

حالة سُكَّان العالم 2022



إمّاطة اللتّام

التحرُّك لمواجهة أزمة
الحمل غير المقصود المُهمّلة

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

رئيس التحرير:
إيان ماكفارلين

فريق التحرير

كبير المحررين: ربيكا زرزان

الإخراج الإبداعي: كاتي مادونيا

كاتبة الحكايات المختارة: جانيت جينسن

محررة الحكايات المختارة: ليزا راتكليف

مديرتنا النسخة الرقمية: كاتي مادونيا وربيبكا زرزان

مستشار النسخة الرقمية: هانو رانك

كبير المحررين الباحثين:

د. نوري أورنايلي

كبير المستشارين الباحثين:

دانيل بيكر، غيلدا سيدغ

الباحثون والكتاب: دانيل بيكر، ساره كيوف، غريتشن لوشسينغر، ميندي روزمان، غيلدا سيدغ، جولي سولو

المستشارون الفنيون في صندوق الأمم المتحدة للسكان:

ساتفيكا تشالاساني، وبتنس تشيريندا، جيني غريني،

مينغجيا ليانغ، بان لাকাو

الأعمال الفنية الأصلية مقدمة من:

فيديل إيغورا

يتضمن العمل الفني الأصلي صوراً مقدمة من مصوّرين متعددين. ويمكن الاطلاع على قائمة بمواد المصادر في الصفحة 156.

الخرائط والتسميات

لا تعبّر التسميات المستخدمة وطريقة عرض المواد

ضمن الخرائط عن أي رأي كان من جانب صندوق

الأمم المتحدة للسكان بما يخصّ الوضع القانوني لأي بلد

أو إقليم أو مدينة أو منطقة، أو لسلطات أيّ منها، أو ما

يتعلّق بتعيين حدودها أو تخومها.



ضمان تمثّل الجميع بالحقوق والخيارات

يودّ صندوق الأمم المتحدة للسكان أن يعرب عن خالص شكره وتقديره للأشخاص التالية أسماؤهم لموافقته على مشاركة لمحات عن حياتهم وأعمالهم في هذا التقرير: باجيرا ألبرتو، السلفادور؛ د. عائشة أكين، تركيا؛ أنيسة ت. عرب، الفلبين؛ تيريزا باتيتيس، الفلبين؛ نورهيفا بوكاري، الفلبين؛ مارثا برادي، الولايات المتحدة الأمريكية؛ ربيكا كالاها، الولايات المتحدة الأمريكية؛ "دليلة" (ليس اسمها الحقيقي)، السلفادور؛ سيلفيا فارمر، سيراليون؛ د. ديميت غورال، تركيا؛ مانغيندا كامارا، سيراليون؛ دانكاي كانو، سيراليون؛ غريغوري كريف، الولايات المتحدة الأمريكية؛ رحمانا تالوسان مالانغ، الفلبين؛ لوغان نيكلز، الولايات المتحدة الأمريكية؛ لوسي نوفمبر، المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية؛ رحمة سامولا، الفلبين؛ ماموسو سيساي، سيراليون؛ كيفن شين، الولايات المتحدة الأمريكية؛ موكول سينها، الهند؛ فاتماتا سوري، سيراليون؛ جامانيا اسكوير، سيراليون؛ سيتي ناشيبان تابوا، الفلبين؛ هيدر فادها، الولايات المتحدة الأمريكية.

وقد بادرت كل من رئيسة فرع وسائط الإعلام والاتصالات في صندوق الأمم المتحدة للسكان، سيليندي دولكيت، والمديرة التقنية للصندوق د. جوليتا أونابانجو، ورئيسة فرع الصحة الجنسية والإنجابية في صندوق الأمم المتحدة للسكان أنيكا كوتسون بتقديم رؤى قيّمة لمسودة التقرير، بالإضافة إلى أعضاء مكتب المديرية التنفيذية بمن فيهم رئيس مكتب الموظفين، بيو سميث، وتيريزا بوبركل وسام تنوريتز وأن ويتنبرغ.

كما ساهم الزملاء من صندوق الأمم المتحدة للسكان وغيرهم من جميع أنحاء العالم بتقديم الدعم في إعداد التحقيقات الإخبارية حول الحكايات المختارة ومحتويات أخرى أو بتقديم توجيهات فنيّة: سمير الرابع، أغنيس تشيدانكا، جاكوب إينو، بينز-هاغن إيشينبايخر، روزماري جاد، سونيا غيلروي، لورد غوردولان، ماريو إيراهيتا، ديزي ليونسو، نوران مخلوف، ربيكا موديو، مارغريتا أوفاريل، بريانكا بروثي، ألفارو سيرانو، جون سيساي، والتر سوتومايور، فيديريكو توبار، روي واديا.

وقدم الزملاء في فرع السكان والتنمية التابع لصندوق الأمم المتحدة للسكان بيانات في القسم المتعلق بالمؤشرات من هذا التقرير، فضلاً عن إرشادات فنيّة عامة.

يُعرب المحررون عن امتنانهم البالغ لمساهمات الشركاء، بمن فيهم الباحثون في معهد غوتماخر، ولا سيما جوناثان بريك وأنا بوبينشالك؛ وخبراء شعبة السكان التابعة لإدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية في الأمم المتحدة، ولا سيما فلاديمير كانتوروف؛ ستيفن كيسامبيرا وجوزيف موليتوريس وكارولين شميد؛ أن غاربيت، باحثة دراسات عليا في جامعة ساوثهامبتون؛ والخبراء التابعين لمنظمة Avenir Health المعنية بالشؤون الصحية، وخصوصاً جيسكا ويليامسون. وكان لكبير المحررين ريتشارد كولودج دور فعال للغاية في إعداد التقرير.

النشر والتصميم والإنتاج التفاعلي على شبكة الإنترنت: شركة برو جرافيكس

ملاحظة بشأن المصطلحات

تشكّل المفردات اللغوية أهميةً عندما نتحدث عن الحمل غير المقصود؛ فالحمل غير المقصود ليس مماثلاً للحمل غير المرغوب فيه؛ ومدلول كلمة الحامل يختلف عن كلمة الأم، وليس كل حامل هي امرأة أو فتاة – فمغايرو الهوية الجنسية من الرجال والأشخاص ممن لا يدخلون ضمن التصنيف الثنائي الجنسي لديهم القدرة على الحمل أيضاً (كليمنتس، 2018). كما أنهم يواجهون عراقيل جسيمة تحول بينهم وبين خدمات منع الحمل والرعاية الصحية الجنسية والإنجابية غير المنحازة ضدهم؛ وهو ما يزيد من مخاطر الحمل غير المقصود. ومع ذلك، فإن الغالبية العظمى من البيانات المستخدمة في هذا التقرير تأتي من استقصاءات ودراسات تصنّف المشمولين بها على أنهم نساء أو فتيات؛ غير أن توسيع دوائر الاستنتاجات من تلك البيانات كي تشمل الأشخاص المتنوعين جنسانياً من شأنه أن يسفر عن اختلافات في الدقة أو تجاهل لمخاوف أقليات جنسية بعينها. وبناء على ذلك، يشير هذا التقرير عموماً إلى مخاطر الحمل التي تواجه النساء والفتيات، مع الإقرار بأن تلك المخاطر نفسها تواجه أشخاصاً متنوعين جنسانياً في أماكن كثيرة. علاوة على ذلك، أدرجت التعريفات في عموم النص بما يتيح إبراز الفروق الدقيقة بين مصطلحات من قبيل "الحمل غير المقصود" و"الحمل غير المرغوب فيه" و"الحمل غير المخطط له" و"الحاجة غير الملأه"؛ مع بيان الكيفية الشائعة لاستخدامها والقيود المرتبطة بها.

حالة سُكَّان العالم 2022



إمّاطة اللتّام

التحرُّك لمواجهة أزمة
الحمل غير المقصود المُهمّلة

المحتويات

4. تمهيد

6. تعريفات



الفصل 3

كل امرأة معرضة للخطر: تأكل القدرة على اتخاذ القرار يؤدي إلى الحمل غير المقصود

صفحة 37

- حكاية مختارة: العنف والإكراه والحد من القدرة
على الاختيار 48
- حكاية مختارة: عندما تخفق وسائل منع الحمل 52
- تحت المجهر: فاعلية وسائل منع الحمل وأثارها
الجانبية وفوائدها 58
- شهادات: أسئلة وإجابات 60

الفصل 2

الأدلة واضحة: الحمل غير المقصود يرتبط بانعدام التنمية

صفحة 19

- تحت المجهر: حمل المراهقات واختياراتهن 30
- حكاية مختارة: وهم الاختيار: حمل المراهقات 34

الفصل 1

الأزمة غير المرئية أمام ناظرينا

صفحة 9

- تحت المجهر: إطار عمل العوامل التي تساهم
في الحمل غير المقصود ونتائجه 17



الفصل 6

**القدرة على
التصرف
عنصر
أساسي في
خطة التنمية
2030**

صفحة 107

الفصل 5

**إمالة اللثام عن
تكاليف الحمل
غير المقصود**

صفحة 91

تحت المجهر: مواطن عدم تلبية احتياجات
وسائل تنظيم الأسرة وأسبابها: روى مستقاة من
برامج تنظيم الأسرة التي ينفذها صندوق الأمم
المتحدة للسكان 102.....

الفصل 4

**كشف التحديات
المائلة أمام
الاختيار**

صفحة 67

حكاية مختارة: وسيلة منع الحمل التالية للذكور:
ما الذي يستغرق كل هذا الوقت؟ 70.....
حكاية مختارة: التخطيط من أجل التغيير... 86..
تحت المجهر: أين نتيج القوانين والسياسات
تمكين النساء من اجتناب الحمل غير
المقصود؟ 88.....

مؤشرات 119.....

ملاحظات فنية 138.....

المراجع 143.....

لهذا السبب تُركّز جهود صندوق الأمم المتحدة للسكان على التوسع في إتاحة المعلومات والخدمات التي تحتاج إليها النساء والفتيات لضمان حقوقهن واختيارتهن الإنجابية، إذ أنها عنصر يوطّد تحقيق المساواة بين الجنسين ويمكّنهن من ممارسة قدر أكبر من السيطرة على حياتهن وتحقيق كامل إمكاناتهن.

إننا نعي التكاليف الباهظة المرتبطة بالحمل غير المقصود - وهي تكاليف تنال من صحة المرأة، ومن التعليم والمستقبل، فضلاً عن التكاليف الواقعة على النظم الصحية وقوى العمل والمجتمعات. والسؤال الذي يطرح نفسه: لماذا لم يستدع ذلك اتخاذ تحرك أكبر نحو تأمين الاستقلالية الجسدية للجميع؟

إنّ موضوع هذا التقرير محفوفٌ بالتحدي، وذلك لأسبابٍ منها أنه شائعٌ للغاية. فلكل إنسان تقريباً تجربةٌ يستند إليها، سواءً كان المرءٌ قد واجه حالة حملٍ غير مقصود بنفسه أو تخصّن غيره. فالمسألة عند بعض الناس تشكّل أزمة شخصية؛ بينما هي نعمةٌ مستترة عند بعضهم الآخر.

بعيداً عن السياق الشخصي، للحمل غير المقصود جذورٌ اجتماعية وتبعات عالمية. ولذلك، ليس هذا التقرير عملاً يتناول مواليد غير مرغوبٍ فيهم أو يستعرض حوادث سعيدة بغير سابق تخطيط. كما أنه ليس تقريراً عن الأمومة. ومع أنّ مسألة الإجهاض لا يمكن استبعادها من المناقشة - علماً بأن أكثر من 60 في المائة من حالات الحمل غير المقصود تنتهي بالإجهاض - فإنّ هذا الإصدار ليس بتقريرٍ عن الإجهاض أيضاً. يتناول هذا التقرير بالأحرى الظروف التي تسود قبل الحمل غير المقصود، أي التوقيت الذي يتخلله تقويض قدرة

عالمٍ يكون فيه كلُّ حملٍ مرغوباً فيه. وهذا الهدف هو ركيزةٌ محورية في رسالتنا في صندوق الأمم المتحدة للسكان.

لكل إنسان الحق في الاستقلالية الجسدية، ولعل الأساس الأهم بلا منازع لممارسة هذا الحق هو القدرة على اختيار الإنجاب من عدمه، واختيار موعد الحمل، واختيار الشريك.

إن الحق الإنساني الأساسي في تحديد المرء لعدد ما يرغب من أطفال والمباعدة الزمنية بين ولادتهم على نحو قائم على حرية الاختيار والتحلّي بالمسؤولية إنما هو حق معترف به في اتفاقيات حقوقية دولية متعددة أُقرّت على مدار العقود الخمسة الماضية. وقد تخلل الفترة نفسها توسّع كبير على مستوى العالم في إتاحة وسائل حديثة فعالة لتنظيم الأسرة - وهو أحد الإنجازات الكبرى في مجال الصحة العامة في التاريخ الحديث. فلماذا -والحال هذه- تصل نسبة حالات الحمل غير المقصود إلى نصف حالات الحمل تقريباً؟

أقرّ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في عام 1994 بأن تمكين المرأة والمساواة الكاملة لها واستقلاليتها إنما هي عناصر ضرورية لتحقيق التقدم الاجتماعي والاقتصادي. واليوم، تُعدّ تلك الأهداف من بين ركائز تحقيق خطة التنمية المستدامة 2030. فالخطة تقرّر صراحةً الدورَ الذي تلعبه الصحة الجنسية والإنجابية والمساواة بين الجنسين في إتاحة مستقبلٍ أكثر رخاءً، وتحوي مؤشرات محددة مرتبطة بقدرة النساء والمراهقات على المبادرة باتخاذ قراراتهن المتعلقة بالعلاقات الجنسية واستخدام وسائل لتنظيم الأسرة ورعاية الصحة الإنجابية.

الفرد أو الزوجين على اتخاذ القرار تقويضاً شديداً، وهو كذلك تقرير عن آثار كثيرة مترتبة عن ذلك بما ينال من الأفراد والمجتمعات على مرّ أجيال.

تطالعنا البحوث الأصيلة لمؤلفيها والبيانات الجديدة المستقاة من المؤسسات الشريكة أنّ الخزي والوصم والخوف والفقر وانعدام المساواة بين الجنسين وكثيراً غيرها من العوامل تعمل على تقويض قدرة المرأة والفتاة على الاختيار، وعلى البحث عن وسائل منع الحمل والحصول عليها، والتفاوض مع الشريك على استخدام الواقيات الذكرية، والبوح بمكونات الصدور، والسعي إلى تحقيق رغباتها وطموحاتها. أما الغاية الأسمى لهذا التقرير فهي طرح أسئلة استباقية مثيرة عن مدى تقدير العالم للنساء والفتيات بعيداً عن قدراتهن الإنجابية. فالاعتراف بالقيمة الكاملة للنساء والفتيات وتمكينهن من المساهمة التامة في مجتمعاتهن إنما يعنيان حصولهن على من الأدوات والمعلومات والقدرة التي تكفل لهن حرية الاختيار الأساسي في هذا الجانب المهم من الحياة.

من المستحيل الوقوف التام على الخسائر الإجمالية لحالات الحمل غير المقصود، ناهيك عن تقييمها كمياً. ومع ذلك، هناك أدلة متنامية على وجود تبعات هائلة تتمثل في تكاليف الفرص البديلة – بدايةً من عوامل الارتباط بين معدلات الحمل غير المقصود وانخفاض معدلات التنمية البشرية، مروراً بإفناق مليارات الدولارات على هيئة تكاليف مرتبطة بالرعاية الصحية لتلك الحالات، وانتهاءً بالمعدلات المرتفعة على الدوام في حالات الإجهاض غير الآمن ووفيات الأمهات ذات الصلة. فالإجهاض غير الآمن يُشكل أحد الأسباب الرئيسية لأكثر من 800 حالة وفاة من وفيات الأمهات كل يوم. وهي تكلفة فادحة لا يمكن للعالم أن يتحملها ببساطة.

إننا نقترّب من العام 2030 سريعاً، وهو موعد اكتمال تحقيق أهداف التنمية المستدامة وأهداف صندوق الأمم المتحدة للسكان التحويلية، أي: الوصول إلى المستوى

صفر من الاحتياجات غير الملباة في مجال تنظيم الأسرة، والمستوى صفر من وفيات الأمهات التي يمكن الوقاية منها، والمستوى صفر من العنف القائم على النوع الاجتماعي والممارسات الضارة، بما في ذلك تشويه الأعضاء التناسلية للإناث وزواج الأطفال. وقد آن الأوان للتعبيل بتغيير حياة النساء والفتيات، والوصول إلى من هنّ أبعد عن الرّكب، وليس التراجع إلى الوراء. إنّ منع حالات الحمل غير المقصود هو خطوة أولى غير قابلة للتفاوض. فعندما يتمكن الفرد من ممارسة حق الاختيار الحقيقي المستنير بخصوص صحته وجسده ومستقبله يتمكن حينها من المساهمة في بناء مجتمع أكثر رخاءً وعالم أكثر استدامةً وإنصافاً وعدلاً.

د. ناتاليا كانيك

المديرة التنفيذية

صندوق الأمم المتحدة للسكان

تكثر في الغالب التعريفات المتعلقة بالحمل غير المقصود ومنع الحمل. وكثير من المصطلحات الشائع قبولها في مجتمع ما هي مصطلحات غير مفهومة في مجتمع آخر. لذا يتناول هذا التقرير بعضاً من المصطلحات واستخداماتها، مع إبراز مواطن الالتباس أو التضليل فيها، أو مواطن استخدامها بأساليب متعددة.

قد يكون مرغوباً فيه أو غير مرغوب فيه

الحمل غير المقصود -

حمل يحدث لامرأة لم تكن تخطط لإنجاب (مزيد من) الأطفال، أو هو حمل سيئ التوقيت لحدوثه قبل الموعد المرغوب. وينطبق هذا التعريف بغض النظر عن نتيجة الحمل (سواءً انتهى بإجهاض أو بإسقاط أو بولادة غير مخطط لها).

مرادف: الحمل غير المخطط له.

تنظيم الأسرة-

المعلومات والوسائل والطرق التي تتيح للأفراد اتخاذ القرار بشأن الإنجاب من عدمه، وموعده. ويشمل هذا المصطلح مجموعة متنوعة من وسائل منع الحمل والوسائل غير الجراحية مثل طريقة التوقيت (المواعيد الشهرية) والامتناع. كما يشمل معلومات عن كيفية الحمل عندما يكون مرغوباً فيه، وكذلك عن علاج العقم. ملاحظة عن الاستخدام: مصطلح "تنظيم الأسرة" لا يشمل كل الفئات السكانية ولا يخاطب فئات سكانية معينة. (بول وآخرون، 2019).

مرادفات: منع الحمل، تحديد النسل.

الحمل غير المرغوب فيه -

1- حمل لا تريده المرأة.

2- (تعريف أكاديمي) عند قياسه في الدراسات الاستقصائية، هو حملٌ حدث لامرأة لم تكن ترغب في إنجاب أي طفل على الإطلاق، أو في إنجاب مزيد من الأطفال. وهذا التعريف الأكاديمي لا يلحظ أنّ المرأة قد تُقرّر أنها ترغب في الحمل بعد حدوثه، حتى لو كانت لم تخطط لإنجاب طفل (أو مزيد من الأطفال).

ملاحظة عن الاستخدام: ينبغي ألا يُستخدم مصطلح الحمل غير المرغوب فيه على سبيل الترادف مع الحمل غير المقصود.

التربية الجنسية الشاملة –

عملية تستند إلى منهج دراسي لتدريس وتعلّم الجوانب الإدراكية والعاطفية والجسدية والاجتماعية للحياة الجنسية، وتهدف إلى تزويد صغار السن والشباب بالمعارف والمهارات والاتجاهات والقيم التي تمكنهم من إدراك حقائق الصحة والرفاه والكرامة التي تخصّهم؛ وبناء علاقات اجتماعية وجنسية؛ والتفكّر في كيفية تأثير اختياراتهم في رفاههم ورفاه الآخرين؛ وفهم كيفية حماية حقوقهم على امتداد حياتهم والحرص عليها (اليونسكو وآخرون، 2018) مرادفات: تعليم مهارات الحياة، تربية الحياة الأسرية، التثقيف الجنسي، التربية الجنسية.

الحمل السيئ التوقيت –

1- حمل يحدث في فترةٍ من حياة المرأة لم تكن تنوي فيها أن تحمل، حتى لو رغبت في إنجاب طفلٍ في مرحلةٍ ما من المستقبل.

2- (تعريف أكاديمي) عند قياسه في إطار الدراسات الاستقصائية، يُعرّف هذا المصطلح عادةً بأنه حملٌ حدث قبل عامين أو أكثر من رغبة المرأة في الإنجاب.

ملاحظة عن الاستخدام: يُعدّ هذا النوع من الحمل من قبيل الحمل غير المقصود عموماً.

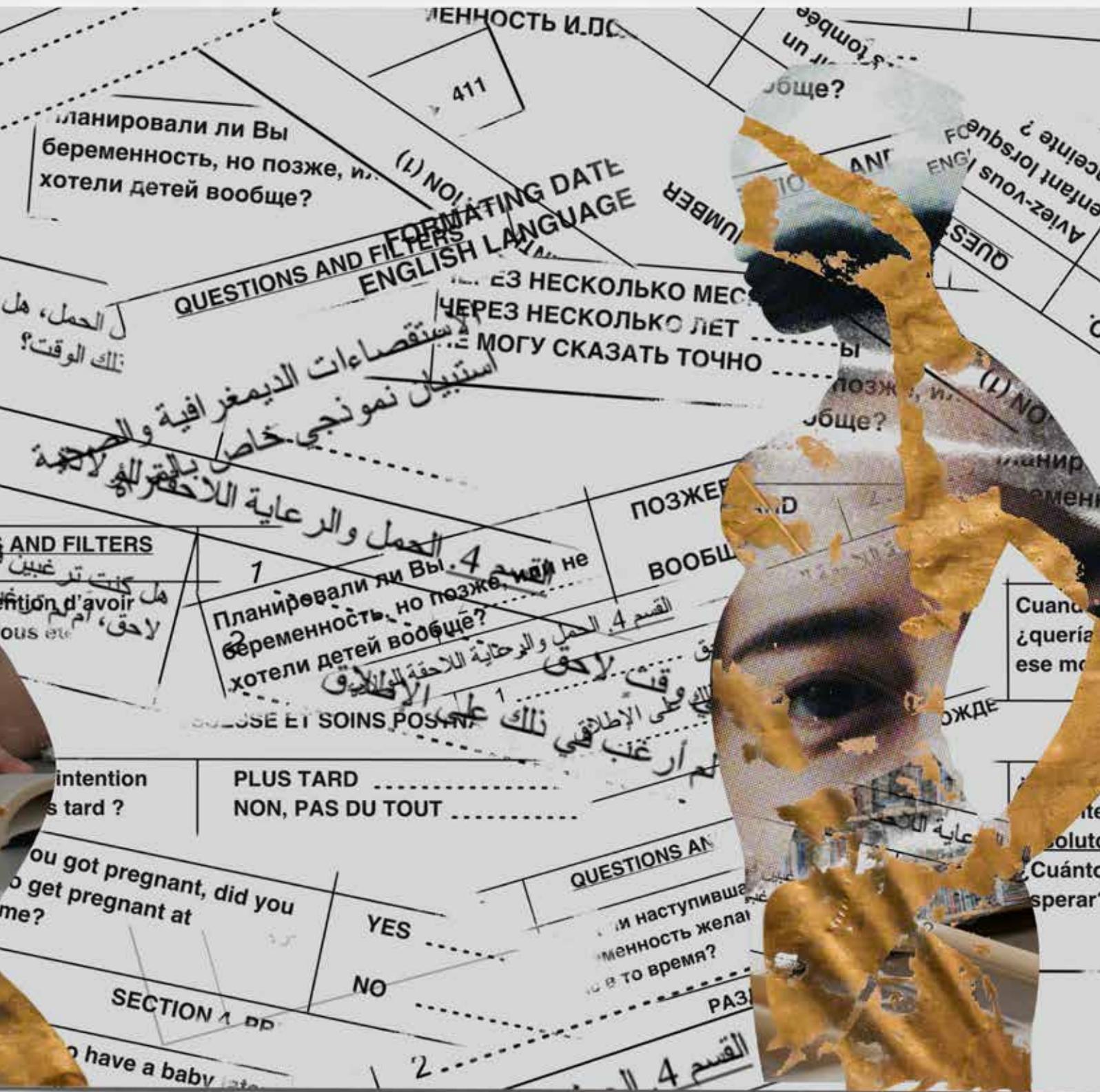
وسائل منع الحمل –

التصرف الرامي إلى منع الحمل عن قصد، ومنه ما يكون باستخدام أدوات أو ممارسات أو علاجات أو إجراءات جراحية (بانسود وآخرون، 2021؛ جين وموراليدهار، 2011). ويمكن أن يكون منع الحمل بوسيلة حديثة أو تقليدية، علماً بأن "وسائل منع الحمل الحديثة" تُعرّف بأنها وسائل "ذات أساس سليم في بيولوجيا الإنجاب، وهي بروتوكول دقيق للاستعمال الصحيح ودليلٌ على نجاعتها" (فستين وآخرون، 2016)، أما وسائل منع الحمل التقليدية فتشير إلى طرق أخرى. مرادفات: تحديد النسل، تنظيم الأسرة.

الإجهاض

1- (لفظة عامية) الإنهاء المتعمّد للحمل عبر إجراءٍ متخصص أو باستخدام دواء. مرادفات: الإجهاض المتعمّد، الإجهاض الانتقائي، الإجهاض العلاجي.

2- (استخدام طبي بالأساس) أي خروج مبكر لنواتج الحمل بما ينتج عنه انتهاء الحمل؛ ويشمل ذلك الإجهاض العَمدي والإسقاط، ويُعرّف أيضاً بالإجهاض الفوري. ملاحظة عن الاستخدام: عندما يرد مصطلح "الإجهاض" في هذا التقرير فإنه يشير إلى الإجهاض العَمدي.



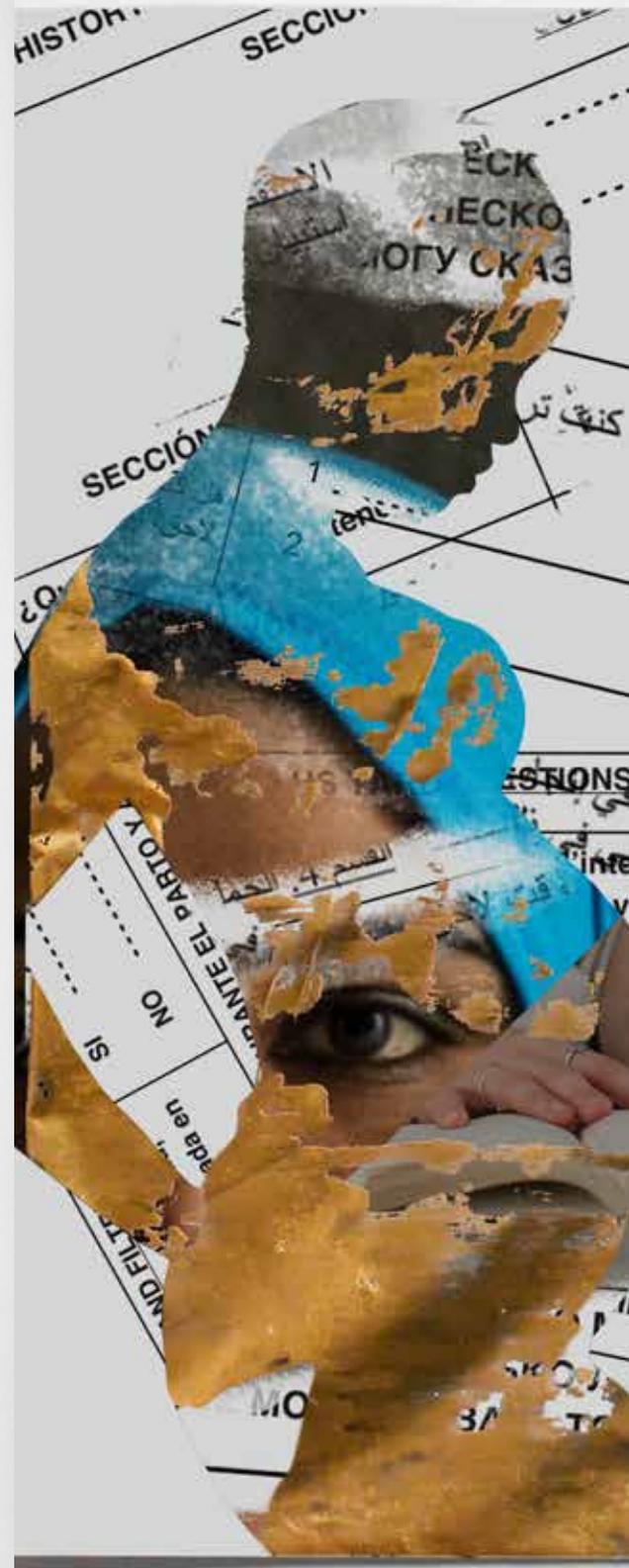
الأزمة غير المرئية أمام ناظرينا

النصف

تلك هي نسبة حالات الحمل التي لا تختارها النساء والفتيات عن قصد (بيراك وآخرون، 2020).

وهي نسبة مرتفعة على نحو مُذهل. فليس هناك ما هو أهم بالنسبة إلى الاستقلالية الجسدية من القدرة على اتخاذ القرار بالحمل من عدمه. ومع ذلك، فإن أكثر الخيارات الإنجابية تأثيراً في حياة المرء لا يُتاح أصلاً لأعداد صغيرة من الناس.

إن الحق الإنساني الأساسي في اختيار الإنجاب من عدمه، وتحديد عدد مرّات الحمل والمباعدة بينها، إنما هو حق منصوص عليه في كثير من الاتفاقيات العالمية (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 1994؛ الجمعية العامة للأمم المتحدة، 1989؛ الجمعية العامة للأمم المتحدة، 1979).



أزمة مُهملة – وفُرصة سانحة

يصل عدد حالات الحمل غير المقصود سنوياً إلى 121 مليون حالة، أو 331 ألف حالة يومياً في المتوسط؛ وهو ما يكشف عن إخفاق عالمي في حماية حق أساسي من حقوق الإنسان. وهذا الإخفاق من المتوقع أن يتنامى. فبينما تشير البيانات الحديثة على مستوى العالم إلى انخفاض في معدل الحمل غير المقصود بين عامي 1990 و2019 (بيراك وآخرون، 2020)، إلا أن استمرار النمو السكاني عالمياً يعني أن العدد المطلق لحالات الحمل غير المقصود سيواصل ارتفاعه ما لم يُتخذ إجراء حاسم في هذا الصدد.

إن تقديم خدمات الصحة الجنسية والإنجابية التي يحتاج إليها الأفراد والمجتمعات تكون أشد صعوبة في مواجهة التحولات الكاسحة من قبيل تغير المناخ والنزاعات والطوارئ الصحية العامة والهجرة الجماعية. وستفرض تلك الاتجاهات الكبرى اختباراً لقدرة النظم الصحية في ظل تنامي الطلب عليها، لا سيما في بلدان العالم الأقل نمواً حيث يكون تأثير الأزمات شديداً فيها في ظل النقص الحاد لديها أساساً في الخدمات والموارد (ستارز وآخرون، 2018).

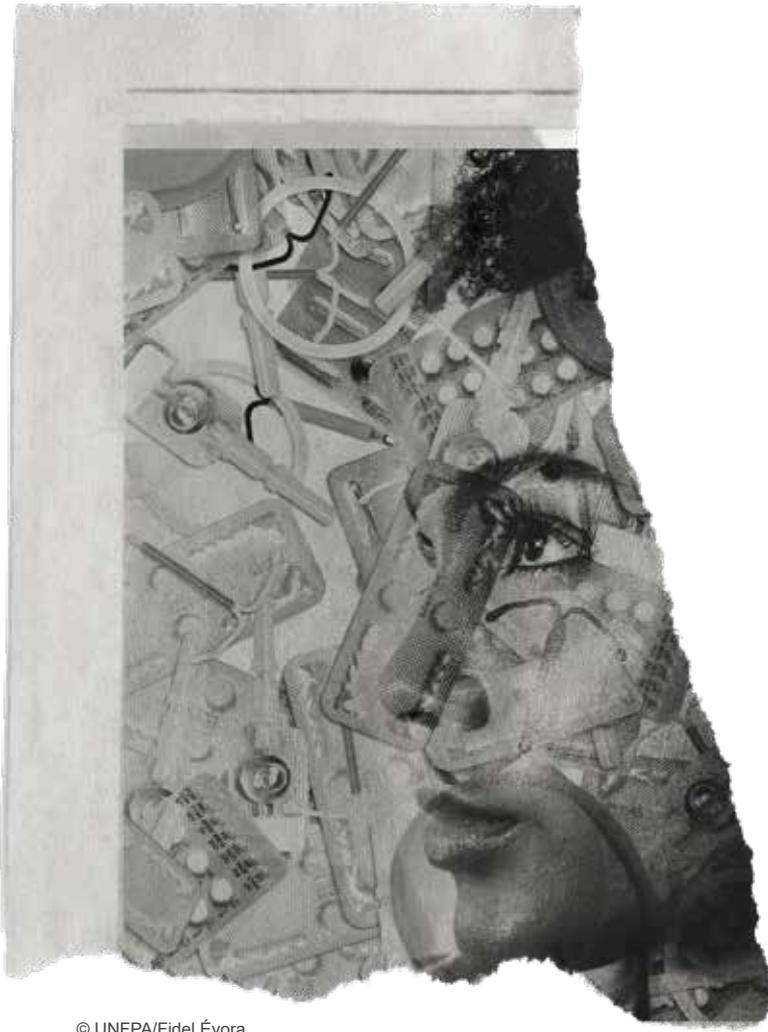
وقد التزم المجتمع الدولي بخريطة طريق قائمة على الحقوق بغية توجيه الإنسانية في مواجهة تلك التغيرات الجسيمة: وهي خطة 2030 للتنمية المستدامة. والخطة عبارة عن إطار عمل للتنمية المستدامة والشاملة يقر صراحةً، في الغايتين 3.7 و5.6، بدور الصحة الجنسية والإنجابية وبالمساواة بين الجنسين في تحقيق مستقبل أكثر رخاءً. وهاتان الغايتان مرتبطتان بحق كل فرد وزوج في اختيار الإنجاب من عدمه، وعدد الأبناء وفترة المباشرة بين الولادات – بما يكفل الرغبة في كل مولود وتقديره حق قدره.

وتنتشر وسائل منع الحمل الحديثة الفعالة على نطاق واسع، إلا أنها غير متاحة للجميع. فلماذا إذا تُصنّف نصف حالات الحمل على أنها غير مخطط لها، وكثير منها غير مرغوب فيها؟

إن هذا الواقع هو تذكيرٌ بالعدد الكبير من الأشخاص -لا سيما النساء والفتيات- المقيدتين في ممارسة حقوقهم الأساسية. كما أنه دلالة على استمرار التمييز بين الجنسين الواقع على النساء والفتيات، وعلى الأشخاص من مغايري الهوية الجنسية، والذين لا يدخلون ضمن التصنيف الثنائي الجنسي، وغير المتحفظين من حيث النوع الاجتماعي. وهو كذلك مؤشر على الفجوات الكبيرة في الحقوق والعدالة، وفي المساواة بين الجنسين، وفي الكرامة الإنسانية، وفي الرفاه الاجتماعي بمفهومه الأعم.

إن العدد الكبير في حالات الحمل غير المخطط له وغير المرغوب فيه ليثير أسئلة عن مدى إعطاء الأولوية والقيمة لحقوق وقدرات أكثر من نصف البشرية. وهو كذلك مؤشر على احتمال إخفاق العالم في بلوغ أهدافه الإنمائية في مجال الصحة والتعليم والمساواة بين الجنسين، وهو ما يعرقل الطموحات المشتركة بين أطراف المجتمع الدولي.

إن العدد الكبير في حالات الحمل غير المخطط له وغير المرغوب فيه ليثير أسئلة عن مدى إعطاء الأولوية والقيمة لحقوق وقدرات أكثر من نصف البشرية.



© UNFPA/Fidel Évora

وسائل منع الحمل عنصر أساسي – لكنها لا تكفي

تشكّل وسائل منع الحمل أحد المجالات الأوضح للاستثمار في الصحة والحقوق الإنجابية. فعلى مستوى العالم يُقدَّر بأنَّ 257 مليون امرأة ممّن لا يستخدمن وسائل حديثة أمانة لوسائل تنظيم الأسرة يرغبن في اجتناب الحمل؛ ومن بينهن 172 مليون امرأة لا يستخدمن أي وسيلة على الإطلاق (إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية لدى الأمم المتحدة، 2021). استجابةً لذلك، ركّز صندوق الأمم المتحدة للسكان على تيسير الوصول إلى وسائل منع الحمل، موقراً 724 مليون واقٍ ذكري، و80 مليون دورة من موانع الحمل الفموية، وعشرات الملايين من الوسائل الأخرى لمنع الحمل في عام 2020 وحده

واستناداً إلى التحليل الأصلي (الوارد في الفصل الثاني)، ينتهي هذا التقرير إلى أن التنمية الاجتماعية والاقتصادية والارتقاء بمستويات المساواة بين الجنسين يرتبطان ارتباطاً وثيقاً بانخفاض معدلات الحمل غير المقصود. واقتراحاً بما يُعرف عن تبعات الحمل غير المقصود (كما يستكشفها الفصل الخامس) على الفرد والمجتمع، فإن التقرير يقطع بالحجة التنموية القوية لتكثيف الجهود الساعية إلى حماية الحقوق الإنجابية بوصفها حقاً أصيلاً للحد من معدلات الحمل غير المقصود.

كما أن كثيراً من العوامل المرتبطة بتقليل معدلات الحمل غير المقصود هي عوامل تحمل أهدافاً إنمائية أساسية – من تقليل معدلات الفقر إلى تحسين صحة الأمومة. ومن الأمثلة الواضحة للتقاطع بين تلك العوامل هو التكلفة غير الاعتيادية -التي تقع على عاتق الأفراد والنظم الصحية والمجتمعات بأسرها- للإجهاض غير الآمن، وهي قضية تُقوّض كلاً من الحقوق والتنمية. وينتهي أكثر من 60 في المائة من حالات الحمل غير المقصود بالإجهاض سواءً كان آمناً أم غير آمن، قانونياً أم غير قانوني (بيراك وآخرون، 2020). وبالنظر إلى التقديرات التي تفيد بأن 45 في المائة من كل حالات الإجهاض تظل غير آمنة (منظمة الصحة العالمية، 2020)، فإن هذا الواقع ينم عن حالة طوارئ في مجال الصحة العامة. فالإجهاض غير الآمن يتسبب في دخول 7 ملايين امرأة إلى المستشفى كل سنة في البلدان النامية (سنغ ومادو-زيميت، 2016)، وذلك بتكلفة سنوية تقدر بنحو 553 مليون دولار لتكاليف علاج ما بعد الإجهاض وحدها (فلاسوف وآخرون، 2008)، وتُسفر عمّا يُقدَّر بـ 193000 حالة وفاة من وفيات الأمهات بين العامين 2003 و2009 (ساي وآخرون، 2014). في المقابل، نجد أن تقليل معدلات الحمل غير المقصود -وبالتالي تقليل اللجوء إلى الإجهاض غير الآمن- من شأنه أن يمكّن النظم الصحية من تخصيص مواردها لخدمات الصحة الجنسية والإنجابية الشاملة؛ بما في ذلك صحة الأمهات والمواليد، وهي استثمارات تعود بآثار إيجابية على الجميع.

(صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2020). كما وقّرت كثير من الحكومات والوكالات المانحة والمنظمات غير الحكومية كميات كبيرة من وسائل منع الحمل.

إنّ تلك المستلزمات مع التسليم بأهميتها البالغة هي غير كافية وحدها. إذ تشير البحوث (حسب التفصيل الوارد في الفصل الرابع) إلى أن انعدام الوعي بوسائل منع الحمل وعدم إتاحة السبل إليها ما عادا يشكّلان أسباباً رئيسية لعدم استخدامها؛ بل يتوارى هذان العائقان اليوم في ظل المخاوف من الآثار الجانبية والخرافات والوصم ومعارضة الآخرين. وبناءً عليه فإنّ التصدي لتلك الأسباب التي تحوّل دون تلبية الاحتياجات إنما يقتضي نطاقاً أوسع من الاستجابات.

إنّ الافتراضات الشائعة يجب أن تُبدّد أيضاً. فمصطلح "الحمل غير المقصود" يثير في كثير من الدوائر صورةً ذهنية عن مراهقة غير متزوجة، أي فتاة تُستقبل بالشفقة أو بالسخرية؛ أو بهما معاً. وفي الواقع، بما أنه لا توجد وسيلة منع حمل يُعوّل عليها بنسبة 100 في المائة والفضل عادةً في الامتناع عن ممارسة العلاقة الحميمة -أو الإخفاق في ذلك بسبب الضغوط أو الإكراه أو العنف- فهذا يعني عملياً أنّ أي امرأة أو فتاة تتمتع بالخصوبة في سن الإنجاب يمكن أن تحمل على نحو غير متوقع. أما التغلب على الحكايات الرائجة عن الحمل غير المقصود فيتطلب جهوداً مقترنة بالعزم على تغيير الأعراف الاجتماعية التمييزية، والتصدي للقوانين التي ترسخ هذه الأعراف التمييزية، والتوسع في التدخلات التي يجب أن تستمر في مخاطبة المراهقات والمراهقين وتمتد إلى غيرهم أيضاً.

إنّ حساسية هذه القضية تفرض مع ذلك تحديات أخرى. فغالباً ما يكون لصنع القرار -أو لغيابه- دور في أشد الدوائر خصوصية في حياة الفرد، إذ يمسّ العناصر الأساسية للاستقلالية الجسدية والحقوق الإنجابية. ويغلب في هذه الدوائر أن تجد النساء والفتيات اختياراتهن عرضة

للتضيق أو الاختفاء الكلي في كل منعطف من منعطفات الحياة. قد يتعذر على المرأة التفاوض مع شريكها على استخدام الواقي الذكري. وقد يتعذر عليها رفض ممارسة العلاقة الحميمة، كما هي الحال في 23 في المائة من جميع النساء حيثما توفرت البيانات ذات الصلة (قاعدة البيانات العالمية لدى الأمم المتحدة، 2022). وقد تتعرض للاغتصاب في بيتها أو على يدي غريب.

إنّ التربية الجنسية الشاملة ما لم تُقدّم في المدرسة فقد تنفق الفتاة إلى معلومات دقيقة. وقد يكون الحمل هو خيارها المبدئي لا لشيء سوى لقلّة الفرص والاختيارات في حياتها. وبدون حصولها على الفرصة لإكمال تعليمها، مثلاً، فقد لا تجد سبباً لتأجيل الإنجاب.

قد تكون الفتاة غير راغبة في إنجاب أطفالٍ إطلاقاً، وهي رغبةٌ قد لا تحظى بالقبول في أسرتها أو في مجتمعها. ولتبيان حقيقة أنّ "تنظيم الأسرة" لا يتماهى مع بعض الفئات كالمراهقات أو الأفراد غير الراغبين في إنجاب طفل فإنّ هذا التقرير يشير إلى مصطلح "منع الحمل" بدلاً من "تنظيم الأسرة".

إنّ الحمل "غير المقصود" لا يعني دوماً حملاً "غير مرغوب فيه". فبعض حالات الحمل غير المقصود يحثي بها أصحابها. وينتهي المطاف ببعض آخر إلى الإجهاض أو الإسقاط العفوي. وبينما تظلّ هناك نسبةٌ من حالات الحمل غير مرغوب فيها إلا أنها تستمر وتُتَمّ حتى موعد الولادة. وكثير من تلك الحالات يُستقبل بمشاعر متأرجحة. فقد لا تكون تلك الحالات من الحمل غير مقصودة كلياً ولا متعمّدة كلياً، بل تحدث عندما يفتقر الفرد إلى إمكانية التوصل الدقيق إلى ما يريده في حياته - أو حتى إلى تخيل حياة يكون الحمل فيها مسألة اختيار.

كما أن مسائل سلطة القرار والاختيار هي في الغالب مسألة حياة أو موت: ففور حدوث حمل غير مقصود

إنّ كل تلك القضايا قد تتفاقم لدى من يواجهن عدة أشكال من التمييز والهشاشة بما يحرمهن القدرة والاستقلالية الجسدية أشدّ من ذي قبل. وعادةً ما تتدنّى جودة الخدمات والمعلومات والدعم بالنسبة إلى النساء في المناطق الريفية وفي المستوطنات البشرية العشوائية سواء في البلدان المتقدمة أم النامية. وفي بعض السياقات، قد يرفض بعض مقدمي الخدمة على نحو مشروع تقديم الرعاية إلى المراهقات ومغابري الهوية الجنسية. أما الأشخاص ذوو الإعاقة فهم أشدّ عرضة للتأثر بالعنف، بما في ذلك العنف الجنسي (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2018). ويضاف لما سلف تفاقم احتمالات التعرض للحمل غير المقصود بين المتأثرين بالنزاع وغيرها من أشكال العنف، لا سيما حال اقتران ذلك بمحدودية الوصول إلى الرعاية الصحية وارتفاع معدلات العنف.

تنبثق تبعات قد تدوم مدى العُمر وتمتد في أوساط مجتمعات محلية بأكملها. فعلى سبيل المثال ترتفع معدلات وفيات الأمهات ارتفاعاً شديداً بين الفتيات اللاتي لم ينضجن بما يكفي لإتمام مدّة حملهنّ بأمان، أو بين النساء اللاتي يعانين من ظروف صحية (سينغ ومادو-زيمت، 2016). وقد تُضطرّ الفتيات الحوامل إلى الزواج و/أو ترك المدرسة دون أي خيار آخر لمواصلة التعليم، وعند ذلك يواجهن في العادة مشقّة تمتد مدى العُمر في كسب الرزق. وقد تفقد النساء دخلهنّ على نحو غير متوقع حال اضطرارهن إلى الانقطاع عن العمل أو ترك الوظيفة بسبب الحمل. وتزيد احتمالات وقوعهن في براثن الفقر حال الإنجاب والاضطرار إلى تدبير ما يلزم للمعيشة من موارد الأسرة الشحيحة أصلاً.

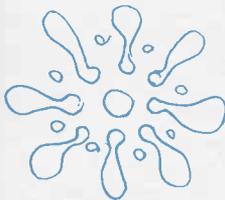
الحمل غير المقصود من زاوية حقوق الإنسان

ليس كل حمل غير مقصود ناتجاً بالضرورة -أو يسفر- عن انتهاك لحقوق الإنسان. غير أن حقوق الإنسان تبرز كلما أصبحت الاستقلالية الجسدية والحرية الإنجابية عرضةً لإشكالٍ ما (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2021). ففي الاتفاقيات الدولية المهمة -مثل معاهدة القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة (المعروفة أيضاً باسم "سيداو" أو معاهدة المرأة)، أكدت الدول على أن جميع الأفراد والأزواج لهم الحق في الحصول على المعلومات والوسائل لاختيار الإنجاب من عدمه، ومتى يكون ذلك، وعدد الأطفال (الجمعية العامة للأمم المتحدة، 1979). تتعرض حقوق الإنسان للتقويض أو الانتهاك عندما يتعذر الوفاء بتلك الالتزامات، وهذا ما يحدث عندما يتعذر على الأفراد ممارسة الاختيار المستنير بسبب افتقارهم إلى سبل الوصول إلى معلومات نوعية عن الصحة الإنجابية أو بسبب افتقارهم إلى القدرة على التصرف بناءً على تلك المعلومات، وكذلك عندما يكون الفرد ضحية للعنف الجنسي أو الإكراه الجنسي، وعندما يطوّق التمييز وعدم المساواة نطاقاً كاملاً من الفرص فتصبح مجموعة الخيارات المتاحة للفرد منقوصة.

إنّ برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية -وهو وثيقة أساسية أقرّها 179 بلداً، واهتدى بها عمل صندوق الأمم المتحدة للسكان منذ عام 1994 يوجّه الدعوة إلى كل الدول والمجتمع الدولي "للاستخدام كل الوسائل المتاحة تحت تصرّفها لدعم مبدأ الاختيار الطوعي في تنظيم الأسرة". وتجدر الإشارة إلى أن برنامج العمل المذكور أنفاً يشدد على أن "الإجهاض... ينبغي ألا يُرَوَّج له بأي حال بوصفه طريقةً من طرق تنظيم الأسرة" (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 1994). (انظر معلومات أكثر في الصفحة 21 عن الإجهاض.)

179

بلداً



حالات الحمل غير المقصود كاشفة لأولويات المجتمع

هل بوسع أي مجتمع -مهما كانت نواياه المعلنة- أن يدعي تقديره للنساء والفتيات في حين أن طموحاتهن ورجباتهن وإمكاناتهن مقيدة؟ أو حين يكنّ عاجزات عن ممارسة حقهن في اتخاذ قرارٍ باجتئاب الحمل غير المقصود؟ هل بوسع المجتمع أن يدعي ادعاءً صادقاً بتقدير الأمومة إذا كانت الأمومة فيه نتيجةً لهضم القدرة على اتخاذ قرار أو لإكراهٍ أو وصمٍ أو عنفٍ؟

تُبخس قدرة المرأة والفتاة على اتخاذ قرار عندما لا تحظى المعلومات والخدمات الإنجابية التي تشكل أهميةً لهنّ بالدعم والأولوية على نحوٍ كافي. وقد تجلّى ذلك في بداية جائحة كوفيد-19، أي عندما كانت خدمات وسائل منع الحمل من أوائل خدمات الرعاية الصحية التي تعرضت للانقطاع والاضطراب الشديد (منظمة الصحة العالمية، 2020). وفي أول سنة من الأزمة دام الاضطراب في توفير اللوازم لمدة 3.6 أشهر في المتوسط، وهو ما أفضى إلى نحو 1.4 مليون حالة حمل غير مقصود (لوشسينغر، 2021). ومع استمرار الاضطرابات في تقديم الخدمات عام 2021 على الرغم من التعديل النسبي والمواكبة النسبية، إلا أن خدمات وسائل منع الحمل كانت من بين أشد الخدمات الصحية تأثراً في العام المذكور (لوشسينغر، 2021).

عندما تعجز نظم الرعاية الصحية عن تحقيق التغطية الصحية الشاملة، وعندما تكون رعاية الصحة الجنسية والإنجابية غير متمحورة حول الفرد أو غير شاملة أو منخفضة الجودة؛ تعجز الحكومات عن الوفاء بالتزامها بالحق في الصحة المتفق عليه عالمياً. وأصدق ما يكون ذلك عندما تعجز نظم الرعاية الصحية عن تقديم الرعاية الميسورة المناسبة المخصصة للمراهقات؛ إذ أنّ تبعات الحمل غير المقصود تكون أشدّ على هذه الفئة - فمضاعفات الحمل والولادة هي السبب الأهم لوفيات الفتيات في الفئة العمرية بين 15 و19 عاماً (منظمة الصحة العالمية، 2020).

ومع ذلك فهذه التحديات، أي مزيج المخاوف الاجتماعية والقانونية والمحظورات واللوم والأعراف التمييزية، ليست عصية على التذليل. بل إنّ التغلب عليها ممكنٌ. ويمكن، بل ويجب البدء في حلقة مثمرة قادرة على إحراز تقدّم.



المستلزمات التي يمكن التعويل عليها أكثر، وطرح خيارات وسائل أكثر – لكنّ هناك أبعاداً أخرى كثيرة للقضية ما زال التصدي لها دون المستوى المطلوب. وينطبق ذلك على وجه الخصوص حين يتعلّق الأمر بحل وحيد أساسي، وهو مطلب رئيسي لإعمال القدرة التامة على الاختيار والاستقلالية الجسدية الكاملة للجميع: ألا وهو المساواة بين الجنسين.

كذلك يتفوّض الحق في الصحة عندما تخفق الرعاية الصحية في مراعاة حقوق المرضى وتبديد مخاوفهم، وهو ما يتجلى في مخاوف يرد ذكرها على نطاق واسع من الآثار الجانبية لوسائل منع الحمل (ببيليتري وآخرون، 2020؛ سيدغ وآخرون، 2016)، ومن صعوبة الاستخدام الدائم، ومن حدوث كثير من حالات الحمل غير المقصود بين مستخدمي وسائل منع الحمل (فروست وداروتش، 2008). يُضاف إلى ما سلف أن كرامة الأفراد واستقلاليتهم الجسدية، وشعورهم بالثقة والرفاه، تتأكل جميعها عندما تعجز الخدمات الصحية عن تلبية احتياجاتهم. استطلعت حملة "ما تريده النساء" بشأن رعاية الصحة الإنجابية وصحة الأمومة 1,2 مليون امرأة وفتاة في 114 بلداً في عامي 2018 و2019؛ وانتهت إلى أن الطلب الأهم تمثّل في تقديم رعاية أكثر مراعاةً لمقتضيات الاحترام والكرامة (تحالف وايت ريبون أليانس، 2019).

على الرغم من بعض التقدم المُحرز، إلا أن عدداً كبيراً من النظم القانونية والسياسات القانونية ما زالت تعكس القيمة المتدنية التي توليها لحقوق النساء والفتيات. بل إن بعضها ما زال يشترط موافقة طرف ثالث على استخدام وسائل منع الحمل، أو تجيز الإعدام القهري بوصفه "حلاً" للحمل غير المقصود في أوساط الأشخاص ذوي الإعاقة (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2021). وهناك قيود قانونية أبعد مدى ما زالت تقيد الوصول إلى الإجهاض الآمن (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2020)، علماً بأن أثرها محدود في تقييد الممارسة، بل إنها تزيد من نسبة الإجهاض غير الآمن والوفيات الناجمة عنه (غاناترا وآخرون، 2017). وبمقدور صناعات السياسات تقييد التمويل أو منعه كلياً حتى حيثما يكون منع الحمل مقبولاً اجتماعياً وحيثما امتلكت نظم الرعاية الصحية القدرة على تقديم الخدمات (غولد وهاستيدت، 2017).

لقد بُدأت جهودٌ كبيرة في تمويل ما يمكن اعتباره حلاً سحرياً "المعضلة" الحمل غير المقصود، مثل إتاحة أنواع جديدة من موانع الحمل، وتيسير إتاحة

لطالما كانت المساواة بين الجنسين هدفاً إنمائياً بعيد المنال على مرّ العقود. حتى إنه لم يتحقق بكامله في أي بلد. لكننا نعلم بأنه حلٌّ ناجع: فالنساء والفتيات اللاتي يحظين بالتمكين، ممّن يجزبن المساواة، هنّ أقدر على التعامل مع الحمل غير المقصود أو اجتنابه من الأساس (كما سيأتي بيانه في الفصل الثاني). وقدرتهن على ممارسة الاستقلالية الجسدية تعمل على تحسين معيشتهن وتعود بفوائد على كل من حولهن.

لطالما نادى الموائيق والاتفاقيات المعنية بحقوق الإنسان بالمساواة بين الجنسين. ففي عام 1994 ساعد "برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية" في إيضاح أنّ تحقيق المساواة التامة للمرأة والفتاة يقتضي تمكينهن من الاستقلالية بما يتعلّق بأجسامهن وحياتهن ومستقبلهن على قدم المساواة مع الرجال والفتيان. كما أن تحقيق أهداف التنمية المستدامة (بما فيها الهدف الخامس المعني بالمساواة بين الجنسين وكثير من الأهداف والغايات الأخرى المتعلقة بتقليل الفقر والنمو الاقتصادي، مثلاً) يقتضي تقليل أوجه التفاوت بين الجنسين.

يتطلّب الأمر بذل جهود شاملة. فقد أن الأوان لتعزيز النظم الصحية، وكذلك الانتقال إلى ما هو أبعد من ذلك. وأن الأوان لتقديم خدمات تعليمية تمكينية عالية الجودة

إلى كل الفتيان والفتيات، وإحداث التغيير في المفاهيم التي ترى أنّ مصير الفتاة يتجلى أساساً في الإنجاب والأمومة. لقد أن الأوان لإفساح المجال أمام النساء حتى يحظين بفرص الحصول على التعليم والعمل اللائق، وامتلاك قدر أوفى من الاستقلالية وحرية الاختيار. ويجب أن تضمن الحماية الاجتماعية حقوق الفئات الأشد ضعفاً. وينبغي للقادة أن يقدّموا نماذج أكثر تقدّمية حول أعراف النوع الاجتماعي ووضع اتجاهات جديدة في القوانين والسياسات العامة.

من الصعب تصوّر عالم يكون فيه كل حمل مقصوداً؛ لكن بوسعنا التعاون لجعل الغالبية العظمى من حالات الحمل مسبوقةً بالتخطيط ومقترنة بالترحاب ومحاطة بالرغبة؛ بما يكفل لكل امرأة وفتاة أن يعشن من موقع قوة وتمكين، وأن ينلن خيارتهن ويحققن نواياهن الخاصة. وتوضح مجموعة الأدلة التي تتناولها الفصول التالية ما يلزم التصدي له دعماً لحق المبادرة الفردية في اتخاذ الخيارات الإنجابية. وتشكّل نقاط ابتداء بالنسبة إلى الباحثين وصناع السياسات والمناصرين، مسنودةً لا بالبيانات فحسب – بل بكثير من الاتفاقيات الدولية ووثائق حقوق الإنسان والمطامح العالمية الجماعية المتمثلة في خطة التنمية المستدامة 2030.

إطار عمل العوامل التي تساهم في الحمل غير المقصود ونتائجه

كشفت الدراسات الكمية عن سمات اجتماعية ديمغرافية مرتبطة بتجربة النساء للحمل غير المقصود. وتشير تلك الدراسات بقوة إلى مسارات تفضي إلى حدوث الحمل غير المقصود. يحدد هذا الإطار أهم فرص التدخل، مع التحذير من أن العوامل ذات الصلة هي عوامل معقدة وصعبة القياس، وليست تتابعية بالضرورة. على سبيل المثال غالباً ما يتلاقى الإكراه الجنسي وانعدام الاستقلالية الإنجابية مع انخفاض التحصيل التعليمي لدى المرأة وعيشها في ظل الفقر، وكلها عناصر مرتبطة على الأرجح بالحمل غير المقصود، لكن المسارات المعتادة ليست واضحة ولا أحادية الاتجاه بالضرورة.



المصدر: المؤلفون.

المربعات الرمادية: انتهاء خطر حدوث حمل غير مقصود. المربعات الزرقاء: نتائج الحمل غير المقصود.

ملاحظات: (1) يمكن للبيانات الاقتصادية والاجتماعية والسياسية والثقافية أن تؤثر في بعضها بعضاً، وكذلك في مسار الحمل غير المقصود. ويمكن لانتشار الحمل غير المقصود أن يؤثر في بعض العوامل السياقية. (2) حتى الحمل المرغوب فيه قد يتبعه ظروف قد تجعل إنجاب طفل أمراً صعباً. (3) تتضمن استمرارية نية الحمل التراجع بين الرغبة في إنجاب طفل والقدرة على اتخاذ قرار وإع بشأن الإنجاب (انظر الفصل الثاني). وتشمل نوايا الحمل الرغبة في تأخير الحمل أو إجتناب إنجاب طفل كلياً. (4) تشمل أسباب عدم استخدام وسائل تنظيم الأسرة المخاوف من تلك الوسائل، وانعدام اليقين حيال مخاطر الحمل، ومحدودية الوصول إلى خدمات عالية الجودة، والعوامل السياقية – مثل محدودية الاستقلالية – حسب الموضع في الإطار. (الفصل الرابع). (5) يُستكشف إخفاق وسائل تنظيم الأسرة في الصفحة 52.



الأدلة واضحة: الحمل غير المقصود يرتبط بانعدام التنمية

وافقت جميع الدول الأعضاء في الأمم المتحدة في عام 2015 على خطة التنمية المستدامة 2030، التي التمسّت من بين أهدافها الرئيسية تحقيق المساواة بين الجنسين - وهي مسألة يُنظر إليها على أنها ركيزة من ركائز التنمية البشرية. يتمثل أحد مؤشرات الخطة في قياس "نسبة النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 سنة و49 سنة ممن يتخذن بأنفسهن قرارات مستنيرة بشأن العلاقات الحميمة، واستخدام وسائل منع الحمل، والرعاية المتعلقة بالصحة الإنجابية".

يشدد هذا المؤشر، 5.6.1 من مؤشرات أهداف وغايات التنمية المستدامة، على أن معدلات الحمل غير المقصود إنما تنم عن وضع التنمية الاجتماعية ككل، وأن ارتفاع مستويات الاختيار المستنير عند اتخاذ القرار بالإنجاب يُشكّل جانباً من حلقة إيجابية تعزز المكاسب الإنمائية الأخرى.



57 في المائة من النساء فحسب هنّ قادرات على اتخاذ قراراتهن بشأن صحتهن وحقوقهن الجنسية والإنجابية.

يشكل المعدل الحالي لحالات الحمل غير المقصود تراجعاً عن المسجل في الأعوام السابقة – بما يعكس على الأرجح تحقّق مكاسب إنمائية في خلال تلك الفترة. فقد انخفض معدل الحمل غير المقصود بين عامي 1990 و2019 من 79 حالة إلى 64 حالة لكل 1000 امرأة في الفئة العمرية 15-49 عاماً. وفي حين أنّ المعدل المتراجع لحالات الحمل غير المقصود يُقدّم بعض العزاء، إلا أنّ العدد المطلق لمن يحملن حملاً غير مقصود قد تزايد في واقع الأمر بنحو 13 في المائة نظراً للنمو السكاني على امتداد تلك الفترة البالغة 30 سنة. أما المعدل الحالي البالغ 64 حالة حمل غير مقصود لكل ألف امرأة فيعني أن نحو 6 في المائة من نساء العالم يتعرضن لحمل غير مقصود سنوياً.

تُعزز التقديرات الجديدة المستندة إلى نماذج حقيقةً مفادها أن معدلات حدوث الحمل غير المقصود تختلف اختلافاً كبيراً من بلد لآخر (بيراك وآخرون، 2022). والسؤال المطروح هو: لماذا تبدو الحدود الوطنية والإقليمية وكأنها تحدد مناطق معدلات الحمل غير المقصود؟ ففي النهاية عادةً ما يوصف الحمل وصفاً قائماً على السلوك الشخصي والمسؤولية الشخصية. غير أن تلك الاتجاهات توضح أن الظروف الوطنية والإقليمية قد يكون لها دور في دعم -أو قمع- الاستقلالية الجسدية؛ وأن فقدان الاستقلالية الجسدية أو ممارستها في المقابل قد يؤثر في الرفاه المجتمعي تأثيراً جسيماً. وكلا هذين المفهومين يحوّلان مقداراً من المساءلة بشأن تلك القضايا عن الأفراد ليضعوا وزرها على الدول.

ما الظروف الوطنية التي لها تأثير في ممارسة القدرة على الاختيار أو المتأثرة بها؟ لم تقدّم الأدلة إجابة شافية عن هذا السؤال حتى الآن، ولكن هناك احتمالات تفرض نفسها – لا سيما في ما يتعلق بالظروف التنموية.

تفيد معظم البيانات الحديثة بشأن المؤشر 5.6.1 من أهداف التنمية المستدامة، بالنظر إلى النساء في 64 بلداً ممّن هنّ في سن الإنجاب ولديهن شريك، بأن 23 في المائة منهنّ عاجزات عن رفض العلاقة الحميمة، وبأن 24 في المائة منهن عاجزات عن اتخاذ قرارات حيال رعايتهن الصحية، وبأن 8 في المائة عاجزات عن اتخاذ قرارات محددة بشأن منع الحمل. ومجمل تلك النسب أنّ 57 في المائة من النساء فحسب هنّ قادرات على اتخاذ قراراتهن بشأن صحتهن وحقوقهن الجنسية والإنجابية (الأمم المتحدة، 2022). وهذا هو السياق الواجب مراعاته عند فهم حدوث الحمل غير المقصود.

تفيد أحدث البيانات على مستوى العالم بأن الفترة الممتدة بين عامي 2015 و2019 قد شهدت حدوث نحو 121 مليون حالة حمل غير مقصود كل سنة، وبأن 48 في المائة تقريباً من جميع حالات الحمل هي حالات غير مقصودة (بيراك وآخرون، 2020). كما أن 61 في المائة من تلك الحالات انتهت بإجهاض متعمّد.

اتجاهات في عالم الإجهاض

مع أن معدلات الحمل غير المقصود قد تراجعت إلا أن معدل الإجهاض عالمياً لم يتغير فعلياً؛ إذ يقدر بنحو 39 حالة لكل 1000 امرأة في سن الإنجاب في الفترة بين 2015 و2019 (بيراك وآخرون، 2020) (انظر المذكرة الفنية في الصفحة 141). ينتهي 29 في المائة من كل حالات الحمل على مستوى العالم بالإجهاض – المقصود وغير مقصود معاً. وهذه النسبة ترفع العدد إلى نحو 73 مليون حالة إجهاض سنوياً في المتوسط في الفترة الممتدة بين عامي 2015 و2019. ومتى كانت حالات الإجهاض تلك غير آمنة، فإن النساء يكنّ عرضةً لخطر اعتلال الصحة على المدى القصير والبعيد، وبالتالي لخطر الموت.

إن معدل الإجهاض الثابت مقترناً بتراجع حدوث الحمل غير المقصود يعينان أن نسبة حالات الحمل غير المقصود التي انتهت بالإجهاض قد زادت منذ فترة 1994-1990 من 51 إلى 61 في المائة (بيراك وآخرون، 2020). وبالجمع بين المعطيين تفيد النتائج بأن النساء قد يمارسن إلى حد معتدل قدرأ أكبر من الاستقلالية بشأن نتائج صحتهن الإنجابية، وذلك من خلال قدرتهن على منع الحمل وإنهاء الحمل غير المقصود، مقارنةً بما تسنّى للنساء قبل 30 عاماً.



وهذا المنحى العام قابل للاستقراء قياساً على التوسع في إتاحة خيارات وسائل منع الحمل، ومكاسب المساواة بين الجنسين، وتحسين مؤشرات التنمية عموماً؛ علماً بأن التقدم التنموي وتراجع معدلات الحمل غير المقصود إنما يتجلبان في الغالبية العظمى من البلدان التي تتوفر لها بيانات.

مع ذلك تختلف نسبة حالات الحمل غير المقصود التي تنتهي بالإجهاض اختلافاً كبيراً على المستوى القطري أو الإقليمي. ولا يوجد ارتباطٌ مُدرك بين حدوث الحمل غير المقصود ونسبة ما ينتهي من حالاته بالإجهاض على المستوى الوطني؛ ففي كثير من الأماكن تميل النساء إلى ممارسة خيار الإنجاب بطريقة ما دون الأخرى.

رؤى متعمقة جديدة

يختلف معدل حدوث الحمل غير المقصود اختلافاً كبيراً باختلاف المناطق. فقد بلغ عدد حالات الحمل غير المقصود 35 حالة سنوياً لكل 1000 امرأة في الفئة العمرية 15-49 في أوروبا وأمريكا الشمالية؛ مقارنةً بعدد 64 حالة في وسط آسيا وجنوب آسيا و91 حالة في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، في فترة الأعوام 2015-2019. غير أنه توجد تفاوتات شديدة بين المناطق أيضاً. على سبيل المثال، بلغ معدل حالات الحمل

يقدم هذا الفصل تحليلاً إيكولوجياً أصيلاً لاستكشاف بعض أوجه الارتباط بين مقاييس التنمية والبيانات القطرية المتاحة حديثاً عن حالات الحمل غير المقصود. وفي حين أن هذا التحليل لا يكشف عن علاقة سببية إلا أنه يطرح أسئلة بالغة الأهمية عن كيفية تأثير التقدم الإنمائي وما يرتبط به من خيارات السياسة على حدوث الحمل غير المقصود. في المقابل، يفيد هذا التحليل أيضاً بأن تمكين المرأة وممارسة الاختيار من شأنهما التأثير في التنمية وفي الرفاه الوطني.

الجهود القوية المطلوبة للتصدي للحمل غير المقصود كفيلة - حال تنفيذها- بتحقيق فوائد تنموية قوية.

معدلات أدنى من حالات الحمل غير المقصود. من ذلك تتضح علاقة التلاقي والتعاقد بين الحمل غير المقصود وانعدام التنمية، وهو ما يكشف عن أن الجهود القوية المطلوبة للتصدي للحمل غير المقصود كفيلة - حال تنفيذها- بتحقيق فوائد تنموية قوية.

وفي الوقت نفسه، فإن نسبة حالات الحمل غير المقصود التي تنتهي بالإجهاض تختلف اختلافاً كبيراً؛ وهو ما ينم عن التفاوت الكبير في البيئات الثقافية والقانونية من مكان لآخر على مستوى العالم.

التنمية الاقتصادية الاجتماعية

نظر المؤلفون في بيانات "دليل التنمية البشرية" لعام 2019 وفي اثنين من مكوناته الرئيسية (أي: التحصيل التعليمي ونصيب الفرد من الدخل القومي الإجمالي) قياساً على معدلات الحمل غير المقصود. وقد ظهر ارتباط قوي عالمي بين ارتفاع مستويات التنمية الاجتماعية والاقتصادية (المقاسة وفق تلك المؤشرات) وانخفاض معدلات الحمل غير المقصود في فترة الأعوام 2015-2019. ومن تفسيرات ذلك أن البلدان ذات المعدلات الإنمائية الأعلى هي على الأرجح التي يتوفر فيها الوصول على نطاقٍ أوسع إلى خدمات منع الحمل، وحيث تواجه النساء عراقيل ثقافية أقل بما يتعلق بقدرتهن على التحكم بما يفضلهن حيال خصوبتهن. (يُلاحظ أن النمط اختلف في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، وهو موقف يرد تناوله بمزيد من التفصيل في المذكرة الفنية في الصفحة رقم 141).

لقد مالت نتائج الحمل إلى الاختلاف بين البلدان المرتفعة الدخل والبلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل.

ففي البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل ارتبط ارتفاع مستويات التنمية الاجتماعية والاقتصادية بنسبة أعلى من حالات الحمل غير المقصود التي تنتهي بالإجهاض (حتى بعد مراعاة الاختلافات في الوضع القانوني للإجهاض). وهذا الاستنتاج يتناسب مع فرضية

غير المقصود في النيجر 49 حالة، فيما بلغ 145 حالة في أوغندا (بيراك وآخرون، 2022). وعلى الرغم من تلك التفاوتات بين المناطق، هناك اتجاهات كلية هامة يمكن رصدها في التقديرات الإقليمية.

وعلى نحو ملحوظ في أوروبا وأمريكا الشمالية، في الفترة ما بين 2015 و2019، كان معدل حالات الحمل غير المقصود قد انخفض بمقدار النصف مقارنةً بالمعدل المسجل في أوائل التسعينيات من القرن الماضي، فيما انخفض المعدل نفسه في جنوب آسيا ووسط آسيا وأمريكا اللاتينية بنحو الربع فقط (28 في المائة). كذلك انخفض المعدل في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى بنسبة 12 في المائة فقط.

ما دلالة تلك التفاوتات؟ التماساً لفهم أوفى، نظر هذا التحليل في أوجه الارتباط بين أهم المؤشرات الاجتماعية والاقتصادية والسياسية (برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، 2020) حيال معدلات الحمل غير المقصود، وكذلك في نسبة تلك الحالات التي تنتهي بالإجهاض على المستوى القطري. ونظر هذا التحليل في بيانات من 150 بلداً ومنطقة ذات تقديرات متاحة عن فترة الأعوام 1990-2019.

تعطي هذه تلك التحليلات -على وجه العموم- دلالة قوية على أن البلدان ذات المستويات المرتفعة من التنمية الاجتماعية والاقتصادية والمستويات المرتفعة من المساواة بين الجنسين والسياسات المشتملة على إتاحة سبل قانونية أكثر للإجهاض الآمن هي بلدان تشهد

وعلى نحو أهم، فإنّ التنمية الكئيّة هي عاملٌ له دور على الأرجح في خفض معدلات الحمل غير المقصود.

المساواة بين الجنسين

تناول المؤلفون بالتقييم أيضاً العلاقة بين المساواة بين الجنسين والحمل غير المقصود، مع استخدام "مؤشر عدم المساواة بين الجنسين" بوصفه مقياساً لحالة المرأة والفتاة. يقيس مؤشر عدم المساواة بين الجنسين ثلاثة جوانب للمساواة بين الجنسين – أي: الصحة الإنجابية، والتمكين، والوضع الاقتصادي – علماً بأن ارتفاع الدرجات في المؤشر المذكور يعني ارتفاع مستويات انعدام المساواة بين الجنسين. وقد أظهرت البلدان (والمناطق) ذات المستويات المرتفعة من انعدام المساواة بين الجنسين -حسب قياس المؤشر- معدلات أعلى من الحمل غير المقصود في فترة الأعوام 2015-2019، وذلك في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل، وكذلك في البلدان المرتفعة الدخل. وهذا الارتباط حاضرٌ حتى بعد مراعاة دور دليل التنمية البشرية، وقد برز بوصفه المُعطى الأقوى

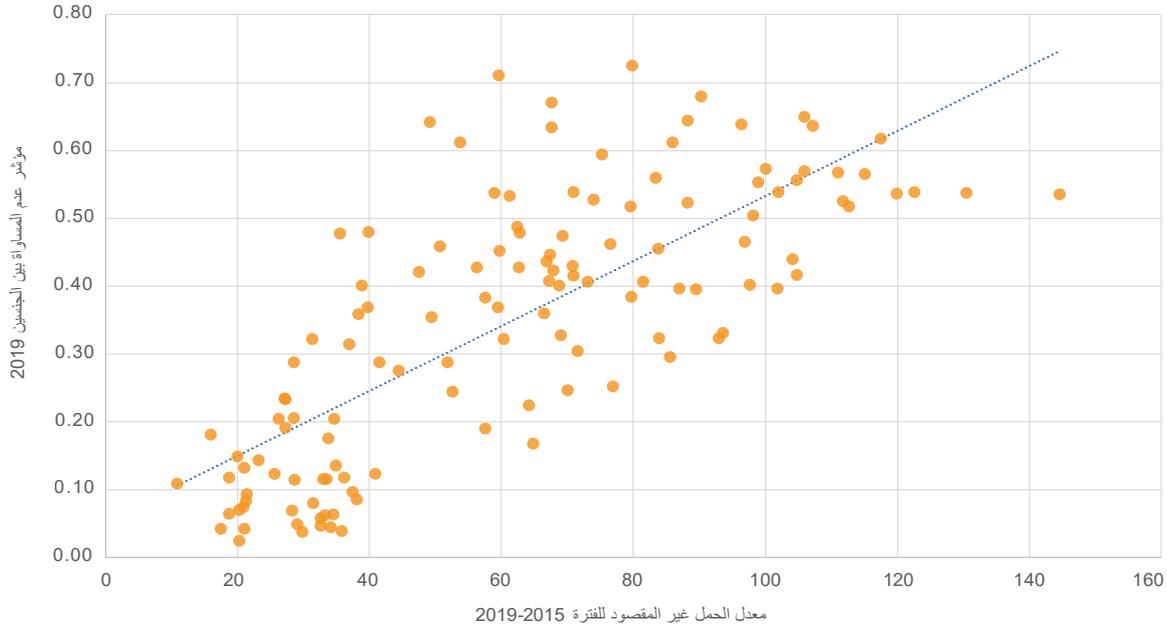
مفادها أنه مع ارتفاع تكاليف الفرص البديلة المرتبطة بالإنجاب فإنّ النساء اللاتي يمررن بحالة حمل غير مقصود يكون لديهن حافزٌ أقوى لتجنّب إنجاب طفل. وينسحب النمط نفسه على الاتجاهات المسجلة على مدار 30 سنة بين عامي 1990 و2019 في تلك البلدان: بمعنى أن التحسينات في معدلات التنمية على المستوى الفُطري ارتبطت بزيادات في نسبة إنهاء الحمل غير المقصود.

