



أقذارُ مغزولة بخيوطِ الأمل

إنهاء أوجه انعدام المساواة في الصحة
والحقوق الجنسية والإنجابية

تقرير حالة سكان العالم لعام 2024

تم إعداد هذا التقرير تحت إشراف شعبة الاتصالات والشراكات الاستراتيجية في صندوق الأمم المتحدة للسكان.

رئيس التحرير

إيان ماكفارلين

فريق التحرير

كبير المحررين: ربيكا زرزان

محرر إنتاج/إخراج إداي:

كاثرين بلاك

محرر القصص المختارة: ريتشارد كولودج

كتاب القصص المختارة: كاثرين بلاك،

وريتشارد كولودج، وداليا ربيع، وليزا راتكليف،

وكاثرين تراوتواين، وربيكا زرزان

دعم وتوجيه في مجال التحرير: جاكلين الدنين، وليزا

راتكليف، وكاثرين تراوتواين

مديرة النسخة الرقمية: كاثرين بلاك

مستشارة النسخة الرقمية: إيناس تشامبو

مدقق الحقائق: رالف هيكيرت

كبيرة المستشارين الباحثين:

الدكتورة جيتا سين

باحثون وكتاب خارجيون

دانيال بيكر، وأن غاربت، ونثابيزنغ خومولو، وغريتشين

لوشسينغر، والدكتورة تالينغ موكوفينغ، ولينلو غونولو

موكوروان، وجيلدا سيدغ، وكليز توماس

المستشارون التقنيون في صندوق الأمم المتحدة للسكان

إيميلي فيلر ويلسون ومينجيا ليانغ

الفنانين والمستشارون الفنيون

بايومبي إنداني، فيليب فيمانو، هيجينيا غونزاليس،

إيان جيسيت في Advocacy Project، نادية حميد

في International Folk Art Market، روزي

جيمس، نيك جونس، كريستين نايت سيثي، روزاليا

سيوريتينو، بانكاجا سيثي، مؤسسة The Sussex

Archaeological Society

(www.sussexpast.co.uk)، تجمع تالي أسبوط

النسائي، ووزا موي

الخراط والتسميات

لا تعتبر التسميات المستخدمة وطريقة عرض المواد

ضمن الخرائط عن أي رأي كان من جانب صندوق

الأمم المتحدة للسكان فيما يخص الوضع القانوني لأي

بلد أو إقليم أو مدينة أو منطقة، أو لسلطات أي منها، أو

ما يتعلق بتعيين حدودها أو تخومها.

الجدول الزمني للأعمال الفنية: الرابطة الأمريكية للنساء

الجامعات، مؤتمر الأمم المتحدة للسكان والتنمية/

روبرت راوشنبرج

الغلاف الأمامي: نيك جونس (@artyouhungry)

جميع الأعمال الفنية تعود لروزي جيمس

(@rosiejamestextileartist)

ما لم تُنسب خلاف ذلك

شكر وتقدير

يودّ صندوق الأمم المتحدة للسكان أن يعرب عن خالص شكره وتقديره للأشخاص التالية أسماؤهم لموافقتهم على مشاركة نبذات عن حياتهم وأعمالهم في هذا التقرير: عليا من تركمانستان، وإيرا كاريرا من بنما، وجيلان من تركيا، وإسحاق شيروا من ملاوي، وفرانيسيسكا كوردوبا من كولومبيا، إلين أمستر، كندا، وعادل بطرس من مصر، وكارولين دي فورد من الولايات المتحدة الأمريكية، وميمونة ديني من بوركينا فاسو، وضّحى من سوريا، وإينيدا من بنما، وشارون هيننتشليف من المملكة المتحدة، والدكتورة إيدا غولوم من تركيا، وسيف كوتشينغو من جمهورية تنزانيا المتحدة، وجوناس لوباغو من جمهورية تنزانيا المتحدة، وشيرلي ماتوران أوبريغون من كولومبيا، وثيفيا راكيني من الهند، وراما من سوريا، وأومبيرتو رودريغيز من بنما، وسيرا سي سافاني من كوت ديفوار، ونانديتا شافيكومار من الهند، وجيرتروديس سير من بنما، وأودري تانغ من المملكة المتحدة، والدكتورة لوهوي وايتير من الولايات المتحدة الأمريكية، وخوسي لويس ويلتشيس غوتيريز من كولومبيا.

قدّمت سيليندي دولكيت، رئيسية فرع وسائط الإعلام والاتصالات لدى صندوق الأمم المتحدة للسكان، معلومات قيّمة للغاية أثناء إعداد هذه المسودة، وكذلك فعل أعضاء الشعبة التقنية في صندوق الأمم المتحدة للسكان، بمن فيهم مايكل هيرمان، وبريسلا إيديل، والدكتورة جوليا أونابانجو، وليلى شرفي، والدكتور ويلبيال زيك. قدّم الدعم أيضاً كل من آرثر إيركن والدكتورة نيكروكا ديديجو من شعبة السياسات والاستراتيجيات في صندوق الأمم المتحدة للسكان، وأعضاء مكتب المدير التنفيذي، بمن فيهم تيريزا بريكلي، وصموئيل تشوريتز، والدكتورة نجينا مونتاني، وآلانا نغو، وهورست روتش. ساهم أعضاء المكاتب نائبة المدير التنفيذي ديين كيتا ونائب المدير التنفيذي أندرو سابرتون، وساهم أيضاً زملاء من مشروع تمكين المرأة والعائد الديمغرافي في الساحل التابع لصندوق الأمم المتحدة للسكان، بمن فيهم موسى باغايوكو، ونفيساتو ديوب، وإيمانويل لانديس لوبيز، ووالي سين.

اضطلعت المؤلفة آن غاربيت بقيادة تحليل البيانات الصادرة عن الدراسة الاستقصائية الديمغرافية والصحية من أجل قياس القدرة على الوصول إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية والمعلومات ذات الصلة بالاستناد إلى بيانات مصنّقة حسب الانتماء الإثني والفئات الاجتماعية والاقتصادية.

الطباعة والتصميم التفاعلي: شركة Prographics, Inc.

يتوجّه المحررون بالشكر لمساهمات الشركاء بما فيهم خبراء شعبة السكان في إدارة الشؤون الاجتماعية والاقتصادية لدى الأمم المتحدة، وخاصةً جيوليا غونيل، وفلاديميرا كانتوروا، وفينود ميشرا، وكارولين شميد، وغوانغيو زهانغ؛ والخبراء في مكتب المفوضية السامية لحقوق الإنسان، خاصةً نيكولا فاسل، وبيكاترينا سياسوفا؛ والخبراء في مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية، خاصةً أبريل فام، وبربارا واتشر؛ والخبراء في مؤسسة ARROW، خاصةً سيفانانثي ثاينثيران.

ملاحظة حول العبارات المستخدمة

في هذا التقرير، تظهر عبارة "ذوي أو ذوات البشرة السوداء" بخط غامق للإشارة إلى مجموعات أو أفراد من حيث انتمائهم العرقي أو الإثني أو الثقافي. ويُستخدم هذا المصطلح بالخط الغامق للتعبير عن إحساس مشترك بالتاريخ والهوية، أما عبارة "ذوي أو ذوات البشرة البيضاء" فهي أقل استخداماً بهذا المعنى. وكذلك إنّ مصطلح "أصلي أو أصلية" يمكن أن يشير عموماً لشعوب من ثقافات وتقاليد كثيرة، إلا أنّه لا يظهر بالخط الغامق في هذا التقرير إلا عندما يُقصد منه الإشارة إلى مجموعة أو أمة محددة (مثلاً الشعوب الأصلية في كندا). تتم الإشارة إلى النساء والفئات عندما يناقش التقرير بعض المسائل مثل العنف الجنسي والحمل، وتأتي البيانات المتعلقة بهذه القضايا عموماً من مسوحات ودراسات تشارك فيها النساء أو الفتيات. ولكن الجدير بالذكر أنّ الرجال المغايري الهوية الجنسية والأشخاص الذين لا يدخلون ضمن التصنيف الثنائي الجنسي يمكن أن يحملوا، وأنّ الأشخاص المتنوعين جنسانياً يتعرّضون للعنف الجنسي ولحوادث تمنع وصولهم إلى رعاية الصحة الجنسية والإنجابية بنسب متفاوتة وبأعداد غير مقبولة.

ملاحظة حول الفن

كانت النساء والمجتمعات الأصلية تستخدم الحياكة والتطريز لآلاف السنين لإدابة الحواجز بين ما هو جميل وبين ما هو تطبيقي، ولإدابة الفوارق بين الحرفية والجمالية، غير أنّ أعمالهنّ كانت مهمة لوقت طويل إذ لم تكن تعتبر من بين الفنون الجميلة بل كانت ينظر للكثيرين مجرد حرفة، ما أدى إلى استبعادها من المؤسسات والأسواق الرسمية للأعمال الفنية. لهذا السبب لجأت الحركات النسائية والشعوب الأصلية لهذا النوع من الفنون من أجل تسليط الضوء على قضايا متعلقة بالاستبعاد، مثل العنف القائم على النوع الاجتماعي والعدالة الإنجابية والعنصرية النظامية، وأيضاً من أجل الدعوة إلى التضامن في المجتمعات. ولا زال هذا التقليد حياً بفضل الفنانات وتعاونيات النسيج المذكورة في هذا التقرير، إذ يتيح هذا الفن للنساء فرصة التعبير عن مخاوفهنّ من خلال مهارات توارثتها من جيل إلى جيل. وتشكّل أعمالهنّ الفنية لوحة خلاصة تثبت للعالم كيف تُغزل الحقوق والكرامات والأفاق المستقبلية لنساء المجتمع في نسيج بدع ومتناغم.

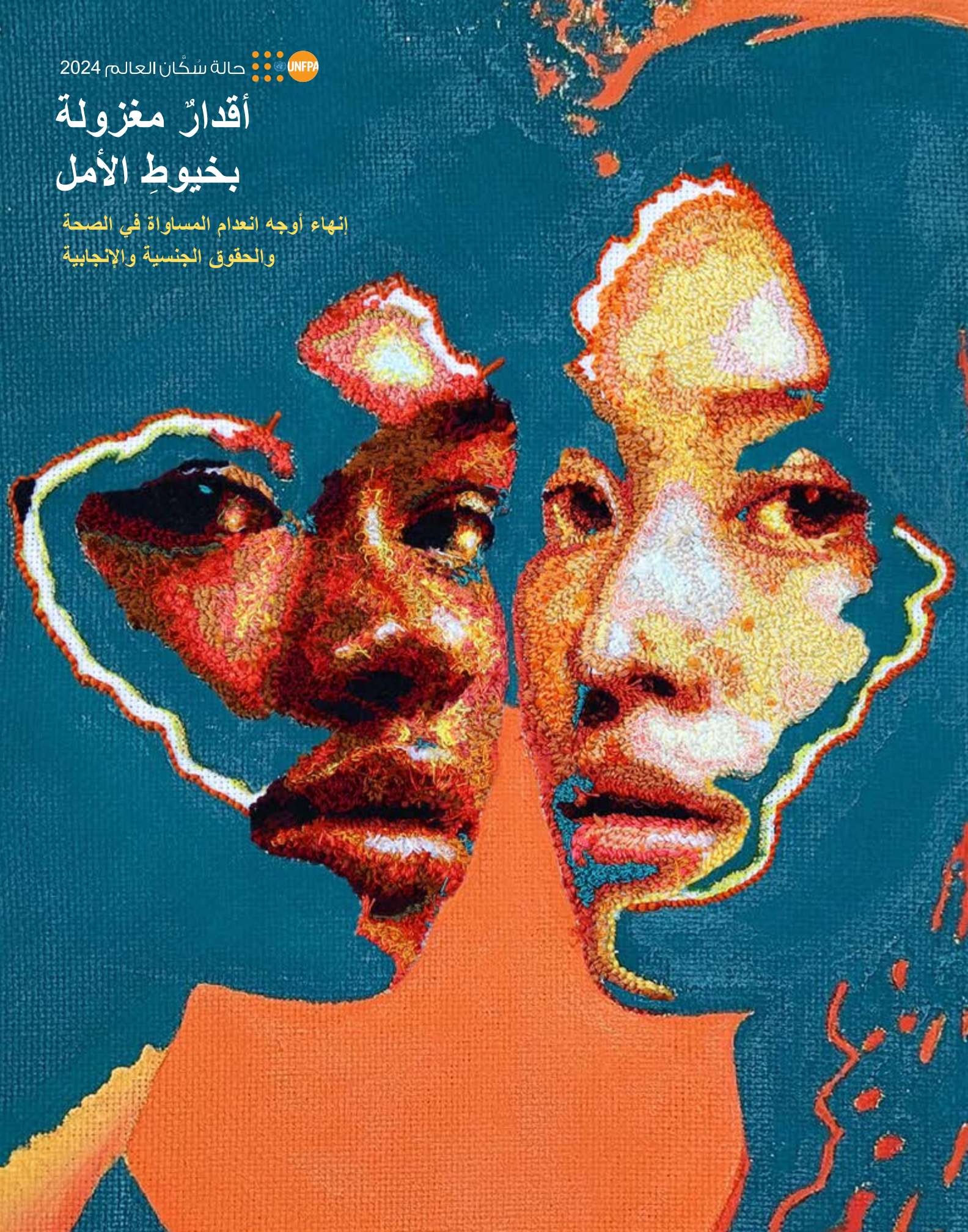


ضمان تمتّع الجميع بالحقوق والخيارات

2024 حالة سُكَّان العالم UNFPA

أقدارٌ مغزولة بخيوطِ الأمل

إنهاء أوجه انعدام المساواة في الصحة
والحقوق الجنسية والإنجابية



جدول المحتويات

تمهيد 4



الفصل الأول

العمل جارٍ...

صفحة 6

القصة الأولى: عندما تضرب الأزمات الرعاية الصحية،

يبرز دور أفراد المجتمع 16

القصة الثانية: العاملات في صناعة الملابس يطالبن

بالحماية ضد العنف القائم على النوع الاجتماعي 22

تحت المجهر: مشاكل مُبلغ عنها ذاتياً في الوصول إلى

الرعاية الصحية، بمرور الوقت، حسب الحالة الاجتماعية

الاقتصادية والانتماء الإثني 28

الجدول الزمني 39-34

الفصل الثاني

فك خيوط انعدام المساواة

صفحة 32

القصة الثالثة: ولادات آمنة ومراعية للاعتبارات الثقافية

ومساعدة على تمكين نساء كولومبيا المتحدرات من أصل

أفريقي 46

القصة الرابعة: ناشطات في الحركات الشعبية تسلطن

الضوء على حالة النساء المفقودات أو المقتولات من

الشعوب الأصلية 52

تحت المجهر: تحرير المعايير الجنسية والمرتبطة بالنوع

الاجتماعي من أثر الاستعمار 60



الفصل الخامس

نسج مستقبل مشرق للجميع

صفحة 110

القصة التاسعة: الحقوق الجنسية للراشدين الأكبر سنّاً تخرج من الظلمة إلى النور 118

القصة العاشرة: نساء نغابي يشعلن ثورة لتحقيق المساواة بين الجنسين والحصول على الرعاية الصحية 124



الفصل الرابع

النساء هنّ نسيج المجتمع

صفحة 86

القصة السابعة: يُسلط مرض الزُّهري الضوء على التهديدات الصحية وحقوق الإنسان: الوصمة. 92

القصة الثامنة: القيادة المحلية تتمكّن من الوصول إلى الفتيات اللواتي هنّ في أمسّ الحاجة للمساعدة 104



الفصل الثالث

خيوط محبوكة بدقة

صفحة 62

القصة الخامسة: النساء ذوات الإعاقة في تركمنستان يطالبن بحقوقهنّ 70

القصة السادسة: عمليات التعداد السكاني في أفريقيا تهدف إلى أن تشمل الجميع 76

تحت المجهر: ما هي الفئات المهمة بدرجة كافية لتُشمّل في الإحصاءات؟ الإجابة هي فئة الأمهات المراهقات 82

المؤشّرات؛ 133

الملاحظات التقنية 152

المراجع 157

تمهيد

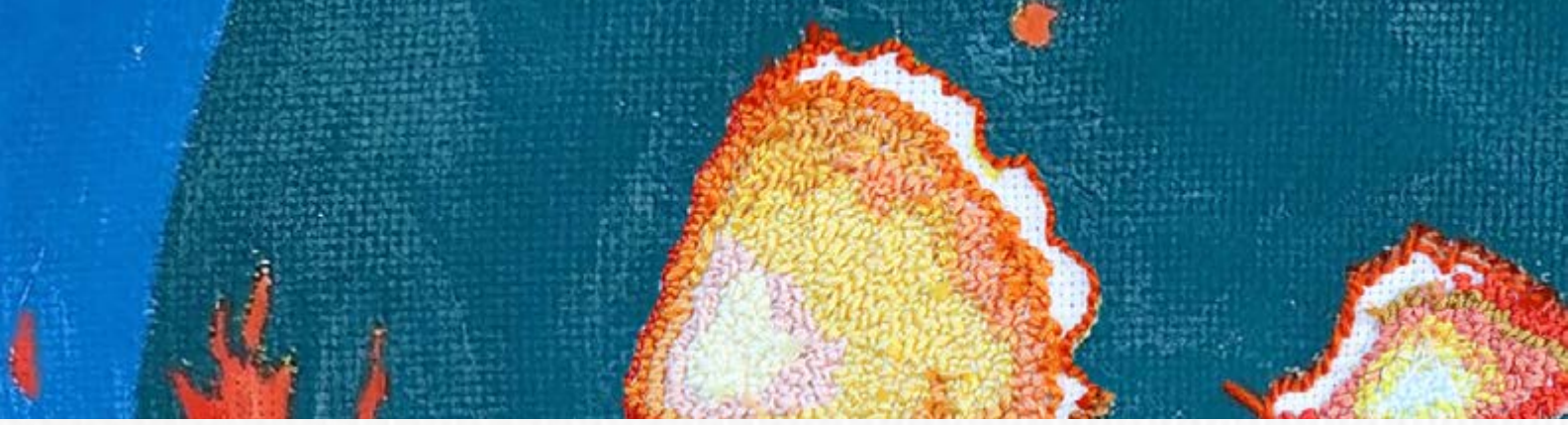
التي كان الوصول إليها هو الأسهل بينما كُنّا نتغاضى عن ضرورة التصدي للتفاوتات ولأوجه انعدام المساواة في أنظمتنا ومجتمعاتنا، وهذا الأمر أدى إلى اتساع الفجوات بشكل هائل.

يُجبر الأشخاص الذين يسعون للحصول على الخدمات الصحية الجنسية والإنجابية الأساسية في شتى أنحاء العالم على تجاوز عقبات متشابكة بسبب النوع الاجتماعي، والحالة الاقتصادية، والانتماء العرقي، والتوجه الجنسي، والحالة من حيث الإعاقة، وغير ذلك. وفي المناطق القليلة التي يتم فيها جمع البيانات، تبين أن النساء المتحدرات من أصل أفريقي كن أكثر عرضة لسوء المعاملة أثناء التوليد وللحصائل الصحية السلبية. وتُحرّم نساء الشعوب الأصلية في كثير من الأحيان من الحصول على الرعاية الصحية الملانمة المخصصة للأمهات وقد يتم تجريّم ممارسات التوليد المتبعة في ثقافتهن، ما يؤدي إلى ارتفاع ملحوظ في مخاطر الوفاة أثناء الحمل والولادة. ولا تزال حالة انعدام المساواة في معايير النوع الاجتماعي حالة راسخة في البنية التحتية للرعاية الصحية، بما في ذلك النقص المستمر في الاستثمارات التي تهدف إلى تأهيل القابلات على الصعيد العالمي. ويتبين أن النساء والفتيات ذوات الإعاقة يتعرّضن للعنف القائم على النوع الاجتماعي بمعدل يزيد عن عشرة أضعاف مقارنةً بسائر الفئات السكانية، كما يواجهن حواجز أكبر تمنعهن من الحصول على المعلومات والرعاية في مجال الصحة الجنسية والإنجابية. ويسجل مجتمع الميم الموسّع تفاوتات جسيمة على مستوى الرعاية الصحية إضافةً إلى أن

قبل ثلاثين عاماً مضت، اتفقت الحكومات حول العالم على أن الصحة والحقوق الإنجابية تمثل ركائز التنمية العالمية، وقد مهد هذا التوافق الطريق لإحراز التقدم طيلة عقود من الزمن. ومنذ ذلك الحين، انخفض معدل حالات الحمل غير المقصود عالمياً بقرابة 20 في المائة على الصعيد العالمي، كما أن عدد النساء اللواتي يستخدمن وسائل حديثة لمنع الحمل ازداد بمقدار الضعف. وقد عمّد اليوم 162 بلداً على الأقل إلى سنّ قوانين لمناهضة العنف العائلي، وانخفض معدل وفيات الأمهات بنسبة 34 في المائة منذ عام 2000.

إلا أن هذا التقدم لم يكن كافياً لا من حيث سرعته ولا نطاقه، إذ لا يزال العنف القائم على النوع الاجتماعي متفشياً في جميع البلدان والمجتمعات المحلية تقريباً. ولم يحدث أي انخفاض في معدل وفيات الأمهات منذ عام 2016 بل إن العدد الكبير للبلدان التي ارتفع فيها هذا المعدل يدعو للقلق. ولا تزال نصف النساء تقريباً غير قادرات على اتخاذ قرارات بشأن أجسادهن، أي أنهن عاجزات عن إعمال صحتهن وحقوقهن الجنسية والإنجابية.

هناك أسباب مهمة تكمن وراء ذلك، أحدها يتمثل في انعدام المساواة. ويتضمن هذا التقرير أدلة جديدة تبين أن النساء الأكثر تهميشاً لمسن أدنى حد من التحسن في الحصول على الرعاية الصحية رغم أن الأدلة أظهرت أيضاً أن النساء من مختلف الطبقات الاجتماعية والاقتصادية وكذلك من مختلف الانتماءات العرقية أشرن إلى أن الحواجز التي تقف حائلاً أمام حصولهن على الرعاية الصحية قد انحسرت مع مرور الوقت. وهذا يعني أن العالم كان يركّز على خدمة الفئات



أفراده يتعرّضون للتمييز والوصم اللذين يسببان أيضاً هذه التفاوتات.

عن حقوق الشعوب الأصلية وناشطين في مجال المناخ وناشطين من الشباب.

وأثناء انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في القاهرة، قُطع الوعد بضمان حصول الجميع على خدمات الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية، وتحدّد المسار للمضي قدماً من أجل الوفاء بهذا الوعد على النحو التالي: اجتثاث أوجه انعدام المساواة من الأنظمة والسياسات الصحية، مع إيلاء الأولوية للنساء والفتيات الأكثر تهميشاً واستبعاداً.

في نهاية المطاف، إن إحراز التقدّم المنصف سيعود بالمنفعة على المجتمع بأكمله وهذا الأمر مهم بحد ذاته. يُضاف إليه أنّ الأرباح التي ستُجنى من تحقيق عالم أكثر عدالة يتّسم بقدر أكبر من المساواة بين الجنسين من شأنه أيضاً أن يضيف تريليونات الدولارات إلى الاقتصاد العالمي.

يجب علينا أن نعمل لتوفير رعاية صحية شاملة وجامعة ولا تستثني أحداً، تكون مرتكزة على حقوق الإنسان ومستندة إلى أدلة على الممارسات التي أثبتت نجاعتها. يتّسم هذا العمل بأهمية بالغة، وهو عمل عادل ويمكن تحقيقه. يتضمّن هذا التقرير العديد من الأمثلة على البرامج والجهود التي نجحت في توسيع نطاق الوصول إلى الرعاية الجيدة والاستفادة منها. وقد ارتبطت هذه الجهود عادةً بتدخلات صُمّمت خصيصاً لملائمة من هم في أمسّ الحاجة إلى الرعاية. وبُغية تسريع عجلة النجاح، ينبغي علينا أن نحصل على البيانات بكمية أكبر ونوعية أفضل، على أن تكون هذه البيانات مصنّفة بطريقة تسمح لنا بفهم من هم الذين تُركوا خلف الركب على وجه التحديد، وعلى أن تُجمع بمشاركة هؤلاء الأشخاص مع ضمان سلامتهم.

نسيج البشرية نسيجٌ غنيٌّ وجميل، يتجلّى في لوحة خلابة تضمّ في طياتها ثمانية مليارات نسمة وأكثر. إنّه نسيجٌ مغزول بثمانية مليارات خيط فريد، ولعلنا لا نستمدّ قدرتنا على الصمود من إمكانياتنا كأفراد وإنما من الترابط المتين والتناغم البديع بين جميع هذه الخيوط، بين جميع سكان هذه المعمورة. هذا هو موطن قوتنا، وهذا هو السبيل الذي سنمضي به نحو تحقيق النجاح من خلال عملنا معاً.

د. ناتاليا كانيم
المديرة التنفيذية
صندوق الأمم المتحدة للسكان

تشيرُ شريحةٌ واسعةٌ ومتنوعة من أصحاب المصلحة إلى الطريق المفضي لمستقبل أكثر عدلاً يشارك فيه الجميع السكان، وتضمّ هذه الشريحة ناشطات نسويات ومدافعين



العملُ

جارٍ...



الولادة الآمنة، وفرصة اختيار وسائل تنظيم الأسرة، والحماية من العنف القائم على النوع الاجتماعي، أمورٌ باتت يعتبرها الكثير من الناس في يومنا هذا من الحقوق الأساسية التي تحفظ الحياة، ومع ذلك فعدد المحرومين من تلك الحقوق لم ينخفض ليسجل "صفر" رغم الضرورة الملحة لذلك.

يتمتع سكان العالم عموماً بحياة أطول وصحة أفضل في هذه الأيام، ومع ذلك، لا زال الملايين منهم يتخلفون عن مسار التقدم إذ يعانون من أشكال متعددة ومتفاقمة من التهميش والتمييز. وفي عالمٍ يتمتع بثروات هائلة وحلولٍ ثبتت فعاليتها فيما يتعلق برعاية الصحة الجنسية والإنجابية، يشير هذا التفاوت إلى نقص في الإرادة وليس إلى تقصير في الأفكار والموارد. ومن الأهمية بمكان أن نضع هذا الأمر نصب أعيننا لأنه يعني أنّ الإسراع في التقدم نحو القضاء على كل أشكال التهميش والتمييز ليس مرجوفاً فحسب، وإنما يمكن إنجاز وعلينا أن نبدأ به الآن.

في عام 2024، يحتفل العالم بالذكرى الثلاثين للمؤتمر الدولي للسكان والتنمية الذي انعقد في القاهرة عام 1994. وقد انبثق عن هذا المؤتمر اتفاقٌ عالمي محوري يضع الناس في مركز التنمية ويلتزم بالعمل لتحسين ما يتمتع به الجميع من صحة وحقوق وخيارات. أكد الاتفاق على رؤية متعلقة بالإمكانات البشرية التي ألهمت أشواط التقدم المقطوعة منذ ذلك الحين إذ تردّد صداها وانتشر بفضل خطة التنمية المستدامة لعام 2030 المتفق عليها في عام 2015.

ومع ذلك، لم يتم إنجاز جدول أعمال المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بالكامل، وخاصةً بالنسبة لأكثر السكان تهميشاً. تبرز التفاوتات في كل مجتمع وتؤدي إلى حرمان بعض البشر من الصحة والحقوق الأساسية الجنسية والإنجابية. وإنّ الاختلافات التي لا زالت تُرصد منفردة أو مجتمعةً على مستوى القوة والفرص المتعلقة بعوامل النوع الاجتماعي والانتماء العرقي والإثني وغيرها هي اختلافات تقيد إلى حد كبير اختيارات الأشخاص وإمكانية تمتعهم بالصحة والحقوق الجنسية والإنجابية. وتتجلى هذه

الديناميات بوضوح عندما تُحرّم امرأة من ذوات الإعاقة من الاطلاع على معلومات عن الصحة الجنسية، أو عندما يتم تزويج فتاة بسنّ الطفولة في قرية صغيرة، وتكون بازغة أيضاً عندما تواجه امرأة حامل من أقلية إثنية ممارسات مسيئة لها حيث لا تتم مساءلة المسؤولين عن هذه الممارسات في الأنظمة الصحية.

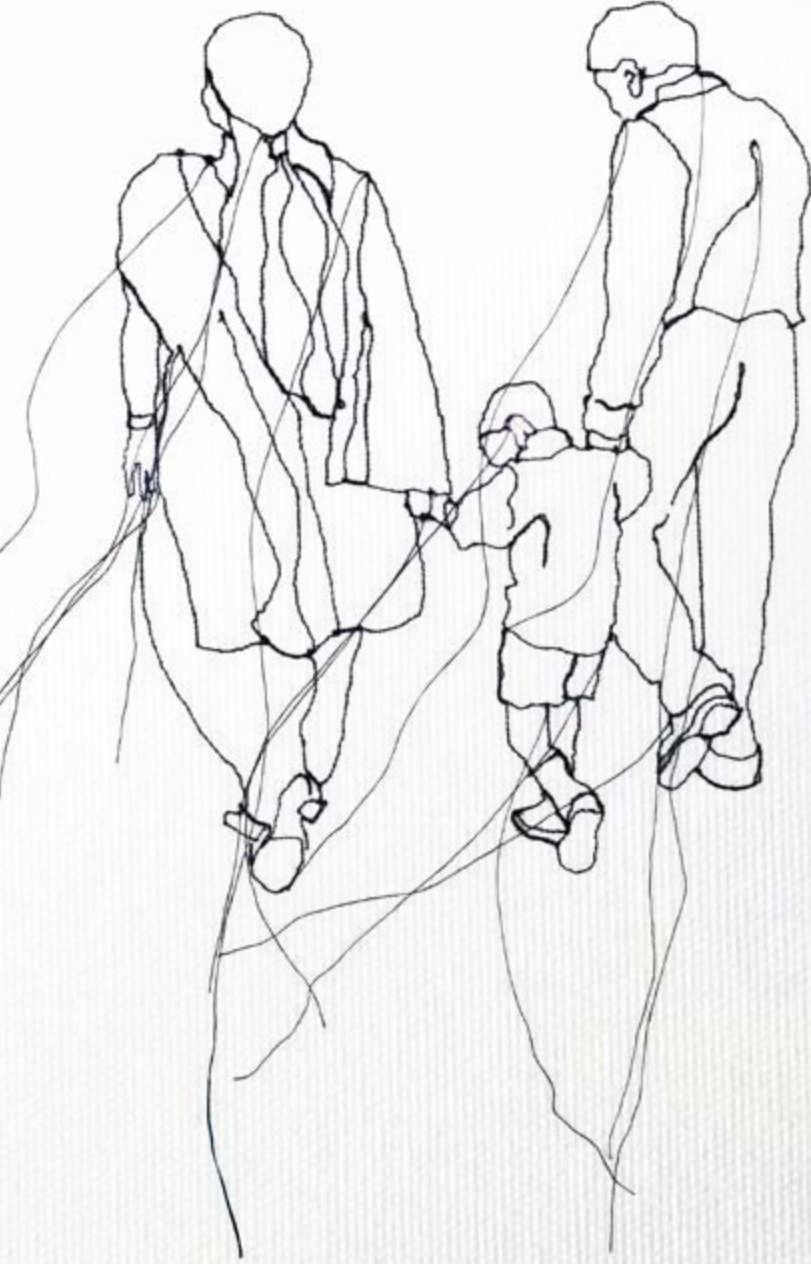
جدير بالذكر أن من أكثر الأولويات إلحاحاً في العالم هي أولوية الإسراع في إحياء الوعد الذي أُطلق خلال المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بالنسبة للأشخاص الذين دُفعوا خلف الركب. ونعتبرها أولوية لأنّ الاستقلالية الجسدية بالنسبة لكل فرد تتوقّف على تحقيق الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية. والاستقلالية الجسدية هي قوة ووكالة الأفراد في اتّخاذ قرارات تتعلق بأجسادهم ومستقبلهم بدون تعرّضهم لعنف أو إكراه (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2021). وهذا الأمر يحدّد المكاسب التي يمكن أن يحققها الأفراد طيلة مسيرة حياتهم على مستوى الصحة والتعليم والتوظيف والمشاركة السياسية. وبدورها تعتمد المجتمعات السلمية والقادرة على الصمود والعدالة على أفراد صحيين وممكّنين بدون استبعاد أيّ منهم.

توضع أسسٌ متينة لتحقيق التزامات المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بالنسبة للجميع. وبات العالم يفهم كيفية تذليل الحواجز العالقة والقضاء على أنواع التمييز المتبقية بشكلٍ أفضل من أي وقت مضى. اتفق المجتمع الدولي طيلة عقود على أنّ التنمية المتمركزة حول البشر تتطلب وصول الجميع إلى رعاية ذات جودة للصحة الجنسية والإنجابية، ويبدو المجتمع الدولي اليوم أقرب إلى الأهداف العامة لحركة العدالة الإنجابية مقارنة بالماضي (ماكغفرن وآخرون، 2022). يشير هذا التقرير إلى أنّ الذكرى الثلاثين للمؤتمر الدولي للسكان والتنمية تشكّل فرصة لتعزيز الأنظمة الصحية والاجتماعية ولدفعها إلى تقديم خدمات تمكّن جميع الأشخاص وتحترم تنوّعهم وتحفظ كرامتهم وتدعمهم لإعمال حقوقهم واستقلاليّتهم الجسدية. ويدعو التقرير أيضاً إلى تجديد الالتزامات بتقليص التفاوتات وأوجه عدم الإنصاف التي لا زالت تتسبّب بانقسام المجتمعات. وتُسفر أوجه عدم الإنصاف

إنّ الفرصة بمتناول أيدينا لحشد الدعم من أجل تحقيق المساواة بين الجنسين وإعمال الحقوق الإنجابية.

عن حواجز نُظُمِيّة وهيكلية تهَمِّش النساء وسائر المجموعات باستمرار، حيث يطال هذا التهميش كل جانب من جوانب الحياة تقريباً، بدءاً من أسواق العمل ووصولاً إلى المشاركة السياسية. حان الوقت الآن للاضطلاع بالأعمال الحاسمة التي من شأنها تذليل هذه الحواجز وإزالتها.

يحرّك الاستقطاب السياسي والاجتماعي، المرتبط غالباً بالتفاوتات الاقتصادية، انعدام الأمن حول العالم (الأمم المتحدة، 2018)، وكذلك مسائل الحقوق الإنجابية بما فيها التربية الجنسية الشاملة وحقوق مجتمع الميم والحصول على وسائل تنظيم الأسرة والإجهاض والمساواة بين الجنسين، ما يُسفر عن وجود مسائل عالقة بشكل متزايد بين هذين الأمرين (كانيم، 2023). ومع ذلك، إنّ الحد من أوجه انعدام المساواة في الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية قد يساعد في تقليص التفاوتات الاقتصادية (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2017) ويساهم بالتالي في تحقيق الاستقرار ومنع نشوب النزاعات (نيورد، 2018) وتعزيز سُبل التنمية. وعلى أصعدة عدة، فإنّ فرصة حشد الدعم الموجّه لتحقيق المساواة بين الجنسين وإعلاء راية الحقوق الإنجابية لا تزال في متناول أيدينا، فهذا العام يحمل في جعبته أكبر عمل تراكمي للديمقراطية التشاركية في التاريخ ذلك أنّ انتخابات هامة تجري في أكثر من 50 بلداً بما يؤثر على مصير أعداد لا حصر لها من الشعوب (هرباث، 2023؛ المؤسسة الدولية للأنظمة الانتخابية، بدون تاريخ) وبالتالي على عدد لا يُحصى من النساء والفتيات المجتمعات المضيفة.



تقدّم يُحرز ولكن لا يطل الجميع

لا يمكننا إغفال التقدّم المشهود في مجالات جوهرية للصحة الجنسية والإنجابية منذ انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الذي كان مدفوعاً بالتعبئة الاجتماعية وقيادة وشراكة والتزام أشخاص عاملين في نقاط نائية يقدمون خدمات الصحة، وبدعم من القيادات التي تتولى أرفع المناصب في الدوائر الحكومية والشركات التجارية والمؤسسات الخيرية. وقد أثبتت الجهود الدؤوبة التي اضطلع بها المجتمع المدني والحركات الشعبية في مجال الدعوة فعاليتها في تحقيق هذه المكاسب الباهرة (انظر الجدول الزمني في الصفحة 34-39).

تراجعت أعداد وفيات الأمهات بنسبة 34 بالمائة في الفترة الممتدة بين عامي 2000 و2020 (اليونيسف، 2023) وهي تجربة ناجحة تُعزى غالباً إلى تحسين الاستفادة من الرعاية التوليدية الماهرة وفي حالات الطوارئ. يُضاف إلى ذلك أنّ عدد النساء اللواتي يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة الحديثة تضاعف بين عامي 1990 و2021 (إدارة الشؤون الاجتماعية والاقتصادية لدى الأمم المتحدة، 2022)، وتراجعت معدلات حالات الحمل غير المقصود بنسبة 19 بالمائة بين العامتين 1990 و1994 والعامتين 2015 و2019 (بيرك وآخرون، 2018)، وانخفضت معدلات الولادات لدى الفتيات بعمر يتراوح بين 15 و19 سنة بحوالي الثلث منذ عام 2000 (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2023)، كما أنّ معدلات الإصابات بفيروس العوز المناعي البشري قد تراجعت بشكل ملحوظ، إذ بلغ عدد الإصابات الجديدة المسجلة في عام 2021 أقلّ ممّا كان عليه في عام 2010 بمقدار الثلث تقريباً (الأمم المتحدة، 2023)، هذا فضلاً عن حدوث انخفاض كبير في نسبة الفتيات اللواتي تعرّضن لتشويه أعضائهنّ التناسلية ويُعزى ذلك إلى حدوث تحوّل في المواقف إزاء هذه الممارسة (اليونيسف، 2022). تراجعت أعداد وفيات الأمهات بنسبة 34 بالمائة في الفترة الممتدة بين عامي 2000 و2020 (منظمة الصحة العالمية وآخرون، 2023) وهي تجربة ناجحة تُعزى غالباً إلى تحسين الاستفادة من الرعاية التوليدية الماهرة وفي حالات الطوارئ. يُضاف إلى ذلك أنّ عدد النساء اللواتي يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة الحديثة تضاعف بين عامي 1990 و2021 (إدارة الشؤون الاجتماعية

والاقتصادية لدى الأمم المتحدة، 2022)، وتراجعت معدلات حالات الحمل غير المقصود بنسبة 19 بالمائة بين العامتين 1990 و1994 والعامتين 2015 و2019 (بيرك وآخرون، 2018)، وانخفضت معدلات الولادات لدى الفتيات بعمر يتراوح بين 15 و19 سنة بحوالي الثلث منذ عام 2000 (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2023)، كما أنّ معدلات الإصابات بفيروس العوز المناعي البشري قد تراجعت بشكل ملحوظ، إذ بلغ عدد الإصابات الجديدة المسجلة في عام 2021 أقلّ ممّا كان عليه في عام 2010 بمقدار الثلث تقريباً (الأمم المتحدة، 2023)، هذا فضلاً عن حدوث انخفاض كبير في نسبة الفتيات اللواتي تعرّضن لتشويه أعضائهنّ التناسلية ويُعزى ذلك إلى حدوث تحوّل في المواقف إزاء هذه الممارسة (اليونيسف، 2022).

ارتفعت مكانة المرأة بدليل المكاسب التي جنتها وتتجلى في تولّيها المناصب القيادية، وهي مكاسب ثابتة وإن كانت تتحقق ببطء (الأمم المتحدة، 2023)، وكذلك ازداد الاعتراف بأهمية الاستقلالية الجسدية كحق من حقوق الإنسان (المفوضية السامية لحقوق الإنسان، 2017). ومع اعتماد أهداف التنمية المستدامة في عام 2015، سعى المجتمع الدولي من خلال المؤشر 5.6.1 إلى قياس قدرة النساء على ممارسة استقلاليتهنّ الجسدية. وكانت هذه الخطوة بمثابة تأكيد عالمي غير مسبوق على أنّ الاستقلالية الجسدية هي حق من حقوق الإنسان. سعت الحكومات حول العالم إلى حماية النساء والفتيات من خلال التشريعات ومنها على سبيل المثال لا الحصر الآتي: سنّت 162 بلداً قوانين مناهضة للعنف العائلي في خطوة تاريخية (البنك الدولي، تاريخ غير محدد). وأصبح العالم أكثر رفصاً لتجريم النشاط الجنسي لأفراد مجتمع الميم، ما يشكل دليلاً على مزيد من التقدّم المحرز فيما يتعلق بالاستقلالية الجسدية. وعمدت أيضاً معظم البلدان إلى تجريم النشاط الجنسي بين أشخاص من نفس الجنس في بداية جائحة متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)، أما اليوم فهذا التجريم غير موجود في ثلثي البلدان. ويتسارع هذا التقدّم مع ازدياد عدد البلدان التي ألغت قوانينها العقابية في عام 2022 مقارنة بعدم إقدام أي بلد على هذه الخطوة خلال السنوات الخمس والعشرين السابقة (مختبر سياسة فيروس العوز المناعي البشري وآخرون، 2023).

ثمة إشارات أخرى تبيّن بالخير وتأتي من نماذج جديدة للرعاية الصحية مدعومة بالأدلة السليمة ومطبقة لحقوق الإنسان، حيث تصل الرعاية الصحية إلى مزيد من الأشخاص وتصبح أكثر استجابة لسياقات مختلفة واحتياجات بشرية متنوعة. على سبيل المثال، أيد كلٌّ من صندوق الأمم المتحدة للسكان ومنظمة الصحة العالمية ومنظمات أخرى تُعنى بالصحة العامة نماذج الرعاية الذاتية في نظام الرعاية الصحية، وحصل ذلك بعد تطوّر سريع شهدته الوسائل التكنولوجية الجديدة التي تساعد المستخدمين على تحسين مستوى صحتهم والحفاظ عليها ومن التعامل مع المرض والإعاقة بدون تدخل مباشر من جانب عامل في مجال الصحة. هذه التطوّرات الجارية من شأنها أن توسّع نطاق تحقيق أقصى استفادة من موارد الصحة الجنسية والإنجابية (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2024). ومن الأمور التي تُعدّ واعدة بالخير في السياق نفسه هو الإقرار المتنامي بإمكانية تقديم الرعاية الصحية على يد قابلات ماهرات، وهن اللواتي تم تهميش مهنتهنّ القديمة لفترة طويلة في الطب الحديث (انظر الفصل الثاني)، لما لها من دور فاعل في إنقاذ الأرواح وتوفير التكاليف في أن معاً (صندوق الأمم المتحدة للسكان وآخرون، 2021).

تجدر الإشارة إلى أن المساواة بين الجنسين يُنظر إليها على نطاق واسع أنها أذكى الاستثمارات في قطاع التنمية إذ تدرّ مكاسب اجتماعية واقتصادية هائلة (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2023)، وأنّ العائدات الاقتصادية على الاستثمار في الصحة الجنسية والإنجابية أصبحت أيضاً من الأمور المُلحة. وفق حسابات صندوق الأمم المتحدة للسكان، تبيّن، مثلاً، أنّ إنفاق مبلغ إضافي قدره 79 مليار دولار أمريكي في البلدان منخفضة ومتوسطة ومرتفعة الدخل بحلول عام 2030 سوف يمنع حدوث 400 مليون حالة حمل غير مخطط لها وينقذ حياة مليون أم و4 ملايين مولود ويولّد فوائد اقتصادية بقيمة 660 مليار دولار أمريكي (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2022).

وبالرغم من جميع الإنجازات التي تحقّقت، لا يلمس الأشخاص فرقا ملحوظاً في حياتهم اليومية ولا زالوا يناضلون لإعمال حقوقهم، ويُعزى ذلك بشكل أساسي إلى

أنّ أسباب التمييز على أساس النوع الاجتماعي وسائر أشكال التهميش متجذّرة في المجتمع.

أظهرت أحدث البيانات الواردة من 69 بلداً أنّ رُبع عدد النساء لا زلنّ غير قادرات على اتّخاذ أهمّ القرارات الجوهرية فيما يتعلق برعايتهن الصحية. وأعرب العدد نفسه أنهن لا يستطعن رفض ممارسة العلاقة الحميمة مع الزوج أو الشريك. وتبيّن أنّ هناك امرأة واحدة من بين كل 10 نساء لا تمتلك خيار استخدام وسائل تنظيم الأسرة، (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2024). ولكن هذه البيانات لم تحفز بعد ظهور تحسينات كبيرة في استقلالية المرأة الجسدية. وردت هذه البيانات من ثلث عدد البلدان. وللمرأة الأولى، تتوفر بيانات الاتجاه حول مؤشر أهداف التنمية المستدامة 5.6.1 لأكثر من 30 بلداً. وبينما سجّلت 19 بلداً أرقاماً إيجابية في قدرة النساء على اتخاذ القرارات بشأن صحتهم الجنسية والإنجابية، شهدت 13 بلداً أخرى أرقاماً سلبية على المقياس نفسه (صندوق الأمم المتحدة للسكان، بدون تاريخ).

وفي سياق متصل، تتجلى الجهود المحرزة لتحقيق خطوات كبيرة في خفض حالات وفيات الأمهات التي يمكن تجنبها في الآتي: بين عامي 2016 و2020، كان الانخفاض السنوي العالمي لوفيات الأمهات يبلغ صفر فعلياً (منظمة الصحة العالمية وآخرون، 2023)، وهذا يعني أنّ قرابة 800 امرأة كنّ يلقيّن حتفهنّ كل يوم أثناء الولادة بينما يمكن اجتناب كل حالة وفاة من بين هذه الوفيات. وقد شدّد على هذه الفكرة الدكتور محمود فتح الله، المدير السابق للبرنامج الخاص للبحث والتطوير والتدريب على البحوث في مجال الإنجاب البشري، وهو برنامج تابع للأمم المتحدة، إذ أعلن أنّ "الأمهات لا يلقيّن حتفهنّ بسبب أمراض لا يمكننا معالجتها بل لأنّه لا زال يتعيّن على المجتمعات اتّخاذ قرارات تثبت أنّ كل حياة تستحقّ الإنقاذ." (فتح الله، 2012).

إنّ وفيات الأمهات ليست سوى صورة مصغّرة عن أوجه انعدام المساواة الذي يصيب جميع جوانب الصحة الجنسية والإنجابية نظراً إلى فداحة التفاوتات الحاصلة داخل البلدان وفيما بينها. قد تتوقف حياة المرأة أو موتها على المكان الذي تلد فيه، حيث تحدث الغالبية العظمى من وفيات الأمهات،

والاقتصادية، والإقامة في مواقع ريفية أو حضرية (ماكومبي وآخرون، 2023).

وعلى الرغم من أوجه انعدام المساواة هذه أو ربما بسببها، ثمة عددٌ قليل من البلدان التي تجمع بيانات عن الاحتياجات والحواجز المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية، حتى أن هناك عدداً أقل من البلدان التي تصنف هذه البيانات حسب عوامل معروفة بمساهمتها في حدوث الإهمال والتمييز والتهميش، وهي عوامل تشمل الثقافة، والانتماءات الإثنية والعرقية والطائفية، واللغة، والدين، وحالة الإعاقة، والحالة فيما يتعلق بفيروس العوز المناعي البشري/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)، وحالة الهجرة، والتوجه الجنسي، وهوية النوع الاجتماعي.

تبرز في الوقت نفسه تحديات جديدة ومتسارعة في المجال الرقمي، حيث تشهد تقنيات الرعاية الصحية تطوراً سريعاً وتبدو واعدة جداً في تحسين المعلومات، ما يخفف من أعباء البيروقراطية ويعزز من فرص الحصول على الرعاية. ومع

ما يفدّر بأكثر من 70 بالمائة، في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، وهي المنطقة التي تضم الكثير من أقل البلدان نمواً وأكثر الأنظمة الصحية ضعفاً. وتكون المرأة التي تعاني من مضاعفات الحمل والولادة في المنطقة أكثر عُرضة بحوالي 130 ضعفاً للموت من جراء تلك المضاعفات مقارنةً بامرأة أخرى في أوروبا أو أمريكا الشمالية. ونذكر أيضاً أن أوجه عدم الإنصاف منتشرة وعميقة وتطال البلدان والمناطق. ففي مدغشقر مثلاً، تحظى النساء الثريات بخدمة الولادة على يد قابلة ماهرة بمعدل خمسة أضعاف مقارنةً بالنساء الفقيرات (هيئة الأمم المتحدة للمرأة وآخرون، 2023). وفي الأمريكتين، كانت النساء المنحدرات من أصل أفريقي أكثر عُرضة لسوء المعاملة أثناء التوليد (صندوق الأمم المتحدة للسكان وآخرون، 2023).

تلاحظ أوجه عدم الإنصاف أيضاً في القدرة على الوصول إلى وسائل حديثة لتنظيم الأسرة، بما في ذلك تفاوتات قائمة على أساس الانتماء العرقي أو الإثني (جاكسون وآخرون، 2017)، وصفة اللاجئ أو حالة الهجرة (رابين وفان دن مويسنبيرج، 2018)، والتعليم، والحالة الاجتماعية



ذلك، لا يزال ملايين السكان عالقين في الجانب السلبي من الفجوة الرقمية. إن بعض الوسائل التكنولوجية، مثل الذكاء الاصطناعي، قد تكرر التحيزات والأعراف التمييزية القائمة، ما قد يُسفر عن تفاقم أوجه انعدام المساواة. وتبين مثلاً أنَّ أنظمة تشخيص الأمراض بمساعدة الحاسوب تكون أدق بالنسبة للرجال البيض مقارنةً بالأشخاص من أعراق أو أنواع اجتماعية أخرى (مورو وإيجوخاري، 2023)، هذا فضلاً عن أنَّ الأبحاث الجديدة سلّطت الضوء على دور التكنولوجيا في توفير ساحة جديدة للاستغلال والانتهاك القائم على النوع الاجتماعي (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2024). قد يكون عدم الإنصاف بين الجنسين مدمجاً في تصميم الوسائل التكنولوجية حيث تبدو النساء أقل تمثيلاً في تدريب الخوارزميات على اتخاذ قرارات. إنَّ التكنولوجيا الصحية المتحيزة حسب النوع الاجتماعي قد تشكّل مسألةً جدلية على نحو خاص بما يؤدي إلى تشخيص أو علاج متأخر أو خاطئ. وقد سجّل تمثيل النساء، ولا سيما في المرحلة المبكرة من التجارب السريرية انخفاضاً بلغ 22 بالمائة، ولا زالت النساء الحوامل والمرضعات مستبعدات حتى من التجارب السريرية في مرحلة ما بعد التسويق (بي إم جي، 2022؛ شيلدنز وليرلي، 2013).

بين مد وجزر

انيثق جدول أعمال المؤتمر الدولي للسكان والتنمية من الالتزام الذي قطعه الناس من جميع مناحي الحياة بالتعاون معاً وإيجاد حلول للمخاوف المشتركة بينهم حول السكان والتنمية، وهو يعكس "تحولات هامة في مواقف سكان العالم وقادتهم فيما يتعلق بالصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة والنمو السكاني" (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 1994)، وقد نتج عنه زخم قوي حافظ على التقدم المحرز في مجال الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية بل وجدده. ورغم أنه حتى الآن ليس هناك أي بلد يزعم نجاحه في الوصول إلى جميع الأفراد، إلا أنَّ كل بلد يستطيع الاحتفال بتحقيقه أوجه تقدم ملحوظة. وقد التزمت بلدانٌ كثيرة بتسريع التقدم المحرز معترفة بأنَّ هذا التقدّم هو جزء لا يتجزأ من خطة التنمية المستدامة لعام 2030 ومن أهداف التنمية المستدامة البالغ عددها 17 هدفاً.

مع ذلك تبرز أزمات متعددة بما فيها النزاعات وتداخيات تغير المناخ وجائحة كوفيد-19 وهي تعرّض المكاسب التي تحققت طيلة عقود للخطر وتهدد التقدم الذي يتم السعي لتحقيقه في المستقبل. إضافةً إلى ذلك، يتم بذل جهود حثيثة ومنظمة بُغية التصديّ لحقوق الإنسان والمساواة بين الجنسين. ففي حين أنَّ معارضة الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية تُبرّر في معظم الأحيان بحجّة التقاليد والحنين إلى الماضي، إلا أنَّها تخالف التوافق الذي بُني منذ أمد بعيد والاتفاقيات الأساسية لحقوق الإنسان، وتمنع الأشخاص من تلقّي المعارف العلمية والطبية المثبتة، وتساهم في الانقسام السياسي وعدم الاستقرار (كانيم، 2023؛ معهد غوتماخر، 2017).

تؤدي مناهضة الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية إلى مزيد من التهميش للمجتمعات التي تُركت أو دُفعت خلف الركب. وإنَّ الجهود المبذولة لتنظيم النسل وتقييد الاستقلالية الجسدية تؤثر بصورة غير متناسبة على المهاجرين والأشخاص ذوي الإعاقة والأقليات والمجتمعات الأصلية ومجموعات أخرى. ويلعب الافتقار إلى عدم وجود تربية جنسية شاملة دوراً في تقييد الحق في الحصول على المعلومات والحق في التعليم، ويحتمل أن يؤدي إلى تضلُّل الفرص بالنسبة للشباب الذين لديهم موارد أقل للبحث عن إجابات دقيقة على أسئلتهم. ويتفاقم الحرمان الشديد من الحقوق الذي يعانيه الأشخاص ذوو توجهات جنسية وهويات جنسانية متنوّعة (الشمعة، 2023). وفي خضمّ التوجّه العالمي نحو عدم تجريم الأنشطة الجنسية والهويات الجنسية لأفراد مجتمع الميم عين، اشتدّت العقوبات داخل البلدان التي لا زالت تجرّم هؤلاء الأفراد ووصلت في حديثها إلى الإعدام، بالرغم من وجود أدلة واضحة تثبت أنَّ التجريم لا يؤدي إلى زيادة معدلات الإصابة بفيروس العوز المناعي البشري وانتهاكات حقوق الإنسان فحسب، بل أيضاً يؤثر بشكل غير مباشر على اقتصاد البلدان (مختبر سياسة فيروس العوز المناعي البشري وآخرون، 2023).

عندما تتعرّض المجتمعات للانحدار والاستقطاب، تصبح أقل استقراراً وثقة مقارنةً بما قد تكون عليه من دونهما، كما أنَّ المجتمعات تصبح أكثر عُرضة للمعلومات

المضلة والمزورة (غوبتا وآخرون 2023؛ أوسموندسن وآخرون، 2021). من أجل المضي قدماً، يمكننا أن نبدأ بالأمور التي اتفقنا عليها وهي ألا يجب أن تلقى أي امرأة حتفها أثناء الولادة، وأن كل فرد له الحق في اتخاذ قرارات تتعلق بالتوقيت المناسب لتأسيس أسرته ومع من وما إذا كان يريد تأسيس أسرة أو لا، وأن كل شخص يجب أن يكون قادراً على اتخاذ قرارات تتعلق بجسده بدون عنف أو إكراه، وأنه عندما تتمكّن النساء والفتيات من تقرير مصائرهنّ حينئذٍ يستطعنّ الازدهار هنّ ومجتمعاتهنّ. يُضاف إلى ذلك أنّ المؤتمر الدولي للسكان والتنمية يقرّ إقراراً ضمنياً بأنّ حقوق ورفاه أي إنسان ترتبط ارتباطاً وثيقاً بحقوق ورفاه الآخرين. وأينما وُجد شخص حقوقه معرضة للخطر، هذا يعني فعلياً أنّ حقوقنا جميعاً بخطر (الأمم المتحدة، 2020).

كان هذا المبدأ مفهوماً بوضوح بالنسبة للحركات النسوية وغيرها من الحركات التي تعاونت مع الدول الأعضاء لوضع جدول أعمال المؤتمر الدولي للسكان والتنمية: فقد اجتمعت مجموعة كبيرة ومتنوعة من النساء الاتيات من مختلف أنحاء العالم خلال الفترة التي سبقت المؤتمر الذي انعقد في أيلول/سبتمبر 1994 بالقاهرة. وحشدنّ الجهود لكي تكون الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية رُكناً أساسياً في العمل لمناصرة حقوق المرأة وعنصراً مركزياً في النضال من أجل القضاء على الفقر وتحقيق التنمية المستدامة وإعمال حقوق الإنسان بمجملها (كوريا وآخرون، 2015). وقبل انعقاد المؤتمر بتسعة أشهر، شاركت نساء من 79 بلداً في مؤتمر تحضيري العالمي نُظّم برियो دي جانيرو، واتخذنّ آنذاك موقفاً صارماً ضد السياسات السكانية القسرية وأشرنّ إلى أوجه متصلة لعدم الإنصاف حيث اعتبرنّها "السبب الأساسي الذي يكمن وراء تزايد فقر النساء وتهميتهنّ، والتدهور البيئي، وازدياد أعداد المهاجرين واللاجئين، وتصاعد الفكر الأصولي في جميع أنحاء العالم" (أنون، 1994). وبعد مرور أربعة أشهر على انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، استجابت للزخم مجموعة من الناشطات النسويات من ذوات البشرة السوداء بالولايات المتحدة وأطلقنّ الدعوة لتحقيق العدالة الإنجابية. والجدير بالذكر

أنّ مفهوم العدالة الإنجابية يتجاوز فكرة الوصول إلى رعاية الصحة الإنجابية ويمتدّ لمعالجة أشكال متعددة من الظلم الاقتصادي والاجتماعي والسياسي والبيئي، حيث إنّ أشكال الظلم هذه تؤثر على الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية ويجب معالجتها لتحقيق نتائج شاملة يستفيد منها أكثر السكان تهميشاً (روس، 2017).

وتبرز اليوم مجموعة كبيرة ومتنوعة من الحركات الشعبية التي تؤكّد على هذه الأفكار في دعوة متجددة لتحقيق العدالة والتنمية. وباتت الجهات المتنوعة التي تقودها مجموعات سكانية مهمشة في معظم الأحيان تشكّل تحالفات وتتواصل بشأن المخاوف المتقاطعة التي تظهر حول العالم، بدءاً بالحق في الاستقلالية الجسدية ووصولاً إلى الرغبة في العيش بأمان في أي مكان بالعالم. وإنّ التوعية المشتركة التي تقودها هذه الجهات تبدو فعالة وواعدة إذ تشير الأبحاث إلى أنّ تغييراً اجتماعياً واسع النطاق يمكن أن يحدث ما إن يحظى بتأييد حوالي 25 بالمائة من السكان (سلون، 2018).

وتشتمل التطورات الإيجابية في هذا الشأن على زيادة التوافق بين الحركات الشعبية ومنظمات المجتمع المدني نحو بذل الجهود الحثيثة لضمان إعمال الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية، وثبّت أيضاً العكس من إسهام هذه الجهود في تعزيز حركة التوافق. وتعتمد النساء الأصلديات بدورهنّ إلى حشد الجهود لإنهاء الممارسات التي تدمر الموارد البيئية، فهذه الممارسات لا تتوقف عند تهديد ثقافتهنّ وارتباطهنّ بالأرض فحسب وإما تعرّض صحتهنّ للخطر وتؤثر على القرارات التي يتخذنها لإنجاب الأطفال. وينظّم الناشطاء الشباب بدورهم حملات لتحقيق العدل المناخي في ظلّ اعتراف متزايد بأنّ العدل المناخي ينطوي أيضاً على العدالة الإنجابية (ماكغفرن وآخرون، 2022). وشدّد هؤلاء على عدم جواز إلقاء اللوم على المجتمعات الفقيرة الأشدّ تأثراً بتغيّر المناخ والقول إنّها ساهمت بتفاقم الأزمة لأنّ معدلات الخصوبة مرتفعة لديها، إذ تجدر الإشارة في هذا السياق إلى أنّ البلدان الأكثر ثراء والأقلّ خصوبة ما زالت تصدر أكبر كميات لانبعاثات غازات الدفيئة.

ناضل ناشطو طائفة الداليت بالهند من أجل توفير سُبل الحماية القانونية للنساء اللواتي يواجهن التمييز الطائفي في أماكن العمل ومرافق التعليم. تبقى نساءٌ كثيرات في فقر شديد طالما وُجد هذا النوع من التمييز، ما يمنعهنّ من دعم أسرهنّ ومن منح أطفالهنّ حياةً كريمة، وهذا بدوره يديم حالة الضعف في الصحة الجنسية والإنجابية (ماكغفرن وآخرون، 2022).

في الحالات التي هُدرت فيها حقوق النساء إلى حد كبير على غرار ما جرى بأفغانستان، توخّدت مجموعات من الناشطين المعنيين بشؤون المرأة ومدافعين عن حقوق الإنسان وسياسيين وخبراء حقوقيين بارزين لتنظيم حركة تهدف إلى تعريف الفصل القائم على

النوع الاجتماعي واعتباره جريمة ضد الإنسانية (باحوس، 2023؛ نيا، 2023). وفي أمريكا اللاتينية، انبثقت "حركة الموجة الخضراء" عن مظاهرات نظّمت لمواجهة المعدلات المرتفعة والمفاجئة لقتل الإناث، وبرزت الحركة بشكل ساحق حيث نجحت في تحويل عمل المناصرة وكذلك قوانين الإجهاض في منطقة كانت تُعرف بفرض بعض من القيود الأكثر صرامة (كاربنتر، 2019). وعُبرت إحدى الناشطات قائلةً: "لقد نجحت صيحات الغضب والألم والفرح والأخوة في الشوارع بوضع الحركة النسوية في مركز اهتمام الشعب، باعتبارها حركة قوية وضرورية تطلب إجراء تغييرات جذرية في الحياة التي نعيشها" (خاراس وآخرون، 2019).

التراجع يلوح في الأفق بعد إحراز التقدم المرجو

شهد العالم مؤخراً تراجعاً على مستوى الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية، وأتى هذا التراجع بعد إحراز التقدم طيلة عقود من الزمن، فالتربية الجنسية الشاملة مثلاً التي كانت موضوع شبه متفق عليه عالمياً أصبحت حالياً محل جدال في المفاوضات الدولية (الأمم المتحدة، 2023ب). تبلغ منظمات المناصرة بأن القيود المفروضة على الإجهاض في بلدٍ معيّن تترافق مع آثار متتالية على بلدان أخرى (فوس فيمنستا، 2023) علماً أنّ الأخصائيين الطبيين تتزايد شكوكهم حول مشروعية الصحة والحقوق الأساسية الجنسية والإنجابية (كانيم، 2023).



وقد يكون هذا التراجع استجابة عامة للتقدم المحرز، إذ ذكرت مفوضية الأمم المتحدة لحقوق الإنسان أنّ "السلطات في بلدان عدّة أشارت إلى ارتفاع كبير في أعمال العنف الناجمة عن معاداة المثليين ومعاداة مغايري الهوية الجنسية والتي حدثت مباشرة في أعقاب تحسينات تشريعية بارزة هدفت إلى توفير حماية أفضل لحقوق أفراد مجتمع الميم. وترافقت هذه الظاهرة مع أحداث تاريخية متوازية حيث أشارت بعض التقارير إلى أنّ محاولات القضاء على الفصل العنصري والتمييز العرقي في الماضي أدّت إلى تراجع مماثل طال أفراد الأقليات العرقية" (المفوضية السامية لحقوق الإنسان، تاريخ غير محدد). وبالتالي، يكمن التحدي في الحفاظ على الأمل وإبقاء الزخم في مواجهة المعارضة.

عندما تضرب الأزمات الرعاية الصحية، يبرز دور أفراد المجتمع

ضُحى هي أمٌ تبلغ من العمر 28 سنة، فُرت من الحرب المندلعة بسوريا وأصبحت لاجئة تعيش في محافظة هاتاي التركية التي ضربها زلزالان في فبراير (شباط) 2023. وقد أُجبرت بسبب هذه الكارثة على إخلاء مسكنها غير المستقر مع أطفالها الثلاثة وباتوا يعيشون الآن في خيمة مؤقتة.

حملت ضُحى في أعقاب هذه الأزمة وعانت طيلة أشهر من عدوى مؤلمة في المصالب البولية، وتقول إن هذه العدوى باتت منتشرة لدى الناجين من الزلزال بسبب الظروف غير الصحية في مرافق الاعتقال. "نشأت أنواع كثيرة من العدوى بسبب عدم توفر المياه النظيفة".

وكانت أبرز مخاوفها تتعلق بئيرة الوصول إلى الرعاية الصحية، فالقانون التركي ينصّ على لوائح تسمح للاجئين السوريين المسجلين والمتمتعين بالحماية المؤقتة أن يستفيدوا من زيارة المراكز الصحية المخصصة للأسر والمهاجرين بدون دفع المال. أمّا في هاتاي بالقرب من مركز الزلزالين، فهناك مراكز كثيرة باتت عاجزة عن تقديم خدماتها فيما أنهكت مراكز أخرى وكانت عُرضة للانهيال بسبب زيادة الطلب عليها.

لحسن الحظ، تمكّنت ضُحى من الحصول على علاج من الدكتورة أداء غولوم،

طبيبة تعمل مع جمعية هاسودير، الجمعية التركية لأخصائيي الصحة العامة، والتي قام أعضاؤها بزيارات متكررة للاطمئنان على النساء والأطفال في المناطق المتضررة من الزلزال.

عملت الوحدات المتنقلة التابعة للجمعية والمدعومة من المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين على تقديم استشارات ما قبل الولادة وبعدها. كما أنّها قدّمت خدمات إسداء المشورة فيما يتعلق بتنظيم الأسرة إضافةً إلى علاجات لحالات طبية شائعة مثل التهاب المثانة والتهاب المهبل وإصابات عدوى المصالب البولية. ونظّمت الوحدات أيضاً جلسات جماعية يتم فيها تقديم معلومات بغرض التوعية حول سرطان الثدي والنظافة الصحية الشخصية وتنظيم الأسرة والوقاية من الأمراض المعدية المنقولة جنسياً.

تقول الدكتورة غولوم: "لقد أجرينا فحصاً للبطن وتحققنا من علاماتها الحيوية، وحرصنا على التزامها بجميع الزيارات الروتينية ما قبل الولادة وقمنا لها بمجموعة مستلزمات الأمومة التي تشمل ملابس المولود وبطانية ولوازم الاستحمام".

هذا الأمر شجّع ضُحى لمساعدة الأخريات على التماس الرعاية. وتقول الدكتورة غولوم: "كانت ضُحى تتكلم التركية بطلاقة وكانت توافقة لمساعدة الموظفين العاملين

في مجال الصحة على التواصل مع مزيد من النساء، وكانت تسارع لمساعدة جاراتها على الاتصال بالدكاترة وأطباء التوليد والأمراض النسائية متى احتجنّ لذلك".

على الصعيد العالمي، تنصّ اتفاقيات دولية كثيرة على الحق في الصحة الذي يُعدّ حقاً من حقوق الإنسان. ومع ذلك، يكون هذا الحق مهدداً بالخطر أو منتهكاً في حالات النزوح والنزاع وسائر الأزمات. يؤدي ذلك إلى إضعاف الأنظمة الصحية القائمة بالفعل وإلى تشرد السكان المرضى، وقد لا تتجح استجابات الطوارئ في إعطاء الأولوية لخدمات الصحة الجنسية والإنجابية، فيترتب على ذلك نداعيات غير متناسبة تطل النساء والفتيات.

تعمل الدكتورة غولوم وجمعية هاسودير على سدّ هذه الفجوات، فهي تتكلم اللغات العربية والإنجليزية والتركية بطلاقة وكانت تعمل منذ أغسطس (آب) 2023 على مساعدة المجتمعات المتضررة من الزلزال حيث كانت ترى ما بين 10 إلى 30 امرأة كل يوم. وعندما تكون في الوحدة المتنقلة يمكنها أن ترى أكثر من 80 امرأة.

تشرح الدكتورة غولوم: "إنّ أقرب مستشفى موجود على بُعد 20 دقيقة بالسيارة، وبما أنّ وسائل النقل العام توقفت عن العمل



تقول الممرضة سيلان غوزي إن عدد حالات الحمل غير المقصود وحمل المراهقات قد ازداد منذ الزلزالين اللذين ضربا البلاد عام 2023، وكذلك ارتفع عدد البلاغات الواردة بحالات الانتهاك والقسر والاتجار الجنسي.

UNFPA Türkiye ©

رغم أن انقطاع الخدمات تسبب بحصائل ضارة إلا أن جيلان غوزي لمست فائدة غير متوقعة من تقديم الدعم مباشرة للنازحين. "كان العمل في مجال الصحة الجنسية والإنجابية عملاً خفياً قبل الزلزال إذ كنا نعمل بالسِرّ نوعاً ما، أما الآن لقد بات الرجال أكثر تفهماً لهذه المسائل. كانوا يظنون أن وسائل تنظيم الأسرة موجهة ضدهم نوعاً ما ولكنهم أصبحوا متصالحين معها إلى حد ما."

وتوضح قائلة: "لقد شهدنا ارتفاعاً في حالات حمل الأطفال والحمل غير المقصود منذ بداية الأزمة وازدادت أيضاً التقارير الواردة بشأن الانتهاك والقسر الجنسي والاتجار بالأشخاص لأغراض الاستغلال الجنسي... كانت هذه الزيادة ملحوظة."

تتواصل جيلان مع الرجال أكثر من ذي قبل بُغية الحد من هذا الانتشار لحالات الحمل غير المقصود. وتوضح قائلة: "أعمل بشكل أساسي مع النساء ولكن هناك المزيد من الأزواج الذين يأتون لطلب المشورة معاً، وهذه ظاهرة جديدة إذ عادةً يتجنب الرجال طلب وسائل تنظيم الأسرة."

في المنطقة، تسعى الوحدة المتنقلة لدعم المرضى الذين هم في أمس الحاجة للعلاج."

تلك كانت حالة راما (اسم مستعار) السورية البالغة من العمر 22 سنة، فهي كانت تعيش في خيمة منذ وقوع الزلزال، واتصلت بجمعية هاسودير عندما اكتشفت أنها أجهضت تلقائياً في بداية حملها، الأمر الذي جعلها عرضة لإنتان يهدد حياتها بالخطر. ساعدها الفريق المتنقل في الوصول إلى مستشفى عام حيث حصلت على العلاج المناسب، وبعد مرور بضعة أيام اتصلت بالفريق وقالت: "أود أن أخبركم بأنني تعافيت".

وبالنسبة للنساء اللواتي لا يرغبن بالحمل، فإن النزوح وعدم القدرة على الوصول إلى المرافق الصحية الأساسية يعرضهن أيضاً لمخاطر جسيمة. وتقول جيلان غوزي، ممرضة ومدربة في مجال الصحة تعمل في هاتاي مع جمعية واي بير التركية المدعومة من المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين: "إن أكثر الحالات الطبية شيوعاً هي الأمراض المعدية المنقولة جنسياً وإصابات عدوى المسالك البولية وحالات الحمل غير المقصود. أنظم أيضاً جلسات للتدريب والتوعية حول هذه الأمور وحول تنظيم الأسرة".

كانت جيلان غوزي تعمل بشكل أساسي مع أشخاص نزحوا بسبب الكارثة منذ مايو (أيار) 2023 وتوضح أن الفريق كان دائماً يكتشف مسائل أخرى خفية. فعندما يقوم الموظفون بتوزيع مجموعة مستلزمات الأمومة مثلاً قد يكتشفون حالات لم تُعالج من الأمراض المعدية المنقولة جنسياً أو حالات من العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي والقسر الإنجابي.

مفرداتٌ تسطّر انعدام المساواة

تشكّل المفردات التي نستخدمها لمعالجة انعدام المساواة أهمية طاعية، وعلينا أن نعي جيداً ونتجنّب تصوير أي فرد أو مجتمع بالضعف أو تهميشه. وفي حين أنّه كان هناك ميل في الماضي لتوصيف مجموعات كاملة على أنّها مهمشة أو مقموعة، يتم اليوم بذل المزيد من الجهود لتسمية الظروف المحددة التي تعوق الوصول إلى الحقوق والخيارات. ولهذه الأسباب انتقل صندوق الأمم المتحدة للسكان من التركيز على المجموعات الأشدّ تخلفاً عن الركب إلى *العوامل* التي تدفع تلك المجموعات لتكون أشدّ تخلفاً عن الركب. ويشير بعض الخبراء والمنظمات اليوم إلى أنّ أولئك الأشخاص قد "دُفعوا خلف الركب" (خاراس وآخرون، 2019) بدلاً من كونهم "ثُرُكوا خلف الركب" لكي يتجنّبوا الإيحاء بأنّ تهميشهم حصل نتيجة إخفاقات أو أوجه قصور للمجتمع. يستخدم الكثيرون عبارات "عدم ترك أي أحد خلف الركب" و"الوصول أولاً إلى مَنْ هم أشدّ تخلفاً عن الركب"، وهما مبدآن مركزيّان بالنسبة لخطة التنمية المستدامة لعام 2030 (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2021). يستخدم التقرير عدداً كبيراً من هذه المصطلحات والهدف من ذلك لا يكمن في تفصيل مصطلح أو آخر بل في الالتزام بمادة المصدر أو جمع الأبحاث في نص متناسق وشامل أو في الاثنين معاً. ويعترف المؤلفون بأنّ المفردات الخاصة بعدم المساواة وعدم الإنصاف تتغيّر بمجملها على الدوام، ولذا يجب أن نلتزم بالاستماع إلى جميع أفراد مجتمعاتنا وبالتعلّم منهم باستمرار.

فيما يلي المفردات والتراكيب التي يستخدمها هذا التقرير مع تعاريفها:

عدم ترك أي أحد خلف الركب: من خطة التنمية المستدامة لعام 2030 (الأمم المتحدة، 2015). إنّ عدم ترك أي أحد خلف الركب يشكّل التزاماً من جميع الدول الأعضاء في الأمم المتحدة بالقضاء على الفقر بجميع أشكاله والحد من أوجه انعدام المساواة وإنهاء جميع أنواع التمييز والاستبعاد.

ثُرُكوا خلف الركب / دُفعوا خلف الركب: الأفراد الذين يواجهون حواجز تمنعهم من الوصول إلى الحقوق والخيارات بسبب أوجه انعدام المساواة اللّظمية. يُستخدم في هذا التقرير كلا المصطلحين من "ثُرُكوا خلف الركب" ومن "دُفعوا خلف الركب".

الأشدّ تخلفاً عن الركب: الأفراد الأكثر استبعاداً من الوصول إلى حقوقهم وخياراتهم. غالباً ما يواجه الأشخاص الأشدّ تخلفاً عن الركب أشكالاً متقاطعة ومجموعة من الحرمان تعرّضهم للمشقات أو للنّيز الاجتماعي. تجدر الإشارة إلى أنّ تعريف هذا المصطلح يختلف حسب كل سياق ذلك أنّ الظروف التي تجعل الأفراد خلف الركب هي ظروف تتحدد بفعل عوامل اجتماعية وسياسية وثقافية موجودة على نطاق أوسع وقد تختلف هذه العوامل بشكل كبير بين مكان وآخر.

المساواة: حالة قائمة على المساواة ولا سيّما في القيمة أو الوضع أو الحقوق أو المعاملة بموجب القانون.

الإنصاف: العمل المنصف، يستخدم مصطلح "الإنصاف" في معظم الأحيان لتسليط الضوء على أنّ توزيع الموارد والفرص بشكل متساوٍ لا يضمنُ حصائل عادلة أو منصفة على الدوام، بل قد تنجم عنه حصائل غير عادلة أو غير منصفة بسبب الامتيازات أو أوجه الحرمان الموجودة

عدم المساواة: حالة من الافتقار للمساواة لا سيّما فيما يتعلّق بوضع الأشخاص أو حقوقهم أو المعاملة التي يحصلون عليها بموجب القانون.

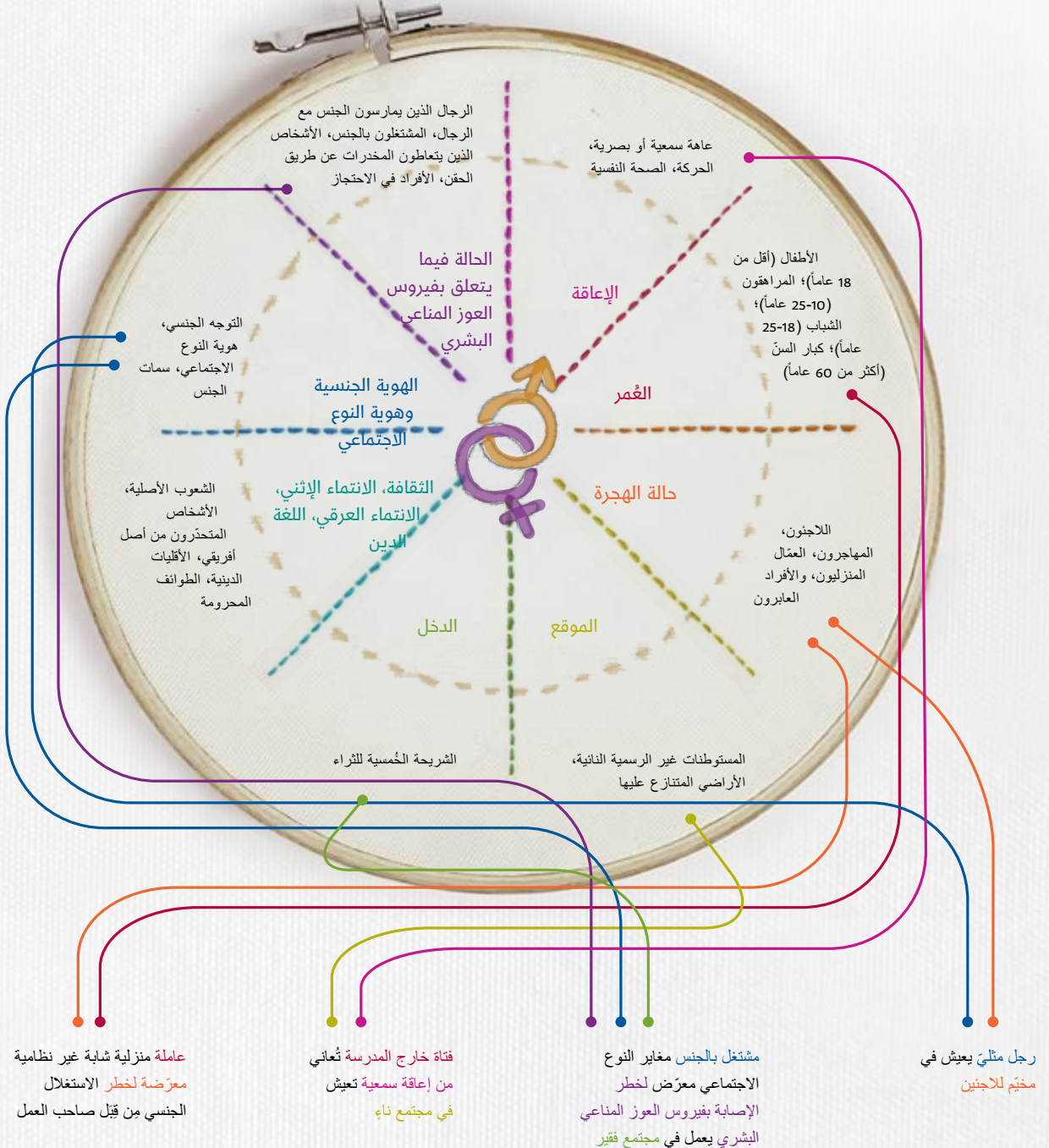
عدم الإنصاف: حالة من الافتقار للإنصاف.

مهمّش: شخص أو مجموعة يتم التعامل معها على أنّها عديمة الأهمية أو أقل أهمية أو في مكانة ثانوية استناداً إلى هويتها. قد يتعرّض الشخص للتمييز بسبب هويته الجنسية أو عرقه أو هويته الإثنية أو هويته الدينية أو طبقته الاجتماعية أو طائفته أو مستواه التعليمي أو وضعه الاقتصادي أو لأمر أخرى.

الضعف: التعرّض للاستغلال أو الانتهاك أو لأشكال أخرى من الأذى، يُستخدم هذا المصطلح على نطاق واسع ولكنه قد يكون إشكالياً عندما لا يتم الإقرار بالعوامل المؤدية إلى الضعف مثل الحرمان من الفرص أو الحواجز التي تمنع الوصول إلى الخدمات.

عوامل تُضاف إلى النوع الاجتماعي وتدفع السكان خلف الركب

هناك عوامل كثيرة تتفاعل مع النوع الاجتماعي وتؤدي إلى تهميش الأفراد والمجتمعات. وهي تشمل على سبيل المثال لا الحصر: الانتماء الإثني، والانتماء العرقي، والطائفة، واللغة والدين، وحالة الإعاقة، والحالة فيما يتعلق بفيروس العوز المناعي البشري/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)، وحالة الهجرة، والتوجه الجنسي وهوية النوع الاجتماعي قد يكون للنوع الاجتماعي (في وسط الرسم التوضيحي) وهذه العوامل التهميشية (الحلقة الوسطى) العديد من أشكال التعبير المختلفة (الأمثلة الواردة في الحلقة الخارجية). وفي العالم الحقيقي، قد يواجه الأفراد العديد من الهويات والظروف المتداخلة (أسفل الرسم التوضيحي) التي تؤثر سلبًا على صحتهم وحقوقهم الجنسية والإنجابية.



المصدر: مقتبس من الخطة الاستراتيجية لصندوق الأمم المتحدة للسكان للفترة 2022-2025 عدم ترك أحد خلف الركب والوصول إلى أكثر الفئات تحفظاً عن الركب.

لدينا اليوم معلومات عن وسائل التغيير أكثر من أي وقت مضى

برزت اتفاقيات دولية هامة منذ عام 1994 تورد تعريفاً واضحاً للمسؤوليات والالتزامات لإزالة التفاوتات في الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية. وتنص هذه الاتفاقيات على حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة وحقوق الشعوب الأصلية، وتوسع ما نصت عليه الاتفاقيات المتعلقة بحقوق المرأة والقضاء على التمييز العرقي. تشتمل الاتفاقيات الإقليمية التطلعية على توافق آراء مونتيفيديو بشأن السكان والتنمية إذ يتضمن التزاماً بتعزيز وحماية الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية باعتباره خطوة أساسية لتحقيق العدالة الاجتماعية والتنمية المستدامة. وإن البروتوكول المتعلق بحقوق المرأة في أفريقيا الملحق بالميثاق الأفريقي لحقوق الإنسان والشعوب، وهو بروتوكول غير مسبوق يُعرف باسم بروتوكول مابوتو، قد أدى إلى إلغاء القيود المفروضة على الإجهاض في أكثر من ستة بلدان بما شمل إزالة المحظورات الموروثة من حقبة الاستعمار والمرتبطة مباشرة بمستويات مرتفعة من وفيات الأمهات (يُرجى الاطلاع على الصفحة 60 حول التاريخ الاستعماري) (ماكغفرن وآخرون، 2022).

يمكن أن تنشأ فرص جديدة عندما يتم بناء التفاهم والتوافق لإصلاح العوامل التي تدفع الأشخاص والمجتمعات خلف الركب، وعندما تتخذ الخيارات الصحيحة يمكن حينئذ أن يبدأ السباق نحو الوصول إلى جميع السكان، بالوتيرة المطلوبة وعلى النطاق اللازم. وهناك الكثير من وسائل التغيير التي باتت معروفة ومثبتة جيداً. وهي تبدأ بإصلاح اختلال موازين القوى الراسخ في المجتمعات والقوانين والأنظمة الاقتصادية ومرافق الرعاية الصحية لأنه سيكون من الصعب بل من المستحيل التوصل إلى الشمول في أنظمة قائمة على التمييز بجوهرها. والمطلوب على جميع الأصعدة هو تعمد إعادة التوازن إلى علاقات القوة القائمة على أساس الجنس، على سبيل المثال ابتداءً من الأسر ووصولاً إلى البرلمانات، إضافةً إلى بذل الجهود لتوسيع نطاق الخدمات وتحسين جودتها وتحويل المعايير والسلوكيات (جورج وآخرون، 2020؛ هيرتن كراب وديفيز، 2020). لقد تم تطوير بعض المفاهيم مثل العدالة الجنسية والإنجابية بُغية الإقرار بالمحركات المتعددة

إذا كان بعض الأشخاص لا زالوا يُدفعون خلف الركب، فهناك أفق وأمل بإمكانية إحراز تقدم سريع بناءً على الاتفاقيات العالمية من أجل التوصل إلى تحقيق الإنصاف، خصوصاً أنه موضوع جوهري مُدرج على خطة عام 2030 (مجلس الرؤساء التنفيذيين في منظومة الأمم المتحدة المعني بالتنسيق، 2017). ومن دواعي التفاؤل الأبحاث التي أظهرت تطوراً سريعاً للتحسينات الجارية في مجال تغطية الصحة الإنجابية وصحة الأمهات لدى أشد السكان فقراً خلال السنوات الأخيرة (غيريسوس وآخرون، 2020)، رغم أن التقدم الذي تم إحرازه لم يكن متكافئاً إذ يبدو أن المجموعات السكانية الميسورة الحال لا زالت تحظى بمستويات أعلى بكثير للتغطية الصحية (أمزو وآخرون، 2020).

ومن دواعي التفاؤل أيضاً مجموعة المعارف المتزايدة حول من لا زالوا يُدفعون خلف الركب ولماذا يجري ذلك وكيفية التصدي له. بات الفقر يُعتبر أكثر فأكثر المحرك الوحيد لأوجه انعدام المساواة. ويبدو التقدم متشعباً جداً (غيريسوس وآخرون، 2020) عندما يتم النظر في عوامل أخرى تنشئ حواجز تحول دون الاستفادة من الخدمات وتسفر عن وقوع حصائل صحية أسوأ أو تحد من إعمال الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية. تشمل هذه العوامل ما يلي: النوع الاجتماعي، والعمر، والثقافة والانتماء الإثني والعرقي واللغة والدين، وحالة الإعاقة، والحالة فيما يتعلق بفيروس العوز المناعي البشري/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)، والموقع الجغرافي لمكان الإقامة، وحالة الهجرة واللجوء والنزوح، والتوجه الجنسي والهوية الجنسية. وهذه القائمة ليست شاملة فحتى بين أشخاص يعانون من نفس الحرمان، هناك ظروف معقدة ومتنوعة يمكن أن تلغي حقوقهم الجنسية والإنجابية (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2021). وفي جميع الحالات، هناك مبدأ أساسي لحقوق الإنسان يبقى قائماً: أينما وكيفما تنشأ حالات التمييز أو التحيز أو الضعف أو عدم المساواة، تعد دائماً بمثابة إنذار لاتخاذ إجراءات تصحيحية.

الأزمات الإنسانية ودورها في زيادة حالة التهميش

تؤثر حالات الطوارئ الإنسانية بنسب متفاوتة على النساء والأطفال، والأشخاص ذوي الإعاقة، والشعوب الأصلية، والأشخاص ذوي هويات نوع اجتماعي وتوجهات جنسية متنوعة، وكبار السن، والمراهقين. تتفاقم أوجه انعدام المساواة بين الجنسين والتمييز الموجود مسبقاً ضد الفئات المهمشة أثناء الأزمات، ويزداد العنف القائم على النوع الاجتماعي أيضاً، ومع ذلك يظل هذا واحداً من أكثر القطاعات الإنسانية التي تعاني من نقص التمويل (مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية، بدون تاريخ). كما تزداد المخاطر أيضاً بسبب التمويل غير الكافي في الأزمات إلى زيادة مكان الضعف لدى الأشخاص المعرضين للخطر، حيث قد يُترك الناجون بدون الحصول على الرعاية الحيوية الغذائية مثلاً، ويرتبط خفض المساعدات الغذائية وغيرها من المساعدات ارتباطاً وثيقاً بزيادة العنف القائم على النوع الاجتماعي. ففي تشاد، عندما تُعذر إنشاء موقعين جديدين لإيواء النساء والفتيات النازحات فاضطرّ هؤلاء للعيش في مخيم مكتظ لا تتوفر فيه حماية كافية من العنف (مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية، 2023).

إن الموارد الشحيحة تحدّ أيضاً من قدرة الأشخاص القاطنين في مناطق نائية على الوصول إلى الرعاية الصحية. ففي إثيوبيا مثلاً وصلت أفرقة الوحدات الصحية المتنقلة إلى 36 بالمائة فقط من السكان المستهدفين، علماً أنّ هناك مجتمعات كثيرة نائية لا تحظى بخدمات كافية. أمّا في أفغانستان فقد اضطرّ حوالي 172 مرفقاً من المرافق الصحية الثابتة والمتنقلة للتوقف عن الخدمة، ما أثر على قدرة مليون نسمة على الوصول إلى الرعاية الصحية الأولية، بمن فيهم النساء الحوامل والأطفال والأشخاص ذوي الإعاقة (مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية، 2023).

ومع ذلك فإنّ قابلية التأثر لا تعبر إلا عن نصف الصورة، ذلك أنّ النساء المحليات والمنظمات بقيادة نسائية المنخرطة في العمل على الخطوط الأمامية لحالات الطوارئ تُعدّ جهات فاعلة رئيسية لضمان تلبية الاحتياجات الخاصة بالمجتمعات المهمشة. وبالتالي يجب ضمان مشاركة هؤلاء النساء بشكل كامل ومجّد وعلى قدم المساواة إضافةً إلى تعزيز قدرتهنّ على القيادة. واللافت أنّ هناك تقدم يتم إحرازه رغم أنّ هذه المنظمات لا زالت تفتقر للتمويل والتمثيل الكافيين. في عام 2023، كان هناك على الأقل منظمة واحدة محلية بقيادة نسائية تشارك كعضو في 10 أفرقة قطرية إنسانية. والفريق القطري للعمل الإنساني باليمن كان يضمّ بين أعضائه منظمين محليتين بقيادة نسائية ومنظمة محلية تُعنى بالأشخاص ذوي الإعاقة. وكان هناك على الأقل منظمة واحدة محلية بقيادة نسائية ممثلة في ثلاث عشر مجلس استشاري من بين تسع عشر للصناديق القطرية المشتركة التي تُعنى بتخصيص التمويل للجهات الفاعلة في مجال العمل الإنساني. تبدو هذه الخطوات واعدة ولكن العمل لم ينتهِ بعد.

هذا النص هو مساهمة من مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية.

العاملات في صناعة الملابس يطالبن بالحماية ضد العنف القائم على النوع الاجتماعي

تقول ثيفيا راكيني، رئيسة اتحاد عمال الغزل والنسيج في ولاية تاميل نادو بالهند: "يمكن للعاملات في صناعة الملابس أن يعبرن عن رفضهن للعنف في أماكن العمل من دون أن يتعرضن للعقاب".

توضح راكيني أنّ هذا الأمر يُعد نقطة تحوّل بالنسبة لآلاف العاملات في صناعة الملابس التي تشكّل الإناث غالبية القوى العاملة فيها. تضمّ ولاية تاميل نادو أكثر من 2,000 مصنع لمغازل القطن يتوظّف فيها 280,000 عامل وهي أكبر منتج بالهند بمذّ الأسواق المحلية والدولية بمغزولات القطن، بما في ذلك علامات تجارية شهيرة في عالم الأرباء. معظم الموظفين في هذه المصانع هم من النساء الشابات أما موظفي الإدارة والمشرّفين فمعظمهم من الرجال. وتتفاقم هذه الدينامية بين القوى غير المتكافئة حسب الطوائف وحالات الهجرة للعاملات في صناعة الملابس، وتزداد أيضاً بسبب الجهود التي تبذلها المؤسسات لتجنّب المساءلة عن ارتكاب الأخطاء.

