

Distr.: General
18 January 2011
Arabic
Original: English

المجلس الاقتصادي والاجتماعي



لجنة السكان والتنمية

الدورة الرابعة والأربعون

١١-١٥ نيسان/أبريل ٢٠١١

البند ٣ من جدول الأعمال المؤقت*

إجراءات متابعة توصيات المؤتمر الدولي للسكان والتنمية

الخصوبة والصحة الإنجابية والتنمية

تقرير الأمين العام

موجز

أعد هذا التقرير استجابة لمقرر لجنة السكان والتنمية ١٠١/٢٠٠٩ الذي قرّرت اللجنة بموجبه أن يكون موضوع دورتها الرابعة والأربعين في عام ٢٠١١ "الخصوبة والصحة الإنجابية والتنمية". ويظهر التقرير أن عمليات الحد من الخصوبة يمكن أن تُسهم في التنمية، ثم يستخلص، بعد النظر في تجارب شتى لبلدان ذات خصوبة منخفضة وأخرى ذات خصوبة متوسطة وثالثة ذات خصوبة عالية، أن البلدان ذات الخصوبة العالية تميل إلى تحقيق نتائج ضعيفة في مؤشر معظم النواتج المتعلقة بالصحة الإنجابية. ويتطرق التقرير إلى مختلف جوانب الصحة الإنجابية ليركّز على سبل التعجيل ببلوغ الأهداف والمقاصد ذات الصلة التي يتضمنها برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. ويتمثل الاستنتاج الرئيسي في أن ضمان استفادة الجميع من خدمات رعاية الصحة الإنجابية، وبالأخص تلبية الحاجة إلى تنظيم الأسرة، من شأنهما أن يعجلا بتحسّن صحة الأم والطفل، ولا سيما في البلدان ذات الخصوبة العالية، وأن يخفضا بذلك من معدلات الخصوبة. وهذا الانخفاض يمكن بدوره أن يكون مفيدا للتنمية.

* E/CN.9/2011/1



المحتويات

الصفحة	
٤	أولا - مقدمة
٨	ثانيا - الخصوبة اليوم
١١	ثالثا - الزواج
١٤	رابعا - توقيت الإنجاب
١٧	خامسا - الخصوبة في مرحلة المراهقة
٢٠	سادسا - استخدام وسائل منع الحمل والحاجة التي لم تُلب لتنظيم الأسرة
٢٩	سابعا - صحة الأم
٣٥	ثامنا - جوانب أخرى للصحة الإنجابية
٣٥	ألف - فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز
٣٧	باء - التهابات المسالك التناسلية
٣٩	جيم - سرطانات الجهاز التناسلي
٤٠	تاسعا - الاستنتاجات والتوصيات
	الأشكال
٩	الأول توزيع البلدان بحسب مستوى الخصوبة، ٢٠٠٥-٢٠٠٩
	الثاني المتوسط التقديري للسن عند الزواج في عام ٢٠٠٥ مقارنة بمعدل الخصوبة الإجمالي، للفترة ٢٠٠٥-٢٠١٠
١٢	الثالث المتوسط المقدر للعمر عند الولادة الأولى في أحدث تاريخ متوفر مقارنة مع معدل الخصوبة الإجمالية، للفترة ٢٠٠٥-٢٠١٠
١٥	الرابع المتوسط التقديري لمعدل الخصوبة لدى المراهقين في عام ٢٠٠٥ مقارنة بالنسبة المتوية للنساء في الفئة العمرية ١٥-١٩ عاما ممن سبق لهن الزواج، حسب آخر البيانات المتوفرة
١٨	الخامس توزيع البلدان بحسب مستوى انتشار وسائل منع الحمل، في عقد التسعينيات من القرن الماضي والعقد الأول من الألفية الثالثة
٢١	

٢٢	السادس أحدث مستويات استعمال وسائل منع الحمل في مقابل الخصوبة الكلية خلال الفترة ٢٠٠٥-٢٠١٠
٢٤	السابع عدد البلدان حسب وسائل منع الحمل الرئيسية المستخدمة
٢٧	الثامن الاحتياجات غير الملباة لخدمات تنظيم الأسرة مقابل انتشار وسائل منع الحمل.....
٢٨	التاسع النسبة المئوية للنساء اللاتي لا يرغبن في إنجاب المزيد من الاطفال حسب عدد الأطفال لديهن والاحتياجات غير الملباة لخدمات تنظيم الأسرة، في البلدان المرتفعة الخصوبة
٣٠	العاشر احتمال حدوث الوفيات لأسباب تتعلق بالولادة على مدى العمر في عام ٢٠٠٨ مقابل معدل الخصوبة الإجمالي خلال الفترة ٢٠٠٥-٢٠١٠

أولا - مقدمة

١ - شهد معدل الخصوبة العالمي، وهو عبارة عن قياس متوسط عدد الأطفال الذين يمكن للنساء إنجابهم وفق معدلات الخصوبة السائدة، انخفاضا حادا حيث انتقل من ٤,٩ أطفال لكل امرأة في عام ١٩٥٠ إلى عدد مقدّر بـ ٢,٥ طفل في الفترة ٢٠٠٥-٢٠١٠. ويعود السبب الرئيسي لهذا الانخفاض إلى نزول معدلات الخصوبة في البلدان النامية، حيث انخفض معدّل الخصوبة الإجمالي من ٦ أطفال لكل امرأة في الفترة ١٩٥٠-١٩٥٥ إلى ٢,٦ أطفال لكل امرأة في الفترة ٢٠٠٥-٢٠١٠. ولكن معدلات الخصوبة في البلدان المتقدمة النمو أيضا شهدت بدورها انخفاضا حيث انتقلت من ٢,٨ طفل لكل امرأة في الخمسينات إلى ١,٦ طفل اليوم. ولم يسبق أن شهد التاريخ البشري كالا من هذا الانخفاض السريع للخصوبة الذي انطلق منذ نهاية الستينات في البلدان النامية وهذا الثبات المستمر منذ السبعينات في معدلات الخصوبة في البلدان المتقدمة النمو. وقد حدثت هذه التطورات في سياق ابتكارات تكنولوجية وتغييرات مجتمعية سريعة اتسم فيها توافر وسائل منع الحمل الفعالة بأهمية حاسمة. واليوم، تتعاطى نسبة ٥٦ في المائة من جميع القادرات على الإنجاب من المتزوجات أو المعاشرات وسائل منع الحمل الحديثة، وتقوم ٩ حكومات من أصل كل ١٠ حكومات في البلدان النامية بتوفير الدعم المباشر لبرامج تنظيم الأسرة.

٢ - وترتّب على انخفاض معدلات الخصوبة آثاراً هامة في التنمية سواء على الصعيد الوطني أو على مستوى رفاه الأسر والأفراد. فحياة المرأة قد تشهد تغيرا جذريا بحسب قدرتها أو عدم قدرتها على التحكم في وقت الإنجاب وفي عدد ما تنجب من الأطفال. وانخفاض الخصوبة يمكنها من رفع مستوى تعليمها، والمشاركة في قوة العمل، وتكريس المزيد من العناية لكل طفل. وإطالة الفترات الفاصلة بين الولادات يقلل من وفيات الأطفال الصغار ويتيح للأمهات التعافي من الحمل. أما الحدّ من عدد حالات الحمل فهو يقلّل احتمال وفاة المرأة لأسباب تتعلق بالأمومة. وتقليل عدد الأطفال يتيح للعائلات وللمجتمع زيادة الاستثمار في كل طفل. وبذلك يصبح من الأيسر تحسين صحّة الطفل وتغذيته وتعليمه عندما يكون هناك عدد أقل من الأطفال المتنافسين على الموارد والخدمات المتاحة.

٣ - وانخفاض الخصوبة يقلص النموّ السكاني ويؤدي إلى تغييرات مفيدة في التوزيع العمري للسكان لأنّه يدرّس عهدا جديدا يزيد فيه عدد العاملين المحتملين بنسق أسرع من زيادة عدد المُعاليين. ومن شأن هذه التغييرات أن تزيد المدّخرات، مما يؤدي إلى حدوث "علاوة ديمغرافية". والبلدان التي استغلت هذه المدّخرات لزيادة الاستثمار وإيجاد المزيد من فرص العمل واستثمرت المزيد في صحّة الأطفال وتعليمهم قد جنت فوائد في مجال النمو

الاقتصادي والتنمية البشرية. وتُشير التقديرات إلى أن الآثار المترتبة في النمو الاقتصادي عن عمليات تقليص الخصوبة في الأمد المتوسط في كل من البلدان المتقدمة النمو والبلدان النامية قد أسهمت بنحو ٢٠ في المائة من نمو الناتج الفردي خلال الفترة من ١٩٦٠ إلى ١٩٩٥^(١).

٤ - وثمة تفاعل بين الخصوبة والتنمية. وقد دار لفترة طويلة نقاش حول ما إذا كانت التنمية الناجحة هي التي تفضي إلى انخفاض الخصوبة أو ما إذا كان انخفاض الخصوبة هو الذي يُعزّر التنمية. فالأدلة تشير إلى أن المقولتين صحيحتان لأنّ هناك آليات هامة للإفادة بالمعلومات عن الصلة بين انخفاض الخصوبة والتنمية. ولقد تمّ أعلاه وبصورة موجزة توضيح أثر الخصوبة في التنمية. وتأثير التنمية في مستويات الخصوبة قد جاء بيانه في التقريب الأوّل الجيّد الذي أنتجه نموذج يربط مؤشرات التنمية الرئيسية باتجاهات الخصوبة في ٨٧ بلدا من البلدان النامية^(٢). بيد أنّ مؤشرات التنمية ليست هي العوامل الوحيدة المؤثرة في الخصوبة، مثلما يتبيّن ذلك من انخفاض الخصوبة في البلدان النامية وبلدان العالم المتقدّم، الذي حدث في مستويات مختلفة من التنمية. وهذا معناه أنّه لا توجد عتبة إنمائية ثابتة لازمة لبدء انخفاض الخصوبة.

٥ - وتتأثر الديناميات الاجتماعية أيضا باتجاهات الخصوبة. فقد أظهر تحليل انخفاض الخصوبة في أوروبا في القرن التاسع عشر أنّ هذا الانخفاض كان مدفوعا بعملية لنشر أفكار وأنماط سلوك جديدة انتشرت من خلال الشبكات الاجتماعية. والخطوات التي ينطوي عليها اعتماد وسائل منع الحمل، والتي تشتمل الوعي بالإمكانات التي تتيحها هذه الوسائل واكتساب المعلومات وتقييم الخيارات واستخدام وسيلة واحدة أو أكثر من تلك الوسائل على سبيل التجربة وأخيرا، التحول إلى الممارسة الملتزمة، توجي بأنّ التعلّم الاجتماعي والتأثير الاجتماعي هما من الجوانب الهامة لهذه العملية. وبالتالي فإنّ جميع البرامج الناجحة في مجال تنظيم الأسرة تنطوي على عناصر اتصال رئيسية تهدف إلى زيادة الوعي، والتصديق على تغيير السلوك، وزيادة الدراية والثقة باستخدام وسائل منع الحمل. وتشكّل عمليات نشر استخدام هذه الوسائل، المدفوعة بالتأثير الاجتماعي والمحاكاة الاجتماعية والتعلّم الاجتماعي، جزءا هاما من تفسير سبب حدوث انخفاضات كبيرة في معدلات الخصوبة في البلدان ذات مؤشرات التنمية المنخفضة.

(١) Allen Kelley and Robert Schmidt, "Evolution of recent economic-demographic modelling: a synthesis", *Journal of Population Economics*, vol. 18, No. 2 (June 2005).

(٢) John Bryant, "Theories of fertility decline and evidence from development indicators", *Population and Development Review*, vol. 33, No. 1 (2007).

٦ - والسياسة العامة التي تنتهجها الحكومات لها أيضا تأثير هام في اتجاهات الخصوبة. وهذا التأثير يمكن أن يكون إما بصورة مباشرة أو بصورة غير مباشرة. فالسياسات المباشرة تركز أساسا على الأسباب المباشرة المُحدّدة للخصوبة، مثل السنّ عند الزواج، والترويج لوسائل منع الحمل ودعمها ودفْع بدل إعالة الأطفال. أما السياسات غير المباشرة فهي تلك التي على الرغم من أنّها لا تستهدف التأثير في الخصوبة فإنّها تُغيّر هيكل المحفّزات التي تؤثر في قرارات الأبوين في ما يتعلق بعدد الأطفال المستصوب. وتشمل هذه السياسات توفير معاشات تقاعدية لكبار السن، وحوافز للنساء من أجل الانضمام إلى القوة العاملة، وتوخي سياسات تُكافئ بلوغ مستويات تعليمية عالية بأفاق اقتصادية أفضل، مما يُتيح للآباء حافزا لزيادة الاستثمار في كل طفل.

٧ - وبما أنّ العوامل التي أدت إلى انخفاض معدلات الخصوبة وحدّدت معالم الهبوط الذي أعقب ذلك معقّدة ومتفاعلة فيما بينها ومع الآثار المترتبة عن انخفاض الخصوبة، فإنّه لا يوجد تفسير شامل ووحيد لسرعة هذا الانخفاض في البلدان النامية ولا لسبب هبوطها في كثير من البلدان إلى المستويات التي أدت، أو ستؤدي، إلى انخفاض في عدد السكان. ولكن اليوم وبعد ما يقرب من أربعة عقود من بدء هبوط الخصوبة في البلدان النامية، ترتبط مستويات الخصوبة سلبا بمؤشرات التنمية بحيث تميل البلدان ذات معدلات الخصوبة العالية إلى تحصيل نتائج ضعيفة في مجال نصيب الفرد من الدخل، ومواجهة ارتفاع مستويات الفقر، وانخفاض المستويات التعليمية، وارتفاع معدل الوفيات وانخفاض مستوى التحضر. وداخل البلدان أيضا، تتسم الفئات السكانية الموجودة في الدرجات الدنيا من سلم توزيع التنمية البشرية بارتفاع مستويات الخصوبة لديها. فقد تبين من الدراسات التي أُجريت خلال العقد الماضي على ٥٦ من البلدان النامية أنّ عدد أطفال النساء في الخمس الأدنى من سلم توزيع الثروة يزيد بمتوسط طفلين مقارنة بالنساء في أعلى خمس^(٣). وفي أفريقيا، كان الفرق أعلى، حيث بلغ ٢,٨ طفل، وبلغ أعلى مستوى له في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، حيث وصل إلى ٣,٨ طفل. وهناك فروق مماثلة عندما يكون تعليم المرأة هو العامل المميّز، لأن مستوى التعليم والثروة مترابطان بشكل كبير. وقد بيّنت تحليلات أثر تراجع الخصوبة على الحدّ من الفقر أنّ التّحول الديمغرافي استأثر لوحده بنسبة ١٤ في المائة من الانخفاض في مستويات الفقر في العالم النامي خلال الفترة من ١٩٦٠ إلى ٢٠٠٠ وهو قد يؤدي إلى

(٣) Davidson R. Gwatkin and others, *Socio-Economic Differences in Health, Nutrition and Population within Developing Countries: An Overview* (World Bank, Washington, D.C., 2007)

انخفاض إضافي بنسبة ١٤ في المائة خلال الأعوام من ٢٠٠٠ إلى ٢٠١٥ إذا ما تسارعت وتيرة انخفاض الخصوبة في البلدان ذات الخصوبة العالية^(٤).

٨ - ولذلك، فإنّ تخفيض معدلات الخصوبة العالية على المستوى الوطني وعلى مستوى الأسر المعيشية يمكن أن يسهم في الحد من الفقر. فكلّما ارتفع عدد السكان الفقراء، ازدادت رقعة الفقر في أوساط السكان. وتشير التقديرات إلى أنّ ارتفاع معدل الزيادة الطبيعية لأولئك الذين يعيشون على أقل من دولار في اليوم يمارس ضغطاً تصاعدياً على مستويات الفقر. بما يعادل نسبة تتراوح من ١٠ إلى ٥٠ في المائة من معدل الحد من الفقر في العالم النامي بين عامي ١٩٩٠ و ٢٠٠١^(٥). ويبلغ هذا الأثر مداه الأقصى في أفريقيا وجنوب آسيا.

٩ - وقد تعزّزت اتجاهات الخصوبة في العقود الأربعة الماضية بالاعتراف على مستوى العالم بحق الأزواج والأفراد في أن يقرّروا بحرية ومسؤولية عدد أطفالهم ومدى المباحة بين ولادتهم، وأن يحصلوا على المعلومات والتثقيف والوسائل لبلوغ ذلك. وقد جاء النصّ على هذا الحقّ لأول مرّة في إعلان طهران لعام ١٩٦٨^(٦) ثمّ أعيد تأكيده في المؤتمر الحكومي الدولي الأول المعني بالسكان والتنمية ومؤتمر الأمم المتحدة العالمي للسكان الذي عُقد في بوخارست في الفترة من ١٩ إلى ٣٠ آب/أغسطس ١٩٧٤. وفي عام ١٩٩٤، تطرّق المشاركون في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية إلى ما يترتب عن هذا الحقّ من آثار ضمن الإطار الأوسع للصحة والرفاه، ليثيروا بذلك قضايا الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية. وقد أقرّ المؤتمر ضمن المبدأ ٩ من برنامج عمله ما يلي:

لكل إنسان الحق في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية. وينبغي للدول أن تتخذ كل التدابير المناسبة لكي تكفل - على أساس المساواة بين الرجل والمرأة - حصول الجميع على خدمات الرعاية الصحية، بما فيها الخدمات المتعلقة بالرعاية الصحية الإنجابية، التي تشمل تنظيم الأسرة والصحة الجنسية. وينبغي

(٤) Andrew Mason and Sang-Hyop Lee, "The demographic dividend and poverty reduction" in *Proceedings of the Seminar on the Relevance of Population Aspects for the Achievement of the Millennium Development Goals*, United Nations, New York, 17-19 November 2004.

(٥) Martin Ravallion, "On the contribution of demographic change to aggregate poverty measures for the developing world", World Bank Policy Research Working Paper, No. 3580 (Washington, D.C., World Bank, April 2005).

(٦) انظر *Final Act of the International Conference on Human Rights* (United Nations publication, Sales No. E.68.XIV.2).

أن توفر برامج الرعاية الصحية الإنجابية أوسع دائرة من الخدمات دون أي شكل من أشكال القسر. ولكل الأزواج والأفراد حق أساسي في أن يقرروا بحرية ومسؤولية عدد أطفالهم والتباعد بينهم. وأن يحصلوا على المعلومات والتثقيف والوسائل لبلوغ ذلك.

