الضروري أن يتم استنفار إمكانات المنظمات المدنية والجمعيات الخيرية والهيئات التطوعية بهدف خدمة استراتيجيات السكان والتنمية والبيئة.

سادساً: لا يمكن افتراض نجاح الشراكة من غير ضمان خيار تقوية التزام الشركاء، وتمكين قدراتهم لترجمة هذا الالتزام إلى خدمة أهداف السياسات السكانية واستراتيجيات التنمية البشرية المستدامة. وفي إطار هذا الخيار، لا بد للدولة من أن تعزز مؤسساتها المعلوماتية والبحثية والتخطيطية والتنسيقية التي تحدد صياغة تلك السياسات والاستراتيجيات وتنفيذها. بناءً على ذلك، يتعين تشجيع آليات السوق لتكون أكثر تجاوباً مع احتياجات السكان الأساسية، وتوسيع نطاق مشاركة المنظمات غير الحكومية وعناصر المجتمع المدني الأخرى في مواجهة قضايا السكان والتنمية والمحافظة على موارد البيئة، وبالذات المياه.

سابعاً: إيماناً بضرورة تطوير البيئة الداعمة لبلورة ومتابعة تنفيذ السياسات الوطنية للسكان وتقويمها، لا بد من تعزيز آليات الدعم التشريعية من أجل إيجاد مناخ أكثر إيجابية لتعبئة الموارد وترجمة الالتزام السياسي إلى واقع ملموس وفعال. ولا بد أيضاً من إنشاء وتقوية المؤسسات التنسيقية والاستفادة من التجارب العربية الناجحة في مجال إرساء المجالس واللجان الوطنية للسكان ومكاتبها الفنية، وفي ترسيخ دعائمها المؤسسية والقانونية والمعلوماتية والإعلامية، وفي قدراتها التفاوضية في تحريك واستنفار الموارد اللازمة لتنفيذ أهداف السياسات السكانية وبرامجها المرحلية. وفي هذا المجال أيضاً، لا بد من إعادة التأكيد على ضرورة إرساء الأسس الكفيلة بتنسيق وقيادة عمليات إجراء الدراسات المعمقة بمحددات الإشكالات السكانية ومؤثراتها وعلاقتها بالعوامل الثقافية والاجتماعية والبيئية،

واستنباط المؤشرات الكمية والنوعية المطلوبة للمتابعة والتقويم لخطط وبرامج تنفيذ السياسات السكانية والتنمية.

لائحة بالجداول والأشكال:

- الجدول رقم ١: إجراءات/تدابير الحكومات تجاه إدماج قضايا السكان في سياسات وبرامج التنمية المستدامة
- الجدول رقم ٢: إجراءات/تدابير الحكومات تجاه العدالة والإنصاف والمساواة بين الجنسين وتمكين المرأة
- الجدول رقم ٣: إجراءات/تدابير الحكومات تجاه الصحة الإنجابية والحقوق الإنجابية
- الجدول رقم ٤: إجراءات/تدابير الحكومات تجاه الصحة الإنجابية والجنسية للشباب والمراهقين
- الجدول رقم ٥: إجراءات/تدابير الحكومات تجاه نقص المناعة البشرية ومرض الإيدز
- الجدول رقم ٦: إجراءات/تدابير الحكومات تجاه الدعوة وتغيير السلوك
- الجدول رقم ٧: إجراءات/تدابير الحكومات تجاه الشراكة والموارد
- الجدول رقم ٨: مؤشرات ديمغرافية للدول العربية
- الجدول رقم ٩: تطور مؤشرات المساواة بين الجنسين في محو الأمية والتعليم الأساسي في الدول العربية
- الشكل رقم ١: العلاقة بين دليل التنمية البشرية ودليل التنمية المرتبط بالنوع الاجتماعي ٢٠٠٠
- الشكل رقم ٢: العلاقة بين دليل التنمية البشرية ودليل التنمية المرتبط بالنوع الاجتماعي ١٩٩٤
- الشكل رقم ٣: العلاقة بين دليل التنمية المرتبط بالنوع الاجتماعي ومعدلات استخدام وسائل تنظيم الأسرة ٢٠٠٠
- الشكل رقم ٤: العلاقة بين دليل التنمية المرتبط بالنوع الاجتماعي ومعدلات خصوبة المراهقين ٢٠٠٠
- الشكل رقم ٥: العلاقة بين دليل التنمية المرتبط بالنوع الاجتماعي ونسب وفيات الأمهات ٢٠٠٠
- الشكل رقم ٦: العلاقة بين نسب وفيات الأمهات والفقير ٢٠٠٠
- الشكل رقم ٧: العلاقة بين معدلات استخدام وسائل تنظيم الأسرة والفقير ٢٠٠٠
- الشكل رقم ٨: العلاقة بين معدلات خصوبة المراهقين والفقير ٢٠٠٠

إجراءات/تدابير الحكومات تجاه إدماج قضايا السكان في سياسات وبرامج التنمية المستدامة

الجدول رقم ١

الدولة	إجراءات الصحة الإيجابية لقاطني المناطق المشؤمية ^١		إجراءات تخص الهجرة الداخلية ^٢		مبادرات خاصة بجيل السن ^٣		السكان والبيئة في التخطيط ^٤		السكان والفق في الاستراتيجيات الوطنية لقضايا الفقر ^٥		القضايا السكانية في استراتيجيات التنمية ^٦		مبلغ الفرد الإجمالي < دولار أمريكي
	محدودة	متنوعة	محدودة	متنوعة	محدودة	متنوعة	محدودة	متنوعة	محدودة	متنوعة	محدودة	متنوعة	
فلسطين	١		١		١				١				
الصومال													
اليمن	١		١		١		١		١				
جزر القمر													
السودان	١		١		١		١		١				
موريتانيا	١		١		١		١		١				
جيبوتي	١		١		١		١		١				
سوريا	١		١		١		١		١				
مصر	١		١		١		١		١				
المغرب	١		١		١		١		١				
الأردن	١		١		١		١		١				
لبنان	١		١		١		١		١				
دخل الفرد الإجمالي < دولار أمريكي	٥	٧	٦	٣	٤	٢	٥	٤	٧	٦	٦	6	
الجزائر	١		١		١		١		١				
تونس	١		١		١		١		١				
عمان	١		١		١		١		١				
السعودية	١		١		١		١		١				
البحرين	١		١		١		١		١				
دخل الفرد الإجمالي < دولار أمريكي	٥	١	٢	٢	٥	١	٢	٤	٨	٢	3		
المجموع												9	

١ إدماج القضايا السكانية في الخطط/البرامج/الاستراتيجيات، السياسات، القوانين/التشريعات، البيانات السكانية، والمعلومات والتعليم والاتصال.
 ٢ الحداد العروق بين ديموجرافيات السكان (على سبيل المثال: العمومية، النمو السكاني، الهجرة، تمكن المرأة، الخ...) والفق في الحساب عدد وضع الاستراتيجيات الوطنية لقضايا الفقر.
 ٣ اعتبار العلاقة بين قضايا السكان والبيئة في التخطيط: الاستراتيجيات، القوانين/التشريعات، والسياسات.
 ٤ تمركز التهجئة الصحية من خلال: ضمان توفر الحد الأدنى من المعايير المجتمعية لأكثر السن، الخطط/البرامج/الاستراتيجيات، وضع التطبيق/تنفيذ السياسات، إجراء المجتمع المدني، استحداث آليات لجمع البيانات.
 ٥ تنظيم الهجرة من خلال: تطوير الخطط/السياسات/البرامج، إنشاء مؤسسات، وضع الخطط لتوزيع الأنشطة، تخفيف المساعدة/الخدمات للأشخاص/المهجورين في الداخل.
 ٦ تقديم خدمات تنظيم الأسرة/الصحة الإنجابية، تطوير مواد المعلومات والتعليم والاتصال، تدريب مقدمي خدمات تنظيم الأسرة، تعزيز الرعاية الصحية الشاملة.