تتردّد الاتحادات القائمة بالفعل في معالجة بعض القضايا مثل العنف القائم على النوع الاجتماعي والتحرّش. توضح ناديتا شيفاكومار، مستشارة لدى اتحاد عمال الغزل والنسيج في ولاية تاميل نادو: "تهيمن النقابات العمالية بقيادة الذكور على

صناعة الملابس في تاميل نادو ويشغل الرجال مناصب الإدارة والقيادة العليا في هذا القطاع. وبالتالي لم يتم إفصاح المجال للتعبير عن القضايا التي تعني النساء". وتوضح راكيني: "أرادت العاملات أن تهتم الحركة العمالية بإدراج القضايا المتعلقة بشؤون النوع الاجتماعي على جدول أعمالها الأساسي، إذ يجب ألا تقتصر مطالباتها على رفع الأجور فحسب".

وتابعت راكيني: "تشكّل النساء 80 بالمائة من القوى العاملة وهناك 60 بالمائة منهنّ من مجتمع الداليت وهي طائفة مهمّشة بالهند. ولكن هناك رجال من طوائف أعلى شأنًا يشغلون مناصب الإدارة والقيادة التنفيذية. وليس من السهل على الرجل أن يصغي عندما يقول له أحد عمال الداليت 'أخطأت في ذلك'، إذ يصعب عليه تقبّل الانتقاد فحسب".

عندما شعرت العاملات بالإحباط، قرّرن البدء بتنظيم أنفسهنّ وأنشأن اتّحاد عمال الغزل والنسيج في ولاية تاميل نادو الذي يُعدّ أولّ الاتحادات العمالية بقيادة نسائية من طائفة الداليت في تلك الولاية. وازداد عدد أعضائه بشكل سريع وأصبح الاتحاد يمثل اليوم أكثر من 11,000 عامل وعاملة. كما أنّ الثقة التي بنيت بين قيادة الاتحاد وأعضائه جعلته قادراً

على التصرّف بحزم عندما تقع أي مأساة: ففي يناير (كانون الثاني) قتلت جيباسري كاثيرافيل على يد المشرف على عملها في أحد المغازل المملوكة لشركة إيستمان إكسپورتس بمدينة دينديجول بعد أن تعرّضت للتحرّش الجنسي طيلة أشهر، علماً أنّها تنتمي لطائفة الداليت وهي عضو في الاتحاد. شكّلت وفاتها نقطة فارقة حيث أرادت زميلاتها تحقيق العدالة من أجلها إضافة إلى إحداث تغيير نُظمي لحماية جميع العاملات في صناعة الملابس.

توضح شيفاكومار: "كانت قضية جيباسري مختلفة لأنّها حدثت في قرية يعمل فيها الاتحاد بنشاط ونساء القرية أعضاء فيه منذ زمن طويل، حتى جيباسري ووالدتها كانتا منضمّتين للاتحاد، وبالتالي نظراً إلى وضع تلك القرية وتلك الظروف، حصل تضامن قوي مع القضية وتخلّص الجميع من الميل العام للوم الذات[...]. وكان لدينا قناعة بأننا سنكافح من أجل تحقيق العدالة وبأننا لن نستسلم مهما حصل. حظي هذا النضال بالتأييد من جميع العاملات في المصانع حيث أكّدت كلّ واحدة منهنّ: "أنا أيضاً أَدعم القضية".

انتاب هؤلاء النساء شعورٌ بالحزن والإحباط أدّى إلى إطلاق حملة عالمية بعنوان "العدالة من أجل جيباسري" تمخّض عنها توقيع



يحتفل أعضاء الاتحاد بالتوقيع على اتفاقية دينديجول. © TTCU

اتفاقية دينديجول للقضاء على العنف القائم على النوع الاجتماعي والتحرش. وهي اتفاقية تاريخية ترسخ الحماية بين طبقات متعددة في مكان العمل من خلال مجموعة من اتفاقيات سلسلة الإمداد، وتخضع لنظام من الضوابط والموازنين بغرض ضمان المساواة عن حالات العنف القائم على النوع الاجتماعي والتحرش على الأصعدة كافة. وعندما لا تلتزم الإدارة بأحكام الاتفاقية، يتعين حينئذ على المؤسسات الموقعة عليها بموجب القانون أن تفرض عقوبات تجارية على شركة إيستمان إكسبورتس بُغية ضمان امتثالها. وتشمل الأطراف الموقعة على الاتفاقية المورد والاتحاد والجهات المتحالفة مع الاتحاد، بما في ذلك تحالف الأجور الدنيا في آسيا والمنتدى الدولي لحقوق العمال التابع لمنظمة العدالة العمالية العالمية. كما وقّعت على الاتفاقية شركات أزياء عالمية تشتري الملابس من المصانع، بما فيها مجموعة H&M وشركة Gap Inc.

وتوضح شافيكومار اليوم: "هناك نساء قائدات في كل خط من خطوط الإنتاج ويعملن كمراقبات لما يجري في كل طابق داخل المصانع، كما أنّهنّ يتمتّعن بصلاحيات كثيرة تخولهنّ تصعيد القضايا من دون تُتخذ بحقهنّ أي إجراءات انتقامية."

هذه الآثار تتجاوز حدود مكان العمل، فالكثير من العاملات في صناعة الملابس بمنطقة تاميل نادو أُتيّن لهذا المكان بعد هجرة داخلية حيث تهتم المصانع بتدبير نزل لإقامتهنّ وحافلات لنقلهنّ، ويتعرّضنّ للاستغلال في الحافلات وفي أماكن الإقامة. وتوضح شافيكومار: "يتحرّش السائقون بالنساء بالقول 'اسدني خدمة جنسية وسوف أنتظرك خمس دقائق في حال تأخرت على الحافلة'. وعندما كنّا نشكوهم لأصحاب مؤسسات النقل، كان هؤلاء يتصلّون من المسؤولية ويجيبون بالقول: 'إنّها خدمات تعاقدية، ولسنا مسؤولين عمّا يجري'."

تؤكد راكيني: "سبق لنا أن نجحنا خلال سنة واحدة بإقناع العمال أنّنا نعمل لمصلحتهم، أمّا اليوم فحتّى الإدارة العليا باتت تفهم أنّ عملنا لا يقتصر على دعم العمال والتظاهر ضد الإدارة فحسب، بل يمتدّ لدعم المؤسسات التجارية أيضاً."

يعكف الاتحاد الآن على المفاوضة من أجل توسيع نطاق آليات الحماية هذه لكي تشمل موردين آخرين، ومع ذلك يجب تصميم أي اتفاقية جديدة بما يلبي احتياجات العمال المشمولين بتغطيتها. تقول شافيكومار: "يجب أن تعبّر الاتفاقية عن القضايا الحالية التي تعني العاملات أيّاً كانت طريقة تنفيذها، هذا هو الدرس الذي تعلّمناه من تجربتنا، ويجب أن نعمل الآن على توسيع نطاق الاتفاقية لتشمل مزيداً من الأماكن بطريقة تسمح بتطبيق آليات الحماية هذه في كل مصنع، على أن تصبح قاعدة تلتزم بها جميع المصانع. هنا ما يتعين علينا فعله."

تهدف اتفاقية دينديجول لمعالجة هذه المسألة. "لقد حاولنا أن تكون هذه الاتفاقية شاملة بحيث تغطّي أماكن العمل والحافلات التي تقلّ العاملات وكذلك النزل التي تقيم فيها العاملات، فهناك مشاكل كثيرة تحصل في الحافلات... وقد أصبح لدينا الآن مراقبات في الحافلات."

واللافت أنّ نتائج الاتفاقية فاقت توقعات مؤسسيها، فقد تمت معالجة 98 بالمائة من مجمل المظالم (تحالف الأجور الدنيا في آسيا وآخرون، 2023) بما في ذلك 100 بالمائة من الشكاوى المتعلقة بالعنف القائم على النوع الاجتماعي والتحرش. لقد تم تدريب حوالي 2,000 عامل على تحديد حالات الانتهاك الجنسي ومنع حدوثها بما في ذلك موظفي الإدارة العليا وموظفي الدعم والمتعاقدين الخارجيين. كما أدّت الاتفاقية إلى نتائج إيجابية بالنسبة للشركات المصنّعة. ففي سبتمبر (أيلول) 2022، نجحت المساعي في حذف اسم أحد مصانع الملابس بمدينة دينديجول عن قائمة الشركات المصنّعة المحظورة بالولايات المتحدة بسبب الاشتباه باعتمادها على العمل الجبري، ويعود الفضل بذلك إلى اتفاقية دينديجول.

للتمييز وعدم الإنصاف واتخاذ القرارات بشأنها، بما في ذلك من خلال دعوة متعمدة لكي يعرّف الأشخاص بنفسهم كيف يكون الإنصاف وماذا يلزم لتحقيقه (ماكغفرن وآخرون، 2022).

وتعميم التعليم في المدارس الثانوية وما إلى ذلك (إنديرا وآخرون، 2023).

يبدو أنّ جودة البيانات التي جُمعت بعد انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية كانت أفضل بكثير إذ ساعدت في توجيه برامج واستثمارات جديدة. فمثلاً كنّا نعرف القليل عن حجم وفيات الأمهات في عام 1994 ذلك أنّ البيانات التي توفّرت آنذاك لم تكن موثوقة على الدوام أو لم تكن تُجمع بالأصل. أمّا اليوم، فيتم احتساب الأرقام على المستوى الإجمالي. يُضاف إلى ذلك أنّ البيانات المتعلقة بالسكان والصحة والتي تجمعها المؤسسات الدولية والحكومات الوطنية أصبح تصنيفها اليوم شائعاً حسب نوع الجنس والدخل والموقع الجغرافي والعمر. وإنّ عدد البيانات المتعلقة

تشمل الأمثلة على كيفية حدوث تحولات هيكلية تراجع زواج الأطفال في جنوب آسيا والذي ظهر من خلال زيادة تعليم الفتيات وكذلك تغييرات طرأت على الأنظمة الاقتصادية التي هيأت الفرص لتوظيف النساء (هيرتن كراب وديفيز، 2020). وكان العهد بإنهاء زواج الأطفال الذي قطعته مؤخراً أربعة بلدان يعيش فيها خمس الطفلات العرائس يستند إلى أدلة جديدة لحزمة متكاملة من الحلول، اشتملت على مساعدة اجتماعية مراعية للمنظور القائم على النوع الاجتماعي وسياسات شاملة لسوق العمل



بالإعاقة يزداد بسرعة، وعليه يتعيّن مواصلة الجهود المبذولة حالياً لالتقاط صورة كاملة تبرز جميع أشكال التهميش. لا تزال البيانات نادرة فيما يتعلق بالانتماء الإثني والعِرقي واللغة والدين والأصالة وحالة الهجرة والهوية فيما يتعلّق بأفراد مجتمع الميم عين، ومع ذلك يمكن الحصول على مزيدٍ منها إذا ما قُطعت التزامات صادقة بما في ذلك من خلال مواصلة تسخير الوسائل التكنولوجية الجديدة.

يتبلور فهمٌ جديد ومتطوّر للدور الذي تؤدّيه خدمات الرعاية الصحية في إلغاء التمييز وتذليل الحواجز الهيكلية أمام أولئك الذي دُفعوا خلف الركب. وقد أظهرت القابلات نتائج واعدة لناحية تقديم الخدمات وتمكين النساء في المجتمعات المهمّشة في آنٍ معاً. وتشير أدلّةٌ متزايدة إلى أنّ تدخلات الجنس الإيجابي في مجال الصحة الجنسية يمكن أن تحدّ من حالات

الوصم وتجذب الأشخاص المهمّشين للاستفادة من الخدمات ولا سيّما تلك المتعلقة بالأمراض المعدية المنقولة جنسياً وفيرس العوز المناعي البشري، كما أنّها تزيد من استخدام وسائل تنظيم الأسرة (فورد وآخرون، 2022؛ زانيفا وآخرون، 2022؛ ستارز وآخرون، 2018). أثبتت مجموعات المساعدة الذاتية النسائية جدارتها في المجتمعات الفقيرة لناحية تزويد النساء بالمعلومات اللازمة حول الرعاية الصحية والتمويل البالغ الصغر من أجل تلبية الاحتياجات الاقتصادية في هذا الصدد، ما أدّى إلى تحسينات هامّة في مؤشرات الرعاية السابقة للولادة وتنظيم الأسرة. ويُعد العامل الحاسم في كل مجموعة هو أنّ النساء العضوات فيها يحدّدن شروط عملهنّ على الصعيد المحلي، وهذه النقطة هي بمثابة درس يجب تطبيقه على نطاق واسع إذ تضمن أنّ مشاركة المرأة في صنع القرار بشأن مستقبلها هي قاعدة وليست استثناء.

إنّ البيانات المتعلقة بالسكان والصحة والتي تجمعها المؤسسات الدولية والحكومات الوطنية أصبح تصنيفها اليوم شائعاً حسب نوع الجنس والدخل والموقع الجغرافي والعمر.

ماضيها وحاضرها ومستقبلها

لا أحد يريد أن يعيش في عالم حيث يكون نصف حالات الحمل غير مقصودة وحيث تتعرض النساء للضرب في منازلهن أو يلقين حتفهن لأسباب يمكن الوقاية منها في الولادة. جميعنا يرغب بمستقبل تدرك فيه الفتيات والنساء أنهن يستطعن إكمال دراستهن والحصول على فرص عمل لائقة وإنشاء أسرة لو رغبن بذلك، وأن بإمكانهن أن يصبحن جزءاً من مجتمع صحي ومزدهر ويساهمن فيه بشكلٍ مجدي. هذه هي التنمية المتمركزة حول البشر، تنمية صلبة وعادلة وقادرة على الصمود في مواجهة الأزمات.

تبرز الأبحاث الأساسية المذكورة في هذا التقرير (الصفحة 28) كيف أن الحواجز التي تحول دون الوصول للرعاية الصحية قد سقطت بسرعة بالنسبة لأكثر النساء حظاً من ناحية الحالة الاجتماعية الاقتصادية والنسبة للنساء اللواتي ينتمين لمجموعات إثنية كانت بأيسر حال أصلاً. ويظهر هذا البحث أيضاً أن التفاوتات الحاصلة داخل البلدان هي أكبر من التفاوتات الحاصلة فيما بينها، مع التشديد على أن كل مجتمع يساهم في استمرار حالات الظلم هذه ويستوجب الدعوة للإصلاح على الصعيدين المحلي والعالمي.

أما الفصل الثاني من التقرير فيسلط الضوء على الأسباب المؤدية إلى ذلك. على الرغم من التوافق الجاري طيلة ثلاثين عاماً حيال قوة الصحة الجنسية والإنجابية التي تعزز تحرير المرأة، إلا أن الأنظمة التي تقدّم هذا النوع من الرعاية الصحية لا زالت ملوثة بموروثات قديمة لعدم المساواة بين الجنسين والتمييز العرقي والمعلومات الخاطئة. ومع ذلك، إن عملية عرض هذه المظالم من شأنها أن تتيح الفرص لتطوير الأنظمة والممارسات المتجذرة في الكرامة المشتركة لجميع الأشخاص.

يستكشف الفصل الثالث ثورة البيانات في العالم والتي أطلق شرارتها المؤتمر الدولي للسكان والتنمية عندما دعا إلى تصنيف البيانات من أجل تحديد أين تتواجد أمس

الاحتياجات غير الملباة ومن الذين يعانون منها. بقي هذا التوجيه غير منفذ إلى حد كبير، ولكن إذا كان العالم يريد إعمال الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية للجميع فلا يمكن الاستمرار في التغاضي عن عنصر البيانات الذي وضعه المؤتمر الدولي للسكان والتنمية.

أما الفصل الرابع فيسلط الضوء على مكاسب الإنتاجية المجتمعية والصحية التي ما زال يتعين تحقيقها وكذلك على الاستثمارات التي قد تسمح بتحقيق المكاسب على نطاق أوسع. أصبحت وسائل تنظيم الأسرة مسألة لا تقبل الجدل اليوم. لقد أقر خبراء الاقتصاد والمدافعون عن حقوق الإنسان والنساء أنفسهم بأن تنمية رأس المال البشري تتسارع بشكل كبير عندما يتمكن الأفراد من تنظيم أسرهم. ولكن يبدو أن الاستثمار في وسائل تنظيم الأسرة وحدها لا يكفي. يعرض هذا الفصل بشكل مفصل المنافع التي تحققت بفضل الاستقلالية الإنجابية.

أما الفصل الختامي ففيه استشراف للمستقبل باستخدام تحاليل أجرتها نخبة من الخبراء وقادة الفكر في مجالات الديمغرافيا وتغيّر المناخ والصحة والتكنولوجيا بُغية استباق بعض من أهم التحديات التي يواجهها جدول أعمال المؤتمر الدولي للسكان والتنمية والعالم بصورة عامة. يُظهر هذا الفصل كيف أنه حتى عندما توشك على الهبوب رياحُ الشعبوية والمعلومات المضلّة والكوارث البيئية والنزوح واسع النطاق، تبقى حقوق ورعاية الصحة الجنسية والإنجابية الشاملة للجميع بمثابة عنصر لا يقل أهمية بل يزداد أهمية بالفعل لضمان مستقبل مستدام وقائم على الحقوق للجميع.

يبدأ كل فصل بالتفكير حول التقدّم الذي تم إحرازه خلال الأعوام الثلاثين الماضية حيث يبرز تذكيراً حاسماً بأن المسار العام يُفضي إلى إعمال حقوق الإنسان والمساواة بين الجنسين على الرغم من التحديات الحالية والوشيكّة. وتتوالى أهداف الفصول المتعاقبة إلى وضع أساس لفهم متبادل حول أهمية معالجة مشاكل التمييز قبل الإشارة إلى مسارات تقود إلى الأمام.



إنّ النضال من أجل الصحة هو نضال من أجل المساواة والاستقلالية الجسدية (غيريسوس وآخرون، 2020) والعدالة والتنمية المتمركزة حول البشر، وأن من دورها رفع شأن الأشخاص والمجتمعات من خلال الخيارات التي يستحق جميع الأشخاص تحديدها فيما يتعلق بأجسادهم وحياتهم، كما يجب ألا تكون عاملاً يدفعهم خلف الركب. والنجاح في هذه المسألة يتطلب عملاً معقداً.

إذ يتعيّن علينا أن نتجاوز عملية قياس التجربة الإنسانية بمعدّلات فضفاضة تُخفي عن الأنظار تجارب المجموعات المهمّشة. ويجب أن ننظر إلى ما هو أبعد من مجرد حسابات صفرية النتائج حيث يكون بعض الناس فائزين على الدوام ويكون الآخرون خاسرين على الدوام. يمكننا أن ننظر إلى النسيج الديمغرافي على أنّه رسم هندسي لنكون بالتالي رؤيةً بديلة للإمكانات البشرية. وفي سياق الحياة المتأصل في الثقافات والمجتمعات بكلّ مكان، كل خيط من خيوط النسيج السكاني تصبح قوّته أضعافاً مضاعفة عندما يُغزل بخيوط أخرى في الحياة. وعلى نحوٍ مماثل، يبدو أنّ ما يتمتّع به كلّ فردٍ من تعليم واستقلالية وصحة وإمكانات يكون ضئيلاً على حدة، ولكن سرعان ما تتعرّز هذه العناصر بشدّة عندما تُنسج مع حقوق الآخرين وصحتهم ورفاههم. وبالفعل، إنّ التوافق الذي حصل منذ ثلاثين عاماً حول برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية يؤكّد أنّ الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية متضافرة مع أهداف أوسع للتنمية المستدامة. وهي طريقة جديدة وقديمة في آنٍ واحد تساعدنا لفهم عالمنا الذي تجتمع فيه خيوطٌ متنوّعة في لوحة قماشية بديعة ومتناغمة، حيث تُغزل حياة جديدة في نسيج إنسانيتنا الجماعية، فتضفي على اللوحة لمسات جمالية وتكسيبها متانةً.

سكان البوروكا هم مجموعة من الشعوب الأصلية التي تعيش في كوستاريكا. يجمعون البنور والزهور ولحاء الشجر وحلزون البحر وأشياء أخرى من العالم الطبيعي من أجل صناعة الصيغيات لأقمشتهم، ومع ذلك يحرصون دائماً على تبقّي ممارساتهم وتقاليدهم مستدامة من دون إلحاق ضرر بالطبيعة الأم.

© Christian Moon/UNFPA Costa Rica

مشاكل مُبلغ عنها ذاتياً في الوصول إلى الرعاية الصحية، بمرور الوقت، حسب الحالة الاجتماعية الاقتصادية والانتماء الإثني

تحسّن على كل الأصعدة بوتيرة متغيرة تظهر النتائج اتجاهاً كلياً واعداداً متمثلاً في الحد من مشاكل الوصول إلى الرعاية الصحية. وبحسب أحدث الدراسات الاستقصائية (التي أجريت بين العامين 2012 و2022، حسب كل بلد) أبلغت 61 بالمائة من النساء أنهنّ واجهنّ مشكلة واحدة خطيرة أو أكثر في الوصول إلى الرعاية الصحية عندما أُصِبن بالمرض، وهذا الرقم يعكس تحسناً مقارنةً بالفترة الأولى من الدراسة الاستقصائية (بين عامي 2000 و2018) عندما أبلغت 67 بالمائة من النساء عن مشاكل خطيرة في الوصول إلى الرعاية الصحية.

أظهر التحليل أيضاً أوجهاً بارزة لانعدام المساواة بين البلدان. على سبيل المثال، تبين خلال الفترة الأخيرة التي شملتها الدراسات الاستقصائية أنّ 43 بالمائة من النساء في غامبيا واجهنّ مشاكل خطيرة في الحصول على الرعاية الصحية مقارنةً بنسبة 95 بالمائة من النساء في بيرو. أبلغت النساء في معظم البلدان عن تحسّن في مستوى الوصول إلى الرعاية الصحية بين الدراسة الاستقصائية الأولى والثانية، إلا أنّ هناك مجموعة من البلدان التي شهدت تغييراً طفيفاً (غابون وغامبيا وملاوي ونيجيريا وبيرو وسيراليون) أو بلدان أظهرت أدلة على التراجع (كينيا وباكستان والسنگال).

وتماشياً مع ما تم ذكره، فإنّ أوجه انعدام المساواة داخل البلدان تكون أكبر من

المسافة التي تبعدنا عن المرفق الصحي؛ (2) حصولها على المال اللازم للعلاج؛ (3) عدم رغبتها في الذهاب بمفردها؛ (4) حصولها على إذن للذهاب. وفي 25 بلداً فقط من بين البلدان البالغ عددها 69، أي في قرابة ثلث البلدان جميعها، طُرحت هذه الأسئلة في أكثر من دراسة استقصائية واحدة وترافقت مع تحديد الانتماء الإثني للمرأة. تنتج مجموعة البيانات هذه فرصة البحث في مشاكل الوصول إلى الرعاية الصحية والتي أبلغت عنها النساء ذاتياً، تسمح بتحليل تطورها مع مرور الزمن، بالنظر إلى العوامل الاجتماعية الاقتصادية (الشرائح الخمسية للثروة والمستوى التعليمي والإقامة الحضرية أو الريفية) وإلى الانتماء الإثني. وإنّ هذه البلدان البالغ عددها 25 تشكل مجتمعةً قرابة ثلث السكان الإنث في العالم وتضمّ 300 مجموعة إثنية مختلفة.

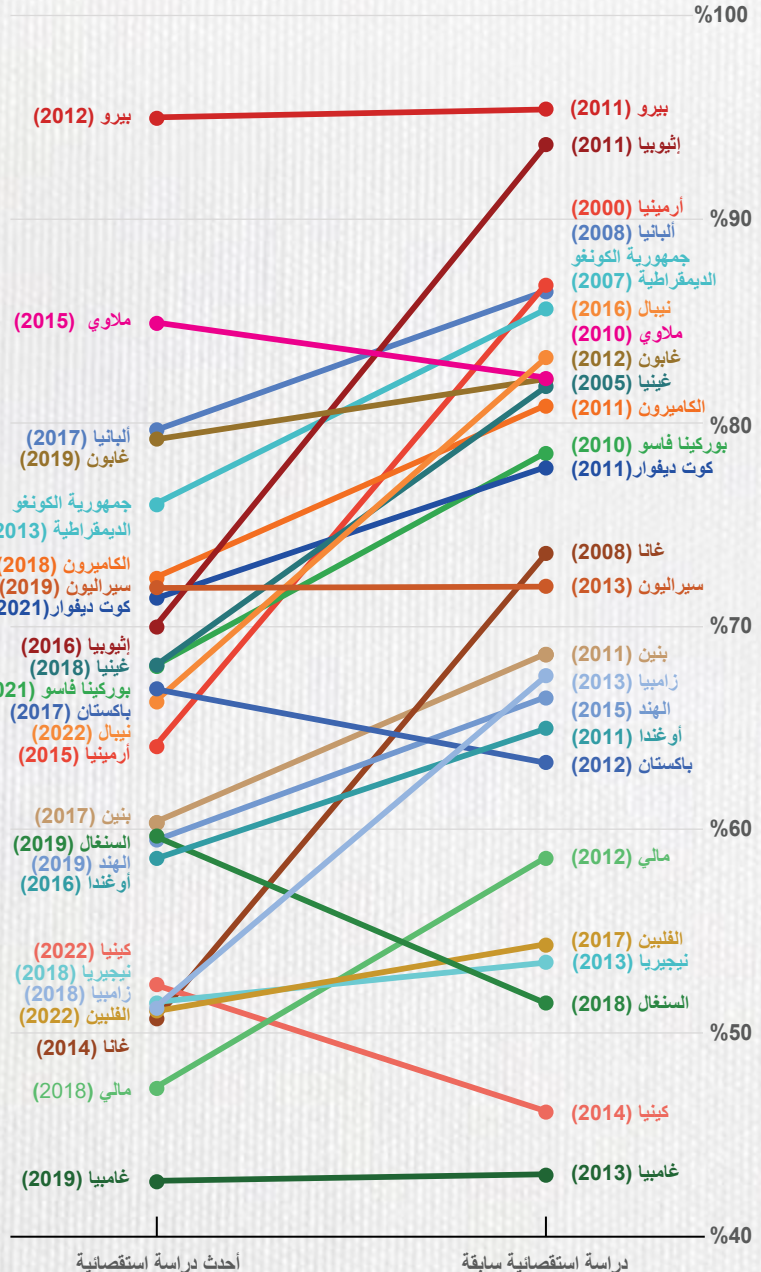
والجدير بالملاحظة أنّ الإجابات المبلغ عنها ذاتياً على الأسئلة المتعلقة بالوصول إلى خدمات الصحة تختلف اختلافاً كبيراً عن قياسات التغطية الصحية الشاملة (منظمة الصحة العالمية وآخرون، 2023) والمهم هو أنّ المستويات والاتجاهات لكليهما قد تبدو متضاربة أحياناً. وهي تندرج ضمن مجموعة من الدراسات والاستقصاءات المستخدمة لتقييم الوصول إلى خدمات الصحة، وعندما يتم تحليلها مجتمعةً يمكن اكتشاف تفاصيل دقيقة وعميقة في هذا الموضوع الهام.

نشأت في الأعوام الأخيرة طُرُق كثيرة لتتبع وقياس التقدّم المحرّز نحو التوسّع العالمي للرعاية الصحية الميسّرة والمعقولة التكلفة (منظمة الصحة العالمية وآخرون، 2023). والجدير بالذكر أنّ الإبلاغ عن المؤشر 3.8.1 لأهداف التنمية المستدامة الذي يقيس نسبة السكان المستهدفين المشمولين بالخدمات الصحية الأساسية، يقدّم نظرة ثاقبة حول النسبة المئوية للأفراد الذين يتلقون الرعاية الأساسية وعدد المرافق الصحية والموظفين لكل نسمة إضافةً إلى قياسات أخرى قابلة للمقارنة دولياً. ومع ذلك كما يظهر هذا التقرير، من المهم أيضاً أن يُفسح المجال للأشخاص كي يتحدّثوا عن أنفسهم. فالتحليل الأصلي الذي يرُدّ هنا يسلط الضوء على تجارب نساء من خلفيات اجتماعية اقتصادية وإثنية متنوّعة فيما يتعلق بالتغيير الذي حصل في الوصول إلى الرعاية الصحية، حسبما أبلغن به.

وإنّ الدراسات الاستقصائية الديمغرافية والصحية التي أجريت في 69 بلداً حول العالم نقلت ذلك بالضبط. طُلب من كل امرأة شاركت في هذه الدراسات الاستقصائية أن تبلغ عما إذا كان لديها مشاكل خطيرة في الوصول إلى الرعاية الصحية لتحصل على علاج عندما تُصاب بالمرض. ومن بين قائمة طويلة تضم أنواعاً مختلفة من المشاكل، كان هناك أربع مشاكل محددة طُرحت في جميع السياقات القطرية وتناولت تحديداً ما إذا كانت المرأة تواجه مشكلة خطيرة في: (1)

الشكل 2

نسبة النساء اللواتي يواجهن مشاكل خطيرة في الحصول على الرعاية الصحية لأنفسهن لدى إصابتهن بمرض، حسب البلد



المصدر: الدراسة الاستقصائية الديمغرافية والصحية

ملاحظة: تم تسجيل اتجاه إيجابي عام في الحد من المشاكل في الحصول على الرعاية الصحية. (بالنسبة لحالة ملاوي حيث تبين وجود تغيير طفيف بمرور الوقت، كانت هوامش الخطأ كبيرة لدرجة تجعل هذه النتائج غير مؤكدة.)

الاختلاف الموجود بين البلدان في معظم الأحيان. بعبارة أخرى، إن الاختلافات التي تظهر بين المجموعات الاجتماعية الاقتصادية والإثنية داخل البلد الواحد تتجاوز عادةً الفجوة الملحوظة في المعدلات المسجلة بين البلدان (مثلاً غامبيا بالمقارنة مع بيرو) ففي ألبانيا عام 2017، على سبيل المثال، تبين أن 91 بالمائة من نساء الروما الأكثر تهميشاً من الناحية الاجتماعية الاقتصادية (أي نساء المناطق الحضرية غير الحاصلات على تعليم ويقعن ضمن الشريحة الخمسية الأشد فقراً) قد واجهن مشاكل خطيرة في الوصول إلى الرعاية الصحية، في حين أن 5 بالمائة من النساء المنتميات إلى الإثنية الألبانية الأكثر حظاً من الناحية الاجتماعية والاقتصادية (أي نساء المناطق الريفية الحاصلات على التعليم العالي ويقعن ضمن الشريحة الخمسية الأكثر ثراءً) قد واجهن مشاكل خطيرة في الوصول إلى الرعاية الصحية. وعلى غرار ذلك، تبين أن نسبة 18 بالمائة من نساء شعب السنوفو بالمناطق الحضرية والحاصلات على التعليم العالي ويقعن ضمن الشريحة الخمسية الأكثر ثراءً قد واجهن مشاكل خطيرة في الوصول إلى الرعاية الصحية ببوركينا فاسو في عام 2021، في حين أن 95 بالمائة من نساء الطوارق/بيلا بالمناطق الحضرية وغير الحاصلات على تعليم ويقعن ضمن الشريحة الخمسية الأشد فقراً واجهن مشاكل خطيرة في الوصول إلى الرعاية الصحية.

الثروة والتعليم ومكان الإقامة...عوامل مؤثرة في اتساع الفجوة

إن النساء الأكثر تهميشاً من الناحية الاجتماعية والاقتصادية، واللواتي ذكرتهن أول دراسة استقصائية وأبلغن أنهن يواجهن أعلى درجات الانتشار للمشاكل الخطيرة فيما يتعلق بالوصول إلى خدمات الرعاية الصحية، قد لمسن أدنى ملامح التغيير بمرور الوقت في المتوسط. وعلى جانب آخر، فإن النساء

الأقل تهميشاً من الناحية الاجتماعية والاقتصادية اللواتي أبلغن أنهن يواجهن أقل انتشار للمشاكل الخطيرة في الوصول للخدمات الصحية، قد لمسَ عموماً أفضل تحسّن بمرور الوقت، وهي نتيجة تذكّر بقوة بأبحاث أخرى حول الصحة أبرزت أنماطاً مماثلة للإنصاف العكسي (فيكتور وآخرون، 2018). إن جميع هذه التسميات الاجتماعية الاقتصادية التي تنظر في الثروة والتعليم ومكان الإقامة تختلف حسب كل بلد. فمثلاً يُلاحظ في بعض البلدان أنّ المقيمين في المناطق الريفية يحظون بمزيد من الامتيازات، بينما يبدو في بلدان أخرى أنّ مَنْ يحظون بمزيد من الامتيازات هم المقيمون في المناطق الحضرية. (انظر المذكرة التقنية 154).

وبين أوّل وآخر دراسة استقصائية، تبيّن أنّ المجموعات الأكثر تهميشاً من الناحية الاجتماعية الاقتصادية قد سجّلت انخفاضاً بمقدار 5 نقاط مئوية من نسبة النساء اللواتي واجهن مشاكل خطيرة في الوصول إلى الرعاية الصحية. وعلى النقيض من ذلك، في المجموعة الأقل تهميشاً من الناحية الاجتماعية الاقتصادية، تراجعت نسبة النساء اللواتي واجهن مشاكل خطيرة في الوصول إلى الرعاية الصحية بـ 8 نقاط مئوية.

الانتماء الإثني عاملٌ محوريّ في انعدام المساواة

تحدثت التفاوتات في مجال الصحة على نطاق مجموعة كبيرة من الأبعاد، أحدها الانتماء الإثني، كما أنّ الاختلافات القائمة عليه تستمرّ حتى بعد احتساب مستويات مختلفة للتعليم والثروة ومكان الإقامة في المدن أو الأرياف. ببسيط العبارة، إنّ النساء اللواتي حصلن على مستويات مماثلة في التعليم والثروة ومكان الإقامة ولكن

انتماءاتهنّ الإثنية مختلفة يبلغن في معظم الأحيان عن حقائق شديدة الاختلاف فيما يتعلق بوصولهنّ إلى الرعاية الصحية. وقد تبيّن في جميع البلدان أنّ 43 بالمائة من النساء ضمن الفئة الاجتماعية الاقتصادية الأكثر حرماناً والإثنية الأقل تهميشاً في بلدانهنّ يواجهن مشاكل خطيرة تمنعهن من الوصول إلى الرعاية الصحية. وترتفع هذه النسبة إلى 83 بالمائة بالنسبة للنساء من الفئة الاجتماعية الاقتصادية الأكثر حرماناً ومن الإثنية الأكثر تهميشاً في بلدانهنّ. وهو فارق يقدر 40 نقطة مئوية مقارنة بالنساء اللواتي يتشاركن نفس التحديات الاجتماعية الاقتصادية ولا فرق بينهنّ سوى الانتماء الإثني.

يُضاف إلى ذلك أنّه بالرغم من أنّ معظم البلدان تشهد تحسينات كلية في الحصول على الرعاية الصحية، إلا أنّ نصف البلدان التي خضعت للتحليل سجّلت اتّساعاً في التفاوتات بين المجموعات الإثنية وذلك بين فترتي الدراسة الاستقصائية. في 14 بلداً يسجّل فجوة متّسعة بين المجموعات الإثنية، أظهرت الدراسات الاستقصائية القديمة أنّ هناك فجوة بنسبة 41 نقطة مئوية بين النساء المحرومات من الناحية الاجتماعية والاقتصادية في المجموعات الإثنية الأكثر تهميشاً مقابل أولئك في المجموعات الإثنية الأقل تهميشاً، علماً أنّ هذه الفجوة ازدادت بنسبة 48 نقطة مئوية في الدراسات الاستقصائية الأخيرة.

تحدّدت اتّجاهات متنوّعة بين جميع المجموعات الإثنية في 25 بلداً ولكن الاتجاه السائد يبدو واضحاً: التفاوتات بين المجموعات الإثنية في المشاكل المبلّغ عنها ذاتياً للاحية الوصول إلى الرعاية الصحية موجودة تقريباً في كل بلد ومجتمع حيث يتم تصنيف البيانات حسب الانتماء الإثني. وهذا

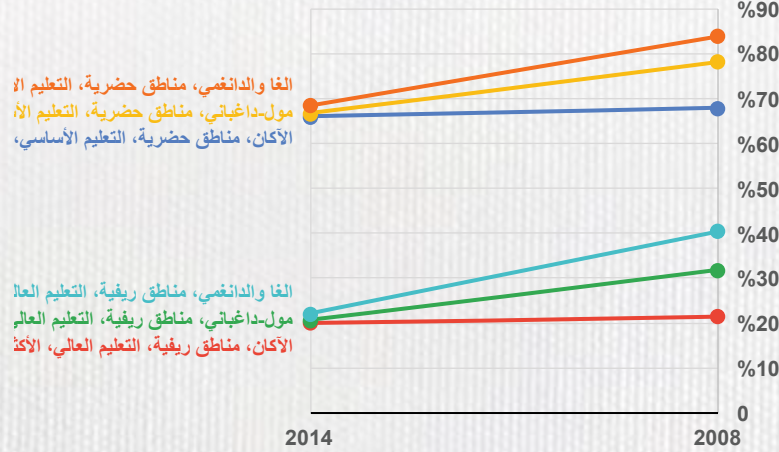
يعني أنّنا عندما نستمع إلى ما تُبلّغ به النساء أنفسهنّ للاحية المشاكل التي يواجهنها في الوصول إلى الرعاية الصحية عندما يُصنّفن بمرض، بالنظر إلى دراسات استقصائية تمثّل ثلث السكان الإناث على الكوكب، نلاحظ أنّ التفاوتات بين المجموعات الإثنية منتشرة في الوصول إلى الرعاية الصحية وهي تتّسع في عدد من الحالات.

تقليص الفجوة ممكن

هناك أخبار سارة تتجلى في أنّ الاختلافات الحاصلة بين المجموعات الإثنية ليست اختلافات شديدة في كل مكان، وهناك إشارات واعدة بأنّ تقليص الفجوة ممكن. ففي دراسة استقصائية قديمة أجريت في غينيا، تبيّن أنّ نسبة 96 بالمائة من نساء قبيلة غويرزي الأشدّ فقراً بالمناطق الريفية اللواتي لم يحصلن على تعليم يواجهن مشاكل في الوصول إلى الرعاية الصحية، وهي أعلى نسبة تم تسجيلها آنذاك بين المجموعات الإثنية. ولكن تبيّن أن هذه النسبة تراجعت إلى 72 بالمائة في آخر دراسة استقصائية أجريت في هذا الصدد، وتعتبر هذه النسبة أفضل من النسب التي سجّلت لنساء المناطق الريفية من سائر المجموعات الإثنية ذات مستويات متشابهة للفقر والتعليم. في دراسة استقصائية قديمة أجريت بنيجيريا وتناولت النساء الأشدّ فقراً في المناطق الريفية اللواتي لم يحصلن على تعليم، تبيّن أنّ 87 بالمائة من نساء شعب الإيكوي أبلغن عن مشاكل خطيرة في الوصول إلى الرعاية الصحية. ولكن آخر دراسة استقصائية أظهرت تراجعاً في هذه النسبة إلى 64 بالمائة، وهي نسبة مماثلة تقريباً للنساء الفقيرات من قبائل الهوسا بالمناطق الريفية والتي تُعدّ المجموعة الإثنية المبلّغة عن أفضل وصول إلى الرعاية الصحية. (ومع ذلك، لم تكن هذه

الشكل 3

غانا. نسبة النساء اللواتي يواجهن أكثر من مشكلة خطيرة في الحصول على الرعاية الصحية: الحالات القصوى الاجتماعية والاقتصادية حسب الانتماء الإثني



المصدر: صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2024

ملاحظات: تبين أن هناك مجموعتين إثنتين فقط (غانا والدانغمي، ومول-داغباني) شهدتا تغيرات في الحصول على الرعاية الصحية مقارنة بالمجموعة الإثنية الأكبر (الأكان). بالنسبة لكل مجموعة من المجموعتين، أبلغت النساء عن تحسن حصولهن على الرعاية الصحية مع مرور الوقت، الأمر الذي أدى إلى سد الفجوات التي بينتها الدراسة الاستقصائية السابقة.

يتم فيه جمع بيانات كافية حسب الانتماء الإثني. وبالتالي إن تسليط الضوء على وجود تفاوتات في الوصول إلى الرعاية الصحية بين المجموعات الإثنية وبين المجموعات الاجتماعية الاقتصادية يجب ألا يُعتبر بمثابة اتهام بالتحيز أو مناشدة بالسياسية. ومع ذلك، يبدو أن التفاوتات الحاصلة بين المجموعات الإثنية وبين المجموعات الاجتماعية الاقتصادية موجودة في كل مكان، أما التقدم نحو إلغائها فلا يتم إحرازه في كل مكان. ومع ذلك فإن إحراز التقدم ممكن علماً أنه يبدأ أولاً بمنح الأشخاص فرصة لتحديد تجاربهم المتعلقة بانعدام المساواة.

الخاصة، إلا أن غانا عمدت بشكل كبير إلى زيادة حصة التمويل المخصص لقطاع الصحة والمقتطع الأموال العامة (أودييمي ونيكسون، 2013).

الإصرار على إحراز تقدّم ي طال الجميع
إن التحليل الآتي من هذه البلدان الخمسة وعشرين يقدّم دروساً هامة لجميع الشعوب والمجتمعات عموماً. أي أن التقدم العالمي الذي تم إحرازه في تحسين الوصول إلى الرعاية الصحية لم يكن متكافئاً، وكان الأشخاص الأكثر تحلّفاً عن الركب آخر من تم الوصول إليهم من خلال تدابير كثيرة اتخذت.

يُضاف إلى ذلك أن التفاوتات بين المجموعات الإثنية لا تُحصر ببلدان معينة بل يمكن أن تبرز في أي مكان

التحسينات مشتركة وشاملة بين جميع المجموعات الإثنية داخل هذه البلدان).

وبرزت علامة فارقة في غانا حيث كان الفارق لا يتجاوز 3 نقاط مئوية في نسبة نساء الأكان الأكثر تهميشاً من الناحية الاجتماعية الاقتصادية اللواتي يواجهن مشاكل خطيرة في الوصول إلى الرعاية الصحية، مقارنةً بنساء الغا والدانغمي، في حين أن الدراسة القديمة سجّلت فارقاً يبلغ 16 نقطة مئوية. إذا ما قارنا بين الدراسات الاستقصائية القديمة والجديدة التي أجريت في غانا، نكتشف أن انعدام المساواة انخفض فعلياً بين مجموعات أخرى إثنية واجتماعية اقتصادية، ما يشير إلى تحسن في الوصول إلى الرعاية الصحية وإلى مزيد من الإنصاف على هذا الصعيد.

لماذا نجحت غانا في سدّ فجوات الإنصاف في حين أخفقت بلدان أخرى؟ التفسير المحتمل لهذا النجاح يرتبط بتوسيع نطاق الوصول إلى الرعاية الصحية في غانا خلال الفترة المشمولة بهذه الدراسات الاستقصائية، بما في ذلك وضع سياسة لتقديم الرعاية الصحية المجانية للأهـمات ومواصلة تطبيق النظام الوطني للتأمين الصحي (أيكيز وكورام، 2017؛ بلانشيت وآخرون، 2012). وقد لجأت أيضاً بلداناً أخرى كثيرة إلى اعتماد أنظمة وطنية للتأمين الصحي، ولكن يبدو أن الإنصاف في غانا كان مبدأ متعمداً في الجهود المبذولة لتأمين الوصول إلى الرعاية الصحية، حيث تم إدخاله في تصميم المبادرات وكذلك في ترتيب الأولويات الخاصة بعمليات التقييم والإصلاح القائمة على الأدلة (فيليبس وآخرون، 2020).
فمثلاً تعتمد بلداناً أخرى لديها أنظمة وطنية للتأمين الصحي اعتماداً كبيراً على النفقات الصحية المدفوعة من الجيوب



فك خيوط انعدام المساواة



نشأ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في أعقاب الحرب الباردة خلال فترة يسودها الاضطراب وعدم اليقين. شهد ذلك العام، العام 1994، نهاية الفصل العنصري في جنوب أفريقيا حيث نُظمت أول انتخابات ديمقراطية متعددة الأعراق في شهر نيسان/أبريل، واندلعت في الشهر نفسه حرب الإبادة الجماعية في رواندا. شرّعت السويد الاقتراح المدني بين شركاء من نفس الجنس، علماً أنّها كانت ثالث بلد يسمح بذلك، في حين وصل المعدل العالمي للإصابات الجديدة بفيروس العوز المناعي البشري إلى ذروته (برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس العوز المناعي

البشري / متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)، تاريخ غير محدد). ورأى المشاركون في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الذي انعقد بالقاهرة آنذاك أنّ الوعد بالعمل الجماعي كان شديد الأهمية وأنّ مخاطر الإخفاق في اتخاذ إجراءات من هذا القبيل كانت حاضرة أكثر من أي وقت مضى.

وبالفعل أحرز المؤتمر الدولي للسكان والتنمية إنجازاً رئيساً تمثل بإحداث نقلة نوعية في فهم قضايا السكان والتنمية، وكان ذلك ثمرة الجهود الجماعية التي بذلتها الدول الأعضاء والحركات الشعبية. وضع برنامج العمل مفهومي الصحة

تصدّرت الحركات الدولية النسائية والنسوية الجهود الرامية لإدماج حقوق المرأة في جدول أعمال التنمية العالمية، إذ انطلقت هذه الجهود قبل انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في عام 1994 وتسارعت من بعده. يوضّح هذا الجدول الزمني كيف نجح هذا المؤتمر في دمج جدول أعمال السكان والتنمية مع الحركات النسوية من أجل توطيد الدعم المقدم لمجال الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية على الصعيد العالمي.

انعقد في هذا العام المؤتمر العالمي الأوّل للسكان في روما.

واتسم هذا المؤتمر بطابع أكاديمي بمجمله وركّز على البلدان النامية وكانت المحادثات الجارية آنذاك تسودها مخاوف متعلقة بالنمو السكاني وندرة الموارد

انعقد في هذا العام المؤتمر العالمي الثالث للسكان في بوخارست.

وجاء ذلك بعد استمرار النمو الاقتصادي لعقد من الزمن عندما تراجعت النظرة إلى قضية السكان باعتبارها "مشكلة". واتّفتت الحكومات آنذاك على الحاجة إلى منظومة جديدة من المفاهيم حول السكان والتنمية، أما



1975

بدأ في هذا العام عقد الأمم المتحدة للمرأة

حيث كانت الحركات النسائية الدولية تتنامى وتحشد أصواتها حول قضايا اجتماعية واقتصادية وسياسية.

1974

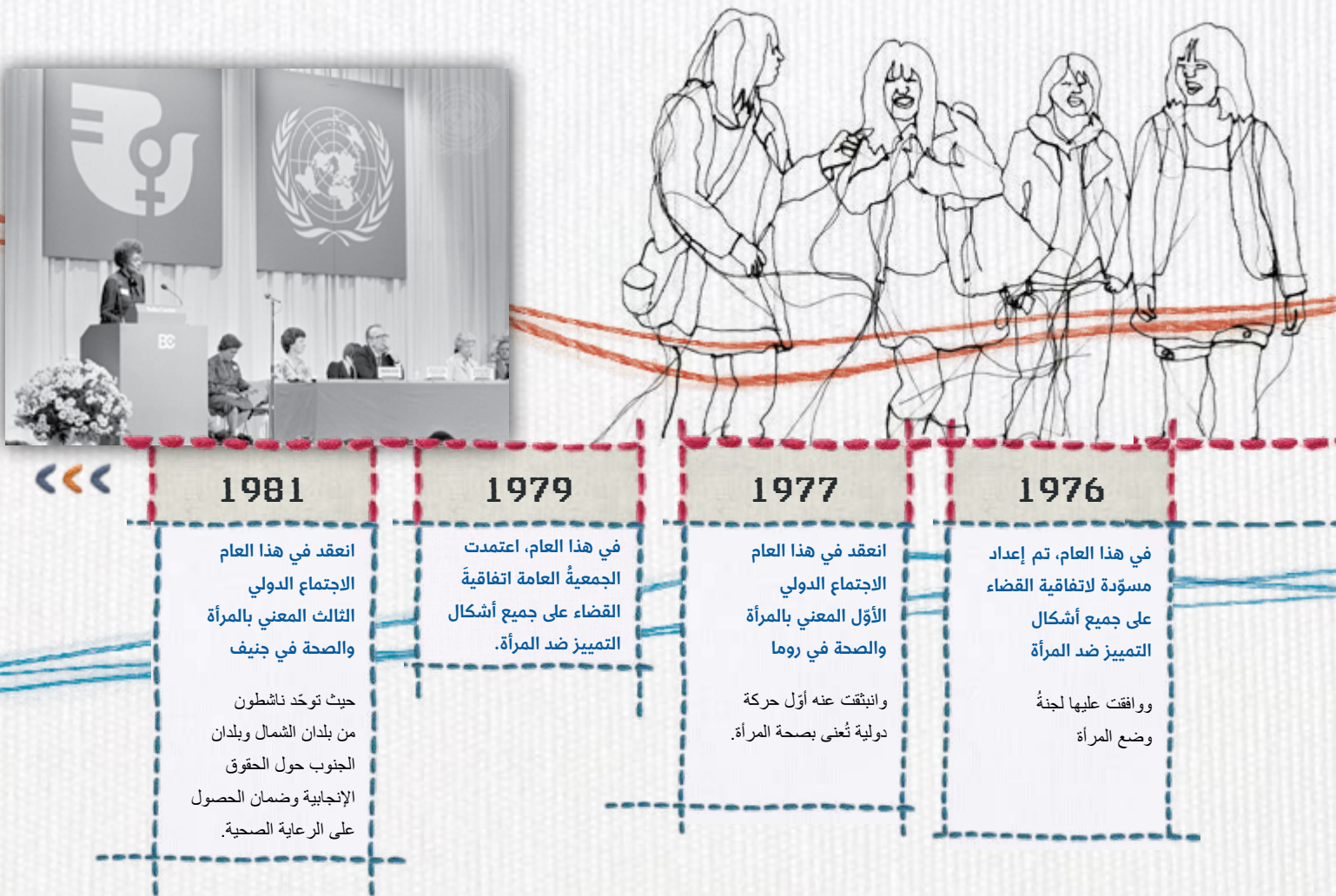
الباحثات النسويات فصّمن دوراً يناسبهنّ بالاستناد إلى أطر حقوق الإنسان.

1954

الإنجابية والحقوق الإنجابية وعرفهما أمام المجتمع الدولي على نطاق أوسع، علماً أنّ هذين مصطلحين كانت تستخدمهما الحركات النسائية والمدافعون عن الصحة العامة (بيرو بينزاروسا، 2018)، وأدرجهما ضمن "حقوق الإنسان المعترف بها بالفعل في القوانين الوطنية والوثائق الدولية لحقوق الإنسان وفي وثائق أخرى تم التوافق عليها" (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 1994). من خلال الاستناد لحكمة المدافعين من الحركات الشعبية والاستفادة من الحق في الصحة المنصوص عليه في حقوق الإنسان، تمكّن برنامج

العمل من تأمين اعتراف صَدَر بالتوافق بأنّ الدول والأنظمة الصحية ملزمة بدعم الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية والرفاه لجميع السكان.

وهذا الدور الذي تُنَاط به الأنظمة الصحية باعتبارها عاملاً مساعداً لإعمال حقوق الإنسان هو دور لا يقتصر على تحقيق أعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، بل يشمل سلسلة من الحقوق الأخرى. وكان هذا الدور مفهوماً بوضوح في تلك المرحلة، ولكن التوافق الذي حصل في مجال الصحة الجنسية



وفق ما جاء على لسان الدكتورة نفيس صادق، المديرة التنفيذية لصندوق الأمم المتحدة للسكان، أثناء انعقاد المؤتمر العالمي الرابع المعني بالمرأة في بيجين العام التالي، مشددة على دور الأنظمة الصحية والأطباء ووسائل تنظيم الأسرة وتوفير المعلومات في "تحرير النساء من منظومة قيم تصرّ على أنّ وظيفتهنّ الوحيدة تتمثل في الإنجاب".

وخلال الأعوام الثلاثين التي تلت انعقاد المؤتمر بالقاهرة تم تنفيذ هذا النهج من جانب الأنظمة الصحية والأنظمة

والإنجابية شكّل اعترافاً غير مسبوق إذ لم يكن هناك إجماع على هذا المجال في الماضي. وتوصّل برنامج العمل إلى اتّفاق حول موضوع الإجهاض الذي يعدّ موضوع خلاف حاد، وأعلن أنّه "يجب أن يكون الإجهاض آمناً في الظروف التي يكون فيها الإجهاض غير مخالف للقانون" وأنّه "في جميع الحالات، يجب أن تحظى النساء بفرصة الوصول إلى خدمات ذات جودة لإدارة المضاعفات الناجمة عن الإجهاض". وأثبت النص الختامي أنّ "صحة المرأة وتطوّرها الشخصي عنصران يعتمدان على جودة الخدمات المقدّمة والخيارات المتاحة لها"



وانعقد في هذا العام أيضاً المؤتمر الدولي المعني بالسكان في المكسيك

والذي توسّع فيه نطاق المحادثات ليشمل مطالب على الصعيدين التقني والسياسي.

في هذا العام، عكفت اللجان التحضيرية والأمانة العامة للمؤتمر الدولي للسكان والتنمية في صندوق الأمم المتحدة للسكان على العمل استعداداً لانعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في عام 1994 بالقاهرة.

1992

إعلان النساء بشأن السياسات السكانية

في هذا العام، وقّعت 2,539 جهة بين أفراد ومنظمات من أكثر من 110 بلدان على إعلان النساء بشأن السياسات السكانية، حيث تمت الدعوة لمباحثات حول السكان من أجل إعادة توجيه الجهود المبذولة في مجال الصحة والحقوق الإنجابية.

1990

وفي نفس الوقت احتشدت المنظمات والشبكات النسائية للتأثير على جدول أعمال السكان الذي كان قائماً آنذاك.

1984

انعقد في هذا العام الاجتماع الدولي الرابع المعني بالمرأة والصحة في أمستردام

حيث تبنت الحركة الدولية المعنية بصحة المرأة مصطلح "الحقوق الإنجابية" للمرة الأولى.

التعليمية والحكومات وكذلك مجموعات المجتمع المدني المخولة بمساءلة تلك الجهات. عندما تم تقييم القوانين لمعرفة ما إذا كانت تشكل ضماناً كافية للحصول الكامل على قدم المساواة على الرعاية والمعلومات والتثقيف في مجال الصحة الجنسية والإنجابية، بما في ذلك رعاية الأمهات والإجهاض ومنع الحمل والتربية الجنسية الشاملة والورم الحليمي البشري والتطعيم واختبارات فيروس العوز المناعي البشري والمشورة والعلاج، تبين أن 76 بالمائة من هذه القوانين تُنفذ في 115 بلداً وفق البيانات

المتأثية من المؤشر 5.6.2 لأهداف التنمية المستدامة (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2024). يُضاف إلى ذلك أن ملايين السكان حول العالم باتوا يستفيدون من الاعتراف بحقوق الإجهاض اعتباراً من العام 1994، علماً أن أكثر من 60 بلداً قد عمد إلى تنقيح قوانين الإجهاض لإلغاء القيود المفروضة على هذا الإجراء (مركز الحقوق الإنجابية، تاريخ غير محدد) مقابل أربعة بلدان فقط تراجعت عن شرعية الإجهاض.

شكل هذا العام علامة بارزة مع انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في القاهرة

وكان هذا الحدث بمثابة فرصة نادرة لتجتمع الحكومات حول اتفاق سياسي في حقبة استثنائية بالنسبة لسياسات العالم، عندما كانت الحرب الباردة على مشارف النهاية وعندما كان العالم يتقرب اتفاقات أوسلو وعندما كانت وجهات النظر المتعلقة بالقضايا السكانية تتحول على أرفع المستويات. وشهد هذا المؤتمر مشاركة غير مسبوقة من جانب المنظمات غير الحكومية مع حضور 4,000 ممثل من أكثر من 1,500 منظمة من منظمات المجتمع المدني المتواجدة في 113 بلداً. وضمت الوفود الوطنية ممثلات عن الحركات النسائية اللواتي عبّرن عن الواقع الذي تعيشه النساء وناصرن حق المرأة في أن تكون جزءاً من برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية.

شهد هذا العام الذكرى السنوية الخامسة للمؤتمر الدولي للسكان والتنمية

حيث تم إشراك الحركات الشبابية للمساعدة في النهوض بجدول أعمال المؤتمر على مستوى الجيل الجديد.

1995

انعقد في هذا العام المؤتمر العالمي الرابع المعني بالمرأة في بيجين

وتكلل بإعلان ومنهاج عمل بيجين. شكل هذا المؤتمر، إلى جانب مؤتمر القاهرة في عام 1994، علامة جوهريّة في الحركة النسائية الدولية

1994

في هذا العام، انعقد المؤتمر التحضيري في ريو دي جانيرو

حيث أصدرت مئات النساء بياناً يحدّد المبادئ والشروط اللازمة لضمان اعتماد نهج معين إزاء السكان يكون محوره المرأة ويركّز على الحقوق.

1999

الجنسية (اليونسكو وآخرون، 2021). وأصبحت الوسائل التكنولوجية المساعدة على الإنجاب منتشرة في كل مكان تقريباً؛ ما سمح لمزيد من الأشخاص بتحقيق تطلعاتهم لناحية عدد الأطفال الذي يحلمون به وتوسيع نطاق الفرص المتاحة لهم لكي يحظوا بأسر أكثر تنوعاً.

ومع ذلك، هناك إجراءات كثيرة يتعين اتّخاذها بعد.

وتوجّه المؤتمر بدعوة إلى الشباب لكي يتمكّنوا من التوصل إلى والمشاركة في تطوير "أنشطة وخدمات الإعلام والتعليم والاتصال فيما يتعلق بالصحة الجنسية والإنجابية". كان هذا بمثابة إقرار بأنّ هذه المعلومات ستساعد في تمكين الأجيال الحالية والمستقبلية لتحقيق إمكاناتهم. وقد تم تطوير معايير دولية منذ ذلك الحين واليوم يعلن ثلثا البلدان المشاركة في الإبلاغ عن أنّ 76 بالمائة أو أكثر من مدارسها تقدّم نوعاً من التربية

شهد هذا العام الذكرى السنوية العشرين للمؤتمر الدولي للسكان والتنمية

حيث احتشد مجدداً خبراء وناشطات نسويات وشباب ومنظمات غير حكومية وحكومات حول جدول أعمال المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. تكلّلت هذه الذكرى بالتأكيد على القضايا المطروحة من خلال وضع إطار إجراءات المتابعة لبرنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بعد عام 2014. يُضاف إلى ذلك أنّ المؤتمر حظي بالتأييد مجدداً في الدورة الاستثنائية للجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن المؤتمر الدولي للسكان والتنمية.

شهد هذا العام الذكرى السنوية الخامسة لإعلان الأهداف الإنمائية للألفية

حيث نجح المناصرون في إدراج حصول الجميع على خدمات الصحة الإنجابية في الأهداف الإنمائية للألفية.

في هذا العام، اعتمدت الجمعية العامة للأمم المتحدة إعلان الألفية وتبعتها اعتماداً الأهداف الإنمائية للألفية، ومع ذلك، دعا المجتمع المدني إلى إجراء تعديلات لا سيّما على الهدف المبدئي المتمثل بتحسين صحة الأمهات والذي كان يخلو من أي غايات تُعنى بالصحة الإنجابية.

شهد هذا العام اعتماد خطة التنمية المستدامة لعام 2030 التي مهّدت الطريق نحو إطلاق أهداف التنمية المستدامة. وبفضل الجهود التي بُذلت في مجال المناصرة، أُضيفت غايات تُعنى بالصحة والحقوق الجنسية والإنجابية على كلّ من الهدف الثالث المعنى بالصحة والهدف الخامس المعنى بالمساواة بين الجنسين.

وفي هذا العام بزغت حركة #NiUnaMenos (يُمنع تعذيب أي واحدة منا) التي دعت إلى القضاء على ظاهرة قتل الإناث بالارجنتين ووحدت مجموعات النساء في أمريكا اللاتينية وأدت في نهاية المطاف إلى إنشاء الموجة الخضراء.



يتمتع عدد قليل من النساء حول العالم بالاستقلالية الجسدية. واعتباراً من عام 2021، كانت أكثر من نصف نساء العالم بقليل (نسبة 56 بالمائة) قادرات على اتخاذ قرارات مستنيرة حول ممارسة العلاقة الحميمة والإنجاب. وهذا يعني أن للمرأة حرية الاختيار فيما يتعلق بالرعاية الصحية واستخدام وسائل تنظيم الأسرة وكذلك رفض ممارسة العلاقة الحميمة مع الزوج أو الشريك، وفق ما جاء في معلومات من البلدان المشاركة في الإبلاغ عن المؤشر 5.6.1 (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2024). وفي ظل توفر بيانات محدودة (ترد بمزيد من التفاصيل في الفصل الثالث)، تبرز مجموعة

من الأدلة التي تشير إلى أن الأشخاص الذين يتعرضون لشكل واحد أو أكثر من أشكال القمع يتم تفويض استقلاليتهم الجسدية وصحتهم الإنجابية بوتيرة أعلى وبحدة أكبر، وهذا ما يجري مع أولئك الذين يعانون من التمييز الإثنى أو العرقي أو الذين يتعرضون للاضطهاد بسبب حالتهم فيما يتعلق بفيروس العوز المناعي البشري أو بسبب إعاقاتهم أو الذين يعانون من التمييز بسبب توجههم الجنسي أو هوية النوع الاجتماعي الخاصة بهم مثلاً. هناك اعتراف متزايد بأن قدرة المرأة على تحديد مستقبلها الإنجابي بما يشمل حصولها على وسائل حديثة لتنظيم الأسرة ووصولها إلى



انعقدت في هذا العام قمة نيروبي للاحتفال بالذكرى السنوية الخامسة والعشرين للمؤتمر الدولي للسكان والتنمية

حيث اجتمع عدد كبير من منظمات المجتمع المدني والقادة الشباب وممثلين عن الحكومات للعمل من أجل الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية. أسفرت هذه القمة عن قرابة 1,300 تعهد مقطوع وأنتجت بيان نيروبي الذي يحمل تطلعات كثيرة.

جيل المساواة

كان من المتوقع أن يجري في عام 2020 استعراض لتنفيذ إعلان ومنهاج عمل بيجين بعد مرور 25 عام عليه، إلا أن هذا الاستعراض تأخر لعام واحد بسبب جائحة كوفيد-19 العالمية. شهدت منتديات جيل المساواة حركة نسائية دولية جريئة ونجحت مجدداً في تحفيز الحكومات والشركاء على تقديم الدعم، واشتمل ذلك على ائتلاف للعمل يكرس الاستقلالية الجسدية والصحة والحقوق الجنسية والإنجابية.

يشهد هذا العام الذكرى السنوية الثلاثين للمؤتمر الدولي للسكان والتنمية

المؤتمر الذي شكّل لحظة فارقة في التاريخ لدى انعقاده في القاهرة عام 1994. لقد ازدادت الحركات النسوية والمناخية بالحقوق الإنجابية وأصبحت تعمل بمزيد من الفعالية وبالتالي تحققت مكاسب كثيرة في هذا المجال. إلا أن عملنا لم ينتهِ بعد، فهناك منظمات جديدة وأعضاء جدد يبحثون للعمل على مسائل كثيرة متقاطعة مثل الطائفة والإعاقة والأصلية والتوجه الجنسي وهوية النوع الاجتماعي، ويُفسحون المجال بالتالي للتعبير عن آراء متنوعة وإشراك أصحاب مصلحة متعددين. وأما وسائل التواصل الاجتماعي، فتُشهم بدورها في جذب مزيد من الأشخاص ووجهات النظر لدعم هذه القضية

2024

2021

2019

2017

قوة الحركة النسائية الدولية تكمن في قدرتنا على التخيّل مرّة تلو مرّة، وفي قدرتنا على البناء وإعادة البناء، وفي مثابرتنا على العمل بلا هوادة، وفي انفتاحنا لجذب كل ما هو جديد من أجيال ومؤسسات معنية وكذلك طرائق جديدة في التفكير والتنظيم. ونحن لن نستكين قبل أن ننتصر في معركتنا التي نخوضها بغية تحرير أجسادنا وآرائنا وأنفسنا.

شهد هذا العام إطلاق حركة She Decides (هي) تقرّر لدعم الصحة والحقوق الإنجابية، إضافة إلى اندلاع حركة #MeToo (أنا أيضاً) التي جاءت إحياء لحملة كانت قد أطلقت في عام 2006 واستجابةً لملايين النساء اللواتي يستنكرن حالات الانتهاك والتحرش الجنسيين.

هذا النص هو مساهمة من مؤسسة ARROW.

الإجهاض الآمن حيثما يسمح القانون بذلك وحصولها على الرعاية الطبية قبل الولادة ورعاية طفلها ليست قدرة متساوية لدى الجميع، بل تختلف حسب العرق والتوجه الجنسي والهوية الجنسية والخصائص الجنسية والطبقة الاجتماعية والحالة الاجتماعية الاقتصادية.

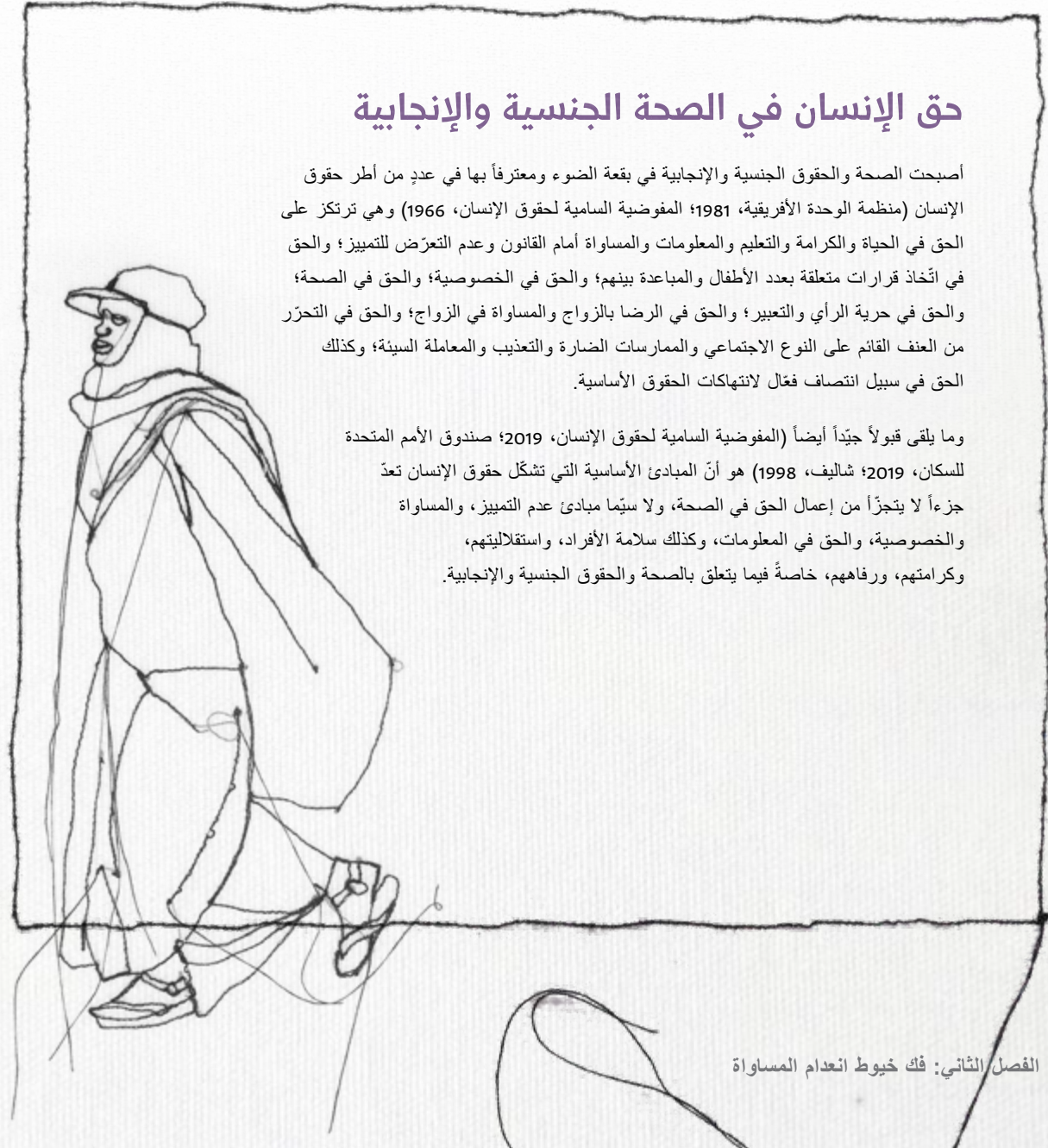
في الواقع، بدأ العالم كفاحه للتخلص من إرث يشتمل على أشكال متعددة للتمييز في الأنظمة الطبية والصحية. وبما أن هذا الإرث لم يُكشف بعد، يتم طرح الأسئلة لمعرفة من

هم الأشخاص الذين تعرّضوا للتمييز وما هي الآليات التي استُخدمت لتمييزهم وإلى أي مدى تستمرّ التداعيات الناجمة عن هذا التمييز. وفي هذا الإطار، يتجه اهتمام الخبراء إلى الهياكل التي تُديم أشكال التمييز بشكل خفي عن الأنظار أحياناً، ما يناقض الجهود التي بذلت في البداية والتي كانت تميل للتركيز على سلوكيات فردية (المفوضية السامية لحقوق الإنسان، 2021). ونتيجةً لذلك، باتت أشكال التمييز تُحدّد أكثر فأكثر بالنظر إلى الحصائل غير المتساوية بدلاً من طلب إثبات على أن هذه الحصائل كانت مدفوعة بعداء فردي.

حق الإنسان في الصحة الجنسية والإنجابية

أصبحت الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية في بقعة الضوء ومعترفاً بها في عددٍ من أطر حقوق الإنسان (منظمة الوحدة الأفريقية، 1981؛ المفوضية السامية لحقوق الإنسان، 1966) وهي تركز على الحق في الحياة والكرامة والتعليم والمعلومات والمساواة أمام القانون وعدم التعرّض للتمييز؛ والحق في اتخاذ قرارات متعلقة بعدد الأطفال والمباعدة بينهم؛ والحق في الخصوصية؛ والحق في الصحة؛ والحق في حرية الرأي والتعبير؛ والحق في الرضا بالزواج والمساواة في الزواج؛ والحق في التحرّر من العنف القائم على النوع الاجتماعي والممارسات الضارة والتعذيب والمعاملة السيئة؛ وكذلك الحق في سبيل انتصاف فعال لانتهاكات الحقوق الأساسية.

وما يلقي قبولاً جيداً أيضاً (المفوضية السامية لحقوق الإنسان، 2019؛ صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2019؛ شاليف، 1998) هو أن المبادئ الأساسية التي تشكل حقوق الإنسان تعدّ جزءاً لا يتجزأ من إعمال الحق في الصحة، ولا سيما مبادئ عدم التمييز، والمساواة والخصوصية، والحق في المعلومات، وكذلك سلامة الأفراد، واستقلاليتهم، وكرامتهم، ورفاههم، خاصةً فيما يتعلق بالصحة والحقوق الجنسية والإنجابية.



يجب أن تكون الأنظمة الصحية عوامل مساعدة لإعمال حقوق الإنسان

لم تكن أنظمة الصحة الإنجابية مؤكدة على الصحة والحقوق دائماً، على الأقل لم تكن كذلك بالنسبة لجميع النساء. يشير الخبراء إلى أن "الفلسفة المتبعة في تقديم الخدمات كانت تشكّل عيباً رئيسياً في رعاية الصحة الإنجابية داخل نظام الرعاية الصحية. وكان يُنظر للنساء باعتبارهنّ وسائل في عملية الإنجاب وأهداف في عملية التحكم بالخصوبة. ولا يتم تقديم الخدمات للمرأة على أنّها غاية في حدّ ذاتها، بل إنها تستفيد من العملية بدون أن توضع في صلبها. كانت المرأة بموقع المفعول به ولم تكن بموقع الفاعل (كوك وآخرون، 2003).

وقد تم تعميم الأنظمة والهيكل الرامية إلى التحكم بالنشاط الجنسي، ولا سيّما النشاط الجنسي للمرأة على سبيل المثال لا الحصر، حيث كانت تلك الأنظمة والهيكل قد تغلّغت في جميع المجتمعات حول العالم. في كثير من الأحيان، تكون أجسام النساء والفتيات والأشخاص المتنوعين من قبيل النوع الاجتماعي عُرضة للتمييز، والممارسات الضارة، والسيطرة والاستغلال، والعنف والقمع. وهي انتهاكات لحقوق الإنسان كانت مدعومة تاريخياً من الأنظمة الصحية (المفوضية السامية لحقوق الإنسان، 2021). ولا تزال هذه المشاكل موجودة اليوم، وهناك عوائق كثيرة تمنع الأفراد من التمتع بصحتهم وحقوقهم الجنسية والإنجابية، وهي حواجز موجودة على أصعدة مختلفة: في الرعاية السريرية وعلى مستوى الأنظمة الصحية وفي سياق المحددات الأساسية للصحة. وهي تؤثر بشكل مخالف على أولئك الذين يعانون من أشكال مختلفة للتمييز.

برز هذا النوع من التفكير بشكل أوضح في الأنظمة القضائية. مثلاً، سلّطت حركة Ni Una Menos (يُمنع تغيب أي واحدة منّا) الضوء على عدم فعالية السلطات في اتّخاذ الإجراءات اللازمة لمنع حالات قتل الإناث وأشكال أخرى للعنف القائم على النوع الاجتماعي. وقامت حركة أرواح السود غالبية يجذب الانتباه إلى تعرّض ذوي البشرة السوداء حول العالم للعنف الذي تمارسه الشرطة بشكل غير متناسب. وتأثرت قطاعات أخرى منها مثلاً قطاع التعليم الذي شهد ظهور الحركة الاحتجاجية Rhodes Must Fall* (ليسقط رودس) في جنوب أفريقيا والتي سلّطت الضوء على أوجه عدم الإنصاف في التعليم العالي، بدأت في جنوب أفريقيا ثم انتشرت على الصعيد الدولي (كنودسن وأندرسن، 2019).

وهذا النوع من التفكير لا يقل أهمية بالنسبة للأنظمة الصحية، وقد تأكّدت هذه الحقيقة بشدّة خلال جائحة كوفيد-19. ففي أنحاء كثيرة من العالم تم اتّخاذ تدابير طارئة لاحتواء الجائحة ولكنها لم تكن متوافقة مع قانون حقوق الإنسان (المفوضية السامية لحقوق الإنسان، 2020). وسلّطت المجموعات السكانية المهمّشة أصلاً معدلات أعلى للإصابة بأمراض ووفيات مرتبطة بجائحة كوفيد-19 إضافة إلى أنّها واجهت انقطاعاً أطول لخدمات صحية أخرى بما فيها خدمات الصحة الجنسية والإنجابية (منظمة الصحة العالمية، 2020). وقد يشير الخطاب المعاصر بشأن حركات النوع الاجتماعي والحركات الاجتماعية والعرقية إلى أنّ هذه القضايا جدلية أو سياسية، ولكن النظر إلى هذه العملية من منظور سياسي بحت ليس صائباً. بدلاً من ذلك، يمكننا أن نعترف بأنّ تاريخ الصحة الإنجابية يتضمّن ما يؤسّف عليه من أحداث مأساوية وخطوات ناقصة من دون الاستخفاف بالتطوّرات الكثيرة التي أنجزت في مجال العلوم والتكنولوجيا. وهذا يسمح لنا أن نتعلّم من أخطاء الماضي وأن ننتج الفرص أمام جميع الأشخاص لاكتساب المعرفة والتقدّم.

إحدى الدراسات الجديدة أنه "أثناء سعي العاملين [في مجال الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية] لإعمال حقوق الإنسان لدى الآخرين، تكون حقوق الإنسان لديهم معرضة للخطر" إذ يواجهون "النبد الاجتماعي والمضايقة في مكان العمل" إضافةً إلى "التهديدات اللفظية والعنف البدني" والمواقف العدائية في حياتهم الشخصية (بويديل وآخرون، 2023).

توضح الأقسام التالية كيف أنّ الخدمات والمعلومات المتعلقة بالصحة لا زالت تتأثر بالتمييز على أساس نوع الجنس والتمييز العرقي والإثني والمعلومات الخاطئة، ما يشير إلى ضرورة معالجة الرواسب المتبقية من هذا التاريخ من أجل الحفاظ على حقوق الإنسان والصحة العامة. ينبغي النظر في الأنظمة الصحية التي توظف العاملين في مجال الصحة لكي يتمكن هؤلاء من المساهمة في إعمال حقوق الإنسان. والجدير بالذكر أنّ هذه الأنظمة كانت تاريخياً متواطئة في ممارسات الاستغلال والانتهاك، وقد أصبح العاملون في

واليوم، يُعدّ العاملون في مجال الصحة من بين الأكثر قدرة على تحديد القيمة التحويلية للصحة والحقوق الجنسية والإنجابية ذلك أنهم يرون عن كثب كيف أنّ تنظيم الأسرة، والحماية من العنف، والسلامة من الأمراض، والحصول على رعاية صحية مخصصة للأمهات، تؤدي إلى تعزيز الصحة والتعليم في الأسر والمجتمعات. واليوم، هناك الكثير من العاملين في مجال الصحة الإنجابية يتبنون أدوارهم في دعم حقوق مرضاهم (ويعتبر موضوع حقوق المرضى عنصراً أساسياً بالفعل في تعليم الأخصائيين الصحيين حول العالم [رستمي معز وآخرون، 2021؛ كراكاش وآخرون، 2015؛ ليكونيا، 2011]). عادةً ما يوفر المهنيون في مجال الصحة الإنجابية وسائل تنظيم الأسرة والمعلومات والرعاية اللازمة، وبالتالي يقفون في الخطوط الأمامية لتلبية احتياجات الأفراد في سعيهم لتأمين الاستقلالية الجسدية (انظر الحكاية المختارة في الصفحة 16) (كالرا وآخرون، 2021). ومع ذلك، قد يتعرضون للإساءة أثناء قيامهم بعملهم. أظهرت

العاملون في مجال الصحة ودورهم في مناصرة الاستقلالية الجسدية

هناك علاقة متبادلة قائمة بين الحصول على رعاية كريمة وجيدة للصحة الجنسية والإنجابية من ناحية، وتجربة التمكين الاقتصادي والاجتماعي والشخصي من ناحية أخرى. إنّ العاملين في مجال الصحة تحديداً يراقبون عن كثب كيف أنّ الاستقلالية الإنجابية تمكن الأفراد من مواصلة تعليمهم، وتأخير أو بدء أسرهم، وبناء حياتهم المهنية، والمساهمة في مجتمعاتهم. ويُقصد هنا بالاستقلالية الجسدية القدرة على الاختيار بين القبول أو الرفض وكذلك اختيار التوقيت والشريك لممارسة العلاقة الحميمة أو الحمل، والقدرة على العيش بدون عنف وأمراض معدية منقولة جنسياً يمكن الوقاية منها، وما إلى ذلك. ويلاحظون عن قرب كيف أنّ الأفراد الذين يتم تمكينهم من خلال مواصلة التعليم والحياة المهنية وتكوين الأسرة لديهم قدرة أفضل على الوصول إلى خدمات الصحة الإنجابية. تشكل هذه الحلقة المثمرة حقيقة لا لبس فيها بالنسبة لمن يدركها. يقول ممرض التوليد فيكتور كازارولا الذي يعمل في جبال الأنديز ببيرو: "نعمل على توعية المرأة بأهمية الاحترام". وهو يعمل أيضاً لإذكاء الوعي لدى نساء المنطقة حول حقوقهن، علماً أنّ معظمهن من الشعوب الأصلية (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2021). "لا حق لأحد في لمس أجسامهن: لا أنا ولا العمات ولا الخالات ولا الآباء ولا حتى الأمهات، ولا أي موظف ولا شرطي – لا أحد البتة".

مجال الصحة الجنسية والإنجابية عرضة لإساءة المعاملة اليوم بسببها. وبالتالي، يمكن إصلاح هذه الأنظمة بل ويجب إصلاحها لكي تحقق غايتها الأصلية والنبيلة المتمثلة بـ "مداواة" الأفراد والأخصائيين الصحيين والمجتمع ككل.

إرث التمييز على أساس نوع الجنس في رعاية الصحة الإنجابية

لا بدّ من فهم إرث التمييز القائم على النوع الاجتماعي في رعاية الصحة الجنسية والإنجابية، فهذا يساعد فعلاً في إيجاد حلول للمشاكل المستمرة، بما فيها حلول فعالة من حيث التكلفة وقابلة للتطبيق.

وإنّ تاريخ الرعاية المقدّمة أثناء الولادة يشكّل مثلاً واضحاً على ذلك حيث اعتُبرت هذه الرعاية من اختصاص المرأة لقرون طويلة، حيث عكفت القابلات على إدارة عمليات الولادة في حين كان الأطباء يتجنّبون التدخل فيها عموماً، علماً أنّ مهنة الطب كانت حكراً على الرجال. ولطالما اعتُبرت الولادة سرّاً من أسرار الأنثى وأنّ النساء وحدهنّ لديهنّ المعرفة والفهم الخاص بهذا المجال بما في ذلك استخدام الأعشاب كبدل عن الدواء. ومع مرور الوقت بدأ الأطباء الذكور يساعدون في توليد النساء وكانت البداية تقتصر على حضورهم فقط في الولادات المعقّدة وذات المخاطر الشديدة (ليتوف، 1982).

وفي نهاية المطاف، تولّى الأطباء وسائر المؤسسات التي يهيمن عليها الذكور زمام الأمور وأصبحت لديهم سلطة على القابلات. مثلاً كانت النساء خلال مرحلة ما قبل الاستعمار في إندونيسيا يعتمدنّ على القابلات التقليديات أو على المولّدات اللواتي عُرفنّ باسم "دوكون" واللواتي يقمّن خدمات تنظيم الأسرة والرعاية عند الولادة والإجهاض. وعندما أصبحت إندونيسيا مستعمرة في القرن التاسع عشر، سعت السلطات إلى استبدال الدوكون بقابلات مدرّبات بقيادة ذكورية من الهيئة الطبية الهولندية

(عدناني وآخرون، 2023). وخلال الحقبة نفسها، اقترح الأطباء بالهند توفير تدريب رسمي للقابلات التقليديات اللواتي عُرفنّ باسم "داي" وقد أدّت هذه الجهود إلى استبدال الداي في نهاية المطاف بقابلات مدرّبات وأطباء يعملون في مؤسسة طبية (سامانتا، 2016).

وكانت القابلات تعملنّ تحت سلطة قادة ذكور في أوروبا خلال القرنين السادس عشر والسابع عشر، وكانت السلطات الكنسية التي يهيمن عليها الذكور هي التي تمنحّن الرخصة لممارسة المهنة، وأحياناً كانت تُلزم القابلة بأن تكون شاهدة عيان في حالات تنطوي على "قتل مولود جديد، وعذرية مشكوك بها، وإجهاض، وعقم" (سبريتشر وكراس، 2011). انتشر ممرّضو التوليد (يُعرفون باسم accoucheur) بفرنسا خلال تلك الحقبة، فبدأت المنافسة بينهم وبين ما يُعرف بـ "الممارسة الطبيعية" للقابلات، وأدّى ذلك إلى تعميم استخدام بعض الأدوات مثل ملقط التوليد (الكّلاب). فرض الرجال سلّطتهم في هذا المجال نظراً إلى نوعهم الاجتماعي وحالتهم رغم أنّ خبراتهم العملية فيه ضئيلة أو معدومة (مارتوتشي، 2017). وإنّ الرجال الذين كانوا يتدرّبون ليصبحوا أطباء آنذاك كانوا شديدي التأثير بكتابات صدرت حول الولادة وألفها مهنيون لم يشاهدوا أي حالة مخاض أو ولادة من قبل (هوبي، 1999)، وبالتالي لم يكتسبوا أي معارف من الممارسة عملية (توماس، 2016).

وبالتالي نشأ "علم الطبيعة" الذي روّج لرؤية تعتبر أنّ الطبّ بمثابة هدف قائم بذاته وجزء من منظومة عالمية للمعارف وميدان استُبعدت منه القابلات إلى حد كبير (شيفا، 1996). فالقابلات كنّ مختلفات عن الأطباء الذكور، إذ لم يحصلنّ على التعليم ولم يشاركنّ في أساليب علمية بحثية أو تجريبية. وبحلول القرن الثامن عشر، كانت مهنة الطب تتألف بمعظمها من الرجال، أمّا القابلات فكنّ يُنّهمنّ باستخدام ممارسات قديمة وخطيرة وبائنة. وإنّ الأبحاث التي تناولت الحقبة الاستعمارية في جنوب أفريقيا مثلاً أظهرت أنّ التجارب والمعارف التي اكتسبتها القابلات على أرض الواقع كانت مغنّية إلى حد كبير من السجل التاريخي، ولا سيّما بالنسبة للقابلات ذوات البشرة

السوداء (ديكون، 1998). أما مساهمات الرجال في هذا الميدان فتم توثيقها بشكل أفضل، ما أتاح لوجهات النظر التي يهيمن عليها الذكور فيما يتعلّق بالولادة أن تصبح سائدة. ووفق النظريات الجديدة للتوليد، يتم تشبيه جسم المرأة بالآلة وتعتبر الولادة عملية ميكانيكية. وقد ساهمت هذه الرؤية في عدم اعتبار القابلات كصاحبات مهنة بسبب النظرة إلى النساء على أنّهنّ يفتقرن إلى المعرفة والقدرة على فهم آليات الولادة (ميرفي لوليس، 1998). وكان يزداد الميل إلى اعتبار أنّ الأجسام المؤلّدة هي أجسام جامحة وضالّة تتسرّب منها السوائل ويستحيل التحكم بها واحتواؤها (كارتر، 2010). وفي عام 1915، وصف الدكتور جوزيف دبلي، مؤلف أهم كتاب عن التوليد في تلك المرحلة، الولادة بأنّها عملية مَرَضِيّة تضرّ بالأمهات والموليد. وكتب ما يلي: "إذا كانت المهنة (التوليدية) تدرك أنّ التوليد لم يعد يعتبر وظيفة عادية من منظور العالم الحديث... فلا يمكن أن يكون هناك أي دور للقابلة" (دبلي، 1915).. واقترح الدكتور دبلي فيما بعد تنفيذ تدخلات تشمل الاستخدام الروتيني للمهدئات والأثير وإجراءات شقّ العجان واستخدام ملقط التوليد (الكّلاب) من أجل إنقاذ حياة النساء من "الأشرار" الطبيعية الموجودة في الولادة. ولكن يتبيّن اليوم أنّ جميع هذه المقترحات تضرّ بالمرأة إذا تم تطبيقها بشكل روتيني (ليفيت، 1988).

لقد تمّ إبعاد القابلات عن أدوارهنّ في الطب التوليدي وهذا الأمر شكّل ظاهرة عالمية وترافق مع تداعيات كثيرة وكان أشدّها خطورة في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. وتشير منظمة الصحة العالمية إلى أنّ منطقتيّ أفريقيا وجنوب شرق آسيا تضمّان أقل عدد نسبي من البلدان التي تعترف بالقابلة كمهنة قائمة بذاتها. وإنّ المدربات على مهنة القبالة في هذه المناطق يبلغن باستمرار عن افتقارهنّ للوصول إلى مرافق دورات المياه، علماً أنّ ثلاثة أرباع المدربات ببلدان غرب أفريقيا الناطقة باللغة الفرنسية يفتقرن للوصول إلى مياه نظيفة في بعض الأوقات على الأقل. ووفق إحصاءات منظمة الصحة العالمية، تشكّل منطقة أفريقيا 56 بالمائة من النقص العالمي في الأخصائيين الصحيين المتفرّعين لتقديم رعاية الصحة الجنسية والإنجابية للأمهات والموليد والمراهقين (صندوق الأمم المتحدة للسكان وآخرون، 2021).

ورغم أنّ القبالة تعتبر إلى حد كبير اليوم بأنّها مهنة حديثة ومنظمة وتقنية مدمجة جيداً في البنية التحتية للرعاية الصحية، إلا أنّها تبقى مهنة تمتنعها النساء بشكل أساسي في معظم الأماكن. تظهر الأبحاث أنّ القوة العاملة في القبالة تعاني بسبب الفصل المهني الحاد، والفجوات في الأجور بين الجنسين، والافتقار إلى فرص القيادة، والأشكال المتعددة للتمييز والمضايقة، بما فيها التحرش الجنسي (صندوق الأمم المتحدة للسكان وآخرون، 2021). وتبيّن في تقرير صدر عن منظمة الصحة العالمية في عام 2019 أنّ الفجوة في الأجور بين الجنسين ضمن قطاع الرعاية الصحية كانت أوسع ممّا كانت عليه في قطاعات أخرى، علماً أنّ العاملات في مجال الصحة يتقاضين بالمتوسط 28 بالمائة أقل ممّا يتقاضاه العاملون في نفس المجال. واستمرت فجوةً بنسبة 11 بالمائة في الأجور بين الجنسين ولوحظت بين العاملين والعاملات في التمريض والقبالة حتى بعد التعديل الذي أُجري لمعالجة الفصل المهني (يونول وآخرون، 2019).

وإنّ الاستخفاف بقيمة القبالة "يؤدي إلى تقييد الخيارات وفرص العمل المتاحة أمام القابلات ويعزز هياكل القوة غير المتساوية داخل المجتمع" بما فيها الافتقار إلى الاستقلالية الجسدية (صندوق الأمم المتحدة للسكان وآخرون، 2021)، والتي تعتبرها القابلات أنفسهنّ حاجزاً يمنعهنّ من تقديم رعاية عالية الجودة (الاتحاد الدولي للقابلات وآخرون، 2016). أشار التقرير عن حالة القبالة في العالم لعام 2021 إلى أنّ القابلات في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل يكافحن لتحصيل أجورهنّ من برامج التأمين الحكومية وأحياناً لا يستطعن تحصيلها، ما يكبّدهنّ خسائر مالية أو يدفعهنّ إلى إعطاء الأولوية للنساء الأيسر حالاً.

ومع ذلك، لطالما أشار الباحثون إلى أنّ الاستثمار في التدريب والرعاية في مجال القبالة سيعود بفوائد كثيرة على صحة الأمهات والموليد الجدد إذ يترافق مع تكاليف أقل وحاصل أفضل مقارنةً بنماذج الرعاية الأكثر تطبيقاً (صندوق الأمم المتحدة للسكان وآخرون،

2021). وفي دراسة مدعومة من صندوق الأمم المتحدة للسكان ومنشورة في مجلة "ذي لانسييت" للصحة العالمية في عام 2021، تبيّن أنّ أي زيادة كبيرة لتغطية التدخلات المقدّمة من القابلات قد تمنع حصول 41 بالمائة من وفيات الأمهات و39 من وفيات المواليد الجدد و26 بالمائة من حالات الإملاص. وهذا يعادل منع 2.2 مليون حالة وفاة سنوياً بحلول عام 2035 يحدث معظمها في بلدان منخفضة ومتوسطة الدخل (نوف وآخرون، 2021).