١٠ - ويوثق هذا التقرير اتجاهات الخصوبة والأسباب المباشرة المحددة لها، فضلا عن التحديات الرئيسية في مجال ضمان حصول الجميع على خدمات الصحة الإنجابية، وذلك من أجل توفير توجيهات بشأن كيفية تسريع تحقيق الأهداف والغايات الواردة في برنامج العمل، وخاصة تلك المتعلقة منها بالصحة الإنجابية وتمكين المرأة، وبلوغ الغايات المتعلقة بصحة الأم، التي هي جزء من الأهداف الإنمائية للألفية.

ثانياً - الخصوبة اليوم^(٧)

١١ - شهد معدّل الخصوبة انخفاضاً في جميع البلدان تقريباً، لكن كان هناك تفاوت كبير بين البلدان في زمن حدوث هذا الانخفاض وسرعته. ولذلك يوجد اليوم تنوع في مستويات الخصوبة. فالبلدان أو المناطق الـ ١٩٦ التي بلغ عدد سكانها في سنة ٢٠٠٥ على الأقل ١٠٠.٠٠٠ ساكن، كانت لدى ٧٥ منها معدلات خصوبة دون مستوى الإحلال، و ٦١ ذات معدلات خصوبة متوسطة و ٦٠ ذات معدلات خصوبة عالية. وتكون معدلات الخصوبة في مستوى الإحلال عندما يكون لكل امرأة ابنة تحل محلّها. ونظراً لزيادة عدد المواليد الذكور عن عدد المواليد الإناث، ولضرورة أن تبلغ المرأة سنّ الإنجاب لكي تخلف أبناء، فإنّ عدد الأطفال الذين يتعيّن على المرأة إنجابهم لكي تحصل على ابنة هو في المتوسط أكثر من طفلين اثنين. ومعدّل التكاثر الصافي هو متوسط عدد البنات السائد لدى النساء بالمعدلات الحالية للخصوبة والوفاء. وانخفاض صافي معدّل التكاثر عن ١ يعني أنّ الخصوبة دون مستوى الإحلال. والمفهوم من الخصوبة المتوسطة هو وجود معدّل يتراوح من ١ إلى ١,٥ ابنة لكل امرأة، مما يعني أنّ الجيل القادم سيزيد بنسبة قصوى قدرها ٥٠ في المائة. وارتفاع هذه النسبة يُعدّ انعكاساً لخصوبة عالية.

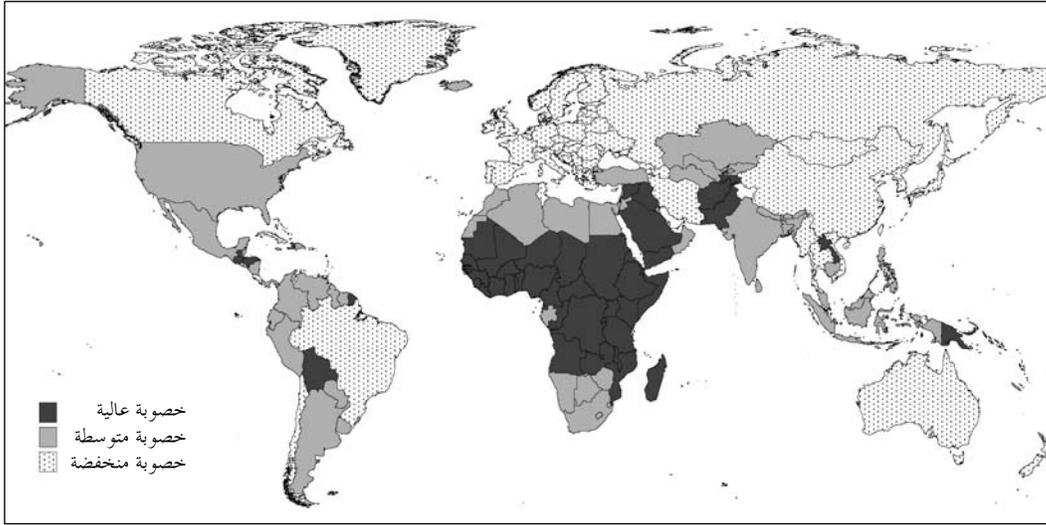
١٢ - ويبيّن الشكل الأوّل صافي معدّل التكاثر في البلدان خلال الفترة من ٢٠٠٥ إلى ٢٠١٠. ويوجد ضمن كلّ منطقة من المناطق الكبرى من العالم بلدان ذات معدلات تكاثر صافية منخفضة ومتوسطة وعالية. وأوروبا هي المنطقة الأكثر تجانساً نظراً لأنّ أيسلندا هي

(٧) كلّ التقديرات المُشار إليها في هذا الفصل مأخوذة من التوقّعات السكانية في العالم: تنقيح عام ٢٠٠٨، قاعدة البيانات الموسّعة (منشورات الأمم المتحدة، رقم البيع: 09.XII.6).

الدولة الوحيدة التي ليست ضمن فئة الدول ذات الخصوبة المنخفضة. وأفريقيا هي المنطقة الثانية الأكثر تجانسا لأن ٣٩ بلدا من بلدانها الـ ٥٥ لديها معدلات خصوبة عالية. وتتركز معدلات الخصوبة المتوسطة في شمال أفريقيا وجنوبها، ولكنها توجد أيضا في الرأس الأخضر وريونيون وزمبابوي وغابون. وفي أفريقيا أيضا اثنين من البلدان لهما معدلات خصوبة منخفضة هما تونس وموريشيوس.

الشكل الأول

توزيع البلدان بحسب مستوى الخصوبة، ٢٠٠٥-٢٠٠٩



ملاحظة: إن الحدود المرسومة في هذه الخريطة لا تعني إقرارها أو قبولها رسميا من جانب الأمم المتحدة.

١٣ - ونصف بلدان أوقيانوسيا لديه معدلات خصوبة عالية، بما في ذلك بابوا غينيا الجديدة التي هي واحدة من أكثر البلدان كثافةً سكانية في المنطقة؛ لكن هذه المعدلات منخفضة في أستراليا ونيوزيلندا. وغالبية البلدان في الأمريكتين وآسيا لديها معدلات خصوبة متوسطة. وبوليفيا (دولة - المتعددة القوميات) وغيانا وهاييتي وهندوراس هي البلدان الوحيدة في الأمريكتين التي لها معدلات خصوبة عالية. وفي آسيا، توجد معدلات الخصوبة العالية في أفغانستان وباكستان وتيمور - ليشتي والجمهورية العربية السورية وجمهورية لاو الديمقراطية الشعبية وطاجيكستان والعراق والمملكة العربية السعودية واليمن والأرض الفلسطينية المحتلة. وهناك في كل من آسيا والأمريكتين العديد من البلدان ذات معدلات الخصوبة المنخفضة: ١٩ بلداً من أصل ٥٠ بلداً في آسيا (منها أذربيجان وأرمينيا وإيران (جمهورية - الإسلامية) وتايلند وجمهورية كوريا وجمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية وجورجيا والصين وفييت نام

وقبرص ولبنان ومنغوليا وميانمار واليابان) و ١٣ بلدا من أصل ٣٩ بلدا في الأمريكتين (البرازيل وشيلي وكندا وكوستاريكا وتسعة بلدان في منطقة البحر الكاريبي).

١٤ - وضمن فئة أقل البلدان نمواً، ثمة ٤٠ بلدا لديه معدلات خصوبة عالية، وخمسة بلدان لديها معدلات متوسطة وبلد واحد لديه معدل خصوبة منخفضة (ميانمار). ومعدلات الخصوبة ضمن فئة البلدان النامية الأخرى مرتفعة في ٢٠ بلدا ومتوسطة في ٥٤ بلدا ومنخفضة في ٣١ بلدا. وباستثناء بلدين اثنين، تشهد جميع البلدان المتقدمة النمو معدلات خصوبة منخفضة. وأيسلندا والولايات المتحدة الأمريكية هما الاستثناءان لأن معدلات الخصوبة السائدة فيهما تزيد بقليل عن مستوى الإحلال. ومن الواضح أن مستويات الخصوبة تختلف بشكل ملحوظ، وأن هناك ما يكفي من الأمثلة، التي تكون فيها البلدان ذات مستويات تنمية منخفضة ومعدلات خصوبة منخفضة نسبياً، للقول بأن التنمية ليست لازمة لانخفاض الخصوبة.

١٥ - وسكان العالم مُوزَّعون بالتساوي تقريبا في ما بين البلدان ذات الخصوبة المنخفضة (٤٢ في المائة) والبلدان ذات الخصوبة المتوسطة (٤١ في المائة). وتستأثر البلدان ذات الخصوبة العالية بـ ١٧ في المائة من سكان العالم. وحتى لو افترضنا أن البلدان ذات الخصوبة العالية ستُحقق تخفيضا كبيرا في معدلات خصوبتها وأن جميع البلدان التي لا تزال ذات خصوبة متوسطة ستبلغ خصوبة منخفضة، فإن التقديرات تشير إلى أن البلدان التي هي اليوم ذات خصوبة عالية ستستأثر بحلول عام ٢٠٥٠ بنسبة ٢٦ في المائة من سكان العالم، وأن نصيب البلدان المتوسطة الخصوبة سيظل ٤١ في المائة، ونصيب البلدان المنخفضة الخصوبة سيتزل إلى ٣٣ في المائة.

١٦ - وفي البلدان ذات الخصوبة العالية يتراوح معدّل الخصوبة الكلي بين ٣,٢ و ٧,١ طفل لكل امرأة. ويتراوح هذا العدد بين ٢,١ و ٣,٦ طفل لكل امرأة في البلدان المتوسطة الخصوبة، وبين ١ و ٣,٣ في البلدان المنخفضة الخصوبة. وتداخل هذه النطاقات سببها الاختلافات في معدل الوفيات. فميانمار، على سبيل المثال، لديها معدل خصوبة كلي قدره ٣,٣ طفل لكل امرأة. وهذا المعدل هو دون مستوى الإحلال لأن معدّل الوفيات في البلد أعلى من معدل الوفيات في البلدان المتقدمة. وبالمثل، فإن زمبابوي تُصنّف ضمن فئة البلدان المتوسطة الخصوبة (٣,٥ طفل لكل امرأة) بسبب معدل وفياتها الذي يفوق معدل الوفيات في المملكة العربية السعودية المصنّفة ضمن فئة البلدان ذات الخصوبة العالية والتي معدّل الخصوبة لديها يبلغ ٣,٢ طفل لكل امرأة. ولذلك ينبغي في التحليل الوارد أدناه أخذ هذه المسائل

التصنيفية في الحسبان، وكذلك مراعاة كون معدّل التكاثر الصافي هو مؤشر أفضل من معدل الخصوبة الكلي في إثبات وجود نمو أو تراجع سكاني محتمل.

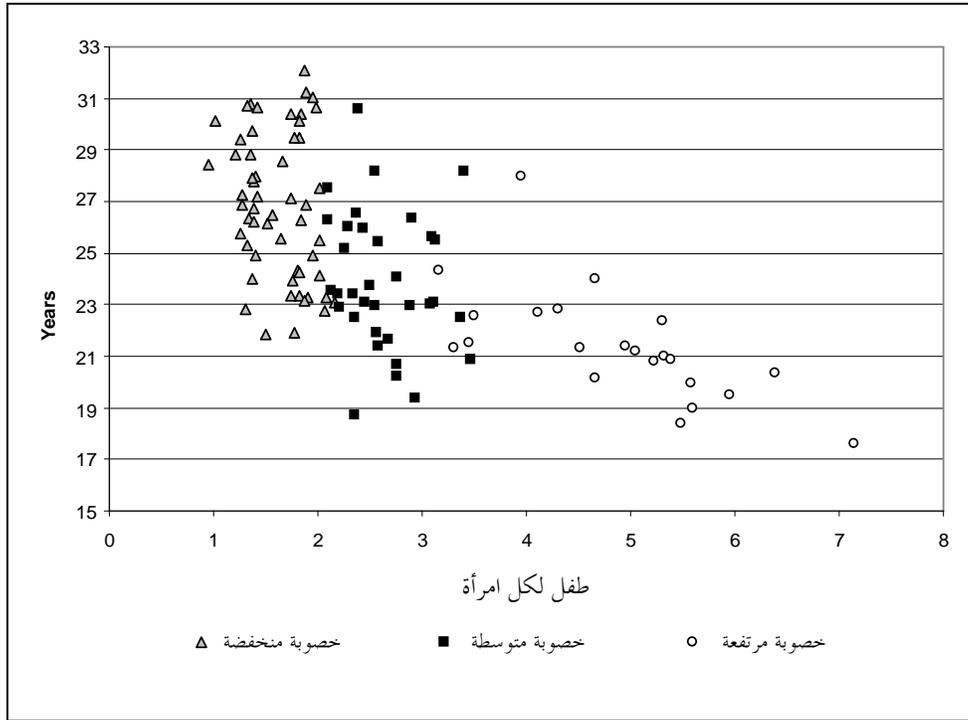
ثالثاً - الزواج

١٧ - يعتبر السن عند الزواج عاملاً محددًا للخصوبة لأن الزواج في كثير من المجتمعات يمثل بداية فترة إمكانية الإنجاب. وفي المجتمعات التي يشيع فيها الاقتران غير الشرعي، تشمل البيانات المتعلقة بالمتزوجين عادة، تلك التي تتعلق بالمقترنين في علاقة غير شرعية، سواء كانوا متزوجين أم لا. ولكن في البلدان التي يُوجَل فيها الزواج بشكل متزايد لأن الشباب والشابة يختاران العيش معا في شراكة غير رسمية بدلا من ذلك، فإن البيانات لا تعكس هذا التطور بشكل سليم.

١٨ - وفي كثير من البلدان، ساهم ارتفاع السن عند الزواج في تخفيض معدل الخصوبة لأن الزواج في سن متأخرة يعمل بشكل فعال على تقصير عمر الحياة الإنجابية للنساء. وفي المجتمعات التي يتم فيها الزواج في سن مبكرة جدا، يحال دون بقاء المرأة في المدرسة أو اكتساب مهارات ذات صلة بالعمل، وهذا الأمر بدوره يُعيق تمكينها. ولذلك السبب، وضعت معظم البلدان حدا أدنى لسن الزواج بالنسبة لكل من المرأة والرجل، رغم وجود استثناءات تُمنح عموما بموافقة الوالدين.

١٩ - وفي معظم البلدان، ارتفع متوسط السن عند الزواج، أو متوسط عدد السنوات التي يظل فيها من يتزوجون في سن الـ ٥٠ عرابا. وفي الفترة بين عامي ١٩٩٠ و ٢٠٠٥، انخفضت هذه السن في ١٦ بلدا فقط من بين ١١١ بلدا تتوافر بيانات بشأنها. واتجهت الزيادات في سن الزواج في البلدان ذات معدلات الخصوبة المنخفضة إلى الارتفاع بأكثر مما شهدته البلدان ذات معدلات الخصوبة المتوسطة، واتجهت بدورها نحو الارتفاع في البلدان ذات معدلات الخصوبة المرتفعة. وفي عام ٢٠٠٥، كان متوسط السن عند الزواج في البلدان ذات معدلات الخصوبة العالية أقل بكثير من معدله في بلدان المجموعتين الأخرين (انظر الشكل الثاني). فقد بلغ متوسط السن عند الزواج في البلدان ذات معدلات الخصوبة المرتفعة ٢١,٣ عاما، و ٢٣,٤ عاما في البلدان ذات معدلات الخصوبة المتوسطة و ٢٦,٩ سنة في البلدان ذات معدلات الخصوبة المنخفضة. وفي الفترة بين عامي ١٩٩٠ و ٢٠٠٥، ارتفع المتوسط بمقدار ثلاث سنوات في البلدان ذات معدلات الخصوبة المنخفضة وبمقدار سنة واحدة في كل من البلدان ذات معدلات الخصوبة العالية والبلدان ذات معدلات الخصوبة المتوسطة.

الشكل الثاني
المتوسط التقديري للسن عند الزواج في عام ٢٠٠٥ مقارنة بمعدل الخصوبة الإجمالي،
للفترة ٢٠٠٥-٢٠١٠



٢٠ - ويرتبط ارتفاع معدلات الخصوبة بانخفاض متوسط السن عند الزواج، وبخاصة في البلدان ذات معدلات الخصوبة المرتفعة. ففي عام ٢٠٠٥، كانت هذه السن دون ٢١ عاما في ١٤ بلدا فقط، وكانت مستويات الخصوبة لدى معظم البلدان أعلى بكثير من ثلاثة أطفال لكل امرأة. وكانت الاستثناءات في بنغلاديش وغواتيمالا ونيبال والهند، حيث تراوحت معدلات الخصوبة الإجمالية لديها من ٢,٤ طفل لكل امرأة في بنغلاديش إلى أقل من ٣ أطفال لكل امرأة في نيبال. وفي بنغلاديش، انخفض معدل الخصوبة بشكل ملحوظ حتى رغم بقاء متوسط السن عند الزواج منخفضا (١٨,٧ عاما في عام ٢٠٠٥). ومن بين البلدان ذات معدلات الخصوبة العالية، كانت السن الأدنى (١٧,٦ عاما) في النيجر، وهي البلد صاحب أعلى معدلات الخصوبة (٧,٢ طفل لكل امرأة).

٢١ - وفي البلدان ذات معدلات الخصوبة المنخفضة (١,٠-٢,٣ طفل لكل امرأة)، تراوح متوسط السن عند الزواج بين ٢١,٩ عاما في جمهورية مولدوفا إلى ٣٢,١ عاما في السويد. وبحلول عام ٢٠٠٥، كان هناك ١١ بلدا لديها معدلات خصوبة منخفضة حيث كانت سن

الزواج فوق ٣٠ عاماً، بينما في عام ١٩٩٠ كان هناك بلد واحد فقط (السويد). وتميل سن الزواج إلى أن تكون أعلى في بلدان غربي وشمال أوروبا من بلدان شرقي أوروبا أو في العالم النامي. ومع ذلك، فبالنسبة لبعض البلدان الأوروبية، يعكس ارتفاع متوسط السن عند الزواج فقط السن في الزواج الرسمي الموثق ولا يشمل الشراكات المستقرة.

٢٢ - وثمة مؤشر آخر على التغييرات في أنماط الزواج هو النسبة المثوية للنساء في شرائح عمرية معينة اللاتي سبق لهن الزواج في مرحلة ما من حياتهن. وتُبين بيانات الفترة من عام ٢٠٠٠ إلى عام ٢٠٠٨ المتوفرة بخصوص ١٤٦ بلداً، أنه في نصف البلدان ذات معدلات الخصوبة المنخفضة وعددها ٦٢ بلداً والتي توافرت بيانات بشأنها، وُجد أن أقل من ٦٠ في المائة من النساء اللاتي تتراوح أعمارهن من ٢٥ إلى ٢٩ عاماً لم يسبق لهن الزواج. وكانت تلك النسبة منخفضة بصورة خاصة في أيرلندا والدانمرك وسلوفينيا والسويد وفرنسا وهولندا، حيث تراوحت من ٢٢ إلى ٣٠ في المائة. ومع ذلك، ففي عدد من تلك البلدان، لم تظهر الشراكات المستقرة في البيانات.