تأثيرات/تدابير الحكومات تجاه إدمان قضايا السكان في سياسات وبرامج التنمية المستدامة

تابع الجدول رقم ١

الدولة	تدابير صريحة للتأثير في الهجرة الخارجية ^١	اعتبار العوامل السكانية في التخطيط اللامركزي ^٢	إششاء قواعد البيانات ونظم المعلومات الوطنية ^٣	الدعم المؤسسي لتوفير البيانات السكانية ^٤	رصد أهداف برنامج العمل الدولي ^٥	رصد أهداف التنمية الالفيه ^٥
فلسطين	١	١	١	١	١	لا توجد إجراءات
الصومال	١	١	١	١	١	١
اليمن	١	١	١	١	١	١
جزر القمر	١	١	١	١	١	١
السودان	١	١	١	١	١	١
موريتانيا	١	١	١	١	١	١
جيبوتي	١	١	١	١	١	١
سوريا	١	١	١	١	١	١
مصر	١	١	١	١	١	١
المغرب	١	١	١	١	١	١
الأردن	١	١	١	١	١	١
لبنان	١	١	١	١	١	١
دخل الفرد الإجمالي > ٦٠٠٠ دولار أمريكي	٦	٧	١٠	٨	٥	٩
الجزائر	١	١	١	١	١	١
تونس	١	١	١	١	١	١
عمان	١	١	١	١	١	١
السعودية	١	١	١	١	١	١
البحرين	١	١	١	١	١	١
دخل الفرد الإجمالي < ٦٠٠٠ دولار أمريكي	٤	٥	٤	٤	٣	٢
المجموع	١٠	١١	١٤	١٤	١١	١١

١ تطوير/تعزيز سياسات مشتركة بين الحكومات، سياسات، قوانين/تشريعات، خطط/برامج/استراتيجيات تخص الهجرة؛ قوانين/تشريعات تخص النور والخروج؛ شبكة ما بين الحكومات؛ تعاون ما بين المؤسسات؛ وضع اتفاقيات تخص اللاجئين موجهة للتعليم؛ والمعلومات والتعليم والاحصاء/الاحصاء.

٢ إدمان في الاقتصاد المحلي؛ خطط اجتماعية وبنية استحداث تركيزات مكانية محلية؛ جعل القادة المحليين التقنيين أكثر اجساما بالتخطيط السكانية.

٣ تطوير قواعد بيانات وطنية ونظم معلومات إدارية؛ تدريب الموظفين على الأداة واستخدام قواعد البيانات؛ تعزيز عمليات جمع ومعالجة وتحليل واستخدام البيانات؛ زيادة دعم الممولين من أجل بناء القدرات؛ استحداث خدمة إحصائية وطنية (أو أنها موجودة بالفعل).

٤ إجراء الحرف التي تهمس على الأبحاث النوعية؛ إنشاء مكاتب للسكان الإقليمية (أو أنها موجودة بالفعل)؛ توسعة نطاق البحث ليشمل المجتمعات المهمشة.

٥ تعيين هيئة مسننة متعددة القطاعات لمرافقة تنفيذ أهداف برنامج عمل المؤتمر الدولي للتنمية/أهداف الألفية؛ إجراء استبيان ميداني لسوي؛ تبنى آليات توثيق بشكل منظم؛ تعيين شخص مخصص مرجعي.

إجراءات/تدابير الحكومات تجاه العدالة والإنصاف والمساواة بين الجنسين وتمكين المرأة

الجدول رقم ٢

الدولة	حماية حقوق البنات والمرأة ^١		تمكين المرأة ^٢		أساس النوع الاجتماعي ^٣		التقدم المحرز في التعليم ^٤	
	تدابير عدة	تدابير واحد	متعددة	محدودة	متعددة	متواضعة	متعددة	مواضع
فلسطين	١	١	١	١	١	١	١	١
الصومال		١		١		١		١
اليمن	١		١		١			١
جزر القمر	١			١		١		١
السودان		١		١		١		١
موريتانيا	١		١		١			١
جيبوتي	١			١		١		١
سوريا	١			١		١		١
مصر	١			١		١		١
المغرب	١			١		١		١
الأردن	١			١		١		١
ليبنان	١			١		١		١
نقل الفرد الإجمالي > ٦٠٠٠ دولار أمريكي	10	٢	١٠	٧	٥	٩	٢	
الجزائر	١		١			١		١
تونس	١		١			١		١
عمان	١		١			١		١
السعودية		١		١		١		١
البحرين	١		١			١		١
نقل الفرد الإجمالي < ٦٠٠٠ دولار أمريكي	4	١	٤	٤	١	٥	١	
المتوسط	12							

- ١ استحداث لجان وطنية/وزارات، حماية/اصلاح دستوري، سياسات عن التمييز التمكن على أساس النوع، اتفاقيات مُصنفة للأمم المتحدة/برامج صل/خطة مُنتجة، قوانين/تشريعات وطنية عن الحقوق، خطط عمل وطنية الإصاح/التمكين، على أساس النوع الاجتماعي، واستحداث برامج المعلومات والتعليم والاتصال/الدعوة؛ على أساس النوع الاجتماعي، وتوزيع الخطط/البرامج/الاستراتيجيات، والتوزيع جهود لتصميم/زيادة المشاركة في العملية السياسية، التوجه، التعليم/التدريب، الرصد الإحصائية، توعية موظفو الحكومة بقبضات النوع الاجتماعي وتوزيع الخطط/البرامج/الاستراتيجيات، والتوزيع
- ٢ والتشريعات المتعلقة بالتمكين.
- ٣ استحداث لجان وطنية لمواجهة العنف على أساس النوع الاجتماعي وتوزيع تقديم الخدمات للصحايا، المعلومات والتعليم والاتصال/الدعوة، التدريب لمقدمو الخدمة، القوانين/التشريعات، المراقبة/التوثيق، المساعدة الإبتدائية مجاناً/أو الزامية للأولاد والبنات، التعليم الثانوي مجاني ولكن ليس الإزاسي، الخطط/البرامج/الاستراتيجيات لمساعدة الأطفال المتسربين من التعليم، زيادة التمويل من خلال القطاع الخاص، زيادة الإلتحاق العام على المدارس، الحارس، الحواجز اللاسلكي من أجل إرسال الأطفال/البنات للمدرسة، فرض القوانين لمواجهة التحلل المُسبق لتعليم البنات، حملات المعلومات والتعليم والاتصال/الدعوة من أجل التعليم، ومراجعة المنهج الدراسي لزيادة الوعي بقبضات النوع الاجتماعي.
- ٤

إجراءات/تدابير الحكومات تجاه العدالة والإصناف والمساواة بين الجنسين وتمكين المرأة

تابع الجدول رقم ٢

الدولة	تضيق فجوة التعليم بين الذكور والإناث ^١	غرس احترام وجهات نظر المرأة والفتيات في أذهان الأولاد ^٢	مساعدة حقوق المرأة ^٣	تمكين الرجل من	تتمكين الرجال من القيام بمسؤولياتهم بخصوص صحتهم وصحة زوجاتهم الإنجابية ^٤
فلسطين	١	١	متنوعة	محدودة	محدودة
الصومال	١			١	
اليمن	1	١		١	
جزر القمر	١	١		١	
السودان	١			١	
موريتانيا	١	١			
جيبوتي	١	١		١	
سوريا	1			١	
مصر	١	١		١	
المغرب	1	١		١	
الأردن	1	١		١	
ليتوان	1	١		١	
دخل الفرد الإجمالي > ٦٠٠٠ دولار أمريكي	5	٥	٣	٥	٥
الجزائر	1	١		١	
تونس	1	١		١	
صان	1	١		١	
السعودية	1	١		١	
البحرين		١		١	
دخل الفرد الإجمالي < ٦٠٠٠ دولار أمريكي	4	٢	٣	٣	٢
المجموع	9	٧	٤	٤	٧

١ زيادة نسبة الفتيات إلى الأولاد في التعليم الأساسي(التقويم، القوانين/التشريعات لتعليم مسلو على كافة المستويات، الحوافز للأمير لإرسال الأطفال/البنات للمدرسة، إبرك متزايد للابوين في تعليم البنات، فرض العقوبات لموجهة التحول العميق لتعليم البنات، ومجلات المعلومات والمطعم والتعليم والاتصال/الدعوة من أجل المساواة/التعليم على أساس النوع الاجتماعي، الدعوة في المنظمات لمواقف تحت على المساواة على أساس النوع الاجتماعي والتحق الأسرة في قضايا النوع الاجتماعي والاتصال/الدعوة، الخطط الاستراتيجية لإشراك الرجال في قضايا الصحة الإنجابية، القوانين/التشريعات الخاصة بإجازة الأمومة، مراجعة/تفتيح الكتب الدراسية والمناهج، وحللت المعلومات والتعليم والاتصال/الدعوة للتوعية بالمساواة على أساس النوع، خطط/برامج تعليم الصحة الإنجابية للشباب/المراتقين، وتعليم المجتمع المدني فيما يخص الأولاد على أساس النوع الاجتماعي، قضايا بعض قضايا النوع الاجتماعي، تعزيز تنظيم الأسرة للرجال، وتدابير جديدة تضمن الرجال لصحة إنجابية، القوانين/التشريعات الخاصة بالمرأة، التعليم، تقديم المشورة قبل الزواج لكلا الزوجين، التعليم للرجال بخصوص صحتهم وإز صحة شريكهم الإنجابية، المعلومات والتعليم والاتصال/الدعوة، مراجعة/تفتيح الكتب الدراسية والمناهج الخاصة بالمهارات الحياتية فيما يخص قوبه الأولاد أو النوع الاجتماعي، عيادات صحة إنجابية تضمن الرجال قفله، تعزيز استخدام طرق تعليم الأسرة الخاصة بالرجال، والقوانين/التشريعات الخاصة بالأسرة.