وبالنظر إلى التهميش التاريخي الذي تعرّضت له النساء في مجال القبالة والطب التوليدي، يجدر النظر في التمييز بين الجنسين لناعية دوره في استمرار عدم كفاية الاستثمارات في القبالة حوال العالم. ويجدر فحص التداعيات الناجمة عن هذه التسلسلات الهرمية القائمة على أساس الجنس في مجال الطب، فتأثيرها لا يطل المهنين في مجال الصحة فحسب وإنما يشمل أيضاً الأشخاص الذين يحصلون على خدمات صحية (وأولئك الذين لا يحصلون على تلك الخدمات في حالة الإهمال والاستبعاد).

يعتبر العنف المرتبط بالولادة والأمراض النسائية مصدر قلق متزايد بالنسبة للمجتمع الدولي، ويوصف عموماً بأنه ينطوي على التعرّض لسوء معاملة أو لعنف أثناء تلقي رعاية الصحة الإنجابية بما في ذلك أثناء الولادة (المفوضية السامية لحقوق الإنسان، 2019). ولكن هذا المفهوم هو مفهوم واسع ويشمل الإساءة اللفظية والبدنية، مثل السخرية والتهديد واللكم والرفس والإسكات

وتقييد الحركة (داون وآخرون، 2023)، إضافةً إلى التدخلات المفرطة مثل اتّخاذ إجراءات غير ضرورية لشقّ العجان وعدم الحصول على موافقة مستنيرة والحرمان من مسكّنات الألم (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2019) والتعقيم القسري. تسلّط الأبحاث الضوء على أنّ هذه الأشكال من سوء المعاملة قد تحدث في "السياقات التي يشعر من يقدّم الخدمات فيها، أي القابلات بشكل أساسي، بأنّهنّ يعملن بدون دعم أو حتى باعتبارهنّ أقلّ شأنًا من سائر المهن داخل التسلسلات الهرمية المهنية" (شاف وآخرون، 2023). وإنّ سوء معاملة المرضى في بيئات تُعنى بالصحة الإنجابية يساهم بشكل كبير في زيادة وفيات الأمهات وينشئ حواجز تمنع وصول نساء والفتيات المهمّشات إلى الخدمات الصحية (صندوق الأمم المتحدة للسكان وآخرون، 2023).



ولادات آمنة ومراعية للاعتبارات الثقافية ومساعدة على تمكين نساء كولومبيا المتحدرات من أصل أفريقي

مقّمي الرعاية. فقد أظهرت الإحصاءات الوطنية لبلدة تشوكو عام 2021 أن كل ولادة كانت تتم بدعم من قابلة تقليدية (الهيئة الإدارية الوطنية للإحصاءات بكولومبيا وصندوق الأمم المتحدة للسكان، 2023).

تقول القابلة فرانسيسكا كوردوبا التي تُعرف باسم باتشا باسمو: "يتعامل معنا الأطباء على أساس أن كل شيء [نقوم به] قدر، ولقد أُخبرْتُ العديدُ منهم أن خبرتهم قد تمتد لخمسِ أعوام ولكنّها لن تصل إلى الخبرة التي كوّنتها طيلة مسيرتي كقابلة، فأنا بدأتُ مزاولَ هذه المهنة قبل مجيئهم إلى هذا العالم".

لقد تم إعداد مبادرة جديدة تدعم التقارب بين القابلات والعاملين في مجال الصحة، وفي هذا الصدد تم إطلاق مشروع بارتيرا فينال عام 2020 الذي يهدف إلى الاعتراف بالعمل الذي لا يُلاحظ في معظم الأحيان والذي تضطلع به القابلات لتقديم رعاية مؤكّدة على الاعتبارات الثقافية للنساء خلال فترة الحمل وما بعد الولادة. وفي إطار هذا المشروع، يتم تزويد القابلات بالأدوات والمهارات اللازمة لتقديم خدماتهنّ بأمانهن إلى مجتمعاتهن كشريكات في النظام الطبي الرسمي.

من خلال هذا المشروع، تعاونت وكالة الإحصاءات الوطنية بكولومبيا مع صندوق

أفريقي. كما أن الغالبية العظمى من هؤلاء السكان لا زالت غير قادرة على الوصول إلى النظام الرسمي للرعاية الصحية بكولومبيا. فالوصول إلى طبيب قد يستدعي قطع مسافات خطيرة ومتأثرة بالنزاعات أو قد يتطلب ببساطة سفراً باهظ التكلفة.

إنّ التداعيات الناجمة عن ولادة غير آمنة قد تكون تداعيات مميتة خاصة بالنسبة للنساء والفتيات المتحدرات من أصل أفريقي. ففي كولومبيا، هؤلاء النساء يتعرّضن لضعف خطر الوفاة بسبب الحمل والولادة مقارنةً بالنساء والفتيات المتحدرات من أصول أخرى. ومع ذلك لجأ النظام الصحي الكولومبي أحياناً إلى إبعاد القابلات وتجاهل القيم الثقافية التي تمثلنها في سعيه إلى تحسين الحصائل الصحية للأمهات.

لقد تم الاستهزاء بالقابلات حيث وُصفن أنّهن ساحرات وخبيرات أعشاب أو اتُهمن بالافتقار للنظافة الصحية والتخصص المهني. وكانت القوانين الكولومبية عبر التاريخ تتطلّب من أي شخص يحضر الولادة أن يكون حائزاً على إجازة من مؤسسة طبية. لقد أدّت هذه القواعد إلى زوال العمل الذي تقوم به القابلات وإلى عزلهنّ من المؤسسات الطبية. مع ذلك، يبدو أن القابلات وُجهنّ بتواجدن لتقديم الرعاية الصحية ضمن الساحل الكولومبي المطل على المحيط الهادئ في ظل غياب سائر

منذ أكثر من عشرين عاماً، كانت شيرلي ماتوراننا أوبريغون تبلغ من العمر 18 عاماً عندما زارت مستشفى في تشوكو بالمنطقة المطلة على المحيط الهادئ بكولومبيا لالتماس الرعاية من أجل معالجة إصابته بالتهايب المعدة. ورغم أنّها كانت حامل في شهرها التاسع آنذاك إلا أنّها لم تفكر في البقاء والولادة هناك.

تقول شيرلي في حديثها مع صندوق الأمم المتحدة للسكان: "لم تكن تلك البيئة التي أريدها، بل رغبْتُ بأن تكون أمي إلى جانبي ولكنني سمعتُ [داخل المستشفى] أنّني سأكون بمفردي".

لذلك عادت إلى منزلها ودخلت المخاض بعد فترة وجيزة فكانت والدتها وشقيقتها إلى جانبها تمددنها بالدعم أثناء الولادة، وكانت إلى جانبها أيضاً قابلة ومعالجة (تسمى "بارتيرا" باللغة الإسبانية) تتمتع بمعارف متوارثة من المجتمع المتحدر من أصل أفريقي بكولومبيا. تصف شيرلي تجربة الولادة بأنّها "جميلة ولا تُنسى".

اتّخذت شيرلي قرارَ الولادة على يد قابلة بما ينسجم مع أولوياتها الشخصية والثقافية، ومع ذلك فإنّ اختيار الولادة في المنزل يعني عادةً عدم وجود احتمالات أخرى. يُعدّ سكان تشوكو فقراء بنسب متفاوتة و80 بالمائة منهم يعتبرون أنفسهم متحدرين من أصل



يسعى مشروع Partera Vital إلى تمكين القابلات التقليديات مثل شيرلي ماتوراننا أبريغون (يسار الصورة) وباتشا باسو (يمين الصورة) لدعم النساء الحوامل في تشوكو ب كولومبيا. © UNFPA Colombia/Sara Chavarriaga

بكولومبيا: "لقد انخفضت وفيات الأمهات هذا العام بنحو 40 بالمائة ولا نعرف بعد إن كانت تلك مجرد صدفة أو أنها متعلقة بتمكين القابلات".

لقد قرّرت شيرلي أن تصبح قابلة منذ أن خاضت تجربة الولادة بمساعدة إحدى القابلات. وتوضح قائلة: "كل امرأة تساعدنا نرغب فعلاً أن نخوض تجربة الولادة بمساعدة قابلة لأنّ القابلة تسمح لها أن تضع طفلها بالوضعية التي تريدها، ونحن نعمل لتحقيق مُراد أولئك النساء".

أُتضح الأثرُ الناجم عن المشروع فوراً خلال جائزة كوفيد-19 في عام 2020 عندما أظهرت الإحصاءات أنّ هناك 34 بالمائة من الولادات في تشوكو تمتّ بدعم من القابلات، أي أكثر ممّا سُجّل في العام السابق بنحو 50 بالمائة. ونتيجةً لذلك طالبت القابلات الحكومة بأن يتم الاعتراف بدورهنّ كعاملات أساسيات في خضم الأزمة، وقد أدّى هذا التغيير إلى حصولهنّ على موارد وتجهيزات تخولهنّ تقديم الرعاية لمجتمعاتهنّ. وقد عمدت اليونسكو مؤخراً إلى اعتبار مهنة القبالة التقليدية بكولومبيا (التي تُسمّى *parteria* باللغة الإسبانية) كجزء لا يتجزأ من التراث المعنوي الثقافي للإنسانية.

ترافق إطلاق مشروع بارتيرا فينال في تشوكو مع تطوّرات هامة شهدتها المنطقة في مجال الصحة وتمثّلت بالحد من وفيات الأمهات. يقول خوسي لويس ويلنثيس غوتيريز، مستشار الصحة الجنسية والإنجابية لدى صندوق الأمم المتحدة للسكان

الأمم المتحدة للسكان والجمعيات المحلية للقابلات بُغية تعديل القواعد التي تمنع القابلات التقليديات من تسجيل المواليد الجدد. حصلت القابلات على تطبيق للأجهزة النقالة يتيح لهنّ تسجيل الأطفال في السجل الوطني للولادات، وشاركن في دورات تدريبية تهدف لتحسين قدراتهنّ على تحديد المخاطر أثناء فترة الحمل والولادة.

تم تنفيذ المشروع بشكلٍ أولي لتستفيد منه 30 قابلة تقليدية في تشوكو، وحصلت القابلات أيضاً على موازين لقياس وزن الأطفال حديثي الولادة إضافةً إلى مجموعات مستلزمات الولادة الآمنة التي تحتوي على أغراض مثل شراشف نظيفة وقفازات وأجهزة مراقبة ضغط الدم التي تساعدنّ في تحديد مضاعفات الحمل المهددة للحياة. توضح باتشا: "إذا لاحظت القابلة أنّ ضغط الدم مرتفع لدى المرأة الحامل، تسارع حينئذ لإحالتها إلى طبيب مختص".

إرث من التمييز الإثني والعِرقي

أدت جائحة كوفيد-19 إلى تداعيات كثيرة منها تجدد الوعي بالتفاوتات العرقية التي لا زالت مستمرة داخل الأنظمة الصحية إضافةً إلى الجهود المتنامية المبذولة لفهم هذه التفاوتات في سياق أوجه عدم الإنصاف التاريخية. وفي حين أُجريت محادثات كثيرة مثيرة للجدل حول عدم الإنصاف العِرقي، إلا أنَّ النهوض بالإنصاف والعدالة في الصحة قد أدى في حالات كثيرة إلى وضع حلول قيمة وقائمة على الأدلة لمعالجة هذه المشاكل. باختصار، لا بد من فهم إرث التمييز العِرقي وكذلك دور الاستعمار في تصدير التسلسلات الهرمية العرقية بُغية رفع الستار عن إمكانات كثيرة لا تزال موجودة من أجل تحقيق الإنصاف والعدالة داخل مجال الطب.

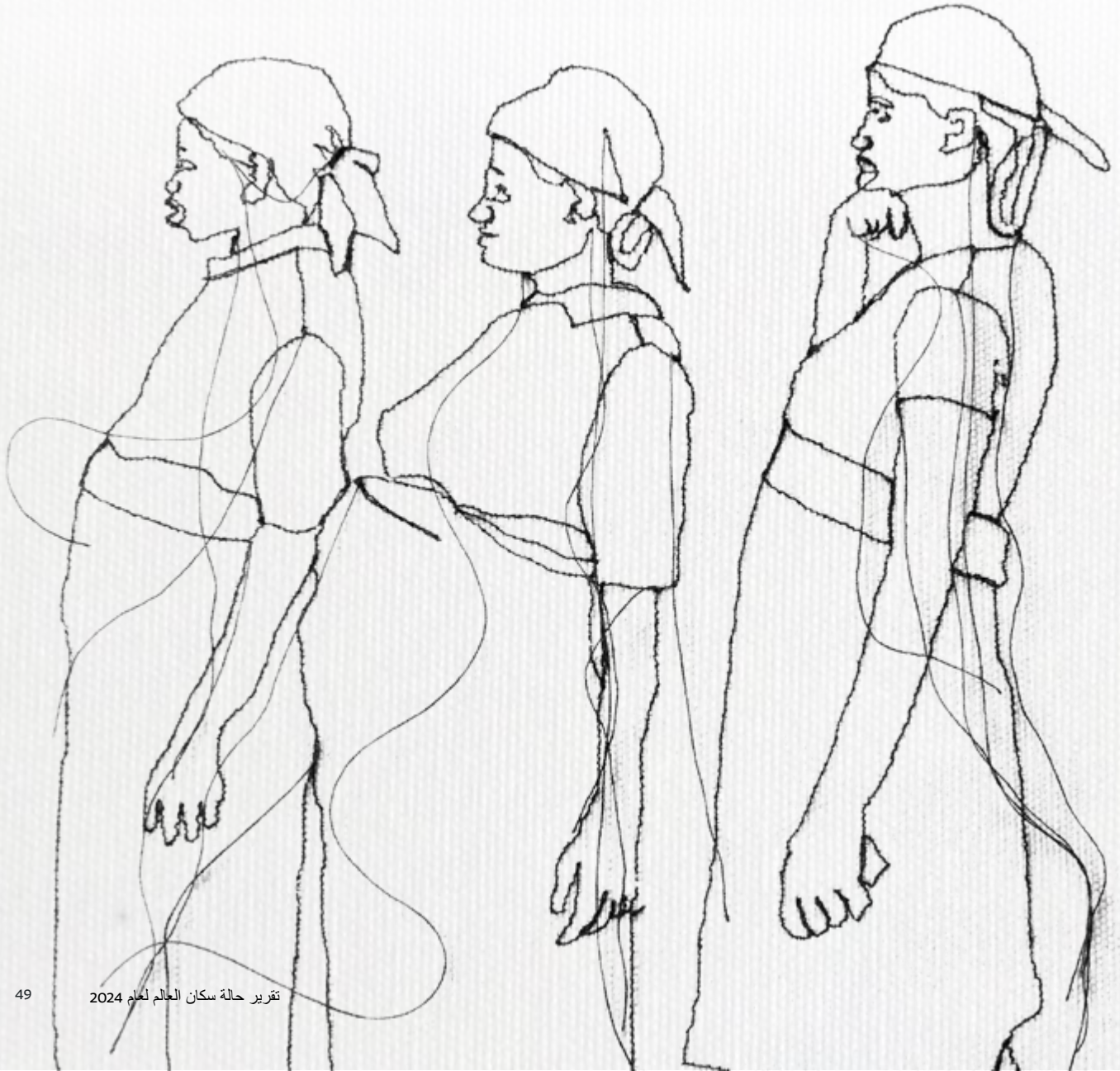
دأبت الحكومات تاريخياً للنظر إلى الإنجاب من منظور أدوائي، فكانت تروج للإنجاب عندما كانت تعتبره مفيداً لتحقيق أهداف اجتماعية أو سياسية (وقد أوجزه خوان باوتيستا ألبيردي من الأرجنتين في مقولته الشهيرة "أن تحكم يعني أن يكون لديك سكان")، وكانت تنصح بعدم الإنجاب (عادةً بصورة انتقائية بين المجموعات التي تعتبر "أقل شأناً") عندما كانت تعتبره غير مرغوب به. خلال حقبة الأنظمة الاستعمارية وخاصةً في ظلّ تجارة الرقيق عبر المحيط الأطلسي، كان يعتبر الإنجاب كشكلٍ من أصول الإنتاج، بالمعنى المجازي والحرفي (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2023ج). وتم تنفيذ برامج لتعزيز صحة الأمهات في أفريقيا ومنطقة البحر الكاريبي في بداية القرن العشرين علماً أنَّ الكثير من هذه البرامج أُعدت بسبب النقص المتصور في العمالة اللازمة لتشغيل المزارع والصناعات التصديرية (دي باروس، 2014؛ توماس، 2003). وتحول المنظور من الترويج للإنجاب إلى الترويج لتنظيم الأسرة في أواسط القرن العشرين. فكانت الأسر الصغيرة تعتبر آنذاك أكثر ملاءمة للتنمية الاقتصادية الوطنية والأمن العالمي، وأتى هذا الترويج أيضاً في إطار استجابة

القادة والمنظمات العالمية لمخاوف متعلقة بـ "قنبلة سكانية" وشبكة ستنفجر في البلدان النامية (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2023ج؛ بوريوني، 2016؛ سولينجر وناكاشي، 2016؛ أهلواليا، 2008؛ كونيلي، 2008؛ كلاوسن، 2004؛ بريغز، 2003؛ هارتمان، 1995). والجدير بالذكر أنَّ الخطاب الأدوائي حول الإنجاب لا زال قائماً اليوم بحجة مخاوف من "الاكتظاظ السكاني" في سياق تغيّر المناخ إذ يعتبر أنَّ التدمير البيئي قد حصل نتيجة ارتفاع معدلات الخصوبة بين سكان جنوب الكرة الأرضية، وبحجة مخاوف من "النقص السكاني" فيما يتعلق بمجتمعات المسنين (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2023ب).

لهذه الأسباب، يبدو مجال الصحة الإنجابية متأثراً على وجه التحديد بجراح عميقة من جِراء التاريخ العنصري الاستعماري في العالم. فالاسترقاق أضفى طابعاً مؤسسياً على فقدان الاستقلالية الجسدية والإنجابية لدى النساء ذوات البشرة السوداء، وحُزّ التحكّم بقدرة الرقيق على الإنجاب (جونسون وآخرون، 1999). وبالنسبة لنساء كثيرات من ذوات البشرة السوداء، كان الإنجاب مجالاً لاستغلالهنّ والتحكّم بهنّ. واشتمل على اغتصابهنّ وتعقيمهنّ قسرياً وإخضاعهنّ لتجارب طبية وإجراء أبحاث وتدريبات طبية باستخدام أجسامهنّ بدون موافقة مستنيرة من جانبهنّ. ومن أشهر الأمثلة على ذلك قضية الدكتور جيمس ماريون سيمز، طبيب الأمراض النسائية الذي أجرى عمليات جراحية تجريبية على نساء مستعبدات من ذوات البشرة السوداء بدون تخديرهنّ وبدون موافقة مستنيرة من جانبهنّ (أوينز، 2017)، وفي الواقع تلك لم تكن حادثة عرضية. فعمدت مستشفيات الرقيق بشكل أساسي في تلك الحقبة إلى تيسير إنتاج المعارف حول ذوي البشرة السوداء في مجال الطب البيولوجي، وشجعت على الظنّ أنّه من الطبيعي أن تكون الأجسام السوداء مختلفة من الناحية الفسيولوجية وأقل شأناً من غيرها ومنيعة ضد الألم (هوغارث، 2017).

وبالتالي، إنّ التطوّرات التي شهدتها طبّ التوليد والأمراض النسائية انطوت على تناقض متأصل بالنسبة للنساء والفتيات الأكثر تهميشاً. ففي حين أنّ هذا المجال الطبي يحتوي على معارف وتكنولوجيا قادرة على إنقاذ الأرواح وتخفيف الآلام، إلا أنّه يتطوّر بفعل أضرار جمّة يلحقها بالنساء ويساهم في إدامتها حتى. وتعمّقت هذه الثنائية أيضاً مع ظهور الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة والتي أحدثت ثورة في تحقيق الاستقلالية الجسدية والإنجابية للنساء، وإنّما تم الترويج لها باعتبارها أداة لتطبيق نظريات تحسين النسل. يعتبر التحكم بالخصوبة،

بنظر الكثيرين ولا سيّما أوائل المطالبين به، وسيلةً للحد من الإنجاب لدى المجموعات السكانية "غير المرغوب بها"، وخاصةً النساء الفقيرات، والنساء ذوات الإعاقة، والنساء ذوات البشرة السوداء، والنساء من المجموعات العرقية المهمّشة في بلدان الجنوب، ونساء الشعوب الأصلية في شمال الكرة الأرضية (روس وسولنجر، 2017؛ جينسبورغ وراي، 1995). واستمرّ استخدام وسائل تنظيم الأسرة كأداة للتحكّم الإنجابي طيلة عقود. فمثلاً خلال حقبة الفصل العنصري في جنوب أفريقيا، كانت النساء ذوات البشرة السوداء يخضعنّ مراراً لبرامج تنظيم

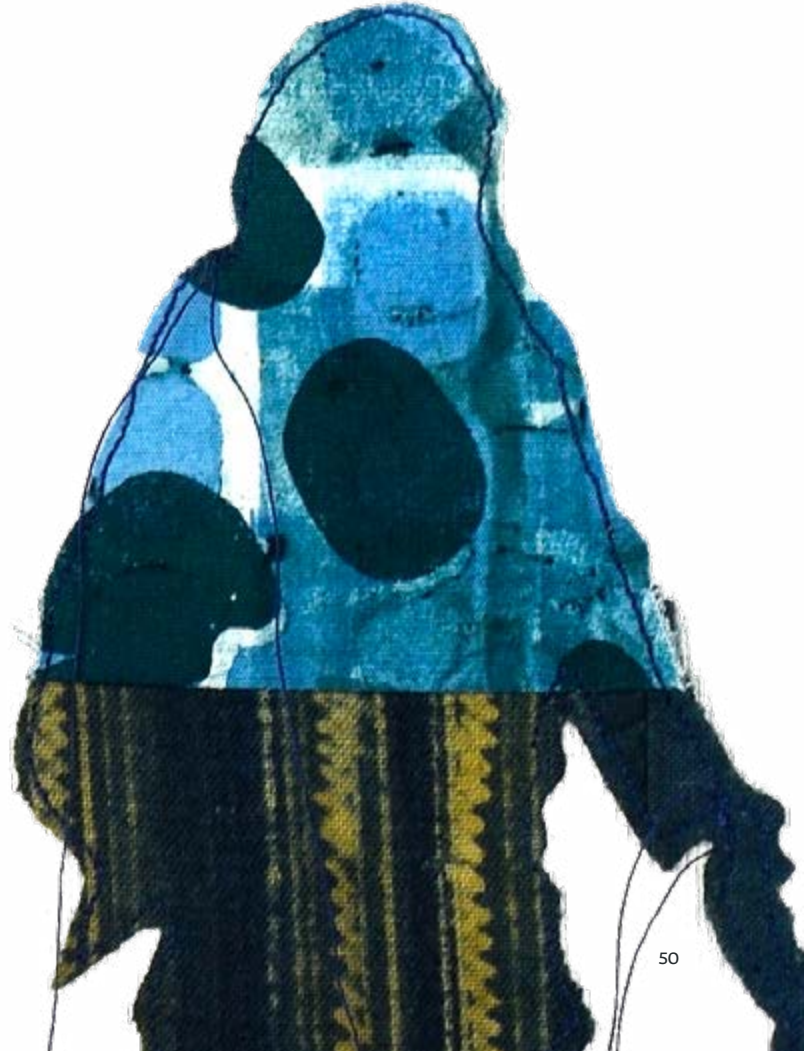


الأسرة المكثفة والتي كانت تنظم بذريعة التحكم بعدد السكان (كلوغمان، 1993).

وإن النساء ذوات البشرة السوداء اللواتي كنَّ يعيشن في ظل نظام الفصل العنصري بجنوب أفريقيا كنَّ أكثر عُرضة للعنف وسوء المعاملة المتعلقة بالتوليد في نظام الرعاية الصحية آنذاك. ولوحظ تقديم الرعاية بدون الحصول على موافقة مستنيرة وممارسة العنف أثناء التوليد في المستشفيات العامة التي تتجه إليها بشكل أساسي نساء من مجتمعات منخفضة الدخل، حيث اجتمعت عوامل متعددة للتمييز مثل النوع الاجتماعي والفقر والعرق. كان يتم التعامل هذه المجموعات السكانية بدون الحصول على موافقة مستنيرة من الأفراد، ولم تتم توعيتهم بحقوق المرضى، ولم يتم تدريب مقدمي الرعاية الصحية حول كيفية الحصول على موافقة مستنيرة وتقديم رعاية محترمة (جوكس وآخرون، 2015؛ روسيل، 2015).

يتلقى السكان ذوو البشرة السوداء وسائر الأشخاص المحرومين معاملةً دون المستوى تستمر حتى اليوم في المجال الطبي (صندوق الأمم المتحدة للسكان وآخرون، 2023). على سبيل المثال، أعربت الهيئات الدولية لحقوق الإنسان بشكل متكرر عن قلقها إزاء ما تواجهه نساء الروما من تمييز وانتهاكات مستمرة لحقوق الإنسان، ولا سيما في مجال رعاية الصحة الإنجابية (لجنة القضاء على التمييز العنصري، 2017؛ اللجنة المعنية بحقوق الإنسان، 2016؛ اللجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة، 2015). أصدر المركز الأوروبي لحقوق الروما في عام 2020 تقريراً عن الحقوق الإنجابية لنساء الروما تبين فيه أن العديد من النساء اللواتي شاركن في المقابلات قد شلّت حركتهن أثناء الولادة وخضعن لإيذاء بدني وحرمان من التخدير (المركز الأوروبي لحقوق الروما، 2020). لا يزال هذا الإرث موجوداً في ظلّ التفاوتات المستمرة على مستوى الصحة بين النساء ذوات البشرة السوداء ونساء الأقليات الإثنية في المملكة المتحدة (البرنامج البحثي البريطاني MBRRACE-UK، 2020) والولايات المتحدة (هويبرت، 2023)، وبين المهاجرين وأفراد بعض الطوائف في الهند (آلارد وآخرون، 2022) وبلدان أخرى في جنوب آسيا (كايلاشرامي وجون، 2023).

ومع ذلك، هناك تطوّر إيجابي يُلاحظ في الاهتمام المتزايد بما يحصل من تمييز وضرر داخل البيانات المعنية بالصحة الجنسية والإنجابية وفي مجموعة الأدلة المتنامية حول هذا الشأن (داون وآخرون، 2023). تشير هذه النتائج إلى أنّ التمييز مرتبط بالاعتقاد بأنّ إلحاق الضرر أمرٌ طبيعي، وأنّ هذا التمييز لا يكون دائماً غير مرئي بالنسبة للمهنيين في مجال الصحة والأنظمة الصحية وحتى المرضى أنفسهم. ويلاحظ الباحثون أنّه "حيثما تتم ممارسة العنف يومياً لدرجة اعتباره 'واقعة حياتية' بسيطة، يصبح العنف متوقعاً وغير مرئي وبالتالي يترسّخ هيكلياً في المجتمع". يُضاف إلى ذلك أنّ الجهود المبذولة للحدّ من العنف أو القضاء عليه لا تبدو فعّالة عندما لا تتم



معالجة التمييز والوصم (بوهرن وآخرون، 2022). وهذه الملاحظة قد تعتبر أيضاً بمثابة نداء للعمل على استئصال التحيز في الأماكن التي تقدّم فيها الرعاية الصحية.

يمكن تطبيق هذه النتائج بل ويجب تطبيقها على نطاق واسع في الأنظمة الصحية التي تقدّم الرعاية بشكل غير منصف على أساس العرق أو الانتماء الإثني أو الاختلافات الثقافية

أو حالة الهجرة أو أشكال التمييز. على سبيل المثال، لمعالجة المعاملة غير المحترمة والمسيئة للنساء أثناء الولادة، أطلقت منظمة الصحة العالمية نداءً للعمل موجّهاً إلى الحكومات ومقدّمي الرعاية الصحية والنقابات المهنية والمؤسسات التعليمية، واشتمل على البحث واحترام حقوق الإنسان وزيادة مشاركة النساء من المجتمعات المتضررة (منظمة الصحة العالمية، 2015).

التعقيم القسري: انتهاك مستمر

تُسهّم الرعاية الجيدة للصحة الجنسية والإنجابية في تمكين الأفراد، كما أنها تتأثر بالدرجة نفسها عند تمكين الأفراد. وعندما تكون رعاية الصحة الجنسية والإنجابية دون المعايير أو دون التصميم الجيد، وعندما يُحرم السكان من الخدمات وتحدث انتهاكات للحقوق الإنجابية، قد ينجم عن ذلك سلسلة من الأضرار التي تطال حياة الإنسان. كما أنّ أوجه الحرمان تساهم بالمقابل في تعزيز قابلية التعرّض لرعاية دون المعايير والحرمان من الرعاية والتعرّض لانتهاكات الحقوق. وقد تكون قضية التعقيم القسري أوضح مثال على ذلك، فهي تعد من الأشكال الأكثر تشدّداً للتحكم بالاستقلالية الإنجابية لشخص ما. يؤدّي التعقيم بدون رضا المرأة إلى حرمانها من إنجاب الأطفال بصورة دائمة، ما يفرض على المجتمع نظرة معيّنة مفادها أنّ بعض النساء لا يستحقّ أن يصبحن أمهات. لقد خضعت فئات كثيرة من النساء للتعقيم التعسفي تاريخياً وحالياً، بما في ذلك نساء الشعوب الأصلية والنساء من الأقليات الدينية والنساء ذوات الإعاقة والنساء المودعات في مؤسسات خاصة (سجن أو دار عجزة أو مصحة عقلية) والنساء المهاجرات والنساء الفقيرات في البيئات الريفية (روبرتس، 1991). على سبيل المثال، رُفعت شكاوى في عام 2015 إلى لجنة تحقيق المساواة بين الجنسين باسم 48 امرأة من جنوب أفريقيا كنّ قد تعرّضن للتعقيم الإجباري أو القسري في المستشفيات العامة. كانت جميع هؤلاء النساء من ذوات البشرة السوداء ومعظمهن مصابات بفيروس العوز المناعي البشري. وأُشرن إلى أنّهن أُقسرن أو أُجبرن على توقيع استمارات الموافقة التي تزعم أنّهن سمحن بتعقيمن بينما كنّ يعانين من ألم شديد أو في مرحلة المخاض النشط. وخلصت اللجنة إلى أنّ مقدّمات الشكاوى قد تعرّضن لانتهاك الحقوق في المساواة، والتحرّر من التمييز، والكرامة، والسلامة الجسدية، والحرية والأمن في أجسامهن، وأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، بما في ذلك الصحة والحقّ الجنسي والإنجابي (لجنة تحقيق المساواة بين الجنسين، 2020). ورد مثالاً آخر على ذلك في تقرير صدر عام 2022 عن مجلس حقوق الإنسان وسلط الضوء على أنّ التعقيم القسري هو ممارسة شائعة حول العالم (الجمعية العامة للأمم المتحدة، 2022).

ناشطات في الحركات الشعبية تسلطن الضوء على حالة النساء المفقودات أو المقتولات من الشعوب الأصلية

على الرغم من اختفاء والدته كارولين دي فورد في عام 1999، إلا أن الابنة لم تتمكن من التعبير عن الحزن العميق الذي انتابها منذ يوم الحادثة إلا في عام 2011 عندما وصفته بالخسارة الغامضة.

توضح دي فورد، وهي أحد أفراد قبيلة بوبالوب بولاية واشنطن وعضو في مجلس جمعية النساء المفقودات والمقتولات من الشعوب الأصلية بالولايات المتحدة: "تشعر أنك محاصر بالأفكار ولا تستطيع تجاوز المحنة وتراودك الأسئلة نفسها طيلة الوقت، مرات ومرات تبادر إلى ذهني كل ما يمكن أن تكون أمي قد تعرضت له بجميع الطرق الممكنة".

خاتمة غير مكتملة يواجهها آلاف السكان الأصليين في جميع أنحاء الولايات المتحدة كل سنة عندما يبلّغون أن أقاربهم باتوا في عداد المفقودين. يبدو معدل حالات قتل الأمريكيات الأصليات اللواتي يعشن في محميات الهنود الحمر الأمريكيين أكثر بعشرة أضعاف من المعدل الوسطي الوطني (معهد صحة الهنود الحمر في المناطق الحضرية، 2018)، ما يعني أن القتل هو السبب الرئيسي للوفاة بين النساء الأصليات. ورغم أن نتائج الإحصاءات تبدو واضحة إلا أن هناك فجوات كبرى على مستوى البيانات، ما يعني أن الأعداد

الحقيقية للنساء المقتولات قد يفوق التقديرات الإحصائية. ففي عام 2016، أبلغ المركز الوطني لاستعلامات الجرائم عن 5,712 حالة لنساء وفتيات مفقودات من الهنود الحمر وسكان ألاسكا الأصليين. وفي العام نفسه سجلت وزارة العدل بالولايات المتحدة 116 حالة جديدة في قاعدة بيانات الأشخاص المفقودين لديها.

هناك عوامل تساهم في الافتقار إلى بيانات موثوقة مثل عدم الإبلاغ عن جميع حالات القتل، وسوء تصنيف البيانات على أساس عرقي، وعدم التزام المجتمعات الأصلية بإنفاذ القانون (معهد صحة الهنود الحمر في المناطق الحضرية، 2018). وتتفاقم المشكلة بسبب شبكة الولاية القضائية القائمة بالولايات المتحدة. ففي عام 1978، أصدرت المحكمة العليا بالولايات المتحدة قراراً يمنع الأمم القبلية من الادعاء على سكان غير أصليين يرتكبون جرائم ضد سكان أصليين على أراضي قبلية. وبالتالي، عندما تُرتكب جريمة عنيفة يقع أحد السكان الأصليين ضحيتها، ينبغي حينئذ تحديد أمور عدة قبل معرفة أي سلطات ستتولى القضية. يجب أن يتم تحديد هوية الضحية والجناة بالنظر إلى ما إذا كانوا من السكان الأصليين أو غير الأصليين، ويجب تحديد موقع الجريمة بالنظر إلى ما كانت قد وقعت في محمية

للهنود الحمر الأمريكيين أو على أراضي أخرى، ويجب تحديد طبيعة الفعل وحدته. يعتقد الكثيرون أن الجناة تمكنوا من استغلال هذا اللبس بـغية استهداف نساء وفتيات الشعوب الأصلية. تقول دي فورد: "يجب أن نتمكن من إقامة ولاية قضائية على الجرائم المرتكبة على أراضيها، فنحن أمم تعيش داخل أمم وفعلنا نحن أمم مستقلة داخل أمة كبيرة، وقدرتنا على حماية شعبنا ضئيلة جداً".

تؤكد أسر المفقودين والمدافعون عن السكان الأصليين أن التحقيقات لا تنسم بالجدية المطلوبة حتى عندما تُجرى. وتقول دي فورد: "يبدو أن الجميع يتناقل المسؤولية لكي لا تقع على عاتق أحد، ربما الحقيقة ليست كذلك، ولكن هذا ما يبدو لنا".

في عام 2013، أعيد إقرار قانون مكافحة العنف ضد المرأة الذي أعاد إقامة الولاية القضائية الجنائية القبلية على السكان الأصليين الذين يرتكبون جرائم العنف الداخلي على أراضي قبلية. أما القانون الذي أقر مؤخراً في عام 2022 فأتسع ليشمل قائمة بالجرائم التي يمكن الادعاء عليها بما فيها على سبيل المثال لا الحصر العنف الجنسي والاتجار بالأشخاص ومطاردتهم لأغراض الاستغلال الجنسي. تقول الدكتورة



كارولين دي فورد، التي اختفت والدتها في عام 1999، تعمل مع جمعية النساء المفقودات والمقتولات من الشعوب الأصلية بالولايات المتحدة من أجل مناصرة حقوق النساء والفتيات من الشعوب الأصلية ورفاههن في البلد.

© Carolyn DeFord

عن هذه القضية. تمكنت من إجراء تلك المحادثات التي سمحت للأسر أن تهتم بنفسها وأن تتواجد حيثما يمكنها أن تحقق أقصى قدر من الفائدة. ساعدني ذلك في تجاوز محنتي وشعرتُ بالفعل أنَّ التجربة المرعبة والمرعبة التي مررتُ بها لم تذهب سُدًى. أشعر أنَّ تجربتي تأخذني لغاية سامية عندما تمكّنت من مساعدة الآخرين."

يساهم المدافعون المحليون عن هذه القضية في إعادة تشكيل القوانين. وتقول دي فورد: "هنا تم إقرار أولى التشريعات في البلد بفضل الآراء الشعبية وبفضل الأسر التي تذهب وتدلي بشهادتها وتشارك قصصنا وخيبتنا واحتياجاتنا".

توفّر المنظمات لإجراء هذه الأبحاث تعتبر بالغة الأهمية."

هناك خطوة أخرى هامة تتمثل في القضاء على القوالب النمطية المرتبطة بالشعوب والمجتمعات الأصلية. وتوضح وايتبير: "من المفيد للغاية أن تُلغى النظرة السائدة التي تعتبر أننا كائنات قابلة للإتلاف وأنَّ استغلال أجسادنا أمر طبيعي، أعني أنَّ ما يساعد في إنهاء العنف الممارس ضد نساء الشعوب الأصلية هو اعتبار هذه القضية بمثابة قضية رأي عام غير محصورة بالشعوب الأصلية، إنها قضية الجميع".

لقد تعلّمت دي فورد خلال السنوات التي تلت اختفاء والدتها أن توفّر حزنها لمساعدة أسر أخرى تبحث عن أجوبة على أسئلتها، وتوضح قائلة: "إنَّ مشاركة قصتي مع الآخرين ساعدتني فعلاً على التعافي، لقد تمكّنت من استخدام تجربتي لمساعدة هؤلاء، تماماً كما فعل معي المدافعون

لوهوي وايتبير، بروفيسورة في الدراسات حول الشعوب الأصلية في جامعة ولاية أوريغون وعضو في مجلس جمعية النساء المفقودات والمقتولات من الشعوب الأصلية بالولايات المتحدة، إنَّ الأمم القبلية بات لديها القدرة الآن على الوصول لمجموعة من الأدوات لحماية مجتمعاتها من الضرر، وتوضح أنَّ الإصلاحات القانونية لا زالت محدودة على الرغم من ذلك. "يظنّ الناس أننا نجحنا ولكنّ الخواتيم ليست دائماً سعيدة".

تشير البروفيسورة وايتبير إلى أنَّ قانون مكافحة العنف ضد المرأة الذي أُقرّ في عام 2022 لا يشمل جميع الأمم القبلية، بل فقط الأمم المعترف بها على المستوى الفدرالي. هذا يعني أنَّ القانون لا يشمل الأمم غير المعترف بها مثل أمة كوستال باند شوماش التي تنتمي إليها الدكتورة وايتبير. وفي هذا السياق تُطرح أيضاً قضية الموارد بما أنَّ القبائل نادراً ما تتلقى التمويل أو التدريب الكافي لإجراء تحقيقات دقيقة.

تتدخل المنظمات الشعبية لتقديم المساعدة وهذا ما تفعله جمعية النساء المفقودات والمقتولات من الشعوب الأصلية بالولايات المتحدة. تكون الأمور الأساسية عادةً أكثر ما تحتاجه الأسر عندما يصبح أحد أحيائها في عداد المفقودين: تذكرة طيران للهروب، أو البقاء على الأرض لإجراء تحقيق، أو توفير المال لتوظيف مربية تعتني بالأطفال الذين اختفى أبائهم. تقول وايتبير: "أشعر بالامتنان فعلاً لوجود أشخاص يكرّسون كل هذا الوقت من أجل إعداد منشورات عن المفقودين وإجراء أبحاث ميدانية سعيًا للعثور عليهم. تكون الأسرة أحياناً مجبرة على الاختيار بين إيفاق مالها على الطعام أو على البحث عن الشخص المفقود ذلك أنَّ الدعم لا يتوفر دائماً للبحث والتحري. ولذلك فإنَّ الموارد التي

إرث من المعلومات الخاطئة

على الرغم من التقدم المحرز في العلوم الطبية وفي الاتفاقيات الدولية لحقوق الإنسان، لا زالت المعلومات المزورة والافتراضات المنتشرة على نطاق واسع ومتغلغلة في المعايير الاجتماعية والقوانين المحلية وكذلك في الأنظمة الصحية والتعليمية. ونتيجة لذلك، لا زالت هذه المفاهيم الخاطئة المتبقية تلحق الضرر بالسكان. ويستند الكثير منها إلى فهم شديد البساطة للتطور الجنسي لدى البشر. فعندما يُفترض أن التطور والسمات والهوية الجنسية يجب أن تتبع مساراً معيارياً واحداً، عندئذ أي تنوع طبيعي يحدث في التجربة البشرية سوف يبدو وكأنه ناجم عن خطأ أو اضطراب ما. وبالتالي، إن الأشخاص الذين لا يلبون التوقعات قد يجدون أنفسهم محرومين من الخدمات أو حتى متضررين من السياسات والممارسات.

على سبيل المثال، كانت دورة الطمث الأولى تعتبر بالنسبة للكثيرين إشارة حاسمة من الناحية البيولوجية على جهوزية الفتاة للحمل. وكان يُفترض أن القدرة على الطمث تشير إلى الخصوبة وإلى القدرة على الحمل، وكان المجتمع والقانون يحددان قابلية زواج الفتاة بالنظر إلى ما إذا كانت قد بلغت الطمث أو لا. وانتشرت هذه الفكرة حتى سبعينات القرن العشرين إذ ورد في أحد الكتب الدولية حول الأمراض النسائية أن الطمث هو "بكاء الرحم الخائب" (جيفكوات، 1975) في إيعاز إلى فكرة أن الطمث هو إشارة إلى إخفاق جسم الأنثى بالحمل.

تطورت الآراء المتعلقة بدورة الطمث الأولى مع مرور الوقت واعترفت وجهات النظر المعاصرة بفهم أشمل للنضج البدني والعاطفي. وبات اليوم يُعرف أن دورات الطمث الأولى لا تتوافق دائماً مع إطلاق بويضة، وبالتالي هي لا تشكل إشارة بالضرورة على أن الحمل ممكن (كارلسون وشاو، 2019). وتأتي دورة الطمث الأولى في أعمار مختلفة حسب عوامل عدة مثل الجينات الوراثية والحالة التغذوية والتعرض للملوثات

البيئية (فورمان وآخرون، 2013)، وإن النضج العقلي والنفسي يتبلور بعد مرور سنوات وعقود حتى على متوسط العمر لدورة الطمث الأولى (آرين وآخرون، 2013). ويعتبر اليوم أن الحمل والأمومة في بداية سن المراهقة يشكلان تهديداً لحياة الفتيات ويعرضانها لمخاطر تطل صحتها الفسيولوجية والعقلية.

ومع ذلك، بدلاً من توعية المجتمع بأن دورة الطمث الأولى هي عامل من بين عوامل كثيرة في عملية تطور الخصوبة، لا زالت تعتبر كإشارة على أن الجسم "مستعد" للحمل. يمكن استخدام هذه المبالغة في التبسيط لدعم معتقدات خاطئة مثل فكرة أن المراهقات اليافعات لا يحتجن إلى تثقيف حول الطمث أو فرضية أن المراهقات الحوامل جاهزات للولادة من الناحية الفسيولوجية.

وهناك مبالغة أخرى في التبسيط تشمل جوهرية النوع الاجتماعي، وهي فكرة بالية تعتبر الرجال مختلفين عن النساء من الناحية البيولوجية والفسيولوجية وفي قدراتهم الفطرية، وأن هذه الاختلافات غير قابلة للتغيير (ميير وغيلمان، 2016). وقد خلص الباحثون في اختصاصات متعددة إلى تكذيب هذه الفكرة: "تشتمل الأدلة على نتائج من العلوم العصبية تدحض ثنائية الشكل الجنسي"، أي أنها تدحض وجود فئتين مختلفتين وثابنتين في الجنس، "ما يشير إلى أن الميل للنظر إلى النوع الاجتماعي/الجنس باعتباره ينقسم إلى فئتين ملموستين هو مسألة مرنة وتحدد على المستوى الثقافي" (هايد وآخرون، 2019).

وتبدو الحقيقة أكثر تعقيداً بكثير إذ يتم الخلط دائماً بين مصطلح "الجنس" ومصطلح "النوع الاجتماعي" رغم أنهما يحملان معانٍ مختلفة. الجنس هو الخصائص البيولوجية والفسيولوجية لدى الإناث والذكور مثل الكروموسومات والهرمونات والأعضاء التناسلية. في معظم الأحيان، يُنظر إلى الجنس على أنه منقسم إلى فئتين فقط، ولكن الدراسات تقدر أن قرابة 2 بالمائة من الأشخاص يحملون صفات الجنسين (وارتفعت بعض

ونيبال ونيوزيلندا وباكستان والفلبين وساموا وتايلند وتونغا والولايات المتحدة) (المفوضية السامية لحقوق الإنسان، 2023).

ليس هناك أي جانب سياسي أو إيديولوجي في الإقرار بوجود تنوع قائم على النوع الاجتماعي أو الإشارة إلى هيمنة سمات جنسية لا تندرج ضمن المثوية. وهذا التعقيد لا يتطلب إلغاء فئتي "الرجال" و"النساء". في الواقع إن التوافق العالمي حول تحقيق المساواة بين الجنسين يتطلب تحديد الأضرار المرتبطة إلى حد كبير بالرجال والفتيان أو بالنساء والفتيات. ولكن الأضرار التي ترتبط إلى حد

الإحصاءات لنسبة 4 بالمائة [جونز، 2018]، أي أن لديهم تركيب بنوي أو كروموسومات أو هرمونات أو سمات بدنية أخرى لا تندرج تماماً في إطار ثنائية الذكر والأنثى. أما النوع الاجتماعي فهو عبارة عن خصائص طورها المجتمع للنساء والرجال والفتيات والفتيان إضافة إلى عملية مطابقة هذه التوقعات الاجتماعية من خلال معايير وسلوكيات وأدوار ووسائل أخرى (منظمة الصحة العالمية، بدون تاريخ). والنوع الاجتماعي أيضاً يتحدى الثنائية: تعترف مجتمعات كثيرة حول العالم بالهويات التي لا تتوافق مع ثنائية الذكر والأنثى (بما فيها الأرجنتين وأستراليا وبنغلاديش وكندا وفيجي والهند والمكسيك

عندما تكون التوقعات المتعلقة بالنوع الاجتماعي هدفاً متحركاً

يولد الكثير من السكان بسمات جنسية لا تندرج ضمن المثوية ولكن الأنظمة الاجتماعية والصحية تجبرهم على تلبية معايير أحد الجنسين في إطار الثنائية. فأولئك الذين يعيشون ثنائية الجنس في داخلهم غالباً ما يواجهون التدقيق والوصم والاستبعاد لأنهم يخفون في تجسيد تلك المعايير الجنسية بصورة كافية.

على سبيل المثال العداء كاستر سيمينيا التي تعد من نخبة الرياضيين في جنوب أفريقيا والتي تم تحديد جنسها كأنتى عند الولادة ولطالما اعتبرت نفسها من الإناث. ومع ذلك، كانت أنوثتها محل تشكيك من المنافسين والمنافسات والمؤسسات الرياضية. وهذا موقف شائع بين النساء والفتيات الرياضيات إذ يُنظر إليهن على أنهن شديداً الذكور. وقد تم قسر العداء لمتابعة علاجات هرمونية بغية "تصحيح" جسمها الطبيعي. وواصلت الفوز في السباقات أثناء تلقيها العلاج الهرموني ولكنها شعرت بالتعب والغثيان وقالت آنذاك: "كنت أركض في جسم غير جسمي" (سيمينيا، 2023). كما أنها خضعت بشكل متكرر لاختبارات جنس باضعة، وهو انتهاك لسلسلة من الحقوق الأساسية المتمتعة بحماية دولية. حكمت المحكمة الأوروبية لحقوق الإنسان مؤخراً بأن حقها في التححر من التمييز وفي التمتع بحياة خاصة قد انتهك (المحكمة الأوروبية لحقوق الإنسان، 2023)، ومع ذلك استمرّ مجلس إدارة الاتحاد الدولي لألعاب القوى بمنعها من المشاركة في الفعاليات الرياضية (رايد ووردن، 2023). وهي واحدة من بين عداءات كثيرات حقّقن شهرة عالمية (الكثيرات منهن من بلدان نامية) مُنعت من الدخول في المنافسة وضُغت عليهن من أجل الخضوع لجراحات أو لفحوصات الأعضاء التناسلية أو لكليهما. هذا كلّهُ لأنّ السمات الجنسية التي تكوّنت لديهن بشكل طبيعي تعتبر غير مقبولة بنظر السلطات التي تنظّم مباريات ألعاب القوى (لونغان، 2024).

السكانية البشرية وفيما بينها، وبالتالي إن استخدام شكل الحوض النسائي (gynecoid) كنموذج لجميع النساء ليس مثبّثاً من الناحية التجريبية وليس دقيقاً وقد يعرّض النساء للخطر خاصة النساء من سلالات غير أوروبية" (بيتي، 2021).

هناك مفاهيم خاطئة مماثلة تؤثر على إمكانية الحصول على مسكنات الألم وسائر أشكال الرعاية. وتبيّن في إحدى الدراسات التي صدرت عام 2016 بالولايات المتحدة أنّ قرابة نصف طلاب الطب والأطباء المقيمين المشاركين في الدراسة قد أيّدوا معتقداً خاطئاً واحداً على الأقل حول الاختلافات البيولوجية بين ذوي البشرة البيضاء وذوي البشرة السوداء، مثل الاعتقاد بأنّ السكان ذوي البشرة السوداء لديهم أطراف عصبية أقل حساسية وبشرة أسمك وخصوبة أعلى (هوفمان وآخرون، 2016).

ومثال أخير على ذلك هو انتشار مفاهيم خاطئة حول التاريخ أيضاً، يترافق مع تداعيات مستمرة على الوصول إلى الخدمات التي من شأنها أن تمكّن الاستقلالية الجسدية والصحة الجنسية والإنجابية. على سبيل المثال، تشير سرديات شعبية كثيرة إلى أنّ النهوض بالحقوق الجنسية وحقوق الإجهاض على الصعيد الدولي هو شكل من أشكال التأثير الغربي (المفوضية السامية لحقوق الإنسان، 2023 أ). وقد برزت أدلة كثيرة تلقي اللوم على الأنظمة الاستعمارية التي عملت على سنّ وإنفاذ المعايير والقوانين الناجمة عن معاداة المثليين وفرض القيود على الاستقلالية الجسدية للمرأة (راجع المقال في الصفحة 60). بقيت هذه المعايير والقوانين نافذة في معظم الأحيان حتى بعد أن نالت تلك البلدان استقلالها وتحرّرت من السيطرة الاستعمارية، حتى في الحالات التي كانت فيها ثقافات ما قبل الاستعمار منفتحة نسبياً على التنوع في التعبير الجنساني والتوجّه الجنسي.

كبير بالأشخاص غير المتطابقين مع ثنائية الجنس أو النوع الاجتماعي يجب أن يتم تحديدها بدقة، وإلا ستبقى هذه الأضرار موجودة وهي أضرار جمة. تشير المفوضية السامية لحقوق الإنسان إلى حالات قتل المواليد الجدد الذين يحملون صفات الجنسين، وإلى إخضاع حاملي صفات الجنسين لتدخلات طبية إجبارية وقسرية، وإلى تعرّضهم للتمييز في التعليم والرياضة والتوظيف وخدمات أخرى، وإلى عدم قدرتهم على الاحتكام للقضاء والحصول على اعتراف قانوني (المفوضية السامية لحقوق الإنسان، بدون تاريخ أ). وإنّ الأشخاص ذوي توجّهات جنسية وتعبيرات جنسانية متنوعة، بمن فيهم المثليات والمثليين ومزدوجي الميل الجنسي ومغايري النوع الاجتماعي، يواجهون أيضاً انتشار ممارسات التمييز والعنف بما في ذلك العنف المشرّع بموجب القانون والمنفذ من جانب الدولة (المفوضية السامية لحقوق الإنسان، بدون تاريخ ب). وإنّ عدم الاعتراف بالتنوع الجنسي مثل نكران وجوده ورفض جمع البيانات عن الأقليات الجنسية لا يُفضي بل ولا يمكن أن يُفضي إلى القضاء على المعاملة الوحشية والاستبعاد.

وإنّ المعلومات الخاطئة حول وجود اختلافات تشريحية على أسس عرقية في التركيبات البنيوية لا زالت متجذّرة في أنظمة التعليم، بما فيها أنظمة التعليم الطبي. على سبيل المثال، إنّ العديد من الكتب المعاصرة حول القبالة والتوليد لا زالت تستخدم تصنيف أشكال الحوض الذي اقترحه الطبيب كالدويل ومولوي في عام 1938. وهما يعتقدان أنّ أشكال الحوض النسائي كانت "فوق الطبيعة البشرية"، بمعنى أنّها تجاوزت المعيار المتصوّر للتطوّر البشري، في حين أنّ أحواض الرجال "توقّف تطوّرهما منذ أن كان الإنسان قرداً". ويشير الباحثون اليوم إلى "وجود أدلة جيدة على أنّ شكل قناة الولادة شديد التغيّر بين امرأة وأخرى، وقد يختلف حتى داخل المجموعات

فهمٌ جديدٌ اعتمدته الأنظمة الصحية

يقرّ الخبراء في مجال الصحة الآن بأنّ دورة الطمث الأولى لا تشكّل دلالة على أنّ الفتاة أصبحت امرأة، وأنّ الافتراضات القائمة على أساس عرقي فيما يتعلق بالآلام الطمث وأشكال الحوض قد تؤدي إلى نتائج ضارة. باتت الأنظمة الصحية تعترف أكثر فأكثر بأنّ التعبير المتعلق بالنوع الاجتماعي لا يدخل ضمن التصنيف الثنائي الجنسي وبأنّ تنوّع التوجه الجنسي وحمل صفات الجنسين يدخل في طيف التطوّر الطبيعي للبشر. فمثلاً هناك سماتٌ كثيرة لدى الأقليات الجنسية كانت تصنّف كمرض ولكن أعيد تصنيفها خلال العقود الثلاثة الماضية لتُصنّف في فئات غير مَرَضِيّة أو لتُحذف من رموز التشخيص. وما جرى لا يُعدّ مجرد جهد لإعمال حقوق الإنسان بشكل أفضل وإنما يعكس أيضاً "النوعية الرديئة للأدلة والأسس المنطقية الاجتماعية التي برّرت" هذه التشخيصات من البداية (كاربنتر، 2018). وتبدو هذه النقطة متسقة مع الجهود العالمية المبذولة لتحسين الصحة العامة بمجملها من خلال إزالة الوصم (برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس العوز المناعي البشري / متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) 2021) وإذكاء الوعي حول ضرورة تصميم خدمات صحية موجهة لمجموعات سكانية أكثر تنوعاً بكثير ممّا تمّ الإقرار به في السابق.

مع ذلك، تنظر بعض الدول في اعتماد تدابير تركز تصنيف التنوع القائم على النوع الاجتماعي كمرض وتتدخل في الرعاية الصحية المؤكدة على الحقوق. في عام 2021، تم اقتراح مشروع قانون بغواتيمالا يسعى إلى حماية الأطفال من "الاضطراب" و"الصدمة" المتعلقة بمغايرة هوية النوع الاجتماعي ولكن لم يتم إقراره في نهاية المطاف، وينظر واضعو السياسات في غانا في إعداد مشروع قانون يروّج لممارسات تُعرف باسم "العلاج التحويلي" من خلال تقديم حوافز لمغايري هوية النوع الاجتماعي الذين يقبلون إنكار هوية النوع الاجتماعي لديهم (المفوضية السامية لحقوق الإنسان، 2023tk). وفي عام 2023، تم إقرار 87 قانوناً ضد مغايرة هوية النوع الاجتماعي بالولايات المتحدة من أصل 600 مشروع قانون تم اقتراحها على الأصعدة المحلية والفيدرالية وعلى صعيد الولايات. واشتملت على قوانين تجرّم العاملين في مجال الصحة بسبب إحالة مغايري هوية النوع الاجتماعي إلى رعاية تؤكد هوية النوع الاجتماعي لديهم أو بسبب تقديم هذا النوع من الرعاية

لهم (منظمة Trans Legislation

Tracker، بدون تاريخ).



جسرٌ يعبر بنا نحو مستقبل مشرق

يجب ألا يكون التوفيق بين الأنظمة الصحية الحديثة والموروثة أمراً مؤلماً أو عقابياً. وكما أظهر تاريخ المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، هناك جدول أعمال مشترك متفق عليه عالمياً من أجل تأمين المساواة بين الجنسين وإعمال الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية لجميع السكان. وتُلمس المنافع المتأتية من جدول الأعمال المشترك هذا على الصعيد الفردي من حيث حقوق الإنسان التي تم إعمالها، وأعلى مستوى من الصحة تم الوصول إليه، والإمكانات البشرية التي تم توسيع نطاقه، كما يمكن ملاحظتها جلياً في جميع المجتمعات المحلية والمجتمعات الكبيرة والشعوب والمناطق. يلزم بذل جهود متضافرة وممولة تمويلًا جيداً بُغية تحقيق هذه الأهداف المتفق عليها، من دون إهمال السكان الذين جنوا مكاسب التقدم بالفعل وإنما دعم أولئك الذين لم يحصدوها بعد.

ومما لا شك فيه أنّ الكثير من التطورات الطبية والمجتمعية كانت مدعومة بتاريخ طويل من سوء المعاملة في النظام الصحي، بدءاً بالتدخلات التي تجري باستخدام أدوات مثل منظار سيمز ووصولاً إلى دوافع تحسين النسل التي ساهمت في نهاية المطاف بتوسيع الوصول إلى وسائل تنظيم الأسرة. ويجدر الاعتراف بشكل لا يحتمل الجدل أيضاً بأنّ السلالات التي كانت تتعرض لمعاملة سيئة لا زالت تعاني من أضعف القدرات على الوصول إلى تلك الخدمات والحقوق والوسائل التكنولوجية.

وبالتالي، ثمة ضرورة ملحة ندعونا إلى التعلّم من أخطاء الماضي. فإنّ الوسائل التكنولوجية المرتبطة بالصحة الإنجابية لا زالت تتطوّر بسرعة وتتيح الفرص لإفادة الأفراد ولإدامة الانتهاكات في أن (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2024ب). وهناك أدوات تشخيص مفيدة يُساء استخدامها بشكل شائع مثل اختبارات ما قبل الولادة، وهي اختبارات تُستخدم مثلاً لاختيار الجنس على أساس متحيّز للنوع الاجتماعي. وإنّ مستخدمي الوسائل التكنولوجية الجديدة والفعالة والرقمية يتيحون المجال

بالفعل للوصول إلى بيانات شديدة الخصوصية، غالباً من دون أن يدركوا ذلك. وتلوح في الأفق وسائل التشخيص المعزّزة بالذكاء الاصطناعي، وعلاجات نقل السيتوبلازم التي تنتج جنيناً لديه ثلاثة آباء، وعملية تكوّن الأمشاج في المختبر التي تنتج خلايا لحويوان منوي أو خلايا لبويضية من خلايا غير إنجابية. هذه الابتكارات من شأنها أن تغيّر طبيعة الإنجاب وإعدادات الجنس والأسرة وتُضاف إلى تطوّرات أخرى كثيرة. وإنّ إمكانية إلحاق ضرر شديد موجودة، بما فيها مسائل متعلقة بسلامة المرضى وخصوصيتهم وكذلك "مخاوف أخلاقية حول تسليع الإنجاب البشري"، وإن كانت تترافق مع مكاسب إيجابية هامة. وما دام استخدام هذه الوسائل التكنولوجية ممكناً لغرض إساءة معاملة المجموعات المهمّشة أو استبعادها، يمكن أيضاً توظيفها كأدوات تشجّع على الشمول والتمكين. يمكن أن يتم ذلك من خلال توسيع نطاق الخدمات الجيدة للصحة الجنسية والإنجابية لتشمل أولئك لا يتم الوصول إليهم حالياً، ومن خلال تمكين الأفراد المتنوّعين جنسانياً والأشخاص المستبعدين من خدمات علاج العقم (بيرييت ويوجين، 2022) لكي يؤسّسوا الأسر التي تناسب اختياراتهم.

الحركات الحاصلة حول العالم تساعدنا على التصالح مع علل الماضي (راجع الصفحة 108)، ويمكن لهذه الجهود بل ويجب عليها أن تثيري رؤيتنا للمستقبل. تستهدف الجهات المانحة العالمية بعض المجتمعات الأشد تخلفاً عن الركب لتستثمر في مبادرات التدريب على مهنة القبالة والتثقيف حول المساواة بين الجنسين والتربية الجنسية الشاملة. وتساهم زيادة الإدماج في الطب والأبحاث في تحسين جودة المعارف المتعلقة بالبشر. لقد تبلور لدينا فهمٌ أشدّ وضوحاً اليوم للتنوع في التعبير الجنساني، ولكيفية تغيّر المعايير الجنسية داخل البلدان وفيما بينها، ولماهية سمات الجنس المعقدة والمتنوّعة. ولقد تكوّن لدينا فهمٌ أشدّ وضوحاً لكيفية استبعاد النساء ذوات البشرة السمراء ونساء الشعوب الأصلية في جنوب الكرة الأرضية من أوجه تقدّم كثيرة أحرزت في مجال الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية.

ووفق ما أبلغت به النساء أنفسهن في التحليل الوارد ضمن هذا التقرير الذي تناول الحواجز التي تحول دون الاستفادة من الرعاية الصحية، (الصفحة 28)، فقد تبين أن هذا التقدم ممكن بالفعل، وأن هؤلاء المجموعات من النساء اللواتي واجهن أكثر الحواجز التي تمنع الوصول الرعاية الصحية ولمسن أدنى مستوياته قد لاحظن حدوث تقدم بالفعل. وسجلت بعض البلدان أفضل التحسينات في الوصول إلى الرعاية الصحية بين المجموعات الإثنية التي كانت في السابق تتعرض

لأسوأ المستويات في الحواجز المبلغ عنها ذاتياً للاحية الوصول إلى الرعاية، وهي إشارات تدل على إمكانية تسريع التقدم المحرز بالفعل. وفي حين تبرز الحاجة إلى المزيد والمزيد من الأدلة لتصميم سياسات وبرامج كفيلة بالوصول إلى جميع الأشخاص (راجع الفصل الثالث)، إلا أن الحاجة إلى الرؤية الثاقبة لعدم الإنصاف وبالتالي لإمكانية التوصل إلى عدالة حقيقية لم تكن يوماً بهذا القدر من الوضوح.



حقائب بيلوم هي حقائب كبيرة مستخدمة في بابوا غينيا الجديدة، يستخدمها السكان لنقل المشتريات أثناء التجول في السوق ولحمل الأطفال، فكلمة "بيلوم" بلغة توك بيسين تعني "بطن"، وكذلك في مراسم دفن الشخصيات البارزة في المجتمع. وبالتالي ترافق هذه الحقائب سكان البلد طيلة حياتهم. هذا النمط الذي يُعرف باسم Skin Pik يمثل نضال النساء في سبيل أن يحظين بمكانة مرئية ومسموعة ومحترمة. © UNFPA Papua New Guinea/PidginProductions

تحرير المعايير الجنسية والمرتبطة بالنوع الاجتماعي من أثر الاستعمار

في تموز (يوليو) 2023، أصدر الأمين العام للأمم المتحدة تقريراً يلفت الانتباه إلى دور الاستعمار في إدامة العنف والتمييز ضد المجموعات السكانية المتنوعة تبعاً للنوع الاجتماعي (المفوضية السامية لحقوق الإنسان، 2023). وقد أعدّ التقريرَ الخبيرُ المستقل المعني بالحماية من العنف والتمييز القائمين على أساس الميل الجنسي والهوية الجنسية بالاستناد إلى مئات الاجتماعات والزيارات والمعلومات المتبادلة مع جهات فاعلة حكومية وغير حكومية حول العالم. وقد أظهرت الأدلة التراكمية أنّ ما وظّفته سلطات الاستعمار من استراتيجيات محددة للتحكم بالسكان المستعمرين قد أدّت إلى وصم الانجذاب إلى أشخاص من نفس الجنس ومغايرة هويات النوع الاجتماعي وأشكال أخرى من التعبيرات المتنوعة للنوع الاجتماعي وإلى تجريم هذه الأمور وتصنيفها كمرض.

التنوع قبل حقبة الاستعمار

لطالما كان التنوع في التوجهات الجنسية وهويات النوع الاجتماعي موجوداً في كل مكان وفي التاريخ المسجّل من البابايان إلى أي الحُمة الروحيين للمجتمعات الأصلية الفلبينية إلى أفراد الأوبغانجي بنيجيريا. ولطالما كان الأفراد الذين يجسّدون هويات النوع الاجتماعي المتغيرة محبوبين وموقرين في مجتمعات كثيرة، مثل "الأشخاص ذي روحين" بأمريكا الشمالية، والبنوجو بأوروبا، والموكسيس بالمكسيك،

والهيجرا بالهند وبنغلاديش، وتاكاتابوي بنيوزيلندا و"الفتيات الشقيقات" ضمن الشعوب الأصلية وجزر مضيق تورس بأستراليا.

وبالتالي، يختلف المعنى الاجتماعي المرتبط بالخصائص الجنسية مع تغيّر الثقافات حول العالم. من المؤكد أنّ الهياكل الاجتماعية الأبوية والقائمة على معيارية المغايرة الجنسية كانت موجودة في الكثير من مجتمعات قبل الاستعمار، إلّا أنّ هناك أدلة وافرة تشير إلى معيارية التغيّر في النوع الاجتماعي في مجتمعات أخرى. حتى أنّ بعض المجتمعات قد خصّصت وظائف للأشخاص ذوي خصائص جنسية وجنسانية متنوّعة، بما فيها مناصب المستشارين، والقادة العسكريين، وأعضاء المحاكم الملكية، ومعالجين ومحافظين على الممارسات التقليدية.

استراتيجيات السيطرة الاستعمارية

وفي حين أنّ المشاريع الاستعمارية الحديثة لم تختَر معايير ثنائية الجنس، إلّا أنّها أدّت إلى فرض هذه الثنائية تلقائياً من خلال قوانين وممارسات أثرت على السكان المستعمرين طيلة قرون من السيطرة. واشتملت الاستراتيجيات الاستعمارية على دفع الشعوب المستعمرة لاعتماد أديان معينة والاعتماد على مؤسسات دينية، وتجريم عدم الامتثال للمعايير الجنسانية

والجنسية، وإنفاذ التسلسلات الهرمية الاجتماعية الصارمة.

وأعطيت المبررات الدينية والعلمانية للقوانين الأخلاقية التي عملت سلطات الاستعمار على إنفاذها. تشتمل الأمثلة على محاكم التفتيش بالبرتغال وإسبانيا التي تعاقب على جريمة "الخطيئة الشنيعة"، والقوانين الفرنسية التي تجرّم "الأفعال الخبيثة أو غير الطبيعية" والتي يُقصد منها غرس التعاليم المسيحية للشعوب المستعمرة، وقوانين الاستعمار البريطاني التي تعاقب على "الفاحشة الجسيمة" بين رجلين. وتتضمّن قوانين أخرى عقوبات على "السودمية" و"اللوواط" و"هتك العرض ضد نظام الطبيعة"، وكذلك جرائم مثل "خدش الحياء العام" و"تشجيع الفسق والفجور". وكان هناك أيضاً "قوانين التشرد" التي لم تمنع مباشرة السلوك المتباين جنسياً أو المرتبط بالنوع الاجتماعي، ولكنّها تراكمت مع أثر غير متناسب على الأشخاص الذين يعانون من فقر، والأشخاص من الأقليات الجنسية والأقليات المرتبطة بالنوع الاجتماعي، والأشخاص ذوي الإعاقات.

تجدر الإشارة إلى أنّ هناك قوانين مماثلة أو مشابهة تم تطبيقها داخل المجتمعات التابعة لسلطات الاستعمار. لقد شهدت البلدان الأوروبية مثلاً فترات من "الهلع الجنسي" أو "الهلع الأخلاقي"، وخلال تلك الفترات

كانت الحكومات والسلطات الطبية ووسائل الإعلام الراحجة تعتبر أنّ المجموعات التي لا تتبع الممارسات الجنسية "الصحيحة" السائدة هي مجموعات منحرفة. وكان إنفاذ هذه القوانين داخل المستعمرات يرتبط بتصوّرات واضعي السياسات إذ كانوا يعتقدون أنّ العلاقات بين شركاء من نفس الجنس هي ظاهرة منتشرة في العالم الخاضع للاستعمار، علماً أنّ تصوّراتهم هذه كانت تستند في معظم الأحيان لتقارير المستكشفين.

كان القانون بمثابة وسيلة رئيسية للإنفاذ ولكّنه شكّل أيضاً الأساس الذي بنيت عليه أنظمة معقدة للتنشئة الاجتماعية، تضمّنت أداء الشرطة وقطاعي الطب والتعليم إضافةً إلى المؤلفات الصادرة. ومثلاً إنّ النشاط الجنسي لذوي البشرة السوداء كان يعتبر نشاطاً "جامحاً ولا يمكن إشباعه، ويحتاج بالتالي إلى التنظيم" (ويستمان، 2023).

وفي الواقع، كانت قدرة الإنسان على الازدهار في البيئات المستعمرة تعتمد كثيراً على قدرته على استيعاب الأعراف الأبوية والقائمة على معيارية المغيرة الجنسية لدى الشعوب البيضاء.

أثر يدوم

ترافقت القوانين والمعايير الاستعمارية مع أثر تجاوز حدود المستعمرات الحالية والسابقة. ففي عام 1908، عمدت تايلند التي لم تكن جزءاً من المستعمرات الأوروبية إلى اعتماد مفردات من قانون العقوبات الهندي لحظر أفعال "ضد الطبيعية البشرية". وكانت ديناميات الاستعمار تؤثر في بعض الحالات على عمليات إصلاح السياسات حتى في مراحل ما بعد الاستعمار. فعمد كلّ من الكاميرون والنغال مثلاً وهما مستعمرتان فرنسيتان إلى تجريم العلاقات بين شركاء

من نفس الجنس، وكان ذلك بعد أن نالتا الاستقلال في عام 1960.

هناك اليوم 64 بلداً لا زال يجرّم ممارسة أفعال جنسية بالتراضي بين شركاء من نفس الجنس وفي معظم الأحيان تشير هذه البلدان بصريح العبارة إلى الحميمية الجنسية بين الرجال؛ وهناك 41 بلداً يجرّم الحميمية الجنسية بين النساء، وهناك 20 بلداً يضطهد أو يجرّم الأشخاص مغايري النوع الاجتماعي بصريح العبارة من خلال قوانين تستهدف "ارتداء ملابس الجنس الآخر" و"انتحال شخصية" و"التنكر". رغم أنّ الكثير من الأطر القانونية المناهضة لمجتمع الميم عين في العالم قد نشأت من قوانين استعمارية وأعراف اجتماعية، إلا أنّ الدفاع عن حقوق الإنسان لأفراد مجتمع الميم عين يوصف غالباً بأنه مخطط استعماري أو غربي (المفوضية السامية لحقوق الإنسان، 2023).

وهناك خطوة مهمة في سبيل إعمال حقوق جميع الأشخاص على اختلاف مشاربهم، تتمثل في رفض النظر إلى بلدان الغرب أو شمال الكرة الأرضية على أنّها نماذج للتقدم المحتوم وفي عدم تصوير الشرق أو جنوب الكرة الأرضية على أنّه متخلف. والحقيقة أنّ استمرار الأطر القانونية والمعايير الاجتماعية المتبقية من الحقبة الاستعمارية والموروثة من غرب أو شمال الكرة الأرضية هو الذي يعوق حتى اليوم إعمال حقوق الإنسان المتفق عليها دولياً لأفراد مجتمع الميم ولا سيّما أولئك الذين يعيشون في شرق أو جنوب العالم.

ميادين أخرى تستحق البحث

إنّ الموجز المذكور أعلاه الصادر عن الخبير المستقل يستبعد بالضرورة أثر القوانين والمعايير الاستعمارية على جوانب

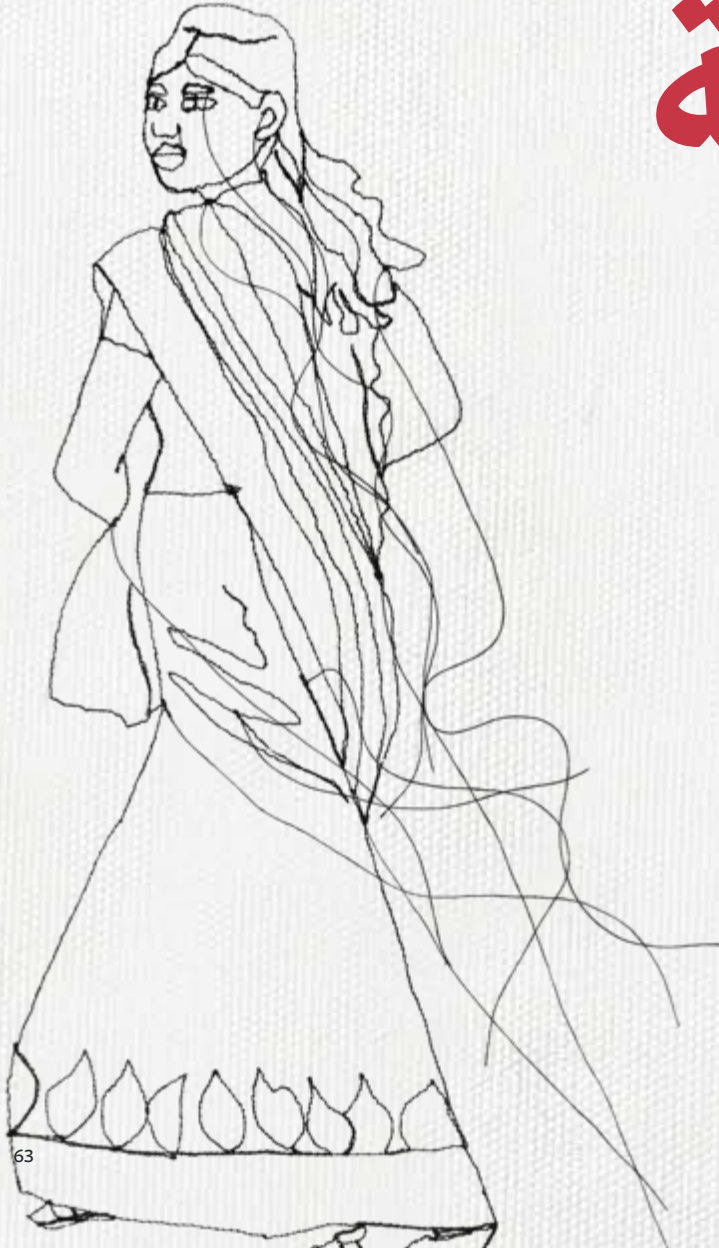
الصحة الجنسية والإنجابية بما يتجاوز التنوع المرتبط بالنوع الاجتماعي والجنسي. ومع ذلك، تثير نتائج التقرير أسئلة هامة ذات صلة حول إرث الاستعمار فيما يتعلق بالمساواة بين الجنسين وبالصحة والحقوق الجنسية والإنجابية.

هناك أدلة مثلاً على أنّ الإجهاض كان يُمارس في مجتمعات كثيرة قبل الاستعمار ولكّنه بات محظوراً بموجب قوانين حقبة الاستعمار (المفوضية السامية لحقوق الإنسان، 2021)؛ مالفيرن وماك ليود (2018). وكانت سلطات الاستعمار تُعرف في الواقع بأنّها "أهم مصادر" للقوانين التي تمنع الإجهاض والتي كانت نافذة في جميع بلدان العالم تقريباً في نهاية القرن التاسع عشر (بيريير، 2017). وعلى نحو مماثل، إنّ القوانين المتعلقة بالفاحشة والرذيلة وخدش الحياء والتي يعود الكثير منها للحكم الاستعماري الأوروبي، كانت تُستخدم إلى حد كبير لمنع المعلومات المتعلقة بتنظيم الأسرة منذ بداية القرن العشرين إلى منتصفه (ستيبان وكيلوغ، 1974). إنّ هذه القوانين وغيرها من التداعيات الناجمة عن الاستعمار والمؤثرة على الصحة والحقوق الإنجابية للنساء تستحق مزيداً من البحث، ولا سيّما في ظل استمرار انتهاكات الصحة والحقوق الإنجابية حول العالم.

هذا النص هو مساهمة من السيد فيكتور مادريغال-بورلوز الذين شغل منصب الخبير المستقل المعني بالحماية من العنف والتمييز القائمين على أساس الميل الجنسي والهوية الجنسانية في الأمم المتحدة للفترة الممتدة من 2018 إلى 2023.



خيوط محبوكة بدقة



إنّ المؤتمر الدولي للسكان والتنمية لعام 1994 وبرنامج العمل المنبثق عنه لا يشكّلان لحظة إجماع ملحوظ حول قيمة الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية فحسب (براون وآخرون، 2019؛ سين وآخرون، 2019؛ كوريا وآخرون، 2015) وإنّما يمثلان أيضاً دعوة قوية لجمع بيانات أفضل جودة وأكثر شفافية، فالبيانات تعتبر مساهمة في المعايير العالمية التي قلما تم الاعتراف بها. وفي الواقع، تم تخصيص الفصل الثاني عشر بأكمله في برنامج العمل (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 1994) للحاجة إلى "بيانات صالحة وموثوقة وأنية وملائمة ثقافياً وقابلة للمقارنة دولياً"، بما فيها "معلومات مصنّفة حسب النوع الاجتماعي والانتماء الإثني". كما دعا برنامج العمل إلى البحث في وجهات النظر للمجموعات السكانية الأقل تمكيناً ولأولئك المتواجدين في بيئات ثقافية مختلفة.

وجدير بالذكر أن هذا النداء من أجل جمع البيانات أطلق في وقتٍ كانت فيه المعلومات عن الصحة الجنسية والإنجابية للرجال والنساء أو عن أعمال حقوقهم نادرة. فمثلاً لم تتوفر بيانات موثوقة ولا أي بيانات في معظم الحالات بشأن وفيات الأمهات في الغالبية العظمى من البلدان وحتى تسعينيات القرن العشرين (منظمة الصحة العالمية وآخرون، 2001). وفي فترة انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، كانت أحدث التقديرات الصادرة عن منظمة الصحة العالمية بشأن وفيات الأمهات (وكانت آنذاك قد صدرت منذ أكثر من خمس سنوات قبل المؤتمر) تقديرات نسبية ذلك أنّ الكثير من البيانات الفُطرية كانت شائعة إذ اشتملت على عيّنات لا تمثّل الجميع وتخللتها مشاكل في قلة التسجيل (منظمة الصحة العالمية، 1991). وحتى في ظلّ عدم الاتفاق عالمياً على معدّل تقديري لوفيات الأمهات لعام 1990، دعا المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في برنامج عمله إلى تقليل تراكمي بنسبة 75 بالمائة لوفيات الأمهات بين عامي 1990 و2015، والترم بتقليص التفاوتات بين وفيات الأمهات "داخل البلدان وبين المناطق الجغرافية والمجموعات الاجتماعية الاقتصادية والمجموعات الإثنية" (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 1994).

وأدت هذه الأهداف إلى إنشاء عملية متابعة شهدت تعاوناً روتينياً بين السكان ووزراء الصحة والأخصائيين الديمغرافيين وخبراء الإحصاء وأخصائيي الوبائيات وخبراء حقوق الإنسان إضافة إلى وضع مؤشرات قابلة للقياس فيما يتعلق بالصحة والحقوق ليتم فيما بعد جمع بيانات دقيقة بُغية تتبع التقدم المحرز نحو تحقيق أهداف برنامج العمل (سنو وآخرون، 2015؛ الأمم المتحدة، 2014؛ صندوق الأمم المتحدة للسكان، 1998). حصل تحسّن كبير في جودة وكمية البيانات المتعلقة بوفيات الأمهات اعتباراً من عام 1994 وكذلك الأساليب الإحصائية المستخدمة لتقدير هذه البيانات. وكان من الشائع عدم توافر البيانات، ولكن بحلول عام 2014 سرعان ما أصبح ذلك حالة استثنائية حتى مع رفع المعايير التي تحدد موثوقية البيانات.

وبعد مرور ثلاثة عقود على انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، يقف العالم عند منعطف حاسم يستلزم وضع هدف مماثل يعترف مجدداً بوجود احتياجات كثيرة غير مُلبّاة. وحتى في ظلّ عدم وجود بيانات تحدد نطاق المشكلة بدقة، لا زال طموح يرمي إلى أعمال الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية بالنسبة لأولئك الأفراد الذين تُركوا ودُفعوا خلف الركب، ليس فقط من خلال التطوّرات التي يشهدها قطاع الصحة والتوسّع الجاري في البنية التحتية للقطاع وإنّما أيضاً من خلال ثورة البيانات نفسها.

يتناول هذا الفصل بمزيد من التفصيل قضية وفيات الأمهات عن قرب، وهي قضية تترافق مع أسئلة عديدة لم تتم الإجابة عليها فيما يتعلق بالمستويات والاتجاهات على الصعيد العالمي والإقليمي والوطني ودون الوطني، على الرغم من إحراز تقدّم بخطوات ثابتة في البراعة الإحصائية وتوافر البيانات. وهنا تجدر الإشارة إلى أن معدّلات وفيات الأمهات ونسبتها ليست سوى نقطة انطلاق. ولو نظرنا إلى ما هو أبعد من هذه القضية، سنجد الكثير من الأسئلة العميقة العالقة بدون إجابة حول صحة وحقوق النساء والفتيات اللواتي ما زلن يشهدن تقدّماً ضئيلاً مقارنةً بسائر الفتيات اللاتي حصلن على امتيازات أكثر.

العالم أمام منعطف جديد

إنَّ أوجه انعدام المساواة في الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية تشكّل جزءاً من القصة، بل وكانت جزءاً بارزاً منها لبعض الوقت. وثمة مجموعة من الأدلة التي توضح أنَّ بعض الأفراد يُهمشون في المجتمعات والأنظمة الصحية، حيث يواجهون، على سبيل المثال لا الحصر، التمييز في الأنظمة الصحية، ويتحدون الحواجز اللغوية في المرافق الصحية، ويعانون من الوصم بسبب حالتهم فيما يتعلق بفيروس العوز المناعي البشري (الإيدز) أو حتى يتعرّض الوصول إليهم لأنهم يفتقرون إلى امتيازات المواطنة.

تسلط البيانات المتاحة الضوء بشدة على أنَّ هؤلاء الأفراد يتعرّضون للمعاناة أو يلقون حتفهم بنسب أكبر بكثير ممّا كان يُتصوّر في السابق (خليل وآخرون، 2023؛ غيلبر وآخرون، 2018؛ غون وآخرون، 2018). ومع ذلك، يتم التغاضي بشكل كبير عن وفاتهم وعن الأمراض والإهانات التي تسبق ذلك (كريانغا وآخرون، 2014). وهنا يكمن السؤال: لماذا؟ ما زال عدد الوفيات والإصابات لا يُحصى بسبب الخلل في أنظمة البيانات وعدم تواتر الدراسات الاستقصائية أو نظراً إلى إجراء دراسات محدودة من حيث نطاقها وقابلية مقارنتها. وغالباً ما تبقى أوجه انعدام المساواة الكامنة غير ملحوظة عندما يتم إحصاء عدد الوفيات والأمراض، وذلك نظراً إلى التقصير في بذل الجهود اللازمة لتصنيف البيانات حسب الخصوصيات المُراعية لاستبعاد هذه الحالات. وبالتالي لا يتم استيعاب التجارب غير المتناسبة للوفاة والإصابة في خضم النطاق الكبير من المعدلات الإحصائية.

عندما كُشف النقاب عن هذه التجارب، استطعنا رصد الفجوات في أوجه انعدام المساواة داخل البلدان وفيما بينها، وكان من بينها تفسير واحد ومشترك للصحة العامة يتمثل بفرضية الإنصاف العكسي حيث تلجأ المجموعات السكانية الأكثر ثراءً والأقل حاجة إلى اعتماد تدخلات صحية جديدة فورية (فيكتور وآخرون، 2018). وبالتالي إنَّ التقدّم المحرز في مجال الصحة قد يؤدي إلى زيادة أولية في انعدام المساواة الشامل، أي أنَّ انعدام المساواة يتراجع إذا

بكاء النساء، صورة بعدسة بايومبي إنداني، جمهورية الكونغو الديمقراطية، 2010.
الأعمال الفنية مقدّمة من منظمة Advocacy Project التي تساعد المجتمعات المهمشة على استخدام التطريز كأداة للعلاج والمناصرة.

ومتى أصبح هذا التقدم متاحاً لمن هم في أمس الحاجة إلى خدمات الصحة. وفقاً لبعض التدابير، ثمة تزايد في أوجه انعدام مساواة داخل البلدان وفيما بينها.

ففي عام 1990 على سبيل المثال، كان احتمال تعرّض الفتيات بعمر 15 سنة لوفاة بسبب الحمل والولادة هو فتاة واحدة بين كل 12 فتاة في 10 بالمائة من البلدان الأكثر عُرضة لهذا الخطر. وأما في 10 بالمائة من البلدان الأقل عُرضة لهذا الخطر، فكان احتمال تعرّض الفتيات بعمر 15 سنة لوفاة بسبب الحمل والولادة هو فتاة واحدة بين كل 7,000 فتاة (راجع المذكرة التقنية). بحلول عام 2020، كانت الفتيات في البلدان الأكثر عُرضة للخطر معرّضات لاحتفال وفاة فتاة واحدة بين كل 34 فتاة، وأما في البلدان الأقل عُرضة للخطر فكان الاحتمال يُقارب وفاة فتاة واحدة بين كل 23,000 فتاة. وهذا يعني تغييراً بمقدار 2.8 في البلدان الأكثر عرضة للمخاطر مقابل تغيير بمقدار 3.3 في البلدان الأقل عرضة للمخاطر، أي أنّ انعدام المساواة أخذ في اتّساع. وبعبارة أخرى، هذا يشير إلى ارتفاع مؤشر انعدام المساواة على مستوى الحالات القصوى العالمية، ما يعكس أن أكبر تقدّم تم إحرازه كان في البلدان التي سجّلت أقل نسبة لوفيات الأمهات، وأن أقل تقدّم تم إحرازه كان في البلدان التي سجّلت أعلى نسبة لوفيات الأمهات.

إنّ أوجه انعدام المساواة هذه بين البلدان غالباً ما تُنسب إلى وجود تفاوتات في الموارد، ولكن هذا التفسير يتهاوى عند النظر إليها على المستوى الداخلي في البلدان. وتبيّن التضاربات الحاصلة على المستوى الوطني الداخلي جلياً أن أشكال التمييز والاستبعاد المستمرة، والتي لا تقتصر على الموارد المحدودة فحسب، تتجذر في مستويات عدة من حالات انعدام المساواة العالمية التي نشهدها اليوم في مجال الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية (مجموعة الأمم المتحدة للتنمية المستدامة، بدون تاريخ).

ينطبق هذا الأمر في البلدان التي ما زالت تسجّل معدلات شديدة الارتفاع لوفيات الأمهات (باتيل وآخرون، 2018؛ أشاريا وبترا، 2017) (راجع الصفحة 155) وكذلك في البلدان مرتفعة الدخل التي تسجّل معدلات أقل بكثير لوفيات

الأمهات. يُقدّر مثلاً أنّ نسبة وفيات الأمهات سجّلت ارتفاعاً في عام 2020 ببلدين من أصل 19 بلداً، هما الولايات المتحدة والمملكة المتحدة، مقارنةً بعام 1990. وإنّ نسبة وفيات الأمهات التي سجّلت بين النساء ذوات البشرة السوداء كانت أعلى بأضعاف من وفيات الأمهات التي سجّلت بين النساء ذوات البشرة البيضاء في كلا البلدين. وتشير آخر التقديرات الصادرة عن الأمم المتحدة (والتي تختلف قليلاً عن التقديرات الوطنية الصادرة عن كل بلد) إلى أنّ نسبة وفيات الأمهات في الولايات المتحدة هي 21 حالة وفاة لكل 100,000 مولود حي في عام 2020 (منظمة الصحة العالمية وآخرون، 2023). وفقاً للإحصاءات الوطنية الرسمية التي صدرت عام 2021 في الولايات المتحدة، تبيّن أنّ معدل الوفيات لدى النساء ذوات البشرة السوداء بلغ أكثر من ضعف المعدل الوسطي الوطني للوفيات (هويبرت، 2023). ويبدو أيضاً أنّ مخاطر وفيات الأمهات لدى النساء من أصل لاتيني في البلد أعلى بكثير من المعدل الوسطي الوطني (هويبرت، 2023).

ومع ذلك، هذه الاتجاهات التي سجّلت في الولايات المتحدة تُعدّ بشكل عام جزءاً من زيادة أكبر في وفيات الأمهات. أي أنّها كانت آخذة في ارتفاع بالنسبة لمعظم مجموعات النساء في البلد، بما في ذلك النساء من الطبقات الاجتماعية الاقتصادية العليا والوسطى والمنخفضة، والنساء من جميع الفئات العمرية، والنساء من جميع الأعراق (هويبرت، 2023؛ سينغ، 2021) (انظر الملحوظة التقنية في صفحة 154). وعلى النقيض من ذلك، أشارت تقديرات الأمم المتحدة إلى أنّ وفيات الأمهات في المملكة المتحدة توقفت عند 9.8 حالات وفاة لكل 100,000 مولود حي في عام 2020 (منظمة الصحة العالمية وآخرون، 2023) وأظهر الباحثون أنّ الارتفاع في نسبة وفيات الأمهات يُنسب بدرجة كبيرة إلى زيادة في معدلات الوفيات بين بعض الأقليات الإثنية والطبقات الاجتماعية الاقتصادية. وتم تسجيل أعلى المستويات وأعلى الارتفاعات لوفيات الأمهات بين النساء ذوات البشرة السوداء وكذلك النساء الأكثر حرماناً من الناحية الاجتماعية الاقتصادية (نايت وآخرون، 2022).

من السهولة بمكان التغاضي عن هذه الاستنتاجات باعتبارها نتائج مستقلة ومستفاة من بلدين فقط. ومع ذلك، لا تعبر المملكة المتحدة والولايات المتحدة إلا عن عدد قليل جداً من بلدان العالم التي لديها أنظمة بيانات معمول بها لتحديد هذه الاختلافات (سمول وآخرون، 2017) ، أي أنّ هذين البلدين هما من بين البلدان القليلة التي تتضح فيها هذه التفاوتات جلياً للعيان. وقد عمدت الولايات المتحدة في الواقع إلى بذل الجهود لتحديد الحالات التي تلقى فيها الأم حنفها بسبب حرمان على أساس عرقي منذ أولى الإحصاءات الصادرة عن منظمة الصحة العالمية حيث كانت البلد الوحيد الذي يسجل نوعاً من التصنيف العرقي أو الإثني (منظمة الصحة العالمية، 1991). وأما المملكة المتحدة، فقد عمدت في عام 1952 إلى إنشاء نظام باهر لترصد وفيات الأمهات (وهو أقدم نظام من هذا النوع في العالم) ولكنه لم يبدأ بتحديد الانتماء الإثني إلا في عام 1995 (سمول وآخرون، 2017).