٢٣ - وعلى النقيض من البلدان ذات معدلات الخصوبة المنخفضة، فإن نسبة النساء اللاتي تتراوح أعمارهن من ٢٥ إلى ٢٩ عاماً وسبق لهن الزواج في وقت ما، قد تجاوزت ٨٠ في المائة في ٣٢ بلداً من بين البلدان الـ ٤١ ذات معدلات الخصوبة المرتفعة وتوافرت بيانات بشأنها، وكانت أعلى من ٧٠ في المائة في ٢٤ بلداً من بين البلدان الـ ٤٣ ذات معدلات الخصوبة المتوسطة التي توافرت بيانات بشأنها.

٢٤ - وفي معظم المجتمعات، تتزوج غالبية النساء قبل بلوغ سن ٣٥ عاماً. ومع ذلك، تظهر البيانات المتاحة أن أكثر من ٣٠ في المائة من النساء في ٢١ بلداً من البلدان ذات معدلات الخصوبة المنخفضة (مما فيها: إسبانيا، أستراليا، ألمانيا، أيرلندا، إيطاليا، بلجيكا، الدانمرك، سلوفينيا، السويد، فرنسا، فنلندا، لاتفيا، لبنان، هنغاريا، هولندا، اليابان) وفي ٥ بلدان من البلدان ذات معدلات الخصوبة المتوسطة (وهي: بوتسوانا، الجزائر، جنوب أفريقيا، الرأس الأخضر، ناميبيا) لم يسبق لهن الزواج. وفي المجتمعات التي لا يُسمح فيها بالاقتران غير الشرعي، وبالتالي لا يحل هذا الاقتران محل الزواج، يُعتبر ارتفاع نسبة النساء اللواتي لا يزلن عازبات عاملاً رئيسياً يُسهم في انخفاض معدل الخصوبة.

٢٥ - وبمجموع القول، يتباين انتشار الزواج وتوقيته تبايناً واسع النطاق. وفي البلدان ذات معدلات الخصوبة العالية، يتجه سن الزواج إلى الانخفاض وتتزوج معظم النساء. ويمكن لرفع سن الزواج، ولا سيما في المجتمعات التي لا يزال فيها دون ٢١ أو ٢٢ عاماً، أن يساهم ليس فقط في تخفيض معدلات الخصوبة، بل وأيضاً في تمكين المرأة بتسهيل تعليمها وتدريبها من

أجل العمل. وفي المجتمعات ذات معدلات الخصوبة المنخفضة، حيث يتم بشكل متزايد تأجيل الزواج أو الاستعاضة عنه بشراكات غير رسمية لكنها مستقرة، قد يكون تقديم حوافز لحث الشباب والشابات على الزواج أمراً في محله. وتختلف طبيعة هذه الحوافز من مجتمع إلى آخر ويُرجح أن تشمل منح فرصة عمل أفضل للشباب وتوفير مسكن لهم بأسعار معقولة.

رابعا - توقيت الإنجاب

٢٦ - رغم أن توقيت الزواج يُعد مؤشراً مفيداً لتحديد وقت إمكانية بدء الإنجاب، فإن متوسط العمر الذي عنده تحمل المرأة طفلها الأول يُعد مؤشراً أفضل على بدء فترة الإنجاب. فكلما طالت فترة انتظار المرأة قبل إنجاب أول طفل لها، تقصر السن الفعالة للإنجاب ويُصبح من الأرجح أن تُنجب المرأة عدداً أقل من الأطفال خلال حياتها. ولذا، كثيراً ما يرتبط انخفاض معدلات الخصوبة بارتفاع متوسط عمر المرأة وقت ولادة طفلها الأول. وتؤكد التقديرات التي تشير إلى عقد السبعينيات من القرن الماضي والتواريخ القريبة من عام ٢٠٠٠ أن متوسط عمر المرأة^(٨) وقت ولادة طفلها الأول قد ارتفع في ٤٨ بلداً من البلدان الـ ٥٠ ذات معدلات الخصوبة المنخفضة التي تتوافر بيانات بشأنها وفي ١٩ بلداً من البلدان الـ ٢٤ ذات معدلات الخصوبة المتوسطة. ولم تتوافر بيانات مماثلة بالنسبة للبلدان ذات معدلات الخصوبة المرتفعة، بيد أن مقارنة قياسات الفئات العمرية المستمدة من الدراسات الاستقصائية الديمغرافية والصحية تشير إلى أن متوسط العمر عند الولادة الأولى قد ارتفع على مدى العقد الماضي في ١٧ بلداً من البلدان الـ ٢٦ ذات معدلات الخصوبة المرتفعة.

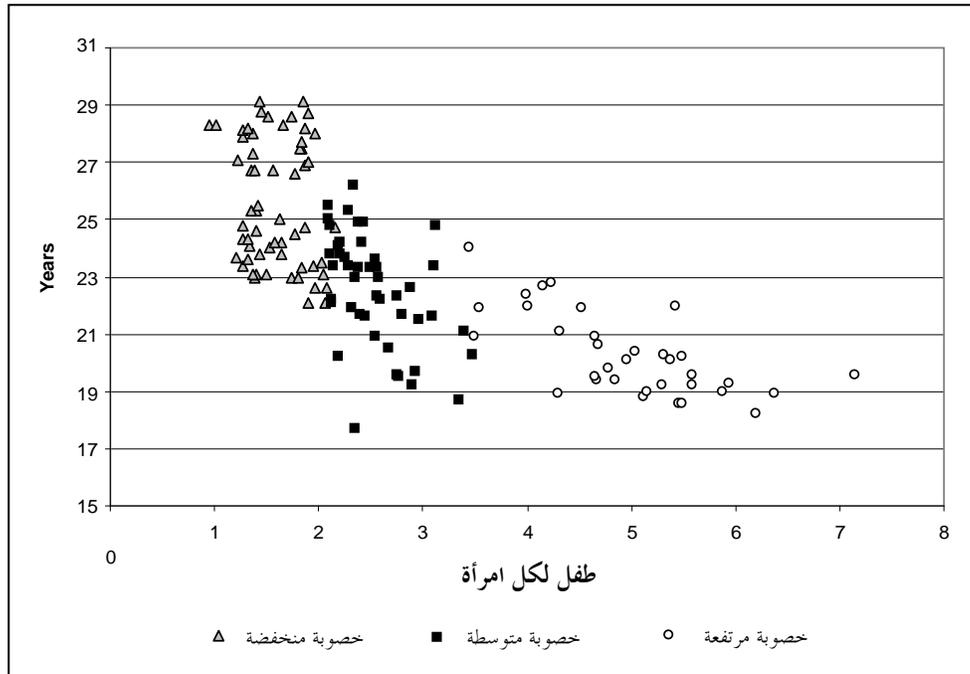
٢٧ - وقد اتجهت الزيادات في متوسط العمر نحو الارتفاع في البلدان ذات معدلات الخصوبة المنخفضة أكثر من ارتفاعها في البلدان ذات معدلات الخصوبة المتوسطة، التي يبدو أنها اتجهت بدورها نحو تسجيل زيادات في متوسطها أعلى منها في البلدان ذات معدلات الخصوبة المرتفعة. وبالتالي، رُصدت الاختلافات فيما بين المجموعات الثلاث من البلدان فيما يتعلق بالوقت الذي تلد فيه المرأة طفلها الأول (انظر الشكل الثالث). وتبين أحدث البيانات المتوفرة عن كل بلد، والتي تشير في معظمها إلى أواخر عقد التسعينيات، أن المرأة في البلدان ذات معدلات الخصوبة المرتفعة تلد طفلها الأول في سن أصغر بكثير من السن في البلدان ذات معدلات الخصوبة المنخفضة: ففي البلدان الـ ٣٤ ذات معدلات الخصوبة المرتفعة التي توافرت بيانات بشأنها، أظهرت جميعها باستثناء طاجيكستان، أن متوسط العمر عند الولادة الأولى كان أقل من ٢٣ عاماً، بينما أظهرت البلدان الـ ٦٠ ذات معدلات الخصوبة

(٨) بالنسبة لبعض البلدان، تشير التقديرات المتاحة إلى متوسط العمر عند الولادة الأولى.

المنخفضة، كلها باستثناء ٤ بلدان هي (البرازيل وفيت نام وملديف وكوستاريكا)، أن متوسط الأعمار عند الولادة الأولى كان ٢٣ عاما على الأقل. ومن بين البلدان ذات معدلات الخصوبة المنخفضة، اتجه متوسط العمر عند الولادة الأولى نحو الانخفاض في بلدان شرق وجنوب شرق آسيا، وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، وأوروبا الشرقية عما هو عليه في البلدان الواقعة في أجزاء أخرى من أوروبا أو آسيا. وكانت المرأة الإسبانية صاحبة أعلى متوسط عمر عند الولادة الأولى (٢٩ عاما).

الشكل الثالث

المتوسط المقدر للعمر عند الولادة الأولى في أحدث تاريخ متوفر مقارنة مع معدل الخصوبة الإجمالية، للفترة ٢٠٠٥-٢٠١٠



٢٨ - وتتداخل متوسطات الأعمار عند الولادة الأولى في البلدان الـ ٤٦ ذات معدلات الخصوبة المتوسطة، التي تتوفر بيانات بشأنها، مع النطاقات الخاصة بكل من فئتي البلدان ذات معدلات الخصوبة المنخفضة والبلدان ذات معدلات الخصوبة المرتفعة، حيث وصلت متوسطات أعمار النساء عند الولادة الأولى في البلدان ذات معدلات الخصوبة المتوسطة إلى أقل من ٢٣ عاما في ٢٣ بلدا، وإلى ٢٥ عاما أو أكثر في ٤ من بين تلك البلدان (وهي: أيسلندا، والبحرين، وسريلانكا، والولايات المتحدة). وتبرز بنغلاديش، التي لديها معدل خصوبة إجمالي قدره ٢,٤ طفل لكل امرأة، باعتبارها من الدول ذات معدلات

الخصوبة المتوسطة التي يعتبر متوسط العمر عند الولادة الأولى فيها منخفض جدا (١٧,٧ سنة).

٢٩ - وتُشير الزيادات في متوسط العمر عند الولادة الأولى إلى أن النساء يُؤجلن الحمل، مما يؤدي إلى تخفيض الفترة الإجمالية للخصوبة. وكانت مستويات الخصوبة المنخفضة للغاية التي سُجلت في بعض البلدان، وبخاصة في العقد الأول من الألفية الثالثة، بصورة جزئية نتيجة للتأجيل. وتُشير الزيادات الأخيرة في معدلات الخصوبة الإجمالية في العديد من تلك البلدان إلى أن المرأة قد توقفت عن تأجيل الولادة، ولكن البيانات بشأن توقيت الولادة الأولى المعروضة هنا لم تُظهر هذا التغيير بعد.

٣٠ - وعادة ما تبدأ معدلات الخصوبة في الانخفاض عندما يجد الأزواج من عدد ما ينجبونه من الأطفال، أي عندما تتوقف المرأة عن إنجاب الأطفال في وقت أبكر مما كانت تفعله خلاف ذلك. وبالتالي، انخفضت معدلات الخصوبة في الأعمار المتقدمة وتناقص متوسط العمر عند الإنجاب. وفي الفترة بين عامي ١٩٩٥ و ٢٠٠٥، انخفض متوسط العمر عند الإنجاب في ٢٥ بلدا من البلدان الـ ٥٣ ذات معدلات الخصوبة المتوسطة وفي ٢٦ بلدا من البلدان الـ ٤٩ ذات معدلات الخصوبة المرتفعة التي توافرت بيانات بشأنها، مما يُشير إلى أن الحد من الإنجاب كان مستمرا. وفي البلدان التي تراجع فيها متوسط العمر عند الحمل، بلغ متوسط معدل الانخفاض ٠,٨ سنة لكل عقد في البلدان ذات معدلات الخصوبة المتوسطة و ٠,٥ سنة لكل عقد في البلدان ذات معدلات الخصوبة العالية. أما في البلدان التي انخفض فيها متوسط عمر المرأة عند الحمل، فقد اتجهت معدلات الخصوبة نحو الارتفاع عن البلدان التي ارتفع فيها متوسط عمر المرأة عند الحمل: واختلفت مستويات متوسط الخصوبة الإجمالية بمعدل طفل واحد لكل امرأة من بين البلدان ذات الخصوبة المتوسطة (٤,٠ مقابل ٣,٠ طفل لكل امرأة) وبمعدل ٠,٤ طفل لكل امرأة فيما بين البلدان ذات الخصوبة العالية (٦,١ مقابل ٥,٧ طفل لكل امرأة).

٣١ - وخلاصة القول، أنه في حين كان الاتجاه السائد في البلدان ذات معدلات الخصوبة المنخفضة هو تأجيل الحمل والإنجاب، كانت حالات الانخفاض في متوسط العمر عند الإنجاب أمرا شائعا في كل من البلدان ذات معدلات الخصوبة المتوسطة والعالية على حد سواء، حيث كانت المرأة، وبصورة متزايدة، تحدد من عدد ما تنجبه من الأطفال.

خامسا - الخصوبة في مرحلة المراهقة

٣٢ - عندما تكون المرأة شابة صغيرة جدا لدى إنجاب طفلها الأول، يُرجح أن تكون أكثر عرضة للمعاناة من مضاعفات الحمل والولادة. وبشكل خاص، فإن حمل المرأة بطفل قبل بلوغها سن ١٥ عاما، أمر محفوف بالمخاطر لكل من الأم والطفل. ويكون خطر حدوث مضاعفات منخفضا عندما تكون الأم في سن ١٨ عاما ويظل منخفضا لعدة سنوات، ثم يبدأ مرة أخرى في الارتفاع. وفي معظم المجتمعات، تُحدد سن الرشد القانونية والحد الأدنى القانونية لسن الزواج بـ ١٨ عاما (من بين البلدان التي قدمت تقارير وعددها ١٠٧ بلدا، حدد ٩٥ بلدا حداً أدنى للسنة هو ١٨ عاما فما فوق). ومع ذلك، يتم الزواج في بعض البلدان في أعمار أصغر^(٩). وقد أدرك المجتمع الدولي منذ فترة طويلة أن الشباب وخصوصا الفتيات، يتعرضون في المرحلة الانتقالية من المراهقة إلى البلوغ، لضغوط اجتماعية واقتصادية يمكن أن تجعل منهم عرضة لنشاط جنسي غير محمي والحمل في سن مبكرة. ولذلك السبب، تُركز إحدى غايات الأهداف الإنمائية للألفية على الحد من معدل الخصوبة في مرحلة المراهقة، وبعبارة أخرى، الحد من معدل المواليد في المرحلة العمرية من ١٥ إلى ١٩ عاما^(١٠).

٣٣ - ويرتبط معدل الخصوبة في مرحلة المراهقة ارتباطا وثيقا بنسبة النساء اللاتي تتراوح أعمارهن من ١٥ إلى ١٩ عاما وسبق لهن الزواج أو عشن في اقتران غير شرعي (انظر الشكل الرابع). وفي معظم البلدان حيث يكون ربع عدد النساء على الأقل ممن تتراوح أعمارهن من ١٥ إلى ١٩ عاما متزوجات، يكون معدل الخصوبة في مرحلة المراهقة أعلى من ١٠٠ ولادة لكل ١٠٠٠ امرأة. وهكذا، ففي نصف البلدان الـ ٣٦ ذات معدلات الخصوبة المرتفعة التي تتوافر بيانات بشأنها، تتجاوز نسبة النساء اللاتي تتراوح أعمارهن من ١٥ إلى ١٩ عاما وسبق لهن الزواج ٢٥ في المائة، وفي جميع تلك البلدان باستثناء ٣ بلدان، يتجاوز معدل الخصوبة لدى المراهقين ١٠٠ مولود لكل ١٠٠٠ امرأة تتراوح أعمارهن من ١٥ إلى ١٩ عاما. ومن بين البلدان الـ ٤٨ ذات معدلات الخصوبة المتوسطة التي تتوافر بيانات بشأنها، كان في ٤ بلدان منها فقط ما يزيد على ربع عدد النساء اللاتي تتراوح أعمارهن من ١٥ إلى ١٩ عاما قد سبق لهن الزواج؛ وفي ٣ بلدان منها

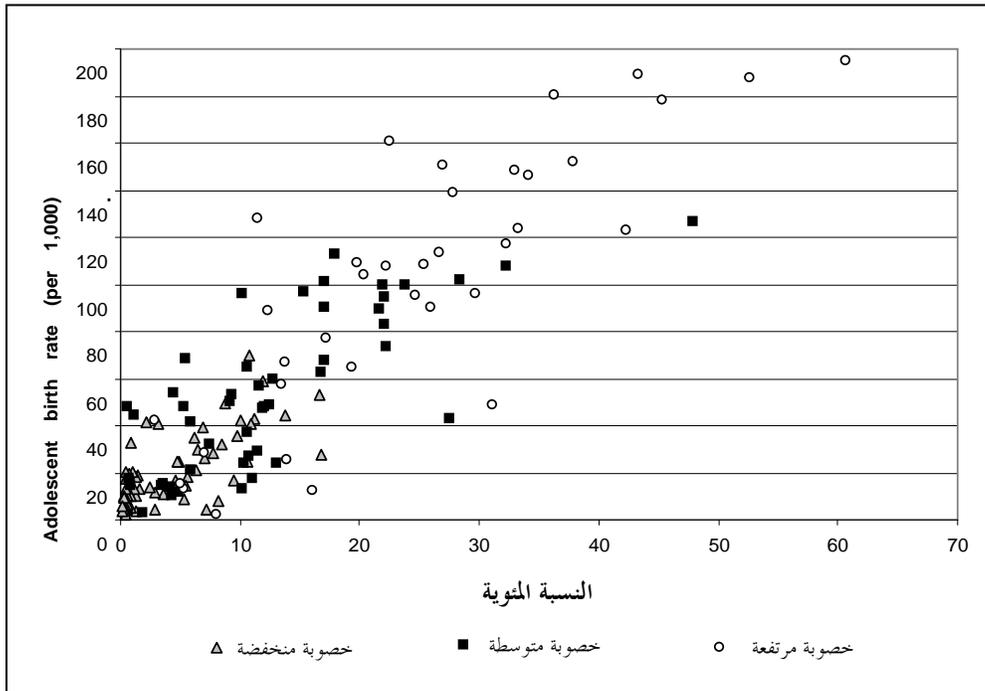
(٩) هناك ما لا يقل عن ١٢ بلدا لديها حد أدنى للسنة القانونية للزواج هو ١٨ عاما. وتُحدد هذه السنة بـ ١٧ عاما في أذربيجان وأرمينيا وإسرائيل وأوزبكستان وأوكرانيا وتوغو وغينيا؛ وبـ ١٦ عاما في باكستان ورومانيا ومالطا؛ وبـ ١٥ عاما في الكاميرون؛ وبـ ١٤ عاما في دولة بوليفيا المتعددة القوميات.

