

أمومة في عمر الطفولة

مواجهة تحدي
حمل المراهقات

حالة سكان العالم ٢٠١٣



حالة سكان العالم ٢٠١٣

يصدر هذا التقرير عن شعبة الإعلام والعلاقات الخارجية في صندوق الأمم المتحدة للسكان .

كبيرة الباحثين والمؤلفة

نانسي وليامسون ، دكتوراه فلسفة ، تقوم بالتدريس في كلية الصحة العامة العالمية بجامعة نورث كارولينا . عملت سابقاً مديرة لمشروع شبكة الشباب YouthNet الذي تضطلع به وكالة التنمية الدولية التابعة للولايات المتحدة ، ومشروع Basha Lesedi للشباب في بوتسوانا الذي تموله مراكز الولايات المتحدة لمكافحة الأمراض والوقاية منها . وقامت بالتدريس في جامعة براون ، وعملت في مجلس السكان والمنظمة الدولية للصحة الأسرية . وعاشت في الهند والفلبين حيث عملت في مشاريع لتنظيم الأسرة . ألفت السيدة وليامسون ورفقات بحثية عديدة ، وهي أيضاً مؤلفة كتاب أبناء أم بنات: دراسة استقصائية شاملة لعدة ثقافات حول تفضيل الآباء بين البنين والبنات حول العالم .

مستشار البحوث

روبرت و . بلوم (MD, MPH, PhD) ، أستاذ كرسي وليام هـ . غيتس الأب ، ورئيس قسم السكان والأسرة والصحة الإنجابية ، ومدير معهد هوبكنز للصحة الحضرية بكلية بلومبرغ للصحة العامة بجامعة هوبكنز . والدكتور بلوم معترف به دولياً لخبرته ودعاه للبحوث في مجال الصحة الجنسية والإنجابية للمراهقين . حرر كتابين وألف أكثر من ٢٥٠ من المقالات وفضول الكتب والتقارير . وهو رئيس سابق لجمعية طب المراهقين ، ورئيس سابق لمجلس إدارة معهد غوتماخر ، وعضو الأكاديمية الوطنية للعلوم بالولايات المتحدة ، واستشاري لمنظمة الصحة العالمية وصندوق الأمم المتحدة للسكان .

الفريق الاستشاري لصندوق الأمم المتحدة للسكان

بروس كامبل

كيت جيلمور

منى قايتباي

لورا لاسكي

إدلبيرتو لويازا

سونيا مارتينيلي - هيكادون

نباي أوجولايي

جاغديش أوباجاي

سيلفيا وونغ

فريق التحرير

المحرر: ريتشارد كولودج

معاون التحرير: روبرت بوشاليك

معاونة التحرير والإدارة: ميريه شلهوب

مدير التوزيع: جايش غولراجاني

التصميم: بروغرافيكس ، إنك .

صورة الغلاف: © Mark Tuschman/Planned Parenthood Global

الإعراب عن الشكر

يعرب فريق التحرير عن امتنانه للزملاء في صندوق الأمم المتحدة للسكان لما قدموه من إضافات ثاقبة وإسهامات وتعليقات ، ونخص بالذكر ألفونسو باراغيس ، وأبو بكر دنغاس ، ونيكول فوستر ، ولويس مورا ، وديان ستوارت . وأعدت إدلبيرتو لويازا التحليل الإحصائي الذي وفر الأساس الذي يقوم عليه التقرير .

وتوجه بالشكر أيضاً إلى الزملاء في صندوق الأمم المتحدة للسكان: عائشة البصري ، وهانز - هاغن إيشنبايخر ، ونيكول فوستر ، وأديبايو فايوبين ، وهيوغيس كون ، ووليام أ . ريان ، وألفارو سيرانو ، وإلى العديد من الزملاء في مكاتب صندوق الأمم المتحدة للسكان حول العالم لما قاموا به من إعداد التحقيقات والتأكد من أن أصوات المراهقين جرى التعبير عنها في هذا التقرير .

وبعض التوصيات التي يتضمنها هذا التقرير يستند إلى بحوث أعدها كوابينا أوسي - دانكواه وراشيل سنو في صندوق الأمم المتحدة للسكان عن التقدم المحرز منذ اعتماد برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في عام ١٩٩٤ .

وقامت شيرين جيجيهوي من مجلس السكان باستعراض الأدبيات المنشورة وقدمت نصاً عن العنف الجنسي ضد المراهقين . ولخصت نيكول جونز من معهد التنمية لما وراء البحار بحثاً عن التحولات النقدية . وقامت مونيكا كوثري من ماكرو إترناشونال بيانات المسوح الديمغرافية والصحية عن الصحة الإنجابية للمراهقين . وقادت كريستينا زامباس جوانب البحث والصياغة في التقرير التي تتناول البعد المتعلق بحقوق الإنسان في إطار حمل المراهقات .

الخرايط والتسميات

لا تنطوي التسميات المستخدمة ولا طريقة عرض المواد المضمنة في الخرائط التي يحتوي عليها التقرير على الإعراب عن أي رأي كان من جانب صندوق الأمم المتحدة للسكان بشأن المركز القانوني لأي بلد أو إقليم أو مدينة أو منطقة أو للسلطات القائمة فيها أو بشأن تعيين حدودها أو تخومها . ويمثل خط منقّط بالتقريب خط المراقبة في جامو وكشمير المتفق عليه بين الهند وباكستان . ولم يتم بعد الاتفاق بين الطرفين على الوضع النهائي لجامو وكشمير .

صندوق الأمم المتحدة للسكان

من أجل تحقيق عالم يكون

فيه كل حمل مرغوباً ، وكل

ولادة مأمونة ويحقق فيه

الشباب كامل إمكاناتهم

أمومة في عمر الطفولة

مواجهة تحدي حمل المراهقات

الصفحة ب	تصدير
الصفحة د	استعراض عام
الصفحة ١	١ تحدٍ عالمي
الصفحة ١٧	٢ الأثر على صحة الفتاة وتعليمها وإنتاجيتها
الصفحة ٣١	٣ ضغوط من جهات عديدة
الصفحة ٥٧	٤ اتخاذ الإجراءات
الصفحة ٨٣	٥ التخطيط للمستقبل
الصفحة ٩٩	المؤشرات
الصفحة ١١١	المراجع

تصدير

تغير جذري يطرأ على حياة أي فتاة حينما تصبح حاملاً، ونادراً ما يكون هذا التغير إلى الأفضل. فقد تكون تلك نهاية تعليمها، وقد تتبدد فرصها في العمل، وسوف تتكاثر مواطن ضعفها إزاء الفقر، والاستبعاد، والتبعية.

الطريق الصحيح صوب التقليل من حالات حمل المراهقات.

وقد درجت الجهود - والموارد - الرامية إلى منع حمل المراهقات على التركيز على الفتيات ما بين سن ١٥ و ١٩ سنة. ومع ذلك، فإن الفتيات الأشد ضعفاً واللاتي تواجهن أكبر المخاطر لحدوث مضاعفات وللوفاة بسبب الحمل والولادة هن الفتيات في سن ١٤ سنة أو أقل. وهذه الفئة من صغار المراهقات عادة ما تغفلها، أو لا تصل إليها، المؤسسات الوطنية في مجالات الصحة والتعليم والتنمية، لأن هؤلاء الفتيات غالباً ما ترغمن على الزواج، وتمنعن من الدراسة أو الحصول على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية. وفي ضوء ما يلزمهن من احتياجات هائلة، يجب على الحكومات والمجتمع المدني والمجتمعات المحلية والمجتمع الدولي أن يبذلوا جهوداً فائقة لحمايتهن ولدعم انتقالهن المأمون والصحي من مرحلة الطفولة والمراهقة إلى مرحلة الرشد. ولدى التصدي لمسألة حمل المراهقات، فإن المعيار الحقيقي لنجاح - أو فشل - الحكومات والوكالات الإنمائية والمجتمع الدولي والمجتمعات المحلية يتمثل في مدى استجابتنا، قوية كانت أو ضعيفة، لاحتياجات هذه الفئة المهملة. إن مسألة حمل المراهقات تتشابك مع العديد من قضايا حقوق الإنسان. فالفتاة الحامل التي تضطر أو ترغم على ترك دراستها، على سبيل المثال، تحرم من حقها في التعليم. والفتاة التي تمنع من فرص الحصول على وسائل منع الحمل أو حتى من الحصول على المعلومات المتعلقة بمنع الحمل تحرم من حقها في الصحة. وعلى العكس من ذلك، فإن الفتاة التي يتاح

وقد تصدت بلدان كثيرة لقضية منع الحمل بين المراهقات، وغالباً ما يتم ذلك من خلال اتخاذ إجراءات تهدف إلى تغيير سلوك الفتاة. وتنطوي هذه التدخلات ضمناً على اعتقاد مفاده أن الفتاة هي المسؤولة عن منع الحمل وعلى افتراض بأنها إذا أصبحت حاملاً فإن الخطأ يعود إليها. وهذه التهج وسبل التفكير مضللة لأنها تخفف في أن تأخذ في الاعتبار الظروف والضغوط المجتمعية التي تتأمر ضد المراهقات وتجعل من الأمومة مجرد نتيجة محتملة لانتقالهن من مرحلة الطفولة إلى مرحلة الرشد. فحينما ترغم فتاة شابة على الزواج، على سبيل المثال، نادراً ما يكون لها رأي في ما إذا كانت ستصبح حاملاً، ومتى سيحدث ذلك، وكم من المرات سوف تصبح حاملاً. ولذلك، فإن أي تدخل لمنع الحمل، سواء أكان حملة إعلامية أو برنامجاً لتوزيع الرافالات، هو أمر لا يعني في كثير أو قليل أي فتاة لا حيلة لها لاتخاذ أي قرارات مؤثرة بشأن حياتها.

إن ما هو ضروري هو اتباع أسلوب جديد في التفكير إزاء التحدي المتمثل في حمل المراهقات. فبدلاً من النظر إلى فتاة باعتبارها المشكلة وأن تغيير سلوكها هو الحل، ينبغي للحكومات، والمجتمعات المحلية، والأسر، والمدارس، أن تنظر إلى الفقر، وعدم المساواة بين الجنسين، والتمييز، وانعدام فرص الحصول على الخدمات، والآراء السلبية إزاء الفتيات والنساء باعتبارها التحدي الحقيقي، والسعي إلى تحقيق العدالة الاجتماعية، والتنمية المنصفة، وتمكين الفتيات على اعتبار أن ذلك يمثل



▲ الدكتور أوشيتيمن بصحبة عدد من المراهقين الأفارقة للمراهقين في جنوب أفريقيا .

© UNFPA/Rayana Rassool

للألفية المرتبطة به لما بعد عام ٢٠١٥ . وعلى الحكومات التي التزمت بخفض أعداد الحمل بين المراهقات أن تلتزم أيضاً بكفالة إيلاء الاعتبار على النحو التام في هذه الخطة الجديدة للتنمية للاحتياجات والتحديات والتطلعات ومواطن الضعف والحقوق المتعلقة بالمراهقين ، وبخاصة الفتيات .

إن عدد المراهقات في العالم الآن يبلغ ٥٨٠ مليون مراهقة . ومن أصل كل خمس من هؤلاء المراهقات ، تعيش أربع منهن في بلدان نامية . ومن شأن الاستثمار فيهن أن يطلق العنان لكامل إمكاناتهن من أجل تشكيل مستقبل البشرية .

الدكتور باباتوندي أوشيتيمن

وكيل الأمين العام للأمم المتحدة

والمدير التنفيذي لصندوق الأمم المتحدة للسكان

لها التمتع بالحق في التعليم والبقاء في الدراسة تواجه بدرجة أقل احتمال أن تصبح حاملاً عن نظيرتها التي تنقطع عن الدراسة أو ترغم على تركها . ولذلك ، فإن تتمتعها بأحد الحقوق يجعلها في وضع أفضل للتمتع بحقوق أخرى .

ومن منظور حقوق الإنسان ، فإن الفتاة التي تصبح حاملاً – بصرف النظر عن الظروف أو الأسباب التي أدت إلى ذلك – هي فتاة أهدرت حقوقها . وتحظى الاستثمارات في رأس المال البشري بأهمية حاسمة في حماية هذه الحقوق . فهذه الاستثمارات لا تساعد الفتيات على تحقيق كامل إمكاناتهن فحسب ، لكنها تشكل أيضاً جزءاً من مسؤولية الحكومة عن حماية حقوق الفتيات والامتثال لمعاهدات وصكوك حقوق الإنسان ، مثل اتفاقية حقوق الطفل ، وللاتفاقات الدولية ، بما في ذلك برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية لعام ١٩٩٤ ، الذي لا يزال صندوق الأمم المتحدة للسكان يقتردي به في عمله حتى اليوم .

ويعد المجتمع الدولي خطة جديدة للتنمية المستدامة لتخلف إعلان الأمم المتحدة للألفية والأهداف الإنمائية

استعراض عام

يشهد كل يوم ٢٠٠٠٠ حالة ولادة لفتيات دون سن الثامنة عشرة في البلدان النامية . وتشهد البلدان المتقدمة النمو أيضاً حالات من هذا القبيل ولكن على نطاق أصغر بدرجة كبيرة .

وتذكر قرابة ١٩ في المائة من الشابات في البلدان النامية أنهن أصبحن حوامل قبل بلوغ سن الثامنة عشرة . وتشكل الفتيات دون سن ١٥ سنة ٢ مليون من حالات الولادة بين المراهقات البالغة ٧,٣ مليون حالة تحت سن ١٨ سنة كل عام في البلدان النامية .

أثر الحمل على الصحة والتعليم والإنتاجية

قد يتسبب الحمل في آثار مباشرة على صحة الفتاة وتعليمها وقدرتها على كسب الدخل . وكثيراً ما يؤدي إلى إحداث تغيير في مسار حياتها بالكامل . أما عن مدى هذا التحول الذي يحدثه الحمل فهذا أمر يعتمد على المرحلة العمرية التي تمر بها الفتاة - صغيرة كانت أو شابة .

وفي كل مناطق العالم ، تكثر احتمالات الحمل بين فتيات المناطق الريفية الفقيرات والأقل تعليماً عنها بين نظيراتهن المتعلّقات وميسورات الحال في المناطق الحضرية . كما تكثر احتمالات الحمل بين الفتيات من الأقليات العرقية أو الجماعات المهمشة اللاتي تفتقرن إلى الخيارات وفرص الحياة أو اللاتي لا تحظين بفرص تذكر للحصول على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية ، بما في ذلك المعلومات والخدمات المتعلقة بوسائل منع الحمل .

وتستأثر البلدان النامية بمعظم حالات الولادة بين المراهقات - بنسبة ٩٥ في المائة - وتسع من كل ١٠ من هذه الحالات تكون فيها الولادة لشخصين متزوجين أو يعيشان معاً في شكل من أشكال الاقتران .

مواجهة تحدي حمل المراهقات

- ٢٠٠٠٠ فتاة تلد يومياً
- ضياع الفرص في مجال التعليم ومجالات أخرى
- ٧٠٠٠٠ حالة وفاة سنوياً بين المراهقات بسبب مضاعفات الحمل والولادة
- ٣,٢ ملايين حالة إجهاض غير مأمونة بين المراهقات كل عام
- إدامة الفقر والاستبعاد
- الحرمان من حقوق الإنسان الأساسية
- إهدار الإمكانيات التي تتمتع بها الفتيات



”كنت في الرابعة عشرة ... وكانت أُمي وأخواتها يقمن بإعداد الطعام ، أما والدي فقد طلب من إخوتي وأخواتي ارتداء أفضل ما لديهم من ثياب لأننا على وشك أن نحضر حفلاً . ولأنني لم أكن على علم بما يجري ، فقد احتفلت بالمناسبة كما يحتفل الآخرون . وفي ذلك اليوم فقط ، علمت أنه يوم عرسِي وأن علي أن ألحق بزوجي . وقد حاولت الهرب لكنهم أمسكوا بي . وهكذا وجدت نفسي مع زوج يكبرني ثلاث مرات ... كان مفترضاً أن ينقذني هذا الزواج من الرذيلة . وضاعت عليّ دراستي ، هكذا بكل بساطة . وبعد عشرة شهور وجدت نفسي أحمل طفلاً بين ذراعي . وذات يوم ، قررت الهروب ، لكنني وافقت على العودة إلى زوجي إذا سمح لي بالعودة إلى المدرسة . وعدت إلى مدرستي ، وأنا الآن في الصف السابع ولدي ثلاثة أطفال “ .

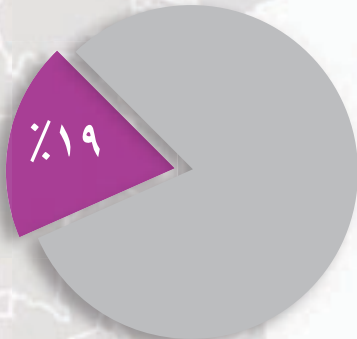
كلاريس ، ١٧ سنة ، تشاد

وتتعرض الأمهات دون سن ١٥ سنة في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل لخطر الوفاة النفاسية بمعدل أكبر بمقدار الضعف عن الإناث الأكبر سناً؛ كما تواجه هذه الفئة الأصغر سناً معدلات أعلى بكثير للإصابة بناسور الولادة عن أقرانهن الأكبر سناً . وفي البلدان النامية ، يموت سنوياً نحو ٧٠.٠٠٠ مراهقة لأسباب تتعلق بالحمل والولادة . ويعد الحمل والولادة من الأسباب الرئيسية للوفاة بين المراهقات الأكبر سناً في البلدان النامية . والمراهقات اللاتي تصبحن حوامل هن في الغالب من الأسر المعيشية المنخفضة الدخل واللاتي تعانين من سوء التغذية . ومن المرجح أن تنشأ مشاكل صحية إذا أصبحت الفتاة حاملاً فور وصولها سن البلوغ .

الأسباب الكامنة

معدل الحمل قبل ١٨ سنة

نحو ١٩ في المائة من الشباب في البلدان النامية تصبحن حوامل قبل بلوغهن سن ١٨ سنة



- زواج الأطفال
- عدم المساواة بين الجنسين
- العقوبات التي تعترض حقوق الإنسان
- الفقر
- العنف والقسر الجنسيان
- السياسات الوطنية التي تقيد فرص الحصول على وسائل منع الحمل والتثقيف الجنسي الملائم لكل الأعمار
- عدم الحصول على خدمات التثقيف والصحة الإنجابية
- ضعف الاستثمار في رأس المال البشري للفتيات

والفتيات اللاتي تواصلن الدراسة لفترة أطول هن أقل احتمالاً لأن تصبحن حوامل . فالتعليم يهيئ الفتيات للحصول على وظائف واكتساب سبل الرزق ، ويعزز من تقديرهن لذاتهن ولوضعهن في أسرهن المعيشية ومجتمعاتهن المحلية ، ويتيح لهن فرصة أكبر للإدلاء برأيهن في القرارات التي تؤثر على حياتهن . ثم إن التعليم يحد من احتمالات زواج الأطفال ، ويؤخر الولادة ، ويفضي في نهاية المطاف إلى نتائج صحية أفضل في ما يتعلق بالولادة . ومن شأن ترك الدراسة - سواء بسبب الحمل أو غيره من الأسباب - أن يعرض للخطر التوقعات الاقتصادية للفتيات في المستقبل ويستبعدهن من الفرص الأخرى في حياتهن .

تكاتف قوى كثيرة ضد المراهقات

من شأن الأخذ بنهج ” إيكولوجي “ إزاء حمل المراهقات أن يأخذ في الاعتبار كامل نطاق القوى الدافعة المتشابكة وراء حمل المراهقات ، والتفاعل بين هذه القوى . وبوسع هذا النهج أن يساعد الحكومات ومقرري السياسات وأصحاب المصلحة على فهم التحديات وصياغة تدخلات أكثر فاعلية لا تقلل من عدد حالات الحمل

فحسب ، لكنها تساعد أيضاً على هدم الحواجز التي تعوق تمكين الفتيات بحيث لا يصبح الحمل في نهاية الأمر هو النتيجة المتوقعة .
وأحد نماذج هذا النهج الإيكولوجي وضعه روبرت بلوم في كلية بلومبرغ للصحة العامة بجامعة جونز هوبكنز ، وهو يلقي الضوء على مجموعة من القوى التي تتكاتف ضد المراهقات وتضاعف من احتمالات حملهن . وفضلاً عن كثرة هذه القوى وتعدد طوابقها ، فإنها جميعها ، بشكل أو آخر ، تتداخل مع قدرة الفتاة على التمتع بحقوقها أو ممارستها وتمكنها من أن تشكل مستقبلها بنفسها . ويتناول النموذج قوى على الصعيد الوطني ، مثل السياسات المتعلقة بفرص حصول المراهقات على وسائل منع الحمل أو عدم إنفاذ القوانين التي تحظر زواج الأطفال ، وصولاً إلى المستوى الفردي مثل الحياة الاجتماعية للفتاة والأسلوب الذي تشكل به رؤاها حول الحمل .

وينطوي هذا النموذج على عدة عوامل محددة يتفاعل معظمها على أكثر من صعيد واحد . وعلى سبيل المثال ، فإن السياسات على الصعيد الوطني قد تحد من فرص حصول المراهقين على خدمات الصحة الجنسية

ضغوط من اتجاهات عديدة وعلى مستويات كثيرة

النهج ”الإيكولوجي“ إزاء حمل المراهقات هو نهج يراعي طائفة كاملة من العوامل المعقدة التي تسهم في حمل المراهقات ويستوعب تفاعل هذه القوى .

وتتضافر الضغوط على جميع المستويات فتؤدي إلى الحمل ، سواء كان حملاً مرغوباً فيه أم لا . وقد تمنع القوانين الوطنية الفتاة من الحصول على وسائل منع الحمل . وتحول المعايير والمواقف المجتمعية دون حصولها على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية أو تنغاضى عن العنف الممارس ضدها إن هي استطاعت الحصول على تلك الخدمات بأي حال من الأحوال . وقد يرغب أفراد الأسرة على الزواج عندما تكون قدرتها على رفض الإنجاب ضعيفة أو منعدمة أصلاً . وقد لا توفر المدارس التربية الجنسية ، فتضطر إلى الاعتماد على المعلومات (غير الدقيقة في الغالب) التي يقدمها الأقران بشأن النشاط الجنسي والحمل ومنع الحمل . وقد يرفض شريكها استخدام الرفال أو يحرم عليها استخدام وسائل منع الحمل أيّاً كان نوعها .



ضغوط مجتمعية



ضغوط من المدرسة/الأقران



ضغوط أسرية



ضغوط فردية

والإنجابية ، بما في ذلك وسائل منع الحمل ، في الوقت الذي قد يعترض فيه المجتمع المحلي أو الأسرة على حصول الفتيات على التثقيف الجنسي الشامل أو غير ذلك من المعلومات بشأن كيفية منع الحمل .

ويبين هذا النموذج أن حالات الحمل بين المراهقات لا تحدث في فراغ لكنها نتيجة لتشابك مجموعة من العوامل مثل الانتشار الواسع للفقر ، وقبول المجتمعات المحلية والأسر لزواج الأطفال ، وعدم كفاية الجهود المبذولة لكي تواصل الفتيات دراستهن .

وبالنسبة لمعظم المراهقات دون سن ١٨ سنة ،

وبخاصة من هن أصغر من ١٥ سنة ، لا تحدث

حالات الحمل نتيجة لخيار متعمد . وعلى العكس من ذلك ، فإن حالات الحمل تحدث عموماً نتيجة لانعدام الخيارات ولظروف خارج إرادة الفتيات أنفسهن .

وتعكس حالات الحمل المبكر أوضاعاً من قلة الحيلة ،

والفقر ، والضعف - من الشركاء ، والأقران ،

والأسر ، والمجتمعات المحلية . وفي أحيان كثيرة

للغاية ، تكون هذه الحالات نتيجة للعنف أو القسر

الجنسيين . فالفتيات اللاتي لا تتمتعن إلا بقدر ضئيل

من الاستقلال الذاتي - خاصة في حالات الزواج

القسري - لا يكون لهن رأي في قبول الحمل أو رفضه ، أو بشأن مواعده .

وحمل المراهقات هو في الوقت ذاته علة ونتيجة

لانتهاكات الحقوق . فالحمل يقوض فرص الفتاة لممارسة

حقوقها في التعليم والصحة والاستقلال الذاتي ، على

النحو الذي تكفله المعاهدات الدولية مثل اتفاقية حقوق

الطفل . وعلى العكس من ذلك ، فحينما تعجز الفتاة عن

ممارسة حقوقها الأساسية ، مثل الحق في التعليم ، فإنها

تصبح أكثر عرضة للحمل . ووفقاً لما تنص عليه اتفاقية

حقوق الطفل ، فإن أي شخص دون سن ١٨ سنة يعتبر

طفلاً . وبالنسبة إلى قرابة ٢٠٠ مراهقة يومياً فإن الحمل

المبكر يتسبب في أشد انتهاك للحقوق - ألا وهو الموت .

إن حقوق الفتيات تخضع بالفعل للحماية - على

الورق - بموجب إطار معياري دولي يقتضي من الحكومات

أن تتخذ جميع الخطوات التي تتيح للفتيات التمتع

بحقوقهن في التعليم ، والصحة ، وفي العيش بمنأى عن

العنف والقسر . ولأطفال نفس حقوق الإنسان المكفولة

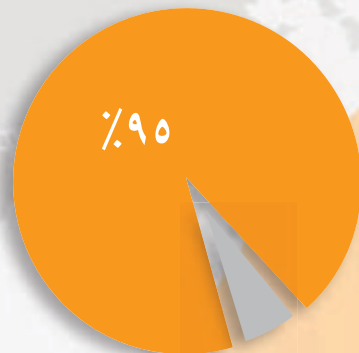
لل كبار لكنهم يمنحون أيضاً حماية خاصة من أجل

التصدي لأوجه عدم المساواة التي تواجههم في مختلف

مراحل حياتهم .

حالات الولادة بين المراهقات

٩٥ في المائة من
حالات الولادة بين
المراهقات تحدث في
البلدان النامية



معالجة الأسباب الكامنة

لأن حمل المراهقات هو نتيجة لمجموعة متنوعة من العوامل المجتمعية والاقتصادية وغيرها من العوامل الكامنة، فإن منع هذه الظاهرة يتطلب استراتيجيات متعددة الأبعاد موجهة نحو تمكين الفتيات ومصممة خصيصاً لكي تناسب فئات معينة من الفتيات، وخاصة المهمشات والضعيفات منهن.

وكثير من الإجراءات التي اتخذتها الحكومات والمجتمع المدني والتي أدت إلى خفض معدلات الخصوبة صممت لتحقيق أهداف أخرى، مثل الإبقاء على الفتيات في المدارس، أو منع الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية، أو القضاء على زواج الأطفال. ويمكن لهذه الإجراءات أيضاً أن تعزز من رأس المال البشري، وأن توفر المعلومات أو المهارات من أجل تمكين الفتيات من اتخاذ القرارات التي تهم حياتهن، ولدعم حماية حقوق الإنسان الأساسية للفتيات.

وتكشف البحوث عن أن التصدي لظاهرة الحمل العارض بين المراهقات يتطلب الأخذ بنهج كلية، ولأن التحديات التي ينطوي عليها هذا الأمر ضخمة

إن دعم الحقوق المكفولة للفتيات يمكن أن يساعد على القضاء على الكثير من الأوضاع التي تسهم في ظاهرة حمل المراهقات وعلى التخفيف من أثر الكثير من عواقبه على الفتيات وأسرهن المعيشية ومجتمعاتهن المحلية.

ويعد التصدي لهذه التحديات من خلال التدابير اللازمة لحماية حقوق الإنسان أمراً أساسياً لكسر الحلقة المفرغة لانتهاكات الحقوق، والفقير، وانعدام المساواة، والاستبعاد، وحمل المراهقات.

ويعني الأخذ بنهج يقوم على حقوق الإنسان إزاء حمل المراهقات العمل مع الحكومات لإزالة العقبات التي تعترض سبيل تمتع الفتيات بحقوقهن. ويعني ذلك التصدي للأسباب الكامنة وراء المشكلة، مثل زواج الأطفال، والعنف والقسر الجنسيين، وانعدام فرص الحصول على التعليم والصحة الجنسية والإنجابية، بما في ذلك وسائل منع الحمل والمعلومات. بيد أن الحكومات لا يسعها أن تقوم بذلك وحدها. فهناك آخرون من أصحاب المصلحة والمكلفين بالمهام، كالمعلمين والآباء وقادة المجتمعات المحلية، يمكنهم القيام بدور هام في هذا الصدد.

الأسس اللازمة لإحراز التقدم

احترام حقوق الإنسان للجميع

يمكن لدعم حقوق الإنسان أن يقضي على الظروف التي تسهم في حدوث الحمل بين المراهقات



تمكين الفتيات

بناء قدرة الفتيات وتمكينهن من اتخاذ الخيارات التي تهم حياتهن



الحد من الفقر

في البلدان النامية والمتقدمة النمو، على السواء، يشكل الفقر قوة دافعة وراء حمل المراهقات



تصحيح حالة انعدام المساواة بين الجنسين

وضع البنات والبنين على قدم المساواة



ومعقدة ، فليس بمقدور قطاع وحيد أو منظمة وحيدة أن يواجه هذه التحديات بمفرده . والسبيل الوحيد إلى ذلك هو العمل من خلال الشراكات ، وعبر قطاعات متعددة ، وبالتعاون مع المراهقات أنفسهن ، من أجل إزالة التقييدات التي تعوق إحراز التقدم .

ويقتضي الإبقاء على المراهقات في مسارات حياتية صحية وأمونة وإيجابية الاضطلاع باستثمارات شاملة واستراتيجية وهادفة بحيث تنصدي للمصادر المتعددة لأوجه ضعفهن ، والتي تتراوح بين العمر ، والقدرات ، ومجموعة الدخل ، ومكان الإقامة ، وعوامل أخرى كثيرة . ويقتضي ذلك أيضاً بذل جهود دؤوبة للتعرف على الظروف المتنوعة التي تعيشها المراهقات ، وتحديد الفتيات الأكثر تعرضاً لخطر حمل المراهقات وما يترتب على ذلك من نتائج في مجال الصحة الإنجابية . وتحتاج هذه البرامج المتعددة القطاعات إلى تعزيز الأصول المتاحة للفتيات عبر كل القطاعات - في مجالات الصحة ، والتعليم ، وسبل المعيشة - كما تحتاج إلى تمكينهن من خلال شبكات الدعم الاجتماعي وزيادة تحسین وضعهن

في المنزل والأسرة والمجتمع المحلي وفي ما تقمنه من علاقات . ومن شأن التدخلات الأقل تعقيداً ، وإن كانت مفيدة على المدى الاستراتيجي ، أن تحدث فرقاً في هذا المضمار . ويمكن لهذه التدخلات أن تشمل توفير التحويلات النقدية المشروطة للفتيات لتمكينهن من مواصلة دراستهن .

سبل المضي قدماً

لجأت بلدان كثيرة إلى اتخاذ إجراءات تهدف إلى منع حمل المراهقات ، وفي بعض الحالات لدعم الفتيات اللاتي أصبحت حوامل . ولكن كثيراً من هذه التدابير ظلت حتى الآن محصورة في المقام الأول في تغيير سلوكيات الفتاة ، و فقط في التصدي للعوامل المؤثرة والقوى الدافعة التي تكمن وراء هذه الظاهرة ، بما في ذلك عدم المساواة بين الجنسين ، والفقر ، والعنف والقسر الجنسيين ، وزواج الأطفال ، والضغط الاجتماعي ، والاستبعاد من فرص التعليم والوظائف ، والمواقف والقوالب النمطية السلبية إزاء المراهقات ، علاوة على تجاهل الدور الذي يمكن أن يقوم به الفتيان والرجال .

٨ طرق لتحقيق المطلوب

١ الفتيات من ١٠ إلى ١٤ سنة
تدخلات وقائية لصغار المراهقات

٢ زواج الأطفال
وقف زواج الأطفال تحت سن ١٨ ، ومنع العنف والقسر الجنسيين

٣ الأخذ بنهج متعددة المستويات
تعزيز الأصول الخاصة بالفتيات على كل المستويات ؛ المحافظة على صحة الفتيات وضمان مسارات حياة أمونة لهن

٤ حقوق الإنسان
حماية الحقوق في الصحة والتعليم والأمن والتحرر من الفقر

٥ التعليم
إحاق الفتيات بالتعليم وإبقائهن فيه لفترات أطول

٦ إشراك الرجال والفتيان
مساعدة الرجال والفتيان على أن يكونوا جزءاً من الحل

٧ التثقيف الجنسي والحصول على الخدمات
التوسع في تقديم المعلومات الملائمة لكل الأعمار وتقديم الخدمات الصحية التي يستفيد منها المراهقون

٨ التنمية المنصفة
وضع إطار لما بعد الأهداف الإنمائية للألفية يقوم على حقوق الإنسان ، والمساواة ، والاستدامة

وتشير التجربة المكتسبة من البرامج الفعالة في هذا المجال إلى أن ما هو مطلوب هو إحداث انتقال تحويلي من التدخلات ضيقة التركيز التي تستهدف الفتيات أو منع الحمل إلى نهج أوسع نطاقاً تهدف إلى تعزيز رأس المال البشري للفتيات، وتركز على قدرتهن على اتخاذ القرارات المتعلقة بحياتهن (بما في ذلك المسائل المتصلة بالصحة الجنسية والإنجابية)، والتي تطرح أمام الفتيات فرصاً حقيقية بحيث لا ينظر إلى الأمومة باعتبارها قدرهن الوحيد. وينبغي لهذا النموذج الجديد في المعادلة أن يستهدف الظروف والأوضاع والقواعد والقيم والقوى الهيكلية التي تديم ظاهرة حمل المراهقات، من ناحية، والتي تميل إلى استبعاد الفتيات الحوامل وتهميشهن، من ناحية أخرى. وتحتاج الفتيات إلى الحصول على خدمات ومعلومات الصحة الجنسية والإنجابية وإلى عدم تحمل الأعباء الاقتصادية والضغط الاجتماعي التي غالباً ما تفضي بهن إلى الحمل، والفقير، والاعتلال، بما يصاحب كل ذلك من فقد للإمكانات البشرية. ولا بد من بذل جهود إضافية للوصول إلى الفتيات تحت سن ١٥ سنة، التي تعتبر احتياجاتهن وأوجه

” حقيقة الأمر أن الناس يُغرقون في إصدار الأحكام، وتلك هي طبيعة البشر. وحينما تتناهى إلى سمعك هذه الأحكام رغم كل ما حققت من إنجازات... ورغم كل الصعاب التي مرتت بها لكي تصبح إنساناً أفضل... سيبدو لك أن الناس لا يغفرون لأنهم لن ينسوا أبداً أنها ’ هي الفتاة التي وضعت طفلاً وهي بعد في سن الخامسة عشرة‘“.

تونيت، ٣١ سنة، حملت في سن ١٥ سنة، جامايكا

الفوائد

المساواة
تساوي الحقوق
والفرص



منع الحمل يساعد الفتيات على ضمان التمتع بحقوق الإنسان الأساسية الخاصة بهن.

التعليم
أعداد أكبر من الفتيات
تكمّلن تعليمهن



وهذا من شأنه التقليل من احتمالات زواج الأطفال ويؤخر الحمل، ويؤدي في النهاية إلى نتائج صحية أفضل بالنسبة لحالات الولادة. كما يساعد ذلك على بناء المهارات والإعلاء من مرتبة الفتيات.

الصحة
صحة أفضل
للأم والطفل



يقلل تأخير الحمل من حدوث مخاطر صحية بالنسبة إلى الفتيات وأطفالهن.

صندوق الأمم المتحدة للسكان ، وحقوق الإنسان ، وحمل المراهقات

بالنسبة إلى صندوق الأمم المتحدة للسكان ، الذي يقتردي ببرنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية ، فإن احترام وحماية وإعمال حقوق الإنسان للمراهقين ، بما في ذلك حقهم في الصحة الجنسية والإنجابية وحقوقهم الإنجابية ، يؤدي إلى تحقيق ما يلي :

- الحد من أوجه الضعف ، وخاصة بين هؤلاء الأشد تهميشاً ، من خلال التركيز على احتياجاتهم الخاصة ؛
- زيادة وتعزيز مشاركة المجتمع المدني والمجتمع المحلي والمراهقين أنفسهم ؛
- تمكين المراهقين من مواصلة تعليمهم وتحقيق حياة منتجة ومرضية ؛
- زيادة الشفافية والمساءلة ؛
- تحقيق التحول الاجتماعي المطرد ، نظراً لما للبرامج التي تقوم على حقوق الإنسان من أثر على القواعد والقيم والهيكل وعلى السياسات والممارسات .

ضعفهن كبيرة بوجه خاص . فالجهود التي تبذل لمنع حالات الحمل بين الفتيات فوق سن ١٥ سنة أو لدعم المراهقات الأكبر سناً اللاتي أصبحن حوامل أو اللاتي وضعن مواليدهن بالفعل قد لا تكون مناسبة أو مجدية بالنسبة للمراهقات الأصغر سناً . فهؤلاء المراهقات الصغيرات جداً يتعرضن لأوجه ضعف خاصة ولم تبذل جهود تذكر لمحاولة فهم التحديات العسيرة التي تواجههن والاستجابة لها .

وحيثما تصبح الفتاة حاملاً فإن ما تحتاج إليه هو الدعم وليس الوصم . ويقع على كاهل الحكومات ، والمنظمات الدولية ، والمجتمع المدني ، والمجتمعات المحلية ، والأسر ، ورجال الدين ، والمراهقين أنفسهم دور هام لإحداث هذا التغيير . وسوف يستفيد الجميع من تعزيز الإمكانات الهائلة التي تجسدها هؤلاء الفتيات المفعمات بالحياة والأمل .

الإمكانات

تحقيق الإمكانات
الكاملة للمراهقات



الفتيات اللاتي تنعمن بالصحة والتعليم والقدرة على ممارسة الحقوق تحظين بتوقعات أكثر إشراقاً .

الاقتصاد

زيادة الإنتاجية الاقتصادية
وفرص العمل



تؤدي الاستثمارات التي تمكن المرأة إلى تحسين احتمالات العمل المدرة للدخل .



تحدي عالمي



في كل عام تنجب ٧,٣ ملايين
فتاة في البلدان النامية لا تتعدى
أعمارهن ١٨ سنة .

© Mark Tuschman/AMMD

” كان عمري ١٦ سنة ولم يسبق لي أن تخلفت عن المدرسة يوماً واحداً. وكنت أحب الدراسة حباً جماً، وأفضل أن أقضي وقتي في مطالعة كتيبي بدل مشاهدة التلفزيون! وكنت أحلم بالذهاب إلى المدرسة ثم الحصول على فرصة عمل جيدة حتى أخلص والدي من هذا الكوخ الذي نعيش فيه .

ثم في يوم من الأيام، أمرت بأن أتخلى عن كل ذلك، لأن والديّ قايضاني بفتاة كان سيتزوجها أخي الأكبر. ويدعى زواج المقايضة هذا بـ آتاساتا في مجتمعي المحلي. واستبد بي الحزن والغضب. فتوسلت إلى أمي، لكن أبي كان قد حسم أمره .

وكان أملي الوحيد أن يسمح لي زوجي بإتمام دراستي. غير أنه تسبب في حملي حتى قبل أن أبلغ السابعة عشرة من عمري. ومنذ ذلك الحين، قلما سُمح لي بالخروج من البيت. فكان يُسمح للجميع بالخروج للتبضع أو للذهاب إلى السينما أو لقضاء أغراض في الحي، إلا أنا. وأحياناً، عندما لا يكون الآخرون في البيت، أطلع كتيبي المدرسية القديمة، وأحمل طفلتي وأبكي. وهي طفلة رائعة، لكنهم يلومونني لأنني لم أنجب ولداً .

لكن الأشياء بدأت تتغير تدريجياً. والأمل معقود على أن تختفي أعراف من قبيل زواج المقايضة وزواج الأطفال عندما تشب ابنتي، حتى يتأتى لها إكمال تعليمها ولا تنزوج إلا عندما ترغب في الزواج “ .

كومال، ١٨ سنة، الهند

أما الفتيات المنحدرات من أقلية عرقية أو المنتميات إلى فئة مهمشة واللاتي لا تتاح لهن خيارات وفرص في الحياة، أو اللاتي تقل أو تنعدم فرص استفادتهن من خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، بما في ذلك المعلومات وخدمات منع الحمل، فإن احتمال أن يصبحن حوامل أرجح أيضاً. وعلى الصعيد العالمي، يكون احتمال أن تصبح الفتاة حاملاً احتمالاً راجحاً في ظل ظروف الإقصاء الاجتماعي والفقير والتهميش وعدم المساواة بين الجنسين، حيث لا تتمتع تماماً بحقوق الإنسان الأساسية الواجبة لها أو لا تمارسها، ولا تتاح لها فرص

في كل عام تنجب ٧,٣ ملايين فتاة في البلدان النامية لا تتعدى أعمارهن ١٨ سنة (UNFPA, 2013). بل إن العدد الحالي لحالات الحمل أعلى من ذلك. وتحدث حالات حمل المراهقات بوتيرة متفاوتة في مختلف المناطق والبلدان، وداخل البلدان وعبر الأعمار وفئات الدخل. غير أن ما هو شائع في كل منطقة، هو أن الفتيات الفقيرات اللاتي يعشن في المناطق الريفية أو النائية ويعانين من الأمية أو لهن مستوى تعليمي متدن هن أكثر عرضة لأن يحملن من نظيراتهن المتعلّقات والأيسر حالاً، ممن يعشن في المناطق الحضرية.

استناداً إلى تقديرات عام ٢٠١٠ ، تفيد ٣٦,٤ مليون امرأة في البلدان النامية ممن تتراوح أعمارهن بين ٢٠ سنة و ٢٤ سنة أنهن أنجبن قبل بلوغهن سن ١٨ سنة .

وفي المناطق النامية ، تستأثر منطقة غرب ووسط أفريقيا بأكبر نسبة مئوية (٢٨ في المائة) من النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين ٢٠ سنة و ٢٤ سنة واللاتي أبلغن بأنهن أنجبن قبل بلوغهن سن ١٨ سنة . ويستفاد من البيانات التي تم جمعها في ٥٤ بلداً من خلال مجموعتين من الاستقصاءات الديمغرافية والصحية والمسوح العنقودية المتعددة المؤشرات التي أجريت في الفترة بين عامي ١٩٩٠ و ٢٠٠٨ وبين عامي ١٩٩٧ و ٢٠١١ أن ثمة انخفاضاً طفيفاً في

الاستفادة من الرعاية الصحية والتعليم والحصول على المعلومات والخدمات و الفرص الاقتصادية فرصاً محدودة . وتستأثر البلدان النامية بمعظم حالات الولادة بين المراهقات - بنسبة ٩٥ في المائة - وتسع من كل ١٠ من هذه الحالات تكون فيها الولادة لشخصين متزوجين أو يعيشان معاً في شكل من أشكال الاقتران . (World Health Organization, 2008) .

حالات الولادة لدى الفتيات اللاتي تقل أعمارهن عن ١٨ سنة

يصبح حوالي ١٩ في المائة من الشبابات في البلدان النامية حوامل قبل سن ١٨ سنة (UNFPA, 2013) . واستناداً إلى تقديرات عام ٢٠١٠ ، تفيد ٣٦,٤ مليون امرأة في البلدان النامية ممن تتراوح أعمارهن بين ٢٠ سنة و ٢٤ سنة أنهن أنجبن قبل بلوغهن سن ١٨ سنة . ويعيش ١٧,٤ مليون منهن في جنوب آسيا .

▶ منظمة الفرص السانحة
Abriendo Oportuni-
dades (توفر الأماكن
الآمنة ، والتوجيه
والفرص التعليمية
لمراهقات هنود المايا . كما
تهيئ لهن فرصاً جديدة .
© Mark Tuschman/UNFPA

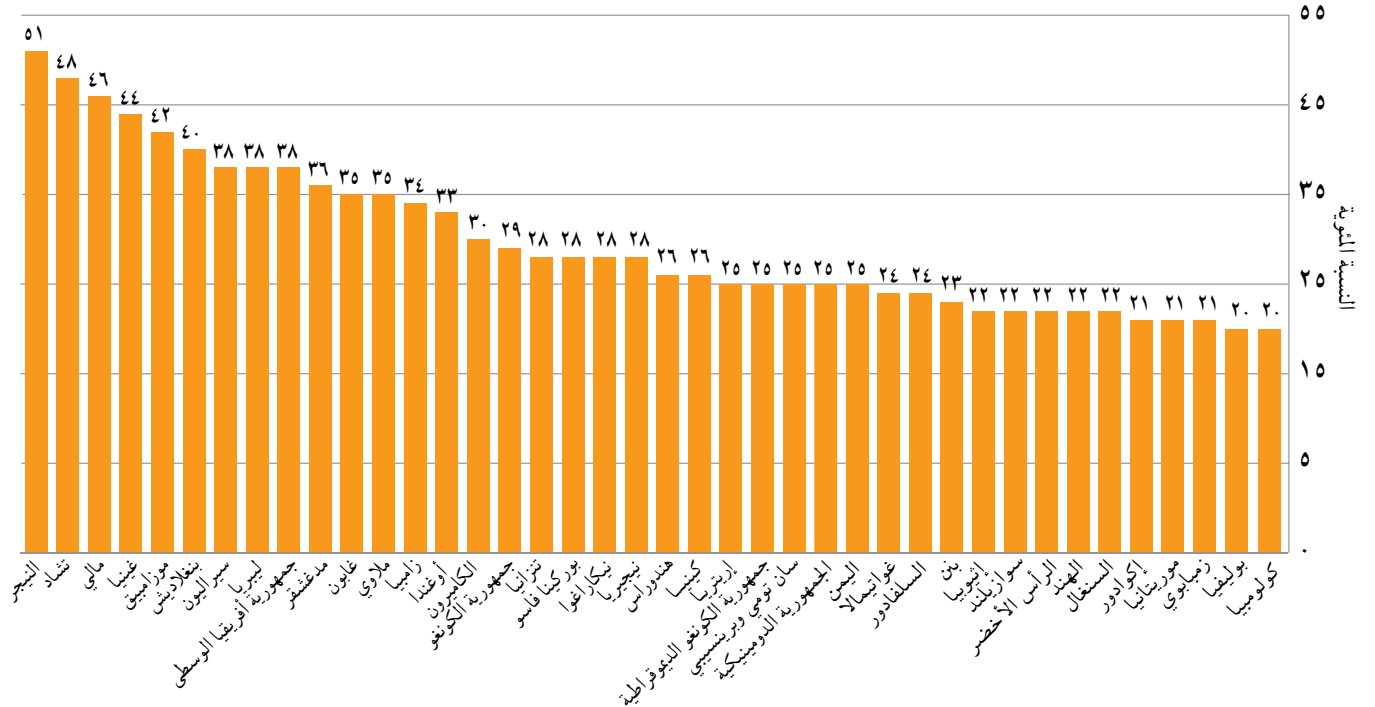


النسبة المئوية للنساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين ٢٠ و ٢٤ سنة واللاتي أبلغن عن أنهن أبحن قبل بلوغهن ١٨ سنة: من ٢٣ في المائة إلى حوالي ٢٠ في المائة. وتؤدي البلدان الخمس والأربعون التي شملتها هذه الدراسات الاستقصائية ٧٢ في المائة من مجموع السكان في البلدان النامية، باستثناء الصين.

ومن بين الدول الخمس عشرة التي لها معدل "مرتفع" لحمل المراهقات (٣٠ في المائة أو أكثر)، لم يشهد انخفاضاً إلا نصفها، مقارنة بالنتائج المستخلصة من الاستقصاءات الديمغرافية والصحية والمسوح العنقودية المتعددة المؤشرات (١٩٩٧-٢٠٠٨ و ٢٠٠١-٢٠١١). وتقع جميع الدول الست

التي شهدت زيادات في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. وبموجب اتفاقية حقوق الطفل، يعتبر أي شخص دون سن ١٨ سنة "طفلاً". وكثيراً ما يتعذر على الفتيات اللاتي يحملن قبل بلوغهن ١٨ سنة التمتع بحقوقهن أو ممارستها، من قبيل حقهن في التعليم والصحة والتمتع بمستوى معيشي لائق، وبالتالي يحرم من هذه الحقوق الأساسية. وتصبح ملايين الفتيات اللاتي تقل أعمارهن عن ١٨ سنة حوامل في إطار الزواج أو في إطار الاقتران. وقد انضمت اللجنة المعنية بحقوق الإنسان إلى الهيئات الأخرى لرصد حقوق الإنسان في التوصية بالإصلاح القانوني من أجل القضاء على زواج الأطفال.

البلدان التي لها نسبة ٢٠ في المائة أو أكثر من النساء المترواحة أعمارهن بين ٢٠ و ٢٤ سنة واللاتي أبلغن عن إنجابهن قبل بلوغهن ١٨ سنة



المصدر: www.devinfo.org/mdg5b.

حالات الولادة لدى الفتيات اللاتي تقل أعمارهن عن ١٥ سنة

تبلغ حالات الولادة لدى الفتيات اللاتي تقل أعمارهن عن ١٥ سنة، كل عام في البلدان النامية، مليوني حالة ولادة من أصل ٧,٣ مليون حالة ولادة لدى الفتيات اللاتي تقل أعمارهن عن ١٨ سنة .

واستناداً إلى الاستقصاءات الديمغرافية والصحية والمسوح العنقودية المتعددة المؤشرات، يقول ٣ في المائة من الشباب في البلدان النامية أنهم أنجبوا قبل بلوغهم ١٥ سنة (UNFPA, 2013).

ومن بين البلدان النامية، تستأثر منطقة غرب ووسط أفريقيا بأكبر نسبة مئوية (٦ في المائة) من الولادات المبلغ عنها قبل بلوغ سن ١٥ سنة بينما تمثل منطقتنا أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى أصغر نسبة مئوية (٠,٢ في المائة).

ويتبين من البيانات التي جمعت في ٥٤ بلداً من خلال مجموعتين من الاستقصاءات الديمغرافية والصحية والمسوح العنقودية المتعددة المؤشرات التي أجريت بين عامي ١٩٩٠ و ٢٠٠٨ وبين عامي ١٩٩٧ و ٢٠١١ أن ثمة انخفاضاً في النسبة المئوية من ٤ في المائة إلى ٣ في المائة للنساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين ٢٠ و ٢٤ سنة واللاتي أبلغن عن الإنجاب قبل بلوغهن سن ١٥ سنة . ويعزى إلى حد كبير هذا الانخفاض الذي كان سريعاً في بعض البلدان، إلى انخفاض في الزواج المرتب المبكر جداً (World Health Organization, 2011b). ومع ذلك، فإن فتاة واحدة من كل ١٠ فتيات تنجب قبل بلوغها سن ١٥ سنة في بنغلاديش وتشاد وغينيا ومالي وموزامبيق والنيجر، وهي بلدان يشيع فيها زواج الأطفال .

ومنطقة أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي هي المنطقة الوحيدة التي ارتفعت فيها حالات الولادة لدى الفتيات اللاتي تقل أعمارهن عن ١٥ سنة . ففي هذه المنطقة، يتوقع أن ترتفع حالات الولادة قبل سن ١٥ سنة ارتفاعاً طفيفاً حتى عام ٢٠٣٠ .

ومن المتوقع أن تتضاعف تقريباً حالات الولادة قبل سن ١٥ سنة في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى في

” كنت أعاشر صديقي لمدة عام واعتاد أن يهبني مالاً وملابس . ثم أصبحت حاملاً وعمري ١٣ سنة . وكنت لا أزال في المدرسة . وطلب والديّ من صديقي أن يمكث معنا . فوعدهما بأن يعتني بي . وبعد ذلك ، رحل . ولم يعد يهاتفني كما لم يكن لي أي اتصال به . وبعد أن وضعت طفلي شملني والديّ بالرعاية وعلماني كيفية الاعتناء به . وكل ما أرغب فيه هو . . . أن أعود إلى المدرسة . وبعد تخرجي من المدرسة ستكون لي مهنة كأن أصبح معلمة وأحصل على رخصة قيادة “ .

إلدا، ١٥ سنة، موزامبيق

السنوات السبع عشرة المقبلة . وبحلول عام ٢٠٣٠ ، يتوقع أن يكون عدد الأمهات اللاتي تقل أعمارهن عن ١٥ سنة في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى معادلاً لعددن في جنوب آسيا .

وتقل البيانات النوعية المباشرة عن هذه المجموعة من المراهقات اليافعات - اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٠ و ١٤ سنة، أو هي معلومات ناقصة أو منعدمة بالنسبة للعديد من البلدان، مما يجعل هؤلاء الفتيات والتحديات التي يواجهنها غير واضحة في أعين واضعي السياسات .

والسبب الرئيسي لنُدرة البيانات الكاملة والموثوق بها هو أن البالغات ١٥ عاماً عادة ما يكن أصغر مراهقات تدرجهن الاستقصاءات الديمغرافية والصحية، باعتبارها المصدر الرئيسي للمعلومات بشأن حالات حمل المراهقات . ويصدق هذا الأمر

مواجهة تحدي حمل المراهقات

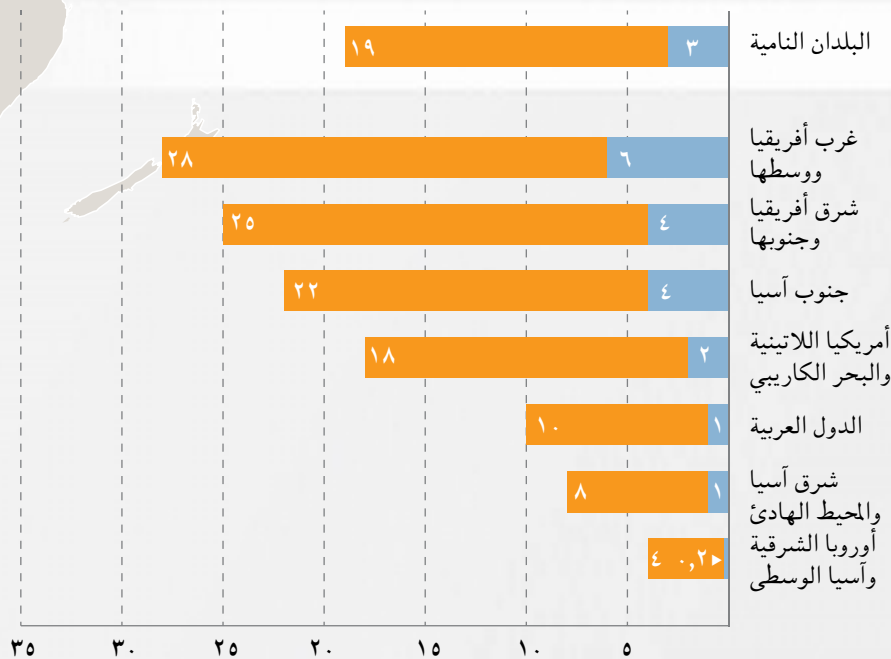
نسبة النساء اللاتي تتراوح أعمارهم بين ٢٠ و ٢٤ سنة واللاتي أبلغن عن الإنجاب عند سن ١٨ سنة (أحدث البيانات من البلدان النامية، ١٩٩٦-٢٠١١)

أقل من ١٠ ٣٠ وأكثر
١٩-١٠ ٢٩-٢٠
البيانات غير متوفرة أو منقوصة

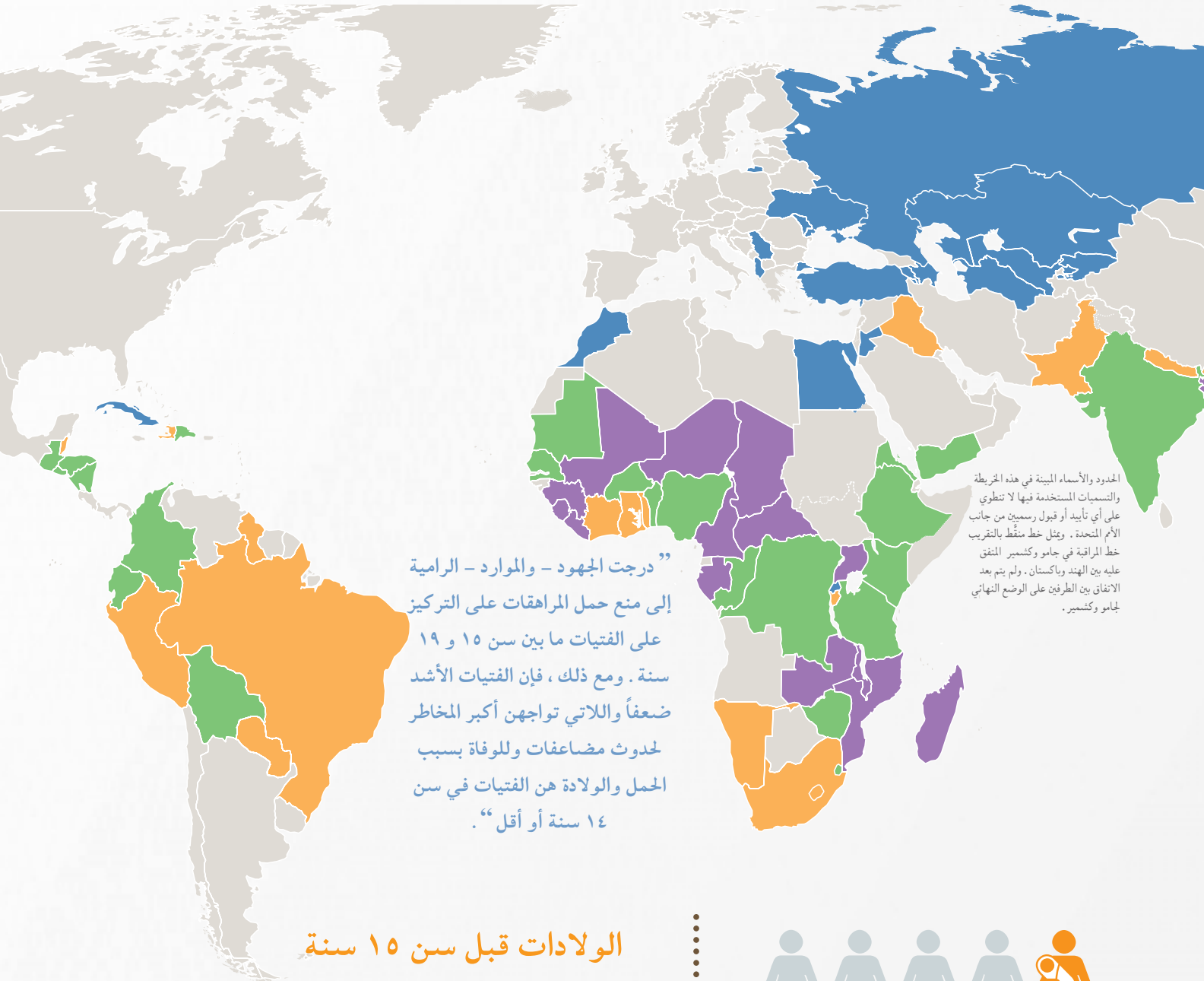
المصدر: www.devinfo.org/mdg5b. لا تبين الخريطة إلا البلدان التي جُمعت فيها البيانات من الاستقصاءات الديمغرافية والصحية أو المسوح العنقودية المتعددة المؤشرات.

النسبة المئوية للنساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين ٢٠ و ٢٤ سنة واللاتي أبلغن عن الإنجاب قبل بلوغهن سن ١٨ سنة وقبل بلوغهن سن ١٥ سنة

الإبلاغ عن أول ولادة قبل بلوغ سن ١٥ سنة الإبلاغ عن أول ولادة قبل بلوغ سن ١٨ سنة



المصدر: UNFPA, 2013. تستند الحسابات إلى بيانات من ٨١ بلداً، تمثل ما يزيد على ٨٣ في المائة من السكان الذين شملت الدراسة في هذه المناطق، وذلك باستخدام البيانات التي تم جمعها بين عامي ١٩٩٥ و ٢٠١١.

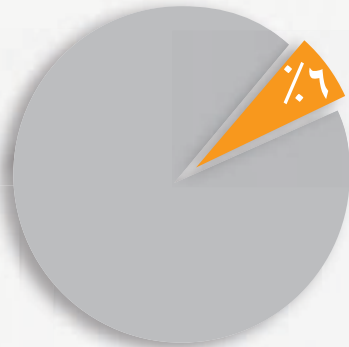


الحدود والأسماء المبينة في هذه الخريطة والتسميات المستخدمة فيها لا تنطوي على أي تأييد أو قبول رسمي من جانب الأمم المتحدة . وعمل خط منقَط بالتقريب خط المراقبة في جامو وكشمير المنفَق عليه بين الهند وباكستان . ولم يتم بعد الاتفاق بين الطرفين على الوضع النهائي لجامو وكشمير .

”درجت الجهود - والموارد - الرامية إلى منع حمل المراهقات على التركيز على الفتيات ما بين سن ١٥ و ١٩ سنة . ومع ذلك ، فإن الفتيات الأشد ضعفاً واللاتي تواجهن أكبر المخاطر لحدوث مضاعفات وللوفاة بسبب الحمل والولادة هن الفتيات في سن ١٤ سنة أو أقل“ .

الولادات قبل سن ١٥ سنة

ومن بين البلدان النامية ، تستأثر منطقة غرب ووسط أفريقيا بأكبر نسبة مئوية (٦ في المائة) من الولادات المبلغ عنها قبل بلوغ سن ١٥ سنة .



فتاة واحدة من كل ١٠ فتيات

تنجب قبل بلوغها سن ١٥ سنة في بنغلاديش وتشاد وغينيا ومالي وموزامبيق والنيجر

المواضيع الحساسة ، إما بسبب المعايير الاجتماعية المتعلقة بالسلوكيات في عمر معين ، أو بسبب الشواغل الأخلاقية المتعلقة بالآثار الضارة المحتملة للبحوث ، أو الشكوك التي قد تحوم حول صحة أجوبة المراهقات اليافعات (Chong et al., 2006) .

وفي تقرير عن بيانات الاستقصاءات الديمغرافية والصحية المتعلقة بالمراهقات اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٠ و ١٤ سنة ، أكد مجلس السكان ضرورة إجراء بحوث بشأن المؤشرات الهامة المتعلقة بالمرحلة الانتقالية من الطفولة إلى المراهقة : ” فعند استعراض بيانات الاستقصاءات الديمغرافية والصحية المتعلقة بالمراهقات اليافعات ، ما نعرفه أساساً هو أننا لا نعرف الشيء الكثير عن الموضوع “ (Blum et al., 2013) .

ويشك بعض الباحثين فيما إذا كانت للمراهقات اليافعات القدرة المعرفية للإجابة على الأسئلة التي تتطلب تقييماً مدروساً للعوائق التي تعترضهن أو العواقب المحتملة لأعمالهن مستقبلاً . ويعتقد البعض الآخر أن وصمة العار المحيطة بالنشاط الجنسي للفتيات قبل الزواج شديدة بدرجة تحول دون الحصول على معلومات دقيقة (Chong et al., 2006) .

تباين معدلات الولادات داخل البلدان

كثيراً ما تباين معدلات الولادات لدى المراهقات داخل البلد الواحد ، تبعاً لعدد من المتغيرات ، من قبيل الفقر أو انتشار زواج الأطفال على الصعيد المحلي . فالنيجر ، على سبيل المثال ، تمثل أعلى معدل للولادات لدى المراهقين في العالم وأعلى معدل زواج للأطفال عموماً ، ولكن احتمال أن تنجب الفتيات في منطقة زندر بالبلد قبل بلوغهن سن ١٨ سنة أعلى ثلاث مرات مما هو عليه الأمر لدى نظيراتهن في عاصمة البلد ، نيامي . ومنطقة زندر منطقة فقيرة يغلب عليها الطابع الريفي ، ويتفشى فيها سوء التغذية وتقل فيها فرص الاستفادة من الرعاية الصحية .

ويتبين من استعراض البيانات التي تم جمعها من خلال الاستقصاءات الديمغرافية والصحية والمسوح العنقودية المتعددة المؤشرات في ٧٩ بلداً نامياً بين عامي

” كان عمري ١٢ سنة عندما جاء رجل ليطلب يدي من والدي . فأمراني بالزواج منه وبعد فترة أحببته . ولي أخوان أكبر مني سنّاً . وكانا يذهبان إلى المدرسة ، ولكن والديّ لم يسمحا لي بأن أأخذوا حذوهما . ولا أدري لماذا ، ربما لأنني فتاة وكانا يعرفان أنني سأتزوج لاحقاً . وأنجبت طفلي الأولى عندما كان عمري ١٣ سنة . ولم يكن الأمر عادياً ولكن حدث ما حدث . وواجهتني مشاكل الولادة لكن كل شيء سار على ما يرام . ولديّ الآن ثلاث بنات وأنا حامل للمرة الرابعة “ .