صدر تقرير عن صندوق الأمم المتحدة للسكان في عام 2023 نظر للمرة الأولى في مؤشرات صحة الأمهات لدى النساء والفتيات المتحدرات من أصل أفريقي ومن أصول أخرى في عدد صغير من البلدان التي أُتيحت فيها البيانات

لإجراء هذه الدراسة ضمن الأمريكتين. ولم يتم تحديد الانتماء العرقي أو الانتماء الإثني للنساء اللواتي يلقين حتفهن أثناء الولادة إلا في 4 بلدان من أصل 35، ولا يتم جمع البيانات الأخرى المتعلقة بصحة الأمهات والمصنفة حسب الأعراق إلا في 11 بلداً فقط (صندوق الأمم المتحدة للسكان وآخرون، 2023). على سبيل المثال، تنضم كندا إلى الولايات المتحدة والمملكة المتحدة باعتبارها أحد البلدان القليلة التي سجلت أسوأ نسبة لوفيات الأمهات في عام 2020 مقارنةً بعام 1990 (11.0 حالة وفاة لكل 100,000 مولود حي مقارنةً بـ 6.9 حالة وفاة) (منظمة الصحة العالمية وآخرون، 2023)، ولكنها لا تجمع بيانات مصنفة عرقياً في نظام مراقبة وفيات الأمهات على الرغم من توافر أدلة تشير إلى وجود حواجز قائمة على العرق تعرقل الحصول على خدمات رعاية صحة الأمهات والاستفادة منها. وبالتالي لا يمكن معرفة ما إذا كانت الزيادات المسجلة بمرور الوقت على مستوى وفيات الأمهات بالبلد هي زيادات عالمية أو زيادات مركزة بين مجموعات سكانية فرعية بعينها (دايو وآخرون، 2022).



وفي الحالات التي تتوفر فيها البيانات، فهي تشير بشكل قاطع إلى استمرار أوجه انعدام المساواة التي تواجهها المجموعات المهمشة التي لا تقتصر على النساء ذوات البشرة السوداء والمتحدرات من أصل أفريقي فحسب وإنما تشمل أيضاً نساء الشعوب الأصلية (باراديز، 2016). في عام 2018، جرى تعاون بين صندوق الأمم المتحدة للسكان واليونيسف وهيئة الأمم المتحدة للمرأة لإصدار ورقة بحثية درست البيانات المحدودة المتوفرة عن صحة الأمهات بين نساء وفتيات الشعوب الأصلية. ومن بين 80 بلداً تناولها البحث، توافرت البيانات لـ 16 بلد منخفض ومتوسط الدخل (بليز وكوستاريكا وإثيوبيا وغامبيا وغيانا وإندونيسيا وكينيا ولاوس والمكسيك وناميبيا ونيبال وباكستان والسنغال

وسيراليون وسورينام وفيت نام) وبيّنت أنّ النساء من مجموعات إثنية أصلية كانت تقل فرص استفادتهنّ من الرعاية السابقة للولادة، وتقل كذلك فرص أن يلدن تحت رعاية قابلة (مولدة) ماهرة، بينما يزداد احتمال أن يلدن في سنّ المراهقة ويرتفع كثيراً احتمال وفاتهنّ لأسباب متعلقة بالحمل والولادة (صندوق الأمم المتحدة للسكان وآخرون، 2018). وظهرت نفس التفاوتات من أبحاث أنتجت في بلدان أخرى وتناولت حالة نساء الشعوب الأصلية في أستراليا (شبكة المعلومات عن الشعوب الأصلية الأسترالية، بدون تاريخ) والهند (حكومة الهند، وزارة الصحة ورعاية الأسرة، 2016) وغواتيمالا ENSMI، 2015 وبنما وروسيا (أندرسون وآخرون، 2016).

في مواجهة عوامل التشويش

إنّ الأدلة على أوجه عدم الإنصاف العرقي فيما يتعلق بالحصائل الصحية تثير الأسئلة حول عوامل التشويش المحتملة، مثلاً: هل يمكن أن تحدث هذه التفاوتات نتيجة الاختلاف في مستويات التعليم؟ أو التفاوتات في مستويات الدخل؟ وماذا عن عوامل التوظيف أو الاستعدادات الوراثية لاعتلال الصحة؟ وفي هذا الإطار تبيّن البحوث المتاحة حول نساء الشعوب الأصلية والمتحدرات من أصل أفريقي أنّ هذه الخصائص مهمة فعلاً بالنسبة للحصائل الصحية، ولكنها لا تشرح جميع التفاوتات المرصودة، وهذا يعني أنّ بعض هذه التفاوتات وربما الكثير منها يرتبط فعلاً بالانتماء الإثني (المعهد الأسترالي للصحة والرفاه، 2023). وهذا ما تجلّى، على سبيل المثال، في تحليل حديث أجراه صندوق الأمم المتحدة للسكان كان قد أوضح أنه "ما زالت وفيات الأمهات مستمرة أياً كان مستوى الدخل أو التعليم، وتجدر الإشارة إلى أنّ معدل وفيات الأمهات بين الأفريقيات الأمريكيات من خريجات الجامعات ما زال أعلى بـ 1.6 أضعاف ممّا هو عليه بين ذوات البشرة البيضاء اللواتي لم يحصلنّ على شهادة الثانوية العامة" (صندوق الأمم المتحدة للسكان وآخرون، 2023). وبالتالي، هناك مجموعة من البحوث المتزايدة التي تدرس كيف أنّ التعرّض المستمر للظلم الممنهج يرتبط بتراجع متسارع في الصحة البدنية أو ما يُعرف بـ "التدهور الصحي" التي تقوم عليها الكثير من التفاوتات العرقية في صحة الأمهات (جيرونيوموس، 2023؛ فورد و آخرون، 2019). جدير بالذكر أن التحليل الوارد في هذا التقرير (الصفحات 28) يدعم هذه الفكرة، فعلى الرغم من وجود عوامل هامة اجتماعية واقتصادية تؤثر على التفاوتات المبلغ عنها ذاتياً حول الاستفادة من الرعاية الصحية، ثمة اختلافات إثنية كبيرة أيضاً في نسبة النساء اللواتي يواجهنّ مشاكل في الحصول على الرعاية أثناء مرضهن، وحتى التحكم في أموالهن ودخلهن ومواقع إقامتهن في مناطق حضرية أو ريفية.

تتجلى أوجه عدم الإنصاف أيضاً عند النظر في أمور الأشخاص ذوي الإعاقة. فعلى سبيل المثال، تبين أن النساء ذوات الإعاقة أكثر عُرضة بعشرة أضعاف للعنف القائم على النوع الاجتماعي، بما فيه العنف الجنسي، ويُحتمل أن تكون الشابات ذوات الإعاقة نشيطات جنسياً على غرار الشابات اللواتي لا يعانين من إعاقات. ومع ذلك، تواجه هذه المجموعة من السكان حواجز هامة تعوق وصولها إلى المعلومات والخدمات المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية، بما في ذلك عدم توفر خدمات ملائمة للجميع وإبداء مواقف تمييزية من جانب مقدمي الرعاية الصحية (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2018). ولكن عملية جمع البيانات حول احتياجات هذا المجتمع تتعرق أيضاً بسبب الوصم المرتبط بالإعاقة، فضلاً عن عدم توافر تعريفات متفق عليها للأشخاص ذوي الإعاقة وقياس احتياجاتهم.

تبدو هذه المسائل على وجه الخصوص مقلقة نظراً إلى أن ما يُقدَّر بـ 15 بالمائة من سكان العالم يعانون من إعاقة في إحدى مراحل حياتهم، ولكن هناك تقدّم هام يتم إحرازه. ففي عام 2021، وجد صندوق الأمم المتحدة للسكان أن نسبة البلدان التي اعتمدت أسئلة التعداد من فريق واشنطن المعني بإحصاءات الإعاقة "ازدادت من نسبة 33 بالمائة في عام 2018 إلى 73 بالمائة في 2020" (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2021ب).

وعلى نحو مماثل، تواجه الأقليات الجنسية والأقليات المرتبطة بالنوع الاجتماعي تفاوتات صحية كبيرة كذلك، وهذا لا يقتصر على مشاكل تقيّد حصولها على الرعاية الصحية وتؤثر على جودة الرعاية المقدمة لها، بل تمتد لتشمل أيضاً نتائج الإحصاءات التي تتناول الصحة النفسية والبدنية لهذه الفئة من السكان (أرييلا وآخرون، 2020؛ ماتسبك وآخرون، 2020؛ كاسيريس وآخرون، 2019؛ جيبسون وآخرون، 2018؛ مولر وآخرون، 2016). ومع ذلك ما زالت البيانات المتوفرة محدودة جداً في هذا المجال. وثمة إشارات إيجابية على أن التوسّع جارٍ في جمع البيانات حول الأقليات الجنسية والأقليات

المرتبطة بالنوع الاجتماعي. ولكن حتى عندما تتوفر هذه البيانات، تبقى إلى حد كبير نتائج جهود مخصصة وليست نتاج أنظمة منتظمة وموحّدة للبيانات الوطنية مثل الإحصاءات أو الدراسات الاستقصائية الاجتماعية واسعة النطاق (المفوضية الأوروبية، المديرية العامة للعدالة والمستهلكين، 2017). إضافةً إلى ذلك، تتم عرقلة عملية جمع البيانات بسبب عوامل عدّة لا تقتصر على الوصم فحسب، بل تشمل أيضاً تجريم النشاط الجنسي المثلي ومغايرة الهوية وتعبيرات النوع الاجتماعي في عشرات البلدان حول العالم (الصندوق الاستئماني للكرامة الإنسانية، بدون تاريخ). وأخيراً، إنّ العوامل التي تزيد من تفاقم الاستبعاد، مثل عامل العمر، قد يسفر عنها تهميشاً مفرطاً. فعلى سبيل المثال، يسلط بحثٌ حديثٌ الضوء على كيف أن القوانين المعادية والمواقف الاجتماعية، بما فيها المحرمات المفروضة على النشاط الجنسي في سنّ المراهقة، ترمي إلى أن الخدمات والمعلومات المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية (ولا سيّما تلك الصادرة عن منظمات معنية بمجتمع الميم عين) لا تشمل المراهقين من الأقليات الجنسية والأقليات المرتبطة بالنوع الاجتماعي في الجنوب الأفريقي (مولر وآخرون، 2018).



النساء ذوات الإعاقة في تركمنستان يطالبن بحقوقهنّ

لكونها تتضمن معلومات اتصال بعيادات متنوعة وبمقدّم خدمات مختلفين. والجدير بالذكر أنّ هذه الخطوات وغيرها جعلت البلد أكثر شمولاً وعدلاً بالنسبة للنساء الحوامل اللواتي يعانين من إعاقة.

مع ذلك، ترى عليا أنّ العمل لم ينتهِ بعد: "من الضروري أن نسعى لتعزيز الوعي لدى موظفي القطاع الطبي لكي يتمكنوا من تقبّلنا والتعامل معنا كأشخاص آخر."

لحين تحقيق هذه الأمان، تمكّنت عليا من تحقيق حلمها وأصبحت أمّاً، ترعى طفلها بعينين مكفوفتين تماماً كما فعلت والدتها من قبل. وتقول برحابة صدر: "كنت أعرف أنّي سأكون أمّاً ناجحة".

بخياراتهنّ الإنجابية، ويواجهنّ مشاكل تعوق وصولهنّ إلى الخدمات الصحية، ويتم استبعادهنّ من التربية الجنسية الشاملة لا سيّما في مرافق تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة. يصل هذا التمييز في بعض الحالات إلى التعقيم القسري.

يُنظر إلى الكثير من ذوات الإعاقة مثل عليا بأنّهنّ غير مهيّات للحمل والولادة.

في أحد الأبحاث التي أجراها صندوق الأمم المتحدة للسكان عام 2021، تبيّن أنّ الكثير من ذوي الإعاقة في تركمنستان لم يتمكنوا من الوصول إلى خدمات ومعلومات في مجال الصحة الجنسية والإنجابية. وسعيّاً إلى تلبية احتياجاتهم، تعاون الصندوق مع جمعية الصم والمكفوفين بتركمنستان لإعداد فيديوهات عن الصحة الجنسية والإنجابية ترافقت مع ترجمة للغة الإشارة. وأُنشئت الفيديوهات على شبكة الإنترنت وعلى أقراص مدمجة وكانت تشمل موضوعات مثل البلوغ وتنظيم الأسرة والأمومة الآمنة. ويجري التخطيط حالياً لإتاحتها على تطبيق للأجهزة النقالة.

ذكرت النساء أنّهنّ عرفنّ من خلال هذه الموارد عن إمكانية حصولهنّ على وسائل تنظيم الأسرة ورعاية الحمل بشكل مجاني. وأثّبنّ أيضاً على هذه المواد

منذ بضعة أعوام، زارت عليا (اسم مستعار) زوجها عيادة طبيب الأمراض النسائية الذي نصحهما بأنّ إنجاب طفل هو "أمر غير مرغوب" في حالتهما لأنّهما مكفوفان. تذكر أنّ الطبيب طرح عليهما بعض الأسئلة مثل: "كيف يمكنكما رعاية طفل؟ كيف تربّياته وتعتنيان به؟"

وتوضح عليا في حديثها إلى صندوق الأمم المتحدة للسكان: "علّه ظنّ أننا لن نتمكن أبداً من التعامل مع طفل فاقتراح علينا اللجوء للإجهاض ولكنني رفضت، فوالدتي هي أيضاً مكفوفة وربّت سبعة أطفال."

تبدو تجربة عليا منتشرة للأسف إذ تتعرّض لهذا لموقف امرأة واحدة من بين كل خمسة نساء يعانين من الإعاقة حول العالم. وعلى الرغم من الاتفاقيات الدولية التي تمنح شعوب العالم حرية اتّخاذ قرارات إنجابية بعيداً عن التمييز والإكراه، إلا أنّ النساء ذوات الإعاقات تواجهنّ حقيقة مرّة في معظم الأحيان، حيث إنّ أوجه التحيّز القائمة تدفع العاملين في مجال الصحة والشركاء الحميمين والجمهور إلى التساؤل حول قدرتهنّ على اتّخاذ قرارات متعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية.

تظهر الأبحاث أنّ النساء والفتيات ذوات الإعاقة يتعرّضنّ للتمييز مراراً فيما يتعلّق

تطبيق منظور المساواة

على الأقل كان الرجال قادرين على الاستفادة من ميزة جنسهم لدرجة أنّ حتى الفقراء منهم كانوا فعلياً أفضل بكثير من النساء غير الفقيرات (سين وآير، 2012؛ سين وآخرون، 2009).

إنّ التفاعل بين المزايا والعيوب بأشكالهما المختلفة يعقّد تصميم استجابات فعّالة إلى حد كبير؛ ذلك أنّ اعتماد نهج واحد لا ينفع ببساطة لتصميم جميع الاستجابات. وقد شهدت العقود الثلاثة المنصرمة تقدّماً ملحوظاً يعود جزء منه إلى أنّ السياسات والتدخلات نجحت في رفع مستوى رفاه الأشخاص الذين يمكن الوصول إليهم بسهولة أكبر، أي أولئك الذين لديهم أوجه حرمان أقل تعقيداً وتسمح لهم أوضاعهم بتحقيق الاستفادة. ولكنّ حتماً سيكون الوصول أصعب إلى أولئك الذين ما زالت لديهم احتياجات غير ملبّاة وتتقاطع لديهم مكامن الضعف إذ أنّه يتطلّب مزيداً من التدخلات المدروسة. وإنّ سير النّهج الحالية على قدّم وساق يؤدي إلى حدوث مخاطر تصل إلى عدم الكفاءة ويسفر أيضاً عن الهدر والضرر. وإنّ المعلومات التي يتم تداولها بلغات لا تفهمها المجموعة المستهدفة والحملات التي تخفق في مراعاة المتطلبات الثقافية أو الدينية لدى المستخدمين المقصودين أو العيادات التي لا يمكن للأشخاص ذوي الإعاقة الوصول إليها إضافةً إلى أمثلة أخرى تؤدي جميعها إلى استثمارات مفقودة واستبعاد مستمر واضمحلال الثقة بين مقدّمي الخدمات الصحية والمجموعات السكانية التي وُجدوا لمساعدتها.

إنّ هذه النتائج ليست مدعاةً لليأس، فهذا المنظور الجديد لفهم ما يجري يستحقّ الثناء حتّى ولو لفت انتباهنا إلى وقائع مزعجة حول الامتيازات والتحييزات العنصرية، حيث نستطيع من خلاله أن نرى بوضوح الأماكن التي يجب أن تسترعي جهودنا وتخصيص الموارد اللازمة بغية تحقيق أهدافنا العالمية.

شهدت العقود الثلاثة المنصرمة تطوّرات كثيرة وكان من أهمّها التوافق على أن العوامل مثل النوع الاجتماعي والانتماء العرقي والإثني وحالة الإعاقة والتوجّه الجنسي والهجرة ليست مجرد نقاط إيجابية وسلبية تؤدي إلى التوصل إلى نتائج بسيطة، ولكن بات يُنظر إليها على أنّها عوامل ديناميّة فعّالة داخل شبكة متناهية التعقيد من المزايا والعيوب.

شهدت الأعوام الخمسة عشر الأخيرة تحوّلاً ملحوظاً في فهم العالم لدور الحواجز الهيكلية والمتقاطعة في منع بعض الأشخاص من التمتع بصحة جيدة وإعمال حقوقهم. فمثلاً كانت البحوث السابقة تركز حصرياً على السلوكيات الفردية، كالتأخر في الحصول على علاج مرض ما وما لذلك من تداعيات صحية سلبية، ولكن الباحثين اليوم أقرّوا جلياً بأنّ هذه السلوكيات تتشكّل بفعل معايير وأنظمة ومؤسسات قائمة على نطاق أوسع، وأوضحوا أن العوامل المتعددة المتقاطعة قد تكثف من حجم التحديات التي يواجهها الأفراد.

صدرت مثلاً دراسة رائدة في عام 2009 تقارن السلوكيات التي تكفل التماس الصحة بين النساء الفقيرات والنساء غير الفقيرات والرجال الفقراء والرجال غير الفقراء في الهند. وأظهرت الدراسة أنّ المنهجيات التقليدية قد تفضي بشكل خاطئ إلى استنتاج أنّ الرجال الفقراء والنساء الفقيرات يعانون من الحرمان على حدّ سواء، في حين أظهرت منهجية مصممة خصيصاً لتحديد الأثر المركب الناجم عن العوامل المتقاطعة أنّ الرجال الفقراء كانوا أفضل بكثير من جميع النساء، الفقيرات وغير الفقيرات منهنّ. يعتبر النوع الاجتماعي والطبقة الاجتماعية عنصرين مهمّين بالنسبة للحصول الصحية، ولكن في هذه الحالة

أوجه انعدام المساواة داخل البلدان وفيما بينها: الهند ونيجيريا

النظر في أوجه عدم الإنصاف داخل هذين البلدين بالتحديد: فهناك بعض المجموعات من النساء في البلدين ممن يحصلن على الرعاية اللازمة في حين أن هناك مجموعات أخرى من النساء المحرومات من ذلك. ترتبط الاختلافات الشاسعة في وفيات الأمهات بالمنطقة المحلية في نيجيريا حيث مثلاً تسجل الأحياء الحضرية الفقيرة والمناطق الريفية المحلية نسب أعلى بكثير لوفيات الأمهات من سواها علماً أن الشمال يضم نسباً أعلى من الجنوب (بابيجاد وآخرون، 2021؛ غولومب وآخرون، 2018؛ أناستازي وآخرون، 2017) وعندما يتم النظر في أماكن الضعف ذات الصلة، مثل زواج الأطفال والقبالة الماهرة حسب الانتماء الإثني والموقع الجغرافي والدخل، يُرفع الستار عن مزيد من أوجه عدم الإنصاف (هيئة الأمم المتحدة للمرأة، 2018). ما زالت الهند أيضاً تشهد أوجه عدم إنصاف شديدة في مخاطر وفيات الأمهات. وكشف بحث حديث تناول جميع المقاطعات الهندية البالغ عددها 640 أن حوالي ثلث المقاطعات نجحت في تحقيق غاية الحد من نسبة وفيات الأمهات إلى أقل من 70 حالة وفاة لكل 100,000 مولود حي والمندرجة ضمن أهداف التنمية المستدامة، ولكن كان هناك 114 مقاطعة ما زالت تصل فيها أعداد وفيات الأمهات إلى 210 حالة أو أكثر لكل 100,000 مولود حي (غولي وآخرون، 2022). وقد تم تسجيل أعلى نسبة (بلغت 1,671 حالة وفاة لكل 100,000 مولود حي) في مقاطعة تيراب بولاية أروناجل برديش وهي منطقة ريفية يقطنها عدد كبير من السكان الأصليين. وبينما يصعب تصنيف هذه الأرقام حسب المجموعات الاجتماعية الاقتصادية أو الانتماء الإثني أو الطائفي أو الديني، إلا أن هذه العوامل ساهمت بوضوح في الحصول على الرعاية الصحية. مثلاً رغم أن الحق في الحصول على رعاية صحية مجانية مخصصة للأمهات تستحقه جميع النساء (بيكينغهام وآخرون، 2022)، إلا أن النساء من الطوائف والمجموعات السكانية الأصلية الأكثر حرماناً يحصلن على مقدار أقل من الرعاية التوليدية ومن الرعاية قبل الولادة وبعدها أو لا يحصلن على أي نوع من الرعاية إطلاقاً (راغافيندرا، 2020؛ ياداف وجينا، 2020؛ ساروها وآخرون، 2008). يكمن الدرس الأساسي الذي نستقيهِ من دراسة هاتين الحاليتين في أن جميع أوجه انعدام المساواة، ولا سيما تلك الموجودة داخل البلدان وفيما بينها، تتطلب انتباهاً عاجلاً، وأنه ليس هناك أي مجتمع أو منطقة حتى الآن نجحت في تحقيق الأهداف التي نطمح إليها بشكل جماعي.

لطالما أظهرت أدوات القياس منذ أن وجدت أن الهند ونيجيريا تسجلان أكبر عدد مطلق لوفيات الأمهات، فكان مجموع وفيات الأمهات لكل البلدين معاً في عامي 1990 و2020 يساوي أكثر من ثلث جميع وفيات الأمهات على مستوى العالم. بدأت الهند رحلتها بعدد أكبر بكثير حيث كانت تشكل 26 بالمائة من جميع وفيات الأمهات حول العالم في عام 1990 مقارنةً بنيجيريا التي شكلت 10 بالمائة منها. وبحلول عام 2020، تبادل البلدان المواقع حيث شكلت نيجيريا 29 بالمائة من جميع وفيات الأمهات التي تم تقديرها حول العالم، أما الهند فشكلت تراجعاً كبيراً في عدد وفيات الأمهات إذ شكلت في ذلك العام 8 بالمائة من جميع تلك الوفيات حول العالم (منظمة الصحة العالمي، بدون تاريخ أ).

في حين أن وتيرة النمو السكاني تؤثر على هذه الاتجاهات (حيث بلغ عدد سكان نيجيريا أكثر من الضعف بين عامي 1990 و2020، أما عدد سكان الهند فازداد بمقدار 1.6 ضعفاً)، تتمثل المعضلة الأساسية في أن نسب وفيات الأمهات سجلت تراجعاً حاداً في الهند ولكن تراجعها لم يكن ملحوظاً في نيجيريا. غالباً ما يُعزى نجاح الهند إلى تحسين حصول النساء على خدمات ذات جودة في مجال صحة الأمهات (منظمة Exemplars in Global Health، 2023؛ سينغ، 2018)، فضلاً عن الجهود المبذولة لمعالجة أثر التمييز بين الجنسين على الحصائل الصحية. على سبيل المثال، كشفت إحدى الدراسات أن السياسات المصممة لمعالجة المساواة بين الجنسين كانت مرتبطة بحصائل صحية أفضل وبتزايد حصول النساء على خدمات الرعاية الصحية. ومن الأمثلة على هذه السياسات زيادة عدد الطبيبات وتكثيف الدعم المؤسسي وتعزيز احترام الممرضات ودعم الجمعيات التي تُعنى بتمكين المرأة (هاي وآخرون، 2019). وأشارت دراسة أخرى إلى أن زيادة نسبة النساء المشاركات في المجال السياسي كانت مرتبطة بزيادة عدد مراكز الصحة الأولية والمجتمعية والمستوصفات والمستشفيات الحكومية (هيمن وآخرون، 2019). وهناك أيضاً برامج أخرى فعالة عززت الرعاية المحترمة قبل الولادة وأثناءها وبعدها، كما أنها وفّرت رعاية سابقة للولادة مجاناً (هيمن وآخرون، 2019).

غير أن دراسة الحالة هذه على بساطتها التي تقارن أوجه انعدام المساواة المتسعة في صحة الأمهات بين بلدين، تصبح أكثر تعقيداً بكثير عند

التسريع لازم

وبالرغم من هذه الإشارات المختلطة إلا أنّ التقدّم الذي تمّ إحرازه يوحى ببصيص من الأمل. أولاً، لقد تراجع العدد الإجمالي لوفيات الأمهات سنوياً بشكل كبير اعتباراً من عام 1994، وهو أمر يدعو إلى التفاؤل لأنّ النمو السكاني في العالم كان هائلاً إذ قفز من 5.7 مليار نسمة في عام 1994 إلى 8.1 مليار نسمة في عام 2024 (إدارة الشؤون الاجتماعية والاقتصادية لدى الأمم المتحدة، 2022). وثانياً، تشكّل البيانات نفسها دليلاً على التقدّم أيضاً، فمع كل تحسّن متكرر في عملية جمع البيانات وتحليلها تظهر حلولٌ جديدة وأحياناً في أماكن غير متوقعة.

توضّح بعض التقديرات مثلاً أنّ حوالي ثلث الانخفاض الإجمالي الحاصل في وفيات الأمهات يُعزى إلى تراجع معدلات الخصوبة وتوافر وسائل تنظيم الأسرة على نطاق أوسع، ما أدّى إلى حدوث حالات حمل أقل ومباعدة أكثر أماناً فيما بين حالات الحمل (سنو وآخرون، 2015). وتشير أبحاث أخرى إلى أنّ تلبية الحاجة غير الملبّاة لوسائل تنظيم الأسرة قد تمنع حدوث أكثر من نصف حالات وفيات الأمهات ببساطة لأنها سوف تحد من حالات الحمل في أعمار كبيرة وبافعة، وتزيد المباعدة بين الولادات، وتخفض احتمال الإجهاض غير الآمن (أوتومو وآخرون، 2021؛ تشولا وآخرون، 2015؛ أحمد وآخرون، 2012). وفي غضون ذلك، يبدو أنّ انتشار حالات الحمل غير المقصود والاحتياجات غير الملبّاة لوسائل تنظيم الأسرة يتأثر سلباً بانعدام المساواة في عوامل عدّة منها العمر والحالة الاجتماعية الاقتصادية والانتماء العرقي والإثني (أنيك وآخرون، 2022؛ سولي وآخرون، 2020؛ كيم وآخرون، 2016)، ما يوجّه بوصلة العالم إلى المجتمعات التي يتعيّن الوصول إليها.

إنّ البيانات التي صدرت طيلة عقود تسلّط الضوء على دور الإجهاض غير الآمن الذي يساهم في وفيات الأمهات. وكان هذا الرابط معروفاً منذ عام 1987 عندما انعقد المؤتمر الدولي المعني بسلامة الأمومة وسلّط الضوء على نتيجة من دراسة أجريت في إثيوبيا حيث حدثت أكثر من نصف وفيات الأمهات في أديس أبابا نتيجة إصابات بعدوى تم التقاطها بسبب عملية إجهاض غير آمنة

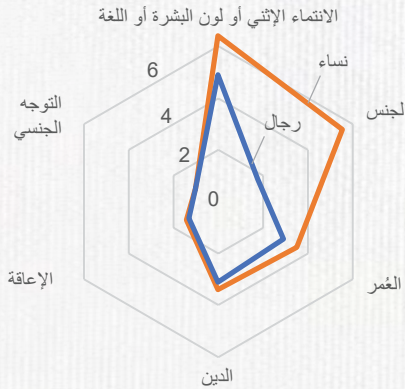
في آخر تقديرات صدرت عام 2023 وتم فيه استخدام أفضل البيانات والممارسات المتاحة، تبين أنّه لم يطرأ أي تغيير يُذكر على نسبة وفيات الأمهات العالمية طيلة الأعوام الخمسة التي سبقت عام 2020، وأنّ هذا المعدّل كان في عام 2020 بعيداً جداً عن الهدف الذي تحدّد له في عام 1994 (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 1994). تفترض الانتقادات أنّ الهدف الذي تحدّد في عام 1994 كان غير قابل للتحقيق ببساطة، ولكن الأدلة التي تم جمعها اليوم من مجموعة بلدان تشير إلى إمكانية التوصل إلى نسب لوفيات الأمهات تتراوح بين حالة أو حالتي وفاة لكل 100,000 ولادة (منظمة الصحة العالمية وآخرون، 2023). ماذا يعني ذلك بالنسبة لحالة وفيات الأمهات اليوم؟ للأسف يتعدّد حالياً إجراء مراقبة آنية لرصد التقدم المحرز في الحد من وفيات الأمهات، وهذا لا يعود فقط إلى أنّ البيانات المتوفرة محدودة وإنما أيضاً لأنّ التحديثات الرسمية لا تتم إلا بعد مرور سنوات عدّة على الوقائع. وبالنتيجة هناك شكوك كثيرة تحوم حول الحالة الحالية للتقدّم المحرز ولا سيّما في أعقاب جائحة كوفيد-19 العالمية. تعكس أحدث التقديرات بيانات شاملة عن السنة الأولى فقط من الجائحة، وقد بذل الخبراء آنذاك جهداً كبيراً لفهم نسبة الوفيات التوليدية غير المباشرة التي كانت ضمن إجمالي الوفيات الناتجة عن كوفيد-19 (منظمة الصحة العالمية وآخرون، 2023). إنّ النطاق الكامل لأثار الجائحة على الحصائل الصحية للأمهات لا يزال مجهولاً في الوقت الحالي.

ولكن هناك مؤشرات تدل على وجود زيادات مقلقة في نسب وفيات الأمهات داخل أجزاء من أوروبا وأمريكا الشمالية وأمريكا اللاتينية ومنطقة الكاريبي. وتبدو هذه الزيادات ضخمة ومنتشرة لدرجة أنّها عوّضت عن الانخفاضات الحاصلة في مناطق أخرى، ما أدّى إلى استقرار في نسب وفيات الأمهات على الصعيد العالمي منذ عام 2015. وفي ظلّ عدم توفر بيانات أحدث عهداً، لا يتّضح ما إذا كانت وفيات الأمهات ستواصل ارتفاعها بسبب تأثيرات الجائحة أو أنّ الزيادات الحاصلة مؤخراً قد انحسرت (منظمة الصحة العالمية وآخرون، 2023).

إحصاء نسبة التمييز

الشكل 4

نسبة الأشخاص المعرضين للتمييز، حسب أسباب محددة،
(بالنسبة المئوية) 2023-2015



المصدر: مفوضية الأمم المتحدة لحقوق الإنسان، 2024

أما التمييز المرتبط بالسن فيظهر بأعلى قدر من التباين بين البلدان علماً أن المعدلات تتجاوز قليلاً نسبة 34 بالمائة في بعض الأماكن. وتشير الأدلة المحدودة إلى أن المجموعات السكانية الأصغر سناً تُبلغ بشكل غير متناسب عن مزيد من حالات التمييز على أساس السن.

التقدم ومجالات التحسين

منذ عام 2023، ازداد عدد البلدان التي تجري إحصاءات حول حالات التمييز بنسبة 25 بالمائة وهذا الأمر يُعد بمثابة إنجاز كبير. ومع ذلك، هناك جهود كثيرة يجب أن تُبذل بعد، ذلك أن أقل من نصف جميع البلدان تقوم باستقصاءات منهجية حول الفئات المهمشة بسبب التمييز لكي تجمع آراءها وتُبلغ عنها. كما أن الممارسات الحالية لجمع البيانات تفقر إلى المعلومات التفصيلية اللازمة لإجراء تحليل شامل ومصنّف حول البيانات المتعلقة بالتمييز.

ومن أجل مواجهة هذا التحدي، يعمل فريق برايا المعني بإحصاءات الحوكمة على تطوير إحصاءات الحوكمة، بما يشمل الإحصاءات المتعلقة بعدم التمييز والمساواة، ويعمل الفريق أيضاً لاتباع نهج قائم على حقوق الإنسان إزاء التعامل مع البيانات.

هذا النص هو مساهمة من مفوضية الأمم المتحدة لحقوق الإنسان.

سعى المجتمع الدولي من خلال أهداف التنمية المستدامة إلى إحصاء نسبة الأشخاص الذين أبلغوا عن تعرّضهم للتمييز أو المضايقة خلال الأشهر الـ 12 الماضية مع التركيز على أنواع التمييز المحظورة بموجب القانون الدولي لحقوق الإنسان. وتكشف هذه البيانات أن واحداً من كلّ ستة أفراد تقريباً قد تعرّضوا للتمييز خلال الأشهر الـ 12 الماضية، وفي سياقات محددة، يرتفع هذا العدد إلى واحد من كلّ ثلاثة أفراد. يبدو مُعدّل انتشار التمييز على الصعيد العالمي أعلى عادةً بالنسبة للنساء، حيث تُبلغ النساء عن تعرّضهنّ للتمييز بمعدّل يصل إلى ثلاث أضعاف ما يذكره الرجال في سياقات مجتمعية معينة. على نحو مماثل، يتعرّض الأفراد ذوو الإعاقة للتمييز بمعدّل يصل إلى الضعف تقريباً مقارنة بالأفراد الذين لا يعانون من إعاقات، حيث تصل النسب إلى 6 أفراد مقابل فرد واحد في سياقات محددة.

أشكال التمييز

يُعدّ التمييز العرقي* على أساس بعض العوامل مثل الانتماء الإثني أو لون البشرة أو اللغة النوع الأكثر شيوعاً لأنواع التمييز أو المضايقة المبلغ عنها، حيث أبلغ في المتوسط 6 بالمائة من سكان العالم عن تعرّضهم للتمييز على أساس هذه العوامل خلال العام الماضي. حتى أن هذه النسبة قد ترتفع إلى ما يقرب من 24 في المائة في الظروف القصوى.

يؤدي التمييز المتعدد الجوانب إلى تفاقم التحديات التي تواجهها الفئات الضعيفة، وبخاصة النساء والأشخاص ذوي الإعاقة الذين يبلغون عن تعرّضهم بشكل أكبر للتمييز على أساس أصولهم الإثنية ولون بشرتهم وانتماءاتهم اللغوية. في بعض السياقات الوطنية، يتبيّن أن نسبة النساء اللواتي يعانين من التمييز قد تصل إلى أربعة أضعاف ونسبة الأفراد ذوي الإعاقة قد تصل إلى ستة أضعاف مقارنةً بنسبة الرجال أو الأفراد من غير ذوي الإعاقة الذين يتعرّضون للتمييز.

يؤثر التمييز على أساس العمر والجنس على حوالي 4 بالمائة من سكان العالم في المتوسط. وفي بعض المناطق، يؤثر التمييز على أساس نوع الجنس على حوالي 19 بالمائة من السكان، ما يكشف عن تفاوتات كبيرة بين الرجال والنساء. فمقابل كلّ رجل يواجه التمييز على أساس نوع الجنس، هناك أربع نساء يواجهنّ هذا النوع من التمييز، ويمكن أن ترتفع هذه النسبة بشكل كبير في سياقات فُطرية معينة حيث تصل إلى 20 امرأة مقابل كلّ رجل.

* إن استخدام مصطلح "العرق" في هذا السياق يتوافق مع المعاهدات الدولية لحقوق الإنسان. ولا يؤيد النظريات التي تحاول إثبات وجود أجناس بشرية متميزة.

(كوهين، 1987). يبدو الرابط ثابت في الوقت الحالي. بعبارة أخرى، لا يزال الإجهاض غير الآمن يعتبر سبباً رئيسياً لوفيات الأمهات إذ يقدر أنه السبب وراء حالة وفاة واحدة بين كل ثلاث عشرة حالة من وفيات الأمهات حول العالم (ساي وآخرون، 2014). وقد برزت مجموعة من الأدلة التي تبيّن أنّ القيود القانونية المفروضة على الإجهاض لا تقلّل من حالات الإجهاض، وأنّ الحصول على الحق القانوني في إجهاض آمن يؤدي فعلياً إلى الحد من وفيات الأمهات (بيراك وآخرون، 2020؛ لات وآخرون، 2019؛ حداد ونور، 2009). والجدير بالذكر أنّ الأدلة تظهر أيضاً أنّ القيود التي تمنع الحصول على

الإجهاض يُرجّح أنّها تعمّق أوجه انعدام المساواة الحاصلة في الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية (فوينتس، 2023؛ هارند وفوينتس، 2023). ويبدو أنّ الحجم المتنامي لهذه البيانات يدعم في حقيقة أنّ هناك أكثر من 60 بلداً قد عمد إلى رفع القيود المفروضة من قوانين الإجهاض خلال العقود الثلاثة المنصرمة. ومع ذلك، يعيش حوالي ربع النساء في سن الإنجاب في أماكن يُحظر فيها الإجهاض حظراً تاماً أو يُسمح به فقط لإنقاذ حياة المرأة أو في ظروف محددة مثل الحمل الناجم عن الاغتصاب (مركز الحقوق الإنجابية، بدون تاريخ).

ميثاق البيانات الشاملة

في عام 2018، انضم صندوق الأمم المتحدة للسكان إلى شبكة عالمية تتألف من حكومات وشركات تجارية وجهات قائمة بأعمال خيرية ومنظمات غير حكومية لإطلاق ميثاق البيانات الشاملة، وهو عبارة عن التزام بتحسين جودة البيانات الشاملة والمصنّفة وكذلك كميتها والتمويل المخصص لها وتوافرها. يسترشد الميثاق بخمسة مبادئ (ميثاق البيانات الشاملة والشراكة العالمية لبيانات التنمية المستدامة، 2018):

يجب تضمين جميع السكان في البيانات: يمكننا تحقيق هدف "عدم ترك أحد خلف الركب" فقط من خلال تمكين من هم بحاجة إلى الدعم أكثر من غيرهم. ويعني هذا ضمان سماع أصواتهم وتوفير البيانات والتحليلات التي تمثل تجاربهم.

ينبغي تصنيف جميع البيانات، حيثما أمكن، حتى يمكن وصف جميع السكان بدقة: نحن ندرك أنه ينبغي أن يتم تصنيف مؤشرات أهداف التنمية المستدامة، حيثما أمكن، حسب الدخل والجنس والعرق والانتماء الإثني ووضع الهجرة وغيرها من الخصائص ذات الصلة في السياقات الوطنية.

ينبغي جمع البيانات من كافة المصادر المتاحة: نحن ندرك أن هناك حاجة إلى الحصول على بيانات عالية الجودة ودقيقة من المصادر الرسمية وغير الرسمية، وينبغي أن تتضمن هذه المصادر مصادر بيانات جديدة، وذلك بما يتفق مع المعايير الإحصائية المقبولة دولياً.

يجب أن يخضع المسؤولون عن جمع البيانات وإعداد الإحصاءات للمساءلة: سوازن بين مبادئ الشفافية والسرية والخصوصية لضمان عدم إساءة استخدام البيانات الشخصية أو استخدامها بشكل خاطئ، وذلك وفقاً للقوانين الوطنية والمبادئ الأساسية للإحصاءات الرسمية (شعبة الإحصاءات التابعة للأمم المتحدة، 2014).

يجب تحسين القدرة البشرية والتقنية ذات الصلة بجمع البيانات المصنّفة وتحليلها واستخدامها، بما في ذلك من خلال توفير التمويل الكافي والمستدام: نحن ندرك أن جمع البيانات المصنّفة وتحليلها يتطلب مهارة خاصة وتمويلاً.

عمليات التعداد السكاني في أفريقيا تهدف إلى أن تشمل الجميع

بعد أن بدأ لوباغو بمزاولة مهنته كمعلم في مدرسة بجمهورية تنزانيا المتحدة، ذهب إلى البنك المحلي ليفتح حساباً باسمه ولكن طلبه جوبه بالرفض لأنه كان مكفوفاً. كانت سياسة البنك تتطلب من أي شخص يعاني من عمى أو ضعف في البصر أن يأتي برفقة شخص يوقع المستندات نيابةً عنه حتى لإجراء أبسط المعاملات. يرى لوباغو أن هذه السياسة لم تكن عملية ولا عادلة بحقه.

فهو اختار مهنة التعليم لأنه لم يتمكن من تحقيق أمنياته الأولى، لقد أراد أن يدخل الجامعة بهدف دراسة المحاماة ولكن مستشاره الأكاديمي لم يشجعه على هذا الاختصاص لأن الكتب القانونية التي يجب قرائتها غير متوفرة بطريقة برايل. يتذكر لوباغو: "أخبرني أنني لن أنجح".

كان ذلك منذ عشرين سنة ورغم أن الوضع تحسن منذ ذلك الحين، إلا أن الأشخاص ذوي الإعاقة بجمهورية تنزانيا المتحدة لا زالوا يواجهون مجموعة من العوائق عندما يمارسون حياتهم اليومية أو عندما يحتاجون لخدمات عامة مثل الرعاية الصحية والتعليم. تعتبر الخدمة خارج متناول اليد حتى لو كانت العيادة موجودة في مكان قريب جداً من منزل شخص يتنقل على كرسي متحرك؛ فحياًناً تكون السلام هي السبيل الوحيد للوصول إلى العيادة أو تكون غرفة الاستشارة الطبية

ضيقة جداً بحيث لا يمكن إغلاق الباب حفاظاً على خصوصية المريض أو تكون الحمامات غير مجهزة بشكل مناسب. "هذا هو التمييز بعينه" وفق ما يصف لوباغو الذي يشغل اليوم منصب الأمين العام لمنظمة الاتحاد التنزاني للأشخاص ذوي الإعاقة.

أصبح التعداد السكاني في البلد يحدد الأشخاص ذوي الإعاقة اعتباراً من عام 2012، إلا أن هذه الممارسة لم تشمل مجموعة كبيرة من فئات الإعاقة ولم تراعي حداثتها. يقول سيف كوتشينغو، كبير الإحصائيين ومنسق التعداد السكاني الوطني: "كان هناك طلب من ذوي الإعاقة ومن الحكومة لتوفير بيانات أفضل".

تعتبر المعلومات التي تم جمعها من خلال التعداد السكاني بالغة الأهمية. باعتبار أن جمهورية تنزانيا المتحدة هي إحدى الدول الأطراف الموقعة على اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، فهي تتعهد "بكفالة وتعزيز أعمال كافة حقوق الإنسان والحريات الأساسية إعمالاً تاماً لجميع الأشخاص ذوي الإعاقة". ومع ذلك تطلب المؤسسات الاطلاع على البيانات لكي تجعل الخدمات متاحة وميسرة أيضاً.

يقول كوتشينغو إن المسؤولين قد سعوا فعلاً لإشراك ممثلين عن مجموعة السكان

ذوي الإعاقة بغية تصميم أحدث عملية للتعداد السكاني، حيث شاركوا أيضاً في التخطيط للعملية وفي تدريب القائمين بالتعداد. أما لوباغو الذي استقال من مهنة التعليم، فبذل جهوداً متضافرة مع مكاتب الحكومة لتصميم تعداد سكاني يعتمد على مجموعة أوسع وأكثر تنوعاً لأسئلة موحدة دولياً حول الإعاقة. وبالمجمل شارك حوالي 400 شخص من ذوي الإعاقات والعاهاث في هذه العملية حيث تم إدراج 17 فئة مختلفة من الإعاقات أو العاهاث وأصبح من الممكن أيضاً تحديد مستويات الحدة.

ووفقاً لما قاله كوتشينغو، لقد أظهرت النتائج الأولية من التعداد السكاني الوطني لعام 2022 أن حوالي 11 بالمائة من السكان لديهم نوع واحد على الأقل من الإعاقات أو العاهاث البدنية أو النمائية. يبدو هذا المستوى أعلى بنقطتين مؤبنتين مما كان عليه في عام 2012 إلا أن هذه الزيادة ظهرت نتيجة اعتماد نهج أكثر شمولاً لإحصاء عدد السكان ذوي الإعاقة في التعداد السكاني الأخير. يأمل لوباغو أن البيانات الجديدة المستقاة من التعداد السكاني ستعكس حجم مجموعة السكان ذوي الإعاقة وأهميتها، وأنها ستؤدي إلى مشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة في اتخاذ القرارات على المستويين المحلي والوطني.



أناستازيا جيرالد امرأة بالغة من العمر 23 سنة وتعاني من إعاقة، تقيم في كاهاما بإقليم شينيانغا في جمهورية تنزانيا، وهي مناصرة لحقوق النساء والفتيات حصلت على التدريب في هذا المجال من خلال برنامج My Choice My Rights (أي هذا خيارى وهذه حقوقي) الممول من حكومة فنلندا. © UNFPA Tanzania/Ayubu Lulesu

أدى التعداد السكاني لعام 2022 إلى إنتاج بيانات أفضل بشأن الأشخاص ذوي الإعاقة إضافةً إلى أنه اشتمل على إحصاء مبتكر وأكثر اكتمالاً للبدو. وكان يتعين على الحكومة أن تتواصل مع مجموعات البدو قبل وقت التعداد بكثير بُغية ضمان أن يبقوا مأكثين في مكان واحد أثناء تنفيذ التعداد لأن هذه المجموعات تنتقل باستمرار بحثاً عن الطعام. وكان ذلك يقتضي التأكد من أن الأسر لديها ما يكفيها من الطعام خلال فترة اليومين التي يجري خلالها إحصاء عدد السكان على المستوى الوطني. أدى التعداد السكاني لعام 2022 إلى إنتاج بيانات أفضل بشأن الأشخاص ذوي الإعاقة إضافةً إلى أنه اشتمل على إحصاء مبتكر وأكثر اكتمالاً للبدو. وكان يتعين على الحكومة أن تتواصل مع مجموعات البدو قبل وقت التعداد بكثير بُغية ضمان أن يبقوا مأكثين في مكان واحد أثناء تنفيذ التعداد لأن هذه المجموعات تنتقل باستمرار بحثاً عن الطعام. وكان ذلك يقتضي التأكد من أن الأسر لديها ما يكفيها من الطعام خلال فترة اليومين التي يجري خلالها إحصاء عدد السكان على المستوى الوطني.

هناك بلدان أخرى غير جمهورية تنزانيا المتحدة تنتج بيانات أفضل عن الإعاقات. فمثلاً إنَّ التعداد السكاني لعام 2018 بملاوي شمل المهق بين بارامترات الإعاقة. يعاني الأشخاص ذوو المهق من أشكال عدّة للتمييز كما أنهم يتعرّضون بشكلٍ متكرر لمخاطر العنف أو قد يلقون حتفهم نتيجة ذلك. منذ عام 2006، تلقت الخبرة المستقلة المعنية بتمتع الأشخاص ذوي المهق بحقوق الإنسان لدى الأمم المتحدة ما يقرب من 800 تقرير من 28 بلداً عن اعتداءات لأعراض الطقوس الدينية واتهامات بممارسة السحر موجهة ضد أشخاص يحملون جينات وراثية تحرمهم من صبغة الميلانين الطبيعية في الشعر أو

من الصعب على واضعي السياسات أن يتخذوا الإجراءات اللازمة من أجل توفير الأمان لهؤلاء الأشخاص أثناء ممارسة حياتهم اليومية والتمتع بحقوقهم.

البشرة أو العيون (المفوضية السامية لحقوق الإنسان، بدون تاريخ ج).

يقول إسحاق شيروا، نائب مدير شعبة الإحصاءات الديمغرافية والاجتماعية بملاوي: "يصعب على الكثيرين الانخراط في مجتمعاتهم أو حتى الذهاب إلى جامعاتهم خشية أن يتم الاعتداء عليهم." ويوضح شيروا أن البيانات التي توفرت قبل التعداد السكاني لعام 2018 حول عدد الأشخاص ذوي المهق وأماكن إقامتهم كانت بيانات محدودة، وبالتالي بدون هذه المعلومات كان

البيانات باعتبارها حقاً من حقوق الإنسان

الحقوق. ولكن يبدو أن توافر البيانات هو أيضاً لعبة حظ، ذلك أن وجود البيانات التي نحتاج إليها يتوقف على المكان الذي نعيش فيه. وفي حين أن الدراسات الاستقصائية والتحليلات تنظر روتينياً في بعض العوامل مثل النوع الاجتماعي أو الثروة أو الدخل أو الموقع الجغرافي أو العمر، إلا أن التصنيف حسب الانتماء الإثني أو العرقي أو اللغة أو الدين أو الأصول لا يزال نادراً نوعاً ما. والأكثر ندرة بعد

البيانات ليست مخصصة لتوجيه الحكومات أو السياسات أو الميزانيات فحسب، وإنما هي بيانات تعيننا جميعاً في كل بقاع الأرض لدعم الجهود التي نبذلها في الفهم والمشاركة والاختيار والتأكيد على



هي البيانات المصنّفة التي تظهر الحصول على الخدمات حسب الحالة فيما يتعلق بفيروس العوز المناعي البشري (الإيدز) أو حالة الهجرة أو الهوية المرتبطة بمجتمع الميم عين.

وكان التصنيف حسب الإعاقة نادراً لفترة معينة ولكن توافر البيانات في هذا المجال يزداد بشكل سريع، ومع ذلك لا تزال الفجوات موجودة، إذ يبدو مثلاً أنّ رصد الإعاقات البصرية متقدماً بالنسبة لرصد الإعاقات الحسية، والتي تبدو بدورها متقدمة بالنسبة للإعاقات العقلية والذهنية.

فضلاً عن ذلك، هناك عوامل سكانية تكاد تكون غير مشمولة على الإطلاق في نُظم الأمم المتحدة والنُظم الإقليمية الرئيسية، مثل الأشخاص المعرّضين لخطر انعدام الجنسية والنازحين قسراً ونزلاء السجون. ويتم الإعلان عن استبعادهم بشكل صريح أحياناً (أي أنّ الدراسة الاستقصائية السكانية قد تشير إلى استبعاد النازحين في المخيمات أو النزلاء في السجون)، ولكن يبقى هذا الاستبعاد غير واضح أو محدد في معظم الأحيان.

إنّ الوصول إلى المعلومات العامة هو حق من حقوق الإنسان وهو راسخ في القانون الدولي وفي الكثير من النُظم الإقليمية مثل الاتحاد الأفريقي ومجلس أوروبا ومنظمة الدول الأمريكية (المادة 19، 2012)، فضلاً عن أنه يعتبر حق تمكيني يسمح بإعمال حقوق أخرى من حقوق الإنسان. إضافةً إلى ذلك، يُعتبر الحق في المعلومات أساسياً لدعم الحق في المساواة والحق في عيش حياة خالية من التمييز. وفي حين أنه يمكن إثبات بعض انتهاكات الحقوق من خلال نقطة بيانات واحدة، مثلاً إنّ الحق في عدم التعرّض للتعذيب يتطلب إثبات حالة تعذيب واحدة لإظهار أنّ الحق تم انتهاكه؛ إلا أنّ تحديد التمييز الممنهج يتطلب جمع واستخدام بيانات تمثيلية ومصنّفة. وبدون هذه البيانات يستحيل تحديد ما إذا كانت القوانين والسياسات والبرامج، وإن كانت حيادية ظاهرياً، تؤدي إلى التمييز.

إن تركيز هذا الفصل على عدم كفاية البيانات المتعلقة بوفيات الأمهات لا يعني بالضرورة أنها هي الموضوع الأوحد محل الاهتمام، بل هي حالة من بين حالات كثيرة وكثيرة جداً يكون فيها غياب البيانات دليلاً على إدامة أوجه انعدام المساواة الرهيبة. على سبيل المثال، أقرّت

وإنّما هي بيانات تعيننا جميعاً في كل بقاع الأرض لدعم الجهود التي نبذلها في الفهم والمشاركة والاختيار والتأكيد على الحقوق.

لماذا لا يتم جمع بيانات مصنّفة؟

ادّعت بلدان كثيرة على مرّ التاريخ بأنّ بعض المجموعات السكانية الفرعية لا تقيم ببساطة داخل حدودها، وهناك أسباب وجيهة وراء تلك الادّعاءات لأنّ الوصم والتمييز غالباً ما يجبر الأشخاص على إخفاء هوياتهم وهذا يصعب عملية جمع البيانات بشكل كبير. ولكن هناك أسباب أخرى أدّت إلى عدم جمع البيانات المصنّفة وعدم نشرها إذ تشتمل التحديات على التكلفة (أفيندانو وآخرون، 2018) والقدرة المرتبطة بهذه العملية (باكمان وآخرون، 2008) إضافةً إلى مراعاة الظروف السياسية (باكمان وآخرون، 2008) والمخاطر ذات الصلة (باكمان وآخرون، 2008).

وتصنيف البيانات له تكلفة بالطبع. فمثلاً سرعان ما تترتّب تكاليف باهظة نظير الحصول على عينات كافية لكثير من المجموعات السكانية الفرعية والخصائص المختلفة. وإنّ أي دراسة استقصائية تقدّم بيانات مصنّفة بالتفصيل عبر خصائص كثيرة قد تتسمّ بكونها كبيرة جداً أو أنها منطوية على عناصر أقلّ موثوقية من الناحية الإحصائية. ولكن هناك طُرُق عدّة لإبقاء التكاليف منخفضة. على سبيل المثال يتم إجراء الدراسات الاستقصائية العنقودية المتعددة المؤشرات لبلد بأكمله، ولكنّ هناك دراسات استقصائية خاصة يتم إجراؤها لطائفة الروما في مجموعة من البلدان الأوروبية (مثلاً في مقدونيا الشمالية وصربيا). ويمكن لهذه الدراسات الاستقصائية الخاصة أن توضح إجحافات صارخة. ففي كينيا مثلاً أُجريت دراسة استقصائية في مقاطعة توركانا أظهرت أنّ حوالي 26 بالمائة فقط من نساء شعب التوركانا يلدن بمساعدة قابلة ماهرة، في حين أنّ 84 من النساء المنتميات إلى مجموعات إثنية أخرى يحظّين بهذه الميزة (مكتب الإحصاءات الوطنية في كينيا، معهد الدراسات والأبحاث السكانية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة، 2016). وبينما أظهرت إحدى الدراسات الاستقصائية التي أُجريت على نطاق أوسع مستويات متدنية للولادات بمساعدة قابلة بين نساء شعب التوركانا، إلا أنّ هذه الأرقام قد تُعزى إلى مشاكل في البنية التحتية بدلاً من كونها نتيجة أوجه حرمان محددة لهذه المجموعة الإثنية.

وتصنيف البيانات له تكلفة بالطبع. فمثلاً سرعان ما تترتّب تكاليف باهظة نظير الحصول على عينات كافية لكثير من المجموعات السكانية الفرعية والخصائص المختلفة. وإنّ أي دراسة استقصائية تقدّم بيانات مصنّفة بالتفصيل عبر خصائص كثيرة قد تتسمّ بكونها كبيرة جداً أو أنها منطوية على عناصر أقلّ موثوقية من الناحية الإحصائية. ولكن هناك طُرُق عدّة لإبقاء التكاليف منخفضة. على سبيل المثال يتم إجراء الدراسات الاستقصائية العنقودية المتعددة المؤشرات لبلد بأكمله، ولكنّ هناك دراسات استقصائية خاصة يتم إجراؤها لطائفة الروما في مجموعة من البلدان الأوروبية (مثلاً في مقدونيا الشمالية وصربيا). ويمكن لهذه الدراسات الاستقصائية الخاصة أن توضح إجحافات صارخة. ففي كينيا مثلاً أُجريت دراسة استقصائية في مقاطعة توركانا أظهرت أنّ حوالي 26 بالمائة فقط من نساء شعب التوركانا يلدن بمساعدة قابلة ماهرة، في حين أنّ 84 من النساء المنتميات إلى مجموعات إثنية أخرى يحظّين بهذه الميزة (مكتب الإحصاءات الوطنية في كينيا، معهد الدراسات والأبحاث السكانية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة، 2016). وبينما أظهرت إحدى الدراسات الاستقصائية التي أُجريت على نطاق أوسع مستويات متدنية للولادات بمساعدة قابلة بين نساء شعب التوركانا، إلا أنّ هذه الأرقام قد تُعزى إلى مشاكل في البنية التحتية بدلاً من كونها نتيجة أوجه حرمان محددة لهذه المجموعة الإثنية.

وفي الإطار نفسه، من الصحيح أيضاً أنّ بعض الطُرُق المتبعة لجمع البيانات قد تؤدّي إلى إساءة استخدامها وتوظيفها. فمثلاً إنّ تتبّع طائفتيّ اليهود والروما قد أسهم في حدوث الإبادة الجماعية في كثير من البلدان الأوروبية خلال الحرب العالمية الثانية. ونتيجةً لذلك،

وأخيراً، تجنّبت بعض الحكومات والمؤسسات إجراء التصنيف خشية أن يؤدي إلى بروز توترات سياسية واجتماعية أو تفاقمها. بعبارة أخرى، تخشى هذه المؤسسات من تسخير البيانات من جانب المعارضين السياسيين أو الحركات الانفصالية التي تنتقد السلطات الحالية. ومع ذلك، فإنّ عدم جمع البيانات لا يجعل انعدام المساواة أقلّ ظهوراً في حياة الأشخاص المهمّشين، بل إنّ هذه الحسابات في الواقع تضع المكاسب السياسية فوق اعتبارات التنمية والشمول للمجموعات المحرومة في الأجل الطويل.

لن تكون جميع المخاطر موجودة بشكل أساسي في جميع الحالات. ويجب في كل حالة أن يتمّ قياس أي مخاطر وتكاليف بعناية مقابل المنافع المحتملة. وإنّ عدم جمع البيانات عادةً ما يكون اختياراً يعكس عدم التزام الدولة بفهم المجموعات الأكثر تهميشاً واستبعاداً والوصول إليها، أو يظهر أنّ قادة الدولة يفضلون الحصول على مكاسب انتخابية في الأجل القصير على تحقيق التنمية والشمول في الأجل الطويل. وإنّ عدم وجود بيانات يمثّل بحد ذاته بيانات من نوع آخر وفق ما أكّدت عليه المجموعة الدولية لحقوق الأقليات (ثوماس، 2023).

اتفاقيات الأمم المتحدة منذ تسعينيات القرن العشرين بنقص حاد في البيانات المتعلقة بالعنف القائم على النوع الاجتماعي وفي التدابير المتفق عليها للحد منه، ما جعل عملية الرصد مستحيلة. ولم تصدر منظمة الصحة العالمية تقديرات عالمية وإقليمية حول ما تتعرض له النساء من عنف الشريك الحميم والعنف الجنسي الممارس من غير الشريك إلا في عام 2013 للمرة الأولى. وأنداك كانت تتوفر البيانات عن 79 بلداً. كانت تتوفر البيانات لدى 153 بلداً بحلول عام 2019 (غارسيا مورينو وأمين، 2019).

ولكنها بقيت غير متوفرة بالنسبة لحالات كثيرة. يضطلع المؤشر 5.6.1 لرصد أهداف التنمية المستدامة بتتبع نسبة النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 سنة و49 سنة واللاتي يتخذن بأنفسهن قرارات مستنيرة بشأن رعاية الصحة الإنجابية، والعلاقات الجنسية، واستخدام وسائل تنظيم الأسرة. إن أهمية هذا المؤشر لا محدودة؛ فهو يعد أول محاولة عالمية على الإطلاق لقياس الاستقلالية الجسدية ورصدها، ولكن لم تتوفر بيانات رسمية عن أهداف التنمية المستدامة إلا لدى 21 بالمائة فقط من البلدان وهي عموماً بيانات عن سنة واحدة فقط. وفي تحليلات أخرى تناولت بيانات من 69 بلداً عن الفترة بين 2007 و2022، تمت الإشارة إلى أن حوالي نصف النساء المتزوجات أو المقترنات بشريك ممن تتراوح أعمارهن بين 15 و49 سنة (56 بالمائة منهن) يتخذن بأنفسهن قرارات تتعلق بالصحة والحقوق الجنسية والإنجابية، ما يتراوح بين معذل وسطي يساوي الثلث (37 بالمائة) في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى والثلثة أرباع (أكثر من 80 بالمائة) في بعض بلدان أوروبا وأميركا اللاتينية ومنطقة الكاريبي (إدارة الشؤون الاجتماعية والاقتصادية لدى الأمم المتحدة، بدون تاريخ). [تحديث يستند إلى بيانات المؤشر 5.6.1 في فبراير (شباط)]. إن وجود هذا المؤشر يسلط الضوء على أن الجهود المبذولة لمعالجة جميع جوانب الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية بما فيها وفيات الأمهات باتت تُقضي إلى إقرار أوسع بأن القيود المفروضة على استقلالية المرأة تؤدي إلى تداعيات تطل المجتمع بأكمله (مينينديز وآخرون، 2023؛ هيئة الأمم المتحدة للمرأة، 2018).

ومع ذلك، شهدت العقود الثلاثة المنصرمة تقدماً ملحوظاً توجه المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في برنامج عمله بدعوة إلى الحكومات والمؤسسات لـ "تعزيز أنظمة البيانات الوطنية" (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 1994) والتي تُعد أساسية لإنتاج بيانات مصنفة وعالية الجودة مطلوبة للتعرف على المجموعات المستضعفة وتحديد مواقعها إضافة إلى التدخل لدعم تنميتها وتتبع التقدم المحرز عبر المؤشرات ذات الصلة كل عام. واعتباراً من عام 1994 شهد العالم تحولات ملحوظة في أنظمة البيانات السكانية وليس أقلها رقمنة معلومات العالم. نجحت أنظمة البيانات للتعدادات السكانية والدراسات الاستقصائية والتسجيل المدني وإحصاءات الأحوال المدنية وكذلك البيانات الروتينية لقطاع الصحة في تسريع معالجة البيانات ووسعت أنواع البيانات المتوفرة وأتاحت الفرص لخفض التكاليف. وقد أتت المعلومات الجغرافية المكانية والصور الساتلية بإمكانات قيمة لاستهداف أكثر دقة. ومع ذلك، إن التخلف وعدم كفاية التمويل يعني بقاء النقص في الكثير من أنظمة البيانات الوطنية (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2024). يُضاف إلى ذلك أنه مع وجود أنظمة جديدة قيد التطوير فيما يتعلق بالبيانات ومع استمرار الابتكار داخل الأنظمة القائمة، يجب أن يتم تفعيل آليات الحماية من أجل درء المخاطر التي تهدد حقوق الإنسان والموجودة في التطورات الرقمية والتكنولوجية الجديدة حول العالم (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2024).

بعد مرور ثلاثين عاماً على إنشاء برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، لا يزال هذا البرنامج يعتبر خريطة طريق مقنعة نحو بناء عالم أفضل. فالمسار الذي يقضي إلى التقدّم ليس مساراً خطياً أو قابلاً للاستشراق، وثمة ما يدعو للأمل على الرغم من الأزمات والانتكاسات التي حصلت في العقود الماضية. يمكننا أن ننشئ عالماً يكون فيه كل حمل مرغوباً فيه وكل ولادة آمنة ويحقق فيه جميع الشباب كامل إمكاناتهم. بمقدورنا، ومن واجبنا، ومعاً سوف ننجح.

ما هي الفئات المهمة بدرجة كافية لتشمل في الإحصاءات؟ الإجابة هي فئة الأمهات المراهقات

جودة البيانات تختلف بين البلدان
يظهر الشكل (5) تقييم توافر البيانات عن حمل المراهقات حول العالم اعتباراً من عام 2015 وهو يعكس مجموعة واسعة من مصادر تتنوع من حيث اكتمالها وموثوقيتها. يجد هذا التقييم أن معظم الحالات المقلقة لنقص البيانات، أي فقط تلك التي تُتاح بياناتها عشوائياً أو تلك التي لا تتوفر أي بيانات عنها، موجودة في 67 بلداً يعيش فيه 20 بالمائة من جميع الفتيات اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15 و19 سنة. وتقع جميع هذه البلدان البالغ عددها 67 داخل أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى ومنطقة الكاريبي وأوقيانوسيا.

وتبين في المقابل أن أفضل البيانات موجودة في أوروبا وأمريكا الشمالية وكذلك أستراليا ونيوزيلندا وكاليدونيا الجديدة بأوقيانوسيا إضافةً إلى بلدان في مناطق أخرى حيث يبلغ مجموعها 78 بلداً يعيش فيها 16 بالمائة من الفتيات والشابات حول العالم.

وفي العموم، هذا يعني أن أسوأ البيانات من حيث الجودة والتوافر تُلاحظ في مناطق يتركز فيها الارتفاع في حالات زواج الأطفال الذي يعدّ ظاهرة شائعة

بالنسبة للنساء والفتيات وأسرهن. ولكن في بلدان كثيرة توضع السياسات والبرامج اللازمة للحد من الإنجاب في سن مبكرة بناءً على بيانات قديمة وغير مكتملة غالباً ما لا تكون مصنفة حسب عمر واحد ووفق خصائص أخرى هامة.

والأمر الإيجابي الذي يحصل هو أن هناك المزيد من البيانات التي أصبحت متوفرة لتقديم نظرة ثاقبة فيما يتعلق بمجال ومستوى تعقيد حالات الإنجاب المتعلقة بالمراهقات على الصعيد العالمي. أصبح هذا الأمر منطبقاً ولا سيما بعد وضع خطة التنمية المستدامة لعام 2030 التي دعت إلى الإبلاغ عن معدلات الولادات لدى المراهقات باعتبارها مؤشراً على التقدم المحرز نحو تحقيق حصول الجميع على خدمات رعاية الصحة الجنسية والإنجابية. ومع ذلك، إن المعايير الأساسية للإبلاغ عن المؤشر 3.7.2 لأهداف التنمية المستدامة وأيضاً لتقدير معدلات الحمل ومعدلات الحمل حسب العمر في "التوقعات السكانية في العالم" التي تصدرها الأمم المتحدة [إدارة الشؤون الاجتماعية والاقتصادية لدى الأمم المتحدة، 2022ب] تتمثل في توافر البيانات المتأتية من مصادر مختلفة وجودتها. ولا تزال الفجوات قائمة في فهمنا لهذا الموضوع وهناك تداعيات هامة تترتب على ذلك.

غالباً ما يكون هناك افتراض غير معلن أثناء صنع السياسات وجمع البيانات يقضي بأن الأشياء المهمة هي التي تُشمل بالإحصاءات وأن الفئات المشمولة بالإحصاءات هي الفئات المهمة. ولكن هذا الافتراض ليس دقيقاً بحسب هذا التقرير.

يرد مثالاً واضح على ذلك في جمع البيانات المتعلقة بحمل المراهقات (أي حمل الفتيات والشابات اللواتي تتراوح أعمارهن بين 10 و14 سنة وبين 15 و19 سنة). تنتشر حالات الحمل والإنجاب بين المراهقات علماً بأن كل سنة تشهد ما يقدر بنصف مليون ولادة لفتيات تتراوح أعمارهن بين 10 و14 سنة و12.8 مليون ولادة لمراهقات تتراوح أعمارهن بين 15 و19 سنة (برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، 2022). ووفق ما جاء على لسان كارمن باروسو، الرئيسة المشاركة التي عينها الأمين العام للأمم المتحدة في الفريق المستقل للمساءلة، فإن الأمومة المبكرة لدى الفتيات ولا سيما المراهقات الأصغر سناً هي "شكل من أشكال العنف القائم على النوع الاجتماعي إذ أنه من العف أن تجبر فتاة أو امرأة على الحمل أو على فعل شيء لا تريده بجسدها". وتعتبر المضاعفات الناجمة عن الحمل والولادة سبباً محورياً للوفاة بين الفتيات المراهقات وهي تؤثر على الحصائل الاجتماعية والاقتصادية

(6) التي تصدر أدق التقديرات للولادات حسب عمر الأم، يبدو أنّ تسجيل الولادات قد تحسّن بشكل متّسق حيث ازداد من 80 بالمائة في تسعينيات القرن العشرين إلى أكثر من 96 بالمائة في العقود الأخيرة (اليونيسف، 2023؛ هانتر وسوغياما، 2018). ومع ذلك سجّلت المجموعة السكانية الأدنى دخلاً نحو 88 بالمائة من

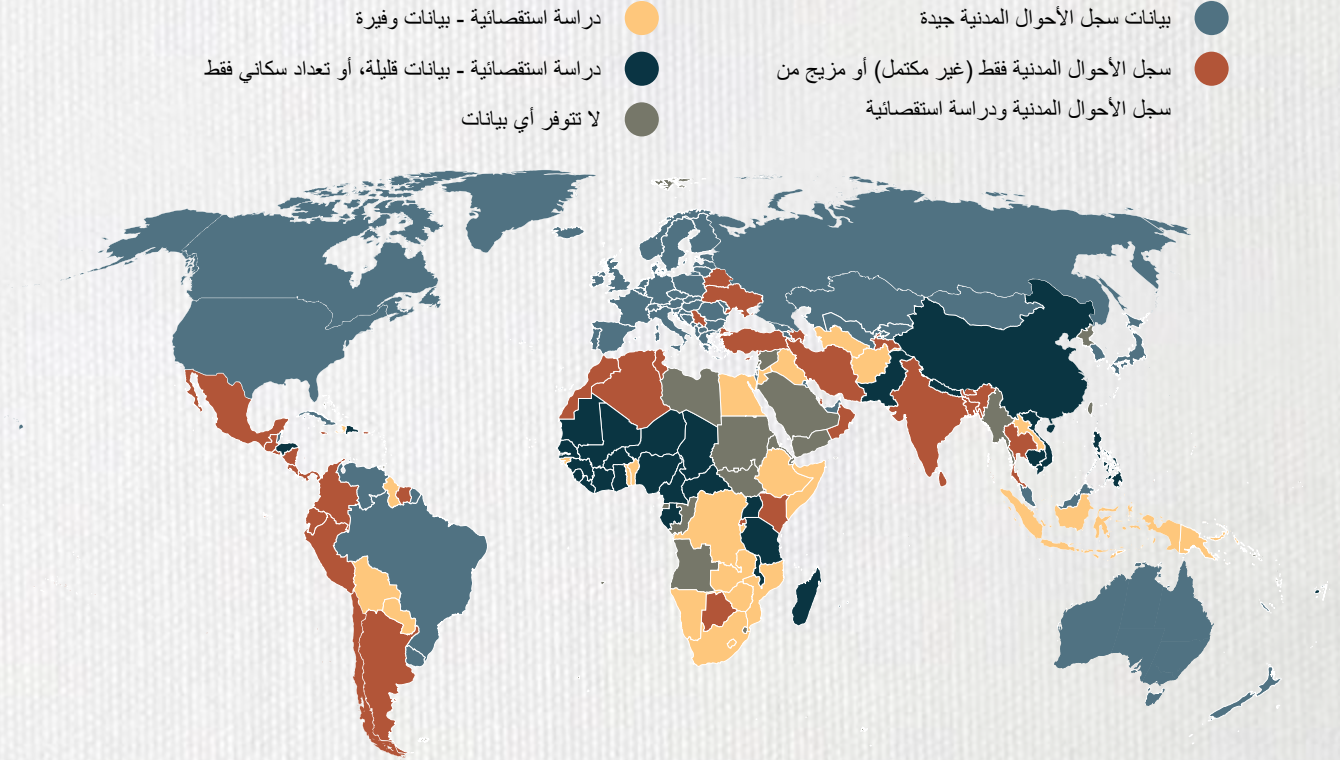
في بلدان لديها مستوى شديد الانخفاض لحالات زواج الأطفال وحمل المراهقات.

جودة البيانات تختلف داخل البلدان
توجد تفاوتات في جودة البيانات وهي لا تقتصر على تفاوتات بين البلدان، بل داخل البلدان أيضاً. فمثلاً في البرازيل الذي يندرج ضمن فئة البلدان (راجع الشكل

تسبق الزواج المبكر، وأيضاً حيثما تشير المعلومات المتوفرة إلى معدلات أعلى للحمل بين المراهقات، وهو أمر يرتبط في بعض البلدان بارتفاع معدلات زواج الأطفال (موليتوريس، 2023). في المقابل، إنّ أفضل البيانات من حيث الجودة والتوافر موجودة عموماً

الشكل 5

عدد الولادات لكل 1,000 فتاة بعمر يتراوح بين 15 و19 سنة، من بيانات توفّرت اعتباراً من عام 2015



المصدر: شعبة السكان التابعة للأمم المتحدة، 2024.

توضيح الشكل: أنشأت شعبة السكان التابعة للأمم المتحدة خمس فئات لتوافر البيانات. تتألف الفئة الأولى من بلدان تصدر أدق التقديرات للولادات حسب عمر الأم ويتم تسجيلها في نظم التسجيل المدني وإحصاءات الأحوال المدنية مع تغطية كاملة. وأما الفئة الثانية، فتتكون من بلدان لديها بيانات مستمدة من تسجيل ولادات غير مكتملة في نظم التسجيل المدني والإحصاءات الحيوية، أو مزيج من بيانات تسجيل غير مكتملة مع بيانات مستمدة من دراسات استقصائية تمثيلية وطنية مثل الدراسات الاستقصائية الديمغرافية والصحية والدراسات الاستقصائية العنقودية المتعددة المؤشرات. وتتألف الفئة الثالثة من بلدان لديها نقص حاد في البيانات داخل نظم التسجيل المدني والإحصاءات الحيوية وتستخدم بيانات مستمدة من دراسات استقصائية كمصدر أساسي للمعلومات. وأما عن الفئة الرابعة، فتتكون من بلدان تتوفر لديها البيانات عشوائياً من دراسات استقصائية وتعدادات سكانية أو أيهما. وتتألف الفئة الخامسة من بلدان ليست لديها أي بيانات متاحة عن حمل المراهقات منذ عام 2015.

ولاداتها، في حين سجّلت المجموعة الأعلى دخلاً أكثر من 98 بالمائة من ولاداتها.

يظهر الشكل (6) كيف يُلاحظ تحسُّن مستمر في جودة التقديرات المتعلقة بمعدل الولادات لدى المراهقات على الرغم من التحديات التي جوبهت في هذا المجال.

أو أيهما (اليونيسف، 2023). يظهر الشكل (6) تبايناً كبيراً في تقديرات الولادات لدى المراهقات للفترة الممتدة بين عامي 2000 و2014. ومع ذلك، يظهر التقارب بشكل ملحوظ مع مرور الوقت.

وإحصاءات الأحوال المدنية. فهذه الأنواع من البيانات لا تُجمع بشكل روتيني عند تسجيل الولادات، وبالتالي يجب أن تُستكمل بدراسات استقصائية لعينات تؤخذ من مجموعات سكانية فرعية مختارة.

لا زالت الحاجة قائمة إلى بيانات مصنفة وذات جودة أفضل

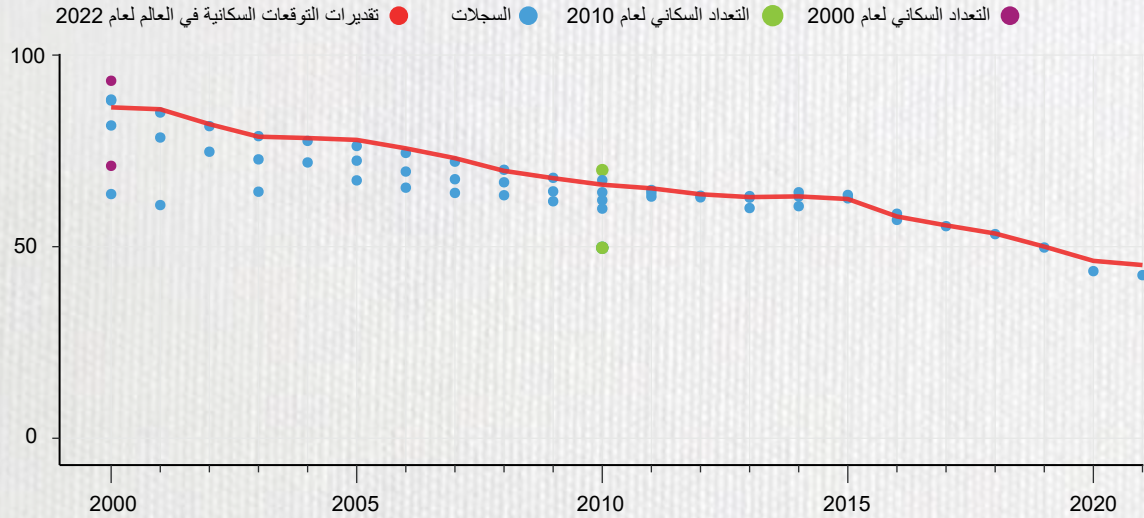
نادراً ما تتوفر معلومات متعلقة بالانتماء الإثني أو العرقي حتى في البلدان المندرجة ضمن الفئة التي تُعتبر بياناتها مكتملة في التسجيل المدني

تشكّل سلفاكيا مثلاً على ذلك حيث لا تُجمع المعلومات عن الانتماء الإثني للأمم عندما يتم تسجيل الطفل. وأظهرت البيانات المستمدة من دراسات استقصائية لسكان الروما أنّ معدلات حمل المراهقات بين سكان الروما كانت دائماً أعلى من حالات الحمل على

تم تسجيل 56 بالمائة من الولادات بينغلايش في عام 2019، وهو بلد لديه بيانات غير مكتملة في سجل الأحوال المدنية وبيانات مستمدة من دراسات استقصائية تمثيلية على المستوى الوطني

الشكل 6

مقارنة بين معدلات الولادات لدى المراهقات بعمر يتراوح بين 15 و19 سنة، من مصادر مختلفة. البرازيل، عن الفترة بين عامي 2000 و2021



المصدر: شعبة السكان التابعة للأمم المتحدة، 2024.

توضيح الشكل: يمثل الخط الأحمر تقدير معدل الولادات لدى المراهقات بين الفتيات اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15 و19 سنة خلال الأعوام العشرين الأخيرة، وتم تحديده وفق "التوقعات السكانية في العالم" لعام 2022. أما النقاط الزرقاء فتُمثّل الولادات لدى المراهقات والتي تحدّدت في نظام التسجيل المدني والإحصاءات الحيوية، وتُظهر النقاط الزهرية والخضراء تقديرات مستخلصة من التعدادات السكانية لعامي 2000 و2010. إنّ وجود نقاط متعددة بنفس اللون لنفس السنة يُبرز مجموعة كبيرة من القيم المستمدة من مصادر مختلفة ويبدو أنّها تتقارب بمرور الوقت، ما يشير إلى تحسُّن عام في جودة البيانات.

مستوى مجمل السكان السلوفاكيين. وتم إجراء مقارنة بين بيانات متوفرة من دراسة استقصائية تعود لعام 1996 وبيانات التسجيل المدني وإحصاءات الأحوال المدنية لجميع سكان سلوفاكيا. وأظهرت هذه المقارنة أن حالات الحمل لدى مراهقات الروما كانت أعلى من معدلات الحمل لدى مجمل سكان سلوفاكيا بسبعة أضعاف كمعدل وسطي. وأظهرت آخر المعدلات التي صدرت بين عامي 2016 و2018 أن التفاوتات تنقلص علماً أن معدلات الولادات لدى مراهقات

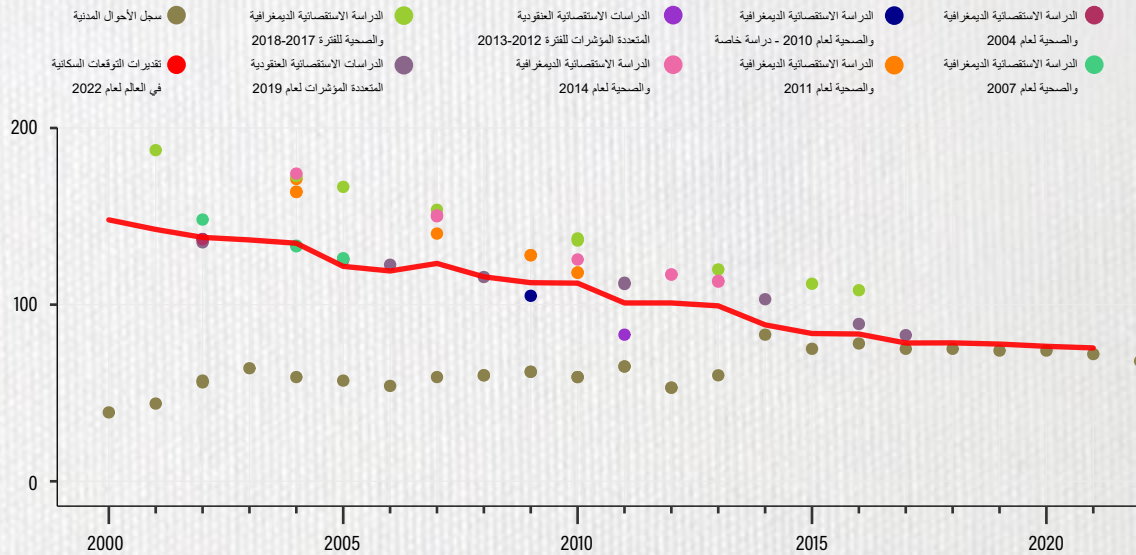
الروما ما زالت أعلى بستة أضعاف مما هي عليه لدى جميع المراهقات السلوفاكيات (نيستورفا ديكا، 2021).

تظهر هذه النتائج إجمالاً أن قاعدة المعلومات التجريبية بشأن حمل المراهقات قد شهدت تحسناً كبيراً خلال العقد الأخير، وأوضحت في الوقت نفسه أن الكثير من البلدان والمناطق لا زالت مفتقرة إلى بيانات متناسقة وأنية وعالية الجودة والتي تعدّ ضرورية لتطوير السياسات والبرامج الرامية لدعم

المراهقات والأمهات الشابات وأطفالهنّ وأسرنّ. بالإضافة إلى ذلك، لقد سلّطت هذه النتائج الضوء على أهمية جمع مزيد من المعلومات التي تتجاوز الأبعاد القياسية الاجتماعية والاقتصادية وتكون متصلة بالسياق الوطني المحدد. وحدها هذه البيانات تخوّلنا أن نصمّم حلولاً مجدية وذات كفاءة من أجل حماية صحة كل فتاة وحقوقها. هذا التحليل هو مساهمة من شُعبة السكان التابعة للأمم المتحدة.

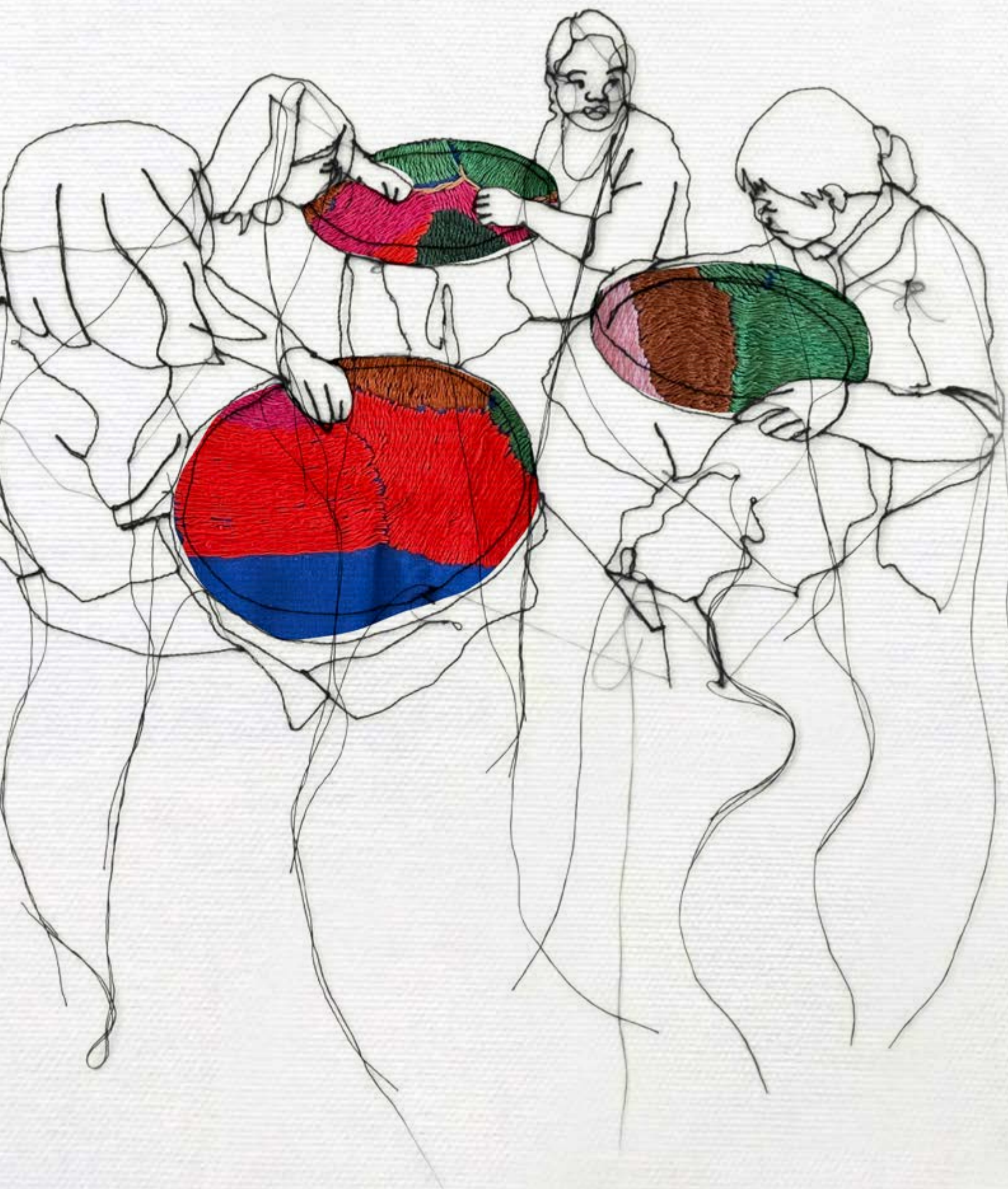
الشكل 7

مقارنة بين معدلات الولادات لدى المراهقات بعمر يتراوح بين 15 و19 سنة، من مصادر مختلفة. بنغلاديش عن الفترة بين عامي 2000 و2021



المصدر: شعبة السكان التابعة للأمم المتحدة، 2024.

توضيح الشكل: يمثل الخط الأحمر تقديرات لمعدلات الولادات لدى فتيات بعمر يتراوح بين 15 و19 سنة وفق بيانات مستمدة من "التوقعات السكانية في العالم" لعام 2022 ومن مجموعة واسعة من المصادر مثل الدراسات الاستقصائية الديمغرافية والصحية، والدراسات الاستقصائية العنقودية المتعددة المؤشرات، ونظم تسجيل العيّنات. تمثل النقاط مصادر مختلفة للبيانات وتظهر قيماً مستمدة من مجموعة كبيرة من المصادر وهي قيم متباعدة جداً ولكنها تتقارب بمرور الوقت (كيسامبارا وشميد، 2021). تجدر الإشارة بشكل خاص إلى أن معدلات الولادات التي تم الحصول عليها من سجل الأحوال المدنية كانت أدنى بكثير مقارنة بتلك المستمدة من مصادر بديلة حتى عام 2013.



النساء هنّ نسيج المجتمع



هناك مثل شعبي تشادي يقول إنّ المرأة هي الخيط الذي يحوك ويدعم الروابط العائلية في أسرتها المعيشية. وبالتالي، عندما تنجح النساء ببناء أسر مسالمة، يساهمن أيضاً في بناء مجتمعات مسالمة.

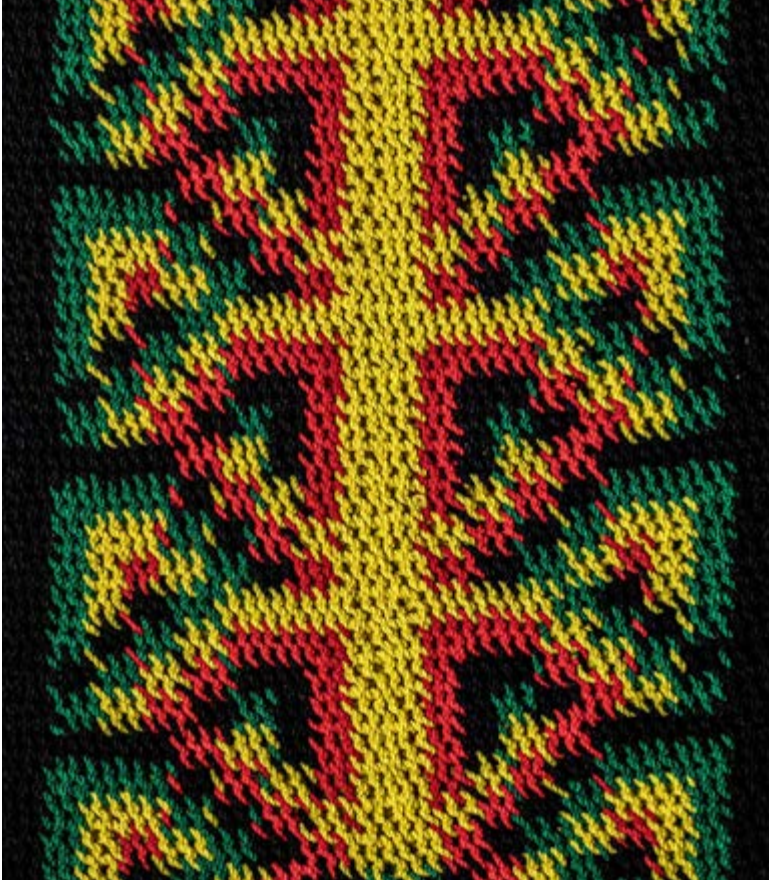
في عالم تسوده المثالية، إن مبادئ حقوق الإنسان والعدالة الاجتماعية قد تشكّل محفزاً طبيعياً للنهوض بالحقوق الإنجابية ولتعزيز الوصول المنصف إلى الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية بالنسبة للنساء. ولكن السياقات الاجتماعية والسياسية الموجودة على أرض الواقع غالباً ما تتطلب إيجاد حجج قابلة للقياس الكمي فيما يتعلق بالعائدات التي تتحقق في الأجلين القريب والبعيد من الاستثمارات الجارية في هذه البرامج. كان الوضع مفهوماً على هذا النحو بالفعل في عام 1994، ورغم أن برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية قد شكّل نقطة تحوّل للابتعاد عن سياسات التحكم بعدد السكان وللتوجّه نحو إعطاء الأولوية لحقوق جميع الأفراد، بقي الأساس المنطقي الاقتصادي عاملاً رئيسياً لتبرير الاستثمارات الجارية في تعزيز هذه الحقوق.