(١٠) تم اختيار هذا النطاق العمري على أساس البيانات المتاحة وهو ليس مثاليا لقياس حالات الولادة بين النساء دون السنة القانونية.

(هي: بنغلاديش ونيبال ونيكاراغوا) كانت معدلات الخصوبة لدى المراهقين أكثر من ١٠٠ ولادة لكل ١٠٠٠ امرأة ممن تتراوح أعمارهن من ١٥ إلى ١٩ عاما.

الشكل الرابع

المتوسط التقديري لمعدل الخصوبة لدى المراهقين في عام ٢٠٠٥ مقارنة بالنسبة المتوية للنساء في الفئة العمرية ١٥-١٩ عاما ممن سبق لهن الزواج، حسب آخر البيانات المتوفرة



٣٤ - ويعتبر معدل الخصوبة لدى المراهقين منخفضا عموما في البلدان ذات الخصوبة المنخفضة، ويعزى بصورة جزئية إلى أن عددا قليلا جدا ممن تتراوح أعمارهن من ١٥ إلى ١٩ عاما متزوجات. وفي ثلاثة أرباع البلدان الـ ٦٠ ذات معدلات الخصوبة المنخفضة التي تتوافر بيانات بشأنها، لا تتعدى نسبة النساء في تلك الفئة العمرية اللائي سبق لهن الزواج ٧,٣ في المائة. وقد وصل أعلى معدل للخصوبة لدى المراهقين في البلدان ذات معدلات الخصوبة المنخفضة إلى ٧٠ ولادة لكل ١٠٠٠ من النساء اللائي تتراوح أعمارهن من ١٥ إلى ١٩ عاما، بيد أنه في ثلاثة أرباع البلدان ذات معدلات الخصوبة المنخفضة، كانت معدلات الخصوبة في مرحلة المراهقة أقل من ٣٠ ولادة لكل ١٠٠٠ امرأة. وفي المقابل، تصل معدلات الخصوبة في مرحلة المراهقة في ثلاثة أرباع البلدان ذات معدلات

الخصوبة المرتفعة إلى أعلى من ٦٣ ولادة لكل ١٠٠٠ امرأة، وفي نصف عدد البلدان ذات معدلات الخصوبة المتوسطة إلى أعلى من ٤٩ ولادة لكل ١٠٠٠ امرأة.

٣٥ - وفي الفترة بين عامي ١٩٩٠ و ٢٠٠٥، انخفض معدل الخصوبة في مرحلة المراهقة في جميع الدول ال ١٧٧ المتوفر بيانات بشأنها باستثناء ٢٥ بلدا. وكانت هذه الانخفاضات نسبيا، في البلدان ذات معدلات الخصوبة المرتفعة عموما أصغر منها في البلدان ذات معدلات الخصوبة المتوسطة، وكانت هذه بدورها، أصغر منها في البلدان ذات معدلات الخصوبة المنخفضة. وفي نصف عدد البلدان ذات معدلات الخصوبة المرتفعة على الأقل وحوالي ربع عدد البلدان ذات معدلات الخصوبة المتوسطة كانت نسبة النساء في الفئة العمرية ١٥-١٩ عاما ممن سبق لهن الزواج مرتفعة نسبيا، ولذلك فإن التخفيضات في معدل الولادة لدى المراهقات قد يتوقف على الحد من الميل إلى الزواج في سن مبكرة. وإضافة إلى ذلك، ينبغي أن تكون كفاءة حصول الشابات المتزوجات على خدمات الصحة الإنجابية مسألة ذات أولوية. وفي البلدان حيث تكون معدلات الخصوبة في مرحلة المراهقة مرتفعة نسبيا، رغم عدم وجود أية امرأة تقريبا من الفئة العمرية ١٥-١٩ عاما ممن سبق لها الزواج، ينبغي أن تكون مسألة كفاءة وصول الشابات العازبات إلى برامج الصحة الإنجابية، جزءا من أية استراتيجية لتخفيض معدلات الخصوبة لدى المراهقين.

٣٦ - وتُعد زيادة مستوى التحصيل العلمي للفتيات وسيلة هامة أخرى للحد من حالات الزواج المبكر وتخفيض معدلات الخصوبة في مرحلة المراهقة. فعندما تستمر المراهقات في الدراسة لفترة أطول، فإن من الأرجح أن يقمن بتأجيل مسألتي الزواج والإنجاب. وفي ٢٤ بلدا من البلدان ذات معدلات الخصوبة المرتفعة في أفريقيا، كان معدل الولادة لدى النساء اللاتي تتراوح أعمارهن من ١٥ إلى ١٩ عاما ولم يحصلن على أي تعليم أعلى بأربع مرات منه لدى النساء اللاتي حصلن على تعليم ثانوي أو مستويات أعلى من التعليم^(١١). وفي الهند، كان لدى ٣٣ في المائة من النساء اللاتي تتراوح أعمارهن من ١٥ إلى ١٩ ولم يحصلن على أي تعليم ولدى ٢٢ في المائة من أولئك اللاتي حصلن على تعليم ابتدائي فقط طفل واحد مقارنة بـ ٩ في المائة فقط من أولئك اللاتي حصلن على بعض التعليم الثانوي^(١٢). وحتى في البلدان ذات معدلات الخصوبة المنخفضة، من المحتمل أن يكون لدى

(١١) تقرير الأهداف الإنمائية للألفية لعام ٢٠١٠ (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع E.10.I.7).

(١٢) المجلد الإحصائي للاستقصاءات الديمغرافية والصحية لعام ٢٠١٠ (متاح على: www.statcompiler.com).

الشابات اللائي حصلن على مستوى منخفض من التعليم عدد من الأطفال أكثر من أقرانهن اللائي حصلن على مستوى أفضل من التعليم^(١٣).

٣٧ - وتعد مسألة الخصوبة في مرحلة المراهقة الشغل الشاغل بالنسبة لمعظم الحكومات (٨٧ في المائة في عام ٢٠٠٩)، ولدى كثير منها سياسات أو برامج لمعالجتها^(١٤). وتوجد هذه السياسات في البلدان ذات معدلات الخصوبة المتوسطة (توجد لدى ٨٧ في المائة منها سياسات من هذا القبيل) بشكل أكثر شيوعاً مما عليه الحال في البلدان ذات معدلات الخصوبة المنخفضة (٧٣ في المائة) أو في البلدان ذات معدلات الخصوبة العالية (٨١ في المائة). وتشمل البرامج توفير الدعم للمؤسسات العامة والمنظمات غير الحكومية التي تقدم التدريب للمراهقات على المهارات الحياتية والصحة الإنجابية والتربية الجنسية. وجرى الترويج لعملية إسداء المشورة إلى الشباب من أقرانهم وتنظيم دورات توجيهية للآباء. وجرى تقديم التدريب ذي الصلة في أطر غير رسمية، وكذلك في مراكز التدريب المهني ونوادي الشباب. فالمرهقون في العالم بأسره يريدون بل ويحتاجون إلى الحصول على معلومات موثوقة بما عن الصحة الجنسية والإنجابية. واشتملت البرامج الخاصة بالتربية الجنسية والوقاية من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية على المبادئ التوجيهية بشأن أفضل السبل لإشراك الشباب في عملية التأمل والتفكير الناقد والمناقشة بهدف بناء الثقة بالنفس واكتساب مهارات حل المشاكل لكي يتمكنوا من اتخاذ قرارات مسؤولة فيما يتعلق بالسلوك الجنسي والإنجابي. وقد ساهمت هذه البرامج في تأخير بدء النشاط الجنسي، وتجنب حالات الحمل غير المرغوب فيه ومنع السلوك الجنسي المحفوف بالمخاطر بين الشباب^(١٥).

سادسا - استخدام وسائل منع الحمل والحاجة التي لم تلب لتنظيم الأسرة

٣٨ - إن استخدام موانع الحمل، ولا سيما الطرق الحديثة منها، هو الوسيلة المعتادة التي يُمارس بها الأزواج والأفراد السيطرة على عدد ما ينجبونه من الأطفال. ومنذ أدخلت وسائل منع الحمل الحديثة في عقد الستينيات من القرن الماضي، زاد استخدامها بشكل ملحوظ بين المتزوجين أو المقترنين اقترانا غير شرعي، ولا سيما في التجمعات السكانية التي انخفض فيها معدل الخصوبة الإجمالي. وكان متوسط معدل انتشار وسائل منع الحمل، مقيسا بنسبة النساء اللائي تتراوح أعمارهن من ١٥ إلى ٤٩ عاما والمتزوجات أو يعشن مع شريك

(١٣) سوشيل سينغ وآخرون، "الحرمان الاجتماعي والاقتصادي والسلوك الجنسي والإنجابي للمراهقات: حالة البلدان الخمسة المتقدمة النمو"، منظور تنظيم الأسرة، المجلد ٣٣، رقم ٦ (٢٠٠١).

(١٤) السياسات السكانية في العالم لعام ٢٠٠٩ (منشورات الأمم المتحدة، رقم المبيع E.09.XIII.14).

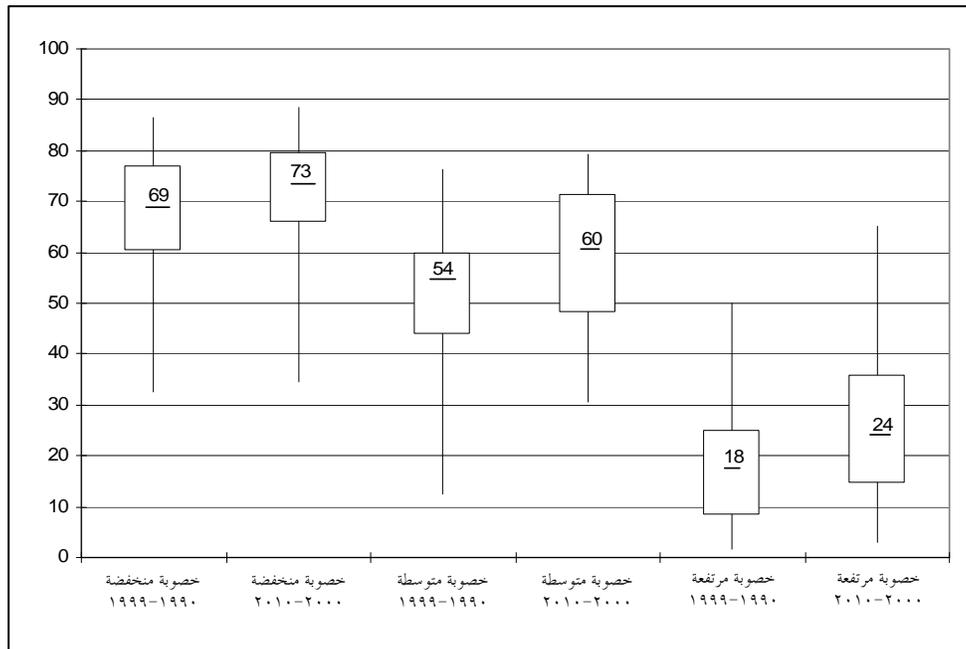
(١٥) صندوق الأمم المتحدة للسكان، الصحة الإنجابية الجنسية للجميع: الحد من الفقر ودفع عجلة التنمية وحماية حقوق الإنسان (متاح على: http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2010/uahr_report_2010.pdf).

واللائي يستخدمن بعض وسائل منع الحمل، قد بلغ ٧٢ في المائة في البلدان المتقدمة النمو و ٦١ في المائة في البلدان النامية في عام ٢٠٠٩؛ ومن بين مستعملي وسائل منع الحمل، بلغت نسبة الذين يعتمدون على الوسائل الحديثة لمنع الحمل ٨٥ في المائة من المستعملين في البلدان المتقدمة النمو و ٩٠ في المائة في البلدان النامية.

٣٩ - ويميل انتشار وسائل منع الحمل إلى أن يكون في البلدان ذات معدلات الخصوبة المتوسطة والمنخفضة أعلى منه في البلدان ذات معدلات الخصوبة المرتفعة (انظر الشكل الخامس). وتشير البيانات المتعلقة بعقد التسعينيات من القرن الماضي وأواخر العقد الأول من الألفية الثالثة، إلى أن انتشار وسائل منع الحمل زاد في ٦٢ في المائة من البلدان الـ ٣٤ ذات معدلات الخصوبة المنخفضة التي توافرت بشأنها بيانات، وفي ٨٩ في المائة من البلدان الـ ٣٦ ذات معدلات الخصوبة المتوسطة، وفي ٧٨ في المائة من البلدان الـ ٤٥ ذات معدلات الخصوبة المرتفعة. وارتفع متوسط معدل انتشار وسائل منع الحمل من ٦٩ في المائة إلى ٧٣ في المائة في البلدان ذات معدلات الخصوبة المنخفضة؛ ومن ٥٤ في المائة إلى ٦٠ في المائة في البلدان ذات معدلات الخصوبة المتوسطة؛ ومن النسبة المنخفضة ١٨ في المائة إلى ٢٤ في المائة في البلدان ذات معدلات الخصوبة المرتفعة.

الشكل الخامس

توزيع البلدان بحسب مستوى انتشار وسائل منع الحمل، في عقد التسعينيات من القرن الماضي والعقد الأول من الألفية الثالثة
(النسبة المئوية)

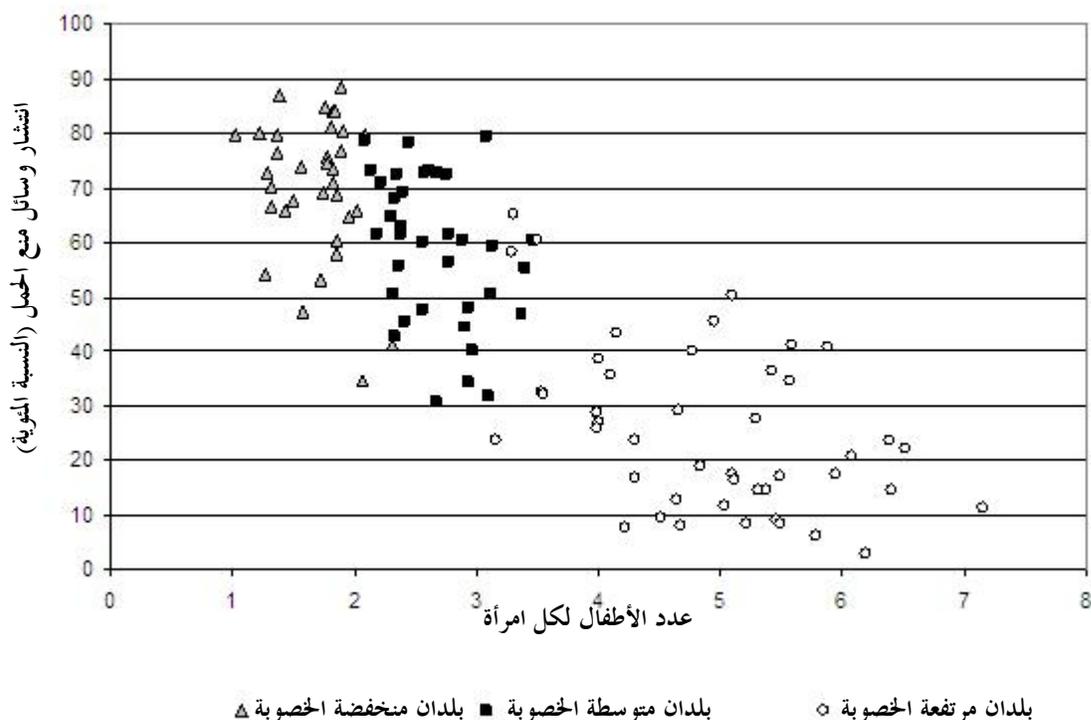


لا يزال لديها معدل انتشار منخفض جدا لوسائل منع الحمل، فقد تجاوز معدل انتشار وسائل منع الحمل في ١٥ بلدا منها نسبة ٣٠ في المائة، وفي أربعة بلدان تخطى نسبة ٥٠ في المائة. وفيما بين البلدان ذات معدلات الخصوبة المتوسطة، يُوجد لدى ٧٢ في المائة منها معدل انتشار لوسائل منع الحمل أعلى من ٥٠ في المائة ويُوجد ارتفاع مماثل في معدل انتشار وسائل منع الحمل بشكل مشترك فيما بين البلدان ذات معدلات الخصوبة المنخفضة (٩١ في المائة لديها مستوى تجاوز نسبة ٥٠ في المائة). وبشكل عام، يرتبط انخفاض معدل انتشار وسائل منع الحمل بارتفاع معدل الخصوبة، لكن كما هو مبين في الشكل السادس، بالنسبة لمستوى معين من الخصوبة الكلية، هناك تباين كبير في معدل انتشار وسائل منع الحمل. وفيما بين البلدان ذات معدلات الخصوبة الإجمالية التي تتراوح من ١,٠ إلى ٣,٠ طفل لكل امرأة، يتباين معدل انتشار وسائل منع الحمل بشكل خاص، من مستوى منخفض يبلغ ٣١ في المائة في بوتان إلى مستوى مرتفع يبلغ ٨٨ في المائة في النرويج. ويعني هذا الاختلاف أن هناك عوامل أخرى غير المعدلات العامة لانتشار وسائل منع الحمل تُعتبر هامة في تحديد مستويات الخصوبة، بما في ذلك فعالية الأساليب المستخدمة، وانتشار حالات الزواج، والطلاق والانفصال، وحالات الحمل خارج إطار الزواج، وحالات الإجهاض.

الشكل السادس

أحدث مستويات استعمال وسائل منع الحمل بالمقارنة مع الخصوبة الكلية خلال الفترة

٢٠١٠-٢٠٠٥



٤١ - ويختلف مدى اعتماد النساء على وسائل منع الحمل الحديثة أيضا حسب فئة البلدان. فمن بين البلدان المرتفعة الخصوبة البالغ عددها ٥٣ بلدا التي تتوفر بشأنها بيانات عن العقد الأول من الألفية الثالثة، يشهد ٤٢ منها انخفاضا شديدا في استعمال وسائل منع الحمل الحديثة، إذ يتراوح انتشار وسائل منع الحمل الحديثة لديها بين ١ في المائة في الصومال و ٢٨ في المائة في مدغشقر. وفي باقي البلدان المرتفعة الخصوبة، يقل انتشار وسائل منع الحمل الحديثة عموما عن ٤٠ في المائة. والاستثناء الوحيد لذلك هما هندوراس، حيث تبلغ النسبة بها ٥٦ في المائة، والجمهورية العربية السورية، التي تبلغ النسبة بها ٤٨ في المائة. وعلاوة على ذلك، ففي ١١ بلدا من البلدان المرتفعة الخصوبة، يعتمد أكثر من ٤٠ في المائة من مستعملي وسائل منع الحمل على الوسائل التقليدية لمنع الحمل، وهي أقل فعالية من الوسائل الحديثة.

