

# قوة الاختيار

الحقوق الإنجابية والتحول الديمغرافي



أعد هذا التقرير برعاية شعبة الاتصالات والشراكات الاستراتيجية في صندوق الأمم المتحدة للسكان.

### كبير مستشاري الأبحاث

بيتر ماكوتالد

### الباحثون والمؤلفون الرئيسيون للفصول

جون بونغارتز

سوزانا كافاناغي

غافين جونز

غريتشين لوتشسينغر

بيتر ماكوتالد

شيخ مياكي

توماس سوبوتكا

### المستشارون الفنيون في صندوق الأمم المتحدة للسكان

ألانا أرميتاج

مايكل هيرمان

إدوارد ميهالاس

ساندابل سايميلن

### فريق التحرير

رئيس التحرير: ريتشارد كولودج

المحررون المساعدون: كاتي مادونيا، كاتلين رويز

المستشار التنفيذي للاتصالات: تيريزا بيركلي

مدراء النسخة الرقمية: كاتي مادونيا، كاتلين رويز

مستشار النسخة الرقمية: هانو رانك

نشر وتصميم وإنتاج النسخة الرقمية التفاعلية على شبكة الإنترنت: Prographics, Inc

© صندوق الأمم المتحدة للسكان ٢٠١٨

### شكر وتقدير

جيفري إيدميدز، لتقديم المشورة للمؤلفين بشأن قضايا الحقوق الإنجابية.

كُتبت القصص المنشورة من قبل سان دي ويلده (بوليفيا)، برونا تيوسو (البرازيل)، ريزا ساياه (إيران)، أليس أولدينبيرغ (كينيا)، ناتالي بريغوست (النيجر)، أريك هالكبير (السويد)، ماثيو تايلور (تاييلند). تم إنتاج الأفلام والصور المرافقة للقصص المنشورة من قبل إيغور دوبروفسكي (بيلاروس)، سان دي ويلده وبيب بونيت (بوليفيا)، ديورا كليموس (البرازيل)، روجيه أنيس (مصر)، ريزا ساياه (إيران)، أليس أولدينبيرغ (كينيا)، أوليفيه جيرار (النيجر)، ميلكر داستراند (السويد)، ماثيو تايلور وفارين ساشديف (تاييلند). يتقدم المحررون بجزيل الشكر إلى المستشارين الإقليميين المعيّنين بالاتصالات في صندوق الأمم المتحدة للسكان لتفضّلهم بتنسيق عمليات إنتاج المحتوى المنشور: سيلين أوتيفي، تمارا الرفاعي، جايكوب إيبين، جينس هاغن إيشنباخر، إديبايو فايوبين، ألفارو سيرانو، روي واديا. الزملاء الآخرون في صندوق الأمم المتحدة للسكان الذين نظموا إنتاج البرامج الوثائقية أو أشرفوا عليها في كل من بيلاروس (كاتسبارينا ميخادزيوك، هانا لودانسكايا)، وبوليفيا (أنا أنغاريثا، ماريوسول موريلو، لويجي بورغوا، غيربيرت كامارغو، ماريا يوجينيا فيلاباندو، فرانثيسكا باليسترا، غوادالوبي فالديز)، والبرازيل (جولا بيلو)، ومصر (ألكساندرا ساشا بوديروزا، مرهان غالي)، وإيران (نازائين أخغار)، وكينيا (كوير كيجن، دوغلاس وودو)، والنيجر (سليمان سادي مازو)، والسويد (بيرنيل فينغر، ميبي سترانلود، باتريشيا غرونديبرغ)، وتاييلند (كولودي كاي سوماللوب، واسانا إيم إيم). كما نشكر هانز ليندي وجوليا شالك من الجمعية السويدية للتثقيف الجنسي (RFSU) لما قُدماه من دعم لإنجاز البرنامج الوثائقي من السويد.

جمع فرع السكان والتنمية في صندوق الأمم المتحدة للسكان البيانات الإقليمية ضمن قسم المؤشرات في هذا التقرير. وتمّ تقديم البيانات المصدّرة المستخدمة في إعداد مؤشرات التقرير من قبل كل من فرع السكان والتنمية في صندوق الأمم المتحدة للسكان، وشعبة السكان في إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية في الأمم المتحدة، ومعهد الإحصاء التابع لمنظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة (اليونسكو)، ومنظمة اليونيسف، ومنظمة الصحة العالمية.

### الخرائط والتسميات

لا تعبّر التسميات المستخدمة وطريقة عرض المواد ضمن الخرائط الواردة في هذا التقرير عن أي رأي كان من جانب صندوق الأمم المتحدة للسكان فيما يخصّ الوضع القانوني لأي بلد أو إقليم أو مدينة أو منطقة، أو لسلطات أي منها، أو ما يتعلّق بتعيين حدودها أو تخومها. يمثل الخط المنقط بشكل تقريبي خطّ المراقبة المتفق عليه بين الهند وباكستان في جامو وكشمير. علماً بأن الأطراف المعنية لم تتفق على الوضع النهائي لجامو وكشمير.

مصادر صورة الغلاف الأمامي (من اليسار إلى اليمين):

© Mark Tuschman

© Chris Stowers/Panos Pictures

© UNFPA/Egor Dubrovsky

© Joshua Cogan/PAHO

مصدر صورة الغلاف الخلفي:

© UNFPA/Roger Anis

صندوق الأمم  
المتحدة للسكان

ضمان حصول الجميع على الحقوق والخيارات

حالة سگان العالم ٢٠١٨



قوة

# الاختيار

الحقوق الإيجابية والتحوّل الديمغرافي





## الاتجاه العالمي نحو أسر أصغر حجماً

صفحة ١٢



## إرث من الأسر الكبيرة

صفحة ٢٨



## استثناءات من التحوّل النموذجي في معدّل الخصوبة

صفحة ٥٠





٤

## دروبٌ كثيرة لوجهةٍ واحدة

صفحة ٦٨



٥

## توفير الظروف للأبوة

صفحة ٩٢



٦

## لكلِّ إنسانٍ الحق في الاختيار

صفحة ١٢٠





# تمهيد

يمكن لامتلاك الخيار أن يغيّر وجه العالم.

فهو قادر، وخلال وقتٍ قصير، على تحسين رفاه النساء والفتيات، وتغيير العائلات والمجتمعات، وتسريع عجلة التنمية العالمية.

كما أنّ مدى امتلاك الأزواج والأفراد خياراتٍ حقيقية بشأن إنجاب الأطفال، وتوقيت ذلك، وعدد الأطفال، له تأثيرٌ مباشرٌ على مستويات الخصوبة. وحيثما أُتيح للناس اتخاذ هذه القرارات بأنفسهم، فإنهم يميلون إلى اختيار تأسيس عائلات أصغر. في حين أن تقييد اختياراتهم يدفعهم إمّا إلى تأسيس عائلاتٍ كبيرة، أو عائلاتٍ صغيرةٍ للغاية قد تخلو أحياناً من الأولاد.

والى يومنا هذا، لا يمكن لأيّ بلدٍ الادّعاء بأن الحقوق الإنجابية باتت أمراً واقعاً يعيشه جميع سكّانه. فالخيارات محدودةٌ أمام أعدادٍ كبيرةٍ جداً من النساء. وبالتالي فما زال هنالك ملايين الناس الذين ينجبون عدداً أكبر - أو أقل - ممّا يرغبون فيه من الأولاد، وتمتدُّ عواقب ذلك لتشمل لا الأفراد فحسب، بل المجتمعات والمؤسسات والأنظمة الاقتصادية وأسواق العمل وشعوبٍ بكاملها أيضاً.

بالنسبة إلى البعض، فإن ما يحول دون الحصول على الحقوق الإنجابية هو الأنظمة الصحية القاصرة عن توفير أبسط الخدمات، مثل وسائل منع الحمل. أما بالنسبة للبعض الآخر، فإن العوائق الاقتصادية، ومنها سوء نوعية الوظائف وانخفاض أجرها، وغياب خدمات رعاية الأطفال، تجعل من تأسيس عائلةٍ أو زيادة عدد أفرادها أمراً أقرب إلى المستحيل. وما يكمن خلف هذه العوائق وغيرها هو استمرار عدم المساواة بين الجنسين، فهو يحرم النساء من القدرة على اتخاذ القرارات الأساسية في حياتهن.

خلال برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية عام ١٩٩٤، تعهّدت الحكومات بتمكين الناس من اتخاذ قراراتٍ مستنيرة بشأن صحتهم الجنسية والإنجابية بوصفها قضيةً أساسيةً من قضايا حقوق الإنسان. والآن بعد مضيّ ما يربو على ٢٥ عاماً، ما زال تحقيق ذلك يقتضي ضمان حصول الأفراد على الوسائل التي تتيح لهم اتخاذ قراراتٍ حرّةٍ ومسؤولة بشأن عدد أولادهم وتوقيت إنجابهم والفترات الفاصلة فيما بينهم.

وتدعم خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠ هذه المبادئ من خلال اعتبار الصحة والحقوق الإنجابية هدفاً محدّداً. وفي الواقع، فإن الحقوق الإنجابية هي جزءٌ لا يتجزأ من تحقيق أهداف التنمية المستدامة كافةً. تلك هي قوة الاختيار.

الخطوة التالية هي الإعمال الكامل للحقوق الإنجابية، لكلّ الأفراد والأزواج، أينما وكيفما عاشوا، ومهما كان مقدار ما يكسبون. ويتضمّن ذلك هدمَ العوائق -سواء كانت اقتصادية أم اجتماعية أم مؤسّسية- التي تحول دون اتخاذ الخيارات الحرّة والمستنيرة.


وفي نهاية المطاف، لن يتوقّف نجاحنا حصراً على الوصول إلى ما نعتبره مستوى الخصوبة المثالي. بل إن المعيار الحقيقيّ للتقدّم هو الناس أنفسهم: وخاصةً رفاه النساء والفتيات، وتمتّعهن بحقوقهن وبالمساواة الكاملة، وبالخيارات الحيائيّة التي يمكنهنّ اتخاذها بكلّ حرية.

د. نتاليا كاتيم

المدير التنفيذي

لصندوق الأمم المتحدة للسكان





# التحوّل العالمي من معدّلات الخصوبة المرتفعة إلى المنخفضة

لمحة عامة

© Layland Masuda/Getty Images

منذ وقتٍ ليس ببعيد كان معظم الناس يؤسسون أسراً كبيرة ويُنجبون خمسة أطفال في الحدّ المتوسط، وبينما كان هناك في ما مضى معدّلٌ عالمي واحد للخصوبة، فإنّ لدينا اليوم معدّلات كثيرة يتسع اختلافها أكثر من أي وقتٍ شهده تاريخ البشرية.

يرتبط حجم الأسرة، سواءً الصغيرة أو الكبيرة، ارتباطاً عضوياً بحقوق الإنجاب، التي بدورها ترتبط بحقوق كثيرة أخرى مثل الصحة والتعليم والدخل الملئمة وحرية اتخاذ الخيارات وعدم التمييز. وحيثما يتحقق إعمال جميع الحقوق يعيش الناس في رخاء. وحين يتعدّر ذلك، لا يعود الناس قادرين على تحقيق كامل قدراتهم، وتصبح معدّلات الخصوبة أعلى أو أقل مما يبتغيه معظم الناس فعلاً.

## مسائل الخصوبة

تحتل الخصوبة بأهمية لدى الأفراد لأنها تعكس مدى ما يحظون به من قدرة ووسائل لاتخاذ خياراتهم الخاصة حول عدد مرّات الحمل التي يرغبون فيها ومواعيدها والفترات الفاصلة بينها. وللخصوبة أهميتها بالنسبة إلى المجتمعات لأنها قد تعوق أو تعجّل التقدّم نحو الازدهار والتنمية العادلة والمستدامة وتحقيق الرفاه للجميع. لقد بدأ التحوّل العالمي نحو انخفاض معدّلات الخصوبة مع الأفراد قبل أن تبدأ أساليب عصرنا الراهن المَعنِيّة بتنظيم الأسرة وتقديم خدمات الرعاية الصحية على الصعيد الوطني. ففي أواخر القرن التاسع عشر، طرحت الاقتصادات المتغيّرة في البلدان الأوروبية وفي البلدان الناطقة باللغة الإنكليزية في قارّات أخرى إمكانات مهنيّة ووظيفة جديدة، مما حفّز الأزواج على إنجاب عدد أقل من الأطفال ابتغاء الاستفادة من تلك الفرص. ومع التحاق مزيد من الفتيات بالمدارس، ارتفع معدّل محو الأمية، وابتأت الأخبار والمعلومات تنتشر على نحو أوسع عبر المجتمع وساهمت في تنامي الوعي في أنّ تحكّم المرء بخصوبته إنما يندرج في إطار الاختيار الواعي. بات الناس، ولا سيما النساء، يجدون أنّ إنجاب عدد أقل من الأطفال قد يودّي إلى نتائج أفضل في نواح كثيرة من الحياة. ومنذ ذلك الحين، كلما حصل الناس على معلومات وخيارات حول التحكم بالخصوبة، اتجهت معدّلات الإنجاب

نحو الانخفاض. وفي بعض أنحاء العالم في النصف الثاني من القرن العشرين، لعبت الحكومات دوراً في إتاحة السبل إلى وسائل منع الحمل. فقد استثمرت بعض الحكومات في رأس المال البشري الشّاب، وفي توسيع الوظائف وغيرها من الفرص لخلق مجموعة من الظروف الاقتصادية والاجتماعية التي أسفرت جميعها عن أسر أصغر حجماً. ولجأت بعض الحكومات، في عزمها على إبطاء النمو السكاني، إلى إطلاق حملات إجبارية أو قسريّة لثني الأزواج والأفراد عن إنجاب عدد كبير من الأطفال أو حتى منعهم. في عام ١٩٩٤، صادقت ١٧٩ حكومة على برنامج العمل الصادر عن المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. والتزمت تلك الحكومات بتمكين الناس من اتخاذ خيارات مستنيرة حول صحتهم الجنسية والإنجابية بصفتها من المسائل الأساسية في حقوق الإنسان التي تركز إليها المجتمعات المزدهرة والعدالة والمستدامة. كما اتفقت على أنّ التقدّم يعتمد على دفع عجلة المساواة بين الجنسين، والقضاء على أشكال العنف المرتكب ضد النساء، وضمان قدرة النساء على التحكم بخصوبتهن. وفي المقام الأول، اتفقت الحكومات على أنّ المسائل الديمغرافية والتنمية الاقتصادية والاجتماعية والحقوق الإنجابية ترتبط ارتباطاً وثيقاً كما يُعزّز بعضها بعضاً. واتفقت الحكومات أيضاً على أنّ الحقوق الإنجابية يمكن تطبيقها حين يحصل جميع الأزواج والأفراد على المعلومات والوسائل التي تتيح لهم اتخاذ قرارهم بشأن عدد الأطفال الذين يرغبون في إنجابهم والفترات الفاصلة بينهم ومواعيد الحمل بهم بطريقة مسؤولة، ولا بُد للقرارات بشأن الحمل من عدمه، وموعده، وعدد مرّاته، أن تُتخذ بمعزلٍ عن أي شكل من أشكال التمييز أو الإكراه أو العنف. وقد انطوت خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠ التي وُضعت منذ عهدٍ قريب على التزام مماثل. إذ تُعد الصحة الإنجابية والحقوق الإنجابية من الغايات المُحددة تحت أحد أهداف التنمية المستدامة الـ ١٧، وتشكّل جزءاً لا يتجزأ من تحقيق جميع الأهداف.





© Giacomo Pirozzi

### الخصوبة متفاوتة — تفاوتاً واسعاً

سنة بلدان أخرى من البلدان التي شهد تاريخها نزاعاً أو أزمات في الأونة الأخيرة بمعدلات خصوبة تزيد عن أربع ولادات لكل امرأة. وقد يشير ارتفاع معدل الخصوبة إلى عددٍ من أوجه القصور في حقوق الإنسان. فعادةً ما تكون مثل هذه البلدان أكثر فقراً وذات سبلٍ محدودةٍ في توفير الرعاية الصحية والتعليم. ويؤدي التمييز المتجذر بين الجنسين إلى ثني النساء عن التمتع باستقلاليتهن. وتسود بعض الممارسات مثل الزواج المبكر الذي عادةً ما يرتبط مع مباشرة الحمل في سنٍّ مبكرة. وتجعل معدلات الخصوبة المرتفعة مهمة الحكومات أكثر صعوبةً في تحسين الخدمات وتطويرها لكي يتمكن الناس من إيجاد مخرجٍ من حالة الفقر. ومع تدفق أعدادٍ أكبر من الشباب إلى سوق العمل، يجد هؤلاء على نحو متزايد أن الاقتصاد ليس قوياً بما يكفي لينتج فرص العمل للجميع. في فئة معدلات الخصوبة الثانية، انخفضت الخصوبة انخفاضاً ملحوظاً ثم عادت واستقرت، أو في بعض الحالات عادت ارتفاعها مجدداً. وتشمل الأسباب الانقطاع في سير برامج تنظيم الأسرة، والظروف التي تنشأ في أعقاب النزاعات والأزمات الاقتصادية.

منذ أن عُقد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية عام ١٩٩٤، شهدت الصحة والحقوق الإنجابية تقدماً ثابتاً في أنحاء كثيرة من العالم، وبات لدى الناس معلومات أكثر حول حقوقهم الإنجابية وخياراتهم في الإنجاب، مع قدرة أكبر على المطالبة بحقوقهم. ومع أننا قد قطعنا شوطاً طويلاً في إعمال الحقوق الإنجابية الشاملة، إلا أن الاختلافات الواسعة في الخصوبة داخل البلدان وما بينها تدلّ على أن الطريق أمامنا لا يزال طويلاً. واستناداً إلى معدلات الخصوبة، تتوزع البلدان والمناطق في الوقت الحالي على أربع فئات رئيسية. وتواجه كل مجموعة شواغلها السياسية الوطنية التي تتعلق بالاتجاهات السكانية. ففي كل مجموعة، ونظراً لأن الحقوق تخضع لدرجة معينة من المساومة على نحوٍ ما، فإن هناك أشخاصاً لا يحظون بالتمكين الكامل لاتخاذ قرارهم بحرية ومسؤولية بشأن عدد ما ينجبونه من الأطفال.

تحظى الفئة الأولى من البلدان بمعدل الخصوبة الأقرب إلى ما كان عليه حول العالم، وهو المعدل المرتفع. وتحظى كثير من بلدان أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، ونحو



أما الفئة الرابعة من البلدان فقد شهدت انخفاضاً في معدل الخصوبة لفترةٍ طويلة من الزمن، وتضمّ بصفة رئيسية الدول الأكثر تطوراً في آسيا وأوروبا وأمريكا الشمالية. وتتميز هذه البلدان بمستويات أعلى من التعليم والدخل، وقد حققت إعمالاً أكبر لحقوق النساء، فغالباً ما تكون الحقوق الإنجابية والأساسية الأخرى مستوفاة فيها. ومع ذلك، فإن الفجوات في خدمات رعاية الطفل الجيدة والميسورة الكلفة قد تجعل الموازنة بين العمل والحياة الأسرية أكثر صعوبة، مما يدفع الناس نحو إنجاب عددٍ أقل مما يتبعونه من الأطفال. ومع ارتفاع عدد مجموعات السكان الأكبر سناً وانكماش القوى العاملة، يُحتمل أن تواجه هذه البلدان اقتصادات أكثر ضعفاً على المدى القريب.

### ما الذي يحول دون إعمال الحقوق الإنجابية؟

على امتداد الفئات الأربع لمعدلات الخصوبة، تظهر بعض الجذور المشتركة في العقبات التي تحول دون إعمال الناس لحقوقهم واتخاذ خياراتهم الخاصة بشأن تنظيم الأسرة، حتى وإن اتخذت هذه العقبات أشكالاً مختلفة وحصلت بدرجات مختلفة. وعلى وجه العموم، يمكن للعوامل المؤسسية والاقتصادية والاجتماعية أن تمكن الأزواج والأفراد من تحقيق أهدافهم ورغباتهم الإنجابية - أو تحول دون قيامهم بذلك. وحيثما يكون الأزواج والأفراد قادرين تماماً على اتخاذ القرار والخيار تتجه معدلات الخصوبة إلى المراوحة عند حالي إنجاب لكل امرأة، وهو المستوى الذي يُعد كافياً للحفاظ على حجم السكان مستقراً في غياب الهجرة. تشمل العقبات المؤسسية التي تحول دون اتخاذ قرارات حرة ومسؤولة حول الخصوبة أوجه القصور في الرعاية الصحية التي تحدّ الخيارات في استعمال وسائل منع الحمل، فضلاً عن الحصول على التقنيّة التي تساعد النساء على الإنجاب بعد أن يكنّ قد تجاوزن ذروة سنّ الإنجاب أو أصبحن غير قادرات على الحمل. وفي بعض الحالات ينجم عن الخدمات الصحية الرديئة النوعية ارتفاع ثابت في معدل الوفيات بين الأطفال، مما يساهم في التوجه نحو إنجاب مزيد من الأطفال للتعويض عمّن فقدوا خلال الولادة أو بسبب المرض أو سوء التغذية.

وقد شهدت فئة ثالثة من البلدان ذات الصلة معدلات تراجع ثابتة في الخصوبة التي بدأت منذ ستينيات القرن العشرين، أو في بعض الحالات في فترة لاحقة اعتباراً من ثمانينات القرن الماضي، ولا تزال مستمرة إلى اليوم. وتقع معظم البلدان في المستوى المتوسط من حيث الدخل، مع أنّ بعضاً منها يُعد من الدول الفقيرة، فيما هناك عدد صغير من الدول الغنية. تحظى بلدان كثيرة من الفئة الثالثة ببرامج تنظيم أسري قوية، وقد بذلت جهوداً دؤوبة في إعمال الحقوق الإنجابية حتى مع شحّ الموارد. إلا أنّ الاختلافات في معدلات الخصوبة قد تكون واسعة، بما في ذلك بين المناطق الريفية والحضرية، وبين الفئات الغنية والفقيرة. وتواجه أمريكا اللاتينية، حيث يوجد عدد من تلك البلدان، معدلات حمل مرتفعة بين المراهقات. ومع أن معظم تلك البلدان لا تزرع تحت ضغطٍ معيّن في الاتجاهات السكانية في الوقت الحالي، إلا أنها تشهد شيخوخة متسارعة بما يجعلها أمام مستقبلٍ يتسم بانخفاض عدد الأيدي العاملة واحتمال ارتفاع التكاليف المرتبطة بالتقاعد والرعاية الصحية.

© Miho Aikawa/Getty Images



وينجم عن التمييز بين الجنسين كثير من العقبات المستعصية التي تحول دون تحقيق الحقوق الإيجابية، ولهذا السبب يركّز برنامج العمل الصادر عن المؤتمر الدولي للسكان والتنمية تركيزاً شديداً على المساواة بين الجنسين. ولا تزال حالة التبعية التي تخضع لها كثير من النساء تتسبب في عدم معرفتهن بحقوقهن أو عدم فهمهما تماماً أو عدم معرفة كيفية المطالبة بها. وقد يعني ذلك عدم تمتعهن بالصلاحيات في اتخاذ القرار بالحمل أو عدمه والاستقلالية في اتخاذه. إنّ حالة عدم المساواة الراسخة التي تظهر في خدمات الرعاية الصحية غير الملائمة قد تقضي إلى إنجاب النساء عدداً أكثر أو أقل مما يُردن حقاً من الأطفال.

أما العنف القائم على نوع الجنس، السائد في كل مجتمع، فيعمل على تآكل الاستقلالية الذاتية أكثر وقد يؤدي إلى الحمل بالإكراه. كما أن النساء في كل مكان يبذلن في الاعتناء بأطفالهن بلا أجر أكثر مما يبذله الرجال. وقد يترتب عن ذلك انكالم على الذكور في الإعاقة، وفرص مهجورة من العمل المدفوع الأجر، وإرهاق يستنفد الطاقة البدنية والذهنية.

### الإصطفاف خلف حق الاختيار

ليس هناك مكان في العالم اليوم يحظى فيه الناس بالقدرة الكاملة على تحقيق أهدافهم المتعلقة بالإنجاب وممارسة حقوقهم الإيجابية. فالعوائق قد تكون أكبر من غيرها في بعض الأماكن، وأصعب حلاً من غيرها في بعض الأوضاع. بغض النظر عن العوائق، يستدعي الطابع العالمي للحقوق الإيجابية والالتزامات الدولية تجاهها والعلاقات المتداخلة بين الخصوبة والتنمية إزالة بقية العوائق وخصوصاً إذا أردنا إنجاز خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠. ولا بُد من موازنة السياسات العامة والخدمات والميزانيات بحيث يتمكن كل شخص وزوج من إدراك حقوقه الإيجابية، بما فيها حقه الخاص بتنظيم الأسرة. تختلف آفاق المستقبل باختلاف البلدان، ولكن بعض تلك الآفاق شائع في جميع البلدان، وتبدأ مع النظم الصحية التي تعمل بما يتوافق مع الحقوق الإيجابية وتوفّر خدمات صحية إيجابية رفيعة الجودة ومتاحة للجميع. وعلى الخدمات الصحية إتاحة خيارٍ مُثمر من خيارات موانع الحمل، وأن تتفّح النساء والرجال تتقيفاً تاماً حول تلك الخيارات، وحول انعكاسات تنظيم الأسرة على الصحة وعلى غيرها من عناصر الرفاه. ويجب أن ترمي أهداف الجهات المقدمّة للخدمات إلى تمكين الأفراد الذين تخدمهم من اتخاذ

ولا تزال هناك عقبات قانونية في بعض البلدان أمام الحصول على وسائل منع الحمل، وعلى سبيل المثال بالنسبة إلى الأفراد غير المتزوجين أو من هم دون سنّ معينة. وحتى في الأماكن التي يسمح فيها القانون للنساء غير المتزوجات أو المراهقات بالحصول على وسائل منع الحمل فإنّ مقدمي الخدمات ممن يتسرّعون في إطلاق الأحكام قد يرفضون صرفها لهنّ.

وضمن نظم التعليم، يتّسم التنقيف الجنسي الشامل بأنه محدود وضعيف النوعية في معظم أنحاء العالم، مما يحرم الشباب من المعرفة والمهارات اللازمة في اتخاذ خيارات مستنيرة. وتتضمّن العقبات الاقتصادية الجوانب التي تجعل خدمات الصحة الإيجابية غير ميسورة التكلفة أو التي تُجبر النساء على العمل لساعات طويلة مقابل أجر منخفض بحيث لا يعدن قدرات على بناء أسرة.



© 2012 Meagan Harrison, courtesy of Photoshare



© 2016 UNFPA/Arvind Jodha, courtesy of Photoshare

وتحقيق المساواة بين الجنسين من بين تحقيق أولويات أخرى. لقد كان الانخفاض الحالي في معدل الخصوبة مدفوعاً بالقدرة غير المسبوقة على التحكم بالإنجاب المصحوبة بالمعرفة والحافز. وبات الناس يطالبون بحقهم في اتخاذ قراراتهم الخاصة حول عدد مَرَات الحمل والفترات الفاصلة بينها، مما أفضى إلى تغيّرات وتحديات ديمغرافية. غير أن الحكومات وغيرها من الهياكل المؤسسية لا تبذل ما يكفي بعد لدعم تلك القرارات أو إرشادها أو تمكينها، أو للتخطيط للتشعبات الاقتصادية أو المؤسسية. ويمكن لمعظم تلك الحكومات أن تبذل مجهوداً أكبر من خلال طرح سؤال أساسي ينبغي أن يكون محورياً في صنع السياسة العامة وهو: هل الناس، رجالاً ونساءً، في جميع مواقعهم، ومن جميع فئات الدخل، ومن جميع الأعمار، وفي جميع المجموعات الأخرى ينجبون العدد الذي يريدونه من الأطفال؟ إذا كانت الإجابة نفيًا، فإنّ الحقوق الإيجابية تتعرض للمساومة، كما أن الالتزامات بإعمال الحقوق للجميع ما تزال غير مستوفاة.

الخيارات، وأن تتعامل مع تلك الخيارات باحترام، بما يشمل المراهقين وغير المتزوجين والأشخاص ذوي الإعاقات وغيرهم ممن تُواصل الأعراف الاجتماعية وصمهم والتمييز في حقهم. وفي البلدان من جميع مستويات الخصوبة هناك مجموعات تتعرض للمساومة على حقوقها الإيجابية. فقد تكون تلك المجموعات ريفية وفقيرة، أو قد تكون شابة، أو من جماعة لا تتكلم اللغة القومية التي تنطق بها جهات الخدمات الصحية. وفي حالات كثيرة، تظهر لدى تلك الجماعات المعدلات الأعلى في الاحتياجات غير الملبّاة من وسائل منع الحمل، وأعلى معدلات الحمل غير المرغوب فيه. ويشكّل التعامل مع إعمال حقوقهم كأولوية مُلحّة نقطة البداية في إعمال الحقوق للجميع. وأخيراً، بما أنّ الخصوبة تؤثر في مجموعة متنوعة من العوامل الاجتماعية والاقتصادية والمؤسسية، وتتأثر بها، يتعيّن على البلدان أن تساعد الناس في إنجاب العدد الذي يريدونه من الأطفال من خلال السياسات العاملة على خلق فرص عمل لائقة، وطرح إجازات للأبوين، وإيجاد السكن الميسور التكلفة، وتوفير رعاية الأطفال الجيدة والجاهزة،





# الاتجاه العالمي نحو أسر أصغر حجماً

الفصل ١

في السنوات المائة والخمسين الماضية، ولا سيما منذ ستينات القرن العشرين، انخفضت معدلات الخصوبة في كل بلد تقريباً. ففي أوضاعٍ سابقة كانت معدلات الخصوبة في كل بلدان العالم تبلغ خمسة أطفال فما فوق لكل امرأة، أما اليوم فتبلغ معدلات الخصوبة ٢,٥ أو أقل في أغلبية البلدان التي يبلغ تعداد سكانها ١ مليون نسمة أو أكثر.



© UNFPA/Reza Sayah

في بعض أنحاء العالم، حدث التحوّل في معدّل الخصوبة بصورة مفاجئة. ففي أستراليا على سبيل المثال، كانت النساء المولودات بين عامي ١٨٥١ و ١٨٥٦ يُنجبن ثمانية أطفال في المتوسط. أما النساء اللواتي وُلدن بعد عقدٍ لاحق، بين عامي ١٨٦١ و ١٨٦٦، فقد كُنَّ يُنجبن أربعة أطفال في المتوسط. فما الذي دفع بهذا التراجع المفاجئ والملحوظ في الخصوبة بعد آلاف السنين من معدّلات الإنجاب المرتفعة؟

وكان التحوّل العالمي من معدّل الخصوبة المرتفع إلى المنخفض قد بدأ في أوروبا خلال القرن التاسع عشر، ثم انتشر حول العالم. وفي مطلع الثلاثينات من القرن العشرين، انخفض معدّل الخصوبة في بلدان كثيرة إلى معدّل التعويض. ويشير معدّل التعويض في الخصوبة - وهو معدّل خصوبة إجمالي يبلغ ٢,١ - إلى متوسط عدد الولادات لكل امرأة خلال سنوات قدرتها على الإنجاب والذي يحافظ على بقاء عدد السكان عند حجم ثابت.



الذي عُقد في طهران. وأعلنت الوفود في المؤتمر أنّ "حرية الأبوين في تقرير عدد أبنائهما والفترات الفاصلة بينهم بروح المسؤولية هو حق إنساني أساسي لهما". وقد حظي حق تنظيم الأسرة بالاعتراف صراحةً أو ضمناً في ٢٠ اتفاقيةً أو اتفاقاً على الأقل، وتراوحت بين خطة العمل العالمية للسكان لعام ١٩٧٤ واتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة لعام ١٩٧٩. وجرى التوصل إلى إجماع عالمي حول الحقوق الإنجابية الفردية في عام ١٩٩٤، في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، حيث اتفقت ١٧٩ حكومة على أنّ السكان والتنمية هما عنصران مترابطان ارتباطاً وثيقاً، وأن تمكين النساء وتلبية احتياجات الناس في التعليم والصحة بما فيها الصحة الإنجابية هي جوانب ضرورية لتحقيق التقدم للأفراد والإنماء المتوازن على حد سواء (صندوق الأمم المتحدة للسكان، ٢٠١٢). وجرى الإقرار بأن دفع عجلة المساواة بين الجنسين، والقضاء على أشكال العنف المرتكب ضد النساء، وضمنان قدرة النساء على التحكم بخصوصيتهن تشكل جميعها أحجار زاوية في سياسات البلدان السكانية والإنمائية.

لقد ساعدت عوامل كثيرة على تحفيز هذا التحوّل في أوروبا، بما في ذلك التغيّر في أنماط العمل، والرّخاء، وتحسّن الصحة والتغذية، وارتفاع معدلات البقاء على قيد الحياة بين المواليد الجُدد والأطفال، واتساع نطاق الحصول على التعليم، وخصوصاً بين النساء. وخلال بضعة عقود تضاعف حجم الأسرة، وقد حدث ذلك قبل أن تتوفر لمعظم الناس وسائل منع الحمل الحديثة، وقبل وقتٍ طويلٍ من طرح مصطلح "الحقوق الإنجابية" على لسان صنّاع السياسات والمناصرين في كل مكان. باتت فكرة الحقوق الإنجابية اليوم، ولا سيّما حق الفرد في تقرير الحمل أو مواعده أو عدد مرّاته، أمراً مسلماً به لدى مئات الملايين من الناس الذين يحظون بصلاحيّة تأجيل الحمل أو منعه وبالوسائل اللازمة لذلك. ومع ذلك فمنذ وقت غير بعيد، كانت مفردات الحقوق غائبة عن السياسات وعن البحوث المعنيّة بالتغير الديمغرافي أو التناسل البشري أو صحة المرأة. حدثت نقلةً كبيرة في كيفية مقارنة البلدان لتلك القضايا بعد الحرب العالمية الثانية وقد أُشير إليها رسمياً قبل ٥٠ عاماً، في مؤتمر الأمم المتحدة الدولي لحقوق الإنسان







© Yoshiyoshi Hirokawa/Getty Images

النساء من الالتحاق بالقوى العاملة المدفوعة الأجر والبقاء فيها إذا ما قرّرن إنجاب أطفال، وإنفاذ القوانين التي تحظر زواج الأطفال. إن مدى قدرة الأفراد على ممارسة حقوقهم الإنجابية له أثرٌ في الخصوبة على مستوى الأفراد ومستوى المجتمع. وهذا ما كانت عليه الحال قبل قرنٍ مضى وهكذا هي اليوم: فمع أنّ الحقوق الإنجابية كما ورد تعريفها هنا لم تكن موجودة من حيث المصطلح، إلا أن الناس كانوا يتطلعون إليها مع ذلك وكافحوا من أجل التوصل إلى طرق لاتخاذ قراراتهم الخاصة حول توقيت مواعيد الحمل والفترات الفاصلة بينها وحجم الأسرة.

غالباً ما يُنظر إلى مفهوم الحقوق الإنجابية على أنه القدرة على التحكم بصورة مباشرة بالحمل والإنجاب بواسطة وسائل منع الحمل أو غيرها من الوسائل (ستارز وآخرون، ٢٠١٨). غير أنّ ذلك التعريف يُخفق في وصف النطاق الكامل للعوامل القادرة على تقييد قرار الفرد بشأن إنجابه طفلاً واحداً أو عدة أطفال أو عدم الإنجاب. ويحيط تعريفٌ أوسع للحقوق الإنجابية بالظروف الاجتماعية والاقتصادية والمؤسسية وبالعوامل التمكين التي تمكّن الأزواج والأفراد من إدراك أهدافهم ورغباتهم الإنجابية. ومن الأمثلة على ذلك، النظم والهيكلية التي تمكّن



© Michele Crowe/www.theuniversalfamilies.com

### في حيز الخيار الواعي

تتراوح التفسيرات بشأن التحوّل في معدلات الخصوبة في أوروبا والتبدّلات اللاحقة في أماكن أخرى بين نظرية التحوّل السكاني التقليدية والنظريات الموجّهة اقتصادياً. وبحسب نظرية التحوّل السكاني، ينخفض معدل الخصوبة استجابةً للتغيرات في الحياة الاجتماعية التي يصاحبها أو يتسبب بها التصنيع والتوسّع الحضري. وتنسب النظريات الموجّهة بالاقتصاد التراجع في الخصوبة إلى حدٍ ما إلى التكاليف النسبية للأطفال مقابل التكاليف السلعية (ماسون، ١٩٩٧). وبصرف النظر عن التفسير، يمثّل التغيّر في معدل الخصوبة من المرتفع إلى المنخفض تغييراً جذرياً في سلوك الأزواج بمرور الوقت، بما فيه من انعكاسات على الأزواج أنفسهم وكذلك على مجتمعاتهم. وحين يحظى هذا التغيّر بالاستدامة والتبني الواسع، لا كمجرد استجابة قصيرة الأمد تجاه التغيرات في الظروف الاقتصادية أو الاجتماعية، فإنه ينمّ عن نقلةٍ جوهريّة في الأعراف الاجتماعية. ووفقاً للأخصائي الديمغرافي أنسلي كواله، يمكن لمعدل الخصوبة أن يبدأ في الانخفاض بطريقة مستدامة عندما تُستوفى ثلاثة شروط فقط (كواله، ١٩٧٣). أولاً، لا بُدّ للأفراد من التفكير في الخصوبة بكونها عنصراً من عناصر معيشتهم يمكنهم التحكم به أو التأثير فيه من خلال تصرّفاتهم. ومع أنّ ذلك قد يبدو بسيطاً نسبياً اليوم، فإنّ مفهوم الخصوبة ضمن "حيز الخيار الواعي" شكّل نقلةً ثوريةً في الطريقة التي

نظر فيها الأفراد والأزواج إلى أنفسهم وأسرهم وخياراتهم في الحياة. ثانياً، لا بُدّ للأفراد من النظر إلى إنجاب عددٍ أقلّ من الأطفال باعتباره أمراً مفيداً، مما يمنحهم بالتالي الحافز لاتخاذ قرار حول "التحكّم بالخصوبة"، أو إنجاب عددٍ أقلّ من الأطفال. وثالثاً، لا بُدّ من إتاحة وتوفير وسائل منع الحمل التي يعول عليها - إلى جانب المعرفة بطريقة استخدامها. ومع أنّ كلاً من هذه الشروط الثلاثة لا بُدّ من وجودها في توليفةٍ ما من أجل تحقيق انخفاض مستدام في الخصوبة، إلا أنّ الاقتناع بفكرة إمكانية إنجاب العدد المرغوب فيه من الأطفال ووجود الحافز الواضح لإنجابهم يشكّلان أهم العوامل الأساسية. ومن دون ذلك فإنّ توافر الوسائل لمنع الحمل قد يخلف أثراً محدوداً على الخصوبة في أفضل الأحوال. وعند استيفاء هذين الشرطين المسبقين، يمكن لوسائل منع الحمل مع ذلك أن تيسّر للأفراد والأزواج مساراً واضحاً للتصرّف بناءً على دوافعهم، وأن تلعب دوراً محورياً في مساعدة الأزواج والأفراد في ممارسة حقهم في التقرير بحريّة ومسؤولية، بشأن ما إذا كانوا يرغبون في إنجاب الأطفال وموعد إنجابهم وعدد مرّات الحمل. واليوم، يُقدّر عدد النساء اللواتي يُردن منع حالةٍ من حالات الحمل في المناطق النامية بـ ٨٨٥ مليون امرأة. يستخدم الثلث من هؤلاء النساء تقريباً وسيلةً عصريةً من وسائل منع الحمل، بينما تظلّ حاجةً رُبعمَ - ٢١٤ مليون - إلى وسائل منع الحمل غير ملبّاة (معهد غوتماشر، ٢٠١٧).

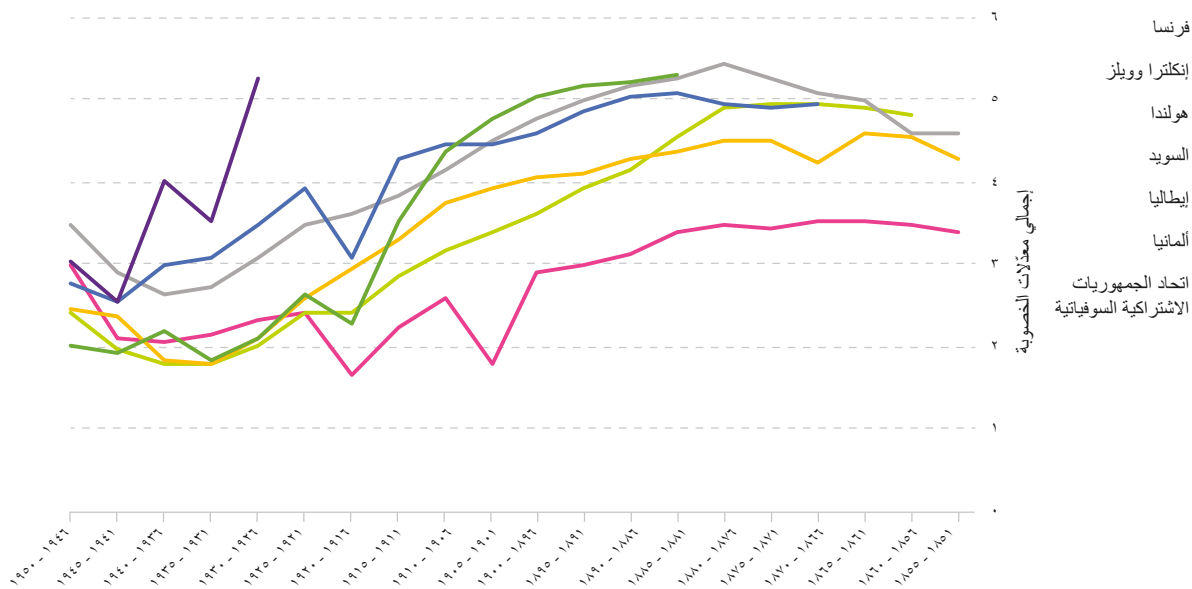


## بداية التحول في الخصوبة: من جدّ وجدّ

يُعتقد أنّ التحول العالمي في الابتعاد عن معدلات الخصوبة المرتفعة قد بدأ بوجه عام في النصف الثاني من القرن التاسع عشر، أولاً في فرنسا ثم في البلدان الناطقة باللغة الإنكليزية وفي بلدان أوروبا الشمالية (الشكل ١). ولا يُدّ أن الأزواج الذين كانوا جزءاً من هذا التحول المبكر جداً نحو معدّل خصوبة أدنى يشعرون بحافز كبير لإنجاب عدد أقل من الأطفال، لأنهم نجحوا - على الرغم من القوى المؤسسية التي تُحبذ كثرة الإنجاب. ونتيجةً لذلك، يمكن وصف منع الحمل خلال تلك الفترة بعبارة "من جدّ وجدّ". انتهج الأزواج مجموعة مقاربات لتفادي الحمل. إذ تمكّن كثيرٌ من الأزواج من تفادي إنجاب الأطفال أو تأخيرها بالاعتماد على العزوف أو الامتناع الجنسي، برغم أنّ الواقيات المطاطية المصلدة الذكرية وأغطية عنق الرحم كانت متوفرة في الأسواق في البلدان التي تراجعت فيها الخصوبة في النصف الثاني من القرن التاسع عشر.

وقد منحت الأشكال الجديدة من وسائل منع الحمل قوةً أكبر للعائلات في التحكم بحجم أسرهم ولكنها ربما كانت غير ميسورة التكلفة بالنسبة إلى الشخص العادي (كواله، ١٩٧٣). واعتمد بعض الناس لذلك على وسائل غير مُكلفة منزلية الصنع، مثل اللبوس الإسفنجي ولبوس الكينين. وعلى صعيد ممارسات أفراد المجتمع، ساهم الإقدام على الزواج لأول مرّة في سنّ أكبر في تأخير بداية الحمل، وخصوصاً مع تآلف العوامل الاجتماعية الراضية بشدّة للسلوك الجنسي قبل الزواج، إلى جانب الامتناع الجنسي بعد الولادة. وهناك أدلّة أيضاً على أنّ بعض النساء اللواتي حملن قد لجأن إلى الإجهاض (ماكدونالد ومويل، ٢٠١٨).

الشكل ١ إجمالي معدلات الخصوبة، ١٨٥١ - ١٩٥٠



المصدر: شيني (١٩٩٢)

وتمثّل حافزاً هاماً آخر لإنجاب عددٍ أقل من الأطفال في إنكلترا، ولاحقاً في أستراليا، في أوائل القرن العشرين، في تطّاعات الشباب الاقتصادية المتنامية بسرعٍ أكبر من إمكانية تحقيقها؛ وفي هذا السياق لم يتمكن الناس من تحمل تكاليف إنشاء أسر كبيرة (سيكومب، ١٩٩٣؛ مويل، ٢٠١٥؛ ماكdonald ومويل، ٢٠١٨).

وكان من بين الحوافز الأخرى عند النساء الرغبة في التحرر من عبء الحمل المتعاقب والمخاطر التي كانت تصاحب كل حالة حمل. ولئن كانت المخاطرة بوفيات النفاس قد أثنت النساء عن إنجاب عددٍ كبير من الأطفال، فقد ساهم القصر النسبي في متوسط العمر المتوقع للرجال أيضاً في ظهور الأسر الصغيرة؛ فقد واجهت الأرامل ممّن لديهن أطفال كُثر صعوبات اقتصادية وكان من غير المرجح لهنّ أن يتزوّجن من جديد (مويل، ٢٠١٥).

وقد يشكّل التراجع في عدد وفيات الرضع والأطفال حافزاً آخر لتكوين أسر صغيرة الحجم، مع أنّ الدراسات لم تؤثّق هذه الصلة توثيقاً قاطعاً (فان دي فاله، ١٩٨٦؛ غينان، ٢٠١١). تصادف التحوّل في معدّلات الخصوبة في أوروبا مع التوسع في التعليم الإلزامي في النصف الثاني من القرن التاسع عشر. ومع هذا التوسّع ظهر التحاق عددٍ أكبر من الفتيات بمقاعد الدراسة ومع تعميم صورة المعلّمت كقدوة تُحتذى (كالدويل، ١٩٨٠؛ ماكdonald ومويل، ٢٠١٨). ترتبط المعدّلات الأعلى من حصول الفتيات على التعليم بمعدّلات الخصوبة الأقل حتى في يومنا هذا.

وقد ساعد تعليم الفتيات في رفع مكانة المرأة في المجتمع وفي داخل الأسر المعيشية، ومنح الفتيات والنساء أيضاً مزيداً من الاستقلالية الذاتية والقدرة على اتخاذ القرار، بما في ذلك التحكم في الميزانية المنزلية. ولأن النساء بتنّ يُشرفن على الإنفاق، فقد أدركن قيمة التكاليف الإضافية التي تصاحب إنجاب طفلٍ آخر. ولعلّ الوعي بهذه التكاليف قد ساهم في ظهور الرغبة في إنجاب عددٍ أقل من الأطفال (ماكdonald ومويل، ٢٠١٨).

أسفر توفير الثقافة لجميع شرائح المجتمع عن اطلاع الناس على الأفكار والمعارف، بما فيها المعرفة بجوانب التناسل البشري، مما مكّنهم من اتخاذ قراراتهم الخاصة بدلاً من الاعتماد اعتماداً خالصاً على المؤسسات الدينية وغيرها في إرشاد سلوكهم.

وفي الوقت ذاته، تغيّرت الاقتصادات بطرقٍ خلقت فرصاً وتطلّعات نحو التقدّم ومهدت الطريق أمام نشوء طبقةٍ متوسطة أكبر حجماً. فقد ظهرت الوظائف الإدارية الجديدة. وحفّزت الرغبة في انتهاز هذه الفرص الجديدة أشخاصاً كُثر للحفاظ على أسر صغيرة الحجم؛ فالعدد الكبير من الأطفال أضفى صعوبةً على التكيف مع المشهد الاقتصادي الجديد وعلى الاستفادة منه (بانكس، ١٩٥٤؛ سيكومب، ١٩٩٣؛ مويل، ٢٠١٥).

وفي إبان ذلك، بدأ الآباء والأمهات يرون مستقبلاً بديلاً ينتظر أولادهم، فقد جلب التعليم الوعود بطرق أبواب الفرص التي تنفتح مع التغيّر الاقتصادي، وأخذت عمالة الأطفال تتراجع. ورأى الآباء والأمهات المحاسن التي ينطوي عليها ضمان معيشة أفضل لعدد أقل من الأطفال عوضاً عن استنفاد مواردهم الضئيلة على عددٍ أكبر من الأطفال (بيكر ولويس، ١٩٧٣؛ كالدويل، ١٩٧٦).

وكانت المجتمعات الأوروبية تنتهج توجّهاً علمانياً أكبر، مما أدى إلى تضالّ نفع المؤسسات الدينية في تأثيرها على القرارات المعنيّة باستعمال وسائل منع الحمل وبما يتعلّق بالحمل، وإتاحة مجالٍ أوسع للخيارات الفردية في تحديد حجم الأسرة (لستيغه وويلسون، ١٩٨٦). وحدثت نقلةً مُشابهة في أستراليا.





© Giacomo Pirozzi

### التحوّل في معدّلات الخصوبة في آسيا

بدأ التحوّل في معدّلات الخصوبة في آسيا مع العقد الخامس من القرن العشرين. وخلافاً للتحوّل الذي حدث في أوروبا في القرن التاسع عشر ضد رغبات الحكومات والمؤسسات، تيسّر التبدّل في آسيا بتشجيع من الحكومة على تحديد حجم الأسرة. وقد روجت بعض الحكومات لتنظيم الأسرة بسبب الاعتقاد أنّ فرص النمو الاقتصادي قد ترتفع لو أنجب الأزواج عدداً أقل من الأطفال (ماكدونالد، ٢٠١٨). ودار الجدّ حول أنّ العدد الأقل من المواليد سيؤدي بمرور الوقت إلى وجود نسبة أكبر من السكان في سنّ العمل مقابل نسبة أصغر من الأفراد دون سنّ ١٨ عاماً (كواله وهوفر، ١٩٥٨). وكانت هذه الجدلية تنظر إلى الأطفال على أنهم شريحة استهلاكية صافية لرأس المال القومي. أما الأفراد في سنّ العمل فكان ينظر إليهم على أنهم شريحة مُنتجة صافية. ومن دون وجود عدد كبير من الأطفال الواجب إعالتهم، يمكن للشعوب أن تحوّل مزيداً من الموارد نحو الاستثمار في رأس المال، وقد يحفّز هذا الاستثمار التوظيف المُنتج لشريحة السكان في سنّ العمل. فالتوظيف الأكثر إنتاجية يساعد في تخفيف الأعباء الاقتصادية عن كاهل الأسر المعيشية، ويمكنها من إنفاق مزيد من المال في تعليم كل طفل. وبات هذا الربط بين التحوّل في الخصوبة والنمو الاقتصادي يُعرف لاحقاً باسم "العائد الديمغرافي" (لي وماسون، ٢٠٠٦).

ولعلّ التوسّع الحضري أيضاً قد وفّر وقتاً للناس لكي يتخذوا قراراتهم بشأن توقيت مرّات الحمل والمسافات الفاصلة بينها: وعموماً، تراجع معدّل الخصوبة في المُدن في وقتٍ أقرب وأسرع منه في القرى والمناطق الريفية (مويل، ٢٠١٥). فحين غادر الناس مجتمعاتهم الصغيرة إلى المناطق الحضرية غالباً ما تركوا وراءهم أيضاً ضغوط الأقرباء التي تطالبهم بإنشاء أسرٍ كبيرة. ومع ذلك فهناك بعض الأدلة على أنّه في البلدان الأوروبية الغربية والشمالية لم يكن لغياب الأسرة الممتدة سوى أثر بسيط أو معدوم على الخصوبة: فالأسر النواة كانت شائعة حتى قبل التحوّل في معدّلات الخصوبة (هاجنال، ١٩٦٥). شكّلت المعرفة أحد الشروط المُسبقة البالغة الأهمية في تكوين أسرٍ صغيرة (كواله، ١٩٧٣). ففي القرن التاسع عشر، عملت طرق التواصل الجديدة، إلى جانب اتساع انتشار الطرق القائمة، على نشر الأفكار سريعاً عبر جميع طبقات المجتمع وحفّزت الاهتمام بإنجاب عددٍ أقل من الأطفال (لستينغ، ١٩٧٧؛ كنودل وفان دي فاله، ١٩٨٦؛ كليلاند وويلسون، ١٩٨٧). وأدى ارتفاع مستويات المعرفة بالقراءة والكتابة في ذلك الوقت إلى تشجيع قراءة الصحف والمجلات والمنشورات. وقد حظي تأثير الإعلام على الخصوبة بالتوثيق في أستراليا (مويل، ٢٠١٥). فقد وُزعت الكتيبات التي تصف وسائل منع الحمل على نطاق واسع في أستراليا وإنكلترا والولايات المتحدة. وواجه بعض ناشري تلك الكتيبات المُلاحقة، إلا أن التقارير الصحفية حول تلك المُلاحقات ساعدت في الواقع في نشر المعرفة حول وسائل منع الحمل بين عدد أكبر من الناس حتى (ماكدونالد ومويل، ٢٠١٨). لعب التواصل غير الرسمي دوراً هاماً أيضاً. ففي أستراليا على سبيل المثال، غالباً ما تبادلت النساء فردي المعلومات حول وسائل منع الحمل بصورة فردية، أو من خلال المجموعات والملقبات النسوية. وألّفت كذلك محاضرات نسوية حصرها حول وسائل منع الحمل أمام الجمهور في قاعات كبيرة في ملبورن في العقد الأخير من القرن التاسع عشر (ماكدونالد ومويل، ٢٠١٨).

على الأسر ذات الأعداد الكبيرة من الأطفال، وتبيان المزايا الصحية التي تعود على الأمهات والأطفال الرضع جراء إنجاب عدد أقل من الأطفال. كانت الحملات موجّهة أساساً إلى النساء.

وتُسبب سرعة اعتماد الأفراد لتنظيم الأسرة والتراجع السريع في معدلات الخصوبة الذي نشأ عن ذلك إلى رغبةٍ كامنة قوية أو حافز بتكوين عائلات أصغر حجماً. وانطوت الدوافع من أجل إنجاب عدد أقل من الأطفال على القلق من كلفة تكوين أسر أكبر حجماً، واهتماماً بتوفير صحة أفضل للأم والوليد.

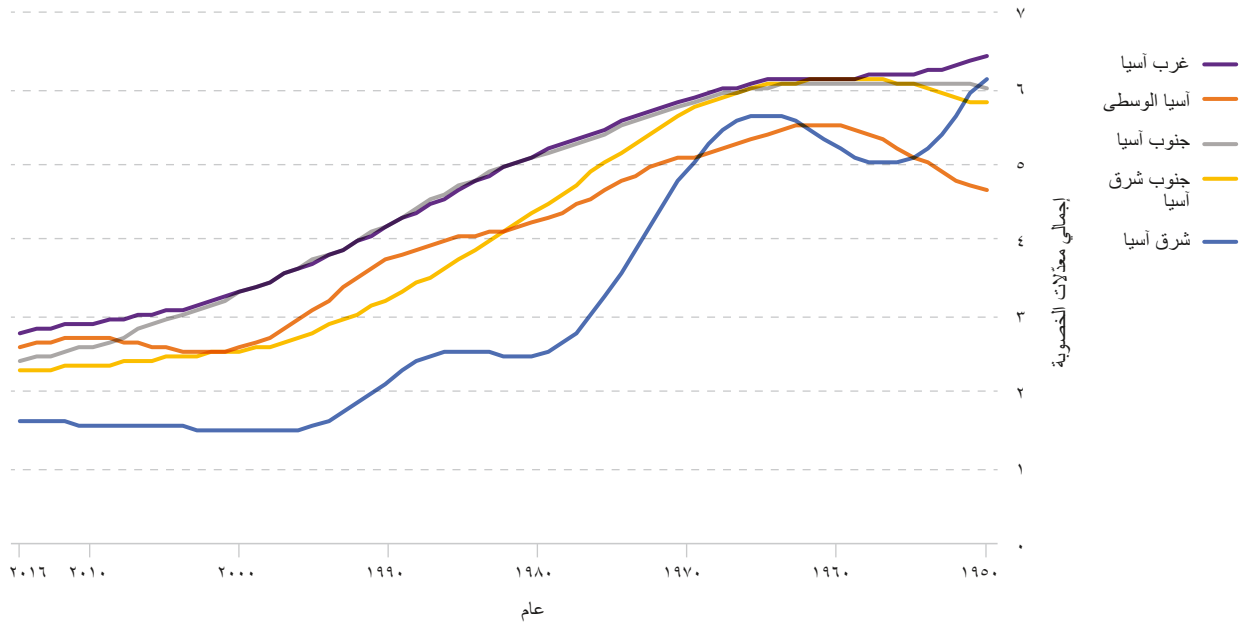
وقد كان الطلب الكامن واضحاً في بلدانٍ مثل ميانمار حيث انخفض معدل الخصوبة حتى بدون مبادرات تنظيم الأسرة التي تقودها الحكومة. فهناك، اعتمد الأفراد على الحصول على وسائل منع الحمل من البائدين المجاورين، تايلند وبنغلادش، لتحديد حجم الأسرة.

ساهمت تحولات الخصوبة في آسيا في حدوث "المعجزة الاقتصادية" في المنطقة خلال العقدين الثامن والتاسع من القرن العشرين. غير أنّ هذه المعجزة اعتمدت أيضاً على السياسات الاجتماعية والاقتصادية للبلدان، وعلى المؤسسات السياسية التي سمحت لها بتفعيل القدرات الكامنة للنمو الاقتصادي المنبثقة عن التحول في معدل الخصوبة (الشكل ٢).

وقد ترادف التراجع السريع في معدل الخصوبة في جمهورية كوريا وفي سنغافورة على سبيل المثال مع الاستثمارات الكبيرة في تعليم الفتيات والتدابير المعنوية بزيادة مشاركة النساء في القوى العاملة. كما ساهمت المعدلات المرتفعة في التوسع الحضري في تلك البلدان في انخفاض معدل الخصوبة.

وشدّدت الحملات التي أجريت كجزء من برامج تنظيم الأسرة التي تقودها الحكومة على توضيح التكاليف المترتبة

الشكل ٢ إجمالي معدلات الخصوبة، مناطق في آسيا، ١٩٥٠ - ٢٠١٦



المصدر: الأمم المتحدة (٢٠١٧)



## التحوّل في معدّلات الخصوبة في أمريكا اللاتينية

بدأ التراجع في معدّل الخصوبة في أمريكا اللاتينية على نحو جدّي في العقد السادس من القرن العشرين، مع أنه لربما قد بدأ في وقتٍ أبكر حتى في الأرجنتين والأوروغواي. وبينما شهدت البرازيل وكوستاريكا وتشيلي وكولومبيا والجمهورية الدومينيكية وفنزويلا جميعها تراجعاً سريعاً بدءاً من ستينات القرن العشرين، شهدت بلدان أخرى تراجعاً مبدئياً أبطأ متبوعاً بتراجعٍ أسرع وتيرةً. وخلافاً لآسيا، كانت معظم الحكومات في بلدان أمريكا اللاتينية في ستينات القرن العشرين غير مبالية إلى حد كبير تجاه النمو السكاني، مع أنه بحلول نهاية ذلك العقد كانت معظم البلدان في المنطقة قد وضعت برامج وطنية لتنظيم الأسرة. ومن الواضح مع ذلك أنّ الخيارات التفضيلية بشأن الخصوبة كانت قد سبق أن تغيّرت في الوقت الذي باتت فيه وسائل منع الحمل متاحة. وبذلك فقد كانت وسائل منع الحمل في أمريكا اللاتينية عاملاً ميسراً، وليست الدافع الرئيسي في تراجع معدّلات الخصوبة (مونديفو، ١٩٩٢).

وأظهرت البيانات المسحية في ستينات وسبعينات القرن العشرين أنّ النساء كنّ يُشرن دوماً إلى الحجم الأمثل للأسرة الذي يقلّ بطفٍ إلى طفلين عن معدّل الخصوبة السائد آنذاك (المركز الديمغرافي لأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي ومركز دراسات الأسرة والمجتمع، ١٩٧٢؛ الأمم المتحدة، ١٩٨٧). ونتيجةً لذلك، تبنّت النساء والأزواج في أمريكا اللاتينية وسائل منع الحمل بلهفةٍ بمجرد أن باتت متاحة، مما أسفر عن تراجع سريع جداً في الخصوبة على امتداد المنطقة.

وكانت الدوافع التي حثّت على تراجع الخصوبة مُشابهة بوجهٍ عام للدوافع السائدة في أوروبا وآسيا. وأدت التراجعات السريعة في معدّلات وفيات الرضع ووفيات النفاس في المنطقة قبل تراجع معدّلات الخصوبة إلى تراجع الحافز نحو إنجاب عددٍ كبير من الأطفال، مع اطمئنان الأبوين أكثر إلى أنّ أولادهم سيعيشون حتى يصبحوا أفراداً بالغين. وحفّزت التغييرات الاقتصادية السريعة التغيّرات المستمرة في الأعراف الاجتماعية حول الإنجاب وعززتها؛

وفي بنغلادش وإندونيسيا، تراجع معدّل الخصوبة حتى في المناطق الريفية الفقيرة في العقد السابع والثامن من القرن العشرين، مع حصول عدد أكبر من النساء على وسائل منع الحمل الحديثة نتيجةً لحملة التوعية التي رعتها الحكومة وخدمات تنظيم الأسرة. وقد كان لتنظيم الأسرة في هذه المناطق دورٌ لعله ساهم في تمكين النساء واستقلالهن الذاتي. وعلى سبيل المثال، سُمح لبعض النساء المتوجهات إلى خدمات تنظيم الأسرة المحلية بالسفر من بيوتهنّ من دون مرافقةٍ من أحد الأقرباء الذكور (سيمونز، ١٩٩٦).

وضعت بعض البلدان في العقد السابع والثامن من القرن العشرين برامج تنظيم أسري مكثّفة استعانت بنظام المكافآت والعقوبات مقابل تحقيق الأهداف أو الإخفاق فيها لعددٍ من مُستخدمي وسائل منع الحمل، أو التي لجأت إلى التعقيم الإجباري للنساء والرجال من الأسر المعيشية الفقيرة. وكان الهدف الأساسي هو خفض النمو السكاني السريع والحدّ من عدد الأطفال، وعدم التمسك بالحقوق الإنجابية (هال، ١٩٩١؛ هاركافي وروي، ٢٠٠٧؛ عباسي-شافازاي وآخرون، ٢٠٠٩؛ هايز، ٢٠١٨). واتخذت بلدان أخرى، مثل إيران، مقاربةً مُفاسدةً أكثر، مع طرح برامج تهدف إلى صون حق الأفراد في اتخاذ قرارهم بشأن الإنجاب ومتى ينجبون والفترات الفاصلة بين الإنجاب، وفي الوقت ذاته خفض النمو الإجمالي للسكان. وغالباً ما روجت الحملات الإعلامية والثقافية والمخاطبات للأسرة المكوّنة من طفلين. وكانت تلك هي الأسرة الصغيرة الصحية المزدهرة التي شجّع الأزواج على التطلّع إلى تكوينها.

مارس عددٌ من البلدان الأخرى في المنطقة ضغطاً على الأزواج لكي لا ينجبوا سوى طفلين في الحد الأقصى، مع أن تلك البلدان كانت قد أيدت اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة لعام ١٩٧٩. فقد دعت المادة ١٦ من الاتفاقية الدول لحماية حقوق النساء من أجل "حرية تقرير عدد أبنائهن والفترات الفاصلة بينهم بروح المسؤولية".

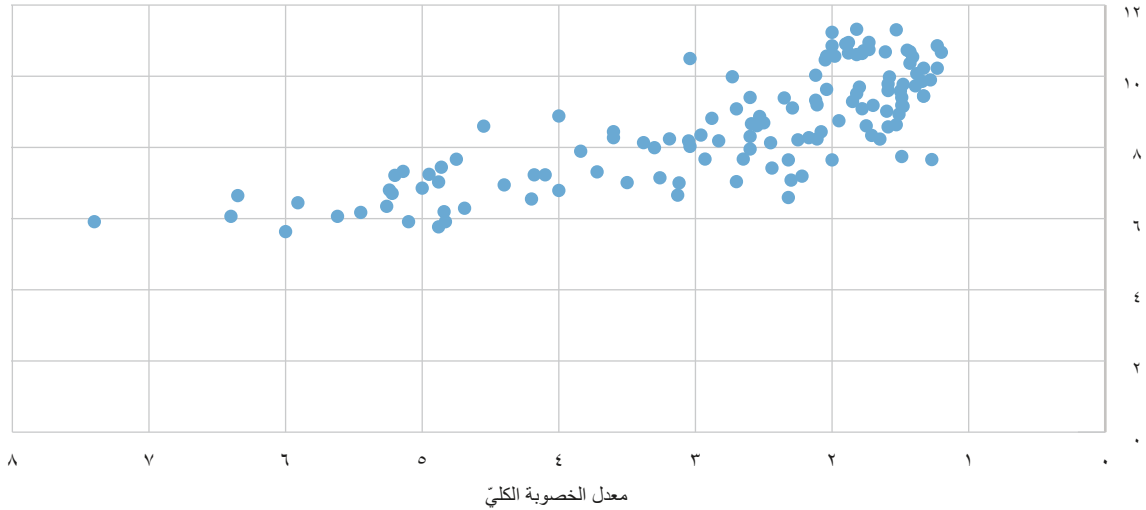
وشكّلت عوامل مثل الربط الكهربائي السريع والتوسّع الحضري أهميةً على وجه الخصوص (بوتر وآخرون، ٢٠٠٢). وقد حفّز ظهور الاقتصاد القائم على التصنيع والاستهلاك في المنطقة انتشار التعليم الرسمي، وأتاح الفرص أمام دخول النساء في القوى العاملة المدفوعة الأجر، وسرّع عملية التوسّع الحضري - وأسفرت هذه العوامل معاً عن تشكيل ظروف دفعت بالأزواج إلى إنجاب عدد أقل من الأطفال. وعموماً، كانت معدلات الخصوبة في أرجاء المنطقة مستجيبةً للتغيّرات الاقتصادية. وعلى سبيل المثال، تراجعت الخصوبة على نحو ملحوظ خلال الأزمة الاقتصادية في ثمانينات القرن العشرين (غوزمان، ١٩٩٨). وفي الوقت ذاته، وجدت النساء في أمريكا اللاتينية مكاسب في مكانتهن الاجتماعية، إذ منحتهن نفوذاً أكبر في جميع جوانب حياتهن، بما يشمل الإنجاب، مما ساهم في ظهور طلب أكبر على تنظيم الأسرة.

### المعدّل العالمي للخصوبة اليوم

تُعدّ معدلات الخصوبة اليوم أقل مما كانت عليه قبل ٥٠ سنة في جميع البلدان باستثناء بلد واحد هو: جمهورية الكونغو الديمقراطية. فعلى الصعيد العالمي، تبلغ الخصوبة اليوم أقل مما كانت عليه في منتصف ستينات القرن العشرين بنسبة

٥٠ في المائة. ومن المتوقع أن تنخفض معدلات الخصوبة حول العالم، إلى الحد الذي لا يعود من المتوقع عنده وجود معدّل خصوبة يتجاوز خمس ولادات لكل امرأة في أي بلد بحلول عام ٢٠٥٠ (الأمم المتحدة، ٢٠١٧). ويتواصل التفاوت في معدلات الخصوبة داخل البلدان والمناطق وفقاً للعوامل المتغيرة، مثل مستويات الدخل وأماكن الإقامة - الريفية أو الحضرية - والفئة العمرية (الشكل ٣). قبل بدء التحوّل في معدلات الخصوبة في القرن التاسع عشر، كانت مستويات الخصوبة مرتفعة على مستوى العالم تقريباً، وتضاهي المستويات المرتفعة جداً في وفيات الأطفال التي كانت سائدة على مرّ تاريخ البشرية. وبينما انخفض معدّل الخصوبة سريعاً في بلدان أوروبا الغربية والشمالية ولاحقاً في المستعمرات الناطقة باللغة الإنكليزية، فإنّ توقّيت التراجع في أنحاء أخرى من العالم قد اختلف لعدد من الأسباب، وتشمل هذه الأسباب سرعة التغيّر الاجتماعي والاقتصادي وتوقّيت التراجع في وفيات الرضع وتوافر وسائل منع الحمل.

الشكل ٣ العلاقة المتبادلة بين نصيب الفرد من الدخل القومي الإجمالي ومعدّل الخصوبة الكلي، ٢٠١٧



نصيب الفرد من الدخل القومي الإجمالي  
(تعادل القوة الشرائية، بالأسعار الحالية للدولار الدولي)





© Giacomo Pirozzi

كل ١٨ عاماً. وحتى لو كان معدل الخصوبة سينخفض في المستقبل، فإن معدلات الخصوبة المرتفعة الحالية والماضية تشكل قوة زخم في النمو السكاني في المستقبل مع انتقال الأعداد الكبيرة جداً من الناس الذين تقل أعمارهم عن ١٥ سنة إلى مراحل سنّ الإنجاب (الأمم المتحدة، ٢٠١٥). عادةً ما تواجه البلدان ذات معدلات الخصوبة المرتفعة تحديات في توفير التعليم للأطفال والرعاية الصحية للجميع وفرص العمل للعاملين الشباب. وقد يدفع شحّ الوظائف في المناطق الريفية بكثير من الشباب إلى الهجرة نحو المدن التي تفتقر أصلاً إلى فرص العمل الممكنة. ومن المنتظر أن تشهد البلدان التي يبلغ معدل خصوبتها أربعة أطفال فما فوق لكل امرأة نمواً سريعاً في عدد السكّان في مناطقها الحضرية في الأعوام المقبلة (الأمم المتحدة، ٢٠١٥ ب).

