

حقائق الحياة

الحياة الجنسية
والصحة الإيجابية للشباب في
منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا

كتبه: فرزانة رودي فهيمي وشيرين الفقي

يلقي هذا التقرير نظرة على الشباب في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا والتحديات التي يواجهونها في الانتقال إلى فترة الرشد. وخاصة صحتهم الجنسية والإنجابية. وهذا التقرير متوفر على الرابط www.prb.org/Reports/2011/facts-of-life.aspx.

حول المكتب المرجعي للسكان

يقوم المكتب المرجعي للسكان بتوعية الأشخاص في جميع أنحاء العالم حول السكان والصحة والبيئة وتمكينهم من استخدام هذه المعلومات في تحسين رفاهية الأجيال الحالية والمستقبلية.

ويقوم برنامج الشرق الأوسط وشمال أفريقيا التابع للمكتب المرجعي للسكان الذي بدأ عام ٢٠٠١، بتمويل من مكتب مؤسسة فورد في القاهرة، بالاستجابة لحاجات المنطقة لمعلومات معاصرة وموضوعية عن السكان والشؤون الاجتماعية والاقتصادية بالصحة الإنجابية. ويستكشف البرنامج العلاقات بين هذه المواضيع ويقدم توصيات لسياسات وبرامج مبنية على الدليل. وينتج الفريق، الذي يعمل على نحو وثيق مع المنظمات البحثية في المنطقة، سلسلة من موجزات السياسات والتقارير (بالإنجليزية والعربية) حول موضوعات التنمية والسكان الحالية ويعقد ورش عمل حول الاتصال في مجال السياسات ويقدم عروضاً في المؤتمرات الإقليمية والدولية.

شكر وتقدير

فرزانه رودى فهيمي هي مديرة برنامج الشرق الأوسط وشمال إفريقيا في المكتب المرجعي للسكان. **شيرين القفي** هي كاتبة ومذيعة وأكاديمية ونائب رئيس اللجنة العالمية المعنية بفيروس نقص المناعة البشرية والقانون - ممثلة للمنطقة العربية. وتقدم بشكر خاص للعديد من الأشخاص الذين ساهموا في هذا التقرير أو قاموا بمراجعته وقدموا تعليقات مفيدة: مدوح وهبة من الجمعية المصرية لصحة الأسرة وكذلك رولا ياسمين من الجامعة الأمريكية في بيروت ووسيم عمارة (من تونس) ورنا خلف (من سوريا)، وجميعهم زملاء في Y-PEER PETRI في صندوق الأمم المتحدة للسكان في الجامعة الأمريكية ببيروت خلال الفترة من ٢٠٠٩ إلى ٢٠١٠. ومواهب المويلحي وأحمد عوض الله من جمعية القاهرة لتنظيم الأسرة والتنمية ومنتصر كمال من مكتب مؤسسة فورد في القاهرة ولوري أشفوردي الاستشارية المستقلة وجاي جربيل نائب رئيس البرامج الدولية في المكتب المرجعي للسكان.

وقد قام مكتب مؤسسة فورد في القاهرة بتمويل هذا العمل، والمبادرة الإلكترونية للصحة الإنجابية بالعربية التابعة لهيئة جينيوتي للمشاريع الصحية بتمويل ترجمة هذا الكتيب، والمكتب المرجعي للسكان بتمويل تكاليف الطباعة.

© 2011، المكتب المرجعي للسكان. جميع الحقوق محفوظة.



www.prb.org
المكتب المرجعي للسكان

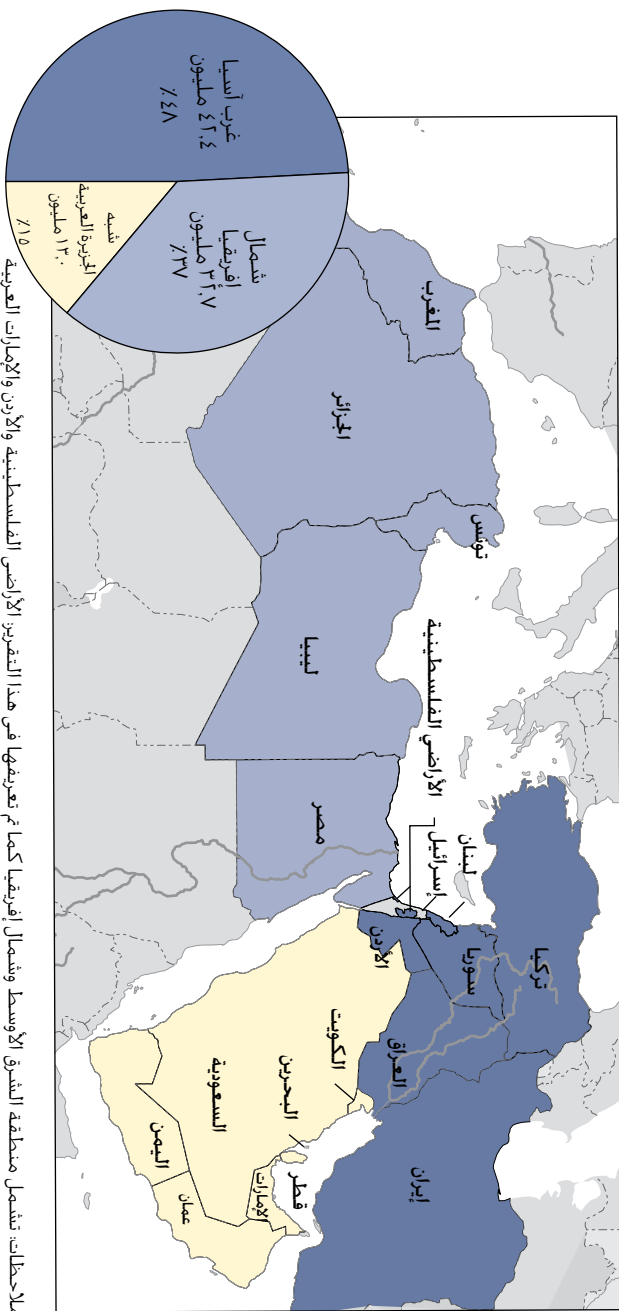
هاتف ١١٠٠ ٤٨٣ ٢٠٢ +١
فاكس ٣٩٣ ٣٢٨ ٢٠٢ +١
بريد الإلكتروني popref@prb.org

1875 Connecticut Ave., NW
Suite 520
Washington, DC 20009 USA

جدول المحتويات

٣	الفصل ١ كسر جدار الصمت حول الجنسانية للشباب
٧	الفصل ٢ خصائص شريحة الشباب في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا
١٧	الفصل ٣ الصورة الشاملة: سياسات حول الصحة الجنسية والإيجابية للشباب
٢٣	الفصل ٤ عالقون بين البيولوجيا والمجتمع: معرفة الشباب وأجاءاتهم وسلوكهم الجنسي
٢٩	الفصل ٥ المواجهة والصراحة: تثقيف الشباب حول الصحة الجنسية والإيجابية
٣٩	الفصل ٦ سد الفجوة: التوسع في خدمات الصحة الجنسية والإيجابية
٥٥	ملحق ١ بيانات حسب الدولة
٦٣	ملحق ٢ المصطلحات
٦٩	ملحق ٣ مصادر المعلومات

توزيع السكان من الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ٢٤ سنة في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، ٢٠١٠



ملاحظات: تشمل منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا كما تم تعريفها في هذا التقرير الأراضي الفلسطينية والأردن والإمارات العربية المتحدة واليمن والسعودية والكويت وعمان وقطر والبحرين وتركيا وتونس الجزائر والسعودية وليبيا ومصر واليمن واليمن. بعض حدود الدول المعروضة غير محددة أو محل نزاع.

المصدر: (١) United Nations Population Division, *World Population Prospects: The 2010 Revision* (New York: United Nations, 2011).

١ كسر جدار الصمت حول الجنسية للشباب

النقاط الرئيسية

- الشباب مستعدون جسدياً لبدء النشاط الجنسي ولكنهم كثيراً ما يفتقرون إلى المعلومات والخدمات المطلوبة لحماية صحتهم الجنسية والإيجابية.
- توفر الاتفاقيات الدولية المساندة لتحديد احتياجات الشباب في مجال الصحة الجنسية والإيجابية والتعامل معها.
- يعتمد مدى تحقيق الشباب لكامل إمكاناتهم على مدى تكيف الحكومات والمجتمعات المدنية لتلبية متطلبات الشباب، بما في ذلك صحتهم الجنسية والإيجابية.

يتراوح سن واحد من كل خمسة أشخاص يعيشون في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، أو ما يقرب من ٩٠ مليون شخص في عام ٢٠١٠، بين ١٥ و٢٤ عاماً، وهي مجموعة ديموجرافية تسوى "الشباب" (راجع الخريطة، صفحة ٢). وبما أن هؤلاء الشباب لم يعودوا أطفالاً، ولكنهم ليسوا بالغين مستقلين بعد، فهم في منعطف حرج في حياتهم. حيث تكون الغالبية العظمى مستعدة جسدياً لبدء النشاط الجنسي، مما يجعل من حرج تقديم المعلومات السليمة والخدمات سهلة المنال لهم لحماية صحتهم الجنسية والإيجابية (راجع إطار ١، صفحة ٤). ومع ذلك فكثيراً ما يتم استبعاد الصحة الجنسية والإيجابية للشباب من برامج عمل الصحة والتنمية في بعض البلاد، ولا سيما في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا.

وتختلف حياة الشباب في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا اليوم اختلافاً جذرياً عن حياة آبائهم. ففي الماضي كان الانتقال من الطفولة إلى الرشد يتم بغتة من خلال الزواج المبكر والإيجاب. ولكن اليوم يظل الشباب والفتيات في المدارس لفترة أطول ويتزوجون في وقت متأخر. ومع بدء البلوغ مبكراً، وبصورة أساسية بسبب التغذية الأفضل، يصل الشباب الآن إلى النضج الجنسي قبل وقت طويل من تمكنهم من ممارسة الجنس بأسلوب مقبول اجتماعياً، أي من خلال الزواج الرسمي. وخلال هذه الفترة الطويلة للمراهقة، قد يقيم الشباب علاقات جنسية قبل الزواج، مما يُعَرِّضهم لمخاطر الأمراض المنقولة جنسياً وحالات الحمل غير المرغوب والإجهاض غير الآمن وغيرها من المشكلات التي تنتج بصورة كبيرة عن الأنشطة الخفية.

تعريف الحقوق والصحة الجنسية والإنجابية

له لم تحدد "الحقوق الجنسية" بشكل واضح. وفي عام ٢٠٠٢ قامت مجموعة عمل استشارية بدعم من منظمة الصحة العالمية والرابطة العالمية لعلم الجنس بالتطرق لهذا الموضوع الحساس. وأعلنت أن:

"الحقوق الجنسية تشمل حقوق الإنسان المعترف بها بالفعل في القوانين الوطنية والوثائق الدولية لحقوق الإنسان وغيرها من البيانات المتعارف عليها. وهذه الحقوق تشمل حق جميع الأشخاص بدون إكراه وتمييز وعنف في:

- أعلى مستوى ممكن من الصحة الجنسية، بما في ذلك إتاحة خدمات رعاية الصحة الجنسية والإنجابية.
- التماس المعلومات المتعلقة بالجنسانية وتلقيها ونقلها.
- التثقيف الجنسي.
- احترام السلامة البدنية.
- اختيار الشريك.
- اتخاذ القرار لأن يكونوا نشطاء جنسياً أم لا.
- العلاقات الجنسية الرضائية.
- الزواج الرضائي.
- اتخاذ القرار حول إنجاب، أو عدم إنجاب، الأطفال ووقت إنجابهم.
- السعي للحصول على حياة جنسية مرضية وأمنة وممتعة.

وتتطلب الممارسة المسؤولة لحقوق الإنسان أن يحترم جميع الأشخاص حقوق الآخرين".

المصادر: United Nations, Programme of Action Adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994 (New York: UNFPA, 1995); and World Health Organization, *Defining Sexual Health: Report of a Technical Consultation on Sexual Health*, 28-31 January 2002 Geneva (Geneva: World Health Organization, 2006).