٤٢ - وبالمقارنة مع النساء في البلدان المرتفعة الخصوبة، فإن من الأرجح أن تقوم النساء في البلدان المتوسطة الخصوبة باستعمال وسائل منع الحمل الحديثة. ويزيد انتشار وسائل منع الحمل الحديثة عن ٣٠ في المائة في ٤٠ بلدا من البلدان المتوسطة الخصوبة البالغ عددها ٤٣ بلدا التي تتوفر بيانات بشأنها، وفي بلد واحد فقط من البلدان المتوسطة الخصوبة، وهو غابون، يعتمد أكثر من ٤٠ في المائة من مستعملي وسائل منع الحمل على الأساليب التقليدية. ولا تستخدم وسائل منع الحمل الحديثة باتساق بشكل كبير فيما بين البلدان ذات الخصوبة المنخفضة التي تتوفر بيانات بشأنها البالغ عددها ٤٢ بلدا. ومن ثم، ففي تسعة بلدان منخفضة الخصوبة يقل انتشار وسائل منع الحمل الحديثة عن ٣٠ في المائة، بما في ذلك أرمينيا وأذربيجان وألبانيا والبوسنة والهرسك والجبل الأسود وجمهورية مقدونيا اليوغوسلافية السابقة وجورجيا وصربيا وملديف. وبالإضافة إلى ذلك، ففي عشرة بلدان منخفضة الخصوبة، لا يزال ٤٠ في المائة أو أكثر من مستعملي وسائل منع الحمل يعتمدون على الوسائل التقليدية.

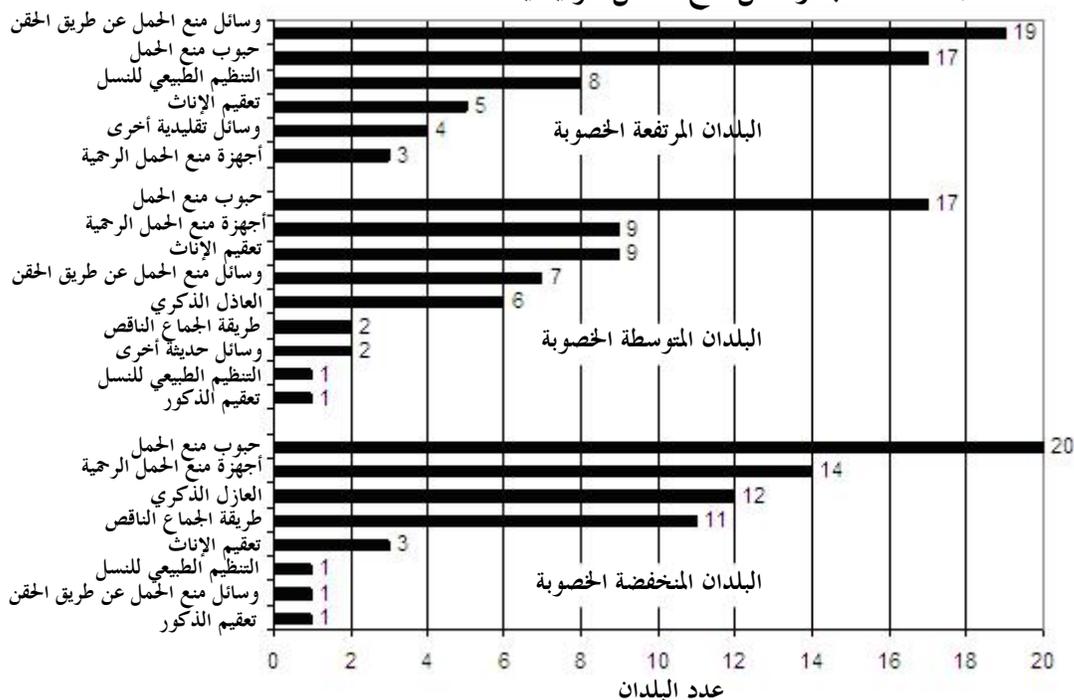
٤٣ - وفي نحو جميع البلدان التي تتوفر عنها بيانات بشأن مزيج الوسائل السائد لديها بين مستعملي وسائل منع الحمل، يبدو أن ثمة تركيزاً على استعمال وسيلة أو وسيلتين. ففي ٥٩ في المائة من البلدان البالغ عددها ١٧٣ بلدا التي تتوفر عنها بيانات بشأن مزيج الوسائل السائد لديها، هناك وسيلتان تشكلان ما لا يقل عن ٦٠ في المائة من استعمال وسائل منع الحمل بشكل عام. وبالإضافة إلى ذلك، ففي ما يقرب من نصف البلدان الجاري دراستها، تشكل وسيلة واحدة ما لا يقل عن ٤٠ في المائة من وسائل منع الحمل المستخدمة. وتختلف الوسيلة الرئيسية المستخدمة اختلافا كبيرا بين البلدان (انظر الشكل السابع). وفيما بين البلدان المنخفضة الخصوبة البالغ عددها ٦٣ بلدا التي تتوفر عنها بيانات،

ثمة وسيلتان حديثتان وفعالتان للغاية، وهما حبوب منع الحمل وهي الوسيلة الرئيسية في ٢٠ بلدا والأجهزة الرحمية لمنع الحمل التي هي الوسيلة الرئيسية في ١٤ بلدا، وتسود وسيلتان لمنع الحمل من جانب الذكور (العازل الذكري والجماع الناقص) في الطبقة التالية من البلدان. ويأتي تعقيم الإناث بعد ذلك، وهو الوسيلة الرئيسية المستخدمة في البرازيل وبورتوريكو وملديف. ووسيلة التنظيم الطبيعي للنسل، والحقن، وتعقيم الذكور هي الوسائل الأكثر استخداما في بولندا، وميانمار، وكندا، على التوالي. وفي عدة بلدان منخفضة الخصوبة، فإن الوسيلتين الأكثر شيوعا هما من جانب الذكور (العازل الذكري والجماع الناقص)، بما في ذلك في ألبانيا وبلغاريا والبوسنة والهرسك وصربيا ومالطا واليابان واليونان.

٤٤ - والوسائل الحديثة لمنع الحمل هي التي يسود استخدامها فيما بين البلدان المتوسطة الخصوبة البالغ عددها ٥٤ بلدا التي تتوفر بيانات بشأنها. وحبوب منع الحمل هي الوسيلة الأكثر استخداما في أكبر عدد من البلدان المتوسطة الخصوبة (١٧ بلدا)، يليها الأجهزة الرحمية لمنع الحمل وتعقيم الإناث، حيث تشكل كل منها الوسيلة الرئيسية في تسعة بلدان. ويأتي بعد ذلك الحقن والعازل الذكري. والجماع الناقص هو الوسيلة الأكثر استخداما في البحرين وتركيا، وتسود مجموعة من الأساليب الحديثة الأخرى في المكسيك وفنزويلا (جمهورية - البوليفارية)، والتنظيم الطبيعي للنسل هو الوسيلة المفضلة في غابون، وتعقيم الذكور هو الوسيلة الرئيسية في بوتان.

الشكل السابع

عدد البلدان حسب وسائل منع الحمل الرئيسية المستخدمة



٤٥ - يقل التنوع بشكل طفيف في الأساليب التي يسود استخدامها في البلدان المرتفعة الخصوبة. ومن أصل ٥٦ بلداً يتاح بيانات بشأنها، فإن الحقن هو الوسيلة المفضلة لمنع الحمل في ١٩ بلداً والحبوب هي الوسيلة الرئيسية المستخدمة في ١٧ بلداً، من البلدان المرتفعة الخصوبة. والطريقة التالية الأكثر شيوعاً لمنع الحمل هي وسيلة التنظيم الطبيعي للنسل (السائدة في ثمانية بلدان)، وتعقيم الإناث (وهو وسيلة رئيسية في خمسة بلدان)، وأساليب تقليدية أخرى (وهي الوسائل المفضلة في أربعة بلدان) والأجهزة الرحمية لمنع الحمل (السائدة في ثلاثة بلدان). وفي البلدان التي لا تكون الوسيلة السائدة بها عالية الفعالية، تكون الوسيلة الثانية الأكثر استخداماً عموماً على قدر كبير من الفعالية. وهناك استثناءات من ذلك تشمل كلاً من بنن وتوغو وجمهورية الكونغو الديمقراطية والكاميرون والكونغو، حيث يكون التنظيم الطبيعي للنسل هو الوسيلة الأكثر استخداماً يليها العازل الذكري أو الجماع الناقص.

٤٦ - ولم تتحقق بعد إمكانية الوصول إلى أوسع نطاق ممكن من وسائل منع الحمل المأمونة والفعالة في كثير من البلدان. وفي البلدان التي لا يزال المستعملون فيها يعتمدون إلى حد كبير على الوسائل ذات معدلات الفشل العالية أو التي لا تتوفر فيها إمكانية كافية للوصول إلى الوسائل المأمونة المناسبة لأغراض تحديد النسل في الأجل الطويل، فلا يتم بها تلبية الاحتياجات. وثمة أهمية خاصة لإتاحة إمكانية الوصول إلى مجموعة واسعة من وسائل منع الحمل من أجل الحد من إمكانية التوقف عن استعمال وسائل منع الحمل. وقد أجريت دراسة في ثمانية بلدان توصلت إلى أن نسبة من النساء تتراوح بين ١٤ و ٥٨ في المائة تتوقف عن استعمال حبوب منع الحمل بعد سنة من الاستخدام، وتتراوح بين ٦ و ٣٦ في المائة بالنسبة لأجهزة منع الحمل الرحمية، وبين ١٨ و ٦٨ في المائة بالنسبة لحقن منع الحمل^(١٦). وتميل معدلات التوقف إلى الانخفاض في البلدان التي تتسم فيها خدمات تنظيم الأسرة بالاستباقية في استحداث وسائل جديدة لمنع الحمل، كحبوب منع الحمل التي تتكون فقط من البروجستين، وعندما يكون هناك تركيز على تقديم المشورة والمتابعة، وعندما تتوفر لديها خدمات إحالة ملائمة لأية مضاعفات قد تنشأ.

٤٧ - ورغم التقدم المحرز في الكثير من البلدان في توسيع فرص الحصول على وسائل منع الحمل، لا تزال ثمة فوارق واسعة النطاق فيما بين البلدان، حيث تواجه الشرائح السكانية الأصغر سناً والأقل تعليماً والأكثر فقراً والشرائح الريفية، عوائق أكبر تحول دون الوصول إلى

(١٦) Sarah Bradley and others, "Levels, trends, and reasons for contraceptive discontinuation", DHS Analytical Studies No. 20 (Calverton, Maryland, ICF Macro, 2009).

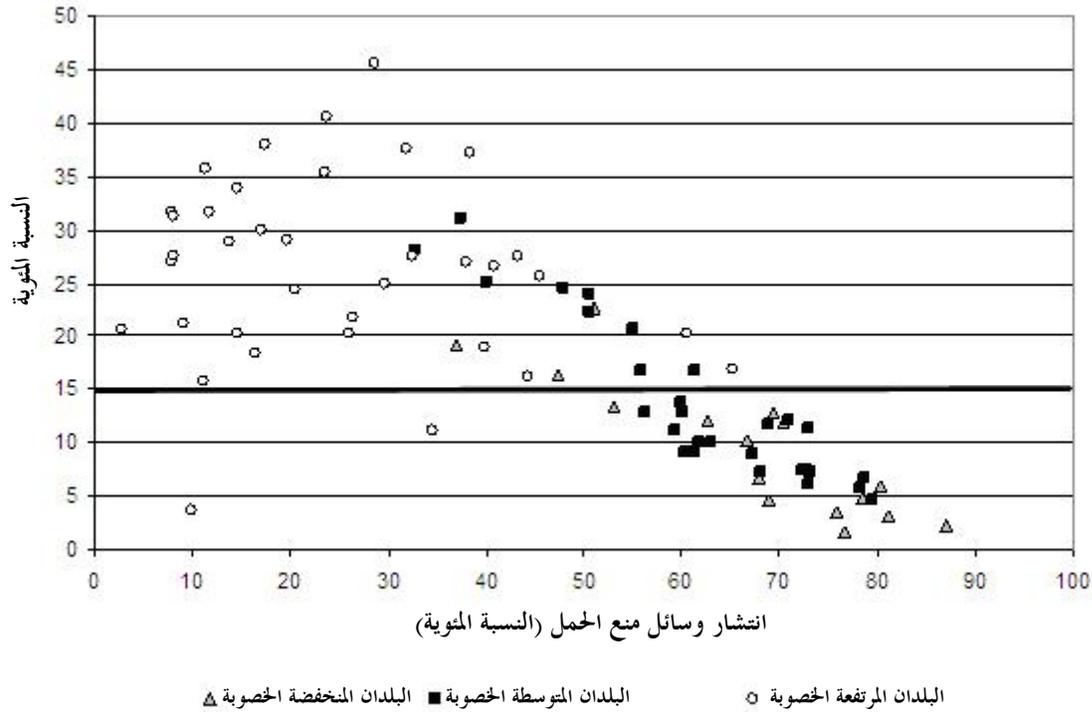
خدمات تنظيم الأسرة. وتشير البيانات المتاحة عن ٦٤ بلدا ناميا إلى وجود تفاوت كبير في استخدام وسائل منع الحمل في جميع المناطق الإقليمية باستثناء منطقة آسيا الوسطى، وإلى أن هذه التفاوتات تلاحظ بشكل خاص في البلدان المرتفعة الخصوبة في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى^(١٧).

٤٨ - ومن المؤشرات المفيدة للحاجة إلى خدمات تنظيم الأسرة نسبة النساء القادرات على الإنجاب المتزوجات أو اللاتي يعشن مع شريك ممن يرغبن في تأخير حملهن التالي، أو في وقف الإنجاب تماما، ولكنهن لا يستخدمن أية وسيلة من وسائل منع الحمل. وتكون الاحتياجات غير الملباة عادة منخفضة عندما يكون عدد الأطفال المرغوب فيه عاليا، وترتفع الاحتياجات بانخفاض عدد الأطفال المرغوب فيه، ثم تنخفض مع انتشار استعمال وسائل منع الحمل على نطاق واسع وتوزيعها توزيعا عادلا. وتميل الاحتياجات غير الملباة إلى الانخفاض عند زيادة انتشار وسائل منع الحمل والعكس صحيح. وفي كل من البلدان المتوسطة والمنخفضة الخصوبة، تنخفض الاحتياجات غير الملباة عموما، لا سيما بالمقارنة مع مدى انتشار وسائل منع الحمل (انظر الشكل الثامن). وفي المقابل، فإن الاحتياجات غير الملباة أعلى من مدى انتشار وسائل منع الحمل في ٢١ بلدا من البلدان المرتفعة الخصوبة التي تتوفر عنها بيانات والبالغ عددها ٣٦ بلدا، وفي جميع هذه البلدان فيما عدا بلدين (تيمور - ليشتي وجزر سليمان)، تزيد نسبة النساء اللاتي لم تلب احتياجاتهن لخدمات تنظيم الأسرة عن امرأة في كل ست نساء متزوجات. وبالمثل أبلغت تسعة بلدان من البلدان المتوسطة الخصوبة البالغ عددها ٢٩ بلدا التي تتوفر بيانات بشأنها، عن ارتفاع مستويات الاحتياجات غير الملباة، وكذلك ثلاثة من البلدان المنخفضة الخصوبة البالغ عددها ١٦ بلدا التي تتوفر بيانات بشأنها (أذربيجان وجورجيا وميانمار). وفي تلك البلدان البالغ عددها ١٢ بلدا، تتراوح الاحتياجات غير الملباة بين ١٦ و ٣١ في المائة، وهي مستويات أقل من تلك التي أبلغت عنها البلدان المرتفعة الخصوبة البالغ عددها ١١ بلدا التي بها أعلى مستويات الاحتياجات غير الملباة (من ٣٠ إلى ٤٦ في المائة).

(١٧) Nuriye Ortayli and Shawn Malarcher, "Equity analysis: identifying who benefits from family planning programs", *Studies in Family Planning*, vol. 41, No. 2 (2010).

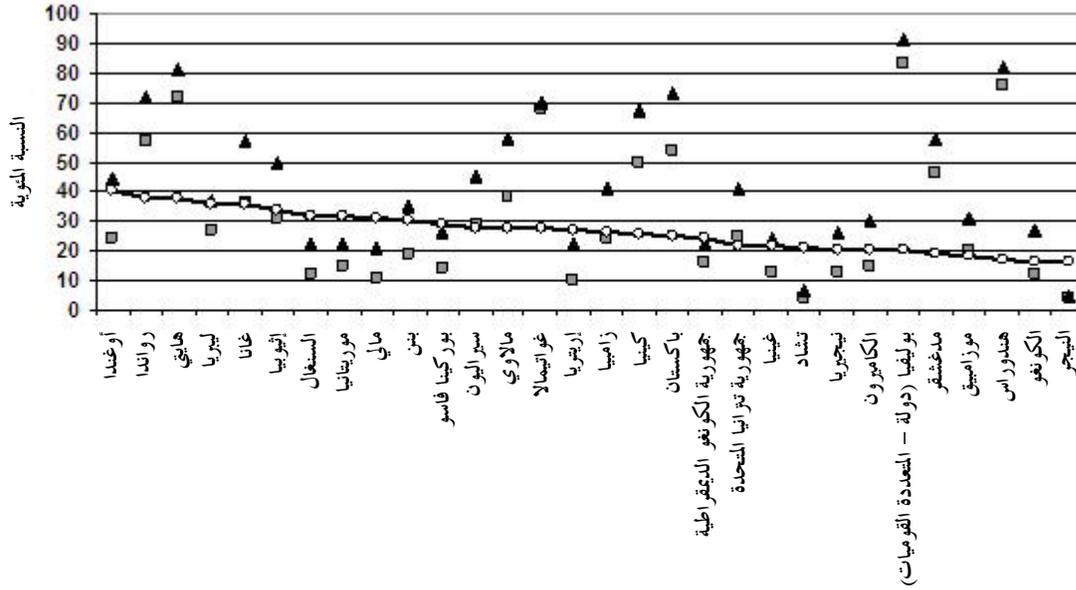
الشكل الثامن

الاحتياجات غير الملباة لخدمات تنظيم الأسرة مقابل انتشار وسائل منع الحمل



٤٩ - تتعلق الاحتياجات غير الملباة بمدى الرغبة في الأطفال، وفي كثير من البلدان المرتفعة الخصوبة، يرغب الأزواج في إنجاب العديد من الأطفال. ومع ذلك، تشير الدلائل إلى تغير الرغبات، وإلى أنه في بعض البلدان المرتفعة الخصوبة، فإن نسبة النساء اللاتي لا يردن المزيد من الأطفال بعد الطفل الثالث أو الرابع هي نسبة عالية. ويبين الشكل التاسع، أن مستويات الاحتياجات غير الملباة في ٢٢ بلداً من البلدان المرتفعة الخصوبة البالغ عددها ٣٠ بلداً التي هي موضع البحث أقل من النسبة العالية من النساء اللاتي لا يرغبن في المزيد من الأطفال بعد الطفل الرابع. ومع ذلك، لا يزال هناك ما لا يقل عن ثمانية بلدان تبلغ فيها نسبة النساء المتزوجات اللاتي يردن إنجاب المزيد من الأطفال بعد الطفل الرابع ٧٨ في المائة أو أكثر. وفي هذه الفئات السكانية، ستكون تلبية الاحتياجات الحالية المنخفضة غير الملباة لتنظيم الأسرة مجرد خطوة أولى في عملية التحول إلى انخفاض الخصوبة ويجب أن تكون مدعومة باستراتيجيات أخرى لتغيير الأعراف فيما يتعلق بعدد الأطفال المطلوب.

