الأمم المتحدة

E/CN.6/2013/NGO/93

المجلس الاقتصادي والاجتماعي

Distr.: General
29 November 2012
Arabic
Original: English

لجنة وضع المرأة

الدورة السابعة والخمسون

٤-١٥ آذار/مارس ٢٠١٣

متابعة المؤتمر العالمي الرابع المعني بالمرأة والدورة الاستثنائية للجمعية العامة المعنونة "المرأة عام ٢٠٠٠: المساواة بين الجنسين والتنمية والسلام في القرن الحادي والعشرين": تنفيذ الأهداف الاستراتيجية والإجراءات الواجب اتخاذها في مجالات الاهتمام الحاسمة واتخاذ مزيد من الإجراءات والمبادرات

بيان مقدم من مؤسسة ماري ستوبس الدولية، وهي منظمة غير حكومية ذات مركز استشاري لدى المجلس الاقتصادي والاجتماعي

تلقى الأمين العام البيان التالي الذي يجري تعميمه وفقا للفقرتين ٣٦ و ٣٧ من قرار المجلس الاقتصادي والاجتماعي ١٩٩٦/٣١.

140113 140113 12-62075X (A)

الرجاء إعادة استعمال الورق

البيان

من شأن توفير فرص الحصول على خدمات الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة أن يؤدي إلى الحد من الفقر وتعزيز المساواة بين الجنسين، كما يعد ذلك أحد أرخص السبل لإنقاذ الأرواح. ومؤسسة ماري ستوبس الدولية هي إحدى أكبر مؤسسات تنظيم الأسرة في العالم.

توصيات عامة مقدمة إلى الدورة السابعة والخمسين للجنة مركز المرأة

ينبغي للجنة مركز المرأة أن تعمل على تيسير معالجة العنف ضد المرأة، وأن تدعو إلى عقد اجتماعات للحكومات والجهات المانحة وأصحاب المصلحة لإعادة تأكيد التزامهم بذلك اعترافاً منها بالأهمية الأساسية لدعم التزاماتهم الدولية والإقليمية والوطنية بتأمين الحقوق الصحية والإنجابية للجميع.

إن الأساس المنطقي الذي تستند إليه حقوق الصحة العامة وحقوق الإنسان في الدعوة إلى منع الإجهاض غير المأمون هو أساس جلي لا لبس فيه، وتشجع مؤسسة ماري ستوبس الدولية هيئة الأمم المتحدة للمرأة على أن تكون أكثر جرأة في استجابتها لهذه المسألة الدقيقة.

وينبغي للجنة أن توصي باعتماد معاهدة دولية جديدة بشأن التصدي للعنف ضد المرأة.

وينبغي للجنة أن تعمل مع الوكالات التابعة للأمم المتحدة والوكالات الأخرى .بما يكفل شمول أي إطار لما بعد عام ٢٠١٥ هدفا قائما بذاته بشأن حقوق المرأة، .بما في ذلك مؤشرات لتتبع التقدم المحرز في القضاء على العنف ضد المرأة وضمان تعميم الحقوق الصحية والإنجابية.

وينبغي للجنة أن تنشئ آليات عملية لدعم إدراج تمثيل المجتمع المدني في الوفود الرسمية للجان الوطنية المعنية بوضع المرأة.

دور الحقوق الصحية والإنجابية في القضاء على العنف ضد النساء والفتيات ومنع وقوعه وفي دعم النساء والفتيات اللائي يتعرضن له

من بين كل ثلاثة نساء، تتعرض واحدة على الأقل للضرب أو الجنس القسري أو سوء المعاملة بصورة أو بأخرى، وعادة ما يكون ذلك على يد عشير أو فرد من أفراد

العائلة. ويؤثر العنف تأثيرا بالغاً على المسائل المتصلة بالصحة الإنجابية للمرأة، بما في ذلك ما يلي:

- حالات الحمل غير المرغوب فيه وإعاقة الحصول على المعلومات المتعلقة بتنظيم الأسرة ووسائل منع الحمل؛
- حالات الإجهاض غير المأمون أو الإصابات الناجمة عن إجهاض قانوني إثر حمل غير مرغوب فيه؛
- المضاعفات الناشئة عن حالات الحمل المتكررة عالية الخطورة وانعدام المتابعة بالرعاية؛
- الأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية؛
- استمرار المشاكل المتصلة بأمراض النساء؛
- المشاكل النفسية.