### انعكاسات معدلات الخصوبة المنخفضة

من بين البلدان التي يبلغ تعداد سكّانها ١ مليون نسمة على الأقل، هناك ٢٢ بلداً تصل معدلات خصوبتها إلى ١,٥ ولادة لكل امرأة. ويُعد هذا المعدل دون المستوى المطلوب لاستدامة الحجم الحالي للسكّان، في غياب الهجرة. في تلك البلدان، يشكل الأشخاص الأكبر سنّاً شرائح كبيرة من السكّان، وقد تواجه الحكومات تحديات في تمويل نُظم التأمينات الاجتماعية بشكلٍ مناسب وإعادة توجيه الخدمات،

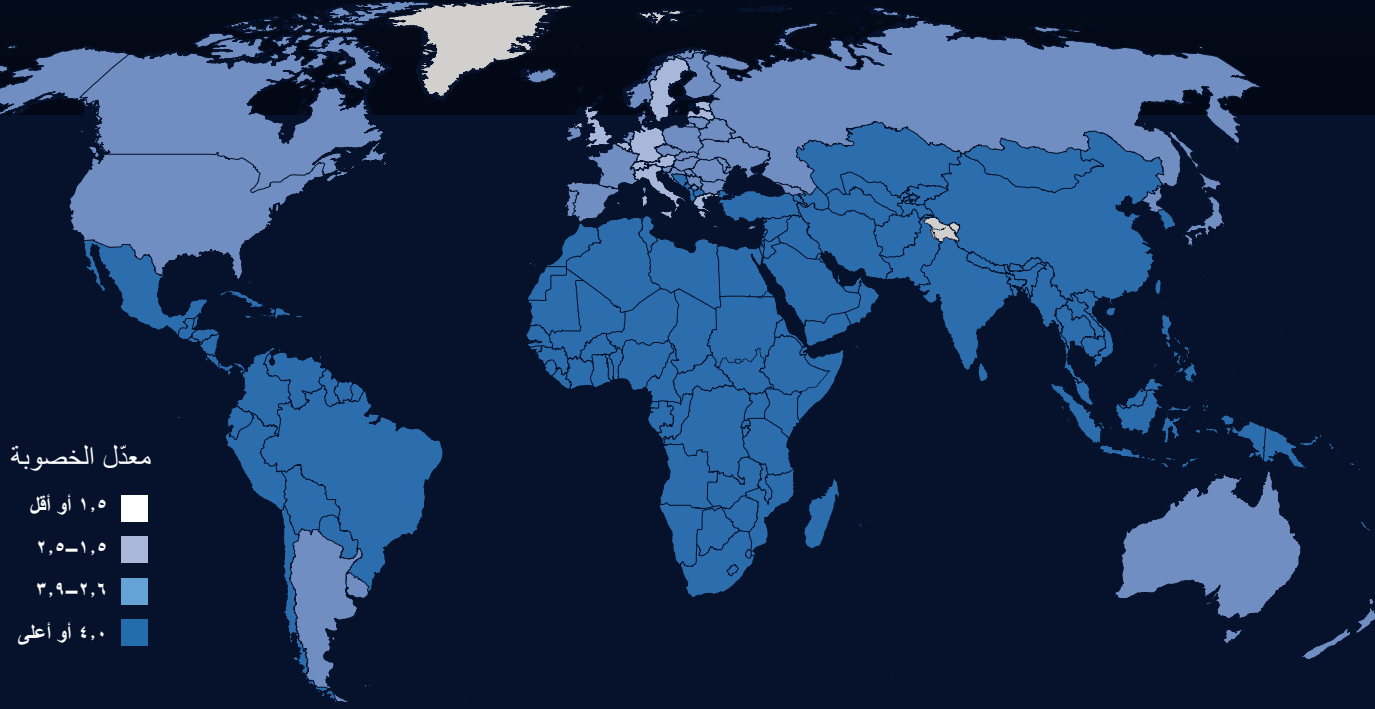
واليوم، في ٤٣ بلداً يبلغ تعداد السكّان في كلٍ منها ١ مليون نسمة على الأقل، يصل معدل الخصوبة إلى أربع ولادات فما فوق لكل امرأة، وفي ٣٠ بلداً يتراجع معدل الخصوبة ولكنه لا يزال بين ٢,٥ و ٣,٩ ولادات، وانخفض معدل الخصوبة في ٣٣ بلداً إلى معدل التعويض تقريباً بصورة نسبية في الأونة الأخيرة، وفي ٥٣ بلداً وصل معدل الخصوبة عند معدل التعويض أو ما دونه لسنوات كثيرة. ولم يحدث قط في تاريخ البشرية أن وُجدت مثل هذه التباينات الشديدة في معدلات الخصوبة بين فئات البلدان (الشكل ٤).

ولكلّ مستوى من الخصوبة مجموعته الخاصة من الدوافع وتصاحبه مجموعته الخاصة من التحديات مع انعكاساتها على مجتمعات تلك البلدان واقتصاداتها ومؤسساتها.

### انعكاسات معدلات الخصوبة المرتفعة

يؤدي ارتفاع معدلات الخصوبة إلى معدلات أعلى في نمو السكان وخصبة غير متناسبة من السكان الذين تبلغ أعمارهم ١٥ سنة أو أقل. وعلى سبيل المثال، تحظى النيجر، وهي البلد الأعلى من حيث معدلات الخصوبة، بمعدل نمو سكاني يبلغ ٣,٨٤ في المائة. وهناك فردٌ واحد من بين كل فردين يقلّ عمره عن ١٥ سنة. وعند معدلات النمو الحالية، سوف يتضاعف إجمالي تعداد السكان وعدد الأطفال دون سنّ ١٥، على حدّ سواء،

# معدّل الخصوبة ١٩٥٠

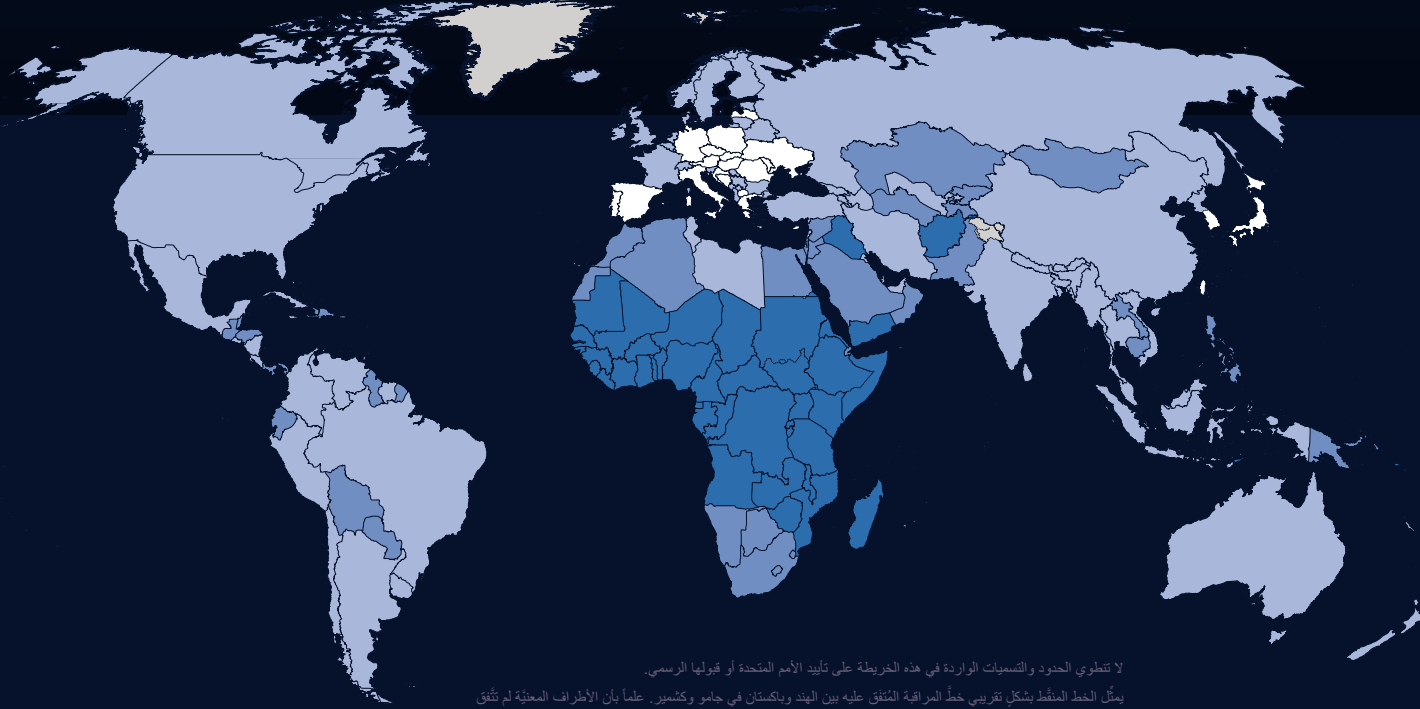


## استجابة الحكومات

سواءً حظيت البلدان بمعدّلات خصوبة مرتفعة أو منخفضة فإن الحكومات غالباً ما تنتظر إلى تلك الاتجاهات على أنها غير مرغوب فيها وتنقذ سياسات من أجل معالجتها. وقد أعربت معظم البلدان التي تبلغ معدّلات الخصوبة فيها أربع ولادات فما فوق لكل امرأة عن اهتمامها في خفض معدّلات النمو السكاني، بينما ترغب معظم البلدان تقريباً التي تبلغ معدّلات الخصوبة فيها ١,٥ أو أقل في زيادة تلك المعدّلات (الشكل ٥). تعمل بعض تلك البلدان، وخصوصاً في أوروبا الشرقية، على تطوير برامج "الأمن الديمغرافي" لمعالجة انخفاض معدّل الخصوبة. أما البلدان التي تبلغ معدّلات الخصوبة فيها بين ١,٥ و ٢,٥ فهي مكتفية عموماً بمعدّلات نموها السكاني.

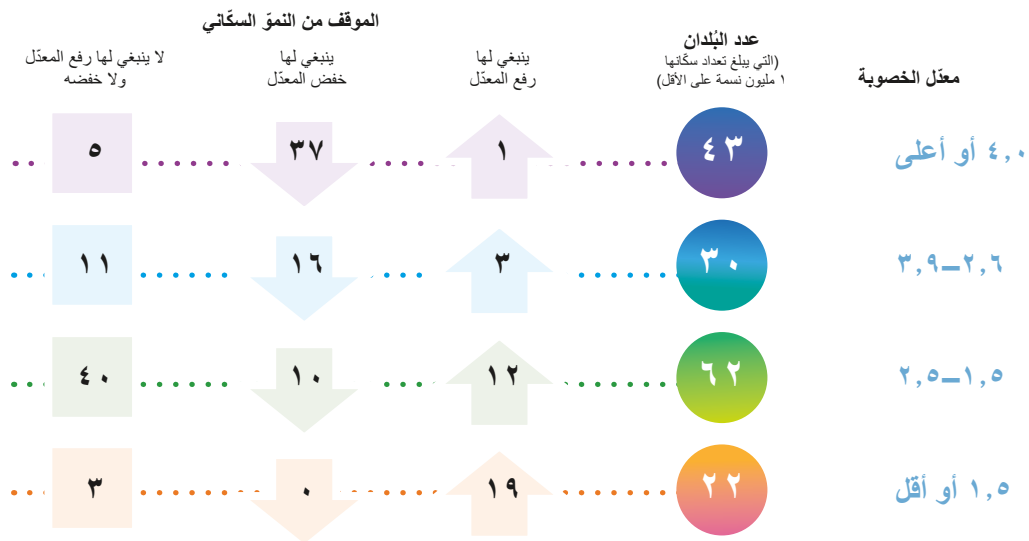
مثل خدمات الصحة، لتلبية هذا التغيّر الديمغرافي. كذلك يعني معدّل الخصوبة الأقل التحاق عددٍ أقل من الأطفال في نهاية المطاف بالقوى العاملة، مما يثير القلق حيال مستقبل النمو الاقتصادي. كما أنّ انكماش شريحة الشباب في القوى العاملة في بلدان مثل اليابان وجمهورية كوريا وسنغافورة يعني وجود عدد أقل من المطوّرين للتكنولوجيا الجديدة والمُعَدّلين لها. وقد تجد البلدان ذات النقص في العمالة الماهرة الشابة أنها في وضع اقتصادي سيئ نسبياً.

# معدّل الخصوبة ٢٠١٥



## آراء الحكومات حول معدلات النمو، وفقاً لمعدّل الخصوبة، ٢٠١٠-٢٠١٤

الشكل ٥



المصادر: الأمم المتحدة (٢٠١٥)؛ الأمم المتحدة (٢٠١٧)



## ما يريده الأفراد

لدى كثير من الأزواج والأفراد حول العالم العدد الذي يريدونه من الأطفال. ولكن هناك أناسٌ أكثر أيضاً ممن لديهم عددٌ أكبر أو أقل مما يرغبون فيه من الأطفال. ويوجد هذا التفاوت بين حجم الأسرة المرغوب فيه، والحجم الفعلي، لأسبابٍ كثيرة. ففي بعض الحالات، تُعزى الاختلافات ببساطة إلى حقيقة أن الناس يغيرون آراءهم بمرور الوقت. فالعدد المثالي للأطفال الذي تُعرب عنه المرأة في أوائل العشرينات من عمرها قد يختلف مع بلوغها أواخر الثلاثينات. وفي حالات أخرى، قد يُعزى التفاوت إلى عدم القدرة على الحمل. وفي غير ذلك من الحالات أيضاً، قد يفتقر الناس إلى الوسيلة لتحقيق أهدافهم الإنجابية الخاصة. في البلدان النامية المرتفعة الخصوبة، على سبيل المثال، تُنجب كثيرٌ من النساء عدداً أكبر مما يُريدن من الأطفال لأنَّ سُبل الحصول على وسيلة منع الحمل المفضلة لديهن محدودة، مما ينتج عنه حالات حملٍ عارض. وتقع في كل عام في البلدان النامية ٨٩ مليون حالة حملٍ عارض. وتبلغ نسبة حالات الحمل غير المخطط لها من بين تلك الحالات نحو ٤٣ في المائة.

وفي المقابل، في البلدان المرتفعة الدخل والمنخفضة الخصوبة، غالباً ما يكون معدل الخصوبة الفعلي دون مستوى متوسط حجم الأسرة الأمثل، ويعود السبب في ذلك أحياناً إلى الصعوبات التي تواجهها النساء في الجمع بين مستقبلٍ مهنيٍّ وإنجاب أطفال، والافتقار إلى رعاية الأطفال الميسورة التكلفة، أو الحجم الأكبر من الوقت الذي يبذلنه في الأعمال المنزلية مقارنةً بالرجل. ولأنَّ الناس في هذه البلدان غالباً ما يتزوجون في مرحلة متأخرة من العمر، فقد تواجه النساء صعوبة في الحمل، وقد لا تتوفّر لهن التقنيّة المساعدة على الإنجاب مثل الإخصاب الأنبوبي بسهولة أو بتكلفة ميسورة. وقد كان حجم الأسر في كثيرٍ من البلدان الأوروبية وبلدان شرق آسيا أصغر من المرغوب فيه لسنوات، ويحدث ذلك اليوم أيضاً في الولايات المتحدة (هاركنيت وهارتنت، ٢٠١٤؛ غييل-باستن، ٢٠١٨؛ ستون، ٢٠١٨). تشير هذه الاختلافات إلى أنَّ الحقوق الإنجابية للجميع غير ملبّاة في أي مكان من العالم، وأنّه في كل جزء من العالم تحوّل عوائق اقتصادية واجتماعية ومؤسسية بدرجات متفاوتة بين الأفراد وحجم الأسرة الذي يرغبون فيه.



## تعزيز الحقوق الفردية، وتحقيق الأهداف الوطنية

إن مدى تمتع الفرد بحقوقه الإيجابية وممارسته لها يؤثر تأثيراً مباشراً على الخصوبة. ففي البلدان التي تُنكرُ فيها الحقوق الإيجابية تكون معدلات الخصوبة مرتفعة عموماً. وفي البلدان التي تكون فيها الحقوق الإيجابية محفوظة تكون معدلات الخصوبة منخفضة عموماً. وفي البلدان التي تكون الحقوق الإيجابية فيها محفوظة، ولكن الاقتصاد وغيره من العوامل تحول دون التمتع الكامل بالحقوق الإيجابية، قد تكون معدلات الخصوبة أقل بكثير مما يسمح باستدامة عدد ثابت من السكان. يرتبط كل مستوى من مستويات الخصوبة بتحديات يواجهها الأفراد والمجتمعات والحكومات. وقد يساهم معدل الخصوبة المرتفع في ظهور الفقر المدقع، وفي المعدلات المرتفعة من وفيات النفاس والمواليد، وفي تضائل رأس المال البشري، وفي الضغوط على المؤسسات التي تقدم الخدمات مثل مؤسسات التعليم والصحة. ويرتبط معدل الخصوبة المنخفض بشيخوخة السكان، الذي يثير القلق بشأن انكماش القاعدة التي تُساهم في ردف الضمان الاجتماعي وشبكات الأمان الاجتماعي، وبشأن آفاق النمو الاقتصادي في المستقبل.

قبل عام ١٩٥٠، تنبأ الأخصائيون الديمغرافيون أنه مع انخفاض معدلات وفيات الأطفال ستخفض معدلات الخصوبة في جميع البلدان إلى ما يقرب من معدل التعويض (نوتشتاين، ١٩٤٥). ولكن بعد ٦٨ سنة، لم يتحقق هذا التراجع الشامل بعد. ففي الواقع لا تزال كثير من البلدان ذات المعدلات المنخفضة في وفيات الأطفال تحظى بمعدلات خصوبة مرتفعة، وهناك عدد متزايد من البلدان لديه معدلات خصوبة تقل بكثير عن معدل التعويض.

ومع ثبات بقية المتغيرات، من الأرجح أن تتبع اتجاهات الخصوبة المسار الذي كانت تنتهجه. فتغيير هذا المسار سيتطلب قرارات تعزز الحقوق وتزيل أي عقبات باقية تحول دون تحقيق الناس لرغباتهم الإيجابية الخاصة.

وعلى النحو الأمثل، تتواءم الخيارات المفضلة لدى الحكومات بشأن الخصوبة المرتفعة أو المنخفضة مع الخيارات المفضلة لدى الأفراد بشأن حجم الأسرة. وعلى سبيل المثال، في البلد الذي يرغب فيه زوجان في إنجاب عدد أقل من الأطفال، قد تكون السياسات والخدمات التي توفرها الحكومة تمكنهما من فعل ذلك. وقد تشمل مثل تلك السياسات زيادة سُبل الحصول على وسائل منع الحمل الحديثة.

ففي بلد يرغب فيه زوجان بإنجاب مزيد من الأطفال ولكنهما يمتنعان عن ذلك لأسباب اقتصادية، يمكن للحكومة أن تجعل رعاية الأطفال أيسر تكلفةً أو أن تقدمها مجاناً. وتستطيع الحكومة تحقيق أهدافها في خفض معدل الخصوبة أو رفعه من خلال وضع إجراءات تُعزز حقوق الأفراد وتُمكن الأشخاص من تحقيق أهدافهم بشأن حجم الأسرة. فقد أظهرت بحوثٌ أجريت على مدى عقود أنّ النساء في البلدان المرتفعة الخصوبة حين يحظين بالقدرة على اتخاذ قراراتهن الخاصة والوسيلة لذلك فإنهنّ يخترن تأسيس أسر أصغر حجماً. وتعتمد القدرة في اتخاذ قرارات جوهرية حول الحمل وحجم الأسرة على ما هو أكثر من مجرد وسائل منع الحمل. فالأمر يعتمد أيضاً على مدى وجود مساواة بين الجنسين؛ وعلى الاقتصاد والجغرافيا؛ وعلى مستويات التعليم؛ وعلى إعمال الحق في التعليم والأمن وحرية التعبير.

وعلى نحو مماثل، تستطيع الحكومات في البلدان المنخفضة الخصوبة أن تُساعد الأفراد على إنجاب مزيد من الأطفال من خلال الوسائل المباشرة، مثل توفير علاجٍ للعقم مجاناً أو بتكلفة منخفضة، أو من خلال اتخاذ تدابير تتيح للأزواج أو الأفراد التغلب على عوائق اقتصادية تحول دون تأسيسهم لأسرة أو زيادة حجمها. وتبعاً للبلد، قد يشمل ذلك السكن الميسور التكلفة، وخدمات رعاية الأطفال ذات الجودة، وإجازات الأمومة والأبوة المدفوعة الأجر بشكل أفضل، أو الترتيبات التي تتيح الموازنة بين العمل والمعيشة.

ومن خلال القرارات المتخذة عبر دورة الحياة التي تحترم الحقوق وتعززها، بما فيها الحقوق الإيجابية، يمكن للحكومات أن تعالج الشواغل الديمغرافية مع تمكين مزيد من الناس من تحقيق أهدافهم الخاصة.





# إرث من الأسر الكبيرة

الفصل ٢

من بين ٤٣ جزءاً من أجزاء العالم يبلغ معدّل الخصوبة فيها اليوم أربع ولادات أو أكثر لكل امرأة، هناك ٣٨ بلداً منها في أفريقيا. وخارج أفريقيا، تبلغ معدلات الخصوبة في أفغانستان والعراق وفلسطين وتيمور الشرقية واليمن أربع ولادات فما فوق لكل امرأة وتُعد استثنائية لكونها مرّت بنزاع أو أزمة في العقود القليلة الماضية (الشكل ٦).



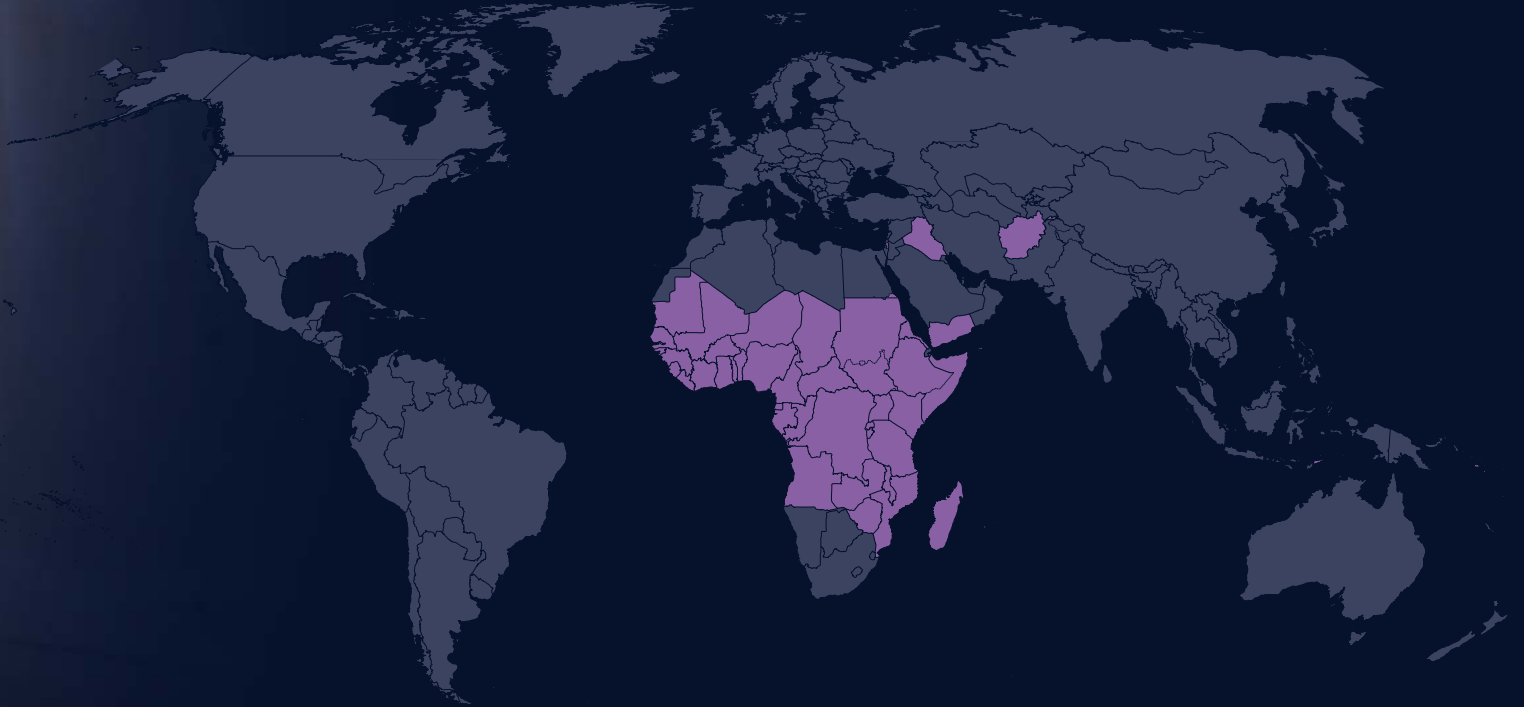


© Mark Tuschman

وبسبب استمرار ارتفاع الخصوبة، من المتوقع أن تُساهم أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى بما يزيد عن نصف النمو المرتقب في تعداد سكان العالم من الآن حتى عام ٢٠٥٠ - أي ١,٣ مليار نسمة من بين ٢,٢ مليار نسمة الذين سيُضافون إلى عدد السكان حول العالم. إذا كانت هذه الإسقاطات صحيحة، فإن حصة أفريقيا من تعداد سكان العالم ستنمو من ١٧ في المائة عام ٢٠١٧ إلى ٢٦ في المائة عام ٢٠٥٠.

ومع أن التحوّل في معدلات الخصوبة جارٍ في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، فإنه يتقدّم ببطء أكثر في المناطق الأخرى. فقد انخفض معدّل الخصوبة انخفاضاً بسيطاً في كامل المنطقة خلال السنوات الخمسين الماضية، وعلى نحو ملحوظ في بعض أنحاء القارة، ولكنه توقف منذ ذلك الحين عند ذلك المعدّل في عدد من البلدان. ويُعدّ التحوّل بطيئاً للغاية وغير قابل للتوقّع بحيث اضطرت الأمم المتحدة منذ عام ٢٠٠٢ إلى تنقيح إسقاطاتها التقديرية مراراً إلى منحى متصاعد لمعظم البلدان في المنطقة (كاسترلاين، ٢٠١٧).

## معدل الخصوبة أكبر من ٤ ولادات لكل امرأة



إنّ مدى قدرة الأفراد والأزواج على ممارسة حقوقهم الإنجابية قد يحدد ما إذا كانت معدلات الخصوبة في المنطقة ستظل مرتفعة أو ستخفض في السنوات المقبلة. كما أنّ الطريقة التي تدعم بها الحكومات هذه الحقوق ستخلف انعكاسات على الإنماء الاجتماعي والاقتصادي في تلك البلدان.

وتعني معدلات الخصوبة المرتفعة بثبات أنّ ارتفاع عدد الشباب في السنوات المقبلة سيزيد الصعوبة في تأمين البلدان لسبل الحصول على الخدمات النوعية التعليمية والصحية وفي توليد الاقتصادات لفرص كافية لالتحاق العدد الكبير من الشباب في سوق العمل بشكل مُنتج.





© Mads Nissen/Politiken/Panos Pictures

وفي وسط أفريقيا في منتصف العقد التاسع من القرن العشرين. ويبلغ معدّل الخصوبة في كامل أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى اليوم نحو ٥,١ ولادات لكل امرأة. وفي أرجاء المنطقة، باتت معدلات الخصوبة اليوم في المُدن أقل مما هي عليه في المناطق الريفية (الشكل ٧). ففي أثيوبيا، على سبيل المثال، يُقارب معدّل الخصوبة الإجمالي معدّل التعويض في المناطق الحضرية، بينما لا يزال فوق خمس ولادات لكل امرأة في بقية أنحاء البلاد.

### الاتجاهات والأثر

في عام ١٩٥٠، كان متوسط الخصوبة في أفريقيا يبلغ ستّ ولادات فما فوق لكل امرأة. وفي الستينات من القرن العشرين بدأ معدل الخصوبة ينخفض في الجنوب الأفريقي وشمال أفريقيا، وبلغ ٢,٦ و ٣,٢ على التوالي بحلول عام ٢٠١٥. وفي أثناء ذلك، بدأ معدّل الخصوبة في بقية أنحاء أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى بالارتفاع في العقد السادس من القرن العشرين وصولاً إلى العقد السابع من القرن نفسه. وبدأت التحوّلات في الخصوبة في شرق وغرب أفريقيا في العقد الثامن من القرن العشرين،

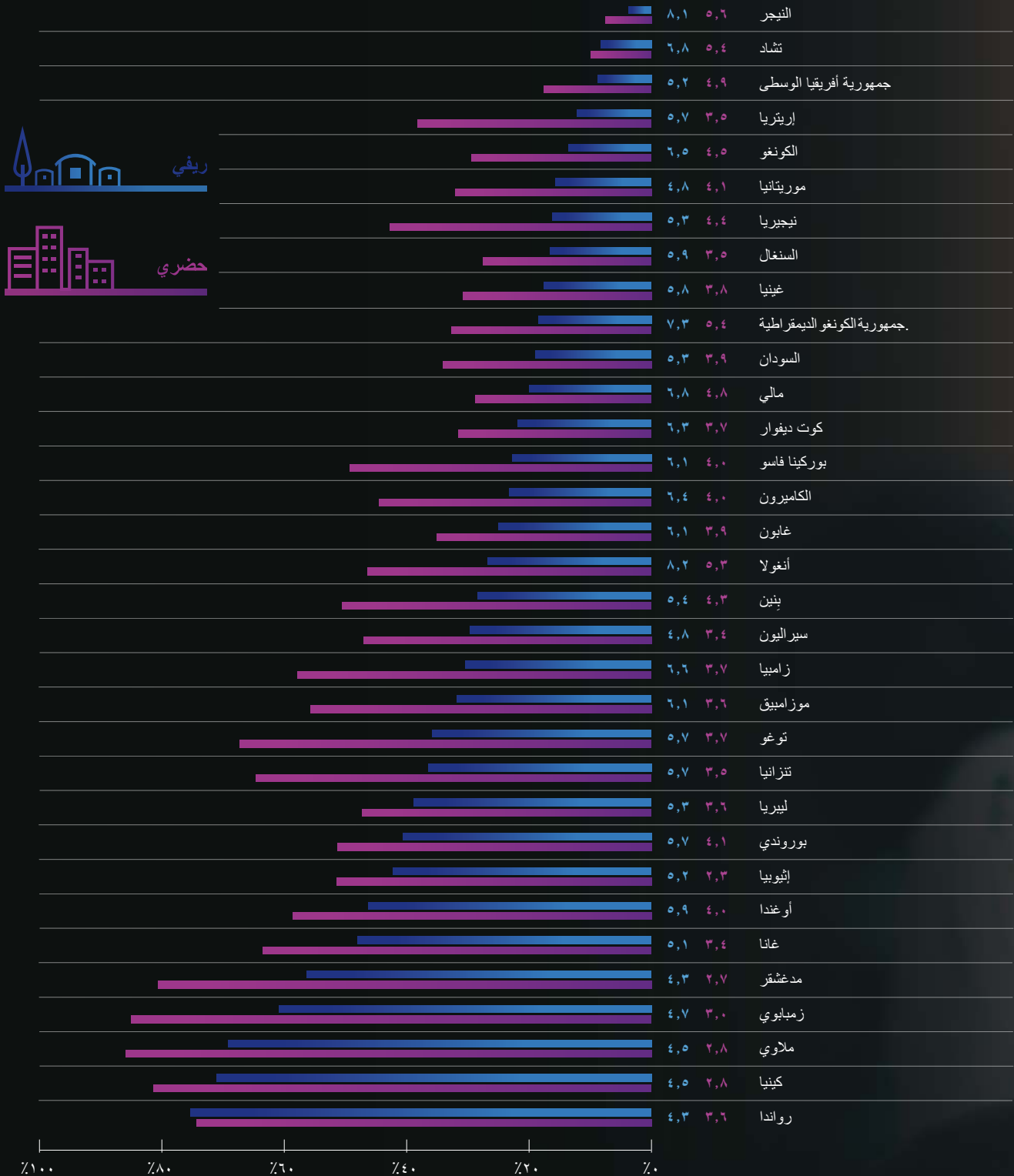




وفي جميع البلدان باستثناء  
خمسة بلدان في شرق أفريقيا،  
تشير أقل من نصف  
النساء إلى عدم رغبتهنّ  
في إنجاب المزيد  
من الأطفال.

النسبة المئوية للنساء ممن لديهن أربعة أطفال اللاتي أبدن عدم رغبتهن في إنجاب مزيد من الأطفال،  
المناطق الريفية مقابل الحضرية.

معدل  
الخصوبة





© UNFPA/NOOR/Bénédicte Kurzen

يؤدي تراجع معدلات الخصوبة إلى تحوّل في البنية العُمرية لسكّان أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، مع وجود عدد كبير غير متناسب من الأفراد من فئة الشباب. ومع أنّ ذلك يشكّل احتمالاً بتحقيق "عائد ديمغرافي"، فإنّ العدد الهائل للشباب الذين يدخلون في سنّ العمل يعني أنّ الحاجة إلى فرص عمل جديدة ستظلّ في ارتفاع. يبلغ معدّل البطالة الحالي في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى نحو ١١ في المائة، ولكنّ بطالة الشباب تبدو أكثر ارتفاعاً (منظمة العمل الدولية، ٢٠١٦). ففي جنوب أفريقيا على سبيل المثال، النصف من جميع الشباب النشطين عاطلون عن العمل. وعلاوة على ذلك، في البلدان الفقيرة التي لا تقدّم إعانات بطالة أو تقدّم إعانات بسيطة، تنتشر البطالة المقتنعة بشكل أكبر. ويعني ذلك أنّ الجميع يحاولون القيام بعملٍ ما لتدبير معيشتهم، ولكنّ قلّة منهم يحظون بوظيفة مُثمرة وذات أجر، فمع أنّهم يعملون، يعيش معظمهم في حالة فقر.

ويُعدّ التوسع الحضري دافعاً أساسياً في انخفاض معدل الخصوبة، وينبغي توقّع معدلات خصوبة أقلّ عموماً مع تحوّل أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى أكثر إلى مناطق حضرية. في ظلّ غياب المعدلات المرتفعة في الوفيات والهجرة، تعني معدلات الخصوبة المرتفعة نمواً أسرع للسكان، مما يخلق تحديات للحكومات التي تعاني أساساً في تلبية الطلب على التعليم والخدمات الصحية، وفي استدامة المكاسب الإنمائية. ويمكن للنمو السكاني السريع أن يعرقل التقدم في أهداف التنمية المُستدامة. فقد تقصر بعض البلدان على سبيل المثال عن تحقيق الهدف ١ (القضاء على الفقر بحلول عام ٢٠٣٠)، والهدف ٣ (تحقيق الصحة الجيدة والرفاه)، وغيرها من الأهداف المتصلة بالمدن المستدامة والعمل اللائق للجميع (هيرمان، ٢٠١٥).





© Giacomo Pirozzi

## يبلغ معدّل البطالة الحالي في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى نحو ١١ في المائة، ولكنّ بطالة الشباب تبدو أكثر ارتفاعاً.

ويمكن لمعدلات البطالة المرتفعة، مع خطر الفقر المرتفع حتى مع العمل، والافتقار إلى فرص العمل الرديئة، أن تشكّل القرارات التي يتخذها الشباب بالهجرة إلى الخارج هجرةً دائمة. تُقدّر نسبة الشباب في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى التي تميل اليوم إلى الانتقال إلى بلدان أخرى بنحو ٣٨ في المائة (منظمة العمل الدولية، ٢٠١٦).

### ما الذي يُعزّز الخصوبة؟

جاء المسار السكاني في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى إلى حدٍ ما نتاجاً للعمليات التي تكشّفت خلال قرنٍ من الحكم الاستعماري، والتي جلبت معها الأمراض والنزاع وغيرها من القوى التي فاقت معدلات الوفيات المرتفعة أساساً في المنطقة (كالدويل، ١٩٨٥؛ داوسون، ١٩٨٧؛ تورشن، ١٩٨٧؛ كوكيري-فيدروفيتش، ١٩٨٨). وكانت الحاجة تستدعي وجود معدل خصوبة مرتفع للتعويض عن معدلات الوفيات المرتفعة وكذلك لتلبية الطلب

الكبير على اليد العاملة في نظام إنتاجي تعين عليه تلبية احتياجات البلدان الأوروبية إلى جانب مواصلة إنتاج قسائم الطعام (كورديل وآخرون، ١٩٨٧). استجابةً لهذا الدافع المزدوج للخصوبة المرتفعة، طوّرت المجتمعات أعرافاً وممارسات وهياكل اجتماعية أولت الأولوية إلى الإنجاب وإلى إبقاء الأطفال على قيد الحياة (ميسار، ١٩٧٧؛ بيج وليستيغ، ١٩٨١؛ كالدويل، ١٩٨٢، ١٩٨٥؛ كالدويل وكالدويل، ١٩٨٧). وغالباً ما كان تحقيق "النجاح الإنجابي" خلال الفترة الاستعمارية يعني إنكار أي استقلالية ذاتية للأفراد والأزواج في اتخاذ قرارات حيال إنجاب الأطفال من عدمه، ومتى ينجبون، وعدد مرّات إنجابهم. وكان الزواج أساساً عقداً لا يُبرم بين أفراد وإنما بين عائلات كانت تتغاضى عن زواج الأطفال وتعدد الزوجات وميراث الأرامل لزيادة الإمكانات الإنجابية للمرأة على امتداد عُمرها. وقد عزّز الفرق الكبير في السنّ بين الزوجين الأعراف التي لا تُساوي بين الجنسين، ومنح الرجال سطوةً أكبر على النساء في القرارات حول الإنجاب وحول جميع المسائل الأخرى تقريباً. وفي هذا السياق، كانت مكانة المرأة إلى حد كبير تتحدّد وفقاً لخصبها، ولعدد أطفالها وأعمارهم. وقد ثبت أن هذه الأعراف قابلة للصمود على نحو مُدهش، على الرغم من التغيّرات الأخيرة على الصعيدين الاقتصادي والاجتماعي. يستمر معدل الخصوبة المرتفع في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى اليوم من خلال الإقبال المرتفع والمتواصل على إنجاب الأطفال، ومن خلال الوسائل غير الملائمة المتاحة للأفراد لتقييد حجم أسرهم (كاسترلاين وأجيبه-منساه، ٢٠١٧)؛ ولا سيّما مع عدم تلبية الحاجة الكبيرة إلى وسائل منع الحمل.

التركيز على النيجر

"أريد أن أخطط لمستقبلي."

هاسيا، ١٩ عاماً





# يمكن برنامج لمهارات الحياتية في النيجر الفتيات من اتخاذ قراراتهن بأنفسهن حول الزواج والحمل

© UNFPA/Olivier Girard

هاسيا هي واحدة من بين ٦٤,٠٠٠ فتاة مُرافقة ملتحقات ببرنامج علميين (وهي كلمة تعني المعرفة في لغة الهوسا) لهذا العام. والبرنامج، الذي يساعد المراهقات على اكتساب مهارات ومعارف حياتية وعلى أن يصبحن أكثر استقلالاً، هو جزء من مجهودٍ أوسع لحماية الفتيات من زواج الأطفال والحمل المبكر. هناك ما يزيد عن فئتين من بين كل ثلاثة فتيات في النيجر يتزوجن قبل سن ١٨. وحالما تتزوج الفتيات يُتوقع منهن تقليدياً أن يبدأن بالإنجاب. وتحتل النيجر المرتبة الثانية في أكبر معدلات الإنجاب بين المراهقات.

تحمل هاسيا، ١٩ عاماً، طفلها عبد العزيز الذي يبلغ ١٠ أشهر من العمر في فقة على ظهرها. وهي تركز تفكيرها في السبورة التي أمامها. وهي تتعلم كيف تكتب في لغة الزارما، لغة غرب النيجر.

ويحيط بها نحو عشرين فتاة وامرأة شابة، وكثيرات منهن متزوجات أو مخطوبات. ترتدي معظم الفتيات والشابات حجاباً لونه أزرق سماوي، وهو لون دارج في هذه الأيام.



ومن خلال البرنامج، تصحّب "العرايات" الأكبر سناً من المجتمع المحلي الفتيات إلى العيادات المحلية حيث يمكنهن التعلّم هناك عن وسائل منع الحمل ويستطعن الحصول عليها مجاناً.

ومن خلال البرنامج، تُصاحب "العرايات" الأكبر سناً من المجتمع المحلي الفتيات إلى العيادات المحلية حيث يمكنهن التعلّم هناك عن وسائل منع الحمل ويستطعن الحصول عليها مجاناً.

ومن خلال البرنامج، تُصاحب "العرايات" الأكبر سناً من المجتمع المحلي الفتيات إلى العيادات المحلية حيث يمكنهن التعلّم هناك عن وسائل منع الحمل ويستطعن الحصول عليها مجاناً.

بعد بضعة سنوات بدأت هاسيا تعمل في الخدمة المنزلية وساهمت بما كانت تجنيه في الإنفاق على بيت جدتها. ولكن في أحد الأيام، رأت جدتها أن بطنها قد استدار. وحين أدركت الجدة أنّ هاسيا حامل، طردتها من المنزل. بعد بضعة أشهر وضعت هاسيا طفلها الأول، أومو، الذي يبلغ الآن ٣ سنوات من العُمر.

يوضّح حسن علي، المندوب المساعد لصندوق الأمم المتحدة للسكان الهدف من البرنامج بقوله، "يستهدف برنامج علمين الفتيات المراهقات بين سن ١٠ و ١٩ عاماً لأنهن الفئة التي تُنجب نحو ولادة واحدة من بين كل سبع ولادات، والفئة التي تشكّل نحو حالة واحدة من بين كل ثلاث حالات من وفيات الأمهات في هذا البلد". ويضيف قائلاً، "أغلبية الفتيات في هذا السن في النيجر لا يستطعن القراءة أو الكتابة". "وهنّ الفئة المعرضة على وجه الخصوص لزواج الأطفال والحمل المبكر، وهنّ أكثر من يستفدن من برنامج علمين".

بالإضافة إلى تعلّم القراءة والكتابة، تتعلّم هاسيا أيضاً عن أمور عملية مثل إدارة المال وتكتسب مهارات مثل الخياطة والتطريز وغيرها من المهارات التي قد تساعدها في يوم ما على جني المال لكسب لقمة عيشها. ولكنها تتعلّم أيضاً عن التغذية والنظافة الصحية، وعن جسمها والعلاقات والحقوق ومنع الحمل.

© UNFPA/Olivier Girard



"أريد لأطفالي الحصول على  
التعليم الجيّد وأن يعيشوا حياة  
تختلف عن حياتي."

تقول هاسيا، "كنت جاهلة تماماً بالأمور الجنسية". "في الميتم كان يُفصل بين الفتيات والفتيان، ولذلك لم أتعلّم مُطلقاً عن المخاطر".

وتقول، "منذ أن التحقْتُ ببرنامج علميين صرْتُ أشعر بإيجابية أكبر". "فأنا أتعلّم كيف أحمي نفسي وكيف أتصرّف كمرأة شابة. لقد كَوْنْتُ صدقات. ويمكننا أن نتحدث عن أي شيء بيننا، بدون خوف. وأريد لأطفالي أن ينالوا قسطاً جيداً من التعليم وأن يعيشوا حياة تختلف عن حياتي".

تستعمل هاسيا اليوم مانع حمل مغروساً تحت الجلد، وقد تَلَقَّتْه من خلال العيادة المحلية. وتقول، "أريد أن أخطط لمستقبلي". تقول فطومة بوبكر، ٣٥ عاماً، إنَّ الفتيات اللواتي تُشرف عليهن من خلال برنامج علميين يصبحن أكثر قوَّةً ووعياً وثقَّةً بالنفس. "ومع نهاية البرنامج، تتعلّم الفتيات مثل هاسيا أن لديهن القدرة على الرفض". إذ كانت إحدى الفتيات التي تُشرف عليها فطومة على وشك أن يُجبرها والداها على الزواج. "لكنها رفضت، وكانت في الرابعة عشرة من عُمرها فقط".

### الإقبال على إنجاب الأطفال

يُعدّ الإقبال على إنجاب الأطفال في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى في المتوسط أعلى منه في أي منطقة أخرى. فمتوسط العدد الأمثل للأطفال لكل امرأة ممن تتراوح أعمارهن بين ١٥-٤٩ سنة يختلف اختلافاً كبيراً بين البلدان وبين الطبقات الاجتماعية داخل البلدان. ويتراوح المعدل بين ٣,٦ في رواندا و٩,٥ في النيجر. ولا يقلّ العدد المرغوب فيه من الأطفال بين النساء عن أربعة سوى في كينيا (٣,٩)، وملاوي (٣,٩)، ورواندا (٣,٦). وعموماً يُفضّل الرجال المتزوجون عدداً أكبر من الأطفال مقارنةً بالنساء المتزوجات. وتشكّل رواندا الاستثناء، إذ تفضّل النساء في المعدل إنجاب ٣,٦ أطفال، مقارنةً بالرجال الذين يفضّلون إنجاب ٣,١ أطفال. في بوروندي، يفضّل الرجال والنساء إنجاب العدد نفسه من الأطفال بمعدل يبلغ ٤,٣. ويُعدّ عدد الأطفال الذي يفضّله الرجال المتزوجون في تشاد الأعلى عند ١٣,٢. وتظهر الرغبة في تأسيس أسرة كبيرة في المنطقة أيضاً في أوساط النساء ممّن لديهن أصلاً أربعة أطفال. ويُشير ما دون النصف من هؤلاء النساء إلى عدم رغبتهن في إنجاب مزيد من الأطفال في جميع البلدان، باستثناء خمسة بلدان في شرق أفريقيا. وتُعد نسبة النساء اللواتي يفضّلن عدم إنجاب أكثر من أربعة أطفال أكبر في المناطق الحضرية، باستثناء رواندا (الشكل ٨). تُشير النتائج المُستقاة من الاستقصاءات الديمغرافية والصحية إلى أنّ حملات تنظيم الأسرة في البلاد منذ عام ٢٠٠٥ قد حوّلت رواندا إلى البلد الوحيد، بين بلدان أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، الذي ترتفع فيه نسبة الرجال الذين لا يرغبون في مزيد من الأطفال عن نسبة النساء، بغضّ النظر عن عدد الأطفال الذي سبق أن أنجبته النساء على جميع مستويات عدد الولادات للمرأة الواحدة. لا تزال الأعراف والممارسات التي دفعت بمعدلات الخصوبة نحو الارتفاع في القرن الماضي شائعة اليوم في معظم المناطق الريفية. ويتأثر الإقبال على إنجاب الأطفال اليوم بمستوى الانتكال على اقتصاد الأسرة المعيشية والأعراف الإنجابية التي تصاحب هذا الانتكال. وتشمل العوامل التي تقلل هذا الانتكال زيادة التعليم الرسمي، والنجاح في تكوين ثروة في الاقتصاد الحديث، والهجرة، والإطلاع على أعراف أخرى ولا سيّما ما يتصل بالحقوق الفردية وأدوار الجنسين.

## يتصدّر الرجال في رواندا الاتجاه الراغب في تأسيس أسر أصغر حجماً

تقف الأعراف الاجتماعية والثقافية والممارسات التقليدية عائقاً أمام إعمال الحقوق الإنجابية وتسريع التحول الديمغرافي، وهو شرطٌ مُسبق لعائدٍ ديمغرافي منشود يفرغ الصير. إنّ تغيير الأعراف والممارسات الاجتماعية المتصلة بالإنجاب ليس بالأمر السهل. غير أنّ تجربة رواندا تُظهر أنّ الحكومات الوطنية، مع الإرادة السياسية، قادرة على إحداث التغيير في وقت قصير نسبياً بطرق تعزز الحقوق الإنجابية.

فيعد الصراع الذي بلغ ذروته في الإبادة الجماعية عام ١٩٩٤، عمدت القيادة في رواندا -وهي البلد الأفريقي ذو الكثافة السكانية الأعلى على مستوى القارة- إلى تغيير المقاربة التي تنتهجها في التعامل مع نمو السكان السريع ومعدّل الخصوبة المرتفع، الذي كان يبلغ ذات يوم ٨,٧ ولادات لكل امرأة (كوهين، ١٩٩٣). ودارت المقاربة الجديدة حول جعل التنظيم الأسري الطوعي أكثر توفراً وإتاحة للجميع، وحتى في

المجتمعات النائية للغاية. وأسفرت هذه الخطوة عن زيادة غير مسبوقّة في انتشار وسائل منع الحمل بين النساء المتزوجات أو المرتبطات بعلاقة من ١٠ في المائة عام ٢٠٠٥ إلى ٤٥ في المائة بعد خمس سنوات.

ونجت هذه الزيادة السريعة إلى حد ما عن الحملات الحكومية التي ساعدت في تغيير المواقف حول وسائل منع الحمل من كونها محظورة إلى جعلها أولوية تنموية وطنية (سولو، ٢٠٠٨). وفي الوقت ذاته، ساعدت الحملات أيضاً في تحوّل وجهات النظر لدى الرجال حول التناسل، وحجم الأسرة، وتنظيم الأسرة.

كان من أهداف سياسة رواندا الصحية الإنجابية لعام ٢٠٠٣ تعزيز مشاركة الرجال في البرنامج الوطني لتنظيم الأسرة. وتكوّنت الاستراتيجيات الرئيسية من حملة اتصالات وتعبئة اجتماعية هائلة مقترنة بجهود موجهة لزيادة توعية الرجال

(جمهورية رواندا، ٢٠٠٣). وفي أثناء ذلك، أشار السياسيون من جميع المستويات بصورة روتينية إلى أهمية تنظيم الأسرة لمساعدة الأزواج على تحقيق أهدافهم في بناء أسر صغيرة (ماي وكاموراز، ٢٠٠٩). ومجمّعة، دعمت هذه الإجراءات التنبّئي السريع والواسع النطاق لبرنامج تنظيم الأسرة.

تُشير النتائج المُستقاة من الاستقصاءات الديمغرافية والصحية إلى أنّ حملات تنظيم الأسرة في البلاد منذ عام ٢٠٠٥ قد حوّلت رواندا إلى البلد الوحيد، بين بلدان أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، الذي ترتفع فيه نسبة الرجال الذين لا يرغبون في مزيد من الأطفال عن نسبة النساء، بغضّ النظر عن عدد الأطفال الذي سبق أن أنجبته النساء على جميع مستويات عدد الولادات للمرأة الواحدة.

وفي جميع أرجاء المنطقة يرغب الحاصلون على التعليم الثانوي في الحد الأدنى، ويُنجبون، عدداً أقل من الأطفال مقارنةً بالحائزين على تعليم ابتدائيّ فما دون. وعلى نحو مماثل، يفضّل الأشخاص الأكثر ثراءً مادياً إنجاب عدد أقل من الأطفال مقارنةً بمن هم أفقر حالاً (الشكل ٩ والشكل ١٠). ويتأثر الإقبال على إنجاب الأطفال اليوم أيضاً بالسّن: فالجيل الأصغر عموماً يفضّل إنجاب عددٍ أقل مما أنجبه أبواهم.

### معدّل وفيات الأطفال

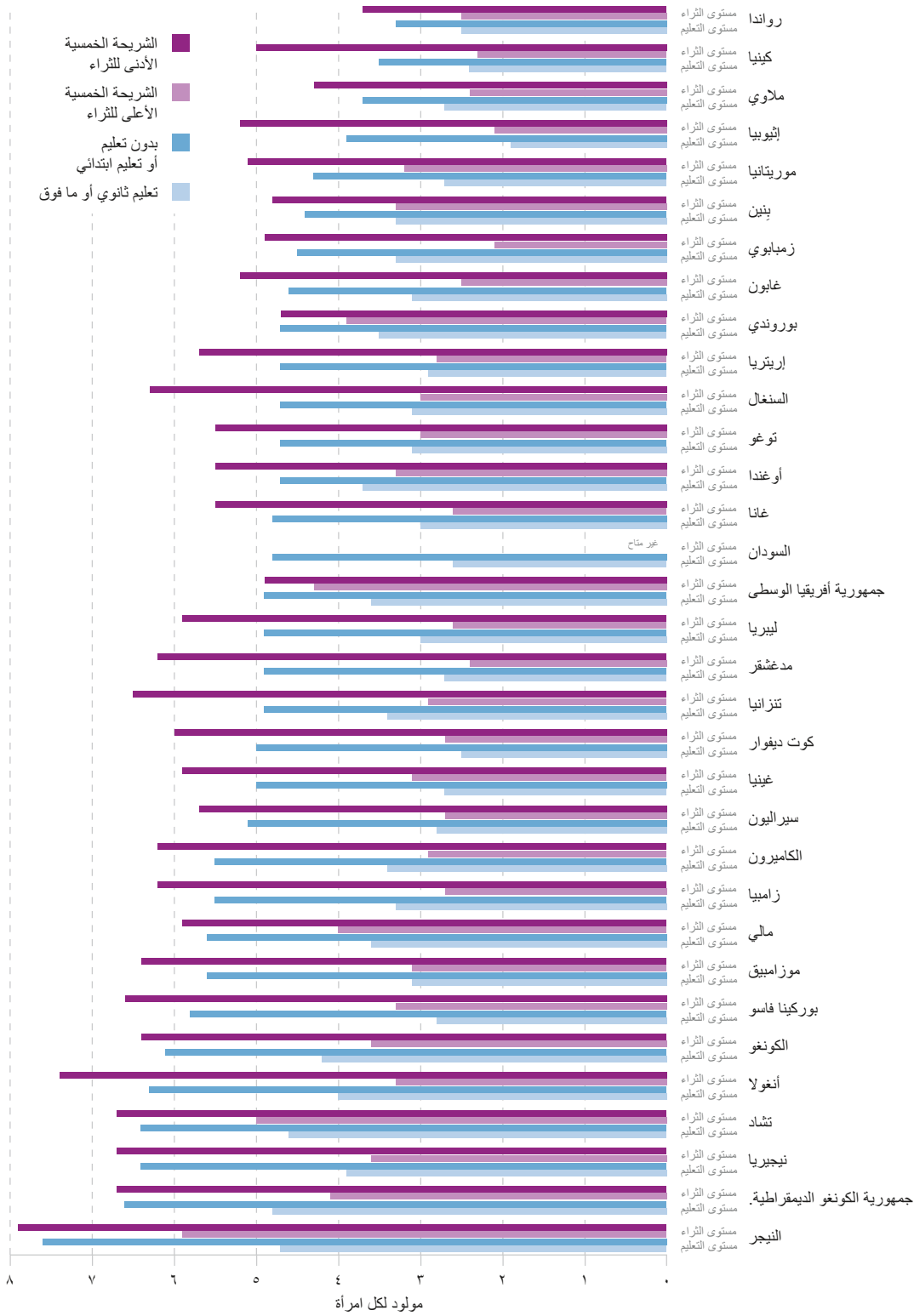
تدفع المعدّلات المرتفعة في وفيات الأطفال - أو ارتفاع الخطر بفقدان طفل - بكثيرٍ من الناس في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى إلى تأسيس أسرةٍ أكبر حجماً.

وعلى الرغم من الارتفاع الكبير في معدلات بقاء الأطفال على قيد الحياة على مدى العقدين الماضيين، ما تزال وفيات الأطفال مستمرة. ففي أنحاء كثيرة من المنطقة، تبلغ وفيات الأطفال مستويات كنتلك التي كانت سائدة في أوروبا منذ أكثر من قرنٍ مضى.

وتواصل المنطقة احتفاظها بأكثر معدّل للوفيات بين الأطفال في العالم، إذ يزيد الخطر بوفاة طفلٍ قبل بلوغه سنّ الخامسة بمقدار ١٥ مرّة عن المعدّل نفسه في البلدان المرتفعة الدخل (اليونيسف، ٢٠١٧). ويُعد مرض ذات الرئة، وهو القاتل الأكبر الأوحَد للأطفال دون سنّ الخامسة، مسبباً لـ ٢٢ في المائة من الوفيات. ويليه مرض الملاريا، المسؤول عن ١٥,٣ في المائة من وفيات الأطفال في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى.



معدّل الخصوبة الكليّ المرغوب، حسب مستوى التعليم والشريحة الخمسية للنساء



سبل حصول الشباب أو غير المتزوجين على تلك الوسائل، ومقدمات الخدمات المُسارعين لإطلاق أحكام أو غير المهرة (سيدغ وآخرون، ٢٠١٦ ب).

### زواج الأطفال

يؤثر زواج الأطفال تأثيراً غير متناسب على الفتيات. ففي أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، يُقدّر عدد النساء اللاتي يكنّ متزوجات عند بلوغهن سنّ ١٨ عاماً ٣٨ في المائة، وعدد من يكنّ متزوجات عند بلوغهنّ ١٥ عاماً ١٢ في المائة (اليونيسف، ٢٠١٨). وضمن المنطقة، يوجد المعدّل الأعلى في النيجر، حيث تتزوج ٧٦ في المائة من الفتيات مع بلوغهنّ سن ١٨.

تحدث معظم حالات الولادة عند المراهقات في العالم- ٩٥ في المائة- في البلدان النامية، ومن بين حالات الولادة هذه تكوّن ٩ ولادات من بين كل ١٠، ثمرة زواج أو ارتباط في إطار علاقة. ووفقاً لمنظمة الصحة العالمية، تشكل مضاعفات الحمل - مثل النزيف والإنتان وتعرّس الولادة - ومضاعفات عمليات الإجهاض غير الآمنة أهم أسباب الوفيات بين الفتيات من الفئة العمرية ١٥-١٩.

ولزواج الأطفال والحمل المبكر المصاحب له آثار اجتماعية واقتصادية سلبية أيضاً من خلال تعطيل تعليم الفتيات وبالتالي إغلاق الفرص أمامهن في المستقبل في الحصول على عمل مدفوع الأجر خارج بيوتهنّ. تشمل العواقب ذات الصلة البطالة المقنّعة وكسب إيرادات تشمل العواقب ذات الصلة البطالة المقنّعة وكسب إيرادات أقل مع انتقالهن إلى سنّ الرشد (لي، ٢٠١٠؛ هيريرا وصان، ٢٠١٥؛ ودون وآخرون، ٢٠١٧). أقل مع انتقالهن إلى سنّ الرشد (لي، ٢٠١٠؛ هيريرا وصان، ٢٠١٥؛ ودون وآخرون، ٢٠١٧).

وبالمعنى الواسع، يحرم زواج الأطفال الفتيات من إبداء رأيهن في القرارات التي تؤثر في حياتهن، ويؤثر سلباً في تمكين النساء، ويُساهم في انتقال أوجه عدم المساواة عبر الأجيال (هندين، ٢٠١٢). وعلاوة على ذلك، تكون العرائس الصغيرات أكثر عرضة للإساءة، وهي مشكلة يزيد حدتها فرق السن الكبير بين الفتيات وأزواجهن. كما أنّ الفتيات المتزوجات قليلاً ما يستطعن، أو يعجزن حتى عن الوصول إلى المعلومات الخاصة بتنظيم الأسرة وخدماتها.

## يموت أكثر من مليون مولود كل عام في الأسابيع الأربعة الأولى من عُمرهم، مما يعكس إلى حد ما ضعف البرامج الموجودة في المنطقة والخاصة بصحة الأم والطفل.

في عام ٢٠١٥، حدثت ٩٠ في المائة من حالات الملاريا التي قُدرت بـ ٢١٢ مليون حالة حول العالم، و٩٢ في المائة من ٤٢٩٠٠٠ حالة وفاة من الملاريا في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. وتُعد مساحة كبيرة من المنطقة موبوءة ببطيلى الملاريا الأشد خطورة وفتكاً، وهو المتصورة المنجلية (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٦).

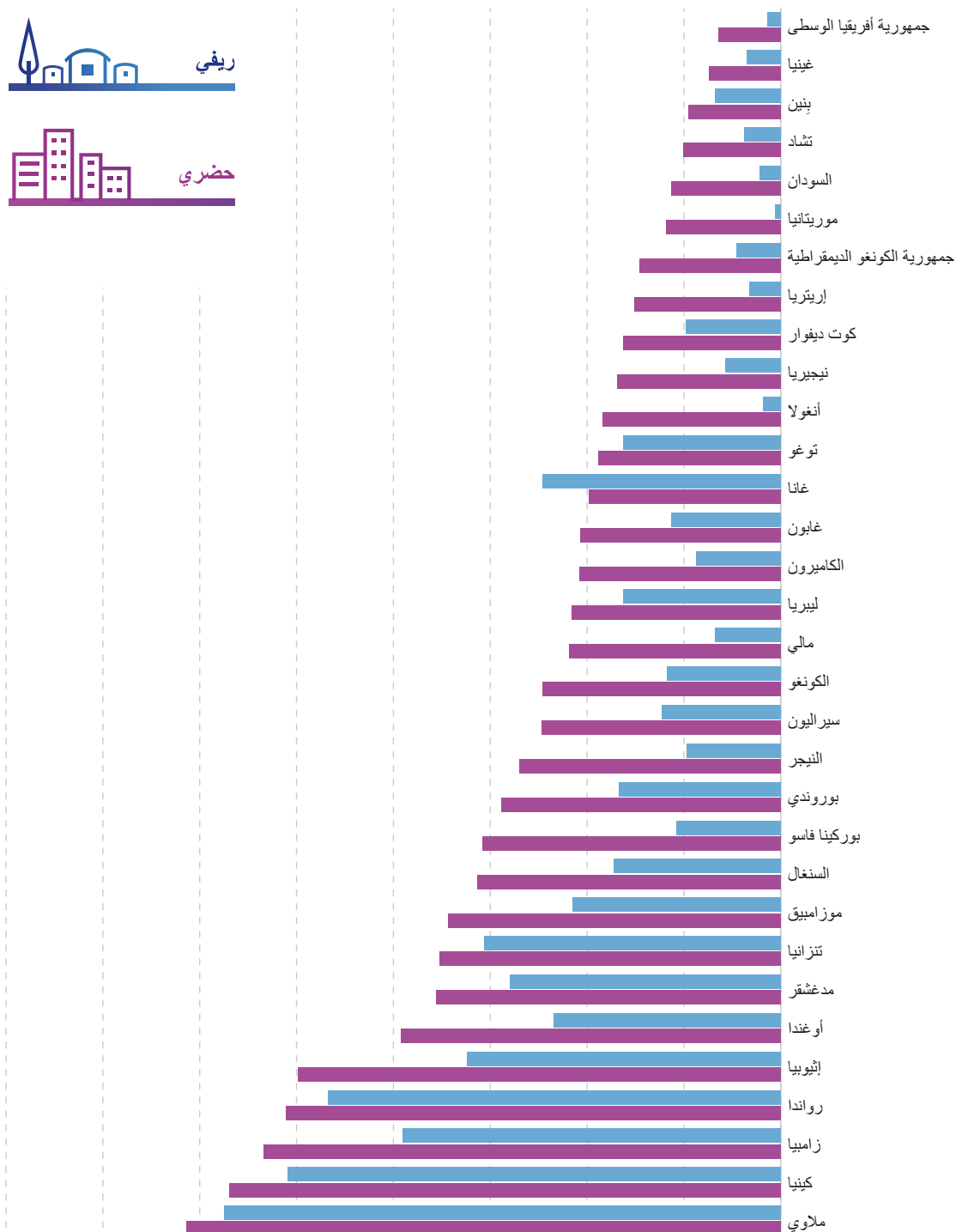
يموت أكثر من مليون مولود كل عام في الأسابيع الأربعة الأولى من عُمرهم، مما يعكس إلى حد ما ضعف البرامج الموجودة في المنطقة والخاصة بصحة الأم والطفل.

### الحاجة غير الملباة إلى تنظيم الأسرة

تستمر معاناة النساء والأزواج في المنطقة في التحكم بحياتهم الإنجابية. ويُعد الحصول على وسائل منع الحمل الحديثة، واستخدامها، منخفضاً نسبياً مقارنةً بالمناطق الأخرى. وتُقدّر نسبة النساء في المنطقة الراغبات بتفادي الحمل ٢١ في المائة، ولكنهن لا يستخدمن إحدى الوسائل الحديثة لمنع الحمل وبالتالي لديهن "حاجة غير ملباة" إلى خدمات تنظيم الأسرة (معهد غوتماشر، ٢٠١٧). في غضون ذلك، تُسجّل المنطقة ١٩,٧ مليون حالة من حالات الحمل العارض كل عام، وتُشكل نسبة قدرها ٣٨ في المائة. ويشيع انتشار استخدام وسائل منع الحمل الحديثة بين نساء المنطقة المتزوجات أو المرتبطات بعلاقة في المناطق الحضرية أكثر من المناطق الريفية (الشكل ٩).

تشمل أسباب الاحتياجات غير الملباة من وسائل منع الحمل في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى -وغيرها من المناطق النامية- غياب الوسيلة المفضلة لمنع الحمل أو عدم وجود مخزون يعول عليه، والقلق بشأن السلامة والآثار الجانبية، والتكلفة، والمعارضة من أفراد الأسرة، والقوانين التي تقيد

النسبة المئوية للنساء المتزوجات اللاتي يستخدمن إحدى وسائل منع الحمل الحديثة، حسب نوع مكان الإقامة، المناطق الريفية مقابل الحضرية.



المصدر: ICF





© Mark Tuschman

ومع ذلك، فإن حجم وتأثير العائد الديمغرافي يعتمد على مقدار الاستثمار المبذول في رأس المال الموجّه نحو هؤلاء الشباب. فإذا مُنحوا القدرة والتعليم والتوظيف، سيتمكنهم مساعدة بلدانهم على تحقيق العائد؛ وإلا فسوف يعتمدون هم أنفسهم على الإعانة.

ولأنّ عدداً كبيراً من بلدان أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى باشرت بعمليات التحوّل الديمغرافي، فقد بات الوقت مناسباً لبذل استثمارات متزايدة وموجّهة نحو التعليم والصحة، بما يشمل الصحة الإنجابية، وذلك بغية تمكين الفئة السكانية الواسعة والممتدة من الشباب من انتهاز الفرص الاقتصادية التي ستظهر في السنوات القادمة.

يعتمد تحقيق العائد الديمغرافي أيضاً على الإدارة الفعّالة لأسواق اليد العاملة ورأس المال، وعلى الحوكمة التي تشكّل بيئةً جذابةً لاستثمارات القطاع الخاص المحلية والأجنبية. وينبغي تكملة الجهود المبذولة في تقوية جانب العرض في اليد العاملة من خلال ضخ الاستثمارات في رأس المال البشري بواسطة النمو الاقتصادي القوي الذي يزيد الطلب على اليد العاملة. ويُعد كلا الشرطين ضرورياً لاستيعاب الأشخاص في الوظائف الإنتاجية والمُجزية، أو إيجاد فرص ومشاريع أعمال هادفة.

### رسمٌ مستقبلي أفريقيا من خلال العائد الديمغرافي

تُقدّر نسبة السكان في المنطقة ممّن هم دون سنّ ٢٥ بنحو ٦٠ في المائة. وتُشكّل الفئات السكانية الشبابية الكبيرة والمتنامية في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى فرصة محدودة زمنياً لتحقيق نمو اقتصادي متسارع من خلال عائد ديمغرافي، وقد وضع لها الاتحاد الأفريقي خريطة طريق (مقوضية الاتحاد الأفريقي، ٢٠١٧).

والعائد الديمغرافي هو إمكانية تحقيق النمو الاقتصادي من خلال إحداث تحولاتٍ في البنية العمرية للسكان، حيث تكبر حصة السكان الذين هم في سن العمل بالمقارنة مع حصة السكان الذين ليسوا في سن العمل. يحدث التحوّل حين تبدأ معدلات الوفيات بالتراجع ولكن مع بقاء معدلات الخصوبة مرتفعة، مما ينتج عنه ارتفاع كبير في عدد السكان من فئة الشباب، على نحو مُطلق وكذلك بالمقارنة مع عدد السكان ممن هم أكبر سنّاً. ومع بلوغ هؤلاء الشباب السنّ التي يبدأون عندها بالعمل، فإنّ العدد المطلق للعاملين من بين السكان مقابل عدد المُعالين قد يمنح الاقتصادات دفعاً كبيراً في النمو ولو كان مؤقتاً (لي وماسون، ٢٠٠٦).

نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي  
(تعادل القوة الشرائية؛ بالأسعار الحالية للدولار الدولي)

الشكل ١٠

البلد/المنطقة	٢٠٠٠	٢٠١٦	الناتج المحلي الإجمالي للفرد ٢٠١٦/٢٠٠٠
أنغولا	٢,٧٨١	٦,٤٩٩	٢.٣٤
بنين	١,٣٢١	٢,١٦٨	١.٦٤
بوركينافاسو	٨٢٩	١,٧٢٠	٢.٠٧
بوروندي	٥٩٨	٧٧٨	١.٣٠
الكاميرون	١,٩٨٧	٣,٢٨٦	١.٦٥
جمهورية أفريقيا الوسطى	٦٤٩	٦٩٩	١.٠٨
تشاد	٧٨٧	١,٩٩١	٢.٥٣
الكونغو	٣,٥٥١	٥,٧١٩	١.٦١
كوت ديفوار	٢,٣٣٦	٣,٧٢٠	١.٥٩
جمهورية الكونغو الديمقراطية	٤١٩	٨٠١	١.٩١
غابون	١٤,٠٩٥	١٨,١٠٨	١.٢٨
غانا	١,٧٩١	٤,٢٩٤	٢.٤٠
غينيا	٨٩٦	١,٣١١	١.٤٦
إثيوبيا	٤٩٠	١,٧٣٥	٣.٥٤
كينيا	١,٦٩٠	٣,١٥٦	١.٨٧
ليبيريا	٦٦٥	٨١٣	١.٢٢
مدغشقر	١,١٤٥	١,٥٠٦	١.٣٢
ملاوي	٦٨٦	١,١٦٩	١.٧٠
مالي	١,١٦٠	٢,١١٧	١.٨٣
موريتانيا	٢,١٨١	٣,٨٥٤	١.٧٧
النيجر	٥٩٧	٩٧٨	١.٦٤
نيجيريا	٢,٢٥٨	٥,٨٦٧	٢.٦٠
رواندا	٦٢٣	١,٩١٣	٣.٠٧
السنغال	١,٥١٢	٢,٥٦٨	١.٧٠
سيراليون	٧٢٣	١,٤٧٣	٢.٠٤
السودان	١,٨١٢	٤,٧٣٠	٢.٦١
تنزانيا	١,١٧٤	٢,٧٨٧	٢.٣٧
توغو	١,٠١٢	١,٤٩١	١.٤٧
أوغندا	٨٤٦	١,٨٤٩	٢.١٩
زامبيا	١,٦٦٧	٣,٩٢٢	٢.٣٥
زيمبابوي	٢,٠٣٨	٢,٠٠٦	٠.٩٨
أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى	١,٩٠٠	٣,٧١١	١.٩٥

المصدر: البنك الدولي (٢٠١٧)

إن من شأن توسيع العائد الديمغرافي أن يسرع النمو والحد من الفقر. وبعض هذه النتائج أخذ في التحقق بالفعل. فبعد "العقدين الضائعين" من ثمانينات وتسعينات القرن العشرين، تحسنت الظروف الاقتصادية في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، وباتت القارة ككل قادرة على مضاعفة ناتجها المحلي الإجمالي لكل فرد تقريباً بين عامي ٢٠٠٠ و٢٠١٦ (الشكل ١٠).

وكانت زيمبابوي البلد الوحيد الذي شهد تراجعاً اقتصادياً في هذه الفترة التي امتدت ١٦ عاماً. وتمكّن بلدان هُما إثيوبيا ورواندا من مضاعفة الناتج المحلي الإجمالي للفرد في كل منهما بمقدار ثلاثة أضعاف. تُشكّل استدامة النمو الاقتصادي أو تسريعه تحدياً لجميع البلدان في المنطقة لمواكبة الطلب على الخدمات، مثل التعليم والصحة، والوظائف التي تظهر مع النمو في أعداد السكان. ومع أن كثيراً من البلدان الأشد فقراً تُحرز تقدماً فإنها تظلّ متخلفة كثيراً عن اللحاق بمعظم البلدان الأكثر تطوراً. يعتمد حجم العائد الديمغرافي من ناحية على وتيرة تراجع الخصوبة التي تعتمد بدورها على المدى الذي تحظى فيه الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية للنساء والفتيات بالحماية، وعلى مدى تمتع النساء بصلاحياتهن وبالمعلومات والوسائل بما يمكنهن من اتخاذ قراراتهن الخاصة بشأن الحمل ومواعيده وعدد مراته. ويشكّل الحصول على التعليم الرسمي بصورة أوسع حافزاً رئيسياً لتراجع معدل الخصوبة؛ فكلما طال بقاء الفتيات على مقاعد الدراسة قلّت احتمالات زواجهن -وحملهن- في مرحلة الطفولة. كما أنّ النساء المتعلّقات هنّ في وضع أفضل لكسر الحواجز أمام العمل اللائق المدفوع الأجر لاحقاً في حياتهن. إنّ العائد الديمغرافي الذي توخاه الاتحاد الأفريقي عام ٢٠١٧ لا يمكن تحقيقه بالكامل في سياق التمييز المتواصل وعدم المساواة بين الجنسين، مما يجعل كثيراً من النساء والفتيات عاجزات ومحرومات.