أما في البلدان المرتفعة الدخل فقد ارتبطت نتائج دليل التنمية البشرية باحتمالات/تخفيض إنهاء الحمل، مع أنّ البلدان المرتفعة الدخل ذات معدلات التنمية الأدنى ارتبطت باحتمالية أعلى لحدوث الإجهاض. ومن الفرضيات في هذا الصدد أن النساء اللاتي يملن إلى تجنّب الإنجاب في البلدان المرتفعة الدخل ذات المستويات الأعلى من التنمية هنّ أوفى قدرةً على اجتناب الحمل، بما في ذلك ما يكون من خلال استخدام وسائل منع الحمل. ومن الوارد أيضاً أنّ شبكات الأمان الاجتماعي والاقتصادي تيسرّ على النساء استيفاء أجل الحمل غير المقصود في البلدان الأكثر تقدماً.

وقد يفترض المرء أنّ مستويات الدخل والتعليم في أوساط النساء والفتيات هي أشدُّ ارتباطاً بمعدلات أدنى من حالات الحمل غير المقصود مقارنةً بمستويات الدخل والتعليم في أوساط الرجال والفتيان – ولكن الأمر لم يكن كذلك. فنصيب الفرد من الدخل القومي الإجمالي ومستويات التحصيل التعليمي بين الإناث لم تكن أقوى ارتباطاً بحدوث حالات الحمل غير المقصود أو بنسبة الإجهاض، مقارنةً بنصيب الذكر من الدخل القومي الإجمالي ومستوى تحصيله العلمي. ويشير ذلك إلى أنّ الدخل القومي الإجمالي للبلد ومستوى التحصيل التعليمي الكلي فيه لهما ارتباط بانخفاض معدلات الحمل غير المقصود، لا أنّ نصيب الفرد من الدخل القومي الإجمالي والتحصيل التعليمي حصراً هو ما يحقق هذا الارتباط في أوساط النساء والفتيات. وبعبارة أخرى،

البلدان ذات المستويات المرتفعة من انعدام المساواة بين الجنسين لديها معدلات أعلى من حالات الحمل غير المقصود.

وجه الارتباط بين الحمل غير المقصود 2015-2019 وانعدام المساواة بين الجنسين 2019



مُعامل التحديد = 0.5744

قيمة الاحتمالات لمنحنى الخط المرسوم: 0.0000

المصدر: المؤلفون، مع الاستعانة بالبيانات من بيرك وآخرون، 2022.

وبأخذ كل المعطيات في الاعتبار، فإن تلك النتائج تفيد بأن المكاسب الأولية في مجال المساواة بين الجنسين (كما هو مشهود في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل) أسفرت عن زيادة احتمالات استفادة النساء ذوات الحمل غير المقصود من الخيار المتاح لهنّ باللجوء إلى الإجهاض. ومع ذلك، ففي البلدان المرتفعة الدخل لم يكن لزيادة المساواة بين الجنسين أثر ملموس في اللجوء إلى الإجهاض (الشكل 2)، ولعلّ مردّد ذلك إلى أن النساء في تلك البلدان يحظين بقدرة أوفى على اجتناب حالات العمل غير المقصود أصلاً.

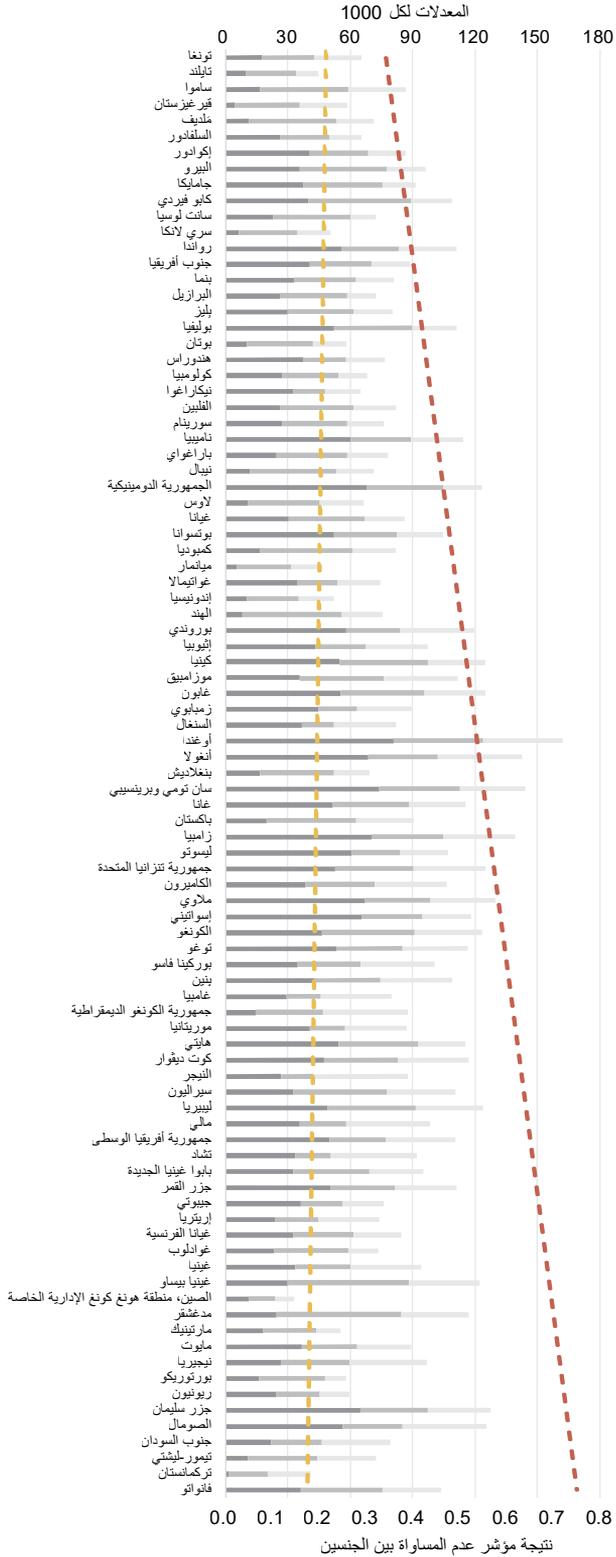
نسبة الوفيات المتعلقة بالحمل والولادة

إنّ العلاقة بين معدل الوفيات المتعلقة بالحمل والولادة (بوصفها مكوناً من مؤشر عدم المساواة بين الجنسين)

بين كل المؤشرات التي تفحصتها هذه التحليلات (الشكل 1).

أما من حيث نتائج الحمل، جاءت الأنماط المنبثقة مماثلة لما جرت ملاحظته بما يتصل بدليل التنمية البشرية: أي أن المستويات الأدنى للمساواة بين الجنسين في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل كانت مرتبطة بالنسب الأصغر من معدلات الحمل غير المقصود التي تنتهي بالإجهاض. وهذا الارتباط متسق بعد الوضع في الاعتبار التفاوتات الكبيرة في قوانين الإجهاض السارية في تلك البلدان. وفي المقابل، كانت النتائج المرتفعة للمساواة بين الجنسين في البلدان المرتفعة الدخل مرتبطة ارتباطاً ضئيلاً ولكن على نحو غير مؤثر بالمعدلات المنخفضة من حالات الحمل غير المقصود التي تنتهي بالإجهاض.

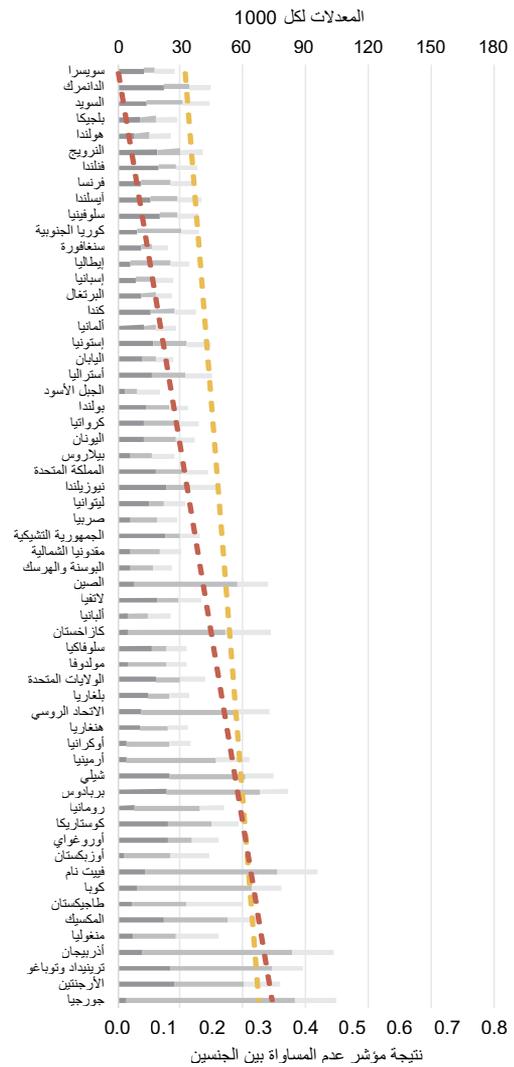
ب- البلدان والأقاليم التي يزيد مؤشر عدم المساواة بين الجنسين فيها عن 0.35



معدل حالات الولادة والإجهاض غير المخطط لها، ونسبة حالات الحمل غير المقصود التي تنتهي بحالات ولادة أو إجهاض أو إسقاط غير مخطط لها، للفترة 2015-2019، حسب النوع الاجتماعي (مؤشر عدم المساواة).



أ- البلدان والأقاليم التي يقل مؤشر عدم المساواة بين الجنسين فيها عن 0.35



المصدر: المؤلفون، مع الاستعانة بالبيانات من بيراك وآخرون، 2022

قوانين الإجهاض

تميل معدلات الحمل غير المقصود إلى أن تكون أعلى في البلدان التي توجد فيها قوانين إجهاض أكثر تسامحاً (أي، البلدان التي تجيز الإجهاض على أسس اقتصادية اجتماعية أو عند الطلب) منها في البلدان ذات القوانين الأشد صرامةً (أي البلدان التي تحظر الإجهاض كلياً؛ أو لا تسمح به إلا لإنقاذ حياة المرأة؛ أو تجيزه للمحافظة على صحة المرأة الجسدية؛ أو تجيزه للمحافظة على صحة المرأة العقلية).

إنّ هذا ارتباط جدير بالملاحظة، ولو أنه لا يشكل مسألةً تسببية: فقوانين الإجهاض المتهاونة قد تكون عديمة الأثر في حدوث حالات الحمل غير المقصود. بل إنه من الممكن أن تكون قوانين الإجهاض المتهاونة انعكاساً لخدمات أشمل في مجال الصحة النفسية والإنجابية التي تنسم ببسرها وتلبيتها لاحتياجات الأفراد النشطين جنسياً.

أما من حيث نتائج الحمل غير المقصود، فلم تشهد البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل ارتباطاً يُذكر بين قوانين الإجهاض ونسبة حالات الحمل غير المقصود التي تنتهي بالإجهاض. وبعبارة أخرى، فإنّ قوانين الإجهاض الصارمة في تلك البلدان لم يثبت فيها أنها تقلل اللجوء إلى الإجهاض. أما في البلدان المرتفعة الدخل ذات قوانين الإجهاض المتهاونة فقد أدت نسبة حالات الحمل غير المقصود الأصغر الملحوظة إلى حالات إجهاض، مقارنةً بالبلدان المرتفعة الدخل ذات القوانين الأكثر صرامةً. وتؤيد هذه النتائج ما انتهى إليه باحثون آخرون (بيراك وآخرون، 2022).

والإجهاض غير الآمن هي علاقة معروفة تماماً. فالإجهاض غير الآمن يُعد أحد العوامل المساهمة الرائدة في وفيات الأمهات حول أنحاء العالم: إذ يُعزى ما بين 4.7 في المائة و13.2 في المائة من تلك الوفيات السنوية إلى الإجهاض غير الآمن (منظمة الصحة العالمية، 2020). بيد أن العلاقة بين الحمل غير المقصود والوفيات المتعلقة بالحمل والولادة هي علاقة أقل وضوحاً.

في تحليلات المؤلفين المستندة حصراً إلى البيانات المتاحة لمعدل الوفيات المتعلقة بالحمل والولادة (منظمة الصحة العالمية وآخرون، 2019) (وهو مقياس للتنمية بالغ الأهمية، لا سيما في القطاع الصحي) ومعدلات الحمل غير المقصود بين عامي 2015 و2019، وُجد أن ارتفاع معدلات الوفيات المتعلقة بالحمل والولادة كانت مترابطة فعلاً مع ارتفاع في معدلات الحمل غير المقصود. وهذا الارتباط قائم بالنسبة إلى البلدان على اختلاف فئات الدخل (باستثناء بلدان أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، حسب الوارد في المذكرة الفنية في الصفحة 141).

لماذا ترتبط حالات الحمل غير المقصود بارتفاع مخاطر الوفيات المتعلقة بالحمل والولادة أكثر من ارتباطها بحالات الحمل غير المقصود؟ هناك تفسيرات كثيرة ممكنة. من أهمّ تلك التفسيرات أن حالات الحمل غير المقصود من المرجح أكثر أن تفضي إلى الإجهاض (بما في ذلك الإجهاض غير الآمن) مقارنةً بحالات الحمل المقصود. كما أن الحوامل حملاً غير مقصود تقل احتمالات استعانتهم بالخدمات الصحية (يرد تناول ذلك بمزيد من التفصيل في الفصل الخامس، الصفحة 94). ومع ذلك، فإن الأدلة على تأثير الحمل غير المقصود في نتائج صحة الأمومة هي أدلة محدودة، كما أن مسارات هذا الارتباط ما زالت لم تُبحث بحثاً وافياً في الأدبيات العلمية (جيبسن وآخرون، 2008).

الإجهاض من زاوية حقوقية

ليست كل حالات الحمل غير المقصود غير مرغوب فيها. ولكن غالبية حالات الحمل غير المقصود تنتهي بالإجهاض، وهو ما يجعل منظور حقوق الإنسان وثيق الصلة بأداء الدول وصناع السياسات. إن الحقوق الإنجابية هي من حقوق الإنسان، فلكل إنسان الحق في اتخاذ قرارات مستنيرة بشأن جسمه وصحته وفي أن يقرر الإنجاب من عدمه ومواعيد الإنجاب وعدد الأطفال (الجمعية العامة للأمم المتحدة، 1979). وتشتمل تلك الحقوق -ومعها الحق في الصحة والحق في الحياة- على إتاحة سبل الإجهاض الآمن المشمول بالحماية "متى كانت حياة الحامل أو الفتاة أو صحتها في خطر، أو متى كان استيفاء مدة الحمل من شأنه التسبب في ألم مبرح أو معاناة مبرحة للمرأة أو الفتاة الحامل، وعلى وجه الخصوص عندما يكون الحمل نتيجة لاغتصاب أو زنا محارم أو غير قابل للاستمرار" (العهد الدولي الخاص المعني بالحقوق المدنية والسياسية الصادر عن الأمم المتحدة، 2019). أما إتاحة السبل للإجهاض الآمن فهو ليس حقاً مستقلاً؛ بل يتوقف على حماية حقوق إنسانية أخرى وعلى التمتع بها: أي الحق في المعلومات والصحة والمساواة والخصوصية والعيش بلا عنف وبلا تمييز متحيز جنسياً وبلا تمييز (مفوضية الأمم المتحدة السامية لحقوق الإنسان، 2018).

وفي حين أن إتاحة السبل للإجهاض يخضع أساساً لأحكام القانون الوطني (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 1994)، إلا أن الأعراف المتصلة بحقوق الإنسان تؤثر تأثيراً متزايداً في نطاق التشريع الوطني. في عام 2019 على سبيل المثال، أشارت لجنة الأمم المتحدة المعنية بالحقوق المدنية والسياسية إلى ضرورة إقدام كل الدول على إلغاء تجريم الإجهاض وضمان إتاحة الإجهاض القانوني بغية المحافظة على صحة المرأة وحياتها؛ كما أشارت أيضاً إلى أن الدول لا يجوز لها أن تضع عراقيل إدارية أو من أي نوع أمام النساء ممن يلتمنس إجراء إجهاض قانوني (العهد الدولي الخاص المعني بالحقوق المدنية والسياسية الصادر عن الأمم المتحدة، 2019). وتنتظر كثير من المعاهدات والهيئات الدولية والإقليمية الأخرى المعنية بحقوق الإنسان

إلى الإجهاض بوصفه حقاً إنسانياً متى كان الحمل نتاج قهر وإكراه (فاين وآخرون، 2017). وفي كل الأحوال، سواء كانت حالة الإجهاض أو محاولة الإجهاض قانونية أم لا، فيجب إتاحة الرعاية اللاحقة على الإجهاض بوصفها من التدخلات الطبية المنقذة للحياة لكل من يطلبها (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 1994).

يُعدّ الإجهاض في واقع الأمر قانونياً في معظم البلدان، مع أنه يُحاط بقيود في الغالب. ففي 96 في المائة من بين 147 دولة عضو في الأمم المتحدة قد أُبلغت بياناتها، يُعدّ الإجهاض قانونياً بناءً على بعض الأسباب أو كل الأسباب، بما فيها لإنقاذ حياة المرأة، أو للحفاظ على صحة المرأة، في حالات الاغتصاب وحالات تشوّه الجنين. ولكن، تُطلب موافقة الزوج على استغناء المرأة من الخدمة في 28 في المائة من البلدان، وتُطلب الموافقة القضائية في حالة القاصرات في 36 في المائة من البلدان. وعلاوة على ذلك، قد توجه التهمة الجنائية إلى النساء لإجرائهن إجهاضاً غير قانوني في 63 في المائة تقريباً من البلدان (الأمم المتحدة، 2022).

في الأوضاع التي يُحظر فيها الإجهاض قانوناً أو لا تلتبس سبله لأسباب أخرى وُصفت حالات الحمل غير المرغوب فيه بأنها حالات "حمل إجباري" (اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا لدى الأمم المتحدة، 2004). وهذه الفكرة -أي إجبار امرأة على الاستمرار في حمل غير مرغوب- إنما تتجذر في القوالب النمطية المتعلقة بالنوع الاجتماعي، كما أنها تنم عن فكر تمييزي يحصر قيمة الفتيات والنساء في قدراتهن الإنجابية. بيد أن الدول ملزمة بحكم موثيق حقوق الإنسان بأن تغير تلك القوالب النمطية الضارة وبأن تقضي على الممارسات التي ترسخها. كذلك يجب أن تكون القوانين والسياسات وسيلة لتمكين الأفراد -على أقل تقدير- من اجتناب الحمل غير المقصود بأقصى قدر ممكن (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2020).

غير مقصود أم غير مرغوب فيه أم ملتبس؟ حدود المقاييس الحالية

يتناول هذا الفصل بعضاً من البيانات الأكثر شمولاً وحدائثاً عن موضوع الحمل غير المقصود. غير أنه من المهم أيضاً الإشارة إلى أن هذا الموضوع -مع أنه بالغ الأهمية من الناحيتين الاجتماعية والاقتصادية، ومع اتسامه بالشيوع من حيث الحدوث- مشوب في المعتاد بضعف التوصيف أو عدم الاتساق، وغالباً ما يحظى **بفهم ضعيف**، وهو ما يفضي إلى **محدودية في كيفية خضوعه للقياس**.

بادئ ذي بدء، تشير النسبة المرتفعة لحالات الحمل غير المقصود التي تنتهي بالإجهاض (أكثر من ثلاث حالات من بين كل خمسة) (بيراك وآخرون، 2020) إلى احتمال أن تكون معظم تلك الحالات ليست غير مقصودة فحسب، بل غير مرغوبة أيضاً. وبالنظر إلى القيود القانونية على الإجهاض في بلدان كثيرة، وما يحيطها من عراقيل اجتماعية واقتصادية وجغرافية ماثلة أمام الإجهاض في مجتمعات محلية كثيرة، فإن النسبة الفعلية لحالات الحمل غير المقصود غير المرغوبة قد تكون أكثر من المعلن بكثير.

ومع ذلك، سيكون من قبيل الخطأ افتراض أن كل حالات الحمل غير المقصود غير مرغوبة. ففي بعض الحالات، لا تخطط النساء تخطيطاً مدروساً للحمل، ومع ذلك فقد يبدن ردة فعل إيجابية للحمل ويقررن استمراره. يتأكد هذا الطرح بنتائج دراسة استقصائية ضخمة في فرنسا، وهي بلد يرجح فيه أن تقول المشمولات بالدراسة إن الحمل كان غير مخطط له، أكثر مما يرجح قولهن إنه كان غير مرغوب (موريو وآخرون، 2014).

لطالما رصد الباحثون -بل وكافحوا ليرصدوا بدقة- كيفية التنوع في اتجاهات النساء حيال الحمل (هول وآخرون، * 2017؛ أيكن وآخرون، 2016). فعلى سبيل المثال، تتأرجح

موازرة الاختيار أو قمعه

تشكل هذه التحليلات مجرد خطوة أولى في فحص هذه التقديرات الجديدة الوفيرة. ويستلزم الأمر إجراء مزيد من البحوث المكثفة. ومع ذلك، ففي الوقت الحاضر، تُتيح هذه للمحة في استقراء البيانات عرضاً نظرات متعمقة هامة يؤكد كثير منها فرضيات ونتائج حالية - مثل الارتباط الواضح بين كثير من التدابير التنموية (لا سيما المتصل منها بعدم المساواة بين الجنسين) والحمل غير المقصود. وهناك نتائج أخرى تعين في الكشف عن الاختلافات الدقيقة في عموم أنحاء العالم بخصوص تجربة الحمل غير المقصود لدى النساء وتعاملهن معه من واقع العلاقات بين المساواة بين الجنسين ومحصلة حالة الحمل.

وبالجمع بين تلك البيانات نجد أنها تكشف عن كيفية إفشاء الظروف الكلية في البلد والمجتمع إلى إيجاد بيئات تمكّن -أو تعرقل- ممارسة الاختيار الواثق في ما يتصل بالحمل من عدمه، وأن الاستقلالية الجسدية والقدرة يمكن أن يلعبا دوراً تبادلياً في الارتقاء بالمجتمع وتحسين التنمية الوطنية.

مشاعر كثير من النساء حيال تكوين أسرة أو زيادة عددها. فبعضهن يردن الإنجاب، لكنها إرادة ملتبسة بعدم اليقين تجاه ظروف الحياة أو تجاه تجاوب الشريك أو المستقبل. وقد تخبو رغبة المرأة في الحمل وتزيد قبل الحمل وحتى في أثنائه. كما أن فكرة "القصْد" نفسها محفوفة بالتضارب في كثير من الأوضاع. فقد يتعذر على النساء والفتيات في تلك الأحوال ممارسة الاختيار الشخصي، أو ربما ينظرن إلى الحمل والإنجاب على أنها مسألة قَدْرِيَّة. وقد يعتقن أن نواياهن لا تحمل أهمية، وكثيرٌ منهنَّ يكنَّ -للأسف- على حق في ذلك من وجهة نظر أسرهن أو مجتمعاتهن.

إنَّ حالة الالتباس هذه تخلف أثرها في البيانات. فكثير من القياسات تقترض أن النساء يتخذن قرارات مستنيرة وثنائية حول الرغبة في الإنجاب من عدمه. كما أن معظم التقديرات الحالية عن حدوث الحمل غير المقصود مستقاة من أسئلة مستخدمة في الدراسات الاستقصائية المعتمدة على السكان، مثل الاستقصاءات السكانية والصحية في البلدان المنخفضة الدخل. وهذه الاستقصاءات تطرح على النساء سؤالاً وحيداً عن كل حمل حدث في خلال السنوات الخمس الأقرب للدراسة. وعادةً ما يتخذ السؤال الصيغة التالية: "عندما حملت، هل أردت الحمل في ذلك الوقت، أم أردت الانتظار حتى وقت لاحق، أم أنك كنت لا ترغبين في إنجاب طفل (آخر) إطلاقاً؟" وتنتظر هذه التقديرات إلى أن النساء اللاتي يجبن بأنهن كنَّ لا يُردن الحمل أو بأنهن كنَّ يرغبن في الانتظار إلى أن حالة الحمل لديهن كانت حملاً غير مقصود. وهذا النهج غير دقيق (مجلس السكان، 2015): فمثلاً، قد تلجأ بعض الأمهات ممَّن لديهن طفل أنجبته من حمل غير مقصود إلى إعادة صياغة تجربتهن للحمل لاحقاً، أي بعد أن تكيفن مع واقعهن الجديد (رالف وآخرون، 2020). وبعد الإنجاب والارتباط بالوليد،

أو بعد تحمّل الوصم المرتبط بحمل غير مقصود، قد تعيد المرأة تفسير نفورها السابق من الحمل بأنه مجرد تأرُّج، وربما عاودت تفسير التأرُّج بأنه انفتاح على الحمل. وبذلك فإن القياسات المستندة إلى تبيان نوايا الحمل بأثر رجعي قد تبخس شيوع حالات الحمل غير المقصود.

قد تتعمد المرأة، لأسباب دينية أو غيرها، عدم الاختيار - أي أن تُسلم قدرها لمعتقداتها الديني أو لمصيرها مثلاً. وهذا النوع من النساء فُلت من التصنيف البسيط؛ إذ قد يوصفن بأن لديهن نية مفتوحة تجاه الحمل، ومع ذلك يمكن وصف حملهن بأنه غير مخطط له أيضاً. وأخيراً، فإن الاستقصاءات السكانية والصحية وغيرها من الدراسات تجمع في المعتاد معلومات عن حالات الحمل غير المقصود من النساء فقط. لذا فالمعلوم قليل عن مواقف الشركاء الذكور تجاه الحمل، أو عن درجة مقدرتهم على ممارسة الاختيار الإنجابي في حياتهم.

تُبدل جهودٌ جارية لتحسين مقاييس الحمل غير المقصود بما يكشف صورة أفضل عن الفارق الدقيق بين تجارب النساء. ومن النهج المتبعة في ذلك نهج "مقياس لندن للحمل غير المخطط"، وهو معني بقياس مدى التخطيط للحمل وفق مقياس من صفر إلى 12 (هول وآخرون، 2017). وقد نُشرت تقديرات منمذجة لحدوث ولادات غير مخطط لها وحالات إجهاض في عام 2016 (سيدغ وآخرون، 2016أ)، وتبعته تقديرات فُطرية منمذجة لأول مرة لكل البلدان تقريباً على مستوى العالم (بيراك وآخرون، 2022). ومع ذلك، فكل ذلك لا يخرج عن دائرة التقديرات؛ أما قاعدة الأدلة المتعمقة والمعول عليها فلن تظهر إلا عندما يتسنى الإبلاغ عن تلك التجارب بلا خجل وعندما تُخصص موارد كافية لقياس معدلات حدوث الإجهاض.

حمل المراهقات واختياراتهن

غالباً ما يختلط أمر الحمل غير المقصود بقضية الحمل عند المراهقات، لكن العلاقة بين هاتين المسألتين تتطوي على تعقيد أكبر مما تبدو عليه في الواقع. فليست كل حالات الولادة لدى المراهقات ناتجة من حمل غير مقصود. تحدث غالبية الولادات بين الفتيات دون سن 18 في إطار الزواج أو الارتباط الأسري، وهذه نتيجة أعاد تأكيدها بحثٌ جديد لشعبة السكان لدى الأمم المتحدة (إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية لدى الأمم المتحدة، 2022). ومن الراجح تصنيف كثير من حالات الحمل تلك ضمن فئة الحمل "المقصود" في الدراسات الاستقصائية القائمة والإفادات الذاتية وغيرها من المقاييس حتى وإن كانت قدرة الفتيات على اتخاذ القرار بشأن موعد الإنجاب وشريك الحياة قدرة مشوبة بالتقييد الشديد – إن توفّر لهنّ الاختيار أساساً. كما أن نظرة أدق في خصوبة المراهقات -لا سيما بين المراهقات الأصغر سناً- تبيّن الفيود التي يتسم بها النظر فقط في القياسات الحالية لقصود الحمل عند بحث جوانب الاستقلالية والاختيارات.

أمومة في سن الطفولة

تناول بحثٌ جديد لصندوق الأمم المتحدة للسكان (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2022) 96 في المائة من فئة المراهقات في العالم، باستثناء الصين والبلدان المرتفعة الدخل، وانتهى إلى أن هناك شابة من بين كل ثلاث شابات تقريباً من الفئة العمرية 20 إلى 24 سنة في العالم النامي قد أنجبت في مرحلة المراهقة المحددة بالفئة العمرية 10 سنوات إلى 19 سنة. أي أن نصف تلك الأمهات المراهقات الجدد كنّ صغيرات السنّ (في سن 17 فما دون) عند أول إنجاب لهنّ – وكلهن خضن تجربة الإنجاب مراراً وهن في سن الطفولة.

بعبارة أخرى، فإن 13 في المائة من كل الشابات في البلدان النامية بدان الإنجاب وهنّ صغيرات السنّ، وهؤلاء المراهقات يستأثرن بنسبة ضخمة مدهشة من جميع حالات الولادة لدى المراهقات. إن ثلاثة أرباع الفتيات ممّن أنجبن لأول مرّة في سن 14 فما دون خضن ولادةً ثانية قبل بلوغهن سن العشرين، في حين أنّ 40 في المائة من صاحبات الولادتين أنجبن

مرة ثالثة قبل بلوغهن سن العشرين. كما أن نصف الفتيات ممّن أنجبن لأول مرّة في المرحلة العمرية 15 إلى 17 سنة أنجبن ثانيةً قبل بلوغهن سن العشرين. علاوة على ما سبق، فإن أكثر من نصف الولادات الإضافية (أي اللاحقة على الولادة الأولى) للأمهات مراهقات كانت ولادات سريعة التلاحق؛ بمعنى أنها تحدث في غضون 24 شهراً من الولادة السابقة وتأتي بمخاطر مرتفعة من اعتلال ووفيات الأطفال (موليتوريس وآخرون، 2019؛ روتستين، 2008).

توضح هذه النتائج الجديدة ما يلي:

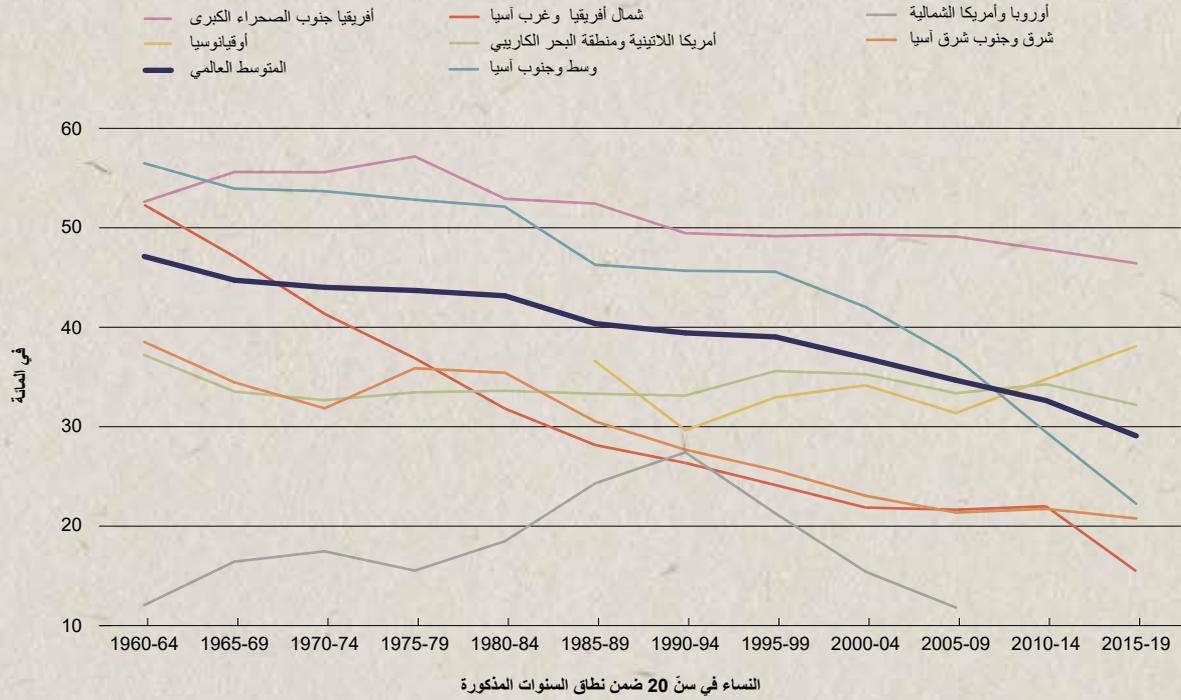
- أنّ 45 في المائة من الأمهات المراهقات الجدد هنّ في الحقيقة طفلات – أي في سن 17 فما دون.
- أنّ 50 في المائة من جميع الولادات لدى المراهقات تحدث لفتيات يبدأن حملهن وإنجابهن في سن الطفولة.
- أنّ 54 في المائة من جميع الولادات المكررة للأمهات مراهقات هي ولادات سريعة التلاحق.

لقد أحرز تقدم في زيادة سن الأم عند أول ولادة، لكن ذلك لا يكفي. ففي البيانات التي استُمدت على مدار ستة عقود تقريباً، انخفضت نسبة الولادات لأول مرّة لدى المراهقات في أوساط الفتيات البالغات 17 عاماً فما دون من 60 إلى 45 في المائة. كما انخفضت نسبة جميع الولادات لدى المراهقات في أوساط تلك الفتيات من 68 إلى 50 في المائة. وفي كلتا الحالتين، يتوافق ذلك مع انخفاض بمقدار 3 نقاط مئوية فقط كل 10 سنوات، مع تسارع في تراجع المعدلات على مدار العقود الماضية.

وبهذا المعدل سنستغرق 160 عاماً للقضاء على الأمومة في سن الطفولة. أما الولادات المتكررة المتلاحقة فإن التراجع في معدلاتها أقل محدودية – إذ يبلغ الانخفاض 1 نقطة مئوية فقط كل 10 سنوات على مدار العقود الستة الماضية.

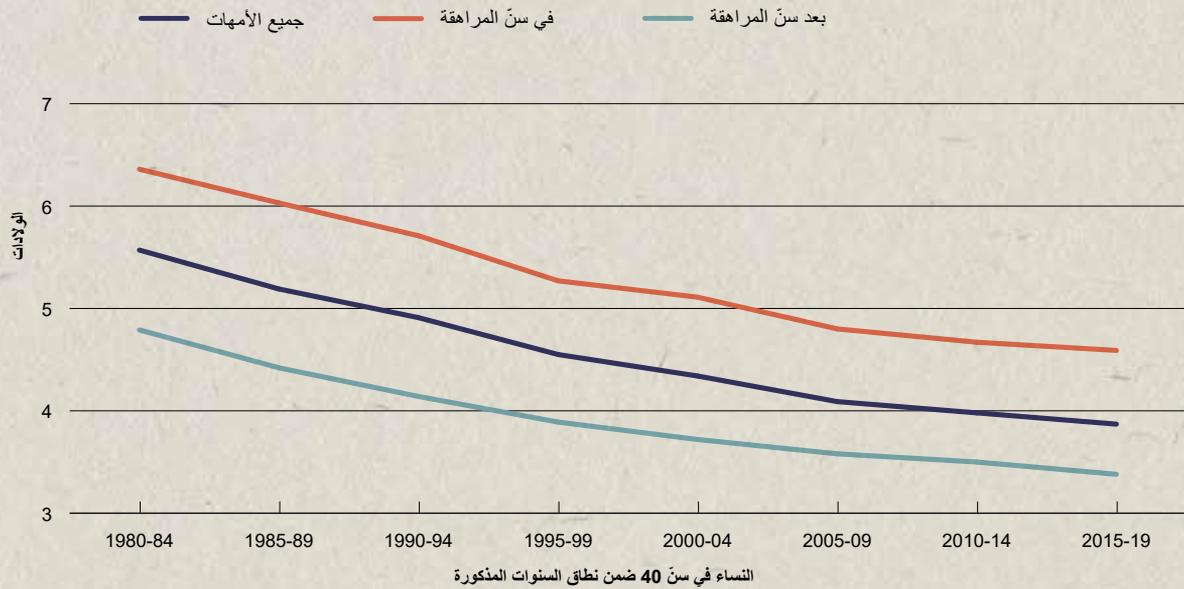
في كل مناطق العالم تبدأ نسبة كبيرة من النساء حياتهن الإنجابية في مرحلة المراهقة (الشكل 3).

الشكل 3 نسبة النساء اللاتي بدأن بالإنجاب في سنّ المراهقة، حسب منطقة أهداف التنمية المستدامة، باستثناء الصين والبلدان المرتفعة الدخل



المصدر: صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2022.

الشكل 4 اكتمال الخصوبة حسب سنّ الدخول في مرحلة الأمومة، المتوسط العالمي، باستثناء الصين والبلدان المرتفعة الدخل



المصدر: صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2022.

النساء اللاتي يلدن لأول مرة في مرحلة المراهقة ينتهي بهن الحال وقد أنجبن مرتين أخريين تقريباً على مرّ حياتهن مقارنةً بالنساء اللاتي يبدأن الإنجاب في سن 20 أو ما بعد (الشكل 4).

دور زواج الأطفال

في 54 بلداً تتوفر فيها البيانات، حدثت غالبية حالات الولادة لأول مرة لدى فتيات في سن 18 ممّن كنّ يعشن في إطار زواج أو ارتباط، وذلك وفق تحليل جديد غير منشور سابقاً لدى شعبة السكان التابعة للأمم المتحدة (إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية لدى الأمم المتحدة، 2022). وتظهر نسب مرتفعة باستمرار للولادات في إطار الزوجية في بلدان وسط آسيا وجنوب آسيا وشمال أفريقيا وغرب آسيا.

فما العلاقة بين حمل المراهقات والزواج؟ يُنتظر من كثير من العرائس الشابات أن يحملن أو يثبتن خصوبتهن في وقت مبكر من زواجهن، ولذا سرعان ما يحدث الحمل بعد الزواج.

غير أننا نعلم أيضاً أن الحمل قد يكون عاملاً دافعاً لزواج الأطفال بسبب معتقدات ثقافية أو اتجاهات قائمة على قوالب نمطية متعلقة بالنوع الاجتماعي حيال الإنجاب ورباط الزوجية والجنس قبل الزواج وشرف العائلة وانعدام الوصول إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية بما فيها خدمات الإجهاض الأمان (بيتروني وآخرون، 2017).

تُظهر بيانات الدراسة الاستقصائية أنّ كثيراً من الولادات لأول مرة في أوساط الفتيات دون سن 18 تحدث بعد أقل من سبعة أشهر من الزواج أو من بداية المساكنة (إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية لدى الأمم المتحدة)، وهو ما يعني أن الحمل قبل الزواج كثيراً ما يسبق زواج الفتيات (الشكل 5). وفي بعض البلدان -بنغلاديش وبنين وتشاد وجزر القمر وإندونيسيا وليسوتو والنيجر وبابوا غينيا الجديدة والفلبين- نجد أن أكثر من خمس الولادات لأول مرة لدى الفتيات دون سن 18 تدخل ضمن هذه الفئة. ومع ذلك، هناك اختلاف كبير بين المناطق والبلدان (انظر المذكرة الفنية في الصفحة 142 لمزيد من المعلومات).

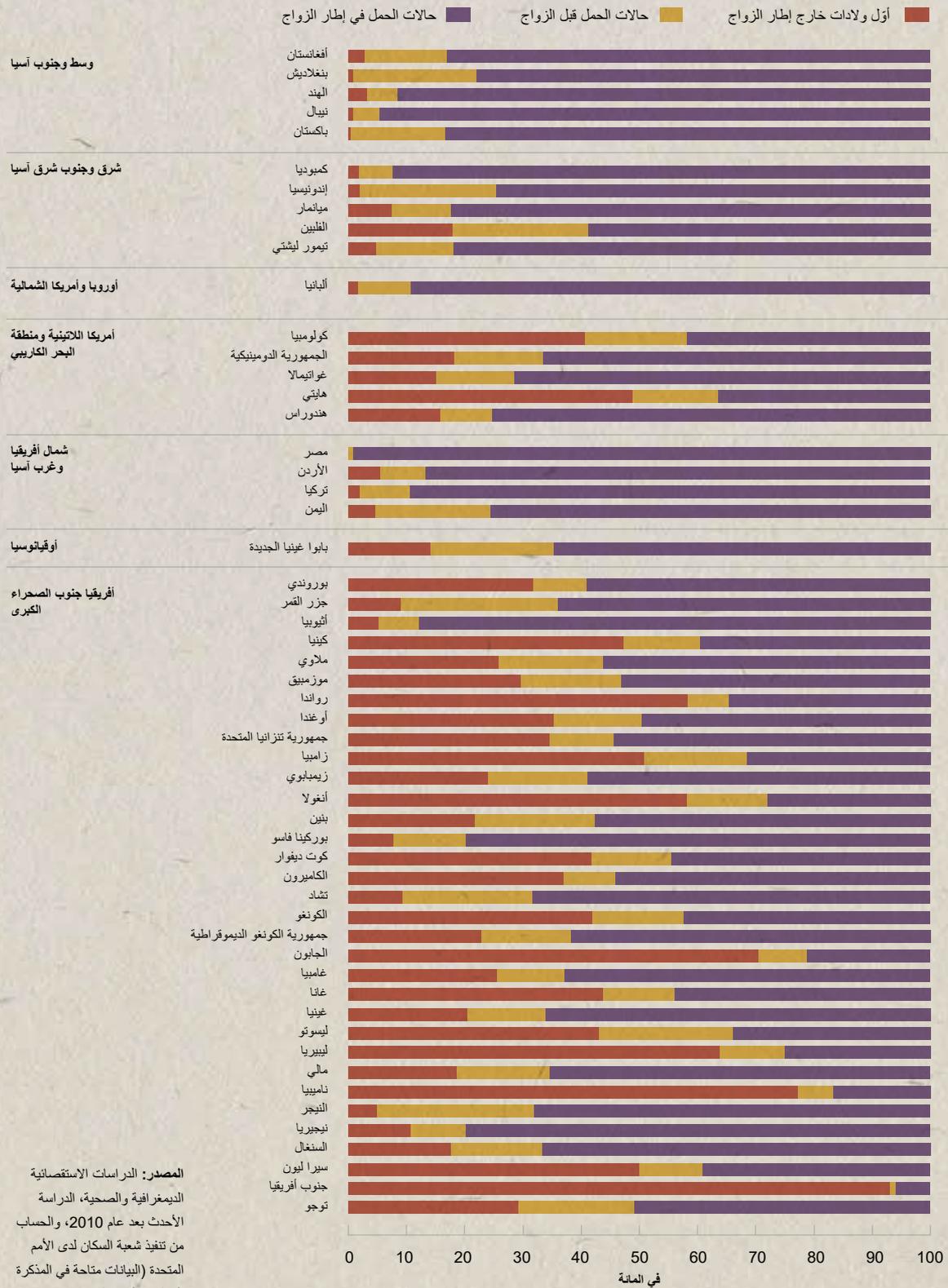
تتزوج بعض المراهقات زواجاً رسمياً أو يدخلن في إطار عرفي ضمن استراتيجية تحررية (هوري، 2021)؛ فبدلاً من النظر إلى زيجتهن بوصفها "قسرية" ينظرن إليها بوصفها حلاً لحظر الجنس قبل الزواج وللعلاقات الرومانسية، بل ينظرن إليه بوصفه مهزباً من الظروف العنيفة داخل البيت. ومع ذلك، فإن تلك الزيجات الطوعية حسب توصيف صاحباتها يلحق بها كثير من التبعات المؤذية المعروفة في الزواج القسري، بما في ذلك الانتقال السريع غير الأمان إلى أدوار الكبار ومسؤولياتهم، وبما يشمل حمل المراهقات.

عادةً ما تكون النساء والفتيات المتزوجات في سن المراهقة أقلّ تعليماً، وتقلّ قوتهن

الأسرية والاقتصادية، كما تقلّ فرص الحركة لديهن مقارنةً بالمراهقات غير المتزوجات والنساء الأكبر سناً منهن. ويبدو أنهن يعشن في عزلة ويفتقرن إلى المعرفة والمهارات للتفاوض حول الأوضاع التي تضرّ بصحتهن ورفاههن - بما في ذلك عدد مرات الإنجاب ومواعيدها. وتميل فجوة السن بين الأزواج إلى أن تكون أكبر بين النساء اللاتي يتزوجن في سن أصغر مقارنةً بالنساء اللاتي يتزوجن في سن أكبر (إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية لدى الأمم المتحدة، 2022؛ هايرلاند وآخرون، 2004). وقد ارتبط النشاط الجنسي المبكر مع شريك أكبر سناً بضعف العلاقات الحميمة وبسوء نتائج الصحة الإنجابية (ريان وآخرون، 2008).

إن التصدي لتلك الظروف الكامنة يعني التصدي لانعدام المساواة بين الجنسين وتمكين المراهقات والشباب من التعليم والتوظيف وفرص المشاركة بوصفها بدائل للزواج المبكر والحمل، وتوفير التربية الجنسية الشاملة، وضمان توفير خدمات الصحة الجنسية والإنجابية المناسبة للمراهقين والمراهقات وما يتصل بها من وسائل تنظيم الأسرة، وتحديد السن القانونية الدنيا للزواج للفتيان والفتيات -بموافقة الآباء أو بدونها- عند سن 18.

الشكل 5 أول ولادات مع بلوغ سن 18، حسب منطقة أهداف التنمية المستدامة



وهم الاختيار: حمل المراهقات

إلا حديثاً، أما الإجهاض فمحظور بصرامة في كل الظروف – ولا استثناء حتى في حالات الاغتصاب أو زنا المحارم أو حال تعرض حياة الأم والجنين للخطر.

للمرء أن يفترض -والحال هذه- أن معظم حالات حمل المراهقات هي من قبيل الحمل غير المقصود. لكن الواقع هو أن أكثر من نصف حالات حمل المراهقات في السلفادور (أي بنسبة 58 في المائة) صنفتها صاحباتها على أنها مقصودة، في حين أن 75 في المائة من الرجال المعنيين اعتبروها متعمدة (كارتر وسبيزر، 2005).



بالنسبة إلى ياجايرا وفتيات كثيرات - لا سيما المهمشات بسبب الفقر وانعدام فرص التوظيف أو التعليم - هناك حتمية معينة تتمثل في الحمل والزواج المبكرين. © UNFPA/Wilton Castillo

لا تجيب ياجايرا إجابة مباشرة عند سؤالها عما إذا كانت قد اختارت الإنجاب وهي في سن 16. بل تقول إنها لم تتلق أي تربية جنسية، وأن العلاقة الحميمة والحمل حدثا فحسب. فبالنسبة إليها وإلى فتيات كثيرات - لا سيما المهمشات بسبب الفقر وانعدام فرص التوظيف أو التعليم - هناك حتمية معينة تتمثل في الحمل والزواج المبكرين. يشهد بذلك أن أكثر من ربع فتيات السلفادور يصبحن متزوجات أو في علاقات عرفية ببلوغهن سن 18 (المسح الاقتصادي لأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، 2020).

الرُّبع من كل حالات الحمل (صندوق الأمم المتحدة للسكان - السلفادور، 2021). وهذه علامة على انعدام التمكين العام؛ ذلك بأن حمل المراهقات والزيجات المبكرة مرتبطان بدورات العنف الأسري والجنسي (صندوق الأمم المتحدة للسكان، في السلفادور، 2021)، وهي قضية كانت شائعة بالفعل قبل أن تتفاقم بنسبة 70 في المائة في أثناء جائحة كوفيد-19 (الصليب الأحمر الدولي، 2020). لم تُضَف التوعية الجنسية إلى المناهج الدراسية الوطنية

السلفادور / الفلبين -- حملت ياجايرا وهي في سن 16 من صديقها البالغ من العمر 18 عاماً، وذلك في أول لقاء حميمي لهما. وسرعان ما تزوجا بعد ذلك. تتذكر ياجايرا ذلك فتقول: "كانت تلك بداية مرحلة جديدة في حياتي. كان تغييراً حاداً لأنني اضطررت إلى تحمل المسؤولية عن حملي. كنت قد أنهيت صفي الدراسي التاسع للتو."

إنّ هذا الوضع شائع للغاية. تعيش هذه الفتاة في السلفادور حيث تستأثر المراهقات بنسبة



رحمادينا تولسان مالانغ، 18، أم لطفلين.
© UNFPA/Rosa May DeGuzman

أصبحت ياجايرا تنعم بالثقة حالياً وقد بلغت 34 سنة من العمر. وهي سعيدة بمسيرتها المهنية، وفخورة بولديها البالغين من العمر 6 أعوام و 17 عاماً، وهي مستبشرة بالدرجة العلمية التي أوشكت على نيلها في مجال العمل الاجتماعي. وها هي تربي ولديها ليكونا رجلين مسؤولين يرفضان الأعراف المتعلقة بالنوع الاجتماعي وغير المنصفة، ويتحدثان صراحةً عن مسائل من قبيل وسائل منع الحمل: "من الشائع ألا تتفتح الأمهات على التحدث إلى أولادهن عن تلك المسائل. لكن من المفيد التحدث إليهم حتى ينالوا شيئاً من الثقة."

أما رحمادينا فتتخذ هي الأخرى قرارات تتشد بها تأمين مستقبلها. فقد تعلمت خيارات وسائل منع الحمل المتاحة، وهي بصدد تلقي حققتها الأولى لتنظيم الأسرة. وهي أيضاً ترجو لابنتها أن تحظى بمزيد من الخيارات. لذا تقول: "أريد لها إكمال دراستها حتى لا تصبح مثلي، وأن تحقق أهدافها قبل الزواج."

للعمل، "قال لي إن عليّ أن أترك الدراسة لأنه ترك دراسته هو الآخر."

وعلى الرغم من المصاعب المالية والمصاعب التي تواجهها أحياناً في سبيل تربية طفلين صغيرين، إلا أن رحمادينا تحب أمومتها. لكنها مع ذلك تبوح بتفكيرها في الحياة التي كانت لتحيها حال اتخاذها اختيارات مختلفة.

واليوم، تريد إيجاد عمل خارج بلدها، وتقول "حتى يتسنى لطفلي الحصول على ما يحتاجان إليه. لكن زوجي لن يسمح لي بذلك. يقول لي إنه لا يسمح لي بذلك. وسبهجرتني إن عملت في الخارج. لذا توقفت؛ ولم أعد أخطط للذهاب إلى أي مكان."

شعرت ياجايرا أيضاً بتأزم حياتها؛ فعلى الرغم من اختيارها الزواج إلا أن خيارات الحياة الأخرى كانت خارج إرادتها. كان زوجها غير مخلص لها، ودأب على الإساءة العاطفية لها. وعندما أرادت ياجايرا ترك المنزل ساومها الزوج وأبواه بولدتهما: "طلبوا مني الذهاب وترك ابني عندهم." ثم بلغت نقطة الانهيار بعد خمس سنوات من الزواج. فعادت إلى بيت أمها، ومعها ابنها. "لم أكن لأترك ابني هناك. ما كنت لأسمح لأحد بأن يبعد ابني عني."

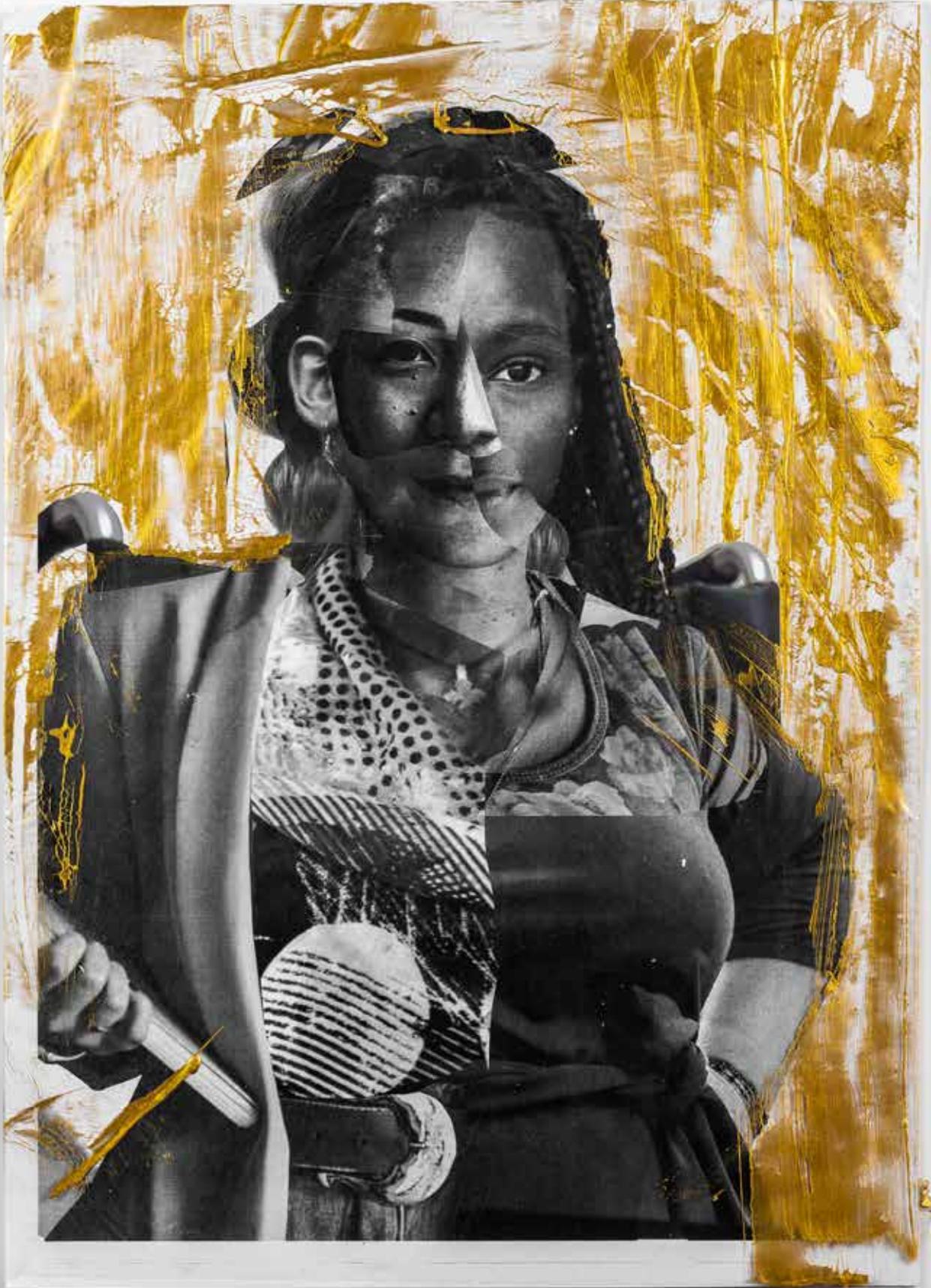
وهي الآن عازمة على رسم مسار مختلف لنفسها، فأنهت دراستها وانضمت إلى سلك الشرطة دعماً للنناجيات من العنف القائم على النوع الاجتماعي. غير أنها حملت حملاً غير مقصود آخر – على الرغم من استعمالها وسيلة لمنع الحمل. وعندما أخبرت شريكها بالحمل تركها وغادر البلدة.

وفي حين أن ياجايرا لم تتخذ اختياراً أكيداً كي تحمل، إلا أن الزواج كان له وضع مختلف. تقول: "لم ترد أمي لي الزواج. لكنني لم أرد للوضع الذي عشت فيه أن يتكرر مع طفلي، أي أن يتربي بدون أب، لذا قررت الزواج وذهبت للعيش مع والذي صديقي. كانت تلك أصعب مرحلة في حياتي. كنت في طريقي إلى مبنى البلدية لعقد القران، فيما كانت زميلات دراستي في طريقهن إلى حفل بداية المرحلة الثانوية... كانت لحظة الوعي بالحقيقة. قلت لنفسني: ما هذا الذي أفعله؟"

لقد وعدا زوجها بأنها ستتمكن من مواصلة تعليمها، لكن الواقع شيء مختلف. فبالإضافة إلى رعاية وليدها والمساعدة في النفقات بصنع الجبن وبيعها، انتظمت ياجايرا في الدراسة بعاصمة الإقليم كل سبت. وبعد ذلك تهرع إلى المنزل لإعداد الوجبات لزوجها، وهو وضع أثار حفيظة حماتها. تتذكر ياجايرا تعليق حماتها: "هذا الهراء المسمى دراسة قد انتهى."

على الجانب الآخر من العالم، أي في ماغوينداناو في الفلبين، كانت رحمادينا فتاة عادية في المدرسة - إلى أن أتمت الصف السادس. وما إن بلغت سن 14 حتى وقعت في حب مورسيد البالغ من العمر 16 عاماً، فتزوجته، وسرعان ما أنجبت طفلها الأول. تقول إن تلك كانت قراراتها؛ لكنها لم تتوقع ما كان في انتظارها.

وتقول وهي تلاعب طفلها الثاني في مهده: "تمكنت مع ذلك من إنهاء السنة الأولى من المرحلة الثانوية بعدما تزوجنا." ثم انهارت رغبتها في مواصلة الدراسة أمام الواقع العصيب. فبعد سفر زوجها إلى مانيلا طلباً



كل امرأة معرضة للخطر: تآكل القدرة على اتخاذ القرار يؤدي إلى الحمل غير المقصود

يؤثر الحمل غير المقصود في النساء والفتيات (وفي الرجال المغايري الهوية الجنسية والأشخاص الذين لا يدخلون ضمن التصنيف الثنائي الجنسي) من كل الثقافات والطبقات الاقتصادية والأديان والحالات الاجتماعية. والوصم واقع على حمل النساء والفتيات غير المتزوجات في كثير من الثقافات والبلدان. في المقابل، يغلب الافتراض بأن المتزوجات منفتحات على احتمال الحمل أو قابلات به في أي وقت - وهذا افتراضٌ إنما يحو رغباتهن واختياراتهم. وهدياً بهذه الرؤية العالمية، فإن مفهوم الحمل غير المقصود لا مكان له بين المتزوجات.

والحق أن أية امرأة لديها مقومات الخصوبة وفي سن الإنجاب قد تتعرض للحمل غير المقصود: فمعدلات إخفاق وسائل



العوامل المؤازرة للاختيار أو المقوضة له

الفقر وانعدام المساواة في الدخل ينالان من قدرة المرأة على اتخاذ القرار

العلاقة بين الفقر والحمل غير المقصود مفترضة في الغالب الأعم، لكنها بعيدة عن الاتساق. فدرجة القصد التي تنتظر بها المرأة إلى حملها غالباً ما تتأثر بالظروف السياقية. أما الفقيرات ذوات الفرص الأقل فقد ينظرن إلى الحمل بوصفه حتمية، أو قد يعشن في ظروف اقتصادية مؤاتية للأسرة الكبيرة.

انتهت الدراسات المعنية بالبلدان النامية إلى أن النساء المصنفات ضمن فئات الدخل الأدنى تزيد لديهن معدلات الحمل غير المقصود عن نظيراتهن ذوات مستويات الدخل الأسري الأعلى (ساردر وآخرون، 2021؛ باين وآخرون، 2020؛ أمياو وآخرون، 2019). وهدياً بالاستعراض العام لبيانات الاستقصاءات الصحية والسكانية من 29 بلداً في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، في فترة الأعوام 2010 إلى 2016 (أمياو وآخرون، 2019)، فقد انتهى الباحثون إلى أن نسبة حالات الحمل المصنفة بأنها غير مقصودة كانت أعلى بين النساء الأشد فقراً. وقد تجلت نتائج مماثلة في الدراسات الواردة من الولايات المتحدة (فاينر وزولنا، 2016).

ومن تفسيرات هذا الارتباط أن النساء الفقيرات غالباً ما يكنّ أقل قدرة على تدبير تكاليف وسائل تنظيم الأسرة الحديثة (غارازا وآخرون، 2020). كما أن تعليم النساء ذوات الدخل المنخفض يقلّ على نحو غير تناسبي قياساً على نظيراتهن، ولذا فقد يُعدّمن المعرفة اللازمة بمنع الحمل. وهن كذلك أقرب إلى الحياة الريفية أو العيش في ضواحي حضرية ضعيفة الخدمات، وقد يفتقرن بذلك إلى الوصول إلى الخدمات.

منع الحمل مثبتة، وكذلك معوقات الوصول إليها (كما سيأتي بيانه في الفصل الرابع)، كما أن العنف الجنسي والإكراه الإنجابي ما زالا شائعين، وأن نحو 23 في المائة من النساء في البلدان ذات البيانات المتاحة يفرن بعجزهن عن رفض العلاقة الحميمة (بيانات أهداف التنمية المستدامة). تعني تلك الحقائق مجتمعة أنّ كل النساء والفتيات تقريباً ممن يتمتعن بالخصوبة وهنّ في سن الإنجاب لديهن احتمال بالتعرّض للحمل بدون تخطيط أو رغبة أو موافقة.

ومع ذلك، هناك كثير من العوامل المرتبطة بقدر أكبر من قابلية التعرّض للتأثر. وليست تلك العوامل بجوانب أخلاقية، بل هي ظروف اجتماعية ديمغرافية كما أوضح الفصل السابق. وبدلاً من إفضاء تلك العوامل إلى تحفيز الحمل غير المقصود، بما يوحي بأنها توجّه النساء والفتيات توجيهاً قوياً نحو الحمل المحتم، فالأصوب وصف تلك العوامل على أنها ظروف تتأكل فيها قدرة الإنسان على المبادرة. يبحث هذا الفصل في كيفية إفضاء تلك الظروف الاجتماعية الديمغرافية إلى التأثير في القدرة على صنع القرار لدى النساء والفتيات اللاتي يتعرضن للحمل غير المقصود؛ وغالباً ما يحدث ذلك.

والحق أن أي امرأة لديها مقومات الخصوبة وفي سن الإنجاب قد تتعرض للحمل غير المقصود

توافق الأزواج

جُمعت بيانات من دراسات استقصائية صحية وسكانية أجريت بين منتصف التسعينيات من القرن العشرين ومنتصف العقد الأول من القرن الحادي والعشرين في 18 بلداً في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، وتوضح تلك البيانات أنّ جُلَّ الرجال أعربوا عن رغبتهم في إنجاب مزيد من الأبناء مقارنةً بالنساء (ويستهوف، 2010). وانتهى بحث أحدث أُجري في عام 2019 في أربعة بلدان من المنطقة نفسها إلى نتائج مماثلة مفادها رغبة الأزواج في عدد أكبر من الأولاد مقارنة بالعدد المرغوب من الزوجات (أتاكي وعلي، 2019). وهناك بالتالي مسألة رئيسية تتمثل في قدرة الأزواج على ترجمة تفضيلاتهم بشأن الخصوبة والتفاوض عليها – أي على نحو يحقق الاستقلالية ويكفل المبادرة لكلا الطرفين. ومما يؤسف له أنّ الأدلة تُظهر أنّ كثيراً من النساء عاجزات عن المشاركة في هذا الجانب الحيوي من صنع القرار: تُظهر أحدث البيانات أنه في 64 بلداً تفتقر 8 في المائة من النساء تقريباً إلى القدرة على اتخاذ القرار المتعلق بمنع الحمل، وأن نحو ربع النساء يفتقرن إلى القدرة على رفض العلاقة الحميمة (الأمم المتحدة، 2022). تلجأ نساء كثيرات إلى طرق خفية لاستعمال وسائل منع الحمل حتى ترسخ استقلاليتهما عندما تتعرض خياراتها الإنجابية للتقويض.

لذا استحدث الباحثون بمنظمة أفينير هيلث دليل التوافق بين الزوجين، وهو دليل معني لا بقياس مدى الاتفاق على عدد أفراد الأسرة فحسب، بل يرصد أيضاً اختلافات القوة في العلاقة لما لها من أثر معروف في خيارات الخصوبة (باستخدام عوامل من قبيل مستويات التعليم وفارق السن بين الشريكين، بالإضافة إلى مراعاة الأعراف المتعلقة بالنوع الاجتماعي)؛ علماً بأن ارتفاع قيم الدليل المذكور تعني ارتفاع درجة التوافق والتشارك في صنع القرار. ويخُص التحليل إلى أن ارتفاع قيم الدليل ترتبط ارتباطاً قوياً بشيوع استخدام وسائل منع الحمل الحديثة. ومن اللافت أنه ما من بلد مشمول بالاستعراض تجاوز نسبة 55 في المائة من حيث الشيوع في استخدام وسائل منع الحمل الحديثة، ما لم يكن له قيمة مرتفعة نسبياً في دليل التوافق بين الزوجين (بييتش وإيمارت، 2022). يكشف ذلك عن أنه متى تمكن الزوجان من التخطيط معاً لمستقبلهما الإنجابي في ظل ظروف تكفل المساواة بين الجنسين فإن النساء يصبحن حينها أقرب إلى نيل التمكين من استخدام وسائل منع الحمل الحديثة.

تجدر الإشارة في هذا المقام أيضاً إلى أن الرجال أنفسهم ليس لديهم سوى وسيلة تقليدية واحدة لمنع الحمل (العزل)، إلى جانب اثنتين حديثتين (الواقبات الذكورية وتعقيم الذكور). علماً بأن إحدى الوسيلتين الحديثتين -أي تعقيم الذكور- تستوفي ضوابط الوصف "فعالة للغاية" من واقع الاستخدام الشائع وفق تعريف منظمة الصحة العالمية. أما الخيار الآخر الحديث الذي يُعد الرجال أهم مستخدميه فهو الواقي الذكري، ويُعد "متوسط الفاعلية" استناداً إلى الاستخدام الشائع (وإن كان من اللازم تأكيد أن الواقبات الذكورية لها مزايا أخرى مثل حماية مستخدميها من أنواع العدوى المنقولة جنسياً، ومنها فيروس العوز المناعي البشري) (منظمة الصحة العالمية، 2020ج). انظر معلومات أكثر في الحكاية المختارة عن موانع الحمل للذكور، الصفحة 70. إن نقص خيارات منع الحمل المتاحة للرجال يحتمل النساء القسط الأكبر من عبء منع الحمل، وقد يشمل ذلك التكاليف المادية والوقت المبذول لنيل خدمات الرعاية الصحية والآثار الجانبية، بل إن الأعراف الاجتماعية التي تلغي المساواة بين الجنسين لا تترك لكثير من النساء سوى مساحة ضئيلة لصنع القرار بخصوص منع الحمل وممارسة العلاقة الحميمة. طالع قائمة الوسائل المتاحة للنساء في الصفحة 58.



© UNFPA/Fidel Évora

افتراض أن الحمل غير المقصود يؤثر في المقام الأول أو بالنسبة الأكبر في الشابات والفتيات. بيد أن البيانات ترسم صورة أشد تعقيداً من هذا التبسيط بكثير.

ففي دراسة حديثة عن الحوامل اللاتي تزوجن في ستة بلدان بجنوب آسيا -هي: أفغانستان وبنغلاديش والهند وملديف ونيبال وباكستان- ثبت أن 90 في المائة من النساء والفتيات في الفئة العمرية 15 إلى 19 صُنّفن حاملهن ضمن فئة الحمل المقصود أكثر من أية فئة عمرية أخرى، وهو ما يفنّد فرضية أن هذه الفئة العمرية تتحمل عدداً كبيراً من حالات الحمل غير المقصود. ومع ذلك، وبعد مراعاة العوامل المتداخلة الأخرى المحتملة (مثل حالة الفقر والتعليم)، فقد تبيّن أن المراهقات واجهن أكبر

ومع ذلك، لا تقف كل الدراسات على ارتباط مباشر أو متسق بين الثروة والحمل غير المقصود (حبيب وآخرون، 2017)، وهو ما يبيّن أن الارتباط سياقي ومختلف من بلد لآخر، وأن العوامل المرتبطة بالفقر (مثل عدم التعليم) لها دور مهم في هذا الصدد.

السن واتخاذ القرار

كثيراً ما يُشار إلى المراهقات الحوامل حملاً غير مقصود على هيئة حكايات تحذيرية توضيحاً لمخاطر العلاقة الحميمة قبل الزواج. وقد أفضى هذا القالب النمطي بكثير من الناس -ومنهم صنّاع سياسات- إلى

تواجه مراهقات كثيرات في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل عوامل خطر بصفة خاصة.

أسباب الضعف بينها. إذ تواجه مراهقات كثيرات في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل عوامل خطر حادة بصفة خاصة (نيل وآخرون، 2020). ذلك بأنه معلوم أنهن يواجهن -مثلاً- تحديات في الوصول إلى المعلومات والخدمات المتعلقة بوسائل تنظيم الأسرة (سميث، 2020؛ لجنة حقوق الطفل لدى الأمم المتحدة، 2003)، وأن طلباتهن من وسائل تنظيم الأسرة الحديثة تُلبى وفق مستويات أدنى من أي فئة عمرية أخرى (كانتور وفا وآخرون، 2021). علاوة على ما سبق، تفيد الدراسات بأن العوامل الفردية والأسرية والمجتمعية المحلية تجعل بعض الفتيات والمراهقات أكثر ضعفاً في مواجهة الحمل غير المقصود؛ ومن بينها ضعف التحصيل التعليمي، ومعاقررة/إدمان المخدرات، وعنف الشريك الحميم(تشونغ وآخرون، 2018).

وإدراكاً لمواطن الضعف تلك، فإن أعراف حقوق الإنسان تُلمي على الدول التحقق من توفير خدمات جيدة في مجال الرعاية الصحية للمراهقات بما يحقق احترام حقوقهن في الخصوصية والسرية على أساس عدم التمييز (لجنة حقوق الطفل لدى الأمم المتحدة، 2016). ينبغي أن تتاح تلك الخدمات وأن تتيسر بدون الاضطرار إلى طلب موافقة أحد الوالدين أو ولي الأمر بحكم القانون أو السياسة أو الممارسة الشائعة. غير أن تلك الحقوق لم تتحقق في كثير من أنحاء العالم، ما يعني

احتمالات على صعيد الحمل غير المقصود (ساردر وآخرون، 2021). وفي دراسة أخرى تغطي 29 بلداً في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، والتي شملت نساء لم يسبق لهن الزواج، وُجد أنه من الصحيح أنّ المراهقات غير المتزوجات كن أقرب إلى تصنيف الحمل على أنه "غير مقصود" من نظيراتهن غير المتزوجات الأكبر منهن سناً. ومع ذلك، ومن بين كل النساء والفتيات بما فيهن المتزوجات أو المُساكنات (أو المطلقات أو الأرملة)، فإن الداخلات منهن في الفئة العمرية من 15 إلى 19 عاماً سجلن معدلات أدنى في الحمل غير المقصود من غيرهن من الفئات العمرية الأخرى. وبأخذ كل الفئات العمرية وكل الحالات الاجتماعية في الاعتبار، ثبت أن النساء الأكبر سناً في البلدان الأفريقية هنّ أقرب للتعرض للحمل غير المقصود من النساء الداخلات في الفئة العمرية من 15 إلى 19 عاماً (أمياو وآخرون، 2019).

ومن ثم، فالاستنتاجات البحثية السهلة عصية المنال لأسباب منها أن مناهج الدراسة وجودة البيانات بينها تفاوت كبير. وقد تفاوتت معدلات الحمل غير المقصود بين النساء تفاوتاً كبيراً حسب نظر الدراسات -من عدمه- في حالات جميع النساء في فئة ما، أو حسب اهتمامها بمن لديهن علاقات حميمة دون سواهن (فاينر وزولنا، 2016؛ فاينر، 2010). يُضاف إلى ما سبق أن شابات كثيرات -لا سيما إن كن متزوجات- يُتظّر منهن بحكم الثقافة الشائعة أن ينجبن لإثبات خصوبتهن؛ ولما كان كثير من الشابات يرغبن في الإنجاب فقد يُعطين ما يرين أنه إجابة "صحيحة" عند سؤالهن في إطار الدراسات الاستقصائية السكانية والصحية عما إذا قصدن الحمل في أول حملٍ لهن. وفي حال قياس حالة القصد قياساً مختلفاً - مثال: حال سؤال الفتيات (لحظة الحمل) عما إذا كنّ ليفضّلن الحمل أو مواصلة تعليمهن - فقد تظهر نتائج مختلفة عن حدوث الحمل غير المقصود بين المراهقات.

وهناك تفسير آخر لعدم اتساق النتائج بين ظروف الدراسات، ألا وهو اختلاف الفئات العمرية واختلاف

أن المراهقات والشابات جديرات يتطلبن اهتماماً خاصاً من أجل تقليل حالات الحمل غير المقصود بينهن. كما تجدر الإشارة إلى أن المراهقات يحتملن تكاليف غير متناسبة جراء الحمل غير المقصود (كما سيأتي بيانه بمزيد من التفصيل في الفصل الخامس).

في غضون ذلك، تتعرض النساء الموشكات على انتهاء حياتهن الإنجابية للحمل غير المقصود أيضاً. غير أن المخاطر المحدقة بهن تبرز بصور مختلفة، ولا يتأتى ذلك بالضرورة من العراقيل الماثلة أمام تلقي خدمات تنظيم الأسرة أو من نقص المعرفة بجوانب العلاقة الحميمة ومنع الحمل، بل من شيوع المفاهيم المغلوطة عن تضائل قدراتهن الإنجابية. هنا تتجلى الندرة الغالبة في المعلومات المتعلقة بالخصوبة في منتصف العمر وبعده وانقطاع الطمث (الانكون وآخرون، 2021؛ إيم وآخرون، 2010)، وفي حين تنخفض الخصوبة فعلياً مع تقدم المرأة في السن إلا الخصوبة تظل باقية لدى كثير من النساء حتى ما قبل انقطاع الطمث. غير أن اعتبارهن قد تجاوزن سن الخصوبة أو سن النشاط

الجنسي قد يثبط اللجوء إلى وسيلة فعالة لمنع الحمل (باكور وآخرون، 2017؛ وبلينغز وآخرون، 2013). وقد يلتبس على المرأة عدم انتظام الطمث قبيل انقطاعه كلياً من جانب، والخصوبة من جانب آخر؛ وقد لا يعي مقدمو الخدمات الصحية احتياجات الصحة الجنسية في منتصف العمر (تايلور وجيمس، 2012). وفي الواقع أن الحمل بين النساء الأكبر سناً أو من هنّ في منتصف العمر وارد الحدوث بمعدلات تماثل النساء الأصغر سناً (تشاي وآخرون، 2017؛ بولدوين وجينسن، 2013).

تختلف تبعات الحمل غير المقصود في هذه الفئة العمرية أيضاً؛ إذ تواجه الحوامل الأكبر سناً خطراً مرتفعاً بحدوث مضاعفات وحالات إسقاط (فريديسكن وآخرون، 2018). وفي حين أنّ انقطاعهن عن التعليم بسبب الحمل هو أقل احتمالية، إلا أنهن يواجهن تكاليف الفرص البديلة على هيئة المشاركة في قوة العمل والاستثمار في ما قد يكون لديهن من أبناء، فضلاً عن رعاية أفراد الأسرة الآخرين أو الأحفاد، والآثار لجوانب تتعلق بتقاعدهن الشخصي ورعاية أنفسهن في مرحلة الشيخوخة.

الإشكال في النهج المقصورة على الامتناع

يجد كثيرون أن الامتناع عن العلاقة الحميمة هو من طرق "الإخفاق الآمن" للتحكم بالخصوبة. لكن هذا غير صحيح في حالات الاغتصاب أو الجنس بالإكراه، وقد يكون شائع الانتشار في بعض الأماكن والظروف مثل الأزمات الإنسانية (انظر الصفحة 54). وقد يكون الامتناع عديم الفاعلية حتى بين من لا يتعرضون للإكراه أو العنف إذا لم يكن دائماً. يتكرر من المشمولين بالدراسات الاستقصائية الصحية والسكانية الإفادة بممارسة الامتناع الدوري بوصفه طريقة من طرق منع الحمل، على سبيل المثال؛ غير أن نحو 40 في المائة منهم يكسر ذلك الامتناع في غضون 12 شهراً (علي وآخرون، 2012).