فتح المؤتمر العالمي للسكان والتنمية الذي عقد في القاهرة عام ١٩٩٤ آفاقاً جديدة في تطوير فهم مشترك للصحة الإنجابية. وقد عرف برنامج عمل المؤتمر الصحة الإنجابية بأنها: "حالة المعافاة الكاملة جسدياً ونفسياً واجتماعياً في كل الأمور المتعلقة بالإنجاب، بما في ذلك الصحة الجنسية. وعلى ذلك فإن الصحة الإنجابية تعني ضمناً أن الأشخاص قادرون على الحصول على حياة جنسية مرضية وأمنة وأن لديهم القدرة على الإنجاب وحرية اتخاذ القرار في تحديد وقته وعدد مراته". (الفقرة ٧.٢)

وبناء على هذا التعريف فقد أتفق على أن تشمل رعاية الصحة الإنجابية التالي:

- معلومات وخدمات تنظيم الأسرة.
- خدمات الحمل الآمن والولادة الآمنة.
- رعاية ما بعد الإجهاض.
- الإجهاض عندما لا يكون ضد القانون.
- الوقاية والعلاج من الأمراض المنقولة جنسياً، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية.
- علاج التهابات الجهاز الإنجابي.
- المعلومات والمشورة حول الجنسية والصحة الإنجابية والوالدية المسؤولة

كما دعا البرنامج أيضاً إلى القضاء على الممارسات الضارة مثل ختان الإناث والزواج القسري. كما دعا إلى توجيه المزيد من الانتباه إلى الرجال كشركاء في الصحة الإنجابية، وإلى احترام الرجال لحق المرأة في تقرير مصيرها ومشاركة المسؤولية في الأمور المتعلقة بالجنسانية والإنجاب.

وبينما تناول المؤتمر العالمي للسكان والتنمية "الحقوق الإنجابية"، إلا أن اجتماع القاهرة أو اجتماعات المتابعة

وعلى الطرف الآخر من الطيف، لا يزال هناك عدد كبير من الفتيات في بعض البلاد والمجتمعات يتزوجن في سن صغيرة. وبالرغم من أن هذه العلاقات تكون علنية، إلا أنها أيضاً تمثل مخاطر كبيرة على صحة الفتيات وسلامتهن، سواء وقت الزواج أو طوال حياتهن.

ومثل أي جانب آخر من جوانب الحياة، يتشكل سلوك الصحة الجنسية والإيجابية لدى الشباب من خلال السياق الاقتصادي والاجتماعي والثقافي الذي ينشئون فيه، ويشمل ذلك القوى المؤثرة مثل الدين والتقاليد التي تحدد أدوار الجنسين وتعرّف المحظورات. ويؤثر الآباء والأسر بصورة كبيرة في سلوك الأبناء من خلال فرض هذه القواعد الاجتماعية. ولكن في نفس الوقت، فإن العولمة تدخل بعداً جديداً على حياة الأشخاص وخاصة الشباب الذين يتمتعون بقدرة هائلة على تعلم الاتجاهات والتكنولوجيا الحديثة وقبولها. فبنقرة زر ومهما كانت الظروف، فإن شبكة الإنترنت والأقمار الصناعية تعرّض المستخدمين لعالم من الأفكار والمعلومات تتخطى مجتمعاتهم المباشرة. وفي هذه الأيام يجب على شباب اليوم الإبحار في عالمين في نفس الوقت - المحلي والعالمي، وغالباً ما يجدون أنهما متعارضان.

وقد ظهرت قدرة الشباب على إنتاج واستهلاك الإعلام الحديث بوضوح في الثورات التي اكتسحت العالم العربي عام (٢٠١١) - وهي تقلبات سياسية تم تحفيزها من قبل الشباب وقوة تكنولوجيات المعلومات. ونظراً لفشل الحكومات في العديد من الدول في الحد من الوصول إلى الإنترنت أثناء هذه الأحداث لقمع المعارضة، فقد يكون من الأفضل أن تقوم دول الشرق الأوسط وشمال إفريقيا بتمكين الشباب من استخدام تكنولوجيات المعلومات الجديدة بطرق إيجابية، خاصة عندما يتعلق الأمر بحماية صحتهم.

بالإضافة إلى ذلك، تُمكن توقعات الديمقراطية وزيادة المشاركة في المجتمع المدني في العديد من الدول في المنطقة هذا الجيل من الشباب من المشاركة أكثر من أي وقت مضى في صناعة القرار المحلي والوطني. ولدى دول الشرق الأوسط وشمال إفريقيا الفرصة لإشراك الشباب من الفتيان والفتيات في الخطط والبرامج الإنمائية والسماح لهم بالتعبير عن احتياجاتهم ومخاوفهم. ويعتبر إشراك الشباب مهماً بشكل خاص عندما يتعلق الأمر بالقضايا المحيطة بصحتهم الجنسية والإيجابية.

وسيؤدي الاستثمار في الشباب ليكونوا بصحة جيدة ولديهم القدرة على الإنتاج إلى تعزيز قدرة البلاد على الازدهار وتحقيق أهدافها التنموية. ويعتمد مدى تحقيق أكبر عدد من الشباب في التاريخ في المنطقة لكامل إمكاناتهم على تكيف الحكومات والمجتمعات المدنية لتلبية احتياجات الشباب - حيث ينبغي على النظم التعليمية أن تمنح الطلاب تعليماً عالي الجودة لإعدادهم للاقتصاد العالمي؛ ويجب على أسواق العمل التوسع لتوفير وظائف للدخول الجدد؛ ويجب على أسواق الإسكان الوفاء بمتطلبات الراغبين في الزواج؛ ويجب على الخدمات الصحية التكيف مع احتياجات الفئات التي تجاهلتها بدرجة كبيرة.

وتقع هذه المطالب في صميم الثورات في أنحاء المنطقة. وسيؤدي الفشل في معالجتها بصورة جوهرية إلى استمرار المزيد من الاضطرابات السياسية والاقتصادية والاجتماعية. وتعتبر الحقوق الجنسية والإيجابية جزءاً لا يتجزأ من التنمية الاجتماعية ويجب إدراجها ضمن أي برنامج منهجي للإصلاح. إلا أن سكان منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، الذين يمتدون من المغرب إلى إيران، يختلفون عن بعضهم بين البلدان المختلفة وداخلها

بصور متباينة - اجتماعياً واقتصادياً وسياسياً - بحيث يجب التعامل مع الصحة الجنسية والإيجابية للشباب حسب السياق الذي يعيشون فيه.

ويلقي هذا التقرير نظرة على الشباب في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا والتحديات التي يواجهونها في الانتقال إلى مرحلة الرشد، وخاصة صحتهم الجنسية والإيجابية - وهو موضوع ذو حساسية ثقافية في مجتمعات الشرق الأوسط وشمال إفريقيا. ويلقي التقرير الضوء على الحاجة الملحة للاعتراف باحتياجات الشباب لمعلومات وخدمات الصحة الجنسية والإيجابية والتعامل معها. ويستطيع عدد قليل من البلاد في المنطقة أن يرقى لمستوى هذا التحدي، لكن هناك الكثير من البلاد التي لا تزال تناضل. ولا يعتبر الفشل في القيام بذلك خسارة لشباب اليوم فحسب، بل للمجتمع ككل لأجيال قادمة.

٢ خصائص شريحة الشباب في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا

النقاط الرئيسية

- السكان الشباب في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا شريحة كبيرة ومتنوعة، مما يؤدي إلى ضرورة فهم الاحتياجات والتحديات الفريدة التي تواجه الشباب في المجتمعات المختلفة.
- الشباب يستمرون في المدارس لفترة أطول، ولكن كثيرين منهم يواجهون فرص ضئيلة للتوظيف وتكاليف معيشة مرتفعة، مما يؤدي إلى رفع سن الزواج الأول.
- مشكلة عدم المساواة بين الجنسين لها جذور متأصلة في أنحاء المنطقة، مما يحد من اختيارات الفتيات وفرصهن.

إن منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا هي ثاني منطقة يوجد بها صغار السن في العالم يعد إفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. نظراً لأن سن أكثر من نصف السكان أقل من ٢٥ عاماً، وداخل منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، تنوع الدول فيما يتعلق بأعداد الشباب ورفاههم الاجتماعي والاقتصادي. ففي العراق وفلسطين واليمن، حيث لا تزال الخصوبة (الولادات لكل سيدة) مرتفعة نسبياً، يبلغ نصف عدد السكان أقل من ٢٠ عاماً (راجع شكل ١، صفحة ٨). ويرتفع متوسط العمر في الدول التي تكون الخصوبة فيها أكثر انخفاضاً، مثل إيران ولبنان وتونس. وفي دول الخليج، يرتفع متوسط العمر جزئياً بسبب العدد الكبير من الرعايا الأجانب الذين يعيشون هناك.

وفي عام ٢٠١٠، وفقاً للأمم المتحدة، كان هناك حوالي ٩٠ مليون شاب تقريباً في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا تتراوح أعمارهم بين ١٥ و٢٤ عاماً، ويعيش أكثر من نصفهم في ٣ دول وهي مصر وإيران وتركيا (راجع ملحق ١، جدول ١). وتعتبر مصر، وهي أكثر دول المنطقة ازدهاراً بالسكان، موطناً لحوالي ١٦ مليون شخص تتراوح أعمارهم بين ١٥ و٢٤ عاماً^١. وفي الطرف الآخر من الطيف، يوجد في البحرين حوالي ١٩٠٠٠٠ شاب فقط ضمن سكانها، وترتفع بين الشباب البحريني بشكل عام نسبة التعليم والحياة في الحضر، بينما يعيش أكثر من نصف شباب مصر في المناطق الريفية، التي يعيش فيها معظم الأميين في البلاد^٢. كما يوجد تباين هائل في الظروف الاقتصادية للشباب في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا. وأكثر الأمثلة تبايناً هو ذلك الموجود في الدول المجاورة في شبه الجزيرة العربية: ففي السعودية كان نصيب الفرد من الدخل في عام ٢٠٠٨ أعلى بعشر مرات من مثيله في اليمن - ٢٢٩٥٠ دولار أمريكي و٢٢١ دولار أمريكي على التوالي (راجع ملحق ١، جدول ٢).

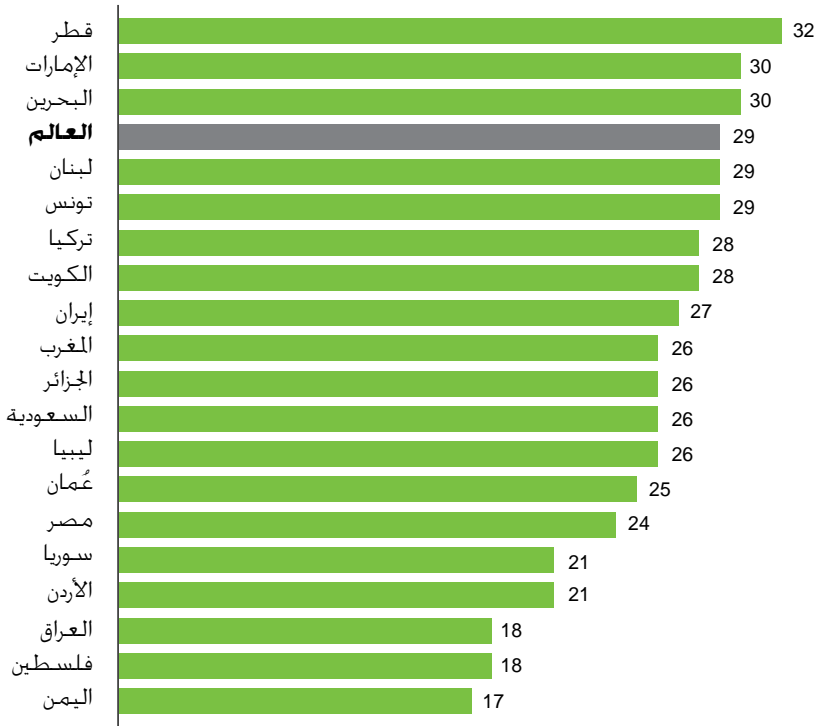
كما أن التنوع الديني والعرقي سائد أيضا بين فئات الشباب بالمنطقة، فعلى سبيل المثال. يعد لبنان موطننا لأكثر من أ طوائف دينية كبرى. كما تحتوي عدة دول أخرى في المنطقة على خليط وافر من المسلمين السنة والشيعة بالإضافة إلى طوائف مسيحية. وبينما يتحدث سكان الشرق الأوسط وشمال إفريقيا اللغة العربية بشكل عام، إلا أن المجموعتين السكانيّتين الكبيرتين في إيران وتركيا تتحدثان الفارسية والتركية على التوالي.

التعليم

يحصل شباب اليوم على مستويات أعلى من التعليم حيث ارتفع الالتحاق بالمدارس ارتفاعاً ملحوظاً في أنحاء المنطقة. ويعتبر التعليم الابتدائي الآن متوفراً للجميع تقريبا. كما اختفت الفجوة بين التحاق الفتية والفتيات بالمدارس الثانوية في معظم الدول (راجع ملحق ١، جدول ٣). وفي عدد من الدول ومنها لبنان وليبيا وفلسطين. فإن نسبة التحاق الشابات في التعليم الثانوي والعالي (الجامعي) أعلى من الشباب. إلا أن معدلات الأمية والتسرب من المدارس لا تزال مرتفعة بين الشباب في بعض الأماكن. فهناك الملايين من الشباب الأميين في المنطقة. يعيش ثلاثة أرباعهم في مصر والعراق والمغرب واليمن. وثلاثا هؤلاء الشباب الأميين من الإناث (راجع الملحق ١، جدول ٤).