## المستقبل

لن يتسارع التراجع في معدّل الخصوبة في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى ما لم تتغير الأعراف التي تُساند ارتفاع معدّل الخصوبة تغييراً أسرع وتيرةً. ويشمل ذلك التغييرات في النظم الاجتماعية والاقتصادية التي كانت قد نشأت استجابةً لارتفاع معدل الوفيات، وخصوصاً تلك المتصلة بالأدوار المنوطة بالجنسين في المجتمع. وقد أثمر التوسع الحضري وتحديث الاقتصاد الأفريقي عن فرص بديلة تتيح نجاح النساء اقتصادياً خارج منظومة الاقتصاد الأسري. وفي الوقت ذاته، ساعد التوسع العمراني والمستويات الأعلى من تعليم الفتيات والنساء وتراجع معدّل الوفيات بين الرضع والأطفال على انخفاض الإقبال على تكوين أسر كبيرة الحجم.

وسيعتمد الانخفاض الأكثر والأسرع في معدلات الخصوبة على مدى تمكّن الأفراد والأزواج من اتخاذ قراراتهم الخاصة بشأن حجم الأسرة. في معظم البلدان الأفريقية، تفتقر برامج تنظيم الأسرة إلى الدرجة الكافية من التطور لتقديم خدمات تتصف بالجودة إلى مَنْ هُم في أشد الحاجة إليها، ولا سيّما الفئات الحضرية والريفية الفقيرة من السكان. وقد يبعث التوسع في إتاحة خدمات تنظيم الأسرة ذات الجودة والمتوفرة بصورة متنسقة على زيادة الإقبال على هذه الخدمات ويُفضي بدوره إلى الانخفاض في معدل الإنجاب.

التركيز على كينيا

"نحن نريد لطفلينا أن يعيشا

حياة أفضل من حياتنا."

شارو، ٣٢ عاماً.





# يرغب الكينيون بتأسيس أسر صغيرة الحجم لكي يمنحوا أطفالهم حياة أفضل

© Matchbox Media/Alice Oldenburg for UNFPA

يفضّل الناس في كينيا إنجاب عدد أقل من الأطفال والاعتناء بصورة أفضل بما لديهم من أطفال، وذلك وفقاً لدان أوكورو، الأخصائي في الصحة الجنسية والإنجابية في مكتب صندوق الأمم المتحدة للسكان في نيروبي. ويات مزيدٌ من الأزواج يختارون تنظيم الأسرة لمنع الحمل أو تأخيرها أو المباشرة بين مرّاته.

أصبحت شارو حاملاً بعد زواجها من ستانلي بوقت قصير، مع أن الزوجين خططا للانتظار لبضع سنوات قبل البدء بتكوين أسرة.

وبعد أن وُلد ابنهما كريستيانو اتفقا على تركيز اهتمامهما بمنحه أفضل حياة ممكنة. وكان ذلك يعني الاستعانة بخدمات تنظيم الأسرة لمنع حدوث حمل آخر.

وتضيف موثوي قائلة، "كما أن خدمات التنظيم الأسري تساعد الفتيات المراهقات على تفادي الحمل وإكمال تعليمهن، ما يعني إعدادهن للحصول على وظائف مناسبة". "عادةً ما تهجر الفتيات المراهقات اللواتي يصبحن حوامل مقاعد الدراسة مبكراً، ويضرب ذلك بفرص حصولهن على وظائف ومدخولات جيدة في المستقبل. وتوضح قائلة، "لهذا السبب تحتاج الفتيات إلى معرفة الخيارات التي يُتيحها التنظيم الأسري قبل أن يصبحن نشطات جنسياً".

على المستوى الوطني، هناك 6 نساء من بين كل 10 من النساء المتزوجات يستعملن إحدى وسائل منع الحمل الحديثة. ولكن في بعض المناطق الريفية لا يستخدم الوسائل الحديثة سوى 1 من بين كل 20. ويعود جزء من المشكلة إلى الافتقار إلى الخدمات في

منذ سبعينات القرن العشرين، حين كانت المرأة الكينية تلد في المتوسط أكثر من ثماني ولادات، بدأ حجم الأسرة بالتقلص. واليوم، أصبحت المرأة تلد أقل من أربع ولادات على مدار حياتها. ويُعزى الفضل جزئياً في انخفاض معدل الخصوبة إلى إتاحة الحصول على وسائل منع الحمل بشكل أوسع أو بتكلفة أقل.

تستعين الشابات النشطات جنسياً بخدمات تنظيم الأسرة على نحو متزايد. وتقول راشيل موثوي، إحدى المتطوعات في مركز صحة الشباب المدعوم من صندوق الأمم المتحدة للسكان، الذي يُعرف باسم خيار الصحة العائلية في كينيا، "باتت المحظورات التي تحيط بالتنظيم الأسري عموماً شيئاً من الماضي". "فالشابات اليوم يشعرن بالتمكين والقدرة على اتخاذ قراراتهن بأنفسهن".





وتقول شارو، "نحن نريد لطفلينا أن يعيشوا حياة أفضل من حياتنا".  
"وسوف أفعل ما في وسعي لمساعدتهما على تحقيق أحلامهما."

المناطق النائية. ولكن جزءاً آخر منها يعود في بعض المجتمعات إلى افتقار النساء إلى اتخاذ قراراتهن الخاصة بشأن منع الحمل، مقترناً بقلّة المعلومات حول خيارات منع الحمل، وفقاً لجوزفين كيبارو-مابي، المدير العام للمجلس الوطني للسكان والتنمية.

استعانت شارو وستانلي بخدمات تنظيم الأسرة لمدة سبع سنوات - إلى أن أنهى ابنهما المدرسة التمهيدية - قبل أن يُنجبا طفلهما الثاني، تينا، في العام الماضي. وقبل أن تولد تينا، تمكّن الزوجان من اتّخار بعض المال لإرسال ابنهما الذي يبلغ الآن ٨ سنوات إلى المدرسة الابتدائية. تستعين شارو مجدداً بخدمات تنظيم الأسرة، وتخطط للعودة إلى الدراسة والبدء بعملها الخاص في إعداد الوجبات.

استعانت شارو وستانلي

بخدمات تنظيم الأسرة

لمدة سبع سنوات - إلى أن

أنهى ابنهما تعليمه الابتدائي - قبل

أن يُنجبا طفلهما الثاني.



# استثناءات من التحوّل النموذجي في معدّل الخصوبة

الفصل ٣

عادةً ما يبدأ معدّل الخصوبة في التراجع مع التقدّم في التنمية الاجتماعية والاقتصادية، وذلك وفقاً لنظرية التحوّل الديمغرافي التقليدية (نوتستين، ١٩٥٣؛ إيسترلن، ١٩٧٥). ومع زيادة التطور الصناعي والتعليمي والحضري في البلدان، ترتفع التكاليف المصاحبة للإنجاب وتراجع مزايا تكوين أسرة كبيرة.





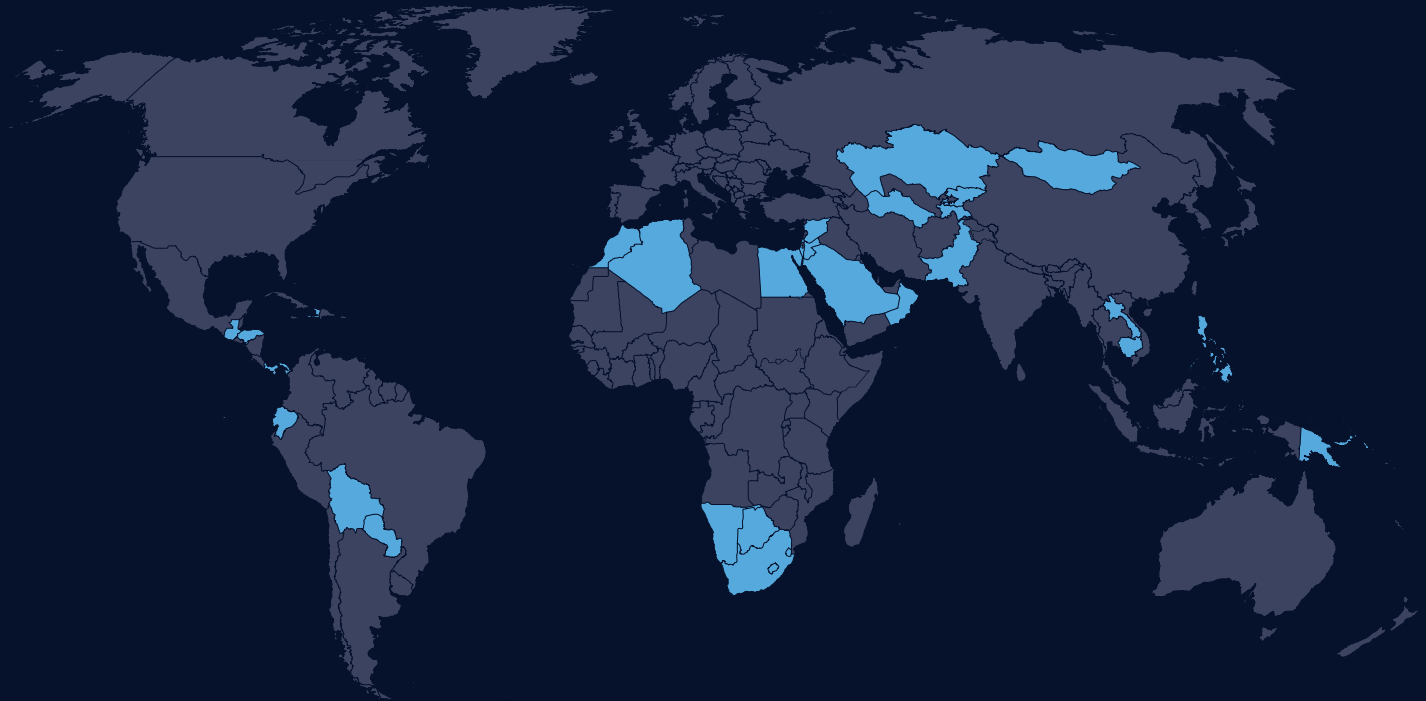
© Chris Stowers/Panos Pictures

لديها اليوم معدلات خصوبة تتراوح بين ٢,٥ و ٣,٩ ولادات لكل امرأة (الشكل ١١). في بعض هذه البلدان، تباطأت وتيرة التراجع في معدل الخصوبة الطويل الأمد؛ وفي غيرها ارتفع معدل الخصوبة مجدداً بعد سنوات من التراجع. في المجموعة الأولى من البلدان، تُعزى التراجعات الأبطأ إلى التخفيضات الحكومية في برامج التنظيم الأسري. وفي المجموعة الثانية، حدثت الارتدادات في معدل الخصوبة حالما انتهت أزمة اقتصادية أو غيرها.

وعادةً ما يؤدي اجتماع هذه الأسباب إلى الرغبة في إنجاب عدد أقل من الأطفال. وحالما يبدأ بلد ما بالتحوّل في معدل الخصوبة فإنه عادةً ما يُواصل هذا التحوّل مع انخفاض معدل الخصوبة إلى ما يقرب من معدل التعويض: ٢-١ ولادات لكل امرأة. ومع أنّ هذا المسار التقليدي في تحقيق معدل خصوبة أدنى قد شوهد في معظم البلدان، إلا أن أنماطاً مختلفة قد ظهرت في بلدانٍ

## معدل الخصوبة

بين ٢,٥ - ٣,٩ ولادات لكل امرأة

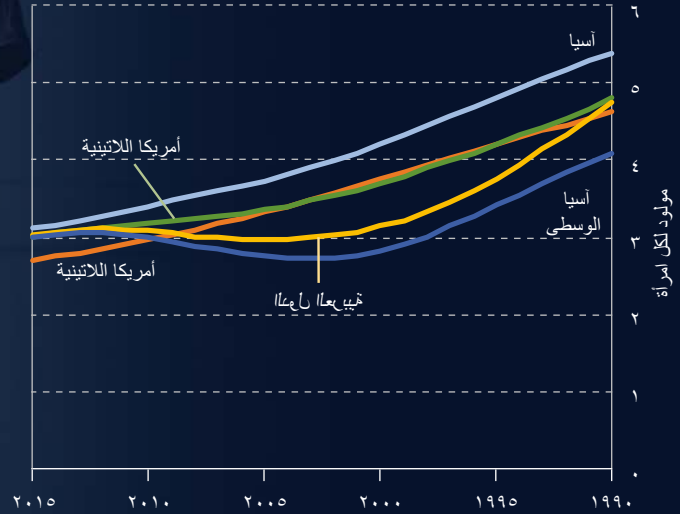


العقد الأخير من القرن العشرين ولكن الوتيرة تباطأت بشكل كبير بعد عام ٢٠٠٠، إذ انخفض متوسط الولادات لكل امرأة من ٣,٧ إلى ٣,٠ بين عامي ٢٠٠٠ و٢٠١٥. وشهدت الدول العربية وبلدان آسيا الوسطى تراجعاً في معدل الخصوبة في أوائل القرن الحادي والعشرين ثم عاودَ ارتفاعه. ومع أن هناك ٣٠ بلداً تتراوح معدلات الخصوبة فيها بين ٢,٥ و٣,٩، إلا أن هذا الفصل يغطي البلدان الـ ١٥ فقط التي أُجريت فيها استقصاءات ديمغرافية وصحية في عام ٢٠٠٠ أو وُفرت لاحقاً بيانات حول حالات الحمل غير المراد أو سيئ التوقيت، والحاجة غير الملباة من وسائل منع الحمل،

وقد شهدت جميع هذه البلدان انخفاضات ملحوظة في معدلات الخصوبة في تسعينات القرن العشرين، لكن المعدلات بدأت بالتحرك في اتجاهات مختلفة بعد عام ٢٠٠٠، مع اختلافات واضحة حسب المنطقة والمنطقة الفرعية (الشكل ١٢). في خمسة بلدان من جنوب آسيا وجنوب شرق آسيا، على سبيل المثال، انخفضت معدلات الخصوبة بثبات من ٥,٣ إلى ٣,١ بين عامي ١٩٩٠ و٢٠١٥. وعلى امتداد الفترة نفسها، انخفض متوسط معدل الخصوبة أيضاً في سبعة بلدان في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي على نحو متواصل من ٤,٦ إلى ٢,٧. وفي الجنوب الأفريقي تراجعت معدلات الخصوبة خلال



اتجاهات في متوسط معدلات الخصوبة الإجمالية،  
في ١٥ بلداً، مصنفة حسب المنطقة، للفترة ١٩٩٠-٢٠١٥



وقد شهدت جميع هذه البلدان انخفاضات ملحوظة في معدلات الخصوبة في تسعينات القرن العشرين، لكن المعدلات بدأت بالتحرك في اتجاهات مختلفة بعد عام ٢٠٠٠.

ومستويات الخصوبة حسب مستوى التعليم: بوليفيا، كمبوديا، مصر، غواتيمالا، هندوراس، الأردن، قبر غيزستان، ليسوتو، المغرب، ناميبيا، باكستان، الفلبين، سوازيلند، طاجيكستان، تركمانستان. ولا يتناول الفصل اتجاهات الخصوبة في البلدان ذات البيانات غير الكاملة أو ذات البيانات المتاحة مؤخراً فقط، أو البلدان ذات الظروف الاقتصادية أو الديمغرافية أو غيرها التي تختلف اختلافاً كبيراً عن البلدان الـ ١٥ التي خضعت للتحليل.

## الولادات السينة التوقيت،

### وحالات الحمل العارض

وفقاً لما اتفقت عليه ١٧٩ حكومة في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية عام ١٩٩٤، يحق للأفراد والأزواج اتخاذ القرار بشأن إنجاب أطفال ومتى يجنبونهم أو عدد مرات إنجابهم. وتواجه كثير من النساء في البلدان التي توقفت فيها تراجع معدل الخصوبة أو عاود ارتفاعه، بل وفي كل بلد آخر من العالم، تحديات في ممارسة هذا الحق. وتتعاكس هذه التحديات في حالات الحمل العارض، ومعدلات الخصوبة غير المرغوبة، وحالات الولادة أو الإجهاض السينة التوقيت.

### خصوبة غير مرغوبة

تُعد الخصوبة أو الولادة غير مرغوبة إذا حدثت بعد أن تكون المرأة قد أسست أسرتها بالحجم الذي ترغب فيه (روشتاين وروخاس، ٢٠٠٦). وتُظهر البيانات المجمعة من خلال برنامج الاستقصاءات الديمغرافية والصحية الدولي أنّ متوسط معدل الولادات غير المطلوبة يتراوح في البلدان الخمسة عشر التي يغطيها هذا الفصل بين ١,٧ في سوازيلند إلى حد منخفض يبلغ ٠,٢ في فيرغيزستان وتركمانستان (الشكل ١٣).

## ولادات سينة التوقيت

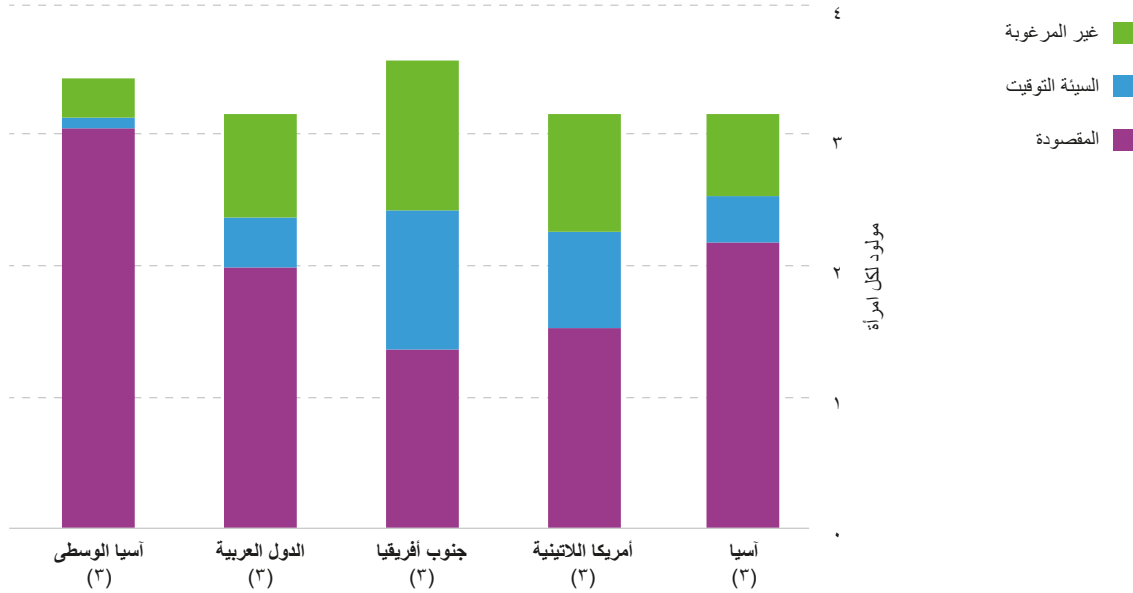
الولادة السينة التوقيت هي ولادة تحدث في وقت أبكر مما كان يُراد. وبين البلدان الخمسة عشر، يتراوح متوسط الولادات المُساء توقيتها بين معدل مرتفع يبلغ ١,٤ في ناميبيا ومعدل منخفض يبلغ ٠,٠٦ في تركمانستان.

### الإجهاض

لا تتوفر الإحصاءات الموثوقة والكاملة حول عمليات الإجهاض - سواء الأمانة أو غير الأمانة، الشرعية أو غير الشرعية - للبلدان الخمسة عشر التي يغطيها هذا الفصل. ومع ذلك، يقدر معهد غوتماشر أنّ حصة حالات الحمل التي تنتهي بالإجهاض تبلغ نسبتها ٢٤ في المائة في الجنوب الأفريقي، و ٣٤ في المائة في أمريكا الجنوبية، و ٢٦ في المائة في آسيا الوسطى.

الخصوبة غير المرغوبة والسينة التوقيت والمقصودة، ١٥ بلداً

الشكل ١٣





© Abbie Trayler-Smith/Panos Pictures

## الحاجة غير الملبّاة إلى وسائل منع الحمل

إنّ السبب المباشر الرئيسي لحالات الحمل العارض في البلدان الخمسة عشر التي يغطيها هذا الفصل - وعلى الصعيد العالمي - يعود إلى عدم استعمال بعض النساء اللواتي لا يردن أن يحملن لوسائل منع الحمل. وتندرج هؤلاء النساء في عداد من لديهن حاجة غير مُلبّاة لوسائل منع الحمل (ويستوف وبانكوله، ١٩٩٥).

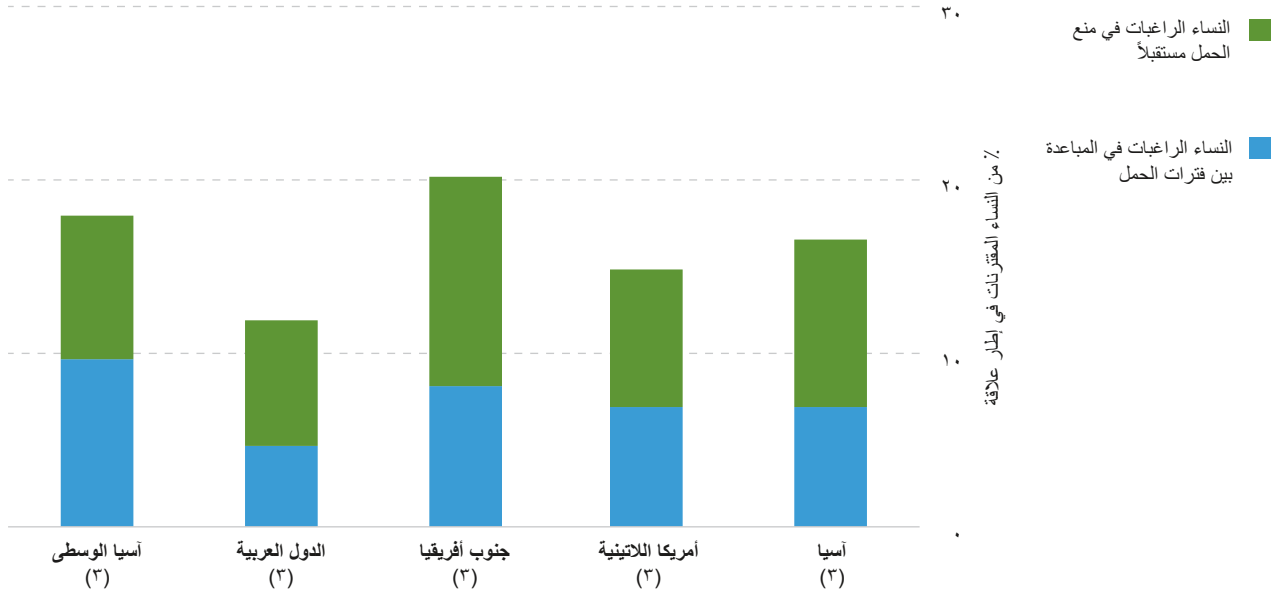
يختلف مستوى الحاجة غير المُلبّاة اختلافاً واسعاً بين المجتمعات، إذ تُظهر البيانات المجمّعة من خلال برنامج الاستقصاءات الديمغرافية والصحية أنّ الحاجة غير المُلبّاة في البلدان الخمسة عشر تتراوح هنا بين نسبةٍ مرتفعة تبلغ ٢٥ في المائة في سوازيلند ونسبةٍ منخفضة تبلغ ١١ في المائة في هندوراس (الشكل ١٤).

تريد بعض النساء ممّن لديهن حاجة غير مُلبّاة لوسائل منع الحمل أن يُباعدن بين مرّات حملهنّ، بينما يكون لدى أخريات العدد الذي يفضّلنّه من الأطفال ويرغبن في منع حدوث أي حالات حمل في المستقبل.

ومثلما هي الحال في كثيرٍ من البلدان، تُشكّل مجموعة من العوامل الاجتماعية والصحية والاقتصادية عقباتٍ أمام النساء والرجال الذين يرغبون في استعمال وسائل منع الحمل

النسبة المئوية من النساء اللاتي لديهن حاجة غير مُلبّاة لوسائل منع الحمل، ١٥ بلداً، في ٥ مناطق

الشكل ١٤



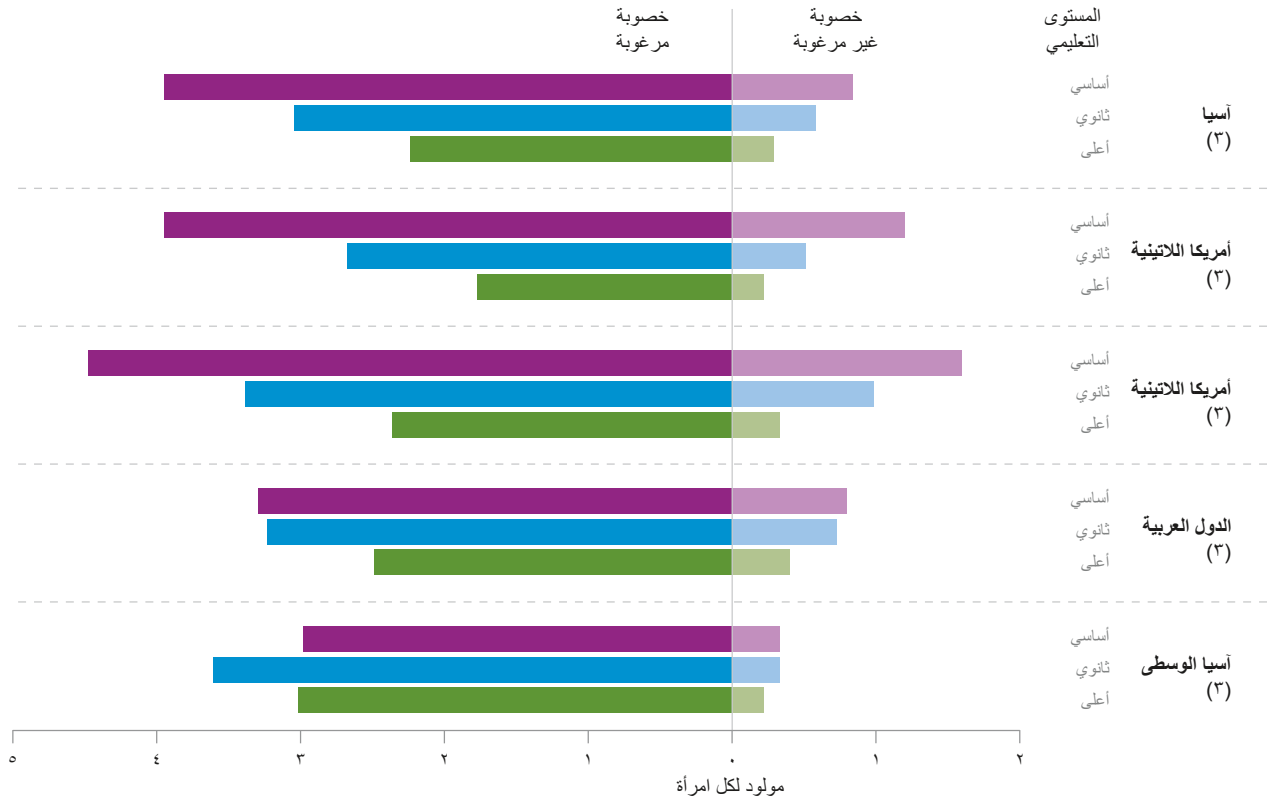


## عوامل اجتماعية واقتصادية

مثلما هي الحال في معظم البلدان الأخرى، يُعد معدل الخصوبة في البلدان الخمسة عشر التي يغطيها هذا الفصل أقلّ عموماً بين النساء الحاصلات على مستويات تعليم عالية (الشكل ١٥). ومن بين هذه البلدان الخمسة عشر، تتميز البلدان الثلاثة منها التي تقع في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي بالاختلافات الأكبر بين النساء الحاصلات على أعلى وأدنى مستوى تعليمي. وتعكس هذه النتيجة جزئياً مستويات أعلى من عدم المساواة الاجتماعية والاقتصادية. تحظى النساء الحاصلات على تعليم أعلى بمعدلات بقاء أفضل لمواليدهن الجدد ولأطفالهن الصغار، ويملن إلى الزواج في مرحلة لاحقة من العمر، ويحظين باستقلالية ذاتية أكبر في اتخاذ قراراتهن الإنجابية، وترتبط جميعها مع معامل الخصوبة الأدنى.

(يونغاريس وآخرون، ٢٠١٢؛ سيدغ وحسين، ٢٠١٤). وتشمل العقبات قلّة المعرفة حول وسائل منع الحمل أو جهات تقديمها، وتكلفة الوسائل والخدمات، ودواعي القلق حيال الصحة والآثار الجانبية، وحول القبول الاجتماعي. وتُعد بواعث القلق الصحية من بين أكثر الأسباب المذكورة تكراراً التي تُظهر النية بعدم استخدام وسائل منع الحمل. في البلدان الخمسة عشر التي أُجريت فيها الاستقصاءات الديمغرافية والصحية الحديثة، جاءت النسبة الأكبر من النساء اللاتي أُشرن إلى الصحة والآثار الجانبية من الفلبين (٢٦ في المائة). وشكّل عدم المساواة بين الجنسين عائقاً قوياً آخر، وتمثّل في سيطرة قرار الأزواج على قرار الزوجات بشأن استعمال وسائل منع الحمل.

الشكل ١٥ معدل الخصوبة والخصوبة غير المرغوبة حسب مستوى التعليم، ١٥ بلداً في ٥ مناطق



المصدر: ICF، الاستقصاء الديمغرافي والصحي، وكالة التنمية الدولية التابعة للولايات المتحدة (٢٠١٨).

# مساعدة المراهقات في بوليفيا على تفادي الحمل

© Sanne de Wilde for UNFPA/NOOR

التركيز على بوليفيا

تجلس دوفيزا ألكوزر فيلارويل، ٢٣ عاماً، على رأس طاولةٍ يتجمع حولها أعضاء مجلس بوناتا الشبابي.

وفي الخلفية لافتةٌ براقّة تقول: "شباب بوناتا متحدون بفضل حقوقنا". وتصف العبارة ما يجري هناك بالضبط: يتحدث مراهقو بوناتا عن حقوقهم.

**"يمكنكم أن تجدوا الشابات هنا  
في بوناتا وقد أصبحن أكثر قوّة  
وتمكيناً."**

دوفيزا، ٢٣ عاماً.

وتقول، "إنّ الفتاة لا تتسى اليوم الذي تكتشف فيه أنها حامل." "إنه أشبه بالاستحمام في مياه باردة."

يُشكّل دفع فئة الشباب للحديث عن الجنس عاملاً أساسياً في مساعدة المراهقات على تجنب الحمل قبل أن تصبحن مستعدات. وتمتّع كثيرات منهن عن طرح أسئلة لشعورهن بالإحراج والخجل، وكثيراً من الفتيات يشعرن بالإحراج إزاء التوجه إلى عيادة وطلب وسيلة لمنع الحمل.

تُساعد المجالس الشبابية مثل المجلس في بوناتا في طرح أحاديث عن الجنس والحمل ووسائل منع الحمل في العلن، وهذا يمنح الفتيات قوة أكبر في التحكم في حياتهن.

تقع بوناتا بقرب بحيرة ألاي (وتعني "باردة جداً" بلغة كيتشوا)، وهي عاصمة كوتشابامبا، المركز التجاري في هذه المنطقة من كولومبيا. يقطن المدينة ٣٥,٠٠٠ فرد، ويشكّل الشباب نحو الثلث من سكانها.

في عام ٢٠١٢، أقرّت بوليفيا قانوناً بتأسيس مجالس للشباب لمنع الشباب صوتاً في سياسات البلاد وإدارتها. وتأسس أول مجلس من هذه المجالس في بوناتا.

تقول فيلارويل، مديرة المركز الشبابي، "هناك عمل كثير ينبغي القيام به هنا في بوناتا، وخصوصاً في الجانب المتعلق بحمل المراهقات." "الأفضل لنا أن نبدأ!"

تقول فيلارويل إنّ المراهقات في مجتمعها يحملن لأنهن لا يعرفن عن الجنس أو كيفية منع الحمل، ويخشين كثيراً طرح السؤال. "بإمكاني أن أفهم مشاعرهن." "فقد حملتُ أنا عندما كنتُ في سن التاسعة عشرة."

© Sanne de Wilde for UNFPA/NOOR

يُشكّل دفع فئة الشباب للحديث

عن الجنس عاملاً أساسياً في

مساعدة المراهقات على تجنب

الحمل قبل أن يصبحن مستعدات.





يقول لويجي بورو غوا من صندوق الأمم المتحدة للسكان إن الشباب قبل أربع سنوات أو خمس لم يكونوا يتحدثون عن وسائل منع الحمل. ولكن منذ تأسيس المجالس الشبابية تغير كل ذلك. ويقول، "يمكنكم أن تجدوا الشباب هنا في بوناتا قد أصبح أكثر قوة وتمكيناً."

تقول فيلارويل إنها تحب ابنها الذي يبلغ اليوم أربعة أعوام، ولكنها مع ذلك تريد أن تفعل كل ما في وسعها لمساعدة المراهقات على إنجاب الأطفال فقط حين يكنّ مستعدات، ليتفادين الضغط والوصمة التي غالباً ما تلحق بهن مع الإنجاب في تلك السن. وتذهب مع أعضاء مجلس الشباب إلى الأسواق والأماكن التي يتجمع فيها الشباب لتوزيع منشورات عن الجنس ووسائل منع الحمل، لمساعدتهم على فهم الحمل وتقديده.

وتقول، "يشعر الشباب بالإحراج أحياناً ويفرون حين يرون منشوراتنا". وفي أحيان أخرى، "يظهرون عدم المبالاة حين يرون كلمات مثل الواقيات الذكرية أو موانع الحمل المغروسة".

حين حملت فيلارويل بطفها كانت في آخر سنة لها في المدرسة. "كان الأمر صعباً للغاية، لكنني تمكنت من إتمام العام الدراسي والتخرج. وكنت أصطحب طفلي معي أينما ذهبت."

"كانت لدي طموحاتي"، تقول فيلارويل وتضيف "وفي بعض الأحيان تُضطر الأم للاختيار بين نفسها وعملها. كنت عازمة على موازنة حياتي، وأردت أن أعمل وأن أحقق كامل قدراتي لأجعل طفلي فخوراً بي."

كما تحظى النساء الحاصلات على تعليم أعلى بمستوى دخل أعلى وقد يستغنين بالتالي عن كسب مدخولات مقابل إنجاب أطفال. وعادةً ما تكون لدى النساء الحاصلات على تعليم أعلى معرفة أفضل بوسائل منع الحمل وبالحصول عليها وفهم أفضل لمنافعها ويكنّ بالتالي أكثر ميلاً لاستعمالها.

تترك برامج تنظيم الأسرة التي ترعاها الحكومة تأثيراً أكبر على خصوبة الفقراء ومن هم أقلّ تعليماً من خلال زيادة الخيارات المتاحة لهم حول عدد مرات الحمل ومواعيدها. وفي حين أنّ النساء الأكثر ثراءً وتعليماً لديهن الموارد لتحقيق أهدافهن الخاصة المتعلقة بالإنجاب، تُواجه النساء الفقيرات عوائق اقتصادية هائلة في الحصول على وسائل منع الحمل وعليهنّ بالتالي أن يتكلن على الخدمات التي تقدّمها البرامج الوطنية مجاناً. وحيثما توجد برامج أقوى لتنظيم الأسرة يقلّ معدّل الخصوبة غير المرغوبة عموماً. من بين البلدان الخمسة عشر التي يغطيها هذا الفصل، توجد برامج أقوى في الدول العربية وبلدان في آسيا. وفي هذه البلدان توجد أصغر الاختلافات في معدّل الخصوبة غير المرغوبة حسب مستوى التعليم.

### فترات صعود وارتداد

حالما يبدأ التحول في معدّل الخصوبة، غالباً ما يتراجع الإنجاب إلى أن يقترب من معدّل التعويض. وتشمل البلدان التي توقّف فيها هذا التراجع الثابت أو ارتدّ في مساره كلاً من الجزائر ومصر وكازاخستان وقيرغيزستان والمغرب وناميبيا وبنما وطاجيكستان وتركمانستان. وقد تدفع الصدمات الاقتصادية والحروب والمجاعات بالأزواج إلى تجنّب الحمل مؤقتاً. فقد انخفض معدّل الخصوبة في الجزائر على سبيل المثال إلى ما يقرب من معدّل التعويض في تسعينات القرن العشرين، في الفترة التي تزامنت مع اندلاع النزاع في البلد. وبحلول عام ٢٠١٠، بعد أن كان النزاع قد انتهى، عاد معدّل الخصوبة ليرتفع إلى ثلاث ولادات لكل امرأة تقريباً.

وكمثالٍ آخر، رافقت انخفاضات الخصوبة الأزمة الاقتصادية التي ضربت بلدان آسيا الوسطى في أوائل التسعينات من القرن العشرين (الشكل ١٦). وحالما انحسرت الأزمة الاقتصادية في أوائل القرن الحادي والعشرين، عاد معدل الخصوبة ليرتفع. ومع مواصلة التحسّن في الأحوال الاقتصادية، استأنفت الخصوبة تراجعها.

في هذه البلدان الأربعة من بلدان آسيا الوسطى قد تُعزز الحاجة غير المُلبّاة إلى وسائل منع الحمل ارتفاع معدل الخصوبة أيضاً. ولكل امرأة من بين خمس نساء تقريباً حاجة غير مُلبّاة إلى وسائل منع الحمل في طاجيكستان وقيرغيزستان، وتنشأ إلى حدٍ ما من خدمات تنظيم الأسرة المحدودة (ولا سيّما في المناطق الريفية)، ووجود نطاقٍ محدود من خيارات منع الحمل، وارتفاع التكلفة، والقدرة المحدودة على اتخاذ القرارات حول استعمال وسائل منع الحمل.

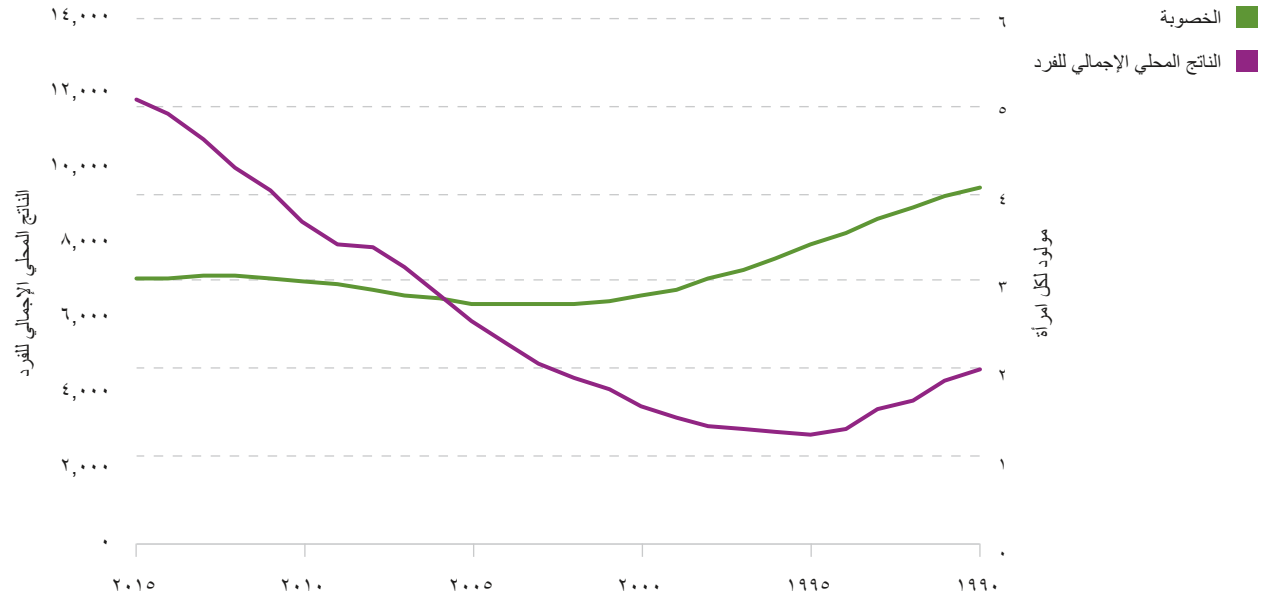
وتُعد الحاجة غير المُلبّاة وسط النساء من الفئة العمرية ١٥-٢٤ أعلى منها لدى النساء من الفئة العمرية ٢٥-٤٩. في قيرغيزستان، على سبيل المثال، ارتفعت الحاجة غير المُلبّاة بين الشبابات المتزوجات بمقدار ٨,٦ نقطة مئوية، بينما انخفض معدل استخدام وسائل منع الحمل انخفاضاً حاداً من ٤٥,٥ في المائة إلى ١٩,٣ في المائة بين عامي ١٩٩٧ و ٢٠١٢.

برغم أنّ الخدمات الصحية المراعية للشباب تتوفر في بعض البلدان، لا تقدّم المدارس عموماً تثقيفاً جنسياً شاملاً يتواءم مع إرشادات صندوق الأمم المتحدة للسكان واليونيسكو (منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة). وعلاوة على ذلك، تتواصل حالات زواج الأطفال، ولا تحظى العرائس الصغيرات سوى بسبيل محدود للحصول على خدمات الصحة الإنجابية، بما في ذلك خدمات تنظيم الأسرة. وتُشكّل معارضة الأزواج وأهل الزوج لاستخدام وسائل منع الحمل العائق الأكبر أمام العرائس الصغيرات.

يحدث الانخفاض في معدل الخصوبة لأسبابٍ أخرى بخلاف الأزمات. وعلى سبيل المثال، حين يختار عدد كبير من النساء تأخير الحمل ليتمكنّ من إتمام تعليمهن الثانوي أو الجامعي، أو بدء حياة مهنية. وحالما تستكمل هذه المجموعة من النساء تعليمها العالي وتنتقل في مسارها المهني قد يقررن عند ذلك البدء بتأسيس أسرة، مما يؤدي إلى ارتفاع في معدل الخصوبة.

الاتجاهات في الناتج المحلي الإجمالي للفرد (تعادل القوة الشرائية) والخصوبة، المتوسط في أربعة بلدان من آسيا الوسطى

الشكل ١٦



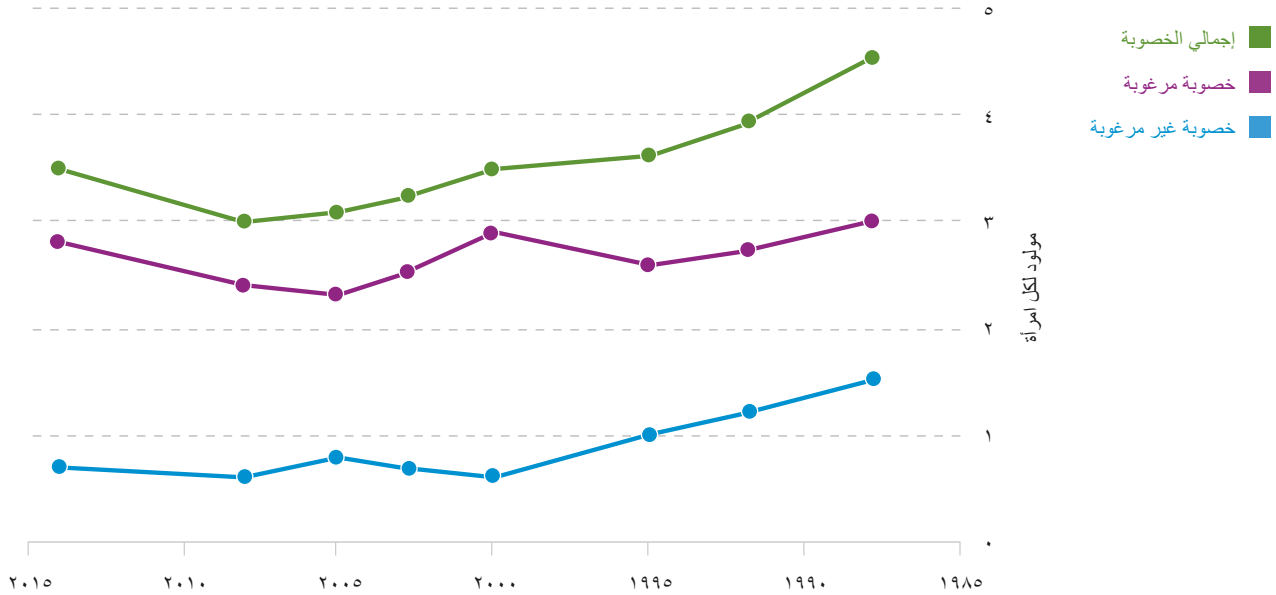
المصدر: الأمم المتحدة (٢٠١٧) والبنك الدولي (٢٠١٧)

وقد يُبَطِّئُ التقليل في برامج تنظيم الأسرة أيضاً وتيرة التراجع في معدّلات الخصوبة أو يتسبب في ارتفاع الخصوبة (بلانك وتسوي، ٢٠٠٥). ففي مصر على سبيل المثال، تراجع معدّل الخصوبة بثبات من ٤,٥ ولادات لكل امرأة عام ١٩٨٨ إلى ٣,٠ عام ٢٠٠٨، قبل أن يرتدّ صعوداً إلى ٣,٥ عام ٢٠١٤ (الشكل ١٧). وقبل عام ٢٠٠٨، كانت الحكومة قد استثمرت بكثافة في التنظيم الأسري، بدعم من جهات مانحة أجنبية. وقد أسفرت هذه الاستثمارات التي أتاحت الخدمات في جميع أنحاء البلاد عن انتشار المعرفة حول وسائل منع الحمل، وعن الإدراك الشامل تقريباً بأنّ وسائل منع الحمل الحديثة قد تمكّن الأفراد والأزواج من إنجاب عدد أقل من الأطفال.

وبين عامي ٢٠٠٠ و٢٠٠٧، بلغ معدّل المساعدة الدولية المقدّمة إلى التنظيم الأسري في مصر ٣٣ مليون دولار سنوياً. ولكن بدءاً من عام ٢٠٠٨، انخفضت المساعدات إلى معدّل منخفض بلغ ٣ ملايين دولار في السنة عامي ٢٠١١ و٢٠١٢، مما أضعف البرنامج.

زادت الحكومة تمويلها الذاتي لسدّ الفجوة، غير أنّ المبلغ لم يكن كافياً لاسترجاع مستوى البرامج والخدمات إلى ما قبل عام ٢٠٠٧. فقد أثر انخفاض التمويل على تقديم الخدمات وإقامة الحملات الإعلامية. وكذلك، كانت محطتا التلفزة الرئيسيتان في البلاد تبثّان الحملات الإعلامية مجاناً قبل عام ٢٠٠٧. إلّا أنّ مشاهدي التلفاز تحوّلوا في السنوات الأخيرة إلى القنوات الجديدة الخاصة التي لا توفّر وقت بثّ مجاناً لهذه الحملات. ونتيجة لذلك بات هناك عددٌ أقل من الناس ممّن يتلقون المعلومات حول فوائد تنظيم الأسرة، مما ساهم في ارتداد الخصوبة صعوداً.

الشكل ١٧ التوجهات في معدّل الخصوبة في مصر، للفترة ١٩٨٨-٢٠١٤



المصدر: ICF، الاستقصاء الديمغرافي والصحي، وكالة التنمية الدولية التابعة للولايات المتحدة (٢٠١٨).





### حيثُ ينتهي التحوّل في معدّل الخصوبة

مثلما نوقش أعلاه، لم تتبع توجهات معدّل الخصوبة في عدد من البلدان مسارات التحوّل التقليدية في معدّلات الخصوبة. فبعد التراجع طيلة عقود، شهد معدّل الخصوبة في بعض البلدان إمّا صعوداً أو ارتفاعاً. وفي بعض الحالات، كان التحوّل عن المسار التقليدي يُنسب إلى تأثيرات النزاع أو الصدمات الاقتصادية. وفي حالات أخرى، قد تكون السبل المحدودة في الحصول على نطاقٍ كاملٍ من وسائل تنظيم الأسرة وخدماتها، ولا سيّما في المجتمعات الفقيرة والريفية، مسؤولةً عن معدّل الخصوبة الذي يحتفظ بثباته أو يرتفع.

ولكن لمجرّد أن البلدان في هذه المجموعة لم تتبع المسار التقليدي من خلال التحوّل في الخصوبة لا يعني أنها لم تستكمل تحولاتها في معدّلات الخصوبة. في بعض البلدان، من الممكن ألاّ ينتهي التحوّل في معدّل الخصوبة عند معدّل التعويض - ٢,١ ولادات لكل امرأة - بل عند معدّل أعلى، يتراوح بين ٢,٥ و ٣,٠ ولادات لكل امرأة. فمعدّل التغيّر في الخصوبة في المغرب، الذي يبلغ اليوم نحو ٢,٥، بالكاد قد تغيّر منذ عام ٢٠٠٠.

لمجرّد أن البلدان في هذه المجموعة لم تتبع المسار التقليدي من خلال التحوّل في الخصوبة لا يعني أنها لم تستكمل تحولاتها في معدّلات الخصوبة.

التركيز على مصر

"بعد أن وُلد محمود، ذهبتُ  
مرّة أخرى إلى خدمات تنظيم  
الأسرة."

أم أحمد، ٣٢ عاماً.



## نريد الأفضل لما لدينا من أطفال

© UNFPA/Roger Anis

ويقول محمد، "قررنا بعد ذلك أننا لا نريد مزيداً من الأطفال، وبدأنا باستخدام خدمات تنظيم الأسرة". "فقد أردنا أن نحرض على تلقّي ولدينا تعليماً جيّداً وأن نحافظ على عافيتهما".

ولكن على امتداد الأعوام الخمسة التالية كان والد محمد يضغط على الزوجين لإنجاب مزيد من الأطفال، إلى أن رضخا له في النهاية وأنجبا طفلهما الثالث، محمود. تقول أم أحمد، "بعد أن وُلد محمود، ذهبت مرّة أخرى إلى خدمات تنظيم الأسرة".

يقول محمد، "لديّ ثلاثة أطفال"، "ونريد أن نوَقّر لهم مستقبلاً مناسباً".

محمد، ٣٧ عاماً، وأم أحمد ٣٢ عاماً، تزوجا قبل ١٦ سنة في الأقصر، في مصر، مسقط رأسيهما ومكان نشأتهما. وبعد مضي عام على الزواج أنجبت أم أحمد ابنتهما مريم، ثم أتبعتهما بعد سنتين بابنهما أحمد.



### معظم الأزواج يريدون ثلاثة أطفال

وفقاً للرئيس التنفيذي لمركز بصيرة لبحوث الرأي العام المصري، ماجد عثمان، إن عدد الأطفال الذي يريد المواطن المصري العادي إنجابهُ هو ثلاثة أطفال. لكن المعدل المتوسط هذا يستر وراءه اختلافات ريفية وحضرية في حجم الأسرة المثالي، الذي يتراوح بين أكثر قليلاً من وأدين في الإسكندرية ونحو خمسة أطفال في محافظة مطروح في الركن الشمالي الغربي من البلاد.

وهناك تفاوتات بين عدد الأطفال الذي يرغب الناس في إنجابهم والعدد الفعلي الذي ينجبونه. ففي حين أن متوسط العدد المرغوب فيه في عموم أنحاء البلاد يبلغ ٣,٠ أطفال، فإن العدد الذين ينجبونه هو ٣,٥.

وقد أتاحت وظيفة محمد في قطاع البناء توفير معيشة لأسرته إلى ما قبل السنوات الخمس الماضية حين تضاعف توافد الزوار الأجانب إلى المواقع التاريخية في الأقصر إلى حدّ هزيل، مما أضعف اقتصاد المدينة، وبقي محمد بلا وسيلة لكسب لقمة عيشه. انتقل الزوجان وأصغر أطفالهما إلى القاهرة، وبقي الولدان الأكبر سناً مع أفراد الأسرة ليتمكنوا من متابعة تعليمهما.

واليوم، يعمل محمد حمّالاً في مبنى للشقق في مدينة نصر، وهي أكثر أحياء القاهرة اكتظاظاً بالسكان، ويعيش في قبو في أحد الأحياء المتواضعة. يخصص محمد جزءاً من دخله لرسوم مدرسة ابنه، التي تضم فصولاً دراسية صغيرة ويعمل فيها مدرّسون تلقوا تدريباً جيداً. يقول ابنه إن مادته المفضلة هي الرياضيات ويفكر في أن يصبح طبيباً حين يكبر.

يقول محمد، "ثلاثة أطفال يكفي وزيادة". وتوافقته زوجته قائلة: "نريد الأفضل لما لدينا من أطفال."

© UNFPA/Roger Anis



من شأن تمكين النساء

والإنماء الاقتصادي الشامل

وإتاحة السبل إلى خدمات

تنظيم الأسرة أن تساعد معاً

الأفراد والأزواج على

اتخاذ قراراتهم الخاصة

بشأن حجم أسرهم.





© UNFPA/Roger Anis

## "أنا أساعد النساء على اتخاذ قراراتهن الخاصة بناءً على المعلومات السليمة والدقيقة."

### الدكتورة وفاء بنيامين بسطة

وعموماً، تهدف النساء اللواتي يراجعن عيادتها الخاصة إلى إنجاب طفل واحد أو طفلين كحد أقصى. أما النساء اللاتي يراجعنها في المستشفى التدريسي يقن إنهن يُردن إنجاب خمسة أطفال أو ستة. وتقول، إن هؤلاء النساء يجدن في الأطفال عوناً محتملاً لأبويهم في سنّ الكبر. ويعتقدن أن الأطفال يشكّلون مصدراً لاستقرار الأسرة وثنائها في المستقبل.

#### تصاعد معدّل الولادات

تُظهر إحصاءات الحكومة والأمم المتحدة أن الأسر الأكبر حجماً هي أكثر شيوعاً في المجتمعات الفقيرة الريفية. لكنّ الأسر الكبيرة ترتبط أيضاً بمعدّلات زواج الأطفال الأعلى. في القاهرة، حيث يبلغ العدد الشائع ولدين لكل أسرة، يمثّل زواج الأطفال أقل من ٣ في المائة من جميع الزيجات. أما في محافظة مطروح الريفية، حيث يبلغ العدد الشائع للأطفال أربعة فما فوق لكل أسرة، يمثّل زواج الأطفال نحو ٢١ في المائة من جميع الزيجات.

وفي هذا الصدد تقول جيرمين حدّاد، الممثل المساعد لصندوق الأمم المتحدة للسكان في القاهرة، "يعتمد عدد الأطفال الذي يريد المرء إنجابه على المكان الذي يعيش فيه، وكيف يعيش، وما إذا كان قد توتّرت على ضرورة إنجاب صبي واحد على الأقل". وقد يعتمد عدد الأطفال الذين ينجبهم المرء فعلاً على الضغوط التي تمارسها الأسرة، والتحيّز القائم على نوع الجنس في قوانين الميراث، وفي الدخل. وغالباً ما يعتمد العدد على سُبل الحصول على وسائل منع الحمل الحديثة والمعلومات الدقيقة حول سلامة استخدامها.

#### خيارات مُستتيرة

تتسبب المعلومات غير الدقيقة حول الآثار الجانبية لوسائل منع الحمل في توقّف امرأة من بين كل ثلاث نساء مصريات عن استعمالها خلال العام الأول، ويؤدي ذلك إلى حدوث حالات حمل عارض.

تقول الدكتورة وفاء بنيامين بسطة، اختصاصية التوليد والأمراض النسائية التي تمارس عملها في عيادتها الخاصة وتقدّم خدماتها أيضاً إلى الجمهور في مستشفى المدينة التدريسي، "تحتاج النساء إلى معلومات".

"فبعض النساء لا يعرفن أنّ لديهن الحق في الإدلاء بأرائهن". وأنا أساعد النساء على اتخاذ قراراتهن الخاصة بناءً على المعلومات السليمة والدقيقة."

"معظم النساء اللواتي يُراجعني يخشين الآثار الجانبية. ولكن كثيراً من هذه المخاوف لا تستند إلى حقائق. ولهذا السبب تُعد حبوب منع الحمل غير رانجة الاستخدام في مصر: فالنساء يفترضن خطأ أنّ تناولها يكسبن زيادة في الوزن أو يصيبهن بسرطان الثدي."

ومع أنّ جميع وسائل منع الحمل الحديثة متاحة من خلال عيادتها الخاصة، إلا أن معظم المُراجعات لعيادتها يخترن موانع الحمل الرّحمية، وفقاً للدكتورة بسطة. وهناك عدد متزايد من المُراجعات من الشابات المتزوجات اللواتي يُردن تأخير الحمل حتى يُنهين تعليمهن أو يبدأن بالعمل.

يبلغ معدّل الخصوبة في مصر اليوم ٣,٥، وهو أعلى من أدنى معدّل سجّله البلاد عام ٢٠٠٩ عند ٣,١. يعزو بعض المسؤولين هذه الزيادة إلى ضَعْف برامج تنظيم الأسرة، التي كانت تُموّل بواسطة بلد مانح دولي كبير حتى عام ٢٠٠٦ تقريباً. في ذلك الوقت، بدأ اقتصاد مصر ينمو بسرعة، وارتفع الناتج المحلي الإجمالي السنوي لكل فرد بمقدار الضعف تقريباً من حوالي ١,٤٠٠ دولار عام ٢٠٠٠ إلى ٢,٦٠٠ دولار عام ٢٠١٠. وأدى "التدرّج" الاقتصادي للبلاد إلى الإنهاء التدريجي للتمويل الذي يقدمه البلد المانح.

واليوم، هناك ١٢,٥ في المائة من النساء في مصر لديهن حاجة غير مُلباة لوسائل منع الحمل الحديثة. ويرتفع المعدّل أكثر من ذلك في المناطق الريفية من البلاد.

كما تراجع حجم الحملات الإعلامية لتنظيم الأسرة ونطاقها بعد عام ٢٠٠٦. ففي عام ٢٠٠٥، ذكّر ٨٠ في المائة من المجيبين على الاستقصاء الديمغرافي والصحي أنهم قد سمعوا برسائل عن تنظيم الأسرة أو شاهدها في العام السابق. وأظهر مسحٌ مشابه في عام ٢٠١٤ أنّ ٢٠ في المائة فقط تلقّوا مثل هذه الرسائل.

لا يُطرح التثقيف الجنسي الشامل في المدارس. وبذلك لا يُد من تقديم الرسائل حول التنظيم الأسري، والمعلومات الأساسية حول التناسل، عن طريق مصادر أخرى. ومن خلال برنامج تثقيفي على يد الأقران يدعمه صندوق الأمم المتحدة للسكان، "شبكة تثقيف الشباب على يد الأقران" (Y-Peer)، يتولّى شبابٌ إطلاع شباب آخرين على معلومات حول الأمراض المنقولة جنسياً، والعنف المنزلي، وحقوق الإنسان، والعلاقات والحمل.

يتطوّر محمد حسن، ٢٢ عاماً، في برنامج "شبكة تثقيف الشباب على يد الأقران"، وهو طالب في كلية طب جامعة الأزهر في القاهرة. ويقول إن ٨٠ في المائة من الأشخاص الذين يأتون إلى الورش التثقيفية يسألون عن معلومات أساسية تتعلق ببشرية الجسم.

### عدد السكان على وشك أن يتضاعف

عند معدّلات النمو الحالية، من المنتظر أن يرتفع عدد السكان في مصر البالغ ٩٥ مليون نسمة إلى ١١٩ مليون نسمة بحلول عام ٢٠٣٠، وقد يتضاعف أكثر إلى ٢٠٠ مليون نسمة بحلول عام ٢١٠٠. وفي الاستقصاء الديمغرافي والصحي لعام ٢٠١٤ أجاب نحو ٦ من بين كل ١٠ أشخاص بـ "نعم" عن السؤال حول ما إذا كانت البلاد تواجه "مشكلة سكانية".

وكانت الحكومة قد أطلقت في عام ٢٠١٤ استراتيجية وطنية للسكان والتنمية بهدف إبطاء النمو السكاني من خلال دعم حق الأزواج في تقرير مدى رغبتهم في إنجاب الأطفال ومتى ينجبونهم وعدد مرات الإنجاب.

ووفقاً لحسين سيّد من كلية الاقتصاد والعلوم السياسية في جامعة القاهرة، تتعلّق الاستراتيجية الوطنية، التي ساعد في وضعها، بالحقوق تماماً وبما يشمل الحقوق الإنجابية. من بين أبرز ملامح الاستراتيجية خفض الحاجة غير الملباة إلى تنظيم الأسرة بمقدار النصف بحلول عام ٢٠٣٠، ولا سيّما في المناطق الريفية والأحياء العشوائية الحضرية، حيث الخدمات شحيحة والخيار باستعمال وسائل منع الحمل محدود.

## "نريد تأمين حياة أفضل لولدنا.

وأهم شيء هو أن يحصل على تعليم

مناسب."

رشا

### حياة أفضل لأطفالهم

التقى أحمد ورشا قبل عشر سنوات في مكان العمل، إذ كان هو يعمل في المشتريات واللوجستيات، وهي في إدخال البيانات، وبدأ الاثنان يتواعدان وسرعان ما وجدا أنهما يناسبان أحدهما الآخر ليتزوجا في العام التالي ويُنجبان طفلهما الأول، محمد.

واصل أحمد العمل في وظيفته بينما مكثت رشا في البيت لترعى طفلها. وبعد أربع سنوات رُزقا بمولودها الثاني، وهي ابنتها رغد. وكان الزوجان قد سبق أن قرّرا وهما في فترة الخطوبة أنهما لن يُنجبا سوى طفلين وقالت رشا، "لا نحتاج إلى إنجاب مزيدٍ من الأطفال". "نريد تأمين حياة أفضل لولدينا. وأهم شيء هو أن يحصلوا على تعليم مناسب."

يقول أحمد إنه يريد تربية طفلَيْهما ليعلّماهما حسن الخلق والمبادئ، وأن يحظيا بتعليم جيّد. "أريد لهما أن يحصلوا على ما يحتاجان إليه في حياتهما ليتمكننا من اتخاذ قرارات مناسبة بشأن مستقبلهما.

وتتناول الاستراتيجية أيضاً محور الأمية بين الفتيات، لفتح أبواب الفرص أمامهن للالتحاق باليد العاملة المدفوعة الأجر. وتشمل التدابير توفير مساعدات نقدية للأسر الفقيرة بشرط إبقاء بناتهن في المدارس. وفي الوقت ذاته، جعلت الحكومة التعليم إلزامياً حتى سن ١٨.

وقد صُممت إجراءات أخرى لتعزيز النمو الاقتصادي وخلق الوظائف وسبل العيش للمواطنين الفقراء.

من شأن تمكين النساء والإنماء الاقتصادي الشامل وإتاحة السبل إلى خدمات تنظيم الأسرة أن تساعد معاً الأفراد والأزواج على اتخاذ قراراتهم الخاصة بشأن حجم أسرهم.





# دروبٌ كثيرةٌ لوجهةٍ واحدة

الفصل ٤

في ٣٣ بلداً انخفضت معدلات الخصوبة في الآونة الأخيرة فقط إلى ما بين ١,٧ و ٢,٥ ولادة لكل امرأة. وتتألف هذه المجموعة من الدول العربية وبلدان من أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي إلى جانب بضعة بلدان في آسيا. وتشمل الهند، التي يزيد تعداد سكانها عن ١,٣ مليار نسمة، وقطر التي لا يتجاوز تعداد سكانها ٢,٦ مليون نسمة.





© Paul Smith/Panos Pictures

### اتجاهات الخصوبة

من بين ٣٣ بلداً يُغطيها هذا الفصل، كان معدّل الخصوبة في ثلث هذه البلدان تقريباً مرتفعاً جداً في ثمانينات القرن العشرين، لكنه انخفض سريعاً إلى معدّلاته الحالية، عند معدّل التعويض أو نحوه. وهذه البلدان هي بنغلادش والسلفادور وإيران والمكسيك ونيبال ونيكاراغوا وبيرو وعدة دول خليجية.

وتشمل بلداناً مرتفعة الدخل مثل البحرين، وبلداناً منخفضة الدخل مثل نيبال، وبلداناً متوسطة الدخل (الشكل ١٨). وليست هذه المجموعة متنوّعة جغرافياً واقتصادياً فحسب، بل وتنوّع كذلك في المسارات التي تتخذها في معدّلات الخصوبة، وفي التحديات التي يواجهها الأفراد والأزواج في ممارسة حقهم في تقرير مدى رغبتهم في إنجاب الأطفال ومتى ينجبونهم وعدد مرّات إنجابهم.

## معدل الخصوبة

بين ١,٧ و ٢,٥ ولادة لكل امرأة



لا تطري الحدود والتسميات الواردة في هذه الخريطة على تليد الأمم المتحدة أو قولها الرسمي. يمثل الخط المنقط شكل تقريبي خط المراقبة المنق على بين الهند وباكستان في جمو وكشمير. علما بأن الأطراف المعنية لم تتفق على الوضع النهائي لجمو وكشمير.

وأوروغواي لأنّ معدّل الخصوبة فيهما كان أقل من أي بلد آخر قبل ستينيات القرن العشرين.

وتُعد بنغلادش والسلفادور ونيبال والهند وميانمار ونيكاراغوا غير عادية أيضاً لأنّ معدّلات الخصوبة فيها اليوم قريبة من معدّل التعويض، برغم أنّها تحظى بمعدّل دخل لكل فرد أدنى مما هو عليه في البلدان التي يبلغ معدّل الخصوبة فيها معدّل التعويض. وفي معظم الأنحاء الأخرى من العالم، يتحقّق مثل هذا المعدّل من الخصوبة فقط عند مستويات الدخل الأعلى. لكنّ تلك البلدان وغيرها قد حققت مكاسب في التنمية البشرية انعكست على التحسّن

وفي البلدان الأخرى، بدأ التحوّل في معدّلات الخصوبة في وقتٍ أبكر عموماً، في ستينيات القرن العشرين، وبعدها واصلت الخصوبة انخفاضها تدريجياً إلى أن وصلت إلى المعدّلات التي هي عليها اليوم. وتشمل هذه المجموعة بلدان أمريكا اللاتينية مثل البرازيل وشيلي، وبلداناً آسيوية مثل سري لانكا وماليزيا، وبلداناً في منطقة البحر المتوسط مثل تركيا ولبنان.

وتختلف الهند وميانمار عن سائر بلدان المجموعة، إذ شهدت تراجعاً بطيئاً ولكن ثابتاً في معدّل الخصوبة الذي بدأ بعد ستينيات القرن العشرين. وتختلف الأرجنتين





© Joshua Cogan/PAHO

تتباين الخصوبة تبعاً لمكان الإقامة  
(المدينة أو الريف)، وتبعاً لمستويات الدخل  
والتعليم، ولا سيما بالنسبة إلى الإناث.

في الصحة وتزايد الإقبال على التعليم والتراجع في  
وفيات الأطفال.

#### التحوّلات في الدول العربية وآسيا وما وراءها

تراجع معدّل الخصوبة سريعاً في تسعينات القرن  
العشرين في إيران وليبيا ونيبال والإمارات  
العربية المتحدة. وكان معدّل الخصوبة قد تراجع  
في وقتٍ أبكر حتى في بنغلادش واندونيسيا  
والكويت ولبنان وسري لانكا وتونس.

تستحق الهند ذكراً خاصاً: فمع أن متوسط الخصوبة الإجمالية لكامل البلد يبلغ ٢,٣ ولادات لكل امرأة، فإن المتوسط يبلغ ٣,٠ في ولايات أوتار براديش، وبيهار، وماديا براديش، وهو دون معدل التعويض في مهاراشترا وغرب البنغال، وفي ولايات أقصى الجنوب الأربع. وتمثل الولايات الهندية التي يبلغ فيها معدل الخصوبة ما هو أقل من معدل التعويض ٥٠ في المائة من سكان البلاد (جيمس، ٢٠١١). وهناك مقاطعات كثيرة في الهند يقل فيها معدل الخصوبة عن معدل التعويض، بينما يبلغ معدل الخصوبة في نصف المقاطعات ٣,٠ ولادات لكل امرأة (موهانتى وآخرون، ٢٠١٦). وانخفض معدل الخصوبة في الهند إلى ما دون معدل التعويض عام ٢٠٠٧.

وشهدت بنغلادش والهند وإندونيسيا وإيران وتركيا جميعها تراجعاً كبيراً في معدل وفيات الرضع والأطفال، ويعود ذلك جزئياً إلى اتساع رقعة نظم الرعاية الصحية، والإيمان الاقتصادي، وانخفاض الفقر، وزيادة التحاق الإناث في التعليم الأساسي والثانوي (خودا وآخرون، ٢٠٠١؛ عباس شافازي وآخرون، ٢٠٠٩؛ جيمس، ٢٠١١؛ هل، ٢٠١٢، ٢٠١٦؛ جونز، ٢٠١٥؛ غيلموتو، ٢٠١٦؛ يوسي شاهين وآخرون، ٢٠١٦). وأدى انخفاض معدل وفيات الرضع والأطفال إلى زوال أحد الدوافع الرئيسية لتكوين أسر كبيرة الحجم في تلك البلدان. وكانت لدى تلك البلدان برامج تنظيم أسرة قوية ساهمت في تحقيق معدلات خصوبة أقل (هل وهل، ١٩٩٧؛ أكين، ٢٠٠٧؛ عباسي-شافازي وآخرون، ٢٠٠٩؛ هايز، ٢٠١٢؛ جونز، ٢٠١٥؛ خودا وبركات، ٢٠١٥).





لا تترابط معدّلات الخصوبة المتنوعة في الهند ترابطاً واضحاً مع مستويات الدخل، وعلى الأرجح أن تكون متأثرة بمجموعة كبيرة من العوامل. وعلى سبيل المثال، شهدت ولايتا كيرالا وتاميل نادو تراجعاً كبيراً في معدّل الخصوبة، برغم أنّ النمو الاقتصادي كان محدوداً. وبصورة نسبية فإنّ في هاتين الولايتين مستوى أقل من عدم المساواة الاقتصادية والجنسانية، كما أنهما قد شهدتا تنمية اجتماعية سريعة (فيساريا، ٢٠٠٩؛ باندي وآخرون، ٢٠١٢). وشهدت سري لانكا المُجاورة تراجعاً في معدّل الخصوبة برغم وجود نمو اقتصادي أبطأ وثيرةً (جاياسوريا، ٢٠١٤).

يختلف معدّل الخصوبة التي تناولها هذا الفصل باختلاف محلّ الإقامة (المدينة أو الرّيف)، والدخل، ومستوى التعليم، ولا سيّما فيما يتعلّق بالإناث. ويُعدّ معدّل الخصوبة أعلى عموماً بين النساء الحاصلات على مستوى أقل من التعليم مقارنةً بمن أتمنّ تعليمهنّ الثانوي على الأقل (الشكل ١٩). وفي البلدان التي يقلّ فيها وجود ارتباط بين معدّل خصوبة أقل ومعدّل تعليم أكثر، كانت برامج تنظيم الأسرة الطوعية قائمة لسنوات عدّة وقد غطت شريحة واسعة من السكان. وفي بعض هذه البلدان، يُعدّ معدّل الخصوبة أدنى بسبب اللجوء إلى الإجهاض.