وبصفة أعمّ، فإن التوعية القائمة حصراً على "الامتناع فقط" غالباً ما تكون طريقة لمنع العلاقات الحميمة بين الشباب غير المتزوجين. بيد أن البرامج التي تعزز طريقة الامتناع وحده ثبت عدم فاعليتها في تأجيل المباشرة في العلاقة الحميمة، أو تقليل وتيرة العلاقة الحميمة أو تقليل عدد شركاء العلاقة الحميمة. في المقابل، فإن البرامج التي تجمع بين التركيز على تأجيل النشاط الجنسي والتوعية باستخدام الواقي الذكري أو وسائل منع الحمل هي برامج فعالة (اليونيسكو وآخرون، 2018).

المقصود (سيفو وآخرون، 2020). والمعنى أن النساء يصبحن أقل عرضة لاحتمالات الحمل غير المقصود عندما يكون أزواجهن أعلى تعليماً. وقد ينم ذلك عن أمور منها أن المتزوجات من رجال متعلمين أُرَجِحُ أن يكنَّ من المتعلمات، وأن التعليم يجعل الرجال أدرى بمزايا تنظيم النسل على صعيد رفاه الأسرة ككل.

كلما كان التعليم الذي تتلقاه الفتيات والنساء منتظماً، زادت قدرتهن على المبادرة بالتحكم بمسار حياتهن.

الحالة الاجتماعية لا تكفل حماية واضحة من الحمل غير المقصود

لطالما كانت المخاوف من الحمل غير المقصود مرتبطة بالحالة الاجتماعية. إذ اعتُبر الحمل خارج إطار الزواج مثار فضيحة أو عار؛ وهذا معتقد ما زال قائماً في عموم الثقافات والأديان. وبينما لا تكفل الحالة الاجتماعية حماية مباشرة من الحمل غير المقصود، فللمرء أن يفترض أن الوصم والتبعات السلبية للحمل غير المقصود بدون زواج ينتج عنها أثرٌ رادع. لكن النظر في البيانات يكشف عن انتفاء أي ارتباط واضح بين الحالة الاجتماعية وخطر

التعليم بوصفه عامل تمكين من الاختيار والمساواة
ضمن خطة التنمية 2030، يُعدّ التعليم والمساواة بين الجنسين من ركائز الإنماء. ونحن نعلم أنه كلما كان التعليم الذي تتلقاه الفتيات والنساء منتظماً، زادت قدرتهن على المبادرة بالتحكم بمسار حياتهن. فبالتحكم يصبحن أكثر استعداداً للاختيار بشأن الزواج من عدمه وتوقيته، وكذلك اختيار مواعيد الإنجاب ومزاته حال اختيار الزواج. كما أنهن يشعرن بدعم أفضل حيال اتخاذ تلك الاختيارات. غير أنه ينبغي الابتعاد عن الخلط بين هذين الأمرين: ففي حين أنّ التعليم يتيح تمكين الفتيات بالمعرفة عن أجسامهن وحقوقهن، إلا أنه لا ينبغي له أن يحمّلهن عبء المسؤولية كلها عن اجتناب الحمل غير المقصود. فالمجتمعات المحلية لها نصيبها من المسؤولية أيضاً لأنه عندما يقدّر المجتمع التعليم النظامي للفتيات حقّ قدره ذلك يعني قبولاً ضمنياً بدور أكبر للفتيات والنساء – وهو دور لا يقتصر على الإنجاب والأمومة. وبذلك فإنه يمكن النظر إلى التحصيل التعليمي للإناث بوصفه انعكاساً للتغلب على المساواة بين الجنسين والصور النمطية تجاههن، ومثجّهاً له.

لقد انتهت دراسات متعددة إلى أن النساء ذوات التعليم الأعلى يواجهن مخاطرة أقل في تعرضهن للحمل غير المقصود مقارنة بذوات التعليم المنخفض. ويصدق ذلك على الدراسات في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى حيث قلّت احتمالات الحاصلات على التعليم الأساسي والتعليم الثانوي بنسبة 26 و29 في المائة، على الترتيب، من حيث التعرض للحمل غير المقصود مقارنة بغير المتعلمات (أمياو وآخرون، 2019). ويصدق ذلك أيضاً على البلدان المرتفعة الدخل -مثل المملكة المتحدة- (ويلينغر وآخرون، 2013) والولايات المتحدة (فاينر وزولنا، 2016).

كذلك ثبت الارتباط بين التحصيل التعليمي المرتفع بين الشركاء الذكور وانخفاض معدلات الحمل غير

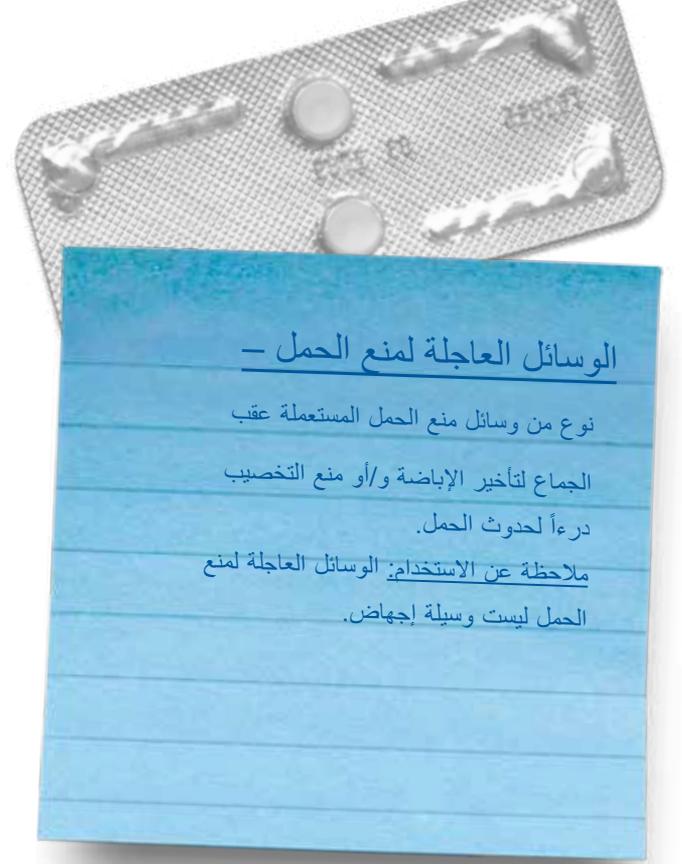
مستوى العالم بين النساء المتزوجات، على الرغم من التفاوتات الكبيرة بين المناطق في هذا الشأن.

حجم الأسرة والقصد

يبدو أن النساء ذوات الأبناء الأكثر عدداً هن أشد عرضة للحمل غير المقصود وفق ما انتهت إليه كثير من الدراسات. إذ انتهت دراسة للنساء المصابات بفيروس العوز المناعي البشري في أوغندا إلى أن "وجود عدد كبير من حالات الحمل زاد أرجحية التعرض للحمل غير المقصود" (نابيو وآخرون، 2020). وفي دراسة من ستة بلدان في جنوب آسيا ثبت أن متوسطاً قوامه 22.7 في المائة من النساء اللاتي أنجبن ثلاثة أطفال أو أكثر قد تعرضن لحمل غير مقصود، مقارنة بنسبة 5.5 في المائة من اللاتي لم ينجبن من قبل (ساردر وآخرون، 2021).

ولهذا الربط تفسيرات عديدة ممكنة. لقد استقر الباحثون على أن النساء ذوات العدد الأكبر من الأطفال قد لا ينتظمن في استعمال وسائل تنظيم الأسرة، أو لا يعبان كثيراً بالوسائل العاجلة لمنع الحمل، أو تظهر عليهن آثار جانبية لتلك الوسائل أكثر من غيرهن (مثل النزف المفرط)، أو يشعرن بمزيد من الرفض من جانب الشركاء أو يواجهن نفاذ المخزون لدى المنشآت الطبية المتبصرة لهن. أما التفسيرات الأخرى فتتمحور حول تفضيلات الخصوبة عند المرأة: أي أنه لما كانت تلك التفضيلات تميل إلى التراجع بين النساء الأعلى تمكيناً – أي صاحبات المستويات التعليمية العالمية، ومن لهن سيطرة أكبر على صنع القرار، ومن لهن سلطة أقوى على موارد الأسرة (أتاكي وعلي، 2019) – فقد يتبين أن النساء ذوات المستويات الأدنى من التمكين يملن إلى تفضيل الأسر الأكبر عدداً وكذلك ممارسة قدر أقل من المبادرة في ما يخص خصوبتهن؛ وهو ما يعني مستويات أعلى من حيث الحمل غير المقصود.

ومع ذلك، فإن الرابط بين حجم الأسرة وقصد الحمل بعيد عن الجزم، إذ يثبت عدد من الدراسات ذلك الرابط



الوسائل العاجلة لمنع الحمل -

نوع من وسائل منع الحمل المستعملة عقب الجماع لتأخير الإباضة و/أو منع التخصيب درءاً لحدوث الحمل.
ملاحظة عن الاستخدام: الوسائل العاجلة لمنع الحمل ليست وسيلة إجهاض.

الحمل غير المقصود (هول وآخرون، 2016؛ إكاماري وآخرون، 2013؛ ميليان، 2013)، وفيما انتهت بعض الدراسات إلى أن النساء غير المتزوجات أشد عرضة للخطر، أكدت دراسات أخرى أن النساء المتزوجات عرضة لذلك الخطر (أمياو وآخرون، 2019؛ نياركو، 2019). فمثلاً: كشفت الدراسة التي شملت 29 بلداً في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى عن أن فرص الحمل غير المقصود بين النساء غير المتزوجات كانت سائدة أكثر مقارنةً بغير المتزوجات عموماً، ولكن بعد أن وضع الباحثون عوامل أخرى تحت التحكم (مثل السن)، وُجد أن النساء المتزوجات كنّ أرجح بكثير جداً أن يتعرضن لحمل غير مقصود (أمياو وآخرون، 2019).

ويمكن أيضاً افتراض قلة احتمالات التعرض للإجهاض في أوساط النساء المتزوجات - اللاتي تميل حالات حملهن غير المقصود إلى أن تكون مقبولة اجتماعياً. ومجدداً، نجد هنا أن البيانات المتاحة ترسم صورة أكثر تدقيقاً: فاستناداً إلى دراسة أجريت عام 2016 (سيدغ وآخرون، 2016)، كان معدل الإجهاض مرتفعاً على

المخاطر على امتداد طيف النوع الاجتماعي: ليست باعث قلق لدى متغيري الجنس فحسب

إنّ التهميش من كل نوع كفيل بأن ينال من القدرة على المبادرة لدى كل من له القدرة على الحمل. وفي حين أنّ المعرفة السائدة تجد أن النساء دون غيرهن في العلاقات بين الرجل والمرأة معرضات للحمل غير المقصود، إلا أن الدراسات تؤكد أن قابلية التعرّض هذه تمتد إلى الأقليات من ذوي الميول الجنسية المختلفة – بل إنها قد تزيد حدة بين تلك الأقليات.

وقد انتهى باحثون إلى أن فرضية عدم تعرّض نساء الأقليات من ذوات الميول الجنسية المختلفة (مثل المثليات وثنائيات الميل الجنسي) للخطر إنما هي فرضية تساهم فعلياً في زيادة تعرّضهن لذلك (إيفيريت وآخرون، 2017). فهؤلاء النساء تقلّ احتمالات استعمالهن وسائل منع الحمل عن غيرهن، فضلاً عن قلة وصولهن إلى رعاية الصحة الإنجابية مقارنة بالنساء المنجذبات للرجال، كما أنهن يواجهن ضغوطاً اجتماعية ووصماً إضافيين.

لذلك انتهى تحليل مجمّع للدراسات المستقاة من بلدان متعددة إلى أن المراهقات المثليات وثنائيات الميل الجنسي كن أشد عرضة لخطر الحمل مقارنة بنظيرتهن المغايرات جنسياً (هدسن وآخرون، 2016). وفي دراسة أخرى تبين أن المثليات أفدن بوجود شركاء جنسيين من الذكور لهن، فيما أفادت النساء ذوات الميل الجنسي الثنائي بوجود عدد زائد من الشركاء الجنسيين الذكور مقارنة بالمعتاد لدى النساء المنجذبات للرجال (زو وآخرون، 2010)؛ وهذه نتيجة متصادمة مع المتوقع؛ بيد أنه يمكن استيضاحها ولو جزئياً بالضغوط الاجتماعية والإكراه والمعدلات المرتفعة بقوة لممارسات العنف الجنسي الواقعة على الأقليات الجنسية (روثمن وآخرون، 2011). وأفاد باحثون بأن من بين حالات الحمل المرصودة في عيّنة ممّن يعلنون عن أنفسهم انتسابهم لفئات مغايري الهوية الجنسية وعدم الثنائية الجنسانية وغير المتحظة جنسانياً، تبين أن 54 في المائة منها كان حملاً غير مقصود مقارنةً بنسبة 48 في المائة في العموم (موسيسون وآخرون، 2021). ومن الوارد أن تتعرض الأقليات الجنسية لتبعات بعينها مرتبطة بحالات الحمل غير المقصود المشار إليها، ومنها الوصم الإضافي والتمييز والإحباط، فضلاً عن تحديات العثور على مقدمي خدمات الرعاية الصحية ذوي المعرفة وممّن لا يُطلقون أحكاماً مسبقة (إيفيريت وآخرون، 2019؛ مولر وآخرون، 2018).

المتقاربة للغاية زمنياً مرتبطة أيضاً بنتائج سلبية للأُم وحول الولادة وللمواليد (منظمة الصحة العالمية، 2007)، وهو ما يوضح مواطن الضعف المتراكمة لدى النساء ذوات القدرة الضئيلة على اتخاذ المبادرة بشأن أجسامهن واختياراتهن.

المشاركة في قوة العمل داعمة للاختيار

انتهت دراسات كثيرة إلى أنّ عدم الانضمام إلى قوة العمل المدفوعة الأجر مرتبط باحتمالات أعلى من التعرض للحمل غير المقصود. ففي إثيوبيا، زادت احتمالات تعرض غير الموظفات للحمل غير المقصود 6.8 ضعفاً عن العاملات في وظائف الخدمة المدنية

فيما لم تقف عليه دراسات أخرى (نابيو وآخرون، 2020)؛ بينما انتهت دراسات إلى أن الحمل غير المقصود يقلّ فعلياً مع تزايد عدد الأطفال عند المرأة (أمياو وآخرون، 2019؛ نياركو، 2019).

يمكن للمباعدة بين الولادات أن تسلط الضوء على مدى ممارسة المرأة للمبادرة. فهناك دراسات (أهرينز وآخرون، 2018؛ هول وآخرون، 2016؛ وايت وآخرون، 2015) تربط بين الحمل غير المقصود وعنف الشريك الحميم (ماكسويل وآخرون، 2018) من جانب، وقصر المباعدة الزمنية بين الولادات من جانب آخر. كما أن الولادات

الفجوة الريفية/الحضرية

أثبتت دراسات كثيرة أن احتمالات حدوث الحمل غير المقصود بين الريفيات أعلى من نساء الحضر، بل إن تلك الاحتمالات تزيد عن الضعفين أحياناً (أميار وآخرون، 2019). ولعل التوضيح الأبسط لهذا الاختلاف هو أن معدل وصول الريفيات إلى وسائل تنظيم الأسرة الحديثة أدنى من نظيره لدى نساء الحضر، وهذا ثابت في كثير من الظروف (كما سيأتي بيانه بمزيد من التفصيل في الفصل الرابع)، لكن هذا التوضيح أبعد ما يكون عن الكفاية الوافية. فكثير من القياسات تجعل المقيّمات في المجتمعات الريفية أكثر عرضة لعوائق التمكين والاستقلالية على وجه العموم. فمثلاً: تحظى الريفيات في بلدانٍ في آسيا (أنتشاريا وآخرون، 2010) وأمريكا اللاتينية (تشانات، 2013) وأفريقيا (دارته وآخرون، 2019) بمستويات متدنية من الاستقلالية عند النظر إلى اتخاذ القرار المتعلق بالرعاية الصحية، والأسرة، واستخدام وسائل منع الحمل. وقد تجنح الأعراف الاجتماعية والمتعلقة بالأنوع الاجتماعي أيضاً إلى مزيد من النزعة المحافظة والسلطة الأبوية. وقد كشفت مقابلات شخصية مع ريفيات في جمهورية الكونغو الديمقراطية عن أن الأعراف الاجتماعية الثقافية وضعف التواصل بين الزوجين يثبط استخدام موانع الحمل، على سبيل المثال (إمبادو وآخرون، 2017). كما أن الريفيات في البلدان النامية أقرب من غيرهن إلى نيل مستويات متدنية من التعليم والوقوع في مستويات عالية من الفقر (سوتي، 2019)؛ هيئة الأمم المتحدة للمساواة بين الجنسين وتمكين المرأة، 2012)، وهو ما ثبت ارتباطه كما سلف بارتفاع معدلات الحمل غير المقصود.

عندما تنتفي الاختيارات

صحيح أن العوامل الواردة أعلاه تنهض بدور مهم في موازنة الاستقلالية الجسدية أو تقويضها عند النساء والفتيات، غير أننا نعلم أيضاً أن كثيرات لديهن النُزُر اليسير من صلاحيات صنع القرار، أو ربما عدم كل

على سبيل المثال (موجيز وآخرون، 2020). وفي منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى على وجه العموم، تعرضت النساء غير العاملات لمستويات أعلى من الحمل غير المقصود مقارنة بالمصنفات ضمن أربع فئات من الوظائف (الإدارية والدينية والبيعية والزراعية) (أمياو وآخرون، 2019).

ومن الاستنتاجات الأساسية المستفادة هو أن المشاركة في قوة العمل المدفوعة الأجر لها أثر تمكيني في ممارسة النساء للمبادرة وفي استقلاليتهن الجسدية. أي أن النساء ذوات الموارد المالية أقدر على الوصول إلى وسائل تنظيم الأسرة وتحمل تكاليفها، ولديهن قدرة أكبر على صنع القرار في أسرهن المعيشية (أنتشاريا وآخرون، 2010). لذلك تصبح تكاليف فرصة الحمل غير المقصود أعلى بكثير على النساء صاحبات الدخل، وهو ما يعني أن العمل المدفوع الأجر يخلق حوافز قوية لاجتناب الحمل غير المقصود (أمياو وآخرون، 2019). يُضاف إلى ما سلف أن زيادة المشاركة في قوة العمل من جانب المتعلمات يُعدّ محركاً رئيسياً للتنمية، وهو محرك يتعاقد مع ممارستهن حق الاختيار (كما ورد في الفصل الثاني).

الإكراه الإنجابي -

سلوك يتدخل تدخلًا فعالاً في الاستقلالية الإنجابية للمرأة، ويشمل تخريب وسائل منع الحمل، أو الاستراق، أو الإجهاض القسري، أو منع إجهاض مرغوب فيه؛ ويُعد شكلاً من أشكال عنف الشريك الحميم، وقد يرتكبه أيضاً فردٌ من أفراد الأسرة أو شخصٌ آخر.

قدرة عليه، في ما يتصل بالحمل أو النشاط الجنسي السابق عليه. تلك النساء والفتيات – والأفراد غير الموافقين لتصنيف نوعي اجتماعي – يتعرضن للإخلال الشديد باستقلاليتهن الجسدية أو للحرمان منه كلياً، وذلك بطريق العنف أو الإكراه أو الظروف الخارجة عن إرادتهن كلياً.

العنف والإكراه

العنف – لا سيما العنف الجنسي – هو انتهاك صريح ومعلوم لحقوق الإنسان، كما أنه مرتبط ارتباطاً وثيقاً بالحمل غير المقصود (ميلر وآخرون، 2010). فمن تتعرض للعنف أو الجماع غير المرغوب أو بغير التراضي أياً كانت صورته قد تصبح حاملاً جراء ذلك. لكن الأشكال المختلفة من

العنف تُلقَى بظلال كئيبة على قدرة الناجية على صنع القرار بصفةٍ أعمّ – إذ يؤثر في قدرة الإنسان على ممارسة حقوقه بصورٍ شتى، ومن ذلك القدرة على البوح، أو اللجوء إلى الخدمات الصحية (شاملةً الإجهاض الآمن) أو التماس موانع الحمل واستخدامها.

وقد أثبتت عقود من البحث أن عنف الشريك الحميم والسلوكيات المرتبطة به -مثل الإكراه الإنجابي- له تأثير قوي في صحة الناجيات الجنسية، بما في ذلك استخدام وسائل منع الحمل وانتشار الحمل غير المقصود (سكراسيتش وآخرون، 2021؛ سيلفرمن وآخرون، 2019؛ راج وآخرون، 2015؛ ميلر وآخرون، 2010؛ كوكر، 2007). والناجيات من العنف هنّ أكثر احتمالاً بأن يحظين بشركاء متعددي الشريكات، كما أنهن أقل احتمالاً

التحكم الإنجابي

سُمي مفهوم "التنظيم الإنجابي" بهذا الاسم لأول مرة في الأدبيات العلمية عام 2010 – على الرغم من أن ممارساته عتيقة بالفعل (ميلر وآخرون، 2010). يختلف هذا المفهوم اختلافاً كبيراً عن مفهوم تنظيم الأسرة؛ أما التحكم الإنجابي فيعني مجموعة متنوعة من السلوكيات مثل الابتزاز العاطفي، والإساءة اللفظية، والتهديد بالعنف، وممارسة العنف نفسه، بما يحول دون ممارسة المرأة سيطرتها على جسمها وخصوبتها. وقد يتفاقم التحكم الإنجابي إلى حد "الإكراه الإنجابي" (باتيرنو وآخرون، 2021؛ تارزيا وهيغرتي، 2021؛ بويس وآخرون، 2020؛ غريس وأندرسن، 2018) الذي يتخلله تدخل الشريك أو الأسرة في اختيارات المرأة الإنجابية، ومن ذلك مثلاً منعها من إنهاء حملها إن هي رغبت في ذلك، أو إجبارها على الإجهاض إن لم ترده. ويدخل في حكم الإكراه الإنجابي أيضاً تخريب وسائل منع الحمل، مثل ثقب الواقي الذكري، أو رمي الحبوب الفموية، أو نزع اللواصق بالإكراه، أو وضع الحلقات المهبلية أو العواقم الرحمية (رولاندز وووكر، 2019)، وكذلك "الاستراق" الذي يعني إقدام الشريك الذكر على نزع الواقي الذكري في أثناء الجماع في الوقت الذي ارتضى فيه بالجماع مع وضع الواقي الذكري (برودسكي، 2017). وكأنه لا يكفي أن تتعرض النساء للوقائع تحت عنف الشريك الحميم تعرضاً يبلغ حد الضعفين لرفض الشريك استخدام وسائل منع الحمل مقارنة بالمعدل المسجل لدى غيرهن (سيلفرمن وراج، 2014)، بل إنهن قد يتعرضن لتفاقم العنف إن حاولن التفاوض على استخدام تلك الوسائل (نيل دو دوكانغرا وآخرون، 2010).

العنف والإكراه والحد من القدرة على الاختيار

لم تدم المساعدة إلا قليلاً: "لم أكن سعيدة عندما علمت أنني حامل وأنا في سن 14."

ليست تلك الفتاة وحدها. كثيراً ما تصارع الفتيات في سيراليون داخل متاهةٍ من الاختيارات المستحيلة. فهذا البلد يسجل واحداً من أعلى معدلات حمل المراهقات (صندوق الأمم المتحدة للسكان، بدون تاريخ) ومعدلاً من أعلى معدلات وفيات الأمهات (صندوق الأمم المتحدة للسكان، بدون تاريخ) على مستوى العالم. أما العنف الجنسي فمنتشر (صندوق الأمم المتحدة للسكان – سيراليون، بدون تاريخ)، وكثير منه موجّه إلى الأطفال ويفضي إلى ظروف شديدة القسوة. وقد تتعرض الفتيات الضعيفات للهجوم أو للمراودة من الفتيان والرجال الأكبر سناً منهن عندما يخرجن لجلب الماء أو بيع البضائع أو حتى للذهاب إلى المدرسة. وإذا وافقت تلك الفتيات على العلاقة الحميمة – سواء كانت رومانسية أم للمقايضة أم مزيجاً من هذه وتلك – فغالباً ما يفعلن ذلك من موقع الانقاص أو على سبيل استراتيجيةٍ رامية إلى النجاة. أما إذا حملن فالغالب الأعم أنهن يجدن أنفسهن منبوذات من بيوتهن، ومتركات وحدهن للدفاع عن أنفسهن.

تقول مانجيندا كامارا، المؤسسه المشاركة والقائدة لمشروع "من أجل حيوات شابة" المعني بتوجيه الفتيات الحوامل: "لا تصبح الفتيات

وهذه دلالة على تنوع طبيعة العلاقة، لكنها ليست قائمة على المساواة.

فأولاً، كانت ماموسو قاصراً عندما قابلته، أي في مستهل سنوات المراهقة. وثانياً، كانت الفتاة متحرّقة للبقاء في المدرسة، لكن الفقر هدد شريان الحياة الهزيل هذا نحو مستقبل أفضل. "كانوا يطلبون منا شراء أقلام حبر جاف وكتب وعمل كل شيء وتكليفات، ولم يكن لدي مال... قال لي إنه يرغب في مواعدي، فشرحت له مشاكلتي."

فريتاون، سيراليون – تقول ماموسو البالغة من العمر 18 عاماً لصندوق الأمم المتحدة للسكان في عاصمة سيراليون، فريتاون: "لم أكن مستعدة للحمل. لكن عندما بدأت بمواعدة هذا الرجل لم يكن لدي من يهتم بتعليمي، أو من يساعدني عندما احتجت إلى أشياء من أجل المدرسة... فكان هو من يساعدني."

تصف ماموسو والد طفلها بـ "صديقها" و"زوجها" و"الرجل الذي حملت منه" –



أدركت ماموسو أنها حامل بطفلها الأول في سن 14. © UNFPA/Michael Duff



تقول دانكاوي، 18، إنها حين أصبحت حاملاً فعلت كل ما في وسعها كي يعترف الأب بأبوتته، لكنه رفض.
© UNFPA/Michael Duff

الاجتماعي والمساعدة في رعاية الأطفال والمعلومات الواقعية والاحتضان – كلها عوامل تُحدث فرقاً هائلاً. فمن خلال منظمة "لأجل حيوات شابة" تمكنت ماموسو من تدشين مشروعها التجاري الصغير وإثبات جدارتها الدراسية. وهي الآن ملتزمة بالاستفادة قدر المستطاع مما لديها، لا بما فيه مصلحتها ومصلحة طفلها فحسب، بل لمصلحة مجتمعها المحلي كله. لذا تقول ماموسو: "بعد أن خضت اختباراتي وتخرجت في الكلية، أود أن أصبح ممرضة. لأنه عندما زرت المستشفى شاهدت طريقة اعتناء الممرضات بالناس."

وها هي دانكاوي تتلقى المساعدة أيضاً للجمع بين الدراسة والأمومة. إن صمودهن وعزمهن على بناء حياة أفضل لأطفالهن يقدم نماذج حريصين بصناع القرار اتباعها. فما لديهن من طاقة جدير بالاحتفاء، لا الإهدار – وهن يعلمن ذلك.

تقول دانكاوي: "الأمومة في هذه السن شيء بالغ الصعوبة، لكنها ستمكّنني من اكتساب مزيد من القوة."

يحدث في أشد الظروف التي تنتفي فيها معايير السلامة والمهنية."

واجتماع تلك الظروف قاتل في غالب الأحيان، إذا تقول لوسي نوفمبر، القابلة والباحثة لدى كينغز كوليغ لندن (نوفمبر وساندال، 2018): "أجرينا دراسة استقصائية قبل الحجر الصحي وانتهينا فيها إلى أن معدل وفيات الأمهات في أوساط الفتيات دون سن 18 [في شرق فريتاون] هو بنسبة 1 من بين كل 10". وقد أدت بحوثها بالتعاون مع السيدة كامارا إلى إنشاء منظمة "من أجل حيوات شابة".

يمكن أن تتعرض الفتيات الحوامل إلى النذب والهجر. تلك هي حال دانكاوي البالغة من العمر 18 عاماً حالياً. فهي الأخرى راودها رجلٌ أكبر منها ساعدها في تيسير أمورها، وعن ذلك تقول: "عندما قبلت بما عرضه عليّ كان هو من يساعدني شيئاً فشيئاً. لكن عندما حملت منه أنكر مسؤوليته وهجرني. فطردتني خالتي من البيت لأنها رأت من العار أن أصبح حاملاً بدون رجل مسؤول عني." مكثت دانكاوي لدى صديقة، لكنها كثيراً ما جاعت ونامت على الأرض الباردة في شرفة المدخل.

توضح السيدة كامارا الموقف فتقول: "هذا الوصم مصدره المجتمع المحلي والمدارس والمستشفيات – أي الجميع." وأحياناً "ما لم يكن هناك من يساعدهن بالتوجيه أو بالنصح مثلاً فمألهن إلى فقدان الوليد أو موت الأم والجنين."

لكنها تضيف إن هذا المكان يقدم كذلك شيئاً من الدعم يأتي بنتيجة طيبة. فالتوجيه والدعم

حوامل برغبتهن. بل إن الفقر المدقع والعنف ومستويات أخرى كثيرة من الإكراه – ومنها المقايضة بالجنس – هي ما يقيد خياراتهن."

ليس للفتيات من الاستقلالية إلا اليسير، ومع ذلك يواجهن كامل المسؤولية عن تلك المواقف حتى وإن كانت من تبعات الاغتصاب. تقول فاتماتا سوري، المحامية في فريتاون ورئيسة منظمة للمحاميات تحمل اسم "المنفذ القانوني من خلال النساء الراغبات في المساواة والحقوق والعدالة الاجتماعية": "تقل الخيارات الممكنة بشدة عندما تتعرض فتاة للاغتصاب وتصبح حاملاً. إذ لا توجد هياكل لمساعدة ضحايا الاغتصاب. بل إن مخاطر الشرطة تفتقر إلى لوازيم فحوص الاغتصاب مثلاً."

وغالبا ما تُحمل الفتيات المسؤولية عن العلاقات الحميمة، حتى وإن كان نتيجة لضغوط أو إكراه، فيما يتلقين معلومات محدودة عن حقوقهن أو أجسامهن. وحتى وقت قريب، كانت التربية الجنسية غير متاحة إلى حد كبير، ولم يُسمح للفتيات ممن يظهر عليهن الحمل بالعودة إلى المدرسة. (دعمت مجموعة السيدة سوتري جهود سن قانون يغير تلك القواعد، لكن تنفيذ هذه السياسة لم يبدأ إلا من وقت قريب.) هناك حقائق منها أن أكثر من 86 في المائة من الفتيات في الفئة العمرية بين 15 و19 عاماً لم يسبق لهن استخدام وسائل منع الحمل استناداً إلى الشراكة العالمية لتنظيم الأسرة (تنظيم الأسرة، 2030)، فيما تكون 21 في المائة منهن قد أنجبت طفلاً في سن 19 (تنظيم الأسرة 2030، 2020؛ إحصاءات سيراليون وآي سي إف، 2020). ورغم ذلك فالإجهاض جريمة يُحاكم مرتبكيها في سيراليون. وتقول السيدة سوري إنه عندما يحدث إجهاض "فإنه

تناولت دراسة تحليلية مجمعة سبع دراسات شملت 15 ألف مشاركة من خمسة بلدان (ماكسويل وآخرون، 2015)، وانتهت إجمالاً إلى أن "احتمالات إفادة من تعرضن [لعنف الشريك الحميم] باستخدام وسائل منع الحمل كانت أقل بنسبة 53 في المائة من الاحتمالات المقابلة لدى من لم يتعرضن [لعنف الشريك الحميم]". وهناك دراسة أخرى عن نساء متزوجات في نيجيريا، وانتهت إلى أن النساء اللاتي عانين من عنف الشريك الحميم زادت لديهن احتمالات الانقطاع عن وسائل تنظيم الأسرة بمقدار 1.28 ضعفاً عن من لم يتعرضن لذلك العنف (كوبولوي، 2020).

أما أشكال العنف الأخرى بخلاف العنف الجنسي فلها نتيجة خطيرة على قدرة النساء والفتيات على المبادرة في ما يخص صحتهن الإنجابية. كذلك انتهت دراسة أجريت في الولايات المتحدة عام 1999 إلى أن الحمل غير

بأن يُقنعن شريكهن باستخدام واقٍ ذكري (سيلفرمن وراج، 2014). وتشير بعض الدراسات إلى أن النساء المعرضات لعنف الشريك من المحتمل أن يرفض شريكهن الذكر استخدام وسائل منع الحمل بمعدل الضعف، وإلى أنهن من المحتمل أن يُفدن بتعرضهن لحمل غير مقصود بمعدل الضعف أيضاً مقارنة بالنساء اللاتي لا يتعرضن للعنف في علاقاتهن (سيلفرمن وراج، 2014). وقد شملت تلك الدراسات بلداناً مختلفة مثل بنغلاديش (سيلفرمن وآخرون، 2007) ونيوزيلندا (فانزولو وآخرون، 2008).

أما من يتعرضن للعنف فهن أشد عرضة من غيرهن للجوء إلى استعمال وسائل منع الحمل خفيةً (سيلفرمن وآخرون، 2020؛ ماكاراها وآخرون، 2006)، وهو ما يعني أن كثيراً من الشركاء المسيئين يجتهدون في رفض أو تعطيل الاستقلالية الإنجابية لدى الناجيات.

القوانين والمعايير في مقابل التجربة الواقعية

هناك قرانين ووثائق متعددة في مجال حقوق الإنسان، حتى إنها لتشكل -مجتمعةً- اتفاقاً شبه عالمي على أن العنف الجنسي وعنف الشريك الحميم يُعدان من انتهاكات حقوق الإنسان. إن الحق في حياة بلا عنف جنسي وبلا عنف من الشريك الحميم إنما هو حق مقرر بوضوح منذ عقود، لا سيما في اتفاقية الأمم المتحدة للقضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة (سيداو) وفي لجنة الأمم المتحدة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (لجنة الأمم المتحدة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، 2016؛ سيداو، 2017). وانطلاقاً من أسباب منها الوعي بأن الحمل كثيراً ما ينتج عن الإرغام والإكراه فقد قُنن الإجهاض في غالبية كبيرة من البلدان (ألوتي وآخرون، 2021)، بل إنه يُعد حقاً إنسانياً لدى كثير من الجهات الدولية المعنية بمعاهدات حقوق الإنسان وكذلك بمقتضى المعاهدات الإقليمية لحقوق الإنسان (فاين وآخرون، 2017).

كما أن واجب الحكومات في بديل العناية الواجبة من أجل منع أعمال العنف والتحقيق فيها ومقاضاة مرتكبيها والمعاقبة عليها إنما هو واجب مستقر في مجال حقوق الإنسان على المستوى الدولي والمستوى الإقليمي وبنص القانون الوطني (سيداو، 2017). علاوة على ذلك، فإن الحمل القسري أو "الإجباري" يُعد في بعض الظروف جريمة ضد الإنسانية وجريمة حرب (الجمعية العامة للأمم المتحدة، 1998؛ اللجنة الدولية للصليب الأحمر، 1977). لكنه وعلى الرغم من الإقرار الجارف بتلك الأعراف والمرجعيات القانونية في أنحاء العالم، يظل العنف الجنسي والإكراه الجنسي شائعين، وما زال مرتكبوها يتمتعون بالإفلات من العقاب.

قدر استعراض واحد للعنف الجنسي بين اللاجئين والنازحين داخلياً شيوع العنف الجنسي بنسبة 21,4 في المائة في 19 بلداً.

من النساء في بعض المناطق ما زلن يعتقدن أن العنف له ما يبرره إذا رفضت المرأة العلاقة الحميمة (البنك الدولي، 2021).

لكن العنف ليس الطريقة الوحيدة لحرمان من يتعرضن للحمل غير المقصود من الاستقلالية الجسدية وصنع القرار المتعلق بالحمل. الإكراه – أي استخدام القوة و/أو التهديد و/أو الضغوط و/أو الترهيب، وكذلك غياب الرضا – قد يحدث بدون عنف، وهو ما ينال نيلاً شديداً من قدرة الأنثى على ممارسة القصد والاختيار. وربما تنازلت المرأة عن صنع القرار المتعلق بالعلاقة الحميمة أو الحمل لشريكها بدافع من الخوف من العنف أو بسبب القبول الاجتماعي بالعنف أو توقع حدوثه من منظور اجتماعي.

وعندما يكون الحمل ناتجاً من اغتصاب أو جماع بالإكراه فإن الأضرار وانتهاكات الحقوق تتفاقم عندئذ. إن العنف الجنسي أو الإكراه الجنسي في حد ذاته يشكل انتهاكاً لحقوق الإنسان، ويضاف إليه إجبار إنسانة على الحمل ثم إجبارها على الاستمرار في الحمل أو

المقصود ارتباطاً قوياً بالتعرض للعنف النفسي أو البدني في الأسرة المعيشية التي نشأت فيها. وفي هذا إثبات واضح للتبعات الطويلة الأمد لنزع مقومات التمكين، ويؤكد أيضاً أن الأثر النفساني لنزع التمكين قد يكون محركاً قوياً باتجاه الحمل غير المقصود (ديتزن وآخرون، 1999).

ما معدل إفضاء العنف الجنسي والجنس بالإكراه إلى الحمل؟ إنه معدل مفرط الحدوث كما تثبتت البيانات. فقد أجريت دراسات استقصائية في هايتي وملاوي ونيجيريا وزامبيا وأوغندا على حدوث الحمل بسبب الجنس بالإكراه في أوساط الفتيات والشابات في الفئة العمرية من 13 إلى 21 عاماً. ومن جُملة المشمولات بالدراسات تبين أن 10.4 في المائة و18 في المائة قد تعرضن للعنف الجنسي سواء من شريك حميم حالي أو سابق أو من فرد في الأسرة أو من أحد المعارف أو من أحد الغرباء (ستاتاماتاكيس وآخرون، 2020). ومن بين المراهقات اللاتي تعرضن للاغتصاب أفادت نسبة مئوية بحدوث الحمل جراء ذلك؛ وتحديداً بنسبة 13.2 في المائة في نيجيريا وبنسبة 36.6 في المائة في ملاوي. وتخلص الدراسة إلى أن بعض المناطق شهدت إفادة أكثر من ثلث الناجيات بالتعرض للحمل نتيجة أول أو أحدث جماع قسري أو بالإكراه. وقد بحثت دراسات سابقة في حدوث الحمل المرتبط بالاغتصاب، وانتهت إلى أنه يحدث بمعدلات مماثلة لحدوث الحمل من العلاقة الحميمة بغير التراضي، أو بمعدلات تفوقه (غوتشال وغوتشال، 2003؛ ويلكوكس وآخرون، 2001).

وبالفعل، مازال العنف يحظى بقبول اجتماعي واسع النطاق، أي بمعدل يفوق المتوقع. وفي حين أن مثل ذلك القبول لدى النساء والرجال قد تراجع تراجعاً كبيراً في خلال العقد الأول من القرن الحادي والعشرين (بيروتتي، 2013)، إلا أن معدل التغيير في الاتجاهات ما زال غير متوازن، علماً بأن الدراسات أثبتت أن نسبة مئوية كبيرة

عندما تخفق وسائل منع الحمل

صندوق الأمم المتحدة للسكان - أدت وسائل تنظيم الأسرة إلى تغيير التاريخ: فلعمود طويلة حصّنت الوسائل الحديثة قدرة المرأة على المبادرة في ما يخص حياتها الإنجابية، كما ساعدت البلدان في الوفاء بأهدافها الإنمائية. لكن تلك الوسائل ليست فعالة على الدوام.

بعد شعور موكول في الهند بمضاعفات المخاض التي هدّدت حياتها وهي في سن

24، قررت الشابة استخدام

عاقم رحمي. ومع ذلك، وبعد

أقل من عام غمرت الصدمة

عندما اكتشفت أنها حامل مجدداً

– وكانت في الشهر الخامس،

أي أنه قد فات وقت التفكير في

الإجهاض. ولدت ابنةً ثانية.

وعن ذلك تقول: "سعدنا بطفلتنا

الثانية وواصلنا تربية الاثنتين. مضت الأمور

على ما يرام، ولاقت الحب من الجميع في

محيط الأسرة والأصدقاء."

لم يكن لدى موكول أدنى سبب لتوقع الحمل مجدداً. ذلك بأن العاقم الرحمي طريقة مستخدمة منذ أمد، وتُعد من أكثر وسائل منع الحمل التي يُعوّل عليها. لكن لكل وسيلة من وسائل منع الحمل إخفاقاتها – يستوي في ذلك الفموي منها، والمغروس، والمحقون، وحتى عمليات الاستئصال. يقترن استخدام تلك الوسائل

استخداماً منتظماً بحدوث معدلات إخفاق في النتائج نقل عن نقطة مئوية واحدة، وربما جاءت النتائج أدنى من ذلك – لكنها تُخفق مع ذلك. فمثلاً، يُعزّز إجهاض واحد من بين كل أربعة إجهاضات في المملكة المتحدة إلى إخفاق في منع الحمل بوسيلة هرمونية (بي بي سي، 2017)، وهذا رقمٌ يكاد يتضاعف

"أدركت أن وسيلة منع الحمل لم تنفع حين استلمت النتيجة في شهري السادس. شعرت بالصدمة وأخذت أتساءل 'تري ما الذي حدث؟'"

عند حساب إخفاقات وسائل أخرى من بينها الواقيات الذكرية والعوازل الأنتوية والعزل.

وبعد سنوات عدّة، ومع الاستمرار في

استخدام وسائل تنظيم الأسرة، وجدت موكول

نفسها حاملاً مرة أخرى. كانت متأكدة من

أنها لا تريد طفلاً آخر، مع أنّ أباه كان

يضغط عليها كي تُحاول إنجاب صبي.

(على الرغم من نجاحات موكول – فهي

أكاديمية صاحبة إنجازات – ظلّت أسرتها

تُحابي تفضيلها الشديد للذكور.) لذا تقول:

"اخترت الإجهاض حتى يتسنى لي الوفاء بمسؤولياتي تجاه ابنتي، وإلا لتفرقت مع إنجاب طفل ثالث." "ولست نادمة على ذلك."

مرّت دليلاً*، في ريف السلفادور، بتجربة مماثلة. إذ سرعان ما جاءت مستشارة

تنظيم الأسرة لتزورها هي وزوجها

الجديد. لكنها امتنعت عن استخدام وسائل

تنظيم الأسرة. وعن ذلك تقول:

"أردت طفلاً. ثم جاءت ابنتي

وكنّت سعيدة."

وعلى غرار موكول، بدأت دليلاً

في استخدام وسائل منع الحمل بعد

ولادة طفلتها الأولى. لكنّها علمت

بحملها الثاني بعد مدة من بدايته،

كما حدث لموكول. "فهمت أن وسيلة

منع الحمل لم تؤدّ وظيفتها عندما جاءتني

النتيجة بأنني حامل في الشهر السادس.

غمرتني الصدمة، وقلت لنفسني: ما الذي

حدث؟"

ليست تلك الوقائع بمستغربة لدى د. عائشة

أكين، الطبيبة التركية التي تمتد خبراتها

في مجال الصحة الإنجابية والصحة العامة

لنصف قرن. فقد شهدت حدوث حالات

حمل مفاجئة كثيرة لدى مستخدمات العواقم

الرحمية ولدى مستخدمات وسائل أخرى. لذا

"في بعض الأحيان لا يدرك الناس حدوث الحمل حتى وقت متأخر كثيراً، وذلك لأنهم لم يكونوا يتوقعونه."



ليس هناك وسيلة منع حمل ناجحة كلياً.

© Shutterstock

استمرت جولينا وموكول في الاعتماد على وسائل منع الحمل حتى بعد إخفاقها. وخضع زوج موكول لاستئصال الأسهر حتى يُبقي على حجم أسرته كما يريدان. أما دليبة – التي تقول إن حملها الثاني المفاجئ "غمرها بالسعادة" – فقد قررت هي الأخرى أن عقد أسرتها قد اكتمل بطفتين.

بلغت ابنتا دليبة مرحلة المراهقة حالياً، وهي تنصحهما باختيار شريكين يساندانها ويساندان طموحهما – والتفكير بجدية في تنظيم الأسرة. وهي واثقة أن كلتا ابنتيها ستملكان زمام مستقبلهما، فتقول: "لن يطالبها أحد بإنجاب طفل في هذا العالم ما لم تكن مستعدة لتكون أمًا".

*تم تغيير الاسم لدواعي الخصوصية والحماية

الحمل غير المقصود – أي: أصغرهن وأفقرهن – هن أقرب من غيرهن إلى التعرض له، حتى في ظل بذلهن قصارى الجهد لاتقائه.

لكن التبعات قد تكون جسيمة كما تقول الدكتورة أكين. فقد ساعدت كثيرات ممن جئنها بعد الخضوع لإجهاض غير آمن سراً. وبعضهن وصلن في حالة نزف أو فقر دم أو مرض؛ وكثير منهن مررن بمضاعفات دائمة، وبعضهن لم ينجبن من الموت. لذا تقول: "كان الأمر مريعاً". ففي أحد الأشهر، من بين أربع نساء جئنها بعد خضوعهن لإجهاض غير آمن، "توفيت ثلاثة منهن. ولم نتج سوى واحدة". تحسنت الأوضاع بعد عام 1983 إثر تقنين الإجهاض في تركيا، غير أن الإجهاض الآمن غير متاح حتى الآن في مستشفيات كثيرة كما تقول الطبيبة، وليس لدى كثير من الأطباء الوقت ولا الاستعداد لتقديم الخدمات الاستشارية بخصوص وسائل منع الحمل.

تقول: "لا تدرك النساء أحياناً أنهن حوامل إلا بعد فوات الأوان، لأنهن لا يتوقعن حدوث الحمل."

لكن إخفاق وسيلة منع الحمل لا يؤثر في كل النساء بالشكل نفسه – ولا حتى وفق معدلات متسقة. فقد انتهت دراسة أجريت عام 2019 على وسائل بعينها أن أصغر مستخدمات الوسائل سناً يواجهن معدلات إخفاق تصل إلى نحو 10 أضعاف ما تواجهه النساء الأكبر سناً (برادلي وآخرون، 2019). هناك توضيحات كثيرة ممكنة في هذا الصدد: أن صغيرات السن قد يكن أقوى خصوبة، أو أكثر نشاطاً من الناحية الجنسية، أو أقل استخداماً لوسائل منع الحمل، أو يواجهن سوء السبل المتاحة إلى استشارات جيدة حول وسائل منع الحمل. كذلك تتعرض أشد النساء فقراً لمعدلات أعلى كثيراً من غيرهن من إخفاق وسائل منع الحمل. وتبين تلك النتائج أن أقل النساء قدرة على التأقلم مع

الناس في مثل تلك الحالات من الطوارئ إلى الوصول إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، بما في ذلك وسائل منع الحمل، حتى والمخاطر تتعاظم عليهم من حيث احتمالات التعرض للعنف الجنسي (حيدري وآخرون، 2019). ومن المعلوم على نطاق واسع أن احتمالات التعرض للاغتصاب تترادف في حالات الطوارئ في ظل انهيار آليات الحماية. وإذا كان تقدير الأرقام الفعلية لذلك صعباً بسبب قلة التقارير، فإن استعراضاً واحداً للعنف الجنسي بين اللاجئين والنازحين داخلياً قد قدر شيوع العنف الجنسي بنسبة 21,4 في المائة استناداً إلى 19 دراسة هي الدراسات المختارة في هذا الشأن (فو وآخرون، 2014).

يُستخدَم العنف الجنسي أيضاً بوصفه سلاحاً حربياً. وإذا كانت الدراسات تشير إلى أن ذلك ليس حاضراً في كل النزاعات إلا أنه متكرر بكثرة (الأمثلة مستقاة من الحرب البوسنية في التسعينيات، واستهداف النساء الأيزيديات من جانب تنظيم داعش في العقد الماضي، والعنف الذي ارتكبه حركة بوكو حرام شمالي نيجيريا [أولاديجي وآخرون، 2021]). ويشير التقدير الأحدث للأمين العام للأمم المتحدة بشأن العنف الجنسي المرتبط بالنزاع إلى استمرار أنماط الاغتصاب في النزاعات المسلحة في أفغانستان وجمهورية أفريقيا الوسطى وكولومبيا وجمهورية الكونغو الديمقراطية والعراق وليبيا ومالي وميانمار والصومال وجنوب السودان والسودان والجمهورية العربية السورية واليمن (الأمم المتحدة، 2020).

ويجب على البرامج الإنسانية حماية المعرضين للخطر (ومن بينهم الفتيان والرجال) وتلبية احتياجات الصحة الجنسية والإنجابية للناجيات؛ بما في ذلك الإدارة السريرية لحالات الاغتصاب والوسائل العاجلة لمنع الحمل (أوستن وآخرون، 2008). وهذا ما يؤكد "الدليل الميداني المنقح المشترك بين الوكالات المعني بالصحة الإنجابية في الأوضاع الإنسانية"، ويدخل في



© UNFPA/Fidel Évora

الإجهاض كُزْماً (أشكال الإكراه الإنجابي) إنما هي أشكال معروفة من العنف وانتهاكات حقوق الإنسان (غريس وأندرسن، 2018؛ ميلر وسيلفرمن، 2010).

الأزمات الإنسانية تحول دون القدرة على اتخاذ القرار على كل المستويات

تؤدي الأزمات الإنسانية -شاملة الكوارث الطبيعية والنوازل من فعل الإنسان مثل النزاعات المسلحة- إلى حرمان النساء والفتيات من الحق في ممارسة الاستقلالية الجسدية بروية استباقية. والغالب أن يفنقر

صندوق الأمم المتحدة للسكان والحمل غير المقصود

سعيًا إلى منع الحمل غير المقصود واللجوء إلى الإجهاض غير الآمن، يبذل صندوق الأمم المتحدة للسكان جهوده في أكثر من 120 بلداً ومنطقة لدعم الوصول إلى رعاية الصحة الجنسية والإنجابية وخدماتها وتشجيع الطلب عليها من منظور إنقاذ الأرواح، مُدركاً اختلاف الأشخاص من حيث الاحتياجات وتغيرها على امتداد الحياة وباختلاف مراحل الحياة الجنسية والإنجابية.

تتصّل الخطة الاستراتيجية لصندوق الأمم المتحدة للسكان 2022-2025 على التزامه بالتوسع في تقديم معلومات وخدمات شاملة عالية الجودة في مجال الصحة الجنسية والإنجابية، وذلك في إطار الخطط الشاملة للتغطية الصحية.

وبناءً على طلب الحكومات المعنية، وبحسب ما يجيزه القانون في كل بلد، واتساقاً مع إرشادات منظمة الصحة العالمية ومع أحكام البند 8-25 من برامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية؛ يقدم صندوق الأمم المتحدة للسكان الدعم للحكومات ولشركاء التنفيذ الآخرين ولأصحاب المصلحة في جهودهم الرامية إلى تيسير الوصول إلى أشياء منها: التربية الجنسية الشاملة للشباب والشابات المنتظمين في المدارس والمنقطعين عنها؛ والخدمات والسلع الإنجابية عالية الجودة، مع استفادة المراهقات والمراهقين بها؛ وتقديم الرعاية اللاحقة على الإجهاض للجميع؛ وتقديم الخدمات التي تحول دون - وتستجيب إلى - العنف القائم على النوع الاجتماعي والممارسات الضارة من قبيل زواج الأطفال.

120+ بلداً ومنطقة

ظله منع الحمل غير المقصود وعلاجه - مع النص الصريح على تقديم الرعاية للإجهاض الآمن - ضمن "الحد الأدنى من مجموعة الخدمات الأولية" في مجال الصحة الإنجابية والعنف القائم على النوع الاجتماعي (حيدري وآخرون، 2019؛ فوستر وآخرون، 2017).

إخفاق الوسيلة والاستخدام المتقطع/غير الصحيح

إنّ إتاحة وسائل منع الحمل ليس الحل السحري في حد ذاته، إذ لا يُنتظر منها منع كل حالات الحمل غير المقصود. فلكل وسيلة معدل إخفاق حتى عند استخدامها استخداماً صحيحاً منتظماً. (وحتى الطرق التقليدية تكون أقل موثوقية). يعني ذلك أن الحمل غير المقصود لا يمكن تفاديه بشكل كامل، ولن يزول حدوثه بالطرق المتاحة حالياً.

علاوة على ذلك، وهدياً بالبيانات الواردة من مراكز مكافحة الأمراض والوقاية ومن منظمة الصحة العالمية، هناك تزايد في حالات إخفاق وسائل منع الحمل بالنظر إلى استخدامها في الظروف الواقعية - وذلك بمعدل إخفاق يناهز 21 في المائة في الواقيات الأنثوية (انظر الصفحة 58 لمزيد من المعلومات عن معدلات فاعلية وسائل منع الحمل).

والنساء من كل أنحاء العالم يقررن أن إخفاق الوسائل واستخدامها في الظروف الواقعية هو من أهم أسباب التعرض للحمل غير المقصود. ففي المملكة المتحدة على سبيل المثال، تفيد الهيئة البريطانية لاستشارات الحمل، وهي جهة تقدم خدمات الإجهاض، بأن من بين 60 ألف امرأة تقريباً ممن خضعن للإجهاض في

وآخرون، 2020؛ أمبت وآخرون، 2018). ويواجه ذوو الإعاقة خطراً شديداً بالتعرض للعنف الجنسي – فالنساء ذوات الإعاقة أشد عرضة لخطر العنف الجنسي بعشرة أضعاف تقريباً من غيرهن – وقد يتعرضن أيضاً للإجهاض القسري حال الحمل (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2018). تؤدي المظالم العرقية والإثنية وغيرها من التفاوتات إلى مفاخرة احتمالات التعرض للحمل غير المقصود. وكل تلك العوامل تقتضي استكشافاً أوفى مما هو متيسر هنا.

اللجوء إلى البيانات يعني التحول عن إلقاء اللوم

على الرغم من أنّ الحمل غير المقصود كثيراً ما يُساء تصوّره أو فهمه (ومثالاً بأنه نتيجة لحظة غرام جارية أو عدم حذر)، إلا أنه في الواقع قضية معقدة تتصلص من أي تفسيرات بسيطة. واستناداً إلى الأدلة الواردة في الفصل الثاني وهذا الفصل، يتضح وجود مجموعة أعم من القوى السياسية والاقتصادية والثقافية والاجتماعية والتكنولوجية التي تؤثر في الفتيات والنساء وغيرهن من الأشخاص ممّن يمكن لهم التعرّض للحمل، وذلك على المستويات كافة. وهناك داعٍ قوي لاتباع نهج شامل لتقليل الحمل غير المقصود، بحيث يكون نهجاً مبتعداً عن إضفاء الصبغة الأخلاقية على اتجاهات تؤنّب المتأثرات. فالوصمات الموجهة ضد الحمل غير المقصود في أوساط المراهقات والنساء غير المتزوجات تعني أنهن غالباً ما يواجهن عقبات أمام الوصول إلى خدمات منع الحمل. أما في أوساط النساء المتزوجات فإن التوقع الشائع بحملهن يعني أن تعرضهن للحمل غير المقصود إنما يُقابل بإقرار ضعيف وفحوص ضعيفة. ومن الوارد أن تؤثر الوصمة أيضاً في النساء اللاتي كن ليسعدن بحملهن حال حدوثه في ظروف مغايرة أو كن ليحتجن مساحة للتأقلم مع مشاعرهن المتقلّبة.

أحد مراكز الهيئة في عام 2016، كانت أكثر من نصفهن يستعملن نوعاً واحداً على الأقل من وسائل منع الحمل. وقد صرّح الرئيس التنفيذي للهيئة إلى بي بي سي قائلًا: "نُظهر بياناتنا أن النساء لا يستطعن التحكم في خصوبتهن عبر منع الحمل وحده، حتى وإن كنّ يستخدمن بعضاً من أشد الطرق فاعليّة." (بي بي سي، 2017).

تُفيد إحدى الدراسات أن حالات الحمل بين مستخدمات وسائل منعه تشكّل نحو النصف من كل حالات الحمل غير المقصود، مع عزو 9 حالات من بين كل 10 إلى الاستخدام المتقطع وغير الصحيح، وحالة من بين كل 10 إلى إخفاق الوسيلة عند استخدامها استخداماً مثاليًا (فروست وداروتش، 2008).

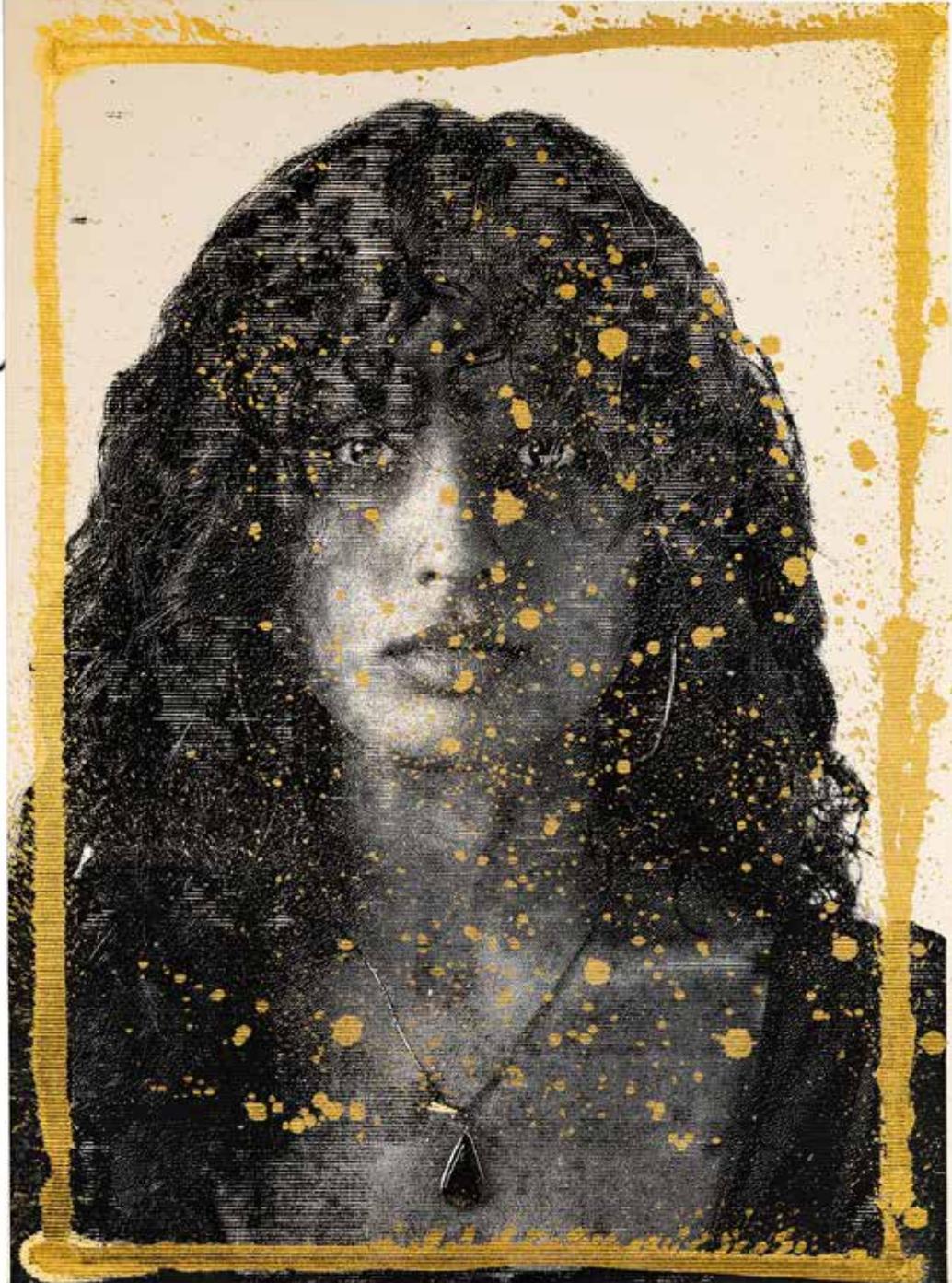
أشكال أخرى من التهميش

هناك أشكال أخرى إضافية ومتداخلة من التهميش تنال من القدرة على اتخاذ القرار وتزيد من جوانب الضعف المرتبطة بحدوث الحمل غير المقصود. فالمشغلات بالجنس - مثلاً - يواجهن عقبات قانونية واجتماعية أمام استخدام وسائل منع الحمل، وهو ما يؤدي إلى ارتفاع أعداد حالات الحمل غير المقصود بينهن (فياني

تكشف حكاية الحمل غير المقصود عن طريقة تقدير المجتمعات - من عدمه - للنساء والفتيات.

الأمومة بوصفها قدرًا محتوماً، لا رغبةً. في المقابل،
فمتى مكّنت المجتمعات النساء والفتيات من جعل
الإنجاب خياراً متأنياً فإنها تعترف بذلك بالقيمة الأصيلة
للمرأة بوصفها إنساناً – بما يتجاوز الأمومة ويشملها.

في نهاية المطاف، تكشف حكاية الحمل غير المقصود عن
طريقة تقدير المجتمعات - من عدمه - للنساء والفتيات.
فالإخفاق في تمكين النساء والفتيات بالقدر الكافي من
اختيار الحمل من عدمه إنما يعني نظرة المجتمع إلى



فاعلية وسائل منع الحمل وآثارها الجانبية وفوائدها

إنّ وسائل منع الحمل قد تكون فعالة على وجه الخصوص في منع الحمل غير المقصود، ولكنّ المستخدمين قد يجدون إحدى تلك الطرق غير مناسبة لأسباب طبية أو اجتماعية اقتصادية أو لأسباب تتعلق بتوريدها. المعلومات الواردة أدناه مستخلصة من أحدث توجيهات منظمة الصحة العالمية (منظمة الصحة العالمية، 2020ج؛ منظمة الصحة العالمية، 2018). ينبغي عدم استخدام تلك التوجيهات لأغراض الاستشارة الطبية أو العلاج الطبي؛ بل ينبغي لمقدمي الخدمات الصحية الإحالة إلى المصادر الأصلية.

نوع وسيلة منع الحمل	وقت أو مدة الاستخدام	حالات الحمل لكل 100 امرأة سنوياً تستخدم الوسيلة استخداماً ثابتاً صحيحاً	حالات الحمل لكل 100 امرأة سنوياً تستخدم الوسيلة استخداماً شائعاً	الآثار الجانبية المحتملة - قائمة غير وافية	الفوائد الصحية المحتملة - قائمة غير وافية
الوسائل الرحمية					
الوسيلة الرحمية المحتوية على ليفونورغيستريل	7-3 سنوات (حسب النوع)	0.8-0.2	0.8-0.2	تغيرات في خروج الدم، حب الشباب، حالات صداع، طراوة الثديين أو آلامهما، الغثيان، زيادة الوزن، الدوار، تقلبات مزاجية، تكيس المبايض	قدرة على الحماية من فقر الدم، وسرطان الرحم وعنق الرحم، وقد تقلل التقلصات والنزف وأعراض بطانة الرحم
وسيلة رحمية نحاسية (عاقم رحمي)	حتى 10-12 سنة (اتباع التوجيهات الوطنية)	0.6	0.8	تغيرات في خروج الدم، إلى جانب تقلصات في أثناء خروج الدم شهرياً وخصوصاً في أول 3 إلى 6 أشهر	قدرة على الحماية من سرطان بطانة الرحم
الوسائل الهرمونية					
الغرس	3-5 سنوات (حسب النوع)	0.1	0.1	تغيرات في خروج الدم، حالات صداع، آلام البطن، حب الشباب (قد يسوء أو يتحسن)، زيادة الوزن، طراوة الثديين، الدوار، تقلبات مزاجية، الغثيان، مضاعفات نادرة	قدرة على الحماية من الأعراض المرضية لالتهاب الحوض، ومن فقر الدم
بروجستين فقط بالحقن (يمكن أن يكون بمادة DMPA أو NET-EN أو DMPA-SC)	كل شهرين أو 3 أشهر (حسب النوع)	0.2	4	تغيرات في خروج الدم، زيادة الوزن، حالات صداع، الدوار، تقلبات البطن، تقلبات مزاجية، انخفاض الرغبة الجنسية، فقدان كثافة العظام	قدرة على الحماية من سرطان بطانة الرحم والتليفات وأعراض أمراض التهاب الحوض وغيرها (DMPA)، ومن فقر الدم (NET-EN و DMPA)
وسائل الحقن الشهري أو وسائل منع الحمل بالحقن المركبة	شهرياً	0.05	3	تغيرات في خروج الدم، زيادة الوزن، حالات صداع، الدوار، طراوة الثديين	البيانات محدودة، يمكن أن تكون الفوائد مماثلة لموانع الحمل الفموية المركبة
وسائل منع الحمل الفموية المركبة ("الحبوب")	يوماً	0.3	7	تغيرات في خروج الدم، حالات الصداع، الدوار، الغثيان، زيادة الوزن، تقلبات مزاجية، تورم الثديين، وغيرها من المخاطر الصحية النادرة أو النادرة للغاية	قدرة على الحماية من سرطان بطانة الرحم والمبيض، ومن الأعراض المرضية لالتهاب الحوض
حبوب مقصورة على البروجستين ("الحبة الصغيرة")	يوماً	0.3	7-1 (تبعاً لما إذا كانت المستخدمة مُرضعة)	تغيرات في خروج الدم، حالات صداع، الدوار، تقلبات مزاجية، طراوة الثديين، آلام البطن، الغثيان	قدرة على الحماية من مخاطر الحمل، وأمنة على الممرضات وموالدهن لأنها لا تؤثر في إدرار اللبن
لاصق	مرة أسبوعياً لمدة 3 أسابيع	0.3	7	تهيج البشرة، تغيرات في خروج الدم، حالات صداع، الغثيان، القيء، طراوة الثديين وآلامهما، آلام البطن، أعراض الأنفلونزا، التهاب المهبل	البيانات محدودة، يمكن أن تكون الفوائد مماثلة لموانع الحمل الفموية المركبة
الحلقة المهبلية لمنع الحمل - مجمعة - مُطلقة للهرمون	وضع الحلقة لثلاثة أسابيع	0.3	7	تغيرات في خروج الدم، حالات صداع، التهاب المهبل، إفرازات	البيانات محدودة، لكن من المتوقع أن تماثل وسائل منع الحمل الفموية المركبة
الحلقة المهبلية لمنع الحمل - مُطلقة للبروجستين	90 يوماً	2-1	2-1	تغيرات في خروج الدم، آلام البطن، آلام الثديين	لا تؤدي إلى تغيرات في إدرار اللبن عند الممرضات

نوع وسيلة منع الحمل	وقت أو مدة الاستخدام	حالات الحمل لكل 100 امرأة سنوياً تستخدم الوسيلة استخداماً ثابتاً صحيحاً	حالات الحمل لكل 100 امرأة سنوياً تستخدم الوسيلة استخداماً شائعاً	الآثار الجانبية المحتملة - قائمة غير وافية	الفوائد الصحية المحتملة - قائمة غير وافية
الوسائل العازلة					
غطاء عنق الرحم	قبل الجماع	26-9 (تبعاً لما إذا كانت المستخدمة قد سبق لها الإنجاب)	32-16 (تبعاً لما إذا كانت المستخدمة قد سبق لها الإنجاب)	بعض المستخدمات أفدن بحدوث تهيج، مع إمكانية حدوث جروح مهبلية	قادرة على الحماية من أمراض بعينها منقولة جنسياً، ومن مقدمات سرطان عنق الرحم، ومن سرطان عنق الرحم
العازل الأنثوي	قبل الجماع	16	17	بعض المستخدمات أفدن بحدوث تهيج، مع إمكانية حدوث جروح مهبلية	قادرة على الحماية من أمراض بعينها منقولة جنسياً، ومن مقدمات سرطان عنق الرحم، ومن سرطان عنق الرحم
الواقي الذكري	استخدام واحد	2	13	إمكانية حدوث تحسس شديدة للندرة لمادة اللاتكس	حماية مزدوجة من الحمل ومن الأمراض المنقولة جنسياً (ومنهما فيروس نقص العوز المناعي البشري)
الواقي الأنثوي	استخدام واحد	5	21	لا يوجد	حماية مزدوجة من الحمل ومن الأمراض المنقولة جنسياً (ومنهما فيروس نقص العوز المناعي البشري)
مبيد النطاف	قبل الجماع	16	21	بعض المستخدمات أفدن بحدوث تهيج، مع إمكانية حدوث جروح مهبلية	تساعد في الحماية من مخاطر الحمل
طرق الخصوبة القائمة على الوعي					
طريقة التوقيت بالتاريخ (طريقة الأيام المعيارية)	شهرياً؛ اجتناب الجماع في أيام الخصوبة - أو استعمال طريقة عازلة في تلك الأيام	5	12	لا يوجد	تساعد على اتقاء حدوث الحمل
الطرق القائمة على الأعراض (طريقة اليومين، طريقة الإباضة، طريقة الأعراض الحرارية)	شهرياً؛ اجتناب الجماع في أيام الخصوبة - أو استعمال طريقة عازلة في تلك الأيام	>4-1	2-23	لا يوجد	تساعد على اتقاء حدوث الحمل
طريقة انقطاع الطمث بالرضاعة	حتى 6 أشهر بعد الولادة في أثناء انقطاع الطمث وفي فترة الإرضاع إرضاعاً كاملاً	0.9 (في 6 أشهر)	2 (في 6 أشهر)	لا يوجد	تشجع أنماط الرضاعة الطبيعية، وهي صحية للأم والوليد
العزل					
العزل (أي سحب القضيب من المهبل قبيل القذف)	في أثناء الجماع	4	20	لا يوجد	
الوسائل العاجلة لمنع الحمل					
عاقم رحمي نحاسي	يُدخل في غضون 5 أيام من الجنس غير الآمن	لا تتوفر بيانات	لا تتوفر بيانات	تغيرات في خروج الدم، إلى جانب تقلصات في أثناء خروج الدم شهرياً وخصوصاً في أول 3-6 أشهر	قادرة على الحماية من سرطان بطانة الرحم
الوسائل العاجلة لمنع الحمل	حتى 5 أيام بعد ممارسة الجنس غير الآمن	>2-1	لا ينطبق	تغيرات في خروج الدم، الغثيان، ألم البطن، تعب، حالات صداع، طراوة الثديين، الدوار، القيء	تساعد في الحماية من حدوث الحمل، ولا تُعطل الحمل القائم بالفعل
الطرق الدائمة لمنع الحمل					
تعقيم الأنثى (ربط البوق)	دائمة - فعالة من لحظة الاستعمال	0.5	0.5	قد تحدث مضاعفات غير شائعة أو شديدة الندرة	قادرة على الحماية من مرض التهاب الحوض، وقد تحمي من سرطان المبيض
تعقيم الذكر (استئصال الأسهر)	دائمة - لكن ينبغي استعمال طريقة أخرى لأول ثلاثة أشهر	0.1	0.15	قد تحدث مضاعفات غير شائعة إلى نادرة	يمكنها حماية الشريكة من احتمالية الحمل

DMPA: ديبو أسيتات الميڤروكسي بروجسترون • **DMPA-SC**: أسيتات الميڤروكسي بروجسترون تحت الجلد
NET-EN: نورثيسترون أوبنانتيت • **STIs**: الأمراض المنقولة جنسياً

شهادات

تلقي استبيان غير رسمي نحو 60 رداً من 30 بلداً تقريباً في نهاية عام 2021. وقد استُخلصت الردود وخضعت للتحليل لأغراض التوضيح.