شكل ١

متوسط العمر في دول الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، ٢٠١٠



المصدر: United Nations Population Division, *World Population Prospects: The 2010 Revision* (New York: United Nations, 2011).

ويعمل عدد متزايد من البرامج في المجتمعات المحرومة في أنحاء المنطقة لمساعدة الفتيات على الالتحاق والبقاء في المدارس. فعلى سبيل المثال، يقوم برنامج "إشراق" وهو برنامج معروف في مصر بإدراج الفتيات الريفيات المهمشات في بيئة تعليمية آمنة ويحاول تحسين فرصهن التعليمية والصحية والاجتماعية. ويسعى برنامج إشراق تأخير سن الزواج عن طريق تشجيع المواظبة في المدارس الرسمية. ويطبق البرنامج في مراكز الشباب كطريقة لتيسير وصول الفتيات إلى الأماكن العامة وظهورهن في المجتمع. ويركز منهج البرنامج على تعلم القراءة والكتابة ومهارات الحياة مع الاهتمام الخاص بالصحة الإيجابية والمشاركة المدنية والمعلومات حول سبل العيش والرياضة. ويعمل قادة إشراق الذين يدركون الحساسيات التراثية التي تحيط بجهودهم، بحرص مع الآباء والمجتمع المحلي للسماح للفتيات بالمشاركة. ويقوم البرنامج بتعبئة المجتمع المحلي برمته والمساعدة في تمهيد الطريق لبيئة تمهد إلى تغيير اجتماعي.

ويعتبر التعليم أساسياً في سلامة وتعظيم قدرات الفتيات والسيدات لعدة أسباب. حيث يقل احتمال زواج الفتيات اللاتي يلتحقن بالمدرسة وإجابهن في سن صغيرة. كما تتمتعن بفرصة الاندماج في المجتمع والتعرف على قدوة مغايرة من بين المدرسين والأقران. ويشجع التعليم تبني أفكار حديثة حول القضايا الاجتماعية ومعايير النوع الاجتماعي استناداً إلى الحقوق الفردية والمساواة بين الرجال والسيدات. ومع نمو الفتيات، يوفر التعليم لهن أيضاً فرصاً للعمل خارج المنزل والاستقلال الاقتصادي. حيث تنجب السيدات الأعلى تعليماً عدداً أقل من الأطفال بصفة عامة ويزيد احتمال حصولهن على المزيد من الرعاية الصحية لهن ولأطفالهن.

الانتقال من المدرسة إلى العمل

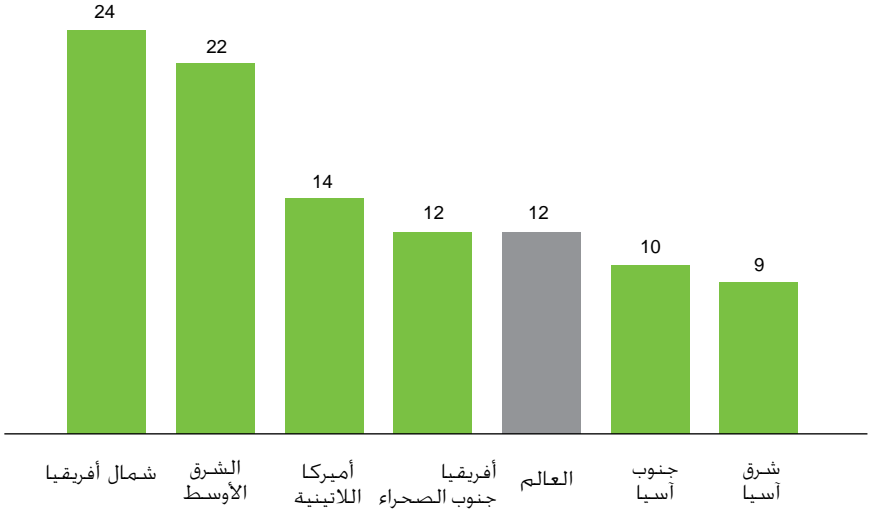
بينما وصل الالتحاق بالتعليم الثانوي والعالي مستويات غير مسبقة لكل من الفتيان والفتيات، إلا أن ذلك لم يترجم إلى معدلات عمالة أكثر أو إلى أجور أعلى لشباب المنطقة. ويرجع ذلك جزئياً إلى أن الأنظمة التعليمية كانت شحيحة الموارد وبدائية وموجهة نحو إعداد الطلاب للخدمة في القطاع العام والذي كان رب العمل الرئيسي للخريجين الجدد ولكنه لم يعد كذلك بعد الآن. ومع تبني اقتصاديات السوق النامية في المنطقة للتكنولوجيات الجديدة وزيادة اندماجها في الاقتصاد العالمي، يزيد الطلب على المهارات الحديثة، مما يجعل أكثر المواد التي تُدرّس في نظم المدارس العامة في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا قديمة. وتُظهر دراسات الانتقال من المدرسة إلى العمل في مصر وسوريا أن الشباب يواجهون تحديات خطيرة في الحصول على وظائف بسبب افتقارهم إلى التعليم المناسب وندرة الوظائف مقارنة بأعداد المشاركين الجدد في سوق الأعمال.

وقد تسببت أسواق العمل الصعبة في أن يعاني شباب منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا من أعلى معدلات البطالة في العالم. حيث كان أكثر من واحد من كل خمسة من شباب الشرق الأوسط وشمال إفريقيا في سوق العمل عام ٢٠٠٨ يبحثون عن وظيفة، وهو ضعف المتوسط العالمي (راجع شكل أ١، صفحة ١٠). بالإضافة إلى ذلك، دائماً ما كان شباب الشرق الأوسط وشمال إفريقيا يعانون من أقل معدل للمشاركة في قوة العمل في العالم (راجع شكل أ٢، صفحة ١٠). ويرجع ذلك من ناحية إلى المشاركة الضعيفة للمرأة في سوق العمل ومن ناحية أخرى إلى الشباب المحبطين - من الذكور والإناث - الذين يتركون سوق العمل أو لا يدخلونه في المقام الأول. وفي المتوسط يدخل ثلث الشباب في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا فقط في قوة العمل مقارنة بنصف عدد الشباب في العالم. وتعتبر فرص الحصول على عمل ضعيفة بالنسبة للشابات اللاتي يزيد احتمال معاناتهن من البطالة عن الشباب.

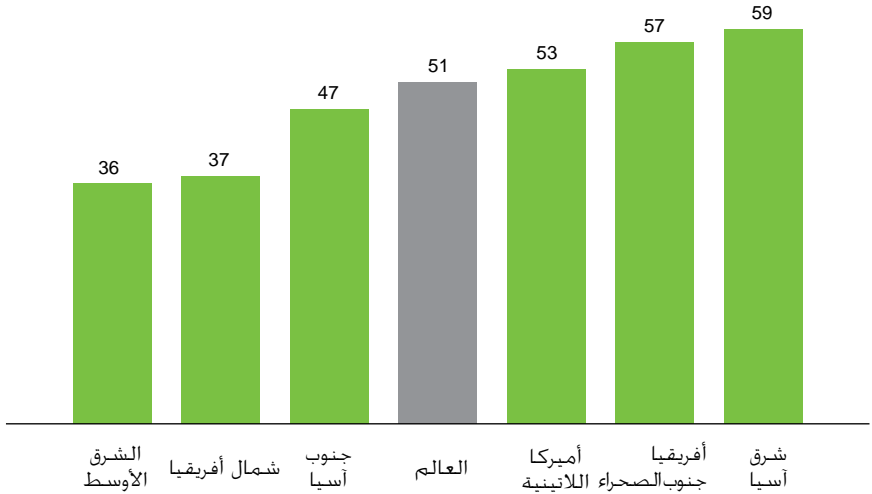
شكل ٢

بطالة الشباب ومعدلات المشاركة في قوة العمل في مناطق مختارة من العالم

أأ النسبة المئوية للشباب بعمر ١٥-٢٤ في قوة العمل الذين يبحثون عن وظيفة، ٢٠٠٨



أب النسبة المئوية للشباب بعمر ١٥-٢٤ الذين يشاركون في قوة العمل* في عام ٢٠٠٨



* الشباب يعملون بوظيفة أو يبحثون عن وظيفة

ملاحظة: تشمل منطقة شمال إفريقيا، كما تعترفها منظمة العمل الدولية، الجزائر ومصر وليبيا والمغرب والسودان وتونس وتشمل منطقة الشرق الأوسط البحرين وإيران والعراق والأردن والكويت ولبنان وعمان وفلسطين وقطر والمملكة العربية السعودية وسوريا والإمارات العربية المتحدة واليمن.

المصدر: International Labour Organization, *Global Employment Trends: January 2010* (Geneva: ILO, 2010); tables A3 and A9.

وفي غياب الدخل الثابت، يفتقر العديد من الشباب إلى رأس المال اللازم للزواج وإعالة أسرة، مما يجعل السياق الوحيد المقبول اجتماعياً للحياة الجنسية والإيجابية بعيد المنال. وحتى الشباب الذين يحصلون على وظائف نادراً ما يكسبون المال الكافي لتحقيق الاكتفاء الذاتي الاقتصادي بسبب الأجور المنخفضة، وبذلك يستمر اعتمادهم على أسرهم ويضع المزيد من القيود على التطور والاستكشاف الجنسي^٥. وتبدو التبعية المالية أكثر وضوحاً في حالة الشابات؛ فعلى سبيل المثال، توصلت إحدى الدراسات القومية حول الشباب التونسي بعمر ١٥ إلى ٢٤ عاماً إلى أن ثلاثة أرباع الفتيات تقريباً وأكثر من ثلث الرجال يعتمدون على أولياء أمورهم في الحصول على مصروف الجيب^٦.

أنماط الزواج المتغيرة

لم يعد الزواج المبكر شائعاً، حيث تتزوج المزيد من النساء في وقت متأخر وقد لا تتزوج بعضهن على الإطلاق، وتعكس أنماط الزواج المتغيرة تغييرات اجتماعية واقتصادية أوسع نطاقاً حدثت في جميع أنحاء المنطقة. حيث يعيش المزيد من الأشخاص في مناطق حضرية ويمارسون أساليب الحياة العصرية. كما أن الشباب يظل في المدارس لفترة أطول ويزيد احتمال عمل الشابات خارج المنزل في وظائف مدفوعة الأجر. وقد زاد العمر عند الزواج الأول بشكل ملحوظ في ليبيا وتونس، إذ تبلغ نسبة الشابات بعمر ١٥ إلى ١٩ سنة المتزوجات ١٪ فقط هذه الأيام (راجع ملحق ١، جدول ٥). وفي تونس تتزوج النساء في المتوسط في سن ٢٧ والرجال في سن ٣٢.

وبالرغم من الاتجاه العام نحو الزواج المتأخر، لا يزال الزواج المبكر شائعاً لدى بعض المجموعات، وتلعب القيم التقليدية المتعلقة بحماية عذرية الفتيات وشرف العائلة إلى جانب اقتصاديات الأسرة دوراً كبيراً في قرارات بعض الأسر بترتيب زيجات لبناتهم في سن مبكرة. وينتشر الزواج المبكر بصورة أوضح في مصر والعراق وإيران والمغرب وسوريا واليمن. وقد أظهر المسح البحثي للنشء في مصر عام ٢٠٠٩ أن ١٢٪ من الشابات المصريات بعمر ١٥ إلى ١٧ سنة مخطوبات وأن نسبة ٢٪ أخرى منهن متزوجات بالفعل. وكذلك فإن ٢٨٪ من النساء بعمر ١٨ إلى ٢٤ سنة متزوجات و ١٤٪ مخطوبات^٧. وقد حدث تغيير في القانون في مصر عام ٢٠٠٨ وبمقتضاه أصبح من غير القانوني الزواج قبل سن ١٨ سنة. وفي اليمن حيث لا يزال زواج الأطفال - الزواج قبل سن ١٨ سنة - منتشرًا، لا تزال ناشطات حقوق المرأة وحقوق الإنسان يضغطن على البرلمان لتمرير هذا القانون^٨.

ويؤدي الزواج المبكر بشكل عام إلى الإيجاب المبكر، إذ تشجع الثقافة والتقاليد السيدات المتزوجات حديثاً على الحمل في أسرع وقت ممكن. ووفقاً للمسح الديموجرافي والصحي المصري لعام ٢٠٠٨، فقد بدأت ٢٤٪ من النساء المصريات بعمر ١٩ سنة في الإجاب - أي إما أنهن حوامل أو أُجبن بالفعل. وتقل هذه النسبة في المغرب والأردن، حيث بدأت ١٥٪ و ١٠٪ من السيدات بعمر ١٩ سنة على التوالي في الإجاب. ولكن هذه المتوسطات القومية تخفي حجم الإجاب المبكر لدى بعض المجموعات. ففي مصر، يزيد احتمال بداية السيدات بعمر ١٥ إلى ١٩ سنة في الخمس الأكثر فقراً من السكان في الإجاب بنسبة أكثر من الضعف لدى السيدات في الخمس الأغنى من السكان (راجع شكل ٣، صفحة ١٢). ويمثل الإجاب المبكر خطراً كبيراً على صحة وسلامة الأمهات والأطفال على حد سواء.