الشكل التاسع
النسبة المئوية للنساء اللاتي لا يرغبن في إنجاب المزيد من الاطفال حسب عدد الاطفال
لديهن والاحتياجات غير الملابة لخدمات تنظيم الأسرة، في البلدان المرتفعة الخصوبة



□ لا يرغبن في المزيد من الاطفال بعد الطفل الثالث ▲ لا يرغبن في المزيد من الاطفال بعد الطفل الرابع ○ لديهن احتياجات غير ملابة

٥٠ - وخلاصة القول، أنه على الرغم من أوجه التقدم المحرزة في كفالة أن يتاح لجميع الأزواج والأفراد المعلومات والتثقيف والوسائل الكفيلة بأن يكون لديهم عدد الأطفال الذي يرغبونه، ثمّة الكثير من البلدان التي لا يزال فيها الحصول على خدمات تنظيم الأسرة متخلفاً عن احتياجات السكان. ومعظم هذه البلدان هي من البلدان المرتفعة الخصوبة والتي هي أيضاً من بين البلدان الأقل نمواً أو الأكثر فقراً في مناطق كل منها. وعلى الرغم من أن العدد المرغوب فيه من الأطفال في معظمها لا يزال مرتفعاً، تشير الدلائل إلى تغير مدى الرغبة في الأطفال وأن مستوى الاحتياجات غير الملابة لخدمات تنظيم الأسرة يتراوح ما بين معتدل ومرتفع في معظم تلك البلدان. وعلاوة على ذلك، لا تزال الاحتياجات غير الملابة معتدلة في عدد من البلدان المتوسطة والمنخفضة الخصوبة، وهناك القليل جداً من الوسائل التي يسود استخدامها في معظم البلدان، مما يشير إلى وجود مجال لزيادة مجموعة الوسائل المتاحة المأمونة والفعالة لمنع الحمل. ويمثل التركيز على تحسين الوصول إلى مجموعة واسعة من وسائل تنظيم الأسرة الأمر الأكثر إلحاحاً لأن تنظيم الأسرة، على النحو الموثق أدناه، هو نشاط فعال من

حيث التكلفة للتعجيل بتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية ذات الصلة بالصحة. وبالإضافة إلى ذلك، فإن توسيع فرص الحصول على خدمات تنظيم الأسرة يؤدي لتحريك العملية التي تتيح للأسر الأصغر حجماً توفير مزيد من الفرص لكل طفل، ويتيح تباطؤ النمو السكاني زيادة الاستثمار في صغار السن، ويمكن أن يسهم إسهاماً رئيسياً في التنمية الاقتصادية.

سابعاً - صحة الأم

٥١ - تشكل كفالة صحة الأم أولوية عالمية. وفي البلدان المنخفضة الخصوبة، يتم توفير الرعاية قبل الولادة للنساء الحوامل بشكل روتيني، وينخفض احتمال الوفاة أثناء الولادة إلى حد كبير. أما في البلدان النامية، لا سيما في البلدان المرتفعة الخصوبة، لا تزال الكثير من الحوامل يفتقرن إلى فرص الحصول على الرعاية الكافية للأمهات ويواجهن مخاطر عالية بالموت أثناء الولادة. وعلى الصعيد العالمي، ارتفع عدد النساء اللاتي في سن الإنجاب من ١,٣ بليون في عام ١٩٩٠ إلى ١,٨ بليون حالياً، وسوف يستمر في الارتفاع. وكانت هذه الزيادة وحدها كفيلة بزيادة عدد الوفيات النفاسية^(١٨)، إلا أن آخر التقديرات تشير إلى انخفاض هذه الوفيات من ٥٤٥.٠٠٠ في عام ١٩٩٠ إلى ٣٥٨.٠٠٠ في عام ٢٠٠٨^(١٩). وقد أمكن تحقيق هذا الانخفاض عن طريق تقليل الخصوبة والتي تجاوزت مجرد موازنة الزيادة في عدد النساء في سن الإنجاب، وعن طريق التحسينات في مجال الرعاية الصحية للأمهات على حد سواء. ومع ذلك، لا يزال هناك تفاوت كبير في معدلات الخصوبة وفي الحصول على الرعاية الصحية للأمهات. وحالياً، تحدث ٦٥ في المائة من الوفيات النفاسية في البلدان المرتفعة الخصوبة ومعظمها يمكن منعها. وعلاوة على ذلك، ففي حين أن البلدان المنخفضة والمتوسطة الخصوبة، كمجموعة، قد حققت انخفاضاً في إجمالي الوفيات النفاسية بنسبة ٥٥ في المائة وهي تسير على الطريق الصحيح لتحقيق هدف الحد من الوفيات النفاسية بنسبة ٧٥ في المائة بين عامي ١٩٩٠ و ٢٠١٥ وهو أحد الأهداف الإنمائية للألفية، من الأرجح أن البلدان المرتفعة الخصوبة، لن تحقق ذلك الهدف نظراً لأن الانخفاض في معدل الوفيات النفاسية لديها لم يتجاوز نسبة ٢٨ من المائة منذ عام ١٩٩٠.

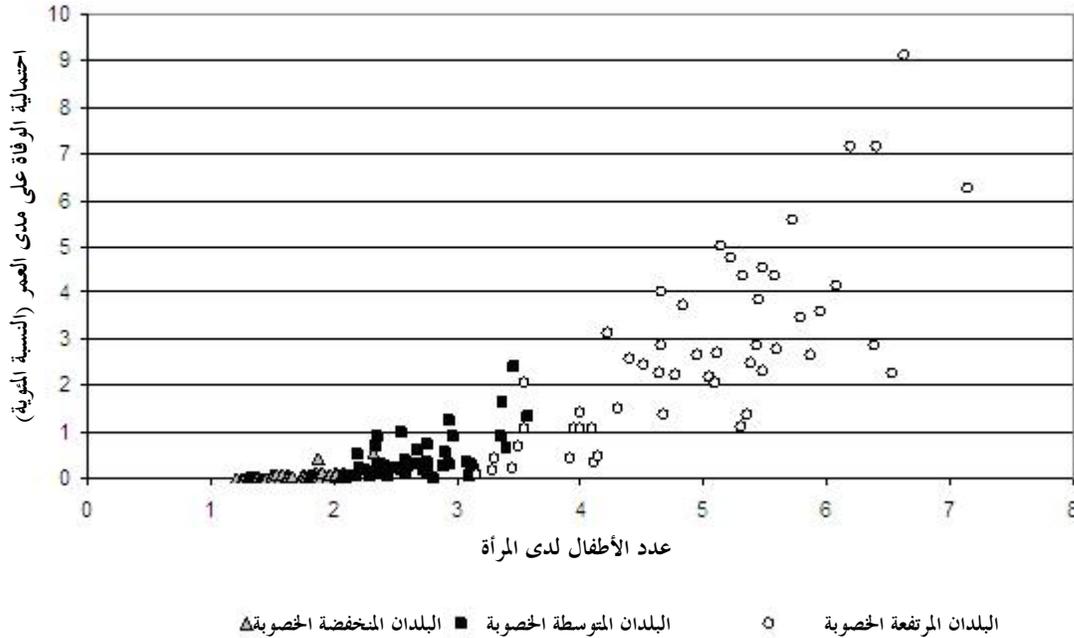
(١٨) According to the World Health Organization, a maternal death is the death of a woman while pregnant or within 42 days of termination of pregnancy, irrespective of the duration and site of the pregnancy, from any cause related to or aggravated by the pregnancy or its management but not from accidental or incidental causes.

(١٩) *Trends in Maternal Mortality: 1990-2008* (Geneva, World Health Organization, 2010)

٥٢ - ويزداد خطر الوفيات النفاسية على مدى العمر مع ارتفاع معدل الخصوبة (انظر الشكل العاشر). وقد كانت الانخفاضات السريعة في الخصوبة عادةً مقترنة بانخفاضات كبيرة في الوفيات النفاسية. ويمثل منع حالات الحمل عالية الخطورة، وهي حالات الحمل التي تحدث دون أن يفصل بينها فترة عامين على الأقل، وحالات حمل المراهقات والمسنات، أمراً مفيداً ليس فقط بالنسبة للنساء ولكن أيضاً للمحافظة على صحة وحياء أطفالهن. وتمثل إمكانية الحصول على خدمات تنظيم الأسرة، وذلك بالسماح للنساء بمنع حالات الحمل الخاطئة التوقيت أو غير المرغوبة، أمراً بالغ الأهمية في هذا الصدد. وإذا أمكن تلبية الحاجة القائمة غير الملابة لوسائل منع الحمل الحديثة، يمكن تخفيض حالات الحمل غير المرغوبة بنسبة ٧١ في المائة، ويمكن تفادي ما يقرب من ١٠٠.٠٠٠ حالة وفيات نفاسية. وفي المستقبل القريب، يتطلب الأمر توفير مبلغ إضافي قدره ٣,٦ بليون دولار (بدولارات عام ٢٠٠٨) سنوياً من أجل تنظيم الأسرة لتلبية المستويات الحالية من الاحتياجات غير الملابة^(٢٠) ولكن، مع زيادة عدد النساء في سن الإنجاب، سيتطلب الأمر زيادة التمويل.

الشكل العاشر

احتمال حدوث الوفيات لأسباب تتعلق بالولادة على مدى العمر في عام ٢٠٠٨ مقابل معدل الخصوبة الإجمالي خلال الفترة ٢٠٠٥-٢٠١٠



Susheela Singh and others, *Adding it Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health* (New York, Guttmacher Institute and United Nations Population Fund, 2009).

٥٣ - وعندما تحمل المرأة، من الضروري توفير سلسلة متصلة من الرعاية لكفالة الولادة الآمنة وصحة الأم والطفل. وتوصي منظمة الصحة العالمية بتوفير مجموعة من عناصر الرعاية للحوامل تشمل ما لا يقل عن أربع زيارات قبل الولادة إلى مرافق رعاية الأمومة، وإشراف موظفين مهرة على عمليات الولادة، واستخدام المعدات والعلاجات الملائمة، والقدرة على إحالة ونقل النساء اللاتي يتعرضن لمضاعفات إلى خدمات التوليد في الحالات الطارئة، والمتابعة وتقديم المشورة بعد الولادة. وفي كثير من البلدان النامية، ولا سيما البلدان مرتفعة الخصوبة، تفتقر النساء إلى الرعاية الكافية أثناء الحمل والولادة^(٢١). وخلال الفترة من عام ٢٠٠٣ إلى عام ٢٠٠٨ لم تستفد من أربع زيارات قبل الولادة إلا ٣٤ في المائة فقط من النساء الحوامل في المناطق الريفية و ٦٧ في المائة في المناطق الحضرية، وبلغت نسبة الحوامل اللاتي أشرف موظفون مهرة على ولادتهن ٦٣ في المائة فقط من جميع الحوامل^(٢٢). وفي بلدان أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، وجنوب آسيا، وأوقيانوسيا، كانت النسبة المئوية للنساء اللاتي أشرف موظفون مهرة على ولادتهن أقل من ذلك، إذ بلغت هذه النسب ٤٥ و ٤٦ و ٥٧ في المائة على التوالي. بل إن رعاية التوليد في حالات الطوارئ كانت أقل توفراً، حيث لم يكن هناك إلا القليل من البلدان في أفريقيا أو آسيا التي يجرى فيها العدد المتوقع إجراؤه من العمليات القيصرية في ضوء المضاعفات المتصلة بالحمل. وعلاوة على ذلك، ففي كثير من البلدان، فإن الرعاية بعد الولادة غير موجودة، مما يحرم المرأة من فرصة للحصول على المشورة الهامة لما بعد الولادة بشأن رعاية حديثي الولادة وبشأن تنظيم الأسرة. ويشكل الفقر ونقص التعليم حاجزين يعترضان الوصول إلى الرعاية الكافية للأم والطفل. وتبين الدراسات الاستقصائية الديمغرافية والصحية التي أجريت في ٣٨ بلداً أن إشراف القابلات الماهرات كان متاحاً لأقل من ٣٠ في المائة من النساء في أدنى شريحة تمثل خمس السكان من حيث الثروة بينما توفرت لما يزيد عن ٨٠ في المائة من النساء في الشريحة العليا التي تمثل خمس السكان من حيث الثروة^(٢٣). وتم كذلك توثيق أوجه عدم المساواة المرتبطة بالأصل والعرق والعوامل الاجتماعية والاقتصادية الأخرى في البلدان المتقدمة النمو.

(٢١) *Progress for Children: A Report Card on Maternal Mortality* (United Nations publication, Sales No. E.08.XX.16); *Tracking Progress in Maternal, Newborn and Child Survival: The 2008 Report* (New York, UNICEF, 2008)

(٢٢) *The Millennium Development Goals Report 2010*

(٢٣) *Countdown to 2015 Decade Report (2000–2010): Taking Stock of Maternal, Newborn and Child Survival* (Geneva, WHO and UNICEF, 2010)

٥٤ - ويؤدي الافتقار إلى خدمات التوليد المناسبة عند الولادة إلى عدد من العواقب المؤدية للعجز المترتبة على الحمل والولادة، بما في ذلك العقم، وفقر الدم الحاد، وهبوط الرحم، والناسور المهلي. وتشير التقديرات إلى أن عدد النساء اللاتي يعانين من هذه العواقب يبلغ ٣٠٠ مليون امرأة، بما في ذلك ما لا يقل عن مليوني امرأة يعانين من الناسور المهلي الذي لم تتم معالجته^(٢٤). ويؤدي تشويه أو قطع الأعضاء التناسلية للإناث إلى زيادة خطر حدوث مضاعفات عند الولادة. وكثيراً ما يؤدي فقر الدم، الذي يؤثر على ٤٢ في المائة من الحوامل، والذي يتفاقم بفعل الملاريا والإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وغيرها من الأمراض، إلى زيادة خطر التزيف، الذي كان السبب في ٣٥ في المائة من الوفيات النفاسية خلال الفترة من ١٩٩٧ إلى ٢٠٠٧. وكانت اضطرابات ارتفاع ضغط الدم المقترنة بالحمل، والمضاعفات الناجمة عن الإجهاض غير المأمون والإنتان النفاسي هما سببان للوفيات النفاسية يأتيان في المرتبة التالية من حيث الانتشار، وهما يمثلان نسبة ١٨,٩ و ٨ في المائة من الوفيات النفاسية خلال الفترة من ١٩٩٧ إلى ٢٠٠٧، على التوالي^(٢٥). وعلى الصعيد العالمي، فقدت ٣٣ مليون امرأة في البلدان النامية القدرة على الإنجاب بسبب المضاعفات الناجمة عن الإجهاض غير المأمون والإنتان النفاسي. وإلى جانب استخدام البروتوكولات الصحية، يتطلب الأمر توفير العلاجات من المضادات الحيوية الرئيسية وإمكانية الوصول إلى سبل الرعاية الفعالة لمتابعة ما بعد الولادة وما بعد الإجهاض من أجل خفض معدلات الاعتلال والوفيات الناجمة عن الإنتان النفاسي وغيره من الأمراض.

٥٥ - وتشير التقديرات إلى أن توفير مجموعة العناصر الموصى بها لرعاية الحوامل وأطفالهن حديثي الولادة سيتكلف ٢٣ بليون دولار سنوياً (بدولارات عام ٢٠٠٨). ومن شأن تلبية الاحتياجات غير الملباة لخدمات منع الحمل الحديثة أن يزيد التكاليف بمبلغ ٣,٦ بليون دولار، ولكن بتجنب حوالي ٥٠ مليون حالة حمل، ستخفض تكلفة توفير الرعاية الصحية للأمهات والأطفال حديثي الولادة بمقدار ٥,١ بليون دولار، مما سيوفر ١,٥ بليون دولار. ولذلك، فمن شأن الاستثمار المتزامن في مجالي تنظيم الأسرة والرعاية الصحية أن يكون أكثر فعالية من حيث التكلفة من الاقتصار على الاستثمار في الرعاية الصحية للأمهات والأطفال حديثي الولادة.

L. L. Wall, "Obstetric vesicovaginal fistula as an international public-health problem", *The Lancet*, vol. (٢٤) .368, No. 9542 (September 2006).

.Countdown to 2015. (٢٥)

٥٦ - ويعتمد تحسين صحة الأم أيضا على القضاء على التمييز بين الجنسين وتمكين المرأة. ويؤدي التمييز بين الجنسين في المجتمعات المحلية والأسر إلى تقييد وصول المرأة إلى المعلومات والخدمات المطلوبة المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية. والنساء عرضة للخطر بشكل خاص إذا تم التغاضي عن العنف القائم على نوع الجنس. ومن أجل مكافحة هذا العنف، عملت الحكومات على سن تشريعات لحماية المرأة. وفي عام ٢٠٠٦، سن ٨٧ بلدا تشريعات بشأن العنف العائلي، ووضعت خطط عمل وطنية للحيلولة دون وقوعه. وبالإضافة إلى ذلك، كان هناك ما لا يقل عن ١٠٤ بلدان تجرم الاغتصاب الزوجي وسنت ٩٠ بلدا قوانين بشأن التحرش الجنسي. واعتبارا من عام ٢٠٠٨، كان هناك ٢٠ بلدا من أصل البلدان البالغ عددها ٣٧ بلدا التي ينتشر فيها تشويه أو بتر الأعضاء التناسلية للإناث قد اعتمدت قوانين تجرم هذه الممارسة. وعلى الرغم من أن هذه التطورات مشجعة، لا يزال هناك الكثير مما ينبغي عمله لكفالة إنفاذ القوانين وتغيير الأعراف التي تقيد من حياة النساء.