أين تلقيت التوعية بشأن الإنجاب ووسائل منع الحمل؟

الرد	المُجيب
كلية الطب.	الهند، ذكر، 59
درست في كلية الطب.	البرازيل، أنثى، 46
منظمة ذات قيادة شبابية.	جمهورية تنزانيا المتحدة، ذكر، 53
تعلمت عن الإنجاب في أثناء دراستي الجامعية.	نيجيريا، أنثى، 37
مقدم رعاية صحية.	مالي، ذكر، 43
من مشروع في مجتمعي المحلي.	بوركينافاسو، أنثى، 23
الفضل لأمي، ثم عن طريق وسائل الإعلام.	الجزائر، أنثى، 44
من المؤسسة التي أعمل لديها.	المغرب، أنثى، 24
من تدريب رسمي ومن وسائل التواصل الاجتماعي.	الأردن، أنثى، 40
بعد ولادة طفلي الأول، من طبيبة أمراض نسائية.	أوكرانيا، أنثى، 39
المدرسة والكلية والتلفاز والإنترنت.	نيبال، أنثى، 23

هل من صعوبة تعترض تلقي معلومات دقيقة عن الصحة الجنسية؟

الرد	المُجيب
يناضل المراهقون والشباب كثيراً. لأنهم يحصلون على معلومات غير دقيقة وأخرى باعثة على الخوف.	جمهورية تنزانيا المتحدة، ذكر، 53
استقلتُ صديقتي في المدرسة الثانوية حافلة لمسافة 30 ميلاً لتصل إلى مكتبة لديها كتاب عن الصحة الجنسية.	الولايات المتحدة الأمريكية، أنثى، 70
تعتقد كثيرات بما ترويه الزوجات المُسنات.	الأردن، أنثى، 44
كل شابة أعرفها تقريباً تواجه صعوبات، وكذلك غير المتزوجين من كل الأعمار.	السودان، أنثى، 31
معظم هذه المعلومات غير متاح إلا في المناطق الحضرية.	أوغندا، ذكر، 35
الناس لا يتحدثون عن الجنس علناً.	طاجيكستان، أنثى، 30
قابلتُ سيدة لديها ستة أطفال. لم تكن ترغب في أي حمل آخر، لكنها لم تعرف ما تصنع.	جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية، أنثى، 58
يتلقى الناس من حولي معلومات مغلوطة حافلة بالقوالب النمطية. والمسؤولون عن توعيتهم لم ينالوا التدريب الكافي.	بنين، ذكر، 24
نعم. لم يتحدث والداي في هذه الأمور.	بيرو، أنثى، 53
نعم. لم تكن هناك معلومات كثيرة حول هذا الموضوع. فهو موضوع موسوم بالعار.	أوكرانيا، أنثى، 39

هل سبق أن سمعت خرافات عن وسائل منع الحمل؟

الرّد	المُجيب
قيل لي إنّ حبوب منع الحمل تسبب العقم.	الولايات المتحدة الأمريكية، أنثى، 39
يعتقد البعض اعتقاداً خطأ أنّ التبول بعد الجنس يمكنه منع الحمل.	الهند، ذكر، 59
حتى الأطباء يعتقدون أن أشياء مثل العواقم الرحمية لا يمكن استخدامها من قبل النساء اللاتي لم يسبق لهن الإنجاب.	البرازيل، أنثى، 46
سمعت أن وسائل منع الحمل تسبب السمنة.	غانا، أنثى، العُمُر غير مذكور
سمعت أن وسائل منع الحمل غير مجدية، وأنها تنتقل في كل أنحاء الجسم، إلخ.	نيجيريا، أنثى، 37
قال صيدلي لصديقتي إنها لا تستطيع استخدام وسائل منع الحمل الطارئة لأنها كانت تُرضع رضاعة طبيعية. لذلك أنجبت وليدها الرابع.	إسبانيا، أنثى، 40
يعتقد أناس أنها تسبب العقم والسرطان، وأنها فكرة جاءت من الخارج.	السودان، أنثى، 31
لا. أنا غير متزوجة ولا أبحث عن معلومات في هذا الجانب. من العيب بالنسبة إليّ مناقشة هذه الأمور.	المغرب، أنثى، 24
قيل لنا إن منع الحمل يسبب العقم.	بوركينا فاسو، أنثى، 43
نعم. ينبغي عدم استخدام الواقيات الذكرية إلا في الجنس خارج إطار الزواج، والحبوب تسبب العقم، والعواقم الرحمية تسبب النزف، إلخ.	الجزائر، أنثى، 44
هناك كثير من المعلومات المغلوطة التي ينقلها الأطباء إلى النساء.	البرازيل، ذكر، 75
قالت لي خالتي إن الحديث عن وسائل منع الحمل إنما هو دعوة لممارسة الجنس.	المكسيك، أنثى، 35
الاستخدام المفرط لوسائل منع الحمل الطارئة قد يسبب العقم.	نيبال، أنثى، 23

هل سبق لك أو لأصدقائك استخدام وسيلة لمنع الحمل ولم تكن حديثة؟

الرّد	المُجيب
لا. لكن كثيراً من الناس يستعينون بطريقة العزل.	البرازيل، أنثى، 46
قالت امرأة إنها اغتسلت بعد ممارسة الجنس.	أوغندا، أنثى، 46 عاماً
نعم. نوع معين من ثمار البطيخ.	نيجيريا، أنثى، 60
لا. لكنني سمعت عن طرق تقليدية موروثية مثل الأعشاب.	نيجيريا، أنثى، 37
الطريقة الطبيعية.	بوركينا فاسو، أنثى، 50

هل من صعوبة في تحصيل وسائل تنظيم الأسرة؟

الرد	المُجيب
كان لدي خطة تأمين صحي يَسَّرت لي الوصول إلى وسائل منع الحمل الفموية.	الولايات المتحدة الأمريكية، أنثى، 39
النساء في العشوائيات واجهن صعوبة في أثناء الإغلاقات العامة بسبب كوفيد-19. وأدى ذلك إلى كثير من حالات الحمل غير المقصود وكثير من حالات الإجهاض.	الهند، ذكر، 59
نعم. بصفتي طبيبة أعرف أنه من الصعب الحصول على غرس موانع الحمل بالحقن ولوازم تنفيذ العواقم الرحمية.	البرازيل، أنثى، 46
نعم. بالنسبة إلى الشباب في الغالب. فهم يتعرّضون للإهانة والشتم.	نيجيريا، أنثى، 60
نعم. هناك خوف وانعدام للخصوصية.	ترينيداد وتوباغو، أنثى، 65
هناك حالات معتادة من نفاذ المخزون.	أوغندا، ذكر، 35
تشعر الفتيات غير المتزوجات بالخوف... بسبب انعدام الخصوصية. فقد لا يصون الأطباء السر.	طاجيكستان، أنثى، 30
مطلقاً.	بنين، أنثى، 27
لا.	الأردن، ذكر، 42
لا يسمح للقاصرات بالذهاب إلى عيادة الطبيب من دون مرافقة شخص بالغ.	بنما، أنثى، 56
نعم! عندما كنت في الـ 21 من العمر، وبَحَني الطبيب... فتركته وذهبت إلى طبيب آخر وضع العاقد الرحمي لي بطريقةٍ سيئةٍ للغاية.	المكسيك، أنثى، 38
نعم. الخزي.	بيرو، ذكر، 26

هل سبق لك قط ممارسة ضغوط على الشريك لمنعه/منعها من استخدام وسائل منع الحمل؟

الرد	المُجيب
لا!	الولايات المتحدة الأمريكية، أنثى، 39
لا. لم يسبق لي أن مارستُ ضغوطاً على شريكتي.	بنين، ذكر، 24
لا.	الهند، ذكر، 59
نعم. أريد إنجاب أولاد، لكن زوجي لا يريد.	السودان، أنثى، 37
لا.	جمهورية تنزانيا المتحدة، ذكر، 53
لا.	البرازيل، أنثى، 46
كنت أنا من يضغط من أجل استعمال وسائل منع الحمل.	نيكاراغوا، أنثى، 50
لا.	ترينيداد وتوباغو، أنثى، 65
لا.	طاجيكستان، أنثى، 30
نعم.	الهند، أنثى، 35
لا. الموافقة هي من الطرفين دائماً.	بيرو، ذكر، 26
لا.	أوكرانيا، أنثى، 39

هل سبق لك التعرُّض لآثار جانبية غير مرغوب فيها بسبب استخدام إحدى وسائل منع الحمل؟

الرّد	المُجيب
زيادة الوزن، وحب الشباب، والغثيان، وتقلب المزاج، والصداع، والإسهال، وتقلصات المعدة.	الولايات المتحدة الأمريكية، أنثى، 39
كانت لدي ضبابية الرؤية وتقلب المزاج. لم يخبرني أحد عن الآثار الجانبية مسبقاً.	الأردن، أنثى، 44
نعم. النزف الشديد وآلام البطن في الأشهر القليلة الأولى.	نيجيريا، أنثى، 37
لا.	الهند، أنثى، 62
نعم. تقلبات مزاجية.	السودان، أنثى، 31
لا ينطبق.	أوغندا، ذكر، 35
عانت زوجتي من تقلصات جراء استخدام عاقم رحمي.	البرازيل، ذكر، 75
نعم. بسبب وسيلة مغروسة. الإجهاد وتراجع الرغبة الجنسية.	المكسيك، أنثى، 38
لا.	بنما، أنثى، 56
زيادة الوزن.	أوكرانيا، أنثى، 39
لا.	الأردن، ذكر، 42

هل سبق لك الجماع بدون وسيلة لمنع الحمل حتى مع انتفاء النية للإنجاب؟

الرّد	المُجيب
نعم. لكن شريكي وأنا لجأنا إلى طريقة العزل.	الأردن، أنثى، 29
نعم.	الهند، أنثى، 62
نعم. لا أحب الواقيات الذكرية، خصوصاً عندما يكون نوعها أو علامتها مجهولة بالنسبة إليّ، لذا انخرطت في الجنس غير الآمن.	البلد غير مُدرّج، أنثى، 24
نعم.	تنزانيا، ذكر، 53
نعم. بسبب عدم توفر وسائل تنظيم الأسرة، علاوة على ضغوط شريكي في بعض الأحيان.	السودان، أنثى، 31
نادراً.	الولايات المتحدة الأمريكية، أنثى، 30
نعم. نظراً لعدم توافر وسائل تنظيم الأسرة.	ترينيداد وتوباغو، أنثى، 65
نعم.	طاجيكستان، أنثى، 30
لا. فأنا معتادة على استخدام واقٍ ذكري إلى جانب وسيلة أخرى، حتى في حالة الزواج.	البرازيل، أنثى، 65

هل مجتمعك المحلي هو من يتخذ قرارات منع الحمل؟ هل للرجال وللنساء الصلاحية نفسها لاتخاذ القرار؟

المُجيب	الرّد
الولايات المتحدة الأمريكية، أنثى، 39	عادةً ما يُنظر إلى المرأة بوصفها المسؤولة عن أخذ وسائل تنظيم الأسرة الفموية أو الطويلة الأمد. ولكن حين يتعلق الأمر بالواقيات الذكرية فالغالب أنها مسؤولة الرجل.
لاوس، أنثى، 50	للرجال وللنساء الصلاحية نفسها، لكن الأسر والمجتمعات المحلية لها رأي أيضاً.
الهند، ذكر، 59	للرجال صلاحية أقوى في اتخاذ القرار. قد تُضطر النساء إلى التصرف سرّاً/خفيةً لتلقي خدمات منع الحمل.
البرازيل، أنثى، 46	لا يفضل الرجال عموماً استخدام الواقيات الذكرية، وكثير منهم يثبط النساء عن استعمال وسائل منع الحمل.
تنزانيا، ذكر، 53	للرجال صلاحية أكبر.
نيجيريا، أنثى، 60	لم يكن مسموحاً للنساء أن يقررن.
نيجيريا، أنثى، 37	يمكن للرجال الوصول إلى الواقيات الذكرية بسهولة، أما النساء فيقابلن بنظرات اتهامية عند شرائها. وعند تلقي وسيلة لتنظيم الأسرة في عيادة، لا تزال معظم الإناث في حاجة إلى موافقة من شركائهن. ولأن معظم النساء يحصلن على المال من شركائهن، فإنهم يؤثرون في قرارات النساء.
الأردن، أنثى، 44	إنها علاقة ذكورية تسلطية. للرجال السطوة في صنع القرار.
جمهورية تنزانيا المتحدة، أنثى، 51	لا يريد معظم الرجال من زوجاتهم استعمال موانع الحمل. والأمر نفسه يسري على الأسر والمجتمعات المحلية.
السودان، أنثى، 31	للرجال الصلاحية النهائية في صنع القرار. ويشيع بين مقدمي الخدمة طلب موافقة الزوج.
أوغندا، ذكر، 35	في معظم الحالات، تُحدّد خيارات منع الحمل حسب التوافر، بدلاً من الاختيار.
الأردن، أنثى، 29	زوجي وحماتي يتدخلان كثيراً في خياراتي.
بنين، ذكر، 24	حتى عندما تذهب النساء إلى المستشفى من أجل منع الحمل، فلا بد من أن يكنّ بصحبة الزوج.
المغرب، أنثى، 24	يعتقد كثير الرجال أن منع الحمل ممنوع.
نيكاراغوا، أنثى، 50	لا تلجأ النساء في منطقتي إلى خدمات تنظيم الأسرة... والرجال لا يحاولون حتى محاولة اللجوء إليها. تعرّضت لضغوط كي أحمل منذ 30 عاماً من والد أبنائي.
بيرو، أنثى، 20	بعض العلاقات تشهد إجبار الرجل للمرأة على عدم استعمال وسائل منع الحمل بزعم التسبب لهما في عدم الراحة أو أنها تخل باللذة. وتتنازل النساء بدافع الخوف أو الخضوع. بيرو، أنثى، 20
المكسيك، أنثى، 38	هناك ضغط لإنجاب أطفال حتى لو لم تكن هذه هي رغبتني. يُنظر إليّ كامرأة غير عاقلة لعدم رغبتني في الإنجاب.

هل سبق لك أو لإحدى معارفك الحمل حملاً غير مقصود؟
ولو حدث ذلك لك الآن، فكيف ستتصرفين؟

الرد	المُجيب
أنا حامل حالياً حملاً غير مقصود. كنت على الدوام أستخدم واقياً ذكرياً كما ينبغي مع شريكي الذي رافقته لوقت طويل، لكنه انزلق. لم نخطط للإنجاب، لكنني قررت الإبقاء على الجنين. لسوء الحظ، تسبب هذا الأمر في إنهاء علاقتنا وسأكون أمماً عزباء.	الولايات المتحدة الأمريكية، أنثى، 39
نعم. أختي. كانت في الـ 19 من عمرها.	البرازيل، أنثى، 46
ليس أن أحدهم أخبرني... ولكن كنت لأخضع في تلك الحال لإجهاض طبي في أسرع وقت.	الولايات المتحدة الأمريكية، أنثى، 30
كنت في الثامنة عشر من العمر حين حدث لي ذلك. وكانت صديقتي في الخامسة والثلاثين من عمرها عندما حدث لها ذلك.	نيجيريا، أنثى، 37
نعم. خضعت صديقة لي للإجهاض الجراحي في سن 23. لو كنتُ في محلها لبحثتُ عن الإجهاض الآمن حتى لو اضطررتُ ذلك إلى السفر.	البلد غير مُدرج، أنثى، 24
لا. بالنسبة إليّ، كنت لأخطط للعناية بالطفل.	جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية. أنثى، 58
نعم. عندما كنت في العشرينات ثم في الثلاثينات من العمر، كانت جميع حالات حملي غير مخطط لها.	أوكرانيا، أنثى، 39
استعملت صديقة مقربة إليّ الميزوبروستول لإنهاء حملها. لكنّ الإجهاض محظور في تنزانيا إلا للحفاظ على حياة الأم، لذا لو حصل شيء كهذا لنصححتها بالتأقلم مع الوضع واجتناب الإجهاض غير الآمن.	جمهورية تنزانيا المتحدة، ذكر، 53
نعم. كانت إحدى القريبات صغيرة عند زواجها، ومورست عليها الضغوط كي تحمل في سنتها الأولى من الزواج.	الأردن، أنثى، 44
نعم. كانت في سن 16 ووضعت طفلاً ميتاً بسبب ضعف الرعاية.	أوغندا، ذكر، 35



كشف التحديات الماثلة أمام الاختيار

إنّ الطريقة الأوضح لمنع الحمل غير المقصود - عدا عن الامتناع عن ممارسة العلاقة الحميمة، لأنه كما سلف بيانه (انظر الصفحة 42)، ليس بوسيلة "إخفاق آمن" - هو استعمال وسائل تنظيم الأسرة، وقد طوّرت مجموعة كبيرة متنوعة من وسائل منع الحمل الآمنة الفعالة. وفي حين أنّ كل أنواع وسائل منع الحمل تحمل درجةً من درجات الإخفاق، إلا أن مجموع معدلات الإخفاق تعد صغيرة نسبياً بين أسباب الحمل غير المقصود. كما تلعب الصعوبات التي تواجه الاستعمال المتسق والصحيح دوراً هاماً. غير أن المسألة الأكبر بلا منازع هي الاحتياجات غير الملباة من وسائل تنظيم الأسرة.



فالثابت عالمياً أن نحو 257 مليون امرأة من الرغبات في اجتناب الحمل لا يستعملن وسائل أمنة حديثة لمنع الحمل، ومنهن 172 مليون امرأة لا يستعملن أية وسائل مطلقاً (إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية لدى الأمم المتحدة، 2021). لذا يحمل المؤشر رقم 3.7.1 من أهداف التنمية المستدامة نداءً صريحاً بتلبية هذه الاحتياجات، وهذا إقرار بأهميتها في التنمية العالمية.

من ردات الفعل التهوينية -الشائعة للغاية- أن الحمل هو تبعة واضحة للعلاقة الحميمة غير الآمنة، وأن السياسة العامة كفيلة بتقديم علاجات قليلة للأزواج أو الأفراد الذين يغيب عنهم هذا التقدير. بيد أن أحدث بيانات التنمية المستدامة تُظهر أنه في 64 بلداً يتعذر على 8 في المائة من النساء اتخاذ اختيارهن الخاص بشأن منع الحمل، فيما يتعذر على 24 في المائة منهن اتخاذ القرار بشأن الرعاية الصحية - وكلتا الحالتين تشكلان انتهاكات حقوقية تقتضي من الدول المعنية تداركها وتغيير الأعراف المرسخة لها. كما تواجه ملايين النساء الأخريات ظروفاً لها تأثير أقل وضوحاً -لا واقعية- في استعمال وسائل منع الحمل وعدم استعمالها وسوء استعمالها. وبالسبب المدقق في تلك العوامل تتجلى الاستجابات التي بمقدور صناعات السياسات أن يتعهدوها دعماً لحق المبادرة الإنجابية عند المعنيات وحماية لذلك الحق.

برامج تنظيم الأسرة مُجدية

من المهم في البداية التأكيد على أن برامج تنظيم الأسرة قد تمكنت من صنع فارق ضخم على مستوى العالم. فاستعمال وسائل تنظيم الأسرة يتزايد في كل مناطق العالم، ويواكبه تراجع في الاحتياجات غير الملباة منها. ففي عام 2022، اعتُبر أن 1.1 مليار امرأة من بين 1.9 مليار امرأة في سن الإنجاب (أي في الفئة العمرية 15 إلى 49) يحتجن إلى وسائل منع الحمل، وهو ما يعني أنهن لديهن رغبة في

تحديد الإنجاب أو تأجيله، ومنهن 858 مليون امرأة يستعملن وسائل حديثة لتنظيم الأسرة، فيما كانت 85 مليون امرأة منهن يستعملن وسيلة تقليدية (الأمم المتحدة، 2022).

وقد لمس الباحثون تغيرات في الأسباب التي تسوقها النساء لعدم استعمال وسائل منع الحمل، حتى وهن راغبات في اجتناب الحمل (سيدغ وآخرون، 2016). كان عدم الدراية بوسائل منع الحمل من أكثر الأسباب شيوعاً لعدم الاستعمال في ثمانينيات القرن الماضي؛ واليوم هو أقل الأسباب ذكراً على أسن النساء، فكثيرات منهن يتعلنن بالآثار الجانبية ويتباعد مرات الجماع بوصفهما أهم أسباب عدم الاستعمال. وقد تحسنت سبل إتاحة وسائل تنظيم الأسرة بمرور الوقت، وباتت أقل ذكراً ضمن أسباب عدم الاستعمال. وتوضح تلك الدراسات أن التقدم ممكن، وأنه تحقّق بفضل برامج تنظيم الأسرة الفعالة - وتشير الدراسات كذلك إلى فجوات يجب سدّها. على سبيل المثال ما زال الافتقار إلى السبل المُتاحة وقلة المعرفة قائمين في أماكن كثيرة، لا سيما في المناطق الريفية (مورييرا وآخرون، 2019).

ولسدّ تلك الفجوات، لا بد من تدقيق النظر في معدلات عدم الاستعمال وأسبابه. ويجب أن تكون البداية بسؤال النساء عما يُردن. فعندئذٍ فقط سيتسنى النظر في مدى قدرتها على التصرف وفق تلك الرغبة وتحقيقها أم لا، وفي مدى تأثير تلك القدرة بالبرامج والسياسات والأعراف. ينظر هذا الفصل في ثلاثة أسئلة عامة ينبغي للباحثين وصناع السياسات طرحها عند مقارنة الاحتياجات غير الملباة من وسائل منع الحمل. فعند النظر في وضع امرأة راغبة في تأجيل الحمل أو منعه، ينبغي طرح ما يلي: (أ) هل ترغب في استعمال وسيلة حديثة لمنع الحمل؛ (ب) هل بمقدورها الحصول على وسيلة من اختيارها، خصوصاً إذا قررت تغيير الوسيلة أو تغيير اختياراتها؛ (ج) ما مدى تأثير البيئة في تيسير أو تعطيل استعمال المرأة وسائل منع الحمل؟

ماذا عن احتياجات الرجال؟

تجدر الإشارة إلى أن الرجال قد تكون لديهم احتياجات غير ملبية من وسائل منع الحمل؛ وهذه حقيقة واقعة. ومما يؤسف له أن هذه الحقيقة غير مرصودة بالقدر المناسب في المقاييس المتبعة حالياً. فالاحتياجات غير الملبية - كما هو مثبت في معظم مقاييس الصحة الإنجابية - تُعرّف تعريفاً نمطياً بما يحيط بسلوكيات النساء. وتعد النساء مستخدمات رئيسيات لوسائل منع الحمل، وتميل البيانات المتاحة إلى التركيز على المرأة. ومع ذلك، فإن الاهتمام إلى صورة كاملة يقتضي النظر في احتياجات الرجال ومعارفهم، مع التحقق من عدم المساس بحقوق المرأة الإنجابية. وفي الواقع فإن اتباع نهج أكثر شمولاً لتلبية احتياجات منع الحمل من شأنه أن يُعزز حقوق المرأة ورفاهها عبر إيجاد بيئة أكثر دعماً لكل الناس كي يتسنى للجميع التعبير عن تفضيلاتهم في موضوع الخصوبة وتحقيقها. (انظر الحكاية المختارة عن وسائل منع الحمل للذكور في الصفحة 70؛ انظر توافق الأزواج في المربع النصي في الفصل الثاني)

يضاف لما سلف أن معظم طرق منع الحمل تركز على البيولوجيا الأنثوية: الوسائل العازلة - مثل العوازل الأنثوية وأغطية عنق الرحم والإسفنجة والواقيات الأنثوية والطرق الهرمونية (مثل الحقن) وبعض العواقم الرحمية والموانع الفموية والموانع العاجلة للحمل. وغالباً ما يُعطل لذلك بنصيب المرأة اللاتناسب من العبء البدني للحمل، ومع ذلك فإن هذه الحقيقة تطرح أسئلة عن حقوق الإنسان والقضية الأخلاقية المتمثلة في المساواة بين الجنسين. هل من السانغ للنساء أن يتحملن عبئاً غير متناسبي من المسؤولية عن منع الحمل؟ لماذا يُحرّم الرجال من اختيار وسيلة منع الحمل، بالقياس النسبي إلى النساء؟ هل على الحكومات من واجب لدعم تطوير وسائل لمنع الحمل يأخذ بها الرجال بما يتيح المساواة في الفرص والمسؤوليات بالنسبة إلى الأفراد والأزواج في سبيل تحقيق مقاصدهم من الحمل؟ تركت المجتمعات الإجابة عن ذلك للأسواق في الغالب الأعم (كستانينيو وآخرون، 2007). إن التزام الدول بالتصدي للقوالب النمطية المتعلقة بالنوع الاجتماعي (الجمعية العامة للأمم المتحدة، 1979) يفيد بضرورة بذل مزيد من العمل من جانب الحكومات - قبالية التسويق وحدها قاصرة عن ذلك.

يركّز هذا الفصل على النساء في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل حيث تبلغ الاحتياجات غير الملبية أعلى مستوياتها - إلا أن كثيراً من المشاكل المطروحة مرتبطة وشائعة أيضاً في بلدان من مختلف مستويات الدخل وفي كل مناطق العالم.

هل تريد النساء استخدام وسائل منع الحمل الحديثة؟ طلب متعاضم

لكل فرد الحق في اتخاذ قرار اختياري مستنير بشأن استخدام وسائل منع الحمل، من عدمه. وهذا مرتبط - بطبيعة الحال - برغبتها أو رغبتها في اجتناب الحمل؛ وهي رغبة ليست دائمة أو واضحة بالضرورة. بل هي رغبة ستتغير بمرور الوقت على الأرجح في خلال مختلف مراحل عمر الإنسان، مع الاهتمام في ذلك بالأعراف الاجتماعية وبرأي الأسرة والشريك أو الشركاء، فضلاً عن تجربة الفرد نفسه وطبيعة جسمه.

مخاوف بشأن السلامة والآثار الجانبية

توضح الدراسات بنتائجها المتسقة أن عدم استخدام وسائل منع الحمل أو الانقطاع عنها غالباً ما يكون نتيجة للخوف من الآثار الجانبية أو المشاكل الصحية؛ أو للتعرض فعلياً لأي من ذلك. وتؤكد تحليلات بيانات الدراسات الاستقصائية الصحية والسكانية أن 38 في المائة من النساء ذوات الاحتياجات غير الملبية من وسائل منع الحمل الحديثة قد سبق لهن استخدام وسيلة حديثة لمنع الحمل لكنهن اخترن الانقطاع عنها لسبب ما بخلاف الرغبة في الحمل (كاسيل وأسكيو، 2015). وفي المتوسط، يتوقف الثلث تقريباً من النساء اللاتي يبدأن في استخدام وسيلة لمنع الحمل عن استخدامها في خلال السنة الأولى، ويتوقف أكثر من نصفهن عنها قبل انقضاء عامين.

وسيلة منع الحمل التالية للذكور: ما الذي يستغرق كل هذا الوقت؟

كثيراً ما تسند التوجهات الثقافية مسؤولية الحمل إلى النساء. وهذا من شأنه عرقلة مسار التقدم. لذا يقول لوغن: "غالباً ما يُعد الرجال عنصراً ثانوياً في المعادلة لوجود رأي شائع مفاده أن لديهم كل ما يحتاجون إليه من حقوق. لذلك أظن أن [تطوير وسائل منع الحمل] تركز على توفير حقوق للنساء والفتيات بدلاً من إدخال الرجال في المعادلة على نحوٍ بناءٍ ومفيد."

تُظهر البحوث أن الرجال في بلدان كثيرة لديهم اهتمام بالوسائل الهرمونية لمنع الحمل. وقد أجريت دراسة استقصائية عام 2002 على 9 آلاف رجل في تسعة بلدان، فقال أكثر من 55 في المائة من المجيبين إنهم مستعدون لاستخدام منتج جديد (هاينمان وآخرون، 2005). وفي الولايات المتحدة، كشفت دراسة أجريت عام 2019 على 1500 رجل أن 60 في المائة ممن أرادوا منع حدوث حملٍ رغبوا في تجربة وسيلة جديدة لمنع الحمل للذكور (فريدمان وآخرون، 2019). غير أن صناعة الدواء العالمية لم تتقدم في هذا المجال. تقول ريببكا كالاهاان، التي تعمل في تطوير المنتجات لدى منظمة FHI 360 الأمريكية غير الربحية المتخصصة في مجالات الصحة والرفاه: "الحقيقة أنهم يفتقرون إلى الدافع، لأن المنتجات التي لديهم [للمرأة] فعالة ومأمونة."

(منظمة الصحة العالمية، 2018)، لكن نسبة الأزواج ممن يعتمدون عليه في الحماية هي دون 3 في المائة (بايل وبارون، 2009).

تكثر الاحتمالات الواعدة باستحداث وسائل جديدة لمنع الحمل للذكور. ومنها الحبوب والكريمات الموضعية ولاصقات الإبر المجهريّة، ووسائل الحقن القابلة للتحلل الحيوي، بالإضافة إلى جهاز له تأثير استئصال الأسهر غير أنه مصمم بحيث تتسنى الرجعة فيه.

وهناك أكثر من 40 وسيلة مدرجة في قاعدة بيانات وسائل منع الحمل، وهي إما قيد التجربة أو قيد الصنع (كالبيوبي، بدون تاريخ). لذلك، لم لا توجد خيارات أفضل حتى الآن من وسائل منع الحمل للذكور؟ يقول لوغن: "أظن أن إسناد المجتمع مسألة الإنجاب إلى المرأة كان لها جانب مهم في هذا الواقع – بمعنى أن النساء هنّ من يتحملن عبء الحمل."

صندوق الأمم المتحدة للسكان - "ينبغي أن يكون الجانب الأصعب في الإنجاب هو اتخاذ القرار بشأن الإنجاب من عدمه وبشأن توقيت الإنجاب" كما يقول لوغن نيكلز، الباحث لدى مبادرة وسائل منع الحمل للذكور ("المبادرة") في الولايات المتحدة. وبمجرد اتخاذ هذا القرار، ينبغي أن تكون الأدوات متاحة للجميع حرصاً على التمكن من تنفيذ خطة الحياة بسهولة وفعاليةً."

تشكّل وسيلتان مرتبطتان بالذكور - أي: الواقيات الذكرية والعزل - نحو 26 في المائة حالياً من مجموع استخدامات وسائل منع الحمل على مستوى العالم. غير أن الواقيات الذكرية - باستخدامها الشائع - محفوفة بمعدل إخفاق يناهز 13 في المائة، أما العزل فهو من أقل وسائل منع الحمل فاعليةً (منظمة الصحة العالمية، 2018). ومن ناحية أخرى، يُعدّ استئصال الأسهر من أقوى الوسائل فاعليةً

استئصال الأسهر

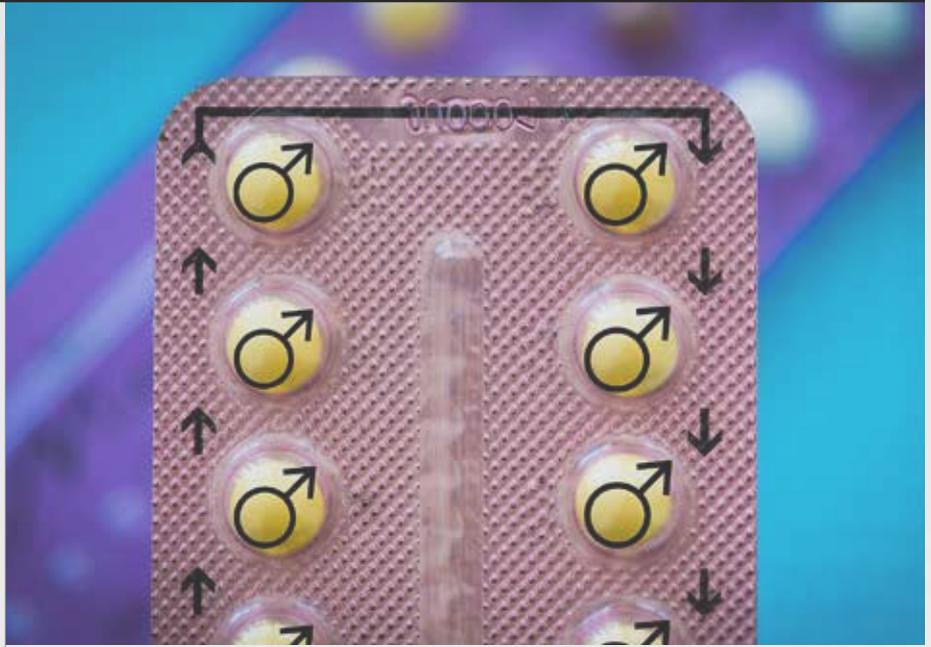
يُذكر أنه من بين أكثر الوسائل فاعلية ولكن أقل من
3 في المائة من الأزواج يعتمدون عليه للحماية

الواقيات الذكورية والعزل

تشكّل 26 في المائة من استخدام وسائل منع الحمل عالمياً
« يبلغ معدل إخفاق الواقيات الذكورية نحو 13 في المائة
« العزل هو أحد الأشكال الأقل فاعليةً من وسائل منع الحمل

أكثر من 55 في المائة من المُجيبين ذكروا أنهم قد يرغبون في استخدام مُنتج جديد

وتقول عن ذلك: "كشفت مشروعنا أن الرجال يقبلون هذه الوسيلة على الفور." فمن أكثر من ألفي حالة لاستئصال الأسهر أجريت على مدار ثلاث سنوات في أربع مستشفيات تركية أبدى أكثر من 60 في المائة من طالبي الخدمة المحتملين قبولهم بالإجراء بعد جلسة استشارية واحدة. ولكن بدون الدعم الطويل الأمد من الجهة المانحة، كما تقول الدكتورة، لم تنطلق الاستعانة بهذه الوسيلة قط. وظل اللجوء إلى استئصال الأسهر نادراً في البلد (إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية بالأمم المتحدة، 2021).



تُظهر البحوث أن الرجال في بلدان كثيرة لديهم اهتمام في وسائل منع الحمل الذكورية. Getty Images/Canopy

مع ذلك فإن أي تحسّن في أنواع منع الحمل للذكور لن يكون كافياً في حد ذاته. فامتلاك الجميع القدرة على تنفيذ اختيارات إنجابية مسؤولة إنما يقتضي أيضاً امتلاك معلومات دقيقة عن مزايا وسائل منع الحمل ومساوئها؛ والقدرة على ترجمة رغباتهم المتعلقة بالإنجاب، والانطلاق من احترام صحي لاحتياجات الشريك وأرائه.

هناك دلالات على التقدم في هذا المجال أيضاً. فهذه مارثا برادي، خبيرة صحة عالمية في مجال تطوير وسائل منع الحمل، تقول إنها رأت تحولات في الاتجاهات مفادها أن "نظرتهم [أي الشباب] إلى العالم أخذت في التغيير بشدة. فالأعراف تغيرت لدى الجميع من الولايات المتحدة إلى أفريقيا... أظن أنه سيكون هناك بالتأكيد شبابٌ راغبون في تجربة أشياء ما كان ليوافق على تجربتها من هم في سن الخمسين في زمنٍ آخر."

عموماً (بيهر وآخرون، 2016). وظهر حب الشباب في بعض الحالات، فضلاً عن زيادة الوزن والتقلبات المزاجية – وهي مشاكل غالباً ما تتعرض لها النساء عند منع الحمل بالوسائل الهرمونية. ولكن عندما ظهر اكتئاب شديد على أحد الرجال وحاول أخز الانتحار، تقرر وقف الدراسة، مع أنّ الاكتئاب من المخاطر المعروفة بين مستخدمات وسائل المنع الهرمونية (سكوفلوند وآخرون، 2016).

تتجاوز التحديات البحوث الصيدلانية. فوسائل منع الحمل الجديدة تتطلب تمويلاً وتجارب ميدانية مكثفة، فضلاً عن جهود قوية في التسويق والتوزيع. وبدون تقديم الدعم اللازم، قد يكون الفشل مصير الوسائل الفعالة المرغوبة. وقد رأت ذلك د. ديميت غورال في التسعينيات من القرن الماضي عندما كانت تباشر مشروعاً لاستحداث عمليات استئصال الأسهر بغير مشرط في تركيا.

أما أية وسيلة جديدة يستخدمها الذكور لمنع الحمل فيلزم أن تكون على القدر نفسه من الفاعلية التي تتمتع بها أفضل المنتجات المتاحة في الأسواق للنساء، وذلك كي تتمتع الوسيلة الجديدة بالتنافسية. وفي الوقت نفسه، فإن مستوى السلامة بالنسبة إلى وسيلة مستجدة لمنع الحمل (سواءً كانت للرجال أم للنساء) هي الجانب الأهم في أي منتج دوائي كما تقول ريببكا، "لأننا نُعطي المُنتج إلى شباب أصحاء لمنع حدوث حالة معيّنة." وتكتسي تلك المعايير أهمية أعلى بالنسبة إلى أي وسيلة جديدة مخصصة للذكور، لأنه من الطبيعي حينها بالنسبة إلى النساء أن يقسن مخاطر الآثار الجانبية لتلك الوسيلة مقابل مخاطر الحمل نفسه – علماً بأن تلك الآثار الجانبية قد تكون مميتة.

انتهت إحدى الدراسات إلى أن عمليات الحقن الهرموني الأسبوعية للرجال حققت نجاحاً قوياً في منع الحمل، مع آثار جانبية في حدها الأدنى

أسباب عدم استعمال وسائل منع الحمل

أصدر "معهد غوتماتشر" تحليلاً بعنوان "حسبة تامة"، ووجد فيه أن 77 في المائة من حالات الحمل غير المقصود في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل إنما هي لنساء لا يستخدمن وسيلة لمنع الحمل أو يستخدمن وسيلة تقليدية لذلك، على الرغم من رغبتهم في اجتناب الحمل؛ وهو ما يعني طريقة ذات فعالية أدنى مثل الامتناع المنتظم أو العزل (سولي وآخرون، 2020). كما انتهت دراسة حديثة في 36 بلداً من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل إلى أن أكثر من 65 في المائة من النساء ذوات الحمل غير المقصود كُنَّ إما لا يستعملن وسائل منع الحمل وإما يستعملن طرقاً تقليدية (بيليتزي وآخرون، 2020). وانتهى باحثون يستعينون ببيانات الدراسات الاستقصائية السكانية والصحية المستقاة من 52 بلداً بين عامي 2005 و2015 إلى أن نسبة المتزوجات ذوات الاحتياجات غير الملابة من وسائل منع الحمل (حديثة كانت أم تقليدية) تراوحت بين 8 في المائة في كولومبيا و38 في المائة في سان تومي وبرينسيبي (سيدغ وآخرون، 2016).

أما أكثر الأسباب التي تتطرق إليها النساء في تعليهن لعدم استخدام وسائل منع الحمل فكانت: القلق من حدوث آثار جانبية ومخاطر صحية من وسائل منع الحمل (26 في المائة)؛ وعدم انتظام الجماع أو انتفائه (24 في المائة)؛ ومعارضتهن أو من حولهن لاستعمال تلك الوسائل (23 في المائة)؛ أو أنهن كُنَّ يُرضعن رضاعة طبيعية و/أو لم يُستأنف لديهن الحيض بعد الإنجاب (20 في المائة). وأما بين غير المتزوجات اللاتي يمارسن العلاقة الحميمة الراغبات في اجتناب الحمل فقد تمثلت الأسباب الأكثر شيوعاً لعدم استخدام وسائل منع الحمل في عدم انتظام العلاقة الحميمة (49 في المائة)؛ وعدم الزواج (29 في المائة)، والمخاوف من الآثار الجانبية (19 في المائة) (سيدغ وآخرون، 2016).

أظهرت دراسة أجريت عام 2019 في 47 بلداً أن 40.9 في المائة (في المتوسط) من اللاتي يمارسن العلاقة الحميمة لم يستخدمن أية وسيلة لمنع الحمل؛ ويتجلى في الدراسة الماثلة أيضاً أن معظم الأسباب الشائعة لذلك تمثلت في المخاوف الصحية وعدم انتظام العلاقة الحميمة (وإن بدرجات متفاوتة من بلد لآخر، ومن مجتمع محلي لآخر، وبحسب عوامل اجتماعية اقتصادية) (مورييرا وآخرون، 2019). فمثلاً: كان تعليل عدم الاستخدام "بالمعارضة من آخرين" أقوى بين المتزوجات من غير المتزوجات؛ وكان شيع عدم الاستخدام بسبب "انعدام السبل المتاحة" أو "قلة المعرفة" أعلى بمعدل الضعفين في المناطق الريفية منه في المناطق الحضرية؛ كما غلب على الأقل تعليماً تعليلاً لعدم استخدام الوسائل بسبب "انعدام سبل الوصول إليها".



ترتبط تلك الأسباب ارتباطاً مباشراً بقضايا دقة المعلومات والقدرة على اتخاذ القرار والآثار الصحية (المؤطرة غالباً بمشاكل التوريد، والبيئة التمكينية والطلب، أو ما يسمى بـ "نموذج SEED")، وهي مجالات يكون فيها للقادة ولصناع السياسات وللنظم الصحية تأثيراً كبيراً. على سبيل المثال، عندما تذكر النساء الآثار الجانبية بوصفها مبعث قلق فقد ينم ذلك عن عوامل تختص بالتوريد (بمعنى: محدودية خيارات الوسائل، وضعف الخدمات الاستشارية بشأن الآثار الجانبية) وبالطلب (التجارب السلبية في مجال منع الحمل و/أو الخرافات والتصورات المغلوطة). من الملاحظ أن النساء ذوات الاحتياجات غير الملابة من وسائل منع الحمل نادراً ما يقن أنهن لا يعرفن بوسائل منع الحمل أو أنهن لا يستطعن الوصول إلى مصادر التوريد أو أن التكلفة باهظة للغاية – وهو ما يشير جزئياً إلى نجاح برامج تنظيم الأسرة. علماً بأن البلدان التي أورد فيها أكثر من 10 في المائة من النساء أباً من تلك الأسباب هي بلدان في غربي ووسط أفريقيا، وهي مناطق يشيع فيها استمرار النسب المنخفضة لاستخدام وسائل منع الحمل حتى وقت قريب (سيدغ وآخرون، 2016).

مزيج الوسائل –

- (1) قائمة اختيارات وسائل منع الحمل المتاحة للفرد أو للعلاء أو للسكان.
- (2) (تعريف أكاديمي) النمط أو التورّع أو النسبة المئوية لاستعمال الوسيلة ضمن فئة سكانية.



(وآخرون، 2021)
وتقليل مخاطر الإصابة
بأنواع معينة من السرطان
(هانافورد وآخرون، 2010)،
إلا أن ذلك لا يخفف من مخاوف
النساء اللاتي تعرّضن لآثار جانبية
حادة أو لا تحتمل، أو شهدن تعرّض
غيرهن لها.

في الواقع، غالباً ما يتلازم الدعم لوسائل منع الحمل الفعالة والخوف من آثارها الجانبية. وقد ركزت بحوث حديثة في غانا على النساء والفتيات في المرحلة العمرية ما بين 15 و49 عاماً، وانتهت إلى أن النساء والفتيات يفضلن الطرق الهرمونية بسبب فاعليتها في الوقاية من الحمل، كما أعربن عن مخاوفهن من الآثار الجانبية (لا سيما تغيرات خروج الدم)، وتأثر الخصوبة في المستقبل ومشاكل صحية طويلة الأمد أدت ببعض النساء إلى الانقطاع عن استخدام الوسائل الهرمونية. والتعرض لمشاكل صحية طويلة الأمد كما يستفاد من نتيجة استخدام الوسائل الهرمونية أدى إلى تجاوز نصف احتمالات الاستخدام الحالي (كيوف وآخرون، 2021).

وتفيد الدراسات بأن إخفاق وسائل منع الحمل والآثار الجانبية أو المشاكل المرتبطة بها تعد من بين أكثر أسباب الانقطاع شيوياً (برادلي وآخرون، 2009). وحدثت انقطاعات قليلة بسبب مشاكل تتعلق بالتكلفة والقدرة على الوصول إليها (برادلي وآخرون، 2009)، وإن كان ذلك غير مستغرب لأن النساء اللاتي استخدمن وسيلة لمنع الحمل نجحن في مرحلة ما من الوصول إلى وسائل منع الحمل بتكلفة ميسرة.

تختلف معدلات الانقطاع وأسبابه باختلاف الوسيلة، غير أن تلك الأسباب تكاد تكون متسقة في كل وسيلة بمرور الوقت (كاسل وأسكيو، 2015؛ برادلي وآخرون، 2009). وهدياً بنتائج دراسات استقصائية في 25 بلداً، فإن أدنى انقطاع في 12 شهراً كان عن العواقم الرحمية (13 في المائة)، وكان أعلاه عن الواقي الذكري (50 في المائة)، فيما كانت الحبوب الفموية ووسائل الحقن - وكذلك الوسائل الأدنى فاعلية المتمثلة في الامتناع المنتظم والعزل - محل انقطاع بنسبة 40 في المائة في غضون الأشهر الأولى الاثني عشر من الاستخدام. وكانت الأسباب المرتبطة بالوسيلة هي السبب السائد وراء الانقطاع عن أية وسيلة (علي وآخرون، 2012).

تُعد النساء ذوات الآثار الجانبية المترابحة بين المتوسطة والحادة أقرب من ذوات الآثار الجانبية البسيطة إلى الانقطاع عن استخدام وسائل منع الحمل (جين وآخرون، 2021). وتلك النتائج تؤكد - بأساليب كثيرة - مخاوف النساء اللاتي يصفن الآثار الجانبية بأنها مبعث رئيسي للقلق. وقد تكون الآثار الجانبية الخطرة مُنهكة - وإن كانت نادرة (انظر المخطط البياني في الصفحة 58). وفي ظروف شديدة الندرة، قد يكون لأثر جانبي مثل الجلطة الدموية نتيجة مميتة. وفي حين أنه قد ثبت أنّ وسائل منع الحمل، على وجه العموم، مرتبطة بكثير من النتائج الصحية الإيجابية للنساء، بما في ذلك انخفاض مخاطر وفيات الأمهات (أوتومو

الاستقلال في صميم تنظيم الأسرة القائم على الحقوق

عادةً ما تستعين برامج تنظيم الأسرة بوسيلة حديثة لمنع الحمل بوصفها مؤشراً رئيسياً على النجاح. والتركيز على تزايد استخدام وسائل منع الحمل قد يدفع بالمرافقين إلى اعتبار عدم الاستخدام إخفاقاً، في حين أنه يمكن أن يكون اختياراً مشروعاً للمرأة في حقيقة الأمر. لذا تقترح الباحثة ليا سيندروفيتش إنشاء مؤشر جديد واعتماده باسم "الاستقلالية الإيجابية" ليكون تعريفه "العوامل اللازمة للشخص كي يقرر لنفسه ما يريده في ما يتعلق بمنع الحمل وكي يحقق إعمال ذلك القرار" (سيندروفيتش، 2020). وهذا المنظور من شأنه أن يجعل البرامج يتماشى مع نهج قائم على الحقوق على نحو أفضل. ويتطلب حساب هذا المؤشر إضافة أسئلة إلى الدراسات الاستقصائية القائمة على السكان – مثل الدراسات الصحية والسكانية.

بعينها بسبب النزف المهيلي (أي الطمث في الغالب)، قد يحدث الانقطاع إذا تسببت وسيلة منع الحمل في نزف غير عادي أو بقع غير عادية. ومن شأن ذلك أن يقيّد قدرة المرأة على الصلاة أو إعداد الطعام أو الجماع. وقد تتعرض بعض النساء لانقطاع الطمث، أو لغياب الحيض، كأثر جانبي؛ وربما انقطعت المستخدمة عن الاستخدام لأن انقطاع الطمث يحد من القدرة على اجتناب الجماع أو بسبب ربطهن بينه وبين الخصوبة (بوليس وآخرون، 2018؛ تشيببوت وآخرون، 2015).

يمكن للأثار الجانبية التي قد يرصدها الشريك -مثل البقع- أن تكون سبباً خاصاً للإزعاج عند من يستخدم وسائل منع الحمل خفية (أي المرأة التي تخفي استعمال وسائل منع الحمل عن الشريك) (كاسل وآخرون، 1999). ويمكن أن يشجع استخدام وسائل منع الحمل سراً، لا سيما عندما تواجه المرأة شريكاً يعارض ذلك، أو عندما تتوتر العلاقة بينهما، أو حال الرغبة في اجتناب النزاع (كيبيرا وآخرون، 2020؛ كاسل وآخرون، 1999). قد يكون استخدام وسائل منع الحمل سراً محفوفاً بالخطر بالنسبة إلى النساء – ففي بعض البلدان بمنطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، مثل إثيوبيا، يُعدّ الإقدام على ذلك دليلاً على خيانة المرأة (أليو وآخرون، 2009) – وهو ما يحفز على الانقطاع عن استخدام الوسائل التي قد يلاحظها الشريك.

ليست تلك المشاكل بجديدة على النساء في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل. فقد انتهى استعراض دوريّ لأسباب رفض استخدام وسائل منع الحمل الهرمونية من جانب النساء والرجال في البلدان المرتفعة الدخل إلى وجود مخاوف مماثلة، منها: مشاكل متعلقة بالآثار الجانبية البدنية ومخاوف حول التغيرات في الصحة العقلية والأثر السلبي على الحياة الجنسية والمخاوف المتعلقة بالخصوبة في المستقبل والمخاوف المتعلقة بالحيض والتخوف والفرع والمزاج بتجربة المخاوف من الآثار الجانبية التي يستبدها مقدمو الخدمات الصحية (لو غوين وآخرون، 2021). ومن النتائج الرئيسية المستفادة أن مقدمي الخدمات الصحية والنظم الصحية يجب أن يبنوا الثقة (وأن يستعيدوها أحياناً) لدى النساء بالتأكيد على النهج القائمة على الاحترام التي تركز على الإنسان، مع إدراك أن احتياجات الفرد تتغير بمرور الوقت. ومن النتائج الأخرى أن النطاق الحالي للخيارات هو نطاق غير كاف، بما يشير إلى الحاجة إلى استثمار عام في استحداث وسائل حمل جديدة أو محسنة وذات آثار جانبية أقل أو أخف.

قد يكون للأثار الجانبية أيضاً تبعات ثقافية اجتماعية عكسية تساهم في قرار المرأة بالانقطاع عن الاستخدام (كاسل وأسكيو، 2015). وفي المجتمعات المحلية التي تسود فيها أعراف تحرم مشاركة المرأة في أنشطة

عامة تقسم النساء بين فئة مستخدمات وسائل منع الحمل الحديثة وفئة غير المستخدمات، بينما الواقع فيه تفاصيل أكثر من ذلك. ففي حين تتزايد أعداد مستخدمات وسائل منع الحمل الحديثة فإن ارتفاع مستويات الانقطاع يُظهر بوضوح قلة رضا واسعة عن الوسائل المتاحة لهن حالياً.

لذا يدعو الباحثان رومينسكي وستيفنسن إلى استحداث مقاييس تُراعي تلك التعقيدات: "التعريف الحالي للاحتياجات غير الملباة من وسائل منع الحمل يفترض أن كل النساء اللاتي يستخدمن إحدى الوسائل قد تمت تلبية حاجتهن. أما نحن فنرى أنه بدون مراعاة مستوى الرضا عن الوسيلة المستخدمة تُصنّف كثير من النساء على أنهن لديهن حاجة تمت تلبيةها بينما في الواقع هن لديهن حاجة غير ملباة. فهن يستخدمن وسيلة لا تراعي تفضيلاتهن سواء بسبب آثارها الجانبية غير المحتملة في نظرهن أو بسبب سمات أخرى لا تروق لهن. ونظراً للعدد الكبير من حلقات استخدام وسائل منع الحمل التي تنتهي بالانقطاع عنها (لأسباب معزوة في الغالب إلى التعرض لآثار جانبية)، فإننا نرى أن التعريف الحالي للحاجة غير الملباة ينتقص من عدد النساء ذوات الاحتياجات غير الملباة فعلياً من وسائل منع الحمل كونه لا يراعي كثيرات ممن يستعملن وسائل لا تحترم تفضيلاتهن" (رومينسكي وستيفنسن، 2019).

أعدت إحدى الدراسات المعنّية بمستخدمات وسائل منع الحمل الحديثة في كينيا تصنيف المستخدمات الحاليات من غير الراضيات بسبب وجود احتياجات لهنّ غير ملبّاة. وانتهت الدراسة إلى شيوع عدم الرضا عن الوسائل بنسبة تراوحت بين 6.6 في المائة و18.9 في المائة. وبتطبيق هذه النتيجة على المستوى الوطني تحدثت زيادة كبيرة (بنحو 25 إلى 70 في المائة تقريباً) في تقدير الاحتياجات غير الملبّاة لدى البلد من أي وسيلة من وسائل منع الحمل (روثشيلد وآخرون، 2021).

وفي حين أنّ الدراية العامة بالوسائل الحديثة لمنع الحمل قد تحسّنت في جميع أنحاء العالم، إلا أنّ كثيراً من الخرافات والمفاهيم المغلوطة ما زالت حاضرة بقوة بما يساهم في عدم الاستخدام. على سبيل المثال وجدت مناقشات مجموعة التركيز مع النساء في غانا أنّ كثيرات اعتقدن أن منع الحمل قد يؤدي إلى العقم، لا سيما بين الشباب. كما وجدت أنّ الأقاويل عن الآثار الجانبية والمعلومات المغلوطة من الأسباب الشائعة لعدم الاستعمال (هيندين وآخرون، 2014). أما الشباب والشابات في كينيا فاعتقدوا أن وسائل منع الحمل الحديثة تعرض الخصوبة للخطر في المستقبل، وتسفر عن مشاكل في الحمل وتشوهات في المواليد وتفسد أخلاق النساء و"منافية للأخلاق الأفريقية" وتحرم الزوجين من الحرية الجنسية (إموايساكا وآخرون، 2020). هنا تتجلى أهمية التدخل لتوعية الرجال بشكل كاف بحقيقة وسائل منع الحمل لكونهم صنّاع قرار مهمين في هذا الصدد.

هل مستخدمات وسائل منع الحمل راضيات؟

تعكف البلدان في سعيها إلى الوفاء بالتزاماتها بتحقيق الرعاية الشاملة للصحة الجنسية والإنجابية وتنظيم الأسرة والتعليم بحلول عام 2030 على مراقبة البيانات المتعلقة بنسبة النساء في سن الإنجاب (في الفئة العمرية بين 15 و49 عاماً) ممن تحقق لهن الوفاء باحتياجاتهن من وسائل منع الحمل الحديثة، ومن لم يتحقق لهن ذلك. توضح أحدث بيانات أهداف التنمية المستدامة - مثلاً - أن البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل لديها معدل يناهز 9.2 في المائة في المتوسط من عدم تلبية احتياجات منع الحمل، وأن المعدل الكلي للاحتياجات غير الملبّاة من وسائل منع الحمل الحديثة يناهز 13.3 في المائة.

تُعدّ هذه النسب مهمة، لكنها لم تبلغ الوضع الأمثل. فالاحتياجات الملبّاة وغير الملبّاة ما هي إلا مقاييس

الافتقار إلى المعرفة عن الحياة الجنسية والإنجاب والحمل

إلى سبل التربية الجنسية الشاملة، وهو ما يعزز الخرافات والمفاهيم المغلوطة المنتشرة عن منع الحمل وتشريح الجسم البشري.

ينبغي أن تأتي المعلومات الأساسية عن الصحة الجنسية والإنجابية وحقوقها من برامج داخل المدارس وخارجها، ومنها ما تقدمه المنشآت الصحية. وفي الواقع، في بيئات كثيرة، يأتي جانب كبير من الدراية بوسائل منع الحمل من المنظومة الصحية. ففي دراسة حديثة أجريت في إثيوبيا، على سبيل المثال، تبين أن 68 في المائة من

إن وجود طلب على وسائل منع الحمل أو رغبة فيها يقتضي من المستخدم معرفة طبيعة جسمه ومختلف جوانب الحياة الجنسية والإنجاب ومنع الحمل. وفي حين أن الافتقار إلى المعرفة لم يعد من أهم أسباب الاحتياجات غير الملباة، إلا أنه يظل مرتبطاً ارتباطاً قوياً بمستويات أعلى من الحمل غير المقصود (هدى وآخرون، 2013). ولا يزال كثير من الشباب يفتقرون

حقوق الإنسان والتربية الجنسية الشاملة

إن غياب المعلومات الدقيقة عن الصحة الجنسية والإنجابية لا ينتهي بتبعات خطيرة فحسب، بل إنه انتهاك لحقوق الإنسان أيضاً. لذا تشكل التوعية بالحياة الجنسية والإنجاب مكوناً أساسياً من مكونات الحق في الصحة والتعليم وعدم التمييز حسب المقرر لدى لجنة الأمم المتحدة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (لجنة الأمم المتحدة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، 2016). وهذا يعني حق الفرد - حتى الأطفال والمراهقين - في طلب المعلومات والأفكار المتعلقة بتنظيم الأسرة وتلقيها ونشرها. ووفاءً بتلك الالتزامات الحقوقية، يجب على الدول والمجتمعات المحلية الحرص على تيسير الوصول إلى معلومات الصحة الجنسية والإنجابية وعرضها عرضاً مقبولاً ودقيقاً من الناحية الطبية (لجنة الأمم المتحدة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، 2016)، مع "توفيرها على نحو يتسق مع احتياجات الفرد والمجتمع، على أن يُراعى في ذلك أمور، منها على سبيل المثال السن والنوع الاجتماعي والقدرة اللغوية والمستوى التعليمي وذوي الإعاقات والميل الجنسي والهوية الجنسانية وحاملتي صفات الجنسين" (لجنة الأمم المتحدة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، 2016). وبذلك تُعد إتاحة التربية الجنسية الشاملة من عوامل التمكين المهمة لأحد جوانب حقوق الإنسان المعنية بحقوق الصحة والرفاه والاستقلالية، التي تنص عليها كثير من صكوك حقوق الإنسان ومن بينها اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الطفل (الجمعية العامة للأمم المتحدة، 1989)، واتفاقية الأمم المتحدة للقضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة (الجمعية العامة للأمم المتحدة، 1979)، والعهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (الجمعية العامة للأمم المتحدة، 1966)، واتفاقية الأمم المتحدة بشأن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (الجمعية العامة للأمم المتحدة، 2007).

كذلك تتصدى التربية الجنسية الشاملة لكثير من دوافع الحمل غير المقصود، مثل العنف القائم على النوع الاجتماعي، وتقدم أدوات لمنع حدوثها - منها كيفية بناء علاقات قائمة على المساواة، واحترام الأدوار غير النمطية للجنسين، وكيفية مناقشة التراضي (هابرلاند وروغو، 2015). لقد أكدت دراسات كثيرة أن التربية الجنسية الشاملة الجيدة فعالة في الحد من السلوكيات الجنسية المحفوفة بالمخاطر، وفي تقليل حدوث الحمل غير المقصود. وتكون هذه التربية أشد فاعلية عند تقديمها بأساليب متنوعة مترابطة، مثل الربط بين التوعية المدرسية وغير المدرسية، وبالخدمات الجاذبة للشباب (اليونيسكو وآخرون، 2018).

بمجتمع الصحة الإنجابية إلى مناصرة البحوث الرامية إلى استحداث وسيلة فعالة لمنع الحمل تتيح للمرأة استخدامها عند الحاجة فحسب. والوضع الأمثل أن تكون وسيلة يمكن للمرأة التحكم فيها واستخدامها بحرية. علماً بأن الوسائل الحالية الممكن استخدامها بهذا الشكل هي وسائل أقل فاعلية وتتطلب تعاون الشريك (مثال: الواقي الذكري أو العازل الأنثوي أو غطاء عنق الرحم). وقد عقدت منظمة الصحة العالمية اجتماعاً عام 2017 لمناقشة منع الحمل بالوسائل الهرمونية قرب الجماع؛ وانتهى المشاركون إلى وجود حاجة إلى تلك الوسيلة وضرورة تنفيذ مزيد من البحوث في هذا الصدد (منظمة الصحة العالمية، 2017). وهذه البحوث قيد التنفيذ (جاكسون ودوسو، 2021).

هل النساء قادرات على الحصول على وسيلة حديثة من اختيارهن لمنع الحمل؟

لعل من أكثر الأسئلة شيوعاً عند النظر في الاحتياجات غير الملباة: هل بمقدور الأفراد الحصول على وسائل لمنع الحمل؟ لكن صياغة السؤال بهذه الطريقة ولو أنها بسيطة إلا أنها مُضِلَّة. فقد أحرزت برامج تنظيم الأسرة نجاحاً عظيماً كما سلف بيانه من حيث التوسع في إتاحة وسائل منع الحمل الحديثة للمجتمعات المحلية التي بلغ فيها الاحتياج أشده. وإذا كان لا غنى عن مواصلة الاستثمار في الوصول إلى الفئات الأشد تهميشاً، فالواقع أن معظم الأشخاص بوسعهم الجزم بتوفر وسيلة أو اثنتين من وسائل منع الحمل في مجتمعهم المحلي. لذا ينبغي أن يكون السؤال أوضح من حيث الدقة: هل بوسع الأفراد الحصول على وسائل منع الحمل التي يختارونها، في أي وقتٍ ومكانٍ يريدونه؟

النساء المشمولات بالدراسة قلن إن مصدر معلوماتهن عن تنظيم الأسرة هو إحدىعاملات في القطاع الصحي. كما خلصت الدراسة نفسها إلى أن من تعرضن لحمل غير مقصود ولو لمرة على الأقل كن أقل عرضة لتكراره من غيرهن - أي أنهن سعين لتحصيل المعلومات أو استعنّ بما تلقينه عند ولادة الطفل الأول كي يخططن للحمل الثاني (موجز وآخرون، 2020).

من المهم أن تكون جميع المعلومات والاستشارات دقيقة من الناحية الطبية، وغير توجيهية، وداعمة حرصاً على الاستقلالية في صنع القرار (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2021؛ لجنة الأمم المتحدة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، 2000). يعني ذلك أنه ينبغي لمقدمي الرعاية الصحية وغيرهم من المتخصصين تقديم خدمات استشارية ومعلومات مستندة إلى الأدلة عند التصدي لوظيفة وسائل منع الحمل ومزاياها ومخاطرها، مع تقديم تلك المعلومات على نحو يلبي احتياجات النساء (وشركائهن متى كان ذلك مناسباً) أينما كنّ. فتللك المعلومات من شأنها - بل ينبغي لها - أن تبيد المعلومات والمفاهيم المغلوطة، وما يكتنف تلك الوسائل من خرافات ومخاوف تُعد من دوافع عدم الاستخدام. كذلك ينبغي لها تبيان كيفية عمل الموانع العاجلة للحمل، مع التفرة بينها وبين الإجهاض المتعمد؛ فلها أهمية خاصة في أوساط المجتمعات المحلية والأفراد الذين يقابل الإجهاض لديهم بعدم القبول الثقافي.

سوء تقدير مخاطر الحمل

من أكثر الأسباب شيوعاً لعدم تلبية الاحتياجات هو عدم المواظبة على العلاقة الحميمة أو الاعتقاد بانتفاء الخطر. وفي ذلك تأكيد لأهمية المعرفة الوافية بمتى يكون الفرد في خطر. وفيه تأكيد أيضاً على الحاجة إلى التحقق من قدرة المرأة على اكتشاف احتياجاتها بنفسها بدلاً من افتراض الغير لما تحتاج إليه. وقد أدت أهمية عدم المواظبة على العلاقة الحميمة - بوصفه سبباً للاحتياجات غير الملباة - إلى اتجاه بعض المعنيين

يطلب الأفراد مجموعة متنوعة من الوسائل لتلبية احتياجاتهم المتنوعة المتطورة. ويجب إتاحة تلك الوسائل المقبولة وتيسير الوصول إليها، وأن تكون اللوازم والخدمات ذات الصلة عالية الجودة. ومع ذلك، ما زال هذان الجانبان مشتملين على عوائق قوية كما سيأتي بيانه بالتفصيل. وعموماً، تؤكد بيانات الدراسات الاستقصائية السكانية والصحية أن ما بين 7 و 27 في المائة من النساء يتوقفن عن استعمال وسيلة لمنع الحمل لأسباب متعلقة ببيئة الخدمة، ومنها جودة الخدمة، وتوافر الخيارات الكافية من الوسائل، ونفاد المخزونات، وضعف آليات الإحالة (كاسل وأسكيو، 2015).

الإتاحة

إتاحة وسائل منع الحمل تعني أكثر بكثير من توافر واقيات ذكرية في المتجر المحلي. فهي تعني أنّ خدمات منع الحمل -بما فيها الخدمات الاستشارية الدقيقة والمناسبة في مجال تنظيم الأسرة- متوفرة ومعها مجموعة كبيرة متنوعة من وسائل منع الحمل. كما تعني وجود عدد كاف من المنشآت الصحية وبرامج تنظيم الأسرة والكوادر الصحية المدربة لخدمة السكان

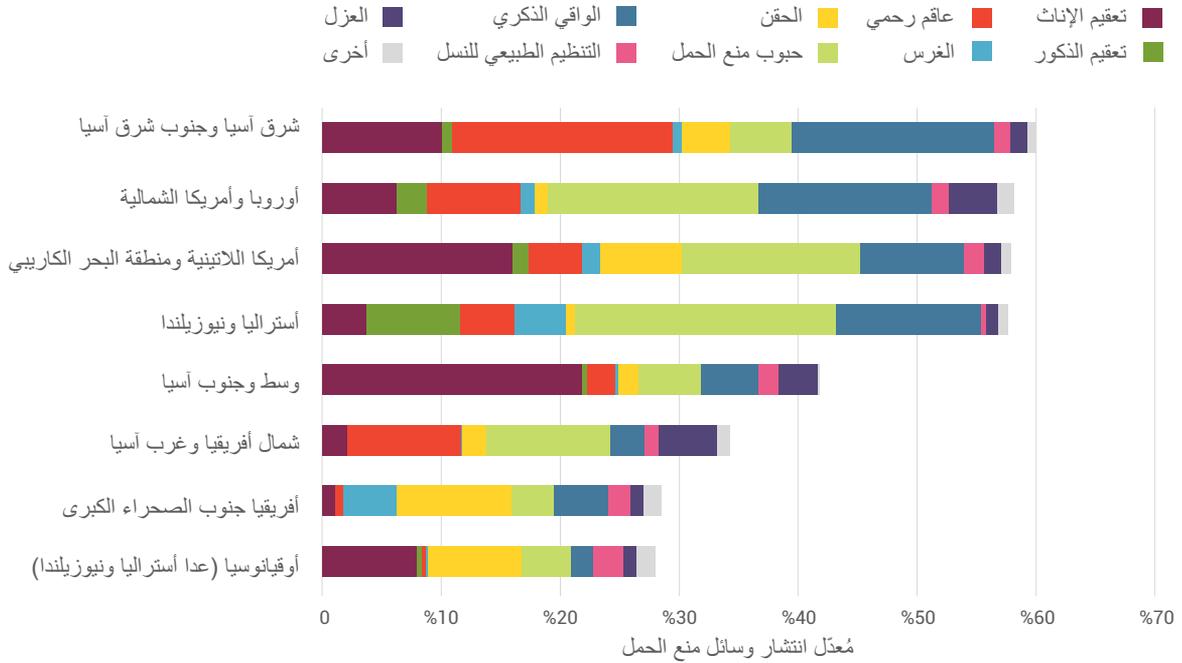
(لجنة الأمم المتحدة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، 2016). وقد ذكرت لجنة الأمم المتحدة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية أن "عدم إتاحة السلع والخدمات بسبب سياسات أو ممارسات أيديولوجية -مثل رفض تقديم الخدمات بدافع من الضمير- يجب ألا يكون عقبة أمام الوصول إلى الخدمات" (لجنة الأمم المتحدة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، 2016).

ما زالت حالات نفاد المخزون مشكلة حاضرة في برامج تنظيم الأسرة (انظر الشكل 7). وقد انتهى تحليل لبيانات دراسات استقصائية سكانية وصحية شمل بلداناً كثيرة إلى أن ما ناهز 5 في المائة من حالات الانقطاع عن وسائل منع الحمل يعود إلى نفاد مخزونها (كاسل وأسكيو، 2015). كما انتهى استعراض أجري عام 2017 لتحديات سلاسل الإمداد في بلدان منخفضة الدخل ومتوسطة الدخل إلى أن مشاكل سلاسل الإمداد ساهمت مساهمة كبيرة في ارتفاع معدلات نفاد المخزون من وسائل منع الحمل الحديثة (موكاسا وآخرون، 2017). وتناول استعراض منهجي أجري عام 2020

انعدام سبل الوصول إلى وسائل فعالة لتنظيم الأسرة هو انتهاك لحقوق الإنسان

إنّ الالتزام المنوط بالحكومات بإتاحة معلومات ووسائل جيدة لتنظيم الأسرة للجميع على أساس من المساواة وعدم التمييز هو التزام مقرر صراحةً في اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة وفي اتفاقية حقوق الطفل (الجمعية العامة للأمم المتحدة، 1989؛ الجمعية العامة للأمم المتحدة، 1979). كما أنه التزام مؤكد في كثير من معاهدات حقوق الإنسان الأخرى، مثل العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية؛ فهو الوثيقة التي تضمن ذلك الوصول من خلال الحق في الصحة (الجمعية العامة للأمم المتحدة، 1966). أي أن الصحة الجنسية والإنجابية مكوّن مهم في الحق في الصحة وفقاً للحد الأدنى من المعايير العالمية، وهو الحق المكفول لكل الأفراد. وبذلك تقتضي التزامات حقوق الإنسان التي تصونها الحكومات أن تكون وسائل وخدمات منع الحمل وتنظيم الأسرة متاحة ومقبولة وميسرة وعالية الجودة (لجنة الأمم المتحدة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، 2000).

توزيع مُستخدمي وسائل منع الحمل، حسب الوسيلة، وحسب المنطقة، 2019



مصدر البيانات: تستند الحسابات إلى تجميع البيانات في "استخدام وسائل منع الحمل على مستوى العالم لعام 2019"، وقد اشتقت التنبؤات الإضافية من مجموعات البيانات المصغرة وتقارير الدراسات المسحية وتقديرات انتشار وسائل منع الحمل لعام 2019 المستمدة من "التقديرات والإسقاطات الخاصة بمؤشرات تنظيم الأسرة لعام 2019". المجاميع مرجحة بالسكان.

المصدر: الأمم المتحدة، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، شعبية السكان. (2019). استعمال وسائل منع الحمل حسب الوسيلة في 2020.

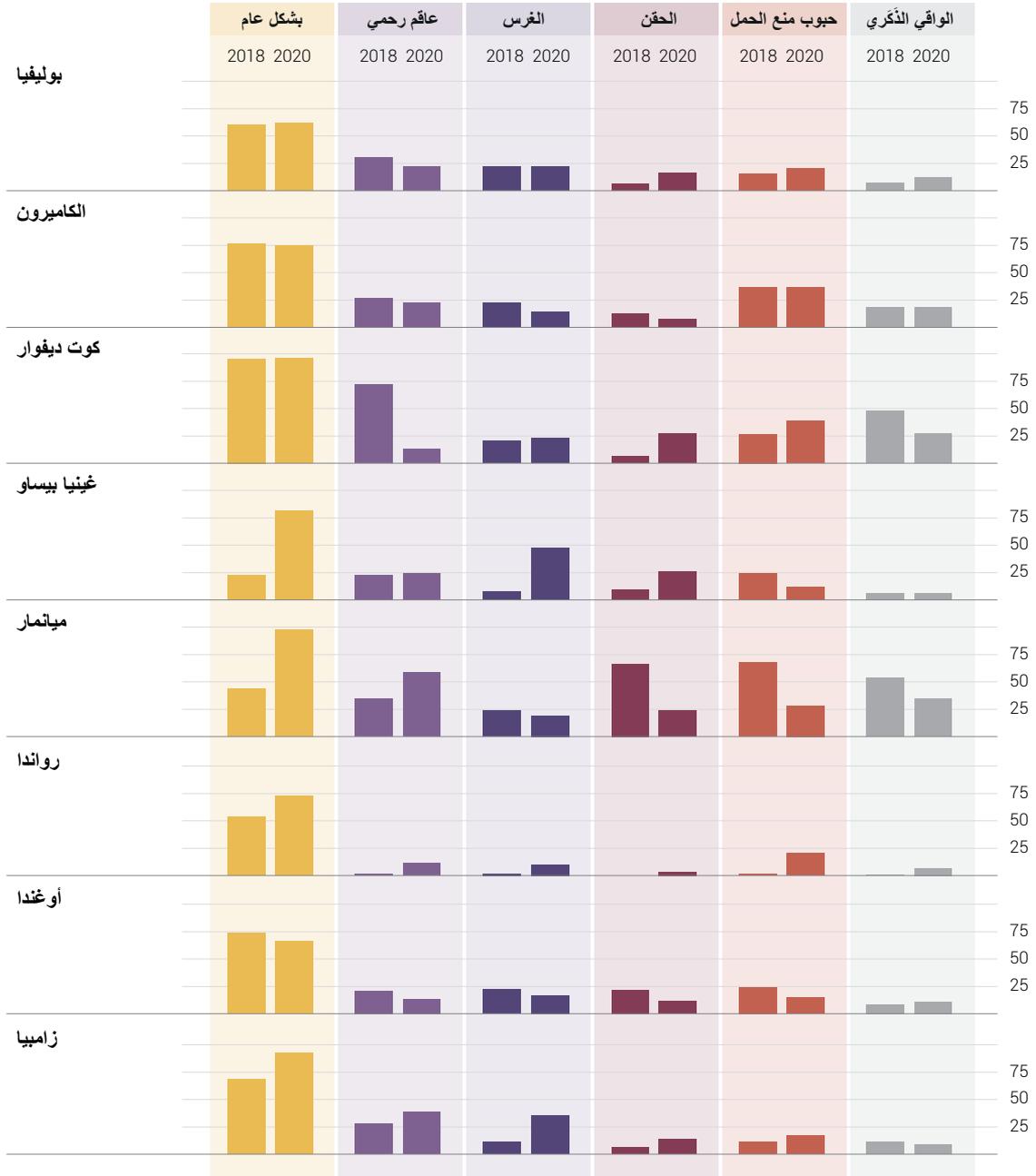
ملاحظة: فئة "أخرى" تشمل الوسائل الحديثة الأقل استعمالاً، مثل طريقة انقطاع الطمث في أثناء الرضاعة، وطرق العوازل المهبلية، والوسائل العاجلة لمنع الحمل، واللواسق والحلقات المهبلية، والوسائل التقليدية التي تشمل النضج، والامتناع المطول، والتمائم، والرُقبات، والمغروسات الدوائية، وتديك البطن، وغيرها من الوسائل التقليدية المحلية.

الأسر قد أدى إلى انقطاع استعمال وسائل منع الحمل الحديثة لدى نحو 9 إلى 20 مليون امرأة (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2020ج). وسعيًا إلى نمذجة الأثر المحتمل، أفاد تقدير صادر عن معهد غوماتكر بأن حدوث انخفاض بنسبة 10 في المائة في استعمال وسائل منع الحمل (ذات الأثر القصير أو الطويل الممكن عكس مفعولها) انخفاضاً ناجماً عن قلة الإتاحة إنما هي نسبة ستسفر عن تعرّض نحو 48 مليون فرد إضافي لاحتياجات غير ملبية لتنظيم الأسرة، بالإضافة إلى تعرّض أكثر من 15 مليوناً للحمل غير المقصود على مرّ سنةٍ واحدة (رايلي وآخرون، 2020).

أثر نفاذ مخزونات وسائل تنظيم الأسرة، وانتهى إلى أنه حدّ من القدرة على استعمال الوسيلة المفضلة وأثر في مصادر الوسائل وتكلفتها. ومع ذلك، فإن المقارنة بين تلك الآثار كان صعباً بسبب تباين التعريفات والمقاييس (زونيغا وآخرون، 2020).

تفاقم وضع نفاذ المخزونات بفعل جائحة كوفيد-19، إذ أفضت إلى انقطاع جسيم في سلاسل الإمداد وإلى محدودية الوصول إلى المنشآت الصحية. ففي أمريكا اللاتينية، على سبيل المثال، تشير التقديرات إلى أن نفاذ مخزونات وسائل تنظيم الأسرة مقترنة بتراجع دخول

النسبة المئوية للمنشآت التي ذكرت نفاذ مخزونها في يوم إجراء المسح، إجمالاً وحسب الوسيلة، بُلدان مختارة *



المصدر: تقارير المنشآت المسحية بشأن اللوازم الواردة من صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2018 و2020.

* أعطيت الإفادات بما يتفق مع البروتوكولات والمبادئ التوجيهية و/أو القوانين الوطنية السارية.

أدت جائحة كوفيد-19 إلى تفاقم الوضع المتعلق بنفاد المخزون.

تيسير الوصول

إنّ الوسائل حتى لو كانت متوفرة لا يعني أنها متاحة بيسر وسهولة. فتيسير الوصول يعني يُسر وصول الجميع إلى الوسيلة مادياً دون تمييز، ويشمل ذلك الأشخاص ذوي الإعاقة، وساكني المناطق النائية، والنازحين بفعل النزاع المسلح والكوارث الطبيعية، والمراهقات (لجنة الأمم المتحدة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، 2016). وتعني كذلك أنّ تكاليف وسائل تنظيم الأسرة ميسرة وتُقدّم مصحوبةً بالمعلومات على نحو ميسر للمستخدم، مع مراعاة المقدرة اللغوية، والمستوى التعليمي، وحالة الإعاقة، وغيرها من العوامل (لجنة الأمم المتحدة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، 2016). أما العوائق فتشمل اعتبارات اقتصادية وجغرافية، والتكاليف (التي يدخل في حكمها تكاليف فرص السفر ورعاية الطفل)، والقيود السنوية، أو متطلبات الزواج. وقد اعتبرت لجنة الأمم المتحدة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية أن معايير حقوق الإنسان تقتضي إزالة تلك العوائق والتصدي لها من خلال تدابير الموازنة والبرامج وبرامج التأمين والتوعية العامة، والإصلاحات القانونية (لجنة الأمم المتحدة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، 2000).

واقترن ذلك باعتبار الوصمة والتمييز من قبيل تلك العوائق (كوك وديكنز، 2014). وهناك ارتباط وثيق بين القولية النمطية الضارة بشأن النوع الاجتماعي وفكرة مفادها أن هناك فتيات ونساء وأشخاصاً لا يدخلون ضمن التصنيف الثنائي الجنسي وأشخاصاً ذوي

إعاقة بعينهم ممن لا "يُفترض" ارتباطهم بشيء جنسي، وقد ينجم عن ذلك إشعار تلك الفئات بالإحباط أو الترهيب أو الوصم، ما يؤدي إلى تعطيل وصولهم إلى خدمات تنظيم الأسرة (هورنر-جونسن وآخرون، 2020؛ كوك وديكنز، 2014). على سبيل المثال توضح البيانات القادمة من بيرو أن شيوع استعمال وسائل الحمل الحديثة بين المتزوجات يزيد بأكثر من الضعف عن العازبات، أما بين المراهقات فيقبل بسبعة أضعاف عن النساء المتزوجات (المعهد الوطني للإحصاء والمعلوماتية، 2020). كذلك تواجه النساء والرجال ممن يخالفون التوقعات الاجتماعية والثقافية ويختارون "عدم الإنجاب" الوصم (أشبرن-ناردو، 2017)، وغالباً ما تواجه فئة الشباب والعازبات عوائق في سبيل الاستفادة من الإغراق الطوعي (كيمبورت وآخرون، 2017).

القبول

تختلف احتياجات وسائل منع الحمل باختلاف النساء، بل إن احتياجات المرأة الواحدة تتغير بتغير الزمن. غير أن النساء لسن قدرات دائماً على استعمال وسيلة تحوز قبولهن بالنظر إلى ظروفهن ورغباتهن.