مارييل ، ٢٥ ، حامل في سن ١٣ سنة ، مدغشقر

لاسيما وأن ثمة صعوبات أخلاقية تعترض جمع البيانات من هذه المجموعة ، وخاصة فيما يتعلق بالقضايا الحساسة المتعلقة بالحياة الجنسية والحمل . ولذلك ، يتم الحصول على معظم البيانات المتعلقة بفئة المراهقات اللاتي تقل أعمارهن عن ١٥ سنة بصورة رجعية – أي أنه يطلب إلى النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين ٢٠ و ٢٤ سنة الإبلاغ عن السن التي تزوجن فيه والسن الذي حملن فيه أو أنجبن فيه لأول مرة . ويعد التقيد بالمعايير الأخلاقية العالية أمراً حاسماً في إجراء أنشطة جمع المعلومات . فالطفلات والمراهقات يحتجن إلى حماية خاصة ، لأنهن يتعرضن للاستغلال وسوء المعاملة ، ويعانين من النواتج الضارة الأخرى ، ولأن لهن سلطة أقل من سلطة البالغين . ولطالما جمعت المعلومات المتعلقة بتعليم المراهقات ورفاههن العام ، ولكن الباحثين يحجمون في معظمهم عن تغطية

حالات الحمل والولادة لدى الطفلات المتزوجات

رغم الالتزامات شبه العالمية بإنهاء زواج الأطفال، تنزوج فتاة من كل ثلاث فتيات في البلدان النامية (باستثناء الصين) قبل بلوغها سن ١٨ سنة (UNFPA, 2012). ومعظم هؤلاء الفتيات فقيرات، وأقل تعليماً ويعشن في المناطق الريفية. ووفقاً للتقديرات، سيشهد العقد المقبل ١٤ مليون حالة من زواج الأطفال سنوياً في البلدان النامية. وتبلغ معدلات الولادات لدى المراهقات أعلى مستوى لها حيثما يكون زواج الأطفال أكثر شيوعاً، وتكون زيجات الأطفال أكثر تواتراً عموماً حيثما يكون الفقر مدقعاً. ويتفاوت انتشار زواج الأطفال تفاوتاً كبيراً بين البلدان، إذ يتراوح بين ٢ في المائة في الجزائر و ٧٥

١٩٩٨ و ٢٠١١ أن معدلات الولادة لدى المراهقات أعلى في المناطق الريفية، لدى المراهقات غير المتعلّقات في شريحة ٢٠ في المائة الأشد فقراً من الأسر المعيشية.

ولعل التباينات داخل البلد الواحد لا تعزى فحسب إلى الفوارق في الدخل، ولكن أيضاً إلى التفاوت في فرص الاستفادة من التعليم وخدمات الصحة الجنسية والإنجابية، بما في ذلك وسائل منع الحمل، وإلى انتشار زواج الأطفال، والعادات والأعراف المحلية والضغط الاجتماعي، والقوانين والسياسات غير الملائمة أو التي لا تنفذ تنفيذاً سليماً. وفهم هذه التباينات من شأنه أن يساعد واضعي السياسات على تصميم تدخلات لتلبية مختلف احتياجات المجتمعات المحلية في البلد.

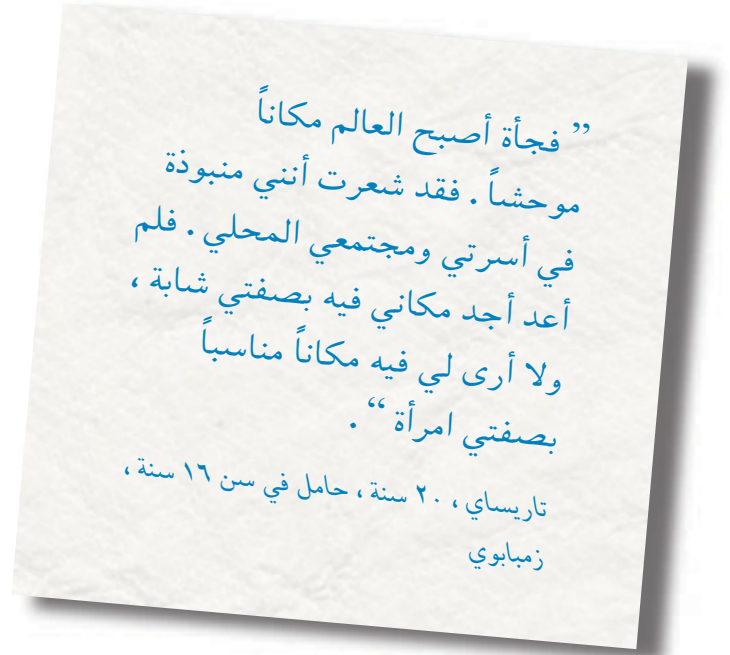
▶ أوّشا ياداب، البالغة من العمر ١٦ سنة تتزعم برنامج اختر مستقبلك وهو برنامج يدعمه صندوق الأمم المتحدة للسكان في نيبال ويعلم الفتيات المسائل الصحية ويشجعهن على تطوير مهارات العيش الأساسية.

© William Ryan/UNFPA

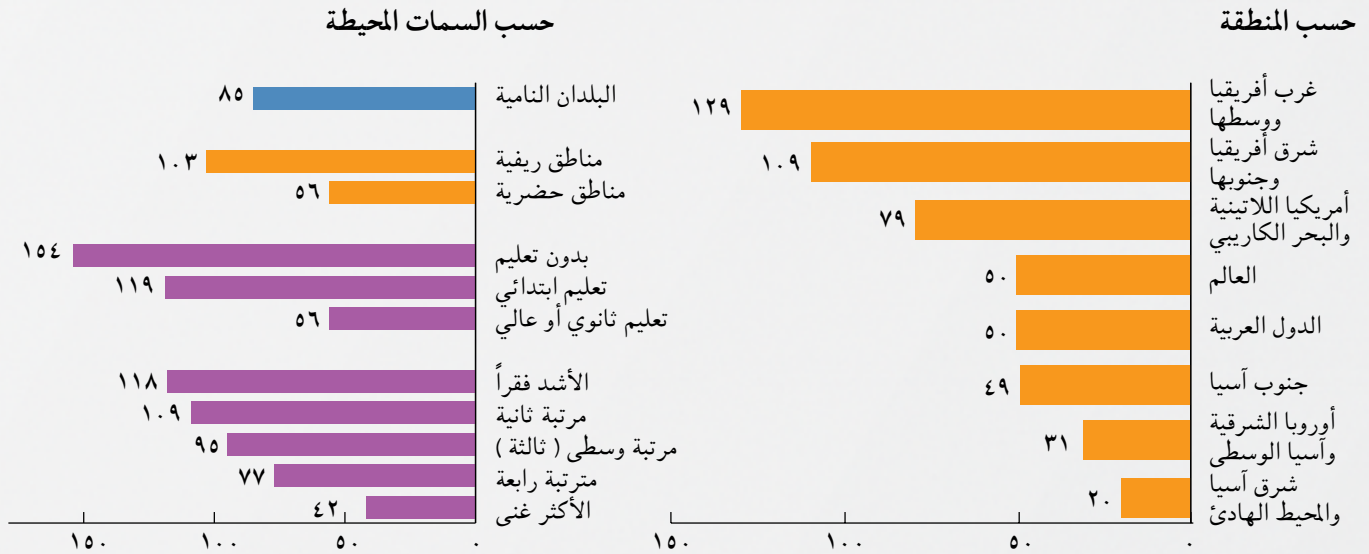


في المائة في النيجر التي لها خامس أدنى نصيب للفرد من الدخل القومي الإجمالي في العالم (World Bank, 2013).

وبينما ينخفض زواج الطفلات لدى الفتيات اللاتي تقل أعمارهن عن ١٥ سنة، فإن ٥٠ مليون فتاة لا يزال يتهددهن خطر الزواج قبل بلوغهن سن ١٥ سنة في هذا العقد. وفي الوقت الراهن، تُكره فتاة واحدة من أصل كل تسع فتيات في البلدان النامية على الزواج قبل بلوغها سن ١٥ سنة. ففي بنغلاديش وتشاد والنيجر، تتزوج فتاة واحدة من أصل كل ثلاث فتيات قبل بلوغها سن ١٥ سنة. وفي إثيوبيا، تتزوج فتاة واحدة من أصل كل ست فتيات ببلوغها سن ١٥ سنة. كما تؤثر الفوارق العمرية بين الزوجين أو الشريكين في معدلات حمل المراهقات. ويتبين من استعراض صندوق الأمم المتحدة للسكان لأربعة بلدان أنه بقدر



معدلات الولادة لدى المراهقات (بيانات من ٧٩ بلداً)



المصدر: UNFPA, 2013.

”رُوجت عندما كنت صغيرة بل
إنني لا أتذكر متى رُوجت لأنني
كنت صغيرة جداً. وزوجي هو
الذي رباني“.

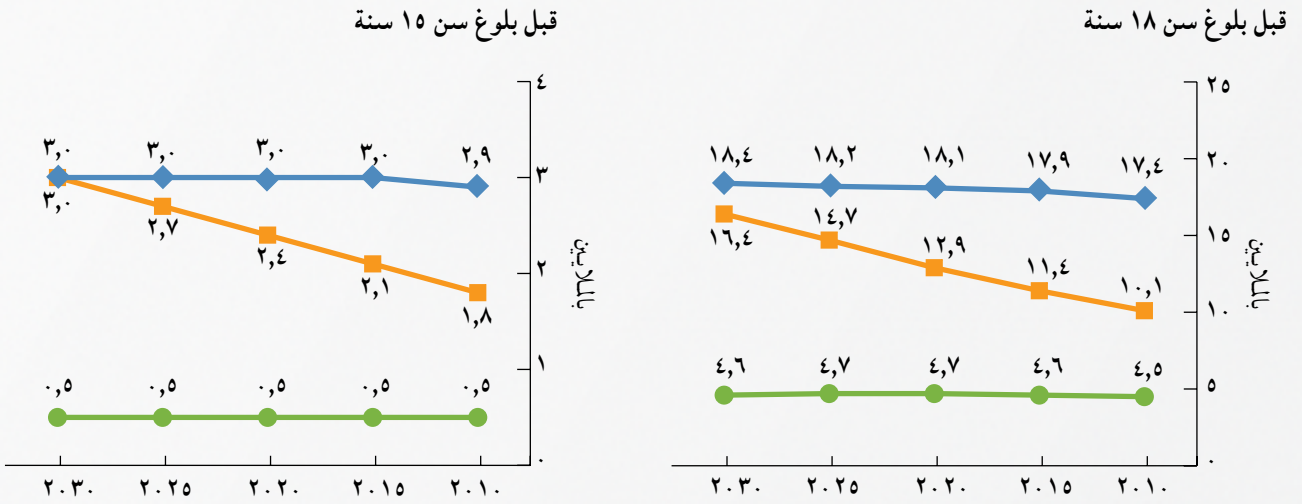
كاناس، ١٨ سنة، إثيوبيا

ما يكون فارق السن كبيراً، بقدر ما تتزايد احتمالات
أن تحمل الفتاة قبل بلوغها سن ١٨ سنة (United Nations, 2011a).

وفي البلدان التي تميل فيها النساء إلى الزواج في
سن مبكرة، تكون الفوارق في متوسط السن عند
الزواج بين الذكور والإناث كبيرة عموماً. فالدول الثلاث
التي لها أدنى متوسط لسن الأنتى عند الزواج في عام
٢٠٠٨ هي النيجر (١٧,٦ سنة)، ومالي (١٧,٨ سنة)
وتشاد (١٨,٣ سنة). ولها كلها فوارق عمرية بين
الذكور والإناث في متوسط السن عند الزواج تبلغ ست
سنوات على الأقل. ومتوسط السن عند الزواج هو
متوسط طول حياة عزوبة الفرد الواحد لدى الأشخاص
الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ٤٩ سنة (United Nations, 2011a).

النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين ٢٠ و ٢٤ سنة واللاتي أبلغن عن الإنجاب قبل بلوغهن سن ١٨ سنة وقبل بلوغهن سن ١٥ سنة، في عام ٢٠١٠ والتوقعات حتى عام ٢٠٣٠

● جنوب آسيا ■ أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى ● أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي



المصدر: www.devinfo.org/mdg5b

النسبة المئوية للمراهقات المتزوجات ومعدلات الولادة لدى المراهقات

الفتيات ، ١٥ - ١٩ سنة		المناطق النامية
معدل الولادات لدى المراهقات	متزوجات حالياً (%)	
٥٠	١٢	الدول العربية
٨٠	١٥	آسيا والمحيط الهادئ
٥٠	٥	شرق آسيا والمحيط الهادئ
٨٨	٢٥	جنوب آسيا
٣١	٩	أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى
٨٤	١٢	أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي
١٢٠	٢٤	أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى
١١٢	١٩	شرق أفريقيا والجنوب الأفريقي
١٢٩	٢٨	غرب أفريقيا ووسطها
٨٥	١٦	البلدان النامية

المصدر: www.devinfo.org/mdg5b

النسبة المئوية للنساء اللاتي أبلغن عن أول إنجاب لهن قبل بلوغهن سن ١٨ سنة ، حسب الفارق العمري بين الشريكين

الهند	بوليفيا	بوركينافاسو	النيجر	الفوارق العمرية بين الزوجات والأزواج
٢١,٦	٢٩,٧	٢١,٥	٣٩,٩	الأنتى أكبر سناً من شريكها أو أصغر سناً منه بما قد يصل إلى ٤ سنوات
٣٢,٣	٤١,٥	٣٤,٤	٦٠,١	الأنتى أصغر سناً من شريكها بما يتراوح بين ٥ و ٩ سنوات
٣٩,١	٤٥,٨	٣٨,٥	٥٩,٠	الأنتى أصغر سناً من شريكها بما لا يقل عن ١٠ سنوات
٢٨,٥	٣٤,٧	٣٣,٤	٥٦,٨	المجموع

المصدر: United Nations, 2011a

البلدان المتقدمة النمو أيضاً تواجه تحديات

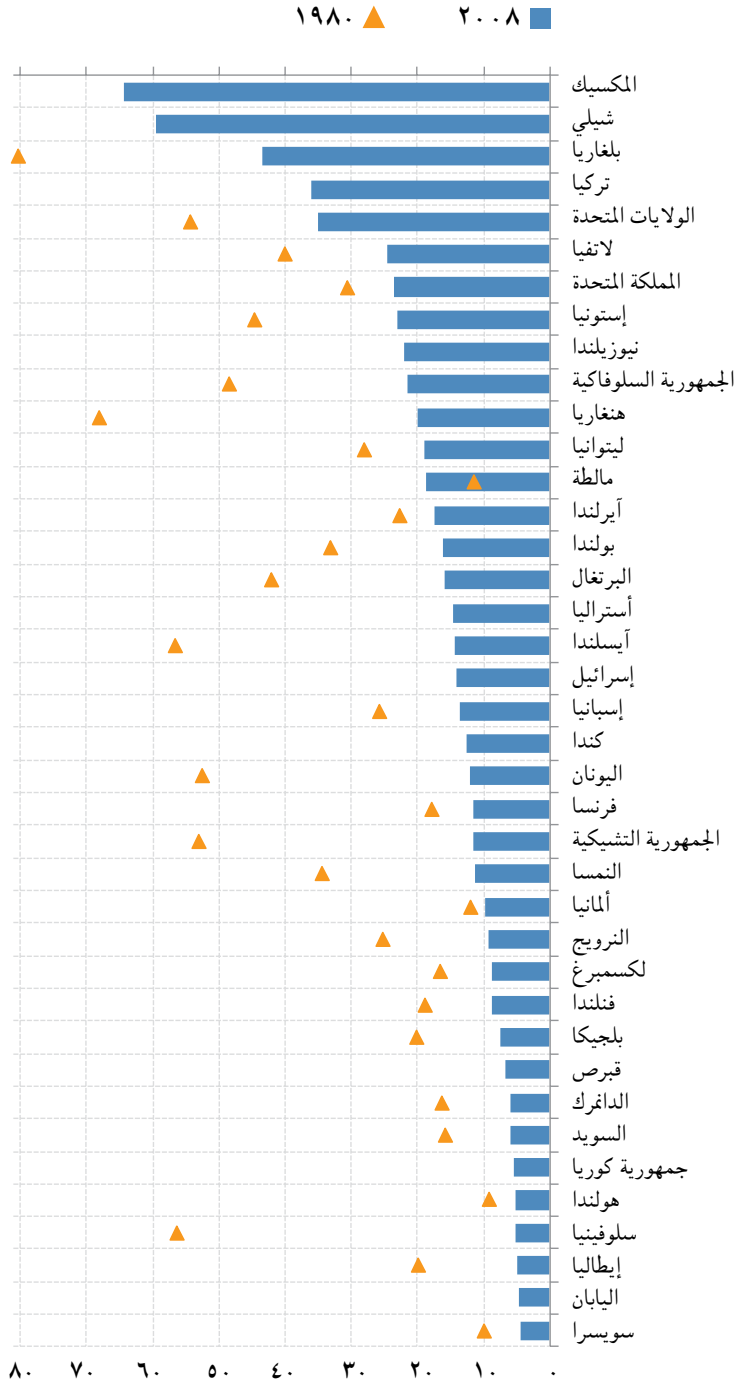
يحدث الحمل لدى المراهقات في البلدان المتقدمة النمو والبلدان النامية على السواء. وتتفاوت المستويات متفاوتاً كبيراً، رغم تشابه المحددات. فمن أصل ١٣,١ مليون ولادة تحدث سنوياً على الصعيد العالمي لدى الفتيات اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ١٩ سنة، يحدث منها ٦٨٠.٠٠٠ ولادة في البلدان المتقدمة النمو (United Nations, 2013). وفي صفوف البلدان المتقدمة النمو، تستأثر الولايات المتحدة بأعلى معدل ولادة لدى المراهقات. واستناداً إلى مراكز الولايات المتحدة لمراقبة الأمراض والوقاية منها، تم تسجيل ٣٢٩ ٧٧٢ ولادة لدى المراهقات اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ١٩ سنة في عام ٢٠١١.

ومن بين الدول الأعضاء في منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، التي تضم عدداً من البلدان المتوسطة الدخل، تنفرد المكسيك بأعلى معدل ولادة (٦٤,٢ لكل ١.٠٠٠ ولادة) لدى المراهقات اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ١٩ سنة في حين تحتل سويسرا المركز الأدنى، بمعدل ٤,٣. وشهد كل الأعضاء في المنظمة، باستثناء مالطة، انخفاضاً في معدلات الحمل لدى المراهقات بين عامي ١٩٨٠ و ٢٠٠٨.

خاتمة

تحدث معظم حالات الحمل لدى المراهقات في البلدان النامية. وتشير الأدلة المستمدة من ٥٤ بلداً نامياً إلى أن حالات حمل المراهقات تحدث بتواتر أقل، لا سيما لدى الفتيات اللاتي تقل أعمارهن عن ١٥ سنة، لكن الانخفاض في السنوات الأخيرة ظل بطيئاً. وفي بعض المناطق، يتوقع أن يرتفع العدد الإجمالي للفتيات اللاتي ينجبن. ففي أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، على سبيل المثال، إذا استمرت الاتجاهات الحالية، يتوقع أن يرتفع عدد الفتيات اللاتي ينجبن قبل بلوغهن

معدلات خصوبة المراهقات في بلدان منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، ١٩٨٠ و ٢٠٠٨



المصدر: <http://www.oecd.org/social/soc/oecdfamilydatabase.htm>

المراهقات والأطفال: التعاريف والاتجاهات

رغم أن الأمم المتحدة تعرّف ”المراهق“ بأنه كل من يتراوح عمره بين ١٠ سنوات و١٩ سنة، فإن معظم الإحصاءات والتقديرات القابلة للمقارنة دولياً والمتاحة عن حالات الحمل أو الولادة لدى المراهقات لا تغطي سوى جزء من الزمرة: أي زمرة الأعمار المتراوحة بين ١٥ و ١٩ سنة. وتتوفر معلومات أقل بكثير عن شريحة المراهقات اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٠ و ١٤ سنة، ومع ذلك فإن هذه المجموعة الأصغر سنّاً هي المجموعة الأشد احتياجاً وضعفاً.

واستناداً إلى اتفاقية حقوق الطفل، يعتبر ”طفلاً“ كل من يقل عمره عن ١٨ سنة. ويركز هذا التقرير على حالات الحمل والولادة لدى الأطفال ولكنه كثيراً ما يضيقر إلى الاستناد إلى بيانات عن حالات الحمل والولادة لدى زمرة أكبر هي زمرة المراهقات. فالبيانات المتعلقة بالأطفال (الذين تقل أعمارهم عن ١٨ سنة) محدودة بقدر أكبر، إذا لا تغطي إلا ما يزيد قليلاً عن ثلث بلدان العالم.

تزايد وتنامي شريحة المراهقين

في عام ٢٠١٠، قدر عدد المراهقين في العالم بما مجموعه ١,٢ بليون مراهق، وهي أكبر زمرة من المراهقين في تاريخ البشرية. ويشكل المراهقون نحو ١٨ في المائة من سكان العالم. ويعيش ٨٨ في المائة من المراهقين جميعاً في البلدان النامية. ويعيش ما يقارب نصف المراهقات (٤٩ في المائة) فيما لا يزيد على ستة بلدان هي: الصين، والهند، وإندونيسيا، ونيجيريا، وباكستان، والولايات المتحدة.

وإذا استمرت اتجاهات النمو السكاني الحالية، فإنه بحلول عام ٢٠٣٠ تقريباً ستعيش مراهقة واحدة من أصل كل أربع مراهقات في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى حيث من المتوقع أن يرتفع مجموع الأمهات المراهقات اللاتي تقل أعمارهن عن ١٨ سنة من ١٠,١ ملايين في عام ٢٠١٠ إلى ١٦,٤ مليون في عام ٢٠٣٠.

١٥ سنة من ٢ مليون في السنة في الوقت الراهن إلى حوالي ٣ ملايين في السنة في عام ٢٠٣٠.

وفي البلدان النامية والبلدان المتقدمة، يحتمل أن تحدث حالات حمل المراهقات بقدر أكبر لدى فتيات الأسر ذات الدخل المنخفض، اللاتي لهن مستويات تعليم أدنى، واللاتي يعشن في المناطق الريفية. وتوجد بيانات رجعية تتعلق بحالات الحمل لدى المراهقات اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٠ و ١٤ سنة وكذلك المراهقات اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ١٩ سنة، ولكن يعرف الشيء الكثير عن هذه الفئة الأخيرة لأن استقصاءات الأسر المعيشية تشملهم بصورة مباشرة.

وتندر للغاية البيانات المتعلقة بحالات الحمل أو الولادة خارج إطار الزواج. ولكن هذه البيانات حاسمة في فهم محددات حالات الحمل لدى هذه الفئة، وتحدياتها ونقاط ضعفها، وأثر ذلك على عيشها، وعلى الإجراءات التي قد تتخذها الحكومات والمجتمعات المحلية والأسر لمساعدة المراهقات على منع الحمل أو دعم أولئك اللاتي أصبحن حوامل أو أنجبن بالفعل.

غير أن مسارات حياة كل فتاة حامل يتوقف، لا على مدى يفاة سنّها فحسب، بل يتوقف أيضاً على أين تعيش ومدى تمكينها من الحقوق والفرص، ومدى الفرص المتاحة لها للاستفادة من الرعاية الصحية والتعليم والموارد الاقتصادية. وعلى سبيل المثال، فإن أثر الحمل على فتاة عمرها ١٤ سنة ومنتزوجة في منطقة ريفية، يختلف كثيراً عن أثر الحمل على فتاة عازبة عمرها ١٨ سنة، وتعيش في المدينة أو تتاح لها فرص الاستفادة من الدعم الأسري والموارد المالية.

ولعل توفر المزيد من البيانات المتعمقة والمعلومات السياقية المتعلقة بأنماط واتجاهات وظروف الحمل لدى الفتيات اللاتي تقل أعمارهن عن ١٨ سنة (وخصوصاً زمرة المراهقات اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٠ و ١٤ سنة) من شأنه أن يعمل على إرساء الأسس لتوجيه التدخلات، وصياغة السياسات وتعميق فهم الأسباب والنتائج، التي هي أسباب ونتائج معقدة، ومتعددة الأبعاد وتتجاوز نطاق الفتاة الحامل. ولكن لا تقل أهمية

تقدير معدلات الحمل والولادة لدى المراهقات

وعادة قبل سن ١٨ سنة . وتستخدم البيانات المستخدمة في النهج الرجعي ، والمستشهد بها هذا التقرير من الاستقصاءات الديمغرافية والصحية ، والمسوح العنقودية المتعددة المؤشرات ، التي أجريت في ٨١ بلداً نامياً .

• عن طريق حساب معدل الولادة لدى المراهقات :

$$\frac{\text{العدد الإجمالي للمواليد الأحياء لدى الفتيات اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ١٩}}{\text{العدد الإجمالي للمراهقات اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ١٩ سنة}} = \text{معدل الولادة لدى المراهقات}$$

ويسلط النهج الرجعي الضوء على حالات الولادة لدى الفتيات اللاتي لم يبلغن بعد ١٨ سنة ، ولكنه نهج يمكنه أيضاً أن يسلط الضوء على حالات الولادة لدى الفتيات اللاتي تقل أعمارهن عن ١٥ سنة . غير أن معدل الولادة لدى المراهقات لا يشمل سوى المواليد الأحياء لدى الفتيات اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ١٩ سنة .

تقل البيانات الدقيقة عن حالات حمل المراهقات . فنظم تسجيل الأحوال المدنية تجمع المعلومات عن حالات الولادة ، وليس عن حالات الحمل . وعلى عكس حالات الولادة ، لا يتم عموماً إبلاغ المؤسسات الإحصائية الوطنية عن حالات الحمل ولا يتم تجميعها . ويتم في بعض الحالات إجهاض الحمل في وقت مبكر جداً ، قبل أن تدرك المرأة أو الفتاة أنها حامل . وقد لا يتم توثيق حالة الحمل في البلدان النامية لأن المراهقات كثيراً ما لا يستفدن - أو لا يستطعن - أن يستفدن من الرعاية السابقة للولادة وبالتالي لا يحظين بعناية مقدمي الرعاية الصحية . أما حالات الحمل التي تنتهي بالإسقاط أو الإجهاض (والتي تتم في الغالب بصورة غير قانونية وسرية) فكثيراً ما تكون أيضاً غائبة عن معظم قواعد البيانات الوطنية .

ولذلك يعتمد معظم البلدان على المعلومات المتعلقة بحالات الولادة ، كبيانات غير مباشرة عن مدى انتشار حمل المراهقات . وتكون تقديرات معدلات الولادة أقل دائماً من معدلات الحمل . وعلى سبيل المثال ، فإنه استناداً إلى دراسة أجريت عام ٢٠٠٨ ، كان معدل الحمل لدى المراهقات اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ١٩ سنة في الولايات المتحدة ١٠٠٠/٦٨ في حين كان معدل الولادة ٤٠ / ١٠٠٠ (Kost and Henshaw, 2013) . وتشمل معدلات الحمل حالات الإسقاط ، والإجهاض ، والإملاص ، وحالات الحمل الذي بلغ أجله ، في حين لا يشمل معدل الولادة إلا المواليد الأحياء . وتجمع البيانات غير المباشرة التي يستند إليها الديمغرافيون بطريقتين :

• من خلال نهج رجعي ، تسأل بمقتضاه النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين ٢٠ و ٢٤ سنة عما إذا كن قد أُنجبن في سن مبكرة ،

يعشن في أسر معيشية منخفضة الدخل ، أو الريفيات ، أو ذوات المستويات التعليمية المتدنية أو اللاتي انقطعن عن الدراسة ، أو المنتميات إلى أقليات عرقية ، أو المهاجرات ، أو المنتميات إلى الفئات الفرعية المهمشة هن أكثر عرضة لأن يصبحن حوامل . وفي البلدان النامية ، تحدث معظم حالات حمل المراهقات في إطار الزواج ، بينما تحدث في البلدان المتقدمة النمو باطراد خارج إطار الزواج .

أيضاً تلك البيانات والرؤى المتعلقة بالرجال والفتيان الذين يربون أطفال المراهقات - رغم محدوديتها . وليس حمل المراهقات بالشاغل الوحيد الذي يشغل البلدان النامية . فمئات الآلاف من حالات حمل المراهقات يتم الإبلاغ عنها سنوياً في البلدان المرتفعة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل أيضاً . ولكن بعض الأنماط التي يتم الوقوف عليها في البلدان النامية وثيقة الصلة أيضاً بالبلدان المتقدمة النمو: فالفتيات اللاتي



الأثر على صحة الفتاة وتعليمها وإنتاجيتها



حينما تحمل الفتاة ، أو تلد طفلاً ، فإن
صحتها وتعليمها وقدرتها على الكسب
بل وكل مستقبلها تصبح في خطر ،
وتجد نفسها أسيرة حياة من الفقر
والاستبعاد وقلة الحيلة .

▶ فتاة عمرها ١٣ سنة مصابة بمرض الولادة في مركز معالجة الناسور
الثانوي المهبل في نيجيريا.

© UNFPA/Akintunde Akinleye

- ويرتبط الأثر الاقتصادي ارتباطاً وثيقاً بالأثر التعليمي ويشمل الإقصاء من العمل المأجور أو الحرمان من سبل العيش، وتكبيد القطاع الصحي تكاليف إضافية، وفقدان رأس المال البشري.

الأثر الصحي

- يهلك ما يقارب ٧٠.٠٠٠ مراهقة في البلدان النامية سنوياً لأسباب تتعلق بالحمل والولادة (UNICEF, 2008). فمضاعفات الحمل والولادة سبب رئيسي لوفاة المراهقات الأكبر سنّاً (World Health Organization, 2012).
- وغالباً ما تكون المراهقات الحوامل من الأسر ذات الدخل المنخفض ويعانين من نقص شديد في التغذية. ورغم أن المعدلات تختلف باختلاف المناطق، عموماً، فإن فتاة واحدة من كل فتاتين تقريباً في البلدان النامية تعاني من فقر الدم التغذوي، الذي يمكن أن يزيد من مخاطر الإسقاط، والإملاص، والولادة المبسرة والوفيات النفسانية (Pathfinder International, 1998; Balarajan et al., 2011; Ransom and Elder, 2003).

- حينما تحمل الفتاة، أو تلد طفلاً، فإن صحتها وتعليمها وقدرتها على الكسب بل وكل مستقبلها تصبح في خطر، وتجدها نفسها أسيرة حياة من الفقر والاستبعاد وقلة الحيلة. وغالباً ما ينتقل هذا الأثر المنعكس على الأم الشابة إلى طفلها، الذي يبدأ الحياة في وضع غير مؤات، مما يديم دورة التهميش والإقصاء والفقر عبر الأجيال.
- وتتجاوز تكاليف الحمل والولادة المبكرين النطاق المباشر للفتاة، إذ يؤثران سلباً على أسرتهما وعلى المجتمع المحلي والاقتصاد والتنمية والنمو في بلدها. ولئن كان الحمل يؤثر على حياة الفتاة بأوجه عديدة وعميقة، فإن معظم البحوث الكمية ما فتئت تركز على آثاره الصحية والتعليمية وعلى الإنتاجية الاقتصادية:
- فالأثر الصحي يشمل مخاطر الوفاة النفسانية والمرض والعجز، بما في ذلك ناسور الولادة، ومضاعفات الإجهاض غير المأمون، والأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية، والمخاطر الصحية على الرضع.
- ويشمل الأثر التعليمي الانقطاع عن الدراسة النظامية أو إنهاءها وما يقترن بذلك من ضياع لفرص تحقيق الإمكانات الكاملة للفرد.



◀ ٢٥ هورتينسيا، سنة، أصيبت بناسور الولادة وهي في سن ١٧ سنة، بعد مضاعفات في عملية الولادة
© UNFPA/Pedro Sá da Bandeira

ناسور الولادة: آفة أخرى تصيب العروس الطفلة

إن التجربة الشخصية هي التي جعلت من غول بانو وزوجها رجل الدين، أحمد خان، دايعتين يناهضان الزواج المبكر وأفطع نتيجة تقترن به ألا وهي ناسور الولادة . وعلى غرار ما جرت به العادة في قرية كوهاداست الجبلية النائية في مقاطعة خوزدار من إقليم بلوشستان، تزوجت بانو فور بلوغ مرحلة المراهقة، وكان عمرها ١٥ سنة، ثم حملت في السنة التالية .

ونظراً لعدم وجود مرفق للرعاية الصحية قرب كوهاداست، فإن بانو لم تتلق الرعاية السابقة للولادة ولم يكن يخطر على بال أحد أنه ستكون ثمة مضاعفات . ولكن الأحداث سارت بما لم يكن في الحسبان . فبعد مخاض طويل دام ثلاثة أيام، وضعت بانو طفلاً ميتاً . وقالت بانو، التي تبلغ من العمر ٢٠ عاماً "لم أر أبداً لون عيني ابني ولا شعره . ولا ضممته إلى حضني أبداً" .

وكانت تلك بداية متاعبها . فبعد أسبوع من ذلك، أدركت بانو أن البول يتسرب إلى ملابسها الداخلية وكانت رائحة البراز تفوح منها . وتقول بانو: "لقد كان بولي مختلطا بالبراز" .

ولما كان جسد بانو الغض غير قادر على تحمل المخاض لفترة طويلة، فإنه أصيب بناسور الولادة الناجم عن الضغط الشديد لرأس الطفل على الغشاء المبطن لفتحة الولادة وتمزق جدران مستقيمها ومثانتها .

ومن المسلم به عموماً في الوقت الراهن أن ناسور الولادة عيب آخر يتقل كاهل الطفلة، المحرومة من التعليم الأساسي والمجبرة على زواج ليست مهياً له لا بدنياً ولا معنوياً . ولقد شد خان أزر زوجته الشابة والتمس المساعدة الطبية . واكتشف مستشفى في كراتشي متخصصاً في علاج الناسور وغيره من الحالات المتعلقة بالصحة الإنجابية . فمستشفى كوهي غوث لأمرض النساء، الذي يعالج فيه ضحايا الناسور مجاناً، أنشأه الدكتور شيرشاه سيد، أحد أطباء أمراض النساء الأوائل في باكستان، للتدريب على معالجة حالة مؤلمة ومحرجة اجتماعياً .

ويقول الدكتور سجاد أحمد، الذي عمل مديراً لمشروع ناسور الولادة في كوهي غوث التابع لصندوق الأمم المتحدة للسكان من حزيران/يونيو ٢٠٠٦ إلى شباط/فبراير ٢٠١٠، "لقد مضى ما يقارب ثلاث سنوات، وخضعت [بانو] لست عمليات" .

وأصبحت بانو وخان اليوم من الدعاة المجهريين بعملهم في الحملة ضد الناسور . فهما يسافران عبر كل أرجاء باكستان، للتوعية بكيفية منع وقوع الضرر وما ينبغي القيام به بهذا الشأن . وقال سيد "إن خان رجل دين ومع ذلك فإنه لا يتقمص الصورة النمطية للرجل المتدين" . وأضاف قائلاً "إنه يخبر الآباء أن الناسور يمكن تجنبه إذا كفوا عن تزويج بناتهم في سن مبكرة للغاية" . وتروي بانو قصتها وتخبر النساء المتزوجات بأهمية المباشرة بين الولادات، والفحوصات السابقة للولادة والحصول في الوقت المناسب على رعاية التوليد في الحالات الطارئة .

Zofeen Ebrahim, Inter Press Service—

ويسهم عدد من العوامل بشكل مباشر في الوفيات النفاسية والمرض والعجز لدى المراهقات . ومن هذه العوامل سن الفتاة، وعدم نضجها بدنياً، ومضاعفات الإجهاد غير المأمون وانعدام فرص الحصول على رعاية التوليد الاعتيادية ورعاية التوليد في الحالات الطارئة من مقدمي الخدمات المهرة . ومن العوامل المساهمة الأخرى الفقر، وسوء التغذية، وضعف التعليم، وزواج الأطفال وتدني وضع الفتاة والمرأة (World Health Organization, 2012b) .

ومن المرجح أن تنشأ مشاكل صحية إذا حملت الفتاة في غضون سنتين من بدء الحيض أو عندما يكون حوضها أو قناة الولادة لديها في طور النمو (World Health Organization, 2004) .

ناسور الولادة

تكون الأمهات لأول مرة غير الناضجات بدنياً معرضات بصفة خاصة لعسر الولادة لفترة طويلة، مما قد يؤدي إلى ناسور الولادة، خاصة إذا لم تكن العملية القيصرية الطارئة متاحة أو تعذر إجراؤها . ويتبين من دراسات أجريت في إثيوبيا وملاوي والنيجر ونيجيريا أن امرأة واحدة من كل ثلاث نساء تقريباً ذكرت أنها تتعاش مع ناسور الولادة الناشئ في فترة المراهقة (Muleta et al., 2010; Tahzib, 1983; Hilton and Ward, 1998; Kelly and Kwast, 1993; Ibrahim et al., 2000; Rijken and Chilopora, 2007) .

وناسور الولادة ظرف موهن، يصيب المرأة بالسلس، ويؤدي في معظم الحالات، إلى الإملاص أو وفاة الطفل خلال الأسبوع الأول من عمره .

ويعتقد أن ما بين مليونين و ٣,٥ ملايين من النساء والفتيات في البلدان النامية يعانين من هذا الظرف . وفي كثير من الحالات، تُنبذ المرأة - أو الفتاة - التي تعاني من ناسور الولادة في بيتها ومجتمعها المحلي وتكون عرضة للفقر والتهميش .

واستمرار ناسور الولادة هو انعكاس للتفاوتات المزمنة في مجال الصحة وللقبوض المزمدة التي تطبع نظام الرعاية الصحية، إضافة إلى تحديات أوسع نطاقاً، من

الإجهاض غير المأمون

يمثل الإجهاض غير المأمون ما يقرب من نصف جميع حالات الإجهاض (Sedgh et al., 2012; Shah and Ahman, 2012). واستناداً إلى منظمة الصحة العالمية، يعد الإجهاض غير المأمون "إجراء لإنهاء الحمل غير المرغوب فيه يقوم به أشخاص يفتقرون إلى المهارات اللازمة أو يتم في بيئة تفتقر إلى الحد الأدنى من المعايير الطبية أو يتم في هذين الطرفين معاً" (World Health Organization, 2012c). وتجري كل حالات الإجهاض غير المأمونة تقريباً (٩٨ في المائة) في البلدان النامية، حيث الإجهاض غير مشروع في كثير من الأحيان. وحتى عندما يكون الإجهاض مشروعاً، قد تجد المراهقات صعوبة في الحصول على الخدمات. وتقل البيانات عن عمليات الإجهاض، المأمون وغير المأمون، لدى الفتيات اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٠ و ١٤ سنة في البلدان النامية ولكن قدمت تقديرات تقريبية للفئة العمرية من ١٥ إلى ١٩ سنة، تفيد بأن حوالي ٣,٢ مليون حالة إجهاض غير مأمون تجري في البلدان النامية كل عام (Shah and Ahman, 2012). وتغطي هذه الدراسة أفريقيا، وآسيا (باستثناء شرق آسيا) وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي (Shah and Ahman, 2012). وثمة معدلات إجهاض غير مأمون مشابهة في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي: فمعدلها ٢٦ في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى مقابل ٢٥ في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي؛ غير أن العدد الإجمالي لحالات الإجهاض غير المأمون في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى أكبر من ضعف عددها الإجمالي في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، وذلك لكبر حجم السكان في المنطقة الأولى. وتمثل أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى ٤٤ في المائة من جميع حالات الإجهاض غير المأمون لدى المراهقات اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ١٩ عاماً في العالم النامي (باستثناء شرق آسيا)، في حين تمثل أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي ٢٣ في المائة من تلك الفئة.

قبيل عدم المساواة بين الجنسين وعدم المساواة الاجتماعية والاقتصادية، وزواج الطفلات والإنجاب المبكر، وكلها أمور يمكن أن تقوض حياة المرأة والفتاة، وتنال من قدرتهما على التمتع بحقوق الإنسان الأساسية الواجبة لهما.

وفي معظم الحالات، يمكن معالجة الناسور بالجراحة، لكن القلة القليلة منها تخضع لهذا الإجراء، ويعزى ذلك أساساً إلى عدم توفر هذه الخدمات على نطاق واسع أو عدم إمكانية الوصول إليها، وخاصة في البلدان الفقيرة التي تفتقر إلى الخدمات والهيكل الطبية النوعية، أو لكون العملية الجراحية، التي قد لا تتعدى تكلفتها ٤٠٠ دولار، باهظة التكاليف بالنسبة لمعظم النساء والفتيات في البلدان النامية. ومن أصل ٥٠.٠٠٠ إلى ١٠٠.٠٠٠ حالة جديدة سنوياً، لا يخضع للجراحة منها إلا حوالي ١٤.٠٠٠ حالة، وبالتالي فإن العدد الإجمالي للنساء اللاتي يتعايشن مع هذا الظرف يتزايد سنوياً.

ولئن كان حضور قابلة ماهرة وإجراء عملية قيصرية في حالات الطوارئ يمكن أن يساعد المراهقات على تجنب ناسور الولادة، فإن أفضل وسيلة لحماية الفتاة من هذه الحالة هو مساعدتها على تأخير الحمل حتى يشتد عودها وينضج بدنها. وهذا ما يعني في كثير من الأحيان حمايتها من الزواج المبكر.

تقديرات ومعدلات الإجهاض غير المأمون لدى الفتيات اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ١٩ سنة، في عام ٢٠٠٨

المناطق النامية	العدد السنوي لحالات الإجهاض غير المأمون لدى الفتيات من الفئة العمرية ١٩-١٥ سنة	معدل الإجهاض غير المأمون (لكل ١٠٠٠ فتاة من الفئة العمرية ١٥-١٩ سنة)
البلدان النامية	٣٢٠.٠٠٠	١٦
أفريقيا	١٤٠.٠٠٠	٢٦
آسيا باستثناء شرق آسيا	١١٠.٠٠٠	٩
أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي	٦٧٠.٠٠٠	٢٥

المصدر: Shah and Ahman, 2012.

النسبة المئوية للفتيات، اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ١٩ سنة، ممن أقمن اتصالاً جنسياً وأبلغن عن إصابتهن بمرض منقول بالاتصال الجنسي أو بأحد أعراضه خلال الاثني عشر شهراً الماضية (البلدان التي لها معدل يبلغ ٢٠ في المائة أو أكثر)

غينيا	٣٥ في المائة
غانا	٢٩ في المائة
جمهورية الكونغو	٢٩ في المائة
نيكاراغوا	٢٦ في المائة
كوت ديفوار	٢٥ في المائة
الجمهورية الدومينيكية	٢١ في المائة
أوغندا	٢١ في المائة

المصدر: Kothari et al., 2012

الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي

تشأ سنوياً في جميع أنحاء العالم ٣٤٠ مليون حالة جديدة من حالات الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي. وتشهد معدلات الإصابة بالأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي لدى الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ٢٤ سنة. ورغم أن تلك الأمراض ليست نتيجة لحمل المراهقات، فإنها نتيجة لسلوك جنسي يؤدي إلى حمل المراهقات - من قبيل عدم استخدام الرفال أو سوء استخدامه. وإذا لم تعالج الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي، فإنها قد تتسبب للمرأة والفتاة في العقم ومرض التهاب الحوض، والحمل خارج الرحم، والسرطان، وآلام الحوض المنهكة. كما قد تؤدي إلى انخفاض وزن الأطفال لدى الولادة وإلى الولادات المبكرة وإلى أحوال بدنية وعصبية تدوم مدى الحياة لدى الأطفال الذين يولدون لأمهات مصابات بالأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي. وفي سبعة بلدان من أصل ٣٥ بلداً شملها استعراض أجري مؤخراً في إطار استقصاءات ديمغرافية وصحية، أشارت مراهقة واحدة على الأقل من أصل كل خمس مراهقات تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ١٩ سنة ممن أقمن اتصالاً جنسياً أنها أصيبت بمرض من الأمراض المنقولة

وفي أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، يهلك كل عام ما مقداره ٣٦٠٠٠ امرأة وفتاة بسبب الإجهاض غير المأمون، وتعاني ملايين أخرى من مرض أو عجز طويل الأمد (UN Radio, 2010).

ومقارنةً بالبالغين الذين يقومون بعمليات إجهاض غير مأمون، يشتد احتمال تعرض المراهقات لمضاعفات من قبيل النزيف وتسمم الدم، وتلف الأجهزة الداخلية، والكزاز، والعقم، بل والموت (International Sexual and Reproductive Rights Coalition, 2002). وتذهب بعض التفسيرات التي تناولت ما تتعرض له المراهقات من عواقب صحية وخيمة إلى أنهن من الأرجح أن يؤخرن السعي إلى الإجهاض أو القيام به، ويلجأن إلى أشخاص غير مهرة للقيام بذلك، ويستخدمن وسائل خطيرة ويؤخرن طلب الرعاية عند حدوث مضاعفات.

وتشكل المراهقات نسبة كبيرة من المريضات نزيلات المستشفيات اللاتي يعانين من مضاعفات الإجهاض غير المأمون. ففي بعض البلدان النامية، تشير سجلات المستشفيات إلى أن ما بين ٣٨ في المائة و ٦٨ في المائة ممن عولجن من مضاعفات الإجهاض هن مراهقات (International Sexual and Reproductive Rights Coalition, 2002).

”لقد قبلت وضعي باعتباري مصابة بفيروس نقص المناعة البشرية لأنه حينما تقع الواقعة فلا راد لها“.

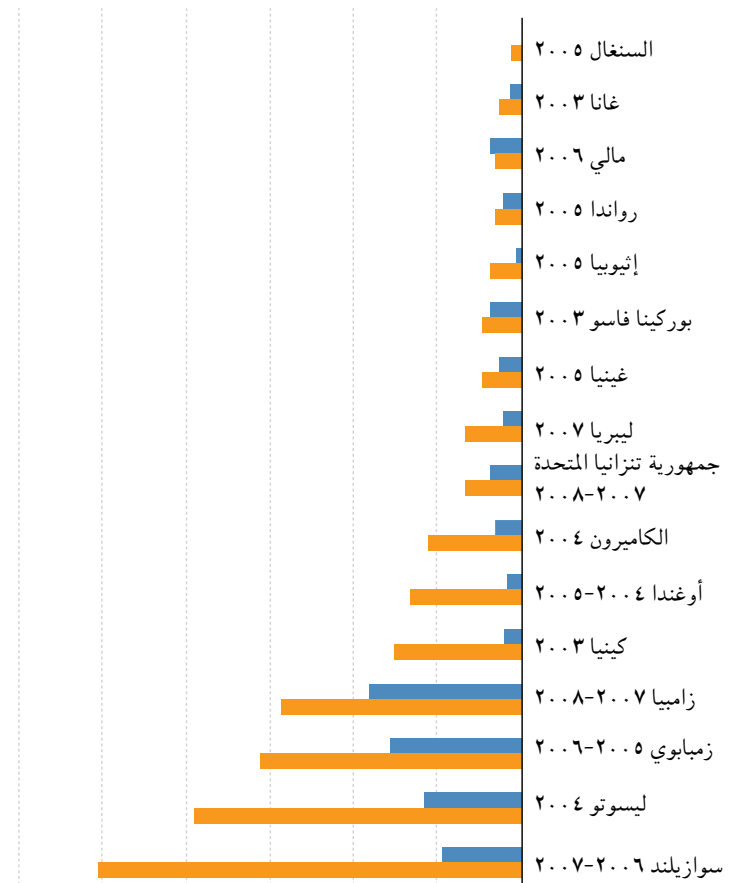
نيو، ١٥ سنة، بوتسوانا

بالاتصال الجنسي أو ظهرت عليها أعراض إحدى هذه الأمراض خلال الاثني عشر شهراً الماضية (Kothari et al., 2012).

ويتبين من الاستقصاءات الديمغرافية والصحية عموماً، أن نسبة الإناث اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٥

مدى انتشار فيروس نقص المناعة البشرية بين المراهقين المتراوحة أعمارهم بين ١٥ و ١٩ سنة، حسب الجنس، في بلدان مختارة من أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، ٢٠٠١-٢٠٠٧

■ الذكور ■ الإناث



المراهقات اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ١٩ سنة ويتعاشن مع فيروس نقص المناعة البشرية (%)

المصدر: World Health Organization, 2009a

و ١٩ سنة ممن أقمن اتصالاً جنسياً وأبلغن عن إصابتهن بمرض من الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي أو بأحد أعراضها خلال الاثني عشر شهراً الماضية نسبة أعلى من نسبة الذكور الذين أقاموا اتصالاً جنسياً مع نفس الفئة العمرية. ففي كوت ديفوار، مثلاً، أبلغ ٢٥ في المائة من الإناث المتراوحة أعمارهن بين ١٥ و ١٩ سنة ممن أقمن اتصالاً جنسياً بأنهن أصبن بمرض من الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي أو بأحد أعراضها مقارنة بمعدل ١٤ في المائة لدى الذكور من نفس الفئة.

كما تفيد دراسات أخرى للأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي والمراهقات أن الفتيات يصبن بشكل متكرر أكثر من الفتيان (Dehne and Riedner, 2005). وتنتشر الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي لدى المراهقات والأطفال المعتدى عليهم جنسياً.

كما أن المراهقات أكثر عرضة لفيروس نقص المناعة البشرية من الفتيان. والشباب أكثر عرضة للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية بسبب العوامل البيولوجية، ولممارستهن الجنس مع شركاء يكبرونهن سناً، وافتقارهن إلى المعلومات والخدمات وبحكم ما للمعايير الاجتماعية والقيم من أثر في تقويض قدرتهن على حماية أنفسهن. وقد يتزايد ضعفهن أثناء الأزمات الإنسانية وحالات الطوارئ عندما تؤدي المصاعب الاقتصادية إلى زيادة خطر الاستغلال، من قبيل الاتجار بالبشر، وزيادة المخاطر المتعلقة بالصحة الإنجابية المتصلة بممارسة الجنس مقابل المال وغيره من الضروريات (World Health Organization, 2009a).

المخاطر الصحية المحدقة بالرضع والأطفال

تم توثيق المخاطر الصحية المحدقة بالرضع وأطفال الأمهات المراهقات توثيقاً جيداً. فالإملاص ووفيات الأطفال حديثي الولادة تزيد بمعدل ٥٠ في المائة لدى رضع الأمهات المراهقات مقارنة برضع الأمهات اللاتي تتراوح أعمارهن بين ٢٠ و ٢٩ سنة (World Health Organization, 2012a). ولا يعيش حوالي مليون طفل من أطفال الأمهات المراهقات حتى عيد ميلادهم الأول. أما الرضع الذين يببقون على قيد الحياة، فالأرجح

المراهقون المتراوحة أعمارهم بين ١٠ و ١٩ سنة، ممن يتعايشون مع فيروس نقص المناعة البشرية، ٢٠٠٩

المجموع	الذكور		الإناث		المنطقة	
	التقديرات	(التقديرات الدنيا - التقديرات العليا)	التقديرات	(التقديرات الدنيا - التقديرات العليا)		
(١٤٠٠٠٠٠ - ١٠٠٠٠٠٠)	١٢٠٠٠٠	(٥١٠٠٠٠ - ٣٧٠٠٠٠)	٤٣٠٠٠٠	(٩١٠٠٠٠ - ٦٧٠٠٠٠)	٧٦٠٠٠٠	شرق أفريقيا وجنوبها
(٦٨٠٠٠٠ - ٣٩٠٠٠٠)	٥٢٠٠٠٠	(٢٤٠٠٠٠ - ١٤٠٠٠٠)	١٩٠٠٠٠	(٤٤٠٠٠٠ - ٢٧٠٠٠٠)	٣٣٠٠٠٠	غرب ووسط أفريقيا
(٤٠٠٠٠٠ - ٢٥٠٠٠٠)	٣٢٠٠٠٠	(١٢٠٠٠٠ - ٧٨٠٠٠٠)	٩٧٠٠٠٠	(٣٠٠٠٠٠ - ١٧٠٠٠٠)	٢٢٠٠٠٠	الشرق الأوسط وشمال أفريقيا
(١٣٠٠٠٠٠ - ٩٠٠٠٠٠)	١٠٠٠٠٠٠	(٦٦٠٠٠٠ - ٤٧٠٠٠٠)	٥٤٠٠٠٠	(٥٧٠٠٠٠ - ٤٤٠٠٠٠)	٥٠٠٠٠٠	جنوب آسيا
(٧٣٠٠٠٠ - ٢٩٠٠٠٠)	٥٠٠٠٠٠	(٣٤٠٠٠٠ - ١٤٠٠٠٠)	٢٣٠٠٠٠	(٣٠٠٠٠٠ - ١٥٠٠٠٠)	٢٧٠٠٠٠	شرق آسيا والمحيط الهادئ
(١٦٠٠٠٠٠ - ٦٢٠٠٠٠)	٨٨٠٠٠٠	(٨٢٠٠٠٠ - ٣١٠٠٠٠)	٤٤٠٠٠٠	(٥٥٠٠٠٠ - ٣٤٠٠٠٠)	٤٤٠٠٠٠	أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي
(١٥٠٠٠٠ - ١١٠٠٠٠)	١٣٠٠٠٠	(٤٥٠٠٠٠ - ٣٤٠٠٠٠)	٣٩٠٠٠٠	(١٠٠٠٠٠ - ٧٠٠٠٠٠)	٩٠٠٠٠٠	وسط وشرق أوروبا /رابطة الدول المستقلة
(٢٤٠٠٠٠٠ - ١٨٠٠٠٠٠)	٢٠٠٠٠٠٠	(٩٠٠٠٠٠ - ٦٧٠٠٠٠)	٧٨٠٠٠٠	(١٥٠٠٠٠٠ - ١١٠٠٠٠٠)	١٣٠٠٠٠٠	العالم

المصدر: UNICEF, 2011.

والإنجابية في تباين أنماط الوفيات والاعتلال حسب نوع الجنس، إذ تواجه المراهقات اليافعات تزايد احتمال تعرضهن للإكراه الجنسي والأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية، وكذلك العواقب الجنسية للحمل غير المرغوب فيه والصدمة النفسية (Blum et al., 2013).

ويشير نيل وآخرون (٢٠١٢) أيضاً إلى أن الفتيات البالغات ١٥ سنة أو أقل يواجهن خطر الإصابة بحالات من تسمم الحمل وفقر الدم والتزيف بعد الولادة والتهاب بطانة الرحم النفاسي بقدر يفوق يشكل ملحوظ الخطر الذي يواجه المراهقات الأكبر سناً. وتشير الأدلة أيضاً إلى أن النتائج الوليدية السلبية المرتبطة بحمل المراهقات أكبر بالنسبة للمراهقات الأصغر سناً.

والعديد من البلدان التي ترتفع فيها مستويات أمومة المراهقات المبكرة هي أيضاً بلدان ترتفع فيها كثيراً نسب الوفيات النفاسية (Neal et al., 2012).

أن يكونوا منخفضي الوزن عند الولادة وأن يولدوا قبل الأوان مقارنة بالرضع الذين يولدون لأمهات في العشرين من عمرهن. وبالإضافة إلى ذلك، فإن ثمة احتمالاً كبيراً في أن ينتقل فيروس نقص المناعة البشرية من الأم إلى الطفل، إن لم تتلق الأم العلاج.

المخاطر الصحية المحدقة بالفتيات اللاتي ينجبن قبل سن ١٥ سنة.

تشير الأبحاث إلى أن المراهقات اليافعات في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل يتضاعف خطر الوفاة النفاسية وناسور الولادة لديهن مقارنة بالنساء الأكبر سناً (بمن فيهن المراهقات الأكبر سناً)، وخاصة في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وجنوب آسيا (Blum et al., 2013).

وبانتقال الشباب من سنوات المراهقة المبكرة إلى سنوات المراهقة المتأخرة، تسهم السلوكيات الجنسية



إلى ٢٦ في المائة في النيجر. وتشير البحوث إلى أن أول اتصال جنسي للعديد من الفتيات، في بعض البلدان، هو اتصال جنسي غير رضائي، ويشهد الإكراه على الجنس لدى المراهقات اليافعات (Erulkar, 2013).

الأثر النفسي

تُكره الملايين من الفتيات على الزواج في كل عام، كما أن ما يقدر بنسبة ٩٠ في المائة من المراهقات اللاتي ينجبن هن مراهقات متزوجات. وهذا يعني أن الملايين من الفتيات ينتقلن من الطفولة إلى الأمومة في إطار الزواج ويضطلعن بمسؤوليات الكبار، دون فاصل زمني كبير. فبين عشية وضحاها، ينتقلن من سلطة أحد الوالدين؛ إلى سلطة شريك أو زوج، مما يديم ويوطد عدم المساواة بين الجنسين والتبعية والشعور بالعجز. وخلال المرحلة الانتقالية من الطفولة إلى الزواج القسري والأمومة، قد تعاني الفتاة من التوتر أو

ويتبين من دراستها منظمة الصحة العالمية أن الفتيات اللاتي يصبحن حوامل في سن ١٤ سنة أو أقل يرجح أن يواجهن ولادة مبكرة، وانخفاضاً في وزن الوليد عند الولادة ووفيات في فترة ما حول الولادة ومشاكل صحية لدى الأطفال الحديثي الولادة (World Health Organization, 2011). وتتفاقم المخاطر التي تواجهها الأمهات اليافعات ومواليدهن بالنسبة للفتيات اللاتي يعانين من سوء التغذية. وقد يهدد الحمل حالة الأم إلى أبعد الحدود ويعطل أنماط النمو الطبيعي، بينما يحتمل أن يقل وزن أطفالهن أو أن يموتوا.

والفتيات اللاتي تقل أعمارهن عن ١٥ سنة لا يكن مهيباتاً بدنياً لممارسة الجنس أو الإنجاب ويفتقرن إلى القدرات المعرفية والقدرة على اتخاذ قرارات مأمونة، عن علم أو طواعية (Dixon-Mueller, 2008). ومع ذلك فإن ١٠ في المائة من المراهقات، في ما يزيد على ٣٠ بلداً، يمارسن الجنس بحلول سن ١٥ سنة، ويصل هذا المعدل

▲ ماريل، ٢٥ سنة، أنجبت عندما كان عمرها ١٣ سنة.

© UNFPA/
Berge, Borghild

الاكتئاب لأنها ليست مستعدة نفسياً للزواج أو للجنس أو الحمل، وخصوصاً عندما تكون ممارسة الجنس بالإكراه أو غير رضائية. وتبعاً لما تكون عليه بيئة بيت الفتاة ومجتمعها، قد تشعر بالعار بسبب الحمل المبكر (لا سيما إذا كان خارج إطار الزواج) وتلجأ إلى الإجهاض، حتى في الأماكن التي يكون فيها الإجهاض غير قانوني وغير مأمون، مما يجعلها في الغالب تقبل ركوب المخاطر والتعرض لعواقب صحية وخيمة.

الأثر على تعليم الفتيات

يقل احتمال الحمل لدى الفتيات اللاتي يمكنهن في المدرسة لفترة أطول. فالتعليم يعد الفتيات للعمل واكتساب سبل العيش، ويعزز ثقتهن بأنفسهن ويوحد مركزهن في أسرهن المعيشية ومجتمعاتهن المحلية، ويحول لهن قدراً أكبر من السلطة في اتخاذ القرارات التي تؤثر على حياتهن. ويقلل التعليم أيضاً من احتمال زواج الأطفال ويؤخر الإنجاب، مما يؤدي في نهاية المطاف إلى وضع مواليد يتمتعون بصحة جيدة. ويؤكد استقصاء جديد للبلدان تناول بالتقييم التقدم الذي أحرزته في تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية لعام ١٩٩٤ أن ارتفاع معدل معرفة القراءة والكتابة لدى النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ١٩ سنة يقترن بانخفاض معدلات الولادة لدى المراهقات بشكل ملحوظ (UNFPA, 2013a). وخلص تحليل حديث أجري في ٣٩ بلداً إلى أنه - باستثناء بنن ومالي - يقل احتمال ممارسة الجنس قبل الزواج لدى العازبات (اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ١٧ سنة) واللاتي ينتظمن في المدارس، وذلك بالمقارنة مع أقرانهن ممن لا يرتدن المدارس (Biddlecom et al., 2008; Lloyd, 2010). وتؤكد هذه النتائج الآثار الوقائية التي يمكن أن تكون للتعليم في منع حمل المراهقات ونتائجها السلبية.

والفوائد الاجتماعية والاقتصادية لبقاء الفتاة في المدرسة كبيرة، بيد أن تكاليف انقطاع الفتاة عن الدراسة في وقت مبكر - أو اضطرابها إلى ذلك بسبب الحمل تكاليف باهظة.

غير أن العلاقة السببية بين حالات حمل المراهقات والانقطاع عن الدراسة في وقت مبكر قد يصعب فكها (UNFPA, 2012a). فالفتيات اللاتي يحملن قد يكن فعلاً قد انقطعن عن الدراسة قبل الحمل أو لم يسبق لهن أن ذهبن إلى المدرسة أصلاً. وتبين من دراسة أجريت في البلدان الأفريقية الناطقة بالفرنسية أن الفتيات اللاتي تركن الدراسة - أو طردن من المدرسة - بسبب الحمل لا يتعدى ٥ في المائة إلى ١٠ في المائة (Lloyd and Mensch, 2008). غير أن الدراسة خلصت إلى أن "تشكيل العشرة" - أول زواج أو معاشرة - يرجح أن يكون السبب.

متزوجة تعود إلى المدرسة

فيليسيا فتاة مرحلة ومفعمة بالحيوية تبلغ من العمر ١٥ سنة، وتحب الدردشة وممازحة صديقاتها. فهي تتمتع بحياتها كأى تلميذة في الصف الثامن من مدرسة ابتدائية في ملاوي وتقول إنها تنوq إلى الانتقال للدراسة في الثانوية في غضون سنة. لكن فيليسيا ليست ككل التلميذات الأخريات في فصلها. فقد أكرهها والداها على الانقطاع عن الدراسة وعلى الزواج بعد أن أصبحت حاملاً في سن ١٣ سنة. وقالت فيليسيا "لقد أغراني صديقي، الذي كان يبلغ من العمر آنذاك ١٨ سنة بممارسة الجنس معه. وقال لي إن صغر سني يحول دون أن أصبح حاملاً فصدقته". وأصبحت حاملاً بعد ممارسة الجنس مرتين. وأضافت قائلة: "لم أكن أعرف شيئاً عن وسائل منع الحمل لذلك لم نستخدم أي نوع من الوقاية". وقال والديّ إنهما لا يستطيعان أن يبقيا في بيتهما بعد أن اكتشفا أنني حامل. وقالت فيليسيا "إنهما سلماني لأسرة صديقي وبدأنا نعيش معاً بعد إجراء حفل زفاف تقليدي".

وظلت فيليسيا متزوجة لمدة سنتين بعد أن وضعت وليدها، لكنها عادت الآن إلى المدرسة، ويفضل "وحدة المجتمع المحلي لدعم الضحايا"، التي يدعمها برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالمراهقات الذي يتولاه صندوق الأمم المتحدة للسكان، تم إنقاذها حتى لا تعيش عروساً قاصراً.

وقالت فيليسيا "أنا الآن على علم بوسائل منع الحمل عن طريق نادي للشباب انضمت إليه. ولا أنوي ممارسة الجنس مرة أخرى حتى أنتهي من دراستي لأنني عشت في فقر شديد عندما تزوجت". وتقول فيليسيا إنها ترغب في أن تصبح شرطية. وتضيف قولها "أريد أن أنقذ الفتيات الأخريات اللاتي يجبرن على الزواج المبكر".

ومع ذلك ، فإن التعليم الرسمي لكثير من المراهقات اللاتي يصبحن أمهات ، يتوقف نهائياً ، إما بسبب ظروفهن الفردية ، من قبيل زواج الطفلات أو ضغوط الأسرة أو المجتمع المحلي ، أو لأن المدارس تمنع الفتيات الحوامل من الالتحاق بالمدارس أو تمنع عودتهن إليها عندما ينجبن (Panday et al., 2009) . وحتى في البلدان التي تسمح قوانينها للفتيات بالعودة ، لا يعود إلى المدرسة منهن إلا القلة القليلة . ففي جنوب أفريقيا ، مثلاً ، ينص الدستور وقانون المدارس لعام ١٩٩٦ على أن الفتيات اللاتي يحملن لا ينبغي أن يحرم من التعليم ، ولكن أحد الاستعراضات خلص إلى أنه لا يعود لاستئناف الدراسة بعد الحمل إلا مراهقة واحدة من كل ثلاث مراهقات تقريباً . وخلصت دراسة أجريت في شيلي إلى أن الأمومة تقلل من احتمال ارتياد الفتاة للمدرسة وإكمالها للمرحلة الثانوية وذلك بنسبة تتراوح بين ٢٤ في المائة و ٣٧ في المائة (Kruger et al., 2009) .

ومشكلة انقطاع الأمهات المراهقات عن التعليم ليست مشكلة تنفرد بها البلدان النامية . ففي الولايات

المتحدة ، مثلاً ، أنجبت مراهقات تراوح أعمارهن بين ١٥ و ١٩ سنة في عام ٢٠١١ ما مجموعه ٣٢٩ ٧٧٢ طفلاً . ولا يتمكن من إتمام تعليمهن الثانوي حتى سن ٢٢ سنة إلا ما يقارب نصف الفتيات اللاتي يصبحن حوامل في سن المراهقة . وفي المقابل ، تحصل تسعة أعشار الفتيات اللاتي لا يصبحن حوامل في سن المراهقة على شهادة التعليم الثانوي قبل سن ٢٢ سنة (Perper et al., 2010) .