إجراءات/تدابير الحكومات تجاه الصحة الإنجابية والحقوق الإنجابية

الجدول رقم ٣

الدولة	تضمين الصحة الإنجابية في نظام الرعاية الصحية الأولية ^١	تعدلات تشريعية لتأكيد الحقوق الإنجابية ^٢	إجراءات الصحة الإنجابية والجنسية وردت في برنامج إصلاح القطاع الصحي ^٣	زيادة وتسهيل الحصول على خدمات الصحة الإنجابية ^٤	تخفيض المراضة ووفيات الأمهات ^٥
فلسطين	١	متنوعة	محدودة	متنوعة	محدودة
الموصل	1			١	١
اليمن	1	١		١	١
جزر القمر	١	١	١	١	١
السودان	1	١	١	١	١
موريتانيا	1	١	١	١	١
جيبوتي	1	١		١	١
سوريا	1	١		١	١
مصر	1	١	١	١	١
المغرب	1	١	١	١	١
الأردن	1	١	١	١	١
بنغلاديش	1	١	١	١	١
دخول القرن الإجمالي ^٦ ١٠٠٠٠ دولار أمريكي	11	٤	٧	٤	٩
الجزائر	1	١	١	١	١
تونس	١	١	١	١	١
عمان	١	١	١	١	١
السعودية	1	١	١	١	١
البحرين					
دخول القرن الإجمالي ^٦ ١٠٠٠ دولار أمريكي	٢	٢	٢	٤	٤
المتوسط	13				

١ تكامل الممولات/تقديم الخدمة فيما يخص: العنصر المتقولة جنسياً و/أو الوقاية من الإصابة بفيروس العنق الشوكي، علاج العقم، المراعاتن والشباب، تقديم خدمات الصحة الإنجابية لفئة المسنين، خدمات الصحة الإنجابية بما فيها تنظيم الأسرة، وتحقق التكامل فيما يخص خدمات الصحة الإنجابية. صرح سيانج حديد^٢ من قوانين/تشريعات جديدة، تنفيذ تغييرات/تدريب مستشاري، المعلومات والتدريب والوصول/الدعوة، وضع الخطط الوطنية/البرامج/الاستراتيجيات.

٢ فيما يخص الصحة الإنجابية، وحملات التطوير والتدريب، والوصول/الدعوة: صرح سيانج حديد^٢ من قوانين/تشريعات جديدة، تنفيذ تغييرات/تدريب مستشاري، المعلومات والتدريب والوصول/الدعوة، وضع الخطط الوطنية/البرامج/الاستراتيجيات.

٣ برنامج إصلاح بترك: الاحتياجات الصحية للمراعاتن/الشباب، والاحتياجات الصحية للمثلية، بالولاية حالات في عدة ولايات الطارئة وفيما يخص صحة الأم، واحتياجات المراهقين، ونظام لامركزي للإعانة الصحية وتقديم التثقيف من خلال تشجيع أكثر الرجال فيما يخص الصحة الإنجابية، وحزم إصلاحية من شأنها زيادة المخصصات في البرامج الأخرى، الصحة الإنجابية والحقوق الإنجابية، تنظيم الأسرة المركزي للإعانة الصحية وتقديم التثقيف.

٤ تقديم خدمات صحة إنجابية مجانية وفي انتظار في كافة مرافق الصحة العامة، زيادة عدد نقاط تقديم الخدمة، تخصيص المزيد من الموارد بما في ذلك المعدات الخاصة بتقديم الخدمات الصحية، تقديم الخدمات الصحية، ومعتبر نوعية الخدمة، تحسين إدارة وعمليات التفتيش والإعداد، تقديم خدمات رفقة الشباب، وحملات تثقيف، وشراكات مع المنظمات غير الحكومية، وأن تقدم المنظمات الدولية الأخرى وتدعم الرعاية الصحية في القطاع الخاص والخدمات الصحية، ومعتبر نوعية تقديم خدمة صحية، وزيادة الممولين/التدريب.

٥ استحداث شبكة من عيادات الصحة الإنجابية/تنظيم الأسرة، خدمات مسجلة قبل وما بعد الولادة، تدريب مقدمي الخدمات الصحية، خدمات صحية مبتكرة، المعلومات والتدريب والوصول/الدعوة، وسائط النقل من أجل الرعاية الأولية الطارئة، الشراكات مع وكالات الأمم المتحدة وأو المنظمات غير الحكومية فيما يخص تقديم الخدمات الصحية الأولية، تحسين جمع البيانات، تحليل/تسجيل الواقع من أجل المراهقين، تقديم الخدمات الصحية الأولية للمجموعات المستهدفة/النطاق القاتية، الوصول لخدمات الإجهاض الآمن/بما بعد الإجهاض، التفتيش/التشريعات من أجل تمكين المرأة وحقوقها، كل الولايات/أو زيادة عدد الولايات في المستشفيات، والخطط/البرامج/الاستراتيجيات.

إجراءات/تدابير الحكومات تجاه الصحة الإيجابية والحقوق الإيجابية

تابع الجدول رقم ٣

الدولة	توسيع مساحة الاختيار لمجموعة وسائل تنظيم الأسرة ^١	محدودة	متعددة	محدودة	متعددة	مواجهة العنف الجنسي ^٢		مواجهة الإجهاض غير الأمن ^٣		مواجهة الأمراض المنقولة جنسياً بما فيها نقص المناعة المكتسبة ومرض الإيدز ^٤	بعض المعايير
						محدودة	متعددة	محدودة	متعددة		
فلسطين	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١
الصومال	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١
اليمن	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١
جزر القمر	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١
السودان	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١
موريتانيا	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١
جيبوتي	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١
سوريا	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١
مصر	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١
المغرب	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١
الأردن	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١
لبنان	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١
نخل الفرد الإجمالي > ٦٠٠٠ دولار أمريكي	٤	٨	٣	٥	٤	٤	٢	٤	٢	٥	٧
الجزائر	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١
تونس	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١
عمان	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١
السعودية	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١
البحرين	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١	١
نخل الفرد الإجمالي < ٦٠٠٠ دولار أمريكي	٢	٢	٢	٢	٢	٢	٢	٢	٢	٢	٢
المجموع	١٠	١٠	١٠	١٠	١٠	١٠	١٠	١٠	١٠	١٠	١٠

- ١ زيادة عدد نقاط تقييم الخدمة، حملات الترويج الاجتماعي، تحسين تواجد عمليات النقل والإمداد الخاصة ببرنامج تنظيم الأسرة، وسائل وأو خدمات تنظيم الأسرة مجانية/مدعومة، تدريب مقدمي الخدمة على الإدارة المعتمدة ببرنامج تنظيم الأسرة، توفير الواقي الاتوبي وموانع الحمل في الحالات الطارئة، بيع وسائل تنظيم الأسرة في الصيدليات والمواقع غير المعتادة
- ٢ أنظمة اإدارة أو جنسية وخطط مشروعات، المساعدة من قبل الوكالات الأولية في تأمين وتوريد بوزم تنظيم الأسرة، تدريب الإدارة/الموظفين فيما يخص الإدارة اللوجستية، شراكات الحكومة مع المنظمات غير الحكومية، اللطاعات الخاصة والتدعيم من أجل تأمين وتزويد وسائل تنظيم الأسرة، مرافق حكومية/خطم سبقيية ما بين الوكالات لتأمين بوزم تنظيم الأسرة
- ٣ تطبيق سياسة حكومية، قوانين/تشريعات، حملات المعلومات والتعلم والاتصال/الدعوة، تدريب المهنيين، أحداث تغييرات معتبرين العنق الجنسي في المؤسسات، وضع الخطط/البرامج/الاستراتيجيات للتصدي للعنف الجنسي، الدراسات والبحوث التي أجريت أو يتم إجراؤها عن العنف الجنسي، توفير الخدمات، الشراكات مع المنظمات غير الحكومية والمنظمات الدولية الأخرى لمجابهة العنف الجنسي، قيام الحكومات باستحداث اللجان الوطنية/الوكالات/الوزارات/الكتائب لمجابهة العنف الجنسي.
- ٤ القوانين/التشريعات لمجمل الإجهاض قانوني/أو جعله قانوني تحت ظروف خاصة، تدريب مقدمي الرعاية الصحية لتقييم خدمات/استشارات تضمن الإجهاض وخدمات ما بعد الإجهاض، لمرحلة ما بعد الإجهاض، تقييم خدمات ما بعد الإجهاض، توفير خدمات تنظيم الأسرة ووسائل منع الحمل، مرافق للوقاية/إدارة عمليات الإجهاض وما قد يترتب عليه من تعقيدات
- ٥ استخدام/برمجة الخطط/البرامج/الاستراتيجيات الوطنية، الوقاية من العنق من الأمراض المنقولة جنسياً، تقديم خدمة العلاج/الإدارة، الترويج الاجتماعي للوقاية/المعالجات من العنق من الأمراض المنقولة جنسياً، الشراكات مع المنظمات غير الحكومية، الأمم المتحدة والمنظمات الدولية الأخرى، شراكات وكالات حكومية دولية لتقييم الخدمة، سياسات وطنية تضمن الوقاية من والتحكم في العنق من الأمراض المنقولة جنسياً، استحداث اللجان الوطنية/الوكالات/الوزارات/الكتائب من قبل الحكومات، حملات المعلومات والتعلم والاتصال/الدعوة والخاصة بالوقاية/العلاج، مبادرات تعليمية تستهدف السكان المستهدفين، متابعة أنظمة مراقبة/بحوث

