

جسدي ملائمة لي وحلامي

المطالبة بالحق في الاستقلال الذاتي وتقرير المصير

PODER TOMAR DECISIONES
WHOLENESS СОПРОТИВЛЕНИЕ
LAS NUEVAS FORMAS DE VER LA MASCULINIDAD

AUTONOMISER
CHOICE

PROTECTION

ADVOCACY

COMUNIDAD

Права

RESTRICTIONS

القرار الحر

LOVE

МОЯ КОРПОРАЦИЯ

ОТНОШЕНИЯ

HANDS OFF

المساواة بين الجنسين

Выражение

PONER FIN A LA VIOLENCIA

DETERMINATION

LE POUVOIR DE CHOISIR

INDIVIDUAL
RELACIONES
законны
POWER STRENGTH
LE POUVOIR DE CHOISIR
AUTONOMY
LIMITES
AUTOSUFICIENTE
HEALTH FORCE
Гендерная
GENDER EQUALITY
AUTONOMISER
SEXUAL AND REPRODUCTIVE RIGHTS
CONTROL
PROTECTION
AMOR
HEALTH RIGHTS
WHOLENESS
RESISTENCIA BOUNDARIES
LOVE CORPS
BALANCE
BODY
INDIVIDUO
DETERMINATION

حالة سُكَّان العالم 2021

أعدَّ هذا التقرير تحت إشراف شعبة الاتصالات والشرائط الأستراليتجية في صندوق الأمم المتحدة للسكان.

شكر وتقدير

تستند الرسوم التوضيحية إلى صور فوتوغرافية أصلية مقدَّمة من جويل كوكو (صفحة 65)؛ جورج كورنتنج (صفحة 108)؛ بشرى نور (صفحة 16)؛ كينغسلي أوسي-أبراه على موقع Unsplash (صفحة 9)؛ ميكي إستروك على موقع Unsplash (صفحة 114).

رئيس التحرير

آرثر إركين

فريق التحرير

المحرر: ريتشارد كولودج

محررة المقالات: ريبكا زرزان

الإخراج الإبداعي: كاتي مادونيا

مديرا النسخة الرقمية: كاتي مادونيا وريبكا زرزان

مستشار النسخة الرقمية: هانو رانك

مستشارة البحوث

ناهد طوبيا

يودُّ صندوق الأمم المتحدة للسكان أن يعرب عن خالص شكره وتقديره للأشخاص التالية أسماؤهم لموافقهم على مشاركة نذاتٍ عن حياتهم وأعمالهم في هذا التقرير: "أحد فاحصي العذرية" مجهول الهوية، جنوب أفريقيا؛ أييم، فيرغيزستان؛ د. موجغان عزامي، أفغانستان؛ إنجبار غال بانزراغ، منغوليا؛ د. وفاء بنيامين بسطا، مصر؛ فيكتور كازورلا، بيرو؛ دانيار، فيرغيزستان؛ د. منى فرهود، سوريا؛ إيزابيل فولدا، المكسيك؛ د. كاتيرينا هينشيون، أيرلندا؛ جوزيفينا (ليس اسماً حقيقياً)، المكسيك؛ ليانا، إندونيسيا؛ ليزي كياما، كينيا؛ أولغا لورينسو، أنغولا؛ خوسيه مانويل راميريز نافاس، السلفادور؛ مونيكا، مقدونيا الشمالية؛ لايدي لندونو، الولايات المتحدة الأمريكية؛ د. أحمد بن نصر؛ رئيس البلدية إمسغافانسي، جنوب أفريقيا؛ ساروجيني نديمبالي، الهند؛ د. نوربي أورتالي، تركيا؛ ديببكا بول، بنغلاديش؛ د. سيما سمر، أفغانستان؛ جاي سيلفرمان، الولايات المتحدة الأمريكية؛ د. ثريا سبهرانغ، أفغانستان؛ مايف تايور، أيرلندا؛ ألكسندر أرمادو موراليس تيكون، غواتيمالا؛ روميو أليخاندرو منديز زونيغا، غواتيمالا.

قدَّمت سيليندي دولكيت، رئيسة فرع الإعلام والاتصالات التابع لصندوق الأمم المتحدة للسكان، ملاحظات عيقة قيمة على المسودة، وقمت كل من غونيل بيلمان وجو سوارين، من المكتب الإقليمي لآسيا والمحيط الهادئ التابع لصندوق الأمم المتحدة للسكان، دعمهما في البحوث ووضع ملاحظات حول المسودات.

ساهم زملاء من صندوق الأمم المتحدة للسكان وغيرهم من حول العالم بتقديم الدعم في إعداد التحقيقات الإخبارية ومحتويات أخرى أو بتوفير توجيهات فنية: سمير الدرايع، إلزا أزابي، ليندساي بارنز، د. شاينتوغس بيانيليف، استير بايليس، شوبانا بويل، وارن برايت، إيكينا كاريرا، تشولبونا إيجيشوفا، ينس هاغن إثنبايخر، روزماري جاد، كيندا كاترانجي، إيرين هوفستيتز، مات جاكسون، ديزي ليونسيو، غوادالوبي ناتارينو، زياندا نغوما، كلوديا مارتينيز، سوبهادرا مينون، ريبكا موديو، راشيل موينيهان، ياسمين أويسال، داليا ربيع، زعيم عبد الرحمن، باتريك روز، ميندي روزمان، ألفارو سيرانو، رامز شلبك، أفاني سينغ، أيرينا سيبيركوفسكا، والتر سوتومايور، سابرينا موراليس تيزاغويك، ناهد طوبيا، سوجاتا تولاندار، روي واديا، إيرين وانغوي، أستي سييتاوتي ويديهاسوتوتي، ريناتو زيبالوس.

يُعرب المحررون عن امتنانهم لفرع السكان والتنمية في صندوق الأمم المتحدة للسكان على البيانات الإقليمية المجمعة ضمن قسم المؤشرات في هذا التقرير، وعلى التوجيه العام للبيانات. قُدمت البيانات المصدَّرة المستخدمة في إعداد مؤشرات التقرير من قبل شعبة السكان في إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية في الأمم المتحدة، ومنظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة، ومنظمة الصحة العالمية.

النشر والتصميم والإنتاج التفاعلي على شبكة الإنترنت: شركة بروغرافيكس.

الخرائط والتسميات

لا تعيِّر التسميات المستخدمة وطريقة عرض المواد ضمن الخرائط عن أي رأي كان من جانب صندوق الأمم المتحدة للسكان فيما يخصُّ الوضع القانوني لأي بلد أو إقليم أو مدينة أو منطقة، أو لسلطات أي منها، أو ما يتعلَّق بتعيين حدودها أو تخومها.

© صندوق الأمم المتحدة للسكان 2021



ضمان الحقوق والخيارات للجميع منذ عام 1969

جسدي ملك لي وحدي

المطالبة بالحق في الاستقلال الذاتي
وتقرير المصير

PODER TOMAR DECISIONES
WHOLENESS СОПРОТИВЛЕНИЕ
LAS NUEVAS FORMAS DE VER LA MASCULINIDAD
AUTONOMISER
CHOICE
PROTECTION
ADVOCACY
COMUNIDAD
Права
RESTRICTIONS
القرار الحر
LOVE
More CORPS
ОТНОШЕНИЯ
HANDS OFF
Equilibrio
المساواة بين الجنسين
Выражение
PONER FIN A LA VIOLENCIA
DETERMINATION
LE POUVOIR DE CHOISIR

INDIVIDUAL
RELACIONES
CAMODOSTOCHARSEL
законы حماية
POWER STRENGTH LE POUVOIR DE CHOISIR
AUTONOMY
ADVOCACY
LIMITES AUTOSUFICIENTE EMPODERAR
HEALTH FOR EQUALITY
HETEROSEXUALITY
GENDER EQUALITY
AUTONOMISER
PROTECTION
CONTROL
AMOR
HEALTH RIGHTS
WIRELESS
RESISTENCIA BOUNDARIES
LOVE CORPS
BALANCE
TOP BODY
VIOLENCE
INDIVIDUAL
CHOIX



استقلالنا الذاتي قوام حياتنا

قدرة المرأة على التحكم في جسدها مرتبط بمدى تحكمها في الجوانب الأخرى من حياتها 7

ثلاثة أبعاد للاستقلال الذاتي

17 قياس القدرة على اتخاذ القرارات بشأن الرعاية الصحية وتنظيم الأسرة والعلاقة الحميمة

عندما يكون القرار بيد الخبير

33 إنكار الاستقلالية الجسدية والسلامة الجسدية يتخذ أشكالاً كثيرة

جسدي، حقوقي

المعاهدات والمواثيق الدولية أقرت الأسس الضامنة للحق في
الاستقلالية الجسدية والسلامة الجسدية 55

قوانين التمكين، وقوانين التحكم

85 نظرة في كيفية تأثير القوانين والأنظمة في الاستقلالية الجسدية

التفرد على المواثيق، والحق في الرفض

تحقيق الاستقلالية الجسدية متوقف على المساواة بين الجنسين والتوسع في
الخيارات والفرص للمرأة والفتاة والفئات المهمشة 109

جسدي ملكٌ لي وحدي..

كم امرأة وفتاة تستطيع ترديد هذه العبارة بحرية وصدق؟

لكل منا الحق في الاستقلالية الجسدية، وهو ما ينبغي أن يقترن بقدرة الإنسان على اتخاذ ما يشاء من خيارات بخصوص جسده، بل أن يجد الدعم لتلك الخيارات من كل إنسان حوله ومن المجتمع بأسره.

بيد أن الملايين من البشر محرومون من الحق في رفض الممارسة الحميمية أو في اختيار شريك الزواج أو في اختيار اللحظة المناسبة للإنجاب. إن كثيراً من البشر محرومون من هذا الحق لأسباب عرقية أو جنسية أو بسبب الميل الجنسي أو السن أو المقدر.

فصارت أجسادهم تحت إمرة غيرهم.

إنَّ حرمان النساء والفتيات من استقلاليتهن الجسدية خطأ جسيم، ذلك لأنه يتسبب في أوجه من عدم المساواة والعنف ويرسخها، وتنشأ جميعها نتيجة التمييز القائم على النوع الاجتماعي.

في المقابل، عندما تُمكن النساء والفتيات من اتخاذ أهم قراراتهن تجاه أجسادهن باختيارهن، فإنهن لا يحققن الاستقلال الذاتي بذلك فحسب، بل يعزز ذلك مكاسبهن أيضاً في مجالات الصحة والتعليم والدخل والسلامة. وهذه عوامل تساهم في عالم أكثر إنصافاً ورفاهاً للإنسان، فيعم النفع من ذلك على الجميع.

إننا في صندوق الأمم المتحدة للسكان نقف مع النساء والفتيات في نيل حقوقهن وتمكينهن من اختياراتهن على امتداد حياتهن. لذلك استرشدت

برامجنا منذ عام 1994 ببرنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، فهو البرنامج الذي جعل من تمكين المرأة واستقلالها أساساً للعمل العالمي الرامي إلى تحقيق تقدم اقتصادي واجتماعي مستدام. كما يقف صندوق الأمم المتحدة للسكان مع آخرين كثر غالباً ما يحرمون حق اتخاذ قرارات مستقلة بشأن أجسادهم، ومنهم: الأشخاص ذوو الميول الجنسية والهويات الجنسية المختلفة وذوو الإعاقة والأقليات العرقية والعنصرية.

أما برامج تنظيم الأسرة التي ندعمها فتزيد من إتاحة وسائل تنظيم الأسرة إلى جانب تذييل العقبات التي تحول دون تقديم الخدمات، وبذلك تُمكن المرأة من التحكم في جسدها. وقد شهد العام 2019 -على سبيل المثال- توريد صندوق الأمم المتحدة للسكان ما يزيد عن 128 مليون دورة من الحبوب وجرعات وسائل تنظيم الأسرة الطارئة والمؤقتة والطويلة المفعول.

إننا ندعم البرامج التي تعزز مشاركة الرجل المنصفة في التنشئة الأبوية، فنشجع الرجال على الارتقاء بأنفسهم بوصفهم متواصلين مع زوجاتهم في مسائل الصحة الجنسية والإنجابية بما ييسر على النساء اتخاذ القرارات المتعلقة بصحتهن الجنسية والإنجابية.

يساهم الصندوق المعني بصحة الأمومة التابع لصندوق الأمم المتحدة للسكان في التوسع في إتاحة الخدمات المنقذة للأرواح وتيسير تكاليفها من خلال تدريب القابلات ونشرهن في المناطق المنقوصة الخدمات؛ كما تساهم برامجنا المشتركة مع منظمة الأمم المتحدة للطفولة (يونيسف) في القضاء على زواج الأطفال الذي يعد من

الممارسات التي تحرم الفتيات من استقلالهن، علاوة على إنهاء الممارسة الضارة المتمثلة في تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية (ختان الإناث) لما يحدثه من انتهاك لسلامة الجسد.

شهد العام 2019 انعقاد قمة نيروبي بشأن المؤتمر الدولي للسكان والتنمية 25؛ وتخللها دعوة الدول والمجتمع المدني والمؤسسات الإنمائية وغيرها إلى حماية حق استقلال الذات وسلامة الجسد، معولّين في ذلك على الالتزامات الدولية المنصوص عليها في خطة التنمية المستدامة لعام 2030. ثم شهد العام 2021 زخماً دافعاً لتلك الجهود من خلال منتدى المساواة بين الأجيال، وهو المنتدى الذي يعول بدوره على الإنجازات الفردية المنبثقة عن مؤتمر 1995 العالمي الرابع المعني بالمرأة، وذلك بُغية تحقيق المساواة بين الجنسين بحلول 2030.

ومن خلال دورنا القيادي في الائتلاف الجديد للمساواة بين الأجيال المعني باستقلال الذات والصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية، ومن خلال هذه النسخة من حالة سُكّان العالم، يُبرز صندوق الأمم المتحدة للسكان دواعي اعتبار الاستقلالية الجسدية حقاً عالمياً واجب الصون والاحترام. ومن ثم، يكشف التقرير مدى جسامته كثير من أوجه القصور التي تمس الاستقلالية الجسدية؛ علماً بأن كثيراً منها قد تفاقم بفعل الضغوط المترتبة عن جائحة كوفيد-19. فمثلاً: توجد أعداد قياسية حالياً من النساء والفتيات المعرضات لخطر العنف القائم على النوع الاجتماعي والممارسات الضارة الأخرى مثل الزواج المبكر.

كذلك يوضح التقرير حلولاً ممكنةً قريبةً، مع التركيز على أن النجاح يقتضي ما هو أكثر بكثير من سلسلة من المشاريع أو الخدمات منفصلة العرى، على ما لها من أهمية. بل إن التقدم المتصل يتوقف في جانب كبير منه على اجتناب انعدام المساواة بين الجنسين وجميع أشكال التمييز وتغيير الهياكل الاجتماعية والاقتصادية التي ترسخ تلك المثالب.

ويجب أن يكون الرجال حلفاء في هذا الجهد، ذلك بأنه يجب على عدد أكبر بكثير من الرجال أن يلتزموا بالابتعاد عن أنماط الإجحاف والسطوة التي تمس الاستقلالية الجسدية في الصميم، والتحول نحو سبل عيشٍ أكثر إنصافاً وتناغماً بما يعود بالنفع على الجميع. ويجب علينا جميعاً بذل الجهد للتصدي للتمييز حيثما كان وأينما وُجد؛ فالتغاضي صنو التواطؤ.

بمقدور مجتمعاتنا وبلداننا أن تزدهر عندما يحوز كل منا القدرة على اتخاذ القرارات المتعلقة بجسده، والقرارات التي تصوغ مستقبله بإرادته.

وترتيباً على ما تقدم، فلننعم جميعاً بحق كل فرد في اتخاذ القرارات المتعلقة بجسده والتمتع بحرية المفاضلة بين الخيارات المستنيرة. فجميعنا يريد ذلك. وجميعنا أهلٌ لذلك الحق. إنه حق في صميم إنسانيتنا، فحريٌّ بنا ألا نزيغ البصر عن عظيم مردوده وفوائده لكل إنسان.

الدكتورة ناتاليا كانيم

وكيلة الأمين العام للأمم المتحدة، والمديرة التنفيذية لصندوق الأمم المتحدة للسكان، منظمة الأمم المتحدة المعنية بالصحة الجنسية والإنجابية



استقلالنا الذاتي قوام حياتنا

قدرة المرأة على التحكم في جسدها مرتبط بمدى تحكمها في الجوانب الأخرى من حياتها

ليست نابعة منا، فننتقص من حقوقنا بالميل نحو "الكفة المرجوحة". بل إنه لما كان التمتع بالاستقلالية الجسدية ركيزة من ركائز التمتع بكل حقوق الإنسان الأخرى - مثل الحق في الصحة أو الحق في الحياة بلا عنف - فإنه يتحتم على المؤسسات في مجتمعاتنا أن تتدبر جميع سبل الدعم والموارد اللازمة لنا حتى نتمكن من تحقيق خياراتنا وممارسة الاختيار السديد (شبكة النساء الاحترافيات، بدون تاريخ).

هناك ارتباط وثيق بين الاستقلالية الجسدية والحق في السلامة الجسدية الذي يكفل للأشخاص السلامة من تصرفات جسدية لا تلقى رضاهم. وبينما تملك كثير من النساء والفتيات على مستوى العالم القدرة على اتخاذ قرارات مستقلة بشأن أجسادهن، إلا أن كثيرات لازلن يواجهن قيوداً بعضها ذات تبعات مدمرة لصحتهن ورفاههن، وربما حياتهن.

نحن لنا الحق الأصيل في اختيار كيفية حفاظنا على أجسادنا وفي حرصنا على صونها ورعايتها وفي التماس حرية التعبير عن ذلك؛ فجودة حياتنا رهن بذلك. بل إن حياتنا نفسها رهينة التمتع بهذا الحق.

إن الحق في الاستقلال الذاتي لأجسادنا يعني التمتع بالقدرة على اتخاذ القرارات والمسؤولية عنها دونما خوف من عنف أو وجود من يقرر لنا. ويعني القدرة على اتخاذ القرار بشأن ممارسة العلاقة الحميمة من عدمه وموعد ممارستها واختيار الطرف الآخر في العلاقة. كما يعني اتخاذ المرأة قراراتها بنفسها بشأن ما إذا كانت ترغب في الحمل ومتى تريد أن تحمل. ويعني أيضاً حرية مراجعة طبيب كلما احتاجت إلى ذلك.

أي إن قول لا أو نعم أو هذا هو خيارى بشأن جسدي إنما هو أساس الحياة بكرامة وتمكين. بوسعنا أن نحيا بكامل إرادتنا، إذ لسننا مضطرين إلى القبول بخيارات

الجسد جسدي، أمّا الخيار فليس لي

إنّ الحياة حافلة بالخسائر بالنسبة إلى أشخاصٍ كُثر، لا سيما النساء والفتيات، وهي خسائر تنال من السلامة الجسدية والاستقلال الذاتي المرتبط بانعدام قدرتهن على اتخاذ قراراتهن بأنفسهن. وتتجلى تلك الخسائر عندما تفتقر النساء إلى الاختيار بشأن وسائل تنظيم الأسرة بما يؤدي إلى الحمل غير المخطط له. تتجم تلك الخسائر عن مقايضات مقبولة يمارسن فيها العلاقة الحميمة على مضا مضاعف سقّف بأوبهين وطعامٍ يقتتن به. ومن الخسائر الأخرى تعرضهن لانتهاكات مثل تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية (ختان الإناث) وزواج الأطفال. كما تقع هذه الخسائر عندما يتعذر على ذوي الميول الجنسية والهويات الجنسانية المختلفة السير في الشارع بلا خوف من التعرض لاعتداء أو إهانة. وهي عينها الخسائر التي تحرم ذوي الإعاقات حقوقهم في تقرير المصير والتحرر من العنف والتمتع بحياة جنسية آمنة مرضية.

لا تتمتع المرأة - في المتوسط - سوى

بـ 75% من الحقوق القانونية المكفولة للرجل

هناك أعداد كثيرة للقوى التي تمنع المرأة والمراهقات من التمتع باستقلاليتهم الجسدية وسلامتهم الجسدية؛ غير أن هناك سبب متأصل وهو التمييز القائم على النوع الاجتماعي الذي يعكس ويرسخ نظم السلطة الذكورية، ويتولد عنه انعدام المساواة بين الجنسين وعدم التمكين.

فحيثما وُجدت أعراف اجتماعية تمييزية بين الجنسين، يمكن أن تخضع أجساد النساء والفتيات لخيارات لا يأتينها رغبةً، بل كرهاً من آخرين يتراوحون بين الشركاء الحميمين والمجالس التشريعية. فمتى استقرت السيطرة بيد الغير، ظل الاستقلال الذاتي بعيد المنال. وبينما تنطوي الأعراف التمييزية بين الجنسين على ما يجعلها ضارة بنفسها، إلا أن ضررها يشتدّ عندما تقتصر بأشكال أخرى من التمييز القائم على العرق أو الميل الجنسي أو السن أو الإعاقة أو غير ذلك.

تترسخ الأعراف التمييزية بفعل المجتمع، وتزيد صلابة بفعل المؤسسات السياسية والاقتصادية والقانونية والاجتماعية - مثل المدارس ووسائل الإعلام، وكذلك بفعل الخدمات الصحية التي من بينها ما هو معنيّ أصلاً بتقديم الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية. فقد تقوّض هذه الخدمات - على سبيل المثال - استقلال الذات لكونها قليلة الجودة وغير قادرة على تلبية كل احتياجات النساء والمراهقات.

وعلى الرغم من الضمانات الدستورية للمساواة بين الجنسين في كثير من البلدان في جميع أنحاء العالم، لا تتمتع المرأة - في المتوسط - سوى بـ 75 في المائة من الحقوق القانونية المكفولة للرجل (الأمين العام للأمم المتحدة، 2020). كذلك تفتقر المرأة والفتاة في أحيان كثيرة إلى القدرة على التصدي لتلك الفوارق بسبب مستويات المشاركة التي مازالت منخفضة في صنع القرار السياسي وغيره من أشكال صنع القرار. ويمكن للتمييز الاقتصادي أن ينال من استقلال المرأة المالي، وهو قد يُضعف بدوره من سلطتها في اتخاذ قرارات مستقلة بخصوص العلاقة الحميمة والرعاية الصحية وتنظيم الأسرة. وما زادت الأمور إلا سوءاً بفعل المصاعب التي جلبتها جائحة كوفيد-19.

أو في أي مجال آخر؛ ذلك بأنها تفقد الحقوق من الأصل لا في جانبٍ من حياتها، بل في كثير من مجالاتها، أو فيها كلها.

بيد أن المصالح المرتبطة بديمومة أنماط من هذا القبيل قد تكون متصلة في طبيعة حياة المجتمعات والاقتصادات، ففي بعض أنحاء العالم نجد - مثلاً - أن "ثمن العروس" (أي المال أو الممتلكات أو غير ذلك من الأصول التي يقدمها الرجل "لشراء" عروس له بالأساس) يعد آلية اقتصادية بالغة الأهمية للتبادل بين السلطة والثروة (شيتي، 2007).

يرى بعض النساء والفتيات أن أثر انعدام المساواة بين الجنسين قد تفاقم بفعل مصادر عديدة للتمييز القائم على السن أو الأصل العرقي أو الإثني أو الميل الجنسي أو الإعاقة، أو حتى المنشأ الجغرافي. وعندما تتلاقى أنواع شتى من التمييز فإنها تخلف وراءها نساء وفتيات أشد عرضة للافتقار إلى الاستقلالية الجسدية وعدم التمتع بحقوقهن واشتداد البعد عن المساواة بين الجنسين.

ليس لبلد في العالم أجمع أن يزعم اليوم إنجازه متطلبات المساواة بين الجنسين إنجازاً تاماً؛ فلو استقام ذلك الزعم لانتفى العنف ضد المرأة والفتاة ولتلاشت الفجوات بين الأجر ولاختفت الفجوات في القيادة ولانتهى العبء الظالم المتمثل في الرعاية غير المدفوعة الأجر ولزال الافتقار إلى الجودة وعدم الشمول في خدمات الصحة الإنجابية ولانمحي عدم الاستقلالية الجسدية.

الرأي والاختيار والقدرة

للصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية أثرها المباشر في الاستقلالية الجسدية والسلامة للمرأة والفتاة، فالجسد هو مستقر جميع الوظائف والاختيارات الجنسية والإنجابية. وتتعرض تلك الاختيارات إلى أشكالٍ من الخضوع التمييزي والقهري لحقوق المرأة والفتاة، وتلك هي الحال التي لا تكاد تخلو من المقايضة بأجسادهن وامتهانها بيعاً وشراءً.

يقوم منظور السلطة الذكورية على فكرة مفادها أن السيطرة على الاختيارات الجنسية والإنجابية يتحول فعلياً إلى سيطرة في كثير من مجالات الحياة الأخرى؛ فالمرأة التي لا رأي لها في الإنجاب من عدمه أو في موعد الحمل أو عدد الأطفال، أو لا اختيار لها في مواصلة الدراسة بدلاً من الزواج في سن مبكرة، أو التي تقبل العنف الأسري باعتباره مصيرها المحتوم؛ إنما هي امرأة توفرت لها فرصة محدودة في اكتساب قدرة تمكينية ضمن قوة العمل أو صنع القرار المجتمعي



وعلى ذلك، فعندما تُكفّل للنساء والشابات مساحة أكبر من حرية الاختيار بخصوص الرعاية في مجال الصحة الجنسية والإنجابية، تتأتى نتائج صحية إيجابية متعددة منها الإحاطة بفهم أوفى لكيفية الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية، وتزايد احتمالات القيام بعدد من الزيارات السابقة على الولادة حسب توصيات منظمة الصحة العالمية، علاوة على الولادة على يد طبيب أو ممرض أو قابلة.

أما التقاعس عن احترام الاستقلالية الجسدية فيسفر أولاً وقبل كل شيء عن خسائر جمة للنساء والفتيات على المستوى الفردي. غير أن ذلك التقاعس يفضي أيضاً إلى أوجه عجز أعم نطاقاً، فقد يترتب على ذلك تقليص الإنتاجية الاقتصادية والنيل من مهارات قيمة وفرض تكاليف إضافية نظير خدمات الرعاية الصحية والقضائية، وبما في ذلك الاستجابة للعنف ضد المرأة والفتاة (هيئة الأمم المتحدة للمرأة، 2013).

إن اجتماع مستويات متدنية من الاستقلالية الجسدية مع خسائر في القدرة البشرية المقترنة به قد يقوض الاستقرار الاجتماعي ومقومات الصمود، بما يجعل المجتمعات أقل جاهزية لمواجهة الأزمات والتحديات والتعافي منها إثر وقوعها، كما هي حال جائحة كوفيد-19.

في السنوات الأخيرة شرعت بلدانٌ حول العالم في إِبلاء الأولوية إلى إتاحة الوصول إلى رعاية الصحة الجنسية والإنجابية بوصفها وسيلة هامة في النهوض بالمساواة بين الجنسين (المجلس الاقتصادي والاجتماعي للأمم المتحدة، 2019). تتماهى المكاسب المتحققة مع برنامج العمل الصادر عن المؤتمر الدولي للسكان والتنمية 1994، إذ يعد المرجع العالمي الأشمل بشأن الحقوق الإنجابية. وقد أقر برنامج العمل سلسلة من التدابير الرامية إلى تحقيق الصحة الجنسية والإنجابية العالمية الشاملة، وجذب الانتباه إلى قدرة الفتيات

والنساء المحدودة على اتخاذ قراراتهن لا بخصوص أجسادهن فحسب، بل في كل جوانب حياتهن.

علاوة على ما سلف، صادقت معظم البلدان عام 2015 على خطة التنمية المستدامة لعام 2030، فهي الخطة التي تحل فيها المساواة بين الجنسين في المرتبة الخامسة من بين 17 هدفاً للتنمية المستدامة. ينطوي هدف المساواة بين الجنسين على سلسلة من الغايات التي يتصدرها تأكيد برنامج العمل المذكور أنفاً من خلال الدعوة للإتاحة الشاملة لحقوق الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية. غير أن خطة التنمية المستدامة لعام 2030 تتخذ خطوة أخرى مهمة، فلأول مرة يحوي إطار عمل دولي مطلباً مفاده قياس معدل التقدم المتحقق تجاه الإتاحة الشاملة عبر مؤشرين: الأول يتجاوز تقديم الخدمات إلى التركيز على مدى قدرة النساء والفتيات على اتخاذ قراراتهن باختيارهن فعلياً على صعيد ممارسة العلاقة الحميمة واستخدام وسائل تنظيم الأسرة، وطلب الرعاية الصحية الإنجابية، والثاني يتتبع القوانين والأنظمة التي تعزز أو تعطل الإتاحة الكاملة المنصفة لخدمات الرعاية والمعلومات.

تفيد المعلومات الواردة حتى الآن من 57 بلداً أن نحو نصف عدد المراهقات والنساء فقط يتمتعن بالحق في اتخاذ قراراتهن المتعلقة بالاستقلالية الجسدية والسلامة الجسدية، وذلك وفقاً للقياس بواسطة المؤشرين المذكورين. لكن النسبة تهبط هبوطاً شديداً إلى نحو أنثى واحدة من بين كل 10 في بعض البلدان. ومن العجيب أنه ما إن تتوزع الخيارات حتى يتسنى لمزيد من النساء اتخاذ قرارات بخصوص استخدام وسائل تنظيم الأسرة، وهو ما يمكن اعتباره محققاً لمزايا تمس الرجال، ومع ذلك، فإن عدداً أقل من النساء يوسعهن رفض ممارسة العلاقة الحميمة، حيث تعمل مزية الذكور باتجاه مضاد.

تحالفات جديدة تناصر الاستقلالية الجسدية

احتفت قمة نيروبي عام 2019 بالذكرى السنوية الخامسة والعشرين للمؤتمر الدولي للسكان والتنمية؛ فكانت لحظة للتأمل في الكم الهائل من الاحتياجات المطلوبة لتحقيق الاستقلالية الجسدية والسلامة الجسدية للمرأة. وفي حين أنّ معدل استخدام وسائل تنظيم الأسرة الحديثة قد تضاعف أكثر من مرة منذ العام 1994، إلا أن هناك 217 مليون امرأة في جميع أنحاء العالم ما زالت لديهنّ احتياجات غير ملبأة من حيث وسائل تنظيم الأسرة، وذلك على سبيل المثال. أما معدلات تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية (ختان الإناث) فقد تراجعت في أوساط الفتيات في البلدان التي تشجع فيها تلك الممارسة، كما تراجعت نسبة الفتيات المتزوجات وهنّ طفلات (بانغوليانو، 2020). ومع ذلك، ما زالت نحو 4 ملايين فتاة يخضعن لتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية (ختان الإناث)، فيما تشير التقديرات إلى وجود 12 مليون فتاة متزوجة في عمر الطفولة في 2020، وهو رقم أقل على الأرجح مما هو عليه فعلاً.

شهدت قمة نيروبي تعهد الحكومات وكيانات أخرى بتعجيل العمل نحو سدّ الفجوات والسعي نحو تحقيق الأوصاف الثلاثة بحلول 2030، ألا وهي: إنهاء وفيات الأمهات وإنهاء الاحتياجات غير الملبأة لتنظيم الأسرة، وإنهاء العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي والممارسات الضارة. ويأتي تحقيق الاستقلالية الجسدية التام لكل الفتيات والنساء في صميم تلك الأهداف الصفرية الثلاثة.

شهد العام 2020 مرحلة أخرى محورية تمثلت في الذكرى السنوية الخامسة والعشرين لمؤتمر الأمم المتحدة الرابع بشأن المرأة لسنة 1995، واتفق المؤتمر على إعلان ومنهاج عمل يبيح

إن المؤشرين المذكورين أنفأً هما محل تركيز هذا التقرير، وهما لا يرصدان سوى أبعاد قليلة لصنع القرار المستقل على صعيد الصحة الجنسية والإنجابية، حتى إنها لتقتصر على النساء والفتيات في سنّ 15 إلى 49، سواءً كنّ متزوجات أو شريكات. غير أن قضية الاستقلالية الجسدية تتعلق أيضاً بمجموعة متنوعة من القضايا الأخرى، من بينها الإجهاد وسن الرضا وتأجير الأرحام والاشتغال بالجنس وغيرها؛ كما أن قضية الاستقلالية الجسدية مبعث قلق لدى فئات أخرى مثل الفتيات والنساء غير المتزوجات وفئات المثليات والمثليين ومزدوجي الميل الجنسي ومغايري الهوية الجنسية وحاملي صفات الجنسين (مجتمع الميم) والأشخاص ذوي الإعاقة وأية فئة أخرى مهمشة أو معرضة للتمييز بسبب الأصل العرقي أو الإثني أو الثروة أو الإعاقة أو محل الإقامة.

لمّا كانت الاستقلالية الجسدية والسلامة الجسدية تؤثّران في كثير من جوانب الصحة وفي السعي إلى حياة كريمة لائقة، فإن التقدم في تحقيقهما لا يؤدي إلى تحقيق الصحة الجنسية والإنجابية والهدف الخامس من أهداف التنمية المستدامة فحسب، بل يُحقّق أيضاً كثيراً من أهداف التنمية المستدامة الأخرى، ومن بينها ما يتصل بتعزيز الصحة وتقليل أوجه عدم المساواة والقضاء على الفقر. فمثلاً: إذا تسنى سدّ فجوة التمييز القائم على النوع الاجتماعي في مجموع الدخل المكتسب طوال الحياة، فسيُحقّق من ذلك 172 تريليون دولار أمريكي في صورة ثروة من رأس المال البشري، فضلاً عن المساعدة في انتشال الملايين من البشر من الفقر (الأمين العام للأمم المتحدة، 2020).

لذلك، يجب تحقيق تقدم سريع بصفة عاجلة بالنظر إلى وجود "عقد من العمل" وحيد قبل الغاية الزمنية (2030) المحددة للأهداف العالمية، فهي الغاية المقررة لتمتع جميع النساء والفتيات بكامل القدرة على اتخاذ خيارات في حياتهن.

جسدك:

دليل المالك

يكاد لا يعترض أيّ من الآباء أو قادة مجتمع على جلب تلميذٍ ما لكتاب كيمياء أو تفاضل وتكامل مدرسي إلى بيته. غير أنّ دروس التربية الجنسية الشاملة تُعدّ محظورةً على نطاق واسع، ويُقصد بالتربية هنا التوعية الدقيقة بمعلومات مناسبة عُمرياً حول جسد الفرد والصحة الجنسية والإنجابية وحقوق الإنسان. وكثيرٌ من المدارس لا تدرّس مادة التربية تلك، ولا تقدم سوى معلومات منقوصة؛ وهو ما يترك التلاميذ في حال استعدادٍ ضعيفٍ للتغيرات التي تمرّ بها أجسادهم، وإعدادٍ ضعيفٍ لحماية أنفسهم من الضرر على حدٍ سواء.

وعن ذلك تقول أولغا لورينسو، التي تعمل منسّقة لمشروع مركز دعم الشباب (المدعوم من صندوق

الأمم المتحدة للسكان ويُعنى بتعزيز مهارات الحياة والتربية الجنسية الشاملة للشباب في أنغولا): "نحن في كفاف مستمر لإدراج هذا الموضوع في مناهج الدراسة، فلا شيء تقريباً يقال عن التربية الجنسية الشاملة ولا عن الصحة الإنجابية بسبب اعتبارات العيب والأحكام المسبقة."

يجادل معارضو التربية الجنسية الشاملة في الغالب بأن تلك التربية تروّج للنشاط الجنسي، لكن الدراسات تؤكد أن هذا الطرح غير صحيح؛ بل إن الأدلة تشير إلى أن هذه التربية - حال تقديمها وفق المعايير الدولية - تحسّن معارف الشباب وتشكّل استراتيجية حاسمة ومناسبة للتكلفة للوقاية من الحمل غير المقصود والعدوى

المنقولة جنسياً، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية. كما تفيد بعض الدراسات بأن تلك التربية تساهم عملياً في تأخير الممارسة الحميمة الأولى عند المراهقين (اليونيسكو، 2016).

وأوضحت المنسّقة لورينسو أنها افتقرت إلى التوعية الدقيقة في هذا المجال وهي مراهقة، فاستشعرت ضغوطاً تجاه الدخول في علاقات حميمية قبل أن تستعد، أي وهي في سن 15. وعن ذلك قالت: "كان لصديقاتي أصدقاء، وكانت لهن حياة جنسية نشطة. وكُنّ يسخرن مني لكوني "عذراء. أثار ذلك فيّ نفسياً... وأظن أنه نال من استقلاليّتي الجسدية بشكل أو بآخر."

ديبيكا بول باحثة خبيرة في مجال الصحة الجنسية والإنجابية، ومستشار لدى مؤسسة "إيباس" في دكا، بنغلاديش، رأت بعينها عواقب ضعف إتاحة التربية الجنسية في مجتمعها، فتقول: "عندما كنت تلميذة في الصف

"يجب عليهم معرفة كيف تعمل أجسامهم."



اعتادت أولغا لورينسو على مواجهة معارضة عند تقديم خدمات التربية الجنسية الشاملة، ولكنها لم تتراجع. العمل الفني الأصلي بواسطة نعومي فوناء الصورة © صندوق الأمم المتحدة للسكان/سي. سيزار

وسائل تنظيم الأسرة لااعتقادهم
أن "العواقم [أي الوسيلة الرحمية
المانعة للحمل] تنتشر في الجسم
كله... فيظنون أنهم سيشعرون بالألم
بسبب العاقم. وهذا غير صحيح."

ومعلومات مغلوبة، علماً بأن
الفتيان والرجال بصفة خاصة
"لديهم فجوات معرفية ومفاهيم
مغلوبة" في هذا الصدد كما ترى
ديبيكا بول، موضحة أنها رأت
رجالاً يمنعون زوجاتهم من استخدام

السابع، كان لدينا فصل وحيد عن
الحيض. ولم تكن المعلمة مرتاحة
وهي تشرح هذا الفصل لنا."
إن انعدام التربية الجنسية الشاملة
يجعل الشباب يقعون ضحية أباطيل

إنّ التلاميذ الذين يتلقون تربية جنسية شاملة لا يتمكنون فقط من اتخاذ خيارات جنسية صحية فحسب، بل يصحون أفضل استعداداً للبحث عن المساعدة عند الحاجة. لذا تقول لورينسو: "المعلومات التي أشارك بها كفيلة بإحداث تغيير كبير في حياة الإنسان."

تتذكر الباحثة فتاةً كشفت في أثناء تلقياها تربية جنسية من خلال برنامج إرشادي عن إصابتها بجرح مزمن في صدرها – معتبرة ذلك مبعث خجل، لكنه ليس بأمر طارئ. وتورد الباحثة قصة شابة أفصحت عن إقامتها مع خال أساء لها جنسياً،

فتصف الباحثة الواقعة قائلة:

"حبست الفتاة نفسها وما عادت تتكلم مع أحد خشية الطرد من البيت وانتهاء الحال بها إلى الشارع." أمكن للمرشدين تخصيص خدمات لكلا الفتاتين، لكن لورينسو مهتمة بما كان ليحدث، فتقول: "أي مصير كانت الفتاتان لتلقياه لو لم نتدخل؟"

ويمكن للتربية الجنسية الشاملة أن تهض دور في منع العنف القائم على النوع الاجتماعي، فتدريسها وفق المعايير الدولية يعني أن تتضمن الدروس رسائل عن حقوق الإنسان والمساواة بين الجنسين والعلاقات المحترمة (اليونسكو وآخرون، 2018).

من هنا تتزايد دعوات الخبراء إلى هذا اللون من التربية بُعْية تأطير الوقاية من العنف بوصفها مسؤولية مقترفيها، لا مسؤولية ضحايا العنف ولا الناجيات منه (شنايدر وهيرش، 2020).

لذا ترى لورينسو أن "التلاميذ والتلميذات يتعيّن عليهم معرفة حقوقهم وواجباتهم في المجتمع أولاً"، موضحة أن هذا هو الأساس الذي تركز إليه في التربية الجنسية الشاملة. وتضيف قائلة: "بعدها يتعيّن عليهم معرفة وظائف أجسامهم حتى يتسنى لهم اتخاذ قرارات مفيدة لهم، لا أن يتركوا غيرهم ليقرر لهم."

الذي عد تمكين المرأة واستقلالها مقوماً رئيساً للتنمية المستدامة. واحتفاء بالذكرى السنوية دشنت الأمم المتحدة حملة بعنوان "جيل المساواة"، وهي الحملة التي جمعت بين مناصرين شباب ومحنّكين للاحتفاء بالإنجازات التي تحققت حتى تاريخه وللمطالبة بأن يشهد الجيل المقبل الوفاء بوعد تحقيق المساواة بين الجنسين بعد طول انتظار. وعطفاً على ذلك، تشكلت ست تحالفات من بينها تحالف يحظى بقيادة مشتركة

من صندوق الأمم المتحدة للسكان المعني بالاستقلالية الجسدية والصحة الجنسية والإنجابية، ليكون معنياً بقضايا من قبيل كيفية استغلال خدمات الرعاية الصحية وغيرها من الخدمات في دعم الاختيارات التي تقول النساء إنهن يشدنها.

إن النشاط المتسارع يمنح الإلهام، لكنه يكشف شيئاً فشيئاً عن خفية مقلقة تتمثل في اجتياح جائحة كوفيد-19 العالم أجمع،

مع كون نماذج النمو الاقتصادي الحالي مفضية إلى مظالم شديدة تعصف بالاستقرار. كما تنامت مقاومة المساواة بين الجنسين بما أدى إلى قيود جديدة على الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية، فيتهدد بذلك التقدم المحرز نحو الاستقلالية الجسدية للمرأة والفتاة في أنحاء العالم. فمثلاً: وقعت محاولات لاستبعاد التربية الجنسية الشاملة من المناهج الدراسية (المجلس الاقتصادي والاجتماعي للأمم المتحدة، 2019). وثمة أدلة متعاضمة على أن الخدمات الحيوية في مجال الصحة الجنسية والإنجابية اعتُبرت "غير أساسية"، وأنها عانت من تحول الدعم والتمويل عنها في أثناء الاستجابة لجائحة كوفيد-19 (باننوليانو، 2020).

غير أن تجاوز تلك القضايا لن يكون بالأمر اليسير، ومع ذلك، فالاستقلالية الجسدية والسلامة الجسدية كفيلتان بتوحيد الجهود - إلى حد ما - من أجل المساواة بين الجنسين، ذلك بأنهما غالباً ما يوحدان جهود المعارضة لهما. وقد أن الأوان لبذل مناصرة قوية قادرة على إحداث التغيير لترسيخ المعنى الحقيقي للاستقلالية الجسدية والسلامة الجسدية بالممارسة ولتأكيد المطلوب فعلياً لتحقيقهما.

وعلى وجه العموم، نعلم أن تحقيق الاستقلالية الجسدية والسلامة الجسدية للمرأة والفتاة رهن بتحقيق المساواة

بين الجنسين على كل الأصعدة، مع اعتبار أن الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية هي من أهم نقاط التدخل المناسبة؛ علماً بأن التقدم في هذا الصدد يعوّل على الجهود الأخرى ويدعمها من أجل تمكين المرأة في الاقتصاد وفي صنع القرار ويكفل لها التماس سبل العدالة، فكثير من التقدم متوقف على القضاء على التمييز القائم على النوع الاجتماعي والأعراف التمييزية الأخرى منعاً للتحيز المترتب على العمل في المقام الأول.

تعكف الجماعات المناصرة المتنوعة على حشد الدعم المجمع لتحقيق التغيير، فمثلاً: تسعى حملة "جيل المساواة" إلى تشكيل تحالفات جديدة بين نشطاء المساواة بين الجنسين وذوي الإعاقة وأنصار المساواة بين الجنسين والصحة وفتات "مجتمع الميم" ومنظمات ذوي الإعاقة.

إن النظر في المعنى الممكن والمنشود للاستقلال الجسدي وتصوّره إنما يعني إبطار مستقبل عامر بالاختلاف لفائدة البشر. والمسار المختلف يبدأ بالحقوق ويؤدي إلى الاختيار بما يتيح للإنسان أن يحب جسده ويصونه وبياسر حياته وفق ما يناسبه.



عمل فني بواسطة كايبي نانكي



HULYA '20

ثلاثة أبعاد للاستقلال الذاتي

قياس القدرة على اتخاذ القرارات بشأن الرعاية الصحية وتنظيم الأسرة والعلاقة الحميمة

اقتترنت كلمة "الجسدية" بمصطلح "الاستقلالية" منذ ذلك الحين ليصيرا معاً مصطلحاً ذا معنى عام، وغامضاً أحياناً. واليوم، بات المصطلح مستخدماً على لسان المناصرين والنشطاء وخبراء حقوق الإنسان المعنيين بالقضايا المتعلقة بالجنس والصحة والحقوق الإنجابية والميل الجنسي والهوية الجنسانية والمقايسة بالجنس وتأجير الأرحام وحالة الإعاقة والإجهاض وغير ذلك.

اكتسب المصطلح حضوراً أقوى عام 2019 عندما اجتمعت الحكومات ومنظمات المجتمع المدني والأوساط الأكاديمية ومؤسسات من القطاع الخاص في قمة نيروبي بشأن المؤتمر الدولي للسكان والتنمية 25، حيث تعهد المؤتمرين - أخيراً - بتحقيق كل الأهداف المقررة في برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. كما أقرت وفود كثيرة بيان نيروبي طواعية، وهو البيان الذي بيّن الحاجة إلى "حماية وصون جميع الحقوق الفردية المتعلقة بالسلامة الجسدية والاستقلالية الجسدية والحقوق الإنجابية، وإتاحة الوصول إلى الخدمات الأساسية دعماً لتلك الحقوق".

القدرة على اتخاذ قرارات بشأن العلاقة الحميمة والإنجاب هي أمر أساسي لتمكين المرأة.

فالمرأة التي تسيطر على جسدها أقرب من غيرها إلى التمكين في جوانب أخرى من الحياة. أما المرأة - أو المراهقة - التي تتمتع بقدر ضئيل من الاستقلالية الجسدية فهي أقل قدرةً في السيطرة على حياتها المنزلية، وصحتها ومستقبلها وأبعد احتمالاً عن التمتع بحقوقها.

لكن، ما هي الاستقلالية الجسدية بالضبط؟ وكيف للمرء أن يقيسها؟ وهل هي شيء قابل للقياس أصلاً؟

ظهر مفهوم الاستقلالية في سياق تمكين المرأة في خلال سبعينيات القرن الماضي، ثم تلقفه الحراك المعني بالصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية. وجاء العام 1994 ليظهر المصطلح في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية ضمن برنامج العمل الرائد الذي أقر "هدف تحسين الوضع السياسي والاجتماعي والاقتصادي والصحي لهن باعتباره غاية بالغة الأهمية في حد ذاتها ومطلباً أساسياً لتحقيق التنمية المستدامة".

وفي حين أن المصطلح قد أضحى جزءاً من اللغة الدارجة للحركات النسوية والصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية، فإنه ما زال عصبياً على التقديم في صورة تعريف بسيط وعلى القياس الميسور. بيد أنه عندما أقرت الأمم المتحدة خطة التنمية المستدامة لعام 2030 ذات الأثر التحويلي والأهداف السبعة عشر المصاحبة لها، فقد أرسيت بذلك مؤشرات لمساعدة الحكومات في تتبع التقدم المحرز نحو تحقيق الأهداف وغاياتها؛ مثل الغاية 5-6 المتمثلة في تحقيق الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية للجميع. وتحدّد بذلك مؤشرا لقياس معدل التقدم في هذا الجانب؛ الأول هو المؤشر 1-6-5 الهدف إلى قياس نسبة النساء في الفئة العمرية من 15 إلى 49 ممن يتخذن قراراتهن باختيارهن وعلى أسس مستنيرة بخصوص العلاقات الجنسية واستخدام وسائل تنظيم الأسرة والرعاية الصحية الإنجابية. والثاني هو المؤشر 2-6-5 المعنى باقتفاء عدد البلدان ذات القوانين والأنظمة التي تكفل إتاحة خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية للنساء والرجال في سن 15 فما فوق إتاحةً تامة ومنصفة وما يتصل بذلك من معلومات وتثقيف.

يستند المؤشر 1-6-5 إلى إجابات عن الأسئلة المطروحة على النساء في الفئة العمرية من 15 إلى 49 عاماً ضمن الدراسات الاستقصائية الديمغرافية والصحية في 57 بلداً، وهي:

- من يتخذ القرارات المتعلقة بالرعاية الصحية لك؟
- من يتخذ القرار في المعتاد بشأن استعمالك وسيلة من وسائل تنظيم الأسرة من عدمه؟
- هل قول لا لزوجك أو شريكك إذا لم تكن لك رغبة في ممارسة العلاقة الحميمة؟

لا تُعد المرأة متمتعة بالاستقلالية في اتخاذ قرارات الصحة الإنجابية وممكنة من ممارسة حقوقها الإنجابية إلا إذا اجابت عن الأسئلة الثلاث جميعها بقدرتها على اتخاذ قراراتها بحرية.

تعتمد الاستقصاءات المذكورة على استبيانات معيارية تكشف عن بيانات ممثلة على الصعيد الوطني بخصوص الزواج والخصوبة والوفاء وتنظيم الأسرة والصحة الإنجابية وصحة الطفل والتغذية وفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسبة "الإيدز". وتتولى أي سي إف إنترناشيونال تنفيذ برنامج الاستقصاءات بتمويل من الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، مصحوبة بمساهمات من منظمات دولية مثل صندوق الأمم المتحدة للسكان.

إن تكوين المؤشر 1-6-5 يشير - ولأول مرة - إلى وجود إطار عمل دولي لقياس جوانب الصحة الجنسية والإنجابية (والاستقلالية الجسدية) بأساليب تتجاوز في نظرتها مجرد إتاحة الخدمات، بل تستكشف مدى تمكن الفتيات والنساء من اتخاذ خياراتهن بأنفسهن. جدير بالذكر أن صندوق الأمم المتحدة للسكان، وهو الوكالة الأممية المعنية بالصحة الجنسية والإنجابية، مسؤول عن إدارة البيانات المستقاة من المؤشر المذكور آنفاً، والمستقاة أيضاً من المؤشر 2-6-5، حسب المبيّن في الفصل الخامس من هذا التقرير.

نظرة على الأرقام

صورة مفزعة عن حال الاستقلالية الجسدية للملايين من النساء والفتيات: ذلك بأن 55 في المائة من النساء والفتيات فقط يتمكنّ من اتخاذ قراراتهن في الأبعاد الثلاثة المتعلقة بالاستقلالية الجسدية.

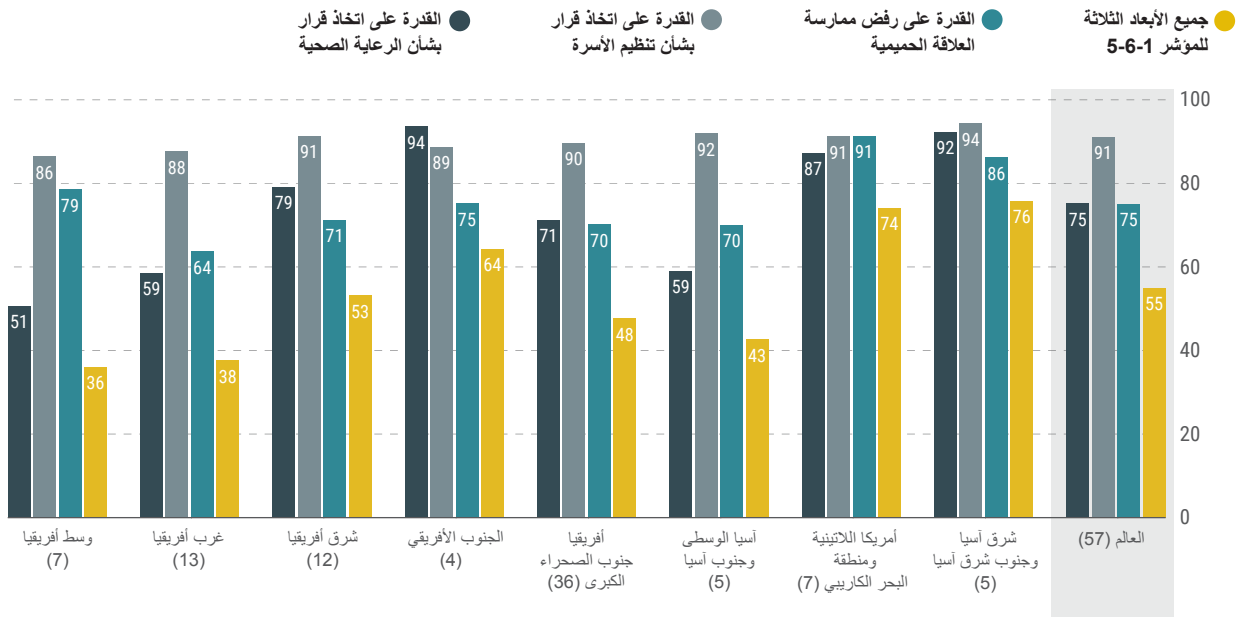
وهذا يعني أن هناك امرأة واحدة أو أكثر قليلاً من بين كل اثنتين لديها القدرة على اتخاذ القرار الذي تريد بشأن طلب الرعاية الصحية من عدمه، بما في ذلك خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، وينسحب الأمر ذاته على استخدام وسائل تنظيم الأسرة من عدمه، وممارسة العلاقة الحميمة مع الشريك أو الزوج من عدمه (الشكل 1).

لا تتاح بيانات كاملة عن الأبعاد الثلاثة للمؤشر 1-6-5 إلا عن 57 بلداً، ومعظمها في بلدان أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. بيد أن الاستقصاءات الدولية المستقبلية - مثل استقصاءات اليونسيف المجمعّة متعددة المؤشرات - وكذلك البرامج الاستقصائية الإقليمية (مثل استقصاء الأجيال والنوع الاجتماعي) من المتوقع أن تتيح بيانات عن مزيد من البلدان على مدار السنوات القليلة المقبلة.

في حين أن البيانات تغطي حالياً بلداً واحداً تقريباً فقط من بين كل أربعة بلدان على مستوى العالم، فإنها ترسم

الشكل 1

نسبة النساء في سنّ 15-49 اللاتي يتخذن قراراتهن بشأن الحقوق الجنسية والإنجابية (بما في ذلك اتخاذ القرارات المتعلقة بالرعاية الصحية، واتخاذ القرارات المتعلقة باستخدام وسائل تنظيم الأسرة؛ والقدرة على رفض ممارسة العلاقة الحميمة)؛ حسب منطقة أهداف التنمية المستدامة، أحدث البيانات 2007-2018.



ملاحظات: يرد بين قوسين عدد البلدان التي أدرجت لها بيانات استقصائية قابلة للمقارنة في المجموعات الإقليمية.

المصدر: صندوق الأمم المتحدة للسكان، قواعد البيانات العالمية، 2020. استناداً إلى الاستقصاءات الديمغرافية والصحية، والدراسات الاستقصائية متعددة المؤشرات، وغيرها من الدراسات الاستقصائية الوطنية التي أُجريت في الفترة 2007-2018.

آسيا وجنوب شرق آسيا، وبين 59 و87 في المائة في أمريكا اللاتينية ومنطقة الكاريبي.

كما تكشف البيانات عن تفاوتات بين الأبعاد الثلاثة نفسها: فارتفاع النسبة المئوية لأحد الأبعاد لا يعني متوسطات نسبية مرتفعة في البعدين الآخرين تلقائياً. فمثلاً: 77 في المائة من النساء في مالي يتخذن قرارات مستقلة أو مشتركة بخصوص استخدام وسائل تنظيم الأسرة، لكن 22 في المائة منهن فقط قادرات على طلب الرعاية الصحية. وفي إثيوبيا، يستطيع 53 في المائة من النساء رفض ممارسة العلاقة الحميمة، فيما يمكن لنسبة 94 في المائة اتخاذ قرارات مستقلة أو مشتركة بشأن تنظيم الأسرة. ومن ثم، تساهم تلك التفاوتات في توضيح المكون الكلي المنخفض للمؤشرات في بعض البلدان: إذ لا تحسب المرأة ضمن العينة إلا إذا أفادت بقدرتها على اتخاذ خيارات مستقلة في الأبعاد الثلاثة جميعها. أما المرأة التي تتخذ قراراتها مستقلة بخصوص تنظيم الأسرة لكنها غير قادرة على رفض ممارسة العلاقة الحميمة مع الزوج - مثلاً - فلا تعد ضمن المكون الكلي للمؤشر 5-6-1.

تتفاوت النسب المئوية من منطقة إلى أخرى، فمثلاً: يتخذ 76 في المائة من المراهقات والنساء في شرق آسيا وجنوب شرقها وفي أمريكا اللاتينية ومنطقة الكاريبي قرارات مستقلة على صعيد الأبعاد الثلاثة للمؤشر 1-6-5، فيما يوضح الشكل المائل أن النسبة المناظرة تقل عن 50 في المائة في بلدان أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى ووسط آسيا وجنوبها.

كما أن النسب المجمعَة إقليمياً تغطي على تباينات شديدة بين البلدان (الشكل 2)، ففي أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى - مثلاً - تبلغ نسبة النساء القادرات على اتخاذ قرارات مستقلة 50 في المائة، ومع ذلك توجد ثلاثة بلدان هي مالي والنيجر والسنغال تقل فيها تلك النسبة عن 10 في المائة.

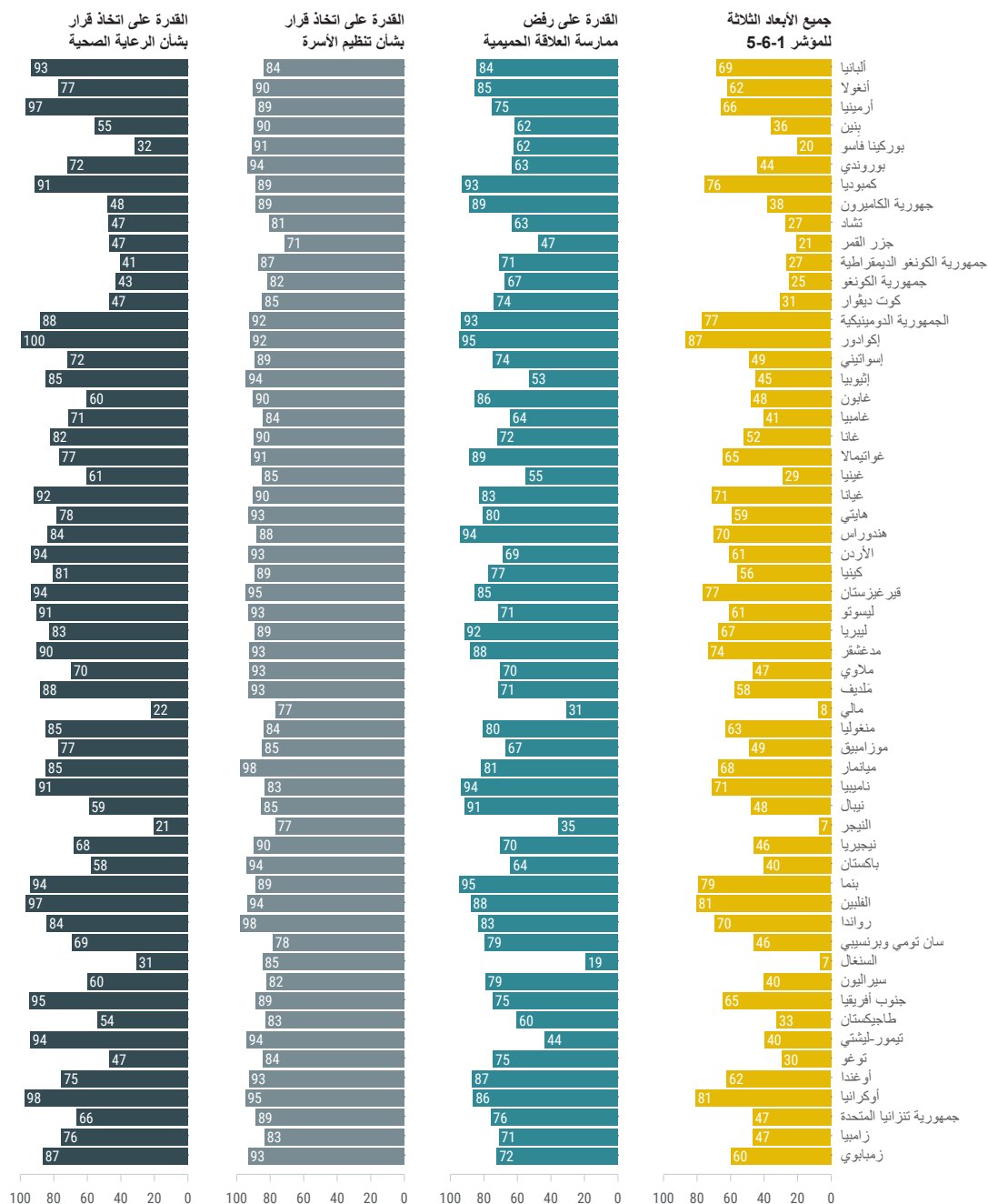
وإذا كانت الاختلافات في مناطق أخرى أقل تفاوتاً، فإنها مع ذلك جديرة بالملاحظة. على سبيل المثال: تتراوح النسب المئوية للنساء القادرات على اتخاذ قرارات مستقلة في الأبعاد الثلاثة للمؤشر 1-6-5 بين 33 و77 في المائة في منطقتي وسط آسيا وجنوب آسيا، وبين 40 و81 في المائة في منطقة شرق

عمل في بواسطة ربيكا أرتم



الشكل 2

نسبة النساء في سن 15-49 اللاتي يتخذن قراراتهن بشأن الرعاية الصحية وتنظيم الأسرة والممارسة الحميمة مع الأزواج أو الشركاء – البيانات القطرية الأحدث حسب البلد (2007-2018)



المصدر: صندوق الأمم المتحدة للسكان، قواعد البيانات العالمية، 2020. استناداً إلى الاستقصاءات الديمغرافية والصحية. الدراسات الاستقصائية متعددة المؤشرات، وغيرها من الدراسات الاستقصائية الوطنية التي أجريت في الفترة 2007-2018.

ما هي الاتجاهات؟

الصحية للأمهات والأطفال دون الخامسة)، مقترنة
بُنهَجٍ للتواصل مع المجتمع بُغْيَةَ التعامل مع أعراف
عدم المساواة بين الجنسين (صندوق الأمم المتحدة
للسكان، 2019).

يوضح الشكل 3 أن النسب المئوية الكلية للمؤشر
قد تحجب اتجاهات سلبية وإيجابية في البلد الواحد.
الاتجاهات الإيجابية أكثر شيوعاً في الإجابات عن
السؤال المتعلق بالقرارات المستقلة حيال طلب الرعاية
الصحية. أما الاتجاهات السلبية فهي أكثر شيوعاً في
الإجابات عن السؤال المتعلق بالقدرة على رفض العلاقة
الحميمية. والحقيقة أن النساء في أكثر من نصف البلدان
المشمّلة على نقطي بيانات على الأقل قد فقدن مكاسب
بين 2005 و2018 على صعيد القدرة على رفض
العلاقة الحميمية. ومن العسير تحديد السبب الفعلي لهذا
الاتجاه السلبي أو الافتقار الظاهر لتحقيق التقدم. ومع
ذلك، تفيد إحدى الدراسات بأن مزيجاً من العوامل قد
تكون ضالعة في هذا الصدد (صندوق الأمم المتحدة
للسكان، 2019)، وهي:

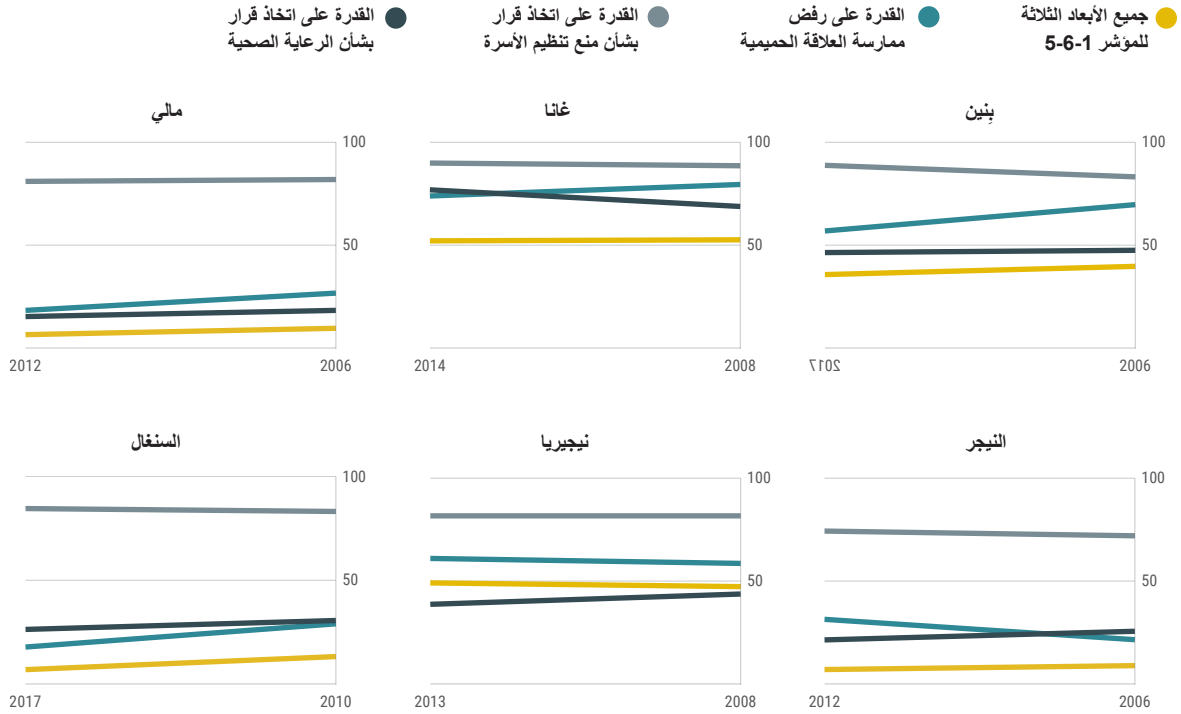
- المحظورات المتواصلة بشأن العلاقة الحميمية
والحياة الجنسية التي تعززها الأعراف والتوجهات
الاجتماعية، مما لا يتيح للنساء والفتيات فرصة
كبيرة للتفاوض مع الشركاء أو الأزواج صراحةً
حول العلاقة الحميمية.
- النظم الذكورية المرسخة لديناميات القوة غير
المنصفة في العلاقات، إذ تحظى المطالب الجنسية
عند الذكور بأولوية مقابل مطالب النساء. وتفيد
الدراسات أن بعض النساء في أذربيجان ورواندا
والمكسيك يوافقن على التخلي عن حقهن في رفض
العلاقة الحميمية مقابل قدر أكبر من الاستقلال في
مجالات أخرى في الحياة، مثل اتخاذ القرارات
المتعلقة بالأسرة أو الخروج من المنزل أو أوقات
الخروج منه.

أجري تحليلٌ للاتجاهات في 22 بلداً من فنتي الدخل
المنخفض والمتوسط سبق أن أُجري فيها استقصاءان
متتاليان على الأقل لاستجلاء آراء النساء وفق الأبعاد
الثلاثة للاستقلال الجسدي، فكشف التحليل عن أن ضخ
استثمارات في برامج أو خدمات ضمن بُعد واحد لا تؤدي
بالضرورة إلى تغييرات إيجابية في البُعدين الآخرين. بل
إن الاتجاهات المستفاد من إجابات المجيبات عن الأسئلة
المعيارية الثلاثة ضمن المؤشر 1-6-5 غالباً ما تأتي
بتوجهات مختلفة (الشكل 3).

فمثلاً: ضُخت استثمارات كبيرة في غانا من أجل تحسين
صحة الأمومة، وذلك عبر زيادة الخدمات المناسبة
التكلفة وذات المستوى الجيد كماً وكيفاً، مع وجود برامج
للتواصل مع المجتمع من أجل تعزيز تلك الخدمات.
ونتيجة لذلك، زادت النسبة المئوية للنساء القادرات
على اتخاذ قراراتهن بمحض إرادتهن في مجال الرعاية
الصحية زيادةً مستمرة. وفي الوقت ذاته، استقرت النسبة
المئوية للنساء اللاتي يتخذن قراراتهن بشأن تنظيم
الأسرة، وكذا نسبة النساء القادرات على رفض ممارسة
العلاقة الحميمية، علماً بأن النسبة الأخيرة شهدت زيادةً
كبيرة. وثمة موقف مماثل في بنين حيث توجد نسبة مئوية
لم تتغير إلا قليلاً على مدار الـ 10 سنوات الماضية للنساء
القادرات على اتخاذ قرارات مستقلة بشأن تنظيم الأسرة
والرعاية الصحية. أما قدرة المرأة على رفض العلاقة
الحميمية فقد تراجعت بنسبة 20 في المائة خلال الفترة
نفسها (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2019).

ومن أصل 22 بلداً لم يثبت وجود اتجاهات مطردة في
النسب المئوية للقادرات على اتخاذ قرارات مستقلة على
صعيد الأبعاد الثلاثة للمؤشر 1-6-5 إلا في أوغندا
ورواندا. وتفيد البيانات بأن أوغندا حظيت بالزيادة
الأكبر: ألا وهي 12.3 في المائة. إن التغيير الإيجابي
قادر على المساهمة في إيجاد بيئة مؤاتية من الناحيتين
القانونية والسياسية (بما في ذلك إلغاء رسوم الخدمات

التغير في النسبة المئوية للنساء اللاتي يُفدن بقدرتهن على اتخاذ قرارات مستقلة في المكونات الثلاثة التي يتألف منها المؤشر 1-6-5 في منطقة غرب أفريقيا



واللاتي كن يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة فعلاً وقت جمع بيانات الاستقصاء. يضاف إلى ذلك أن السؤال المطروح لنيل إجابات عن قرارات إتاحة الرعاية الصحية لا تحدد جانب الرعاية الصحية الإيجابية. ولا تُطرح الأبعاد الثلاثة مجتمعة إلا على الفتيات والنساء من الفئة العمرية 15 إلى 49 عاماً، فيخرج بذلك الفتيات الأصغر سناً والنساء في سن 50 فما فوق.

وثمة حد آخر من حدود المؤشر، ألا وهو أن البيانات المتعلقة بتنظيم الأسرة والرعاية الصحية يمتدح اختيارات مشتركة وفردية؛ فمثلاً: قد تقول امرأة أن قرار استخدام وسائل تنظيم الأسرة متخذ بالاشتراك مع الزوج أو الشريك. لكن ثمة حالات يكون فيها القرار "المشترك" فردياً في واقع الأمر، أي اتخذته المرأة فيبطله زوجها.

• تشير البحوث النوعية إلى أن النساء ربما يمتثلن لطلبات الرجال الجنسية على سبيل المقايضة مقابل تحقيق مزيد من الاستقلال في مساعيهن الاقتصادية أو الشخصية. وتلك المقايضات مثبتة في البيانات الواردة من بلدان متنوعة مثل أذربيجان والمكسيك والنيجر ونيجيريا (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2019).

حدود المؤشر

يقدم المؤشر 1-6-5 صورةً للاستقلالية الجسدية للمرأة وفق منظور عام يكشف عن فروق دقيقة في القوى الكامنة وراء الاتجاهات الإيجابية أو السلبية. كما أن البيانات المتعلقة باستخدام وسائل تنظيم الأسرة - مثلاً - لا تكشف سوى عن أحوال النساء المتزوجات أو المساكينات،

يصفن تلك التجربة في العموم وصفاً سلبياً ينتقص من تمكينهن (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2019).

نموذج بيئي للاستقلال الجسدي

ثمة عوامل اجتماعية واقتصادية متنوعة تؤثر في قرار المرأة على صعيد الأبعاد الثلاثة للمؤشر 1-6-5 (الشكل 4).