وبقدر ما تطول فترة انقطاع الفتيات عن الدراسة ، بقدر ما يقل احتمال عودتهن إليها . ولكي تتمكن الفتاة من العودة إلى المدرسة ، لا بد من سياسات داعمة وإن لم تكن كافية لوحدها في كثير من الأحيان؛ فالأرجح أن تكون الأمهات الحديثات العهد بالأمومة بحاجة أيضاً إلى المساعدة المالية ، ورعاية الطفل والحصول على المشورة المباشرة لمساعدتهن على التصدي للتحديات ، بما في ذلك وصمة العار المرتبطة بالأمومة في فترة المراهقة .

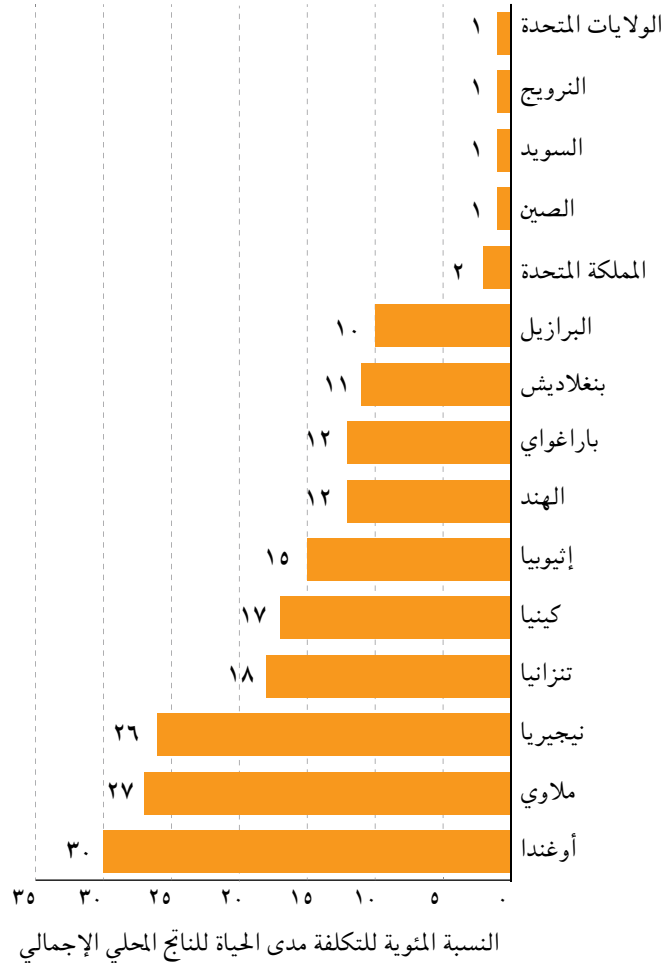
الأثر الاقتصادي

عندما تكون للفتاة القدرة على تأخير الحمل ، فإنه قد يكون لها أيضاً من التمكين الاجتماعي ما يؤهلها للبقاء في المدرسة ، ومن التمكين الاقتصادي ما يؤمن لها عملاً مجزياً أو يوفر لها فرصاً أخرى مدرة للدخل ، وفقاً لدراسة البنك الدولي (Chaaban and Cunningham, 2012) . فالاستثمارات التي تمكن الفتاة تعود بالنفع على الاقتصاد؛ وعلى العكس من ذلك ، فإن تكاليف عدم الاستثمار في الفتاة مرتفعة . فتكلفة فرصة العمر المتصلة بحمل المراهقات - والتي تقاس بالدخل السنوي الضائع للأم على مدى عمرها - تتراوح بين ١ في المائة من الناتج المحلي الإجمالي السنوي في الصين إلى ٣٠ في المائة من الناتج المحلي الإجمالي السنوي في أوغندا . وتكلفة الفرصة البديلة هو مقياس "ما كان يمكن أن يكون" لو أجري الاستثمار الإضافي في الفتاة . وتوضح دراسة للبنك الدولي تكاليف الفرصة البديلة المرتبطة بحمل المراهقات والانقطاع عن الدراسة . وعلى سبيل المثال ، لو أن كل مراهقات كينيا

” كنت سعيدة وحزينة في نفس الوقت . سعيدة لأنني أنجبت طفلاً عزيزاً... ولكن يتعين على والدي أن يعيلاني أنا وطفلي الآن... وانقطعت عن الدراسة ومنذ ذلك الحين تعين عليّ العثور على عمل لإعالة طفلي... فأنا أم عازبة . ولا بد لي من القيام بكل شيء من أجل طفلي“ .

ثوكو ، جنوب أفريقيا (لم تفسح عن سنها)

التكاليف مدى الحياة لحمل المراهقات من الزمرة الحالية من الفتيات اللاتي تتراوح أعمارهن ١٥-١٩ سنة ، باعتبارها حصة من الناتج المحلي الإجمالي السنوي



المصدر: Chaaban and Cunningham, 2011.

أعداد حالات الحمل ، فإن التكاليف الاقتصادية قد تتجاوز الفرد لتشمل المجتمع والدولة . وعلى سبيل المثال ، قد تنشأ بعض التكاليف عن زيادة الطلب على نظم الرعاية الصحية التي تتحمل عبئاً يفوق طاقتها لمعالجة المضاعفات الناجمة عن الإجهاد غير المأمون للمراهقات . واستناداً إلى التحالف الدولي من أجل الحقوق الجنسية والإنجابية (٢٠٠٢) ، ”تشير

البالغ عددهن ١,٦ مليون مراهقة ، أكملن تعليمهن الثانوي ولو أن الأمهات المراهقات البالغ عددهن ٢٢٠.٠٩٨ أمماً مراهقة لم يصبحن حوامل ، لأضاف الأثر التراكمي ٣,٤ بلايين دولار للدخل الإجمالي في كينيا كل عام . وهذا ما يعادل قطاع البناء الكيني بأكمله . وعلى نفس المنوال ، فإنه كانت ستكون للبرازيل إنتاجية أكبر تفوق ٣,٥ بلايين دولار لو أخرجت الفتيات المراهقات الحمل حتى أوائل العشرينات من عمرهن ، في حين كانت إنتاجية الهند ستزيد بمبلغ ٧,٧ بلايين دولار . وبما أن معظم حالات حمل المراهقات تحدث عندما تكون الفتيات في سن الدراسة الثانوية ، فإن الانقطاع عن الدراسة في المدارس الثانوية يؤدي إلى تكبيد الاقتصاد تكاليف باهظة تفوق تكاليف الانقطاع عن الدراسة في المدارس الابتدائية . ولما كان عدد الفتيات المتضررات أعلى بكثير في المدارس الثانوية مما هو عليه في المدارس الابتدائية ، فإن الأثر السلبي لعوائد الاستثمارات في التعليم الثانوي أعلى بكثير من الأثر السلبي لعوائد الاستثمار في التعليم الابتدائي . وتذكر دراسة البنك الدولي أن هذا التحليل يقلل من التكلفة الحقيقية لعدم الاستثمار في الفتيات . فالتكاليف التي احتسبت ليست إلا التكاليف الاقتصادية ، وينبغي اعتبارها حداً أدنى للتكاليف الاجتماعية الحقيقية . ولا تتناول الدراسة إلا الإنتاجية الضائعة في سوق العمل ، وبالتالي لا تقدر التكاليف التي تتكبدها صحة المرأة ، والآثار المحتملة لإنتاجية الطفل في المستقبل كما يتبين من الدراسات التي تشير إلى أن لأطفال الأمهات المراهقات معدلات تحصيل مدرسي منخفضة ، كما تشير إلى التكاليف الاجتماعية للأمهات المراهقات العازبات . وتتزايد تقديرات التكاليف عدة مرات استناداً إلى التكاليف الحقيقية ، التي تشمل تدني الوضع الصحي لأطفال هؤلاء الفتيات ، وانخفاض متوسط العمر المتوقع ، وتقادم مهارات الفتيات العاطلات عن العمل ، وضعف التمكين الاجتماعي ، وما إلى ذلك (Cunningham et. al., 2008) . وعندما يؤدي قصور السياسة العامة أو غيرها من الضغوط الأخرى التي تمارس على المراهقات إلى تزايد

البعد المتعلق بحقوق الإنسان

كثيراً ما تكون انتهاكات الحقوق سبباً دفيماً لحمل المراهقات ونتيجة له في الغالب .

فالفتيات اللاتي يحملن غالباً ما يكن عاجزات عن التمتع بحقوقهم المكفولة بموجب المعاهدات الدولية من قبيل اتفاقية حقوق الطفل أو عاجزات عن ممارسة تلك الحقوق . كما أنه عندما تكون البنت عاجزة عن التمتع بالحقوق الأساسية من قبيل حقها في التعليم ، فإنها تصبح أكثر عرضة للحمل قبل سن البلوغ .

وإذا أصبحت المراهقة حاملاً نتيجة لممارسة الجنس قسراً أو إكراهاً ، فإن حقوقها تنقوض كثيراً . وإذا لم يكن بوسع تلك الفتاة الذهاب إلى المدرسة لأنها حامل أو مسؤولة عن رعاية أطفالها ، فإنها تحرم من حقوقها مرة أخرى . وإذا تعذر عليها الذهاب إلى المدرسة ، فإن إمكانية كسبها للدخل طيلة حياتها تتضاءل ، وتزيد احتمالات قضاء بقية حياتها في الفقر تزايداً كبيراً .

وفي السنة الماضية ، أصدرت مفوضية حقوق الإنسان تقريراً رائداً وضع إطاراً لشتى قرارات مجلس الأمم المتحدة لحقوق الإنسان المتعلقة بالوفيات النفاسية والأمراض النفاسية باعتبارها انتهاكات لحقوق الإنسان وحدد بعض الأسباب الكامنة وراء حمل المراهقات :

لا تتمثل الخطوة الأولى فقط في تحليل سبب معاناة المراهقات من ارتفاع معدلات الأمراض والوفيات النفاسية ، وإنما تتمثل أيضاً في تحليل سبب حملهن . ويحدد النهج القائم على أساس حقوق الإنسان المشكلة ، ويعالجها من حيث الأسباب المباشرة والأساسية للوفيات والأمراض النفاسية ، لأنها تحدد إمكانيات حل مشاكل محددة على المستوى المحلي . ومن بين عوامل أخرى كثيرة ، قد يعزى حمل المراهقة إلى غياب التربية الجنسية الشاملة ؛ والأعراف الجنسانية التي تعزز الحمل المبكر ؛ والزواج المبكر ؛ وارتفاع مستويات العنف الجنسي وأو إقامة علاقات جنسية لقاء توفير مبالغ مالية أو خدمات ؛ وعدم وجود خدمات صحية ملائمة للشباب ؛ وعدم توافر موانع الحمل بتكلفة معقولة وفي المتناول ؛ أو مزيج من العوامل المذكورة آنفاً . (مفوضية الأمم المتحدة السامية لحقوق الإنسان ، ٢٠١٢ ، الفقرة ٥٩) .

ويتفاقم الوضع بتداخل أشكال عدم المساواة . فالمرهقات اللاتي يعشن في فقر أو في المناطق الريفية ، أو المعوقات أو المنتمبات إلى السكان الأصليين ، يواجهن حواجز إضافية تحول دون حصولهن على المعلومات

والخدمات المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية ، وهن أكثر عرضة للعنف الجنسي في بعض الحالات .

وتقوم معالجة حمل المراهقات من خلال أشكال حماية حقوق الإنسان على إطار دولي ومعيارى يستوجب على الحكومات اتخاذ خطوات من شأنها أن تتيح للفتيات التمتع بحقوقهن في التعليم والصحة والعيش الخالي من العنف . فللأطفال نفس حقوق الإنسان التي تحق للبالغين بل تخول لهم أيضاً نفس أشكال الحماية الخاصة للتصدي لأوجه عدم المساواة التي تقترن بسنهم .

ولذلك فإن إحقاق الحقوق من شأنه أن يعمل على القضاء على العديد من الظروف التي تسهم في حمل المراهقات ويساعد على تخفيف الكثير من النتائج التي تتحملها الفتاة ، وأسرته ومجتمعها . فالتصدي لهذه التحديات من خلال أشكال حماية حقوق الإنسان هو المفتاح لإنهاء حلقة مفرغة من انتهاكات الحقوق والفقر وعدم المساواة والإقصاء وحمل المراهقات .

وفي المؤتمر الدولي للسكان والتنمية المعقود عام ١٩٩٤ ، أقرت ١٧٩ حكومة بالصلوات القائمة بين الزواج المبكر ، وحمل المراهقات وارتفاع معدلات الوفيات النفاسية للمراهقات . وأبرز برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الدور الحاسم الذي يمكن أن يؤديه التعليم في الوقاية من هذه الأضرار (برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية ، المبدأ ٤ والفقرة ٧-٤) . واتفقت الحكومات على حماية وتعزيز حق المراهقات في التوعية المتعلقة بالصحة الإنجابية والمعلومات المتعلقة بها وضمان تعميم الحصول على المعلومات الشاملة والوقائية المتعلقة بالصحة الإنجابية .

ومنذ المؤتمر الدولي للسكان والتنمية ، أقرت هيئات الأمم المتحدة لرصد المعاهدات ، التي تفسر وترصد امتثال الحكومات لمعاهدات حقوق الإنسان ، ضرورة تمكين المراهقات لاتخاذ قرارات مستنيرة بشأن حياتهم وأكدت أن للمراهقات نفس حقوق الإنسان التي تحق للبالغين ، بما فيها حقوق الإنجاب . وتعترف اتفاقية حقوق الطفل ، بصفتها معاهدة حقوق الإنسان التي حظيت بأكبر عدد من التصديقات في العالم ، اعترافاً صريحاً بالأطفال باعتبارهم ذوي حقوق . غير أن انعدام الأهلية القانونية للأطفال للتصرف بأنفسهم ، لا يتيح لهم باعتبارهم ذوي حقوق حق اختبار المطالبة بحقوقهم في كثير من الحالات . وانعدام الاستقلالية في صنع القرار ، المقترن بوضعهم الاجتماعي والاقتصادي المتدني والضعف البدني ، يجعل من الصعب عليهم التمتع بتلك الحقوق وممارستها .

”الحديث عن الجنس من المحرمات . وأحياناً ، تكون ثمة برامج حول وسائل منع الحمل على شاشة التلفزيون ولكن الشباب لا يعيها اهتماماً كافياً . إننا نناقش الجنس فيما بيننا ، ولكننا لا نتطرق لهذه المسألة مع والدينا . وفي معظم الأحيان ، تطلب الفتاة إلى الفتى استخدام الرفال . ولا يخطر على بال الفتى أن يطلب إلى الفتاة استخدام حبوب منع الحمل أو طريقة أخرى لمنع الحمل“ .

نغيماننا ، ١٧ سنة ، السنغال

إلى وصمة العار والتهميش وانتهاك حقوق الإنسان الأساسية . وعندما تحرم الفتاة من المعلومات والخدمات التي هي بحاجة إليها لمنع الحمل ، فإن استقلاليتها تتقوض . وعندما تصبح حاملاً ، وتضطر إلى مغادرة المدرسة ، فإن حقوقها تنتهك . وعندما تضطر إلى الزواج أو تتعرض للعنف الجنسي أو الإكراه ، فإن حقوقها تنتهك انتهاكاً إضافياً .

وعندما تحترم حقوق الإنسان الواجبة للفتاة ، فإنه يقل احتمال تعرضها للوصم والتهميش ويكون بإمكانها أن تقيم وتصون علاقات صحية مع الأصدقاء والأقران . وتتاح لها فرص الحصول على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية والاستفادة من التعليم ، بغض النظر عن وضعها . وتكون أقدر على أن تكون مواطنة منتجة تنعم بالصحة والتمكين وتشارك على قدم المساواة مع أفراد أسرتها المعيشية ومجتمعها المحلي وأمتها .

سجلات المستشفيات في كثير من البلدان النامية إلى أن ما بين ٣٨ في المائة و ٦٨ في المائة من النساء اللاتي يعالجن من مضاعفات الإجهاض تقل أعمارهن عن ٢٠ سنة .“ ففي إثيوبيا ، في عام ٢٠٠٨ ، ” تلقى ما يبلغ تقديره ٥٢٦٠٠ امرأة الرعاية في مرفق صحي بسبب مضاعفات الإجهاض غير المأمون“ (Guttmacher Institute, 2010) . ولما كان متوسط عمر النساء اللاتي يطلبن الإجهاض في إثيوبيا ٢٣ سنة ، فإنه يمكن القول أن نسبة كبيرة من أولئك اللاتي عولجن بسبب مضاعفات الإجهاض في إثيوبيا هن مراهقات (Guttmacher Institute, 2010) . وذهبت دراسة حديثة (Abdella et al., 2013) في تقديرها إلى أن التكلفة المباشرة لعلاج مضاعفات ما بعد الإجهاض في النظام الصحي الوطني في إثيوبيا تتراوح بين ٦,٥ ملايين دولار و ٨,٩ ملايين دولار سنوياً . وفي بعض بلدان أمريكا اللاتينية ، تزدهم المستشفيات بالمراهقات اللاتي يحتجن إلى علاج مضاعفات الحمل أو الولادة أو الإجهاض .

ولا تقتصر التكاليف على مضاعفات الإجهاض كما لا تقتصر على البلدان النامية: ”ففي عام ٢٠٠٨ [في الولايات المتحدة] بلغت تكاليف الحمل والولادة لدى المراهقات ما يقرب من ١١ بليون دولار سنوياً تحملها دافعو الضرائب في الولايات المتحدة وتعزى إلى زيادة الرعاية الصحية والكفالة ، وزيادة معدلات السجن لدى أطفال الآباء المراهقين وضياح الإيرادات الضريبية بسبب انخفاض التحصيل التعليمي والدخل لدى الأمهات المراهقات“ (National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy, 2011) .

خاتمة

يمكن أن تكون لحمل المراهقات والولادة عواقب سلبية على الصحة البدنية والعقلية للفتاة وعلى رفاهها الاجتماعي ، وتحصيلها التعليمي ، وإمكانية اكتسابها للدخل . وتعود هذه الآثار بجذورها إلى حد كبير إلى استمرار عدم المساواة بين الجنسين والتمييز السائدين في الهياكل القانونية والاجتماعية والاقتصادية ، مما يؤدي



ضغوط من جهات عديدة

٣

إن حالات الحمل بين المراهقات لا تحدث في فراغ لكنها نتيجة لتشابك مجموعة من العوامل مثل الانتشار الواسع للفقر، وقبول المجتمعات المحلية والأسر لزواج الأطفال، وعدم كفاية الجهود المبذولة لكي تواصل الفتيات دراستهن.

► فيظ، ٤٠ سنة، وغلان ١١ سنة، في بيتهما قبل حفل زفافهما، بأفغانستان.

© Stephanie Sinclair/VII/Tooyoungtowed.org (2005)

اتفق مائة وتسع وسبعون حكومة في عام ١٩٩٤ في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية على ضرورة " أن تعزز حقوق المراهقين في التربية والمعلومات والرعاية المتصلة بالصحة الجنسية والإنجابية ، وأن تخفض عدد حالات حمل المراهقات تخفيضاً كبيراً " .
(برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية ، الفقرة ٧-٤٦) .

غير أن العديد من الإجراءات - المتخذة قبل ١٩٩٤ ومنذ تلك السنة - لتحقيق أهداف تخفيض عدد حالات الحمل لدى المراهقات كانت ضيقة النطاق ، إذ استهدفت الفتاة باعتبارها صلب المشكلة وتوخت تغيير سلوكها حلاً لتلك المشكلة .

وتخفق هذه الإجراءات عموماً في الحد من حالات حمل المراهقات لأنها تهمل الظروف الاقتصادية والاجتماعية والقانونية وغيرها من الظروف والهيكل والنظم الملازمة لهذا المشكل كما تهمل انتهاكات القواعد والحقوق التي تؤدي إلى حمل المراهقات في كل أنحاء العالم . ومن جوانب قصور هذه النهج عدم مراعاتها لدور الرجال والفتيان في إدامة مشكل حمل المراهقات ومنعه .

ولعل النهج " الإيكولوجي " إزاء حمل المراهقات هو ذلك النهج الذي يراعي طائفة كاملة من العوامل المعقدة التي تسهم في حمل المراهقات ويستوعب تفاعل هذه القوى . فبإمكانه أن يساعد الحكومات وواضعي السياسات والأطراف ذات المصلحة على فهم التحديات وتصميم تدخلات أكثر فعالية لا تكتفي بالحد من عدد حالات الحمل بل تتخذ إجراءات تزيل الحواجز التي تحول دون تمكين الفتاة حتى لا يكون الحمل هو النتيجة المحتملة .

ويسلط هذا النهج الإيكولوجي الضوء على منظومة من القوى تعمل ضد المراهقة وتزيد من احتمال أن تصبح حبلتي (Blum and Johns Hopkins, 2013) . ولئن كانت هذه القوى عديدة ومتعددة الطبقات ، فإنها تتعلق بطريقة أو بأخرى بقدرة الفتاة على التمتع بحقوقها وافتقارها إلى القدرة على تقرير مستقبلها .

ويعمل معظم هذه المحددات في هذا النموذج على أكثر من مستوى واحد . وعلى سبيل المثال ، يمكن للسياسات على الصعيد الوطني أن تقيد فرص استفادة المراهقات من خدمات الصحة الجنسية والإنجابية ، بما فيها تنظيم الأسرة ، في حين قد يعارض المجتمع المحلي أو الأسرة حصول الفتاة على تربية جنسية شاملة أو على معلومات أخرى بشأن اتقاء الحمل .

ويتبين من هذا النموذج أن حمل المراهقات لا يحدث في فراغ بل هو نتيجة لتداخل مجموعة من العوامل من قبيل انتشار الفقر وتقبل المجتمعات المحلية والأسر لزواج الأطفال ، وضعف الجهود المبذولة لإبقاء الفتاة في المدرسة .

وفي إطار التوجيه التقني الذي تقدمه مفوضية حقوق الإنسان بشأن النهج القائمة على الحقوق في الحد من الوفيات النفاسية في عام ٢٠١٢ ، دعت المفوضية الدول إلى التصدي للعوامل المتنوعة والمتعددة الأبعاد التي تؤدي إلى حمل المراهقات وذلك بالقضاء على " أسبابه المباشرة والدينية " . (مجلس حقوق الإنسان ، ٢٠١٢) . وترد في هذا النموذج الإيكولوجي أيضاً المعايير الجنسانية التي تعزز الحمل المبكر وزواج الأطفال ، والعنف الجنسي وغيره من الأسباب الدفينة التي ساققتها مفوضية حقوق الإنسان .

المحددات على المستوى الوطني

إن القوانين والسياسات الوطنية ، ومستوى تعهد الحكومة بالوفاء بالالتزامات المفروضة بموجب صكوك ومعاهدات حقوق الإنسان ، ومدى انتشار الفقر والحرمان ، وسيادة الاستقرار السياسي كلها أمور تؤثر على احتمال أن تصبح الفتاة حبلتي . وتخرج هذه المحددات عن سيطرة المراهقة - وعن سيطرة أي فرد كان - ومع ذلك يكون لها أثر هائل على ما يتاح للفتاة من سلطة لتقرير مستقبلها وتحقيق إمكاناتها .

وعلى سبيل المثال ، إذا نفذت القوانين الوطنية ، فإنها تستطيع أن تحظر زواج الأطفال وتعمل على القضاء على إحدى العوامل الرئيسية التي تعرض الفتاة للحمل .

محددات حمل المراهقات: النموذج الإيكولوجي

المستوى
الوطني

- القوانين التي تحد من فرص الحصول على وسائل منع الحمل
- عدم إنفاذ قوانين منع زواج الأطفال
- التدهور الاقتصادي والفقر
- قلة الاستثمار في رأس المال البشري للفتيات
- عدم الاستقرار السياسي والأزمات الإنسانية والكوارث



مستوى
المجتمع المحلي

- المواقف السلبية تجاه استقلال الفتيات
- المواقف السلبية تجاه النشاط الجنسي للمراهقين
- وتوفير فرص الحصول على وسائل منع الحمل
- محدودية توفير الخدمات المراعية للشباب
- عدم توفير الرعاية السابقة للولادة والرعاية اللاحقة
- لها لفائدة الأمهات الشابات
- مناخ الإكراه والعنف الجنسيين



مستوى
المدرسة / الأقران

- العقبات التي تحول التحاق الفتاة بالمدرسة وبقائها فيها
- انعدام المعلومات أو عدم الاستفادة من تربية جنسية
- شاملة وجيدة
- ضغوط الأقران
- المواقف الجنسية السلبية للشركاء وسلوك المخاطرة لديهم



مستوى
الأسرة

- التوقعات السلبية بالنسبة للفتيات
- تبخيس التعليم ولا سيما تعليم الفتيات
- المواقف المساندة لزواج الأطفال



مستوى
الفرد

- سن البلوغ وبداية النشاط الجنسي
- تنشئة الفتيات على توخي الأمومة كخيار وحيد في الحياة
- استبطان قيم عدم المساواة بين الجنسين
- عدم الاعتراف بالقدرات المتطورة



وعلى الصعيد الوطني، فإن باب حصول المراهقات على وسائل منع الحمل قد يكون موصداً لأن القوانين تحظر على أي شخص يقل عمره عن ١٨ سنة الحصول على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، بما فيها تنظيم الأسرة، دون موافقة الأبوين أو الزوج، وبالتالي تمنع الفتيات النشيطات جنسياً وشركاءهن من الحصول على وسائل منع الحمل واستخدامها. كما تحظر العديد من البلدان الوسائل العاجلة لمنع الحمل أو تحرم حصول المراهقات عليها.

وفي بعض البلدان، ثمة انفصام بين سن الرضا بممارسة النشاط الجنسي وسن الحد الأدنى للحصول على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، بما فيها وسائل منع الحمل والمعلومات المتعلقة به. ونتيجة لذلك، قد تكون المراهقات مقيدات بشروط موافقة الأبوين على الحصول على الخدمات أو قد يتوقف حصولهن على تلك الخدمات على تقدير مقدمي الخدمات الصحية ما إذا كن فعلاً قادرات على الحصول على تلك الخدمات أو مؤهلات للحصول

▼ الرعاية السابقة للولادة
في مركز نان أو كسيل
في غواتيمالا.

© Mark Tuschman/
Planned Parenthood
Global



عليها. وقد يمانع مقدمو الخدمات الصحية في تقديم خدماتهم لهن خوفاً من انتقام الأبوين أو الأولياء الذين قد لا يرغبون في حصول بناتهن على وسائل منع الحمل أو غيرها من خدمات الصحة الجنسية أو الإنجابية.

ويتمثل المحدد الرئيسي لحمل المراهقات على الصعيد الوطني في نقص الاستثمار في تنمية رأس المال البشري للفتاة، ولاسيما في التعليم والصحة، بما فيها الصحة الجنسية والإنجابية. إذ أن ما يرصد للمراهقات بصفة خاصة يقل عن سنّتين من كل دولار يصرف على التنمية الدولية (International Planned Parenthood Federation, n.d.).

وغالياً ما تحدث حالات حمل المراهقات بصورة أكثر تواتراً لدى السكان الأصليين أو الأقليات العرقية لجملة من الأسباب، منها التمييز والإقصاء، وقلة فرص الاستفادة من خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، والفقير أو ممارسة زواج الأطفال. ففي صربيا، مثلاً، يبلغ معدل الولادة لدى المراهقات من أقلية الروما ١٥٨، أي ما يزيد ست مرات على المتوسط الوطني البالغ ٢٣,٩ وأعلى من المعدل في العديد من أقل البلدان نمواً (Statistical Office of the Republic of Serbia and UNICEF, 2011). وفي بلغاريا، ينجب ما يزيد على ٥٠ في المائة من مراهقات الروما قبل بلوغهن سن ١٨ سنة، وفي ألبانيا، يبلغ متوسط عمر أمهات الروما عند أول ولادة ١٦,٩ سنة (UNDP, 2011; UNFPA, 2012c). ويرتبط ارتفاع معدل الولادة لدى المراهقات من سكان الروما بمحدودية فرص الاستفادة من خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، بما فيها تنظيم الأسرة، وبزواج الأطفال، والإقصاء الاجتماعي والاقتصادي من عامة المجتمع والضغط التي تتم ممارستها داخل مجتمعاتهن المحلية (Colombini et al., 2011).

ويعد الفقر والركود الاقتصادي من القوى الأخرى على الصعيد الوطني التي يمكن أن تحرم المراهقات من فرص العيش. ومع قلة إمكانيات العمل، وسبل العيش والاكتفاء الذاتي وإمكانية

”...كنت في سنتي الأولى من الثانوي
عندما حدث ذلك . ففي ليلة من الليالي ،
ذهبت للسقي... فاعترضني ...
واغتصبني . وكنت خائفة ، لكنني كنت
طفلة عمرها ١٥ سنة ولم أكن أعتقد أو
أتصور أنني سأصبح حاملاً . وعرفت
ذلك فيما بعد “ .

ليوكادي ، ١٦ سنة ، بوروندي

المحددات على مستوى المجتمع المحلي

لكل مجتمع محلي معاييره ومعتقداته ومواقفه التي تحدد مقدار استقلالية الفتاة وقدرتها على التحرك ، ومدى قدرتها على التمتع بحقوقها وممارستها ، ومدى كونها في مأمن من العنف ، ومن الإكراه على الزواج ، ومدى احتمال أن تصبح حاملاً ، وأن تستأنف تعليمها بعد الإنجاب .

ولقوى المجتمع المحلي أهمية بالغة في قيام مناخ الإكراه الجنسي ، وفي تحديد الخيارات المتاحة للشباب في حياة المجتمع المحلي ، وتحديد مدى توفر خدمات الصحة الجنسية والإنجابية المراعية للشباب ومدى سهولة الحصول عليها ، ومدى كون خدمات صحة الأمهات مجهزة ومعززة بالموظفين لدعم الفتاة خلال فترة حملها وخلال الولادة ثم مساعدتها على تفاذي حمل ثان .

الحصول على مستوى عيش كريم مع كل ما يقترن به ، تصبح الفتاة أكثر عرضة للزواج والحمل المبكرين لأنها قد ترى ، هي أو أسرتها ، أن ذلك هو الخيار أو المصير الوحيد . وبالإضافة إلى ذلك ، فإن المراهقات الفقيرات يحتمل ألا يتمنن دراستهن وبالتالي كثيراً ما تقل فرص استفادتهن من تربية جنسية شاملة في المدرسة أو حصولهن على معلومات بشأن الصحة الجنسية والإنجابية واثقاء الحمل (World Health Organization, 2011) .

وفي العديد من حالات الطوارئ والنزاعات وأوضاع الأزمات ، كثيراً ما تنفصل المراهقات عن أسرهن وينقطعن عن هياكلهن الاجتماعية التي توفر لهن الحماية . ولذلك يتزايد احتمال تعرضهن للاغتصاب والاستغلال الجنسي وسوء المعاملة ، مما يزيد من احتمال أن يكن عرضة للحمل (Save the Children and UNFPA, 2009) . ولقضاء حاجاتهن وحاجات أسرهن في أوضاع الأزمات (وكذلك في ظروف الفقر المدقع) ، قد تضطر المراهقات إلى الاشتغال بالجنس ، مما يتفاقم مع احتمالات تعرضهن للعنف والأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي ويزيد احتمال حملهن . وفي الوقت ذاته ، فإنه نظراً لتعطل الخدمات ، وتضرر الهياكل الأساسية ، وانعدام الأمن أو بسبب عجز مقدمي الخدمات عن تغطية الزيادة الهائلة في الطلب على الخدمات ، فإن فرص الاستفادة من رعاية الصحة الجنسية والإنجابية ، بما فيها تنظيم الأسرة قد تكون محدودة . كما أن المدارس التي تعد الموفر الرئيسي للتربية الجنسية الشاملة ، قد تكون موصدة ، وقد تكون المصادر الأخرى للمعلومات الدقيقة والكاملة بشأن كيفية اتقاء الحمل أو الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي ، بما فيها فيروس نقص المناعة البشرية ، مصادرة نادرة أو منعدمة . وفي بعض أوضاع الأزمات ، قد يضطر الآباء إلى إكراه بناتهم على الزواج لتخفيف العبء الاقتصادي أو طمعاً في أن يعمل هذا الترتيب على صون بناتهم من الأذى في أوساط يشيع فيها العنف الجنسي .

فرص الحصول على وسائل منع الحمل وخدمات الصحة الجنسية والإنجابية

تعد مضاعفات الحمل والولادة سبباً رئيسياً في وفاة المراهقات ويعد ناسور الولادة (الناجم عن طول أمد عملية الولادة) مصدراً رئيسياً للاعتلال (Patton et al., 2009; Abu Zahr, C., 2003). ويمكن أن تعمل وسائل منع الحمل، بما فيها الرفال

وفي أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وجنوب وسط آسيا وجنوب شرقها، تكون لما يزيد على ٦٠ في المائة من المراهقات الراغبات في تجنب الحمل حاجة غير ملبية لوسائل منع الحمل الحديثة. فهؤلاء المراهقات اللاتي لا يستخدمن وسائل منع الحمل الحديثة، أو اللاتي يعتمدن على طريقة تقليدية يشكلن ما يزيد على ٨٠ في المائة من حالات الحمل العارض في هذه الفئة العمرية (UNFPA, 2012a).

المواقف والمعتقدات وفرص الحصول على وسائل منع الحمل

على مستوى المجتمع المحلي، قد لا يتأتى الحصول على وسائل منع الحمل بسبب المعايير والأخلاق والمواقف والمعتقدات التي تقضي بالألا تكون المراهقات ناشطات جنسياً وأنهن بالتالي لسن بحاجة إلى وسائل منع الحمل. وهذه الهوة الفاصلة بين مواقف البالغين وواقع المراهقات هي وصفة أكيدة للحمل المبكر. كما يمكن للمعايير الجنسانية - سواء في المجتمع المحلي أو على الصعيد الوطني - أن تحدد ما إذا كانت المراهقة ستحصل على وسيلة لمنع الحمل أم لا. ففي بعض المجتمعات يتوقع أن تتزوج الفتيات في مرحلة مبكرة من الشباب وأن يثبتن خصوبتهن قبل ترسيم العشرة. وقد تشمل التوقعات المتعلقة بالفتيان اكتساب تجربة جنسية وكذلك إثبات الخصوبة (World Health Organization, 2012b).

وليس من المبالغة في شيء التأكيد على أثر السياق الاجتماعي الثقافي على صعيد المجتمع المحلي في السلوك الإنجابي للشباب (Goicolea, 2009). ففي بلدان أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وجنوب آسيا، وكذلك في المجتمعات المحلية المنخفضة الدخل في البلدان المرتفعة الدخل، قد تعتبر "الفتاة تجسيدا للأمومة"، وأن قيمتها الاجتماعية لا تتبع إلا من قدرتها على إنجاب الأطفال (Presler-Marshall and Jones, 2012; Edin and Kefalas, n.d.). وعلى سبيل التقريب فإن امرأة واحدة من أصل كل أربع نساء ممن تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ٤٩

"ذهبت إلى فندق حيث التقيت خليلي .
وقال لي 'لنمارس الجنس دون رفال'
قلت له 'لا ، بل سنمارسه بالرفال' . فقال
'إذا حملت ، فإنني سأرعى الطفل' وهكذا
حملت بهذه الفتاة ."

ويتني ، ١٦ سنة ، سورينام

الذكري والأنثوي ، على منع الحمل والأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي وتزليل العديد من المخاطر الصحية المرتبطة بها . ومع ذلك تظل احتياجات المراهقات غير الملباة إلى وسائل منع الحمل والمعلومات والخدمات المتعلقة بها احتياجات كبيرة ، رغم الالتزامات الدولية بإزالة الحواجز التي تحول دون تنظيم الأسرة .

ويترتب على ذلك أن شريحة من أكبر جيل للمراهقات في التاريخ تعجز عن ممارسة حقوقها الإنجابية ممارسة تامة وعن منع حالات الحمل غير المرغوب فيه وحماية نفسها من الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي ، بما فيه فيروس نقص المناعة البشرية (UNFPA, 2012a).

”كنت على علم بالرفال ، ولكن لم يكن بإمكانني أن أطلب إلى زوجي استخدامه . ولم يكن عمري يتعدى ١٦ سنة عندما تزوجت وشعرت أنه سوف يغضب ، لا سيما وأن مستواي التعليمي أدنى من مستواه“ .

بينكي ، ١٩ سنة ، الهند

سنة هي امرأة لم يسبق لها أن تزوجت . وتتألف فئة غير المتزوجات في معظمها من مراهقات وشابات تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ٢٤ سنة . وكان ثمة اتجاه ثابت على المدى الطويل نحو تزايد مستويات النشاط الجنسي لدى هؤلاء الفتيات والشابات غير المتزوجات لتضافر مجموعة من العوامل منها: الانخفاض العالمي في سن الحيض ، وارتفاع سن الزواج ، وتغير القيم المجتمعية (Singh and Darroch, 2012) . وعندما تصبح المراهقات العازبات والشابات ناشطات جنسياً ، فإنهن يواجهن صعوبات في الحصول على وسائل منع الحمل تفوق ما تواجهه المتزوجات ، ويعزى ذلك جزئياً إلى وصمة العار المرتبطة بالنشاط الجنسي السابق للزواج .

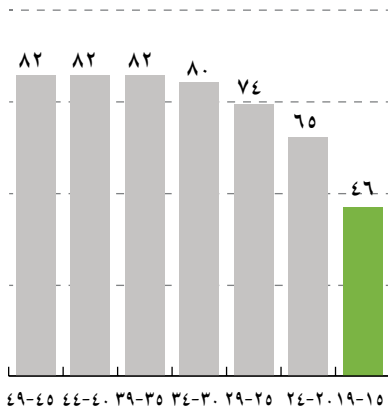
تستخدم ٢٣ في المائة منها وسيلة حديثة أو تقليدية لمنع الحمل ، و ٢٣ في المائة منها لديها حاجة غير ملية إلى تلك الوسائل ، و ٥٤ في المائة منها لا حاجة لها إلى وسائل منع الحمل إذ أشارت إلى أن مواليدها الأخيرة كانت مقصودة . واستناداً إلى منظمة الصحة العالمية (٢٠٠٨) ، تصنف ٧٥ في

فرص الحصول على وسائل منع الحمل والطلب عليها لدى المراهقين المتزوجين

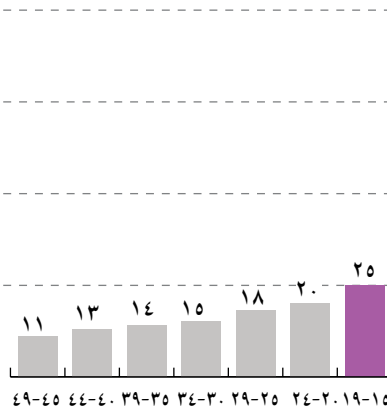
باستثناء الصين ، فإن ما يقرب من مراهقة واحدة من كل ثلاث مراهقات ممن تقل أعمارهن عن ١٨ سنة في البلدان النامية مراهقة متزوجة أو تعيش في إطار عشرة (UNFPA, 2012b) . وضمن هذه المجموعة ،

أحدث البيانات عن مستويات استخدام وسائل منع الحمل والطلب عليها لدى سبع فئات عمرية

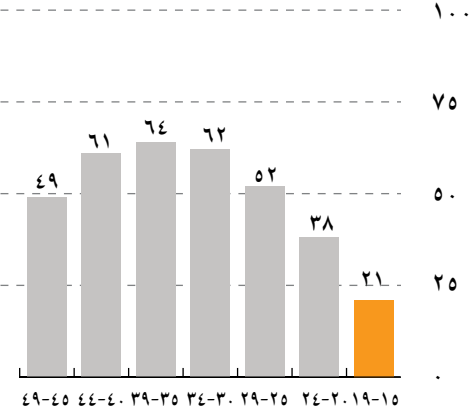
نسبة الطلب الملبي ، المجموع
حسب الفئة العمرية (بالنسبة المئوية)



نسبة الحاجة غير الملابة إلى تنظيم الأسرة ،
المجموع حسب الفئة العمرية (بالنسبة المئوية)



نسبة انتشار وسائل منع الحمل ، المجموع
حسب الفئة العمرية (بالنسبة المئوية)



المصدر: UNFPA, 2013.

المواقف والسلوكيات الجنسانية

إن المثل الجامدة المتعلقة بالمواقف والسلوكيات المناسبة للفتيات والفتيان والنساء والرجال هي قواعد يتم تلقيها وبنائها اجتماعياً وتختلف باختلاف السياقات المحلية وتتفاعل مع العوامل الاجتماعية والثقافية من قبيل الطبقة أو الطائفة. وتنتقل هذه المعايير الاجتماعية والجنسانية وتتكسر عبر شتى المستويات، ومن خلال الأفراد في مجموعات الأقران والأسر، وعبر المواقف والممارسات على صعيد المجتمع المحلي.

ويبدأ في وقت مبكر اختلاف المعاملة بين الفتى والفتاة عند ترعرعهما، ويستمر في جميع مراحل حياتهما. والنتيجة هي أن الجميع - أطفالاً وشباباً وبالغين - يلقنون عموماً رسائل بشأن الطريقة التي يجب أو لا يجب أن يتصرفوا أو يفكروا بها، وفي وقت مبكر، يشرعون في تكوين توقعات متباينة عن أنفسهم وعن الآخرين، تبعاً لكونهم ذكوراً أو إناثاً. وكثيراً ما تترجم هذه التوقعات إلى ممارسات ومخاطرات تكون لها نتائج سلبية على الصحة الجنسية والإنجابية، بما في ذلك حمل المراهقات (UNFPA, 2012a). وفي العديد من البلدان، يجوز ثقافياً أن يكون للفتيان والرجال شريكات متعددات أو أن يمارسوا الجنس بدون استخدام الرفال.

ويقول العديد من الفتيات والشابات أنهم لا يستخدمون وسائل منع الحمل - حتى عندما تكون متاحة وإن كان لهم حق في ذلك - لأن شركاءهم يعارضون ذلك أو ينظرون نظرة سلبية إلى وسائل منع الحمل (Presler-Marshall and Jones, 2012). وقد تكون مخاطر تجاهل معارضة الذكر لوسائل منع الحمل خطيرة للغاية بالنسبة للمراهقة المتزوجة أو التي تعيش في إطار عشرة. وإذا استخدمت المتزوجات وسائل منع الحمل سراً، فإنهن قد يتعرضن للضرب أو ينتهي بهن الأمر إلى الطلاق أو إلى أشكال أخرى من العقوبة إذا انكشف أمرهن أو لم يخلفن أولاداً (Presler-Marshall and Jones, 2012). وحيثما تسود مواقف الذكور أو تكون لها الغلبة، قد تستبطن الفتاة هذه المواقف وتعتبر هي أيضاً عن مواقف سلبية تجاه منع الحمل.

المائة من الولادات لدى المراهقات في عداد الولادات "المقصودة".

ومقارنة بالفئات العمرية الأخرى، فإن للمراهقات المتزوجات أو اللاتي تعيش في إطار عشرة أقل مستوى من حيث استخدام وسائل منع الحمل وأعلى مستوى من حيث الحاجة غير الملباة إليها، وبالتالي، لهن أدنى مستوى في تلبية الطلب على وسائل منع الحمل. ومن الأسباب الرئيسية لعدم استخدام وسائل منع الحمل أو وقف استخدامها قلة المعرفة والخوف من الآثار الجانبية والمعاونة منها.

في البلدان التي ترتفع فيها معدلات انتشار زواج الأطفال ويشيع فيها تفضيل قوي للذكور، تواجه الفتيات المتزوجات ضغوطاً للتخلي عن وسائل منع الحمل إلى أن يلدن ولدًا ذكراً (Filmer et al., 2008). وخلص تحليل لما مجموعه 5 ملايين ولادة في 65 بلداً إلى أن تفضيل الذكور يؤثر على الخصوبة في جنوب آسيا، وأوروبا الشرقية، وآسيا الوسطى.

المشاركات في برنامج التمكين الشامل من أجل الحد من الحمل غير المرغوب فيه لدى الأمهات المراهقات، وهو برنامج ترعاه منظمة نساء عبر الفوارق وصندوق الأمم المتحدة للسكان.

© UNFPA Guyana



الخدمات المراعية للشباب

إن خدمات الصحة الجنسية والإنجابية المراعية للشباب هي تلك الخدمات التي توجد في مكان مناسب، وتكون ساعات عرضها متماشية مع عادات الشباب، وتوفر جواً من الترحيب لا يقوم على أحكام مسبقة ويحافظ على السرية. فانعدام السرية، أو تصور انعدامها، يشكل عائقاً رئيسياً يحول دون استعمال الفتيات لوسائل منع الحمل (Presler-Marshall and Jones, 2012). غير أنه لم يتم حتى الآن التقييم الكامل لفعالية الخدمات المراعية للشباب المعروضة بصورة مستقلة أو التي يتم توفيرها بموازاة مع خدمات أخرى في تخفيض حمل المراهقات.

توفير الخدمات للفتيات الحوامل

يحظى بالرعاية السابقة للولادة على يد مقدم خدمات ماهر أقل من نصف المراهقات الحوامل في تشاد، وإثيوبيا، ومالي، والنيجر، ونيجيريا (Kothari et al., 2012). ففي هذه البلدان الخمسة ذاتها، وضعت القلة مواليدها بمساعدة قابلات ماهرات. وفي الوقت ذاته، خلص تحليل الاستقصاءات الديمغرافية والصحية (Reynolds, et al., 2006) إلى أن احتمال حصول المراهقات على الرعاية الماهرة قبل الولادة وأثناءها وبعدها في بعض البلدان، بما فيها البرازيل وبنغلاديش والهند وإندونيسيا، أقل مما عليه الأمر بالنسبة للنساء.

وا احتمال أن تعاني الأمهات اللاتي يلدن لأول مرة التأخير في كشف المضاعفات والحصول على الرعاية، والوصول إلى مرفق للرعاية الصحية المناسبة وتلقي الرعاية الجيدة في مرفق احتمال أكبر مما هو عليه الأمر بالنسبة للأمهات الأكبر سناً (UNFPA, 2007). وإذا كانت المراهقة غير متزوجة، فإنه قد تعاني من عبء إضافي يتمثل في الحكم السلبي الذي تلقاه لدى مقدمي الرعاية الصحية ولدى مجتمعها المحلي وأسرتها.

والرعاية السابقة للولادة واللاحقة لها ليست أمراً أساسياً لصحة الفتاة وحملها فحسب، بل إنها

”بدأت بعلاقات حميمة حتى
أحصل على الغذاء... وانتهى
بي الأمر إلى الحمل“.

ماليبوغو، ١٩ سنة، بوتسوانا

تمثل أيضاً فرصة لتقديم المعلومات وتوفير وسائل منع الحمل التي قد تساعد المراهقة على منع الحمل الثاني أو تأخيرها.

العنف والإكراه الجنسيان

إن العواقب الاجتماعية والمادية للعنف الجنسي لدى المراهقات عواقب وخيمة، تقترب آثار فورية وأخرى دائمة، من حيث الحقوق والصحة والتنمية الاجتماعية (Jejeebhoy et al., 2005; Garcia- Moreno et al., 2005). فممارسة الجنس بالإكراه وعنف الشريك الحميم يزيدان من تعرض الفتاة للحمل.

وحدثة السن عامل مخاطرة معروف في احتمال

تعرض المرأة للعنف على يد شريك حميم (World

Health Organization, 2010; Krug et al., 2002).

وتعرّف منظمة الصحة العالمية العنف الجنسي بأنه

”أي عمل جنسي أو شروع في عمل جنسي، أو أي

تعليقات أو مراودة جنسية غير مرغوب فيها، أو عمل

يسعى إلى الاتجار، أو يكون موجهاً ضد الحياة الجنسية

لشخص ما باستخدام الإكراه، من قبل أي شخص

بغض النظر عن علاقته بالضحية“ (Krug et al.,

2002: 149)؛

وتصف منظمة الصحة العالمية العنف الجنسي

بكونه انتهاكاً لحقوق الإنسان، وتذهب تقديراتها إلى

أن نحو ١٥٠ مليون مراهقة تكره على ممارسة الجنس

أو تتعرض لشكل من أشكال العنف الجنسي الأخرى

في السنة الواحدة، ٢٠٠٢ (Andrews, 2004) .
وتكون التجربة الجنسية الأولى للعديد من الشباب
تجربة قسرية (Krug et al., 2002; Garcia-Moreno
et al., 2005; UNFPA and Population Council,
2009) .

وتبين من تحليل الاستقصاءات الديمغرافية
والصحية في ١٤ بلداً أن نسبة النساء اللاتي تتراوح
أعمارهن بين ١٥ و ٢٤ سنة واللاتي كانت أول تجربة
جنسية لهن - سواء في إطار الزواج أو قبله - تجربة
غير رضائية ، تتباين تبايناً شديداً بين ٢ في المائة
في أذربيجان و ٦٤ في المائة في جمهورية الكونغو
الديمقراطية (UNFPA and Population Council, 2009) .

وبالمثل ، خلصت دراسة متعددة الأقطار قامت
بها منظمة الصحة العالمية في ١٠ بلدان إلى أن
حصة النساء اللاتي أبلغن عن أن أول تجربة جنسية

▼ مؤسسة التاجيات
من العنف الجنسي في
غواتيمالا تقدم المشورة
للفتيات والنساء
اللاتي تعرضن
لاعتداء جنسي .
© UNFPA Guatemala

لهن كانت قسرية تتراوح بين حوالي ١ في المائة في
اليابان و صربيا إلى حوالي ٣٠ في المائة في بنغلاديش
(Garcia-Moreno et al., 2005) .

كما تحدث ممارسة الجنس بالإكراه في إطار الزواج .
وعلى سبيل المثال ، يتبين من تحليل الاستقصاءات
الديمغرافية والصحية في ٢٧ بلداً أن نسبة الشباب
اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ٢٤ سنة واللاتي أبلغن
عن ارتكاب أزواجهن للعنف الجنسي في حقهن ، تتراوح
بين ١ في المائة في نيجيريا و ٣٣ في المائة في جمهورية
الكونغو الديمقراطية (UNFPA and Population
Council, 2009) .

والواقع أنه ، كما يتبين من دراسة في نيري ، بكينيا ،
أجريت في صفوف الشباب المتزوجات وغير المتزوجات
اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٠ و ٢٤ عاماً ، يشتد
احتمال تعرض الإناث المتزوجات للإكراه الجنسي مقارنة
بنظيراتهم من غير المتزوجات ، والنشيطات جنسياً
(Erulkar, 2004) .

وخلافاً للاعتقاد الشائع ، فإن مرتكبي العنف
الجنسي عادة ما يكونون فتية ورجالاً من معارف
الضحايا المراهقات أي: الأزواج ، والشركاء الحميمون ،
والمعارف أو من هم في مراكز السلطة . ولوحظت هذه
النتيجة في جميع مناطق العالم (Jejeebhoy and Bott,
2005; Jejeebhoy et al., 2005; Bott et al., 2012;
Erulkar, 2004) .

ويعاني ما يقدر بنحو مراهقة واحدة من بين كل
خمس مراهقات من اعتداء أثناء الحمل (World
Health Organization, 2007; Parker et al.,
1994) . ويعاني ٢١ في المائة من المراهقات من
عنف الشريك الحميم خلال الثلاثة أشهر اللاحقة
للولادة . وقد اعترف بالاعتداء والعنف الجسديين أثناء
الحمل باعتبارهما من عوامل الخطر التي تسهم في
تضعف صحة الأمهات والرضع (World Health
Organization, 2007; Newberger et al.,
1992) .

والجنس القسري ”عمل يكره شخصاً آخر على
إتيان سلوك جنسي ضد مشيئته أو يشرع في إكراهه





▲ الشباب في إكوادور يشارك في مسيرة نظمت للاحتفال بأسبوع الوقاية من حمل المراهقات.
© UNFPA/Jeannina Crespo

المراهقات (١٥ إلى ١٩ سنة) أنهن مارسن الجنس في العام الماضي مع رجل يكبرهن سنّاً بما لا يقل عن ١٠ سنوات: الجمهورية الدومينيكية (١٠ في المائة)، وجمهورية الكونغو (١١ في المائة)، وأرمينيا وزمبابوي (١٥ في المائة) وإثيوبيا (٢١ في المائة). وقد تواجه الفتيات غير المتزوجات شكلاً إضافياً من أشكال القسر الجنسي الذي يجعلهن عرضة للحمل ألا وهو: الضغط الناجم عن المقايضة بالجنس. وخلصت دراسة أجريت في زيمبابوي، مثلاً، إلى أن ١٢٦ رجلاً (١٠,٤ في المائة) من أصل ١٣١٣ رجلاً شملهم الاستقصاء، أبلغوا عن أنهم قايسوا الجنس بالمال أو الهدايا مع فتاة مراهقة في الأشهر الستة السابقة (Wyrod et al., 2011). فهذه "الهدايا" مشبعة بفوارق في السلطة وتعرض على الفتيات اللاتي لا سبيل لهن إلى رفضها" (Presler-Marshall and Jones, 2012).

وتدين هيئات حقوق الإنسان العنف الجنسي ضد النساء والمراهقات بجميع أشكاله، سواء حدث في

عن طريق العنف والتهديد والإصرار اللفظي والحداع والتوقعات الثقافية أو الظروف الاقتصادية" (Heise et al., 1995). وتشير العديد من الدراسات الوطنية ودون الوطنية إلى أن ما بين ١٥ في المائة و ٤٥ في المائة من الشباب اللاتي مارسن الجنس قبل الزواج أبلغن عن تجربة قسرية واحدة على الأقل.

وتواجه المراهقة التي يكبرها شريكها الجنسي سنّاً خطراً أكبر يعرضها للجنس القسري، والأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية، ويعرضها للحمل. وعندما يكون الشريك أكبر سنّاً بفارق كبير، يكون الفارق في السلطة في إطار العلاقة في غير مصلحة الفتاة بصفة خاصة، مما يتعذر معه على الفتاة التفاوض بشأن استخدام وسائل منع الحمل، وخصوصاً الرفال، اتقاءً للحمل والأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي. وفي خمسة بلدان من أصل ٢٦ بلدًا شملتها دراسة حديثة (Kothari et al., 2012)، أبلغ ما لا يقل عن ١٠ في المائة من

بما في ذلك الاعتداء والعنف الجنسيان المرتكبان ضد الأطفال والمراهقين (المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، المبدآن ٤ و ١١).

المدرسة والأقران والشركاء

المدرسة

بقدر ما تطول فترة مكوث الفتاة في المدرسة، بقدر ما يتزايد احتمال استخدامها لوسائل منع الحمل وارتباطها للحمل ويقل احتمال زواجها المبكر (Lloyd, 2006; UNICEF, 2006; Lloyd and Young, 2009). أما الفتيات اللاتي لا يرتدن المدارس فهن أكثر عرضة للحمل من الفتيات اللاتي يرتدن المدارس، سواء كنّ متزوجات أم لا.

وقد وصفت الأمانة العامة لجمعية الصحة العالمية الخامسة والستين المعقودة في عام ٢٠١٢ التعليم بكونه "عاملاً وقائياً رئيسياً ضد الحمل المبكر: فبقدر ما تطول سنوات التعليم بقدر ما تقل حالات الحمل المبكر"، وأضافت "إن معدلات الولادة لدى النساء ذوات المستوى التعليمي المتدني أعلى من مثيلاتها لدى النساء اللاتي بلغن مرحلة التعليم الثانوي أو العالي".

ولئن كانت العلاقة بين التحصيل التعليمي وانخفاض معدلات حمل المراهقات علاقة ثابتة، فإن اتجاه العلاقة السببية والتسلسل لا يزالان موضع جدل، كما سبقت الإشارة إليه في الفصل السابق. وفي العديد من البلدان، يعزى الانقطاع المبكر عن الدراسة إلى حمل المراهقات؛ غير أن الحمل والزواج المبكر يرحج أن يكونا نتيجتين لا سببين للانقطاع المبكر عن الدراسة. فما إن تنقطع الفتاة عن الدراسة، حتى يعقبه الحمل و/أو الزواج بفترة قصيرة على الأرجح (Lloyd and Young, 2009).

ويرتبط التحصيل التعليمي والتحولات الجنسية والإنجابية ارتباطاً وثيقاً من حيث أن الحمل أو الزواج المبكر يمكن أن يزيغ بالمسار التعليمي للفتاة. وعادة ما يتأخر الفتيان في الزواج مقارنة بالفتيات

أوقات السلم أو في أوقات الحرب، وسواء ارتكبته جهات حكومية أو أشخاص من الخواص، وسواء حدث في البيت أو في المدرسة أو مكان العمل، أو في مرافق الرعاية الصحية، وسواء أفضى إلى حمل أم لا. فالحق في عدم التعرض للعنف، وسوء المعاملة، والتعذيب، إضافة إلى الحق في الحياة، والصحة، وعدم التمييز أمور يترتب عليها واجب يحتم على الحكومة حماية المرأة والمراهقة من العنف، بغض النظر عن مرتكب الجريمة (Center for Reproductive Rights, 2009).

ويقر برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بأن من الأركان الأساسية في البرامج المتعلقة بالسكان والتنمية القضاء على جميع أشكال العنف ضد المرأة،

الفتيات في
راجستان، بالهند
يتعلمن القراءة.
© Mark Tuschman/
Educate Girls India



التثقيف الجنسي الشامل والملائم للأعمار

قليلاً ما يتم تحضير الشباب لحياتهم الجنسية والإنجابية تحضيراً كافياً. وهذا ما يجعلهم عرضة للإكراه والإساءة والاستغلال، والحمل غير المرغوب فيه والأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية. وكثير ما يصل الشباب مرحلة البلوغ فيواجهون معلومات ورسائل متضاربة وغير دقيقة بشأن الحياة الجنسية. وغالباً ما تتفاقم بالإحراج، والصمت وممانعة الراشدين، بمن فيهم الآباء والمدرسون، في إجراء مناقشة مفتوحة للمسائل الجنسية، في وقت تشتد فيها الحاجة إلى ذلك.

وفي كثير من الحالات، تكون للمراهقين معلومات غير دقيقة أو ناقصة عن الحياة الجنسية والإنجاب ووسائل منع الحمل (Presler-Marshall and Jones, 2012). وعلى سبيل المثال، خلصت دراسة أجريت في أوغندا إلى أن مراهقاً واحداً من أصل كل ثلاثة مراهقين ومراهقة واحدة من أصل كل مراهقتين لا يعلمان بأن الرفال لا يستخدم إلا مرة واحدة (Presler-Marshall and Jones, 2012; Bankole et al., 2007). وخلصت دراسة أجريت في أمريكا الوسطى إلى أن مراهقة واحدة من كل ثلاث مراهقات لا تعلم أن الحمل يمكن أن يحدث في المرة الأولى التي تمارس فيها الفتاة الجنس (Presler-Marshall and Jones, 2012; Remez et al., 2008). وتبين من دراسة أجريت في منطقة باثيوبيا أنه رغم أن جميع المراهقات تقريباً يعرفن أن ممارسة الجنس دون وقاية يمكن أن تؤدي إلى الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية، فإن أقل من نصفهن كان يدرك أنها يمكن أن تؤدي أيضاً إلى الحمل (Presler-Marshall and Jones, 2012; Beta Development Consulting, 2012).

ولا يواجهون نفس المخاطر والمسؤوليات المرتبطة بالحمل، كما أن نضجهم وسلوكهم الجنسيين ليس من شأنهما أن يؤثر في تقدمهم الدراسي بنفس الطريقة (Lloyd and Young, 2009).

وتقدم دراسة أجريت عام ٢٠١٢ دليلاً على أن التدخلات التي تشجع على الالتحاق بالمدارس فعالة في الحد من خصوبة المراهقات عموماً، مما يدعو إلى توسيع فرص التعليم المتاحة للفتيات وخلق حوافز للاستمرار في الدراسة (McQueston et al., 2012).

”بدأت أعيش مع شريكي عندما كان عمري ١٤ سنة. وكنت أنوي أن أقيم علاقة مستقرة، وأن أستمري في الدراسة حتى أحصل على مهنة. غير أنني أصبحت حاملاً في سن ١٥ سنة. وفي البداية لم أكن أعرف حتى كيف أرعى الوليد. فاضطرت إلى ترك المدرسة“.

مارسيلا، ١٨ سنة، السلفادور

(al., 2012). غير أن تمكين الفتيات أو تشجيعهن على الالتحاق بالمدارس والمكوث فيها قد يتطلب كسر الحواجز الاقتصادية للوصول إلى التعليم بالقيام، مثلاً، بإعفاء فتيات الأسر الفقيرة من الرسوم. كما قد يتطلب تخفيف المخاطر المحدقة بصحة الفتيات وسلامتهن، بالقيام، مثلاً، بتوفير الحماية الكافية للفتيات من الاعتداء أو العنف الجنسيين في المدرسة وفي طريقهن إليها ذهاباً وإياباً، وتوفير بيئة مدرسية مراعية للاعتبارات الثقافية.

نسبة المراهقين الذين شملهم الاستقصاء والذين تتراوح أعمارهم بين ١٢ و ١٤ سنة، موزعين حسب الجنس والبلد، استناداً إلى مواقفهم من توفير التربية الجنسية للشباب، ٢٠٠٤

الجنس/البلد	من المهم تدريس التربية الجنسية في المدرسة	ينبغي تلقيهم من تتراوح أعمارهم بين ١٢ و ١٤ سنة	توفير التربية الجنسية للشباب لا يشجعهم على ممارسة الجنس
الإناث			
بوركينافاسو	٧٨	٧٣	٦٣
غانا	٩١	٤٩	٦٨
ملاوي	٦٧	٧٦	٦٨
أوغندا	٨٢	٧٦	٤٩
الذكور			
بوركينافاسو	٨١	٧٨	٥٩
غانا	٨٩	٦٣	٦٢
ملاوي	٧٣	٧٣	٦٨
أوغندا	٧٨	٧٦	٥٢

المصدر: Bankole and Malarcher, 2010.

(الفقرتان ٧-٤٤ و ١١-٩). وما فتئت هيئات رصد معاهدات حقوق الإنسان تدعو الحكومات للوفاء بالتزاماتها لتوفير فرص الاستفادة من التربية الجنسية والمعلومات المتعلقة بها.

وعن طريق التواصل مع المراهقين في مرحلة مبكرة من سن البلوغ، يمكن للإطارات المدرسية أن تزود الشباب بالمعلومات والمهارات التي يحتاجون إليها لاتخاذ قرارات مسؤولة بشأن مستقبل حياتهم الجنسية (Kirby, 2011).

ومن خلال برامج التثقيف الجنسي الشامل في المدارس، تتاح للمربين فرصة تشجيع المراهقين على تأخير النشاط الجنسي وحفزهم على التصرف بمسؤولية عندما يمارسون نشاطاً جنسياً رضائياً في نهاية المطاف، ولا سيما عن طريق استخدام الرفال وغيره من الأساليب الحديثة لمنع الحمل (Kirby, 2011).

ومن المرجح أن يكون للتربية الجنسية أثر إيجابي عندما تكون تربية شاملة يتولاها مربون مدربون وعلى دراية بالنشاط الجنسي البشري، ويفهمون التدريب السلوكي ويجدون سهولة في التحاور مع المراهقين والشباب حول مواضيع حساسة. وينبغي أن تركز المناهج الدراسية على أهداف واضحة في الصحة الإنجابية، من قبيل منع الحمل غير المرغوب فيه، وعلى سلوكيات محددة محفوفة بالمخاطر وسلوكيات وقائية تؤدي مباشرة إلى تحقيق تلك الأهداف الصحية (Kirby, 2011).

وتكون البرامج المستندة إلى منهج دراسي أكثر فعالية إذا كانت تطور في الوقت ذاته المهارات الحياتية وتتناول العوامل السياقية، وتركز على المشاعر والخبرات الناشئة التي تصاحب مرحلة النضج الجنسي والإنجابي. ولكي تكون التربية الجنسية فعالة في منع الحمل واتقاء الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي، ينبغي أن ترتبط بخدمات الصحة الإنجابية، بما في ذلك خدمات منع الحمل (Chandra-Mouli et al., 2013).

والتربية الجنسية الشاملة نهج وثيق الصلة بالثقافة يراعي الأعمار في تدريس الحياة الجنسية والعلاقات من خلال توفير معلومات واقعية ودقيقة ولا تنطوي على أحكام مسبقة. وتوفر التربية الجنسية فرص استكشاف قيم المرء ومواقفه وبناء مهارات اتخاذ القرار، والتواصل والحد من المخاطر.

وقد أقر برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية أن تزويد المراهقات بالمعلومات هو الخطوة الأولى نحو الحد من حالات حمل المراهقات والإجهاض غير المأمون وتمكين المراهقات من اتخاذ قرارات واعية ومستنيرة

النشاط الجنسي للمراهقين قد ينقلون معلومات غير دقيقة، أو غامضة أو ناقصة. ولعل توفير التربية الجنسية الشاملة للفتيان والفتيات في نفس الفصول الدراسية يؤدي إلى انخفاض حضور الفتيات في بعض الأوضاع (Pattman and Chege, 2003; Presler-Marshall and Jones, 2012).