إجراءات/تدابير الحكومات تجاه الصحة الإيجابية والجنسية للشباب والمراهقين

الجدول رقم ٤

الدولة	حقوق واحتياجات المراهقين في مجال الصحة الإيجابية ^١	إدخال التنقيف الجنسي في المناهج التعليمية ^٢	توفير معلومات الصحة الإيجابية ^٣	تسهيل حصول المراهقين على خدمات الصحة الإيجابية ^٤
فلسطين	1	1	1	1
الصومال				
اليمن	1			
جزر القمر				
السودان	1	1	1	1
موريتانيا	1	1	1	1
جنوبي أفريقيا				
سوريا	1	1	1	1
مصر	1	1	1	1
المغرب	1	1	1	1
الأردن	1	1	1	1
لبنان	1	1	1	1
دخول الفرد الإجمالي >= ٦٠,٠٠٠ دولار أمريكي	8	٨	٨	٧
الجزائر	1	1	1	1
تونس	1	1	1	1
عمان	1	1	1	1
السعودية	1	1	1	1
البحرين	1	1	1	1
دخول الفرد الإجمالي < ٦٠,٠٠٠ دولار أمريكي	3	٥	٤	٥
المجموع	٦١	٦٤	٦٤	٦٤

١ استحداث/تطبيق قوانين/سياسات/خدمات المعلومات والتعليم والاتصال/الدعوة، الخطط/البرامج/الاستراتيجيات، استحداث لجان وطنية للشباب وتفاعلات مصممة للأسم المتحدة، تنفيذ برنامج عمل الأمم المتحدة، شراكات مع منظمات غير حكومية وطنية/أجنبية، برنامج رعاية صحية وطنية يشمل الصحة الإيجابية للمراهقين، تمويل الحكومة لخدمات الشباب، تقديم المشورة للمراهقين، إتاحة تعليم الصحة الإيجابية والجنسية في المناهج الدراسية، الجورت عن احتياجات المراهقين، الترويج الاجتماعي، تدريب العاملين مع المراهقين.

٢ مخرج دراسي/المنظمة لا منهجية تتضمن الصحة الإيجابية/أو المهارات الحياتية، برامج التعليم بالنظير، برامج أو عيادات للشباب خارج المدرسة، التدريب الخاص بالصحة الإيجابية للمعلمين والطاقم التعليمي، حملات المعلومات والتعليم والاتصال/الدعوة، استخدام وسائل الإعلام ومصنعة الفنان، الميخاع، الأثرية، خطوط البيت الساكنة، الكتيبات التدريبية المتوفرة، تعليم الصحة الإيجابية/المهارات الحياتية لطلبة التعليم

٣ حملات المراسم/توسعة نطاقها لتشمل مدارس/مراكز/أماكن تعليمية أكثر، استحداث مشاريع ولقاءات

٤ الخطط/البرامج/الاستراتيجيات، نظم المعلومات الإدارية، الإعلام، المشورة المتخصصة بخصوص الصحة الإيجابية، الخطوط الساكنة، المعلومات والتعليم والاتصال/الدعوة، وضع السياسات الخاصة بتعليم الصحة الإيجابية للمراهقين، وضع السياسات الخاصة بتعليم الصحة الإيجابية للمراهقين، استحداث خدمات صحة إيجابية رفيعة، سن القوانين/التشريعات، وضع السياسات الخاصة بتعليم الصحة الإيجابية للمراهقين، خطوط البيت الساكنة، المعلومات والتعليم والاتصال/الدعوة، استحداث اتحادات ومنظمات

الدولة	وجود مقاربة خاصة لمواجهة احتياجات الشباب من الصحة الجنسية والإيجابية ¹	التقدم في مساعدة الشباب في الحصول على سبل العيش والمهارات ² الحياتية ³	مشاركة الشباب في وضع السياسات والبرامج ³	مشاركة الشباب في وضع السياسات والبرامج ³	محدودة	محدودة
فلسطين	1	1	متنوعة	محدودة	1	محدودة
الصومال		1	متنوعة	محدودة	1	محدودة
اليمن		1	متنوعة	محدودة	1	محدودة
جزر القمر		1	متنوعة	محدودة	1	محدودة
السودان		1	متنوعة	محدودة	1	محدودة
موريتانيا	1		متنوعة	محدودة	1	محدودة
جيبوتي	1		متنوعة	محدودة	1	محدودة
سوريا	1		متنوعة	محدودة	1	محدودة
مصر	1		متنوعة	محدودة	1	محدودة
المغرب	1		متنوعة	محدودة	1	محدودة
الأردن	1		متنوعة	محدودة	1	محدودة
لبنان	1		متنوعة	محدودة	1	محدودة
دخل الفرد الإجمالي > 2,000 دولار أمريكي	4	7	متنوعة	محدودة	1	محدودة
الجزائر	1	1	متنوعة	محدودة	1	محدودة
تونس	1	1	متنوعة	محدودة	1	محدودة
عمان	1	1	متنوعة	محدودة	1	محدودة
السعودية	1	1	متنوعة	محدودة	1	محدودة
البحرين	1	1	متنوعة	محدودة	1	محدودة
دخل الفرد الإجمالي < 2,000 دولار أمريكي	2	9	متنوعة	محدودة	2	محدودة
المجموع	6	6	متنوعة	محدودة	6	محدودة

1 تقدر الاحتياجات/احتياجات مجموعات معينة من الشباب، حملات الترويج للاجتماعي، خدمات اللوجين، استهداف الجهود البعيدة النطاق لمجموعات الشباب، تعزيز حقوق بيئية للشباب، تقديم المنظمات غير الحكومية برامج للشباب الغير متقنين في المدارس، تصميم و/أو تعديل برامج، مدارس تتضمن خدمات الصحة الإيجابية والتعليم الصحي.

2 مهارات مهنية/صناعية في النظام التعليمي، تنظيم صناعي/مهني للشباب خارج المدارس، التدريب الصناعي للشباب من قبل منظمات غير حكومية، تدريب مهني للشباب، تقديم الحكومة وطاقف الشباب، برامج تطبيقية تشمل سكان البلد الأصليين.

3 منظمات الشباب تعمل على: صياغة/تطوير/تنفيذ خطط/برامج/استراتيجيات، وضع سياسات، وتعمل كقناة وصل على الصعيد المحلي؛ مشاركة الشباب في المؤتمرات الدولية، منتديات للشباب الاستقطاب المعلومات.

إجراءات/إنتاجات الحكومة تجاه نقص المناعة البشريه ومرض الإيدز

سجودون رقم ٥

الدولة	استنتاجات خاصة بقرعة المناعة ومرض الإيدز ^٢	تشريعات خاصة بقرعة المناعة ومرض الإيدز ^٢	سياسات خاصة بقرعة المناعة ومرض الإيدز ^٢	لم تستحدث	استحدثت	لم تستحدث	استحدثت	لم تستحدث	استحدثت	لم تستحدث	استحدثت	استنتاجات خاصة بقرعة المناعة ومرض الإيدز ^٢	استنتاجات خاصة بقرعة المناعة ومرض الإيدز ^٢	استخدام الواقي الذكري ^٥	استنتاجات خاصة بقرعة المناعة ومرض الإيدز ^٢	استنتاجات خاصة بقرعة المناعة ومرض الإيدز ^٢	استنتاجات خاصة بقرعة المناعة ومرض الإيدز ^٢	استنتاجات خاصة بقرعة المناعة ومرض الإيدز ^٢
فلسطين				١														
الصومال																		
اليمن																		
جزر القمر																		
السودان																		
موريتانيا																		
جيبوتي																		
سوريا																		
مصر																		
المغرب																		
الأردن																		
لبنان																		
دفع الفرد الإجمالي																		
الجزائر																		
تونس																		
عمان																		
السعودية																		
البحرين																		
دفع الفرد الإجمالي																		
المجموع																		

١ خطط برامج استنتاجات وطنية لمكافحة الإيدز، تنسيق ما بين الوكالات الحكومية الولية، نظم معلومات إدارية، المبادرات والإعلام والاتصال/الدعوة عن نقص المناعة ومرض الإيدز وأو العمود بالأمراض المعدية جنسياً، خطط برامج/استنتاجات تستهدف المجموعات الأكثر تديت مدمر للخطر، تحليل الدم، استنتاجات رعاية منزلية، استنتاجات أو تطبيق مبادرة المدد من انتقال الدمى بغير نقص المناعة من الأم إلى الطفل، مواقع تطوعية اختيارية استشارية، الوالدين/التشريعات/المبادرات الخاصة بقرعة المناعة ومرض الإيدز، تدريب مقدمي الرعاية الصحية، إيجاد بيئة داعمة، تعبئة الموارد، وحملات الترويج الاجتماعي.