في الواقع، لقد تم إدراج المكاسب الاقتصادية والاجتماعية المرتبطة بالصحة الجنسية والإنجابية وبالحقوق الإنجابية على أنها الهدف الأول من برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية: "من بين هذه الأهداف والغايات: النمو الاقتصادي المستدام في سياق التنمية المستدامة؛ والتعليم خاصة بالنسبة للفتيات؛ والإنصاف والمساواة بين الجنسين؛ والحد من وفيات المواليد والأطفال الأمهات؛ وتوفير الوصول إلى خدمات الصحة الإنجابية للجميع؛ بما في ذلك خدمات تنظيم الأسرة والصحة الجنسية" (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 1994).

يتجدّد هذا الإعلان مرةً تلو الأخرى في الأبحاث وفي المسألة التي تمّت خلال العقود الثلاثة المنصرمة، وهو إعلان يفيد بأنّ الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية هي عوامل تمكين ضرورية من أجل تحرير واسع النطاق للنساء والفتيات باعتبارهنّ جهات فاعلة متمكّنة في المجال الاقتصادي. فعندما تستفيد برامج الصحة الجنسية والإنجابية من الاستثمارات، تتحقق مكاسب هامة اجتماعية واقتصادية على الأصعدة الفردية والمجتمعية والوطنية.

مع ذلك، هناك حجة أقوى ينبغي أن تُعرض في هذا السياق. ولا شك في أنّ التكاليف المرتبطة بحالات الحمل غير المقصود ووفيات الأمهات والإعاقة (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2022) والأمراض المعدية المنقولة جنسياً (أوسو إيدوسي وآخرون، 2013) وعدم المساواة بين الجنسين (وودون ودي لا بريير، 2018) قد تمت دراستها جيداً. ولكن الأمر الذي لم يتّضح بشكل جيد هو نطاق العائدات الاقتصادية التي يمكن أن تحقّقها البرامج المعنية بالنهوض بالصحة والحقوق الجنسية والإنجابية. وتمت مجابهة تحديات كثيرة عند دراسة هذه العائدات من الاستثمارات. أولاً، إنّ الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية الشاملة تعني وتضمّ مجموعة واسعة من المسائل (ستارز وآخرون، 2018) منها الحصول على خدمات تنظيم الأسرة، والحصول على إجهاض آمن حيثما يسمح القانون به، والحصول على الرعاية اللاحقة

في الواقع، لقد تم إدراج المكاسب الاقتصادية والاجتماعية المرتبطة بالصحة الجنسية والإنجابية وبالحقوق الإنجابية على أنها الهدف الأول من برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية.



تصميمٌ حقيبيّة بيلوم هذه من بابوا غينيا الجديدة مستوحى من شكل المبايض وقنوات فالوب لدى النساء. © Papua New Guinea

المساهمات الرسمية والخاصة التي تم تقديمها بين عامي 1990 و1999 لمعالجة المسائل المتعلقة بالسكان لم تصل إلى 2 مليار دولار أمريكي في السنة ولكنها ارتفعت بشكل ملحوظ مع بداية الأهداف الإنمائية للألفية. وارتفعت المعونة السنوية بشكلٍ ثابت بين عامي 2000 و2011 إذ وصلت إلى 12.3 مليار دولار أمريكي. وتراوحت المساهمات بين 9 مليار و13 مليار دولار أمريكي في السنة اعتباراً من عام 2011 مع تراجع المعونة التي صُرفت على المسائل المتعلقة بالسكان كنسبة من المساعدة العالمية الإجمالية. واللافت أنه قد تم تخصيص الغالبية العظمى من هذه النفقات للصحة الجنسية والإنجابية، مع تساؤل الحصة المخصصة لجمع البيانات وتحليل السياسات المتعلقة بالسكان (سيتم إرفاق الاقتباس لاحقاً). ومع ذلك، توفّر هذه الأرقام رؤية محدودة في إجمالي الاستثمارات العالمية التي تتناول الصحة الجنسية والإنجابية بما أنها لا تشمل الإنفاق المحلي.

للإجهاض، والحصول على رعاية الأمهات والمواليد، والوقاية من فيروس العوز المناعي البشري وسائر الأمراض المعدية المنقولة جنسياً والحصول على علاج لها، والحصول على التربية الجنسية الشاملة، ومنع حالات العنف القائم على النوع الاجتماعي والحصول على مشورة وعلاج بشأنها، والوقاية من حالات سرطان الأعضاء التناسلية وإمكانية كشفها والحصول على تدبير علاجي بشأنها، والحصول على المعلومات والمشورة والخدمات فيما يتعلق بضعف الخصوبة وحالات العقم؛ والحصول على المعلومات والمشورة والخدمات فيما يتعلق بالصحة الجنسية والرفاه الجنسي؛ وما إلى ذلك.

يبرز تحدّي آخر أثناء قياس عائدات الاستثمارات حيث إنّ الاستثمارات الجارية في مجالٍ ما قد تؤدي إلى وفورات التكاليف في برامج أخرى. فمثلاً إنّ الاستثمارات الجارية في مجال الرعاية المتعلقة بوسائل تنظيم الأسرة قد تقلل الحاجة إلى الرعاية المتعلقة بالإجهاض وخدمات صحة الأمهات (سولي وآخرون، 2020). وبالتالي إنّ بلورة فهم كامل للعائدات التي تحققها الاستثمارات في جميع عناصر الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية تستدعي إجراء مجموعة كبيرة جداً من الأبحاث. ويبدو الوضع أكثر تعقيداً نظراً إلى أنّ العلاقة التي تربط العناصر ببعضها هي علاقة سببية (سبب-نتيجة) يمكنها أن تعمل بالاتجاهين. فمثلاً إنّ تفعيل برامج الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية قد يؤدي إلى التمكين الاقتصادي للمرأة، وهذا التمكين بدوره قد يؤدي إلى تفعيل برامج الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية.

يتمثّل التحديّ الأخير في قياس مدى تنفيذ الاستثمارات في المقام الأول. فالاستثمارات التي تجري في مجموعة متنوعة من التدخلات يمكن أن تعتبر داعمة للصحة والحقوق الجنسية والإنجابية، ومع ذلك ليس هناك مساءلة شاملة حول التكاليف المرتبطة بهذه التدخلات. وإنّ النظر إلى المساعدات الإنمائية الرسمية وإلى التبرعات الآتية من القطاع الخاص خلال العقود الثلاثة المنصرمة كفيلة بتقديم بعض الرؤى المتعمقة حول اتجاهات الاستثمار. لقد خلصت التقارير الواردة من الأمم المتحدة إلى أنّ

على الرغم من ذلك، تم إحراز تقدم في حساب بعض العائدات من الاستثمار، وعلى وجه الخصوص تم بذل الجهود للنظر في التكاليف والمكاسب المرتبطة بعناصر محددة في الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية. ففي عام 2022، تعاون صندوق الأمم المتحدة للسكان مع منظمة أفنير هيلث وجامعة جون هوبكنز إضافة إلى جهات أخرى بُغية إصدار تقديرات العائدات من الاستثمار في إنهاء الحاجة غير الملّبة لخدمات تنظيم الأسرة وإنهاء وفيات الأمهات التي يمكن تجنبها (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2022). وأظهرت هذه التقديرات الصادرة عن صندوق الأمم المتحدة للسكان أنّ إنفاق مبلغ إضافي قدره 79 مليار دولار من أجل توسيع نطاق التغطية في 29 تدخلاً أساسياً من تدخلات تنظيم الأسرة وتحسين صحة الأمهات بحلول عام 2030 سوف يحقق منافع اقتصادية قدرها 660 مليار دولار بين عامي 2022 و2050. ومن المقدّر أن يؤدي هذا الإنفاق إلى تفادي 400 مليون حالة حمل غير مخطط لها، و6 ملايين حالة من وفيات الأمهات، و4 ملايين حالة من وفيات المواليد. ومن المقدّر أيضاً أن يؤدي هذا الإنفاق إلى منافع اقتصادية إجمالية تُجنى على شكل اكتساب سنوات إضافية في حياة السكان، ومشاركة في القوى العاملة، وإنتاجية في العمالة، إضافة إلى منافع أخرى (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2022).

على نحو مماثل أجرى معهد غوتماخر دراسة لقياس الآثار التي يحققها الاستثمار في خدمات الصحة الجنسية والإنجابية حيث تم التركيز على أكثر من 100 تدخل من التدخلات الأساسية في هذا المجال بما يشمل خدمات وسائل تنظيم الأسرة، ورعاية الأمهات والمواليد، وخدمات الإجهاض، وعلاج الأمراض المعدية المنقولة جنسياً الأكثر انتشاراً والتي يمكن الشفاء منها في بلدان منخفضة ومتوسطة الدخل. وأثناء حساب هذه التقديرات أخذت في الحسبان حقيقة أنّ الاستثمارات الجارية في بعض الخدمات قد تحقق منافع تتقاطع مع حصائل صحية أخرى. وتبيّن هذه التقديرات الصادرة عام 2020 أنّ تقديم هذه الرعاية سوف يكلف 68.8 مليار دولار أمريكي سنوياً. هذا يعني زيادة قدرها 31.2 مليار دولار أمريكي تُضاف

على الاستثمارات الحالية، أي ما يعادل زيادة قدرها فقط 4.80 دولار أمريكي لكل نسمة سنوياً تُضاف على النفقات الحالية. وتوقّعت هذه التقديرات بالمقابل انخفاض حالات الحمل غير المقصود بنسبة 68 بالمائة، وتراجع حالات الإجهاض غير الآمن بنسبة 72 بالمائة، وتراجع وفيات الأمهات بنسبة 62 بالمائة، إضافة إلى تراجع وفيات المواليد بنسبة 69 بالمائة، وتراجع نسبة الإصابات الجديدة بفيروس العوز المناعي البشري بين الأطفال بعمر ستة أسابيع وأصغر بنسبة 88 بالمائة.

سلّط معهد غوتماخر الضوء تحديداً على النفقات اللازمة لتلبية كل الحاجة غير الملّبة إلى الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة علماً أنّ التكاليف قد تكون متواضعة: ترتفع التكلفة من 1.10 دولار أمريكي إلى 1.94 دولار أمريكي لكل نسمة بُغية رفع المستويات الحالية لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة من أجل تلبية كل الحاجة غير الملّبة إلى الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل (سولي وآخرين، 2020). أمّا المنافع التي تتحقق في الأجل القصير من الاستثمارات في الرعاية المتعلقة بوسائل تنظيم الأسرة فتتجاوز تغطية تلك التكاليف، ذلك أنّ كل دولار أمريكي إضافي يُنفق على خدمات تنظيم الأسرة سوف يقلّل تكلفة الرعاية المرتبطة بالحمل والمولود بمقدار 3 دولارات أمريكية. ومن المقدّر أنّ كل دولار يُنفق فوق المستوى الحالي على خدمات تنظيم الأسرة للمراهقات تحديداً إلى جانب الاستثمارات الموصى في مجال الرعاية المرتبطة بالحمل والمولود، من شأنه أن يقلّل تكلفة الرعاية المرتبطة بالحمل والمولود بمقدار 3.70 دولار أمريكي.

على الرغم من الاختلاف الكبير الحاصل بين هذه المنهجيات وغيرها من حيث النماذج ونطاق التقدير والجدول الزمني وافتراسات خط الأساس، إلا أنّها أفضت دائماً إلى نتائج تُجمع على إمكانية تحقيق قيمة مالية كبيرة من زيادة الاستثمارات في الصحة الجنسية والإنجابية.

أشخاص تركوا خلف الركب بحسب التقديرات

أظهرت التقديرات بوضوح أنّ البلدان والمناطق التي تركت خلف الركب عندما تم النهوض بالنمو الاقتصادي والتنمية هي بلدان ومناطق بأمرّ الحاجة إلى الاستثمارات. فمثلاً لقد تم تسجيل أعلى حاجة غير ملبّاة في البلدان المنخفضة الدخل حيث تبين أنّ حوالي نصف (46 بالمائة) النساء اللواتي يُردنّ تجنّب الحمل لا يستخدمن وسيلة حديثة لمنعهن. ووفق النتائج التي خلص إليها معهد غوتماخر، تضمّ أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وآسيا الجنوبية أكثر من ثلاثة أرباع الزيادة الإجمالية في الاستثمارات اللازمة لتوفير حزمة كاملة من خدمات الصحة الإنجابية، بما فيها وسائل تنظيم الأسرة وكذلك خدمات صحة الأمهات والوقاية من الأمراض لجميع النساء اللواتي يحتجنها. كثيرٌ من البلدان التي تعاني من أعلى مستويات الحاجة غير الملّبة لديها أيضاً أكبر نسبة من النساء اللواتي يبلغن عن عدم قدرتهن على اتخاذ قراراتهن الخاصة فيما يتعلق بتنظيم الأسرة كما أنّها تُعدّ من بين البلدان التي تسجّل أعلى معدلات للخصوبة (سولي وآخرون، 2020).

ليس من المستغرب بل من المؤسف أنّ العملية المتبعة لحساب تقديرات عائد الاستثمار لا يمكنها أن تأخذ في الحسبان عوامل التكاليف والعائدات المرتبطة بالوصول إلى أولئك الأكثر تخلفاً عن الركب داخل البلدان والمجتمعات. فالعوامل التي تهتمّ الأشخاص والمجتمعات كثيراً جداً وشديدة التداخل كما أنّ الحواجز شائعة الارتفاع، لذلك ينبغي دائماً أن يتم تصميم برامج مخصّصة ومحددة الأهداف في مجال الصحة الجنسية والإنجابية. تبين في أحد الاستعراضات المنهجية لحمل المراهقات أنّ "الانتماء إلى أقلية إثنية أو دينية يزيد أيضاً من خطر" الحمل في فترة المراهقة، إلى جانب جملة من العوامل الأخرى؛ وأشار الاستعراض إلى أنّه "من غير المرجّح أن تكون الاستراتيجيات الرامية للحد من حالات الحمل

بين نساء بعمر أقل من 20 سنة فعالة" إلا إذا تمت معالجة المخاطر الخاصة بالسياق مباشرةً (برادهان وآخرون، 2015). في أفضل الحالات، يمكن، أو حتى ينبغي تطوير الرسائل والتدخلات بالتعاون مع هذه المجتمعات لضمان الوصول إليها ومقبوليّتها.

ومثل هذه الجهود قد تنطوي على تكاليف إضافية، أو قد تمثل تدخلات ذات تكلفة أقل، لكن البيانات اللازمة لتحديد ذلك غير متوفرة. ومع ذلك، غالباً ما تُقابل محاولة استثمار الموارد اللازمة للوصول إلى من هم أشدّ تخلفاً عن الركب بالمقاومة. ويمكن أن تعزى هذه المقاومة إلى ندرة البيانات القابلة للتنفيذ، ولكن التحيز والإهمال والتمييز يمكن أيضاً أن تسهم جميعها في ذلك.

يُفسّر كلّ ما ورد لماذا تُشير الأدلة إلى أنّ غالبية التقدّم الذي تحقّق على مدى السنوات الثلاثين الماضية قد أفاد بشكلٍ أساسي الأفراد الذين كان من السهل الوصول إليهم من خلال برامج الصحة الجنسية والإنجابية واسعة النطاق. ومع أخذ فرضية الإنصاف العكسي بعين الاعتبار (الصفحة 65)، غالباً ما يتحقق التقدّم على حساب تزايد أوجه عدم الإنصاف بحقّ الفئات الأكثر تهميشاً، أقلّه في المراحل الأولية. مع ذلك، فإن الاستمرار في استهداف من يسهل الوصول إليهم فقط من المرجح أن يؤدي إلى تفاقم أوجه عدم الإنصاف، ويحول دون تحقيق الأهداف النهائية لجدول أعمال المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. علاوة على ذلك، وبرغم أن التكاليف الأولية قد تكون مرتفعة، فإن الاحتياجات الهائلة لدى هؤلاء الأفراد والمجتمعات المتخلفة عن الركب قد أن تؤدي إلى استثمارات فعّالة تدر عوائد أعلى بكثير مقارنة بالبرامج التي تركز على أهداف يمكن تحقيقها بسهولة.

يتناول تحليل هذا الفصل الفوائد الاجتماعية والاقتصادية على المدى البعيد للاستثمار في الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية، مع التركيز بشكلٍ خاص على الاستقلالية الإنجابية للمرأة. نظراً لعوائد الاستثمار الكبيرة في مختلف جوانب الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية،

يُسلط مرض الزُّهري الضوء على التهديدات الصحية وحقوق الإنسان: الوصمة

لشيطنة المسلمين والعرب والتقليل من شأنهم (أمستر، 2016).

وفي حديثها مع صندوق الأمم المتحدة للسكان صرّحت قائلة: "كان الزهري مرتبطاً بعدم التمكين بناءً على النوع الاجتماعي وفضح النشاط الجنسي الذي يتحول دائماً إلى عار جنساني. وفي هذا الصدد، عمدت السلطات الفرنسية إلى حماية قواتها من النساء المحليات 'المصابات بالزُّهري' في المغرب وفي مجمل الإمبراطورية، فأنشأت بيوت دعارة مغلقة كانت فعلياً عبارة عن سجون للنساء اليافعات".

تشير البروفيسورة أمستر إلى أنّ هذه الجهود كانت تحفّزها "ادّعاءات انتشرت طيلة عهد الحماية [المغربي] بأنّ انتشار الزُّهري كان يناهز نسبة 80 و 100 بالمائة"، بسبب نتائج إيجابية كاذبة وتشخيصات خاطئة لحالات السل والمالاريا وأمراض أخرى. "ولكن عندما فحصوا النساء فعلياً بطريقة منهجية اكتشفوا أنّ انتشار الزهري كان يبلغ 0.5 بالمائة أو أقل من نصف نقطة مئوية".

لا زالت المجتمعات الحديثة بحاجة أن تغسل عارها وتتخلص من ديناميات القوة المرتبطة بالأمراض المعدية. ففي عام 2022، عملت السلطات المعنية بمجال الصحة على احتواء فيروس جدي القردة وبذلت جهوداً متوازية

معدلات الأطفال الذي وُلدوا مصابين بالزُّهري الخلقي قد ارتفع لأكثر من ثلاثة أضعاف بالولايات المتحدة منذ عام 2016، إلا أنّ المغرب سجّل تراجعاً ملحوظاً في الإصابات (منظمة الصحة العالمية، 2023).

وفي عام 2022، أعلنت منظمة الصحة العالمية أنّ غمان نجحت في القضاء على انتقال المرض من الأم إلى الطفل (منظمة الصحة العالمية، 2022).

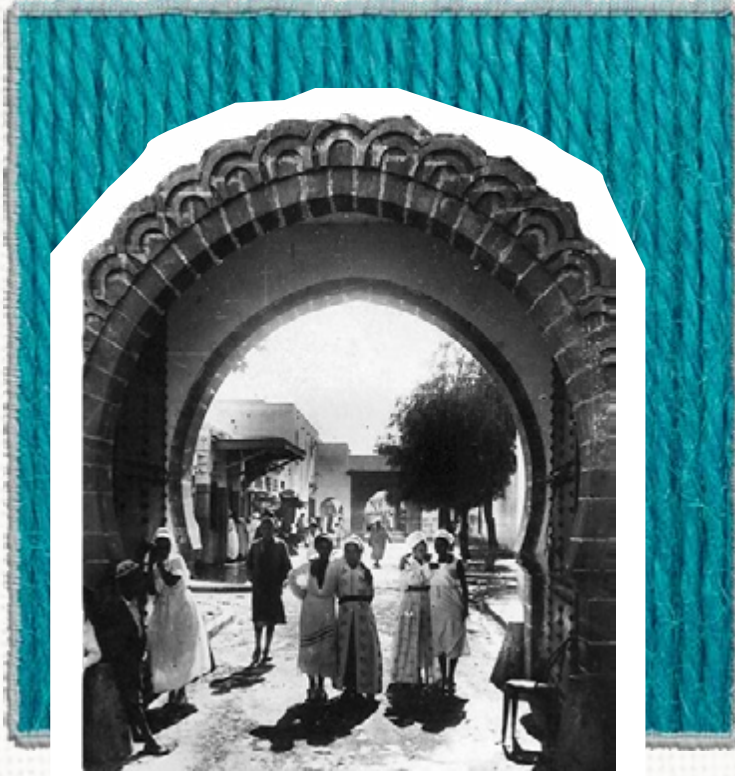
توضح إيلين أمستر، بروفيسورة في مجال الصحة العامة بجامعة ماك ماستر بكندا، أنّ هذه البيانات تتعارض مع القوالب النمطية القديمة حول الزهري في منطقة الدول العربية، علماً أنّ هذه المنطقة لديها تاريخ غني بالدروس الهامة حول الأمراض والتمييز بين الجنسين وديناميات القوة غير المتكافئة في العالم الحديث.

تؤكد الدكتورة أمستر: "كان الزهري شديد الأهمية في مجال تحسين النسل، إذ كان يعتبر أحد عوامل الانحطاط الكفيلة بتدمير مجموعة من السكان". وقد بيّنت الدكتورة أمستر في أبحاثها أنّ السلطات الغربية الاستعمارية وصفت داء الزهري بأنّه "عربي" بطبيعته لدرجة أنّ تلك السلطات ابتكرت مصطلح "العرب المنحطّين المصابين بالزهري"

يقول الدكتور عادل بطرس، أخصائي الأمراض الجلدية والتناسلية من مصر، إنّ الزُّهري وسائر الأمراض المعدية المنقولة جنسياً هي "أمراض سرية" ويتذكّر اتصالاً هاتفياً تلقاه منذ أكثر من عشر سنوات عندما اتّصل به أحد المستشفيات لإبلاغه عن حالة زُّهري خلقي لدى طفل حديث الولادة. فسارع الدكتور بطرس إلى المستشفى وطلب الإذن من والد الطفل لكي يفحص المولود مجاناً، إلا أنّ الوالد غادر الغرفة بدلاً من أن يوافق على زيارة الطبيب ولم يره الدكتور بطرس بعد تلك الحادثة.

لطالما تم استخدام الوصم لتقسيم المجتمعات وتدعيم الهياكل الهرمية، حتى أنّ الأشخاص الذين يتعرّضون للوصم يتفادون طلب الخدمات الصحية، ما يجعل الاعتلال مستمراً. قد يكون الزُّهري أبرز مثال على ذلك، فقد وُصف بتسميات متنوعة مثل المرض الفرنسي والمرض النابوليتاني والمرض البولندي والمرض الألماني والمرض الإسباني والمرض المسيحي إضافة إلى تسميات أخرى كثيرة ابتدعتها المجتمعات كوسيلة للوم الدخلاء أو الأعداء على انتشار هذا الداء (تامبا وآخرون، 2014).

ومع ذلك، تشير البيانات المتاحة إلى أنّ منطقتي شمال أفريقيا والشرق الأوسط لا تسيران في هذه الاتجاه. ففي حين أنّ



كان بوسبيير بيتاً للدعارة في الدار البيضاء وقد أنشأته السلطات الاستعمارية في إطار التدابير المتخذة للوقاية من الأمراض المعدية المنقولة جنسياً.

أيضاً لاحتواء الوصم المرتبط به. وقد حذّر برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز من أنّ التقارير المتعلقة بجذري القردة "تستخدم عبارات ولوحات ولا سيما صور لأشخاص أفارقة ومن مجتمع الميم من شأنها أن تعزز معاداة المثليين والقوالب النمطية العنصرية وتزيد من الوصم" (برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، 2022). وليست موجات التعصب موجّهة حصراً ضدّ المصابين بالأمراض المنقولة جنسياً، فحتى خلال جائحة كوفيد-19 برزت موجات كراهية الأجانب حول العالم وصوّبت سهامها ضدّ الشعوب الآسيوية (منظمة رصد حقوق الإنسان، 2020).

يجب أن تُدرس المسائل المتعلقة بالقوة والتحيّز عن كثب أثناء تصميم البرامج الرامية لمعالجة المشاكل المتعلقة بالأمراض المعدية. وينطبق ذلك على الزهري أيضاً بالرغم من الدروس التي تعلمناها على مرّ التاريخ، إذ تبيّن أنّ هذا الداء يؤثر بنسب متفاوتة على الرجال الذين يمارسون الجنس مع رجال (منظمة الصحة العالمية، n.d.b). لذلك يؤكّد الخبراء أنّ المجتمعات المتأثرة بالمرض يجب أن يتم إشراكها في المجتمع بدلاً من وصمها.

ويؤكد الدكتور بطرس: "يحدث لنا أحياناً أن نكتشف إحدى الحالات بالصدفة، كما أنّ بعض المرضى لا يأتون لطلب المساعدة إلا إذا استنفدوا كل الطرق للتخلص من المشكلة."

جدير بالذكر أيضاً أنّ البقطة مطلوبة حتى في منطقة الدول العربية التي تسجّل اليوم معدلات متدنية نسبياً للزهري حيث يجب مراقبة المرض ومراقبة التمييز في نفس الوقت. وفي هذا الصدد، يقول الدكتور بطرس من مصر إنّ عدد الإصابات الفعلية بالأمراض المعدية المنقولة جنسياً مثل الزهري لا يمكن تحديده لأنّ الشعور بالخوف والعار لا زال قائماً حتى الساعة، وقد تم استخدامه كسلاح فتاك ضد العالم العربي.

قيمة الاستقلالية الإنجابية على المدى البعيد

لقد بدأ العالم للتو في قياس حرية النساء في اتخاذ القرارات الإنجابية، وهو مفهوم بالغ الأهمية رغم عدم يتم تعريفه جيداً حتى الآن. وكانت مؤشرات أهداف التنمية المستدامة المعنية بالاستقلالية الجسدية (5.6.1) والبيانات المؤاتية (5.6.2) عن أعداد هائلة من الأشخاص الذين لم يتم إعمال حقوقهم الأساسية بشكل كافٍ. ومع ذلك، فإن 115 بلداً أو إقليمياً فقط تقدم بيانات عن البيئة المؤاتية 5.6.2، و69 بلداً فقط تقدم بيانات عن الاستقلالية الجسدية 5.6.1، وهذه المؤشرات ليست سوى نقطة بداية. لا زال يتعين جمع الكثير من المعلومات بعد لفهم حالة الحرية النساء في اتخاذ القرارات الإنجابية.

يبدو اليوم أن أفضل تدبير متاح ربما وإن كان محدوداً لتقدير عائدات الاستثمار في الاستقلالية الإنجابية هو التدبير القائم على استخدام وسائل منع الحمل بين النساء اللواتي يرغبن تجنب الحمل.

يحدث ما يقرب من 112 مليون حالة حمل سنوياً في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، نصفها تقريباً غير مقصود (بيراك وآخرون، 2020). أغلب حالات الحمل هذه تواجه الغالبية العظمى التي تمثل 77 بالمائة، أي 218 مليون امرأة في سن الإنجاب في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل اللواتي يرغبن بمنع الحمل ولكنهن لا يستخدمن وسيلة حديثة من وسائل تنظيم الأسرة (سولي وآخرون، 2020).

تظهر أوجه عدم الإنصاف بشكل كبير في مستوى الطلبات غير الملباة على تنظيم الأسرة داخل البلدان وفيما بينها. ليست الحاجة غير الملباة أكثر انتشاراً في البلدان المنخفضة الدخل فحسب، بل توجد أيضاً تفاوتات بين مختلف الفئات العمرية: بالنسبة للنساء اللواتي يسعين إلى منع الحمل، فإن النسبة المئوية التي تواجه حاجة غير ملباة لوسيلة حديثة لتنظيم الأسرة أكبر بكثير بين

يركز هذا الفصل على ثلاثة عناصر رئيسية: الاستقلالية الإنجابية، ومنع العنف القائم على النوع الاجتماعي، وتوفير التربية الجنسية الشاملة. ومن المعروف أن كل عنصر من هذه العناصر يعزز قدرة الأفراد على تحقيق جوانب أخرى مختلفة من الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية. وفي الختام، يستكشف هذا الفصل عوائد الاستثمار الناتجة عن تعزيز المساواة بين الجنسين، وهو عامل مساعد بالغ الأهمية لإعمال العديد من الحقوق والخيارات. ومع ذلك، عند النظر في عوائد الاستثمار المحتملة الناتجة عن كل عنصر من هذه العناصر، من الضروري إدراك أن هذه الأرقام التقديرية للاستثمار هي أدوات عامة لتقييم التأثيرات الواسعة عبر مجموعات سكانية كبيرة. ومن المتوقع أن تتكبد البرامج المستهدفة بشكل فعال تكاليف متفاوتة، ومن المحتمل أن تسفر عن تأثيرات أكبر بكثير من حيث تنمية رأس المال البشري، وخاصة في المجتمعات التي لا زالت حتى الآن بعيدة عن التقدم العالمي.

بدأ العالم للتو في قياس حرية النساء في اتخاذ القرارات الإنجابية

المراهقات اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15 إلى 19 عاماً (43 بالمائة) مقارنةً بجميع النساء في سنّ الإنجاب (24 بالمائة) في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل (سولي وآخرون، 2020). أما النساء المقيمات في المناطق الحضرية، من أغنى الأسر، وذوات مستويات التحصيل العلمي الأعلى، فعادةً ما تكون لديهن مستويات أقل من الحاجة غير الملباة مقارنة بنظيرتهن (لوازيا ولايانغ 2016). اعتباراً من عام 2015، ما يقرب من نصف النساء اللواتي يعشن حالات اقتران ويرغبن في منع الحمل ويقمن في بلدان متأثرة بالأزمات الإنسانية، لا يستخدمن أي وسيلة لتنظيم الأسرة، سواء كانت حديثة أو تقليدية، وهو معدل يتجاوز المتوسط العالمي بشكل كبير. (لوازيا ولايانغ، 2016) (انظر الملاحظة التقنية 155).

في الأونة الأخيرة، استعرضت مؤسسة Family Planning Impact Consortium (تحالف تأثير تنظيم الأسرة)، الذي يضمّ معهد غوتماخر، والمعهد الأفريقي لسياسات التنمية، وجامعة هارفارد ومعهد نمذجة الأمراض، ومنظمة أفينير هيلث، الأدلة المتعلقة بأهمية الاستثمار في تنظيم الأسرة لتمكين المرأة من اتخاذ قرارات مستنيرة بشأن التوقيت والمباعدة بين الولادات وبشأن عدد الأطفال (Family Planning Impact Consortium، 2023). شدّد استعراض الأدلة على أنه عندما تتحكّم المرأة بهذه الجوانب الأساسية من خصوصيتها، يمكنها تحقيق مستوى أعلى من التعليم والحصول على مجموعة واسعة من الخيارات الوظيفية مقارنة بما لو لم تكن لديها مثل هذه القدرة على التحكم. كما أنّ تنظيم الأسرة يُمكن المرأة من تحقيق المزيد من التقدم في مساراتها المهنية. وينتج عن الفرص التعليمية أيضاً فوائد أخرى مختلفة للفتيات والنساء، إذ سيتمكن أكثر مثلاً من الحصول على الرعاية الصحية وعلى فهم حقوقهن، وبالتالي سيكتسبن الثقة بالنفس لتأكيد هذه الحقوق.

ترتبط المستويات الأعلى لتعليم الإناث أيضاً بزيادة دخل النساء (غرون وآخرون، 2023). ووفقاً لبيانات ما يصل إلى 96 بلداً (وودون وآخرون، 2018)، فإن النساء

الحاصلات على التعليم الابتدائي على الأقل، يكسبن ما بين 14 إلى 19 بالمائة أكثر من النساء غير المتعلّقات، في حين أن النساء الحاصلات على تعليم ثانوي يكسبن ما يقرب من ضعف دخل النساء غير المتعلّقات، والنساء الحاصلات على تعليم جامعي يكسبن ما يقرب من ثلاثة أضعاف ما تحصل عليه النساء غير المتعلّقات. (Wodon and others, 2018).

كما يمكن تنظيم الأسرة النساء اللواتي يرغبن في الأمومة من التحكم في المباعدة بين ولادة وأخرى والعدد الإجمالي لأطفالهن، ما يسمح لهن بالتخطيط لقضاء بعض الوقت بعيداً عن العمل. كما تشمل التكاليف المرتبطة بالإنجاب عندما تكون المرأة جزءاً من القوى العاملة انخفاضاً في الدخل بسبب ترك العمل مؤقتاً وتقليل ساعات العمل. ويمكن أن تؤدي هذه العوامل إلى تراجع تنمية المهارات وتكون بمثابة رادع لأصحاب العمل للاستثمار في مبادرات بناء المهارات، ما يؤثر في النهاية بشكل سلبي على المسارات الوظيفية (أدا وآخرون، 2017).

تؤثر تصورات النساء لقدرتهن على السيطرة على الإنجاب أيضاً على خياراتهن في بداية حياتهن العملية. واستناداً إلى أدلة من أوروبا، فإن نسبة كبيرة من الآثار المهنية والدخلية المترتبة على الإنجاب تتأثر بالمسارات المهنية التي تختارها النساء عند دخولهن سوق العمل، مع مراعاة أنماط الخصوبة المتوقعة (أدا وآخرون، 2017). وفي ألمانيا، تشير الحسابات إلى أن الاختيارات المهنية التي يتم اتخاذها في بداية الرحلة المهنية تمثل 19 بالمائة من الأجور المفقودة المرتبطة بإنجاب الأطفال (أدا وآخرون، 2017).

ترتبط بين تنظيم الأسرة والتعليم علاقة متبادلة، حيث تعزز مستويات التعليم الأعلى معارف المرأة والقدرات التي تحتاج إليها للوصول إلى وسائل تنظيم الأسرة واستخدامها بشكل فعال (بلاكستون وآخرون، 2017). ففي الواقع، تفتح الرعاية المتعلقة بوسائل تنظيم الأسرة المجال أمام المرأة لبدء حلقة مثمرة لتمكينها وإتاحة الفرص لها. وتؤدي تلبية الطلب على الخدمات بشأن وسائل تنظيم الأسرة،

وبالتالي فتح فرص إضافية للنساء، إلى تحقيق الفوائد ونقلها من جيل إلى جيل: فالنساء العاملات أكثر ميلاً لتوقع نفس القدر بالنسبة لبناتهن (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2023). ما يفتح المجال أمام الأطفال للحصول على المزيد من الخيارات في الحياة، مثل تأخير الزواج لإكمال تعليمهم وتحقيق الفوائد التي يوفرها التعليم على المدى البعيد من حيث التمكين الاقتصادي والاجتماعي والشخصي.

ولا يعود تعليم الفتيات بالفوائد على الأفراد فقط، فأصحاب العمل يدركون بشكل متزايد أن دعم الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية يحقق مكاسب بالنسبة لهم. على سبيل المثال، تتمتع الشركات في آسيا بإمكانية الوصول إلى أداة تقييم عائد الاستثمار التي أنشأها صندوق الأمم المتحدة للسكان، والتي تساعد في تقدير الفوائد الإنتاجية لدعم الصحة الإنجابية للموظفين (صندوق الأمم المتحدة للسكان - منطقة آسيا والمحيط الهادئ، يحدد التاريخ لاحقاً).

وتستفيد البلدان أيضاً من الاستقلالية الإنجابية لأنها تعزز مساهمة المرأة في الاقتصاد الوطني. وبالأستناد إلى دراسة نموذجية أجريت في كينيا ونيجيريا والسنغال، من المتوقع أن يرتفع دخل الفرد بنسبة 31 إلى 65 بالمائة بحلول عام 2030 إذا تمت تلبية الاحتياجات الحالية غير الملباة للوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة في هذه البلدان بشكل كامل (بلوم وآخرون، 2014). وفي كينيا، ستؤدي تلبية ثلثي الحاجة غير الملباة إلى الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة إلى زيادة بنسبة 51 بالمائة في نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي بحلول عام 2050، من خلال تغيير حجم السكان البالغين سن العمل نسبياً (انظر الملاحظة التقنية). وقد تم دعم العلاقة بين قدرة المرأة في التحكم بخصوبتها والمكاسب الاقتصادية للأفراد والأسر والمجتمعات باستمرار من خلال العديد من الدراسات التي أجريت في سياقات مختلفة (مؤسسة Family Planning Impact Consortium، 2023).

كما يعمل استعراض الأدلة الذي اضطلعت به مؤسسة Family Planning Impact Consortium

على توحيد الأدلة المتعلقة بالعوائد العالمية للاستثمارات في تنظيم الأسرة. على سبيل المثال، تشير الدراسات إلى أن استثمار دولار أمريكي واحد في تنظيم الأسرة يمكن أن يحقق عائداً يتراوح بين 60 إلى 100 دولار أمريكي في النمو الاقتصادي مع مرور الوقت (كوهرل وبيрман، 2018). وفقاً للأرقام التقديرية الصادرة عن البنك الدولي، تؤدي الفرص التعليمية المحدودة للفتيات، على الصعيد العالمي، إلى فقدان الإنتاجية والعائدات على مدى الحياة بما يتراوح بين 15 إلى 30 تريليون دولار أمريكي (وودون وآخرون، 2018). وتشير التقديرات إلى أنه على المستوى العالمي، تنخفض مشاركة المرأة في القوى العاملة بنسبة 10 إلى 15 نقطة مئوية، أو ما يقرب فترة عامين، لكل طفل إضافي بين النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 25 إلى 39 عاماً (غريبين وكلوغمان، 2013؛ بلوم وآخرون، 2009).

لا بدّ من الإشارة إلى أنه في حين تركّز العديد من الدراسات التي تتناول الفوائد الاقتصادية طويلة المدى لتمكين المرأة من التحكم بخصوبتها على تلبية الحاجة غير الملباة لوسائل تنظيم الأسرة، إلا أنه لا توجد وسيلة مضمونة لتنظيم الأسرة تماماً. وعلى الرغم من استمرار القيود المفروضة على الإجهاض في العديد من البلدان في جميع أنحاء العالم، يُعتقد أن ما يُقدّر بنحو 6 من كل 10 حالات حمل غير مقصود تنتهي بالإجهاض كل عام (بيراك وآخرون، 2020). ومن المتوقع بالتالي أن يستمر الطلب على الإجهاض، سواء كان آمناً أو غير آمن.

ويرتبط جزء كبير من وفيات الأمهات وانتشار الأمراض والإعاقات بعمليات الإجهاض غير الآمن. وتشير التقديرات إلى أن الإجهاض غير الآمن يُساهم في ما يتراوح بين 5 إلى 13 بالمائة من وفيات الأمهات على مستوى العالم، إلى جانب انتشار المرض والإعاقات على نطاق واسع (ساي وآخرون، 2014). وتبلغ التكلفة الإجمالية المقدّرة للرعاية المرتبطة بالإجهاض في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل 2.8 مليار دولار أمريكي سنوياً. ويشمل ذلك 1.0 مليار دولار أمريكي لعمليات الإجهاض (يتم تقديمها في ظل ظروف آمنة وغير آمنة)

و1.7 مليار دولار أمريكي لرعاية ما بعد الإجهاض (سولي وآخرون، 2020). وتُشير إحدى التقديرات إلى أنه إذا تم إجراء جميع عمليات الإجهاض غير الآمنة في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل بشكل آمن، وإذا تمت تلبيبة جميع الاحتياجات من وسائل تنظيم الأسرة والرعاية المرتبطة بالإجهاض، فإن التكلفة الإجمالية للرعاية المرتبطة بالإجهاض ستتناقص إلى 0.6 مليار دولار أمريكي.

قيمة منع العنف القائم على النوع الاجتماعي على المدى البعيد

سيكون من المستحيل ضمان الاستقلالية الإنجابية لجميع الأشخاص دون ضمان التحرر من العنف القائم على النوع الاجتماعي، بما في ذلك عنف الشريك الحميم. فعلى الصعيد العالمي، أفادت أكثر من امرأة بين كل 4 نساء تتراوح أعمارهن بين 15 و49 عاماً، ممن كنّ في علاقة عاطفية، أنهن تعرّضن للعنف القائم على النوع الاجتماعي، مثل العنف البدني أو الجنسي من قبل شريك حميم، في مرحلة ما من حياتهن. بالإضافة إلى ذلك، واجهت 13 بالمائة منهنّ عنفاً بدنياً أو جنسياً من قبل الشريك الحميم في العام الماضي (منظمة الصحة العالمية، 2021أ).

ويرتفع معدل حدوث عنف الشريك الحميم بشكل ملحوظ في جنوب آسيا وفي أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، حيث تعرّض ما يتراوح بين 19 إلى 20 بالمائة من النساء لمثل هذا العنف خلال الأشهر الـ 12 الماضية. استناداً إلى مراجعة الأدلة من 46 بلداً، غالباً ما تكون النساء الأشد فقراً والأصغر سناً والمقيمات في المناطق الريفية أكثر عرضة لخطر التعرض لعنف الشريك الحميم (كول وآخرون، 2020). وعادةً، ينتشر العنف ضد المرأة أكثر بين الأفراد النازحين قسراً وأولئك الذين يقيمون في بيئات متأثرة بالصراعات (حدوش وآخرون، 2023؛ هورن

وآخرون، 2021؛ دلخوش وآخرون، 2019). وتسهم الآثار المزعومة للاستقرار لهذه الظروف، إلى جانب انهيار الشبكات الاجتماعية ووسائل الحماية في زيادة التعرّض لعنف الشريك الحميم في مثل هذه البيئات، حيث تواجه جهود الوقاية والاستجابة أيضاً تحديات كبيرة.

يمثل الكشف عن العلاقة بين العنف وغياب الاستقلالية الإنجابية تحدياً، ليس فقط بسبب التأثير المباشر للعنف الجنسي والإكراه على الاستقلالية الجسدية، ولكن أيضاً لأن الإكراه الإنجابي هو بحد ذاته شكل من أشكال العنف. مع ذلك، هناك طرق لفهم بعض الروابط السببية، مثل البحث عن عنف الشريك الحميم واستخدام وسائل تنظيم الأسرة. وقد أظهرت الدراسات طويلة المدى أنّ النساء اللواتي يتعرّضن لعنف الشريك الحميم يقلّ احتمال استخدامهنّ لوسائل تنظيم الأسرة لاحقاً، ويمتنعن خاصة عن اللجوء إلى الوسائل التي تعتمد على استخدام الشريك مثل الواقي الذكري (ماكسويل وآخرون، 2015). وارتبط عنف الشريك الحميم بزيادة حالات الحمل غير المرغوب (منظمة الصحة العالمية، 2013). لذلك، يُعدّ العنف المحرك الرئيسي للتكاليف الفردية والمجتمعية المرتبطة بفقدان الاستقلالية الإنجابية المذكورة في القسم أعلاه.

ومع ذلك، يفرض العنف أيضاً عبئاً اقتصادياً كبيراً من خلال حصائل سلبية أخرى على الصحة الإنجابية، بما في ذلك، العدوى المنقولة جنسياً (باخوس وآخرون، 2018؛ منظمة الصحة العالمية، 2013) وعدم كفاية الرعاية السابقة للولادة والرعاية الماهرة عند الولادة (موسى وآخرون، 2019). ويمكن أن تمتد هذه النفقات عبر الأجيال، حيث إن النساء اللواتي يتعرضن للعنف أثناء الحمل أكثر عرضة لخطر الإسقاط وحالات الإملاص وولادة أطفال منخفضي الوزن عند الولادة (سيلفرمان وآخرون، 2007؛ بوي وساليو، 2004). ويمكن أن يؤدي عنف الشريك الحميم والأنواع الأخرى من العنف القائم على النوع الاجتماعي إلى صدمات نفسية وإجهاد نفسي وإلى إصابات جسدية طفيفة وخطيرة وحتى قد يُفضي إلى الموت (منظمة الصحة العالمية، 2013). وعلى جانب آخر، فإن النساء اللواتي يتعرّضن

للعنف الجنسي الممارس من غير الشريك هنّ أكثر عرضة لتعاطي الكحول والمخدرات ولاضطرابات الصحة النفسية. وتتحمّل الأنظمة الصحية أيضاً تكاليف مباشرة كبيرة لمعالجة الناجيات من العنف.

ناهيك عن التأثيرات على القوى العاملة والإنتاجية والأجور، إن تقويض استقلالية المرأة بسبب العنف القائم على النوع الاجتماعي يعوق قدرتها على اتخاذ قرارات مستقلة ومواصلة تعليمها والمشاركة بشكل كامل في القوى العاملة. ويمكن أن يؤدي العنف إلى انخفاض فرص العمل بسبب خوف المرأة من المضايقة أو العنف؛ ويمكنه أيضاً تقييد الخيارات المهنية، حيث قد تختار المرأة أدواراً يعتبرها المعتدي أكثر أماناً أو أكثر قبولاً. بالإضافة إلى ذلك، يمكن أن ينجم انخفاض الإنتاجية عن الضغط النفسي ومشاكل الصحة البدنية، في حين قد تتغيب النساء عن أعمالهنّ لمعالجة آثار ما نجم عن العنف القائم على النوع الاجتماعي (فياس، 2013). في تقرير عام 2016، تم تقديم صيغة لمساعدة أصحاب العمل في تقدير أثر العنف القائم على النوع الاجتماعي على التكاليف التشغيلية، بما في ذلك عوامل مثل أيام العمل الضائعة، وتبدّل الموظفين، ونفقات التوظيف (ووكر ودوفوري، 2016).

ما هي الفاتورة الإجمالية؟ قد تختلف الأرقام، لكن كل نتيجة تحمل أهمية كبيرة: وفقاً لصندوق النقد الدولي، مقابل كل زيادة بمقدار نقطة مئوية واحدة في نسبة النساء اللواتي يتعرضن للعنف القائم على النوع الاجتماعي في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، هناك انخفاض في النشاط الاقتصادي يصل إلى 8 بالمائة، ويرجع ذلك أساساً إلى انخفاض توظيف الإناث (ويدراغو وستينزيل، 2021). عام 2022، قدرت الأبحاث أن عنف الشريك الحميم يكبّد تكلفة عالمية تعادل 5 بالمائة من الناتج المحلي الإجمالي العالمي وما يقرب من 15 بالمائة من الناتج المحلي الإجمالي في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى (يونت وآخرون، 2022). وأشارت مراجعة الأدلة الواردة من 13 بلداً إلى أن التكاليف الاقتصادية للعنف ضدّ المرأة على الاقتصادات الوطنية تتراوح بين 0.35 و6.6 بالمائة من الناتج

المحلي الإجمالي (إبراهيم وآخرون، 2018). إن القضاء على العنف القائم على النوع الاجتماعي لن يؤدي إلى تخفيف هذه التكاليف فحسب، بل من شأنه أن يحقق فوائد فورية ودائمة للإنتاجية الفردية والقدرة على الكسب، مع آثار متتالية عبر الأجيال.

وتُحقّق أيضاً مكاسب اقتصادية فورية عندما يتم مساعدة النساء على الهروب من العلاقات العنيفة. فقد كشفت دراسة صغيرة أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية أن خدمات المساعدة القانونية المدنية المقدّمة للناجيات من عنف الشريك الحميم أدّت إلى متوسط زيادة في صافي الدخل بقيمة 5,500 دولار أمريكي خلال عام واحد من تلقي المساعدة، أي ما يعادل عائده 2.41 دولار أمريكي من الدخل الشخصي لكلّ دولار أمريكي واحد تمّ استثماره في الدعم القانوني (توفل وآخرون، 2021). وبعد مرور عام، تبين أيضاً أن النساء اللواتي حصلن على هذه الخدمات كان لديهن احتمال أقلّ للعيش في حالة فقر. كما من الممكن أن يحقق الاستثمار في جهود منع العنف عوائد كبيرة أيضاً.

وتستمر هذه الفوائد عبر مختلف المجموعات السكانية والأجيال. وتشير أدلة دامغة إلى أن التدخلات الرامية إلى منع العنف القائم على النوع الاجتماعي تعزّز صحة السكان بشكل عام (فيراري وآخرون، 2022؛ موسى وآخرون، 2019؛ باخوس وآخرون، 2018). على الرغم من أنّ بعض البرامج مكلفة أكثر من غيرها، فقد تم تحديد مجموعة منها على أنها فعّالة من حيث التكلفة، حيث يتم قياس فعاليتها من خلال تكاليف البرنامج لكل سنة حياة معدّلة حسب الإعاقة يتم تجنبها (فيراري وآخرون، 2022).

ولا بدّ من مراعاة أهمية تصميم التدخلات بما يتناسب مع السياقات المحددة لأولئك الذين يحتاجون إلى المساعدة. .

يُعَدّ التصميم المخصّص للتدخلات ذي أهمية خاصة للوصول إلى المجموعات السكانية المهمشة التي تتعرّض للعنف القائم على النوع الاجتماعي بطرق

الحجة الاقتصادية للإدماج

بسبب عوامل مختلفة مثل الظروف المحلية والمعايير التمييزية، قد يكون الوصول إلى الأشخاص الأكثر تهميشاً أكثر صعوبة وتكلفة. وفي الوقت نفسه، يمكن أن تؤدي الأساليب الموحدة في كثير من الأحيان إلى عدم الكفاءة عند تطبيقها على مجموعات متنوعة؛ فتصميم التدخلات حسب اللغة والدين والثقافة والعوامل السياقية المحددة للنساء والفتيات، بما في ذلك الصراعات ومستويات البنية التحتية، يمكن أن يمنع الهدر ويحسن استخدام الموارد. ويمكن أن يؤدي الطلب المتزايد على خدمات رعاية الصحة الجنسية والإنجابية إلى تحقيق الاستقلالية الجسدية، ويؤدي التخفيف من التهميش إلى زيادة عوائد الاستثمار وإحراز تقدم أكبر في التنمية. ومن الممكن أن يخفف التصميم المخصص للتدخلات أيضاً التكاليف طويلة الأجل الناجمة عن التفكك الاجتماعي نتيجة تفاقم أوجه عدم الإنصاف حيث قد تنجح الخدمات في إفادة بعض الأفراد في حين تواجه حواجز في الوصول إلى آخرين.

يتوافق قبول المجتمع لمبدأ استبعاد الأفراد مع تكاليف باهظة يصعب قياسها من الناحية الكمية نظراً لدورها في تهميش وجود هؤلاء الأفراد. ولكن تظهر إحدى علامات هذه التكاليف في المكاسب الاقتصادية التي تتحقق عندما يتم إلغاء القوانين والسياسات والأعراف الاستبعادية. وقد سلّط تقرير حول إلغاء تجريم النشاط الجنسي بين أشخاص من نفس الجنس مؤخراً الضوء على هذا الموضوع، حيث وجد منافع على مستوى الاقتصاديين الكلي والجزئي (مختبر سياسة فيروس العوز المناعي البشري وآخرون، 2023). وعلى المستوى الفردي، تبين أن إلغاء القوانين المعادية للمثليين يؤدي إلى القضاء على تكاليف العمل والإنتاجية المرتبطة بالاعتقالات والملاحقات والاحتجاز، فضلاً عن الصدمات البدنية والنفسية المرتبطة بها. وعلى نطاق أوسع، تُشير إحدى الدراسات إلى أن كراهية المثلية الجنسية تكلف العالم 126 مليار دولار أمريكي سنوياً؛ من ناحية أخرى، ارتبط تعزيز البيئة القانونية لأفراد مجتمع الميم عين بارتفاع قدره 2,000 دولار أمريكي في نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي (بادجيت وآخرون).

مختلفة بسبب بعوامل متداخلة مثل الانتماء الإثني وهوية النوع الاجتماعي والتوجه الجنسي والإعاقة والحالة الاقتصادية. يمكن أن يعزّز تصميم جهود وقاية لمعالجة الأسباب الكامنة وراء العنف القائم على النوع الاجتماعي داخل هذه المجتمعات احتمالية حدوث أثر واسع النطاق ودائم (كارباسو وآخرون، 2022؛ مكتب تنسيق الشؤون الإنسانية، 2021).

على الرغم من أن التصميم يُنظر إليه في كثير من الأحيان على أنه مكلف، إلا أن هناك دلالات تشير إلى أن تلبية احتياجات الأفراد الذين يعانون من مكامن الضعف

المنقطعة والمتعددة يمكن أن يعزز الفعالية، وبالتالي زيادة القيمة مقابل المال. على سبيل المثال، يحذر بعض المدافعين عن المجتمعات من أن التدخلات الرامية إلى الحدّ من العنف القائم على النوع الاجتماعي قد تؤدي إلى تخصيص الموارد على نطاق واسع لضبط الأمن والسجن، وإهمال معالجة الوصمات وأوجه انعدام المساواة التي تجعل النساء عرضة للعنف في الدرجة الأولى. وقد يؤدي ذلك، حسب الخبراء، إلى عواقب غير مقصودة بالنسبة للنساء، مثل التجريم الذي لا يشمل الاعتقال فحسب، بل يشمل أيضاً التدخل من قِبَل نظام رعاية الطفل (جودمارك، 2022). وتتضمن (هذه الظاهرة، التي يشار

إليها أيضاً باسم "نموذج توجيه الضحايا نحو السجن بعد التعرّض للإساءة"، سيناريوهات يمكن أن يؤدي فيها الإبلاغ عن العنف إلى سلّطة غير موثوقة، أو الهروب من المعتدي، أو الوقوع ضحية الاتجار، وفي النهاية إلى الاعتقال). وفي هذه السياقات، قد تؤدي الاستثمارات في خدمات المجتمع ودعم الناجيات والتدخلات التعليمية إلى تحقيق قيمة أكبر مقارنة بالتكلفة.

من المهم أن ندرك أنّه على الرغم من أن الدراسات قد حدّدت عوامل الخطر التي تزيد من التعرض لعنف الشريك الحميم، إلا أن جزءاً كبيراً من الناجيات لا تظهر عليهن عوامل الخطر هذه، وفي الواقع، "لم يتم تحديد أي مجموعة من النساء على أنها آمنة تماماً" (كول وآخرون، 2021). علاوة على ذلك، يُعتقد أن الرجال والفتيان يواجهون أيضاً العنف القائم على النوع الاجتماعي بمعدلات لا يتمّ الإبلاغ عنها بشكل كبير (ورمان وآخرون، 2021). لذا، في حين يجب أن تهدف التدخلات إلى التخفيف من عنف الشريك الحميم، فمن المهم أن ندرك أن هذه الاستراتيجيات المصمّمة خصيصاً وحدها قد لا تكون كافية، ويجب وضع تشريعات وسياسات وأعراف اجتماعية على نطاق السكان لتعزيز المساواة بين الجنسين، ما يؤدي بدوره إلى الحدّ من العنف وتعزيز الفوائد لرفاه المجتمع، فضلاً عن الصحة العقلية والبدنية لجميع الأفراد.

المكاسب المتأتية من التربية الجنسية الشاملة على المدى البعيد

تماماً كما هو الحال مع وضع حدّ للعنف القائم على النوع الاجتماعي، يُعدّ الوصول إلى التربية الجنسية الشاملة شرطاً أساسياً لتمكين الجميع من الاستقلالية الإنجابية (ستارز وآخرون، 2018)، وتحقيق جميع المنافع الاجتماعية والاقتصادية المصاحبة لها.

فالتربية الجنسية الشاملة للأفراد تزوّدهم بالمعرفة والمهارات اللازمة لاتخاذ قرارات مستنيرة وصحية ومسؤولة فيما يتعلّق بصحتهم الجنسية والإنجابية طوال حياتهم. وهي تشمل موضوعات مختلفة مثل تنظيم الأسرة، والعدوى المنقولة جنسياً، والرضا، والتواصل الفعّال داخل العلاقات، وتعود بالفائدة على الصحة الفردية والعامة، والتمكين الاقتصادي، فضلاً عن الرفاهية البدنية والنفسية. فالشباب القادرون على حماية أنفسهم من الأمراض، وتجنّب حالات الحمل غير المقصود، وتجنّب العنف (أو التعرف عليه والهروب منه)، هم أكثر قدرة على متابعة تعليمهم والانخراط في القوى العاملة النظامية والتفوق.

على الرغم من أنّه لم يتمّ تقييم التكاليف المتعلّقة بأثر التربية الجنسية بشكل كامل، إلا أنّه تُبَيّن أنها مرتبطة بتأخير سنّ أول ممارسة حميمة، وزيادة استخدام وسائل تنظيم الأسرة (كيربي، 2008)، وانخفاض معدلات حمل المراهقات (أغيري وكاريون-ياغوانا، 2023؛ كوهلر وآخرون، 2008). وقد أثبتت البرامج التي تدمج التربية الجنسية الشاملة مع خدمات الصحة الجنسية والإنجابية التي يسهل الوصول إليها والملائمة للشباب فعالية كبيرة في الحدّ من الحمل غير المقصود (ميزفو وآخرون، 2023). وقد تمت مناقشة عوائد الاستثمار المرتبطة بهذه النتائج بالتفصيل في القسم الخاص بالاستقلالية الإنجابية أعلاه (انظر "قيمة الاستقلالية الإنجابية على المدى البعيد" في الصفحة 94).

وقد أظهر دمج معايير حقوق الإنسان والمساواة بين الجنسين المعترف بها عالمياً في برامج التربية الجنسية الشاملة فعالية على المدى القريب في تعزيز المعرفة والتوجهات وزيادة التواصل مع الأهل فيما يتعلّق بالجنس والعلاقات. علاوة على ذلك، فإنه يحقق آثار إيجابية على المدى البعيد في مجالات مثل التواصل مع الشركاء، وفهم الصحة الجنسية، والوعي بالخدمات المتاحة (اليونسكو، 2016؛ قسطنطين وآخرون، 2015؛ روهرباخ وآخرون، 2015). علاوة على ذلك، تشير مراجعة الأدلة إلى أن "البرامج التي تركز على النوع الاجتماعي أكثر فعالية

بكثير من البرامج "التي لا تراعي النوع الاجتماعي" في تحقيق الحصائل الصحية مثل خفض معدلات الحمل غير المقصود أو العدوى المنقولة جنسياً" (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2018).

تحظى الجوانب الثقافية والاجتماعية للتربية الجنسية الشاملة بأهمية مماثلة مثل الجوانب الصحية، على الرغم من استبعادها في بعض الأحيان باعتبارها غير ضرورية أو أيديولوجية (الأمم المتحدة، 2023). ومع ذلك، عندما تتماشى التربية الجنسية مع المعايير الدولية (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2018)، تكون مناسبة للأعمار ومرتبطة بالسياق الثقافي ومناسبة للسياق. وفي الواقع، يُعدّ تكييف مناهج التربية الجنسية الشاملة مع الاحتياجات المحلية عنصراً مهماً لضمان فعالية البرامج، فضلاً عن ضمان قبولها من قبل الأهل والأسر والمجتمعات المحلية (بما في ذلك المنظمات الدينية). وقد تكون هذه النقطة ذات أهمية خاصة عندما يتعلق الأمر بالمجتمعات المهمشة. ومن غير المرجح أن تنجح التربية أو المناهج التي تتجاهل احتياجات المجتمع في تخفيف الضرر بشكل فعال أو في تعزيز الحصائل الصحية الإيجابية. على سبيل المثال، في بعض البلدان، تتناول الرسائل التعليمية المخاطر المرتبطة بما يُسمّى بظاهرة الرجال الأكبر سناً الذين يعرضون تغطية الرسوم المدرسية للفتيات أو يقدمون لهنّ الهدايا مقابل أنشطة جنسية، بسبب انتشار هذا النوع من الاستغلال على نطاق واسع. قد تعطي رسائل تعليمية أخرى الأولوية للجهود المبذولة لتعزيز قبول عملية الطمث بسبب المحرمات السائدة المتعلقة بالطمث (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2018).

إن الأدلة المتاحة بشأن آثار التربية الجنسية الشاملة التي تمتد إلى ما هو أبعد من الحصائل الصحية نادرة نسبياً. مثلاً، الأدلة المتاحة بشأن تأثيره على توجهات

المراهقين ومهاراتهم فيما يتعلق بالحياة الجنسية، ومعدلات العنف القائم على النوع الاجتماعي وعنف الشريك الحميم، وانتشار أعراف الإنصاف بين الجنسين والعلاقات الصحية (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2018). مع ذلك، هناك توافق متزايد بصدد أن برامج التربية الجنسية التي تسعى صراحة إلى تمكين الفتيات وغيرهن من الشباب المهمشين من إدراك أنفسهم كشركاء متساوين في العلاقات تحقق نجاحاً في إعدادهم لحماية صحتهم والانخراط بنشاط في المجتمع (هابرلاند وروجو، 2015). في الواقع، اقترح باحثون اعتماد التربية الجنسية الشاملة كوسيلة لمعالجة وتخفيف تزايد العنف القائم على النوع الاجتماعي خلال جائحة كوفيد-19 (رولستون وآخرون، 2020)، ما يسلط الضوء على إمكاناتها الأوسع في تشكيل الأعراف والسلوكيات.

يحمل مندبل سوفراجيت 66 توقيعاً معظمها من نساء سُجّن بسبب مشاركتهن في احتجاجات حركة سوفراجيت التي أطلقها الاتحاد الاجتماعي والسياسي للمرأة في مارس (آذار) 1912 بلندن.

دراسة تحليلية لبرامج التربية الجنسية في المدارس في ستة بلدان أنه في البرامج المنفذة بالكامل (مثل تلك الموجودة في إستونيا ونيجييريا وهولندا)، تراوحت التكلفة بين 7 دولارات أمريكية و33 دولاراً أمريكياً لكل طالب، بينما في البلدان التي كانت البرامج فيها لا تزال في المراحل التجريبية، (مثل كينيا وإندونيسيا)، بلغت التكلفة لكل طالب 50 دولاراً أمريكياً و160 دولاراً أمريكياً على التوالي (كفيلا وآخرون، 2013). ووفقاً لدراسة منفصلة عن التكاليف أجريت في إندونيسيا، بعد ثلاث سنوات من التنفيذ، انخفضت نفقات برنامج التربية الجنسية الشاملة في المدارس بنسبة 90 بالمائة (الحلي وأرشدت، 2021). علاوة على ذلك، فإن الحصة الأكبر من تكاليف البرنامج، مثل رواتب المعلمين، مدرجة بالفعل في النفقات التعليمية. وإذا تم استبعاد هذه التكاليف، فإن النفقات المخصصة لبرامج التربية الجنسية لا تتجاوز حوالي 25 بالمائة من إجمالي التكاليف المقدّرة للبرامج الموسعة (كفيلا وآخرون، 2013).

ويشير الخبراء إلى أنه من المحتمل أن يكون هناك وفورات في التكاليف وعوائد استثمار أكثر عندما يتم دمج التربية الجنسية الشاملة في برامج تدريب المعلمين، إذ يجعل ذلك الموضوع أقل صعوبة وعموماً ويسهل التنفيذ الفعال للمناهج الدراسية من خلال قوة عاملة متزايدة من المربين. ويخفف الاستثمار أيضاً من التكاليف المتعلقة بتدريب المعلمين أثناء الخدمة (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2018).

في النهاية، من المرجح أن تختلف التكاليف والعوائد المرتبطة بتوفير التربية الجنسية الشاملة للمتعلمين



وللأسف، لم يتحقق بعد أثر التربية الجنسية الشاملة القائمة على الحقوق بالكامل، ويُعزى ذلك من جهة إلى أن المعلمين غالباً ما يستخفون بجوانب معينة من المنهج الدراسي التي لا يشعرون بالراحة عند تدريسها (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2018)، ومن جهة أخرى لأن إدراج المعايير القائمة على النوع الاجتماعي والمعايير الاجتماعية غالباً ما يكون غير كافٍ. على سبيل المثال، كشف استعراض لبرامج التربية الجنسية الوطنية في 13 بلداً في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى أنّ المحتوى الأضعف كان يتعلّق بالمعايير القائمة على النوع الاجتماعي والمعايير الاجتماعية (اليونسكو، 2016).

تمثّل الدراسات طويلة المدى لعوائد الاستثمار على المدى البعيد تحدياً بسبب عدم الاتساق في تنفيذ البرامج، من بين عوامل أخرى. ولكن تزيد عوائد الاستثمار بشكل كبير عندما يتم تنفيذ التربية الجنسية الشاملة على نطاق واسع ومستدام لفترة طويلة وتوضح الأمثلة من عدد من البلدان السبب: كشفت

خارج المدرسة بشكل كبير عن تلك المرتبطة بتوفيرها داخل المدرسة. غالباً ما يكون المتعلمون خارج المدرسة الأكثر عرضة للمعلومات الخاطئة والإكراه والاستغلال، وغالباً ما يشكلون الفئة التي يصعب الوصول إليها. مع ملاحظة أن ما يقرب من 263 مليون شاب كانوا خارج المدرسة اعتباراً من عام 2018، وضع صندوق الأمم المتحدة للسكان وشركاؤه إرشادات قائمة على الأدلة للتربية الجنسية الشاملة للأفراد خارج المدرسة. توصي هذه الإرشادات بوضع مناهج دراسية مناسبة للعمر ومخصصة لتلبية احتياجات مجموعات محدّدة من الأشخاص (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2020)، مثل الشباب ذوي الإعاقة أو أولئك في الأوضاع الإنسانية أو المثليات أو المثليين أو مزدوجي الميل الجنسي، أو غير ثنائيي الجندر/غير مطابقين جنسانياً أو أولئك المصابون بفيروس العوز المناعي البشري أو الذين يتعاطون المخدرات أو يتاجرون بالجنس.

ويواجه تنفيذ البرامج للمتعلمين خارج المدرسة العديد من التحدّيات، بما في ذلك مشكلات تتعلّق بقدرة الشباب على التنقل ونقص الموارد المتاحة لتصميم البرامج المخصصة لتلبية احتياجات هذه المجموعات المتنوعة (المعونة الأسترالية وصندوق الأمم المتحدة للسكان، 2023؛ وزارة الصحة والخدمات الطبية الفيجية وآخرون، 2023). ولا تتطلّب هذه البرامج استثمارات مالية فحسب، بل تتطلب أيضاً الأشخاص المناسبين لتصميمها وتنفيذها. وعلى الرغم من أنّ مجموعة الأدلة على أثرها محدودة، فإنّ التربية الجنسية الشاملة للشباب خارج المدرسة تُظهر

إمكانات لتحقيق عوائد كبيرة، مع الأخذ في الاعتبار حجم هؤلاء السكان ومكامن الضعف المتزايدة التي يواجهونها (أندرسون وبورتنر، 2014). تتمكّن هذه البرامج أيضاً من تحقيق وفورات في التكاليف مع مرور الوقت، لا سيما عند مراعاة المخاطر المتزايدة على الصحة الجنسية والإنجابية (أندرسون وبورتنر، 2014)، والصحة بشكل عام، المرتبطة بانخفاض التحصيل التعليمي.

بشكل عام، هناك حاجة إلى إجراء مزيد من البحث حول التأثيرات والوفورات المحتملة في التكاليف على المدى الطويل لمبادرات التربية الجنسية الشاملة داخل المدرسة وخارجها، وحول البرامج التي تستهدف المجتمعات المهمشة.

القيادة المحلية تتمكّن من الوصول إلى الفتيات اللواتي هن في أمسّ الحاجة للمساعدة

من هذا التدريب 450 امرأة من ذوات المهق وأهالي لأشخاص ذوي المهق، لا سيّما أنّ هناك 280 شخص تعلّموا مهارات في صناعة الصابون لتحقيق استقلاليتهم الاقتصادية والمساعدة في دعم أسرهم.

تضطلع ميمونة بدور قيادي في المجتمع يشير إلى قدرتها على توفير الدعم والإرشاد حيثما تشتدّ الحالة لذلك. يهدف هذا العمل لمساعدة الأشخاص ذوي المهق حالياً وأيضاً في الجيل القادم، وتوضح ميمونة: "أكفح أيضاً من أجل أطفالنا بما أنّ المهق يعتبر ظاهرة جينية".

تدرك سيراه سي سافاني في كوت ديفوار تمام الإدراك ما هي الاحتياجات داخل مجتمعها، وهي تُعنى بمجموعات مختلفة من الفتيات المستضعفات: المعرّضات لخطر الاختطاف والزواج القسري وتشويه الأعضاء التناسلية. فالآنسة سافاني البالغة من العمر 50 سنة شهدت الآثار الضارة لهذه الممارسات على حياتها. "لقد ربّنتي جدّتي والدة أبي في قرية ديوكوي الواقعة شمال غرب كوت ديفوار، وتم تزويج جميع عماتي في سنّ مبكرة وبشكل قسري، كنّ يرعيني حتى بعد الزواج حيث بقيت بجوارهنّ ورأيت التعاسة بادية على وجوههنّ. كما أنّي خسرت إحدى قريباتي بعد تعرّضها لتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية (ختان الإناث)".

في إطار تنفيذ مشروع تمكين المرأة والعائد الديمغرافي في الساحل، تستفيد منطقة غرب ووسط أفريقيا من استثمارات بقيمة مئات ملايين الدولارات في مبادرات تهدف لتحقيق المساواة بين الجنسين. يعمل البرنامج عن كثب مع قادة محليين مثل الآنسة ديني التي يمكنها أن تكشف الاحتياجات الخاصة للفتيات والنساء وتحدد كيفية تلبية تلك الاحتياجات الفريدة من نوعها بغية تحقيق أفضل أثر ممكن.

ترأس مجموعة جميعة النساء ذوات المهق في بوركينا فاسو وأصبحت سفيرة لحملة أقوى معاً التي أطلقتها مبادرة مشروع تمكين المرأة والعائد الديمغرافي في الساحل بهدف توعية المجتمعات على الصعيد المحلي. تمكّنت من خلال بذل هذه الجهود أن تؤمن الشمول الاجتماعي للنساء والفتيات اليافعات ذوات المهق داخل المدارس ومن خلال تمكينهنّ من الحصول إلى الفرص الاقتصادية والرعاية الصحية، بما في ذلك خدمات الصحة الجنسية والإنجابية والمعلومات ذات الصلة. وقّعت جمعيتها على اتفاقيات مع وزارة الصحة والمستشفيات والمنظمات غير الحكومية ومجموعات أخرى تابعة للمجتمع المدني وتقدّم تدريبات على أنشطة مدّرة للدخل بغية دعم الشابات والشباب ذوي المهق وأسرههم. منذ تأسيس الجمعية في عام 2008 استفدت

تعرف ميمونة ديني الكثير جيداً ما هي المعتقدات والافتراضات التي تضعف المساواة بالنسبة للنساء والفتيات في مجتمعها ببوركينا فاسو. تبدو النساء أقلّ إلماماً بالقراءة والكتابة وتشاركن في القوى العاملة بدرجة أقلّ من الرجال. والمؤسف أنّ العنف القائم على النوع الاجتماعي والممارسات الضارة تبدو واسعة الانتشار. ولكن الآنسة ديني البالغة من العمر 43 سنة اكتشفت شكلاً آخر للتمييز يتداخل مع التمييز القائم على النوع الاجتماعي. حيث تحدّثت عن "الجهل والأعباء الاجتماعية والخرافات" التي تؤثر على الأشخاص ذوي المهق.

يتعرّض الأشخاص ذوو المهق للوصم والاستبعاد والعنف في جميع أنحاء العالم ويتعرّضون للاتجار والتشويه والقتل في أسوأ الحالات، ويعاني الكثيرون من صعوبات في الرؤية لا يتم استيعابها في المدارس أو الجامعات أو أماكن العمل، ما يرفع معدلات أولئك الذين تخلّوا عن الدراسة أو الذين هم في عداد الفقراء بين الأشخاص ذوي المهق. يبدو الأثر شديد الوضوح بالنسبة للفتيات ذوات المهق تحديداً ذلك أنّ نصف الفتيات ذوات المهق في بوركينا فاسو لم يكملن مرحلة التعليم الابتدائي (إيرو وآخرون، 2021).



تؤكد ميمونة ديني أن الفتيات ذوات المهق في مجتمعها يحظين بالتعليم والمهارات والتمكين الذي يحتجنه.

كانت الأنسة سافاني محظوظة بوالدها الذي أيدها واتخذ موقفاً حازماً ضد تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية. "أرادت عماتي أن أخضع لهذه العملية ولكن والدي الذي كان معلماً عارض هذا الموضوع دائماً".

تجربتها هذه دفعتها لتصبح مرشدة اجتماعية، ثم شغلت منصباً في وزارة المرأة والأسرة والطفل حيث عملت كخبيرة في مجال حماية الطفل ورأت كيف كان الآباء يخرجون فتياتهم من المدرسة من أجل تزويجهن. بات من الواضح أن المشكلة لا يمكن حلها بمجرد الوصول إلى الفتيات على انفراد، وتوضح الأنسة سافاني: "كان من الضروري أن نستهدف الطالبات ولكن أيضاً الآباء الذين يسعون لتزويج بناتهم وكذلك قادة المجتمع والمرشدين الدينيين".

وهي تعمل اليوم على تطبيق هذه الدروس في عملها مع مشروع تمكين المرأة والعائد الديمغرافي في الساحل. توضح في هذا الصدد أن الخطط التي ينفذها المشروع وضعها خبراء تقنيون يعملون في كل مجتمع يحاولون الوصول إليه. وقد تبين أن الوصول لهذه المجتمعات أمر ضروري من أجل تلبية احتياجات محددة لدى الفتيات وأسرهن. فالتدخلات التي تجري في أماكن آمنة وتلك التي تستهدف النوادي التي يرتادها الأزواج وغيرها تصنع فرقاً حقيقياً. وتؤكد الأنسة سافاني أن هذه التدخلات "تعطي بصيصاً من الأمل في الأماكن التي ظننت فيها الفتيات أن لا حقوق لهن".

العوائد المتأتية من عالم تسوده المساواة بين الجنسين

إن جميع هذه العناصر المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية، بما في ذلك تعزيز حقوق الأفراد وقدرتهم على اتخاذ القرار بشأن ما إذا كانوا سينجبون أطفالاً ومتى، وإنهاء العنف القائم على النوع الاجتماعي وتوفير التربية الجنسية الشاملة بما يتماشى مع المعايير الدولية، متجذرة في أولويات حقوق الإنسان، ولا سيما في السعي لتحقيق المساواة بين الجنسين. وترتبط بين المساواة بين الجنسين والصحة الجنسية والإنجابية علاقة قوية يعزز بعضها البعض بشكل متبادل. ومن المتوقع أن يؤدي التقدم في كل من المجالين من خلال تعزيز المساواة بين الجنسين والصحة والحقوق الجنسية والإنجابية معاً إلى تعظيم الفوائد الاجتماعية والاقتصادية للمجتمعات ككل.

ومثال قوي على ذلك هو الدور الأساسي لكل من الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية والمساواة بين الجنسين في العائد الديمغرافي. فعندما تستخدم النساء وسائل تنظيم الأسرة لتجنب الولادات غير المخطط لها، يؤدي الانخفاض الناتج عن ذلك في الخصوبة، في النهاية، إلى انخفاض نسبة الأطفال المعالين في السكان مقارنةً بحجم السكان الذين هم في سن العمل. ويمكن أن يؤدي هذا التغير الديمغرافي إلى ما يُسمى بالعائد الديمغرافي: ارتفاع معدلات الإنتاجية والنمو الاقتصادي. وقد استلهم مفهوم العائد الديمغرافي من الملاحظات المتعلقة بالنمو الاقتصادي في أعقاب انخفاض معدلات الخصوبة في بلدان شرق آسيا في الفترة الممتدة من الستينيات إلى التسعينيات (بلوم وآخرون، 2003).

ولكن العائد الديمغرافي لا يتأثر تلقائياً انخفاض الخصوبة. وفي آسيا، يُعزى النمو الاقتصادي خلال التحول الديمغرافي جزئياً إلى زيادة مشاركة المرأة في القوى العاملة (بلوم وآخرون، 2009). وخُصّصت بعض الأدلة وتحليلات السياسات إلى أن العائد الديمغرافي لن يتكرر دون درجة معينة من المساواة بين الجنسين إلى جانب انخفاض الخصوبة (مارون، 2016). وفي الواقع، يُعزى



ثلث النمو الاقتصادي الذي تحقّق في آسيا خلال سنوات العائد الديمغرافي إلى التقدّم في مجال تمكين المرأة ومشاركتها في القوى العاملة إلى جانب التحوّل السريع في معدلات الخصوبة (كاردونا وآخرون، 2020).

واعترافاً بهذه الحقيقة، أطلقت الأمم المتحدة ومجموعة البنك الدولي مشروع تمكين المرأة والعائد الديمغرافي في منطقة الساحل (SWEDD)، وهو مبادرة إقليمية تهدف إلى الحدّ من عدم المساواة بين الجنسين وزيادة فرص الحصول على خدمات الصحة الإنجابية في نفس الوقت، وذلك من أجل تحقيق فوائد العائد الديمغرافي في البلدان المشاركة، والتي تُعدّ من بين البلدان التي تضمّ بعض النساء والفتيات الأشدّ تخلفاً عن الركب على مستوى العالم عند أخذ مؤشرات مثل نسبة الوفيات النفاسية، وانتشار زواج الأطفال، ومعدل الولادات لدى المراهقات بعين الاعتبار.

تمحور مشروع تمكين المرأة والعائد الديمغرافي في منطقة الساحل حول ثلاثة مكونات: التدخلات المفضية إلى التحوّل في المنظور القائم على النوع الاجتماعي والتي تعزّز الاستقلال الاجتماعي والاقتصادي للفتيات والنساء؛ وبرامج تعزيز خدمات الصحة والتغذية الإنجابية وصحة الأمهات والمواليد والأطفال والمراهقين، بما في ذلك عن طريق زيادة أعداد العاملين المؤهلين في مجال الصحة على مستوى المجتمع؛ وتعزيز الالتزامات الإقليمية والوطنية بشأن المساواة بين الجنسين وتنفيذ المشروع، فضلاً عن القدرة على صنع السياسات. منذ بداية المشروع عام 2015، وصل إلى تسعة بلدان (بنن، وبوركينا فاسو، والكاميرون، وتشاد، وكوت ديفوار، وغينيا، ومالي، وموريتانيا، والنيجر)، وتمت الموافقة على التوسّع إلى ثلاثة بلدان أخرى وهي (غامبيا، والسنغال، وتوغو).

شكّلت مشاركة المجتمع المدني والمنظمات النسائية وأصحاب المصلحة الآخرين، وكذلك تعاونهم بطريقة شاملة ومتكاملة نقطة هامة في هذا المجهود. على سبيل المثال، شارك خلال البرنامج أكثر من 20,000 من

الوصول إلى الفئات الأكثر تخلفاً عن الركب على مستوى العالم

وكما يوحي اسم مشروع تمكين المرأة والعائد الديمغرافي في منطقة الساحل، تهدف الاستثمارات إلى تحقيق عائد ديمغرافي، ما يؤدي بالتالي إلى تحقيق نتائج اقتصادية وتنموية لفترة تمتد لعدة أجيال. وتهدف المبادرة المتعددة الجوانب، التي لا تشمل المهارات الحياتية فحسب، بل تشمل أيضاً التدريب في مجال القبالة والجهود المبذولة لإنهاء العنف القائم على النوع الاجتماعي وتعزيز الوصول إلى الرعاية المتعلقة بوسائل تنظيم الأسرة والفرص الاقتصادية، إلى توليد تأثيرات إيجابية تساهم في إحداث تحول أوسع للمجتمعات في بلدان الساحل. إن تقييم عائد الاستثمار، الذي يُقدَّر بحوالي دولار أمريكي، سيستغرق حتماً بعض الوقت، ولكن تمّ جمع البيانات الأساسية لجميع البلدان، ما يسمح برصد النتائج بشكل متسق وشامل.

وتبدو النتائج الأولية واعدة. فاعتباراً من كانون الأول/ديسمبر 2023، شهد مكوّن البرنامج الذي يستهدف تمكين النساء والفتيات معدل استبقاء في المدارس بلغ 96 بالمائة للفتيات المراهقات في المدارس الثانوية حيث تمّ تنفيذ التدخلات، وهي زيادة كبيرة عن المعدل الأساسي البالغ 75 بالمائة. علاوة على ذلك، أظهرت 95 بالمائة من الفتيات والنساء المراهقات المشاركات في نوادي التدريب على المهارات الحياتية فهماً كبيراً للعواقب السلبية لزواج الأطفال والحمل المبكر، فضلاً عن فوائد المبادعة بين ولادة وأخرى مقارنة بـ 74 بالمائة في البداية. بالإضافة إلى ذلك، زادت حالات العنف القائم على النوع الاجتماعي والممارسات الضارة التي تمّ تحويلها إلى الخدمات الصحية والاجتماعية والقانونية والأمنية، حيث تمت إحالة 21,087 حالة، مقارنة بـ 5,415 حالة في البداية. وبلغ عدد المستخدمين الجدد للوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة حوالي 903,000 من أصل 24,000. وتمّ تجنّب ما يقدر بنحو 8,790 حالة من حالات وفيات الأمهات، و2,422,000 حالة حمل غير مقصود، و830,000 عملية إجهاض غير آمن (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2024؛ صندوق الأمم المتحدة للسكان، بدون تاريخ).

وتُشير نتائج أخرى، مثل حملات التوعية واسعة النطاق وإنشاء شبكة من المراسد الوطنية لرصد تنفيذ السياسات العامة لدعم العائد الديمغرافي، إلى أنّ المزيد من التقدم أصبح وشيكاً.

يستهدف مشروع تمكين المرأة والعائد الديمغرافي في منطقة الساحل الفتيات الأشدّ تخلفاً عن الركب بالنسبة للتقدّم العالمي، ويسعى إلى الوصول إلى المناطق والمجتمعات التي تعاني من أعلى معدلات تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية (ختان الإناث) وزواج الأطفال والحاجة غير الملّاة إلى وسائل تنظيم الأسرة وانخفاض مستويات التحصيل التعليمي والفقر، بالإضافة إلى عوامل مثل محدودية الوصول إلى وسائل الإعلام أو الهواتف (كامير، غير منشور). ويتضمّن أحد العناصر المهمة لمشروع تمكين المرأة والعائد الديمغرافي في منطقة الساحل تعليم المهارات الحياتية (وهو مصطلح مناسب ثقافياً للتربية الجنسية الشاملة) التي يتمّ توفيرها من خلال مساحات آمنة في كلّ من المدارس والمجتمع. ويتمّ اختيار مواقع ومكوّنات المساحات الآمنة وفقاً لمعايير الضعف لضمان الوصول إلى المراهقات والشابات الأكثر حرماناً، بمن في ذلك تلك اللواتي هم خارج المدرسة. وتهدف المناهج الدراسية إلى تعزيز معارف الفتيات ومهارتهنّ، مع التركيز بشكلٍ خاص على الصحة الإنجابية، والنوع الاجتماعي، وحقوق الإنسان، وكذلك القدرة المالية، والتمكين الاقتصادي. ويعترف هذا بالصلة العميقة بين الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية وتنمية رأس المال البشري. والأهم من ذلك، أنّه يتمّ وضع مناهج المهارات الحياتية من خلال عملية تشاركية مصمّمة لتراعي السياقات الاجتماعية والثقافية لكلّ بلد، ويتمّ تقديم هذه المناهج من قِبَل مرشدين مجتمعيين، ما يضمن أن يكون تنفيذها مناسباً على المستوى المحلي.

لقد شكّلت إمكانية تصميم البرامج خصيصاً حسب الاحتياجات المحلية أمراً أساسياً لتنجاح سينامي ماريبيت أتولو في عملها كمرشدة في مساحة آمنة في بنن. فبعد أن مرّت السيدة أتولو بمرحلة حمل في سنّ المراهقة وما عقب ذلك من هجر، تستطيع اليوم وهي في السادسة والأربعين من العمر، مشاركة رؤى قيّمة من تجاربها الخاصة مع الفتيات اللواتي يواجهن تحديات مماثلة: وتقول: "إنّ تعاملتي مع الشباب، وخاصة الفتيات، يتيح لي أن أرشدهم".

القادة المجتمعيين والدينيين في تعزيز تعليم الفتيات والصحة الجنسية والإنجابية للمراهقات والقضاء على العنف القائم على النوع الاجتماعي. ولا تشير مشاركة الزعماء المجتمعيين والدينيين إلى الاستثمار على المستوى المحلي فحسب، بل تشير أيضاً إلى أن البرنامج يؤثر بشكل إيجابي على تشكيل المعايير الاجتماعية ومعايير النوع الاجتماعي على المستوى المحلي. وتُسهّل المشاركة المنسقة لأصحاب المصلحة على مختلف المستويات تبادل الدروس المستفادة بين البلدان وتعزز فرص التعاون المثمر فيما بين بلدان الجنوب، وإمكانات توسيع نطاق التدخلات.

يمكن لبرامج من هذا النوع أن تؤدي إلى آثار إيجابية كبيرة على البلدان، بل وحتى على الاقتصاد الوطني، إذ تشير التقديرات إلى أن سدّ الفجوة بين الجنسين على الصعيد العالمي وتعزيز مساواة المرأة في القطاعات العام والخاص والاجتماعي، حتى في غياب المزيد من الاستثمارات في برامج الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية، يُمكن أن يضاعف مساهمة المرأة في نمو الناتج المحلي الإجمالي العالمي. ويمكن أن يضيف 12 تريليون دولار أمريكي إلى الناتج المحلي الإجمالي العالمي في غضون 10 سنوات (معهد ماكينزي العالمي، 2015).

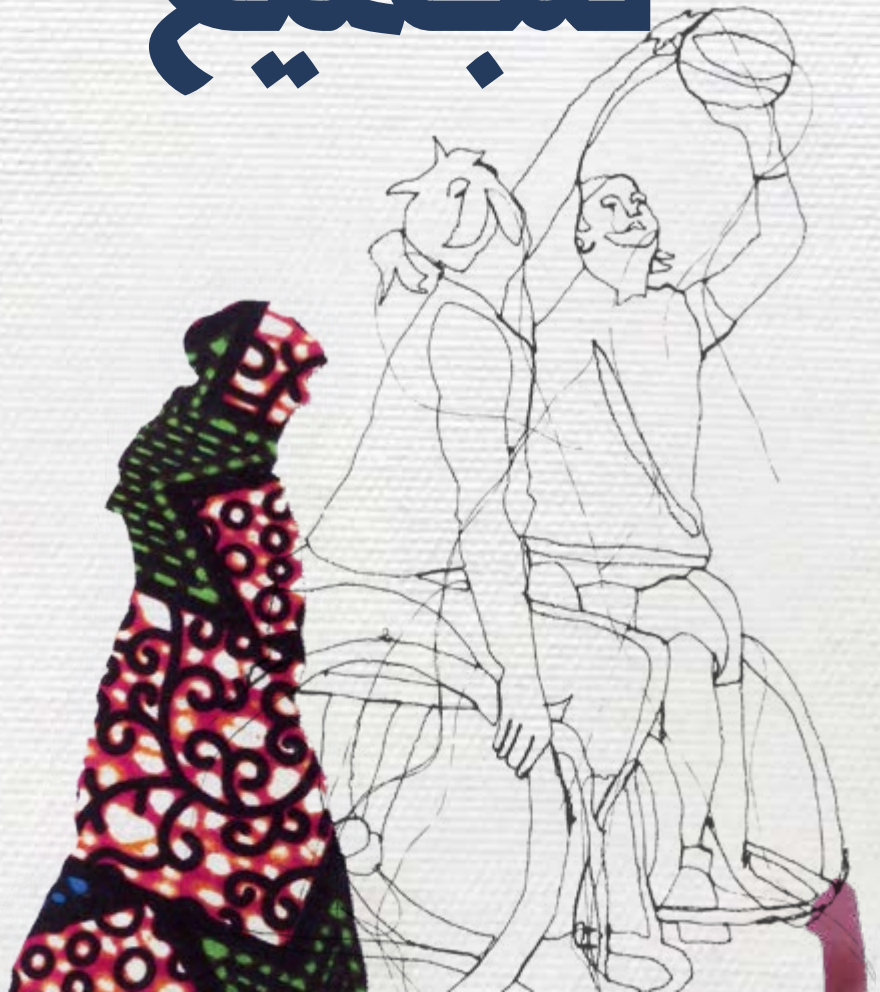
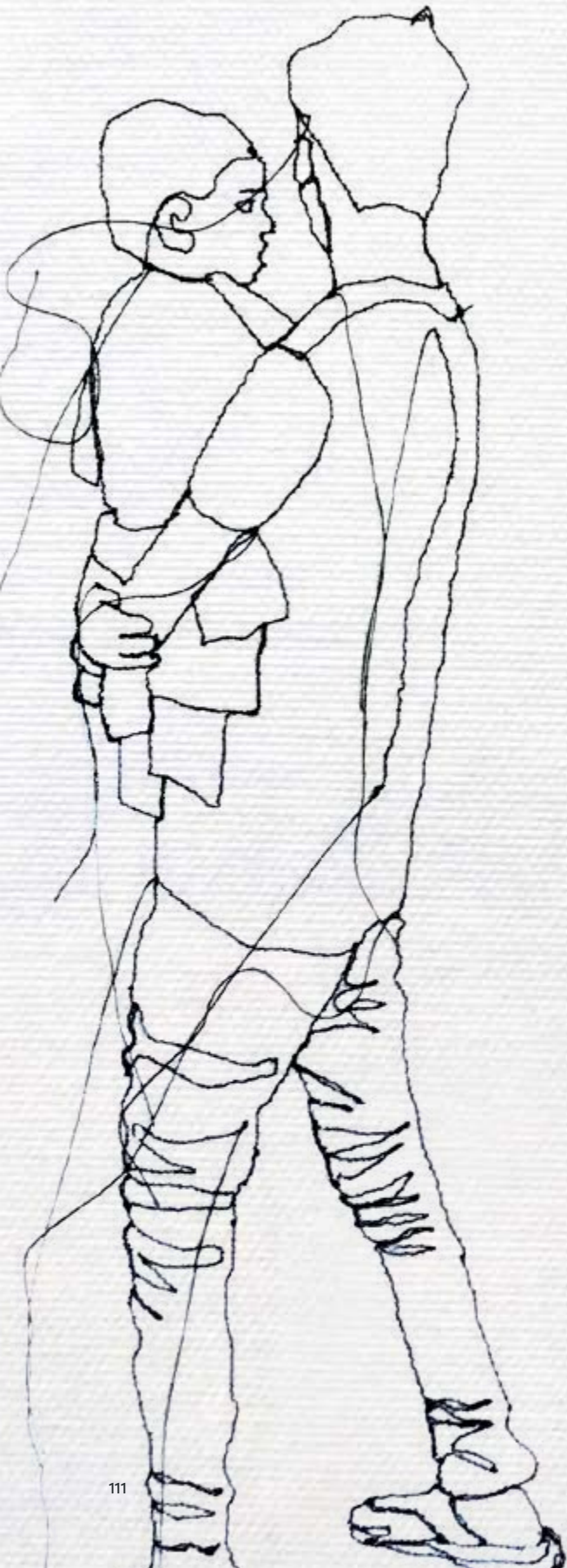
وكما تُظهر الإنجازات الأولية لمشروع تمكين المرأة والعائد الديمغرافي في منطقة الساحل، فإن العمل المتكامل لتمكين النساء والفتيات من خلال التدخلات المتبادلة التي تعزّز بعضها البعض، يمكن أن يُطلق العنان لدورة مفيدة ومستدامة للتنمية البشرية. وهذا ما يُحقّق العائد الديمغرافي للنساء والفتيات اللواتي ما زلن بمنأى عن التقدّم، ورفع تعزيز إمكانات وحقوق ورفاه كل منهنّ. وتمثّل هذه النتائج الأولية مجرد البداية. ولن يتجلى

الأثر الكامل إلا عندما تنهي النساء والفتيات اليوم تعليمهن، ويواصلن حياتهن المهنية، ويخططن لأسر من اختيارهن.