وقد لاحظت لجنة حقوق الطفل أيضاً أنه ” ينبغي للدول الأطراف [في اتفاقية حقوق الطفل]، تمثيلاً مع التزاماتها بكفالة حق الطفل في الحياة والبقاء والنمو (المادة ٦)، التأكد من قدرة الأطفال على اكتساب المعارف والمهارات لحماية أنفسهم والآخرين عند بدء

ويخشى الآباء والمربون أحياناً أن تشجع التربية الجنسية المراهقين على ممارسة الجنس. ولكن الأبحاث تبين أن التربية الجنسية لا تعجل بدء النشاط الجنسي أو تزيده (UNESCO, 2009). وعلى سبيل المثال، خلص استعراض لستة وثلاثين برنامجاً من برامج التربية الجنسية في الولايات المتحدة أنه عندما يتم توفير معلومات عن العفة ووسائل منع الحمل، فإن المراهقين لا يتزايد نشاطهم الجنسي أو يمارسونه قبل الأوان (Advocates for Youth, 2012).

ويتبين من دراسة شملت أربعة بلدان أفريقية أن المراهقين عموماً يرحبون بالتربية الجنسية في المدارس. كما قالت أغلبية الفتيات والفتيان الذين شملهم الاستقصاء أن التربية الجنسية في المدارس لا تشجعهم على ممارسة الجنس (Bankole and Malarcher, 2010).

ولكي تستفيد الفتيات والفتيان من المنهج الدراسي للتربية الجنسية في المدارس، يلزمهم أن يكونوا متواجدين في المدرسة. وفي بعض البلدان، لا يذهب إلى المدرسة ثلثا الفتيات اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٢ و ١٤ سنة. وهذا يعني أن التربية الجنسية في المدارس لا تشمل أغلبية تلك الزمرة الجنسية في المدارس (Biddlecom, et al., 2007)، مما يلزم معه التأكيد على ضرورة الوصول إلى أولئك الذين لا يرتادون المدارس.

وفي البلدان التي لا تلتحق فيها أعداد كبيرة من الشباب بالمدارس الثانوية، يمكن أيضاً تنفيذ برامج التثقيف الجنسي والبرامج التي تهدف إلى الحد من انتشار الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي وذلك في العيادات، ومن خلال البرامج الإذاعية، وفي محافل المجتمع المحلي التي تستقطب الشباب.

ولكن توافر التربية الجنسية الشاملة لا يضمن لوحده أي أثر. بل تكتسي أهمية أيضاً في هذا المجال نوعية التربية الجنسية، وخطابها ومحتواها وطريقة إنجازها. فالمدرسون الذين يشعرون بالحرَج عند تناول الموضوع أو الذين لهم أحكام قيمة بشأن



© Mark Tuschman

تعبيرهم عن نشاطهم الجنسي“ (Committee on the Rights of the Child, 2003a).

ولاحظت الهيئات الدولية لحقوق الإنسان أن الحق في الصحة، والحياة، وعدم التمييز، والإعلام والتعليم يلزم الدول بإزالة الحواجز التي تحول دون وصول المراهقين إلى المعلومات المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية، وتوفير التربية الجنسية الشاملة والدقيقة، سواء داخل المدرسة أو خارجها. كما أوصت هيئات رصد المعاهدات بأن تكون التربية المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية عنصراً إلزامياً ومنتبهاً في المناهج الدراسية الرسمية في المدارس الابتدائية والثانوية، بما في ذلك المدارس المهنية. (Center for Reproductive Rights, 2008a) وانظر أيضاً الفقرة ١١-٩ من برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية).

الأقران

يمكن أن يؤثر الأقران على الكيفية التي يرى بها المراهقون الحمل، وعلى مواقفهم من منع الحمل، والانقطاع عن الدراسة أو المكوث في المدرسة حتى التخرج. وهكذا يمكن لضغط الأقران أن يحول دون البدء المبكر في النشاط الجنسي ويصرف النظر عن الزواج المبكر، أو يعزز احتمال القيام بنشاط جنسي مبكر وغير محمي (Chandra-Mouli et al., 2013).

الشركاء

ومن عوامل التأثير الأخرى الشريك الجنسي للفتاة أو زوجها، بما في ذلك عمره ونظرته إلى الزواج، والجنس، وأدوار الجنسين، ومنع الحمل، والحمل والإنجاب. ويتبين من الأبحاث المتعلقة بالنشاط الجنسي المبكر للمراهقين أن التصورات غير الصحية بشأن الجنس، بما في ذلك اعتبار المرأة كائناً للمتعة الجنسية، واعتبار الجنس عملية استعراضية واستخدام الضغط أو القوة للحصول على الجنس، أمور تبدأ في فترة المراهقة وقد تستمر حتى سن البلوغ. فتصورات الذكور في أوساط الشباب والمراهقين هي القوة الدافعة للسلوك المُخاطر لدى الذكور، بما في ذلك الممارسات الجنسية غير الآمنة.

الرجال والفتيان: شركاء في العملية

يمكن أن يكون لتعزيز فرص مشاركة الفتيان والشبان في دعم جهود تحقيق المساواة بين الجنسين أثر لا على النساء والفتيات فحسب بل حتى على حياتهم هم أيضاً (UNFPA, 2013b).

وغالباً ما يعتقد الرجال والفتيان في علاقاتهم الإجتماعية بأن التمتع بالعلاقات الجنسية هو حق من حقوقهم ويربون على أخذ زمام المبادرة في علاقاتهم الجنسية، مما يولد ضغطاً كبيراً (وشعوراً بعدم الثقة بالنفس). ولعل الآراء التقليدية بشأن الرجولة تشجع الرجل على السعي إلى إقامة علاقات جنسية متعددة، وعلى المخاطرة جنسياً (UNFPA, 2012).

ورغم أن المرأة تعاني باستمرار من الآثار السلبية الضارة للمعايير الجنسانية طيلة حياتها، فإن المجتمعات

”لم أكن أعرف أنه يعتزم أن يجعل مني امرأة حاملاً هذه المرة، وأتذكر أن خطتنا كانت تقتضي الانتظار حتى بلوغ سن ١٨ سنة... ولم أكن على استعداد لإنجاب طفل مما جعلني أفكر في ألا أستبقي حملي، ولكن أصدقائي أصروا على استبقائه ما دمت أعيش مع شريكي فعلاً... لكنني أعرف أنني لم أكن مستعدة لذلك بعد“.

ك.س. ١٨ سنة، حامل في سن ١٧ سنة، الفلبين

مقتطفات من برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بشأن المساواة بين الجنسين

تتمثل الأهداف في تحقيق المساواة والإنصاف بناء على المشاركة المتوافقة بين الرجل والمرأة وتمكين المرأة من تحقيق كامل إمكاناتها؛ وكفالة تعزيز مساهمات المرأة في التنمية المستدامة عن طريق مشاركتها الكاملة في عمليات تقرير السياسات وصنع القرارات في جميع المراحل...؛ وكفالة توفير ما يلزم من التعليم لجميع النساء، فضلاً عن الرجال، لتلبية حاجاتهم الإنسانية الأساسية وممارسة حقوق الإنسان الخاصة بهم.

وينبغي للبلدان أن تعمل على تمكين المرأة، وأن تتخذ الخطوات المؤدية إلى القضاء على ضروب التفاوت بين الرجل والمرأة في أقرب وقت ممكن عن طريق إنشاء الآليات اللازمة لتحقيق المشاركة المتكافئة للمرأة وتمثيلها المنصف على جميع مستويات العملية السياسية والحياة العامة؛ والتشجيع على تحقيق المرأة لإمكاناتها من خلال التعليم وتنمية المهارات والعمالة، مع إيلاء أهمية عليا للقضاء على الفقر والامية واعتلال الصحة في صفوف النساء؛ والقضاء على جميع ممارسات التمييز ضد المرأة؛ ومساعدة المرأة على إقرار حقوقها وإعمالها، بما فيها الحقوق المتصلة بالصحة الإنجابية والجنسية... (برنامج العمل، الفقرات ٤-١ إلى ٤-٤).

وتاريخ الإنجاب لدى الأبوين، وخاصة ما إذا كانت الأم والأب قد تزوجا وهما طفلين أو ما إذا كانت الأم حاملاً في فترة المراهقة. وتشمل المحددات الأخرى على مستوى الأسرة مستوى تعليم البالغين وما لهم من توقعات بشأن أطفالهم؛ ومستوى التواصل داخل الأسرة المعيشية؛ وكثافة القيم الثقافية والدينية؛ وآراء صناع القرار في الأسرة بشأن أدوار الجنسين وزواج الأطفال.

زواج الأطفال

يتوقف انتشار زواج الأطفال جزئياً على السياسات والقوانين الوطنية وإنفاذها، وعلى المعايير على مستوى المجتمع المحلي وعلى مدى انتشار الفقر في البلد، بيد أن اتخاذ القرارات بشأن إجبار الطفل على الزواج أو الاقتران إنما يتم على مستوى الأسرة.

بدورها تنشئ الرجل والمراهق والفتى تنشئة اجتماعية يترتب عليها سوء نواتج الصحة الإنجابية والجنسية. وفي العديد من المجتمعات، يشجع الرجال على إثبات رجولتهم بالمخاطرة، وإثبات قوة شكيمتهم، وقدرتهم على التحمل، واستقلاليتهم، والإكثار من الأبناء. ويلقن الفتيان والرجال أدوار ومسؤوليات المعيل ورب الأسرة؛ والاضطلاع بهذه السلوكيات والأدوار هو السبيل المهيمن لإثبات الرجولة.

وترسخ المعايير الجنسانية وتعزز خضوع المرأة للرجل كقاعدة عامة وتتسبب في سوء نواتج الصحة الجنسية والإنجابية لكل من الرجل والمرأة. وكثيراً ما تمنع المرأة من الاطلاع على حقوقها والحصول على الموارد التي يمكن أن تساعد على التخطيط لحياتها وأسرتها، ودعم تقدمها في الدراسة، وتشجيع مشاركتها في الاقتصاد الرسمي (Greene and Levack, 2010). وغالباً ما لا تقدم للرجل معظم مصادر معلومات وخدمات الصحة الجنسية والإنجابية مما قد يولد لديه شعوراً بأن تنظيم الأسرة ليس مجالاً يعنيه: بل هو من مسؤولية المرأة.

وفي سياق الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية، ثمة اعتراف متزايد في أوساط المجتمع الدولي بأن معالجة عدم المساواة بين الجنسين في مجال الصحة، وتعزيز الصحة الجنسية والإنجابية وحقوق الإنجاب، ومنع فيروس نقص المناعة البشرية والعنف الجنساني على جميع المستويات في المجتمع لا يتأتى إلا ببذل جهود للإشراك المباشر للرجال والفتيان باعتبارهم شركاء في هذه العمليات (International Planned Parenthood Federation, 2010).

المحددات على مستوى الأسرة

ما لم تكن الفتاة تعيش في أسرة يعيلها طفل أو تكن بلا مأوى، فإنها ستتأثر بأسرتها أو وليها. وتشمل المحددات على مستوى الأسرة استقرار الأسرة وتماسكها؛ ومدى قيام صراع أو عنف في البيت؛ ومدى فقر الأسرة أو غناها؛ ووجود قدوة تقتدى؛

ويحدث زواج الأطفال ، بحكم تعريفه ، عندما يقل عمر شريك من الشريكين عن ١٨ سنة . وتزوج كل يوم ٣٩٠٠٠ فتاة . وما إن تتزوج الفتاة ، حتى يتوقع منها أن تنجب عادة . فحوالي ٩٠ في المائة من حالات حمل المراهقات في البلدان النامية تحدث في إطار الزواج . وحوالي ١٦ في المائة من الفتيات في البلدان النامية (باستثناء الصين) يتزوجن قبل سن ١٨ سنة ، بالمقارنة مع ٣ في المائة من الفتيان . وتزوج فتاة واحدة من أصل كل تسع فتيات قبل سن ١٥ سنة . ويشهد ارتفاع معدلات الولادات لدى المراهقات حيثما يشيع زواج الأطفال ؛ وبصرف النظر عن الثروة الإجمالية لدولة من الدول ، يكون احتمال إنجاب الفتيات المنتميات إلى الخمس الأدنى دخلاً وهن في سن المراهقة أكبر مقارنة بقريناتهن من ذوات الدخل المرتفع .

ويستمر زواج الأطفال لعدة أسباب منها التقاليد المحلية أو اعتقاد الأبوين بأن هذا الزواج يمكن أن يصون مستقبل ابنتهما . ولكن كثيراً ما يكون زواج الأطفال نتيجة لمحدودية الخيارات . فالفتيات اللاتي تفوتهن فرصة الالتحاق بالمدارس أو اللاتي ينقطعن عن الدراسة يكن أكثر عرضة - في حين أنه بقدر ما تستفيد الفتاة من التعليم الرسمي وبقدر ما تكون الأسرة أحسن حالاً ، بقدر ما يرجح أن يتأخر الزواج وببساطة ، عندما تتاح للفتيات خيارات في الحياة ، فإنهن يخترن تأخير الزواج (UNFPA, 2012) .

وكثيراً ما يمارس الضغط على الفتيات المتزوجات بغرض الإنجاب الفوري أو في أقرب وقت بعد الزواج ، على الرغم من أنهن لا يزلن طفلات ولا يعرفن إلا القليل عن الجنس أو الإنجاب . فحمل الفتاة في وقت مبكر للغاية قبل أن يكتمل جسمها نضجاً يشكل خطراً على الأم والطفل معاً .

وفي ١٤٦ بلداً ، يسمح قانون الدولة أو القانون العرفي بزواج الفتيات اللاتي تقل أعمارهن عن ١٨ سنة بموافقة الوالدين أو السلطات الأخرى ؛ وفي ٥٢ بلداً ، يجوز للفتيات اللاتي تقل أعمارهن عن ١٥ سنة

أن يتزوجن بموافقة الوالدين . وفي المقابل ، يحدد السن القانوني لزواج الذكور دون موافقة في ١٨ سنة في ١٨٠ بلداً . فعدم المساواة بين الجنسين في السن القانوني للزواج يكرس القاعدة الاجتماعية التي تقضي بأنه من المقبول أن تتزوج الفتيات في وقت سابق مقارنة بالفتيان .

ويعارس الرجل سلطة غير متناسبة في كل جانب من جوانب الحياة تقريباً ، مما يقيد ممارسة المرأة والفتاة لحقوقهما ويحرهما من القيام بدور متساوٍ في أسرتهما المعيشيتين ومجتمعيهما المحليين . وتعمل المعايير غير المتكافئة بين الجنسين على ترجيح قيمة الفتيان والرجال على قيمة الفتيات والنساء . وعندما تنقر الفتاة منذ ولادتها إلى نفس القيمة التي يتمتع بها الفتى ، فإن الأسر والمجتمعات المحلية قد لا ترى فائدة في تعليم البنات والاستثمار في تنميتها . وبالإضافة إلى ذلك ، قد تتغير القيمة المفترضة للفتاة بمجرد بلوغها . وكثيراً ما يعتبر زواج الأطفال ضماناً ضد ممارسة الجنس قبل الزواج ، ويتم نقل واجب حماية الفتاة من التحرش الجنسي والعنف من الأب إلى الزوج .

كما يمكن أن تدخل في اعتبارات الأسر المقتضيات العرفية من قبيل المهر أو سعر العروس ، وخاصة في المجتمعات المحلية التي يمكن للأسر فيها أن تدفع مهراً أقل للعرائس الأصغر سناً .

وقد ترغب الأسر ، ولا سيما الفقيرة منها ، في تأمين مستقبل البنت عندما تقل فرص الإنتاجية الاقتصادية للفتاة . وقد ترغب الأسر في إنشاء تحالفات أو توطيدها ، أو سداد ديون ، أو تسوية منازعات . وقد ترغب في أن تكون على يقين من أن لأطفالهم ما يكفي من الأولاد لإعالتهم في سن الشيخوخة . وقد ترغب في أن تتخلص من عبء احتضان الفتاة . وفي الحالات القصوى ، قد ترغب في كسب المال عن طريق بيع الفتاة .

وقد تعتبر الأسر أيضاً زواج الأطفال بديلاً للتعليم ، الذي تخشى أن يجعل من الفتاة عنصراً غير صالح لتحمل مسؤوليات الزوجة والأم . وقد تكون لها معايير

عندما تنجب الطفلات أطفالاً

راديكاً ثاباً لم يكن عمرها يتعدى ١٦ سنة عندما تزوجت شاباً يبلغ من العمر ٢١ سنة منذ ثلاث سنوات خلت. والآن هي حامل وفي الأشهر الأخيرة من فترة حملها. وليست هذه هي المرة الأولى التي تنجب فيها طفلاً. فقد انتهى حملها الأولان جراء الإسقاط. وتقول ثاباً وهي تساعد زبائن في متجر للخضر تتولى إدارته مع زوجها في بلدة شامبي، التي تبعد عن كاتماندو، عاصمة نيبال، بحوالي ١٢ كيلومتراً، "في المرة الأولى التي حملت فيها، لم يكن عمري يتعدى ١٦ سنة، ولم أكن أعرف الكثير عن الإنجاب، ولم يخبرني أحد بما يجب القيام به". وفي معرض إقرارها قالت "في المرة الثانية لم أكن مستعدة أيضاً، ولكن زوجي كان يريد طفلاً ولذلك استسلمت". وبعد الإسقاط، حث الأطباء ثاباً على الانتظار بضع سنوات قبل المحاولة مرة أخرى، لكنها كانت تحت ضغط هائل من عائلة زوجها، التي هدتها "بأنهم سيبحثون عن امرأة أخرى لزوجها إن هي ظلت تسقط أجنحتها".

واستناداً إلى الاستقصاء الديمغرافي والصحي في نيبال لعام ٢٠١١، فإن ١٧ في المائة من الفتيات المراهقات المتزوجات واللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٥ و ١٩ سنة هن إما حوامل أو أمهات بالفعل. كما يتبين من الاستطلاع أن ٨٦ في المائة من المراهقات المتزوجات لا يستخدمن أي شكل من أشكال منع الحمل، وهذا يعني أن القلة القليلة من الفتيات هي التي تستطيع المبادعة بين الولادات. وتقول جوليا فاليسي، ممثلة صندوق الأمم المتحدة للسكان في نيبال "إن الأمر يتعلق بطفلة تنجب طفلاً".

وتقول بوجدرا راج دوتل من شعبة تنظيم الأسرة والصحة الجنسية والإنجابية للمراهقين التابعة للحكومة إنه "عندما تصبح الفتيات حوامل، فإن تعليمهن يتوقف، مما يعني افتقارهن لفرص العمل وصعوبة انعتاقهن من براثن الفقر". ومينوكا بيستا، البالغة من العمر ٣٥ سنة، متطوعة في مجال الصحة المجتمعية المحلية في شامبي، حيث تساعد نحو ٥٥ أسرة في منطقتها. وما فتئت بيستا تسدي المشورة لثاباً، حتى تضمن لتلك لفتاة حملاً مأموناً. وقالت بيستا "إن راديكاً... تعلم أنه يلزمها أن تذهب إلى الطبيب وأن تتناول طعاماً مغذياً من أجل سلامة طفلها، لكنها لا تتخذ قرارات بشأن جسدها: بل إن زوجها وأصهارها هم الذين يتخذون تلك القرارات".

وتجد هذه الملاحظة صدى في البحوث التي أجراها مختلف الخبراء: فاستناداً إلى دوتل، يتخذ الأزواج والأصهار كل القرارات الكبرى المتعلقة بالصحة الإنجابية للمرأة، بدءاً بتحديد المستشفى الذي ستزوره وانتهاءً بمكان وضع الطفل. ولهذا السبب، تعتقد فاليسي أن من المهم تدريب الأزواج وأفراد الأسرة على الصحة والحقوق الإنجابية.

— مليكة أريال، Inter Press Service

اجتماعية وأنماط زواج مشتركة مع جيرانها أو مجتمعها المحلي أو الأنماط التاريخية داخل أسرها. أو قد تخشى أن تجلب الفتاة العار للعائلة إن أُنجبت خارج إطار الزواج أو تختار زوجاً غير مناسب.

غير أن زواج الأطفال لا يؤدي دائماً إلى علاقات جنسية فورية. ففي بعض الثقافات، يمكن أن تتزوج الفتاة في سن مبكر ولكن لا تعيش مع زوجها إلا بعد مرور بعض الوقت. ففي نيبال وإثيوبيا، مثلاً، يشيع تأخر اتمام الزواج بين الأزواج الشباب، وخاصة في المناطق الريفية.

ولئن كان ينظر إلى العرائس الأطفال على أنهم من البالغين من وجهة نظر القانون أو العرف (إذ عندما يتزوج الأطفال، غالباً ما يتحررون بموجب القوانين الوطنية ويفقدون أشكال الحماية المخصصة للأطفال)، فإنهن بحاجة إلى اهتمام ودعم خاص، وذلك بسبب ضعفهن الاستثنائي (لجنة حقوق الطفل، ٢٠٠٣). ومقارنة بالنساء الأكبر سناً، تكون العرائس الأطفال عادة أكثر عرضة للعنف العائلي، والأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي والحمل غير المرغوب فيه وذلك بسبب اختلافات توازن القوى، بما في ذلك الاختلالات الناجمة عن الفوارق في العمر (Guttmacher Institute and International Planned Parenthood Federation, 2013).

وتدين المعايير الدولية لحقوق الإنسان زواج الأطفال. فالإعلان العالمي لحقوق الإنسان، وهو الصك التأسيسي لحقوق الإنسان، يعلن أن "الزواج لا يعقد إلا برضا الطرفين المزمع زواجهما رضاً كاملاً لا إكراه فيه". وأدانت لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، واللجنة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة مراراً وتكراراً ممارسة زواج الأطفال. وقد انضمت لجنة حقوق الإنسان إلى هيئات معاهدات أخرى في التوصية بالإصلاح القانوني للقضاء على زواج الأطفال (Center for Reproductive Rights, 2008)، وتشرط اتفاقية حقوق الطفل ولجنة حقوق الطفل المقابلة لها أن تقوم الدول الأطراف "باتخاذ تدابير لإلغاء الممارسات التقليدية التي تضر بصحة الأطفال".

الآباء

للآباء أدوار أساسية، مباشرة وغير مباشرة، في تحديد مستقبل بناتهم المراهقات. فباعتبارهم قدوة، تكون للآباء سلطة تعزيز وإدامة عدم المساواة بين الجنسين أو ترسيخ المعتقدات التي تقضي بتمتع الفتيان والفتيات بنفس الحقوق والفرص في الحياة. وقد ينقلون المعلومات المتعلقة بالحياة الجنسية والوقاية من الحمل أو يحجبوا معلومات حيوية. وقد يدركون قيمة تعليم بناتهم وأبنائهم، أو يقومون بتنشئة الفتيات على الاعتقاد بأن مصيرهن الوحيد هو الزواج وإنجاب الأطفال. وقد يساعدون الفتيات على تطوير مهارات العيش ويشجعونهن على أن يكن مستقلات أو قد يستسلمون للضغوط الاقتصادية والمجتمعية ويجبرون بناتهم على الزواج وعلى التبعية مدى الحياة.

المحددات على المستوى الفردي

المراهقة مرحلة انتقالية حرجة في النمو تفصل بين الطفولة ومرحلة الشباب، وهي فترة تنشأ فيها مسارات فردية وسلوكية وصحية مهمة - وفترة يمكن أن يتم فيها اتقاء أنماط خلافية أو ضارة أو تحسينها، وتعزيز الأنماط الإيجابية.

واللحظة المحورية في مرحلة المراهقة هي مرحلة البلوغ. وفي المتوسط، تدخل الفتيات سن البلوغ قبل الفتيان بحوالي ١٨ إلى ٢٤ شهراً، في حين أن النمو البدني للفتيان أبطأ ويمكن أن يستمر حتى أواخر مرحلة المراهقة. وبالنسبة للفتيات، كثيراً ما يكتمل العديد من تحولات النمو المرتبطة بالقدرات الإنجابية للبالغين قبل أن تنضج تماماً القدرات الفكرية وقدرات صنع القرار. والبلوغ فترة تتعزز فيها أدوار وتوقعات جنسانية محددة.

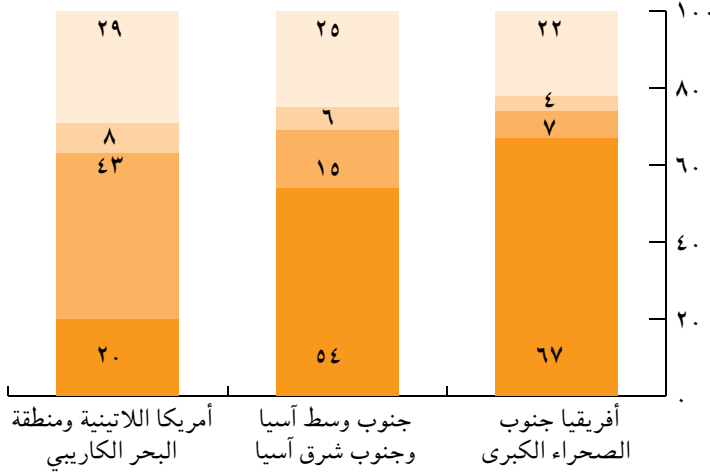


الفتيات في فصل دراسي بمنطقة راجستان الريفية، الهند.

© Mark Tuschman/
Educate Girls India

الرغبة في الحمل واستخدام وسائل منع الحمل

نسبة المراهقات المتزوجات الحوامل أو اللاتي يرغبن في الحمل تتباين حسب المناطق



يرغبن في تفادي الحمل، دون استخدام أي وسيلة لمنع
 يرغبن في تفادي الحمل، باستخدام وسيلة تقليدية
 يرغبن في تفادي الحمل، باستخدام وسيلة حديثة
 يرغبن في الحمل أو هن حوامل عن قصد

المصدر: Guttmacher Institute, 2010.

أن تفعل الشيء نفسه – هو السبيل إلى خفض عدد حالات حمل المراهقات (Presler-Marshall and Jones, 2012).

وكما أشار إليه سينغ (١٩٩٨)، ”فإنه من منظور المراهقة نفسها وأسررتها، يتباين تبايناً واسعاً معنى الحمل وعواقبه خلال سنوات المراهقة. وتتفاوت هذه النتائج من النتائج الإيجابية – تحقيق تطور متوقع من مركز الطفولة إلى مركز البلوغ الذي يخوله الزواج والأمومة ومنتعة الإنجاب ونعمته – إلى النتائج السلبية – افتراض تحمل عبء طفل وتربيته قبل أن تكون الأم مهينة لذلك عاطفياً أو جسدياً“.

غير أن معظم البحوث المتعلقة بدوافع الحمل، ركزت على المراهقات في البلدان المتقدمة النمو، وغالباً لدى الأسر ذات الدخل المنخفض أو المراهقات المنتميات إلى أقلية محرومة. ويفيد هذا البحث بأن بعض الفتيات قد

وفي جزء كبير من أوروبا وأمريكا الشمالية، يكتمل بلوغ الإناث عادة بين سني ١٢ و ١٣ سنة، وفي كل أنحاء العالم ينخفض سن البلوغ باستمرار، لاسيما في البلدان المتوسطة الدخل والبلدان المرتفعة الدخل. وليس من غير المألوف في بعض البلدان المتقدمة النمو أن تدخل الفتيات في الوقت الراهن سن البلوغ في وقت مبكر كسن الثامنة أو التاسعة من العمر. ومن العوامل المرتبطة بسن البلوغ التغذية والنظافة الصحية. وبتحسن الحالة الصحية للسكان، ينخفض سن بدء الحيض. ويمر الفتيان عموماً بسن البلوغ في الفترة الفاصلة بين ١٤ و ١٧ سنة من عمرهم.

ويتبين من البيانات الواردة من البلدان الاسكندنافية، مثلاً، أن متوسط سن الحيض قد انخفض من سن يتراوح بين ١٥ و ١٧ سنة في منتصف الثمانينات إلى سن يتراوح بين ١٢ و ١٣ سنة في الوقت الراهن. كما تشير بيانات من غامبيا، والهند، والكويت، وماليزيا، والمكسيك، والمملكة العربية السعودية إلى انخفاض في سن الحيض. ومتوسط سن الحيض في بنغلاديش هو ١٥,٨ سنة أما في السنغال فهو ١٦,١ سنة في حين أنه ينخفض بسنة أو سنتين في البلدان النامية الأخرى (Thomas et al., 2001).

التنشئة الاجتماعية والتوقعات

تشير الأبحاث إلى أن بعض الفتيات المراهقات يرغبن في الحمل. وأشارت إحدى الدراسات إلى أن ٦٧ في المائة من المراهقات المتزوجات في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى يرغبن في الحمل أو أصبحن حوامل عن قصد (Guttmacher Institute, 2010). وفي الأماكن التي تجمد الثقافة فيها الأمومة عموماً، قد تعتبر المراهقة الحمل وسيلة لاكتساب مركز اجتماعي أو لولوج سن الرشد. ويمكن أيضاً أن تعتبر الفتاة الحمل وسيلة للإفلات من الأسر التي تسيء معاملتها (Presler-Marshall and Jones, 2012). ولعل مساعدة الفتيات على اعتبار أنفسهن أكثر من مجرد أمهات محتملات – ومساعدة المجتمعات المحلية على

يرغب في الإنجاب حباً في الأطفال (ولبادلتهم الحب) . وقد يعتقد أن الطفل سيعزز علاقاتهن بشركائهن . وإذا كان لأقرانهن أطفال ، فإنهن قد يرغبن في أن يكون لهن طفل أيضاً . وقد يرغبن في أن يثبتن أنهن مسؤولات وناضجات بما فيه الكفاية لكي يصبحن أمهات . فإذا شعرن بأنه ليس لديهن خيار آخر ، فإنهن قد يرين بأنهن لن يخسرن شيئاً ، وربما قد يكسبن شيئاً ما (طفلاً ، علاقة ، مركزاً) .

واستندت دراسة نوعية في تاوانج ، بجنوب أفريقيا (Kanku and Mash, 2010) إلى نتائج مستخلصة من مجموعات بؤرية من الفتيان المراهقين ، والمراهقات الحوامل ، والشابات اللاتي حملن وأنجن في فترة المراهقة . وخلصت إلى أن "معظم المراهقات ينظرن إلى الحمل باعتباره حدثاً سلبياً يقترن بعواقب من قبيل البطالة ، وفقدان خليل ، ولوم الأصدقاء وأفراد الأسرة ، والشعور بالذنب ، والصعوبة في الدراسة ، ومضاعفات الحمل أو الولادة ، ومخاطر فيروس نقص المناعة البشرية ، والعمق الثانوي إذا أجريت عملية إجهاض وعدم الاستعداد للأومة . غير أن ثمة عدداً من المراهقات اللاتي يرين بعض الفوائد ويعتقدن بأن الحمل قد يكون حدثاً إيجابياً تبعاً للظروف" . وخلصت الدراسة إلى "أن ثمة حاجة إلى اعتماد

نهج متعدد الأوجه والقطاعات وأنه من المرجح أن يكون أيضاً لاستراتيجيات الحد من حمل المراهقات أثر على فيروس نقص المناعة البشرية والأمراض الأخرى المنقولة بالاتصال الجنسي" .

قدرات المراهقين المتطورة

وصفت لجنة حقوق الطفل ، في دورتها الثالثة والثلاثين ، المعقودة في عام ٢٠٠٣ ، المراهقة بأنها "فترة تتسم بالتغيرات البدنية والمعرفية والاجتماعية السريعة ، ومنها اكتمال النمو الجنسي والإنجابي ؛ وبناء القدرة ، تدريجياً على سلوك مسلك الكبار والقيام بأدوارهم ، وفي ذلك مسؤوليات جديدة تتطلب معارف ومهارات جديدة" (لجنة حقوق الطفل ، ٢٠٠٣) .

وأوضحت اللجنة إن المراهقة تقترن "بتحديات جديدة للصحة والنمو بسبب ضعفهم النسبي والضغط الصادر من المجتمع ، بما في ذلك الأقران ، المعرضين بذلك صحتهم للخطر . ومن هذه التحديات تطوير الهوية الفردية والتعامل مع النشاط الجنسي للفرد . كما أن المراهقة فترة تطبعها ، على العموم ، تغيرات إيجابية ، تحركها قدرة المراهقين الكبيرة على التعلم بسرعة وعلى المرور بتجارب جديدة ومتنوعة ، وعلى تكوّن التفكير النقدي لديهم وممارسته والتعود على الحرية ، والإبداع ، والانخراط في المجتمع" . وتعترف اتفاقية حقوق الطفل بـ "قدرات

[القاصرين] المتطورة" ، أو اكتسابهم للنضج والفهم الكافيين لاتخاذ قرارات عن بينة في المسائل المهمة ، بما فيها خدمات الصحة الجنسية والإنجابية . كما تعترف بأن بعض القاصرين أنضج من البعض الآخر (المادة ٥ : لجنة حقوق الطفل ، ٢٠٠٣ ؛ لجنة القضاء على التمييز ضد المرأة ، ١٩٩٩ ؛ اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة ، المادة ٧) وتدعو الدول إلى ضمان إتاحة الخدمات الملائمة لهم بصرف النظر عن ترخيص الأبوين أو الولي (لجنة حقوق الطفل ، ٢٠٠٣ ؛ لجنة القضاء على التمييز ضد المرأة ، ١٩٩٩) .

"قررت إنجاب طفل لأنني أردت أن أشعر
بأنني بالغة ... والآن علي أن أنجح في
هذه المهمة . ومن أجل ابني ، علي أن
أعود إلى المدرسة وأن أحصل على تعليم
مناسب . وأعلم الآن أن قدرتي ليس هو تغيير
الحفاضات . فأنا أريد أن أكون محامية وأغير
العالم . من أجل ابني" .

جيارا ، ١٧ سنة ، قيرغيزستان

” أحياناً أعتقد أن حملي وأمومتي في تلك السنوات جعلاني أكثر قدرة على التحمل . فأنا أكثر استعداداً لمواجهة جميع مشاكل الحياة . ولكن ، من ناحية أخرى ، أعتقد أن أمومتي في ذلك السن عقدت حياتي ... فأنا لم أجتز جميع مراحل النمو على غرار نظيراتي . ولم أستفد من كل مزايا الشباب ، ولم تتح لي فرص نجاح مماثلة “ .

زيليك، ٢٧ سنة ، حامل في سن ١٧ سنة ، البوسنة والهرسك

الولادة (على غرار ما عليه أمر الأطفال الذين يولدون لمراهقات الفقراء في الغالب) يكونون عند بلوغهم أكثر عرضة في المتوسط للأمراض غير المعدية (Barker, 1995) .

جوانب الضعف الخاصة لدى الفتيات اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٠ و ١٤ سنة

يمر المراهقون اليافعون ، الذين تتراوح أعمارهم بين ١٠ و ١٤ سنة بتحولات بدنية وعاطفية واجتماعية ، وفكرية هائلة . وخلال هذه الفترة ، يمر العديد من المراهقين اليافعين بمرحلة البلوغ ، وتكون لهن تجاربهم الجنسية الأولى ، وفي حالة الفتيات ، قد يتزوجن وهن طفلات .
وتجلب بداية سن البلوغ تغييرات بدنية جوهريّة ، إضافة إلى جوانب الضعف لدى الفتيان ، وخاصة

وقبل ذلك بتسع سنوات ، اعترف برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية ، الذي لا يزال يشكل أساس عمل صندوق الأمم المتحدة للسكان في الوقت الراهن ، بالقدرات المتطورة للمراهقين ، ودعا الحكومات والأسر إلى إتاحة المعلومات والخدمات لهم ، مع مراعاة حقوق ومسؤوليات الأبوين (الفقرة ٧-٤٥) . كما اتفقت الحكومات المائة والتسع والسبعون التي أيدت برنامج العمل على ” أن تستند استجابة المجتمعات لحاجات المراهقين في مجال الصحة الإنجابية إلى المعلومات التي تساعدهم في اكتساب مستوى النضج المطلوب لاتخاذ القرارات المسؤولة . وعلى وجه الخصوص ، ينبغي أن تتوافر للمراهقات المعلومات والخدمات التي تساعدهن في فهم حياتهن الجنسية ، وحمايتهن من حالات الحمل غير المرغوب فيه ... وينبغي أن يقترن ذلك بتربية الشبان على احترام حق المرأة في تقرير المصير ، وعلى مشاطرة المرأة المسؤولية في المسائل المتعلقة بالحياة الجنسية والإنجابية “ . (برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية ، الفقرة ٧-٤١) .

المحددات الأخرى على المستوى الفردي

إن العوامل التي تعرّض الأفراد لخطر الحمل المبكر لا تبدأ مع بداية سن البلوغ ؛ بل إن العديد من عوامل الخطر التي يواجهونها تعود بأصولها إلى مرحلة الطفولة المبكرة أو حتى إلى أجيال سابقة لولادتهم . ففي البلدان ذات الدخل المرتفع ، على سبيل المثال ، يرجح أن تكون للفتيات اللاتي يحملن في سن مبكرة أمهات حملن حملاً مبكراً وذلك مقارنة بنظيراتهم من غير الحوامل . ومن التأثيرات الأخرى تغذية الأم ، التي تؤثر على أوزان المواليد ، ويمكن أن تكون لها عواقب مدى الحياة . وفي عام ١٩٩٥ ، وضع الطبيب والباحث ديفيد باركر افتراضاً مؤداه أن الأطفال الحديثي الولادة والمنخفضي الوزن عند

لدى الفتيات . ويبدأ سن بلوغ الفتيات في المتوسط قبل سن بلوغ الفتيان بعامين . وهذه الحقيقة ، التي تتضافر مع معايير جنسية تقييدية للغاية وأصول محدودة ، غالباً ما لا تترك للعديد من الفتيات إلا أجسادهن المادية باعتبارها رصيماً أساسياً يعول عليه . وهذا الرصيد يمكن استغلاله لإقامة علاقات جنسية غير رضائية ، دون وقاية ، وقبل بلوغ السن القانوني ؛ وعادة ما يكن عرضة لزواج ينال من حقوقهن ويتم دون رضاهن ، ويتوقع منهن أن ينجبن في أقرب وقت ممكن .

وبالنسبة لمعظم الأطفال ، تتسم المراهقة المبكرة بصحة جيدة وظروف أسرية مستقرة ، ولكنها يمكن أيضاً أن تكون فترة من الضعف بسبب تحولات مكثفة وسريعة في الأدوار والمسؤوليات الجديدة باعتبارهم قائمين بالرعاية وعمالاً وأزواجاً ، وآباء . وفي العديد من البلدان ، أدى تأثير فيروس نقص المناعة البشرية ، والفقر ، والصراعات السياسية والاجتماعية على الأسر والمجتمعات المحلية إلى تآكل شبكات الأمان التقليدية وزيادة ضعف المراهقين اليافعين

(UNFPA and the Population)

(Council, n.d.

وعندما يكون الأطفال في هذه السن لا يعيشون مع والديهم ولا يذهبون إلى المدرسة ، فإن الأرجح أنهم لا يتلقون الدعم الأسري أو دعم الأقران للتصدي بشكل سليم للتحديات التي يواجهونها ولا تتاح لهم فرصة كافية للتطور لكي يصبحوا أفراداً منتجين في المجتمع . وفي بعض البيئات ، تعمل المراهقات خادماً بيوت ، ويكن مهاجرات نازحات من المجتمعات الريفية بحثاً عن العمل والتعليم ، أو

فارات من الزواج القسري . وقد يكون بعضهن فعلاً عرائس أطفالاً ، ويعشن مع أزواجهن ، وربما مع أسر أزواجهن . وهؤلاء الشباب يستبعد أن يلتصقن خدمات اجتماعية أو يحصلن عليها ، وبالتالي فإنهم بحاجة إلى مجموعة من الأنظمة للحد من تعرضهم للاستغلال .

ويتبين من بيانات الاستقصاءات الديمغرافية والصحية في ٢٦ بلداً من بلدان أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى أن ما يصل إلى ٤١ في المائة من الفتيات اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٠ و ١٤ سنة لا يعشن مع أحد الوالدين (على الرغم من أن بعضهن قد يعشن مع أقارب آخرين) . وحصّة أصغر نوعاً ما من فتيات تلك الفئة العمرية لا تعيش مع أحد الوالدين في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي . وقد سجلت أدنى النسب في آسيا (World Health Organization, 2011b) .

والشبان الذين لا يعيشون مع أحد الوالدين أو مع كليهما يرجح إلى حد كبير أن يشاركوا في عمل

” عندما جاءني المخاض ، أحضروا القابلة التقليدية (الداية) . ولم تعر اهتماماً لحجم الجنين أو وضعه . وطوال اليوم ، كنت أتألم ، متمسكة بحبل حتى نفذت طاقتي . فظننت أنني سأموت . ثم أخذوني إلى المستشفى ، الذي يبعد عنا بمسافة تزيد على ساعتين . ولحظة وصولي إلى المستشفى ، فقدت وعيي . وعندما استيقظت ، قالوا لي إن طفلي توفي “ .

عواطف ، ٣٣ سنة ، حامل في سن ١٤ سنة ، السودان

”كنت أبلغ من العمر ١٤ سنة وكنت في المدرسة الثانوية عندما انقطعت عن الدراسة لأن أسرتي لم يكن لديها مال لدفع رسوم دراستي . واعتادت أُمِّي أن ترسل أختي إلى السوق لتسول وتحضر الطعام للبيت . وفي يوم من الأيام ، طلبنا المال من شخصين . فأعطيا لأختي ٢٠٠٠ فرنك كونغولي [حوالي دولارين] لاقتناء الطعام وإحضاره للبيت . وعندما غادرت أختي ، أخذاني إلى حانة واشترينا لي شراباً حلواً ، لكن كان فيه شيء أنامني . ولما استفتقت في مركز صحي ، أخبرتني الممرضات بأنني اغتصبت . وأصبحت حاملاً “ .

تشادا، ١٦ سنة ، جمهورية الكونغو الديمقراطية

التي يقدمها الأقران بشأن النشاط الجنسي والحمل ومنع الحمل . وقد يرفض شريكها استخدام الرِّفَال أو يحرم عليها استخدام وسائل منع الحمل أيضاً كان نوعها . وقد تنظر أسرتها أو زوجها الأكبر سناً منها إلى بدء الطمث نظرة خاطئة فيعتبره علامة استعداد للإنجاب . وأياً كانت رغبة الفتاة في أن تطالب بالتمتع بطفولتها ، والذهاب إلى المدرسة وتحقيق كامل إمكانياتها ، فإنه لا طاقة لها بالقوى التي تعمل ضدها .

غير قانوني وغير مأمون . فما يقدر بحوالي ٣٠ في المائة من الفتيات اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٠ و ١٤ سنة كن يعملن في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى ، مقارنة بمعدل ٢٦ في المائة في آسيا و ٢٧ في المائة في المحيط الهادئ ، و ١٧ في المائة في أمريكا اللاتينية ، و ٥ في المائة في منطقة البحر الكاريبي (World Health Organization, 2011b) .

كما توفر التربية الجنسية الأكثر شمولية من خلال المناهج المدرسية . غير أنه ليس كل المراهقين يذهبون إلى المدرسة ولا يمكنهم جميعاً في المدرسة حتى مرحلة الشروع في ممارسة الجنس . أما الفتيات المتزوجات اللاتي تتراوح أعمارهن بين سن ١٠ و ١٤ سنة واللاتي لا يرتدن المدارس فلا تتاح لهن أي فرصة للاستفادة من التربية الجنسية ، مما يزيد من من احتمال حملهن .

خاتمة

محددات حمل المراهقات معقدة ومتعددة الاتجاهات والأبعاد وتتباين تبايناً كبيراً باختلاف المناطق والبلدان والأعمار وفئات الدخل والأسر والمجتمعات المحلية .

وتتضافر الضغوط على جميع المستويات

فتؤدي إلى الحمل ، سواء كان حملاً غير

مرغوب فيه أم لا . وقد تمنع القوانين الوطنية الفتاة

من الحصول على وسائل منع الحمل . وتحول المعايير

والمواقف المجتمعية دون حصولها على خدمات

الصحة الجنسية والإنجابية أو تتغاضى عن العنف

الممارس ضدها إن هي استطاعت الحصول على

تلك الخدمات بأي حال من الأحوال . وقد يرغمها

أفراد الأسرة على الزواج عندما تكون قدرتها

على رفض الإنجاب ضعيفة أو منعدمة أصلاً . وقد

لا توفر المدارس التربية الجنسية ، فتضطر إلى

الاعتماد على المعلومات (غير الدقيقة في الغالب)



اتخاذ الإجراءات

٤

تبين الأدلة الموثقة أن التدخلات المتعددة المستويات التي ترمي إلى تنمية رأس المال البشري للفتيات ، وتركز على قدرتهن على اتخاذ القرارات بشأن صحتهم الإنجابية ، وعلى تعزيز المساواة بين الجنسين ، واحترام حقوق الإنسان ، يكون لها أثرها أيضاً على تفادي حالات الحمل .

► مقدمو خدمات الرعاية للأقران من الشباب في إطار برنامج أملاي للمراهقين في نيكاراغوا.

© Mark Tuschman/Planned Parenthood Global

”أعتقد أنه من السابق لأوانه
جداً في هذا العمر من حياتي
أن يكون لي طفل بالنظر إلى
ما سيحتاجه من وقت ورعاية“ .

أندرس ، ١٧ سنة ، الدانمرك

للتعبير عن آرائهم وأولوياتهم . والإجراءات التي تدعم هذا الانتقال من المراهقة إلى الرشد هي أيضاً الإجراءات التي من شأنها أن تحد من عدد حالات الحمل بين الفتيات . ولأن حمل المراهقات هو نتيجة لمجموعة متنوعة من العوامل الكامنة ، المجتمعية والاقتصادية وغيرها من العوامل ، فإن منع هذا الحمل يتطلب استراتيجية متعددة الأبعاد تكون موجهة نحو تمكين الفتيات ومصممة بحيث تلائم فئة معينة من الفتيات ، لاسيما المهمشات منهن وأشدهن ضعفاً .

ويتطلب التصدي لحالات الحمل العارض بين المراهقات الأخذ بنهج كلية . ولأن التحديات التي ينطوي عليها ذلك كبيرة ومعقدة ، فليست هناك منظمة واحدة أو قطاع وحيد يكون بمقدورهما التصدي لهذه التحديات بمفردهما . وإنه فقط من خلال العمل ضمن الشراكات ، وعبر مختلف القطاعات ، وبالتعاون مع المراهقين أنفسهم يمكن التغلب على العوائق التي تحول دون إحراز تقدم في هذا المجال .

الاستثمار في الفتيات

إن كثيراً من الإجراءات التي اتخذتها الحكومات والمجتمع المدني والتي كان من نتائجها تخفيض معدلات الخصوبة بين المراهقين صممت لتحقيق أهداف أخرى ، مثل الإبقاء على الفتيات في المدارس ، والوقاية من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية ، أو وقف زواج الأطفال . وجميع هذه الإجراءات ساهمت بشكل أو

تخطى الصحة الجنسية والإنجابية والتمتع التام بالحقوق المتصلة بها بأهمية رئيسية لتحقيق انتقال المراهقين إلى مرحلة الرشد وبأهمية حيوية لتأكيد هوية المراهقين وصحتهم ورفاههم ونموهم الشخصي ونمائهم وتحقيقهم لكامل إمكاناتهم في الحياة .

ذلك أنه بوسع المراهقين كاملي القدرة على المشاركة ، والمتعلمين ، والذين يتمتعون بالصحة والمزودين بالمعلومات ، والقادرين على الإنتاج ، أن يكسروا حلقة الفقر المتعددة الأجيال وأن يسهموا في تعزيز مجتمعاتهم المحلية وأمهم . والبلدان التي يكون القسط الأكبر من سكانها من المراهقين أو الشباب تتاح لها الفرصة لكي تحصد مكاسب ديمغرافية كبيرة تعزز اقتصادات دولها ، وتنميتها ، وقدرتها على التأقلم وتحقيق الإنتاجية . ويقتضي تحقيق ذلك الاستثمار في رأس المال البشري للمراهقين والشباب وتوسيع نطاق الخيارات والفرص المتاحة لهم . ولكن كثيراً من المراهقين ، وبخاصة المراهقات ، محرومون من الاستثمارات والفرص التي من شأنها أن تمكنهم من تحقيق كامل إمكاناتهم . وعلى سبيل المثال ، فإن نسبة ٢٦ في المائة من المراهقات في العالم و ١٧ في المائة من البنين بين سن ١١ و ١٥ سنة ليسوا ملتحقين بالمدارس .

وظاهرة حمل المراهقات هي عرض من عوارض الاستثمار الناقص في رأس المال البشري للفتيات وللضغوط المجتمعية والتفاوتات الهيكلية التي تحول دون قيام الفتيات باتخاذ القرارات بشأن صحتهم ، وسلوكهم الجنسي ، وعلاقاتهم ، وبشأن الزواج والإنجاب ، وهي القرارات التي تؤثر تأثيراً حاسماً في قدرتهم على الاستفادة الكاملة من فرص التعليم ، والعمالة ، والمشاركة السياسية (UNFPA, 2012d) .

ومن ثمّ ، فإن منع الحمل يتطلب هدم الحواجز الكثيرة التي تحول دون تحقيق المراهقات لكامل إمكاناتهن والتي تعترض سبيل قدرتهن على التمتع بحقوقهن . ويتطلب تمهيد السبيل لتحقيق الانتقال المأمون والناجح إلى مرحلة الرشد إشراك الفتيات – والفتيان – في عملية اتخاذ القرارات بدءاً من المستوى الشخصي إلى مستوى رسم السياسات ، وتمكينهم من اكتساب المهارات والقدرات

بآخر في تنمية رأس المال البشري للفتيات ، ووفرت معلومات أو مهارات لتمكين الفتيات من اتخاذ القرارات بشأن حياتهن ، وعززت حماية حقوق الإنسان الأساسية للفتيات .

أثر التعليم في تحقيق الحماية

في عام ٢٠٠٦ ، أجرى دوفلو وآخرون (٢٠٠٦) (Duflo et al., 2006) دراسة حول أثر ثلاثة من التدخلات المدرسية التي جرى الاضطلاع بها في كينيا للوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية ، وهذه التدخلات هي: تدريب المعلمين على المقررات الدراسية في مجال التوعية بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز؛ وتشجيع الطلاب على مناقشة دور الرفالات وكتابة مقالات عن كيفية حماية أنفسهم من فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز؛ واتخاذ تدابير للحد من تكلفة التعليم . وشملت الدراسة ٧٠٠٠٠ من التلاميذ في ٣٢٨ مدرسة ابتدائية ، وتناولت فعالية هذه التدخلات إزاء الحمل والإنجاب ، واعتبرها واضعو الدراسة بديلاً عن السلوكيات الخطيرة التي قد ينجم عنها الحمل . وبعد سنتين ، انتهت الدراسة إلى أن

برنامج تدريب المعلمين لم يكن له أثر يذكر على معارف الطلاب ، أو على قيامهم بالإبلاغ عن نشاطهم الجنسي ، أو على استخدامهم للرفالات . ووجدت الدراسة أن العملية للطلاب وقيامهم بالإبلاغ عن استعمالها ، لكنها لم توفر بيانات محددة عن حالات الحمل والولادة . إلا أن التدخل الثالث ، المتعلق بخفض تكلفة التعليم - من خلال توفير الزي المدرسي للطلاب مجاناً في الصف السادس - أدى إلى خفض معدلات التسرب ومعدلات الحمل بين المراهقات . وألغت كينيا المصروفات المدرسية في عام ٢٠٠٣ . ومنذ ذلك الحين ، أصبح العائق المالي الرئيسي للحصول على التعليم الابتدائي يتمثل في تكلفة الزي المدرسي الموحد ، الذي يبلغ ثمنه نحو ٦ دولارات للفرد الواحد . وتقلصت معدلات التسرب بين الفتيات اللاتي تحصلن على الزي المدرسي الموحد مجاناً بنسبة ١٥ في المائة . وترجم هذا النقص إلى انخفاض بنسبة ١٠ في المائة في معدلات الحمل بين المراهقات . وساعد تخفيض تكاليف التعليم على بقاء الفتيات في المدارس لفترات

▶ فتيات في مدرسة داخلية في نياموسوا ، تنزانيا.

© Mark Tuschman/
Project Zawadi



أطول كما أدى إلى تقلص فرص الزواج والإنجاب بالنسبة إليهن .

وفي دراسة لاحقة أجريت في كينيا ، Duflo et al. (2011) ، وجد أن مجرد توفير الزي المدرسي للأطفال هو عامل كاف لزيادة معدل التحاقهم ، وتخفيض معدل التسرب بنسبة ١٨ في المائة ، وتخفيض معدلات الحمل بنسبة ١٧ في المائة . وتوضح الدراسة أن ”الأطفال المقيدون بالفعل في الصف السادس حصلوا على الزي المدرسي مجاناً . وأعلن منفذو المشروع أيضاً أن الطلاب المقيدون في المدرسة في العام التالي سيحق لهم الحصول على زي مدرسي آخر ، كما سيوزع عليهم الزي المدرسي في السنوات التالية“ (Duflo et al., 2011) . بيد أن التخفيض في عدد حالات الحمل حدث ”كلية عن طريق خفض عدد حالات الحمل في إطار الزواج“ إذ أنه ”لم يطرأ تغيير على معدلات الحمل خارج إطار الزواج“ . ويشير هذا الاستنتاج إلى أن القدرة الوقائية للتعليم في هذه الدراسة تكمن في قدرته على خفض معدلات زواج الأطفال ، الأمر الذي ساعد بدوره على تخفيض معدلات الحمل بين المراهقات . وخلص دوفلو وآخرون إلى أن ”منح الفتيات الفرصة للذهاب إلى المدرسة إذا أردن ذلك هو وسيلة بالغة القوة (ومكلفة أيضاً) لتخفيض معدل الخصوبة بين المراهقات“ .

وتجني الفتيات كثيراً من الفوائد المباشرة والطويلة الأجل من حصولهن على تعليم ، الذي يعد ، خلال فترة المراهقة ، خطوة ضرورية أولى للفتيات لكي تتغلبن على تاريخ طويل من الحرمان في الحياة المدنية والعمل المدفوع الأجر (Lloyd, 2009) . ومن شأن تحسين نوعية وملاءمة فرص التعلم للمراهقين أن يهيئ الفتيات ويمكنهن للاضطلاع بطائفة كبيرة من الأدوار التي يضطلع بها الكبار خارج إطار الأدوار التقليدية لربة المنزل والأم والزوجة وبما يترتب على ذلك من فوائد ليس فقط بالنسبة إلى الفتيات ولكن أيضاً بالنسبة إلى أسرهن ومجتمعاتهن المحلية . ووجود الفتيات في المدارس جنباً إلى جنب مع الأولاد خلال فترة المراهقة يعزز كثيراً من المساواة بين الجنسين في الحياة اليومية للمراهقين . ومن شأن توفير التعليم للمراهقات أن يساعدهن على تجنب

حالات الحمل المبكر ويقلل من خطر تعرضهن للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز .

وفي حين يشكل التعليم الابتدائي احتياجاً أساسياً للجميع ، فإن التعليم الثانوي يطرح احتمالات أكبر للعمل المجزي ، حيث تحقق الفتيات عائداً أعلى بكثير من الفتيان في مكان العمل حينما يكمل كلاهما التعليم الثانوي .

وخلص غوبتا وآخرون (٢٠٠٨) إلى أن ”التعليم لا يزال يشكل أهم عامل وحيد من عوامل التنبؤ بسن الزواج على مر الوقت“ . ويشكل الالتحاق بالمدرسة قيمة وقائية من حيث إن التلميذات ينظر إليهن باعتبارهن ”أطفالاً ولسن في سن الزواج“ (Marcus and Page, 2013) . ووفقاً لدراسة أجريت في كينيا (Duflo et al., 2011) ، فإنه ”ما أن يترك المرء المدرسة يصبح الجنس والزواج أمراً متوقعا“ .

وقد أظهرت عقود من البحث أن التعليم والدراسة عاملان رئيسيان ليس فقط للتقليل من خطر البدء مبكراً في الحياة الجنسية ، والحمل ، والولادة المبكرة ، ولكن أيضاً لزيادة استخدام المراهقين للرفالات وغيرها من أشكال منع الحمل إذا أقاموا علاقات جنسية (Blum, 2004) .

كما أدت الإجراءات الأخرى ، مثل التحويلات النقدية المشروطة ، الرامية إلى استبقاء الفتيات في المدارس ، إلى حماية الفتيات من الحمل . والتحويلات النقدية المشروطة هي مدفوعات تدفع بانتظام شهرياً أو كل أسبوعين ، وهي ترتبط باستفادة الأسر من الخدمات الأساسية ، مثل الدراسة ، والرعاية الصحية الأولية ، وخدمات الصحة الجنسية والإنجابية ، أو حضور دورات توعية أو تثقيف مجانية .

وقامت ملاوي ، على سبيل المثال ، بتجريب برنامج للتحويلات النقدية المشروطة لتشجيع الفتيات في مقاطعة زومبا على البقاء في الدراسة ولتشجيع المستربات حديثات العهد على استئناف دراستهن . وزومبا من المناطق ذات معدلات التسرب المرتفعة ، وانخفاض معدلات التحصيل التعليمي ، كما توجد بها أعلى معدلات لانتشار فيروس نقص المناعة البشرية بين النساء في ما بين

أو الحصول على النقد بلا شروط . وللتحويلات النقدية غير المشروطة تأثير أقوى من التحويلات المشروطة في ما يتعلق بتخفيض معدلات انتشار الزواج والحمل بين المراهقات (Baird et al., 2011) .

وبفضل التحويلات النقدية المشروطة ، عاد إلى الدراسة أكثر من ثلاث فتيات من بين كل خمس فتيات كن قد انقطعن عن الدراسة . وبالإضافة إلى ذلك ، فإن نسبة ٩٣ في المائة من الفتيات اللاتي لم يسبق لهن الانقطاع عن الدراسة وشاركن في البرنامج واصلن دراستهن حتى نهاية العام الدراسي ، وذلك بالمقارنة مع نسبة ٨٩ في المائة من الفتيات اللاتي سبق لهن أن انقطعن عن الدراسة ولم تشارك في البرنامج .

سنة ١٥ و ٤٩ سنة . ومن خلال برنامج زومبا ، تحصل الأسر المعيشية على تحويل شهري قدره ١٠ دولارات ، وهو مبلغ يعادل نحو ١٥ في المائة من متوسط دخل الأسرة المعيشية . ويحصل الوالدان على نحو ٧٠ في المائة من قيمة التحويل فيما تحصل الفتاة نفسها على نسبة ٣٠ في المائة . وبالإضافة إلى ذلك ، فإن البرنامج يسدد المصروفات الدراسية للفتاة الملتحقة بالتعليم الثانوي فور التأكد من التحاقها بالدراسة . ولا تحصل الأسر المعيشية على هذه التحويلات إلا إذا حضرت الفتيات نسبة لا تقل عن ٧٥ في المائة من أيام الدراسة في الشهر السابق (Baird et al., 2009) . وتم عشوائياً اختيار بعض الفتيات للحصول على التحويلات النقدية غير المشروطة :

التقدم الجاري إحرازه



ووجد بيرد وآخرون (٢٠٠٩) أن المبادرة ربما تكون قد أثرت على السلوك الجنسي ، وأشاروا إلى أنه ” إلى جانب أن الفتيات والشابات عدن إلى الدراسة (أو بقين فيها) ، فإنهن أحرن كثيراً من بدء نشاطهن الجنسي (وبالنسبة إلى اللاتي كن بالفعل ناشطات جنسياً ، فقد قللن من تواتر ممارسته) . وأدى البرنامج أيضاً إلى تأخير سن الزواج – وهو البديل الرئيسي للشابات في ملاوي عن الالتحاق بالدراسة – وقلل من احتمال أن يصبحن حوامل . وبالنسبة إلى المستفيدات من البرنامج اللاتي كن منقطعَات عن الدراسة عند خط الأساس ، فقد انخفض احتمال زواجهن أو أن يصبحن حوامل بنسبة ٤٠ في المائة و ٣٠ في المائة ، على التوالي .

وخلص استعراض أجري في عام ٢٠١٢ ، تحت عنوان خصوبة المراهقين في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل : الآثار والحلول ، إلى أن ” قاعدة الأدلة الداعمة لفعالية التحويلات النقدية المشروطة كانت أقوى نسبياً بالمقارنة مع التدخلات الأخرى “ . وكانت هناك أدلة قوية بوجه خاص على تأثير هذه التحويلات في مجال التعليم . وخلص تحليل أجري مؤخراً لأثر هذه التحويلات في البلدان النامية إلى أنها تؤدي في المتوسط إلى تحسين نسبة المواظبة المدرسية في المدارس الثانوية بنسبة ١٢ في المائة (Saavedra and Garcia, 2012) .

تحسين المعارف وبناء المهارات

في زيمبابوي ، كان لبرنامج صمم أصلاً للوقاية من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية بين الشباب كان له أيضاً أثر عارض وإن كان مرحباً به على تخفيض معدلات الحمل بين المراهقات (Cowan et al., 2010) . وعبر ٣٠ من المجتمعات المحلية في ٧ مناطق في جنوب شرق البلد ، عمل المربون الأقران المتخصصون مع الشباب داخل المدارس وخارجها من أجل تحسين المعارف وتنمية المهارات . وفي الوقت نفسه استهدفت البرامج المجتمعية تحسين معارف الوالدين وأصحاب المصلحة الآخرين بشأن الصحة الإنجابية ، وتحسين الاتصال بين الوالدين وأطفالهم ، وتعزيز الدعم المجتمعي للصحة الإنجابية للمراهقين . واشتمل البرنامج أيضاً

على توفير التدريب للممرضات والموظفين الآخرين في المستوصفات بالمناطق الريفية لغرض تحسين توافر الخدمات وإمكانية وصول الشباب إليها . وفي نهاية البرنامج ، بيّن مسح أجري على ٦٨٤ من الشباب ما بين سن ١٨ و ٢٢ سنة حدوث تحسن في مستويات المعارف لكنه لم يكشف عن حدوث أي تأثير على الإبلاغ الذاتي عن السلوكيات الجنسية . بيد أن الشباب اللاتي شاركن في البرنامج كن أقل احتمالاً في الإبلاغ عن أنهن أصبحن حوامل بالمقارنة مع الشباب في مجموعة مرجعية .

واستهدف برنامج لتمكين المراهقين وتوفير سبل الرزق لهم في أوغندا الوقاية من انتشار فيروس نقص المناعة البشرية بين المراهقات ومساعدتهن على دخول سوق العمل . ومن خلال البرنامج ، الذي تنفذه المنظمة غير الحكومية BRAC (لجنة بنغلاديش للنهوض بالريف) ، تحصل الفتيات في ٥٠ من المجتمعات المحلية على تدريب على المهارات الحياتية لزيادة معارفهن ، وتحسين مهاراتهم التفاوضية ، والحد من سلوكياتهن الخطرة ، والتدريب المهني ، لمساعدتهن على البدء في مشاريع حرة صغيرة . وبعد عامين ، انخفض متوسط معدل الخصوبة بين الفتيات المشاركات في البرنامج بثلاث نقاط مئوية عن الفتيات غير المشاركات في البرنامج – بما يعادل انخفاضاً قدره ٢٨,٦ في المائة – كما زاد احتمال مشاركة الفتيات في أنشطة مدرة للدخل بنسبة ٣٥ في المائة (Bandiera et al., 2012) .

وفي غواتيمالا ، تعتبر الفتيات المنتميات إلى شعب مايا من أشد الفئات حرماناً ، حيث لا تتاح لهن سوى فرص محدودة في التعليم ، ويتكرر حملهن ، في ظل أوضاع من العزلة الاجتماعية والفقر المزمن . وكثيرات منهن تزوجن وهن أطفال (Catino et al., 2011) . وأطلق مجلس السكان ومجموعات أخرى مشروعاً في عام ٢٠٠٤ لتعزيز شبكات الدعم لفتيات المايا بين سن ٨ و ١٨ سنة في المناطق الريفية ، ومساعدتهن على النجاح في عبور مرحلة المراهقة . وأنشأ مشروع *Abriendo Oportunidades* (” الفرص المفتوحة “) ، نوادي مجتمعية للفتيات وساحات مأمونة يمكن لهن أن

وتوفير ساحات مأمونة للفتيات لمناقشة مستقبلهن ، وتوفير المعلومات لهن بشأن الخيارات المتاحة لهن ، وإنشاء شبكات الدعم . وتسعى هذه التدخلات إلى تسليح الفتيات بالمعرفة والمهارات في المجالات المتصلة بحياتهن ، بما في ذلك الصحة الجنسية والإنجابية ، والتغذية ، والحقوق التي يتمتعن بها بموجب القانون . فالفتيات تشعرن بالتمكين حينما يكون بمقدورهن تعلم المهارات التي تساعدن على خلق مورد للرزق ، وعلى التواصل بصورة أفضل ، والتفاوض واتخاذ القرارات التي تمس حياتهن بصورة مباشرة . ومن شأن هذه الساحات الآمنة وما تقدمه من دعم للفتيات أن تساعدن على التغلب على العزلة الاجتماعية ، وعلى التفاعل مع الأقران والمعلمين ، وعلى تقييم البدائل المتاحة للزواج (UNFPA, 2012) .