الشكل ١٩

فوارق الخصوبة، حسب مستوى التعليم، بين النساء من الفئة العمرية ٣٠-٣٤، في بلدان مختارة يقترب فيها معدّل الخصوبة من معدّل التعويض وفقاً لأحدث البيانات المُتاحة (تعليم ثانوي أعلى = ١,٠٠)

البلد	بدون تعليم	تعليم أساسي غير مكتمل	تعليم أساسي مكتمل	تعليم ثانوي أدنى	تعليم ثانوي أعلى	ما بعد الثانوي
البحرين	٣.٠٨	١.٧٠	١.٥٣	٠.٨٦	١.٠٠	١.٠٩
بنغلادش	١.٤١	١.٣٩	١.٢٦	١.١٥	١.٠٠	١.٠٥
الهند	٢.١٨	١.٥٠	١.٥٤	١.٣٧	١.٠٠	١.٢٥
إندونيسيا	١.٠٦	١.١٥	١.١٨	١.١٢	١.٠٠	١.١٤
إيران	١.٨٠	١.٨٠	١.٨٠	١.٢٤	١.٠٠	٠.٨٣
الكويت	١.٥٧	١.٥٧	١.٥٧	١.١٨	١.٠٠	٠.٨٩
لبنان	١.٥٧	١.٥٧	١.٥٧	١.١٨	١.٠٠	٠.٨٩
ليبيا	٢.١٢	١.٦٩	١.٤٥	١.٢٦	١.٠٠	١.٠٣
ماليزيا	١.٢٦	١.٢٤	١.٢٠	١.٠٣	١.٠٠	٠.٨٢
ميانمار	٢.٠٦	١.٩٤	١.٦١	١.٢٨	١.٠٠	٠.٧٢
نيبال	٢.٠٦	١.٧٤	١.٣٩	٠.٩٩	١.٠٠	٠.٩٦
قطر	١.٤٣	١.٤٣	١.٤٣	١.١٨	١.٠٠	٠.٩٠
سري لانكا	١.٦٦	١.٣٩	١.٢٨	١.١١	١.٠٠	٠.٩٥
تونس	١.٥٧	١.٥٧	١.٥٧	١.١٨	١.٠٠	٠.٨٩
تركيا	٢.٥٥	١.٧٠	١.٥٠	١.٠٢	١.٠٠	٠.٧٦
الإمارات العربية المتحدة	١.٥٧	١.٥٧	١.٥٧	١.١٨	١.٠٠	٠.٨١
أوزبكستان	١.١١	١.١١	١.١١	١.٠٩	١.٠٠	٠.٨١

المصدر: لوتز وآخرون، (٢٠١٤)





## ويُعدّ معدّل الخصوبة أعلى عموماً بين النساء الحاصلات على مستوى أقل من التعليم مقارنةً بمن أتممن تعليمهنّ الثانوي.

في بنغلادش والهند واندونيسيا وإيران، يُعزى التحوّل إلى الأسر الأصغر حجماً أيضاً إلى وجود دعم أكبر للحقوق الإنجابية. ففي إيران على سبيل المثال، سمح توسّع خدمات الصحة الإنجابية إلى المناطق الريفية، إلى جانب زيادة الخيارات المتاحة في وسائل منع الحمل، بتمكين مزيد من الناس من اتخاذ قراراتهم بأنفسهم حول عدد حالات الحمل ومواعيدها. وفي بنغلادش، لعبت المنظمات غير الحكومية دوراً هاماً في تحسين الصحة الإنجابية، وفي التأكد من حيازة النساء للقدرة والوسيلة لتقرير مدى رغبتهن في الحمل وموعده وعدد مرّاته. وفي إندونيسيا في أواخر تسعينات القرن العشرين، وسّعت خدمات تنظيم الأسرة القائمة على المجتمعات المحلية انتشار البرنامج الوطني لتنظيم الأسرة (هل وهل، ١٩٩٧). مع أنّ كثيراً من هذه البلدان لديها برامج وطنية قوية لتنظيم الأسرة، يواجه كثيرٌ من الأفراد والأزواج عقبات في الحصول على الخدمات. ومن بين هذه العقبات النطاق المحدود من وسائل منع الحمل.

التركيز على إيران

"كنا نعرف في قرارة أنفسنا أننا نريد أن نتجب طفلاً."

سارة، ٣٥ عاماً.

### الخصوبة ودور الزواج

في بلدان جنوب آسيا وبعض الدول العربية وبعض البلدان الأخرى المكتظة بالسكان مثل إندونيسيا وإيران وتركيا، للزواج وموعده تأثير ملحوظ على حجم الأسرة، بما أنّ الحمل خارج رباط الزواج في هذه البلدان نادر الحدوث. وسرعان ما يبدأ الحمل في هذه البلدان بعد الزواج بوقت قصير في العادة. ومع أنّ متوسط السنّ عند الزواج قد ارتفع في هذه البلدان، إلا أنّ زواج الأطفال يظلّ شائعاً، وخصوصاً في بنغلادش والهند وإندونيسيا ونيبال (الشكل ٢٠).



## التغلب على العقبات الاقتصادية من أجل إنشاء أسرة

© UNFPA/Reza Sayah

لكن الزوجين لم يتخلوا أبداً عن حلم إنجاب طفل  
وقررا ألا ينتظرا حتى تتحسن الأمور.

وتقول سارة: "كنا نعرف في قرارة أنفسنا أننا نريد أن ننجب طفلاً.  
ولم تغادر هذه الفكرة رأسينا قط". "وقررنا أننا إذا أردنا ذلك، فإننا  
نستطيع تحقيقه".

تقول سارة غورباني إن ابنها هو أكبر بهجة في حياتها. لكنها تتذكر  
الفترة عندما كانت الأمومة لا تزال حلماً بعيد المنال.

وبعد مرور عامين على زواجها، فقد فؤاد، زوج سارا وظيفته عندما  
بدأ الاقتصاد الإيراني يعاني من ركود وتضخم وبطالة شديدة.

"في البداية، كنت أعارض إنجاب طفل"، قالت خبيرة التجميل  
البالغة من العمر ٣٥ عاماً، التي تعيش مع زوجها في شقة  
مؤلفة من غرفتي نوم خارج العاصمة طهران. "ظللت  
أقول، إن الأمر صعب. فلم نكن متأكدين إن كان باستطاعتنا  
تقديم الرعاية لطفلنا أو أن نوفر له التربية المناسبة".



وتشعر سارة وفؤاد بالسعادة للقرار الذي اتخذاه لإنجاب طفل واحد. لكن الحكومة ترغب في أن تنجب سارة وفؤاد عدداً أكبر من الأطفال، لأن الأزواج الإيرانيين، على مدى العقود الثلاثة الماضية، بدأوا ينجبون عدداً أقل من الأطفال، ويقول المحللون إن هذا الاتجاه يهدد اقتصاد البلاد.

ويقول الدكتور علي رضا ماراندي، أستاذ طب الأطفال ووزير الصحة السابق في إيران: "إن ذلك يثير قلقنا الشديد، فقد يؤدي انخفاض معدلات الخصوبة إلى إلحاق أضرار بالغة بمستقبل البلد".

منذ خمس سنوات، أصبحت سارة وفؤاد أبوين فخورين لطفل أسماه كارين. ويقول الزوجان إن تربية طفل كانت تشكل أكبر تحد في حياتهما، لكنهما كانا في غاية السعادة.

وتقول سارة: "بالتأكيد كان الأمر صعباً، لكنه أصبح شيئاً معتاداً"، وأضافت، "كما لو أن الله يمنحنا الطاقة والقدرة على التحمل".

"أجد متعة كبيرة عندما أنظر إلى كارين وكيف ينمو" قال فؤاد، "كنت أريد أن أنجب طفلاً قبل أن يتقدم بي العمر. لهذا لم أندم أبداً على إنجابنا له".

© UNFPA/Reza Sayah





## الأزواج الإيرانيين، على مدى

### العقود الثلاثة الماضية،

### بدأوا ينجبون عدداً

### أقل من الأطفال، ويقول

### المحللون إن هذا الاتجاه

### يهدد اقتصاد البلاد.

وخلال ثمانينات القرن العشرين، واجهت إيران مشكلة مختلفة تماماً. ويقول الخبراء في مجال السكان إن الأزواج كانوا ينجبون عدداً كبيراً من الأطفال

وقاد ماراندي حملة ناجحة للحد من معدل الخصوبة المتنامي في إيران، الذي بلغ نحو سبعة مواليد لكل امرأة - وهو أعلى مستوى سُجّل في البلد. وفي إطار حملة لتنظيم الأسرة مولتها الحكومة، انخفض متوسط حجم الأسرة من حوالي سبعة أطفال إلى أقل من طفلين في عام ٢٠٠٣.

ويبلغ حالياً معدل الخصوبة الإجمالي في إيران ٢,٠١ ولادة لكل امرأة، أي أقل بقليل من ٢,٠١، وهو المستوى الذي يعتبر ضرورياً للمحافظة على حجم سكان مستقر.

ويقول ماراندي إن النمو الاقتصادي في المستقبل يعتمد على الأزواج الذين ينجبون عدداً أكبر من الأطفال - وإلا فقد لا يتوفر عدد كافٍ من العمال الشباب ينضمون إلى القوى العاملة أو يساهمون في البرامج والخدمات المقدمة إلى المسنين.

ويضيف ماراندي قائلاً: "إن الذين ينتجون في الاقتصاد هم الشباب. فإذا استمر عدد الشباب في التناقص واستمر كبار السن في الازدياد، فقد نصل إلى نقطة، خلال بضعة سنوات، نصبح فيها غير قادرين على توفير الطعام للمسنين ورعايتهم".

وفي عام ٢٠١٤، أطلقت الحكومة حملة دعائية تحث الأزواج الشباب على إنجاب مزيد من الأطفال وعُلقت لوحات إعلانات في الشوارع في جميع أنحاء طهران تقول: "عدد أكبر من الأطفال، حياة أكثر سعادة". ودعا المرشد الأعلى في إيران الإيرانيين إلى إنجاب "أربعة أو خمسة أطفال" للمساهمة في تنمية البلد.

ومنذ بدء الحملة، ارتفع معدل الخصوبة الإجمالي في إيران ارتفاعاً طفيفاً، لكن المحللين والمسؤولين الحكوميين يقولون إنهم لا يزالون يواجهون تحديات.

ويوجد عدد كبير من الشابات الإيرانيات خطط زواجهن من أجل أن يتعلمن. ويقول عدد متزايد من الرجال إنهم لا يستطيعون تحمل تكاليف الزواج وإنهم ينتظرون حتى يتحسن الاقتصاد.

ويفضل العديد من الإيرانيين المتزوجين متابعة أعمالهم بدلاً من إنجاب الأطفال.

وتوجد لدى سارة وفواد وظيفة دائمة لإعالة ابنهما، ولا يزالان يشعران بالقلق بشأن مستقبل الاقتصاد الإيراني، لكنهما يقولان إنهما دليل على أنه، حتى عندما لا تكون الظروف مثالية، يمكنك أن تتزوج وتنجب أولاداً وتعيش حياة سعيدة.

وتقول سارة: "أظن أنك عندما تريد شيئاً، فإنك تستطيع أن تحققه. المهم هو أنك تريده".

"إن حقيقة أن يكون لدينا طفل أنجبته، أمر رائع. إنه يزيل عني هموم اليوم كله".

ويُعد زواج الأطفال انتهاكاً للحقوق بموجب اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، التي صادقت عليها هذه البلدان الأربعة.

في جميع هذه البلدان، تُساهم حالات الحمل العارض في معدلات الخصوبة الأعلى. فلو قُضي على معدلات الخصوبة غير المرغوبة من خلال بعض الوسائل، مثل زيادة سُبل الحصول على وسائل منع الحمل، فإنَّ متوسط معدلات الخصوبة سينخفض بمقدار يزيد عن نصف طفل لكل امرأة (الشكل ٢١).

في بنغلادش، تراجع كلُّ من معدّل الخصوبة المرغوبة وغير المطلوبة بثبات منذ منتصف تسعينات القرن العشرين. ويعكس ذلك رغبةً شاملةً في إنجاب عدد أقل من الأطفال، وأثرُ السياسات والخدمات في تمكين الأفراد والأزواج من اتخاذ قراراتهم الخاصة بشأن حجم أسرهم. كما انخفض معدّل الخصوبة المرغوبة وغير المطلوبة في نيبال.

في الهند، انخفض معدّل الخصوبة غير المرغوبة بين عامي ٢٠٠٥ و٢٠١٥ انخفاضاً حاداً من ٠,٨ إلى ٠,٤ أطفال، مما يعكس توجّهاً بامتلاك الأزواج الوسيلة لمنع الحمل، وإنجاب العدد الذي يفضّلونه من الأطفال. في إندونيسيا بين عامي ١٩٨٧ و٢٠١٥، تراجع معدّل الخصوبة المرغوبة وغير المطلوبة بصورة طفيفة، مما يشير إلى أنّ حجم الأسرة المرغوب فيه في تلك البلاد بالكاد قد تغيّر وأنّ برامج تنظيم الأسرة تُمكن الأزواج من إنجاب العدد الذين يريدونه من الأطفال.

الشكل ٢٠  
متوسط السنّ عند الزواج، ونسبة من سبق لهم الزواج من الفئات العمرية ١٥-١٩ و ٣٠-٣٤، في بلدان مُختارة

البلد	متوسط أعمار الإناث عند الزواج	السنة	النسبة المئوية المئوية للإناث المتزوجات أو سبق لهن الزواج	
			الأعمار ١٥-١٩	الأعمار ٣٠-٣٤
بنغلادش	١٩.٢	٢٠١٢	٣٥.٥	٩٩.٢
الهند	٢٠.٧	٢٠١١	٢١.٥	٩٧.٣
إندونيسيا	٢١.٨	٢٠١٢	١٣.٣	٩٥.٥
إيران	٢٣.٥	٢٠١١	٢١.٤	٨٤.٥
الكويت	٢٧.٥	٢٠٠٥	٥.٠	٦٧.٣
ماليزيا	٢٥.٧	٢٠١٠	٤.١	٨٢.١
ميانمار	٢٣.٦	٢٠١٤	١٣.٠	٧٩.٢
نيبال	٢٠.٧	٢٠١٤	٢٤.٥	٩٧.١
سري لانكا	٢٣.٦	٢٠٠٦	٩.٢	٨٩.٢
تونس	٢٨.٥	٢٠١٢	١.٣	٦٦.٣
تركيا	٢٤.٢	٢٠١٣	٦.٧	٨٨.٠
الإمارات العربية المتحدة	٢٥.٣	٢٠٠٥	٦.٨	٨٥.٣
أوزبكستان	٢٢.٤	٢٠٠٢	٥.١	٩٨.٢

المصدر: الأمم المتحدة (٢٠١٧)

معدّل الخصوبة المطلوبة وغير المطلوبة في بلدان مُختارة تقترب معدلات الخصوبة فيها من معدّل التعويض

الشكل ٢١

السنة*	خصوبة غير مرغوبة	خصوبة مرغوبة	إجمالي الخصوبة	البلد
٢٠٠٦	٠.٢	١.٨	٢.٠	أذربيجان
٢٠١٤	٠.٦	١.٧	٢.٣	بنغلادش
١٦/٢٠١٥	٠.٤	١.٨	٢.٢	الهند
٢٠١٢	٠.٤	٢.٢	٢.٦	إندونيسيا
٢٠١٦	٠.٣	٢.٠	٢.٣	ميانمار
٢٠١٦	٠.٦	١.٧	٢.٣	نيبال
٢٠٠٣	٠.٦	١.٦	٢.٢	تركيا

\*وفقاً لأحدث استقصاء ديمغرافي وصحي





## التحوّل في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي

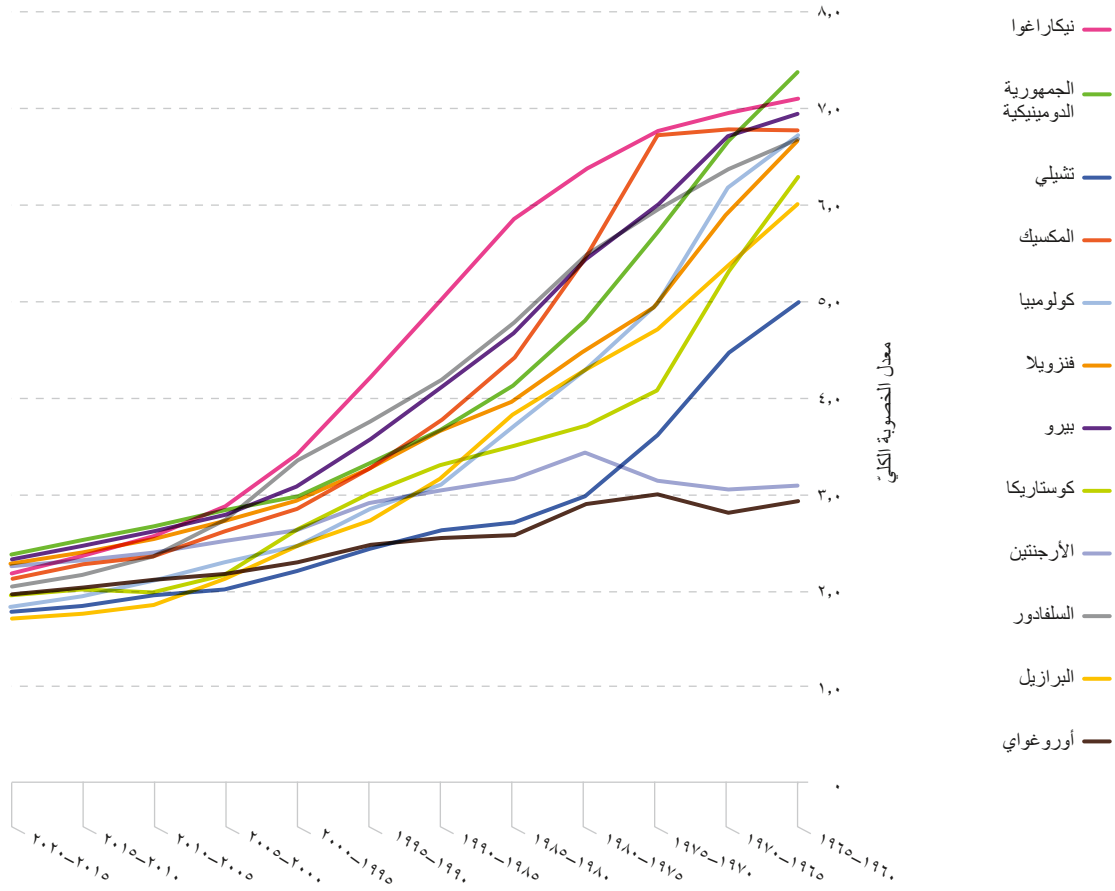
شهدت أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي تغيّرات ديمغرافية هائلة منذ خمسينات القرن العشرين. ويُعدّ التحوّل الديمغرافي في معظم بلدان المنطقة متقدماً، مع انخفاض معدّل وفيات الرّضع وارتفاع مستويات معدّل التعويض، التي أمكن بلوغها على امتداد ٤٠ عاماً أو أقل. وقبل ذلك، كان معدّل الخصوبة في بعض البلدان ستة أطفال لكل امرأة. ولذلك، لدى كثيرٍ من النساء اليوم، ممّن هنّ أكبر سناً، تاريخٌ إنجابي يختلف اختلافاً شاسعاً عن التاريخ الإنجابي لبناتهنّ، ممّن دخلن في سنواتهنّ الإنجابية. هناك اثنا عشر بلداً في أمريكا اللاتينية، تمثّل ٨٥ في المائة من سكّان المنطقة، لديها معدّلات خصوبة تتراوح بين ١,٨ و٢,٥ ولادة لكل امرأة.

وتتشاطر هذه البلدان عوامل مشتركة تشمل تاريخاً من استعمارها ولغاتها ودينها وأنظمتها السياسية وتعتمد اقتصاداتها إلى حد كبير على صادرات المنتجات الزراعية والمعادن والوقود الأحفوري. ولا تزال أغلبية هذه البلدان تكافح من أجل توفير خدمات التعليم والصحة ذات الجودة، وتشمل خدمات الصحة الإنجابية لجميع شرائح مجموعاتها السكانية.

وتتميّز هذه البلدان بتطورها الحضري الكبير، ويعيش أربعة أفراد من بين كل خمسة في المُدن. يبلغ متوسط العمر المتوقع عند الولادة ٧٥,٢ عاماً، ويبلغ معدّل وفيات الرّضع الإجمالي ١٦,٦ لكل ١٠٠٠ مولود حيّ. وهناك حصة متزايدة من السكان تزيد أعمارهم عن ٦٠ عاماً. إنّ هذه البلدان متنوّعة إثنيّاً: فهناك مجموعات كبيرة من السكان الأصليين في بعض منها، بينما يوجد في البعض الآخر مجموعات متحدّرة من أصل أفريقي. ومع أنّ مسارات التحوّل في معدّلات الخصوبة في هذه البلدان كان متشابهاً، إلا أنها اختلفت في المستوى الأولي



مجموع معدّلات الخصوبة الفعلية والمتوقّعة في ١٢ بلداً من بلُدان أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي،  
للفترة ١٩٦٠-٢٠٢٠



المصدر: الأمم المتحدة (٢٠١٧)

معدّل الخصوبة نحو ولادة واحدة بين النساء اللاتي أكملن تعليمهنّ الثانوي على الأقل، وثلاثة أطفال بين النساء الأقلّ تعليمًا. ويوجد معامل ارتباط مماثل بين الحصول على التعليم وإنجاب عدد أقلّ من الأطفال في أماكن أخرى من أمريكا اللاتينية، وكثير من الأشخاص المتعلمين يختارون عدم إنجاب أطفال (روزبروبكسي وآخرون، ٢٠٠٩).

في البلدان الأمريكية اللاتينية والكاريبية الاثني عشر التي غطّاها هذا الفصل، بلغت معدّلات الخصوبة بين المراهقات من الفئة العمرية ١٥-١٩ والشابات من الفئة العمرية ٢٠-٢٤ مقداراً أعلى من المعدّلات لدى هاتين الفئتين في أنحاء أخرى من العالم، التي تحظى بمعدّلات خصوبة إجمالية مشابهة (الشكل ٢٤).

وتوقّيت التحوّل وسرعة وتيرته (الشكل ٢٢). وعلى سبيل المثال، كان لدى الأرجنتين وأوروغواي معدّل خصوبة منخفض نسبياً في ستينيات القرن العشرين، وحافظتا في الأغلب على ذلك المعدّل حتى ثمانينات القرن العشرين. ومزّت بلُدان أخرى، مثل البرازيل وكولومبيا وكوستاريكا والجمهورية الدومينيكية وفنزويلا، بالتحوّل بسرعة في ستينات القرن العشرين، لكنها قد شهدت منذ ذلك الحين انخفاضاً أبطأ وتيرةً في معدّل الخصوبة. وشهدت بلُدان أخرى، مثل السلفادور والمكسيك ونيكاراغوا وبيرو، تراجعاً طفيفاً في معدّل الخصوبة في ستينات القرن العشرين، لكنه تحوّل إلى تراجع سريع بعد عقدين لاحقين.

تختلف معدّلات الخصوبة حسب محلّ الإقامة والتعليم المكتسب (الشكل ٢٣). في البرازيل على سبيل المثال، يبلغ

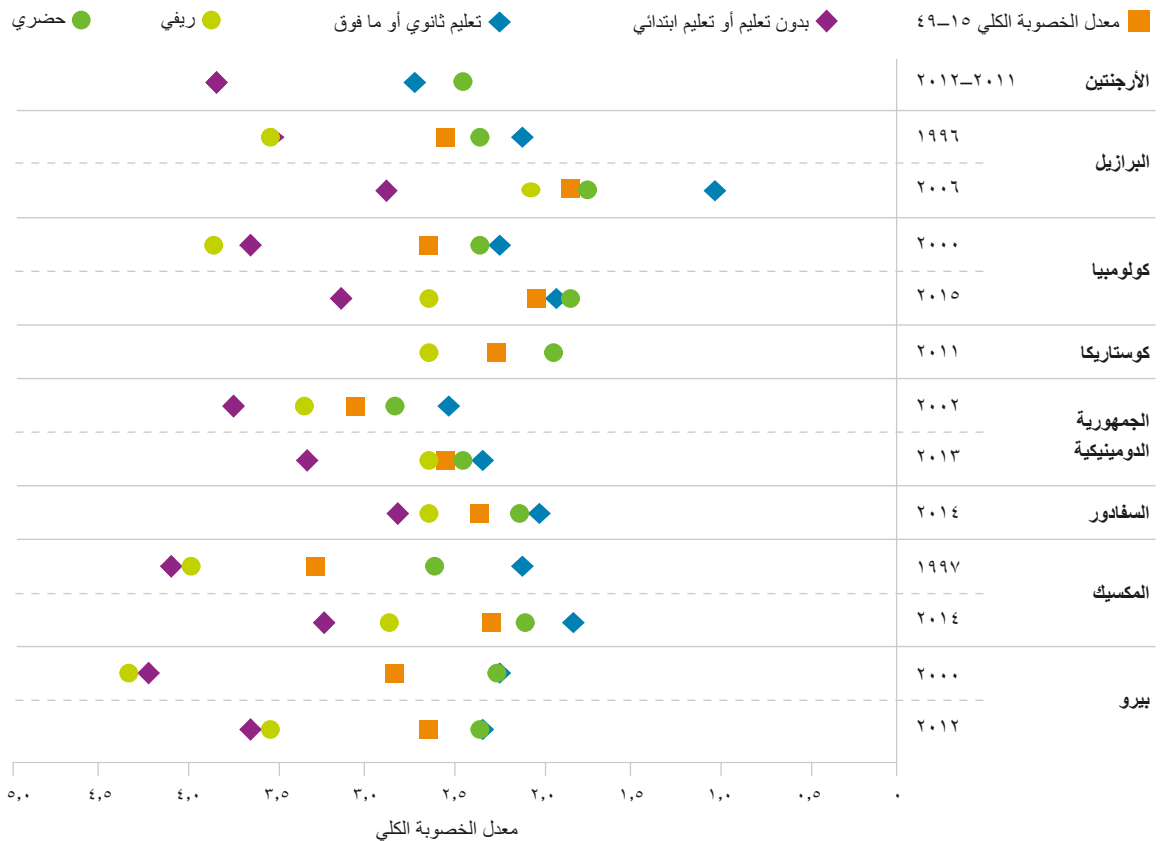
وكذلك، فإنَّ معدّل خصوبة المراهقات مقارنةً بإجمالي معدّل الخصوبة هو أعلى في بُلدان أمريكا اللاتينية مما هو عليه في غيرها من البُلدان (رودريغز وكافينغي، ٢٠١٤). يبدأ الحمل في هذه البُلدان في وقت قصير بعد أول علاقة جنسية، وغالباً ما تحدث حالات الاقتران الأولى في وقت قريب من الحمل أو بعده - وغالباً ما يكون هذا الحمل عارضاً. ونظراً لأنَّ كثيراً من النساء يُنجبن أول أطفالهنَّ في فترة مبكرة من حياتهن، ولأنَّ معظم النساء يفضلن الأسر الصغيرة، فهناك نمط تناسلي شائع يعمد إلى إنهاء الحمل في فترة أسرع من عُمر المرأة. ولكن تطبيق هذا الأمر تطبيقاً ناجحاً يتطلّب عدم الإخفاق في استعمال وسائل منع الحمل



© UNFPA/NOOR/Sanne De Wilde

معدلات الخصوبة الكلية، الحضريّة والريفيّة، حسب مستوى التعليم في بُلدان مختارة من أمريكا اللاتينية

الشكل ٢٣



المصدر: الاستقصاء الديمغرافي والصحي، وكالة التنمية الدولية التابعة للولايات المتحدة (٢٠١٨)، باستثناء البرازيل ٢٠٠٦ (الاستقصاء الوطني الديمغرافي والصحي)



لفترة طويلة. وتدفع حالات الحمل المُبكر بكثير من الفتيات الفقيرات إلى الاستغناء عن التعليم العالي وقد يستبعدهن ذلك من الوظائف الأفضل أجراً، مما يُديم عليهن فقرهن أو يُفاقمه.

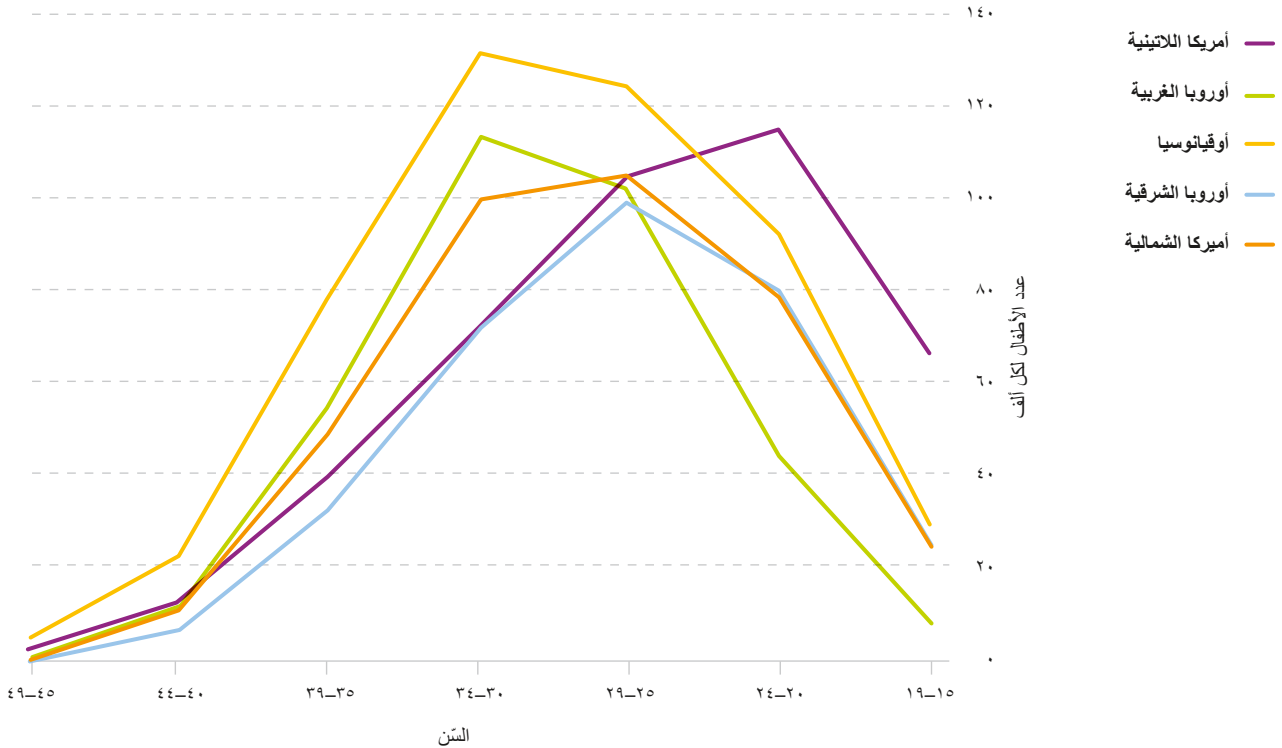
### الرغبة في أسر أصغر حجماً

في ستينات القرن العشرين لم تشهد الحكومات عموماً جانباً سلبياً في ارتفاع معدلات الخصوبة وفي النمو السكاني الذي كان سيترتب عنه. وكانت بعض الحكومات تنظر إلى النمو السكاني بوصفه طريقةً لاحتلال مناطق وإيمانها. وانعكس هذا النهج في شعارات مثل "جلب رجال بلا أرض إلى أرض بلا رجال" (أليس ومارتين، ٢٠١٧). مع أن بعض الحكومات كانت تريد من الأزواج إنجاب عددٍ أكبر من الأطفال، كان الأفراد يفضلون إنجاب عدد أقل عموماً. وفي ستينات القرن العشرين،

حين كان معدل الخصوبة في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي ككل يبلغ نحو ست ولادات لكل امرأة، كانت هناك بالفعل رغبةً في تأسيس أسر أصغر حجماً (المركز الديمغرافي لأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي ومركز دراسات الأسرة والمجتمع، ١٩٧٢؛ سيمونز وآخرون ١٩٧٩؛ رودريغز وآخرون، ٢٠١٧). في العقد السابع من القرن العشرين، أظهرت دراسات من بعض بلدان أمريكا اللاتينية أن معدلات الخصوبة المرصودة بلغت نحو خمس ولادات لكل امرأة، بينما بلغ معدل الخصوبة المرغوب فيه نحو أربع ولادات لكل امرأة (الأمم المتحدة، ١٩٨٧). وفي بلدان أخرى، أرادت كثيرٌ من النساء الكف عن إنجاب الأطفال بعد أن وضعن طفلهن الثاني أو الثالث (اللجنة الاقتصادية لأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، ١٩٩٢). وتُظهر البحوث أن النساء في حالات كثيرة، وبصورة رئيسية

معدلات الخصوبة وفقاً للسن، في مناطق مختارة، للفترة ٢٠١٥-٢٠١٠

الشكل ٢٤



المصدر: الأمم المتحدة (٢٠١٧)

في المناطق الريفية، كُنَّ يُنجبن أكثر مما يُردن من أطفال (الشكل ٢٥). وفضلت النساء الفقيرات والنساء في الأماكن الريفية أو من مجتمعات السكان الأصليين تأسيس أسر أصغر حجماً أيضاً ولكنهن افتقرن إلى المعلومات والقدرة والوسيلة لمنع الحمل أو تأخيرها (ميرو وبوتر، ١٩٨٠؛ ويلتي تشينز، ٢٠٠٦؛ رودريغ-فينيولي وكافيناغي، ٢٠١٧).

تُظهر بيانات حديثة أكثر أن نحو ٥٠ في المائة من الولادات في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي كانت مطلوبة في وقت حدوثها، إلا أن الولادات الأخرى كانت مطلوبة لاحقاً وبعضها كان غير مطلوب على الإطلاق. ويعني ذلك أن هناك حصة كبيرة من حالات الحمل العارض وغير المقصود (الشكل ٢٦)، وأن كثيراً من الأفراد والأزواج غير قادرين على ممارسة حقهم في تقرير عدد حالات الحمل ومواعيده بحرية.

الشكل ٢٥  
معدلات الخصوبة المرغوبة وغير المرغوبة حسب المناطق الحضرية والريفية، في بلدان مُختارة من أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي



المصادر: الاستقصاء الديمغرافي والصحي، وكالة التنمية الدولية التابعة للولايات المتحدة (٢٠١٨)، باستثناء البرازيل (٢٠٠٦) (الاستقصاء الوطني الديمغرافي والصحي)

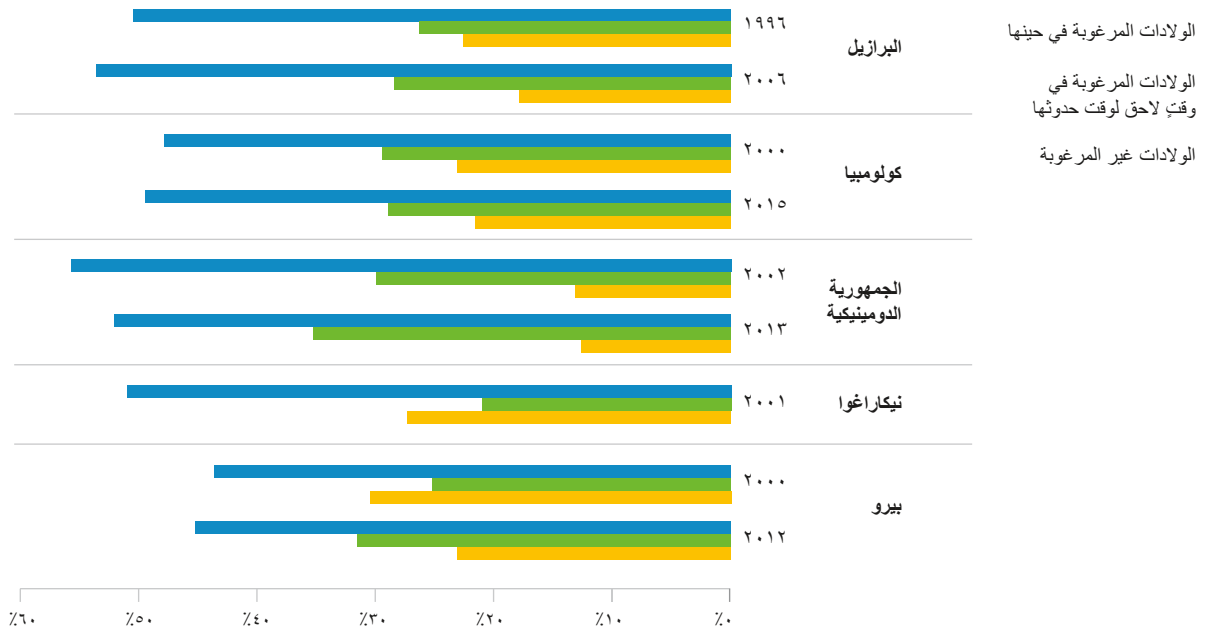
### القدرة والوسيلة

عارضت بعض الحكومات مبدئياً برامج تنظيم الأسرة وتضافرت مع المؤسسات الدينية لإحباط تنفيذها (تاوشر، ١٩٧٩). وكذلك، وبصورة رئيسية قبل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية لعام ١٩٩٤، كانت بعض المجموعات النسوية تعارض برامج تنظيم الأسرة في المنطقة لأنها وجدت في انتشار وسائل منع الحمل طريقةً للتحكم في أجسام النساء ضد إرادتهن (الفييس وكوريا، ٢٠٠٣). في عام ١٩٥٩، أصبحت المكسيك أول بلد يبدأ برنامجاً وطنياً لتنظيم الأسرة من بين البلدان الاثني عشر في هذه المجموعة. وفي الأعوام الثلاثة التالية، طرحت شيلي وهندوراس وأوروغواي وفنزويلا برامج مماثلة. ولحقت بها كلٌّ من نيكاراغوا وبيرو في عام ١٩٦٨.

في الوقت نفسه، عادةً ما تتحمل النساء في المنطقة مسؤولية غير متناسبة في تربية الطفل. ويعني هذا العُرف الذي لا يُساوي بين الجنسين، إلى جانب الخيارات المحدودة في خدمات رعاية الطفل، أن النساء اللاتي يرغبن في الاحتفاظ بوظائفهن وإنجاب الأطفال على حد سواء قد يجدن أنفسهن يلجأن إلى وظائف متدنّية الأجر بدوام جزئي بدلاً من السعي إلى وظائف بدوام كامل في مجالات مرتفعة الأجر. وبالنسبة إلى بعضهن، تكون تكاليف الفرصة مرتفعة جداً، مما يدفعهن إلى الاستغناء عن إنجاب الأطفال دفعةً واحدة. ويُشكل الافتقار إلى التقنيّة المُساعدة على الإنجاب الميسرة الكلفة، مثل الإخصاب الأنبوبي، عائقاً آخر تواجهه بعض النساء في تحقيق أهدافهن الإنجابية.

النسبة المئوية للولادات المرغوبة، وغير المرغوبة، والسيئة التوقيت، في خمسة بلدان

الشكل ٢٦



المصدر: الاستقصاء الديمغرافي والصحي، وكالة التنمية الدولية التابعة للولايات المتحدة (٢٠١٨)، باستثناء البرازيل ٢٠٠٦ (الاستقصاء الوطني الديمغرافي والصحي)

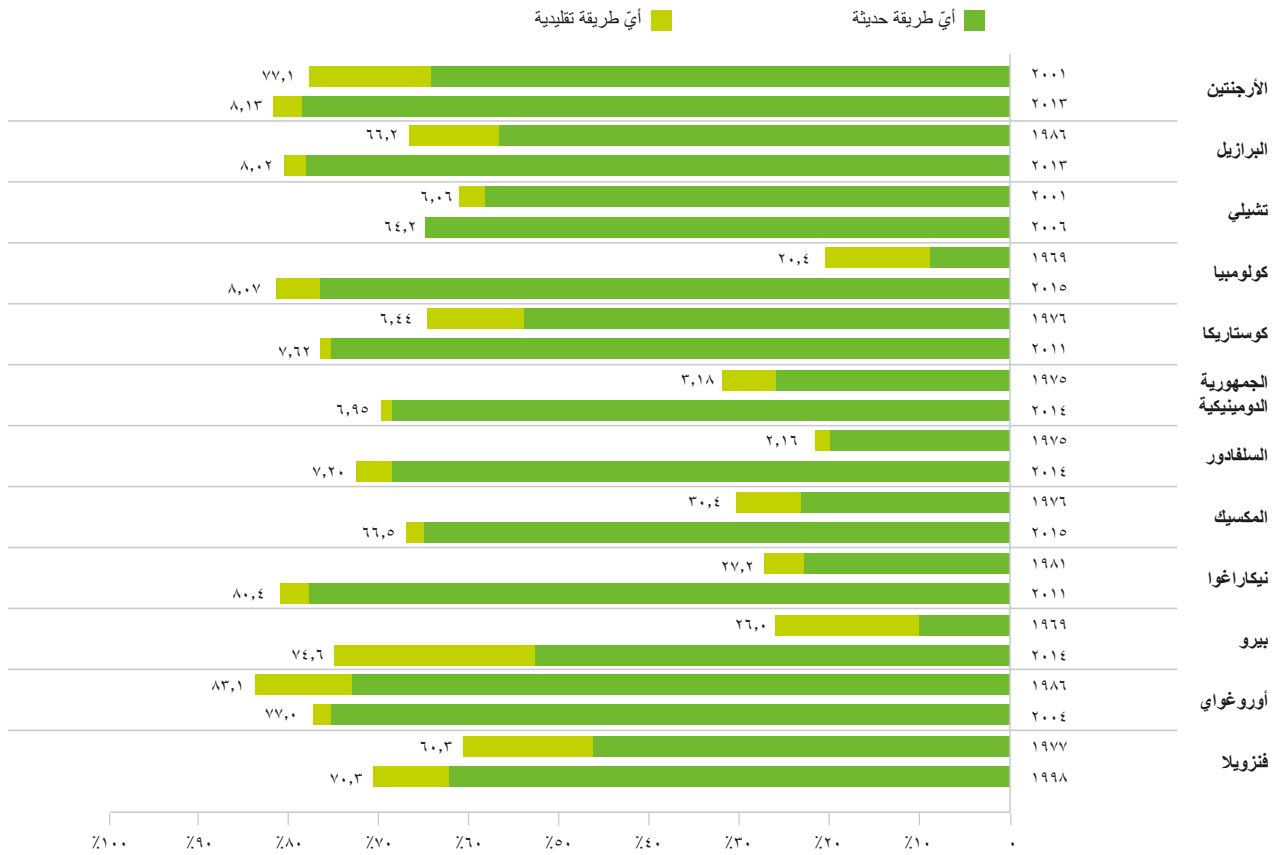


على الرغم من أن برامج تنظيم الأسرة التي تقودها الحكومة شهدت معارضةً في بعض هذه البلدان على مرّ السنين، فقد أصبح استعمال وسائل منع الحمل واسع الانتشار ومُتاحاً من خلال مقدمي الخدمات من القطاع الخاص (الشكل ٢٧). وفي بلدانٍ مثل شيلي والمكسيك وبيرو، تتوفّر وسائل منع الحمل أيضاً من خلال البرامج الوطنية لتنظيم الأسرة.

يفسر الانتشار الواسع النطاق لوسائل منع الحمل في الأرجنتين وأوروغواي حتى قبل ستينيات القرن العشرين معدلات الخصوبة المنخفضة نسبياً في هذين البلدين على امتداد الأعوام الخمسين الماضية (مارتينيز-آلييه ومانسوجان، ٢٠٠٤). وفي وقتٍ سابق، اعتمدت النساء في الأرجنتين

وأوروغواي على وسائل مانعة، مثل الواقيات الذكرية، ولكنّ كثيرات منهنّ خضعن أيضاً لعمليات إجهاض غير آمنة شكّلت ٣٧ في المائة و٢٥ في المائة في البلدين على التوالي من وفيات النفاس. غالباً ما يكون الحمل غير المرغوب الذي ينتهي بالإجهاض ناجماً عن عدم استخدام وسائل منع الحمل بصورة دائمة أو نتيجة عدم استخدامها على الإطلاق (سيبال، ١٩٩٢).

الشكل ٢٧ انتشار طرق منع الحمل الحديثة والتقليدية بين النساء المتزوجات أو اللاتي على علاقة في ١٢ بلداً، وفقاً لتقديرين حديثين



المصدر: الاستقصاء الديمغرافي والصحي، وكالة التنمية الدولية التابعة للولايات المتحدة (٢٠١٨).

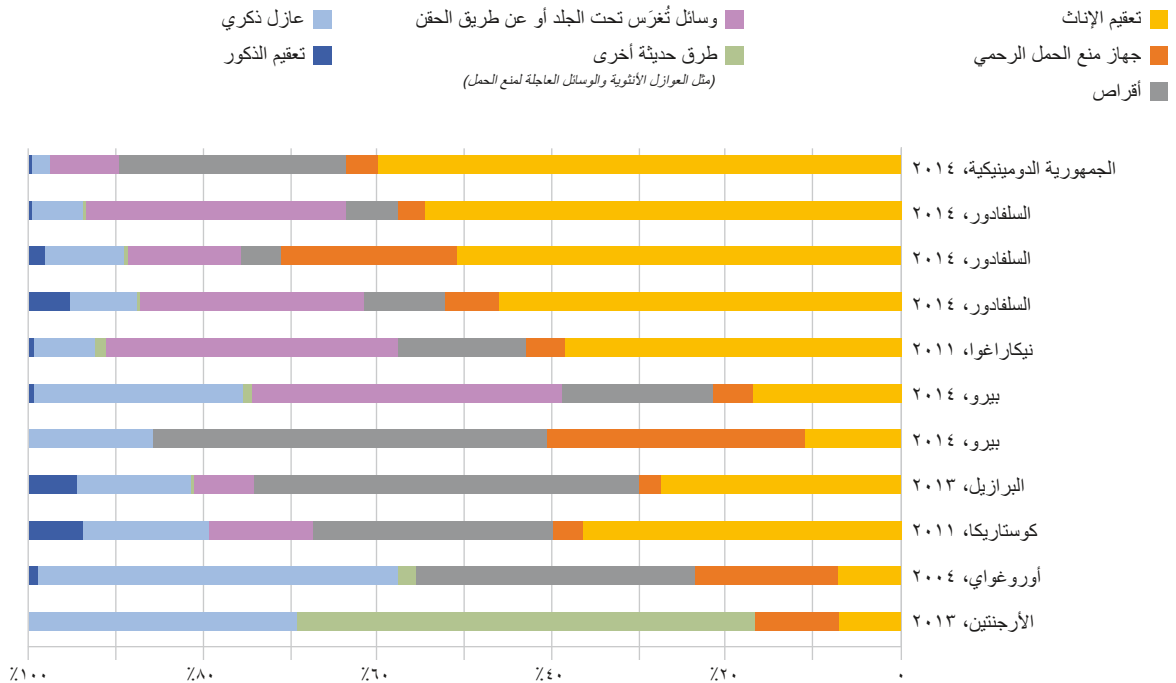
وبشكل عام، فإن الخيارات تقتصر غالباً على خيارين اثنين أو ثلاثة خيارات في كل بلد. قد تختار النساء والرجال الذين لا يستطيعون اتباع طريقتهم المفضلة، أو الذين لا تتوفر لديهم معلومات حول مجموعة وسائل الحمل المتوفرة، بدلاً لا يتمشى مع ظروفهم أو أنهم لا يختارون أي وسيلة على الإطلاق، فيصبحون عرضة أكثر لحصول حمل غير مرغوب. مع ارتفاع نصيب الفرد من الدخل في المنطقة، انخفضت المساعدة الإنمائية الدولية المقمتة إلى بعض البلدان، مما أدى إلى انخفاض التمويل من أجل برامج تنظيم الأسرة الوطنية. وعلى الرغم من التخفيضات في هذه البلدان، فإنه لا يزال بإمكان النساء من الأسر المعيشية ذات الدخل المرتفع الحصول على وسائل منع الحمل من خلال مقدمي الخدمات من القطاع الخاص. أما النساء الفقيرات فعليهن أن يتدبرن أمرهن بالأساليب المتاحة أو ألا يستخدمن وسائل منع الحمل بالكامل.

ولم تؤد برامج تنظيم الأسرة إلى انخفاض الخصوبة في المنطقة، وإنما عجلت في انخفاض كان قد بدأ يحدث بالفعل بين فئات المجتمع الأكثر تميزاً. ولم تؤد برامج تنظيم الأسرة إلى انخفاض الخصوبة في المنطقة، وإنما عجلت في انخفاض كان قد بدأ يحدث بالفعل بين فئات المجتمع الأكثر تميزاً. فإذا لم تكن لدى النساء رغبة قوية لإنجاب عدد أقل من الأطفال، فإن معدلات الخصوبة ستظل أعلى لفترة أطول، وسيكون انخفاض الخصوبة أبطأ بكثير (مارتن وآخرون، ٢٠١٣).

#### العقبات التي تحول دون الحصول على حجم الأسرة المفضل

إن ازدياد انتشار وسائل منع الحمل الحديثة حالياً في المنطقة، ما عدا بيرو - حيث تستخدم امرأة من بين ثلاث نساء طريقة تقليدية - لا يُظهر إلا جزءاً من المسألة حول إمكانية الحصول على وسائل منع الحمل. وعلى الرغم من استخدام بعض أشكال منع الحمل على نطاق واسع، فإن المجموعة الكاملة لخيارات منع الحمل لا تُستخدم كلها وليست متوفرة في جميع البلدان (الشكل ٢٨).

الشكل ٢٨ طرق منع الحمل بين النساء المتزوجات أو اللاتي على علاقة ممن هن في سن الإنجاب في ١١ بلداً، أحدث البيانات المتاحة



المصدر: الأمم المتحدة (٢٠١٧)

ولا يزال تمكين الأشخاص من تحقيق حقوقهم الإنجابية بفعالية يشكل تحدياً رئيسياً لهذه البلدان. إن عدد حالات الحمل غير المرغوب مرتفع. وعلى الرغم من توفر وسائل منع الحمل في معظم الأماكن، فإن اختيار الوسائل محدود. وغالباً ما يُستبعد الشبان غير المتزوجين من خدمات تنظيم الأسرة، إما بموجب القانون أو بالممارسة. ولا تزال ملايين حالات الحمل تنتهي بالإجهاض وهي حالات لا يكون الكثير منها آمناً ويهدد صحة المرأة وحياتها. إن الحصول على المعلومات والقوة والسبل اللازمة لتقرير عدد حالات الحمل وتوقيتها وفترات تباعدها بحرية هو حق للجميع. ويؤثر مدى ممارسة هذا الحق على القرارات المتعلقة بحجم الأسرة وبالتالي على معدلات الخصوبة. إن الدفاع عن الحقوق الإنجابية هدف بالغ الأهمية في حد ذاته. لكنه قد يفتح الباب أيضاً أمام حقوق أخرى ويمكن البلدان من دفع عجلة التنمية الاجتماعية والاقتصادية. وعلى سبيل المثال، فإن تمكين الأفراد والأزواج في البلدان التي توجد فيها أعداد كبيرة وناشئة من الشباب، كتلك في بعض الدول العربية والبلدان الآسيوية، من تحقيق رغباتهم في إنجاب عدد أقل من الأطفال أو الإنجاب في فترة لاحقة في الحياة، قد يؤدي إلى إحداث تغيير ديمغرافي قد ينجم عنه عائد ديمغرافي يؤدي إلى دفع عجلة الاقتصادات والحد من الفقر. إن كفاءة أن تتوفر لدى جميع الفئات خدمات صحة جنسية وإنجابية بشكل متساو يمكن أن يساعد أيضاً في الحد من التفاوت الاقتصادي في أمريكا اللاتينية وفي أجزاء أخرى عديدة في أنحاء العالم (صندوق الأمم المتحدة للسكان، ٢٠١٧).

وقدمت بلدان مثل البرازيل أساليب معينة لمنع الحمل، مثل التعقيم، للنساء اللاتي أجرين عملية قيصرية في أحد مرافق الصحة الحكومية. واللوايب الرحمية أقل انتشاراً في معظم بلدان أمريكا اللاتينية لأن العيادات الحكومية لا تقدمها ولا تستخدمها ولا يوصي بها الأطباء عادة في العيادات الخاصة. وتعرض المراهقين عادة عقبات من أجل الحصول على وسائل منع الحمل، مما يسهم في ارتفاع معدلات حمل المراهقات. ويقام هذه المشكلة محدودية إمكانية الحصول على تثقيف جنسي شامل يوفر معلومات حول الإنجاب تلائم الأعمار، وتعالج قضايا أوسع عن نوع الجنس والحقوق. كما تسهم الممارسة الجنسية المبكرة وممارسة الجنس بدون وقاية وارتفاع معدلات فشل وسائل منع الحمل والعلاقات المبكرة في ارتفاع معدلات خصوبة المراهقات في المنطقة (رودريغيز- فيغول، ٢٠١٧).

ويعد حمل المراهقات الأكثر شيوعاً في الأسر المعيشية الأكثر فقراً، وقد يُعزى هذا الاتجاه إلى عدم تلبية الحاجة إلى استخدام وسائل منع الحمل أكثر من الرغبة في البدء في إنجاب أطفال في وقت مبكر من الحياة. وتتوفر لدى الفتيات من الأسر الأكثر ثراء معلومات أفضل عن الصحة الجنسية والإنجابية، وإمكانية أكبر للحصول على الخدمات المتعلقة بمنع الحمل، بل قد تتوفر لهن خدمات إجهاض أكثر أماناً، بالرغم من أنها غير قانونية (رودريغيز- فيغول، ٢٠١٧) وفي بعض البلدان، تتوفر للقاصرين، سواء أكانوا فقراء أم أغنياء، إمكانية محدودة للحصول على الوسائل العاجلة لمنع الحمل وقد يحتاجون إلى إذن من آبائهم للحصول على وسائل منع الحمل الحديثة، مثل حبوب منع الحمل.

### انخفاض الخصوبة والمستقبل

إن الانخفاض السريع في معدل الخصوبة إلى أقل من معدل التعويض أو قريباً منه في البلدان المشمولة في هذا الفصل يشكل تحديات جديدة. وتمثل شيخوخة السكان، على سبيل المثال، واحدة من التحديات التي تشمل جميع البلدان. تساعد الاقتصادات والنظم الصحية والقوى العاملة على التكيف مع مجموعات أوسع من الأشخاص الأكبر سناً. وبشكل انخفاض الخصوبة مع مرور الزمن في بعض البلدان تحدياً آخر لأن ذلك يعني دخول عدد أقل من الشبان إلى القوة العاملة. لكن هذا الاتجاه قد يتيح كذلك فرصة للاستثمارات في التعليم في مجالات مثل العلوم والتكنولوجيا والهندسة والرياضيات لتجهيز الشباب ممن هم في سن العمل بشكل أفضل لدفع عجلة الاقتصاد العالمي الجديد.





## عبر ثلاثة أجيال، يتحوّل حجم الأسرة من عدة أولاد إلى ولدين اثنين

© UNFPA/Debora Klempous

التركيز على البرازيل

ولدت تيريزا كوريا دي ميلو ونشأت في المنطقة الريفية من بلدة سانتا ماريا دو سواكوي، في ميناس جيرائيس، وتزوجت عام ١٩٤٩، وهي في الثامنة عشرة من عمرها، وسرعان ما أصبحت حاملاً، فقد لاحظت حدوث تغييرات في جسدها لكنها لم تفهم ما الذي كان يحدث لها. "حتى أنني لم أكن أعرف أنني إذا نمت مع رجل فأنتي سأنجب طفلاً"، قالت تيريزا التي تبلغ من العمر الآن ٨٧ سنة.

مع وصول القابلة، أكون قد ولدتُ  
بالفعل."

تيريزا، ٨٧ عاماً.

في ذلك الوقت، كانت البلدة التي تعيش فيها تيريزا تفتقر إلى الخدمات التي كانت ستساعدنا على اتخاذ قرارات مستنيرة بشأن منع الحمل والحمل. وخلال حياتها، حملت ٢٢ مرة، وأنجبت ١٥ طفلاً وأجهضت ٧ مرات. ووقعت ولاداتها أربع عشرة مرة في المنزل.

وتقول تيريزا: "كنت وحدي في البيت أحياناً، وعندما تصل القابلة، أكون قد ولدت".

وكانت ولادتها الخامسة عشرة في مستشفى، في منطقة ريفية بالقرب من ساو باولو التي كانت قد انتقلت إليها، حيث رأت لأول مرة في حياتها طبيباً وعرفت عن وسائل منع الحمل التي قالت إنها لم تعد بحاجة إليها لأنها بلغت السادسة والأربعين من العمر، لكنها لم تتأ أن تجازف فأجرت عملية تعقيم في السنة التالية.

وقالت ابنة تيريزا، مارغريت رودريغيز دي باروس أوليفيرا، ٤٥ سنة، إن تجربة أمها التي تشمل حالات حمل كثيرة جعلتها تتولى مسؤولية حياتها الإيجابية. وأنجبت شقيقة مارغريت أطفالاً أكثر مما كانت ترغب: "كانت أمّاً عازبة حزينة جداً وعندها ستة أولاد. لم أرد أن يحدث لي ذلك"

وللحيلولة دون حدوث حمل غير مرغوب، كانت مارغريت وشريكها يستخدمان اقيات ذكورية كانت متاحة في المركز الصحي المحلي الذي تعمل فيه مساعدة ممرضة. وفي المركز، لم تتعلم مارغريت عن وسائل منع الحمل فقط، وإنما تعلمت أيضاً عن الوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً.

كانت مارغريت في الثانية والثلاثين من عمرها عندما أنهت دراستها في مدرسة التمريض. وفي تلك السنة، قررت هي وشريكها أنهما أصبحا جاهزين لإنشاء أسرتهما. "حسبتُ أيام خصويتي ومارسنا الجنس. وبعد ١٠ أيام، عرفت أنني حامل". وقررا أن ينجبا مولودهما الثاني بعد سبع سنوات، ثم لم ينجبا أطفالاً آخرين. فقد أراد الزوجان أن يوفرا أفضل حياة ممكنة لطفليهما. وبدأت مارغريت استخدام حبوب منع الحمل لكنها تحوّلت بعد ذلك إلى وسيلة منع الحمل بالحقن واستخدمت لاحقاً اللولب الرحمي. وقالت: "لكننا لا نزال نستخدم الواقي الذكري، فقط حتى نكون متأكدين".

وقررت أريثا إينس أبارسيديا فيريرا بينتو، ٣٨ سنة، أيضاً أنها ترغب في أن تنجب طفلين. كانت قد وُلدت في ساو باولو، وخططت لحملها الاثنتين فقد حملت حملها الأول بعد خمس سنوات من زواجها. وتوقفت عن تناول حبوب منع الحمل وحسبت أيام إباضتها وحملت خلال شهر.

## "كنا دائماً ندرس الجوانب المالية لإنجاب الأطفال."

أريثا إينس أبارسيديا فيريرا بينتو،  
٣٨ عاماً، البرازيل



وتؤكد والدة أريثا، أنجيلا ماريا داريو فيريرا، ٦٤ سنة، أنها لم تتحدث مع ابنتها قط عن الجنس. وتقول إن أمها لم تتحدث معها قط عنه أيضاً. وبدون أي معرفة عن الجنس وعن الحمل، حملت لأول مرة في عام ١٩٧٢، عندما كانت في الثامنة عشرة من عمرها، عزباء ولا تزال في المدرسة. وحملت ثلاث مرات أخرى بعد أنهت دراستها الثانوية، بعد عامين على حملها الأول. وفي المستشفى الذي تعمل فيه حالياً، تعلمت عن وسائل منع الحمل التي حصلت عليها أيضاً. ولم تحمل بعد ذلك أبداً.

وخلال فترة حملها، واصلت العمل في وظيفتها في مجال السياسات العامة في مبنى البلدية في بلدتها. وبعد أن أنجبت طفلة بفترة قصيرة، قررت هي وزوجها أن ينجبا طفلاً آخر. وتقول أريثا: "كنا دائماً ندرس الجوانب المالية لإنجاب الأطفال"، وتضيف، "لم يكن بإمكاننا أن نتحمل إلا تكاليف طفلين فقط، لذلك أجرى زوجي ريغينالدو عملية قطع القناة المنوية".

وتقول أريثا إنها بدأت تتعلم عن أمور الحمل ومنع الحمل من خلال قراءة الكتب والتحدث إلى الصديقات ومقدمي الرعاية الصحية. "ولا أذكر أن أمي تحدثت معي عن الجنس".





## توفير ظروف للأبوة

الفصل ٥

كانت الخصوبة أقل من معدل التعويض - أي أقل من ٢,١ ولادة لكل امرأة - لسنوات عديدة، إن لم يكن لعقود، وذلك في ٥٣ بلداً وإقليماً (الشكلان ٢٩ و ٣٠). ومن بين هذه المناطق، تشهد مقاطعة تايوان الصينية اليوم أدنى معدل خصوبة في العالم: ١,١ ولادة لكل امرأة.

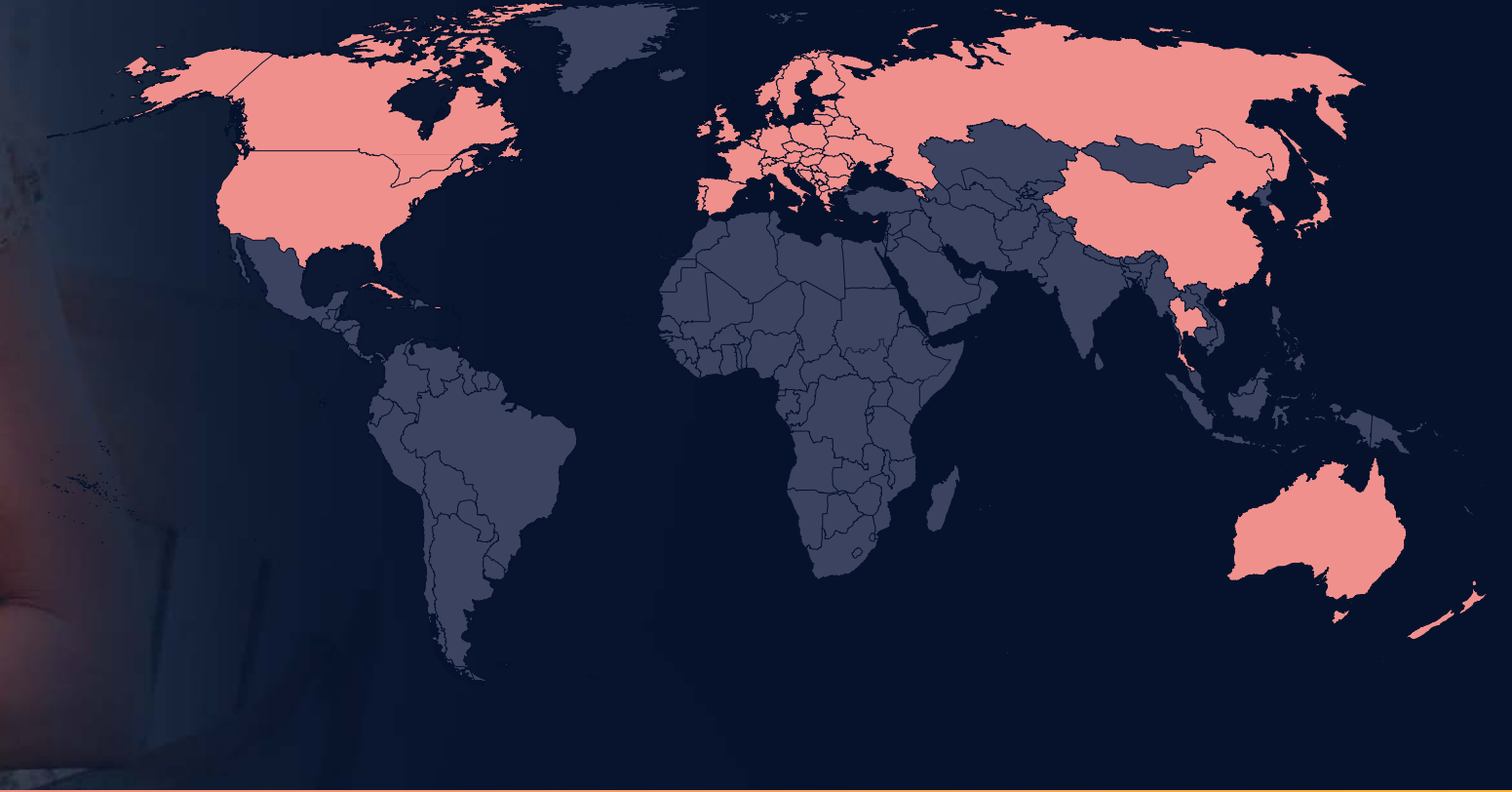


© Eriko Koga/Getty Images

والمقدمة الأعضاء في منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية، ٢٠١٧). وقد أتاح الانتقال من حجم الأسرة الكبير إلى حجم الأسرة الصغير في هذه البلدان والأقاليم للوالدين إمكانية الاستثمار في المزيد من الوقت والموارد في مجالات صحة ومهارة ورفاه أطفالهم. ومكّن المرأة من إكمال تعليمها، ومشاركتها في قوة العمل والعمل قبل أن تفكر

وبشكل عام، فقد تزامنت ظاهرة انخفاض معدل الخصوبة في هذه المجموعة من البلدان والأقاليم مع ارتفاع التحصيل العلمي وزيادة الاهتمام بحقوق المرأة المتساوية. وفي عدد من البلدان ذات الدخل المرتفع ذات الخصوبة المنخفضة، مثلاً، فإن أكثر من نصف الشباب يلتحقون بالجامعة. ويفوق حالياً عدد النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين ٢٥ و ٣٤ سنة عدد الرجال في تحصيل التعليم العالي في جميع البلدان

# معدل الخصوبة أقل من ٢,١ ولادة لكل امرأة



لا يستطيع إنجاب عدد الأطفال الذي يرغب به. ومن بين العقبات التي تعترض إنشاء أسرة أو توسيعها، القيود المالية وسوق العمل والسكن والخيارات غير الكافية للجمع بين الحياة المهنية والأسرية. وتشمل التحديات التي تواجه البلدان ذات الخصوبة المنخفضة ارتفاع نسبة المسنين في عدد سكانها وارتفاع تكاليف الرعاية الصحية المرتبطة بها، وتقلص القوى العاملة وإمكانية ضعف الاقتصادات. وترى بعض البلدان الأوروبية

في إنشاء أسرة، وبالتالي فقد جعل المرأة مستقلة اقتصادياً (غولدن، ٢٠٠٦).

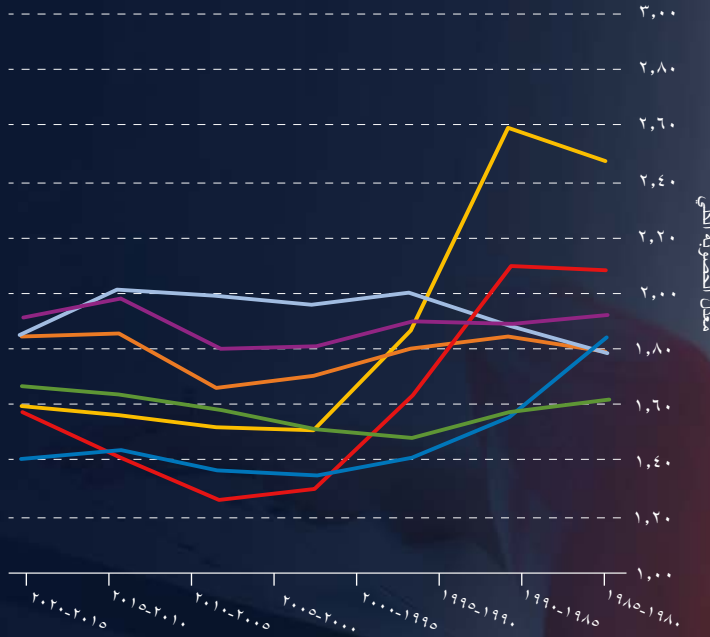
إن انخفاض معدل الخصوبة دليل واضح على الواقع بأن النساء والرجال والأزواج قد أصبحوا فعالين في منع الحمل والمباعدة بين الولادات، لكنه يُعتبر أيضاً أحد جوانب الصعوبات المستمرة التي تتعرض لها النساء والرجال عندما يشرون في إنشاء أسرة أو يخططون لإنجاب طفلهم القادم. لذلك، تقول النساء في البلدان ذات الخصوبة المنخفضة إنهن



معدلات الخصوبة الإجمالية في ٥٣ بلداً وإقليماً ذات الخصوبة المنخفضة، ١٩٨٠-٢٠٢٠

الشكل ٣٠

شرق آسيا (بما فيها الصين) —  
أوروبا الغربية —  
أوروبا الشرقية —  
أميركا الشمالية —  
أوروبا الجنوبية —  
أستراليا ونيوزيلندا —  
أوروبا الشمالية



المصدر: الأمم المتحدة (٢٠١٧)

© Emma Innocenti/Getty Images

وضع سياسات لزيادتها (الأمم المتحدة، ٢٠١٥). وقد استجابت بعض البلدان لتقلص عدد السكان بوضع سياسات تجذب مهاجرين، لاسيما من الشباب الذين يمكنهم سد الثغرات في القوى العاملة. ومع أن احترام الحقوق الإنجابية قد ساهم في انخفاض الخصوبة في معظم هذه البلدان والأقاليم، فإن إزالة العقبات

وبلدان شرق آسيا أن الخصوبة المنخفضة تشكل تهديداً لأمنها الاقتصادي وتحاول أن توقف هذا الاتجاه وتعكسه بواسطة سياسات تهدف إلى دعم الأسر التي ترغب في إنجاب عدد أكبر من الأطفال. وترى بعض البلدان في أوروبا الشرقية وجنوب شرق أوروبا أن انخفاض الخصوبة - وحجم السكان الأقل - يشكلان تهديداً لأمنها القومي. وتعتبر حكومتان من بين ثلاث حكومات في البلدان الأكثر تقدماً أن الخصوبة منخفضة جداً وتسعى إلى

المتبقية والمتعلقة بالحقوق الإنجابية قد تمكّن عدداً أكبر من الأشخاص من إنجاب عدد الأطفال الذي يرغبون به.

### الاتجاهات

بدأ انخفاض الخصوبة في العديد من البلدان الأوروبية في أواخر القرن التاسع عشر. وفي سبعينات القرن العشرين، حدث التحول في الخصوبة في كل من أستراليا واليابان، وفي جميع البلدان المتقدمة في أوروبا وأمريكا الشمالية. وانخفضت الخصوبة في الصين انخفاضاً حاداً في السبعينات استجابة للسياسات التي تشجع على الحمل المتأخر والأقل تكرراً، ووضع سياسة تنظيم الأسرة في البلد في عام ١٩٧٩ التي حددت للأزواج إنجاب طفل واحد بصورة عامة. وانضمت بلدان مثل كوبا وجمهورية كوريا وتايلند إلى مجموعة البلدان الآخذة في الازدياد التي تبلغ فيها معدلات الخصوبة أدنى من معدل التعويض في ثمانينات وتسعينات القرن العشرين. وفي نفس الوقت تقريباً، رأت بلدان جنوب وشرق ووسط أوروبا ذات الخصوبة المنخفضة أن معدلات الخصوبة الإجمالية فيها قد انخفضت أكثر، وانخفضت أحياناً إلى ١,٣ ولادة لكل امرأة، وبقيت عند هذا المعدل لعقود (كوهلر وآخرون، ٢٠٠٢، غولدشتاين وآخرون، ٢٠٠٩). وتقع البلدان أو الأقاليم الخمسة ذات أدنى معدلات الخصوبة الإجمالية في العالم في شرق آسيا وجنوب شرق آسيا. وفي المدن الكبرى في الصين، انخفضت الخصوبة إلى معدل ٠,٨ في تسعينات القرن الماضي وأوائل القرن العشرين (غيو وغو، ٢٠١٤). يوجد تباين كبير بين البلدان ذات الخصوبة المنخفضة المشمولة في هذا الفصل. وتشير بعض الدراسات إلى حدوث "تباين كبير في الخصوبة" طويل الأجل عبر البلدان الأكثر تقدماً (ماكدونالد، ٢٠٠٦، ريندوس وآخرون، ٢٠١٦، بيلاري، ٢٠١٨). ويظهر التباين بين البلدان والمناطق ذات الخصوبة المنخفضة نسبياً (١,٧-٢,٢) والبلدان ذات الخصوبة المنخفضة جداً (١,٦ أو أقل) في الشكل ٣١ الذي يستخدم كلاً من معدل الخصوبة الإجمالي وخصوبة الجماعات المنغلقة المكتملة (انظر الإطار في آخر الفصل) كخلاصة لتدابير الخصوبة.