علاوة على ذلك، فإن النساء اللاتي يمنعهن أزواجهن من استخدام وسائل تنظيم الأسرة ربما استخدمنها سراً، لكن هذا النوع من التصرفات لا يُرصد في المؤشر المتعلق باتخاذ قرارات مستقلة بخصوص تنظيم الأسرة. وتشير الاستقصاءات الكمية إلى أن ما بين 4 و29 في المائة من النساء اللاتي يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة إنما يفعلن ذلك بدون علم الزوج أو الشريك. وفي حين يعد كتمان استخدام وسيلة تنظيم الأسرة خياراً فردياً، إلا أن النساء

الشكل 4

محددات قدرة المرأة على اتخاذ القرار

المجتمع المحلي

المعايير الجنسانية،
والوصم، والمعتقدات

النظم الصحية

عامل القرب والتكلفة وجودة
الرعاية وتحيز مقدمي الخدمات

التعامل مع الآخرين

موقف الشريك،
التواصل، الأسرة الممتدة

العوامل الاجتماعية والاقتصادية

التعليم، الثروة، إتاحة وسائل الإعلام، الريف/الحضر

السلطة الفردية

المعرفة بالصحة الجنسية والإنجابية
والحقوق الإنجابية، الخبرة والتحكم
فيما يتعلق بالصحة



الظروف الاجتماعية الاقتصادية

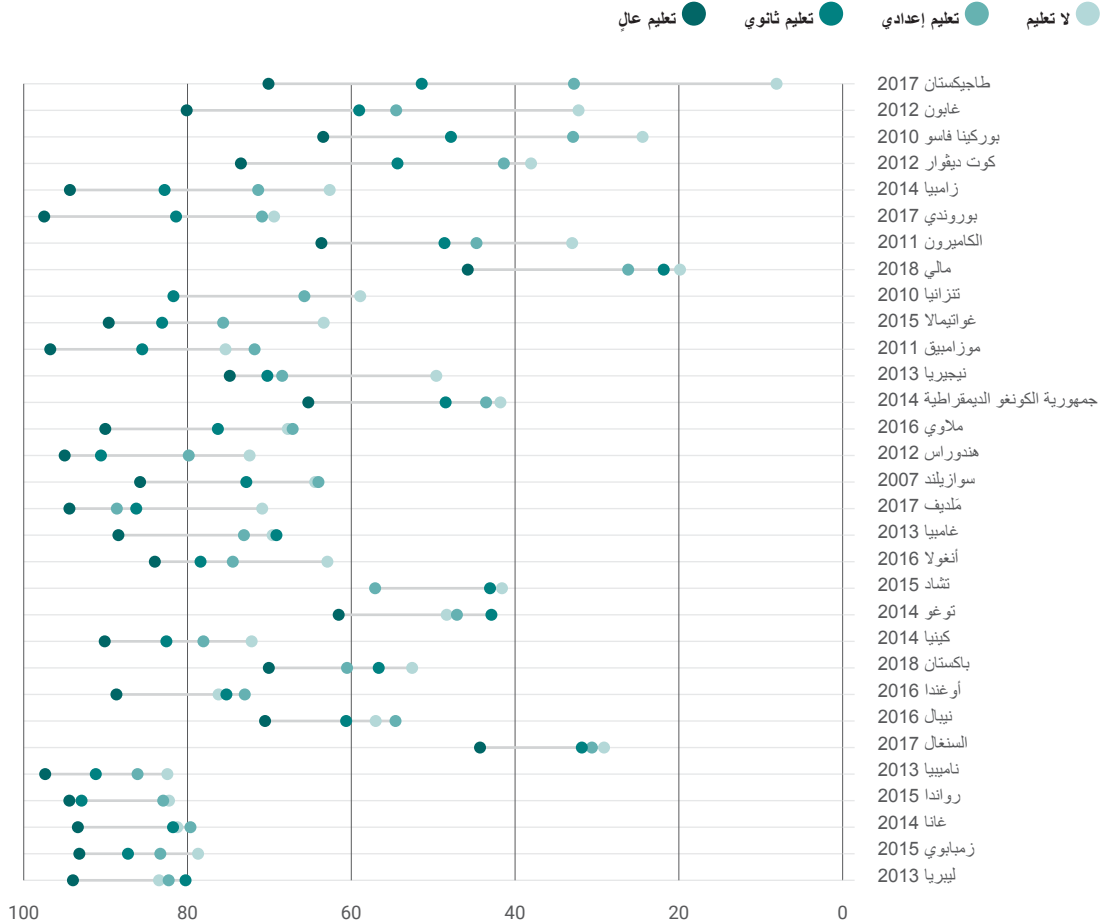
يُعد مستوى تحصيل المرأة العلمي من العوامل الرئيسية في تحديد مقدار القوة التي تكتسبها حتى يتسنى لها رفض العلاقة الحميمة، علماً بأن تلك القدرة ترتبط أيضاً بقدرتها على اتخاذ قراراتها بخصوص تنظيم الأسرة والرعاية الصحية (الشكل 5). كما أن المستوى العلمي لشريكها يرتبط ارتباطاً إيجابياً بمشاركتها في القرارات المتعلقة بتنظيم الأسرة والرعاية الصحية. ومن ثم، فإن

المرأة التي يقل مستواها العلمي عن زوجها أو شريكها تصبح أشد عرضة للعنف الجنسي مقارنةً بذات المستوى العلمي الأعلى من مستوى زوجها أو القريب منه (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2019). أما الفتيات والنساء المصنفات ضمن المستويين الأدنى من الثروة من أصل خمس مستويات فهن أقرب إلى التعرض لعلاقات جنسية غير مرغوبة (الشكل 6).

الشكل 5

سلطة أكبر في اتخاذ القرار مرتبطة بمستويات أعلى من التعليم.

صنع القرار بشأن الرعاية الصحية للمرأة، حسب مستوى تعليم المرأة، بلدان مختارة، نسبة مئوية



العلاقات بين الأفراد

العلاقات مع الأزواج أو الشركاء والتواصل معهم، وكذلك مع باقي أفراد الأسرة، تؤثر في قدرة المرأة على اتخاذ قرارات مستقلة.

ولما كان الرجال هم أرباب الأسر فإنهم غالباً ما يحوزون السلطة ويتخذون القرارات حتى المتعلق منها بقضايا الصحة الجنسية والإنجابية، ولو أن تلك القضايا كثيراً ما تُعد من "الشؤون النسائية". كما أن الأعراف المتعلقة بالنوع الاجتماعي تُسند إلى المرأة في المعتاد المسؤولية الوحيدة

المتعلقة في الصحة الإنجابية، فيما تنكر عليها أية صلاحية لاتخاذ القرار في الوقت ذاته.

ومن ثم، فإن التواصل هو من عوامل التنبؤ الإيجابية بخصوص صنع القرار المشترك أو المستقل. ذلك بأن الأزواج والزوجات الذين يتشاورون بانتظام بخصوص جوانب الصحة الجنسية والإنجابية هم أقرب من غيرهم إلى اتخاذ قرارات مشتركة بخصوص تنظيم الأسرة والرعاية الصحية الإنجابية. أما آراء باقي أفراد الأسرة - لا سيما الحموات - فلها دور هام أيضاً في تلك القرارات (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2019).

الشكل 5

سلطة أكبر في اتخاذ القرار مرتبطة بمستويات أعلى من التعليم.
رفض ممارسة العلاقة الحميمة، حسب مستوى تعليم المرأة، بلدان مختارة، نسبة مئوية



دور المجتمع

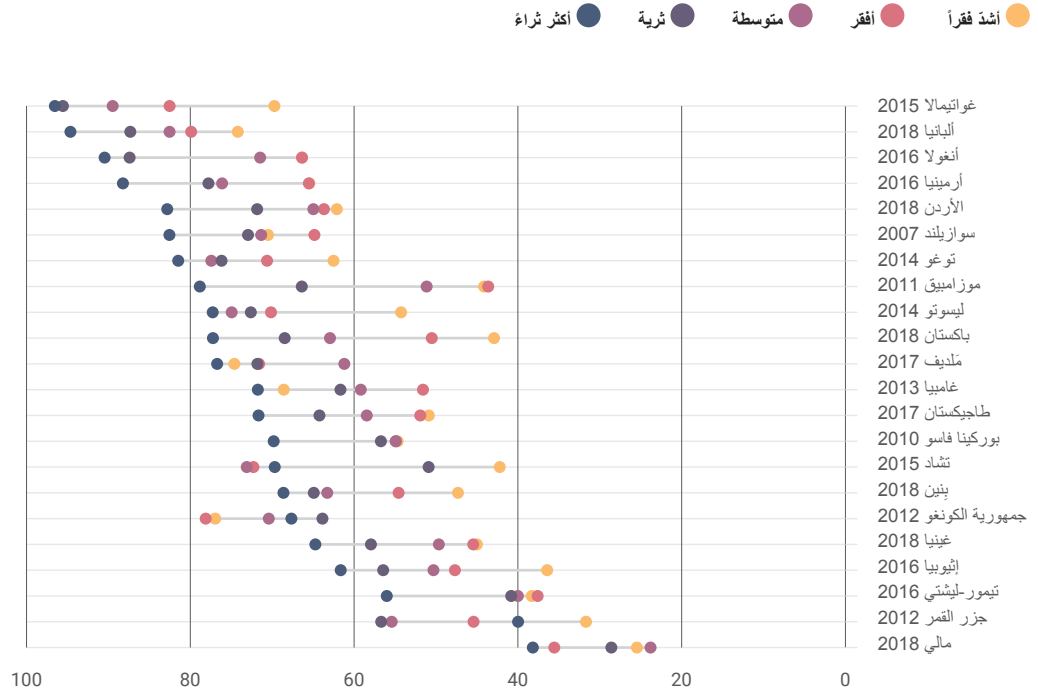
يُنظر إلى مفهوم الاستقلالية الجسدية في بعض المجتمعات أنه مخالف للأعراف والقيم المحلية السائدة، وقد تضغط مجتمعات على نساءها حتى يحملن، وقد ترسخ مفاهيم مفادها أن المرأة ينبغي أن تلتزم السكون والسلبية في العلاقات الحميمة. وفي نفس الوقت، غالباً ما تثبط الأعراف المجتمعية المرأة عن مناقشة مسائل الصحة الجنسية والإنجابية مع الرجل؛ فتجعل من العسير (إن لم يكن من المستحيل) على المرأة أن تتفاهم مع الرجل بخصوص العلاقات الحميمة واستخدام وسائل تنظيم الأسرة وتلقي الرعاية الصحية الإنجابية. وقد أظهرت

الدراسات التي أجريت في تسعة بلدان أن بعض الرجال يعتقدون بحقهم في الهيمنة على المرأة، شافعين ذلك بتعبيرات تنم عن علاقات قوة غير متكافئة (انظر مثلاً ودراسة حبيبوف وآخرون، 2017؛ ودراسة فهميدا ودونيز، 2013؛ دراسة هاتوري ودي روز، 2008).

تواجه المراهقات عقبات أخرى تحول دون تلقيهن معلومات وخدمات لا لشيء إلا لوجود أعراف تستنكر النشاط الجنسي خارج إطار الزواج. وفي الوقت ذاته توجد أعراف في بعض المجتمعات تجيز - وربما تشجع - المراهقات على الدخول في علاقات حميمة

الشكل 6

سلطة أكبر في رفض العلاقة الحميمة عند النساء المصنفات ضمن الشرائح العليا من التصنيف الخماسي للثروة
رفض الممارسة الحميمة، حسب ثروة الأسرة، بلدان مختارة، نسبة مئوية



شفاء الأجسام والعقول والأرواح

والإنجابية، فيضيف فيكتور قائلاً: "أجرؤ على القول إن ما بين 80 إلى 90 في المائة من عامة النساء لا يستطعن اتخاذ قرارات بشأن موعد ممارسة العلاقة الحميمة مع الشريك... فالنصرة الذكورية سائدة." كما يقرر فيكتور أن المريضات غالباً ما يشعرن بعدم القدرة على التحدث بصراحة عن القضايا التي تمس صحتهم الجنسية، وقد يخجلن من التعبير عن عدم ارتياحهن إلى الإجراءات المتعلقة بصحة المرأة؛ لا سيما إذا كان مقدمو الرعاية الصحية من الذكور.

لذلك يقول: "نظام العمل بالنسبة إلى الكوادر الصحية غالباً ما يتمحور حول الإنتاج، والإنتاج رديف الكم في الغالب. لكننا نتناسى جانب الجودة في الرعاية التي نقدمها للمرضى." ثمّة عوائق ثقافية أيضاً في رأي فيكتور، "فكثير من زملاء المهنة والأشخاص انتقلوا إلى المناطق الريفية بدون إجادة لغة الكيتشوا – اللغة الأم للمجتمعات القاطنة في تلك المناطق"، وهو ما يؤدي إلى سوء التفاهم، بل والتمييز. وفي الوقت ذاته، لا تحفل كثير من المريضات بحقوقهن الجنسية

يتحمل مقدمو الرعاية الصحية مسؤولية فريدة حيال تأكيد مفهوم الاستقلالية الجسدية وصونه لدى مرضاهم. وعن ذلك يقول فيكتور كازورلا، الذي يعمل بمهنة القبالة في جبال الأنديز في بيرو، "نصيحتي لكل موظف في الصحة هي إبداء التعاطف." قضى فيكتور أكثر من عقدين في العمل مع مجتمعات السكان الأصليين في منطقة أياكوتشو، وهو يعرف حق المعرفة طبيعة التحديات التي تهدد رفاه واستقلال المريضات الأشد عرضة للضرر.

"فهل توافق المريضة؟... فما لم تكن مستعدة نفسياً لذلك يجب علينا احترام اختيارها."



عاملون صحيون في مركز صحي في منطقة أياكوتشو، بيرو. فيكتور كازورلا، الذي يعمل بمهنة القبالة، هو الخامس من ناحية اليسار. العمل الفني الأصلي بواسطة نغومي فونا؛ الصورة © صندوق الأمم المتحدة للسكان/إ. كاستانيدا.

في علاج الناجيات، أن "أكثر من نصف النساء في سوريا يجهلن حقوقهن الجنسية والجسدية والعامّة. فحتى المتعلّقات منهن يتعرّضن للعنف ويعجزن عن التصدي له.

وتصبح تلك الشواغل أشدّ خطراً عندما تقدم الكوادر الصحيّة الرعاية إلى الناجيات من العنف الجنسي والعنف القائم على النوع الاجتماعي. هنا تقرّر منى فرهود، طبيبة النساء والتوليد المتخصصة

تشكّل هذه العوامل - مجتمعة - مزيجاً خطراً: إذ يُترك الأطباء يكافحون لفهم احتياجات وحدود المريّضات، فيما المريّضات متروكات بلا تعبير ولا أدوات لمناصرة أنفسهن.

ويعتبرن التحدث عن تلك الأمور يمس كرامتهن وسمعتهن."

تضيف الدكتورة منى فرهود إن من الكوادر الصحية المتخصصة من يحمل آراء تضر بصحة المريضا وحقوقهن. وذكرت في حديثها دورة تدريبية قدمتها إلى مقدمي الرعاية الصحية بخصوص معاملة الناجيات من الاعتداءات الجنسية، فقالت: "لاقيت اعتراضات كثيرة من المشاركين... ووجدت حالة من الإنكار وعدم الإقرار بوجود حالات للاعتداءات الجنسية."

ومن ثم، يجب على الأطباء التواصل بدون أحكام مسبقة وب عقلية محايدة مع المريضا، مع التقطن إلى مواطن عدم ارتياحهن أو مواطن شعورهن بالإساءة. " هذا يعني التحلي بصفات المحققين أحياناً حسب وصف الدكتورة منى فرهود؛ فنقول: "ربما لا تكون أعراض المريضة على قدر جسامة شكواها. لكن طريقة مشيها ومظهرها وكلماتها وشريكها وفحصها الجسدي - كلها عوامل تتضافر لتوحي بوجود مشكلة."

ويجب على الكوادر الصحية معرفة الموعد المناسب للتراجع، "الرفض حق من حقوقك. عندما

أفحص مريضة، كالفحص النسوي مثلاً، فإنني أوضح أهميته للمريضة، لا سيما لمن تعرضن للاعتداء الجنسي." كما تقول الدكتورة منى فرهود، مضيفة: "أوضح أن هذا إجراء طبي للكشف عن أية عدوى أو جروح أو نزف أو كدمات أو رضوض أو أشياء تساهم في توثيق الحالة. فهل توافق المريضة؟ حتى عندما تعلم المريضة أن الغاية هي التوثيق، فما لم تكن مستعدة نفسياً لذلك يجب علينا احترام اختيارها. فربما يتعذر علينا فحصها هذه المرة، لكن المرة المقبلة سنتمكن من ذلك بعد شعورها بالاحترام والتقدير."

أضاف فيكتور كازورولا قائلاً إن إظهار الاحترام لثقافة المرء يكتسي أهمية بالغة، لكن ما هو أهم هو تمكين المريضا أنفسهن حتى يصبحن مدافعات عن أجسادهن واستقلالهن، إذ يقول: "نعلمهن أن يتوقعن الاحترام من الغير، فلا حق لأحد في لمس أجسادهن: لا أنا ولا العمات ولا الخالات ولا الآباء ولا حتى الأمهات، ولا أي موظف ولا شرطي - لا أحد البتة."

ينظم فيكتور وزملاؤه جلسات تثقيف للمجتمع، ويتخللها مناقشة قضايا من قبيل الحقوق وتقدير الذات والصحة الجنسية والعلاقات

الصحية، وذلك في خلال الجلسات الاستشارية للأسرة والأفراد. تؤتي تلك الجهود ثمارها كما يرى فيكتور، خصوصاً بين الفئات العمرية الشابة، لكن عبء تقديم تلك المعلومات منعقد على مقدمي الرعاية الصحية، فيقول فيكتور: "لا يقتصر عملي -مثلاً - على وظيفة القبالة فحسب، بل إنني أنوب في مركز صحي يضطرني إلى ملاحظة المرضى القادمين بحالات طارئة." ويؤكد فيكتور الحاجة إلى موارد صحية أكثر، مادية وبشرية، حتى يتسنى للقطاع الصحي التوسع في التثقيف المجتمعي بصور من بينها البرامج المستهدفة للرجال والفتيان.

تتفق الدكتورة منى فرهود مع الدعوة إلى تقديم الدعم، فمنظمتها تعقد هي الأخرى جلسات توعية للمجتمع. لكنها ترغب في أن ترى قدراً أكبر من التثقيف والمساءلة في أوساط الموظفين أيضاً؛ ذلك بأن عليهم واجباً خاصاً من واجبات العناية بوصفهم مقدمي الخدمات الصحية الجنسية والإنجابية؛ وهو واجب يتمثل في احترام المرضى وتمكينهم. وعن ذلك تقول: "لقد أقسمنا قسم المهنة على ذلك."

باعتبار ذلك سبيلاً لدعم أسرهن أو لتدبير تكاليف تعليمهن. ونظراً لانتماء تلك الفتيات إلى أسر فقيرة فإنهن لا يجدن من القوة إلا النزر اليسير لرفض ممارسة العلاقة الحميمة. وسواءً كن متزوجات أم لا، فربما وجدن قدرة محدودة على التفاهم بشأن استخدام الواقيات الذكرية (نوفمبر وساندال، 2018؛ مور وآخرون، 2007). أما الفتيات المتزوجات فربما واجهن ضغوطاً من الأسرة والمجتمع لإثبات خصوبتهن، فيتعرضن للعلاقة الحميمة بالإكراه ولمعارضة استخدامهن وسائل تنظيم الأسرة (ووغ وكاجيستن، 2017).

عوائق في النظام الصحي

تلقي القرارات المتعلقة بتنظيم الأسرة والرعاية الصحية الإيجابية معوقاتٍ في بعض الأحيان بسبب بُعد العيادات والمرافق الصحية، لا سيما في المناطق الريفية. ومن العوائق الأخرى عدم وجود خدمات مستجيبة لاحتياجات المراهقات والشابات ونقص وسائل تنظيم الأسرة المفضلة وضعف جودة الخدمات أو سوء إدارتها ووجود موظفين متحيزين في تلك الخدمات وانعدام الخصوصية. في المقابل، نجد أن الخدمات ذات ساعات العمل المريحة - والكوادر الصحية ذات الاتجاهات الإيجابية تجاه عملائها المقترنة باحترام الخصوصية - مساهمة في تمكين المرأة والمراهقات من اتخاذ قرارات مستقلة. كما أن وجود معلومات دقيقة متاحة عند الطلب بخصوص وسائل تنظيم الأسرة، لا سيما حال تقديمها بأسلوب مفعم بالاحترام والخصوصية وفي بيئة ودية، له أثر

إيجابي. وقد أظهرت الدراسات أن خدمات تنظيم الأسرة المقدمة على أيدي كوادر متخصصة في صحة المجتمع هي خدمات تؤدي إلى زيادة استخدام وسائل تنظيم الأسرة، لا سيما حال اشتغال معلومات تنظيم الأسرة والتوعية الخاصة بها على مكّون مخصص للرجال (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2019).

الاستقلالية الجسدية ما تزال بعيدة المنال بالنسبة للكثيرات

إن اقتصار نسبة النساء اللاتي يمكنهن اتخاذ قراراتهن باختيارهن بخصوص أجسامهن على 55 في المائة من جملة النساء حرياً بأن يكون جرس إنذار للحكومات وصناع السياسات ومؤسسات التنمية؛ ذلك بأن 90 في المائة من النساء في مالي والنيجر والسنغال مثلاً محرومات من استقلاليتهن الجسدية.

تقدم بيانات المؤشر 1-6-5 رؤية دقيقة للتحديات الماثلة أمام النساء في نيل الحق في الاستقلالية الجسدية. بيد أن التحليل الأدق للبيانات مطلوب لفهم نطاق وطبيعة العقبات الماثلة أمام فئات بعينها مثل النساء غير المتزوجات أو غير المسكنات، أو الأشخاص ذوي الإعاقة، أو الأقليات العرقية والإثنية.

والجلي من البيانات أن النساء في 57 بلداً - بل وفي كل بلد على مستوى العالم على الأرجح - لا يتمتعن بكامل السيطرة على أجسامهن.



عندما يكون القرار بيد الغير

إنكار الاستقلالية الجسدية والسلامة الجسدية يتخذ أشكالاً كثيرة

على الرغم من الاتفاقيات والإعلانات الدولية المعنية بأهمية الاستقلال الذاتي في صحة المرأة وتمكينها الشامل، لا تزال هناك اليوم في جميع أنحاء العالم ملايين من النساء والفتيات ممن لم يُسمع بهن يفتقرن إلى القدرة على اتخاذ قراراتهن بشأن الرعاية الصحية وتنظيم الأسرة وممارسة العلاقة الحميمة.

بل يتخذ آخرون تلك القرارات أو يؤثرون فيها غالباً، سواء كانوا شركاء أم أسر أم مجتمعات، أو حتى حكومات – وهذا يعني حرمان النساء والفتيات من استقلاليتهن الجسدية.

ومع أن هناك معوقات كثيرة أمام الاستقلالية الجسدية، تظل المساواة بين الجنسين أشدها ضرراً وشيوعاً. وقبل أكثر من 160 عاماً، كتبت الأمريكية لوسي ستون، نصيرة حق المرأة في التصويت، قائلةً: "يكاد نيل حق التصويت وحياسة الممتلكات وغيرها ألا يمثل شيئاً بالنسبة إليّ ما لم يكن لي الحق المُطلق في الحفاظ على جسدي واستخداماته. ولا تكاد تجد زوجة من بين كل ألف قادرة على ذلك الآن، ولن تتبوأ المرأة مكانتها الحقيقية طالما ظل هذا اللون من الرق قائماً حتى وإن نالت جميع حقوقها الأخرى" (هازداي، 2000).

ذاع الشعار النسوي القائل "الشأن الشخصي شأن سياسي" بين النساء بخصوص قضية الاستقلالية الجسدية منذ ستينيات القرن الماضي، وقرر النشاط قبل ذلك وبعده أنه إذا افتقرت النساء والفتيات إلى القوة - أو القدرة - اللازمة لنيل حقوقهن في مجال تقرير المصير والاستقلال الذاتي فإنهن سيفتقرن أيضاً إلى القدرة على السيطرة على جوانب أخرى من حياتهن.

والمقصود بالقدرة امتلاك القوة لاتخاذ القرارات والمفاضلة بين الخيارات بمحض إرادة المرأة واختيارها. ففي مسائل الجنس والعلاقة الحميمة والإنجاب، يمكن أن تنطوي القدرة على معنى امتلاك القوة لاتخاذ قرار حر بشأن ممارسة العلاقة الحميمة من عدمه، واختيار طرف العلاقة وموعدها، وكذلك بشأن الحمل وموعده وعدد مرّاته؛ فبدون القدرة لا يحوز الإنسان أي استقلالية.

واستناداً إلى شبكة النساء الإيجابيات، فعندما تحوز المرأة استقلاليتهن الجسدية الكاملة فإنها لا تحوز بذلك التمكين اللازم لاتخاذ قرارات بشأن صحتها ومستقبلها فحسب (دونما إكراه أو تسلط من الآخرين)، بل إنهن يجدن الدعم والموارد اللازمة أيضاً لتنفيذ قراراتهن تنفيذاً يجعلها ذات جدوى.

عدم المساواة بين الجنسين يعوق صنع القرار المستقل

تؤدي الأعراف والاتجاهات المتعلقة بالنوع الاجتماعي غير المنصفة إلى اختلالات في ميزان القوة في العلاقات التي تقيد قرارات المرأة، لا سيما فيما يتعلق برفضها العلاقة الحميمة. وغالباً ما تترجم المعتقدات الذكورية إلى توقعات مفادها تأخر المرأة عن زوجها أو شريكها في كل جوانب الحياة، حتى في الحياة الجنسية. وتلكم التوقعات لا تعني إذعان المرأة لممارسة العلاقة الحميمة كلما أراد زوجها فحسب، بل تعني أيضاً أنه ليس لها أن تبادر بممارسة العلاقة الحميمة أو البوح برغباتها صراحةً. وفي الوقت ذاته، على المرأة أن تتجنب النزاع، وهو ما يرسخ ديناميات القوة غير المنصفة. وربما امتنعت المرأة أيضاً عن رفض الممارسة الحميمة بدافع من الخوف من الأذى اللفظي أو سحب الدعم المالي أو الطلاق أو الضرب والاعتصاب أحياناً.

أفادت البحوث بأن الفتيات والنساء غالباً ما لا يعين أن لهنّ الحق في الرفض، إذ أفادت دراسة أجريت في الهند -مثلاً- بأن المتزوجات حديثاً قلما اعتبرن أول جماع لهنّ جماعاً جبرياً أو "ضد إرادتهن" لأن الجنس

أفادت البحوث بأن الفتيات والنساء غالباً ما لا يعين أن لهنّ الحق في الرفض

شيء متوقع في إطار الزواج. ولم تكن مسألة الرضا محل اعتبار لأن الجنس - حتى وإن كان بالإكراه - معتبر من قبيل واجبات الزوجية، فلا محل - والحال هذه - لاعتباره مسألة مرهونة بالرضا (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2019).

يمكن للأعراف والاتجاهات المتعلقة بالنوع الاجتماعي غير المنصفة أن تقوّض قدرة المرأة على اتخاذ قراراتها بخصوص تنظيم الأسرة. فمثلاً: يريد الأزواج في عدد من البلدان المدرجة ضمن المؤشر 1-6-5 (لا سيما في المناطق الريفية) مزيداً من الأبناء مقارنة بما تريده الزوجات، ويرون في ذلك حقاً لهم لاتخاذ القرار بشأن عدد أفراد الأسرة وما إذا كان يمكن استعمال وسائل تنظيم الأسرة ومتى. أما ديناميات القوة غير المنصفة في العلاقات فتشكل بدورها عقبة أخرى أمام النساء الراغبات في التفاهم مع الأزواج أو الشركاء بخصوص تنظيم الأسرة. علاوة على ذلك، فحتى مجرد طرح موضوع تنظيم الأسرة قد يرى فيه الرجال اعترافاً بعلاقات خارج إطار الزوجية، وقد يفضي إلى نزاعات تنتهي بحالة عنف أو انفصال أو طلاق (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2019). وعلى ذلك، فإن الربط بين عدم المساواة بين الجنسين والحرمان من الاستقلالية الجسدية له أثر حقيقي على حياة المرأة والفتاة في كل مكان وكل يوم. أي أن الاتجاهات والأعراف التي تُخضع رفاه المرأة أو الفتاة واحتياجاتها وحقوقها لصالح رفاه واحتياجات وحقوق الرجل أو الفتى إنما تنزع عنها سلطتها -قدرتها على اتخاذ القرار؛ علماً بأن البحوث قد أكدت أنّ لذلك عواقب سلبية قد تدوم طول العمر وتنتقل من جيل لآخر (فان إبردريك وآخرون، 2017؛ أونيل وآخرون، 2014). ويمكن لهذه العلاقة الدينامية أن تتجلى في صور كثيرة، بعضها أقطع من غيرها، لكن هذه العلاقة متجلية بصفة خاصة في قوانين الزواج وممارساته التي تُخضع المرأة للرجل.

الأشخاص ذوو الإعاقة عرضة لاحتهاالات أسد خطراً للاغتصاب والجنس بالإكراه

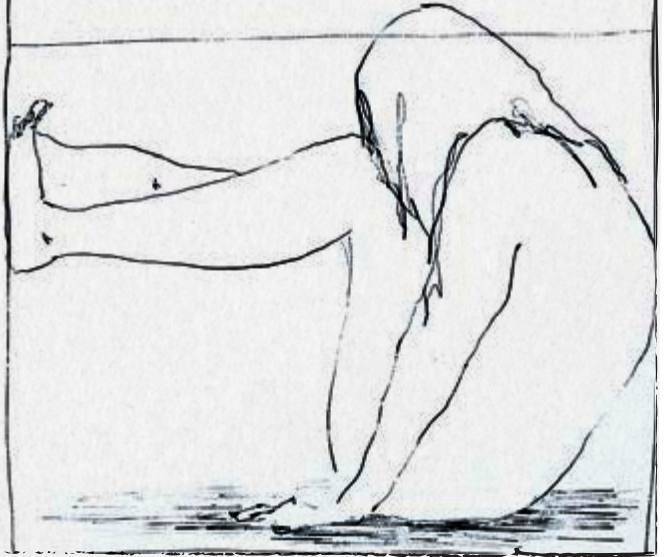
تُظهر البحوث المعنية بمستويات من الاعتداء الجنسي على ذوي الإعاقة وجود مستويات مرتفعة من الاعتداء حال المقارنة بالأسوياء. فمثلاً: انتهت وزارة العدل الأمريكية إلى أن الفتيات والنساء ذوات الإعاقة يعانين من الجريمة العنيفة التي تشمل الاعتداء الجنسي والاعتداء بمعدل يبلغ 32.8 امرأة لكل 1000 في كل عام، مقارنة بنسبة 11.4 امرأة لكل 1000 بالنسبة للسويات (هاريل، 2017).

كما أفادت مجموعة مناصرة في الولايات المتحدة، تسمى "عالم الإعاقة"، بأن ما يقدر بنحو 80 في المائة من النساء و30 في المائة من الرجال ذوي الإعاقات الفكرية يجبرون في وقت ما على شكل من أشكال الجنس بدون رضاهم، غير أن 3 في المائة فقط من مثل هذه الاعتداءات الجنسية في حق ذوي الإعاقات النمائية هي ما يبلغ عنه على الإطلاق. وثبت أن النساء ذوات الإعاقة هن أكثر احتمالاً من غيرهن للتعرض لتاريخ من العلاقات الجنسية غير المرغوبة، أو الاعتداء الزوجي، على يد الشريك الحميم. كما انتهت دراسة إلى أن 54 في المائة من الفتيان الصُم تعرضوا للاعتداء الجنسي مقارنة بنسبة 10 في المائة من الفتيان سليمي السمع (مجموعة عالم الإعاقة، 2012).

وطالما تقاعست المجتمعات عن تجهيز ذوي الإعاقة بالقدرة على التحكم في ممارسة العلاقة الحميمة من عدمه ومتى ومع من، وفي موعد الحمل وعدد مرّاته، فإنها بذلك تُواصل حرمانها لأعداد كبيرة من البشر من الحق في الاستقلالية الجسدية.

الفتيات والنساء ذوات الإعاقة أشد عرضة للعنف من نظرائهن الرجال ذوي الإعاقة أو الفتيات والشابات من الأسوياء (صندوق الأمم المتحدة للسكان وآخرون، 2018). والمعنى أن الفتيات والفتيان ذوي الإعاقة معرضون للعنف الجنسي بمعدل يزيد بثلاثة أضعاف تقريباً عن غيرهم، والفتيات أشد عرضة من الفتيان لهذا الخطر.

إن التراضي عنصر بالغ الأهمية حال انخراط الشخص في نشاط جنسي، لكنه يكتسي دوراً أكبر وربما أكثر تعقيداً عندما يكون هناك شخص ذو إعاقة حسب ما تفيد به الشبكة الوطنية لمكافحة الاعتداء والاعتداء وسفاح المحارم؛ وهي شبكة مختصة بمكافحة العنف الجنسي في الولايات المتحدة (2020)، الشبكة الوطنية لمكافحة الاعتداء والاعتداء وسفاح المحارم).



عمل فني بواسطة كايسي نانكي



عمل فني بواسطة تايلر سبنغلر

يكتسب الأهلية القانونية لاتخاذ قرارات تؤثر في حياتهن. وتشير التقديرات الأحدث إلى وجود 650 مليون امرأة على قيد الحياة ومتزوجات دون سن 18، ويضاف إليهن 12 مليون فتاة كل عام يُزَوَّج قبل البلوغ (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2020؛ اليونيسف، 2020).

وعلى الرغم من توقيع كل دول العالم إلا واحدة على اتفاقية حقوق الطفل، إلا أن كثيراً من البلدان ما زالت تسمح بالزواج دون سن 18؛ وأحياناً ما يكون ذلك بموافقة ولي الأمر أو الوصي أو القاضي أو غير ذلك من المسؤولين الحكوميين.

ومع ذلك، فإن زواج الأطفال قائم حتى حيثما هو محظور بحكم القانون، فكثير من تلك الزيجات تحدث ضمن مراسم تقليدية أو دينية ولا تُسجل لدى السلطات المدنية. كما تشجع المساكنة في بعض أنحاء العالم، مع كون أحد الطرفين أو كليهما من القُصّر. ومع استمرار المعدلات المرتفعة لزواج الأطفال في جنوب آسيا وفي أفريقيا جنوب الصحراء وأجزاء من أمريكا اللاتينية ومنطقة الكاريبي، فمن المتوقع في ظل غياب تدخلات قوية التأثير أن يضاف نحو 120 مليون امرأة وفتاة إلى صفوف المتزوجات دون سن 18 بحلول عام 2030 (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2020؛ اليونيسف، 2020).

الزيجات القسرية مدفوعة بممارسات ذكورية راسخة مؤسسياً، ومن صورها دفع المهر أو ثمن العروس وزواج الخطف وزواج السلفة (أو وراثاة الأرملة) وتزويج الناجيات من الاغتصاب لمغتصبيهن. بتلك الممارسات تصبح العروس سلعة أو ملكية يمكن امتلاكها أو شراؤها أو بيعها أو مقابضتها، دونما اعتبار لحقوقها أو استقلالها.

أما الدوطة (مهر العريس) فهي ممارسة تدفع بموجبها أسرة العروس - نقداً أو عينياً - إلى أسرة العريس "حتى تُريح أسرتها من همّها". وإذا كانت الدوطة في الظاهر تكفل الرفاه للعروس إلا أن التدقيق فيها يكشف عن منظومة "قبيحة تنال من حقوق المرأة كونها تفضي إلى زواج الأطفال،

الزواج القسري وزواج الأطفال

لعل ممارسات الزواج الأوضح من حيث حرمان المرأة من القدرة هي حالات الزواج التي تعجز فيها المرأة عن اتخاذ قرار مستنير حر بشأن الشريك: وهو ما يسمى الزواج القسري وزواج الأطفال. والزواج القسري هو أي زواج يدخل فيه أحد الشريكين أو كلاهما "بدون رضا تام مبني على حرية الاختيار عن علم". أما زواج الأطفال فيُعد فرعاً عن الزواج القسري، وهو أية زيجة يقل فيها سن أحد الطرفين عن 18 عاماً بما يجعله دون السن التي يمكنه فيها التعبير عن الرضا تعبيراً حراً تماماً مستنيراً (مفوضية الأمم المتحدة السامية لحقوق الإنسان، 2020). وكلا هذين النوعين من الزواج ينتهكان حقوق الفرد، بما في ذلك الحقوق المرتبطة بالاستقلالية الجسدية والسلامة الجسدية.

تلتم الزيجات متصلة في التوجهات الذكورية المتسلطة وتحرم النساء والفتيات من الاستقلالية عموماً، وتسلبن القدرة على اتخاذ قرارات بشأن الرعاية الصحية وتنظيم الأسرة والعلاقة الحميمة على وجه الخصوص.

إن زواج الأطفال نوع من العنف القائم على النوع الاجتماعي، فهو تقييد قوي لقدرة النساء والفتيات، ما يضطرهن إلى علاقات مذعنة مدى الحياة حتى قيل أن

وتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية (ختان الإناث)، وإلى نظم الوصاية الذكورية" (ماكارثي، 2017).

أو المرأة إلى بيت الرجل الراغب في زواجها. واستناداً إلى دراسة أجراها صندوق الأمم المتحدة للسكان في 2016 بغير غيزستان، فإن عادة زواج الخطف مستمرة على الرغم من تجريئها بالقانون. وبموجب هذه العادة يجوز للرجل أن يختطف امرأة أو فتاة من منزلها أو مدرستها أو عملها وينقلها إلى منزل أسرته حيث تجبر على كتابة خطاب تطلب فيه الموافقة من أسرته. وتقدم أسرة العريس ذلك الخطاب مقترناً بثمان العروس. ولا ترفض أسر الفتيات أو النساء من حالات "الخطبة" تلك إلا أقل من حالة واحدة من بين كل 10 حالات. وقد انتهت دراسة لصندوق الأمم المتحدة للسكان إلى أن نحو خمس الزيجات في غير غيزستان قائمة على ممارسة "الخطف" التقليدية، وأن نحو ربع تلك الممارسات تتم بدون "رضا" العروس (صندوق الأمم المتحدة للسكان في جمهورية قيرغيزستان، 2016).

ومن الممارسات المستمرة أيضاً وراثه الأرملة، وتعني إجبار من مات زوجها إلى الزواج بأحد أقربائه، هو الأخ في الغالب. وقد جرت العادة باعتبار ذلك شكلاً من أشكال إسباغ الحماية على المرأة وأطفالها والإبقاء عليها مع أسرة الزوج المتوفى، لا سيما وأن المهر مدفوع. لكن الأرملة لا تبدي موافقتها، وغالباً ما ينتهي بها الحال إلى علاقة لم ترددها ولم تطلبها.

ممارسات زوجية تُخضع المرأة وتؤدي لصحتها

ثمة ممارسات زوجية لإخضاع المرأة، وهي أشد خطراً وأذى لما تنتهكه من حق المرأة في الاستقلالية الجسدية، وقد ثبتت تبعاتها السلبية على صحة المرأة الجنسية والإنجابية. فوراثة الأرملة - على سبيل المثال - يجبر المرأة على الدخول في علاقات جنسية مع الرجل "الذي ورثها" بغض النظر عن عدد شريكات الجنس اللاتي كنّ له في الماضي، وهو ما يزيد من فرص انتقال عدوى فيروس نقص المناعة البشرية (مايوبا وآخرون، 2007). وقد أجريت دراسة في منطقة بوندو بكينيا وانتهت إلى أن 56.3 في المائة

تؤدي الدوطة في كل الأحوال تقريباً إلى قهر المرأة بصورة مباشرة أو غير مباشرة، وغالباً ما تقضي إلى انتهاك وعنف وترسيخ أحد الأشكال المنظمة لعدم المساواة بين الجنسين؛ ذلك بأنها ممارسة تشجع على زواج الأطفال لأن الأسر تدفع دوطة صغيرة لتزويج الصغيرات. كما تؤدي الممارسة نفسها إلى العنف: فالهند وحدها تسجّل نحو 8 آلاف حادثة قتل ضمن "وفيات الدوطة"، أي أن العروس تُقتل لأن عائلتها لم تدفع الدوطة المنتظرة، وهذا الإحصاء مأخوذ من المكتب الوطني لإحصاء الجرائم الجنائية (ديلون، 2018).

إن "مهر العروس" هو مما يقابل الدوطة: وهو أن تقوم أسرة العريس بـ "شراء" فتاة أو امرأة لتكون زوجة له. وتشيع هذه الممارسة في بعض أنحاء أفريقيا حيث "ثمن العروس هو تبادل مشروط للممتلكات التي تتمثل في أبقار أو أموال في المعتاد، فيدفعه العريس إلى والدي العروس مقابل الزواج" (تيرنر، 2009). وبذلك تستنزل هذه الممارسة من قدر المرأة لتصبح سلعة، فضلاً عن ترسيخ فكرة ابتياع الرجل قدرات زوجته الإنجابية والإنتاجية، بالإضافة إلى طاعتها، وهذا هو الأهم؛ ذلك بأن دفع السعر يرخص للرجل استخدام العنف ضد زوجته لإرغامها على طاعته (تبارا، 2011).

علاوة على ذلك، يجب رد ثمن العروس إذا قرر الرجل تطليقها أو الانفصال عنها: "وهذه الممارسة تظل تهديداً معلقاً برقيبتها ورقبة والديها، وبذلك يُضَمّن إذعانها" (تيرنر، 2009). وينطوي التقليد المتبع في ردّ ثمن العروس على إشكال خاص كونه يعني أنه متى تعذر على المرأة أو على أسرته رد الثمن فإنها تظل بذلك قابضة تحت نير علاقة مسيئة بلا مخرج. وعادة تتمين العروس موجودة في أنحاء أخرى من العالم، من بينها بعض البلدان في جزر المحيط الهادئ.

ثمة عادات أخرى تقليدية ذكورية أقل شيوعاً في الزواج، وتعصف هي الأخرى باستقلالية الأنثى. فمثلاً: يوجد في بعض أنحاء العالم عادة زواج الخطف، أي أخذ الفتاة

من النساء الأرمال خضعن "للتوريث" عبر مراسم تقليدية. ومن تلك النسوة من شاركن في طقس جنسي معروف باسم "تطهير الأرملة"، فثبت أنهن أقرب من غيرهن للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية (أغوت آخرون، 2010). أما تطهير الأرملة فهو طقس يراد به فصح العلاقة بين روح المتوفى وأرملته، وذلك من خلال إخضاعها للجماع مع أحد أقاربه الأحياء.

لزواج الأطفال تأثيرات لا تحصى بالغة الضرر في الصحة الجنسية والإنجابية للفتاة وفي استقلاليتها الجسدية. كما أن الجنس القسري وحالات الحمل المبكر والمتعاقب مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بمعدلات مرتفعة من أمراض ووفيات الأمومة والأطفال، علاوة على تدهور الصحة النفسية. وهناك مضاعفات للحمل والولادة في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل، فهي السبب الرئيسي للوفاة بين الفتيات في الفئة العمرية بين 15 و19 عاماً، فيما تواجه الأمهات المراهقات معدلات أعلى بكثير من المضاعفات في أثناء الحمل والولادة، علاوة على ارتفاع معدلات الإملاص ووفيات المواليد الجدد مقارنة بالأمهات اللاتي يكبرن تلك الفئة بسنوات قليلة فقط، أي ما بين 20 و24 عاماً (منظمة الصحة العالمية، 2020).

إن الفتيات والنساء اللاتي يتعرضن للزواج القسري وزواج الأطفال غالباً ما يحرمن الحق في اتخاذ قرارات بشأن صحتهن الجنسية والإنجابية، أو غالباً ما يفتقرن إلى معلومات دقيقة في هذا الشأن. عمدت دراسة موسعة أجريت في الهند، على سبيل المثال، إلى توثيق التبعات الصحية الإنجابية السلبية جراء زواج الأطفال، وجاء فيها: أن الشابات اللاتي تزوجن في سن 18 فما فوق -مقارنةً بنظيراتهن اللاتي تزوجن دون سن 18 - بدا أنهن قد شاركن على نحو أكبر في التخطيط لزواجهن وفي رفض التسامح مع العنف الأسري وفي استخدام وسائل تنظيم الأسرة لتأخير الحمل وفي وضع أول مولود في منشأة صحية. كما كانت تلك الفئة أبعد من نظيراتهن الخاضعات

للزواج المبكر عن التعرض للعنف الجسدي أو العنف الجنسي في إطار الزواج، أو للتعرض للإجهاد التلقائي أو ولادة طفل ميت (سانثيا وآخرون، 2010).

وجدت دراسة أخرى في نيبال أن توليفة الضغوط لإنجاب طفل سريعاً بعد الزواج مع ضعف الاستقلال الذاتي ومحدودية المعرفة بقضايا الصحة الإنجابية تجعل الشابات المتزوجات عرضة للحمل المرتفع المخاطر (ماهارجان وآخرون 2019).

وإلى جانب انتهاك الاستقلالية الجسدية فإن زواج الأطفال يؤثر على حقوق الإنسان الأخرى مثل حق التعليم. كما أن تباين معدلات التعليم بين الجنسين يعد من المعوقات الكبرى أمام المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة والفتاة، فيما يُعد زواج الأطفال والحمل المبكر من العقبات القوية أمام تمكين الفتيات والشابات من حق التعليم وفرص العمل وغيرها من الفرص الاقتصادية.

أجرى البنك الدولي دراسة موسعة للوقوف على ما إذا كانت النساء اللاتي تزوجن وهن أطفال قد وجدن قدرة أدنى من غيرهن على اتخاذ القرارات المتعلقة بالزواج، وتخلل الدراسة طرح أسئلة محددة عن طلب خدمات الصحة الإنجابية واستخدام وسائل تنظيم الأسرة. انتهت الدراسة إلى أن المتغير الأقوى -المتعلق بالقدرة على استخدام وسائل تنظيم الأسرة واتخاذ القرار- كان عدد سنوات التعليم. ومن ثم، فإن ما أكدته الدراسة هو أن زواج الأطفال أضر في الصحة الإنجابية وفي القدرة على اتخاذ القرار، وتجلى ذلك أكثر ما تجلى في التأثير غير المباشر في التحصيل التعليمي (وودون وآخرون 2017). أي أن اختزال التعليم النظامي للفتيات بسبب الزواج له تبعات اقتصادية عليهن وعلى المجتمع، علاوة على تأثيره الحقيقي في صحتهن الجنسية والإنجابية وفي قدرتهن على ممارسة قدرتهن واتخاذ قرارات مستقلة.

الرق: الانتهاك المطلق لحق الاستقلال الذاتي

ليس للمسترق من سلطة في اتخاذ أي قرارات تتعلق بجسده أو حياته.

وفي هذا الصدد، تشير التقديرات إلى خضوع نحو 40 مليون نسمة لشكل من أشكال الرق الحديث

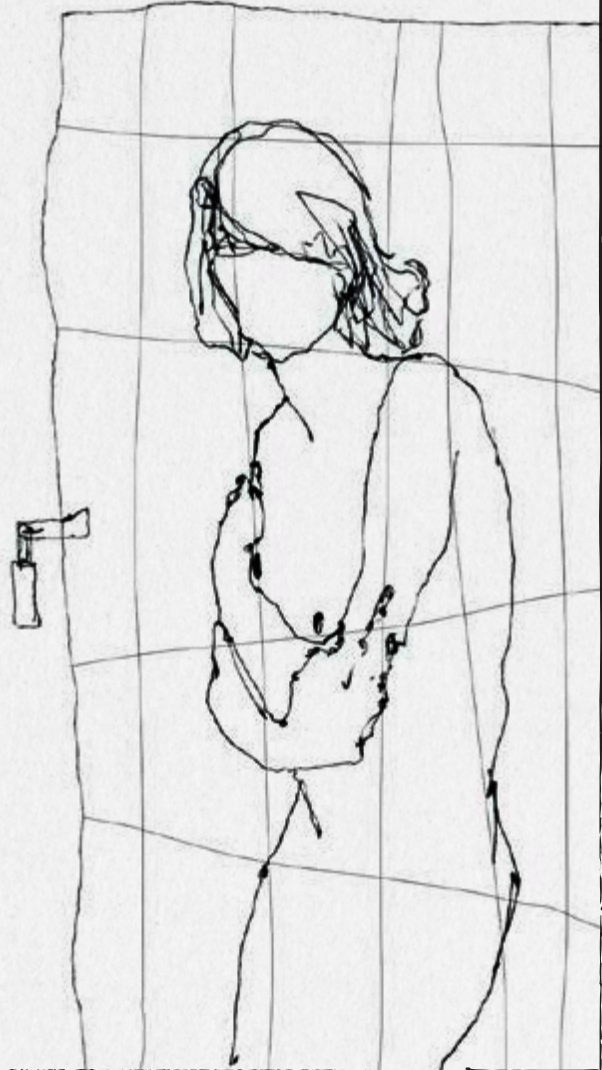
(الأمم المتحدة، بدون تاريخ). ومع أنّ الرق الحديث غير معرّف في القانون، إلا أنه مصطلح عام يطوي تحته ممارسات من قبيل العمل القسري وعبودية الدّين والاتجار بالبشر. ويشير المصطلح المذكور إلى مواقف استغلالية تتعدم فيها قدرة الشخص على الرفض أو المغادرة بسبب التهديدات أو العنف أو الإكراه أو الخداع أو إساءة استعمال السلطة.

هناك خمس ضحايا للرق الحديث من بين كل ألف نسمة على مستوى العالم، وواحد من بين كل خمس ضحايا هو طفل؛ وأكثر من سبع ضحايا من بين كل 10 هم من الإناث.

ينطوي الهدف 8 من أهداف التنمية المستدامة على تحقيق النمو الاقتصادي الشمولي وتوفير العمل اللائق بحلول عام 2030، فهذه غاية يراود بها القضاء على العمل القسري وإنهاء الرق الحديث والاتجار في البشر.

غالباً ما يكون الضحايا من الفئات الأشد تضرراً في مجتمعاتنا، كمن يعانون من أشكال متعددة من التمييز – مثل المرأة والأطفال والشعوب الأصلية والمنحدرون من أصول أفريقية وذوو الإعاقة، وذلك حسب إفاضة أمينة ج. محمد، نائب الأمين العام للأمم المتحدة، في 2020. وتضيف بأنّ "الرق الحديث معضلة في عالمنا ويجب علينا استئصاله"، واصفة الرق الحديث والاتجار في البشر بأنهما "من الجرائم الدولية ذات التكاليف الباهظة على المجتمع والاقتصاد".

عمل فني بواسطة كايمي تاكي



القدرة على الاختيار

خيارات نقل ميسرة، كما أن كثيراً من المنشآت الصحية تفتقر إلى البنية التحتية والمعدات اللازمة لاستقبال ذوي الإعاقة، وإلى الموظفين المدربين على خدمتهم. والحكايات في هذا الصدد تقشعر لها الأبدان.

تقول كياما: "سمعت حكايات عن نساء بلدن في المنزل حتى لا يواجهن أطقم التمريض أو القابلات اللاتي يتساءلن عما يدعو تلك النسوة إلى الحمل والولادة وهن من ذوات الإعاقة. فالمجتمع بصفة عامة ينظر إلى ذوي الإعاقة - لا سيما النساء - باعتبارهن كائنات لا جنسية... أي أن أموراً من قبيل الأهلية القانونية والاستقلالية الجسدية والحق في صنع القرار لا تُعدّ وضعاً معتاداً لهن".

تواجه النساء والفتيات ذوات الإعاقة معدلات مرتفعة من العنف القائم على النوع الاجتماعي في كينيا (سالومي وآخرون، 2013). لكن استقلاليتهن الجسدية تتعرض لمزيد من الانتهاك جراء ذلك في الغالب

الإعاقة - ثم إعادة اكتشاف ذلك العالم بمنظور مختلف حسب تعبيرها. اتجهت كياما إلى تأسيس مشروع يُسمّى هذه القدرة على الثقة، وهو مشروع اجتماعي يركز على حقوق ذوي الإعاقة، فأمكنها من خلاله رصد كثير من أساليب حرمان ذوي الإعاقة من القدرة؛ لا سيما متى تعلق الأمر بحقوقهم في الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية.

وتقول إنّ ذوي الإعاقات البصرية أو السمعية نادراً ما يتاح لهم مترجمون أو مواد مطبوعة بطريقة بريل لدى طلبهم خدمات صحية، كما أن حقوقهم في الخصوصية والسرية منقوصة عندما يجالسهم مقدمو الرعاية. يضاف إلى ذلك افتقار كثير من ذوي الإعاقة إلى

كانت ليزي كياما ماضية إلى عملها في عام 1999 بمدينة مومباسا الكينية، فاصطدمت الحافلة الصغيرة التي تقلها بمركبة أخرى تصادماً مباشراً. تتذكر الحادثة فتقول: "كنت جالسة في مقدمة الحافلة، وتسببت الحادثة في إعاقتي". استغرق تسليمها الكامل بالواقع الجديد نحو 11 عاماً.

تقول كياما: "لم أصنّف نفسي شخصاً ذا إعاقة لمدة طويلة، وذلك لوجود ترابط سلبي شديد بكلمة "معاق".

حانت نقطة التحول في حياتها عندما أصبحت أمّاً، وقررت أنها من أجل أطفالها قد تُحسن العالم كله. كان ذلك يعني بالنسبة إليها تصنيفها ضمن ذوي

"تتواطأ عائلاتهم مع الاختصاصيين الطبيين لإعاقهم".



تُعدُّ ليزي كياما من المدافعين عن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. العمل الفني الأصلي بواسطة نومي فونا؛ الصورة مقدمة كمجاملة من ليزي كياما.

جسيمة في سبيل اتخاذ القرار
بشأن الصحة الجنسية والإنجابية.

ففي منغوليا، مثلاً، تواردت
تقارير عن إقدام كوادر صحية
على إجهاض نساء من ذوات

يقعن على الدوام ضحية العنف
الجنسي. ولا شيء يطل الجناة."

لكن تلك المشاكل ليست محصورة
في كينيا على أية حال، فذوو الإعاقة
في كل مكان تقريباً يواجهون عقبات

الأعم كما ترى كياما، وتُضيف
قائلةً: "بعض الفتيات ذوات الإعاقة
تتواطأ عائلاتهن مع الاختصاصيين
الطبيين لتعقيمنهن باعتبار ذلك
سبيلاً إلى "حمايتهن"، لأنهن

الإعاقة دون مشاورتهن أصلاً. بل يستصدر الأطباء موافقة أولياء أمور النساء حسب ما تقول إنخارغال بانزغارش، الأخصائية الاجتماعية

في اتحاد منغوليا الوطني لمستخدمي الكراسي المتحركة. وقد أشارت إحدى دراسات الاتحاد المذكور أنفأ إلى أن 22 في المائة من الأشخاص ذوي الإعاقة قد أجبروا على استخدام وسائل تنظيم الأسرة من جانب أفراد الأسرة أو مقدمي الرعاية الصحية.

يمكن أن يفضي رفض استخدام وسائل تنظيم الأسرة إلى تبعات، وتوضح بانزغارش قائلة إن النساء ذوات الإعاقة غالباً ما يحرم من البدلات أو من تمديد معونة حالة الإعاقة إذا كنّ لم يأخذن الجرعات المطلوبة من وسائل تنظيم الأسرة بالحقن.

وقد لا يتلقّى الأفراد ذوو الإعاقة ومقدمو الرعاية لهم سوى توضيح محدود إن وُجد، كما تقول إليزا آزبي، مساعد ممثل صندوق الأمم المتحدة للسكان في منغوليا، التي تعاونت مع نشطاء ومع وزارة الصحة لتسليط الضوء على تلك المشاكل.

تروي إليزا حكاية فتاة فتقول: "ما إن بلغت 16 من العمر حتى جاء طبيب الصحة إلى منزلها وبدأ في حقنها بوسائل تنظيم الأسرة بصفة ربع سنوية." سألت آزبي أم الفتاة عما إذا تساءلت يوماً عما يحدث، فقالت: "كلا، أنا أثق في طبيبي." لكن الأمل لا يزال قائماً.

تقول كياما: "تحقق شيء من التقدم عند النظر إلى السياسات والإطار القانوني من منظور المناصرة"، مستدلة على كلامها بقانون الإعاقة لسنة 2003 في كينيا، ونصوص الدستور، وبالمصادقة على اتفاقيات دولية بشأن حقوق ذوي الإعاقة، والتوسع في معايير الدخول الميسر إلى المباني.

كما شهدت منغوليا تقدماً هي الأخرى، إذ سلّط الضوء على انتهاكات الصحة الإنجابية لدى الأشخاص ذوي الإعاقة خلال استعراض 2015 لسجلات حقوق الإنسان في منغوليا. هنا تقرر آزبي أن الحكومة "أجرت مراجعات عاجلة على الأمر الوزاري الصحي بخصوص تقديم خدمات الصحة الجنسية والإنجابية للنساء، بما فيهن ذوات الإعاقة."

وتضيف آزبي بقولها إن التغيير على مستوى السياسات مجرد خطوة، "فالسؤال هو كيف نتعامل مع الممارسات الفعلية؟" لذا يتفق الخبراء على وجوب تغيير التوجهات، وفي ذلك تؤكد آزبي أن "النساء ذوات الإعاقة لهن الحق في الحب والإنجاب وتلقي الخدمات، والحياة الطبيعية."

يجب حماية الأشخاص ذوي الإعاقة من الاستغلال الجنسي، لكن أوجه الحماية تلك يجب أن تدعم استقلاليتهن الجسدية، لا أن تقوضها. كما يجب تمكينهن من نيل حقوقهن.

تؤكد كياما "أنه بوصفنا من ذوي الإعاقة فإننا نتخيل أننا في حاجة إلى من يأخذ بأيدينا وأن نطلب الإذن"، لكنها ترى مع ذلك تغييراً في الجيل الشاب من ذوي الإعاقة، فتقول: "نرى عدداً أكبر من الشابات يحظين بالحضور ويستعنّ بوسائل التواصل الاجتماعي من أجل المناصرة. وهن يناصرن الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية بأساليب مختلفة، ومن العظيم رؤية ذلك."

الأزمات الإنسانية تؤثر سلباً في الاستقلالية الجسدية للمرأة

تبين الأدلة المتواردة من الأزمات الإنسانية من جميع أنحاء العالم أن انهيار الأسرة والشبكات الاجتماعية والقانونية يزيد من مخاطر التعرض للعنف الجنسي، وتُغذي المفاهيم المنتشرة عن تعريض "شرف" الفتاة والمرأة وأسرهن، للخطر. وهذا الخوف من "تدنيس" شرف الأسرة ربما يدفع الأسرة إلى اتخاذ قرارات بتزويج الفتيات مبكراً، ما يفضي إلى مزيد من حالات الزواج القسري وزواج الأطفال. كذلك وُجد أن العنف الجنسي ضد المرأة والفتاة من الأسباب الرئيسية لفرار الأسر من ديارها في حالات الطوارئ - فضلاً عن كونه دافعاً لتزويج الفتيات في سن مبكرة - اعتقاداً أن الزواج يحمي فتيات تلك الأسر (مجلس حقوق الإنسان التابع للأمم المتحدة، 2019).

تصبح الفتيات النازحات أو المتأثرات بالأزمات من أكثر الفئات عرضة للخطر في البلدان ذات معدلات عالية لانتشار زواج الأطفال؛ فالنيجر - مثلاً - تنسم بأعلى معدل لانتشار زواج الأطفال في العالم (76 في المائة من الفتيات يُزوّجن قبل سن 18)، لكن المعدل نفسه يزيد في المناطق ذات الأعداد الكبيرة من الحاصلين على مساعدات إنسانية - إذ يصل إلى 89 في المائة بمنطقة مارادي. وفي مثال آخر، ذكر تقريراً لأوكسفام أن 70 في المائة من الفتيات في إحدى مدن الشمال بالسودان زُوّجن دون سن 18 بعد اندلاع القتال في المنطقة، وهذا معدل يزيد عن المتوسط المسجل قُطرياً (مجلس حقوق الإنسان التابع للأمم المتحدة، 2019).

ومن ثم، فإن أجواء النزاع وما بعد النزاع تفضي بصفة خاصة إلى العنف القائم على النوع الاجتماعي الذي يشمل الزواج القسري وزواج الأطفال، بسبب عوامل من بينها انهيار سيادة القانون والأمن، والتغيرات التي تطل الأدوار المتعلقة بالنوع الاجتماعي التقليدية

والقيود المفروضة على حرية المرأة والفتاة، وثقافة الإفلات من العقاب، وفقدان رأس المال الاقتصادي والاجتماعي، وشيوع معتقدات فكرية متطرفة تشجع اختطاف النساء والفتيات لضمّهن إلى مجموعات مسلحة (سوين وآخرون، 2019).

وبالحديث عن المعتقدات الفكرية المتطرفة، فقد شهدت الأعراف القليلة الماضية قيام جهات فاعلة مسلحة من غير الدول بفرض نظام اجتماعي ينظر إلى النساء والفتيات إما باعتبارهن أدوات لتحركات تلك الجهات أو باعتبارهن تهديدات لها. وبلغ الأمر في بعض الأحيان أن أُجبرت فتيات ونساء على الزواج من أفراد تلك المجموعات ليصبحن رقيق جنس عندهم. فمثلاً: أُجبرت فتيات ونساء يزيديات في العراق في مطلع العام 2014 على الزواج من أفراد تنظيم الدولة الإسلامية في العراق والشام (داعش).

وعمد التنظيم نفسه في الجمهورية العربية السورية، وبوكو حرام في نيجيريا والكاميرون، وتنظيم الشباب في الصومال، إلى اختطاف فتيات ونساء بغرض الاغتصاب والبيع والإجبار على الزواج. ووردت بلاغات بالاستغلال الفكري للأطفال وبزواج الأطفال القسري في جمهورية أفريقيا الوسطى وليبيا ومالي والصومال، فيما وردت تقارير عن قيام مجموعات مسلحة ومجموعات الجريمة المنظمة فيماليزيا ونيجيريا باستغلال زواج الأطفال والزواج القسري ستاراً للاستغلال الجنسي وتهريب البشر. (مجلس حقوق الإنسان التابع للأمم المتحدة، 2019).

وفي حين تتوفر أدلة كثيرة على تزايد العنف القائم على النوع الاجتماعي في أجواء النزاع والنزوح، إلا أنها تقل بخصوص مدى تأثير الأزمات في قدرة المرأة على اتخاذ القرار المتعلق بالعلاقات الحميمة. ومع أن الأزمات تفضي غالباً إلى تدهور في الخدمات العامة إلا أنّ هناك أدلة أيضاً على أنّ قدرة المرأة على التماس الرعاية الصحية واستخدام وسائل تنظيم الأسرة إنما هي

قدرة ممكنة التعزيز في تلك الأوقات. ولذلك أسباب من بينها تراجع نفوذ الأعراف غير المنصفة المتعلقة بالنوع الاجتماعي في الأجواء المتأثرة بالنزاع، وهو ما يتيح مساحة أكبر للمرأة لاتخاذ قرارات مستقلة.

أدى التفكيك المتتابع للأعراف المجتمعية في البلدان المتأثرة بالأزمات -مثل أريتريا وليبيريا - إلى تمكين بعض النساء من تعظيم مساحة استقلالهن علاوة على اكتساب حرية أكبر للتعبير ولاتخاذ القرار على الصعيد الأسري. وتجلت هذه الظاهرة في أماكن متأثرة بكوارث طبيعية، مثل موجات الجفاف، حيث اتجه مزيد من النساء إلى استخدام وسائل تنظيم الأسرة. ومن الأسباب الأخرى لانتعاش مساحة القدرة عند المرأة على اتخاذ القرارات المتعلقة بالرعاية الصحية ومعلومات تنظيم الأسرة واللجوء إلى خدماتها هي أن تلك الخدمات والمعلومات متاح عند الطلب في مخيمات اللجوء (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2019)؛ ولكن عدم المساواة بين الجنسين والتمييز القائم على النوع الاجتماعي في أثناء الأزمات وبعدها من شأنه أيضاً أن يضاعف التحديات الماثلة أمام النساء والفتيات في نيل استقلاليتهم الجسدية وسلامتهم الجسدية. يترتب عن ذلك زيادة أعداد المعرّضات لتبعات انعدام الأمن وتقييد الحركة والعنف القائم على النوع الاجتماعي والممارسات الضارة؛ بما في ذلك تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية (ختان الإناث) (اللجنة الدولية للصليب الأحمر، 2020).

عادة ما تُستبعد برامج القضاء على تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية (ختان الإناث) من خطة الاستجابة الإنسانية. فمثلاً: شهدت المراحل الأولى من جائحة كوفيد-19 عدم إيلاء الأولوية في البلدان التي يشيع فيها تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية (ختان الإناث) إلى القضاء على تلك الممارسة في إطار خططها الوطنية للاستجابة الإنسانية (صندوق

الأمم المتحدة للسكان واليونيسف، 2020). بيد أن تقييمات كثيرة أشارت إلى تزايد مخاطر إخضاع الفتيات لتلك الممارسة: أظهر تقييم لصندوق الأمم المتحدة للسكان في الصومال أن 31 في المائة من أفراد مجتمع البحث المشمولين بالمقابلات الشخصية أفادوا باعتقادهم بحدوث زيادة في هذه الممارسة الضارة منذ بدء الجائحة (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2020 أ). كما اكتشفت دراسة استقصائية لصندوق "إنقاذ الطفولة" في أيلول/سبتمبر 2020 في مخيم داداب للاجئين في كينيا عن تأثير جائحة كوفيد-19، وانتهت إلى أن 75 في المائة من موظفي حماية الأطفال قد أبلغوا عن زيادة قوامها 20 في المائة في تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية (ختان الإناث) (صندوق إنقاذ الطفولة، 2020).

وتفيد تقارير عن بلدان مثل إثيوبيا وكينيا ونيجيريا والسودان بتعرض الفتيات لاحتمالات متزايدة من الخضوع لتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية (ختان الإناث) ما قبل الزواج، مما يكشف عن استراتيجية تأقلم سلبية مرتبطة بالتداعي الاقتصادي وإغلاق المدارس (صندوق الأمم المتحدة للسكان واليونيسف، 2020).

واستناداً إلى التقديرات الصادرة عن صندوق الأمم المتحدة للسكان، فقد تسفر الجائحة عن مليوني حالة تشويه للأعضاء التناسلية الأنثوية (ختان الإناث) ما كانت لتحدث لولا الجائحة، أي ما يعادل نكوصاً بمقدار الثلث عن التقدم المحرز نحو تحقيق هدف التنمية المستدامة 3-5 المتمثل في القضاء على ذلك التشويه (ختان الإناث) بحلول 2030 (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2020 ب).

"جرائم الشرف": حرمان متطرف من الاستقلالية الجسدية

تحدث جرائم القتل دفاعاً عن الشرف في المجتمعات التي يُعد فيها "شرف" الأسرة أهم من حياة الشخص المعني، الذي هو في العادة امرأة، وذلك حال مخالفتها أعرافاً أو ضوابط معينة (غيبز وآخرون، 2019).

أما مسوغات تلك الجرائم فشملت الانفصال عن الزوج الذي دفع ثمن العروس، أو رفض الدخول في زواج مدبر، أو الدخول في علاقة مع شخص من دين آخر أو من مجموعة عرقية أو طبقة أخرى، أو ممارسة العلاقة الحميمة قبل الزواج أو خارج إطاره، أو كون المرأة ضحية اغتصاب أو اعتداء، أو اعتبار الشخص مثلياً (سيلبي، 2016).

مع أنّ مرتكبي جرائم الشرف وضحاياها قد يكونون من الرجال أو من النساء، إلا أن "قانون الشرف" له معايير مختلفة حال تطبيقها على الرجال والنساء، ومن ذلك اتباع معايير أشد صرامة تجاه عفة النساء، واعتبار ارتكاب الرجل العنف شيئاً واجباً عليه لصون شرفه أو شرف الأسرة. وفي كل الأحوال، يشكل قانون الشرف جزءاً من النظام الاجتماعي الذكوري المتسلط لإخضاع المرأة للرجل. وينجم عن ذلك جرائم قتل بدافع الشرف لممارسة العنف المفرط ضد المرأة. ومع أنه من غير الممكن معرفة العدد الحقيقي لجرائم القتل هذه، إلا أن التقديرات تشير إلى وقوع 5 آلاف جريمة قتل تقريباً من هذا النوع كل سنة، معظمها في منطقة الشرق الأوسط وجنوب آسيا (غيبز وآخرون، 2019). ومن الهام الإشارة إلى أن ما يقدر بنحو 58 في المائة من الإناث ضحايا تلك الجرائم قد قُتلن بيد الشريك الحميم أو فرد من أفراد الأسرة، بمحصلة تناهز 137 امرأة كل يوم (منظمة الصحة العالمية، 2013). وتفاقت هذه الحال



عمل فني بواسطة تايلار سبانغلر

بفعل جائحة كوفيد-19 – وبات العنف ضد المرأة يعتبر
"جائحة مستترة".

استشعار التهديد من حياة المرأة الجنسية

الأنثوية (ختان الإناث) فقد ساعد وفاء بنيامين بسطة (طبيبة التوليد وأمراض النساء في مصر) على إقناع والديها برفض تلك الممارسة. كما أن توضيح الأضرار التي تشمل العجز عن بلوغ النشوة الجنسية والألم المصاحب للعلاقة الحميمة واجتئابها بسبب الاضطراب النفسي اللاحق للإصابة هو توضيح من شأنه أن يشكل رادعاً فعالاً، خصوصاً "إذا كانت الأم قد مرت بتجربة قاسية خلال الختان وهي صغيرة، أو مرت بمشاكل في حياتها الزوجية بسببه" كما تقول الدكتورة وفاء بسطة.

تتحدث الطبيبة باسترسال عن العواقب الاجتماعية والنفسية التي تنال من المرأة، فتقول: "قد يؤثر ذلك في صحتها العقلية، ورفاهها الاجتماعي، وعلاقتها بشريك الحياة؛ وهو ما قد يؤثر تأثيراً شديداً في مفهوم الأسرة في حد ذاته."

من الأسباب التي تمكّن الدكتورة بسطة من إجراء تلك المناقشات الصريحة عملها كطبيبة، إذ تقول: "يوجد رابط بين المريض والطبيب، والأهم من ذلك هو القبول المتنامي لحقوق المرأة وتمكينها في مصر، أي أن الأفكار تتغير، خصوصاً عند الأجيال الجديدة."

كما أن الجهود المبذولة للقضاء على ذلك التشويه قد انطلقت من الأضرار الجسدية الناجمة عنها تاريخياً، ومن بينها النزف والإنتان ومضاعفات مستقبلية عند الولادة، وصولاً إلى الوفاة. ومن ثم، فإن التركيز على التبعات الجسدية يتم استقباله بسهولة أكبر في المجتمعات المحافظة، حيث يكون الحديث عن الحياة الجنسية للأنثى من المحرمات. لكن التركيز على الأضرار الجسدية وحدها قد يفضي - دونما قصد - إلى نقل الكلام إلى الجانب الطبي للممارسة، أو ممارسة أنواع أخرى من القطع، بدلاً من تركها بالكلية (باول ويوسف، 2021).

أما التوسع في تلك المناقشات لتشمل توصيفا أميناً للأضرار الجنسية الناجمة عن تشويه الأعضاء التناسلية

الثقافة والتقاليد والدين هي من بين أكثر الدوافع شيوعاً للممارسة تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية (ختان الإناث)؛ غير أن الرغبة الجنسية المكبوتة تكاد تكون مفهومة عالمياً بوصفها من إحدى نتائج تلك الممارسة، بل إنها تعد محفزاً رئيساً لها. وقد جادل الكثير من مناصري تشويه الأعضاء التناسلية للإناث أن الحياة الجنسية غير المكبوتة الجراح للأنثى إنما هي تهديد للعفاف والشرف والفضيلة (بيرغ ودينيسن، 2013).

يرى الخبراء أن الحديث الصريح عن الحياة الجنسية للمرأة والسلامة الجسدية والاستقلالية الجسدية قد تشكل لهذه الممارسة التشويهية تريباقاً غير متوقع.

"أي أن الأفكار تتغير، خصوصاً عند الأجيال الجديدة."



تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية (ختان الإناث) لا يعد مجرد مسألة صحية؛ بل من المسائل الجنسية. العمل الفني الأصلي بواسطة نعومي فونا؛ مصدر الصورة: هناء لوبيز على موقع Unsplash.

تحقق خلال السنوات القليلة الماضية، وهي مستبشرة بالمستقبل من حيث القضاء على تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية (ختان الإناث) وتعزيز الصحة الجنسية والرفاه الجنسي للمرأة. وعن ذلك تقول: "لا حرج مطلقاً في الحديث عن ذلك."