٢ تقييم المشورة للمراهقين والشباب، التعليم والنظير، انتقال الدمى بغير نقص المناعة من الأم إلى الطفل، البرامج التعليمية، التنسيق مع شبكة المنظمات غير الحكومية، الخطوط الساخنة، مجموعات الدعم، مجموعات الرعاية الخاصة بقرعة المناعة ومرض الإيدز، التعاون مع القطاع الخاص، تحليل الدم، تخفيض الفقر، البرامج السكنية للهجرة، الدعوة، تهيئة الموارد.

إجراءات/تدابير الحكومات تجاه الدعوة وتغيير السلوك

الجدول رقم ٦

الدولة	الفضايا السكنية في استراتيجيات التنمية ^١	استراتيجيات محدودة	بعض الاستراتيجيات	بعض الاستراتيجيات الوطنية لفضايا الفقر ^٢	السكان والفقر في الاستراتيجية الوطنية لفضايا الفقر ^٢
فلسطين	١			١	استراتيجيات محدودة
الصومال					
اليمن	١				
جزر القمر					
السودان					
موريتانيا	١				
جيبوتي	١				
سوريا					
مصر	١				
المغرب	١				
الأردن					
لبنان					
دخل الفرد الإجمالي > ٦٠٠٠ دولار أمريكي	٦	٦	٨	٤	
الجزائر	١				
تونس	١				
عمان	١				
السمودية	١				
البحرين					
دخل الفرد الإجمالي < ٦٠٠٠ دولار أمريكي	٤	١	٣	١	
الجميع	10	٧	١١	٥	

١ حملات المعلومات والتعليم والاتصال/الدعوة فيما يخص سلوكيات الصحة الإيجابية وبناء القدرات وللمجموعات المستهدفة، التراكبات والتمكين من أجل الدعوة، التعليم والتطوير الخاص بالصحة الإيجابية، اجتماعات المجتمع المحلي تشمل النساء والأزواج، تدريب العاملين في قطاع صحة المجتمع المحلي على فضايا تعليم الأسرة، خطط برامج/استراتيجيات للحكومة والمنظمات غير الحكومية، تضمين التعليم الصحي في المناهج الدراسية، الخطط/البرامج/الاستراتيجيات الوطنية، التراكبات مع المؤسسات الدولية متعددة الأطراف، حملات الإعلام - التلفزيون، الميخاض، تقديم خدمات/منتجات مجانية، وغير ذلك من الأمور التي تركز على المشاركة الخاص بالصحة الإيجابية.

٢ مواد إعلامية مطبوعة، وسائل إلكترونية، حوالت المجتمع، الاحتفالات، برامج التوعية المجتمعية، تدريب المعلمين في الإعلام على فضايا الصحة الإيجابية، وتعليم الأسرة، أنظمة المعلومات الإدارية الخاصة بالصحة الإيجابية، سبل أخرى لتغطية فضايا الصحة الإيجابية في وسائل الإعلام.

إجراءات/تدابير الحكومات تجاه المشاركة والموارد

الجدول رقم ٧

الدولة	الجهود المبذولة لتعزيز المشاركة ^١	آليات تسويق الجهود الحكومية ^٢	آليات إشراك القطاع الخاص في الصحة الإيجابية ^٣	زيادة الموارد من أجل الصحة الإيجابية ^٤	مقاربات استرداد التكلفة ^٥
فلسطين	1	آليات محدودة	تدابير محدودة	لا	لا
الصومال	1	بعض الآليات	بعض التدابير	لا	لا
اليمن	1	بعض الآليات	بعض التدابير	لا	لا
جزر القمر	1	بعض الآليات	بعض التدابير	لا	لا
السودان	1	بعض الآليات	بعض التدابير	لا	لا
موريتانيا	1	بعض الآليات	بعض التدابير	لا	لا
جيبوتي	1	بعض الآليات	بعض التدابير	لا	لا
سوريا	1	بعض الآليات	بعض التدابير	لا	لا
مصر	1	بعض الآليات	بعض التدابير	لا	لا
المغرب	1	بعض الآليات	بعض التدابير	لا	لا
الأردن	1	بعض الآليات	بعض التدابير	لا	لا
لبنان	1	بعض الآليات	بعض التدابير	لا	لا
دخل الفرد الإجمالي > ٢٠٠٠٠ دولار أمريكي	7	٤	٣	١٠	٣
الجزائر	1	بعض الآليات	بعض التدابير	لا	لا
تونس	1	بعض الآليات	بعض التدابير	لا	لا
عمان	1	بعض الآليات	بعض التدابير	لا	لا
السعودية	1	بعض الآليات	بعض التدابير	لا	لا
البحرين	1	بعض الآليات	بعض التدابير	لا	لا
دخل الفرد الإجمالي < ٢٠٠٠٠ دولار أمريكي	4	٥	٢	٤	١
الإجمالي	١١	٥٠	٣٠	٤٠	١٠

١ استحداث تشريعات عن الحقوق الإيجابية والصحة الإيجابية، صنع القرارات المتكاتف، وضع وتنفيذ/تعزيز خطة المكافحة، نشر لوائح ما بين الجنين الوطنية للمكان، والمتطلبات غير الحكومية والمتطلبات الدولية، تدارك الحكومة مع المتطلبات غير الحكومية والمتطلبات الدولية لتقديم التدريب في مجال السكان والصحة الإيجابية، التفتي الوطني للمنظمات غير الحكومية، الأمان البيئي، التفتي على الصيغين المحلي والمجمعي، إجراء عملية تعداد وطني، بناء الشراكات ما بين القطاعين الحكومي والخاصة بالتحسينات الخاصة بالصحة الإيجابية.

٢ كل ما سبق ذكره في ١، أعلاه، إضافة إلى استحداث وحدات تتألف من أعضاء لتعمل بعملية جسر الحكومة والسكان.

٣ القطاع الخاص، مثلًا في هياكل تسويقية/وفقاً الدعم المالي للمنظمات غير الحكومية العاملة في مجال تنظيم الأسرة/تكنولوجيا التعليم الخاصة بالمعلومات والاتصال وأنشطة الدعوة والتمكين الخاصة/تكنولوجيا حملات الترويج الاجتماعي والشراخ الخاصة بالمناطق النائية، والمراكز الطبية الخاصة ومزودو وسائل تنظيم الأسرة/بالتجزئة، وغيرها.

٤ زيادة الموارد للشراخ السكانية وشراخ الصحة الإيجابية.

٥ القس الأثني من الرسوم للخدمات، قبول الحكومات المحلية للتمويل بالخدمات، استرداد التكلفة من خلال التوزيع الاجتماعي، الرسوم الأدنى للخدمات، نظام صحي تشاركي، وغيرها.