ومن العوامل الأساسية في سمة "القبول" العلاقة بين المستفيدة ومقدم الرعاية الصحية؛ فهذه العلاقة ضرورية لبناء الثقة والتحقق من رضا المستفيدة ومقدم الرعاية الصحية، ودعم فرص استبقاء كادر الرعاية الصحية في المجتمع المحلي (منظمة الصحة المحلية، 2014).

يُعدّ انحياز مقدم الرعاية الصحية من العوائق المهمة أمام جودة الخدمات. إذ قد يعتقد مقدمو الخدمات أنهم أقدر على اختيار الوسيلة الأنسب للمستفيدة، و/أو ربما كان لديهم تفضيل شخصي لوسائل بعينها أو ضدها (كاسل وأسكيو، 2015). وقد تكون التحيزات مستندة إلى السن أو كثرة الإنجاب (عدد الولادات السابقة) أو الحالة الاجتماعية أو غيرها من المعايير؛ فيما يفرض كثير من مقدمي الخدمات عوائق وقيوداً فوق المقرر في التوجيهات المعيارية أو فوق المطلوب لأي أسباب طبية (سولو وفستن، 2019). والأكثر شيوعاً هو التحيز ضد تقديم وسائل منع الحمل المختلفة إلى المراهقات، وغالباً ما يستند ذلك إلى أحكام مسبقة حيال العلاقات الحميمة بين الشباب أو إلى مخاوف (لا يقوم عليها أي دليل) من أثر الطرق الهرمونية في الخصوبة مستقبلاً. وإذا كان قياس أثر تحيز مقدم الخدمة صعباً، فقد ثبت وجود ميل في مزيج الوسائل المستعملة (متى اعتمد 50 في المائة أو أكثر من مستعملي وسائل منع الحمل على وسيلة واحدة)، وهو ميل بشكل مؤشراً محتماً على المستوى الكلي (سولو وفستن، 2019).

وقد يمتد التحيز إلى أوساط صناعات السياسات الذين يمكن لهم النهوض بدور في تحديد اختيار الوسائل. على سبيل المثال: إذا كان لدى صناعات القرار تحيزات شخصية تجاه وسيلة مثل استئصال الأسهر أو الوسائل الفموية، فربما قرروا عدم دعم برامج وسياسات تتوسع في تقديم تلك الوسائل إلى المستفيدين منها.

وسعيّاً إلى التعامل مع جوانب الجودة في خدمات وسائل منع الحمل والارتقاء بها، توصي منظمة الصحة العالمية بإدراج عمليات ضمان الجودة (تعليمات المستفيدين) في برامج الوسائل، بالإضافة إلى تقديم التدريب القائم على الجدارة والإشراف على كادر الرعاية الصحية (منظمة الصحة العالمية، 2014).

ويجب على العاملين الصحيين تقديم المعلومات والخدمات الخاصة بتنظيم الأسرة على نحو يتسم بالاحترام لثقافة المستفيدة وللمجتمعات المحلية، وبمراعاة اختلافات السن والنوع الاجتماعي وظروف الإعاقة والتنوع الجنسي (لجنة الأمم المتحدة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، 2016). كما يجب عليهم التحلي بالوعي بالقضايا المهمة والقدرة على التواصل بشأنها، ومنها الآثار الجانبية والاحتياج المحتمل لوسائل خفية، فضلاً عن القيود الاجتماعية أو المجتمعية. وتوصي منظمة الصحة العالمية كوادر الرعاية الصحية بتلقي خدمات استشارية مرعية لاعتبارات النوع الاجتماعي بالإضافة إلى توعية مناسبة تلبي الاحتياجات المحددة للأفراد والمجتمعات. كما توصي المنظمة العاملين الصحيين بتقديم معلومات وخيارات للمستفيدات كي يغيّرن وسائل منع الحمل إذا كنّ يشعرن بعدم الرضا أو إذا شعرن به؛ مع تقديم خدمات المتابعة للمساعدة في التعامل مع الآثار الجانبية المقارنة (منظمة الصحة العالمية، 2014).

الجودة

جودة الرعاية والخدمات تعني وجود مقومات الاختيار من مجموعة متنوعة من وسائل منع الحمل؛ مع تلقي معلومات دقيقة عن فاعلية الوسائل ومخاطرها ومزاياها؛ مع تلقي الخدمات الاستشارية والعلاج على أيدي مقدمي رعاية يحوزون الكفاية العلمية والاحترام بما يكفل كرامة المستفيدات وخصوصيتهن وسرية بياناتهن وعدم التمييز ضدهن (برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، 2005). إن سوء المعاملة داخل منشآت الرعاية الصحية ينقّر المستفيدين، ويزيد اعتبار ذلك من قبيل انتهاكات حقوق الإنسان (كولسا وآخرون، 2016). كما يمكن لجودة الرعاية أن تتأثر بالإخفاق في إدماج جوانب التقدم التكنولوجي والابتكارات التكنولوجية في تقديم خدمات الصحة الجنسية والإنجابية أو برفض ذلك الإدماج (لجنة الأمم المتحدة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، 2016)، ومن قبيل ذلك الوسائل العاجلة لمنع الحمل. (انظر الصفحة 88 للاطلاع على دليل إلى السياسات)

هل النساء يعشن في بيئة تيسر استخدام وسائل منع الحمل، أم تعوقها؟

التسويق يوحيان على نحو غير صحيح بأنه ينبغي حفز النساء أو إقناعهن باستعمال وسائل تنظيم الأسرة. وفي الواقع، تتطلب معايير حقوق الإنسان تمكين النساء -وكل فرد يمكن أن يحمل- بالمعلومات والتثقيف والخدمات، وبالدعم عبر الأعراف الاجتماعية الإيجابية من أجل تحقيق هذا الاختيار بحرية لأنفسهم. وبغض النظر عن اللغة المستخدمة، ما زالت بيئة تقديم الخدمة بصفة عامة ضعيفة من حيث ممارسة الاختيار الحر المستنير.

يناشد خبراء تنظيم الأسرة صناع السياسات والنظم الصحية لإيجاد بيئة تساعد في استعمال وسائل منع الحمل. وقد كان يشار إلى الأنشطة التي تزيد من استعمال وسائل منع الحمل في الماضي باسم "توليد الطلب" أو "إيجاد الطلب"، لكن هذين المصطلحين اللذين ظهرا من

زيادة القدرة على التصرف من خلال التقدم في حراك الرعاية الذاتية

تعرف منظمة الصحة العالمية "الرعاية الذاتية" بأنها قدرة الأفراد والأسر والمجتمعات على تعزيز الصحة والوقاية من المرض والمحافظة على الصحة والتأقلم مع المرض والإعاقة بدعم أو بغير دعم من عامل صحي؛ وقد تزايد اعتبار الرعاية الذاتية في السنوات القليلة الماضية طريقة هامة في أعين المتخصصين في الرعاية الصحية لتوسيع سبل الحصول على الخدمات الحرجة. وأفادت منظمة الصحة العالمية في 2021 (منظمة الصحة العالمية، 2021) بأن "تدخلات الرعاية الذاتية هي من أكثر النهج الواعدة وأقدرها على تحسين الصحة والرفاه، وذلك من منظور النظم الصحية ولمصلحة المستفيدين من تلك التدخلات".

وقد رسخ هذا النهج أهميته في أثناء جائحة كوفيد-19 بسبب تعليق برامج تنظيم الأسرة وتقييد الحركة. وقد أدى ذلك ببعض الباحثين إلى الدعوة إلى "التوسع في نهج الرعاية الذاتية لرفع الصفة الطبية عن منع الحمل" و"التوسع في مزيج وسائل منع الحمل الذاتية الاستعمال" من أجل "زيادة قدرة الفرد على تحديد الوسيلة المختارة وموعد استعمالها ومكان تحصيلها" (حداد وآخرون، 2021).

تحتوي إرشادات الرعاية الذاتية الصادرة عن منظمة الصحة العالمية في 2021 التوصيات التالية بخصوص تنظيم الأسرة (منظمة الصحة العالمية، 2021):

- ينبغي إتاحة وسائل منع الحمل بالحقن الذاتية الاستعمال بوصفها نهجاً إضافياً لتقديم هذا النوع من الوسائل لمن هن في سن الإنجاب.
- وينبغي إتاحة حبوب منع الحمل الفموية التي تباع مباشرة بدون وصفة طبية لمن تستعملنها.
- وينبغي إتاحة حبوب الطوارئ الفموية لمنع الحمل التي تباع مباشرة بدون وصفة طبية لمن تردن استعمالها في حالات الطوارئ.

عوائق قانونية

تشمل العوائق القانونية القوانين والسياسات والممارسات التي تمنع المراهقات أو النساء غير المتزوجات من الحصول على وسائل منع الحمل. كما تشمل عوامل لها صلتها بالقيود القانونية، مثل ضعف التمويل المقدم لخدمات الصحة الجنسية والإنجابية.

الأعراف الجنسانية العديمة المساواة وغيرها من العوائق الاجتماعية

إنّ التصدي للأعراف الاجتماعية الضارة -ومن بينها الأعراف الجنسانية التمييزية- ركيزة أساسية في إيجاد بيئة مؤدية إلى التمكين. فالارتباط بين المساواة بين الجنسين واجتباب الحمل غير المقصود هو ارتباط واضح (انظر الصفحة 23، الفصل الثاني)، وعندما تمتلك المرأة حق المبادرة والاختيار تميل معدلات استعمال وسائل منع الحمل إلى الزيادة (الأمم المتحدة، 2020). غير أن جانباً كبيراً من مقاومة منع الحمل إنما هو متجذر في عدم المساواة بين الجنسين؛ ومن قبيل ذلك المعارضة على أساس ديني؛ والخلط غير الدقيق من الناحية الطبية بين الحمل والإجهاض؛ وعنف الشريك الحميم في صورة الإكراه الإنجابي؛ والضغط الاجتماعية أو الأسرية للإنجاب أو لزيادة عدد أفراد الأسرة أو لمواصلة الحمل لحين ولادة ابن (تفضيل الذكور)؛ فضلاً عن الوصمات والخرافات والمعلومات المغلوطة. وعندما تواجه النساء مقاومة من مجتمعهن أو من شركائهن بخصوص استعمال وسائل منع الحمل، فإنهن غالباً ما يجبرن على عدم استعمالها أو يلجأن إلى استعمالها خفية لاستعادة استقلاليتن الجسدية.

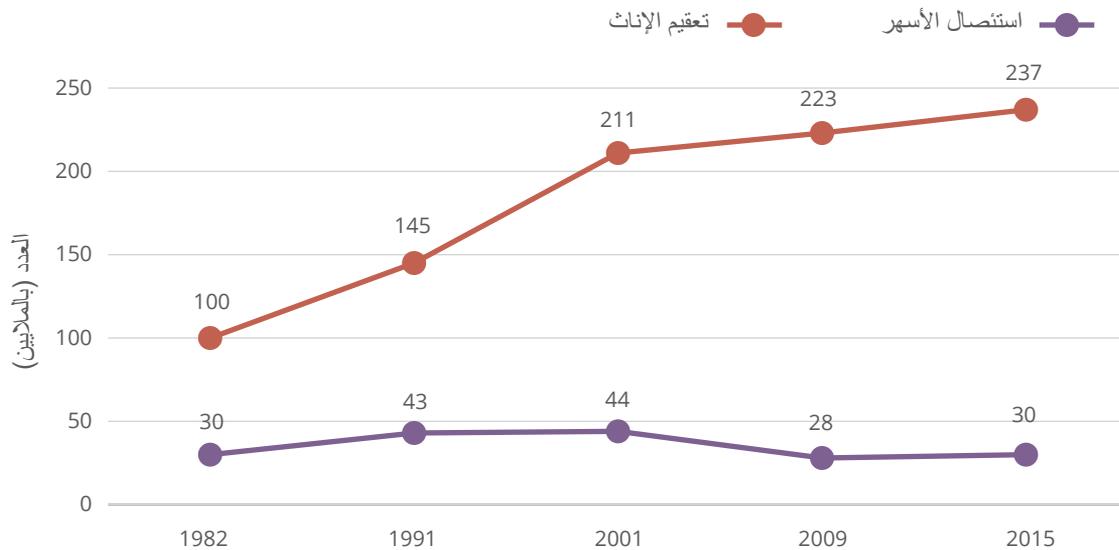
وقد انتهت دراسة أجريت في كينيا إلى أنّ 12.2 في المائة من النساء استعملن وسائل منع الحمل خفية (أكوث وآخرون، 2021)، كما انتهت مقابلات مع 300 امرأة في غانا إلى أن 34 في المائة كن يستعملن الوسائل خفية (بايدن وآخرون، 2016). (كانت وسيلة

الحقن هي الوسيلة المفضلة لدى المشمولات في كلتا الدراستين.) وتمثل تلك المعدلات المرتفعة نسبياً من الاستعمال الخفي دليلاً واضحاً على أن عدم استعمال الوسائل أو الخطأ في استعمالها لا ينم عن انعدام في الطلب على الوسائل. كما تكشف تلك المعدلات عن كيفية تقييد اختيار المرأة بفعل الاضطرار إلى السرية، وهو ما ينم عن انعدام التمكين لديها بصفة أعم.

وهناك في المعتاد توقع اجتماعي مفاده أن المرأة هي من يتحمل المسؤولية عن تنظيم الأسرة. ويُعزى ذلك في جانب منه إلى توزيع المخاطرة: فحدوث الحمل يعني احتمال الحامل كل التبعات التشريحية والاقتصادية للحمل، بما في ذلك خطر اعتلال صحة الحامل ووفاتها، وكذلك أي فقدان للعمل أو الدخل بسبب الحمل أو الولادة. والحامل أكثر تحفظاً لاستعمال وسائل منع الحمل استعمالاً صحيحاً منتظماً. لكن هذا العامل يتعزز أيما تعزيز بالأعراف الاجتماعية المؤاتية. على سبيل المثال: الندرة في خيارات وسائل منع الحمل المتاحة للرجال (كما هو وارد في الصورة بالصفحة 70) يدلّ على صنع القرار لدى المستثمرتين وصناع السياسات وتوقعاتهم للطلب السوقي أو انعدامه. وهذا ما يجعل أن حبوب تنظيم الأسرة للذكور، وأنواع الهلام الطويلة المفعول القابلة لعكس مفعولها (التي تحجب الحيوانات المنوية) ووسائل الحقن هي قيد التجارب السريرية منذ أمد طويل ولم تُطرح في الأسواق التجارية (ثيرومالاي وأموري، 2021؛ كوستانتينو وآخرون، 2007).

وهذا الواقع يدلّ على أن الإعدام -وهو من أنواع منع الحمل الأقل تغلغلية وخطورة عند إجرائه لدى الرجال- يرتبط بتناقض رئيسي في مستويات الاستعمال على مستوى العالم، وهو ما يبيّن التشديد الأكبر على النساء مقارنة بالرجال بكونهن البؤرة التي تركز عليها وسائل منع الحمل وبرامجه. شهد عام 2015 خضوع 30 مليون رجل لاستئصال الأسهر، مقارنة بنحو 237 مليون امرأة حصلن على وسيلة دائمة

اتجاهات في الاستخدام العالمي لوسائل منع الحمل الدائم



Source: Shelton and Jacobstein 2016

النظر فيها. وهذا صحيح في أوساط صناعات القرار وإعداد الميزانيات حيث تتضاءل قضية الحمل غير المقصود عادةً لتأخذ صورة نقاط مناقشة عن وسائل تنظيم الأسرة، أو تقديم الخدمات في المناطق النائية، أو الخدمات الاستشارية بشأن تنظيم الأسرة.

ونحن نرى أنه ما من نهج واحد (مهما بلغت أهميته) كفيلاً بتلبية كل الاحتياجات. بل إن وجود حزمة شاملة من الجهود المتشابكة أصبح واجب التنفيذ من القاعدة إلى القمة. ويجب إفساح المجال والمعرفة للنساء والفتيات حتى يعربن عن احتياجاتهن لشركاء الحياة ولمقدمي الرعاية الصحية عبر الباحثين وصناع السياسات، والأوجب من ذلك الإنصات لهن.

لمنع الحمل (إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية لدى الأمم المتحدة، 2015). "هناك... إجماع دولي منذ أمد طويل على أهمية المساواة بين الجنسين. فمن منظور استئصال الأسهر (إعقام الذكور) ظل هناك انفصال بين الالتزامات المعلنة بتحقيق حرية الاختيار والمساواة وواقع حال البرامج"، تبعاً لما يذكره الباحثون (جيكوبستاين، 2015).

ضرورة اتباع نهج شاملة

يوضح هذا البحث أن المفاهيم المغلوطة عن منع الحمل ينبغي تبديدها على كل المستويات. ف لدى الأفراد ومقدمي الخدمات الصحية اقتراضات وتحيزات لا بد من إعادة

التخطيط من أجل التغيير

لتنظيم الأسرة إلى الأسر الفقيرة. ومع ذلك، ما زالت القيادات الدينية المؤثرة تُعارض استخدام أي نوع من وسائل منع الحمل بخلاف ما يسمونه "الطرق الطبيعية" (أي الطرق المراعية لفترات لخصوبة).

ومع ذلك، دأبت قيادات دينية ومجتمعية - إلى جانب منظمات غير حكومية - على المساعدة لسنوات في توفير وسائل منع الحمل في المناطق النائية وللأسر غير القادرة مادياً على إطعام أفواه أخرى. ومثلما ذكرت إحدى الأمهات في قرية نائية محرومة تعتنش على الصيد، في حوار مع صندوق الأمم المتحدة للسكان عام 1998: "لدينا قسّ أبرشية يزورنا، وهو الذي يقدم لنا [حبوب منع الحمل]. فنحن لا نعرف من أين تأتي بها."

لقد كان لقانون 2012 والجهود الشعبية -مثل جهود المنظمات غير الحكومية ومنظمات حقوق المرأة والأفراد مثل قسّ الأبرشية المذكور- أثرٌ تراكمي إيجابي ضخم في توفير وسائل منع الحمل في الفلبين. ولم يكن لأي جهد منفرد - من المنظومة الصحية أو المنظومة القانونية أو المجتمع على إطلاقه - ذلك الزخم التحولي لوحده. بل كان تضافر الجهود والعمل الشامل على السنين هو صاحب الفضل في التغيير.

ما كانت قصة رحمة لتكون بهذه البساطة منذ جيل مضى. فقد تقلّبت السياسة الحكومية بشأن تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية في الفلبين. ورَكَزَت السياسات في ثمانينيات القرن الماضي على تقليل النمو السكاني عبر حصص وحوافز تخص وسائل تنظيم الأسرة؛ ثم توافقت تلك السياسات مع التعاليم الكاثوليكية التي تحرّم وسائل منع الحمل الحديثة. ودفع التوتر المستمر لعقود

"اتفقتُ أنا وزوجي على استخدام وسائل منع الحمل بسبب مدى صعوبة المعيشة في هذه الأيام."

بين المعسكر المؤيد لتنظيم الأسرة ونظيره المناهض له البلادَ نحو طريقيّ وسط غير مستقرشهد الترويج لتنظيم الأسرة بوصفه جانباً من جوانب صحة الأمومة والتدخل الرامي للمحافظة على حياة الأطفال - وهذا نهج أدى إلى تهميش المراهقين وغير المتزوجات (ألفاريز، 1993). تأخر تمرير قانون الأبوة المسؤولة والصحة الإنجابية حتى عام 2012، أي عندما استقرت الحكومة على نهجها الحالي المتمحور حول المستفيدين والصحة الإنجابية، وهو ما ألزم الحكومة بتقديم خدمات مجاناً

الفلبين، 2021 - شعرت رحمة سامولا، البالغة من العمر 40 عاماً، بالإجهاد التام بعد ولادة طفلها السادس في ماغوينداناو في الفلبين. وكان قد سبق لها أن رأت أمها تربي ثمانية أولاد. تقول: "رؤية أمي وهي تذوق الأمزين في رعاية أشقائي السبعة ساعدتني على اتخاذ القرار بتجربة تنظيم الأسرة، وذلك بالاتفاق مع زوجي." وُلِدَ معظم أطفال رحمة بفاصل سنة فقط بين أحدهم الآخر، لكن بمساعدة وسيلة منع

الحمل التي استعملتها بالحقن تمكنت رحمة من تأجيل حملها الأخير حتى عام 2021 - أي بعد خمس سنوات من ولادة الطفل الذي سبقه. ولدى رحمة يقينٌ أنه بدون الحقن لحملت بطفلين آخرين في تلك المدة.

لذا تشعر -هي وزوجها- بالامتنان للعاملين الصحيين المحليين الذين نصحوهما بشأن مختلف خيارات تنظيم الأسرة المتاحة. ترى رحمة أنها في صحّة جيدة ولم يظهر عليها من الآثار الجانبية للحقن سوى زيادة طفيفة مقبولة في الوزن، وتقول إنّ المباشرة بين الولادات واستعمال وسيلة منع الحمل غيراً حياتها للأفضل على مستوى الصحة والأسرة، "بحيث لا يُواجه أولادي أوقاتاً عصيبة."

قبل تقديم خدمات تنظيم الأسرة إلى كل امرأة على تقديم معلومات عن الوسائل المتاحة وطبيعة عملها وكيفية استخدامها، والآثار الجانبية لها؛ وأشياء من هذا القبيل.

أنيسة ت. عرب هي واحدة من 15 شقيقاً وشقيقة في ماغويندانو. ولطالما تحلّت بقوة الإرادة؛ فقد تركت المنزل وهي في سن العشرين بدلاً من القبول بخطة أبيها لتزويجها ووقف تعليمها. وعارضت تنظيم الأسرة في البداية معتقدةً أن تعاليم الإسلام لا تقرّه، لكنها تبين "عندما درستُ الإسلام علمت أن تقاليد مجتمعنا بما يخصّ المرأة بعيدة أشد البعد عما يفرضه الإسلام."

تبلغ أنيسة من العمر 57 عاماً اليوم، وهي مذيعة في الإذاعة وأستاذة دراسات إسلامية ومناصرة مسموعة الصوت لتعليم الإناث ولحقوقهن في الزواج برغبتهن وبموافقتهن على التوقيت والزوج، وهي مناصرة أيضاً لتنظيم الأسرة. وهي تدرّس طالباتها عن الفتوى المتعلقة بتنظيم الأسرة، وهي الرأي الشرعي المعتمد من علماء الشريعة الذي يوضح أنّ وسائل منع الحمل غير محرّمة. لذا تقول إن تنظيم الأسرة ليس بالشيء المكروه. بل "عندما تتعلم نساؤنا الاعتناء بأجسامهن ينطلق عند ذلك بناء الأسرة المثالية."



ساهمت القوانين والحركات الشعبية في إحداث تغيير. Getty Images عبر Jay Directo/AFP

تقول تيريزا باتيتيتس، استشارية التغذية البالغة من العمر 36 عاماً في إحدى قرى الشمال: "اتفقت مع زوجي على استخدام وسائل منع الحمل بسبب صعوبة الحياة حالياً." فهم يرغبان في توجيه مواردهما المستنفدة نحو تعليم أولادهما الأربعة. وكانت تيريزا قد تجنّبت وسائل منع الحمل الهرمونية في السابق، وذلك لدوافع منها الخوف من الآثار الجانبية، ولكن عندما تحدّثت إحدى العاملات الصحيات المحليات عن وسائل الغرس الطويلة المفعول قررت أن تستعملها. تقول تيريزا: "يحرصون

أتاح القانون تحفيز الاستثمار في العيادات وخدمات الصحة الإنجابية، ويوجد حالياً برنامج تأميني يشمل أكثر من 90 في المائة من البلديات في البلد (تنظيم الأسرة 2030، 2020). أما الخطاب المُحتدّ بخصوص منع الحمل فقد هدأ، ونشأ حوارٌ جديد يتعلّق بحرية الاختيار والحقوق والأهداف الطويلة الأمد للأفراد والأسر. يواكب ذلك جهدٌ استباقي من جانب العاملين الصحيين ومستشاري تنظيم الأسرة والقيادات الدينية أيضاً لتبديد المعلومات المغلوطة عن وسائل منع الحمل.

أين تتيح القوانين والسياسات تمكين النساء من اجتناب الحمل غير المقصود؟

تتيح أهداف التنمية المستدامة أول محاولة من نوعها لإجراء تقييم شامل لمدى دعم الأطر القانونية والتنظيمية الفُطرية الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية. يرصد مؤشر التنمية المستدامة 5.6.2 القوانين والأنظمة على امتداد مكونات أربعة، هي: رعاية الأمومة، وخدمات وسائل منع الحمل، والتربية الجنسية الشاملة، والخدمات المعنية بمنع وعلاج فيروس العوز المناعي البشري وفيروس الورم الحليمي البشري.

لا تغطي جميع المكونات الـ 13 بارتباط مباشر بمنع حالات الحمل غير المقصود. ولكن حتى ما يخلو منها من صلة واضحة (مثل لقاح فيروس الورم الحليمي البشري) يعكس مع ذلك البيئة التنظيمية العامة المحيطة بالصحة والحقوق.

يقيم المؤشر لكل مكون ما إذا كان هناك قانون مُساند وما إذا كانت هناك تقييدات محتملة. ويقاس فقط وجود مثل تلك القوانين واللوائح التنظيمية، وليس التنفيذ. ويجب ملاحظة أن هناك اختلافات كبيرة موجودة داخل المناطق. تتوفر البيانات الفُطرية على unstats.un.org/sdgs/dataportal.

مؤشر هدف التنمية المستدامة 5-6-2 يقيس 13 مكوناً (م1 - م13) في أربعة أقسام

خدمات وسائل منع الحمل

- م5: منع الحمل
- م6: القبول بخدمات منع الحمل
- م7: وسائل عاجلة لمنع الحمل

رعاية الأمومة

- م1: رعاية الأمومة
- م2: سلع مُنقذة للحياة
- م3: الإجهاض
- م4: رعاية ما بعد الإجهاض

فيروس العوز المناعي البشري وفيروس الورم الحليمي البشري

- م10: اختبار فيروس العوز المناعي البشري والاستشارة ذات الصلة
- م11: علاج فيروس العوز المناعي البشري والرعاية ذات الصلة
- م12: سرّية الحالة الصحية للرجال والنساء المتعايشين مع فيروس العوز المناعي البشري
- م13: لقاح فيروس الورم الحليمي البشري

التربية الجنسية

- م8: قوانين منهج التربية الجنسية
- م9: مواضيع منهج التربية الجنسية

مؤشر هدف التنمية المستدامة 5.6.2 (إجمالاً)	فيروس العوز المناعي البشري وفيروس الورم الحليمي البشري					التربية الجنسية			خدمات وسائل منع الحمل				رعاية الأمومة					
	معدل القسم	13م	12م	11م	10م	معدل القسم	9م	8م	معدل القسم	7م	6م	5م	معدل القسم	4م	3م	2م	1م	
76	81	54	93	91	87	65	68	66	76	70	82	78	74	78	43	90	85	العالم
87	90	81	95	94	91	88	88	89	84	76	92	84	85	81	71	88	94	مناطق أكثر تطوراً
72	78	45	92	90	86	58	61	58	74	69	79	75	71	77	33	90	82	مناطق أقل تطوراً
71	78	38	93	92	88	56	59	53	70	68	70	72	71	79	29	96	79	أقل المناطق تطوراً

مناطق صندوق الأمم المتحدة للسكان

65	70	8	95	89	89	9	9	31	73	77	67	77	68	88	10	87	73	الدول العربية
74	78	45	93	86	85	63	65	65	77	73	80	79	71	82	37	87	78	آسيا والمحيط الهادئ
84	80	50	94	93	84	87	82	93	87	77	100	86	85	95	65	87	93	أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى
75	80	57	94	86	84	71	77	67	73	60	82	77	70	75	31	86	86	أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي
72	81	61	90	88	84	61	69	53	70	69	72	69	73	87	28	97	84	شرق أفريقيا والجنوب الأفريقي
70	79	35	91	97	89	54	55	52	75	72	77	76	70	65	34	98	83	غرب ووسط أفريقيا



إمالة اللثام عن تكاليف الحمل غير المقصود

إن آثار الحمل غير المقصود متنوعة بشدة في طبيعتها وانتشارها. ولعل التبعات الأوضح تتمثل في النتائج المباشرة للحمل نفسها، سواءً كانت الولادة أو الإجهاض أو الإسقاط. لذلك قد يكون مغرباً قياس الآثار عبر الموازنة بين مسارين محتملين: الأول هو استثمار المرأة لوقتها ومواردها في مولود، مقارنةً بالمسار الثاني المتمثل في استثمارها في نفسها – لكن هذا التفرُّع الثنائي مغلوطن. فالمرأة التي تُجهِّض قد تفعل ذلك لاستثمار موارد محدودة في أولادها الذين أنجبتهن. أما المرأة التي تُحرم من قدرتها على اختيار الحمل فقد تفنقر أيضاً لما تستثمره في نفسها وفي وليدها. وأما المرأة ذات الموارد الاقتصادية الوفيرة فقد تتحمل تكاليف أخرى من قبيل التعرض المستمر لشريك عنيف.



ينبغي مراعاة التفصيل الدقيق أيضاً عند ذكر حالات الحمل التي تنتهي بالولادة. فكثير من حالات الحمل غير المقصود تُستقبل بالسرور - حتى الحالات التي تُقابل بالخوف والهلع - قد تنتهي بأطفال يجدون حباً غامراً ويشكّلون مصدراً للسعادة الغامرة. هنا يتقرر بحسم أن المولود لحمل غير مقصود (أياً كانت ظروفه) هو إنسان له قيمة أصيلة وكرامة وحقوق يلزم صونها. ولا شيء من ذلك متعارض مع أن الحمل غير المقصود قد يفضي إلى تبعات متلاحقة مستمرة بالنسبة إلى الأفراد المعنيين وللأسر المعنية.

لا سيما في الأماكن ذات قوانين الإجهاض التقييدية؛ ففيها تلجأ النساء إلى الإجهاض غير الآمن وغالباً ما يصيبن بأمراض صحة الأمومة التي قد تقضي إلى الوفاة.

وما تلك التدابير سوى نقطة ابتداء، غير أنها تستهل العملية الحيوية لصياغة الكيفية الأكثر وضوحاً لتأثر المجتمعات والاقتصادات بحالات حمل النساء اللاتي لم يرغبن في الحمل أو لم يردنه.

حساب ما لا يمكن حسابه

هناك فرضيات كثيرة عن تبعات حالات الحمل غير المقصود مما يتعذر إثباته أو نفيه بسهولة. لذا اقترح البعض - مثلاً - أن زيادة معدلات الولادات من الحمل غير المقصود قد تؤدي إلى ارتفاع معدلات الجريمة أو زيادة الضغوط الأسرية (بزدخستي وآخرون، 2015). وتلك النقاط الخلافية والمثيرة للجدل إنما تكشف عن ضغوط في العالم الواقعي على المجتمعات المحلية والأسرية، وهي ضغوط ربما كانت من تبعات الحمل غير المقصود. وهناك تكاليف أخرى يتعذر حسابها أيضاً، مثل الوصم الذي تكابده النساء غير المتزوجات اللاتي قد يتحملن تبعات طوال الحياة؛ وربما على مر أجيال.

ومن أمثلة التبعات المضاعفة المتسارعة التي يصعب حسابها هي التبعات الواقعة في الغالب على المراهقات والشابات اللاتي يتعرضن للحمل غير المقصود. وربما تضطر الفتاة إلى الانقطاع عن المدرسة (سواء بسبب عدم سماح المدرسة لها بالحضور و/أو بسبب احتياجها إلى رعاية وليدها). علماً بأن العودة إلى الدراسة محفوفة بالصعاب، بل مستحيلة أحياناً، فيما تقدّم قلة من المدارس

لذا وبدلاً من النظر في نتائج الحمل غير المقصود، يجدر بنا النظر في مرحلة أسبق - أي في ممارسة حق الاختيار أو الحرمان منه لأنها تبدأ قبل الحمل. يهدف هذا الفصل إلى التصدي للقضايا التالية: ما الفارق بين عالم تنتج فيه حالات الحمل من اختيار مستنير متأن، وعالمنا الحالي الذي تصنف فيه نصف حالات الحمل تقريباً على أنها غير مكتملة الإرادة؟ ما تبعات فقدان الاستقلالية الجسدية في ما يتعلق بالحمل؟ هل المجتمعات التي تتسامح مع المعدلات المرتفعة من الحمل غير المقصود تقدر إمكانات النساء حق التقدير بعيداً عن قدراتهن الإنجابية؟

إن تكاليف الفرص البديلة وفقاً لهذا التأطير لا يمكن حسابها كلياً. ولكن هناك سبل ملموسة وقابلة للقياس الكمي سعى الباحثون من خلالها إلى فهم بعض التكاليف: أي التكاليف الواقعة على المنظومة الصحية بسبب حالات الحمل غير المرغوب فيها سواء أتمت أم لا؛ والتكاليف المتعلقة بمساهمات النساء وفرصهن الاقتصادية والتعليمية؛ والمخاطر المحتملة (إن كانت معقدة) على الصحة العقلية والبدنية للأمهات والمواليد. وهناك مخاطر أيضاً بين من يخترن إجهاض حملهن،

الحمل غير المقصود يفسح المجال أمام انتهاكات حقوق الإنسان

باستثناء حالات الحمل الناتجة عن العنف الجنسي ومختلف

أشكال الإكراه الإنجابية، فإن معظم حالات الحمل غير

المقصود ليست نتيجة مباشرة لانتهاكات حقوق الإنسان.

غير أن حالات الحمل تلك كفيلة بأن تؤدي إلى تبعات تجعل

النساء والفتيات عرضة لانتهاكات حقوق الإنسان. ومن

الأثار السلبية المسلّم بها أن الحمل غير المقصود مرتبط

بتأخر الرعاية السابقة على الحمل، وهو ما من شأنه أن

يفاقم النتائج الصحية بالنسبة إلى الحامل (خان وآخرون،

2019)، والإفشاء إلى حمل مبكر إذا استمر (أور

وآخرون، 2000). إن الحمل - غير المقصود وغيره - كفيل

بإرغام الحامل على ترك المدرسة (هيومان رايتس ووتش،

2018أ) أو مواجهة التمييز في التوظيف (منظمة العمل

الدولية، 2012). وهذا التمييز من شأنه تعقيد الظروف

الاجتماعية الاقتصادية الهشة أصلاً، وربما كانت تلك

الظروف هي أساس حدوث الحمل غير المقصود من الأصل

(أيكن وآخرون، 2015). وفي الظروف الشديدة الحدة، قد

تؤدي حالات الحمل خارج رباط الزواج إلى عقوبات جنائية

(كندا: المجلس الكندي للهجرة واللجئين، 2013) أو أحكام

بالإعدام أو وفيات خارج نطاق القضاء - مثل الحالات

المعروفة باسم "جرائم الشرف"، أو الانتحار (مجلس حقوق

الإنسان التابع للأمم المتحدة، 2012؛ منصور وآخرون،

بدون تاريخ).

تتسنى حماية الصحة والتعليم والتوظيف وعدم التمييز من

خلال الصكوك الدولية المعنية بحقوق الإنسان؛ وعندما

يؤدي الحمل غير المقصود إلى النيل من التمتع بتلك الحقوق

وتقليصها في أوساط النساء والفتيات؛ فواجب الحكومات

عندئذ، سواء على أفراد أم بالاشراكة مع منظمات غير

حكومية محلية ودولية، أن تتخذ كل التدابير عبر مسارات

القانون والسياسة والبرامج والميزانيات والتنفيذ من أجل

فرض احترام تلك الحقوق وحمايتها وصونها (المجلس

الاقتصادي والاجتماعي للأمم المتحدة، 1990).

بيئات داعمة للرضاعة أو لرعاية الأطفال أو

لساعات الدراسة المرنة (هيومان رايتس ووتش،

2018). لكن مع نقصان التعليم تواجه الفتيات

انخفاضاً في آفاق العمل والمكاسب. وإذا وُلد

الطفل خارج رباط الزواج فقد يعني ذلك التعرض

للتمييز الذي يضر بها وبوليدها (هيومان رايتس

ووتش، 2018).

يقرّ الباحثون إقراراً واسعاً بتلك القيود؛ إذ أن

"الضرر الحقيقي الواقع على جودة الحياة لا يمكن

حسابه" كما أفاد مؤلفو استعراض الدراسات

السابقة عام 2015، وهو الاستعراض الباحث

في مختلف الآثار السلبية للحمل غير المقصود

(يزدخستي وآخرون، 2015). "تؤدي حالات

الحمل غير المقصود إلى مجموعة متنوعة من

التبعات المختلفة... التي لا علاقة لها بالموازات

الختامية العامة... وبصفة عامة، تفيد الأدلة بأن

الحمل غير المقصود هو أحد أهم التحديات الماثلة

أمام منظومة الصحة العامة، إذ يفرض تكاليف

مالية واجتماعية كبيرة على المجتمع" (يازداستي

وأرون، 2015).

حساب ما يُمكن حسابه

آفاق المشاركة في قوة العمل والمكاسب

المحتملة

هناك طرق واضحة يتسنى بها قياس بعض آثار

الحمل غير المقصود على الرغم من التحديات

ذات الصلة. فقد خلصت دراسة في الولايات

المتحدة، على سبيل المثال، إلى أن الولادات غير

المخطط لها تقلل من المشاركة في قوة العمل

بنحو 25 في المائة. وقد سعت الدراسة إلى

مراعاة تأثيرات الولادات غير المرغوب فيها،

والولادات السيئة التوقيت - أي مثلما يحدث

عندما تنوي المرأة الحمل في سن 28 لكنها

تحمل في سن 25 (نيوفون-تشيكيرو، 2014). وقد وُجد أن الأثر الاقتصادي لحالات الحمل غير المقصود في رفاه الأسرة قد يكون أكبر في الأسر المنخفضة الدخل منه في الأسر المرتفعة الدخل؛ أي الأقل اعتماداً على الأجور ولديها مدخرات وأصول أخرى تعتمد عليها (نيوفون-تشيكيرو، 2014).

التكاليف الواقعة على النظام الصحي

إن العبء الاقتصادي لأحداث من قبيل رعاية الحمل أو رعاية الإجهاض هو عبء ممكن حسابه أيضاً؛ غير أن الأمر لا يخلو من محاذير: إذ لا يمكن للمرء أن يقف على قيمة دولارية لتكاليف الرعاية الصحية لكل امرأة تعرضت للحمل غير المقصود ليقارن تلك التكلفة بالنساء اللاتي لم يتعرضن للحمل مطلقاً. وكثير من حالات الحمل غير المقصود هي سينة التوقيت وليست غير مرغوبة، وهو ما يعني أن المرأة نفسها ربما كانت ستكبد تكاليف متعلقة بالرعاية الصحية في الحمل ولكن في ظروف مختلفة. أما إذا افترض أن النساء يفضلن تكوين أسرة أو زيادة عددها في ظروف مناسبة اقتصادياً فربما يسعنا حينها استنتاج جانب من التكلفة.

وقد انتهى باحثون في الولايات المتحدة إلى أن حالات الحمل غير المقصود بين النساء الفقيرات وذوات الدخل المنخفض قد أسفرت عن تكاليف باهظة على صعيد الإنفاق العام: "بلغ إجمالي جوانب الإنفاق الحكومي على حالات الحمل غير المقصود في عموم أنحاء البلاد 21 مليار دولار في عام 2010" (صنيفيد وكوست، 2015). وقد استمرت تلك التكاليف في الارتفاع حتى الآن في الولايات المتحدة. وقدّر الباحثون إجمالي التوفير المحتمل لو أمكن تفادي حالات الحمل غير المقصود بنحو 15,5 مليار دولار (صنيفيد وكوست، 2015).

قدّرت بيانات دراسة برازيلية صادرة عام 2010 إجمالي تكاليف الحمل غير المقصود في البرازيل بنحو

2.33 مليار دولار (يسعر صرف العام 2010). وقُسمت تلك التكاليف إلى نسبة مئوية صغيرة لرعاية حالات الإسقاط (0.8 في المائة)، والتكاليف المباشرة للولادة في حالات الحمل غير المقصود (30 في المائة)، وتكاليف أية مضاعفات لدى المواليد بسبب حالات الحمل غير المقصود (حوالي 70 في المائة). واستبعد الباحثون تكاليف أية إجهاضات متعمدة، ولم يراعوا تكاليف اعتلال صحة الأمهات ولا تكاليف غيابها عن قوة العمل (لي وآخرون، 2014).

إن هذه التقديرات محددة ببلداتها ومحدودة في نطاقها. أما حساب التكاليف المماثلة على مستوى العالم أو حسب المناطق فهو حافل بالصعوبات، ولا توجد منهجية متفق عليها لقياس التكاليف أو لمعرفة التكاليف الجديرة بالقياس. ومع ذلك، من الواضح أن تكاليف الحمل والولادة قد تصل إلى أرقام كبيرة للغاية.

وتوجد تكلفة أخرى ضخمة وهي نتيجة غير مباشرة للحمل غير المقصود، ألا وهي تقديم الرعاية لحالات الإجهاض ورعاية ما بعد الإجهاض. وقد أجرى معهد غوتماكر بحثاً مكثفاً لاستقصاء تلك التكاليف. وجاء في أحدث موجزاته بعنوان "حسبة تامة" أن البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل تنفق 2.8 مليار دولار على رعاية حالات الإجهاض ورعاية ما بعد الإجهاض سنوياً. ومن الممكن خفض تلك التكلفة بمقدار النصف تقريباً (1.5 مليار دولار) لو أُلبّيت الاحتياجات من وسائل منع الحمل تلبية تامة في تلك البلدان (سولي وآخرون، 2020).

تبعات الصحة العقلية

من الصعب استجلاء السبب والأثر متى تعلق الأمر بالحمل غير المقصود والصحة العقلية، لأن كلاهما باعث على كثير من جوانب الضعف المتماثلة، وكلاهما مدفوع بها. فعلى سبيل المثال يمكن أن يؤدي عنف



© UNFPA/Fidel Évora

مرحلة ما عقب الولادة. أما أهم عوامل التنبؤ بالاكتئاب فكانت النزاع في العلاقة مع الشريك، والقلق والضغوط النفسية في أثناء الحمل، والمرور بأعراض حمل كثيرة، وضعف العلاقات الاجتماعية؛ أما عوامل التنبؤ الأدنى أهمية من ذلك (مع التسليم بأهميتها) فمنها عدم اليقين حيال الرغبة في الإنجاب (كينغزبري وآخرون، 2015).

وربما تتعرض الساعات إلى الإجهاض دون أن يتمكن من الحصول عليه للخطر بشكل خاص. تناولت دراسة أتراب في البرازيل عام 2011 الاكتئاب لدى 1057 امرأة، وانتهت إلى ارتفاع معدل حدوث الاكتئاب اللاحق على الولادة بين النساء اللاتي سعين دون نجاح إلى إجهاض حملهن، وذلك قياساً على مجموعة مقارنة من النساء اللاتي لم يسعين للإجهاض؛ وقد استمر هذا الارتباط بعد تنفيذ العوامل الضابطة بخصوص عوامل التنبؤ الأخرى المحتملة للاكتئاب اللاحق على الولادة – ومن ذلك عامل الصحة العقلية قبل الحمل (لودمير وآخرون، 2011). على نحو مماثل، كشف تحليل طولاني للبيانات لعام 2017 في الولايات المتحدة عن أن النساء اللاتي عزن عن الإجهاض كن أشد عرضة للتبعات النفسية العكسية من النساء اللاتي نجحن في تحقيق الإجهاض (بيغز وآخرون، 2017).

الشريك الحميم إلى فقدان القدرة على اتخاذ القرار بما يؤدي إلى حدوث الحمل غير المقصود ويضر بالصحة العقلية والرفاه (جيبسن وآخرون، 2008). ومع ذلك، فقد سعى عدد من الدراسات إلى استخلاص تلك العلاقات، علماً بأنها تؤكد في مجموعها أن الحمل غير المقصود غالباً ما يكون عاملاً متكرراً في حالات الاكتئاب، فضلاً عن إضراره بالرفاه النفسي.

اكتئاب ما بعد الولادة

أجريت دراسة حديثة مجمعة تشمل 30 دراسة وأكثر من 65 ألف مشاركة، وانتهت إلى أن النساء اللاتي حملن كن عرضة أكثر لخطر شديد غير مقصود يتمثل في ظهور أعراض اكتئاب ما بعد الولادة مقارنةً بالنساء اللاتي حملن باختيارهن – وذلك بنسبة 1.53 (كيو وآخرون، 2020). لقد ظهر هذا الترابط في دراسات كثيرة ببلدان ومناطق مختلفة من العالم (ستايرغ وآخرون، 2020؛ بريو وآخرون، 2015).

أما بالنسبة إلى البلدان المرتفعة الدخل، فقد تناولت دراسة طولانية على مدار 21 عاماً في أستراليا العوامل المؤثرة في الاكتئاب المرتبط بالولادة. تعرضت 21 في المائة من النساء المشمولات بالدراسة للاكتئاب "متساعد بشدة" في

دراسة الصد

أجري بحث بالغ الأهمية في الولايات المتحدة باسم "دراسة الصد"، وقد صممت الدراسة لفهم تداعيات صد الحوامل عن الإجهاض بمرور الوقت، مقارنة بمن تمكن من الإجهاض (فوستر، 2020). تتبعت الدراسة 950 امرأة ممن ظنن الإجهاض على مرّ خمس سنوات، وكان بعضهن قد تعرّضن "للصد" لأن طلباتهن جاءت بعد أن تجاوز عُمر حملهن الحدود المسموح بها. وعن ذلك قال الباحثون: "لم نقف على دليل لإضرار الإجهاض بالنساء... فاللاتي خضعن للإجهاض كُنَّ إما على حالهن وإما (وهو الأكثر) أفضل من نظيراتهن اللاتي قبلت طلباتهن بالصدود." وشمل ذلك صحتهن البدنية وعملهن وأوضاعهن المالية، وصحتهن العقلية. كما انتهت الدراسة إلى أن النساء اللاتي تعرّضن للإجهاض "حظين بفرصة أكبر للحمل حملاً مرغوباً ولعيش علاقة طيبة مفعمة بالحب في قابل الحياة."

ومن النساء المشمولات بالدراسة اللاتي قبلت طلباتهن للإجهاض بالصد اثنتان توفيتا لأسباب تتعلق بالولادة، فيما مرت أخريات بمضاعفات بسبب الولادة مقترنة بحدّة الآلام المزمنة وارتفاع ضغط الدم، فضلاً عن الإجهاد الصحي العام المستمر لسنوات. وأفادت كثيرات بتعرضهن لقلق زائد وقلة تقدير الذات في الفترة اللاحقة مباشرة على منعهن من الإجهاض. كما كانت المصدودات عن الإجهاض أقل قدرة على تحرير أنفسهن من الشركاء العنيفين، وأفادت كثيرات منهن بالتعرض لمصاعب اقتصادية.

تلقت هذه الدراسة الابتكارية وعشرات البحوث الأكاديمية المترتبة عنا اهتماماً كبيراً على مر السنين بسبب التصميم الفريد للدراسة والنتائج غير المسبوقة التي تؤكد أن الإجهاض كان غير مُضر، بل إنه ساهم في تحسين الرفاه لدى كثير من النساء. لذا قالت البروفيسور ديانا غرين فوستر، الباحثة الرئيسية في الدراسة، لصندوق الأمم المتحدة للسكان: "النساء واعيات بالتبعات الكثيرة المتنوعة لإكمال الحمل غير المرغوب فيه. وتُعد كل مخاوفهن - المالية والصحية ومن حيث المسؤوليات والخطط المستقبلية - مجالات ساءت فيها النتائج العائدة على النساء ممن عجزن عن تنفيذ الإجهاض المرغوب فيه مقارنةً بمن نَفَدنه."

التبعات الصحية البدنية

المخاطر المرتبطة بالولادات غير المقصودة

في حين أنّ الصلة بين حالات الحمل غير المقصود ومخاطر اعتلال صحة الأم ووفاتها تظل غير مدروسة على نحوٍ كافٍ، إلا أنه ثبت وجود أوجه ترابط بينهما في الدراسات السابقة (تسوي وآخرون، 2010؛ جيبسن وآخرون، 2008؛ موهاجي وآخرون،

2007)، وأشار إليها أيضاً في التحليل الأصلي الوارد في الفصل الثاني من هذا التقرير. ومن أسباب الارتباط بين الحمل غير المقصود وارتفاع معدلات وفيات الأمهات هو وجه الارتباط البسيط التالي: كلما زاد عدد حالات الحمل والولادة، زاد عدد المتوفيات في أثناء الحمل والولادة. ولهذا فإن كل برنامج من برامج الصحة العامة المصممة لتقليل عدد وفيات الأمهات يضم مطلب "منع الحمل"

بوصفه أحد ركائز العمل. فكلما أمكن تقليل معدلات الحمل غير المقصود، أمكن تقليل عدد الإصابات أو الوفيات لأسباب تتعلق بصحة الأمومة.

هناك سببٌ ثانٍ لتأثير الحمل غير المقصود في معدلات وفيات الأمهات، وقد سبق بحثه في سياقات متعددة، ألا وهو السمات التي تعرّض النساء لزيادة احتمالات الحمل غير المقصود، ومن تلك السمات الفقر، وانعدام الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية، وانخفاض مستوى التعليم، وما إلى ذلك؛ فكلها عوامل تزيد من احتمالات التعرض لمضاعفات الولادة التي من بينها اعتلال صحة الأمهات ووفاتهن. ويصدق ذلك على النساء الأكبر سناً والنساء الكثيرات الإنجاب أيضاً (بوزرمن وآخرون، 2020؛ جيبسن وآخرون، 2008؛ كامبل وغراهام، 2006).

يضاف لما سبق تحليل شمل بلداناً متعددة لبيانات الدراسات الاستقصائية السكانية والصحية، وانتهى إلى أن النساء ذوات الحمل غير المقصود ملن إلى تلقي رعاية ما قبل الولادة في مرحلة متأخرة، وحظين بزيارات أقل في خلال رعاية ما بعد الولادة مقارنة بالنساء ذوات الحمل المخطط سلفاً في المتوسط (أمو-أدجي وتويير، 2016). وقد أثبتت بعض الدراسات التي أجريت في بلدان نامية أن الحمل غير المقصود مرتبط بحالات من قبيل تسمم الحمل، والنزف بعد الولادة، وتسمم الحمل بعد الولادة. ثبت ذلك أيضاً في دراسة موسعة في الهند تخللها اعتبار انتشار تلك الحالات المرضية عاملاً مساهماً في ارتفاع معدلات وفيات الأمهات في ولاية أوتار براديش (ديهنجيا وآخرون، 2020)؛ وانتهت هذه الدراسة إلى التعليل الجزئي للارتباط بين الحمل غير المقصود ووفيات الأمهات بانخفاض مستوى الرعاية بعد الولادة التي تلقتها أمهات حوامل في حمل غير مقصود قبل الولادة (ديهنجيا وآخرون، 2020).

غالباً ما ترتفع المخاطر الصحية بين الأمهات المراهقات. وتواجه المراهقات الحوامل في الفئة العمرية ما بين 10 و19 عاماً مخاطر أعلى بحدوث تسمم الحمل، والتهاب بطانة الرحم النفاسي، وأنواع العدوى الجهازية مقارنة بنساء الفئة العمرية من 20 إلى 24 عاماً (منظمة الصحة العالمية، 2020أ). من الثابت أن مضاعفات الحمل والولادة هي السبب الرئيسي للوفاة بين الفتيات في سن 15 إلى 19 عاماً على مستوى العالم (منظمة الصحة العالمية، 2019).

ومع ذلك، فإن إثبات علاقة سببية مباشرة صعب بسبب كثرة العوامل المؤثرة في صحة الأم (شاملة الفقر وانعدام التعليم وانعدام الوصول إلى المنشآت الصحية)، وكلها عوامل تكفل التنبؤ أيضاً بمعدلات مرتفعة من الحمل غير المقصود. وفي هذا تأكيد لاستنتاجات الفصل الثالث من أن تقليل مستويات الحمل غير المقصود مرتبط ارتباطاً



وثيقاً بتحقيق أهداف التنمية الكلية، لا سيما المتصل منها بالصحة والتعليم والمساواة بين الجنسين.

معدلاً قوامه 39 إجهاضاً لكل ألف امرأة في الفئة العمرية بين 15 و49 عاماً (بيراك وآخرون، 2020). وتفيد البيانات المتعلقة بالفترة من 2010 إلى 2014 بأن نحو 45 في المائة من جميع حالات الإجهاض التي تحدث على مستوى العالم هي إجهاضات غير آمنة (غاناترا وآخرون، 2017).

كما أن كل الإجهاضات غير الآمنة تقريباً تحدث في بلدان نامية، إذ يحدث أكثر من نصفها في آسيا حسب التقديرات؛ ومعظمها في جنوب ووسط آسيا، مع وجود الكتل السكانية الضخمة في هاتين المنطقتين. من ناحية أخرى، تحدث نسبة أكبر من الإجهاضات غير الآمنة

مخاطر الإجهاض غير الآمن

يتجلى أحد الآثار السلبية للحمل غير المقصود في العلاقة السببية الواضحة بين ضعف صحة الأم والعبء الصريح الواقع عليها عالمياً متمثلاً في الإجهاض غير الآمن. يقدر الباحثون أن نحو 121 مليون حالة حمل غير مقصود حدثت سنوياً بين عامي 2015 و2019، وانتهى نحو 61 في المائة منها بالإجهاض (بيراك وآخرون، 2020). ويشهد العالم سنوياً نحو 73.3 مليون حالة إجهاض حسب التقديرات، وهو ما يضاها

تنظيم الأسرة والإجهاض الآمن هي أدوات أساسية لمنع وفيات الأمهات

يقدر الباحثون في معهد غوتماخر أن التلبية التامة لاحتياجات النساء من وسائل منع الحمل في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل وتقديم الرعاية اللازمة قبل الولادة وبعدها وفق مستويات الخدمة الموصى بها من منظمة الصحة العالمية من شأنه أن يقلل معدلات الإجهاض غير الآمن بنسبة 72 في المائة ومعدلات وفيات الأمهات بنسبة 62 في المائة (سولي وآخرون، 2020). وفي حين أن تلك التحسينات ستقطع شوطاً كبيراً في الحد من اعتلال صحة الأمهات ووفاتهن، إلا أن عدداً كبيراً من وفيات الأمهات الممكن اتقاؤها ستستمر بكل تأكيد تقريباً في البيئات ذات العوائق المانعة من توفير الرعاية للإجهاض الآمن. ويعود ذلك -كما سلف بيانه في الفصول السابقة- إلى استحالة القضاء المبرم على مخاطر الحمل غير المقصود في ظل الظروف التي تسود العالم حالياً.

عندما تُنفذ الإجهاضات في بيئات رعاية صحية جيدة على يد مقدمي رعاية صحية مهرة، تقل مخاطر المضاعفات بشدة عما

يرتبط عادةً بالولادة بسبب حمل غير مقصود (غيردنتس وآخرون، 2016)، والولادات عموماً (رايموند وغرايمز، 2012). إن الإجهاض الطبي (وهو خيار لإجهاض الحمل مبكراً ويمكن تنفيذه في أماكن الرعاية الأساسية عبر التطبيب عن بعد أو بإدارة ذاتية) يتيح خياراً للإجهاض الآمن (غامبير وآخرون، 2020)، وذلك حال تنفيذه على نحو صحيح في وقت مبكر بما يكفي من الحمل. غير أن إتاحة الإجهاض الطبي محدودة في كثير من البيئات المنخفضة والمتوسطة الدخل التي يجوز فيها الإجهاض بحكم القانون (زو وآخرون، 2020). لكنّ القضاء الفعال على الأضرار الكارثية للإجهاض غير الآمن يتطلب تحسينات في جوانب شتى متصلة بخدمات الإجهاض، ومنها إكساب الاختصاصيين الصحيين المهارات المناسبة، والتحقق من مراعاة مقتضيات النظافة والخصوصية في بيئات الرعاية الصحية، والتحقق من توفير اللوازم المناسبة وإتاحتها - وكلها ظروف يمكن تلبيتها حال وجود الاستثمارات والأنظمة الصحية العامة. وهذا الواقع من الأسباب التي دعت منظمة الصحة العالمية وهيئات أخرى معنية بحقوق الإنسان إلى التوصية بإزالة العوائق القانونية أمام الإجهاض الآمن، لا سيما في الحالات التي قد تتعرض فيها الصحة والحياة للخطر (العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية، 2019؛ منظمة الصحة العالمية، 2015).

تقليل
معدلات
الإجهاض
غير الآمن
بنسبة 27
في المائة



© UNFPA/Fidel Évora

في مناطق أخرى من العالم: فثلاثة من كل أربعة إجهاضات حدثت في أفريقيا وأمريكا اللاتينية كانت غير آمنة، وبلغت مخاطر الوفاة من الإجهاض غير الآمن أوجهاً في أفريقيا (غاناترا وآخرون، 2017).

يُعدّ الإجهاض غير الآمن أحد الأسباب الرئيسية لوفيات الأمهات عالمياً (ساي وآخرون، 2014). وكما سلف بيانه، فإن ما يقدر بنحو 4,7 إلى 13,2 في المائة من وفيات الأمهات السنوية يمكن عزوها إلى الإجهاض غير الآمن (منظمة الصحة العالمية، 2020). ويشكل ذلك عقبة دائمة أمام تحقيق الهدف 3 من أهداف التنمية المستدامة، ذلك بأنه يقوّض على وجه الخصوص الغاية 3.1 المعنيّة بتقليل معدل وفيات الأمهات العالمي إلى 70 حالة لكل مائة ألف ولادة بحلول عام 2030.

لمضاعفات متوسطة الخطورة على الأقل، وربما أثرت في صحتهم لسنوات (58.2 في المائة في أفريقيا و49.5 في المائة في أمريكا اللاتينية) (قريشي وآخرون، 2021؛ روميرو وآخرون، 2021). انتهت دراسة في عام 2006 إلى أن اعتلال الصحة والوفاة بسبب الإجهاض غير الآمن أدّى إلى فقدان 5 ملايين سنة حياة صحية مفقودة (وهو مقياس لفقدان العمر الإنجابي للفرد) سنوياً في أوساط النساء في عمرهن الإنجابي؛ ويحذر الباحثون من أن رقماً أضخم من ذلك ما هو إلا تقدير متواضع مقارنة بالواقع (غرايمز وآخرون، 2006). وتلك الأرقام -على أي مقياس- تشكل طوارئ صحية عامة للملايين من النساء المعرضات للتأثر وهنّ في سن الإنجاب.

الآثار الواقعة على الأطفال المولودين

لحمل غير مقصود

انتهت دراسات كثيرة كما سلف بيانه إلى ارتباط الحمل غير المقصود بتأخير الاستفادة من الرعاية السابقة على الولادة و/أو انخفاض وتيرة الرعاية. ذلك بأن الزيارات الطبية قبل الولادة ليست تدخلاً صحياً مهماً

وهناك عدد أكبر من النساء اللاتي يكابدن المرض والعجز بسبب تبعات الإجهاض غير الآمن؛ فبيانات عام 2012 توضح أن نحو 7 ملايين امرأة يدخلن المستشفيات سنوياً في البلدان النامية لهذا السبب، أما التكلفة السنوية لعلاج المضاعفات الأساسية للإجهاض غير الآمن فتقدّر بنحو 553 مليون دولار (منظمة الصحة العالمية، 2020).

وتوضح معدلات اعتلال صحة الأمهات وجود تبعات على المديين القصير والبعيد للإجهاض غير الآمن. وقد أجرت منظمة الصحة العالمية دراستين حديثتين بحثتا في نتائج أكثر من 20 ألف حالة إجهاض غير آمن في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وأمريكا اللاتينية والكاريبّي؛ وكشفت عن نسبة صغيرة من "المشاركة" على الوفاة أو حدوث الوفاة في أوساط الحوامل (2.3 في المائة في أفريقيا و1.3 في المائة في أمريكا اللاتينية)، فيما أثرت المضاعفات المهددة للحياة في 7 في المائة من النساء الأفريقيات وفي 3.1 في المائة من نساء أمريكا اللاتينية (قريشي وآخرون، 2021؛ روميرو وآخرون، 2021). وقد تعرّضت نحو نصف النساء المشمولات بالدراستين

السكانية والصحية في بلدان متعددة (أمو-أدجي وتيوير، 2016)، وهذه نتيجة الدراسات أيضاً في مصر وبيرو والفلبين (جيبسن وآخرون، 2008).

وربما أثر الحمل غير المقصود تأثيراً سلبياً في معدلات الرضاعة الطبيعية، وهي ممارسة توصي بها منظمة الصحة العالمية لتحسين فرص بقاء الأطفال وتعزيز النمو الصحي (منظمة الصحة العالمية، 2021). وتبين عقود من البحث في أوروبا والولايات المتحدة أن المواليد المولودين لحمل غير مقصود تقل احتمالات تغذيتهم بالرضاعة الطبيعية إما كلياً وإما لفترة أقصر من غيرهم (جيبسن وآخرون، 2008). ووجدت بعض الدراسات أنه حتى بين الأشقاء في الأسرة الواحدة تزيد فرص المولودين لحمل مخطط مسبقاً في الرضاعة الطبيعية (كورينمن وآخرون، 2002). ووجد تحليل لبيانات الدراسات الاستقصاءات السكانية والصحية من 18 بلداً أنّ النساء ذوات الحمل غير المقصود تقل احتمالات مواصلتهم الرضاعة الطبيعية لأكثر من عام بنسبة 10 في المائة على وجه العموم، مع أنّ هذا النمط لم يكن متنسقاً بين البلدان (هرومي-فيدلر وبيريز-إسكاميلا، 2006).

والأطفال المولودون لحمل غير مقصود قد يكونون عرضة أيضاً لمشاكل على صعيد التطعيمات والمرض والرعاية العلاجية؛ إذ أوضحت بعض الدراسات هذا الارتباط (جيبسن وآخرون، 2008)؛ غير أن هذه النتيجة تبدو محددة بسياقاتها للعناية.

لقد أجريت دراسات كثيرة على مدى زيادة الاحتمالات بأن يولد مواليد الحمل غير المقصود بوزن أقل، فهذا مؤشر مهم على مدى عافية المولود؛ لا سيما عند المقارنة بمواليد الحمل المخطط له سلفاً. كما بحثت الدراسات في التبعات الطويلة الأمد الواقعة على مواليد الحمل غير المخطط له، ومنها سوء التغذية والتقرم. تباينت النتائج حتى إن بعضها نفى وجود تلك

التبعات السلبية للحمل غير المقصود ما كانت لتحدث لو كانت الحوامل متمكنات من اتخاذ خيارات واعية ومتأنية بشأن خصوبتهن ومستقبلهن الإيجابي من الأصل

للنساء فحسب، بل إنها تقلل احتمالات وفيات المواليد (فونداغيغن وآخرون، 2018) وتحسّن نتائج التغذية بالنسبة إلى الوليد؛ إلى جانب فوائد أخرى (منظمة الصحة العالمية، 2016).

تُظهر الدراسات التي أجريت في بلدان غربية أن النساء غير المتزوجات ممن ذكرن أنّ حملهن كان غير مقصود كنّ أقل ميلاً بكثير إلى زيارات الرعاية قبل الولادة في خلال الأسابيع الثمانية الأولى من الحمل، كما كنّ أكثر ميلاً بمقدار الضعفين إلى الانتظار لما بعد الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل حتى يطلبن رعاية ما قبل الولادة (فاندن برويك وآخرون، 2016؛ هيمن وآخرون، 2013؛ كورينمن وآخرون، 2002؛ كوست وآخرون، 1998). كما أن معظم الدراسات، (لا كلها، في البلدان النامية انتهت إلى أن الحمل غير المقصود يؤثر في توقيت الزيارات الأولية لرعاية ما قبل الولادة ووتيرة تلك الزيارات. على سبيل المثال وُجد أن الحمل غير المقصود يؤدي إلى زيارات متأخرة وبوتيرة أقل لطلب رعاية ما قبل الولادة في الدراسات الاستقصائية

الارتباطات (بيتو وآخرون، 1997). أما الدراسات الاستقصائية السكانية والصحية فقد انتهت إلى أن الأطفال غير المخطط لولادتهم كانوا أشد عرضة (من واقع الإحصاء) إلى عدم تلقي أية تطعيمات حتى بلوغهم العام الأول من العمر في مصر وكينيا وبيرو، على العكس من بوليفيا والفلبين (مارستن وكلياند، 2003). وانتهى التحليل نفسه إلى أن مواليد الحمل غير المقصود كانوا أقرب إلى المعاناة من التقزم في بيرو وبوليفيا، لا في مصر (مارستن وكلياند، 2003).

وله تأثيره في نتائج الدراسات. والأصعب منه إثبات علاقة سببية. فالباحثون في دراسة من بنغلاديش افترضوا أن الضغط النفسي المرتبط بالحمل غير المقصود أثر في نتائج الولادة (رحمان وآخرون، 2019)، فيما افترضت دراسات أخرى أن عدد أطفال الحمل "غير المرغوب فيه" قد يزيد في البيئات الأقل تقدماً للرعاية.

ويجب الإشارة إلى وجود عوامل أخرى لها ارتباط مهم بتلك التأثيرات المتنوعة في صحة الطفل. فعوامل التنبؤ بالتقزم في إثيوبيا -مثلاً- شملت الحالة التعليمية للأب بالإضافة إلى عوامل أخرى (شاكوا وآخرون، 2020). ومثلما هي الحال في نتائج صحة الأمومة، فقد يصعب الوقوف بدقة على عوامل السببية. ومع ذلك، فمن الواضح أن كثيراً من العوامل التي تقلل حرية المرأة في المبادرة والاختيار (ومنها الفقر ومستوى التعليم) معلومة التأثير أيضاً في زيادة ضعف النتائج الصحية للأم والوليد والأسرة.

يُستخلص من تلك الدراسات نتيجة يُسكت عن ذكرها في الغالب، ألا وهي أن التبعات السلبية للحمل غير المقصود ما كانت لتحدث لو كانت الحوامل متمكنات من اتخاذ خيارات واعية ومتأنية بشأن خصوبتهن ومستقبلهن الإنجابي من الأصل. إنَّ عالماً خالياً من الحمل غير المقصود لن يكون خالياً من كل التبعات السلبية بالطبع، لكن تمكين النساء من ممارسة حرية الاختيار التامة من شأنه تمكين المجتمعات من تخفيف تلك الظروف بشدة وما يصاحبها من تكاليف، إلى جانب تعزيز كرامة الإنسان وحقوقه ومبادرته بما يعود بالنفع على الجميع. ومن الخطوات المهمة في هذا الاتجاه ما يتأتى من التوسع في البحوث المعنية بالتبعات الكثيرة الممكنة الحساب والمتعدرة الحساب جراء الحمل غير المقصود، بما في ذلك ما سلف بيانه حتى يتسنى زيادة فهم التكاليف الخفية في الغالب لتلك الأزمة المهملة.

انتهت دراسات أخرى إلى وجود ارتباط بين الحمل غير المقصود وانخفاض وزن المواليد والتقزم. ففي سلسلة من الدراسات أجريت في بنغلاديش، على سبيل المثال، خص الباحثون إلى أن "النساء اللاتي أفدن بحملهن حملاً غير مقصود كن أشد عرضة بنحو 3.19 أضعاف إلى ولادة أطفال قليلي الوزن مقارنة بحالات الحمل المقصود" (رحمان وآخرون، 2019)، وأن "نوايا الحمل لدى الأمهات ترتبط بالتقزم والهزال وانخفاض الوزن" (رحمان، 2015). ووُجد في بوليفيا وإثيوبيا أن أطفال الحمل غير المقصود كانوا أشد عرضة بنحو ثلاثة أضعاف للتقزم (شاكوا وآخرون، 2020؛ شابيرو-ميندوزا وآخرون، 2005). وقد يواجه بعض الأطفال أسباب ضعف خاصة كما هي حال الفتيات في المجتمعات التي تفضل الذكور، أو حال الابنة الشابة في المجتمعات التي يشيع فيها أخذ المهر نظيره (جيبسن وآخرون، 2008).

ومن أسباب التفاوض بين الدراسات القضية الحاسمة التي ظهرت مراراً في هذا التقرير: ألا وهي أن بعض الدراسات اعتمدت مصطلحي "غير مقصود" و"غير مرغوب فيه" بمعنى واحد، في حين أن الحمل "غير المرغوب فيه" يعقبه عدد أكبر من الآثار السلبية مقارنة "بالحمل المرغوب فيه غير المتوقع" أو الحمل "السيئ التوقيت". والتيقن من تلك الاختلافات هو صعب للغاية،

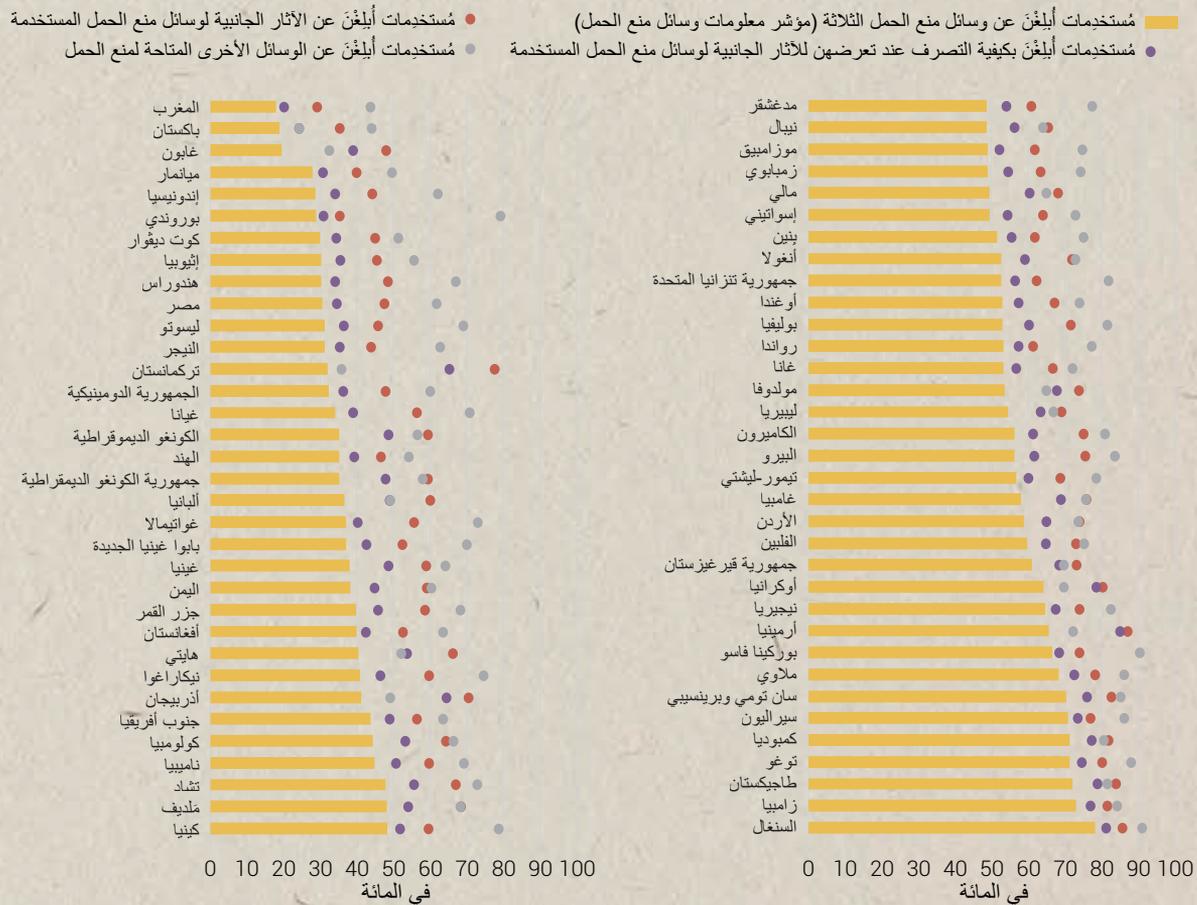
مواطن عدم تلبية احتياجات وسائل تنظيم الأسرة وأسبابها: رؤى مستقاة من برامج تنظيم الأسرة التي ينفذها صندوق الأمم المتحدة للسكان

يتولى صندوق الأمم المتحدة للسكان بالتعاون مع منظمة "أفنيير هيلث" تحليل الاحتياجات من وسائل منع الحمل والمعلومات عن استعمالها حسب المستقى من بلدان ينفذ فيها صندوق الأمم المتحدة للسكان برامج تنظيم الأسرة، وذلك حيثما توفرت البيانات ذات الصلة. تُستخدم تلك البيانات في تصميم التدخلات وتعزيزها، غير أنها توضح أيضاً ظروف الحياة الواقعية التي تؤثر في استخدام وسائل منع الحمل.

جودة الرعاية

أفادت نسب كبيرة من مستخدمات وسائل منع الحمل الحديثة بتلقيهن معلومات غير كافية عن الوسائل وآثارها الجانبية.

الشكل 9 المستخدمات اللاتي يتلقين معلومات أساسية حول وسائل منع الحمل

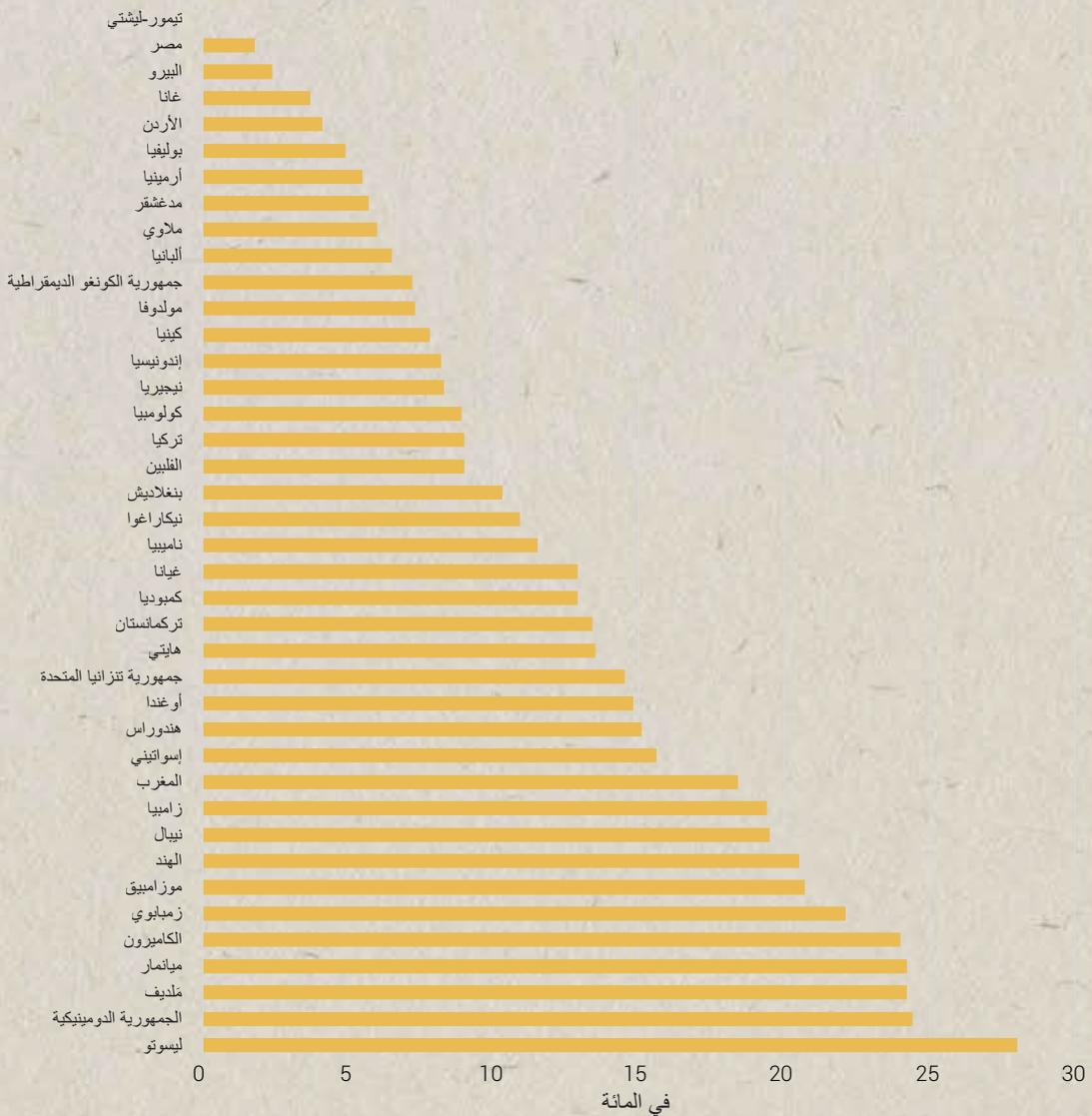


المصدر: أي سي إف، 2015. أداة تجميع الإحصاءات في برنامج الاستقصاءات الديمغرافية والصحية (STAT compiler)، على موقع statcompiler.com. تاريخ الأطلاق: 10 شباط/فبراير 2022 (البيانات مستقاة من دراسات استقصائية وطنية في فترة الأعوام 2000 إلى 2020. للنساء اللاتي بدأن باستخدام وسيلة لمنع الحمل في خلال السنوات الخمس السابقة على تاريخ الدراسة).