تضيف الدكتورة وفاء بسطة أن مشاهداتها مقصورة على المناقشات السرية التي تتاح لها مع مريضاتها، وأن الارتياح إلى طرح تلك الموضوعات يختلف باختلاف المجتمع والطبيب الممارس. ومع ذلك، فإنها شاهدة على تقدم كبير قد

ومع تراجع المخاوف من الحياة الجنسية للأنثى واتساع النظرة إلى الرفاه الجنسي ضمن الإطار الأشمل للصحة النفسية والاجتماعية، بات من الأيسر إعادة النظر في ممارسة تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية (ختان الإناث).

الاغتصاب الزوجي وقوانين تزويج الضحايا من المعتصبين

أضعاف، وأكثر احتمالاً بأن يذكرن إصابتهن بعدوى منقولة جنسياً بمقدار الضعف إلى أربعة أضعاف (منظمة الصحة العالمية، 2015).

هناك تداخل بين مختلف الممارسات التي تفرض سطوة الذكر وتؤدي إلى انتهاك الاستقلالية الجسدية لحقوق المرأة. وقد وجدت دراسات أنّ هناك ترابطاً قوياً - مثلاً - بين الاغتصاب الزوجي وزواج الأطفال: ففي دراسة أجريت عام 2011 وُجد أن معظم حالات الاغتصاب الزوجي في أوغندا ارتكبت في حق فتيات من الفئة العمرية 15 إلى 19 عاماً ممن دفع أزواجهن الأكبر سناً ثمن عروسٍ لاقتنائهن زوجات لهم (هيو وآخرون، 2011).

يفتقر 43 بلداً إلى أي تشريعات تتصدى للاغتصاب الزوجي، فحتى في البلدان التي تقر بوجود هذا المفهوم نجد أن عقوبات ممارسة العلاقة الحميمة من دون تراضٍ في إطار الزواج قد تكون أقل شدة بكثير عن الحالات الأخرى. وقد أجريت دراسة عام 2020 شتبت الزواج "ببطاقة خروج من السجن مجاناً"، إذ انتهت إلى أن 35 بلداً من أصل 54 بلداً من بلدان الكومنولث ما زالت تطبق شكلاً من أشكال الإغفاء الزوجي من الاعتداءات الجنسية الجنائية (ريتشاردسن، 2020).

إن الزواج يمثل - في بعض البلدان والمناطق - "علاجاً" قانونياً للاغتصاب من خلال السماح للمغتصبين بالزواج من ضحاياهم لاجتتاب أية عقوبات تقع عليهم بسبب الجريمة. أي أن القوانين تسمح للرجال المدانين بالاغتصاب بإلغاء الأحكام القضائية الصادرة في حقهم إذا تزوجوا النساء اللاتي اعتدوا عليهن، وذلك في الجزائر وأنغولا والبحرين وبوليفيا والكاميرون والجمهورية الدومينيكية وغينيا الاستوائية وإريتريا وغزة والعراق والكويت وليبيا والفلبين والاتحاد

من الواضح أن نقاط البيانات المختارة للمؤشر 1-6-5 هي مقاييس غير دقيقة لكل أساليب إضعاف قدرة المرأة وحريتها بفعل هياكل الزوجية ذات النزعة الذكورية، غير أنّ هناك صلة مباشرة في حالة مكّون واحد: هل يوسع المرأة أن تقول لا لزوجها أو شريكها إذا كانت غير راغبة في ممارسة العلاقة الحميمة؟ أياً ما كانت ديناميات العلاقات بين الأفراد في الزواج فالواقع أنّ القانون في بعض البلدان يجيز للزوج ممارسة العلاقة الحميمة مع زوجته سواء أرادت ذلك أم لا، ومن البلدان ما يجيز للرجل الذي اغتصب امرأة أن يفلت من العقوبة إذا تزوجها رغماً عن إرادتها.

وسواء أُجبرت المرأة على الزواج أم قبلته باختيارها، فإن الأعراف الذكورية التقليدية دأبت على اعتبار الزواج وسيلة للرجل "لامتلاك" جسد المرأة واستغلاله في الجنس متى شاء. ولم يتبلور مفهوم "الاغتصاب الزوجي" إلا في العقود القليلة الماضية واعتباره كذلك انتهاكاً مشيناً لحقوق الإنسان؛ إذ تتعرض ضحايا الاغتصاب الزوجي لأضرار متعددة على غرار جميع الناجيات من الاغتصاب، ومنها: الضرر النفسي والأضرار الجسدية المرتبطة بالجنس القسري والحمل غير المقصود والإجهاض التلقائي وأنواع العدوى المنقولة جنسياً (يلو وتوريس، 2016).

ولهذا الانتهاك الحقوقي عواقب هامة على الصحة الإنجابية، فقد تزايدت مخاطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية وغيره من أنواع العدوى المنقولة جنسياً بسبب الاختراق المهبلي القسري والاحتكاك بالمهبل؛ وهو ما يبسر دخول الفيروس إلى الجسم (جيوكس وآخرون، 2011). وتشير التقديرات إلى أن النساء اللاتي يتعرضن للانتهاك في زواجهن تكون نتيجة فحص إصابتهن بفيروس نقص المناعة البشرية إيجابية أكثر من غيرهن بمقدار مرّة ونصف إلى ثلاثة

الروسي و صربيا وسوريا وطاجيكستان وتايلند وتونغا وفنزويلا (منظمة المساواة الآن، 2020).

أو كل العضو التناسلي الخارجي للأنثى، أو إحداهن أية إصابة بأعضاء الأنثى التناسلية لأسباب غير طبية (منظمة الصحة العالمية، 2020 أ).

يعد هذا التشويه انتهاكاً لحقوق الإنسان المكفولة للمرأة والفتاة، وشكلاً متطرفاً من أشكال التمييز والعنف الواقع على الفتيات والنساء حصراً، كما يعد جانباً من ممارسات ذكورية أوسع نطاقاً، وهي ممارسات متصلة في عدم المساواة بين الجنسين وتهدف إلى السيطرة على الحياة الجنسية للمرأة وللفتاة وعلى أجسادهن وعلى حقوقهن في الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية.

إن هذه الممارسة تحرم المرأة والفتاة من حقوقهما في السلامة الجسدية والعقلية والسلامة من العنف والتمتع بأرقى مستويات الصحة الممكنة والسلامة من التمييز القائم على النوع الاجتماعي والسلامة من التعذيب والمعاملة القاسية واللا إنسانية والمهينة، وغير ذلك من صور الانتهاك. غير أن أكثر من 200 مليون فتاة وامرأة يعشن تبعات تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية (ختان الإناث)، علماً بأن هناك ما لا يقل عن 4 ملايين فتاة معرضات لخطر هذه الممارسة في كل سنة (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2020 ج؛ اليونيسف، 2020 أ).

إن تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية (ختان الإناث) يسلب المرأة والفتاة حقها في اتخاذ قرارات مستقلة بشأن التدخل الذي يحمل أثراً أبدياً في حياتها وفي جسدها، كما ينتهك استقلالها وتحكمها في حياتها. أي أن هذه الممارسة تعني حرماناً من الإمكانيات، وتأثيراً في قدرة المرأة والفتاة على تحقيق مكانتها الكاملة في العالم بسبب التبعات الجسدية والجنسية والعاطفية لهذه الممارسة. كما أن هذه التبعات من شأنها أن تؤثر تأثيراً عكسياً في رفاه المرأة والفتاة، ويشمل ذلك فرص شعورهن بالإشباع الجنسي الاختيار في المسائل المتعلقة بالإنجاب (نوسباوم، 2000).

أجرت منظمة "المساواة الآن" غير الحكومية في 2017 استعراضاً موسعاً لقوانين "تزويج المعتصبات من المعتصبين"، وانتهت - مثلاً - إلى أن المعتصب في العراق يسقط عنه أي إجراء قانوني إذا تزوج ضحيته، وكذلك أي تحقيق قائم أو قضية مرفوعة. وإذا صدر حكم قضائي قبل ذلك التزويج فإنه يسقط ولا يُنفذ، غير أنه يعاد إحياءه حال وقوع الطلاق في خلال ثلاث سنوات من التزويج. وفي الكويت، إذا تزوج المعتصب ضحيته زواجاً قانونياً بإذن وليها وطلب الولي عدم معاقبة الجاني، فيُطلق عندئذ سراحه. وفي روسيا إذا بلغ الجاني 18 عاماً وكان قد ارتكب جريمة اغتصاب أحداث لقاصر دون سن 16، فإنه يُعفى من العقوبة إذا تزوجها. أما في صربيا فإن "مساكنة قاصر" محظورة؛ لكن "إذا تم الزواج فلا مجال للمقاضاة، وتوقف المقاضاة إذا كانت المقاضاة قائمة بالفعل". وأما في تايلند، فيمكن اعتبار الزواج تسوية لاغتصاب الأحداث إذا كان الجاني فوق سن 18 وكانت الضحية فوق سن 15، وذلك إذا ثبت "رضاه" بالجناية وإذا سمحت المحكمة بالزواج (منظمة المساواة الآن، 2017).

إن قوانين الزواج وممارساته التي تُخضع النساء وتحرمهن القدرة والاختيار المنتشرة ويعسر استئصالها، لكنها لا تقتصر على الأساليب التي ترسخ بها الهياكل الذكورية المتسلطة هيمنة الذكور وتفيد الحياة الجنسية للإناث.

تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية (ختان الإناث)

يدخل في حكم تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية (ختان الإناث) كل الإجراءات التي تنطوي على استئصال بعض

خلق الوحدة في المجتمع

اكتساب صفة نظامية لنفسها بوصفها مجموعات مناصرة تسعى إلى إحداث تغيير.

يحدث هذا في فيرغيزستان كما ترى أيم البالغة من العمر 24 سنة، وهي رجل مغاير الهوية تحوّل إلى امرأة. إذ شعرت هي الأخرى بالعزلة لأعوام قبل أن تجد قبولاً وتضامناً ضمن مجتمع الميم. وعن ذلك تقول: "كنت أرثدي تنورات أمي، فكانت أمي تسخر مني وتتهزني في أن واحد... وعندما بدأت دراساتي الجامعية فهمت أنه يتعين عليّ الإفصاح عن حقيقتي. فلو أخفيت الأمر طيلة حياتي لعشت في أسر. بدأت التعرف بجدية على أفراد من مجتمع الميم في عام 2016."

فريدة وحيدة، بل إنه لظالما رصد المناصرون والباحثون الأساليب المبتكرة والجماعية التي يتلاقى بها الأشخاص لاستعادة استقلاليتهم الجسدية عند استئثار تهديد لأنفسهم. وقد أوجد أفراد مجتمع الميم لأنفسهم مساحات آمنة متبادلة حتى في أشد البيئات تقييداً على مستوى العالم، وهناك أمثلة أخرى على ذلك؛ إذ يتلاقى المشتغلون بالجنس لتشارك المعلومات عن العملاء العنيفين، فيما تساعد النساء بعضهن البعض على إخفاء وسائل تنظيم الأسرة أو التهرب من الشركاء المسيئين أو إنهاء حالات الحمل غير المرغوب فيها في البلدان التي يعسر فيها الإجهاض أو يعد مخالفاً للقانون. وتجنح تلك الشبكات غير النظامية - كلما وحينما أمكن - إلى

أدرك دانيار أنه مغاير للهوية الجنسية وهو في سن السابعة، لكنه ظن لسنين طويلة أنه وحيد، فيقول: "عندما بلغت 15 أو 16، كنت في غاية الإحباط. لم أكن متقبلاً نفسي... لم أعرف بوجود مجتمعات الميم ولا منظمات لها في فيرغيزستان." ظل دانيار كذلك حتى أخبره شخص بوجود مجموعة محلية لمجتمعات الميم، فاستشعر حينها بقدرته على السيطرة على جسده وحياته. يقول دانيار: "فهمت أن هذه بينتي، لكن قبل ذلك شعرت بأنني لم أكن متعايشاً مع جسدي. تعلمت شيئاً عن مغايري الهوية القائمة على النوع الاجتماعي، وبدأت القراءة عنهم، ثم بدأت برحلة التحول." يبلغ دانيار من العمر 23 عاماً حالياً، ويعي أن تجربته ليست

"لدينا مشاكل مشتركة ونعرف كيفية تقديم الدعم لأحدنا الآخر."



تقول أيم إنها كان تشعر بالعزلة قبل التعرف على مجتمع الميم. العمل الفني الأصلي بواسطة نعومي فوناء الصورة مقدمة كمجاملة من أيم.

معدلات البطالة لأسباب منها أنه يتعذر عليهم تحديث وثائقهم الثبوتية لإثبات هويتهم الجنسية فيها. وعن ذلك يقول دانيار: "تحظر التعديلات الأخيرة على القانون تغيير الأشخاص لجوازات سفرهم لتصحيح بيانات

المعلومات والرعاية الصحية. وهذا الدعم لازم في بلد يواجه فيه مجتمع الميم تمييزاً متكرراً. يرى هذا المجتمع أن الأفراد المُغايري الهوية الجنسية معرضون للضرر بصفة خاصة، ويدلل على ارتفاع

واليوم، أصبح كل من دانيار وأيم من الناشطين في مجتمع الميم، إذ يعملان مع منظمة محلية غير حكومية تسمى "فيرغيز إنديغو" لتقديم خدمات إلى أفراد مجتمع الميم المحتاجين، بما في المساعدة في إيجاد سكن وإتاحة

نقص المناعة المكتسبة
"الإيدز". كما عكفت المنظمة
على إدارة ثلاثة ملايين طوال
مدة الجائحة لتلبية الحاجة
المتزايدة إلى سكنى الطوارئ.

ومن ثم، ترى المنظمة أن
تجربتها تحمل دروساً للفتات
الأخرى المهمة الساعية إلى
مناصرة حقوقهم واستقلاليتهم
الجسدية. لذا تقرر أيم أنه أولاً
"هناك حاجة إلى تمكين هذا
المجتمع وزيادة حضوره"،
موضحة أن قبول قضايا
مجتمع الميم في البلد هو
أقوى ما يكون في العاصمة
بيشكك، وذلك بفضل وجود
مجموعات النشاط وجهودها.

لكن يجب على المنصرين
الاستعداد للمعارضة، وعليهم
حماية أنفسهم أيضاً، فتقول
أيم: "لا بد من الاستعداد لأية
ردات فعل والتحرك بلا خوف.
فعندما تتركس نفسك للنشاط
الحقوقي كئيّة، فأنت بذلك
تنهك نفسك." وتقرر أن الثقة
هي العنصر الأهم، فتقول:
"الشيء الأهم هو الثقة بالنفس،
الثقة في قدرتك... لا تخش
أحداً. فأنت موجود، ومجتمعنا
موجود، ونحن قادرون على
أن نمضي للأمام معاً."

لأحدنا الآخر. ونحن نعصد
بعضنا بعضاً." يرى أفراد
مجتمع الميم أن التعبير
عن الهوية الحقيقية القائمة
على النوع الاجتماعي من
الثابت غير القابلة للتفاوض،
فهي مسألة حياة أو موت.
وإذا اضطر مغايرو الهوية
الجنسانية إلى الاختفاء
كلياً، "فأظن أن كثيراً منهم
سينتحرون" كما يقول دانيار،
أو ربما "يغادرون قبر غيزستان
ويصبحوا لاجئين لأن العيش
في جسم ليس ملك لي أمرٌ
فظيح" على حد قول أيم.

ساعت أحوال هذا المجتمع
في ظل جائحة كوفيد-19،
فأدى فقدان الوظائف إلى
فقدان كثيرين منازلهم أو
قوتهم أو قدرتهم على توفير
الدواء. لذا شرعت منظمة
"قيرغيز إنديغو" في تقديم
الطعام والمؤن الأساسية
إلى المحتاجين، ومن بينها
الصابون ومناديل المراحيض
والقوطة الصحية. وبذلك تساهم
المنظمة في إتاحة العلاج
الهرموني المستمر لمغايرو
الهوية الجنسانية والعاقير
المضادة للفيروسات القهقرية
للمصابين بفيروس نقص
المناعة البشرية/متلازمة

الهوية القائمة على النوع
الاجتماعي." ويضاف إلى ذلك
ندرة الاختصاصيين الطبيين
الذين يساعدون في التحويل
اللازم لمغايرو الهوية القائمة
على النوع الاجتماعي، وهو
ما يجعل تلك العملية باهظة
التكلفة. ويضيف قائلاً: "هذه
الحال تدفع كثيرين إلى
التضحية بطعامهم أو نومهم
[من أجل العمل على مدار
الساعة] حتى يتسنى لهم توفير
الأموال للجراحة من أجل
تصحيح أوضاعهم الجسمانية."

يلوح التهديد بالعنف ضدهم
على الدوام، وقد تعرّض كل
من دانيار وأيم للتهديد من قبل،
ولهما أصدقاء سبق الاعتداء
عليهم. لذا يقول دانيار: "توجد
حكايات كثيرة كهذه، فالمعتدون
يضربون الشخص أو يختطفونه
إلى مكان ما، ربما إلى الجبال
أو خارج المدينة... ويضربونه
ضرباً يكاد يقضي إلى الموت،
ويتركونه في العراء."

وعلى الرغم من تلك المخاطر،
فإنهم يجدون الحافز في
الفهم العميق لجوانب النضال
والصراع في مجتمعهم. تقول
أيم: "لدينا مشاكل مشتركة
ونعرف كيفية تقديم الدعم

لا مساواة بين الجنسين إلا بتحكم الإنسان في جسده

الزواج القسري وزواج الأطفال والاعتصاب الزوجي وتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية ختان الإناث هي من أشنع الأمثلة على العلاقة بين الأعراف غير المساوية بين الجنسين وتضاؤل قدرة المرأة أو الفتاة على اتخاذ قرارات مستقلة في الحياة. أما الاعتداءات على تلك القدرة فآتية من اتجاهات شتى مختلفة أيضاً، تتراوح بين النظم القانونية والاقتصادية التي تحرم المرأة من الاستقلال المالي، وتقاليد التوارث من ناحية الأب، ونظم التعليم التي تخفق في غرس المعرفة المطلوبة في نفوس الفتيات بشأن أجسامهن وحقوقهن.

بيد أن اقتحام كثير من الحواجز الاقتصادية والاجتماعية والمؤسسية من أجل تحقيق المساواة الكاملة بين الجنسين والإنصاف المنشود في ذلك إنما هي عملية معقدة وصعبة، لكن أي إنجازات تحققت سيكون لها نتائج محدودة ما لم تكفل الحق الأصيل الأهم، ألا وهو الحق في سيطرة الإنسان على جسده. وقد أصبح هذا الحق محل اعتراف عالمي من خلال أهداف التنمية المستدامة التي أقرت الهدف الخامس منها من أجل تحقيق المساواة بين الجنسين وتمكين جميع النساء والفتيات، ووجوب اشتمال ذلك على تمكينهن التام من حقوقهن ذات الصلة بالصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية. ومن مقاييس تحقيق ذلك نسبة النساء القادرات على اتخاذ قرارات حرة عن علم بشأن الاختيارات الجنسية والإنجابية – وبعبارة أخرى: مدى قدرة المرأة على التحكم في جسدها.

وعندما تسوق الأسر والمجتمعات أسباباً ثقافية ودينية واجتماعية لممارسة تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية (ختان الإناث) فإن مبررات الممارسة تتمحور حول الحاجة إلى تقليل الرغبة الجنسية عند النساء (جمال وآخرون، 2018). غير أن هذا التشويه مرتبط ارتباطاً مباشراً بعلاقات القوة القائمة على النوع الاجتماعي وبالسيطرة الاجتماعية على جسد المرأة وحياتها الجنسية، فضلاً عن ارتباطه بوضع المرأة والفتاة في أي مجتمع بعينه وبمستوى التمكين أو القدرة المكفولين لها (توبيا وشريف، 2003).

أما النساء اللاتي يعشن في مجتمعات تمارس ذلك التشويه فهن خاضعات لمنظومة ذكورية عاتية على الصعيدين الاجتماعي والاقتصادي، ولا يجدن سوى خيارات محدودة للغاية على صعيد سبل كسب العيش، ما يجعل الفرصة المتاحة لهن للتعلم على قدر محدود من القوة فرصة ضئيلة (توبيا وشريف، 2003). لكن انعدام الاختيار في حياة المرأة يعني إخضاع بناتها لتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية (ختان الإناث) والإذعان للأعراف الاجتماعية الأخرى؛ لا سيما المرتبطة منها بالحياة الجنسية وباقتصاديات الإنجاب، وذلك باعتباره مطلباً رئيساً "للتفاهات الصامتة على القوة" (توبيا وشريف، 2003).

ربما اتجهت نساء إلى حماية تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية (ختان الإناث) وممارسته باعتباره أداة لاكتساب القوة (المعهد المتوسطي لدراسات النوع الاجتماعي، 2015). بل إن النساء قد يتنازلن عن استقلالهن الجسدي نظير الاحتواء الاجتماعي والبقاء الاقتصادي (الزواج) وغيرها من صور الحريات (المعهد المتوسطي لدراسات النوع الاجتماعي، 2015؛ توبيا وشريف، 2003).



HULYA'20

جسدي ، حقوق في

المعاهدات والمواثيق الدولية أقرت الأسس الضامنة للحق في الاستقلالية الجسدية والسلامة الجسدية

أي أن الاستقلال الجسدي في سياق المسائل الجنسية والإنجابية ينطوي على حقوق تمكّن الفرد من اتخاذ قرارات واختيارات عن علم بخصوص احتياجات الصحة الجنسية والإنجابية، على أن يكون ذلك خالياً من التمييز والإكراه والعنف. وقد تبلورت تلك الحقوق لأول مرّة ضمن برنامج العمل المنبثق عن المؤتمر الدولي للسكان والتنمية عام 1994، ومنصة العمل المنبثقة عن المؤتمر العالمي الرابع بشأن المرأة عام 1995 (الأمم المتحدة، 1995؛ صندوق الأمم المتحدة للسكان، 1994).

اعتماداً على المعاهدة أو الاتفاقية، فإن "الاستقلال" في المسائل المتعلقة بالحياة الجنسية والصحة الإنجابية وصنع القرار قد يحوي إتاحة التثقيف الجنسي الشامل والمعلومات والخدمات المتعلقة بوسائل تنظيم الأسرة ورعاية صحة الأمومة وعلاج الخصوبة والتدخلات المؤكدة للنوع الاجتماعي (مثل العلاج الهرموني

هل للإنسان حق في اتخاذ القرارات بشأن رعايته الصحية، بما في ذلك الرعاية الصحية الإنجابية؟ هل تشمل تلك الحقوق المفاضلة بين الخيارات المتوفرة من وسائل تنظيم الأسرة؟ هل للمرأة حق الرفض - أو الموافقة - بشأن ممارسة العلاقة الحميمة، وكذلك بشأن موعدها وطرف العلاقة؟

استناداً إلى القانون الدولي لحقوق الإنسان، فالإجابة عن تلك الأسئلة هي "نعم".

على الرغم من أن الاستقلالية الجسدية أساس بُنيت عليه حقوق الإنسان، فمن النادر ترجمته إلى حق في حد ذاته ولذاته (الجمعية العامة للأمم المتحدة، 2007). بل إن الاستقلال الجسدي هو الأساس لعدد من الحقوق المنصوص عليها في المعاهدات والاتفاقيات الدولية، أو هو مندرج تحتها.

الاستقلالية الجسدية واتخاذ قرارات الإنجاب

يؤكد قانون حقوق الإنسان بشدة على الحق المتعلق بإتاحة المعلومات والوسائل اللازمة لاتخاذ القرارات المتعلقة بالحمل والإنجاب؛ فالمادة رقم 1-16(هـ) من اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، والمعروفة اختصاراً باسم "اتفاقية المرأة"، تفرض على الدول الأعضاء صون حقوق المرأة "في أن تقرر، بحرية وبإدراك للتناج، عدد أطفالها والمباعدة بين الولادات، وفي الحصول على معلومات والتثقيف والوسائل الكفيلة بتمكينها من ممارسة هذه الحقوق" (الجمعية العامة للأمم المتحدة، 1979).

أما اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، المعروفة اختصاراً باسم "اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة"، فتتص تحديداً على حق ذوي الإعاقة في اتخاذ القرار بشأن عدد الأطفال والفترة بين إنجاب طفل وآخر (الجمعية العامة للأمم المتحدة، 2007). جدير بالذكر أن الحق في اتخاذ القرار بخصوص عدد الأطفال والمباعدة الزمنية بين إنجابهم منصوص عليه أيضاً في الميثاق الأفريقي لحقوق الإنسان والشعوب، أو "برتوكول مابوتو" (الاتحاد الأفريقي، 2003). وثمة نصوص مماثلة في برنامج العمل المنبثق عن المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، وفي إعلان ومنهاج عمل بيجين المنبثق عن المؤتمر العالمي الرابع بشأن المرأة.

(والجراحي) والرعاية الشاملة في حالات الإجهاض. كذلك يتعلق الاستقلال الذاتي بمسائل الحالة المدنية التي تتراوح بين الزواج والطلاق والقدرة القانونية على اتخاذ القرارات بشأن جسم الإنسان والقدرة على التعبير عن هوية الشخص الجنسية.

تتماشى الحقوق المرتبطة بالاستقلالية الجسدية مع الحقوق المرتبطة بالسلامة الجسدية، وهما مرتبطتان ارتباطاً مادياً بحرية الإنسان وأمن، وبالحرية من التعذيب والمعاملة القاسية أو اللا إنسانية أو المهينة، وكذلك حرمة الإنسان نفسه: جسداً وعقلاً. وفي سياق الإنجاب والحياة الجنسية، تشمل انتهاكات السلامة الجسدية ممارسات من قبيل تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية (ختان الإناث)، وفحص العذرية والفحوص الشرجية العقابية، بما في ذلك الاغتصاب من الزوج أو من الشريك، وغير ذلك من أشكال العنف القائم على النوع الاجتماعي.

أما الحقوق المتعلقة بالاستقلالية الجسدية والسلامة الجسدية فتكفل للأفراد اتخاذ القرارات في مجالات الإنجاب والحياة الجنسية. وتتولى البلدان تأكيد تلك الحقوق وتنظيمها من خلال سياسات وقوانين تحدد "القدرة القانونية" أو تعين سن الرضا لممارسة العلاقة الحميمة أو الزواج أو الاستفادة من الخدمات – مثل خدمات وسائل تنظيم الأسرة.

إن حقوق الاستقلالية الذاتية مترابطة ومتعاضدة بغض النظر عن طريقة التعبير عنها، سواء كانت "الحق في احترام... السلامة الجسدية والنفسية" (الاتحاد الأوروبي، 2012، المادة 3 (1))، مثل "حقوق الحياة والسلامة الجسدية والعقلية، وحرية الشخص وأمنه" (الجمعية العامة للأمم المتحدة، 2007، المادة 7 (1))، ومثل الحرية من التعذيب والمعاملة القاسية واللا إنسانية والمهينة، أو مثل الحق في الكرامة والخصوصية، أو الحق في الصحة حسب ما هو موضح في كثير من الدساتير الوطنية (فينز، 2020).

حقوق الإنسان ومنظومة معاهدات الأمم المتحدة

الوطنية المرتبطة بحقوق الإنسان. ولها كذلك أن تصدر تعليقات أو توصيات عامة لمساعدة الحكومات في فهم الالتزامات المنوطة بها بمقتضى المعاهدات، وتقديم تفسيرات مرجعية بشأن مقصود المعاهدات. وفي أحوال معينة يمكن لهيئات المعاهدات أن تتصرف بصفة المحكمة فتصدر آراء بهدف تسوية نزاعات وتبيان نقاط قانونية.

ومن المصادر الأخرى الهامة لأعراف حقوق الإنسان اتفاقيات الإجماع السياسي، مثل برنامج العمل المنبثق عن المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، ومنصة العمل لمؤتمر 1995 العالمي الرابع بشأن المرأة؛ علماً بأن تلك الاتفاقيات تتلاقى مع أهداف التنمية المستدامة التي قررتها الأمم المتحدة لإيجاد السياسات والأهداف العالمية الرامية إلى تحقيق الحقوق التي من بينها حقوق الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية.

حقوق الإنسان هي ضمانات أساسية يعترف بها المجتمع الدولي ويعد بصونها. وتشمل تلك الحقوق الجوانب المدنية والسياسية والاجتماعية والاقتصادية والثقافية، وما يجوز للحكومات فعله وما لا يجوز، وما ينبغي لها عمله للجميع بدون أي تمييز. وهذه الحقوق مكفولة لكل إنسان بغض النظر عن الجنس أو النوع الاجتماعي أو الأصل العرقي أو الإثني أو الدين أو الجنسية أو اللغة أو الإعاقة أو محل الإقامة أو أي وضع آخر.

وغالباً ما تكون حقوق الإنسان مسطورة في القانون ومصونة بأحكامه، وذلك في صورة معاهدات والقانون الدولي العرفي، والمبادئ العامة، وغيرها من مصادر القانون الدولي (مجلس حقوق الإنسان التابع للأمم المتحدة، بدون تاريخ).

تخضع معاهدات حقوق الإنسان لإشراف الأمم المتحدة من خلال لجان مراقبة تطبيق المعاهدات، وتُعرف تلك اللجان باسم هيئات المعاهدات؛ وتتعدّد عليها مسؤولية متابعة وفاء الدول الأعضاء بالالتزامات المترتبة عن كل معاهدة. فمثلاً: تتولى لجنة الأمم المتحدة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة رصد معدل التقدم على صعيد حقوق المرأة في البلدان الأطراف باتفاقية 1979 للقضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة. كما تصدر اللجنة توصيات بشأن القضايا التي ترى ضرورة إبداء مزيد من الاهتمام بشأنها من جانب الدول الأعضاء.

توجد هيئات مماثلة تأسست بُغية رصد معدل التقدم في الوفاء بالالتزامات المترتبة عن معاهدات أخرى، مثل اتفاقية حقوق الطفل.

ولهيئات المعاهدات إصدار توصيات غير ملزمة أو ملاحظات ختامية تقترح على البلدان اتخاذ إجراءات معينة لتعزيز وفائها بالالتزامات



عمل فني بواسطة كايسي نانكي

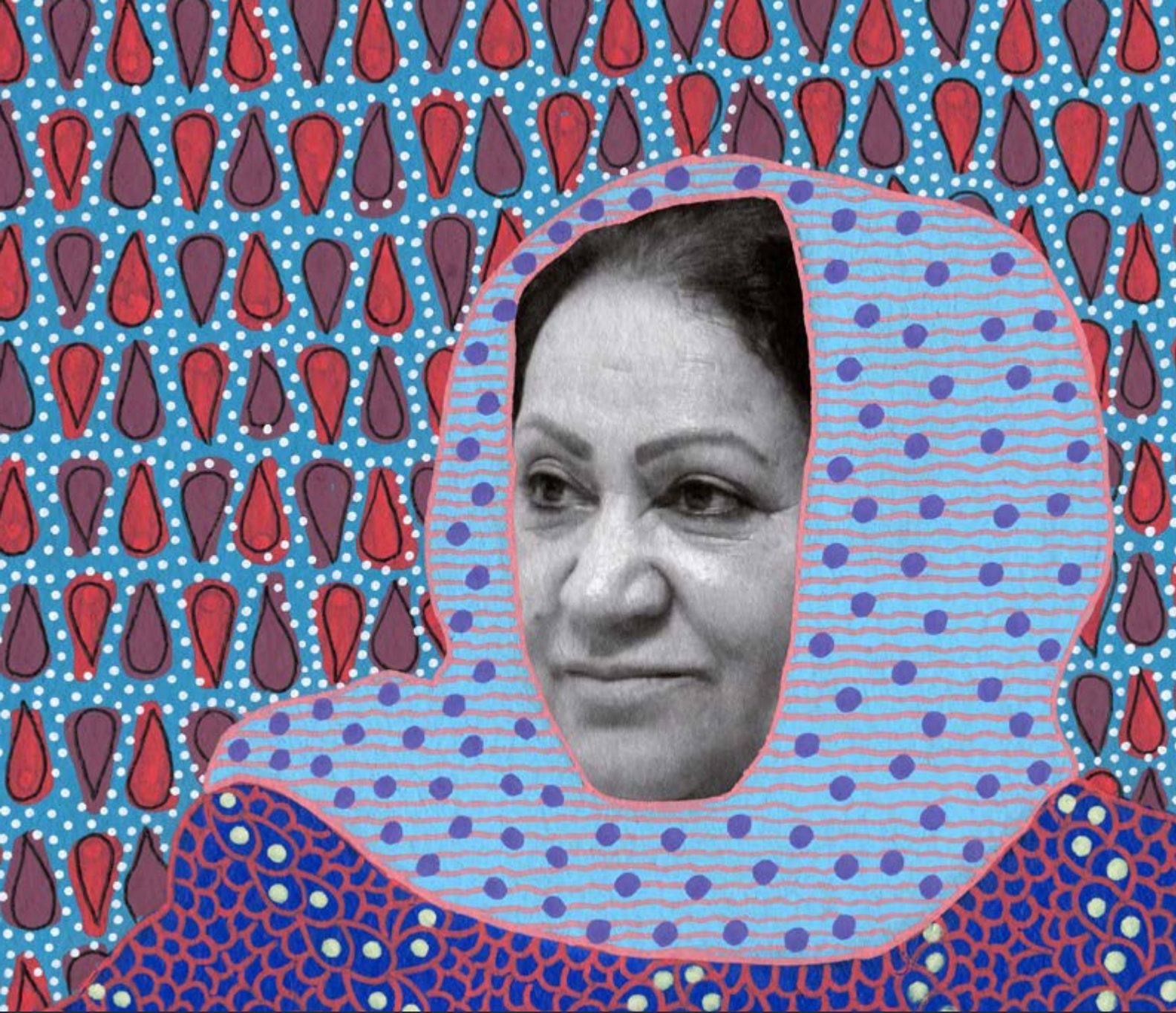
أولاً، عدم الإضرار

فحوص العذرية تنتهك حقوق الإنسان الفردية وتتل من كرامته، وقد أكدت الأمم المتحدة ذلك تأكيداً شديداً؛ ذلك بأن إجراء ذلك الفحص دونما رضا يعد من أشكال التعذيب والعنف الجنسي، كما أنه عديم النفع من الناحية العلمية، بل هو انتهاك لأخلاقيات العمل الطبي (منظمة الصحة العالمية وآخرون، 2018). ومع ذلك، ما زال هذا الفحص قائماً في كل منطقة من مناطق العالم؛ حتى إن ممارسته المستمرة تصدرت عناوين الأخبار خلال الآونة الأخيرة في المملكة المتحدة مثلاً، ويجري إعداد مشروع قانون لحظر هذه الممارسة. ويأتي إجراء فحوص العذرية لفرض التعفف أو الحض عليه في أوساط النساء والفتيات غير المتزوجات، مشفوعةً بذرائع من قبيل المحافظة على "نقاتهن" وعلى "شرف" الأسرة، والوقاية من فيروس نقص المناعة البشري/متلازمة نقص

المناعة المكتسبة الإيدز"، واجتئاب حمل المراهقات (أولسن وغارسيا-مورينو، 2017). ومع ذلك، فإن كثيراً من المدافعين عن تلك الممارسة يستعينون بلغة نسوية الطابع للمجادلة من أجل استمرار هذه الممارسة. إن فحص العذرية، المعروف أيضاً باسم "فحص غشاء البكارة" أو "اختبار الأصبعين" ينطوي في المعتاد على فحص غشاء البكارة، وهو عبارة عن نسيج رفيع يوجد أحياناً (لا دائماً) في المهبل. ويستند الفحص إلى فرضية مفادها أن الخصائص المادية لغشاء البكارة أو للمهبل قد تكشف عن سابقة الجماع المهبلية عند المرأة أو الفتاة - وهذا اعتقاد تنقضه الدراسات الطبية نقضاً تاماً. ذلك بأن الفحوص غير العلمية "لإثبات" أو "نفي" حدوث جماع إنما ترسخ الأعراف الاجتماعية الضارة، ولذلك يجب

منعها وفق ما يؤكد خبراء الطب وحقوق الإنسان. ولا يقف ذلك عند فحوص العذرية فحسب، بل يدخل في عدادها الفحوص الشرجية التي تنطوي على إدخال أصابع أو أجسام في فتحة الشرج عند الرجل أو امرأة مغايرة الجنس بُغية إيجاد "دليل" على سلوك جنسي مثلي. وقد تواردت أخبار عن فحوص شرجية قسرية في عموم الدول العربية وفي منطقتي شرق أفريقيا وجنوبها، لكنها "عديمة الجدوى طبياً" و"ترقى لمستوى التعذيب أو سوء المعاملة" كما ورد في تقرير العام 2018 لأحد الخبراء المستقلين لدى مجلس حقوق الإنسان التابع للأمم المتحدة (المجلس، 2018). إن فحوص العذرية والفحوص الشرجية القسرية هي إجراءات تنتهك الجسد مؤلمة واصمة. وعن ذلك تقول ثريا سبهرانغ، الطبيبة

"هذه الممارسة انتهاك لحقوق الإنسان ولكرامة البشر."



تصفتُ ثريا سيهرانغ كيف قام العاملون الطبيون والقانونيون بإدانة فحص العذرية غير الرضائي في أفغانستان. العمل الفني الأصلي بواسطة نعومي فونا؛ الصورة © صندوق الأمم المتحدة للسكان/أ. محقق.

للخصوصية في الغالب، حتى إن النساء كُنَّ يجبرن على الخضوع للفحص مراراً كما تقول الطبيبة. وتضيف: "تسبب ذلك في صدمات للنساء... حتى إن إحدى النساء

الطبيبة أن "كل تلك الممارسات تشكل 'جريمة أخلاقية' حسب وصفها. يضاف لما سلف أن ظروف الفحص لم تكن صحية ولا مراعية

ومفوضة حقوق الإنسان السابقة في أفغانستان، إن تلك الفحوص تتم بناء على أوامر عقابية بعد أية مخالفة متصورة؛ مثل الجلوس بجوار شخص من الجنس الآخر. وترى

قالت لي: "شعرت في الفحص الثاني وكأن شخصاً اغتصبني."

أما المرأة التي لا تجتاز الفحص فقد تتعرض للسجن، وتستدعي الطبيبة من ذاكرتها وقائع "البعض النسوة اللاتي انتحرن بعد الخضوع لذلك الفحص"، وهناك أخريات قُتلن على أيدي أسرهن.

تضيف الدكتورة ساعدت الطبيبة سوبهرانغ وزميلاتها في منع فحوص العذرية دون رضا في أفغانستان في عام 2018. واليوم، لا يجوز إجراء فحوص العذرية في أفغانستان إلا بأمر المحكمة وبرضا المريضة - غير أن إنفاذ هذه القاعدة ما زال مبعث قلق لا سيما في المناطق الريفية. حتى إن كلا من الأطباء والمرضى ما زالوا يواجهون تبعات حال رفضهم إجراء الفحص. تتذكر مُجغان عظمي، اختصاصية الطب الشرعي في كابول، إحدى الفتيات التي رفضت الفحص مرتين على الرغم من صدور أمر من المحكمة به، فيقول: "في المرة الثالثة أعادتها المحكمة إلينا بقرار مفاده أنه إذا لم يجر الأطباء الفحص هذه المرة فسيحالون للتحقيق. لذلك، وبعد ساعتين من التحدث إلى الفتاة، أقتعناها بإجراء الفحص."

تقر الدكتورة مُجغان عظمي بأن فحوص العذرية - لا سيما حال إجرائها بالإكراه - "تكون مؤذية نفسها". لكنها تدافع عن الفحص في

بعض الحالات، شريطة إجرائه بصورة سرية وبكرامة وبرضا تام عن علم. تتشكل تلك الآراء بفعل مخاوف حقيقية وحقائق قائمة: ففي الأماكن التي تتعدم فيها الإجراءات الطبية الصحيحة علمياً (مثل اختبار الحمض النووي (DNA) يُعدّ فحص العذرية طريقةً من بين طرق قليلة للغاية يمكن بها للناجيات إقامة الدليل المؤيد لادعائهن بالتعرض للاغتصاب. لذا تقول الدكتورة: "بالنسبة إلى الضحية، يعدّ غشاء البكارة أداة يمكن السعي بها لتحقيق العدالة ودفع اللوم الاجتماعي والتقليدي عن نفسها."

إذا جاءت نتائج الفحص كما تشتهي الخاضعة له فإنها قد تقي المرأة من العنف في الأماكن التي يُعدّ فيها فقدان العذرية حكماً بالإعدام. هنا تضيف الدكتورة قائلة: "في ليلة الزواج يُعطى الزوجان قماشة أو ورقة بيضاء ينبغي أن تصطبغ بلون الدم الأحمر الناجم عن فحش غشاء البكارة بعد إتمام الجماع. وإذا لم ير الرجل دليل العذرية فيتربط على ذلك إجراء فحص العذرية... بناء على طلب الفتاة،" وذلك على أمل أن يحمل غشاء بكارتها دليلاً على الفحش.

ترى بعض المجتمعات - كما هي الحال في منطقة كوازولو-ناتال في جنوب أفريقيا - أن فحص العذرية يمثل شكلاً من أشكال الحماية من حمل المراهقات ومن الإصابة بفيروس

نقص المناعة البشرية وغيرها من الأضرار (مجلس حقوق الإنسان التابع للأمم المتحدة، 2016). وعن ذلك يقول إمسناغافانسي، رئيس بلدية أومزيمخولو، في كوازولو-ناتال: "من المعتقد أن فحص العذرية يقي الفتيات من الإكراه على علاقات جنسية ومن الانتهاك الجنسي من الإبتسيزوا [أي الرجال الأكبر سناً]، خصوصاً في أوساط الفتيات في الصفوف 10 و 11 و 12." ويرى الرجل أن تلك الفحوص التي تجربها في الغالب نساء كبيرات ترسخ القيمة الثقافية للعفاف، وبذلك تشجع الفتيات على رفض ضغوط الأقران وإرجاء النشاط الجنسي. ويعتبر إمسناغافانسي عن ذلك الطقس بلغة تمكينية، فيقول: "تُعلم الفتاة بحقوقها عقب الفحص،" مضيفاً إنهن يُعلمن كيفية رصد العلاقات المستغلة. لكن تلك الفحوص غالباً ما تتم بغير رضا، ما يجعلها مخالفة للقانون. وبذلك أقر أحد "فاحصي العذرية" من منطقتي يومغندلوفو ويوتوكيلا قائلاً: "الوالدان هما من يقرران ذلك." على الرغم من تلك المسوغات، فإن الفحص يساهم في ترسيخ اعتقاد خطأ مفاده أن عفاف المرأة رهن بتاريخها الجنسي، كما يرسخ فهماً معيباً عن تشريح جسم الإنسان. أي أن إضفاء المصداقية على ذلك الفحص سيؤدي في النهاية إلى الأذى كما تؤكد الدكتورة سوبهرانغ، إذ تقول: "بعض النساء

الاستقلالية الجسدية والصحة

اتخاذ الإنسان القرار بنفسه، وطلب المعلومات وتلقيها، والاستفادة من الخدمات المتعلقة بالأمر الإنجابية والجنسية، إنما هي حقوق معلومة ومندرجة ضمن الحق في الصحة - وذلك وفقاً للجنة الأمم المتحدة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (اللجنة، 2016). وفي الوقت ذاته، فإن التمتع بالصحة الجنسية والإنجابية "لا غنى عنه لاستقلال [المرأة] الذاتي" وهو "مرتبط ارتباطاً وثيقاً بالحقوق المدنية والسياسية التي تقوم عليها السلامة الجسدية والعقلية للفرد واستقلاله الذاتي" (المرجع السابق، 2016، الفقرة 34).

ومن ثم، فإن الحق في "اتخاذ قرارات وخيارات بحرية وبشعور من المسؤولية، بلا عنف ولا إكراه ولا تمييز بخصوص الأمور المتعلقة بجسم الإنسان وصحته الجنسية والإنجابية" والحق في إتاحة "الوصول بلا عوائق إلى جميع أنواع المنشآت والمنتجات والخدمات والمعلومات الصحية" إنما هما وجهان لعملة واحدة (المرجع السابق، 2016، الفقرة 5).

تقرر لجنة الأمم المتحدة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة وجوب إيجاد الخدمات الصحية بيئةً مؤاتيةً تتيح للمستفيدين ممارسة حريتهم الكاملة في الاختيار، وعلى البلدان أن "تطلب من كل مؤسسات الخدمات الصحية الاتساق مع معايير حقوق الإنسان للمرأة، بما في ذلك حقوق الاستقلال الذاتي والخصوصية والسرية والموافقة والاختيار القائمين على علم" (لجنة الأمم المتحدة المعنية بالقضاء على التمييز ضد المرأة، 1999).

ليس لديهن غشاء بكاراة، وبعضهن لديهن غشاء مطاطي للغاية. وقد قابلت امرأة أنجبت طفلها الأول وكان غشاؤها سليماً عند الولادة. أي أن هذا الغشاء لا يُثبت أن الفتاة لم يسبق لها ممارسة العلاقة الحميمة."

ومن ثم، توضح الطبيبة أن من تبلغ بتعرضها للاغتصاب قد يكون غشاء بكارتها سليماً، وبذلك قد تتعرض للسجن بتهمة إلقاء اتهامات كاذبة، فيما يُطلق سراح الجاني. يضاف لما سبق أن فحوص العذرية ليست بديلاً للفحوص الطبية اللاحقة على الاغتصاب، فهي الفحوص المعنية بتقييم وعلاج الصدمة بدون الاضطرار إلى إدخال أي شيء في المهبل (منظمة الصحة العالمية وآخرون، 2018).

لذا تقول الطبيبة سيما سمر، وزير الدولة السابق لحقوق الإنسان في أفغانستان، ونصيرة حطر فحوص العذرية دون رضا: "هذه الممارسة انتهاك لحقوق الإنسان ولكرامة البشر. يتطلب الأمر توعية العامة، الجميع، لا سيما الشباب. ثانياً، أعتقد أنه من اللازم توعية أفراد الشرطة وتوعية أعضاء النيابة والأطباء."

الجانب الأهم في هذا السياق هو وجوب تشجيع الأفراد بتعريفهم بحقوق الاستقلالية الجسدية وبالمطالبة بها، كما تضيف الدكتورة سمر. وتتساءل: "كم منهن يعرفن حقوقهن؟"

الاستقلالية الجسدية والخصوصية

إن القدرة على اتخاذ القرار بخصوص الحياة الشخصية والأسرية هي جوانب إضافية للحقوق المتعلقة بالاستقلالية الجسدية. فمثلاً: ينص ميثاق الحقوق السياسية على أنه "لا يجوز تعريض أي شخص، على نحو تعسفي أو غير قانوني، لتدخل في خصوصياته أو شؤون أسرته أو بيته أو مراسلاته، ولا لأي حملات غير قانونية تمس شرفه أو سمعته" (الجمعية العامة للأمم المتحدة، 1966، المادة 17(1)).

توجد صياغات مماثلة لتقرير حق الخصوصية في معاهدات أخرى دولية وإقليمية معنية بحقوق الإنسان، من أشهرها اتفاقية حقوق الطفل (الجمعية العامة للأمم المتحدة، 1989، المادة 16)، والاتفاقية الأمريكية لحقوق الإنسان (منظمة الدول الأمريكية، 1969، المادة 11)، والاتفاقية الأوروبية لحقوق الإنسان (مجلس أوروبا، 1950، المادة 8)، والميثاق الأفريقي لحقوق الطفل ورفاهيته (الاتحاد الأفريقي، 1990، المادة 10)، وإعلان حقوق الإنسان لرابطة أمم جنوب شرق آسيا (الآسيان، 2012، المادة 21).

فسرت المحكمة الأوروبية لحقوق الإنسان ومحكمة البلدان الأمريكية لحقوق الإنسان معاهدتهما بطريقة واحدة، فأكدتا أن "مفهوم الاستقلال الشخصي هو مبدأ هام يستند إليه تفسير ضماناتها [أي ضمانات الخصوصية المكفولة في المادة 8]" (المحكمة الأوروبية لحقوق الإنسان، 2002).

شهدت الولايات المتحدة الأمريكية قبل قرن مضى صياغة سامويل وارين ولويس برانديس حقاً في الخصوصية أسمياه "الحق في أن يُترك المرء وشأنه" (وارين وبرانديس، 1890). ثم اكتسبت الخصوصية منذ ذلك الحين تعريفاً أعم وأشمل في الولايات المتحدة وخارجها، وصارت تسري على قرارات بخصوص الصحة الجنسية والإنجابية؛ بما في ذلك معلومات تنظيم الأسرة وخدماته،

الحقوق وعلاج الخصوبة

إتاحة علاجات الخصوبة هو جانب من جوانب رعاية الصحة الإنجابية، ويشمل ذلك أساليب من بينها الإخصاب المختبري (زيغرز-هوتشيلد وآخرون، 2009). هنا نجد أن حقوق الإنسان العالمية تقتضي إتاحة جميع خدمات رعاية الصحة الجنسية والإنجابية، وتيسيرها على أساس من المساواة وعدم التمييز. وقد أجمعت هيئات معاهدات مختلفة على أنه حيثما يتوفر الإخصاب المختبري في دولة ما فيجب ألا تفرض عليه قيوداً غير مبررة، وألا تقدمه على نحو ينتهك حقوقاً إنسانية أخرى (هيئات لجنة الأمم المتحدة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية 2019؛ العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية 2016؛ واتفاقية الأمم المتحدة للقضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة 2015).



عمل فني بواسطة كايسى نانكي

الإجهاض والسلامة الجسدية والاستقلالية الجسدية

يُعد برنامج العمل المنبثق عن المؤتمر الدولي للسكان والتنمية وثيقةً تأسيسية تُرشد جهود صندوق الأمم المتحدة للسكان منذ العام 1994. تؤكد الوثيقة أن التدابير أو التغييرات المتعلقة بالإجهاض في المنظومة الصحية هي أمور يجب تركها للعملية التشريعية الوطنية. كما يؤكد برنامج العمل ضرورة أن يكون الإجهاض آمناً حيثما كان مُجازاً بالقانون؛ وأن تحظى المرأة على كل حال برعاية جيدة للتعامل مع تبعات الإجهاض.

إلى ذلك، تتزايد توصيات الهيئات الحقوقية والمحاكم الدولية الإقليمية والوطنية بضرورة تعزيز صحة المرأة وحماية حياتها حتى وإن كانت الخدمات المتاحة مقيدة. كما أنها توجه الدول إلى نزع صفة المخالفة الجنائية عن الإجهاض، وذلك بالنسبة إلى المرأة طالبة الخدمة ولممارسي الرعاية الصحية الذين يقدمونها، ما يسهم في تقليل الوصم والتمييز اللذين ربما طالا المرأة والممارسين.

هيئات المعاهدات التابعة للأمم المتحدة هي لجان معنية برصد مدى تنفيذ الحكومات لالتزاماتها في مجال حقوق الإنسان، وقد دعت تلك الهيئاتُ الدولَ إلى إصلاح قوانين الإجهاض لحماية سلامة المرأة الجسدية واستقلالها الجسدي. ووفقاً للجنة الأمم المتحدة للحقوق المدنية والسياسية، مثلاً، فإنه يجب أن تجيز القوانين للمرأة اختيار إنهاء الحمل الذي يعرض حياتها للخطر (العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية، 2019).

أي أن القوانين التي تجبر المرأة - على غير إرادتها - على الاستمرار في الحمل غير القابل للحياة، أو تدفعها إلى الخروج من بلدها لإنهاء الحمل، أو التي تعرض حياتها للخطر إنما هي قوانين تنتهك مجموعة من حقوق الإنسان المعترف بها (العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية، 2017). ويجب على البلدان أن تضمن إجازة قوانينها للمرأة اللجوء الاختياري إلى الإجهاض، ورفع أية عوائق تحول دون ممارسة هذا الحق في الاختيار (العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية، 2011، 2005).



عمل فني بواسطة كايسي نانكي

البالغين (العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية، 1994)؛ علماً بأن المحكمة العليا في الولايات المتحدة الأمريكية قد استندت في قرارها بقضية روي المرفوعة ضد ويد إلى الحق في الخصوصية.

وإتاحة الإجهاض، وعلاجات الخصوبة، والعلاقات الجنسية، والميل الجنسي، والهوية القائمة على النوع الاجتماعي. وقد انتهت المحاكم الدولية والإقليمية والوطنية إلى أن حقوق الخصوصية تمنع التدخل الحكومي في السلوك الخاص والسلوك الجنسي بالتراضي والسلوك الإنجابي في أوساط

العلاقات المثلية المهقنة تعني قدراً أكبر من الاستقلال الذاتي لفئات طالها الإقصاء من قبل

ومن ثم، أقر المفوض السامي في كلمته بأن تغيير القوانين والاتجاهات بخصوص فهمنا للاستقلالية الجسدية سيكون له أثر تحرري تجاه ما يقدر بنحو 300 مليون إنسان في جميع أنحاء العالم من المنتمين لمجتمع الميم (باترسون ودوجيلي، 2012).

غير أن المفوض السامي أقر بأن التقدم في هذا الملف بطيء، بل إنه يتراجع بسبب الأجدات السياسية التي تميل إلى الأفكار المسبقة والتعصب الأعمى. والحق أنه يوجد 69 بلداً في العالم اليوم تعد فيه العلاقات الجنسية المثلية بالتراضي مخالفة للقانون (منظمة إلغا وورلد، 2020).

وإلى جانب التبعات المتعلقة بحقوق الإنسان في تلك القوانين، فإن التمييز ضد مجتمع الميم له تبعات هامة في كثير المجالات الأخرى، ومن بينها الصحة. وقد انتهى الخبير المستقل - المعني بالحماية من العنف والتمييز القائم على الميل الجنسي والهوية القائمة على النوع الاجتماعي - (التابع لمفوضية الأمم المتحدة السامية لحقوق الإنسان) إلى أن تلك القوانين "تعوق قدرة الإدارات الحكومية المعنية وغيرها من الجهات الفاعلة في مجالات الاستجابة الصحية"، ومن ذلك ما يتعلق بالاستجابة لفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسبة "الإيدز" مثلاً. وقد وضح تقرير حديث أن البيئات القانونية العقابية - المقترنة بالوصم والتمييز ومستويات العنف المرتفعة - عرضت المثليين وغيرهم من ممارسي العلاقة الحميمة مع الرجال إلى احتمالات متفاقمة للإصابة بعدوى فيروس نقص المناعة البشرية لأنهم يتوارون خشية المقاضاة أو خوفاً من تبعات أخرى سلبية.

إن النظر في القوانين التمييزية ضد أشخاص، لا سيما النساء، في الزواج أو القوانين التي تجبرهم على زواج غير مرغوب ليكشف عن قيود قانونية منتشرة على العلاقات الجنسية بين البالغين المتراضين من المثليين والمثليات، فضلاً عن قيود على الزواج القانوني بين المثليين والمثليات.

وقد شهدت الأعوام القليلة الماضية إقراراً من مفوضية الأمم المتحدة السامية لحقوق الإنسان وغيرها من المنظمات الدولية المعنية بحقوق الإنسان بانتهاك حقوق الاستقلالية لدى أفراد مجتمع الميم جراء القوانين والإجراءات التمييزية. وجاء تقرير 2015 للمفوضية ليقرر ما يلي: "الدول التي تجرم الأفعال الجنسية المثلية بالتراضي تخالف القانون الدولي لحقوق الإنسان لأن تلك القوانين - بمحض وجودها - تنتهك حقوق الخصوصية وعدم التمييز" (المفوضية، 2015).

صرّح المفوض السامي لحقوق الإنسان، في خطاب راند ألقاه عام 2017 أمام اجتماع وزاري للجمعية العامة للأمم المتحدة، بما يلي: "لكن التمهيد للحوار يجب أن يكون واضحاً. فالمسألة ليست بخصوص القضاء على الانتهاكات، بل بخصوص كيفية ذلك. فأفراد مجتمع الميم هم أفراد كاملو العضوية في الأسرة الإنسانية. فهم لا يقلون قدراً عن أيّ منّا؛ بل هم متساوون مع غيرهم - ولذلك لهم الحق في التمتع بالحقوق نفسها المكفولة لكل إنسان." ودعا المفوض جميع الحكومات إلى السماح للأفراد بحُبّ مَنْ يختارون، وكفالة التمتع بالحقوق نفسها المكفولة للغير (المفوضية، 2017).

عمل فني بواسطة كايسي نانكي

ومع ذلك، فالتغيير يسير على استحياء. ففي العام 1989 أصبحت شراكات المثليين المسجلة واقعاً ملموساً في الدانمرك. وبعدها بعامين شرّعت هولندا زواج المثليين. ومنذ ذلك الحين أصبح الحق القانوني للشركاء المثليين في الزواج وتشكيل الأسر محل اعتراف في الأرجنتين والنمسا وبلجيكا والبرازيل وكندا وكولومبيا والإكوادور وفنلندا وفرنسا وألمانيا وغرينلاند وأيسلندا وأيرلندا ولكسمبرغ ومالطة ونيوزيلندا والنرويج والبرتغال وجنوب أفريقيا وإسبانيا والسويد ومنطقة تايوان الصينية والمملكة المتحدة والولايات المتحدة الأمريكية وأوروغواي (استعراض سكان العالم، 2020).

يترتب على ذلك أنهم لا يتلقون التربية الصحية المناسبة، بل إنهم يعزفون عن خدمات الرعاية الصحية والفحوص والعلاج (مجلس حقوق الإنسان التابع للأمم المتحدة، 2018).

ومن الجوانب الهامة لتحقيق المساواة الكاملة تحت مظلة القانون هو قدرة أفراد مجتمع الميم على تشكيل اتحادات لها الوضعية القانونية نفسها المكفولة للاتحادات التي يقيمها أفراد الجنس الآخر: "لقد حثت الأمم المتحدة والهيئات الإقليمية لحقوق الإنسان... الدول على الاعتراف القانوني بالأزواج المثليين وبأطفالهم، وعلى السعي إلى عدم التمييز ضد الأزواج المثليين مقارنة بغيرهم... والأمر متروك للدولة لتحديد شكل الاعتراف، لكن أياً كان الشكل الذي يقع عليه الاختيار فينبغي عدم وجود اختلاف في المعاملة بين الأزواج المثليين وغيرهم" (الأمم المتحدة، 2016). لكن هذا الاعتراف بعيد المنال في كامل أنحاء العالم.

الذهاب إلى الولادة: وظيفة الأم البديلة

الجوال وتمكنت من الاتصال خلسة بالوالدين المرتقبين للجنين، وذلك على الرغم من منعها صراحةً من ذلك. تقول: "عثرت على الأبوين عبر فيسبوك. كانا لطيفين للغاية وداعمين لي." تحوّل الوالدان إلى وكالة أخرى للأمومة البديلة، ونقلنا جوزفينا معهما. وعن ذلك تقول: "واصلت مهمتي في مكان أكثر أماناً، حيث شعرت بثقة أكبر."

لكن حتى بعد مرورها بتلك التجربة الخطيرة، تقول جوزفينا إنها لم تندم على قرارها البتة: "كنت على يقين من رغبتني في الإنجاب. لم أندم على ذلك. كانت مغامرة. وعندما التقيتُ بالوالدين سعدت بالتجربة".

يسبق لهن الحمل والولادة. وأتذكر أنني سألت نفسي: 'أين أنا؟' وبعد أشهر قليلة من الحمل نُقلت هي واثنين أو ثلاث أمهات بديلات أخريات ومعهن بعض أطفالهن إلى منزل متداع ليس فيه ماء ولا كهرباء ولا طعام - فُحِبَسَ فيه.

بيد أنّ الوضع كان مؤقتاً، حيث قالت جوزفينا (اسم مستعار)، التي تعيش في المكسيك، إنها بدأت فجأة في استئجار القلق من أن الحمل لم يكن للغرض المعلن من كونها أمّاً بديلة، مضيفة: "راودتني كثير من الأفكار، من بينها أن الموضوع متعلق بالاتجار بالأطفال أو بالأعضاء." كانت تحتفظ بهاتفها

تتذكر جوزفينا اختيارها أن تصبح أمّاً بديلة، فتقول: "كان اختياري مدفوعاً في جانب منه من أجل المال، لكن ما دفعني إليه حقاً كان امتلاك القدرة على تحقيق حلم كثير من النساء في إنجاب طفل." ما لم تتوقعه جوزفينا هو ضعف الإدارة - بل والنزعة المسيئة - في وكالة الأمومة البديلة.

وعن ذلك تقول: "ظننت أنني كنت سأجد نساء أخريات مثلي: واثقات من قرارهن، وسبق لهن إنجاب طفل واحد على الأقل، كما تقضي الاشتراطات السارية. لكن المكان الذي قصدته لم يكن كذلك. بل وجدت كثيراً من الشابات ممن لم

"رأيت أن هذه فرصة سانحة لمساعدة الآخرين في الحصول على شيء يرغبون فيه بشدة: "طفل"."



نادراً ما يأخذ صنّاع السياسات وجهات نظر الأمهات البديلات عند صياغة قوانين تأجير الأرحام، كما يقول الخبراء. العمل الفني الأصلي بواسطة نعومي فونا؛ الصورة بواسطة الكسندر كريفسكيكز على موقع Unsplash.

تساؤلات بشأن حقوق أطفال الأمومة البديلة أو تأجير الأرحام (ناديمبالي وآخرون، 2016). لكن القوانين تنطوي على اختلافات كثيرة من بلد لآخر وداخل البلد الواحد، فبعضها يحظر الأمومة البديلة، وبعضها

القضايا ومعارك الحضانة التي لاقت تغطية إعلامية موسعة في الولايات المتحدة الأمريكية والهند وغيرهما تساؤلات بشأن حقوق ومسؤوليات الأمهات البديلات والوالدين المقصودين، فضلاً عن

بل إنها تفكر في خوض التجربة مجدداً.

لطالما حفلت قضية الأمومة البديلة أو تأجير الأرحام بشواغل أخلاقية وقانونية. وقد أثارت

يحظر الجانب التجاري فيها (أو ما يسمى الأمومة بعوض)، فيما تجيز ما يسمى بالأمومة البديلة دون مقابل، أما بعض القوانين فتجيز كلا نوعي الأمومة البديلة، فيما تفتقر بعض البلدان إلى قوانين محددة لتنظيم الأمومة البديلة من الأصل (يو سي إل إس، 2019).

وحيثما تُجاز الأمومة بعوض تزدهر في الغالب صناعة مربحة، ومن مكوناتها المختبرات التكنولوجية للمساعدة الإيجابية، وشركات الجولات الطبية، وشركات الخدمات القانونية، والباحثين عن الأمهات البديلات، وغيرها من المكونات. وتصبح عندئذٍ البلدان ذات التكاليف الأدنى وجهات يقصدها الأزواج الراغبين. ولكن، في مثل تلك الأماكن غالباً ما تكون الأمومة البديلة فرصة من بين فرص قليلة جزية العوض بالنسبة إلى النساء المهمشات اقتصادياً، ما يجعلهن عرضة للاستغلال. وربما تمكن الوسطاء والوكالات من السيطرة على معاملات تبادل الأموال والمعلومات، وعلى تقديم خدمات الرعاية الصحية أيضاً. ومن الوارد ترك الأمهات البديلات بلا عوض، أو موافاتهن بمعلومات ضئيلة، مع ضعف الخدمة الطبية المقدمة لهن (ناديمبالي وآخرون، 2016).

إن طبيعة الأمومة البديلة وتأجير الأرحام الغارقة في اعتبارات النوع

الاجتماعي لتكشف أيضاً عن مكامن ضعف في كلا جانبي الاتفاق. وقد تواجه العاقرات ضغوطاً ثقافية كثيفة كي يصبحن أمهات، فيما تكون الأسر المكوّنة من زيجات مثليين أو عائل وحيد ممنوعة في الغالب من إيجاد أمهات بديلات لأن تلك الفئات ممنوعة تخفق عموماً في استيفاء الأعراف المقبولة للأبوة والأمومة. وربما واجهت الأمهات البديلات نقداً لخياتتهن الرابط المقدس المعلوم بالضرورة بين المرأة وجنينها. وهذا هو السبب الذي دفع جوزفينا إلى التكتّم بشأن أمومتها البديلة، فتقول: "هذا عيب. كثيرون يخافون عندما يسمعون به، لذا قررت ألا أخبر به كثيراً من الأشخاص. بل إن كثيرين من أسرتي لم يعلموا بذلك."

تقرر إيزابيل فولدا، نائب مدير مجموعة الاستعلامات بشأن الإنجاب الاختياري (وهي مؤسسة عدلية إيجابية في المكسيك)، أن "الوصم قد تفاقم كثيراً في خلال السنوات العشر الماضية"، لذا فقد شرعت تلك المؤسسة في مناصرة الأمهات البديلات والأزواج المستعنين بهن. تختلف قوانين الأمومة البديلة من مكان لآخر في المكسيك، لكنها أصبحت أشدّ تقييداً في السنوات القليلة الماضية. وعن ذلك تقول: "حتى ولو كانت النوايا الباعثة على الإصلاح طيبة، وتنتشد تقديم حماية أفضل لجميع الأطراف، إلا أنها أسفرت

عن تبعات غير حميدة، خصوصاً بالنسبة إلى الأمهات البديلات." وفي الأماكن التي طبقت معايير حظر أشد، "نعلم أن الممارسة نفسها ما زالت قائمة، ولكن في الخفاء وبأسلوب غير آمن."

تحملت جوزفينا كثيراً من تلك العواقب، فتقول: "عندما كنت مع الوكالة الأولى، لم يكن لدي عقد حتى. فالعقد كان ليطمئنني إلى أن كل شيء سيسير كما ينبغي." وترى جوزفينا أن القيود إنما تدفع بالأمومة البديلة نحو مزيد من الاستتار، وهنا يمكن للوكالات العديمة الأخلاق أن تزدهر دونما ضابط ولا رابط، وتتعرض الأمهات البديلات لظروف قاسية. لذا تقول: "لو كان الأمر قانونياً لاستشعر الأشخاص مزيداً من الأمان."

الأجدى من المنع أن توجد سياسات دقيقة تراعي مكونات الممارسة ورؤى المتأثرين بها، وذلك في رأي ساروجيني ناديمبالي، العضو المؤسس لمجموعة ساما للموارد من أجل المرأة والصحة في الهند؛ وهي خبيرة في القضايا الاجتماعية والقانونية المحيطة بالأمومة البديلة. وهنا تطرح التساؤلات: "هل شاركت الأمهات البديلات والأسر العقيمة في صياغة السياسات؟ وهل سُئلوا عن مبتغاهم من السياسة أو التشريع؟ وما مدى إتاحة تلك النصوص القانونية للأمهات البديلات؟"

بل إن المحكمة الأوروبية لحقوق الإنسان توجه الحكومات في حالات السلوك الجنسي المدعى ضرره إلى الموازنة الدقيقة بين مصالح الدولة ومصالح استقلال الفرد وحقه في ممارسة نشاط جنسي خاص بالتراضي (المحكمة، 1997).

إن الخصوصية، لا سيما من حيث ارتباطها بحياة الأسرة، رحيبة النطاق رحابةً تحوي كل أساليب صنع القرار المتصل بالحياة الجنسية والإنجاب، أخذاً في ذلك "بالحق في احترام القرار بأن يصبح الإنسان شريكاً أم لا" (المحكمة، 2010، 2007). إن فقه الخصوصية لدى المحكمة الأوروبية لحقوق الإنسان هو الأكثر تطوراً؛ حيث تم تفسير كلا الإجهاض والإنجاب بمساعدة طبية للأزواج المختلفي الجنس وللمثليين والمثليات (بما في ذلك تأجير الأرحام، مقابل عوض ودون مقابل) ضمن حقوق الحماية للحياة الخاصة والأسرية المنصوص عليها في المادة 8 من الميثاق الأوروبي لحماية حقوق الإنسان والحريات الأساسية (روزمان، 2020).

منع التمييز، والمساواة بين الجنسين

التمتع بالاستقلال الذاتي وامتلاك القدرة على اتخاذ القرارات حرة مبرأة من التمييز إنما هي مقومات رئيسة في حقوق الإنسان.

ذلك بأن البراءة من التمييز والتمتع بمعاملة منصفة متساوية يعني أن الدول ليس لها أن تقر أي تغيير في القانون أو السياسة على أساس خصائص مثل الجنس أو العرق أو الإثنية أو التعبير القائم على النوع الاجتماعي أو الدين أو الجنسية أو الحالة الاجتماعية أو الصحة أو الإعاقة (لجنة الأمم المتحدة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، 2009). كما أن التمييز القائم على الجنس - مثلاً - ينطوي على فوارق تُتخذ "لا لخصائص وظيفية عضوية فحسب، بل بسبب النظرة الاجتماعية ذات القوالب الفكرية القائمة على النوع الاجتماعي وما يرتبط بها من أفكار مسبقة وأدوار متوقعة" (اللجنة، 2009، الفقرة 20).

ليس الإغفال في صياغة التشريعات يطال تجارب الأمهات البديلات فحسب، بل إن الوصم وقواعد العقاب عسرت عليهن الضج بالشكوى. وعن ذلك تقول فولدا: "كلما تنامي الطابع السياسي للقضية، زاد إسكاتهما." وحلّ رسم ساخر محل الحكايات الحقيقية للأمهات البديلات، وتخلله توصيف الأمهات البديلات مقابل عوض بوصفهن ضحايا، فيما وُصفت الأمهات البديلات دون مقابل بأنهن "غالباً ما يظهرن كما الملائكة الراعيات في الولادة في غضون تسعة أشهر، فيعرضن أنفسهن لمخاطر محتملة لا شيء سوى حب ما يحملنه في أحشائهن. يكاد يكون من المستحيل التفكير في أنهن لا يردن بذلك مالأً."

إنّ الفرق بين الأمومة البديلة مقابل عوض وبدون مقابل لا يشكّل أمراً منطقياً عند جوزفين، فصفة الأم البديلة هي بالنسبة إليها وظيفة وهبة في آن واحد، فهي لم تلجأ لذلك بدافع من الفقر: "وضعي الاقتصادي حينها لم يكن بالسوء الذي يدفعني إلى هذه التجربة. اختياري نابع من رغبتني في عمل شيء مختلف في حياتي، وتقديم شيء إيجابي لإنسانة أخرى... وأنا أم أيضاً، وأدرك مقدار السعادة التي يجلبها الطفل بحبيبه إلى الدنيا."

ولعل الإتاحة غير المنصفة من المعلومات والخدمات المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية للمراهقين والمراهقات يشكل أحد الأمثلة على التمييز القائم على النوع الاجتماعي (اللجنة، 2009).

(فريق العمل الأممي العامل المعني بالتمييز ضد النساء والفتيات، 2017).

لطالما حرمت المرأة والفتاة من حقوق اتخاذ القرارات الخاصة بهن بسبب معتقدات أو سلوكيات اجتماعية وثقافية نمطية تسبغ قيمة أعلى على رأي الرجل والزوج. غير أن القانون الدولي لحقوق الإنسان ينظر إلى تلك المعتقدات والتوجهات باعتبارها قوالب فكرية قائمة على النوع الاجتماعي وترتبط بممارسات ضارة من بينها تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية ختان الإناث، والاعتصاب الزوجي و"العلاجي" (ضد أفراد بسبب ميلهم الجنسي أو هويتهم من حيث النوع الاجتماعي) وزواج الأطفال والزواج القسري والحمل القسري.

يجب على الدول احترام الاستقلالية الجسدية للأفراد والسلامة الجسدية لهم بغض النظر عن السياق الاجتماعي. واستناداً إلى إحدى المجموعات المعنية بحقوق الإنسان من حيث قضية التمييز ضد المرأة في نصوص القانون وفي الممارسات الفعلية، فإن "حق المرأة أو الفتاة في اتخاذ قرارات مستقلة بشأن جسدها ووظائفها الإنجابية هو في صلب حقها الأصلي في المساواة والخصوصية"

كذلك أسفرت تلك المعتقدات والسلوكيات عن الإقصاء من التربية الجنسية الشاملة، والحرمان من المعلومات والخدمات المتعلقة بوسائل تنظيم الأسرة والإجهاض القسري والعنف ضد ذوي الميل الجنسي المختلف وهويات النوع الاجتماعي المختلفة (هيئة اتفاقية الأمم المتحدة للقضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة

ولعل الإتاحة خير
المنصفة من المعلومات
والخدمات المتعلقة
بالصحة الجنسية
والإنجابية للمراهقين
والمراهقات ... يشكل أحد
الأمثلة على التمييز القائم
على النوع الاجتماعي



القضاء على الأفكار المسبقة والممارسات الاعتيادية وكل الممارسات الأخرى القائمة على فكرة الدونية أو الفوقية لأحد الجنسين أو الأدوار النمطية للرجل والمرأة" (منظمة الدول الأمريكية، 1994، المادة 8(ب)؛ الجمعية العامة للأمم المتحدة، 1979، المادة 5(أ)).