التركيز على بيلاروس

**"نرغب في أن تنجب طفلين  
أو ثلاثة في نهاية المطاف،  
لكن ليس الآن."**

أولغا، ٣٠ عاماً.





تهدف السياسات

المراعية للأسرة في بيلاروس

إلى إزالة العقبات أمام إنجاب الأطفال

© UNFPA/Egor Dubrovsky

أو ربما طفلين، بسبب الأوضاع الاقتصادية. ويبلغ متوسط الأجر حوالي ٤٣٠ دولاراً أمريكياً في الشهر. أما تكاليف معيشة عائلة مؤلفة من أربعة أشخاص فتقارب ١٦٠٠ دولار أمريكي في الشهر، وذلك دون احتساب إيجار المسكن أو أجر رعاية الأطفال.

تعمل أولغا في قسم المشتريات لدى شركة للوازم الطبية تملكها الدولة، أما أندري فيدير فرقة راقصة. وعلى الرغم من حصولهما على دخلين، يلاقي الزوجان صعوبة في تدبير أمور المعيشة.

"نرغب في أن ننجب طفلين أو ثلاثة في نهاية المطاف، لكن ليس الآن"، هذا ما تقوله أولغا وهي تنتزه في أواخر شهر نيسان/أبريل في إحدى حدائق مينسك برفقة زوجها أندري وطفلتها يوليا ذات الثلاثة أعوام. وتبرّر أولغا ذلك قائلة إنَّ الشقة التي يتقاسمها الثلاثة مع والذي أندري هي أصغر من أن تتسع لعائلة أكبر. وتضيف "أظنُّ أنه يستحسن بكلِّ طفل أن يحظى بغرفته الخاصة". "من المؤسف أننا غير قادرين على تأمين ذلك." ولا يختلف حال أولغا (٣٠ سنة) وأندري (٣٥ سنة) عن غيرهم من الأزواج المقيمين في عاصمة بيلاروس ممَّن يرغبون في إنجاب طفلين أو أكثر لكنهم في النهاية لا ينجبون سوى طفل واحد



## تخفيف العبء المالي

في العام ٢٠٠٢، أطلقت الحكومة برنامجاً للأمن السكاني بهدف تخفيف العبء المالي الناجم عن تأسيس عائلة أو زيادة عدد أفرادها وعكس التراجع العام في عدد سكان البلاد. بدأ التوجه نحو تأسيس أسر أصغر في بيلاروس منذ عدة عقود. في أوائل الثمانينات، كانت النساء ينجبن ٢,١ طفلاً في المتوسط، أي ما يكفي للحفاظ على عدد السكان. لكن هذا المتوسط وصل إلى ١,٧ في الوقت الحاضر. ويعتبر المسؤولون الحكوميون أن تقلص عدد السكان يشكل خطراً على العافية المالية لشبكة الأمان الاجتماعية، وعلى قوة الاقتصاد وسوق العمل.

بموجب برنامج العام ٢٠٠٢، تمنح الحكومة دعماً مالياً للأزواج عندما ينجبون. وعندما تصبح امرأة مثل أولغا حاملاً وتسجل اسمها لدى العيادة الصحية العامة للحصول على فحوص مجانية قبل الولادة، فهي تحصل على ١٠٠ دولار أمريكي تقريباً. أما عندما تضع مولودها، فهي تحصل على مبلغ إضافي يقارب ١٠٠٠ دولار أمريكي. تبدأ إجازة الأمومة المدفوعة الأجر بالكامل قبل موعد الولادة بشهرين، وتستمر

لشهرين آخرين بعد الولادة. وبدءاً من ذلك الوقت، تدفع الحكومة بدلاً عائلياً شهرياً قدره حوالي ١٥٠ دولاراً أمريكياً لمدة تصل إلى ثلاثة أعوام من الإجازة الوالدية التي يمكن إما للأم أو الأب أخذها.

كما تتوفر مساعدات سكنية. إلا أن الأفضلية تُمنح للعائلات التي لديها بالفعل ثلاثة أولاد على الأقل. وقد ساعد البرنامج أزواجاً مثل أولغا وأندري على تأسيس أسرة، لكنه لم ينجح في إزالة جميع العقبات التي تحول بينهم وبين تأسيس أسرة أكبر في منزلٍ خاصٍ بها.

على الرغم من أن اثنين من كل ثلاثة شباب يُبدون اليوم رغبتهم في إنجاب طفلين، إلا أن ما يحدث في الواقع هو الارتقاع المطرد في أعداد الأسر التي لديها طفل واحد. والضائقة الاقتصادية من أهم أسباب هذا التناقض.

في العام ٢٠١٦، أطلقت الحكومة دراسة استقصائية وطنية لتستطلع كيف يمكن لعدم المساواة بين الجنسين أن يمنع النساء والرجال من



إنجاب العدد الذي يرغبون فيه من الأطفال. تُظهر النتائج أن التدابير المتخذة لتخفيف عدم التكافؤ في مسؤولية الواجبات المنزلية الملقاة على عاتق النساء، تمكّنهنّ من تحقيق التوازن في حياتهنّ بين الأسرة والعمل، كما أن التوسّع في خدمات رعاية الأطفال المجانية أو الميسورة التكلفة ستمكّن عدداً أكبر من النساء من الانضمام إلى القوى العاملة المأجورة أو البقاء في عداها، وكسب أجور أفضل، وزيادة دخل الأسرة، ومن شأن ذلك تحطيم العقبات الإضافية التي تحول دون تأسيس أسرٍ أكبر.

ويتجلى عدم المساواة بين الجنسين في أشكالٍ أخرى. معظم النساء اللواتي يحظّين بخدمات رعاية الأطفال يستفدنّ من كامل مدة الإجازة الوالدية التي تبلغ مدّتها ثلاثة أعوام. لكن عندما يُعَدنّ إلى العمل، عادةً ما يواجهنّ تراجعاً في أجورهنّ وفرصهنّ المهنية بالمقارنة مع نظرائهنّ من الذكور. وعلى الرغم من أن الرجال مؤهلون لأخذ الإجازة الوالدية، إلا أنهم نادراً ما يفعلون ذلك. فقط ١ من بين ١٠٠ رجلٍ يلزم المنزل لتربية الأطفال.

## الحصول على وسائل منع الحمل

ليس كل النساء والرجال توافّقين إلى الإنجاب. بالنسبة للراغبين في تجنّب حدوث الحمل، أو تأخيرها، تتوفر وسائل منع الحمل بتكلفة زهيدة. يستخدم معظم الأزواج وسائل حديثة، وهي غالباً الواقيات الذكرية، لكنهم يستخدمون أيضاً حبوب منع الحمل وموانع الحمل الرحمية.

كما أن الحصول على الواقيات الذكرية وحبوب منع الحمل متاحٌ للمراهقين بموجب وصفة طبية ومع موافقة الأهل. لكن بالنسبة إلى العديد من المراهقين، يُعدّ أيُّ نوعٍ من وسائل منع الحمل فوق طاقتهم، حتى زهيدة الكلفة منها. وحتى عندما يمتلك المراهقون المال، فقد لا يتمكنون من الحصول على تلك الوسائل بسبب مقدّمي الخدمات وعاملي الصيدليات الذين ينزعون إلى إطلاق الأحكام.

"حمل المراهقات يشهد تراجعاً في بيلاروس"، بصريح الموظف في صندوق الأمم المتحدة للسكان في بيلاروس ألكساندر ديفيدزيتكا. "يبدأ الشباب العلاقات الجنسية في عمرٍ أكبر، وأولئك الذين يقيمون العلاقات الجنسية يعتمدون على أساليب أكثر أماناً، وهذا يعني أيضاً انخفاض عدد حالات الإجهاض."

لكن معرفة ما يلزم عن وسائل منع الحمل والممارسات الجنسية الأكثر أماناً ليس دائماً أمراً يسيراً بالنسبة إلى المراهقين في بيلاروس، لأنّ التثقيف الجنسي الشامل لا يُدرّس في المدارس. يقوم المتفقون الأقران المتطوّعون من أعضاء "شبكة تثقيف الشباب على يد الأقران (Y-Peer)"، والتي أسسها صندوق الأمم المتحدة للسكان، بزيارة المدارس والمراكز المجتمعية في شتى أرجاء البلاد لردم هذه الهوة المعرفية.

وتقول منسّقة شبكة (Y-Peer) أناستازيا كاميش (٢٢ عاماً) إن الناس بحاجة إلى معلوماتٍ دقيقة عن الأمور الجنسية. وتضيف "عندما نحدّث الشباب عن مرض نقص المناعة البشرية، فنحن نتحدث أيضاً عن الواقيات الذكرية وعن كيفية استخدامها كوسيلة لمنع الحمل".

كما يوضّح منسّق آخر لشبكة (Y-Peer)، وهو ديميتري كارول (٢٤ عاماً)، بأن جلسات الشبكة تغطي أيضاً مواضيع مثل العنف الجنساني. ويقول كارول "دورنا هو أن نجعل التحدث عن هذه المواضيع أمراً طبيعياً". "ونحن نأمل بأن يبادر الأشخاص الذين يحضرون ورشات العمل لدينا إلى إطلاع أصدقائهم على ما تعلّموه."

## "إن الناس بحاجة إلى

## معلوماتٍ دقيقة عن

## الأمور الجنسية."

أناستازيا، ٢٢ عاماً.

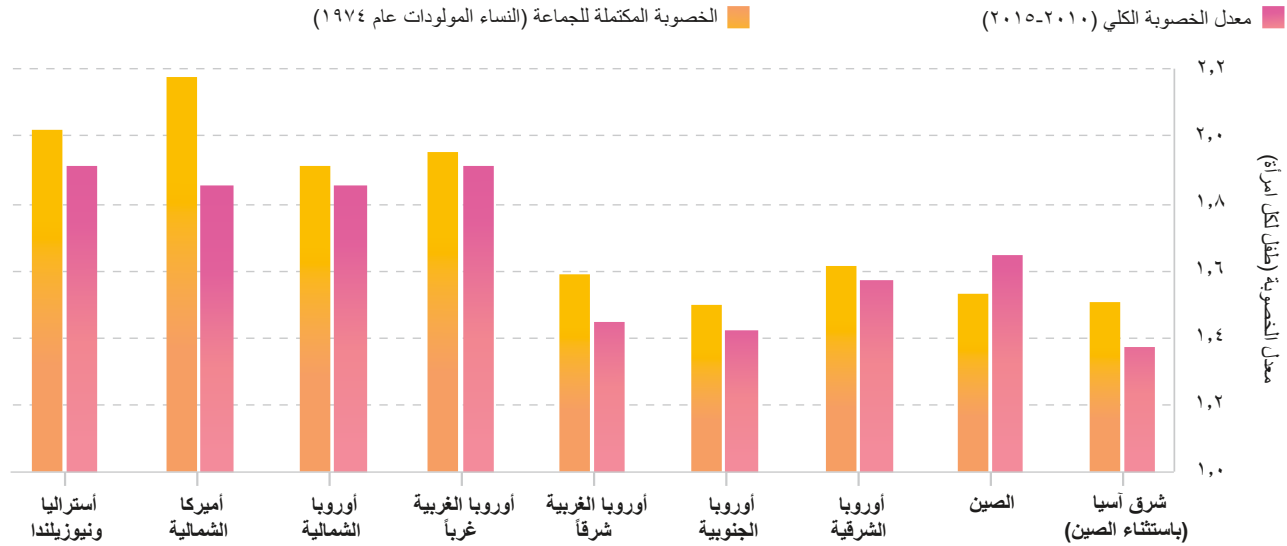
## "دورنا هو أن نجعل

## التحدث عن هذه المواضيع

## أمراً طبيعياً."

ديميتري، ٢٤ عاماً.

معدل الخصوبة الإجمالي خلال الفترة ٢٠١٠-٢٠١٥ والخصوبة المكتملة للجماعة بين النساء المولودات عام ١٩٧٤، في ٥٣ بلداً



المصادر: مركز فيتغشتاين (٢٠١٦)؛ الأمم المتحدة (٢٠١٧)؛ قاعدة بيانات الخصوبة البشرية (٢٠١٨)؛ يور و سوبوتكا (٢٠١٨).

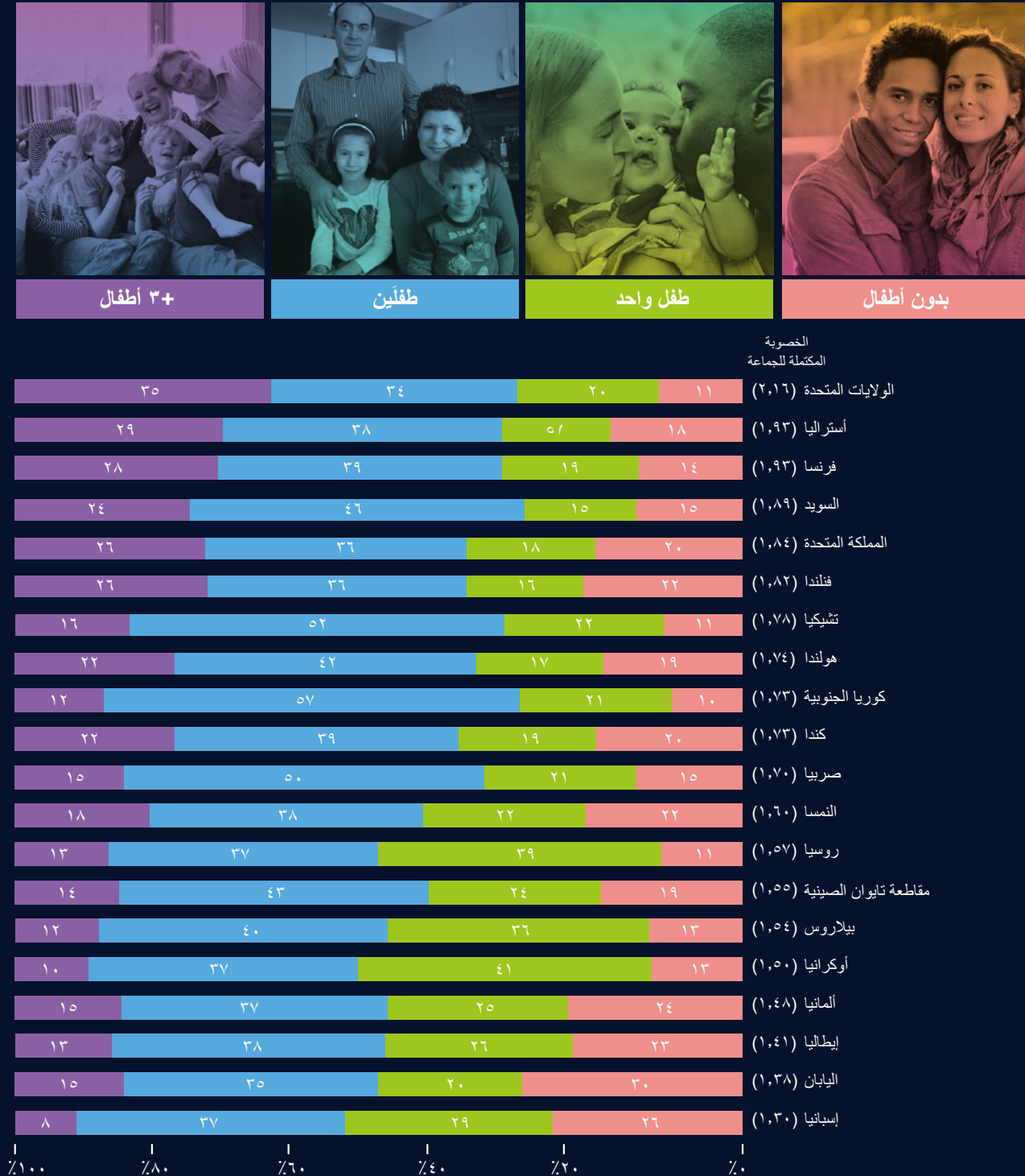
منخفضة من النساء اللاتي لا يوجد لديهن أطفال، مما يعكس انخفاض نسبة تقبل عدم الإنجاب. إن الانخفاض الشديد في متوسط الخصوبة في جنوب أوروبا وألمانيا هو نتيجة ارتفاع مستوى عدم الإنجاب ووجود نسبة عالية من النساء اللاتي لديهن طفل واحد. وأخيراً، لدى اليابان أعلى معدل لعدم الإنجاب في جميع البلدان، بحيث توجد ٣ نساء في كل ١٠ نساء لا يوجد لديهن أطفال وقد بلغن الأربعين من العمر. وبشكل عام، فإن متوسط الخصوبة لا يرتبط مع نسبة النساء اللاتي لديهن طفلين، وإنما يرتبط ارتباطاً كبيراً مع نسبة النساء اللاتي لديهن ثلاثة أطفال أو أكثر (الشكل ٣٢).

وفي البلدان والأقاليم التي يشملها هذا الفصل، فإن عدداً متزايداً من النساء يلدن في مرحلة متأخرة من الحياة وخارج إطار الزواج (بيلاي وكوهلر، ٢٠٠٤؛ سوبوتكا ٢٠١٧). وفي بلدان مثل إيطاليا واليابان وجمهورية كوريا وإسبانيا، فقد تجاوز متوسط عمر المرأة عند الولادة الأولى الثلاثين سنة، ما يشكل ارتفاعاً عن عُمر ٢٤-٢٦ في سبعينات القرن العشرين (الشكل ٣٣).

ويبين هذا الشكل وجود فجوة واضحة بين المناطق ذات الخصوبة المنخفضة جداً (شرق آسيا وأوروبا الشرقية وجنوب أوروبا والجزء الشرقي من أوروبا الغربية) والمناطق ذات الخصوبة المنخفضة بشكل متوسط (شمال أوروبا والجزء الغربي من أوروبا الغربية والدول الناطقة باللغة الإنجليزية). ويبلغ عدد سكان البلدان ذات الخصوبة المنخفضة جداً ٢,٢ بليون نسمة، أي قرابة ٣٠ في المائة من سكان العالم، يوجد ١,٤ بليون شخص منهم في الصين. يعتبر متوسط معدلات الخصوبة هاماً بالنسبة للبلدان، أما بالنسبة للنساء والرجال كأفراد، فإن ما يهمهم هو العدد الفعلي للأطفال لديهم. وفي العديد من البلدان ذات الخصوبة المنخفضة نسبياً توجد نسبة عالية من النساء اللاتي لا يوجد لديهن أطفال، لكن توجد كذلك نسب عالية من النساء اللاتي لديهن ثلاثة أطفال أو أكثر. وهي تشمل أستراليا وفنلندا وهولندا والمملكة المتحدة. وتوجد في الولايات المتحدة أيضاً نسبة عالية نسبياً من النساء اللاتي لديهن ثلاثة أطفال أو أكثر. وفي المقابل، توجد في بلدان أوروبا الشرقية نسب عالية من النساء اللواتي لديهن طفل واحد، إلا أن فيها نسب



الخصوبة المكتملة للجماعة وعدد الأطفال المولودين من نساء مولودات في عام ١٩٧٤ في بلدان وأقاليم مختارة ذات خصوبة منخفضة



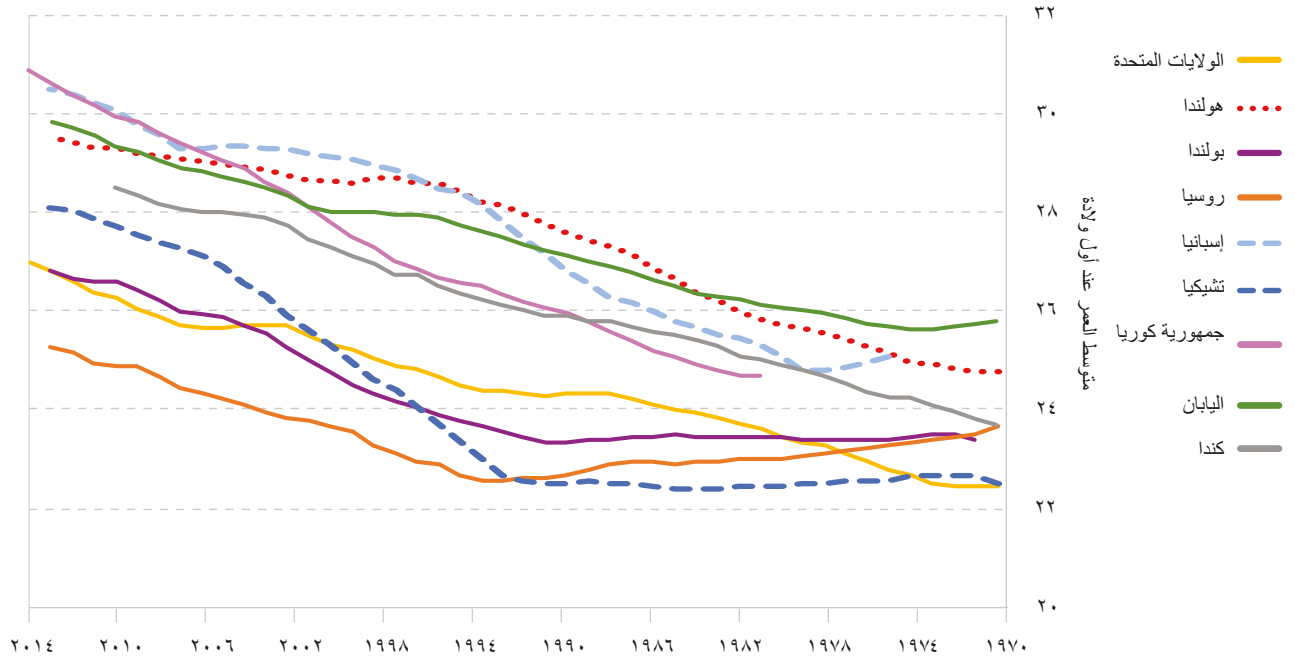
المصادر: قاعدة بيانات الخصوبة البشرية (٢٠١٨)؛ المكاتب الإحصائية الوطنية، ٢٠١٨  
ملاحظة: تم حساب البيانات إلى سن ٤٠ عاماً

الصورة، من اليسار إلى اليمين: © anouchka/Getty Images, © Maskot/Getty Images, © Giacomo Pirozzi, © Michele Crowe/www.theuniversalfamilies.com

وتزامن انخفاض الخصوبة في الأعوام ١٩٧٠ و ٢٠٠٠ مع اتجاهات نحو الزواج المتأخر وازدياد نسبة المساكنة والطلاق والحمل خارج إطار الزواج (ليستاغي، ٢٠١٠؛ بيريلي-هاريس وآخرون، ٢٠١٢؛ هايفورد وآخرون ٢٠١٤؛ لايبغارد وآخرون، ٢٠١٨). إلا أن هذه الاتجاهات بلغت ذروتها في بعض البلدان، مثل السويد والولايات المتحدة وروسيا، ثم عادت وانعكست بعد عام ٢٠٠٤ (الشكل ٣٥). وفي الاتحاد الأوروبي، بلغت نسبة المواليد خارج نطاق الزواج ٤٢ في المائة في عام ٢٠١٤ - أي ضعف المعدل في عام ١٩٩٤. وفي المقابل، لا تزال الخصوبة ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالزواج في شرق آسيا. ففي هذه المنطقة التي يرتبط الزواج فيها بالإنجاب، بدأ عدم الإنجاب طوال الحياة يصبح شائعاً بشكل متزايد (جونز وغوبهاجر، ٢٠٠٩؛ وآخرون، ٢٠١٣؛ غيو وغو، ٢٠١٤).

وبوازي هذا الاتجاه اتجاهاً ينحو نحو انخفاض في حالات الحمل بين المراهقات، لا سيما في الولايات المتحدة وأوروبا الشرقية (الشكل ٣٤). وفي معظم أوروبا وشرق آسيا، لا يشكّل المراهقون سوى ٣ في المائة من بين جميع الولادات. وقد ازدادت الولادات بسرعة كبيرة لدى النساء الأكبر سناً ذوات التعليم العالي اللاتي يسعين إلى تجنب حدوث نكسات اقتصادية أو مهنية ترتبط غالباً مع "مسار الأم" الأصغر سناً (ميلر؛ ٢٠١١). وساهم في هذا الارتفاع توافر التكنولوجيا الإنجابية المساعدة، مثل الإخصاب الأنبوبي. وتكون النساء اللاتي يخترن تأخير الحمل حتى أواخر الثلاثين أو الأربعين من العمر أكثر عرضة للعدم وحوادث مضاعفات في أثناء الحمل (شميت وآخرون، ٢٠١٢؛ تي فيلدي وآخرون، ٢٠١٢؛ سويتكا وبيوجوان، ٢٠١٨).

الشكل ٣٣ متوسط العمر عند أول ولادة، بلدان مختارة، ١٩٧٠-٢٠١٦



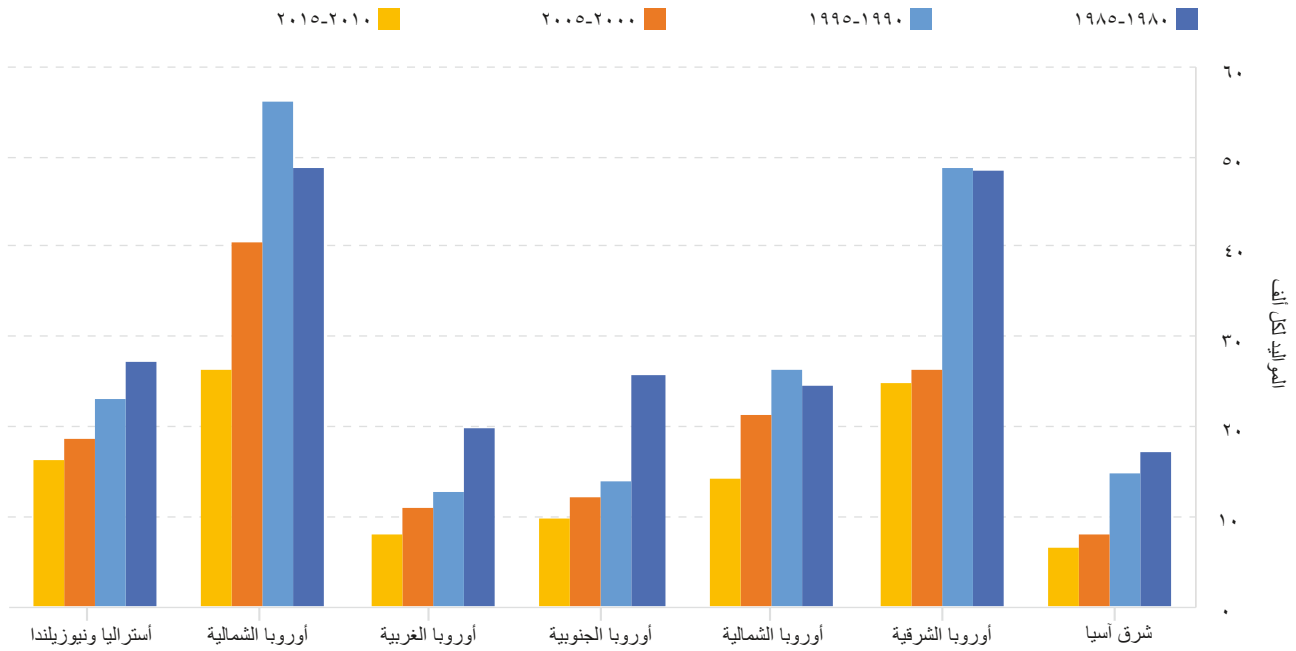
المصادر: قاعدة بيانات الخصوبة البشرية (٢٠١٨)؛ ييو وسويتكا (٢٠١٨).



© Thanasis Zovoilis/Getty Images

معدلات الخصوبة لكل ١٠٠٠ امرأة تتراوح أعمارهن بين ١٥-١٩ عاماً، للفترة ١٩٨٠-٢٠١٥

الشكل ٣٤



المصدر: الأمم المتحدة (٢٠١٧)



ومعظم المواليد خارج نطاق الزواج هم من أزواج غير متزوجين يعيشون معاً وليس من أمهات عازبات. وفي عام ٢٠١٠ تقريباً، كان يعيش طفل واحد بين كل ١٠ أطفال أوروبيين حتى الثانية من العمر مع أم عازبة، بالمقارنة مع ٤ أطفال بين كل ١٠ أطفال يعيشون مع رجل وامرأة غير متزوجين (مركز فيتنغشتاين، ٢٠١٥). قد يتغير معدل الخصوبة السنوي (أو الإجمالي) استجابة للتغيرات التي تطرأ على الظروف الاقتصادية، والسياسات الأسرية، والتغيير السياسي والنزاعات. وعلى سبيل المثال، فقد ارتبطت الأزمة المالية في الولايات المتحدة وأوروبا في عام ٢٠٠٨ وما بعده بانخفاض معدلات الخصوبة في البلدان التي كانت الخصوبة فيها آخذة في الازدياد في

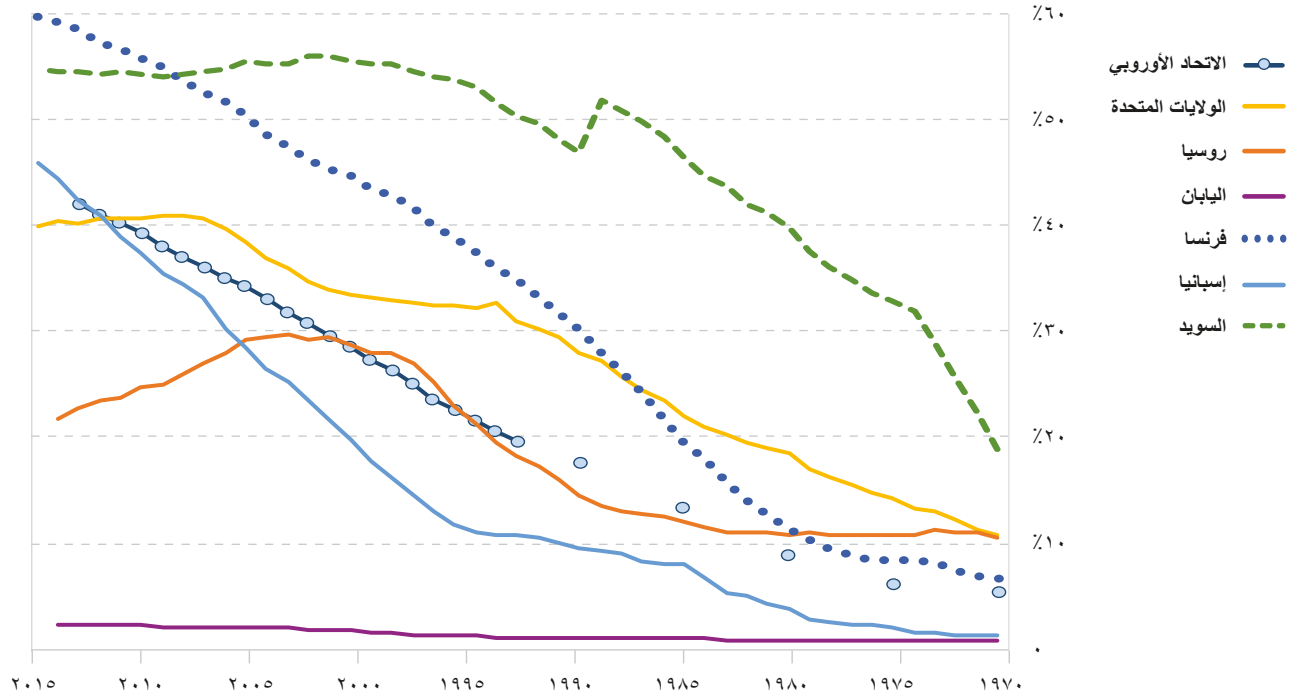
أوائل العقد الأول من القرن الحالي (غولدشتاين وآخرون، ٢٠١٣؛ شنايدر، ٢٠١٥؛ مركز فيتنغشتاين، ٢٠١٥؛ كومولي، ٢٠١٧). وعلى نحو مشابه، ساهمت الأزمة المالية في شرق آسيا في عام ١٩٩٧ في انخفاض معدلات الخصوبة إلى مستويات منخفضة جداً (كيم ويو، ٢٠١٦). وأعقب تفكك الاتحاد السوفييتي السابق وانتهاء الدولة الاشتراكية في عام ١٩٩٠ انخفاض حاد في معدل الخصوبة في وسط وشرق أوروبا (سوبوتكا، ٢٠١١).

### ضغط تنازلي على الخصوبة

إن الانخفاض الشديد في الخصوبة في شرق آسيا وفي أجزاء كثيرة من أوروبا لا يشكل في معظمه انعكاساً مباشراً للرغبة في الحصول على أسرة أصغر. إذ يبلغ

النسبة المواليد خارج إطار الزواج في الاتحاد الأوروبي وبعض البلدان المختارة، ١٩٧٠-٢٠١٦

الشكل ٣٥



المصادر: مجلس أوروبا (٢٠٠٦)؛ المعهد الوطني لبحوث السكان والأمن الاجتماعي (٢٠١٧)؛ المكتب الإحصائي للاتحاد الأوروبي، مارتن وآخرون. (٢٠١٨)



© iconics/a.collectionRF/Getty Images

وقد أدت تركيبة الاقتصاد العالمي المتغيرة إلى إزالة وظائف عديدة كانت تشكل في الماضي وظائف نموذجية للشباب الذين يتخرجون من الجامعات (أديسيرا، ٢٠١٨). وفي الوقت نفسه، حلت ترتيبات قصيرة الأجل أو ترتيبات تعاقدية محل العديد من الوظائف التي كانت تحظى سابقاً بفرص وظيفية طويلة الأجل.

ونجم عن ذلك تفاقم عدم المساواة في سوق العمل، وانخفاض الدخل الحقيقي الذي تحصل عليه النساء والرجال في العشرينات وأوائل الثلاثينات من عمرهم (راهمان وتوملينسون، ٢٠١٨). ولم يعد الكثير من الشباب "يحققون تقدماً" في البلدان ذات الدخل المرتفع (ساندرسون وآخرون، ٢٠١٣).

متوسط حجم الأسرة المثالي حوالي طفلين لكل امرأة (سوبوتكا وبيوجوان، ٢٠١٤)، لكن الخصوبة الفعلية أقل من ذلك. وتشير الفجوة بين حجم الأسرة المرغوب فيها والحجم الفعلي إلى أن النساء والرجال غير قادرين على تحقيق حقوقهم الإنجابية بشكل كامل.

#### العقبات الاقتصادية

في البلدان ذات الدخل المرتفع، يواجه الشباب والشابات تحديات في الدخول إلى سوق العمل. وذلك لأنهم يمضون، بشكل عام، سنوات في التعليم العالي أكثر مما يمضيها الشباب في البلدان الفقيرة، فيصبحون نشطين اقتصادياً في وقت متأخر من الحياة. وعندما يكملون دراستهم، يجدون في غالب الأحيان صعوبة في الحصول على وظيفة، لاسيما في مجال دراستهم.

وأصبح وضع الشباب أكثر هشاشة في جنوب أوروبا، حيث ارتفعت نسبة البطالة، وبدأت الوظائف المؤقتة تزداد وأصبحت الحماية الاجتماعية محدودة (راهمان وتوملسينسون، ٢٠١٨). وأدى عدم اليقين في الاقتصاد وفي سوق العمل إلى تأخر تكوين الأسرة وتأخر الزواج وازدياد عدم الإنجاب (بلوسفيلد وآخرون، ٢٠٠٥).

وفي تسعينات القرن العشرين، شهد العديد من البلدان المتقدمة حالات انكماش اقتصادي أثرت على العمالة وعلى الدخل ومستويات المعيشة. فقد أدت الأزمة المالية في آسيا عام ١٩٩٧ مثلاً إلى حدوث تغييرات في ممارسات التوظيف فلم تعد عقود التوظيف الجديدة تقدم وظائف مدى الحياة بل أصبحت عقوداً محددة المدة، فأصبحت الوظائف أقل استقراراً إلى درجة كبيرة بالنسبة للشباب (ما، ٢٠١٤).

وفي تسعينات القرن العشرين أيضاً، شهدت معظم بلدان أوروبا الشرقية فترات طويلة من التدهور الاقتصادي، وازدياد عدم المساواة في الدخل والفقير، نتيجة الانتقال المضطرب إلى اقتصاد السوق. وبشكل عام، فإن هذه الظروف ترتبط غالباً بانخفاض رئيسي في معدل الخصوبة. ففي أوروبا الشرقية، تمثلت استجابة الخصوبة الرئيسية في انخفاض معدلات ولادة طفل ثان، مما أدى إلى ارتفاع حاد في نسبة النساء اللاتي ينجبن طفلاً واحداً (بيريلي-هاريس، ٢٠٠٥، سويتكا، ٢٠١١؛ زيمان وآخرون، ٢٠١٨). وكان للأزمة المالية في عام ٢٠٠٨ تأثير مماثل على الفرص الاقتصادية للشباب.

#### مواجهة التوفيق بين الحياة المهنية والأسرية

مع حصول عدد أكبر من النساء في البلدان المتقدمة على مستويات أعلى من التعليم، فقد دخل عدد كبير منهن إلى سوق القوة العاملة المدفوعة الأجر وبقين فيها. إلا أن الموازنة بين الحياة الأسرية والمهنية أصبحت تشكل تحدياً أمام النساء اللاتي لديهن قدرة محدودة على رعاية أطفال بتكلفة معقولة، أو اللاتي يمكنهن الحصول عليها، والنساء اللاتي لا يقدم لهن أرباب العمل أو الحكومات مخصصات للحصول على إجازة والدية مدفوعة أو لجدول عمل وترتيبات مرنة (غولدن، ٢٠٠٦). وفي العديد من البلدان، فإن مسؤولية تربية الأطفال تقع على عاتق النساء إلى حد كبير. وقد تدفع هذه التحديات النساء إلى البحث عن وظائف في القطاع العام توفر لهن المزايا والاستقرار لكنها تدفع أجوراً أقل مما تدفعه الوظائف في القطاع الخاص.

التركيز على تايلند

خلال الـ ١٥ عاماً الماضية،

وُلد حوالي ١,٦ مليون طفل

لأمهات مراهنات

في تايلند.





في تايلند،

## حكاية خصوبتين

© UNFPA/Matthew Taylor

خلال الـ ١٥ عاماً الماضية، وُلد حوالي ١,٦ مليون طفل  
لأمهات مراهقات في تايلند، أي بزيادة قدرها ٥٤ في المائة بين  
العامين ٢٠٠٠ و ٢٠١٤. في العام ٢٠١٦ وحده، فاقت نسبة حمل  
المراهقات ١٤ في المائة من مجموع حالات الحمل في البلاد.

ولمساعدة الفتيات من أمثال كايت على تجنب حدوث الحمل قبل أن  
يَكْبُرْنَ ويَقْرُرْنَ تأسيس أسرة، أقرّت الحكومة قانوناً يتيح توفير وسائل  
منع الحمل والمعلومات الضرورية لجميع الناس بعمر ١٠ إلى ١٩ سنة.

"بدأت بالرقص عندما كان عمري ١٥ عاماً"، تقول كايت.  
وخلال تقديمها عروضاً ضمن فعاليات مهرجان في نونثابوري،  
تعرّفت على رجل. "كان أكبر مني، وكان مرحاً ووسيماً.  
لم يعجبني في البداية، لكن سرعان ما تعلّقتُ به."

في تلك الأيام، لم تعلم كايت شيئاً عن وسائل منع الحمل  
ولا عن مخاطر الممارسة الجنسية من دون تلك الوسائل،  
وهكذا أصبحت حاملاً. والآن، بعمر ١٧ سنة، تعيش  
كايت في ملجأ للأمهات المراهقات في بانكوك.

في تايلند، حيث يُعدُّ التثقيف الجنسي الشامل ذا أهمية كبرى في ضمان تمكين الشباب من اتخاذ قراراتٍ مستنيرةٍ بشأن أجسادهم وعلاقاتهم، يتمُّ تدريس التثقيف الجنسي الشامل في الأغلبية الساحقة من المدارس الثانوية في كل أرجاء البلاد، غير أن النوعية تتفاوت من مكانٍ لآخر. ويفرضُ قانونٌ جديدٌ على جميع المدارس الثانوية في تايلند اعتمادَ هذا المنهاج الدراسي.

"ليس بوسعنا منع المراهقين عن الممارسات الجنسية، لكن يمكننا مساعدتهم في جعلها أكثر أماناً لهم"، يقول رئيس لجنة الصحة العامة في الجمعية التشريعية الوطنية التايلندية د. جيتن سيراتانونت.

"كان والداي مزارعين. لم يملكا المال الكافي لإرسالني إلى المدرسة، لذلك أتيت إلى بانكوك من أجل العمل عندما بلغت سن الثانية عشر"، تقول سانيت، وعمرها اليوم أربعون سنة، وهي تفتح محل الخياطة النسائية الذي تعمل فيه منذ سنوات.

"عشتُ حياةً منضبطة"، تقول سانيت. "عملتُ بكدٍّ وأتممتُ دراستي الثانوية خارج أوقات عملي. لم يكن لدي أي وقتٍ لأجد زوجاً، ناهيك عن إنجاب الأطفال."

"ولذلك، عندما تزوجت في السنة الفاتنة، أدركتُ أنه لا بد لي من إنجاب الأطفال بسرعة. غير أن الطبيب اكتشف رماً داخل رحمي، وهذا ما صعّب عليّ إمكانية الحمل، بالإضافة إلى كبر سنيّ."

حالٌ سانيت هو كحال أعدادٍ متزايدة من النساء التايلنديات اللواتي اتّجهنَّ إلى العمل على حساب إمكانية الزواج وإنجاب الأطفال. فعندما يصبحن جاهزات لتأسيس أسرة، يكنَّ قد تجاوزنَّ السنَّ المناسب للحمل أو الولادة دون مضاعفات. تتوفر في تايلند علاجات الخصوبة، لكن كلفتها تفوق قدرة معظم الناس.

"تتجه أعداد متزايدة من الناس إلى إعطاء الأولوية للأمن والاستقرار الاقتصادي على حساب تأسيس الأسر"، يقول د. سورابوب كياتونغسان، وهو اختصاصي الخصوبة في جامعة شولالونغكورن في بانكوك. ويضيف "النساء اللواتي تجاوزنَّ سنوات ذروة الخصوبة بحاجةٍ إلى معلوماتٍ صحيحةٍ وخياراتٍ علاجيةٍ ميسورة التكلفة".

وتمثّل قصّةنا كايت وسانيت طرفي النقيض لتحديات الخصوبة التي تواجهها تايلند.

فعلى أحد الطرفين، يفتقرُ المراهقون لإمكانية الوصول إلى المعلومات والخدمات الصحية الجنسية والإنجابية، ويرفون مستقبلهم وهو يُسحق تحت وطأة حالات الحمل غير المقصود. أما على الطرف الآخر، فتحاول النساء تأسيس أسرٍ في مرحلة متأخرة من حياتهن، فيكتشفنَّ أنهن تجاوزنَّ سنَّ الإنجاب.

حالٌ سانيت هو

كحال أعدادٍ متزايدة

من النساء التايلنديات

اللواتي اتّجهنَّ إلى العمل

على حساب إمكانية

الزواج وإنجاب الأطفال.



و غالباً ما توجد في البلدان ذات الخصوبة المنخفضة جداً سياسات محدودة توازن بين العمل والأسرة. وفي معظم بلدان أوروبا الشرقية والوسطى، مثلاً، تكون رعاية الأطفال المدعومة من الحكومة للرضع محدودة، ويُسجل أقل من ١٥ في المائة من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين صفر - سنتين في بلغاريا، وتشيكيا، وهنغاريا، وبولندا، ورومانيا، وسلوفاكيا، بالمقارنة مع ٣٤ في المائة في الدول الأعضاء في منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، ٢٠١٨). إن رعاية الأطفال المحدودة تمنع العديد من الأمهات من العودة إلى سوق العمل في وقت مبكر وتزيد من تكاليف الفرص البديلة لإنجاب الأطفال. وفي شرق آسيا، تتطلب ثقافة مكان العمل مستويات عالية من التزام العاملين بأرباب عملهم. كما أنّ ساعات العمل الطويلة وغير المرنة تجعل من الصعب التوفيق بين العمل والأسرة. ففي جمهورية كوريا مثلاً، عملت حوالي ١٨ في المائة من النساء العاملات أكثر من ٥٤ ساعة في الأسبوع في عام ٢٠١٤ (منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، ٢٠١٧). ولمعالجة هذه المشكلة، شرعت جمهورية كوريا في عام ٢٠١٨ بتحديد ساعات العمل إلى ٤٠ ساعة في الأسبوع، وجعل العمل الإضافي ١٢ ساعة كحد أقصى.

بالإضافة إلى ذلك، فإن النساء اللاتي لديهن أطفال يتعرضن في غالب الأحيان إلى تمييز في سوق العمل. ففي اليابان وجمهورية كوريا، تشغل الأمهات في الغالب مناصب ذات أجور منخفضة ولديهن خيارات محدودة في الوظائف مما يؤدي إلى حدوث فجوات ضخمة في الأجور بين الجنسين (منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، ٢٠١٧).

وعلى الرغم من اكتساب المرأة حق المساواة في الحصول على التعليم والعمل، فإن قراراتها المتعلقة بالأسرة والعمل لا تزال مقيدة "بالعمل الثاني" المتمثل في رعاية الأطفال وإدارة أسرتها المعيشية. ولا تزال النساء يعانين من عدم المساواة بين الجنسين في المنزل (ماك دونالد، ٢٠١٣)، وقد يسهم ذلك في انخفاض الخصوبة.

وفي شرق آسيا تواجه النساء بعض أشد القيود في اختيارهن العائلي بسبب الظروف الوظيفية الملحة، ونصيبهن الكبير وغير المتناسب في مسؤولية المهام المنزلية ورعاية الأطفال والأقارب الآخرين (رايمو وآخرون، ٢٠١٥). فعندما تتزوج المرأة في اليابان أو في جمهورية كوريا،

فإنه يُتوقع منها أن تترك عملها، وتحمل مسؤوليات رعاية أسرتها المعيشية بالإضافة إلى رعاية زوجها وأقارب زوجها المسنين والأطفال (ريندفس وآخرون، ٢٠٠٤) وبين الأزواج المتزوجين في اليابان، يسهم الرجل بما معدله ٣,٤ ساعات في الأسبوع في واجبات العمل المنزلي، بينما تسهم المرأة بما معدله ٢٧,٤ ساعة (تسويا، ٢٠١٥).

وفي مواجهة إمكانية التضحية بعملهن لصالح الحياة الأسرية، فإن بعض النساء في شرق آسيا يفضلن تأخير الزواج أو يتجنبنه. وبما أن معظم حالات الإنجاب في المنطقة تتم في إطار الزواج، فإن عدداً متزايداً من النساء لا ينجبن أطفالاً طوال حياتهن.

غير أن منطقة شرق آسيا ليست المنطقة الوحيدة التي تتعرض فيها النساء إلى هذه التحديات. فلا تزال أوجه عدم المساواة بين الجنسين في أعمال الرعاية المنزلية غير مدفوعة الأجر مستمرة في معظم بلدان أوروبا الشرقية ووسط وجنوب أوروبا، لا سيما في إيطاليا والبرتغال (منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، ٢٠١٧).

### الخصوبة التي تعززها اقتصاديات مستقرة وسياسات داعمة

تتميز البلدان ذات الخصوبة المنخفضة نوعاً ما بوجود اقتصادات قوية ومستقرة، وسياسات تيسر البدء في إنشاء أسرة أو توسيعها. ويمكن أن تعزز السياسات الداعمة الثقة بين الأزواج لتشكيل الأسر (ماك دونالد، ٢٠٠٨).

فعلى سبيل المثال، تدعم بعض البلدان الأوروبية التي لديها معدلات خصوبة عند معدل التعويض أو حوله الأسر التي لديها أطفال من خلال منح إجازة والدية مدفوعة الأجر، واستحقاقات نقدية للأسر، ورعاية أطفال حكومية وغيرها من الخدمات المقدمة للأطفال، وإعفاءات ضريبية للأسر وساعات دوام مدرسي تتماشى مع ساعات العمل.

إن إتاحة فرص للعمل بدوام جزئي، وترتيبات تسمح للموظفين بأخذ إجازات لرعاية الأطفال المرضى، وإلغاء المناوبات الليلية وساعات العمل غير المنتظمة، ومنح إجازة والدية أو أبوية سخية قد يحدث كله فرقاً بالنسبة لفردي أو لزوجين يفكران بتأسيس أسرة.

وقد قللت كندا وعدة بلدان أوروبية من العوائق التي تمنع توظيف الأمهات إلى حد أن معظم النساء اللواتي لديهن أطفال حالياً يعملن (منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، ٢٠٠٧، ٢٠١١).



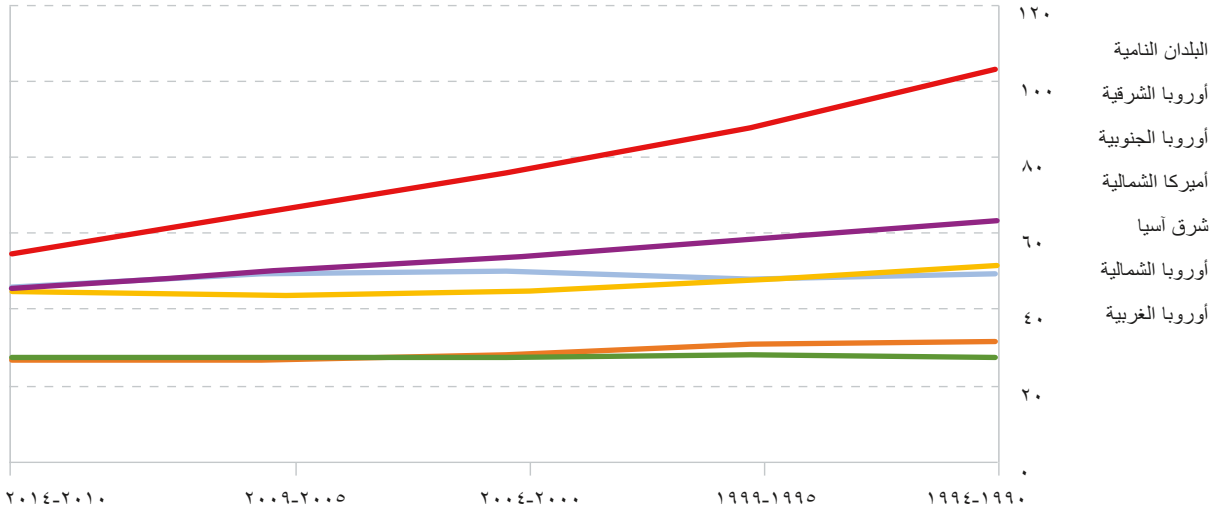
وفي العديد من البلدان ذات الخصوبة المنخفضة، هناك فجوة كبيرة بين عدد الأطفال الذين يرغب الناس في إنجابهم وبين العدد الذي لديهم في الواقع (بونغرارتس، ٢٠٠٢، مركز فيتنغشتاين، ٢٠١٥). ولا يوجد لدى بعض الأزواج عدد الأطفال الذين يرغبون بهم بسبب تنافس الأولويات في الحياة أو بسبب ظروف مثل الصعوبات الاقتصادية. ولا يوجد لدى البعض الآخر العدد الذي يرغبونه من الأطفال لأسباب مثل المرض أو الطلاق. وعادة ما تتغير القرارات المتعلقة بحجم الأسرة مع مرور الوقت وذلك استجابة لتجارب الحياة. وبين النساء اللواتي ولدن في أواخر ستينات القرن العشرين من سبع دول أوروبية، كانت الفجوة بين الخصوبة المرغوبة والفعلية ٠,٥ طفل على الأقل، في المتوسط. وتكمنُ الفجوة الأكبر في صفوف النساء الحاصلات على تعليم جامعي (مركز فيتنغشتاين، ٢٠١٥؛ وبيرغهامر، ٢٠١٧).

وأصبح نموذج شخص ونصف يكسبان دخلاً شائعاً حالياً بين الأزواج الذين لديهم أطفال في أستراليا والنمسا وهولندا والمملكة المتحدة، حيث يعمل أحد الوالدين بدوام كامل ويعمل الآخر بدوام جزئي. وأصبح هذا النموذج شائعاً في هولندا بعد أن أرست الحكومة حقاً قانونياً للعمل بدوام جزئي، ومنحت الموظفين الذين يعملون دواماً جزئياً نفس تغطية الرعاية الصحية والضمان الاجتماعي والمعاش التقاعدي شأن العاملين بدوام كامل (ميلز، ٢٠١٥).

### التفضيلات الإنجابية تتركز على أسرة فيها طفلان

تعبّر معظم النساء في البلدان المشمولة في هذا الفصل بصورة عامة عن تفضيلهن لأسرة ذات طفلين، مع أن نسبة كبيرة منهن يفضلن أسرة فيها ثلاثة أطفال (هاغيويين وموران، ٢٠٠٥؛ سوبوتكا وبيوجوان، ٢٠١٤، المعهد الوطني لبحوث السكان والأمن الاجتماعي، ٢٠١٦). وتعتبر الصين استثناءً، حيث أعربت العديد من النساء عن رغبتهن في إنجاب طفل واحد فقط (باستن وغو، ٢٠١٣).





المصدر: بيراك وآخرون (٢٠١٨)

منع الحمل (الأمم المتحدة، ٢٠١٦). ولا تُلبي حاجة ما يقدر بنحو امرأة لكل ١٠ نساء متزوجات أو نساء مساكنت إلى منع الحمل في هذه البلدان. علاوة على ذلك، خلال الفترة ٢٠١٠ و ٢٠١٤، كان هناك في كل عام ما يقدر بنحو ٤٥ امرأة لكل ١٠٠٠ امرأة في سن الإنجاب في البلدان المتقدمة حالات حمل غير مرغوب (الشكل ٣٦؛ بيراك وآخرون، ٢٠١٨).

وتوجد في أوروبا الشرقية نسبة عالية نسبياً من الحمل غير المرغوب نتيجة محدودية إمكانية الحصول على وسائل منع الحمل الحديثة (وخاصة حبوب منع الحمل)، وغياب التنقيف الجنسي، ومحدودية المعرفة المتعلقة بمنع الحمل، ومحدودية إمكانية الإجهاض (الشكل ٤٠؛ كون، ١٩٩٥، ديفيد، ١٩٩٩، ستلوكال، ١٩٩٩، سويتكا، ٢٠١٦). لكن قدرة الحصول على وسائل منع الحمل تحسنت في جميع أنحاء المنطقة إلى درجة كبيرة منذ بداية تسعينات القرن العشرين، مما أدى إلى زيادة استخدام وسائل منع الحمل وانخفاض معدلات الإجهاض (الشكلان ٣٧ و ٣٨). ويشيع الإجهاض أيضاً في منطقة شرق آسيا. وقد انتهت أكثر من ثلاث حالات لكل أربع حالات حمل غير مرغوب في أوروبا الشرقية وشرق آسيا بالإجهاض في عام ٢٠١٤.

وينص برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الذي أقرته ١٧٩ حكومة في عام ١٩٩٤ على أن أحد الأهداف يتمثل في أن "يتمتع جميع الأزواج والأفراد بالحقوق الأساسية في أن يقرروا بحرية ومسؤولية عدد أطفالهم والمباعدة بين الولادات وأن يحصلوا على المعلومات والتعليم والسبل الكفيلة بالقيام بذلك". وينسحب هذا المبدأ على جميع الأزواج والأفراد، سواء أكانوا لا يريدون أطفالاً أم يريدون عدة أطفال. لذلك، عندما يقرر الأزواج والأفراد إنجاب عدد أكبر من الأطفال لكنهم مقيدون بالظروف الاقتصادية أو بالظروف التي تعوق التوفيق بين العمل والأسرة، فإنهم لا يكونون قادرين على التمتع الكامل بحقوقهم الإنجابية.

### حالات الحمل غير المخطط لها في البلدان منخفضة الخصوبة

إن العديد من حالات الحمل في البلدان المتقدمة تكون حالات حمل غير مرغوب. وترتبط بعض حالات الحمل غير المرغوب بعدم تلبية الحاجة إلى وسائل منع الحمل. وتكون النساء اللاتي لا تُلبي حاجتهن ناشطات جنسياً، ولا يرغبن في الحمل، ولا يستخدمن أي وسيلة من وسائل



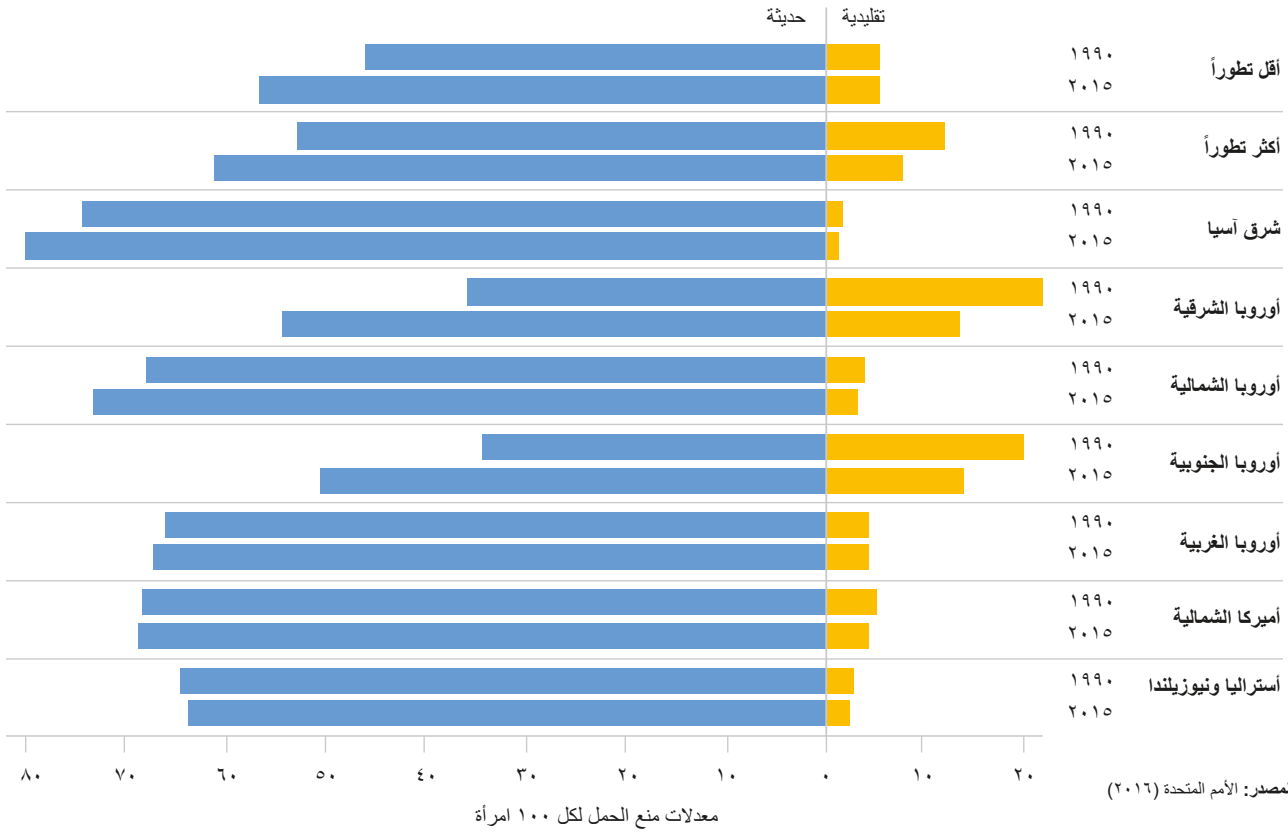
© Frank Schoepgens/Getty Images

الوسيلة الرئيسية لانتقال المرض في السنوات الأخيرة. وتُعتبر أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى المناطق الوحيدة التي تشهد ارتفاعاً مستمراً في الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية (أفريت، ٢٠١٧؛ برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، ٢٠١٧). وقد يلعب العقم دوراً في انخفاض الخصوبة في بعض الدول المتقدمة. إن ضعف الأدلة المتوفرة على وجود مشكلة عقم يشير إلى أن المشكلة تعزى إلى الرجال أكثر منها إلى النساء. وتشير بعض البحوث إلى وجود انخفاض متواصل في جودة الحيوانات المنوية لدى الرجال في البلدان ذات الدخل المرتفع المنخفضة الخصوبة (ليفين، ٢٠١٧)، مع أن المسألة تظل محل خلاف (تي فيلدي وآخرون، ٢٠١٧). وثمة عامل آخر يرجح أنه يسهم في انخفاض الخصوبة في بعض البلدان المتقدمة هو العقم الثانوي: عدم قدرة النساء اللاتي كُنَّ قد أنجبن طفلاً على الحمل مرة أخرى أو إكمال فترة الحمل (ماسكارينهاس وآخرون، ٢٠١٢). وفي عام ٢٠١٠، أثار العقم الثانوي على قرابة ٧ في المائة من الأزواج في البلدان ذات الدخل المرتفع، وعلى ١٨ في المائة من الأزواج في أوروبا الشرقية ووسط أوروبا وآسيا الوسطى. وتمزج التفسيرات المتعلقة بارتفاع معدلات

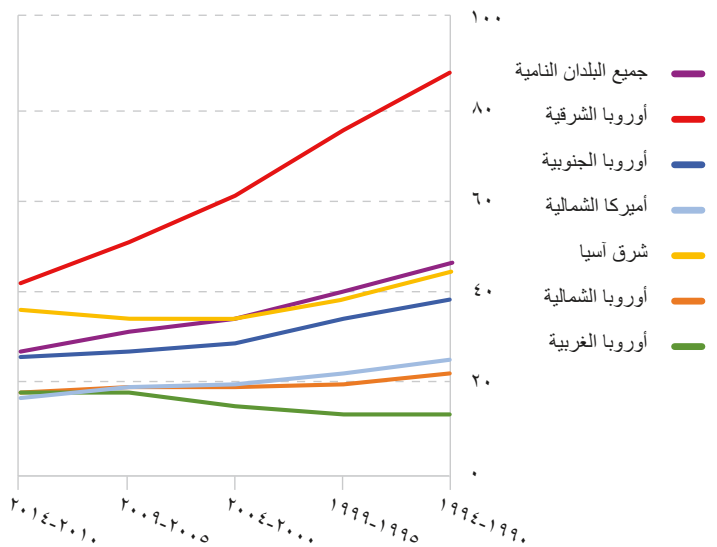
ولا يقتصر وجود حالات كثيرة من الحمل غير المرغوب على البلدان المتقدمة فقط، وإنما توجد أيضاً حالة ولادة لكل أربع ولادات (الشكل ٤٢؛ بيراك وآخرون، ٢٠١٨). إلا أن معظم هذه الولادات ليست في وقتها المناسب أكثر من كونها غير مرغوب فيها. وفي بلدان أوروبا الشرقية ووسط أوروبا فإن معدل الولادات غير المرغوبة يكون منخفضاً نسبياً، ويعزى ذلك كثيراً إلى إجراء إجهاض. في أجزاء عديدة من أوروبا الشرقية وجنوب شرق أوروبا، لا يميل الشبان إلى استخدام وسائل منع الحمل أو الاعتماد على العزل أثناء الاتصال الجنسي (منظمة تنمية الكومولث، و أو آر سي ماركو ٢٠٠٣). كما أن التثقيف الجنسي الشامل محدود في هذه البلدان. إن ضعف نظم الصحة الإنجابية والرعاية الصحية واستخدام الواقيات الذكرية بشكل محدود ساهمت في ارتفاع الإصابة بالأمراض المنقولة جنسياً في أوروبا الشرقية في تسعينيات القرن العشرين (أوسكولا وآخرون، ٢٠١٠). وترتفع حالياً معدلات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية في المنطقة، ويعزى ذلك إلى حد كبير إلى تعاطي المخدرات بالحقن (أفريت، ٢٠١٧)، إلا أن الاتصال الجنسي بدأ يصبح



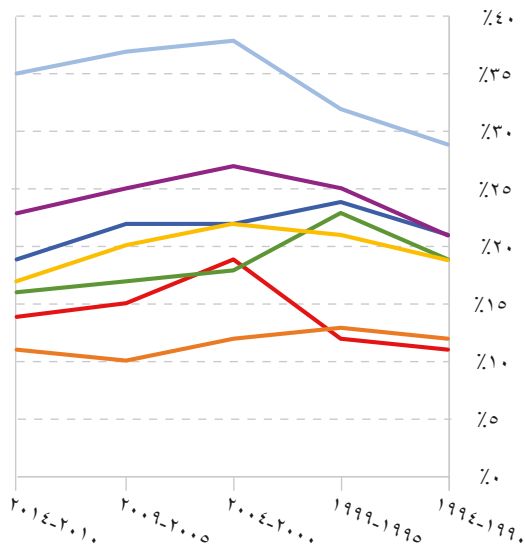
استخدام وسائل منع الحمل التقليدية والحديثة بين النساء المتزوجات أو المساكات ممن تتراوح أعمارهن ما بين ١٥-٤٤ عاماً في ٥٣ بلداً، ١٩٩٠-١٩٩٤ و ٢٠١٠-٢٠١٤



معدلات الإجهاض لكل ١٠٠٠ امرأة تتراوح أعمارهن بين ١٥-٤٤ عاماً، ١٩٩٠-٢٠١٤



النسبة المئوية المئوية للولادات غير المرغوبة، ١٩٩٠-٢٠١٤



## الحقوق الإنجابية

إن ممارسة الحق في اتخاذ القرار بحرية ومسؤولية بشأن إنجاب عدد الأطفال ومتى، يتوقف على أكثر من القدرة على الحصول على وسائل منع الحمل أو العلاج المناسب للتعقم. إذ تعتمد القرارات المتعلقة بحجم الأسرة أيضاً على توفر السكن، وعلى الظروف الاقتصادية للأسر المعيشية، وتكلفة تربية الأطفال. وقد تتأثر القرارات المتعلقة بالإنجاب أو تُعرقَل أيضاً بالعوائق الاجتماعية والمؤسسية والقانونية، مثل الوصمة المتعلقة بالأسر ذات المعيل الواحد، والتمييز ضد الأطفال الذين يولدون لأزواج غير متزوجين أو لأزواج من نفس الجنس، وشرعية الإجهاض، وتوافر التكنولوجيا الإنجابية المساعدة.

الخصوبة الثانوية نسبياً في هذه المناطق بين ارتفاع معدلات الإجهاض، وارتفاع معدلات الإجهاض غير الآمن والطرق الدخيلة للإجهاض، والالتهابات التي تحدث بعد الإجهاض (هودورغيا وكوميدانت، ٢٠١٠). وتظهر الدراسات الاستقصائية المتكررة في الولايات المتحدة وجود انخفاض طفيف لكن مستمر في العقم بين النساء المتزوجات ممن هن في سن الإنجاب (شانديرا وآخرون، ٢٠١٣). ففي حين يستمر الأزواج في تأجيل الإنجاب إلى مرحلة متأخرة، يرجح أن تزداد حالات العقم. وفي أوروبا، ساهم تأخر الإنجاب في زيادة عدم إنجاب الأطفال بشكل دائم، وقد تضاعف ذلك تقريباً ما بين عامي ١٩٧٠ و ٢٠٠٧ في ستة بلدان قام بتحليلها دي فيلدي وآخرون (٢٠١٢).



© Giacomo Pirozzi

وتتباين تشريعات الإجهاض بين البلدان. إذ تسمح حوالي ٨ بلدان من بين ١٠ بلدان متقدمة بالإجهاض بناء على الطلب أو لأسباب اقتصادية واجتماعية محددة على نطاق واسع خلال الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل (الأمم المتحدة، ٢٠١٣).

وقد ازداد الطلب على التكنولوجيا الإنجابية المساعدة، مثل الإخصاب الأنبوبي، في البلدان المتقدمة حيث تختار النساء إنجاب الأطفال في وقت متأخر من سنوات قدرتهن على الإنجاب. إن الحصول على سبل الإنجاب المساعدة من شأنه أن يوسع الخيارات الإنجابية للأزواج ويمكنهم من تحقيق حقوقهم الإنجابية. فهي تقدم مساهمة بسيطة، لكنها متزايدة في مجال الخصوبة. وفي عام ٢٠١٣، استأثرت التكنولوجيا الإنجابية المساعدة في أوروبا بنسبة ٢,٢ في المائة من جميع الولادات، وبنسب مرتفعة تصل إلى ٦,٢ في المائة أبلغ عنها في جمهورية التشيك وفي الدانمرك وفنلندا وسلوفينيا.

### الخصوبة وارتفاع مستويات التنمية البشرية والاقتصادية

عندما تحقق البلدان الأشد فقراً مستويات أعلى من التنمية البشرية، فإن معدلات الخصوبة تنخفض عادةً. ومع سير التنمية البشرية قُدماً، قد تهبط معدلات الخصوبة كثيراً، وصولاً إلى ما دون معدّل التعويض.

غير أن بعض البلدان شهدت ارتفاع معدل الخصوبة فيها مجدداً من مستويات شديدة الانخفاض إلى مستويات معتدلة الانخفاض، أما بعض البلدان الأخرى التي تراجع فيها معدل الخصوبة فقد شهدت استقراراً في ذلك المعدّل قبل أن يهبط إلى مستويات شديدة الانخفاض. وتشارك هذه البلدان في أمورٍ عدّة: فقد حقّقت أعلى مستويات التنمية البشرية وأعلى مستويات نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي. علاوةً على ذلك، فقد حققت تقدماً أكبر نحو الوصول إلى المساواة بين الجنسين. كما أنها البلدان التي يكون سكّانها أقلّ ميلاً إلى الزواج، والذين يتزوَّجون في أعمارٍ أكبر. تتمتع معظم هذه البلدان بأسواق عملٍ جيّدة الأداء، كما أنها توفر فرص الحصول على عملٍ ومسكنٍ للشباب (ميرسكيلا وآخرون، ٢٠٠٩؛ لوسي - غروليتش وتيفينون، ٢٠١٤؛ آرينو وآخرون، ٢٠١٥؛ غولدشايدر وآخرون، ٢٠١٥؛ بيلاري، ٢٠١٨).

يعتمد العديد من البلدان التي يكون فيها معدل الخصوبة قريباً من معدل التعويض سياساتٍ وخدماتٍ عديدةً مراعيةً للأسرة، مثل خدمات رعاية الأطفال العالية الجودة الممولة من الحكومة. وليست هذه السياسات قسريّة ولا هي مصمّمة خصيصاً لتحفيز النموّ السكاني. بل إنها تأتي استجابةً لاحتياجات الأسر والأطفال الفعلية، وهي تحترم الحقوق أو تعزّزها، بما فيها الحقوق الإنجابية.