مستخدِيات لم يجرِ إطلاعهنّ على أن الإِعقام دائِم الأثر

في بعض البلدان المشمولة بالدراسة، لم تُطَلع نسب كبيرة من النساء اللاتي خضعن للإِعقام على أن هذا الإجراء دائِم الأثر (البيانات مستقاة من دراسات استقصائية للفترة 2000-2017)، بنسب تتراوح بين 0 في المائة في تيمور-ليشتي و28 في المائة في ليسوتو. ويُعد الإفتقار إلى الموافقة المستنيرة علامة خطر تدلّ على أنّ الخدمات الاستشارية غير متاحة أو أنها تخفق في تقديم المعلومات على النحو الذي تفهمه المتلقّيات.

الشكل 10 مُستخدِيات لوسيلة إِعقام الإناث لم يُبلّغن بأن الوسيلة ذات أثر دائِم

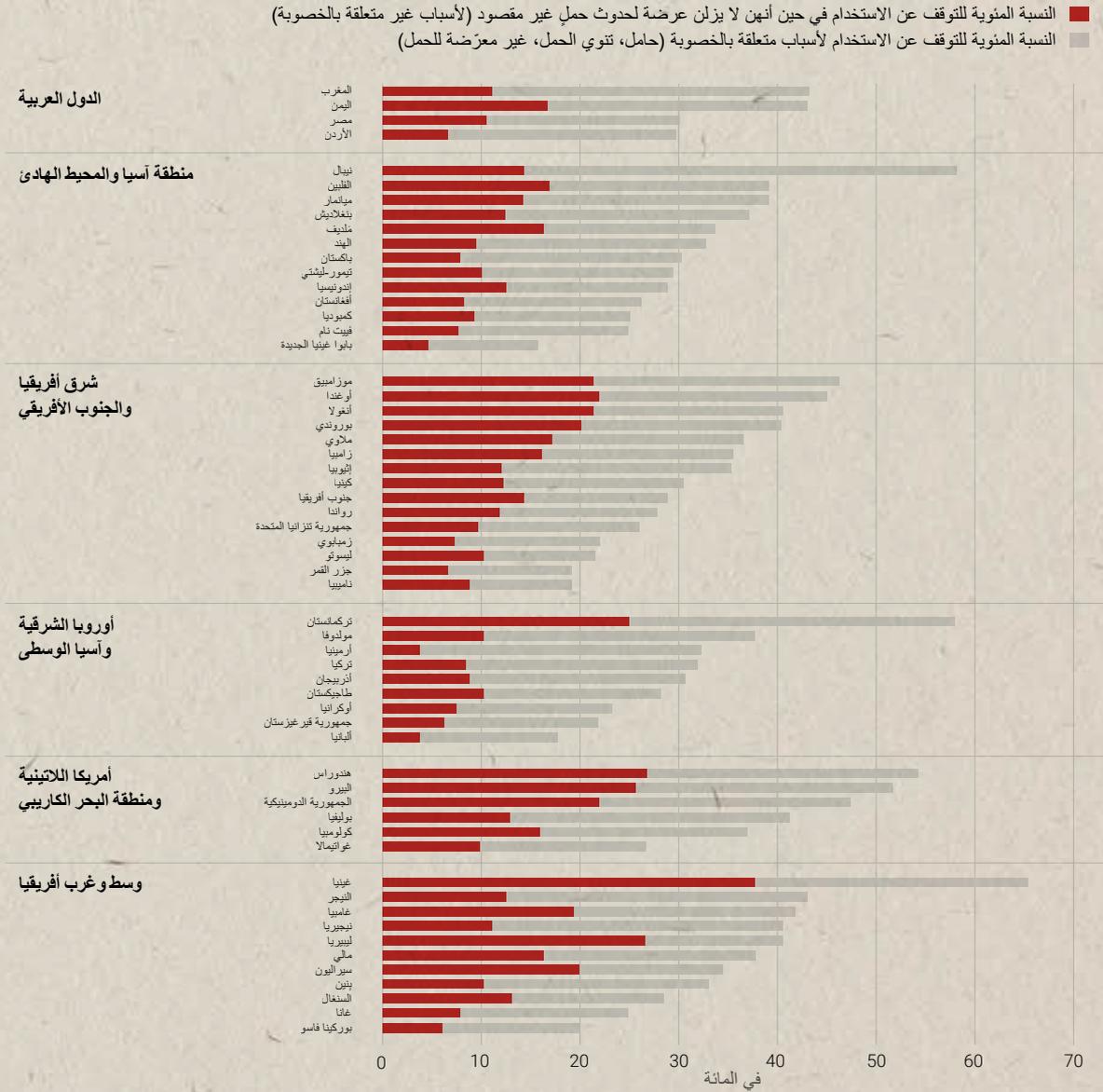


المصدر: أي سي إف، 2015. أداة تجميع الإحصاءات في برنامج الاستقصاءات الديمغرافية والصحية STATcompiler، على موقع statcompiler.com. تاريخ الإطلاع: 10 شباط/فبراير 2022 (البيانات مستقاة من دراسات استقصائية وطنية في فترة الأعوام 2000-2017).

التوقف عن استعمال وسيلة منع الحمل

تُساهم جودة الرعاية وعدم توافر الوسيلة والأثار الجانبية والوصم وغيرها من العوامل في توقف المستخدمات عن استعمال وسيلة منع الحمل حتى مع استمرار الرغبة في عدم الإنجاب. وفي الأماكن ذات المعدلات المرتفعة من التوقف عن استعمال وسائل منع الحمل، تستدعي الحاجة إجراء تحليلات أوفى لفهم أسباب التوقف وما إذا كانت المستخدمات قادرات على التحول إلى طرق أخرى يُعَوَّل عليها.

الشكل 11 مُستخدمات توقفن عن استخدام وسائل منع الحمل في حين أنهن لا يزلن عرضةً لحدوث حملٍ غير مقصود، حسب مناطق صندوق الأمم المتحدة للسكان

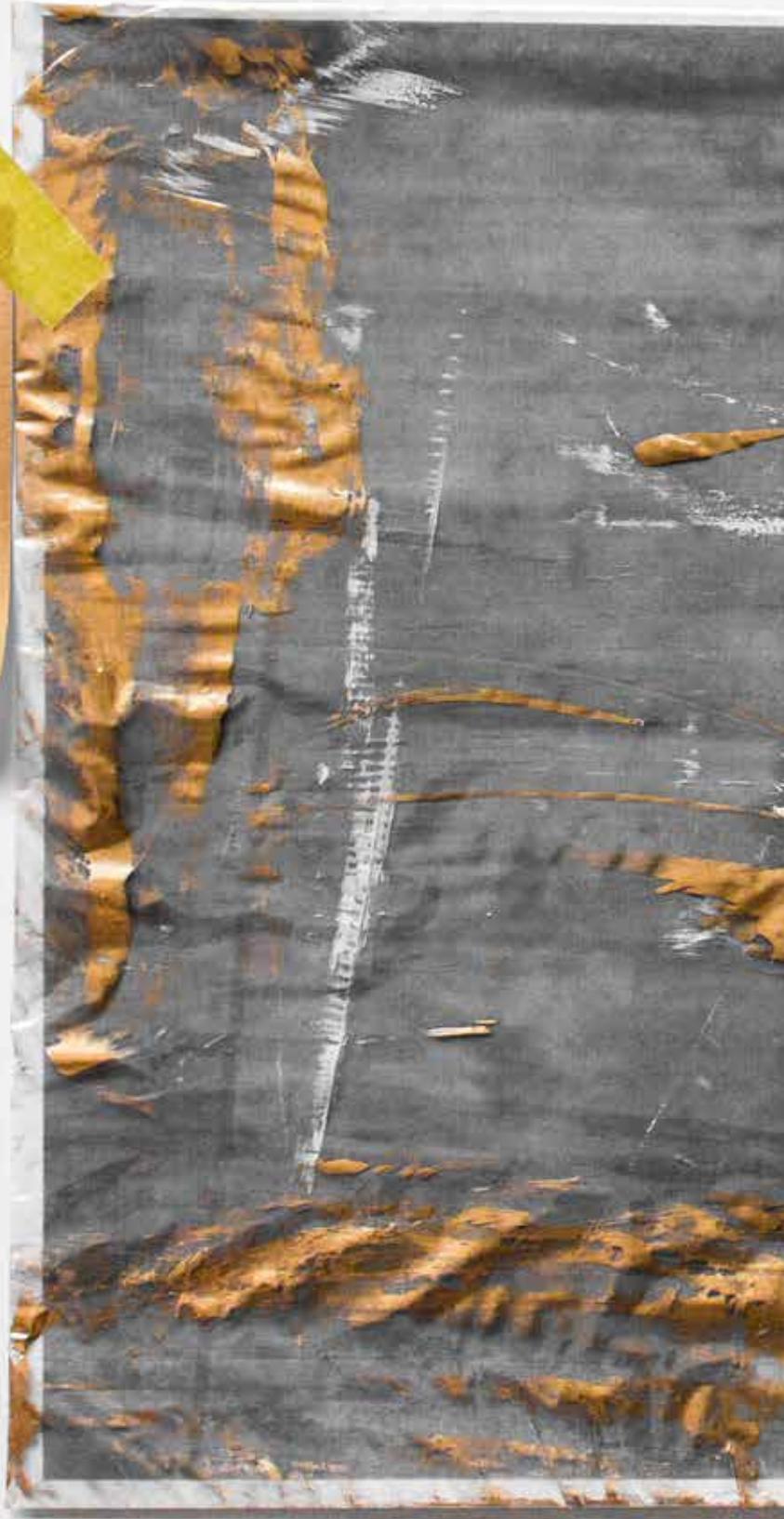


المصدر: صندوق الأمم المتحدة للسكان ومنظمة أفينير هيلث. قاعدة بيانات فرص تنظيم الأسرة، تحديث تشرين الأول/أكتوبر 2021 (قيد الطبع). مجمع من بيانات الدراسات الاستقصائية الديمغرافية والصحية.



القدرة على التصرف عنصر أساسي في خطة التنمية 2030

إنّ الحقائق الواردة في هذا التقرير جديرة بالترار: الحمل غير المقصود واقع يعايشه الملايين كل عام، ويبلغ تقريباً نصف حالات الحمل كلها. وتتعرض نسبة 6 في المائة من النساء لهذا النوع من الحمل كل عام (بيراك وآخرون، 2020). كما أن أكثر من 60 في المائة من حالات الحمل غير المقصود تنتهي بالإجهاض. ويحدث كثير من حالات الحمل غير المقصود بسبب فقدان المرأة استقلاليتها الجسدية أو افتقارها إليها على الدوام. وتشير تلك الأرقام معاً إلى مستويات مستمرة مقطوع بحدوثها من التمييز القائم على النوع الاجتماعي وإلى أنواع من الانتقاص من حقوق الإنسان والعجز عن التنمية. ويجب التصدي لكل ذلك من أجل تحقيق أهداف التنمية المستدامة.



إن حصيله تلك الحالات من الحمل غير مرئية حالياً، ولطالما كانت كذلك. ومع أنه بمقدورنا تقدير تكاليف الرعاية الصحية ورصد معدلات الانقطاع عن المدارس والتنبؤ بمستويات الاستنزاف في قوة العمل بسبب الحمل غير المقصود، إلا أن كل ذلك غيض من فيض. وليس لأي رقم أن يعبر حق التعبير عن تكلفة فقدان الحياة ورأس المال البشري الناتجين من الحمل غير المقصود. وفي ظل توقع الزيادة المتسارعة في أعداد السكان واحتياجاتها إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية في البلدان النامية (ستارز وآخرون، 2018) فإن تلك الخسائر قد تتفاقم. وقد أفرزت جائحة كوفيد-19 دروساً صعبة على صعيد إخفاق كثير من النظم الاقتصادية والسياسية والاجتماعية وغيرها من النظم في دعم الصحة الجنسية والإنجابية وحقوقها لدى الفئات الأشد عرضة للتأثر (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2020ج). كما أن تغير المناخ سيؤدي إلى تسارع هائل في حدوث أنواع متنوعة من الأمراض، إلى جانب الأزمات المستمرة والمتصاعدة مثل النزاعات والنزوح.

غير أن الحل لكثير من أضخم تحديات العالم مائل أمامنا حقاً: ألا وهو ضمان كامل الحقوق والإمكانات للنساء والفتيات.

إن خطة التنمية 2030 لتحقيق التنمية المستدامة هي خارطة الطريق المتفق عليها لتحقيق مستقبل أفضل. ولكن بالاستناد إلى هذا التقرير يتضح أن التمكين من ممارسة القدرة على التصرف هو من أهم مداخل إطلاق التنمية الدائمة للجميع. وبإيلاء الأولوية إلى المبادرة والتمكين للجميع (لا سيما النساء والفتيات والفئات الأشد تهميشاً) بما يحقق للجميع ممارسة حق الاختيار الفعلي المستنير بشأن الصحة والجسم والمستقبل إنما هو سبيل إلى انطلاق دورة قوية معززة من المكاسب.

لكن الجهود المبذولة لإعمال القدرة على التصرف يجب أن تكون شاملة ومركزة على المساواة وتحويل الأعراف المبنية على النوع الاجتماعي (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2020د). كما يجب أن تسعى إلى القضاء على الأسباب الجذرية لعدم المساواة بين الجنسين والمساواة بالتشارك في مقومات القوة والموارد والفرص بين النساء والرجال، وبين الفئات القوية والفئات المهمشة (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2020د). كذلك يجب أن تتجلى تلك الجهود في النظم الاقتصادية والسياسية والاجتماعية التي تتعزز بالمشاركة المجدية من النساء، وتتقلص بإقصائهن. وإليك نقطة البداية.

إعادة تأطير الخطاب

يجب ألا يوضع الحمل غير المقصود في إطار يجعله مشكلة محصورة في النساء. فالحمل غير المقصود ينبغي ألا يُنظر إليه باعتباره شيئاً مقبولاً أو حتمياً أو مرغوباً فيه – إذ يُقترح في بعض الأحيان في الأماكن التي توجد فيها مخاوف من انخفاض أعداد السكان. ويجب ألا يظل الخطاب غارقاً في اللوم والخزي.

الحل لكثير من أضخم تحديات العالم مائل أمامنا حقاً: ألا وهو ضمان كامل الحقوق والإمكانات للنساء والفتيات.

لقد آن الأوان للسياسات في كل مكان أن تتصدى لهذه القضية بمصطلحات جديدة وبعبارة أكبر.

لذا يتناول هذا التقرير أساساً قائماً على حق من حقوق الإنسان والتنمية لاستبعاد تلك المفاهيم. يبين التقرير كيفية إفضاء الحمل غير المقصود إلى أعباء اجتماعية ومالية إضافية، تشمل ما يحدث بفعل زيادة الطلب على الرعاية الصحية والإجهاض غير الآمن وفقدان الدخل والإنتاجية، وقلة الموارد المتاحة إنفاقها على الأطفال في الأسرة، فضلاً عن تفاقم العلاقات الأسرية المشحونة وغير المستقرة (صنيفد وآخرون، 2013). ويمكن بل يجب- الاستعانة بتلك الحقائق في خلق الإرادة السياسية والقوة المجتمعية الدافعة نحو التصدي القوي لتلك القضية.

في سجل حقوق الإنسان- قد شهد تقدماً في مسائل تتعلق بالحقوق الجنسية والإنجابية. ومن شأن هذه العملية تسليط الضوء على قضية الحمل غير المقصود والتوصية بإجراءات تتصل بالتزامات حقوق الإنسان.

التحقق من دعم السياسات للاستقلال

لا يوجد بلد ولا مجتمع بمنأى عن الحمل غير المقصود، بل إنه شائع في البلدان الغنية والفقيرة على الرغم من امتلاك العالم من أمد طويل الأدوات والمعارف اللازمة (حتى وإن كانت منقوصة، فهي فعالة في العموم) للوقاية منه. لقد آن الأوان للسياسات في كل مكان أن تتصدى لهذه القضية بمصطلحات جديدة وبسرعة أكبر. ويمكن الاستعانة بالأدلة الواردة في هذا التقرير من أجل تعزيز وضع السياسات (الجامعة بين مجالات التعليم والرعاية الصحية والعمل والعدالة ومجالات أخرى) الراسخة لتقديم الدعم القوي للاستقلالية الجسدية للفرد ولمفاهيم المسؤولية الاجتماعية الأوسع نطاقاً (ماكليود، 2016) بما يتسق والتزامات الدول في مجال حقوق الإنسان.

يلزم إعادة النظر في القوانين والأنظمة الحالية. فالاستعراض البرلماني للحمل غير المقصود -مثلاً- من شأنه توفير النطاق اللازم لإبراز القضية أمام العموم ودعم فهم أوفى للفجوات الماثلة. كما أن استعراضاً كهذا من شأنه النظر في القوانين والسياسات التنظيمية والأوامر التنفيذية السارية للوقوف على مدى دعمها الكامل للأفراد الراغبين في اجتناب الحمل غير المقصود. وربما أسفر الاستعراض عن إبراز العوائق القانونية التي ما زالت تجعل الحصول على معلومات وخدمات الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية أمراً صعباً أو مستحيلاً، ومن ذلك العوائق المرتبطة بالسفن أو بالحالة الاجتماعية. ومن شأنها أيضاً رصد التناقضات في التشريع الساري التي ينبغي حلها.

وفي هذا الإطار، هناك رسائل مشجعة نابغة من التحركات الحديثة في مجلس حقوق الإنسان لدى الأمم المتحدة بخصوص المساءلة السياسية التي يمكن التوسع فيها. علماً بأن الاستعراض الدوري الشامل -الذي يتخلله استعراض البلدان جهود بعضها بعضاً

أما الأولويات الأخرى فمن الوارد أن تشمل فحص مدى تدبير التمويل الجيد لخدمات وسائل تنظيم الأسرة، وما إذا كانت مدرجة ضمن الخدمات الصحية الأساسية الواجب استمرارها في كل حالات الطوارئ، أم لا - فهذه مسألة كشفتها جائحة كوفيد-19 حديثاً. ومن شأن تلك

الاستعراضات أن تساعد في إعادة توجيه دقة الخطاب العام حيال مفهوم الحياة الجنسية الذي يتجاوز القدرة على التكاثر (لوتشسينغر، 2021). وبذلك يتسنى إفساح المجال أمام خدمات أبهظ ثمناً في مجال الصحة والرفاه الجنسيين؛ ومن ذلك ما هو موجه إلى من لا يسعون إلى تنظيم الأسرة.

الاستثمار في البحث

ما زالت أسباب الحمل غير المقصود وتبعاته غير مفهومه ولا مقيسة بالقدر الكافي، وأغلبها لم يجر التصدي له كثيراً. لذا ينبغي أن تولد البحوث الجديدة أدلة قوية عن جوانب منها مثلاً استجلاء الفئات الأشد عرضة للحمل غير المقصود وأسباب ذلك، واستجلاء الاستجابات الأضعف المستندة إلى الحقوق في هذا الصدد. ويُرتجى من تلك البحوث أيضاً الوقوف على تحديد أوفى للاختلافات بين الحمل غير المقصود المرغوب فيه، والحمل المرتبك المشاعر، والحمل غير المرغوب فيه – وذلك حتى يتسنى الوقوف على فهم أوفى لدوافع تلك الحالات من الحمل كلها.

يجب أن يبحث الباحثون في ما يريده وما يحتاج إليه مستخدمو وسائل منع الحمل – وهذه أسئلة لم تُطرح من قبل طرْحاً صريحاً أو كافياً. وإذا لم تتفق الخيارات المتاحة مع واقع كثير من حياة النساء أو مع كيفية تفكيرهن في أجسامهن فلا يمكن اعتبار أي من تلك الخيارات "اختياراً" حقيقياً. ذلك بأنه ينبغي أن تنطوي هذه العملية على مشاورات وثيقة الصلة مع مجموعات متنوعة من الراغبات في الحمل حتى يتسنى فهم تجاربهن ومخاوفهن. وينبغي لتلك العملية أن تتناول فرضيات مفادها أن من يحصلن على وسائل منع الحمل سيستعملنها تلقائياً وسيواصلن ذلك حسب المقدم لهن. ومن شأنها أيضاً أن تجابه المفاهيم المسبقة التي تنفي عن بعض الفئات -مثل الشباب والمسنين وذوي الإعاقة والمتزوجين والمتنوعين جنسياً- احتمالات التعرض للحمل غير المقصود وانتفاء احتياج تلك الفئات إلى خدمات تستهدفها. ومن شأن البيانات الجديدة كذلك المتعلقة بالنسبة المؤبقة

للرجال الداعمين لممارسات الصحة الإنجابية لدى شريكاتهم أن تُلقى ضوءاً على الديناميات الجنسية ضمن الحيز الحميمي التي تُعدّ مبتدأ الحمل غير المقصود (منظمة ميجر إيفاليوويشن، 2017).

لطالما نُظر إلى سوق وسائل منع الحمل على أنها سوقاً راكدة نسبياً لسنوات طويلة، على الرغم من وجود خيارات جديدة قيد التجارب السريرية وبعضها يتسم بقلّة الآثار الجانبية فيما بعضها الآخر يتناسب مع الاستعمال غير المنتظم (سفوبودا، 2020). والتجربة القريبة مع لقاح كوفيد-19 تثبت قوة البحوث العامة والمخصصات الإنمائية في تعزيز التقدم الواسع النطاق؛ وهذا درس ينبغي تطبيقه في هذا الصدد. وينبغي للبلدان ذات التمويلات العامة الكبيرة في مجالي البحث والتطوير أن تباشر مجموعة متنوعة من الخيارات الجديدة لوسائل منع الحمل، ومنها ما يوجّه للرجال، استناداً إلى عينة شاملة من طلبات المستخدمين. وعلى نحو مماثل، فقد كشفت الجائحة عن أوجه تفاوت جسيمة في الوصول إلى الجوانب المتقدمة من الرعاية الصحية. ولما كان التمويل العام للبحث والتطوير آتياً من مصادر عامة مثل دافعي الضرائب، فينبغي أن تشمل البحوث الجديدة في وسائل منع الحمل التزاماً تجاه الجميع بمساعدة البلدان كلها في الوصول إلى تلك الخدمات بما يتسق والتزامات حقوق الإنسان.

إضفاء الشمول على الخدمات الصحية

يمكن للنظم الصحية اتخاذ عدد من التدابير لتقديم دعم أقوى لقدرة الأفراد على اتخاذ قراراتهم. وعلى رأس القائمة يأتي تقديم حزمة شاملة من خدمات الصحة الجنسية والإنجابية على امتداد العمر، والتصدي لقضايا من قبيل الوقاية من العدوى المنقولة جنسياً ورعاية ما قبل الولادة ورعاية الأمومة، ومنع الوصم والعنف، واحترام الاستقلالية الجسدية. وينبغي أن تكون تلك الخدمات الشاملة خالية من الإخطار الملمزم لولي الأمر

إنّ منع الحمل هو مجال آخر من المجالات المهمة للتحرك والاستثمار – فهو مجال ذو عائد قوي على الاستثمار.

ويجب أن تكون خدمات وسائل منع الحمل نفسها شاملة، بما فيها الفحص المتصل بقصد الحمل؛ والخدمات الاستشارية بشأن الخيارات الممكنة والآثار الجانبية وغيرها من التبعات المحتملة؛ وإدخال وسائل منع الحمل الطويلة الأمد القابلة لعكس مفعولها أو غيرها من أدوات منع الحمل أو إزالتها أو استبدالها أو إعادة إدخالها؛ إلى جانب المتابعة المنتظمة المشتملة على الاستجابة الفورية للنساء الراغبات في تغيير الوسيلة (مركز مكافحة الأمراض والوقاية، 2015). وحيثما لا يوفر مقدمو الرعاية الصحية وسائل منع الحمل لأسباب منها ما هو ديني، فينبغي توجيههم إلى تقديم خدمات الإحالة لمن يلتزمها (الكلية الأمريكية لأطباء التوليد وأمراض النساء، 2017).

تُشكّل التغطية الصحية الشاملة مكوناً أساسياً من مكونات المشهد. فكل البلدان تقريباً متعهدة بتحقيق التغطية الصحية الشاملة بحلول عام 2030 وفق أهداف التنمية المستدامة. ويجب أن تتصدى الجهود المبذولة في هذا الصدد إلى الاحتياجات والحقوق المرتبطة بالصحة الجنسية والإنجابية للجميع، مع تغيير الممارسات والأعراف التمييزية ذات الصلة. على سبيل المثال ربما أدى الكشف الدوري عن فوارق النوع الاجتماعي والممارسات التمييزية إلى رصد - وتصحيح - مشاكل من قبيل معدلات العمق المرتفعة بلا مبرر بين النساء مقارنة بالرجال. ومن الضروري مراعاة التعقيب الدوري من المستفيدين من الخدمات من أجل

أو الزوج، ومن طلب موافقة أي منهما (الكلية الأمريكية لأطباء التوليد وأمراض النساء، 2017). ويمكن توجيه انفتاح تلك الخدمات على فئة المراهقات من خلال "إعادة تقديمها" على أنها "خدمات وسائل منع الحمل" بدلا من "خدمات تنظيم الأسرة" – وذلك نظراً لأن مراهقات وشابات كثيرات لا ينطبق عليهن فكرة تنظيم الأسرة (بول وآخرون، 2019). ومن الممكن لتلك الخدمات اتخاذ خطوات من قبيل عدم طلب الفحص الدوري لمنطقة الحوض أو إجراءات خلايا عنق الرحم قبل الشروع في منع الحمل بالوسائل الهرمونية، وذلك لما لها من أثر منفرّ للمراهقات بصفة خاصة (الكلية الأمريكية لأطباء التوليد وأمراض النساء، 2017).

يجب أن تخدم التدخلات فئات أخرى مهمة (ومنها أفراد مجتمع الميم وذوي الإعاقة) والتحقق من تيسير الوصول وجودة الرعاية والمساءلة (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2019). ويتطلب ذلك جهود المناصرة والتدريب وإعداد ميزانيات مراعية لمنظور النوع الاجتماعي وغير ذلك من الأدوات لمجابهة تحيزات النوع الاجتماعي وغيرها من الفرضيات التمييزية.

إنّ منع الحمل هو مجال آخر من المجالات المهمة للتحرك والاستثمار – فهو مجال ذو عائد قوي على الاستثمار. ويفيد أحد التقديرات بأن كل دولار مُنفَق على خدمات وسائل منع الحمل فوق المستويات الحالية من شأنه تقليل تكاليف رعاية الحمل والمواليد الجدد بقيمة ثلاثة دولارات (سولي وآخرون، 2020). لذلك، ينبغي إدراج وسائل منع الحمل في كل حزم المزايا الصحية أو القوائم المحددة للخدمات الصحية التي يتسنى تمويلها تمويلاً عاماً أو خاصاً (كوفمن وسيلفرمن، 2021)، مع تدبير مخصصات كافية لها في الميزانيات. إذ ينبغي أن تكون التمويلات كافية لتفكيك العوائق المتصلة بالمكان أو بساعات العمل مثلاً (منظمة الصحة العالمية، 2019أ). وفي حال اتخاذ خيارات لتدعيم المنشآت الطبية أو لإعادة هيكلتها فينبغي أن يكون الوصول إلى وسائل منع الحمل جانباً من جوانب تقييم التكاليف والمزايا (الكلية الأمريكية لأطباء التوليد وأمراض النساء، 2017).

تحسينها، مع إجراء دراسات استقصائية تتيح هي وغيرها من أشكال تصنيف البيانات حسب النوع الاجتماعي رصد الرؤى المختلفة للأمور بين النساء والرجال.

الاستجابة لمنظور النوع الاجتماعي في النظم الصحية

يجب أن تكون الخدمات الصحية مستجيبة لمنظور النوع الاجتماعي. ويعني ذلك تقديم الرعاية القائمة على الاحترام والحقوق بما يكفل الإصغاء إلى كل المستفيدين منها واستجلاء ما يروونه خيارات مقبولة (يتناول الفصل الرابع هذا الجانب بمزيد من التفصيل). ويمكن لمنشآت تقديم الرعاية الماهرة والمتعاطفة أن تصبح مكاناً لا يقتصر الحديث فيه عن وسائل منع الحمل، بل أن يتجاوزها إلى مفاهيم مثل القصدية والاستقلالية الجسدية. ويقتضي ذلك شعور المستفيدين بالأمان في التعبير عن مخاوفهم أو رغباتهم، وأن يقيس مقدمو الخدمات مدى دقة المعلومات لدى المستفيدين أو تعرضهم لضغوط من الشريك أو لبواعث قلق من أي اتجاه (منظمة الصحة العالمية، 2019ب؛ جونسن مالارد وآخرون، 2017). وينبغي أن يكون مقدمو الرعاية مدربين على - وراغبين في - معاملة الجميع بلا تمييز، بما في ذلك فئات النساء والرجال والشباب ومجتمع الميم (منظمة الصحة العالمية، 2019أ). وينبغي تقديم خدمات الفحص والإحالة للنناجيات من العنف القائم على النوع الاجتماعي (هامبرغر وآخرون، 2015).

يمكن للنظم الصحية نمذجة المساواة بين الجنسين، ويتأتى ذلك بمسارات منها مثلاً سدّ فجوة الأجور المختلفة بين الجنسين في أوساط العاملين الصحيين؛ ذلك بأنها ما زالت تميل بنسبة 28 في المائة لصالح الرجال، مع التحقق من المساواة بين الجنسين في صنع القرار المتصل بالرعاية الصحية (منظمة الصحة العالمية، 2019أ). ويمكن للتوسع في نشر القابلات والاستعانة بهن أن يدعم التمكين لأن معظم كادر القبالة من النساء. كما أن الكوادر المنتمية إلى المجتمع المحلي الذي تأتي منه المستفيدات من الخدمة هي كوادر أقدر على تقديم الرعاية ذات الحساسية الثقافية.

وأخيراً، يجب أن تستكشف النظم الصحية سبلاً جديدة لبولوج الفئات الأشد تهميشاً. وقد أظهرت جائحة كوفيد-19 بعضاً من الوسائل المبتكرة للتغلب على بُعد المسافة وقيد الحركة، ومنها التطبيب عن بُعد وإتاحة توفير الوصفات الطبية بطريقةٍ أسهل. ويمكن مواصلة هذا النهج والتوسع فيه. ففي المملكة المتحدة، على سبيل المثال، قالت 80 في المائة من مستخدمات التطبيب عن بُعد للوصول إلى خدمات الإجهاض الطبي المبكر إنهن يسترحن إلى هذا الخيار واللجوء إليه مستقبلاً (كلية الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية، 2021؛ لوتشينغر، 2021). وتوصي منظمة الصحة العالمية بالتوسع في إتاحة الرعاية الذاتية، مثل زيادة الوصول إلى وسائل منع الحمل الذاتية الحقن، وإتاحة الحبوب الفموية والوسائل العاجلة لمنع الحمل بدون وصفة طبية (منظمة الصحة العالمية، 2021).

التوسع في الحماية الاجتماعية

لقد كشفت جائحة كوفيد-19 - والأزمات الأخرى مثل تغير المناخ - عن ضرورة إتاحة برامج الحماية الاجتماعية الشاملة باعتبارها حتمية أكثر من أي وقت مضى. تدخل تلك البرامج في الالتزامات المندرجة تحت أهداف التنمية المستدامة، وهي عبارة عن شبكات أمان نهائية لمن قد يقعون في براثن الفقر. وقد أظهرت الجائحة أن كثيراً من النساء لا يتمتعن بحماية اجتماعية حتى في ظل وجود برامج ذات صلة؛ وذلك لأسباب منها الحصة اللاتناسبية من العمل المدفوع الأجر في المنزل، والميل الشديد نحو شغل وظائف غير نظامية منخفضة الأجر وضعيفة الجودة.

تتيح برامج الحماية الاجتماعية الشاملة فرصةً للحد من أسباب الضعف الكثيرة الكفيلة بالإفضاء إلى الحمل غير المقصود، وذلك بسدّ الفجوات في الدخل وكذلك في التعليم والرعاية الصحية (منظمة العمل الدولية، 2017). وقد أقدمت بلدان مثل رواتا وتايلند وفيت نام على إدراج العاملين غير النظاميين في نظم الحماية الاجتماعية. وأقدمت توغو (التي تعد من أدنى بلدان العالم نمواً) في أثناء الجائحة على

استحداث برنامج للتحويلات النقدية المتنقلة لمدة ستة أشهر للعاملين غير النظاميين. واستفاد من هذا البرنامج نحو 575 ألف نسمة، 65 في المائة منهم من النساء. وتلقت النساء مزايا أكبر بوصفهن عاملات ومدبرات منزليات (هيئة الأمم المتحدة للمساواة بين الجنسين وتمكين المرأة، 2021).

وبعيداً عن تقليص فجوة الدخل، يمكن لبرامج الحماية الاجتماعية أن تعتمد أدوات محددة لتيسير الوصول إلى وسائل منع الحمل، ومنها ما يكون عبر تقديم قسائم للخدمات. وقد زادت البرامج الجيدة التصميم من تيسير الوصول إلى وسائل منع الحمل واختياراتها، كما أثبتت فاعليتها في بلوغ أناسٍ مهمشين منهم الفقراء والشباب وغير المتعلمين. فيما تمكّنت بعض البرامج من تحقيق معدلات أفضل في الرعاية إلى جانب مداخل أكثر انتظاماً أعاد مقدمو الخدمات استثمارها في خدمات محسّنة بما يعود بفوائد محتملة على جبهات متعددة (الممارسات ذات الأثر المرتفع، 2020).

القضاء على العنف القائم على النوع الاجتماعي

مما يُؤسف له أن الحمل غير المقصود غالباً ما يرتبط بالعنف. فنحو 13 في المائة من النساء والفتيات ذات العلاقات الدائمة (في الفئة العمرية من 15 إلى 49 عاماً) تعرضن لعنف الشريك الحميم في خلال الاثني عشر شهراً الماضية (الأمم المتحدة، 2022). وتوضح الاستقصاءات أن نساءً كثيرات يُجبرن على التخلي عن قرار العلاقة الحميمة والحمل لصالح الشريك، وربما اعتقدن أن العنف مبرر إن هنّ رفضن العلاقة الحميمة (هنديين وآخرون، 2008). وقد تعرضت كثير منهن للجماع القسري و/أو الحمل قسراً. وعلى امتداد النظم العدلية، هناك معدلات منخفضة من البلاغات عن الفاعلين ومحاسبتهم، فضلاً عن عدم كفاية العقوبات.

ويجب تمكين النساء من تحصيل الحماية القانونية على نحوٍ فوري، بما في ذلك تحصيل المعونة القانونية مجاناً. وينبغي

دعمهن بخدمات عالية الجودة تتمحور حول الضحايا، مع تحلي القائمين عليها بالاحترام والحياد القانوني – بداية من الشرطة مروراً بممثلي الادعاء وانتهاءً بالقضاة. ويجب أن تلقى تلك المبادرات في كل البلدان دعماً من النظم القانونية التي تعترف اعترافاً كاملاً بجميع أشكال العنف القائم على النوع الاجتماعي وتتصدى لها كلها، على أن تحمل على عاتقها القضاء على المعاملة التمييزية ضد المرأة. على سبيل المثال نشرت منظمة الصحة العالمية وصندوق الأمم المتحدة للسكان وجهات أخرى إصداراً بعنوان "إطار العمل المعني باحترام المرأة" في عام 2019، وقدمت فيه وصفاً واضحاً وإجراءات قابلة للتوسع إلى صناعات السياسات بغية السعي من أجل القضاء على العنف القائم على النوع الاجتماعي (منظمة الصحة العالمية، 2019ج).

وقد أحرز ذلك تقدماً. على سبيل المثال أقدمت الإمارات العربية المتحدة حديثاً على إلغاء قانون يقتضي من المتزوجات طاعة أزواجهن (البنك الدولي، 2021). لكن القوانين التمييزية والفجوات القانونية ما زالت تؤثر في النساء حول أنحاء العالم. فقد كشفت بيانات منشورة حديثاً مُستقاة من 95 بلداً عن أن 63 في المائة منها لا توجد فيها قوانين تتعلق بالاغتصاب بناءً على مبدأ التراضي، ونصفها ما زال يقيّد عمل المرأة في وظائف أو مجالات بعينها. كما أن نحو ربع البلدان يخفق في منح المرأة حقوقاً متساوية مع الرجال من حيث الشروع في الزواج أو الطلاق (الأمم المتحدة، 2021).

أما مخاطر العنف الجنسي فمتفاقمة بفعل الأزمات الإنسانية والبيئات الهشة التي يتسنى فيها استخدام الاغتصاب بوصفه سلاحاً حربياً وأداة للإبادة الجماعية، ويتسنى فيها استمرار عنف الشريك الحميم في ظل تصدع آليات الحماية المجتمعية أو اختفائها. تواجه النساء في تلك البيئات عوائق إضافية تحول دون الحصول على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية (تران وآخرون، 2021)، ومنها وسائل منع الحمل (مفوضية اللاجئين النسائية وآخرون، 2012)، وهو ما يفاقم قابلية تعرّضهن للحمل غير المقصود. أما الوصول إلى كامل خدمات الصحة الجنسية والإنجابية بما فيها

تغيير الأعراف الاجتماعية الضارة

لن تنجح جهود تقليل الحمل غير المقصود ما لم يتسنى إعادة النظر في الأعراف الاجتماعية الضارة وتنقيحها في كل مكان. غالباً ما تُسكّت المحظورات والأعراف المتعلقة بالنوع الاجتماعي أصوات الأكثر ضرراً بها، ومع ذلك فهذه القضية ربما تشكل الجانب الأشد حاجة إلى مباشرة الحوار الصريح الواقعي، وحيث يجب أن تبرز إلى السطح تجارب الأفراد المتنوعة.

وقد رأينا كيفية إفشاء الوصمات المتعلقة بمنع الحمل إلى اجتناب استخدام وسائل منع الحمل أو الانقطاع عن استخدامها في صمت. وقد تلجأ المراهقات إلى الحمل لأنهن لم يسمعن عن أي بديل آخر. أما النساء الأكبر منهنّ سنّاً فقد يفترضن أنهن بمنأى عن فرص الحمل. وتتردد نساءً من كل الأعمار والمشارب في الإبلاغ عن عنف الشريك أو عن السلوكيات الإكراهية.

تستدعي الحاجة الارتقاء بالوعي الاجتماعي، مع لفت الانتباه إلى حق كل إنسان في الاستقلالية الجسدية وما يلزم لتحقيقه. أي أن إنهاء الحظر المحيط بتلك المناقشات هو مطلب لازم للتمكين من التحوّل بشأن القضية الأهم: أي الحوار الصريح عن الرغبات والاختيارات والخطط، الذي يجب أن يحدث بين شريكي العلاقة الحميمة حرصاً على تمكين كلا الطرفين من ممارسة القدرة على الاختيار والاستقلالية.

كذلك يجب التصدي للأعراف والتوقعات ذات الصبغة الجنسانية تصدياً استباقياً وفورياً. فالحمل غير المقصود متجذّر في انعدام تمكين النساء والفتيات في كل المجالات. وتوضح بحوث صندوق الأمم المتحدة للسكان أن استمرار المعدلات الحالية للتغيير يعني استغراق 160 عاماً للقضاء على الأمومة في سن الطفولة (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2022). فهناك شابة من بين كل ثلاث شابات في البلدان النامية ضمن الفئة العمرية من 20 إلى 24 عاماً سبق لها الولادة في سن المراهقة، أي في سنّ 10 إلى 19. وحتى عند توصيف الحمل في سنّ المراهقة

الوسائل العاجلة لمنع الحمل وعلاج ما بعد الاغتصاب، إلى جانب المساحات الآمنة وأوجه الحماية التي تردع العنف الجنسي، فيجب أن يشكل مكوّنات أساسية غير قابلة للتفاوض لأي استجابة إنسانية.



وأعراض النساء، 2020)، بما يتيح تناول كل مراحل الحياة الجنسية والإنجابية. ومن شأن ذلك أن يدفع الناس نحو إعادة التفكير في الأعراف القائمة على النوع الاجتماعي الجامدة والقوالب النمطية ذات الصلة بما يتجاوز مراحلهم الدراسية الأساسية.

بأنه اختيار ذاتي فإن الفتيات يواجهن استقلاليةً منقوصة وضغوطاً اجتماعية وافتقاراً إلى المعلومات والخدمات. أما التدابير من قبيل التدخلات المدرسية للتصدي للعنف الموعده، والتدخلات المجتمعية لبناء الاتجاهات المنصفة بناءً على النوع الاجتماعي بين الفتيان والفتيات، وتدخلات التنشئة الأسرية (لوندجرين وأمين، 2015) فقد تكون فعالة لا في التصدي للعنف القائم على النوع الاجتماعي فحسب، بل في الارتقاء بمكانة النساء والفتيات. ويمكن لحملة المناصرة العامة (توماس، 2012) المخصصة بدقة كي تُراعي اختلاف المستهدفين وسياقات الاستهداف أن تزيد الوعي بالحقوق والاستقلالية.

إن التربية الجنسية الشاملة مكوّن أساسي لتحقيق النجاح. وهذه المعلومة المثبتة بالأدلة الطبية والمسترشدة بمبادئ الحقوق والتمكين من شأنها أن تكفل المساحة والمفردات اللازمة للأفراد من أجل مناقشة ما يدور في بالهم عن أجسامهم وعلاقاتهم دونما خجل. وهذه التوعية كفيلة -شريطة تنفيذها تنفيذاً سديداً- أن تبديد الخرافات والمفاهيم المغلوطة، وأن تعزز آفاق التواصل والتراضي والعلاقات القائمة على الاحترام. وهي كفيلة أيضاً بالتصدي لمتطلبات النوع الاجتماعي والقوة الاجتماعية، وتنقيف فئات المراهقين بشأن الرعاية المتسمة بالخصوصية في مجال وسائل منع الحمل. وحيثما يُعدّ زواج الأطفال والحمل المبكر أمراً شائعاً يمكن الاستفادة من التربية الجنسية الشاملة لتكون موضعاً يُشارك فيه فئات المراهقين وأولياء الأمور والمجتمع على اتساعه في تنقيح تلك الأعراف وتصوّر بدائلها. ويتسنى بها أيضاً دفع الإنسانية جمعاء نحو تحقيق الغاية 4.7 من أهداف التنمية المستدامة، إذ تُناشد كل المتعلمين باكتساب المهارات والمعارف اللازمة لتعزيز المساواة بين الجنسين وحقوق الإنسان وبناء ثقافة اللاعنف.

ومع أنّ التربية الجنسية ترتبط عموماً بفئات المراهقين، فإن الخبراء يقترحون أن تبدأ التوعية بأسلوب مناسب للفئة العمرية، أي في الطفولة المبكرة مع استمرارها طوال حياة الإنسان (الكلية الأمريكية لأطباء التوليد

والاستثمار في تمكينهن متصل بتغيير الأعراف الضارة، وهو كذلك يختلف عنها. فالنساء والفتيات المتمكنات قادرات على أن يصبحن محفزات لتغيير الأعراف، لكنهن لا يتحملن المسؤولية وحدهن عن بناء وضعهن في عالم يعوزه الإنصاف. لذا يجب أن تتواكب جهود إصلاح الأعراف الضارة مع الاستثمار في تمكين النساء والفتيات ومع تدابير إفساح المجال لهن في دوائر صنع القرار.

على سبيل المثال يلزم وجود برامج لبناء الأصول والإرشاد. كما يجب بذل جهود أوسع نطاقاً لإبقاء الفتيات في المدارس وتقليل التمييز القائم على النوع الاجتماعي وتقليص فجوات الأجور في سوق العمل. ومن المهم بذل جهود مخصصة لبلوغ النساء والفتيات المعرضات لأشكال متداخلة من التمييز، مثل الفقر والمظالم العرقية. ويمكن صياغة الرسائل المتعلقة بالتمكين ضمن البرامج المخصصة لبلوغ تلك الفئات من النساء والفتيات، مثل مبادرات التدريب الوظيفي والتمكين الاقتصادي.

إنّ الاستثمار في منظمات حقوق المرأة والتحالف معها من شأنه أن يساعد على إدراك تلك الغايات، لا سيما عندما تكون تلك المنظمات تحت قيادة نسائية. فتلك المنظمات كثيراً ما تحمل رؤى تفصيلية حيال الحياة الخاصة للنساء والفتيات، بما في ذلك الاختلافات بين المجتمعات المتنوعة. وربما كانت من بين الجهات الأجدر بفهم أسباب الحمل غير المقصود، والأقدر على فهم الحلول الأكثر اتساقاً مع حقوق الأفراد وتفضيلاتهم. وانطلاقاً من صفتي المناصرة والمراقبة لدى تلك المجموعات، فقد عمدت إلى توجيه السياسات الوطنية الرامية إلى تعزيز المساواة في كل أنحاء العالم (هيئة الأمم المتحدة للمساواة بين الجنسين وتمكين المرأة، 2021).

ينبغي ألا يكون الحمل نتيجةً لانتهاك الاستقلالية الجسدية، بل أن يكون اختياراً وثقافاً.

وختاماً، يجب أن يستفيد الرجال والفتيات من المعلومات والأعراف الاجتماعية التي تُذكي النماذج الصحية للأدوار الذكورية. فمثل تلك الأدوار الذكورية ينبغي لها أن ترفض العنف القائم على النوع الاجتماعي، وأن تعتمد قيم المساواة والإنصاف، وأن تتيح التعبير عن العواطف والحساسية والتفصيل الدقيق عند مناقشة الرغبات الإنجابية للفرد وشريكه.

الاستثمار في تمكين النساء والفتيات

إنّ الفتيات في كل مكان لا بُد من أن يحظين بالتمكين من رؤية المستقبل وتحقيق آمالهن بعيداً عن الحمل المبكر. ويعني ذلك الاستثمار في تمكينهن وتمكين القادرات على أن يصبحن نماذج يقتدى بها بالنسبة إلى أجيال المستقبل.



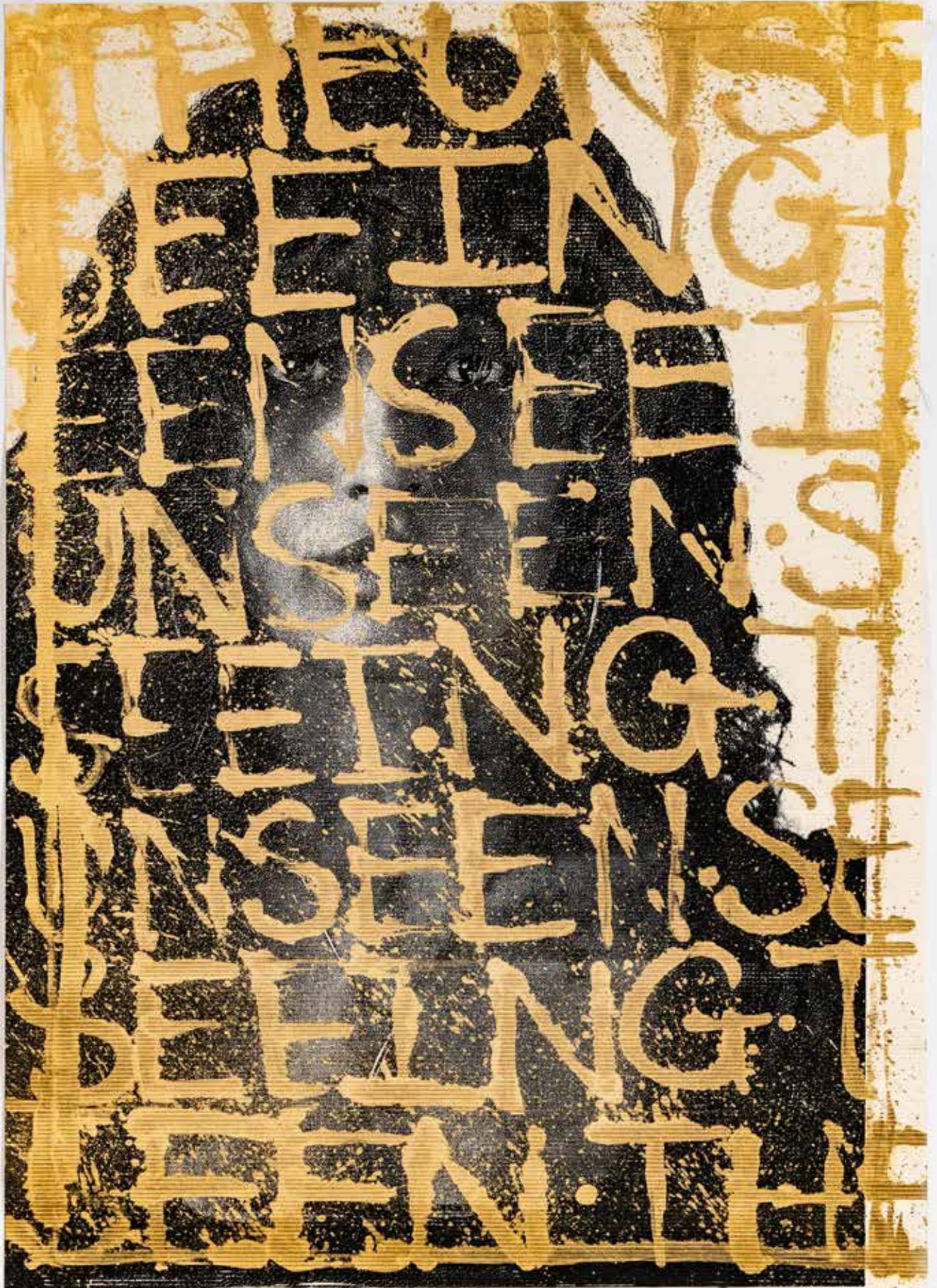
© UNFPA/Fidel Évora

يختلف الأفراد اختلافاً كبيراً من حيث الاحتياجات اللازمة لاتخاذ اختيارات واثقة. غير أن الفائدة تعود على الجميع عندما يكون كل فرد متمكناً من اختياراته المستنيرة المقترنة بالكرامة. لذا يجب علينا العمل على تقليل عدد حالات الحمل غير المقصود، وصولاً بها إلى المستوى الصفري أو إلى أقرب مستوى من الصفر. فذلك كفيل بتقريبنا من رؤيتنا المشتركة المتعهد بها للإنسانية جمعاء: أي عالم يكون فيه كل حمل مرغوباً فيه، وبنعم فيه كل إنسان بالفرصة للتمتع بكامل حقوقه وتحقيق ما لديه من إمكانيات.

والواجب إذاً ألا تحظى تلك المنظمات بالتمويل الكافي فحسب، بل يجب الدفاع عنها في مواجهة القوى الفكرية التي تعارض المساواة بين الجنسين، مع التفارقة الواضحة بين تلك المنظمات والمجموعات العاملة من خلال المجتمع المدني وتقديم الخدمات لتحقيق أجندات مناهضة للمساواة بين الجنسين أو للديمقراطية (هيئة الأمم المتحدة للمساواة بين الجنسين وتمكين المرأة، 2021).

نحو اختيار واثق وعدالة ناجزة

ينبغي ألا يكون الحمل نتيجةً لانتهاك الاستقلالية الجسدية، بل أن يكون اختياراً واثقاً. فهذا هو ما تقتضيه التزامات حقوق الإنسان، وما يقتضيه رفاه الإنسان ورفاه المجتمع. والاختيار الواثق مسألة عدالة. فهو يؤدي إلى عالم أكثر قدرة على الصمود.



مؤشّرات

ص 120	تتبع التقدّم المُحرز نحو تحقيق أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية: الصحة الجنسية والإنجابية
ص 126	تتبع التقدّم المُحرز نحو تحقيق أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية: النوع الاجتماعي والحقوق ورأس المال البشري
ص 132	المؤشّرات الديمغرافية
ص 138	ملاحظات فنيّة

الصحة الجنسية والإنجابية

مؤشر تغطية الخدمات في إطار التغطية الصحية الشاملة	القوانين والأنظمة التي تضمن الحصول على الرعاية والمعلومات والتعليم في مجال الصحة الجنسية والإنجابية، نسبة مئوية	نسبة الطلب الملقى، بوسائل حديثة، بين جميع النساء في سن 15-49، نسبة مئوية	الاحتياجات غير الملباة لتنظيم الأسرة للنساء في سن 15-49، نسبة مئوية		مُحل انتشار وسائل منع الحمل، بين النساء في سن 15-49، نسبة مئوية				عدد الإصابات الجديدة بفيروس العوز المناعي البشري، لكل الأعمار، نسمة، من الفئات السكانية غير المصابة بالفيروس	الولادات بإشراف عاملين ذوي كفاءة القطاع الصحي، نسبة مئوية	نطاق عدم اليقين لنسبة وفيات الأمهات (80%)، تقدير أعلى ¹	نطاق عدم اليقين لنسبة وفيات الأمهات (80%)، تقدير أدنى ¹	نسبة وفيات الأمهات (عدد الوفيات لكل 100000 مولود حي)
			الجميع	متزوجات أو مرتبطات	الجميع	متزوجات أو مرتبطات	أي وسيلة	متزوجات أو مرتبطات					
2019	2022	2022	2022		2022				2020	2020-2014	2017	2017	2017
68	76	77	11	9	57	44	63	49	0.19	82	243	199	211
-	87	79	9	7	62	51	70	58	0.14	99	13	11	12
-	72	77	12	9	56	43	62	47	0.20	81	268	219	232
-	71	60	20	16	37	29	42	32	0.44	65	477	396	415
مناطق صندوق الأمم المتحدة للسكان													
61	65	66	15	10	45	29	53	34	0.03	86	208	121	151
68	74	81	9	7	62	47	67	52	0.06	86	140	108	120
74	84	67	11	8	49	36	64	46	0.15	99	22	18	20
74	75	83	9	8	70	56	75	59	0.18	95	80	70	74
47	72	63	21	16	40	32	44	35	1.20	70	463	361	391
43	70	46	22	17	19	17	23	20	0.41	55	917	606	717
2019	2022	2022	2022		2022				2020	2020-2004	2017	2017	2017
37	56	48	24	17	24	18	27	20	0.04	59	1.010	427	638
62	79	11	16	11	5	5	44	31	0.03	100	26	8	15
75	-	76	9	6	57	32	65	36	0.04	99	206	64	112
39	62	35	35	27	16	15	17	16	0.69	50	346	167	241
72	-	78	13	10	61	43	63	45	-	100	69	24	42
73	92	85	10	8	68	58	72	60	0.13	100	43	35	39
69	87	45	12	8	32	21	60	39	0.11	100	32	21	26
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
87	-	86	11	8	64	56	67	58	0.03	99	8	5	6
82	-	89	7	5	70	64	73	66	-	98	7	4	5
65	-	33	14	9	23	15	57	37	0.04	99	32	21	26
70	-	80	12	9	65	43	67	45	0.28	99	110	48	70
71	73	58	12	6	43	20	63	29	-	100	21	10	14
51	-	74	12	10	55	46	63	52	-	59	234	131	173
75	44	76	14	12	61	47	63	50	-	99	39	17	27
74	83	79	8	5	59	52	70	61	0.13	100	4	1	2
86	-	91	8	5	67	58	67	59	-	-	7	4	5
67	43	71	18	14	54	42	57	45	0.53	94	48	26	36
38	91	34	31	24	15	14	19	17	0.19	78	570	291	397
62	83	80	13	8	59	38	61	39	0.09	96	292	127	183
67	94	60	16	12	49	36	68	48	0.08	81	213	113	155
65	70	40	13	9	21	19	50	38	-	100	16	5	10
54	64	87	10	8	69	57	70	58	4.39	100	170	124	144
75	-	89	8	6	77	63	80	65	0.23	99	61	58	60
77	41	-	-	-	-	-	-	-	-	100	45	21	31
70	62	71	6	5	58	50	80	66	-	100	14	6	10
43	81	57	24	20	31	28	32	29	0.1	80	454	220	320
44	65	48	28	17	29	18	32	20	0.15	85	728	413	548
61	98	64	11	7	47	32	63	43	0.07	89	221	116	160
44	-	49	21	16	17	19	23	23	0.6	69	790	376	529
89	-	93	4	3	80	71	82	73	-	98	14	8	10
69	84	76	16	13	57	43	58	44	-	97	75	45	58
33	77	37	25	23	18	16	23	21	-	40	1.470	463	829
28	59	25	24	19	7	7	8	7	0.22	24	1.590	847	1.140

تتبع التقدم المحرز نحو تحقيق أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية

الصحة الجنسية والإنجابية

مؤشر تغطية الخدمات في إطار التغطية الصحية الشاملة	القوانين والأنظمة التي تضمن الحصول على الرعاية والتعليم في مجال الصحة الجنسية والإنجابية، نسبة مئوية	نسبة الطلب الملبى، بوسائل حديثة، بين جميع النساء في سن 49-15	الاحتياجات غير الملبى لتنظيم الأسرة للنساء في سن 15-49، نسبة مئوية		معدل انتشار وسائل منع الحمل، بين النساء في سن 15-49، نسبة مئوية		عدد الإصابات الجديدة بفيروس العوز المناعي البشري، لكل الأعمار، لكل 1000 نسمة، من الفئات السكانية غير المصابة بالفيروس	الولادات بإشراف عاملين ذوي كفاءة القطاع الصحي، 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 والإقليم والمناطق الأخرى		
			الجميع	متزوجات أو مرتبطات	الجميع	متزوجات أو مرتبطات							2020	2020-2014
80	-	85	8	6	72	59	78	64	0.26	100	14	11	13	شيلي
82	-	92	3	4	84	68	85	69	-	100	35	22	29	الصين
-	-	81	9	8	67	45	70	48	-	-	-	-	-	الصين، منطقة هونغ كونغ الإدارية الخاصة
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	الصين، منطقة ماكاو الإدارية الخاصة
78	96	87	7	5	77	61	82	64	0.18	99	98	71	83	كولومبيا
44	-	42	29	19	22	16	27	20	0.01	82	435	167	273	جزر القمر
39	-	33	25	21	16	16	30	26	0.18	85	693	341	473	جمهورية الكونغو الديمقراطية
41	55	51	18	15	28	29	45	43	1.94	91	523	271	378	جمهورية الكونغو
78	84	84	11	9	72	55	74	56	0.34	99	31	24	27	كوستاريكا
45	64	49	26	21	23	23	26	26	0.24	74	896	426	617	كوت ديفوار
73	98	64	8	5	46	35	71	50	0.02	100	11	6	8	كرواتيا
80	-	88	9	8	71	68	72	69	0.18	100	40	33	36	كوبا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	كوراساو
79	72	-	-	-	-	-	-	-	-	99	10	4	6	قبرص
78	79	84	4	3	76	56	85	63	-	100	5	2	3	الجمهورية التشيكية
85	87	88	6	5	73	60	77	64	0.02	95	5	3	4	الدانمرك
48	-	51	26	15	29	16	29	17	0.13	87	527	116	248	جيبوتي
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	-	-	-	دومينيكا
66	-	84	10	8	70	55	73	57	0.32	100	102	88	95	الجمهورية الدومينيكية
80	92	82	6	6	74	54	82	60	0.12	96	65	53	59	إكوادور
70	-	81	12	9	60	43	61	45	0.03	92	47	27	37	مصر
76	92	82	10	8	69	49	73	52	0.13	100	57	36	46	السلغادور
43	-	38	31	23	15	15	18	18	-	68	504	181	301	غينيا الاستوائية
50	-	33	29	18	13	9	14	9	0.07	34	718	327	480	إريتريا
78	98	80	11	7	58	51	65	56	0.16	100	13	5	9	إستونيا
58	98	83	13	10	67	53	68	54	5.28	88	792	255	437	إسواتيني
38	73	67	21	14	42	30	42	30	0.12	50	573	298	401	إثيوبيا
61	-	65	16	11	44	30	52	35	0.16	100	43	27	34	فيجي
83	98	90	5	3	77	74	82	79	-	100	4	2	3	فنلندا
84	-	92	4	4	76	63	78	65	-	98	9	6	8	فرنسا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	غيانا الفرنسية
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	بولينزيا الفرنسية
49	58	54	23	18	27	30	38	38	0.48	89	407	165	252	غابون
48	-	44	25	16	19	13	19	14	0.93	84	808	440	597	غامبيا
65	94	52	18	13	34	23	47	32	0.17	100	29	21	25	جورجيا
86	87	88	9	7	67	54	68	55	0.03	99	9	5	7	ألمانيا
45	66	51	27	19	32	23	36	27	0.63	79	420	223	308	غانا
78	72	66	7	4	50	38	75	53	0.09	100	4	2	3	اليونان
70	-	77	12	9	61	43	66	46	-	100	39	15	25	غرينادا
-	-	73	15	11	54	41	60	46	-	-	-	-	-	غوادالوب
-	-	74	10	7	56	36	66	41	-	-	-	-	-	غوام
57	-	71	13	9	54	36	64	43	0.05	70	104	86	95	غواتيمالا
37	79	42	23	17	13	13	14	14	0.42	55	779	437	576	غينيا
37	80	64	20	16	22	31	23	33	0.88	54	995	457	667	غينيا بيساو
74	87	64	25	17	45	33	47	35	0.43	96	215	132	169	غيانا
47	65	50	34	23	36	26	39	28	0.45	42	680	346	480	هايتي

تتبع التقدم المحرز نحو تحقيق أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية

الصحة الجنسية والإنجابية

مؤشر تغطية الخدمات في إطار التغطية الصحية الشاملة	القوانين والأنظمة التي تضمن الحصول على الرعاية والمعلومات والتعليم في مجال الصحة الجنسية والإنجابية، نسبة مئوية	نسبة الطلب الملقى، بوسائل حديثة، بين جميع النساء في سن 15-49، نسبة مئوية	الاحتياجات غير الملبئة لتنظيم الأسرة للنساء في سن 15-49، نسبة مئوية		معدل انتشار وسائل منع الحمل، بين النساء في سن 15-49، نسبة مئوية		معدل انتشار وسائل منع الحمل، بين النساء في سن 15-49، نسبة مئوية	عدد الإصابات الجديدة بفيروس العوز المناعي البشري، لكل الأعمار، لكل 1000 نسمة، من الفئات السكانية غير المصابة بالفيروس	الولادات بإشراف عاملين ذوي كفاءة القطاع الصحي، نسبة مئوية	نطاق عدم اليقين لنسبة وفيات الأمهات (80%)، تقدير أعلى ¹	نطاق عدم اليقين لنسبة وفيات الأمهات (80%)، تقدير أدنى ¹	نسبة وفيات الأمهات (عدد الوفيات لكل 100000 مولود حي)	الدول والأقاليم والمناطق الأخرى	
			الاحتياجات غير الملبئة لتنظيم الأسرة للنساء في سن 15-49، نسبة مئوية	معدل انتشار وسائل منع الحمل، بين النساء في سن 15-49، نسبة مئوية	معدل انتشار وسائل منع الحمل، بين النساء في سن 15-49، نسبة مئوية	معدل انتشار وسائل منع الحمل، بين النساء في سن 15-49، نسبة مئوية								
2019	2022	2022	2022		2022		2022	2020	2020-2014	2017	2017	2017		
63	80	79	9	7	68	47	76	53	0.07	74	76	55	65	هندوراس
73	93	80	9	6	62	44	70	49	-	100	16	9	12	هنغاريا
87	-	-	-	-	-	-	-	-	0.04	98	6	2	4	أيسلندا
61	74	74	12	9	51	39	57	44	0.04	81	177	117	145	الهند
59	77	81	11	8	60	42	62	44	0.10	95	254	127	177	إندونيسيا
77	63	77	4	3	66	47	82	58	0.03	99	20	13	16	جمهورية إيران الإسلامية
55	59	58	12	8	40	27	56	38	-	96	113	53	79	العراق
83	-	88	9	6	66	63	70	66	0.08	100	7	3	5	أيرلندا
84	-	68	8	5	56	30	73	39	-	-	4	2	3	إسرائيل
83	-	74	9	5	51	48	67	59	0.04	100	2	1	2	إيطاليا
70	76	80	9	8	70	42	73	44	0.53	100	98	67	80	جامايكا
85	85	68	17	12	41	39	51	46	0.00	100	6	3	5	اليابان
60	56	57	14	8	39	22	54	31	0.01	100	65	31	46	الأردن
76	65	76	15	11	51	40	54	43	0.19	100	12	8	10	كازاخستان
56	48	75	16	13	59	43	60	44	0.72	70	476	253	342	كينيا
51	-	49	23	16	26	19	32	23	-	92	158	49	92	كيريباس
68	83	84	9	8	71	55	74	58	-	100	203	38	89	جمهورية كوريا الديمقراطية الشعبية
87	-	82	5	6	74	51	81	56	-	100	13	9	11	جمهورية كوريا
70	-	67	13	9	49	33	59	40	-	100	17	8	12	الكويت
70	73	67	17	12	39	28	42	29	0.11	100	76	50	60	قيرغيزستان
50	96	71	14	10	54	34	61	38	0.13	64	253	139	185	جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية
72	70	81	9	6	62	53	72	60	-	100	26	15	19	لاتفيا
72	-	62	13	6	46	22	62	29	0.03	98	40	22	29	لبنان
48	-	83	14	10	66	51	66	52	4.91	87	788	391	544	ليسوتو
42	-	47	32	27	26	25	27	26	0.29	84	943	481	661	ليبيريا
60	-	39	25	17	25	17	40	26	0.05	100	164	30	72	ليبيا
70	87	72	8	7	57	39	71	48	-	100	12	5	8	ليتوانيا
87	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	8	3	5	لكسمبرغ
35	-	67	16	14	45	37	51	42	0.22	46	484	229	335	مدغشقر
48	79	78	15	13	64	48	65	49	1.21	90	507	244	349	ملawi
76	83	57	15	9	41	25	57	35	0.19	100	36	24	29	ماليزيا
69	93	34	30	21	18	12	22	16	-	100	84	35	53	ملايكا
42	-	46	24	21	20	18	20	18	0.27	67	784	419	562	مالي
81	-	75	5	4	63	48	79	60	-	100	11	4	6	مالطة
-	-	75	14	11	57	43	62	47	-	-	-	-	-	مارتينيك
40	65	41	28	18	20	13	22	14	-	69	1.140	528	766	موريتانيا
65	75	57	10	8	44	29	67	43	0.8	100	85	46	61	موريشيوس
74	86	82	10	9	70	53	74	56	0.16	97	35	32	33	المكسيك
48	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	193	40	88	ولايات ميكرونيزيا الموحدة
67	-	67	13	11	50	44	63	55	0.24	100	24	15	19	جمهورية مولدوفا
63	-	70	15	13	51	37	57	41	0.01	99	56	36	45	منغوليا
67	52	41	21	15	16	15	27	23	0.04	99	10	3	6	الجبل الأسود
73	-	74	11	7	61	37	71	43	0.02	87	91	54	70	المغرب
47	-	58	22	19	29	26	30	27	3.5	73	418	206	289	موزامبيق
61	91	79	14	8	56	33	58	34	-	60	351	182	250	ميانمار
62	88	83	15	10	61	52	61	52	2.44	88	281	144	195	ناميبيا

تتبع التقدم المُحرز نحو تحقيق أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية

الصحة الجنسية والإنجابية

مؤشر تغطية الخدمات في إطار الصحة الشاملة	القوانين والأنظمة التي تضمن الحصول على الرعاية والتعليم في مجال الصحة الجنسية والإنجابية، نسبة مئوية	نسبة الطلب الملبى، بوسائل حديثة، بين جميع النساء في سن 49-15	الاحتياجات غير الملبىة لتنظيم الأسرة للنساء في سن 15-49، نسبة مئوية		معدل انتشار وسائل منع الحمل، بين النساء في سن 15-49، نسبة مئوية		عدد الإصابات الجديدة بفيروس العوز المناعي البشري، لكل الأعمار، لكل 1000 نسمة، من الفئات السكانية غير المصابة بالفيروس	الولادات بإشراف عاملين ذوي كفاءة القطاع الصحي، 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 مولود حي)	الدول والإقليم والمناطق الأخرى		
			الجميع	متزوجات أو مرتبطات	الجميع	متزوجات أو مرتبطات							2020	2020-2014
53	48	63	22	17	47	37	53	42	0.03	77	267	135	186	نيبال
86	100	89	7	5	71	61	72	63	0.02	-	7	4	5	هولندا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	كاليدونيا الجديدة
86	95	88	5	4	75	61	81	65	0.02	96	11	7	9	نيوزيلندا
70	75	88	6	5	79	51	82	53	0.11	96	127	77	98	نيكاراغوا
37	-	50	18	15	18	16	19	17	0.05	39	724	368	509	النيجر
45	-	42	19	15	15	14	21	18	0.42	43	1.320	658	917	نيجيريا
68	-	37	13	9	19	19	54	43	-	100	10	5	7	مقدونيا الشمالية
86	100	89	4	4	79	62	85	67	0.01	99	3	2	2	النرويج
69	70	41	26	15	25	15	36	21	-	99	22	16	19	عُمان
45	69	53	17	11	29	20	38	26	0.12	71	229	85	140	باكستان
-	68	64	11	7	46	30	62	41	-	100	-	-	-	فلسطين ¹
77	72	73	17	14	56	45	60	48	0.44	93	59	45	52	بنما
33	-	51	25	18	32	23	39	28	0.39	56	318	67	145	بابوا غينيا الجديدة
61	76	82	9	8	67	55	73	59	0.13	98	96	72	84	باراغواي
78	85	70	7	5	58	43	77	55	0.13	94	110	69	88	بيرو
55	80	59	16	10	43	27	57	36	0.15	84	168	91	121	الفلبين
74	89	73	8	6	58	43	74	54	-	100	3	2	2	بولندا
84	95	79	7	4	62	51	74	60	0.07	100	11	6	8	البرتغال
-	-	83	5	6	74	52	82	57	-	-	29	16	21	بورتوريكو
74	71	64	15	9	41	26	49	31	0.07	100	14	6	9	قطر
-	-	84	9	8	71	48	72	49	-	-	-	-	-	ريونيون
72	98	75	8	5	58	45	72	54	0.04	95	25	14	19	رومانيا
75	70	76	9	6	57	42	68	49	-	100	23	13	17	الاتحاد الروسي
54	82	70	16	11	54	32	58	34	0.34	94	347	184	248	رواندا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	-	-	-	سانت كيتس ونيفيس
72	33	76	15	12	57	46	61	49	-	100	197	71	117	سانت لوسيا
73	81	80	12	10	65	48	67	50	-	99	100	44	68	سانت فنسنت وجزر غرينادين
53	22	29	46	26	18	11	19	12	-	89	97	20	43	ساموا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	سان مارينو
60	46	60	25	21	47	35	51	38	-	97	217	73	130	سان تومي وبرينسيبي
73	-	46	25	15	24	15	30	19	0.05	99	30	10	17	المملكة العربية السعودية
49	75	56	21	15	28	20	30	21	0.08	75	434	237	315	السنغال
71	99	53	11	6	28	28	58	47	0.02	100	17	9	12	صربيا
70	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99	109	26	53	سيشيل
39	65	56	24	20	25	26	25	27	0.7	87	1.620	808	1.120	سيراليون
86	46	77	10	6	60	35	68	40	0.01	100	13	5	8	سنغافورة
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	سانت مارتن
77	86	79	6	4	66	48	79	56	-	98	7	4	5	سلوفاكيا
80	-	79	5	3	66	44	79	53	0.01	100	9	5	7	سلوفينيا
50	-	54	17	13	27	20	32	24	-	86	157	70	104	جزر سليمان
27	-	9	26	15	2	2	10	6	0.02	32	1.590	385	829	الصومال
68	95	82	14	11	58	51	58	51	4.6	97	153	96	119	جنوب أفريقيا
32	16	21	29	20	7	6	8	6	1.37	19	1.710	789	1.150	جنوب السودان
86	-	85	13	8	61	58	63	60	0.08	100	5	3	4	إسبانيا
67	86	74	7	5	55	37	67	45	0.01	100	41	31	36	سري لانكا

تتبع التقدّم المحرز نحو تحقيق أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية

الصحة الجنسية والإنجابية

مؤشر تغطية الخدمات في إطار التغطية الصحية الشاملة	القوانين والأنظمة التي تضمن الحصول على الرعاية والمعلومات والتعليم في مجال الصحة الجنسية والإنجابية، نسبة مئوية	نسبة الطلب الملتئي، بوسائل حديثة، بين جميع النساء في سن 49-15	الاحتياجات غير الملبّاة لتنظيم الأسرة للنساء في سن 15-49، نسبة مئوية		مُعدّل انتشار وسائل منع الحمل، بين النساء في سن 15-49، نسبة مئوية				عدد الإصابات الجديدة بفيروس العوز المناعي البشري، لكل الأعمار، لكل 1000 نسمة، من الفئات السكانية غير المصابة بالفيروس	الولايات بإشراف عاملين ذوي كفاءة القطاع الصحي، نسبة مئوية	نطاق عدم اليقين لنسبة وفيات الأمهات (80%)، تقدير أعلى ¹	نطاق عدم اليقين لنسبة وفيات الأمهات (80%)، تقدير أدنى ¹	نسبة وفيات الأمهات (عدد الوفيات لكل 100000 مولود حي)	الدول والأقاليم والمناطق الأخرى
			الجميع	متزوجات أو مرتبطات	الجميع	متزوجات أو مرتبطات	الجميع	متزوجات أو مرتبطات						
2019	2022	2022	2022		2022				2020	2020-2014	2017	2017	2017	
44	57	36	27	17	15	10	16	11	0.09	78	408	207	295	السودان
67	-	69	22	15	47	33	47	34	0.3	98	144	96	120	سورينام
87	100	87	8	6	68	57	71	60	-	-	6	3	4	السويد
87	94	89	7	4	69	68	73	73	-	-	7	3	5	سويسرا
56	81	62	13	8	46	28	62	38	0	96	50	20	31	الجمهورية العربية السورية
66	-	55	22	16	30	22	33	24	0.09	95	26	10	17	طاجيكستان
46	-	62	19	15	40	33	45	37	1.26	64	712	399	524	جمهورية تنزانيا المتحدة
83	-	90	6	4	75	52	77	53	0.1	99	44	32	37	تايلند
53	-	53	23	13	29	17	32	19	0.1	57	192	102	142	جمهورية تيمور-ليشتي الديمقراطية
44	-	48	30	22	25	22	27	24	0.45	69	557	270	396	توغو
56	-	49	25	13	28	16	33	18	-	98	116	24	52	تونغا
73	27	67	20	14	45	36	49	41	0.07	100	90	50	67	ترينيداد وتوباغو
70	-	70	13	7	51	27	59	31	0.03	100	54	33	43	تونس
79	78	61	9	6	49	34	71	48	-	97	20	14	17	تركيا
73	94	76	12	8	50	33	53	35	-	100	10	5	7	تركمستان
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	جزر تركس وكليوكس
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	93	-	-	-	توفالو
50	-	61	24	18	42	33	46	36	0.95	74	523	278	375	أوغندا
73	95	75	9	6	55	44	68	53	0.21	100	26	14	19	أوكرانيا
78	-	61	17	12	41	29	51	36	0.13	99	5	2	3	الإمارات العربية المتحدة
88	96	86	7	5	69	66	76	72	-	-	8	6	7	المملكة المتحدة
83	-	81	6	5	67	54	76	62	-	99	21	17	19	الولايات المتحدة الأمريكية
-	-	81	8	8	70	49	75	52	-	-	-	-	-	جزر فيرجن التابعة للولايات المتحدة
79	97	87	7	6	77	55	79	57	0.19	100	21	14	17	أوروغواي
71	92	84	8	6	66	46	70	50	0.08	100	37	23	29	أوزبكستان
52	-	61	19	15	41	31	49	36	-	89	-	-	-	فانواتو
70	-	83	10	8	71	52	76	56	0.08	99	170	97	125	جمهورية فنزويلا البوليفارية
70	54	79	5	4	67	50	80	59	0.06	94	61	32	43	فييت نام
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	الصحراء الغربية
44	65	49	23	14	33	21	44	28	0.04	45	235	109	164	اليمن
55	91	68	18	15	50	36	53	38	3.64	80	289	159	213	زامبيا
55	73	86	10	8	69	49	69	49	1.74	86	577	360	458	زيمبابوي

تتبع التقدم المُحرز نحو تحقيق أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية 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)، 2019.