وقد كشفت دراسة أجرتها مؤخرا جامعة كاليفورنيا – ديفيز بالولايات المتحدة الأمريكية عن أن نسبة ٢٠ في المائة من النساء الشابات تعرضن لما أسمته الدراسة ''القسر الإنجابي''. وتصف الدراسة القسر الإنجابي بأنه سلوك يتعارض مع قدرة الرجل/المرأة على التحكم في حياتهما الإنجابية، من قبيل تعريض العشير عمدا للإصابة بمرض منقول عن طريق الاتصال الجنسي، أو التدخل العمد في استعمال وسائل تحديد النسل، أو التهديد باستعمال العنف إذا لم يمتثل العشير لرغبات الشريك فيما يتعلق بوسائل منع الحمل أو اتخاذ قرار بشأن إنهاء الحمل أو استمراره.

رسائل وتوصيات أساسية

تقديم الخدمات

تحتاج النساء اللاتي تعرضن للاغتصاب أو الانتهاك الجنسي إلى خدمات دعم شاملة وميسورة وغير تمييزية. وتشمل التدخلات الطبية الوسائل العاجلة لمنع الحمل، والوقاية من الأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي، والعلاج منها، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية، ومداواة الجروح. وينبغي تمكين المرأة التي تقرر عدم الاستمرار في الحمل الناجم عن الاغتصاب من الحصول على خدمات الإجهاض القانونية والمأمونة على وجه السرعة ومع

مراعاة السرية، كما ينبغي أن توفر لها خدمات الرعاية اللاحقة للإجهاض. ويجب أن تحصل على الدعم النفسي علاوة على الدعم القانوني والاقتصادي.

وتفتقر غالبية الفتيات إلى ما تحتجن إليه من معلومات وموارد للتحكم في صحتهن الإنجابية والإقدام على خيارات مستنيرة فيما يتعلق بالجنس ووسائل منع الحمل. ويعرضهن ذلك لخطر العنف. وتواجه الفتيات عوائق معينة تحول دون حصولهن على خدمات الصحة الإنجابية، بما في ذلك التمييز، والوصم الاجتماعي، وعدم السرية، والقيود في مجال السياسات.

وقطاع الصحة مهيأ بوجه خاص للتصدي للعنف ضد المرأة، لا سيما عن طريق خدمات الصحة الإنجابية التي يحصل عليها معظم النساء في مرحلة ما من حياتهن. وكثيرون من القائمين على توفير الخدمات الصحية يقابلون ويعالجون، عن علم أو غير علم، ملايين النساء اللاتي تعشن علاقات يسودها العنف. ويمكن الاستعانة بخدمات الصحة الإنجابية كنقطة دخول يمكن عبرها التعرف على النساء الضعيفات ودعمهم ومدِّهم بخدمات الإحالة أو الدعم. بيد أن هناك الكثير مما يتعين القيام به لضمان تمتع مقدمي الخدمات الصحية بالوعي والتدريب اللازمين لتحديد العنف كأحد الأسباب الكامنة وراء المشاكل الصحية للنساء، خاصة في ظل عدم إتاحة خدمات أخرى تتعلق بالحماية. وتوفر خدمات تنظيم الأسرة بمشاركة الرجال فرصة هامة لإضافة أحد العناصر المضادة للعنف كوسيلة لمحاولة التأثير الإيجابي على العلاقات بين الجنسين وتغيير المواقف ومنع العنف.