في الإجمال، تُعدّ الحجة الاقتصادية للاستثمار في البرامج التي تعمل على تعزيز الاستقلالية الإنجابية وغير ذلك من جوانب الصحة الجنسية والإنجابية قوية، وتكون العوائد أعظم، وربما تتزايد بشكل تآزري، عندما تقترب من التحسّن في مجال المساواة بين الجنسين. وللعالم قدرة على العمل لتعزيز الحجة الاقتصادية للاستثمار في البرامج التي تخدم الفئات الأكثر تهميشاً، والأشدّ تخلفاً عن الركب، لا بل ينبغي أن يعمل على ذلك. تظهر حاجة إلى مزيد من البيانات والتحليلات لفهم النطاق الكامل للعوائد التي يتمّ تحقيقها عندما يستهدف الاستثمار أولئك الذين هم في أمس الحاجة إليه. ولكن حتى في ظلّ الأدلة الموجودة لدينا، وإلى جانب المنطق الأساسي والشعور بما هو صواب، تظلّ الحجة مقنعة. لذا، يجب أن تنطوي الخطوة التالية على اتخاذ الإجراءات اللازمة.



نسج مستقبل مشرق للجميع



ثلاثة عقود من التقدم: بداية واعدة

يُثبت التاريخ فعالية التضامن. ففي حين لا ينبغي الاستخفاف بقوة العمل الجماعي، سواء من جانب الأفراد أو المناصرين أو المجتمع المدني أو المؤسسات أو الدول الأعضاء، يستحق الأمر أن نتأمل في قوة هذه الجهود ووعودها التي رسمت معالم العقود الثلاثة الماضية.

في الواقع، في أعقاب المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، زادت قدرة المرأة على استخدام الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة بشكل ملحوظ: بين عامي 1990 و2022، وارتفعت نسبة النساء المتزوجات أو المرتبطات اللواتي يستخدمن وسائل حديثة لتنظيم الأسرة من 11.5 إلى 33.5 بالمائة. ارتفعت هذه النسبة في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل من 52.9 إلى 61 بالمائة (إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمم المتحدة، 2022ج). وفي الفترات الممتدة بين عامي 1990 و1994 وعامي 2015 و2019، حدث انخفاض بنسبة 19 بالمائة في معدل حالات الحمل غير المقصود (بيراك وآخرون، 2018)، ما يُعد إنجاز كبير في قدرة المرأة على اتخاذ القرارات بشأن جسدها ومستقبلها. وبالمثل، انخفضت نسبة وفيات الأمهات في جميع أنحاء العالم بأكثر من الثلث بين عامي 2000 و2020 (منظمة الصحة العالمية وآخرون، 2023أ). وقد ساهم النهوض بالطب والأنظمة الصحية بشكل كبير في تحقيق هذين الإنجازين، إلى جانب تكنولوجيا وسائل تنظيم الأسرة التي توفر مجموعة متنوعة من الطرق الآمنة والموثوقة. وساهم توافر العاملين المهرة في مجال الصحة وتوافر الأدوية الأساسية وخدمات الصحة الإنجابية عالية الجودة، التي تلتزم بالمعايير الدولية، في تحسين معدلات بقاء الأمهات على قيد الحياة.

ليس من قبيل الصدفة أن يأتي هذا التقدم في أعقاب الإجماع المحوري الذي تم التوصل إليه خلال المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الذي عُقد في القاهرة. فالاتفاق الأساسي الذي تم التوصل إليه في المؤتمر الدولي للسكان

"إذا أتيت لكي تُساعدني، فأنت تهدر وقتك. ولكن، إذا أتيت لأنك أدركت أن حريتك مرتبطة بحريتي فلنتحد ونتعاون معاً." كانت هذه كلمات ليلا واتسون، وهي ناشطة من السكان الأصليين من أستراليا، خلال المؤتمر العالمي لاستعراض وتقييم منجزات عقد الأمم المتحدة للمرأة عام 1985 في نيروبي.

يبدو أن هذه الفكرة تكتسب زخماً في يومنا هذا، ربما أكثر من أي وقت مضى. ويتبنى المدافعون ومنظمات العدالة والقادة رؤية تقضي بأن تعزيز حقوق الأفراد ورفاههم يؤدي إلى تعزيز حقوق المجموعة ورفاهها، والعكس صحيح (انظر الجدول الزمني على الصفحة 34-39). لقد أصبح من الواضح أن العمل الجماعي هو المسار الوحيد القابل للتطبيق للمضي قدماً فيما يتعلق بالعديد من الشواغل العالمية، بدءاً من تغيّر المناخ إلى التنوع الديمغرافي المتزايد والثورة الرقمية. وتُعدّ الجهود الجماعية التي تُعزّز حقوق الأفراد أساسية أيضاً عندما يتعلق الأمر بالصحة الجنسية والإنجابية. وكما يوضح هذا الفصل، لن تتمكن البشرية من مواجهة التحديات المقبلة ما لم نتبنى نهجاً قائماً على حقوق الإنسان وعلى الحقائق العلمية والتاريخية.

"إذا أتيت لكي تُساعدني، فأنت تهدر وقتك. ولكن، إذا أتيت لأنك أدركت أن حريتك مرتبطة بحريتي فلنتحد ونتعاون معاً."

— ليلا واتسون

والتنمية، والذي ينصّ على أن الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية لا يمكن فصلها عن التنمية المستدامة الأوسع نطاقاً، وبالتالي عن رفاه جميع الأفراد، قد تمّ دعمه والمضي فيه قدماً في العديد من المبادرات الدولية والإقليمية والعالمية التي تمّ اتخاذها منذ عام 1994.

ومن الأمثلة المهمة على ذلك هي الأهداف الإنمائية للألفية (MDGs)، وهي الأهداف المتفق عليها عالمياً والتي تمّ اعتمادها بين عامي 2000 و2015، والتي شهدت تحسينات ملحوظة في صحة الإنسان ورفاهه. وكان مدى مساهمة التضامن والاستثمار العالميين في تحقيق هذه النتائج موضوعاً لنقاش مستفيض، لكن، تشير البحوث الحديثة إلى أنّ أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى شهدت "تقدماً ملحوظاً في خفض معدلات كل من وفيات الأمهات ووفيات الأطفال دون

الخامسة من العمر. ويُعزى

جزء كبير من هذا التقدّم

المحرز، 81 بالمائة

و68 بالمائة، خلال

فترة حملة الأهداف

الإنمائية للألفية،

إلى الحملة العالمية للأهداف الإنمائية للألفية الهادفة إلى تخفيض معدل وفيات الأمهات ووفيات الأطفال دون سنّ الخامسة" (تشا، 2017). ويدعو الباحثون إلى إيلاء المزيد من الاهتمام إلى هذه النتائج الإيجابية، مسلّطين الضوء على أنّ "التشاؤم السائد بشأن أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، على الرغم من أدائها الذي يُعدّ أفضل من أداء جميع المناطق الأخرى، قد يطغى على إنجازاتها المهمة".

ولا بدّ من طرح نقطة مماثلة فيما يخصّ يومنا هذا؛ لقد شهد العام الماضي، 2023، نقطة الوصول إلى منتصف الطريق في الجهود العالمية الرامية إلى تحقيق أهداف التنمية المستدامة، والتي وُضعت على الأسس التي أرستها الأهداف الإنمائية للألفية. ولقد تعرقل التقدّم نحو تحقيق أهداف التنمية



ولادة لكل 1,000 فتاة في عام 2015 إلى 41.3 في عام 2023 (إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمم المتحدة، 2023). وعلى الرغم من أنّ هذه التطورات تحققت وسط الاضطرابات غير العادية التي أحدثتها الجائحة، إلا أنها تُظهر أن أهداف التنمية المستدامة قابلة للتحقيق، إذا التزمنا بالأدلة ورفضنا التشاؤم الذي يطغى بسهولة على التقدم.

ولا يمكن غضّ النظر عن الحاجة الملحة إلى تسريع وتيرة التقدم. وقد مرّ هذا النجاح بمرحلة ركود في العديد من النواحي، أبرزها الفشل في تحسين معدلات وفيات الأمهات بين عامي 2016 و2020 (منظمة الصحة العالمية وآخرون، 2023أ). ولا تزال معدلات الحمل لدى المراهقات مرتفعة في جميع أنحاء العالم النامي، حيث أنجبت ما يقرب من واحدة من كل ثلاث شابات تتراوح أعمارهنّ بين 20 و24 عاماً طفاً خلال فترة المراهقة (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2024أ). وظلّت معدلات الإجهاض العالمية مستقرة لعقود من الزمن، ولم تظهر انخفاضات إلا في البلدان التي يُعدّ فيها الإجهاض قانونياً على نطاق واسع (في مثل هذه المناطق، انخفض معدل الإجهاض من 46 في الفترة 1990-1994 إلى 26 في الفترة الممتدة بين عام 2015 وعام 2019) (بيرك وآخرون، 2018). وللمرّة الأولى على الإطلاق، أصبح لدى العالم مجموعة ثانية من البيانات من 32 بلداً حول قدرة المرأة على ممارسة الاستقلالية الجسدية (وفق المؤشر 5.6.1 من أهداف التنمية المستدامة). وجد أحد التحاليل أنّ هذه البيانات تظهر اتّجهاً إيجابياً في 19 بلداً واتّجهاً سلبياً في 13 بلداً (صندوق الأمم المتحدة للسكان، بدون تاريخ).

ومن المهمّ أن نعترف بوجود انتكاسات في التقدم الذي يتم إحرازه أيضاً. فأتثناء فترات الإغلاق الشامل بسبب كوفيد-19، ارتفعت معدلات العنف القائم على النوع الاجتماعي في العديد من البلدان، مسهّلة ذلك الوسائل التكنولوجية الحديثة التي تتيح حدوث هذه الانتهاكات في البيئات الافتراضية (جامعة ملبورن وصندوق الأمم المتحدة للسكان، 2023). وفي بعض البلدان، يتمّ تقويض جوهر اتفاق المؤتمر الدولي للسكان والتنمية فيما يتعلّق بالصحة



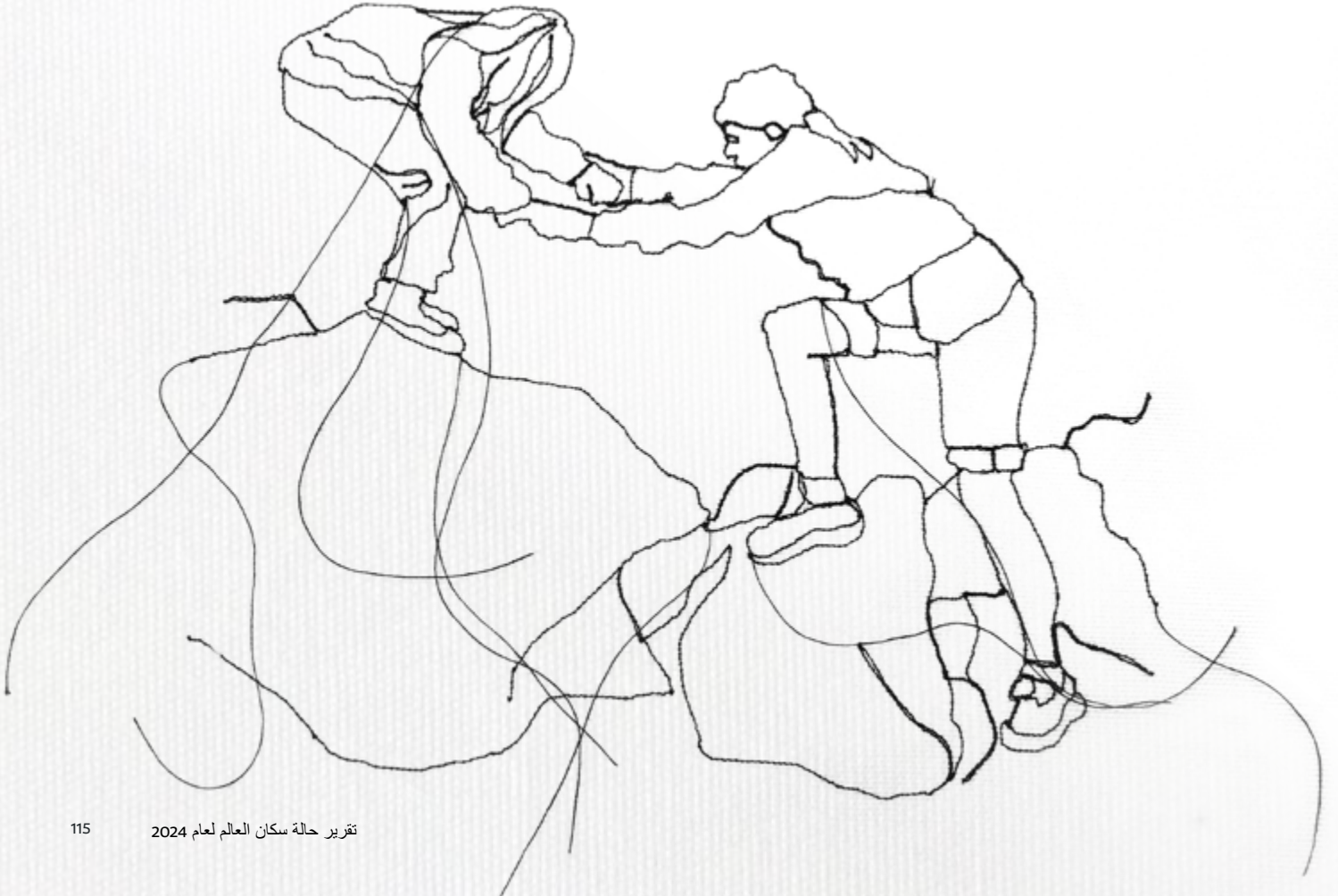
المستدامة بسبب جائحة كوفيد-19 وكذلك بسبب الآثار الخطيرة للنزاعات وتغيّر المناخ وفقدان التنوع البيولوجي والتلوّث. وعلى الرغم من هذه العقبات، ظهرت مؤشرات على النجاح، خاصة فيما يتعلّق بالأهداف المرتبطة بجدول أعمال المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. على سبيل المثال، ارتفعت نسبة النساء في الهيئات التشريعية القومية ذوات الغرف السفلى والغرف الواحدة بنسبة 4.2 نقطة مئوية بين عامي 2015 و2023. وقد ارتفعت نسبة النساء اللواتي تمّت تلبية احتياجاتهنّ للوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة بشكلٍ طفيف من 76.5 إلى 77.6 بالمائة، على الرغم من النمو السكاني العالمي. ولوحظت الزيادة الأكبر في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، حيث تبلغ الحاجة أعلى مستوياتها. وانخفض معدل الولادات العالمي لدى المراهقات بشكلٍ ملحوظ، من 47.2

تصوّر للعالم في المستقبل

تُمثّل التغيّرات التي حدثت خلال الثلاثين عاماً الماضية تحولات جذرية في الأداء العالمي وفي أنظمتنا الصحية ومؤسساتنا السياسية وأعرافنا الاجتماعية وفي نظرتنا إلى أجسادنا وعائلاتنا ومستقبلنا. ولن تكتسب هذه التغيّرات زخماً إلا في العقود المقبلة. فبحلول نهاية عام 2023، جمع صندوق الأمم المتحدة للسكان تحالفاً من الخبراء في مجالات حقوق الإنسان، والصحة الجنسية والإنجابية، والديمقراطية، والعنف القائم على النوع الاجتماعي، والتكنولوجيا، وتغيّر المناخ، سعياً إلى التنبؤ بأهم التحديات والفرص التي ستواجه البشرية في المستقبل القريب. ويشير العديد من التوقعات القلق، ولكن لا تتطلب التشاؤم بل اليقظة.

الإنجابية والمساواة بين الجنسين، حيث يؤثر التراجع في كثير من الأحيان على السكان الأكثر ضعفاً. ففي أحد البلدان، يُحرم المهاجرون من خدمات الرعاية الصحية (MTI- Hungary Today، 2019)؛ وفي بلد آخر، من المتوقع أن يؤدي تشريع القوانين الصارمة المتعلقة بالإجهاض إلى تفاقم أوجه عدم الإنصاف الصحي بين الأفراد الذين يعانون من أمراض مزمنة، وخاصة أولئك الذين ينتمون إلى الأقليات العرقية (حسن وآخرون، 2023). وفي حالة أخرى، أدى الانقلاب العسكري إلى تقييد النساء إلى حد كبير في منازلهن، وحرمانهن من التعليم وفرص العمل (الأمم المتحدة، 2023 ج). وفي أماكن أخرى، تم توسيع القوانين التمييزية ضد مجتمع الميم لتشمل عقوبة الإعدام

ومع ذلك، يجب ألا نسمح لهذه العوائق بأن تعرقل مسار التقدم الذي أحرزناه. وكما يُشير هذا التقرير، يقف العالم عند منعطف حاسم، حيث تُشير الأدلة المقنعة إلى حلول شاملة، برغم الشكوك والاستقطاب والمعلومات المضلّة التي تلوّح في الأفق.



ومن المتوقع أن تؤدي الكارثة المستمرة المتعلقة بتغير المناخ إلى تفاقم الأوجه العالمية لانعدام المساواة بشكل كبير. وقد تتحمل المجموعات السكانية ذوات الدخل المنخفض، والتي ساهمت بأقل قدر في تغير المناخ، وطأة الأعاصير المرتبطة بالمناخ والجفاف والفيضانات وموجات الحر وغيرها من العواقب. علاوة على ذلك، من المتوقع أن يؤدي تغير المناخ إلى زيادة الهجرة الوطنية والدولية على حد سواء، والتي تُعتبر حسب هذا التقرير سبباً كبيراً ومتزايداً للتهemis، مع تأثير بشكل خاص على الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية. ومن المرجح أن تؤدي ظروف الأزمات وانقطاع الخدمات إلى زيادة الضغط على المجموعات السكانية المهمشة بالفعل، ما يؤدي على سبيل المثال إلى زيادة حالات العنف القائم على النوع الاجتماعي والممارسات الضارة مثل زواج الأطفال. إذ تشمل التهديدات المحتملة على الصحة الإنجابية صعوبة أكبر في الحمل وزيادة احتمالات الإسقاط والمخاطر التي تهدد صحة الأمهات والمواليد. (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2024هـ).

ومن المتوقع أيضاً أن تُعيد الاتجاهات الديمغرافية تشكيل العالم الذي نعرفه إلى حد كبير، حيث تشهد بعض البلدان شيخوخة السكان بينما تشهد بلدان أخرى طفرة في أعداد الشباب، وهو التباين الذي من المرجح أن يصبح أكثر يزداد بمرور الوقت. يقف بعض صناعات السياسات ضد القيم المُعلن عنها في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بسبب قلقهم من حصول تغييرات ديمغرافية، بما فيها تصوّر وجود خطر يهدد بتدني عدد السكان وبنخفاض معدلات الخصوبة بشدة في بعض الأماكن (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2024و). وفي حين يصعب التنبؤ باتجاهات الهجرة، يمكن أن تؤدي التفاوتات في معدلات النمو السكاني إلى تضخيم الاتجاهات الحالية في الهجرة العالمية وزيادة المخاوف المرتبطة بها بشأن صحة المهاجرين وحقوقهم. من ناحية أخرى، يعيش ثلثا سكان العالم الآن في بلدان ذات معدلات خصوبة دون مستوى الإحلال، في حين يُشير ارتفاع طول العمر إلى نمو المجموعات السكانية الأكبر سناً في جميع أنحاء العالم، ما يؤثر المخاوف بشأن تلبية احتياجات المجموعات السكانية الشائخة

واستدامة الاستثمارات في الشباب. وقد أدى انخفاض عدد المجموعات السكانية في بعض البلدان إلى إثارة المناقشات حول السياسات المؤيدة لزيادة الإنجاب، والتي تتجاهل في بعض الأحيان حقوق الإنسان المنصوص عليها في برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. في جميع البلدان، بغض النظر عن معدلات الخصوبة، ستستمر التضاربات بين عدد الأطفال المولودين والعدد الذي يرغب فيه الوالدان، ما يستدعي الحاجة إلى توفير خدمات قوية في مجال الصحة الإنجابية. (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2024و).

قد يتعرض ما تحقق من نجاحات عديدة في مجال الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية للخطر بينما يواجه العالم هذه الاتجاهات الكبرى وغيرها. وتحسباً لهذه التغييرات، تحتاج الدول إلى إعادة التأكيد على المبادئ الأساسية للمؤتمر الدولي للسكان والتنمية لضمان حصول الجميع على الحقوق والخدمات التي ينص عليها برنامج العمل، بمن بينهم المهاجرين واللاجئين.

ويمكن للحكومات والمجتمعات أيضاً مواجهة التحديات المتزايدة من خلال تسخير الوسائل التكنولوجية الحديثة. على سبيل المثال، يُمكن لمثل هذا النوع من النهوض أن يذهب إلى أبعد من ذلك لإنهاء حاجة العالم غير الملباة إلى وسائل تنظيم الأسرة ومعالجة مشكلة العمق المتنامية. كما تحتاج الأنظمة الصحية إلى التعزيز أيضاً، وتظهر الفرص من خلال تنفيذ سجلات صحية وأنظمة تحديد هوية رقمية، فضلاً عن زيادة الوصول إلى أدوات الصحة الرقمية. توفر مثل هذه الأدوات الرقمية (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2024). إمكانات كبيرة، ولكن لا يمكن تحقيقها إلا إذا تم سدّ الفجوة الرقمية، والمقصود بها في هذا السياق الفجوة القائمة بين أولئك الذين يستفيدون من تكنولوجيا المعلومات وأولئك الذين لا يستفيدون منها أو حتى تقلصها إلى أقصى درجة. ولا بد أيضاً من معالجة الجوانب السلبية للثورة الرقمية، بما في ذلك الزيادة الرهيبة في حملات المعلومات الخاطئة. يمكن استخدام الأدوات والمعلومات الرقمية كسلاح ضد المجموعات المستضعفة على أساس الانتماء الإثني أو النشاط الجنسي أو النوع الاجتماعي. كما أنّ العنف القائم على النوع الاجتماعي

والميسر بواسطة وسائل التكنولوجيا يُحدث أضراراً جسيمة في الصحة والسلامة والرفاه السياسي والاقتصادي للنساء والفتيات وكذلك للمجتمع ككل (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2024ب).

في النهاية، وكما يؤكد الفصل الثالث من هذا التقرير، يتطلب النهوض ببرنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية والتصدي للتحديات الناشئة نُظم بيانات قادرة على إلقاء الضوء على الحقائق الديمغرافية والاجتماعية، وبالتالي تمكين واضعي السياسات من توقع تأثير الاتجاهات الكبرى. منذ عام 1994، تعززت نُظم البيانات العالمية، لكن العديد من منظومات البيانات الوطنية لا تزال هشة وتعاني من نقص الموارد. وفي غياب البيانات الموثوقة، سوف تُمسي جهود

التخطيط الأساسي مجرد تخمين، ولن يكون من الممكن التصدي بنجاح لأي من التحديات التي يواجهها العالم. وفي الوقت نفسه، علينا أن نواجه المخاطر المتزايدة لانتهاكات الحقوق وإساءة استخدام البيانات التي تُصاحب النهوض السريع في مجال تكنولوجيا البيانات. وبالطبع، يجب أن تقوم نُظم البيانات باستخراج بيانات مصنفة حتى يتسنى معالجة أوجه انعدام المساواة القائمة، والتي تمثل العائق الأكبر أمام تحقيق برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. وكما يُظهر هذا التقرير، فإن إرادة الحكومات وقدرتها على جمع هذه البيانات وتحليلها سيكون أمراً أساسياً لمعالجة أوجه انعدام المساواة التي تُعيق التحقيق الكامل لجداول أعمال كل من المؤتمر الدولي للسكان والتنمية وأهداف التنمية المستدامة.



الحقوق الجنسية للراشدين الأكبر سنّاً تخرج من الظلمة إلى النور

ذات سبت من شهر أغسطس (أب) 2023، توافدت النساء في العصر إلى فعالية بعنوان Age of Love café، وهي عبارة عن مركز مجتمعي على طراز مقهى بمدينة نورث هامبتون بإنجلترا. وصلت بعضهنّ على انفراد فيما وصل البعض الآخر برفقة الصديقات، والبعض وصل بعمر يناهز السبعين.

قام المنظمون بتشغيل موسيقى إيقاعية في القاعة بينما انتظرت النساء أن يبدأ برنامج الحفل، وقد أسدل الستار الخارجي حفاظاً على خصوصية الحضور. تبادلن بعض النساء أطراف الحديث مع أخريات فيما فضّلت بعضهنّ الجلوس بصمت.

تقول أودري نانغ أخصائية في علم النفس ومعلمة ومشاركة في تنظيم الفعالية: "شعرت الكثيرات بالتوتر في البداية بما أنّ المحادثة التي كانت ستجري خلال الساعات الثلاث التالية تتناول موضوع الجنس والصحة، ولكن سرعان ما شعرنّ بالارتياح بعد ذلك وبدأنّ يفرّجن عن أسرارهنّ ويستمتعنّ بالحديث".

وتوضح شارون هينتشليف، بروفيسورة في علم النفس من جامعة شيفيلد وصاحبة سلسلة Age of Love التي أطلقت عام 2019، أنّ هذه الفعالية تُنظّم كجزء من مجموعة فعاليات تتيح للراشدين الأكبر سنّاً فرصة اكتساب معلومات عن الصحة الجنسية في بيئة "ودية وسرية" وتسمح لهم الحصول على أجوبة عن الأسئلة التي تراودهم حول أجسامهم ونشاطهم الجنسي مع تقدّم العمر.

وتقول إنّ هذه الفعاليات تساعد في سدّ النقص الحاصل على مستوى المعلومات حيث غالباً ما يرغب الراشدون الأكبر سنّاً بمعرفة المزيد عن مسائل مثل انقطاع الطمث عند النساء أو خلل وظيفة الانتصاب عند الرجال أو الآثار الناجمة عن الأمراض والأدوية على الرغبة الجنسية.

تقول هينتشليف: "تسمع دائماً من الراشدين الأكبر سنّاً أنّ الحصول على معلومات موثوقة ليس بالسهل". وتشير إلى أنّ جزءاً من المشكلة يتمثل في الافتراض بأنّ الراشدين الأكبر سنّاً ليس لديهم نشاط جنسي والاستنتاج بالتالي أنّهم لا يحتاجون إلى معلومات.

ثمّ تضيف: "لكننا نعرف أنّ الكثير من الراشدين الأكبر سنّاً هم نشطون جنسياً". وهناك كثيرون آخرون يرغبون بأن يكونوا نشطين جنسياً ولكنهم ليسوا كذلك، فقد تبين في إحدى الدراسات التي أجريت بالمملكة المتحدة في عام 2019 أنّ هناك رجل واحد من بين كل 4 رجال وامرأة واحدة من بين كل 6 نساء بأعمار تتراوح بين 55 و74 سنة لديهم حالة طبية أو يتناولون أدوية تؤثر على حياتهم الجنسية (إيرينز وآخرون، 2019).

ووفقاً لمعهد هيثي لايفسبان بجامعة شيفيلد، تبدو المشكلة أصعب بعد بالنسبة لشخص واحد بين كل شخصين بعمر 65 سنة وما فوق ممّن يعانون من مرضين أو أكثر من الأمراض المزمنة.

توضح هينتشليف أنّ "هناك حاجة كبيرة غير ملّية لدى الراشدين الأكبر سنّاً بالمملكة

المتحدة للحصول على معلومات وخدمات. ويرجّح أن تتنامى هذه الحاجة بما أنّ السكان يعيشون أعماراً مديدة تزداد سنواتها. يبلغ متوسط العمر المتوقع في البلد حوالي 80 سنة وهناك اليوم شخص واحد بعمر 60 سنة وما فوق بين كل 4 سكان (إدارة الشؤون الاجتماعية والاقتصادية لدى الأمم المتحدة، 2022).

علمت هينتشليف من الراشدين الأكبر سنّاً أنّ الأطباء غالباً ما يهملون احتياجاتهم ومخاوفهم المتعلقة بالصحة الجنسية أو يتغاضون عنها نظراً بسبب أعمارهم المتقدمة. وتوضح هينتشليف: "أأخذ الإهمال أشكالاً عدّة بدءاً من عدم إخبار المرأة متى يمكنها العودة لممارسة الجماع الجنسي بأمان بعد عملية استئصال الرحم، ووصولاً إلى إخبار المرضى بأنّ الألم الذي يشعرون به خلال ممارسة الجنس "سببه العمر" من دون تقديم أي مساعدة أو نصيحة تساعد في تخفيفه".

تظهر الأدلّة غير المؤثقة والأدلة العملية على حدّ سواء أنّ إعمال الحقوق الجنسية للراشدين الأكبر سنّاً أمر نادر الحدوث. وتلبيةً لهذه الحاجة، تعاونت هينتشليف مع ستيفاني إيجيجي ميميه، باحثة معونة بجامعة شيفيلد، ومع جيلي كليف، مسؤولة التعلّم في منظمة Age-Friendly Sheffield، لوضع ميثاق الحقوق الجنسية للراشدين الأكبر سنّاً بالمملكة المتحدة علماً أنّه الميثاق الأول من نوعه في البلد. يهدف هذا الميثاق إلى "ضمان أن يُعامل الأشخاص باحترام وبما يحفظ كرامتهم وبدون



تميز فيما يتعلق بنشاطهم الجنسي مع التقدم بالعمر.

يُحرم كبار السن من الحقوق الجنسية بأشكال كثيرة تبدأ بمنعهم من تكوين علاقات حميمة في دور الرعاية وتصل لحد استبعادهم من حملات التوعية والتوعية حول الصحة الجنسية، بما في ذلك من حملات تهدف للوقاية من الأمراض المعدية المنقولة جنسياً والعلاج منها.

في عام 2019، أظهرت منظمة Age UK أن تشخيص الحالات الجديدة للأمراض المعدية المنقولة جنسياً بين عامي 2014 و2018 قد تراجع بأكثر من 7 بالمائة لدى الرجال بعمر يتراوح بين 20 و24 سنة فيما ارتفع بنسبة 14 بالمائة لدى الرجال والنساء بعمر يتراوح بين 45 و64 سنة وبنسبة 23 بالمائة لدى الرجال والنساء بعمر 65 سنة وأكثر خلال نفس الفترة (منظمة Age UK، 2019). ترى هينتشليف أن هذه الاتجاهات تعكس أوجه انعدام المساواة في الخدمات والمعلومات المتعلقة بالصحة الجنسية في المملكة المتحدة.

في الوقت نفسه، يبدو الراشدون الأكبر سناً أقل ميلاً للإبلاغ عن التعرض لاعتداء جنسي مقارنة بالشباب لأنهم يخافون من عدم أخذ كلامهم على محمل الجد لأن مظهرهم الخارجي لا يتطابق مع "الصورة المعتادة لضحايا الاغتصاب". وبالتالي قد يتأخرون في طلب المساعدة المتعلقة بالمسائل الجنسية أو يتفادون ذلك لأنهم يدركون للأسف أن النظرة السائدة تحتم عليهم ألا يمارسوا الجنس أو ألا يكون لديهم حياة جنسية لديهم بالأصل.

توضح هينتشليف أن جميع هذه التحديات تتفاقم عندما يكون الراشدون الأكبر سناً من المثليين أو المثليات أو مغايري الهوية الجنسية، أو عندما ينتمون لأقليات عرقية أو إثنية، أو عندما يأتون من مجتمعات محافظة أو من أسر فقيرة.

استطاع الراشدون الأكبر سناً معرفة معلومات عن الصحة الجنسية في بيئة آمنة وسرية بمقهي Age of Love في نورثهامبتون بإنجلترا. © Sharron Hinchliff

في عام 2018، رحبت منظمة الصحة العالمية بمنظمة Age-Friendly Sheffield بشراكة جمعت بين منظمات وأفراد في شبكة المنظمة العالمية للمدن والمجتمعات المحلية المراعية للمسنين. تسعى منظمة Age-Friendly Sheffield لإنشاء بيئات مادية واجتماعية مراعية للمسنين باعتبارها جزءاً من هذه الشبكة. وتندرج فعاليات المقهى في إطار هذه الجهود، حيث كانت الجلسات الأولى تستهدف النساء ثم تم تنظيم فعالية في ديسمبر (كانون الأول) 2023 بعنوان "كسر حاجز الصمت" استهدفت الرجال وركزت على صحتهم النفسية ورفاههم بما في ذلك رفاههم الجنسي. تؤكد هينتشليف: "الرجال أيضاً يرغبون بالتحدث عن هذه الأمور ولكننا اعتدنا دائماً ألا نمنحهم فرصة التكلّم أو ألا نوفر لهم بيئة ملائمة للروح بأسرارهم."

يهدف ميثاق الحقوق الجنسية لمساعدة مقدّمي الرعاية الصحية والمرشدين الاجتماعيين والمجموعات المجتمعية وقوى العمل التطوعي وواضعي السياسات على بلورة فهم أوضح لاحتياجات الراشدين الأكبر سناً وتلبية احتياجاتهم. وهو يهدف إلى "دعم" كل مبادرة تهدف لجعل مدينة شيفيلد مكاناً رائعاً يكبر فيه السكان بالعمر.

توضح هينتشليف: "نشأت فكرة الميثاق من الشعور بالإحباط" لأنّ هناك مسائل كثيرة يمكن معالجتها من خلال طرح أسئلة بسيطة على المرضى، مثلاً لمعرفة كيف يمكن لدواء ما أن يؤثر على حياتهم الجنسية. هذه الأفكار الواردة في الميثاق تتم ترجمتها الآن إلى أفعال: لقد تعاونت هينتشليف مع زملائها بجامعة شيفيلد وأنشؤوا الموقع الإلكتروني AgeSexandYou.com الذي يتضمن معلومات واضحة عن الصحة الجنسية والنشاط الجنسي للنساء والرجال الأكبر سناً.

مسائل الإدماج والتصميم المخصّص حسب الاحتياجات والاستهداف الدقيق.

ويمكن أحد الشواغل في أنّ التصميم المخصّص حسب مجموعات محدّدة يبدو في البداية وكأنه يتعارض مع الجهود المبذولة لتنفيذ نماذج متكاملة للرعاية، حيث يتم توفير معلومات ورعاية الصحة الجنسية والإنجابية من خلال المراكز القائمة لتقديم الخدمات. على سبيل المثال، ثبت أن دمج خدمات الصحة الجنسية والإنجابية ضمن خدمات فيروس العوز المناعي البشري يؤدي إلى تحسين إمكانية الوصول إلى الرعاية وجودتها وإنتاجية العاملين في مجال الصحة، وكذلك الحدّ من الوصم (فوردي وآخرون، 2021). مع ذلك، فإن التصميم المخصّص والتكامل لا يتعارضان بالضرورة؛ بل يمكن في الواقع أن يكمل بعضهما الآخر. على سبيل المثال، تمّت التوصية ببرامج إدارة الرعاية المتطورة لاستخدام بيانات الأنظمة الصحية الحالية وأدواتها (بما في ذلك تحليل السجلات الطبية ونظم تصنيف المرضى) مع التركيز أيضاً على الظروف الفردية التي تؤثر على استخدام الخدمات وفعاليتها، وعوامل مثل السكن غير المستقر، والنقل، والأحوال الاجتماعية (وليامز وفندريك، 2022). بالتالي، فإن النهج المصممة خصيصاً لا ينبغي أن تحلّ مكان الأنظمة الصحية المتكاملة.

يُمكن أن تتخذ النهج المصممة خصيصاً والمستهدفة أشكالاً عديدة، ولكن الجانب الأساسي لهذا الجهد هو المشاركة الحقيقية للمجتمعات المتضررة. على سبيل المثال، قد تقترح هذه المجتمعات نهجاً واضحة، مثل تقديم خدمات الترجمة أو إجراء حملات توعية مستهدفة، أو قد تدعو إلى جهود أكثر تعقيداً وتكلفة، مثل تصميم أو تنفيذ برامج مستقلة مخصصة. قد تواجه هذه البرامج الأخيرة مقاومة محدّدة، حيث يؤكد بعض النقاد أنها تعزّز الوصم والاستبعاد من خلال تمييز مجموعات سكانية معينة مشيرة إليها على أنها "الآخرين". مع ذلك، تشير الأدلة إلى أنّ العكس يمكن أن يكون صحيحاً، فالبرامج المصممة خصيصاً توفر للأفراد مساحة تحترم كرامتهم وسلامتهم وتلبي احتياجاتهم الفريدة والتي قد تختلف عن احتياجات الآخرين.

يُعدّ نطاق العقود المستقبلية العالمية المحتملة، والذي يشمل النتائج الإيجابية والسلبية، نطاقاً واسعاً. ومن المؤكد أنه مع تزايد التحدّيات العالمية، تزايد أيضاً حالة عدم اليقين المحيطة بنتائجها. وفي هذه الفترة التي يسودها عدم اليقين، تظهر حقيقة واحدة لا يمكن إنكارها ألا وهي أنّ مصائرنا متشابكة. وفي خضمّ النزاعات المستمرة والمسائل الوجودية الأساسية، لا يمكن المضي قدماً إلا من خلال التعاون والتضامن والمبادئ المشتركة والحدّ من أوجه عدم الإنصاف والوعد بالأمل والكرامة للجميع.

الرحلة المقبلة

يسلّط هذا التقرير الضوء على أنه لا يوجد حلّ واحد يناسب الجميع. ومع ذلك، توجد نهج مدعومة بأدلة وافرة واتفاق دولي يمكنها تحقيق أهدافنا المشتركة، وستعمل على ذلك. وهي تشمل تكثيف جهودنا التي سبق وتمّ الاتفاق عليها لتلبية احتياجات الأشخاص الأكثر تخلفاً عن الركب، وضمان الإدماج في اتخاذ القرار والقيادة، وتعزيز شمولية وعالمية الرعاية الصحية، وتوسيع نطاق الوصول إلى معارف موثوقة ومحايّدة ودقيقة طبياً عن الصحة الإنجابية للجميع.

تصميم مخصّص حسب الاحتياجات

يجب دمج احتياجات ووجهات نظر الأشخاص الذين يعانون من التهميش بشكل فعال في رعاية الصحة الجنسية والإنجابية وفي الجهود المبذولة لضمان حقوقهم الإنجابية. وكما اعترفت منظمة الصحة العالمية عام 2009، "على الرغم من أن الفقر والنوع الاجتماعي يؤثّران بشكل كبير على الصحة والتنمية الاجتماعية والاقتصادية، إلا أن الأخصائيين الصحيين غير مستعدين دائماً بشكل كافٍ لمعالجة مثل هذه المسائل في عملهم" (منظمة الصحة العالمية، 2009). يسلّط البحث الموجز في هذا التقرير الضوء على أنّ الفقر والنوع الاجتماعي، من بين عوامل أخرى، يتداخلان لإعاقة وصول العديد من الأشخاص إلى خدمات رعاية الصحة الإنجابية واستخدامها وإعمال حقوقهم الإنجابية. ويتضمن سدّ هذه الفجوات دراسة

لعلّ أبرز مثال على ذلك هو حالة فيروس العوز المناعي البشري، الذي يؤثر بشكل غير متناسب على المجتمعات الموصومة، بما في ذلك المشتغلين بالجنس، والرجال المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال، ومغايري النوع الاجتماعي، والأشخاص الذين يتعاطون المخدرات عن طريق الحقن، والأفراد في السجون وغيرها من البيئات المحصورة. وفي عام 2021، مثّلت هذه المجموعات السكانية والشركاء الجنسيون 70 بالمائة من الإصابات الجديدة بفيروس العوز المناعي البشري، وعانت كل مجموعة من هذه المجموعات السكانية من عدم الإنصاف فيما يتعلّق بالوصول إلى خدمات آمنة وفعّالة وعالية الجودة لفيروس العوز المناعي البشري. علاوة على ذلك، فإن الارتباط القائم بين هذه المجموعات وانتقال فيروس العوز المناعي البشري يؤدي إلى سلسلة من انتهاكات حقوق إضافية، مثل التمييز والعنف والتجريم (الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، 2022). وشدّدت إحدى الدراسات التي تناولت البرامج الفعّالة للوقاية من فيروس العوز المناعي البشري وعلاجه في آسيا على أهمية إشراك المجموعات السكانية الرئيسية بشكل فعّال في الخدمات والبحوث والبرامج، مستشهدة كمثال على ذلك بمركز صحة المجتمع Tangerine الذي أنشأه ويديره أشخاص من مغايري الهوية الجنسية في تايلند (يانغ وآخرون، 2020). وقد ثبت أن توفّر مثل هذه الخدمات التي يقودها المجتمع المحلي يؤدي إلى إقبال أكبر بكثير على برامج تشخيص فيروس العوز المناعي البشري وعلاجه بين الفئات المستهدفة (نغرو وآخرون، 2017). على سبيل المثال، وجد تحليل وصفي لبرامج فيروس العوز المناعي البشري للمشتغلات بالجنس في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى أنّ التشاور مع المجتمعات المحلية وتلبية احتياجاتها المحددة للوقاية من فيروس العوز المناعي البشري كان أمراً بالغ الأهمية للحدّ من انتقال الفيروس (أتوهير وآخرون، 2021).

إنّ الإدماج المجتمعي، وإشراك الأشخاص الأكثر تحلّفاً عن الركب، وإشراك الجميع في النقاشات واتخاذ القرارات، كلّها أهداف نبيلة ولكنّها تواجه عوائق ملموسة ومتعدّدة. ويتمثل أحد الحواجز الرئيسية في مجال الموارد

المالية، الذي يُعدّ مصدر قلق من المتوقع أن يتكرر وسط ظروف التمويل المقيدة. ولكن قد لا تُشكّل التكاليف الحاجز الأكبر، إذ يسلّط الفصل الرابع من هذا التقرير الضوء على الإمكانيات الاقتصادية الرائعة التي تنشأ عندما يتمّ إعمال الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية لجميع الأفراد. بدلاً من ذلك، قد تُشكّل المواقف والافتراضات والانقسامات التي تغذي التهميش تحديات أكبر أمام التقدّم. فمن العداء الموجّه ضدّ مجتمع الميم، إلى قنوات الاتصال غير الكافية أو غير الموجودة مع الأقليات الإثنية، إلى الإهمال في تنفيذ حتى أبسط التدابير التي تعزّز وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى الخدمات - تطول قائمة الحواجز. وفي حين أن التغلّب على كلّ من هذه الحالات له ثمن، يكمن التحديّ الأصعب في تشجيع التحولات المعيارية والهيكليّة اللازمة لإدماج الأشخاص المهمشين بشكل حقّقي.

وفي الوقت نفسه، فإنّ الفشل في الاستماع إلى احتياجات هذه المجموعات وتلبيةّها يمكن أن يكبّدنا تكاليف باهظة، ليس فقط على مستوى الحصائل الصحية المتدهورة للمجموعات السكانية المهمّشة ولكن أيضاً في شكل نفقات تتحمّلها الأنظمة الصحية. على سبيل المثال، لطالما فضّلت العديد من نساء الشعوب الأصلية في شمال كندا تاريخياً الولادة في المنزل تحت إشراف قابلة قانونية أو مقدّمة رعاية أخرى، وهي ممارسة واجهت قيوداً فرضتها السلطات الصحية المعنية بسلامة ممارسات القبالة. ونتيجةً لذلك، عند الأسبوع 36 من الحمل، كان يتعين في كثير من الأحيان نقل النساء والمراهقات الحوامل في المناطق الشماليّة جواً إلى المرافق الحضرية التي تقدّم خدمات متقدّمة، ما يؤدي إلى تكاليف كبيرة. وتشهد القبالة اليوم عملية إحياء في المناطق الشماليّة، بهدف توفير رعاية توليديّة حديثة ذات جودة عالية مع احترام تفضيلات الولادة التقليديّة. على سبيل المثال، أبلغت النساء اللواتي يلدن تحت رعاية قابلة قانونية في مراكز الولادة في نوناووت عن مستويات أقل من التوتر، ومشاركة أكبر في اتخاذ القرارات ودعم نفسي اجتماعي أفضل مقارنة بالأمهات اللواتي اضطررن إلى الولادة في المراكز الحضرية (ميخائيل وآخرون، 2021). فحتى مع

توفّر الموارد والنوايا الحسنة، فإن التدخلات لا يمكن أن تحقق النتائج المثلى ما لم يتم إشراك الأفراد والمجتمعات المتضررة بشكل فعال.

الإدماج

كما توضّح الأمثلة السابقة، تُعدّ المشاركة التي تدمج المجتمعات المتضررة أساسية في التصميم المخصّص حسب احتياجاتها. ومع ذلك، يُعدّ الإدماج أمراً بالغ الأهمية، ليس فقط في استهدافه المجتمعات والمجموعات السكانية ولكن أيضاً لعدة أسباب تستحق النظر فيها كنهج أوسع لرعاية الصحة الجنسية والإنجابية.

ومن بين أحد الأسباب الرئيسية هو أن المجتمعات قد تبدو متجانسة في نظر واضعي السياسات ومصممي البرامج، على الرغم من تنوّعها في الواقع. فمثلاً، تعاني المجموعات السكانية الأصلية في البلدان في كل منطقة من مناطق العالم من حصائل صحية سيئة (أكثر وأخرون، 2018). ومع ذلك، تتسم هذه المجموعات بتنوّعها إلى حدّ كبير، داخل البلدان نفسها أو عبر مختلف البلدان. وكثيراً ما تواجه أشكالاً متداخلة من التهميش، بما في ذلك الإقامة في المناطق النائية، والفقر، وصعوبة التواصل باللغات الوطنية، والحرمان من التعليم، ومواجهة التمييز الذي غالباً ما يكون مرتبطاً بالصدمات التاريخية. وعلى الرغم من أوجه التشابه بين المجموعات هذه، إلا أنّ كل مجموعة فريدة من نوعها، وتصبح الاختلافات فيما بينها مهمة عندما يتعلّق الأمر بالإقبال على الخدمات الصحية وبمقبوليّتها.

وداخل مجموعة واحدة من السكان الأصليين، يمكن أن تؤثر الاختلافات في الوضع الاجتماعي والاقتصادي على الحصائل الصحية مثلاً. تبيّن في إحدى الدراسات، أن نساء الشعوب الأصلية الحاصلات على مستويات تعليمية أعلى، كنّ أكثر ميلاً للاستفادة من الخدمات الصحية المخصصة للأمهات بمقدار 11 مرة أكثر مقارنة بالنساء اللواتي لم يدخلن المدرسة، واحتمالية حصولهن على خدمات الرعاية السابقة للولادة أثناء الحمل 23 مرة أكثر منهّن (إسلام، 2016). وبالمثل، شكّل وضع الدخل عاملاً

محدّداً في إمكانية حصول نساء الشعوب الأصلية على الخدمات الصحية المخصّصة للأمهات، وكذلك إمكانية وصولهنّ إلى وسائل الإعلام وعلاقتهن بالعاملين في مجال الصحة (أكثر وأخرون، 2018).

يمكن أن تتباين احتياجات مجتمعات الشعوب الأصلية بشكل كبير عندما يتعلّق الأمر بالصحة الجنسية والإنجابية، وهو موضوع حسّاس ومتجذّر بعمق في الأعراف الثقافية. فتفضيلات الولادة في المنزل، مع الشريك أو مع أفراد الأسرة، يمكن أن تتأثر بشدّة بالثقافة. كما يمكن أن تتأثر تفضيلات أوضاع الولادة بعوامل ثقافية أيضاً. على سبيل المثال، تفضّل بعض نساء شعوب الكيتشوا الأصلية في بيرو الولادة العمودية باستخدام حبل معلق من السقف، وهي ممارسة غير عادية بالنسبة إلى الأطباء الممارسين في البلاد (جابرش وأخرون، 2009). وبالطبع، تُعدّ الأصالة مجرد مثال واحد يوضح ضرورة التصميم الشامل والمشاركة المجتمعية في إنشاء التدخلات المتعلقة بأنظمة الصحة الجنسية والإنجابية. وقد تختلف احتياجات المجموعات الأخرى بناءً على عوامل مثل وضع الهجرة أو الطائفة أو الإعاقة أو العمر أو عوامل أخرى.

وتتمتع القيادة المجتمعية بتأثير أكبر من المشاركة المجتمعية. وتزايد البرامج وآليات التمويل وغيرها من الجهود الرامية إلى دعم القيادة المجتمعية، إلى جانب زيادة التأييد لهذا النهج على أعلى المستويات. ففي الأسابيع الأخيرة من عام 2023، على سبيل المثال، دعا برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس العوز المناعي البشري/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) إلى زيادة القيادة المجتمعية في جمع البيانات المصنّفة وتوفير خدمات الوقاية من فيروس العوز المناعي البشري واختباره وعلاجه. وشدّد هذا الإعلان على أهمية الوصول إلى مغايري الهوية الجنسية، مع تسليط الضوء على ضرورة تضافر الجهود في جمع البيانات وخدمات فيروس العوز المناعي البشري المصممة خصيصاً لتتناسب الاحتياجات التي تحدّدها مجتمعات مغايري هوية النوع الاجتماعي نفسها. من الجدير بالملاحظة أيضاً

أنها كانت المرة الأولى التي تعتمد فيها هيئة تقودها دولة عضو قراراً بتوافق الآراء يتضمن إشارات والتزامات تجاه الأشخاص مغايري النوع الاجتماعي (برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، 2023). وهذا يؤكد أهمية المشاركة الفعالة وتخصيص الموارد لمجتمع لا يزال يواجه الوصم والتمييز بشكل كبير على مستوى العالم.

وتُظهر الدراسات التي تبحث في حصص القيادة للنساء التأثير الكبير للتمثيل في صنع القرار، ما يؤدي إلى نتائج إيجابية فيما يتعلق بالمساواة بين الجنسين بشكل عام (أوبراين وريكني، 2016). ويوضح مثال في الفصل 3 كذلك قيمة التمثيل بالنسبة للحصائل الصحية على وجه التحديد: ارتبطت زيادة أعداد الطبيبات وتحسين الدعم والاحترام للممرضات والقابلات بتحسين إمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية والحصائل الصحية للنساء (انظر الصفحة 72). وبالمثل، قد يكتسب التمثيل أهمية بالغة بشكل خاص في مجال الصحة الجنسية والإنجابية، حيث غالباً ما يقف الوصم حاجزاً أمام الرعاية (بورين وآخرون، 2022).

والأمر الأكثر أهمية هو أنّ الإدماج في عملية صنع القرار تعني معالجة اختلال موازين القوى، ويقصد به الاختلال الذي قد يمرّ دون أن يلاحظه أحد حتى من قِبل أولئك الذين يمسون بزمام السلطة. وغالباً ما تتم مواجهة الجهود المبذولة للاعتراف بأوجه عدم الإنصاف ومعالجتها وتعزيز الإدماج من خلال ادعاءات مضادة تؤكد على أنها تمييزية ضد أولئك الذين استفادوا من المزايا المؤسسية والتاريخية (بيرس، 2013). إن هذا التصوير العدائي للإدماج يؤدي إلى نتائج عكسية، ليس فقط بالنسبة للمحرومين ولكن في كثير من الأحيان

أسيوط هو شكل قديم ومعقد من التطريز بخيوط معدنية كانت تستخدمه تقليدياً النساء في شمال مصر. جمعية نساء أسيوط لفن التللي هي مجموعة تضم حرفيات من عدة أجيال يعملن بتقاني لإبقاء هذه الحرفة حية، وتشارك الجمعية بشكل منتظم في السوق الدولي للفنون الشعبية.

© Tally Assuit Women's Collective

نساء نغابي يشعلن ثورة لتحقيق المساواة بين الجنسين والحصول على الرعاية الصحية

"رحلتنا امتدت لثلاث ساعات سيراً على الأقدام"، بهذه الكلمات العادية وصفت إينيدا البالغة من العمر 25 سنة رحلة أكملتتها في الجبال الوعرة بينما كانت في الشهر التاسع من حملها لكي تصل إلى دار استقبال الحوامل قبيل الولادة، أو ما يعرف باللغة المحلية باسم كاسا ماتيرنا.

تعيش إينيدا في منطقة نائية اسمها كوماركا نغابي بوغلي، تقع في أعالي جبال بنما الغربية وتظن فيها مجموعتا نغابي وبوغلي من السكان الأصليين. فالطرق المعبدة في كوماركا معدودة وهي مليئة بالحفر، لدرجة أن بعض السكان ينتقلون من مكان إلى آخر على صهوة الخيل، فيما يختار الكثيرون التنقل سيراً على الأقدام. ولهذا السبب الكثير من النساء الحوامل يلدن في البيت، لا عجب في أن منطقة كوماركا تسجل أعلى معدل لوفيات الأمهات في بنما.

اختارت إينيدا أن تنتظر حتى آخر أيام حملها في كاسا ماتيرنا دي سان فيليكس، وهي دار لاستقبال الحوامل قبيل الولادة يتم فيه تقديم الطعام والرعاية الصحية والنقل في إطار خدمات الولادة الآمنة. وهي تصف هذه الدار قائلة: "يعجبني هذا المكان، إنه جميل جداً".

تتوفر خدمات كثيرة للصحة الجنسية والإنجابية في كوماركا منها دار استقبال الحوامل قبيل الولادة. ولم تكن تلك الخدمات لتتوفر لولا الجهود الحثيثة التي بذلتها جمعية نساء نغابي التي تشكلت منذ ثلاثين

سنة لغرض مختلف تماماً. ففي ذلك الحين أي في تسعينات القرن العشرين، كانت نساء المجتمع تبحث عن أمر مختلف بالكامل: سوق لبيع صناعاتهن الحرفية.

توضح جبرتروديس سير، رئيسة جمعية نغابي: "بدأنا آنذاك نجتمع ونحدد مشاكلنا واحتياجاتنا". وسرعان ما اتضح للنساء أن أبرز الحواجز التي تعوق خروجهن من بوتقة الفقر لم تكن حواجز اقتصادية وإنما إنجابية. تتذكر سير: "لقد أثارت نساء المجتمع مشكلة أن لديهن الكثير من الأطفال". فعندما كانت المرأة غير قادرة على شراء الطعام لأطفالها، كانت تسمي تلك المشكلة "يوليو" (الشهر الذي تحتفل فيه بنما بيوم الطفل والأسرة) لتعبر عن وجود مشكلة روتينية في تأمين الغذاء لأطفالها. فنقول مثلاً "لدي يوليوهاث كثيرة في بيتي"، ولكن ما المقصود من كلمة "يوليو" بالظبط؟ كانت هذه التسمية طريقة للتعبير عن مشكلة الجوع الراسخ في المجتمع والذي يتفاقم مع كثرة الأطفال. ففكرت تلك النساء آنذاك كيف يمكنهن تجنب الوصول لهذا الوضع؟ إنجاب عدد أقل من الأطفال.

بدأت احتياجات الصحة الجنسية والإنجابية تظهر للعلن شيئاً فشيئاً. "لاحظنا أن النساء يلقين حتفن في بيوتهن أثناء الولادة، ولم يكن هناك أي خطة لفلهن بسبب عدم وجود مستشفى للأمهات والأطفال داخل المنطقة". فتواصلت الجمعية مع وزارة الصحة وصندوق الأمم المتحدة للسكان، وعملت

الجهات الثلاث لإنشاء شبكة من العاملين في مجال الصحة بغية تقديم الرعاية وإذكاء الوعي حول صحة الأمهات ووسائل تنظيم الأسرة وتغذية الأطفال. وتقول: "لقد قدمنا محادثات حول هذه الموضوعات وكانت تجربة حقيقية وملموسة بالنسبة للنساء".

لعل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية عام 1994 شكل أبرز اعتراف بالعلاقة المتداعمة بين المساواة بين الجنسين والصحة الجنسية والإنجابية والتمكين الاقتصادي. إلا أن تجربة جمعية نساء نغابي تبين أن هذه العلاقة المتداعمة تحققت أيضاً في أقاصي زوايا العالم عندما بدأت النساء يفكرن بتنظيم أسرهن والاستثمار بمستقبل أفضل لأنفسهن ولمجتمعاتهن. عملت جمعية نساء نغابي بشكل مستقل على رأس مجتمعاتها من أجل إطلاق العنان حلقة مثمرة قائمة على الاستقلالية الإنجابية والصحة المحسنة والحد من الفقر.

أما إيرا كاريرا فهي مترجمة فورية متعددة الثقافات تعمل في مستشفى خوسيه دومينغو دي أوبالديا للأمهات وصغار الأطفال وقد بدأت مسيرتها المهنية كعامل في مجال التوعية الصحية بكوماركا. تتذكر قائلة: "كان ذلك بين عامي 1996 و1998 عندما اشتملت حملات التوعية على موضوعات الصحة الجنسية والإنجابية والتي تضمنت الأمراض المعدية المنقولة جنسياً، وفحص مسحة عنق الرحم (أطاحة بابانيكولاو)، وكل ما يتعلق بالصحة الجنسية والإنجابية



تحرص إيرا كاريرا على أن تكون كلمة نساء نغابي مسموعة في النظام الصحي وأن يحظى بالاحترام فيه، كما أنها تغنيهن بالمعرفة حول حقوقهن. © UNFPA/Rebecca Zerzan

وتنظيم الأسرة والعنف العائلي وحتى الأبوة المسؤولة". تقبلت النساء هذه الرسائل أكثر من الرجال، فبينما سعت النساء عموماً للاستفادة من خدمات تنظيم الأسرة "لأن تلك كانت حاجة بالنسبة لهن" على حد قول كاريرا، كان الرجال أقل تقبلاً لهذه الخدمات إذ "لم يرغبوا بالاستفادة من هذه الموارد".

شهدت العقود الثلاثة المنصرمة بعض التقدم في هذا الصدد، وعندما سُئلت كاريرا عما إذا كانت نساء نغابي يذكرن أهن يتخذن قراراتهن الخاصة بشأن وسائل تنظيم الأسرة، أجابت: "من بين كل 10 نساء، هناك 8 منهن تقريباً يقلن نعم". ولكن العمل لم ينته بعد، تتفاقم هيمنة الذكور بشكل كبير بسبب ما يواجهه المجتمع من تمييز إثنى. فمذ وقت ليس ببعيد، كان يتوقع من أفراد مجتمع نغابي أن يجلسوا على المقاعد الخلفية من حافلات النقل عندما يخرجون من كوماركا. وحتى اليوم لا تتوفر لديهم سوى فرص عمل ضئيلة حيث يعيش الكثير من رجال نغابي من هجرتهم للعمل في حقول البن.

أما بالنسبة للنساء فإن الآثار الناجمة عن التداخل بين التهميش الإثنى وانعدام المساواة بين الجنسين لا زالت فائكة. يوضح أومبيرتو رودريغيز أحد الممرضين العاملين في مقاطعة نولي دويما: "تحدث معظم وفيات الأمهات تحديداً لأن الزوج لم يتمكن من نقل زوجته للمكان المناسب كي تتلقى الرعاية اللازمة". بتلك العبارات وصف النساء اللواتي لقين حتفهن عندما دخلن في مرحلة المخاض أثناء سفرهن لتلقي الرعاية. ويضيف قائلاً: "لا يكون الرجل موجوداً في البيت حينها والقرار ليس بيدها".

توضح كاريرا أن الأنظمة الصحية كانت هي أيضاً تساهم في إضعاف نساء نغابي. وكان الأطباء يستلمون الملف ويعالجون المرأة فإذا رفضت التجاوب معهم يتم حرمانها من الرعاية أو يتم إجبارها أو إكراهها على تلقي

في كل مكان، هيمنة الذكور لن تزول والتمييز لن ينتهي، هذه الأشياء موجودة في كل مكان... وهي دروس جعلتنا نتمتع بالصلابة أنا وزملائي في الجمعية، لدينا دروع واقية".

إينيدا التي تنتظر مولودها الثالث هي أيضاً تتمتع بدرع واقية رغم أنها لا تدافع عن نفسها أمام الآخرين بل تقابلهم بابتسامة وذهنية منفتحة، تثقها بنفسها هي الدرع الواقية. فعندما سُئلت عما إذا كان شريكها سيدعها في أي قرار تتخذه لتنظيم أسرتها، أجابت بدون تردد: نعم، بالطبع، سيدعمني حتماً، أياً كان قراره".

الرعاية بما يشكل انتهاكاً لحقوقها... أما اليوم فالوضع تغير بالكامل". تقدم كاريرا اليوم خدمات الترجمة الفورية بين موظفي قطاع الصحة الناطقين باللغة الإسبانية والمرضى الذين يتحدثون لغة نغابي، كما أنها تدرب موظفي المستشفى على العمل بطريقة مراعية للاعتبارات الثقافية. توضح كاريرا أن النساء سيوافقن دائماً على تلقي الرعاية عندما يتلقين معاملة تحفظ كرامتهن وتحيطهن بالمعلومات اللازمة. وتضيف قائلة: "في حالة عدم موافقة المرأة على تلقي الرعاية، تُحترم رغبتها".

تريد كاريرا من النساء أيضاً أن يفهمن ما تعنيه الاستقلالية الجسدية في سياق علاقاتهن وتوضح: "أخاطب النساء هنا وأقول لكل واحدة أنك لست مجبرة على إقامة علاقة جنسية مع زوجك ما دمت لا ترغبين بذلك، فهذا يُسمى انتهاك جنسي. لا زال علينا أن نبذل جهوداً حثيثة في هذا المجال".

تؤكد سير أن هذه القضايا ليس محصورة في مجتمع نغابي وتقول: "هذه المشكلة موجودة

بالنسبة للمجتمع ككل. ففي النهاية، لا تعود المساواة بين الجنسين بالإفادة على النساء والفتيات فحسب، بل تفيد الرجال والفتيان أيضاً، ما يؤثر على جوانب مختلفة مثل الاستقرار المالي (أوزيلي، 2024) وتحسين الصحة والرضا عن الحياة (ويلز وآخرون، 2024). وتشير لجنة "لانسيت" المعنية بالمجتمعات السلمية من خلال الإنصاف الصحي والمساواة بين الجنسين (2023) إلى أن "التحسينات في الإنصاف الصحي والمساواة بين الجنسين [يمكن] أن تعزز رأس المال البشري وشمولية الاقتصادات ورأس المال الاجتماعي والحوكمة. ومن المتوقع أيضاً أن تعود الجهود المبذولة لتحقيق الإنصاف من خلال الإدماج بالنفع على المجتمع على نطاق أوسع.

رعاية شاملة لجميع الخدمات وشاملة لجميع الأشخاص

بناءً على عقود سابقة من البحوث والاتفاقات، تدعو أهداف التنمية المستدامة إلى أن تكون خدمات الصحة الجنسية والإنجابية شاملة وتغطي الجميع. وهذا مفهوم ليسا بجديدين، ولكن الجديد، أو الأحدث، هو جرة التفاؤل المتزايدة نحو إمكانية تحقيق كليهما بسهولة.

وفي هذا السياق، فسرت منظمة الصحة العالمية مفهوم الشمول في مذكرتها التوجيهية بشأن الصحة الإنجابية، وحددته على أنه مجموعة شاملة من خدمات رعاية الصحة الإنجابية، بما في ذلك وسائل تنظيم الأسرة، والرعاية السابقة للولادة، ورعاية ما بعد الولادة، وخدمات الإجهاض الآمن، وعلاج المضاعفات الناجمة عن عمليات الإجهاض غير الآمن، والوقاية من فيروس العوز المناعي البشري وعلاجه وغيره من الأمراض المعدية المنقولة جنسياً، فضلاً عن خدمات مكافحة العنف القائم على النوع الاجتماعي. بالإضافة إلى ذلك، يُعدّ الإرشاد الصحي أمراً ضرورياً، حيث يشمل توفير المعلومات والمشورة لجميع الأفراد بشأن الصحة الجنسية والرفاه، وبالنسبة للشباب، التربية الجنسية الشاملة (منظمة الصحة العالمية، 2023).

كما تمّ توضيح مفهوم التغطية الصحية الشاملة بشكل جيد من قِبَل المجتمع الدولي. يدعو المقصد 3.8 من أهداف

التنمية المستدامة إلى "تحقيق التغطية الصحية الشاملة، بما في ذلك الحماية من المخاطر المالية، وإمكانية الحصول على خدمات الرعاية الصحية الأساسية الجيدة وإمكانية حصول الجميع على الأدوية واللقاحات الجيدة والفعالة والميسورة التكلفة" (إدارة الشؤون الاجتماعية والاقتصادية لدى الأمم المتحدة، 2023).

ومع ذلك، فقد تَبَيَّن أن تحقيق الشمول والعالمية أمر صعب المنال، حيث إنّ الفجوات المستمرة في التغطية تؤثر سلباً على المهمشين أكثر من غيرهم. ولكن في الحالات التي تمّ فيها تحقيق الشمول أو العالمية، أو التي اقتربت من تحقيقها، لوحظت مساهمات كبيرة في تحقيق الإنصاف. على سبيل المثال، أشار أحد التقارير المقدّمة إلى مجلس حقوق الإنسان إلى أنّ الرعاية الصحية الشاملة من المرجح أن تكون قد خفّفت من التفاوتات العرقية في بعض البلدان. (مجلس حقوق الإنسان، 2020). (في الواقع، يمثّل أحد الأهداف الرئيسية للتغطية الصحية الشاملة في الإنصاف في الوصول إليها).

علوة على ذلك، قد شهد العديد من البلدان تطورات كبيرة تؤكد إمكانية تحقيق هذا الهدف. على سبيل المثال، شهدت بيرو عقداً رائعاً من النمو في تغطية الصحة الإنجابية بدءاً من عام 2007. وقد بدأ هذا النمو عندما أطلق البلد مبادرة الميزانية القائمة على الحاصلات والتي خصّصت الأموال لصحة الأمهات والمواليد الجدد بالإضافة إلى تغذية الأطفال (هويكو وآخرون، 2018). واعتمد البرنامج بشكلٍ أساسي على النفقات المحلية، حيث تؤدي المساعدة الإنمائية دوراً ثانوياً في الدعم المالي. ونتيجة لذلك، تمّ تحقيق انخفاضات كبيرة في معدّلات وفيات الأطفال دون سنّ الخامسة والمواليد الجدد (هويكو وآخرون، 2018).

ولا يزال من الممكن تحقيق النهوض حتى لو كانت البلدان غير قادرة على اعتماد حزمة كاملة من التدخلات الشاملة التي تُغطي الجميع في مجال الصحة الجنسية والإنجابية في الوقت ذاته. على سبيل المثال، في عام 2020، اعتمدت زامبيا خطة تغطية صحية شاملة تشمل لوازم وخدمات تنظيم الأسرة. وعلى الرغم من أنها شاملة

لجميع الأشخاص، إلا أنها قد لا تشمل كل خدمات الصحة الإنجابية (PAI، 2020).

والأهم من ذلك، يجب أن يعني مصطلح العالمية جميع الأشخاص. قد يبدو الأمر بديهياً، لكن تستمر معظم البلدان في اعتبار التغطية الصحية الشاملة للجميع كهدف لتوفير الرعاية الصحية لجميع المواطنين.

ما يستبعد بعض الفئات الأشد حاجة، بما في ذلك المهاجرين غير النظاميين والعمال المهاجرين المؤقتين وعديمي الجنسية واللاجئين وغيرهم. ووفقاً لدراسة تتناول هذه المعضلة، على الرغم من إعلان الخبراء العالميين بأن "كل الطرقات تؤدي إلى التغطية الصحية الشاملة"، فإن المهاجرين غير النظاميين غير قادرين على سلك هذه الطرقات (أونارهايم وآخرون، 2018). ونظراً لاحتمال تدفق أعداد كبيرة من الأشخاص العابرين للحدود في السنوات القادمة، فقد يؤدي ذلك إلى تزايد مستمر في عدد السكان المحرومين من الحصول على الرعاية الصحية. بصرف النظر عن حق الإنسان الأساسي في الصحة، فإن التوسع بالرعاية الصحية لتشمل جميع الأشخاص ضمن حدود بلد ما يمكن أن ينتج عنه فوائد على صعيد الصحة العامة وعلى الصعيد الاقتصادي. قارنت إحدى الدراسات بلدين مرتفعي الدخل، النرويج والولايات المتحدة، وكلاهما يفتقران إلى تغطية المهاجرين غير النظاميين، مع تايلاند، وهي بلد متوسط الدخل يقدم مثل هذه التغطية؛ وجدت الدراسة أن نهج الرعاية الصحية في تايلاند يعدّ أقل "إشكالية" وأكثر إمكانية لتحقيق أهداف التنمية

شجرة مزدانة بأقمشة ملونة في منطقة كوازولو ناتال بجنوب أفريقيا لإذكاء الوعي حول المجتمعات المتضررة من فيروس العوز المناعي البشري/الإيدز.
© Paula Thomson, Woza Moya



توسيع نطاق انتشار المعرفة الدقيقة عن الصحة الإنجابية

تمكين الناس من تولي مسؤولية صحتهم من خلال الحصول على المعلومات والمعارف أمر لا يقل أهمية عن الرعاية الصحية الشاملة التي تُغطي الجميع. وينطبق هذا بشكل خاص على المجموعات السكانية المهمشة، بما في ذلك الشباب، وسيكتسب أهمية أكبر مع نهوض الوسائل التكنولوجية، وتغيّر المشهد الديموغرافي، وتطوّر الأنظمة الصحية.

وتشكّل التربية الجنسية الشاملة، التي يتمّ توضيح فعاليتها وفوائدها في الفصل الرابع، إحدى الأدوات الرئيسية لتوسيع نطاق انتشار المعرفة عن الصحة الإنجابية. علاوة على ذلك، فإن التربية الجنسية الشاملة لا تحقق عوائد شخصية ومجتمعية من حيث الصحة والتعليم والإنتاجية فحسب، بل تعزّز أيضاً قدرة الشباب المهمشين على اتخاذ قراراتهم وإمكانياتهم. على سبيل المثال، تُشير البحوث إلى أن التربية الجنسية الشاملة عالية الجودة والملائمة من ناحية العمر والقائمة على الحقوق يُمكن أن تعزّز شعور الشباب بالتمكين والاستقلالية والإيمان بالمساواة، لأنها "تسعى صراحةً إلى تمكين الشباب - وخاصة الفتيات إلى جانب الأفراد المهمشين الآخرين- من أن يروا أنفسهم والآخرين على أنهم متساوون في علاقاتهم، وقادرون على حماية صحتهم، وكأفراد لديهم القدرة على الانخراط بنشاط في المجتمع" (هابرلاند وروجو، 2014). بعبارة أخرى، يمكن للتربية الجنسية الشاملة الفعّالة أن تساعد الشباب على التفكير بشكل نقدي حول أوجه انعدام المساواة، بما في ذلك عدم المساواة بين الجنسين، ما يؤدي إلى اتخاذ قرارات وسلوكيات أكثر إنصافاً. مع ذلك، فقد تضاعف دعم التربية الجنسية الشاملة في السنوات الأخيرة (الأمم المتحدة، 2023ب).

ولا تمثل التربية الجنسية الشاملة سوى وسيلة واحدة لتوسيع نطاق الوصول إلى معرفة دقيقة وعالية الجودة عن الصحة الإنجابية. وتتضمّن استراتيجية مهمة أخرى إزالة المعلومات القديمة أو المتحيزة أو غير الدقيقة أو المفرطة في التبسيط، ليس فقط من الكتب المدرسية ولكن

المستدامة فيما يتعلّق بالتغطية الصحية الشاملة (أونارهايم وآخرون، 2018). ويُشير بحث آخر إلى أنّ توفير التأمين الصحي للمهاجرين غير النظاميين قد يؤدي إلى انخفاض تكاليف الرعاية الصحية نتيجة للتحسينات الإجمالية في صحة السكان (جوستين، 2019).

وتشكّل مسألة التكاليف في الواقع شاغلاً رئيسياً لجميع البلدان. إذ تواجه البلدان النامية اليوم مستويات غير مسبقة من الديون الدولية الناجمة عن عوامل مثل "الوباء، وتفاقم التضخّم، وارتفاع معدلات أسعار الفائدة، والتوترات التجارية والقدرات المالية المحدودة" (إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمم المتحدة، 2023). وتؤثر مدفوعات الفائدة المرتفعة بالفعل على الإنفاق على قطاع الرعاية الصحية في 48 بلداً من البلدان النامية، والتي تضمّ 3.3 مليار شخص. وتُنقّ البلدان المنخفضة الدخل الآن في المتوسط 1.4 ضعف الأموال لصافي مدفوعات الفائدة أكثر ممّا تخصصه للنفقات الصحية المحلية. أمّا البلدان المرتفعة الدخل بالمقابل، فتُنقّ على الرعاية الصحية ما يقرب من أربعة أضعاف ما تنفقه على صافي مدفوعات الفائدة (برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، 2023). ومع ذلك، هناك أشكال تمويل صحي واعدة ومبتكرة ناشئة، يمكنها أن تجعل التغطية الصحية الشاملة ذات الجودة في متناول اليد، مثل السندات السيادية المرتبطة بتحقيق حصائل صحية محدّدة. وما لا يقلّ أهمية هو توافق الآراء (الذي تعزّز خلال الجائحة) على أنّ التغطية الصحية الشاملة ضرورة من وجهة نظر أخلاقية وضرورة من ضرورات الصحة العامة. وكما قالت كريستالينا غورغييفا، المدير العام لصندوق النقد الدولي، في ديسمبر (كانون الأول) 2020، "هناك شيء واحد واضح: لن نعود إلى حيث كنّا. فإذا أردنا التغلّب على الأزمة والتوجه نحو التعافي، يجب علينا المضي قدماً بالتزام متجدّد بهدفنا وبالتضامن مع جميع الناس" (جورجييفا، 2020).

أيضاً من مناهج التعليم الطبي ومن الأنظمة الصحية وسياسات الصحة الإنجابية. وكما يؤكد الفصل الثاني، كان للمعلومات الخاطئة والمعلومات الجزئية والمبالغة في التبسيط آثار سلبية على الأشخاص المهمشين تاريخياً، ولا تزال تشكل تحديات حتى اليوم.

إنّ الفشل في توفير معلومات واقعية وغير متحيزة للأفراد - سواء كانوا من المراهقين، أو الأخصائيين الصحيين، أو واضعي السياسات، أو غيرهم، لا يمكن إلا أن يؤدي إلى مجتمعات غير مجهزة بشكل كافٍ لمواجهة المخاوف المستقبلية. وتطبق الأنظمة الصحية في جميع أنحاء العالم تدخلات الرعاية الذاتية باعتبارها أداة بالغة الأهمية بشكل متزايد "لكل بلد وسياق اقتصادي، باعتبارها مساراً حاسماً لتحقيق التغطية الصحية الشاملة والنهوض بالصحة والحفاظ على السلامة العالمية ودعم الفئات الضعيفة" (منظمة الصحة العالمية، يحدد التاريخ لاحقاً). وتعدّ تدخلات الرعاية الذاتية حاسمة بشكل خاص بالنسبة للصحة الجنسية والإنجابية، حيث لا تتعلّق بالحوازر التي تحول دون الوصول إلى خدمات المرافق الصحية فحسب، بل تتعلّق أيضاً بالوصم وبالأعراف الأبوية. مع ذلك، لكي يتمكن الأفراد الذين تخلفوا عن الركب من الاستفادة بشكلٍ فعال من الرعاية الذاتية، فهم يحتاجون إلى الوصول إلى معلومات صحية دقيقة (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2018أ).

توسيع نطاق انتشار المعرفة عن الصحة الإنجابية يعني أيضاً الاستثمار في تطوير معلومات وتدخلات صحية شاملة. وتستمر البحوث عن الرعاية الصحية في معاملة الرجال، وخاصة أولئك الذين يعيشون في البلدان ذات الدخل المرتفع، كمرضى افتراضيين وموضوعات بحثية. هذا وقد انخفض تمويل البحث والتطوير الخاص بالمخاوف المتعلقة بصحة الأمهات بنسبة 15 بالمائة بين عامي 2018 و2023. ويعزو الباحثون هذا الانخفاض إلى الانتشار غير المتناسب لهذه المسائل في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل (مؤسسة Policy Cures Research، 2023). وتشير التقديرات إلى أن النساء يقضين وقتاً أطول بنسبة 25 بالمائة للتعامل مع المسائل

الصحية المُنهكة مقارنة بالرجال، ومع ذلك لا يزال تمثيلهن ناقصاً أو يتم تمثيلهن بشكل غير دقيق في مجال الطب: إذ تشير ورقة بحثية حديثة إلى أنه "من أجل الحصول على فهم أفضل لبيولوجيا الأنثى الأساسية، ينبغي تطوير أدوات بحث جديدة (وقد تشمل هذه الأدوات نماذج حيوانية، ونماذج حسابية، وصور رمزية للمرضى، ونماذج إنسانية) والتي يمكنها تصنيف أعراض المرض ومظاهر المرض لدى النساء بشكل أكثر دقة (بدلاً من وصفها بأنها "غير نمطية"). ويمكن للاستثمارات الرامية إلى سدّ الفجوة في صحة المرأة أن تعزز الاقتصاد بما لا يقلّ عن تريليون دولار أمريكي سنوياً بحلول عام 2040 (المنتدى الاقتصادي العالمي، 2024).

وستطراً حاجة أيضاً إلى إيجاد حلول للمسائل الأخلاقية الناشئة عن النهوض الواعد في طب الإنجاب والأدوات الرقمية التي تُعتبر واعدة، وفي الوقت نفسه تشكل تهديدات محتملة للخصوصية والسلامة. وتتقوّض قدرة الإنسانية على مواجهة هذه التحديات بشكلٍ كبير عندما لا نتفق بشأن الحقائق المتعلقة بالتنمية البشرية، والإنجاب البشري، وتشريح الجسم البشري، والنشاط الجنسي، والتنوع، حيث يتمتع جميع الأشخاص بالحق في الحصول على معرفة حديثة ودقيقة علمياً ومراعية ثقافياً ومناسبة لأعمارهم في مجال الصحة الجنسية والإنجابية. ولا ينبغي أن يتعلّق هذا الموضوع بالسياسة أو أن يثير الجدل.

تسليط الضوء على المكاسب والالتزام بتحقيق المزيد

تشير الأدلة التي تمّ تسليط الضوء عليها أنه على الرغم من تحقيق الإنجازات منذ عام 1994، لا يزال هناك مجال لتحقيق المزيد من التقدّم. وقد رأى العالم مراراً وتكراراً أن الجهود الرامية إلى القضاء على الحصائل الصحية السيئة ووفيات الأمهات التي يمكن الوقاية منها غير كافية للتغلب على الحواجز التي يفرضها انعدام المساواة والتمييز والتحيز والوصم. مع ذلك، قد يوفر لنا هذا الواقع

أفضل فرصة لتحقيق أهدافنا المتفق عليها التي وردت في كل من المؤتمر الدولي للسكان والتنمية وخطة التنمية المستدامة لعام 2030 وترمي إلى دعم حقوق وخيارات جميع الأفراد.

حفلت الأونة الأخيرة باضطرابات تاريخية أدت إلى المطالبة بالعدالة وأثارت وجهات نظر جديدة حول أوجه عدم الإنصاف المنهجية وحشدت جهود المناصرة في جميع أنحاء العالم. ففي الواقع، عندما توسع وجهة نظرنا، وننتقل من الماضي المباشر إلى الأعوام الثلاثين الماضية، فإننا نجد أسباباً للأمل أكثر بكثير من أسباب اليأس.

ويشكل نقص البيانات، وخاصة البيانات المصنفة، عقبة كبيرة، كما هو موضح في هذا التقرير. ولكن أصبحت البيانات المتوفرة لدينا اليوم، إلى جانب الأساليب المتاحة لتحليلها، أفضل من أي وقت مضى. يجب أن نستفيد من هذه المكاسب، أي يجب أن نطلق من الإنجازات البارزة التي تحققت مثل إعداد المؤشرين 5.6.1 و 5.6.2 لقياس أهداف التنمية المستدامة، فهما من أولى التدابير التي اتخذها العالم لتحقيق الاستقلالية الجسدية وتكوين بيانات قانونية تمكينية، وهذا ليس سوى خطوة أولى في سبيل قياس حالة حرية النساء في اتخاذ القرارات الإنجابية وفهمها.

ويُعدّ إصلاح الأنظمة للقضاء على أشكال التمييز الراسخة وغير المعترف بها أمراً ضرورياً، على الرغم من أنه قد يثير الجدل وعدم الرضا. ومع ذلك، فقد بدأت هذه العملية بالفعل، مع تسليط حركات مثل *Ni Una Menos* (يُمنع تغيب أي واحدة منّا) و *MeToo* الضوء على اختلال موازين القوى القائمة على أساس الجنس، وحركات مثل *Rhodes Must Fall* (ليسقط رودس) وحركة *Black Lives Matter* (أرواح السود غالية) اللتان تسلطان الضوء على أوجه عدم الإنصاف العرقي.

ولا بد من وجود الإرادة السياسية لتخصيص المزيد من الموارد لمعالجة الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية الخاصة بالمجموعات السكانية المهمشة، وهو أمر قد يبدو صعباً في عالم أصبح مستقطباً ومسيساً بشكل متزايد.

ومع ذلك، بزغت علامات مشجعة تشير إلى أن واضعي السياسات على استعداد لمواجهة العديد من هذه المسائل بشكل مباشر. في الاستعراضات الوطنية الطوعية لعام 2023 (وهي عملية تُحدّد خلالها الدول الأعضاء طوعاً أولويات التنمية المستدامة والجهود المبذولة على أرض الواقع كجزء من خطة التنمية المستدامة لعام 2030)، ناقشت جميع الدول الأعضاء المشاركة، والبالغ عددها 39 بلداً، المجموعات السكانية المتضررة من عوامل التهميش، مثل النوع الاجتماعي والإعاقة وسكان المناطق الريفية أو النائية والأقليات الإثنية. وتناول أقل من النصف بقليل من الدول، أي 49 بالمائة منها، احتياجات مجتمع الميم (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2024tk). وفي حين أنّ الاستعراضات قد لا تشير بشكل مباشر إلى التغييرات على أرض الواقع، إلا أنها تمثل خطوة حاسمة نحو الشفافية في المواقف والأولويات السياسية للدول (فوكودا-بار وآخرون، 2018). فللمناصرة الفعالة والمتابعة القدرة على وضع الصحة الجنسية والإنجابية للمجموعات السكانية المهمشة في أولويات جدول أعمال التنمية.

يجب أيضاً معالجة مسألة السلطة. فمع أنّ السياسات والمواقف والأعراف في مختلف أنحاء العالم تعمل على إدامة أوجه عدم الإنصاف على مختلف المستويات، إلا أنّ التغيير ممكن وشيك. وفي الواقع، سيمثل هذا العام علامة فارقة للانتخابات، حيث يستعد أكثر من ملياري ناخب للمشاركة في التصويت في أكثر من 50 دولة (المنتدى الاقتصادي العالمي، 2023). ويُعدّ التصويت أمراً مهماً لأن التمثيل، كما يؤكد هذا التقرير، مهم جداً. لهذا السبب وافق العالم على المؤشر 5.5.1 من أهداف التنمية المستدامة، الذي يقيس نسبة المقاعد التي تشغلها النساء في البرلمانات الوطنية والحكومات المحلية. كما يمكن أن يساعد التصويت في رفع أصوات الأشخاص الضعفاء والمهمشين الآخرين أيضاً.

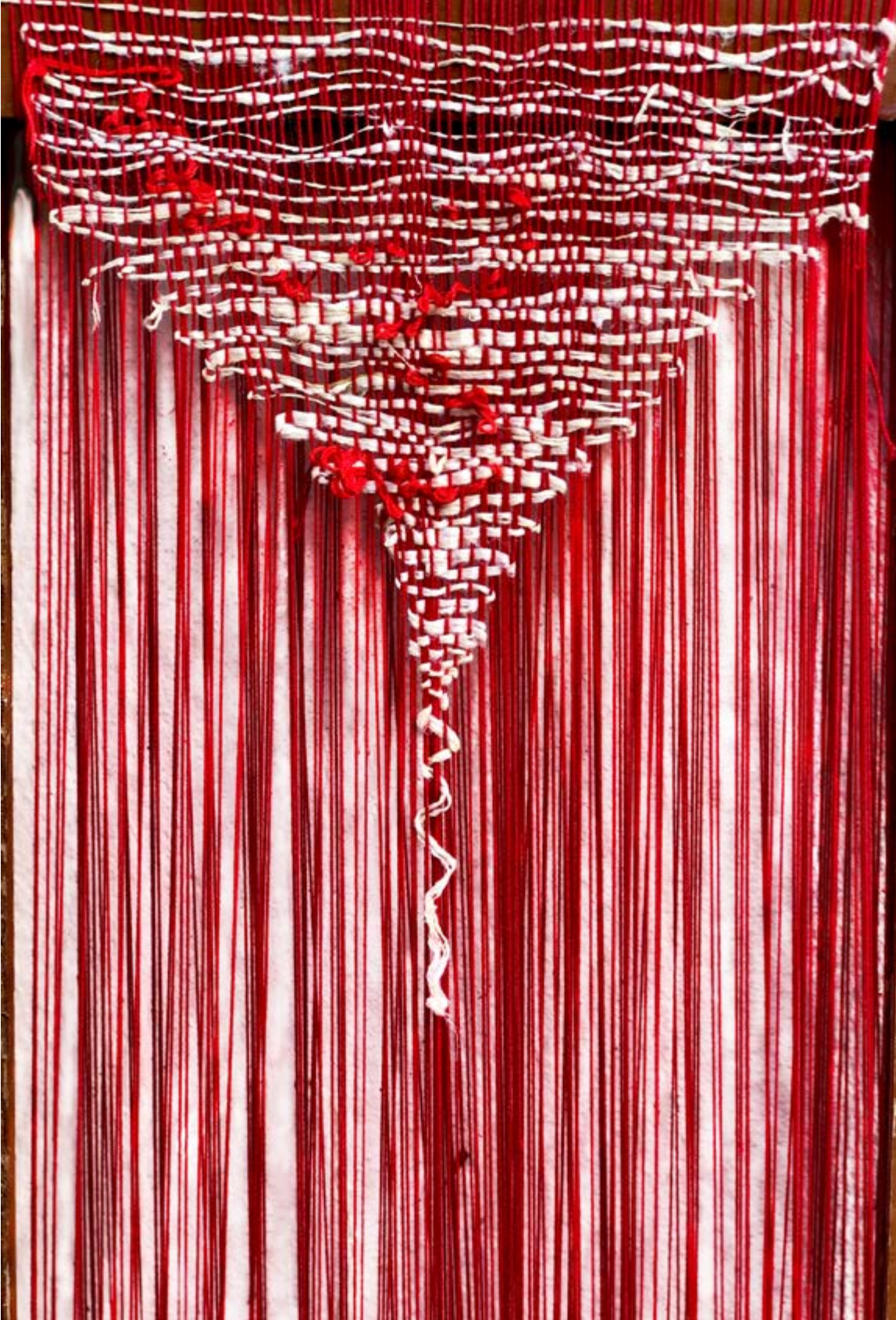
وفي حين تُعدّ الانتخابات والمناصرة العامة أدوات ضرورية لإنهاء التهميش، لا بدّ من الاعتراف أيضاً بأن هذه الأدوات ببساطة غير موجودة في كثير من البلدان. وفي مثل هذه الحالات، يجب على الهيئات الدولية المعنية



بوضع المعايير مثل تلك التابعة للأمم المتحدة أن تدعو وتؤكد بشكل حازم على أن تنفيذ أهداف التنمية المستدامة ومختلف الصكوك المتعلقة بحقوق الإنسان التي تدعمها، هي التزامات ملزمة لجميع الدول الأعضاء. وقد تم تطوير هذه المعايير بموافقة تلك الحكومات ويجب تنفيذها.

وأخيراً، أصبحت أصوات الفئات المهمشة ترتفع يوماً بعد يوم. فبدل الاستجابة بقلق، يمكننا تلبية نداءاتهم بالتقبل والتعاون. إن عدم قبولنا لفكرة أنا علينا الكثير لنفعله قابل للتبرير، ويمكننا حتى تقبله. ففي النهاية، هو دلالة على التقدم الذي يمكننا من التعرف على العوامل التي تديم التهميش ومواجهتها. بالإضافة إلى ذلك، لقد حققنا تقدماً في تحول توقعاتنا فيما يتعلق بالصحة والحقوق والإنصاف على مدى العقود الثلاثة الماضية. لقد تغير العالم، وأصبحت المعايير أعلى الآن، كما زادت قدرتنا على تلبية هذه المعايير.

في النهاية، لن يكون لبلوغ الأهداف الأكثر طموحاً في العالم أهمية كبيرة إذا أصررنا على استخدام أبسط الأساليب لقياس التقدم، ما يؤدي غالباً إلى حجب بلدان ومجتمعات وهويات بأكملها ضمن المتوسط العالمي. إننا نمتلك القدرة على تبني منظور متطور أكثر، منظور يحترم كرامة وقيمة كل فرد، ويعترف بأن ضمان حقوق جميع الأشخاص يعني ضمان حقوق كل شخص. وختاماً، وعلى الرغم من أن نسيج البشرية يتسم باتساعه وجماله، إلا أن مرونته يكتسبها من مرونة خيوطه.