أشكال بديلة للزواج

مع زيادة عدد الشباب والفتيات الذين يؤخرون الزواج تظهر قواعد جنسية جديدة وأشكال جديدة للزواج مثل الزواج العرفي في مصر وأجزاء أخرى من المنطقة. وتتم هذه الزيجات لتجنب مصاعب

الزواج التقليدي ولإعطاء العلاقات الجنسية بعض الشرعية الإسلامية. ولكن كثيراً ما يكون الشباب المشاركون في تلك الزيجات على خلاف مع أسرهم والمجتمع ككل بسبب السرية المحيطة بعلاقاتهم. ولأن هذه الزيجات تتم في السرفلا يعرف أحد مدى ممارسة هؤلاء الشباب والفتيات للعلاقات الجنسية خارج نطاق الزيجات التقليدية. وتشير الشواهد المتداولة إلى أن تلك العلاقات، رغم كونها من ممارسات الأقلية، إلا أنها قد تكون في ازدياداً.

جيل في حالة انتظار

في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا يعد الزواج بوابة العبور إلى النضج والمزيد من الاستقلال عن الآباء لأنه من غير المقبول اجتماعياً في معظم المجتمعات أن يعيش الشباب - وخاصة الفتيات - وحدهم قبل الزواج. لذلك يعتبر الزواج وتأسيس أسرة خطوتين أساسيتين في الطريق إلى الاندماج الاجتماعي الكامل. ولكن لا يزال عدد متزايد من الشباب اليوم في العشرينات من العمر وحتى فترة الثلاثينات من العمر غير متزوج. وينبغي على المجتمعات أن تتكيف وتعامل مع احتياجات هذه المجموعة المتزايدة من الشباب لمعلومات وخدمات الصحة الجنسية والإيجابية.

وكتيراً ما يتم ذكر التكاليف المرتفعة للزواج والسكن إلى جانب معدلات البطالة المرتفعة كأسباب لارتفاع سن الزواج في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا. ففي دول مثل مصر ودول الخليج الغنية بالبتترول، يشكل الزواج عبئاً اقتصادياً كبيراً على الأسر، حيث تحتاج إلى تمويل احتفالات مكلّفة ومهور ومجوهرات ومسكن وأثاث. ويأتي التحليل الأكثر شمولاً لتكاليف الزواج وتأثيرها على توقيت الزواج من مصر، حيث يُظهر أحدث مسح للشباب أن متوسط

شكل ٣

النسبة المئوية للشابات في سن ١٥-١٩ اللاتي أنجبن بالفعل أو في حالة حمل، حسب الخمس الممثل للثروة في دول مختارة



ملاحظة: تم إنشاء الأعماس الممثلة للثروة (خمس مجموعات ذات أحجام متساوية) باستخدام مؤشر الأصول المنزلية. ويظهر هنا الخمس الأول والثالث والخامس.

المصادر: Fatma El-Zanaty and Ann Way, *Egypt Demographic and Health Survey 2008* (Cairo: Ministry of Health, El-Zanaty and Associates, and ICF Macro, 2009); Ministère de la Santé DPRF/DPE/SEIS, ORC Macro, and Project PAFAM, *Morocco Demographic and Health Survey 2003-04, Final Report* (in French) (Rabat, Morocco: Ministère de la Santé DPRF/ DPE/SEIS, 2005); and Jordan Department of Statistics and ICF Macro, *Jordan Population and Family Health Survey 2009* (Calverton, MD: ICF Macro, 2010).

تكلفة الزواج بالنسبة للذين تزوجوا في العقد الماضي بلغ حوالي ٣٥٠٠٠ جنيهًا (حوالي ٦٤٠٠ دولار أمريكي عام ٢٠٠٩)، غير شامل المسكن. وهو عادة ما يكون أهم جزء في تكاليف الزواج (١٠). كما يُظهر المسح أيضاً أن الأسر الغنية تصرف في المتوسط ثلاثة أضعاف المبلغ الذي تنفقه الأسر الأكثر فقراً على الزواج (راجع شكل ٤).

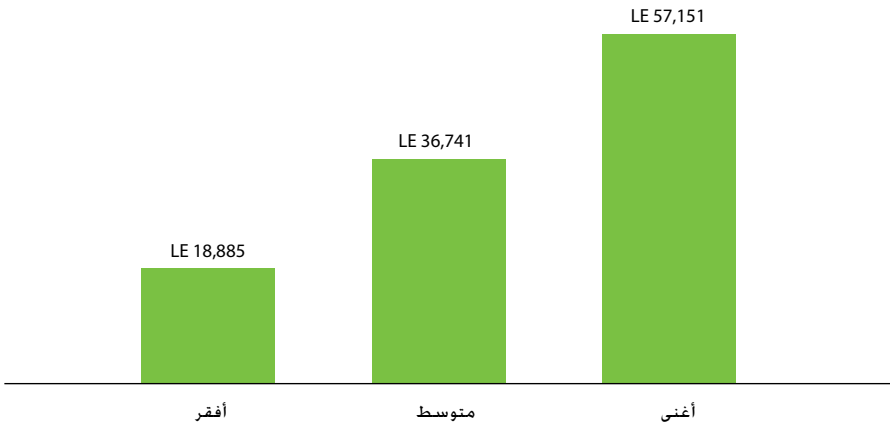
ويعيش كل الشباب في مصر تقريباً مع آبائهم حتى الزواج، ويُنتظر من الآباء تولي إتمام أبنائهم وملبسهم ومسكنهم حتى يتزوجوا. كما يُنتظر من الآباء أيضاً دفع الجزء الأكبر من تكاليف الزواج. وفي الزيجة المصرية المعتادة، تساهم كلا من أسرتا العروس والعريس بالإضافة إلى العريس نفسه بثالث التكلفة. وبالنسبة للعريس الذي يعيش في المناطق الحضرية وينتمي إلى الطبقات الراقية، فإن الجزء الخاص به يصل إلى ٥٢ شهراً من دخله في المتوسط. مقارنة بـ ٢٤ شهراً للذي يعيش في مناطق ريفية وذلك وفقاً لإحدى الدراسات^{١١}. وتري هذه الدراسة أن زواج الأقارب يقلل من العبء المالي بنحو ٢٥٪. وتفسر هذه المزايا الاقتصادية جزئياً الإصرار على زواج الأقارب في مصر (ربع كافة الزيجات). بالرغم من المخاطر الصحية المعروفة التي يتعرض لها أبناء تلك الزيجات وعلى الرغم من الفرص الأكبر المتاحة أمام الشباب اليوم لمقابلة أزواج محتملين خارج شبكة الأسرة^{١٢}.

عدم المساواة بين الجنسين

تُعرّف منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا بأدوار الجنسين المتزمتة - وهي الأدوار الاجتماعية التي يتم إسنادها إلى الرجال والسيدات - وهذا مما يضيف إلى التحديات التي تواجه الشباب. وقد أدى عدم المساواة بين الجنسين إلى الاستمرار في التقاليد الضارة مثل ختان الإناث (المعروف أيضاً بالبتن التناسلي للإناث)، الذي ينطوي على إزالة جزء من الأعضاء التناسلية للإناث أو كلها.

شكل ٤

متوسط تكلفة الزواج (بالجنيه المصري)، غير شامل المسكن للشباب المصريين المتزوجين تحت سن ٣٠ سنة عام ٢٠٠٩ حسب الخمس الممثل للثروة



ملاحظة: تم إنشاء الأحماس الممنلة للثروة (خمسة مجموعات ذات أحجام متساوية) باستخدام مؤشر الأصول المنزلية. ويظهر هنا الخمس الأول والثالث والخامس. (دولار أمريكي واحد يساوي حوالي ٥.٥ جنيه مصري عام ٢٠٠٩).

المصدر: Population Council, Survey of Young People in Egypt, Final Report, 2010 (Cairo: Population Council, 2010).

وختان الإناث ليس له أي مبرر طبي أو ديني. ومثل ختان الإناث، وهو ممارسة تراثية تجعل الفتيات "صالحات للزواج". خطورة على الصحة البدنية والعقلية للفتيات وانتهاكا لحقوقهن في السلامة البدنية. وبينما لا تتم هذه الممارسة في معظم أنحاء الشرق الأوسط وشمال إفريقيا وتراجع لدى بعض الشعوب، إلا أن هذه الممارسة لا تزال تؤثر على الأغلبية العظمى من الفتيات في مصر وثلاثين في اليمن تقريبا.

وتتواجد القواعد الاجتماعية التي تقوم بالتمييز ضد المرأة وتحد من خياراتها في الحياة في جميع أنحاء العالم، ولكن منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا تتميز بتفشي التمييز المبني على نوع الجنس المقتن في قانون الأسرة والقوانين التجارية والجنائية والقوانين المنظمة للمشاركة السياسية. وعلى الرغم من أن الدول تتباين بدرجة كبيرة وكان هناك تحسن على كل هذه الجبهات في أنحاء المنطقة، فإنه لا يزال أمام المجتمعات طريق طويل لتحقيق المساواة بين الجنسين.

وقد قام المنتدى الاقتصادي العالمي بتتبع وتقييم حجم التفرقة على أساس النوع الاجتماعي في البلاد في جميع أنحاء العالم منذ عام ٢٠٠٦. وفي أحدث تقارير المنتدى The Global Gender Gap ٢٠١٠، تم تقييم دول الشرق الأوسط وشمال إفريقيا مرة أخرى في قاع التصنيف^٣. ويدرس مؤشر الفجوة العالمية بين الجنسين الفرق بين وضع الرجال والنساء في أربع فئات رئيسية: المشاركة

جدول ١

تصنيف دول الشرق الأوسط وشمال إفريقيا في مؤشر الفجوة العالمية بين الجنسين، ٢٠١٠

البلد	الإجمالي	المشاركة الاقتصادية والفرص	التحصيل التعليمي	الصحة والبقاء	التمكين السياسي
الإمارات	١٠٣	١٢٠	٣٧	١١٠	٦٠
الكويت	١٠٥	١٠٧	٨٣	١١٠	١١٤
تونس	١٠٧	١٢٢	٩٤	١٠٩	٦٧
البحرين	١١٠	١١٥	٦٠	١١٠	١٢٠
لبنان	١١٦	١٢٤	٩١	١	١٢٧
قطر	١١٧	١١٦	٧٤	١٢٦	١٣١
الجزائر	١١٩	١١٩	٩٩	١٠٦	١٢٣
الأردن	١٢٠	١٢٦	٨١	٨٧	١١٧
عمان	١٢٢	١٢٩	٩٠	٦١	١٢٨
إيران	١٢٣	١٢٥	٩٦	٨٣	١٢٩
سوريا	١٢٤	١٣٠	١٠٤	٦٠	١٠٧
مصر	١٢٥	١٢١	١١٠	٥٢	١٢٥
تركيا	١٢٦	١٣١	١٠٩	٦١	٩٩
المغرب	١٢٧	١٢٧	١١٦	٨٥	١٠٣
السعودية	١٢٩	١٣٢	٩٢	٥٢	١٣١
اليمن	١٣٤	١٣٤	١٣٢	٨١	١٣٠

المصدر: World Economic Forum, *The Global Gender Gap 2010* (Geneva: World Economic Forum, 2010): table 3b.

والفرص الاقتصادية والتعليمي والصحة والبقاء على قيد الحياة والتمكين السياسي (راجع جدول ١، صفحة ٤١). وبشكل عام فقد تم تصنيف دول الشرق الأوسط وشمال إفريقيا في المركز ١٠٣ أو أقل. مما يعني أن هناك ١٠٢ دولة خارج منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا كان أدائها أفضل فيما يتعلق بالمساواة بين الجنسين. وجاء اليمن في المرتبة الأخيرة.

وتعكس الفجوة بين الجنسين نظام سلطة الرجل المستتبة الذي يُبَيِّن المجتمعات في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا. وعندما يتعلق الأمر بالجنسانية في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، فإن المعايير المزدوجة هي القاعدة. فعلى الرغم من أن الأديان الرئيسية في المنطقة تدين الممارسة الجنسية خارج إطار الزواج لكلا الجنسين، فإنه يتم التغاضي عن ذلك في حالة تجاوز الرجال. بينما يكون المجتمع أقل تسامحاً إذا كان الأمر يتعلق بالنساء - وهو تعصب مكرس في القانون نفسه. وفي المنزل يتم التعبير عن هذه المعايير المزدوجة بصورة قوية في مفهوم "شرف العائلة"، الذي يعتمد إلى حد بعيد على السلوك الاجتماعي والجنسي لأفراد الأسرة من الإناث. ويظل الشرف هو أحد أقوى القيم للشباب في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا ويساعد على تبرير تنظيم الذكور لحياة الإناث، مما يؤدي إلى تقييد حرية الحركة وفرص العمل للنساء.