وبمقدور الحكومات، بل من الواجب عليها أحياناً، أن تعامل الأشخاص بشيء من الاختلاف؛ على أنه يجب

ولجنة حقوق الطفل التابعة للأمم المتحدة، 2014). وتستند تلك الممارسات القهرية والعنيفة إلى معتقدات اجتماعية تستحسن المعيار الجنسي المقتصر على الرجل والمرأة، وتسعى إلى السيطرة على قدرات المرأة الجنسية والإنجابية وإخضاعها لاتجاه معين.

بيد أنه يجب على الدول "تعديل أنماط سلوك الرجل والمرأة في المجالين الاجتماعي والثقافي بُعْثَة تحقيق

المقايضة بالجنس وتأجير الأرحام

ما هي حدود ممارسة الاستقلالية الجسدية في الحياة الجنسية وفي الإنجاب؟ تقرر المبادئ العامة لحقوق الإنسان أن الخيارات الشخصية التي لا تضر بالغير جديرة بالاحترام. لكن هل مقايضة الجنس بالمال تضر؟ هل ينبغي أن يكون الشخص قادراً على التعويض المالي نظير أعمال جنسية أو خدمات إنجابية؟ ثمة تباين شديد في القوانين والأنظمة الوطنية بخصوص العمل الجنسي والبغاء وتقديم المشيخ وتأجير الأرحام. وتتنظر بعض الحكومات إلى تلك المقايضات باعتبارها غارقة في الاستغلال، فتُقي على تجريمها. وترى حكومات أخرى أن الاشتغال بالجنس وتأجير الأرحام من سبل كسب العيش المشروعة أو من أشكال العمل المشروع (مجلس حقوق الإنسان، 2018؛ الجمعية العامة للأمم المتحدة، 2010).

لا يقدم قانون حقوق الإنسان إجابات نهائية عن تلك الأسئلة، على الرغم من أن الحجج الحقوقية تساق من أجل دعم كلا الرأيين – المانع بالتجريم والمُجيز بالتقنين.

فمثلاً: أوصت الهيئة العالمية لبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسبة (الإيدز) والقانون بتجريم الاشتغال بالجنس، فيما أوصى مجلس حقوق الإنسان بوجوب مراعاة حقوق الإنسان لكل الأطراف المعنية في حالات الأمومة البديلة بعوض، واحترامها على الوجه المناسب في نصوص القانون (المجلس، 2019؛ برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، 2012).

عمل فني بواسطة كايسي نانكي

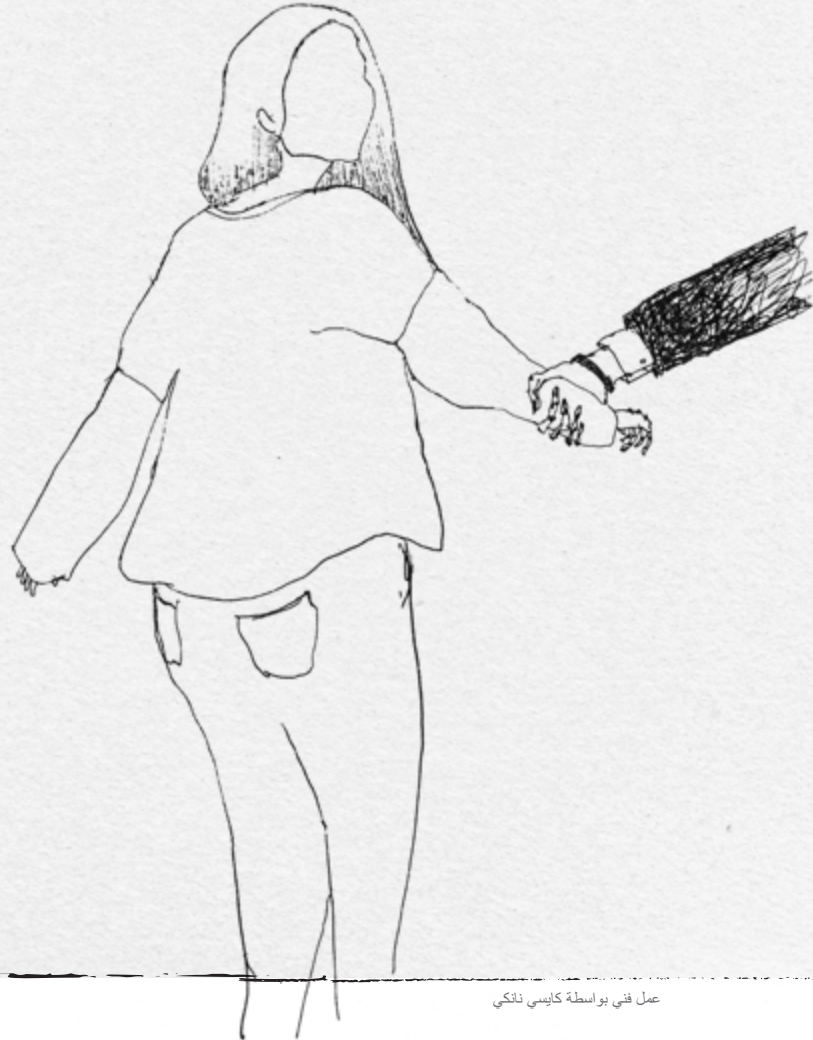
الأهلية القانونية وسن الرضا

تعرف مفوضية الأمم المتحدة السامية لحقوق الإنسان الأهلية القانونية بأنها "الأهلية والقدرة على ممارسة الحقوق والوفاء بالالتزامات بإرادة الإنسان وبنفسه، أي دونما مساعدة أو تمثيل من طرف آخر" (المفوضية، 2005). أما الاعتراف في القانون بـ "أهلية" الإنسان فيعني قدرة الإنسان على إبداء الموافقة أو منعها تجاه النشاط الجنسي والخدمات الصحية والزواج وغيرها.

تسعى حقوق الإنسان العالمية إلى تصحيح اعتبار متوارث يجد النساء والأطفال وذوي الإعاقة "فاقدين للأهلية" اللازمة لاتخاذ القرار لأنفسهم، أو اعتبارهم في حاجة إلى الحماية من الاستغلال. فمثلاً: تُوجّه اتفاقية المرأة بأن "تمنح الدول الأطراف المرأة، في الشؤون المدنية، أهلية قانونية مماثلة لأهلية الرجل"، وتساوي بينها وبينه "في فرص ممارسة تلك الأهلية" (الجمعية العامة للأمم المتحدة، 1979، المادة 15 (2)).

وبالنظر إلى تاريخ التمييز الذي واجهته النساء ذوات الإعاقة، فقد شددت اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة على أهمية الأهلية القانونية في اتخاذ القرار المستقل من جانب ذوات الإعاقة، فنصت على ما يلي: "يجب تمكين جميع النساء ذوات الإعاقة من ممارسة الأهلية القانونية المكفولة لهن باتخاذ قراراتهن، بدعم إن شئت، بخصوص العلاج الطبي و/أو العلاجي؛ بما في ذلك اتخاذ قراراتهن بإرادتهن بخصوص حفظ استقلاليتهن على مستوى الخصوبة والإنجاب... علماً بأن تقييد الأهلية القانونية أو نزعها من شأنه الإفضاء إلى تدخلات قسرية من قبيل التعقيم أو الإجهاض أو منع الحمل أو تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية (ختان الإناث)] أو الجراحة أو العلاج الذي يستهدف الأطفال حاملي صفات الجنسين دونما موافقة عن علم، أو الاحتجاز القسري في المؤسسات (اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، 2016).

ثمة سبيل آخر لفهم الأهلية القانونية، ألا وهو "سن الرضا"، علماً بأن الحدود العمرية الدنيا للرضا تختلف من بلد لآخر بل داخل البلد نفسه قياساً على نوع النشاط وعلى الجنس أحياناً (مع أنّ هذا الطرح مخالف لمعايير حقوق الإنسان). ومن ثم، توجه اتفاقية الطفل الدول إلى الإقرار بالقدرات المتنامية عند الأطفال، لا سيما في مرحلة المراهقة، بشأن الرضا بالنشاط الجنسي والاستفادة من خدمات ومعلومات الصحة الجنسية والإنجابية. تهيئ لجنة حقوق الطفل بالحكومات أن تقر قوانين وسياسات داعمة بحيث "تكفل للأطفال وأولياء الأمور والكوادر الصحية إرشاداً حقوقياً وافياً بشأن الرضا والقبول والسرية" (لجنة حقوق الطفل التابعة للأمم المتحدة،



عمل فني بواسطة كايسي نانكي

(2013). وتشمل تلك السياسات تقديم الخدمات الاستشارية للأطفال في سرية، أي دونما حاجة إلى موافقة من ولي الأمر أو الوصي، فضلاً عن منح الأهلية القانونية المفترضة للمراهقين لطلب وللحصول على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، وما يرتبط بذلك من منتجات ومعلومات (لجنة حقوق الطفل التابعة للأمم المتحدة، 2016). واستناداً إلى اللجنة المعنية بحقوق الطفل، ينبغي للحكومات اجتناب تجريم النشاط الجنسي بالتراضي غير الاستغلالي بين المراهقين ذوي الأعمار المتماثلة (لجنة حقوق الطفل التابعة للأمم المتحدة، 2016).

أما الحق في الزواج وتكوين أسرة فهو معترف به في المادة 16 من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان (الجمعية العامة للأمم المتحدة، 1948)، وفي المادة 23 من العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية، إذ يقرر أن "لا ينعقد أي زواج إلا برضا الطرفين المزمع زواجهما رضاً كاملاً لا إكراه فيه" (الجمعية العامة للأمم المتحدة، 1966). وعلى ذلك، فأية زيجة ميرمة دونما رضا وموافقة إنما هي زيجة قسرية لا تنفك عنها صفة انتهاك حقوق الإنسان. كذلك تنص اتفاقية المرأة نصاً واضحاً على بطلان خطبة الطفل وزواجه وانعدام أثره بحكم القانون، وتوجه الدول إلى تحديد أعمار دنيا للموافقة على الزواج (الجمعية العامة للأمم المتحدة، 1979، المادة 16 (2)). ومواكبةً لمبدأ القدرات المتنامية، فقد اهدت معظم البلدان باتفاقية الطفل وقررت السن الأدنى للموافقة على الزواج ببلوغ سن 18، على الرغم من أن السن الأدنى يختلف عن ذلك في بعض البيئات حسب جنس الفرد (مركز بيو للأبحاث، 2016). ومع ذلك، فموافقة ولي الأمر تجب أي سن أدنى للزواج في أكثر من نصف بلدان العالم (آرثر وآخرون، 2018).

أن يكون هناك تبريراً مشروعاً لذلك الالتزام بشأن المعاملة المختلفة حال اتباعها مع تحقيق الموازنة بين جميع الحقوق ذات الصلة (كلافام، 2015)؛ علماً بأن المبدأ العام بخصوص "المصالح الفضلى" المنصوص عليه في اتفاقية الطفل يعد توضيحاً لهذا النهج. وفي حين أن أولياء الأمور والأوصياء يتخذون قراراتٍ بالنيابة عن الأطفال، فللطفل الحق في المشاركة المناسبة في القرارات التي تؤثر فيه دونما حد عمري معين يقرر السن المناسبة لذلك (كوين وهاردر، 2011). ومع تطور قدرات الطفل فإنه من المنتظر -وفق اتفاقية الطفل- أن يشركهم أولياء الأمور في اتخاذ القرار لحين التنحي في النهاية عن السيطرة على القرارات المرتبطة بهم بعد النضج. ومن أمثلة احترام قدرات الطفل المتطورة التفكير في الأطفال حاملي صفات الجنسين؛ إذ كان من المقبول في الماضي ضرورة إجراء جراحة عاجلة لتحديد جنس العضو التناسلي ذكراً أو أنثى. لكن هذا التوجه استُبدل إلى حد كبير بالتمهل لحين تمكين الطفل من اختيار مسار الجراحة بنفسه (ريز، 2019؛ زيلن وآخرون، 2017). ذلك بأنه إذا انتفت الموافقة الاختيارية من الطفل الحامل لصفات الجنسين فذلك يعني اعتبار الجراحة محض انتهاك لسلامته الجسدية، وهو انتهاك يرقى إلى التعذيب (مجلس حقوق الإنسان التابع للأمم المتحدة، 2016أ).

وبالمثل، فإن الإنكار التام للترغبات والاختيارات الجنسية والإنجابية لذوي الإعاقات الجسدية أو إعاقات النمو (وهو ما يتجلى بتحويل أولياء الأمور والأوصياء والمؤسسات في الصلاحية ذات الصلة أو ما يسمى باسم "النيابة في صنع القرار") هو نموذج جرى التحول عنه نحو معيار "الدعم في صنع القرار"، ويتخلله بذل كل جهد ممكن لتتقيف الشخص وتمكينه من الاختيار بإرادته ومن تنفيذ اختياره (اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، 2018، واتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، 2014).

السلامة الجسدية

الحقوق المتعلقة بالسلامة الجسدية تمنع الدول أو الغير من التطفل على جسد الإنسان بدون موافقة حرة منه قائمة عن علم، وذلك على سبيل المبدأ العام.

اتفاقية الطفل (الجمعية العامة للأمم المتحدة، 1989)؛ واتفاقية مناهضة التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللا إنسانية أو المهينة (الجمعية العامة للأمم المتحدة، 1984).

فسرت اللجنة المعنية بحقوق الإنسان السلامة الجسدية باعتبارها مشمولة بالحماية وفق الحق في حرية الشخص وأمنه حسب المنصوص عليه في العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية (اللجنة، 2014) وفي المادة 7 من الميثاق نفسه الذي يحمي على كل الأفراد من المعاملة القاسية أو اللا إنسانية أو المهينة.

ومن ثم، تقرر وثائق حقوق الإنسان حق السلامة الجسدية تقريراً رسمياً، فمثلاً: تنص اتفاقية حقوق ذوي الإعاقة على أن "لكل شخص ذي إعاقة الحق في احترام سلامته الشخصية والعقلية على قدم المساواة مع الآخرين" (الجمعية العامة للأمم المتحدة، 2007، المادة 17). وثمة عدد من المعاهدات الإقليمية لحقوق الإنسان التي أقرت السلامة الجسدية صراحةً أو باعتبارها جزءاً من الحق في المعاملة الإنسانية، ومن ذلك مثلاً ميثاق بانجول التابع للاتحاد الأفريقي (الاتحاد الأفريقي 1981، المادة 4)؛ وبروتوكول مابوتو التابع للاتحاد الأفريقي (الاتحاد الأفريقي، 2003، المادة 4 ((1))؛ والاتفاقية الأمريكية لحقوق الإنسان (الاتفاقية، 1969، المادة 5 ((1)).

قضت محاكم إقليمية معنية بحقوق الإنسان في مجموعة من الحقوق والمسائل المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية، فمثلاً: وجدت محكمة البلدان الأمريكية لحقوق الإنسان انتهاكات لحق السلامة الجسدية في حالات التعرية القسرية والفحوص المهبيلية (المحكمة، 2006)، وتهديدات بالاغتصاب وبعدوى منقولة جنسياً (المحكمة، 2014)، بالإضافة إلى مجموعة متنوعة من أشكال أخرى للعنف القائم على النوع الاجتماعي (المحكمة، 2013، 2010).

أما أصل مفهوم الموافقة المستنيرة في مجال السلامة الجسدية فمستمد من المادة 7 من الميثاق الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية، ونصها: "لا يجوز إخضاع أي شخص للتعذيب أو المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللا إنسانية أو المهينة. ولا يجوز بصفة خاصة إخضاع أي شخص لتجربة طبية أو علمية إلا بموافقة الحرة" (الجمعية العامة للأمم المتحدة، 1966). هذه الفكرة حاضرة أيضاً في المعاهدات الدولية والإقليمية لحقوق الإنسان، بما في ذلك المادة 15 من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (الجمعية العامة للأمم المتحدة، 2007)؛ والمادة 37 (أ) من

تحظى حقوق السلامة الجسدية والاستقلال

الجسدي بالاعتراف الرسمي بمقتضى القوانين الدولية لحقوق الإنسان

التزامات الدول الأعضاء

من أن تدابير حماية فئة ما لا تنتهك الفئات الأخرى على امتداد مراحل التنفيذ (اللجنة، 2000).

واستناداً إلى لجنة الأمم المتحدة المعنية بالحقوق المدنية والسياسية، فإن القوانين الجنائية المتعلقة بوسائل تنظيم الأسرة والتربية الجنسية الشاملة والإجهاض وإتاحة المعلومات المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية هي قوانين تنتهك حقوق السلامة الجسدية والاستقلال الجسدي (العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية، 2019، ولجنة الأمم المتحدة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، 2016). وكذلك تفعل القوانين التي تشترط تفويضاً أو موافقة من الغير (مع مراعاة مبدأ القدرات المتنامية عند الأطفال) (اتفاقية الأمم المتحدة لمناهضة جميع أشكال التمييز ضد المرأة، 1999).

وجّهت هيئات المعاهدات المعنية بحقوق الإنسان نقداً إلى الدول التي أجازت للغير (سواء كانوا من أولياء الأمور أو الأزواج أو غيرهم) التدخل في حياة الأفراد لمنعهم من اتخاذ قرارات بشأن اختياراتهم وحياتهم الإنجابية والجنسية (العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية، 2005).

كما تُوجّه معاهدات واتفاقيات حقوق الإنسان الحكومات إلى عدم التدخل في "النشاط الجنسي بالتراضي المستتر للبالغين"، وإلى عدم سن قوانين جنائية ضد النشاط الجنسي المثلي بين البالغين حال ممارسته "سراً" (العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية، 1994، الفقرة 2-8). علاوة على ما سلف، فإن القوانين التي "تجرّم" الإجهاض وعدم الإفصاح عن حالة الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية والهوية المغايرة جنسياً أو التعبير عن المغايرة الجنسية إنما هي قوانين تنتهك الاستقلال الجسدي وحقوق السلامة (لجنة الأمم المتحدة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، 2016، الفقرة 40).

تحظى حقوق السلامة الجسدية والاستقلال الجسدي بالاعتراف الرسمي بمقتضى القوانين الدولية لحقوق الإنسان، وتتعامل في سبيل ذلك مع مجموعة متنوعة من الحقوق والأمور المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية. ولكن: كيف نترجم تلك الحقوق إلى ما يجوز وما لا يجوز للحكومات عمله أو ما يجب عليها عمله من أجل الشعوب والتجمعات البشرية التي تقوم على خدمتها؟

تراعي الحكومات واجباتها في مجال حقوق الإنسان من خلال التشريعات والسياسات وتخصيص الميزانيات بالأساس؛ على أنه من الممكن اتخاذ بعض الإجراءات بصفة عاجلة مع الشروع في أخرى بصفة متدرجة على مر الوقت حرصاً على احترام الحقوق وحمايتها وصونها (لجنة الأمم المتحدة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، 2016؛ غروسكن وتارانولوا، 2002).

إزالة العوائق أمام اتخاذ القرار الفردي

احترام حقوق الاستقلالية الجسدية والسلامة الجسدية يقتضي من الحكومات التحقق من أن قوانينها وسياساتها وبرامجها لا تنتهك قدرة الأفراد على اتخاذ القرارات المتعلقة بالحياة الجنسية والإنجابية. ويعني ذلك إزالة العوائق التي تعرض الاستفادة من الخدمات والمنتجات والتثقيف والمعلومات الشاملة الخاصة بالصحة الجنسية والإنجابية (لجنة الأمم المتحدة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، 2016).

ويجب أن تراعي القوانين والسياسات والبرامج الاحتياجات المختلفة ومكامن الضعف المتباينة في أوساط المرأة والطفل ومجتمعات الميم والمهاجرين والأقليات العرقية والعنصرية وأهل الريف، مع التحقق

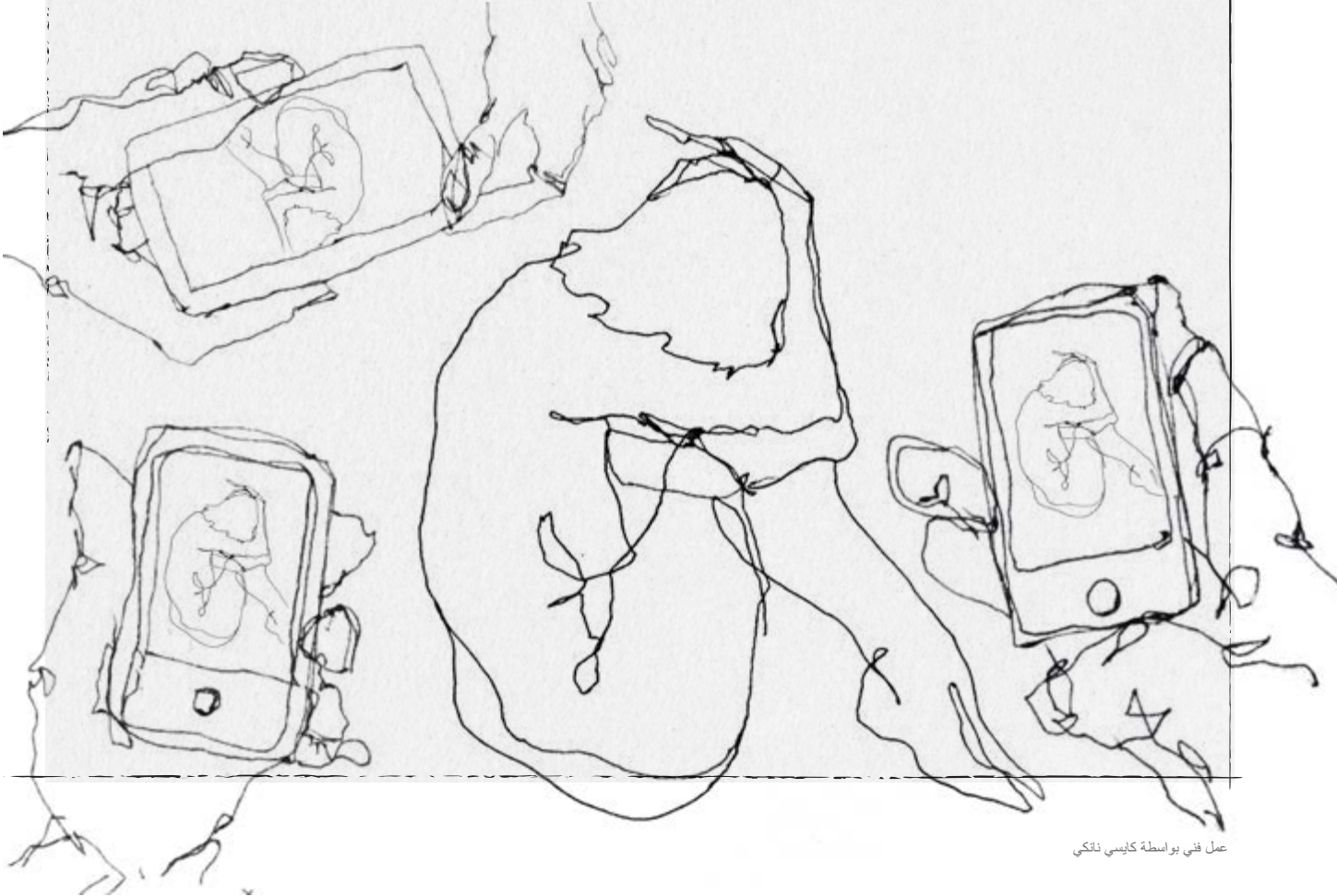
”العلاج التحويلي“

الفقرة 59). وتناول الخبير بالتفصيل الألم النفسي والجسدي والمعاناة التي يتسبب فيها العلاج التحويلي، موضحاً أن هيئات المعاهدات قد انتهت إلى أن تلك الممارسات تنتهك حقوق المساواة وعدم التمييز، والصحة والحرية من التعذيب وسوء المعاملة.

وعلى ذلك، أوصى الخبير المستقل بمنع ممارسة ”العلاج التحويلي“ واتخاذ تدابير واضحة لحماية الاستقلالية الجسدية والسلامة الجسدية من خلال تدخلات تشمل القضاء على الأفكار المسبقة والتمييز ضد مجتمعات الميم (مجلس حقوق الإنسان، 2020).

”يهدف ”العلاج التحويلي“ إلى تغيير الميل الجنسي لذوي الهويات القائمة على النوع الاجتماعي التي لا تتوافق مع التوقعات الاجتماعية والثقافية التي تُعلي العلاقة الحميمية بين الرجل والمرأة. وينطوي ذلك العلاج على طرق من بينها ”الاغتصاب التصحيحي“، وعلاج النفور، والإخضاع الكيميائي، والعلاجات الهرمونية، وحتى التعاويذ.

وقد شهد العام 2020 نشر الخبير المستقل - المعني بالحماية من العنف والتمييز القائم على الميل الجنسي والهوية القائمة على النوع الاجتماعي - تقريراً عن ممارسات ما يسمى بالعلاج التحويلي. أورد الخبير في تقريره أن كل تلك الممارسات تتقاسم ”هدفاً محدداً هو التدخل في السلامة والاستقلال الشخصيين [للفرد] عند الخضوع للعلاج“ (مجلس حقوق الإنسان، 2020،



عمل فني بواسطة كايمسي نانكي

تحصيل معلومات دقيقة عن جسد الإنسان وصحته... هو مطلب لا غنى عنه لممارسة الاستقلال الجسدي

وقد وجهت لجنة الأمم المتحدة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية دعوة في 2016 إلى الحكومات من أجل سن قوانين وتنفيذ سياسات وبرامج "تمنع انتهاك الحق المكفول لكل فرد في اتخاذ القرار المستقل بشأن الصحة الجنسية والإنجابية، والتصدي لأي انتهاك من هذا القبيل والانتصاف منه؛ حتى يتسنى اتخاذ تلك القرارات دونما عنف وإكراه وتمييز" (لجنة الأمم المتحدة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، 2016).

وعلاوة على إلغاء اشتراطات التفويض من الغير بُغية الاستفادة من الخدمات والمعلومات، فقد دعت اللجنة إلى إنهاء "الاستنكاف الضميري" من جانب اختصاصيي الرعاية الصحية حيال تقديم الخدمات، كما دعت إلى اشتراط الإحالة إلى مقدمي خدمات "قادرين على تقديم الخدمات المطلوبة وراغبين في ذلك" (اللجنة، 2016، الفقرة 43).

وتقرر لجنة الأمم المتحدة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية أن القوانين والسياسات كفيلة بالوفاء بالتزامات الحكومات تجاه حقوق الإنسان شريطة تمكينها لكل الأفراد من - وصون حقهم في - الاستفادة من وسائل تنظيم الأسرة الآمنة والفعالة، والتنظيف الجنسي الشامل، وتحرير قوانين الإجهاض المقيدة، وضمان استفادة المرأة والفتاة من خدمات الإجهاض الآمنة، والرعاية الجيدة اللاحقة على الإجهاض، واحترام حق المرأة في اتخاذ قرارات مستقلة بشأن صحتها الجنسية والإنجابية (اللجنة، 2016).

تأييد حقوق المراهقين

الحصول على معلومات دقيقة عن جسد الإنسان وصحته، وفهمه لمقتضيات ذلك وتبعاته، إنما هو مطلب لا غنى عنه لممارسة الاستقلال الجسدي (لجنة الأمم المتحدة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، 2016). وذلك يعني تمكين المراهقين من ذلك "بصرف النظر عن الحالة الاجتماعية ودونما التفات لموافقة ولي الأمر أو الوصي، مع احترام الخصوصية والسرية" (اللجنة، 2016، الفقرة 44).

أقدمت بعض الدول على تجريم زواج الأطفال وممارسة العلاقة الحميمة دون سن 18، وذلك حرصاً على حماية فئات سكانية معرضة لأضرار الاستغلال أو الأذى (خولسا وآخرون، 2017). لكن أنصار حقوق الإنسان ينظرون عموماً بعين الريبة إلى الحظر الجنائي، وذلك على الرغم من أهميته الرمزية، لأنه يؤثر تأثيراً غير متكافئ في فئات السكان التي تعاني بالفعل من التهميش ومن عدم التمكين النسبي، فضلاً عن محدودية البدائل المتاحة لها. ومن ثم، ينادي المناصرون بتصويب تلك الأوضاع التي تعرّض الفرد والمجتمع للاستغلال في المقام الأول، ومن سبل ذلك توفير فرص اقتصادية للشابات (ميلر وروزمان، 2019).

ترسيخ نظم للانتصاف من الانتهاكات الحقوقية

حماية حقوق الاستقلال الجسدي والسلامة الجسدية تقتضي نظاماً قوياً للانتصاف من الانتهاكات الحقوقية.

التعبير عن الانتهاك

تفتقر الناجيات إلى لغة مشتركة لوصف انتهاك محدد تعرضن له عندما حُرمن من السيطرة على خصوبتهن أو صحتهن الجنسية، سواءً وافقن على اللقاء الجنسي أم لا. وبدون كلمات تحدد جوانب هذه التجربة فإنهن غالباً ما يعبرن عن مشاعر التخبط واتهام الذات. تتذكر لوندونو شابة اكتشفت أن شريكها نزع الواقي الذكري خلسةً في أثناء الجماع – وهذا تصرف يُعرف باسم "الانسلاخ"، وتصف ذلك بقولها: "تساءلت الصحية في البداية: هل أنا أضخم الأمر؟"

إن مفهوم "الإكراه الإنجابي" حديث نسبياً، فمعظم الدراسات التي عُنيت بهذا الموضوع خلال العقدين الماضيين كان أغلبها في الولايات

هذه الظاهرة على سلوكيات يتخللها لجوء الشريك أو شخص ما إلى استدامة القوة والسيطرة في إطار علاقة متعلقة بالصحة الإنجابية. "تعمل لوندونو محاضرةً ومديرَ برامج حالياً لدى مؤسسة Planned Parenthood في واشنطن العاصمة. وتضيف: "تتخذ هذه الظاهرة أشكالاً كثيرة.

إذ توجد محاولات صريحة لإخصاب الشريكة بالمخالفة لرغبتها. وقد يتعلق الأمر بالسيطرة على نتائج الحمل، أو إكراه الشريكة على ممارسة جنسية دون وقاية، أو التدخل الصريح أو الضمني في وسائل تنظيم الأسرة، أو الكذب أو الخداع بخصوص طرق تنظيم الأسرة."

عملت ليدي لوندونو في مناصرة الناجيات في الولايات المتحدة على مدار سنين، اعتادت في خلالها سماع تعبيرات عن الصدمة والخوف والخزي يستعملها الأشخاص في صراعهم مع تبعات الاعتداء الجنسي. كما تخلل ذلك إنصاتها لضحايا لا تكاد تجد كلمات للتعبير عن شكلٍ من أشكال الانتهاك الجنسي، وهذه ظاهرة شديدة الانتشار لكنها غير مفهومة على النحو الصحيح؛ حتى بالنسبة إلى من عايشوها أو ارتكبوها: ألا وهي الإكراه الإنجابي.

رافقت لوندونو ناجيات إلى المستشفيات وقدمت استشارات لهن عبر الخط الساخن، فتوضح تلك الظاهرة قائلةً: "تنطوي

"يوجد قاسم مشترك هنا، ألا وهو حق الذكر في السيطرة على الشريكة."



عملت ليدي لندنو في مجال تقديم الدعم والمعلومات اللازمة للناجين من الاعتداء الجنسي، وذلك بشكل مباشر وجهاً لوجه وعبر الهاتف، وكذلك عبر الدردشة الإلكترونية. العمل الفني الأصلي بواسطة نعومي فوناه، الصورة © صندوق الأمم المتحدة للسكان/ر. زيرزان.

الإنجابي. لذا جنحت هي والكوادر الصحية وأنصار الحقوق إلى التحدث عن "عوائق تنظيم الأسرة". واليوم، أصبحت بول خبيرة في هذا الموضوع. وانطلاقاً من عملها مستشارةً لدى إيسا في دكا، فإنها تشهد أشكالاً كثيرة من الإكراه الإنجابي، وعنها تقول: "بالنسبة

من النظم الصحية من خلال سياسات تشترط إذن الزوج قبل لجوء المرأة إلى تنظيم الأسرة، على سبيل المثال لا الحصر. عملت ديبিকা بول لعقود بصفة باحثة في الصحة الجنسية والإنجابية في بنغلاديش، ومع ذلك تقول إنها لم تكن على دراية بمصطلح الإكراه

المتحدة حيث تشير التقديرات إلى شيوع الإكراه الإنجابي بنسبة 15 إلى 25 في المائة (بارك وآخرون، 2016). لكن الدراسات الحديثة تبين أن هذه الظاهرة منتشرة عالمياً، ولا يقتصرها الشركاء فحسب، بل تجاريمهم في ذلك الأسر وأفراد المجتمع (غريس وفليمغ، 2016). وربما وجدت تلك الظاهرة تواطؤاً

إلى الأزواج الرجال... من الممكن ابتداء الموضوع معهم بقولنا "لا تستعن بأية وسيلة لتنظيم الأسرة"، ثم تتبع الزوجة رأي الزوج. وقد يصل الأمر إلى العنف الشديد، إذ أحياناً ما يلجأ الزوج إلى منع الطعام أو المال عن الزوجة إن هي رغبت في مواصلة استخدام وسائل تنظيم الأسرة. وغالباً ما يرتبط هذا العنف "بالأزواج الرجال" أو بأفراد الأسرة الآخرين الراغبين في إنجاب مزيد من الأطفال أو في إنجاب ذكور. وتضيف الخبيرة إنها تجد حالات للاستخدام القسري لوسائل تنظيم الأسرة وللإجهاض القسري.

لا يشع اعتبار تلك التصرفات القسرية من أشكال العنف لأن الإنجاب قد يُنظر إليه باعتباره قرار أسرة. هنا تقرر بول أن "عائلة الزوج تنهض بدور ضخم". وأصدق ما يكون ذلك على الزوجات الصغيرات والقاصرات؛ علماً بأن متوسط عمر الزواج هو 16 وفق الدراسة الاستقصائية الديمغرافية والصحية التي أجريت في العام 2018. لذا تقرر الخبيرة أنه "من الصعب على الشباب اتخاذ قراراتهن وحدهن".

ومع ذلك، ثمة ارتباط واضح بين الإكراه الإنجابي والعنف، لذا تقرر بول من واقع دراسة تعكف عليها أن ثلاثة نساء من بين كل خمس قلن إنهن تعرض للإكراه الإنجابي

قد تعرضن أيضاً للعنف الجنسي أو الجسدي على أيدي أزواجهن.

استهل جاي سيلفرمان، الأستاذ بكلية الطلب في سان دييغو بجامعة كاليفورنيا، مسيرته المهنية بالعمل مع الرجال والفتيان الذين اقترفوا عنف الشريك الحميم. وعكف منذ ذلك الحين على دراسة الإكراه الإنجابي في بنغلاديش والهند وكينيا والنيجر والولايات المتحدة. وعلى الرغم من أن الإكراه الإنجابي قد يكون من فعل أفراد الأسرة من الإناث أحياناً، إلا أن هذا الانتهاك متأصل في عدم المساواة بين الجنسين كما يرى سيلفرمان.

فيقول: "يوجد قاسم مشترك هنا، ألا وهو حق الذكر في السيطرة على الشريكة... وعند مستوى ما من هذا الوعي الذي يحمله الرجل فإن اعتقاده في الحق في السيطرة هو شيء شائع في معظم مجتمعاتنا على ما أظن".

يعكف سيلفرمان وزملاؤه، بمن فيهم إيباس في بنغلاديش، على تجربة أدوات لمساعدة الكوادر الصحية في استجلاء حالات الإكراه الإنجابي، ومن ذلك صياغة أسئلة بخصوص توجهات الشريك وسلوكياته. وبمجرد الإقرار بوقوع الإكراه يمكن للمرأة إعادة فرض استقلاليتها الجسدية بسبل منها اختيار طرق تنظيم الأسرة التي يعسر على الشريك رصدها.

لكن حتى وإن لم تجد المرأة مفردات لوصف الإكراه الإنجابي فإن سيلفرمان يقول: "أعتقد أيضاً أن الإنسان يقاوم الشعور بالسيطرة عليه بالفطرة... وهناك كثير من استراتيجيات التأقلم التي استحدثتها نساء في مجتمعات حول أنحاء العالم بُعِيَة التأقلم مع الإكراه الإنجابي، بما في ذلك تقديم الدعم من امرأة لأخرى. وهذا مسلك طبيعي في كل مكان، فلطالما وُجدت امرأة - سواء أكانت جارة أم من الأسرة - تُخفي الحبوب لامرأة أخرى أو تعينها على الذهاب إلى العيادة". كذلك جرت العادة عندما توزّع العيادات منشورات بخصوص الإكراه الإنجابي وعنف الشريك وكيفية طلب المساعدة فإن المرأة غالباً ما تأخذ "ما استطاعت" منها حتى توزعها على أخريات.

إن معظم العبء المرتبط بالتصدي للإكراه الإنجابي واقع على مقدمي الخدمات الذين غالباً ما يواجهون التزاماً مزدوجاً: إذ يجب عليهم تحقيق التوازن بين إشراك الرجال في مسائل الصحة الإنجابية دونما تسليمهم كامل زمام القرار في هذا الصدد. وعن ذلك يقول سيلفرمان: "أصبحت مشاركة الرجل في مسائل الصحة الجنسية والإنجابية وصحة الأم والطفل من الأولويات على الصعيد العالمي". وقد ارتبطت مشاركة الرجل بزيادة في معدلات تنظيم الأسرة واستخدام وسائل

تنظيم الأسرة وتحسين مخرجات العمل في مجالات صحة الأم والطفل (كرايل وآخرون، 2019؛ عساف وديفيس، 2018). لكن عندما يرغب الرجل في السيطرة على اختيارات الإنجاب الخاصة بالشريكة، "يصح إشراك الرجل ضاراً بوضوح".

والحق أن الرجال - بل الأشخاص من جميع تصنيفات النوع الاجتماعي والميل الجنسي - قد يقعون ضحيةً للإكراه الإنجابي. لذا ترى لوندونو أن "تجربة الإكراه الإنجابي قد تصيب أي شخص". "فالنساء في المجتمعات المهمشة يواجهن مستويات عنف بمعدلات متفاوتة، ويشمل ذلك الإكراه الإنجابي... لكن ذلك لا ينفي حقيقة مفادها أنني تحدثت إلى فتيان ورجال شباب ورجال في العموم يسعون إلى استجلاء حقيقة تجاربهم والتعبير عنها بكلمات وتسييقها".

لا بد من إتقان مفردات الإكراه الإنجابي، خصوصاً بين صناع السياسات. لذا ترى لوندونو أنه "عندما تكون قوانيننا وسياساتنا غامضة ولغتنا مبهمه، فلن يستفيد الناجون ولا الناجيات شيئاً".

كذلك لا بد من التوعية بالاستقلالية الجسدية، وقالت بول في أحد المشاريع الحديثة: "تحدثنا إلى نساء، فاخترن هذه المفردات: جسدي، حقوقي... واتفقن جميعاً على احتياجنا إلى بث هذه التوعية للجميع - وهي إنَّ جسدي مأكُّ لي".

وعلى ذلك، تكفل القوانين المتسقة مع حقوق الإنسان حماية منصفة لكل فرد راغب في ممارسة حقوقه في الاستقلال الجسدي والسلامة الجسدية. لكن هناك أمثلة من كل أنحاء العالم على وجود أوجه حماية بعيدة كل البعد عن الإنصاف. فمثلاً: بات العنف والتمييز ضد ذوي الميل الجنسي المختلف أو الهويات المختلفة من حيث النوع الاجتماعي موثقاً توثيقاً مؤكداً، بل ثبت ضلوع جهات فاعلة من الدول ومن غير الدول في ذلك (مجلس حقوق الإنسان التابع للأمم المتحدة، 2016ب).

وعلى المنوال نفسه، تواجه النساء والفتيات - لا سيما اللاتي يكابدن تمييزاً متعدد المجالات، مثل المترتب عن الانتماء إلى فئات ذوات الإعاقة أو إلى أقليات عنصرية أو دينية - معدلات أعلى من العنف والتفاوتات القائمة على النوع الاجتماعي في التماسهن سبل العدالة وتنفيذ سياسات منصفة (اتفاقية الأمم المتحدة للقضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، 2015أ). أما الإفلات من العقاب على العنف الجنسي والقائم على النوع الاجتماعي، والاعتصاب الزوجي و"الاعتصاب العلاجي" الموجه ضد الأفراد غير المصنّفين حسب النوع الاجتماعي فهي أمثلة أخرى صارخة على الحماية غير المنصفة تحت مظلة القانون (اللجنة، 2016).

تمكين الجميع من ممارسة حقوق الاستقلالية الجسدية والسلامة الجسدية

الوفاء بالحقائق المتعلقة بالاستقلال الجسدي والسلامة الجسدية يقتضي من الحكومات تقديم معلومات وخدمات وطرق جيدة ومتوفرة وميسورة كي تعزز الصحة الجنسية والإنجابية (لجنة الأمم المتحدة المعنية بالحقائق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، 2016، 2000). واستناداً إلى هيئات المعاهدات التابعة للأمم المتحدة، فإن ذلك المطلب يقتضي كذلك تقديم خدمات



الحق في الصحة والحقوق الإنجابية وفق برنامج العمل

"الصحة الإنجابية حالة من الرفاه الجسدي والنفسي والاجتماعي الكامل، لا مجرد غياب المرض أو العجز، في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته. ومن ثم، تتطوي الصحة الإنجابية على أن يكون للإنسان حياة جنسية مرضية وأمنة، والقدرة على الإنجاب وحرية اتخاذ القرار بشأن الإنجاب من عدمه، وموعده وعدد مرات الإنجاب. ويدخل في حكم ذلك الشرط الأخير حقوق الرجال والنساء في التثقيف وإتاحة طرق آمنة فعالة مناسبة التكلفة ومقبولة لهم لتنظيم الأسرة باختيارهم، علاوة على طرق أخرى من اختيارهم لتنظيم الخصوبة بما لا يخالف القانون، والحق في إتاحة خدمات مناسبة للرعاية الصحية بما يمكن النساء من الحمل والإنجاب بأمان، وتقديم الفرصة المثلثة لكل زوجين لإنجاب طفل سليم الصحة. واتساقاً مع التعريف الوارد آنفاً للصحة الإنجابية، تعرّف رعاية الصحة الإنجابية بأنها مجموعة من الطرق والأساليب والخدمات التي تساهم في الصحة والعافية الإنجابية من خلال الوقاية من مشاكل الصحة الإنجابية وحلها حال وقوعها. ويشمل ذلك الصحة الجنسية التي يتمثل الغرض منها في تعزيز العلاقات الشخصية وفي الحياة عموماً، لا الاكتفاء بالاستشارة والرعاية المتعلقة بالإنجاب والأمراض المنقولة جنسياً... تأخذ الحقوق الإنجابية بحقوق إنسانية معينة هي محل اعتراف في القوانين الوطنية بالفعل، وكذلك في الوثائق الدولية لحقوق الإنسان، وغيرها من الوثائق الإجماعية. وتستند تلك الحقوق إلى الاعتراف بالحق

الأساسي المكفول لكل الأزواج والأفراد لاتخاذ القرار بحرية وبشعور من المسؤولية حيال عدد الأطفال والفترات الفاصلة بين إنجاب كل طفلين، فضلاً عن الحق في تلقي المعلومات وتوفير الوسائل اللازمة لذلك، والحق في نيل أفضل مستوى من الصحة الجنسية والإنجابية. ويشمل ذلك أيضاً الحق في اتخاذ قرارات متعلقة بالإنجاب المنزه عن التمييز والإكراه والعنف حسب المنصوص عليه في وثائق حقوق الإنسان" (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 1994).

ومعلومات تدعم القرارات المتعلقة بتكوين الأسرة (وسائل تنظيم الأسرة، وعلاج الخصوبة، ورعاية صحة الأم، والإجهاض الآمن) وبالصحة الجنسية (منع العدوى بالأمراض المنقولة جنسياً ومنها فيروس نقص المناعة البشري والتثقيف الجنسي الشامل، وعلاج العيوب الجنسية، ومنع العنف القائم على النوع الاجتماعي، وتقديم الرعاية للناجيات)، وبالرعاية الصحية المؤكدة للنوع الاجتماعي (الجمعية العالمية التخصصية لصحة مغايري الجنس، 2011).

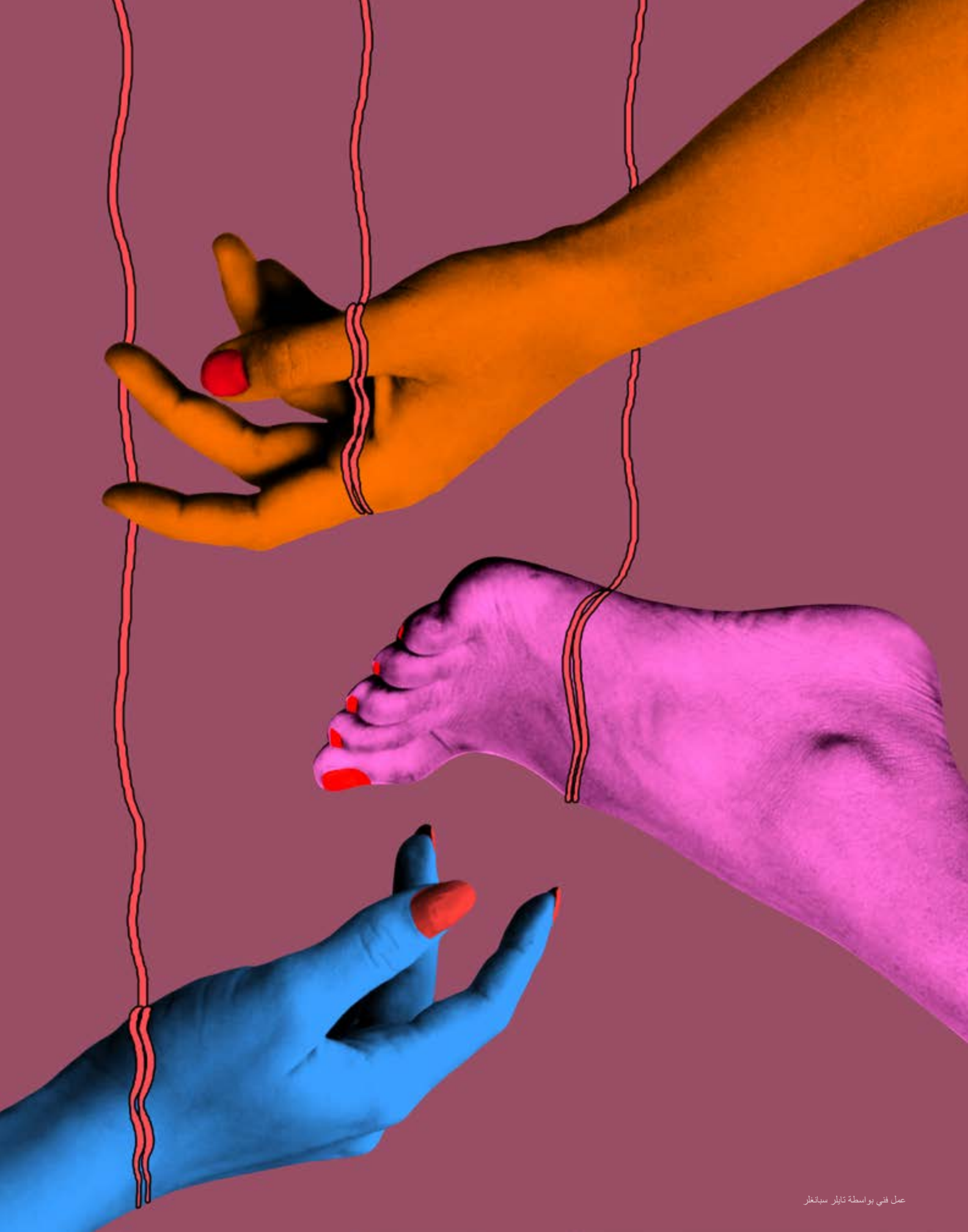
في المقام الأول. واستناداً إلى مجلس حقوق الإنسان التابع للأمم المتحدة، فإن "الأجواء الصحية يجب أن تمكن المستخدمين بوصفهم حملة الحقوق من ممارسة الاستقلال الذاتي والمشاركة البناءة والفعالة في كل الأمور المتعلقة بتلك الحقوق، وانتقاء خياراتهم بشأن صحتهم؛ بما في ذلك الصحة الجنسية والإنجابية، واختيار علاجهم، بالإضافة إلى تلقي الدعم المناسب عند الاحتياج إليه" (المجلس، 2017، الفقرة 43).

إن حقوق الإنسان العالمية المتعلقة بالاستقلال الجسدي والسلامة الجسدية تضمن لكل إنسان اتخاذ القرارات التي تؤثر في حياته الجنسية والإنجابية، وحيازة المقومات اللازمة لذلك. يقتضي ذلك من الدول تقديم معلومات عن الحياة الجنسية والإنجابية تقديماً شاملاً ومناسباً لأعمار المتلقين ومراعياً للاعتبارات الثقافية، فضلاً عن تقديم المنتجات والخدمات الجيدة لإنفاذ تلك القرارات دونما تمييز وإكراه وعنف.

وعلى ذلك، تتيح حقوق الإنسان أساساً مشتركاً يمكن للدول البناء عليه في إعداد معاييرها القانونية والسياسية من أجل تعزيز الاستقلالية الجسدية والسلامة الجسدية وصونهما في سياق الصحة الجنسية والإنجابية. ومع ذلك، فما زال أمام كثير من الدول طريق طويل كي تضمن تمكين الأشخاص جميعاً من القدرة على اتخاذ قراراتهم بخصوص الرعاية الصحية وتنظيم الأسرة والعلاقة الحميمة – وكذلك بخصوص الأبعاد الأخرى للاستقلال الجسدي.

ويجب اتسام الخدمات والمعلومات بما يلي حسب التفصيل الوارد من لجنة الأمم المتحدة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية:

- متاحة — بكميات كافية؛
 - يمكن الوصول إليها — من السهل الوصول إليها وبتكلفة ميسرة للجميع؛
 - مقبولة — تراعي اعتبارات النوع الاجتماعي والثقافة والسن والأخلاقيات الطبية؛
 - عالية الجودة — تتماشى مع المعايير العلمية والطبية للرعاية، ويتم تقديمها مقترنةً باحترام الحقوق.
- إن امتلاك السبل لممارسة الحقوق المرتبطة بالاستقلال الجسدي والسلامة الجسدية من خلال خدمات الصحة الجنسية والإنجابية لا ينفصم عن الإقرار بتلك الحقوق



قوانين التمكين، وقوانين للسيطرة

نظرة في كيفية تأثير القوانين والأنظمة في الاستقلالية الجسدية

تضرر أيما ضرر بالاستقلال الجسدي، حتى وإن لم يكن ذلك مقصوداً من إنفاذها.

ما زالت القوانين في بعض البلدان تشترط على المرأة المتزوجة طاعة زوجها، ومنها ما يترأخى عن تجريم العنف الأسري، ومنها ما يواصل معاملة الطلاق بطرق تكفل مزيداً من الحقوق للرجال، ومنها ما لا يجرم الاغتصاب الزوجي. وهناك أكثر من 30 بلداً يقيد حق المرأة في التنقل خارج الوطن (البنك الدولي، 2020).

يمكن أن تكون القوانين الوطنية أيضاً الأدوات الأساسية بأيدي الحكومات للوفاء بالتزاماتها بمقتضى القانون

لكل بلد قوانين تحمي الاستقلالية الجسدية أو ترفضها.

ويمكن للقوانين أن تدعم الاستقلال الجسدي بوسائل منها مثلاً ضمان استفاضة كل إنسان من خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، وتوجيه المدارس إلى تقديم التربية الجنسية الشاملة، واشتراط الموافقة المستنيرة لدى تقديم الرعاية الصحية.

كما يمكن للحكومات أن تستعين بالقوانين لتكفل السيطرة على الأجساد، وذلك بسبل منها تقييد استفاضة المراهقين من خدمات ومعلومات الصحة الجنسية والإنجابية، أو منع العلاقات الحميمة المثلية. وإذا كانت القوانين معيبة الصياغة أو مشوبة بالإبهام فقد

نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسبة
"الإيدز"، 2019).

قوانين متعارضة

من المتعذر النظر في قانون أو سياسة بمعزل عن الإطار القانوني والسياسي الكلي للبلد المعني، فمثلاً: تتفدّ بلدان كثيرة قوانينها بشأن سن الرضا المتعلق بالنشاط الجنسي بالرغم من عدم اتساقها مع قوانين السن الأدنى للاستفادة من المعلومات والخدمات الخاصة بالصحة الجنسية والإنجابية (الشكل 7). وهذا يعني أنه يجوز للمراهقين ممارسة العلاقة الحميمة قبل أن يُتاح لهم قانوناً فرصة الاستفادة من أي خدمات أو معلومات تتعلق بالممارسات الحميمة الآمنة أو بوسائل تنظيم الأسرة (مبادرة الحقوق الجنسية، 2020؛ اللجنة المعنية بالمراهقين، 2017؛ دينيس وآخرون، 2009).

قد يحدث التباس بشأن القانون الأولي بالتطبيق حيثما وجدت قوانين متعارضة، علماً بأن أثر ذلك الالتباس قد لا يقف أحياناً على الأفراد، بل يتجاوزهم إلى المسؤولين عن إنفاذ القانون.

بل إنه حتى في غياب التعارض القانوني فإن ضبابية الوضع تظل مشكلة قائمة. فما الذي يجب على الكوادر الصحية فعله في الحالات التي لا يعرفون فيها التزاماتهم القانونية أو المسؤوليات الجنائية المرتقبة جراء أي إجراء بعينه؟ فمثلاً: إذا كان الإجهاض جائزاً بحكم القانون في ظروف بعينها فمع ذلك قد يتردد مقدمو الخدمة في تقديمها خشية اتهامهم بمخالفة القانون، علماً بأن التوجيهات والسياسات المرعية لدى النظم الصحية قد تكون مستندة إلى تفسير أشد صرامة لأحكام القانون. كما أن الرعاية اللاحقة على الإجهاض، بموجب ما أقرت به 179 حكومة في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية عام 1994، واجبة الإتاحة بغض النظر عن قانونية حالة الإجهاض؛ وهذه الرعاية ما زالت مفقودة في أماكن كثيرة، بل إن الكوادر الصحية تمنعها أحياناً خشية

الدولي لحقوق الإنسان. لكن إحقاق تلك الحقوق كما ينبغي في حياة الأشخاص يوجب على الحكومات تجاوز سن القوانين إلى العمل لتحقيق التغيير.

وقد دعت منظمة الصحة العالمية الحكومات إلى استحداث أطر عمل تشريعية وتنظيمية داعمة بُغية الارتقاء بإتاحة خدمات الصحة الجنسية والإنجابية وإزالة القيود غير اللازمة التي تحول دون تمتع المرأة بحقوقها في الاستقلال الجسدي (منظمة الصحة العالمية، 2004).

إن فهم طبيعة التأثير المترتب عن أطر العمل القانونية الوطنية في الاستقلال الجسدي - حيثما كانت داعمة وحيثما كان الإصلاح القانوني مطلوباً - لهو منطلق محوري على طريق العمل؛ علماً بأن القانون يتغير أحياناً لينم عن تطور في الرأي العام؛ فيما يكون في أحيان أخرى سابقاً على تغييرات في التوجهات المجتمعية، وعندئذٍ قد يلزم بذل جهود جبارة للتوعية الاجتماعية والسلوكية بالتغيير حتى يصبح القانون محل قبول ولتيسير تنفيذه. وربما تأخر الأثر المنشود من سن القانون بعد سنوات من تطبيقه، فذلك رهن بالإرادة السياسية أو بالالتزام بتنفيذ القانون أو بفرضه. وربما لزم صياغة السياسات صياغةً تضيف إلى التفصيل التنفيذي لتطبيق القانون، ومن الوارد كذلك أن يتعين تخصيص ميزانية، أو إنشاء منظومة مساءلة.

بيد أن القانون قد لا يعود بالنفع على الجميع على قدم المساواة حتى وإن كان داعماً بصفة عامة، فمثلاً: نعلم أن كثيراً من البلدان تطبق قوانين تضمن اللجوء إلى العلاج بالعقاقير المضادة للفيروسات القهقرية من أجل علاج فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسبة "الإيدز"، لكن الاستفادة من ذلك العلاج قد لا يكون شاملاً عاماً. وقد كان العلاج في بوتسوانا متاحاً للمواطنين فحسب، بمن فيهم نزلاء السجون، دون النزلاء من بلدان أخرى. ثم تغير القانون عام 2019 ليتيح الاستفادة من العلاج لكل المساجين بغض النظر عن الجنسية (برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس

الشكل 7

سن الرضا لممارسة العلاقة الحميمة والسن الذي لا تُشترط معه موافقة ولي الأمر على خدمات معينة في بلدان بعينها

بولندا	بالاو	ماليزيا	مقدونيا الشمالية	جامايكا	إيطاليا	كرواتيا	بليز	
18	لا توجد سنٌ أدنى للمواطنين؛ 18 عاماً لغير المواطنين	18	18	18	18	18	18	السن القانونية للزواج
16	لا يوجد اشتراط سنٌ للمواطنين؛ 16 عاماً لغير المواطنين	16	16	16	16	16	16	السن القانونية للزواج بموافقة ولي الأمر أو المحكمة أو موافقة أخرى
15	15	*16	14	16	14	15	*16	سن الرضا لممارسة العلاقة الحميمة
18	18	18	18	18	18	16	18	اللجوء إلى الإجهاض بدون موافقة ولي الأمر
18	18	18	18	16	14	16	18	الاستفادة من وسائل تنظيم الأسرة في حالة الطوارئ بدون موافقة ولي الأمر
18	18	18	18	16	14	18	18	الاستفادة من وسائل تنظيم الأسرة عن طريق الفم بدون موافقة ولي الأمر

* منطبق على الفتيات فقط
المصدر: مبادرة الحقوق الجنسية، 2020



ممارسة الجنس كمهنة

أوضحت ليانا من خلال مترجمة في إندونيسيا أن "علمي بأن لي رأياً وبأنني أسيطر على جسدي لم يأت إلا بعد اشتغالي بالجنس."

لكن ليانا باتت اليوم معتادة على تحطم الآمال؛ فهي جامعية من الطبقة المتوسطة وسبق لها العمل بوظيفة محاسبية، ولا ينطبق عليها التصور السائد عن المشتغلات بالجنس؛ إذ تقول: "توفي زوجي عندما كان رضيعي في شهره الرابع. لم يكن دخلها كافياً، وكانت تجارة عائلتها مترنحة، فيما كانت أختها تواجه مصاعب مالية."

تقول: "زرت أحد الأماكن المرخصة للاشتغال بالجنس، وطلبت العمل لديه،" مؤكدة أن ذلك

كان باختيارها، مضيفة: "فعلت ذلك باختيار و دونما إجبار."

أما اليوم فقد أصبحت ليانا المنسق الوطني لمؤسسة OPSI، وهي شبكة تدعم المشتغلات بالجنس بالخدمات الصحية وبالمساعدة القانونية وبالمناصرة. كما تحظى مؤسسة OPSI بالدعم من صندوق الأمم المتحدة للسكان. هنا توضح ليانا مدى "التباين بين ظروف الاشتغال بالجنس، إذ يوجد مشتغلون ذكور بالجنس، وآخرون من مغايري الجنس، فيما تختلف أسباب الاشتغال بالجنس من شخص لآخر. لكن معظمهم يسعون إلى مصدر دخل."

أصبحت مونيكا، في مقدونيا الشمالية، مشتغلة بالجنس بعد فقدان وظيفتها

وطلاقها، وتؤكد هي الأخرى أن قرارها كان بمحض اختيارها، فتقول:

"كنت أبلغ من العمر 19 أو 20 عاماً. كنت على مستوى كافٍ من الوعي والنضج للتفكير فيما أريد وما لا أريد." واليوم، تعمل مونيكا منسقة إقليمية لمؤسسة "ستار" (STAR) التي تعد أول تعاونية للمشتغلات بالجنس في منطقة البلقان، وهي أحد شركاء صندوق الأمم المتحدة للسكان، وتقول مونيكا إنها فهمت أن هذا هو المجرى الطبيعي للأمور: "أنا محاطة في غالب الأحيان بمشتغلات بالجنس انخرطن في هذا المجال باختيارهن."

ومع ذلك، تتفق ليانا ومونيكا على أن الاتجار بالجنس -أي: الاستغلال الجنسي بطريق القوة أو الإكراه أو الاحتيال أو الخداع- يعد مبعث قلق خطير في مجال الاشتغال بالجنس. وتتعاون مؤسستا ليانا ومونيكا تعاوناً وثيقاً مع الناحيات، وتساعدن في تأمين الخدمات والخروج من عالم الاشتغال بالجنس إن اخترن ذلك.

غير أن شيوع الاستغلال والانتهاك قد أخذ الكلام باتجاه الوضع القانوني للاشتغال بالجنس، ذلك بأن المطالبين بترخيصه والرافضين

"تعلمت أنني في الواقع أستطيع السيطرة على جسدي، لأن جسدي ملك لي وحدي."



تدافع ليانا عن حقوق المشتغلات بالجنس في إندونيسيا. العمل الفني الأصلي بواسطة نعومي فونا؛ الصورة مقدمة كمجاملة من ليانا.

ومن ذلك الفقر والاستغلال في مرحلة الطفولة، واضطراب الأسرة، ومعوقات تحول دون مباشرة نشاط اقتصادي نظامي، بما في ذلك الافتقار إلى التعليم

في صناعة الجنس محفوفة بالمخاطر في حد ذاتها. بل إن الدراسات توضح أن كثيراً من المقبلين على الاشتغال بالجنس قد مروا بمكانين ضعفين كثيرين؛

له يسوقون حاجة الأشخاص إلى الحماية من الانتهاكات.

وإلى جانب من يعارضون الترخيص نجد أن فكرة الرضا

(ماكارثي وآخرون، 2014). ويُنظر إلى هذه الظروف على أنها تقوّض رضاهم الخُر القائم عن علم. علاوة على ذلك، هناك نسبة هامة من المشتغلين بالجنس (تقدر بما بين 20 و40 في المائة) تفيد باشتغالها بالجنس منذ الطفولة (بارسيبي وآخرون، 2016)، وتلك مخالفة صريحة لحقوق الإنسان.

تصدت وثائق حقوق الإنسان لكل مكان الضعف تلك، فاتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة تدعو إلى أن "تتخذ الدول الأطراف جميع التدابير المناسبة، بما في ذلك التشريع، لمكافحة جميع أشكال الاتجار بالمرأة واستغلال دعارة المرأة". كما أن بروتوكولات اتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الجريمة المنظمة عبر الوطنية تشمل "تقديم أو تلقي مدفوعات أو مزايا لتحقيق رضا شخص مسيطر على آخر بغرض الاستغلال"، وذلك ضمن تعريف الاتجار بالأشخاص.

لكن كثيراً من أنصار المشتغلين بالجنس يرون أن التركيز على مكان الضعف يحرم هؤلاء المشتغلين من السلامة والاستقلال الذاتي فعلياً، وهنا نتذكر أن ليانا ومونيكا قد اختارتا بمحض إرادتهما مواصلة الاشتغال بالجنس حتى بعد تلقينهن دخل لائق من خارج تجارة الجنس.

لذا تقول ليانا: "من فضلكم لا تفترضوا أن كل المشتغلين بالجنس

هنّ ضحايا للاتجار، فمنهنّ من اخترن هذا العمل بمحض إرادتهنّ مثلي. ولا أحد يخذعنا أو يستغلنا. وعندما نسأل أعضاء مؤسسة OPSI عما إذا كانوا يريدون التوقف عن الاشتغال بالجنس إذا وجدن وظائف أخرى فمعظمهن يجبن بالرفض." وتعلل ذلك بقولها إن الوظائف الأخرى المتاحة للمشتغلين بالجنس هي وظائف منخفضة الأجر في الغالب، في حين أن الاشتغال بالجنس يمتاز بالمرونة التي تُعد محل تفضيل ورغبة. وتضيف قائلة: "يمكن للمشتغلين بالجنس إدارة أوقاتهم، والوفاء بالتزاماتهم في المجتمع، بل والشعور بقرب أكثر إلى أطفالهن." تجرّم معظم البلدان الاشتغال بالجنس أو ببعض جوانبه (مثل تيسيره)، وذلك حسب الشبكة العالمية لمشاريع الاشتغال بالجنس. تجد ليانا ومونيكا أن تلك القوانين تدفع المهنة وأهلها إلى التخفي، وبذلك يعسر على المشتغلين بالجنس تمييز العملاء العنيفين واستبعادهم. كما تؤكد أن التجريم يترك المشتغلين بالجنس عرضة للاعتقال والخوف من الإبلاغ عن المنتهكين والمشتغلين. بل إن مونيكا تؤكد إقدام بعض عناصر الشرطة على التحرش بالمشتغلين بالجنس واستغلالهن، "وذلك لأنهم يعلمون أنّ الاشتغال بالجنس غير قانوني ويعتقدون أنه يصعب علينا الإبلاغ عن تلك المخالفات وأنّ لا حيلة في هذا الصدد."

إنهم يريدون إنفاذ التجريم والمقاضاة على مرتكبي العنف الجنسي والاستغلال الجنسي، لا على الاشتغال بالجنس. لذا تقول ليانا: العنف ليس مجرد مشكلة في أوساط المشتغلين بالجنس، بل هو مشكلة عند كل النساء وجميع فئات الأقليات." تعززت جهود التحرك نحو ترخيص الاشتغال بالجنس في الأعوام القليلة الماضية في أروقة الأمم المتحدة، بالتوازي مع دعم كثير من الوكالات والبرامج لذلك مثل منظمة الصحة العالمية وبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسبة (الإيدز)؛ وذلك باعتبار الترخيص المذكور وسيلة فعالة لمنع انتقال العدوى بالفيروس وللقضاء على التمييز ضد الفئات المعرضة للخطر (منظمة الصحة العالمية، 2014؛ برنامج الأمم المتحدة المذكور، 2012).

وفي الوقت ذاته، تسعى الأمم المتحدة إلى تعزيز الجهود الرامية إلى القضاء على الاستغلال والانتهاك الجنسيين؛ فبإبلاغ المتعلّقة بدخول القائمين على حفظ السلام والعمل الإنساني في علاقات استغلالية مع المشتغلين بالجنس والأفراد المهمشين والمعرضين للخطر قد دعت المؤسسة إلى التشدد في إنفاذ قواعد تحظر على منسوبيها تبادل الأموال أو السلع أو الخدمات

المقاضاة أو الوصم بتقديم خدمات لمن أُجريتْ إجهاضاً غير قانوني.

عوائق هيكلية

لا بد على الصعيد الهيكلي من إقرار ميزانيات مناسبة للتحقق من إنفاذ القانون كما ينبغي، فقد أقرت المكسيك مثلاً قانوناً يشترط منح وسائل تنظيم الأسرة للجميع بغض النظر عن السن أو الحالة الاجتماعية. ومع ذلك، تظل معدلات الخصوبة مرتفعة بين المراهقات، لا سيما القادمات من الأسر الأشد فقراً. كذلك بحث عدد من منظمات المجتمع المدني في الميزانيات المخصصة لخدمات الصحة الجنسية والإنجابية وحجم الإنفاق عليها على الصعيد الفيدرالي وعلى مستوى الولايات، ورسدت إثر ذلك جوانب عقبات وقصوراً في تخصيص الأموال المتاحة للبرامج المحلية. لكن التحليل أدى إلى توزيع أفضل للأموال حتى تصل إلى التجمعات الفقيرة التي لم تتحقق لها التلبية الكاملة لمتطلبات المعلومات والخدمات المرتبطة بوسائل تنظيم الأسرة في أوساط المراهقين (راجان، بدون تاريخ).

إن التحقق من امتلاك النظم الصحية القدرة على تنفيذ القانون تنفيذاً تاماً قد يقتضي اتخاذ إجراءات تتراوح بين استحداث توجيهات طبية بخصوص تقديم الخدمات، وتدريب الكوادر الصحية على أحكام القانون وأوجه ارتباطها بعملها، وتقوية الخدمات اللوجستية ونظم التوريد حرصاً على استمرار إتاحة العقاقير والأجهزة المناسبة بلا انقطاع، والتحقق من قدرة نظم المعلومات المتبعة على رصد البيانات المتعلقة بالاستفادة من الخدمات وجودتها وتأثيرها، وتعديل آليات التمويل الصحي بما يعزز تكاليف الخدمات الميسرة ورصد مدى القبول بالخدمات المقدمة ووجودتها.

للعوامل الاجتماعية قدرة على التأثير في مدى إنفاذ القانون وفرضه، ومن تلك العوامل الأعراف الدينية والقائمة على النوع الاجتماعي. فمثلاً: نجد أن المجتمعات

نظير الجنس، حتى في البلدان التي تجيز قوانينها الاشتغال بالجنس. وعلى ذلك، فإن المواقف المستندة إلى أن الترخيص سيسهم في حماية صحة المشتغلين بالجنس وحقوقهم، إلى جانب فرض عدم شراء الخدمات الجنسية على الموظفين حتى لو كان ذلك قانونياً؛ إنما هي مواقف متناقضة كما يراها مسؤولو الأمم المتحدة.

تقرر إيفا بولكارت، منسقة جهود صندوق الأمم المتحدة للسكان لمنع الاستغلال والانتهاك الجنسيين، أنه "يجب على موظفي الأمم المتحدة ألا يشاركوا في أي نشاط من شأنه الإفشاء إلى استغلال جنسي. وهذا ليس حكماً صادراً على الاشتغال الطوعي بالجنس من جانب البالغين راضين واعين، لكن يجب علينا الإقرار بحقيقة أنّ شرعية العمل وحدها لا تضمن أنّ المشاركة في الاشتغال بالجنس هي مشاركة طوعية."

تتفق مونيكا وليانا أن المشروعية وحدها ليست كافية، إذ تريان أن الترخيص يجب أن يواكبه إزالة الوصم. وسيظل اضطراب المشتغلين بالجنس إلى العمل في الظلام قائماً، مقترناً بانتهاكات لا تبارح الظلام أيضاً؛ وذلك لحين إبداء الاحترام والكرامة للمشتغلين بالجنس شأنهم في ذلك شأن عامة المواطنين. لذا تقول مونيكا: "نحن أولياء أمور. نحن أبناء أناس عاديين. نحن أسر عادية. ولا داعي أن يعاملنا أي شخص معاملةً مختلفة عن الآخرين بسبب اختيارنا هذه المهنة. فالاشتغال بالجنس هو عملٌ أيضاً."

مجالات الرعاية الصحية المقدمة إلى السكان المتنوعين، وهو ما يتأتى بالتحقق من إفساح المجال أمام التماس سبل العدالة وآليات الانتصاف والتعويض لضحايا انتهاكات حقوق الإنسان (منظمة الصحة العالمية، 2015).

المؤشر 2-6-5 يتتبع القوانين الداعمة والمعوقات القانونية

استحدثت الأمم المتحدة المؤشر رقم 2-6-5 بُغية مساعدة الحكومات في اقتفاء معدلات التقدم المتحققة على صعيد إدراك الغاية 5-6 من أهداف التنمية المستدامة، ألا وهي ضمان حصول الجميع على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية وعلى الحقوق الإنجابية، على النحو المتفق عليه وفقاً لبرنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية ومنهاج عمل بيجين. وعلى ذلك، يشكل هذا المؤشر مقياساً "لمدى اتباع البلدان قوانين وأنظمة تضمن إتاحة خدمات رعاية الصحة الجنسية والإنجابية للنساء والرجال في سن 15 فما فوق إتاحةً كاملة ومتساوية وما يتصل بها من توعية وثقافة" (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2020د).