وكمثال على هذه البرامج ، هناك برنامج "برهان هيوان" وهو برنامج لمدة عامين بدأ العمل به في إثيوبيا في عام ٢٠٠٤ . وقد أنشئ هذا البرنامج لحماية الفتيات من الزواج القسري ولتقديم الدعم لهؤلاء اللاتي تزوجن بالفعل

يجتمعن فيها ويكتسبن مهارات حياتية وقيادية ويقمن شبكات للعلاقات الاجتماعية . ونتيجة لهذه المبادرة ، أتمت ١٠٠ في المائة من الفتيات المشاركات الصف السادس من تعليمهن ، بالمقارنة مع نسبة ٨١,٥ في المائة من جميع الفتيات على نطاق البلد . وكانت هناك نسبة ٧٢ في المائة من الفتيات المشتركات في البرنامج لا تزلن في صفوف الدراسة في نهاية فترة السنتين التي استغرقها البرنامج ، بالمقارنة مع نسبة ٥٣ في المائة من جميع الفتيات المنتميات إلى شعب مايا الأصلي على نطاق البلد . وأظهر تقييم للبرنامج أن نسبة ٩٧ في المائة من المشتركات فيه ظلن بلا أطفال ، بالمقارنة مع متوسط وطني قدره ٧٨,٢ في المائة للفتيات بين سن ١٥ و ١٩ سنة (Segeplan, 2010) . ومنذ ذلك الحين ، توسع البرنامج فشمل ٤٠ من المجتمعات المحلية واستفاد من خدماته أكثر من ٣٥٠٠ من بنات شعب المايا الأصلي . ويوفر البرنامج الآن خدمات مستقلة للفتيات بين سن ٨ و ١٢ سنة والفتيات بين سن ١٣ و ١٨ سنة بحيث تستفيد كل فئة بالخدمات التي تحتاج إليها تلك الفئة العمرية .

وفي كثير من البلدان النامية ، يحدث حمل المراهقات أساساً في إطار زواج الأطفال . وسن ١٨ سنة هو الحد الأدنى القانوني للزواج للمرأة دون موافقة الوالدين في ١٥٨ بلداً (UNFPA, 2012) . بيد أنه في ١٤٦ بلداً تتيح القوانين الحكومية أو العرفية للفتيات دون سن ١٨ سنة الزواج بموافقة الوالدين أو أولياء أمور آخرين ؛ وفي ٥٢ بلداً يمكن للفتيات دون سن ١٥ سنة الزواج دون موافقة الوالدين . وللقوانين أهميتها في هذا الصدد ، لكنها لا تنفذ في أحيان كثيرة . وعلى سبيل المثال ، أفاد تقرير أعدته اليونيسيف مؤخراً أن في الهند ، حيث تبلغ نسبة الفتيات المتزوجات دون سن الثامنة عشرة ٤٧ في المائة ، صدرت إدانات بحق ١١ شخصاً فقط بتهمة تكريس زواج الأطفال ، على الرغم من حظره بموجب القانون (UNICEF, 2011a) .

وبسبب التحديات التي تكتنف عمليات سن القوانين وإنفاذها ، تتخذ بعض الحكومات تدابير أخرى لتمكين الفتيات المعرضات لخطر زواج الأطفال بسبل تشمل ، على سبيل المثال ، التدريب على المهارات الحياتية ،

أحد فصول تنمية
المهارات في إثيوبيا.
© Mark Tuschman/
Planned Parenthood
Global





© Mark Tuschman/Planned Parenthood Global

بما قيمته نحو ٦ دولارات سنوياً، إضافة إلى منحهم قطعة ماشية، معزاة أو خروفاً، بما قيمته نحو ٢٥ دولاراً، لدى إتمامهم فترة السنتين المقررة للبرنامج. واستفاد من البرنامج أكثر من ١٢٠٠٠ فتاة في منطقة أمهرة التي تمثل أعلى نسبة من زواج الأطفال. ومن المرجح أن الفتيات اللاتي حضرن البرنامج - وبخاصة اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٠ و ١٤ سنة - سوف تواصلن دراستهن كما أنهن أقل احتمالاً من نظيراتهن اللاتي لم تحضرن البرنامج بأن يتزوجن مبكراً. وفي الهند، نفذت منظمة باثفايندر الدولية برنامجاً حكومياً بعنوان "براشار" ("تعزيز التغيير") لتغيير السلوكيات بهدف تأخير سن الزواج والتشجيع على ممارسات صحية في ما يتعلق بتحديد مواعيد الولادات والمباعدة بينها بالنسبة للمراهقين والشباب في مقاطعة بيهار. وتستأثر هذه

من خلال تكوين مجموعات تقودها موجبات راشدات. وقدم البرنامج دعماً اقتصادياً وحوافز أخرى للفتيات لكي تواصلن دراستهن، بما في ذلك في التعليم غير الرسمي، من قبيل تعليم القراءة والكتابة وتنمية المهارات الحاسوبية، للفتيات غير الملتحقات بالمدارس؛ وإشراكهن في مناقشات المجتمعات المحلية لقضايا مثل زواج الأطفال (Erulkar, A., S., and Muthengi, E., 2009). وهناك ما يقدر بنسبة ٤١ في المائة من النساء بين سن ٢٠ و ٢٤ سنة في إثيوبيا أفدن بأنهن تزوجن قبل سن ١٨ سنة (UNFPA, 2012). ومن خلال برنامج برهان هيوان، تكلفت بالنجاح اجتماعات الأقران وأعضاء المجتمع المحلي ومختلف الأفراد من أجل تحسين الأوضاع الاجتماعية والتعليمية والصحية للفتيات الضعيفات (Bruce et al., 2012). وقرن البرنامج بين التعليم المجتمعي والمشاركة في الحوافز المالية. فالمشاركات فيه تحصلن على اللوازم المدرسية،

الولاية الهندية بأعلى معدل لانتشار زواج الأطفال (٦٣ في المائة)، وأعلى حصة (٢٥ في المائة) من الفتيات بين سن ١٥ و ١٩ سنة اللاتي بدأن الإنجاب (Pathfinder International, 2011).

واشتمل برنامج براشار على برامج تدريبية

مخصصة لمختلف المراحل العمرية في مجال الصحة الجنسية والإنجابية تستفيد منها الفتيات غير المتزوجات في ما بين سن ١٢ و ١٩ سنة والشبان بين سن ١٥ و ١٩ سنة. وأجرت عناصر التغيير النسائية زيارات منزلية إلى المتزوجات الشابات، بينما قامت عناصر تغيير رجالية بزيارات ماثلة لبيوت الشباب. وتم إشراك الآباء والحومات في هذه العملية من خلال اللقاءات المجتمعية واللقاءات المنزلية التي اشتركت فيها الحومات أيضاً. ودعي الأزواج الشباب للمشاركة في " احتفالات للترحيب بالمتزوجين حديثاً "، يتم فيها تقديم المعلومات والتثقيف والترفيه لتحسين معارفهم المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية، وبناء المهارات الحياتية، وتعزيز التواصل بين الأزواج والمشاركة في اتخاذ القرارات.

وفي ختام المرحلة الأولى من البرنامج، بلغ عدد

الشابات المتزوجات اللاتي يحتمل لهن استخدام وسائل منع الحمل قرابة أربعة أمثال الشابات المتزوجات اللاتي لم تشاركن في البرنامج. وبالنسبة للمشاركات أيضاً، انخفض احتمال زواجهن بنسبة ٤٤ في المائة كما انخفض احتمال إنجاب المشتركات في البرنامج بنسبة ٣٩ في المائة عن نظيراتهن خارج المنطقة التي يشملها البرنامج.

وفي مصر، بدأ برنامج إشراق في عام ٢٠٠١ بهدف إحداث تحويل في حياة الفتيات من خلال تغيير المعايير الجنسانية والتصورات المجتمعية حول دور الفتيات في المجتمع، مع إدماجهن في الحياة العامة بأمان وثقة. وأنشأ البرنامج ساحات صديقة للفتيات في المجتمعات المحلية لتمكين الفتيات من عقد اللقاءات والتعلم واللعب، إلى جانب تخصيص فصول لمحو الأمية، والتدريب على المهارات الحياتية والألعاب الرياضية (Brady et al., 2007). ولئن كان التقييم الذي أجري للبرنامج لم

يتطرق لمسألة حمل المراهقات، إلا أنه تطرق إلى عدد من العوامل المرتبطة بزواج الأطفال والحمل المبكر. وأشار التقييم، على وجه الخصوص، إلى حدوث تحسن في تعلم القراءة والكتابة (٩٢ في المائة من المشتركات اجتزن اختبار محو الأمية الذي أجرته الحكومة) كما تحسن معدل الالتحاق بالمدارس (نحو ٧٠ في المائة من المشتركات في البرنامج أعيد إلحاقهن بالمدارس). وبعد الإنتهاء من المشاركة في البرنامج، أعربت المشاركات عن رغبتهن في تأخير الزواج. وبالإضافة إلى ذلك، ارتبط البرنامج بحدوث زيادة في معدل الثقة بالنفس: وذكرت نسبة ٦٥ في المائة من المشاركات أنهن شعرن " بالقوة والقدرة على مواجهة أي مشكلة ".

ومن شأن الاستمرار في إعداد البرامج الطويلة الأجل والمتعددة المستويات بشأن الصحة الجنسية والإنجابية أن يسهم أيضاً في منع حمل الإناث. وتعد هولندا نموذجاً لأحد البلدان المتقدمة النمو التي أحرزت مستويات بالغة الانخفاض في حمل المراهقات والإجهاض، حيث اتبعت نهجاً عملياً وشاملاً إزاء تنظيم الأسرة وبخاصة بالنسبة للشباب. وأدى هذا النهج إلى تحقيق أدنى معدلات للإجهاض على نطاق العالم (UNFPA, 2013d). ومنذ عام ١٩٧١، أدرج البلد خدمات تنظيم الأسرة ضمن التأمين الصحي العام على الصعيد الوطني، وتم في إطار ذلك تقديم وسائل منع الحمل مجاناً. ويتم تدريس التربية الجنسية بصورة عامة وشاملة، كما أن معدل تمكين الفتيات يعد من بين أعلى المعدلات في العالم. وتكشف أعداد الشباب الناشطين جنسياً عن وجود أعلى معدلات لاستخدام وسائل منع الحمل بين أي فئة من فئات الشباب، ونتيجة لذلك فإن نسبة الإجهاض في البلد هي من بين أدنى هذه النسب في العالم (Ketting and Visser, 1994; Sedgh et al., 2007).

الحق في التثقيف الجنسي الشامل والملائم للأعمار

من شأن التثقيف الجنسي الشامل القائم على مناهج دراسية أن يوفر للشباب المعلومات الدقيقة علمياً والملائمة لعمرهم وثقافتهم. كما يتيح لهم فرصاً منتظمة

لاستكشاف المواقف والقيم وممارسة المهارات التي سيحتاجون إليها لتمكينهم من اتخاذ قرارات مستنيرة بشأن حياتهم الجنسية .

وللمراهقين والشباب الحق في الحصول على التثقيف الجنسي الشامل وغير التمييزي بموجب مختلف اتفاقات وصكوك حقوق الإنسان ، بما في ذلك اتفاقية حقوق الطفل ؛ والعهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية ؛ والعهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية ؛ واتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة ؛ واتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة . وللتثقيف الجنسي الشامل أهمية أساسية في أعمال حقوق أخرى من حقوق الإنسان (UNFPA, 2010) .

وفي استعراض لما يبلغ عدده ٨٧ من برامج التثقيف الجنسي الشامل في ٢٩ من البلدان النامية ، خلص تقرير لليونسكو (٢٠٠٩) إلى أن جميع هذه البرامج تقريباً أدت إلى زيادة المعرفة ، وأن ثلثي هذه البرامج كان لها أثر إيجابي على السلوك : فقد أحرَّ كثير من المراهقين بدء حياتهم الجنسية ، وقللوا من تواتر الممارسة الجنسية ، ومن عدد شركائهم في الجنس ، وزادوا من استخدام الرفالات أو وسائل منع الحمل ، أو قللوا من خطر الدخول في ممارسة جنسية . وأسفر أكثر من ربع هذه البرامج عن حدوث تحسّن في سلوك واحد أو أكثر من هذه السلوكيات .

وخلصت دراسة أخرى إلى أن : ”هناك الآن أدلة واضحة على أن برامج التثقيف الجنسي يمكن أن تساعد الشباب على تأخير نشاطهم الجنسي وتحسين استعمالهم لوسائل منع الحمل حينما يبدأون في ممارسة الجنس . وبالإضافة إلى ذلك فإن الدراسات الحالية توفر أساساً من الأدلة بالنسبة للبرامج التي يتجاوز أثرها مجرد الحد من النشاط الجنسي – وتحديدًا ، الحمل العارض والأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي – عوضاً عن ذلك ، الصحة الجنسية للشباب ورفاههم من خلال نهج أكثر شمولاً“ (Boonstra, 2011) .

وهناك نهجان رئيسيان يجري اتباعهما في التثقيف الجنسي ، وهما : الدعوة إلى مجرد الامتناع ، أو توفير البرامج الشاملة التي تلائم مختلف الأعمار . وخلص

استعراضان شاملان (Oxford, 2007; Kirby, 2008) إلى أن البرامج التي تقوم على مجرد الامتناع لا تكون فعالة في التوقف عن ممارسة الجنس أو تأخيرها . ويفيد التثقيف الجنسي الشامل بأن ”الامتناع هو أفضل طريقة لتجنب الأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي والحمل العارض ، لكن هذا التثقيف يفيد أيضاً في التعريف باستعمال الرفالات ووسائل منع الحمل للحد من مخاطر الحمل العارض والإصابة بالأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي ، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية . ويقوم التثقيف الجنسي الشامل أيضاً بالتعريف بمهارات الاتصال والتواصل بين الأشخاص ، ويساعد الشباب على استكشاف قيمهم ، وأهدافهم ، وخياراتهم“ (Advocates for Youth, 2001) .

وخلصت اليونسكو ، في استعراضها لبرامج التثقيف الجنسي الشامل ، إلى أن ”جميع هذه البرامج تقريباً أدت إلى زيادة المعارف ، وكان لثلاثيها أثر إيجابي على السلوك الجنسي ..“ ، بما في ذلك تأخير بدء الحياة الجنسية . وفي الولايات المتحدة ، ربما توجد أعلى معدلات لحمل المراهقات في الولايات التي يسود فيها الأسلوب القائم على مجرد الامتناع . وتوجد أدنى معدلات في الولايات التي يتم فيها توفير المعلومات عن الحياة الجنسية ووسائل منع الحمل بطريقة لا تستند إلى إصدار الأحكام (Szalavitz, 2013) .

وفي إطار استعراض التقدم المحرز والإنجازات المحققة في مجال التثقيف الجنسي الشامل منذ انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في عام ١٩٩٤ ، استخلص المجتمع الدولي عدداً من الدروس بشأن التثقيف الجنسي الشامل . وتمثّل أحد هذه الدروس في أن الحكومات ، حتى في جهودها الرامية إلى التصدي لجائحة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز ، تباطأت في تنفيذ التثقيف الجنسي الشامل ، بل وكانت أكثر بطئاً في الوصول إلى فئات الشباب الأشد ضعفاً (Haberland and Rogow, 2013) .

والدرس الثاني هو أن فعالية التثقيف الجنسي الشامل يمكن أن تتجاوز مجرد الوقاية من السلوكيات عالية المخاطر . وتكشف البحوث عن أن البرامج التي

تميل إلى تحقيق أكبر الأثر على حمل الإناث والأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي هي البرامج التي تؤكد على الأخذ بنهج تحليلي إزاء التفكير في القضايا الجنسية وموازن القوى بين العلاقات (Haberland and Rogow, 2013). وتعد هذه الاستنتاجات بظهور جيل جديد من البرامج التي يمكن أن تحقق أثراً إيجابياً وملموساً على رفاه الشباب .

وتكشف البحوث الجديدة عن أن هناك احتمالات أكبر لأن يكون لبرامج التثقيف الجنسي الشامل أثر في الحد من حمل المراهقات والأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي إذا تطرقت هذه البرامج لقضايا الجنسين وعلاقات القوة . وتؤكد الدراسات التي أجريت في كل من البلدان النامية والبلدان المتقدمة النمو أن الشباب الذين يؤمنون بالمساواة بين الجنسين يحققون نتائج أفضل من حيث الصحة الجنسية بين أقرانهم . وفي المقابل ، فإن الشباب ذوي المواقف الأقل تأييداً لمبدأ المساواة يحققون نتائج أسوأ في مجال الصحة الجنسية (International Sexuality and HIV Curriculum Working Group, 2011) .

وتحظى المساواة بين الجنسين وحقوق الإنسان بأهمية أساسية في منع انتشار فيروس نقص المناعة البشرية وتمكين الشباب من النمو في صحة جيدة . وعلى سبيل المثال ، فبالنسبة للشباب الذين يأخذون بمواقف تقوم على المساواة بالنسبة لأدوار الجنسين ، تكثر الاحتمالات بينهم عن أقرانهم في ما يتعلق ببدء حياتهم الجنسية واستخدام الرفالات والاستعانة بوسائل منع الحمل ؛ كما تنخفض بينهم معدلات الإصابة بالأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي والحمل العارض ، وهم أيضاً أقل احتمالاً للدخول في علاقات تتسم بالعنف . وخلصت دراسة أخرى إلى أن برنامجاً موجهاً لزيادة تفهم الفتيات لمخاطر الجنس بين أفراد من أجيال مختلفة أدى إلى خفض معدل حمل المراهقات بنسبة ٢٨ في المائة (Dupas, 2011) .

ومعظم برامج التثقيف الجنسي الشامل يتم تقديمها من خلال مقررات دراسية . ولكن المراهقين ليسوا جميعهم ملتحقين بالمدارس ولا يبقون جميعاً في صفوف

الدراسة حين بدء حياتهم الجنسية . والبنات المتزوجات في ما بين سن ١٠ و ١٤ سنة لسن ملتحقات بالمدارس ، ومن ثم فليس أمامهم أي فرصة حقيقية للحصول على التثقيف الجنسي . ولذلك ، فمن المهم بذل جهود إضافية لتلبية احتياجات المراهقين من غير الملتحقين بالمدارس . وهذه البرامج المدرسية والمخصصة لفئات معينة في ما يتعلق بالتثقيف الجنسي الشامل والتثقيف في مجال الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية يمكن إتاحتها لغير الملتحقين بالمدارس إذا قامت على توفيرها الجهات المعنية بتقديم الخدمات الصحية وغيرها من الخدمات إلى الشباب ، أو المراكز المجتمعية ، أو غير ذلك من المؤسسات التي يمكن للمراهقين الوصول إليها (Kirby et al., 2006) .

وحسب اليونسكو (٢٠١٣) ، فإن هناك ٥٧ مليون طفل في سن الالتحاق بالمدارس الابتدائية ، و ٥٩ مليون طفل في سن المراحل الأولى من التعليم الثانوي لا يواظبون على الدراسة . ويعيش معظمهم في بلدان نامية ، وأكثر من نصفهم بقليل من الفتيات . وهناك نهجان ينطويان على احتمالات أكبر للوصول إلى أعداد كبرى من المراهقين غير الملتحقين بالمدارس وهما يتمثلان في الاستعانة بوسائل الإعلام ، وفي الإرشاد النفاعلي عن طريق الإذاعة – رغم أنهما لا ينبغي أن يكونا بالضرورة منهجين مستقلين لمنع الحمل .

وخلصت الاستعراضات التي أجريت مؤخراً للحملات الإعلامية التي تروج للصحة الجنسية للمراهقين ، ومعظمها في البلدان النامية ، إلى أن هذه الحملات أدت عموماً إلى زيادة المعارف ، وأن غالبيتها أثرت على بعض السلوكيات مثل استخدام الرفالات (Gurman and Underwood, 2008; Bertrand et al., 2006) . وأدى بعض هذه الحملات إلى تقليل عدد الشركاء بالنسبة للمرأة ، وإلى تقليل عدد مرات ممارسة الجنس العارض أو الجنس مع ” كبار السن المتصابين ” للإنفاق عليهن ، وإلى زيادة الامتناع عن الممارسة . وفي زامبيا ، قامت حملة HEART (Help Each Other Act Responsibly Together) أو (ساعدوا بعضكم بعضاً وتصرفوا سوياً بمسؤولية) ، وهي حملة

صممها مراهقون في ما بين سن ١٣ و ١٩ سنة لصالح المراهقين في هذه الفئة العمرية ، بتقديم المساعدة لزيادة التوعية بالوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية واستخدام الرفالات ، وسعت إلى تهيئة سياق اجتماعي يمكن من خلاله مناقشة القواعد الاجتماعية السائدة ، وتحليلها وإعادة تقييمها لغرض الحد من نقل الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية عن طريق الجنس . وخلص تقييم للحملة إلى أنه بالمقارنة مع الذين لم يشاهدوا برامج الحملة ، يرجح أن ٨٧ في المائة من مشاهدي هذه البرامج سوف يستعملون الرفالات ، وأن ٦٧ في المائة منهم ربما استخدموا الرفالات في آخر مرة مارسوا فيها الجنس . وأشار التقييم إلى أن استعمال الرفالات هو من السلوكيات التي يمكن أن تساعد على منع الحمل (AIDSTAR-One, n.d.) .

▼ مراهقون يحصلون على وسائل منع الحمل في مركز سيموبلاف في إكوادور.

© Mark Tuschman/
Planned Parenthood
Global

ووضعت البرازيل برنامجها المتعلق بالتنقيف الجنسي والوجداني: منظور جديد ، في إطار منظور يقوم على الحقوق ويركز على منع الممارسات الجنسية غير المأمونة وتعزيز النهج الإيجابية التي من شأنها تحقيق "حياة جنسية صحية وممتعة" . ويستعين البرنامج ،

الذي يهدف أيضاً إلى تحقيق المساواة بين الجنسين ، بنهج متكامل يستفيد منه المراهقون داخل وخارج الفصول الدراسية ، ويشارك فيه المعلمون ، ومقدمو الرعاية الصحية ، والأسر ، والمجتمع المحلي . ويتم أيضاً الوصول إلى المراهقين من خلال البرامج الإذاعية والصحف المدرسية والمسرحيات والحلقات الإعلامية . وأجري تقييم للبرنامج استطلعت فيه آراء ٤ ٧٩٥ من الشباب في ٢٠ مدرسة عامة في ولاية ميناس غريس ، وكشف التقييم عن أن البرنامج أسفر عن ارتفاع في النسبة المئوية داخل أفراد المجموعة التي تلقت تثقيفاً جنسياً لمستعملي الرفالات سواءً مع شريك جنسي عارض أو مع شريك دائم ، وكذلك ارتفاع النسبة المئوية لمستعملي وسائل منع الحمل الحديثة ، بالمقارنة مع مجموعة مرجعية . وبالإضافة إلى ذلك ، لم يسفر البرنامج عن حدوث أي زيادة في النشاط الجنسي (Andrade et al., 2009) .

وكانت الحملات الإعلامية أكثر فعالية في الوصول إلى المراهقين في المناطق الريفية (داخل المدارس وخارجها) عما هو الأمر بالنسبة للمراهقين في المناطق الحضرية ، على الرغم مما حققته من توسع في زيادة توفير وسائل التواصل الاجتماعي وتكنولوجيات الاتصال المحمولة .

بيد أنه بنفس القدر الذي يمكن أن تكون فيه وسائل الإعلام جزءاً من الحل من خلال قيامها بالدعوة إلى الوقاية ، فقد تكون أيضاً جزءاً من المشكلة من خلال الاحتفاء بالجنس وحمل المراهقات ، كما يحدث في الحلقات التلفزيونية "الأم المراهقة ٢" التي تبثها قناة إم تي في بالولايات المتحدة .

وتمثل الحملات الإعلامية وسيلة أخرى من وسائل تثقيف وإعلام الجمهور . وبعض هذه الحملات تعتمد على أسلوب التخويف أو الترويع لتغيير السلوك من خلال التهديد بما يمكن أن يحدث من مخاطر أو ضرر (Maddux et al., 1983) . وتعرض أساليب التخويف للمخاطر ، وتحدد الأشخاص المعرضين لها وتبحث على اتخاذ إجراءات معينة من قبيل اتخاذ تدابير لمنع حدوث الحمل بين المراهقات . وتظهر البحوث التي أجريت على الرسائل المعتمدة على التخويف ، والتي تشجع



برامج حاسوبية لتوفير التدريب أو الدعم التقني للمعلمين .

وتعد برامج تعليم المهارات الحياتية وسيلة أخرى من الوسائل التي يمكن بها للمراهقات اكتساب معلومات تساعدن على تجنب الحمل . وخلصت اليونيسيف (٢٠١٢) إلى أن ٧٠ بلداً لديها برامج تدريب على المهارات الحياتية على المستوى الوطني ، وتباين هذه البرامج حسب البلدان وحسب السياق الثقافي . بيد أن التدريب على المهارات الحياتية يركز عموماً على خمس مهارات أساسية هي: اتخاذ القرارات وحل المشاكل ؛ والتفكير الخلاق والتفكير النقدي ؛ ومهارات الاتصال والتواصل الشخصي ؛ والوعي بالذات والمشاركة الوجدانية ؛ ومواجهة الصدمات النفسية والإجهاد . وتركز جانب كبير من التدريب على المهارات الحياتية على تنمية مهارات الحماية النفسية ، ومهارات الاتصال ومعرفة كيفية تجنب المخاطر .

وعلى مدى عشر سنوات اعتباراً من عام ١٩٩٦ ، تضمن برنامج المهارات الحياتية في مدينة مهاراشتا ، بالهند ، على جلسات أسبوعية لمدة ساعة ، يركز بعضها على الصحة العامة ، وصحة الطفل ، والتغذية . وقد صمم البرنامج لكي تستفيد منه الفتيات غير المتزوجات فيما بين سن ١٢ و ١٨ سنة ، مع التركيز على الفتيات اللاتي تركن الدراسة وانخرطن في العمل . وأشرك الآباء في وضع البرنامج ، كما يتولى المعلمون قيادة الفصول . وأظهر تقييم أجري لهذا البرنامج أنه أحدث أثراً كبيراً . ففي المنطقة التي يشملها البرنامج ، ارتفع المعدل المتوسط لسن الزواج من ١٦ إلى ١٧ سنة ، وأبدى أفراد المجموعة المشتركة في البرنامج استعداداً أقل أربع مرات للزواج قبل بلوغ سن الثامنة عشرة عن أفراد المجموعة المرجعية . وبالإضافة إلى ذلك ، فقد انخفضت نسبة حالات الزواج بين الفتيات دون سن الثامنة عشرة إلى ٦١,٨ في المائة بالمقارنة مع نسبة ٨٠,٧ في المائة بالنسبة للفتيات خارج مجموعة البرنامج (Pande et al., 2006) .

ولمواقف الفتيان والرجال تأثير كبير على صحة الفتيات ، وحقوقهن ، ووضعهن الاجتماعي ، ورفاههن ،

الناس مثلاً على وقف التدخين أو إنقاص الوزن ، أن هذه الحملات تكون ضئيلة الأثر حينما تبعث برسائل تخويف قوية غير مصحوبة بتوصيات أو حينما لا يتيسر تنفيذ هذه التوصيات أو ينظر إليها باعتبارها غير فعالة . وتكون هذه النهج عديمة الفعالية أيضاً إذا لم يكن هناك إقرار بالعوائق التي تعترض سبيل اتخاذ الإجراءات وكيفية التغلب على هذه العوائق ، وحينما لا تقدم الدعم إلى المستفيدين بما يجعلهم على ثقة من قدرتهم على العمل بهذه الإجراءات . ولكي تتكامل هذه النهج بالنجاح ، لا بد أن تكون الكفاءة المتوخاة من الإجراءات أكبر من التهديد المحتمل .

وأخذت في الظهور أيضاً نظم الخدمات التي تعتمد على المحتوى ، حيث تقوم برامج كثيرة بطرح مناهج على الإنترنت (Haberland and Rogow, 2013) . وعلى الرغم من عدم وجود شواهد حالية قاطعة بأن هذه الآلية تسفر عن مزايا قابلة للقياس ، فإن الإمكانيات المتاحة للقيام ببحوث عالمية منخفضة التكلفة تشير إلى احتمال تزايد عدد هذه البرامج القائمة على الإنترنت في المستقبل . وينبغي إعطاء الأولوية للاستثمار في بحوث جادة لتقييم آثار هذه البرامج . وفي الوقت نفسه ، فإن بعض البرامج الحالية ، مثل برنامج Afluentes في المكسيك وبرنامج Butterfly في نيجيريا ، يستخدمان

” وفقاً لما تعرضه وسائط الإعلام ، فإن كل شخص يجب أن يمارس الجنس ! فكل شيء تعرضه هذه الوسائط يتناول الجنس ... الإعلانات التجارية ... وكل شيء . وبطبيعة الحال ، فقد بدأ الناس يتعايشون مع هذه الحقيقة وأصبحوا لا مبالين “ .

فتاة عمرها ١٧ سنة ، السويد



والمعلومات المتعلقة بها قبل استخدامها. وتشمل العوائق التي تحول دون ذلك عدم معرفتهم بمكان الحصول عليها، وخشية أن يرفض طلبهم لها من جانب مقدمي الخدمات، ومعارضة الشريك الذكر، والوصم المجتمعي لوسائل منع الحمل أو الجنس بين المراهقين، والأماكن أو ساعات العمل غير المناسبة للمستوصفات التي تقوم بتوفيرها، فضلاً عن التكاليف والأمر الأخرى المتعلقة بالخصوصية والسرية.

ومن أجل تيسير حصول المراهقين على المعلومات التي تمكنهم من تجنب الحمل والمعلومات عن الأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية، أو بشأن كيفية الحصول على وسائل منع الحمل، قام عدد متزايد من البلدان بإنشاء دوائر لخدمات الصحة الجنسية والإنجابية ميسرة للشباب. وعادة ما تكفل هذه الدوائر للمراهقين الذين يحصلون على الخدمات طابع السرية، كما أن أماكن وجودها وساعات عملها مريحة بالنسبة إلى الشباب، ويعمل بها موظفون مدربون على تلبية احتياجات الشباب ويقدمون لهم مجموعة متكاملة من الخدمات الأساسية. وضاعفت نيكاراغوا، على سبيل المثال، من فرص حصول المراهقين والشباب على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية المحرومين منها، بما في ذلك وسائل منع الحمل، وذلك من خلال تطبيق خطة للقوائم التنافسية. ويجري

وبالتالي على مدى تعرض الفتيات للحمل. وفي بلدان كثيرة، يقدم صندوق الأمم المتحدة للسكان الدعم للبرامج لكي تتعاون مع الفتيان، والمراهقين من الذكور، والشباب عموماً في مجال الحياة الجنسية، والحياة الأسرية والتثقيف المتعلق بالمهارات الحياتية بغرض التشكيك في القوالب النمطية القائمة حول الذكورة والسلوك الذكوري إزاء المجازفة بالمخاطر (وخاصة فيما يتعلق بالسلوك الجنسي)، ولغرض تعزيز فهمهم لحقوق المرأة والمساواة بين الجنسين ودعم هذه الحقوق. وفي بعض البلدان، دخل صندوق الأمم المتحدة للسكان في شراكات مع مؤسسات وطنية للتوعية بأثر المواقع السلبية والممارسات الضارة على الفتيات والنساء، وذلك من خلال التثقيف الجنسي الشامل للملائم للأعمار والذي يقدم عن طريق المدارس، أو بالتعاون مع منظمات المجتمع المدني لإشراك الرجال والفتيان في حوار بشأن مواقفهم إزاء قضايا معينة مثل زواج الأطفال، ووسائل منع الحمل، والمسائل المتصلة بالصحة والحقوق الجنسية والإنجابية.

الاستثمار في الخدمات لصالح المراهقين والشباب

غالباً ما يفتقر المراهقون - المتزوجون منهم وغير المتزوجين - إلى فرص الحصول على وسائل منع الحمل

▲ مر يون للأقران
الشبان في
مابوتو،
موزامبيق.

© UNFPA/Pedro
Sá da Bandeira

بطرق استخدام وسائل منع الحمل (Hainsworth et al. 2009).

ويجمع برنامج المبادرة الإنمائية لدعم المراهقين الأصحاء في الهند بين التوجيه والحوار على المستوى المجتمعي مع زيادة الخدمات الصحية والتثقيف الجنسي الشامل والتثقيف بشأن وسائل منع الحمل وتوفيرها والتدريب على المهارات الحياتية . وشكل البرنامج ، في ١٧٦ قرية ، مجموعات للشباب ومراكز للموارد حيث يمكن للمراهقين تلقي المعارف حول الصحة الجنسية والإنجابية ، والحصول على الخدمات ، والالتحاق ببرامج التدريب لتوفير مصادر لكسب الرزق في المستقبل . ويقوم البرنامج أيضاً بتدريب مقدمي الخدمات الصحية المحليين على توفير الرعاية المناسبة للشباب ، وتنظيم المتطوعين لتوزيع الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة ، وينشر المرين الأقران ، وينظم دورات الإرشاد ، ويوفر منتدى للشباب والكبار للالتقاء سوياً ومناقشة دور الشباب في المجتمع .

ومن خلال استعمال تصميم شبه تجريبي مع مجموعة مقارنة ، أظهر تقييم للبرنامج أن سن الزواج بين المشاركين في البرنامج ارتفع من ١٥,٩ سنة إلى ١٧,٩ سنة ؛ وأن الشباب المتزوجين الذين حضروا البرنامج هم أكثر احتمالاً بنسبة ٦٠ في المائة بأن يبلغوا عن الاستعمال الحالي لوسيلة حديثة من وسائل منع الحمل مقارنة بالشباب الذين لم يحضروا البرنامج . وبالمثل ،

” في إحدى المرات تمزق الواقي الذكري ،
ولم نكتشف ذلك إلا فيما بعد . وأصبحت
صديقتي بالذعر ، وكنت أتفهم ذلك تماماً .
ولكن أظن أننا عالجنا الموقف بحكمة . فقد
عثرنا على إحدى الصيدليات واشترينا
وسيلة عاجلة لمنع الحمل “ .

لاشي ، ١٨ سنة ، الدانمرك

توزيع القسائم للحصول على الخدمات المجانية عن طريق منظمات محلية غير حكومية والتي تقوم بتوزيعها على المراهقين والشباب في أسواق ماناغوا ، وخارج المدارس العامة ، وفي الشوارع ، والمستوصفات . ويقوم أخصائيو التوعية أيضاً بتوزيع القسائم من بيت إلى بيت . وكل قسيمة صالحة لمدة ثلاثة أشهر ويمكن تحويلها بين المراهقين الذين يكونون في أشد الحاجة إليها . ويمكن استخدامها لتغطية تكلفة استشارة واحدة أو زيارة متابعة لمرة واحدة تتعلق بما يلي : الاستشارات الطبية ، أو تنظيم الأسرة ، أو فحوص الحمل ، أو الرعاية في مرحلة ما قبل الولادة ، أو العلاج من الأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي ، أو أي مجموعة من هذه الخدمات . وقام البرنامج أيضاً بتدريب موظفي المستوصفات على تقديم خدمات الإرشاد للمراهقين ، والمسائل المتصلة بالحياة الجنسية للمراهقين ، وتحديد حالات الانتهاك الجنسي ومعالجتها (Muewisen, 2006) .

وأظهرت نتائج أولية لتقييم لهذا البرنامج ارتباط القسائم بمعدلات استخدام أكبر في مجال الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية ، وزيادة المعارف بشأن وسائل منع الحمل ، والمعارف المتعلقة بالأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي وزيادة استخدام الرفالات .

ومن خلال البرنامج الذي نفذته موزامبيق تحت عنوان (الجيل المنشغل) ، شاركت وزارات الصحة ، والتعليم ، والشباب والرياضة ، في توفير خدمات الصحة الجنسية والإنجابية المناسبة للشباب ، واضطلعت بحملات إعلامية عن طريق المدارس بشأن وسائل منع الحمل والوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية ، ووفرت المعلومات على صعيد المجتمع المحلي للشباب غير الملتحقين بالدراسة . ومن خلال شبكة تضم ٥٠٠٠ من مستشاري الأقران ، يقوم برنامج الجيل المنشغل بتوفير المعلومات والخدمات لشباب موزامبيق على أساس من السرية وعدم إصدار الأحكام المسبقة . وشكل الطابع المتعدد القطاعات لهذا البرنامج الذي يشارك فيه مقرر السياسات ، ومقدم خدمات الرعاية الصحية ، والمربون ، وأصحاب المصلحة المجتمعيون ، علاوة على الشباب أنفسهم ، عاملاً أساسياً يساهم في زيادة معارف المراهقين والشباب

انخفاض معدلات الإجهاض بين المراهقات بنسبة الثلثين في أوكرانيا

في أوائل التسعينات كان يتم الإبلاغ عن مليون حالة إجهاض سنوياً في أوكرانيا. ومنذ ذلك الحين، تناقص هذا العدد بأكثر من ٨٠ في المائة، ويرجع ذلك أساساً إلى زيادة فرص الحصول على وسائل منع الحمل والمعلومات والخدمات المتعلقة بتنظيم الأسرة.

وانخفضت كذلك معدلات الإجهاض بين المراهقات في سن ١٥ و ١٧ سنة، من ٧,٧٤ حالة لكل ١٠٠٠ فتاة إلى ٢,٥١ حالة اليوم. ويعزى هذا الانخفاض إلى ما تبذله الحكومة من جهود لزيادة فرص الحصول على الخدمات الصحية المناسبة للشباب وإلى التشريعات والسياسات والبرامج التي تعطي الأولوية للصحة الجنسية والإنجابية للشباب.

وأحد هذه البرامج هو البرنامج الحكومي المعنون "الصحة الإنجابية للأمة"، وهو يهدف إلى الحفاظ على الصحة الإنجابية للسكان وله تأثيره الإيجابي على الصحة الإنجابية بين المراهقين. وهناك برنامج آخر بعنوان برنامج شباب أوكرانيا ويهدف إلى تشجيع أساليب الحياة الصحية كأولوية وطنية.

ويقوم صندوق الأمم المتحدة للسكان ومنظمة الصحة العالمية واليونيسيف بدعم وزارة الصحة لوضع إطار تنظيمي ومؤسسي شامل لتوفير الخدمات الصحية المناسبة للشباب.

وقد تحسنت فرص الحصول على خدمات تنظيم الأسرة جيدة النوعية، بما في ذلك خدمات الإرشاد بشأن وسائل منع الحمل الحديثة، كما زاد الوعي بما يحققه تنظيم الأسرة من فوائد صحية. ودخلت الحكومة في شراكات مع الشركات الصيدلانية والصيدليات لتوسيع نطاق الحصول على وسائل منع الحمل وتخفيض أسعارها، وعززت وزارة الصحة من قدرتها على دعم وتعزيز مبادرات تنظيم الأسرة، بما في ذلك ما هو متاح منها للمراهقين والشباب.

وتقول فيكتوريا فيرينيتش، وهي طبيبة لأمراض النساء والولادة في إحدى عيادات الشباب في كييف، إنها لاحظت، على مدى السنوات الخمس الماضية، وجود اتجاه بين زبائنهن يشير إلى التبكير ببدء حياتهم الجنسية.

"ومن الأهمية بمكان في هذه المرحلة من حياتهم أن تتاح لهم فرص الحصول على الإرشاد الصحي على يد أخصائيين مؤهلين بشأن منع حالات الحمل غير المرغوب، والإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية والأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي". وتضيف فيرينيتش قائلة "ويجب أن يقدم هذا الإرشاد الصحي بطريقة مناسبة للشباب".

فقد أدى البرنامج إلى تغيير في الاتجاهات إزاء زواج الأطفال. ففي بداية البرنامج، اعتبر ٦٦ في المائة من الفتيات و ٦٠ في المائة من الفتيان أن السن المثالي لزواج الفتيات هو ١٨ سنة أو أكثر. وبعد البرنامج، كانت الأرقام المقارنة ٩٤ في المائة بالنسبة للفتيان و ٨٧ في المائة بالنسبة للإناث (Kanesathasan et al., 2008). ولتوفير فرص الحصول على الوسائل العاجلة لمنع الحمل أهمية خاصة بالنسبة للمراهقين، ولاسيما الفتيات اللاتي غالباً ما تفتقرن إلى المهارات أو القدرات على التفاوض بشأن استعمال الرفالات وتكن عرضة للقسر الجنسي، والاستغلال، والعنف. ووسائل منع الحمل العاجلة هي طريقة لمنع الحمل خلال خمسة أيام من الاتصال الجنسي دون استعمال وسيلة للحماية، أو من عدم استعمال، أو إساءة استعمال، وسيلة لمنع الحمل (في حالة نسيان أخذ أقراص منع الحمل)، أو في حالة الاغتصاب أو الجنس القسري. وتؤدي هذه الطريقة إلى وقف الإباضة وتقليل احتمال الحمل بنسبة ٩٠ في المائة. ولا تحول هذه الطريقة عن زرع بويضة مخصبة، ولا تضر بجنين في مرحلة النمو، أو تؤدي إلى إنهاء حمل قائم. وتشمل العوائق التي تحول دون حصول المراهقين على وسائل منع الحمل العاجلة افتقارهم إلى المعرفة بهذه الوسائل، ورفض أخصائيي الرعاية الصحية توفيرها، وتكلفتها، والمعارضة المجتمعية لاستعمالها، فضلاً عن التقييدات القانونية. وفي ٢٢ بلداً، لا توجد أقراص مسجلة ومخصصة للاستعمال كوسيلة عاجلة لمنع الحمل (International Consortium for Emergency Contraception, 2013). وحتى في البلدان التي تتاح فيها وسائل منع الحمل العاجلة، قد يتردد المراهقون في الحصول عليها من المنافذ الصحية التقليدية، مثل المستوصفات التي قد يصدر القائمون على تقديم خدمات الرعاية الصحية فيها أحكاماً على طالبي هذه الوسائل. ولتسهيل حصول المراهقين على وسائل منع الحمل العاجلة، أنشأت منظمة باث (PATH) غير الحكومية مشروعاً في نيكارغوا وكمبوديا وكينيا لتعزيز قدرة الصيدليات على توفير خدمات صحية مناسبة للشباب مع التركيز على وسائل

وتشير البيانات المتاحة إلى اكتساب موظفي الصيدليات معارف بشأن أقراص منع الحمل العاجل، والأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي، ووسائل منع الحمل الحديثة. وفي جميع البلدان الثلاثة التي أنشئ فيها المشروع، طرأت زيادة كبيرة على معرفة موظفي الصيدليات بالوسائل العاجلة لمنع الحمل. وقبل القيام بعمليات التدريب في إطار هذا المشروع، أظهرت البيانات

منع الحمل العاجلة. وتم من خلال المبادرة تدريب موظفي الصيدليات والمربين الأقران على تقديم أحدث المعلومات الدقيقة عن وسائل منع الحمل العاجلة وغيرها من الخدمات الصحية الإنجابية. وخلص تقييم لهذه المبادرة إلى أن المشروع ترتبت عليه زيادة في قدرة موظفي الصيدليات على تقديم خدمات الرعاية الصحية الإنجابية عالية الجودة للشباب.

الاستجابة لاحتياجات المراهقين والشباب في كولومبيا

قائلة "لقد أردنا إنشاء مركز يمكن أن يحصل الشباب فيه على ما يحتاجون إليه من معلومات لغرض حياتهم الجنسية والإنجابية. وقد جرت استشارة الشباب منذ بداية المشروع؛ وكانوا بالفعل المديرين الحقيقيين". وتوضح بيريز قائلة إن أي خدمة يمكن اعتبارها ملائمة للشباب حينما تلبي هذه الخدمة احتياجات المراهقين والشباب، وتتعرف بحقوقهم، وتصبح مكاناً يحصلون فيه على المعلومات، والتوجيه، والرعاية. وتضيف قائلة إن الصحة هي حالة من السلامة البدنية والعقلية والروحية والاجتماعية. وتقول كاثرين، ١٩ سنة، وهي حامل في شهرها الثامن وتجري فحوص ما قبل الولادة في المركز "الحمل مسألة صعبة إذا لم يخطط لها، فهو يؤدي إلى تأجيل الكثير من الأهداف والأحلام". وتقول كاثرين إن الممرضات والأطباء في المركز يشعرونها بالامتنان. وتضيف قائلة "إنهم حينما يتحدثون إليك يشعرونك بالمحبة، وهم دائماً يستجيبون لأي أسئلة أو حالة يواجهونها". وانضمت جوان، ٢٠ سنة، إلى أحد أفرقة الأقران التابعة للمركز، حيث تتاح الفرصة للشباب لتقاسم خبراتهم ومعارفهم مع شباب آخرين في المدارس وفي جميع أنحاء المجتمع المحلي. وتقوم مجموعة الأقران التي انضمت إليها أيضاً بتنظيم حلقات عمل، ومنتديات، وأنشطة أخرى تجمع بين الشباب لمناقشة قضايا تتراوح بين الحياة الجنسية والمسؤولية والعنف الجنساني. وأحياناً يصل عدد الحضور في هذه اللقاءات إلى نحو ١٠٠٠ من الشباب. ومع أن المستفيدين من خدمات المركز يتزايدون يوماً بعد يوم، وبدأت حالات حمل المراهقات في النقصان، تقول بيريز "لا يزال هناك الكثير مما يجب عمله" لمساعدة أعداد متزايدة من الناس على منع حالات الحمل والتصدي للمشاكل التي يواجهها الشباب في دويتاما، مثل منع العنف الجنسي ووقف إساءة استعمال المخدرات.

في الطابق الثاني من بناية حديثة، حيث يقع مركز صحي للشباب في مدينة دويتاما، في كولومبيا، لم تكن هناك سوى بضعة جدران مطلية باللون الأبيض، لكن معظم الجدران كانت تغطيتها رسوم غرافيتي قام بها فنانون محليون لا يزالون في سن المراهقة. ومن أصل مجموع سكان دويتاما البالغ عددهم ١١١.٠٠٠ نسمة، فإن ربعهم تقريباً تتراوح أعمارهم بين ١٠ و ٢٤ سنة. وفي كل شهر، يستفيد أكثر من ٦٠٠ من الشباب من الخدمات التي يتيحها المركز، والتي تشمل كل شيء بدءاً من علاج الأسنان إلى الصحة الجنسية والإنجابية والعلاج النفسي. وتقول نوبيا ستيلاروبايو، وهي إحدى الممرضات المتخصصات في خدمات صحة الأم والرعاية في فترة ما حول الولادة للمراهقات، "لا يتعلق الأمر فقط بالمسائل الصحية، لكنه يتعلق أيضاً بالتواصل". "فمعظم الفتيات لديهم مشاكل مالية، ونسبة ٨٠ في المائة من حالات حملهن لم يخططن لها". ومعظم الفتيات والفتيان الذين حضروا إلى المركز لأول مرة لم يكونوا يستعملون وسائل منع الحمل. وتقول روبايو إن كثيراً من الفتيات اللاتي تقوم بفحصهن يعتقدون أن أجسامهن لم تنضج بعد لتمكينهن من الحمل، ولذلك فهن لا يعرن انتباهاً لاستعمال الرفالات. وتسود هذه الحالة خصوصاً بين الفتيات من المناطق الريفية المحيطة. وتضيف قائلة إن حالة عدم الوضوح إزاء الحياة الجنسية والحمل تشير إلى ضرورة توفير التثقيف الجنسي والمعلومات بصورة أفضل. وتقول لوسيلياسبرانسا بيريز، مديرة المركز، التي تعتبر أن منع حمل المراهقات هو الهدف الرئيسي "حينما سمعنا في أول الأمر عن الخدمات المناسبة للشباب، اعتقدت أنها فكرة رائعة وقلت إنه يجب علينا تنفيذها". وبيريز نفسها كان لديها طفلان وهي بعد في سن العشرين ولديها تجربة عملية بشأن التحديات التي يمكن أن يشكلها حمل المراهقات. وتضيف بيريز

والتقديرات الأولية أن ما تصل نسبته إلى ٣٠ في المائة من موظفي الصيدليات كانوا يوفرون أقراص منع الحمل العاجل بصورة صحيحة؛ وبعد الحصول على التدريب، ارتفع الرقم إلى نحو ٨٠ في المائة (Parker, 2005).

إنهاء القسر والعنف الجنسيين

يشير العنف الجنسي عادة إلى الاتصال الجنسي المصحوب بالقسر البدني، لاسيما الاغتصاب. والقسر الجنسي بصورة أعم هو فعل يقصد به إرغام أو محاولة إرغام شخص آخر عن طريق العنف أو التهديد أو الإلحاح اللفظي أو الخداع أو التوقع الثقافي أو الظروف الاقتصادية على المشاركة في عمل جنسي رغم إرادة هذا الشخص (Baumgartner et al., 2009). والتعاريف التي تجمع بين كل أشكال القسر الجنسي والعنف الجنسي تجعل من الصعب تحديد العلاقة بين حمل المراهقات والعنف الجنسي، مثل الاغتصاب أو القسر الجنسي الذي قد يعتبره المراهقون عنفاً من عدمه.

تتعرض الفتيات تحت سن ١٦ سنة لقرابة ٥٠ في المائة من الاعتداءات الجنسية حول العالم.

وقف القسر والعنف ضد المراهقين - أو ضد أي شخص - هو أمر لا مناص منه في كل مكان، ويتطلب اتخاذ إجراءات متواصلة على كثير من الجبهات، بدءاً من تعزيز نظم العدالة الجنائية التي تكفل تقديم الجناة إلى العدالة وتقديم الدعم إلى الناجين، ووصولاً إلى تدريب مقدمي الرعاية الصحية على التعرف على هذه الحالات والإبلاغ عنها من أجل تغيير مواقف الرجال والفتيات على نحو يمكن معه منع ارتكاب أعمال القسر والعنف. وجمهورية الكونغو الديمقراطية، وهايتي والهند هي بلدان ثلاثة تحركت مؤخراً لتعزيز قوانينها ضد العنف الجنسي، لكن ليس هناك تقييم حتى الآن لأثر هذه القوانين هناك أو في أي مكان آخر بشأن قدرة هذه

القوانين على حماية الفتيات من الاغتصاب أو الحمل غير المرغوب (Heise, 2011). بيد أن فعالية هذه القوانين، شأنها شأن الكثير من القوانين التي تحظر زواج الأطفال، تكمن في مدى إنفاذها ودعم الجمهور لها. ولكن القوانين التي تفرض عقوبات على العنف الجنسي والجنساني شأنها أيضاً شأن القوانين المتعلقة بزواج الأطفال، تبعث برسالة قوية مفادها أن حماية حقوق الفئات الضعيفة من الشباب، ولاسيما المراهقات، هي أولوية وطنية. ويلاحظ استعراض أجري للأدلة المتوفرة عن التدخلات التي تم القيام بها لحفض حالات العنف ضد المراهقات (Blanc et al., 2012) أن مبادرات وقف العنف تنفذ عادة داخل إطار السياق العام للبرامج التي تعنى بالمهارات الحياتية، وإيجاد ساحات مأمونة للفتيات، وتغيير الأفكار السائدة بين الفتيان والشباب حول مسائل الذكورة. أو أنها، من جهة أخرى، مدمجة في البرامج الأعم التي تركز على الشباب والتي تعنى بالصحة الجنسية والإنجابية. وتؤدي هذه البرامج عملها، على سبيل المثال، من خلال الاتحادات الرياضية (Brady and Khan, 2002)، وبرامج المهارات الحياتية ودعم الأقران (Askew et al., 2004; Ajuwon and Brieg-er, 2007; Jewkes et al., 2008)، وبرامج التوجيه/الوصاية الخاصة بالإناث (Mgalla et al., 1998)، والبرامج التي تشجع على الوفاية من فيروس نقص المناعة البشرية والتثقيف في مجال الصحة الإنجابية (Hallman and Roca, 2011)، وحلقات العمل الموجهة إلى الرجال (Peacock and Levack, 2004). وهناك برامج أخرى أحدثت تعديلات في التثقيف الجنسي المدرسي أو في مقررات المهارات الحياتية بحيث تشمل على مناقشات أوسع نطاقاً من مسألة العنف الجنساني والقسر الجنسي (Ross et al., 2007). بيد أن هذا الاستعراض يبين أن هذه المبادرات، وإن نجحت في تمكين الفتيات، وبناء مهارات في مجال التواصل وتنمية المواقف القائمة على المساواة بين الجنسين، فقد لوحظ أن انخفاض معدلات العنف بين الشركاء يحدث فقط حينما تكون الإجراءات مركزة أيضاً على التمكين الاقتصادي، والصحة الجنسية

ذلك عقبه كأداء لاسيما بالنسبة إلى الفتيات المتزوجات ولا حيلة لهن في اتخاذ القرارات المتعلقة بصحتهن واللاتي لا تتاح لهن أي فرص تذكر للحصول على الأموال اللازمة للانتقال إلى المستوصفات أو لسداد تكاليف الرعاية الصحية (World Health Organization, 2007). وقد لا تسعى الفتيات أيضاً للحصول على الرعاية اعتقاداً منهن بأن مقدمي خدمات الرعاية الصحية سيحكمن على تصرفاتهن أو يرفضن التعامل معهن . وعلى وجه العموم ، فإن المراهقات تسعين للحصول على الرعاية في وقت متأخر ولا يحصلن سوى على القليل منها وفي أحيان كثيرة لا يكون لدى الفتيات الحوامل علم بالخدمات المتوفرة ، ومتى ينبغي طلب

والجنسانية ، والتضامن بين المجموعات (Pronyk et al., 2008 ; Jewkes et al., 2006) وأو حينما يتم إشراك الرجال والفتيان (Verma et al., 2008) .

الاستثمار في الفتيات الحوامل أو ذوات الأطفال

يمكن القيام بالكثير لتقليل الآثار الضارة ، الصحية والاجتماعية والاقتصادية ، التي يسببها الحمل للفتيات الحوامل ، ولضمان عدم ضياع فرص التعليم والوظائف وسبل كسب الرزق والمشاركة في شؤون مجتمعاتهم ، سواء بالنسبة للمراهقات المتزوجات أو غير المتزوجات . وغالباً ما يؤدي ضمان فرص الحصول على الخدمات للمراهقات الحوامل أو الأمهات حديثات العهد إلى توفير الدعم المالي لهن للحصول على الرعاية الصحية والنظام الغذائي والمشورة المتعلقة بالرضاعة الطبيعية ، والمساعدة في العودة إلى الدراسة أو التدريب ، وتوفير المأوى والخدمات إذا تخلت عنهن أسرهن ، وتزويدهن بالمعلومات والخدمات المتعلقة بوسائل منع الحمل والمباعدة بين الولادات .

وتشمل العوامل الحاسمة لتحسين صحة الأم بالنسبة للمراهقات أن تتاح لهن فرص الحصول على الرعاية السابقة للولادة والاستفادة منها من أجل تحديد ومعالجة المسائل الصحية الأساسية ، بما في ذلك الملاريا ، وفيروس نقص المناعة البشرية ، وفقر الدم ، وتوفير الرعاية التوليدية بما يكفل الولادة الآمنة للأمهات الشابات وأطفالهن الرضع ، وعلاج المضاعفات الناجمة عن الإجهاد غير المأمون ، وتوفير الرعاية اللاحقة للولادة وللأطفال حديثي الولادة ، وإتاحة وسائل منع الحمل لتمكينهن من المباعدة بين الولادات (Advocates for Youth, 2007) .

ولكن فرص الحصول على هذه الخدمات محدودة بالنسبة إلى ملايين المراهقات في العالم نتيجة لطائفة من العوامل الاقتصادية والاجتماعية والجغرافية ، ناهيك عن توفر هذه الخدمات . ويعد توافر الاستقلال الشخصي – أو عدم توافره – أحد العناصر الرئيسية المحددة لفرص الحصول على هذه الخدمات والاستفادة منها . ويشكل

” حينما كنت في السابعة عشرة ، كان لي صديق بالمدرسة . وسألت زميلاتي عن الجنس وذكرن لي أنه لا يمكنني أن أحمل خلال العشرة أيام الأولى بعد الدورة الشهرية . ولكنني حملت . وأصيب صديقي بالذعر وفر هارباً ، وكاد والدي أن يقتلاني . ومن حسن الحظ أن إحدى المدرسات في مدرستي اصطحبتني وساعدتني على أن أبلغ والدي بحقيقة الأمر . وقامت المدرسة بإبلاغهما أيضاً أنه بإمكانني العودة إلى المدرسة بعد أن أضع طفلي . وفي البداية ، رفض والدي الأمر ، لكنهما فيما بعد اقتنعا بالأمر . والآن ، انتهيت من المدرسة في سن العشرين وأريد أن أصبح مدرسة . وأود أن يكون الموضوع محل مناقشة في المدرسة حتى لا تقع الفتيات في نفس الخطأ الذي وقعت فيه “ .

فويبي ، ٢٠ سنة ، أوغندا

الرعاية ، وكيفية العثور عليها في الوقت المناسب .
والفتيات اللاتي لا تحصلن على الرعاية السابقة للولادة
هن أقل احتمالاً لأن تكن مهيبات للتصدي لحالة طوارئ
قبل الولادة أو أثناءها أو بعدها . وقد تكون النساء في
المناطق الريفية على بعد عدة كيلومترات من أقرب مرفق
للرعاية الصحية (World Health Organization and
UNFPA, 2006) . وقد يكن أبعد بكثير عن أي مرفق
يمكن أن يوفر لهن الرعاية التوليدية الطارئة .

والبرازيل هي أحد البلدان التي اتخذت خطوات
لزيادة فرص الحصول الفتيات الحوامل على الرعاية
السابقة للولادة وأثناء الوضع وبعد الولادة . ويعتبر معهد
باهيا (Bahia) لعلوم ما حول الولادة (IPERBA) ، أحد
مراكز الإحالة لحالات الحمل العالية الخطورة في ولاية
باهيا ، وهي ولاية فقيرة تقع في شمال شرق البلد .
ويتصدى فريق المعهد المتعدد التخصصات لكثير من
الأبعاد المتعلقة بالولادة: مثل عمليات الولادة الحساسة
التي تركز على المريض ، ومنع انتقال فيروس نقص
المناعة البشرية والزهري من الأم إلى الطفل ، وتقديم
المساعدة إلى الناجيات من العنف الجنساني . ومعروف عن
المستشفى أيضاً أنه يقدم الرعاية المتخصصة للمراهقات
الحوامل . ويعالج أكثر من ١٠٠٠ حالة سنوياً ، تمثل نسبة
٢٣ في المائة من جميع حالات الولادة هناك .

ويأخذ برنامج خيارات الحياة الأفضل في الهند بنهج
كلي في ما يقدمه من خدمات للمراهقات الحوامل
في العشوائيات الحضرية في دلهي ، ومنطقة
مادهيا برادش الريفية ، ومنطقة غوجارات الريفية .
ويدمج البرنامج خدمات التعليم ، وسبل كسب
الرزق ، والمهارات الحياتية ، والتدريب على محو
الأمية ، والتدريب المهني ، والصحة الإنجابية ،
بهدف عام يتمثل في توسيع نطاق الخيارات الحياتية
المتاحة للفتيات (World Health Organization ,
2007) . ويشجع البرنامج أيضاً على تحقيق التحول
الاجتماعي من خلال تعليم الوالدين ، والقائمين على
اتخاذ القرارات داخل الأسر والمجتمعات المحلية .
وخلص تقييم للبرنامج إلى أن الفتيات اللاتي
شاركن في البرنامج كن أكثر احتمالاً ممن لم تشاركن

فيه لاتباع النظم الغذائية السابقة للولادة (استخدام
المكملات الغذائية من الحديد والفولات) والولادة في
مستشفى أو في المنزل تحت رعاية قابلة ماهرة .
وكلما طالت فترة بقاء الفتيات خارج المدارس ،
قلت فرصهن للعودة إليها . وتحتاج المراهقات الحوامل
أو الأمهات حديثات العهد إلى وجود سياسات مدرسية
على الصعيدين الوطني والمحلي لتمكينهن من البقاء
في الدراسة أو العودة إليها . ولكن حتى مع وجود هذه
السياسات الداعمة ، فإن كثيرات منهن قد لا يستأنفن
تعليمهن . وعلى سبيل المثال ، فرغم التشريعات المتقدمة
في جنوب أفريقيا التي تتيح للشابات العودة إلى الدراسة
بعد الحمل ، فإن نحو الثلث فقط عدن بالفعل إلى النظام
المدرسي (Grant and Hallman, 2006) . ولتحسين
هذا الوضع ، فإن بعض الفتيات ستكن في حاجة
إلى رعاية أطفالهن ، وإلى الدعم المالي ، وإلى الدعم
والإرشاد المخصص لهن بصورة فردية وحسب كل حالة
على حدة لتمكينهن من مواجهة مسؤولياتهن الجديدة
والإحساس بأنهن مختلفات عن أقرانهن .
ويساعد مركز المرأة التابع المؤسسة جامايكا الفتيات
تحت سن ١٧ سنة اللاتي انقطعن عن الدراسة أو اضطررن
لتركها بسبب الحمل . ويسمح للأمهات المراهقات بمواصلة
تعليمهن في فروع المركز الأقرب إليهن فترة دراسية
واحدة على الأقل ، وبعد ذلك يعدن إلى نظام التعليم

” لقد أنجبت طفلي الأول وعمري ١٤
سنة والثاني وعمري ١٧ سنة . ولكي
أتمكن من العيش مع طفلي ، فإنني
أعمل في حدائق الآخرين مقابل ٧٠٠
فرنك رواندي [نحو دولار واحد]
يومية أو أقوم بغسل ملابسهم “ .
إميريتيه ، ١٨ سنة ، رواندا

الأطفال بتلقين صغار المراهقين حول المساواة بين الجنسين وتوعيتهم بمسائل من قبيل التمييز والعنف الجنساني . بيد أن بلداناً كثيرة لم تعر اهتماماً يذكر لهذه الفئة العمرية سوى العمل على إيقاظهم في الدراسة . وقد يفترض مقرر السياسات أن المراهقين في سن ١٠ إلى ١٤ سنة يخضعون لحماية الوالدين أو الأوصياء ، ومن ثم فإنهم يضعون البرامج التي تعتمد على مشاركة الوالدين . ولكن بالنسبة لبعض صغار المراهقين ، قد لا يكون الوالدين موجودين في حياتهم أصلاً .

إشراك الفتيان والرجال

من شأن المواقف الجنسانية التي يعبر عنها الرجال والفتيان أن تؤثر تأثيراً مباشراً على صحة ورفاه النساء والفتيات . ويعد تعزيز المساواة بين الجنسين من خلال تمكين المرأة وإشراك الرجال من الأمور الأساسية اللازمة لتحقيق عدد من الأهداف الإنمائية ، مثل الحد من الفقر وتحسين الصحة الجنسية والإنجابية . ويمكن لعلاقات الرجال والفتيان بالنساء والفتيات أن تدعم أو تعيق بلوغ هذه الأهداف (UNFPA, 2013b) .

وكشف استعراض أجري للإجراءات التي اتخذت لإشراك الرجال والفتيان في تصحيح أوجه عدم المساواة في التدخلات الصحية عن أن البرامج التي يتم تصميمها جيداً بمشاركة الرجال والفتيان يمكن أن تؤدي إلى حدوث تغييرات في المواقف والسلوكيات في مجالات من قبيل الصحة الجنسية والإنجابية ، وصحة الأم والوليد ، والوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية ، والتواصل الاجتماعي بين الجنسين (World Health Organization, 2007) . وتعد البرامج المتكاملة ، وبخاصة البرامج التي تجمع بين التوعية المجتمعية ، والتعبئة ، والحملات الإعلامية ، مع التنقيف الموجه للفتيات ، من أنجح السبل لتغيير السلوك (UNFPA, 2013b) .

ويعد الوصول إلى الشباب استثماراً جيداً بوجه خاص لأنهم أكثر استجابة للمعلومات الصحية وللفرص التي تتيح النظر إلى العلاقات بين الجنسين نظرة مختلفة . وتظهر البحوث أن التصورات غير السليمة المتعلقة

الرسمي بعد أن يضعن مواليدهن . وهناك سبعة مراكز رئيسية تابعة للمؤسسة ، وثمانية مراكز للتوعية تقدم خدمات تشمل مواصلة التعليم للأمهات المراهقات . وبالمقارنة مع الأمهات المراهقات اللاتي لم تشارك في برنامج المركز ، فقد انخفض معدل تكرار الحمل بين المشتركات في البرنامج ، وواصلت المزيد من الفتيات تعليمهن ، بما في ذلك حضور الامتحانات والعودة إلى الانضمام إلى نظام التعليم الرسمي .

الوصول إلى الفتيات في سن ١٠ إلى ١٤ سنة

هناك عدد من المبادرات التي وصلت أو استهدفت الوصول إلى المراهقات في سن ١٤ سنة أو أقل ، التي تختلف احتياجاتهن وظروفهن وأوجه ضعفهن اختلافاً شديداً عن المراهقات الأكبر سناً . وأدت التدخلات الأكثر نجاحاً في هذا المجال إلى تعزيز المساواة بين الجنسين ، وساعدت على إبقاء الفتيات في المدارس أو قللت من حدة الفقر ومن الحوافز الاقتصادية التي تدفع إلى زواج الأطفال بين شرائح المجتمع الأشد حرماناً (Blum et al., 2013) .