الارتباط بالعالم

على الرغم من ارتباط شباب الشرق الأوسط وشمال إفريقيا القوي بالعادات والتقاليد، إلا أنهم أيضاً معرضون على نحو متزايد للأفكار الجديدة في العالم الذي يتخطى حدودهم المموسة. ويعتبر التلفزيون هو أكثر وسائل الإعلام شعبية. حيث يستطيع أكثر من ٨٠٪ من الأشخاص في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا الوصول إلى المحطات التلفزيونية الفضائية وتعتبر مشاهدة التلفزيون - وخاصة البرامج الترفيهية والأفلام - هي الوسيلة الأساسية للتسلية للشباب في معظم دول المنطقة. ففي مصر على سبيل المثال، تشاهد الشباب التلفزيون لأكثر من ساعتين في اليوم في المتوسط^{١٤}. وتعرض البرامج الأجنبية وبرامج الترفيه المحلي مثل الأغاني المصورة الشباب إلى أنماط مختلفة من السلوك الجنسي.

وتعد شبكة الإنترنت نافذة أخرى على العالم بالنسبة للشباب في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا. ويتباين الاستخدام بصورة كبيرة في أنحاء المنطقة. ويعتبر سكان الإمارات العربية المتحدة أكثر مستخدمي الإنترنت نشاطاً في المنطقة - ٦٦٪ من المنازل لها ولوج لشبكة الإنترنت (راجع ملحق أ، جدول ٢). أما في مصر، فإن أقل من ١٠٪ من الشباب يستخدمون الإنترنت يومياً. وقد عبرت الفجوة بين الجنسين في العالم الحقيقي في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا إلى الفضاء الإلكتروني أيضاً. وبينما يتصفح أغلب الشباب المصريون الإنترنت خارج المنزل، تقوم أغلب الشابات اللاتي يستخدمن الإنترنت بذلك تحت أعين الأسرة التي تراقبهن عن كثب داخل المنزل.

أما عندما يتعلق الأمر بالجنس، فالإنترنت نعمة ونقمة في ذات الوقت. فعلى الرغم من قلة الأدلة، تظهر الأبحاث المستجدة الاستهلاك الزائد للمواد الإباحية من جانب بعض الشباب العرب^{١٥}. ومع ذلك، يوفر الإنترنت وسائل فعالة لإيصال رسائل هامة حول الصحة الجنسية والإيجابية قد يكون من الصعب نقلها من خلال الطرق التقليدية.

كما تقوم الهواتف الجواله أو المحموله بكسر الحواجز التقليدية كذلك. وكما هو الحال مع استخدام الإنترنت، فإن الوصول إليها يتباين بدرجة كبيرة في أنحاء الشرق الأوسط وشمال إفريقيا. وللهواتف الجواله تأثير بالغ الأهمية على حياة الشابات، إذ أنها تجلب العالم الخارجي إلى دائرتهم الخاصة وتسمح لهن بتجاوز بعض القيود الموضوعة على تحركهن

ونشاطهن. وبينما تعتبر الهواتف النقالة مصدراً للخطر والإغراء للشباب في بعض الأماكن، إلا أنه قد تم البدء في استكشاف احتمال وجود دور لها في التعليم والتمكين فيما يتعلق بالصحة الجنسية والإيجابية إلى جانب قضايا الحياة الأخرى.

المراجع

- 1 United Nations Population Division, *World Population Prospects: The 2010 Revision* (New York: United Nations, 2011), accessed at <http://esa.un.org/unpp/index.asp>, on April 10, 2011.
- 2 United Nations Development Programme and the Egyptian Institute of National Planning, *Egypt Human Development Report 2010* (Cairo: Institute of National Planning, 2010).
- 3 Population Council, *Ishraq: Bringing Marginalized Rural Girls Into Safe Learning Spaces in Upper Egypt*, accessed at www.popcouncil.org/projects/40_IshraqSafeSpacesGirls.asp, on Jan 10, 2011.
- 4 Ragui Assaad, "Unemployment and Youth Insertion in the Labor Market in Egypt," *Egyptian Center for Economic Studies (ECES) Working Paper 118* (2007); Sufyan Alissa, "The School-to-Work Transition of Young People in Syria," prepared for the International Labour Organization (ILO), June 2006; and Nader Kabbani and Ekta Kathari, "A Situation Analysis of Youth Employment in the MENA Region," presented at the conference on Urban Children and Youth in the MENA Region: Addressing Priorities in Education, held in Dubai, May 16-18, 2005.
- 5 Navtej Dhillon and Tarik Yousef, eds., *Generation in Waiting: The Unfulfilled Promise of Young People in the Middle East* (Washington, DC: Brookings Institution, 2010).
- 6 S. Ben Abdallah, *Enquete Nationale sur les Comportements à Risque Auprès des Jeunes Non-scolarisés en Tunisie* (Tunis: Office Nationale de Famille et Population, Global Fund, UNFPA, UNAIDS, 2009).
- 7 Population Council, *Survey of Young People in Egypt, Final Report, 2010* (Cairo: Population Council, 2010): table 6.2.1.
- 8 Dalia Al-Eryani, "Child Marriage in Yemen," transcript of PRB Discuss Online, April 26, 2011, accessed at www.prb.org/Articles/2011/child-marriage-yemen.aspx, on April 27, 2011.
- 9 "Patrimony Blues," *Al Ahram Weekly Online*, no. 747 (2005), accessed at <http://weekly.ahram.org.eg/2005/747/fe1.htm>, on Jan. 17, 2011; "Egypt: Landmark Paternity Case Highlight Dangers of Urfi Marriage" (2006), accessed at <http://irinnews.org/report.aspx?reportid=26954>, on Jan 17, 2011; and Jill Carrol and Ahmed Maher, "Young Egyptian Couples in a Hurry Tie Temporary Knot," *The Christian Science Monitor*, Sept. 20, 2007, accessed at www.csmonitor.com/2007/0920/p01s08-wome.html, on Jan. 17, 2011.
- 10 Population Council, *Survey of Young People in Egypt, Final Report, 2010*.
- 11 Diane Singerman, "The Economic Imperatives of Marriage: Emerging Practices and Identities Among Youth in the Middle East," *The Middle East Youth Initiative Working Paper 6* (September 2007), Wolfensohn Center for Development at the Brookings Institute and Dubai School of Government.
- 12 Fatma El-Zanaty and Ann Way, *Egypt Demographic and Health Survey 2008* (Cairo: Ministry of Health, El-Zanaty and Associations, and ICF Macro, 2009): table 8.2.
- 13 World Economic Forum, *The Global Gender Gap 2010* (Geneva: World Economic Forum, 2010).
- 14 Population Council, *Survey of Young People in Egypt, Final Report, 2010*: table 8.4.2.
- 15 Hafsa Raheel, "Sexual Health and Behaviors: A Case Study About Health Education Needs of Young Men in Riyadh, Saudi Arabia," poster presentation at AIDS 2010 Conference, Vienna, July 2010.

٣ الصورة الشاملة: سياسات حول الصحة الجنسية والإيجابية للشباب

النقاط الأساسية

- أوجدت الاتفاقيات الدولية لغة مشتركة لمناقشة قضايا الصحة الإيجابية والجنسية وأسس لتلبية احتياجات الشباب في مجال الصحة الجنسية والإيجابية.
- لا تزال السياسات التي تتعامل مع الصحة الجنسية والإيجابية للشباب في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا في بداياتها.
- تطالب الاتفاقيات الإقليمية الحكومات والمجتمعات المدنية بدعم حقوق الشباب في الحصول على معلومات الصحة الجنسية والإيجابية المناسبة للعمر.

بالرغم من دعوات الناصرين الملحة لتثقيف الشباب حول الصحة الجنسية والإيجابية وتوفير الخدمات لمن يحتاجها، فإن معظم الدول في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا لم تضع هذه القضايا ضمن أولوياتها بعد - وهو تردد ينبع جزئياً من الحساسيات التراثية المتعلقة بالجنسانية بشكل عام والجنسانية للشباب بصفة خاصة. ونتيجة لذلك، كان التقدم في الصحة الجنسية والإيجابية للشباب متواضعاً وغير متصل. إلا أن بعض الدول مثل تونس والمغرب واليمن وتركيا وإيران بدأت في التركيز على قضايا الصحة الجنسية والإيجابية للشباب باستخدام الأطر السياسية الدولية للتخطيط لها. ويستكشف هذا الفصل اتفاقيات دولية مختارة إلى جانب بيانات رسمية إقليمية وسياسات قومية مرتبطة بالشباب والصحة الجنسية والإيجابية.

المؤتمر العالمي للسكان والتنمية

وضع المؤتمر العالمي للسكان والتنمية الذي عقد في القاهرة عام ١٩٩٤ الأساس لسياسات الحاضر حول الصحة الجنسية والإيجابية للشباب (راجع إطار ١، صفحة ٤). وقد كان المؤتمر حدثاً تاريخياً كما كان برنامج العمل الخاص بالمؤتمر والمعروف أيضاً "بتوافق آراء القاهرة" أول وثيقة للسياسات العالمية تستخدم مصطلح "الصحة الإيجابية". كما أرسى سابقة في جعل حقوق المرأة والصحة الإيجابية أمراً أساسياً في التنمية الاجتماعية والاقتصادية وفي معالجة احتياجات الصحة الإيجابية للشباب. ويناوي البرنامج، الذي يركز على التنمية البشرية، بعدد كبير من الاستثمارات لتحسين الصحة والتعليم والحقوق - خاصة للفتيات والشابات. ومنذ عام ١٩٩٤، عمل مناصرو قضايا الشباب

وخبراء الصحة على ترجمة أهداف مؤتمر القاهرة إلى سياسات وخطط عمل قومية (راجع إطار ٢، صفحة ١٩).

ويدعو برنامج عمل المؤتمر العالمي للسكان والتنمية الدول إلى "تلبية احتياجات وتطلعات الشباب" وإشراكهم في تخطيط وتنفيذ وتقييم أنشطة التنمية التي يكون لها تأثير مباشر على حياتهم اليومية^١. وقد ذكر ما يلي: "إن هذا الموضوع له أهمية خاصة فيما يتعلق بأنشطة وخدمات المعلومات والتعليم والاتصال الخاصة بالصحة الجنسية والإيجابية بما في ذلك الوقاية من الحمل المبكر والتثقيف الجنسي والوقاية من فيروس نقص المناعة المكتسبة/متلازمة نقص المناعة المكتسب والأمراض الأخرى المنقولة جنسياً. ويجب ضمان أن تصل هذه الخدمات في إطار من السرية والخصوصية بدعم من أولياء أمورهم وتوجيهاتهم بما يتمشى مع اتفاقية حقوق الطفل." (الفقرة ٦،١٥)

وقد قامت وفود من منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا (والدول الإسلامية خارج المنطقة) التي حضرت مؤتمر القاهرة بتأييد برنامج العمل بشكل عام، ولكن أبدى العديد منها تحفظات على التصريحات التي تدعم الصحة الجنسية والإيجابية للشباب وتمكين المرأة مع التذكير بأنهم سيقومون بتفسير توصيات المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بما يتفق مع الإسلام والقوانين القومية. ويعترف برنامج العمل بأن تنفيذ توصياته "حق سيادي لكل دولة بما يتسق مع القوانين وأولويات التنمية لكل دولة، مع كامل الاحترام للأديان والقيم الأخلاقية المختلفة والخلفية الثقافية لشعوب هذه الدول".

حقوق الإنسان والصحة الجنسية والإيجابية للشباب

يتناول عدد من اتفاقيات ومواثيق حقوق الإنسان الدولية الجوانب المتعلقة بالصحة الجنسية والإيجابية للشباب التي يمكن لدول الشرق الأوسط وشمال إفريقيا الاعتماد عليها في وضع إستراتيجيات لتلبية احتياجات الصحة الجنسية والإيجابية للشباب.

اتفاقية القضاء على التمييز ضد المرأة

أصبحت اتفاقية القضاء على التمييز ضد المرأة التي تبنتها الجمعية العامة للأمم المتحدة عام ١٩٧٩ الاتفاقية الدولية الكبرى التي تحدد حقوق الفتيات والنساء^٢. وتُعرّف المادة ١ من الاتفاقية التمييز ضد الفتيات والنساء بأنه: "أية تفرقة أو استبعاد أو تقييد يتم على أساس نوع الجنس ويكون من آثاره أو أغراضه تحجيم أو تهيميش الاعتراف للمرأة على أساس المساواة بين الرجل والمرأة، بحقوق الإنسان والحريات الأساسية في المجالات السياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية والمدنية أو في أي مجال آخر، أو إبطال الاعتراف للمرأة بهذه الحقوق أو تمتعها بها وممارستها لها بغض النظر عن حالتها الزوجية."