الجدول رقم 8: مؤشرات ديمغرافية للدول العربية

نسبة وفيات الأمهات	2000	1990	معدل وفيات الرضع	2000	1990	توقع الحياة عند الولادة	2000	1990	معدل استخدام وسائل تنظيم الأسرة	2000	1990	معدل الخصوبة الكلية	2000	1990	معدل النمو السكاني		الدولة
															2000	1990	
117.4	215	44	57	69,7	67,2	50,8	43,1	2,80	4,12	1,67	2,17	الجزائر					
23	38	14	20	74,0	71,6	68,8	53	2,7	3,4	2,17	3,60	البحرين					
517	500	67	84	60,8	57,2	19,4	11,4	4,90	5,80	2,83	2,92	جزر القمر					
546	570	102	117	40,7	47,1	5,8	-	5,70	6,25	1,58	1,49	جيبوتي					
84	174	41	65	68,8	63,9	53,9	44,3	3,29	4,00	1,99	2,00	مصر					
310	310	83	96	60,7	58,4	13,7	14	4,77	5,70	2,68	3,06	العراق					
412	60	24	33	71,0	68,5	55,8	40,2	3,57	4,87	2,66	5,34	الأردن					
0	29	11	14	76,6	74,9	51,0	35	2,7	3,2	3,46	4,68	الكويت					
100	300	17	31	73,5	69,2	18	53	2,18	2,29	1,52	2,99	لبنان					
50	220	21	27	72,8	70,1	39,7	-	3,02	4,10	1,93	1,97	ليبيا					
747	930	97	110	52,5	49,4	0	1	5,79	6,10	2,98	2,49	موريتانيا					
228	332	42	63	68,7	64,4	48,8	35,5	2,75	3,55	1,62	1,77	المغرب					
50	75	21	27	72,4	69,7	36,7	-	5,57	6,46	3,57	4,02	فلسطين					
37,5	22	20	24	72,4	71,1	44,6	9	4,96	6,5	2,93	3,86	عمان					
10	-	12	20	72,2	69,5	40,2	32	3,2	4,1	1,54	2,24	قطر					
7	18	21	31	72,3	69,0	32	-	4,5	5,8	2,92	2,73	السعودية					
160	1600	118	163	47,9	39,5	1	1	7,25	4,17	4,17	0,53	الصومال					
509	527	77	93	50,6	52,9	5,4	5,5	4,39	5,30	2,17	2,38	السودان					
71	143	22	36	71,9	67,9	36,1	20	3,32	4,61	2,38	2,76	سوريا					
50	68,8	23	34	72,8	70,2	52	41	2,01	3,13	1,07	1,73	تونس					
3	26	14	19	74,7	72,5	-	-	2,8	3,8	1,94	4,10	الإمارات العربية المتحدة					
351	-	71	92	60,0	55,6	9,8	6,1	7,01	7,80	3,52	4,72	اليمن					

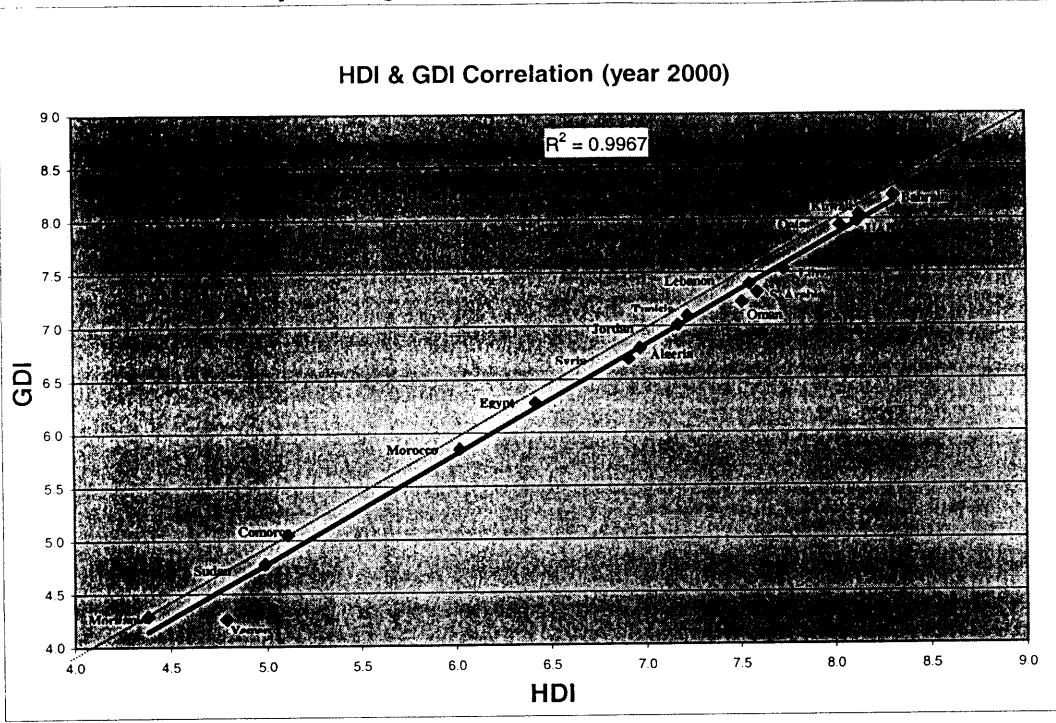
المصدر: دائرة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية في الأمم المتحدة، قسم السكان، توحيات سكان العالم، طبعة عام 2002، الجزء الأول والثاني.
 وبيانات معدل شيوخ استخدام وسائل تنظيم الأسرة ومعدل وفيات الأمهات من بيانات الاستبيانات الميدانية للتحقيق العشرية الأولى في برنامج عمل مؤتمر القاهرة الدولي للسكان والتنمية.

الجدول رقم ٩: تطور مؤشرات المساواة بين الجنسين في نحو الأمية والتعليم الأساسي في الدول العربية

مؤشرات المساواة بين الجنسين				الدولة	
بالتنسبة لحالة القراءة والكتابة		بالتنسبة للتعليم الأساسي			
٢٠٠٠	١٩٩٥	١٩٩٠	١٩٩٩-١٩٩٥	١٩٩٤-١٩٩٠	
إناث/ذكور	إناث/ذكور	إناث/ذكور	إناث/ذكور	إناث/ذكور	
٠,٦٨	٠,٦٤	٠,٥٩	٠,٩٠	٠,٨٨	الجزائر
٠,٩١	٠,٨٩	٠,٨٦	١,٠٠١	١,٠٠٣	البحرين
٠,٥٩	٠,٥٤	٠,٤٩	٠,٧٥	٠,٧٧	جيبوتي
٠,٦٦	٠,٦١	٠,٥٦	٠,٨٧	٠,٨٨	مصر
...	...	...	٠,٨٥	٠,٨٦	العراق
٠,٨٩	٠,٨٩	٠,٨٠	...	١,٠٠٠	الأردن
٠,٩٥	٠,٩٢	٠,٩٢	٠,٩٩	١,٠٠٣	الكويت
٠,٨٧	٠,٨٥	٠,٨٣	٠,٩٦	٠,٩٦	لبنان
٠,٧٤	٠,٦٨	٠,٦١	...	١,٠٠١	ليبيا
٠,٥٨	٠,٥٥	٠,٥٢	٠,٨٩	٠,٨٢	موريتانيا
٠,٥٨	٠,٥٣	٠,٤٧	٠,٧٦	٠,٧٣	المغرب
٠,٧٧	٠,٦٨	٠,٥٧	٠,٩٥	٠,٩٥	عمان
...	...	...	١,٠٠٠	...	فلسطين
١,٠٠٣	١,٠٠١	٠,٩٨	٠,٩٩	٠,٩٥	قطر
٠,٨٠	٠,٧٤	٠,٦٥	٠,٩٦	٠,٩٤	المملكة العربية السعودية
...	...	...	...	...	صوماليا
٠,٦٧	٠,٦٠	٠,٥٣	٠,٨٥	٠,٨١	السودان
٠,٦٨	٠,٦٣	٠,٥٨	٠,٩١	٠,٩٠	سوريا
٠,٧٤	٠,٧٠	٠,٦٥	٠,٩٣	٠,٩٢	تونس
١,٠٠٦	١,٠٠٣	٠,٩٩	٠,٩٦	٠,٩٦	الإمارات العربية المتحدة
٠,٣٧	٠,٣٠	٠,٢٣	٠,٤٠	٠,٤٠	اليمن

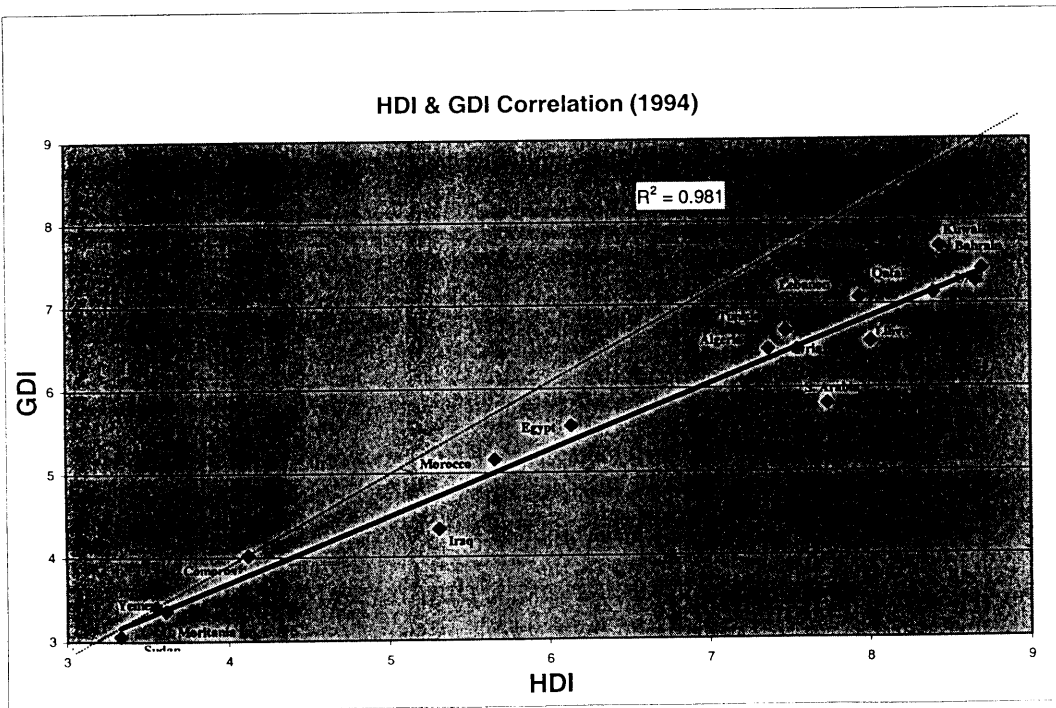
العلاقة بين دليل التنمية البشرية ودليل التنمية المرتبط بالنوع الاجتماعي ٢٠٠٠