ووفقاً للقانون الدولي لحقوق الإنسان والوثائق الدولية الإجماعية ومعايير حقوق الإنسان، فإن هذا المؤشر المركب يسعى إلى تقييم البيئة القانونية المرتبطة بالصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية. ينطوي المؤشر على مواضيع أربعة، هي: رعاية الأمومة، ووسائل تنظيم الأسرة، ومعلومات وتربية جنسية شاملة، والصحة والعافية الجنسيتين (الشكل 8). وتنطوي تلك المواضيع الأربعة على 13 مكوناً تتناول مجالات لها ارتباط وثيق بتنظيم القانون. وتُجمع البيانات لكل مكون منها بناء على وجود المقومات القانونية (أي: وجود قوانين وأنظمة داعمة) والعراقيل القانونية أيضاً. وتشمل تلك العراقيل قيوداً على القوانين والأنظمة الداعمة – ومن ذلك اشتراطات التفويض من الغير التي تجبر الأفراد على

التي تُعدّ ممارسة العلاقة الحميمة قبل الزواج غير مقبولة، وفيها قوانين تجيز للمراقبين الاستفادة من وسائل تنظيم الأسرة، هي مجتمعات لا تُترجم فيها القوانين إلى الاستفادة من تلك الوسائل إذا كانت الوصمة المرتبطة بممارسة العلاقة الحميمة في عمر المراقبة وصمةً طامّةً.

بل إنه حتى وإن وُجدت قوانين داعمة فثمة مباحث قلق أخرى قد تتنازل من قدرة الأشخاص على حماية استقلالهم الجسدي أو الاستفادة من خدمات صحية مناسبة. وربما واجه الأشخاص تحديات داهمة من قبيل الجوع أو الفقر أو صعوبة ظروف المعيشة. وقد تكون الخدمات باهظة التكاليف، ورعاية الطفل غير متاحة، وقد يتدخل الزوج أو قريب في القرارات المتعلقة بالرعاية الصحية أو وسائل تنظيم الأسرة.

ومن ثم، يجب فهم العوامل الهيكلية التي ترسخ الفقر أو تزيده، وتعمق الانضمام إلى التعليم أو سوق العمل، وتؤدي إلى التمييز القائم على السن أو الأصل العرقي أو الإثني أو الميل الجنسي أو الهوية القائمة على النوع الاجتماعي؛ على أن يفترن ذلك الفهم بالتصدي من جانب واضعي السياسات لأنهم قادرون على التدخل من أجل تحقيق الفوائد المأمولة من القوانين الداعمة لفئات بعينها. فمثلاً: ربما حرمت الكوادر الصحية المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية والمشتغلات بالجنس والمثليين أو مغايري الجنس من الرعاية الصحية، حتى في البلدان التي تتاح فيها خدمات الصحة الجنسية والإنجابية إلى الجميع بحكم القانون (برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة البشرية المكتسبة (الإيدز)، 2007).

علاوة على ما سبق، قد لا يكون الأفراد على وعي بالقانون، أو قد يرونه تجريبياً وأبعد ما يكون عن حياتهم اليومية.

والحق أن القوانين والسياسات كفيلاً بتمكين المرأة من اتخاذ قراراتها، وقد تنهض بدور هام في إنفاذ المساءلة في

استصدار موافقة ولي الأمر أو الزوج أو القاضي أو لجنة طبية.

ومن المعلوم أن كل جوانب هذا المؤشر مرتبطة بالاستقلالية الجسدية.

يتولى المؤشر في كل مكّون من تلك المكوّنات تقييم الوضع من حيث وجود قانون داعم من عدمه، ومن حيث وجود قيود محتملة مثل محددات تتعلق بالسن أو اشتراط إذن زوجي. كما يقيّم المؤشر وجود نظم قانونية تعددية – أي نظم قائمة على التقاليد

الشكل 8

المواضيع الأربعة والمكوّنات الثلاثة عشر التي يرصدها المؤشر 5-6-2



ضمان الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية

ترد بيانات المؤشر 2-6-5 ومكوناته الفردية من 107 حكومات وطنية، بما في ذلك ما يأتي من هيات الإحصاء الوطنية والوزارات التنفيذية. ومع ذلك، لم يقدم بيانات كاملة للمؤشر بأسره سوى 75 بلداً.

وعلى مستوى المؤشر ككل، فإن كل قسم من الأقسام الأربعة يحمل عدداً مختلفاً من البلدان المقدمة للبيانات، وذلك كما يلي: بيانات من 79 بلداً بشأن رعاية الأمومة، وبيانات من 104 بلداً بشأن خدمات وسائل تنظيم الأسرة، وبيانات من 98 بلداً بشأن التثقيف الجنسي، وبيانات من 101 بلداً بشأن فيروس نقص المناعة البشرية وفيروس الورم الحليمي البشري.

أما البلدان صاحبة البيانات الكاملة (75 بلداً)، ففي المتوسط، يتعين على 73 في المائة من قوانينها وأنظمتها أن تضمن إتاحة خدمات الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية إتاحة كاملة ومتساوية. غير أن 20 في المائة من البلدان التي تسنّ قوانين تمكينية لديها أيضاً نظم قانونية تعددية، وهو ما يعني أنه ليس بمقدور كل فرد في تلك البلدان الاستفادة من القوانين التمكينية.

أفاد 80 في المائة من البلدان ذات البيانات بأنها تطبق قوانين لحماية الصحة والعافية الجنسيين أو لدعمهما، فيما يحتاج 75 في المائة من البلدان ذات القوانين والأنظمة السارية إلى ضمان الإتاحة الكاملة المنصّفة لوسائل تنظيم الأسرة. كما أن نسبة 71 في المائة من البلدان لديها قوانين تضمن إتاحة "رعاية الأمومة" الشاملة، وهي رعاية قد تشمل خدمات ومستلزمات صحة الأمومة، والرعاية في حالات الإجهاض أو رعاية ما بعد الإجهاض؛ فيما أفاد 56 في المائة بوجود قوانين داعمة للتربية الجنسية الشاملة.

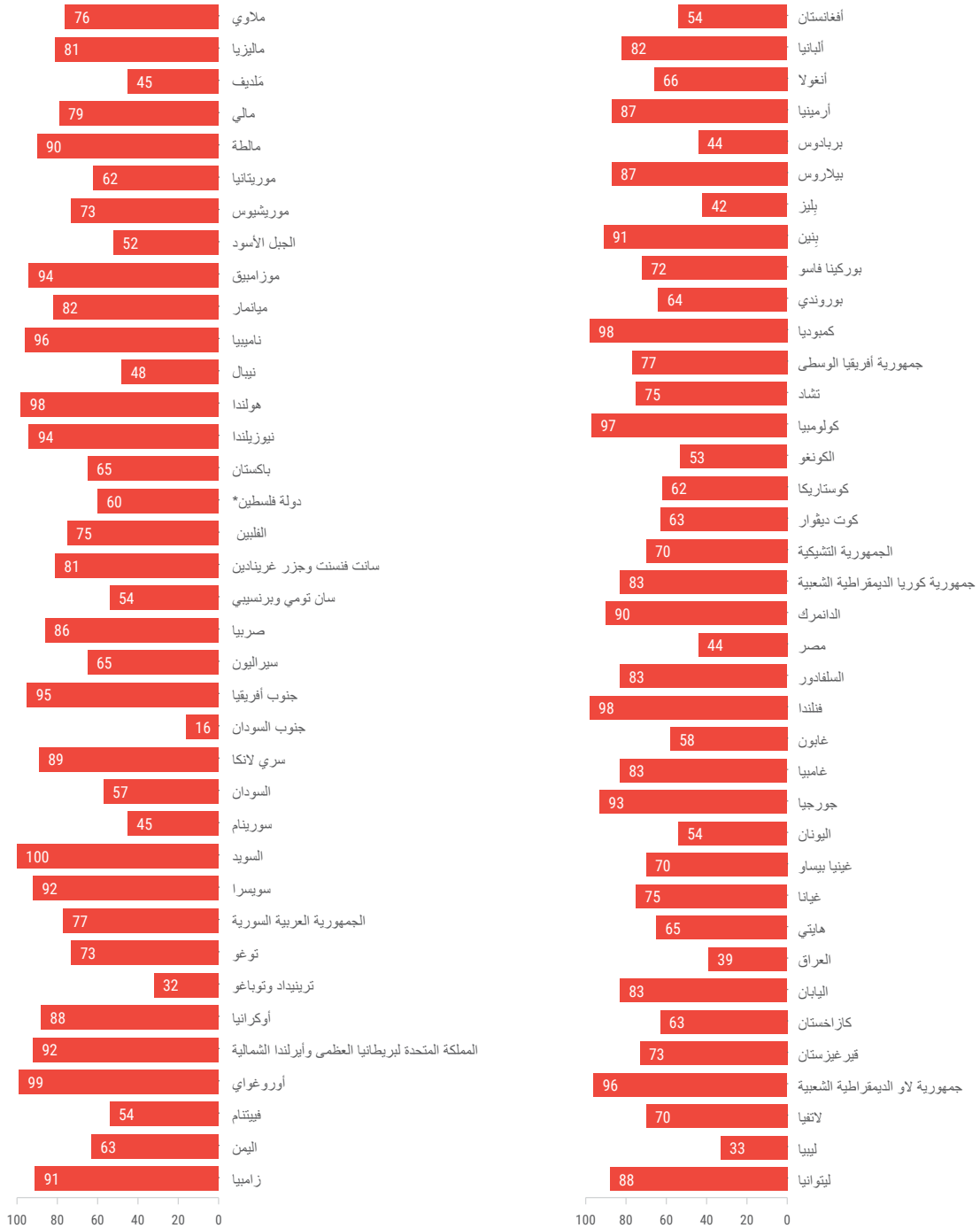
أو العرف أو الدين – إلى جانب القانون الوطني والقادرة على تقييد قابلية تطبيق إنفاذ القانون الوطني على فئات سكانية بعينها (إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، 2018).

وعلى ذلك، يرصد المؤشر 2-6-5 معلومات عن وجود قانون داعم وعن بعض العوامل الإضافية التي قد تعرقل ذلك الأثر الإيجابي المتوخى من إنفاذ القانون. ويُستعان بكل البيانات الخاصة بتلك الجوانب في حساب قيمة لكل بلد عن كل مكّون من المكوّنات الثلاثة عشر، وتُضاف بعدها إلى المواضيع الأربعة الرئيسة ثم إلى القيمة الكلية (الشكلان 9 و10).

جدير بالذكر أن المؤشر عبارة عن مقياس مؤي من صفر إلى 100 تتحدد به حالة البلد ومعدل التقدم المحرز في القوانين والأنظمة الوطنية، وذلك ضماناً للإتاحة الكاملة المنصّفة لخدمات الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية؛ علماً بأن المؤشر 2-6-5 لا يقيس سوى وجود القوانين والأنظمة، أي أنه لا يقيس تنفيذها.

ومن بين كل البلدان التي قدمت بيانات في إطار هذا المؤشر حققت البلدان الخمسة التالية القيم الإجمالية الأعلى في المؤشر 2-6-5: السويد (100)، والأوروغواي (99)، وكمبوديا (98)، وفنلندا (98)، وهولندا (98). أما البلدان الخمسة صاحبة القيم الأدنى فهي: جنوب السودان (16)، وترينيداد وتوباغو (32) وليبيا (33)، والعراق (39)، وبليز (42).

القيمة (المئوية) المجمعة للمؤشر 2-6-5 للمكونات الثلاثة عشر المعنية بالصحة الجنسية والإنجابية – موزعة حسب البلدان



* في 29 تشرين الثاني/نوفمبر 2012، أصدرت الجمعية العامة للأمم المتحدة القرار 19/67 الذي منح فلسطين "مركز دولة مراقبة غير عضو في الأمم المتحدة..."

مدى وجود قوانين وأنظمة في البلدان والأقاليم وغيرها من المناطق تكفل إتاحة خدمات رعاية الصحة الجنسية والإنجابية للمرأة وللرجل من سن 51 فما فوق إتاحة كاملة ومتساوية وما يتصل بها من توعية وتنقيف (القيَم مُعَبَّر عنها كنسبة مئوية)

مؤشر هدف التقييم المستدامة 5-6-2	فيروس نقص المناعة البشرية وفيروس الورم الحليمي البشري					التربية الجنسية			خدمات تنظيم الأسرة				رعاية الأمومة				البلد/الأقاليم	
	متوسط الفئات	الشمولية	الشمولية	الشمولية	الشمولية	متوسط الفئات	مواضيع المناهج الدراسية للتربية الجنسية	قوانين المناهج الدراسية للتربية الجنسية	متوسط الفئات	المتوافقة على استخدام وسائل وسائل منع الحمل	المتوافقة على تنظيم الأسرة	المتوافقة على تنظيم الأسرة	متوسط الفئات	الرعاية اللاحقة للإجهاد	الإجهاد	المرغبات الأساسية اللازمة لإقناع الأزواج النساء والأطفال		رعاية الأمومة
-	75	0	100	100	100	0	0	0	100	100	100	100	-	100	-	77	100	الاتحاد الروسي
87	70	0	100	100	80	100	100	100	93	100	100	80	94	100	100	100	75	أرمينيا
-	75	0	100	100	100	0	0	0	93	100	100	80	-	100	0	-	100	أستراليا
54	75	0	100	100	100	0	0	0	37	50	0	60	73	100	0	92	100	أفغانستان
82	70	0	100	100	80	100	100	100	85	75	100	80	82	100	50	77	100	ألبانيا
-	100	100	100	100	100	-	-	-	85	75	100	80	68	75	50	46	100	ألمانيا
-	75	0	100	100	100	0	0	0	33	0	100	0	-	100	0	85	-	أنغيوا وبربودا
66	75	0	100	100	100	0	0	0	100	100	100	100	65	100	0	62	100	أنغولا
99	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	96	100	100	85	100	أوروغواي
-	-	0	-	-	-	-	-	-	67	0	100	100	-	-	75	69	100	أوزبكستان
88	75	0	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	86	100	75	69	100	أوكرانيا
-	75	0	100	100	100	0	0	0	100	100	100	100	-	-	0	100	100	إيران
65	75	0	100	100	100	0	0	0	100	100	100	100	61	100	-50	92	100	باكستان
44	65	0	100	80	80	0	0	0	20	0	0	60	63	0	75	77	100	بربادوس
-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	0	100	-	-	بلجيكا
42	60	0	100	80	60	50	100	0	0	0	0	0	50	100	0	100	0	بليز
-	39	0	75	40	40	94	88	100	0	0	0	0	-	100	-	85	0	بنغلاديش
91	100	100	100	100	100	100	100	100	77	50	100	80	88	100	50	100	100	بنين
-	80	100	100	80	40	94	88	100	93	100	100	80	-	0	-	92	100	بوتسوانا
72	90	100	100	100	60	75	50	100	52	75	0	80	69	100	0	100	75	بوركينافاسو
64	75	0	100	100	100	50	100	0	38	75	0	40	79	100	50	92	75	بوروندي
-	100	100	100	100	100	100	100	100	93	100	100	80	-	100	-	-	100	البيرو
87	69	0	75	100	100	100	100	100	100	100	100	100	90	100	75	85	100	بيلاروس
-	70	0	100	100	80	-	-	-	85	75	100	80	75	100	0	100	100	تركيا
32	20	0	0	40	40	100	100	100	0	0	0	0	34	25	0	85	25	ترينيداد وتوباغو
75	75	0	100	100	100	0	0	0	100	100	100	100	94	100	75	100	100	تشاد
73	75	0	100	100	100	0	0	0	100	100	100	100	88	100	50	100	100	توغو
-	19	0	75	0	0	0	0	0	-	-	-	100	-	100	-	100	100	تونس
52	59	0	75	80	80	0	0	0	37	50	0	60	81	75	75	100	75	الجزيل الأسود
77	75	0	100	100	100	94	88	100	70	50	100	60	75	100	0	100	100	جمهورية أفريقيا الوسطى
70	100	100	100	100	100	100	100	100	0	0	0	0	79	100	100	15	100	الجمهورية التشيكية

مؤشر هدف التنمية المستدامة 5-6-2	فيروس نقص المناعة البشرية وفيروس الورم الحليمي البشري					التربية الجنسية			خدمات تنظيم الأسرة				رعاية الأمومة						
	متوسط الفئات	لقاح فيروس نقص المناعة الورم الحليمي البشري	نقص المناعة البشرية	نقص المناعة البشرية	نقص المناعة البشرية	خدمات المشورة والفحص المتقطعة بفيروس نقص المناعة البشرية	مواضيع المناهج الدراسية للتربية الجنسية	قوانين المناهج الدراسية للتربية الجنسية	متوسط الفئات	متوسط الفئات	المرافقة على استخدام وسائل وسائل المعالجة	المرافقة على تنظيم الأسرة	المرافقة على تنظيم الأسرة	المرافقة على تنظيم الأسرة	متوسط الفئات	الرعاية اللاحقة للإجهاض	الإجهاض		المرافقة على تنظيم الأسرة
77	75	0	100	100	100	94	88	100	93	100	100	80	59	100	-50	85	100		الجمهورية العربية السورية
-	75	0	100	100	100	-	-	-	85	75	100	80	-	100	-	92	100		جمهورية الكونغو الديمقراطية
-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	100	-	100	100		جمهورية تنزانيا المتحدة
83	75	0	100	100	100	63	25	100	100	100	100	100	88	100	100	77	75		جمهورية كوريا الديمقراطية الشعبية
96	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	88	100	50	100	100		جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية
-	84	100	75	80	80	-	-	100	67	0	100	100	88	100	75	100	75		جمهورية مولدوفا
95	100	100	100	100	100	100	100	100	85	75	100	80	94	100	75	100	100		جنوب أفريقيا
16	0	0	0	0	0	44	88	0	7	0	0	20	25	0	0	100	0		جنوب السودان
93	90	100	100	80	80	94	88	100	100	100	100	100	90	100	75	85	100		جورجيا
90	90	100	100	80	80	100	100	100	85	75	100	80	88	100	50	100	100		الدانمرك
-	-	-	-	-	-	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-		رومانيا
91	100	100	100	100	100	100	100	100	78	75	100	60	88	100	50	100	100		زامبيا
54	100	100	100	100	100	50	0	100	0	0	0	0	50	100	0	100	0		سان تومي وبرنسيبي
81	70	0	100	100	80	100	100	100	93	100	100	80	72	100	25	62	100		سانت فنسنت وجزر غرينادين
-	84	100	75	80	80	100	100	100	70	50	100	60	-	100	-	92	100		سانت لوسيا
89	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	63	100	-25	77	100		سري لانكا
83	75	0	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	69	100	-25	100	100		السلفادور
-	100	100	100	100	100	-	-	-	100	100	100	100	-	100	-	54	100		سلوفينيا
-	-	-	75	80	40	0	0	0	22	25	0	40	-	100	-	92	25		السنغال
57	75	0	100	100	100	0	0	0	45	75	0	60	77	100	25	85	100		السودان
45	90	100	100	80	80	0	0	0	20	0	0	60	40	0	0	62	100		سورينام
100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100		السويد
92	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	75	100	0	100	100		سويسرا
65	75	0	100	100	100	0	0	0	100	100	100	100	63	0	50	100	100		سيراليون
86	100	100	100	100	100	50	0	100	100	100	100	100	79	100	25	92	100		صربيا
-	75	0	100	100	100	0	0	0	0	0	0	0	-	100	-	85	0		الصومال
-	75	0	100	100	100	-	-	-	100	100	100	100	-	100	-	62	100		الصين
39	70	0	100	100	80	0	0	0	27	0	0	80	38	0	0	77	75		العراق
58	48	0	50	100	40	100	100	100	22	25	0	40	75	100	0	100	100		غابون
83	65	100	100	20	40	100	100	100	100	100	100	100	81	100	25	100	100		غامبيا
-	65	0	100	80	80	100	100	100	85	75	100	80	-	0	-	85	100		غواتيمالا
75	49	0	75	60	60	100	100	100	70	50	100	60	92	100	75	92	100		غيانا
-	75	0	100	100	100	-	100	-	100	100	100	100	-	100	-	100	100		غينيا
-	75	0	100	100	100	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-	100	-		غينيا الاستوائية

مؤشر هدف التنمية المستدامة 5-6-2	فيروس نقص المناعة البشرية وفيروس الورم الحليمي البشري					التربية الجنسية			خدمات تنظيم الأسرة				رعاية الأمومة					
	متوسط الفئات	لقاح فيروس الورم الحليمي البشري	نقص المناعة البشرية	نقص المناعة البشرية	نقص المناعة البشرية	متوسط الفئات	مواضيع المناهج الدراسية للتربية الجنسية	قوانين المناهج الدراسية للتربية الجنسية	متوسط الفئات	الموافقة على استخدام وسائل وسائل العالجة لمنع الحمل	تنظيم الأسرة	خدمات تنظيم الأسرة	متوسط الفئات	الرعاية اللاحقة للإجهاض	الإجهاض	الأطفال	رعاية الأمومة	المع الأساسية اللازمة لإقناع أرواح النساء والأطفال
																		علاج فيروس نقص المناعة البشرية
70	65	0	100	80	80	50	100	0	85	75	100	80	75	0	100	100	100	غينيا بيساو
75	90	100	100	80	80	100	100	100	53	0	100	60	63	100	-25	77	100	الفلبين
60	75	0	100	100	100	0	0	0	85	75	100	80	57	100	-50	77	100	فلسطين*
98	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	94	100	75	100	100	فنلندا
54	75	0	100	100	100	50	100	0	52	75	0	80	38	0	25	77	50	فييتنام
73	65	0	100	100	60	94	88	100	70	50	100	60	73	50	50	92	100	قيرغيزستان
63	75	0	100	100	100	0	0	0	67	0	100	100	80	100	75	69	75	كازاخستان
-	-	0	-	-	-	0	0	0	100	100	100	100	79	100	25	92	100	الكاميرون
98	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	94	100	75	100	100	كمبوديا
63	75	0	100	100	100	0	0	0	100	100	100	100	56	0	25	100	100	كوت ديفوار
62	100	100	100	100	100	0	0	0	67	0	100	100	50	0	25	77	100	كوستاريكا
97	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	92	100	75	92	100	كولومبيا
53	60	0	100	80	60	0	0	0	92	75	100	100	44	0	-25	100	100	الكونغو
70	100	100	100	100	100	100	100	100	33	0	100	0	51	0	75	31	100	لاتفيا
-	75	0	100	100	100	0	0	0	85	75	100	80	-	100	-	92	100	ليبيريا
33	75	0	100	100	100	0	0	0	0	0	0	0	32	0	-25	77	75	ليبيا
88	80	100	100	60	60	100	100	100	85	75	100	80	92	100	75	92	100	ليتوانيا
90	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	69	100	-25	100	100	مالطة
79	100	100	100	100	100	0	0	0	93	100	100	80	88	100	50	100	100	مالي
81	100	100	100	100	100	100	100	100	85	75	100	80	50	75	-25	77	75	ماليزيا
44	65	0	100	80	80	0	0	0	37	50	0	60	51	100	-50	54	100	مصر
-	-	100	-	-	-	94	88	100	100	100	100	100	-	0	-	-	100	المكسيك
76	90	100	100	80	80	100	100	100	93	100	100	80	38	75	-50	100	25	ملاوي
45	75	0	100	100	100	81	63	100	0	0	0	0	29	0	25	92	0	ملايف
-	75	0	100	100	100	-	-	-	100	100	100	100	-	-	-	-	75	المملكة العربية السعودية
92	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	75	100	0	100	100	المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية
62	100	100	100	100	100	0	0	0	100	100	100	100	27	0	-25	85	50	موريتانيا
73	100	100	100	100	100	0	0	0	70	50	100	60	84	100	50	85	100	موريشيوس
94	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	79	100	25	92	100	موزامبيق
82	75	0	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	67	100	-25	92	100	ميانمار
96	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	88	100	50	100	100	ناميبيا
48	25	0	100	0	0	0	0	0	67	0	100	100	82	100	50	77	100	نيبال
-	95	100	100	100	80	100	100	100	100	100	100	100	-	100	-	100	100	النيجر
-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	0	75	100	-	نيجيريا
94	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	81	100	25	100	100	نيوزيلندا
65	75	0	100	100	100	0	0	0	85	75	100	80	73	100	0	92	100	هايتي
-	-	-	100	100	60	0	0	0	100	100	100	100	-	-	75	85	-	الهند
-	75	0	100	100	100	0	0	0	60	0	100	80	-	0	-25	-	50	هندوراس

مؤشر هدف التنمية المستدامة 5-6-2	فيروس نقص المناعة البشرية وفيروس الورم الحليمي البشري					التربية الجنسية			خدمات تنظيم الأسرة				رعاية الأمومة					البلد
	متوسط الفئات	لقاح فيروس	معرفة فيروس نقص المناعة البشرية	خدمات علاج فيروس نقص المناعة البشرية	خدمات المشورة والفحص المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية	متوسط الفئات	مواضيع	قوانين المناهج الدراسية للتربية الجنسية	متوسط الفئات	موافقة على	خدمات تنظيم الأسرة	استخدام وسائل وسائل المعالجة	متوسط الفئات	الرعاية اللاحقة للإجهاض	الإجهاض	السلع الأساسية اللازمة لإقناع أرواح النساء والأطفال	رعاية الأمومة	
98	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	94	100	75	100	100	هولندا
83	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	46	0	0	85	100	اليابان
63	75	0	100	100	100	0	0	0	100	100	100	100	56	100	0	100	25	اليمن
54	90	100	100	80	80	0	0	0	33	0	0	100	59	0	75	62	100	اليونان

المصدر: صندوق الأمم المتحدة للسكان، قواعد البيانات العالمية، 2020. استناداً إلى الزود الرسمية على الاستقصاء الثاني عشر للأمم المتحدة لدى الحكومات بشأن السكان والتنمية. تعكس القيم السلبية وجود قيود قانونية أكثر من القوانين الداعمة. وقد يعني ذلك، على سبيل المثال، أن البلاد أو الإقليم يفرض قيوداً على الإجهاض، مثل اشتراط موافقة الزوج على حصول المرأة المتزوجة على الإجهاض، وأن يجرم الحصول على الإجهاض. * في 29 تشرين الثاني/نوفمبر 2012، أصدرت الجمعية العامة للأمم المتحدة القرار 19/67 الذي منح فلسطين "مركز دولة مراقبة غير عضو في الأمم المتحدة..."

تزيد النسبة عن 50 في المائة بقليل بالنسبة إلى البلدان التي تفيد بوجود قوانين أو أنظمة سارية لضمان استفاضة المراهقات من لقاح فيروس الورم الحليمي البشري. وقد كشف استعراض حديث لتجربة تقديم ذلك اللقاح في 45 بلداً من البلدان ذات الدخل المنخفض إلى المتوسط عن أن نجاح الجهود رهن في المقام الأول بتوافر الإرادة السياسية والتمويل، هذا إلى جانب التخطيط الدقيق، والحشد الاجتماعي، والخطاب الإعلامي الواضح (هوارد وآخرون، 2017).

وسائل تنظيم الأسرة

أفاد واحد وتسعون في المائة من 104 بلداً بإنفاذها قوانين وأنظمة تضمن الاستفادة من خدمات وسائل تنظيم الأسرة، لكن الاستفادة في بعض تلك البلدان متوقفة على بلوغ سن معينة وموافقة من الغير وعلى الحالة الاجتماعية.

يكشف تحليل القيم الكلية للمؤشر 5-6-2 عن أن كفاءة الأداء أو ضعفه مرهون بإرادة البلدان بقطع النظر عن مستوى دخلها. كما يؤكد أن البلدان على اختلاف مستوى مداخيلها قادرة على إيجاد بيئة قانونية وتنظيمية داعمة (الشكل 11).

الصحة والعافية الجنسيان

أفادت كل البلدان بوجود قوانين وأنظمة تضمن الاستفادة من الاستشارات الطوعية وخدمات التحاليل والعلاج والرعاية وحماية الخصوصية فيما يتعلق بفيروس نقص المناعة البشرية. لكن وجود نظم قانونية تعددية في بعض تلك البلدان قد يعرقل الاستفادة من تلك الخدمات، فيما يوجد لدى بعضها قيود أو تشترط موافقة الغير.

رعاية الأمومة

ينطوي تحت بُعد رعاية الأمومة في المؤشر 2-6-5 أربعة مكونات، هي: القوانين التي تضمن إتاحة خدمات رعاية الأمومة، أو الأدوية والمؤن المنفذة للحياة، أو "السلع"، أو الرعاية في حالات الإجهاض أو ما بعده. وسيأتي توضيح بيانات كل مكون من تلك المكونات فيما يلي.

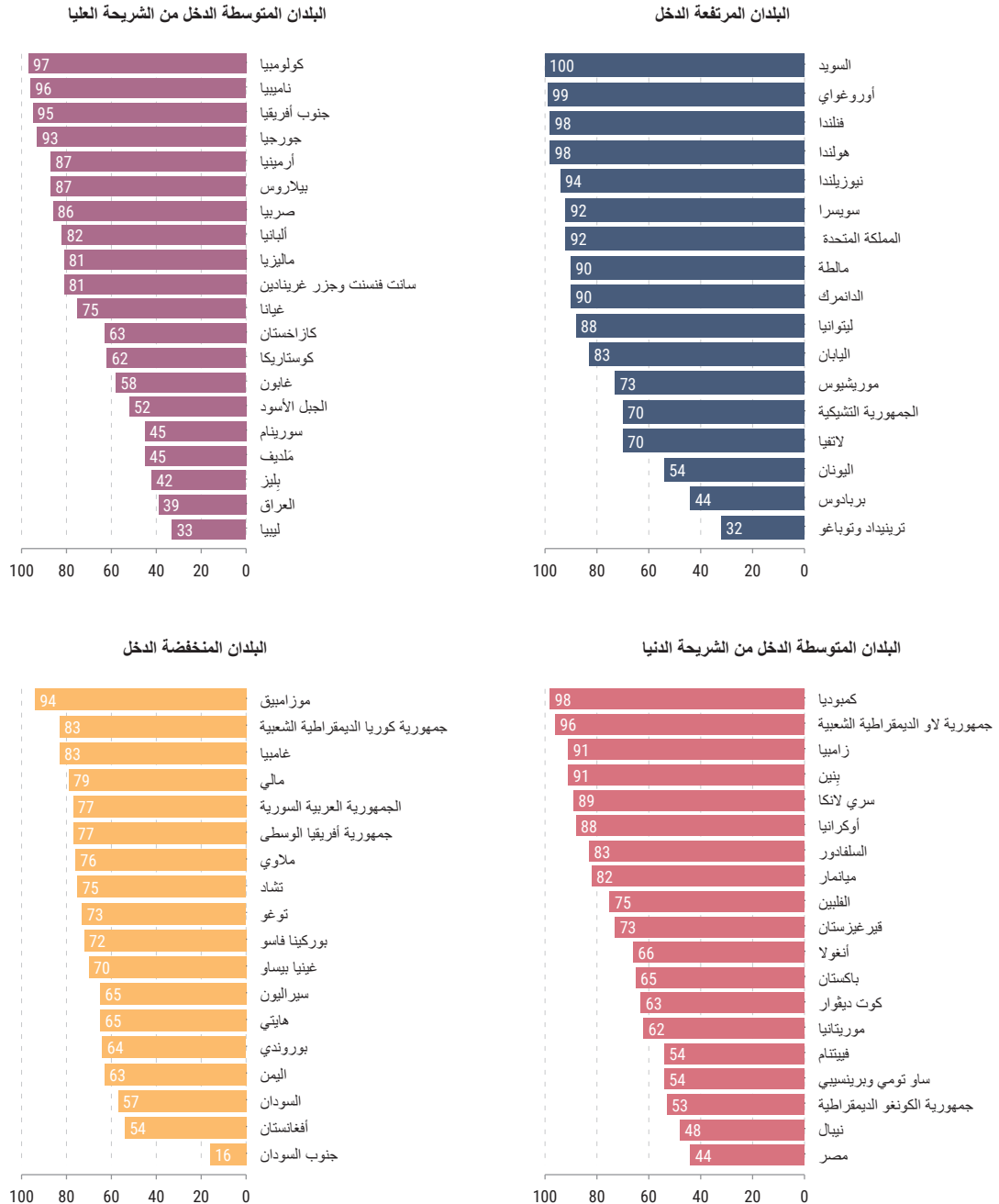
أفاد 95 في المائة من 79 بلداً بإنفاذ قوانين وأنظمة تضمن إتاحة رعاية الأمومة. غير أن إتاحة الخدمات في بعض تلك البلدان متوقف على الحالة الاجتماعية والسن وموافقة الغير كالزوج أو ولي الأمر.

أفاد 44 في المائة فقط من تلك البلدان بأن قائمة الأدوية الأساسية الوطنية لديها شملت جميع السلع البالغ عددها 13 سلعة تعتبرها لجنة الأمم المتحدة المعنية بالسلع الأساسية اللازمة لإنقاذ أرواح النساء والأطفال "منقذة للأرواح في مختلف مجالات الإنجاب والأمومة والمواليد الجدد وصحة الطفل. ومن السلع الثلاث عشرة المدرجة على تلك القائمة توجد ثلاث وسائل لتنظيم الأسرة، هي: الواقي الأنتوي، والمغروسات تحت الجلدية، والوسائل العاجلة لمنع الحمل؛ لكن إدراجها على قوائم الأدوية الأساسية الوطنية كان أدنى من السلع العشر الأخرى.

وفي 12 في المائة من 104 بلداً لديها قوانين تحمي الاستفادة من خدمات وسائل تنظيم الأسرة، ثبت أن النظم القانونية التعددية تتعارض مع القوانين والأنظمة الرامية إلى التمكين. ومع أنّ 87 في المائة من البلدان المُقدّمة للبيانات أفادت بإنفاذ قوانين وأنظمة تضمن موافقة الأفراد التامة الحرة القائمة عن علم قبل تلقّي خدمات وسائل تنظيم الأسرة، بما في ذلك التعقيم؛ إلا أن هناك 9 في المائة من تلك البلدان أفادت بوجود نظم قانونية تعددية تعارض تلك القوانين.



القيم الكلية للمؤشر 2-6-5 تُظهر أن وجود قوانين وأنظمة داعمة للصحة الجنسية والإنجابية غير متوقف على مستوى دخل البلد، القيمة معبر عنها كنسبة مئوية



تمحيّة القانون: واقع الإتاحة غير المنصفة لخدمات الإجهاض

هي ما يحدد مدى قدرة المرأة على اللجوء إلى الإجهاض الآمن.

رأت الدكتورة أورطيلي هذه الظاهرة متجسدة في تركيا وهي طبيبة، ثم وهي مديرة برنامج ومستشار الصحة الإنجابية لمنظمات صحية من بينها صندوق الأمم المتحدة للسكان في أوروبا الشرقية والشرق الأوسط وغرب أفريقيا والأمريكيتين. وعن ذلك تقول: "نرى هذا الأمر مراراً. وبعيداً عن مدى قانونية الإجهاض من عدمه في أي بلد، فإن النساء يتخذن قرار الإجهاض ويعلن سبباً لتنفيذه. أما الموسرات منهن فيعلن سبباً إلى خدمات صحية أفضل من غيرهن

المجيء إلى المستشفى... لأمكن عمل المطلوب بمخدر موضعي." لكن الحكاية هي عن واقع تواجهه النساء ومقدمو الخدمات الصحية حول العالم: تحدث الإجهاضات مراراً حتى في الأماكن التي يخضع فيها الإجراء لقيود صارمة أو تجريم صارم من القانون (بيراك وآخرون، 2020)، مع حرمان النساء بصفة معتادة من اللجوء إلى الإجهاض الآمن حتى في الأماكن التي يجيز فيها القانون الإجهاض (جيردس وآخرون، 2015). أي أنه ويقطع النظر عن أحكام القانون فغالباً ما توجد عوامل أخرى -مثل الموارد الاقتصادية والتباعد عن الخدمات أو الأعراف الاجتماعية-

تعود نورية أورطيلي، طبيبة النساء والتوليد في تركيا خلال العقدين الأخيرين من القرن الماضي، بالذاكرة فتقول: "جاءت امرأة من قرية بعيدة وحالتها خطيرة... بعد أن حاولت إجهاض نفسها بنفسها. حاول الجميع إنقاذها، من الأطباء المقيمين الأصغر سناً إلى الأطباء الخبراء، لأكثر من 12 ساعة، وحتى قرابة 24 ساعة. بذلنا كل ما في وسعنا. لكنها ماتت."

لكن حكاية الدكتورة أورطيلي ليست عن إجهاض غير قانوني تم في أزقة مظلمة، فخدمات الإجهاض الآمن كانت متاحة بحكم القانون في تركيا حينها. لذا تقول: "لو أمكنها

"بعيداً عن مدى قانونية الإجهاض من عدمه في أي بلد، فإن النساء يتخذن قرار الإجهاض ويعلن سبباً لتنفيذه."



بعض النظر عن الوضع القانوني للإجهاض، يبدو أن النساء ذوات الحيلة يجدن طريقة لإجراء العملية، بينما تواجه النساء المفكرات إلى الموارد مخاطر متزايدة. العمل الفني الأصلي بواسطة تعومي فوناه الصورة من قبل JESHOOOTS على موقع Unsplash.

"في حالات كثيرة للغاية إذا كانت المرأة عازمة على الإجهاض فسوف تتدبر ذلك في نهاية المطاف."

القانون لا يمنع الإجهاض في رأي كثير من النساء، إن لم يكن في رأي أغلبهن، لكن الأمر "قد يستغرق

تحت كل الظروف في أيرلندا فقد تمكن عدد ضخم من النساء الراغبات فيه من السفر إلى الخارج لتنفيذ ذلك. وعن ذلك تقول كايتريونا هنشيون، المدير الطبي لدى المؤسسة الأيرلندية لتنظيم الأسرة:

لأنهن يجدن الفرصة لذلك، فلديهن المال ولديهن شبكات المعارف. أما المعسرات منهن اقتصادياً أو اجتماعياً أو ثقافياً فتزيد معاناتهن." في المقابل، فحتى وعندما كان الإجهاض محظوراً حظراً صارماً

زمناً طويلاً لحين التمكن من تنفيذه" كما ترى الدكتورة هنشيون، مضيئة: "كلما طال زمن الانتظار، تفاقمت الضغوط النفسية والهلع... ويضاف إلى ذلك وضوح الخطر الأكبر المرتبط بالعملية التي تنتظرهن."

أما من تعذر عليهن الإجهاض بالسفر دولياً فكن "مجموعة صغيرة نسبياً" كما تقول الطبيبة، "لا سيما اللاتي لا يُجَدن الإنجليزية أو لا يَتمتعن بمواطنة كاملة وما يرتبط بها من حقوق" - مثل القدرة على الخروج من البلد والعودة إليه بسهولة - "ومن الفئات الأخرى المراهقات المضطرات إلى استصدار موافقة ولي الأمر، ومن لا يجدن المال للسفر مطلقاً... أو من لم يجدن من يفصحن له [عن الحمل] أو من يقدم لهن يد العون."

ومع أنّ الدكتورة هنشيون لم تتمكن من إجراء عمليات إجهاض في حينها، إلا أنها قدمت الرعاية اللاحقة على الإجهاض، وذلك بعد حصول النساء بطريقة غير مشروعة على حبوب تؤدي إلى الإجهاض الطبي. وعن ذلك تقول: "في معظم الحالات، كان الوضع آمناً ولا غبار عليه، ولم تواجه النساء مشاكل ولا مضاعفات،" لذلك لم ترصد المنظومة الصحية إلا النزر اليسير من حالات الإجهاض التي أجريت على ذلك النحو. ومع ذلك، كان "أمراً معتاداً" استقبال

مريضات بنزيف حاد أو مزمّن، وكذلك "نساء قد يكُنّ تناولن حبوب إجهاض في بيوتهن في مرحلة متقدمة من الحمل أكثر مما كُنّ يعتقدن، أو بعد فوات الأوان الصحيح من مدة الحمل إذا كُنّ يردن استخدام تلك الطريقة للإجهاض."

كانت تلك الظروف محفوفة بالتحديات كما تقول الدكتورة هنشيون. فأحياناً ما كانت المريعات يتسولن -بمعنى الكلمة- طلباً للتوعية بشأن الإجهاض أو للإحالة الطبية التي كان يتعذر عليها عملها. وفي النهاية، بدا أنّ القواعد تتسبب بنتيجتين مختلفتين باختلاف امتلاك المريعات للمال والموارد أو افتقارهن لها، "فهذا هو ما شعرت به على الدوام" حسب كلام الدكتورة. لذا كانت الدكتورة بين رواد مناصري تشريع الإجهاض في أيرلندا، وهو تغيير حدث عقب استفتاء أجري عام 2018.

لكن ما زال الأشدّ تهميشاً يكابدون إلى اليوم عوائق ومخاطر أكبر. لذا تقول الدكتورة إن "هناك بعض أنحاء من البلاد يكاد تنعدم فيها إتاحة الخدمات قياساً على طبيعة مقدمي الخدمات." الدكتورة هنشيون، وما زال بعض النساء يسافرن إلى الخارج من أجل الإجهاض الآمن، بكل ما يستتبعه من تأخير وتكاليف. وما زال المهاجرون

عديمو الوثائق ومن لا يتحدثون الإنجليزية يواجهون تحديات جسيمة.

وصفت الدكتورة أورطيلي شكلاً مماثلاً من أشكال الإحباط، فتقول: "مارست عملاً خاصاً لسبع أو ثمان سنوات في إسطنبول، وصادف نساء كثر من دول الخليج حيث يخضع [الإجهاض] لضوابط صارمة. وبالطبع كانت تلك النساء من المؤشرات القادرات على تحمل التكاليف." وفي الوقت ذاته، علمت أن النساء المعرضات للخطر في بلدها كن يناضلن لنيل المستوى نفسه من الرعاية، سواء بسبب بعد المسافة عن منشآت الخدمات أو بسبب قواعد استئذان الزوج وموافقته. "صادفت رجلاً يستعملون ذلك كسلاح أحياناً في مواجهة نساءهم. فمثلاً: إذا أرادت المرأة الطلاق لكنها حامل فلا يسمح لها زوجها بالإجهاض حتى يبقىها تحت سيطرته."

ومع ذلك، أعربت الدكتورة عن سعادتها بوجود خيار إنهاء الحمل في تركيا، حتى وإن كانت إتاحتها غير منصفة. تذكرت حجم الفاجعة التي ألمت بها عندما توفيت مريضتها عقب إجهاض غير آمن، وقالها لها طبيب آخر واسع الخبرة أن هذا الوضع كان أسوأ من ذلك في السابق "لأنه قبل إقرار قانون [الإجهاض] كان هذا الجناح من المستشفى شاهداً على فقدان نساء

أخريات، بمعدل اثنتين أو ثلاث كل أسبوع،" حسب قول الطبيب.

ومن عجائب الأمور، كما ترى الدكتورة هنشيون، أن تشريع الإجهاض في أيرلندا قد أتاح لمزيد من النساء متسعاً من الخيار: أي خيار تغيير الرأي. كانت النساء إذا أردن السفر إلى الخارج من أجل الإجهاض فقد يراودهن شعور بالاضطرار إلى الخضوع للعملية عقب بذل الوقت والمال للترتيب لذلك. "الضغوط عليهن لاتخاذ القرار كانت مهولة بالفعل... وكانت تلك هي الفرصة الوحيدة إما لأخذه أو تركه". أما اليوم فترى الدكتورة أنه "بمقدور الطبيب أن يقدم إلى المريضات جميع المعلومات وأن يفسح لهن المجال والوقت اللازمين."

كما ترى أن تلك التغييرات أحدثت فرقاً كبيراً لا سيما خلال جائحة كوفيد-19 الحالية. "عندما تفكر في القيود [التي فرضتها الجائحة] على السفر، فسنجد أمامنا موقفاً بالغ الخطورة حقاً لو أن تشريع الإجهاض تأخر... إذ أسفر الوضع القائم عن حالات حمل كثيرة بسبب الأزمة والإغلاق، ومن الأشخاص من فقدوا وظائفهم أو اضطربت حياتهم حتى تغيرت كلياً، ومع ذلك ما زالت هذه الرعاية متاحة لهم."

أفاد 93 في المائة من 79 بلداً بأن الإجهاض قانوني في بعض الحالات أو كلها، علماً بأن 90 في المائة منها يجيز الإجهاض لإنقاذ حياة المرأة، فيما تسمح 80 في المائة من البلدان به من أجل الحفاظ على صحة المرأة الجسدية أو في حالات تشوه الجنين، فيما يجيز أكثر من 60 في المائة بقليل الإجهاض في حالات الاغتصاب.

لعل التقييد الأكثر ذكراً بخصوص الإجهاض في تلك البلدان هو اشتراط الموافقة من اختصاصي طبي، إذ يمكن تفسير هذا التقييد بأنه تمييز ضد من يواجهون عوائق تحول دون استفادتهم من الخدمات الصحية عموماً أو من يرفض مقدمو الرعاية الصحية لهم تنفيذ الإجهاض متعللين بمعتقدات شخصية أو مجتمعية سائدة ضد هذا الإجراء. إن الإجهاض الطبي من الخيارات الآمنة التي لا تتطلب بالضرورة تدخل الطبيب تدخلاً مباشراً. ويمكن تقديم الاستشارة في هذا النوع من الإجهاض من خلال شخص عادي يعمل في مجال الصيدلة حيث تتوفر الحبوب المناسبة لذلك، أو من خلال اختصاصيين صحيين آخرين، أو عبر التطبيق من بُعد والخطوط الساخنة للإجهاض الآمن.

من الثابت أن البلدان التي تتيح للنساء اللجوء إلى خدمات الإجهاض بصورة قانونية وتتيح لهن التوعية بوسائل تنظيم الأسرة وكل تلك الوسائل هي البلدان صاحبة المعدلات الأدنى من حالات الإجهاض (فريق الأمم المتحدة العامل المعني بالتمييز ضد النساء والفتيات، 2017). وقد انتهت دراسة عوّلت على بيانات مستقاة من 61 بلداً إلى أن البلدان التي تحظر الإجهاض حظراً كاملاً أو تجيزه لإنقاذ حياة النساء فقط أو حفاظاً على صحتهن الجسدية فحسب إنما هي بلدان بلغت فيها نسبة الإجهاض الآمن 25 في المائة فقط من جملة حالات الإجهاض. أما البلدان التي تجيز الإجهاض قانوناً لأسباب أعم وأشمل فتبلغ نسبة الإجهاض الآمن فيها 90 في المائة (غاناترا

وآخرون، 2017). ينسحب وصف "الأمنة" على حالات الإجهاض حال إجرائها بطريقة من الطرق التي توصي بها منظمة الصحة العالمية باعتبارها مناسبة لمدة الحمل، مع كون القائم بعملية الإجهاض متمتعاً بالمهارات اللازمة لذلك. ويمكن إجراء حالات الإجهاض تلك باستخدام أقرص (إجهاض طبي) أو بعمليات في عيادات خارجية.

تقرر الإعلانات الدولية - مثل برنامج المؤتمر الدولي للسكان والتنمية - أن رعاية ما بعد الإجهاض ينبغي أن تكون متاحة بصفة شاملة بقطع النظر عن الحال القانونية للإجهاض. ومع ذلك، فإن 80 في المائة تقريباً من 79 بلداً قدمت بياناتها هي فقط من تنفذ قوانين أو أنظمة تكفل الاستفادة من الرعاية اللاحقة على الإجهاض بقطع النظر عن الحال القانونية للإجهاض. وهذا التعارض بين الأطر القانونية الدولية والقوانين الوطنية في بعض البلدان يفرضي إلى فجوات في الخدمات، وقد يساهم في وفاة الأم أو اعتلال صحتها.

التوعية والتربية الجنسية الشاملة

هناك 62 في المائة فقط من البلدان المُقدّمة للبيانات لديها قوانين أو أنظمة أو سياسات وطنية تجعل التربية الجنسية الشاملة مكوناً إلزامياً من مكونات المناهج الدراسية الوطنية.

محددات المؤشر

من غير الممكن أن يرصد مؤشر واحد كل جوانب الموضوع من حيث البيانات القانونية والتنظيمية، فالتعقيد الكامن في تلك الأطر كما يتجلى على الورق، مقترناً بتعدد القوانين والأنظمة المؤثرة في المخرجات الصحية، وطول المسار من إعداد القوانين إلى تنفيذها وفرضها بالكامل، كلها عوامل تجعل ذلك الرصد مستحيلاً. وترتيباً على ذلك، ثمة ارتباطات قليلة واضحة بين أداء البلد على مؤشر 5-6-2 والمخرجات المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية فيها؛ علماً بأن البيانات المستقاة من المؤشر 5-6-2 تتيح فرصةً مؤاتية لإجراء تحقيق أعمق في نقاط

القوة والضعف في القوانين والأنظمة حسب أحكامها المسطورة، وحسب نتائج تنفيذها.

تتعلق جميع القوانين والأنظمة المقيّمة وفق المؤشر 5-6-2 بجانب واحد من الخدمات الصحية هو جانب تقديمها، وهو ما يؤدي إلى صورة ناقدة وغير مكتملة في أن واحد. والمطلوب إلى جانب ذلك هو الإحاطة بفهم أوفى للقوانين وكثير من القوى التي تدعم أو تقوّض استقلال المرأة وتمكينها على وجه العموم، فضلاً عن فهم كيفية تأثير تلك القوى تأثيراً غير مباشر في قدرة الأفراد على صنع القرار بخصوص أمور الصحة الجنسية والإنجابية.

علاوة على ذلك، فإن المؤشر 5-6-2 لا يحيط سوى بمجموعة منقاة من مجالات الصحة المرتبطة بالاستقلالية الجسدية. ولا يتطرق المؤشر إلى قوانين ناظمة لأمر أخرى هامة - مثل الاغتصاب الزوجي، وتقرير المصير بشأن الهوية القائمة على النوع الاجتماعي، وجراحات الأعضاء التناسلية بالنسبة إلى الأطفال حملة صفات الجنسين، والنشاط الجنسي للمثليين والمثليات.

وثمة قوانين أخرى ناظمة لتقديم خدمات الرعاية الصحية، وهي مرتبطة أيضاً بالاستقلالية الجسدية لكنها غير مشمولة بنطاق المؤشر 5-6-2. تشمل تلك القوانين أحكاماً بخصوص عدم التمييز وحماية الخصوصية واللجوء إلى العدالة. وعلى سبيل المثال، حيثما قد تخضع هويات الأفراد أو نوع المهنة للتجريم، كما هي حال مغايري الجنس أو المشتغلين بالجنس، فإن الوصم والتمييز في المنشآت الصحية غالباً ما يكونان مرتفعين، ما يجعلهما عائقاً أمام الاستفادة من الخدمات القادرة على النهوض بدور في حماية الاستقلالية الجسدية (اللجنة العالمية المعنية بفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة البشرية المكتسبة "الإيدز" والقانون، 2012).

الإصلاحات القانونية الأخيرة تمهد الطريق إلى التغيير

الجسدية" في إطار الحق في الهوية القائمة على النوع الاجتماعي. ويحظر القانون نفسه "أي معاملة لتعيين النوع و/ أو التدخل الجراحي في الخصائص الجنسية لقاصر يمكن إرجاء العلاج و/ أو التدخل اللازم له لحين امتلاكه القدرة على إبداء موافقته عن علم" (كابرال، 2015).

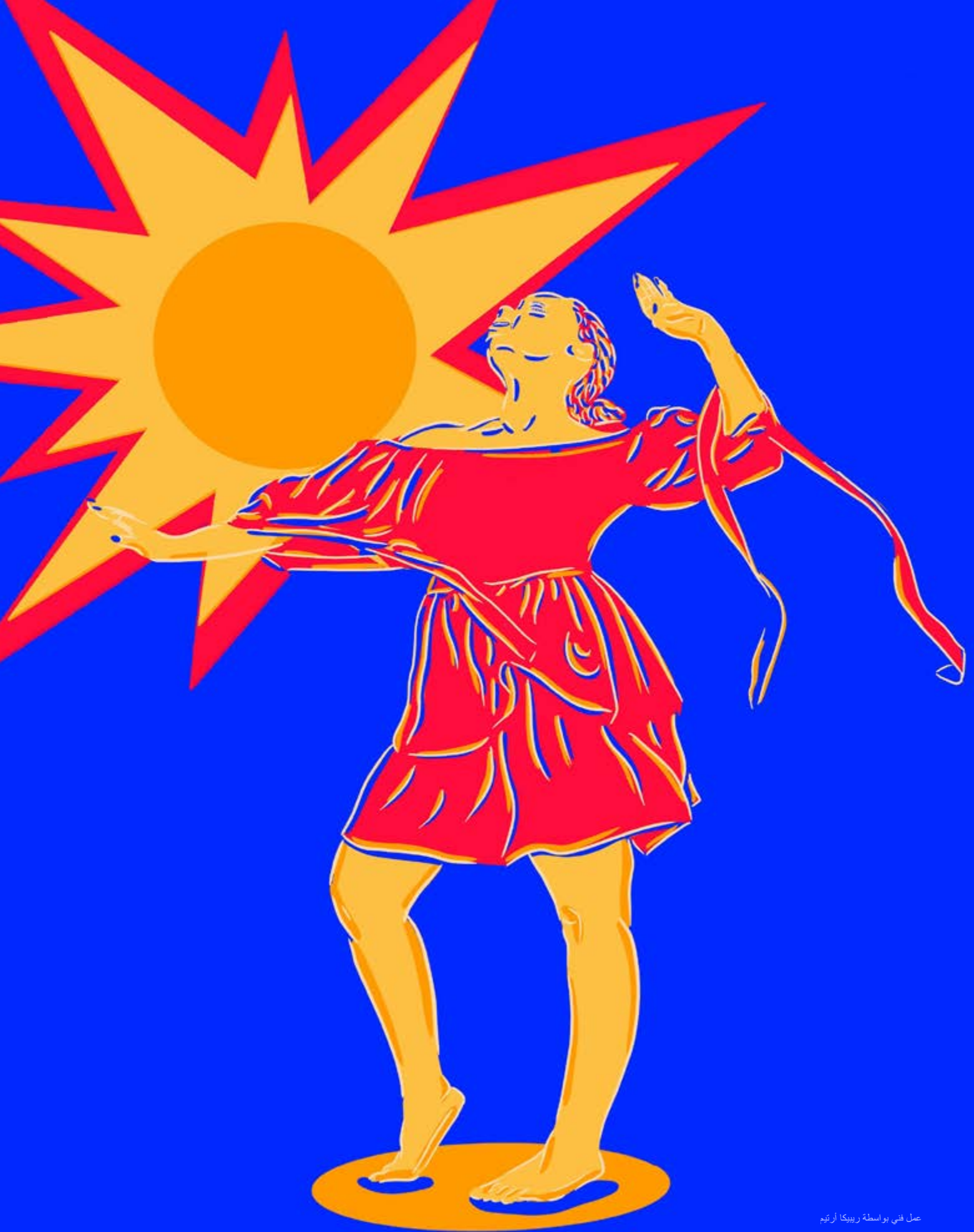
وفي أيرلندا، شهد العام 2015 إقرار قانون يسمح لمغايري الهوية الجنسية ممن بلغوا سن 18 أن يعلنوا بأنفسهم عن نوعهم الاجتماعي دونما حاجة إلى شهادة طبية أو تدخلات أخرى من سلطات الدولة (شبكة ترانزجندر يوروب، 2015). بذلك أصبحت أيرلندا رابع دولة على مستوى العالم - بعد الدانمرك ومالطة والأرجنتين - تسن قانوناً كهذا (حيدري، 2015).

وأصبحت بوتسوانا في 2019 أحدث بلد في أفريقيا يشرّع السلوك أو النشاط الجنسي المثلي بين البالغين بالتراضي، مع الإقرار في سبيل ذلك بحقوق الخصوصية والكرامة وعدم التمييز (إستر هويزن، 2019).

تعكف البلدان في جميع أنحاء العالم على سن قوانين وأنظمة حتى تضمن الإتاحة الكاملة المنصفة لخدمات الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية. وفي حين لم تخضع التغييرات الإيجابية المنبثقة عن ذلك للتقييم، إلا أنها خطوات أولى هامة على مسار ضمان الاستقلالية الجسدية.

فمثلاً: لم يكن الاغتصاب الزوجي جريمة فيما مضى، لكن البرلمان أقر في 2017 قانوناً شاملاً لمكافحة العنف القائم على النوع الاجتماعي، واشتملت نصوصه على تجريم صريح للاغتصاب الزوجي. كما سد القانون الجديد ثغرة سابقة سمحت للمغتصب بالإفلات من العقاب إذا تزوج المرأة (أو الفتاة) التي اغتصبها (ماكورميك-كافاناه، 2017).

وفي مالطة صدر قانون الهوية والتعبير القانمان على النوع الاجتماعي والخصائص الجنسية لعام 2015، فأقر القانون الحق في "السلامة الجسدية والاستقلالية



القدرة على الموافقة، والحق في الرفض

تحقيق الاستقلالية الجسدية متوقف على المساواة بين الجنسين والتوسع في الخيارات والفرص للمرأة والفتاة والفئات المهمشة

المصرّة على الاستقلال الذاتي والاختيار، وصولاً إلى حركات المرأة التي تشكلت في خلال العقود القليلة الماضية وحملت شعار "أجسادنا، اختيارنا" في صرخة مدوية حاشدة.

ينطوي مفهوم الاستقلالية الجسدية على كثير من المسائل، لكنها ترجع كلها إلى السلطة التي تجعل المرء يتخذ قراراته بنفسه. غير أن اقتفاء مسار الاستقلالية الجسدية في إطار أهداف التنمية المستدامة يؤكد ثلاثة أبعاد بالغة الأهمية، هي: القدرة على اتخاذ القرار بحرية في مجال الرعاية الصحية، ووسائل تنظيم الأسرة، والممارسة

لطالما علمت النساء وحركات المرأة، في الصميم، أن حرية الاختيار هي سلطة في حد ذاتها، وأنه لا يوجد شيء يفوق في الأهمية الاختيارات المتعلقة بجسد الإنسان.

إنّ نيل الحق في الاختيار يبدو كما لو كان مفهوماً حديثاً، لكن الحقيقة أنه في العام 400 قبل الميلاد كانت طبيبة النساء اليونانية، أغنودايس، ترفض الاعتراف بقانون يحظر عمل الطبيبات ويحرم المرأة من حرية الاختيار. حوكت الطبيبة لعلاجها المريصات على أي حال، لكنها ربحت المعركة وصدر الحكم بإبطال القانون المذكور آنفاً. تعاقبت القرون منذ ذلك الحين حاملة أصوات المرأة

الحميمية. لكن هناك كثير من القضايا الأخرى المؤثرة في تلك القرارات، وقد تحقق معدل محدود من التقدم بدون هدم العائق الأساسي أمام القدرة على اتخاذ قرار، ألا وهو التمييز القائم على النوع الاجتماعي؛ وهو كامن في نسيج مجتمعاتنا واقتصاداتنا وترتيباتنا السياسية، مدفوعاً بالتمييز الذكوري وسطوة الرجل على القرار.

إن القدرة على اتخاذ القرار تبلغ من الأهمية مبلغاً عظيماً لأنها أصل لحقوق أخرى كثيرة، ولأن المنافع يُستفاد منها في اتجاهات كثيرة. أي أن المرأة القادرة على اتخاذ قراراتها بنفسها بخصوص العلاقة الحميمة ووسائل تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية هي امرأة أقدر من غيرها على التمتع بصحة جيدة عموماً، وامتلاك الممتلكات، والعمل في وظيفة مجزية، وتدبير مزيد من الوقت للترويج، وتجنب العنف القائم على النوع الاجتماعي. وإذا اختارت الإنجاب فستكون أفضل صحةً من غيرها (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2020هـ).

إن القدرة على اتخاذ
القرار تبلغ من
الأهمية مبلغاً عظيماً
لأنها أصل لحقوق
أخرى كثيرة، ولأن
المنافع يُستفاد منها
في اتجاهات كثيرة

لا خلاف أن النساء والفتيات اليوم مقبلات على مواجهة قدر أقل من التمييز القائم على النوع الاجتماعي، فالمكاسب في المساواة بين الجنسين والخيارات المتاحة للنساء وللفتيات حاضرة بقوة في كل مكان. ومع ذلك، فإن غاية المساواة وامتلاك القدرة على اتخاذ القرار ما زالت بعيدة عن التحقق. كما تواجه النساء والفتيات انتهاكات جسيمة لحقوقهن، وتزيد الانتهاكات حدة حال تعرضهن للتمييز بسبب الأصل العرقي أو السن أو الميل الجنسي أو الدخل أو حالة العجز.

ومن ثم، فإن امتلاك القدرة على اتخاذ قرارات مفيدة متوقفة على تمكين الأفراد المتمتعين بالوعي والقدرة، وعلى البيئة التي تتراوح مقوماتها بين الأسرة والنظم القانونية؛ بما يدعم الخيارات الفردية ويحترمها دعماً واحتراماً كامليين. وتلك المفاهيم المتلازمة في صميم برنامج العمل للمؤتمر الدولي للسكان والتنمية وإعلان ومنهاج عمل بيجين؛ وهي عينها المفاهيم الحاضرة في خطة التنمية 2030 للتنمية المستدامة وبيان نيروبي 2019 بشأن المؤتمر الدولي للسكان والتنمية 25 التي دعت إلى حماية وضمان "حق السلامة الجسدية والاستقلال الذاتي والحقوق الإنجابية للجميع، وإتاحة الخدمات الأساسية دعماً لتلك الحقوق".

واليوم، باتت تلك الالتزامات مقاييس للحملة العالمية لجيل المساواة التي تتضافر مع الجهود المبذولة احتفاء بالذكرى الخامسة والعشرين لإعلان بيجين، في إطار من الالتزام بتحقيق المساواة بين الجنسين بحلول عام 2030. وقد ضافرت حملة جيل المساواة بين جهود جميع المعنيين من كل الأعمار والخلفيات ممن يجاهرون بالدعوات الصادقة من أجل التغيير، وهو ما يكفل الفرصة لتحقيق القدرة على الاختيار والاستقلال الذاتي تحقيقاً نهائياً يصل أثره إلى الجميع. ما هي الأشياء التي ما زالت مطلوبة بلوغ المرام؟

الاستقلال الذاتي متوقف على المساواة بين الجنسين

التنمية المستدامة، فإن نصفها فقط يُشرك المؤسسات الوطنية المعنية بالمساواة بين الجنسين في صياغة تلك الاستراتيجيات (المجلس الاقتصادي والاجتماعي للأمم المتحدة، 2019).

هناك عدد متزايد من الحكومات، بدءاً بالسويد عام 2014، قد اعتمدت "سياسة نسوية خارجية"، والمقصود من هذه السياسة - حسب مركز السياسة الخارجية النسوية - هو "اتباع إطار عمل سياسي متعدد الأبعاد يهدف إلى الارتقاء بخبرات المرأة والفئات المهمشة وتعزيز مقومات القدرة لديها..." وبينما يشكل هذا النهج تطوراً مشجعاً إلا أن السياسة الخارجية النسوية لن تُحدث فرقاً إلا إذا تجاوزت مرحلة "الخطاب النسوي" التي تكتفي بالقول دون الفعل.

ومن نقاط البداية الممكنة توجيه المساعدات الرسمية الدولية والمساعدات الإنسانية في هذا الصدد؛ في عام 2018، ومن إجمالي المساعدات المقدمة من 30 جهة مانحة كبرى، بلغت نسبة المساعدات التي تدعم البرامج التي تجعل من المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة هدفها الرئيس 4% فقط.

وبنظرة مستقبلية يتجلى أن القضية ستنحصر على الأرجح حول مستويات قياسية من المديونية العامة، ذلك بأن كثيراً من البلدان على شفا موجة جديدة من التشفير المالي التي ستؤثر (وفق أحد التقديرات السابقة على الجائحة) على ثلاثة أرباع أعداد النساء والفئات بأحاء العالم، علماً بأن القرارات المتعلقة بتدابير التشفير نادراً ما تراعي التماهي المطلوب مع المساواة بين الجنسين. إذ تجنح تلك القرارات إلى تقليل الخدمات العامة والأجور والجودة العامة لظروف العمل، وهو ما يؤثر سلباً على الفقيرات. والحق أن الحكومات قادرة - مهما كانت جسامه التحديات - على صياغة السياسات النقدية والمالية بما يضمن حماية الخدمات الأساسية للمساواة والاستقلال الذاتي، وبما يعزز التوظيف التام وإيجاد سبل العمل اللائق (المجلس الاقتصادي والاجتماعي للأمم المتحدة،

تحقيق الاستقلالية الجسدية للمرأة والفتاة متوقف على أمور أهمها المساواة بين الجنسين. صحيح أن المساواة بين الجنسين هدف جسور، لكنها محل اتفاق عالمي أيضاً تحت مسمى الهدف الخامس من أهداف التنمية المستدامة، وباعتبارها الغاية من إعلان ومنهاج عمل بيجين. وبوسع كل البلدان بذل جهد أكبر لتحقيق المساواة بين الجنسين لأنها لم تتحقق بعد.

يناط بالحكومات دور رائد في بلوغ هذه الغاية، فمن خلال الوفاء بالتزاماتها بمقتضى معاهدات حقوق الإنسان - مثل اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، واتفاقية حقوق الطفل - يمكن للحكومات تعديل الهياكل الاجتماعية والسياسية والمؤسسية والاقتصادية التي ترسخ أعراف عدم المساواة بين الجنسين وتذكيتها.

يتأتى أحد المنجزات الأساسية من القضاء على مختلف أوجه عدم المساواة في الخدمات المدنية والجوانب التشريعية والمواقع القيادية بما يتيح استلهم البصيرة من النهج المعنية بالمرأة والاهتداء بها في السياسات والأنظمة المؤثرة في حقوق المرأة واختياراتها. وقد قطعت بعض البلدان أشواطاً في إشراك مزيد من النساء في المناصب الانتخابية، بما في ذلك ما يكون عبر تطبيق حصص المقاعد وغيرها من التدابير الخاصة. لكن تلك التحولات كفيلاً بإحداث أثر أعظم حال اقترانها بنظم أو مؤسسات أو "آليات" أقوى وأفضل تمويلاً حسب المشار إليها في إعلان ومنهاج عمل بيجين، وذلك لتعزيز المساواة بين الجنسين.

لكن الواقع يشهد بضعف تمويل كثير من الآليات الوطنية للمساواة بين الجنسين، أو بتمويلها من بلدان مانحة قد لا تتوافق أولوياتها مع أولويات البلدان النامية. وفي حين يفيد ثلاثة أرباع البلدان تقريباً بحورية المساواة بين الجنسين في استراتيجياتها الوطنية لتنفيذ أهداف

تحقيق الاستقلالية الجسدية في صميمه كل جهود صندوق الأمم المتحدة للسكان

ولما كان الحمل المبكر تبعة لعدم الانتظام المدرسي أو لضعفه في غالب الأحيان، أو لانعدام الوعي أو الرعاية الصحية أو لضعفهما، فإن صندوق الأمم المتحدة للسكان يساهم في حماية حقوق المراهقات واختياراتهن وتبليتها من خلال التربية الجنسية الشاملة وعبر دعم الفتيات في إتمام دراستهن.

يدعم التعاون مع اليونيسف استمرار أضخم برنامج في العالم للإسراع بالقضاء على تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية (ختان الإناث) في 17 بلداً تشيع فيها هذه الممارسة. ومن الإنجازات الأخرى أن البرنامج قاد استراتيجيات للتحويل الأعراف الاجتماعية نحو القضاء على الممارسة التي تقوض السلامة الجسدية في وقت مبكر من العمر.

كذلك أثمر التعاون مع اليونيسف عن استدامة برامج ترمي إلى القضاء على زواج الأطفال بحلول 2030، إذ تُجبر نحو 12 مليون فتاة كل عام على هذه الممارسة الكفيلة بتقويض قدرتهن على الاختيار واتخاذ القرار لا بخصوص الرعاية الصحية وتنظيم الأسرة والعلاقة الحميمة فحسب، بل بخصوص الانتظام المدرسي وسبل كسب العيش والمشاركة في الشؤون المجتمعية أيضاً.

ولما كان صندوق الأمم المتحدة للسكان من الكيانات الرائدة في الأمم المتحدة والملتزمة بتعزيز المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة، فإنه يجتهد في حماية الناجيات من العنف القائم على النوع الاجتماعي، وتقديم مزيج من الخدمات الأساسية؛ ومن بينها الأزمات الإنسانية.

إن تحقيق الاستقلالية الجسدية يُعد - بشكل ما - مقياساً لدور صندوق الأمم المتحدة للسكان على مستوى العالم؛ فهذا هو هدفنا. ولن نتحقق تلك الرسالة تحقّقاً كاملاً إلا بتمكين كل امرأة وفتاة من نيل الاستقلالية الجسدية.

ظل صندوق الأمم المتحدة للسكان النصير العالمي الرائد لحق الاستقلالية الجسدية لأكثر من 50 عاماً. وانطلاقاً من صفته الأممية باعتباره المنظمة المعنية بالصحة الجنسية والإنجابية، تتمثل رسالة صندوق الأمم المتحدة للسكان في إيجاد عالم يكون فيه كل حمل مرغوباً فيه، وكل ولادة آمنة، ويحقق فيه كل شاب وشابة ما لديهم من إمكانيات. تنتشر برامج صندوق الأمم المتحدة للسكان في أكثر من 150 بلداً وإقليماً تضم 80 في المائة من سكان العالم، علماً بأن كل البرامج تعزز - بشكلٍ أو بآخر - التمكين من الحقوق والخيارات التي يقوم عليها الاستقلال الذاتي.

يقدم صندوق الأمم المتحدة للسكان للنساء والفتيات والشباب حول أنحاء العالم رعاية صحية ميسرة وجيدة، بالإضافة إلى مجموعة متنوعة من وسائل تنظيم الأسرة الحديثة، والمعلومات الدقيقة المؤدية للتمكين، والحماية من الممارسات الضارة مثل الزواج المبكر ومن جميع أشكال العنف الأخرى القائمة على النوع الاجتماعي.

كما أن صندوق الأمم المتحدة للسكان هو أكبر مقدم في العالم أجمع لوسائل تنظيم الأسرة الممنوحة إلى البلدان النامية، وقد شهد العام 2019 تمكين النساء بفضل تلك الوسائل من اتخاذ قرارات ساهمت في اجتناب ما يقدر بنحو 14 مليون حالة حمل عارض، ونحو 3.9 مليون حالة إجهاض غير آمن.

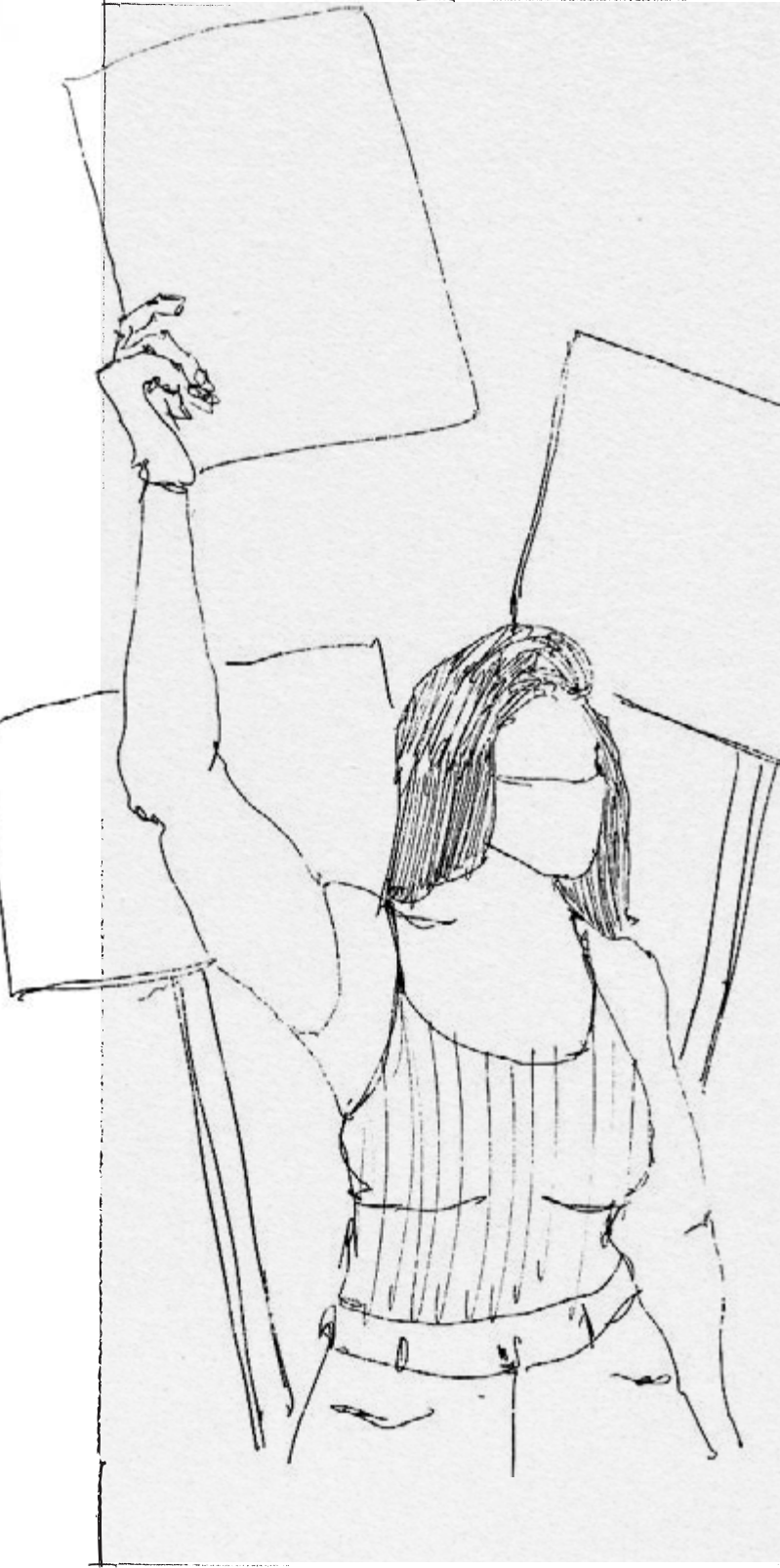
يكتسي دعمنا لخيارات صحة الأمومة حول العالم أهمية خاصة في البلدان الـ 32 الموزعة على خمس مناطق تضم أعلى معدلات أمراض ووفيات الأمهات. وقد شهد العام 2019 تلقي 29 ألف قابلة توعية وتدريباً، فيما عزز 2,700 مشرف ولادة مهاراتهم، بما حقق التوسع في خيارات الرعاية الصحية الجيدة الميسورة التكلفة للمرأة.