الإجهاض

٥٧ - يمكن أن يكون الإجهاض تلقائيا أو متعمدا. ويحدث الإجهاض التلقائي بشكل متكرر: فمن بين ١٣ في المائة و ٢٠ في المائة من حالات الحمل المعترف بها تنتهي تلقائيا بالإجهاض^(٢٦). ويزداد خطر الإجهاض التلقائي مع زيادة كل من عمر الأم والأب ومع كل مرة من مرات الحمل. وعندما يحدث الإجهاض التلقائي بعد ٢٢ أسبوعا من الحمل، يمكن ألا يتم بشكل كامل ويحتاج إلى عناية توليدية لمنع حدوث مضاعفات.

٥٨ - وجميع البلدان تسمح بالإجهاض المتعمد بشروط معينة باستثناء خمسة بلدان. وأكثر هذه الشروط انتشارا هي أن يكون ذلك لإنقاذ حياة الأم. وبالإضافة إلى ذلك، يسمح أيضا أكثر من ثلثي البلدان بالإجهاض للحفاظ على الصحة البدنية أو العقلية للأم، وتسمح نصفها بالإجهاض في حالة تشوه الجنين، وتسمح به ٣٧ في المائة منها لأسباب اقتصادية واجتماعية. ولكن لا يسمح بالإجهاض عند الطلب إلا ثلث البلدان، بما في ذلك ٤٣ بلدا منخفضة الخصوبة، و ١٣ بلدا متوسطة الخصوبة ودولة واحدة مرتفعة الخصوبة.

٥٩ - ونظرا لأن معظم عمليات الإجهاض التلقائي لا تسبب أي مضاعفات، ولأنه لا يسمح بالإجهاض المتعمد عموما إلا لأسباب محدودة، فلا توجد إحصاءات موثوقة عن

(٢٦) John Bongaarts and Robert G. Potter, *Fertility, Biology and Behavior: Analysis of the Proximate Determinants* (San Diego, California, Academic Press Inc., 1983); Marilyn K. Goldhaber and Bruce H. Fireman, "The fetal life table revisited: spontaneous abortion rates in three Kaiser Permanente cohorts", *Epidemiology*, vol. 2, No. 1 (1991).

حالات حدوث الإجهاض على الصعيدين الإقليمي والعالمي. ومع ذلك، تشير التقديرات إلى أنه بين عامي ١٩٩٥ و ٢٠٠٣، انخفض عدد حالات الإجهاض المتعمد من ٤٦ مليون حالة إلى ٤٢ مليون حالة، مما يشير ضمناً إلى أن نسبة الإجهاض لكل ١٠٠٠ امرأة تتراوح أعمارهن بين ١٥-٤٤ انخفضت من ٣٥ إلى ٢٩ حالة^(٢٧).

٦٠ - وعندما تنفذ إجراءات الإجهاض بإشراف أفراد مهنيين صحيين مؤهلين باستخدام التقنيات والبروتوكولات الصحية الملائمة، يقل خطر الوفاة أو الإصابة من حالات الإجهاض الاختيارية^(٢٨). وتشير تقديرات منظمة الصحة العالمية إلى أنه في عام ٢٠٠٨، حدثت ٢٢ مليون حالة إجهاض غير مأمونة: ١٣ في المائة منها في البلدان المنخفضة الخصوبة، و ٥٢ في المائة في البلدان المتوسطة الخصوبة و ٣٥ في المائة في البلدان المرتفعة الخصوبة. وكانت معدلات الإجهاض غير المأمون ٤ حالات لكل ١٠٠٠ امرأة تتراوح أعمارهن بين ١٥-٤٤ سنة في البلدان المنخفضة الخصوبة، و ١٨ لكل ١٠٠٠ امرأة في البلدان المتوسطة الخصوبة و ٣١ لكل ١٠٠٠ امرأة في البلدان المرتفعة الخصوبة.

٦١ - والأمر الرئيسي في الحد من حالات الإجهاض غير المأمونة هو تفادي حالات الحمل غير المطلوبة. وتلبية الاحتياجات غير الملباة لتنظيم الأسرة هو خطوة أساسية في هذا الاتجاه. وبالإضافة إلى ذلك، فعندما تنشأ مضاعفات عن الإجهاض، ينبغي إتاحة إمكانية الحصول على رعاية ما بعد الإجهاض المناسبة. وفي الحالات التي يكون فيها الإجهاض غير مخالف للقانون، ينبغي أن يجري بشكل مأمون. وفي جميع الحالات، ينبغي أن تشمل رعاية ما بعد الإجهاض خدمات المشورة والتثقيف وتنظيم الأسرة بحيث يمكن الحيلولة دون تكرار الإجهاض.

Gilda Sedgh and others, "Induced abortion: estimated rates and trends worldwide", *The Lancet*, vol. (٢٧) 370, No. 9595 (October 2007).

Elisabeth Ahman and others, "The global burden of unsafe abortion in the year 2000", in *Global Burden of Disease 2000* (Geneva, WHO, 2003) (٢٨).

ثامنا - جوانب أخرى للصحة الإنجابية

ألف - فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز

٦٢ - في عام ٢٠٠٩، بلغ عدد الذين أصيبوا بالفيروس ٣٣,٣ مليون شخص^(٢٩): ١٥ في المائة منهم في البلدان المنخفضة الخصوبة، و ٣٩ في المائة في البلدان المتوسطة الخصوبة، و ٤٦ في المائة في البلدان المرتفعة الخصوبة. وبلغت نسبة انتشار الفيروس ٠,٢ في المائة في البلدان المنخفضة الخصوبة، و ٠,٧ في المائة في البلدان المتوسطة الخصوبة، و ٢,٣ في المائة في البلدان المرتفعة الخصوبة. وشملت المجموعة الأخيرة ٢٠ بلدا من البلدان الـ ٢٩ التي تبلغ نسبة انتشار الفيروس فيها ٢,٠ في المائة أو أكثر. ومن بين الإصابات الجديدة البالغ عددها ٢,٦ مليون إصابة التي وقعت في عام ٢٠٠٩، وقع ٥٢ في المائة منها في البلدان المرتفعة الخصوبة. وعلى الصعيد العالمي، قُدرت الوفيات النفاسية بسبب الفيروس/الإيدز بنسبة ٥,٨ في المائة.

٦٣ - ورغم التقدم الكبير الذي أحرز في توسيع نطاق العلاج المضاد للفيروسات العكوسة، فقد أتيح هذا العلاج في عام ٢٠٠٩، لأقل من ٤٠ في المائة من المحتاجين إليه في نحو نصف البلدان المنخفضة الخصوبة، وفي نصف البلدان المرتفعة الخصوبة التي بلغت مستويات انتشار الفيروس فيها ٠,١ في المائة على الأقل. وفي البلدان المتوسطة الخصوبة ذات مستويات الانتشار المماثلة، كان الوضع أفضل، إذ بلغت نسبة تغطية العلاج المضاد للفيروسات العكوسة أقل من ٤٠ في المائة في خمس تلك البلدان فقط. وبحلول نهاية عام ٢٠٠٩، كان ثمة ٥,٢ ملايين شخص يتلقون هذا العلاج في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل، أي بزيادة قدرها ١٢ ضعفا منذ عام ٢٠٠٣. ولكن رغم هذه الزيادة، لا يتلقى العلاج سوى ثلث الأشخاص الذين يحتاجون إليه. وعلاوة على ذلك، في مقابل كل شخص بدأ بتلقي العلاج في عام ٢٠٠٩، كان ثمة شخصان جديداً ينضمان إلى قائمة المصابين. وبالتالي فمن دواعي الإلحاح تركيز الجهود على الوقاية.

٦٤ - وثمة دلائل تفيد بأن الوقاية مجدية. فمن بين البلدان الـ ٢١ الأكثر تأثراً بالفيروس، تمكن ١٥ بلداً من الحد من انتشاره بنسبة ٢٥ في المائة لدى الأشخاص الذين تتراوح

(٢٩) التقرير العالمي: تقرير برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز عن وباء الإيدز العالمي ٢٠١٠ (جنيف، برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، ٢٠١٠).

أعمارهم بين ١٥ و ٢٤ سنة^(٣٠). وتقدم التطورات في تكنولوجيا الوقاية للنساء، من قبيل الهلام المبيد للميكروبات الذي يحتوي على عامل تينوفوفير المضاد للفيروسات العكوسة، وسيلة للحد من خطر الإصابة بالفيروس^(٣١). وبالنسبة للرجال، يوفر الختان حماية كبيرة رغم أنها غير مطلقة، وتؤيد عدة حكومات في أفريقيا الختان في إطار برنامج شامل للوقاية من الفيروس/الإيدز^(٣٢). وبغية أن تسفر استراتيجيات الوقاية عن أفضل النتائج يتعين أن تركز مبادراتها على الفئات الأكثر تعرضاً لخطر الإصابة بالفيروس. وحتى في الأوقات التي تنتشر فيها الأوبئة، ثمة الكثير مما يمكن اكتسابه بالتركيز على الفئات المعرضة لدرجة عالية من الخطر التي تمثل بؤر الإصابة الرئيسية، بما فيها المشتغلون بالجنس ومتعاطو المخدرات بالحقن. إلا أن تمويل هذه المبادرات قليل. وبالإضافة إلى ذلك، فإن غالبية الإصابات الجديدة تقع، في بعض البلدان، بين الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن ٢٥ سنة، غير المشمولين ببرامج الوقاية النموذجية التي تركز على الشباب.

٦٥ - وينطوي اتباع نهج شامل للحد من الإصابة بالفيروس لدى الأطفال على الحيلولة دون إصابة النساء به، وتجنب الحمل العارض لدى النساء المصابات بالفيروس، ومنع انتقال الفيروس من الأم إلى الطفل. وفي عام ٢٠٠٩، تلقت ما نسبته ٥٣ في المائة من الحوامل المصابات بالفيروس مضادات للفيروسات العكوسة لمنع انتقال الفيروس إلى أطفالهن الرضع^(٣٣). وتشير مبادئ توجيهية جديدة أصدرتها منظمة الصحة العالمية في عام ٢٠١٠ إلى أنه ينبغي بدء العلاج المضاد للفيروسات العكوسة في وقت مبكر من الحمل خلافاً للعادة، والاستمرار به أثناء الرضاعة الطبيعية من أجل حماية الرضيع من الإصابة.

٦٦ - ويمكن أن يؤدي إدماج خدمات الوقاية من الفيروس، بما في ذلك التماس المشورة وإجراء الفحوص بصورة طوعية، مع خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية، إلى زيادة

(٣٠) "الشباب يقودون ثورة الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية" (جنيف، برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، ٢٠١٠). متاح على الرابط التالي: http://data.unaids.org/pub/Outlook/2010/20100713_outlook_youngpeople_en.pdf

(٣١) ك. أ. كريم وآخرون، "فعالية وسلامة هلام تينوفوفير، مبيد مضاد للفيروسات العكوسة، في الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية لدى النساء." مجلة العلوم، المجلد ٣٢٩، العدد ٥٩٩٦ (٢٠١٠).

(٣٢) التقدم المحرز في رفع نسبة ختان الذكور: آخر المستجدات عن التنفيذ والبحث على الصعيد القطري (جنيف، منظمة الصحة العالمية وبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، ٢٠١٠).

(٣٣) نحو تحقيق الاستفادة للجميع: رفع مستوى المبادرات ذات الأولوية في مجال فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز في قطاع الصحة. التقرير المحلي لعام ٢٠١٠، (جنيف، منظمة الصحة العالمية واليونيسيف وبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، ٢٠١٠).

الفحص الطوعي المتعلق بالفيروس، وتحسين فهم المخاطر الناجمة عن الإصابة به وبغيره من الأمراض المنقولة جنسياً، وزيادة استخدام الواقي الذكري.

٦٧ - وفي عام ٢٠٠٩، كانت نسبة ٨٧ في المائة من الحكومات لا تزال تعتبر الفيروس/الإيدز مصدر قلق كبير، وكان لدى ٩١ في المائة من الحكومات - ٩٨ في المائة في البلدان المتقدمة النمو و ٨٩ في المائة في البلدان النامية، برامج لتوفير العلاج المضاد للفيروسات العكوسة. وبالإضافة إلى ذلك، أفاد ٩٧ في المائة من الحكومات بأنها تقوم بفحص إمدادات الدم ومشتقات الدم الوطنية للتأكد من عدم إصابتها بالفيروس، وشجع ٨٦ في المائة من الحكومات على استخدام الواقي الذكري للحماية من انتقال الفيروس عن طريق الاتصال الجنسي. ومع ذلك، فإن الإمداد العالمي من الواقي الذكري لا يزال أقل مما هو مطلوب لكفالة الحماية الكافية للسكان النشطين جنسياً^(٣٤) ولا تزال النوعية السيئة للواقي الذكري تشكل مصدراً للقلق.

٦٨ - ولم تصبح الحماية من التمييز ضد المصابين بالفيروس عالمية بعد. ففي عام ٢٠٠٩، لم يكن هناك قوانين تحظر هذا التمييز إلا في ٦٥ في المائة من البلدان المتقدمة النمو و ٥٥ في المائة من البلدان النامية فقط. وعلاوة على ذلك، وفي ٢٠٠٩، لم يكن لدى ٢٣ بلداً من أصل ٥٢ بلداً تعاني من انتشار وباء، أحكام قانونية تحظر التمييز المتعلق بالإيدز.

باء - التهابات المسالك التناسلية

٦٩ - يمكن أن تنتقل التهابات المسالك التناسلية عن طريق الاتصال الجنسي، ويعود سبب هذه الالتهابات إلى الكائنات العضوية التي تتواجد عادة في المسالك التناسلية أو الملتقطة من خلال إجراءات طبية. وثمة أكثر من ٣٠ مسبباً للأمراض ذات المصدر البكتيري والفيروسي والطفيلي قابلاً للانتقال جنسياً^(٣٥). وفي كل سنة، تشير التقديرات إلى أن ٣٤٠ مليون حالة جديدة من الإصابات الأكثر شيوعاً المنقولة جنسياً والقابلة للشفاء، بما في ذلك الزهري والسيلان والمتدثرة وداء المشعرات، تقع لدى الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ٤٩ سنة^(٣٦). ومن المرجح أن تقع الإصابات الفيروسية المنقولة جنسياً، من قبيل فيروسات

(٣٤) دعم الجهات المانحة لاستخدام وسائل منع الحمل والواقيات الذكرية بغية الوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً/فيروس نقص المناعة البشرية ٢٠٠٨ (نيويورك، صندوق الأمم المتحدة للسكان، ٢٠٠٩).

(٣٥) الاستراتيجية العالمية للوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً ومكافحتها: ٢٠٠٦-٢٠١٥ (جنيف، منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٧).

(٣٦) المعدل العالمي لانتشار أمراض معينة تنتقل بالاتصال الجنسي وقابلة للشفاء وحالات الإصابة بها: لمحة عامة وتقديرات (جنيف، منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠١).

الورم الحليمي البشري، وفيروسات الحلاى البشري، وفيروس التهاب الكبد - باء، التي لا يوجد أي علاج لها حتى الآن، بنسبة ضعفي الإصابات المنقولة جنسيا القابلة للشفاء^(٣٧). وتنتشر على نطاق واسع الإصابات بفيروس الحلاى البسيط من النوع ٢ وبفيروس الورم الحليمي البشري، والإصابات بفيروس الورم الحليمي البشري هي الأكثر شيوعا من بين جميع الالتهابات ذات المصدر الفيروسي التي تصيب المسالك التناسلية. ومن المتوقع أن يزيد على الصعيد العالمي عبء الأمراض المرتبطة بالإصابات المنقولة جنسيا نظرا لكثرة انتشار الأمراض المستعصية المنقولة جنسيا التي تسببها الفيروسات، والاتجاهات السائدة في السلوك الجنسي والسفر المتزايد.

٧٠ - وفي داخل البلدان، يتفاوت انتشار الأمراض المنقولة جنسيا تفاوتاً كبيراً. فعلى وجه العموم، يواجه الرجال والنساء المقيمون في المناطق الحضرية، والأفراد غير المتزوجين، والشباب أكبر المخاطر المتمثلة في الإصابة بهذه الأمراض. ولا تبدي معظم الأمراض المنقولة جنسيا أية أعراض في البداية ولكنها يمكن أن تنتقل إلى شريك جنسي. وبالتالي، ينبغي أن يشكل فحص الإصابات المنقولة جنسيا عنصرا اعتياديا من الرعاية الأولية بالصحة التناسلية من أجل الكشف عن الإصابات وتوفير معلومات عن كيفية تجنب استمرار انتقالها، وتوفير العلاج لها والحيلولة دون حدوث مضاعفات خطيرة. وتعرض النساء المصابات بالتهابات المسالك التناسلية التي لم تعالج إلى درجة أكبر من المخاطر تتمثل في الإصابة بمرض التهاب الحوض أو سرطان عنق الرحم (إذا أصيبت بفيروس الورم الحليمي البشري) وتواجه قدراً كبيراً من المخاطر المتمثلة بالعمقم أو الحمل خارج الرحم أو إسقاط الجنين أو وفاته. ويكون الأطفال المولودون لأمهات مصابات بالتهابات لم تعالج عرضة للإصابة بمرض الزهري الخلقى أو التهاب الرئوي أو الولادة المبكرة أو انخفاض الوزن عند الولادة أو فقدان البصر. ولدى الرجال، تشمل المضاعفات الخطيرة الناجمة عن الإصابات المنقولة جنسيا الالتهاب المزمن والألم والعمقم. ويستحق علاج الإصابات المنقولة جنسيا ومكافحتها الأولوية أيضا بسبب دورها في انتقال فيروس نقص المناعة البشرية؛ إذ تؤدي الإصابات التقرحية، من قبيل فيروس الحلاى البسيط من النوع ٢، أو القريح أو الزهري، إلى زيادة إمكانية انتقال فيروس نقص المناعة البشرية بثلاثة أو أربعة أضعاف.

(٣٧) الإصابات المنقولة جنسيا وغيرها من التهابات المسالك التناسلية: دليل الممارسة الأساسية (منظمة الصحة العالمية، جنيف، ٢٠٠٥).

جيم - سرطانات الجهاز التناسلي

٧١ - تؤدي سرطانات الجهاز التناسلي إلى وفيات تقدر بـ ١,٣ مليون وفاة سنوياً^(٣٨). والسرطانات الأكثر شيوعاً لدى النساء هي سرطان الثدي وعنق الرحم والمبيض والرحم. وتقع كل سنة ١,١ مليون إصابة جديدة بسرطان الثدي تؤدي إلى ٥٢٠.٠٠٠ حالة وفاة سنوياً. ويتسم التشخيص المبكر بأهمية فائقة بالنسبة لنجاح العلاج من الإصابة بسرطان الثدي. والفحص بواسطة التصوير الشعاعي للثدي بالإضافة إلى متابعة المصابات بسرطان الثدي أو المشتبه بإصابتهن به يمكن أن يقلل من معدل الوفيات الناجمة عنه بنسبة تصل إلى ثلث عدد النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين ٥٠ و ٦٩ سنة^(٣٩). غير أن تكاليف التصوير الشعاعي للثدي والموظفين المهرة لتفسير النتائج يجعل من الصعب توفير فحص شامل في البيئات المنخفضة الدخل. ومن المهم بالتالي استهداف السكان الأكثر عرضة لخطر الإصابة بسرطان الثدي، من حيث السن وعوامل الخطر ذات الصلة وتاريخ الأسرة.