ومما له أهميته الحيوية إدماج الاستجابات للعنف ضد المرأة في البرامج القائمة للوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز ومعالجته، وفي البرامج الرامية إلى النهوض بصحة المراهقين.

الصلات بين العنف والصحة الجنسية والإنجابية

يحد العنف من قدرة المرأة على إدارة شؤون صحتها الجنسية والإنجابية والتحكم فيها، ويعرضها للحمل غير المرغوب فيه، والإجهاض غير المأمون، والأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي، بما فيها فيروس نقص المناعة البشرية. وضمان الحقوق الإنجابية أمر ضروري للتصدي للعنف القائم على نوع الجنس، والعكس صحيح. ومن شأن انعدام فرص الحصول على الخدمات الصحية والإنجابية أن يقوض فرص المرأة في المساواة في التعليم والاقتصاد، وأن يكرس العنف والتمييز ضدها.

ويعد التحكم الشخصي في الإنجاب بمثابة تجسيد لقدرة المرأة على تحديد نواياها المتعلقة بالإنجاب وبالتالي استعمال وسائل مأمونة وفعالة لمنع الحمل، واللجوء في حالة الحمل غير المرغوب فيه إلى خدمات الإجهاض المأمون. ومبادرات تنظيم الأسرة التي تقوم على الاختيار المستنير من شأنها تمكين المرأة وتغيير وضعها داخل الأسرة والمجتمع بما يجعلها قادرة على تحدي العنف. واليوم، هناك قرابة ٢١٥ مليون امرأة تعانين من احتياجات غير ملباة في مجال تنظيم الأسرة؛ وغالبيتهن من الفقيرات أو المجتمعات التي تعاني التهميش والإقصاء. ولو استمر التوسع في الخدمات بمعدلاته الحالية، سيستغرق الأمر ٥٠٠ عام أخرى لكي تتاح للنساء في أجزاء من غرب ووسط أفريقيا فرصة الحصول على ما تحتجن إليه من وسائل منع الحمل.

ويتأثر النساء بصورة غير متناسبة بالعنف القائم على نوع الجنس في مناطق النزاعات والأزمات الإنسانية. وكثيرا ما تُغفل خدمات الصحة الإنجابية أو تعد من النوافل في حالات الطوارئ الإنسانية، بما يؤدي إلى حرمان اللاجئين والمشردين داخليا وغيرهم من فئات المتضررين من الحصول عليها. وتكشف البلدان المتأثرة بالنزاعات عن بعض أضعف المؤشرات المتعلقة بالصحة الإنجابية وأعلى معدلات للوفيات النفاسية في العالم. وعلى سبيل المثال، فإن ما يربو على نسبة ٥٠ في المائة من الوفيات النفاسية التي تحدث سنويا والبالغ عددها ٠٠٠ ٥٣٦ وفاة تقع في البلدان الهشة التي لا يزيد فيها متوسط الإنفاق على الصحة بالنسبة للفرد الواحد عن ٩ دولارات. وفي هذه البلدان الهشة، يوجد أقل من أخصائي صحي واحد لكل ٠٠٠ ١ من السكان، وتضع امرأة واحدة من كل أربع حوامل وليدها بمفردها أو بمساعدة أحد أفراد الأسرة. ولا تعطي المعونة الإنمائية الرسمية أولوية لأفقر البلدان أو أكثرها هشاشة على الرغم من أن هذه البلدان تستأثر بأضخم عدد من الوفيات النفاسية.