الشكل رقم ١:



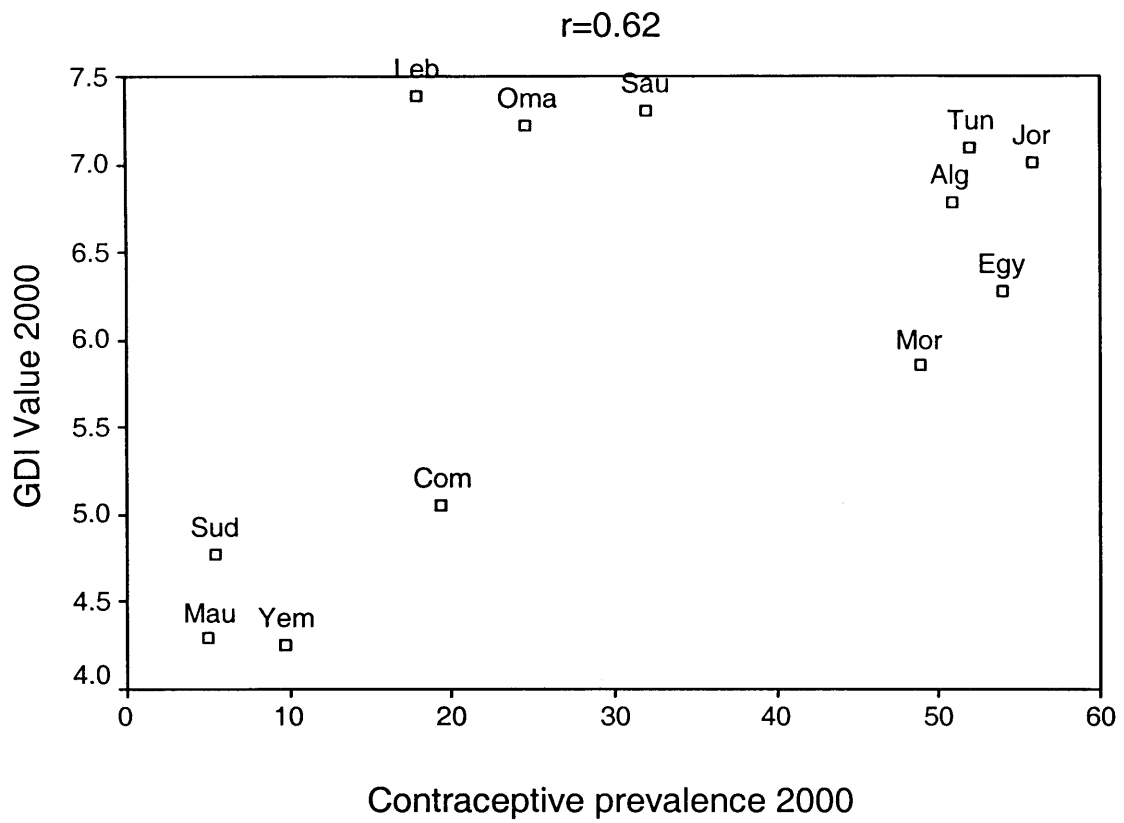
العلاقة بين دليل التنمية البشرية ودليل التنمية المرتبط بالنوع الاجتماعي ١٩٩٤

الشكل رقم ٢:



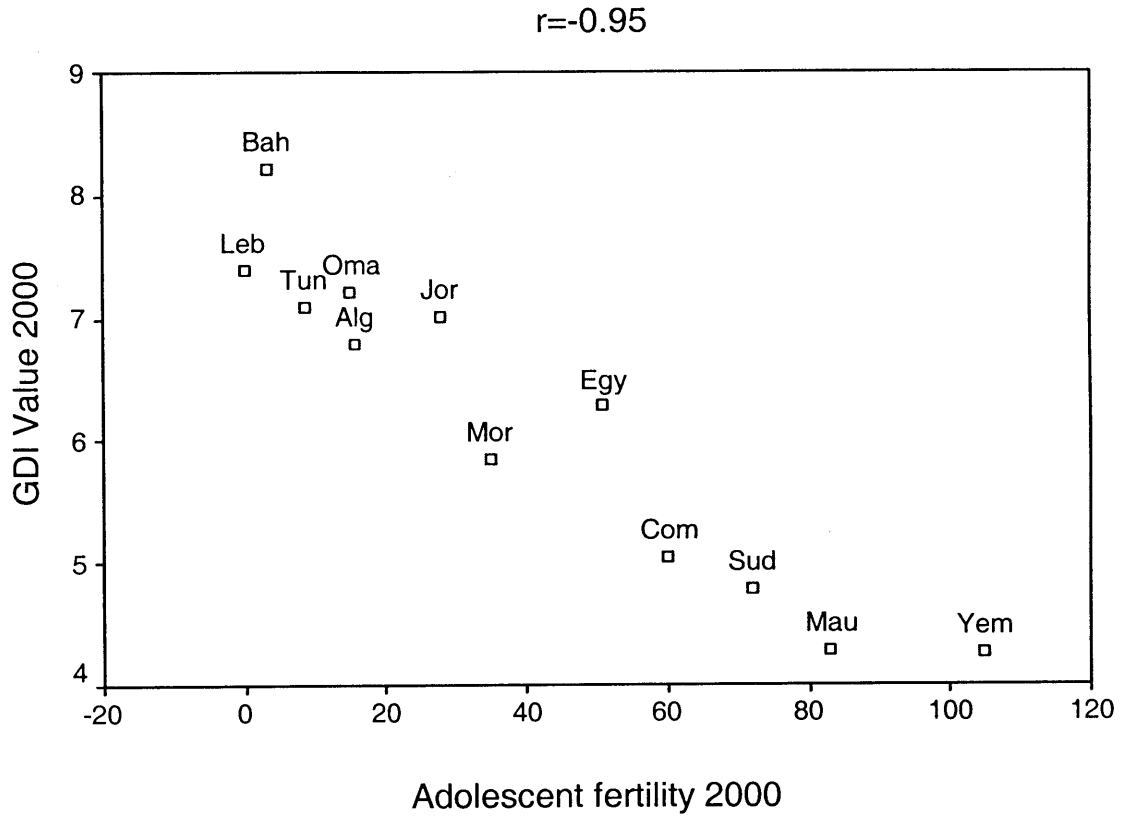
العلاقة بين دليل التنمية المرتبط بالنوع الاجتماعي ومعدلات استخدام وسائل تنظيم الأسرة ٢٠٠٠