٧٢ - ويؤثر سرطان عنق الرحم في ٥٠٠.٠٠٠ امرأة تقريباً ويؤدي إلى ٢٦٠.٠٠٠ وفاة سنوياً. وهو أكثر أنواع السرطان شيوعاً لدى النساء في البلدان النامية. وتشخص معظم حالات سرطان عنق الرحم لدى النساء دون سن الـ ٤٠ سنة وترتبط جميع الحالات فعلياً بالإصابة بفيروس الورم الحليمي البشري. وتمثل أكثر الطرق فعالية لمنع الاعتلال والوفيات الناجمة عن سرطان عنق الرحم في فحص أوجه الشذوذ السابقة للتسرطن في عنق الرحم. ويمكن أن تؤدي برامج الكشف والعلاج إلى منع وقوع ٨٠ في المائة من حالات الإصابة بسرطان عنق الرحم^(٤٠). غير أنه اتضحت صعوبة وضع برامج للفحص في بيئات منخفضة الدخل، ولهذا، فإن الوفيات الناجمة عن الإصابة بسرطان عنق الرحم لا تزال مرتفعة في البلدان المنخفضة الدخل^(٤١). وشكّل اكتشاف اثنين من اللقاحات ضد الإصابة بفيروس الورم الحليمي البشري، جرى ترخيصهما في عامي ٢٠٠٦ و ٢٠٠٧، بشري خيراً بالنسبة للوقاية من سرطان عنق الرحم. وتكون اللقاحات أكثر فعالية عندما تُعطى إلى الأشخاص في سن المراهقة وما قبله وذلك قبل البدء في ممارسة النشاط الجنسي. وتوصي منظمة الصحة العالمية بإدراج اللقاح ضد فيروس الورم الحليمي البشري بشكل روتيني في برامج التحصين

(٣٨) العبء العالمي للمرض: آخر المستجدات لعام ٢٠٠٤ (جنيف، منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٨).

(٣٩) التقرير العالمي للسرطان لعام ٢٠٠٨ (ليون، فرنسا، الوكالة الدولية لبحوث السرطان، ٢٠٠٨).

(٤٠) منظمة الصحة العالمية، "لقاحات فيروس الورم الحليمي البشري: ورقة موقف منظمة الصحة العالمية"، السجل الوبائي الأسبوعي، المجلد ٨٤، العدد ١٥ (٢٠٠٩)، الصفحات ١١٧-١٣٢.

(٤١) فحص سرطان عنق الرحم في البلدان النامية: تقرير عن مشاورات أجرتها منظمة الصحة العالمية (جنيف، منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٢).

الوطنية في البلدان التي ترتفع فيها معدلات الإصابة بسرطان عنق الرحم. وبحلول نهاية عام ٢٠٠٩، أدخل ٢٧ بلداً فقط لقاح فيروس الورم الحليمي البشري في برامجها الوطنية للتحصين^(٤٢).

٧٣ - وسرطان البروستاتا لدى الرجال هو أكثر أنواع السرطان شيوعاً التي تصيب الجهاز التناسلي. ويتم الكشف عن ٦٠٥ ٠٠٠ حالة جديدة من الإصابة بسرطان البروستاتا وتؤدي الإصابة به إلى وفاة ٣٠٨ ٠٠٠ سنوياً. وتقع ثلاثة أرباع هذه الوفيات لدى الرجال في سن الـ ٧٠ سنة فما فوق. وتتاح عدة فحوصات لسرطان البروستاتا، ولكن الأكثر استخداماً هو فحص مولد المضاد الخاص بالبروستاتا. غير أنه ليس من الواضح ما إذا كان الفحص الروتيني يؤدي إلى الحد من الوفيات، نظراً لأن سرطان البروستاتا ينمو ببطء، وأن الأنواع الكامنة من سرطان البروستاتا تصبح شائعة مع التقدم في السن. وعلاوة على ذلك، فإن أنواع العلاج المتوفرة تحمل في طياتها مخاطر كبيرة تتمثل في الآثار الجانبية التي يمكن أن تكون أسوأ من المرض نفسه^(٤٣).

٧٤ - ولدى النساء تنحو معدلات الوفيات المعيارية حسب السن، المقاسة بمحالات الوفاة الناجمة عن سرطانات الجهاز التناسلي لكل ١٠٠ ٠٠٠ امرأة، إلى أن تكون أعلى في البلدان المرتفعة الخصوبة منها في البلدان المنخفضة الخصوبة أو البلدان المتوسطة الخصوبة، على حد سواء. وهكذا، ففي حين أن ٥٠ في المائة أو أكثر من البلدان المنخفضة الخصوبة والبلدان المتوسطة الخصوبة لديها معدلات وفيات معيارية حسب السن تبلغ ٣٩ وفاة أو أقل لكل ١٠٠ ٠٠٠ امرأة، فإن لدى ثلاثة أرباع البلدان المرتفعة الخصوبة معدلات وفيات معيارية حسب السن تبلغ ٣٩ وفاة أو أكثر لكل ١٠٠ ٠٠٠ امرأة. أما لدى الرجال، فإن الاختلافات بين معدلات الوفيات المعيارية حسب السن الناجمة عن سرطان البروستاتا بين المجموعات الثلاث من البلدان، ليست على ذلك النحو من الواضح.

تاسعا - الاستنتاجات والتوصيات

٧٥ - أوجدت الانخفاضات في معدلات الخصوبة آثاراً إيجابية على الصُّعد الفردي والأسري والوطني. ويمكن أن يسهم انخفاض معدل الخصوبة، إذا ما استُكمل بالسياسات الاقتصادية السليمة، في زيادة النمو الاقتصادي. ومنذ عام ١٩٧٠، انخفض معدل الخصوبة

(٤٢) تقرير عن الاجتماع بشأن التغطية بلقاح فيروس الورم الحليمي البشري ورصد أثره، ١٦-١٧ تشرين الثاني/نوفمبر ٢٠٠٩ (جنيف، منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٠).

(٤٣) بيتر دافيدسون وجون غاباي، "هل ينبغي بدء العمل بالفحص الشامل لسرطان البروستاتا على الصعيد الوطني؟". كوبنهاغن، مكتب منظمة الصحة العالمية الإقليمية لأوروبا، ٢٠٠٤.

في جميع البلدان فعليا، لكن بداية ذلك الانخفاض وسرعته تتفاوتان على نطاق واسع بين البلدان، بحيث يوجد اليوم تنوع كبير في مستويات الخصوبة. وقد استفاد كثير من البلدان التي انخفضت فيها معدلات الخصوبة بشكل كبير لأن إنجاب عدد أقل من الأطفال جعل من الممكن زيادة الاستثمار في الأنشطة الإنتاجية وفي تعليم الشبان وصحتهم. ونتيجة لذلك، حققت تلك البلدان أوجه تقدم كبيرة في الكثير من مؤشرات التنمية. وفي المقابل، لا تزال البلدان التي انخفضت فيها معدلات الخصوبة ببطء، متخلفة جدا عن الركب من حيث مؤشرات التنمية.

٧٦ - وبالتركيز على التجارب والخصائص المتنوعة للبلدان المنخفضة الخصوبة والبلدان المتوسطة الخصوبة والبلدان المرتفعة الخصوبة، تُظهر المعلومات الواردة في هذا التقرير أن البلدان المرتفعة الخصوبة تميل إلى الأداء الضعيف في معظم النواتج المتعلقة بالصحة الإنجابية ومحددات الخصوبة. ورغم أن جميع البلدان يواجه تحديات في كفالة حصول الجميع على خدمات الصحة الإنجابية، فإن التحديات التي تواجه البلدان المرتفعة الخصوبة أحسم، ويعزى ذلك جزئيا إلى النمو السكاني السريع الذي لا تزال تواجهه. وفي الواقع، فإن التحديات المرتبطة بالنمو السكاني السريع سوف تتضاعف بشكل مؤكد ما لم تنخفض معدلات الخصوبة بشكل أسرع.

٧٧ - وإن الأمين العام، إذ يضع في اعتباره هذه التحديات، قد أعلن في عام ٢٠١٠ عن بدء العمل بالاستراتيجية العالمية لصحة المرأة والطفل، من أجل تنشيط العمل لتحقيق الهدف ٥ من الأهداف الإنمائية للألفية بحلول عام ٢٠١٥. وعلى النحو الذي يوثقه هذا التقرير، فإن الاستراتيجيات الرئيسية اللازمة لتحقيق هذا الهدف معروفة جيدا وقد جرى اختبارها. غير أن هذه الاستراتيجيات لم تنفذ حسب الأولوية التي تستحقها، ولم يعقب الوعود التي قطعتها الحكومات ما يلزم من تمويل وإجراءات.

٧٨ - وتشكل كفالة توفير الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة لجميع من يحتاج إليها وسيلة فعالة لتحسين صحة الأمهات والرضع، كما تشكل عاملا هاما في كفالة حصول الناس على وسائل ممارسة حقوقهم الإنجابية. وعلاوة على ذلك، ومن خلال منع حالات الحمل العارض، يمكن أن يؤدي تنظيم الأسرة في نهاية المطاف إلى تخفيض التكلفة الإجمالية لتوفير خدمات الرعاية الصحية للأمهات وحديثي الولادة. غير أن التمويل المخصص لتنظيم الأسرة لا يتزايد بتزايد الحاجة إليه. فالتمويل المقدم من الجهات المانحة، على وجه الخصوص، بلغ ذروته آخر مرة في عام ٢٠٠٢ إذ وصل إلى ٧٠٠ مليون دولار وقد انخفض منذ ذلك الحين إلى حوالي ٤٠٠ مليون دولار. ونظرا لزيادة عدد النساء في سن الإنجاب، فقد انخفض نصيب

الفرد من التمويل المقدم من الجهات المانحة لصالح تنظيم الأسرة بأكثر من ٥٠ في المائة منذ عام ١٩٩٥ في جميع البلدان المستفيدة فعلياً. وفي الوقت نفسه، تضاعفت المساعدة الإنمائية الإجمالية المخصصة لقطاع الصحة بمقدار ثلاثة أضعاف. وبالتالي، ثمة حاجة ملحة، لرفع مستويات التمويل، ولا سيما إذا كان يتعين تأمين المبلغ الإضافي وقدره ٣,٦ بلايين دولار اللازم سنوياً لتلبية الاحتياجات غير الملباة في مجال تنظيم الأسرة.

٧٩ - تؤخّي برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية ألا تتحمل الجهات المانحة سوى ثلث تكلفة توفير خدمات الصحة الإنجابية، لذلك يتعين أن تقدم الحكومات الوطنية الجزء الأكبر من التمويل، بما في ذلك التمويل المخصص لتنظيم الأسرة. ويؤثر تنافس الأولويات، لا سيما في البلدان المنخفضة الدخل، بشكل سلبي على تمويل خدمات الصحة الإنجابية. ويتطلب إجراء تغيير في هذا الصدد التزاماً حاسماً من الحكومات الوطنية بمنح الأولوية للصحة الإنجابية، بما في ذلك عنصرها المتعلق بتنظيم الأسرة. وسيكون إدراج مؤشرات للصحة الإنجابية في صكوك التخطيط الوطنية، كورقات استراتيجية الحد من الفقر، بمثابة اعتراف ملموس بأهميتها بالنسبة للتنمية.

٨٠ - ويعتبر تعزيز النظم الصحية أمراً ضرورياً لتوفير خدمات الصحة الجنسية والإنجابية للجميع. وينبغي أن تشكّل خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية جزءاً لا يتجزأ من الحد الأدنى لمجموعة تدابير الرعاية الصحية المقدمة على جميع مستويات نظام الرعاية الصحية ولا سيما في إطار الرعاية الصحية الأولية. ومن أجل حصول الفئات المنخفضة الدخل وغيرها من المجتمعات المحلية المهمشة على خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية، فإنه ينبغي إزالة العوائق القانونية والمالية والثقافية التي تحول دون ذلك.

٨١ - وبغية زيادة الفعالية في تقديم خدمات الرعاية الصحية، يوصى باتباع نهج متكامل للرعاية الصحية الجنسية والإنجابية. وينبغي للمجموعة الرئيسية من الخدمات المقدمة في إطار الرعاية الصحية الأولية أن تشمل إسداء المشورة في ما يتعلق بوسائل منع الحمل وخدماته ولوازمه؛ وتوفير مجموعة تدابير الرعاية الصحية الموصى بها أثناء الحمل والولادة (انظر الفقرة ٥٣)؛ وتوفير العلاج المضاد للفيروسات العكوسة للحوامل المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية؛ والحق في الإجهاض الآمن حيثما يكون قانونياً؛ والوقاية من الإصابة بالأمراض المنقولة جنسياً وسرطانات الجهاز التناسلي وفحصها وعلاجها؛ وإجراء الاختبار الطوعي وإسداء المشورة في ما يتعلق بالفيروس وتوفير الإحالات من أجل تلقي العلاج؛ والكشف عن حالات العنف الجنساني وإسداء المشورة بشأنها، بما في ذلك تثبيط الممارسات الضارة بشكل فعال. وينبغي لنظام الرعاية الصحية أن يضع استراتيجيات للوصول إلى

الرجال والنساء غير الحوامل والمراهقين من أجل توعيتهم بشأن دعم الرعاية الصحية المقدمة وتشجيع انتهاج سلوك جنسي وإنجابي مسؤول.

٨٢ - وإن توفّر وسائل منع الحمل عالية الجودة وبأسعار معقولة أمر ضروري لتحقيق حصول الجميع على خدمات الرعاية الصحية الإنجابية. وفي السنوات الأخيرة، تراوحت قيمة التمويل المقدم من الجهات المانحة لدعم الحصول على هذه الوسائل في البلدان النامية بين ٢٠٥ ملايين دولار و ٢٣٩ مليون دولار سنوياً. ونظراً للزيادة المتوقعة لعدد السكان في سن الإنجاب، فسوف يتضاعف التمويل الذي خصصته الجهات المانحة لوسائل منع الحمل بحلول عام ٢٠١٥ لتلبية الطلب المتوقع.

٨٣ - ويقتضي اتباع نهج قائم على حقوق الإنسان يتعلق بالصحة الجنسية والإنجابية أن تكون الحكومات سباقة في كفالة ممارسة هذه الحقوق، بما في ذلك الحقوق الإنجابية من دون تمييز، وفي حظر الممارسات الضارة، بما في ذلك جميع أنواع العنف الجنساني. ولا يمثل اعتماد القوانين واللوائح سوى الخطوة الأولى على هذا الطريق: ومن الضروري أيضاً إنفاذها ورصد نتائجها. وتتسم التدابير التي تسهم في تمكين المرأة بأهمية خاصة. وعلى وجه الخصوص، ينبغي للحكومات إنفاذ القوانين التي تحدد سناً أدنى عند الزواج وكفالة ألا يتم الزواج من دون رضا الطرفين المقبلين عليه رضاً كاملاً لا إكراه فيه.

٨٤ - ولأن التمتع بالحقوق يستلزم غالباً إجراء تغيير في المعايير الاجتماعية، فإنه يتعين على الحكومات أن تقوم بإعلام وتثقيف الناس بفوائد هذه التغييرات وإقناعهم بها. وفي معرض تناول المحدّثات الاجتماعية للصحة الجنسية والإنجابية السقيمة، فقد ثبت جدوى إجراء عملية قائمة على المشاركة تضم المجتمعات المحلية بطريقة هادفة. وبالمثل، فإن تنفيذ البرامج التي توفر معلومات عن الصحة والحقوق الإنجابية، التي تقوم، في الوقت نفسه، بتمكين المرأة من خلال التعليم وتنمية المهارات، قد ثبتت جدواها أيضاً.

٨٥ - ويتعين إشراك الرجال في تعزيز الصحة الجنسية والإنجابية، بالأصالة عن أنفسهم وبصفتهم شركاء للنساء يتحلون بالمسؤولية. وإن تعزيز العلاقات العادلة بين الزوج والزوجة والمسؤولية المتبادلة لمنع الحمل العارض، وتحسين التواصل بين الرجل والمرأة، هي استراتيجيات ترمي لزيادة مشاركة الرجال.

٨٦ - ويحتاج المراهقون للتوجيه لكي يفهموا ما يترتب على السلوك الجنسي والإنجابي المسؤول. وقد ساعدت برامج التربية الجنسية والوقاية من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية في عزوف الشباب عن الانخراط في سلوك جنسي محفوف بالمخاطر وهي برامج تستحق الدعم.

٨٧ - وفي الستينيات من القرن الماضي، أصبح القادة في جميع أنحاء العالم على بينة بالتحديات التي يفرضها النمو السكاني السريع، وكان أول إجراء اتخذوه هو الاعتراف بحق الناس في أن يقرروا بحرية ومسؤولية عدد ما سينجبونه من أطفال والزمن الفاصل بين إنجاب طفل وآخر. وأسفر القلق إزاء الآثار التي يمكن أن يخلفها استمرار النمو السكاني على تحقيق الاستدامة في الأجل الطويل، عن انعقاد المؤتمر العالمي للسكان في عام ١٩٧٤ الذي بدأ، رغم كثرة ما دار فيه من نقاش، فترة من العمل القوي على الصعيدين الوطني والدولي للحد من النمو السكاني من خلال تزويد الأزواج والأفراد بالمعلومات والوسائل لكي ينجبوا العدد الذي يرغبون فيه من الأطفال. ونتيجة لذلك، انخفضت معدلات الخصوبة ومعدلات النمو السكاني على حد سواء انخفاضاً ملحوظاً في معظم البلدان. وقد أحدث هذا النجاح شعوراً بالرضا، إذ لم يعد ينظر إلى النمو السكاني على أنه يشكل قضية ملحة. غير أنه على النحو المبين في تقرير الأمين العام عن الاتجاهات الديمغرافية في العالم (E/CN.9/2011/6)، قد تكون التحديات التي يفرضها النمو السكاني تأخرت في الظهور لكنها لم تختف بعد. ولحسن الحظ، تبين التجربة المتراكمة على مدى العقود الأربعة الماضية أن استراتيجية الحد من تلك التحديات تعتمد على كفاءة الصحة الجنسية والإنجابية للجميع، وهو الهدف الذي يُعترف بمنافعه على نطاق واسع بالنسبة للنساء والأطفال وأسرهم والأجيال القادمة. ولذلك السبب، يستحق تحقيق هذا الهدف أولوية أعلى مما كانت عليه حتى الآن على الصعيدين الوطني والدولي معاً.