ومن بين المبادرات العديدة التي حققت نجاحاً كبيراً في هذا المجال برنامج المهارات الحياتية في مهارشتا ، بالهند ، وبرنامج برهان هيوان في إثيوبيا ، وبرنامج الفرص المفتوحة في غواتيمالا ، والتي سبقت الإشارة إليها أعلاه . وتمثل إحدى المبادرات الناجحة الأخرى في مشروع برنامج صحة الأسرة في رواندا (FAM) ، وهو برنامج تدريب تفاعلي يستهدف الفتيات في سن ١٠ إلى ١٤ سنة ويتناول قضايا مثل البلوغ ، والخصوبة ، والعادات الجنسانية ، والتواصل ، والعلاقات بين الأشخاص . وقد أعد البرنامج ونفذه معهد الصحة الإنجابية في رواندا بالاشتراك مع منظمة الخدمات الغوثية الكاثوليكية ، وأسفر المشروع عن زيادة المعارف وتحسين التواصل بين الطفل والوالدين في ما يتعلق بالحياة الجنسية وأدوار الجنسين .

ومن خلال برنامج ”منهاج تقرير الخيارات“ في نيبال ، الذي وضعته منظمة إنقاذ الطفولة ، تقوم نوادي

بالجنس، بما في ذلك اعتبار المرأة كائنًا جنسيًا، واعتبار الجنس غاية في حد ذاته، واللجوء إلى الضغط أو القوة للحصول على الجنس، هي أمور تبدأ في مرحلة المراهقة. وهناك أشكال من التمييز الجنساني تؤثر على الفتيات والنساء، ولكن التصورات السائدة بين الشباب والمراهقين حول مفهوم الذكورة تشكل قوة دافعة وراء السلوكيات الذكورية للمجازفة بالمخاطر، بما في ذلك العنف في الشوارع والممارسات الجنسية غير الآمنة (UNFPA, 2013b). ومن شأن تعزيز فرص الفتيان والشباب في المشاركة في دعم جهود تحقيق المساواة بين الجنسين أن تكون ذات تأثير ليس فقط على النساء

والفتيات ولكن أيضاً على حياة الشباب أنفسهم. فهؤلاء الشباب هم أكثر احتمالاً لأن ينمو وسط أجيال من الرجال الذين يؤيدون مبادئ الإنصاف بين الجنسين. وبدعم من صندوق الأمم المتحدة للسكان، اتبعت نيكاراغوا "نهجاً تحويلياً جنسياً" إزاء منع العنف الجنسي والحمل من خلال مبادرة تواني لا تميز بين الجنسين (Que Tuani No Ser Machista). وتتحدى البرامج التحويلية الجنسانية القواعد والعلاقات الجامدة وتحدث فيها أثراً تحويلياً، وعادة ما يتجاوز هذا الأثر المستوى الفردي ليشمل أيضاً العوامل المتصلة بالعلاقات بين الأشخاص والعوامل الثقافية الاجتماعية والهيكلية

جامايكا تطرح نموذجاً لمنع حمل المراهقات ودعم الأمهات صغيرات السن

ومن خلال البرنامج، يمكنهن متابعة تعليمهن في أقرب مركز من مراكز المرأة لفترة لا تقل عن فصل دراسي ثم يعدن بعد ذلك إلى نظام التعليم الرسمي بعد أن تضعن موليدهن.

وتقوم المؤسسة بتشغيل سبعة مراكز رئيسية وتسعة مواقع للتوعية عبر جامايكا، وأتاحت فرص التعليم المستمر لما يبلغ عددهم ١٤٠٢ من الأمهات المراهقات في السنة الدراسية ٢٠١١-٢٠١٢، نجح أكثر من نصفهن في العودة إلى نظام التعليم الرسمي. ويقدم المركز أيضاً طائفة من الخدمات الأخرى مثل مرافق الرعاية النهارية وخدمات الإرشاد السريعة للنساء والرجال من كل الأعمار. ويشمل ذلك تقديم خدمات الإرشاد إلى "الآباء صغار السن"، ووالديهم، وكذلك والدي الأمهات المراهقات.

وضع تنظيم الأسرة في صميم البرامج

يعد تنظيم الأسرة جزءاً لا يتجزأ من عناصر برنامج الإرشاد الذي تقدمه جميع فروع مركز المرأة في جامايكا، وكان صندوق الأمم المتحدة للسكان شريكاً للمنظمة على مدى سنوات حيث ساعد في التقليل من حالات الحمل الثانية غير المرغوب فيها بين الأمهات اللاتي تتلقين خدمات الإرشاد.

ويتم تزويد الأمهات صغيرات السن، بعلم الوالدين وموافقتهم، بمعلومات الصحة الجنسية والإنجابية ووسائل الحمل التي يختارونها لمساعدتهن على تأخير الحمل الثاني وتمكينهن من إتمام تعليمهن. وبدعم من صندوق الأمم المتحدة للسكان، قام مركز المرأة بتوزيع أكثر من ١٠٠٠٠ من

"لقد كانت تجربة مريعة أن أصبح حاملاً في هذه السن المبكرة. لقد أسقط في يدي حينما اكتشفت أنني حامل"، هكذا تحدثت جويل ذات السابعة عشرة من العمر وهي تحكي بتأثر عن الاضطراب الذي سببه حملها في سنوات المراهقة المبكرة. وتذكر جويل قائلة "كان المفروض أن تكون السنة النهائية في المدرسة الثانوية. كنت سأخرج وأكون موضع فخر والدي. وشعرت بالهلع والخزي والدمار حينما اكتشفت أن كل ما فكرت فيه لن يحدث".

وكانت جويل إحدى فتاتين تحدثتا بإخلاص عن تجربتهما مع السيدة الأولى لبوركينا فاسو، شانثال كومباوري، وفريقها، حينما كانوا في كينغستون، جامايكا، للتعرف على استراتيجيات الحكومة للتصدي لحمل المراهقات في البلد. وبرنامج الأمهات المراهقات التي تضطلع به مؤسسة جامايكا للمراكز المعنية بالمرأة، والذي التحقت به جويل، يعد واسطة العقد في هذه الاستراتيجيات، وأحد البرامج التي يعدها صندوق الأمم المتحدة للسكان من برامج "الممارسات الجيدة"، كما يعد نموذجاً تحتذي به بلدان أخرى في تصديها لمسألة حمل المراهقات. ووصفت جويل المنظمة وأخصائيي الإرشاد الذين يتولوا رعايتها خلال تلك الفترة الأليمة بأنهم أشبه "برجال مكافحة الحريق الذين أنقذوني من الجحيم العقلي الذي كنت أعيش فيه".

تحقيق النتائج

منذ عام ١٩٧٨، يواصل برنامج الأمهات المراهقات في جامايكا تقديم خدمات التعليم، والإرشاد، والتدريب على المهارات العملية للأمهات تحت سن ١٧ سنة.

” دائماً ما أتخيل ماذا كانت ستصبح عليه حياتي لو أنني قابلت ، قبل الحمل ، شخصاً يعلمني كيف أن أكون قاطعة في رأيي ، شخصاً يحدثني عن العلاقات وعن مزايا ومساوئ الانخراط في الجنس في سن مبكرة . ربما لو كان قد حدث ذلك لما كنت في حالتي هذه “ .

سويتون ، ٢٠ سنة ، زمبابوي ، حملت في سن ١٥ سنة

والمجتمعية التي تؤثر على المواقف والسلوكيات بين الجنسين (Promundo, 2010) .

ومن خلال التثقيف الجماعي وحملات الدعوة ، حفزت المبادرة النيكاراغوية الفتيان بين سن ١٠ و ١٥ سنة في ٤٣ من المجتمعات المحلية على إعمال فكرهم في معنى الرجولة وما يقتضيه هذا المفهوم ، وشجعتهم على التشكك في القواعد والقوالب النمطية القائمة المتعلقة بالجنسين . واشتمل التثقيف الجماعي على تدريبات يقوم فيها الفتيان بالتعبير عن مشاعرهم ، وخاصة إزاء مفهوم الرجولة . وشارك في المرحلة الأولى من هذه المبادرة (٢٠٠٩-٢٠١٠) قرابة ٣٠٠٠ مراهق و ٢٠٠٠٠ في المرحلة الثانية (٢٠١٠-٢٠١١) .

التعليم الرسمي بعد أن يضعن مواليدهن . وعلاوة على ذلك سيتاح للأمهات الصغيرات أن يخترن إما الالتحاق بمدرسة جديدة أو العودة إلى المدرسة التي تركنها . ويقول رونالد ثويتس ، وزير التعليم في جامايكا ” إن تعليم بناتنا يعطي القوة لثقافة جامايكا وتاريخها . وغابتنا أن نوفر التعليم لكل فتاة أياً كانت ظروفها حتى لو أصبحت حاملاً وكان لديها طفل . فإننا نريد أن نعطي من شأنها والتأكد من حصولها على أفضل الفرص . فنحن من البلدان التي تمنح فرصاً ثانية “ .

الابتكار يولد النجاح : إشراك الرجال ودور الحضنة

في حين شكل التصدي للتحديات التي تواجه الأمهات الصغيرات الأولوية الرئيسية ، فإن إشراك الرجال وتزويدهم بالمعلومات والإرشاد شكل أيضاً عنصراً رئيسياً في الاستراتيجية الناجحة لمركز المرأة . وكجزء من خدمات إرشاد الأقران التي يقدمها المركز حالياً ، قام صندوق الأمم المتحدة للسكان بتقديم الدعم لتدريب ٥٠ من الشباب في منطقتي كليريندون ومانشستر في جامايكا . ومن خلال الاضطلاع بأنشطة شتى ، يقوم هؤلاء الشباب بتوعية أقرانهم بمسائل الصحة الجنسية والإنجابية ، بما في ذلك تنظيم الأسرة ، والوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية ، وخدمات الصحة الإنجابية . ويقوم الشباب بزيارات إلى المراكز أو مواقع التوعية القريبة من منازلهم ويقدمون تقارير عن أنشطتهم إلى القائمين على إدارة شؤون التوعية بهذه المراكز والمواقع .

الرفالات الذكرية و ٦٠٠٠ من الرفالات الأنثوية في الفترة ما بين ٢٠٠٨ و ٢٠١١ فقط .

وعلى مر السنوات ، نجح المركز في إبقاء معدل الحمل الثاني للأمهات المراهقات المتحقات بالبرنامج دون ٢ في المائة . كما كان له أثره الفعال في مساعدة الطالبات على إتمام دراستهن الثانوية بل والتقدم إلى التعليم الجامعي .

العودة إلى الدراسة : نجاح الدعوة

في جامايكا ، تكون النتيجة الفورية لحمل المراهقات هي الفصل من المدرسة ، ولذلك فإن إعادة إدماج الأمهات المراهقات في نظام التعليم الرسمي تعد من الأولويات .

وقد أثمرت هذه الجهود مؤخراً فحققت إنجازاً تاريخياً تمثل في وضع ”السياسة المتعلقة بإعادة إدماج الأمهات المراهقات في نظام التعليم الرسمي“ ، التي أقرها مجلس الوزراء في أيار/مايو ٢٠١٣ . ومن شأن هذا الإنجاز في مجال السياسات ، والذي تزعمه مركز المرأة في مؤسسة جامايكا ووزارة التعليم ، وبدعم من صندوق الأمم المتحدة للسكان ، سيشجع لجميع الأمهات في سن الدراسة مواصلة تعليمهن بعد وضع مواليدهن .

واعتباراً من أيلول/سبتمبر ٢٠١٣ ، حينما بدأ تطبيق السياسة الجديدة ، لن تواجه الأمهات المراهقات بعد ذلك خطر حرمانهن من العودة إلى الدراسة . وحوّلت المدارس بقبول إعادة الأمهات المراهقات إلى نظام

برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية ودور الرجال

يدعو المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الزعماء إلى أن " ... يشجعوا مشاركة الرجل الكاملة في حياة الأسرة وإدماج المرأة بشكل تام في الحياة المجتمعية"، وإلى ضمان أن "يصبح الرجل والمرأة شريكين متكافئين" (الفقرتان ٤-٢٤ و ٤-٢٩). ويلاحظ برنامج العمل أنه ينبغي "بذل جهود خاصة لإشراك الرجل وتشجيعه على الاشتراك النشط في الأبوة المسؤولة، والسلوك المتعلق بالجنس والإنجاب، بما في ذلك تنظيم الأسرة؛ وصحة الأم والطفل في مراحل ما قبل الولادة؛ والوقاية من الأمراض التي تنقل بالاتصال الجنسي، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية؛ والوقاية من حالات الحمل غير المرغوب فيها والتي تنطوي على مخاطرة كبيرة" (الفقرة ٤-٢٧).

إشراك الفتيان عن طريق وسائل الإعلام والابتكارات التكنولوجية

على الصعيد العالمي، أظهرت الحملات الإعلامية قدراً من الفعالية في مجال الصحة الجنسية والإنجابية (بما في ذلك أنشطة الوقاية والعلاج والرعاية والدعم المتصلة بفيروس نقص المناعة البشرية)، والعنف الجنساني، والأبوة، وصحة الأم والوليد والطفل. وعادة ما يتجاوز أثر الحملات الفعالة مجرد تقديم المعلومات التي تشجع الفتيان والرجال على الحديث عن مسائل محددة، مثل العنف الجنسي ضد المرأة. فبعض الحملات الفعالة تستعين أيضاً بإطلاق رسائل تتصل بأساليب الحياة المتعلقة بالجنسين، على نحو يشجع أو يعزز أنماطاً محددة من الهوية الذكورية. ويبدو أن الحملات الإعلامية في حد ذاتها لا تنتج سوى أثر محدود في تغيير السلوك لكنها تحدث تغييراً كبيراً في النوايا السلوكية (Bard et al., 2007).

ودعم صندوق الأمم المتحدة للسكان تصميم لعبة فيديو إلكترونية تسمى Breakaway، وهي لعبة كرة قدم إلكترونية تهدف إلى توعية الفتيان بين سن ٨ و ١٦ سنة بشأن العنف ضد الفتيات والنساء. وفي هذه اللعبة، يواجه اللاعب مواقف حياتية حقيقية تعكس تجارب الفتيان والشباب من قبيل حالات الضغوط والمنافسة

والتعاون بين الأقران، والعمالة الجماعية، والتسلط والقوالب النمطية الجنسانية السلبية. وتتيح اللعبة خيارات للاعبين تسمح لهم باتخاذ قرارات، ومواجهة النتائج، وبالتفكير وممارسة السلوكيات في شكل لعبة وحكاية. ومن خلال مباراة كرة القدم التفاعلية يتعلم اللاعبون أن الأمور ليست كما تبدو وأن خياراتهم وتصرفاتهم تؤثر على حياة كل من هم حولهم. وقد أطلقت اللعبة لأول مرة ووزعت محلياً في أفريقيا أثناء دورة كأس العالم التي نظمتها الاتحاد الدولي لكرة القدم في حزيران/يونيه ٢٠١٠، وسوف توزع الآن عالمياً على الإنترنت باللغات الإنكليزية والفرنسية والإسبانية والبرتغالية. ويقوم عدد من المكاتب القطرية لصندوق الأمم المتحدة للسكان والجهات الشريكة معه بدعم الاستفادة من هذه الأداة من خلال إتاحة فرص النشر والتوعية.

خاتمة

كثير من الإجراءات التي اتخذتها الحكومات، والمجتمع المدني، والمنظمات الدولية والتي ساعدت الفتيات على منع الحمل لم تصمم لهذا الغرض على وجه التحديد. فالتدخلات المتعددة الأبعاد التي تهدف إلى تنمية رأس المال البشري للفتيات، وتركز على دورهن في اتخاذ القرارات بشأن صحتهن الإنجابية وحياتهن الجنسية، وتعزز المساواة بين الجنسين واحترام حقوق الإنسان ثبت أن لها تأثيرها على منع حالات الحمل.

ومعظم البرامج التي أبرزها هذا الفصل جرى تقييمها واعتبرت ذات فعالية في دعم بعض جوانب انتقال الفتيات المأمون والصحي من مرحلة المراهقة إلى مرحلة الرشد. وبعض فئات هذه التدخلات — مثل توفير التثقيف الجنسي الشامل — قيمت أيضاً بوجه عام واعتُبر أن لها فعاليتها في زيادة المعارف بشأن الصحة الجنسية والإنجابية، بما في ذلك وسائل منع الحمل، وتغيير سلوكيات الفتيان والفتيات، أو زيادة استعمال وسائل منع الحمل.

ومع ذلك هناك الكثير من المبادرات المبتكرة، التي لم تُبرز في هذا الفصل، والتي تهدف إلى الحد من انتشار

نحو بداية جديدة في الفلبين

قبل أن تصبح جيا حاملاً وهي في سن ١٧ سنة، كانت تعتبر نفسها مراهقة عادية وستظل على علاقة بصديقاتها وأصدقائها رغم معارضة والديها اللذين رأيا أنها ينبغي أن تلتزم المنزل وترتكز على دروسها إلى أن تنتهي من دراستها.

وتقول جيا إنه على الرغم من أن حملها جاء بصورة غير متوقعة، فإنها كانت منتشية وسعيدة بأنها سرعان ما سيكون لديها طفل، مثلما فعلت بعض صديقاتها. وكان صديقها أيضاً سعيداً بذلك، ولكن لأنه كان بدون عمل ويعتمد على والديه، لم يكن بمقدوره أن يعرض عليها أي مساعدة.

وذات يوم، توجهت جيا إلى أحد المراكز الصحية في باغو لإجراء فحص طبي. وكان أحد العاملين بالمركز يعرف جيا فأبلغ الأمر إلى أمها، التي ثارت ثائرتها حينما علمت بالحمل لكنها مع ذلك وعدت بمساندة ابنتها وكانت ترافقها بانتظام إلى أحد المستوصفات للحصول على الرعاية السابقة للولادة.

وأثناء فترة الحمل، استمرت جيا في دراستها، لكنها انقطعت عن الدراسة بعد أن وضعت.

وبعد بضعة أشهر، دعيت مع والديها وأخيها الأصغر للمشاركة في دورة دراسية لتتقيد الوالدين وأفراد الأسرة بشأن صحة ونماء المراهقين، ولتزويدهم بالمعارف والمهارات التي تمكنهم من فهم التحديات التي تواجه الأمهات المراهقات ومساعدتهن على ما تواجهنه من ضغوط. واستضاف الدورة الدراسية مركز أكسيس للشباب سالاس، الذي أنشأته حكومة مدينة باغو عن طريق مكتب السكان بالمدينة في إطار شراكة مع مؤسسة رافائيل سالاس وبمساعدة تمويلية من صندوق الأمم المتحدة للسكان في الفلبين.

ويضم مركز أكسيس موظفين مدربين من أخصائيي الإرشاد من الشبان الأقران، ويعنى المركز باحتياجات الشباب داخل المدرسة وخارجها. وقالت جيا إنها بعد أن حصلت على التدريب، تفهم والداها حالتها بشكل أفضل، وقدما لها المزيد من الدعم والتشجيع. وأضافت قولها إن خطوط التواصل مع والديها تحسنت أيضاً بصورة كبيرة.

وبفضل الدعم الذي حصلت عليه جيا من والديها ومن مركز أكسيس تمكنت من العودة إلى مدرستها. وزودها المركز أيضاً بوسائل منع الحمل لمساعدتها في تأخير حملها الثاني حتى تكمل دراستها، التي قالت إنها ستساعدها في الحصول على وظيفة مناسبة توفر لها ما يلزم من أموال لإعانة أسرتها.

— إنجي تانغ، لجنة السكان

زواج الأطفال، وإلى الإبقاء على الفتيات في المدارس، وتغيير المواقف إزاء الأدوار الجنسانية والمساواة بين الجنسين وزيادة فرص حصول المراهقين على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، بما في ذلك وسائل منع الحمل، وهي المبادرات التي لم تقيّم بعد لكنها تستلزم مزيداً من الدراسة لتقرير مدى فعاليتها في تحسين حياة الفتيات.

وهناك درسان مهمان يمكن استخلاصهما من تجارب البلدان المبينة في هذا الفصل: أن الاستثمار في الفتيات يمكنهن بطرق عديدة، بما في ذلك إعانتهم على منع الحمل؛ وأن هدم الحواجز التي تحول دون تمتع الفتيات بحقوقهن والتصدي للأسباب الكامنة وراء حمل المراهقات يمكن أن يحقق تحولاً إيجابياً في حياة الفتيات ومستقبلهن.

ومع أن أشد الفتيات ضعفاً، بمن فيهن هؤلاء اللاتي تعشن في فقر مدقع، والمنتميات إلى أقليات عرقية أو شعوب أصلية، والمراهقات الصغيرات جداً في السن واللاتي ترغمن على الزواج، يلزمهن دعم إضافي، إلا أنهن غالباً ما تُستبعدن من برامج التنمية أو الصحة الجنسية والإنجابية. وفي معظم الحالات، تكون البيانات والمعلومات السياقية عن هؤلاء الفتيات شحيحة أو منعدمة، ولا يُعرف الكثير عن أوجه ضعفهن والتحديات التي يواجهنها، وبالتالي فليس مدعاة للدهشة أن عدداً قليلاً من الحكومات أو منظمات المجتمع المدني هي التي قامت بصياغة سياسات أو برامج أو قوانين يكون من شأنها حماية هؤلاء الفتيات أو تمكينهن.

وهناك عدد متزايد من الحكومات التي تستثمر في المراهقات على نحو يؤدي إلى تمكينهن من تجنب الحمل، ولكن قليلاً منها استثمر في النظم والخدمات التي تدعم الفتاة التي أصبحت حاملاً أو أصبح لديها طفل، أو النظم والخدمات التي يمكن أن تحمي صحتها وصحة طفلها وتساعدتها على تحقيق إمكاناتها في الحياة.



भौतिक कैलकुलेटर

1	11	21	31	41	51	61	71	81	91
2	12	22	32	42	52	62	72	82	92
3	13	23	33	43	53	63	73	83	93
4	14	24	34	44	54	64	74	84	94
5	15	25	35	45	55	65	75	85	95
6	16	26	36	46	56	66	76	86	96
7	17	27	37	47	57	67	77	87	97
8	18	28	38	48	58	68	78	88	98
9	19	29	39	49	59	69	79	89	99
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

$$\begin{array}{r} 63 \\ + 45 \\ \hline 33 \end{array}$$

التخطيط للمستقبل



يشكل المراهقون حاضر الإنسانية
ومستقبلها. وحسب ما يتاح لهم من
فرص وخيارات خلال هذه الفترة من
حياتهم، يمكنهم دخول مرحلة الرشد
كمواطنين ناشطين متمكنين، أو أن
يهملوا دون أن يكون لهم أي صوت،
ويطويهم الفقر.

© Mark Tuschman/Educate Girls India

ملايين من الفتيات في البلدان النامية، ونسبة أقل في البلدان المتقدمة النمو، يصبحن حوامل كل عام. ولا جدال في أثر ذلك على صحتهم، وأفاقهن الاقتصادية، وحقوقهن، ومستقبلهن، وبالمثل على أطفالهن، وأسرهن، ومجتمعاتهن.

وقد اتخذت معظم البلدان إجراءات لمنع حمل المراهقات، وفي حالات أقل لدعم الفتيات اللاتي أصبحن حوامل. غير أن معظم التدابير تدور حتى الآن، وفي المقام الأول، حول تغيير تصرف الفتاة، دون معالجة المحددات والدوافع الكامنة وراء ذلك، بما فيها عدم المساواة بين الجنسين، والفقر، والعنف والقسر الجنسي، وزواج الأطفال، والاستبعاد من الفرص التعليمية وفرص العمل، والمواقف السلبية والقوالب النمطية بشأن المراهقات، فضلاً عن عدم مراعاة دور الفتيان والرجال.

وفي عام ١٩٩٤، أقرت الحكومات البالغ عددها ١٧٩ الممثلة في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية

▼ مركز للرعاية الصحية
الملائمة للشباب في
غواتيمالا.

© Mark Tuschman/
Planned Parenthood
Global

بأن عدم كفاية الفرص التعليمية والاقتصادية، والاستغلال الجنسي، عاملان هامان في ارتفاع معدلات الإنجاب بين المراهقات. "ولا يكون لدى المراهقات اللاتي تواجهن خيارات قليلة بادية للحياة في البلدان المتقدمة النمو والبلدان النامية على حد سواء، دافع يذكر لتجنب الحمل والإنجاب". بيد أن هذه الحكومات اعترفت أيضاً بأن احتياجات المراهقات كمجموعة فيما يتعلق بالصحة الإنجابية "تم تجاهلها إلى حد كبير"؛ وطلبت إلى سائر الحكومات توفير المعلومات والخدمات للمساعدة على حماية الفتيات والشابات من الحمل غير المرغوب، وتوعية الشباب من الرجال "باحترام حق المرأة في تقرير مصيرها". وأكدت الحكومات أيضاً في برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية على الحاجة إلى اتخاذ إجراءات لتعزيز المساواة والإنصاف بين الجنسين.

ولا تزال التحديات التي كانت الفتيات تواجهنها في عام ١٩٩٤ باقية حتى الآن، ويزيد من تعقدها الضغوط الجديدة الناشئة عن تكاثر وسائط الإعلام الجماهيرية والاجتماعية التي يمكن أحياناً أن تمجد حمل المراهقات، وأن تعزز المواقف السلبية بشأن الفتيات والنساء. ويوضح برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الطريق إلى الأمام في مساعدة الفتيات على مواجهة التحديات، المستمرة منها والناشئة.

بيد أن التحديات ليست هي نفس التحديات لكل المراهقات. ففي حين أن هناك عدداً متزايداً من الأدلة بشأن محددات الحمل وأثره على الفتيات البالغات من العمر ١٥ عاماً أو أكبر، لم يُضطلع حتى الآن ببحوث تذكر بشأن حالات الحمل بين الفتيات البالغات ١٤ عاماً أو أصغر. إلا أن أثر الحمل على المراهقة الصغيرة جداً يكون، حسب ما نعرف، عميقاً. ويجري في معظم البلدان اليوم اتخاذ إجراءات لمنع الحمل بين المراهقات الأكبر سناً. ومع ذلك فإن قلة من البلدان فحسب بذلت جهداً متروياً للوصول إلى المراهقات الصغيرات جداً اللاتي عادة ما يغفل عنهن واضعو السياسات وبرامج التنمية في كل مكان. ويلزم، على سبيل الاستعجال،



”لقد ضاجعني عمي . ولم أعد
أذهب إلى المدرسة . ففي المدرسة ،
لا يقبلون الفتيات اللاتي تصبحن
حوامل“ .

أفواي ، ١٣ سنة ، كوت ديفوار

أن يكون هناك فهم أعمق للتحديات التي تواجه
الفتيات البالغات من العمر ١٠ إلى ١٤ عاماً ، ويجب
أن تحتل مسألتنا منع الحمل وتقديم الدعم للأمهات
المراهقات الصغيرات جداً على مكان الصدارة في خطط
الحكومات ، والمؤسسات الإنمائية ، والمجتمع المدني ،
للصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية . ففي هذه
الفئة تكمن الحاجة الأكبر ، ولا تزال العقبات عvisية على
القهر .

١ الوصول إلى الفتيات البالغات في سن ١٠ إلى ١٤ سنة

التدخل المبكر بتدابير وقائية

كثيراً ما يغفل واضعو السياسات عن احتياجات
المراهقات الصغيرات جداً - في سن ١٠ إلى ١٤ سنة -
وأوجه ضعفهن والتحديات التي تواجههن . ولكن
التدخلات في هذه المرحلة الحرجة من نموهن ، والتي
تتسم بتغيرات بدنية وإدراكية واجتماعية عميقة تحدث
في سن البلوغ ، لازمة لكفالة انتقال الفتيات الآمن
والصحي من مرحلة المراهقة إلى مرحلة الرشد .
وينبغي أن تعتمد الحكومات ، والمجتمعات المحلية ،
وهيئات المجتمع المدني ، الفرص الناشئة خلال هذه
الفترة التشكيلية للبدء في وضع أسس الصحة الجنسية
والإنجابية والحقوق الإنجابية للفتيات - والتمتع بكل
حقوقهن الإنسانية على الأجل الطويل . والتوقيت
الاستراتيجي للتدخلات الوقائية ، بما في ذلك توفير
التثقيف الجنسي الشامل الملائم للعمر والخطوات الرامية
إلى تمكين الفتيات من الالتحاق بالمدارس والبقاء فيها ،
يتيح الفرصة للتوصل إلى نتائج إيجابية قبل تحديد
ظروف حياة المراهقات الصغيرات .

إبراز صورة الفتيات اللاتي لا يحظين عادة
باتباه واضعي السياسات

ما برح يعوق وضع السياسات الفعالة في العديد
من البلدان ندرة البيانات والمعلومات السياقية بشأن
المراهقات الصغيرات جداً . وينبغي أن يوحد الباحثون

وواضعو السياسات قواهم لسد هذه الفجوة في
البيانات لكفالة عدم إغفال المراهقات الصغيرات جداً
أو استبعادهن من الخدمات ، وكفالة حماية حقوقهن .
وينبغي أن تتضمن التعدادات الوطنية
والدراسات الاستقصائية المقبلة للأسر المعيشية
مجموعة أساسية من الأسئلة حول البالغات من العمر
١٠ إلى ١٤ سنة . وينبغي أن تتناول هذه الأسئلة
ما إذا كان الآباء البيولوجيون لا يزالون على قيد
الحياة ويعيشون داخل الأسرة المعيشية ، وما إذا كانت
المراهقات متزوجات أو أمهات لأطفال ، وما مدى
التعليم الذي حصلن عليه ، وما إذا كن حتى الآن
ملتحقات بالمدارس ، وما إذا كن يشغلن وظائف أو
يعملن خارج المنزل . وينبغي ، حيثما توفرت هذه
البيانات ، أن يكون من السهل الوصول إليها ،
وتحليلها على نحو منفصل عن البيانات المتعلقة
بالفتيات المراهقات الأكبر سناً .

وينبغي ، في الوقت نفسه ، دمج البيانات المتعلقة
بالمراهقات الأصغر سناً والأكبر سناً معاً لتحديد
وإبراز المسار من الطفولة عبر المراهقة إلى مرحلة
الرشد . ويبين هذا التحليل المراحل الحرجة في حياة
الفتيات التي تسبقها نوافذ استثمارية حاسمة الأهمية .
ويمكن استخدام هذه البيانات والتحليلات عند تقديمها
إلى الجهات المعنية في تحديد الأولويات السياسية

في مختلف المجتمعات (World Health Organization, 2011b).

٢ الاستثمار استراتيجياً في تعليم المراهقات

تبين النتائج الأولية التي خلص إليها استعراض عالمي جديد لتقدم البلدان في تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية أن المعدلات الأعلى للإمام بالقراءة والكتابة لدى الفتيات البالغات من العمر ١٥ إلى ١٩ سنة تقترن بمعدلات أدنى بكثير لولادة المراهقات (UNFPA, 2013e). وتعليم جميع الأطفال حق في حد ذاته، ويزيد من قدرتهم على المشاركة اجتماعياً، واقتصادياً، وسياسياً، وفي شؤون مجتمعاتهم. وعندما تبقى فتاة في المدرسة، وتحصل على مستوى معين من التعليم، ولا سيما في أثناء مرحلة المراهقة، يكون من الأكثر احتمالاً أن تتجنب هذه الفتاة زواج الأطفال، وأن ترجى عملية الإنجاب. ومن بين ١٧٦ بلداً وسبعة أقاليم شملتها الدراسة الاستقصائية، أوضحت نسبة ٨٢ في المائة الالتزام بكفالة حصول الفتيات على قدم المساواة على التعليم في جميع المستويات، وأوضحت نسبة تقرب من ٨١ في المائة الالتزام بإبقاء عدد أكبر من الفتيات والمراهقات في المدارس الثانوية. وفي حين أن الالتزام واسع الانتشار، يجب عمل ما هو أكثر بكثير للوصول إلى جميع الفتيات. وخلصت الدراسة الاستقصائية أيضاً إلى أن معدل الولادات لدى المراهقات يكون أقل في المجموعات الأعلى دخلاً، ولكن في كل مجموعات الدخل يكون ارتفاع معدل الإمام بالقراءة والكتابة بين الشابات مقترناً بمعدل ولادات أدنى على نحو ملموس لدى المراهقات. ويقترن الاستثمار في تعليم الفتيات أيضاً بالتمكين العام للفتيات، وتعزيز وضعهن في مجتمعاتهن، وتحسين صحتهن، وزيادة قدرتهن على المساواة في حالات الزواج.

وتتضمن التدابير المحددة لتسهيل عملية القيد في المدارس على الفتيات والبقاء فيها لفترة أطول: إلغاء الرسوم المدرسية؛ وتوفير الزي المدرسي والكتب

والبرنامجية، وكفالة التخصيص المرجح على النحو السليم للموارد، والتأثير على وضع البرامج، بل واستخدامها كأداة للدعوة على الصعيد المجتمعي لضمان إيلاء الاهتمام الواجب للمراهقات الصغيرات والأكبر سناً.

وينبغي أن تكفل البرامج المضاهاة بين الاحتياجات والاتصال الفعلي عن طريق جمع بيانات بسيطة ولكن عالية الجودة للرصد، كي يتسنى الوصول، بمدخلات وتدخلات مناسبة، إلى المراهقات في سن ١٠ إلى ١٤ سنة اللاتي يتعرضن لأخطر خطر فيما يتعلق بالتوقف عن الدراسة، وزواج الأطفال، والعنف والقسر الجنسيين، والحمل المبكر أو العارض.

ومن شأن البحوث بشأن ما يحتاج (ويود) المراهقون الأصغر سناً (والأكبر سناً) من الذكور والإناث أن يعرفوه، ومتى يحتاجون إلى معرفته، فيما يتعلق بتسلسل الأحداث في حياتهم والثقافات التي ينتمون إليها، أن يساعد في تحديد مدى مناسبة "التدخلات من الناحية العمرية"، ومحتوى التدخلات

" كنا في حالة حب، وظننا أنها ستستمر إلى الأبد، ووددنا أن يكون لنا طفل... وبعد أن أدركنا حدوث الحمل، أصابنا الفزع... فأنت لا تعرف ماذا تواجه أو حتى ما هو آت... وعرقل الحمل دراستي في المدرسة... وكنت أتعهد طفلي بالرعاية، واعتدت على أن أنظر إلى زملائي في المدرسة من النافذة، ورحت أفكر في أنه كان يمكنني أنا أيضاً أن أذهب إلى المدرسة".

دنيا، ٣٤ سنة، حامل في سن ١٧ سنة، كوستاريكا

واللوازم المدرسية بالمجان؛ وتقديم وجبات مجانية؛ وتقديم منح دراسية للفتيات المنتميات لأسر منخفضة الدخل؛ واستخدام التحويلات النقدية المشروطة لإلحاق الفتيات بالمدارس والبقاء والإجادة فيها؛ وتوظيف المعلمات والاحتفاظ بهن؛ وتوفير بيئة آمنة للفتيات في غرف الدراسة وفي طريقهن إلى غرف الدراسة وإلى منازلهن. وتشكل نوعية تعليم الفتيات، وكيفية معاملة الزملاء في غرف الدراسة والمعلمين والموظفين لهن، محددات هامة لما إذا كن سيحافظن على البقاء في المدرسة. ويمكن أيضاً أن تساعد توعية الآباء والأسر بشأن المزايا الطويلة الأجل لتعليم الفتيات على إبقائهن في المدرسة.

وفي العديد من البلدان، تفصل الفتيات اللاتي يصبحن حوامل، ولا يسمح لهن بالعودة بعد الولادة، مما يقوض مستقبلهن، ويحرمهن من واحد من حقوقهن الإنسانية الأساسية. وخلصت الدراسة الاستقصائية العالمية للبلدان بشأن تنفيذ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية إلى نتيجة مؤداها أن نسبة ٤٠ في المائة من البلدان ملتزمة بتيسير إتمام الفتيات الحوامل للدراسة في المدرسة. ويتطلب تمكين الفتيات من إتمام تعليمهن وضع، وسن، وإنفاذ سياسات تسمح للفتيات بالعودة إلى المدرسة بعد الحمل أو الولادة، وتوفير خدمات رعاية الطفل والدعم المادي والمشورة للأمهات صغيرات السن، أو توفير تعليم بديل وتدريب على المهارات للفتيات اللاتي لا يعدن إلى التعليم المدرسي النظامي. وتقلل هذه الاستراتيجيات أيضاً من حالات الحمل الثاني، وتحسن الاحتمالات للأُم الصغيرة وطفلها.

٣ اعتماد نهج تقوم على حقوق الإنسان وتفي بالالتزامات الدولية بحقوق الإنسان

يمكن أن تزيل التدخلات التي تحترم حقوق الإنسان العقبات التي تحول دون تمتع الفتيات بحقوقهن في التعليم، والصحة، والأمن، وحقوقهن في السلامة من العنف والتمييز والفقر. ويمكن أن تساعد هذه

النهج الحكومات على علاج الكثير من الأسباب الكامنة وراء حمل المراهقات، بما في ذلك عدم المساواة المتأصلة بين الجنسين، وعدم المساواة في الحصول على الخدمات والتمتع بالفرص، وزواج الأطفال. ويمكن أيضاً أن تساعد على تحويل القوى الاجتماعية والاقتصادية العاملة ضد الفتاة المراهقة حتى إلى قوى أكبر تدعم تنميتها وصحتها واستقلاليتها ورفاهتها وتمكينها.

ويقتضي اعتماد نهج تقوم على حقوق الإنسان أيضاً وفاء الدول بالتزاماتها كجهات تضطلع بمسؤوليات بموجب صكوك حقوق الإنسان، مثل اتفاقية حقوق الطفل، والإعلان العالمي لحقوق الإنسان. ولهذا تكون الحكومات مسؤولة أمام مواطنيها - أصحاب الحقوق - لكفالة تمكين القوانين والسياسات الوطنية للجميع من ممارسة كل حقوقهم الإنسانية والامتثال لمعايير حقوق الإنسان، بما فيها على سبيل المثال لا الحصر، الاعتراف بمعيار "قدرة الطفل المتنامية" وتطبيقه بشأن إمكانية الحصول على المعلومات والخدمات المتعلقة برعاية الصحة الجنسية والإنجابية. وينبغي أن يشارك المراهقون أنفسهم في وضع ورصد القوانين والسياسات التي تؤثر على صحتهم الجنسية والإنجابية.

ولن تحقق آليات الإبلاغ عن انتهاكات الحقوق الإنجابية، والتحقيق فيها، وتقديم دعاوى بشأنها، شيئاً يذكر إذا لم يتمكن المراهقون من الوصول إليها، وإذا لم يعرفوا حتى بوجودها. لهذا تكتسي عمليات وضع نظم تتسم بالفعالية والاستجابة للمساءلة، وتعريف جميع الجهات المعنية بها، بأهمية حاسمة. وعلاوة على ذلك، يمكن أن تساعد عمليات جمع وتحليل البيانات المقسمة حسب العمر والدخل والمتعلقة بحالات حمل المراهقات على كفالة أن تلبى القوانين والسياسات على النحو المناسب احتياجات جميع قطاعات السكان، ولا سيما المراهقين المهمشين منهم، وطلباتهم غير الملباة فيما يتصل بالخدمات. وتكون البيانات نادرة على نحو خاص عن الفتيات البالغات من العمر ١٠ إلى ١٤ عاماً، إلا أن هذه الأرقام تكتسي بأهمية كبيرة لأنها يمكن أن تؤدي إلى

أصلية وأقليات عرقية – أن تسهم في تحسين صحة الفتيات والفتيان، وأن تعزز العلاقات المتكافئة بين الجنسين، وأن تساعد على منع الحمل، ومن ثم تساعد الفتيات على البقاء في المدارس، وتحقيق كامل إمكاناتهن.

تعزيز المساواة بين الجنسين والجوانب المتعلقة بالحقوق في المناهج الدراسية

يبين البحث أن برامج التثقيف الجنسي الشامل التي كان لها أكبر الأثر على تخفيض معدلات حمل المراهقات والأمراض المنقولة جنسياً كانت هي تلك التي عالجت مسائل الجنسانية ومساائل القدرة (Haberland and Rogow, 2013). وتشير الدراسات إلى أن الشباب الذين يؤمنون بالمساواة بين الجنسين يصلون فيما يتعلق بالصحة الجنسية إلى نتائج أفضل من تلك التي يصل إليها نظراؤهم (International Sexuality and HIV Curriculum Working Group, 2011).

وينبغي، بناءً على ذلك، أن يتناول التثقيف الجنسي الشامل مسألتين الجنسانية والحقوق بطريقة هادفة. فالشباب الذين يأخذون، بالمقارنة بنظرائهم، بمواقف قائمة على المساواة بشأن الأدوار الجنسانية يحتمل على نحو أكبر أن يرجئوا بدء النشاط الجنسي، وأن يستعملوا الرفالات، وأن يمارسوا أساليب منع الحمل؛ كما أنهم يتعرضون إلى معدلات أدنى للإصابة بالأمراض المنقولة جنسياً والحمل العارض (Dupas, 2011).

ومن الأكثر احتمالاً، علاوة على ذلك، أن يكون التثقيف الجنسي فعالاً في حماية صحة المراهقين ومنع الحمل إذا كان مناسباً للعمر، وشاملاً، ويقوم على الأدلة، ويستند إلى القيم الأساسية وحقوق الإنسان، ويراعي الاعتبارات الجنسانية، ويشجع النمو الأكاديمي والتفكير النقدي، ويعزز المشاركة الوطنية، ويكون مناسباً من الناحية الثقافية.

غير أن الصورة لا تزال مدعاة للقلق في ما يتعلق بالوصول إلى المراهقين المهمشين، بمن فيهم من يعيشون

فهم الاحتياجات الفريدة لهذه المجموعة التي يجري إغفالها في الكثير من الأحيان، وأوجه ضعفها، والتحديات التي تواجهها.

وفي المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، سلّمت الحكومات من كل أنحاء العالم بالاحتياجات الخاصة للمراهقين والشباب، والحوافز الفريدة التي يواجهونها في الحصول على المعلومات والخدمات الجيدة المتعلقة بالصحة الإنجابية. ووافقت الحكومات المشاركة على إزالة العوائق التنظيمية والقانونية والاجتماعية التي تحول دون حصول المراهقين على الخدمات. واتفقت أيضاً على وجوب أن تحمي الخدمات الصحية حقوق المراهقين في الخصوصية والسرية، وتطبيق معيار القدرات المتنامية على الاستقلالية في صنع القرارات.

٤ كفالة إمكانية حصول المراهقين على التثقيف الجنسي الشامل، والخدمات ورعاية صحة الأم

توسيع إمكانية الحصول على التثقيف الجنسي الشامل

يوفر التثقيف الجنسي الشامل الملائم للعمر للمراهقين معلومات حيوية الأهمية عن منع الحمل والأمراض المنقولة جنسياً، بما فيها فيروس نقص المناعة البشرية؛ ويمكن أن يعزز المساواة بين الجنسين. وتبين الدراسة الاستقصائية العالمية المجراة في إطار المؤتمر الدولي للسكان والتنمية أن نسبة حوالي ٧٦ في المائة من البلدان ملتزمة بالتثقيف الجنسي المناسب للعمر، وأن نسبة حوالي ٧٠ في المائة ملتزمة بتنقيح المناهج الدراسية لجعلها أكثر مراعاة للاعتبارات الجنسانية، وأن نسبة ٦٩ في المائة تؤيد التدريب على المهارات الحياتية للشباب طوال مراحل التعليم النظامي. ومن شأن زيادة إمكانية الحصول على التثقيف الجنسي الشامل الملائم للعمر – حتى يصل إلى الفتيان والفتيات والمراهقين الملتحقين بالمدارس وغير الملتحقين بها، بمن فيهم من هم من شعوب



© Mark Tuschman/Packard Foundation

المتزوجين منهم وغير المتزوجين (UNFPA, 2013e). وقد لا تتاح للمراهقين، حتى في حالة توفر الخدمات المناسبة لهم، إمكانية الحصول على هذه الخدمات، لأسباب منها الأماكن أو ساعات العمل غير الملائمة، أو التكلفة، أو الوصم الذي قد يعانون منه في مجتمعاتهم. وعلاوة على ذلك، لن يستفيد المراهقون من هذه الخدمات إذا كان مقدموها يعاملونهم معاملة سيئة.

وينبغي أن يكفل واضعو السياسات المتزامون بزيادة إمكانية حصول المراهقين على الخدمات والاستفادة منها، تدريب مقدمي الخدمات على العمل مع الشباب، واحترام السرية، وتوفير معلومات وافية ودقيقة وتقوم على الأدلة. وينبغي أيضاً أن توفر الخدمات المناسبة للمراهقين أساليب لمنع الحمل منخفضة التكلفة أو بالمجان، بما في ذلك رفاتلات الذكور والإناث، والوسائل العاجلة لمنع الحمل،

في فقر مدقع والفتيات المتزوجات. إذ أن برامج قليلة جداً تصل إلى هذه المجموعات، ولا سيما المراهقات غير المنتحقات بالمدارس. ولهذا فإن من الأهمية بمكان وضع برامج لغير المنتحقات بالمدارس.

إتاحة إمكانية الحصول على الخدمات الصحية التي يحتاج إليها المراهقون، وتعزيزها وزيادتها

تحتاج الفتيات إلى مجموعة من أدوات الدعم، والبرامج، والخدمات، بما فيها الخدمات الصحية. ومع ذلك، فإن الخدمات المصممة خصيصاً لتلبية الاحتياجات المحددة للمراهقين في مجالات عديدة لا تزال محدودة، حتى وإن كانت نسبة ٧٨ في المائة من البلدان التي شملتها الدراسة الاستقصائية أوضحت أنها ملتزمة بزيادة إمكانية الحصول على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية الشاملة للمراهقين-

ومجموعة وافية من الأساليب الحديثة، بما فيها الأساليب العكسية الطويلة المفعول، وفقاً لأفضليات المراهقين واحتياجاتهم.

وينبغي أن يقرن تحسين تقديم الخدمات بتعبئة مجتمعية قوية وأنشطة اتصال مخصصة، لكي يعرف الشباب الخدمات المتاحة لهم، وكيف يمكنهم الحصول عليها. ويمكن أن تساعد نظم القسائم المراهقين المحرومين على الحصول على الخدمات التي قد لا يمكنهم الاستفادة منها بسبب تكلفتها. والتواصل المجتمعي لازم أيضاً لأغراض التوعية، وبناء الدعم للخدمات المقدمة للمراهقين، وتخفيف حدة الوصم الذي يقرن عادة بالتماس أساليب منع الحمل أو النشاط الجنسي قبل سن معينة أو خارج نطاق الزواج.

ومن الأهمية الحاسمة إدراك الواقع المتمثل في أنه لا يوجد حل واحد يناسب الجميع، نظراً لتنوع احتياجات الشباب وسياقات حياتهم. فقد يفضل البعض الحصول على الخدمات عن طريق قنوات مثل المرافق الصحية، بينما يفضل البعض الآخر الحصول عليها من خلال المدارس أو الصيدليات أو مصادر أخرى في المجتمع المحلي. ومما له أهمية جوهرية في هذا الشأن، كفاءة وجود معايير مشتركة ذات جودة وسرية عاليتين، بغض النظر عن القنوات المستعملة، مع القيام في الوقت نفسه بمحاولة إدماج مجموعة أساسية من الخدمات المقدمة للمراهقين في الخدمات الصحية المتوفرة، وتنفيذها، ورصدها، على نحو مستمر، بغية تعزيز الاستدامة.

ويلزم، علاوة على ذلك، بذل جهود خاصة لتحديد واستهداف أشد المراهقات ضعفاً اللاتي تتعرضن لخطر الحمل المبكر وغيره من نتائج اعتلال الصحة الجنسية والإنجابية. وبالنظر إلى أن الفتيات المتزوجات تكون لديهن حاجة ماسة جداً لا تتم تلبيتها لوسائل منع الحمل بالمقارنة بالمجموعات العمرية الأخرى، فإن من شأن استهدافهن في إطار الجهود المبذولة حالياً لتنظيم الأسرة ومنع الحمل أن يقطع شوطاً طويلاً نحو إعمال حقوقهن،

وتحقيق الإنصاف، والتوصل إلى نتائج صحية أفضل، وتحقيق الكفاءة في النظم.

وعندما تكون الخدمات الصحية جيدة النوعية، ومعقولة السعر، ومراعية للظروف الفريدة للمراهقين، ويساندها دعم مجتمعي وأنشطة للاتصال وآليات مبتكرة للإحالة، سيقبل الشباب على الاستفادة منها. وينبغي، في الوقت نفسه، اتخاذ إجراءات لتغيير مواقف الذكور تجاه الصحة الجنسية والإنجابية للفتيات وحقوقهن الإنجابية. ففي حالات كثيرة، يقيد الشركاء الذكور إمكانية الحصول على الخدمات أو يرفضون استخدام وسائل منع الحمل، وفي أحيان أخرى تكون هناك قيود على استخدام الذكور لخدمات الصحة الإنجابية، مما يعزز التحيزات القائلة بأن الصحة الإنجابية مسألة تخص الإناث فحسب.

وتولي استراتيجية صندوق الأمم المتحدة للسكان الجديدة المعنية بالمراهقين والشباب الأولوية للإجراءات الرامية إلى تحسين نوعية خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، بما فيها الخدمات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية المقدمة للمراهقين والشباب. ويتضمن ذلك دعم جهود الدعوة لرفع الحواجز القانونية والسياسية التي تعوق إمكانية الحصول على الخدمات الصحية؛ وإقامة شراكات مع الحكومات والمجتمع المدني والشباب لوضع وتعزيز برامج وطنية تقدم للمراهقين خدمات جيدة للصحة الجنسية والإنجابية؛ وتعزيز قيادة الشباب وصوتهم في هذه العملية.

زيادة إمكانية حصول الفتيات على الرعاية السابقة للولادة وخدمات القابات الماهرات وخدمات ما بعد الإجهاض والاستفادة منها

قد تؤدي نفس حالات الوصم، والعقبات الاقتصادية والجغرافية والاجتماعية التي تحول دون حصول الفتيات على وسائل منع الحمل إلى منع الفتيات الحوامل من الحصول على الخدمات التي يمكن أن تحمي صحتهم وصحة أطفالهن حديثي الولادة.

” ذهبت لإجراء عملية إجهاض ، ولكنهم طلبوا مني دفع مبلغ ١٥٠٠٠ درهم (حوالي ١٨٠٠ دولار) ، ولم يكن لدي هذا المبلغ . وطلبت من والدي المساعدة ولكنني لم أحصل عليها . وعندما بدأت تظهر علي علامات الحمل ، طردوني من المنزل ، ولم يكن بوسعي أن أفعل شيئاً في هذا الصدد “ .

فتاة عمرها ١٨ سنة ، المغرب

٥ منع زواج الأطفال والعنف والقسر الجنسيين

سن وإنفاذ قوانين تحظر زواج الأطفال وتعالج الأسباب الكامنة وراءه

قام ١٥٨ بلداً ، منذ انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية ، بتنفيذ قوانين لرفع السن القانوني للزواج إلى ١٨ سنة ، ولكن القوانين التي لا تصبح نافذة لا يكون لها أثر يذكر على الممارسة . ويُقدر اليوم أن ٦٧ مليون فتاة على الصعيد العالمي تزوجن قبل عيد ميلادهن الثامن عشر (UNFPA, 2013e) . والغالبية الساحقة من حالات حمل المراهقات في البلدان النامية تحدث في إطار الزواج . ولن يساعد إنهاء زواج الأطفال على حماية حقوق الفتيات فحسب ، وإنما سيقطع أيضاً شوطاً طويلاً نحو الحد من انتشار حمل المراهقات .

ويمكن أن تؤدي كفاءة إمكانية الحصول على الرعاية الجيدة السابقة للولادة ، وفي أثناء الولادة ، وبعد الولادة على نحو منصف ومعقول السعر إلى تخفيف الأخطار الصحية على المراهقات وأطفالهن . وينبغي لمقدمي الخدمات ، بناء على ذلك ، أن يزيدوا من إعداد العاملين المهرة في الحقل الصحي ونطاق وصولهم بغية توفير الرعاية السابقة للولادة ، وفي أثناء الولادة ، وبعد الولادة للمراهقات . وتكتسي إمكانية الحصول على الرعاية العاجلة في حالات الولادة بأهمية خاصة ، لأنها يمكن أن تساعد على منع الوفيات والأمراض التنفسية ، بما في ذلك ناسور الولادة .

ويصل عدد حالات الإجهاض غير المأمون المنسوبة إلى المراهقات اللاتي تبلغ أعمارهن ٥ إلى ١٩ عاماً إلى حوالي ٣,٢ ملايين حالة سنوياً في البلدان النامية (Shah and Ahman, 2012) . ويقترن الإجهاض غير المأمون بخطر كبير فيما يتعلق بالإصابة ، والمرض ، والوفيات التنفسية . ولهذا ينبغي إتاحة خدمات ما بعد الإجهاض للمراهقات . وينبغي ، حيثما يكون الإجهاض مسموحاً به قانوناً ، أن يكون مأموناً ويمكن الحصول عليه . ويمكن ألا تؤدي زيادة إمكانية حصول المراهقات على وسائل منع الحمل إلى المساعدة على اتقاء الإجهاض فحسب ، وإنما أيضاً على منع الوفاة والإصابة من تعقيدات الحمل والولادة (UNFPA, 2012a) .

وتتعرض الفتيات اللاتي يلدن في أثناء المراهقة إلى ارتفاع خطر الحمل مرة ثانية بعد فترة قصيرة من الحمل الأول . وينبغي أن يساعد مقدمو الخدمات على منع الحمل الثاني أو المباشرة بين الحملين الأول والثاني بإتاحة وسائل منع الحمل للفتيات اللاتي أبحن أو مررن بعملية الإجهاض . ويمكن أن تساعد زيادة إمكانية الحصول على وسائل منع الحمل الانعكاسية الطويلة المفعول على منع الحمل الثاني العارض .



© Mark Tuschman/Global Fund for Women

لم تحظ بدعم المجتمعات المحلية، فإنه لن يترتب عليها أثر يذكر. وينبغي أن تدمج الحكومات الملتزمة بوقف زواج الأطفال مجموعة متنوعة من التدخلات في استجابات متعددة القطاعات والمستويات، ولا سيما على الصعيد المجتمعي، لتغيير المعايير الاجتماعية الضارة وتمكين الفتيات. وللتوقيت أهمية أساسية؛ ويجب توجيه هذه التدخلات، وخصوصاً التعليم المدرسي وبناء الأصول للفتيات، إلى المراهقات الصغيرات (١٠ سنوات إلى ١٤ سنة) - قبل أو قرب وقت البلوغ - لمواجهة الضغوط على الفتيات للزواج والإنجاب لأغراض الأمن الاجتماعي والاقتصادي. وقد أفضت البرامج إلى نتائج ملموسة على الصعيد المجتمعي، حتى في فترة زمنية قصيرة.

وينبغي، على وجه الخصوص، أن تنظر الحكومات، والمجتمع المدني، وقادة المجتمعات المحلية، والأسر، الجادون في إنهاء زواج الأطفال في ما يلي:

والهدف هو عدم التسامح مطلقاً بإزاء زواج الأطفال. إلا أنه، ريثما يتحول هذا المطمح إلى واقع، ستصبح ملايين من الفتيات عرائس وأمهات في عمر الطفولة. وتشغل هذه الفتيات حيزاً صعباً في المجتمع ويتعرضن في أحيان كثيرة للإهمال، ولا يحصلن على اهتمام يُذكر من برامج الحماية الاجتماعية. وفي حين أنهن لا يزلن أطفالاً - من حيث نمائهن وتكوينهن البيولوجي والبدني والنفسي والعاطفي - فإن حالتهن الزوجية تشير إلى انتهاء وضعهن كأطفال، وتجعلهن راشدات في أعين مجتمعاتهن. وليس من المحتمل أن تعالج البرامج الموجهة نحو الشباب، ولا تلك التي تستهدف الراشدات، الظروف الفريدة للفتيات المتزوجات، أو احتياجات الفتيات اللاتي يتعرضن لخطر زواج الأطفال، إلا إذا أقدمت هذه البرامج على ذلك على نحو مخطط ومدروس.

ويمثل سنّ قوانين تحظر زواج الأطفال خطوة أولى موفقة. ولكن إذا لم تدخل هذه القوانين حيز النفاذ، وإذا

- مساعدة الفتيات على الالتحاق بالمدارس والبقاء فيها، وكسب المهارات كي يتسنى لهن التماس وسيلة لكسب الرزق، والاتصال على نحو أفضل، والتفاوض، واتخاذ القرارات التي تؤثر مباشرة على حياتهن؛
- بدء برامج لقادة المجتمعات المحلية، ورجال الدين، والآباء، لزيادة دعمهم لحقوق الفتيات وتعليمهن، وتأخير الزواج، وتغيير المعايير والممارسات الضارة؛
- دعم البرامج التي تتيح للفتيات بدائل لزواج الأطفال، بما في ذلك توفير أماكن آمنة للفتيات لبناء قدراتهن، ومساعدتهن على التغلب على العزلة الاجتماعية، وتمكينهن من التفاعل مع النظراء والموجهين، واكتساب مهارات حياتية حاسمة الأهمية، والنظر في مطامح لا تنطوي على زواج الأطفال والأمومة المبكرة؛
- عرض تحويلات نقدية مشروطة للإبقاء على الفتيات في المدارس، وتحويلات نقدية غير مشروطة لمنع زواج وحمل الأطفال؛
- توفير معلومات عن خيارات الحياة، ووضع خطط للحياة، وإنشاء شبكات للدعم؛
- سن قوانين بشأن السن الأدنى للزواج، وإنفاذ هذه القوانين، وبناء دعم مجتمعي لها؛
- تسجيل جميع الولادات والزيجات، كي يتسنى بسهولة أكبر التعرف على حالات زواج الأطفال، وإنفاذ قوانين التسجيل الموجودة حالياً؛
- تدريب موظفي إنفاذ القانون على التعرف على حالات زواج الأطفال، وكيفية تناولها، ومساءلة الضالعين فيه بموجب القانون.

حماية الفتيات من العنف والقسر

يصبح عدد غير معروف من الفتيات عبر العالم حوامل نتيجة للعنف الجنسي، أو بسبب القسر الجنسي. وتتعرض الفتيات الحوامل، علاوة على ذلك، لخطر العنف الجنساني الذي يرتكبه عادة شركاء من الذكور أو غيرهم من المعروفين لديهن.

ويمكن في بعض الأماكن أن يفلت مرتكبو هذه الأفعال من العقاب والحزني الأسري بالزواج من ضحاياهم.

غير أن وقف العنف الجنسي والقسر الجنسي يتطلب ما هو أكثر من سن القوانين وإنفاذها، ومحاكمة مرتكبي هذه الأفعال، أيأ كانوا. فمن اللازم أيضاً اتخاذ تدابير وقائية. ويجب، كما هو الحال فيما يتصل بالكثير من محددات حمل المراهقات، أن تكون الحلول الطويلة الأجل متعددة الأبعاد، وأن تعالج المشاكل الأساسية مثل عدم المساواة بين الجنسين، والمواقف السلبية للفتيان والرجال من الفتيات، والمعايير التي تديم العنف والإفلات من العقاب، والفقر الذي يرغم الفتيات على ممارسة الجنس كاستراتيجية للبقاء، والحماية غير الكافية لحقوق الإنسان.

بيد أنه ينبغي أن تنظر الحكومات، على الأجل القصير، في ما يلي:

- توعية الفتيان والفتيات بالعنف الجنسي، والعنف الجنساني، والقسر الجنسي عن طريق المبادرات التي تركز على الشباب، بما فيها الألعاب الرياضية وبرامج المهارات الحياتية ودعم النظراء، ومنظمات التوجيه، والتوعية بالوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية وبالصحة الإنجابية، والشبكات الاجتماعية، ومجموعات المناقشة للفتيان والرجال.

”إنني إذ أنظر إلى الخلف... أتذكر الكثير من الأهداف التي كنت ابتغيها لنفسي ولكنني لم أستطع بلوغها“.

جيسيكا، ٣٩ سنة (حملت في سن المراهقة)، الولايات المتحدة الأمريكية

- التحقيق مع مرتكبي أعمال العنف ومحاكمتهم ومعاقبتهم إلى أقصى حد يسمح به القانون .

٦ برامج الدعم المتعددة المستويات

معالجة جميع مصادر ضعف الفتيات

يجب اتخاذ إجراءات لمنع الحمل على مستويات متعددة . فالتدخلات ضيقة التركيز ليست كافية ، والجهود المركزة على تغيير تصرف الفتاة لا تبين الطبيعة المتعددة الأبعاد للتحدي . ويقتضي وضع الفتيات على مسارات حياة صحية وأمنة وإيجابية إجراء استثمارات شاملة واستراتيجية ومحددة الهدف في المراهقين تعالج المصادر المتعددة لضعفهم ، التي تختلف باختلاف العمر ، ومجموعات الدخل ، ومكان الإقامة ، وعوامل أخرى كثيرة . كما أنه يتطلب بذل جهود متروية للتعرف على الظروف المختلفة المتنوعة للمراهقين ، وتحديد الفتيات اللاتي يتعرضن لأبزر خطر حمل المراهقات ونتائج اعتلال الصحة الإنجابية . والحاجة تقوم إلى هذه البرامج المتعددة القطاعات لبناء أصول الفتيات على نحو شامل - في مجالات الصحة والتعليم والحصول على أسباب الرزق - وكذلك لتمكين الفتيات من خلال شبكات الدعم الاجتماعي والارتقاء بوضعهن في المنزل ، وفي الأسرة ، وفي المجتمع المحلي ، وفي مجال العلاقات . وينبغي ألا تكون هذه البرامج متعددة القطاعات فحسب ، وإنما ينبغي أيضاً أن تعمل على عدد من مستويات التأثير ، من الأفراد والمجتمع المحلي إلى الحكومات الوطنية . وستستأثر هذه الاستثمارات بقدر كبير من الوقت والموارد . ولكنها يمكن ، إذا ما وصلت إلى الفتيات في وقت مبكر ، أن تحسّن حياتهن كثيراً ، وأن تزيد من إسهامهن في أسرهن ومجتمعاتهن . وينبغي أن يفتنم واضعو السياسات ومدبرو البرامج الفرص الجديدة التي تتيحها الجهود المبذولة على نطاق أكبر في قطاعات أخرى ، وخصوصاً التعليم والصحة والحد من الفقر . وسيلزم إجراء تنسيق قوي عبر هذه القطاعات المختلفة لتشجيع على المزيد من التلاحم ، وزيادة الأثر الناجم عن هذه الجهود . ويلزم

- تعديل المناهج الدراسية للتثقيف الجنسي أو تعليم المهارات الحياتية كي تتضمن إجراء مناقشات أوسع للعنف ، والقسر ، وحقوق الإنسان ، والعلاقات الصحية والقائمة على الاحترام ؛
- الاضطلاع بتدخلات في المدارس لتغيير التصورات الخاطئة ، وبناء الوعي بحقوق المراهقين ، ومسائل المساواة بين الجنسين ؛
- تحسين استجابة القطاع الصحي وهيئات إنفاذ القانون ، بتعزيز معارف مقدمي الخدمات ومواقفهم وممارساتهم ، بما في ذلك القدرة على الكشف عن حالات العنف والتصدي لها .
- اتخاذ تدابير قانونية وسياسية لمنع العنف الجنسي ، وتأمين إعادة التأهيل والإنصاف للضحايا ، والتحقيق مع الجناة ومحاكمتهم ومعاقبتهم ؛
- إضافة عنصر للتوعية بالعنف والقسر الجنسيين إلى البرامج التي تركز على التمكين الاقتصادي للمراهقين ، أو البرامج المعنية بالرجال والفتيان ؛
- دعم البرامج التي تنمي الأصول الاقتصادية والاجتماعية والصحية للفتيات المحرومات للحد من تعرضهن للعنف الجنسي ، أو الحاجة إلى ممارسة المقايضة بالجنس لدعم أنفسهن ؛



© UNFPA/Matthew Cassel

اتخاذ إجراءات لمنع حمل المراهقات وتحسين الأثر على الفتيات .

والأوتوتة ، سبيلاً حاسماً لكي يتسنى على نحو أفضل كفالة وجود أجيال مقبلة من الرجال الذين يؤمنون بالمساواة بين الجنسين .

٧ إشراك الرجال والفتيان

اعتماد نهج تحويلية جنسانية

اعتمدت بلدان عديدة نهجاً مراعية للاعتبارات الجنسانية لتحقيق طائفة من الأهداف الإنمائية ، مثل تحسين الصحة الجنسية والإنجابية . وتأخذ هذه النهج في الاعتبار الاحتياجات والأحوال الخاصة للرجال ، والنساء ، والفتيان ، والفتيات ، ولكنها لا تسعى بالضرورة إلى تحويل العلاقات بين الجنسين أو التأثير عليها . وقد ثبت أن البرامج التحويلية الجنسانية – التي تسعى إلى تحدي المعايير الاجتماعية الأساسية التي تشكل الطريقة التي يجري بها تصور الأدوار والمسؤوليات الجنسانية – لها أثر أكبر على برامج الصحة الجنسية والإنجابية . وبمعالجة الأسباب الجذرية لعدم المساواة بين الجنسين ، أصبح من المحتمل على نحو أكبر أن تحقق النهج التحويلية الجنسانية تغييراً طويلاً الأجل في مجالات منها الصحة الجنسية والإنجابية ، بما فيها صحة المراهقات . والمبادرات التي لا تعالج المعايير الاجتماعية قد تعالج الأعراض لا الأسباب الكامنة وراء عدم المساواة (UNFPA, 2013b) . وبدون العمل مع الرجال والفتيان ، سيستمر التمييز والعنف وعدم المساواة .