ويسهم تعطل الخدمات الصحية نتيجة للنزاعات والأزمات، إلى جانب سوء التغذية والفقر المدقع، في انخفاض مستوى استغلال الخدمات الصحية وارتفاع مستويات الخصوبة. وينخفض عموما مستوى استخدام وسائل منع الحمل والوعي بوسائل تنظيم الأسرة في الأوضاع التي تنطوي على اللاجئين، كما أن التوافر المحدود لأساليب منع الحمل لأجل طويل أو بصورة دائمة يزيده تعقيدا الضعف العام في نظم الإحالة. وفي حالات الطوارئ، لا تخفت الحاجة إلى التحكم في الخصوبة الشخصية؛ بل إنه في واقع الأمر غالبا ما تشهد الدول الهشة وأوضاع الطوارئ مستويات أعلى من الوفيات النفاسية والعنف الجنسي. وينبغي، منذ بدء حالة الطوارئ، أن تنفذ ''مجموعة الخدمات الأولية التي تمثل الحد الأدنى للصحة الإنجابية في حالات الأزمات''، وأن يتم توفير خدمات الصحة الإنجابية الشاملة حالما تسمح الحالة بذلك.

حالات الوفاة والإجهاض غير المأمون التي يمكن تفاديها

في كل عام، تموت ملايين النساء نتيجة لعمليات الإجهاض غير المأمون أو المضاعفات التي تحدث أثناء الحمل. وتموت ٣٥٠ ٠٠٠ امرأة سنويا بسبب المضاعفات التي تحدث أثناء الحمل أو الولادة؛ وتحدث نسبة ٩٩ في المائة من هذه الوفيات في البلدان المنخفضة الدخل. وغالبية هذه الوفيات يمكن تفاديها بالنظر إلى أنه توجد لها بالفعل حلول بسيطة ومنخفضة التكلفة.

وهناك عدد من النساء يقدر بـ ٢٢ مليون امرأة سنويا تجرى لهم عمليات إجهاض غير مأمون، ويموت قرابة ٤٧ ٠٠٠ بسبب المضاعفات الناشئة عن ذلك. ومرة أخرى، فإن هذه الوفيات يكاد من الممكن دائما تفاديها من خلال توفير تدخلات طبية بسيطة. ويقدر أن هناك خمسة ملايين امرأة تتعرضن للإصابة بالعجز نتيجة للمضاعفات التي تعقب الإجهاض غير المأمون. وعلى نطاق العالم، يحتمل لغالبية ضخمة من النساء أن يتعرضن لحالة إجهاض واحدة على الأقل قبل بلوغ سن ٤٥ سنة، ولكن المخاطر التي يتعرضن لها تتباين حسب مدى سلامة العملية. وسواء أكان الإجهاض مقيدا أو مسموحا به قانونا عند الطلب، لا يختلف الأمر بالنسبة لاحتمال أن تسعى المرأة لإجهاض أي حمل عارض. ومما له أهميته الحيوية ضمان ألا تقوض الشواغل إزاء عمليات الإجهاض المرتبطة باختيار نوع الجنين فرص الوصول الأوسع نطاقا لخدمات الإجهاض المأمون.

توفير الرعاية بعد الإجهاض للنساء اللاتي تعرضن لمضاعفات من جراء الإجهاض غير المأمون

من شأن توفير الرعاية بعد الإجهاض أن يؤدي إلى إنقاذ الأرواح وتوفير الأموال، وهي قانونية في جميع البلدان التي توفرها. بيد أنه كثيرا ما تكون هناك عوائق تنظيمية أو سياساتية أو ثقافية أو برنامجية تعوق فرص الحصول على خدمات الرعاية بعد الإجهاض. ويلزم توفير بيئة مواتية لضمان فرص حصول جميع النساء على خدمات الرعاية بعد الإجهاض ولتلبية الاحتياجات الخاصة للفقيرات والشابات والناجيات من الاغتصاب والمصابات بفيروس نقص المناعة البشرية. وينبغي إزالة العوائق التنظيمية والسياساتية والبرنامجية التي تحول دون الحصول على الرعاية بعد الإجهاض وتقديمها في الموعد المناسب. وبالنظر إلى أن ارتفاع معدلات الإصابة بالأمراض ومعدلات الوفيات الناجمة عن الإجهاض غير المأمون بين الفقيرات والريفيات، ينبغي التأكيد في جميع السياسات والبرامج على تحقيق المساواة في توفير فرص الحصول على خدمات تنظيم الأسرة والإجهاض المأمون والقانوني.