الولادات بإشراف عاملين كفوئين في القطاع الصحي: قاعدة البيانات العالمية المشتركة بشأن الولادة بإشراف عناصر مدربة، 2021، 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 العوز المناعي البشري لكل 1000 نسمة، جميع الأعمار، من الفئات السكانية غير المصابة بالفيروس: التقديرات الخاصة بفيروس العوز المناعي البشري الصادرة عن برنامج الأمم المتحدة المشترك المعنى بفيروس العوز المناعي البشري / متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) لعام 2021.

معدل انتشار وسائل منع الحمل: شعبة السكان في الأمم المتحدة، 2021.

معدل انتشار وسائل منع الحمل، وسيلة حديثة: شعبة السكان في الأمم المتحدة، 2021.

الاحتياجات غير المُلبّاة إلى تنظيم الأسرة: شعبة السكان في الأمم المتحدة، 2021.

نسبة الطلب المُلبّى بوسائل حديثة: شعبة السكان في الأمم المتحدة، 2021.

القوانين والأنظمة التي تضمن الحصول على الرعاية والمعلومات والتعليم في مجال الصحة الجنسية والإنجابية: صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2022.

مؤشر تغطية الخدمات في إطار التغطية الصحية الشاملة: منظمة الصحة العالمية، 2021.

ملاحظات

– البيانات غير متوفرة.

¹ قُرِبت نسبة وفيات الأمومة طبقاً للمخطط التالي: > 1000، مقربة لأقرب 10؛ و ≤ 1000، مقربة لأقرب 10.

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

تعريفات المؤشرات

معدل وفيات الأمهات: عدد وفيات الأمهات في خلال فترة زمنية معينة لكل 100000 مولود حي في خلال الفترة الزمنية نفسها (مؤشر هدف التنمية المستدامة 3.1.1).

الولادات بإشراف عاملين كفوئين في القطاع الصحي: النسبة المئوية للولادات التي جرت بإشراف عاملين كفوئين في القطاع الصحي (طبيبة أو ممرضة أو قابلة) (مؤشر هدف التنمية المستدامة 3.1.2).

عدد الإصابات الجديدة بفيروس العوز المناعي البشري لكل 1000 نسمة، جميع الأعمار، من الفئات السكانية غير المصابة بالفيروس: عدد الإصابات الجديدة بفيروس العوز المناعي البشري لكل 1000 نسمة في السنة بين الفئات السكانية غير المصابة بالفيروس (مؤشر هدف التنمية المستدامة 3.3.1).

معدل انتشار وسائل منع الحمل: النسبة المئوية للنساء في سن 15 إلى 49 اللاتي يستخدمن حالياً إحدى وسائل منع الحمل.

معدل انتشار وسائل منع الحمل، وسيلة حديثة: النسبة المئوية للنساء في سن 15 إلى 49 اللاتي يستخدمن حالياً إحدى وسائل منع الحمل الحديثة.

الاحتياجات غير المُلبّاة إلى تنظيم الأسرة: النسبة المئوية للنساء في سن 15 إلى 49 اللواتي يرغبن في التوقف عن الإنجاب أو تأجيله لكنهن لا يستعملن أي وسيلة لمنع الحمل.

نسبة الطلب المُلبّى بوسائل حديثة: النسبة المئوية للطلب الإجمالي على تنظيم الأسرة، بين النساء في سن 15 إلى 49، الذي جرت تلبية من خلال استعمال وسائل منع الحمل الحديثة (مؤشر هدف التنمية المستدامة رقم 3.7.1).

القوانين والأنظمة التي تضمن الحصول على الرعاية والمعلومات والتعليم في مجال الصحة الجنسية والإنجابية: مدى وجود قوانين وأنظمة وطنية للبلدان تضمن وصول النساء والرجال في سن 15 فما فوق إلى الرعاية والمعلومات والتثقيف في مجال الصحة الجنسية والإنجابية (مؤشر هدف التنمية المستدامة رقم 5.6.2).

مؤشر تغطية الخدمات في إطار التغطية الصحية الشاملة: متوسط تغطية الخدمات الأساسية القائمة على تدخلات التثقيف التي تشمل الصحة الإنجابية وصحة الأمهات والمواليد الجدد والأطفال، والأمراض المعدية، والأمراض غير المعدية، والقدرة على تقديم الخدمات والحصول عليها، بين عامة السكان وأكثر الفئات حرماناً (مؤشر هدف التنمية المستدامة 3.8.1).

النوع الاجتماعي والحقوق ورأس المال البشري

مؤشر التكافؤ بين الجنسين، إجمالي صافي معدل المرحلة العليا من التعليم الثانوي، نسبة العليا من التعليم الثانوي	إجمالي صافي معدل الالتحاق، المرحلة العليا من التعليم الثانوي، نسبة	مؤشر التكافؤ بين الجنسين، إجمالي صافي معدل الالتحاق، المرحلة الدنيا من التعليم الثانوي	إجمالي صافي معدل الالتحاق، المرحلة الدنيا من التعليم الثانوي	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 النساء في سن 15-49، نسبة مئوية	زواج الأطفال حتى سن 18 عاماً، نسبة مئوية	الحمل غير المرغوب فيه لكل امرأة في سن 15-24	معدل الولادات لدى المراهقات لكل 1000 فتاة في سن 15-19
2020	2020	2020	2020	2020	2020	2021	2018	2020-2004	2020-2005	2019-2015	2025-2020
1.01	66	1.00	84	0.98	91	57	13	-	26	64	40
العالم											
1.00	95	1.00	98	1.01	99	-	-	-	-	34	11
المناطق الأكثر نمواً											
1.01	63	1.00	82	0.98	90	56	-	-	27	70	44
المناطق الأقل نمواً											
0.90	44	0.98	66	0.96	83	54	22	46	38	85	88
البلدان الأقل نمواً											
مناطق صندوق الأمم المتحدة للسكان											
1.06	66	1.02	87	0.99	94	-	15	65	21	87	45
الدول العربية											
0.92	60	0.95	82	-	85	61	13	-	25	64	21
منطقة آسيا والمحيط الهادئ											
0.99	84	0.99	98	1.00	96	76	9	-	11	54	26
أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى											
1.03	79	1.02	93	1.01	97	74	8	-	24	69	59
أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي											
0.84	44	0.95	66	0.98	86	52	24	35	31	101	92
شرق أفريقيا والجنوب الأفريقي											
0.87	40	0.97	60	0.91	76	36	15	28	41	76	104
وسط وغرب أفريقيا											
الدول والأقاليم والمناطق الأخرى											
2020-2010	2020-2010	2020-2010	2020-2010	2020-2010	2020-2010	2020-2007	2018	2020-2004	2020-2005	2019-2015	2020-2004
0.56	44	-	-	-	-	-	35	-	28	-	62
أفغانستان											
1.09	81	1.04	96	1.04	96	69	6	-	12	16	14
ألبانيا											
-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	-	12
الجزائر											
0.71	18	0.76	76	0.78	82	62	25	-	30	120	163
أنغولا											
1.02	87	0.99	99	1.02	99	-	-	-	-	-	28
أنتيغوا وبربودا											
1.09	89	0.99	99	-	100	-	5	-	-	69	50
الأرجنتين											
1.14	92	1.02	90	1.00	90	66	5	-	5	53	19
أرمينيا											
-	-	-	-	-	100	-	-	-	-	-	21
أروبا											
1.03	94	1.00	98	1.00	99	-	3	-	-	37	9
أستراليا											
1.02	90	1.01	99	1.00	100	-	4	-	-	-	6
النمسا											
1.00	100	1.00	99	1.04	90	-	5	-	11	93	48
أذربيجان											
1.07	73	1.02	78	-	-	-	-	-	-	-	29
جزر البهاما											
1.14	87	1.07	96	0.99	98	-	-	-	-	-	13
البحرين											
1.11	63	1.10	74	-	95	64	23	-	51	59	74
بنغلاديش											
1.04	94	1.00	96	0.99	97	-	-	-	29	77	50
بربادوس											
1.02	99	1.00	99	0.98	99	-	6	-	5	19	12
بيلاروس											
1.00	98	1.00	100	1.01	99	-	5	-	-	21	6
بلجيكا											
1.11	69	0.98	85	0.99	100	-	8	-	34	71	58
بليز											
0.75	34	0.87	58	0.94	93	36	15	9	31	86	108
بنين											
1.16	72	1.15	88	1.03	96	-	9	-	26	48	59
بوتان											
1.01	78	0.97	93	1.00	95	-	18	-	20	105	71
دولة بوليفيا المتعددة القوميات											
1.04	81	-	-	-	-	-	3	-	4	20	10
البوسنة والهرسك											
-	-	-	-	1.01	89	-	17	-	-	97	52
بوتسوانا											
1.02	85	1.02	98	1.00	99	-	7	-	26	67	49
البرازيل											
1.07	83	1.00	100	1.00	98	-	-	-	-	-	10
بروني دار السلام											
0.95	84	0.99	85	1.00	85	-	6	-	-	29	39
بلغاريا											
1.08	33	1.10	53	1.00	76	20	11	76	52	75	132
بوركينافاسو											
1.16	38	1.10	70	1.04	90	44	22	-	19	98	58
بوروندي											
0.95	45	1.06	85	1.00	89	76	9	-	19	69	30
كمبوديا											
0.83	46	0.89	63	0.91	92	49	22	1	30	83	122
جمهورية الكاميرون											
1.00	88	1.00	100	-	100	-	3	-	-	31	7
كندا											
1.08	73	0.98	87	0.99	92	-	11	-	18	102	12
كابو فيردي											
0.48	16	0.61	44	0.80	67	-	21	22	61	90	229
جمهورية أفريقيا الوسطى											
0.51	22	0.68	38	0.79	74	27	16	34	61	60	179
تشاد											
1.00	95	0.99	96	0.99	100	-	6	-	-	70	23
شيلي											

تتبع التقدم المحرز نحو تحقيق أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية

النوع الاجتماعي والحقوق ورأس المال البشري

مؤشر التكافؤ بين الجنسين، إجمالي صافي معدل الالتحاق، المرحلة العليا من التعليم، المرحلة العليا من التعليم الثانوي	مؤشر التكافؤ بين الجنسين، إجمالي صافي معدل الالتحاق، المرحلة الدنيا من التعليم الثانوي	مؤشر التكافؤ بين الجنسين، إجمالي صافي معدل الالتحاق، المرحلة الدنيا من التعليم الثانوي	مؤشر التكافؤ بين الجنسين، إجمالي صافي معدل الالتحاق، المرحلة الدنيا من التعليم الثانوي	مؤشر التكافؤ بين الجنسين، إجمالي صافي معدل الالتحاق، المرحلة الدنيا من التعليم الإعدادي	مؤشر التكافؤ بين الجنسين، إجمالي صافي معدل الالتحاق، المرحلة الدنيا من التعليم الإعدادي	مؤشر التكافؤ بين الجنسين، إجمالي صافي معدل الالتحاق، المرحلة الدنيا من التعليم الإعدادي	مؤشر التكافؤ بين الجنسين، إجمالي صافي معدل الالتحاق، المرحلة الدنيا من التعليم الإعدادي	مؤشر التكافؤ بين الجنسين، إجمالي صافي معدل الالتحاق، المرحلة الدنيا من التعليم الإعدادي	مؤشر التكافؤ بين الجنسين، إجمالي صافي معدل الالتحاق، المرحلة الدنيا من التعليم الإعدادي	مؤشر التكافؤ بين الجنسين، إجمالي صافي معدل الالتحاق، المرحلة الدنيا من التعليم الإعدادي	مؤشر التكافؤ بين الجنسين، إجمالي صافي معدل الالتحاق، المرحلة الدنيا من التعليم الإعدادي	مؤشر التكافؤ بين الجنسين، إجمالي صافي معدل الالتحاق، المرحلة الدنيا من التعليم الإعدادي
2020-2010	2020-2010	2020-2010	2020-2010	2020-2010	2020-2010	2020-2010	2020-2010	2020-2010	2020-2010	2020-2010	2020-2010	2020-2010
-	-	-	-	-	-	-	-	8	-	-	65	9
1.00	100	1.00	99	-	98	-	3	-	-	28	2	
1.03	91	1.02	99	0.98	96	-	-	-	-	-	3	
1.03	81	1.01	97	1.01	99	-	12	-	23	63	58	
1.07	50	1.02	81	1.00	82	21	8	-	32	95	70	
-	-	-	-	-	-	31	36	-	29	117	109	
-	-	-	-	0.98	84	27	-	-	27	106	111	
1.03	92	1.01	96	1.00	100	-	7	-	21	52	41	
0.77	42	0.88	58	0.93	96	25	16	37	27	96	123	
1.05	88	1.02	99	1.02	98	-	4	-	-	33	9	
1.05	85	1.01	88	1.00	100	-	5	-	29	72	53	
1.08	77	1.01	85	0.99	93	-	-	-	-	-	23	
0.97	93	1.00	99	1.00	99	-	3	-	-	-	8	
1.00	96	1.00	100	1.01	99	-	4	-	-	35	11	
1.01	91	0.99	100	1.01	99	-	3	-	-	30	2	
0.99	47	1.02	60	0.93	67	-	-	94	5	50	21	
0.85	80	1.02	97	1.00	99	-	-	-	-	-	47	
1.04	74	1.01	91	1.01	96	77	10	-	36	84	54	
1.02	79	1.03	98	-	99	87	8	-	22	80	64	
0.98	77	1.02	98	-	99	-	15	87	17	-	52	
0.97	60	1.01	78	1.01	84	-	6	-	26	58	70	
-	-	-	-	1.02	45	-	29	-	30	-	176	
0.86	51	0.88	64	0.91	53	-	-	83	41	53	76	
1.00	98	1.01	99	1.01	98	-	4	-	-	38	10	
0.96	84	1.00	97	0.98	85	49	18	-	5	111	87	
0.91	26	0.92	53	0.91	87	45	27	65	40	79	80	
1.09	74	-	96	0.99	99	-	23	-	-	-	23	
0.98	96	1.00	100	1.01	98	-	8	-	0	33	4	
1.01	96	1.00	100	1.00	100	-	5	-	-	29	9	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	71	76	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	32	
-	-	-	-	-	-	48	22	-	22	112	91	
-	-	1.03	69	1.13	87	23	10	76	26	54	68	
1.03	95	1.01	99	1.01	99	82	3	-	14	94	29	
0.98	85	1.02	96	1.01	99	-	-	-	-	21	7	
1.00	75	1.04	92	1.02	94	52	10	2	19	102	78	
0.98	99	0.99	97	1.01	99	-	5	-	-	33	9	
1.00	97	-	97	-	99	-	8	-	-	-	36	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	68	9	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	35	
0.94	37	0.94	65	1.01	89	65	7	-	30	63	77	
0.59	33	0.70	49	0.85	86	29	21	95	47	70	120	
-	-	-	-	0.95	73	-	-	52	26	99	84	
1.11	70	1.02	93	0.97	98	71	11	-	30	76	74	
-	-	-	-	-	-	59	12	-	15	107	55	
1.15	42	1.06	57	1.02	84	70	7	-	34	68	89	
1.01	88	1.00	97	1.00	95	-	6	-	-	27	22	
1.04	84	1.00	100	1.00	100	-	3	-	-	33	5	

النوع الاجتماعي والحقوق ورأس المال البشري

مؤشر التكافؤ بين الجنسين، إجمالي صافي معدل الالتحاق، المرحلة العليا من التعليم، المرحلة العليا من 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 من التعليم	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، 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 النساء في سن 15-49، نسبة مئوية	زواج الأطفال حتى سن 18 عاماً، نسبة مئوية	الحمل غير المرغوب فيه لكل 1000 امرأة في سن 15-24	معدل الولادات لدى المراهقات لكل 1000 فتاة في سن 15-19	الدول والإقاليم والمناطق الأخرى
2020-2010	2020-2010	2020-2010	2020-2010	2020-2010	2020-2010	2020-2007	2018	2020-2004	2020-2005	2019-2015	2020-2004	
1.04	58	1.04	85	1.02	95	-	18	-	27	62	12	الهند
1.01	77	1.07	84	0.95	94	-	9	-	16	40	36	إندونيسيا
0.97	74	0.97	95	0.99	100	-	18	-	17	-	31	جمهورية إيران الإسلامية
-	-	-	-	-	-	-	-	7	28	-	70	العراق
1.01	98	-	99	-	100	-	3	-	-	-	6	أيرلندا
-	98	-	100	-	100	-	6	-	-	-	8	إسرائيل
1.01	94	1.00	98	1.00	97	-	4	-	-	28	4	إيطاليا
1.57	54	1.06	76	-	-	-	7	-	8	87	52	جامايكا
1.02	99	1.00	98	1.00	98	-	4	-	-	21	3	اليابان
1.10	57	1.00	72	0.99	80	61	14	-	10	-	27	الأردن
-	99	-	100	1.01	90	-	6	-	7	57	23	كازاخستان
-	-	-	-	1.04	81	56	23	21	23	113	96	كينيا
-	-	-	-	-	97	-	25	-	18	-	51	كيريباس
-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	1	جمهورية كوريا الديمقراطية الشعبية
1.00	93	1.00	95	1.00	100	-	8	-	-	35	1	جمهورية كوريا
1.03	82	1.05	94	1.04	97	-	-	-	-	-	5	الكويت
1.06	73	0.99	99	0.99	100	77	13	-	13	40	38	فيرغزستان
0.92	53	1.00	70	0.98	92	-	8	-	33	51	83	جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية
1.02	95	1.01	98	1.01	99	-	6	-	-	34	12	لاتفيا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	-	12	لبنان
1.15	66	1.11	83	1.01	98	61	17	-	16	99	91	ليسوتو
0.86	74	0.90	79	1.01	79	62	27	44	36	106	128	ليبيريا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11	ليبيا
1.02	97	-	100	-	100	-	5	-	0	26	11	ليتوانيا
1.04	81	0.98	98	1.00	99	-	4	-	-	-	5	لكسمبرغ
0.97	36	1.03	70	-	98	74	-	-	40	95	151	مدغشقر
0.64	31	1.01	81	-	98	47	17	-	42	115	138	ملايو
1.14	64	1.04	88	1.00	99	-	-	-	-	-	9	ماليزيا
-	-	-	91	1.03	98	58	6	13	2	60	9	ملايف
0.74	25	0.86	47	0.90	59	8	18	89	54	68	164	مالي
1.03	92	-	98	-	100	-	4	-	-	-	12	مالطة
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	50	17	مارتينيك
1.12	39	1.08	72	1.05	77	-	-	67	37	68	84	موريتانيا
1.12	78	1.03	97	1.02	100	-	-	-	-	-	23	موريتانيوس
1.06	73	1.03	92	-	99	-	10	-	21	60	62	المكسيك
-	-	1.06	87	1.02	83	-	21	-	-	-	44	ولايات ميكرونيزيا الموحدة
1.01	88	-	99	-	99	73	9	-	12	26	21	جمهورية مولدوفا
1.07	88	1.01	92	0.99	99	63	12	-	12	31	31	منغوليا
1.03	88	1.00	94	1.00	100	-	4	-	6	11	10	الجيل الأسود
0.96	75	0.97	93	1.00	100	-	11	-	14	-	19	المغرب
0.76	31	0.87	57	0.97	99	49	16	-	53	88	180	موزامبيق
1.16	57	1.03	79	0.99	98	67	11	-	16	35	28	ميلانمار
-	-	-	-	1.03	98	71	16	-	7	104	64	ناميبيا
1.18	81	1.03	97	-	96	48	11	-	33	60	63	نيبال
1.01	99	1.01	97	1.01	100	-	5	-	-	18	3	هولندا
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15	كاليدونيا الجديدة
1.03	99	1.00	100	1.01	100	-	4	-	-	41	13	نيوزيلندا
1.08	64	1.03	88	1.03	96	-	6	-	35	56	103	نيكاراغوا

تتبع التقدم المحرز نحو تحقيق أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية النوع الاجتماعي والحقوق ورأس المال البشري

مؤشر التكافؤ بين الجنسين، إجمالي	مؤشر التكافؤ بين الجنسين، المرحلة العليا من التعليم، المرحلة الثانوية، نسبة	مؤشر التكافؤ بين الجنسين، إجمالي صافي، المرحلة الدنيا من التعليم، المرحلة الدنيا من التعليم الثانوي	مؤشر التكافؤ بين الجنسين، إجمالي صافي، المرحلة الدنيا من التعليم، الثانوية، نسبة مئوية	مؤشر التكافؤ بين الجنسين، إجمالي صافي، المرحلة الدنيا من التعليم الإعدادي	مؤشر التكافؤ بين الجنسين، إجمالي صافي، 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 النساء في سن 15-49، نسبة مئوية	زواج الأطفال حتى سن 18 عاماً، نسبة مئوية	الحمل غير المرغوب فيه لكل امرأة في سن 15-49	معدل الولادات لدى المراهقات لكل 1000 فتاة في سن 15-19	الدول والأقاليم والمناطق الأخرى	
2020-2010	2020-2010	2020-2010	2020-2010	2020-2010	2020-2010	2020-2007	2018	2020-2004	2020-2005	2019-2015	2020-2004		
0.67	14	0.79	35	0.88	59	7	13	2	76	49	154	النيجر	
-	-	-	-	0.84	66	46	13	20	43	68	106	نيجيريا	
-	-	-	-	1.00	99	88	4	-	8	23	15	مقدونيا الشمالية	
1.01	92	0.99	100	1.00	100	-	4	-	-	34	3	الزويج	
0.90	90	0.99	97	1.02	98	-	-	-	4	-	8	عمان	
-	-	-	-	-	-	40	16	-	18	71	54	باكستان	
1.21	77	1.04	97	1.00	95	-	19	-	13	-	43	فلسطين ¹	
1.06	69	0.97	76	1.02	89	79	8	-	26	73	74	بنما	
0.80	45	0.90	72	0.94	98	57	31	-	27	80	68	بابوا غينيا الجديدة	
1.05	70	1.01	76	1.00	80	-	6	-	22	67	72	باراغواي	
0.94	96	1.00	98	-	98	-	11	-	17	90	44	بيرو	
1.09	80	1.07	89	0.99	97	81	6	-	17	71	36	الفلبين	
1.00	98	0.98	97	1.00	99	-	3	-	-	29	10	بولندا	
0.99	100	1.00	100	0.99	100	-	4	-	-	21	7	البرتغال	
1.05	76	1.07	90	1.04	87	-	-	-	-	54	22	بورتوريكو	
-	-	0.94	93	1.03	98	-	-	-	4	-	7	قطر	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	52	28	ريونيون
1.03	80	0.99	89	1.00	87	-	7	-	-	44	36	رومانيا	
1.01	98	1.01	100	1.01	100	-	-	-	-	64	22	الاتحاد الروسي	
1.02	50	1.04	96	1.00	94	63	24	-	7	98	41	رواندا	
0.99	96	-	-	-	99	-	-	-	-	-	46	سانت كيتس ونيفيس	
0.95	84	0.99	91	1.06	97	-	-	-	24	69	25	سانت لوسيا	
1.02	85	-	98	-	97	-	-	-	-	-	52	سانت فنسنت وجزر غرينادين	
1.11	90	-	-	-	100	-	18	-	7	66	39	ساموا	
0.81	43	1.00	92	0.97	96	-	-	-	-	-	1	سان مارينو	
1.03	83	1.06	90	1.00	94	46	18	-	28	130	86	سان تومي وبرينسيبي	
0.94	96	0.98	98	1.00	95	-	-	-	-	-	9	المملكة العربية السعودية	
1.13	20	1.19	40	1.14	75	7	12	25	31	61	68	السنغال	
1.03	86	1.00	97	1.00	97	96	4	-	6	21	12	صربيا	
1.13	86	-	97	-	99	-	-	-	-	-	68	سيشيل	
0.93	35	0.99	51	-	98	36	20	86	30	88	102	سيراليون	
1.00	100	1.00	100	-	100	-	2	-	0	19	2	سنغافورة	
0.95	78	1.06	88	-	97	-	-	-	-	-	-	سانت مارتن	
1.00	89	1.00	95	1.00	97	-	6	-	-	27	26	سلوفاكيا	
1.00	99	1.01	99	1.01	100	-	3	-	-	33	4	سلوفينيا	
-	-	-	-	1.05	93	-	28	-	21	114	78	جزر سليمان	
-	-	-	-	-	-	-	-	99	36	100	118	الصومال	
1.01	79	1.01	90	1.02	89	65	13	-	4	81	41	جنوب أفريقيا	
0.65	36	0.72	44	0.77	38	-	27	-	52	54	158	جنوب السودان	
1.01	99	-	100	1.00	97	-	3	-	-	20	6	إسبانيا	
1.06	84	1.00	100	-	99	-	4	-	10	39	21	سري لانكا	
1.08	48	0.97	66	0.93	67	-	17	87	34	-	87	السودان	
1.15	62	1.09	85	1.04	88	-	8	-	36	67	54	سورينام	
0.99	99	-	100	-	100	-	6	-	-	36	4	السويد	
0.96	81	0.99	99	-	100	-	2	-	-	20	2	سويسرا	
1.00	34	0.97	62	0.98	72	-	-	-	13	-	22	الجمهورية العربية السورية	
0.74	61	0.94	94	0.99	99	33	14	-	9	37	54	طاجيكستان	
0.76	14	-	28	1.04	84	47	24	10	31	105	139	جمهورية تنزانيا المتحدة	

تتبع التقدم المحرز نحو تحقيق أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية النوع الاجتماعي والحقوق ورأس المال البشري

مؤشر التكافؤ بين الجنسين، إجمالي صافي معدل الالتحاق، المرحلة العليا من التعليم الثانوي، نسبة العليا من التعليم الثانوي	إجمالي صافي معدل الالتحاق، المرحلة العليا من التعليم الثانوي، نسبة العليا 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 العليا من التعليم الثانوي	مؤشر التكافؤ بين الجنسين، إجمالي صافي معدل الالتحاق، التعليم الإعدادي، نسبة التعليم الإعدادي	إجمالي صافي معدل الالتحاق، التعليم الإعدادي، نسبة التعليم الإعدادي	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 النساء في سن 15-49، نسبة مئوية	زواج الأطفال حتى سن 18 عاماً، نسبة مئوية	الحمل غير المرغوب فيه لكل امرأة في سن 15-24	معدل الولادات لدى المراهقات لكل فتاة في سن 15-19	الدول والإقاليم والمناطق الأخرى
2020-2010	2020-2010	2020-2010	2020-2010	2020-2010	2020-2010	2020-2007	2018	2020-2004	2020-2005	2019-2015	2020-2004	
1.00	79	-	-	-	-	-	9	-	20	38	23	تاييلند
1.07	76	1.04	90	1.04	95	40	28	-	15	50	42	جمهورية تيمور ليشتي الديمقراطية
0.64	44	0.85	79	0.98	99	30	13	3	25	100	79	توغو
1.33	59	1.15	89	-	99	-	17	-	10	49	30	تونغا
-	-	-	-	0.99	99	-	8	-	11	84	32	ترينيداد وتوباغو
-	-	-	-	-	99	-	10	-	2	-	7	تونس
0.97	82	0.99	97	0.99	95	-	12	-	15	-	19	تركيا
-	-	-	-	-	-	59	-	-	6	23	22	تركمانستان
0.90	68	1.06	80	-	99	-	-	-	-	-	21	جزر تركس وكايكوس
1.21	35	0.92	67	1.03	83	-	20	-	10	-	27	توفالو
-	-	-	-	1.03	96	62	26	0	34	145	111	أوغندا
1.03	94	1.01	96	1.02	92	81	9	-	9	27	18	أوكرانيا
1.01	98	-	99	-	100	-	-	-	-	-	4	الإمارات العربية المتحدة
1.01	97	1.00	100	1.00	99	-	4	-	0	36	12	المملكة المتحدة
0.98	96	1.02	100	1.00	99	-	6	-	-	35	17	الولايات المتحدة الأمريكية
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	39	جزر فيرجن التابعة للولايات المتحدة
1.06	89	1.01	99	1.01	99	-	4	-	25	41	36	أوروغواي
0.99	86	0.98	99	0.98	99	-	-	-	7	29	19	أوزبكستان
1.14	44	1.04	75	0.99	97	-	29	-	21	87	51	فانواتو
1.12	77	1.02	86	1.00	90	-	9	-	-	-	95	جمهورية فنزويلا البوليفارية
-	-	-	-	-	99	-	10	-	11	86	35	فييت نام
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	الصحراء الغربية
0.59	44	0.85	72	0.88	84	-	-	19	32	-	67	اليمن
-	-	-	-	1.05	85	49	28	-	29	123	135	زامبيا
0.90	52	0.95	98	1.02	86	60	18	-	34	74	108	زيمبابوي

تتبع التقدّم المُحرز نحو تحقيق أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية النوع الاجتماعي والحقوق ورأس المال البشري

مصادر البيانات الرئيسية

ملاحظات

– البيانات غير متوفرة.

- 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..."
- 2 البيانات المقدمة من معهد غوتماخر.

تعريفات المؤشرات

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

معدل الحمل غير المقصود: العدد السنوي المقدّر لحالات الحمل غير المقصود لكل 1000 امرأة في سن 15-49.

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

انتشار تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية (المعروف بالختان) بين الفتيات في سن 15-49: نسبة الفتيات البالغات 15 إلى 49 عاماً ممن تعرّضن لتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية (مؤشر هدف التنمية المستدامة رقم 5-3-2).

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

اتخاذ القرارات بشأن الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإيجابية: النسبة المئوية للنساء في سن 15 ممن هنّ متزوجات أو مقترنات ويخذن قراراتهن بأنفسهن في المجالات الثلاثة: الرعاية الصحية التي يتلقونها، واستخدام وسائل منع الحمل، والجماع مع شريكهن (مؤشر هدف التنمية المستدامة رقم 5.6.1).

إجمالي صافي معدل الالتحاق، التعليم الإعدادي: إجمالي عدد الطلاب من الفئة العمرية الرسمية للتعليم الإعدادي الملتحقين بأي مستوى تعليمي، مُعزراً 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، مُعزراً 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، مُعزراً 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.

معدل الولادات لدى المراهقات: شعبية السكان في الأمم المتحدة، 2021.

معدل الحمل غير المقصود: بيرك وجوناثان وآخرون، 2022. "التقديرات الفطرية المحددة لحالات الحمل والإجهاض غير المقصودين: تحليل مقارن عالمي للمستويات في 2015-2019". مجلة بي إم جي للصحة العالمية، تحت الطبع. المعلومات المنهجية متاحة على الموقع الشبكي التالي:
<https://data.guttmacher.org/countries>

زواج الأطفال حتى سن 18: اليونيسف، 2021. جرى احتساب المجاميع الإقليمية من قبل صندوق الأمم المتحدة للسكان استناداً إلى بياناتٍ من اليونيسف.

انتشار تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية (المعروف بالختان) بين الفتيات في سن 15-49: اليونيسف، 2021. جرى احتساب المجاميع الإقليمية من قبل صندوق الأمم المتحدة للسكان استناداً إلى بياناتٍ من اليونيسف.

عنف الشريك الحميم الأشهر الـ 12 الماضية، نسبة مئوية: 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، 2022. إجمالي صافي معدل الالتحاق، التعليم الإعدادي: معهد الإحصاء التابع لليونسكو، 2022.

مؤشر التكافؤ بين الجنسين، إجمالي صافي معدل الالتحاق، التعليم الإعدادي: معهد الإحصاء التابع لليونسكو، 2022.

إجمالي صافي معدل الالتحاق، المرحلة الدنيا من التعليم الثانوي: معهد الإحصاء التابع لليونسكو، 2022. مؤشر التكافؤ بين الجنسين، إجمالي صافي معدل الالتحاق، المرحلة الدنيا من التعليم الثانوي: معهد الإحصاء التابع لليونسكو، 2022.

إجمالي صافي معدل الالتحاق، المرحلة العليا من التعليم الثانوي: معهد الإحصاء التابع لليونسكو، 2022. 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	بيانات العالم وبيانات إقليمية
العمر المتوقع عند الولادة، سنوات، 2022	معدل الخصوبة الإجمالي، لكل امرأة.		السكان في سن 65 فما فوق، نسبة مئوية.	السكان من الفئة العمرية 64-15 عاماً، نسبة مئوية	السكان من الفئة العمرية 24-10 عاماً، نسبة مئوية	السكان من الفئة العمرية 19-10 عاماً، نسبة مئوية.	السكان من الفئة العمرية 14-0 عاماً، نسبة مئوية.			
انثى	ذكر	2022	2022	2022	2022	2022	2022	2025-2020	2022	
76	71	2.4	10	65	24	16	25	1.0	7.954	
83	77	1.6	20	64	17	11	16	0.1	1.277	
74	70	2.5	8	65	25	17	27	1.1	6.677	
68	64	3.8	4	58	32	22	38	2.2	1.107	
مناطق صندوق الأمم المتحدة للسكان										
74	70	3.2	5	61	28	19	34	2.0	393	
75	71	2.1	9	68	23	16	23	0.8	4.149	
78	71	2.1	11	66	21	15	23	0.5	251	
79	73	2.0	9	67	24	16	23	0.8	661	
67	62	4.1	3	56	32	23	41	2.5	649	
60	58	4.8	3	55	32	23	43	2.6	483	
الدول والأقاليم والمناطق الأخرى										
67	64	3.9	3	57	35	25	41	2.2	40.8	
80	77	1.6	16	67	19	12	17	-0.3	2.9	
79	76	2.8	7	62	23	16	31	1.6	45.4	
65	59	5.2	2	52	33	24	46	3.2	35.0	
79	76	2.0	10	68	21	14	22	0.8	0.1	
80	74	2.2	12	64	23	16	24	0.9	46.0	
79	72	1.8	13	67	19	13	21	0.1	3.0	
79	74	1.9	16	67	19	13	17	0.4	0.1	
86	82	1.8	17	64	19	12	19	1.1	26.1	
84	80	1.6	20	66	15	10	15	0.2	9.1	
76	71	2.0	8	69	20	14	23	0.7	10.3	
76	72	1.7	8	71	24	16	21	0.9	0.4	
79	77	1.9	3	79	18	11	18	1.8	1.8	
75	72	1.9	6	69	27	18	26	0.9	167.9	
81	78	1.6	18	66	19	12	16	0.1	0.3	
80	70	1.7	17	66	15	11	18	-0.1	9.4	
84	80	1.7	20	63	17	12	17	0.3	11.7	
78	72	2.2	5	66	29	19	28	1.7	0.4	
64	61	4.6	3	55	32	23	42	2.6	12.8	
73	72	1.9	7	69	26	17	24	1.0	0.8	
75	69	2.6	8	63	28	19	29	1.3	12.0	
80	75	1.2	19	67	17	11	14	-0.4	3.2	
73	67	2.7	5	63	29	20	33	1.8	2.4	
80	73	1.7	10	70	22	14	20	0.6	215.4	
78	75	1.8	6	72	22	15	22	0.8	0.4	
79	72	1.6	22	63	15	10	15	-0.8	6.8	
64	62	4.9	2	54	33	24	44	2.8	22.1	
64	61	5.1	3	53	32	23	45	2.9	12.6	
73	68	2.4	5	65	27	19	30	1.3	17.2	
62	59	4.3	3	56	33	23	42	2.5	27.9	
85	81	1.5	19	65	17	11	16	0.8	38.4	
77	70	2.2	5	68	26	18	27	1.0	0.6	
57	52	4.4	3	55	36	26	43	2.0	5.0	
57	54	5.4	3	52	34	25	46	2.9	17.4	
83	78	1.6	13	68	20	13	19	0.1	19.3	
80	75	1.7	13	70	17	12	18	0.3	1,448.5	
88	82	1.4	20	67	12	8	13	0.7	7.6	
88	82	1.3	14	72	12	8	15	1.3	0.7	

المؤشرات الديمغرافية

العمر المتوقع		الخصوبة معدل الخصوبة الإجمالي، لكل امراة.	التركيبة السكانية					تغير السكان متوسط معدل تغير السكان السوي، نسبة مئوية.	السكان عدد السكان الإجمالي بالملايين	الدول والأقاليم والمناطق الأخرى
العمر المتوقع عند الولادة، سنوات، 2022	السكان في من 65 فما فوق، نسبة مئوية.		السكان من الفئة العمرية 64-15 عاماً، نسبة متوية	السكان من الفئة العمرية 24-10 عاماً، نسبة متوية	السكان من الفئة العمرية 19-10 عاماً، نسبة متوية	السكان من الفئة العمرية 14-0 عاماً، نسبة متوية.	2025-2020			
أنثى	ذكر	2022	2022	2022	2022	2022	2022	2022		
80	75	1.7	10	69	24	15	22	0.4	51.5	كولومبيا
67	63	4.0	3	58	31	22	39	2.1	0.9	جزر القمر
63	60	5.5	3	52	32	24	45	3.0	95.2	جمهورية الكونغو الديمقراطية
67	64	4.2	3	57	32	23	41	2.4	5.8	جمهورية الكونغو
83	78	1.7	11	69	21	14	20	0.8	5.2	كوستاريكا
60	57	4.4	3	56	33	23	41	2.5	27.7	كوت ديفوار
82	76	1.4	22	64	16	10	14	-0.5	4.1	كرواتيا
81	77	1.6	16	68	17	11	16	-0.1	11.3	كوبا
82	76	1.7	19	64	19	13	18	0.4	0.2	كوراساو ¹
83	79	1.3	15	69	19	12	16	0.6	1.2	قبرص ⁷
82	77	1.7	21	64	15	10	16	0.1	10.7	الجمهورية التشيكية
83	79	1.8	21	63	18	11	16	0.4	5.8	الدانمرك ⁸
70	66	2.5	5	67	27	18	28	1.3	1.0	جيبوتي
-	-	-	-	-	-	-	-	0.2	0.1	دومينيكا
78	72	2.2	8	65	26	18	27	0.9	11.1	الجمهورية الدومينيكية
80	75	2.3	8	65	26	17	27	1.2	18.1	إكوادور
75	70	3.2	6	61	27	19	34	1.8	106.2	مصر
78	69	2.0	9	65	27	17	26	0.5	6.6	السلفادور
61	59	4.2	2	61	29	20	37	3.1	1.5	غينيا الاستوائية
70	65	3.8	4	56	33	25	40	1.7	3.7	إريتريا
83	75	1.6	21	63	15	11	16	-0.3	1.3	إستونيا
66	57	2.8	4	60	33	24	36	1.1	1.2	إسواتيني
70	66	3.9	4	57	33	23	39	2.4	120.8	إثيوبيا
70	66	2.7	6	65	26	18	29	0.7	0.9	فيجي
85	80	1.4	23	61	17	11	15	0.1	5.6	فنلندا ⁹
86	80	1.8	21	61	18	12	17	0.2	65.6	فرنسا ¹⁰
83	78	3.2	6	63	27	19	32	2.4	0.3	غيانا الفرنسية ¹¹
80	76	1.9	10	69	23	15	22	0.6	0.3	بولينزيا الفرنسية ¹¹
69	65	3.8	4	59	27	19	37	2.2	2.3	غابون
65	62	4.9	3	54	32	23	44	2.8	2.6	غامبيا
79	70	2.0	16	64	18	12	20	-0.3	4.0	جورجيا ¹²
84	80	1.6	22	64	15	9	14	-0.1	83.9	ألمانيا
66	64	3.7	3	60	30	21	37	2.0	32.4	غانا
85	80	1.3	23	64	15	10	13	-0.5	10.3	اليونان
75	70	2.0	10	66	22	15	24	0.4	0.1	غرينادا
86	79	2.1	21	62	21	14	18	0.0	0.4	غوادلوپ ¹¹
84	78	2.2	11	65	24	16	23	0.8	0.2	غوام ¹³
78	72	2.7	5	62	31	21	33	1.8	18.6	غوatemala
63	62	4.4	3	55	34	24	42	2.7	13.9	غينيا
61	57	4.2	3	56	32	23	41	2.3	2.1	غينيا بيساو
73	67	2.4	8	65	27	18	27	0.5	0.8	غيانا
67	63	2.8	5	63	30	20	32	1.2	11.7	هايتي
78	73	2.3	5	65	30	20	30	1.5	10.2	هندوراس
81	74	1.5	21	65	15	10	14	-0.3	9.6	هنغاريا
85	82	1.7	17	65	20	13	19	0.6	0.3	أيسلندا
72	69	2.1	7	68	27	18	25	0.9	1,406.6	الهند
75	70	2.2	7	68	25	17	25	1.0	279.1	إندونيسيا
78	76	2.1	7	68	21	14	25	1.1	86.0	جمهورية إيران الإسلامية
73	69	3.5	4	60	31	22	37	2.3	42.2	العراق
84	81	1.8	15	65	20	14	20	0.7	5.0	أيرلندا
85	82	2.9	13	60	24	17	28	1.5	8.9	إسرائيل

المؤشرات الديمغرافية

العمر المتوقع		الخصوبة	التركيبة السكانية				تغير السكان	السكان	الدول والأقاليم والمناطق الأخرى	
العمر المتوقع عند الولادة، سنوات، 2022	معدل الخصوبة الإجمالي، لكل امرأة.		السكان في سن 65 فما فوق، نسبة مئوية.	السكان من الفئة العمرية 15-64 عاماً، نسبة مئوية	السكان من الفئة العمرية 10-24 عاماً، نسبة مئوية	السكان من الفئة العمرية 0-19 عاماً، نسبة مئوية.				متوسط معدل تغير السكان السنوي، نسبة مئوية.
انثى	ذكر	2022	2022	2022	2022	2022	2022	2025-2020	2022	
86	82	1.3	24	64	14	10	13	-0.2	60.3	إيطاليا
77	73	1.9	10	68	24	15	23	0.4	3.0	جامايكا
88	82	1.4	29	59	14	9	12	-0.4	125.6	اليابان
77	73	2.6	4	64	31	21	31	0.3	10.3	الأردن
78	70	2.6	8	63	21	16	29	1.0	19.2	كازاخستان
70	65	3.3	3	60	33	24	37	2.2	56.2	كينيا
73	65	3.4	5	60	29	20	36	1.6	0.1	كيريباس
76	69	1.9	10	70	21	13	20	0.4	26.0	جمهورية كوريا الديمقراطية الشعبية
86	80	1.1	17	71	15	9	12	0.0	51.3	جمهورية كوريا
77	75	2.0	4	76	19	14	21	1.1	4.4	الكويت
76	68	2.8	5	62	25	18	33	1.4	6.7	قيرغيزستان
71	67	2.5	5	64	29	20	31	1.3	7.5	جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية
80	71	1.7	21	62	14	10	17	-1.0	1.8	لاتفيا
81	77	2.0	8	68	24	16	24	-1.3	6.7	لبنان
59	52	3.0	5	63	29	20	32	0.8	2.2	ليسوتو
66	64	4.1	3	57	32	23	40	2.4	5.3	ليبيريا
76	71	2.1	5	68	25	18	27	1.1	7.0	ليبيا
82	71	1.7	22	63	14	9	16	-1.0	2.7	ليتوانيا
85	81	1.4	15	69	17	11	16	1.1	0.6	لكسمبرغ
70	66	3.9	3	57	32	23	40	2.6	29.2	مدغشقر
69	62	3.9	3	55	34	25	42	2.7	20.2	ملوي
79	75	1.9	8	69	24	15	23	1.2	33.2	ماليزيا ¹⁴
81	78	1.8	4	76	19	12	20	-0.7	0.5	ملايف
61	60	5.5	3	51	34	25	46	2.9	21.5	مالي
85	81	1.5	22	63	15	9	15	0.3	0.4	مالطة
86	80	1.8	23	62	19	12	15	-0.2	0.4	مارتينيك ¹¹
67	64	4.3	3	57	31	22	39	2.6	4.9	موريتانيا
79	72	1.3	14	70	20	13	16	0.1	1.3	موريشيوس ¹⁵
78	73	2.0	8	67	25	17	25	1.0	131.6	المكسيك
70	67	2.9	5	64	29	20	31	1.0	0.1	ولايات ميكرونيزيا الموحدة
76	68	1.3	14	71	16	11	16	-0.3	4.0	جمهورية مولدوفا ¹⁶
75	66	2.8	5	64	23	16	31	1.4	3.4	منغوليا
80	75	1.7	17	66	19	12	18	0.0	0.6	الجيل الأسود
79	76	2.3	8	66	24	17	26	1.1	37.8	المغرب
65	59	4.6	3	54	34	24	44	2.8	33.1	موزامبيق
71	65	2.1	7	69	26	18	25	0.8	55.2	ميانمار
68	62	3.2	4	60	30	21	37	1.8	2.6	ناميبيا
73	70	1.8	6	67	30	20	27	1.7	30.2	نيبال
84	81	1.7	21	64	17	11	15	0.2	17.2	هولندا ¹⁷
81	76	1.9	10	68	23	15	21	0.9	0.3	كاليدونيا الجديدة ¹¹
84	81	1.8	17	64	19	13	19	0.8	4.9	نيوزيلندا ¹⁸
79	72	2.3	6	65	27	19	29	1.1	6.8	نيكاراغوا
65	62	6.6	3	48	33	25	49	3.7	26.1	النيجر
57	55	5.1	3	54	32	23	43	2.5	216.7	نيجيريا
78	74	1.5	15	69	17	11	16	-0.1	2.1	مقدونيا الشمالية
85	81	1.7	18	65	18	12	17	0.8	5.5	النرويج ¹⁹
81	77	2.6	3	74	18	12	23	1.7	5.3	عُمان
69	67	3.3	5	61	30	20	34	1.8	229.5	باكستان
76	73	3.4	3	59	31	22	38	2.3	5.3	فلسطين ²⁰
82	76	2.4	9	65	25	17	26	1.4	4.4	بنما
67	64	3.4	4	62	31	21	35	1.9	9.3	بابوا غينيا الجديدة

المؤشرات الديمغرافية

العمر المتوقع		الخصوبة	التركيبة السكانية					تغير السكان	السكان	الدول والأقاليم والمناطق الأخرى
العمر المتوقع عند الولادة، سنوات، 2022	معدل الخصوبة الإجمالي، لكل امرأة		السكان في سن 65 فما فوق، نسبة مئوية	السكان من الفئة العمرية 15-64 عاماً، نسبة مئوية	السكان من الفئة العمرية 10-24 عاماً، نسبة مئوية	السكان من الفئة العمرية 10-19 عاماً، نسبة مئوية	السكان من الفئة العمرية 0-14 عاماً، نسبة مئوية			
أنثى	ذكر	2022	2022	2022	2022	2022	2022	2025-2020	2022	
77	73	2.3	7	65	27	18	28	1.2	7.3	باراغواي
80	75	2.2	9	66	23	15	25	0.9	33.7	بيرو
76	68	2.4	6	65	28	19	29	1.3	112.5	الفلبين
83	75	1.5	20	65	15	10	15	-0.2	37.7	بولندا
85	80	1.3	24	64	15	10	13	-0.3	10.1	البرتغال
84	77	1.2	22	64	20	14	14	0.3	2.8	بورتوريكو ¹³
82	80	1.8	2	84	17	9	14	1.6	3.0	قطر
84	78	2.2	14	65	23	15	22	0.7	0.9	ريونيون ¹¹
80	73	1.6	20	65	16	11	15	-0.5	19.0	رومانيا
78	68	1.8	17	65	16	11	19	-0.1	145.8	الاتحاد الروسي
72	68	3.8	3	58	31	22	39	2.4	13.6	رواندا
-	-	-	-	-	-	-	-	0.6	0.1	سانت كيتس ونيفيس
78	75	1.4	11	72	21	13	18	0.4	0.2	سانت لوسيا
76	71	1.8	10	68	24	15	21	0.2	0.1	سانت فنسنت وجزر غرينادين
76	72	3.7	5	58	30	21	37	1.1	0.2	ساموا
-	-	-	-	-	-	-	-	0.2	0.0	سان مارينو
73	68	4.1	3	56	34	25	41	1.9	0.2	سان تومي وبرينسيبي
77	74	2.2	4	72	21	14	24	1.4	35.8	المملكة العربية السعودية
71	67	4.4	3	55	32	23	42	2.6	17.7	السنغال
79	74	1.4	20	65	17	11	15	-0.5	8.7	صربيا ²¹
78	70	2.4	9	68	21	15	24	0.5	0.1	سيشيل
57	55	3.9	3	57	33	23	40	2.0	8.3	سيراليون
86	82	1.2	15	72	14	8	12	0.8	5.9	سنغافورة
-	-	-	-	-	-	-	-	1.2	0.0	سانت مارتن ¹
81	75	1.6	18	67	15	10	16	0.0	5.5	سلوفاكيا
84	79	1.6	22	63	14	10	15	-0.1	2.1	سلوفينيا
75	72	4.2	4	57	31	22	40	2.4	0.7	جزر سليمان
60	57	5.7	3	51	34	25	46	2.9	16.8	الصومال
68	61	2.3	6	66	26	18	28	1.1	60.8	جنوب أفريقيا
60	57	4.4	3	56	33	23	41	2.1	11.6	جنوب السودان
87	81	1.4	21	65	15	10	14	-0.1	46.7	إسبانيا ²²
81	74	2.1	12	65	23	16	23	0.3	21.6	سري لانكا
68	64	4.2	4	57	32	23	39	2.4	46.0	السودان
75	69	2.3	7	66	25	17	26	0.8	0.6	سورينام
85	82	1.8	21	62	17	11	18	0.6	10.2	السويد
86	82	1.6	20	65	15	10	15	0.6	8.8	سويسرا
79	72	2.7	5	65	26	18	31	5.5	19.4	الجمهورية العربية السورية
74	69	3.4	4	59	27	19	37	2.0	10.0	طاجيكستان
68	65	4.7	3	54	33	24	43	2.9	63.3	جمهورية تنزانيا المتحدة ²³
81	74	1.5	14	70	18	12	16	0.2	70.1	تاييلند
72	68	3.7	4	59	32	22	36	1.9	1.4	جمهورية تيمور-ليشتي الديمقراطية
63	61	4.1	3	57	32	23	40	2.3	8.7	توغو
73	69	3.4	6	60	31	22	34	0.9	0.1	تونغا
77	71	1.7	12	68	20	14	20	0.2	1.4	ترينيداد وتوباغو
79	75	2.1	10	66	21	14	24	0.9	12.0	تونس
81	75	2.0	10	67	24	16	23	0.6	85.6	تركيا
72	65	2.6	5	64	25	17	31	1.3	6.2	تركمانستان
-	-	-	-	-	-	-	-	1.3	0.0	جزر تركس وكايكوس
-	-	-	-	-	-	-	-	1.1	0.0	توفالو
67	62	4.5	2	53	35	25	45	2.7	48.4	أوغندا
77	68	1.4	18	67	15	11	16	-0.6	43.2	أوكرانيا ²⁴

المؤشرات الديمغرافية

العمر المتوقع		الخصوبة	التركيبة السكانية					تغير السكان	السكان	الدول والأقاليم والمناطق الأخرى
العمر المتوقع عند الولادة، سنوات، 2022	معدل الخصوبة الإجمالي، لكل امرأة.		السكان في سن 65 فما فوق، نسبة مئوية.	السكان من الفئة العمرية 15-64 عاماً، نسبة مئوية	السكان من الفئة العمرية 10-24 عاماً، نسبة مئوية	السكان من الفئة العمرية 10-19 عاماً، نسبة مئوية.	السكان من الفئة العمرية 0-14 عاماً، نسبة مئوية.			
انثى	ذكر	2022	2022	2022	2022	2022	2022	2025-2020	2022	
80	78	1.3	2	83	17	9	15	0.9	10.1	الإمارات العربية المتحدة
83	80	1.7	19	63	17	12	18	0.4	68.5	المملكة المتحدة ²⁵
82	77	1.8	17	65	19	13	18	0.6	334.8	الولايات المتحدة الأمريكية ²⁶
83	79	2.0	22	60	20	14	19	-0.3	0.1	جزر فيرجن التابعة للولايات المتحدة ¹³
82	75	1.9	16	64	21	14	20	0.3	3.5	أوروغواي
74	70	2.3	5	66	24	17	29	1.2	34.4	أوزبكستان
73	69	3.6	4	59	30	22	38	2.3	0.3	فانواتو
76	69	2.2	8	66	26	18	26	2.0	29.3	جمهورية فنزويلا البوليفارية
80	72	2.0	9	68	21	14	23	0.8	99.0	فييت نام
73	69	2.3	4	69	25	16	27	2.2	0.6	الصحراء الغربية
68	65	3.5	3	59	32	23	38	2.1	31.2	اليمن
68	62	4.4	2	55	34	25	43	2.8	19.5	زامبيا
64	60	3.3	3	56	34	25	41	1.6	15.3	زيمبابوي

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 بالدانمارك جزر فارو أو غرينلاند.

9 تشمل جزر الآند.

10 للأغراض الإحصائية، لا تشمل البيانات المتعلقة بفرنسا غيانا الفرنسية، وبولينزيا الفرنسية، وغوادالوب، ومارتينيك، ومايوت، وكاليدونيا الجديدة، وريونيون، وسان بيير وميكلون، وسان بارتيليمي، وسان مارتن (الجزء الفرنسي) وجزر 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، ورودرغز، وسانت براندون.

16 تشمل ترانسنيستريا.

17 للأغراض الإحصائية، لا تشمل البيانات المتعلقة بهولندا أوروبا، أو بونير، أو بونير وسانت يوستاشيوس وسابا، أو كوراساو، أو سانت مارتن (الجزء الهولندي).

18 للأغراض الإحصائية، لا تشمل البيانات المتعلقة بنينوزيلندا جزر كوك أو نيوي أو توكيلاو.

19 تشمل جزر سفالبارد وجان ماين.

20 تشمل القدس الشرقية.

21 تشمل كوسوفو.

22 تشمل جزر الكناري، ومدينتي سبتة ومليلية.

23 تشمل زنجبار.

24 تشير إلى إقليم البلد في وقت التعداد لعام 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 وسيط.

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

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

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

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

السكان من الفئة العمرية 65 عاماً فما فوق، نسبة مئوية: نسبة السكان من الفئة العمرية 65 عاماً فما فوق.

إجمالي معدل الخصوبة: عدد الأطفال الذين يُتَوقَّض أن تلدهم كل امرأة في حال عاشت حتى نهاية سنوات الإنجاب وأنجبت عدداً من الأطفال في كلِّ عُمر بحيث يتوافق مع المعدلات السائدة للخصوبة حسب السن.

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

مصادر البيانات الرئيسية

إجمالي عدد السكان: شعبة السكان في الأمم المتحدة، 2019.

متوسط معدل تغير السكان السنوي: شعبة السكان في الأمم المتحدة، 2019.

السكان من الفئة العمرية 0-14 عاماً، نسبة مئوية: حسابات صندوق الأمم المتحدة للسكان، بناءً على بيانات من شعبة السكان في الأمم المتحدة، 2019.

السكان من الفئة العمرية 10-19 عاماً، نسبة مئوية: حسابات صندوق الأمم المتحدة للسكان، بناءً على بيانات من شعبة السكان في الأمم المتحدة، 2019.

السكان من الفئة العمرية 10-24 عاماً، نسبة مئوية: حسابات صندوق الأمم المتحدة للسكان، بناءً على بيانات من شعبة السكان في الأمم المتحدة، 2019.

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

السكان من الفئة العمرية 65 عاماً فما فوق، نسبة مئوية: حسابات صندوق الأمم المتحدة للسكان، بناءً على بيانات من شعبة السكان في الأمم المتحدة، 2019.

إجمالي معدل الخصوبة: شعبة السكان في الأمم المتحدة، 2019.

العُمر المتوقع عند الولادة: شعبة السكان في الأمم المتحدة، 2019.

تشمل الجداول الإحصائية الواردة في تقرير حالة سكان العالم 2022 مؤشرات لتتبع التقدم المحرز نحو تحقيق أهداف إطار العمل المعني بمتابعة برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، وأهداف التنمية المستدامة 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 تركيز صندوق الأمم المتحدة للسكان على التقدم المحرز والنتائج المحققة نحو بلوغ عالم يكون فيه كل حمل مرغوباً فيه وكل ولادة آمنة، ويحقق فيه جميع الشباب كامل إمكاناتهم.

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 الموحدة المتبعة 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 مشور التوقعات السكانية في العالم: تنقيح عام 2019، وتقديرات مؤشرات تنظيم الأسرة وتوقعاتها القائمة على النماذج لعام 2021 (إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية في الأمم المتحدة، شعبة السكان). البيانات مرفقة بتعريفات، ومصادر، وملاحظات. وتعكس الجداول الإحصائية الواردة في تقرير حالة سكان العالم 2022 عموماً المعلومات المتاحة حتى شباط/فبراير 2022.

تتبع التقدم المحرز نحو تحقيق أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية

الصحة الجنسية والإنجابية

معدل انتشار وسائل منع الحمل، بين النساء في سن 15-49، أي وسيلة. المصدر: شعبة السكان في الأمم المتحدة، 2021. النسبة المئوية للنساء في سن 15 إلى 49 اللاتي يستخدمن حالياً إحدى وسائل منع الحمل. 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)، اللاتي يستخدمن حالياً أي وسيلة من وسائل منع الحمل.

معدل انتشار وسائل منع الحمل، بين النساء في سن 15-49، نسبة مئوية، وسيلة حديثة. المصدر: شعبة السكان في الأمم المتحدة، 2021. النسبة المئوية للنساء في سن 15 إلى 49 اللاتي يستخدمن حالياً إحدى وسائل منع الحمل 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)، اللاتي يستخدمن حالياً أي وسيلة حديثة من وسائل منع الحمل. وتشمل الوسائل الحديثة لمنع الحمل تعقيم الإناث والذكور، والعدة الرحمية المانعة (العاقمة)، وغرسة منع الحمل (وسيلة لمنع الحمل تخرس تحت الجلد)، والحقن، وحبوب منع الحمل الفموية، والواقي الذكري والأنثوي، والوسائل العازلة المهبلية (بما في ذلك حاجز منع الحمل، وغطاء عنق الرحم، والرغوة القاتلة للحيوانات المنوية، والهلام، والدهان، والإسفنجة)، ووسيلة انقطاع الطمث الإرضاعي، ووسائل منع الحمل في حالات الطوارئ، وغيرها من الوسائل الحديثة التي لم يجر الإبلاغ عنها على نحو منفصل (مثل ملصقات منع الحمل أو الحلقة المهبلية).

الاحتياجات غير المُلبّاة لتنظيم الأسرة للنساء في سن 15-49. المصدر: شعبة السكان في الأمم المتحدة، 2021. النسبة المئوية للنساء في سن 15 إلى 49 اللواتي يرغبن في التوقف عن الإنجاب أو تأجيله لكنهن لا يستعملن أي وسيلة لمنع الحمل. تستند التقديرات القائمة على النماذج إلى البيانات المستمدة من تقارير عينات الدراسات الاستقصائية. ولا تقع النساء اللاتي يستخدمن وسيلة تقليدية لمنع الحمل ضمن فئة النساء اللاتي لديهن حاجة غير مُلبّاة إلى تنظيم الأسرة. يُفترض أن تكون جميع النساء أو جميع النساء المتزوجات والمقترنات، نسيباً جنسياً ومعرضات لخطر الحمل. بيد أنّ افتراض التعرّض الشامل بين جميع النساء، أو جميع النساء المتزوجات أو المقترنات، قد يؤدي إلى تقديرات أدنى مقارنة بالمخاطر الفعلية بين النساء المعرضات للخطر. وقد يكون من الممكن، ولا سيما عند المستويات المنخفضة لانتشار وسائل منع الحمل، أن تزيد أيضاً الاحتياجات غير المُلبّاة إلى تنظيم الأسرة عندما يزيد انتشار وسائل منع الحمل. ولذلك، ينبغي تفسير المؤشرين معاً.

نسبة وفيات الأمهات، (عدد الوفيات لكل 100000 مولود حي) ونطاق عدم اليقين، ونسبة وفيات الأمهات (فترة عدم اليقين 80%)، والتقديرات العليا والدنيا. المصدر: تقديرات الفريق المشترك بين وكالات الأمم المتحدة المعني بتقدير وفيات الأمهات (منظمة الصحة العالمية، واليونيسف، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، والبنك الدولي، وشعبة السكان في الأمم المتحدة). يعرض هذا المؤشر عدد وفيات الأمهات في خلال فترة زمنية معينة لكل 100000 مولود حي في خلال الفترة الزمنية نفسها. يتولى الفريق المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأمومة إصدار التقديرات باستخدام بيانات من نظم التسجيل المدني، والدراسات الاستقصائية للأسر المعيشية، وتعدادات السكان. ويجري استعراض التقديرات والمنهجيات بانتظام من جانب الفريق المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأمومة، وغيره من الوكالات والمؤسسات الأكاديمية، وتُفَعّ حيثما يلزم، في إطار الإجراءات المتواصلة لتحسين بيانات وفيات الأمومة. يجب عدم مقارنة هذه التقديرات بالتقديرات السابقة المشتركة بين الوكالات (مؤشر هدف التنمية المستدامة 3.1.1).

الولادات بإشراف عاملين في القطاع الصحي ذوي كفاءة، نسبة مئوية. المصدر: قاعدة بيانات عالمية مشتركة بشأن إشراف قابلات ماهرات على الولادة، 2021، 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 التوليد التي أشرف عليها عاملون صحيون مدربون على تقديم رعاية التوليد المُنفذة للحياة، ويشمل ذلك توفير الإشراف والرعاية والمشورة اللازمة للنساء في أثناء فترة الحمل والمخاض وما بعد الولادة، وإجراء عمليات التوليد بمفردهم، ورعاية المواليد الجدد (مؤشر هدف التنمية المستدامة 3.1.2). ولا يشمل ذلك القابلات التقليديات، حتى إن تلقين دورة تدريبية قصيرة.

عدد الإصابات الجديدة بفيروس العوز المناعي البشري لكل 1000 نسمة، جميع الأعمار، من الفئات السكانية غير المصابة بالفيروس. المصدر: التقديرات الخاصة بفيروس العوز المناعي البشري الصادرة عن برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس العوز المناعي البشري / متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) لعام 2021. عدد الإصابات الجديدة بفيروس العوز المناعي البشري لكل 1000 نسمة في السنة بين الفئات السكانية غير المصابة بالفيروس (مؤشر هدف التنمية المستدامة 3.3.1).

نسبة الطلب على خدمات تنظيم الأسرة بالوسائل الحديثة بين جميع النساء في سن 15 إلى 49. المصدر: شعبة السكان في الأمم المتحدة، 2021. النسبة المئوية للطلب الإجمالي على تنظيم الأسرة، بين النساء في سن 15 إلى 49، الذي جرت تلبية من خلال استعمال وسائل منع الحمل الحديثة (مؤشر هدف التنمية المستدامة رقم 3.7.1). ويُحسب هذا العدد بتقسيم انتشار وسائل منع الحمل الحديثة على الطلب الإجمالي على تنظيم الأسرة. الطلب الإجمالي على تنظيم الأسرة هو مجموع انتشار وسائل منع الحمل والاحتياجات غير المُلَبَّاة لتنظيم الأسرة.

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

المصدر: صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2022. مدى وجود قوانين وأنظمة وطنية للبلدان تضمن وصول النساء والرجال في سن 15 فما فوق إلى الرعاية والمعلومات والتثقيف في مجال الصحة الجنسية والإنجابية (مؤشر هدف التنمية المستدامة رقم 5.6.2).

مؤشر تغطية الخدمات في إطار التغطية الصحية الشاملة

المصدر: منظمة الصحة العالمية، 2021. متوسط تغطية الخدمات الأساسية القائمة على تدخلات التبع التي تشمل الصحة الإنجابية وصحة الأمهات والمواليد الجدد والأطفال، والأمراض المعدية، والأمراض غير المعدية، والقدرة على تقديم الخدمات والحصول عليها، بين عامة السكان وأكثر الفئات حرماناً (مؤشر هدف التنمية المستدامة 3.8.1).

النوع الاجتماعي والحقوق ورأس المال البشري

معدل الولادات لدى المراهقات لكل 1000 فتاة في سن 15-19.

المصدر: شعبة السكان في الأمم المتحدة، 2021. عدد الولادات لكل 1000 فتاة مراهقة في سن 15-19 (مؤشر هدف التنمية المستدامة رقم 3.7.2). ويمثل معدل الإنجاب بين المراهقات خطر حدوث الحمل بين المراهقات اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و19 سنة. ولأغراض التسجيل المدني، فإن المعدلات تكون عرضة لبعض التقييدات 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 المقّمة عن السن ونطاق التغطية. وفي البيانات المستخدمة للمسح السكاني وتعداد السكان، يعود كلا البسيط والمقام إلى نفس فئة السكان. وتتعلق القيود الرئيسية بالإبلاغ الخاطئ عن العمر، وإغفال الولادات، والإبلاغ الخاطئ عن تاريخ ولادة الطفل، وتغيّرات العينات في حالة الاستقصاءات.

الحمل غير المرغوب لكل امرأة في سن 49-15

المصدر: باراك وآخرون، 2022. مع نشر هذا التقرير، تقرّر نشر هذه التقديرات والمنهجية من خلال مركز البيانات التابع لمعهد غوتماخر عبر الرابط التالي: <https://data.gutmacher.org/countries>.

زواج الأطفال حتى سن 18 عاماً، نسبة مئوية. المصدر: اليونيسف، 2021. جرى احتساب المجاميع الإقليمية من قبل صندوق الأمم المتحدة للسكان استناداً إلى بيانات من اليونيسف. نسبة النساء البالغات 20 إلى 24 عاماً اللاتي تزوّجن أو اقترن قبل سن 18 (مؤشر هدف التنمية المستدامة رقم 5.3.1).

انتشار تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية (المعروف بالختان) بين الفتيات في سن 15-49، نسبة مئوية.

المصدر: اليونيسف، 2021. جرى احتساب المجاميع الإقليمية من قبل صندوق الأمم المتحدة للسكان استناداً إلى بيانات من اليونيسف. نسبة الفتيات البالغات 15 إلى 49 عاماً ممن تعرّضن لتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية (مؤشر هدف التنمية المستدامة رقم 5.3.2).

عنف الشريك الحميم، الأشهر الـ 12 الماضية، نسبة مئوية

المصدر: 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). النسبة المئوية للنساء والفتيات في سن 15-49 اللاتي سبق لهن الاقتران بشركاء تعرّضن لعنف بدني و/أو جنسي ناتج عن الشريك الحميم في الأشهر الـ 12 السابقة (مؤشر التنمية المستدامة 5.2.1).

اتخاذ القرارات بشأن الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق الإنجابية، نسبة مئوية.

المصدر: صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2022. النسبة المئوية للنساء في سن 15 إلى 49 ممن هن متزوجات أو مقترنات ويتخذن قراراتهن بأنفسهن في المجالات الثلاثة: الرعاية الصحية التي يتلقينها، واستخدام وسائل منع الحمل، والجماع مع شريكهن (مؤشر هدف التنمية المستدامة رقم 5.6.1).

إجمالي صافي معدل الالتحاق، التعليم الإعدادي، نسبة مئوية.

المصدر: معهد الإحصاء التابع لليونسكو. إجمالي عدد الطلاب من الفئة العمرية الرسمية للتعليم الإعدادي والمتحقين بأي مستوى تعليمي، مُعْتَبَراً عنه كنسبة مئوية من عدد السكان المقابل لهذه الفئة العمرية.

مؤشر التكافؤ بين الجنسين، إجمالي صافي معدل الالتحاق، التعليم الإعدادي.

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.

المصدر: معهد الإحصاء التابع لليونسكو. إجمالي عدد الطلاب من الفئة العمرية الرسمية للمرحلة الدنيا من التعليم الثانوي للمتحقين بأي مستوى تعليمي، مُعْتَبَراً عنه كنسبة مئوية من عدد السكان المقابل لهذه الفئة العمرية.

مؤشر التكافؤ بين الجنسين، إجمالي صافي معدل الالتحاق، المرحلة الدنيا من التعليم الثانوي:

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.

المصدر: معهد الإحصاء التابع لليونسكو. إجمالي عدد الطلاب من الفئة العمرية الرسمية للمرحلة العليا من التعليم الثانوي للمتحقين بأي مستوى تعليمي، مُعْتَبَراً عنه كنسبة مئوية من عدد السكان المقابل لهذه الفئة العمرية.

مؤشر التكافؤ بين الجنسين، إجمالي صافي معدل الالتحاق، المرحلة العليا من التعليم الثانوي.

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.

المصدر: شعبة السكان في الأمم المتحدة، 2019. الحجم التقديري للتعدادات السكانية الوطنية في منتصف السنة.

تغيّر السكان

متوسط معدل تغيّر السكان السنوي، نسبة مئوية.

المصدر: شعبة السكان في الأمم المتحدة، 2019. متوسط معدل النمو المطرد للسكان خلال فترة معينة، استناداً إلى توقع متغير وسيط.

التركيبة السكانية

السكان من الفئة العمرية 14-0، نسبة مئوية.

المصدر: حسابات صندوق الأمم المتحدة للسكان، بناءً على بياناتٍ من شعبة السكان في الأمم المتحدة، 2019. نسبة السكان من الفئة العمرية 0 إلى 14 عاماً.

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

المصدر: حسابات صندوق الأمم المتحدة للسكان، بناءً على بياناتٍ من شعبة السكان في الأمم المتحدة، 2019. نسبة السكان من الفئة العمرية 10 إلى 19 عاماً.

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

المصدر: حسابات صندوق الأمم المتحدة للسكان، بناءً على بياناتٍ من شعبة السكان في الأمم المتحدة، 2019. نسبة السكان من الفئة العمرية 10 إلى 24 عاماً.

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

المصدر: حسابات صندوق الأمم المتحدة للسكان، بناءً على بياناتٍ من شعبة السكان في الأمم المتحدة، 2019. نسبة السكان من الفئة العمرية 15 إلى 64 عاماً.

السكان من الفئة العمرية 65 عاماً فما فوق، نسبة مئوية.

المصدر: حسابات صندوق الأمم المتحدة للسكان، بناءً على بياناتٍ من شعبة السكان في الأمم المتحدة، 2019. نسبة السكان من الفئة العمرية 65 عاماً فما فوق.

الخصوبة

معدل الخصوبة الإجمالي، لكل امرأة.

المصدر: شعبة السكان في الأمم المتحدة، 2019. عدد الأطفال الذين يُفترض أن تلدهم كل امرأة في حال عاشت حتى نهاية سنوات الإنجاب وأنجبت عدداً من الأطفال في كلِّ عمرٍ بحيث يتوافق مع المعدلات السائدة للخصوبة حسب السن.

العمر المتوقع

العمر المتوقع عند الولادة، سنوات.

المصدر: شعبة السكان في الأمم المتحدة، 2019. عدد السنوات التي يُتوقع أن يعيشها المواليد الجدد في ما لو تعرّضوا إلى أخطار الوفاة السائدة في المقطع العرضي للسكان في وقت ولادتهم.

التصنيفات الإقليمية:

تُحسب القيم الإقليمية الإجمالية لصندوق الأمم المتحدة للسكان المذكورة في نهاية الجداول الإحصائية باستخدام بياناتٍ من بلدانٍ ومناطقٍ كما هو مبينٌ في التصنيف أدناه.

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؛ جمهورية إيران الإسلامية، كيريباس؛ جمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية؛ جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية؛ ماليزيا؛ ملديف؛ جزر مارشال؛ ولايات ميكرونيزيا الموحدة، منغوليا؛ ميانمار؛ ناورو؛ نيبال؛ نيبوي؛ باكستان؛ بالاو؛ بابوا غينيا الجديدة؛ الفلبين؛ ساموا؛ جزر سليمان؛ سري لانكا؛ تايلند؛ تيمور-ليشتي، توكيلاو؛ تونغا؛ توفالو؛ فانواتو؛ فيجي نام.

منطقة أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى

ألبانيا؛ أرمينيا؛ أذربيجان؛ بيلاروس؛ البوسنة والهرسك؛ جورجيا؛ كازاخستان؛ قبرغيزستان؛ مولدوفا؛ جمهورية مقدونيا الشمالية؛ صربيا؛ طاجيكستان؛ تركيا؛ تركمانستان؛ أوكرانيا؛ أوزبكستان.

منطقة شرق أفريقيا والجنوب الأفريقي

أنغولا؛ بوتسوانا؛ بوروندي؛ جزر القمر؛ جمهورية الكونغو الديمقراطية؛ إريتريا؛ إسواتيني؛ إثيوبيا؛ كينيا؛ ليسوتو؛ مدغشقر؛ ملاوي؛ موريشيوس؛ موزمبيق؛ ناميبيا؛ رواندا؛ جنوب أفريقيا؛ جنوب السودان؛ جمهورية تنزانيا المتحدة؛ أوغندا؛ زامبيا؛ زمبابوي.

منطقة أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي

أنغولا؛ أنتيغوا وبربودا؛ الأرجنتين؛ أروبا؛ جزر البهاما؛ بربادوس؛ بليز؛ برمودا؛ دولة بوليفيا المتعددة القوميات؛ البرازيل؛ جزر فيرجن البريطانية؛ جزر كايمان؛ تشيلي؛ كولومبيا؛ كوستاريكا؛ كوبا؛ كوراساو؛ دومينيكا؛ الجمهورية الدومينيكية؛ إكوادور؛ السلفادور؛ غرينادا؛ غواتيمالا؛ غيانا؛ هايتي؛ هندوراس؛ جامايكا؛ المكسيك؛ مونتسيرات؛ نيكاراغوا؛ بنما؛ باراغواي؛ بيرو؛ سانت كيتس ونيفس؛ سانت لوسيا؛ سانت فنسنت وجزر غرينادين؛ سانت مارتن؛ سورينام؛ ترينيداد وتوباغو؛ جزر تركس وكايكوس؛ أوروغواي؛ جمهورية فنزويلا البوليفارية.

منطقة وسط وغرب أفريقيا

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

يُستخدم مصطلح **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 بلدٌ 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.