تحفة فنية بعنوان The Flaming Womb (أي الأحشاء المشتعلة) من صناعة بانجاكا سيثي، تدرس الفجوة بين الصفات الرمزية التي تُنسب للمرأة من جهة وما يمليه عليهن المجتمع الأبوي من دور وظروف من جهة أخرى. تم إدراج هذه القطعة الفنية في معرض Fabric of Being (أي صناعة الوجود) التي أعتدتها مجموعة SEA Junction لبلدان جنوب شرق آسيا من أجل مشاركتها عام 2019 في قمة نيروبي بشأن المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بعد مرور 25 عاماً. © Pankaja Sethi

المؤشرات

صفحة 134	تتبع التقدم المحرز نحو تحقيق أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية: الصحة الجنسية والإنجابية
صفحة 140	تتبع التقدم المحرز نحو تحقيق أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية: النوع الاجتماعي والحقوق ورأس المال البشري
صفحة 146	المؤشرات الديمغرافية
صفحة 152	الملاحظات التقنية

الصحة الجنسية والإنجابية

مؤشر تغطية الخدمات في إطار التغطية الصحية الشاملة	القوانين والأنظمة التي تضمن إتاحة رعاية الصحة الجنسية والإنجابية وما يتصل بها من معلومات وتثقيف، نسبة مئوية	نسبة الطلب المُلتَمي بواسطة وسائل حديثة، بين النساء في سن 15-49 عاماً	الاحتياجات غير المُلْتَمَة لتنظيم الأسرة، بين النساء في سن 15-49 عاماً		معدل انتشار وسائل منع الحمل، بين النساء في سن 15-49 عاماً				عدد الإصابات الحادة بغربوس العوز المناعي البشري، من جميع الأعمار، لكل 1,000 نسمة من الفئات السكانية غير المصابة	الولايات بإشراف عاملين ذوي كفاءة في القطاع الصحي، نسبة مئوية	نطاق عدم اليقين نسبة وفيات الأمهات (80%) تقدير أدنى ¹	نطاق عدم اليقين نسبة وفيات الأمهات (80%) تقدير أعلى ¹	نسبة وفيات الأمهات (الوفيات لكل 100,000 مولود حي)
			في سن 15-49 عاماً		وسيلة حديثة		أي وسيلة						
			جميع النساء	المزوجات أو المعزلات	جميع النساء	المزوجات أو المعزلات	جميع النساء	المزوجات أو المعزلات					
2021	2022	2024	2024		2024		2024		2022	2022	2020	2020	2020
68	76	78	11	9	59	46	65	50	0.17	86	255	202	223
84	87	80	8	7	62	52	70	58	0.15	99	14	10	12
64	72	77	11	9	59	45	65	49	0.17	81	279	221	244
44	71	61	20	15	38	29	43	33	0.34	65	431	338	377
مناطق صندوق الأمم المتحدة للسكان													
61	65	66	15	10	45	29	53	34	0.04	83	194	110	145
68	74	82	8	6	65	50	71	54	0.07	87	128	101	113
74	84	67	11	8	49	36	64	46	0.15	98	25	19	21
76	75	83	9	8	71	56	75	59	0.19	95	99	79	88
46	72	65	20	15	42	33	45	36	0.83	70	441	313	360
40	70	47	22	17	20	18	23	21	0.30	61	986	625	750
2021	2022	2024	2024		2024		2024		2022	2020–2004	2020	2020	2020
41	56	50	23	17	26	19	29	21	0.03	62	1050	406	620
64	79	12	16	12	6	6	45	33	0.02	100	16	4	8
74	—	72	11	7	52	30	60	35	0.05	99	164	41	78
37	62	37	35	26	17	16	18	17	0.44	50	330	148	222
76	—	77	13	10	61	40	63	42	—	99	36	11	21
79	92	83	11	10	68	57	71	59	0.09	99	53	38	45
68	87	46	12	8	33	22	60	39	0.19	100	42	19	27
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
87	—	85	10	8	64	57	67	59	—	96	4	2	3
85	—	89	7	5	71	64	73	66	—	98	8	4	5
66	—	35	13	9	24	16	58	37	0.05	100	69	22	41
77	—	79	12	10	65	44	66	46	0.15	99	128	51	77
76	73	59	12	5	44	20	63	29	—	100	19	13	16
52	—	74	11	9	56	45	64	52	0.01	59	174	89	123
77	44	75	14	12	60	47	63	51	0.21	98	61	22	39
79	83	72	11	11	53	47	63	54	0.11	100	2	1	1
86	—	91	8	6	67	58	67	59	0.04	—	6	4	5
68	43	72	17	14	54	43	58	46	0.35	95	161	105	130
38	91	36	30	24	16	15	20	18	0.11	78	768	397	523
60	83	81	12	8	60	39	62	40	0.08	99	82	40	60
65	94	61	15	11	51	37	68	49	0.16	81	272	103	161
66	70	42	13	9	22	20	51	39	—	100	8	4	6
55	64	87	10	8	70	58	70	59	1.92	100	230	151	186
80	—	90	7	6	78	65	80	67	0.24	98	93	57	72
78	41	—	—	—	—	—	—	—	—	100	61	30	44
73	62	73	6	5	60	52	81	66	0.03	95	10	5	7
40	81	60	23	19	33	29	34	30	0.08	96	394	169	264
41	65	51	27	16	31	18	34	21	0.10	77	694	353	494
71	84	77	15	12	58	44	59	45	0.34	97	65	26	42
58	98	65	10	7	49	33	65	43	0.08	99	326	156	218
44	—	51	21	16	19	20	24	24	0.36	69	605	332	438

الصحة الجنسية والإنجابية

نسبة وفيات الأمهات (الوفيات لكل 100,000 مولود حي)	نطاق عدم اليقين نسبة وفيات الأمهات (80%)، تقدير أدنى ¹	نطاق عدم اليقين نسبة وفيات الأمهات (80%)، تقدير أعلى ¹	الولايات بإشراف عاملين ذوي كفاءة في القطاع الصحي، نسبة مئوية	عدد الإصابات الجديدة بغيروس العوز المناعي البشري، من جميع الأعمار، لكل 1,000 نسمة من الفئات السكانية غير المصابة	معدل انتشار وسائل منع الحمل، بين النساء في سن 15-49 عاماً				الاحتياجات غير المُلْتَمَة لتنظيم الأسرة، بين النساء في سن 15-49 عاماً				نسبة الطلب المُلتَمَى بواسطة وسائل حديثة، بين النساء في سن 15-49 عاماً	القوانين والأنظمة التي تضمن إتاحة رعاية الصحة الجنسية والإنجابية وما يتصل بها من معلومات وتثقيف، نسبة مئوية	مؤشر تغطية الخدمات في إطار التغطية الصحية الشاملة
					وسيلة حديثة		أي وسيلة		وسيلة حديثة		أي وسيلة				
					جميع النساء	جميع المُنزَوجات أو المُنزَوجات	جميع النساء	جميع المُنزَوجات أو المُنزَوجات	جميع النساء	جميع المُنزَوجات أو المُنزَوجات	جميع النساء	جميع المُنزَوجات أو المُنزَوجات			
					جميع النساء	جميع المُنزَوجات أو المُنزَوجات	جميع النساء	جميع المُنزَوجات أو المُنزَوجات	جميع النساء	جميع المُنزَوجات أو المُنزَوجات	جميع النساء	جميع المُنزَوجات أو المُنزَوجات			
البلدان والأقاليم والمناطق الأخرى	2020	2020	2020	2020-2004	2022	2024		2024		2024		2024	2022	2021	
كندا	11	9	15	98	—	73	82	71	80	3	4	92	—	91	
جمهورية أفريقيا الوسطى	835	407	1519	40	1.57	22	24	17	19	21	25	40	77	32	
تشاد	1063	772	1586	47	0.22	8	9	7	8	19	25	27	59	29	
تنزيلي	15	13	17	100	0.25	65	78	60	72	6	8	85	—	82	
الصين	23	19	27	100	—	71	85	69	83	4	3	92	—	81	
الصين، منطقة هونغ كونغ الإدارية الخاصة	—	—	—	—	—	49	71	46	68	8	9	81	—	—	
الصين، منطقة مكاو الإدارية الخاصة	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
كولومبيا	75	65	86	99	0.16	65	82	61	77	5	6	87	96	80	
جزر القمر	217	131	367	82	0.00	21	29	17	24	19	29	44	—	48	
الكونغو	282	194	429	91	2.89	43	46	31	30	14	18	54	55	41	
كوستاريكا	22	18	26	99	0.14	57	74	56	72	9	10	84	84	81	
كويت ديقوار	480	318	730	84	0.31	27	26	23	23	21	26	49	64	43	
كرواتيا	5	3	7	100	0.02	50	71	36	47	5	8	65	98	80	
كوبا	39	35	44	100	0.18	69	72	68	71	8	9	88	—	83	
كوراساو	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
قبرص	68	47	99	99	—	—	—	—	—	—	—	—	72	81	
تنزيكا	3	2	5	100	0.02	62	85	55	76	4	4	84	79	84	
جمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية	107	46	249	100	—	61	75	58	72	8	8	85	83	68	
جمهورية الكونغو الديمقراطية	547	377	907	85	0.13	27	31	17	17	20	25	36	—	42	
الدانمرك	5	4	6	95	0.01	64	77	61	73	5	6	88	87	82	
جيبوتي	234	105	530	87	—	17	32	17	31	14	25	54	—	44	
دومينيكا	—	—	—	100	—	46	64	44	62	10	13	78	—	49	
الجمهورية الدومينيكية	107	87	133	99	0.37	55	68	53	66	10	13	82	—	77	
إكوادور	66	52	86	99	0.11	59	80	54	73	7	6	82	92	77	
مصر	17	13	22	97	0.05	45	62	43	60	9	12	81	—	70	
السلفادور	43	31	61	100	0.13	53	74	50	69	8	10	82	92	78	
غينيا الاستوائية	212	122	374	68	2.94	19	19	16	16	22	31	39	—	46	
إريتريا	322	207	508	34	0.06	9	15	9	14	15	28	35	—	45	
إستونيا	5	3	9	100	0.10	58	71	50	60	5	7	78	98	79	
إسواتيني	240	147	417	88	4.10	53	69	52	68	9	12	84	98	56	
إثيوبيا	267	189	427	50	0.08	31	42	30	41	15	20	67	73	35	
فيجي	38	28	55	100	0.33	35	51	30	44	12	16	65	—	58	
فنلندا	8	6	13	100	—	79	82	74	77	3	4	91	98	86	
فرنسا	8	6	10	98	0.09	66	78	64	76	4	4	91	—	85	
غيانا الفرنسية	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
بولينزيا الفرنسية	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
غامبون	227	141	383	89	0.83	39	39	31	29	18	23	55	58	49	
غامبيا	458	333	620	84	0.60	15	21	14	20	16	24	46	—	46	
جورجيا	28	22	33	100	0.14	33	48	24	35	13	18	53	94	68	
ألمانيا	4	4	5	96	—	55	68	54	67	7	9	88	87	88	
غانا	263	180	376	79	0.53	27	36	24	32	19	26	52	66	48	
اليونان	8	5	12	100	0.08	53	75	39	52	5	7	68	72	77	
غرينادا	21	12	34	100	—	47	65	44	61	10	12	77	—	70	

الصحة الجنسية والإنجابية

نسبة وفيات الأمهات (الوفيات لكل 100,000 مولود حي)	نطاق عدم اليقين نسبة وفيات الأمهات (80%) ¹ تقدير أدنى ¹	نطاق عدم اليقين نسبة وفيات الأمهات (80%) ¹ تقدير أعلى ¹	الولايات بإشراف عاملين نوي كفاءة في القطاع الصحي، نسبة مئوية	عدد الإصابات الجديدة بغربوس العوز المناخي البشري، من جميع الأعمار، لكل 1,000 نسمة من الفئات السكانية غير المصابة	معدل انتشار وسائل منع الحمل، بين النساء في سن 15-49 عاماً				الاحتياجات غير المُلْتَمَة لتنظيم الأسرة، بين النساء في سن 15-49 عاماً				نسبة الطلب المُلْتَمَة بواسطة وسائل حديثة، بين النساء في سن 15-49 عاماً ²	القوانين والأنظمة التي تضمن إتاحة رعاية الصحة الجنسية والإنجابية وما يتصل بها من معلومات وتثقيف، نسبة مئوية	مؤشر تغطية الخدمات في إطار التغطية الصحية الشاملة
					أي وسيلة		جميع النساء	المتزوجات أو المفترقات	وسيلة حديثة		جميع النساء	المتزوجات أو المفترقات			
					2024	2024			2024	2024					
البلدان والأقاليم والمناطق الأخرى	2020	2020	2020	2020–2004	2022	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2022	2021	2022
غواتموب	—	—	—	—	—	40	59	37	53	10	15	73	—	—	—
غوام	—	—	—	—	—	37	66	32	56	7	10	74	—	—	—
غواتيمالا	96	85	106	70	0.07	43	65	37	55	9	12	72	—	—	59
غينيا	553	404	808	55	0.43	15	15	14	14	18	23	43	79	40	40
غينيا بيساو	725	475	1135	54	0.59	32	24	31	24	16	19	63	80	37	37
غيانا	112	83	144	98	0.62	30	39	29	38	20	28	57	87	76	76
هايتي	350	239	550	42	0.58	29	40	27	37	23	33	52	65	54	54
هندوراس	72	58	91	94	0.05	51	73	47	67	8	10	80	80	64	64
هنغاريا	15	11	21	100	—	50	70	45	63	7	9	80	93	79	79
ايسلندا	3	1	4	97	0.04	—	—	—	—	—	—	—	—	89	89
الهند	103	93	110	89	0.05	51	68	45	60	6	9	78	74	63	63
إندونيسيا	173	121	271	95	0.09	44	63	42	60	8	11	82	77	55	55
جمهورية إيران الإسلامية	22	14	32	99	0.03	58	82	47	66	3	4	77	63	74	74
العراق	76	50	121	96	0.01	38	57	27	41	8	12	59	59	59	59
أيرلندا	5	4	7	100	—	65	70	63	66	6	9	89	—	83	83
إسرائيل	3	2	4	—	—	41	73	32	56	5	8	69	—	85	85
إيطاليا	5	4	6	100	0.04	60	67	49	52	6	9	75	—	84	84
جامايكا	99	80	122	100	0.50	44	73	42	70	9	9	79	76	74	74
اليابان	4	3	6	100	—	47	53	41	42	12	17	69	85	83	83
الأردن	41	26	62	100	0.00	31	55	23	40	8	14	58	56	65	65
كازاخستان	13	10	18	100	—	43	54	40	51	10	14	76	65	80	80
كينيا	530	382	750	70	0.46	49	65	47	63	11	14	78	48	53	53
كيريباس	76	33	146	92	—	24	32	20	27	17	23	49	—	48	48
الكويت	7	5	11	100	—	36	60	30	50	8	13	68	—	78	78
قيرغيزستان	50	37	70	100	0.11	29	43	28	40	12	17	68	73	69	69
جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية	126	92	185	64	0.14	39	62	35	55	13	13	72	96	52	52
لاتفيا	18	14	25	100	0.19	59	72	52	62	6	8	81	70	75	75
لبنان	21	18	24	98	—	33	62	25	47	7	12	63	—	73	73
ليسوتو	566	385	876	87	3.03	52	67	51	67	9	13	84	—	53	53
ليبيريا	652	499	900	84	0.24	28	28	27	27	25	31	51	—	45	45
ليبيا	72	31	165	100	—	25	41	17	27	15	25	41	—	62	62
ليتوانيا	9	5	14	100	0.06	48	72	40	58	6	8	74	87	75	75
لكسمبرغ	6	4	12	100	0.06	—	—	—	—	—	—	—	—	83	83
مدغشقر	392	311	517	46	0.30	42	53	38	47	13	14	69	—	35	35
ملاوي	381	269	543	96	0.81	50	67	49	66	12	14	79	79	48	48
ماليزيا	21	18	29	100	0.09	36	58	26	42	9	14	59	83	76	76
ملديف	57	40	83	100	0.01	18	24	14	19	22	29	36	93	61	61
مالي	440	335	581	67	0.28	19	21	19	21	21	24	47	—	41	41
مالطة	3	2	5	100	0.09	61	79	50	63	4	5	76	—	85	85
مارتينيك	—	—	—	—	—	41	61	38	56	10	14	74	—	—	—
موريتانيا	464	337	655	70	0.12	10	14	9	13	22	32	30	65	40	40
موريشيوس	84	62	115	100	—	44	67	30	46	7	9	59	75	66	66
المكسيك	59	46	74	97	0.16	55	74	53	71	9	10	82	86	75	75
ولايات ميكرونيزيا الموحدة	74	32	169	100	—	—	—	—	—	—	—	—	—	48	48

تتبع التقدّم المُحرز نحو تحقيق أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية

الصحة الجنسية والإنجابية

مؤشر تغطية الخدمات في إطار التغطية الصحية الشاملة	القوانين والأنظمة التي تضمن إتاحة رعاية الصحة الجنسية والإنجابية وما يتصل بها من معلومات وتثقيف، نسبة مئوية	نسبة الطلب المُلتي بواسطة وسائل حديثة، بين النساء في سنّ 15-49 عاماً	الاحتياجات غير المُلبّاة لتنظيم الأسرة، بين النساء في سنّ 15-49 عاماً		معدل انتشار وسائل منع الحمل، بين النساء في سنّ 49-15 عاماً				عدد الإصابات الجديدة بغيروس العوز المناعي البشري، من جميع الأعمار، لكل 1,000 نسمة من الفئات السكانية غير المصابة	الولايات بإشراف عاملين ذوي كفاءة في القطاع الصحي، نسبة مئوية	نطاق عدم اليقين لنسبة وفيات الأمهات (80%)، تقدير أعلى ¹	نطاق عدم اليقين لنسبة وفيات الأمهات (80%)، تقدير أدنى ¹	نسبة وفيات الأمهات (الوفيات لكل 100,000 مولود حي) ¹	
					وسيلة حديثة		أي وسيلة							
					جميع الزوجات أو المفترقات	جميع النساء	جميع الزوجات أو المفترقات	جميع النساء						
					2024	2024	2024	2024						
2021	2022	2024	2024	2024	2024	2022	2020–2004	2020	2020	2020	البلدان والأقاليم والمنطق الأخرى			
65	—	71	15	12	53	38	58	42	0.01	99	55	28	39	منغوليا
72	52	43	21	15	17	16	27	23	0.02	99	11	3	6	الجبل الأسود
69	—	75	10	7	62	37	71	43	0.02	87	96	51	72	المغرب
44	—	60	21	18	31	28	33	29	3.20	73	157	99	127	موزمبيق
52	91	80	13	8	58	34	59	35	0.21	60	292	125	179	ميانمار
63	88	84	14	10	61	53	62	53	2.39	88	335	154	215	ناميبيا
54	48	65	21	15	49	37	55	42	0.02	77	276	125	174	نيبال
85	100	89	7	5	70	61	72	63	—	—	6	3	4	هولندا
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	كاليدونيا الجديدة
85	95	88	5	5	75	61	81	65	0.01	97	9	5	7	نيوزيلندا
70	75	88	6	6	79	57	82	59	0.08	94	109	54	78	نيكاراغوا
35	—	41	20	16	14	12	15	12	0.06	44	655	305	441	النيجر
38	—	43	19	15	16	14	21	18	—	51	1565	793	1047	نيجيريا
74	—	40	13	9	21	21	54	44	0.03	100	6	1	3	مقدونيا الشمالية
87	100	89	3	3	79	61	85	66	—	99	3	1	2	التروبيج
70	70	43	25	14	26	16	37	22	0.03	100	25	12	17	عُمان
45	69	54	17	11	31	20	40	27	—	68	226	109	154	باكستان
78	72	74	17	14	57	46	61	49	0.32	95	54	46	50	بنما
30	—	52	24	17	33	24	39	28	0.65	56	293	126	192	بابوا غينيا الجديدة
72	76	83	8	8	68	56	73	60	—	92	82	60	71	باراغواي
71	85	71	6	5	58	40	77	51	0.17	95	80	59	69	بيرو
58	80	60	15	10	44	27	58	36	0.21	84	96	67	78	الفلبين
82	89	73	7	6	59	44	74	54	—	100	3	1	2	بولندا
88	95	79	7	5	63	51	74	59	0.06	99	18	8	12	البرتغال
—	—	81	5	7	74	47	82	51	—	—	54	25	34	بورتوريكو
76	71	65	15	10	42	28	50	33	0.04	100	11	5	8	قطر
89	—	82	5	6	74	51	81	56	—	100	9	7	8	جمهورية كوريا
71	—	65	15	12	47	40	59	49	0.34	100	17	9	12	جمهورية مولدوفا
—	—	84	9	8	71	50	72	52	—	—	—	—	—	ريونيون
78	98	76	8	6	59	46	71	54	0.03	93	14	7	10	رومانيا
79	70	75	9	7	58	42	68	49	—	100	20	9	14	الاتحاد الروسي
49	82	76	12	9	61	37	67	40	0.24	94	383	184	259	رواندا
79	—	76	14	12	57	46	61	49	—	100	—	—	—	سانت كيتس ونيفس
77	33	76	14	12	58	46	61	49	—	100	127	44	73	سانت لوسيا
69	81	80	12	10	64	49	67	51	—	99	92	40	62	سانت فنسنت وجزر غرينادين
55	22	32	42	28	20	13	22	14	—	89	137	26	59	ساموا
77	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	سان مارينو
59	46	61	24	20	48	36	51	38	0.06	97	253	74	146	سان تومي وبرينسيبي
74	—	49	24	15	27	18	33	21	0.04	95	22	11	16	المملكة العربية السعودية
50	75	58	21	14	30	21	31	22	0.09	75	376	197	261	السنغال
72	99	51	11	7	29	29	59	49	0.02	100	14	8	10	صربيا
75	—	—	—	—	—	—	—	—	—	100	4	3	3	سيشيل
41	65	58	24	19	26	28	27	28	0.44	87	587	344	443	سيراليون
89	46	78	10	6	61	36	69	40	—	100	11	5	7	سنغافورة

الصحة الجنسية والإنجابية

نسبة وفيات الأمهات (الوفيات لكل 100,000 مولود حي)	نطاق عدم اليقين نسبة وفيات الأمهات (80%) تقدير أدنى ¹	نطاق عدم اليقين نسبة وفيات الأمهات (80%) تقدير أعلى ¹	الولايات بإشراف عاملين نوي كفاءة في القطاع الصحي، نسبة مئوية	عدد الإصابات الجديدة بغيروس العوز المناعي البشري، من جميع الأعمار، لكل 1,000 نسمة من الفئات السكانية غير المصابة	معدل انتشار وسائل منع الحمل، بين النساء في سن 15-49 عاماً				الاحتياجات غير المُلْتَمَة لتنظيم الأسرة، بين النساء في سن 15-49 عاماً				نسبة الطلب المُلْتَمي بواسطة وسائل حديثة، بين النساء في سن 15-49 عاماً ²	القوانين والأنظمة التي تضمن إتاحة رعاية الصحة الجنسية والإنجابية وما يتصل بها من معلومات وتثقيف، نسبة مئوية	مؤشر تغطية الخدمات في إطار التغطية الصحية الشاملة	
					أي وسيلة		المزوجات أو المفردات	جميع النساء	وسيلة حديثة		المزوجات أو المفردات	جميع النساء				
					جميع النساء	جميع النساء			جميع النساء	جميع النساء						
					البلدان والأقاليم والمنطق الأخرى	2020			2020	2020						2022
سانت مارتن (الجزء الهولندي)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
سلوفاكيا	5	3	6	98	0.02	55	79	47	67	5	6	79	86	82	—	—
سلوفينيا	5	3	7	100	—	52	79	44	67	4	5	79	—	84	—	—
جزر سليمان	122	75	197	86	—	24	33	20	27	13	18	54	—	47	—	—
الصومال	621	283	1184	32	—	8	10	2	2	17	26	9	—	27	—	—
جنوب أفريقيا	127	99	154	97	3.15	52	59	51	59	11	14	82	95	71	—	—
جنوب السودان	1223	746	2009	40	0.79	7	9	6	8	21	29	23	16	34	—	—
إسبانيا	3	3	4	100	—	62	64	60	62	7	12	87	—	85	—	—
سري لانكا	29	24	38	100	0.01	45	68	37	56	5	7	74	86	67	—	—
دولة فلسطين	20	15	26	100	—	40	62	30	47	7	10	64	68	—	—	—
السودان	270	174	420	78	0.09	12	17	11	16	17	27	37	57	44	—	—
سورينام	96	70	128	98	0.76	35	49	35	48	14	21	70	—	63	—	—
السويد	5	3	6	—	—	59	71	56	68	6	8	87	100	85	—	—
سويسرا	7	5	11	—	—	73	73	68	68	4	7	89	94	86	—	—
الجمهورية العربية السورية	30	19	47	96	0.00	34	63	34	26	7	12	63	81	64	—	—
طاجيكستان	17	9	31	95	0.10	25	34	23	31	16	21	57	—	67	—	—
تايلند	29	24	34	99	0.13	49	77	48	75	4	6	90	—	82	—	—
تيمور - ليشتي	204	147	283	57	0.07	20	34	18	31	13	22	55	—	52	—	—
توغو	399	253	576	69	0.28	25	28	23	26	22	30	49	—	44	—	—
تونغا	126	55	289	98	—	20	34	17	29	14	25	50	—	57	—	—
تري니다د وتوباغو	27	19	36	100	—	41	50	37	46	14	19	66	27	75	—	—
تونس	37	24	49	100	—	33	60	29	51	8	12	70	—	67	—	—
تركيا	17	13	23	97	—	48	72	33	50	6	9	62	78	76	—	—
تركمانستان	5	3	9	100	—	36	54	33	50	8	12	77	94	75	—	—
جزر تركس وكايكوس	—	—	—	100	—	37	39	38	38	19	23	64	—	—	—	—
توفالو	—	—	—	100	—	20	27	18	24	20	28	46	—	52	—	—
أوغندا	284	191	471	74	1.21	38	51	34	45	15	20	64	—	49	—	—
أوكرانيا	17	13	22	100	—	54	68	45	56	6	9	75	95	76	—	—
الإمارات العربية المتحدة	9	5	17	99	—	38	53	31	42	12	16	62	—	82	—	—
المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية	10	8	12	—	—	72	76	65	69	4	6	86	96	88	—	—
جمهورية تنزانيا المتحدة	238	174	381	64	0.54	38	47	34	42	15	19	64	—	43	—	—
الولايات المتحدة الأمريكية	21	16	27	99	—	61	76	54	67	5	5	81	—	86	—	—
جزر فرجن التابعة للولايات المتحدة	—	—	—	—	—	45	75	42	70	8	8	79	—	—	—	—
أوروغواي	19	15	23	100	0.24	59	79	57	77	6	7	87	97	82	—	—
أوزبكستان	30	23	40	99	—	49	70	46	66	6	8	84	92	75	—	—
قازاقو	94	43	211	89	—	38	49	33	42	15	19	62	—	47	—	—
جمهورية فنزويلا البوليفارية	259	191	381	99	—	56	76	53	72	8	9	83	—	75	—	—
فيت نام	46	33	60	96	0.06	58	79	48	66	4	5	78	54	68	—	—
الصحراء الغربية	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
اليمن	183	120	271	45	0.03	29	46	21	34	14	22	51	65	42	—	—
زامبيا	135	100	201	80	1.86	38	54	37	52	15	17	70	91	56	—	—
زيمبابوي	357	255	456	86	1.12	51	70	50	69	8	9	86	73	55	—	—

الصحة الجنسية والإنجابية

ملاحظات

- لا تتوفر بيانات.
- ¹ قُرِبت نسبة وفيات الأمومة طبقاً للمخطط التالي: > 100، لأقرب 1؛ و 100 - 999، مقربة لأقرب 1؛ و< 1000، مقربة لأقرب 10.
- ¹ في 29 تشرين الثاني (نوفمبر) 2012، اتخذت الجمعية العامة للأمم المتحدة القرار 19/67، الذي منح فلسطين "مركز دولة غير عضو لها صفة المراقب في الأمم المتحدة..."

تعريفات المؤشرات

نسبة وفيات الأمهات: عدد الوفيات النفاسية في خلال فترة زمنية معينة لكل 100,000 مولود حي في خلال الفترة الزمنية نفسها (مؤشر هدف التنمية المستدامة 1-3).

الولادات بإشراف عاملين في القطاع الصحي ذوي كفاءة: النسبة المئوية للولادات التي جرت بإشراف عاملين كؤوين في القطاع الصحي (طبيبة أو ممرضة أو قابلة) (مؤشر هدف التنمية المستدامة 3-1-2).

عدد الإصابات الجديدة بفيروس العوز المناعي البشري لكل 1000 نسمة، جميع الأعمار، من الفئات السكانية غير المصابة بالفيروس: عدد الإصابات الجديدة بفيروس العوز المناعي البشري لكل 1,000 نسمة في السنة بين الفئات السكانية غير المصابة بالفيروس (المؤشر 3-3-1 لأهداف التنمية المستدامة).

معدل انتشار وسائل تنظيم الأسرة: النسبة المئوية للنساء بعمر يتراوح بين 15 و49 سنة ممن يستخدمن حالياً إحدى وسائل تنظيم الأسرة.

معدل انتشار وسائل تنظيم الأسرة، وسيلة حديثة: النسبة المئوية للنساء بعمر يتراوح بين 15 و49 سنة ممن يستخدمن حالياً إحدى الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة.

الحاجة غير المُلباة إلى تنظيم الأسرة: النسبة المئوية للنساء بعمر يتراوح بين 15 و49 ممن يرغبن في التوقف عن الإنجاب أو تأجيله لكنهن لا يستخدمن أي وسائل لتنظيم الأسرة.

نسبة الطلب المُلبى بواسطة وسائل حديثة: النسبة المئوية للطلب الإجمالي على تنظيم الأسرة، بين النساء في سن 15-49 عاماً، الذي جرت تلبية من خلال استعمال وسائل منع الحمل الحديثة (المؤشر 1-7-3 لأهداف التنمية المستدامة).

القوانين والأنظمة التي تضمن إتاحة رعاية الصحة الجنسية والإنجابية وما يتصل بها من معلومات وتنقيف: مدى تمتع البلدان بقوانين وأنظمة وطنية تضمن إتاحة الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية إتاحة تامة ومتساوية للنساء والرجال في سن 15 فما فوق وما يتصل بذلك من معلومات وتنقيف (المؤشر 2-6-5 لأهداف التنمية المستدامة).

مؤشر تغطية الخدمات في إطار التغطية الصحية الشاملة: متوسط تغطية الخدمات الأساسية القائمة على تدخلات التتبع التي تشمل الصحة الإنجابية وصحة الأمهات والمواليد الجدد والأطفال، والأمراض المعدية، والأمراض غير المعدية، والقدرة على تقديم الخدمات والحصول عليها، بين عامة السكان وأكثر الفئات حرماناً (المؤشر 8-3 لأهداف التنمية المستدامة).

مصادر البيانات الرئيسية

نسبة وفيات الأمهات: تقديرات الفريق المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأمهات (منظمة الصحة العالمية، واليونيسف، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، والبنك الدولي، وشعبة السكان التابعة للأمم المتحدة)، 2023.

الولادات بإشراف عاملين في القطاع الصحي ذوي كفاءة: قاعدة بيانات عالمية مشتركة بشأن إشراف قابلات ماهرات على الولادة اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية، 2023. جرى احتساب المجاميع الإقليمية من قبل صندوق الأمم المتحدة للسكان استناداً إلى بيانات من قاعدة البيانات العالمية المشتركة.

عدد الإصابات الجديدة بفيروس العوز المناعي البشري لكل 1000 نسمة، جميع الأعمار، من الفئات السكانية غير المصابة بالفيروس: تقديرات فيروس العوز المناعي البشري. برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، 2023.

معدل انتشار وسائل تنظيم الأسرة: شعبة السكان التابعة للأمم المتحدة، 2022.

معدل انتشار وسائل تنظيم الأسرة، وسيلة حديثة: شعبة السكان التابعة للأمم المتحدة، 2022.

الحاجة غير المُلباة إلى تنظيم الأسرة: شعبة السكان التابعة للأمم المتحدة، 2022.

نسبة الطلب المُلبى بواسطة وسائل حديثة: شعبة السكان التابعة للأمم المتحدة، 2022.

القوانين والأنظمة التي تضمن إتاحة رعاية الصحة الجنسية والإنجابية وما يتصل بها من معلومات وتنقيف: صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2022.

مؤشر تغطية الخدمات في إطار التغطية الصحية الشاملة: منظمة الصحة العالمية، 2023.

النوع الاجتماعي والحقوق ورأس المال البشري

معدل الولادات لدى المراهقات لكل 1,000 فتاة في سن 15-19 عاماً	زواج الأطفال حتى سن 18 عاماً، نسبة مئوية	انتشار تنشويه الأعضاء الذكورية (ختان الإناث) بين الفتيات بعمر يتراوح بين 15 و49 سنة، نسبة مئوية	عنف الشريك الحميم، الأشهر الـ 12 السابقة، نسبة مئوية	اتخاذ القرارات بشأن الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية، نسبة مئوية	اتخاذ القرارات بشأن الرعاية الصحية التي تتلقاها المرأة نفسها، نسبة مئوية	اتخاذ القرارات بشأن استخدام وسائل تنظيم الأسرة، نسبة مئوية	اتخاذ القرارات بشأن ممارسة العلاقة الحميمة نسبة مئوية	معدل القيد الصافي الإجمالي، المرحلة الدنيا من التعليم الثانوي، نسبة مئوية	مؤشر التكافؤ بين الجنسين، معدل القيد الصافي الإجمالي، المرحلة العليا من التعليم الثانوي	مؤشر التكافؤ بين الجنسين، معدل القيد الصافي الإجمالي، المرحلة العليا من التعليم الثانوي
العالم والمناطق الإقليمية	2024	2023	2022	2018	2022–2007	2022–2007	2022–2007	2020	2020	2020
العالم	41	19	—	13	56	75	89	76	85	1.00
المناطق الأكثر نمواً	10	4	—	—	82	97	95	87	99	1.00
المناطق الأقل نمواً	45	22	—	—	56	75	89	75	83	1.00
أقل البلدان نمواً	90	38	—	22	47	68	88	69	—	—
مناطق صندوق الأمم المتحدة للسكان	2023–2000	2023–2006	2022–2004	2018	2022–2007	2022–2007	2022–2007	2023–2017	2023–2017	2023–2017
الدول العربية	62	29	—	35	—	—	—	—	—	0.92
آسيا والمحيط الهادئ	12	12	—	6	62	92	83	77	96	0.94
أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى	11	4	—	—	—	—	—	—	97	0.99
أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي	51	21	—	8	72	86	91	90	94	1.02
شرق أفريقيا والجنوب الأفريقي	92	30	—	24	48	76	88	67	—	—
غرب ووسط أفريقيا	101	33	18	15	26	44	80	55	61	0.97
البلدان والأقاليم والمناطق الأخرى	2023–2000	2023–2006	2022–2004	2018	2022–2007	2022–2007	2022–2007	2023–2017	2023–2017	2023–2017
أفغانستان	62	29	—	35	—	—	—	—	—	0.56
ألبانيا	12	12	—	6	62	92	83	77	96	0.94
الجزائر	11	4	—	—	—	—	—	—	97	0.99
أنغولا	163	30	—	25	39	75	62	62	—	—
أنغيوا وبربودا	33	—	—	—	—	—	—	100	—	0.99
الأرجنتين	28	16	—	5	—	—	—	99	—	1.10
أرمينيا	13	5	—	5	62	96	83	75	100	0.99
أروبا	13	—	—	—	—	—	—	—	—	—
أستراليا	7	—	—	3	—	—	—	—	98	1.01
النمسا	4	—	—	4	—	—	—	—	98	1.00
أذربيجان	37	11	—	5	—	—	—	—	87	0.99
جزر البهاما	26	—	—	—	—	—	—	—	86	0.99
البحرين	9	—	—	—	87	93	92	79	97	1.00
بنغلاديش	68	51	—	23	64	77	94	86	82	1.15
بربادوس	48	29	—	—	—	—	—	—	99	1.00
بيلاروس	12	5	—	6	—	—	—	—	94	0.97
بلجيكا	4	0	—	5	—	—	—	—	99	1.00
بليز	51	34	—	8	—	—	—	—	94	0.99
بنن	84	28	9	15	32	52	66	58	55	0.91
بوتان	10	26	—	9	—	—	—	—	85	1.15
دولة بوليفيا المتعددة القوميات	71	20	—	18	—	—	—	—	89	1.01
البوسنة والهرسك	10	4	—	3	—	—	—	—	94	0.97
بوتسوانا	50	—	—	17	—	—	—	—	86	1.08
البرازيل	43	26	—	7	—	—	—	—	96	1.01
بروني دار السلام	9	—	—	—	—	—	—	—	99	1.01
بلغاريا	39	—	—	6	—	—	—	—	90	1.00
بورкина فاسو	93	51	56	11	20	32	91	62	46	1.14
بوروندي	58	19	—	22	40	72	88	60	59	1.06
كابو فيردي	40	8	—	11	—	—	—	—	83	0.99
كمبوديا	48	18	—	9	80	92	93	91	95	1.09
الكاميرون	105	30	1	22	35	55	74	67	53	0.93

النوع الاجتماعي والحقوق ورأس المال البشري

معدل الولادات لدى المراهقات لكل 1,000 فتاة في سن 15-19 عاماً	زواج الأطفال حتى سن 18 عاماً، نسبة مئوية.	انتشار تنشوية الأعضاء التناسلية الأنثوية (ختان الإناث) بين الفتيات بعمر يتراوح بين 15 و49 سنة، نسبة مئوية.	عنف الشريك الحميم، الأشهر الـ 12 السابقة، نسبة مئوية.	اتخاذ القرارات بشأن الصحة الجنسية والإنجابية، والحقوق الإنجابية، ونسبة مئوية.	اتخاذ القرارات بشأن الرعاية الصحية التي تتلقاها المرأة نفسها، نسبة مئوية.	اتخاذ القرارات بشأن استخدام وسائل تنظيم الأسرة، نسبة مئوية.	اتخاذ القرارات بشأن ممارسة العلاقة الحميمة، نسبة مئوية.	معدل القيد الصافي الإجمالي، المرحلة الدنيا من التعليم الثانوي، نسبة مئوية.	مؤشر التكافؤ بين الجنسين، معدل القيد الصافي الإجمالي، المرحلة العليا من التعليم الثانوي.
2023–2000	2023–2006	2022–2004	2018	2022–2007	2022–2007	2022–2007	2022–2007	2023–2017	2023–2017
5	—	—	3	—	—	—	—	100	—
184	61	22	21	—	—	—	—	43	0.68
138	61	34	16	27	47	81	63	41	0.72
16	—	—	6	—	—	—	—	99	0.99
6	3	—	8	—	—	—	—	—	—
1	—	—	3	—	—	—	—	99	0.97
0	—	—	—	—	—	—	—	90	0.97
47	23	—	12	—	—	—	—	96	1.01
74	21	—	8	21	47	71	47	87	1.02
111	27	—	—	27	41	87	71	70	0.94
26	17	—	7	—	—	—	—	95	1.01
96	26	37	16	25	43	82	67	43	1.01
7	—	—	4	—	—	—	—	99	—
47	29	—	5	—	—	—	—	92	1.00
18	—	—	—	—	—	—	—	99	—
6	—	—	3	—	—	—	—	100	—
7	—	—	4	—	—	—	—	98	1.00
1	0	—	—	—	—	—	—	—	—
109	29	—	36	31	47	85	74	—	—
1	1	—	3	—	—	—	—	99	1.00
21	7	90	—	—	—	—	—	49	0.86
50	—	—	—	—	—	—	—	81	0.95
77	32	—	10	77	88	92	93	89	1.01
52	22	—	8	87	100	92	95	99	1.02
50	16	87	15	—	—	—	—	95	1.00
50	20	—	6	—	—	—	—	—	—
176	30	—	29	—	—	—	—	—	—
76	41	83	—	—	—	—	—	59	0.86
6	—	—	4	—	—	—	—	98	1.00
87	2	—	18	49	72	89	74	—	—
72	40	65	27	38	82	90	46	50	0.99
31	4	—	23	62	86	84	77	89	0.81
3	0	—	8	—	—	—	—	98	1.00
6	—	—	5	—	—	—	—	100	1.00
58	—	—	—	—	—	—	—	—	—
23	—	—	—	—	—	—	—	—	—
100	13	—	22	48	60	90	86	64	1.03
65	23	73	10	19	49	87	45	80	1.18
22	14	—	3	82	95	98	88	99	—
6	—	—	—	—	—	—	—	99	1.01
63	16	2	10	52	82	90	72	91	0.99
7	—	—	5	—	—	—	—	98	1.00

النوع الاجتماعي والحقوق ورأس المال البشري

معدل الولادات لدى المراهقات لكل 1,000 فتاة في سن 15-19 عاماً	زواج الأطفال حتى سن 18 عاماً، نسبة مئوية	انتشار تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية (ختان الإثنتان) بين الفتيات بعمر يتراوح بين 15 و49 سنة، نسبة مئوية	عنف الشريك الحميم، الأشهر الـ 12 السابقة، نسبة مئوية	اتخاذ القرارات بشأن الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية، نسبة مئوية	اتخاذ القرارات بشأن الرعاية الصحية التي تتلقاها المرأة نفسها، نسبة مئوية	اتخاذ القرارات بشأن استخدام وسائل تنظيم الأسرة، نسبة مئوية	اتخاذ القرارات بشأن ممارسة العلاقة الحميمة نسبة مئوية	معدل القيد الصافي الإجمالي، المرحلة الدنيا من التعليم الثانوي، نسبة مئوية	مؤشر التكافؤ بين الجنسين، معدل القيد الصافي الإجمالي، المرحلة العليا من التعليم الثانوي	مؤشر التكافؤ بين الجنسين، معدل القيد الصافي الإجمالي، المرحلة العليا من التعليم الثانوي
2023–2000	2023–2006	2022–2004	2018	2022–2007	2022–2007	2022–2007	2022–2007	2023–2017	2023–2017	2023–2017
30	—	—	8	—	—	—	—	91	1.07	86
غرينادا	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—
غواتيمالا	35	—	—	—	—	—	—	—	—	—
غينيا	65	30	7	65	77	91	89	63	0.95	35
غينيا بيساو	128	47	21	15	41	76	40	47	0.78	27
غيانا	84	26	—	—	—	—	—	—	—	—
هايتي	65	32	11	71	92	90	83	83	1.04	62
هندوراس	55	15	12	57	76	93	79	—	—	—
هنغاريا	97	34	7	70	84	88	94	53	1.10	39
أيسلندا	19	—	6	—	—	—	—	95	1.00	87
الهند	3	—	3	—	—	—	—	99	1.00	85
إندونيسيا	11	23	18	66	82	92	83	85	1.01	57
جمهورية إيران الإسلامية	36	16	9	—	—	—	—	95	1.07	82
العراق	24	17	18	—	—	—	—	95	0.97	81
أيرلندا	70	28	7	—	—	—	—	—	—	—
إسرائيل	4	—	3	—	—	—	—	100	—	99
إيطاليا	7	—	6	—	—	—	—	97	1.00	95
جامايكا	3	—	4	—	—	—	—	99	1.00	95
اليابان	36	8	7	—	—	—	—	82	1.04	77
الأردن	2	—	4	—	—	—	—	100	—	98
كازاخستان	17	10	14	58	92	91	67	74	0.98	62
كينيا	20	7	6	—	—	—	—	98	1.00	70
كيريباس	44	13	23	65	87	92	77	—	—	—
الكويت	51	18	25	—	—	—	—	—	—	—
قيرغيزستان	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية	30	13	13	77	94	95	85	94	0.98	73
لاتفيا	83	33	8	—	—	—	—	66	1.01	46
لبنان	9	—	6	—	—	—	—	99	1.01	94
ليسوتو	17	6	—	—	—	—	—	—	—	—
ليبيريا	49	16	17	61	90	93	71	83	1.08	63
ليبيا	131	25	32	59	79	84	82	60	1.02	61
ليتوانيا	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—
لكسمبرغ	6	0	5	—	—	—	—	100	—	99
مدغشقر	3	—	4	—	—	—	—	96	1.00	85
ملاوي	143	39	—	72	87	93	88	65	1.02	31
ماليزيا	136	38	17	45	68	91	69	76	0.99	30
ملديف	6	—	—	—	—	—	—	89	1.03	67
مالي	5	2	13	6	89	84	70	96	1.06	55
مالطة	145	54	89	5	20	66	26	45	0.86	24
مارتينيك	10	—	4	—	—	—	—	98	0.99	90
موريتانيا	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—
موريشيوس	90	37	64	25	63	79	44	67	1.04	38
المكسيك	20	—	—	—	—	—	—	95	1.01	77
	44	21	10	—	—	—	—	92	1.03	69

تتبع التقدّم المُحرز نحو تحقيق أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية

النوع الاجتماعي والحقوق ورأس المال البشري

معدل الولادات لدى المراهقات لكل 1,000 فتاة في سن 15-19 عاماً	زواج الأطفال حتى سن 18 عاماً، نسبة مئوية.	انتشار تنشويه الأعضاء الأثوية التناسلية الأنثوية (ختان الإناث) بين الفتيات بعمر يتراوح بين 15 و49 سنة، نسبة مئوية.	عنف الشريك الحميم، الأثمة، السابقة، نسبة مئوية.	اتخاذ القرارات بشأن الصحة الجنسية والإنجابية، والحقوق الإنجابية، ونسبة مئوية.	اتخاذ القرارات بشأن الرعاية الصحية التي تتلقاها المرأة نفسها، نسبة مئوية.	اتخاذ القرارات بشأن استخدام وسائل تنظيم الأسرة، نسبة مئوية.	اتخاذ القرارات بشأن ممارسة العلاقة الحميمة نسبة مئوية.	معدل القيد الصافي الإجمالي، المرحلة الدنيا من التعليم الثانوي، نسبة مئوية.	مؤشر التكافؤ بين الجنسين، معدل القيد الصافي الإجمالي، المرحلة العليا من التعليم الثانوي.	مؤشر التكافؤ بين الجنسين، معدل القيد الصافي الإجمالي، المرحلة العليا من التعليم الثانوي.
2023–2000	2023–2006	2022–2004	2018	2022–2007	2022–2007	2022–2007	2022–2007	2023–2017	2023–2017	2023–2017
ولايات ميكرونيزيا الموحدة	33	—	21	—	—	—	—	83	1.03	62
منغوليا	21	12	12	—	84	85	80	96	1.02	88
الجبيل الأسود	9	6	4	—	—	—	—	98	0.98	87
المغرب	22	14	11	—	—	—	—	96	0.97	77
موزمبيق	158	53	16	—	77	49	85	59	0.93	42
ميانمار	36	16	11	—	85	67	81	88	1.07	63
ناميبيا	64	7	16	—	91	71	93	100	1.00	88
نيبال	71	35	11	—	72	63	91	96	0.94	81
هولندا	2	—	5	—	—	—	—	100	1.00	95
كاليدونيا الجديدة	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—
نيوزيلندا	11	—	4	—	—	—	—	98	1.00	95
نيكاراغوا	79	35	6	—	—	—	—	—	—	—
النيجر	150	76	13	2	21	7	35	25	0.96	10
نيجيريا	75	30	13	15	46	29	81	—	—	—
مقدونيا الشمالية	14	8	4	—	98	88	90	—	—	—
النرويج	1	0	4	—	—	—	—	100	1.00	95
عُمان	6	4	—	—	—	—	—	86	1.01	76
باكستان	41	18	16	—	85	52	55	72	0.82	51
بنما	62	26	8	—	89	79	95	88	1.02	57
بابوا غينيا الجديدة	68	27	31	—	84	57	76	69	0.93	43
باراغواي	72	22	6	—	—	—	—	82	1.01	73
بيرو	34	14	11	—	—	—	—	98	1.00	84
الفلبين	47	9	6	—	95	82	92	89	1.05	82
بولندا	6	—	3	—	—	—	—	97	1.00	96
البرتغال	6	—	4	—	—	—	—	100	1.00	100
بورتوريكو	13	—	—	—	—	—	—	94	1.04	86
قطر	5	4	—	—	—	—	—	98	1.00	90
جمهورية كوريا	0	—	8	—	—	—	—	100	1.00	96
جمهورية مولدوفا	27	12	9	—	96	73	79	100	—	85
ريونيون	15	—	—	—	—	—	—	—	—	—
رومانيا	34	7	7	—	—	—	—	89	0.99	77
الاتحاد الروسي	13	6	—	—	—	—	—	100	1.00	57
رواندا	31	6	24	—	83	61	76	91	1.06	56
سانت كيتس ونيفس	74	—	—	—	—	—	—	—	—	95
سانت لوسيا	24	24	—	—	—	—	—	87	1.09	76
سانت فنسنت وجزر غرينادين	37	—	—	—	—	—	—	98	—	97
ساموا	55	7	18	—	—	—	—	100	1.00	77
سان مارينو	1	—	—	—	—	—	—	94	0.99	40
سان تومي وبرينسيبي	86	28	18	—	69	46	78	—	—	—
المملكة العربية السعودية	8	—	—	—	—	—	—	99	1.00	99
السغال	67	31	12	25	27	6	81	38	1.18	19
صربيا	13	6	4	—	100	96	98	95	1.00	84
سيشيل	46	—	—	—	—	—	—	96	1.03	87
سيراليون	102	30	83	20	44	28	68	82	1.05	58

النوع الاجتماعي والحقوق ورأس المال البشري

معدل الولادات لدى المراهقات لكل 1,000 فتاة في سن 15-19 عاماً	زواج الأطفال حتى سن 18 عاماً، نسبة مئوية.	انتشار تنشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية (ختان الإناث) بين الفتيات بعمر 15 و 49 سنة، نسبة مئوية.	عنف الشريك الحميم، الأشهر الـ 12 السابقة، نسبة مئوية.	اتخاذ القرارات بشأن الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية، نسبة مئوية.	اتخاذ القرارات بشأن الرعاية الصحية التي تتلقاها المرأة نفسها، نسبة مئوية.	اتخاذ القرارات بشأن تنظيم الأسرة، نسبة مئوية.	اتخاذ القرارات بشأن ممارسة العلاقة الحميمة نسبة مئوية.	معدل القيد الصافي المرحلة الدنيا من التعليم الثانوي، نسبة مئوية.	مؤشر التكافؤ بين الجنسين، معدل القيد الصافي المرحلة العليا من التعليم الثانوي.	معدل القيد الصافي المرحلة العليا من التعليم الثانوي.	مؤشر التكافؤ بين الجنسين، معدل القيد الصافي المرحلة العليا من التعليم الثانوي.
البلدان والأقاليم والمناطق الأخرى	2023–2006	2022–2004	2018	2022–2007	2022–2007	2022–2007	2022–2007	2023–2017	2023–2017	2023–2017	2023–2017
سنغافورة	0	—	2	—	—	—	—	100	1.00	99	1.00
سانت مارتن (الجزء الهولندي)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
سلوفاكيا	26	—	6	—	—	—	—	97	1.00	91	1.00
سلوفينيا	3	—	3	—	—	—	—	99	1.00	97	1.01
جزر سليمان	78	21	28	—	—	—	—	—	—	—	—
الصومال	116	45	—	99	—	—	—	—	—	—	—
جنوب أفريقيا	71	4	13	61	94	85	72	92	1.01	91	1.11
جنوب السودان	158	52	27	—	—	—	—	—	—	—	—
إسبانيا	5	—	3	—	—	—	—	97	1.01	95	1.02
سري لانكا	17	10	4	—	—	—	—	97	1.01	86	1.08
دولة فلسطين	43	13	19	—	—	—	—	95	1.02	76	1.16
السودان	87	34	17	—	—	—	—	70	0.96	51	1.07
سورينام	46	36	8	—	—	—	—	—	—	—	—
السويد	2	—	6	—	—	—	—	100	1.00	97	1.00
سويسرا	1	—	2	—	—	—	—	100	1.00	92	0.99
الجمهورية العربية السورية	54	13	—	—	—	—	—	48	1.08	27	1.17
طاجيكستان	42	9	14	27	47	79	54	—	—	—	—
نابلدن	24	17	9	—	—	—	—	98	1.01	98	1.10
تيمور - ليشتي	42	15	28	36	93	92	40	87	1.09	74	1.10
توغو	79	25	13	30	47	84	75	82	0.95	46	0.77
تونغا	30	10	17	—	—	—	—	99	1.08	82	1.19
ترينيداد وتوباغو	36	4	8	—	—	—	—	—	—	67	0.99
تونس	4	2	10	—	—	—	—	—	—	—	—
تركيا	12	15	12	—	—	—	—	100	1.00	92	1.00
تركمانستان	22	6	—	59	85	90	70	99	1.01	83	1.00
جزر تركس وكايكوس	18	23	—	—	—	—	—	87	0.86	85	0.76
توفالو	44	2	20	—	—	—	—	93	1.06	56	1.25
أوغندا	111	34	26	58	74	88	86	51	0.98	25	0.83
أوكرانيا	13	9	9	81	98	95	86	89	1.01	78	1.07
الإمارات العربية المتحدة	3	—	—	—	—	—	—	—	—	73	1.36
المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية	8	0	4	—	—	—	—	97	1.00	95	1.02
جمهورية تنزانيا المتحدة	112	29	8	24	50	74	68	49	1.07	16	0.86
الولايات المتحدة الأمريكية	14	—	6	—	—	—	—	99	1.01	95	1.03
جزر فرجن التابعة للولايات المتحدة	25	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
أوروغواي	27	25	4	—	—	—	—	97	1.02	90	1.06
أوزبكستان	36	3	—	70	89	90	85	100	1.00	73	1.01
فانواتو	81	21	29	—	—	—	—	95	0.95	75	1.06
جمهورية فنزويلا البوليفارية	76	—	9	—	—	—	—	83	1.03	72	1.12
فيتيت نام	29	15	10	—	—	—	—	98	1.02	95	0.93
الصحراء الغربية	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
اليمن	77	30	—	19	—	—	—	—	—	—	—
زامبيا	135	29	28	47	81	87	64	—	—	—	—
زيمبابوي	87	34	18	60	87	93	72	77	—	37	—

تتبع التقدم المحرز نحو تحقيق أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية

النوع الاجتماعي والحقوق ورأس المال البشري

ملاحظات

– لا تتوفر بيانات.

¹ في 29 تشرين الثاني (نوفمبر) 2012، اتخذت الجمعية العامة للأمم المتحدة القرار 19/67، الذي منح فلسطين "مركز دولة غير عضو لها صفة المراقب في الأمم المتحدة..."

تعريفات المؤشرات

معدل الولادات لدى المراهقات: عدد الولادات لكل 1,000 فتاة مراقبة في سن 15–19 عاماً (المؤشر 3-2 لأهداف التنمية المستدامة).

زواج الأطفال حتى سن 18: نسبة النساء البالغات 20 إلى 24 عاماً اللاتي تزوجن أو اقترن قبل سن 18. (مؤشر هدف التنمية المستدامة رقم 5-3).

انتشار تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية (ختان الإناث) بين الفتيات بعمر يتراوح بين 15 و49: نسبة النساء بعمر يتراوح بين 15 و49 سنة ممن تعرضن لتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية (ختان الإناث) (المؤشر 5-3 لأهداف التنمية المستدامة)

عنف الشريك الحميم، الأشهر الـ 12 السابقة: النسبة المئوية للنساء والفتيات في سن 15-49 اللاتي سبق لهن الاقتران بشركاء وتعرضن لعنف بدني و/أو جنسي ناتج عن الشريك في الأشهر الـ 12 السابقة (مؤشر التنمية المستدامة 5-1).

اتخاذ القرارات بشأن الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية: النسبة المئوية للنساء في سن 15 و49 عاماً ممن هن متزوجات أو مقترنات ويتخذن قراراتهن بأنفسهن في المجالات الثلاثة: الرعاية الصحية التي يتلقينها، واستخدام وسائل منع الحمل، والجماع مع شريكهن مؤشر هدف التنمية المستدامة رقم 5-6-1).

اتخاذ القرارات بشأن الرعاية الصحية التي تتلقاها النساء: النسبة المئوية للنساء في سن 15 إلى 5 عاماً اللواتي تزوجن (أو اقترن) ويتخذن قراراتهن بأنفسهن بشأن الرعاية الصحية التي يتلقينها (المؤشر 49 لأهداف التنمية المستدامة).

اتخاذ القرارات بشأن استخدام وسائل تنظيم الأسرة: النسبة المئوية للنساء في سن 15 إلى 49 عاماً اللواتي تزوجن (أو اقترن) ويتخذن قراراتهن بأنفسهن بشأن استخدام وسائل منع الحمل (المؤشر 5-6-1 لأهداف التنمية المستدامة).

اتخاذ القرارات بشأن ممارسة العلاقة الحميمة: النسبة المئوية للنساء في سن يتراوح بين 15 و49 عاماً اللواتي تزوجن (أو اقترن) ويتخذن قراراتهن بأنفسهن بشأن ممارسة الجماع مع شريكهن (المؤشر 5-6-1 لأهداف التنمية المستدامة).

معدل القيد الصافي الإجمالي، المرحلة الدنيا من التعليم الثانوي: إجمالي عدد الطلاب من الفئة العمرية الرسمية للمرحلة الدنيا من التعليم الثانوي الملتحقين بأي مستوى تعليمي، مُعزراً عنه كنسبة مئوية من عدد السكان المقابل لهذه الفئة العمرية.

مؤشر التكافؤ بين الجنسين، معدل القيد الصافي الإجمالي، المرحلة الدنيا من التعليم الثانوي: نسبة قيم الإناث إلى الذكور من إجمالي معدل القيد الصافي الإجمالي في المرحلة الدنيا من التعليم الثانوي.

معدل القيد الصافي الإجمالي، المرحلة العليا من التعليم الثانوي: إجمالي عدد الطلاب من الفئة العمرية الرسمية للمرحلة العليا من التعليم الثانوي الملتحقين بأي مستوى تعليمي، مُعزراً عنه كنسبة مئوية من عدد السكان المقابل لهذه الفئة العمرية.

مؤشر التكافؤ بين الجنسين، معدل القيد الصافي الإجمالي، المرحلة العليا من التعليم الثانوي: نسبة قيم الإناث إلى الذكور من معدل القيد الصافي الإجمالي في المرحلة العليا من التعليم الثانوي.

مصادر البيانات الرئيسية

معدل الولادات لدى المراهقات: شعبة السكان التابعة للأمم المتحدة، 2024. إن المجاميع الإقليمية مستمدة من تقرير التوقعات السكانية في العالم 2022: شعبة السكان التابعة للأمم المتحدة، 2022.

زواج الأطفال حتى سن 18: اليونيسف، 2024. جرى احتساب المجاميع الإقليمية من قبل صندوق الأمم المتحدة للسكان استناداً إلى بيانات من اليونيسف.

انتشار تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية (ختان الإناث) بين الفتيات بعمر يتراوح بين 15 و49: اليونيسف، 2024. جرى احتساب المجاميع الإقليمية من قبل صندوق الأمم المتحدة للسكان استناداً إلى بيانات من اليونيسف.

عنف الشريك الحميم، الأشهر الـ 12 السابقة: الفريق المشترك بين الوكالات المعني بتقديرات وبيانات العنف ضد المرأة (منظمة الصحة العالمية، وهيئة الأمم المتحدة للمرأة، واليونيسف، وشعبة الإحصاءات التابعة للأمم المتحدة، ومكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، وصندوق الأمم المتحدة للسكان)، 2021.

اتخاذ القرارات بشأن الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية: صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2024.

اتخاذ القرارات بشأن الرعاية الصحية التي تتلقاها النساء: صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2024.

اتخاذ القرارات بشأن استخدام وسائل تنظيم الأسرة: صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2024.

اتخاذ القرارات بشأن ممارسة العلاقة الحميمة: صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2024.

معدل القيد الصافي الإجمالي، المرحلة الدنيا من التعليم الثانوي: معهد اليونسكو للإحصاء، 2024.

مؤشر التكافؤ بين الجنسين، معدل القيد الصافي الإجمالي، المرحلة الدنيا من التعليم الثانوي: معهد اليونسكو للإحصاء، 2024.

معدل القيد الصافي الإجمالي، المرحلة العليا من التعليم الثانوي: معهد اليونسكو للإحصاء، 2024.

مؤشر التكافؤ بين الجنسين، معدل القيد الصافي الإجمالي، المرحلة العليا من التعليم الثانوي: معهد اليونسكو للإحصاء، 2024.

المؤشرات الديمغرافية

العمر المتوقع		الخصوبة	التركيبة السكانية					التغير في عدد السكان	السكان
العمر المتوقع عند الولادة، سنوات، 2024		المعدل الكلي للخصوبة، لكل امرأة.	السكان بعمر 65 عاماً وما فوق، نسبة مئوية.	السكان من الفئة العمرية 15-64 عاماً، نسبة مئوية.	السكان من الفئة العمرية 10 إلى 24 عاماً، نسبة مئوية.	السكان من الفئة العمرية 10 إلى 19 عاماً، نسبة مئوية.	السكان من الفئة العمرية 0-14 عاماً، نسبة مئوية.	زمن التضخاغ السنوي لعدد السكان، السنوات.	عدد السكان الإجمالي، بالملايين.
female	male	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024
76	71	2.3	10	65	24	16	25	77	8,119
83	78	1.5	21	64	17	11	16	—	1,277
75	70	2.4	8	65	25	17	26	66	6,842
69	64	3.8	4	58	31	22	38	31	1,178
مناطق صندوق الأمم المتحدة للسكان									
75	70	3.0	5	63	28	20	32	39	476
77	72	1.9	10	68	23	16	22	108	4,204
79	72	2.1	11	66	21	15	23	71	250
79	73	1.8	10	68	24	16	23	94	666
67	62	4.1	3	56	32	23	40	28	688
59	57	4.8	3	55	33	23	42	28	516
البلدان والأقاليم والمناطق الأخرى									
female	male	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024
68	62	4.3	2	55	34	24	43	26	43.4
82	78	1.4	18	66	18	12	16	—	2.8
79	76	2.7	7	63	24	17	30	49	46.3
66	61	5.0	3	53	32	24	45	23	37.8
82	77	1.6	12	71	20	13	18	127	0.1
81	75	1.9	12	65	23	16	22	113	46.1
80	71	1.6	14	65	19	13	20	—	2.8
80	74	1.2	18	67	19	13	15	—	0.1
86	82	1.6	18	65	18	12	18	71	26.7
85	81	1.5	21	65	15	10	14	—	9.0
77	71	1.6	8	70	22	16	22	—	10.5
78	71	1.4	10	72	23	14	18	111	0.4
82	80	1.8	4	76	18	13	20	79	1.5
77	72	1.9	6	68	27	18	25	70	174.7
80	76	1.6	17	66	19	12	16	—	0.3
80	70	1.5	18	65	17	12	16	—	9.5
85	81	1.6	20	63	17	12	16	—	11.7
78	72	2.0	5	68	28	18	27	50	0.4
63	60	4.7	3	55	31	23	42	26	14.1
75	71	1.4	7	73	26	17	21	111	0.8
72	66	2.5	5	65	29	20	30	49	12.6
80	76	1.3	19	66	16	10	15	—	3.2
69	64	2.7	4	64	28	20	32	43	2.7
79	73	1.6	11	70	21	14	20	127	217.6
77	73	1.7	7	72	22	15	21	97	0.5
79	73	1.6	22	64	15	10	14	—	6.6
63	59	4.5	3	55	34	24	43	28	23.8
65	61	4.8	3	53	34	26	44	26	13.6
81	73	1.9	6	69	26	18	25	72	0.6
74	69	2.3	6	65	27	19	28	68	17.1
64	61	4.2	3	56	32	23	42	27	29.4

المؤشرات الديمغرافية

العمر المتوقع		الخصوبة	التركيبة السكانية					التغير في عدد السكان	السكان
العمر المتوقع عند الولادة، سنوات، 2024		المعدل الكلي للخصوبة، لكل امرأة.	السكان بعمر 65 عاماً وما فوق، نسبة مئوية.	السكان من الفئة العمرية 15–64 عاماً، نسبة مئوية.	السكان من الفئة العمرية 10 إلى 24 عاماً، نسبة مئوية.	السكان من الفئة العمرية 10 إلى 19 عاماً، نسبة مئوية.	السكان من الفئة العمرية 0–14 عاماً، نسبة مئوية.	زمن التضاعف السنوي لعدد السكان، السنوات.	عدد السكان الإجمالي، بالملايين.
female	male	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024
85	81	1.5	20	65	17	11	15	84	39.1
58	54	5.7	3	50	37	26	48	23	5.9
56	52	6.0	2	51	33	24	47	23	18.8
84	79	1.5	14	68	19	12	18	—	19.7
82	76	1.2	15	69	18	12	16	—	1,425.2
89	83	0.8	22	66	12	8	12	—	7.5
88	83	1.2	14	71	13	8	15	55	0.7
81	75	1.7	10	69	22	14	21	—	52.3
68	63	3.8	4	58	30	21	37	39	0.9
65	62	4.0	3	57	32	24	40	31	6.2
83	78	1.5	12	69	21	14	19	107	5.2
62	59	4.2	2	57	33	24	41	28	29.6
82	77	1.4	23	63	15	10	14	—	4.0
81	76	1.5	16	68	17	11	15	—	11.2
81	73	1.6	16	67	20	12	17	—	0.2
84	80	1.3	16	69	16	10	16	107	1.3
83	77	1.7	21	64	16	11	16	—	10.5
76	71	1.8	13	69	19	12	19	—	26.2
63	59	6.0	3	51	32	23	46	21	105.6
84	80	1.7	21	63	17	11	16	—	5.9
67	62	2.7	5	66	29	19	30	50	1.2
78	71	1.6	10	71	22	14	19	—	0.1
78	71	2.2	8	66	26	17	27	79	11.4
81	76	2.0	8	67	26	17	25	68	18.4
75	70	2.8	5	63	28	20	32	44	114.5
78	69	1.8	9	67	27	17	25	—	6.4
64	61	4.0	3	59	29	22	38	30	1.8
71	67	3.6	4	58	35	25	38	37	3.8
83	75	1.7	21	63	16	11	16	—	1.3
65	58	2.7	4	62	31	22	34	67	1.2
70	64	3.9	3	58	32	23	39	28	129.7
71	67	2.4	6	66	26	18	28	97	0.9
85	80	1.4	24	61	17	11	15	—	5.5
86	81	1.8	22	61	18	12	17	—	64.9
81	75	3.4	6	62	27	18	32	29	0.3
86	82	1.7	11	69	22	15	20	88	0.3
70	65	3.3	4	60	29	21	36	36	2.5
66	63	4.4	2	55	34	24	42	29	2.8
79	69	2.0	15	64	19	13	21	—	3.7
85	80	1.5	23	63	14	9	14	—	83.3
68	63	3.4	4	60	31	22	36	36	34.8
85	80	1.4	24	63	16	10	13	—	10.3
79	73	2.0	11	66	22	15	24	129	0.1

العمر المتوقع		الخصوبة	التركيبة السكانية					التغير في عدد السكان	السكان
العمر المتوقع عند الولادة، سنوات، 2024		المعدل الكلي للخصوبة، لكل امرأة.	السكان بغير 65 عاماً وما فوق، نسبة مئوية.	السكان من الفئة العمرية 15-64 عاماً، نسبة مئوية.	السكان من الفئة العمرية 10 إلى 24 عاماً، نسبة مئوية.	السكان من الفئة العمرية 10 إلى 19 عاماً، نسبة مئوية.	السكان من الفئة العمرية 0-14 عاماً، نسبة مئوية.	زمن التضخاغ السنوي لعدد السكان، السنوات.	عدد السكان الإجمالي، بالملايين.
female	male	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024
87	80	2.0	21	61	20	13	18	—	0.4
82	75	2.5	13	62	25	17	26	105	0.2
77	71	2.3	5	64	31	21	31	46	18.4
62	59	4.1	3	56	33	23	41	29	14.5
64	60	3.8	3	58	33	24	39	32	2.2
73	66	2.3	7	65	27	18	28	101	0.8
68	62	2.7	5	64	29	20	31	58	11.9
76	71	2.3	5	66	29	19	29	45	10.8
80	74	1.6	20	65	16	10	14	—	10.0
85	82	1.7	16	66	19	13	18	111	0.4
74	71	2.0	7	68	26	17	24	77	1,441.7
73	69	2.1	7	68	25	17	25	87	279.8
80	75	1.7	8	69	21	15	23	101	89.8
74	70	3.3	3	60	32	22	37	32	46.5
85	81	1.8	16	65	20	14	19	111	5.1
85	82	2.9	12	60	24	17	28	47	9.3
86	82	1.3	25	63	14	9	12	—	58.7
75	70	1.3	8	73	23	15	19	—	2.8
88	82	1.3	30	58	13	9	11	—	122.6
79	75	2.7	4	65	29	20	31	—	11.4
76	68	3.0	8	62	23	17	29	60	19.8
67	62	3.2	3	60	33	23	37	35	56.2
70	66	3.2	4	60	29	21	36	42	0.1
83	79	2.0	6	75	19	14	19	78	4.3
76	68	2.9	5	61	27	20	34	46	6.8
72	67	2.4	5	65	28	19	30	52	7.7
80	72	1.6	23	62	15	11	15	—	1.8
82	78	2.0	11	62	27	20	27	—	5.2
58	52	2.9	4	62	30	21	34	64	2.4
64	61	3.9	3	57	34	24	40	32	5.5
77	70	2.3	5	68	28	19	27	65	7.0
81	73	1.6	22	63	15	10	15	—	2.7
85	81	1.4	16	69	16	11	16	69	0.7
70	65	3.7	3	58	32	22	38	29	31.1
69	62	3.7	3	56	35	25	42	27	21.5
79	74	1.8	8	70	23	15	22	67	34.7
82	81	1.7	5	73	19	13	22	—	0.5
62	60	5.7	2	51	34	25	47	23	24.0
86	82	1.2	20	67	13	8	13	—	0.5
86	81	1.9	24	60	18	12	15	—	0.4
69	65	4.2	3	56	33	24	41	26	5.0
79	73	1.4	14	70	20	12	16	—	1.3
79	72	1.8	9	68	25	17	24	97	129.4
76	68	2.6	7	64	30	20	30	74	0.1

المؤشرات الديمغرافية

العمر المتوقع		الخصوبة المعدل الكلي للخصوبة، لكل امراة.	السكان بعمر 65 عاماً وما فوق، نسبة مئوية.	التركيبة السكانية				التغير في عدد السكان زمن التضاعف السنوي لعدد السكان، السنوات.	السكان عدد السكان الإجمالي، بالملايين.
العمر المتوقع عند الولادة، سنوات، 2024	السكان من الفئة العمرية 15-64 عاماً، نسبة مئوية.			السكان من الفئة العمرية 10 إلى 24 عاماً، نسبة مئوية.	السكان من الفئة العمرية 10 إلى 19 عاماً، نسبة مئوية.	السكان من الفئة العمرية 0-14 عاماً، نسبة مئوية.			
female	male	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024
78	69	2.7	5	63	25	18	32	53	3.5
81	75	1.7	17	65	18	12	18	—	0.6
78	73	2.2	8	66	25	17	26	72	38.2
65	60	4.4	3	54	33	24	43	25	34.9
71	65	2.1	7	69	24	16	24	100	55.0
68	60	3.2	4	60	30	21	36	41	2.6
73	69	2.0	6	66	29	19	28	64	31.2
84	81	1.6	21	64	17	11	15	—	17.7
85	78	2.0	12	67	22	15	22	70	0.3
85	82	1.7	17	65	19	13	18	89	5.3
78	72	2.2	6	65	28	19	29	52	7.1
65	63	6.6	2	49	33	24	49	18	28.2
55	54	5.0	3	55	33	23	42	29	229.2
80	76	1.4	16	69	17	11	16	—	2.1
85	82	1.5	19	65	18	12	16	95	5.5
81	78	2.5	3	70	21	15	27	48	4.7
70	65	3.3	4	60	32	22	36	36	245.2
82	76	2.3	9	65	24	17	26	53	4.5
69	64	3.1	3	63	30	21	34	39	10.5
77	71	2.4	7	65	26	18	28	57	6.9
79	75	2.1	9	66	25	17	25	73	34.7
74	70	2.7	6	65	28	19	30	47	119.1
82	75	1.5	19	66	16	10	15	—	40.2
85	80	1.4	24	63	15	10	13	—	10.2
84	76	1.3	24	63	17	10	13	—	3.3
83	81	1.8	2	83	13	10	15	93	2.7
87	81	0.9	19	70	14	9	11	—	51.7
76	67	1.8	13	67	18	12	19	—	3.3
86	80	2.2	14	64	23	15	22	92	1.0
81	74	1.7	19	65	16	11	16	—	19.6
79	70	1.5	17	66	17	12	17	—	144.0
70	65	3.6	3	59	32	23	38	31	14.4
76	69	1.5	11	70	20	13	19	—	0.0
78	71	1.4	10	73	20	13	17	—	0.2
77	71	1.8	11	67	22	15	21	—	0.1
76	70	3.8	5	57	30	22	37	48	0.2
85	82	1.2	21	67	16	10	12	—	0.03
72	66	3.6	4	58	34	24	38	36	0.2
80	77	2.3	3	71	23	16	25	50	37.5
73	67	4.2	3	56	33	23	41	27	18.2
80	74	1.5	21	65	15	10	15	—	7.1
80	72	2.3	9	68	21	14	23	128	0.1
63	60	3.7	3	59	33	23	38	33	9.0
87	82	1.1	17	71	13	8	12	112	6.1

العمر المتوقع		الخصوبة المعدل الكلي للخصوبة، لكل امرأة.	السكان بغير 65 عاماً وما فوق، نسبة مئوية.	التركيبة السكانية				التغير في عدد السكان زمن التضاعف السنوي لعدد السكان، السنوات.	السكان عدد السكان الإجمالي، بالملايين.
العمر المتوقع عند الولادة، سنوات، 2024	السكان من الفئة العمرية 15-64 عاماً، نسبة مئوية.			السكان من الفئة العمرية 10 إلى 24 عاماً، نسبة مئوية.	السكان من الفئة العمرية 10 إلى 19 عاماً، نسبة مئوية.	السكان من الفئة العمرية 0-14 عاماً، نسبة مئوية.			
female	male	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024
79	73	1.6	13	77	24	12	10	—	0.0
82	75	1.6	18	67	16	10	16	—	5.7
85	80	1.6	22	63	15	10	15	—	2.1
73	69	3.8	4	58	31	22	39	32	0.8
60	56	6.0	3	51	33	24	47	23	18.7
70	64	2.3	6	66	25	18	28	64	61.0
59	56	4.1	3	55	38	28	42	41	11.3
87	82	1.3	21	66	16	10	13	—	47.5
81	73	1.9	12	66	23	16	22	—	21.9
78	74	3.3	4	58	32	22	38	30	5.5
69	64	4.3	4	56	31	22	40	27	49.4
76	70	2.3	8	66	26	17	26	79	0.6
85	82	1.7	21	62	18	12	17	121	10.7
86	83	1.5	20	65	15	10	15	113	8.9
76	69	2.6	5	67	35	23	28	15	24.3
74	69	3.1	4	60	29	21	36	38	10.3
84	76	1.3	17	68	17	11	15	—	71.9
71	68	2.9	5	61	33	22	34	50	1.4
63	61	4.1	3	57	32	23	39	31	9.3
74	69	3.1	6	60	31	22	34	83	0.1
78	72	1.6	12	69	19	13	18	—	1.5
80	74	2.0	10	66	22	15	24	84	12.6
82	76	1.9	9	68	22	15	23	137	86.3
73	66	2.6	6	64	26	18	31	57	6.6
79	73	1.6	11	73	16	11	17	87	0.0
70	61	3.1	7	61	27	19	32	95	0.0
66	62	4.2	2	54	35	25	44	26	49.9
80	70	1.3	20	65	15	12	15	25	37.9
83	79	1.4	2	83	14	9	15	90	9.6
84	81	1.6	20	63	18	12	17	—	68.0
70	66	4.5	3	54	33	23	43	24	69.4
82	77	1.7	18	65	19	13	17	132	341.8
82	71	2.1	21	60	18	13	19	—	0.1
82	75	1.5	16	66	21	14	18	—	3.4
75	69	2.7	6	64	24	17	30	50	35.7
73	69	3.6	4	58	31	22	39	30	0.3
77	69	2.1	9	65	28	19	26	37	29.4
80	70	1.9	10	68	21	14	22	111	99.5
74	70	2.2	6	70	22	15	24	38	0.6
70	63	3.6	3	59	32	23	39	31	35.2
66	61	4.1	2	56	34	24	42	26	21.1
65	59	3.3	3	57	34	24	40	33	17.0

ملاحظات

– بيانات غير متوافرة

- 1 للأغراض الإحصائية، لا تشمل البيانات المتعلقة بهولندا هذه المنطقة.
- 2 تشمل جزيرة كرستماس، وجُزر كوكوس (كيلينغ)، وجزيرة نورفولك.
- 3 تشمل ناغورنو كاراباخ.
- 4 للأغراض الإحصائية، لا تشمل البيانات عن الصين منطقتي هونغ كونغ وماكاو الإداريتين الخاصتين التابعتين للصين، ولا مقاطعة تايوان الصينية.
- 5 اعتباراً من 1 تموز (يوليو) 1997، أصبحت هونغ كونغ منطقة إدارية صينية خاصة. للأغراض الإحصائية، لا تشمل البيانات المتعلقة بالصين هذه المنطقة.
- 6 اعتباراً من 20 كانون الأول (ديسمبر) 1999، أصبحت ماكاو منطقة إدارية صينية خاصة. للأغراض الإحصائية، لا تشمل البيانات المتعلقة بالصين هذه المنطقة.
- 7 تشير إلى البلد بأكمله.
- 8 للأغراض الإحصائية، لا تشمل البيانات المتعلقة بالدانمرك جزر فايرو وغرينلاند.
- 9 تشمل جزر آلاند.
- 10 للأغراض الإحصائية، لا تشمل البيانات المتعلقة بفرنسا غيانا الفرنسية، وبولينيزيا الفرنسية، وغوادالوب، ومارتينيك، ومايوت، وكاليدونيا الجديدة، وريونيون، وسان بيير وميكلون، وسان بارثليمي، وسان مارتن (الجزء الفرنسي) وجزر اليس وفوتونا.
- 11 للأغراض الإحصائية، لا تشمل البيانات المتعلقة بفرنسا هذه المنطقة.
- 12 تشمل أبخازيا وجنوب أوسيتيا.
- 13 للأغراض الإحصائية، لا تشمل البيانات المتعلقة بالولايات المتحدة الأمريكية هذه المنطقة.
- 14 تشمل صباح وسراوق.
- 15 تشمل أغاليجا، ورودريغيس، وسانت براندون.
- 16 للأغراض الإحصائية، لا تشمل البيانات المتعلقة بهولندا أروبا، وبونير وسانت يوستاشيوس وسابا، وكوراساو، وسانت مارتن (الجزء الهولندي).
- 17 للأغراض الإحصائية، لا تشمل البيانات المتعلقة بنيوزيلندا جزر كوك أو نيوي أو توكيلاو.
- 18 تشمل جزر سفالبارد وجان ماين.
- 19 تشمل ترانسنيستريا.
- 20 تشمل كوسوفو.
- 21 تشمل جزر الكناري، ومدينتي سبتة ومليلة.
- 22 تشمل القدس الشرقية.
- 23 تشير إلى إقليم البلد في وقت التعداد السكاني لعام 2001.
- 24 تشير إلى المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية. للأغراض الإحصائية، لا تشمل البيانات المتعلقة بالمملكة المتحدة أنغويلا، وبرمودا، وجزر فرجن البريطانية، وجزر كايمان، وجزر القناة، وجزر فوكلاند (مالفيناس)، وجبل طارق، وجزيرة مان، ومونتسيرات، وسانت هيلانة، وجزر تركس وكايكوس.
- 25 تشمل زنجبار.
- 26 للأغراض الإحصائية، لا تشمل البيانات المتعلقة بالولايات المتحدة الأمريكية ساموا الأمريكية، وغوام، وجزر ماريانا الشمالية، وبورتوريكو، وجزر فرجن التابعة للولايات المتحدة.

تعريفات المؤشرات

إجمالي عدد السكان: الحجم التقديري لتعدادات المجموعات السكانية الوطنية في منتصف السنة.

زمن التضاغط السنوي لعدد السكان، السنوات: عدد السنوات اللازمة لكي يتضاعف عدد السكان الإجمالي إذا بقي المعدل السنوي للتغير في عدد السكان مستقراً. وهو يُحسب على النحو التالي $\ln(2)/r$ حيث يكون r هو المعدل السنوي للنمو السكاني. ويُحسب زمن التضاغط فقط بالنسبة إلى المجموعات السكانية السريعة النمو التي تتجاوز معدلات نموها 0.5 بالمائة.

السكان من الفئة العمرية 0–14 عاماً، نسبة مئوية: نسبة السكان من الفئة العمرية 0 إلى 14 عاماً.

السكان من الفئة العمرية 10 إلى 19 عاماً، نسبة مئوية: نسبة السكان من الفئة العمرية 10 إلى 19 عاماً.

السكان من الفئة العمرية 10 إلى 24 عاماً، نسبة مئوية: نسبة السكان من الفئة العمرية 10 إلى 24 عاماً.

السكان من الفئة العمرية 15–64 عاماً، نسبة مئوية: نسبة السكان من الفئة العمرية 15 إلى 64 عاماً.

السكان بغير 65 عاماً وما فوق، نسبة مئوية: نسبة السكان بغير 65 عاماً وما فوق.

المعدل الكلي للخصوبة: عدد الأطفال الذين يُفترض أن يولدوا لكل امرأة إذا عاشت حتى نهاية سنوات الإنجاب وأنجبت عدداً من الأطفال في كلِّ عمرٍ بحيث يتوافق مع المعدلات السائدة للخصوبة حسب العمر.

العمر المتوقع عند الولادة: عدد السنوات التي يُتَوَقَّع أن يعيشها المواليد الجدد في ما لو تعرَّضوا إلى أخطار الوفاة السائدة في شريحة السكان في وقت ولادتهم.

مصادر البيانات الرئيسية

إجمالي عدد السكان: التوقعات السكانية في العالم 2022. شعبة السكان التابعة للأمم المتحدة، 2022.

زمن التضاغط السنوي لعدد السكان، السنوات: التوقعات السكانية في العالم 2022. شعبة السكان التابعة للأمم المتحدة، 2022.

السكان من الفئة العمرية 0 إلى 14 عاماً، نسبة مئوية: حسابات صندوق الأمم المتحدة للسكان، بناءً على تقرير التوقعات السكانية في العالم 2022: شعبة السكان التابعة للأمم المتحدة، 2022.

السكان من الفئة العمرية 10 إلى 19 عاماً، نسبة مئوية: حسابات صندوق الأمم المتحدة للسكان، بناءً على تقرير التوقعات السكانية في العالم 2022: شعبة السكان التابعة للأمم المتحدة، 2022.

السكان من الفئة العمرية 10 إلى 24 عاماً، نسبة مئوية: حسابات صندوق الأمم المتحدة للسكان، بناءً على تقرير التوقعات السكانية في العالم 2022: شعبة السكان التابعة للأمم المتحدة، 2022.

السكان من الفئة العمرية 15–64 عاماً، نسبة مئوية: حسابات صندوق الأمم المتحدة للسكان، بناءً على تقرير التوقعات السكانية في العالم 2022: شعبة السكان التابعة للأمم المتحدة، 2022.

السكان بغير 65 عاماً وما فوق، نسبة مئوية: حسابات صندوق الأمم المتحدة للسكان، بناءً على تقرير التوقعات السكانية في العالم 2022. شعبة السكان التابعة للأمم المتحدة، 2022.

المعدل الكلي للخصوبة: التوقعات السكانية في العالم 2022. شعبة السكان التابعة للأمم المتحدة، 2022.

العمر المتوقع عند الولادة: التوقعات السكانية في العالم 2022. شعبة السكان التابعة للأمم المتحدة، 2022.

الملاحظات التقنية

تتضمن الجداول الإحصائية الواردة في تقرير حالة سكان العالم لعام 2024 مؤشرات تنفيذ في تتبّع التقدّم المحرّز نحو تحقيق الأهداف المرجوة من إطار إجراءات متابعة برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية وأهداف التنمية المستدامة فيما يتعلق بمجالات صحة الأمهات، والحصول على التعليم، وإعمال الصحة الإنجابية والجنسية. إضافة إلى ذلك، تشمل هذه الجداول مجموعة متنوعة من المؤشرات الديمغرافية. وتدعم الجداول الإحصائية تركيز صندوق الأمم المتحدة للسكان على التقدّم المحرّز والنتائج المحقّقة نحو بلوغ عالم يكون فيه كل حمل مرغوباً فيه، وكل ولادة مأمونة ويحقق فيه كل الشباب كامل إمكاناتهم.

قد تلجأ السلطات الوطنية والمنظمات الدولية المختلفة إلى تطبيق منهجيات مختلفة في جمع البيانات أو استقرانها أو تحليلها. أما صندوق الأمم المتحدة للسكان، فيعتمد على المنهجيات المؤخّدة المُتبّعة لدى المصادر الرئيسية للبيانات من أجل تسهيل مقارنة البيانات دولياً. ولهذا السبب، قد تبدو البيانات الواردة في هذه الجداول مختلفة أحياناً عن البيانات الصادرة عن السلطات الوطنية. علاوةً على ذلك، إن البيانات الواردة في الجداول لا يمكن مقارنتها مع البيانات التي وردت في تقرير حالة سكان العالم للعام الماضي بسبب التحديثات التي طرأت على التصنيفات الإقليمية إضافةً إلى التحديثات المنهجية وتنقيحات السلاسل الزمنية.

تعتمد الجداول الإحصائية على دراسات استقصائية تمثّل الأسر المعيشية على الصعيد الوطني، مثل الدراسات الاستقصائية الديمغرافية والصحية، والدراسات الاستقصائية العنقودية المتعددة المؤشرات، والتقديرات الصادرة عن منظمات الأمم المتحدة، والتقديرات المشتركة بين الوكالات. وتشمل أيضاً أحدث التقديرات والتوقعات السكانية المستمدة من تقرير التوقعات السكانية في العالم الآتي: تنقيح عام 2022، والتقديرات والتوقعات القائمة على النماذج لمؤشرات تنظيم الأسرة لعام 2022 (إدارة الشؤون الاجتماعية والاقتصادية لدى الأمم المتحدة، شعبة السكان). تتوافق البيانات مع التعريفات والمصادر والملاحظات. إنّ الجداول الإحصائية الواردة في تقرير حالة سكان العالم لعام 2024 تعكس عموماً المعلومات المتاحة حتى آذار (مارس) 2024.

تتبّع التقدّم المحرّز نحو تحقيق أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية

الصحة الجنسية والإنجابية

نسبة وفيات الأمهات: المصدر: تقديرات الفريق المشترك بين وكالات الأمم المتحدة المعني بتقدير وفيات الأمهات (منظمة الصحة العالمية، واليونيسف، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، والبنك الدولي، وشعبة السكان التابعة للأمم المتحدة)، 2023. يعرض هذا المؤشر عدد وفيات الأمهات خلال فترة زمنية معينة لكل 100,000 مولود حي خلال الفترة الزمنية نفسها. ويجري استعراض التقديرات والمنهجيات بانتظام من جانب الفريق المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأمهات وغيره من الوكالات والمؤسسات الأكاديمية، ويتم تنقيحها حيثما يلزم في إطار الإجراءات المتواصلة لتحسين بيانات وفيات الأمهات. يجب ألا تتم مقارنة هذه التقديرات بتقديرات سابقة مشتركة بين الوكالات.

الولادات تحت إشراف عاملين في القطاع الصحي ذوي كفاءة: المصدر: قاعدة البيانات العالمية المشتركة بشأن حالات الولادة تحت إشراف قابلات ماهرات، 2021، ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف)، ومنظمة الصحة العالمية. تُشير إلى النسبة المئوية لعمليات الولادة التي أشرف عليها عاملون صحيون مدربون على تقديم الرعاية التوليدية المنقّدة للحياة، ويشمل ذلك توفير الإشراف والرعاية والمشورة اللازمة للنساء خلال فترة الحمل والمخاض وما بعد الولادة، وإجراء عمليات الولادة بمفردهنّ، ورعاية المواليد الجدد. ولا تشمل هذه النسبة القابلات غير العاملات في القطاع الصحي (التقليديات)، حتى إن تلقّين دورة تدريبية قصيرة.

عدد الإصابات الجديدة بفيروس العوز المناعي البشري لكل 1,000 نسمة، جميع الأعمار، من الفئات السكانية غير المصابة بالفيروس: المصدر: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، 2023. تقديرات فيروس العوز المناعي البشري: عدد الإصابات الجديدة بفيروس العوز المناعي البشري لكل 1,000 نسمة في السنة بين الفئات السكانية غير المصابة بالفيروس (المؤشر 3.3.1 لأهداف التنمية المستدامة).

انتشار وسائل تنظيم الأسرة، أي وسيلة أو أي وسيلة حديثة: المصدر: شعبة السكان التابعة للأمم المتحدة، 2022. تكون التقديرات القائمة على النماذج مستندة إلى بيانات مستمدة من تقارير الدراسات الاستقصائية للعينات السكانية. واستناداً إلى بيانات الدراسات الاستقصائية، توضع تقديرات لنسبة جميع النساء في سنّ الإنجاب والنساء المتزوجات (بما يشمل النساء المفترقات بقران رضائي) اللواتي يستخدمنّ حالياً أي وسيلة تقليدية أو حديثة من وسائل تنظيم الأسرة. وتشمل الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة تعقيم الإناث والذكور، والعواقم الرحمية (الولب)، والغرسات (وسيلة تغرس تحت الجلد)، والحقن، والحبوب الفموية، والواقي الذكري والأنثوي، والوسائل العازلة

المهبلية (بما في ذلك حاجز منع الحمل، وغطاء عنق الرحم، والرغوة القاتلة للحيوارات المنوية، والهلام، والدهان، والإسفنجة)، ووسيلة انقطاع الطمث الإرضاعي، والوسائل العازلة لتنظيم الأسرة، وغيرها من الوسائل الحديثة التي لم يجر ذكرها على نحو منفصل (مثل اللصقة الجلدية أو الحلقة المهبلية).

الحاجة غير الملبّاة لتنظيم الأسرة (أي وسيلة): المصدر: شعبة السكان التابعة للأمم المتحدة، 2022. تكون التقديرات القائمة على النماذج مستندة إلى بيانات مستمدة من تقارير الدراسات الاستقصائية للعينات السكانية. فالنساء اللواتي يستخدمنّ وسيلة تقليدية لتنظيم الأسرة لا يُعتبر أنّ لديهنّ حاجة غير ملبّاة لتنظيم الأسرة. ويُفترض أن تكون جميع النساء، أو جميع النساء المتزوجات والمفترقات، نشيطات جنسياً ومعرّضات لخطر الحمل. أما افتراض التعرّض الشامل لحمل محتمل بين جميع النساء أو بين جميع النساء المتزوجات أو المفترقات بشريك، فقد يؤدي إلى انخفاض التقديرات مقارنة بالمخاطر الفعلية بين النساء المعرّضات للخطر. ويمكن أيضاً أن تزداد الحاجة غير الملبّاة إلى وسائل تنظيم الأسرة، ولا سيما في المناطق التي كانت تسجّل مستويات متدنية لانتشار هذا النوع من الوسائل، حيث يُلاحظ أنّ هذه الحاجة ترتفع مع اتّساع انتشار هذه الوسائل في المنطقة. ولذلك، ينبغي تفسير المؤشرين معاً.

نسبة الطلب الملبّي باستخدام أي من الوسائل الحديثة: المصدر: شعبة السكان التابعة للأمم المتحدة، 2022. انتشار الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة مقسوماً على الطلب الإجمالي على تنظيم الأسرة. الطلب الإجمالي على خدمات تنظيم الأسرة هو مجموع انتشار وسائل تنظيم الأسرة والاحتياجات غير الملبّاة لتنظيم الأسرة.

القوانين والأنظمة التي تضمن الحصول على الرعاية والمعلومات والتتقيف في مجال الصحة الجنسية والإنجابية، نسبة مئوية: المصدر: صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2022. مدى وجود قوانين وأنظمة وطنية للبلدان تضمن حصول النساء والرجال في سنّ 15 فما فوق على الرعاية والمعلومات والتتقيف في مجال الصحة الجنسية والإنجابية (المؤشر 5.6.2 لأهداف التنمية المستدامة).

مؤشر تغطية خدمة التغطية الصحية الشاملة: المصدر: منظمة الصحة العالمية، 2023. يُشير إلى متوسط تغطية الخدمات الأساسية القائمة على تدخلات التتبّع التي تشمل الصحة الإنجابية وصحة الأمهات والمواليد الجدد والأطفال، والأمراض المعدية، والأمراض غير السارية، والقدرة على تقديم الخدمات والحصول عليها، بين عامة السكان وأكثر الفئات حرماناً (المؤشر 3.8.1 لأهداف التنمية المستدامة).