Correlation between GDI & CPR 2000



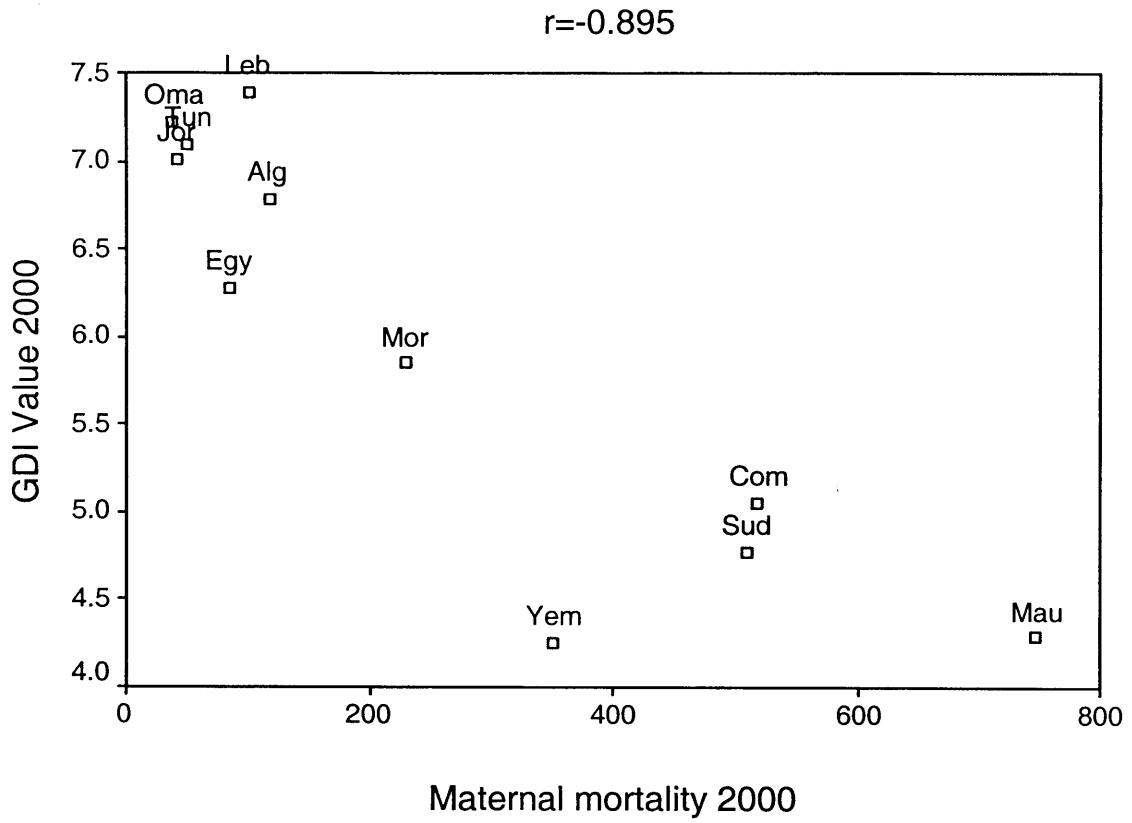
العلاقة بين دليل التنمية المرتبط بالنوع الاجتماعي ومعدلات خصوبة المراهقين ٢٠٠٠

Correlation between GDI & Adolescent Fertility 2000



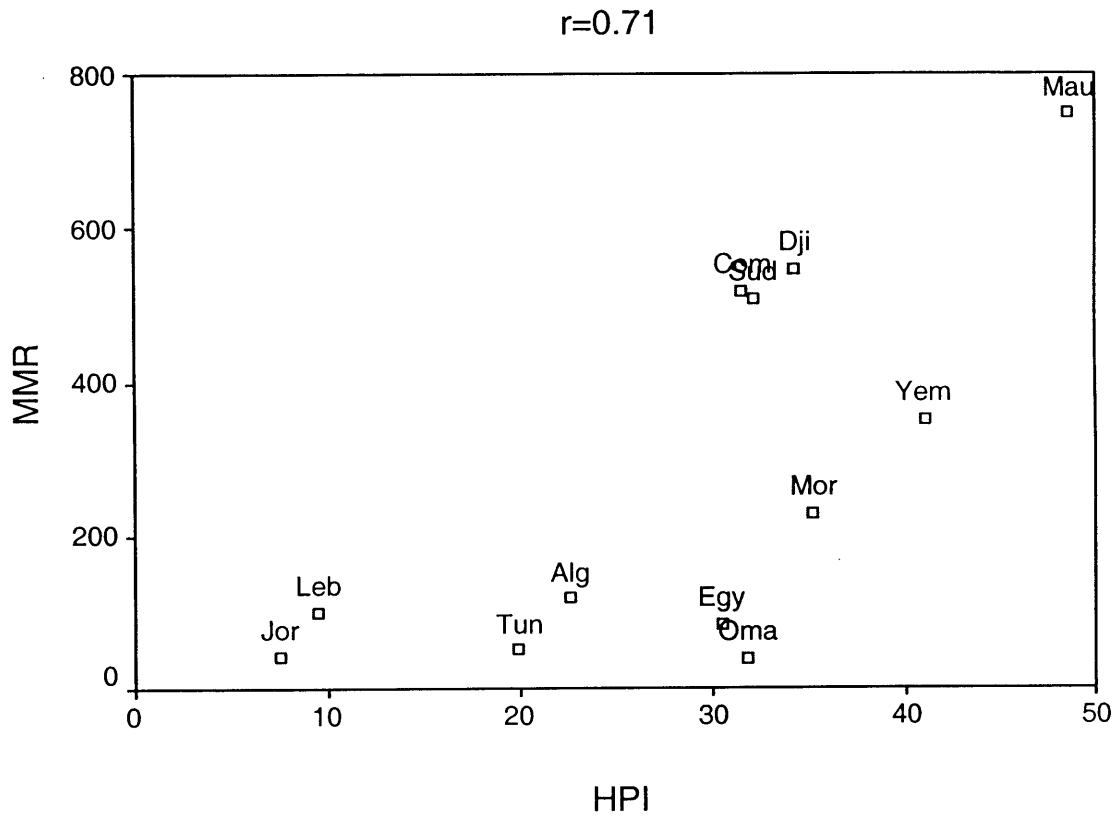
العلاقة بين دليل التنمية المرتبط بالنوع الاجتماعي ونسب وفيات الأمهات ٢٠٠٠

Correlation between GDI & Maternal Mortality 2000



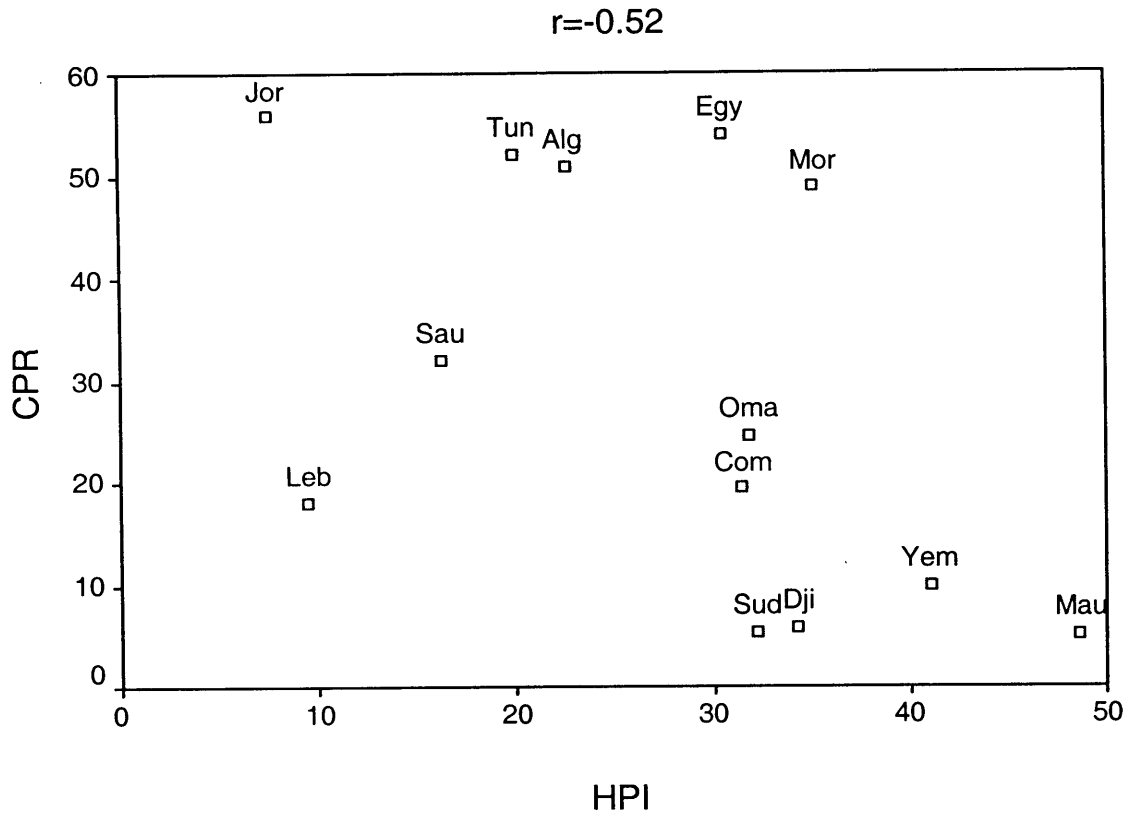
العلاقة بين نسب وفيات الأمهات والفقير ٢٠٠٠

Correlation between MMR & Poverty 2000



العلاقة بين معدلات استخدام وسائل تنظيم الأسرة والفقير ٢٠٠٠

Correlation between Contraceptive Prevalence & Poverty 2000



العلاقة بين معدلات خصوبة المراهقين والفقر ٢٠٠٠

Correlation between Adolescent Fertility & Poverty 2000

$r=0.79$