وتبيّن تجارب البلدان التي تشهد معدّل خصوبة معتدل الانخفاض أن السياسات تكون أكثر فعاليةً وفائدةً عندما تقدّم مختلف أنواع الدعم للأهل، كما تزيد من الخيارات التي تتيح الجمع ما بين العمل والراحة وتربية الأطفال.

لا يوجد بلدٌ في العالم يُمكن الأفراد والأزواج من اتخاذ قراراتهم بكل حرية ومسؤولية بشأن عدد مرات الحمل وتوقيته والفترات الفاصلة بين الحمل والآخر. ويشمل ذلك البلدان التي تكون معدلات الخصوبة فيها دون معدل التعويض. وعلى وجه العموم في هذه البلدان، ليس بمستطاع الأزواج والأفراد إنجاب العدد الذي يرغبون فيه من الأطفال بسبب العقبات الاجتماعية والاقتصادية والمؤسسية والبنويّة.



## معدل الخصوبة الكلي والخصوبة المكتملة للجماعة

يعتمد معدل الخصوبة الكلي على الولادات الحاصلة لدى مختلف الأعمار خلال سنة تقويمية واحدة. ويُحسب معدل الخصوبة الكلي لسنةٍ تقويميةٍ من خلال جمع معدلات الخصوبة حسب العمر لجميع الأعمار وذلك لدى الفئة العمرية ١٥ إلى ٤٩ سنة.

ولأنه يمثل مجموع معدلات الخصوبة لجميع الأعمار في سنةٍ تقويميةٍ واحدة، فإن معدل الخصوبة الكلي يقيس متوسط عدد الأطفال الذين كانت لتنجبهم النساء المنتهيات إلى فئةٍ سكانيةٍ ما طوال مدة حياتهن في حال كانت لهنّ، طوال مدة حياتهن، معدلات الخصوبة لكل عمرٍ في تلك السنة التقويمية.

ومن إيجابيات معدل الخصوبة الكلي إمكانيةً حسابه فور إصدار أعداد الولادات لكل عمر خلال سنةٍ تقويميةٍ من قبل الوكالات الإحصائية. إنه مقياسٌ مرهونٌ بوقتته والجانب السلبيُّ له هو أنه لا يدلُّ على التجربة الفعلية لأي مجموعةٍ من النساء طوال حياتهن. على سبيل المثال، فالنساء اللواتي يبلغن عمر ١٨ سنة في العام ٢٠٠٥ سيصبحن بعمر ١٩ في العام ٢٠٠٦، وبعمر ٢٠ في العام ٢٠٠٧، وهكذا دواليك. فنجربة أي مجموعة فعلية من النساء متوزعة على سنوات تقويمية عديدة.

وإذا توفرت معدلات الخصوبة حسب العمر طوال سنوات عديدة، فيمكن جمعها على طول مدة الحياة الحقيقية لمجموعةٍ من النساء. على سبيل المثال، كان معدل الخصوبة للنساء بعمر ١٨ سنة في العام ٢٠٠٥ سيُجمع إلى معدل الخصوبة على سبيل المثال، كان معدل الخصوبة للنساء بعمر ١٨ سنة في العام ٢٠٠٥ سيُجمع إلى معدل الخصوبة للنساء بعمر ١٩ سنة في العام ٢٠٠٦، وللنساء بعمر ٢٠ سنة في العام ٢٠٠٧، وهلمَّ جراً حتى تبلغ المجموعة عمر ٥٠ سنة. وللنساء بعمر ١٩ سنة في العام ٢٠٠٦، وللنساء بعمر ٢٠ سنة في العام ٢٠٠٧، وهلمَّ جراً حتى تبلغ المجموعة عمر ٥٠ سنة. والمقياس الناتج عن الجمع طوال مدة الحياة الحقيقية بهذه الطريقة يُسمى الخصوبة

المكتملة للجماعة. وكما هو حال معدل الخصوبة الكلي، تقيسُ الخصوبة المكتملة للجماعة متوسط عدد الأطفال الذين يفترض أن تنجبهم النساء طوال مُد حياتهن، غير أن مُد الحياة في هذه الحالة هي مُد حياة حقيقية.

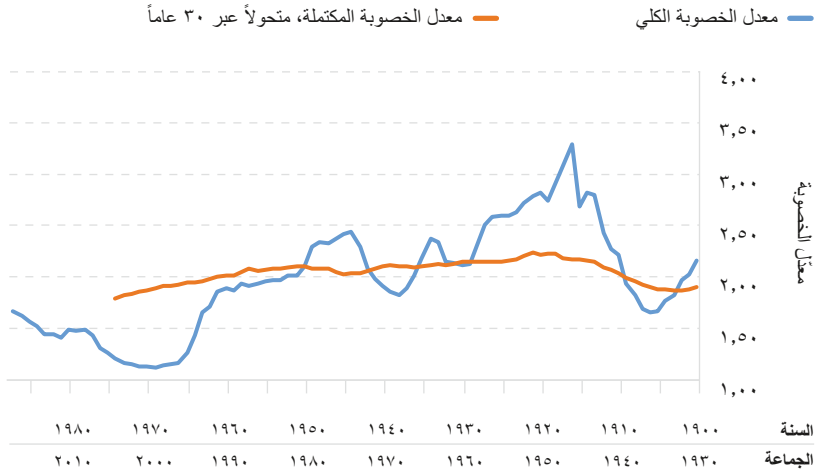
يوجد لمقياس الخصوبة المكتملة للجماعة جانبٌ سلبي هو تعدُّر حسابه قبل أن تبلغ مجموعة النساء الخاضعة للتحليل نهاية سنوات الإنجاب. وعلى الرغم من أنه مقياس أدقُّ تعبيراً عن تجربة الخصوبة الفعلية مما هو حال معدل الخصوبة الكلي، غير وعلى الرغم من أنه مقياس أدقُّ تعبيراً عن تجربة الخصوبة الفعلية مما هو حال معدل الخصوبة الكلي، غير أنه ليس مقياساً حسن التوقيت. وهو لا يزودنا بأي معلوماتٍ عن السلوك الإنجابي للنساء الأصغر سناً خلال السنوات الأخيرة.

عندما تكون الخصوبة مرتفعة، فإن التحوُّلات في معدل الخصوبة الكلي (التي هي على الدوام تقريباً تحوُّلات متجهة نحو الانخفاض) تُوفِّر فكرةً موثوقةً وحديثةً نسبياً عن الاتجاه العام للخصوبة. وهذا هو سبب استخدام معدل

الخصوبة الكلي في الفصول الأولى من هذا التقرير. ولكن، عندما تكون الخصوبة منخفضة، يمكن للتغيُّرات الطارئة على توقيت الولادات، أو حدوث صدمةٍ مثل الكساد الاقتصادي، أن يؤثر بشدة على العدد السنوي للولادات، وبالتالي على معدل الخصوبة الكلي. ويتوضح ذلك من خلال الرسم البياني أدناه، حيث يُظهر تفاوتاتٍ شاسعة في معدل الخصوبة الكلي في تشيكيا، فيما لا يُظهر سوى تحوُّلاتٍ معتدلة في الخصوبة المكتملة للجماعة.

وبالتالي فمن المهمّ في الأوضاع التي تكون الخصوبة فيها منخفضة أن يتمّ الانتباه إلى الصورة التي قد تكون مضللة، والتي يرسمها الاتجاه العام لمعدل الخصوبة الكلي، كما ينبغي - عند الإمكان - دراسة الاتجاه العام للخصوبة المكتملة للجماعة.

التغييرات الطويلة الأجل في معدل الخصوبة الكلي (١٩٣٠-٢٠١٥) والخصوبة المكتملة للجماعة (النساء المولودات بين ١٩٠٠-١٩٧٤) في تشيكيا





تسهّل سياسات الإجازة

الوالديّة على السويديّين إنجاب العدد

الذين يرغبون فيه من الأطفال

© UNFPA/Melker Dahlstrand

التركيز على السويد

يقبل أندرياس أوساندر زوجته إيلين لتوديعها عند ذهابها إلى عملها. وحالما تغادر المنزل، يسارع أندرياس إلى لباس ابنتهما إيدا (١١ شهراً) ثياباً دافئة، ويمسك يد ابنتهما لو (٤ أعوام)، والخروج من المنزل أيضاً.

محطتهم الأولى هي حضانة لو، ومن ثم نزهة مع إيدا بين جنّبات حديقةٍ بالقرب من منزلهم في إحدى ضواحي ستوكهولم. ويمرّان بملعبٍ للتمارين البدنية في الهواء الطلق، حيث يتمرّن أندرياس بينما تغطّ إيدا في نومٍ عميقٍ في عربتها.

"لا يضطر الوالدان في السويد إلى الاختيار بين حياتهم المهنية وأن يصبحوا أهلاً."

هانز ليندي، الجمعية السويدية للتثقيف الجنسي

وبحلول التاسعة صباحاً، يكون أندرياس وإيدا قد عادا إلى المنزل. فإذا حالفه الحظ، سيحظى ببعض الوقت لارتشاف كوبٍ من القهوة قبل أن تستيقظ إيدا وتصرَّ على اللعب قبل تناول وجبتها الصباحية الخفيفة.

"في يومٍ عادي، نقوم بالأمر المعتادة في حياة الطفل"، يقول أندرياس. "فنحن نلعب ونقرأ كتاباً ونتناول الطعام. وعندما تنام إيدا، أحاول إنجاز بعض الأعمال المنزلية مثل غسل الملابس والتنظيف. وأحياناً يتسنى لي بعض الوقت للقاء الأصدقاء الذين هم أيضاً في فترة الإجازة الوالدية." عندما التقى أندرياس بإيلين، كان لديها طفلٌ اسمه جون، وهو تلميذٌ في الصف الرابع في مدرسةٍ تقع على الجانب الآخر من الشارع. وقرَّر الزوجان في مرحلة مبكرة أنهما يرغبان في إنجاب الأطفال معاً.

## "سياسة الإجازة الوالدية في السويد تتلاءم مع كلِّ من الحقوق الإيجابية والنظام الاقتصادي."

هانز ليندي، الجمعية السويدية للتثقيف الجنسي

© UNFPA/Melker Dahlstrand





يصبحوا أهلاً"، يقول رئيس الجمعية السويدية للتتقيف الجنسي هانز ليندي. ويضيف "يشكّل نظام الإجازة الوالدية أساساً جيداً للمساواة".

ويقول أندرياس "نظّمنا الإجازة الوالدية بطريقة تحفظ لكلينا المزيد من الطاقة لكل من العمل وإياداً".

ويقول ليندي، رئيس الجمعية السويدية للتتقيف الجنسي "سياسة الإجازة الوالدية في السويد تتلاءم مع كلّ من الحقوق الإنجابية والنظام الاقتصادي". ويفضل احترام السويد للحقوق الإنجابية، بات من الممكن تحقيق "أحد أمتن أنظمة اقتصاد الرفاه في العالم"، كما يضيف ليندي.

يدعم نظام الضمان الاجتماعي السويدي تقاسم المسؤوليات الوالدية، بل ويشجّع على ذلك. وهو يمنح إجازةً والدية مدتها ٤٨٠ يوماً: يحصل كل والد على ٩٠ يوماً، أما الأيام الـ ٣٠٠ المتبقية فيمكن تقاسمها بين الوالدين، كما يمكن الحصول على ما يصل إلى ٣٠ يوماً في الوقت نفسه بحيث يبقى الوالدان معاً في المنزل. يحصل كلّ والد على ما يصل إلى ١١٠ دولارات أمريكية يومياً طيلة الأيام الـ ٣٩٠ الأولى، وأقل من ذلك لبقية الأيام.

لازمت إيلين المنزل مع إياداً طيلة الأشهر الأربعة الأولى. ومنذ ذلك الحين بدأ أندرياس يعتني بإياداً الثلاثة والجمعة ونصف يوم الأربعاء. أما إيلين فتبقى في المنزل خلال اليومين ونصف اليوم المتبقين من الأسبوع. "لا يضطر الوالدان في السويد إلى الاختيار بين حياتهم المهنية وأن

يمنح النظام

إجازة والدية

تبلغ مدتها

٤٨٠ يوماً.

# لكلِّ إنسان الحق في الاختيار

الفصل ٦

الخصوبة أمرٌ هام، فهي تبيِّن أين وصلَ الناس ومن أين أتوا، كما تعكس فرصهم والقيود التي تكبِّحهم. إنها تحدّد الطموحات المستقبلية، وتترتّب عليها تأثيرات عميقة تبدأ عند الأفراد وتتوسّع لتشمل المجتمعات.



© JGI/Jamie Grill/Getty Images

على مدى ٥٠ عاماً، أي منذ انعقاد المؤتمر الدولي لحقوق الإنسان عام ١٩٦٨ في طهران، اتفقت الحكومات على الحق في اتخاذ القرارات بشأن حجم الأسرة بكل حرية ومسؤولية. وقد أكدت الحكومات بشدة على هذا الحق في العام ١٩٩٤ خلال المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. ويذكر برنامج العمل الصادر عن المؤتمر أن لكل الأزواج والأفراد الحق في الحصول على المعلومات والوسائل التي تمكنهم من اتخاذ

وفي خضمّ الفجوات الكبيرة القائمة اليوم ما بين معدّلات الخصوبة المرتفعة والمنخفضة، سواءً ضمن البلدان أو فيما بينها، ثمة تنوع هائل في مشكلات الخصوبة والعوامل التي توجّهها. لكن الجانب المشترك بين البلدان كافه هو أن مدى قدرة الأزواج والأفراد على ممارسة حقوقهم الإنجابية يلعب دوراً حاسماً في تحديد عدد الأطفال الذين ينجبونهم، وفي مدى التوافق بين خصوبتهم وما يصنّبون إليه في حياتهم الإنجابية.



للخدمات الاجتماعية الأساسية. وهو يعكس مخاوف العديد من الأفراد الذين يعانون من محدودية حقوقهم وخياراتهم الإنجابية بسبب القلق من مسائل مثل السكن أو العمل أو رعاية الأطفال. لقد حان الوقت لخلق توافقٍ أفضل ما بين السياسة العامة والأهداف الفردية. فالأفراد بحاجة إلى المعرفة والوسائل التي تمكنهم من اتخاذ القرارات بشأن إنجاب الأطفال ومواعيد ذلك وعدد مراته. كما تحتاج الحكومات التي تساورها المخاوف بشأن ارتفاع أو انخفاض معدّلات الخصوبة إلى سياساتٍ تعزّز حقوق الأفراد في اتخاذ القرارات بأنفسهم بشأن مواعيد الحمل والفترة الفاصلة بين حملٍ وآخر. ويمكن لمواءمة أهداف الأفراد والحكومات، وترسيخها استناداً إلى حقوق الإنسان، أن يشكّلا دافعاً قوياً للتنمية الاقتصادية والاجتماعية.

### ما يتوجب على كلّ بلدٍ فعله

يتوجب على كل بلدٍ تحديدُ مزيج الخدمات والموارد اللازمة لصون الحقوق الإنجابية لجميع المواطنين، وضمان عدم ترك أحدٍ خلف الركب، وإزالة العوائق الاجتماعية والاقتصادية

القرار بشأن عدد أولادهم والمدة الفاصلة بين الولادات وتوقيتها، من دون أي تمييز وإكراهٍ وعنف. وفي العام ٢٠١٥، خلال خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠، أصبحت الحقوق الإنجابية مسعىً صريحاً من مساعي أحد الأهداف السبعة عشر من أهداف التنمية المستدامة، وعاملاً أساسياً لتحقيق بقية الأهداف كافةً. وقد أُحرز تقدّمٌ كبيرٌ في مجال صون الحقوق الإنجابية. ومع ذلك، لا يمكن لأيّ بلدٍ اليوم الادعاء بأن جميع المجموعات السكانية تتمتع بهذه الحقوق في كل الأوقات. ففي كلّ مكانٍ تقريباً، ما تزال الظروف الاجتماعية والمؤسسية والاقتصادية تحرم بعض الناس من الوسائل التي تمكنهم من إنجاب العدد الذي يرغبون فيه من الأطفال بكل حرية ومسؤولية، ومن إنجابهم في التوقيت الذي يرغبون فيه. ويتجلى هذا الوضع في البلدان ذات الخصوبة المرتفعة والمنخفضة على حدٍ سواء. كما أن هذا الوضع مستمرٌ على الرغم الإلحاح المتزايد الناجم عن تأثير الخصوبة في إضعاف أو تعزيز قوة النظام الاقتصادي، وفي تحديد الموارد اللازمة



والمؤسسية والجغرافية التي تحرم الأزواج والأفراد من اتخاذ قراراتهم بكل حرية ومسؤولية بشأن عدد مرات الحمل وتوقيته. قد تكون بعض الإجراءات أنسب لبعض البلدان نظراً لاختلاف معدلات الخصوبة. لكن ثمة مسائل مشتركة بين جميع البلدان، وهي تعكس الجوانب التي تمثل أساس الحقوق الإنجابية، ومع ذلك فهي ما تزال تشهد عجزاً كبيراً.

#### الوفاء بالالتزامات في مجال الحقوق الإنجابية

بادرت الحكومات الممثلة في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية لعام ١٩٩٤، وعددها ١٧٩ حكومة، إلى تأييد مفهوم الحقوق الإنجابية، وتحديد حق كل إنسان في اتخاذ قراراته بكل حرية ومسؤولية بشأن حجم الأسرة، وتوقيت الحمل والإنجاب. هذه الحقوق ملك لكل إنسان. ومع ذلك لم يتم تحقيق هذا الشمول.

بغية الشروع في ردم الفجوات، ينبغي على البلدان دراسة ما إذا كانت السياسات السكانية تعزز الحقوق الإنجابية وتمكّن الأفراد من بلوغ أهدافهم الخاصة في مجال الخصوبة، أم أن تلك السياسات تسلبهم القدرة على اتخاذ القرارات بشأن حجم الأسرة. ينبغي إعادة رسم السياسات أو إعادة موازنتها مع ما يحتاجه الناس فعلياً ليتمكنوا من إنجاب العدد الذي يريدونه من الأطفال، وفي الوقت الذي يريدونه. ويتطلب ذلك دراسة مختلف العوامل المتشابكة التي تؤثر على الحقوق الإنجابية والخصوبة، بما فيها التعليم والعمل والسكن والأمن الغذائي. على سبيل المثال، حققت بنغلاديش أهدافها في مجال الخصوبة بوتيرة سريعة للغاية من خلال العمل على التنمية الوطنية بأسلوب التنمية البشرية الشاملة، والتي تركز على توفير مزيج متوازن من القدرات للناس في مجالات الصحة والتعليم والدخل.

يمكن أن تتمثل نقطة البدء لأي بلد في إجراء "مراجعات" وطنية دورية في مجال الحقوق الإنجابية بهدف تقييم مدى توافق القوانين والسياسات والميزانيات والخدمات وحملات التوعية وغيرها من الأنشطة مع الحقوق الإنجابية على النحو الذي حدده المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. ولكي تكون هذه المراجعات مستنيرة بالكامل وقائمة على الحقوق، ينبغي التماس آراء الخبراء، بالإضافة إلى آراء الناس عموماً. بشكل عام، يجب استنباط طرائق أفضل لقياس

الفجوات في الحقوق الإنجابية، بحيث تغطي مجالات الرعاية الصحية، بالإضافة إلى المحددات الاجتماعية والاقتصادية والمؤسسية.

#### خفض الاحتياجات غير المُلبّاة إلى الصفر

تشكّل النساء اللواتي لم تلبّ احتياجاتهن من وسائل منع الحمل الحديثة ما يزيد على أربعة أخماس عدد حالات الحمل غير المقصود في البلدان النامية (معهد غوتماشر، ٢٠١٧). إلا أن الاحتياجات غير المُلبّاة ليست حكراً على البلدان النامية. فهي موجودة في شتى الأماكن عملياً، حتى في البلدان ذات الخصوبة المنخفضة. ففي مختلف أصقاع العالم، عادة ما تتمتع النساء الأكثر ثراءً والمقيمت في المدن والأكثر تعليماً بإمكانية الوصول الكامل إلى مختلف أنواع وسائل منع الحمل الحديثة، الأمر الذي ليس متاحاً لنظيرتهن الأشد فقراً والمقيمت في الأرياف والأقل تعليماً. وفي بعض البلدان ذات الخصوبة المنخفضة ومستويات الدخل الأعلى، تتوفر خدمات الإجهاض الآمن بكل سهولة وبكلفة ميسورة أو مجاناً، لكن هذا لا ينطبق على بعض أنواع وسائل منع الحمل. يمكن لبرامج تنظيم الأسرة المملوكة والممولة قومياً، والهادفة إلى خفض الاحتياجات غير المُلبّاة في مجال خدمات تنظيم الأسرة إلى الصفر في أجل أقصاه عام ٢٠٣٠، أن تساعد البلدان في تحقيق أهداف التنمية المستدامة.

#### إعطاء الأولوية للصحة الإنجابية في أنظمة الرعاية الصحية

ما تزال خدمات الصحة الإنجابية في بلدان عديدة تفتقر إلى الاهتمام - أو التمويل - اللذين تستحقهما، وذلك بالرغم من تأثيرها على مجموعة من حقوق الإنسان وأهداف التنمية، بدءاً من خفض نسبة الفقر ووصولاً إلى المشاركة في القوى العاملة. وينبغي اعتبار هذه الخدمات جزءاً أساسياً من الرعاية الصحية الأولية، بما يوازي أهمية التلقيح وغيره من ضروريات الصحة الجيدة. كما ينبغي أن تكون هذه الخدمات شاملةً وعالية الجودة ومتاحة للجميع ومنطقية من هدف تمكين الناس من اتخاذ قراراتهم بأنفسهم. فضلاً عن ذلك، ينبغي لسؤال الأشخاص الذين هم في سن الإنجاب عما إذا كانوا قد أنجبوا العدد الذي يرغبون فيه من الأطفال أم لا أن يكون إجراءً روتينياً أثناء الفحوص الطبية العامة، ويجب إتباع

إلى التقاطع القائم ما بين النوع الجنساني وأشكال التمييز والإقصاء الأخرى المرتبطة بالعمى والقدرات والموقع والإثنية وغير ذلك. مثلاً، يصل احتمال زواج فتاة من الريف في سن الطفولة إلى الضعف بالمقارنة مع فتاة من المدينة. يُعدّ العمل على الأعراف الاجتماعية أساسياً لتغيير بعض العوامل المستديمة الموجهة لعدم المساواة بين الجنسين، أو معظمها. وعلى الرغم من أن النساء في مختلف أرجاء العالم أصبحن أكثر إدراكاً لحقوقهن وقدرةً على التصرف بموجبهن، غير أن مواقف الرجال ما تزال تمثل عبئاً كبيراً. ويعكس ذلك بوضوح في انعدام التكافؤ عموماً في حصة النساء من الرعاية غير المأجورة، حيث ما يزال الرجال عاجزين عن تولّي حصةٍ مساويةٍ للنساء حتى في البلدان التي قطعت أشواطاً كبيرةً نحو تحقيق المساواة بين الجنسين. ومن نتائج ذلك توجّه بعض النساء إلى إنجاب عدد أطفالٍ يقلّ عمّا يفضلونه. وفي المقابل، بالنسبة إلى النساء اللواتي أنجبن عدد أطفالٍ يفوق ما يرغبن به، قد تشكّل متطلبات العمل المنزلي عبئاً يستحيل تذليلها في وجه ممارسة أنشطةٍ أخرى، مثل العمل المأجور أو المشاركة في الشؤون المجتمعية.

### ما يتوجب على البلدان ذات الخصوبة المرتفعة فعله

عادةً ما تعاني البلدان ذات معدلات الخصوبة المرتفعة أيضاً من ارتفاع معدلات الفقر، وإتقال كاهل الخدمات، وخاصةً في المناطق الريفية. وعلى الرغم من أن بعض الناس في هذه البلدان، وخاصةً الشباب المقيمين في المدن، يختارون إنجاب عدد أقل من الأطفال، إلا أن أعمال الحقوق الإنجابية بشكلٍ كاملٍ سيعني أن بوسع الجميع اتخاذ خياراتٍ مستنيرة. عادةً ما تكون نسبة الاحتياجات غير الملبّاة من وسائل منع الحمل مرتفعةً في هذه البلدان، مما يوحي بوجود عقباتٍ جوهرية تعيق الحصول على واحدةٍ من الوسائل الأساسية التي تتيح للأزواج تحقيق أهدافهم الإنجابية.

### توسيع نطاق خدمات الرعاية الصحية الإنجابية ورفع جودتها

تتمثّل نقطة البدء نحو أعمال الحقوق الإنجابية وتمكين الناس من إنجاب العدد الذي يريدونه من الأطفال في توسيع نطاق خدمات الصحة الإنجابية لتشمل أكثر الأشخاص تحفظاً عن الركب. في البلدان ذات الخصوبة المرتفعة، عادةً ما يكون هؤلاء الأشخاص هم الأشد فقراً في المناطق الريفية.

هذا السؤال بإعطاء المعلومات والإحالات للأشخاص الذين ليسوا راضين عن الخيارات المتاحة حالياً أمامهم. يجب وضع آلياتٍ للمساءلة، بحيث تستند إلى بياناتٍ صحيحة وتهدف إلى إعمال الحقوق فعلياً وبالكامل، والمعياري في ذلك هو ما إذا كان الأشخاص الذين يتلقون خدمات الرعاية الصحية يشعرون بأنهم قادرين على تحقيق أهدافهم الشخصية المتعلقة بالخصوبة أم لا.

### توفير التثقيف الجنسي الشامل للجميع

يحتاج الناس إلى المعرفة ليتمكنوا من ممارسة حقوقهم الإنجابية، واتخاذ الخيارات بالحمل وتوقيته وعدد مراته. وينبغي تقديم هذه المعرفة لليافعين قبل أن يصبحوا نشطين جنسياً. ولذلك يجب أن تتضمن جميع المناهج المدرسية مادة التثقيف الجنسي الشامل على مراحل وبما يتناسب مع الفئات العمرية، بحيث تشكل الحقوق والعلاقات والصحة الجنسية والإنجابية الأساس لاكتساب هذا الفهم. وما يميّز أنجح البرامج هو أنها لا تركز على شرح الأمور الأساسية حول آلية التنازل فحسب، بل كذلك على المساواة بين الجنسين، كما تساعد الفتيات والفتيان على بناء الثقة والمهارات اللازمين لاتخاذ خياراتٍ مخوّلة.

### العمل على تحقيق المساواة بين الجنسين على جميع الأصعدة

ثمة ارتباط وثيق بين النقص في حقوق النساء والنقص في الحقوق الإنجابية؛ ولا يمكن تلافي أحدهما بمعزلٍ عن الآخر. قد يؤثر التمييز بين الجنسين سلباً على الأنظمة الصحية، مثلاً، وبذلك لا تتمكن النساء من الوصول إلى الخدمات التي يحتجنها من أجل اتخاذ الخيارات بأنفسهن بشأن أنواع وسائل منع الحمل. في المناطق التي تكون فيها النساء مهمّساتٍ في اتخاذ القرارات بشأن الأسرة، أو معرّضاتٍ للعنف الجنساني، قد يكون تحكّمهن بخصوبتهن محدوداً. من الأمثل تضمين المساواة بين الجنسين في السياسات والممارسات الوطنية كافةً، وأن تكون مبدأً تشغيلياً محورياً في جميع أنظمة الرعاية الصحية. أما الميزانيات المراعية للجنسانية، والتي تغربل السياسات الهادفة إلى تعبئة الموارد العامة وإنفاقها وفقاً لمساهمتها في تحقيق المساواة بين الجنسين، فقد تمثل أداةً هامةً في تسريع التقدم. وفي جميع الجهود الرامية إلى تعزيز المساواة بين الجنسين، يجب الانتباه





© Abbie Traylor-Smith/Panos Pictures

المعنّية بصحة الأمهات والأطفال، ودعمها بالبرامج ذات الصلة في مجال التغذية والأمن الغذائي وتمكين النساء. ومن الأولويات الأخرى تقوية أنظمة المعلومات المتعلقة بإدارة شؤون الصحة، بما في ذلك تحديد التفاوتات الكامنة في جودة الخدمات وإمكانية الوصول إليها، واستثمار كامل طاقات العاملين الصحيين وبخاصة كوادر المستوى المتوسط مثل القابلات.

#### الحرص على معرفة كل إنسان لحقوقه الإنجابية وكيفية ممارستها

يمكن أن تلعب الأعراف الاجتماعية دوراً رئيسياً في الحفاظ على ارتفاع معدلات الخصوبة، وذلك بالاقتران مع الفجوات القائمة في خدمات تنظيم الأسرة. ويجب الوقوف في وجه الأعراف الاجتماعية التي تمنع اتخاذ الخيارات المستنيرة بشأن عدد حالات الحمل وتوقيتها، وإلا فلا يمكن للأفراد إعمال حقوقهم الإنجابية. تعدّ حملات تغيير السلوكيات إحدى تقنيات تغيير الأعراف. وينبغي لهذه الحملات أن تشمل المناطق الريفية، وبالذات الأماكن التي تعاني من محدودية أكثر في المعلومات،

ويمكن بناء الخدمات، سواء كانت مقدّمة في العيادات الصحية أو من قبل العاملين المجتمعيين، وفق نماذج متكاملة توفّر كلاً من مستلزمات تنظيم الأسرة والرسائل المشجّعة على تغيير الأعراف الاجتماعية، بما فيها الأعراف التي تضع عقبات أمام استخدام وسائل منع الحمل وتحّد من تمكين النساء. كما قد تمثّل مثل هذه الخدمات منفذاً لتقديم أولى مستويات الدعم والإحالات في حالات العنف الجنساني. يجب أن تعمل الأنظمة الصحية على ضمان منح جميع النساء، سواء كنّ في المدن أو الأرياف، إمكانية متكافئة للوصول إلى مختلف خيارات وسائل منع الحمل، بالإضافة إلى الضروريات الأخرى مثل وسائل الوقاية من الأمراض المعدية المنقولة جنسياً ورعاية المصابين بها. كما يمكن بذل المزيد للربط ما بين برامج تنظيم الأسرة وبرامج مرض نقص المناعة البشرية نظراً لأن الواقيات الذكرية باتت اليوم أكثر وسائل منع الحمل شيوعاً بين العازبين. وانطلاقاً من حقوق الإنسان، ونظراً لدور ارتفاع معدل وفيات الرضع والأطفال في رفع معدلات الخصوبة، ينبغي تحسين البرامج الضعيفة



©Simon Straetker/Ascent Xmedia/Getty Images

مثلاً، ومع ذلك ما تزال خدمات الإرشاد الزراعي موجَّهة بشكلٍ رئيسي إلى المزارعين الذكور في معظم الأحيان. ويعتمد التمكين الاقتصادي للنساء الريفيات بشكلٍ كبير على المساواة في الحقوق المتصلة بالأراضي والعقارات، والمساواة في الوصول إلى الموارد المالية والتقنيات. كما يمكن أن تشمل الأولويات الأخرى جذب المزيد من النساء الريفيات إلى برامج التدريب المهني والتشديد على ضرورة وصولهن إلى مستويات تعليمية أعلى. ومن شأن إفساح المجال أمام النساء في الحكم المحلي أن يصون حقهن في المشاركة، كما أنه قد يؤثر على برامج العمل المحلية بحيث توفر الخدمات التي تحتاجها النساء. ويمكن للتمكين الذي يؤدي إلى رفع التوعية والثقة أن يشجع النساء ليصبحن نماذج يقتدي بها المجتمع وفاعلات في تغيير الأعراف الاجتماعية، بما فيها تلك المرتبطة بالخصوبة وتنظيم الأسرة.

كما ينبغي أن تنطلق من مبادئ التمكين وحقوق الإنسان. ومما يعنيه ذلك، على سبيل المثال، عدم التركيز على شرح كيفية استخدام وسائل منع الحمل للناس فحسب، بل أيضاً مساعدتهم على التفكير جدياً في المفاهيم السائدة بشأن حجم الأسرة، وتأثير ذلك على الرفاه في المستقبل، وعملية اتخاذ القرارات من قبل الرجال والنساء ضمن الأسر.

### القضاء على زواج الأطفال

يُعدُّ الزواج المبكر انتهاكاً لحقوق الإنسان وعادةً ما يؤدي إلى الحرمان من حقوقٍ أخرى، بما فيها الحقوق الإنجابية. يجب تضمين مسألة الحماية من زواج الأطفال في القوانين وتنفيذها على أرض الواقع. غير أن تفشي زواج الأطفال في بعض البلدان يتطلب أيضاً جهوداً منمَّمة تتصدى للمفاهيم الراسخة بشأن فائدته وجواز عقده. يمكن للأشخاص المؤثرين في المجتمع وصانعي القرار، مثل الزعماء التقليديين والبرلمانيين، أن يمثّلوا أصواتاً مسموعة تحثُّ الناس على تبني "الوضع الطبيعي الجديد". وقد يكون نشر التوعية فعالاً من خلال التوكيد على المعلومات الأساسية حول أضرار الحمل المبكر الذي يرافق معظم حالات زواج الأطفال. أما التعليم الجيد فيشكل نوعاً آخر من الدعم، لأنه يُبقي الفتيات في المدارس ويتيح لهن فرص التعلُّم على حقوقهن وطلب المساعدة إذا تعرّضن للخطر، بالإضافة إلى تنمية مهارات اتخاذ خيارات مستنيرة خلال حياتهن.

### منح الأولوية لتوظيف النساء الريفيات

بالنسبة إلى النساء في شتى أرجاء العالم، تعني المشاركة في النظام الاقتصادي الحديث حصولهنَّ على الدخل والمعلومات وأساليب جديدة في التفكير، وإتاحة الفرص لعيش حياتهن خارج جدران المنزل. كما أنها دافع مهمٌ نحو تخفيض الخصوبة. في البلدان ذات الخصوبة المرتفعة، تحظى النساء في المناطق الريفية بأقلَّ الفرص للحصول على الوظائف الجيدة أو مصادر الرزق المستدامة. كما يمكن في العديد من الحالات أن تسعى سياسات التعليم والزراعة وسوق العمل بجدِّ أكبر إلى دعم هؤلاء النساء. إذ ما يزال العديد من هذه السياسات يتبنى نهجاً تتجاهل الاعتبارات الجنسانية، مما يعني أنها تصبُّ عملياً في مصلحة الرجال. تقدم النساء إسهاماتٍ كبيرة في الأنظمة الاقتصادية الزراعية

## إعطاء الأولوية للإنفاق على الرعاية الصحية الإنجابية

ما تزال الصحة الإنجابية هامشية في العديد من ميزانيات الصحة الوطنية، ويعود ذلك إلى أسباب مختلفة. حيث ما تزال البلدان الأشد فقراً معتمدة على تمويل الجهات المانحة الدولية التي لم تولِ خدمات الصحة الإنجابية إلا أقل الاهتمام خلال السنوات الأخيرة، بما فيها تنظيم الأسرة. ونظراً للتأثيرات الواسعة النطاق للخصوبة، وتماشياً مع الالتزامات المتعلقة بكل من الحقوق الإنجابية والشراكات في مجال التنمية العالية الجودة، يجب إعطاء قدر أكبر من الأولوية للرعاية الصحية الإنجابية في مصادر التمويل الصحي، المحلية منها والدولية على حدٍ سواء.

## ما يتوجب على البلدان ذات الخصوبة المتوسطة فعله

رغم أن البلدان التي يزيد معدل الخصوبة فيها عن ولادتين، لكنه يقل عن أربع ولادات للمرأة الواحدة، متفاوتة في مستويات التنمية الإجمالية، غير أنها بشكلٍ عام أفضل من ناحية معرفة الناس لخدمات الرعاية الصحية الإنجابية والمعلومات عنها، وإمكانية وصولهم إليهما، كما أن الناس عموماً يدركون مفهوم المستقبل الذي يرتبط فيه الرفاه، سواء كان رفاهاً في مستوى الدخل أم جودة التعليم، بالخيارات المتعلقة بالخصوبة. ويتعامل بعض هذه البلدان في الآن عينه مع معدل خصوبة مرتفع لدى مجموعة أو مجتمع ما، ومعدل خصوبة منخفض لدى غيرها، بالإضافة إلى نقص استيعاب الشباب في سوق العمل المأجور، وسرعة غير مسبوقة في معدلات الشيخوخة، وكل ما سبق يفرض متطلبات كبيرة على الصعيدين الاجتماعي والاقتصادي.

## إلغاء الفوارق في خدمات الرعاية الصحية الإنجابية

حقوق العديد من البلدان ذات الخصوبة المتوسطة تقدماً في توسيع نطاق أنظمة الرعاية الصحية، وعادة ما تعدى هذا التقدم المستوى الذي حققته البلدان ذات الخصوبة المرتفعة. عندما يكون معدل الخصوبة متوسطاً، قد يخفُّ إلحاح الحاجة إلى رفعها أو خفضها على المستوى الوطني. غير أن أخذ متوسط الخصوبة فقط بعين الاعتبار سيتسبب على الأرجح في إغفال الفوارق المستديمة في الحقوق الإنجابية، والتي يجب ردمها تماشياً مع الالتزام بالشمول. يمكن للفوارق أن تتجلى، على سبيل المثال، في ارتفاع معدلات حالات الحمل غير المقصود والحاجات غير الملباة إلى وسائل منع الحمل.

المناطق النائية، ومجموعات الأقليات الإثنية، والشباب، والعازبون، والفقراء في الأرياف والمدن، هم بعض من المجموعات السكانية التي تخلفت عن الركب من حيث الوصول إلى مختلف طرق منع الحمل، وخدماته، والمعرفة المتعلقة به. ولا يكفي أن تصل الخدمات بشكلٍ مادي إلى هذه المجموعات فحسب، بل يجب تصميمها بما يتناسب مع احتياجاتهم، مثلاً من خلال اعتماد الأسلوب الملائم لإيصال المعلومات عن تنظيم الأسرة إليهم. كما يمكن بذل المزيد لتوفير جميع خيارات تنظيم الأسرة، وإتاحة الوصول إلى خدمات المساعدة على الإنجاب، وتوسيع نطاق هذا الوصول. ونظراً لارتفاع معدلات حالات الحمل سيئة التوقيت أو غير المرغوبة في بعض هذه البلدان، يجب أن تتمحور نماذج الخدمات والمعايير التي تحدّد فعاليتها حول ضمان عدم إضاعة الحقوق فعلياً بعد أن تمَّ عمالها من حيث المبدأ، ويمكن لهذا أن يحدث، مثلاً، عندما يقوم شريك المرأة بحرمانها من ممارسة حقها في استعمال وسائل منع الحمل بهدف اتخاذ قراراتها بنفسها بشأن توقيت حالات الحمل والأوقات الفاصلة بينها. ومن الممكن تمكين الصلّات ما بين برامج تنظيم الأسرة، والمبادرات الهادفة إلى منع العنف الجنساني والحماية منه، والتمكين الاقتصادي للنساء. ويمكن أن تكون هذه الصلّات بسيطة مثل أنظمة التحري والإحالة، أي أنه عندما تأتي النساء لتلقي خدمات تنظيم الأسرة، تكون الإجراءات جاهزة لتحديد احتياجاتهن الأخرى وإحالتهم إلى موارد إضافية.

## بذل المزيد للوصول إلى الشباب والمراهقين، ولا سيما

### العازبين منهم

يضمُّ عددٌ من البلدان ذات الخصوبة المتوسطة نسبةً مرتفعةً من الشباب والمراهقين بين سكانها، وهي الإرث الذي خلفته الخصوبة المرتفعة في الماضي القريب. ومع ذلك حصل تباطؤ في الاستجابة إلى احتياجات الشباب في مجال الرعاية الصحية الإنجابية على الرغم من أنهم سيخلقون دعماً سكانياً كبيراً عندما يبدأون بإنجاب الأطفال. ومن العوائق أمام الخدمات الافتراضات القائلة بأن الأسلوب نفسه يصلح للجميع فيما يتعلق بتقديم الخدمات، وبأن المراهقين ما زالوا أصغر من أن ينشطوا جنسياً، وبأن الشباب العازبين يجب أن يُحرَموا من وسائل منع الحمل.



وإلى حدّ ما، يبادر الشباب بأنفسهم إلى اختيار خفض الخصوبة بسبب توفر ثروة من المعلومات بين أيديهم عبر الوسائل التقنية الحديثة. لكنهم مع ذلك بحاجة إلى دعم مُتّسقٍ وعالي الجودة. ويتضمن ذلك التثقيف الجنسي الشامل، بالإضافة إلى خدمات ومعلومات الصحة الإنجابية المراعية للشباب. وعندها تنتج الخدمات التي لا تفرّق بين الشباب والمراهقين المتزوجين والعازبين في الامتداد على نطاقٍ أوسع. وفي جميع الحالات، ينبغي أن يُبدي مقدمو الخدمات الاحترام للأخريين، وأن يدعموا الحقوق والتمكين، وخاصة للفتيات.

تُعدّ المراهقة مرحلةً يتطوّر فيها الدماغ على نحوٍ لا يوازيه سوى تطوُّره في مرحلة الطفولة المبكرة؛ فهي توفّر نقطةً جوهريةً لتشكيل السلوكيات التي يمكن أن تؤدي إلى اتخاذ خيارات مستنيرة بشأن الصحة الإنجابية والخصوبة على مدى الحياة. وعلى نحوٍ مماثل، فهي النقطة التي تنكسر عندها حياة العديد من اليافعين على نحوٍ لا يمكن جبره بسبب زواج الأطفال أو الحمل غير المُخطّط له، ويمكن اعتبار هذه النتائج مصيراً محتوماً للفتيات اللواتي ضاقت آفاقهن بسبب سوء الأنظمة التعليمية وأسواق العمل الضعيفة. وفي هذه الحالات، ينبغي ربط السياسات السكانية وسياسات الصحة الإنجابية بالسياسات الهادفة إلى ضمان انتقالٍ مستقرٍّ إلى سن الرشد، ومن وسائله الدخول إلى سوق العمل.

### زيادة خيارات التوظيف أمام النساء، ورفع مستوى مشاركتهن في القوى العاملة

يعاني عددٌ من البلدان ذات الخصوبة المتوسطة من انخفاض نسب مشاركة النساء في سوق العمل، حتى عندما يتزايد التكافؤ في التحصيل العلمي. ويعكس ذلك وجود المفاهيم التمييزية التي تُقصي النساء عن القوى العاملة المأجورة، وتُبقِيهن في وظائف رديئة أو غير مستقرّات من حيث قدرتهن على العمل نظراً لأنهن يتولّين حصّةً غير عادلة من مسؤوليات الرعاية غير المأجورة. وتجابه نساءٌ كثيرات مشكلة قلة خدمات رعاية الأطفال وغيرها من الخدمات التي كانت لتسهّل عليهن تحقيق توازنٍ فعالٍ بين مسؤولياتهن المهنية والعائلية. ومن العواقب المتوقّعة ارتفاع نسبة النساء والأطفال الذين تقلّ أمامهم سبل الفرار من الفقر، وتوجيه ضربةٍ تُضعف الأنظمة الاقتصادية الناشئة عموماً، وخسارة

الاستثمارات الفردية والاجتماعية في التعليم. ولا يقلُّ أهميةً عن ذلك خسارة النساء لإمكانياتهن وحقوقهن حين يبدأن التخطيط لتأسيس أسرهن، ويعود ذلك إلى محدودية حصولهن على المعلومات، والاتكال على الشركاء الذكور وما يجلبونه من دخل.

يجب إطلاق مبادراتٍ تدعم سياساتٍ محدّدة تهدف إلى تقليص فروق الأجور بين الذكور والنساء والحدّ من الأنماط التي ما تزال تدفع بالعديد من النساء نحو الوظائف الرديئة. كما يجب إلغاء القوانين التمييزية، كتلك التي تحظر على النساء العمل في وظائف معينة، أو تفرض سنّاً أصغر للتقاعد. يمكن لجميع هذه البلدان دراسة إمكانية التوجّه نحو رعاية الأطفال المتوفرة للجميع، وإجازة الأمومة والأبوة، ويشمل ذلك العاملين في القطاع غير الرسمي أو العاملين لحسابهم الخاص.

ويمكن لسياسات أسواق العمل المراعية للجنسانية بذل المزيد للتحفيز النشط على مشاركة النساء في القوى العاملة. كما يمكن لبرامج البحث عن وظائف، وفترات التدريب والتأهّل المهني، ومبادرات التدريب المهني، أن تشمل المزيد من النساء وتشجع دخولهن إلى مجالاتٍ مهنيةٍ خارج الأدوار التقليدية للجنسين. وكجزءٍ من التحول البيئي للأنظمة الاقتصادية نحو توفير وظائف ذات إنتاجية أعلى، تحتاج النساء إلى فرص متكافئة للسعي نحو فرصٍ مهنيةٍ جديدة، بما فيها العلمية والتقنية.

ونظراً لارتفاع نسبة النساء اللواتي يهاجرن من بعض البلدان ذات الخصوبة المتوسطة بهدف العمل، وإسهاماتهن الهامة في الأنظمة الاقتصادية من خلال التحويلات المالية، يجب أن تكون الهجرة لا إجراءً أمناً فيما يتعلق بمعايير العمل فحسب، بل أن تدعم ممارسة الحقوق الإنجابية أيضاً. ويشمل ذلك، على سبيل المثال، الوصول المتكافئ إلى خدمات تنظيم الأسرة، والحماية الشاملة من العنف الجنساني والجنسي في بلدان المقصد، والمساعدة في العودة إلى البلدان الأصلية في سنّ مناسبة بالنسبة إلى النساء الراغبات في تأسيس أسرة.



© Jasper Cole/Getty Images

### تأسيس نهج قائم على الحقوق في التمويل والإنفاق

يواجه العديد من البلدان ذات الخصوبة المتوسطة قيوداً معقدة في مجال التمويل الحكومي لخدمات الرعاية الصحية بسبب تقليص المساعدة الإنمائية الرسمية، وعدم كفاءة النظام الضريبي و/أو ارتفاع مستويات خدمة الديون. وهذا ما يفرض تحدياً الأولويات، مما قد يؤدي إلى تهميش الصحة الإنجابية. وقد لجأ بعض البلدان إلى خصخصة الخدمات، مما يفرض تكاليف قد لا يُطبقها الفقراء والشباب، وهذا ما يؤدي إلى إهدار بعض حقوقهم.

قد تؤدي المقاربة القائمة على الحقوق في وضع الميزانيات إلى إيجاد خياراتٍ جديدة، مثل زيادة مخصصات الوصول الشامل إلى جميع وسائل منع الحمل، وتعديل السياسة الضريبية بحيث توفّر عائداتٍ من شأنها تحسين الخدمات والتوسع فيها. ومن المفيد دعم النقاشات الدائرة بشأن مثل هذه الخيارات من خلال توفير فهم أفضل للدور الذي تلعبه الخصوبة والحقوق الإنجابية في بناء مجتمعات معافاة ومستقرة، وأنظمة اقتصادية مزدهرة تنفع الجميع، سواء ضمن كل بلدٍ على حدة أو بين البلدان.

### ما يتوجب على البلدان ذات الخصوبة المنخفضة فعله

عادةً ما يكون لدى البلدان ذات الخصوبة المنخفضة مستويات أعلى من التعليم الرسمي والمساواة بين الجنسين، بالإضافة إلى التغييرات الاجتماعية التي أدت إلى تأخر سن الزواج، وارتفاع معدلات الطلاق، وارتفاع معدلات الإنجاب خارج إطار الزواج. والعديد من النساء يؤسسن حياتهن المهنية قبل تأسيس أسرة، كما أنهن مستقلاتٌ اقتصادياً. ومع ذلك، كثيراً ما تصرّح النساء في البلدان ذات الخصوبة المنخفضة بأنهن أنجبن عدداً أقل مما يرغبن فيه من الأطفال. وتتضمن العوائق في وجه أعمال حقوقهن الإنجابية كلاً من الضائقات الاقتصادية، وقلة المساكن، وتقلّب أسواق العمل، والفجوات المزمّنة في الدعم المقدم من أجل الموازنة بين حياة العمل والحياة الأسرية.

تعني الخصوبة المنخفضة أن بإمكان الشريكين اللذين أنجبا عدداً أقل من الأطفال استثمار المزيد من الوقت والموارد في تحقيق رفاه أطفالهما. وفي الوقت نفسه، فإن السكان يشيخون، ويصاحب ذلك تكاليف الرعاية الصحية وتقلص حجم القوة العاملة.

### بذل المزيد لإتاحة الخصوبة تماشياً مع الحقوق الإنجابية

تتمتع بعض البلدان ذات الخصوبة المنخفضة بخدمات أفضل في مجال تنظيم الأسرة بحيث تشمل حتى أشد السكان فقراً، وقد ساعدت في حماية المراهقين من الحمل غير المقصود. غير أن الخدمات كثيراً ما تكون قاصرة عن الاستجابة إلى الاحتياجات المتغيرة للنساء والأزواج تبعاً لتغيّر الخصوبة. وتتضمن بعض أشكال النقص المتبقية في الحقوق الإنجابية تلك التي تؤثر على النساء الأكبر سناً ممن أجّلن الإنجاب، وعدم توفر جميع الخيارات فيما يتعلق بوسائل منع الحمل. ومن بين الخيارات المتاحة أمام بعض النساء تقنية الإخصاب في الأنابيب وغيرها من علاجات الخصوبة المقدّمة بما يتوافق مع المبادئ التوجيهية الأخلاقية المناسبة والمعايير الطبية. وستتطلب إتاحة هذه العلاجات على نطاق واسع حلّ بعض المشاكل مثل التكاليف الباهظة. ويجب أن تتضمن برامج تنظيم الأسرة توفير جميع طرق منع الحمل للنساء والأزواج، مما يسمح لهم باختيار الطريقة التي تناسب احتياجاتهم وتفضيلاتهم الخاصة.

### تحسين منظومة السياسات المراعية للأسرة وتوسيع نطاقها

فضلاً عن توفير جميع خدمات الرعاية الصحية الإنجابية الأساسية، يمكن لمجموعةٍ من السياسات والممارسات ذات الصلة أن تساعد الناس على ممارسة حقوقهم الإنجابية، بما فيها تأسيس أسرة أو زيادة حجمها. وينبغي أن تكون هذه السياسات والممارسات متوفرة للجميع. ومن الأمثلة عنها، الإجازة الوالدية المدفوعة الأجر للرجال والنساء، والتخفيفات الضريبية للعائلات، والأنتاق بين ساعات دوام المدرسة والوظيفة، ومرونة ساعات العمل، والسكن ميسور التكلفة. ويجب على السياسات المرتبطة بالتوظيف أن تُجاري التغييرات السريعة في أسواق العمل، التي تؤدي إلى عدم استقرار الوظائف، ويمكن تحقيق ذلك مثلاً من خلال وضع تسلسلٍ من الاستحقاقات الصحية واستحقاقات المعاشات التقاعدية. كما ينبغي تكملة ذلك بالجهود الرامية إلى التصدي للأعراف الجنسانية المُحددة لتقسيم الواجبات المنزلية من أعمالٍ ورعايةٍ للأطفال، وكلاهما ما يزال يمثل عبئاً كبيراً أمام مشاركة المرأة في القوى العاملة المأجورة، وتغيير هذه الأعراف.

### توسيع نطاق الوصول إلى خدمات رعاية الأطفال

في العديد من البلدان، يُتوقع من النساء تحمّل المسؤولية الرئيسية عن تربية الأطفال، مما يجبر النساء على الاختيار بين الإنجاب والسعي إلى العمل المأجور. ومن شأن رداءة خدمات رعاية الأطفال أو عدم توفرها أو ارتفاع تكلفتها مفاقمة هذه المشكلة. بالنسبة إلى العديد من النساء، فإن إنجاب طفلٍ يعني مغادرة القوى العاملة أو البقاء خارجها لمدة أطول مما يرغبن، مع ما يصاحب ذلك من تأثيرات على إيراداتهن وإنتاجيتهن في العمل.

وتتطلب معالجة هذه المشكلة تصافر جهودٍ عدّة. إذ ينبغي توفير خدمات رعاية الأطفال للجميع، بغض النظر عن قدرتهم على دفع تكاليفها. ويجب ربطها ببرامج تنمية الطفولة المبكرة، وهذا ما يوفر منافع إضافية للجيل الجديد

من ناحية التنشئة الاجتماعية والنمو العقلي، كما يوفر ميزة الأسبقية خلال التعليم الابتدائي. ويمكن لحمالات التوعية تعزيز الأعراف الجديدة التي تدعو إلى توازنٍ أفضل في مسؤوليات الرعاية غير المأجورة بين النساء والرجال.

### تخفيف وطأة تداعيات أسواق العمل غير المستقرة

تتزايد الصعوبة التي تواجه الشباب في البحث عن عملٍ لائق في البلدان ذات الخصوبة المنخفضة. وقد تتفاقم هذه المشكلة مع مرور الوقت نظراً للتغيرات الجذرية في النظام الاقتصادي العالمي والتوجه المتطرد نحو الأتمتة. فالوظائف التي تُسمى "وظائف المبتدئين" قد ندرت أمام خريجي الجامعات، كما أن العديد من وظائف الطبقة الكادحة قد اختفت. أما المداخل الفعلية فقد تناقصت. وحلّت الترتيبات قصيرة الأجل أو التعاقدية محل التوظيف الثابت الذي يتيح بناء تطلعاتٍ طويلة الأجل. وفي بعض البلدان، ما تزال الثقافات السائدة في أماكن العمل متزمّنة ومتطّبة، وتفرض ساعات عملٍ طويلة. وحيثما تكون أسواق العمل بشكلٍ خاصٍّ غير ملائمة، يلجأ الناس إلى الهجرة، مما يسرّع تراجع أعداد السكان والإنتاجية. وحيثما يسود عدم اليقين بين الشباب حيال رفاههم المستقبلي، سيختار الكثيرون تأجيل تأسيس أسرة. وعلى الرغم من ضرورة وسائل الدعم مثل خدمات رعاية الأطفال الميسورة التكلفة وسهولة المنال، وسياسات العمل المرنة، غير أنها لا تعوّض تأثير تفشي الوظائف الرديئة والدخل غير الكافي. فقد تتطلب هذه المشاكل تركيزاً أفضل على بنية النظام الاقتصادي والوظائف التي يوفرها، وذلك بالتوازي مع اتخاذ التدابير لضمان امتلاك الشباب للمهارات الصحيحة للحصول على عملٍ لائق. في بعض البلدان، ينبغي مناقشة السياسات فيما يتعلق بطبيعة الوظائف ونوعيتها، وأشكال عدم المساواة العميقة التي كثيراً ما تتجلى في الوظائف الرديئة. ويجب أن يشارك في هذه النقاشات كلٌّ من الحكومات وأرباب العمل في



إلا أنّ نشوء فجوة غير مسبوقه أيضاً في معدلات الخصوبة  
بيّن أن البلدان قصّرت في هذا الالتزام. ويستمر في كل مكان  
وجود العوائق الاجتماعية أو الاقتصادية أو المؤسسية أمام  
الحقوق الإنجابية للأشخاص، مما يفرض التكاليف على الأفراد  
ومجتمعاتهم على حد سواء. وتتنوع العقبات، لكن ليس بوسع  
أيّ بلد الادعاء أنه خالٍ منها. ويعتمد الرفاه المستقبلي إلى حدّ  
بعيد على إزالة هذه العقبات. ولن يكتمل التحوّل في الخصوبة  
إلا عندما يتمكّن كل فردٍ من إعمال حقّه في الاختيار.

القطاع الخاص والنقابات العمالية والمُربّون وغيرهم من  
الجهات الفاعلة اجتماعياً، وأن تهدف إلى توفير خيارات  
توظيف أكثر إنصافاً وإدماجاً بحيث تدعم الحقوق الإنجابية  
وغيرها من حقوق الإنسان. كما توجد لبعض جوانب هذه  
النقاشات عناصر إقليمية وعالمية، وذلك نظراً للحرك الدائم  
للأنشطة الاقتصادية والأشخاص والوظائف عبر الحدود.

### إكمال التحوّل من خلال إعمال الحقوق

في شتى أرجاء العالم، نشأ التحوّل التاريخي نحو الخصوبة  
الأقل من خلال مطالبة الناس بحقهم في اتخاذ الخيارات  
بشأن حياتهم الإنجابية، وفي إنجاب العدد الذي يريدونه من  
الأطفال، سواء قلّ أم كَثُر، وفي التوقيت الذي يريدونه. وقد  
تم تضمين هذا الحق في الإعلانات والمؤتمرات الدولية  
وغيرها من الاتفاقيات على مدى الخمسين عاماً المنصرمة.



# رصد أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية: مؤشرات مختارة

## البلد أو الإقليم أو منطقة أخرى

مؤشر	التعليم		صافي معدل الالتحاق		صافي معدل الالتحاق		صافي معدل الالتحاق		صافي معدل الالتحاق		صافي معدل الالتحاق		صافي معدل الالتحاق		صافي معدل الالتحاق		صافي معدل الالتحاق		نسبة وفيات الأمومة (عدد الوفيات لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حي)	نسبة وفيات الأمومة (عدد الوفيات لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حي)
	مؤشر تكافؤ الالتحاق بالتعليم الثانوي، نسبة مئوية، ٢٠١٧-٢٠٠٧	مؤشر تكافؤ الالتحاق بالتعليم الأساسي، نسبة مئوية، ٢٠١٧-٢٠٠٧	مؤشر تكافؤ الالتحاق بالتعليم الأساسي، نسبة مئوية، ٢٠١٧-٢٠٠٧	مؤشر تكافؤ الالتحاق بالتعليم الأساسي، نسبة مئوية، ٢٠١٧-٢٠٠٧	مؤشر تكافؤ الالتحاق بالتعليم الأساسي، نسبة مئوية، ٢٠١٧-٢٠٠٧	مؤشر تكافؤ الالتحاق بالتعليم الأساسي، نسبة مئوية، ٢٠١٧-٢٠٠٧	مؤشر تكافؤ الالتحاق بالتعليم الأساسي، نسبة مئوية، ٢٠١٧-٢٠٠٧	مؤشر تكافؤ الالتحاق بالتعليم الأساسي، نسبة مئوية، ٢٠١٧-٢٠٠٧	مؤشر تكافؤ الالتحاق بالتعليم الأساسي، نسبة مئوية، ٢٠١٧-٢٠٠٧	مؤشر تكافؤ الالتحاق بالتعليم الأساسي، نسبة مئوية، ٢٠١٧-٢٠٠٧	مؤشر تكافؤ الالتحاق بالتعليم الأساسي، نسبة مئوية، ٢٠١٧-٢٠٠٧	مؤشر تكافؤ الالتحاق بالتعليم الأساسي، نسبة مئوية، ٢٠١٧-٢٠٠٧	مؤشر تكافؤ الالتحاق بالتعليم الأساسي، نسبة مئوية، ٢٠١٧-٢٠٠٧	مؤشر تكافؤ الالتحاق بالتعليم الأساسي، نسبة مئوية، ٢٠١٧-٢٠٠٧	مؤشر تكافؤ الالتحاق بالتعليم الأساسي، نسبة مئوية، ٢٠١٧-٢٠٠٧	مؤشر تكافؤ الالتحاق بالتعليم الأساسي، نسبة مئوية، ٢٠١٧-٢٠٠٧	مؤشر تكافؤ الالتحاق بالتعليم الأساسي، نسبة مئوية، ٢٠١٧-٢٠٠٧	مؤشر تكافؤ الالتحاق بالتعليم الأساسي، نسبة مئوية، ٢٠١٧-٢٠٠٧		
أفغانستان	٠.٥٨	٣٦	٦٢	—	—	—	—	٣٥	—	٤٦	٢٥	٢٣	٢٦	٨٧	٥١	٦٢٠	٢٥٣	٣٩٦		
ألبانيا	٠.٩٨	٨٥	٨٧	٠.٩٩	٩٥	٩٦	—	١٠	٦٢	٣٢	١٤	٢٥	٦٣	٢٠	٩٩	٤٦	١٦	٢٩		
الجزائر	—	—	—	٠.٩٨	٩٨	١٠٠	—	٣	—	٧٧	١٠	٥٦	٦٤	١٢	٩٧	٢٤٤	٨٢	١٤٠		
أنغولا	٠.٧٩	١٠	١٣	٠.٧٥	٦٦	٨٩	—	٣٠	—	٢٩	٣٦	١٥	١٧	١٦٣	٥٠	٩٨٨	٢٢١	٤٧٧		
أنٹیغوا وبربودا	١.٠٤	٧٦	٧٣	٠.٩٩	٨١	٨٢	—	—	—	٨٠	١٤	٦١	٦٣	—	—	—	—	—		
الأرجنتين	١.٠٥	٩١	٨٦	١.٠٠	١٠٠	١٠٠	—	—	—	٨٢	١١	٦٦	٦٩	٦٥	١٠٠	٦٣	٤٤	٥٢		
أرمينيا	٠.٩٩	٩٢	٩٣	١.٠١	٩٣	٩٢	—	٥	٦٦	٤٣	١٣	٣٠	٥٨	٢٤	١٠٠	٣١	٢١	٢٥		
أروبا	١.١٠	٨١	٧٣	١.٠٠	٩٩	٩٩	—	—	—	—	—	—	—	٣٥	—	—	—	—		
أستراليا	١.٠١	٩٤	٩٣	١.٠١	٩٧	٩٦	—	—	—	٨٣	١١	٦٤	٦٦	١٢	١٠٠	٧	٥	٦		
النمسا	—	—	—	—	—	—	—	—	—	٨٤	١٠	٦٤	٦٧	٨	٩٨	٥	٣	٤		
أذربيجان	—	—	—	٠.٩٨	٩٤	٩٦	—	١١	—	٣٩	١٣	٢٨	٥٨	٥٣	١٠٠	٣٥	١٧	٢٥		
البهاما	١.٠٩	٨٦	٧٩	١.٠٨	٩٢	٨٥	—	—	—	٨٣	١٢	٦٥	٦٧	٣٢	—	١٢٤	٥٣	٨٠		
البحرين	١.٠٢	٩٤	٩٢	١.٠٢	٩٩	٩٧	—	—	—	٦٢	١١	٤٨	٦٧	١٤	١٠٠	١٩	١٢	١٥		
بنغلاديش	١.١٢	٦٧	٦٠	١.١١	١٠٠	٩٠	—	٥٩	—	٧٦	١٢	٥٧	٦٤	٧٨	٥٠	٢٨٠	١٢٥	١٧٦		
بربادوس	١.٠٧	١٠٠	٩٣	١.٠٣	٩٤	٩٢	—	١١	—	٧٦	١٥	٥٨	٦٢	٥٠	٩٩	٣٧	١٩	٢٧		
بيلاروس	١.٠١	٩٩	٩٧	١.٠٠	٩٧	٩٦	—	٣	—	٧٥	٧	٦٠	٧٣	١٦	١٠٠	٦	٣	٤		
بلجيكا	١.٠١	٩٤	٩٣	١.٠٠	٩٨	٩٨	—	—	—	٩٠	٧	٧١	٧٢	٧	—	١٠	٥	٧		
بليز	١.٠٤	٧٤	٧١	٠.٩٩	٩٩	١٠٠	—	٢٦	—	٧٠	١٩	٥١	٥٤	٦٩	٩٧	٣٦	٢٠	٢٨		
بنين	٠.٧٥	٤٠	٥٣	٠.٩٠	٩٠	١٠٠	٢	٢٦	٣٨	٢٨	٣٠	١٤	٢٠	٩٤	٧٧	٦٣٣	٢٧٩	٤٠٥		
بوتان	١.١٦	٦٨	٥٩	١.٠٢	٨٤	٨٢	—	٢٦	—	٨٣	١٣	٦٢	٦٢	٢٨	٨٩	٢٤١	١٠١	١٤٨		
بوليفيا (جمهورية- المتعددة القوميات)	١.٠٠	٧٨	٧٨	٠.٩٩	٩٠	٩١	—	١٩	—	٥٩	١٦	٤٨	٦٦	٧١	٩٠	٣٥١	١٤٠	٢٠٦		
البوسنة والهرسك	—	—	—	—	—	—	—	٤	—	٣١	١٥	٢٠	٤٩	١١	١٠٠	١٧	٧	١١		
بوتسوانا	—	—	—	١.٠١	٩٠	٨٩	—	—	—	٧٩	١٤	٥٧	٥٩	٣٩	١٠٠	١٧٢	١٠٢	١٢٩		
البرازيل	١.٠٤	٨٣	٨٠	١.٠١	٩٥	٩٤	—	٢٦	—	٨٨	٧	٧٧	٨٠	٦٢	٩٩	٥٤	٣٦	٤٤		
بروناي دار السلام	١.٠٣	٨٤	٨٢	١.٠٠	٩٦	٩٧	—	—	—	—	—	—	—	١١	١٠٠	٣٠	١٥	٢٣		
بلغاريا	٠.٩٧	٨٩	٩١	١.٠٠	٩٣	٩٣	—	—	—	٦٥	١٠	٥٣	٧٢	٣٩	١٠٠	١٤	٨	١١		
بوركينافاسو	٠.٩٩	٢٨	٢٨	٠.٩٧	٧٥	٧٧	٥٨	٥٢	٢٠	٤٧	٢٧	٢٥	٢٦	١٢٩	٨٠	٥٠٩	٢٥٧	٣٧١		
بورووندي	١.٠٨	٣٤	٣١	١.٠٠	٩٧	٩٧	—	٢٠	٤٩	٤٥	٢٨	٢٧	٣٢	٥٨	٨٥	١٠٥٠	٤٧١	٧١٢		
كمبوديا	٠.٩٢	٣٧	٤٠	١.٠٠	٩٣	٩٣	—	١٩	٧٦	٦٢	١٢	٤٥	٦٠	٥٧	٨٩	٢١٣	١١٧	١٦١		
جمهورية الكاميرون	٠.٨٨	٤٤	٥٠	٠.٩٢	٩١	٩٩	٠	٣١	٣٨	٤٣	٢٠	٢٤	٣٦	١١٩	٦٥	٨٨١	٤٤٠	٥٩٦		
كندا	١.٠١	١٠٠	٩٩	—	—	—	—	—	—	٨٨	٨	٧١	٧٣	١١	٩٨	٩	٥	٧		
الرأس الأخضر	١.١١	٦٨	٦١	٠.٩٨	٨٦	٨٧	—	—	—	٨٠	١٣	٦٣	٦٦	٨٠	٩١	٩٥	٢٠	٤٢		
جمهورية أفريقيا الوسطى	٠.٥٢	٩	١٨	٠.٧٩	٦٠	٧٧	١٨	٦٨	—	٤١	٢٣	٢٠	٢٦	٢٢٩	٤٠	١٥٠٠	٥٠٨	٨٨٢		
تشاد	—	—	—	٠.٧٧	٦٩	٨٩	٣٢	٦٧	٢٧	٢١	٢٤	٦	٧	١٧٩	٢٠	١٣٥٠	٥٦٠	٨٥٦		
تشيلي	١.٠٤	٨٩	٨٦	١.٠٠	٩٣	٩٣	—	—	—	٨٦	٨	٧٢	٧٥	٤١	١٠٠	٢٦	١٨	٢٢		
الصين	—	—	—	—	—	—	—	—	—	٩٥	٤	٨٢	٨٣	٩	١٠٠	٣٢	٢٢	٢٧		
الصين، منطقة هونغ كونغ الإدارية الخاصة	—	—	—	—	—	—	—	—	—	٨٨	٧	٧٢	٧٦	٣	—	—	—	—		
الصين، منطقة ماكاو الإدارية الخاصة	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	٣	—	—	—	—		
كولومبيا	١.٠٧	٨٢	٧٦	١.٠١	٩٤	٩٣	—	٢٣	—	٨٦	٧	٧٥	٨٠	٧٥	٩٩	٨١	٥٦	٦٤		
جزر القمر	١.٠٩	٤٧	٤٣	٠.٩٧	٨١	٨٤	—	٣٢	٢١	٣٧	٣٠	٢١	٢٦	٧٠	٨٢	٥٣٦	٢٠٧	٣٣٥		
جمهورية الكونغو الديمقراطية	—	—	—	—	—	—	—	٣٧	٣١	٢٢	٢٧	١١	٢٥	١٣٨	٨٠	١٠١٠	٥٠٩	٦٩٣		
جمهورية الكونغو	—	—	—	١.٠٩	٩١	٨٤	—	٢٧	٢٧	٤١	٢٠	٢٥	٤١	١٤٧	٩١	٦٣٨	٣٠٠	٤٤٢		
كوستاريكا	١.٠٤	٨٤	٨١	١.٠٠	٩٧	٩٧	—	٢١	—	٨٩	٧	٧٧	٧٩	٥٣	٩٩	٢٩	٢٠	٢٥		