إشراك الفتيان قبل أن تتصلب مواقفهم بشأن الجنسية والنشاط الجنسي

العمل مع الفتيان المراهقين أساسي الأهمية لتزويدهم بالأدوات التي يحتاجون إليها لكي يعيشوا حياة تتسم بقدر أكبر من المساواة بين الجنسين . ويجب إتاحة فرص ومعارف كافية عن كيفية تحدي الشباب ، ولا سيما الفتيان والشباب من الرجال ، للمعايير الجنسانية ، والقوالب النمطية ، والممارسات الضارة . وعلاوة على ذلك ، يمثل الوصول إلى الفتيان المراهقين ، عن طريق التثقيف الجنسي الشامل الملائم للعمر الذي يسمح لهم بالتفكير والتساؤل حول المعايير السائدة بشأن الذكورة

وينبغي إشراك الفتيان في وضع الأدوات والنهج المناسبة للعمر لتعزيز المساواة بين الجنسين ، والصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية للمراهقين . ويمكن أن يؤدي إيصال الرسائل الإيجابية – القائلة بأن التغيير ممكن وأن بوسع الفتيان أن يؤثرُوا بإيجابية لا على حياتهم فحسب وإنما أيضاً على حياة الفتيات – إلى زيادة مشاركة الفتيان واستجابتهم .

وينبغي ، كجزء من المناهج الدراسية للتثقيف الجنسي الشامل المناسب للعمر ، تزويد الشباب ، وخصوصاً الفتيان والشباب من الرجال ، بالتوجيه والفرص ، كي يفكروا في الأنماط السائدة “للرجولة” وما يكتنفها من توقعات ، وكي يبنوا في داخلهم مشاعر التعاطف ويعززوا مبادئ الاحترام والمساواة . وتبرهن البحوث على أن الفتيان يبدأون في ترسيخ تصوراتهم بشأن النشاط الجنسي والعلاقات الحميمة في مرحلة المراهقة ويحملون في أحيان كثيرة هذه التفاهات إلى مرحلة الرشد .

إشراك الآباء أيضاً

يضطلع الآباء بدور حاسم الأهمية في مساعدة أطفالهم على الانتقال بنجاح من مرحلة المراهقة إلى مرحلة الرشد ، ويمكنهم أن يكونوا نماذج إيجابية تحذى ، وأن يشجعوا الفتيان على أن يصبحوا راشدين مراعين للاعتبارات الجنسانية .

٨ وضع الأساس لدعم صحة المراهقين وحقوقهم بعد عام ٢٠١٥

القيام ، في خطة التنمية لما بعد عام ٢٠١٥ ، بدعم أهداف وغايات ومؤشرات تمكين الفتيات ، وإنهاء زواج الأطفال ، وكفالة الصحة الجنسية والإنجابية

لم يبق سوى ما يربو قليلاً على عامين لبلوغ الموعد المحدد لتحقيق أهداف الأمم المتحدة الإنمائية للألفية .

هن من الشعوب الأصلية إلى إمكانية الحصول بصورة وافية على المعلومات والخدمات المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية واللازمة لتجنب الحمل العارض، والإجهاض غير المأمون، والأمراض المنقولة جنسياً، بما فيها فيروس نقص المناعة البشرية. ولا تزال الحاجة غير الملباة شديدة إلى وسائل منع الحمل، كما أن الطلب على هذه الوسائل أخذ في الازدياد. وتعرض مراهقات كثيرات لزواج الأطفال، والعلاقات الجنسية القسرية وغيرها من الممارسات الضارة، مثل تشويه/بتر الأعضاء التناسلية والتجارة بالبشر. وتشكل هذه الممارسات انتهاكات لحقوق الإنسان، وتترتب عليها آثار سيكولوجية اجتماعية ضارة، وتقلل من فرص إتمام الفتيات لتعليمهن واكتساب المهارات القابلة للتوظيف والمشاركة في التنمية المجتمعية والوطنية.

وفي أيار/مايو ٢٠١٣، نشر فريق للشخصيات البارزة رفيع المستوى يتكون من ٢٧ عضواً ومعني بخطة التنمية لما بعد عام ٢٠١٥ تقريراً يتضمن توصيات بشأن السبيل إلى الأمم (United Nations, 2013). وعين الأمين العام هذا الفريق الذي ركز تقريره على أبعاد النمو الاقتصادي، والمساواة الاجتماعية، والاستدامة البيئية. وذكر التقرير أنه "يتعين أن ترتسي الأهداف والغايات الجديدة على احترام حقوق الإنسان" وأنه ينبغي أن تتضمن خطة ما بعد عام ٢٠١٥ "عدداً محدوداً في الأهداف والغايات ذات الأولوية العالية... التي تدعمها مؤشرات يمكن قياسها".

وتتضمن الأهداف العالمية التي يقترحها الفريق تمكين الفتيات والنساء، وتحقيق المساواة بين الجنسين، بالاقتران مع إنهاء زواج الأطفال كمؤشر مرافق للنجاح. ويتمثل هدف مقترح آخر في توفير التعليم الجيد والتعلم مدى الحياة، وكفالة أن تتوفر لكل طفل، "بغض النظر عن الظروف"، إمكانية الحصول على التعليم دون الثانوي. ويتضمن هدف مقترح لكفالة الحياة الصحية مؤشراً لضمان صحة وحقوق الجميع في مجال الجنس والإنجاب. وبالإضافة إلى ذلك، أفضت المشاورات الوطنية والإقليمية وغيرها التي ما برحت جارية منذ أواخر

وتعكف الحكومات، ومنظمات المجتمع المدني، والأمم المتحدة، والجهات المعنية الرئيسية الأخرى، بالفعل على صياغة خطة للتنمية المستدامة تبني على الأهداف الإنمائية للألفية وتخلفها بعد عام ٢٠١٥. وما اتفق عليه فريق عمل منظومة الأمم المتحدة المعني بخطة التنمية لما بعد عام ٢٠١٥ من قبل هو أن الإطار الخلف يجب أن يستند إلى مبادئ حقوق الإنسان، والمساواة، والاستدامة.

وفي كانون الأول/ديسمبر ٢٠١٢، أوصى صندوق الأمم المتحدة للسكان بأن تسلم خطة ما بعد عام ٢٠١٥ بالمساواة بين الجنسين وأن تتضمنها، في إطار حقوق الإنسان، عبر كامل أهدافها، لأنها أساسية الأهمية للقضاء على عدم المساواة، وضرورية لتعزيز استدامة الجهود الإنمائية (UNFPA, 2013f).

وفي النهج القائم على حقوق الإنسان، لا يُنظر إلى الناس، بمن فيهم النساء والشباب، على أنهم متلقون سلبيون للمنافع أو الخدمات أو السلع الأساسية، وإنما يُنظر إليهم بالأحرى على أنهم أصحاب حقوق، ولهذا ينبغي تمكينهم. ويدفع أصحاب الحقوق، كعوامل ناشطة لتنمية أنفسهم، استدامة التنمية. ويجري تمكينهم للإقدام على خيارات، والتأثير على عمليات وضع السياسات، ومساءلة حكوماتهم.

وتتطلع الدولة، بصفتها الجهة الرئيسية المكلفة بمسؤوليات، بالتزامات مقابلة باحترام حقوق الإنسان وحمايتها والوفاء بها، بما فيها الحقوق الإنجابية. وتدعو نهج حقوق الإنسان أيضاً إلى إنشاء نظم وطنية مستقلة للمساءلة بشأن حقوق الإنسان، وتعزيز هذه النظم. وأوصى صندوق الأمم المتحدة للسكان أيضاً بأن تساند خطة ما بعد عام ٢٠١٥ حقوق الشباب، وتدعو إلى الاستثمار في التعليم الجيد، وفرص العمل الكريم، والمهارات الفعالة لكسب العيش، والحصول على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، والتثقيف الجنسي الشامل بغية تعزيز القدرة الفردية للشباب على الصمود، وتهيئة الظروف التي يحتمل في ظلها أن يحققوا على نحو أكبر كامل إمكاناتهم. ويفتقر المراهقون والشباب، وخاصة الفتيات الفقيرات والريفيات واللاتي



عام ٢٠١٢ أيضاً إلى توصيات لإدماج تمكين المرأة، والمساواة، والصحة الجنسية والإنجابية، وحقوق المراهقين، وخصوصاً الفتيات، في خطة ما بعد عام ٢٠١٥.

وينبغي أن تعرب الحكومات الملتزمة بتمكين المراهقين، ودعم حقهم في التعليم والصحة، بما في ذلك الصحة الجنسانية والإنجابية - وجميعها يمكن أن يكون لها أثر كبير على حمل المراهقات - عن تأييدها للأهداف والمؤشرات التي يقترحها فريق الشخصيات البارزة الرفيع المستوى المعني بخطة التنمية لما بعد عام ٢٠١٥.

نحو تمكين المراهقات والوفاء بالإمكانات

يشكل المراهقون حاضر الإنسانية ومستقبلها. وحسب ما يتاح لهم من فرص وخيارات خلال هذه الفترة من حياتهم، يمكنهم دخول مرحلة الرشد كمواطنين ناشطين متمكنين، أو أن يهملوا دون أن يكون لهم أي صوت، ويطويهم الفقر.

ويمكن لحمل المراهقات، عند حدوثه، أن يعرقل التنمية الصحية للفتاة، وأن يحول دون تحقيقها كامل إمكاناتها وتمتعها بحقوقها الإنسانية الأساسية. ويمكن لهذا الأثر أن يتردد صده طوال حياتها وأن ينتقل إلى الجيل الذي يليها.

وتشير التجربة المستخلصة من البرامج الفعالة إلى أن ما هو لازم هو انتقال تحويلي من التدخلات الضيقة التركيز التي تستهدف الفتيات أو منع الحمل إلى نهج واسعة النطاق تبني رأس المال البشري للفتيات، وتركز على قدراتهن على اتخاذ قرارات بشأن حياتهن (بما في ذلك مسائل الصحة الجنسية والإنجابية)، وإتاحة فرص حقيقية للفتيات حتى لا يُنظر إلى الحمل على أنه مصيرهن المحتوم. وينبغي لهذا النموذج الجديد أن يستهدف، بدلاً من ذلك، الظروف، والأحوال، والمعايير، والقيم، والقوى الهيكلية التي تديم حمل المراهقات من ناحية، وتهتمش الفتيات الحوامل من ناحية أخرى. والتدخلات التي تتوفر لها القدرة على الحد من إمكانية التعرض للحمل المبكر، وخصوصاً فيما بين

أشد الفتيات فقراً، وأقلهن تعليماً، والمتعرضات منهن للتهميش، هي تلك التي ترتسي إلى مبادئ الإنصاف، والمساواة، والحقوق. ويمكن أن تؤدي الاستثمارات في الفتيات - في بناء رأس مالهن البشري وقدراتهن - إلى عائدات اجتماعية واقتصادية جمة للأفراد وأسرهم ومجتمعاتهم ودولهم.

وتحتاج الفتيات إلى أن تتوفر لهن إمكانية الحصول على الخدمات والمعلومات المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية. ويحتجن أيضاً إلى التحرر من الضغوط الاقتصادية والاجتماعية التي تترجم في أحوال كثيرة جداً إلى حمل، بما يترتب عليه من فقر، واعتلال في الصحة، وعدم تحقيق للإمكانات البشرية. والفتيات اللاتي يتعرضن للحمل يحتجن إلى الدعم، لا الوصم.

▲ إحدى مقدمات رعاية الأقران للشباب والتي تعمل مع المراكز الصحية المحلية لتزويد الشباب والمراهقين الإثيوبيين بالمعلومات واللوازم المتعلقة بمنع الحمل.

© Mark Tuschman/
Planned Parenthood
Global

ومن الأهمية الأساسية بناء مجتمع منصف جنسانياً، يجري فيه تمكين الفتيات، وتعليمهن، والعناية بصحتهن، وحمايتهن من زواج الأطفال، ويعشن فيه في أمن، ويكون باستطاعتهم اتخاذ القرارات المتعلقة بحياتهم، وممارسة حقوقهم.

ويسعى صندوق الأمم المتحدة للسكان إلى مساندة حق كل فتاة في أن تنمو دون أن تكون مثقلة بعدم المساواة والتمييز بين الجنسين، والعنف، وزواج الأطفال، والحمل، حتى يمكنها أن تنتقل على نحو آمن وصحي وناجح من مرحلة المراهقة إلى مرحلة الرشد. فالأمومة لا ينبغي لها أن تحول الطفولة عن مسارها.

”الحمل ليس كالذهاب إلى حفلة ثم تنتهي هذه الحفلة... فالحمل يؤثر على دراساتنا، ويتسبب في نزاعات في أسرنا... وينبغي، حتى قبل أن تفكر في إقامة علاقات جنسية، أن تفكر في العواقب... وفي المستقبل. ومن الأهمية بمكان أن نكون مستعدين... وأن نعرف ما نبتغيه، وبعد ذلك يمكن أن نتخذ قراراتنا“.

فاليريا، ١٥ سنة، نيكاراغوا

ومشاركة كل الجهات المعنية - الأسر، والمجتمعات المحلية، والمدارس، ومقدمو الرعاية الصحية وغيرهم - أساسية الأهمية لإحداث التغيير، بإعادة تشكيل المعايير الاجتماعية، والتقاليد، والممارسات التي تديم حمل المراهقات، وتضر بمستقبل الفتيات. ويمكن أن يفضي التعاون فيما بين الجهات المعنية جميعها إلى تعبئة الإرادة السياسية على الاستثمار من أجل تمكين المراهقات وبناء قدراتهن.

ولكل جهة دور تضطلع به. فبوسع صناعتي الإعلام والترفيه أن يقدموا المساعدة بنشر الصورة الإيجابية عن المراهقات والنساء. وباستطاعة الحكومات أن تعيد تكريس أنفسها للقضاء على زواج الأطفال، والعنف الجنساني. وينبغي أن يتنبه الآباء إلى الرسائل التمييزية الجنسانية التي ينقلونها إلى أبنائهم. وينبغي أن يعزز قادة الرأي، وقادة المجتمعات المحلية، والمعلمون، ومقدمو الرعاية الصحية، الرسائل الفائزة بأن جميع الأطفال متساوون في القدرة ومن حقهم التمتع بالصحة، والتعليم، والمشاركة، وتكافؤ الفرص.

ويجب أن يشرك واضعو السياسات الفتيات - والفتيان - في وضع وتنفيذ وتقييم التدابير الرامية إلى مساعدة الفتيات على اتقاء الحمل، أو إدارة شؤون حياتهن إذا ما أصبحن حوامل. ولا بد من التحدث مع الفتيات، والإصغاء إليهن، والتوصل إلى فهم عميق لاحتياجاتهن، والتحديات التي تواجههن، ومواطن ضعفهن. وتفيد الحكومات البالغ عددها ١٧٩ التي وافقت على برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في عام ١٩٩٤ أنه ثبت أن الإجراءات الرامية إلى مساعدة المراهقين ”تصبح أكثر ما تكون فعالية عندما تكفل مشاركة المراهقين على نحو تام في تحديد احتياجاتهم في مجال الصحة الإنجابية والجنسية، ووضع البرامج التي تستجيب لتلك الاحتياجات“.

المؤشرات

رصد أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية:

مؤشرات مختارة

الصفحة ١٠٠

المؤشرات الديمغرافية

الصفحة ١٠٦

الملاحظات

الصفحة ١٠٩

رصد أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية: مؤشرات مختارة

البلدان أو الأقاليم أو المناطق الأخرى

التعليم				الصحة الجنسية والإنجابية				صحة الأم والأطفال حديثي الولادة			
النسبة المئوية لصافي القيد بالتعليم الثانوي للأطفال في سن الالتحاق بالمدرسة، ٢٠١٢/١٩٩٩		النسبة المئوية لصافي القيد بالتعليم الابتدائي للأطفال في سن الالتحاق بالمدرسة، ٢٠١٢/١٩٩٩		النسبة المئوية للاحتياجات غير الملباة لتنظيم الأسرة، ٢٠١٢/١٩٨٨	معدل شيوخ وسائل منع الحمل بين النساء من سن ١٥ إلى ٤٩ سنة، باستخدام وسيلة حديثة، ٢٠١٢/١٩٩٠	معدل شيوخ وسائل منع الحمل بين النساء في سن ١٥ - ٤٩ سنة، باستخدام أي وسيلة، ٢٠١٢/١٩٩٠	معدل وفيات الأطفال تحت سن ٥ سنوات لكل ١٠٠٠ مولود حي، ٢٠١٥-٢٠١٠	معدل المواليد بين المراهقات لكل امرأة من سن ١٥ إلى ١٩ سنة، ٢٠١٠/٢٠٠٥	النسبة المئوية للولادات التي تجري تحت إشراف أخصائيين صحيين مهرة، ٢٠١٢/٢٠٠٥	نسبة الوفيات المناسبة (لكل ١٠٠٠٠ مولود حي)، ٢٠١٠	
إناث	ذكور	إناث	ذكور								
١٣	٣٤			١٦	٢٢	٩٢	٩٠	٣٦	٤٦٠		
٦٨	٧١	٩٥	٩٨	١٣	١٠	٦٩	١١	٩٩	٢٧		
٧٤	٧٢	٩٧	٩٨	٥٢	٦١	٣٢	٤	٩٥	٩٧		
١٢	١٥	٧٨	٩٣		١٨	١٥٦	١٦٥	٤٩	٤٥٠		
٨٥	٨٥	٨٥	٨٧			١١	٦٧	١٠٠			
٨٨	٨٠	٩٩	١٠٠	٧٠	٧٩	١٣	٦٨	٩٩	٧٧		
٨٨	٨٥	٩٨	٩٥	١٤	٢٧	٥٥	٢١	٢٨	٣٠		
٧٤	٧٠	٩٦	٩٣			١٧	٣٦				
٨٦	٨٥	٩٨	٩٧	٦٨	٧٢	٥	١٦	٩٩	٧		
				٦٨	٧٠	٤	١٠	٩٩	٤		
٨٥	٨٧	٨٦	٨٨	١٥	١٣	٥١	٤٧	٤١	٨٩		
٨٨	٨٢	٩٦	٩٤			١٣	٤١	٩٩	٤٧		
٩٧	٩٢	١٠٠	٩٩	٣١	٦٢	٩	١٢	٩٧	٢٠		
٥١	٤٣			١٤	٥٢	٦١	٤٢	١٣٣	٣١		
٩٥	٨٣	٩٧	٩٠				١٢	٥٠	١٠٠		
				٥٦	٧٣	٧	٢١	١٠٠	٤		
٨٧	٩٠	٩٩	٩٩	٣	٦٩	٧٠	٤	١١	٩٩		
٦٥	٦٤	٩١	١٠٠	١٦	٥٢	٥٥	١٥	٩٠	٩٤		
١٣	٢٧			٢٧	٨	١٣	١٠٨	١١٤	٨٤		
٦٢	٥٤	٩٢	٨٩	١٢	٥٤	٦٦	٤٨	٥٩	٥٨		
٧٠	٧٠	٩١	٩١	٢٠	٣٤	٦١	٥٢	٨٩	٧١		
		٩١	٨٩	٩	١٢	٤٦	٩	١٧	١٠٠		
٦٦	٥٧	٨٨	٨٧		٥١	٥٣	٤١	٥١	٩٩		
		٩٧	٩٥	٦	٧٧	٨٠	٢٤	٧١	٩٩		
١٠٠	٩٨						٥	١٨	١٠		
٨٢	٨٤	١٠٠	٩٩	٣٠	٤٠	٦٩	١١	٤٨	٩٩		
١٧	٢١	٦٣	٦٦	٢٥	١٥	١٦	١٣٧	١٣٠	٦٧		
١٧	٢٠	٨٩	٩١	٣٢	١٨	٢٢	١٣٩	٦٥	٦٠		
٣٦	٣٩	٩٥	٩٦	١٧	٣٥	٥١	٥١	٤٨	٧١		
٣٩	٤٤	٨٧	١٠٠	٢٤	١٤	٢٣	١١٥	١٢٧	٦٤		
		١٠٠	١٠٠		٧٢	٧٤	٥	١٤	٩٩		
٦٩	٦٠	٩٢	٩٥	١٧	٥٧	٦١	٢٠	٩٢	٧٦		
١٠	١٨	٦٠	٧٨	١٩	٩	١٩	١٥٠	١٣٣	٤١		
٥	١٦	٥١	٧٤	٢٨	٢	٥	١٥٥	١٩٣	١٧		
٨٧	٨٣	٩٣	٩٣			٦٤	٧	٥٤	١٠٠		
				٢	٨٤	٨٥	١٦	٦	٩٦		
٧٤	٧٢	١٠٠	٩٥		٧٥	٨٠	٣	٣			
٧٧	٨٠	٨٨	٨٧				٥	٣			
٧٩	٧٣	٩٠	٩٠	٨	٧٣	٧٩	٢٣	٨٥	٩٩		

منطقة هونغ كونغ الصينية الإدارية الخاصة^٣

منطقة ماكاو الصينية الإدارية الخاصة^٤

رصد أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية: مؤشرات مختارة

التعليم		الصحة الجنسية والإنجابية			صحة الأم والأطفال حديثي الولادة				البلدان أو الأقاليم أو المناطق الأخرى
النسبة المئوية لصافي القيد بالتعليم الثانوي للأطفال في سن الالتحاق بالمرحلة ، ٢٠١٢/١٩٩٩	النسبة المئوية لصافي القيد بالتعليم الابتدائي للأطفال في سن الالتحاق بالمرحلة ، ٢٠١٢/١٩٩٩	النسبة المئوية للاحتياجات غير الملباة لتنظيم الأسرة ، ٢٠١٢/١٩٨٨	معدل شيوخ وسائل منع الحمل بين النساء من سن ١٥ إلى ٤٩ سنة ، باستخدام وسيلة حديثة ، ٢٠١٢/١٩٩٠	معدل شيوخ وسائل منع الحمل بين النساء في سن ١٥ - ٤٩ سنة ، باستخدام أي وسيلة ، ٢٠١٢/١٩٩٠	معدل وفيات الأطفال تحت سن ٥ سنوات لكل ١ ٠٠٠ مولود حي ، ٢٠١٥-٢٠١٠	معدل المواليد بين المراهقات لكل ١ ٠٠٠ امرأة من سن ١٥ إلى ١٩ سنة ، ٢٠١٠/٢٠٠٥	النسبة المئوية للولادات التي تجري تحت إشراف أخصائيين صحيين مهرة ، ٢٠١٢/٢٠٠٥	نسبة الوفيات النفاسية (لكل ١٠٠ ٠٠٠ مولود حي) ، ٢٠١٠	
									جزر القمر
	٧٥	٨١	٣٦	١٩	٢٦	٩٢	٩٥	٢٨٠	جمهورية الكونغو
	٣٢	٣٤	٢٤	٦	١٨	١٨٠	١٣٥	٥٤٠	الديمقراطية
	٩٠	٩٥	٢٠	٢٠	٤٥	٩٧	١٣٢	٩٤	جمهورية الكونغو
			٥	٨٠	٨٢	١٠	٦٧	٩٥	كوستاريكا
	٥٦	٦٧	٢٩	١٣	١٨	١٠٧	١١١	٥٩	كوت ديفوار
٩٤	٨٨	٩٧	٩٥			٦	١٣	١٠٠	كرواتيا
٨٧	٨٧	٩٨	٩٨	٩	٧٣	٦	٥١	١٠٠	كوبا
						١٣			كوراساو
٩٠	٨٨	٩٩	٩٩			٤	٤	٩٨	قبرص
			٤	٧٨	٨٦	٣	١١	١٠٠	الجمهورية التشيكية
٩١	٨٨	٩٧	٩٥			٤	٦	٩٩	الدانمرك
٢٠	٢٨	٥١	٥٧	١٧	١٨	٨٣	٢٧	٧٨	جيبوتي
٨٩	٨٠	٩٧	٩٦				٤٨	١٠٠	دومينيكا
٦٧	٥٨	٩١	٩٣	١١	٧٠	٢٨	٩٨	٩٥	الجمهورية الدومينيكية
٧٥	٧٣	١٠٠	٩٩	٧	٥٩	٧٣	٢١	٨٩	إكوادور
		٩٦	٩٩	١٢	٥٨	٦٠	٢٤	٥٠	مصر
٦١	٥٩	٩٦	٩٦	٩	٦٦	٧٢	٢١	٦٥	السلفادور
		٥٩	٥٩		٦	١٠	١٤٣	١٢٨	غينيا الاستوائية
٢٥	٣٢	٣٤	٤٠	٢٩	٥	٨	٥٦	٨٥	إريتريا
٩٣	٩١	٩٧	٩٨		٥٨	٦٣	٥	٢١	إستونيا
١١	١٧	٨٤	٩٠	٢٦	٢٧	٢٩	٧٤	٧٩	إثيوبيا
٨٨	٨١	٩٩	٩٩				٢٠	٣١	فيجي
٩٤	٩٣	٩٨	٩٨				٣	٨	فنلندا
١٠٠	٩٨	٩٩	٩٩	٢	٧٤	٧٦	٤	١٢	فرنسا
							١٤	٨٤	غيانا الفرنسية
							٨	٤١	بولينزيا الفرنسية
			٢٨	١٩	٣١	٦٥	١٤٤		غابون
		٧١	٦٨	٢٢	٩	١٣	١٠٠	١٠٤	غامبيا
٨٠	٨٤	٩٤	٩٦	١٢	٣٥	٥٣	٢٢	٤٤	جورجيا
		١٠٠	١٠٠		٦٢	٦٦	٤	٩	ألمانيا
٤٤	٤٨	٨٢	٨٣	٣٦	١٧	٢٤	٧٨	٧٠	غانا
٩٨	٩٨	٩٩	٩٩		٤٦	٧٦	٤	١٢	اليونان
٨٤	٨٤	٩٩	٩٦		٥٢	٥٤	١٢	٥٣	غرينادا
							٦	٢١	غواديلوب
					٥٨	٦٧	١١	٥٢	غوام
٤٤	٤٨	٩٧	٩٩	٢٨	٣٤	٤٣	٣١	٩٢	غواتيمالا
٢٧	٤٢	٧٦	٩٠	٢٢	٥	٦	١٢٧	١٥٣	غينيا
٦	١١	٧٣	٧٧	٦	١٠	١٤	١٥٦	١٣٧	غينيا - بيساو
٨١	٧١	٨٥	٨١	٢٩	٤٠	٤٣	٣٤	٩٧	غيانا
				٣٧	٣١	٣٥	٦٧	٦٩	هايتي
		٩٨	٩٧	١٧	٥٦	٦٥	٣٢	١٠٨	هندوراس
٩٢	٩٢	٩٨	٩٧	٧	٧١	٨١	٦	١٩	هنغاريا

التعليم		الصحة الجنسية والإنجابية				صحة الأم والأطفال حديثي الولادة				البلدان أو الأقاليم أو المناطق الأخرى
النسبة المئوية لصافي الفيد بالتعليم الثانوي للأطفال في سن الالتحاق بالمدرسة ، ٢٠١٢/١٩٩٩	النسبة المئوية لصافي الفيد بالتعليم الابتدائي للأطفال في سن الالتحاق بالمدرسة ، ٢٠١٢/١٩٩٩	النسبة المئوية للاحتياجات غير الملبية لتنظيم الأسرة ، ٢٠١٢/١٩٨٨	معدل شيوع وسائل منع الحمل بين النساء من سن ١٥ إلى ٤٩ سنة ، باستخدام وسيلة حديثة ، ٢٠١٢/١٩٩٠	معدل شيوع وسائل منع الحمل بين النساء في سن ١٥ - ٤٩ سنة ، باستخدام أي وسيلة ، ٢٠١٢/١٩٩٠	معدل وفيات الأطفال تحت سن ٥ سنوات لكل ١ ٠٠٠ مولود حي ، ٢٠١٥-٢٠١٠	معدل المواليد بين المراهقات لكل ١ ٠٠٠ امرأة من سن ١٥ إلى ١٩ سنة ، ٢٠١٠/٢٠٠٥	النسبة المئوية للولادات التي تجري تحت إشراف أخصائيين صحيين مهرة ، ٢٠١٢/٢٠٠٥	نسبة الوفيات النفاسية (لكل ١٠٠ ٠٠٠ مولود حي) ، ٢٠١٠		
٨٩	٨٨	٩٩	٩٩	٥٥	٣	١٥	٥	٥	آيسلندا	
		٩٩	٩٩	٤٨	٥٦	٧٦	٥٨	٢٠	الهند	
٧٤	٧٤	١٠٠	٩٨	٥٨	٣١	٦٦	٨٠	٢٢٠	إندونيسيا	
٨٠	٨٢	١٠٠	٩٩	٥٩	٢٢	٣١	٩٧	٢١	إيران (جمهورية - الإسلامية)	
٣٩	٤٩	٨٤	٩٤	٣٤	٣٢	٦٨	٨٩	٦٣	العراق	
١٠٠	٩٨	١٠٠	٩٩	٦١	٤	١٦	١٠٠	٦	آيرلندا	
١٠٠	٩٧	٩٨	٩٧		٤	١٤		٧	إسرائيل	
٩٤	٩٤	٩٩	١٠٠	١٢	٣	٧	١٠٠	٤	إيطاليا	
٨٧	٨٠	٨١	٨٣	١٢	٢٥	٧٢	٩٨	١١٠	جامايكا	
١٠٠	٩٩	١٠٠	١٠٠	٤٤	٣	٥	١٠٠	٥	اليابان	
٨٨	٨٣	٩١	٩١	٤١	٢٠	٣٢	٩٩	٦٣	الأردن	
٩٠	٩٠	١٠٠	١٠٠	٥٠	٣٠	٣١	٩٩	٥١	كازاخستان	
٤٨	٥٢	٨٥	٨٤	٣٩	٧٧	١٠٦	٤٤	٣٦٠	كينيا	
٧٢	٦٥			١٨	٤٢	٣٩	٩٨		كيريباس	
									جمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية	
					٢٨	١	١٠٠	٨١		
٩٥	٩٦	٩٨	٩٩	٧٠	٤	٢	١٠٠	١٦	جمهورية كوريا الديمقراطية	
٩٣	٨٦	١٠٠	٩٧	٣٩	١١	١٤	٩٩	١٤	الكويت	
٨٠	٨١	٩٦	٩٦	٤٦	٤٢	٣١	٩٨	٧١	قبرغزستان	
٣٩	٤٣	٩٦	٩٨	٣٥	٤٥	١١٠	٣٧	٤٧٠	جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية	
٨٣	٨٣	٩٦	٩٥	٥٦	٩	١٥	٩٩	٣٤	لاتفيا	
٨٠	٧٢	٩٧	٩٧	٣٤	١٠	١٨		٢٥	لبنان	
٣٧	٢٣	٧٦	٧٤	٤٦	٨٢	٩٢	٦٢	٦٢٠	ليسوتو	
		٤٠	٤٢	١٠	٨٥	١٧٧	٤٦	٧٧٠	ليبيريا	
				٢٦	١٦	٤	٩٨	٥٨	ليبيا	
٩١	٩١	٩٣	٩٤	٥٠	٧	١٧		٨	ليتوانيا	
٨٨	٨٥	٩٦	٩٤		٣	٧		٢٠	لكسمبرغ	
٢٤	٢٣	٨٠	٧٩	٢٨	٥٥	١٤٧	٤٤	٢٤٠	مدغشقر	
٢٩	٣٠	٩٨	٩١	٤٢	١١٩	١٥٧	٧١	٤٦٠	ملاوي	
٧١	٦٦	٩٦	٩٦	٣٢	٥	١٤	٩٩	٢٩	ماليزيا	
٥٢	٤٦	٩٥	٩٤	٢٧	١٣	١٩	٩٥	٦٠	ملديف	
٢٥	٣٦	٦٣	٧٢	٦	١٦٥	١٩٠	٤٩	٥٤٠	مالي	
٨٠	٨٢	٩٤	٩٣	٤٦	٧	٢٠	١٠٠	٨	مالطة	
									جزر المارتينيك	
					٧	٢٠				
١٥	١٧	٧٧	٧٣	٨	١٠٧	٨٨	٥٧	٥١٠	موريتانيا	
٧٤	٧٤			٣٩	١٣	٣١	١٠٠	٦٠	موريشيوس ^٥	
					٥	١٠٦			مايوت	
٧٤	٧١	١٠٠	٩٩	٦٧	١٧	٨٧	٩٥	٥٠	المكسيك	
					٤٠	٥٢	١٠٠	١٠٠	ميكرونيزيا (ولايات - المتحدة)	
٧٨	٧٧	٩٠	٩١	٤٣	١٧	٢٦	١٠٠	٤١	جمهورية مولدوفا	
٧٩	٧٤	٩٨	٩٩	٢٢	٣١	٢٠	٩٩	٦٣	منغوليا	
		٩٤	٩٣	١٧	١٠	٢٤	١٠٠	٨	الجبل الأسود	
٣٢	٣٨	٩٨	٩٧	٥٧	٣٢	١٨	٧٤	١٠٠	المغرب	

رصد أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية: مؤشرات مختارة

التعليم				الصحة الجنسية والإنجابية				صحة الأم والأطفال حديثي الولادة				البلدان أو الأقاليم أو المناطق الأخرى					
النسبة المئوية لصافي الفيد بالتعليم الثانوي للأطفال في سن الالتحاق بالمدرسة ، ٢٠١٢/١٩٩٩		النسبة المئوية لصافي الفيد بالتعليم الابتدائي للأطفال في سن الالتحاق بالمدرسة ، ٢٠١٢/١٩٩٩		النسبة المئوية للاحتياجات غير الملبية لتنظيم الأسرة ، ٢٠١٢/١٩٨٨		معدل شيوخ وسائل منع الحمل بين النساء من سن ١٥ إلى ٤٩ سنة ، باستخدام وسيلة حديثة ، ٢٠١٢/١٩٩٠		معدل شيوخ وسائل منع الحمل بين النساء في سن ١٥ - ٤٩ سنة ، باستخدام أي وسيلة ، ٢٠١٢/١٩٩٠		معدل وفيات الأطفال تحت سن ٥ سنوات لكل ١ ٠٠٠ مولود حي ، ٢٠١٥-٢٠١٠			معدل المواليد بين المراهقات لكل ١ ٠٠٠ امرأة من سن ١٥ إلى ١٩ سنة ، ٢٠١٠/٢٠٠٥		النسبة المئوية للولادات التي تجري تحت إشراف أخصائيين صحيين مهرة ، (٢٠٠٥- ٢٠١٢)		نسبة الوفيات النفاسية (لكل ١٠٠ ٠٠٠ مولود حي) ، ٢٠١٠
اناث	ذكور	اناث	ذكور														
١٧	١٨	٨٨	٩٣	١٩	١١	١٢	١١٦	١٩٣	٥٤	٤٩٠	موزامبيق						
٥٢	٤٩			١٩	٤٦	٤٦	٦٣	١٧	٧١	٢٠٠	ميانمار						
٥٧	٤٤	٨٨	٨٤	٢١	٥٤	٥٥	٤٢	٧٤	٨١	٢٠٠	ناميبيا						
		٦٤	٧٨	٢٨	٤٣	٥٠	٤٤	٨١	٣٦	١٧٠	نيبال						
٨٨	٨٧	٩٩	١٠٠		٦٧	٦٩	٤	٥		٦	هولندا						
					٧٢	٧٥	١٥	٢١			كاليدونيا الجديدة						
٩٥	٩٤	١٠٠	٩٩				٥	٢٩	٩٦	١٥	نيوزيلندا						
٤٩	٤٣	٩٥	٩٣	١١	٦٩	٧٢	٢٠	١٠٩	٧٤	٩٥	نيكاراغوا						
٩	١٤	٦٠	٧١	١٦	١٢	١٤	١٢٧	١٩٩	١٨	٥٩٠	النيجر						
		٥٥	٦٠	١٩	٩	١٤	١٢٢	١٢٣	٣٤	٦٣٠	نيجيريا						
٩٤	٩٤	٩٩	٩٩		٨٢	٨٨	٣	١٠	٩٩	٧	النرويج						
٩٤	٩٤	٩٧	٩٨		٢٥	٣٢	٩	١٢	٩٩	٣٢	عمان						
٢٩	٤٠	٦٥	٧٩	٢٥	١٩	٢٧	٧١	١٦	٤٥	٢٦٠	باكستان						
٨٥	٧٧	٩٠	٩٠		٣٩	٥٠	٢٣	٦٠		٦٤	فلسطين ^٧						
٧١	٦٥	٩٧	٩٨		٤٩	٥٢	١٨	٨٨	٨٩	٩٢	بنما						
				٢٧	٢٤	٣٢	٦٢	٧٠	٤٣	٢٣٠	بابوا غينيا الجديدة						
٦٣	٥٩	٨٤	٨٤	٥	٧٠	٧٩	٣٧	٦٣	٨٥	٩٩	باراغواي						
٧٨	٧٧	٩٧	٩٧	٦	٥٠	٦٩	٢٦	٧٢	٨٥	٦٧	بيرو						
٦٧	٥٦	٩٠	٨٨	٢٢	٣٦	٤٩	٢٧	٥٣	٦٢	٩٩	الفلبين						
٩٢	٩٠	٩٧	٩٧		٢٨	٧٣	٦	١٦	١٠٠	٥	بولندا						
٨٦	٧٨	١٠٠	٩٩		٨٣	٨٧	٣	١٦		٨	البرتغال						
		٨٦	٨١	٤	٧٢	٨٤	٨	٥٥			بورتوريكو						
٩٦	٨٧	٩٥	٩٥		٣٢	٤٣	٨	١٥	١٠٠	٧	قطر						
					٦٤	٦٧	٥	٤٣			ريونيون						
٨٣	٨٢	٨٧	٨٨	١٢	٥١	٧٠	١٢	٤١	٩٩	٢٧	رومانيا						
		٩٦	٩٥		٦٥	٨٠	١٢	٣٠	١٠٠	٣٤	الاتحاد الروسي						
		٩٢	٨٩	٢١	٤٤	٥٢	٧٤	٤١	٦٩	٣٤٠	رواندا						
٨٨	٨٤	٨٩	٨٦					٦٧	١٠٠		سانت كيتس ونيفيس						
٨٥	٨٥	٨٨	٨٨				١٤	٤٩	٩٩	٣٥	سانت لوسيا						
٨٦	٨٤	٩٧	١٠٠				٢١	٧٠	٩٩	٤٨	سانت فنسنت وجزر غرينادين						
٨٢	٧١	٩٦	٩١	٤٨	٢٧	٢٩	٢٣	٢٩	٨١	١٠٠	ساموا						
		٩٣	٩١					١			سان مارينو						
٣٤	٣٠	٩٨	٩٧	٣٨	٣٣	٣٨	٦٣	١١٠	٨١	٧٠	سان تومي وبرينسيبي						
		٩٧	٩٧			٢٤	١٢	٧	١٠٠	٢٤	المملكة العربية السعودية						
١٩	٢٤	٨١	٧٧	٢٩	١٢	١٣	٧٥	٩٣	٦٥	٣٧٠	السنغال						
٩١	٩٠	٩٤	٩٥	٧	٢٢	٦١	١٣	٢٢	١٠٠	١٢	صربيا ^٦						
١٠٠	٩٢	٩٤	٩٦				١٠	٦٢	٩٩		سيشيل						
				٢٧	١٠	١١	١٨٧	٩٨	٦١	٨٩٠	سيراليون						
					٥٥	٦٢	٢	٦	١٠٠	٣	سنغافورة						
					٦٦	٨٠	٧	٢١	١٠٠	٦	سلوفاكيا						
٩٣	٩٢	٩٨	٩٨	٩	٦٣	٧٩	٣	٥	١٠٠	١٢	سلوفينيا						
٤٢	٤٤	٨٧	٨٨	١١	٢٧	٣٥	٤٧	٧٠	٧٠	٩٣	جزر سليمان						
				١	١٥		١٣١	١٢٣	٩	١٠٠٠	الصومال						

التعليم				الصحة الجنسية والإنجابية				صحة الأم والأطفال حديثي الولادة				البلدان أو الأقاليم أو المناطق الأخرى						
النسبة المئوية لصافي القيد بالتعليّم الثانوي للأطفال في سن الالتحاق بالمدرسة ، ٢٠١٢/١٩٩٩		النسبة المئوية لصافي القيد بالتعليّم الابتدائي للأطفال في سن الالتحاق بالمدرسة ، ٢٠١٢/١٩٩٩		النسبة المئوية للاحتياجات غير الملباة لتنظيم الأسرة ، ٢٠١٢/١٩٨٨		معدل شيوع وسائل منع الحمل بين النساء من سن ١٥ إلى ٤٩ سنة ، باستخدام وسيلة حديثة ، ٢٠١٢/١٩٩٠		معدل شيوع وسائل منع الحمل بين النساء في سن ١٥ - ٤٩ سنة ، باستخدام أي وسيلة ، ٢٠١٢/١٩٩٠		معدل وفيات الأطفال تحت سن ٥ سنوات لكل ١ ٠٠٠ مولود حي ، ٢٠١٥-٢٠١٠			معدل الصواليد بين المراهقات لكل ١ ٠٠٠ امرأة من سن ١٥ إلى ١٩ سنة ، ٢٠١٥/٢٠٠٥		النسبة المئوية للوفيات التي تجري تحت إشراف أخصائيين صحيين مهرة ، ٢٠١٢/٢٠٠٥		نسبة الوفيات النفسية (لكل ١٠٠ ٠٠٠ مولود حي) ، ٢٠١٠	
إناث	ذكور	إناث	ذكور															
٦٥	٥٩	٩١	٩٠	١٤	٦٠	٦٠	٥١	٥٤	٣٠٠	جنوب أفريقيا								
					١	٤	١٢٣			جنوب السودان								
٩٦	٩٤	١٠٠	١٠٠	١٢	٦٢	٦٦	٤	١٣	٦	إسبانيا								
٩١	٨٦	٩٣	٩٣	٧	٥٣	٦٨	١١	٢٤	٩٩	سري لانكا								
		٤٢	٥٠	٢٩		٩	٨٦	٧٠	٧٣٠	السودان								
٦٢	٥٢	٩٣	٩٢		٤٥	٤٦	٢٣	٦٦	٨٧	سورينام								
٣٨	٣٢	٨٦	٨٤	١٣	٦٣	٦٥	٩٢	١١١	٨٢	سوازيلند								
٩٣	٩٣	٩٩	١٠٠		٦٥	٧٥	٣	٦	٤	السويد								
٨١	٨٣	١٠٠	٩٩		٧٨	٨٢	٤	٤	٨	سويسرا								
٦٨	٦٨	١٠٠	٩٩		٤٣	٥٨	٢١	٧٥	٩٦	الجمهورية العربية السورية								
٨١	٩١	٩٦	١٠٠		٢٦	٢٨	٧٣	٢٧	٨٨	طاجيكستان								
		٩٨	٩٨	٢٥	٢٦	٣٤	٧٢	١٢٨	٤٩	جمهورية تنزانيا المتحدة								
٧٤	٦٩	٨٩	٩٠	٣	٧٨	٨٠	١٢	٤٧	٩٩	تايلند								
										جمهورية مقدونيا اليوغوسلافية السابقة								
٨١	٨٢	٩٩	٩٧				١١	٢٠	١٠٠	١٠								
										جمهورية تيمور - ليشتي الديمقراطية								
٤١	٣٧	٩١	٩١	٣٢	٢١	٢٢	٤٩	٥٤	٣٠	٣٠٠								
١٦	٣٣			٣٧	١٣	١٥	١٠٣	٨٩	٤٤	٣٠٠	توغو							
٨٠	٦٧	٨٩	٩٤				٢٤	١٦	٩٩	١١٠	تونغا							
٧٠	٦٥	٩٧	٩٨		٣٨	٤٣	٣١	٣٣	٩٧	٤٦	ترينيداد وتوباغو							
		٩٩	١٠٠	٧		٦٣	١٧	٦	٩٥	٥٦	تونس							
٧٦	٨١	٩٨	١٠٠	٦	٤٦	٧٣	١٨	٣٨	٩١	٢٠	تركيا							
				١٣	٥٣	٦٢	٦٠	٢١	١٠٠	٦٧	تركمانستان							
٦٩	٧٢	٨٤	٧٧					٢٦			جزر تركس وكايكوس							
				٢٤	٢٢	٣١		٢٨	٩٣		توفالو							
١٥	١٧	٩٥	٩٣	٣٤	٢٦	٣٠	٨٦	١٥٩	٥٨	٣١٠	أوغندا							
٨٥	٨٥	٩٣	٩٢	١٠	٤٨	٦٧	١٤	٣٠	٩٩	٣٢	أوكرانيا							
٨٢	٨٠	٩٨	٩٤		٢٤	٢٨	٧	٣٤	١٠٠	١٢	الإمارات العربية المتحدة							
١٠٠	٩٧	١٠٠	١٠٠		٨٤	٨٤	٥	٢٥		١٢	المملكة المتحدة							
٩٠	٨٩	٩٦	٩٥	٨	٧٠	٧٦	٧	٣٩	٩٩	٢١	الولايات المتحدة الأمريكية							
					٧٣	٧٨	١١	٥٢			جزر فرجن التابعة للولايات المتحدة							
٧٦	٦٨	٩٩	١٠٠		٧٥	٧٧	١٤	٦٠	١٠٠	٢٩	أوروغواي							
		٩١	٩٤	١٤	٥٩	٦٥	٥٣	٢٦	١٠٠	٢٨	أوزبكستان							
٤٩	٤٦	٩٧	٩٨		٣٧	٣٨	٢٨	٩٢	٧٤	١١٠	فانواتو							
٧٧	٦٩	٩٥	٩٥	١٩	٦٢	٧٠	١٩	١٠١	٩٨	٩٢	فنزويلا (جمهورية - البوليفارية)							
				٤	٦٠	٧٨	٢٠	٣٥	٩٢	٥٩	فييت نام							
							٤٦				الصحراء الغربية							
٣١	٤٨	٧٠	٨٣	٤٠	١٩	٢٨	٧٦	٨٠	٣٦	٢٠٠	اليمن							
		٩٨	٩٦	٢٧	٢٧	٤١	١٠٢	١٥١	٤٧	٤٤٠	زامبيا							
				١٥	٥٧	٥٩	٥٣	١١٥	٦٦	٥٧٠	زمبابوي							

رصد أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية: مؤشرات مختارة

التعليم				الصحة الجنسية والإنجابية				صحة الأم والأطفال حديثي الولادة				البيانات العالمية والإقليمية ^{١١}					
النسبة المئوية لصافي القيد بالتعليم الثانوي للأطفال في سن الالتحاق بالمدرسة ، ٢٠١٢/١٩٩٩		النسبة المئوية لصافي القيد بالتعليم الابتدائي للأطفال في سن الالتحاق بالمدرسة ، ٢٠١٢/١٩٩٩		النسبة المئوية للميلاد لتنظيم الأسرة ، ٢٠١٢/١٩٨٨		معدل شيوع وسائل منع الحمل بين النساء من سن ١٥ إلى ٤٩ سنة ، باستخدام وسيلة حديثة ، ٢٠١٢/١٩٩٠		معدل شيوع وسائل منع الحمل بين النساء في سن ١٥ - ٤٩ سنة ، باستخدام أي وسيلة ، ٢٠١٢/١٩٩٠		معدل وفيات الأطفال تحت سن ٥ سنوات لكل مولود حي ، ٢٠١٥-٢٠١٠			معدل الصواليد بين المراهقات لكل امرأة من سن ١٥ إلى ١٩ سنة ، ٢٠١٠/٢٠٠٥		النسبة المئوية للولادات التي تجري تحت إشراف أخصائيين صحيين مهرة ، ٢٠١٢/٢٠٠٥		نسبة الوفيات النفاسية (لكل ١٠٠٠ مولود حي) ، ٢٠١٠
ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث		
٦١	٦٤	٩٠	٩٢	١٢	٥٧	٦٤	٥٢	٤٩	٧٠	٢١٠	المجموع العالمي						
٩١	٩٠	٩٧	٩٧	٩	٦٢	٧١	٧	٢٤	١٦	١٦	المناطق الأكثر نمواً ^٨						
٥٧	٦١	٨٩	٩١	١٣	٥٧	٦٣	٥٧	٥٣	٢٤٠	٢٤٠	المناطق الأقل نمواً ^٩						
٣٠	٣٦	٧٩	٨٣	٢٣	٣١	٣٨	٩٩	١٠٦	٤٣٠	٤٣٠	أقل البلدان نمواً ^{١٠}						
٥٨	٦٤	٨٣	٨٩	١٧	٤٤	٥٣	٤٤	٧٦	٧٦	١٤٠	الدول العربية ^{١١}						
٦٠	٦٣	٩٤	٩٥	١٠	٦٣	٦٨	٤٠	٦٩	٦٩	١٦٠	آسيا والمحيط الهادئ ^{١٢}						
٨٥	٨٦	٩٤	٩٤	١١	٥٣	٦٧	٢٦	٩٨	٩٨	٣٢	أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى ^{١٣}						
٧٨	٧٤	٩٦	٩٥	١٠	٦٧	٧٣	٢٣	٩١	٩١	٨١	أمريكا اللاتينية والكاريبي ^{١٤}						
٢١	٢٧	٧٧	٨٠	٢٥	٢١	٢٨	١١٠	٤٨	٤٨	٥٠٠	أفريقيا جنوب الصحراء ^{١٥}						

المؤشرات الديمغرافية

ذكور ■ إناث

البلدان أو الأقاليم أو المناطق الأخرى

مجموع السكان بالملايين، ٢٠١٣	النسبة المئوية المتوسطة السنوي في السكان، (بالسنوات) ٢٠١٥-٢٠١٠	معدل العمر المتوقع عند الولادة (بالسنوات) ٢٠١٥-٢٠١٠	معدل الخصوبة الإجمالي لكل امرأة، ١٩ سنة. ٢٠١٠	النسبة المئوية للذين تتراوح أعمارهم ١٠-١٩ سنة. ٢٠١٠	البلدان أو الأقاليم أو المناطق الأخرى
٣٠,٦	٢,٤	٥٩	٥٠	٢٣	أفغانستان
٣,٢	-٠,٣	٧٥	١,٨	١٩	ألبانيا
٣٩,٢	١,٨	٦٩	٢,٨	١٧	الجزائر
٢١,٥	٣,١	٥٠	٥,٩	٢١	أنغولا
-٠,١	١,٠	٧٣	٢,١	١٨	أنغوا وبربودا
٤١,٤	-٠,٩	٧٣	٢,٢	١٦	الأرجنتين
٣,٠	-٠,٢	٧٨	١,٧	١٥	أرمينيا
-٠,١	-٠,٤	٧٣	١,٧	١٥	أروبا
٢٣,٣	١,٣	٨٠	١,٩	١٣	أستراليا ^١
٨,٥	-٠,٤	٧٨	١,٥	١١	النمسا
٩,٤	١,١	٦٨	١,٩	١٧	أذربيجان
-٠,٤	١,٤	٧٢	١,٩	١٦	جزر البهاما
١,٣	١,٧	٧٦	٢,١	١١	البحرين
١٥٦,٦	١,٢	٧٠	٢,٢	٢١	بنغلاديش
-٠,٣	-٠,٥	٧٣	١,٨	١٤	بربادوس
٩,٤	-٠,٥	٦٤	١,٥	١١	بيلاروس
١١,١	-٠,٤	٧٨	١,٨	١١	بلجيكا
-٠,٣	٢,٤	٧١	٢,٧	٢٠	بليز
١٠,٣	٢,٧	٥٨	٤,٩	٢١	بنن
-٠,٨	١,٦	٦٨	٢,٣	٢٠	بوتان
١٠,٧	١,٦	٦٥	٣,٣	٢١	بوليفيا (دولة - متعددة القوميات)
٣,٨	-٠,١	٧٤	١,٣	١٤	البوسنة والهرسك
٢,٠	-٠,٩	٤٨	٢,٦	٢٢	بوتسوانا
٢٠٠,٤	-٠,٨	٧٧	١,٨	١٧	البرازيل
-٠,٤	١,٤	٧٧	٢,٠	١٧	بروني دار السلام
٧,٢	-٠,٨	٧٠	١,٥	١٠	بلغاريا
١٦,٩	٢,٨	٥٥	٥,٦	٢٢	بوركينافاسو
١٠,٢	٣,٢	٥٢	٦,١	٢١	بوروندي
١٥,١	١,٧	٦٩	٢,٩	٢١	كمبوديا
٢٢,٣	٢,٥	٥٤	٤,٨	٢٢	جمهورية الكاميرون
٣٥,٢	١,٠	٧٩	١,٧	١٢	كندا
-٠,٥	-٠,٨	٧١	٢,٣	٢٣	الرأس الأخضر
٤,٦	٢,٠	٤٨	٤,٤	٢٢	جمهورية أفريقيا الوسطى
١٢,٨	٣,٠	٥٠	٦,٣	٢٢	تشاد
١٧,٦	-٠,٩	٧٧	١,٨	١٦	شيلي
١٣٨٥,٦	-٠,٦	٧٤	١,٧	١٤	الصين ^١
٧,٢	-٠,٧	٨٠	١,١	١١	منطقة هونغ كونغ الصينية الإدارية الخاصة ^٢
-٠,٦	١,٨	٧٨	١,١	١١	منطقة ماكاو الصينية الإدارية الخاصة ^٤
٤٨,٣	١,٣	٧٠	٢,٣	١٨	كولومبيا
-٠,٧	٢,٤	٥٩	٤,٧	٢٠	جزر القمر
٦٧,٥	٢,٧	٤٨	٦,٠	٢٢	جمهورية الكونغو الديمقراطية
٤,٤	٢,٦	٥٧	٥,٠	٢٠	جمهورية الكونغو

مجموع السكان بالملايين، ٢٠١٣	النسبة المئوية المتوسطة السنوي في السكان، (بالسنوات) ٢٠١٥-٢٠١٠	معدل العمر المتوقع عند الولادة (بالسنوات) ٢٠١٥-٢٠١٠	معدل الخصوبة الإجمالي لكل امرأة، ١٩ سنة. ٢٠١٠	النسبة المئوية للذين تتراوح أعمارهم ١٠-١٩ سنة. ٢٠١٠	البلدان أو الأقاليم أو المناطق الأخرى
٤,٩	١,٤	٧٨	١,٨	١٧	كوستاريكا
٢٠,٣	٢,٣	٥٠	٤,٩	٢٢	كوت ديفوار
٤,٣	-٠,٤	٧٤	١,٥	١١	كرواتيا
١١,٣	-٠,١	٧٧	١,٥	١٣	كوبا
-٠,٢	٢,٢	٧٤	١,٩	١٤	كوراساو
١,١	١,١	٧٨	١,٥	١٣	قبرص
١٠,٧	-٠,٤	٧٥	١,٦	١٠	الجمهورية التشيكية
٥,٦	-٠,٤	٧٧	١,٩	١٢	الدانمرك
-٠,٩	١,٥	٦٠	٣,٤	٢١	جيبوتي
-٠,١	-٠,٤	-	-	-	دومينيكا
١٠,٤	١,٢	٧٠	٢,٥	١٩	الجمهورية الدومينيكية
١٥,٧	١,٦	٧٤	٢,٦	١٩	إكوادور
٨٢,١	١,٦	٦٩	٢,٨	١٩	مصر
٦,٣	-٠,٧	٦٨	٢,٢	٢٣	السلفادور
-٠,٨	٢,٨	٥١	٤,٩	٢٠	غينيا الاستوائية
٦,٣	٣,٢	٦٠	٤,٧	٢٠	إريتريا
١,٣	-٠,٣	٦٩	١,٦	١١	إستونيا
٩٤,١	٢,٦	٦٢	٤,٦	٢٣	إثيوبيا
-٠,٩	-٠,٧	٦٧	٢,٦	١٨	فيجي
٥,٤	-٠,٣	٧٧	١,٩	١٢	فنلندا
٦٤,٣	-٠,٥	٧٨	٢,٠	١٢	فرنسا
-٠,٢	٢,٥	٧٤	٣,١	١٨	غيانا الفرنسية
-٠,٣	١,١	٧٤	٢,١	١٨	بولينزيا الفرنسية
١,٧	٢,٤	٦٢	٤,١	٢٠	غابون
١,٨	٣,٢	٥٧	٥,٨	٢١	غامبيا
٤,٣	-٠,٤	٧٠	١,٨	١٣	جورجيا
٨٢,٧	-٠,١	٧٨	١,٤	١٠	ألمانيا
٢٥,٩	٢,١	٦٠	٣,٩	٢١	غانا
١١,١	-٠,٠	٧٨	١,٥	١٠	اليونان
-٠,١	-٠,٤	٧٠	٢,٢	٢٠	غرينادا
-٠,٥	-٠,٥	٧٧	٢,١	١٥	غواديلوب
-٠,٢	١,٣	٧٦	٢,٤	١٨	غوام
١٥,٥	٢,٥	٦٨	٣,٨	٢٢	غواتيمالا
١١,٧	٢,٥	٥٥	٥,٠	٢١	غينيا
١,٧	٢,٤	٥٣	٥,٠	٢١	غينيا - بيساو
-٠,٨	-٠,٥	٦٤	٢,٦	٢٠	غيانا
١٠,٣	١,٤	٦١	٣,٢	٢٢	هايتي
٨,١	٢,٠	٧١	٣,٠	٢٢	هندوراس
١٠,٠	-٠,٢	٧٠	١,٤	١١	هنغاريا
-٠,٣	١,١	٨٠	٢,١	١٤	آيسلندا
١٢٥٢,١	١,٢	٦٥	٢,٥	١٩	الهند
٢٤٩,٩	١,٢	٦٩	٢,٣	١٧	إندونيسيا
٧٧,٤	١,٣	٧٢	١,٩	١٧	إيران (جمهورية - الإسلامية)

المؤشرات الديمغرافية

ذكور ■ إناث

النسبة المئوية للسكان الذين تتراوح أعمارهم 10-19 سنة. ٢٠١٠	معدل الخصوبة الإجمالي لكل امرأة، ٢٠١٠-٢٠١٥	معدل العمر المتوقع عند الولادة (بالسنوات)، ٢٠١٠-٢٠١٥	النسبة المئوية المتوسطة للتغير السنوي في السكان، ٢٠١٠-٢٠١٥	مجموع عدد السكان بالملايين، ٢٠١٣	البلدان أو الأقاليم أو المناطق الأخرى	
٢٢	٢,٣	٦٩	٦٧	١,٢	٢٧,٨	نيبال
١٢	١,٨	٨٣	٧٩	-٠,٣	١٦,٨	هولندا
١٦	٢,١	٧٩	٧٤	١,٣	-٠,٣	كاليدونيا الجديدة
١٤	٢,١	٨٣	٧٩	١,٠	٤,٥	نيوزيلندا
٢٢	٢,٥	٧٨	٧٢	١,٤	٦,١	نيكاراغوا
٢٠	٧,٦	٥٨	٥٨	٣,٩	١٧,٨	النيجر
٢١	٦,٠	٥٣	٥٢	٢,٨	١٧٣,٦	نيجيريا
١٣	١,٩	٨٤	٧٩	١,٠	٥,٠	النرويج
١٤	٢,٩	٧٩	٧٥	٧,٩	٣,٦	عمان
٢٢	٣,٢	٦٧	٦٦	١,٧	١٨٢,١	باكستان
٢٤	٤,١	٧٥	٧١	٢,٥	٤,٣	فلسطين ^٧
١٧	٢,٥	٨٠	٧٥	١,٦	٣,٩	بنما
٢١	٣,٨	٦٤	٦٠	٢,١	٧,٣	بابوا غينيا الجديدة
٢٠	٢,٩	٧٥	٧٠	١,٧	٦,٨	باراغواي
١٩	٢,٤	٧٧	٧٢	١,٣	٣٠,٤	بيرو
٢١	٣,١	٧٢	٦٥	١,٧	٩٨,٤	الفلبين
١٢	١,٤	٨٠	٧٢	-٠,٠	٣٨,٢	بولندا
١٠	١,٣	٨٣	٧٧	-٠,٠	١٠,٦	البرتغال
١٦	١,٦	٨٢	٧٥	-٠,٢	٣,٧	بورتوريكو
٦	٢,١	٧٩	٧٨	٥,٩	٢,٢	قطر
١٦	٢,٢	٨٣	٧٦	١,٢	-٠,٩	ريونيون
١١	١,٤	٧٧	٧٠	-٠,٣	٢١,٧	رومانيا
١١	١,٥	٧٤	٦٢	-٠,٢	١٤٢,٨	الاتحاد الروسي
٢٢	٤,٦	٦٥	٦٢	٢,٧	١١,٨	رواندا
				١,١	-٠,١	سانت كيتس ونيفيس
١٨	١,٩	٧٧	٧٢	-٠,٨	-٠,٢	سانت لوسيا
١٩	٢,٠	٧٥	٧٠	-٠,٠	-٠,١	سانت فنسنت وجزر غرينادين
٢٢	٤,٢	٧٦	٧٠	-٠,٨	-٠,٢	ساموا
٢٠	٤,١	٦٨	٦٤	٢,٦	-٠,٢	سان تومي وبرينسيبي
١٦	٢,٧	٧٧	٧٤	١,٨	٢٨,٨	المملكة العربية السعودية
٢١	٥,٠	٦٥	٦٢	٢,٩	١٤,١	السنغال
١٣	١,٤	٧٧	٧١	-٠,٥	٩,٥	صربيا ^٦
١٥	٢,٢	٧٨	٦٩	-٠,٦	-٠,١	سيشيل
٢١	٤,٧	٤٦	٤٥	١,٩	٦,١	سيراليون
١٣	١,٣	٨٥	٨٠	٢,٠	٥,٤	سنغافورة
١٢	١,٤	٧٩	٧١	-٠,١	٥,٥	سلوفاكيا
١٠	١,٥	٨٣	٧٦	-٠,٢	٢,١	سلوفينيا
٢١	٤,١	٦٩	٦٦	٢,١	-٠,٦	جزر سليمان
٢٢	٦,٦	٥٧	٥٣	٢,٩	١٠,٥	الصومال
١٨	٢,٤	٥٩	٥٥	-٠,٨	٥٢,٨	جنوب أفريقيا
٢١	٥,٠	٥٦	٥٤	٤,٠	١١,٣	جنوب السودان
٩	١,٥	٨٥	٧٩	-٠,٤	٤٦,٩	إسبانيا

النسبة المئوية للسكان الذين تتراوح أعمارهم 10-19 سنة. ٢٠١٠	معدل الخصوبة الإجمالي لكل امرأة، ٢٠١٠-٢٠١٥	معدل العمر المتوقع عند الولادة (بالسنوات)، ٢٠١٠-٢٠١٥	النسبة المئوية المتوسطة للتغير السنوي في السكان، ٢٠١٠-٢٠١٥	مجموع عدد السكان بالملايين، ٢٠١٣	البلدان أو الأقاليم أو المناطق الأخرى	
٢١	٤,١	٧٣	٦٦	٢,٩	٣٣,٨	العراق
١٢	٢,٠	٨٣	٧٨	١,١	٤,٦	أيرلندا
١٥	٢,٩	٨٣	٨٠	١,٣	٧,٧	إسرائيل
٩	١,٥	٨٥	٨٠	-٠,٢	٦١,٠	إيطاليا
٢٠	٢,٣	٧٦	٧١	-٠,٥	٢,٨	جامايكا
٩	١,٤	٨٧	٨٠	-٠,١	١٢٧,١	اليابان
١٨	٣,٣	٧٦	٧٢	٣,٥	٧,٣	الأردن
١٥	٢,٤	٧٢	٦١	١,٠	١٦,٤	كازاخستان
٢١	٤,٤	٦٣	٦٠	٢,٧	٤٤,٤	كينيا
٢١	٣,٠	٧٢	٦٦	١,٥	-٠,١	كيريباس
١٦	٢,٠	٧٣	٦٦	-٠,٥	٢٤,٩	جمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية
١٣	١,٣	٨٥	٧٨	-٠,٥	٤٩,٣	جمهورية كوريا
١٣	٢,٦	٧٥	٧٣	٣,٦	٣,٤	الكويت
٢٠	٣,١	٧٢	٦٣	١,٤	٥,٥	قيرغيزستان
٢٣	٣,٠	٦٩	٦٧	١,٩	٦,٨	جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية
١١	١,٦	٧٧	٦٧	-٠,٦	٢,١	لاتفيا
١٨	١,٥	٨٢	٧٨	٣,٠	٤,٨	لبنان
٢٤	٣,١	٥٠	٤٩	١,١	٢,١	ليسوتو
٢١	٤,٨	٦١	٥٩	٢,٦	٤,٣	ليبيريا
١٨	٢,٤	٧٧	٧٣	-٠,٩	٦,٢	ليبيا
١٣	١,٥	٧٨	٦٦	-٠,٥	٣,٠	ليتوانيا
١٢	١,٧	٨٣	٧٨	١,٣	-٠,٥	لكسمبرغ
٢٢	٤,٥	٦٦	٦٣	٢,٨	٢٢,٩	مدغشقر
٢٢	٥,٤	٥٥	٥٥	٢,٨	١٦,٤	ملاوي
١٩	٢,٠	٧٧	٧٣	١,٦	٢٩,٧	ماليزيا
٢١	٢,٣	٧٩	٧٧	١,٩	-٠,٣	مدريد
٢١	٦,٩	٥٥	٥٥	٣,٠	١٥,٣	مالي
١٢	١,٤	٨٢	٧٧	-٠,٣	-٠,٤	مالطة
١٤	١,٨	٨٤	٧٨	-٠,٢	-٠,٤	جزر المارتنيك
٢١	٤,٧	٦٣	٦٠	٢,٥	٣,٩	موريتانيا
١٦	١,٥	٧٧	٧٠	-٠,٤	١,٢	موريشيوس ^٥
١٨	٣,٨	٨٣	٧٦	٢,٧	-٠,٢	مايوت
١٩	٢,٢	٨٠	٧٥	١,٢	١٢٢,٣	المكسيك
٢٦	٣,٣	٧٠	٦٨	-٠,٢	-٠,١	ميكرونيزيا (ولايات - الموحدة)
١٤	١,٥	٧٣	٦٥	-٠,٨	٣,٥	جمهورية مولدوفا
١٨	٢,٤	٧١	٦٤	١,٥	٢,٨	منغوليا
١٤	١,٧	٧٧	٧٢	-٠,٠	-٠,٦	الجبل الأسود
١٩	٢,٨	٧٣	٦٩	١,٤	٣٣,٠	المغرب
٢١	٥,٢	٥١	٤٩	٢,٥	٢٥,٨	موزامبيق
١٨	٢,٠	٦٧	٦٣	-٠,٨	٥٣,٣	ميانمار
٢٣	٣,١	٦٧	٦٢	١,٩	٢,٣	ناميبيا