وتقتضي اتفاقية القضاء على التمييز ضد المرأة - التي تتعامل مع كافة أوجه حياة الفتيات والنساء بما في ذلك التعليم والصحة والعمالة والمشاركة السياسية - أن تدين الحكومات كافة أشكال التمييز ضد الفتيات والنساء وأن تستخدم كافة الوسائل المناسبة للقضاء عليه، ولا يشمل ذلك إسقاط القوانين التمييزية فحسب، بل أيضاً

السنة الدولية للشباب

والإيجابية للشباب عن طريق إشراك الشباب والمنظمات ذات الصلة. كما يدرك أن احتياجات الصحة الإيجابية للشباب قد تم تجاهلها بدرجة كبيرة من جانب الخدمات الصحية القائمة وبشبر إلى: "إن المسؤولية الأساسية لكل حكومة هي حشد الوعي والموارد والبرامج الضرورية" لضمان تمكين الشباب من الوصول إلى الخدمات الصحية الأساسية القائمة على المساواة والعدالة الاجتماعية.

أعلنت الأمم المتحدة أن السنة من أغسطس/ آب ٢٠١٠ إلى أغسطس/ آب ٢٠١١ هي السنة الدولية للشباب: الحوار والتفاهم المتبادل الذي يُسلط الضوء على "برنامج العمل العالمي للشباب حتى سنة ٢٠٠٠ وما بعدها" الذي بدأ العمل به عام ١٩٩٥ وتم تطويره منذ ذلك الوقت. ويدعو برنامج العمل العالمي للشباب الحكومات لتنفيذ توصيات المؤتمر العالمي للسكان والتنمية المتعلقة بالصحة الجنسية

تغيير النماذج النمطية والممارسات التراثية الضارة ووضع قوانين وسياسات تراعي منظور النوع الجنساني.

وقد صدقت كافة دول الشرق الأوسط وشمال إفريقيا (باستثناء إيران) على الاتفاقية مع وجود تحفظات. ولكن كان هناك تقدم بسيط في تنفيذها لأن بعض جوانب الاتفاقية اعتبرت أنها مخالفة للشريعة وهي القوانين الإسلامية. ومن منظور الدول الإسلامية فإن أكثر أجزاء الاتفاقية إثارة للجدل هي تلك التي تدعو إلى المساواة في الحقوق بين الرجل والمرأة في مجالات معينة، مثل الميراث والطلاق وتلك التي تتناول حق النساء غير المتزوجات في الوصول إلى معلومات الصحة الجنسية والإيجابية وخدماتها؛ ولكن تحققت بعض النجاحات في مجالات أخرى كان إعطاء المرأة حقوقاً متساوية فيها أكثر سهولة. وبعد سنوات من النضال، نجحت ناشطات حقوق المرأة في مصر على سبيل المثال في الضغط على النظام القضائي لإصلاح القوانين لإعطاء المرأة الحق في نقل جنسيتها إلى أبنائها عندما يكون الأب أجنبياً. كما أن تونس وتركيا هما الدولتان الوحيدتان في الإقليم اللتان تحكمن فيهما قوانين علمانية قانون الأسرة.

اتفاقية حقوق الطفل

تعتبر اتفاقية حقوق الطفل التي تم تبنيها عام ١٩٨٩ صكاً دولياً ملزماً قانوناً لسلامة الأطفال - وهم من لم يبلغوا سن ١٨ سنة. وتغطي الاتفاقية النطاق الكامل لحقوق الإنسان، بما في ذلك الحق في الحياة والتنمية الكاملة والحماية من التأثيرات الضارة والاعتداء والاستغلال والحق في المشاركة الكاملة في الأسرة والحياة الثقافية والاجتماعية. كما يظهر جلياً في الاتفاقية حق الأطفال في الحماية من أخطار ختان الإناث وزواج الأطفال والأجبار بالأشخاص لأغراض الاستغلال الجنسي. وتؤكد اتفاقية حقوق الطفل على أن جميع الأطفال يتمتعون بنفس الحقوق وأن جميع الحقوق مترابطة ولها نفس الأهمية.

وقد صدقت كل حكومات العالم تقريباً على الاتفاقية أو انضمت لها^٥ وقد قامت دول الشرق الأوسط وشمال إفريقيا بذلك بشكل عام، ومرة أخرى مع إبداء تحفظات بأنها تفسر معايير اتفاقية حقوق الطفل وفقاً للقوانين القومية والقوانين الإسلامية. ومع ذلك تتبنى دول الشرق الأوسط وشمال إفريقيا معايير اتفاقية حقوق الطفل بصورة متدرجة. فمثلاً في عام ٢٠٠٨، قامت مصر برفع الحد الأدنى القانوني لسن الزواج للفتيات من ١٦ إلى ١٨ سنة - وهو أحد متطلبات اتفاقية حقوق الطفل - وهو ما جعله مساوياً للحد الأدنى لسن الزواج بالنسبة للرجال.

الأهداف الإنمائية للألفية

انبثقت الأهداف الإنمائية للألفية من مؤتمر قمة الألفية التابع للأمم المتحدة عندما تعهد القادة من جميع أنحاء العالم بمحاربة الفقر والجوع والمرض والامية والتدهور البيئي والتمييز ضد المرأة^٦، وتستخدم الأهداف الإنمائية للألفية بصورة روتينية في عمليات صنع السياسات والتخطيط الدولي والإقليمي القومي ولتابعة تقدم الدول نحو التنمية. وهناك ثمانية أهداف مترابطة ومحددة بترمن معين:

- القضاء على الفقر المدقع والجوع.
- تحقيق تعميم التعليم الابتدائي.
- تعزيز المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة.
- تخفيض معدل وفيات الأطفال.
- تحسين صحة الأمهات.
- مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب والملاريا والأمراض الأخرى.
- التكفل بالاستدامة البيئية.
- إقامة شراكة عالمية من أجل التنمية.

وتتناول كافة الأهداف الإنمائية للألفية تقريباً مجالات تؤثر على الشباب بشكل أو بآخر، مما يجعل رفاه الشباب أمراً أساسياً في أية سياسة قومية ذات صلة بالأهداف الإنمائية للألفية. إضافة إلى ذلك، فإن الصحة الجنسية والإيجابية للشباب هي مفتاح تحقيق الأهداف الإنمائية.

البيانات الرسمية والإستراتيجيات في العالم العربي

قادت جامعة الدول العربية جهوداً لوضع سياسات وإستراتيجيات إقليمية في مجالات السكان والتنمية ورفاهية الشباب في العالم العربي، الذي يتكون من الدول الأعضاء في الجامعة البالغ عددها ٢٢ دولة. وخلال العقد الماضي، تعاونت جامعة الدول العربية مع اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا التابعة للأمم المتحدة وصندوق الأمم المتحدة للسكان والاتحاد الدولي لتنظيم الوالدية وغيرها من الوكالات الإنمائية الدولية في عقد سلسلة من منتديات السكان والتنمية للبرلمانيين العرب ورؤساء المجالس القومية للسكان وغيرهم من المسؤولين رفيعي المستوى.

وقد نتج عن هذه الجهود عدد من البيانات الرسمية العربية حول السكان والتنمية، وأيضاً حول الشباب. وتتضمن بعض البيانات قضايا الصحة الجنسية والإيجابية التي تمت معالجتها في الاتفاقيات الدولية، خاصة برنامج عمل المؤتمر العالمي

- للسكان والتنمية^٧ وتدعو هذه البيانات الحكومات العربية والمجتمعات المدنية إلى:
- تضيق الفجوات بين الجنسين وتحقيق الإنصاف بين الرجال والنساء في التعليم والتوظيف والمشاركة السياسية.
- تعميم التمكين للوصول إلى خدمات الصحة الإيجابية.
- توفير معلومات حول الصحة الإيجابية للمراهقين والشباب - داخل المدارس وخارجها - بلغة مناسبة لأعمارهم.
- جمع البيانات حول الشباب وإنشاء قواعد البيانات وشبكات لمشاركة المعلومات.
- إشراك الشباب في صياغة وتخطيط السياسات والبرامج المتعلقة بهم.

ويعتبر مدى تأثير البيانات الرسمية العربية في تحسين الصحة الجنسية والإيجابية للشباب موضع نقاش. فنادراً ما تترجم هذه البيانات إلى خطط عمل ترشد الحكومات حول الموضوعات العملية أو أنظمة لتتبع تقدم الدول. وإضافة إلى ذلك، ففي بعض الدول كانت سرعة تغيير رؤساء الوكالات المسؤولين عن وضع السياسات وتنفيذ خطط العمل مرتفعة بصورة عامة - حتى قبل أن تبدأ الثورات في اجتياح المنطقة. لذلك كان من الصعب مواصلة الجهود وتحقيق نتائج على المستوى الإقليمي أو القومي.

سياسات وإستراتيجيات الشباب القومية المرتبطة بالصحة الجنسية والإنجابية

لم تظهر قضايا الشباب في البرامج السياسية القومية في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا إلا في السنوات الأخيرة. وتتواجد وزارات للشباب في عدد من الدول ولكن برامجها تتركز حول الرياضة في كثير من الأحيان. فعلى سبيل المثال، توجد وزارة للشباب والرياضة في الجزائر والبحرين ولبنان والمغرب وفلسطين واليمن. أما في مصر فقد ألغيت وزارة الشباب ويقوم المجلس الأعلى للشباب بتنسيق السياسة القومية للشباب إلى جانب الوزارات الأخرى المهتمة بالشباب والمنظمات غير الحكومية. وفي دول أخرى تقتصر وزارات الشباب بوزارات أخرى مثل الثقافة (الأردن وقطر) والتعليم (عمان).^٨

وبصورة عامة، قد لا تكون برامج الشباب القائمة بذاتها كافية. حيث تتداخل قضايا الشباب مع عدد من القطاعات (مثل التعليم والصحة والثقافة والتخطيط والعمل والعدل والشؤون الاجتماعية) مما يحتم على المؤسسات التنسيق والتعاون فيما بينها عندما يتعلق الأمر بوضع برامج الشباب القومية. وفي عام (٢٠٠١)، استبدل الأردن وزارة الشباب والرياضة بمجلس أعلى للشباب لقيادة تلك الجهود والتنسيق بين وزارات متعددة من أجل تقديم السياسات والبرامج القومية الخاصة بالشباب.

وفي عام ٢٠٠٤، قامت منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلوم والثقافة بتنظيم الندوة الإقليمية حول السياسات القومية للشباب في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا بهدف تبادل الخبرات في تطوير السياسات القومية وتنفيذها. وقد ألفت الندوة الضوء على الانتقال إلى وحدة الرؤى المتعلقة بتنمية الشباب بين الدول المشاركة. حتى أنه كان هناك تفسيرات مختلفة لتعريف "الشباب".

وعموماً، فإن السياسات والإستراتيجيات التي تتعامل مع الصحة الجنسية والإيجابية للشباب في المنطقة قليلة ومفتتة وبميل لأن تكون جزءاً من التوجهات والإستراتيجيات القومية التي تتناول قضايا الصحة أو الشباب بشكل عام وليس بالضرورة أنها تعتبر الصحة الجنسية والإيجابية للشباب من الأولويات.^٩ ويتميز المغرب واليمن بوجود تركيز

واضح وتفصيلي على الصحة الجنسية والإيجابية للشباب في الوثائق الرسمية للسياسات القومية.¹

وبينما يعتبر تبني سياسات وإستراتيجيات قومية أمراً هاماً. فالأكثر أهمية هو ما إذا كان محتوى السياسات واضح المعالم ويحتوي على خطط عمل وإذا ما كانت الدول قادرة على توفير الآليات الضرورية وإنشاء المؤسسات ذات التمويل الجيد من أجل التنفيذ الناجح. وفي مصر مثلاً يوجد عدداً من السياسات الهامة التي تؤثر على المراهقين. مثل جعل سن ١٨ هو الحد الأدنى القانوني للزواج للفتيات. ولكن السياسات غيرمنفذة بالكامل بسبب الافتقار إلى التنسيق الفعال بين المؤسسات الرسمية.^{١١}

واليوم. ومع تبني دول الشرق الأوسط وشمال إفريقيا إصلاحات سياسية. فإن هذه الدول لديها فرصة الاستفادة من الخبرات الماضية وخبرات الجماعة الإنمائية الدولية لتحسين السياسات التي تتعامل بالفعل مع احتياجات شباب اليوم بما يضمن صحتهم ورفاهيتهم. والخبر السار هو أن الدعم السياسي والالتزام بالصحة الجنسية والإيجابية للشباب أخذ في النمو في أنحاء المنطقة ويمكن أن يساعد في الإسراع بالعمل.