## رصد أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية: مؤشرات مختارة

التعليم		الممارسات الصّارة		الصحة الجنسية والإنجابية												البلد أو الإقليم أو منطقة أخرى		
مؤشر التكافؤ بين الجنسين، التعليم الثانوي	صافي معدل الالتحاق بالتعليم الثانوي، نسبة مئوية، ٢٠١٧-٢٠٠٧	مؤشر تكافؤ الجنسين، التعليم الأساسي	صافي معدل الالتحاق بالمعثل بالتعليم الأساسي، نسبة مئوية، ٢٠١٧-٢٠٠٧	انتشار ختان الإناث بين الفتيات، ١٨ عاماً، نسبة مئوية	زواج الأطفال حتى سن ١٨ عاماً، نسبة مئوية	اتخاذ القرارات بشأن الصحة الجنسية والإنجابية، ونسبة مئوية	نسبة الطلب المتنبئ، وسائل حذيفة، النساء في سن ١٥-٤٩ عاماً	نسبة الطلب المتنبئ، وسائل حذيفة، النساء في سن ١٥-٤٩ عاماً	الاحتياجات غير الملبئة إلى تنظيم الأسرة، النساء في سن ١٥-٤٩ عاماً	معدل انتشار وسائل منع الحمل، بين النساء في سن ١٥-٤٩ عاماً	معدل الولادات لدى المراهقات، لكل امرأة في سن ١٥-١٩ عاماً، ٢٠١٨	الولادات بالترافق عظيم في القطاع الصحي، نوي كفاية، نسبة مئوية، ٢٠١٥	نطاق عدم اليقين في وقت الأمومة (فترة عدم اليقين ٧٨٪)	نسبة وقت الأمومة (عدد الوفيات لكل مولود حي)				
٢٠١٧.٢٠٠٧	٢٠١٧.٢٠٠٧	٢٠١٧.٢٠٠٧	٢٠١٧.٢٠٠٧	٢٠١٧.٢٠٠٤	٢٠١٧.٢٠٠٦	٢٠١٦.٢٠٠٧	٢٠١٨	٢٠١٨	٢٠١٨	٢٠١٨	٢٠١٧.٢٠٠٦	٢٠١٧.٢٠٠٦	٢٠١٥	٢٠١٥				
٠.٧٣	٣٠	٤١	٠.٩٠	٨٣	٩٢	٢٧	٢٧	٢٥	٣٩	٢٥	١٧	١٩	١٢٩	٧٤	٩٠.٩	٤٥٨	٦٤٥	كوت ديفوار
١.٠٤	٩٢	٨٩	١.٠٤	٩٩	٩٦	—	—	—	٦٢	١١	٤٧	٦٥	١٠	١٠٠	١١	٦	٨	كرواتيا
١.٠٦	٨٨	٨٣	١.٠٠	٩٥	٩٦	—	٢٦	—	٨٨	٨	٧٢	٧٤	٥٠	١٠٠	٤٧	٣٣	٣٩	كوبا
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	٣٥	—	—	—	—	كوراساو
١.٠١	٩٥	٩٤	١.٠١	٩٨	٩٨	—	—	—	—	—	—	—	٥	٩٧	١٢	٤	٧	قبرص
—	—	—	—	—	—	—	—	—	٨٢	٦	٧١	٨٠	١٢	١٠٠	٦	٣	٤	تنسيكا
١.٠٤	٩٢	٨٨	١.٠١	٩٩	٩٩	—	—	—	٨٤	١٠	٦٧	٧٠	٣	٩٤	٩	٥	٦	الدنمارك
٠.٨٣	٣٢	٣٨	٠.٨٩	٥٦	٦٢	٩٠	٥	—	٤٧	٢٩	٢٦	٢٧	٢١	٨٧	٤٨٢	١١١	٢٢٩	جيبوتي
١.٠٨	٩٧	٩٠	١.٠٢	٩٩	٩٧	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	دومينيكا
١.١٣	٧١	٦٢	١.٠٠	٨٨	٨٨	—	٣٦	٧٧	٨٤	١١	٦٩	٧١	٩٠	١٠٠	١١١	٧٧	٩٢	الجمهورية الدومينيكية
١.٠٢	٨٩	٨٧	١.٠٢	٩٩	٩٧	—	—	—	٨٣	٧	٧١	٧٩	١١١	٩٧	٧١	٥٧	٦٤	الإكوادور
١.٠٠	٨٢	٨١	١.٠١	٩٩	٩٨	٧٠	١٧	—	٨١	١٢	٥٩	٦١	٥٦	٩٢	٣٩	٢٦	٣٣	مصر
١.٠٣	٦٥	٦٣	١.٠١	٨٦	٨٥	—	٢٦	—	٨٢	١٠	٦٧	٧٢	٦٩	١٠٠	٦٩	٤٠	٥٤	السلفادور
—	—	—	١.٠٢	٤٥	٤٤	—	٣٠	—	٢٩	٣٢	١٤	١٨	١٧٦	٦٨	٥٤٢	٢٠٧	٣٤٢	غينيا الاستوائية
٠.٨٨	٢٦	٢٩	٠.٩١	٤١	٤٥	٦٩	٤١	—	٣٠	٣٠	١٣	١٤	٧٦	٣٤	٧٥٠	٣٣٢	٥٠١	إريتريا
١.٠٢	٩٤	٩٣	١.٠١	٩٤	٩٣	—	—	—	٧٩	١١	٦١	٦٦	١٣	١٠٠	١٤	٦	٩	إستونيا
١.٢٩	٤١	٣٢	٠.٩٩	٧٦	٧٧	—	٥	٤٩	٨١	١٤	٦٥	٦٦	٨٧	٨٨	٦٢٧	٢٥١	٣٨٩	إسواتيني
٠.٩٧	٣٠	٣١	٠.٩٣	٨٣	٨٩	٤٧	٤٠	٤٥	٦٢	٢٢	٣٨	٤٠	٨٠	٢٨	٥٦٧	٢٤٧	٣٥٣	إثيوبيا
١.١١	٨٨	٧٩	١.٠١	٩٨	٩٨	—	—	—	٦٦	١٩	٤٥	٤٩	٤٠	١٠٠	٤١	٢٣	٣٠	فيجي
١.٠١	٩٦	٩٦	١.٠٠	٩٩	٩٩	—	—	—	٩٠	٤	٧٨	٨٣	٦	١٠٠	٣	٢	٣	فنلندا
١.٠١	١٠٠	٩٨	١.٠١	١٠٠	٩٩	—	—	—	٩١	٥	٧٤	٧٧	٥	٩٧	١٠	٧	٨	فرنسا
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	٨٧	—	—	—	—	غيانا الفرنسية
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	٤٠	—	—	—	—	بوليفيا الفرنسية
—	—	—	—	—	—	—	٢٢	٤٨	٤١	٢٥	٢٥	٣٦	٩١	٨٩	٤٤٢	١٩٧	٢٩١	غابون
—	—	—	١.١٠	٨٣	٧٥	٧٦	٣٠	٤١	٣١	٢٦	١٢	١٣	٨٨	٥٧	١٠٣٠	٤٨٤	٧٠٦	غامبيا
١.٠٣	٩٧	٩٤	٠.٩٩	٩٨	٩٨	—	١٤	—	٥٨	١٥	٤٠	٥٥	٤٤	١٠٠	٤٧	٢٨	٣٦	جورجيا
—	—	—	—	—	—	—	—	—	٨٣	١١	٦٢	٦٣	٨	٩٩	٨	٥	٦	ألمانيا
١.٠١	٥٣	٥٢	١.٠٢	٨٦	٨٤	٢	٢١	٥٢	٤٧	٢٧	٢٨	٣٣	٧٦	٧١	٤٥٨	٢١٦	٣١٩	غانا
٠.٩٩	٨٩	٩٠	١.٠٠	٩٣	٩٤	—	—	—	٦٣	٩	٥٠	٧٠	٨	—	٤	٢	٣	اليونان
١.٠٨	٩٠	٨٣	١.٠١	٩٧	٩٦	—	—	—	٨٠	١٣	٦٢	٦٥	—	—	٤٢	١٩	٢٧	غرينادا
—	—	—	—	—	—	—	—	—	٧٣	١٦	٥٤	٥٩	—	—	—	—	—	غواتيمالا
—	—	—	—	—	—	—	—	—	٦٦	١٦	٤٦	٥٣	٣٨	—	—	—	—	غوام
٠.٩٦	٤٦	٤٨	١.٠٠	٨٧	٨٧	—	٣٠	٦٥	٦٨	١٤	٥١	٦١	٩٢	٦٣	١٠٠	٧٧	٨٨	غواتيمالا
٠.٦٦	٢٦	٤٠	٠.٨٦	٧٤	٨٦	٩٥	٥١	٢٣	٢٤	٢٥	٨	١٠	١٤٦	٦٣	٩٢٧	٥٠٤	٦٧٩	غينيا
—	—	—	٠.٩٥	٧٠	٧٤	٤٢	٢٤	—	٤٤	٢١	١٨	١٩	١٠.٦	٤٥	١٠.٩٠	٢٧٣	٥٤٩	غينيا بيساو
١.٠٦	٨٦	٨١	١.٠٢	٩٧	٩٥	—	٣٠	٧١	٥٨	٢٨	٤٠	٤٢	٧٤	٨٦	٣٠.١	١٨٤	٢٢٩	غيانا
—	—	—	—	—	—	—	١٨	٥٦	٤٦	٣٦	٣٣	٣٦	٥٥	٤٩	٦٠.١	٢٣٦	٣٥٩	هايتي
١.١٦	٤٩	٤٢	١.٠٢	٨٤	٨٢	—	٣٤	٧٠	٧٨	١٠	٦٥	٧٣	١٠.٣	٨٣	١٦٦	٩٩	١٢٩	هندوراس
١.٠٠	٨٩	٨٩	١.٠٠	٩٧	٩٧	—	—	—	٧٦	١٠	٦٠	٦٨	٢٣	—	٢٢	١٢	١٧	هنغاريا
١.٠٢	٩١	٨٩	١.٠٠	٩٩	٩٩	—	—	—	—	—	—	—	٨	٩٨	٦	٢	٣	آيسلندا
١.٠١	٦٢	٦١	١.٠١	٩٨	٩٧	—	٢٧	—	٧٣	١٣	٥١	٥٦	٢٨	٨٦	٢١٧	١٣٩	١٧٤	الهند
١.٠٢	٧٨	٧٦	٠.٩٥	٨٩	٩٤	—	١٤	—	٨٠	١٣	٥٩	٦١	٤٨	٩٣	١٧٩	٩٣	١٢٦	إندونيسيا
١.٠٠	٧٣	٧٢	١.٠١	٩٩	٩٩	—	١٧	—	٧٨	٥	٦٥	٧٨	٣٨	٩٩	٣١	٢١	٢٥	إيران (جمهورية إسلامية)
٠.٨١	٤٠	٤٩	٠.٨٩	٨٧	٩٨	٥	٢٤	—	٦٢	١٢	٤٤	٥٨	٨٢	٧٠	٦٩	٣٥	٥٠	العراق
١.٠٢	١٠٠	٩٨	١.٠١	١٠٠	٩٩	—	—	—	٨٠	١١	٦٣	٦٨	٩	١٠٠	١١	٦	٨	أيرلندا
١.٠٢	١٠٠	٩٨	١.٠١	٩٨	٩٧	—	—	—	٧١	٨	٥٧	٧١	١٠	—	٦	٤	٥	إسرائيل
١.٠٠	٩٦	٩٧	١.٠٠	٩٩	٩٩	—	—	—	٦٩	٩	٥٤	٦٩	٥	١٠٠	٥	٣	٤	إيطاليا
١.١١	٧٧	٦٩	—	—	—	—	٨	—	٨٤	١٠	٦٩	٧٢	٤٦	٩٩	١١٥	٧٠	٨٩	جامايكا
١.٠١	١٠٠	٩٩	١.٠٠	٩٩	٩٩	—	—	—	٦١	٢٢	٤٠	٤٤	٤	١٠٠	٧	٤	٥	اليابان



## رصد أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية: مؤشرات مختارة

التعليم			الممارسات الضارة		الصحة الجنسية والإنجابية										البلد أو الإقليم أو منطقة أخرى			
مؤشر التنافس بين الجنسين، التعليم الثانوي	صافي معدل الالتحاق بالتعليم الأساسي، نسبة مئوية، ٢٠١٧-٢٠٠٧	مؤشر تكافؤ الجنسين، التعليم الأساسي، ٢٠١٧-٢٠٠٧	صافي معدل الالتحاق بالمعادل التعليم الأساسي، نسبة مئوية، ٢٠١٧-٢٠٠٧	انتشار ختان الإناث بين الفتيات، في سن ١٥-١٩ عاماً، نسبة مئوية	زواج الأطفال حتى سن ١٨ عاماً، نسبة مئوية	اتخاذ القرارات بشأن الصحة الجنسية والإنجابية، الحقوق الإنجابية، نسبة مئوية	نسبة الطلب الطبي، بوسائل حديثة، النساء في سن ١٥-١٩ عاماً	نسبة الاختبارات غير الملتزمة إلى تنظيم الأسرة، النساء في سن ١٥-١٩ عاماً	معدل انتشار وسائل منع الحمل، بين النساء في سن ١٥-١٩ عاماً	معدل الولادات لدى المراهقات، لكل ١٠٠٠ امرأة في سن ١٥-١٩ عاماً	الولادات يترافق عطلين في الطماخ الصحي ذوي كفاءة، نسبة مئوية، ٢٠١٧-٢٠٠٦	نطاق عدم اليقين في وقت الأمومة (فترة عدم اليقين ٢٨٠)، ٢٠١٥ التقديرات	نسبة وفيات الأمومة (عدد الوفيات لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حي)، ٢٠١٥					
٢٠١٧-٢٠٠٧	٢٠١٧-٢٠٠٧	٢٠١٧-٢٠٠٧	٢٠١٧-٢٠٠٧	٢٠١٧-٢٠٠٦	٢٠١٦-٢٠٠٧	٢٠١٨	٢٠١٨	٢٠١٨	٢٠١٧-٢٠٠٦	٢٠١٧-٢٠٠٦	٢٠١٥	٢٠١٥						
١.٠٣	٧٠	٦٨	—	—	٨	٧٣	٦٢	١٢	٤٦	٦٣	٢٦	١٠٠	٧٥	٤٤	٥٨	الأردن		
١.٠٠	١٠٠	١٠٠	١.٠٢	١.٠٠	٩٨	—	٧٦	١٥	٥٥	٥٧	٣١	٩٩	١٥	١٠	١٢	كازاخستان		
٠.٩٤	٤٧	٥٠	١.٠٤	٨٥	٨١	١١	٢٣	٥٦	٧٨	١٤	٦٢	٦٤	٩٦	٧٥٤	٣٤٤	٥١.٠	كينيا	
—	—	—	—	—	—	—	٢٠	—	٤٤	٢٦	٢٤	٢٨	٤٩	٨٠	١٥٢	٥١	٩٠	كيريباس
١.٠١	٧٦	٧٦	—	—	—	—	—	—	٨٦	٨	٧١	٧٥	١	١٠٠	١٩٠	٣٧	٨٢	جمهورية كوريا الديمقراطية الشعبية
١.٠٠	٩٨	٩٨	١.٠١	٩٨	٩٧	—	—	—	٨٤	٦	٧٠	٧٨	١	١٠٠	١٣	٩	١١	جمهورية كوريا
١.٠٧	٨٩	٨٤	١.٠٤	٩٩	٩٥	—	—	—	٦٥	١٥	٤٧	٥٧	٦	١٠٠	٦	٣	٤	الكويت
١.٠٠	٨٥	٨٥	٠.٩٩	٩٨	٩٩	—	١٢	٧٧	٦٨	١٧	٤١	٤٣	٣٨	٩٨	٩٦	٥٩	٧٦	قيرغيزستان
٠.٩٨	٥٨	٦٠	٠.٩٨	٩٤	٩٥	—	٣٥	—	٦٨	١٧	٥٠	٥٦	٧٦	٤٠	٣٠٧	١٣٦	١٩٧	جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية
١.٠٣	٩٤	٩١	١.٠٠	٩٦	٩٥	—	—	—	٧٨	١١	٦٢	٦٩	١٨	١٠٠	٢٦	١٣	١٨	لاتفيا
١.٠٠	٦٥	٦٥	٠.٩٤	٨٢	٨٧	—	٦	—	٦٤	١٣	٤٨	٦١	—	—	٢٢	١٠	١٥	لبنان
١.٥٣	٤٥	٢٩	١.٠٣	٨٢	٧٩	—	١٧	٦١	٧٨	١٧	٦١	٦١	٩٤	٧٨	٨٧١	٣١٠	٤٨٧	ليسوتو
٠.٨٨	١٤	١٦	٠.٩٣	٣٦	٣٩	٢٦	٣٦	٦٧	٥١	٢٨	٣٠	٣٠	١٤٩	٦١	١٠٣٠	٥٢٧	٧٢٥	ليبيريا
—	—	—	—	—	—	—	—	—	٤٨	١٨	٣٣	٥٠	١١	١٠٠	١٥	٦	٩	ليبيا
١.٠٠	٩٣	٩٤	١.٠٠	١٠٠	٩٩	—	—	—	٧٣	١١	٥٦	٦٦	١٤	—	١٤	٧	١٠	ليتوانيا
١.٠٥	٨٦	٨٢	١.٠١	٩٨	٩٧	—	—	—	—	—	—	٦	١٠٠	١٦	٧	١٠	١٠	لكسمبرغ
١.٠٦	٣١	٢٩	—	—	—	—	٤١	٧٤	٦١	١٩	٤٠	٤٦	١٥٢	٤٤	٤٨٤	٢٥٦	٣٥٣	مدغشقر
٠.٩٦	٣١	٣٢	١.٠٤	٩٩	٩٥	—	٤٢	٤٧	٧٧	١٧	٦٠	٦١	١٣٦	٩٠	١٠٨٠	٤٢٢	٦٣٤	ملايو
١.٠٩	٧٧	٧١	١.٠٠	٩٩	٩٩	—	—	—	٥٥	١٧	٣٩	٥٣	١٢	٩٩	٥٣	٣٢	٤٠	ماليزيا
—	—	—	١.٠١	٩٩	٩٨	—	٤	—	٥٥	٢٣	٣٧	٤٤	١٣	٩٦	١٠٨	٤٥	٦٨	الملايف
٠.٧٥	٢٨	٣٧	٠.٨٨	٥٨	٦٦	٨٣	٥٢	٧	٣٦	٢٦	١٥	١٦	١٧٤	٤٤	٨٢٣	٤٤٨	٥٨٧	مالي
١.٠٥	٩٢	٨٧	١.٠٣	١٠٠	٩٧	—	—	—	٧٥	٤	٦٦	٨٤	١١	١٠٠	١٥	٦	٩	مالطا
—	—	—	—	—	—	—	—	—	٧٥	١٥	٥٦	٦٠	٢٠	—	—	—	—	مارتينيك
١.٠٦	٢٧	٢٦	١.٠٥	٧٣	٦٩	٦٣	٣٧	—	٣٥	٣٠	١٨	٢٠	٧١	٦٩	٩٨٤	٣٩٩	٦٠٢	موريتانيا
١.٠٦	٨٧	٨٢	١.٠٣	٩٧	٩٤	—	—	—	٥٦	١٠	٤٣	٦٧	٢٤	١٠٠	٧٧	٣٨	٥٣	موريشيوس
١.٠٤	٧٩	٧٦	١.٠٢	١٠٠	٩٨	—	٢٦	—	٨٢	١١	٦٨	٧١	٦٣	٩٨	٤٢	٣٤	٣٨	المكسيك
—	—	—	١.٠٣	٨٥	٨٣	—	—	—	—	—	—	—	٤٤	٨٥	٢١١	٤٦	١٠٠	ولايات ميكرونيزيا الموحدة
١.٠١	٧٧	٧٦	٠.٩٩	٩٠	٩٠	—	١٢	—	٦٤	١٢	٤٩	٦٤	٢٧	٩٩	٢٨	١٩	٢٣	جمهورية مولدوفا
١.٠٣	٩٤	٩١	٠.٩٩	٩٨	٩٩	—	٥	—	٧٢	١٤	٥٢	٥٨	٢٧	٩٩	٥٥	٣٥	٤٤	منغوليا
١.٠٠	٩٠	٩٠	٠.٩٧	٩٢	٩٥	—	٥	—	٣٩	٢١	٢٣	٣٨	١١	٩٩	١٢	٤	٧	الجبل الأسود
٠.٩٠	٥٤	٦٠	١.٠٠	٩٤	٩٥	—	—	—	٧٩	٩	٦٢	٦٩	٣٢	٧٤	١٤٢	٩٣	١٢١	المغرب
١.٠٢	١٩	١٩	٠.٩٥	٨٧	٩٢	—	٤٨	٤٩	٥٢	٢٤	٢٧	٢٩	١٦٧	٥٤	٦٨٦	٣٦٠	٤٨٩	موزامبيق
١.٠٩	٥٩	٥٤	٠.٩٩	٨٩	٩٠	—	١٦	٦٨	٧٦	١٦	٥٢	٥٣	٣٦	٦٠	٢٨٤	١٢١	١٧٨	ميانمار
١.٢٦	٥٧	٤٥	١.٠٣	٩٢	٨٩	—	٧	٧١	٧٨	١٦	٥٩	٥٩	٨٢	٨٨	٤٢٣	١٧٢	٢٦٥	ناميبيا
١.٠٧	٥٧	٥٣	٠.٩٧	٩٣	٩٦	—	٤٠	٤٨	٦٢	٢٣	٤٧	٥٣	٨٨	٥٨	٤٢٥	١٧٦	٢٥٨	نيبال
١.٠١	٩٤	٩٣	١.٠١	٩٨	٩٧	—	—	—	٨٦	٧	٦٩	٧٢	٣	—	٩	٥	٧	هولندا
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	٢٢	—	—	—	—	—	كاليدونيا الجديدة
١.٠٢	٩٧	٩٥	١.٠١	٩٩	٩٨	—	—	—	٨٥	٩	٦٨	٧١	١٦	٩٦	١٤	٩	١١	نيوزيلندا
١.١٧	٥٣	٤٥	١.٠٣	١٠٠	٩٧	—	٣٥	—	٩٠	٦	٧٧	٨٠	٩٢	٨٨	١٩٦	١١٥	١٥٠	نيكاراغوا
٠.٦٨	١٤	٢٠	٠.٨٦	٥٩	٦٩	١	٧٦	٧	٤٧	١٩	١٨	٢٠	٢١٠	٤٠	٧٥٢	٤١١	٥٥٣	النيجر
—	—	—	٠.٨٤	٦٠	٧٢	١٢	٤٤	٥١	٣٥	٢٣	١٥	١٩	١٤٥	٤٣	١١٨٠	٥٩٦	٨١٤	نيجيريا
١.٠١	٩٦	٩٥	١.٠٠	١٠٠	١٠٠	—	—	—	٨٤	٧	٧٠	٧٥	٥	٩٩	٦	٤	٥	النرويج
٠.٩٩	٩٤	٩٦	١.٠٠	٩٩	٩٨	—	—	—	٣٩	٢٦	٢٥	٣٧	١٤	٩٩	٢٤	١٣	١٧	عُمان
٠.٨١	٤١	٥٠	٠.٨٥	٧١	٨٤	—	٢١	—	٥٣	٢٠	٣٢	٤١	٤٤	٥٢	٢٨٣	١١١	١٧٨	باكستان
١.١٠	٨٦	٧٨	١.٠١	٩٣	٩٢	—	١٥	—	٦٥	١٢	٤٧	٦٠	٤٨	١٠٠	٩٩	٢١	٤٥	فلسطين <sup>١</sup>
١.٠٧	٧٢	٦٧	٠.٩٩	٨٧	٨٨	—	٢٦	—	٧٥	١٦	٥٧	٦٠	٧٩	٩٥	١٢١	٧٧	٩٤	بنما
—	—	—	٠.٩٢	٨٢	٨٩	—	٢١	—	٥٠	٢٥	٣١	٣٧	—	٥٣	٤٥٧	٩٨	٢١٥	بابوا غينيا الجديدة

## رصد أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية: مؤشرات مختارة

التعليم			الممارسات الصّادرة		الصحة الجنسية والإنجابية										النبلد أو الإقليم أو منطقة أخرى				
مؤشر التكافؤ بين الجنسين، التعليم الثانوي	مؤشر تكافؤ الجنسين، التعليم الأساسي	صافي معدل الالتحاق بالمعنى الأساسي، نسبة مئوية، ٢٠١٧-٢٠٢٧	صافي معدل الالتحاق بالمعنى الأساسي، نسبة مئوية، ٢٠١٧-٢٠٢٧	انتشار ختان الإناث بين الفتيات، في سن ١٥-١٩ عاماً، نسبة مئوية	زواج الأطفال حتى سن ١٨ عاماً، نسبة مئوية	التخالفات بشأن الصحة الجنسية والإنجابية، والحقوق الإيجابية، نسبة مئوية	نسبة الطلب الملبى، بوسائل حديثة، النساء في سن ١٥-٤٩ عاماً	الاحتياجات غير الملبى، إلى تنظيم الأسرة، النساء في سن ١٥-٤٩ عاماً	معدل انتشار وسائل منع الحمل، بين النساء في سن ١٥-٤٩ عاماً	معدل انتشار المراهقات، لكل ١٠٠٠ امرأة في سن ١٥-١٩ عاماً، ٢٠١٨	معدل الولادات بشراف عاملين في نوزي كفاية، نسبة مئوية، ٢٠١٧-٢٠٢٠	نطاق عدم اليقين في وفات الأمومة (فترة عدم اليقين ٧٨٪)	نسبة وفات الأمومة (عدد الوفيات لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حي)						
٢٠١٧-٢٠٢٧	٢٠١٧-٢٠٢٧	٢٠١٧-٢٠٢٧	٢٠١٧-٢٠٢٧	٢٠١٧-٢٠٢٧	٢٠١٧-٢٠٢٧	٢٠١٦-٢٠١٧	٢٠١٨	٢٠١٨	٢٠١٨	٢٠١٧-٢٠٢٠	٢٠١٧-٢٠٢٠	٢٠١٥	٢٠١٥						
١.٠٠	٦٦	٦٧	١.٠٠	٨٩	٨٩	—	٢٢	—	٨٥	٩	٦٨	٧٢	٦٢	٩٦	١٦٣	١٠٧	١٣٢	باراغواي	
١.٠٢	٨٠	٧٩	١.٠١	١٠٠	٩٩	—	٢٢	—	٦٧	٧	٥٦	٧٦	٦٥	٩٢	٨٠	٥٤	٦٨	بيرو	
١.١٩	٧٢	٦٩	١.٠١	٩٧	٩٦	—	١٥	—	٥٦	١٧	٤١	٥٦	٤٧	٧٣	١٧٥	٨٧	١١٤	الفلبين	
١.٠١	٩٣	٩٢	١.٠٠	٩٦	٩٦	—	—	—	٦٩	١٤	٥١	٦١	١٢	١٠٠	٤	٢	٣	بولندا	
١.٠١	٩٤	٩٣	١.٠٠	٩٦	٩٧	—	—	—	٧٩	٩	٦٣	٧٠	٨	٩٩	١٣	٩	١٠	البرتغال	
١.٠٧	٧٧	٧٢	١.٠٧	٨٤	٧٩	—	—	—	٨٤	٦	٧٠	٧٨	٣٠	—	١٨	١٠	١٤	بورتوريكو	
١.١٧	٨٩	٧٦	١.٠٠	٩٨	٩٨	—	٤	—	٦٤	١٧	٤١	٤٦	١٠	١٠٠	١٩	٩	١٣	قطر	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	٨٧	٨	٧١	٧٣	٤٤	—	—	—	—	ريونيون	
١.٠٠	٨١	٨١	١.٠٠	٩٠	٩٠	—	—	—	٧٤	٨	٥٨	٧٠	٣٥	٩٥	٤٤	٢٢	٣١	رومانيا	
—	—	—	١.٠١	٩٨	٩٧	—	—	—	٧٣	٩	٥٧	٦٩	٢٤	٩٩	٣٣	١٨	٢٥	الاتحاد الروسي	
١.١٨	٣٠	٢٥	١.٠١	٩٦	٩٥	—	٧	٧٠	٦٩	١٨	٥١	٥٦	٤٥	٩١	٣٨٩	٢٠٨	٢٩٠	رواندا	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	٤٦	—	—	—	—	سانت كيتس ونيفيس	
١.٠٤	٨٠	٧٦	٠.٩٧	٩٣	٩٦	—	٨	—	٧٥	١٦	٥٦	٥٩	—	٩٩	٧٢	٣٢	٤٨	سانت لوسيا	
١.٠١	٩١	٨٩	١.٠٠	٩٨	٩٨	—	—	—	٨١	١٢	٦٣	٦٦	٦٤	—	٦٣	٣٤	٤٥	سانت فنسنت وجزر غرينادين	
١.١٠	٨١	٧٤	١.٠٣	٩٨	٩٥	—	١١	—	٣٩	٤٢	٢٧	٢٩	٣٩	٨٣	١١٥	٢٤	٥١	ساموا	
—	—	—	١.٠٠	٩٣	٩٣	—	—	—	—	—	—	—	٠	—	—	—	—	سان مارينو	
١.١١	٦٨	٦١	٠.٩٩	٩٧	٩٧	—	٣٥	—	٥٥	٣٠	٤٠	٤٣	٩٢	٩٣	٢٦٨	٨٣	١٥٦	ساو تومي وبرينسيبي	
٠.٩٧	٨٤	٨٦	١.٠٠	١٠٠	٩٩	—	—	—	٤٢	٢٧	٢٤	٣٠	٧	—	٢٠	٧	١٢	المملكة العربية السعودية	
—	—	—	١.١٠	٧٦	٦٩	٢١	٣١	٥	٤٧	٢٥	٢٤	٢٦	٨٠	٥٩	٤٦٨	٢١٤	٣١٥	السنغال	
١.٠٢	٩٤	٩٢	١.٠٠	٩٩	٩٩	—	٣	—	٣٨	١٣	٢٧	٥٨	١٦	٩٨	٢٤	١٢	١٧	صربيا	
١.٠٣	٩٠	٨٧	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	٦٦	—	—	—	—	سيشل	
٠.٩١	٣٠	٣٣	١.٠١	٩٩	٩٩	٧٤	٣٩	٤٠	٤٠	٢٦	١٨	٢٠	١٢٥	٦٠	١٩٨٠	٩٩٩	١٣٦٠	سيراليون	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	٧٧	١١	٥٩	٦٦	٣	١٠٠	١٧	٦	١٠	سنغافورة	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	سانت مارتن
—	—	—	—	—	—	—	—	—	٧٦	٩	٦١	٧١	٢٤	—	٧	٤	٦	سلوفاكيا	
١.٠١	٩٦	٩٦	١.٠١	٩٩	٩٧	—	—	—	٧٩	٦	٦٦	٧٧	٥	١٠٠	١٤	٦	٩	سلوفينيا	
٠.٨٨	٢٩	٣٣	١.٠١	٧٣	٧٢	—	٢١	—	٤٧	٢٥	٢٧	٣٢	٧٨	٨٦	١٧٥	٧٥	١١٤	جزر سليمان	
—	—	—	٠.٩٥	—	—	٩٧	٤٥	—	٥٠	٢٨	٢٩	٣٠	٦٤	٩	١٣٩٠	٣٦١	٧٣٢	الصومال	
١.٠١	٦٥	٦٥	٠.٩٥	٨٥	٩٠	—	—	—	٧٩	١٤	٥٦	٥٧	٧١	٩٧	١٥٤	١٢٤	١٣٨	جنوب أفريقيا	
٠.٧٠	٤	٦	٠.٧٦	٢٨	٣٦	—	٥٢	—	١٧	٣٠	٧	٩	١٥٥	١٩	١١٥٠	٥٢٣	٧٨٩	جنوب السودان	
١.٠٢	٩٧	٩٥	١.٠٠	٩٩	٩٨	—	—	—	٨٥	١١	٦٧	٦٩	٨	—	٦	٤	٥	إسبانيا	
١.٠٤	٨٧	٨٤	٠.٩٨	٩٦	٩٨	—	١٢	—	٧٤	٨	٥٣	٦٥	٢٠	٩٩	٣٨	٢٦	٣٠	سري لانكا	
—	—	—	١.٠٥	٥٨	٥٥	٨٢	٣٤	—	٣٥	٢٨	١٥	١٦	٨٧	٧٨	٤٣٣	٢١٤	٣١١	السودان	
١.٢٢	٦٥	٥٣	١.٠٤	٩٧	٩٣	—	١٩	—	٧٢	١٩	٥٢	٥٢	٥٨	٩٠	٢٢٠	١١٠	١٥٥	سورينام	
١.٠٠	٩٩	١٠٠	١.٠٠	١٠٠	١٠٠	—	—	—	٨٠	١٠	٦٣	٦٩	٤	—	٥	٣	٤	السويد	
٠.٩٧	٨٤	٨٧	١.٠٠	١٠٠	١٠٠	—	—	—	٨٦	٧	٧٠	٧٤	٦	—	٧	٤	٥	سويسرا	
٠.٩٩	٤٥	٤٦	٠.٩٨	٦٧	٦٨	—	١٣	—	٦١	١٤	٤٤	٥٩	٥٤	٩٦	٩٧	٤٨	٦٨	الجمهورية العربية السورية	
٠.٩٠	٧٨	٨٧	٠.٩٩	٩٨	٩٩	—	١٢	٤١	٥٧	٢١	٣٢	٣٥	٥٤	٨٧	٥١	١٩	٣٢	طاجيكستان	
—	—	—	١.٠٢	٨٠	٧٨	٥	٣١	٤٧	٥٧	٢١	٣٦	٣٦	١٣٢	٦٤	٥٧٠	٢٨١	٣٩٨	تنزانيا (جمهورية تنزانيا المتحدة)	
١.٠١	٧٧	٧٧	٠.٩٤	٨٧	٩٢	—	٢٣	—	٩٠	٦	٧٦	٧٩	٤٣	٩٩	٣٢	١٤	٢٠	تاييلاند	
—	—	—	١.٠٠	٩٢	٩٢	—	٧	—	٣٣	١٨	٢٢	٢٢	١٦	١٠٠	١٠	٥	٨	جمهورية مقدونيا اليوغوسلافية السابقة	
١.١٤	٥٩	٥٢	١.٠٤	٨٣	٨٠	—	١٩	—	٤٨	٢٥	٢٦	٢٨	٥٠	٥٧	٣٠٠	١٥٠	٢١٥	جمهورية تيمور-ليشتي الديمقراطية	
—	—	—	٠.٩٢	٨٣	٩٠	٢	٢٢	٣٠	٣٧	٣٣	٢٠	٢٣	٨٥	٤٥	٥١٨	٢٥٥	٣٦٨	توغو	
١.١٢	٨٠	٧٢	١.٠٣	٩٧	٩٥	—	٦	—	٥١	٢٨	٣٢	٣٦	٣٠	٩٦	٢٧٠	٥٧	١٢٤	تونغا	
—	—	—	٠.٩٩	٩٨	٩٩	—	١١	—	٦٤	٢١	٤٤	٤٨	٣٨	٩٧	٨٠	٤٩	٦٣	ترينيداد وتوباغو	
—	—	—	٠.٩٩	٩٨	٩٩	—	٢	—	٧٥	٩	٥٧	٦٧	٧	٧٤	٩٢	٤٢	٦٢	تونس	

## رصد أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية: مؤشرات مُختارة

التعليم			الممارسات الضارة		الصحة الجنسية والإنجابية										البلد أو الإقليم أو منطقة أخرى			
مؤشر التنافس بين الجنسين، التعليم الثانوي	صافي معدل الالتحاق بالتعليم الأساسي، نسبة مئوية، ٢٠١٧-٢٠٠٧	مؤشر تكافؤ الجنسين، التعليم الأساسي	صافي معدل الالتحاق بالمعقل بالأساسي، نسبة مئوية، ٢٠١٧-٢٠٠٧	انتشار ختان الإناث بين الفتيات، في سن ١٥-١٩ عاماً، نسبة مئوية	زواج الأطفال حتى سن ١٨ عاماً، نسبة مئوية	اتخاذ القرارات بشأن الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية، نسبة مئوية	نسبة الطلب الملبى، بوسائل حديثة، النساء في سن ١٥-١٩ عاماً	نسبة الاحتجابات غير الملبى، إلى تنظيم الأسرة، النساء في سن ١٥-١٩ عاماً	معدل انتشار وسائل منع الحمل، بين النساء في سن ١٥-١٩ عاماً	معدل الولادات لدى المراهقات، لكل ١٠٠٠ امرأة في سن ١٩-١٥ عاماً، ٢٠١٧-٢٠٠٦	الولادات يشرف عليها في عائلتين في ذوي كفاية، نسبة مئوية، ٢٠١٧-٢٠٠٦	نطاق عدم اليقين في وفيات الأمومة (فترة عدم اليقين ٧٨٪)	نسبة وفيات الأمومة (عدد الوفيات لكل مولود حي)					
٢٠١٧-٢٠٠٧	٢٠١٧-٢٠٠٧	٢٠١٧-٢٠٠٧	٢٠١٧-٢٠٠٧	٢٠١٧-٢٠٠٤	٢٠١٧-٢٠٠٦	٢٠١٦-٢٠٠٧	٢٠١٨	٢٠١٨	٢٠١٨	٢٠١٧-٢٠٠٦	٢٠١٧-٢٠٠٦	٢٠١٥	٢٠١٥					
٠.٩٨	٨٦	٨٨	٠.٩٩	٩٥	٩٥	—	١٥	—	٦٢	٦	٥٠	٧٥	٢٧	٩٧	٢١	١٢	١٦	
—	—	—	—	—	—	—	٦	—	٧٤	١٥	٥١	٥٤	٢٨	١٠٠	٧٣	٢٠	٤٢	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
١.٣٠	٩٢	٧١	—	—	—	—	١٠	—	—	—	—	٢٨	٩٣	—	—	—	—	—
٠.٩٢	٢١	٢٣	١.٠٣	٩٢	٩٠	١	٤٠	٤٩	٥٢	٢٩	٣٥	٣٩	١٤٠	٧٤	٤٩٣	٢٤٧	٣٤٣	
١.٠١	٨٧	٨٦	١.٠٢	٩٤	٩٢	—	٩	٨١	٧٠	١٠	٥٤	٦٧	٢٦	٩٩	٣٢	١٩	٢٤	
٠.٩٦	٨٦	٨٩	٠.٩٨	٩٦	٩٨	—	—	—	٦١	١٨	٤٢	٥٠	٣٤	١٠٠	١١	٣	٦	
١.٠١	٩٩	٩٨	١.٠٠	٩٩	٩٩	—	—	—	٩٣	٦	٧٩	٧٩	١٤	—	١١	٨	٩	
١.٠٣	٩٢	٩٠	١.٠١	٩٤	٩٣	—	—	—	٨٣	٧	٦٧	٧٤	٢٠	٩٩	١٦	١٢	١٤	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	٨٠	١١	٦٣	٦٨	٢٥	—	—	—	—	
١.٠٨	٨٥	٧٨	١.٠٠	٩٨	٩٨	—	٢٥	—	٨٩	٧	٧٦	٧٩	٥١	٩٨	١٩	١١	١٥	
٠.٩٩	٩٠	٩١	٠.٩٨	٩٨	٩٩	—	٧	—	٨٤	٩	٦٤	٦٨	٣٠	١٠٠	٦٥	٢٠	٣٦	
١.٠٧	٥١	٤٨	١.٠٣	٨٨	٨٦	—	٢١	—	٥٩	٢٣	٤٠	٤٥	٧٨	٨٩	١٦٩	٣٦	٧٨	
١.٠٧	٧٤	٦٩	١.٠٠	٨٩	٨٩	—	—	—	٨٢	١١	٦٨	٧٣	٩٥	٩٦	١٢٤	٧٧	٩٥	
—	—	—	—	—	—	—	١١	—	٧٧	٥	٦٥	٧٩	٣٠	٩٤	٧٤	٤١	٥٤	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
٠.٧٤	٤٠	٥٤	٠.٨٨	٧٨	٨٨	١٦	٣٢	—	٥٤	٢٥	٣٦	٤٢	٦٧	٤٥	٥٨٢	٢٧٤	٣٨٥	
—	—	—	١.٠٢	٨٩	٨٧	—	٣١	٤٧	٦٩	١٨	٥٠	٥٤	١٤١	٦٣	٣٠٦	١٦٢	٢٢٤	
١.٠١	٤٤	٤٤	١.٠٢	٨٦	٨٤	—	٣٢	٦٠	٨٥	١٠	٦٦	٦٧	١١٠	٧٨	٥٦٣	٣٦٣	٤٤٣	



## رصد أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية: مؤشرات مُختارة

التعليم			الصحة الجنسية والإنجابية										الممارسات الضارة					
مؤشر التكافؤ بين الجنسين، التعليم الثانوي	صافي معدل الالتحاق بالتعليم الثانوي، نسبة مئوية	مؤشر تكافؤ الجنسين، التعليم الأساسي	صافي معدل الالتحاق بالمعالي التعليم الأساسي، نسبة مئوية	انتشار ختان الإناث بين الفتيات، في سن ١٥-١٩ عاماً، نسبة مئوية	زواج الأطفال حتى سن ١٨ عاماً، نسبة مئوية	تخاذه القرارات بشأن الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية، نسبة مئوية	نسبة الطلب الملقى، حثيئة، النساء في سن ١٥-١٩ عاماً	الاحتياجات غير الملبّاة إلى تنظيم الأسرة، النساء في سن ١٥-١٩ عاماً	معدل انتشار وسائل منع الحمل، بين النساء في سن ١٥-١٩ عاماً	معدل الولادات لدى المراهقات، لكل امرأة في سن ١٥-١٩ عاماً	الولادات بثراف عمليين في القطاع الصحي لكل امرأة في سن ١٥-١٩ عاماً	نطاق عدم اليقين في وفيات الأمومة (فترة عدم اليقين ٢٨٠)	نسبة وفيات الأمومة (عدد الوفيات لكل مولود حي)	البلد أو الإقليم أو منطقة أخرى				
٢٠١٦	٢٠١٦	٢٠١٦	٢٠١٦	٢٠١٧	٢٠١٧	٢٠١٣	٢٠١٨	٢٠١٨	٢٠١٨	٢٠١٨	٢٠١٨	٢٠١٥	٢٠١٥					
٠.٩٢	٥٨	٦٣	٠.٩٧	٨٢	٨٥	٥٥	٢١	-	٦٩	١٥	٤٧	٥٤	٥٠	٧٦	٢١٢	١٣٨	١٦٢	الدول العربية
١.٠٢	٦٨	٦٧	٠.٩٩	٩٤	٩٦	-	٢٦	-	٨١	١٠	٦٢	٦٧	٣٨٤	٣٨٤	١٥١	١١٤	١٢٧	منطقة آسيا والمحيط الهادئ
٠.٩٩	٨٧	٨٨	٠.٩٩	٩٥	٩٦	-	١١	-	٦٦	١٠	٥٠	٦٥	٢٦	٩٨	٣١	٢٢	٢٥	أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى
١.٠٥	٧٨	٧٥	١.٠١	٩٦	٩٥	-	٢٦	-	٨٣	١٠	٦٩	٧٤	٦٢	٩٥	٧٧	٦٤	٦٨	منطقة أمريكا اللاتينية والكاريبي
٠.٩٢	٣١	٣٣	٠.٩٦	٨٣	٨٦	-	٣٥	٥٠	٥٩	٢٢	٣٧	٤١	٩٣	٦٢	٥٠	٣٧٧	٤٠٧	شرق أفريقيا والجنوب الأفريقي
٠.٨٤	٣٣	٣٩	٠.٨٩	٧٠	٧٩	٢٢	٤٢	٣٩	٣٨	٢٤	١٧	٢١	١١٤	٥٢	٨٤٩	٥٩٩	٦٧٩	وسط وغرب أفريقيا
١.٠٢	٩٣	٩٢	١.٠١	٩٧	٩٦	-	-	-	٧٨	١٠	٦١	٦٨	١٤	-	١٤	١١	١٢	المناطق الأكثر تقدماً
٠.٩٩	٦١	٦٢	٠.٩٧	٨٩	٩٢	-	-	-	٧٧	١٢	٥٧	٦٢	٤٨	-	٢٧٤	٢٢٨	٢٣٨	المناطق الأقل تقدماً
٠.٩٢	٣٦	٣٩	٠.٩٤	٨٠	٨٤	-	٤٠	٤٩	٥٩	٢١	٣٦	٤١	٩١	٥٦	٥١٤	٤١٨	٤٣٦	أقل البلدان تقدماً
١.٠٠	٦٥	٦٦	٠.٩٨	٩٠	٩٢	-	٢١	٥٣	٧٧	١٢	٥٧	٦٣	٤٤	٧٩	٢٤٩	٢٠٧	٢١٦	العالم

### ملاحظات

- هـ - باستثناء أنغويلا، وأنتيغوا وبربودا، وبرمودا، وجزر فيرجن البريطانية، وجزر كايمان، والإكوادور، وغرينادا، ومونتسيرات، وسانت مارتن، وسانت كيتس ونيفيس بحسب توافر البيانات. وتشمل سينتيل.
- ز - النسبة المئوية للفتيات في سن ١٥-١٩ عاماً المنتسبات إلى جماعة ساندي. الانتماء إلى جماعة ساندي هو تعبير بديل عن ممارسة ختان الإناث.
- ١ - في ٢٩ تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠١٢، اتخذت الجمعية العامة للأمم المتحدة القرار ١٩/٦٧، الذي منح فلسطين "مركز دولة غير عضو لها صفة المراقب في الأمم المتحدة..."
- س - لا تتوافر بيانات.
- ش - النساء المتزوجات أو المقترنات حالياً.
- أ - قُرِّبت نسبة وفيات الأمومة طبقاً للمخطط التالي: > ١٠٠، لأقرب ١؛ و ١٠٠ - ٩٩٩، مقربة لأقرب ١؛ و ١٠٠٠، مقربة لأقرب ١٠.
- ب - باستثناء جزر كوك وجزر مارشال وناورو ونيوي وبالاو وتوكيلاو وتوفالو بحسب توافر البيانات.
- ج - باستثناء أنغويلا، وأروبا وبرمودا، وجزر فيرجن البريطانية، وجزر كايمان، وكوراساو، ومونتسيرات، وسانت مارتن، وجزر ترنكس وكايكوس بحسب توافر البيانات.
- د - باستثناء توفالو بحسب توافر البيانات.

# المؤشرات الديمغرافية

الخصوبة	عدد السكان								البلد أو الإقليم أو منطقة أخرى	
	معدل الخصوبة الكلية، لكل امرأة العمر المتوسط للإجاب، بالمئات،	معدل العمر المتوقع عند الولادة (بالسنة)، ٢٠١٨		السكان في سن ٦٥ عاماً وما فوق، نسبة مئوية ٢٠١٨	السكان في سن ٦٤-٦٥ عاماً، نسبة مئوية ٢٠١٨	السكان في سن ٢٤-٦٠ عاماً، نسبة مئوية ٢٠١٨	السكان في سن ١٤-٦٠ عاماً، نسبة مئوية ٢٠١٨	المعدل السنوي المتوسط للتغير (السكاني، نسبة مئوية، ٢٠١٨-٢٠١٠)		مجموع السكان، بالملايين ٢٠١٨
		٢٠٢٠-٢٠١٥	٢٠١٨	انثى	ذكور	٢٠١٨	٢٠١٨	٢٠١٨		٢٠١٨
٢٩.١	٤.٣	٦٦	٦٣	٣	٥٥	٣٥	٤٣	٢.٩	٣٦.٤	أفغانستان
٢٧.٥	١.٧	٨١	٧٧	١٤	٦٩	٢١	١٧	٠.٠	٢.٩	ألبانيا
٣١.٥	٢.٦	٧٨	٧٥	٦	٦٤	٢٣	٢٩	١.٩	٤٢.٠	الجزائر
٢٨.٨	٥.٦	٦٥	٥٩	٢	٥١	٣٢	٤٧	٣.٤	٣٠.٨	أنغولا
٢٧.٦	٢.٠	٧٩	٧٤	٧	٦٩	٢٥	٢٤	١.١	٠.١	أنتيغوا وبربودا
٢٨.٢	٢.٣	٨١	٧٣	١١	٦٤	٢٤	٢٥	١.٠	٤٤.٧	الأرجنتين
٢٦.٨	١.٦	٧٨	٧٢	١١	٦٨	١٩	٢٠	٠.٢	٢.٩	أرمينيا
٢٨.٦	١.٨	٧٩	٧٤	١٤	٦٩	٢١	١٨	٠.٥	٠.١	أروبا
٣١.٠	١.٨	٨٥	٨١	١٦	٦٥	١٩	١٩	١.٤	٢٤.٨	أستراليا <sup>١</sup>
٣٠.٨	١.٥	٨٤	٨٠	١٩	٦٧	١٥	١٤	٠.٥	٨.٨	النمسا
٢٥.٧	٢.٠	٧٥	٦٩	٦	٧٠	٢١	٢٣	١.٢	٩.٩	أذربيجان <sup>٢</sup>
٢٩.٢	١.٨	٧٩	٧٣	٩	٧٠	٢٢	٢٠	١.٣	٠.٤	البهاما
٢٩.٧	٢.٠	٧٨	٧٦	٢	٧٨	١٩	١٩	٢.٩	١.٦	البحرين
٢٥.٤	٢.١	٧٥	٧١	٥	٦٧	٢٩	٢٨	١.١	١٦٦.٤	بنغلادش
٢٩.٠	١.٨	٧٩	٧٤	١٥	٦٦	١٩	١٩	٠.٣	٠.٣	بربادوس
٢٨.٥	١.٧	٧٩	٦٨	١٥	٦٨	١٥	١٧	٠.٠	٩.٥	بيلاروس
٣١.١	١.٨	٨٤	٧٩	١٩	٦٤	١٧	١٧	٠.٦	١١.٥	بلجيكا
٢٧.١	٢.٤	٧٤	٦٨	٤	٦٥	٣٠	٣١	٢.٢	٠.٤	بليز
٢٨.٩	٤.٨	٦٣	٦٠	٣	٥٤	٣٢	٤٢	٢.٨	١١.٥	بنين
٢٨.٧	٢.٠	٧١	٧١	٥	٦٩	٢٧	٢٦	١.٤	٠.٨	بوتان
٢٨.٤	٢.٨	٧٢	٦٧	٧	٦٢	٢٩	٣١	١.٥	١١.٢	دولة بوليفيا المتعددة القوميات
٢٩.٣	١.٤	٨٠	٧٥	١٧	٦٩	١٧	١٤	٠.٨	٣.٥	البوسنة والهرسك
٢٩.٩	٢.٦	٧١	٦٦	٤	٦٥	٢٨	٣١	١.٨	٢.٣	بوتسوانا
٢٦.٤	١.٧	٨٠	٧٢	٩	٧٠	٢٤	٢١	٠.٩	٢١٠.٩	البرازيل
٣٠.٣	١.٨	٧٩	٧٦	٥	٧٢	٢٤	٢٣	١.٤	٠.٤	بروناي دار السلام
٢٨.٢	١.٦	٧٨	٧٢	٢١	٦٥	١٤	١٤	٠.٦	٧.٠	بلغاريا
٢٩.٢	٥.٢	٦٢	٦٠	٢	٥٣	٣٣	٤٥	٢.٩	١٩.٨	بوركينافاسو
٣٠.٣	٥.٥	٦٠	٥٦	٣	٥٢	٣١	٤٥	٣.١	١١.٢	بوروندي
٢٧.٠	٢.٥	٧٢	٦٧	٥	٦٤	٢٩	٣١	١.٦	١٦.٢	كمبوديا
٢٨.٩	٤.٦	٦٠	٥٨	٣	٥٤	٣٢	٤٣	٢.٦	٢٤.٧	جمهورية الكاميرون
٣٠.٧	١.٦	٨٥	٨١	١٧	٦٧	١٧	١٦	١.٠	٣٧.٠	كندا
٢٧.٤	٢.٣	٧٥	٧١	٥	٦٦	٣٠	٣٠	١.٢	٠.٦	الرأس الأخضر
٢٩.٦	٤.٧	٥٦	٥٢	٤	٥٤	٣٤	٤٣	٠.٨	٤.٧	جمهورية أفريقيا الوسطى
٢٨.٨	٥.٧	٥٥	٥٢	٣	٥١	٣٤	٤٧	٣.٢	١٥.٤	تشاد
٢٧.٨	١.٨	٨٢	٧٧	١١	٦٨	٢٢	٢٠	٠.٩	١٨.٢	تشيلي
٢٧.٤	١.٦	٧٨	٧٥	١١	٧١	١٧	١٨	٠.٥	١,٤١٥.٠	الصين <sup>٣</sup>
٣٢.٣	١.٣	٨٧	٨١	١٧	٧١	١٣	١٢	٠.٧	٧.٤	الصين - منطقة هونغ كونغ الإدارية الخاصة <sup>٤</sup>
٣٠.٩	١.٤	٨٧	٨١	١٠	٧٦	١٤	١٤	٢.٠	٠.٦	الصين، منطقة ماكاو الإدارية الخاصة <sup>٥</sup>
٢٧.٤	١.٨	٧٨	٧١	٨	٦٩	٢٤	٢٣	٠.٩	٤٩.٥	كولومبيا
٣٠.٠	٤.٢	٦٦	٦٢	٣	٥٧	٣١	٤٠	٢.٤	٠.٨	جزر القمر
٢٩.٤	٥.٩	٦٢	٥٩	٣	٥١	٣٢	٤٦	٣.٣	٨٤.٠	جمهورية الكونغو الديمقراطية
٢٨.٣	٤.٥	٦٧	٦٤	٣	٥٤	٣١	٤٢	٢.٦	٥.٤	جمهورية الكونغو
٢٧.٣	١.٨	٨٣	٧٨	١٠	٦٩	٢٣	٢١	١.١	٥.٠	كوستاريكا
٢٨.٩	٤.٨	٥٦	٥٣	٣	٥٥	٣٢	٤٢	٢.٥	٢٤.٩	كويت ديفوار
٣٠.٢	١.٤	٨١	٧٥	٢٠	٦٥	١٦	١٥	٠.٥	٤.٢	كرواتيا

الخصوبة		عدد السكان							مجموع السكان، بالملايين	البلد أو الإقليم أو منطقة أخرى
العمر المتوسط للإنجاب، بالسنوات، ٢٠٢٠-٢٠١٥	معدل الخصوبة الكلي، لكل امرأة	معدل العمر المتوقع عند الولادة (بالسنة)، ٢٠١٨	السكان في سن ٦٥ عاماً وما فوق، نسبة مئوية	السكان في سن ٦٤-١٥ عاماً، نسبة مئوية	السكان في سن ١٥-٦٤ عاماً، نسبة مئوية	السكان في سن ١٥-٦٤ عاماً، نسبة مئوية	السكان في سن ١٥-٦٤ عاماً، نسبة مئوية	المعدل السنوي المتوسط للتغير السكاني، نسبة مئوية، ٢٠١٨-٢٠١٥		
٢٠٢٠-٢٠١٥	٢٠١٨	إناث	ذكور	٢٠١٨	٢٠١٨	٢٠١٨	٢٠١٨	٢٠١٨	٢٠١٨	
٢٦.٩	١.٧	٨٢	٧٨	١٥	٦٩	١٧	١٦	٠.٢	١١.٥	كوريا
٢٨.٥	٢.٠	٨٢	٧٦	١٧	٦٥	١٩	١٩	١.١	٠.٢	كوراساو
٢٩.٨	١.٣	٨٣	٧٩	١٤	٧٠	٢٠	١٧	٠.٨	١.٢	قيرص <sup>٦</sup>
٣٠.٦	١.٦	٨٢	٧٦	١٩	٦٥	١٤	١٦	٠.١	١٠.٦	تشيكيا
٣١.٠	١.٨	٨٣	٧٩	٢٠	٦٤	١٩	١٦	٠.٤	٥.٨	الدنمارك
٣٢.٢	٢.٧	٦٥	٦١	٤	٦٥	٣٠	٣١	١.٧	١.٠	جيبوتي
—	—	—	—	—	—	—	—	٠.٥	٠.١	دومينيكا
٢٥.٨	٢.٤	٧٧	٧١	٧	٦٤	٢٧	٢٩	١.٢	١٠.٩	الجمهورية الدومينيكية
٢٧.٤	٢.٤	٨٠	٧٤	٧	٦٤	٢٧	٢٨	١.٥	١٦.٩	الإكوادور
٢٧.٥	٣.٢	٧٤	٧٠	٥	٦١	٢٦	٣٣	٢.١	٩٩.٤	مصر
٢٦.٨	٢.٠	٧٨	٦٩	٨	٦٤	٢٩	٢٧	٠.٥	٦.٤	السلفادور
٢٨.١	٤.٥	٦٠	٥٧	٣	٦٠	٢٩	٣٧	٤.٠	١.٣	غينيا الاستوائية
٢٩.٥	٤.٠	٦٨	٦٤	٤	٥٥	٣٢	٤١	٢.١	٥.٢	إريتريا
٣٠.٣	١.٧	٨٢	٧٣	٢٠	٦٤	١٥	١٧	٠.٢	١.٣	إستونيا
٢٧.٨	٣.٠	٦٢	٥٥	٣	٦٠	٣٣	٣٧	١.٨	١.٤	إسواتيني
٢٩.٧	٤.٠	٦٨	٦٤	٤	٥٦	٣٤	٤٠	٢.٥	١٠٧.٥	إثيوبيا
٢٨.١	٢.٥	٧٤	٦٨	٦	٦٥	٢٦	٢٨	٠.٧	٠.٩	فيجي
٣٠.٦	١.٨	٨٤	٧٩	٢٢	٦٢	١٧	١٦	٠.٤	٥.٥	فنلندا <sup>١</sup>
٣٠.٣	٢.٠	٨٦	٨٠	٢٠	٦٢	١٨	١٨	٠.٤	٦٥.٢	فرنسا
٢٩.٢	٣.٢	٨٣	٧٧	٥	٦٢	٢٨	٣٣	٢.٧	٠.٣	غيانا الفرنسية
٢٨.٩	٢.٠	٨٠	٧٥	٨	٦٩	٢٤	٢٣	٠.٨	٠.٣	بولينزيا الفرنسية
٢٩.٠	٣.٧	٦٩	٦٥	٤	٦٠	٢٨	٣٦	٢.٩	٢.١	غابون
٣٠.٤	٥.٣	٦٣	٦٠	٢	٥٣	٣٣	٤٥	٣.١	٢.٢	غامبيا
٢٦.٧	٢.٠	٧٨	٦٩	١٥	٦٦	١٨	١٩	١.٠	٣.٩	جورجيا <sup>٨</sup>
٣١.٣	١.٥	٨٤	٧٩	٢٢	٦٥	١٥	١٣	٠.٢	٨٢.٣	ألمانيا
٢٩.٨	٣.٩	٦٤	٦٢	٣	٥٨	٣١	٣٨	٢.٣	٢٩.٥	غانا
٣١.٣	١.٣	٨٤	٧٩	٢١	٦٥	١٥	١٤	٠.٣	١١.١	اليونان
٢٨.٥	٢.١	٧٦	٧١	٧	٦٦	٢٥	٢٦	٠.٤	٠.١	غرينادا
٣٠.٢	١.٩	٨٥	٧٨	١٨	٦٤	٢١	١٨	٠.٠	٠.٤	غوادلوپ <sup>٩</sup>
٢٨.٨	٢.٣	٨٢	٧٨	١٠	٦٦	٢٥	٢٤	٠.٥	٠.٢	غوام
٢٨.٥	٢.٩	٧٧	٧١	٥	٦١	٣٢	٣٤	٢.١	١٧.٢	غواتيمالا
٢٩.١	٤.٧	٦٢	٦١	٣	٥٥	٣٢	٤٢	٢.٤	١٣.١	غينيا
٢٩.٢	٤.٥	٦٠	٥٦	٣	٥٦	٣١	٤١	٢.٥	١.٩	غينيا-بيساو
٢٦.٧	٢.٥	٦٩	٦٥	٥	٦٦	٣٠	٢٩	٠.٦	٠.٨	غيانا
٣٠.٠	٢.٨	٦٦	٦٢	٥	٦٢	٣٠	٣٣	١.٣	١١.١	هايتي
٢٧.٧	٢.٤	٧٧	٧١	٥	٦٤	٣١	٣١	١.٧	٩.٤	هندوراس
٣٠.٢	١.٤	٨٠	٧٣	١٩	٦٧	١٦	١٤	٠.٣	٩.٧	هنغاريا
٣٠.٦	١.٩	٨٤	٨٢	١٥	٦٥	٢٠	٢٠	٠.٧	٠.٣	أيسلندا
٢٦.٥	٢.٣	٧١	٦٨	٦	٦٦	٢٨	٢٧	١.٢	١,٣٥٤.١	الهند
٢٨.٢	٢.٣	٧٢	٦٧	٥	٦٨	٢٦	٢٧	١.٢	٢٦٦.٨	إندونيسيا
٢٨.٦	١.٦	٧٨	٧٥	٦	٧١	٢١	٢٤	١.٢	٨٢.٠	إيران (جمهورية إسلامية)
٢٨.٧	٤.٢	٧٣	٦٨	٣	٥٦	٣١	٤٠	٣.١	٣٩.٣	العراق
٣١.٤	٢.٠	٨٤	٨٠	١٤	٦٤	١٩	٢٢	٠.٥	٤.٨	أيرلندا
٣٠.٧	٢.٩	٨٤	٨١	١٢	٦٠	٢٣	٢٨	١.٦	٨.٥	إسرائيل
٣١.٧	١.٥	٨٥	٨١	٢٣	٦٣	١٤	١٣	٠.١	٥٩.٣	إيطاليا



الخصوبة	عدد السكان								البلد أو الإقليم أو منطقة أخرى	
	معدل الخصوبة الكلي، لكل امرأة العمر المتوسط للإيجاب، بالسنوات، ٢٠٢٠-٢٠١٥	معدل الخصوبة الكلي، لكل امرأة (السنات) ٢٠١٨	معدل العمر المتوقع عند الولادة (بالسنات) ٢٠١٨		السكان في سن ٦٥ عاماً وما فوق، نسبية مئوية	السكان في سن ٦٤-١٥ عاماً، نسبية مئوية	السكان في سن ١٤-١٠ عاماً، نسبية مئوية	السكان في سن ١٤-٠ عاماً، نسبية مئوية		مجموع السكان، بالملايين
			إناث	ذكور	٢٠١٨	٢٠١٨	٢٠١٨	٢٠١٨		٢٠١٨
٢٧.٧	٢.٠	٧٩	٧٤	١.٠	٦٧	٢٦	٢٣	٠.٤	٢.٩	جامايكا
٣١.٣	١.٥	٨٧	٨١	٢٧	٦.٠	١٤	١٣	٠.١-	١٢٧.٢	اليابان
٢٩.٨	٣.٢	٧٦	٧٣	٤	٦١	٣٠	٣٥	٤.٠	٩.٩	الأردن
٢٨.٦	٢.٦	٧٥	٦٥	٧	٦٤	٢٠	٢٨	١.٤	١٨.٤	كازاخستان
٢٨.٧	٣.٧	٧٠	٦٥	٣	٥٧	٣٣	٤٠	٢.٦	٥١.٠	كينيا
٣٠.٧	٣.٦	٧٠	٦٣	٤	٦١	٢٩	٣٥	١.٨	٠.١	كيريباس
٢٩.١	١.٩	٧٦	٦٨	٩	٧٠	٢٢	٢٠	٠.٥	٢٥.٦	جمهورية كوريا الديمقراطية الشعبية
٣٢.٣	١.٣	٨٥	٧٩	١٤	٧٢	١٧	١٣	٠.٤	٥١.٢	جمهورية كوريا
٢٩.٩	٢.٠	٧٦	٧٤	٣	٧٦	١٩	٢١	٤.٢	٤.٢	الكويت
٢٨.٢	٢.٩	٧٥	٦٧	٥	٦٣	٢٥	٣٢	١.٥	٦.١	قيرغيزستان
٢٧.٦	٢.٦	٦٩	٦٦	٤	٦٣	٣١	٣٣	١.٤	٧.٠	جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية
٣٠.٢	١.٦	٧٩	٧٠	٢٠	٦٤	١٤	١٦	١.٢-	١.٩	لاتفيا
٢٩.٨	١.٧	٨٢	٧٨	٩	٦٩	٢٦	٢٣	٤.٣	٦.١	لبنان
٢٧.٨	٣.٠	٥٧	٥٣	٥	٦٠	٣٢	٣٥	١.٣	٢.٣	ليسوتو
٢٨.٦	٤.٤	٦٥	٦٢	٣	٥٥	٣٢	٤١	٢.٦	٤.٩	ليبيريا
٣٢.٨	٢.٢	٧٥	٦٩	٤	٦٨	٢٥	٢٨	٠.٦	٦.٥	ليبيا
٢٩.٧	١.٧	٨٠	٧٠	١٩	٦٦	١٦	١٥	١.٠-	٢.٩	ليتوانيا
٣١.٧	١.٦	٨٤	٨٠	١٤	٦٩	١٨	١٦	١.٩	٠.٦	لكسمبرغ
٢٨.٠	٤.١	٦٨	٦٥	٣	٥٦	٣٣	٤١	٢.٧	٢٦.٣	مدغشقر
٢٨.٠	٤.٤	٦٧	٦١	٣	٥٣	٣٤	٤٤	٢.٩	١٩.٢	ملايو
٣٠.٩	٢.٠	٧٨	٧٣	٧	٦٩	٢٦	٢٤	١.٦	٣٢.٠	ماليزيا <sup>١٠</sup>
٢٩.٠	٢.٠	٧٩	٧٧	٤	٧٢	٢٢	٢٣	٢.٥	٠.٤	الملايف
٢٩.٠	٥.٩	٦٠	٥٨	٣	٥٠	٣٣	٤٨	٣.٠	١٩.١	مالي
٣٠.٤	١.٥	٨٣	٨٠	٢٠	٦٦	١٦	١٤	٠.٥	٠.٤	مالطا
٣٠.٢	١.٩	٨٥	٧٩	١٩	٦٣	١٨	١٨	٠.٣-	٠.٤	مارتينيك
٣٠.٤	٤.٦	٦٥	٦٢	٣	٥٧	٣١	٤٠	٢.٩	٤.٥	موريتانيا
٢٨.١	١.٤	٧٩	٧٢	١١	٧١	٢٢	١٨	٠.٢	١.٣	موريشيوس <sup>١١</sup>
٢٦.٩	٢.١	٨٠	٧٥	٧	٦٧	٢٧	٢٦	١.٤	١٣٠.٨	المكسيك
٣٠.٧	٣.١	٧١	٦٨	٥	٦٢	٣٤	٣٣	٠.٣	٠.١	ولايات ميكرونيزيا الموحدة
٢٧.٣	١.٢	٧٦	٦٨	١١	٧٣	١٧	١٦	٠.١-	٤.٠	جمهورية مولدوفا <sup>١٢</sup>
٢٩.٣	٢.٧	٧٤	٦٦	٤	٦٦	٢٣	٣٠	١.٨	٣.١	منغوليا
٢٩.٤	١.٧	٨٠	٧٥	١٥	٦٧	١٩	١٨	٠.١	٠.٦	الجزل الأسود
٣٠.٤	٢.٤	٧٧	٧٥	٧	٦٦	٢٥	٢٧	١.٤	٣٦.٢	المغرب
٢٩.١	٥.١	٦١	٥٧	٣	٥٢	٣٣	٤٥	٢.٩	٣٠.٥	موزامبيق
٢٩.٦	٢.٢	٦٩	٦٤	٦	٦٨	٢٧	٢٦	٠.٩	٥٣.٩	ميانمار
٢٨.٦	٣.٣	٦٨	٦٢	٤	٦٠	٣١	٣٦	٢.٢	٢.٦	ناميبيا
٢٥.٨	٢.١	٧٣	٦٩	٦	٦٤	٣٢	٣٠	١.١	٢٩.٦	نيبال
٣٠.٩	١.٨	٨٤	٨٠	١٩	٦٥	١٨	١٦	٠.٣	١٧.١	هولندا
٢٩.٩	٢.١	٨٠	٧٥	١٠	٦٨	٢٣	٢٢	١.٤	٠.٣	كاليدونيا الجديدة
٣٠.١	٢.٠	٨٤	٨١	١٦	٦٥	٢٠	٢٠	١.٠	٤.٧	نيوزيلندا
٢٦.٧	٢.١	٧٩	٧٣	٦	٦٦	٢٨	٢٩	١.١	٦.٣	نيكاراغوا
٢٩.١	٧.١	٦٢	٦٠	٣	٤٧	٣٢	٥٠	٣.٨	٢٢.٣	النيجر
٢٩.٨	٥.٤	٥٥	٥٤	٣	٥٣	٣٢	٤٤	٢.٦	١٩٥.٩	نيجيريا
٣٠.٧	١.٨	٨٤	٨١	١٧	٦٥	١٩	١٨	١.١	٥.٤	النرويج <sup>١٣</sup>

الخصوبة		عدد السكان							البلد أو الإقليم أو منطقة أخرى	
العمر المتوسط للإناث، بالمئات،	معدل الخصوبة الكلي، لكل امرأة	معدل العمر المتوقع عند الولادة (بالسنة)، ٢٠١٨		السكان في سن ٦٥ عاماً وما فوق، نسبة مئوية	السكان في سن ١٥-٦٤ عاماً، نسبة مئوية	السكان في سن ١٥-٦٤ عاماً، نسبة مئوية	السكان في سن ١٥-٦٤ عاماً، نسبة مئوية	المعدل السنوي المتوسط للتغير السكاني، نسبة مئوية، ٢٠١٨-٢٠١٥		مجموع السكان، بالملايين
		إناث	ذكور	٢٠١٨	٢٠١٨	٢٠١٨	٢٠١٨	٢٠١٨		٢٠١٨
٣١.١	٢.٥	٨٠	٧٦	٢	٧٦	٢٠	٢٢	٥.٨	٤.٨	عُمان
٢٨.٦	٣.٣	٦٨	٦٦	٤	٦١	٢٩	٣٥	٢.٠	٢٠٠.٨	باكستان
٢٨.٩	٣.٩	٧٦	٧٢	٣	٥٨	٣٢	٣٩	٢.٧	٥.١	فلسطين <sup>١٤</sup>
٢٦.٧	٢.٥	٨١	٧٦	٨	٦٥	٢٥	٢٧	١.٧	٤.٢	بنما
٢٩.٨	٣.٦	٦٨	٦٣	٤	٦١	٣١	٣٦	٢.١	٨.٤	بابوا غينيا الجديدة
٢٨.٢	٢.٤	٧٦	٧١	٧	٦٤	٢٩	٢٩	١.٣	٦.٩	باراغواي
٢٨.٩	٢.٣	٧٨	٧٣	٧	٦٦	٢٦	٢٧	١.٣	٣٢.٦	بيرو
٢٨.٩	٢.٩	٧٣	٦٦	٥	٦٤	٢٩	٣١	١.٦	١٠٦.٥	الفلبين
٢٩.٤	١.٣	٨٢	٧٤	١٧	٦٨	١٦	١٥	٠.١-	٣٨.١	يولندا
٣٠.٧	١.٢	٨٤	٧٩	٢٢	٦٥	١٥	١٣	٠.٤-	١٠.٣	البرتغال
٢٧.٠	١.٥	٨٤	٧٧	١٥	٦٧	٢١	١٨	٠.٢-	٣.٧	بورتوريكو
٢٩.٩	١.٩	٨٠	٧٨	١	٨٥	١٨	١٤	٥.٢	٢.٧	قطر
٢٨.٣	٢.٣	٨٤	٧٧	١٢	٦٥	٢٣	٢٣	٠.٨	٠.٩	ريونيون
٢٨.١	١.٥	٧٩	٧٢	١٨	٦٦	١٦	١٥	٠.٥-	١٩.٦	رومانيا
٢٨.٨	١.٨	٧٧	٦٦	١٥	٦٨	١٥	١٨	٠.١	١٤٤.٠	الاتحاد الروسي
٣٠.٠	٣.٧	٧٠	٦٦	٣	٥٧	٣١	٤٠	٢.٥	١٢.٥	رواندا
-	-	-	-	-	-	-	-	١.٠	٠.١	سانت كيتس ونيفيس
٢٧.٨	١.٤	٧٩	٧٣	١٠	٧٢	٢٤	١٨	٠.٥	٠.٢	سانت لوسيا
٢٧.١	١.٩	٧٦	٧١	٨	٦٩	٢٥	٢٤	٠.١	٠.١	سانت فنسنت وجزر غرينادين
٣٠.٣	٣.٩	٧٩	٧٢	٦	٥٨	٣٢	٣٦	٠.٧	٠.٢	ساموا
-	-	-	-	-	-	-	-	٠.٩	٠.٠	سان مارينو
٢٨.٨	٤.٣	٦٩	٦٥	٣	٥٥	٣٣	٤٢	٢.٢	٠.٢	سلو تومي وبرينسيبي
٣٢.٢	٢.٥	٧٧	٧٤	٣	٧٢	٢٢	٢٥	٢.٥	٣٣.٦	المملكة العربية السعودية
٣٠.٣	٤.٦	٧٠	٦٦	٣	٥٤	٣٢	٤٣	٢.٩	١٦.٣	السنغال
٢٩.٢	١.٦	٧٨	٧٣	١٨	٦٦	١٨	١٦	٠.٤-	٨.٨	صربيا <sup>١٥</sup>
٢٧.٥	٢.٣	٧٩	٧٠	٩	٦٩	١٩	٢٢	٠.٥	٠.١	سيتشل
٢٨.٧	٤.٣	٥٣	٥٢	٣	٥٦	٣٣	٤٢	٢.٢	٧.٧	سيراليون
٣١.٣	١.٣	٨٥	٨١	١٤	٧٢	١٨	١٥	١.٧	٥.٨	سنغافورة
-	-	-	-	-	-	-	-	٢.٥	٠.٠	سانت مارتن
٢٩.٦	١.٥	٨١	٧٤	١٦	٦٩	١٦	١٥	٠.١	٥.٤	سلوفاكيا
٣٠.٦	١.٦	٨٤	٧٨	٢٠	٦٥	١٤	١٥	٠.٢	٢.١	سلوفينيا
٢٩.٨	٣.٧	٧٣	٧٠	٤	٥٨	٣٢	٣٨	٢.١	٠.٦	جزر سليمان
٢٩.٧	٦.١	٥٩	٥٥	٣	٥١	٣٣	٤٦	٢.٩	١٥.٢	الصومال
٢٨.٣	٢.٤	٦٧	٦٠	٥	٦٦	٢٧	٢٩	١.٣	٥٧.٤	جنوب أفريقيا
٢٩.٦	٤.٧	٥٩	٥٧	٣	٥٥	٣٣	٤١	٣.١	١٢.٩	جنوب السودان
٣١.٩	١.٤	٨٦	٨١	٢٠	٦٦	١٥	١٥	٠.١-	٤٦.٤	إسبانيا <sup>١٦</sup>
٣٠.٠	٢.٠	٧٩	٧٢	١٠	٦٦	٢٣	٢٤	٠.٥	٢١.٠	سري لانكا
٣٠.٠	٤.٤	٦٧	٦٣	٤	٥٦	٣٣	٤٠	٢.٤	٤١.٥	السودان
٢٨.٥	٢.٣	٧٥	٦٨	٧	٦٧	٢٦	٢٦	١.٠	٠.٦	سورينام
٣١.٠	١.٩	٨٤	٨١	٢٠	٦٢	١٧	١٨	٠.٨	١٠.٠	السويد
٣١.٨	١.٦	٨٥	٨٢	١٩	٦٦	١٦	١٥	١.١	٨.٥	سويسرا
٢٩.٤	٢.٨	٧٨	٦٧	٥	٦٠	٣٤	٣٦	١.٧-	١٨.٣	الجمهورية العربية السورية
٢٧.٨	٣.٣	٧٥	٦٩	٤	٦١	٢٩	٣٥	٢.٢	٩.١	طاجيكستان
٢٨.٢	٤.٩	٦٩	٦٥	٣	٥٢	٣٢	٤٥	٣.١	٥٩.١	تنزانيا (جمهورية تنزانيا المتحدة) <sup>١٧</sup>
٢٧.٤	١.٥	٧٩	٧٢	١٢	٧١	٢٠	١٧	٠.٤	٦٩.٢	تايلاند

الخصوبة		عدد السكان							مجموع السكان، بالملايين	البلد أو الإقليم أو منطقة أخرى
العمر المتوسط للإجاب، بالسنوات، ٢٠٢٠-٢٠١٥	معدل الخصوبة الكلي، لكل امرأة	معدل العمر المتوقع عند الولادة (بالسنة)، ٢٠١٨	السكان في سن ٦٥ عاماً وما فوق، نسبية مئوية ٢٠١٨	السكان في سن ٦٤-١٥ عاماً، نسبية مئوية ٢٠١٨	السكان في سن ٢٤-١٠ عاماً، نسبية مئوية ٢٠١٨	السكان في سن ١٤-٠ عاماً، نسبية مئوية ٢٠١٨	السكان في سن ١٤-٠ عاماً، نسبية مئوية ٢٠١٨	المعدل السنوي المتوسط للتغيير السكاني، نسبية مئوية، ٢٠١٨-٢٠١٠		
٢٩.٠	١.٦	٧٨	٧٤	١٤	٧٠	١٨	١٧	٠.١	٢.١	جمهورية مقدونيا اليوغوسلافية السابقة
٣٠.٣	٥.٣	٧١	٦٨	٤	٥٣	٣٥	٤٤	٢.٢	١.٣	جمهورية تيمور-ليشتي الديمقراطية
٢٨.٩	٤.٣	٦٢	٦٠	٣	٥٦	٣٢	٤١	٢.٦	٨.٠	توغو
٣١.١	٣.٦	٧٦	٧٠	٦	٥٩	٣٣	٣٥	٠.٦	٠.١	تونغا
٢٧.٩	١.٧	٧٥	٦٧	١٠	٦٩	١٩	٢١	٠.٤	١.٤	ترينيداد وتوباغو
٣١.٠	٢.١	٧٨	٧٤	٨	٦٨	٢١	٢٤	١.١	١١.٧	تونس
٢٨.٦	٢.٠	٧٩	٧٣	٨	٦٧	٢٥	٢٥	١.٦	٨١.٩	تركيا
٢٧.٩	٢.٨	٧٢	٦٥	٤	٦٥	٢٥	٣١	١.٧	٥.٩	تركمانستان
—	—	—	—	—	—	—	—	١.٩	٠.٠	جزر تركس وكايكوس
—	—	—	—	—	—	—	—	٠.٩	٠.٠	توفالو
٢٨.١	٥.٤	٦٣	٥٨	٢	٥٠	٣٤	٤٧	٣.٣	٤٤.٣	أوغندا
٢٨.٠	١.٦	٧٧	٦٧	١٧	٦٧	١٥	١٦	٠.٥	٤٤.٠	أوكرانيا <sup>١٨</sup>
٢٦.٩	١.٧	٧٩	٧٧	١	٨٥	١٦	١٤	١.٨	٩.٥	الإمارات العربية المتحدة
٣٠.٤	١.٩	٨٤	٨٠	١٩	٦٤	١٧	١٨	٠.٦	٦٦.٦	المملكة المتحدة
٢٩.٥	١.٩	٨٢	٧٧	١٦	٦٥	٢٠	١٩	٠.٧	٣٢٦.٨	الولايات المتحدة الأمريكية
٢٧.١	٢.٢	٨٢	٧٨	١٩	٦١	٢٠	٢٠	٠.١	٠.١	جزر فيرجن الأمريكية
٢٧.٧	٢.٠	٨١	٧٤	١٥	٦٤	٢٢	٢١	٠.٣	٣.٥	أوروغواي
٢٧.١	٢.٢	٧٤	٦٩	٥	٦٧	٢٦	٢٨	١.٥	٣٢.٤	أوزبكستان
٢٩.٣	٣.٢	٧٥	٧٠	٥	٦٠	٢٩	٣٦	٢.٢	٠.٣	فانواتو
٢٦.٤	٢.٣	٧٩	٧١	٧	٦٦	٢٦	٢٧	١.٤	٣٢.٤	فنزويلا (الجمهورية البوليفارية)
٢٨.٠	١.٩	٨١	٧٢	٧	٧٠	٢٢	٢٣	١.١	٩٦.٥	فييت نام
٣١.٠	٢.٤	٧٢	٦٨	٣	٦٩	٢٦	٢٨	٢.١	٠.٦	الصحراء الغربية
٣٠.٠	٣.٨	٦٧	٦٤	٣	٥٧	٣٣	٤٠	٢.٥	٢٨.٩	اليمن
٢٨.٩	٤.٩	٦٥	٦٠	٢	٥٣	٣٤	٤٤	٣.٠	١٧.٦	زامبيا
٢٧.٨	٣.٦	٦٤	٦٠	٣	٥٦	٣٢	٤١	٢.٣	١٦.٩	زيمبابوي



الخصوبة	عدد السكان										
	معدل الخصوبة الكلي، لكل امرأة ٢٠٢٠-٢٠١٥	معدل الخصوبة الكلي، لكل امرأة ٢٠١٨	معدل العمر المتوقع عند الولادة (بالسنة)، ٢٠١٨	النسبة المئوية للسكان في سن ٦٥ عاماً وما فوق، نسبة مئوية ٢٠١٨	النسبة المئوية للسكان في سن ٦٤-١٥ عاماً، نسبة مئوية ٢٠١٨	النسبة المئوية للسكان في سن ٢٤-١٠ عاماً، نسبة مئوية ٢٠١٨	النسبة المئوية للسكان في سن ١٤-٠ عاماً، نسبة مئوية ٢٠١٨	المعدل السنوي المتوسط للتغيير السكاني، نسبة مئوية، ٢٠١٨-٢٠١٠	مجموع السكان، بالملايين ٢٠١٨		
	٢٩.٢	٣.٣	٧٢	٦٨	٥	٦١	٢٨	٣٤	٢.٠	٣٦٦	الدول العربية
	٢٧.٢	٢.١	٧٣	٧٠	٨	٦٨	٢٤	٢٤	١.٠	٣,٩٩٦	منطقة آسيا والمحيط الهادئ
	٢٨.٠	٢.٠	٧٧	٧٠	١٠	٦٧	٢٢	٢٣	٠.٩	٢٤٥	أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى
	٢٧.١	٢.٠	٧٩	٧٣	٨	٦٧	٢٥	٢٥	١.١	٦٤٧	منطقة أمريكا اللاتينية والكاريبي
	٢٨.٨	٤.٤	٦٦	٦١	٣	٥٥	٣٢	٤٢	٢.٧	٥٩٧	شرق أفريقيا والجنوب الأفريقي
	٢٩.٤	٥.١	٥٨	٥٦	٣	٥٤	٣٢	٤٤	٢.٧	٤٣٦	وسط وغرب أفريقيا
	٣٠.٠	١.٧	٨٢	٧٦	١٩	٦٥	١٧	١٦	٠.٣	١,٢٦٣	المناطق الأكثر تقدماً
	٢٧.٧	٢.٦	٧٣	٦٩	٧	٦٥	٢٥	٢٨	١.٣	٦,٣٧٠	المناطق الأقل تقدماً
	٢٨.٥	٤.٠	٦٧	٦٣	٤	٥٧	٣٢	٣٩	٢.٤	١,٠٢٦	أقل البلدان تقدماً
	٢٧.٩	٢.٥	٧٤	٧٠	٩	٦٥	٢٤	٢٦	١.٢	٧,٦٣٣	العالم

ملاحظات

— لا تتوفر بيانات.