2019)، غير أنّ ذلك من شأنه أن يتطلب أموراً منها الرؤية المستقبلية في خدمة الدين الدولي، وهذا مطلب يمكن دعمه وفق سياسة خارجية نسوية.

الاستقلال الذاتي يقتضي مراعاة أوجه الارتباط

يركز هذا التقرير على الاختيارات والاستقلالية الجسدية بما لذلك من ارتباط بالصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية، تماشياً مع بعض مستهدفات المساواة بين الجنسين المقررة في أهداف التنمية المستدامة. وهذا منطلق هام لأن القدرة على اتخاذ القرار في تلك المجالات من شأنها توجيه القرارات في كثير من جوانب الحياة الأخرى. ويتشكل اختيار المرأة واستقلالها الجسدي على جبهات كثيرة، لكنها جبهات مترابطة ومتعاضدة فيما بينها. فمثلاً: تزدهر صناعات وقطاعات اقتصادية كاملة لأن النساء يشغلن وظائف مرهقة وضعيفة الأجر في ظروف عمل متهمة قد تقوض صحتها ومتوسط عمرها. كما تعاني المرأة في مجتمعات كثيرة من امتهان الكرامة - بل ومما هو أسوأ - متمثلاً في التحرش الجنسي، وهو ما قد يدفع باتجاه قرارات معينة حيال الخيارات المرتبطة بدخول مساحات عامة أو الاقتراب منها.

أما الباعث على النظر في عناصر متنوعة للاستقلالية الذاتية وأوجه تشابكها إنما ينبع من تحالف العمل التابع للأمم المتحدة بشأن الاستقلالية الجسدية والصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية. وفي إطار استعدادات منتدى جيل المساواة المتممة للاحتفاء بالذكرى السنوية الخامسة والعشرين لإعلان بيجين، فقد كُلف التحالف بعرض إجراءات طموحة لتدعيم التحسينات المأمولة في حقوق المرأة في خلال الأعوام الخمسة والعشرين المقبلة. ويعد صندوق الأمم المتحدة للسكان المنظمة الأممية المصنفة ضمن رواد جهود التحالف.



عمل فني بواسطة كايسي نانكي

فإنها لن تبارح مكانها إلا بالقضاء على تحيزات متعددة في أماكن العمل، وفي نظم الحماية الاجتماعية، والرعاية الصحية، وبرامج المعاشات، والتعامل مع الأصول والخدمات المالية، والاستفادة من الأسواق وأوجه الحماية العمالية (اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لآسيا والمحيط الهادئ وهيئة الأمم المتحدة للمساواة بين الجنسين وتمكين المرأة، 2020).

الاستقلال الذاتي يقتضي تغيير الأعراف السائدة وإطلاق الفرص

حدثت تطورات هامة في فهم كيفية تعديل الأعراف الاجتماعية التي تُطيل بقاء التمييز القائم على النوع الاجتماعي وغيرها من أشكال التمييز. ويشمل ذلك حملات المناصرة والتوعية، والتعاون فيما بين المجتمعات المحلية لزيادة الوعي بكيفية استفادة الجميع (نساء ورجالاً وفتياتاً وفتيات) من مجتمعات تقوم على المساواة بين الجنسين.

يدعم صندوق الأمم المتحدة للسكان برنامج "الرجال رعاة" (MenCare) في جورجيا، ويمكن اعتباره نموذجاً يحسّن بالبلدان تكييفه بما يناسب الظروف المحلية. ويتولى البرنامج تعزيز مشاركة الرجال -بوصفهم آباء ومقدمي رعاية منصفين- من أجل الارتقاء بالصحة ورفاه الأسرة، وتشجيع الرجال على دعم المساواة بين الجنسين. كما يساهم البرنامج في الارتقاء بالتواصل بين الزوجين، وتعزيز مفاهيم الرضا وصنع القرار، وهو ما يعزز بدوره الاستقلالية الجسدية للمرأة والفتاة.

ومع ذلك، يجب اقتران تلك الخطوات بأخرى أوسع نطاقاً وأكثر منهجية حتى تدعم -بل تحفز- طرقاً أخرى في التفكير. ذلك بأن إعادة التوازن بين العبء غير المنصف للعمل المنزلي غير المدفوع الأجر الواقع على كاهل المرأة والفتاة -مثلاً- يقتضي ألا يهيب الرجال لأداء نصيبهم العادل من العمل المنزلي فحسب بل أن تتمتع



عمل فني بواسطة كايسي ناتكي

وبصفة عامة، تحتاج النساء والمراهقات إلى مزيد من الخيارات التي تدعم اختياراتهن على المديين العاجل والعملي، ومن ذلك ما يكون بتوفير فرص متساوية من أجل التعليم العالي الجودة والعمل اللائق. لكن التدابير الحسنة النوايا قد تتقاصر عن أهدافها إن لم تُقم أوجه ارتباط وتُساهم مساهمة فعالة في تغيير النظم التي ترسخ التمييز القائم على النوع الاجتماعي. فمثلاً: تشجيع برامج قيادة المرأة في كثير من الجوانب الكفيلة بتحسين رفاه المرأة الاقتصادي وتدعيم قدرتها على الاختيار، ومع ذلك

الأسر كذلك بالخدمات الأساسية الميسرة التكلفة التي تخفف من أعباء هذا النوع من العمل؛ علماً بأن تلك الخدمات تتراوح بين رعاية الأطفال والمسنين رعاية جيدة وتوفير إمدادات يعول عليها من المياه والكهرباء.

الاستقلال الذاتي متوقف على القوانين التي تمكّن ولا تقيد

ربما لا تكون القوانين علاجاً سحرياً يصحح أوجه القصور والعجز على مستوى الاختيار والاستقلال الذاتي، لكنها ترسي المعايير وتضمن المساواة من خلال التحقق من الانتصاف حال مخالفة تلك المعايير. ويمكن لتلك القوانين أن تُحدث أعظم التأثير عندما تتماهى مع مبادئ والتزامات حقوق الإنسان المتفق عليها عالمياً، وكذا مبادئ والتزامات المساواة بين الجنسين والصحة الجنسية والإنجابية.

إن وجود التزامات دستورية صريحة تجاه حقوق النساء والمساواة بين الجنسين في معظم الدول يفتح المجال أمام تدارك التمييز في القانون والممارسات القانونية. لكن ومع اشمال 191 دستوراً على أحكام بشأن المساواة وعدم التمييز حالياً، فإن 24 منها فقط يحوي أحكاماً مستقلة بشأن حقوق المرأة (المجلس الاقتصادي والاجتماعي للأمم المتحدة، 2019).

توجد نصوص دستورية صريحة توجب تطبيق معاهدات دولية مثل اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، وقد نجحت تلك النصوص في تعزيز حقوق المرأة إذ أوجدت مصدراً إضافياً للقانون لفض أوجه التعارض القانوني محلياً. وقد كشف استعراضٌ أُجري مؤخراً لنحو 62 قراراً محكمة صدرت في 30 بلداً عن أن الإشارات المتكررة إلى الاتفاقية كانت في قرارات مرتبطة بقانون الأسرة أو بالأسرة، متبوعةً بحالات عنف قائم على النوع الاجتماعي. وربما كشف ذلك بدوره عن التحديات الماثلة أمام المحاكم في تعزيز

المساواة للمرأة في مواجهة أعراف وتقاليد تجد دعماً وممارسةً على نطاق واسع (هيئة الأمم المتحدة للمساواة بين الجنسين وتمكين المرأة، ومنصة أفكار، 2017).

إن مراجعة القوانين لتكون مستجيبة لمنظور النوع الاجتماعي وكي تتماهى مع معايير حقوق الإنسان يمكن أن تكون خطوة جادة نحو استئصال بقايا التمييز وعدم المساواة. تضم بعض البلدان مؤسسة وطنية مَعنية بحقوق الإنسان ويمكنها تقديم النصح الشامل بشأن الإصلاح القانوني، والنظر في أوجه التمييز القائمة على اختلاف أشكاله وعلى امتداد الحقوق المدنية والسياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2020ج). وهذه العملية من شأنها التشجيع على اعتماد قوانين تضمن الإتاحة الشاملة لخدمات الصحة الجنسية والإنجابية دونما تمييز من أي نوع، وذلك إذا لم تكن تلك الخدمات موجودة من الأصل. وهذا من شأنه المساعدة في إنهاء أوجه التعارض والتناقض كما هي الحال في اشتراطات موافقة الغير والقيود المرتبطة بالحالة الاجتماعية. أما التناظر بين سن الرضا بالنشاط الجنسي والاستفادة من معلومات الصحة الجنسية والإنجابية وخدماتها فينبغي الانتهاء منه حتى يتسنى للمراهقين الجمع في آن واحد بين النشاط الجنسي القانوني والاستفادة من تلك المعلومات والخدمات.

وجوب التأيد القانوني للتمكين من الاختيار

لما كانت الأعراف الاجتماعية التمييزية تتسلل إلى النظم القضائية بقدر تسللها إلى المؤسسات الأخرى في المجتمع، فإنها قد تفضي إلى نتائج تمييزية حتى لو كانت نصوص القانون منضبطة تمام الانضباط بمقتضيات المساواة بين الجنسين. بل إن الخلفية الاجتماعية قد تكون محدداً من محددات العدالة ولها من القوة ما للقانون نفسه.

فمثلاً: يوجد في نيبال مجتمع شديد الذكورية يكابد تباينات حادة قائمة على النوع الاجتماعي. وسعيًا إلى مجابهة تلك الأنماط والتحقق من تنفيذ الإصلاحات القانونية القوية الحديثة حق التنفيذ، فقد أرسى القانون آليات قوية استباقية للإنفاذ والمساءلة. وشمل ذلك إنشاء لجنة وطنية للمرأة مكلفة - بنص الدستور - بالتحقيق المنتظم في القضايا المتعلقة بالمرأة والقانون. كما اتخذت خطوات لزيادة عدد ضابطات الشرطة، وتخلل ذلك إنشاء وحدات للضابطات في جميع دوائر الدولة البالغ عددها 77 دائرة. ومنذ ذلك الحين، زاد عدد بلاغات حالات العنف الأسري بنحو ثمانية أضعاف (أخميتوفا وآخرون، 2020).

ثمة دلالات على تنامي الاعتراف القضائي بأن القواعد والممارسات الذكورية التسلطية (أيًا ما كان مصدرها) متعذر استمرارها بما يخالف التوجهات المجتمعية الأخذة في التغيير والقيم الدستورية المستحدثة. ويوجد عدد من حالات العنف القائم على النوع الاجتماعي التي شهدت حكم المحاكم بعدم دستورية جوانب التمييز المستندة إلى أسس دينية أو ثقافية، وذلك على غرار حالة تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية (ختان الإناث) في أوغندا. وفي باكستان، حكمت محكمة لاهور العليا لا برفض الحجة المستندة إلى الدين فحسب، بل رجعت إلى مبادئ إسلامية لتأييد الحكم القضائي الصادر في قتل ابنة المجرم، والصهر، والحفيد (هيئة الأمم المتحدة للمساواة بين الجنسين وتمكين المرأة ومنصة أفكار، 2017).

ومن ثم، فإن التحرك في تلك الاتجاهات يقتضي من كوادرات الشرطة والقضاء الوعي الكامل بالقوانين الموجهة إلى تأييد حقوق المرأة واستقلالها الذاتي، إلى جانب امتلاك القدرة على النظر في الفرضيات والتحيزات التي تكتنف عملهم، وطبيعة تدخلها في الإبلاغ عن الوقائع أو الفصل فيها. وانطلاقاً من هذه القاعدة المعرفية يمكن تشجيع الأوساط القضائية على تطبيق أساليب تفسيرية مبتكرة مثل تحليل العوامل الضالعة في السياق الاجتماعي، والتقييمات القائمة

على النوع الاجتماعي الدورية للتأثيرات المحتملة للأحكام القضائية في فئات النساء والفتيات.

لا يُد للنساء والفتيات كذلك من معرفة الحقوق المكفولة لهن بنص القانون وبالأبواب التي يمكنهن طرقها حال انتهاك تلك الحقوق. لكن لما كانت قضايا كثيرة تتصل بالاستقلال الذاتي تجري في عوالم شخصية للغاية خلف سواتر تعززها أفكار متعلقة بمساحات عامة وخاصة وبالتمييز القائم على النوع الاجتماعي، فمن الهام دعم منظمات حقوق المرأة بوصفها طليعية في هذه المساعي التوعوية. ونظراً لقوة اتصال تلك المنظمات مع المرأة في الغالب ضمن أسر ومجتمعات محلية، فإنها قادرة على سد الفجوة بين النساء وحقوقهن القانونية. كما يمكنها رصد أنماط التمييز بين الفئات المهمشة مما يمكن تداركه من خلال تشريع يهتدي بالمصلحة العامة.

الاختيارات في الرعاية الصحية محوراً للمريض

لا يمكن للنساء والفتيات تحقيق الاستقلالية الجسدية إلا بتمكينهن من الرعاية الصحية، بما في ذلك خدمات الصحة الجنسية والإنجابية الأساسية. لقد صدر إعلان بيجين منذ ستة وعشرين عاماً، وهو البيان السياسي المصاحب لمنهاج العمل الذي قرر أن الاعتراف "بحق جميع النساء في التحكم في جميع الأمور المتعلقة بصحتهن، وخاصة تلك المتصلة بخصوبتهن، وتأكيد هذا الحق مجدداً، أمر أساسي لتمكين المرأة". وقد شهدت الأونة الأخيرة تحديد الهدف العالمي الأول ضمن أهداف التنمية المستدامة، وذلك بخصوص التغطية الصحية الشاملة، وتعريفه بأنه يتيح إلى البشر كافة خدمات الصحة الأساسية التي يحتاجون إليها، دونما التعرض لمصاعب مالية (هوغن وآخرون، 2017).

بيد أن التغطية الصحية الشاملة متوقفة على إيلاء الأولوية للرعاية في التخطيط التنموي الوطني، وعلى إقامة نظم



عمل فني بواسطة هولييا أوزدمير

فإن التغطية الصحية الشاملة التي تدعم الاستقلالية الجسدية يجب أن تتجاوز مفهوم الاكتفاء بتقديم الخدمات استناداً إلى أفق ضيقة في استجلاء الاحتياجات الطبية دونما اعتبار لديناميات النوع الاجتماعي المؤثرة في تلك الاحتياجات وفي سلوك التداوي. وكما ورد في منهاج عمل بيجين، "فإن صحة المرأة تتأثر أيضاً بالتحيز القائم على النوع الاجتماعي في النظام الصحي وتقديم خدمات

صحية فعالة، وتقديم مخصصات مناسبة على مستوى الميزانيات، وتوليد بيانات صحيحة واستغلالها في تكييف الخدمات وتوفير الحماية الاجتماعية لمختلف الفئات السكانية، مع تلبية الاحتياجات على امتداد دورة الحياة.

لكن بالنظر إلى طرائق التمييز القائم على النوع الاجتماعي، بما في ذلك ما يطول النظم الصحية منها؛

طبية غير كافية ولا مناسبة للمرأة". وتسري مسائل مماثلة على ذوي الإعاقة والميول الجنسية المتنوعة والهويات المختلفة القائمة على النوع الاجتماعي، فضلاً عن آخرين.

وبينما قد بُدِلَ اهتمام كبير تجاه ما إذا كانت الخدمات الصحية سليمة تقنياً وميسرة التكلفة، إلا أن مقداراً أقل من الاهتمام قد أولِيَ لمدى القبول والسلامة والتمكين من منظور النساء والفتيات بوصفهن مستخدمات لتلك الخدمات. ومن الثابت أن التهاون تجاه الأعراف التمييزية أو القبول بها من شأنه أن يدفع بمقدمي الرعاية الصحية سريعاً إلى تحيية مفاهيم الموافقة عن علم واستقلال المريض، وهي المفاهيم التي تقتضي منهم دعم المرضى وتوعيتهم حتى يتسنى لهم اتخاذ القرارات المناسبة، فلا يحل مقدمو الرعاية محل المرضى في ذلك (برنستاين، 2018). ومن التبعات المحتملة لذلك الحرمان من الخدمات، ويتجلى ذلك في تصرفات منها رفض تقديم وسائل تنظيم الأسرة أو رفض الإجهاض الآمن أو تقديم رعاية ما بعد الإجهاض للفتيات والنساء غير المتزوجات، حتى وإن لم يكن ذلك مخالفاً للقانون الرسمي؛ ومن التصرفات الأخرى عنف الولادة الذي يعرف بأنه التعرض في أثناء الحمل أو الولادة إلى سوء المعاملة أو الإكراه على الخضوع لإجراءات على غير إرادة المرأة بأيدي الكوادر الطبية.

ويمكن لعدد من الخيارات أن يساهم في تدارك تلك التحيزات في الرعاية الصحية، إذ يمكن النص في التوجيهات الطبية على كيفية تقديم الخدمات بما يوافق القانون؛ علاوة على الاعتماد على التدريب في توعية كوادر الرعاية الصحية بالأنظمة القانونية حتى يتسنى لها العمل بما يتفق معها. ومن الممكن تقديم تدريب محدد لمقدمي الرعاية الصحية بما يراعي المنظور القائم على النوع الاجتماعي بحيث يشمل صقل مهاراتهم على فهم العوائق التي تحول بين بعض المرضى واختياراتهم، علاوة على سبر تلك العوائق والاستجابة لها. كما أن الرصد المستمر للتحقق من الامتثال لمبادئ عدم التمييز

وجودة الرعاية هو رصد يمكن أن يتضمن متابعة للمرضى أنفسهم؛ ومن ذلك متابعتهم باستقصاءات مبسطة عبر رسائل نصية.

إن الخدمات الداعمة للاختيار والاستقلال الذاتي تقدم خيارات متعددة من حيث وسائل تنظيم الأسرة، وتضمن تدبير طبية للمريضة متى طلبت المريضة ذلك، وتتيح قنوات للتواصل مع مقدمي الرعاية الصحية في لغات متنوعة. ويضاف لما سبق أن إعلان قائمة حقوق المريض التي تُؤكد على كرامته وحقوقه واختياراته في المستشفيات وفي مراكز خدمات الرعاية الصحية، مع اشتغالها على أحكام تقضي بتوعية النساء الأميات أو المعاقات بذلك، إنما يُحدّد في نبرته أن الخدمات قائمة على رغبات المرضى وقراراتهم. ومن العوامل الهامة الأخرى وثيقة الصلة في الخدمات، ذلك بأنها تؤكد أهمية إيلاء الأولوية إلى تدخلات الرعاية الصحية المستجيبة لمطالبات المرضى، بدءاً من التركيز القوي على الفئات ذات الحاجة الأعلى من حيث عدم تلبية متطلبات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية، أو من حيث ضعف الاعتماد على الخدمة. ومن المطلوب أيضاً توفير بيئة تمكّن الكوادر الصحية المعنية بالصحة الجنسية والإنجابية من أداء مهامها بمهنية ورأفة، علماً بأن أغلبية تلك الكوادر من السيدات.

إن تشجيع المرضى على اللجوء إلى الخدمات وممارسة حق الاختيار متوقف على عناصر أساسية في جودة الرعاية الصحية – منها قرب المكان، وساعات العمل المريحة، وميسورة التكلفة. ويجب أن تضمن الخدمات الخصوصية وأن تستعين بكوادر صحية ذات توجهات إيجابية واحترام تام لطالبي الخدمات. وقد ثبت أن تقديم خدمات تنظيم الأسرة على أيدي كوادر صحية مجتمعية تحمل معلومات صحيحة وتقدمها بُغية المساعدة في توعية الرجال إنما هو نهج يزيد من التوسع في استخدام وسائل تنظيم الأسرة (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2019). ويضاف لما سبق أن المناصرة على مستوى المجتمع

للفوائد الصحية المرتبطة بمعلومات وخدمات الصحة الجنسية والإنجابية للمراهقات غير المتزوجات من شأنه إزالة الوصمة والتوسع في الاستخدام.

استحدثت أوغندا برنامج "ساسا!" بدعم من صندوق الأمم المتحدة للسكان، وهو برنامج يستعين بمنشآت متعددة لتحفيز التغييرات النابعة من المجتمع على صعيد الأعراف والسلوكيات التي ترسخ عدم المساواة بين الجنسين والعنف وزيادة التعرض لفيروس نقص المناعة البشرية بين النساء. وفي هذا الإطار، تستهل الكوادر الصحية والسلطات المحلية والناشطون المحليون عملهم بتحليل ناقد لمفاهيم القوة وعدم المساواة، ويلي ذلك عرض المفاهيم المستقاة من المحادثات المجتمعية، والمناقشات المنزلية، وعروض الأفلام، ومجموعات المسلسلات الطويلة وغيرها من الفعاليات. وقد نجح البرنامج في تقليل القبول الاجتماعي لعنف الشريك الحميم، وفي زيادة الاتفاق على حق المرأة في رفض ممارسة العلاقة الحميمة. كما انخفضت معدلات عنف الشريك الحميم الجسدي في أوساط النساء في المجتمعات المحلية المشمولة بالبرنامج بنسبة تصل إلى 52 في المائة (ستارمن وآخرون، 2017؛ وكيجومي وآخرون، 2014).

هناك فرصٌ فريدة يُحتمل ارتباطها بفئة القابلات بوصفهن مقدمات رعاية أساسية للحوامل بكل أنحاء العالم. فهُنَّ يقدّمن كذلك مجموعة كبيرة من الخدمات الأخرى الضرورية لإعلاء الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية، بدايةً من الخدمات الاستشارية بخصوص تنظيم الأسرة وانتهاءً بفحوص التغذية وسرطان عنق الرحم. فمهنة القابلات - ومعظم شاغليها من النساء - تنطوي على ممارسات تجعلهن قادرات على تقديم النموذج وتغيير الأعراف، خصوصاً إذا كن يمتعن بالمهارة والتمكين. ولما كُنَّ صاحبات رؤية أوضح للقضايا التي تكابدها نساء أخريات بخصوص الاستقلالية الجسدية، فينبغي أن تشجع نظم

الرعاية الصحية على إيجاد قنوات يمكنهن من خلالها مشاطرة المعارف الداعمة لتقديم الخدمات وفق منظور أكثر مراعاةً لأبعاد النوع الاجتماعي. كما أن مهنة القابلة تتطلب استثماراً مستمراً ومتعاضداً لاستقطاب الممارسات الماهرات وتوظيفهن واستبقائهن.

لا بد لكل نظم الرعاية الصحية من أن تستجيب للطرق التي يتداخل بها التمييز القائم على النوع الاجتماعي مع الأشكال الأخرى للإقصاء الرامي إلى تقييد الاستقلال الذاتي والاختيار. وإذا تُرك هذا الواقع بلا تدخل فقد يتمخض عنه وجود خدمات غير مناسبة أو غير متاحة، بل ربما تكون مستندة إلى انتهاكات صارخة للحقوق. وقد تجلى هذا الخطر في صور منها مثلاً خضوع نساء من السكان الأصليين أو ذوات الإعاقة إلى ممارسات من قبيل الإعدام القسري. وسعيًا إلى تصحيح مسار عدم التمكين والتمييز، فقد أكد "فريق الدعم المشترك بين الوكالات المعني بقضايا الشعوب الأصلية" عدداً من التدابير الرامية إلى تمكين الشعوب الأصلية من التمتع بكامل حقوق الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية؛ بما في ذلك ما يكون عبر مشاركتها الفعالة في تصميم السياسات والبرامج الصحية المناسبة لثقافتها. وقد زاد ذلك من إتاحة الخدمات الهامة في مجال الصحة الجنسية والإنجابية لنساء الشعوب الأصلية وفتياتها وشبابها، فضلاً عن خدمات الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية والعنف القائم على النوع الاجتماعي، خصوصاً في المناطق الريفية والمحرومة (الفريق المشترك بين الوكالات، 2014).

الاستقلال الذاتي يقتضي الوعي

يتوقف تحقيق الاستقلالية الجسدية على امتلاك القدرة لا على اتخاذ القرار فحسب، بل على اتخاذ قرارات مستنيرة مستندة إلى موازنة واعية بين الحقائق والخيارات. والنساء صاحبات المستوى الأعلى من التعليم أقرب من غيرهن إلى اتخاذ قرارات حرة بخصوص وسائل تنظيم

الأسرة والرعاية الصحية، وإلى امتلاك القدرة على رفض العلاقة الحميمة. أما ضعف المستوى التعليمي مقارنة بالزوج أو الشريك فيعني أن المرأة أقرب إلى التعرض إلى العنف القائم على النوع الاجتماعي. ويضاف إلى ذلك وجود علاقة ارتباطية بين النساء والفتيات ممن لديهن سبل متاحة أكثر إلى وسائل الإعلام ومَن يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة ويلتمسن الرعاية الصحية (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2019).

من بين 75 بلداً تتوفر عنها بيانات بخصوص القوانين والأنظمة الداعمة للصحة الجنسية والإنجابية فإن أقل من ثلثي هذه البلدان لديها تشريعات أو سياسات تجعل التربية الجنسية الشاملة إلزامية في المناهج الدراسية الوطنية. ترتبط كثافة هذا التنقيف بالسن، مع الاستناد في ذلك إلى مناهج دراسية محددة بوضوح، واتساقها مع حقوق الإنسان والمساواة بين الجنسين، ووثاقة الصلة بالثقافة السائدة. والوضع الأمثل هو إتاحة التنقيف داخل المدارس وخارجها (اليونسكو وآخرون، 2018).

تؤكد منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلوم والثقافة (اليونسكو) أن التربية الجنسية الشاملة المستندة إلى الأدلة التي تدرج من الطفولة المبكرة تساهم في إدكاء الاستقلال الذاتي والسلامة مع بداية البلوغ بدون أن يفضي ذلك إلى نشاط جنسي مبكر (اليونسكو، 2009). أي أن تقديم دورات شاملة من شأنه دعم إقامة علاقات أشد احتراماً واتخاذ قرارات أفضل من حيث الاستقلال بخصوص الحياة الجنسية لاحقاً في الحياة (ماري-ينارتي وآخرون، 2020).

ولما كان كثير من المعلومات عن الجنس والتكاثر مستقى من مُقدّمي الرعاية الصحية، فلا بد من توجيههم إلى تقديمها باحترام وبدون إطلاق أحكام، مع مراعاة الاحتياجات المختلفة باختلاف السن والقدرة أو الظروف الاجتماعية الاقتصادية. وأشد ما يكون ذلك ضرورياً بالنسبة إلى المراهقين والفئات الأخرى التي لطالما عانت من التجاهل أو التهميش على صعيد إتاحة التنقيف

الجنسي، وذلك بداعي الموروث الثقافي. ويجدر بمقدمي الخدمات الاستعداد لمواجهة الأساطير الشائعة التي تقوض القدرة على الاختيار المستنير الحر. ومن النهج الجديدة التي اتبعتها صندوق الأمم المتحدة للسكان في كولومبيا والفلبين "استهلال" محادثات عبر منصة تويتر لرصد أكثر الخرافات شيوعاً عن مسائل تتراوح بين وسائل تنظيم الأسرة أنواع العدوى المنقولة جنسياً. ويمكن الاستعانة بتلك المعلومات في تشكيل برامج التنقيف الجنسي والرعاية الصحية بعد ذلك.

إن تعزيز الرسائل التمكينية بشأن الاختيار من شأنها أن تلعب دوراً أقوى في سياق التربية والتعليم من خلال تشجيع الفتيات على متابعة الدراسة في مجالات متنوعة، بعيداً عن قيود الأعراف القائمة على النوع الاجتماعي بشأن "ما يليق بالفتيات". واتخاذ هذا القرار ينم عن التمكين في حد ذاته، وقد يؤدي إلى مزيد من التمكين والاستقلال الذاتي مع انطلاق الفتيات صوب وظائف أكثر ربحية وأعلى أجراً. ذلك بأن جانباً كبيراً من فجوة الأجور الحالية القائمة على النوع الاجتماعي متجلى في الفصل الحاصل في سوق العمل على نحو يدفع بالنساء نحو الوظائف المنخفضة الأجر، علماً بأن 3 في المائة فقط من الطلاب الملتحقين بدورات تكنولوجيا المعلومات والاتصالات حول العالم هم من النساء، وذلك على سبيل المثال لا الحصر (الأمم المتحدة، بدون تاريخ أ).

الاستقلال الذاتي يقتضي الدفاع عن المدافعين عن تمكين المرأة وحقوقها

لطالما ناصرت حركات المرأة الحق في الاختيار والاستقلالية الجسدية، ودافعت عنهما دفاعاً مقترناً في الغالب بالحد الأدنى من الموارد. وتنسحب الحقيقة ذاتها على منظمات مجتمع الميم، والشعوب الأصلية، والشباب ذوي الإعاقة. ومع ذلك، تتعرض مساحة عمل تلك المنظمات لضغوط متزايدة، كما قامت أدلة على النكوص عن مكاسب جاءت بعد جهد

على الاعتراف بالقيمة السياسية والحقوق السياسية للمرأة، والابتعاد عن الخطابة الفارغة والأفعال الرمزية (أونيل ودومينغو، 2016).

تمتاز حركات المرأة ومجموعاتها بالتنوع الشديد، ولها تراكمات معرفية هائلة عن القضايا التي تواجهها المرأة في سبيل تحقيق الاستقلال الذاتي ونيل الحقوق. لكن تلك الحركات والمجموعات تفتقر إلى الترابط والتكاتف، وهذه حقيقة تسري على تلك الكيانات بداية من مقدمي الخدمات الشعبية إلى الجمعيات النسائية المتخصصة. غير أن تقديم الدعم المستمر والموارد اللازمة لمضافرة جهود تلك الكيانات بصفة ممنهجة من شأنه أن يعزز جهودها في مناصرة المشاكل المشتركة (أونيل ودومينغو، 2016)، فضلاً عن تقديم ردٍّ موحدٍ وقويٍّ أكثر على القوى الرجعية.

تزايدت أعمال المضايقة والعنف والتنمر الإلكتروني ضد السياسيات والصحفيات والناشطات والمدافعات عن حقوق الإنسان

جهيد. كما ظهرت معارضة أعلى صوتاً وأكثر تنظيماً حول أنحاء العالم تجاه المساواة بين الجنسين ونشاط المرأة الحقوقي، ومنها ما هو قادم من مجموعات دينية ومحافظة، ومجموعات شعبية وقومية، فضلاً عن مجموعات حقوق الرجل والحركات الفكرية المناهضة للمنظور القائم على النوع الاجتماعي (روجراند وكريزسان، 2020).

تزايدت أعمال المضايقة والعنف والتنمر الإلكتروني ضد السياسيات والصحفيات والناشطات والمدافعات عن حقوق الإنسان. وقد شهدت الفترة ما بين 2014 و2018 إصدار المقررة الخاصة المعنية بحالة المدافعين عن حقوق الإنسان 181 تعميماً إلى 60 دولة بشأن المدافعات عن حقوق الإنسان. ومن الهجمات الموثقة حملات التشويه والعنف الجسدي أو الجنسي والتعذيب والقتل والإخفاء القسري والتهديدات بالاعتداء على أفراد الأسرة أو بأيدي أفراد الأسرة وارتكابه، بسبب أنشطتهم والهجمات على تجمعاتهم وحركاتهم (المجلس الاقتصادي والاجتماعي 2019).

ينبغي التحرك بحسم لمجابهة تلك الانتهاكات واتقانها، لذا قررت بعض البلدان إقرار قوانين معينة لتجريم العنف ضد المرأة في المجال السياسي والحياة العامة، وغالباً ما وقع ذلك بضغط من الناشطات كما حدث في كوستاريكا وإكوادور والمكسيك وبيرو. وقد أصدرت منظمة الدول الأمريكية في 2017 قانونها النموذجي للبلدان الأمريكية بشأن الوقاية من العنف ضد المرأة في الحياة السياسية والعقاب عليه واستئنصاله. ولما كان الخوف من العنف رادعاً قوياً للنساء الطامحات إلى أدوار أخرى في الحياة العامة في كثير من الأماكن، فإن اعتماد تدابير تنفيذية وتنفيذها من قبيل ما ذكر من شأنه إعادة تشكيل الظروف التي تمكن المرأة من المشاركة والقيادة والاختيار. ومن الإجراءات المكتملة الممكنة حملات المناصرة والتعاون مع وسائل الإعلام والمدارس للقضاء على الصور النمطية القائمة على النوع الاجتماعي. وينبغي تشجيع الأحزاب السياسية

الاستقلال الذاتي يقتضي تحولات في توجهات الرجال

يمكن للنساء نيل حقوقهن، وبمقدور الدول تأييدهن. لكن التقدم متوقف بالأساس على الرجال، فرادى وجماعات، من حيث إرادتهم الابتعاد عن الأدوار المهيمنة التي تسبغ على سلطتهم واختياراتهم ميزة على حساب سلطة المرأة واختياراتها. وهذا ما يحدث حالياً، مقترناً بتحول في التوجهات نحو المساواة بين الجنسين بين الشباب خصوصاً، لكن الطريق ما زالت طويلة.

ومن الخطوات المأمولة على تلك الطريق التقدمية إحاطة مزيد من الرجال بفهم وافٍ لتبعات هيمنة الذكور، ومن بينها مخاطر تنال من صحة الرجال ومن صحة الزوجات أو الشريكات، والخلافات بين الأشخاص. وقد انتهت دراسة استقصائية إقليمية عن أوروبا أجرتها منظمة الصحة العالمية إلى أن المساواة بين الجنسين تفيد صحة الرجل، بما في ذلك ما يكون عبر انخفاض معدلات الوفيات، وانخفاض احتمالات الإصابة بالاكتهاب إلى النصف، وانخفاض في احتمالات الوفاة بسبب العنف بنسبة 40 في المائة (مكتب منظمة الصحة العالمية الإقليمي لأوروبا، 2018). ويحتاج المراهقون الذكور - بصفة خاصة - إلى التعرض لمفاهيم إيجابية عن الذكورية، لا سيما في تلك المرحلة من حياتهم التي تشهد تبلور مفاهيم ضارة قائمة على النوع الاجتماعي، وهو ما يسبب ضرراً طويلاً الأمد لهم وللفتيات (صندوق الأمم المتحدة للسكان وبروموندو، 2016).

يتضح من بيانات حركة #أنا_أيضاً (#MeToo) ومن البيانات الاستقصائية أن قدرة المرأة على رفض العلاقة الحميمية هي من الجوانب الأشد تأخرًا من حيث القدرة على الاختيار والاستقلال الذاتي. إن مفاهيم العلاقات القائمة على الاحترام وعدم العنف مصاغة على النحو الأمثل بما يخدم الأطفال في محيط الأسرة منذ البداية، لكنها مع ذلك ينبغي أن تُدمج ضمن التربية الجنسية الشاملة في المدرسة. ومن الممكن إبراز تلك المفاهيم في وسائل الإعلام والترفيه،

وبالمثل، تمثل الاستقلالية الجسدية شاغلاً جامعاً لفئات متنوعة من النشطاء المعنيين بمجالات منها حقوق الإعاقة وحقوق مجتمع الميم وحقوق الشعوب الأصلية. وعلى ذلك، فإن الربط بين القضايا المختلفة وأوجه التلاقي بينها من شأنه تشكيل جبهة نشاط جماعية ذات خطة مؤثرة لإحقاق حقوق الإنسان الأصلية على صعيد كل الأولويات الاقتصادية والنظم العدالة والخدمات الصحية والاجتماعية وشبكات الأمان.



المساواة بين الجنسين تتهدد صحة الرجل، بما في ذلك ما يكون عبر انخفاض معدلات الوفيات، وانخفاض احتمالات الإصابة بالاكتهاب إلى النصف، وانخفاض في احتمالات الوفاة بسبب العنف بنسبة 40 في المائة

تهيمن عليها النساء، مثل رعاية الطفل والمسنين (المجلس الاقتصادي والاجتماعي، 2019).

توجد فرص أخرى لإذكاء التوجهات المنصفة من حيث النوع الاجتماعي فيما بين الرجال والمراهقين من خلال خدمات الصحة الجنسية والإنجابية التي يتخللها قيام مقدمي الخدمات ببيت المعارف المتعلقة بالعلاقات المنصفة والوالدين والتواصل (إطار الممارسات المهنية الدولية وصندوق الأمم المتحدة للسكان، 2017). ويمكن أيضاً لبرامج حشد المجتمع أن تبث علاقات السلطة غير المتكافئة والأعراف الاجتماعية التمييزية، مع التعويل في ذلك على أساس قوي من الجوانب النظرية لثقافة النوع الاجتماعي والسلطة. وقد ثبت أن المبادرات التي تجمع بين نساء ورجال وفتيات وفتيان أشد فاعلية من المبادرات المقتصرة على الرجال والفتيان (المجلس الاقتصادي والاجتماعي، 2019).

وفي أساليب تدريس الدين، وكذلك في أماكن العمل على هيئة سياسات واضحة سارية في مواجهة التحرش الجنسي. ويضاف لما سلف ضرورة إنهاء الإفلات من العقوبة على العنف الجنسي بكل أشكاله - من الانتهاكات الفردية إلى الجرائم الجماعية التي تحدث عند استغلال جريمة الاغتصاب بوصفها أحد أسلحة الحرب. وقد شهد العام 2000 إصدار مجلس الأمن التابع للأمم المتحدة القرار رقم 1325 داعياً أطراف النزاع المسلح إلى اتخاذ تدابير خاصة لحماية المرأة والفتاة من العنف القائم على النوع الاجتماعي، لا سيما الاغتصاب وغيره من أشكال الانتهاك الجنسي، وجميع أشكال العنف الأخرى في حالات الصراع المسلح. ومنذ ذلك الحين، أصدر مجلس الأمن سبعة قرارات أخرى تدين هذا الشكل من العنف.

إن الارتقاء بفرص النساء وسبل كسب عيشهن وبأدوارهن القيادية في مجتمعهن الصغير وخارجه من شأنه أن يزيد من قدرتهن على اتخاذ القرار داخل الأسر وبخصوص أجسامهن، وقد يلزم لتقديم هذا الدعم إدماجه في تعاون صريح مع الرجال والمجتمعات المحلية، وذلك لتيسير التحول نحو أعراف تقدمية مراعية للنوع الاجتماعي بما يحد من مخاطر الرفض من بعض الرجال الذين قد يستشعرون تهديداً من مكاسب المرأة.

ومن العناصر الهامة الأخرى إشراك الرجال في تغيير الأنماط المتعلقة بالرعاية غير المدفوعة الأجر، بما لا يجعل أداءها مسؤولية منعقدة على المرأة بالأساس، فضلاً عن تغيير ديناميات القوة والسلطة المنزلية ومقومات الاختيار بُغية تحقيق قدر أوفى من التوازن. ويمكن لسياسات الأبوة وإجازات الأبوين أن تشجع الرجال على المشاركة في تقديم الرعاية، خصوصاً إذا تعذر نقل الإجازة إلى الطرف الآخر. وقد بات الأخذ بهذه الأحكام أكثر شيوعاً، لكنه لم يصل بعد سوى إلى عدد محدود من الأسر في البلدان النامية، خصوصاً في قوة العمل غير النظامية. كما يمكن للسياسات العامة أن تبذل جهداً أكبر لتحث الرجال على نسف القوالب الفكرية النمطية ودخول مهن الرعاية التي

فخ الذهنية الذكورية

2010 تعرضت فتاة في سن 11 للاغتصاب من عصابة زاد عدد فتيانها ورجالها على اثني عشر في الولايات المتحدة، وأفادت وسائل الإعلام المحلية بأن الضحية كانت معروفة بارتدائها ملابس لا تليق بسنها. وفي أفغانستان، يجوز سجن الناجيات من الاغتصاب بتهمة ارتكاب "جرائم أخلاقية".

وعلى ذلك، فإن لوم الضحية وتشنيبها بدلاً من الجناة هو مسلك يعود أصله إلى الأعراف التي تشجع الرجال على الهيمنة - لا على جسد المرأة فحسب، بل على الأسرة أيضاً. يسترجم ليكون سؤالاً طرحه على مجموعة من الرجال عن سبب تطلعهم إلى الزواج، فأجاب أحدهم: "أريد أن أحكم أسرتي. أريد من يطهو لي، ويغسل لي ثيابي، وولد لي، ويراعي بيتي."

يرى جاي سيلفرمن، الأستاذ بكلية سان ديبغو للطب في جامعة كاليفورنيا؛ المتخصص في دراسة الإكراه الإنجابي، أن هذه التوجهات شائعة عالمياً. وبضيف: "حق الرجل في السيطرة على الشريكة غالباً ما يمتد إلى الأطفال. ويتقوى مفهوم ذلك الحق

بشأن المرأة والسلام والأمن لعام 2019. وفي الحقيقة فإن الضحايا حول أنحاء العالم يلحق بهنّ اللوم بذريعة تسببهن في العنف القائم على النوع الاجتماعي من خلال وجودهن في المكان غير المناسب، أو ارتداء ملابس غير مناسبة، أو التصرف بأسلوب غير لائق، أو لمجرد اكتمال النضج الجسدي في سن مبكرة. وغالباً ما تعد تلك العوامل من أسباب التخفيف عن الجناة أو تبرئتهم.

فمثلاً: شهد العام 1998 حكماً من المحكمة الإيطالية العليا بإلغاء إدانة رجل بالاغتصاب كانت ضحيته ترتدي بنطال جينز أزرق ضيقاً وقت الاعتداء عليها. وفي العام

تنعم مرتفعات غواتيمالا الوسطى بجمال خصيب باهر، لكنه يخفي تحت ظلاله واقعاً مظلماً للنساء والفتيات كما يرى ألغزاندرو أرماندو مورليس تيكون، معلم الشباب من السكان الأصليين ونصير المساواة بين الجنسين في دائرة كينشي الريفية. إذ يقول: "تُلام النساء في كثير من الأماكن حال تعرضهن لاعتداء بذريعة إغوائهن للمعتدين أو المغتصبين بسبب الملابس - مثلاً - أو بسبب تصرفاتهن."

هذه التوجهات ليست غريبة على غواتيمالا التي تأتي في ذيل بلدان وأقاليم العالم الثالث بشأن تدابير سلامة المرأة ورفاهها حسب مؤشر جامعة جورجتاون

"تُلام النساء في كثير من الأماكن حال تعرضهن لاعتداء بذريعة إغوائهن للمعتدين أو المغتصبين."



ألكسندر أرماتو موراليس تيك يقوم بتنقذ الشباب حول المساواة بين الجنسين. العمل الفني الأصلي بواسطة نعومي فونا؛ الصورة © صندوق الأمم المتحدة للسكان/ج. سيرانو

الذكورية"؛ ذلك بأنها أعراف تربط
"بين عدم الزواج وافتقار الذكر
للرجولة. وأن الرجل إذا خلا من
علاقة فهو عديم الرجولة."

حسب تحذير تيكون؛ فتلك الأعراف
القائمة على النوع الاجتماعي قد
تحلّف لدى الرجال شعوراً بالوقوع
في الفخ أيضاً، وهذا رأي تيكون
المستند إلى أن تلك الأعراف تدعو
إلى "نموذج مهيمن من الذهنية

بكل أشكال الهياكل والأعراف
المختلفة في المجتمعات المحلية
والشعوب في أنحاء العالم."

لكن النتيجة ليست شكلاً بسيطاً من
أشكال التدافع بين الرجل والمرأة،

الجسدية تربطها بأفكار سلبية بسبب تأثيرات الذهنية الذكورية المُغالية".
لذا يريد زونيغا من الرجال والفتيان الأخذ بالأعراف الجديدة التي تحرر الرجال والنساء على السواء من المُثل التراثية الذكورية. ويضيف: "ما يستحقه مجتمعنا... مُثل ذكورية جديدة، أي منظور جديد لمعنى الرجولة، وأساليب تعضد المساواة في الفرص وتعززها من أجل التنمية، مع تمكين الجميع من العيش بكرامة".

والإعلانات. ففي منطقتي يُحضّر حساء دجاج لذيد عندما يولد ذكر، وعند ميلاد أنثى، يخيم صمتٌ مُطبق، وكأننا نسهر على راحة فقيد ليلة دفنه".
ومن ثم، فإن أي شيء يقوِّض تلك الأعراف (بما في ذلك مفهوم الاستقلالية الجسدية نفسه) قد يُعدّ تهديداً في تقدير روميو أليخاندرو مينديز، وهو معلم شاب وناشط في كيتشي ومن السكان الأصليين، إذ يقول: "القلة التي سمعت بالاستقلالية

أما النساء فينهضن دور في ترسيخ تلك المعتقدات أيضاً كما يضيف الخبير، إذ يقول: "تؤكد نساء كثيرات أيضاً أنه من المقبول ضرب المرأة حين لا تقي بواجباتها، كأن تقصّر في غسل ثياب زوجها أو أن تحرق طعامه... ويقال إنه يُستحسن ضرب المرأة حال عدم امتثالها لما يرضي زوجها".
تلك الأفكار تُعزّس في النفوس مبكراً كما يرى تيكون من خلال "الموسيقى والألعاب والصور

مقومات التمكين والاستقلال الذاتي من خلال التركيز المحوري على الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية (المجلس الاقتصادي والاجتماعي، 2019). ولم تكن تلك التوجهات بالأهمية المطلوبة حالياً في خطط التعافي من جائحة كوفيد-19، لا سيما وأن الأسر الفقيرة وذات الظروف الكالحة المتفاقمة تكافح للتأقلم مع التراجع الاقتصادي بأساليب من بينها تزويج فتياتها.

إن خطط العمل الوطنية المعنية بالمساواة بين الجنسين والمؤسسات المختصة بذلك في حاجة إلى موارد كافية كونها تعاني معاناة مزمنة من ضعف التمويل والعجز عن الوفاء بواجباتها (المجلس الاقتصادي والاجتماعي، 2019). وتنسحب الحقيقة نفسها على منظمات المجتمع المدني المعنية بالمرأة، كونها تنصدر -في غالب الأحيان-

الاستقلال الذاتي يقتضي الاستثمار فيه

يفرض التمييز القائم على النوع الاجتماعي عوائق حادة متعددة أمام تمكين المرأة واستقلالها، لكن إزالة تلك العوائق يتطلب استثماراً ضخماً مستمراً بالتماهي مع مبادئ الإنصاف والمساواة، وإبداء اهتمام خاص بأوجه عدم المساواة المتشابكة. لكن التمويل يقصر في المعتاد عما هو مطلوب لأسباب تبدأ بالحقائق الاقتصادية الموجهة نحو تركيز الموارد في أيدي قليلة محظية، ومعظمها هي أيدي رجال.

بيد أن توجيه استثمارات كبيرة ومستمرة إلى الخدمات المتكاملة المعنية بالحماية الاجتماعية والصحة والتعليم من شأنه أن يتصدى لمخاطر ومكامن ضعف كثيرة تكابدها المرأة والفتاة طيلة الحياة، ومن شأنه أيضاً أن يرسخ

جبهات حماية استقلال المرأة وحقوقها. كما تقدم تلك المنظمات كثيراً من الخدمات لمساعدة الناجيات من العنف القائم على النوع الاجتماعي - على سبيل المثال - لكنها تعاني من ضعف شديد في التمويل حتى قبل جائحة كوفيد-19. وفي حين أن الحاجة إلى تلك الخدمات ارتفعت على نحو هائل في إبان الأزمة، لم يواكب ذلك الارتفاع زيادة في التمويل في كثير من الحالات. وليس أدل على ذلك من توقف 12 في المائة من منظمات المجتمع المدني المعنية بالقضاء على العنف ضد المرأة توقفاً تاماً عن تقديم خدماتها في منطقة آسيا والمحيط الهادئ، فيما ظلَّ 71 في المائة من منظمات المنطقة يباشر عمله جزئياً (اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لآسيا والمحيط الهادئ وهيئة الأمم المتحدة للمساواة بين الجنسين وتمكين المرأة، 2020). أما المجموعات الأصغر حجماً التي تباشر عملاً رانداً وفق خطط ومرجعيات مكرسة لحقوق المرأة فكثيراً ما تكون من بين أقل الجهات حظاً في المعونات الدولية وغيرها من هبات المانحين.

إنَّ التمويل مطلوبٌ للقضاء على وفيات الأمومة الممكن اتقاؤها وتلبية كل الاحتياجات غير الملباة في مجال تنظيم الأسرة ووقف العنف القائم على النوع الاجتماعي؛ ويقدر ذلك التمويل المطلوب حتى عام 2030 في كل أنحاء العالم بنحو 264 مليار دولار أمريكي وفق دراسة مشتركة بين صندوق الأمم المتحدة للسكان وجامعة جونز هوبكنز، بالتعاون مع جامعة فكتوريا وجامعة واشنطن ومنظمة أفينير هيلث. ولا شك في أنَّ تحقيق تلك الأهداف سيساهم في تحقيق الاستقلالية الجسدية للمرأة (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2020و).

الاستقلال الذاتي يتطلب القياس

تمثل أهداف التنمية المستدامة نقلةً في الدعوة إلى قياس معدل التقدم المتحقق على صعيد المساواة بين الجنسين، بما في ذلك مدى تمتع النساء والمراهقات بحرية الاختيار والقرار حيال أجسادهن. لكن ما زالت فجوات البيانات كبيرة، لا سيما تقسيماتها وفق النوع الاجتماعي.

فقد لا تكون البيانات وفق النوع الاجتماعي قد جُمعت من الأصل؛ أو ربما أهملت أو بقيت بلا مشاركة حتى إن وُجدت. كما أن التفاوت في كفاءات جمعها يحول دون إجراء تحليل أساسي لكيفية اختلاف اتجاهاتها بمر الوقت.

يؤدي هذا الافتقار إلى المعلومات بشأن ما يحدث في واقع حياة المرأة والفتاة تلقائياً إلى إضعاف إمكانية تطوير الخدمات وإعداد السياسات بما يحقق الدعم الأنجع للمساواة بين الجنسين والاستقلال الذاتي. وربما أصبح ذلك محركاً للتمييز متى ظلت قضايا مثل العنف القائم على النوع الاجتماعي والرعاية غير المدفوعة الأجر طَي الكتمان، بلا رصد ولا علاج.

لم يخصص سوى 13 في المائة من البلدان ميزانيات لجمع إحصاءات وفق النوع الاجتماعي، ولتحليلها؛ علماً بأنَّ أهداف التنمية المستدامة تضم 54 مؤشراً خاصاً بالنوع الاجتماعي، ومع ذلك فلا ترد بيانات منتظمة إلا عن 22 في المائة منها من جميع أنحاء العالم (هيئة الأمم المتحدة للمساواة بين الجنسين وتمكين المرأة، 2018). وعلى ذلك، توجد أوجه قصور ضخمة في البيانات المتعلقة بالمرأة في سن الإنجاب؛ والدراسة الرقمية عند الفتيات؛ والنوع الاجتماعي والبيئة، وغير ذلك (مبادرة البيانات الجنسانية (Data2x)، 2020).

يضاف لما سبق الضعف الشديد في قياس القرار المتخذ عن علم لدى المرأة، كما أن البيانات تتراوح بين منقوصة أو غير دورية بشأن استفادة المرأة من الخدمات الصحية وبشأن القوانين التي تضمن الإتاحة الكاملة المنصفة للرعاية في مجالات الصحة الجنسية والإنجابية. ومن المفترق إليه أيضاً بيان الاحتياجات المتشابهة، لا سيما بالنسبة إلى النساء والمراهقات في ظروف الأزمات الإنسانية، وأفراد مجتمع الميم، والنساء ذوات الإعاقة. علاوة على أن البيانات الصحية للمراهقين ليست مصنفة حسب النوع في المعتاد، كما أن البيانات المتعلقة بالفتيات المعزولات اجتماعياً تنسم بالندرة على وجه الخصوص (مبادرة البيانات الجنسانية (Data2x)، 2020أ).

الحيوية، مع التعويل في ذلك على بعض الزخم المشهود حالياً في هذا الصدد (بريور، 2020).

عالم يكفل الحقوق والاختيار والاستقلال الذاتي

كثرت المبررات والتبريرات والنظريات المطروحة تسويغاً لحرمان النساء والفتيات من حقوقهن واختياراتهن، ولإخضاع أجسادهن لأهواء الغير. لكن إذا سُمح لتلك الذرائع بالاستمرار فلن يتحقق أي هدف تقريباً من أهداف التنمية المستدامة بحلول عام 2030. وهذا يعني وجود احتمالات بعدم تحقيق التقدم الإنساني والاجتماعي والاقتصادي الذي ينشده المجتمع الدولي وفق خطة التنمية 2030 للتنمية المستدامة، وهذا ما سيضر بالجميع.

إن المساواة بين الجنسين متغير حاسم في معادلة النجاح، وينسحب ذلك أيضاً على إحقاق حقوق أفراد مجتمع الميم وذوي الإعاقة وكل من يتعرض للتمييز أو يُحرم من الاستقلال الذاتي بسبب الأصل العرقي أو الإثني أو الوضع الاقتصادي؛ كما ينبغي تمكين كل إنسان من القدرة على اتخاذ قراراته بنفسه بخصوص الرعاية الصحية ووسائل تنظيم الأسرة والعلاقة الحميمة.

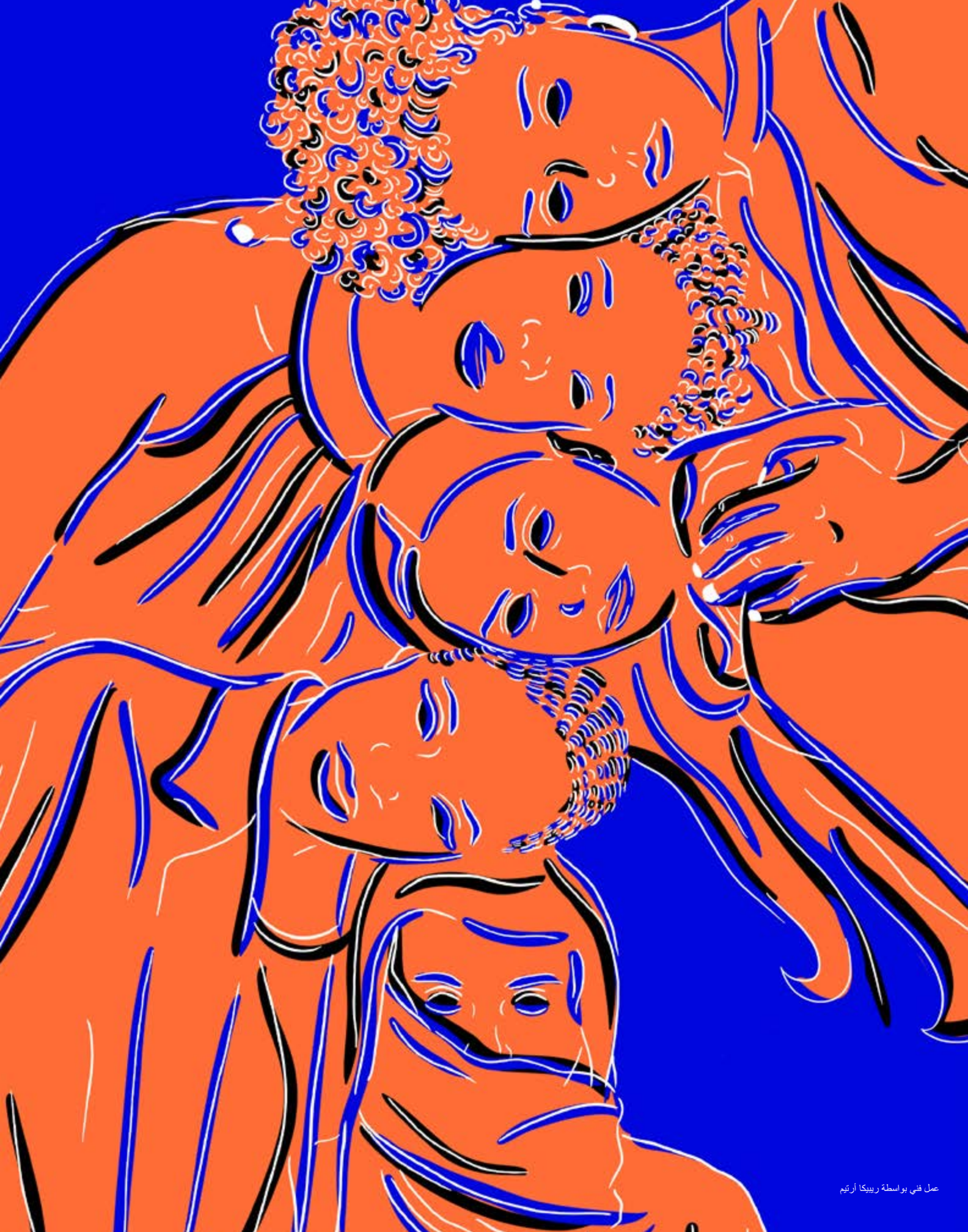
هنا تتعقد على الحكومات وعلى كل المؤسسات الاجتماعية والاقتصادية والمجتمعات المحلية والأسر والرجال أدواراً في تدعيم حقوق المرأة والتوسع في آفاق القضاء على التمييز. أي أن الارتقاء بالجهود محتّم على الجميع، كيف لا وقد ظهر "جيل المساواة" الجديد - وهو جيل لن ينتظر حدوث التغيير، بل لا ينبغي له أن ينتظر.

الإنسان وحده هو صاحب الحق في اتخاذ القرار وتحديد الاختيار فيما يخص جسده وحياته، وهو وحده صاحب الحق في القبول أو الرفض، وبوسعنا جميعاً تحقيق هذه الغاية.

ولا بد في نظم البيانات من التصميم الاستراتيجي بما يضمن رصد التجارب الشائعة للنساء والفتيات، مع مراعاة التصنيف الدقيق الذي يبين التنوع فيها (مبادرة البيانات الجنسانية (Data2x)، 2020). ويلزم أن تتسم تلك النظم بالمنهجية والشمول، علاوة على الأخذ بمبادئ حقوق الإنسان منعاً للتمييز والتمييز، وهو اتجاه ينبغي انتهاجه عبر سياسة وطنية.

ومن الأولويات الأخرى اجتناب تجزئة النوع الاجتماعي في قضايا أو مجالات عمل بعينها، فهذا يحدث حالياً حتى في العمل المختص بأهداف التنمية المستدامة التي يوصف ستة منها (من أصل 17 هدفاً) بأنها "غير ملتفتة لاعتبارات النوع الاجتماعي"؛ وهو ما يعني أنها لا تأتي على ذكر النوع الاجتماعي حتى وإن تطلب تحقيق الهدف التعامل مع بعض جوانب المساواة بين الجنسين (هيئة الأمم المتحدة للمساواة بين الجنسين وتمكين المرأة، 2018). ويمكن إدراج مزيد من الأسئلة الكاشفة للأبعاد الأوسع نطاقاً للاختيار والاستقلالية الجسدية ضمن الدراسات الاستقصائية الوطنية. كذلك يقصر القياس عن رصد أوجه الارتباط بين الأهداف العالمية (مبادرة البيانات الجنسانية (Data2x)، 2020)، وهذه مشكلة تتجلى أيضاً في التقسيمات "القطاعية" لدى كثير من نظم الإحصاء الوطنية.

وترتيباً على ما سبق، فإن زيادة الاستثمار في البيانات القائمة على النوع الاجتماعي يتطلب خطة عمل وطنية كاملة التمويل في هذا المجال بحيث تغطي كل مصادر البيانات والإحصاءات هدفاً بمراحل رئيسية قابلة للقياس. ويمكن استهلال التعاون مع هيئات الإحصاء الوطنية من خلال توضيح قيمة جمع بيانات النوع الاجتماعي والتعامل مع فروق النوع في البيانات الإدارية الهامة - مثل التسجيل المدني والإحصاءات



الصحة الجنسية والإنجابية

بيانات العالم وبيانات إقليمية	نطاق عدم اليقين لنسبة وفيات الأمهات (عدد الوفيات لكل مولود حي) 100000		نطاق عدم اليقين لنسبة وفيات الأمهات (تقدير أدنى)		نطاق عدم اليقين لنسبة وفيات الأمهات (تقدير أعلى)		الولادات بإشتراف عاملين في القطاع الصحي ذوي كفاءة، نسبة مئوية	عدد الإصابات الجيدة بفيروس نقص المناعة البشرية، من جميع الأعمار، لكل 1000 نسمة من الفئات السكانية غير المصابة	مُحل انتشار وسائل تنظيم الأسرة، بين النساء في سن 15-49، نسبة مئوية		الاحتياجات غير الملبية لتنظيم الأسرة، للنساء في سن 15-49، نسبة مئوية		نسبة الاحتياجات الملبية، بوسائل حديثة، بين جميع النساء في سن 15-49	القوانين والأنظمة التي تضمن الحصول على الرعاية والمعلومات والتعليم في مجال الصحة الجنسية والإنجابية، نسبة مئوية
	2017	2017	2017	2017	2017	2017			2018	2019-2014	2017	2017		
العالم	211	199	243	81	208	121	151	90	208	121	151	77	73	2019
المناطق الأكثر نمواً	12	11	13	99	140	108	120	85	140	108	120	9	84	2021
المناطق الأقل نمواً	232	219	268	79	268	219	232	79	268	219	232	9	69	2021
أقل البلدان نمواً	415	396	477	61	477	396	415	61	477	396	415	16	71	2021
مناطق صندوق الأمم المتحدة للسكان														
الدول العربية	151	121	208	90	208	121	151	90	208	121	151	10	53	2021
منطقة آسيا والمحيط الهادئ	120	108	140	85	140	108	120	85	140	108	120	7	72	2021
أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى	20	18	22	99	22	18	20	99	22	18	20	8	82	2021
أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي	74	70	80	94	80	70	74	94	80	70	74	8	66	2021
شرق أفريقيا والجنوب الأفريقي	391	361	463	64	463	361	391	64	463	361	391	16	75	2021
وسط وغرب أفريقيا	717	606	917	55	917	606	717	55	917	606	717	17	70	2021
الدول والإقليم والمناطق الأخرى														
الاتحاد الروسي	17	13	23	100	23	13	17	100	23	13	17	6	-	2019
إثيوبيا	401	298	573	28	573	298	401	28	573	298	401	15	-	2021
أذربيجان	26	21	32	99	32	21	26	99	32	21	26	9	-	2021
الأرجنتين	39	35	43	0.15	43	35	39	0.15	43	35	39	7	-	2021
الأردن	46	31	65	100	65	31	46	100	65	31	46	8	-	2021
أرمينيا	26	21	32	100	32	21	26	100	32	21	26	8	87	2021
أروبا	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
إريتريا	480	327	718	-	718	327	480	-	718	327	480	9	-	2021
إسبانيا	4	3	5	-	5	3	4	-	5	3	4	9	-	2021
أستراليا	6	5	8	97	8	5	6	97	8	5	6	8	-	2021
إستونيا	9	5	13	99	13	5	9	99	13	5	9	7	-	2021
إسرائيل	3	2	4	-	4	2	3	-	4	2	3	5	-	2021
إسواتيني	437	255	792	-	792	255	437	-	792	255	437	10	-	2021
أفغانستان	638	427	1010	59	1010	427	638	59	1010	427	638	23	54	2021
إكوادور	59	53	65	96	65	53	59	96	65	53	59	6	-	2021
ألبانيا	15	8	26	-	26	8	15	-	26	8	15	5	-	2021
ألمانيا	7	5	9	99	9	5	7	99	9	5	7	5	-	2021
الإمارات العربية المتحدة	3	2	5	100	5	2	3	100	5	2	3	12	-	2021
أنغيوا وبرودا	42	24	69	100	69	24	42	100	69	24	42	10	-	2021
إندونيسيا	177	127	254	95	254	127	177	95	254	127	177	8	-	2021
أنغولا	241	167	346	47	346	167	241	47	346	167	241	15	66	2021
أوروغواي	17	14	21	100	21	14	17	100	21	14	17	6	-	2021
أوزبكستان	29	23	37	100	37	23	29	100	37	23	29	6	-	2021
أوغندا	375	278	523	74	523	278	375	74	523	278	375	19	-	2021
أوكرانيا	19	14	26	100	26	14	19	100	26	14	19	6	-	2021
إيران (جمهورية إسلامية)	16	13	20	99	20	13	16	99	20	13	16	4	-	2021
أيرلندا	5	3	7	100	7	3	5	100	7	3	5	6	-	2021
آيسلندا	4	2	6	98	6	2	4	98	6	2	4	-	-	2021
إيطاليا	2	1	2	100	2	1	2	100	2	1	2	7	-	2021
بابوا غينيا الجديدة	145	67	318	56	318	67	145	56	318	67	145	18	-	2021
باراغواي	84	72	96	98	96	72	84	98	96	72	84	8	-	2021
باكستان	140	85	229	69	229	85	140	69	229	85	140	12	65	2021
البحرين	14	10	21	100	21	10	14	100	21	10	14	5	-	2021

الصحة الجنسية والإنجابية

القرنين والأنظمة التي تضمن الحصول على الرعاية والمعلومات والتعليم في مجال الصحة الجنسية والإنجابية، نسبة مئوية

نسبة الاحتياجات الملبية، بوسائل حديثة، بين جميع النساء في سن 49-15

الاحتياجات غير الملبية لتنظيم الأسرة، للنساء في سن 49-15، نسبة مئوية

مُحلّ انتشار وسائل تنظيم الأسرة، بين النساء في سن 15-49، نسبة مئوية

عدد الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشرية، من جميع الأعمار، لكل 1000 نسمة من الفئات السكانية غير المصابة

الولادات بإشراف عاملين صحي ذوي كفاءة، نسبة مئوية

نطاق عدم اليقين لنسبة وفيات الأمهات (80%)، تقدير أعلى

نطاق عدم اليقين لنسبة وفيات الأمهات (80%)، تقدير أدنى

نسبة وفيات الأمهات (عدد الوفيات لكل 100000 مولود حي)

الدول والأقاليم والمناطق الأخرى	2017	2017	2017	2019-2014	2018	2021	2021	2021	2021	2021	2021	2021	2019
البرازيل	60	58	61	99	-	65	80	63	77	6	7	89	-
بربادوس	27	17	39	99	0.58	50	63	50	61	12	14	76	44
البرتغال	8	6	11	99	0.07	61	75	52	65	7	7	78	-
بروناي دار السلام	31	21	45	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-
بلجيكا	5	4	7	-	-	59	67	58	66	6	8	90	-
بلغاريا	10	6	14	100	0.05	65	79	50	57	5	7	71	-
بليز	36	26	48	94	0.81	44	57	42	53	14	18	71	42
بنغلاديش	173	131	234	53	0.01	55	66	48	57	9	11	75	-
بنما	52	45	59	93	0.32	48	60	48	56	14	17	73	-
بنين	397	291	570	78	0.34	17	18	14	14	25	31	33	91
بوتان	183	127	292	96	0.11	39	60	38	58	8	13	80	-
بوتسوانا	144	124	170	100	4.36	57	69	56	68	8	10	86	-
بورنوريكو	21	16	29	-	-	57	82	52	74	6	5	82	-
بوركينافاسو	320	220	454	80	0.12	30	34	29	33	20	24	58	72
بوروندي	548	413	728	85	0.16	19	31	17	28	17	28	47	64
البوسنة والهرسك	10	5	16	100	0.01	38	49	38	49	21	11	38	-
بولندا	2	2	3	100	-	53	73	53	57	6	8	72	-
بوليفيا (دولة - المتحدة القوميات)	155	113	213	72	0.13	48	67	45	49	12	16	59	-
بولينزيا الفرنسية	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
البيرو	88	69	110	92	0.10	55	77	42	57	5	7	70	-
بيلاروس	2	1	4	100	0.22	61	70	52	58	6	8	78	87
تايلند	37	32	44	99	0.09	56	80	56	78	4	5	91	-
تركمانستان	7	5	10	100	-	37	55	34	51	10	14	74	-
تركيا	17	14	20	98	-	48	71	33	49	7	10	61	-
ترينيداد وتوباغو	67	50	90	100	-	40	49	36	45	14	20	66	32
تشاد	1140	847	1590	24	0.44	7	8	6	7	18	24	25	75
توغو	396	270	557	69	0.70	24	26	22	24	22	31	48	73
توفالو	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
تونس	43	33	54	100	0.02	30	58	26	50	7	13	69	-
تونغا	52	24	116	-	-	20	37	17	32	13	25	52	-
جامايكا	80	67	98	100	-	42	68	40	64	9	11	78	-
الجيل الأسود	6	3	10	99	0.08	26	26	18	15	17	22	43	52
الجزائر	112	64	206	-	0.03	35	64	31	57	6	9	76	-
جزر البهاما	70	48	110	99	0.55	45	67	43	65	9	12	80	-
جزر القمر	273	167	435	-	0.00	20	27	16	22	19	29	41	-
جزر تركس وكايكوس	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
جزر سليمان	104	70	157	86	-	24	33	20	27	13	17	54	-
جزر فيرجن التابعة للولايات المتحدة	-	-	-	-	-	52	75	49	70	8	8	81	-
جمهورية أفريقيا الوسطى	829	463	1470	-	1.20	23	26	17	20	18	22	42	77
الجمهورية التشيكية	3	2	5	100	0.05	63	85	56	76	3	4	85	70
الجمهورية الدومينيكية	95	88	102	100	0.26	57	72	55	70	9	10	84	-
الجمهورية العربية السورية	31	20	50	-	0.00	37	62	28	46	8	13	62	77
جمهورية الكاميرون	529	376	790	69	1.02	27	23	22	23	16	23	51	-
جمهورية الكونغو	378	271	523	91	1.03	42	43	28	27	15	19	50	53
جمهورية الكونغو الديمقراطية	473	341	693	80	0.21	23	25	12	12	25	26	28	-
جمهورية تنزانيا المتحدة	524	399	712	64	1.41	36	44	32	32	16	20	61	-