المراجع

- 1 United Nations, *Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, 5–13 September 1994* (New York: United Nations, 1995).
- 2 United Nations, *World Programme of Action for Youth* (New York: United Nations, 2010), accessed at www.un.org/esa/socdev/unyin/documents/wpay2010.pdf.
- 3 International Center for Research on Women, *Recognizing Rights, Promoting Progress: The Global Impact of the Convention of the Elimination of All Forms of Violence Against Women* (Washington, DC: ICRW, 2010).
- 4 UNIFEM, *30 Years: United Nations Conventions on the Elimination of All Forms of Violence Against Women*, accessed at www.unifem.org/cedaw30/about_cedaw/, on Oct. 12, 2010.
- 5 The Office of the High Commissioner for Human Rights, "Rights of the Child Convention, Signatories by Country," accessed at www.nationmaster.com/graph/peo_rig_of_the_chi_con_sig-people-rights-child-convention-signatories, on Oct. 12, 2010.
- 6 United Nations, *Youth and the Millennium Development Goals: Challenges and Opportunities for Implementation, Final Report of the Ad Hoc Working Group for Youth and the MDGs* (New York: United Nations, 2005), accessed at www.un.org/esa/socdev/unyin/documents/youthmdgs.pdf, on July 6, 2010; and United Nations, "Youth and the MDGs," accessed at www.un.org/youth, on Aug. 24, 2010.
- 7 League of Arab States, "The Status of SRH and Youth in the Arab Region," unpublished paper prepared in 2005 for the technical consultancy committee, Amman, Jordan (translated from Arabic); and League of Arab States, "Voice of Arab Youth" (translated from Arabic), accessed at www.poplas.org/youth/knowur.asp?id=3&content=12, on May 12, 2010.
- 8 World Bank, *Youth—An Undervalued Asset: Towards a New Agenda in the Middle East and North Africa, Progress, Challenges and Way Forward* (Washington, DC: World Bank, 2007), accessed at www.wds.worldbank.org, on April 11, 2011.
- 9 EuroMED Youth Programme, SALTO-Youth, "Youth Policies in Mediterranean Partner Countries" (June 2009), accessed at www.salto-youth.net/rc/euromed/EMlibrary/emeducpub/EMyouthpolicies/?oldEngineRedirect=true, on Jan. 19, 2011.
- 10 League of Arab States, "Voice of Arab Youth."
- 11 World Bank, *Youth—An Undervalued Asset*.

٤ عالقون بين البيولوجيا والمجتمع: معرفة الشباب واتجاهاتهم وسلوكهم الجنسي

النقاط الرئيسية

- يتلقى الشباب القليل من التثقيف حول قضايا الصحة الجنسية والإيجابية ويعتمدون بدرجة كبيرة على أقرانهم في الحصول على المعلومات.
- نتيجة للرفض الاجتماعي للعلاقات الجنسية خارج إطار الزواج، فإن بيانات البحوث حول النشاط الجنسي للشباب محدودة.
- في الدول القليلة التي تم فيها إجراء البحوث، ذكرت أغلبية من الشباب وأقلية ضئيلة من النساء أنهم كان لهم علاقات جنسية قبل الزواج.

إن الجنسية والإيجاب جزء مهم من الحياة وينبغي أن يكونا مصدراً للسعادة والإشباع. ويعتبر الزواج في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا - وهو الزواج حسب التعاليم الدينية المعترف به عائلياً والمسجل رسمياً - السياق الوحيد المقبول اجتماعياً للحياة الجنسية والإيجابية. ولكن ماذا عن غير المتزوجين؟ هل يستطيعون ممارسة حقوقهم الجنسية المعروفة بالقدر على الحصول على حياة جنسية مرضية وأمنة ومنعة في الوقت الذي يحدونه ومع من يريدون بدون إكراه وتمييز وعنق؟ (راجع إطار ١، صفحة ٤)

إن تلك الأسئلة ملحة للشباب الذين يعيشون في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا ولا يوجد لها إجابات واضحة. ولا تزال الحكايات تفوق في عددها أدلة المشاهدات حول المعرفة والاتجاهات والسلوكيات الجنسية للشباب في المنطقة. ولكن مع ظهور فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، فتح المجال أمام خبراء الصحة العامة للبدء في دراسات محدودة النطاق ومسوحات أكبر على المستوى القومي للشباب وطرح أسئلة لم تكن مقبولة من قبل. وقد استطلعت بعض الدراسات مجموعات لم يكن الوصول إليها ممكناً من قبل - مثل الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال والعاملات في

مجال الجنس ومتعاطبي المحدثات عن طريق الحقن وأولاد الشوارع والسجناء وغيرهم من الذين يعيشون على هامش المجتمع.

ويقدم هذا الفصل نتائج هامة لبعض الدراسات الحديثة حول معرفة الشباب واتجاهاتهم وسلوكياتهم المتعلقة بالصحة الجنسية والإيجابية. وقد استمد جزءا كبيرا من تقرير قادم حول الشباب في العالم العربي لليونسيف ومعهد عصام فارس في الجامعة الأمريكية ببيروت.

المعرفة والاتجاهات ومصادر المعلومات

بينما يتم إجراء عدد من المسوح واسعة النطاق على الشباب في الإقليم، إلا أنها تجاهلت أو غضت النظر بصورة كبيرة عن أسئلة حول الجنسانية للشباب، خاصة في المجتمعات الأكثر تحفظا. والاستطلاعات التي ترد في هذا الفصل تلقي الضوء رغم ذلك على ما يعرفه الشباب ومن أين يحصلون على معلوماتهم.

توصل استطلاع **مصر ٢٠٠٩** الذي أُجري على أكثر من ١٥٠٠٠ شخص بأعمار تتراوح بين ١٠ و٢٩ في كافة أنحاء البلاد إلى أن أقل من ١٥٪ من الفتيان و٥٪ من الفتيات يحصلون على معلومات حول البلوغ من المدرسة^١. وقد ذكرت ثلاثة أخماس الشباب تقريبا أن أمهاتهم يمثلن المصدر الأساسي للمعلومات لهن؛ وأفاد أقل من ١٠٪ من الشباب أنهم تحدثوا إلى أقاربهم حول البلوغ. ويزيد احتمال تحدث الشباب الذي يعيش في الحضر الأكثر ثراء والأكثر تعليما مع آبائهم، ويبدو أن المدرسة لا تقدم المعلومات على مستوى جميع المجموعات الاقتصادية والاجتماعية. واعتمد أكثر من نصف الشباب وربع الشابات بدرجة كبيرة على الأصدقاء في الحصول على المعلومات. واتجه أقل من ٢٠٪ من الشباب إلى الأفلام للحصول على المعلومات وأقل من ٥٪ إلى الشخصيات الدينية. وبالكاد برز الإنترنت كمصدر للمعلومات. وكانت هذه النسب أقل كثيرا بالنسبة للشابات. وفي ظل هذا الفراغ من المعلومات، تتعرض الفتيات بشكل خاص للخطر: حيث ذكرت ثلث الفتيات الشعور بالصدمة أو الخوف عند حدوث أول طمث. وقال نصف الشباب والشابات الذين تم استطلاع آرائهم أنهم لم يكونوا راضين عن المعلومات التي تلقوها وكانت النسبة الأكبر منهم من الذين حصلوا على المعلومات من أصدقائهم. ويعتقد حوالي ١٠٪ من الرجال وأقل من ٥٪ من السيدات أنه يجب أن تظل الفتيات في حالة جهل فيما يتعلق بالبلوغ.

وقد توصل مسح **لبنان ٢٠٠٥** الذي أُجري على أكثر من ٥٠٠٠ طالب بأعمار تتراوح بين ١٣ و١٥ عاما إلى أن ٨٠٪ لم يتحدثوا قط إلى مدرسيهم حول الصحة الجنسية والإيجابية. وأن ٧٠٪ تقريبا لم يتحدثوا حول الموضوع مع آبائهم أيضا^٢. وأراد نصف الطلاب الذين تم استطلاع رأيهم تقريبا مناقشة الصحة الجنسية والإيجابية في المدرسة: في حين يفضل الربع الحصول على المعلومات بالقرب من وقت البلوغ ويرى أقل من الثلث أنه من الأفضل تغطية الموضوع في فصول يتم الفصل فيها بين الجنسين. وقد تعلم ثلث الطلاب فقط من المدرسة كيفية تجنب الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية وثلاثة أخماس الطلاب عرفوا كيفية التصدي للتلميحات الجنسية غير المرغوب فيها. وقد فضل الطلاب الذكور، خاصة في المدارس الخاصة، التعلم حول الصحة الجنسية والإيجابية في المدارس وزاد احتمال طرحهم أسئلة على المدرسين حول تلك الموضوعات.

ولم تفتح ٦٠٪ من الطالبات الإناث هذه الموضوعات مع أولياء أمورهن ولم تثر أربع أخماس الطالبات الموضوع مع المدرسين.

وتوصلت دراسة **المغرب ٢٠٠٧** التي أجريت على ٢٠٠٠ شاب بأعمار ١٥ إلى ٢٤ عاماً إلى أن حوالي ثلاثة أرباع الشباب والشابات ادعوا معرفتهم بالقدر الكافي من المعلومات حول البلوغ بشكل عام والجوانب الجنسية منه بشكل خاص.^٣ وذكر خمساً الشباب أن المدرسين هم مصدر المعلومات حول التغيرات التي تحدث عند البلوغ. كما ذكر نصف الشباب الأصدقاء كمصدر رئيسي للمعلومات بينما لجأت ٣٠٪ من الطالبات ضمن عينة البحث إلى الأصدقاء أو الوالدين للحصول على هذه المعلومات. ولكن بالنسبة للقضايا الجنسية، اعتمد أكثر من ثلاثة أرباع الشباب وأقل من نصف الفتيات على الأصدقاء لمعرفة التفاصيل. وبالرغم من إعلان ربع الطالبات اللاتي تم استطلاع رأيهن عن رضاهن عن كمية المعلومات التي يتلقينها، إلا أنهن تفاجئن بالتغيرات التي حدثت في أجسادهن في البلوغ مقارنة بأقل من ٥٪ من الشباب.

ورأت أكثر من ربع الطالبات أن الأسرة والإعلام مصدران مفضلان للمعلومات حول البلوغ والجنسانية ويلي ذلك الإنترنت وبالكاد ذكرت مصادر أخرى مثل الأصدقاء والمدرسة. أما بالنسبة للشباب، كان الإعلام وحياة الشارع هما المصدران المفضلان للمعلومات. ورأى ثلاثة أخماس الشباب أن الأمراض المنقولة جنسياً ومتلازمة نقص المناعة المكتسب هما أهم الموضوعات المطلوب فهمها، وكانت موضوعات أخرى مثل تنظيم الأسرة أو الإنجاب أو الرغبات الجنسية أو التفضيلات أقل أهمية. وبينما أبدت النساء الساكنات بالحضر اهتماماً أكبر بالمعلومات حول فيروس نقص المناعة البشرية من نظيراتهن في الريف، بينما تباينت التفضيلات الأخرى المتعلقة بالمعلومات بدرجة قليلة وفقاً لمكان الإقامة.

ومن بين التغيرات السلوكية التي ربطها الشباب المغربي بالبلوغ، ذكر أكثر من ٦٠٪ من الشباب و ٥٪ فقط من الطالبات رغبة في الممارسة الجنسية. ورأى أكثر من نصف الشباب والشابات أنه من المقبول أن يخرج غير المتزوجين معاً، ولكنهم وضعوا حداً عند الممارسة الجنسية. ولم يؤيد أكثر من ٧٠٪ من الشباب و ٩٠٪ من الطالبات ممارسة الجنس خارج إطار الزواج، واتفق ربع الرجال فقط الذين تم استطلاع رأيهم وأقل من ٥٪ من الطالبات أن الجنس قبل الزواج قد يساعد الأزواج على التعرف على بعضهم بعضاً. ويرى أكثر من ٨٠٪ من الشباب والشابات أن الفتيات يجب أن يكن عذارى لحين الزواج. ورأى أكثر من ٧٥٪ أن الفتيات اللاتي يمارسن الجنس قبل الزواج سيندمن على أفعالهن ولن يحترمن الرجال بعد ذلك. أما بالنسبة لعذرية الرجال، رأى ٤٠٪ من الفتيان وما يزيد قليلاً عن ثلث الفتيات أن الرجال عليهم أن يمتنعوا عن الجنس قبل الزواج بينما رأت نسبة بسيطة أن الذين فشلوا في الامتناع سيندمون على ذلك.