أقلُّ البلدان نمواً، كما حددها الجمعية العامة للأمم المتحدة في قراراتها ذات الأرقام (209/59، 210/59، 33/60، 97/62، 64/64، 67/L.43، 67/L.55، 295/L.55، 18/68)، تتضمن 46 بلداً

(حتى يناير/كانون الثاني 2022): 33 في أفريقيا، و8 في آسيا، و4 في أوقيانوسيا وواحد في أمريكا اللاتينية والكاريبي- 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، كيريباتي، جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية، ليسوتو، ليبيريا، مدغشقر، ملاوي، مالي، موريتانيا، موزمبيق، ميانمار، نيبال، النيجر، رواندا، ساو تومي وبرينسيبي، السنغال، سيراليون، جزر سليمان، الصومال، جنوب السودان، السودان، جمهورية تيمور-ليشتي الديمقراطية، توغو، توفالو، أوغندا، جمهورية تنزانيا المتحدة، فانواتو، اليمن، زامبيا. كما أن هذه البلدان مشمولة في المناطق الأقل تقدماً. يمكن الاطلاع على مزيد من المعلومات عبر الرابط التالي: <https://www.un.org/en/conferences/least-developed-countries>.

ملاحظة بشأن الارتباط بين الدخل القومي الإجمالي والتحصيل العلمي ومعدلات الحمل غير المقصود (ص 22)

الارتباطات في 2015-2019

الحمل غير المقصود	عالمية	بلد متوسط الدخل من الشريحة الدنيا	بلد مرتفع الدخل	أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى
القيمة الاحتمالية-p	القيمة الاحتمالية-p	القيمة الاحتمالية-p	القيمة الاحتمالية-p	القيمة الاحتمالية-p
***	***	***	***	***
***	***	***	***	***
***	***	*	***	***
***	***	**	***	***
% فأكثر تنتهي بالإجهاض	عالمية	بلد متوسط الدخل من الشريحة الدنيا	بلد مرتفع الدخل	
***	***	*	*	*
***	*	*	*	*

***: القيمة الاحتمالية > 0.001

** 0.01 > = القيمة الاحتمالية > 0.01

* 0.05 > = القيمة الاحتمالية > 0.05

أحمر: ارتباط سلبي

أخضر: ارتباط إيجابي

أبيض: لا ارتباط هام

ففي البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل ارتبط ارتفاع مستويات التنمية الاجتماعية والاقتصادية بنسبة أعلى من حالات الحمل غير المقصود التي تنتهي بالإجهاض (حتى بعد مراعاة الاختلافات في الوضع القانوني للإجهاض). وهذا الاستنتاج يتناسب مع فرضية مفادها أنه مع ارتفاع تكاليف الفرص البديلة المرتبطة بالإنجاب فإن النساء اللاتي يمررن بحالة حمل غير مقصود يكون لديهن حافز أقوى لتجنب إنجاب طفل. وينسحب النمط نفسه على الاتجاهات المسجلة على مدار 30 سنة بين عامي 1990 و2019 في تلك البلدان: بمعنى أن التحسينات في معدلات التنمية على المستوى القطري ارتبطت بزيادات في نسبة إنهاء الحمل غير المقصود.

3- الدخل القومي الإجمالي والتعليم حسب نوع الجنس: فنصيب الفرد من الدخل القومي الإجمالي ومستويات التحصيل التعليمي بين الإناث لم تكن أقوى ارتباطاً بحدوث حالات الحمل غير المقصود أو بنسبة الإجهاض، مقارنةً بنصيب الذكر من الدخل القومي الإجمالي ومستوى تحصيله العلمي.

4- مؤشر عدم المساواة بين الجنسين ومعدل الولادات لدى المراهقات: تجدر الإشارة إلى أن مؤشر عدم المساواة بين الجنسين يشمل معدل مواليد المراهقات كعنصر أساسي من عناصر درجاته، ولأن كثيراً من حالات حمل المراهقات غير مقصودة، فقد يؤدي ذلك إلى المبالغة في تقدير قوة العلاقة بين مؤشر عدم المساواة بين الجنسين والحمل غير المقصود. ومع ذلك، فمن الصحيح أيضاً أن كثيراً من ولادات المراهقات قد لا تُصنّف على أنها حالات حمل غير مقصودة، ذلك لأن كثيراً من ولادات المراهقات تحدث في سياق زواج أو ارتباط حيث يكون الحمل في كثير من الأحيان توقعاً اجتماعياً، لا سيما في البيئات التي ترتفع فيها مستويات عدم المساواة بين الجنسين.

5- مؤشر عدم المساواة بين الجنسين والنتائج المترتبة عن الحمل: في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل، ارتبط انخفاض المساواة بين الجنسين بنسب أقل من حالات الحمل غير المقصود التي أجهضت. وهذا الارتباط متسق بعد الوضع في الاعتبار التفاوتات الكبيرة في قوانين الإجهاض السارية في تلك البلدان. وفي المقابل، كانت النتائج الجيدة للمساواة بين الجنسين في البلدان المرتفعة الدخل مرتبطة ارتباطاً ضئيلاً ولكن على نحو غير مؤثر بالمعدلات المنخفضة من حالات الحمل غير المقصود التي تنتهي بالإجهاض. (تسمح جميع البلدان ذات الدخل المرتفع تقريباً بالإجهاض لأسباب كثيرة، وبالتالي فإن الوضع القانوني للإجهاض ليس تفسيراً معقولاً لهذه النتيجة).

ملاحظة بشأن الارتباط بين وفيات الأمهات ومعدلات الحمل غير المقصود (ص 26)

1- يرتبط ارتفاع معدل وفيات الأمهات بارتفاع معدلات الحمل غير المقصود في جميع المناطق، بغض النظر عن مستوى الدخل، باستثناء أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى.

2- في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، تشهد البلدان ذات معدلات وفيات الأمهات المنخفضة ارتفاعاً في معدلات الحمل غير المقصود. وتتمثل إحدى الفرضيات في أن زيادة التنمية في هذه البلدان قد تؤدي إلى انخفاض في نسبة وفيات الأمهات وارتفاع تكاليف الفرصة البديلة للحمل غير المقصود، ولكن دون أن يصاحب ذلك زيادة في القدرة على تجنب الحمل.

ملاحظة بشأن اتجاهات الإجهاض (ص 21)

النسبة المئوية لاجتماع حالات الحمل غير المقصود التي تنتهي بالإجهاض	النسبة المئوية لجميع حالات الحمل التي تنتهي بالإجهاض	المعدل لكل امرأة في سن الإنجاب 1000 امرأة في سن الإنجاب	الحمل غير المقصود	الإجهاض	الحمل	1994-1999	2019-2014
50.6	24.7	40	79	162	1994-1999	2019-2014	
60.9	29.3	39	64	133	2019-2014		

المصدر: بيراك وآخرون، 2020.

1- الملاحظات العالمية: ظهر ارتباط قوي عالمي بين ارتفاع مستويات التنمية الاجتماعية والاقتصادية، المقاسة وفق دليل التنمية البشرية والدخل القومي الإجمالي والتحصيل العلمي، وانخفاض معدلات الحمل غير المقصود. ومن تفسيرات ذلك أن البلدان ذات المعدلات الإنمائية الأعلى هي على الأرجح التي يتوفر فيها الوصول على نطاق أوسع إلى خدمات منع الحمل، وحيث تواجه النساء عراقيل ثقافية أقل بما يتعلق بقدرتهن على التحكم بما يفصلهن حيال خصوبتهن. ولوحظ وجود نمط مختلف بشكل جلي في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، حيث ارتبطت التنمية الاجتماعية والاقتصادية بارتفاع معدلات الحمل غير المقصود. ويشير ذلك إلى أن الحصول على وسائل التحكم في الخصوبة واستخدامها، بما في ذلك خدمات منع الحمل، لم يواكب التطور الاجتماعي والاقتصادي الذي ربما أدى إلى رغبة النساء والأزواج في عدد أقل من الأطفال في هذه البلدان.

2- النتائج المترتبة على الحمل: في حين شهدت البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل خارج أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى والبلدان المرتفعة الدخل وجود علاقة بين ارتفاع مستوى التنمية الاجتماعية والاقتصادية وانخفاض معدلات الحمل غير المقصود، فإن نتائج الحمل تميل إلى الاختلاف. أما في البلدان المرتفعة الدخل، ارتبط ارتفاع درجات التنمية باحتمالات أدنى بإنهاء حالات الحمل، في حين ارتبط انخفاض درجات التنمية باحتمالات أعلى بإجهاض. وربما كانت هذه النتيجة مدفوعة ببلدان الكتلة السوفياتية السابقة، التي تسجل درجات أقل في مؤشرات التنمية وحيث تميل معدلات الإجهاض إلى أن تكون أعلى مما هي عليه في البلدان الأخرى ذات الدخل المرتفع. ومع ذلك، استمر الارتباط السلبي بعد إزالة دول الكتلة السوفياتية السابقة من التحليل. وهناك فرضية بديلة تجد أن النساء اللاتي يملن إلى تجنب الإنجاب في البلدان المرتفعة الدخل ذات المستويات الأعلى من التنمية هن الأكثر قدرة على اجتناب الحمل، بما في ذلك ما يكون من خلال استخدام وسائل منع الحمل. ومن الوارد أيضاً أن شبكات الأمان الاجتماعي والاقتصادي تيسر على النساء استيفاء أجل الحمل غير المقصود في البلدان الأكثر تقدماً.

تشمل البيانات الأساسية المستخدمة في التوصل إلى هذا العدد أحدث دراسة استقصائية صادرة عن الاستقصاءات الديمغرافية والصحية لكل بلد أجرى دراسة استقصائية واحدة على الأقل منذ (وبما يشمل) عام 2010.

يُعرّف القاسم السكاني على النحو التالي: (1) النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 18 و24 سنة (ضمنًا) وقت إجراء الدراسة الاستقصائية، (2) وممن كان عمرهن المسجل عند أول ولادة لهنّ دون 18 سنة، (3) وممن كان تاريخ أول ولادة لهنّ متاحاً. وبالتالي، فإن القاسم السكاني يعكس العدد الإجمالي لأول ولادات حدثت قبل سن 18 لنساء تتراوح أعمارهن بين 18 و24 سنة وقت إجراء الدراسة الاستقصائية. وقد حظيت أربع دراسات استقصائية بأقل من 50 ولادة قبل سن 18، وبالتالي فقد استُبعدت.

وُصنّفت الولادات إلى واحدة من ثلاث فئات تستبعد الواحدة منها غيرها:

- 1- أول ولادات خارج إطار الزواج: تاريخ أول ولادة حدثت قبل تاريخ الزواج أو لم يسبق للمرأة أن تزوجت.
- 2- أول ولادة في غضون 7 أشهر من الزواج: تاريخ أول ولادة حدثت في تاريخ الزواج أو بعده وقبل تاريخ الزواج بالإضافة إلى 7 أشهر.
- 3- أول ولادة بعد 7 أشهر وقبل سن 18: تاريخ أول ولادة حدثت بعد تاريخ الزواج بالإضافة إلى 7 أشهر.

خُصّيت جميع التقديرات باستخدام أوزان العيّات المقدمة. وفي المجموع، أدرج 54 بلداً في الرسم البياني النهائي. ويمثل ذلك 61.490 ولادة أولى قبل سن 18.

محدودية البيانات: حظي بلد واحد بأقل من 100 ولادة قبل سن 18. وبالإضافة إلى ذلك، هناك خمسة بلدان لم تأخذ عيّات سوى من النساء المتزوجات أو اللاتي سبق لهن الزواج، مما قد يؤدي إلى بخس تقدير نسبة الولادات التي تحدث خارج إطار الزواج.

أصبح الإنجاب والزواج أقل شيوعاً بين المراهقين. وانخفضت معدلات الإنجاب في سن المراهقة على مستوى العالم بين عامي 2000 و2020 من 56 إلى 41 ولادة لكل امرأة تتراوح أعمارهن بين 15 و19 عاماً (إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية للأمم المتحدة، 2019). وعلى الرغم من الانخفاضات الكبيرة، يبلغ معدل الإنجاب في سن المراهقة في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى 100 مولود لكل امرأة 1000 امرأة مراهقة، أي أكثر من ضعف المعدل العالمي. ولا تزال أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي تعاني أيضاً من مستويات عالية نسبياً من خصوبة المراهقات (61 ولادة لكل امرأة تتراوح أعمارهن بين 15 و19 عاماً)، على الرغم من أنها تشهد انخفاضاً كبيراً في المعدل الكلي للخصوبة. وعلى مدى العقود القليلة الماضية، اقترن انخفاض خصوبة المراهقين بانخفاض في نسبة المراهقين الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و19 سنة المتزوجين أو المقترنين بشركاء (على الصعيد العالمي من 16 إلى 12 في المائة بين عامي 2000 و2020)، وحدثت أسرع التغيرات في آسيا الوسطى وجنوب آسيا وأفريقيا جنوب الصحراء الكبرى.

ويكشف التحليل التسلسلي لأول حالات ولادة دون سن 18 والزواج عن تنوع كبير بين المناطق والبلدان، ويدعو إلى إجراء تحليلات أكثر تفصيلاً لبيانات فطرية محددة للتوصل إلى فهم أفضل لكيفية تشكيل النوايا والظروف للتحولات المبكرة في مسار الحياة المرتبطة بالتعليم وبدء العلاقات الجنسية واستخدام وسائل منع الحمل والزواج والإنجاب.

النتائج المستخلصة من إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابعة للأمم المتحدة (2013) والبحوث غير المنشورة من نفس الجهة، استناداً إلى تحليلات أخرى لبيانات وزارة الأمن الوطني:

- تُظهر الاتجاهات زيادة متوسطة في نسب المراهقات اللاتي لم يمارسن الجنس قط في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، وانخفاض الاتجاهات في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، ومستويات عالية ومستقرة في آسيا.
- مع ذلك، فإن سياق بدء العلاقات الجنسية أخذ في التغير، وقد حدث تحول من الشروع بالعلاقة الحميمة داخل إطار الزواج إلى ما قبل الزواج في بلدان كثيرة.
- كثيراً ما تواجه النساء غير المتزوجات اللاتي يمارسن العلاقة الحميمة تحديات اجتماعية واقتصادية وصحية إيجابية مختلفة عن أقرانهنّ المتزوجات، لا سيما عندما يكون الإنجاب خارج إطار الزواج مصدراً للوصمة الاجتماعية. وإذا ما حدث الحمل، فإن كثيراً من الشابات في مثل هذه الأوضاع يتزوجن في وقت أبكر مما كن سيفعلن لو أنهنّ ما قد حملن.
- انخفض معدل انتشار وسائل منع الحمل بين المراهقات إلى أقل من 30 في المائة في معظم البلدان؛ وأقل من ذلك (أقل من 10 في المائة) بين المراهقات اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و17 عاماً. وارتبطت الزيادات في استخدام وسائل منع الحمل بانخفاض معدل الإنجاب في سن المراهقة بين المراهقات اللاتي تتراوح أعمارهن بين 18 و19 عاماً في جميع المناطق (إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية للأمم المتحدة، 2022).
- عادةً ما تكون النساء المتزوجات في سن المراهقة أقلّ تعليماً باستمرار، وتقل قدرتهنّ الأسرية والاقتصادية، كما تقلّ فرص الحركة لديهنّ واستخدامهنّ لوسائل الإعلام الحديثة مقارنةً بالمراهقات غير المتزوجات والنساء الأكبر سناً منهن. ويبدو أيضاً أنهنّ يعشن في عزلة ويفتقرن إلى المعرفة والمهارات للتفاوض حول الأوضاع التي تضرّ بصحتهنّ ورفاهتهنّ وغالباً ما يواجهنّ ضغوطاً لإثبات خصوبتهنّ. وعادةً ما تميل فجوة السنّ بين الأزواج إلى أن تكون أكبر بين النساء اللاتي يتزوجن في سن أصغر مقارنةً بالنساء اللاتي يتزوجن في سن أكبر (هايرلاند وآخرون، 2004؛ إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية لدى الأمم المتحدة، 2022). وقد ارتبط النشاط الجنسي المبكر مع شريك أكبر سناً بضعف العلاقات الحميمة وبسوء نتائج الصحة الإنجابية (ريان وآخرون، 2008).

- Acharya, Dev R. and others, 2010. "Women's Autonomy in Household Decision-Making: A Demographic Study in Nepal." *Reproductive Health* 7: 15.
- ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists), 2020. "Comprehensive Sexuality Education." Committee Opinion Number 678. Website: acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2016/11/comprehensive-sexuality-education, accessed 1 December 2021.
- ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists), 2017. "Access to Contraception." Committee Opinion Number 615. Website: acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2015/01/access-to-contraception, accessed 1 December 2021.
- Ahrens, Katherine A and others, 2018. "Unintended Pregnancy and Interpregnancy Interval by Maternal Age." *Contraception* 98: 52–55.
- Aiken, Abigail and others, 2016. "Comparison of a Timing-Based Measure of Unintended Pregnancy and the London Measure of Unplanned Pregnancy." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 48(3): 139–146.
- Aiken, Abigail and others, 2015. "A Blessing I Can't Afford: Factors Underlying the Paradox of Happiness about Unintended Pregnancy." *Social Science and Medicine* 132: 149–155.
- Akoth, Catherine and others, 2021. "Prevalence and Factors Associated with Covert Contraceptive Use in Kenya: A Cross-Sectional Study." *BMC Public Health* 21: 1316.
- Ali, Mohamed M. and others, 2012. "Causes and Consequences of Contraceptive Discontinuation: Evidence From 60 Demographic and Health Surveys." Geneva: WHO. Website: apps.who.int/iris/handle/10665/75429, accessed 26 November 2021.
- Alio, Amina P. and others, 2009. "Intimate Partner Violence and Contraception Use among Women in Sub-Saharan Africa." *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 107(1): 35–38.
- Allotey, Pascale and others, 2021. "Trends in Abortion Policies in Low- and Middle-Income Countries." *Annual Review of Public Health* 42: 505–518.
- Alvarez, R.O., 1993. "'We Will Not Rest.' Filipino Women Want a Fertility Management Program that Respects Women's Dignity, Women's Bodies and Women's Choices." *Integration* 35: 22-23.
- Ameyaw, Edward Kwabena and others, 2019. "Prevalence and Determinants of Unintended Pregnancy in Sub-Saharan Africa: A Multi-Country Analysis of Demographic and Health Surveys." *PLOS ONE* 14(8): e0220970.
- Amo-Adjei, Joshua and Derek Anamaale Tuoyire, 2016. "Effects of Planned, Mistimed and Unwanted Pregnancies on the Use of Prenatal Health Services in Sub-Saharan Africa: A Multicountry Analysis of Demographic and Health Survey Data." *Tropical Medicine & International Health* 21(12): 1552–1561.
- Ampt, Frances H. and others, 2018. "Incidence of Unintended Pregnancy Among Female Sex Workers in Low-Income and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis." *BMJ Open* 8(9): e021779.
- Ashburn-Nardo, Leslie, 2017. "Parenthood as a Moral Imperative? Moral Outrage and the Stigmatization of Voluntarily Childfree Women and Men." *Sex Roles* 76: 393–401.
- Atake, Esso-Hanam and Pitaloumani Gnakou Ali, 2019. "Women's Empowerment and Fertility Preferences in High Fertility Countries in Sub-Saharan Africa." *BMC Women's Health* 19: 54.
- Austin, Judy and others, 2008. "Reproductive Health: A Right for Refugees and Internally Displaced Persons." *Reproductive Health Matters* 16(31): 10–21.
- Baiden, Frank and others, 2016. "Covert Contraceptive Use Among Women Attending a Reproductive Health Clinic in a Municipality in Ghana." *BMC Women's Health* 16: 31.
- Bain, Luchuo Engelbert and others, 2020. "Prevalence and Determinants of Unintended Pregnancy in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review." *African Journal of Reproductive Health* 24(2): 187–205.
- Bakour, Shagaf H. and others, 2017. "Contraceptive Methods and Issues Around the Menopause: An Evidence Update." *The Obstetrician and Gynaecologist* 19(4): 289–297.
- Baldwin, Maureen K. and Jeffrey T. Jensen, 2013. "Contraception During the Perimenopause." *Maturitas* 76(3): 235–242.
- Bansode, Oshin M. and others, 2021. "Contraception." In: StatPearls [Internet]. Treasure Island, Florida: StatPearls Publishing. Website: ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536949/#_NBK536949_pubdet_, accessed 15 November 2021.

- Bauserman, Melissa and others, 2020. "Maternal Mortality in Six Low and Lower-Middle Income Countries from 2010 to 2018: Risk Factors and Trends." *Reproductive Health* 17(Suppl 3): 173.
- BBC (British Broadcasting Corporation), 2017. "Contraception Fails in Quarter of Abortions, Say Experts." BBC News, 7 July 2017. Website: bbc.co.uk/news/health-40520235, accessed 17 November 2021.
- Berak, Jonathan and others, 2022. "Country-Specific Estimates of Unintended Pregnancy and Abortion Incidence: A Global Comparative Analysis of Levels in 2015–2019." *BMJ Global Health*, in press.
- Berak, 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." *Lancet Global Health* 8(9): e1152–e1161.
- Behre, Hermann M., and others, 2016. "Efficacy and Safety of an Injectable Combination Hormonal Contraceptive for Men." *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 101(12): 4779–4788.
- Bellizzi, Saverio and others, 2020. "Reasons for Discontinuation of Contraception Among Women with a Current Unintended Pregnancy in 36 Low and Middle-Income Countries." *Contraception* 101(1): 26–33.
- Bietsch, Kristin and Priya Emmart, 2022. *Couple Concordance Index: Construction of the Couple Concordance Index and its Relationship with Contraceptive Use*. Washington, DC: USAID MOMENTUM.
- Biggs, M. Antonia and others, 2017. "Women's Mental Health and Well-Being 5 Years After Receiving or Being Denied an Abortion. A Prospective, Longitudinal Cohort Study." *JAMA Psychiatry* 74(2): 169–178.
- Bitto, A. and others, 1997. "Adverse Outcomes of Planned and Unplanned Pregnancies among Users of Natural Family Planning: A Prospective Study." *American Journal of Public Health* 87(3): 338–343.
- Boyce, Sabrina C. and others, 2020. "Women's and Girls' Experiences of Reproductive Coercion and Opportunities for Intervention in Family Planning Clinics in Nairobi, Kenya: A Qualitative Study." *Reproductive Health* 17(1): 1–12.
- Bradley, Sarah E. K. and others, 2019. "Global Contraceptive Failure Rates: Who is Most at Risk?" *Studies in Family Planning* 50(1): 3–24.
- Bradley, Sarah E. K. and others, 2009. *Levels, Trends, and Reasons for Contraceptive Discontinuation*. DHS Analytical Studies No. 20. Calverton: ICF Macro.
- Brito, Cynthia Nunes de Oliveira and others, 2015. "Postpartum Depression among Women with Unintended Pregnancy." *Revista de Saúde Pública* 49: 33.
- Brodsky, Alexandra, 2017. "Rape-Adjacent: Imagining Legal Responses to Nonconsensual Condom Removal." *Columbia Journal of Gender and Law* 32: 183–210.
- Calliope, n.d. The Contraceptive Pipeline Database. Website: pipeline.ctiexchange.org, accessed 31 January 2022.
- Campbell, Oona M. and Wendy J. Graham, 2006. "Strategies for Reducing Maternal Mortality: Getting On with What Works." *Lancet* 368(9543): 1284–1299.
- Canada: Immigration and Refugee Board of Canada, 2013. "Tanzania: Consequences for a Woman who gets Pregnant out of Wedlock, Including the Possibility of Arrest and Criminal or Civil Proceedings; Whether the same Consequences Apply if the Woman Marries Before the Birth of the Child (2012–July 2013)." TZA104531.E. Website: refworld.org/docid/53e481264.html, accessed 18 December 2021.
- Carter, Marion and Ilene S. Speizer, 2005. "Pregnancy Intentions Among Salvadoran Fathers: Results from the 2003 National Male Reproductive Health Survey." *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 31(4): 179–182.
- Castle, Sarah and Ian Askew, 2015. *Contraceptive Discontinuation: Reasons, Challenges, and Solutions*. New York: Population Council and FP2020.
- Castle, Sarah and others, 1999. "A Qualitative Study of Clandestine Contraceptive Use in Urban Mali." *Studies in Family Planning* 30(3): 231–248.
- CDC (Centers for Disease Control and Prevention), 2015. "The 6|18 Initiative. Evidence Summary, Prevent Unintended Pregnancy." Website: cdc.gov/sixteen/docs/6-18-evidence-summary-pregnancy.pdf, accessed 1 December 2021.
- Chae, Sophia and others, 2017. "Characteristics of Women Obtaining Induced Abortions in Selected Low- and Middle-Income Countries." *PLOS ONE* 12(3): e0172976.
- Chant, Sylvia, 2013. "Cities Through a 'Gender Lens': A Golden 'Urban Age' for Women in the Global South?" *Environment and Urbanization* 25(1): 9–29.

- Chebet, Joy J. and others, 2015. "Every Method Seems to have its Problems' – Perspectives on Side Effects of Hormonal Contraceptives in Morogoro Region, Tanzania." *BMC Womens Health* 15: 97.
- Chung, Hye Won and others, 2018. "Comprehensive Understanding of Risk and Protective Factors Related to Adolescent Pregnancy in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review." *Journal of Adolescence* 69: 180–188.
- Clements, K. C., 2018. "Can Men Get Pregnant?" *Healthline*, 20 December 2018. Website: [healthline.com/health/transgender/can-men-get-pregnant](https://www.healthline.com/health/transgender/can-men-get-pregnant), accessed 18 November 2021.
- Coker, Ann L., 2007. "Does Physical Intimate Partner Violence Affect Sexual Health? A Systematic Review." *Trauma, Violence, & Abuse* 8(2): 149–177.
- Cook, Rebecca J. and Bernard M. Dickens, 2014. "Reducing Stigma in Reproductive Health." *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 125(1): 89–92.
- Costantino, Antonietta and others, 2007. "Current Status and Future Perspectives in Male Contraception." *Minerva Ginecologica* 59(3): 299–310.
- Darteh, Eugene Kofuor Maafo and others, 2019. "Women's Reproductive Health Decision-Making: A Multi-Country Analysis of Demographic and Health Surveys in Sub-Saharan Africa." *PLOS ONE* 14(1): e0209985.
- Dehingia, Nabamallika and others, 2020. "Unintended Pregnancy and Maternal Health Complications: Cross-Sectional Analysis of Data from Rural Uttar Pradesh, India." *BMC Pregnancy and Childbirth* 20(1): 188.
- Dietz, Patricia M. and others, 1999. "Unintended Pregnancy Among Adult Women Exposed to Abuse or Household Dysfunction During Their Childhood." *Journal of the American Medical Association* 282(14): 1359–1364.
- ECLAC (Economic Commission for Latin America and the Caribbean), 2020. Gender Equality Observatory for Latin America and the Caribbean. Website: oig.cepal.org/es/indicadores/matrimonio-infantil, accessed 1 March 2022.
- ENDES (Encuesta Demográfica y de Salud Familiar), 2020. "ENDES Realizadas." Perú Instituto Nacional de Estadística e Informática. Website: <https://proyectos.inei.gob.pe/endes>, accessed 17 November 2021.
- Everett, Bethany G. and others, 2019. "Do Sexual Minorities Receive Appropriate Sexual and Reproductive Health Care and Counseling?" *Journal of Women's Health (Larchmont)* 28(1): 53–62.
- Everett, Bethany G. and others, 2017. "Sexual Orientation Disparities in Mistimed and Unwanted Pregnancy Among Adult Women." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 49(3): 157–165.
- Faini, Diana and others, 2020. "I Did Not Plan to Have a Baby. This is the Outcome of Our Work': A Qualitative Study Exploring Unintended Pregnancy Among Female Sex Workers." *BMC Women's Health* 20: 267.
- Fanslow, Janet and others, 2008. "Pregnancy Outcomes and Intimate Partner Violence in New Zealand." *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 48(4): 391–397.
- Festin, Mario Philip R. and others, 2016. "Moving Towards the Goals of FP2020 – Classifying Contraceptives." *Contraception* 94(4): 289–294.
- Fine, Johanna and others, 2017. "The Role of International Human Rights Norms in the Liberalization of Abortion Laws Globally." *Health and Human Rights* 19(1): 69–80.
- Finer, Lawrence B., 2010. "Unintended Pregnancy Among U. S. Adolescents: Accounting for Sexual Activity." *Journal of Adolescent Health* 47(3): 312–314.
- Finer, Lawrence B. and Mia R. Zolna, 2016. "Declines in Unintended Pregnancy in the United States, 2008–2011." *New England Journal of Medicine* 374(9): 843–852.
- Foster, Angel and others, 2017. "The 2018 Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings: Revising the Global Standards." *Reproductive Health Matters* 25(51): 18–24.
- Foster, Diana Greene, 2020. *The Turnaway Study: Ten Years, a Thousand Women, and the Consequences of Having – or Being Denied – an Abortion*. New York: Scribner.
- Frederiksen, Line and others, 2018. "Risk of Adverse Pregnancy Outcomes at Advanced Maternal Age." *Obstetrics & Gynecology* 131(3): 457–463.
- Friedman and others, 2019. *Interest Among U.S. Men for New Male Contraceptive Options Consumer Research Study*. Male Contraceptive Initiative.
- Frost, Jennifer J. and Jacqueline E. Darroch, 2008. "Factors Associated With Contraceptive Choice and Inconsistent Method Use, United States, 2004." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 40(2): 94–104.
- FP2030, 2020. Sierra Leone Commitments. Website: fp2030.org/sierra-leone, accessed 31 January 2022.
- FP2030, 2020a. Philippines Commitments. Website: fp2030.org/philippines, accessed 31 January 2022.

- FSRH (The Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists). 2021. "FSRH statement: Home use of abortion medicines is safe, more accessible and preferred by women, new national study shows." Website: <https://www.fsrh.org/news/fsrh-statement-new-study-telemedicine-abortion-2021/>, accessed November 2021.
- Gambir, Katherine and others, 2020. "Effectiveness, Safety and Acceptability of Medical Abortion at Home Versus in the Clinic: A Systematic Review and Meta-Analysis in Response to COVID-19." *BMJ Global Health* 5: e003934.
- 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.
- Garraza, Lucas Godoy and others, 2020. "Out-Of-Pocket Spending for Contraceptives in Latin America." *Sexual and Reproductive Health Matters* 28(2): 1833429.
- Gerds, Caitlin and others, 2016. "Side Effects, Physical Health Consequences, and Mortality Associated with Abortion and Birth after an Unwanted Pregnancy." *Women's Health Issues* 26(1): 55–59.
- Gipson, Jessica D. and others, 2008. "The Effects of Unintended Pregnancy on Infant, Child, and Parental Health: A Review of the Literature." *Studies in Family Planning* 39(1): 18–38.
- Gold, Rachel Benson and Kinsey Hasstedt, 2017. "Publicly Funded Family Planning Under Unprecedented Attack." *American Journal of Public Health* 107(12): 1895–1897.
- Gottschall, Jonathan A. and Tiffani A. Gottschall, 2003. "Are Per-Incident Rape-Pregnancy Rates Higher than Per-Incident Consensual Pregnancy Rates?" *Human Nature* 14: 1–20.
- Grace, Karen Trister and Jocelyn C. Anderson, 2018. "Reproductive Coercion: A Systematic Review." *Trauma, Violence, & Abuse* 19(4): 371–390.
- Grimes, David and others, 2006. "Unsafe Abortion: The Preventable Pandemic." *Lancet* 368(9550): 1908–1919.
- Haberland, Nicole and Deborah Rogow, 2015. "Sexuality Education: Emerging Trends in Evidence and Practice." *Journal of Adolescent Health* 56(1 Suppl): S15–S21.
- Haberland, Nicole and others, 2004. "Married adolescents: An overview," paper prepared for the WHO/UNFPA/Population Council Technical Consultation on Married Adolescents. New York: Population Council.
- Habib, Muhammad Ali and others, 2017. "Prevalence and Determinants of Unintended Pregnancies Amongst Women Attending Antenatal Clinics in Pakistan." *BMC Pregnancy and Childbirth* 17(1): 156.
- Haddad, Lisa B. and others, 2021. "Addressing Contraceptive Needs Exacerbated by COVID-19: A Call for Increasing Choice and Access to Self-Managed Methods." *Contraception* 103: 377–379.
- Hall, Jennifer Anne and others, 2017. "London Measure of Unplanned Pregnancy: Guidance for its Use as an Outcome Measure." *Patient Related Outcome Measures* 8: 43–56.
- Hall, Jennifer Anne and others, 2016. "Prevalence and Determinants of Unintended Pregnancy in Mchinji District, Malawi: Using a Conceptual Hierarchy to Inform Analysis." *PLOS One* 11(10): e0165621.
- Hamberger, L. Kevin and others, 2015. "Screening and Intervention for Intimate Partner Violence in Healthcare Settings: Creating Sustainable System-Level Programs." *Journal of Women's Health* 24(1): 86–91.
- Hannaford, Philip C. and others, 2010. "Mortality Among Contraceptive Pill Users: Cohort Evidence from Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study." *BMJ* 340: c927.
- Heaman, Maureen and others, 2013. "Migrant Women's Utilization of Prenatal Care: A Systematic Review." *Maternal and Child Health Journal* 17: 816–836.
- Heidari, Shirin and others, 2019. "Sexual and Reproductive Health and Rights in Humanitarian Crises at ICPD25+ and Beyond: Consolidating Gains to Ensure Access to Services for All." *Sexual and Reproductive Health Matters* 27(1): 1676513.
- Heinemann, Klaas and others, 2005. "Attitudes Toward Male Fertility Control: Results of a Multinational Survey on Four Continents." *Human Reproduction* 20(2): 549–556.
- Hindin, Michelle J. and others, 2014. "Misperceptions, Misinformation and Myths About Modern Contraceptive Use in Ghana." *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 40(1): 30–35.
- Hindin, Michelle J. and others, 2008. *Intimate Partner Violence Among Couples in 10 DHS Countries: Predictors and Health Outcomes*. "DHS Analytical Studies 18. Washington DC: USAID. Website: dhsprogram.com/pubs/pdf/AS18/AS18.pdf, accessed 10 February 2022.
- HIP (High Impact Practices in Family Planning), 2020. "Supply Chain Management: Investing in Contraceptive Security and Strengthening Health Systems." Washington, DC: HIPs Partnership. Website: fphighimpactpractices.org/briefs/supply-chain-management/, accessed 26 November 2021.

- HIP (High Impact Practices in Family Planning), 2020a. "Family Planning Vouchers: A Tool to Boost Contraceptive Method Access and Choice." Washington, DC: HIPs Partnership. Website: fphighimpactpractices.org/wp-content/uploads/2019/06/family-planning-vouchers-en-june-2020.pdf, accessed 1 December 2021.
- Hodson, K. and others, 2016. "Lesbian and Bisexual Women's Likelihood of Becoming Pregnant: A Systematic Review and Meta-Analysis." *BJOG* 124(3): 393–402.
- Horii, Hoko, 2021. "Child Marriage as a 'Solution' to Modern Youth in Bali." *Progress in Development Studies* 20(4): 282–295.
- Horner-Johnson, Willi and others, 2020. "Pregnancy Intendedness by Maternal Disability Status and Type in the United States." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 52(1): 31–38.
- Hromi-Fiedler, Amber and Rafael Pérez-Escamilla, 2006. "Unintended Pregnancies Are Associated with Less Likelihood of Prolonged Breast-feeding: An Analysis of 18 Demographic and Health Surveys." *Public Health Nutrition* 9(3): 306–312.
- Huda, Fauzia Achter and others, 2013. *Understanding Unintended Pregnancy in Bangladesh: Country Profile Report*. STEP UP Research Report. Dhaka: icddr.b.
- Human Rights Watch, 2018. "Africa: Pregnant Girls, Young Mothers Barred from School." Website: hrw.org/news/2018/06/14/africa-pregnant-girls-young-mothers-barred-school, accessed 18 November 2021.
- Human Rights Watch, 2018a. "Leave No Girl Behind in Africa. Discrimination in Education against Pregnant Girls and Adolescent Mothers." Website: hrw.org/report/2018/06/14/leave-no-girl-behind-africa/discrimination-education-against-pregnant-girls-and#, accessed 1 December 2021.
- ICRC (International Committee of the Red Cross), 1977. "Protocol Additional to the Geneva Conventions of 12 August 1949, and Relating to the Protection of Victims of International Armed Conflicts (Protocol I)." Website: refworld.org/docid/3ae6b37f40.html, accessed 26 November 2021.
- Ikamari, Lawrence and others, 2013. "Prevalence and Determinants of Unintended Pregnancy Among Women in Nairobi, Kenya." *BMC Pregnancy and Childbirth* 13: 69.
- Ilankoon, I. M. P. S. and others, 2021. "Menopause is a Natural Stage of Aging: A Qualitative Study." *BMC Women's Health* 21: 47.
- ILO (International Labour Organization), 2017. *World Social Protection Report 2017–19: Universal Social Protection to Achieve the Sustainable Development Goals*. Website: ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_604882.pdf, accessed 1 December 2021.
- ILO (International Labour Organization), 2012. *Maternity Resource Protection Package: From Aspiration to Reality For All*. Website: mprp.ilo.org/pages/en/introduction.html, accessed 1 December 2021.
- Im, Eun-Ok and others, 2010. "Black Women in Menopausal Transition." *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 39(4): 435–443.
- IRC (International Rescue Committee), 2020. "IRC Data Shows an Increase in Reports of Gender-Based Violence Across Latin America." Website: reliefweb.int/report/el-salvador/irc-data-shows-increase-reports-gender-based-violence-across-latin-america, accessed 8 February 2022.
- Jackson, Ashley and Léonce Dossou, 2021. "The Appeal and Potential of On-Demand Contraceptive Options." Washington DC: PSI. Website: psi.org/2021/12/the-appeal-and-potential-of-on-demand-contraceptive-options, accessed 9 February 2022.
- Jacobstein, Roy, 2015. "The Kindest Cut: Global Need to Increase Vasectomy Availability." *Lancet Global Health* 3(12): e733–e734.
- Jain, Rakhi and Sumathi Muralidhar, 2011. "Contraceptive Methods: Needs, Options and Utilization." *Journal of Obstetrics and Gynaecology of India* 61(6): 626–634.
- Jain, Aparna and others, 2021. "Not All Women Who Experience Side Effects Discontinue Their Contraceptive Method: Insights from a Longitudinal Study in India." *Studies in Family Planning* 52(2): 165–178.
- Johnson-Mallard, Versie and others, 2017. "Unintended Pregnancy: A Framework for Prevention and Options for Midlife Women in the US." *Women's Midlife Health* 3: 8.
- Kantorová, Vladmíra and others, 2021. "Contraceptive Use and Needs Among Adolescent Women Aged 15–19: Regional and Global Estimates and Projections from 1990 to 2030 from a Bayesian Hierarchical Modelling Study." *PLOS ONE* 16(3): e0247479.
- Kaufman, Julia and Rachel Silverman, 2021. "Bridging the Gap Between Health Financing and Family Planning: How to Effectively Advocate for Contraception in UHC." Washington DC: Center for Global Development. Website: cgdev.org/blog/bridging-gap-between-health-financing-and-family-planning-how-effectively-advocate, accessed 1 December 2021.
- Keogh, Sarah C. and others, 2021. "Hormonal Contraceptive Use in Ghana: The Role of Method Attributes and Side Effects in Method Choice and Continuation." *Contraception* 104(3): 235–245.
- Khan, Md Nuruzzaman and others, 2019. "Effects of Unintended Pregnancy on Maternal Healthcare Services Utilization in Low- and Lower-Middle-Income Countries: Systematic Review and Meta-Analysis." *International Journal of Public Health* 64(5): 743–754.

- Kholisa, Rajat and others, 2016. "International Human Rights and the Mistreatment of Women During Childbirth." *Health and Human Rights* 18(2): 131–143.
- Kibira, Simon P. S. and others, 2020. "Covert Use of Contraception in Three Sub-Saharan African Countries: A Qualitative Exploration of Motivations and Challenges." *BMC Public Health* 20: 865.
- Kimport, Katrina and others, 2017. "Patient-Provider Conversations About Sterilization: A Qualitative Analysis." *Contraception* 95(3): 227–233.
- Kingsbury, Ann M. and others, 2015. "Trajectories and Predictors of Women's Depression Following the Birth of an Infant to 21 Years: A Longitudinal Study." *Maternal and Child Health Journal* 19: 877–888.
- Korenman, Sanders and others, 2002. "Consequences for Infants of Parental Disagreement in Pregnancy Intention." *Perspectives in Sexual and Reproductive Health* 34(4): 198–205.
- Kost, Kathryn and others, 1998. "Predicting Maternal Behaviors During Pregnancy: Does Intention Status Matter?" *Family Planning Perspectives* 23(1): 79–88.
- Kupoluyi, Joseph Ayodeji, 2020. "Intimate Partner Violence as a Factor in Contraceptive Discontinuation among Sexually Active Married Women in Nigeria." *BMC Womens Health* 20(1): 128.
- Le, Hoa H. and others, 2014. "The Burden of Unintended Pregnancies in Brazil: A Social and Public Health System Cost Analysis." *International Journal of Women's Health* 6: 663–670.
- Le Guen, Mireille and others, 2021. "Reasons for Rejecting Hormonal Contraception in Western Countries: A Systematic Review." *Social Science and Medicine* 284: 114247.
- Luchsinger, Gretchen, 2021. *No Exceptions, No Exclusions: Realizing Sexual and Reproductive Health, Rights and Justice for All*. High-Level Commission on the Nairobi Summit on ICPD25 Follow-up. Website: naibosummiticpd.org/publication/no-exceptions-no-exclusions, accessed 24 November 2021.
- Ludermir, Ana Bernarda and others, 2011. "Postnatal Depression in Women After Unsuccessful Attempted Abortion." *British Journal of Psychiatry* 198(3): 237–238.
- Lundgren, Rebecka and Avni Amin, 2015. "Addressing Intimate Partner Violence and Sexual Violence Among Adolescents: Emerging Evidence of Effectiveness." *Journal of Adolescent Health* 56(1 Suppl): S42–S50.
- Macleod, Catriona Ida, 2016. "Public Reproductive Health and 'Unintended' Pregnancies: Introducing the Construct 'Supportability'." *Journal of Public Health* 38(3): e384–e391.
- Mansur, Yusuf and others, n.d. *The Economic Underpinnings of Honor Crimes in Jordan*. Information and Research Center, King Hussein Foundation. Website: tbinternet.ohchr.org/Treaties/CRC/Shared%20Documents/JOR/INT_CRC_NGO_JOR_15745_E.pdf, accessed 18 December 2021.
- Marston, Cicely and John Cleland, 2003. "Do Unintended Pregnancies Carried to Term Lead to Adverse Outcomes for Mother and Child? An Assessment in Five Developing Countries." *Population Studies* 57(1): 77–93.
- Maxwell, Lauren and others, 2018. "Intimate Partner Violence and Pregnancy Spacing: Results from a Meta-Analysis of Individual Participant Time-to-Event Data from 29 Low-and-Middle-Income Countries." *BMJ Global Health* 3: e000304.
- Maxwell, Lauren and others, 2015. "Estimating the Effect of Intimate Partner Violence on Women's Use of Contraception: A Systematic Review and Meta-Analysis." *PLOS ONE* 10(2): e0118234.
- Mbadu, Fidele Muanda and others, 2017. "Barriers to Modern Contraceptive Use in Rural Areas in DRC." *Culture, Health and Sexuality* 19(9): 1011–1023.
- McCarragher, Donna R. and others, 2006. "The Influence of Method-Related Partner Violence on Covert Pill Use and Pill Discontinuation Among Women Living in La Paz, El Alto and Santa Cruz, Bolivia." *Journal of Biosocial Science* 38(2): 169–186.
- Measure Evaluation, 2017. "The Importance of Gender in Family Planning and Reproductive Health Data." Website: measureevaluation.org/resources/publications/fs-17-205b/at_download/document, accessed 1 December 2021.
- Melian, María Mercedes, 2013. ["Reproductive Intentions and Factors Related to Unplanned Births, Paraguay, 1995–2008."] *Revista Panamericana de Salud Pública* 33(4): 244–251. [In Spanish]
- Miller, Elizabeth and Jay G. Silverman, 2010. "Reproductive Coercion and Partner Violence: Implications for Clinical Assessment of Unintended Pregnancy." *Expert Review of Obstetrics & Gynecology* 5: 511–515.
- Miller, Elizabeth and others, 2010. "Reproductive Coercion: Connecting the Dots Between Partner Violence and Unintended Pregnancy." *Contraception* 81(6): 457–459.
- Miller, Elizabeth and others, 2010a. "Pregnancy Coercion, Intimate Partner Violence and Unintended Pregnancy." *Contraception* 81(4): 316–322.

- Moges, Yohannes and others, 2020. "Factors Associated with the Unplanned Pregnancy at Suhul General Hospital, Northern Ethiopia, 2018." *Journal of Pregnancy* 2020: 2926097.
- Mohllajee, Anshu P. and others, 2007. "Pregnancy Intention and Its Relationship to Birth and Maternal Outcomes." *Obstetrics & Gynecology* 109(3): 678–686.
- Molitoris, Joseph and others, 2019. "When and Where Birth Spacing Matters for Child Survival: An International Comparison Using the DHS." *Demography* 56(4): 1349–1370.
- Moreau, Caroline and others, 2014. "Unplanned or Unwanted? A Randomized Study of National Estimates of Pregnancy Intentions." *Fertility and Sterility* 102(6): 1663–1670.
- Moreira, Laísa Rodrigues and others, 2019. "Reasons for Nonuse of Contraceptive Methods by Women with Demand for Contraception Not Satisfied: An Assessment of Low and Middle-Income Countries using Demographic and Health Surveys." *Reproductive Health* 16: 148.
- Moseson, Heidi and others, 2021. "Pregnancy Intentions and Outcomes Among Transgender, Nonbinary, and Gender-Expansive People Assigned Female or Intersex at Birth in the United States: Results From a National, Quantitative Survey." *International Journal of Transgender Health* 22(1–2): 30–41.
- Mukasa, Bakali and others, 2017. "Contraception Supply Chain Challenges: A Review of Evidence from Low- and Middle-Income Countries." *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 22(5): 384–390.
- Müller, Alex and others, 2018. "The No-Go Zone: A Qualitative Study of Access to Sexual and Reproductive Health Services for Sexual and Gender Minority Adolescents in Southern Africa." *Reproductive Health* 15: 12.
- Mwaisaka, Jefferson and others, 2020. "Exploring Contraception Myths and Misconceptions Among Young Men and Women in Kwale County, Kenya." *BMC Public Health* 20: 1694.
- Napyo, Agnes and others, 2020. "Prevalence and Predictors for Unintended Pregnancy Among HIV-Infected Pregnant Women in Lira, Northern Uganda: A Cross-Sectional Study." *Scientific Reports* 10: 16319.
- Neal, Sarah and others, 2020. "Trends in Adolescent First Births in Sub-Saharan Africa: A Tale of Increasing Inequity?" *International Journal for Equity in Health* 19: 151.
- 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(1): 31.
- Nuevo-Chiquero, Ana, 2014. "The Labor Force Effects of Unplanned Childbearing." *Labour Economics* 29: 91–101.
- Nyarko, Samuel H., 2019. "Unintended Pregnancy among Pregnant Women in Ghana: Prevalence and Predictors." *Journal of Pregnancy* 2019: 2920491.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2018. "Your Health, Your Choice, Your Rights: International and Regional Obligations on Sexual and Reproductive Health and Rights." Website: ohchr.org/Documents/Issues/Women/OHCHRfactsheetYourHealth.pdf, accessed 1 December 2021.
- Oladeji, Olusola and others, 2021. "Sexual Violence-Related Pregnancy among Internally Displaced Women in an Internally Displaced Persons Camp in Northeast Nigeria." *Journal of Interpersonal Violence* 36(9–10): 4758–4770.
- Orr, Suezanne and others, 2000. "Unintended Pregnancy and Preterm Birth." *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 14(4): 309–313.
- Paterno, Mary T. and others, 2021. "Exploring Reproductive Coercion in Relationship Contexts Among Young Adult, Primarily African American Women at Three Women's Health Clinics." *Journal of Interpersonal Violence* 36(3–4): NP2248–2271NP.
- Paul, Mandira and others, 2019. "Contraception and Youth: Being Responsive to their Sexual and Reproductive Health Needs and Rights." Issue Paper. New York: UNFPA and Guttmacher Institute.
- Petroni, Suzanne and others, 2017. "New Findings on Child Marriage in Sub-Saharan Africa." *Annals of Global Health* 83(5–6): 781–790.
- Pierotti, Rachael S., 2013. "Increasing Rejection of Intimate Partner Violence: Evidence of Global Cultural Diffusion." *American Sociological Review* 78(2): 240–265.
- Pile, John M. and Mark A. Barone, 2009. "Demographics of vasectomy – USA and international." *Urologic Clinics of North America* 36(3): 295–305.
- Polis, Chelsea B. and others, 2018. "There Might be Blood: A Scoping Review on Women's Responses to Contraceptive-Induced Menstrual Bleeding Changes." *Reproductive Health* 15: 114.
- Population Council, 2015. "Conceptualizing and Measuring Unintended Pregnancy and Birth: Moving the Field Forward". STEP UP Meeting Report. Accra: Population Council. Website: popcouncil.org/uploads/pdfs/2015STEPUP_ConceptualizingMeasuringUP.pdf, accessed 24 November 2021.

- Qiu, Xing and others, 2020. "Unintended Pregnancy and Postpartum Depression: A Meta-Analysis of Cohort and Case-Control Studies." *Journal of Psychosomatic Research* 138: 110259.
- Qureshi, Zahida and others, 2021. "Understanding Abortion-Related Complications in Health Facilities: Results from WHO Multicountry Survey on Abortion (MCS-A) Across 11 Sub-Saharan African Countries." *BMJ Global Health* 6: e003702.
- Rahman, Mosfequr, 2015. "Is Unwanted Birth Associated with Child Malnutrition in Bangladesh?" *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 41(4): 80–88.
- Rahman, Mosfequr and others, 2019. "Maternal Pregnancy Intention and Its Association with Low Birthweight and Pregnancy Complications in Bangladesh: Findings from a Hospital-Based Study." *International Health* 11(6): 447–454.
- Raj, Anita and others, 2015. "Associations of Marital Violence with Different Forms of Contraception: Cross-Sectional Findings from South Asia." *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 130(S3): E56–E61.
- Ralph, Lauren J. and others, 2020. "Comparing Prospective and Retrospective Reports of Pregnancy Intention in a Longitudinal Cohort of U.S. Women." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 52(1): 39–48.
- Raymond, Elizabeth G. and David A. Grimes, 2012. "The Comparative Safety of Legal Induced Abortion and Childbirth in the United States." *Obstetrics & Gynecology* 119(2 pt 1): 215–219.
- Riley, Taylor and others, 2020. "Estimates of the Potential Impact of the COVID-19 Pandemic on Sexual and Reproductive Health In Low- and Middle-Income Countries." *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 46: 73–76.
- Romero, Mariana and others, 2021. "Abortion-Related Morbidity in Six Latin American and Caribbean Countries: Findings of the WHO/HRP Multi-Country Survey on Abortion (MCS-A)." *BMJ Global Health* 6: e005618.
- Rominski, Sarah D. and Rob Stephenson, 2019. "Toward a New Definition of Unmet Need for Contraception." *Studies in Family Planning* 50(2): 195–198.
- Rothman, Emily F. and others, 2011. "The Prevalence of Sexual Assault Against People Who Identify as Gay, Lesbian or Bisexual in the United States: A Systematic Review." *Trauma, Violence, & Abuse* 12(2): 55–66.
- Rothschild, Claire W. and others, 2021. "Incorporating Method Dissatisfaction into Unmet Need for Contraception: Implications for Measurement and Impact." *Studies in Family Planning* 52(1): 95–102.
- Rowlands, Sam and Susan Walker, 2019. "Reproductive Control by Others: Means, Perpetrators and Effects." *BMJ Sexual and Reproductive Health* 45: 61–67.
- Rutstein, Shea O., 2008. "Further Evidence of the Effects of Preceding Intervals on Neonatal, Infant, and Under-Five-Years Mortality and Nutritional Status in Developing Countries: Evidence from the Demographic and Health Surveys." Demographic and Health Surveys Working Paper No. 41. Calverton, Maryland: Macro International. Website: dhsprogram.com/pubs/pdf/WP41/WP41.pdf, accessed 25 November 2021.
- Ryan, Suzanne and others, 2008. "Older Sexual Partners during Adolescence: Links to Reproductive Health Outcomes in Young Adulthood." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 40(1): 17–26.
- Sarder, Alamgir and others, 2021. "Prevalence of Unintended Pregnancy and its Associated Factors: Evidence from Six South Asian Countries." *PLOS ONE* 16(2): e0245923.
- Say, Laie and others, 2014. "Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis." *Lancet Global Health* 2(6): e323–e333.
- Sedgh, Gilda and others, 2016. *Unmet Need for Contraception in Developing Countries: Examining Women's Reasons for Not Using a Method*. New York: Guttmacher Institute. Website: [guttmacher.org/report/unmet-need-for-contraception-in-developing-countries](https://www.guttmacher.org/report/unmet-need-for-contraception-in-developing-countries), accessed 17 November 2021.
- Sedgh, Gilda and others, 2016a. "Abortion Incidence Between 1990 and 2014: Global, Regional, and Subregional Levels and Trends." *Lancet* 388(10041): 258–267.
- Seifu, Canaan Negash and others, 2020. "Association of Husbands' Education Status with Unintended Pregnancy in their Wives in Southern Ethiopia: A Cross-Sectional Study." *PLOS ONE* 15(7): e0235675.
- Senderowicz, Leigh, 2020. "Contraceptive Autonomy: Conceptions and Measurement of a Novel Family Planning Indicator." *Studies in Family Planning* 51(2): 161–176.
- Shaka, Mohammad Fayesso and others, 2020. "Determinants of Undernutrition among Children under Five Years Old in Southern Ethiopia: Does Pregnancy Intention Matter? A Community-Based Unmatched Case-Control Study." *BMC Pediatrics* 20(1): 101.
- Shapiro-Mendoza, Carrie and others, 2005. "Parental Pregnancy Intention and Early Childhood Stunting: Findings from Bolivia." *International Journal of Epidemiology* 34(2): 387–396.

- Skovlund, Charlotte Wessel and others, 2016. "Hormonal Contraception With Depression." *JAMA Psychiatry* 73(11): 1154–1162.
- Shelton, James and Roy Jacobstein, 2016. "Vasectomy: A Long, Slow Haul to Successful Takeoff." *Global Health: Science and Practice* 4(4): 514–517.
- Silverman, Jay G. and Anita Raj, 2014. "Intimate Partner Violence and Reproductive Coercion: Global Barriers to Women's Reproductive Control." *PLoS Medicine* 11(9): e1001723.
- Silverman, Jay and others, 2020. "Associations of Reproductive Coercion and Intimate Partner Violence with Overt and Covert Family Planning Use Among Married Adolescent Girls in Niger." *EClinicalMedicine* 22: 100359.
- Silverman, Jay G. and others, 2019. "Reproductive Coercion in Uttar Pradesh, India: Prevalence and Associations with Partner Violence and Reproductive Health." *SSM – Population Health* 9: 100484.
- Silverman, Jay G. and others, 2007. "Intimate Partner Violence and Unwanted Pregnancy, Miscarriage, Induced Abortion, and Still Births among a National Sample of Bangladeshi Women." *BJOG* 114(10): 1246–1252.
- Singh, Susheela and Isaac Maddow-Zimet, 2016. "Facility-Based Treatment for Medical Complications Resulting From Unsafe Pregnancy Termination in the Developing World, 2012: A Review of Evidence from 26 Countries." *BJOG* 123: 1489–1498.
- Skracic, Izidora and others, 2021. "Types of Lifetime Reproductive Coercion and Current Contraceptive Use." *Journal of Women's Health* 30(8): 1078–1085.
- Smith, Julia, 2020. "Improving Adolescent Access to Contraception in Sub-Saharan Africa: A Review of the Evidence." *African Journal of Reproductive Health* 24(1): 152–164.
- Solo, Julie and Mario Festin, 2019. "Provider Bias in Family Planning Services: A Review of Its Meaning and Manifestations." *Global Health: Science and Practice* 7(3): 371–385.
- Sonfield, Adam and Kathryn Kost, 2015. *Public Costs from Unintended Pregnancies and the Role of Public Insurance Programs in Paying for Pregnancy-Related Care: National and State Estimates for 2010*. New York: Guttmacher Institute. Website: guttmacher.org/report/public-costs-unintended-pregnancies-and-role-public-insurance-programs-paying-pregnancy, accessed 18 November 2021.
- Sonfield, Adam and others, 2013. *The Social and Economic Benefits of Women's Ability to Determine Whether and When to have Children*. New York: Guttmacher Institute. Website: guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/social-economic-benefits.pdf, accessed 1 December 2021.
- Stamatakis, Caroline E. and others, 2020. "Sexual Violence Prevalence and Related Pregnancy Among Girls and Young Women: A Multicountry Analysis." *Journal of Interpersonal Violence* July 2020. 37: 3–4.
- Starrs, Ann M. and others, 2018. "Accelerate Progress—Sexual and Reproductive Health and Rights for All: Report of the Guttmacher-Lancet Commission." *Lancet* 391: 2642–2692.
- Stats SL (Statistics Sierra Leone) and ICF, 2020. *Sierra Leone Demographic and Health Survey 2019*. Freetown, Sierra Leone, and Rockville, Maryland, USA: Stats SL and ICF.
- Steinberg, Julia R. and others, 2020. "Psychosocial Factors Associated with Postpartum Contraceptive Method Use after an Unintended Pregnancy." *Obstetrics & Gynecology* 135(4): 821–831.
- Sully, Elizabeth A. and others, 2020. *Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019*. New York: Guttmacher Institute. Website: guttmacher.org/report/adding-it-up-investing-in-sexual-reproductive-health-2019, accessed 28 November 2021.
- Suttie, David, 2019. *Overview: Rural Poverty in Developing Countries: Issues, Policies and Challenges*. International Fund for Agricultural Development (IFAD). Website: un.org/development/desa/dspd/wp-content/uploads/sites/22/2019/03/Rural-poverty-EGM_IFAD-overview.pdf, accessed 16 November 2021.
- Svoboda, Elizabeth, 2020. "Better Birth Control." *Nature* 588: S166–S167.
- Tarzia, Laura and Kelsey Hegarty, 2021. "A Conceptual Re-Evaluation of Reproductive Coercion: Centring Intent, Fear and Control." *Reproductive Health* 18(1): 87.
- Taylor, Diana and Evelyn Angel James, 2012. "Risks of Being Sexual in Midlife: What We Don't Know Can Hurt Us." *The Female Patient* 37: 17–20.
- Thiel de Bocanegra, Heike and others, 2010. "Birth Control Sabotage and Forced Sex: Experiences Reported by Women in Domestic Violence Shelters." *Violence Against Women* 16: 601–612.
- Thirumalai, Arthi and John K. Amory, 2021. "Emerging Approaches to Male Contraception." *Fertility and Sterility* 115(6): 1369–1376.
- Thomas, Adam, 2012. "Policy Solutions for Preventing Unplanned Pregnancy." Washington DC: Brookings Institution. Website: brookings.edu/research/policy-solutions-for-preventing-unplanned-pregnancy/, accessed 1 December 2021.

- Tran, Nguyen Toan and others, 2021. "Strengthening Health Systems in Humanitarian Settings: Multi-Stakeholder Insights on Contraception and Postabortion Care Programs in the Democratic Republic of Congo and Somalia." *Frontiers in Global Women's Health* 62
- Tsui, Amy O. and others, 2010. "Family Planning and the Burden of Unintended Pregnancies." *Epidemiologic Reviews* 32(1): 152–174.
- United Nations, Statistics Division, 2022. Global SDG Indicators Database. Website: unstats.un.org/sdgs/dataportal, accessed 3 March 2022.
- United Nations, 2021. *The Sustainable Development Goals Report 2021*. Website: unstats.un.org/sdgs/report/2021/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2021.pdf, accessed 1 December 2021.
- United Nations, 2020. *Conflict-Related Sexual Violence: Report of the United Nations Secretary-General*. Website: undocs.org/en/S/2020/487, accessed 17 November 2021.
- UN CCPR (United Nations Committee on Civil and Political Rights), 2019. "General Comment No. 36: Article 6, Right to Life: Human Rights Committee." CCPR/C/GC/36. Website: [un.org/record/3884724?ln=en](https://www.un.org/record/3884724?ln=en), accessed 26 November 2021.
- UN CEDAW (United Nations Committee on the Elimination of Discrimination against Women), 2017. "General Recommendation No. 35 on Gender-Based Violence Against Women, Updating General Recommendation No. 19." Website: [digitallibrary.un.org/record/1305057?ln=en](https://www.un.org/record/1305057?ln=en), accessed 25 November 2021.
- 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)." Website: [digitallibrary.un.org/record/832961?ln=en](https://www.un.org/record/832961?ln=en), accessed 25 November 2021.
- 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)." Website: [digitallibrary.un.org/record/425041?ln=en](https://www.un.org/record/425041?ln=en), accessed 25 November 2021.
- 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." Website: [digitallibrary.un.org/record/855544?ln=en](https://www.un.org/record/855544?ln=en), accessed 25 November 2021.
- UN CRC (United Nations Committee on the Rights of the Child), 2003. "General Comment No. 4 (2003): Adolescent Health and Development in the Context of the Convention on the Rights of the Child." Website: [digitallibrary.un.org/record/503074?ln=en](https://www.un.org/record/503074?ln=en), accessed 25 November 2021.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2022. Forthcoming
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2021. Website: <https://www.un.org/development/desa/pd/data/family-planning-indicators> Accessed 3 March 2022.
- United Nations (Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2021a. *World Contraceptive Use 2020* (POP/DB/CP/Rev2020).
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2020. Estimates and Projections of Women of Reproductive Age Who Are Married or in a Union.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2020a. *World Family Planning 2020 Highlights: Accelerating Action to Ensure Universal Access to Family Planning*. (ST/ESA/SER.A/450).
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2019. *World Population Prospects 2019*.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2015. "World Contraceptive Use 2015." Website: [un.org/en/development/desa/population/publications/dataset/contraception/wcu2015.asp](https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/dataset/contraception/wcu2015.asp), accessed 26 November 2021.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2013. *Adolescent Fertility since the International Conference on Population and Development (ICPD) in Cairo*.
- United Nations Statistics Division, 2020. Global SDG Indicators Database.
- UNDP (United Nations Development Programme), 2020. *Human Development Report*. Technical Notes. Website: hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2020_technical_notes.pdf, accessed 15 November 2021.
- UNDP (United Nations Development Programme), 2005. *Investing in Development. A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals*.

- UN ECOSOC (United Nations Economic and Social Council), 1990. "General Comment No. 3: The Nature of States Parties' Obligations (Art. 2, Para. 1, of the Covenant)." Website: tinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=INT%2fCESCR%2fGEC%2f4758&Lang=en, accessed 1 December 2021.
- UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) and others, 2018. *International Technical Guidance on Sexuality Education: An Evidence-Informed Approach*. Website: unesdoc.unesco.org/images/0026/002607/260770e.pdf, accessed 16 November 2021.
- UN ESCWA (United Nations Economic and Social Commission for Western Asia), 2004. "Arab Regional Ten-Year Review and Appraisal of Implementation of the Beijing Platform for Action." Website: un.org/womenwatch/daw/Review/english/documents/ESCWASummaryNationalResponses-English.pdf, accessed 16 December 2021.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2022. *Motherhood in Childhood: The Untold Story*.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2021. "My Body is My Own. Claiming The Right to Autonomy and Self-Determination." *State of World Population 2021*.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2020. Annual report. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2020a. *Ensure Universal Access to Sexual and Reproductive Health and Reproductive Rights: Measuring SDG Target 5.6*. Website: unfpa.org/sdg-5-6, accessed 24 November 2021.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2020b. "Against My Will. Defying the Practices that Harm Women and Girls and Undermine Equality." *State of World Population 2020*.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2020c. *Impact of COVID-19 on Access to Contraceptives in the LAC Region*. Website: lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/technical_report_impact_of_covid_19_in_the_access_to_contraceptives_in_lac_1_2.pdf, accessed 1 December 2021.
- UNFPA (United Nations Population Fund) 2020d. *Technical Note on Gender-Transformative Approaches: A Summary for Practitioners*. Website: unfpa.org/resources/technical-note-gender-transformative-approaches-summary-practitioners, accessed 10 February 2022.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2019. *Sexual and Reproductive Health and Rights An Essential Element of Universal Health Coverage*.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2018. *Women and Young Persons with Disabilities. Guidelines for Providing Rights-Based and Gender-Responsive Services to Address Gender-Based Violence and Sexual and Reproductive Health and Rights for Women and Young Persons with Disabilities*. Website: unfpa.org/featured-publication/women-and-young-persons-disabilities, accessed 7 February 2022.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 1994. "Programme of Action. Adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5–13 September 1994." Website: unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/PoA_en.pdf, accessed 26 November 2021.
- UNFPA (United Nations Population Fund), n.d. *Adolescents and Youth Dashboard – Sierra Leone*. Website: unfpa.org/data/adolescent-youth/SL, accessed 9 February 2022.
- UNFPA (United Nations Population Fund), n.d.a. *World Population Dashboard – Sierra Leone*. Website: unfpa.org/data/world-population/SL, accessed 9 February 2022.
- UNFPA (United Nations Population Fund) El Salvador, 2021. *Llegar a cero embarazos en niñas y adolescentes – Mapa El Salvador 2020*. Website: <https://elsalvador.unfpa.org/es/publications/llegar-cero-embarazos-en-ni%C3%B1as-y-adolescentes-%E2%80%93mapa-el-salvador-2020>, accessed 1 March, 2022.
- United Nations Population Fund, global databases, 2022. Based on official responses to the United Nations 13th and 12th Inquiry among Governments on Population and Development.
- UNFPA (United Nations Population Fund) Sierra Leone, n.d. "Gender-Based Violence." Website: [sierraleone.unfpa.org/en/topics/gender-based-violence-11](http://unfpa.org/en/topics/gender-based-violence-11), accessed 9 February 2022.
- 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 17 November 2021.
- UN General Assembly, 1998. "Rome Statute of the International Criminal Court." Website: [icc-cpi.int/resource-library/documents/rs-eng.pdf](http://resource-library/documents/rs-eng.pdf), accessed 1 December 2021.
- UN General Assembly, 1989. *Convention on the Rights of the Child*. A/RES/44/25. Website: ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx, accessed 17 November 2021.
- 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 15 November 2021.
- UN General Assembly, 1966. *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*. Website: ohchr.org/en/professionalinterest/pages/cescr.aspx, accessed 17 November 2021.

- UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2012. "Report of the Special Rapporteur on Violence Against Women, Its Causes and Consequences, Rashida Manjoo." A/HRC/20/16. Website: ohchr.org/Documents/Issues/Women/A.HRC.20.16_En.pdf, accessed 18 December 2021.
- UN Women, 2021. *Beyond COVID-19: A Feminist Plan for Sustainability and Social Justice*. Website: unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/Library/Publications/2021/Feminist-plan-for-sustainability-and-social-justice-en.pdf, accessed 1 December 2021.
- UN Women, 2012. *Facts & Figures: Rural Women and the Millennium Development Goals*. Website: <https://www.un.org/womenwatch/feature/ruralwomen/facts-figures.html>, accessed 1 December 2021.
- Utomo, Budi and others, 2021. "The Impact of Family Planning on Maternal Mortality in Indonesia: What Future Contribution can be Expected?" *Population Health Metrics* 19: 2.
- Vanden Broek, Jana and others, 2016. "Antenatal Care Use in Urban Areas in Two European Countries: Predisposing, Enabling and Pregnancy-Related Determinants in Belgium and The Netherlands." *BMC Health Services Research* 16: 337.
- Vlassoff and others, 2018. Economic impact of unsafe abortion-related morbidity and mortality: evidence and estimation challenges. Brighton, Institute of Development Studies (IDS Research Reports 59).
- Vu, Alexander and others, 2014. "The Prevalence of Sexual Violence among Female Refugees in Complex Humanitarian Emergencies: A Systematic Review and Meta-Analysis." *PLOS Currents Disasters*. Edition 1, doi: 10.1371/currents.dis.835f10778fd80ae031aac12d3b533ca7.
- Wellings, Kaye and others, 2013. "The Prevalence of Unplanned Pregnancy and Associated Factors in Britain: Findings from the Third National Survey Of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3)." *Lancet* 382(9907): 1807–1816.
- Westhoff, Charles F., 2010. *Desired Number of Children: 2000–2008*. DHS Comparative Reports No. 25. Calverton, Maryland: ICF Macro.
- White, Kari and others, 2015. "Contraception after Delivery and Short Interpregnancy Intervals Among Women in the United States." *Obstetrics & Gynecology* 125: 1471–1477.
- White Ribbon Alliance, 2019. *What Women Want: Demands for Quality Reproductive and Maternal Healthcare from Women and Girls*. Website: whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2019/06/What-Women-Want_Global-Results.pdf, accessed 24 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2021. WHO Guideline on Self-Care Interventions for Health and Well-Being. Website: who.int/publications/i/item/9789240030909, accessed 18 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2021a. "Infant and Young Child Feeding: Key Facts." Website: who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding, accessed 18 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2020. "Preventing Unsafe Abortion: Key Facts." Website: who.int/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion, accessed 15 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2020a. "Pulse Survey on Continuity of Essential Health Services during the COVID-19 Pandemic: Interim Report, 27 August 2020." Website: who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS_continuity-survey-2020.1, accessed 24 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2020b. "Adolescent Pregnancy: Key Facts." Website: who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy, accessed 18 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2020c. "Family Planning/Contraception Methods: Key Facts." Website: who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception, accessed 15 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2019. "Global Health Estimates: Life Expectancy and Leading Causes of Death and Disability." Website: who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates, accessed 27 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2019a. *Breaking Barriers. Towards More Gender-Responsive and Equitable Health Systems*. Website: who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/gender_gmr_2019.pdf, accessed 1 December 2021.
- WHO (World Health Organization), 2019b. "High Rates of Unintended Pregnancies Linked to Gaps in Family Planning Services: New WHO Study." Geneva: WHO. Website: who.int/news/item/25-10-2019-high-rates-of-unintended-pregnancies-linked-to-gaps-in-family-planning-services-new-who-study, accessed 1 December 2021.
- WHO (World Health Organization), 2019c. *RESPECT Women: Preventing Violence Against Women*. WHO/RHR/18.19. Geneva: WHO. Website: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312261/WHO-RHR-18.19-eng.pdf?ua=1
- WHO (World Health Organization), 2018. *Family Planning. A Global Handbook for Providers*. Geneva: WHO. Website: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260156/9780999203705-eng.pdf, accessed 26 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2017. Unpublished report.

- WHO (World Health Organization), 2016. "WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience." Geneva: WHO. Website: who.int/publications/i/item/9789241549912, accessed 18 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2015. "Safe Abortion: Technical & Policy Guidance for Health Systems." Geneva: WHO. Website: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/173586/WHO_RHR_15.04_eng.pdf, accessed 18 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2014. "Ensuring Human Rights in the Provision of Contraceptive Information and Services: Guidance and Recommendations." Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization), 2007. *Report of a WHO Technical Consultation on Birth Spacing. Geneva, Switzerland, 13–15 June 2005*. WHO/RHR/07.1. Geneva: WHO. Website: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69855/?sequence=1, accessed 25 November 2021.
- WHO (World Health Organization) and others, 2019. "Trends in Maternal Mortality: 2000 to 2017." Geneva: WHO. Website: data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT, accessed 15 November 2021.
- Wilcox, Allen J. and others, 2001. "Likelihood of Conception with a Single Act of Intercourse: Providing Benchmark Rates for Assessment of Post-Coital Contraceptives." *Contraception* 63(4): 211–215.
- Women's Refugee Commission and others, 2012. *Adolescent Sexual and Reproductive Health Programs in Humanitarian Settings: An In-Depth Look at Family Planning Services*. New York: Women's Refugee Commission. Website: unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/AAASRH_good_practice_documentation_English_FINAL.pdf
- Wondemagegn, Amsalu Taye and others, 2018. "The Effect of Antenatal Care Follow-Up on Neonatal Health Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis." *Public Health Reviews* 39: 33.
- World Bank, 2021. *Gender Indicator Report: Women Who Believe A Husband Is Justified In Beating His Wife When She Refuses Sex With Him*. Databank: Gender Statistics. Website: data.worldbank.org/indicator/SG.VAW.ARGU.ZS, accessed 20 October 2021.
- World Bank, 2021a. *Women, Business and the Law, 2021*. Washington, DC: World Bank. Website: worldbank.org/content/dam/sites/wbl/documents/2021/02/WBL2021_ENG_v2.pdf, accessed 1 December 2021.
- Xu, Fujie and others, 2010. "Women Who Have Sex With Women in the United States: Prevalence, Sexual Behavior and Prevalence of Herpes Simplex Virus Type 2 Infection – Results From National Health and Nutrition Examination Survey 2001–2006." *Sexually Transmitted Diseases* 37(7): 407–413.
- Yazdkhasti, Mansureh and others, 2015. "Unintended Pregnancy and Its Adverse Social and Economic Consequences on Health System: A Narrative Review Article." *Iranian Journal of Public Health* 44(1): 12–21.
- Zhou, Jacy and others, 2020. "Systematic Review of Early Abortion Services in Low- and Middle-Income Country Primary Care: Potential for Reverse Innovation and Application in the UK Context." *Globalization and Health* 16: 91.
- Zuniga, Carmela and others, 2020. "The Impacts of Contraceptive Stock-Outs on Users, Providers, and Facilities: A Systematic Literature Review." *Global Public Health* 2020 doi: 10.1080/17441692.2020.1850829, online ahead of print.

يحتوي العمل الفني الأصلي على صور من مصوّرين متعددين. وتشمل الرسوم المركّبة والأعمال الفنية صوراً من المصادر التالية:

- AllGo** على **Unsplash**: الصفحة 36
- Christina @ wocintechchat.com** على **Unsplash**: الصفحة 37
- Eye for Ebony** على **Unsplash**: الصفحة 36
- Faisal Hijjaz** من **Pexels**: الصفحة 66
- HoneyYanibel Minaya Cruz** على **Unsplash**: الصفحة 11
- Ian Kiragu** على **Unsplash**: الصفحة 36
- Irene Strong** على **Unsplash**: الصفحة 40، 90-91
- JESHOTS** على **Unsplash**: الصفحة 36، 37
- Jessica Felicio** على **Unsplash**: الصفحة 14، 15، 18-19
- Joanna Nix-Walkup** على **Unsplash**: الصفحة 36
- Joshua Hanson** على **Unsplash**: الصفحة 36
- Juan Encalada** على **Unsplash**: الصفحة 40، 90-91
- Kimson Doan** على **Unsplash**: الصفحة 36، 37
- Manuel Lino**: الصفحة 8-9، 18-19، 36-37، 40، 57، 66-67، 90-91، 97، 106-107، 118، الغلاف
- Mateus Campos Felipe** على **Unsplash**: الصفحة 36
- Mathilda Khoo** على **Unsplash**: الصفحة 37
- Mustafa Omar** على **Unsplash**: الصفحة 8-9، 19، 114، 115
- Olha Ivanova** على **Unsplash**: الصفحة 97، 90-91، الغلاف
- Panitan Punpuang** على **Unsplash**: الصفحة 36
- Pariz Borgohain** على **Unsplash**: الصفحة 37
- Rachel Mcdermott on** على **Unsplash**: الصفحة 36، 36
- Taylor Hernandez** على **Unsplash**: الصفحة 36
- @UNFPA/Roger Anis**: الصفحة 8، 37
- @UNFPA/Sima Diab**: الصفحة 95
- Vitor Camilo** على **Unsplash**: الصفحة 36
- Vgajic** على **iStock**: الصفحة 106

ISSN 2520-2154
ISBN 978-92-1-001503-5

مطبوع على ورق معاد تدويره.



ضمان تمتع الجميع بالحقوق والخيارات

United Nations Population Fund
Third Avenue 605
New York, NY 10158
Tel. +1 212-297-5000
www.unfpa.org
UNFPA@