الصحة الجنسية والإنجابية

الدول والإقليم والمناطق الأخرى	نسبة وفيات الأمهات (عدد الوفيات لكل مولود حي) 100000	نطاق عدم اليقين لنسبة وفيات الأمهات (تقدير أدنى ¹)		نطاق عدم اليقين لنسبة وفيات الأمهات (تقدير أعلى ¹)		الولادات بإشراف عاملين في القطاع الصحي ذوي كفاءة، نسبة مئوية	عدد الإصابات الجدية بفيروس نقص المناعة البشرية، من جميع الأعمار، لكل 1000 نسمة من الفئات السكانية غير المصابة	مُعدّل انتشار وسائل تنظيم الأسرة، بين النساء في سن 15-49، نسبة مئوية						
		أدنى ¹	أعلى ¹	أدنى ¹	أعلى ¹			أدنى ¹	أعلى ¹	أدنى ¹	أعلى ¹			
2019	2021	2021	2021	2021	2021	2018	2019-2014	2017	2017	2017				
–	52	24	14	29	17	32	19	–	57	192	102	142	جمهورية تيمور-ليشتي الديمقراطية	
–	82	5	6	73	51	81	56	–	100	13	9	11	جمهورية كوريا	
83	84	9	8	71	55	74	58	–	100	203	38	89	جمهورية كوريا الديمقراطية الشعبية	
96	74	11	8	54	34	61	39	0.08	64	253	139	185	جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية	
–	67	12	9	50	42	64	53	0.25	100	24	15	19	جمهورية مولدوفا	
95	82	14	11	57	50	58	50	4.94	97	153	96	119	جنوب أفريقيا	
16	21	30	20	7	5	8	6	1.56	–	1710	789	1150	جنوب السودان	
93	52	19	13	34	24	47	32	0.18	99	29	21	25	جورجيا	
–	50	27	15	28	16	29	16	0.57	–	527	116	248	جيبوتي	
90	88	7	5	74	61	78	65	0.02	95	5	3	4	الدانمرك	
–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	–	–	–	–	دومينيكا
–	79	11	11	65	47	68	49	0.19	92	75	45	58	الראس الأخضر	
–	69	17	12	53	31	58	34	0.29	91	347	184	248	رواندا	
–	75	8	5	58	45	72	55	0.04	97	25	14	19	رومانيا	
–	83	9	9	71	48	72	49	–	–	–	–	–	ريونيون	
91	68	18	15	50	35	53	37	2.97	63	289	159	213	زامبيا	
–	85	10	8	68	49	69	49	2.79	86	577	360	458	زيمبابوي	
–	39	41	24	27	16	29	17	–	83	97	20	43	ساموا	
–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	سان مارينو
81	80	12	10	64	48	67	50	–	99	100	44	68	سانت فنسنت وجزر غرينادين	
–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	–	–	–	–	سانت كيتس ونيفيس
–	76	15	12	57	46	61	49	–	100	197	71	117	سانت لوسيا	
–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	سانت مارتن
54	59	27	21	43	33	46	36	–	93	217	73	130	ساو تومي وبرينسيبي	
89	74	7	5	55	37	67	45	0.01	100	41	31	36	سري لانكا	
83	81	10	8	69	49	73	52	0.11	100	57	36	46	السلفادور	
–	79	6	4	66	48	79	56	0.02	98	7	4	5	سلوفاكيا	
–	76	5	6	67	45	80	54	–	–	9	5	7	سلوفينيا	
–	77	10	6	61	36	69	40	0.04	100	13	5	8	سنغافورة	
–	56	22	16	29	21	31	22	0.08	74	434	237	315	السنغال	
57	34	28	18	14	10	16	11	0.13	78	408	207	295	السودان	
45	68	23	15	45	33	46	33	0.49	98	144	96	120	سورينام	
100	84	8	6	66	57	73	62	–	–	6	3	4	السويد	
92	89	7	4	69	68	73	72	–	–	7	3	5	سويسرا	
65	57	24	20	25	27	25	28	0.55	87	1620	808	1120	سيراليون	
–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	109	26	53	–	سينشيل
–	85	8	6	71	59	77	63	0.27	100	14	11	13	ثيبي	
–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	الصحراء الغربية
86	56	13	10	30	33	56	49	0.02	98	17	9	12	صربيا	
–	23	27	16	12	7	27	16	0.03	–	1590	385	829	الصومال	
–	91	3	4	83	67	85	69	–	100	35	22	29	الصين	
–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	الصين، منطقة مكاو الإدارية الخاصة
–	81	9	8	67	45	70	48	–	–	–	–	–	–	الصين، منطقة هونغ كونغ الإدارية الخاصة
–	55	22	16	29	22	32	24	0.09	95	26	10	17	–	طاجيكستان
39	57	13	9	39	26	56	37	–	96	113	53	79	العراق	
–	40	26	15	24	14	35	21	0.07	99	22	16	19	عُمان	

الصحة الجنسية والإنجابية

القرنين والأنظمة التي تضمن الحصول على الرعاية والمعلومات والتعليم في مجال الصحة الجنسية والإنجابية، نسبة مئوية

نسبة الاحتياجات الملية، بوسائل حديثة، بين جميع النساء في سن 49-15

الاحتياجات غير الملية لتنظيم الأسرة، للنساء في سن 49-15، نسبة مئوية

مُعدّل انتشار وسائل تنظيم الأسرة، بين النساء في سن 15-49، نسبة مئوية

عدد الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشرية، من جميع الأعمار، لكل 1000 نسمة من الفئات السكانية غير المصابة

الولادات بإشراف عاملين صحي ذوي كفاءة، نسبة مئوية

نطاق عدم اليقين لنسبة وفيات الأمهات (80%)، تقدير أعلى

نطاق عدم اليقين لنسبة وفيات الأمهات (80%)، تقدير أدنى

نسبة وفيات الأمهات (عدد الوفيات لكل 100000 مولود حي)

الدول والأقاليم والمناطق الأخرى	2017	2017	2017	2019-2014	2018	2021	2021	2021	2021	2021	2021	2021
غابون	252	165	407	-	1.01	37	30	27	18	24	53	58
غامبيا	597	440	808	-	1.06	11	11	15	15	17	39	83
غانا	308	223	420	78	0.70	27	36	23	31	19	51	-
غرينادا	25	15	39	100	-	45	64	42	59	10	76	-
غواتيمالا	95	86	104	70	0.14	42	64	36	53	9	70	-
غواتيمالا	-	-	-	-	-	46	60	41	53	11	73	-
غوام	-	-	-	-	-	42	66	36	56	7	75	-
غيانا	169	132	215	96	0.51	34	46	32	44	17	63	75
غيانا الفرنسية	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
غينيا	576	437	779	55	0.52	12	10	10	9	20	33	-
غينيا الاستوائية	301	181	504	-	4.21	17	17	15	14	23	37	-
غينيا بيساو	667	457	995	45	1.43	29	20	27	19	16	60	70
فانواتو	-	-	-	-	-	36	48	31	41	15	61	-
فرنسا	8	6	9	98	0.09	65	78	63	75	4	91	-
الفلبين	121	91	168	84	0.13	36	57	27	43	10	58	75
فلسطين ¹¹	-	-	-	100	-	41	62	31	47	7	65	60
فنزويلا (جمهورية - البوليفارية)	125	97	170	99	-	56	76	52	71	8	82	-
فنلندا	3	2	4	100	0.04	79	82	74	78	3	91	98
فجي	34	27	43	100	-	35	51	30	44	12	65	-
فييتنام	43	32	61	94	0.06	59	80	50	67	4	79	54
قبرص	6	4	10	98	-	-	-	-	-	-	-	-
قطر	9	6	14	100	-	30	48	26	40	10	64	-
قيرغيزستان	60	50	76	100	0.09	29	41	27	39	13	66	73
كازاخستان	10	8	12	100	0.14	43	53	40	51	11	75	63
كاليدونيا الجديدة	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
كرواتيا	8	6	11	100	0.02	51	71	36	47	7	63	-
كمبوديا	160	116	221	89	0.05	43	63	32	46	7	63	98
كندا	10	8	14	98	-	74	82	70	77	3	91	-
كوبا	36	33	40	100	0.15	70	75	69	74	7	89	-
كوت ديفوار	617	426	896	74	0.70	26	26	23	22	21	49	63
كوراساو	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
كوستاريكا	27	24	31	99	0.21	55	73	53	71	9	84	62
كولومبيا	83	71	98	99	0.14	64	82	60	77	6	87	97
الكويت	12	8	17	100	0.04	41	60	34	49	9	67	-
كيريباس	92	49	158	-	-	20	26	16	21	18	44	-
كينيا	342	253	476	62	1.02	46	64	45	62	12	77	-
لاتفيا	19	15	26	100	0.19	61	72	54	62	6	81	70
لبنان	29	22	40	-	0.02	29	62	21	46	6	61	-
لكسمبرغ	5	3	8	-	0.09	-	-	-	-	-	-	-
ليبيريا	661	481	943	-	0.39	28	30	27	29	25	51	-
ليبيا	72	30	164	-	0.07	25	39	16	25	17	38	33
ليتوانيا	8	5	12	100	-	46	66	38	53	8	70	88
ليسوتو	544	391	788	87	7.80	53	66	52	65	11	81	-
مارتينيك	-	-	-	-	-	47	62	43	56	11	74	-
مالطة	6	4	11	100	-	64	85	64	66	3	74	90
مالي	562	419	784	67	0.78	18	19	17	19	21	45	79

الصحة الجنسية والإنجابية

2019	2021	الاحتياجات غير الملباة لتنظيم الأسرة، للنساء في سن 15-49، نسبة مئوية		مُعدّل انتشار وسائل تنظيم الأسرة، بين النساء في سن 15-49، نسبة مئوية				عدد الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشرية، من جميع الأعمار، لكل 1000 نسمة من الفئات السكانية غير المصابة	الولادات بإشراف عاملين في القطاع الصحي ذوي كفاءة، نسبة مئوية	نطاق عدم اليقين لنسبة وفيات الأمهات (80%)، تقدير أعلى	نطاق عدم اليقين لنسبة وفيات الأمهات (80%)، تقدير أدنى	نسبة وفيات الأمهات (عدد الوفيات لكل 100000 مولود حي)	الدول والإقاليم والمناطق الأخرى
		الاحتياجات غير الملباة لتنظيم الأسرة، للنساء في سن 15-49، نسبة مئوية	الاحتياجات غير الملباة لتنظيم الأسرة، للنساء في سن 15-49، نسبة مئوية	وسيلة حديثة	وسيلة حديثة	أي وسيلة	الجميع						
81	57	14	9	41	25	57	35	0.18	100	36	24	29	ماليزيا
-	65	16	15	44	36	50	41	0.24	46	484	229	335	مدغشقر
44	81	12	9	59	43	61	44	0.04	92	47	27	37	مصر
-	74	11	7	61	37	71	43	0.03	87	91	54	70	المغرب
-	40	17	13	21	21	48	40	0.02	100	10	5	7	مقدونيا الشمالية
-	82	10	9	70	53	73	56	0.08	96	35	32	33	المكسيك
76	77	15	13	63	48	64	48	2.28	90	507	244	349	ملاوي
45	33	30	22	17	12	22	15	-	100	84	35	53	ملديف
-	44	25	15	24	15	30	19	-	99	30	10	17	المملكة العربية السعودية
92	87	5	4	74	67	82	73	-	-	8	6	7	المملكة المتحدة
-	70	15	13	51	37	56	41	0.01	99	56	36	45	منغوليا
62	35	29	18	16	11	18	12	0.03	69	1140	528	766	موريتانيا
73	56	10	8	43	28	67	43	0.70	100	85	46	61	موريشيوس
94	56	22	19	27	25	28	26	5.25	73	418	206	289	موزامبيق
82	78	14	8	56	33	58	33	0.20	60	351	182	250	ميلانمار
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	193	40	88	ميكرونيزيا (ولايات - الموحدة)
96	83	15	10	60	52	61	52	2.82	-	281	144	195	ناميبيا
-	89	4	4	80	63	86	67	0.02	99	3	2	2	النرويج
-	88	8	6	68	62	70	65	-	98	7	4	5	النمسا
48	63	21	17	48	38	55	43	0.03	58	267	135	186	نيبال
-	49	18	16	18	16	19	16	0.08	39	724	368	509	النيجر
-	41	19	15	15	13	20	17	0.65	43	1320	658	917	نيجيريا
-	88	6	5	79	51	82	53	0.07	96	127	77	98	نيكاراغوا
94	88	5	5	75	61	80	65	0.03	97	11	7	9	نيوزيلندا
65	50	34	23	35	26	38	28	0.69	42	680	346	480	هايتي
-	74	12	9	51	39	57	43	-	81	177	117	145	الهند
-	78	9	7	67	47	76	52	0.09	74	76	55	65	هندوراس
-	81	9	6	63	45	70	49	0.02	100	16	9	12	هنغاريا
98	89	7	6	71	61	73	63	0.03	-	7	4	5	هولندا
-	83	6	5	67	57	76	64	-	99	21	17	19	الولايات المتحدة الأمريكية
83	68	16	12	44	41	56	48	0.01	100	6	3	5	اليابان
63	48	24	15	31	20	43	27	0.04	-	235	109	164	اليمن
54	64	7	6	50	39	74	54	-	100	4	2	3	اليونان

الصحة الجنسية والإنجابية

مصادر البيانات الرئيسية

معدل وفيات الأمهات: 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).

الولادات بإشراف عاملين كفوئين في القطاع الصحي: قاعدة البيانات العالمية المشتركة بشأن الولادة بإشراف عناصر مدربة، 2020، ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف)، ومنظمة الصحة العالمية. حُسبت المجاميع الإقليمية من قبل صندوق الأمم المتحدة للسكان استناداً إلى بيانات من قاعدة البيانات العالمية المشتركة.

عدد الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشرية لكل 1000 نسمة، جميع الأعمار، من الفئات السكانية غير المصابة بالفيروس: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعنى بفيروس العوز المناعي البشري/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز).

معدل انتشار وسائل تنظيم الأسرة: شعبة السكان في الأمم المتحدة.

معدل انتشار وسائل تنظيم الأسرة، وسيلة حديثة: شعبة السكان في الأمم المتحدة.

الاحتياجات غير الملباة لتنظيم الأسرة: شعبة السكان في الأمم المتحدة.

نسبة الاحتياجات الملباة بوسائل حديثة: شعبة السكان في الأمم المتحدة.

القوانين والأنظمة التي تضمن الحصول على الرعاية والمعلومات والتعليم في مجال الصحة الجنسية والإنجابية: صندوق الأمم المتحدة للسكان.

ملاحظات

- البيانات غير متوفرة.
أ - قُوِّيت نسبة وفيات الأمهات طبقاً للمخطط التالي: > 100، لأقرب 1؛ و 100 - 999، مقربة لأقرب 1؛ و 1000، مقربة لأقرب 10.

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

تعريفات المؤشرات

معدل وفيات الأمهات: عدد وفيات الأمهات خلال فترة زمنية معينة لكل 100000 مولود حي في خلال الفترة الزمنية نفسها. (مؤشرات أهداف التنمية المستدامة 3-1-1)

الولادات بإشراف عاملين كفوئين في القطاع الصحي: النسبة المئوية للولادات التي تُجرى بإشراف عاملين كفوئين في القطاع الصحي (طبيبة أو ممرضة أو قابلة). (مؤشر أهداف التنمية المستدامة 3-1-2)

عدد الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشرية لكل 1000 نسمة، جميع الأعمار، من الفئات السكانية غير المصابة بالفيروس: عدد الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشرية لكل 1000 نسمة في السنة بين الفئات السكانية غير المصابة بالفيروس. (مؤشر هدف التنمية المستدامة 3-3-1)

معدل انتشار وسائل تنظيم الأسرة: النسبة المئوية للنساء في سن 15-49 ممن يستخدمن حالياً أي وسيلة من وسائل تنظيم الأسرة.

معدل انتشار وسائل تنظيم الأسرة، وسيلة حديثة: النسبة المئوية للنساء في سن 15-49 ممن يستخدمن حالياً إحدى وسائل تنظيم الأسرة الحديثة.

الاحتياجات غير الملباة لتنظيم الأسرة: النسبة المئوية للنساء في سن 15-49 ممن يرغبن في التوقف عن الإنجاب أو تأجيله لكنهن لا يستعملن أي وسيلة لمنع الحمل..

نسبة الاحتياجات الملباة بوسائل حديثة: النسبة المئوية للطلب الإجمالي على تنظيم الأسرة، بين النساء في سن 15-49، الذي استوفى من خلال استعمال وسائل تنظيم الأسرة الحديثة. (مؤشر هدف التنمية المستدامة 3-7-1).

القوانين والأنظمة التي تضمن الحصول على الرعاية والمعلومات والتعليم في مجال الصحة الجنسية والإنجابية: مدى تمتع البلدان بقوانين وأنظمة وطنية تضمن إتاحة الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية إتاحة تامة ومتساوية للنساء والرجال في سن 15 فما فوق وما يتصل بذلك من معلومات وتثقيف. (مؤشر أهداف التنمية المستدامة 5-6-2)

النوع الاجتماعي والحقوق ورأس المال البشري

مؤشر التكافؤ بين الجنسين، إجمالي صافي المرحلة العليا من التعليم الثانوي، المعدل التعليم الثانوي	إجمالي صافي معدل الالتحاق، المرحلة العليا من التعليم الثانوي، نسبة مئوية	مؤشر التكافؤ بين الجنسين، إجمالي صافي معدل الالتحاق، المرحلة الدنيا من التعليم الثانوي	إجمالي صافي معدل الالتحاق، المرحلة الدنيا من التعليم الثانوي، نسبة مئوية	مؤشر التكافؤ بين الجنسين، إجمالي صافي معدل الالتحاق، التعليم الإعدادي	إجمالي صافي معدل الالتحاق، التعليم الإعدادي، نسبة مئوية	اتخاذ القرارات بشأن الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية، نسبة مئوية	عنف الشريك الحميم، الأشهر الـ 12 الماضية، نسبة مئوية	انتشار تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية (المعروف بالختان) بين الفتيات في سن 15-19، نسبة مئوية	زواج الأطفال حتى سن 18، نسبة مئوية	معدل الولادات لدى المراهقات لكل 1000 فتاة في سن 15-19
2019	2019	2019	2019	2019	2019	2020	2018	2019	2019	2020
0.99	65	1.00	85	-	-	55	13	-	20	41
1.01	93	1.00	98	-	-	-	-	-	-	12
0.99	62	1.00	83	-	-	54	-	-	27	45
0.89	44	0.97	66	-	-	50	22	-	38	91
مناطق صندوق الأمم المتحدة للسكان										
0.91	60	0.94	81	-	-	-	-	55	20	48
1.03	63	1.02	87	-	-	59	-	-	26	23
1.00	85	0.99	96	-	-	75	-	-	12	27
1.03	79	1.00	93	-	-	74	-	-	25	61
0.84	44	0.96	66	-	-	53	-	24	32	95
0.86	43	0.96	62	-	-	37	-	23	39	108
الدول والإقليم والمناطق الأخرى										
2019-2009	2019-2009	2019-2010	2019-2010	2020-2010	2020-2010	2018-2007	2019-2000	2018-2004	2019-2005	2018-2003
1.00	97	1.01	100	1.00	100	-	-	-	-	22
0.91	26	0.92	53	0.93	86	45	20	47	40	80
1.00	100	1.00	100	1.03	92	-	10	-	11	45
1.10	90	1.00	100	0.99	100	-	-	-	-	54
1.09	54	1.00	70	0.98	81	61	14	-	10	27
1.15	89	1.02	90	1.00	91	66	4	-	5	21
-	-	-	-	1.00	100	-	-	-	-	26
0.86	51	0.88	64	0.91	53	-	-	69	41	76
1.01	98	1.00	100	1.00	97	-	2 ^c	-	-	7
1.04	92	1.00	98	1.00	100	-	2 ^b	-	-	10
0.99	99	1.02	99	1.00	98	-	4 ^c	-	-	11
-	98	-	100	1.01	100	-	-	-	-	10
0.96	84	1.00	97	0.98	84	49	-	-	5	87
0.56	44	-	-	-	-	-	46	-	28	62
1.01	80	1.03	95	1.03	99	87	11	-	20	71
1.07	82	1.05	96	1.04	98	69	-	-	12	16
0.96	86	1.02	95	1.01	99	-	5 ^c	-	-	6
0.86	88	0.99	99	0.97	99	-	-	-	-	5
1.02	87	0.99	99	1.01	99	-	-	-	-	28
1.01	77	1.07	84	0.95	94	-	5 ^d	-	16	36
0.71	18	0.76	76	0.78	82	62	26	-	30	163
1.08	88	1.01	100	1.00	100	-	3	-	25	36
0.99	86	0.98	99	0.99	99	-	-	-	7	19
-	-	-	-	1.03	96	62	30	0.1	34	132
1.03	94	1.01	96	1.02	92	81	10	-	9	19
0.97	74	0.97	95	1.00	100	-	-	-	17	33
1.01	99	-	99	1.00	100	-	4 ^c	-	-	7
1.04	87	1.00	100	1.00	100	-	-	-	-	6
1.01	95	1.00	98	1.00	97	-	7 ^c	-	-	4
0.82	54	0.89	86	0.94	93	-	48	-	27	68
1.05	68	0.90	90	1.00	89	-	8 ^e	-	22	72
-	-	-	-	-	-	40	15	-	18	46

النوع الاجتماعي والحقوق ورأس المال البشري

الدول والإقليم والمناطق الأخرى	2018-2003	2019-2005	2018-2004	2019-2000	2018-2007	2020-2010	2020-2010	2020-2010	2020-2010	2019-2010	2019-2010	2019-2009	2019-2009	2019-2009
البحرين	14	-	-	-	-	98	98	0.99	96	1.07	87	1.14	87	1.07
البرازيل	53	26	-	-	-	96	96	0.99	97	1.00	85	1.07	85	1.00
بربادوس	50	29	-	-	-	99	99	0.98	95	1.04	95	1.05	95	1.04
البرتغال	8	-	-	6 ^f	-	100	100	0.99	100	1.00	99	0.99	99	1.00
بروناي دار السلام	10	-	-	-	-	99	99	1.01	97	1.00	82	1.04	82	1.00
بلجيكا	6	-	-	8 ^e	-	99	99	1.00	99	0.99	99	1.00	99	0.99
بلغاريا	38	-	-	9 ^e	-	87	87	1.00	87	0.99	88	0.95	88	0.99
بليز	64	34	-	-	-	100	100	1.01	90	0.98	64	1.04	64	0.98
بنغلاديش	74	59	-	29	-	95	95	1.11	74	1.10	62	1.08	62	1.10
بنما	76	26	-	10	79	87	87	0.99	88	1.01	56	1.08	56	1.01
بنين	108	31	2	14	36	94	94	0.94	66	0.78	44	0.63	44	0.78
بوتان	28	26	-	7	-	96	96	1.03	88	1.15	72	1.16	72	1.15
بوتسوانا	50	-	-	-	-	89	89	1.01	-	-	-	-	-	-
بورنوريكو	22	-	-	-	-	78	78	1.03	80	1.10	83	1.07	83	1.10
بوركينافاسو	132	52	58	9	20	78	78	0.99	54	1.08	34	1.04	34	1.08
بوروندي	58	19	-	28	44	92	92	1.04	66	1.08	35	1.15	35	1.08
البوسنة والهرسك	11	4	-	-	-	-	-	-	-	-	79	1.04	79	-
بولندا	11	-	-	3 ^e	-	98	98	1.01	98	0.98	96	1.00	96	0.98
بوليفيا (دولة - المتعددة القوميات)	71	20	-	27	-	93	93	1.00	87	0.99	79	1.00	79	0.99
بولينزيا الفرنسية	42	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
البيرو	44	17	-	11	-	98	98	0.96	98	1.00	92	0.94	92	1.00
بييلاروس	14	5	-	-	-	99	99	0.98	99	1.00	99	1.02	99	1.00
تايلاند	38	23	-	-	-	-	-	-	-	-	79	1.00	79	-
تركمانستان	28	6	-	-	-	-	-	-	92	0.98	83	0.99	83	0.98
تركيا	21	15	-	11	-	95	95	0.99	94	0.99	83	0.99	83	0.99
ترينيداد وتوباغو	38	11	-	7	-	99	99	0.99	-	-	-	-	-	-
تشاد	179	67	32	18	27	74	74	0.79	38	0.68	22	0.51	22	0.68
توغو	89	25	1	13	30	97	97	0.98	79	0.85	43	0.64	43	0.85
توفالو	27	10	-	25	-	85	85	0.96	71	0.92	50	1.57	50	0.92
تونس	4	2	-	-	-	99	99	1.02	-	-	-	-	-	-
تونغا	30	6	-	19	-	99	99	1.02	95	1.02	62	1.17	62	1.02
جامايكا	52	8	-	9	-	83	83	1.00	82	1.02	76	1.04	76	1.02
الجيل الأسود	10	6	-	-	-	100	100	1.00	92	1.01	89	1.02	89	1.01
الجزائر	10	3	-	-	-	100	100	0.99	-	-	-	-	-	-
جزر البهاما	29	-	-	-	-	76	76	1.02	71	1.02	67	1.06	67	1.02
جزر القمر	70	32	-	5	21	82	82	1.00	81	1.02	50	1.07	50	1.02
جزر تركس وكايكوس	15	-	-	-	-	99	99	1.03	80	1.06	68	0.90	68	1.06
جزر سليمان	78	21	-	42	-	96	96	1.01	-	-	-	-	-	-
جزر فيرجن التابعة للولايات المتحدة	25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
جمهورية أفريقيا الوسطى	229	68	18	26	-	67	67	0.80	44	0.61	16	0.48	16	0.61
الجمهورية التشيكية	12	-	-	6 ^e	-	100	100	1.01	99	1.00	97	1.00	97	1.00
الجمهورية الدومينيكية	51	36	-	16	77	96	96	1.01	94	1.00	78	1.02	78	1.00
الجمهورية العربية السورية	54	13	-	-	-	72	72	0.98	62	0.97	34	1.00	34	0.97
جمهورية الكامبيرون	119	31	0.4	22	38	92	92	0.91	63	0.89	46	0.83	46	0.89
جمهورية الكونغو	111	27	-	-	27	89	89	1.09	-	-	-	-	-	-

النوع الاجتماعي والحقوق ورأس المال البشري

مؤشر التكافؤ بين الجنسين، إجمالي صافي معدل الالتحاق، المرحلة العليا من التعليم الثانوي، معدل الالتحاق، المرحلة العليا من التعليم الثانوي	إجمالي صافي معدل الالتحاق، بين الجنسين، إجمالي صافي معدل الالتحاق، المرحلة الدنيا من التعليم الثانوي	مؤشر التكافؤ بين الجنسين، إجمالي صافي معدل الالتحاق، المرحلة الدنيا من التعليم الثانوي	إجمالي صافي معدل الالتحاق، المرحلة الدنيا من التعليم الثانوي، نسبة مئوية	مؤشر التكافؤ بين الجنسين، إجمالي صافي معدل الالتحاق، التعليم الإعدادي	إجمالي صافي معدل الالتحاق، التعليم الإعدادي، نسبة مئوية	اتخاذ القرارات بشأن الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية، نسبة مئوية	عنف الشريك الحميم، الأشهر الـ 12 الماضية، نسبة مئوية	انتشار تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية (المعروف بالختان) بين الفتيات في سن 15-19، نسبة مئوية	زواج الأطفال حتى سن 18، نسبة مئوية	معدل الولادات لدى المراهقات لكل 1000 فتاة في سن 15-19	الدول والأقاليم والمناطق الأخرى
2019-2009	2019-2009	2019-2010	2019-2010	2020-2010	2020-2010	2018-2007	2019-2000	2018-2004	2019-2005	2018-2003	
-	-	-	-	-	-	31	37	-	37	138	جمهورية الكونغو الديمقراطية
0.76	14	-	-	1.04	87	47	30	5	31	139	جمهورية تنزانيا المتحدة
1.07	76	1.04	90	1.04	95	40	35	-	15	42	جمهورية تيمور-ليشتي الديمقراطية
0.99	96	1.00	97	1.00	99	-	-	-	-	1	جمهورية كوريا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	جمهورية كوريا الديمقراطية الشعبية
0.92	56	1.00	72	0.98	92	-	6	-	33	83	جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية
1.02	65	0.98	84	0.98	90	-	15	-	12	21	جمهورية مولدوفا
1.02	79	1.03	86	1.02	89	65	11	-	4	41	جنوب أفريقيا
0.65	36	0.72	44	0.77	38	-	-	-	52	158	جنوب السودان
1.04	94	1.00	100	1.01	99	-	1 ^d	-	14	32	جورجيا
0.95	34	1.00	52	0.96	67	-	-	80	5	21	جيبوتي
1.02	90	0.99	99	1.01	99	-	7 ^c	-	-	3	الدانمرك
1.03	82	1.02	99	1.01	96	-	-	-	-	48	دومينيكا
1.08	73	1.01	87	0.98	94	-	8	-	18	80	الراس الأخضر
1.02	50	1.04	96	1.00	94	70	21	-	7	41	رواندا
1.03	80	1.00	91	1.00	87	-	7 ^c	-	-	38	رومانيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	30	ريونيون
-	-	-	-	1.05	85	47	25	-	29	135	زامبيا
0.90	52	0.95	98	1.01	100	60	20	-	34	78	زيمبابوي
1.11	90	-	100	1.02	99	-	22	-	11	39	ساموا
0.89	46	-	99	1.10	95	-	-	-	-	1	سان مارينو
1.02	85	0.99	98	1.06	97	-	-	-	-	52	سانت فنسنت وجزر غرينادين
0.99	96	0.95	87	0.98	99	-	-	-	-	46	سانت كيتس ونيفيس
0.99	79	0.98	90	1.03	98	-	-	-	24	36	سانت لوسيا
-	-	-	-	1.07	97	-	-	-	-	-	سانت مارتن
1.03	83	1.06	90	1.00	94	46	26	-	35	92	ساو تومي وبرينسيبي
1.06	84	1.00	100	0.99	99	-	6 ^g	-	10	21	سري لانكا
0.97	66	0.99	83	1.01	86	-	7	-	26	74	السلفادور
1.00	89	1.00	95	1.00	96	-	8 ^c	-	-	27	سلوفاكيا
1.01	98	1.01	98	1.00	100	-	2 ^c	-	-	4	سلوفينيا
-	100	0.99	99	1.00	100	-	-	-	-	3	سنغافورة
-	-	-	-	1.14	74	7	8	21	29	78	السنغال
0.96	43	0.88	45	0.98	62	-	-	82	34	87	السودان
1.15	62	1.09	85	1.04	88	-	-	-	36	57	سورينام
0.99	99	1.01	100	1.00	100	-	6 ^c	-	-	5	السويد
0.96	82	0.99	99	1.00	100	-	-	-	-	2	سويسرا
0.93	35	0.99	51	1.03	99	40	29	64	30	101	سيراليون
1.16	82	-	99	1.05	98	-	-	-	-	68	سيشيل
1.00	95	0.99	95	0.99	99	-	-	-	-	26	شيلي
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	الصحراء الغربية
1.03	88	1.00	98	1.00	98	-	-	-	3	15	صربيا
-	-	-	-	-	-	-	-	97	45	123	الصومال
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9	الصين
1.06	87	1.02	98	0.99	99	-	-	-	-	3	الصين، منطقة مكاو الإدارية الخاصة
1.00	99	1.00	99	1.05	97	-	-	-	-	2	الصين، منطقة هونغ كونغ الإدارية الخاصة
0.74	61	0.94	94	0.99	99	33	19	-	9	54	طاجيكستان

النوع الاجتماعي والحقوق ورأس المال البشري

الدول والإقليم والمناطق الأخرى	2018-2003	2019-2005	2018-2004	2019-2000	2018-2007	2020-2010	2020-2010	2020-2010	2020-2010	2019-2010	2019-2010	2019-2010	2019-2009	2019-2009
العراق	82	28	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
عُمان	12	4	-	-	-	1.06	97	98	90	1.02	0.90	90	0.90	90
غابون	91	22	-	32	48	-	-	-	-	-	-	-	-	-
غامبيا	86	26	75	7	40	1.12	85	69	1.03	1.05	72	72	72	72
غانا	75	21	2	19	52	1.01	99	89	-	1.05	1.00	97	97	97
غرينادا	36	-	-	-	-	1.02	99	97	-	-	1.00	97	97	97
غواتيمالا	79	30	-	9	65	1.01	89	67	0.93	0.93	0.90	41	41	41
غوادولوب	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
غوام	35	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
غيانا	74	30	-	-	71	0.96	98	93	1.02	1.02	1.11	70	70	70
غيانا الفرنسية	76	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
غينيا	120	47	92	-	29	0.83	78	49	0.70	0.70	0.59	33	33	33
غينيا الاستوائية	176	30	-	44	-	1.02	45	-	-	-	-	-	-	-
غينيا بيساو	106	24	42	-	-	0.95	73	-	-	-	-	-	-	-
فانواتو	51	21	-	44	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
فرنسا	9	-	-	7 ^c	-	1.00	100	99	1.00	1.00	1.01	95	95	95
الغالين	39	17	-	6	81	0.99	96	89	1.07	1.07	1.09	79	79	79
فلسطين ¹¹	48	15	-	-	-	1.00	97	97	1.04	1.04	1.21	75	75	75
فنزويلا (جمهورية - البوليفارية)	95	-	-	-	-	1.00	90	86	1.02	1.02	1.12	77	77	77
فنلندا	5	-	-	8 ^c	-	1.00	99	100	1.00	1.00	0.98	96	96	96
فجي	23	-	-	30 ^c	-	0.97	99	96	-	-	1.09	74	74	74
فيجي نام	30	11	-	10	-	1.03	99	-	-	-	-	-	-	-
قبرص	4	-	-	3 ^c	-	1.00	99	100	1.00	1.00	0.98	93	93	93
قطر	9	4	-	-	-	1.03	98	95	0.92	0.92	0.97	91	91	91
قيرغيزستان	34	13	-	17	77	0.99	100	98	0.99	0.99	1.05	72	72	72
كازاخستان	26	7	-	6 ^c	-	1.02	99	100	-	-	-	99	99	99
كاليدونيا الجديدة	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
كرواتيا	9	-	-	4 ^c	-	1.03	98	99	1.02	1.02	1.05	86	86	86
كمبوديا	57	19	-	9	76	1.00	91	87	0.98	0.98	-	-	-	-
كندا	8	-	-	-	-	1.00	100	100	1.00	1.00	0.99	94	94	94
كوريا	52	26	-	-	-	1.00	99	90	1.00	1.00	1.07	82	82	82
كوت ديفوار	123	27	27	22	25	0.93	95	56	0.87	0.87	0.74	42	42	42
كوراساو	23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
كوستاريكا	50	21	-	-	-	1.00	100	98	1.01	1.01	1.03	94	94	94
كولومبيا	61	23	-	18	-	1.01	98	94	1.01	1.01	1.03	79	79	79
الكويت	6	-	-	-	-	1.22	83	94	1.05	1.05	1.03	82	82	82
كيريباس	49	20	-	43	-	1.08	96	-	-	-	-	-	-	-
كينيا	96	23	11	26	56	1.04	81	-	-	-	-	-	-	-
لاتفيا	16	-	-	7 ^c	-	1.01	99	99	1.01	1.01	1.01	96	96	96
لبنان	13	6	-	35	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
لكسمبرغ	4	-	-	3 ^c	-	0.98	99	96	0.98	0.98	1.06	81	81	81
ليبيريا	150	36	26 ^a	35	67	1.01	79	79	0.90	0.90	0.86	74	74	74
ليبيا	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ليتوانيا	13	-	-	6 ^c	-	1.00	100	100	1.00	1.00	1.02	97	97	97
ليسوتو	94	16	-	-	61	1.01	98	83	1.11	1.11	1.15	66	66	66
مارتينيك	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

النوع الاجتماعي والحقوق ورأس المال البشري

الدول والأقاليم والمناطق الأخرى	2018-2003	2019-2005	2018-2004	2019-2000	2018-2007	2020-2010	2020-2010	2020-2010	2019-2010	2019-2010	2019-2009	2019-2009	2019-2009
مالطة	13	-	-	5°	-	100	100	1.01	99	1.01	90	1.05	1.05
مالي	164	54	86	21	8	59	59	0.90	47	0.86	25	0.74	0.74
ماليزيا	9	-	-	-	-	100	100	1.01	87	1.03	63	1.16	1.16
مدغشقر	152	40	-	-	74	98	98	1.05	70	1.03	36	0.97	0.97
مصر	52	17	70	14	-	99	99	1.01	98	1.02	77	0.98	0.98
المغرب	19	14	-	-	-	100	100	1.01	91	0.96	72	0.94	0.94
مقدونيا الشمالية	15	7	-	-	-	99	99	1.00	-	-	-	-	-
المكسيك	71	26	-	10	-	99	99	1.01	92	1.02	74	1.05	1.05
ملاوي	138	42	-	24	47	98	98	1.04	81	1.01	31	0.64	0.64
ملايدف	9	2	1	6	58	98	98	1.03	91	-	-	-	-
المملكة العربية السعودية	9	-	-	-	-	98	98	0.98	99	0.98	96	0.94	0.94
المملكة المتحدة	12	-	-	6°	-	99	99	1.00	100	1.00	96	1.01	1.01
منغوليا	33	12	-	15	63	99	99	0.99	-	-	-	-	-
موريتانيا	84	37	63	-	-	77	77	1.05	72	1.08	39	1.12	1.12
موريشيوس	24	-	-	-	-	99	99	1.03	95	1.02	79	1.10	1.10
موزامبيق	180	53	-	16	49	98	98	0.97	57	0.87	31	0.76	0.76
ميانمار	28	16	-	11	67	98	98	0.96	79	1.03	57	1.16	1.16
ميكرونيزيا (ولايات - الموحدة)	44	-	-	26	-	90	90	0.98	87	1.06	-	-	-
ناميبيا	64	7	-	20	71	98	98	1.03	-	-	-	-	-
النرويج	3	-	-	-	-	100	100	1.00	99	0.99	92	1.01	1.01
النمسا	7	-	-	4°	-	100	100	1.00	100	1.00	90	1.01	1.01
نيبال	88	40	-	11	48	96	96	0.93	97	1.03	81	1.18	1.18
النيجر	154	76	1	-	7	59	59	0.88	35	0.79	14	0.67	0.67
نيجيريا	106	43	14	14	46	66	66	0.84	-	-	-	-	-
نيكاراغوا	92	35	-	8	-	96	96	1.03	88	1.03	64	1.08	1.08
نيوزيلندا	14	-	-	-	-	100	100	1.01	99	1.00	98	1.03	1.03
هايتي	55	15	-	14	59	-	-	-	-	-	-	-	-
الهند	11	27	-	22	-	98	98	1.02	85	1.07	52	0.98	0.98
هندوراس	89	34	-	11	70	87	87	0.97	62	1.23	44	1.11	1.11
هنغاريا	23	-	-	8°	-	96	96	1.00	97	1.00	88	1.01	1.01
هولندا	3	-	-	7°	-	100	100	1.01	97	1.01	100	1.00	1.00
الولايات المتحدة الأمريكية	19	-	-	-	-	99	99	1.00	100	1.02	96	1.00	1.00
اليابان	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
اليمن	67	32	16	-	-	84	84	0.88	72	0.85	44	0.59	0.59
اليونان	9	-	-	8°	-	99	99	1.00	96	0.99	95	0.98	0.98

ملاحظات

- البيانات غير متوفرة.

- أ النسبة المئوية للفتيات في سن 15-19 ممن هن أفراد في جماعة ساندي. العضوية في جماعة ساندي تعني تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية (المعروف بالختان).
- ب بالنسبة إلى النساء والفتيات في سن 18 فما فوق ممن سبق لهن الاقتران بشريك.
- ج بالنسبة إلى النساء والفتيات في سن 18-49 ممن سبق لهن الاقتران بشريك.
- د بالنسبة إلى النساء والفتيات في سن 15-64 ممن سبق لهن الاقتران بشريك.
- هـ بالنسبة إلى النساء والفتيات في سن 15-44 ممن سبق لهن الاقتران بشريك.
- و بالنسبة إلى النساء والفتيات في سن 18-50 ممن سبق لهن الاقتران بشريك.
- ز بالنسبة إلى النساء والفتيات في سن 15 فما فوق ممن سبق لهن الاقتران بشريك.
- 1 في 29 تشرين الثاني/نوفمبر 2012، اتخذت الجمعية العامة للأمم المتحدة القرار 19/67، الذي منح فلسطين "مركز دولة غير عضو لها صفة المراقب في الأمم المتحدة..."

تعريفات المؤشرات

معدل الولادات لدى المراهقات: عدد الولادات لكل 1000 فتاة مراهقة في سن 15-19. (مؤشر هدف التنمية المستدامة رقم 3-7-2)

زواج الأطفال حتى سن 18: نسبة النساء في سن 20-24 ممن تزوجن أو اقترن قبل سن 18. (مؤشر هدف التنمية المستدامة رقم 3-1-5)

انتشار تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية (المعروف بالختان) بين الفتيات في سن 15-19: نسبة الفتيات في سن 15-19 ممن تعرضن لتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية (المعروف بالختان). (مؤشر هدف التنمية المستدامة رقم 3-2-5)

عنف الشريك الحميم، الأشهر الـ 12 الماضية، نسبة مئوية: النسبة المئوية للنساء والفتيات في سن 15-49 ممن سبق لهن الاقتران بشريك وتعرضن لعنف بدني ولأو جنسي ناتج عن العشير في الأشهر الـ 12 السابقة. (مؤشر هدف التنمية المستدامة 1-5-2)

اتخاذ القرارات بشأن الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإيجابية: النسبة المئوية للنساء في سن 15-49 ممن هن متزوجات أو مقترنات ويتخذن قراراتهن بأنفسهن في المجالات الثلاثة - الرعاية الصحية التي يتلقونها، واستخدام وسائل منع الحمل، والجماع مع شريكهن. (مؤشر هدف التنمية المستدامة 1-6-5) في الوقت الذي وضع فيه هذا التقرير تحت الطبع، توفرت بيانات مُحَدَّثة لمؤشر التنمية المستدامة هذا. ويمكن الاطلاع على الأرقام المُحَدَّثة على الرابط التالي: <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/> database/

إجمالي صافي معدل الالتحاق، التعليم الإعدادي: إجمالي عدد الطلاب من الفئة العمرية الرسمية للتعليم الإعدادي الملتحقين بأي مستوى تعليمي، مُعْتَبَرًا عنه كنسبة مئوية من عدد السكان المقابل لهذه الفئة العمرية. **مؤشر التكافؤ بين الجنسين، إجمالي صافي معدل الالتحاق، التعليم الإعدادي:** نسبة قيم الإناث إلى الذكور من إجمالي صافي معدل الالتحاق بالتعليم الإعدادي.

إجمالي صافي معدل الالتحاق، المرحلة الدنيا من التعليم الثانوي: إجمالي عدد الطلاب من الفئة العمرية الرسمية للمرحلة الدنيا من التعليم الثانوي الملتحقين بأي مستوى تعليمي، مُعْتَبَرًا عنه كنسبة مئوية من عدد السكان المقابل لهذه الفئة العمرية.

مؤشر التكافؤ بين الجنسين، إجمالي صافي معدل الالتحاق، المرحلة الدنيا من التعليم الثانوي: نسبة قيم الإناث إلى الذكور من إجمالي صافي معدل الالتحاق بالمرحلة الدنيا من التعليم الثانوي.

إجمالي صافي معدل الالتحاق، المرحلة العليا من التعليم الثانوي: إجمالي عدد الطلاب من الفئة العمرية الرسمية للمرحلة العليا من التعليم الثانوي الملتحقين بأي مستوى تعليمي، مُعْتَبَرًا عنه كنسبة مئوية من عدد السكان المقابل لهذه الفئة العمرية.

مؤشر التكافؤ بين الجنسين، إجمالي صافي معدل الالتحاق، المرحلة العليا من التعليم الثانوي: نسبة قيم الإناث إلى الذكور من إجمالي صافي معدل الالتحاق بالمرحلة العليا من التعليم الثانوي.

مصادر البيانات الرئيسية

معدل الولادات لدى المراهقات: شعبة السكان في الأمم المتحدة.

زواج الأطفال حتى سن 18: اليونيسف. حُصبت المجاميع الإقليمية من قبل صندوق الأمم المتحدة للسكان بناءً على بيانات واردة من اليونيسف.

انتشار تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية (المعروف بالختان) بين الفتيات في سن 15-19: صندوق الأمم المتحدة للسكان.

عنف العشير، الأشهر الـ 12 الماضية، نسبة مئوية: صندوق الأمم المتحدة للسكان. التقديرات الإقليمية التي أعدها الفريق المشترك بين الوكالات المعني بتقديرات وبيانات العنف ضد المرأة (منظمة الصحة العالمية)، وهيئة الأمم المتحدة للمساواة بين الجنسين وتمكين المرأة، واليونيسف، وشعبة الإحصاءات في الأمم المتحدة، ومكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، وصندوق الأمم المتحدة للسكان.

اتخاذ القرارات بشأن الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإيجابية: صندوق الأمم المتحدة للسكان. في الوقت الذي وُضع فيه هذا التقرير تحت الطبع، توفرت بيانات مُحَدَّثة لمؤشر التنمية المستدامة هذا. ويُمكن الاطلاع على الأرقام المُحَدَّثة على الرابط التالي: <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/> database/

إجمالي صافي معدل الالتحاق، التعليم الإعدادي: معهد الإحصاء التابع لليونسكو.

مؤشر التكافؤ بين الجنسين، إجمالي صافي معدل الالتحاق، التعليم الإعدادي: معهد الإحصاء التابع لليونسكو.

إجمالي صافي معدل الالتحاق، المرحلة الدنيا من التعليم الثانوي: معهد الإحصاء التابع لليونسكو.

مؤشر التكافؤ بين الجنسين، إجمالي صافي معدل الالتحاق، المرحلة الدنيا من التعليم الثانوي: معهد الإحصاء التابع لليونسكو.

إجمالي صافي معدل الالتحاق، المرحلة العليا من التعليم الثانوي: معهد الإحصاء التابع لليونسكو.

مؤشر التكافؤ بين الجنسين، إجمالي صافي معدل الالتحاق، المرحلة العليا من التعليم الثانوي: معهد الإحصاء التابع لليونسكو.

المؤشرات الديمغرافية

العمر المتوقع		الخصوبة	التركيبة السكانية					تغير السكان	السكان
العمر المتوقع عند الولادة، سنوات، 2021	معدل الخصوبة الإجمالي، لكل امرأة		السكان في سن 65 فما فوق، نسبة مئوية	السكان من الفئة العمرية 15-64، نسبة مئوية	السكان من الفئة العمرية 10-24، نسبة مئوية	السكان من الفئة العمرية 10-19، نسبة مئوية	السكان من الفئة العمرية 0-14، نسبة مئوية		
الإناث	الذكور	2021	2021	2021	2021	2021	2021	2020-2015	2021
75	71	2.4	9.6	65.1	23.6	16.0	25.3	1.1	7,875
العالم									
83	77	1.6	19.7	64.0	16.6	11.0	16.3	0.3	1,276
المناطق الأكثر نمواً									
74	69	2.5	7.6	65.4	25.0	17.0	27.0	1.3	6,599
المناطق الأقل نمواً									
68	64	3.8	3.6	57.8	31.7	22.3	38.5	2.3	1,082
أقل البلدان نمواً									
مناطق صندوق الأمم المتحدة للسكان									
74	70	3.2	5.1	61.0	27.6	19.2	33.8	1.9	385
الدول العربية									
75	71	2.1	8.6	67.9	23.3	15.6	23.4	0.9	4,116
منطقة آسيا والمحيط الهادئ									
78	71	2.1	10.5	66.2	21.2	14.4	23.4	0.9	251
أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى									
79	73	2.0	9.2	67.2	24.2	16.0	23.7	1.0	656
أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي									
67	62	4.2	3.2	55.9	32.3	23.0	40.9	2.6	633
شرق أفريقيا والجنوب الأفريقي									
60	57	4.9	2.8	54.3	32.3	23.3	42.9	2.7	471
وسط وغرب أفريقيا									
الدول والأقاليم والمناطق الأخرى									
78	67	1.8	16.0	65.5	15.3	10.8	18.5	0.1	145.9
الاتحاد الروسي									
69	65	4.0	3.6	56.9	33.3	23.1	39.6	2.6	117.9
إثيوبيا									
76	71	2.0	7.1	69.5	20.2	13.4	23.4	1.0	10.2
أذربيجان ³									
80	74	2.2	11.5	64.2	23.3	15.7	24.3	1.0	45.6
الأرجنتين									
77	73	2.6	4.0	63.9	30.5	21.3	32.1	1.9	10.3
الأردن									
79	72	1.8	12.3	66.9	18.4	12.7	20.8	0.3	3.0
أرمينيا									
79	74	1.9	15.1	67.5	19.8	12.8	17.3	0.5	0.1
أروبا ¹									
69	65	3.9	4.5	54.8	32.6	24.5	40.7	1.2	3.6
إريتريا									
86	81	1.4	20.3	65.5	15.0	10.2	14.2	0.0	46.7
إسبانيا ²²									
86	82	1.8	16.5	64.2	18.5	12.4	19.3	1.3	25.8
أستراليا ²²									
83	75	1.6	20.8	62.8	14.9	10.7	16.5	0.2	1.3
إستونيا									
85	82	3.0	12.6	59.7	23.6	16.3	27.7	1.6	8.8
إسرائيل									
66	57	2.9	4.0	59.0	33.4	23.7	37.0	1.0	1.2
إسواتيني									
67	64	4.0	2.7	56.1	35.2	25.0	41.2	2.5	39.8
أفغانستان									
80	75	2.4	7.8	65.0	26.2	17.4	27.2	1.7	17.9
إكوادور									
80	77	1.6	15.2	67.7	19.8	12.2	17.1	-0.1	2.9
ألبانيا									
84	79	1.6	22.0	64.0	14.8	9.4	14.0	0.5	83.9
ألمانيا									
80	78	1.4	1.4	83.7	16.5	9.1	14.9	1.3	10.0
الإمارات العربية المتحدة									
78	76	2.0	9.7	68.6	21.6	14.0	21.7	0.9	0.1
أنتيغوا وبربودا									
74	70	2.2	6.5	67.9	25.1	16.8	25.6	1.1	276.4
إندونيسيا									
65	59	5.3	2.2	51.6	32.9	24.1	46.2	3.3	33.9
أنغولا									
82	74	1.9	15.3	64.5	20.9	13.6	20.2	0.4	3.5
أوروغواي									
74	70	2.4	5.0	66.2	24.4	16.4	28.7	1.6	33.9
أوزبكستان									
66	62	4.6	2.0	52.4	34.6	25.0	45.5	3.6	47.1
أوغندا									
77	67	1.4	17.3	66.8	15.1	10.3	15.9	-0.5	43.5
أوكرانيا ²⁴									
78	76	2.1	6.8	68.4	20.5	14.1	24.8	1.4	85.0
إيران (جمهورية إسلامية)									
84	81	1.8	14.9	64.6	19.7	13.8	20.5	1.2	5.0
أيرلندا									
85	82	1.7	16.1	64.8	19.5	13.2	19.2	0.7	0.3
إيسلندا									
86	82	1.3	23.6	63.6	14.4	9.5	12.8	0.0	60.4
إيطاليا									
66	64	3.4	3.7	61.5	30.7	21.3	34.8	2.0	9.1
بابوا غينيا الجديدة									
77	72	2.4	7.0	64.4	27.8	18.5	28.6	1.3	7.2
باراغواي									
69	67	3.3	4.4	61.0	29.7	20.4	34.6	2.0	225.2
باكستان									
79	77	1.9	2.9	79.1	17.0	11.1	18.0	4.3	1.7
البحرين									
80	73	1.7	9.9	69.6	22.3	14.4	20.5	0.8	214.0
البرازيل									
81	78	1.6	17.2	66.3	19.0	12.5	16.6	0.1	0.3
بربادوس									
85	79	1.3	23.1	64.0	15.2	9.9	12.9	-0.3	10.2
البرتغال									
77	75	1.8	6.0	72.1	22.7	14.7	21.9	1.1	0.4
بروناي دار السلام									
84	80	1.7	19.6	63.5	17.0	11.4	17.0	0.5	11.6
بلجيكا									

المؤشرات الديمغرافية

العمر المتوقع		الخصوبة	التركيبة السكانية					تغير السكان	السكان	الدول والإقليم والمناطق الأخرى
العمر المتوقع عند الولادة، سنوات، 2021	معدل الخصوبة الإجمالي، لكل امرأة		السكان في سن 65 فما فوق، نسبة مئوية	السكان من الفئة العمرية 64-15، نسبة مئوية	السكان من الفئة العمرية 24-10، نسبة مئوية	السكان من الفئة العمرية 19-10، نسبة مئوية	السكان من الفئة العمرية 14-0، نسبة مئوية			
الإناث	الذكور	2021	2021	2021	2021	2021	2021	2020-2015	2021	
79	72	1.6	21.7	63.6	14.3	10.1	14.7	-0.7	6.9	بلغاريا
78	72	2.2	5.2	66.1	29.0	19.2	28.8	1.9	0.4	بليز
75	71	2.0	5.3	68.4	27.5	18.3	26.3	1.1	166.3	بنغلاديش
82	76	2.4	8.8	65.0	24.8	16.7	26.2	1.7	4.4	بنما
64	61	4.6	3.3	55.0	32.1	22.9	41.7	2.7	12.5	بنين
73	72	1.9	6.3	69.1	26.6	17.2	24.6	1.2	0.8	بوتان
73	67	2.8	4.7	62.3	28.7	20.1	33.0	2.1	2.4	بوتسوانا
84	77	1.2	21.3	63.9	19.4	14.1	14.9	-3.3	2.8	بورنوريكو ¹³
63	62	5.0	2.4	53.5	33.3	24.1	44.1	2.9	21.5	بوركينافاسو
64	60	5.2	2.5	52.5	31.8	23.1	45.1	3.1	12.3	بوروندي
80	75	1.2	18.5	67.2	17.0	10.5	14.3	-0.9	3.3	البوسنة والهرسك
83	75	1.5	19.4	65.4	14.9	9.9	15.2	-0.1	37.8	بولندا
75	69	2.6	7.6	62.6	28.6	19.5	29.8	1.4	11.8	بوليفيا (دولة - المتحدة القوميات)
80	76	1.9	9.4	68.6	23.1	15.5	22.0	0.6	0.3	بولينزيا الفرنسية ¹¹
80	75	2.2	9.0	66.4	23.1	15.5	24.7	1.6	33.4	البيرو
80	70	1.7	16.1	66.6	14.5	10.2	17.3	0.0	9.4	بيلاروس
81	74	1.5	13.5	70.2	18.7	12.0	16.3	0.3	70.0	نابلد
72	65	2.7	5.0	64.4	24.5	17.0	30.6	1.6	6.1	تركمانستان
81	75	2.0	9.3	67.1	23.9	15.9	23.6	1.4	85.0	تركيا
76	71	1.7	11.9	68.3	19.4	13.4	19.8	0.4	1.4	تريينداد وتوباغو
56	53	5.5	2.5	51.3	33.9	24.6	46.2	3.0	16.9	تشاد
63	61	4.1	2.9	56.8	32.2	23.1	40.3	2.5	8.5	توغو
-	-	-	-	-	-	-	-	1.2	0.0	توفالو
79	75	2.1	9.2	66.6	20.8	14.0	24.2	1.1	11.9	تونس
73	69	3.4	6.0	59.7	31.5	22.1	34.4	1.0	0.1	تونغا
76	73	1.9	9.3	67.6	24.1	15.5	23.1	0.5	3.0	جامايكا
80	75	1.7	16.2	65.9	18.9	12.4	18.0	0.0	0.6	الجيل الأسود
79	76	2.9	6.9	62.2	22.3	15.8	30.9	2.0	44.6	الجزائر
76	72	1.7	8.0	70.7	24.3	15.9	21.3	1.0	0.4	جزر البهاما
67	63	4.0	3.2	58.1	31.1	22.0	38.7	2.2	0.9	جزر القمر
-	-	-	-	-	-	-	-	1.5	0.0	جزر تركس وكايكوس
75	72	4.3	3.7	56.4	30.6	21.7	39.9	2.6	0.7	جزر سليمان
83	78	2.0	21.1	59.9	19.6	13.4	18.9	-0.1	0.1	جزر فيرجن التابعة للولايات المتحدة ¹³
56	52	4.5	2.8	54.1	36.3	26.1	43.0	1.4	4.9	جمهورية أفريقيا الوسطى
82	77	1.7	20.4	63.8	14.4	10.1	15.8	0.2	10.7	الجمهورية التشيكية
78	71	2.3	7.8	65.1	26.2	17.7	27.2	1.1	11.0	الجمهورية الدومينيكية
79	71	2.7	4.9	64.4	27.1	18.3	30.7	-0.6	18.3	الجمهورية العربية السورية
61	59	4.4	2.7	55.5	32.4	23.3	41.8	2.6	27.2	جمهورية الكاميرون
67	63	4.3	2.8	56.2	31.7	23.0	41.0	2.6	5.7	جمهورية الكونغو
63	60	5.6	3.0	51.4	32.2	23.6	45.6	3.2	92.4	جمهورية الكونغو الديمقراطية
68	64	4.7	2.7	54.0	32.5	23.6	43.3	3.0	61.5	جمهورية تنزانيا المتحدة ²³
72	68	3.8	4.3	59.1	32.7	22.8	36.6	1.9	1.3	جمهورية تيمور-ليشتي الديمقراطية
86	80	1.1	16.6	71.2	15.1	9.1	12.3	0.2	51.3	جمهورية كوريا
76	69	1.9	9.6	70.6	21.0	13.6	19.8	0.5	25.9	جمهورية كوريا الديمقراطية الشعبية
70	67	2.5	4.4	64.0	29.3	20.0	31.6	1.5	7.4	جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية
76	68	1.3	13.0	71.2	16.2	10.5	15.8	-0.2	4.0	جمهورية مولدوفا ¹⁶
68	61	2.3	5.6	65.8	25.8	17.7	28.6	1.4	60.0	جنوب أفريقيا
60	57	4.5	3.4	55.6	32.5	23.0	41.1	0.9	11.4	جنوب السودان
78	70	2.0	15.6	64.2	17.8	12.1	20.3	-0.2	4.0	جورجيا ¹²
70	66	2.6	4.8	66.6	27.0	18.0	28.6	1.6	1.0	جيبوتي
83	79	1.8	20.3	63.4	17.9	11.6	16.3	0.4	5.8	الدانمرك ⁸

العمر المتوقع		الخصوبة	التركيبة السكانية					تغير السكان	السكان	الدول والأقاليم والمناطق الأخرى
العمر المتوقع عند الولادة، سنوات، 2021	معدل الخصوبة الإجمالي، لكل امرأة		السكان في سن 65 فما فوق، نسبة مئوية	السكان من الفئة العمرية 15-64، نسبة مئوية	السكان من الفئة العمرية 10-24، نسبة مئوية	السكان من الفئة العمرية 10-19، نسبة مئوية	السكان من الفئة العمرية 0-14، نسبة مئوية			
الإناث	الذكور	2021	2021	2021	2021	2021	2021	2020-2015	2021	
-	-	-	-	-	-	-	-	0.2	0.1	دومينيكا
77	70	2.2	4.9	67.4	25.8	17.7	27.7	1.2	0.6	التراس الأخضر
72	67	3.9	3.2	57.5	31.5	22.3	39.2	2.6	13.3	رواندا
80	73	1.6	19.7	64.9	16.1	10.8	15.5	-0.7	19.1	رومانيا
84	78	2.2	13.2	64.8	22.6	15.3	22.0	0.7	0.9	ريونيون ¹¹
68	61	4.4	2.2	54.3	34.3	24.7	43.6	2.9	18.9	زامبيا
63	60	3.4	3.1	55.6	33.6	24.2	41.3	1.5	15.1	زيمبابوي
76	72	3.7	5.2	57.7	29.5	21.2	37.1	0.5	0.2	ساموا
-	-	-	-	-	-	-	-	0.4	0.0	سان مارينو
75	71	1.8	10.2	68.3	23.8	15.4	21.6	0.3	0.1	سانت فنسنت وجزر غرينادين
-	-	-	-	-	-	-	-	0.8	0.1	سانت كيتس ونيفيس
78	75	1.4	10.6	71.7	21.2	12.8	17.7	0.5	0.2	سانت لوسيا
-	-	-	-	-	-	-	-	1.4	0.0	سانت مارتن ¹
73	68	4.2	3.1	55.6	33.5	24.7	41.3	1.9	0.2	ساو تومي وبرينسيبي
81	74	2.2	11.6	64.9	22.7	15.8	23.4	0.5	21.5	سري لانكا
78	69	2.0	8.8	64.9	27.1	17.6	26.3	0.5	6.5	السلفادور
81	74	1.5	17.2	67.2	15.2	10.1	15.6	0.1	5.5	سلوفاكيا
84	79	1.6	21.3	63.6	14.2	9.6	15.1	0.1	2.1	سلوفينيا
86	82	1.2	14.3	73.3	14.8	8.4	12.4	0.9	5.9	سنغافورة
70	66	4.4	3.1	54.6	32.3	23.2	42.3	2.8	17.2	السنغال
68	64	4.2	3.7	56.8	32.5	23.0	39.5	2.4	44.9	السودان
75	69	2.3	7.3	66.3	25.6	17.3	26.4	1.0	0.6	سورينام
85	81	1.8	20.5	61.9	16.5	11.3	17.7	0.7	10.2	السويد
86	82	1.6	19.4	65.6	15.1	9.7	15.0	0.8	8.7	سويسرا
56	55	4.0	2.9	57.1	32.8	23.4	40.0	2.1	8.1	سيراليون
78	70	2.4	8.4	67.9	20.6	14.3	23.7	0.7	0.1	سيشيل
83	78	1.6	12.7	68.3	20.1	13.0	19.0	1.2	19.2	شيلي
73	69	2.3	3.6	69.5	24.8	16.5	26.9	2.5	0.6	الصحراء الغربية
79	74	1.4	19.4	65.4	17.3	11.3	15.2	-0.3	8.7	صربيا ²¹
60	56	5.8	2.9	51.1	34.3	24.6	46.0	2.8	16.4	الصومال
87	82	1.3	12.7	72.6	12.5	7.4	14.6	1.5	0.7	الصين، منطقة مكاو الإدارية الخاصة ⁶
88	82	1.4	18.9	68.1	12.1	11.6	13.0	0.8	7.6	الصين، منطقة هونغ كونغ الإدارية الخاصة ⁵
80	75	1.7	12.4	70.0	17.5	7.4	17.6	0.5	1,444.2	الصين ⁴
74	69	3.5	3.3	59.3	27.4	19.0	37.4	2.4	9.7	طاجيكستان
73	69	3.5	3.5	59.2	31.1	21.6	37.3	2.5	41.2	العراق
81	77	2.7	2.6	74.5	17.1	11.1	22.9	3.6	5.2	عمان
69	65	3.8	3.5	59.1	27.1	19.2	37.4	2.7	2.3	غابون
64	61	5.0	2.5	53.7	32.4	23.1	43.8	2.9	2.5	غامبيا
66	63	3.7	3.2	59.9	30.4	21.3	36.9	2.2	31.7	غانا
75	70	2.0	10.0	66.2	21.8	14.4	23.8	0.5	0.1	غرينادا
78	72	2.7	5.1	62.0	31.3	21.2	32.9	1.9	18.2	غواتيمالا
86	79	2.1	19.9	61.9	21.5	14.2	18.2	0.0	0.4	غوادلوپ ¹¹
84	77	2.3	10.9	65.5	24.0	15.8	23.6	0.8	0.2	غوام ¹³
73	67	2.4	7.3	65.2	27.8	18.1	27.5	0.5	0.8	غيانا
83	77	3.2	5.8	62.5	27.6	19.0	31.7	2.7	0.3	غيانا الفرنسية ¹¹
63	61	4.5	3.0	54.3	34.1	24.2	42.7	2.8	13.5	غينيا
61	58	4.3	2.4	60.8	29.2	19.4	36.8	3.7	1.4	غينيا الاستوائية
61	57	4.3	2.9	55.4	32.1	22.9	41.7	2.5	2.0	غينيا بيساو
72	69	3.7	3.6	58.2	30.3	21.9	38.2	2.5	0.3	فانواتو
86	80	1.8	21.1	61.4	17.8	12.1	17.5	0.3	65.4	فرنسا ¹⁰
76	68	2.5	5.7	64.7	28.6	19.4	29.5	1.4	111.0	الفلبين

المؤشرات الديمغرافية

العمر المتوقع		الخصوبة	التركيبة السكانية					تغير السكان	السكان	الدول والإقليم والمناطق الأخرى
العمر المتوقع عند الولادة، سنوات، 2021	معدل الخصوبة الإجمالي، لكل امرأة		السكان في سن 65 فما فوق، نسبة مئوية	السكان من الفئة العمرية 15-64، نسبة مئوية	السكان من الفئة العمرية 10-24، نسبة مئوية	السكان من الفئة العمرية 10-19، نسبة مئوية	السكان من الفئة العمرية 0-14، نسبة مئوية			
الإناث	الذكور	2021	2021	2021	2021	2021	2021	2020-2015	2021	
76	73	3.4	3.3	58.8	31.4	21.8	38.0	2.4	5.2	فلسطين ²⁰
76	68	2.2	8.2	65.3	25.9	18.2	26.5	-1.1	28.7	فنزويلا (جمهورية - البوليفارية)
85	80	1.4	23.0	61.4	16.6	11.0	15.6	0.2	5.5	فنلندا ⁹
70	66	2.7	6.0	65.1	25.6	17.7	28.9	0.6	0.9	فيجي
80	72	2.0	8.2	68.6	20.7	14.0	23.2	1.0	98.2	فييت نام
83	79	1.3	14.7	68.8	19.1	11.7	16.5	0.8	1.2	قبرص ⁷
82	79	1.8	1.9	84.5	16.5	8.4	13.7	2.3	2.9	قطر
76	68	2.9	4.9	62.5	24.9	17.3	32.6	1.8	6.6	قبرغستان
78	70	2.7	8.2	62.7	20.8	15.2	29.2	1.3	19.0	كازاخستان
81	75	1.9	10.0	68.3	23.2	15.0	21.7	1.0	0.3	كاليدونيا الجديدة ¹¹
82	76	1.4	21.7	63.9	15.6	10.0	14.5	-0.6	4.1	كرواتيا
72	68	2.4	5.0	64.3	27.4	18.5	30.7	1.5	16.9	كمبوديا
85	81	1.5	18.6	65.7	16.6	10.5	15.8	0.9	38.1	كندا
81	77	1.6	16.2	68.1	17.0	10.9	15.7	0.0	11.3	كوبا
60	57	4.5	2.9	55.7	32.6	23.0	41.4	2.5	27.1	كوت ديفوار
82	76	1.7	18.2	64.0	19.0	13.0	17.8	0.5	0.2	كوراساو ¹
83	78	1.7	10.6	68.8	21.6	13.9	20.6	1.0	5.1	كوستاريكا
80	75	1.8	9.4	68.7	24.1	15.6	21.9	1.4	51.3	كولومبيا
77	75	2.1	3.4	75.5	18.5	13.1	21.1	2.1	4.3	الكويت
73	65	3.5	4.3	59.8	28.8	20.0	35.8	1.5	0.1	كيريباس
70	65	3.3	2.6	59.4	33.4	23.6	38.0	2.3	55.0	كينيا
80	71	1.7	21.0	62.2	13.7	10.2	16.8	-1.1	1.9	لاتفيا
81	77	2.0	7.9	67.6	24.8	16.3	24.5	0.9	6.8	لبنان
85	81	1.4	14.6	69.8	16.8	10.5	15.6	2.0	0.6	لكسمبرغ
66	63	4.1	3.4	56.6	32.4	23.2	40.0	2.5	5.2	ليبيريا
76	70	2.1	4.6	68.0	25.2	17.4	27.4	1.4	7.0	ليبيا
82	71	1.7	21.1	63.3	13.7	9.0	15.6	-1.5	2.7	ليتوانيا
59	52	3.0	5.0	62.8	29.1	19.7	32.1	0.8	2.2	ليسوتو
86	80	1.8	22.3	62.2	18.8	12.2	15.5	-0.2	0.4	مارتينيك ¹¹
85	81	1.5	21.8	63.8	14.7	9.3	14.4	0.4	0.4	مالطة
61	59	5.6	2.5	50.8	33.7	24.8	46.7	3.0	20.9	مالي
79	75	1.9	7.4	69.3	24.1	15.5	23.3	1.3	32.8	ماليزيا ¹⁴
69	66	3.9	3.2	57.0	32.4	22.7	39.8	2.7	28.4	مدغشقر
75	70	3.2	5.4	60.7	26.3	18.2	33.8	2.0	104.3	مصر
78	76	2.3	7.9	65.6	24.2	16.5	26.5	1.3	37.3	المغرب
78	74	1.5	14.9	68.9	17.2	11.1	16.2	0.0	2.1	مقدونيا الشمالية
78	72	2.1	7.8	66.7	25.6	17.2	25.5	1.1	130.3	المكسيك
68	62	4.0	2.7	54.8	34.4	24.7	42.5	2.7	19.6	ملاوي
81	78	1.8	3.8	76.4	19.3	11.3	19.8	3.4	0.5	ملاياف
77	74	2.2	3.6	71.8	20.8	14.2	24.5	1.9	35.3	المملكة العربية السعودية
83	80	1.7	18.8	63.5	17.3	11.4	17.6	0.6	68.2	المملكة المتحدة ²⁵
75	66	2.8	4.5	64.3	22.4	15.8	31.2	1.8	3.3	منغوليا
67	64	4.4	3.2	57.3	30.6	21.7	39.5	2.8	4.8	موريتانيا
79	72	1.4	13.0	70.6	20.7	13.4	16.4	0.2	1.3	موريشيوس ¹⁵
65	59	4.6	2.9	53.3	33.6	24.2	43.8	2.9	32.2	موزامبيق
71	64	2.1	6.5	68.4	26.7	17.9	25.1	0.6	54.8	ميانمار
70	66	2.9	4.6	64.4	29.8	19.9	31.0	1.1	0.1	ميكرونيزيا (ولايات - الموحدة)
67	61	3.2	3.6	59.7	30.2	20.8	36.7	1.9	2.6	ناميبيا
85	81	1.7	17.8	65.1	18.3	11.9	17.1	0.8	5.5	النرويج ¹⁸
84	80	1.6	19.5	66.1	15.1	9.6	14.5	0.7	9.0	النمسا
73	70	1.8	5.9	66.0	31.2	20.3	28.1	1.5	29.7	نيبال

العمر المتوقع		الخصوبة	التركيبة السكانية					تغير السكان	السكان	الدول والإقليم والمناطق الأخرى
العمر المتوقع عند الولادة، سنوات، 2021	معدل الخصوبة الإجمالي، لكل امرأة		السكان في سن 65 فما فوق، نسبة مئوية	السكان من الفئة العمرية 15-64، نسبة مئوية	السكان من الفئة العمرية 10-24، نسبة مئوية	السكان من الفئة العمرية 10-19، نسبة مئوية	السكان من الفئة العمرية 0-14، نسبة مئوية			
الإناث	الذكور	2021	2021	2021	2021	2021	2021	2020-2015	2021	
64	62	6.6	2.6	47.9	33.1	24.4	49.5	3.8	25.1	النيجر
56	54	5.2	2.8	53.9	32.0	23.2	43.3	2.6	211.4	نيجيريا
78	71	2.3	5.9	65.0	27.3	18.6	29.1	1.3	6.7	نيكاراغوا
84	81	1.9	16.7	64.0	19.5	13.0	19.3	0.9	4.9	نيوزيلندا ¹⁸
67	62	2.8	5.3	62.6	29.7	20.4	32.1	1.3	11.5	هايتي
71	69	2.2	6.8	67.4	26.9	18.0	25.8	1.0	1,393.4	الهند
78	73	2.4	5.1	64.8	30.6	20.4	30.1	1.7	10.1	هندوراس
81	74	1.5	20.6	65.0	15.2	10.0	14.5	-0.2	9.6	هنغاريا
84	81	1.7	20.5	64.0	17.2	11.3	15.5	0.2	17.2	هولندا ¹⁷
82	76	1.8	17.0	64.7	19.4	12.7	18.2	0.6	332.9	الولايات المتحدة الأمريكية ²⁶
88	82	1.4	28.7	59.0	13.6	8.9	12.3	-0.2	126.1	اليابان
68	65	3.5	3.0	58.6	32.2	22.6	38.4	2.4	30.5	اليمن
85	80	1.3	22.6	63.9	15.3	10.2	13.4	-0.4	10.4	اليونان

ملاحظات

- البيانات غير متوفرة.
- 1 للأغراض الإحصائية، لا تشمل البيانات المتعلقة بهولندا هذه المنطقة.
- 2 تشمل جزيرة كريسماس، وجزر كوكس (كيلنج)، وجزيرة نورفولك.
- 3 تشمل ناغورنو كاراباخ..
- 4 للأغراض الإحصائية، لا تشمل البيانات عن الصين منطقتي هونغ كونغ وماكاو الإداريتين الخاصتين التابعتين للصين، أو مقاطعة تايوان الصينية.
- 5 اعتباراً من 1 تموز/يوليو 1997، أصبحت هونغ كونغ منطقة إدارية صينية خاصة. للأغراض الإحصائية، لا تشمل البيانات المتعلقة بالصين هذه المنطقة.
- 6 اعتباراً من 20 كانون الأول/ديسمبر 1999، أصبحت ماكاو منطقة إدارية صينية خاصة. للأغراض الإحصائية، لا تشمل البيانات المتعلقة بالصين هذه المنطقة.
- 7 تشير إلى البلد بأكمله.
- 8 للأغراض الإحصائية، لا تشمل البيانات المتعلقة بالدانمرك جزر فايرو أو غرينلاند.
- 9 تشمل جزر آند.
- 10 للأغراض الإحصائية، لا تشمل البيانات المتعلقة بفرنسا غيانا الفرنسية، وبولينزيا الفرنسية، وغادلوب، ومارتينيك، ومايوت، وكاليدونيا الجديدة، وريونيون، وسان بيير وميكلون، وسان بارتيليمي، وسان مارتن (الجزء الفرنسي)، أو جزر البيس وفوتونا.
- 11 للأغراض الإحصائية، لا تشمل البيانات المتعلقة بفرنسا هذه المنطقة.
- 12 تشمل أبخازيا وجنوب أوسيتيا.
- 13 للأغراض الإحصائية، لا تشمل البيانات المتعلقة بالولايات المتحدة الأمريكية هذه المنطقة.
- 14 تشمل صباح وساراواك.
- 15 تشمل أغاليجا، وروديغيس، وسانت براندون.
- 16 تشمل ترانسنيستريا.
- 17 للأغراض الإحصائية، لا تشمل البيانات المتعلقة بهولندا أروبا، أو بونير، أو بونير وسان يوستاتيويس وسابا، أو كوراساو، أو سان مارتن (الجزء الهولندي).
- 18 للأغراض الإحصائية، لا تشمل البيانات المتعلقة بنوزيلندا جزر كوك أو نيوي أو توكيلاو.
- 19 تشمل جزر سفالبارد وجان ماين.
- 20 تشمل القدس الشرقية.
- 21 تشمل كوسوفو.
- 22 تشمل جزر الكناري، ومديني سبتة ومليلة.
- 23 تشمل زنجبار.
- 24 تشير إلى إقليم البلد في وقت تعداد عام 2001.
- 25 تشير إلى المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية. للأغراض الإحصائية، لا تشمل البيانات المتعلقة بالمملكة المتحدة أنغويلا، وبرمودا، وجزر فرجن البريطانية، وجزر كايمان، وجزر القنال، وجزر فوكلاند (مالفيناس)، وجبل طارق، وجزيرة مان، ومونتسيرات، وسانت هيلانة، وجزر تركس وكايكوس.
- 26 للأغراض الإحصائية، لا تشمل البيانات المتعلقة بالولايات المتحدة الأمريكية ساموا الأمريكية وغوام وجزر ماريانا الشمالية وبورتوريكو وجزر فرجن التابعة للولايات المتحدة.