البلدان أو الأقاليم أو المناطق الأخرى	مجموع عدد السكان بالملايين، ٢٠١٣	النسبة المئوية لمعدل التغير السنوي في السكان، (بالسنوات)، ٢٠١٥-٢٠١٠	معدل العمر المتوقع عند الولادة (بالسنوات)، ٢٠١٥-٢٠١٠	معدل الخصوبة الإجمالي لكل امرأة، ١٩ أعمارهم -١٠، ٢٠١٥-٢٠١٠	النسبة المئوية للمسنين الذين تتراوح أعمارهم عن ٦٥ سنة، ٢٠١٥-٢٠١٠
سري لانكا	٢١,٣	-٠,٨	٧١	٢,٤	١٥
السودان	٣٨,٠	٢,١	٦٠	٤,٥	٢٢
سورينام	٠,٥	-٠,٩	٦٨	٢,٣	١٨
سوازيلند	١,٢	١,٥	٥٠	٣,٤	٢٤
السويد	٩,٦	-٠,٧	٨٠	١,٩	١٢
سويسرا	٨,١	١,٠	٨٥	١,٥	١١
الجمهورية العربية السورية	٢١,٩	-٠,٧	٧٢	٣,٠	٢١
طاجيكستان	٨,٢	٢,٤	٦٤	٣,٩	٢١
جمهورية تنزانيا المتحدة	٤٩,٣	٣,٠	٦٠	٥,٢	٢١
تايلند	٦٧,٠	-٠,٣	٧١	١,٤	١٤
جمهورية مقدونيا اليوغوسلافية السابقة	٢,١	-٠,١	٧٣	١,٤	١٤
جمهورية تيمور - ليشتي الديمقراطية	١,١	١,٧	٦٦	٥,٩	٢٧
توغو	٦,٨	٢,٦	٥٦	٤,٧	٢١
تونغا	٠,١	-٠,٤	٧٠	٣,٨	٢٢
ترينيداد وتوباغو	١,٣	-٠,٣	٦٦	١,٨	١٤
تونس	١١,٠	١,١	٧٤	٢,٠	١٦
تركيا	٧٤,٩	١,٢	٧٢	٢,١	١٧
تركمستان	٥,٢	١,٣	٦١	٢,٣	٢٠
جزر تركس وكايكوس	٠,٠	٢,١			
توفالو	٠,٠	-٠,٢			
أوغندا	٣٧,٦	٣,٣	٥٨	٥,٩	٢٢
أوكرانيا	٤٥,٢	-٠,٦	٦٣	١,٥	١١
الإمارات العربية المتحدة	٩,٣	٢,٥	٧٦	١,٨	١٠
المملكة المتحدة	٦٣,١	-٠,٦	٧٨	١,٩	١٢
الولايات المتحدة الأمريكية	٣٢٠,١	-٠,٨	٧٦	٢,٠	١٣
جزر فرجن التابعة للولايات المتحدة	٠,١	-٠,١	٧٧	٢,٥	١٤
أوروغواي	٣,٤	-٠,٣	٧٤	٢,١	١٥
أوزبكستان	٢٨,٩	١,٤	٦٥	٢,٣	٢١
فانواتو	٠,٣	٢,٢	٧٠	٣,٤	٢٠
فنزويلا (جمهورية - البوليفارية)	٣٠,٤	١,٥	٧٢	٢,٤	١٨
فيت نام	٩١,٧	١,٠	٧١	١,٨	١٧
الصحراء الغربية	٠,٦	٣,٢	٦٦	٢,٤	١٦
البنم	٢٤,٤	٢,٣	٦٢	٤,١	٢٤
زامبيا	١٤,٥	٣,٢	٥٦	٥,٧	٢٢
زيمبابوي	١٤,١	٢,٨	٥٩	٣,٥	٢٣

البيانات العالمية أو الإقليمية^{١١}

مجموع عدد السكان بالملايين، ٢٠١٣	النسبة المئوية لمعدل التغير السنوي في السكان، (بالسنوات)، ٢٠١٥-٢٠١٠	معدل العمر المتوقع عند الولادة (بالسنوات)، ٢٠١٥-٢٠١٠	معدل الخصوبة الإجمالي لكل امرأة، ١٩ أعمارهم -١٠، ٢٠١٥-٢٠١٠	النسبة المئوية للمسنين الذين تتراوح أعمارهم عن ٦٥ سنة، ٢٠١٥-٢٠١٠
٧,٢	١,١	٦٨	٢,٥	١٦,٧
١,٣	-٠,٣	٧٤	١,٧	١١,٥
٥,٩	١,٣	٦٧	٢,٦	١٧,٩
-٠,٩	٢,٣	٥٩	٤,٢	٢١,٤
٣٥٠	١,٠	٦٧	٣,٣	٢٠,٦
٣٠,٧٨٥	١,٩	٦٩	٢,٢	١٧,٦
٣٣٠	-٠,١	٦٣	١,٨	١٢,٩
٦١٢	١,١	٧١	٢,٢	١٨,٧
٨٨٨	٢,٦	٥٥	٥,١	٢٣,٠

حواشي المؤشرات

- ١ بما في ذلك جزيرة كريسماس وجزر كوكس (كيلينغ) وجزيرة نورفولك.
- ٢ للأغراض الإحصائية، لا تشمل البيانات المتعلقة بالصين المنطقتين الصينيتين الإداريتين الخاصتين هونغ كونغ وماكاو، والمقاطعة الصينية تايوان.
- ٣ اعتباراً من ١ تموز/يوليه ١٩٩٧ أصبحت هونغ كونغ منطقة إدارية خاصة تابعة للصين.
- ٤ اعتباراً من ٢٠ كانون الأول/ديسمبر ١٩٩٩ أصبحت ماكاو منطقة إدارية خاصة تابعة للصين.
- ٥ بما في ذلك أغاليزا ورودرiguez وسانت براندون.
- ٦ بما في ذلك كوسوفو.
- ٧ في ٢٩ تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠١٢، أصدرت الجمعية العامة للأمم المتحدة القرار ١٩/٦٧، ووفقاً للفقرة ٢ من منطوق القرار، قررت الجمعية العامة "أن تمنح فلسطين مركز دولة غير عضو لها صفة المراقب في الأمم المتحدة....". بما فيها القدس الشرقية.
- ٨ المناطق الأكثر تقدماً تشمل أوروبا، وأمريكا الشمالية، واستراليا / نيوزيلندا، واليابان.
- ٩ تشمل المناطق الأقل نمواً جميع مناطق أفريقيا، وآسيا (باستثناء اليابان)، وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، إضافة إلى ميلانيزيا، وميكرونيزيا، وبولينيزيا.
- ١٠ أقل البلدان نمواً وفقاً للتسمية المعيارية للأمم المتحدة.
- ١١ تشمل الأردن، والإمارات العربية المتحدة، والبحرين، وتونس، والجزائر، والجمهورية العربية السورية، وجيبوتي، والسودان، والصومال، والعراق، وعمان، وفلسطين، وقطر، والكويت، ولبنان، وليبيا، ومصر، والمغرب، والمملكة العربية السعودية، واليمن.
- ١٢ تشمل فقط البلدان أو الأقاليم أو المناطق الأخرى التالية المشمولة ببرامج صندوق الأمم المتحدة للسكان: أفغانستان، وإندونيسيا، وإيران (جمهورية - الإسلامية)، وبابوا غينيا الجديدة، وباكستان، وبالاو، وبنغلاديش، وبوتان، وتايلند، وتوفالو، وتوكيلاو، وتونغا، وتيمور - ليشتي، وجزر سليمان، وجزر كوك، وجزر مارشال، وجمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية، وساموا، وسري لانكا، والصين، وفانواتو، والفلبين، وفيجي، وفيت نام، وكمبوديا، وكيريباس، وجمهورية لاو الديمقراطية الشعبية، وماليزيا، وملديف، ومنغوليا، وميانمار، وميكرونيزيا، ونارو، ونيبال، ونيوي، والهند.
- ١٣ تشمل فقط البلدان أو الأقاليم أو المناطق الأخرى التالية المشمولة ببرامج صندوق الأمم المتحدة للسكان: الاتحاد الروسي، وأذربيجان، وأرمينيا، وألبانيا، وأوزبكستان، وأوكرانيا، وبلغاريا، والبوسنة والهرسك، وبيلاروس، وتركمانيستان، وجمهورية مقدونيا اليوغوسلافية سابقاً، وجمهورية مولدوفا، وجورجيا، ورومانيا، وصربيا، وطاجيكستان، وقيرغيزستان، وكازاخستان.
- ١٤ تشمل فقط البلدان أو الأقاليم أو المناطق الأخرى التالية المشمولة ببرامج صندوق الأمم المتحدة للسكان: الأرجنتين،
- ١٥ تشمل فقط البلدان أو الأقاليم أو المناطق الأخرى التالية المشمولة ببرامج صندوق الأمم المتحدة للسكان: إثيوبيا، وإريتريا، وأنغولا، وأوغندا، وبنين، وبوتسوانا، وبوركينا فاسو، وبوروندي، وتشاد، وتوغو، وجزر القمر، وجمهورية أفريقيا الوسطى، وجمهورية تنزانيا المتحدة، وجمهورية الكونغو الديمقراطية، وجنوب أفريقيا، والرأس الأخضر، ورواندا، وزامبيا، وزيمبابوي، والسنتغال، وسوازيلند، وسيراليون، وسيشيل، وغابون، وغامبيا، وغانا، وغينيا، وغينيا الاستوائية، وغينيا بيساو، والكاميرون، وكوت ديفوار، والكونغو، وكينيا، والليبيريا، وليسوتو، ومالي، ومدغشقر، وملاوي، وموريتانيا، وموريشيوس، وموزامبيق، وناميبيا، والنيجر، ونيجيريا.
- ١٦ التجمعات الإقليمية هي متوسطات مرجحة استناداً إلى البلدان التي تتوفر بشأنها بيانات.

الملاحظات الفنية:

مصادر البيانات والتعاريف

- تشمل الجداول الإحصائية الواردة في حالة السكان في العالم ٢٠١٣ مؤشرات لتتبع التقدم المحرز صوب تحقيق أهداف برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية والأهداف الإنمائية للألفية في مجالات الصحة النفاسية، وفرص الحصول على التعليم، والصحة الإنجابية والجنسية. وبالإضافة إلى ذلك، تشمل هذه الجداول مجموعة متنوعة من المؤشرات الديمغرافية.
- وتستخدم مختلف الهيئات الوطنية والمنظمات الدولية منهجيات شتى في جمع البيانات واستقرارها وتحليلها. ولتيسير مقارنة البيانات دولياً، يعتمد صندوق الأمم المتحدة للسكان على المنهجيات المعيارية التي تستخدمها المصادر الأصلية للبيانات، وخاصة شعبة السكان التابعة لإدارة الأمم المتحدة للشؤون الاقتصادية والاجتماعية. ولذلك، ففي بعض الحالات قد تختلف البيانات المدرجة في هذه الجداول عن البيانات التي استخرجتها الهيئات الوطنية.
- وتستند المتوسطات الإقليمية إلى البيانات عن البلدان والأقاليم التي يعمل فيها صندوق الأمم المتحدة للسكان، وليس إلى التعريفات الجغرافية الصارمة التي تستخدمها شعبة السكان التابعة لإدارة الأمم المتحدة للشؤون الاقتصادية والاجتماعية. وللإطلاع على قائمة بالبلدان المدرجة في كل فئة إقليمية في هذا التقرير، انظر "حواشي المؤشرات".
- ### رصد أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية
- #### صحة الأم والوليد
- نسبة الوفيات النفاسية، لكل ١٠٠٠٠ مولود حي. المصدر: منظمة الصحة العالمية، ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف)، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، والبنك الدولي. ٢٠١٠. الاتجاهات في الوفيات النفاسية: تقديرات الفترة من ١٩٩٠ إلى ٢٠١٠: منظمة الصحة العالمية. يعرض هذا المؤشر عدد وفيات النساء لكل ١٠٠٠٠ مولود حي والتي تنشأ عن ظروف تتعلق بالحمل والوضع لفترة ما بعد الوضع والمضاعفات ذات الصلة. وتم تقرب التقديرات بين
- ١٠٠ إلى ٩٩٩ إلى أقرب ١٠، والأرقام فوق ١٠٠٠ إلى أقرب ١٠٠. ويختلف العديد من التقديرات عن الأرقام الحكومية الرسمية. وتستند التقديرات إلى الأرقام المبلغ عنها قدر الإمكان، مع استعمال التهج التي تحسّن إمكانية المقارنة مع المعلومات الواردة من مصادر مختلفة. وللمزيد من التفاصيل المتعلقة بتقديرات وطنية معينة، يرجى الاطلاع على المصدر. وتخضع التقديرات والمنهجيات للاستعراض بصورة منتظمة من جانب منظمة الصحة العالمية، واليونيسيف، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، والمؤسسات الأكاديمية، والوكالات الأخرى، ويتم تنقيحها حينما يقتضي الأمر ذلك، كجزء من العملية المستمرة الرامية إلى تحسين بيانات الوفيات النفاسية. ونظراً للتغيرات التي تطرأ على الأساليب، فإن التقديرات السابقة لعامي ١٩٩٥ و ٢٠٠٠ قد لا تكون قابلة للمقارنة الصارمة مع هذه التقديرات. وتستند تقديرات الوفيات النفاسية المقدمة في هذا التقرير إلى قاعدة البيانات العالمية للوفيات النفاسية، والتي يتم تحديثها كل ٥ سنوات.
- معدل المواليد بين المراهقين، لكل ١٠٠٠ امرأة من سن ١٥ إلى ١٩ سنة، ٢٠١٠/١٩٩١.** المصدر: الأمم المتحدة، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، شعبة السكان (٢٠١٢). تحديث ٢٠١٢ لقاعدة بيانات الأهداف الإنمائية للألفية: معدل المواليد بين المراهقين (POP/DB/Fert/A/MDG2012). ومعدل المواليد بين المراهقين هو العدد السنوي من المواليد لكل ١٠٠٠ امرأة من سن ١٥ إلى ١٩ سنة. ويعبر عن نسبة خطر الإنجاب بين المراهقات فيما بين سن ١٥ و ١٩ سنة. ولأغراض السجل المدني، فإن المعدلات تكون عرضة لبعض التقييدات التي تستند إلى استيفاء بيانات المواليد، ومعاملة الرضع الذين يولدون أحياء ولكنهم يموتون قبل التسجيل أو خلال فترة ٢٤ ساعة من مولدهم، ونوعية المعلومات المقدمة عن سن الأم، وإدراج المواليد من فترات سابقة. وربما تتأثر التقديرات السكانية نتيجة للتقييدات المرتبطة بعدم صحة البيانات المقدمة عن السن ومدى شمول هذه البيانات. وفي البيانات المستخدمة للمسح السكاني وتعداد السكان، يكون البسط والمقام من نفس فئة السكان. وتتعلق أوجه القصور الأساسية بعدم صحة بيانات السن، وحذف المواليد، وعدم

صحة الإبلاغ عن تاريخ ميلاد الطفل، وتغير العينات المستخدمة في حالات المسح.

النسبة المئوية للولادات التي تجري تحت إشراف أخصائيين صحيين مهرة، ٢٠١٢/٢٠٠٥. المصدر: قاعدة البيانات العالمية لمنظمة الصحة العالمية بشأن مؤشرات صحة الأم، تحديث ٢٠١٣. جنيف، منظمة الصحة العالمية (<http://www.who.int/gho>). ومعدل الولادات التي تجري تحت إشراف أخصائيين صحيين مهرة (أطباء أو ممرضات أو قابلات) هو النسبة المئوية لحالات الولادة التي يشرف عليها أشخاص مدربون على توفير الرعاية التوليدية المنقذة للأرواح، بما في ذلك توفير ما يلزم من إشراف ورعاية ومشورة للنساء أثناء الحمل والوضع وبعد الولادة؛ وإجراء عمليات الولادة بمفردهم؛ وتوفير الرعاية للأطفال حديثي الولادة. ولا يشمل ذلك القابلات التقليديات، حتى وإن حصلن على دورة دراسية تدريبية قصيرة.

معدل الوفيات تحت سن ٥ سنوات، لكل ١٠٠٠ مولود حي. المصدر: الأمم المتحدة، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، شعبة السكان (٢٠١١). التوقعات السكانية في العالم: تنقيح ٢٠١٠. نسخة على قرص فيديو رقمي - قاعدة البيانات الموسعة بنموذجي نظام إكسيل والنظام الأمريكي الموحد لتبادل المعلومات (منشورات الأمم المتحدة، ST/ESA/SER.A/306). معدل الوفيات تحت سن ٥ سنوات هو احتمال (مبهر عنه كنسبة لكل ١٠٠٠ مولود حي) أن يتوفي طفل ولد في سنة معينة قبل بلوغ سن الخمس سنوات ضمن معدلات الوفيات الحالية المحددة حسب السن.

الصحة الجنسية والإيجابية

معدل شيوع وسائل منع الحمل. المصدر: الأمم المتحدة، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، شعبة السكان (٢٠١٣). تحديث ٢٠١٣ لقاعدة بيانات الأهداف الإنمائية للألفية: معدل شيوع وسائل منع الحمل (POP/DB/CP/A/MDG2012). وهذه البيانات مستمدة من تقارير استقصاءات بالعينة وتقدم تقديرات لنسبة النساء المتزوجات (بمن فيهن النساء المرتبطات بعلاقات التراضي) اللاتي يستخدمن حالياً وسيلة حديثة أو أي وسيلة لمنع الحمل. وتشمل الوسائل الحديثة أو المتوفرة عبر العبادات أو عن طريق الإمدادات المتوفرة تعقيم الذكور والإناث، والوسائل الرحمية، وأقراص منع الحمل، والمحقونات، وزرع الهرمونات، والرفالات (العوازل الواقية)، والوسائل الحاجزة التي تستعملها الإناث. ويمكن مقارنة هذه الأرقام بين البلدان بصورة عامة، وإن لم يكن بصورة كاملة، بسبب التباين في توقيت إجراء الاستقصاءات وفي تفاصيل الأسئلة التي تتضمنها. وتشير جميع البيانات القطرية والإقليمية إلى النساء بين سن ١٥ و ٤٩ سنة. ويشار إلى أحدث بيانات متاحة من الاستقصاء خلال الفترة ما بين ١٩٩٠ و ٢٠١١.

الاحتياجات غير الملباة من تنظيم الأسرة. المصدر: الأمم المتحدة، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، شعبة السكان (٢٠١٣). تحديث ٢٠١٣. لقاعدة بيانات الأهداف الإنمائية للألفية: الاحتياجات غير الملباة من تنظيم الأسرة (POP/DB/CP/A/MDG2012). والنساء ذوات الحاجة غير الملباة في ما يتعلق بالمباعدة بين الولادات هن اللاتي تتمتعن بدرجة عالية من الخصوبة والنشاطات جنسياً لكنهن لا تستعملن أي وسيلة لمنع الحمل، وتبلغن عن رغبتهن في تأخير إنجاب الطفل التالي. وهذه الفئة من النساء هي فئة ثانوية تندرج تحت إطار فئة الاحتياجات غير الملباة بالكامل من تنظيم الأسرة، والتي تشمل أيضاً احتياجات غير ملباة تتعلق بتحديد عدد الولادات. ويشير مفهوم الاحتياجات غير الملباة إلى الفجوة بين رغبات المرأة في الإنجاب وسلوكها إزاء وسائل منع الحمل. وفيما يتعلق برصد الأهداف الإنمائية للألفية، يعبر عن الاحتياج غير الملبى كنسبة مئوية استناداً إلى عدد النساء المتزوجات أو المرتبطات باقتران

رضائي. أما مفهوم الاحتياج غير الملبى المتعلق بتوفير وسائل منع الحمل الحديثة فيعتبر النساء اللاتي تستعملن وسائل تقليدية ضمن ذوات الحاجة غير الملباة. ولمزيد من التحليل حول هذا الموضوع، انظر أيضاً حساب التكاليف والفوائد بالنسبة لخدمات وسائل منع الحمل - التقديرات لعام ٢٠١٢، معهد غوتماخر وصندوق الأمم المتحدة للسكان، ٢٠١٢، وألكيمال، و. ف. كانتوروا، وسي. مينوزي، وأ. بيدلوكوم "المعدلات الوطنية والإقليمية والعالمية لشيوع وسائل منع الحمل والحاجة غير الملباة من تنظيم الأسرة في الفترة بين ١٩٩٠ و ٢٠١٥: استعراض منهجي وشامل". مجلة لانست، ١٢ آذار/مارس ٢٠١٣.

التعليم

صافي معدلات التحاق الذكور والإناث بالتعليم الابتدائي (معدلة)، وصافي معدلات التحاق الذكور والإناث بالتعليم الثانوي، ١٩٩٩-٢٠١٢. المصدر: معهد اليونسكو للإحصاء، بيانات منشورة في أيار/مايو ٢٠١٢. يمكن الاطلاع عليها في الموقع التالي: stats.uis.unesco.org. ويشير صافي معدلات الالتحاق إلى نسبة التحاق فئة عمرية في السن الرسمية للالتحاق بمستوى تعليمي معين معبراً عنها كنسبة مئوية من السكان في نفس العمر. ويشمل الصافي الإجمالي لمعدل الالتحاق بالمدارس الابتدائية أيضاً الأطفال في سن التعليم الابتدائي المقيد بالتعليم الثانوي. وتقدم البيانات عن تقديرات أحدث سنة متاحة للفترة من ١٩٩٩ إلى ٢٠١٢.

المؤشرات الديمغرافية

مجموع السكان، ٢٠١٣. المصدر: الأمم المتحدة، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، شعبة السكان (٢٠١٣). التوقعات السكانية في العالم: تنقيح ٢٠١٢. نسخة على قرص مدمج. وتقدم هذه المؤشرات تقديرات لحجم السكان في منتصف السنة.

متوسط معدل التغير السنوي في السكان، نسبة مئوية. المصدر: الأمم المتحدة، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، شعبة السكان (٢٠١٣). التوقعات السكانية في العالم: تنقيح ٢٠١٢. نسخة على قرص مدمج. ومتوسط معدل التغير السنوي في السكان هو متوسط معدل النمو الأسي للسكان خلال فترة معينة. وهو يستند إلى إسقاط لمتغير متوسط.

معدل العمر المتوقع للذكور والإناث عند الولادة. المصدر: الأمم المتحدة، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، شعبة السكان (٢٠١٣). التوقعات السكانية في العالم: تنقيح ٢٠١٢. نسخة على قرص مدمج. وهذه المؤشرات تعبر عن مستويات معدلات الوفيات عبر المراحل المتتالية، وتمثل متوسط عدد سنوات العمر المتوقع لفئة معينة من الأفراد الذين سيخضعون طيلة حياتهم لنفس معدل العمر المتوقع لفترة معينة. والبيانات المقدمة هي عن الفترة ٢٠١٠-٢٠١٥، ويعبر عنها بالسنوات.

معدل الخصوبة الإجمالي. المصدر: الأمم المتحدة، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، شعبة السكان (٢٠١٣). التوقعات السكانية في العالم: تنقيح ٢٠١٢. نسخة على قرص مدمج. ويشير هذا المعدل إلى متوسط عدد الأطفال الذين تنجبهم المرأة خلال السنوات التي تتمتع فيها بالقدرة على الإنجاب إذا حدث الحمل بالمعدل التقديري للفئات العمرية الأخرى في فترة زمنية محددة. وقد تصل البلدان إلى المستوى المسقط في أوقات مختلفة من تلك الفترة. والتقديرات المقدمة هي عن الفترة ٢٠١٠ - ٢٠١٥.

النسبة المئوية للسكان الذين تتراوح أعمارهم بين ١٠ و ١٩ سنة. المصدر: الأمم المتحدة، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، شعبة السكان (٢٠١٣). التوقعات السكانية في العالم: تنقيح ٢٠١٢. نسخة على قرص مدمج. وتقدم هذه المؤشرات تقديرات لحجم السكان الذين تتراوح أعمارهم بين ١٠ و ١٩ سنة.

- Abdella A. et al. 2013. "Meeting the need for safe abortion care in Ethiopia. Results of a national assessment in 2008," *Global Public Health: An International Journal for Research, Policy, and Practice*. Vol. 8, Issue 4.
- Advocates for Youth. 2001. "Sex Education Programs: Definitions and Point-by-Point Comparison." www.advocatesforyouth.org/publications [accessed 24 July 2013].
- Advocates for Youth. 2007. "Adolescent Maternal Mortality: An Overlooked Crisis." <http://www.advocatesforyouth.org/component/content/article/436-adolescent-maternal-mortality-an-overlooked-crisis> [accessed 2 July 2013].
- Advocates for Youth. 2012. *Science and Success: Sex Education and Other Programs that Work to Prevent Teen Pregnancy, HIV, and Sexually Transmitted Infections*. Washington, D.C.: Advocates for Youth.
- AIDSTAR-One. n.d. Helping Each Other Act Responsibly Together (HEART). http://www.aidstar-one.com/promising_practices_database/g3ps/helping_each_other_act_responsibly_together_heart [accessed 24 July 2013].
- Ajuwon, A.J. and W. R. Brieger. 2007. "Evaluation of a school-based reproductive health education programme in rural South Western Nigeria." *African Journal of Reproductive Health*. 11(2): 47-59.
- Andrade, H.H.S.M. et al. 2009. "Changes in Sexual Behavior Following a Sex Education Program in Brazilian Public Schools." *Cadernos de Saude Publica*. 25: 1168-1176.
- Askew, I., J. Chege and C. Njue. 2004. "A multi-sectoral approach to providing reproductive health information and services to young people in Western Kenya: Kenya Adolescent Reproductive Health Project." Nairobi: Population Council.
- Baird, S. et al. 2009. "The Short-Term Impacts of a Schooling Conditional Cash Transfer Program on the Sexual Behavior of Young Women." Policy Research Working Paper 5089. Washington, DC: World Bank.
- Baird, S. et al. 2011. "Cash or Condition? Evidence from a Cash Transfer Experiment." *The Quarterly Journal of Economics*. 126: 1709-1753.
- Baird, S., R. Garfein, C. McIntosh and B. Ozler. 2012. "Effect of cash transfer programme for schooling on prevalence of HIV and herpes simplex type 2 in Malawi: a cluster randomised trial." *The Lancet*, 379 (9823): 1320-1329.
- Bandiera, O. et al. 2012. "Empowering Adolescent Girls: Evidence from a Randomized Control Trial in Uganda." <http://econ.lse.ac.uk/staff/rburgess/wp/ELA.pdf>, [accessed 23 July 2013].
- Bankole, A. et al. 2007. "Knowledge of Correct Condom Use and Consistency of Use among Adolescents in Sub-Saharan Africa." *African Journal of Reproductive Health*. 11(3): 197-220.
- Bankole, A. and S. Malarcher, 2010. "Removing Barriers to Adolescents' Access to Contraceptive Information and Services." *Studies in Family Planning*. 41(2): 261-74.
- Barker, D. J. 1995. "Fetal Origins of Coronary Heart Disease." *British Journal of Medicine*. Vol 311 (6998): 171-174.
- Barker, G., et al. 2007. *Engaging men and boys in changing gender-based inequity in health: Evidence from programme interventions*. Geneva: WHO.
- Baumgartner, N. et al. 2009. "The Influence of Early Sexual Debut and Sexual Violence on Adolescent Pregnancy: A Matched Case-Control Study in Jamaica." *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 35(1): 21-28.
- Bertrand J. T. et al. 2006. "Systematic review of the effectiveness of mass communication programs to change HIV/AIDS-related behaviors in developing countries." *Health Education Research*. 21(4): 567-597.
- Beta Development Consulting. 2012. *Yafelanet Hiwot Project: Baseline Survey Report for Promoting Adolescent Sexual and Reproductive Health Project in North and South Wollo Zones, Amhara Region*. London: Save the Children.
- Biddlecom, A. et al. 2008. "Associations between premarital sex and leaving school in four Sub-Saharan African Countries." *Studies in Family Planning*. 39(4): pp. 337-350.
- Biddlecom, A. et al. 2007. *Protecting the Next Generation in Sub-Saharan Africa: Learning from Adolescents to Prevent HIV and Unintended Pregnancy*. New York: Guttmacher Institute.
- Blanc, A., K. A. Melnikas and M. Chau. 2013. "A review of the evidence on multi-sectoral interventions to reduce violence against adolescent girls." *Integrated Approaches to Improving the Lives of Adolescent Girls Issue Paper Series*. New York: Population Council.
- Blum, R. W., K. Nelson-Mmari. 2004. "The Health of Young People in a Global Context." *Journal of Adolescent Health* 35(5): 402-418.
- Blum, R. W., and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. 2013. *A Global Look at Adolescent Pregnancy Prevention: Strategies for Success*. Office of Adolescent Health webcast, May 2, 2013. Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services.
- Blum, R. W. et al. 2013. "The Global Early Adolescent Study: An Exploration of the Evolving Nature of Gender and Social Relations." Unpublished literature review and research proposal.
- Boonstra, H. 2011. "Advancing Sexuality Education in Developing Countries. Evidence and Implications." *Guttmacher Policy Review*. 14(3).
- Bott, S., A. Guedes, M. Goodwin et al. 2012. *Violence Against Women in Latin America and the Caribbean: A comparative analysis of population-based data from 12 countries*. Washington, DC: Pan American Health Organization.
- Brady, M. and A. B. Khan. 2002. *Letting Girls Play: The Mathare Youth Sports Association's Football Program for Girls*. New York: Population Council.
- Brady, M. et al. 2007. *Providing New Opportunities to Adolescent Girls in Socially Conservative Settings: The Ishraq Program in Rural Upper Egypt*. New York: Population Council.
- Bruce, J. et al. 2012. *Evidence-Based Approaches to Protecting Adolescent Girls at Risk of HIV*. Washington, D.C.: USAID and PEPFAR.
- Catino, J. et al. 2011. "Equipping Mayan Girls to Improve Their Lives. Promoting Healthy, Safe and Productive Transitions to Adulthood." Brief No. 5. New York: Population Council.
- Center for Reproductive Rights and UNFPA. 2010. *The Right to Contraceptive Information and Services for Women and Adolescents*. New York: CRR.
- Center for Reproductive Rights and UNFPA. 2012. *Reproductive Rights: A Tool for Monitoring State Obligations*. New York: CRR.
- Center for Reproductive Rights and UNFPA. 2013. *ICPD and Human Rights: 20 years of advancing reproductive rights through UN treaty bodies and legal reform*. New York: CRR.
- Center for Reproductive Rights. 2008. *The Reproductive Rights of Adolescents: A tool for health and empowerment*. New York: CRR.
- Center for Reproductive Rights. 2008a. *An International Human Right: Sexuality Education for Adolescents in Schools*. New York: CRR.
- Center for Reproductive Rights. 2009. *Bringing Rights to Bear, Violence Against Women*. New York: CRR.
- Center for Reproductive Rights. 2013. *Abortion Laws and Sexual Violence*. New York: CRR.

- Chaaban, J. and W. Cunningham. 2011. *Measuring the Economic Gain of Investing in Girls: The Girl Effect Dividend*. Washington DC: World Bank.
- Chandra-Mouli, V. et al. 2013. "WHO Guidelines on Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Outcomes Among Adolescents in Developing Countries" (Commentary). *Journal of Adolescent Health*. 52 (2013) 517.
- Chong, E. et al. 2006. *Investing When it Counts: Generating the Evidence Base for Policies and Programmes for Very Young Adolescents*. New York: UNFPA and Population Council.
- Colombini, M. 2011. *Sexual and Reproductive Health Needs and Access to Services for Vulnerable Groups in Eastern Europe and Central Asia*. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine and UNFPA.
- Cook, R. J. 1994. *Women's Health and Human Rights: The Promotion and Protection of Women's Health through International Human Rights Law*. Geneva: WHO. http://whqlibdoc.who.int/publications/1994/9241561661_eng.pdf [accessed 15 July 2013].
- Cook R. J., J. N. Erdman, B. M. Dickens. 2007. "Respecting adolescents' confidentiality and reproductive and sexual choices." *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 92: 182-87.
- Cottingham, J., E. Kismodi et al. 2010. "Using human rights for sexual and reproductive health: improving legal and regulatory frameworks." *Bulletin of the World Health Organization* 88: 551-555.
- Cowan, F. et al. 2010. "The Regai Dzive Shiri Project: Results of a Randomized Trial of an HIV Prevention Intervention for Zimbabwean Youth." *AIDS*. 24(16): 2541-2552.
- Cunningham, W. et al. 2008. *Youth at risk in Latin America and the Caribbean. Understanding the causes, realizing the potential*. Washington DC: World Bank.
- Dehne, K. and G. Riedner. 2005. *Sexually Transmitted Infections Among Adolescents: The Need for Adequate Health Services*. Geneva: World Health Organization and Deutsche Gesellschaft fuer Technische Zusammenarbeit (GTZ).
- de Silva-de-Alvis, R. 2008. *Child Marriage and the Law*. Legislative Reform Initiative Paper Series (Working Paper). New York: UNICEF. [http://www.unicef.org/policyanalysis/files/Child_Marriage_and_the_Law\(1\).pdf](http://www.unicef.org/policyanalysis/files/Child_Marriage_and_the_Law(1).pdf), [accessed 15 July 2013].
- Dixon-Mueller, R. 2008. "How Young Is 'Too Young'? Comparative Perspectives on Adolescent Sexual, Marital, and Reproductive Transitions." *Studies in Family Planning*. 39 (4): December 2008.
- Duflo, E. et al. 2006. *Education and HIV/AIDS Prevention: Evidence from a Randomized Evaluation in Western Kenya*. Background Paper to the 2007 World Development Report. World Bank Policy Research Working Paper 4024. Washington, DC: World Bank.
- Duflo E., P. Dupas, and M. Kremer. 2011. "Education, HIV and Early Fertility: Experimental Evidence from Kenya." Cambridge: Poverty Action Lab. <http://www.povertyactionlab.org/publication/education-hiv-and-early-fertility-experimental-evidence-kenya>.
- Dupas, P. 2011. "Do Teenagers Respond to HIV Risk Information? Evidence from a Field Experiment in Kenya." *American Economic Journal: Applied Economics* 3 (January 2011): 1-34 <http://www.aeaweb.org/articles.php?doi=10.1257/app.3.1.1>.
- Edin, K. and M. Kefalas. 2012. *Promises I Can Keep: Why Poor Women Put Motherhood before Marriage*. Berkeley: University of California Press.
- Erulkar, A. and E. Muthengi. 2009. "Evaluation of Berhane Hewan: A Program to Delay Child Marriage in Rural Ethiopia." *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 35(1): 6-14.
- Erulkar, A. S. 2004. "The Experience of Sexual Coercion Among Young People in Kenya." *International Family Planning Perspectives*. 30(4): 182-189.
- Erulkar, A. 2013. "Early Marriage, Marital Relations and Intimate Partner Violence in Ethiopia." *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 39 (1): March 2013.
- Filmer, D., J. Friedman and N. Shady. 2008. "Development, Modernization, and Son Preference in Fertility Decisions." Development Research Group. Washington, DC: The World Bank.
- Garcia-Moreno, C., H. AFM Jansen, M. Ellsberg et al. 2005. *WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women: Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. Geneva: World Health Organization.
- Girls Not Brides. 2011. "A message to men and boys from Archbishop Desmond Tutu." <http://www.girlsnotbrides.org/desmond-tutu-a-message-to-men-and-boys-about-child-marriage/> [accessed 1 July 2013].
- Goicolea, I. 2009. "Adolescent Pregnancies in the Amazon Basin of Ecuador: A Rights and Gender Approach to Girls' Sexual and Reproductive Health." Dissertation, Umea University.
- Grant, M. and K. Hallman. 2006. "Pregnancy-related School Dropout and Prior School Performance in South Africa," Policy Research Division, Population Council, 2006, No. 212.
- Gupta, S., S. Mukherjee, S. Singh, R. Pande and S. Basu. 2008. "Knot Ready: Lessons from India on Delaying Marriage for Girls." Available from: <http://www.icrw.org/files/publications/Knot-Ready-Lessons-from-India-on-Delaying-Marriage-for-Girls.pdf>.
- Gurman, T. A. and C. Underwood. 2008. "Using Media to Address Adolescent Sexual Health: Lessons Learned Abroad" in *Managing the Media Monster. The Influence of Media (from Television to text messages) on Teen Sexual Behavior and Attitude*. Edited by J. D. Brown. Washington DC: National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy.
- O. The Guttmacher Institute and International Planned Parenthood Federation. 2013. *Demystifying Data: A guide to using evidence to improve young peoples' sexual health and rights*. New York: Guttmacher Institute and IPPF.
- The Guttmacher Institute and the International Planned Parenthood Federation. 2010. *In Brief: Facts on the Sexual and Reproductive Health of Adolescent Women in the Developing World*. New York: Guttmacher Institute and IPPF.
- The Guttmacher Institute. 2010. "Facts on Unintended Pregnancy and Abortion in Ethiopia." New York: Guttmacher Institute.
- Haberland, N. and D. Rogow. 2013. "Comprehensive Sexuality Education." Background paper for expert group meeting on adolescent sexual and reproductive health, 4-6 February 2013. Manhasset, New York.
- Hainsworth, G. et al. 2009. *From Inception to Large Scale: The Geração Biz Programme*. Geneva: World Health Organization and Pathfinder International.
- Hallman, K. and E. Roca. 2011. "Siyakha Nentsha: Building economic, health and social capabilities among highly vulnerable adolescents in KwaZulu-Natal, South Africa." *Providing Healthy, Safe, and Productive Transitions to Adulthood*. Brief No. 4. New York: Population Council.
- Heise, L., K. Moore and N. Toubia. 1995. *Sexual coercion and reproductive health: A focus on research*. New York: Population Council.
- Heise, L. 2011. *What Works to Prevent Partner Violence? An Evidence Overview*. World Paper (Version 2.0). London: Department for International Development.
- Hilton, P. and A. Ward. 1998. Epidemiological and surgical aspects of urogenital fistulae: a review of 25 years' experience in southeast Nigeria. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*. 9(4): 189-94.

- Human Rights Council. 2012. "Technical guidance on the application of a human rights-based approach to the implementation of policies and programmes to reduce preventable maternal morbidity and mortality." Report of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Document A/HRC/21/22, 2 July 2012. New York: United Nations.
- Ibrahim, T., A. U. Sadiq and S. O. Daniel. 2000. "Characteristics of VVF patients as seen at the specialist hospital Sokoto, Nigeria". *West African Journal of Medicine*. 19(1): 59-63.
- International Consortium for Emergency Contraception. 2013. *Emergency Contraceptive Pill Registration Status by Country*. <http://www.cecinfo.org/custom-content/uploads/2013/04/EC-Registration-Status-Factsheet-4-25-13.pdf> [accessed 24 July 2013].
- International Planned Parenthood Federation. 2006. *Death and Denial: Unsafe Abortion and Poverty*. London: IPPF.
- International Planned Parenthood Federation. 2010. *Men-Streaming in Sexual and Reproductive Health and HIV: A Toolkit for Policy Development and Advocacy*. London: International Planned Parenthood Federation.
- International Planned Parenthood Federation. 2011. *Girls Decide: Choices on Sex and Pregnancy*. London: IPPF.
- International Sexual and Reproductive Rights Coalition. 2002. "Children, Youth and Unsafe Abortion." In preparation for the 2002 UN General Assembly Special Session on Children. New York: International Women's Health Coalition.
- International Sexuality and HIV Curriculum Working Group. 2011. *It's All One Curriculum: Guidelines and Activities for a Unified Approach to Sexuality, Gender, HIV and Human Rights Education*. N. Haberland and D. Rogolo, eds. New York: Population Council.
- Ipas. 2013. *Sexual violence and unwanted pregnancy: Protecting the human rights of adolescent girls and young women*. Chapel Hill: Ipas.
- Jejeebhoy, S., I. Shah and S. Thapa. 2005. *Sex Without Consent: Young People in Developing Countries*. London: Zed Books.
- Jejeebhoy, S. J. and S. Bott. 2005. "Non-consensual sexual experiences of young people in developing countries: An overview." In S. Jejeebhoy, I. Shah and S. Thapa, eds. *Sex Without Consent: Young People in Developing Countries*. London: Zed Books.
- Jewkes, R., M. Nduna, J. Levin et al. 2008. "Impact of Stepping Stones on incidence of HIV and HSV-2 and sexual behaviour in rural South Africa: Cluster Randomised Controlled Trial," *British Medical Journal*, 337: a506.
- Kanesathasan, A. et al. 2008. *Catalyzing Change: Improving Youth Sexual and Reproductive Health through DISHA, An Integrated Program in India*. Washington, DC: International Center for Research on Women.
- Kavanaugh, M. et al. 2012. "Meeting the Contraceptive Needs of Teens and Young Adults: Youth-Friendly and Long-Acting Reversible Contraceptive Services in US Family Planning Facilities." *Journal of Adolescent Health*. 25(3): 284-292.
- Kavanaugh, M. L. et al. 2012a. "Long-Acting Reversible Contraception for Adolescents and Young Adults: Patient and Provider Perspectives." *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. 26(2): 86-95.
- Kelly, J. and B. E. Kwast. 1993. Obstetric vesicovaginal fistulas: evaluation of failed repairs. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*. 4: 27-273.
- Ketting, E. and A. P. Visser. 1994. "Contraception in the Netherlands: the low abortion rate explained." *Patient Education and Counseling*. 23(3): 161-171.
- Kirby, D. 2008. "The Impact of Abstinence and Comprehensive Sex and STD/HIV Education Programs on Adolescent Sexual Behavior." *Sexuality Research and Social Policy*. Vol. 5, No. 3, pp. 18-27.
- Kirby, D. 2011. "The Impact of Sex Education on the Sexual Behaviour of Young People." Expert Paper 2011/12, Population Division of the United Nations Department of Economic and Social Affairs. New York: United Nations.
- Kirby, D., et al. 2006. *Sex and HIV Education Programs for Youth: Their Impact and Implementation Characteristics*. Scotts Valley, CA: ETR Associates.
- Kost, K. and S. Henshaw. 2013. *U.S. Teenage Pregnancies, Births and Abortions, 2008: State Trends by Age, Race and Ethnicity*. New York: The Guttmacher Institute.
- Kothari, M. T., S. Wang, S. K. Head, and N. Abderrahim. 2012. *Trends in Adolescent Reproductive and Sexual Behaviors. DHS Comparative Reports No. 29*. Calverton, Maryland, USA: ICF International.
- Krug, E. G., L. L. Dahlberg, J. A. Mercy et al. 2002. *World Report on Violence and Health*. Geneva: World Health Organization.
- Kruger, D. et al. 2009. "Adolescent Motherhood and Secondary Schooling in Chile." IZA Discussion Paper No. 4552 SSRN: <http://ssrn.com/abstract=1506304>. Bonn: IZA.
- Lloyd, C. 2006. *Schooling and Adolescent Behavior in Developing Countries*. New York: Population Council.
- Lloyd, C. B. 2010. "The role of schools in promoting sexual and reproductive health among adolescents in developing countries," pp. 113-132, in World Health Organization, *Social Determinants of Sexual and Reproductive Health. Informing future research and programme implications*, edited by Shawn Malarcher. Geneva: WHO.
- Lloyd, C. and B. S. Mensch. 2008. "Marriage and Childbirth as Factors in Dropping Out from School: An Analysis of DHS Data from Sub-Saharan Africa." *Population Studies* 62 (1): 1-13.
- Lloyd, C. and J. Young. 2009. *New Lessons: The Power of Educating Adolescent Girls*. New York: The Population Council.
- Maddux, J. E., and R. W. Rogers. 1983. Protection motivation and self-efficacy: A revised theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Experimental Social Psychology*. 19(5), 469-479.
- Marcus, R. and E. Page. 2013. "Anti-poverty activities in child protection interventions: An adapted systematic review." Draft publication.
- McFarlane, B. et al. 1994. "Abuse During Pregnancy: Effects of Maternal Complications and Birth Weight in Adult and Teenage Women." *Obstetrics and Gynecology*. 84:323-328.
- McQueston, K., R. Silverman, and A. Glassman. 2012. "Adolescent Fertility in Low- and Middle-Income Countries: Effects and Solutions." Center for Global Development Working Paper 295. Washington, DC: Center for Global Development.
- Mekbib, T. and M. Molla. 2010. "Community based reproductive health (RH) intervention resulted in increasing age at marriage: the case of Berhane Hewan Project, in East Gojam zone, Amhara region, Ethiopia." *Ethiopian Journal of Reproductive Health* 4(1): 16-25.
- Mestad, R. et al. 2011. "Acceptance of long-acting reversible contraceptive methods by adolescent participants in the Contraceptive CHOICE Project." *Contraception* 84(5): 493.
- Mgalla, Z., D. Schapink and J. Ties Boerma. 1998. "Protecting school girls against sexual exploitation: A guardian programme in Mwanza, Tanzania." *Reproductive Health Matters*, 7(12): 19-30.

- Mmari, K. N. and R. J. Magnani. 2003. "Does making clinic-based reproductive health services more youth-friendly increase service use by adolescents? Evidence from Lusaka, Zambia." *Journal of Adolescent Health*. 33 (4): 259-270.
- Muleta M., S. Rasmussen, T. Kiserud. 2010. "Obstetric fistula in 14,928 Ethiopian women." *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 89(7): 945-51.
- National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy. 2011. "Counting It Up. The Public Costs of Teen Childbearing." 2011. Washington DC.
- Newberger, E. H. et al. 1992. "Abuse of Pregnant Women and Adverse Birth Outcomes: Current Knowledge and Implications for Practice." *Journal of the American Medical Association*. 267: 2370-2372.
- Office of the High Commissioner for Human Rights. 2012. "Technical guidance on the application of a human rights-based approach to the implementation of policies and programmes to reduce preventable maternal morbidity and mortality." Document A/HRC/21/22. New York: United Nations. http://www2.ohchr.org/english/issues/women/docs/A.HRC.21.22_en.pdf [accessed 12 July 2013].
- Organisation for Economic Cooperation and Development. 2010. *Investing in Women and Girls: The breakthrough strategy for achieving all the MDGs*. Paris: OECD.
- Oringanje, C. et al. 2009. "Interventions for Preventing Unintended Pregnancies among Adolescents." *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 4.
- Panday, S., M. Makiwane, C. Ranchod, and T. Letsoalo. 2009. *Teenage Pregnancy in South Africa - With a Specific Focus on School-Going Learners*. Child, Youth, Family and Social Development, Human Sciences Research Council. Pretoria: Department of Basic Education.
- Pande, R. P. et al. 2006. *Improving the Reproductive Health of Married and Unmarried Youth in India: Evidence of Effectiveness and Costs from Community-Based Interventions*. Washington, DC: International Center for Research on Women.
- Parker, C. 2005. *Adolescents and Emergency Contraceptive Pills in Developing Countries*. Family Health International Working Paper Series No. WP05-01. Durham, NC: Family Health International.
- Pathfinder International. 2011. *Prachar: Advancing Young People's Sexual and Reproductive Health and Rights in India*. New Delhi: Pathfinder International.
- Pattman, R. and F. Chege. 2003. "Finding Our Voices: Gendered and Sexual Identities and HIV/AIDS in Education." *Africa: Young Voices Series*, No. 1. Nairobi: UNICEF.
- Patton, George C. et al. 2009. "Global Patterns of Mortality in Young People: A Systematic Analysis of Population Health Data." *The Lancet*. 374 (9693): 881-892.
- Peacock, D. and A. Levack. 2004. "The men as partner program in South Africa: Reaching men to end gender-based violence and promote sexual and reproductive health." *International Journal of Men's Health*. 3(3): 173-188.
- Perper K., K. Peterson, J. Manlove. *Diploma Attainment Among Teen Mothers*. Child Trends, Fact Sheet Publication 2010-01: Washington, DC: Centers for Disease Control and Prevention.
- Philliber, S. et al. 2002. "Preventing Pregnancy and Improving Health Care Access among Teenagers: An Evaluation of the Children's Aid Society—Carrera Program." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 34(5): 244-251.
- Population Council and UNFPA. 2013. *Good Practices: 2012 Competition, Adolescents & Youth*. www.popcouncil.org/projects/244_CreateOpportunitiesMayan.asp. New York: UNFPA.
- Presler-Marshall, E. and N. Jones. 2012. *Charting the Future: Empowering Girls to Prevent Early Pregnancy*. London: Overseas Development Institute and Save the Children.
- Promondo et al. 2010. *Engaging Men and Boys in Gender Equality and Health: A global toolkit for action*. New York: UNFPA.
- Pronyk, P. M., R. H. James, C. K. Julia et al. 2006. "Effect of a structural intervention for the prevention of intimate-partner violence and HIV in rural South Africa: a cluster randomised trial." *The Lancet*. 368(9551): 1973-83.
- Remez, L. et al. 2008. *Ensuring a Healthier Tomorrow in Central America: Protecting the Sexual and Reproductive Health of Today's Youth*. New York: Guttmacher Institute.
- Reynolds, H. W. et al. 2006. "Adolescents' Use of Maternal and Child Health Services in Developing Countries." *International Family Planning Perspectives* 32(1): 6-16.
- Rijken, Y. and G. C. Chilopora. "Urogenital and recto-vaginal fistulas in southern Malawi: a report on 407 patients." *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 99 Suppl 1: S85-9.
- Rosenstock, J. R. et al. 2012. "Continuation of Reversible Contraception in Teenagers and Young Women." *Obstetrics and Gynecology*. 120(6): 1298-1305.
- Ross, D. A., J. Changalucha, A.I.N. Obasi et al. 2007. "Biological and behavioural impact of an adolescent sexual health intervention in Tanzania: A community-randomized trial." *AIDS* 21: 1943-1955.
- Saavedra, J. and S. Garcia. 2012. "Impacts of Conditional Cash Transfer Programs on Educational Outcomes in Developing Countries: A Meta-analysis." Rand Labor and Population Working Paper. Available from: http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working_papers/2012/RAND_WR921-1.pdf.
- Santelli, J. et al. 2006. "Abstinence and abstinence-only education: a review of US policies and programs." *Journal of Adolescent Health*. 38 (2006): 72-81.
- Save the Children. 2007. *Boys for Change: Moving towards gender equality*. Stockholm: Save the Children.
- Save the Children and UNFPA. 2009. *Adolescent Sexual and Reproductive Health Toolkit for Humanitarian Settings: A Companion to the Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings*. New York: Save the Children and UNFPA.
- Sedgh, G. et al. 2007. "Induced abortion: rates and trends worldwide." *The Lancet*. 370 (9595): 1338-1345.
- Sedgh, G. et al. 2012. "Induced abortion incidence and trends worldwide from 1995-2008." *The Lancet*. Vol. 379, Issue 9816, Feb. 2012. 625-632.
- Segeplan. 2010. *Tercer informe de avances en el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio*. Guatemala City: Segeplan.
- Shah, I. H. and E. Ahman. 2012. "Unsafe abortion differentials in 2008 by age and developing country region: high burden among young women." *Reproductive Health Matters*. 20(39): 169-173.
- Singh, S. and J. E. Darroch. 2012. *Adding It Up: Costs and Benefits of Contraceptive Services—Estimates for 2012*. New York: Guttmacher Institute and UNFPA. <http://www.Guttmacher.org/pubs/AIU-2012-estimates.pdf>.
- Statistical Office of the Republic of Serbia and UNICEF. 2011. *Monitoring the Situation of Children and Women: Multiple Indicator Cluster Survey: 2010*. Beograd: UNICEF. http://www.childinfo.org/files/MICS4_Serbia_FinalReport_Eng.pdf [accessed 16 July 2013].
- Stawski, H. 2012. "Enhancing Sexual and Reproductive Health and Well-Being of Young People: Building Common Ground between the United Nations and Faith-Based Development Partners." Electronic version only. <http://www.unfpa.org/public/cache/offonce/home/publications/pid/12857;jsessionid=C1AE62A9FFCB626D0A72E5CD3A69B9F:jahia01> [accessed 12 July 2013].

- Szalavitz, M. 2013. "Why New York's Latest Campaign to Lower Teen Pregnancy Could Backfire." Time.com. <http://healthland.time.com/2013/03/28/why-new-yorks-latest-campaign-to-lower-teen-pregnancy-could-backfire/> [accessed 30 June 2013].
- Tahzib, F. 1983. "Epidemiological determinants of vesicovaginal fistulas." *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 90(5): 387-91.
- Thomas, F. et al. 2001. "International Variability of Ages at Menarche and Menopause: Patterns and Main Determinants." *Human Biology*, Vol. 73, no. 2: 271-290.
- UNESCO. 2009. "International Technical Guidance on Sexuality Education. An evidence-informed approach for schools, teachers, and health educators." Paris: UNESCO.
- UNESCO. 2013. "Schooling for Millions of Children Jeopardized by Reductions in Aid." Institute for Statistics Database. No. 25.
- UNFPA and the Population Council. n.d. "The Adolescent Experience In-depth Using Data to Identify and Reach the Most Vulnerable Young People." http://www.unfpa.org/youth/dhs_adolescent_guides.html [accessed 9 September 2013].
- UNFPA. 2005. *State of World Population 2005: The Promise of Equality*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2007. *Giving Girls Today & Tomorrow*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2010. *Comprehensive Sexuality Education: Advancing Human Rights, Gender Equality and Improved Sexual and Reproductive Health: A Report on an International Consultation to Review Current Evidence and Experience, Bogotá, Colombia*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2011. "'School for Husbands' Encourages Nigerian Men to Improve the Health of their Families." New York: UNFPA. <http://www.unfpa.org/public/home/news/pid/7542#sthash.tTh8EcdZ> [accessed 13 July 2013].
- UNFPA. 2012. *Marrying Too Young*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2012a. *State of World Population 2012: By Choice, Not by Chance: Family Planning, Human Rights and Development*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2012b. "Fact Sheet: Adolescent Girls' Sexual and Reproductive Health Needs. From Childhood to Womanhood." New York: UNFPA.
- UNFPA. 2012c. "Republic of Albania: Child Marriage." Tirana, Albania: UNFPA. <http://eeca.unfpa.org/webdav/site/eeca/shared/documents/publications/ALBANIA%20-%20English.pdf> [accessed 16 July 2013].
- UNFPA. 2012d. "Towards Realizing the Full Potential of Adolescents and Youth: UNFPA Strategy on Adolescents and Youth." New York: UNFPA.
- UNFPA. 2013. "Adolescent Pregnancy. A review of the evidence." Population and Development Branch. Technical Division, Forthcoming October 2013. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2013a. "Messages and Preliminary Findings from the ICPD Beyond 2014 Global Review." New York: UNFPA.
- UNFPA. 2013b. *Engaging Men and Boys: A Brief Summary of UNFPA Experience and Lessons Learned*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2013c. "Good Practices—Adolescents and Youth: 2012 Competition." New York: UNFPA.
- UNFPA. 2013d. "Messages and Preliminary Findings from the ICPD Beyond 2014 Global Review," 24 June 2013.
- UNFPA. 2013e. "Messages and Preliminary Findings from the ICPD Beyond 2014 Global Review." New York: UNFPA.
- UNFPA. 2013f. *The Future UNFPA Wants for All*. New York: UNFPA.
- UNICEF. 2006. *The State of the World's Children 2006*. New York: UNICEF.
- UNICEF. 2008. *Maternal and Newborn Health. State of the World's Children*. 2009. New York: UNICEF.
- UNICEF. 2011. *Opportunity in Crisis: Preventing HIV from Early Adolescence to Young Adulthood*. New York: UNICEF.
- UNICEF. 2011a. "Child Marriage." UNICEF Information Sheet. http://www.unicef.org/india/Child_Marriage_Fact_Sheet_Nov2011_final.pdf [accessed 25 July 2013].
- UNICEF. 2012. *Global Evaluation of Life Skills Education Programmes*. New York: UNICEF. http://www.unicef.org/evaldatabase/files/UNICEF_GLS_Web.pdf [accessed 25 July 2013].
- United Nations. 1948. Universal Declaration of Human Rights, adopted 10 December, 1948. New York: United Nations.
- United Nations. 1969. International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination (CERD). Entered into force 4 January 1969. New York: United Nations.
- United Nations. 1981. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (CEDAW). Entered into force 3 September 1981. New York: United Nations.
- United Nations. 1990. Convention on the Rights of the Child (CRC). Entered into force 2 September 1990. New York: United Nations.
- United Nations. 1994. *International Conference on Population and Development Programme of Action*. Cairo: United Nations.
- United Nations. 1999. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *General recommendation no. 24: Women and health (article 12)*. New York: United Nations.
- United Nations. 2006. *Rights of the Child, Note by the Secretary-General, Sixty-first session of the United Nations General Assembly- Promotion and protection of the rights of children*. United Nations.
- United Nations. 2008. Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD). Entered into force 3 May 2008.
- United Nations. 2011. *World Population Prospects: the 2010 Revision*. New York: United Nations. New York: Department of Economic and Social Affairs, Population Division.
- United Nations. 2011a. *World Fertility Report 2009*. New York: Population Division of the United Nations Department of Economic and Social Affairs.
- United Nations. 2012. *World Marriage Data 2012*. New York: Department of Economic and Social Affairs, Population Division. <http://www.un.org/esa/population/publications/WMD2012/MainFrame.html>. [accessed 15 July 2013].
- United Nations. 2013. *World Population Prospects: the 2012 Revision*. New York: Department of Economic and Social Affairs, Population Division. <http://esa.un.org/wpp/excel-data/fertility.htm> [accessed 16 July 2013].
- United Nations. 2013a. *A New Global Partnership: Eradicate Poverty and Transform Economies through Sustainable Development*. New York: United Nations.
- United Nations Commission on Population and Development. 2012. 45th Session, Resolution 2012/1 *Adolescents and Youth*, 23-17 April 2012. New York: United Nations.
- United Nations Commission on the Status of Women. 2013. 57th Session, Agreed Conclusions, 4-15 March 2013. New York: United Nations.
- United Nations Committee on Economic Social and Cultural Rights. 2000. *General comment no. 14: The right to the highest attainable standard of health (article 12)*. New York: United Nations.

- United Nations Committee on Economic Social and Cultural Rights. 2009. *General comment no. 20: Non-discrimination in economic, social and cultural rights (art. 2, para. 2)*, para. 20. New York: United Nations.
- United Nations Committee on the Elimination of Discrimination against Women. 1994. *General recommendation no. 21: Equality in marriage and family relations*, para 21. New York: United Nations.
- United Nations Committee on the Elimination of Discrimination against Women. 2011. *L.C. v. Peru*. New York: United Nations.
- United Nations Committee on the Elimination of Racial Discrimination. 2000. *General Recommendation 25: Gender related dimensions of racial discrimination*. New York: United Nations.
- United Nations Committee on the Rights of the Child. 2003. *General comment no. 4: Adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child*. New York: United Nations.
- United Nations Committee on the Rights of the Child. 2003a. *CRC Comm. General Comment 3: HIV/AIDS and the Rights of the Child*. New York: United Nations.
- United Nations Development Programme. 2011. Interim Report. *The Roma Pilot Project: Tools and Methods for Evaluation and Data Collection*. http://www.undp.org/content/dam/undp/documents/projects/SVK/00060975/UNDP_WB%20interim%20report%20II_2011_revised_F.doc [accessed 16 July 2013].
- United Nations General Assembly. 1976. *International Covenant on Civil and Political Rights (ICCPR)*. Entered into force 23 March 1976. New York: United Nations.
- United Nations Human Rights Committee. 2000. *General Comment No. 28: Equality of rights between men and women (article 3)*. New York: United Nations.
- United Nations Human Rights Committee. 2005. *K.L. v. Peru*. New York: United Nations
- United Nations Human Rights Committee. 2011. *L.M.R. v Argentina*. New York: United Nations.
- United Nations Human Rights Council. 2012. *Preventable Maternal Mortality and Morbidity and Human Rights*, 21 September 2012. New York: United Nations.
- United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR). 2012. *Technical guidance on the application of a human rights-based approach to the implementation of policies and programmes to reduce preventable maternal morbidity and mortality*. New York: United Nations.
- United Nations radio. 12 November 2010. "36,000 African women die annually from unsafe abortions."
- United Nations Special Rapporteur on the Right to Health. 2011. Report to the Human Rights Council on the Criminalization of Sexual and Reproductive Rights, October 2011.
- Verma, R. K., J. Pulerwitz, V. S. Mahendra et al. 2008. Promoting gender equity as a strategy to reduce HIV risk and gender-based violence among young men in India. In: *Horizons Final Report*. New York: Population Council.
- Winner, B. et al. 2012. "Effectiveness of long-acting reversible contraception." *New England Journal of Medicine*. 366(2): 1998-2007.
- World Bank. 2011. *Measuring the Economic Gain of Investing in Girls: The Girl Effect Dividend*, by Jad Chaaban and Wendy Cunningham.
- World Bank. 2013. World Development Indicators <http://data.worldbank.org/indicator>. [accessed May 2013].
- World Day of Prayer and Action for Children. n.d. <http://dayofprayerandaction.org/take-action> [accessed 1 July 2013].
- World Health Organization. 2004. *Issues in Adolescent Health and Development*. WHO Discussion Papers on Adolescence. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2007. *Adolescent Pregnancy: Unmet Needs and Undone Deeds: A Review of the Literature and Programmes*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2008. *Why is giving special attention to adolescents important for achieving Millennium Development Goal 5?* Factsheet. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2008a. "Adolescent Pregnancy." *Making Pregnancy Safer (MPS) Notes*. 1(1). Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2009. *Constitution of the World Health Organization, 47th ed*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2009a. *Women and Health: Today's Evidence, Tomorrow's Agenda*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2011. *Guidelines for Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Outcomes among Adolescents in Developing Countries*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2011a. *WHO Guidelines on Preventing Early Pregnancies and Poor Reproductive Outcomes among Adolescents in Developing Countries*. Pages 1-208. Geneva: WHO. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502214_eng.pdf [accessed 1 April 2013].
- World Health Organization. 2011b. *The sexual and reproductive health of younger adolescents: Research issues in developing countries*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2012. *Adolescent Pregnancy*. Fact Sheet 364. Geneva: WHO. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/preventing_early_pregnancy/en/index.html [accessed 25 June 2013].
- World Health Organization. 2012a. *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health System*. 2nd edition. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2012b. *Early Marriage, Adolescence, and Young Pregnancy*. Report by the Secretariat, 65th Health Assembly. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2012c. "Safe and Unsafe Abortion. Global and regional levels in 2008 and trends during 1995-2008". Information Sheet. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2013. *Adolescent development*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2013a. *Child Marriages: 39,000 every day*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2013b. "Maternal, newborn, child and adolescent health." Geneva: WHO. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/adolescent_pregnancy/en/#.UdnrijThcdGw. email [accessed 7 July 2013].
- World Health Organization and London School of Hygiene and Tropical Medicine. 2010. *Preventing intimate partner and sexual violence against women: Taking action and generating evidence*. Geneva: WHO.
- World Health Organization and UNFPA. 2006. *Pregnant Adolescents: Delivering on Global Promises of Hope*. Geneva: WHO.
- Wyrod, R. et al. 2011. "Beyond Sugar Daddies: Intergenerational Sex and AIDS in Urban Zimbabwe." *AIDS and Behavior*. 15(6): 1275-82.



من أجل تحقيق عالم يكون
فيه كل حمل مرغوباً، وكل
ولادة مأمونة ويحقق فيه
الشباب كامل إمكاناتهم

صندوق الأمم المتحدة للسكان

United Nations Population Fund

605 Third Avenue

New York, NY 10158

Tel. +1-212 297-5000

www.unfpa.org

©UNFPA 2013

A/1,000/2013