أ باستثناء جزر كوك وجزر مارشال وناورو ونيوي وبالاو وتوكيلاو وتوفالو بحسب توافر البيانات.

ب باستثناء أنغويلا، وبرمودا، وجزر فيرجن البريطانية، وجزر كايمان، ودومينيكا، ومونتسيرات، وسانت كيتس ونيفيس، وسانت مارتن، وجزر ترنكس وكايكوس بحسب توافر البيانات.

١ تشمل جزيرة كريسماس، وجزر كوكس (كيلنج)، وجزيرة نورفولك.

٢ تشمل ناغورنو كاراباخ.

٣ للأغراض الإحصائية، لا تشمل البيانات عن الصين منطقتي هونغ كونغ وماكاو الإداريتين الخاصتين التابعتين للصين، ولا مقاطعة تايوان الصينية.

٤ اعتباراً من ١ تموز/يوليو ١٩٩٧، أصبحت هونغ كونغ منطقة إدارية صينية خاصة.

٥ اعتباراً من ٢٠ كانون الأول/ديسمبر ١٩٩٩، أصبحت ماكاو منطقة إدارية صينية خاصة.

٦ تشير إلى البلد بأكمله.

٧ تشمل جزر آلاند.

٨ تشمل أبخازيا وجنوب أوسيتيا.

٩ تشمل سانت بارتيليمي وسانت مارتن (الجزء الفرنسي).

١٠ تشمل صباح وساراواك.

١١ تشمل أغالغيا، ورودريغيس، وسانت براندون.

١٢ تشمل ترانزستريا.

١٣ تشمل جزر سفالبارد وجان ماين.

١٤ تشمل القدس الشرقية. في ٢٩ تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠١٢، اتخذت الجمعية العامة للأمم المتحدة القرار ١٩/٦٧، الذي منح فلسطين "مركز دولة غير عضو لها صفة المراقب في الأمم المتحدة...".

١٥ تشمل كوسوفو.

١٦ تشمل جزر الكناري، ومديني سبتة ومليلية.

١٧ تشمل زنجبار.

١٨ تشمل شبه جزيرة القرم.

تتضمن الجداول الإحصائية في حالة سكان العالم ٢٠١٨ مؤشراتٍ لتتبع التقدم الذي تمّ إحراره نحو تحقيق أهداف إطار العمل المعنى بمتابعة برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية لما بعد عام ٢٠١٤، وأهداف التنمية المستدامة في مجالات صحة الأم، والحصول على التعليم، والصحة الإنجابية والجنسية. كما تتضمن هذه الجداول مجموعة متنوعة من المؤشرات الديمغرافية. وتدعم الجداول الإحصائية التركيز الذي يُوّديه صندوق الأمم المتحدة للسكان على الوصول إلى عالم يكون فيه كل حمل مرغوباً فيه، وكل ولادة آمنة، ويحقق فيه كل شاب وشابة ما لديهم من إمكانيات.

قد تلجأ السلطات الوطنية والمنظمات الدولية المختلفة إلى تطبيق منهجيات مختلفة في جمع البيانات أو استقرارها أو تحليلها. ومن أجل تسهيل مقارنة البيانات بين البلدان، يعتمد صندوق الأمم المتحدة للسكان على المنهجيات الموحدة المُتَّبعة من قبل المصادر الرئيسية للبيانات. ولهذا السبب، قد تختلف البيانات في هذه الجداول أحياناً عن البيانات الصادرة عن السلطات الوطنية. من غير الممكن مقارنة البيانات الواردة في الجداول بالبيانات الواردة في التقارير السابقة عن "حالة سكان العالم"، وذلك بسبب المستجدات في التصنيفات الإقليمية، والتحديثات المنهجية، والتقنيات التي جرت ليانات السلسلة الزمنية.

تعتمد الجداول الإحصائية على الاستقصاءات الممثلة للأسر المعيشية على الصعيد الوطني، مثل الاستقصاءات الديمغرافية والصحية، والدراسات الاستقصائية العنقودية المتعددة المؤشرات، والتقديرات الصادرة عن منظمات الأمم المتحدة، والتقديرات المشتركة بين الوكالات. كما أنها تتضمن آخر التقديرات والإسقاطات السكانية من التوقعات السكانية في العالم: مراجعة العام ٢٠١٧، وتقديرات مؤشرات تنظيم الأسرة وتوقعاتها القائمة على النماذج لعام ٢٠١٨ (إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية في الأمم المتحدة، شعبة السكان). البيانات مرفقة بتعريفات، ومصادر، وملاحظات. بشكل عام، تعكس الجداول الإحصائية في تقرير حالة سكان العالم ٢٠١٨ المعلومات المتوفرة اعتباراً من حزيران/يونيو ٢٠١٨.

## رصد أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية: مؤشرات مختارة

### صحة الأمهات والمواليد

نسبة وفيات الأمومة، والوفيات لكل ١٠٠ ألف ولادة حية، وهامش عدم التيقن في نسبة وفيات الأمومة (فترة عدم اليقين ٨٠٪)، التقديرات الدنيا والعليا للعام ٢٠١٥. المصدر: تقديرات الفريق المشترك بين وكالات الأمم المتحدة المعنى بتقدير وفيات الأمهات (منظمة الصحة العالمية، واليونيسف، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، والبنك الدولي، وشعبة السكان في الأمم المتحدة). يمثل هذا المؤشر عدد وفيات النساء جراء أسباب مرتبطة بالحمل لكل ١٠٠ ألف ولادة حية. تصدر التقديرات عن الفريق المشترك بين الوكالات المعنى بتقدير وفيات الأمهات (MMEIG) اعتماداً على بياناتٍ من أنظمة تسجيل الأحوال المدنية، واستقصاءات الأسر المعيشية، وتعدادات السكان. صندوق الأمم المتحدة للسكان، منظمة الصحة العالمية، البنك الدولي، اليونيسف، وشعبة السكان في الأمم المتحدة هي جميعاً أعضاء في الفريق المشترك بين الوكالات المعنى بتقدير وفيات الأمهات (MMEIG). تتم مراجعة التقديرات والمنهجيات دورياً من قبل فريق (MMEIG) وغيره من الوكالات والمؤسسات الأكاديمية، ويتم تنقيحها عند الضرورة، وهو جزء من العملية الجارية من أجل تحسين البيانات المتعلقة بوفيات الأمهات. ويجب عدم مقارنة هذه التقديرات بالتقديرات السابقة المشتركة بين الوكالات.

الولادات بإشراف عاملين في القطاع الصحي ذوي كفاءة، نسبة مئوية، ٢٠١٧/٢٠٠٦. المصدر: قاعدة البيانات العالمية المشتركة بشأن الولادة بإشراف عناصر مدربة، ٢٠١٧، ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف)، ومنظمة الصحة العالمية. لقد تمّ احتساب المجاميع الإقليمية من قبل صندوق الأمم المتحدة للسكان استناداً إلى بياناتٍ من قاعدة البيانات العالمية المشتركة. والنسبة المئوية للولادات بإشراف عاملين في القطاع الصحي ذوي كفاءة (أطباء أو ممرضين أو قابلات) هي النسبة المئوية لعمليات الولادة التي أشرف عليها عاملون صحيون مدربون على تقديم رعاية الولادة المنقذة للحياة، ويشمل ذلك توفير الإشراف والرعاية المشورة اللازمة للنساء خلال فترة الحمل والمخاض وما بعد الولادة، وإجراء عمليات الولادة بمفردهم، ورعاية المواليد الجدد. ولا يشمل ذلك القابلات التقليديات، حتى لو خضعن إلى دورة تدريبية قصيرة.

معدل الولادات لدى المراهقات، لكل امرأة بعمر ١٥ إلى ١٩ عاماً، ٢٠١٥/٢٠٠٦. المصدر: شعبة السكان بالأمم المتحدة وصندوق الأمم المتحدة للسكان. يمثل معدل الولادات لدى المراهقات مخاطر إنجاب الأطفال بين النساء المراهقات بعمر ١٥ إلى ١٩ عاماً. بالنسبة إلى تسجيل الأحوال المدنية، تخضع المعدلات لقيود تعتمد على اكتمال تسجيل الولادات، وطريقة التعامل مع حالات الأطفال الذين ولدوا أحياناً لكنهم توفوا قبل تسجيل ولادتهم أو خلال الساعات الأربع والعشرين الأولى من حياتهم، وجودة المعلومات المقّمة فيما يتعلق بعمر الأم، وتضمنين الولادات الحاصلة خلال فترات سابقة. قد تعاني التقديرات السكانية من قيود مرتبطة بالإبلاغ الخاطئ عن العمر، ومدى التغطية. بالنسبة إلى البيانات المستمدة من الاستقصاءات والتعدادات، فإن كلاً من رقمي البسط والمقام يعودان إلى المجموعة السكانية نفسها. وتتعلق القيود الرئيسية بالإبلاغ الخاطئ عن العمر، وإغفال الولادات، والإبلاغ الخاطئ عن تاريخ ولادة الطفل، والاختلافات في أخذ العينات في حالات الاستقصاءات.

### الصحة الجنسية والإنجابية

تصدر عن شعبة السكان بالأمم المتحدة مجموعة منهجية وشاملة من التقديرات والتوقعات السنوية القائمة على النماذج، وهي تقدّم من أجل مجموعة من مؤشرات تنظيم الأسرة لفترة زمنية قدرها ٦٠ عاماً. تتضمن المؤشرات مدى انتشار وسائل منع الحمل، والاحتياجات غير الملبّاة لتنظيم الأسرة، والنسبة المئوية للطلبات على خدمات تنظيم الأسرة والتي تتمّ تلبيتها بين النساء المتزوجات أو المرتبطات خلال الفترة من ١٩٧٠ حتى ٢٠٣٠. استُخدم النموذج الهرمي البايزي مع الاتجاهات الزمنية الخاصة بالبلدان من أجل توليد التقديرات والتوقعات وتقييم درجة عدم التيقن. يدفع هذا النموذج العمل المنجز سابقاً فتمّاً ويفسر الاختلافات بحسب مصدر البيانات، والعينة السكانية، ووسائل منع الحمل المشمولة بمقاييس الانتشار. يمكن الاطلاع على معلوماتٍ إضافية عن التقديرات والمنهجيات والتحديثات القائمة على النماذج في مجال تنظيم الأسرة في الموقع <<http://www.un.org/en/development/desa/population>>. تستند التقديرات إلى البيانات الخاصة بكل بلد التي جُمعت في تقرير الاستخدام العالمي لوسائل منع الحمل ٢٠١٧.

معدل انتشار وسائل منع الحمل، النساء المتزوجات أو المرتبطات حالياً بعمر ١٥ إلى ٤٩ عاماً، أي وسيلة وأيّ وسيلة حديثة، ٢٠١٨. المصدر: شعبة السكان بالأمم المتحدة. تستند التقديرات القائمة على النماذج إلى البيانات المستمدة من عيّاناتٍ من تقارير الدراسات الاستقصائية. تقدّر بيانات الدراسات الاستقصائية نسبة النساء المتزوجات (ومن فيهنّ النساء المرتبطات بعلاقات قران رضائي) اللواتي يستخدمن حالياً، وعلى التوالي، أي وسيلة أو وسيلة حديثة لمنع الحمل. وتشمل الوسائل الحديثة أو الوسائل المستخدمة في العيادات أو المعتمدة على التجهيزات كلاً من تعقيم الذكر والأنثى، ومانعات الحمل الرحمية، وحبوب منع الحمل، والوسائل الحقنّية، والطعوم الهرمونية، والوقايات الذكرية، والوسائل العازلة الأنثوية.

### الاحتياجات غير الملبّاة إلى تنظيم الأسرة، النساء بعمر ١٥ إلى ٤٩ عاماً، ٢٠١٨.

المصدر: شعبة السكان بالأمم المتحدة. النساء اللواتي لم تلبّ احتياجاتهنّ إلى المبادعة بين الولادات هنّ النساء القادرات على الإنجاب والشهوات جنسياً اللواتي لا يستخدمن أيّاً من وسائل منع الحمل، ويبدن رغبتهم في تأجيل إنجاب الطفل التالي. هذه فئة فرعية من الاحتياجات الكلية غير الملبّاة إلى تنظيم الأسرة، والتي تشمل أيضاً الاحتياجات غير الملبّاة إلى تقليل عدد الولادات. يشير مفهوم الاحتياجات غير الملبّاة إلى الفجوة القائمة ما بين النوايا الإنجابية للمرأة وسلوكها فيما يتعلق بمنع الحمل. لرصد الأهداف الإنمائية للألفية، يُعبّر عن الاحتياجات غير الملبّاة بصيغة نسبة مئوية اعتماداً على النساء المتزوجات أو المرتبطات بعلاقة قران رضائي.

نسبة الطلب الملبى أي وسائل حديثة، النساء بمر ١٥ إلى ٤٩ عاماً من المتزوجات أو المرتبطات في إطار علاقةٍ حاليًا. المصدر: شعبة السكان بالأمم المتحدة. انتشار وسائل منع الحمل الحديثة مقسماً على الطلب الإجمالي على تنظيم الأسرة. الطلب الإجمالي على تنظيم الأسرة هو مجموع انتشار وسائل منع الحمل والاحتياجات غير الملباة لتنظيم الأسرة.

نسبة الطلبات الملباة من خلال أي وسائل (PDS) = معدل انتشار وسائل منع الحمل بجميع أنواعها (CPR) مقسماً على الطلب الإجمالي على تنظيم الأسرة (TD).

نسبة الطلبات الملباة من خلال أي وسائل حديثة (mpDS) = معدل انتشار وسائل منع الحمل الحديثة (mCPR) مقسماً على الطلب الإجمالي على تنظيم الأسرة (TD).

حيث أن الطلب الإجمالي = معدل انتشار وسائل منع الحمل، مضافاً له معدل الاحتياجات غير الملباة لمنع الحمل، أي أن

$$TD = CPR + UNR$$

اتخاذ القرارات بشأن الصحة الجنسية والإنجابية والحقوقي الإيجابية، نسبة مئوية، ٢٠١٦/٢٠٠٧. المصدر: صندوق الأمم المتحدة للسكان. النسبة المئوية للنساء بمر ١٥ إلى ٤٩ عاماً ممن هنّ متزوجات أو مقترنات ويتخذن قراراً اتّهن بأنفسهن في المجالات الثلاثة: الجمارع مع شريكهن، واستخدام منع الحمل، والرعاية الصحية التي يتلقونها.

#### الممارسات الصّارة

زواج الأطفال، المتزوجات قبل إتمام سنّ ١٨، ٢٠١٦/٢٠٠٨. المصدر: صندوق الأمم المتحدة للسكان. نسبة النساء بمر ٢٠ إلى ٢٤ عاماً ممن تزوّجن أو اقترنّ قبل إتمام سنّ ١٨ عاماً.

انتشار تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية والختان بين الفتيات، نسبة مئوية، ٢٠١٥/٢٠٠٤. المصدر: صندوق الأمم المتحدة للسكان. نسبة الفتيات بمر ١٥ إلى ١٩ عاماً ممن خضعن لتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية.

#### التعليم

معدل الالتحاق المعدّل الذكور والإناث بالمدارس الابتدائية، صافي النسبة المئوية من الأطفال في سنّ الدراسة الابتدائية، ٢٠١٥/١٩٩٩. المصدر: معهد اليونسكو للإحصاء. يشير صافي نسبة الالتحاق المعدّل بالمدارس الابتدائية إلى النسبة المئوية للأطفال المنتمين إلى الفئة العمرية للدراسة الابتدائية الرسمية ممن التحقوا بالتعليم الابتدائي أو الثانوي.

معدل التحاق الذكور والإناث بالمدارس الثانوية، صافي النسبة المئوية من الأطفال في سنّ الدراسة الثانوية، ٢٠١٥/٢٠٠٠. المصدر: معهد اليونسكو للإحصاء. يشير صافي نسبة الالتحاق الثانوية إلى النسبة المئوية للأطفال المنتمين إلى الفئة العمرية للدراسة الثانوية الرسمية ممن التحقوا بالتعليم الثانوي.

مؤشر التكافؤ بين الجنسين، التعليم الابتدائي، ٢٠١٥/١٩٩٩. المصدر: معهد اليونسكو للإحصاء. يشير مؤشر التكافؤ بين الجنسين (GPI) إلى نسبة قيم الإناث إلى الذكور في صافي نسبة الالتحاق المعدّل بالمدارس الابتدائية.

مؤشر التكافؤ بين الجنسين، التعليم الثانوي، ٢٠١٥/٢٠٠٠. المصدر: معهد اليونسكو للإحصاء. يشير مؤشر التكافؤ بين الجنسين (GPI) إلى نسبة قيم الإناث إلى الذكور في صافي نسبة الالتحاق بالمدارس الثانوية.

## المؤشرات الديمغرافية

### عدد السكان

مجموع السكان، بالملايين، ٢٠١٨. المصدر: شعبة السكان بالأمم المتحدة. تمّ احتساب المجاميع الإقليمية من قبل صندوق الأمم المتحدة للسكان استناداً إلى بياناتٍ من شعبة السكان بالأمم المتحدة. تمثّل المؤشرات الحجم التقديري للمجموعات السكانية الوطنية في منتصف العام.

المعدل السنوي المتوسط للتغيير السكاني، نسبة مئوية، ٢٠١٨/٢٠١٠. المصدر: تستند حسابات صندوق الأمم المتحدة للسكان إلى بياناتٍ من شعبة السكان بالأمم المتحدة. تشير هذه الأرقام إلى متوسط معدل النموّ الأسّي للسكان خلال فترة معينة، استناداً إلى التوقعات وفق المتغير المتوسط.

السكان بمر ١٤-٠ عاماً، نسبة مئوية، ٢٠١٨. المصدر: تستند حسابات صندوق الأمم المتحدة للسكان إلى بياناتٍ من شعبة السكان بالأمم المتحدة. تمثّل هذه المؤشرات نسبة السكان الذين تتراوح أعمارهم بين ١٤ و ٠ عاماً.

السكان بمر ١٠-٢٤ عاماً، نسبة مئوية، ٢٠١٨. المصدر: تستند حسابات صندوق الأمم المتحدة للسكان إلى بياناتٍ من شعبة السكان بالأمم المتحدة. تمثّل هذه المؤشرات نسبة السكان الذين تتراوح أعمارهم بين ١٠ و ٢٤ عاماً.

السكان بمر ١٥-٦٤ عاماً، نسبة مئوية، ٢٠١٨. المصدر: تستند حسابات صندوق الأمم المتحدة للسكان إلى بياناتٍ من شعبة السكان بالأمم المتحدة. تمثّل هذه المؤشرات نسبة السكان الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ٦٤ عاماً.

السكان بمر ٦٥ عاماً وما فوق، نسبة مئوية، ٢٠١٨. المصدر: تستند حسابات صندوق الأمم المتحدة للسكان إلى بياناتٍ من شعبة السكان بالأمم المتحدة. وتمثّل هذه المؤشرات نسبة السكان الذين تبلغ أعمارهم ٦٥ عاماً وما فوق.

العمر المتوقع للذكور والإناث عند الولادة (بالسنوات)، ٢٠٢٠/٢٠١٥. المصدر: شعبة السكان بالأمم المتحدة. تمّ احتساب المجاميع الإقليمية من قبل صندوق الأمم المتحدة للسكان استناداً إلى بياناتٍ من شعبة السكان بالأمم المتحدة. تمثّل هذه المؤشرات عدد السنوات التي يُتوقّع أن يعيشها المواليد الجدد فيما لو تعرّضوا إلى أخطار الوفاة السائدة في المقطع العرضي للسكان في وقت ولادتهم.

### الخصوبة

معدل الخصوبة الكلي، لكل امرأة، ٢٠١٨. المصدر: شعبة السكان بالأمم المتحدة. تمّ احتساب المجاميع الإقليمية من قبل صندوق الأمم المتحدة للسكان استناداً إلى بياناتٍ من شعبة السكان بالأمم المتحدة. تمثّل هذه المؤشرات عدد الأطفال الذين يُفترض أن تلدهم كل امرأة في حال عاشت حتى نهاية سنوات الإنجاب وأنجبت عدداً من الأطفال في كلّ عمرٍ بحيث يتوافق مع المعدلات السائدة للخصوبة حسب العمر.

العمر المتوسط للإنجاب، بالسنوات، ٢٠٢٠/٢٠١٥. المصدر: شعبة السكان بالأمم المتحدة. تمثّل المؤشرات العمر المتوسط للأمهات عند ولادة أطفالهن في حال كانت لهنّ، طوال مدة حياتهنّ، معدلات الخصوبة حسب العمر، التي رُصدت خلال سنةٍ معيّنة. ويعبّر عنه بالسنوات.



أُحْتُبِتْ مَتَوَسَّطَاتِ صَنَدُوقِ الأُمَمِ المُتَّحِدَةِ لِلسَّكَّانِ المُذَكَّورَةِ فِي نَهِايَةِ الجَدَولِ الإحصائيَّةِ بِاستخدامِ بَياناتٍ مِن بِلَدانٍ وَمَناطِقٍ كَما هُوَ مَبَيَّنٌ فِي التَّصنيفِ أَهنا.

### منطقة الدول العربية

الجزائر؛ جيبوتي؛ مصر؛ العراق؛ الأردن؛ لبنان؛ ليبيا؛ المغرب؛ عمان؛ فلسطين؛ الصومال؛ السودان؛ الجمهورية العربية السورية؛ تونس؛ اليمن

### منطقة آسيا والمحيط الهادئ

أفغانستان؛ بنغلاديش؛ بوتان؛ كمبوديا؛ الصين؛ جزر كوك؛ فيجي؛ الهند؛ إندونيسيا؛ إيران (الجمهورية الإسلامية)؛ كيريباتي؛ كوريا؛ الجمهورية الشعبية الديمقراطية؛ جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية؛ ماليزيا؛ الملدف؛ جزر مارشال؛ ميكرونيزيا (الولايات المتحدة)؛ منغوليا؛ ميانمار؛ ناورو؛ نيبال؛ نيوزيلندا؛ باكستان؛ بالاو؛ بابوا غينيا الجديدة؛ الفلبين؛ ساموا؛ جزر سليمان؛ سريلانكا؛ تايلند؛ تيمور-ليشتي، الجمهورية الديمقراطية؛ توكيلاو؛ تونغا؛ توفالو؛ فانواتو؛ فيجي نام

### منطقة أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى

ألبانيا؛ أرمينيا؛ أذربيجان؛ بيلاروس؛ البوسنة والهرسك؛ جورجيا؛ كازاخستان؛ قبرغزستان؛ مولدوفا، جمهورية؛ صربيا؛ طاجيكستان؛ جمهورية مقدونيا اليوغوسلافية سابقاً؛ تركيا؛ تركمانستان؛ أوكرانيا

### منطقة شرق أفريقيا والجنوب الأفريقي

أنغولا؛ بوتسوانا؛ بروندي؛ جزر القمر؛ الكونغو، الجمهورية الديمقراطية؛ إريتريا؛ إثيوبيا؛ كينيا؛ ليسوتو؛ مدغشقر؛ مالاوي؛ موريتانيوس؛ موزامبيق؛ ناميبيا؛ رواندا؛ سيشيل؛ جنوب أفريقيا؛ جنوب السودان؛ تنزانيا، جمهورية أوغندا المتحدة؛ زامبيا؛ زيمبابوي

### منطقة أمريكا اللاتينية والكاريبي

أنغويلا؛ أنتيغوا وبربودا؛ الأرجنتين؛ أروبا؛ البهاما؛ بربادوس؛ بليز؛ بربودا؛ بوليفيا (دولة متعددة القوميات)؛ البرازيل؛ جزر فيرجين البريطانية؛ جزر كايمان؛ تشيلي؛ كولومبيا؛ كوستاريكا؛ كوبا؛ كوراساو؛ دومينيكا؛ الجمهورية الدومينيكية؛ إكوادور؛ السلفادور؛ غرينادا؛ غواتيمالا؛ غيانا؛ هايتي؛ هندوراس؛ جامايكا؛ المكسيك؛ مونتسيرات؛ نيكاراغوا؛ بنما؛ باراغواي؛ بيرو؛ سانت كيتس ونيفس؛ سانت لوسيا؛ سانت فنسنت وجزر غرينادين؛ سانت مارتن؛ سورينام؛ ترينيداد وتوباغو؛ جزر ترنكس وكايكوس؛ أوروغواي؛ فنزويلا (جمهورية بوليفارية)

### منطقة وسط وغرب أفريقيا

بنن؛ بوركينا فاسو؛ الكاميرون، جمهورية؛ كابو فيردي؛ جمهورية أفريقيا الوسطى؛ تشاد؛ الكونغو، جمهورية؛ كوت ديفوار؛ غينيا الاستوائية؛ غابون؛ غامبيا؛ غانا؛ غينيا؛ غينيا-بيساو؛ ليبيريا؛ مالي؛ موريتانيا؛ النيجر؛ نيجيريا؛ سان تومي وبرينسيبي؛ السنغال؛ سيراليون؛ توغو

المناطق الأكثر نمواً تشمل المناطق المحددة من قبل شعبة السكان وهي أوروبا، وأمريكا الشمالية، وأستراليا/نيوزيلندا واليابان.

المناطق الأقل نمواً تشمل جميع المناطق المحددة من قبل شعبة السكان وهي أفريقيا، وآسيا (باستثناء اليابان)، وأمريكا اللاتينية والكاريبي بالإضافة إلى ميلانيزيا وميكرونيزيا وبولينيزيا.

أقل البلدان نمواً، كما حدَّتها الجمعية العامة للأمم المتحدة في قراراتها ذات الأرقام (209/59، 201/59، 33/60، 97/62، L.43، L.43/67، L.43/64، 295/64) وقد شملت ٤٨ بلداً في كانون الثاني/يناير ٢٠١٤: ٣٤ في أفريقيا، و٩ في آسيا، و٤ في أوقيانوسيا، وواحد في أمريكا اللاتينية والكاريبي - أفغانستان، أنغولا، بنغلاديش، بنن، بوتان، بوركينا فاسو، بروندي، كمبوديا، جمهورية أفريقيا الوسطى، تشاد، جزر القمر، جمهورية الكونغو الديمقراطية، جيبوتي، غينيا الاستوائية، إريتريا، إثيوبيا، غامبيا، غينيا، غينيا-بيساو، هايتي، كيريباتي، جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية، ليسوتو، ليبيريا، مدغشقر، مالاوي، مالي، موريتانيا، موزامبيق، ميانمار، نيبال، النيجر، رواندا، سان تومي وبرينسيبي، السنغال، سيراليون، جزر سليمان، الصومال، جنوب السودان، السودان، تيمور-ليشتي، توغو، توفالو، أوغندا، جمهورية تنزانيا المتحدة، فانواتو، اليمن، وزامبيا. كما أن هذه البلدان مشمولة في المناطق الأقل نمواً.

- Abbasi-Shavazi, Mohammad Jalal, Peter McDonald, and Meimanat Hosseini-Chavoshi (2009). *The Fertility Transition in Iran: Revolution and Reproduction*. Dordrecht: Springer.
- Adsera, Alicia (2018). Education and fertility in the context of rising inequality. *Vienna Yearbook of Population Research*, vol. 1, No. 15, pp. 63–94.
- African Union Commission (2017). *AU Roadmap on Harnessing the Demographic Dividend through Investments in Youth*. Addis Ababa. <http://wcaro.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/AU%202017%20DD%20ROADMAP%20Final%20-%20EN.pdf>.
- Akin, Ayşe (2007). Emergence of the family planning program in Turkey. In *The Global Family Planning Revolution: Three Decades of Family Planning Policies and Programs*, Warren C. Robinson and John A. Ross, eds. Washington, D.C.: World Bank.
- Alves, José E. Diniz, and Sonia Corrêa (2003). Demografia e ideologia: trajetos históricos e os desafios do Cairo + 10. *Revista Brasileira de Estudos da População*, vol. 20, No. 2, pp. 129–56.
- Alves, José E. Diniz, and George Martine (2017). Population, development and environmental degradation in Brazil. In *Brazil in the Anthropocene: Conflicts Between Predatory Development and Environmental Policies*, Philippe Lena and Liz-Rejane Issberner, eds. New York: Routledge, pp. 41–61.
- Arpino, Bruno, Gøsta Esping-Andersen, and Lea Pessin (2015). How do changes in gender role attitudes towards female employment influence fertility? A macro-level analysis. *European Sociological Review*, vol. 31, No. 3, pp. 370–82.
- Avert (Global information and education on HIV and AIDS) (2017). HIV and AIDS in Central Europe and Eastern Asia. <https://www.avert.org/hiv-and-aids-eastern-europe-central-asia-overview>.
- Banks, Joseph A. (1954). *Prosperity and Parenthood: a Study of Family Planning Among the Victorian Middle Classes*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Basten, Stuart, and Baochang Gu (2013). National and regional trends in ideal family size in China. Paper presented at the International Population Conference of the International Union for the Scientific Study of Population. Busan, Korea, 26–31 August 2013. [https://iussp.org/sites/default/files/event\\_call\\_for\\_papers/GU%20and%20Basten%20Long%20Abstract.pdf](https://iussp.org/sites/default/files/event_call_for_papers/GU%20and%20Basten%20Long%20Abstract.pdf).
- Bearak, Jonathan, et al. (2018). Global, regional, and subregional trends in unintended pregnancy and its outcomes from 1990 to 2014: estimates from a Bayesian hierarchical model. *The Lancet Global Health*, vol. 6, No. 4, e380–e389.
- Beaujouan, Éva, and Caroline Berghammer (2017). The gap between lifetime reproductive intentions and completed fertility in Europe and the United States: a cohort approach. Vienna Institute of Demography Working Papers, No. 12/2017. Vienna.
- Becker, Gary S. and H. Gregg Lewis (1973). "On the Interaction between the Quantity and Quality of Children." *Journal of Political Economy*, Vol. 81, No. 2, Part 2: New Economic Approaches to Fertility (Mar. - Apr., 1973), pp. S279-S288.
- Billari, Francesco C. (2018). A "great divergence" in fertility? In *Low Fertility Regimes and Demographic and Societal Change*, Dudley L. Poston, Jr., ed. Cham: Springer, pp. 15–35.
- Billari, Francesco C., and Hanse-Peter Kohler (2004). Patterns of low and very low fertility in Europe. *Population Studies*, vol. 58, No. 2, pp. 161–76.
- Blanc, Ann K., and Amy O. Tsui (2005). The dilemma of past success: insiders' views on the future of the international family planning movement. *Studies in Family Planning*, vol. 36, No. 4, pp. 263–76.
- Bloom, David E. and Williamson, Jeffrey G. 1998. "Demographic transitions and economic miracles in emerging Asia (English)". *The World Bank Economic Review*. Vol. 12, no. 3 (September 1998), pp. 419-455.
- Blossfeld, Hans-Peter, et al., eds. (2005). *Globalization, Uncertainty and Youth in Society: the Losers in a Globalizing World*. Routledge.
- Bongaarts, John (2002). The end of the fertility transition in the developed world. *Population and Development Review*, vol. 28, No. 3, pp. 419–43.
- Bongaarts, John, et al. (2012). *Family Planning Programs for the 21st Century: Rationale and Design*. New York: Population Council.
- Caldwell, John (1976). Toward a Restatement of Demographic Transition Theory. *Population and Development Review*, Vol. 2, No. 3/4 (Sep. - Dec., 1976), pp. 321-366.
- \_\_\_\_\_ (1980). Mass education as a determinant of the timing of fertility decline. *Population and Development Review*, vol. 6, No. 2, pp. 225–55.
- \_\_\_\_\_ (1982). *Theory of Fertility Decline*. London: Academic Press.
- \_\_\_\_\_ (1985). The social repercussions of colonial rule: demographic aspects. In *General History of Africa, vol. VII: Africa Under Colonial Domination, 1880–1935*, A. Adu Boahen, ed. Paris: UNESCO, pp. 458–86.
- Caldwell, John C., and Pat Caldwell (1987). The cultural context of high fertility in sub-Saharan Africa. *Population and Development Review*, vol. 13, No. 3, pp. 409–37.
- Casterline, John (2017). Prospects for fertility decline in Africa. *Population and Development Review*, vol. 43, Supplement S1, pp. 3–18.
- Casterline, John, and Samuel Agyei-Mensah (2017). Fertility desires and the course of fertility decline in sub-Saharan Africa. *Population and Development Review*, vol. 43, Supplement S1, pp. 84–111.
- CDC (Centers for Disease Control and Prevention), and ORC Macro (2003). *Reproductive, Maternal and Child Health in Eastern Europe and Eurasia: a Comparative Report*. Atlanta, Georgia: United States Department of Health and Human Services, and Calverton, Maryland: ORC Macro.
- CELADE (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía), and CFSC (Centro de Estudios de la Comunidad y la Familia) (1972). *Fertility and Family Planning in Metropolitan Latin America*. Chicago: University of Chicago.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (1992). *La Planificación Familiar en América Latina*. Santiago, DDR/7.

- Chandra, Anjani, Casey E. Copen, and Elizabeth Hervey Stephen (2013). Infertility and impaired fecundity in the United States, 1982–2010: data from the National Survey of Family Growth. *National Health Statistics Report*, 14 August 2013, No. 67, pp. 1–19.
- Chesnais, Jean-Claude (1992). *The Demographic Transition: Stages, Patterns and Economic Implications. A Longitudinal Study of Sixty-Seven Countries Covering the Period 1720–1984*. New York: Clarendon Press.
- Cleland, John, and Chris Wilson (1987). Demand theories of the fertility transition: an iconoclastic view. *Population Studies*, vol. 41, No. 1, pp. 5–30.
- Coale, Ansley (1973). The demographic transition reconsidered. In *Proceedings of the International Population Conference*, Liege. Paris: International Union for the Scientific Study of Population.
- Coale, Ansley, and Edgar Hoover (1958). *Population Growth and Economic Development in Low-Income Countries*. Princeton: Princeton University Press.
- Cohen, Barney (1993). Fertility levels, differentials, and trends. In *Demographic Change in Sub-Saharan Africa*, Karen A. Foote, Kenneth H. Hill and Linda G. Martin, eds. Washington, D.C.: National Academy Press, pp. 8–67.
- Comolli, Chiara Ludovica (2017). The fertility response to the Great Recession in Europe and the United States: structural economic conditions and perceived economic uncertainty. *Demographic Research*, vol. 36, No. 51, pp. 1549–600.
- Coquery-Vidrovitch, Catherine (1988). Les populations africaines du passé. In *Population et Sociétés en Afrique au Sud du Sahara*, Dominique Tabutin, ed. Paris: Editions l'Harmattan, pp. 51–72.
- Cordell, Dennis D. et al. (1987). African historical demography: the search for a theoretical framework. In *African Population and Capitalism: Historical Perspectives*, Dennis D. Cordell and Joel W. Gregory, eds. Boulder: Westview Press, pp. 14–32.
- Council of Europe (2006). *Recent Demographic Developments in Europe 2005*. Strasbourg: Council of Europe Publishing.
- David, Henry P., ed. (1999). *From Abortion to Contraception: a Resource to Public Policies and Reproductive Behavior in Central and Eastern Europe from 1917 to the Present*. Westport, Connecticut: Greenwood Press.
- Dawson, Marc H. (1987). Health, nutrition, and population in central Kenya, 1890–1945. In *African Population and Capitalism: Historical Perspectives*, Dennis D. Cordell and Joel W. Gregory, eds. Boulder: Westview Press, pp. 201–17.
- DHS and USAID (2018). STATcompiler. <http://www.statcompiler.com>.
- Easterlin, Richard A. (1975). An economic framework for fertility analysis. *Studies in Family Planning*, vol. 6, No. 3, pp. 54–63.
- Eurostat (2018). Eurostat database, Population and Social Conditions, Fertility indicators (demo\_find). Available at <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>. Accessed on 20 March 2018.
- Gietel-Basten, Stuart (2018). Fertility decline. In *Routledge Handbook of Asian Demography*, Zhongwei Zhao and Adrian Hayes, eds. London: Taylor and Francis.
- Goldin, Claudia (2006). The quiet revolution that transformed women's employment, education, and family. *American Economic Review*, vol. 96, No. 2, pp. 1–21.
- Goldscheider, Frances, Eva Bernhardt, and Trude Lappegård (2015). The gender revolution: a framework for understanding changing family and demographic behavior. *Population and Development Review*, vol. 41, No. 2, pp. 207–39.
- Goldstein, Joshua R., Tomas Sobotka, and Aiva Jasilioniene (2009). The end of lowest-low fertility? *Population and Development Review*, vol. 35, No. 4, pp. 663–700.
- Goldstein, Joshua R. et al. (2013). Fertility reactions to the "Great Recession" in Europe. *Demographic Research*, vol. 29, No. 4, pp. 85–104.
- Guilmoto, Christophe Z. (2016). The past and future of fertility change in India. In *Contemporary Demographic Transformations in China, India and Indonesia*, Christophe Z. Guilmoto and Gavin W. Jones, eds. Dordrecht: Springer.
- Guinnane, Timothy (2011). The historical fertility transition: a guide for economists. *Journal of Economic Literature*, vol. 49, No. 3, pp. 589–614.
- Guo, Zhigang, and Baochang Gu (2014). China's low fertility: evidence from the 2010 Census. In *Analysing China's Population*, Isabelle Attané and Baochang Gu, eds. INED, Population Studies 3. Dordrecht: Springer Science+Business Media.
- Gutmacher Institute (2017). Adding it up: investing in contraception and maternal and newborn health, 2017. Fact sheet. Available at [www.gutmacher.org](http://www.gutmacher.org).
- Guzman, Jose Miguel (1998). Visiones teóricas del cambio de la fecundidad el aporte latinoamericano. *Annals, XI Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP*. Caxambu, Brazil.
- Hagewen, Kellie J., and S. Philip Morgan (2005). Intended and ideal family size in the United States. *Population and Development Review*, vol. 31, No. 3, pp. 507–27.
- Hajnal, John (1965). European marriage patterns in historical perspective. In *Population in History*, David Glass and David Eversley, eds. London: Edward Arnold.
- Harkavy, Oskar, and Khrishna Roy (2007). Emergence of the Indian national family planning program. In *The Global Family Planning Revolution: Three Decades of Population Policies and Programs*, Warren Robinson and John Ross, eds. Washington, D.C.: World Bank.
- Harknett, Kristen, and Caroline Hartnett (2014). The gap between births intended and births achieved in 22 European countries, 2004–07. *Population Studies*, vol. 68, No. 3, pp. 265–82.
- Hayes, Adrian (2012). "The status of family planning and reproductive health in Indonesia: a story of success and fragmentation", in Zaman et al. (eds), *Family Planning in Asia and the Pacific: Addressing the Challenges*, Selangor, Malaysia: International Council on Management of Population Programmes (ICOMP): 225-241.
- \_\_\_\_\_ (2018). Family planning policies and programs. In *Routledge Handbook of Asian Demography*, Zhongwei Zhao and Adrian Hayes, eds. London: Taylor and Francis, pp. 87–108.
- Hayford, Sarah R., Karen Benjamin Guzzo, and Pamela J. Smock (2014). The decoupling of marriage and parenthood? Trends in the timing of marital first births, 1945–2002. *Journal of Marriage and Family*, vol. 76, No. 3, pp. 520–38.
- Herrera, Catalina, and David E. Sahn (2015). The impact of early childbearing on schooling and cognitive skills among young women in Madagascar. IZA Discussion Paper No. 9362. Bonn: Institute of Labor Economics.



- Herrmann, M., ed. (2015). *Consequential Omissions: How Demography Shapes Development—Lessons from the MDGs for the SDGs*. Berlin: UNFPA and the Berlin Institute.
- Hindin, Michelle (2012). The influence of women's early childbearing on subsequent empowerment in sub-Saharan Africa: a cross-national meta analysis. ICRW Working Paper series, No. 003-2012. Washington, D.C.: International Center for Research on Women.
- Hodorogea, Stelian, and Rodica Comendant (2010). Prevention of unsafe abortion in countries of Central Eastern Europe and Central Asia. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 110, Supplement, pp. S34–S37.
- Hull, Terence (1991). Reports of coercion in the Indonesian vasectomy program: a report to AIDAB. Development Paper, No. 1. Canberra: Australian International Development Assistance Bureau.
- \_\_\_\_\_ (2012). Indonesia's demographic mosaic. In *Population Dynamics in Muslim Countries: Assembling the Jigsaw*, Hans Groth and Alfonso Souza-Poza, eds. Dordrecht: Springer.
- \_\_\_\_\_ (2016). Indonesia's fertility levels, trends and determinants: dilemmas of analysis. In *Contemporary Demographic Transformations in China, India and Indonesia*, Christophe Z. Guilmoto and Gavin W. Jones, eds. Dordrecht: Springer.
- Hull, T.H., and V.J. Hull (1997). Politics, culture and fertility: transitions in Indonesia. In *The Continuing Demographic Transition*, G.W. Jones, R.M. Douglas, J.C. Caldwell and R.M. D'Souza, eds. Oxford: Clarendon Press.
- Human Fertility Database (2018). Period total fertility rates and cohort data on women by the number of children ever born. Max Planck Institute for Demographic Research (Germany) and Vienna Institute of Demography (Austria). Available at [www.humanfertility.org](http://www.humanfertility.org). Accessed in February 2018.
- ICF (n.d.). [icf.com](http://icf.com)
- ILO (International Labour Organization) (2016). *World Employment Social Outlook: Trends for Youth 2016*. Geneva: ILO.
- James, K.S. (2011). India's demographic change: opportunities and challenges. *Science*, vol. 333, No. 6042, pp. 576–80.
- Jayasuriya, Laksiri (2014). Sri Lanka's experience of social development: towards equity and justice. In *Development and Welfare Policy in South Asia*, Gabriele Kohler and Deeptha Chopra, eds. London: Routledge.
- Jones, Gavin, ed. (2015). *The Impact of Demographic Transition on Socio-Economic Development in Bangladesh*. Dhaka: United Nations Population Fund.
- Jones, Gavin W., and Bina Gubhaju (2009). Factors influencing changes in mean age at first marriage and proportions never marrying in the low-fertility countries of east and Southeast Asia. *Asian Population Studies*, vol. 5, No. 3, pp. 237–65.
- Khuda, B., and S. Barkat (2015). Repositioning family planning programs in South Asia. *Asian Profile*, vol. 43, No. 1.
- Khuda, B. et al. (2001). Determinants of the fertility transition in Bangladesh. In *Fertility Transition in South Asia*, Z. Sathar and J. Phillips, eds. New York: Oxford University Press.
- Kim, Doo-Sub, and Sam Hyun Yoo (2016). Long-term effects of economic recession on fertility: the case of South Korea. Paper presented at the European Population Conference 2016, Mainz, Germany. <http://epc2016.princeton.edu/abstracts/160320>.
- Knodel, John, and Etienne Van de Walle (1986). Lessons from the past: policy implications of historical fertility studies. In *The Decline of Fertility in Europe*, Ansley Coale and Susan Watkins, eds. Princeton: Princeton University Press, pp. 390–419.
- Kohler, Hans-Peter, Francesco C. Billari, and Jose Antonio Ortega (2002). The emergence of lowest-low fertility in Europe during the 1990s. *Population and Development Review*, vol. 28, No. 4, pp. 641–80.
- Kon, Igor S. (1995). *The Sexual Revolution in Russia*. New York: The Free Press.
- Lappegård, Trude, Sebastian Klüsener, and Daniele Vignoli (2018). Why are marriage and family formation increasingly disconnected across Europe? A multilevel perspective on existing theories. *Population, Space and Place*, vol. 24, No. 2.
- Lee, Dohoon (2010). "The early socio-economic effects of teenage childbearing: A propensity score matching approach." *Demographic Research: Volume 23*, article 25. Pp. 697-736.
- Lee, Ronald, and Andrew Mason (2006). What is the demographic dividend?. *Finance and Development, Back to Basics*, vol. 43, No. 3. Washington, D.C.: International Monetary Fund.
- Lesthaeghe, Ron (1977). *The Decline of Belgian Fertility, 1800–1970*. Princeton: Princeton University Press.
- \_\_\_\_\_ (2010). The unfolding story of the second demographic transition. *Population and Development Review*, vol. 36, No. 2, pp. 211–51.
- Lesthaeghe, Ron, and Chris Wilson (1986). Modes of production, secularization, and the pace of fertility decline in Western Europe, 1870–1930. In *The Decline of Fertility in Europe*, A. Coale and S. Watkins, eds. Princeton: Princeton University Press, pp. 261–92.
- Levine, Hagai et al. (2017). Temporal trends in sperm count: a systematic review and meta-regression analysis. *Human Reproduction Update*, vol. 23, No. 6, pp. 646–59.
- Luci-Greulich, Angela, and Olivier Thévenon (2014). Does economic advancement "cause" a re-increase in fertility? An empirical analysis for OECD countries (1960–2007). *European Journal of Population*, vol. 30, No. 2, pp. 187–221.
- Lutz, Wolfgang, William P. Butz, and Samir KC, eds. (2014). *World Population and Human Capital in the Twenty-First Century*. Oxford: Oxford University Press.
- Ma, Li (2014). Economic crisis and women's labor force return after childbirth: evidence from South Korea. *Demographic Research*, vol. 31, No. 18, pp. 511–52.
- Martin, Joyce A. et al. (2018). Births: final data for 2016. *National Vital Statistics Reports*, vol. 67, No. 1. Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics.
- Martine, George, José Eustaquio Alves, and Suzana Cavenaghi (2013). Urbanization and fertility decline: cashing in on structural change. Working paper. London: International Institute for Environment and Development.
- Martinez-Alier, Joan, and Eduard Masjuan (2004). *Neo-Malthusianism in the Early 20th Century*. Barcelona: Universidad Autònoma de Barcelona.

- Mascarenhas, Maya N. et al. (2012). National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 277 health surveys. *PLOS Medicine*, vol. 9, No. 12.
- Mason, Karen Oppenheim (1997). Explaining fertility transitions. *Demography*, vol. 34, No. 4, pp. 443–54.
- May, John F and Alex Kamurase (2009). Demographic growth and development prospects in Rwanda: Implications for the World Bank. [http://www.ministerial-leadership.org/sites/default/files/events/event\\_files/Demographic%20Growth%20and%20Development%20Prospects%20in%20Rwanda.pdf](http://www.ministerial-leadership.org/sites/default/files/events/event_files/Demographic%20Growth%20and%20Development%20Prospects%20in%20Rwanda.pdf)
- McDonald, Peter (2006). Low fertility and the state: the efficacy of policy. *Population and Development Review*, vol. 32, No. 3, pp. 485–510.
- \_\_\_\_\_ (2008). Explanations of low fertility in East Asia: a comparative perspective. In *Ultra-Low Fertility in Pacific Asia: Trends, Causes and Policy Issues*, Paulin Straughan, Angélique Chan and Gavin Jones, eds. Routledge, pp. 41–57.
- \_\_\_\_\_ (2013). Societal foundations for explaining low fertility: gender equity. *Demographic Research*, vol. 28, No. 34, pp. 981–94.
- \_\_\_\_\_ (2018). The development of population research institutions in Asia. In *Routledge Handbook of Asian Demography*, Zhongwei Zhao and Adrian Hayes, eds. London: Taylor and Francis, pp. 32–44.
- McDonald, Peter, and Helen Moyle (2018). Women as agents in fertility decision-making: Australia, 1870–1910. *Population Development Review*, vol. 44, No. 2, pp. 203–30.
- Meillassoux, Claude (1977). *Femmes, Greniers et Capitaux*. Paris: François Maspero.
- Miller, Amalia R. (2011). The effects of motherhood timing on career path. *Journal of Population Economics*, vol. 24, No. 3, pp. 1071–100.
- Mills, Melinda C. (2015). The Dutch fertility paradox: how the Netherlands has managed to sustain near-replacement fertility. In *Low and Lower Fertility*, Ronald R. Rindfuss and Minja Kim Choe, eds. Cham: Springer, pp. 161–88.
- Miró, Carmen, and Joseph Potter (1980). *Population Policy: Research Priorities in the Developing World*. Mexico City: El Colegio de México.
- Mohanty, Sanjay K. et al. (2016). Distal determinants of fertility decline: evidence from 640 Indian districts. *Demographic Research*, vol. 34, No. 13, pp. 373–406.
- Moyle, Helen (2015). The fall of fertility in Tasmania in the late 19th and early 20th centuries. PhD thesis. Canberra: Australian National University.
- Mundigo, Axel (1992). Los programas de planificación familiar y su función en la transición de la fecundidad en América Latina. UN: LC/DEM/G.124, Notas de Población, No. 55, pp. 11–40.
- Myrskylä, Mikko, Hans-Peter Kohler, and Francesco C. Billari (2009). Advances in development reverse fertility declines. *Nature*, vol. 460, pp. 741–3.
- NIPSSR (National Institute of Population and Social Security Research) (2016). Marriage process and fertility of married couples. Attitudes toward marriage and family among Japanese singles. Highlights of the survey results on married couples/ singles. Available at [http://www.ipss.go.jp/ps-doukou/e/doukou15/Nfs15\\_gaiyoEng.html](http://www.ipss.go.jp/ps-doukou/e/doukou15/Nfs15_gaiyoEng.html). Accessed on 5 October 2017.
- \_\_\_\_\_ (2017). Population statistics of Japan 2017. Available at <http://www.ipss.go.jp/p-info/e/psj2017/PSJ2017.asp>. Accessed in October 2017.
- Notestein, Frank (1945). Population: the long view. In *Food for the World*, Theodore Schultz, ed. Chicago: Chicago University Press, pp. 36–51.
- \_\_\_\_\_ (1953). Economic problems of population change. In *Proceedings of the Eighth International Conference of Agricultural Economists*. London: Oxford University Press, pp. 13–31.
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2007). *Babies and Bosses: Reconciling Work and Family Life. A Synthesis of Findings for OECD Countries*. Paris.
- \_\_\_\_\_ (2011). *Doing Better for Families*. Paris.
- \_\_\_\_\_ (2017). *The Pursuit of Gender Equality: an Uphill Battle*. Paris. <http://www.oecd.org/publications/the-pursuit-of-gender-equality-9789264281318-en.htm>.
- \_\_\_\_\_ (2018). OECD Family Database, Table PF3.2: Enrolment in childcare and pre-school. Available at <http://www.oecd.org/els/family/database.htm>. Accessed on 25 February 2018.
- Page, Hilary J., and Ron Lesthaeghe (1981). *Child-Spacing and Fertility in Sub-Saharan Africa*. London: Academic Press.
- Pande, R.P., A. Malhotra and S. Namy (2012). Fertility decline and changes in women's lives and gender equality in in Tamil Nadu, India. Fertility and Empowerment Network Working Paper Series, No. 007-2012-ICRW-FE. Washington D.C.: Fertility and Empowerment Network.
- Perelli-Harris, Brienna (2005). The path to lowest-low fertility in Ukraine. *Population Studies*, vol. 59, No. 1, pp. 55–70.
- Perelli-Harris, Brienna et al. (2012). Changes in union status during the transition to parenthood in eleven European countries, 1970s to early 2000s. *Population Studies*, vol. 66, No. 2, pp. 167–82.
- Potter, Joseph E., Carl C. Schmettmann, and Suzana M. Cavenaghi (2002). Fertility and development: evidence from Brazil. *Demography*, vol. 39, No. 4, pp. 739–61.
- Rahman, Fahmida, and Daniel Tomlinson (2018). *Cross Countries: International Comparisons of Intergenerational Trends*. Resolution Foundation and Intergenerational Commission. <https://www.resolutionfoundation.org/app/uploads/2018/02/IC-international.pdf>.
- Raymo, James M. et al. (2015). Marriage and family in East Asia: continuity and change. *Annual Review of Sociology*, vol. 41, pp. 471–92.
- Republic of Rwanda (2003). National Reproductive Health Policy. Kigali, July 2003. Ministry of Health.
- Rindfuss, Ronald R., Minja Kim Choe, and Sarah Brauner-Otto (2016). The emergence of two distinct fertility regimes in economically advanced countries. *Population Research and Policy Review*, vol. 35, No. 3, pp. 287–304.
- Rindfuss, Ronald R. et al. (2004). Social networks and fertility change in Japan. *American Sociological Review*, vol. 69, pp. 838–61.
- Rodríguez Vignoli, Jorge (2017). Fecundidad no deseada entre las adolescentes latino-americanas: un aumento que desafía la salud sexual y reproductiva y el ejercicio de derechos. Serie Población y Desarrollo, No. 119, LC/TS.2017/92. Santiago, Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

Rodriguez-Vignoli, Jorge, and Suzana M. Cavenaghi (2014). Adolescent and youth fertility and social inequality in Latin America and the Caribbean: what role has education played? *Genus*, vol. 70, No. 1, pp. 1–25.

\_\_\_\_\_ (2017). Unintended fertility among Latin American adolescents: a growing trend across all socioeconomic groups. In: *International Population Conference, Cape Town, Scientific Programme*. Cape Town: International Union for the Scientific Study of Population.

Rosero-Bixby, Luis, Teresa Castro-Martín, and Teresa Martín-García (2009). Is Latin America starting to retreat from early and universal childbearing? In *Demographic Transformations and Inequalities in Latin America: Historical Trends and Recent Patterns*. Rio de Janeiro: ALAP, pp. 219–41.

Rutstein, Shea, and Guillermo Rojas (2006). *Guide to DHS statistics*. Demographic and Health Surveys. Calverton, Maryland: ORC Macro.

Sanderson, Warren C., Vegard Skirbekk, and Marcin Stonawski (2013). Young adult failure to thrive syndrome. *Finnish Yearbook of Population Research*, vol. 48, pp. 169–87.

Schmidt, Lone et al. (2012). Demographic and medical consequences of the postponement of parenthood. *Human Reproduction Update*, vol. 18, No. 1, pp. 29–43.

Schneider, Daniel (2015). The Great Recession, fertility, and uncertainty: evidence from the United States. *Journal of Marriage and Family*, vol. 77, No. 5, pp. 1144–56.

Secombe, Wally (1993). *Weathering the Storm: Working-Class Families from the Industrial Revolution to the Fertility Decline*. London: Verso.

Sedgh, Gilda, and Rubina Hussain (2014). Reasons for contraceptive nonuse among women having unmet need for contraception in developing countries. *Studies in Family Planning*, vol. 45, No. 2, pp. 151–69.

Sedgh, Gilda et al. (2016a). Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. *The Lancet*, vol. 388, No. 10041, pp. 258–67.

\_\_\_\_\_ (2016b). *Unmet Need for Contraception in Developing Countries: Examining Women's Reasons for Not Using a Method*. New York: Guttmacher Institute.

Simmons, Alan E., Arthur M. Conning, and Miguel Villa, eds. (1979). El contexto social de cambio de la fecundidad en América Latina rural. Aspectos metodológicos y resultados empíricos, volúmenes I–III. Santiago, Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

Simmons, Ruth (1996). Women's lives in transition: a qualitative analysis of the fertility decline in Bangladesh. *Studies in Family Planning*, vol. 27, No. 5, pp. 251–68.

Sobotka, Tomáš (2011). Fertility in Central and Eastern Europe after 1989: collapse and gradual recovery. *Historical Social Research*, vol. 36, No. 2, pp. 246–96.

\_\_\_\_\_ (2016). Birth control, reproduction, and family under state socialism in Central and Eastern Europe. In *Gender Relations and Birth Control in the Age of the "Pill"*, Lutz Niethammer and Silke Satjukow, eds. Göttingen: Wallstein Verlag, pp. 87–116.

\_\_\_\_\_ (2017). Post-transitional fertility: the role of childbearing postponement in fuelling the shift to low and unstable fertility levels. *Journal of Biosocial Science*, vol. 49, Supplement 1, pp. S20–S45.

Sobotka, Tomáš, and Éva Beaujouan (2014). Two is best? The persistence of a two-child family ideal in Europe. *Population and Development Review*, vol. 40, No. 3, pp. 391–419.

\_\_\_\_\_ (2018). Late motherhood in low-fertility countries: reproductive intentions, trends and consequences. In *Preventing Age-Related Fertility Loss*, Dominic Stoop, ed. Cham: Springer, pp. 11–29.

Solo, Julie, 2008. *Family Planning in Rwanda: How a Taboo Topic Became Priority Number One*. Chapel Hill, NC: IntraHealth International.

Starrs, Ann et al. (2018). Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. *The Lancet*, vol. 391, No. 10140, pp. 2642–92.

Stloukal, Libor (1999). Understanding the “abortion culture” in Central and Eastern Europe. In *From Abortion to Contraception: a Resource to Public Policies and Reproductive Behavior in Central and Eastern Europe from 1917 to the Present*, Henry P. David, ed. Westport, Connecticut: Greenwood Press, pp. 23–37.

Stone, Lyman (2018). American women are having fewer children than they would like. *The New York Times*, 13 February.

Taucher, Erica (1979). Efectos demográficos y socio-económicos de los programas de planificación familiar en la América Latina. In *Población y Desarrollo en América Latina*, Víctor Urquidí and José B. Morelos, eds. México City: Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE)/Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/ Colegio de México.

te Velde, Egbert et al. (2012). The effect of postponement of first motherhood on permanent involuntary childlessness and total fertility rate in six European countries since the 1970s. *Human Reproduction*, vol. 27, No. 4, pp. 1179–83.

\_\_\_\_\_ (2017). Ever growing demand for in vitro fertilization despite stable biological fertility: a European paradox. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, vol. 214, pp. 204–8.

Tsuya, Noriko O. (2015). Below-replacement fertility in Japan: patterns, factors, and policy implications. In *Low and Lower Fertility*, Ronald R. Rindfuss and Minja Kim Choe, eds. Cham: Springer, pp. 87–106.

Turshen, Meredith (1987). Population growth and the deterioration of health: Mainland Tanzania, 1920–1960. In *African Population and Capitalism: Historical Perspectives*, Dennis D. Cordell and Joel W. Gregory, eds. Boulder: Westview Press, pp. 187–200.

UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS) (2017). *Ending AIDS: Progress Towards the 90–90–90 Targets*. Geneva. [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/Global\\_AIDS\\_update\\_2017\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Global_AIDS_update_2017_en.pdf).

UNFPA (United Nations Population Fund). 2012. *State of World Population 2012*. “By Choice, not by Chance: Family Planning, Human Rights and Development. New York: UNFPA.

UNICEF (2017). *Levels & Trends in Child Mortality: Report 2017, Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation*. New York.

\_\_\_\_\_ (2018). Child Marriage Database. Available at <https://data.unicef.org/topic/child-protection/child-marriage/>.

United Nations (1987). Fertility behaviour in the context of development: evidence from the World Fertility Survey. Population Studies, No. 100. New York.



\_\_\_\_\_ (2013). World abortion policies 2013. Available at <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/policy/world-abortion-policies-2013.shtml>. Accessed in March 2018.

United Nations (2015). Demographic Components of Future Population Growth: 2015 Revision. Available from [un.org/en/development/desa/population/theme/trends/dem-comp-change.shtml](http://un.org/en/development/desa/population/theme/trends/dem-comp-change.shtml).

\_\_\_\_\_ (2015a). World Population Policies Database. Population Division of the Department of Economic and Social Affairs. Available from: [https://esa.un.org/poppolicy/about\\_database.aspx](https://esa.un.org/poppolicy/about_database.aspx).

\_\_\_\_\_. 2015b. World Urbanization Prospects: The 2014 Revision. Population Division of the Department of Economic and Social Affairs. New York: United Nations.

\_\_\_\_\_ (2016). *Model-based Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2016*. New York.

\_\_\_\_\_ (2017). World Population Prospects: The 2017 Revision. Population Division of the United Nations Department of Economic and Social Affairs. New York: United Nations.

\_\_\_\_\_ (2017a). *World Marriage Data, 2017*. Population Division of the United Nations Department of Economic and Social Affairs. New York: United Nations.

Uusküla, Anneli et al. (2010). Trends in the epidemiology of bacterial sexually transmitted infections in eastern Europe, 1995–2005. *Sexually Transmitted Infections*, vol. 86, No. 1, pp. 6–14.

Van de Walle, Francine (1986). Infant mortality and the European demographic transition. In *The Decline of Fertility in Europe*, Ansley Coale and Susan Watkins, eds. Princeton: Princeton University Press, pp. 201–33.

Visaria, L. (2009). Fertility transition: lessons from South India. In *Handbook of Population and Development in India*, A.K.S. Kumar, P. Panda and R.R. Ved, eds. New Delhi: Oxford University Press.

Wei, Yan, Quanbao Jiang, and Stuart Basten (2013). Observing the transformation of China's first marriage pattern through net nuptiality tables: 1982–2010. *Finnish Yearbook of Population Research*, vol. 48, pp. 65–75.

Welti Chanes, C. (2006). Las encuestas nacionales de fecundidad en México y la aparición de la fecundidad adolescente como tema de investigación. *Papeles de Población*, vol. 12, No. 50, pp. 253–75.

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

WHO (World Health Organization) (2016). *World Malaria Report 2015*. Geneva.

Wittgenstein Centre (2015). European fertility 2015. Available at <http://www.fertilitydatasheet.org>.

\_\_\_\_\_ (2016). European demographic data sheet 2016. Available at [www.populationeurope.org](http://www.populationeurope.org).

Wodon, Quentin et al. (2017). *Economic Impacts of Child Marriage: Global Synthesis Report*. Washington, D.C.: International Bank for Reconstruction and Development, World Bank, and International Center for Research on Women. [www.costsofchildmarriage.org](http://www.costsofchildmarriage.org).

World Bank (2017). World Development Indicators. Available at <https://data.worldbank.org/products/wdi>.

Yoo, Sam Hyun, and Tomáš Sobotka (2018). Ultra-low fertility in South Korea: the role of the tempo effect. *Demographic Research*, vol. 38, No. 22, pp. 549–76.

Yüceşahin, M. Murat, Tuğba Adah, and A. Sinan Türkyılmaz (2016). Population policies in Turkey and demographic changes on a social map. *Border Crossing*, vol. 6, No. 2, pp. 240–66.

Zeman, Kryštof et al. (2018). Cohort fertility decline in low fertility countries: decomposition using parity progression ratios. *Demographic Research*, vol. 38, No. 25, pp. 651–90.





## ضمان حصول الجميع على الحقوق والخيارات

صندوق الأمم المتحدة للسكان

605 Third Avenue

New York, NY 10158

هاتف +١ ٢١٢ ٢٩٧ ٥٠٠٠

[www.unfpa.org](http://www.unfpa.org)

@UNFPA

الرقم التسلسلي الدولي الموحد

١٠٢٠-٥١٩٥

الرقم الدولي المعياري للكتاب

٩٧٨-١-٦١٨٠٠٠٠٣٢-٣



9 781618 000323

Sales No. E.18.III.H.1

E/3,721/2018

Printed on recycled paper.