النوع الاجتماعي والحقوق ورأس المال البشري

معدل الولادات لدى المراهقات: المصدر: شعبة السكان التابعة للأمم المتحدة، 2021. المجاميع الإقليمية مستمدة من تقرير التوقعات السكانية في العالم، تنقيح عام 2022. شعبة السكان التابعة للأمم المتحدة، 2022. يمثل معدل الولادات لدى المراهقات خطر الإنجاب بين المراهقات بعمر يتراوح بين 15 و19 سنة. ولأغراض التسجيل المدني، تخضع المُعدّلات لبعض القيود التي تعتمد على اكتمال تسجيل الولادات، وكيفية التعامل مع حالات الرضّع الذين يولدون أحياء ويموتون قبل تسجيلهم أو في غضون الساعات الأربع والعشرين الأولى من حياتهم، ونوعية المعلومات المُقدّمة فيما يتعلق بسنّ الأم، إضافة إلى إدراج ولادات من فترات سابقة. وقد تتأثّر التقديرات السكانية بسبب القيود المرتبطة بعدم صحة البيانات المُقدّمة عن السنّ ومقدار التغطية. بالنسبة إلى البيانات المستمدة من الدراسات الاستقصائية والتعدادات السكانية، يعود كلّ من رقميّ البسط والمقام إلى المجموعة السكانية نفسها. وتتعلّق القيود الرئيسية بالإبلاغ الخاطئ عن العمر، وإغفال الولادات، والإبلاغ الخاطئ عن تاريخ ولادة الطفل، وتغيّرات العينات في حالة الدراسات الاستقصائية.

زواج الأطفال حتى عمر 18 سنة، نسبة مئوية: المصدر: اليونسيف، 2021. المجاميع الإقليمية وفق حسابات صندوق الأمم المتحدة للسكان بناءً على بيانات واردة من اليونسيف. نسبة النساء بعمر يتراوح بين 20 و24 سنة اللواتي تزوّجن أو اقترن بشريك قبل بلوغهنّ عمر 18 سنة (المؤشر 5.3.1 لأهداف التنمية المستدامة).

انتشار تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية (ختان الإناث) بين الفتيات بعمر يتراوح بين 15 و49 سنة، نسبة مئوية: المصدر: اليونسيف، 2021. المجاميع الإقليمية وفق حسابات صندوق الأمم المتحدة للسكان بناءً على بيانات واردة من اليونسيف. نسبة الفتيات بعمر يتراوح بين 15 و49 سنة ممن تعرّضن لتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية (المؤشر 5.3.2 لأهداف التنمية المستدامة).

عنف الشريك الحميم، آخر 12 شهراً، نسبة مئوية. المصدر: الفريق المشترك بين الوكالات المعني بتقديرات وبيانات العنف ضد المرأة (منظمة الصحة العالمية، وهيئة الأمم المتحدة للمرأة، واليونسيف، وشعبة الإحصاءات التابعة للأمم المتحدة، ومكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، وصندوق الأمم المتحدة للسكان)، 2021.

عنف الشريك الحميم، آخر 12 شهراً: المصدر: الفريق المشترك بين الوكالات المعني بتقديرات وبيانات العنف ضد المرأة (منظمة الصحة العالمية، وهيئة الأمم المتحدة للمرأة، واليونسيف، وشعبة الإحصاءات التابعة للأمم المتحدة، ومكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، وصندوق الأمم المتحدة للسكان)، 2021. النسبة المئوية للنساء والفتيات بعمر يتراوح بين 15 و49 سنة ممن سبق لهنّ الاقتران بشريك وتعرّضن لعنفٍ بدني و/أو جنسيّ على يد الشريك الحميم في آخر 12 شهراً (المؤشر 5.2.1 لأهداف التنمية المستدامة).

اتخاذ القرارات بشأن الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية، نسبة مئوية: المصدر: صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2023. النسبة المئوية للنساء بعمر يتراوح بين 15 و49 سنة ممن هنّ متزوجات (أو مقترنات بشريك) واللواتي يتخذن قراراتهنّ بأنفسهنّ في المجالات الثلاثة: الرعاية الصحية التي يتلقّونها، واستخدام وسائل تنظيم الأسرة، والعلاقة الحميمة مع الشريك (المؤشر 5.6.1 لأهداف التنمية المستدامة).

اتخاذ النساء قراراتهنّ بأنفسهنّ بشأن الرعاية الصحية التي يتلقّونها، نسبة مئوية: المصدر: صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2023. النسبة المئوية للنساء بعمر يتراوح بين 15 و49 سنة ممن هنّ متزوجات (أو مقترنات بشريك) ويتخذنّ قراراتهنّ بأنفسهنّ بشأن الرعاية الصحية التي يتلقّونها.

اتخاذ القرارات بشأن استخدام وسائل تنظيم الأسرة، نسبة مئوية: المصدر: صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2023. النسبة المئوية للنساء بعمر يتراوح بين 15 و49 سنة ممن هنّ متزوجات (أو مقترنات بشريك) ويتخذنّ قراراتهنّ بأنفسهنّ بشأن استخدام وسائل تنظيم الأسرة (المؤشر 5.6-1 لأهداف التنمية المستدامة).

اتخاذ القرارات بشأن ممارسة العلاقة الحميمة، نسبة مئوية. المصدر: صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2023. النسبة المئوية للنساء بعمر يتراوح بين 15 و49 سنة ممن هنّ متزوجات (أو مقترنات بشريك) ويتخذنّ قراراتهنّ بأنفسهنّ بشأن ممارسة العلاقة الحميمة مع الشريك

معدل القيد الصافي الإجمالي، المرحلة الدنيا من التعليم الثانوي، نسبة مئوية: المصدر: معهد اليونسكو للإحصاء، 2024. إجمالي عدد الطلاب من الفئة العمرية الرسمية للمرحلة الدنيا من التعليم الثانوي المتحقّين بأي مستوى تعليمي، مُعزّراً عنه كنسبة مئوية من عدد السكان المقابل لهذه الفئة العمرية.

مؤشر التكافؤ بين الجنسين، معدل القيد الصافي الإجمالي، المرحلة الدنيا من التعليم الثانوي: المصدر: معهد اليونسكو للإحصاء، 2024. نسبة قِيَم الإناث إلى الذكور من معدل القيد الصافي الإجمالي بالمرحلة الدنيا من التعليم الثانوي.

معدل القيد الصافي الإجمالي، المرحلة العليا من التعليم الثانوي، نسبة مئوية: المصدر: معهد اليونسكو للإحصاء، 2022. إجمالي عدد الطلاب من الفئة العمرية الرسمية للمرحلة العليا من التعليم الثانوي المتحقّين بأي مستوى تعليمي، مُعزّراً عنه كنسبة مئوية من عدد السكان المقابل لهذه الفئة العمرية.

مؤشر التكافؤ بين الجنسين، معدل القيد الصافي الإجمالي، المرحلة العليا من التعليم الثانوي: المصدر: معهد اليونسكو للإحصاء، 2024. نسبة قِيَم الإناث إلى الذكور من معدل القيد الصافي الإجمالي للاتحاق بالمرحلة العليا من التعليم الثانوي.

المؤشرات الديمغرافية

السكان

عدد السكان الإجمالي، بالملايين. المصدر: التوقعات السكانية في العالم: تنقيح عام 2022. شعبة السكان التابعة للأمم المتحدة، 2022. الحجم التقديري للتعدادات السكانية الوطنية في منتصف السنة.

التغيُّر في عدد السكان

زمن التضاغف السنوي لعدد السكان، السنوات: عدد السنوات اللازمة لكي يتضاعف عدد السكان الإجمالي إذا بقي المعدل السنوي لتغير السكان مستقرّاً. وهو يُحسَب على النحو التالي $\ln(2)/r$ حيث يكون r هو المعدل السنوي للنمو السكاني. ويُحسَب زمن التضاغف فقط بالنسبة إلى المجموعات السكانية السريعة النمو التي تتجاوز معدلات نموّها 0.5 في المائة. التوقعات السكانية في العالم: تنقيح عام 2022. شعبة السكان التابعة للأمم المتحدة، 2022. معدل النمو الأمّي الوسطي لعدد السكان خلال فترة معيّنة، استناداً إلى التوقعات وفق المتغير المتوسط.

التركيبة السكانية

السكان في الفئة العمرية من 0 إلى 14 سنة، نسبة مئوية: المصدر: حسابات صندوق الأمم المتحدة للسكان، بناءً على بيانات من شعبة السكان التابعة للأمم المتحدة، 2022. نسبة السكان في الفئة العمرية من 0 إلى 14 سنة.

السكان في الفئة العمرية من 10 إلى 19 سنة، نسبة مئوية: المصدر: حسابات صندوق الأمم المتحدة للسكان، بناءً على بيانات من شعبة السكان التابعة للأمم المتحدة، 2022. نسبة السكان في الفئة العمرية من 10 إلى 19 سنة.

السكان في الفئة العمرية من 10 إلى 24 سنة، نسبة مئوية: المصدر: حسابات صندوق الأمم المتحدة للسكان، بناءً على بيانات من شعبة السكان التابعة للأمم المتحدة، 2022. نسبة السكان في الفئة العمرية من 10 إلى 24 عاماً.

السكان في الفئة العمرية من 15 إلى 64 سنة، نسبة مئوية. المصدر: حسابات صندوق الأمم المتحدة للسكان، بناءً على بيانات من شعبة السكان التابعة للأمم المتحدة، 2022. نسبة السكان في الفئة العمرية من 15 إلى 64 سنة.

السكان بعمر 65 سنة فما فوق، نسبة مئوية: المصدر: حسابات صندوق الأمم المتحدة للسكان، بناءً على بيانات من شعبة السكان التابعة للأمم المتحدة، 2022. نسبة السكان في الفئة العمرية من 65 سنة فما فوق.

الخصوبة

المعدل الكلي للخصوبة، لكل امرأة. المصدر: التوقعات السكانية في العالم: تنقيح عام 2022. شعبة السكان التابعة للأمم المتحدة، 2022. عدد الأطفال الذين يُفترض أن تلدهم كل امرأة في حال عاشت حتى نهاية سنوات الإنجاب وأنجبت عدداً من الأطفال في كلّ عمريّ بما يتوافق مع المعدلات السائدة للخصوبة حسب العمر.

العمر المتوقع

العمر المتوقع عند الولادة، سنوات: المصدر: التوقعات السكانية في العالم: تنقيح عام 2022. شعبة السكان التابعة للأمم المتحدة، 2022. عدد السنوات المتوقع أن يعيشها المواليد الجدد لو تعرّضوا لمخاطر الوفاة السائدة لدى شريحة السكان في وقت ولادتهم.

التصنيفات الإقليمية

المجاميع الإقليمية لصندوق الأمم المتحدة للسكان مذكورة في نهاية الجداول الإحصائية وتم حسابها باستخدام بيانات من البلدان والمناطق المصنفة على النحو المبين أدناه.

منطقة الدول العربية

الجزائر؛ جيبوتي؛ مصر؛ العراق؛ الأردن؛ لبنان؛ ليبيا؛ المغرب؛ عمان؛ فلسطين؛ الصومال؛ السودان؛ الجمهورية العربية السورية؛ تونس؛ اليمن

منطقة آسيا والمحيط الهادئ

أفغانستان؛ بنغلاديش؛ بوتان؛ كمبوديا؛ الصين؛ جزر كوك؛ فيجي؛ الهند؛ إندونيسيا؛ الجمهورية الإسلامية الإيرانية؛ كيريباس؛ جمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية؛ جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية؛ ماليزيا؛ ملديف؛ جزر مارشال؛ ولايات ميكرونيزيا الموحدة؛ منغوليا؛ ميانمار؛ ناورو؛ نيبال؛ نيوي؛ باكستان؛ بالاو؛ بابوا غينيا الجديدة؛ الفلبين؛ ساموا؛ جزر سليمان؛ سري لانكا؛ تايلند؛ جمهورية تيمور-ليشتي الديمقراطية؛ توكيلاو؛ تونغا؛ توفالو؛ فانواتو؛ فيجي نام

منطقة أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى

ألبانيا؛ أرمينيا؛ أذربيجان؛ بيلاروس؛ البوسنة والهرسك؛ جورجيا؛ كازاخستان؛ قيرغيزستان؛ جمهورية مولدوفا؛ صربيا؛ طاجيكستان؛ جمهورية مقدونيا اليوغوسلافية سابقاً؛ تركيا؛ تركمانستان؛ أوكرانيا؛ أوزبكستان.

منطقة أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي

أنغويلا؛ أنتيغوا وبربودا؛ الأرجنتين؛ أروبا؛ جزر البهاما؛ بربادوس؛ بليز؛ برمودا؛ دولة بوليفيا المتعددة القوميات؛ البرازيل؛ جزر فيرجين البريطانية؛ جزر كايمان؛ شيلي؛ كولومبيا؛ كوستاريكا؛ كوبا؛ كوراساو؛ دومينيكا؛ الجمهورية الدومينيكية؛ إكوادور؛ السلفادور؛ غرينادا؛ غواتيمالا؛ غيانا؛ هايتي؛ هندوراس؛ جامايكا؛ المكسيك؛ مونتسيرات؛ نيكاراغوا؛ بنما؛ باراغواي؛ بيرو؛ سانت كيتس ونيفيس؛ سانت لوسيا؛ سانت فنسنت وجزر غرينادين؛ سنت مارتن؛ سورينام؛ ترينيداد وتوباغو؛ جزر تركس وكايكوس؛ أوروغواي؛ جمهورية فنزويلا البوليفارية

منطقة شرق أفريقيا والجنوب الأفريقي

أنغولا؛ بوتسوانا؛ بوروندي؛ جزر القمر؛ جمهورية الكونغو الديمقراطية؛ إريتريا؛ إيسواتيني؛ إثيوبيا؛ كينيا؛ ليسوتو؛ مدغشقر؛ ملاوي؛ موريشيوس؛ موزامبيق؛ ناميبيا؛ رواندا؛ جنوب أفريقيا؛ جنوب السودان؛ جمهورية تنزانيا المتحدة؛ أوغندا؛ زامبيا؛ زيمبابوي

منطقة وسط وغرب أفريقيا

بنن؛ بوركينا فاسو؛ جمهورية الكاميرون؛ الرأس الأخضر؛ جمهورية أفريقيا الوسطى؛ تشاد؛ جمهورية الكونغو؛ كوت ديفوار؛ غينيا الاستوائية؛ غابون؛ غامبيا؛ غانا؛ غينيا؛ غينيا-بيساو؛ ليبيريا؛ مالي؛ موريتانيا؛ النيجر؛ نيجيريا؛ سان تومي وبرينسيبي؛ السنغال؛ سيراليون؛ توغو يُستخدم مصطلح "المناطق الأكثر نمواً" لأغراض إحصائية ولا يُعتبر عن رأي بشأن المرحلة التي بلغها بلد معين أو مستوى معين في عملية التنمية، ويشمل المناطق الأكثر نمواً وفق تصنيف شعبة السكان التابعة للأمم المتحدة، أي أفريقيا، وآسيا (باستثناء اليابان)، وأمريكا اللاتينية، ومنطقة البحر الكاريبي بالإضافة إلى ميلانيزيا وميكرونيزيا وبولينيزيا. نيوزيلندا، واليابان.

يستخدم مصطلح "المناطق الأقل نمواً" لأغراض إحصائية فقط، ولا يُعتبر عن رأي بشأن المرحلة التي بلغها بلد معين أو مستوى معين في عملية التنمية، ويشمل جميع المناطق الأكثر نمواً وفق تصنيف شعبة السكان التابعة للأمم المتحدة، أي أفريقيا، وآسيا (باستثناء اليابان)، وأمريكا اللاتينية، ومنطقة البحر الكاريبي بالإضافة إلى ميلانيزيا وميكرونيزيا وبولينيزيا.

أما "أقل البلدان نمواً" وفق ما جاء في تعريف الجمعية العامة للأمم المتحدة في قراراتها (59/209، 59/210، 60/33، 62/97، 64/L.55، 67/L.43، 64/295، 68/18)، فهي تتضمن 46 بلداً (حتى يناير (كانون الثاني) 2022): 33 بلداً في أفريقيا، و8 بلدان في آسيا، و4 بلدان في أوقيانوسيا، وبلد واحد في أمريكا اللاتينية والكاريبي: أفغانستان، أنغولا، بنغلاديش، بنن، بوتان، بوركينا فاسو، بوروندي، كمبوديا، جمهورية أفريقيا الوسطى، تشاد، جزر القمر، جمهورية الكونغو الديمقراطية، جيبوتي، إريتريا، إثيوبيا، غامبيا، غينيا، غينيا-بيساو، هايتي، كيريباس، جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية، ليسوتو، ليبيريا، مدغشقر، ملاوي، مالي،

موريتانيا، موزامبيق، ميانمار، نيبال، النيجر، رواندا، سان تومي وبرينسيبي، السنغال، سيراليون، جزر سليمان، الصومال، جنوب السودان، السودان، تيمور-ليشتي، توغو، توفالو، أوغندا، جمهورية تنزانيا المتحدة، اليمن، زامبيا. جدير بالذكر أن هذه البلدان مشمولة في المناطق الأقل نمواً. يمكنك الاطلاع على مزيد من المعلومات عبر الرابط التالي: <https://www.un.org/en/conferences/least-developed-countries>

ملاحظة بشأن القسم "تحت المجهر": مشاكل مُبلغ عنها ذاتياً في الحصول على الرعاية الصحية، بمرور الوقت، حسب الحالة الاجتماعية الاقتصادية والانتماء الإثني (ص 28-31)

عن مطابقة المجموعات الإثنية في الدراسات الاستقصائية: اشتمل هذا التحليل على مطابقة المجموعات الإثنية الواردة في الدراستين الاستقصائيتين لكل بلد مع تصحيح الاختلافات الإملانية البسيطة وتوحيد كتابة أسماء المجموعات الإثنية، أو على جمع المجموعات الإثنية الفردية في دراسة استقصائية واحدة تكون جامعة للمجموعات الإثنية الواردة في دراسة استقصائية أخرى، بناءً على التفاصيل المقدمة في المرفقات المنهجية للتقارير الفُطرية الفردية. ولكن حيثما تتعذر المطابقة بين المجموعات، يُعاد تصنيف المجموعات الإثنية المفردة ضمن فئة "أخرى" موجودة مسبقاً.

عن المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية: شمل هذا التحليل الشريحة الخمسية للثراء أو المستوى التعليمي أو الإقامة في الأرياف. الشرائح الخمسية للثراء تقسم كل بلد ومجموعة سكانية مشمولة في الدراسة الاستقصائية إلى خمس مجموعات على أساس المعلومات التي جُمعت في استبيان الأسر المعيشية المتعلق بحالة الثراء. أما المستوى التعليمي فيشير إلى ما إذا كانت المرأة لم تحصل على أي مستوى من التعليم أو أنها أكملت مرحلة التعليم الابتدائي أو الثانوي أو العالي.

المنهجية: تم استخدام نماذج الانحدار اللوجستي الثنائي لتقدير نسبة الإناث اللواتي أبلغن عن مواجهتهن مشاكل خطيرة في الحصول على الرعاية الصحية ولقخص الاختلافات داخل كل بلد حسب الانتماء الإثني والحالة الاجتماعية والاقتصادية. تأخذ نماذج الانحدار في حسابها ما تنتم به الدراسات الاستقصائية الديمغرافية من تصميم معقد وما يصدر عنها من ترجيحات بُغية إنتاج تقديرات سليمة للأخطاء المعيارية. وحيثما خلص اختبار النماذج إلى أن نموذج الانحدار اللوجستي الثنائي هو الأنسب، أدرج في النماذج التفاعل الحاصل بين العام الذي أجريت فيه الدراسة الاستقصائية والانتماءات الإثنية المعنية فيها، ما يعني أن معدلات التغيير الخاصة بالانتماءات الإثنية كانت مختلفة بمرور الوقت. أما عندما لا يكون هناك أي تفاعل، فهذا يعني أن الانتماءات الإثنية كان لديها نفس معدل التغيير بمرور الوقت ولكن نقاط بداية مختلفة. وجد التحليل اختلافات إثنية في جميع البلدان حتى بعد أخذ الحالة الاجتماعية والاقتصادية في الحسبان. (كانت العيّات صغيرة جداً في أرمينيا والغابون، ما يعني أن الاختلافات الملحوظة قد تكون مجرد صدفة إحصائية.) تم استخدام نماذج متعددة المستويات لاختبار أنماط ذات مستويات أعلى في جميع البلدان المشمولة في التحليل. وخلص هذا التحليل إلى اتجاه عام مفاده أن أكثر السكان تهميشاً شهدوا أقل مستوى من التحسن في الاستفادة من الخدمات، في حين أن أقل السكان تهميشاً شهدوا أفضل تحسن. في هذه النماذج، كان المستوى الأول يضم فرادى النساء، والمستوى الثاني يمثل مجموعات إثنية خاصة بكل بلد، والمستوى الثالث مقسم حسب 25 بلداً مختلفاً. ولكي تكون هذه النماذج المتعددة المستويات أكثر مراعاة للشرائح الطبقيّة الاجتماعية والاقتصادية داخل كل بلد، استخدمت مؤشر متغير للطبقة الاجتماعية والاقتصادية بدلاً من المتغيرات الفئوية المستخدمة في نماذج الانحدار اللوجستي الثنائي الخاصة بكل بلد. وفي المؤشر المتغير، كانت الموصافات الاجتماعية والاقتصادية (مزيج معين للثراء والتعليم ومكان الإقامة) ذات أدنى نسبة متوقعة للاحتمال الخاص بكل بلد تأخذ القيمة 1، وكانت الموصافات ذات أعلى نسبة متوقعة للاحتمال تأخذ القيمة 40. وفي هذا النموذج، جميع الموصافات المذكورة في الدراسة تأخذ قيمة مناسبة لها بين 1 و40 وفقاً لترتيب احتمالاتها المتوقعة في نماذج الانحدار الخاصة بكل بلد. أما عندما يتناول التحليل نسبة النساء في جميع البلدان، فتم استخلاص هذه التقديرات من خلال ترجيح التقديرات الفُطرية حسب عدد السكان.

ملاحظة بشأن أعلى وأدنى مخاطر لوفيات الأمهات،

مقارنة بين عامي 1990 و2020 (ص 66)

أثناء اختبار الاتجاهات الحاصلة في وفيات الأمهات من عام 1990 إلى عام 2020 في الفصل الثالث، أجرى المؤلفون حساباتهم الخاصة على أساس بيانات منشورة وبناءً على إحصاءات رسمية عن وفيات الأمهات وردت في منشور صادر عن منظمة الصحة العالمية وآخرين (2023). يركز المنشور نفسه على اتجاهات من عام 2000 إلى عام 2020 ولكن مجموعات البيانات المرافقة لها تشمل تقديرات تبدأ من عام 1985. وهذا يعني أن التقديرات عن عامي 1990 و2020 المشار إليها في الفصل الثالث تقارن تقديرات مستمدة باستخدام نفس المنهجية وبيانات الإدخال. ولدى مقارنة 10 بالمائة من البلدان ذات أعلى وأدنى مخاطر للنساء اللواتي يلقين حتفهن في النهاية من جراء الحمل أو الولادة في عامي 1990 و2020، لم يتم ترجيح المتوسطات حسب عدد السكان.

ملاحظة بشأن اتجاه وفيات الأمهات في الولايات المتحدة

(ص 66)

كانت أعداد وفيات الأمهات في الولايات المتحدة تتزايد بين معظم مجموعات النساء في الولايات المتحدة رغم أن هناك أوجه واضحة لانعدام المساواة بين المجموعات العرقية والإثنية فيما يتعلق بمعدلات وفيات الأمهات في البلد. يجري النقاش حول مقدار الزيادة الذي يعتبر دليلاً على أن التعريفات تتغير وتتطلب تعديل آلية المراقبة. ولكن لا يمكن الإجابة على هذه التساؤلات من دون تحسين أنظمة البيانات لتعتمد مثلاً على إجراء تحقيقات تلقائية وموحدة في جميع الوفيات التي تحصل داخل جميع الولايات. ومع ذلك، تشير الأبحاث إلى أن هذه الزيادة تستمر بسبب عدم قدرة الجميع على الحصول على الرعاية الصحية في البلد (بريفمان وآخرون، 2023). والجدير بالذكر أن نسبة كبيرة من وفيات الأمهات في البلد تحدث في فترة ما بعد الولادة، تحديداً بعد مرور ستة أسابيع إلى سنة على الولادة، علماً أن الكثير منها يرتبط بأمراض الصحة

العقلية (تروست وآخرون، 2017). وتختلف الولايات المتحدة عن بلدان أخرى كثيرة مرتفعة الدخل ذلك أن النظام القائم في البلد لا يؤمن إجازة والدية مدفوعة الأجر أو زيارات منزلية من مقدّمي الخدمات الصحية في فترة ما بعد الولادة (تيكانين وآخرون، 2020).

ملاحظة بشأن الحاجة غير الملبّاة إلى وسائل تنظيم

الأسرة في البلدان المتأثرة بالأزمات الإنسانية (ص 94)

وضع المؤلفون هذه التقديرات بالاستناد إلى إحصاءات البيانات الواردة في الجدول 2.5 من المصدر، ما يقدّم بيانات عن النسب المئوية للنساء ذوات حاجة ملّبة وغير ملّبة لوسائل تنظيم الأسرة في البلدان المتأثرة بالأزمات الإنسانية في عام 2015. وفي هذا الصدد، تم جمع النسب المئوية للحاجة الملّبة والحاجة غير الملّبة من أجل حساب النسبة المئوية الإجمالية للنساء اللواتي يرغبن بتجنّب الحمل في كل بلد. وتم حساب نسبة النساء معن يرغبن في تجنّب الحمل اللواتي لا يستخدمن أي نوع من وسائل تنظيم الأسرة، على أنها النسبة المئوية لذوات الحاجة غير الملّبة مقسومة على النسبة المئوية الكلية لذوات الحاجة. وبلغ المتوسط غير المرجح لتقديرات البلد 51 بالمائة.

ملاحظة بشأن تقديرات نصيب الفرد من الدخل من دراسة

حول كينيا ونيجيريا والسنغال (ص 96).

عند المؤلفون إلى حساب تقديرات نصيب الفرد من الدخل بالاستناد إلى الجدول 1 في المصدر الأصلي، والذي يتضمّن تقديرات نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي وفق سيناريوهات مختلفة. ووفقاً للجدول، يمكن أن يبلغ الناتج المحلي الإجمالي 3,480 دولار دولي إذا تمت تلبية ثلثي الحاجة غير الملّبة لوسائل حديثة لتنظيم الأسرة (السيناريو "المعتدل") ويمكن أن يبلغ 2,310 دولار دولي في سيناريو خط الأساس.

- Anon, 1994. "Conference Reports. International Women's Health Conference for Cairo '94." *Development in Practice* 4(3): 218–221.
- Acharya, Sanghmitra S. and Golak B. Patra, 2017. "Access to Maternal and Child Health Care: Understanding Discrimination in Selected Slum in Delhi." In *Marginalization in Globalizing Delhi: Issues of Land, Livelihoods and Health*, Sanghmitra S. Acharya and others, eds. New Delhi: Springer.
- Adda, Jérôme and others, 2017. "The Career Costs of Children." *Journal of Political Economy* 125(2): 293–337.
- Adnani, Qorinah Estiningtyas Sakilah and others, 2023. "A Historical Narrative of the Development of Midwifery Education in Indonesia." *Women and Birth* 36(1): e175–e178.
- Age UK, 2019. "As STIs in Older People Continue to Rise Age UK Calls to End the Stigma About Sex and Intimacy in Later Life." Website: ageuk.org.uk/latest-press/articles/2019/october/as-stis-in-older-people-continue-to-rise-age-uk-calls-to-end-the-stigma-about-sex-and-intimacy-in-later-life, accessed 13 February 2024.
- Aguirre, Kamila and Vanessa D. Carrión-Yaguana, 2023. "Empowering Youth: The Impact of Comprehensive Sex Education on Teenage Pregnancy in Ecuador." WIDER Working Paper, 2023/107. Helsinki: United Nations University World Institute for Development Economics Research.
- Ahluwalia, Sanjam, 2008. *Reproductive Restraints: Birth Control in India, 1877–1947*. Urbana: University of Illinois Press.
- Ahmed, Saifuddin and others, 2012. "Maternal Deaths Averted by Contraceptive Use: An Analysis of 172 Countries." *The Lancet* 380(9837): 111–125.
- Aikins, Ama de-Graft and Kwadwo Koram, 2017. "Health and Healthcare in Ghana, 1957–2017." In *The Economy of Ghana Sixty Years After Independence*, Ernest Aryeetey and Ravi Kanbur, eds. Oxford: Oxford University Press.
- Akter, Shahinoor and others, 2018. "Indigenous Women's Access to Maternal Healthcare Services in Lower- and Middle-Income Countries: A Systematic Integrative Review." *International Journal of Public Health* 64(3): 343–353.
- Allard, Jenna and others, 2022. "Indian Female Migrants Face Greater Barriers to Post-Covid Recovery Than Males: Evidence from a Panel Study." *eClinicalMedicine* 53: 101631.
- Al-Zubaidi, Yamam, 2022. "Racial and Ethnic Statistics in Sweden: Has the Socialization Process Started Yet?" *Scandinavian Studies in Law* 68: 426–449.
- Amouzou, Agbessi and others, 2020. "Closing the Inequality Gaps in Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health Coverage: Slow and Fast Progressors." *BMJ Global Health* 5: e002230.
- Amster, Ellen, 2016. "The Syphilitic Arab?: A Search for Civilization in Disease Etiology, Native Prostitution, and French Colonial Medicine." In *French Mediterraneans: Transnational and Imperial Histories*, Patricia M. E. Lorcin and Todd Shepard, eds. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Anastasi, Erin and others, 2017. "Unmasking Inequalities: Sub-National Maternal and Child Mortality Data from Two Urban Slums in Lagos, Nigeria Tells the Story." *PLoS One* 12(5): e0177190.
- Anderson, Ian and others, 2016. "Indigenous and Tribal Peoples' Health (The Lancet–Lowitja Institute Global Collaboration): A Population Study." *The Lancet* 388(10040): 131–157.
- Anderson, Mark and Claus C. Pörtner, 2014. "High School Dropouts and Sexually Transmitted Infections." *Southern Economic Journal* 81(1): 113–134.
- Anik, Asibul Islam and others, 2022. "Association Between Socioeconomic Factors and Unmet Need for Modern Contraception Among the Young Married Women: A Comparative Study Across the Low- and Lower-Middle-Income Countries of Asia and Sub-Saharan Africa." *PLOS Global Public Health* 2(7): e0000731.
- Arain, Mariam and others, 2013. "Maturation of the Adolescent Brain." *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 9: 449–461.
- Article 19, 2012. "International Standards: Right to Information." Website: [article19.org/resources/international-standards-right-information/](https://www.article19.org/resources/international-standards-right-information/), accessed 6 February 2024.
- Asia Floor Wage Alliance and others, 2023. *Dindigul Agreement. Year 1 Progress Report*. Website: asia.floorwage.org/dindigul-agreement-report-2023/, accessed 12 February 2024.
- Atuhaire, Lydia and others, 2021. "Effect of Community-Based Interventions Targeting Female Sex Workers Along the HIV Care Cascade in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review and Meta-Analysis." *Systematic Reviews* 10: 137.
- Australian Aid and UNFPA (United Nations Population Fund), 2023. "Mid Programme Review on Effectiveness of Comprehensive Sexuality Education/ Family Life Education in Kiribati."
- Australian Indigenous HealthInfoNet, n.d. "Women." Website: healthinfonet.ecu.edu.au/population-groups/women/reviews/our-review, accessed 5 February 2024.

- Australian Institute of Health and Welfare, 2023. *Aboriginal and Torres Strait Islander Health Performance Framework: Summary Report*. Canberra: AIHW. Website: indigenoushpf.gov.au/report-overview/overview/summary-report, accessed 5 February 2024.
- Avendano, Rolando and others, 2018. "Data and Diagnostics to Leave No One Behind." In *Development Cooperation Report 2018. Joining Forces to Leave No One Behind*. Paris: OECD.
- Babajide, Opeyemi Oluwatosin and others, 2021. "Subnational Estimates of Maternal Mortality in Nigeria: Analysis of Female Siblings' Survivorship Histories." Research Square [preprint]. Website: doi.org/10.21203/rs.3.rs-1190088/v1, accessed 6 February 2024.
- Bacchus, Loraine J. and others, 2018. "Recent Intimate Partner Violence Against Women and Health: A Systematic Review and Meta-Analysis of Cohort Studies." *BMJ Open* 8(7): e019995.
- Backman, Gunilla and others, 2008. "Health Systems and the Right to Health: An Assessment of 194 Countries." *The Lancet* 372(9655): 2047–2085.
- Badgett MVL and others, 2019. "The relationship between LGBT inclusion and economic development: Macro-level evidence." *World Development*. 120:1-14.
- Bahous, Sima, 2023. "Speech: The Women's Rights Crisis: Listen To, Invest In, Include, and Support Afghan Women." Website: unwomen.org/en/news-stories/speech/2023/09/speech-the-womens-rights-crisis-listen-to-invest-in-include-and-support-afghan-women, accessed 1 February 2024.
- Bearak, Jonathan and others, 2020. "Unintended Pregnancy and Abortion by Income, Region, and the Legal Status of Abortion: Estimates from a Comprehensive Model for 1990–2019." *The Lancet Global Health* 8(9): e1152–e1161.
- Bearak, Jonathan and others, 2018. "Global, Regional, and Subregional Trends in Unintended Pregnancy and its Outcomes From 1990 to 2014: Estimates from a Bayesian Hierarchical Model." *The Lancet Global Health* 6(4): e380–e389.
- Beckingham, Andy and others, 2022. "Implementing Professional Midwife-Led Maternity Care in India for Healthy Pregnant Women: A Community Case Study." *Frontiers in Public Health* 10: 875595.
- Berer, Marge, 2017. "Abortion Law and Policy Around the World: In Search of Decriminalization." *Health and Human Rights* 19(1): 13–27.
- Berro Pizzarossa, Lucía, 2018. "Here to Stay: The Evolution of Sexual and Reproductive Health and Rights in International Human Rights Law." *Laws* 7(3): 29.
- Betti, Lia, 2021. "Shaping Birth: Variation in the Birth Canal and the Importance of Inclusive Obstetric Care." *Philosophical Transactions of the Royal Society B, Biological Sciences* 376(1827): 20200024.
- Blackstone, Sarah R. and others, 2017. "Factors Influencing Contraceptive Use in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review." *International Quarterly of Community Health Education* 37(2): 79–91.
- Blanchet, Nathan J. and others, 2012. "The Effect of Ghana's National Health Insurance Scheme on Health Care Utilisation." *Ghana Medical Journal* 46(2): 76–84.
- Bloom, David E. and others, 2014. "A Demographic Dividend for Sub-Saharan Africa: Source, Magnitude, and Realization." IZA Discussion Paper No. 7855. Bonn: Institute for the Study of Labor.
- Bloom, David E. and others, 2009. "Fertility, Female Labor Force Participation, and the Demographic Dividend." *Journal of Economic Growth* 14(2): 79–101.
- Bloom, David and others, 2003. *The Demographic Dividend: A New Perspective on the Economic Consequences of Population Change*. Santa Monica: RAND.
- Bohren, Meghan A. and others, 2022. "Strategies to Reduce Stigma and Discrimination in Sexual and Reproductive Healthcare Settings: A Mixed Methods Systematic Review." *PLOS Global Public Health* 2(6): e0000582.
- Boniol, Mathieu and others, 2019. "Gender Equity in the Health Workforce: Analysis of 104 Countries." Health Workforce Working Paper 1. Geneva: World Health Organization.
- Bourbonnais, Nicole, 2016. *Birth Control in the Decolonizing Caribbean: Reproductive Politics and Practices on Four Islands, 1930–1970*. New York: Cambridge University Press.
- Boy, Angie and Hamisu M. Salihu, 2004. "Intimate Partner Violence and Birth Outcomes: A Systematic Review." *International Journal of Fertility and Women's Medicine* 49: 159–164.
- Boydell, Victoria and others, 2023. "Hostilities Faced by People on the Frontlines of Sexual and Reproductive Health and Rights: A Scoping Review." *BMJ Global Health* 8(11): e012652.
- Braveman, Paula, 2023. "Preventing Maternal Mortality." *Medical Care* 61(5): 255–257.
- Briggs, Laura, 2003. *Reproducing Empire: Race, Sex, Science, and U.S. Imperialism in Puerto Rico*. Berkeley: University of California Press.
- Brown, Rebecca and others, 2019. "The Sexual and Reproductive Health and Rights Journey: From Cairo to the Present." *Sexual and Reproductive Health Matters* 27(1): 1676543.
- Caceres, Billy A. and others, 2019. "A Scoping Review of Sexual Minority Women's Health in Latin America and the Caribbean." *International Journal of Nursing Studies* 94: 85–97.
- Camber Collective, 2020. "SWEDD Analyses situationnelles." Unpublished.

- Capasso, Ariadna and others, 2022. "Lessons from the Field: Recommendations for Gender-Based Violence Prevention and Treatment for Displaced Women in Conflict-Affected Ukraine." *The Lancet Regional Health – Europe* 17: 100408.
- Cardona, Carolina and others, 2020. "Generating and Capitalizing on the Demographic Dividend Potential in Sub-Saharan Africa: A Conceptual Framework from a Systematic Literature Review." *Gates Open Research* 4: 145.
- Carlson, Lauren J. and Natalie D. Shaw, 2019. "Development of Ovulatory Menstrual Cycles in Adolescent Girls." *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* 32(3): 249–253.
- Carpenter, Morgan, 2018. "Intersex Variations, Human Rights, and the International Classification of Diseases." *Health and Human Rights* 20(2): 205–214.
- Carpenter, Zöe, 2019. "This Was the Decade of Feminist Uprisings in Latin America." *The Nation*.
- Carter, Shannon K., 2010. "Beyond Control: Body and Self in Women's Childbearing Narratives." *Sociology of Health & Illness* 32(7): 993–1009.
- Center for Reproductive Rights, n.d. "The World's Abortion Laws." Website: reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws/, accessed 2 February 2024.
- Cha, Seungman, 2017. "The Impact of the Worldwide Millennium Development Goals Campaign on Maternal and Under-Five Child Mortality Reduction: 'Where Did the Worldwide Campaign Work Most Effectively?'" *Global Health Action* 19(1). DOI: 10.1080/16549716.2017.1267961.
- Chola, Lumbwe and others, 2015. "Scaling Up Family Planning to Reduce Maternal and Child Mortality: The Potential Costs and Benefits of Modern Contraceptive Use in South Africa." *PLoS ONE* 10(6): e0130077.
- Cohen, Susan A., 1987. "The Safe Motherhood Conference." *International Family Planning Perspectives* 13(2): 68–70.
- Coll, Carolina V. N. and others, 2021. "Identifying the Women Most Vulnerable to Intimate Partner Violence: A Decision Tree Analysis from 48 Low- and Middle-Income Countries." *eClinicalMedicine* 42: 101214.
- Coll, Carolina V. N. and others, 2020. "Intimate Partner Violence in 46 Low-Income and Middle-Income Countries: An Appraisal of the Most Vulnerable Groups of Women Using National Health Surveys." *BMJ Global Health* 5: e002208.
- Collins, Bennett and others, 2021. "Becoming 'Historically Marginalized Peoples': Examining Two Perceptions of Boundary Shifting and Re-Categorization in Post-Genocide Rwanda." *Ethnic and Racial Studies* 44(4): 576–594.
- Commission for Gender Equality, 2020. "Investigation Report on the Forced Sterilisation of Women Living with HIV/AIDS in South Africa." Complaint Ref No: 414/03/2015/KZN.
- Committee on the Elimination of Discrimination against Women, 2015. "Concluding Observations: Slovakia" (paragraphs 11, 20–23, 26–27). United Nations Document CEDAW/C/SVK/CO/5-6.
- Committee on the Elimination of Racial Discrimination, 2017. "Concluding Observations: Slovakia" CERD/C/SVK/CO/11-12.
- Connelly, Matthew, 2008. *Fatal Misconception: The Struggle to Control World Population*. Cambridge: Belknap Press of Harvard University Press.
- Constantine, Norman A. and others, 2015. "Short-Term Effects of a Rights-Based Sexuality Education Curriculum for High-School Students: A Cluster-Randomized Trial." *BMC Public Health* 15: 293.
- Cook, Rebecca J. and others, 2003. *Reproductive Health and Human Rights: Integrating Medicine, Ethics, and Law*. Wotton-under-Edge: Clarendon Press.
- Corrêa, Sonia, and others, 2015. "Feminist Mobilizing for Global Commitments to the Sexual and Reproductive Health and Rights of Women and Girls." In *Women and Girls Rising: Progress and Resistance Around the World*, Ellen Chesler and Terry McGovern, eds. New York: Routledge.
- Creanga, Andreea A. and others, 2014. "Racial and Ethnic Disparities in Severe Maternal Morbidity: A Multistate Analysis, 2008–2010." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 210(5): 435.e1–435.e8.
- DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística) and UNFPA (United Nations Population Fund), 2023. *Partería tradicional y su incorporación en las Estadísticas Vitales de Colombia*. Website: [dane.gov.co/files/investigaciones/notas-estadisticas/06022023-NotaEstadistica-ParteraTradi-EVColombia.pdf](https://gob.gov.co/files/investigaciones/notas-estadisticas/06022023-NotaEstadistica-ParteraTradi-EVColombia.pdf), accessed 12 February 2024.
- Dayo, Elizabeth and others, 2022. "Health in Colour: Black Women, Racism, and Maternal Health." *The Lancet Regional Health – Americas* 17:100408.
- Deacon, Harriet, 1998. "Midwives and Medical Men in the Cape Colony Before 1860." *Journal of African History* 39(2): 271–292.
- De Barros, Juanita, 2014. *Reproducing the British Caribbean: Sex, Gender, and Population Politics After Slavery*. Chapel Hill: University of North Carolina Press.
- Decker, Michele R. and others, 2015. "Gender-Based Violence Against Adolescent and Young Adult Women in Low- and Middle-Income Countries." *Journal of Adolescent Health* 56(2): 188–196.
- DeLee, Joseph B., 1915. "Progress Toward Ideal Obstetrics." *Transactions of the American Association for the Study and Prevention of Infant Mortality* 6: 114–138.
- Delkhosh, Marjan and others, 2019. "Prevalence of Intimate Partner Violence and Reproductive Health Outcomes Among Afghan Refugee Women in Iran." *Health Care for Women International* 40(2): 213–237.

- Downe, Soo and others, 2023. "Theories for Interventions to Reduce Physical and Verbal Abuse: A Mixed Methods Review of the Health and Social Care Literature to Inform Future Maternity Care." *PLOS Global Public Health* 3(4): e0001594.
- El Chamaa, Mohamad, 2023. "Anti-LGBTQ Backlash Grows Across Middle East, Echoing U.S. Culture Wars." *Washington Post*.
- El Halabi, Soha and Kristi Sidney Annerstedt, 2021. *Cost Analysis of a Comprehensive Sexuality Education Intervention in Indonesia – SETARA Program*. Jakarta: Rutgers WPF Indonesia.
- ENSMI (Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil), 2015. "ENSMI 2014-2015, Informe de Indicadores Básicos, Guatemala."
- Erens, Bob and others, 2019. "Health Status, Sexual Activity and Satisfaction Among Older People in Britain: A Mixed Methods Study." *PLoS One* 14(3): e021385.
- Ero, Ikponwosa and others, 2021. *People with Albinism Worldwide. A Human Rights Perspective*. Website: ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Albinism/Albinism_Worldwide_Report2021_EN.pdf, accessed 13 February 2024.
- ERRC (European Roma Rights Centre), 2020. *Cause of Action. A Series by the European Roma Rights Centre. Reproductive Rights of Romani Women in Bulgaria*. Website: errc.org/uploads/upload_en/file/5229_file1_reproductive-rights-of-romani-women-in-bulgaria.pdf, accessed 4 February 2024.
- European Commission, Directorate-General for Justice and Consumers, 2017. *Analysis and Comparative Review of Equality Data Collection Practices in the European Union. Data Collection in Relation to LGBTI People*. Luxembourg: Publications Office.
- European Court of Human Rights, 2023. "Judgment Concerning Switzerland." Strasbourg: ECHR. Website: coe.int/w/judgment-concerning-switzerland, accessed 15 March 2024.
- Evens, Emily and others, 2019. "Experiences of Gender-Based Violence Among Female Sex Workers, Men Who Have Sex With Men, and Transgender Women in Latin America and the Caribbean: A Qualitative Study to Inform HIV Programming." *BMC International Health and Human Rights* 19: 9.
- Exemplars in Global Health, 2023. "A Story with a Beautiful Ending: India's Path to Promoting Respectful Maternal Care." *Exemplars News*. Website: exemplars.health/stories/india-path-to-promoting-respectful-maternal-care, accessed 6 February 2024.
- Family Planning Impact Consortium, 2023. *The Case for Investment in Family Planning for Women's Empowerment and Economic Development: An Introduction to the Family Planning Impact Consortium*. New York: Guttmacher Institute.
- Fathalla, Mahmoud, 2012. *On Safe Motherhood at 25 Years. Looking Back, Moving Forward*. Dorchester: Hands On For Mothers and Babies. Website: birmingham.ac.uk/Documents/heroes/on-safe-motherhood-fathalla.pdf, accessed 1 February 2024.
- Ferrari, Giulia and others, 2022. "Prevention of Violence Against Women and Girls: A Cost-Effectiveness Study Across 6 Low-and Middle-Income Countries." *PLOS Medicine* 19(3): e1003827.
- Fijian Ministry of Health and Medical Services and others, 2023. *Community-Based Sexual and Reproductive Health Officers Programme: A Successful Strategy to Advance SRHR for Women and Young People with Disabilities in the Pacific Region*. Washington, DC: Women Enabled International.
- Ford, Jessie V. and others, 2022. "The World Association for Sexual Health's Declaration on Sexual Pleasure: A Technical Guide." *International Journal of Sexual Health* 33(4): 612–614.
- Ford, Nathan and others, 2021. "Integrating Sexual and Reproductive Health Services Within HIV Services: WHO Guidance." *Frontiers in Global Women's Health* 2: 735281.
- Forde, Allana T. and others, 2019. "The Weathering Hypothesis as an Explanation for Racial Disparities in Health: A Systematic Review." *Annals of Epidemiology* 33: 1–18.e3.
- Forman, Michele R. and others, 2013. "Life-Course Origins of the Ages and Menarche and Menopause." *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics* 4: 1–21.
- Fòs Feminista, 2023. *The Global Impact of the Dobbs Decision on Abortion Laws, Policies, Legislation, Narratives, and Movements: Findings from Colombia, India, Kenya, and Nigeria*. New York: Fòs Feminista.
- Fuentes, Liza, 2023. "Inequity in US Abortion Rights and Access: The End of Roe is Deepening Existing Divides." New York: Guttmacher Institute.
- Fukuda-Parr, Sakiko and others, 2018. "Voluntary National Review Reports – What Do They Report?" Committee for Development Policy. Website: sustainabledevelopment.un.org/content/documents/20549CDPbp201846.pdf, accessed 8 February 2024.
- Gabrysch, Sabine and others, 2009. "Cultural Adaptation of Birthing Services in Rural Ayacucho, Peru." *Bulletin of the World Health Organization* 87(9): 724–729.
- García-Moreno, Claudia and Avni Amin, 2019. "Violence Against Women: Where Are We 25 years After ICPD and Where Do We Need to Go?" *Reproductive Health Matters* 27(1): 1–3.
- Geller, Stacie E. and others, 2018. "A Global View of Severe Maternal Morbidity: Moving Beyond Maternal Mortality." *Reproductive Health* 15(Suppl 1): 98.
- George, Asha S. and others, 2020. "Structural Determinants of Gender Inequality: Why They Matter for Adolescent Girls' Sexual and Reproductive Health." *BMJ* 368: l6985.
- Georgieva, Kristalina, 2020. "Investing in Policies for People Will Help Shape a Better Economy for the Postcrisis World." Washington, DC: International Monetary Fund.

- Geronimus, Arline T., 2023. *Weathering: The Extraordinary Stress of Ordinary Life in an Unjust Society*. New York: Little, Brown Spark.
- Ghebreyesus, Tedros Adhanom and others, 2020. "Wake-up Call: 10 Years Remaining to Address Inequalities on Right to Health for All." *BMJ*.
- Gibson, Britton A. and others, 2018. "Gender Identity, Healthcare Access, and Risk Reduction Among Malaysia's Mak Nyah Community." In *Rethinking MSM, Trans* and other Categories in HIV Prevention* Abingdon: Routledge.
- Ginsburg, Faye D. and Rayna Rapp, 1995. "Conceiving the New World Order." In *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction* Berkeley: University of California Press.
- Goli, Srinivas and others, 2022. "Estimates and Correlates of District-Level Maternal Mortality Ratio in India." *PLOS Global Public Health* 2(7): e0000441.
- Gon, Giorgia and others, 2018. "The Frequency of Maternal Morbidity: A Systematic Review of Systematic Reviews." *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 141: 20–38.
- Goodmark, Leigh, 2022. "Assessing the Impact of the Violence Against Women Act." *Annual Review of Criminology* 5: 115–131.
- Gostin, Lawrence, 2019. "Is Affording Undocumented Immigrants Health Coverage a Radical Proposal?" *JAMA* 322(15): 1438–1439.
- Government of India, Ministry of Health and Family Welfare, 2016. "National Family Health Survey (NFHS-4), 2015–16." Website: rchiips.org/nfhs/pdf/nfhs4/india.pdf, accessed 5 February 2024.
- Graham, Laurie M. and others, 2021. "Disparities in Potential Years of Life Lost Due to Intimate Partner Violence: Data from 16 States for 2006–2015." *PLOS ONE* 16(2): e0246477.
- Grepin, Karen A. and Jeni Klugman, 2013. *Investing in Women's Reproductive Health: Closing the Deadly Gap Between What We Know and What We Do*. Washington: World Bank. Website: documents1.worldbank.org/curated/en/217631468333060680/pdf/781140WP0Box370per0Full0Report-pdf0.pdf, accessed 15 February 2024.
- Grown, Caren and others, 2005. *Taking Action: Achieving Gender Equality and Empowering Women*. UN Millennium Project Taskforce on Education and Gender Equality. Website: undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/publications/Taking%20Action-%20Achieving%20Gender%20Equality%20and%20Empowering%20Women.pdf, accessed 7 February 2024.
- Gulube, Usman and others, 2018. "Maternal Mortality Ratio in Selected Rural Communities in Kebbi State, Northwest Nigeria." *BMC Pregnancy and Childbirth* 18(1): 1–6.
- Gupta, Manjul and others, 2023. "Fake News Believability: The Effects of Political Beliefs and Espoused Cultural Values." *Information & Management* 60(2): 103745.
- Guttmacher Institute, 2017. "Many Abortion Restrictions Have No Rigorous Scientific Basis." New York: Guttmacher Institute. Website: guttmacher.org/news-release/2017/many-abortion-restrictions-have-no-rigorous-scientific-basis, accessed 1 February 2024.
- Haberland, Nicole and Deborah Rogow, 2015. "Sexuality Education: Emerging Trends in Evidence and Practice." *Journal of Adolescent Health* 56(1): S15–21.
- Haddad, Lisa B. and Nawal N. Nour, 2009. "Unsafe Abortion: Unnecessary Maternal Mortality." *Reviews in Obstetrics & Gynecology* 2(2): 122–126.
- Hadush, Filmawit and others, 2023. "Factors Contributing to the High Prevalence of Intimate Partner Violence Among South Sudanese Refugee Women in Ethiopia." *BMC Public Health* 23(1): 1418.
- Harbath, Katie, 2023. "Different Approaches to Counting Elections." *Anchor Change*. Website: anchorchange.substack.com/p/different-approaches-to-counting, accessed 1 February 2024.
- Harned, Elizabeth B. and Liza Fuentes, 2023. "Abortion Out of Reach: The Exacerbation of Wealth Disparities After Dobbs v. Jackson Women's Health Organization." New York: Guttmacher Institute.
- Hartmann, Betsy, 1995. *Reproductive Rights and Wrongs: The Global Politics of Population Control*. Boston: South End Press.
- Hassan, Asha and others, 2023. "Dobbs and Disabilities: Implications of Abortion Restrictions for People with Chronic Health Conditions." *Health Services Research* 58(1): 197–201.
- Hay, Katherine and others, 2019. "Disrupting Gender Norms in Health Systems: Making the Case for Change." *The Lancet* 393(10190): 2535–2549.
- Herten-Crabb, Asha and Sara E. Davies, 2020. "Why WHO Needs a Feminist Economic Agenda." *The Lancet* 396(10229): 1018–1020.
- Heymann, Jody and others, 2019. "Improving Health with Programmatic, Legal, and Policy Approaches to Reduce Gender Inequality and Change Restrictive Gender Norms." *The Lancet* 393(10190): 2522–2534.
- HIV Policy Lab and others, 2023. *Progress and the Peril: HIV and the Global De/criminalization of Same-Sex Sex*. Website: hivpolicylab.org/documents/reports/2023GlobalReport/2023%20Policy%20Lab%20Report%20on%20Decriminalization.pdf, accessed 1 February 2024.
- Hobby, Elaine, 1999. "Introduction." In *The Midwives Book. Or the Whole Art of Midwifry Discovered*, Jane Sharp (author), Elaine Hobby, ed. New York: Oxford University Press.
- Hogarth, Rana A., 2017. *Medicalizing Blackness: Making Racial Difference in the Atlantic World, 1780-1840*. Chapel Hill: University of North Carolina Press.

- Hoffman, Kelly M. and others, 2016. "Racial Bias in Pain Assessment and Treatment Recommendations, and False Beliefs about Biological Differences Between Blacks and Whites." *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 113(6): 4296–4301.
- Horn, Rebecca and others, 2021. "Mapping Complex Systems: Responses to Intimate Partner Violence Against Women in Refugee Camps." *Frontiers in Human Dynamics* 3. DOI: 10.3389/fhumd.2021.613792.
- Hoyert, Donna L., 2023. "Maternal Mortality Rates in the United States, 2021." National Center for Health Statistics, *Health E-Stats*. Website: stacks.cdc.gov/view/cdc/124678, accessed 4 February 2024.
- HRW (Human Rights Watch), 2020. "Covid-19 Fueling Anti-Asian Racism and Xenophobia Worldwide." *News*. Website: www.hrw.org/news/2020/05/12/covid-19-fueling-anti-asian-racism-and-xenophobia-worldwide, accessed 15 March 2024.
- Huicho, Luis and others, 2018. "Enabling Reproductive, Maternal, Neonatal and Child Health Interventions: Time Trends and Driving Factors of Health Expenditure in the Successful Story of Peru." *PLoS One* 13(10): e0206455.
- Human Dignity Trust, n.d. "Map of Countries that Criminalise LGBT People." Website: humandignitytrust.org/lgbt-the-law/map-of-criminalisation/, accessed 5 February 2024.
- Human Rights Committee, 2016. "Concluding Observations: Slovakia" (paragraphs 16–19). United Nations Document CCPR/C/SVK/CO/4.
- Human Rights Council, 2020. "COVID-19, Systemic Racism and Global Protests: Report of the Working Group of Experts on People of African Descent." A/HRC/45/44.
- Hunter, Wendy and Natasha Borges Sugiyama, 2018. "Making the Newest Citizens: Achieving Universal Birth Registration in Contemporary Brazil." *The Journal of Development Studies* 54(3): 397–412.
- Hyde, Janet Shibley and others, 2019. "The Future of Sex and Gender in Psychology: Five Challenges to the Gender Binary." *American Psychologist* 74(2): 171–193.
- Ibrahim, Zainab and others, 2018. *Counting the Cost: The Price Society Pays for Violence Against Women*. Geneva: Care International. Website: care-international.org/files/files/Counting_the_costofViolence.pdf, accessed 16 February 2024.
- IFES (International Foundation for Electoral Systems), n.d. "ElectionGuide. Democracy Assistance and Election News." Website: electionguide.org/, accessed 1 February 2024.
- Inclusive Data Charter and Global Partnership for Sustainable Development Data, 2018. "Everybody Counts. A Commitment to Ensure that No One is Left Behind in the Pursuit and Measurement of Social and Economic Progress." Website: data4sdgs.org/sites/default/files/2018-08/IDC_onepager_Final.pdf, accessed 6 February 2024.
- Indira, Fazilatun Nessa and others, 2023. "Towards a World with No Child Marriage: Four Countries Pledge Action." *The Lancet* 401(10378): 712–713.
- International Confederation of Midwives and others, 2016. *Midwives' Voices. Midwives' Realities*. Geneva: World Health Organization. Website: iris.who.int/bitstream/handle/10665/250376/9789241510547-eng.pdf, accessed 3 February 2024.
- Islam, Rakibul M., 2017. "Utilization of Maternal Health Care Services Among Indigenous Women in Bangladesh: A Study on the Mru Tribe." *Women & Health* 57: 108–118.
- Jackson, Andrea V. and others, 2017. "Racial and Ethnic Differences in Contraception Use and Obstetric Outcomes: A Review." *Seminars in Perinatology* 41(5): 273–277.
- Jeffcoate, 1975. *Principles of Gynaecology*. Liverpool: Butterworths.
- Jewkes, Rachel and others, 2015. "I Don't Know What Harm I Did': Perspectives of Traditional Practitioners on the Nature, Sources and Roles of Violence in Rural South African Maternity Care." *Social Science & Medicine* 143: 27–34.
- Johnson, Charles and others, 1999. *Africans in America: America's Journey through Slavery*. New York: Harcourt.
- Jones, Tiffany, 2018. "Intersex Studies: A Systematic Review of International Health Literature." *SAGE Open* 8(2). DOI: 10.1177/2158244017745577.
- Kalra, Naira and others, 2021. "Training Healthcare Providers to Respond to Intimate Partner Violence Against Women." *Cochrane Database of Systematic Reviews* 5(5): CD012423.
- Kanem, Natalia, 2023. "Reproductive Rights Backsliding Around the World. This Needs to End." *Context News*. Website: www.context.news/socioeconomic-inclusion/opinion/abortion-rights-are-backsliding-worldwide-this-needs-to-end, accessed 1 February 2024.
- Kapilashrami, Anuj and Ekatha A. John, 2023. "Pandemic, Precarity and Health of Migrants in South Asia: Mapping Multiple Dimensions of Precarity and Pathways to States of Health and Well-being." *Journal of Migration and Health* 7: 100180.
- Karakuş, Akan and others, 2015. "An Important Ethical and Medicolegal Issue; Projecting the Need for Medical Education About Patient Rights Among the Hospital Staff." *Journal of Experimental & Clinical Medicine* 32(2): 59–61.
- Kenya National Bureau of Statistics, Population Studies and Research Institute and United Nations Children's Fund, 2016. "Turkana County Multiple Indicator Cluster Survey 2013/14, Final Report." Nairobi: Kenya National Bureau of Statistics, Population Studies and Research Institute and United Nations Children's Fund.
- Khalil, Asma and others, 2023. "A Call to Action: The Global Failure to Effectively Tackle Maternal Mortality Rates." *The Lancet Global Health* 11(8): e1165–e1167.

- Kharas, Homi, and others, eds, 2019. *Leave No One Behind. Time for Specifics on the Sustainable Development Goals*. Washington, DC: Brookings Institution Press.
- Kim, Theresa Y. and others, 2016. "Racial/Ethnic Differences in Unintended Pregnancy: Evidence from a National Sample of US Women." *American Journal of Preventive Medicine* 50(4): 427–435.
- Kirby, Douglas B., 2008. "The Impact of Abstinence and Comprehensive Sex and STD/HIV Education Programs on Adolescent Sexual Behavior." *Sexuality Research & Social Policy* 5: 18.
- Kisambira, Stephen and Karoline Schmid, 2021. "Selecting Adolescent Birth Rates (10–14 and 15–19 years) for Monitoring and Reporting on Sustainable Development Goals." Technical Paper No.2022/4. New York: UN DESA, Population Division.
- Kivela, Jari and others, 2013. "Cost Analysis of School-Based Sexuality Education Programs in Six Countries." *Cost Effectiveness and Resource Allocation* 11: 17.
- Klausen, Susanne, 2004. *Race, Maternity, and the Politics of Birth Control in South Africa, 1910–39*. London: Palgrave Macmillan.
- Klugman, Barbara, 1993. "Balancing Means and Ends; Population Policy in South Africa." *Reproductive Health Matters* 1(1): 44–57.
- Knight, Marian and others, eds, on behalf of MBRRACE-UK, 2022. *Saving Lives, Improving Mothers' Care. Core Report: Lessons Learned to Inform Maternity Care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2018–20*. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford.
- Knudsen, Britta Timm and Casper Andersen, 2019. "Affective Politics and Colonial Heritage, Rhodes Must Fall at UCT and Oxford." *International Journal of Heritage Studies* 25(3): 239–258.
- Kohler, Hans-Peter and Jere R. Behrman, 2018. "Benefits and Costs of the Population and Demography Targets for the Post-2015 Development Agenda." In *Prioritizing Development: A Cost Benefit Analysis of the United Nations' Sustainable Development Goals*, Bjorn Lomborg, ed. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kohler, Pamela K. and others, 2008. "Abstinence-Only and Comprehensive Sex Education and the Initiation of Sexual Activity and Teen Pregnancy." *Journal of Adolescent Health* 42(4): 344–351.
- Lancet Commission on Peaceful Societies Through Health Equity and Gender Equality, 2023. "Peaceful Societies Through Health Equity and Gender Equality."
- Latt, Su Mon and others, 2019. "Abortion Laws Reform May Reduce Maternal Mortality: An Ecological Study in 162 Countries." *BMC Women's Health* 19: 1.
- Leavitt, J. Walzer, 1988. "Joseph B. DeLee and the Practice of Preventive Obstetrics." *American Journal of Public Health* 78(10): 1353–1361.
- Lewkonia, Ray, 2011. "Patient Rights and Medical Education: Clinical Principles." *Medical Teacher* 33(5): 392–396.
- Litoff, Judy Barrett, 1982. "The Midwife Throughout History." *Journal of Nurse-Midwifery* 27(6): 3–11.
- Loaiza, Edilberto and Mengjia Liang, 2016. *Universal Access to Reproductive Health: Progress and Challenges*, Gretchen Luchsinger, ed. New York: UNFPA. Website: unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_Reproductive_Paper_20160120_online.pdf, accessed 7 February 2024.
- Longman, Jéré, 2024. "An Olympic Dream Falts Among Track's Shifting Rules." *New York Times*.
- Makumbi, Fredrick E. and others, 2023. "Socio-economic and Education Related Inequities in Use of Modern Contraceptive in Seven Sub-regions in Uganda." *BMC Health Services Research* 23: 201.
- Malvern, Chiweshe and Catriona Macleod, 2018. "Cultural De-Colonization versus Liberal Approaches to Abortion in Africa: The Politics of Representation and Voice." *African Journal of Reproductive Health/ La Revue Africaine de La Santé Reproductive* 22(2): 49–59.
- Marone, Heloisa, 2016. *Demographic Dividends, Gender Equality, and Economic Growth: The Case of Cabo Verde*. Washington, DC: International Monetary Fund.
- Martucci, Jessica, 2017. "Childbirth and Breastfeeding in 20th-Century America." In *Oxford Research Encyclopedia of American History*.
- Matsick, Jes L. and others, 2020. "Treat Sexual Stigma to Heal Health Disparities: Improving Sexual Minorities' Health Outcomes." *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences* 7(2): 205–213.
- Maxwell, Lauren and others, 2015. "Estimating the Effect of Intimate Partner Violence on Women's Use of Contraception: A Systematic Review and Meta-Analysis." *PLoS ONE* 10(2): e0118234.
- Mbizvo, Michael T. and others, 2023. "Comprehensive Sexuality Education Linked to Sexual and Reproductive Health Services Reduces Early and Unintended Pregnancies Among In-School Adolescent Girls in Zambia." *BMC Public Health* 23: 348.
- MBRRACE-UK (Mothers and Babies: Reducing the Risk Through Audits and Confidential Enquiries Across the UK), 2020. "Saving Lives, Improving Mothers' Care 2020: Lay Summary." Website: npeu.ox.ac.uk/assets/downloads/mbrrace-uk/reports/maternal-report-2020/MBRRACE-UK_Maternal_Report_2020_-_Lay_Summary_v10.pdf, accessed 4 February 2024.
- McGovern, Terry and others, 2022. *Sexual and Reproductive Justice as the Vehicle to Deliver the Nairobi Summit Commitments*. High-Level Commission on the Nairobi Summit on ICPD25 Follow-up. Website: nairobisummiticpd.org/publication/sexual-and-reproductive-justice, accessed 1 February 2024.

- McKinsey Global Institute, 2015. *The Power of Parity: How Advancing Women's Equality Can Add \$12 Trillion to Global Growth*. New York: McKinsey Global Institute.
- Menendez, Clara and others, 2023. "Stalled Global Progress on Preventable Maternal Deaths Needs Renewed Focus and Action." *BMJ* 381: p1473.
- Meyer, Meredith and Susan A. Gelman, 2016. "Gender Essentialism in Children and Parents: Implications for the Development of Gender Stereotyping and Gender-Typed Preferences." *Sex Roles* 75: 409.
- Mikhail, Hannah and others, 2021. "Reproductive Health Interventions for Inuit Youth in the North: A Scoping Review." *Reproductive Health* 18(1): 65.
- Molitoris and others, 2023. "Early Childbearing and Child Marriage: An Update." *Studies in Family Planning* 53(3): 503–521.
- MTI-Hungary Today, 2019. "Foreign Minister: Hungary Rejects UN Declaration on Granting Illegal Migrants Equal Access to Health Care." Website: hungarytoday.hu/hungary-rejects-un-migrants-health-care, accessed 2 October 2023.
- Müller, Alex and others, 2018. "The No-Go Zone: A Qualitative Study of Access to Sexual and Reproductive Health Services for Sexual and Gender Minority Adolescents in Southern Africa." *Reproductive Health* 15: 12.
- Müller, Alexandra, 2016. "Health for All? Sexual Orientation, Gender Identity, and the Implementation of the Right to Access to Health Care in South Africa." *Health and Human Rights* 18(2): 195–208.
- Muro, Estella and Olohikhuae Egbokhare, 2023. "Artificial Intelligence, Technology and Health: Examining the Impacts of Inequity in Access, Racism and Structural Discrimination." Washington, DC: O'Neill Institute.
- Murphy-Lawless, Jo, 1998. *Reading Birth and Death: A History of Obstetric Thinking*. Cork: Cork University Press.
- Musa, Abdulbasit and others, 2019. "The Associations Between Intimate Partner Violence and Maternal Health Care Service Utilization: A Systematic Review and Meta-Analysis." *BMC Women's Health* 19: 36.
- Ndikubwimana, Baptiste and others, 2023. "Debating the Identity and Indigeneity of the Batwa in Post-Genocide Rwanda: A Review of the Challenges and Prospects from a Human Rights Perspective." *AlterNative: An International Journal of Indigenous Peoples* 19(2): 303–313.
- Nestorová Dická, Janetta, 2021. "Demographic Changes in Slovak Roma Communities in the New Millennium." *Sustainability* 13(7): 3735.
- Nia, Gissou, 2023. "Gender Apartheid is a Horror. Now the United Nations Can Make it a Crime Against Humanity." *Atlantic Council*. Website: atlanticcouncil.org/blogs/new-atlanticist/gender-apartheid-is-a-horror-now-the-united-nations-can-make-it-a-crime-against-humanity/, accessed 1 February 2024.
- Nove, Andrea and others, 2021. "Potential Impact of Midwives in Preventing and Reducing Maternal and Neonatal Mortality and Stillbirths: A Lives Saved Tool Modelling Study." *The Lancet Global Health* 9(1): E24–E32.
- Nugroh, Adi and others, 2017. "Behavioral Interventions to Reduce HIV Risk Behavior for MSM and Transwomen in Southeast Asia: A Systematic Review." *AIDS Care* 29(1): 98–104.
- Nyård, Håvard Mogleiv, 2018. "Inequality and Conflict – Some Good News." *World Bank*. blogs.worldbank.org/dev4peace/inequality-and-conflict-some-good-news, accessed 1 February 2024.
- O'Brien, Diana Z. and Johanna Rickne, 2016. "Gender Quotas and Women's Political Leadership." *American Political Science Review* 110(1): 112–126.
- OCHA (United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs), 2023. "Global Humanitarian Overview 2024." Website: humanitarianaction.info/document/global-humanitarian-overview-2024/article/cost-inaction, accessed 15 March 2024.
- OCHA (United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs), n.d. "Protection – Gender-Based Violence 2023." Geneva and New York: OCHA. Website: fts.unocha.org/global-sectors/13/summary/2023, accessed 15 March 2024.
- Odeyemi, Isaac A. O. and John Nixon, 2013. "Assessing Equity in Health Care Through the National Health Insurance Schemes of Nigeria and Ghana: A Review-Based Comparative Analysis." *International Journal for Equity in Health* 12: 9.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2023. "Systemic Racism and Use of Force in Policing and Justice." Website: www.ohchr.org/en/statements-and-speeches/2023/10/systemic-racism-and-use-force-policing-and-justice, accessed 2 February 2024.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2023a. "A/78/227: Protection Against Violence and Discrimination Based on Sexual Orientation and Gender Identity – Report of the Independent Expert on Protection Against Violence and Discrimination Based on Sexual Orientation and Gender Identity, Victor Madrigal-Borloz."
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2022. "A/HRC/50/27: Report on the right to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health of persons, communities and populations affected by discrimination and violence based on sexual orientation and gender identity in relation to the Sustainable Development Goals."
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2021. "Seminal UN Report Offers an Agenda to Dismantle Systemic Racism." Website: www.ohchr.org/en/stories/2021/06/seminal-un-report-offers-agenda-dismantle-systemic-racism, accessed 2 February 2024.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2021a. "A/HRC/47/28. 65: Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Tlaleng Mofokeng."

OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2021b. "Abortion is Essential Healthcare and Women's Health Must be Prioritized Over Politics." Website: www.ohchr.org/en/statements/2021/09/abortion-essential-healthcare-and-womens-health-must-be-prioritized-over, accessed 5 February 2024.

OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2020. "COVID-19: States Should Not Abuse Emergency Measures to Suppress Human Rights – UN Experts." Website: www.ohchr.org/en/press-releases/2020/03/covid-19-states-should-not-abuse-emergency-measures-suppress-human-rights-un, accessed 2 February 2024.

OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2019. "Time for World's Leaders to Honour 25-Year-Old Promises and Renew Their Commitments on Women's Rights, Say Human Rights Experts." Website: www.ohchr.org/en/press-releases/2019/11/time-world-leaders-honour-25-year-old-promises-and-renew-their-commitments, accessed 3 February 2024.

OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2019a. Report of the Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences on a human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence. A/74/137. Website: digitallibrary.un.org/record/3823698

OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2018. "A Human Rights Based Approach to Data – Leaving No One Behind in the 2030 Agenda for Sustainable Development: Guidance Note to Data Collection and Disaggregation." Website: www.ohchr.org/en/documents/tools-and-resources/human-rights-based-approach-data-leaving-no-one-behind-2030-agenda, accessed 6 February 2024.

OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2017. "Women's Autonomy, Equality and Reproductive Health in International Human Rights: Between Recognition, Backlash and Regressive Trends. Working Group on the Issue of Discrimination Against Women in Law and Practice." Website: www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/WG/WomensAutonomyEqualityReproductiveHealth.pdf, accessed 1 February 2024.

OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 1966. *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*. Geneva: OHCHR. Website: www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights, accessed 3 February 2024.

OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), n.d. "Fact Sheet: Homophobic and Transphobic Violence." Website: www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Discrimination/LGBT/FactSheets/unfe-27-UN_Fact_Sheets_Homophobic_English.pdf, accessed 1 February 2024.

OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), n.d.a. "Intersex People. OHCHR and the Human Rights of LGBTI People." Website: www.ohchr.org/en/sexual-orientation-and-gender-identity/intersex-people, accessed 4 February 2024.

OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), n.d.b. "About LGBTI People and Human Rights. OHCHR and the Human Rights of LGBTI People." Website: www.ohchr.org/en/sexual-orientation-and-gender-identity/about-lgbti-people-and-human-rights, accessed 4 February 2024.

OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), n.d.c. "Albinism in Africa. Independent Expert on Albinism." Website: www.ohchr.org/en/special-procedures/ie-albinism/albinism-africa, accessed 13 February 2024.

Onarheim, Kristine H. and others, 2018. "Towards Universal Health Coverage: Including Undocumented Migrants." *BMJ Global Health* 3: e001031.

Organization of African Unity, 1981. *African Charter on Human and Peoples' Rights*. Addis Ababa: OAU.

Osmundsen, Mathias and others, 2021. "How Partisan Polarization Drives the Spread of Fake News." *Brookings*. Website: [brookings.edu/articles/how-partisan-polarization-drives-the-spread-of-fake-news/](https://www.brookings.edu/articles/how-partisan-polarization-drives-the-spread-of-fake-news/), accessed 1 February 2024.

Ouedraogo, Rasmané and David Stenzel, 2021. "The Heavy Economic Toll of Gender-based Violence: Evidence from Sub-Saharan Africa." *IMF WP/21/277*. Washington, DC: International Monetary Fund.

Owens, Deidre Cooper, 2017. *Medical Bondage: Race, Gender, and the Origins of American Gynecology*. Athens: University of Georgia Press.

Owusu-Edusei, Kwame and others, 2013. "The Estimated Direct Medical Cost of Selected Sexually Transmitted Infections in the United States, 2008." *Sexually Transmitted Diseases* 40(3): 197–201.

Ozili, Peterson K., 2024. "Effect of Gender Equality on Financial Stability and Financial Inclusion." *Social Responsibility Journal* 20(2): 205–223.

PAI, 2020. "Insight into Country-Level Sexual and Reproductive Health Advocacy in Zambia's Universal Health Coverage Financing Reforms." Website: pai.org/resources/leading-charge/, accessed 8 February 2024.

Paradies, Yin, 2016. "Colonisation, Racism and Indigenous Health." *Journal of Population Research* 33: 83–96.

Patel, Parisa and others, 2018. "The Perceptions, Health-Seeking Behaviours and Access of Scheduled Caste Women to Maternal Health Services in Bihar, India." *Reproductive Health Matters* 26(54): 114–125.

Perritt, Jamila and Natalia Eugene, 2022. "Inequity and Injustice: Recognizing Infertility as a Reproductive Justice Issue." *F&S Reports* 3(2 Suppl): 2–4.

- Phillips, James F. and others, 2020. "Four Decades of Community-Based Primary Health Care Development in Ghana." In *Achieving Health for All: Primary Health Care in Action*, David Bishai and Meike Schleiff, eds. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Pierce, Jennifer L., 2013. "White Racism, Social Class, and the Backlash Against Affirmative Action." *Sociology Compass* 7(11): 914–926.
- Policy Cures Research, 2023. "Sexual and Reproductive Health Research and Development: Beyond Spillovers." Australia: Policy Cures Research.
- Pradhan, Rina and others, 2015. "Factors Associated with Pregnancy Among Adolescents in Low-Income and Lower Middle-Income Countries: A Systematic Review." *Journal of Epidemiology & Community Health* 69(9): 918–924.
- Raben, Liselotte A. D. and Maria E. T. C. van den Muijsenbergh, 2018. "Inequity in Contraceptive Care Between Refugees and Other Migrant Women?: A Retrospective Study in Dutch General Practice." *Family Practice* 35(4): 468–474.
- Raghavendra, R. H., 2020. "Literacy and Health Status of Scheduled Castes in India." *Contemporary Voice of Dalit* 12(1): 97–110.
- Ravindran, T.K. Sundari and others, 2020. "Making Pharmaceutical Research and Regulation Work for Women." *BMJ* 371: m3808.
- Reid, Graeme and Minky Worden, 2023. "Caster Semenya Won Her Case, But Not the Right to Compete." *Human Rights Watch*. Website: [hrw.org/news/2023/07/18/caster-semenya-won-her-case-not-right-compete](https://www.hrw.org/news/2023/07/18/caster-semenya-won-her-case-not-right-compete), accessed 4 February 2024.
- Roberts, Dorothy E., 1991. "Punishing Drug Addicts Who Have Babies: Women of Color, Equality, and the Right of Privacy." *Harvard Law Review* 104(7): 1419–1482.
- Rohrbach, Louise A. and others, 2015. "A Rights-Based Sexuality Education Curriculum for Adolescents: 1-Year Outcomes From a Cluster-Randomized Trial." *Journal of Adolescent Health* 57(4): 399–406.
- Rollston, Rebekah and others, 2020. "Comprehensive Sexuality Education to Address Gender-Based Violence." *The Lancet* 396: 148–150.
- Ross, Loretta J., 2017. "Reproductive Justice as Intersectional Feminist Activism." *Souls* 19(3): 286–314.
- Ross, Loretta J. and Rickie Solinger, 2017. *Reproductive Justice: An Introduction*. Berkeley: University of California Press.
- Rostami-Moez, Masoumeh and others, 2021. "The Effect of Teaching Patients' Rights to Midwifery Students on Their Compliance with Patients' Rights at Fatemieh Hospital, Hamadan, Iran." *Journal of Medical Education* 20(3): e116707.
- Samanta, Arabinda, 2016. "Physicians, Forceps and Childbirth: Technological Intervention in Reproductive Health in Colonial Bengal." In *Medicine and Colonialism*, Poonam Bala, ed. New York: Taylor and Francis.
- Saroha, Ekta and others, 2008. "Caste and Maternal Health Care Service Use Among Rural Hindu Women in Maitha, Uttar Pradesh, India." *Journal of Midwifery & Women's Health* 53(5): e41–e47.
- Say, Lale and others, 2014. "Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis." *The Lancet Global Health* 2(6): e323–333.
- Schaaf, Marta and others, 2023. "A Critical Interpretive Synthesis of Power and Mistreatment of Women in Maternity Care." *PLOS Global Public Health* 3(1): e0000616.
- Semenya, Caster, 2023. "Running in a Body That's My Own." *New York Times*.
- Sen, Gita and Aditi Iyer, 2012. "Who Gains, Who Loses and How: Leveraging Gender and Class Intersections to Secure Health Entitlements." *Social Science & Medicine* 74(11): 1802–1811.
- Sen, Gita and others, 2019. "Moving the ICPD Agenda Forward: Challenging the Backlash." *Sexual and Reproductive Health Matters* 27(1): 319–322.
- Sen, Gita, and others, 2009. "A Methodology to Analyse the Intersections of Social Inequalities in Health." *Journal of Human Development and Capabilities* 10(3): 397–415.
- Shalev, Carmel, 1998. "Rights to Sexual and Reproductive Health – the ICPD and the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women." Website: un.org/womenwatch/daw/csw/shalev.htm, accessed 3 February 2024.
- Shields, Kristine and Anne Drapkin Lyster, 2013. "Exclusion of Pregnant Women from Industry-Sponsored Clinical Trials." *Obstetrics & Gynecology* 122(5): 1077–1081.
- Shiva, Vandana, 1996. "Science, Nature and Gender." In *Women, Knowledge, and Reality. Explorations in Feminist Philosophy*, 2nd edn, Ann Garry and Marilyn Pearsall, eds. New York: Routledge.
- Silverman, Jay G. and others, 2007. "Intimate Partner Violence and Unwanted Pregnancy, Miscarriage, Induced Abortion, and Stillbirth Among a National Sample of Bangladeshi Women." *BJOG* 114: 1246–1252.
- Singh, Gopal K., 2021. "Trends and Social Inequalities in Maternal Mortality in the United States, 1969–2018." *International Journal of MCH and AIDS* 10(1): 29–42.
- Singh, Poonam Khetrpal, 2018. "India Has Achieved Groundbreaking Success in Reducing Maternal Mortality." World Health Organization.
- Sloane, Julie, 2018. "Research Finds Tipping Point for Large-Scale Social Change." Website: asc.upenn.edu/news-events/news/research-finds-tipping-point-large-scale-social-change, accessed 1 February 2024.
- Small, Maria J. and others, 2017. "Global Disparities in Maternal Morbidity and Mortality." *Seminars in Perinatology* 41(5): 318–322.

- Snow, Rachel C. and others, 2015. "Sexual and Reproductive Health: Progress and Outstanding Needs." *Global Public Health* 10(2): 149–173.
- Solinger, Rickie and Mie Nakachi, eds, 2016. *Reproductive States: Global Perspectives on the Invention and Implementation of Population Policy*. Oxford: Oxford University Press.
- Sprecher, Tiffany D. Vann and Ruth Mazo Karras, 2011. "The Midwife and the Church: Ecclesiastical Regulation of Midwives in Brie, 1499–1504." *Bulletin of the History of Medicine* 85(2): 171–192.
- Starrs, Ann M. and others, 2018. "Accelerate Progress—Sexual and Reproductive Health and Rights for All: Report of the Guttmacher–Lancet Commission." *Lancet* 391(10140): 2642–2692.
- Stepan, Jan and Edmund H. Kellogg, 1974. "The World's Laws on Contraceptives." *American Journal of Comparative Law* 22(4): 615–651.
- Sully, Elizabeth A. and others, 2020. *Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019*. New York: Guttmacher Institute.
- Tabaac, Ariella R. and others, 2020. "Sexual Orientation-Related Disparities in Healthcare Access in Three Cohorts of U.S. Adults." *Preventive Medicine* 132: 105999.
- Tampa, Mircea and others, 2014. "Brief History of Syphilis." *Journal of Medicine and Life* 7(1): 4–10.
- Tao, Yu-Ting and others, 2023. "Global, Regional, and National Trends of Syphilis from 1990 to 2019: The 2019 Global Burden of Disease Study." *BMC Public Health* 23: 754.
- Teufel, James and others, 2021. "Income and Poverty Status Among Women Experiencing Intimate Partner Violence: A Positive Social Return on Investment from Civil Legal Aid Services." *Law & Society Review* 55(3): 405–428.
- Thomas, B. Gail, 2016. "A History of Midwifery in the Western World." Website: memoriesofnursing.uk/wp-content/uploads/History-of-midwifery-BGT.pdf, accessed 3 February 2024.
- Thomas, Claire, 2023. "No Data IS Data: What Existing but Untapped Disaggregated Data Tells Us About Inequalities in Vaccination Rates in the Global South." Minority Rights Group.
- Thomas, Lynn M., 2003. *Politics of the Womb: Women, Reproduction, and the State in Kenya*. Berkeley: University of California Press.
- Tikkanen, Roosa and others, 2020. "Maternal Mortality and Maternity Care in the United States Compared to 10 Other Developed Countries." New York and Washington D. C.: The Commonwealth Fund.
- Trans Legislation Tracker, n.d. "2023 Anti-Trans Legislation." Website: translegislation.com/bills/2023, accessed 5 February 2024.
- Trost, Susanna and others, 2017. "Pregnancy-Related Deaths: Data from Maternal Mortality Review Committees in 36 US States, 2017–2019." Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Division of Reproductive Health.
- UNAIDS (United Nations Programme on HIV/AIDS), 2023. "UNAIDS Board Calls on Member States to Resource and Tailor HIV Response that Integrates Diverse Needs of Transgender People." Website: unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2023/december/20231219_pcb-decision-2025-targets, accessed 8 February 2024.
- UNAIDS (United Nations Programme on HIV/AIDS), 2022. "UNAIDS Warns that Stigmatizing Language on Monkeypox Jeopardises Public Health." Press release. Website: unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2022/may/20220522_PR_Monkeypox, accessed 15 March 2024.
- UNAIDS (United Nations Programme on HIV/AIDS), 2021. "HIV and Stigma and Discrimination." Human Rights Fact Sheet Series. Website: unaids.org/sites/default/files/media_asset/07-hiv-human-rights-factsheet-stigma-discrimination_en.pdf, accessed 5 February 2024.
- UNAIDS (United Nations Programme on HIV/AIDS), n.d. "Trend of New HIV Infections, 1990–2022." *AIDSinfo database*. Website: aidsinfo.unaids.org/, accessed 30 October 2023.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Statistics Division, 2023. *The Sustainable Development Goals Report 2023: Special Edition*. New York: UN DESA.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2022. *World Family Planning 2022. Meeting the Changing Needs for Family Planning: Contraceptive Use by Age and Method*. New York: UN DESA.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2022a. *World Population Prospects 2022: Summary of Results*. New York: UN DESA.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2022b. *World Population Prospects 2022: Methodology of the United Nations Population Estimates and Projections (UN DESA/POP/2022/TR/NO.4)*. New York: UN DESA.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2022c. "Family Planning ^{تأثيرات}. Estimates and Projections of Family Planning ^{تأثيرات}, 2022." Website: un.org/development/desa/pd/data/family-planning-تأثيرات, accessed 8 February 2024.
- UNDP (United Nations Development Programme), 2023. *The Human Cost of Inaction: Poverty, Social Protection and Debt Servicing, 2020–2023*. New York: UNDP. Website: undp.org/publications/dfs-human-cost-inaction-poverty-social-protection-and-debt-servicing-2020-2023, accessed 8 February 2024.
- UN ECOSOC, 2024. Flow of financial resources for assisting in the further Implementation of the programme of Action of the International Conference on Population and Development. E/CN.9/2024/4. In Press.

UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization), 2016. "Education for People and Planet: Creating Sustainable Futures for All." *Global Education Monitoring Report 2016*. Paris: UNESCO. Website: unesco.org/gem-report/en/education-people-and-planet, accessed 7 February 2024.

UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) and others, 2021. *The Journey Towards Comprehensive Sexuality Education: Global Status Report*. Paris: UNESCO. Website: unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000379607, accessed 2 February 2024.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2024. The Future of Sexual and Reproductive Health and Rights. In press.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2024a. *Population Data Portal*. Website: pdp.unfpa.org, accessed 15 March 2024

UNFPA (United Nations Population Fund), 2024b. A Digital World: Future-Proofing the ICPD. In press.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2024c. The Future of Population Data Systems. In press.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2024d. Sahel Women's Empowerment and Demographic Dividend Programme Annual Progress Report 2023. In press.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2024e. ICPD and the Climate Crisis. In press.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2024f. Demographic Diversity and Sustainable Development. In press.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2024g. A Systematic Assessment of ICPD Positioning Across the 2024 Voluntary National Reviews. In press.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2023. "Statement of the Executive Director to the Second Regular Session of the Executive Board 2023." Website: unfpa.org/press/statement-executive-director-second-regular-session-executive-board-2023, accessed 1 February 2024.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2023a. "Remarks by UNFPA Executive Director Dr. Natalia Kanem during the UNGA 2023 Side Event on Sustainable Financing for Family Planning." Website: unfpa.org/press/remarks-unfpa-executive-director-dr-natalia-kanem-during-unga-2023-side-event-sustainable, accessed 1 February 2024.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2023b. *8 Billion Lives, Infinite Possibilities. State of World Population 2023*. New York: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2022. *Investing in Three Transformative Results: Realizing Powerful Returns*. New York: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2022a. *Seeing the Unseen: The Case for Action in the Neglected Crisis of Unintended Pregnancy. State of World Population 2022*. New York: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2021. *My Body is My Own: Claiming the Right to Autonomy and Self-Determination. State of World Population 2021*. New York: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2021a. *Leaving No One Behind and Reaching the Furthest Behind. Strategic Plan 2022–2025*. New York: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2021b. *We Matter. We Belong. We Decide. UNFPA Disability Inclusion Strategy 2022–2025*. New York: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2020. *International Technical and Programmatic Guidance on Out-of-School Comprehensive Sexuality Education. An Evidence-Informed Approach for Non-Formal, Out-of-School Programmes*. New York: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2019. *Sexual and Reproductive Health and Rights: An Essential Element of Universal Health Coverage*. New York: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2019a. "Submission of the United Nations Population Fund to the Special Rapporteur on Violence Against Women." Website: www.ohchr.org/en/calls-for-input/report-human-rights-based-approach-mistreatment-and-obstetric-violence-during, accessed 3 February 2024.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2018. *Young Persons with Disabilities. Global Study on Ending Gender-based Violence and Realizing Sexual and Reproductive Health and Rights*. New York: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2018a. *International Technical Guidance on Sexuality Education*. New York: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2017. *Worlds Apart - Reproductive Health and Rights in an Age of Inequality. State of World Population 2017*. New York: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), 1998. "ICPD+5 Review." Website: unfpa.org/events/icpd5-review, accessed 5 February 2024.

UNFPA (United Nations Population Fund), 1994. *Programme of Action. Adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5–13 September 1994*. New York: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), n.d. Trends in Women's Sexual and Reproductive Health and Rights Decision-making. Unpublished analysis.

UNFPA (United Nations Population Fund), n.d.a. Sahel Women's Empowerment and Demographic Dividend Monitoring and Evaluation Results Framework. Unpublished report

UNFPA (United Nations Population Fund) and others, 2023. *Maternal Health Analysis of Women and Girls of African Descent in the Americas*. New York: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund) and others, 2021. *The State of the World's Midwifery*. New York: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund) and others, 2018. *Indigenous Women's Maternal Health and Maternal Mortality*. New York: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund) Asia and the Pacific, n.d. "ROI-T: Invest in Her." Website: asiapacific.unfpa.org/en/ROI, accessed 7 February 2024.

UNICEF (United Nations Children's Fund), 2023. "UNICEF Data Warehouse: Cross-Sector تأثيرات Indicator: Percentage of Children Under Age 5 Whose Births Are Registered." Website: data.unicef.org/resources/data_explorer/unicef_f/?ag=UNICEF&df=GLOBAL_DATAFLOW&ver=1.0&dq=.PT_CHLD_Y0T4_REG..&startPeriod=2016&endPeriod=2023, accessed 6 February 2024.

UNICEF (United Nations Children's Fund), 2022. "UNICEF Data: Female Genital Mutilation." Website: data.unicef.org/topic/gender/fgm/, accessed 1 February 2024.

United Nations, 2023. *The Sustainable Development Goals Report. Special Edition*. New York: UN.

United Nations, 2023a. "Disagreeing over References to Comprehensive Sexual Education, Delegates Fail to Adopt Draft Resolution, as Commission on Population and Development Concludes Session." Website: press.un.org/en/2023/pop1109.doc.htm, accessed 1 February 2024.

United Nations, 2023b. "Engagement Key to Reform of Taliban Decrees Restricting Women's Rights." Website: news.un.org/en/story/2023/09/1141477, accessed 8 February 2024.

United Nations, 2023c. "UN Rights Experts Condemn Uganda's 'Egregious' Anti-LGBT Legislation." Website: news.un.org/en/story/2023/03/1135147#, accessed 8 February 2024.



ضمان تمتُّع الجميع بالحقوق والخيارات

PDF ISBN: 9789213589564
Online ISSN: 2520-2154

مطبوع على ورق معاد تدويره

صندوق الأمم المتحدة للسكان
605 Third Avenue
New York, NY 10158
هاتف: +1 212-297-5000
www.unfpa.org
@UNFPA