تعريفات المؤشرات

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

متوسط معدل تغير السكان السنوي: متوسط معدل النمو المطرد للسكان خلال فترة معينة، استناداً إلى توقع متغير بسيط.

السكان من الفئة العمرية 0-14، نسبة مئوية: نسبة السكان من الفئة العمرية 0-14.

السكان من الفئة العمرية 10-19، نسبة مئوية: نسبة السكان من الفئة العمرية 10-19.

السكان من الفئة العمرية 10-24، نسبة مئوية: نسبة السكان من الفئة العمرية 10-24.

السكان من الفئة العمرية 15-64، نسبة مئوية: نسبة السكان من الفئة العمرية 15-64.

السكان في سن 65 فما فوق، نسبة مئوية: نسبة السكان في سن 65 فما فوق.

إجمالي معدل الخصوبة: عدد الأطفال الذين يُتوقع أن يُولدوا لكل امرأة إذا عاشت حتى نهاية سنوات الإنجاب وأنجبت عدداً من الأطفال في كلِّ عمرٍ بحيث يتوافق مع المعدلات السائدة للخصوبة حسب العمر.

العمر المتوقع عند الولادة: عدد السنوات التي يُتوقع أن يعيشها المواليد الجدد لو تعرَّضوا إلى أخطار الوفاة السائدة في المقطع العرضي للسكان في وقت ولادتهم.

مصادر البيانات الرئيسية

إجمالي عدد السكان: شعبة السكان في الأمم المتحدة..

متوسط معدل تغير السكان السنوي: شعبة السكان في الأمم المتحدة.

السكان من الفئة العمرية 0-14، نسبة مئوية: حسابات صندوق الأمم المتحدة للسكان، بناءً على بيانات شعبة السكان في الأمم المتحدة.

السكان من الفئة العمرية 10-19، نسبة مئوية: حسابات صندوق الأمم المتحدة للسكان، بناءً على بيانات من شعبة السكان في الأمم المتحدة.

السكان من الفئة العمرية 10-24، نسبة مئوية: حسابات صندوق الأمم المتحدة للسكان، بناءً على بيانات من شعبة السكان في الأمم المتحدة.

السكان من الفئة العمرية 15-64، نسبة مئوية: حسابات صندوق الأمم المتحدة للسكان، بناءً على بيانات من شعبة السكان في الأمم المتحدة.

السكان في سن 65 فما فوق، نسبة مئوية: حسابات صندوق الأمم المتحدة للسكان على أساس البيانات المُستمدّة من شعبة السكان في الأمم المتحدة.

إجمالي معدل الخصوبة: شعبة السكان في الأمم المتحدة.

العمر المتوقع عند الولادة: شعبة السكان في الأمم المتحدة.

تشمل الجداول الإحصائية الواردة في تقرير حالة سكان العالم 2021 مؤشرات لتتبع التقدم المحرز نحو تحقيق أهداف إطار العمل المعني بمتابعة برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، والأهداف الإنمائية للألفية في مجالات صحة الأم، وفرص الحصول على التعليم، والصحة الإنجابية والجنسية. وبالإضافة إلى ذلك، تشمل هذه الجداول مجموعة متنوعة من المؤشرات الديمغرافية. وتدعم الجداول الإحصائية التركيز الذي يُوليه صندوق الأمم المتحدة للسكان للتقدم والنتائج المحققة في 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 استقرانها أو تحليلها. ومن أجل تسهيل مقارنة البيانات بين البلدان، يعتمد صندوق الأمم المتحدة للسكان على المنهجيات الموّحدة المتّبعة من قبل المصادر الرئيسية للبيانات. ولهذا السبب، قد تختلف البيانات في هذه الجداول أحياناً عن البيانات الصادرة عن السلطات الوطنية. ولا يمكن مقارنة البيانات الواردة في الجداول بالبيانات الواردة في نُسخ سابقة من تقرير حالة سكان العالم نظراً لتحديث التصنيفات الإقليمية، والتحديثات المنهجية، وعمليات التنقيح التي أدخلت على بيانات المجموعات الزمنية.

تعتمد الجداول الإحصائية على الاستقصاءات الممثلة للأسر على الصعيد الوطني، مثل الاستقصاءات الديمغرافية والصحية، والدراسات الاستقصائية العنقودية المتعددة المؤشرات، والتقديرات الصادرة عن منظمات الأمم المتحدة، والتقديرات المشتركة بين الوكالات. وتشمل أيضاً أحدث التقديرات والتوقعات السكانية المستمدة من منشور التوقعات السكانية في العالم: تنقيح عام 2019، وتقديرات مؤشرات تنظيم الأسرة وتوقعاتها القائمة على النماذج لعام 2020 (إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية في الأمم المتحدة، شعبة السكان). البيانات مُرفقة بتعريفات، ومصادر، وملاحظات. وتعكس الجداول الإحصائية الواردة في تقرير حالة سكان العالم 2021 عموماً المعلومات المتاحة حتى كانون الثاني/يناير 2021.

تتبع التقدم المحرز نحو تحقيق أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الصحة الجنسية والإنجابية

نسبة وفيات الأمهات، (عدد الوفيات لكل 100000 مولود حي) ونطاق عدم اليقين، ونسبة وفيات الأمهات (فترة عدم اليقين 80%)، والتقديرات العليا والدنيا (2017).

المصدر: فريق الأمم المتحدة المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأمهات. يعرض هذا المؤشر عدد وفيات الأمهات خلال فترة زمنية معينة لكل 100000 مولود حي في خلال الفترة الزمنية نفسها (مؤشر هدف التنمية المستدامة 1-3). يتولى الفريق المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأمهات إصدار التقديرات باستخدام بيانات من نظم إحصاءات الأحوال المدنية والتسجيل المدني، والدراسات الاستقصائية للأسر المعيشية، وتعدادات السكان. كما أن صندوق الأمم المتحدة للسكان، ومنظمة الصحة العالمية، والبنك الدولي، واليونيسف، وشعبة السكان في الأمم المتحدة هي جميعها أعضاء في الفريق المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأمهات. ويجري استعراض التقديرات والمنهجيات بانتظام من جانب الفريق المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأمهات ويجري تنقيحها حينما يلزم، كجزء من الإجراءات المتواصلة في تحسين بيانات وفيات الأمهات. ويجب عدم مقارنة هذه التقديرات بالتقديرات السابقة المشتركة بين الوكالات.

الولادات بإشراف عاملين في القطاع الصحي ذوي كفاءة، نسبة مئوية (2014-2019).

المصدر: قاعدة بيانات عالمية مشتركة بشأن حضور القابلات الماهرات عند الولادة، 2020، اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية. حُسبت المجاميع الإقليمية من قبل صندوق الأمم المتحدة للسكان استناداً إلى بيانات من قاعدة البيانات العالمية المشتركة. النسبة 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 والمشورة اللازمة للنساء في أثناء فترة الحمل والمخاض وما بعد الولادة، وإجراء عمليات الولادة بمفردهم، ورعاية المواليد الجدد (مؤشر هدف التنمية المستدامة 2-3). النسبة المئوية للنساء في سن 15-49 ممن يستخدمن حالياً إحدى وسائل منع الحمل.

عدد الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشرية لكل 1000 نسمة من الفئات السكانية غير المصابة بالفيروس (2018):

المصدر: برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز). عدد الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشرية لكل 1000 نسمة في السنة بين الفئات السكانية غير المصابة بالفيروس (مؤشر هدف التنمية المستدامة 1-3).

معدل انتشار وسائل تنظيم الأسرة، بين النساء في سن 15-49، أي وسيلة (2021).

المصدر: شعبة السكان في الأمم المتحدة. النسبة المئوية للنساء في سن 15-49 ممن يستخدمن حالياً أي وسيلة من وسائل تنظيم الأسرة. تستند التقديرات القائمة على النماذج إلى البيانات المستمدة من تقارير عينات الدراسات الاستقصائية. وتضع بيانات الدراسات الاستقصائية تقديرات لنسبة جميع النساء في سن الإنجاب والنساء المتزوجات (شاملاً النساء المُقترنات بالتراضي)، ممن يستخدمن حالياً أي وسيلة من وسائل تنظيم الأسرة.

الاحتياجات غير المُلباة لتنظيم الأسرة للنساء في سن 15-49، وسائل حديثة (2021).

المصدر: شعبة السكان في الأمم المتحدة. النسبة المئوية للنساء في سن 15-49 ممن يستخدمن حالياً إحدى وسائل تنظيم الأسرة الحديثة. تستند التقديرات القائمة على النماذج إلى البيانات المستمدة من تقارير عينات الدراسات الاستقصائية. وتضع بيانات الدراسات الاستقصائية تقديرات لنسبة جميع النساء في سن الإنجاب والنساء المتزوجات (شاملاً النساء المُقترنات بالتراضي)، ممن يستخدمن حالياً أي وسيلة حديثة من وسائل تنظيم الأسرة. تشمل الوسائل الحديثة أو الوسائل المستخدمة في العيادات أو المعتمدة على التجهيزات كلاً من تعقيم الذكر والأنثى، وموانع الحمل الرحمية، وحبوب منع الحمل، والوسائل الحقيّة، والطعوم الهرمونية، والواقيات الذكرية، والواقيات الأنثوية.

احتياجات غير مُلباة لتنظيم الأسرة، للنساء في سن 15-49 (2021).

المصدر: شعبة السكان في الأمم المتحدة. النسبة المئوية للنساء في سن 15-49 ممن يرغبن في التوقف عن الإنجاب أو تأجيله لكنهن لا يستعملن أي وسيلة لتنظيم الأسرة. تستند التقديرات القائمة على النماذج إلى البيانات المستمدة من تقارير عينات الدراسات الاستقصائية. ولا تقع النساء اللاتي يستخدمن وسيلة تقليدية لتنظيم الأسرة ضمن فئة النساء ممن لديهن احتياجات غير مُلباة إلى تنظيم الأسرة. يُفترض أن تكون جميع النساء، أو جميع النساء المتزوجات والمقترنات، نشيطات جنسياً ومعرضات لخطر الحمل. بيد أن افتراض التعرض الشامل بين جميع النساء، أو جميع النساء المتزوجات أو المقترنات، قد يؤدي إلى انخفاض التقديرات مقارنة بالمخاطر الفعلية بين النساء المعرضات للخطر. وقد يكون من الممكن، ولا سيما عند المستويات المنخفضة لانتشار وسائل تنظيم الأسرة، أن تزيد أيضاً الاحتياجات غير المُلباة إلى تنظيم الأسرة عندما يزيد انتشار وسائل تنظيم الأسرة. ولذلك، ينبغي تفسير المؤشرين معاً.

نسبة الطلب على خدمات تنظيم الأسرة بأي وسيلة حديثة بين النساء في سن 15-49 (2021).

المصدر: شعبة السكان في الأمم المتحدة. النسبة المئوية للطلب الإجمالي على تنظيم الأسرة، بين النساء في سن 15-49، الذي جرت تلبية من خلال استعمال وسائل منع الحمل الحديثة (مؤشر هدف التنمية المستدامة رقم 5.3-1). وسائل منع الحمل الحديثة، ممتدة على الطلب الإجمالي على خدمات تنظيم الأسرة. الطلب الإجمالي على خدمات تنظيم الأسرة هو مجموع انتشار وسائل منع الحمل والاحتياجات غير المُلبَّاة لتنظيم الأسرة. تصدر عن شعبة السكان سلسلة منهجية وشاملة من التقديرات والتوقعات السنوية القائمة على النماذج لمجموعة من مؤشرات تنظيم الأسرة. وهذه السلسلة الزمنية متاحة للنساء في سنّ الإنجاب (15 إلى 49 عاماً)، والمزوجات أو المقترنات عن الفترة من 1970 إلى 2030، ولجميع النساء في سنّ الإنجاب، وللمرأة غير المتزوجة عن الفترة من 1990 إلى 2030. وترد تقديرات متوسطة مع فترات عدم اليقين بنسبة 80 في المائة و95 في المائة لـ 186 بلداً أو منطقة في العالم، ولمناطق ومجموعات إقليمية. استخدم النموذج الهرمي البايزي مع الاتجاهات الزمنية الخاصة بالبلدان من أجل توليد التقديرات والتوقعات وتقييمات درجة عدم اليقين. تستند التقديرات والتوقعات إلى البيانات الخاصة بكل بلد المجمعة في تقرير الاستخدام العالمي لوسائل منع الحمل 2020.

إجمالي صافي معدل الالتحاق، التعليم الإعدادي، نسبة مئوية (2010-2020).
المصدر: معهد الإحصاء التابع لليونسكو. إجمالي عدد الطلاب من الفئة العمرية الرسمية للتعليم الإعدادي الملحقين بأي مستوى تعليمي، مُعبراً عنه كنسبة مئوية من عدد السكان المقابل لهذه الفئة العمرية.

مؤشر التكافؤ بين الجنسين، إجمالي صافي معدل الالتحاق، التعليم الإعدادي (2010-2020).
المصدر: معهد الإحصاء التابع لليونسكو. نسبة قيم الإناث إلى الذكور من إجمالي صافي معدل الالتحاق بالتعليم الإعدادي.

إجمالي صافي معدل الالتحاق، المرحلة الدنيا من التعليم الثانوي، نسبة مئوية (2010-2019).
المصدر: معهد الإحصاء التابع لليونسكو. إجمالي عدد الطلاب من الفئة العمرية الرسمية للمرحلة الدنيا من التعليم الثانوي الملحقين بأي مستوى تعليمي، مُعبراً عنه كنسبة مئوية من عدد السكان المقابل لهذه الفئة العمرية.

مؤشر التكافؤ بين الجنسين، إجمالي صافي معدل الالتحاق، المرحلة الدنيا من التعليم الثانوي (2010-2019).
المصدر: معهد الإحصاء التابع لليونسكو. نسبة قيم الإناث إلى الذكور من إجمالي صافي معدل الالتحاق بالمرحلة الدنيا من التعليم الثانوي.

إجمالي صافي معدل الالتحاق، المرحلة العليا من التعليم الثانوي، نسبة مئوية (2009-2019).
المصدر: معهد الإحصاء التابع لليونسكو. إجمالي عدد الطلاب من الفئة العمرية الرسمية للمرحلة العليا من التعليم الثانوي الملحقين بأي مستوى تعليمي، مُعبراً عنه كنسبة مئوية من عدد السكان المقابل لهذه الفئة العمرية.

مؤشر التكافؤ بين الجنسين، إجمالي صافي معدل الالتحاق، المرحلة العليا من التعليم الثانوي (2009-2019).
المصدر: معهد الإحصاء التابع لليونسكو. نسبة قيم الإناث إلى الذكور من إجمالي صافي معدل الالتحاق بالمرحلة العليا من التعليم الثانوي.

المؤشرات الديمغرافية

السكان

عدد السكان الإجمالي بالملايين (2021).

المصدر: شعبة السكان في الأمم المتحدة. الحجم التقديري للتعدادات السكانية الوطنية في منتصف السنة.

تغير السكان

متوسط معدل تغير السكان السنوي، نسبة مئوية (2015-2020).

المصدر: حسابات صندوق الأمم المتحدة للسكان، بناءً على بيانات واردة من شعبة السكان في الأمم المتحدة. متوسط معدل النمو المطرد للسكان خلال فترة معينة، استناداً إلى توقع متغير بسيط.

التركيبة السكانية

السكان من الفئة العمرية 0-14، نسبة مئوية (2021).

المصدر: حسابات صندوق الأمم المتحدة للسكان، بناءً على بيانات واردة من شعبة السكان في الأمم المتحدة. نسبة السكان من الفئة العمرية 0-14.

القوانين والأنظمة التي تضمن الحصول على الرعاية والمعلومات والتعليم في مجال الصحة الجنسية والإيجابية (2019).

المصدر: صندوق الأمم المتحدة للسكان. مدى تمتع البلدان بقوانين وأنظمة وطنية تضمن إتاحة الرعاية الصحية الجنسية والإيجابية إتاحة تامة ومتساوية للنساء والرجال في سن 15 فما فوق وما يتصل بذلك من معلومات وتثقيف (مؤشر هدف التنمية المستدامة 5.6-2).

النوع الاجتماعي والحقوق ورأس المال البشري

معدل الولادات لدى المراهقات لكل 1000 فتاة في سن 15-19 (2003-2018).

المصدر: شعبة السكان في الأمم المتحدة. عدد الولادات لكل 1000 من المراهقات في سن 15-19 (مؤشر هدف التنمية المستدامة 5.3-2). ويمثل معدل الولادات بين المراهقات خطر الإنجاب بين المراهقات اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و19 سنة. ولأغراض التسجيل المدني، فإن المعدلات تكون عرضة لبعض التقديرات التي تستند إلى استيفاء بيانات المواليد ومعاملة الرضع الذين يولدون أحياء ولكنهم يموتون قبل التسجيل أو في خلال أول 24 ساعة من حياتهم، ونوعية المعلومات المقدمة عن سن الأم، وإدراج المواليد من فترات سابقة. وقد تتأثر التقديرات السكانية نتيجة للقيود المرتبطة بعدم صحة البيانات المقدمة عن السن ونطاق التغطية. وفي البيانات المستخدمة للمسح السكاني وتعداد السكان، يعود كلا البسط والمقام إلى نفس فئة السكان. وتتعلق القيود الرئيسية بالإبلاغ الخطأ عن العمر، وإغفال الولادات، والإبلاغ الخطأ عن تاريخ ولادة الطفل، وتغيرات العيّنات في حالة الاستقصاءات.

زواج الأطفال حتى سن 18، نسبة مئوية (2005-2019).

المصدر: اليونيسف. حُسبت المجاميع الإقليمية من قبل صندوق الأمم المتحدة للسكان بناءً على بيانات واردة من اليونيسف. نسبة النساء البالغات 20-24 عاماً ممن تزوجن أو اقترنن قبل سن 18 (مؤشر أهداف التنمية المستدامة 5.3-1).

انتشار تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية (المعروف بالختان) بين الفتيات في سن 15-19، نسبة مئوية (2004-2018).

المصدر: صندوق الأمم المتحدة للسكان. نسبة الفتيات البالغات 15-19 عاماً ممن تعرّضن لتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية (مؤشر هدف التنمية المستدامة 5.3-2).

عنف الشريك الحميم، الأشهر الـ 12 الماضية، نسبة مئوية (2000-2019).

المصدر: صندوق الأمم المتحدة للسكان. التقديرات الإقليمية والعالمية التي أعدها الفريق المشترك بين الوكالات المعني بتقديرات وبيانات العنف ضد المرأة (منظمة الصحة العالمية، وهيئة الأمم المتحدة للمساواة بين الجنسين وتمكين المرأة، واليونيسف، وشعبة الإحصاءات في الأمم المتحدة، ومكتب الأمم المتحدة بالمخدرات والجريمة، وصندوق الأمم المتحدة للسكان). النسبة المئوية للنساء والفتيات في سن 15-49 اللاتي سبق لهن الاقتران بشركاء وتعرضن لعنف بدني و/أو جنسي ناتج عن الشريك الحميم في الأشهر الـ 12 السابقة (مؤشر التنمية المستدامة 5.2-1).

السكان من الفئة العمرية 19-10، نسبة مئوية (2021).

المصدر: حسابات صندوق الأمم المتحدة للسكان، بناءً على بيانات واردة من شعبة السكان في الأمم المتحدة. نسبة السكان من الفئة العمرية 19-10.

السكان من الفئة العمرية 24-10، نسبة مئوية (2021).

المصدر: حسابات صندوق الأمم المتحدة للسكان، بناءً على بيانات واردة من شعبة السكان في الأمم المتحدة. نسبة السكان من الفئة العمرية 24-10.

السكان من الفئة العمرية 64-15، نسبة مئوية (2021).

المصدر: حسابات صندوق الأمم المتحدة للسكان، بناءً على بيانات واردة من شعبة السكان في الأمم المتحدة. نسبة السكان من الفئة العمرية 64-15.

السكان في سن 65 فما فوق، نسبة مئوية (2021).

المصدر: حسابات صندوق الأمم المتحدة للسكان، بناءً على بيانات واردة من شعبة السكان في الأمم المتحدة. نسبة السكان في سن 65 فما فوق.

الخصوبة

معدل الخصوبة الإجمالي، لكل امرأة (2021).

المصدر: شعبة السكان في الأمم المتحدة. عدد الأطفال الذين يُفترض أن يُولدوا لكل امرأة إذا عاشت حتى نهاية سنوات الإنجاب وأنجبت عدداً من الأطفال في كلِّ عمرٍ بحيث يتوافق مع المعدلات السائدة للخصوبة حسب العمر.

العُمر المتوقع

العُمر المتوقع عند الولادة، سنوات (2021).

المصدر: شعبة السكان في الأمم المتحدة. عدد السنوات التي يُتوقع أن يعيشها المواليد الجدد لو تعرَّضوا إلى أخطار الوفاة السائدة في المقطع العرضي للسكان في وقت ولادتهم.

التصنيفات الإقليمية

تُحسب القيم الإقليمية لصندوق الأمم المتحدة للسكان المذكورة في نهاية الجداول الإحصائية باستخدام بياناتٍ من بلدانٍ ومناطقٍ كما هو مبينٌ في التصنيف أناه.

منطقة الدول العربية

الجزائر؛ جيبوتي؛ مصر؛ العراق؛ الأردن؛ لبنان؛ ليبيا؛ المغرب؛ عُمان؛ 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)؛ كيريباس؛ كوريا (الجمهورية الشعبية الديمقراطية)؛ جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية؛ ماليزيا؛ ملديف؛ جزر مارشال؛ ميكرونيزيا (الولايات المتحدة)؛ منغوليا؛ ميانمار؛ ناورو؛ نيبال؛ نيوي؛ باكستان؛ بالاو؛ بابوا غينيا الجديدة؛ الفلبين؛ ساموا؛ جزر سليمان؛ سري لانكا؛ تايلند؛ تيمور-ليشتي (الجمهورية الديمقراطية)؛ توكيلاو؛ تونغافو؛ توفالو؛ فانواتو؛ فييتنام

منطقة أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى

ألبانيا؛ أرمينيا؛ أذربيجان؛ بيلاروس؛ البوسنة والهرسك؛ جورجيا؛ كازاخستان؛ قيرغيزستان؛ جمهورية مولدوفا؛ مقدونيا الشمالية؛ صربيا؛ طاجيكستان؛ تركيا؛ تركمانستان؛ أوكرانيا؛ أوزبكستان

منطقة شرق أفريقيا والجنوب الأفريقي

أنغولا؛ بوتسوانا؛ بوروندي؛ جزر القمر؛ الكونغو (الجمهورية الديمقراطية)؛ إريتريا؛ إسواتيني؛ إثيوبيا؛ كينيا؛ ليسوتو؛ مدغشقر؛ ملاوي؛ موريشيوس؛ موزامبيق؛ ناميبيا؛ رواندا؛ جنوب أفريقيا؛ جنوب السودان؛ تنزانيا (الجمهورية المتحدة)؛ أوغندا؛ زامبيا؛ زيمبابوي

منطقة أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي

أنغويلا؛ أنتيغوا وبربودا؛ الأرجنتين؛ أروبا؛ جزر البهاما؛ بربادوس؛ بليز؛ برمودا؛ بوليفيا (دولة متعددة القوميات)؛ البرازيل؛ جزر فيرجن البريطانية؛ جزر كليمان؛ تشيلي؛ كولومبيا؛ كوستاريكا؛ كوبا؛ كوراساو؛ دومينيكا؛ الجمهورية الدومينيكية؛ إكادور؛ 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 تركس وكايكوس؛ أوروغواي؛ فنزويلا (الجمهورية البوليفارية)

منطقة وسط وغرب أفريقيا

بنين؛ بوركينا فاسو؛ الكامرون (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

يُستخدم مصطلح "مناطق أكثر نمواً" لأغراض إحصائية فقط، ولا يُعبّر بحالٍ من الأحوال عن المرحلة التي بلغها بلدٌ معين أو منطقة معينة في عملية التنمية، ويشمل مناطق شعبة الأمم المتحدة للسكان في أوروبا وأمريكا الشمالية وأستراليا/نيوزيلندا واليابان.

يُستخدم مصطلح "مناطق أقل نمواً" لأغراض إحصائية فقط، ولا يُعبّر بحالٍ من الأحوال عن المرحلة التي بلغها بلد معين أو منطقة معينة في عملية التنمية، ويشمل جميع مناطق شعبة الأمم المتحدة للسكان في أفريقيا وآسيا (باستثناء اليابان) وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي بالإضافة إلى ميلانيزيا وميكرونيزيا وبولينيزيا.

يتضمن مصطلح "أقل البلدان نمواً"، على النحو الذي حددته الجمعية العامة للأمم المتحدة في قراراتها ذات الأرقام (209/59، 210/59، 33/60، 97/62، L.55/64، L.43/67، 18/68، 209/59)، 47 بلداً (حتى كانون الأول/ديسمبر 2018): 33 في أفريقيا، و9 في آسيا، و4 في أوقيانوسيا، و1

في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي - أفغانستان؛ أنغولا؛ بنغلاديش؛ بنين؛ بوتان؛ بوركينا فاسو؛ بوروندي؛ كمبوديا؛ جمهورية أفريقيا الوسطى؛ تشاد؛ جزر القمر؛ جمهورية الكونغو الديمقراطية؛ جيبوتي؛ إريتريا؛ إثيوبيا؛ غامبيا؛ غينيا؛ غينيا-بيساو؛ هايتي؛ كيريباس؛ جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية؛ ليسوتو؛ ليبيريا؛ مدغشقر؛ ملاوي؛ مالي؛ موريتانيا؛ موزامبيق؛ ميانمار؛ نيبال؛ النيجر؛ رواندا؛ ساو تومي وبرينسيبي؛ السنغال؛ سيراليون؛ جزر سليمان؛ الصومال؛ جنوب السودان؛ السودان؛ جمهورية تنزانيا المتحدة؛ تيمور-ليشتي؛ توغو؛ توفالو؛ أوغندا؛ فانواتو؛ اليمن؛ زامبيا. كما أن هذه البلدان مشمولة في المناطق الأقل تقدماً. يمكن الاطلاع على مزيد من المعلومات من خلال الرابط التالي

<http://unohrrls.org/about-ldcs/>

- African Union, 2003. *Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa*. Website: au.int/sites/default/files/treaties/37077-treaty-charter_on_rights_of_women_in_africa.pdf, accessed 18 November 2020.
- African Union, 1990. *African Charter on the Rights and Welfare of the Child*. Website: un.org/en/africa/osaa/pdf/au/afr_charter_rights_welfare_child_africa_1990.pdf, accessed 18 November 2020.
- African Union, 1981. *African Charter on Human and Peoples' Rights (Banjul Charter)*. Website: achpr.org/legalinstruments/detail?id=49, accessed 18 November 2020.
- Agot, Kawango E. and others, 2010. "Widow Inheritance and HIV Prevalence in Bondo District, Kenya." *PLOS One* 5(11): e14028.
- Akhmetova, Anna and others, 2020. "Understanding Successful Legal Reform for Women's Economic Empowerment: A Case Study Analysis." The Bush School of Government and Public Service, Texas A&M University. Website: bush.tamu.edu/wp-content/uploads/2020/07/WPS2020CapstoneFullReport.pdf, accessed 29 December 2020.
- Arthur, Megan and others, 2018. "Child Marriage Laws Around the World: Minimum Marriage Age, Legal Exceptions, and Gender Disparities." *Journal of Women, Politics & Policy* 39(1): 51-74.
- ASEAN (Association of Southeast Asian Nations), 2012. *ASEAN Human Rights Declaration*. Website: asean.org/storage/images/ASEAN_RTK_2014/6_AHRD_Booklet.pdf, accessed 18 November 2020.
- Assaf, Shireen and Lwendo Moonzwe Davis, 2018. "Does Men's Involvement Improve the Health Outcomes of Their Partners and Children?" DHS Analytical Studies No. 64. Rockville, Maryland, USA: ICF.
- Bearak, Jonathan and others, 2020. "Unintended Pregnancy and Abortion by Income, Region, and the Legal Status of Abortion: Estimates from a Comprehensive Model for 1990-2019." *The Lancet Global Health* 8(9): e1152-e1161.
- Berg, Rigmor C. and Eva Denison, 2013. "A Tradition in Transition: Factors Perpetuating and Hindering the Continuance of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) Summarized in a Systematic Review." *Health Care for Women International* 34(10): 837-859.
- Bernstein, Carolyn A., 2018. "Take Control of Your Health Care (Exert Your Patient Autonomy)." Harvard Health Blog. Website: health.harvard.edu/blog/take-control-of-your-health-care-exert-your-patient-autonomy-2018050713784, accessed 29 December 2020.
- Cabral, Mauro, 2015. "Statement from GATE - Global Action for Trans* Equality." *Reproductive Health Matters* 23(46): 196.
- Clapham, Andrew, 2015. *Human Rights: A Very Short Introduction*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Committee on Adolescence, 2017. "The Adolescent's Right to Confidential Care When Considering Abortion." *Pediatrics* 139(2): e20163861.
- Council of Europe, 1950. *European Convention on Human Rights*. Website: echr.coe.int/documents/convention_eng.pdf, accessed 18 November 2020.
- Coyne, Imelda and Maria Harder, 2011. "Children's Participation in Decision-Making: Balancing Protection with Shared Decision-Making Using a Situational Perspective." *Journal of Child Health Care* 15(4): 312-319.
- Data2x, 2020. "Mapping Gender Data Gaps: An SDG Era Update." Website: data2x.org/resource-center/mappinggenderdatagaps/, accessed 29 December 2020.
- Data2x, 2020a. "Why the Action Coalition on Bodily Autonomy and Sexual and Reproductive Health and Rights (SRHR) Must Call for Investment in Gender Data." Website: data2x.org/wp-content/uploads/2020/09/AC-Brief_BodilyAutonomyandSRHR.pdf, accessed 29 December 2020.
- Dennis, Amanda and others, 2009. *The Impact of Laws Requiring Parental Involvement for Abortion: A Literature Review*. New York, USA: Guttmacher Institute.
- Dhillon, Amrit, 2018. "'Death by Dowry' Claim by Bereaved Family in India." London, UK: *The Guardian*, 18 July 2018. Website: theguardian.com/global-development/2018/jul/18/death-by-dowry-claim-by-bereaved-family-in-india, accessed 15 January 2021.
- Disabled World, 2012. "People with Disabilities and Sexual Assault." Website: disabled-world.com/disability/sexuality/assaults.php#ixzz2SXMEQWra, accessed 13 November 2020.
- ECtHR (European Court of Human Rights), 2010. *Ternovszky v. Hungary* (application no. 67545/09). Website: [hudoc.echr.coe.int/eng#{"itemid":\["001-102254"\]}](http://hudoc.echr.coe.int/eng#{), accessed 18 November 2020.

- ECtHR (European Court of Human Rights), 2007. *Evans v. The United Kingdom* (application no. 6339/05). Website: [hudoc.echr.coe.int/eng#{"itemid":\["001-80046"\]}](http://hudoc.echr.coe.int/eng#{), accessed 19 November 2020.
- ECtHR (European Court of Human Rights), 2002. *Pretty v The United Kingdom* (application no. 2346/02). Website: [hudoc.echr.coe.int/eng#{"itemid":\["001-60448"\]}](http://hudoc.echr.coe.int/eng#{), accessed 18 November 2020.
- ECtHR (European Court of Human Rights), 1997. *Laskey and Others v. The United Kingdom* (application no. 21627/93; 21628/93; 21974/93). Website: [hudoc.echr.coe.int/eng#{"itemid":\["001-58021"\]}](http://hudoc.echr.coe.int/eng#{), accessed 18 November 2020.
- Equality Now, 2020. "Repealing 'Marry Your Rapist' Laws." Website: equalitynow.org/repealing_marry_your_rapist_laws, accessed 18 November 2020.
- Equality Now, 2017. *The World's Shame: The Global Rape Epidemic*. New York, Nairobi, London: Equality Now.
- Esterhuizen, Tashwill, 2019. "Decriminalisation of Consensual Same-Sex Sexual Acts and the Botswana Constitution: Letsweletse Motshidiemang v The Attorney-General (LEGABIBO as Amicus Curiae)." *African Human Rights Law Journal* 19(2): 843-861.
- European Union, 2012. *Charter of Fundamental Rights of the European Union*. Website: europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:12012P/TXT, accessed 18 November 2020.
- Fahmida, Rokeya and Philippe Doney, 2013. "Sexual Coercion Within Marriage in Bangladesh." *Women's Studies International Forum* 38: 117-124.
- Gamal, Eldin and others, 2018. "FGM/C Decision-Making Process and the Role of Gender Power Relations in Sudan." In *Evidence to End FGM/C: Research to Help Girls and Women Thrive*. New York, USA: Population Council.
- Ganatra, Bela and others, 2017. "Global, Regional, and Subregional Classification of Abortions by Safety, 2010-14: Estimates from a Bayesian Hierarchical Model." *Lancet* 390(10110): 2372-2381.
- Gerdts, Caitlin and others, 2015. "Denial of Abortion in Legal Settings." *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 41: 161-163.
- Gibbs, Andrew and others, 2019. "Factors Associated with 'Honour' Killings in Afghanistan and the Occupied Palestinian Territories: Two Cross-Sectional Studies." *PLoS One* 14(8): e0219125.
- Global Commission on HIV and the Law, 2012. *HIV and the Law: Risks, Rights and Health*. New York, USA: United Nations Development Programme. Website: undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/hiv-and-the-law--risks--rights---health.html, accessed 18 November 2020.
- Grace, Karen Trister and Christina Fleming, 2016. "A Systematic Review of Reproductive Coercion in International Settings." *World Medical & Health Policy* 8(4): 382-408.
- Gruskin, Sofia and Daniel Tarantola, 2002. Health and Human Rights. In *Oxford Textbook of Public Health, 4th edn*, Roger Detels and others, eds. Oxford, UK: Oxford University Press; pp 311, 322.
- Habibov, Nazim and others, 2017. "Understanding Women's Empowerment and its Determinants in Post-Communist Countries: Results of Azerbaijan National Survey." *Women's Studies International Forum* 62: 125-135.
- Hague, Gill and others, 2011. "Bride Price and Its Links to Domestic Violence and Poverty in Uganda: A Participatory Action Research Study." *Women's Studies International Forum* 34(6): 550-561.
- Harrell, Erika, 2017. *Crimes Against Persons with Disabilities, 2009-2015 - Statistical Tables*. Washington, DC, USA: Bureau of Justice Statistics, Department of Justice.
- Hasday, Jill E., 2000. "Contest and Consent: A Legal History of Marital Rape." *California Law Review* 88: 1373.
- Hattori, Megan Klein and Laurie DeRose, 2008. "Young Women's Perceived Ability to Refuse Sex in Urban Cameroon." *Studies in Family Planning* 39(4): 309-320.
- Heidari, Shirin, 2015. "Sexual Rights and Bodily Integrity as Human Rights." *Reproductive Health Matters* 23(46): 1-6.
- Hogan, Daniel R. and others, 2017. "Monitoring Universal Health Coverage Within the Sustainable Development Goals: Development and Baseline Data for an Index of Essential Health Services." *The Lancet Global Health* 6(2): E152-168.
- Howard, Natasha and others, 2017. "What Works for Human Papillomavirus Vaccine Introduction in Low and Middle-Income Countries?" *Papillomavirus Research* 4: 22-25.
- IACtHR (Inter-American Court of Human Rights), 2014. *Espinoza Gonzales v. Peru*. Website: corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_289_ing.pdf, accessed 18 November 2020.
- IACtHR (Inter-American Court of Human Rights), 2013. *J. v. Peru*. Website: corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_275_ing.pdf, accessed 18 November 2020.

- IACtHR (Inter-American Court of Human Rights), 2010. *Fernández Ortega et al v. Mexico*. Website: corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_215_ing.pdf, accessed 18 November 2020.
- IACtHR (Inter-American Court of Human Rights), 2006. *Miguel Castro Castro Prison v Peru*. Website: corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_160_ing.pdf, accessed 18 November 2020.
- ICRC (International Committee of the Red Cross), 2020. "Addressing Internal Displacement in Times of Armed Conflict and Other Violence." Website: icrc.org/en/publication/0867-internally-displaced-humanitarian-response-internally-displaced-people-armed, accessed 25 February 2021.
- ILGA World (International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association), 2020. *State-Sponsored Homophobia: Global Legislation Overview Update*. Geneva, Switzerland: ILGA.
- IPPF and UNFPA (International Planned Parenthood Federation and United Nations Population Fund), 2017. "Global Sexual and Reproductive Health Service Package for Men and Adolescent Boys." London, UK: IPPF. Website: ippf.org/resource/global-sexual-and-reproductive-health-package-men-and-adolescent-boys, accessed 13 January 2021.
- Jewkes, Rachel and others, 2011. "The Relationship Between Intimate Partner Violence, Rape and HIV Amongst South African Men: A Cross-Sectional Study." *PLoS One* 6(9): e24256.
- Khosla, Rajat and others, 2017. "Gender Equality and Human Rights Approaches to Female Genital Mutilation: A Review of International Human Rights Norms and Standards." *Reproductive Health* 14(1): 59.
- Kriel, Yolande and others, 2019. "Male Partner Influence on Family Planning and Contraceptive Use: Perspectives from Community Members and Healthcare Providers in KwaZulu-Natal, South Africa." *Reproductive Health* 16(1): 89.
- Kyegombe, Nambusi and others, 2014. "'SASA! is the Medicine that Treats Violence': Qualitative Findings on how a Community Mobilisation Intervention to Prevent Violence Against Women Created Change in Kampala, Uganda." *Global Health Action* 7: 25082.
- Mabumba, E. D. and others, 2007. "Widow Inheritance and HIV in Rural Uganda." *Tropical Doctor* 37: 229-231.
- Maharjan, Binita and others, 2019. "Factors Influencing the Use of Reproductive Health Care Services among Married Adolescent Girls in Dang District, Nepal: A Qualitative Study." *BMC Pregnancy and Childbirth* 19: 152.
- Marí-Ytarte, Rosa and others, 2020. "Sex and Relationship Education for the Autonomy and Emotional Well-Being of Young People." *Frontiers in Psychology* 11: 1280.
- McCarthy, Bill and others, 2014. "Sex Work: A Comparative Study." *Archives of Sexual Behavior* 43(7): 1379-1390.
- McCarthy, Joe, 2017. "9 Reasons Why Dowries Are Horrible for Women: An Ugly and Corrosive System." *Global Citizen*, 6 June 2017. Website: globalcitizen.org/en/content/8-reasons-dowries-are-bad-for-women, accessed 13 November 2020.
- McCormick-Cavanagh, Conor, 2017. "New Tunisian Law Takes Long Stride Toward Gender Equality." *Al-Monitor*, 28 July 2017. Website: al-monitor.com/pulse/originals/2017/07/tunisia-new-law-women-protection-violence-rape-2018.html, accessed 28 December 2020.
- MIGS (Mediterranean Institute of Gender Studies), 2015. "Position Paper: Repositioning FGM as a Gender and Development Issue." Website: medinstgenderstudies.org/wp-content/uploads/endFGM-PositionPaper-EN-online.pdf, accessed 15 January 2020.
- Miller, Alice M. and Mindy Jane Roseman, eds, 2019. *Beyond Virtue and Vice: Rethinking Human Rights and Criminal Law*. Philadelphia, USA: University of Pennsylvania Press.
- Moore, Ann M. and others, 2007. "Coerced First Sex Among Adolescent Girls in Sub-Saharan Africa: Prevalence and Context." *African Journal of Reproductive Health* 11(3): 62-82.
- Nadimpally, Sarojini and others, 2016. "Commercial Surrogacy: A Contested Terrain in the Realm of Rights and Justice." Kuala Lumpur: Asian-Pacific Resource and Research Centre for Women (ARROW). Website: arrow.org.my/wp-content/uploads/2018/10/accessible%20pdf-9944/index.pdf, accessed 15 January 2021.
- November, Lucy and Jane Sandall, 2018. "'Just Because She's Young, It Doesn't Mean She Has To Die': Exploring the Contributing Factors to High Maternal Mortality in Adolescents in Eastern Freetown; A Qualitative Study." *Reproductive Health* 15: 31.
- Nussbaum, Martha, 2000. *Women and Human Development: The Capabilities Approach*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- OAS (Organization of American States), 1994. *Inter-American Convention on the Prevention, Punishment and Eradication of Violence against Women ("Convention of Belem do Para")*. Website: oas.org/en/mesecvi/docs/belemdopara-english.pdf, accessed 18 November 2020.

- OAS (Organization of American States), 1969. *American Convention on Human Rights, "Pact of San Jose", Costa Rica*. Website: oas.org/dil/access_to_information_American_Convention_on_Human_Rights.pdf, accessed 18 November 2020.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2020. "Child, Early and Forced Marriage, Including in Humanitarian Settings." Website: [ohchr.org/EN/Issues/Women/WRGS/Pages/ChildMarriage.aspx](https://www.ohchr.org/EN/Issues/Women/WRGS/Pages/ChildMarriage.aspx), accessed 13 November 2020.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2017. "Ending Violence and Discrimination against LGBTI Persons – LGBTI Core Group Ministerial Event." Website: [ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=22110&LangID=E](https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=22110&LangID=E), accessed 18 November 2020.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2015. "Report of the High Commissioner for Human Rights on Discrimination and Violence against Individuals Based on Their Sexual Orientation and Gender Identity." A/HRC/29/23. Website: documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G15/088/42/pdf/G1508842.pdf?OpenElement, accessed 28 December 2020.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2005. "Background Conference Document." Website: www2.ohchr.org/SPdocs/CRPD/DGD21102009/OHCHR_BP_Legal_Capacity.doc, accessed 18 November 2020.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), n.d. "What are Human Rights?" Website: [ohchr.org/en/issues/pages/whatarehumanrights.aspx](https://www.ohchr.org/en/issues/pages/whatarehumanrights.aspx), accessed 23 December 2020.
- Olson, Rose McKeon and Claudia Garcia-Moreno, 2017. "Virginity Testing: A Systematic Review." *Reproductive Health* 14(1): 61.
- O'Neil, Tam and Pilar Domingo, 2016. *Women and Power: Overcoming Barriers to Leadership and Influence*. London, UK: ODI.
- O'Neil, Tam and others, 2014. *Progress on Women's Empowerment: From Technical Fixes to Political Action*. London, UK: ODI.
- Pantuliano, Sara, 2020. "The Nairobi Summit, One Year On: The March for Women's Rights Continues." ODI, 12 November 2020. Website: odi.org/blogs/17541-nairobi-summit-one-year-march-women-s-rights-continues, accessed 22 December 2020.
- Parcesepe, Angela M. and others, 2016. "Early Sex Work Initiation and Violence Against Female Sex Workers in Mombasa, Kenya." *Journal of Urban Health* 93(6): 1010-1026.
- Park, Jeanna and others, 2016. "Reproductive Coercion: Uncloaking an Imbalance of Social Power." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 214(1): 71-78.
- Patterson, Charlotte J. and Anthony R. D'Augelli, 2012. *Handbook of Psychology and Sexual Orientation*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Pew Research Center, 2016. *Marriage Laws around the World*. Washington, DC, USA: Pew Research Center. Website: assets.pewresearch.org/wp-content/uploads/sites/12/2016/09/FT_Marriage_Age_Appendix_2016_09_08.pdf, accessed 18 November 2020.
- Powell, Richard Antony and Mohamed Yussuf, 2021. "Medical Narrative and Religious Norm Driving Cut Type and Medicalization Changes in Female Genital Mutilation/Cutting in Somaliland." *Health Care for Women International* 4: 1-25.
- Pryor, Emily Courey, 2020. "Why We're Optimistic About Gender Data after the 2020 Virtual UN World Data Forum." Data2x. Website: data2x.org/why-were-optimistic-about-gender-data-after-the-2020-virtual-un-world-data-forum/, accessed 29 December 2020.
- PWN (Positive Women's Network), n.d. "Bodily Autonomy: A Framework to Guide Our Future." Website: pwn-usa.org/bodily-autonomy-framework/, accessed 22 December 2020.
- RAINN (Rape, Abuse and Incest National Network), 2020. "Sexual Abuse of People with Disabilities." Website: rainn.org/articles/sexual-abuse-people-disabilities, accessed 13 November 2020.
- Rajan, Dheepa, n.d. "Improving Budget Accountability in Health Through Government-Civil Society Collaboration: Insights from Mexico." Geneva, Switzerland: World Health Organization. Website: [who.int/docs/default-source/health-financing/who-symposium-on-health-financing-for-uhc/session-3-1--rajan.pdf?sfvrsn=324849e7_2](https://www.who.int/docs/default-source/health-financing/who-symposium-on-health-financing-for-uhc/session-3-1--rajan.pdf?sfvrsn=324849e7_2), accessed 18 November 2020.
- Reis, Elizabeth, 2019. "Did Bioethics Matter? A History of Autonomy, Consent, and Intersex Genital Surgery." *Medical Law Review* 27(4): 658-674.
- Richardson, Siane, 2020. "Marriage: A Get Out of Jail Free Card?" *International Journal of Law, Policy and the Family* 34(2): 168-190.
- Roggeband, Conny and Andrea Krizsán, 2020. *Democratic Backsliding and the Backlash Against Women's Rights: Understanding the Current Challenges for Feminist Politics*. UN Women. Website: unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/06/discussion-paper-democratic-backsliding-and-the-backlash-against-womens-rights, accessed 29 December 2020.

- Roseman, Mindy Jane, 2020. "The Fruits of Someone Else's Labor: Gestational Surrogacy and the Promise of Human Rights in the 21st Century." In *The Cambridge Handbook on New Human Rights. Recognition, Novelty, Rhetoric*, Andreas von Arnould and others, eds. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Salome, Nyambura and others, 2013. "Gender and Disability: Voices of Female Students with Disabilities on Gender-based Violence in Higher Education, Kenya." *International Journal of Education and Research* 1(4). Website: ijern.com/images/April-2013/36.pdf, accessed 12 January 2021.
- Santhya, K. G. and others, 2010. "Associations between Early Marriage and Young Women's Marital and Reproductive Health Outcomes: Evidence from India." *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 36(3): 132-139.
- Save the Children, 2020. Impact of COVID-19 on Protection and Education Among Children in Dadaab Refugee Camp, Kenya. Retrieved from <https://resourcecentre.savethechildren.net/library/impact-covid-19-protection-and-education-among-children-dadaab-refugee-camp-kenya-september>.
- Schneider, Madeline and Jennifer S. Hirsch, 2020. "Comprehensive Sexuality Education as a Primary Prevention Strategy for Sexual Violence Perpetration." *Trauma, Violence, & Abuse* 21(3): 439-455.
- Selby, Daniele, 2016. "Everything You Should Know About Honor Killings." *Global Citizen*, 21 July 2016. Website: globalcitizen.org/en/content/honor-based-violence-killings-women-girls-pakistan, accessed 23 December 2020.
- Sexual Rights Initiative, 2020. National Sexual Rights Law and Policy Database. Website: sexualrightsdatabase.org/page/welcome, accessed 18 November 2020.
- Shetty, Priya, 2007. "Nahid Toubia." *The Lancet* 369(9564): 819.
- Starmann, Elizabeth and others, 2017. "Exploring Couples' Processes of Change in the Context of SASA!, a Violence Against Women and HIV Prevention Intervention in Uganda." *Prevention Science* 18(2): 233-244.
- Swaine, Aisling and others, 2019. "Exploring the Intersection of Violence Against Women and Girls with Post-Conflict Statebuilding and Peacebuilding Processes: A New Analytical Framework." *Journal of Peacebuilding and Development* 14(1): 3-21.
- Thiara, Ravi K., 2011. "Bride-Price and Its Links to Domestic Violence and Poverty in Uganda: A Participatory Action Research Study." *Women's Studies International Forum* 34(6): 550-561.
- Toubia, Nahid and Eiman Hussein Sharief, 2003. "Female Genital Mutilation: Have We Made Progress?" *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 82: 251-261.
- Transgender Europe, 2015. "Ireland Adopts Progressive Gender Recognition Law." Website: tgeu.org/ireland-adopts-progressive-gender-recognition-law/, accessed 18 November 2020.
- Turner, Atuki, 2009. "Harmful Tradition." *Development and Cooperation*, 23 October 2009. Website: dandc.eu/en/article/womens-rights-uganda-view-bride-price-burden, accessed 13 November 2020.
- UCLS (University of Chicago Law School - Global Human Rights Clinic), 2019. "Human Rights Implications of Global Surrogacy." Global Human Rights Clinic. 10. Website: chicagounbound.uchicago.edu/ihrcl/10, accessed 15 January 2021.
- United Nations, 2016. *Living Free and Equal: What States Are Doing to Tackle Violence and Discrimination Against Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Intersex People*. New York, USA and Geneva, Switzerland: United Nations.
- United Nations, 1995. *Beijing Declaration and Platform for Action*. Fourth World Conference on Women, 27 October 1995. Website: un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/, accessed 18 November 2020.
- United Nations, n.d. International Day for the Abolition of Slavery. Website: un.org/en/observances/slavery-abolition-day/, accessed 21 January 2021.
- United Nations, n.d.a. "International Day of Women and Girls in Science." Website: un.org/en/observances/women-and-girls-in-science-day/, accessed 29 December 2020.
- UNAIDS (United Nations Programme on HIV/AIDS), 2019. "Botswana Extends Free HIV Treatment to Non-Citizens." Geneva, Switzerland: UNAIDS. Website: unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2019/september/20190924_Botswana_treatment_non-nationals, accessed 18 November 2020.
- UNAIDS (United Nations Programme on HIV/AIDS), 2017. *Confronting Discrimination: Overcoming HIV-Related Stigma and Discrimination in Health-Care Settings and Beyond*. Geneva, Switzerland: UNAIDS.
- UNAIDS (United Nations Programme on HIV/AIDS), 2012. "Guidance Note on HIV and Sex Work." Geneva, Switzerland: UNAIDS. Website: unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2306_UNAIDS-guidance-note-HIV-sex-work_en_0.pdf, accessed 23 December 2020.

UN CCPR (United Nations Committee on Civil and Political Rights), 2019. "General Comment No. 36 (2018) on Article 6 of the International Covenant on Civil and Political Rights, on the Right to Life." CCPR/C/GC/36. Website: tbinternet.ohchr.org/Treaties/CCPR/Shared%20Documents/1_Global/CCPR_C_GC_36_8785_E.pdf, accessed 18 November 2020.

UN CCPR (United Nations Committee on Civil and Political Rights), 2017. "Whelan v. Ireland." CCPR/C/119/D/2425/2014. Website: ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/Whelan_v_Ireland.pdf, accessed 18 November 2020.

UN CCPR (United Nations Committee on Civil and Political Rights), 2016. "Concluding Observations on the Sixth Periodic Report of Costa Rica." CCPR/C/CRI/CO/6. Website: undocs.org/CCPR/C/CRI/CO/6, accessed 18 November 2020.

UN CCPR (United Nations Committee on Civil and Political Rights), 2011. "LMR v Argentina." CCPR/C/101/D/1608/2007. Website: documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/DER/G11/425/28/pdf/G1142528.pdf?OpenElement, accessed 19 January 2021.

UN CCPR (United Nations Committee on Civil and Political Rights), 2005. "LH. v. Peru." CCPR/C/85/D/1153/2003. Website: juris.ohchr.org/Search/Details/1215, accessed 18 November 2020.

UN CCPR (United Nations Committee on Civil and Political Rights), 1994. "Toonen v. Australia." CCPR/C/50/D/488/1992. Website: juris.ohchr.org/Search/Details/702, accessed 18 November 2020.

UN CEDAW (United Nations Committee on the Elimination of Discrimination Against Women), 2015. "Concluding Observations on the Combined Eighth and Ninth Periodic Reports of Portugal." CEDAW/C/PRT/CO/8-9. Website: undocs.org/en/CEDAW/C/PRT/CO/8-9, accessed 18 November 2020.

UN CEDAW (United Nations Committee on the Elimination of Discrimination Against Women), 2015a. "General Recommendation on Women's Access to Justice." CEDAW/C/GC/33. Website: tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/1_Global/CEDAW_C_GC_33_7767_E.pdf, accessed 28 December 2020.

UN CEDAW (United Nations Committee on the Elimination of Discrimination Against Women), 1999. "CEDAW General Recommendation No. 24: Article 12 of the Convention (Women and Health)." Website: tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=INT/CEDAW/GEC/4738&Lang=en, accessed 18 November 2020.

UN CEDAW and UN CRC (United Nations Committee on the Elimination of Discrimination Against Women and United Nations Committee on the Rights of the Child), 2014. "Joint General Recommendation/General Comment No. 31 of the Committee on the Elimination of Discrimination Against Women and No. 18 of the Committee on the Rights of the Child on Harmful Practices." CEDAW/C/GC/31/CRC/C/GC/18. Website: tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/TBSearch.aspx?SymbolNo=CEDAW/C/GC/31/CRC/C/GC/18, accessed 18 November 2020.

UN CESCR (United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights), 2019. "SC & G.P. v. Italy (No. 22/2017)." E/C.12/65/D/22/2017. Website: tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2FC.12%2F65%2FD%2F22%2F2017&Lang=en, accessed 18 November 2020.

UN CESCR (United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights), 2016. "General Comment No. 22: (2016) on the Right to Sexual and Reproductive Health (Article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)." E/C.12/GC/22. Website: digitallibrary.un.org/record/832961?ln=en, accessed 18 November 2020.

UN CESCR (United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights), 2009. "General Comment No. 20: Non-Discrimination in Economic, Social and Cultural Rights (art. 2, para. 2, of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)." E/C.12/GC/20. Website: digitallibrary.un.org/record/659980?ln=en, accessed 19 November 2020.

UN CESCR (United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights), 2000. "General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)." E/C.12/2000/4. Website: digitallibrary.un.org/record/425041?ln=en, accessed 18 November 2020.

UN CRC (United Nations Committee on the Rights of the Child), 2016. "General Comment No. 20 (2016) on the Implementation of the Rights of the Child During Adolescence." CRC/C/GC/20. Website: digitallibrary.un.org/record/855544?ln=en, accessed 18 November 2020.

UN CRC (United Nations Committee on the Rights of the Child), 2013. "General Comment No. 15 (2013) on the Right of the Child to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Health (Art. 24)." CRC/C/GC/15. Website: digitallibrary.un.org/record/778524?ln=en, accessed 18 November 2020.

UN CRPD (United Nations Committee on the Rights of Persons with Disabilities), 2018. "General Comment No. 6 (2018) on Equality and Non-discrimination." CRPD/C/GC/6. Website: tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/GC/6&Lang=en, accessed 12 February 2021.

UN CRPD (United Nations Committee on the Rights of Persons with Disabilities), 2016. "General Comment No. 3 (2016) on Women and Girls with Disabilities." CRPD/C/GC/3. Website: tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/GC/3&Lang=en, accessed 18 November 2020.

UN CRPD (United Nations Committee on the Rights of Persons with Disabilities), 2014. "General Comment No. 1 (2014) Article 12: Equal Recognition Before the Law." CRPD/C/GC/1. Website: documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G14/031/20/pdf/G1403120.pdf?OpenElement, accessed 12 February 2021.

UNDESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), 2018. *UN 12th Inquiry Among Governments on Population and Development - Module II: Fertility, Family Planning and Reproductive Health*. New York, USA: UNDESA.

UNDP (United Nations Development Programme), 2012. "Report of the Global Commission on HIV/AIDS and the Law—Rights, Risk and Health." Website: hivlawcommission.org/report/, accessed 28 December 2020.

UN ECOSOC (United Nations Economic and Social Council), 2019. "Review and Appraisal of the Implementation of the Beijing Declaration and Platform for Action and the Outcomes of the Twenty-third Special Session of the General Assembly. Report of the Secretary-General." E/CN.6/2020/3. Website: documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N19/417/93/PDF/N1941793.pdf, accessed 22 December 2020.

UN ESCAP (United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific) and UN Women, 2020. "The Long Road to Equality: Taking Stock of the Situation of Women and Girls in Asia and the Pacific for Beijing+25: A Synthesis Report." Bangkok, Thailand: UN ESCAP and UN Women.

UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization), 2016. "Review of the Evidence on Sexuality Education. Report to Inform the Update of the UNESCO International Technical Guidance on Sexuality Education." Paris, France: UNESCO.

UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization), 2009. *International Technical Guidance on Sexuality Education: An Evidence-Informed Approach for Schools, Teachers and Health Educators*. Paris, France: UNESCO. Website: unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281e.pdf, accessed 29 December 2020.

UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) and others, 2018. *International Technical Guidance on Sexuality Education: An Evidence-Informed Approach*. Paris, France: UNESCO. Website: unesdoc.unesco.org/images/0026/002607/260770e.pdf, accessed 18 November 2020.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2020. "Against My Will: Defying the Practices that Harm Women and Girls and Undermine Equality." *State of World Population 2020*. New York, USA: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2020a. "GBV/FGM Rapid Assessment Report: In the Context of COVID-19 Pandemic in Somalia." Website: somalia.unfpa.org/en/publications/gbvfgm-rapid-assessment-report-context-covid-19-pandemic-somalia, accessed 21 January 2021.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2020b. "Impact of the COVID-19 Pandemic on Family Planning and Ending Gender-based Violence, Female Genital Mutilation and Child Marriage." Website: unfpa.org/resources/impact-covid-19-pandemic-family-planning-and-ending-gender-based-violence-female-genital, accessed 21 January 2021.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2020c. "Conducting Public Inquiries to Eliminate Female Genital Mutilation." Website: unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA-_Primer_Conducting_Public_Inquiries_to_Eliminate_Female_Genital_Mutilation.pdf, accessed 29 December 2020.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2020d. *Sustainable Development Goals Indicator 5.6.2: Legal Commitments for Sexual and Reproductive Health and Reproductive Rights for All*. New York, USA: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2020e. "Ensure Universal Access to Sexual and Reproductive Health and Reproductive Rights: Measuring SDG Target 5.6." New York, USA: UNFPA. Website: unfpa.org/sdg-5-6, accessed 19 January 2021.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2020f. "Costing the Three Transformative Results." New York, USA: UNFPA. Website: unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Transformative_results_journal_23-online.pdf, accessed 19 January 2021.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2019. *Research on Factors That Determine Women's Ability to Make Decisions about Sexual and Reproductive Health and Rights. Volume I*. New York, USA: UNFPA. Website: unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/UNFPA_HERA_5-6-1_CLEAN_O2_March1.pdf, accessed 22 December 2020.

UNFPA (United Nations Population Fund), 1994. *Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994*. A/CONF.171/13/Rev.1. Website: unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/PoA_en.pdf, accessed 18 November 2020.

UNFPA (United Nations Population Fund) and Promundo, 2016. *Adolescent Boys and Young Men*. New York, USA: UNFPA. Website: unfpa.org/publications/adolescent-boys-and-young-men, accessed 23 December 2020.

UNFPA and UNICEF (United Nations Population Fund and United Nations Children's Fund), 2020. "Resilience In Action: Lessons Learned From The Joint Programme During The Covid-19 Crisis." Website: unfpa.org/resources/resilience-action-lessons-learned-joint-programme-during-covid-19-crisis, accessed 25 February 2021.

UNFPA (United Nations Population Fund) and others, 2018. *Young Persons with Disabilities: Global Study on Ending Gender-based Violence and Realising Sexual and Reproductive Health and Rights*. New York, USA: UNFPA. Website: unfpa.org/publications/young-persons-disabilities, accessed 23 December 2020.

UNFPA (United Nations Population Fund) in the Kyrgyz Republic, 2016. *Gender in Society Perception Study: National Survey Results*. Bishkek, Kyrgyzstan: National Statistical Committee of the Kyrgyz Republic.

UN General Assembly, 2010. "Trafficking in Persons, Especially Women and Children." A/65/288. Website: documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N10/483/11/pdf/N1048311.pdf?OpenElement, accessed 12 January 2021.

UN General Assembly, 2007. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. A/RES/61/106. Website: un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html, accessed 18 November 2020.

UN General Assembly, 2007a. *United Nations Declaration on the Rights of Indigenous Peoples*. A/RES/61/295. Website: un.org/development/desa/indigenouspeoples/wp-content/uploads/sites/19/2018/11/UNDRIP_E_web.pdf, accessed 18 November 2020.

UN General Assembly, 1989. *Convention on the Rights of the Child*. A/RES/44/25. Website: ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx, accessed 18 November 2020.

UN General Assembly, 1984. *Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*. A/RES/39/46. Website: ohchr.org/en/professionalinterest/pages/cat.aspx, accessed 18 November 2020.

UN General Assembly, 1979. *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women*. A/RES/34/180. Website: ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/cedaw.pdf, accessed 18 November 2020.

UN General Assembly, 1966. *International Covenant on Civil and Political Rights*. Website: treaties.un.org/doc/publication/unts/volume%20999/volume-999-i-14668-english.pdf, accessed 18 November 2020.

UN General Assembly, 1948. *Universal Declaration of Human Rights*. Website: un.org/en/universal-declaration-human-rights/, accessed 18 November 2020.

UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2020. "Practices of So-Called 'Conversion Therapy'. Report of the Independent Expert on Protection Against Violence and Discrimination Based on Sexual Orientation and Gender Identity." A/HRC/44/53. Website: documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G20/108/68/PDF/G2010868.pdf?OpenElement, accessed 18 November 2020.

UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2019. "Child, Early and Forced Marriage in Humanitarian Settings: Report of the United Nations Commissioner for Human Rights." A/HRC/41/19, 26 April 2019.

UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2019a. "Report of the Special Rapporteur on the Sale and Sexual Exploitation of Children, Including Child Prostitution, Child Pornography and Other Child Sexual Abuse Material." A/74/162. Website: undocs.org/A/74/162, accessed 28 December 2020.

UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2018. "Report of the Independent Expert on Protection Against Violence and Discrimination Based on Sexual Orientation and Gender Identity." A/HRC/38/43. Website: undocs.org/A/HRC/38/43, accessed 18 November 2020.

UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2018a. "Report of the Special Rapporteur on the Sale and Sexual Exploitation of Children, Including Child Prostitution, Child Pornography and Other Child Sexual Abuse Material." A/HRC/37/60. Website: undocs.org/en/A/HRC/37/60, accessed 28 December 2020.

UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2017. "Report of the Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health." A/HRC/35/21. Website: ap.ohchr.org/documents/dpage_e.aspx?si=A/HRC/35/21, accessed 18 November 2020.

UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2016. "Report of the Special Rapporteur on Violence Against Women, Its Causes and Consequences on Her Mission to South Africa." A/HRC/32/42/Add.2. Website: refworld.org/docid/57d90a4b4.html, accessed 12 January 2021.

UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2016a. "Report of the Special Rapporteur on Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment." A/HRC/31/57. Website: documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G16/000/97/PDF/G1600097.pdf?OpenElement, accessed 18 November 2020.

UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2016b. "Protection Against Violence and Discrimination Based on Sexual Orientation and Gender Identity: Resolution/Adopted by the Human Rights Council on 30 June 2016." A/HRC/RES/32/2. Website: digitallibrary.un.org/record/845552?ln=en, accessed 18 November 2020.

UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2014. "Report of the Working Group on the Issue of Discrimination Against Women in Law and in Practice." A/HRC/26/39. Website: undocs.org/en/A/HRC/26/39, accessed 22 December 2020.

UN IASG (United Nations Inter-Agency Support Group on Indigenous Issues), 2014. "Sexual and Reproductive Health and Rights of Indigenous Peoples." Thematic paper. Website: un.org/en/ga/69/meetings/indigenous/pdf/IASG%20Thematic%20Paper_Reproductive%20Health%20-%20rev1.pdf, accessed 20 January 2021.

UNICEF (United Nations Children's Fund), 2020. "Child Marriage Around the World." Website: unicef.org/stories/child-marriage-around-world, accessed 13 November 2020.

UNICEF (United Nations Children's Fund), 2020a. "Female Genital Mutilation." Website: unicef.org/protection/female-genital-mutilation, accessed 30 September 2020.

United Nations Secretary-General, 2020. "Secretary-General's Remarks to the High-Level Meeting on the 25th Anniversary of the Fourth World Conference on Women." Website: un.org/sg/en/content/sg/statement/2020-10-01/secretary-generals-remarks-the-high-level-meeting-the-25th-anniversary-of-the-fourth-world-conference-women-bilingual-delivered-scroll-down-for-english, accessed 22 December 2020.

UN Women, 2018. *Turning Promises into Action: Gender Equality in the 2030 Agenda for Sustainable Development*. New York, USA: UN Women. Website: unwomen.org/en/digital-library/publications/2018/2/gender-equality-in-the-2030-agenda-for-sustainable-development-2018, accessed 29 December 2020.

UN Women, 2013. *The Costs of Violence: Understanding the Costs of Violence Against Women and Girls and its Responses – Selected Findings and Lessons Learned from Asia and the Pacific*. Bangkok, Thailand: UN Women. Website: asiapacific.unwomen.org/en/digital-library/publications/2014/1/the-costs-of-violence, accessed 22 December 2020.

UN Women and IDEA, 2017. *Gender Equality and Women's Empowerment: Constitutional Jurisprudence*. New York, USA: UN Women.

UN Working Group on Discrimination Against Women in Law and Practice, 2017. "Women's Autonomy, Equality and Reproductive Health in International Human Rights: Between Recognition, Backlash and Regressive Trends." Website: ohchr.org/Documents/Issues/Women/WG/WomensAutonomyEqualityReproductiveHealth.pdf, accessed 18 November 2020.

Van Eerdewijk, Anouka and others, 2017. "White Paper: a Conceptual Model on Women and Girls' Empowerment." Amsterdam, The Netherlands: Royal Tropical Institute (KIT). Website: kit.nl/wp-content/uploads/2018/10/BMGF_KIT_WhitePaper_web-1.pdf, accessed 11 January 2021.

Viens, A. M., 2020. "The Right to Bodily Integrity." In *The Cambridge Handbook of New Human Rights*, Andreas von Arnald and others, eds. Cambridge, UK: Cambridge University Press, p 373.

Warren, Samuel and Louis Brandeis, 1890. "The Right to Privacy." *Harvard Law Review*, vol. IV December 15, 1890 No. 5. Website: groups.csail.mit.edu/mac/classes/6.805/articles/privacy/Privacy_brand_warr2.html, accessed 18 November 2020.

WHO (World Health Organization), 2020. "Adolescent Pregnancy." Website: who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy, accessed 13 November 2020.

WHO (World Health Organization), 2020a. "Female Genital Mutilation: Key Facts." Website: who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation, accessed 11 November 2020.

WHO (World Health Organization), 2015. *Sexual Health, Human Rights and the Law*. Geneva, Switzerland: WHO. Website: who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sexual-health-human-rights-law/en/, accessed 18 November 2020.

WHO (World Health Organization), 2014. *Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations*. Geneva, Switzerland: WHO. Website: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128048/9789241507431_eng.pdf?sequence=1, accessed 23 December 2020.

WHO (World Health Organization), 2013. *Global and Regional Estimates of Violence Against Women: Prevalence and Health Effects of Intimate Partner Violence and Non-partner Sexual Violence*. Geneva, Switzerland: WHO.

WHO (World Health Organization), 2004. "Reproductive Health Strategy: To Accelerate Progress Towards the Attainment of International Development Goals and Targets." Geneva, Switzerland: WHO.

WHO (World Health Organization) and others, 2018. "Eliminating Virginity Testing: An Interagency Statement." World Health Organization, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, UN Women. Geneva, Switzerland: WHO. Website: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275451/WHO-RHR-18.15-eng.pdf?ua=1, accessed 12 January 2021.

WHO Regional Office for Europe, 2018. "Men's Health and Well-being in the WHO European Region." Website: euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/381403/who-mhr-fs-eng.pdf, accessed 29 December 2020.

Wodon, Quentin and others, 2017. "Economic Impacts of Child Marriage: Global Synthesis Report." Washington, DC, USA: The World Bank.

Woog, Vanessa and Anna Kågesten, 2017. "The Sexual and Reproductive Health Needs of Very Young Adolescents Aged 10–14 in Developing Countries: What Does the Evidence Show?" New York, USA: Guttmacher Institute, 2017. Website: www.guttmacher.org/report/srh-needs-very-young-adolescents-in-developing-countries, accessed 23 February 2021.

World Bank, 2020. "Marriage." Women, Business and the Law database. Website: wbl.worldbank.org/en/data/exploretopics/wbl_gm, accessed 29 December 2020.

World Population Review, 2020. "Countries Where Gay Marriage is Legal 2020." Website: worldpopulationreview.com/country-rankings/countries-where-gay-marriage-is-legal, accessed 14 December 2020.

World Professional Association for Transgender Health, 2011. "Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People." Website: wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_English.pdf, accessed 18 November 2020.

Yllö, Kersti and M. Gabriela Torres, 2016. *Marital Rape: Consent, Marriage and Social Change in Global Context*. Oxford, UK: Oxford University Press.

Zillén, Kavot and others, 2017. "The Rights of Children in Biomedicine: Challenges Posed by Scientific Advances and Uncertainties." Report to the Council of Europe Committee on Bioethics. Website: diva-portal.org/smash/get/diva2:1065442/FULLTEXT01.pdf, accessed 18 November 2020.

Zegers-Hochschild, Fernando and others, 2009. "The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) Revised Glossary on ART Terminology." *Human Reproduction* 24(11): 2683–2687.



ضمان الحقوق والخيارات للجميع منذ عام 1969

United Nations Population Fund
605 Third Avenue
New York, NY 10158
Tel. +1 212 297 5000
www.unfpa.org
@UNFPA

ISSN 2520-2154
ISBN 978-92-1-604020-8

مطبوع على ورق معاد تدويره. 