السلوكيات والممارسات

يلقي عدد محدود من البحوث الضوء على السلوكيات الجنسية للشباب. وتأتي واحدة من أكثر الصور وضوحاً للسلوك الجنسي للشباب من **تونس**. حيث تم إجراء العديد من الدراسات واسعة النطاق خلال العقد الماضي. وكان أحد الدراسات الأكثر شمولاً هو الذي تم إجراؤه عام ٢٠٠٩ والذي استطلع آراء ١٢٠٠ من الشباب غير المتزوجين غير الملتحقين بالمدراس بعمر ١٥ إلى ٢٤ من جميع أنحاء البلاد.^٤ حيث اعتبر ما يقرب من ثلثي الشباب الذين تم استطلاع رأيهم أن الجنسية جانب هام من جوانب الحياة؛ وكانت

نظيراتهم من الإناث أقل حماساً واعتبر ربعهن أن ذلك أمر قليل الأهمية. وقد تم ترجمة هذا التأكيد إلى سهولة مناقشة الموضوعات الجنسية بدرجة أكبر بين الرجال. حيث قال ٧٥٪ منهم أنهم تحدثوا حول القضايا الجنسية مقارنة بأقل قليلاً من ٦٠٪ من الشباب. وتحدث الأغلبية من الجنسين حول القضايا الجنسية مع الأصدقاء وناقش حوالي ١٠٪ أو أقل هذه الموضوعات مع أولياء أمورهم.

وقال أكثر من ٧٠٪ من الشباب الذين تم استطلاع رأيهم أن أصدقائهم يمارسون الجنس خارج إطار الزواج وأغلبيتهم مع شركاء متعددين؛ وقالت أكثر من ربع الشباب نفس الأمر ولكن غالباً مع شريك واحد. وقد كانت هذه النسب أعلى بين الشباب الذي يسكن الحضر عن الشباب الريفي. وفيما يتعلق بخبرتهم الجنسية، أقر ثلث الرجال تحت سن ٢٠ عاماً وأكثر من ثلاثة أخماس من في عمر ٢٠ أو أكبر القيام ببعض الأنشطة الجنسية. وقد كانت هذه الأرقام أقل من ٦٠٪ للنساء تحت سن ٢٠ عاماً وأكثر قليلاً من ١٥٪ للنساء فوق ٢٠ عاماً. ومرة أخرى كان الشباب الذي يقيم في الحضر أكثر استعداداً لذكر خبراتهم الجنسية من أقرانهم الريفيين. وكان ثلاثة أرباع الشباب النشطين جنسياً الذين تم استطلاع رأيهم قد بدأوا نشاطهم الجنسي لأول مرة بين ١٥ و ١٩ عاماً وبدأ حوالي ١٠٪ نشاطهم الجنسي قبل سن ١٥ عاماً. ٤٠٪ منهم كانت العلاقات الجنسية الأولى مع شخص بنفس العمر تقريباً.

وقد تطوع ما يقل عن ٥٪ من الرجال الممارسين للجنس بالقول بأنهم مارسوا علاقات مثلية شرجية على الرغم من أن السؤال لم يطرح بشكل مباشر. وقد ذكر أكثر من ثلث الرجال الممارسين للجنس وما يزيد قليلاً عن ١٠٪ من قرباناتهم من الإناث أنهم قاibusوا الجنس مقابل المال خلال العام السابق، ولكن لم يتم تحديد إذا ما كان ذلك يتضمن دفع المال أو تلقيه.

وفي لبنان يعتبر طرح الأسئلة على طلبة المدارس الثانوية حول سلوكياتهم الجنسية أمراً بالغ الحساسية من الناحية التراثية ولكنه أقل حساسية بين طلبة الجامعة. وقد توصلت دراسة أجريت عام ٢٠٠٥ على أكثر من ١٤٠٠ طالب غير متزوج من الجامعات في جميع أنحاء البلاد أن نصف الرجال تقريباً وأقل من ٢٠٪ من النساء أقروا بممارسة علاقة جنسية سابقة مع إبلاح مهلي^٥، ومن بين الذين ذكروا مارسوهم للجنس. قال ثلثا الرجال أنهم استخدموا وسيلة لمنع الحمل (العازل الذكري بشكل أساسي) ولكن ربع الشباب فقط ذكروا استخدام وسيلة لمنع الحمل (حبوب منع الحمل بشكل أساسي). وقالت نصف النساء الممارسات للجنس أنهن قد يلجأن إلى الإجهاض في حالة حدوث حمل. وكانت أكثر أماكن ممارسة الجنس شيوعاً هي المنزل في غياب الآباء أو في السيارة أو في منزل على الشاطئ؛ وقال ١٥٪ أنهم مارسوا الجنس بينما كان آبائهم في المنزل.

ما نتجنا به الأبحاث

على الرغم من أن هذه الدراسات مفيدة لصناع السياسات والأكاديميين والنشطاء وغيرهم من يبحثون عن معلومات حول الحياة الجنسية للشباب، إلا أنها متفرقة. ما يصعب التعميم حول الاتجاهات الإقليمية. وعلى الرغم مما قيل، يمكن الخروج ببعض الملاحظات.

الشباب في حالة جهل حول الصحة الجنسية والإيجابية بشكل عام. تظل إمكانية الوصول إلى المعلومات الجنسية وخدمات الصحة الجنسية محدودة للشباب

في أنحاء المنطقة، وهو ما عكسه ضعف مستوى المعرفة السليمة (حتى في حالة الإعلان أن مستوى الرضا الذاتي مرتفع) وانخفاض استخدام وسائل منع الحمل. بما في ذلك العازل الطبي. ومع أن بيانات الدراسات في معظم دول المنطقة نادرة، فإن تبعات هذا النقص واضحة: أمراض منقولة جنسيا غير مشخصة وحمل غير مرغوب فيه وإجهاض (لا يزال غير قانوني في معظم الدول في جميع الظروف فيما عدا حالات محدودة) ومواليد خارج إطار الزواج. ويستمر القصور في المعرفة وإمكانية الوصول إلى الخدمات حتى في الدول التي قامت بجهود مكثفة للتواصل مع الشباب مثل تونس (راجع الفصل السادس). ويتخطى الأمر مسألة جهل أو تراخي الشباب. وتجعل الوصمة الشديدة المرتبطة بالجنس خارج إطار الزواج والضغط الاجتماعي للتكيف تجعل الشباب مترددين في الحديث مع الأشخاص الذين هم في وضع لتوفير معلومات موثوقة لهم أو التخطيط لحماية أنفسهم في تلك العلاقات.

النوع الاجتماعي وليس السكن في الريف أو الحضر يصنع الفرق. رغم أن الاتجاهات والسلوكيات تتباين إلى حد ما بين شباب الريف والحضر. فإن هذه الاختلافات لم تعد كبيرة كما كانت في الأجيال السابقة، حيث أحدثت المزيد من التعليم والتعرض للإعلام والهجرة وغيرها من العوامل تقريبا بين الريف والمدينة. لذا يعتبر النوع الاجتماعي هو الحد الفاصل في المعرفة والسلوك والممارسات كما هو موضح في حالة العذرية، وبينما يُنظر للنشاط الجنسي للشباب قبل الزواج على أنه أمر حتمي بشكل أو بآخر، فإنه يُتوقع من الشباب أن يمتنعن حتى الزواج.

ويتم وضع سلسلة من القيود الجسدية والاجتماعية على الشباب لضمان عدم ممارستهم للجنس وبذلك يحتفظن بعذريتهن حين الزواج. ولتحقيق هذا التوقع قد تلجأ بعض الشباب إلى عمليات لإصلاح غشاء البكارة أو الجنس الشرجي ما يعرضهن لمخاطر صحية كبيرة. ومن المعروف أن الفتيات والشابات في المنطقة بشكل عام لديهن معلومات أقل من الشباب حول الجنس، وقدرة أقل للحديث عنه وقوة أقل في التفاوض لحماية أنفسهن في حالة العلاقات الجنسية غير المخططة وفرصة أقل في علاج العواقب.

وتتردد النساء غير المتزوجات في الاعتراف بممارستهن لعلاقات جنسية بسبب الرفض الاجتماعي. وبكل تأكيد فإن أي سلوك جنسي موصوم اجتماعيا - مثل العلاقات المثلية والعمل في مجال الجنس والتعرض للعنف الجنسي - لا يتم الإبلاغ عنه في الدراسات. وبشكل عام، فإن الخوض في هذه النقاط الحساسة يتم بشكل أفضل في مقابلات فردية متعمقة عن أن تتم في مجموعات نقاش بؤرية أو استطلاعات واسعة النطاق. وقد تفتقر هذه المقابلات الشخصية إلى القوة الإحصائية للاستطلاع، ولكنها توفر فكرة أكثر تعمقا عن القضايا الحساسة.

الممارسة الجنسية قد تكون محفوفة بالمخاطر. تُظهر الدراسات المذكورة فيما سبق وغيرها من الأبحاث أن نسبة ملموسة من الشباب وبعض الفتيات يمارسون أحد أشكال المايضة بالجنس (الجنس مقابل المال أو الهدايا) إما طوعا أو بالإكراه. ولخدمة هؤلاء الشباب بصورة أفضل، ينبغي القيام بالمزيد من الأبحاث للتعرف على موفري وعملاء مثل هذه الدعارة المؤقتة. كما توجد حاجة للمزيد من العمل لفهم عوامل الخطر المرتبطة بالجنس غير الآمن بما في ذلك تعاطي المخدرات. وتعتبر الكحوليات والمخدرات أحد حقائق الحياة بالنسبة لبعض الشباب في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا على الرغم من التحريم الديني. ففي المغرب على سبيل المثال يعترف ١٠٪ من الشباب و٤٪ من الشباب بتناول الكحوليات و١٪ من الرجال وأقل من ٢٪ من النساء يذكرون تجربتهم

في استخدام المحدثات غير القانونية^١ وأقل من نصف هؤلاء الرجال وخمس النساء ذكروا أنهم يبحثون عن ممارسة الجنس (دون وقاية بشكل عام) بعد تعاطي المحدثات، مما يجعل الممارسات الجنسية أكثر خطورة.

التحرش الجنسي شائع. في لبنان تم الإبلاغ عن التحرش الجنسي من أقل من ٢٠٪ من الطلاب الذكور وأكثر بقليل من ١٥٪ من أقرانهم من الإناث^٧ وفي مصر تقول أكثر من ٦٠٪ من الشباب بعمر ١٠ إلى ٢٩ عاما في المناطق الحضرية أنهم تعرضوا للتحرش الجنسي. ويكون ذلك بصورة رئيسية عن طريق الإيذاء اللفظي من جانب الغرباء؛ ولم تتحدث نصف من تعرضوا للتحرش عن الأمر^٨ وغالبا ما تكون هذه الأرقام وغيرها من الدراسات الأخرى تقديرات تقل عن الحقيقة في وجود الضغط الاجتماعي الهائل على الشباب للصحى حول هذا الأمر. وهناك حاجة للمزيد من الأبحاث للتحقيق في كافة أشكال الاعتداء الجنسي الذي يشمل الشباب. بما في ذلك العنف الجنسي (الاعتصاب وزنا المحارم). وذلك لدعم الجهود المستحدثة للتعامل مع هذه القضايا بشكل أفضل.

ولا تزال الأبحاث حول الجنسية للشباب في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا في المراحل الأولى من أجل إنشاء قاعدة للمعلومات حول المعرفة والاتجاهات والسلوكيات بين المجموعات السكانية المتنوعة. والمرحلة التالية هي الفحص الكامل للقوى التي تشكل هذه العناصر - بما في ذلك الدين والقانون والاقتصاد والتعليم والأسرة والإعلام - لتحسين الجهود القائمة بالفعل في بعض الدول لتلبية احتياجات الشباب. وحاليا لدينا أسئلة أكثر مما لدينا من الإجابات حول الحياة الجنسية لشباب المنطقة. ولكن هناك جيل جديد من الباحثين. مدعوم من منظمات تطوعية، مستعد وقادر على طرح هذه الأسئلة الصعبة. والذي مازال ينقصنا هو المساندة السياسية والاجتماعية. وإحراز التقدم، ينبغى على النظام السياسي الجديد الناشئ في المنطقة توفير الحرية والدعم لهؤلاء الباحثين.

المراجع

- 1 Population Council, *Survey of Young People in Egypt, Final Report, 2010* (Cairo: Population Council, 2010).
- 2 Republic of Lebanon, Ministry of Higher Education and Ministry of Health, *Lebanon, 2005 Global School-Based Health Survey* (Beirut: Lebanon Ministry of Higher Education and Ministry of Health, 2005), accessed at www.who.int/chp/gshs/2007_Lebanon_GSHS_Country_Report.pdf, on April 28, 2011.
- 3 Axtetudes, Morocco Ministry of Health, and GTZ, *National Study of Knowledge, Attitudes and Practices of Youth Regarding STIs and AIDS* (in French) (Rabat, Morocco: Axtetudes, Morocco Ministry of Health, and GTZ, 2007).
- 4 Senim Ben Abdalla, *National Study on Risk Behaviors of Out-of-School Youth in Tunisia* (in French) (Tunis: ATL, ONFP, UNFPA and UNAIDS, 2010).
- 5 B. Barbour and P. Salameh, "Knowledge and Practice of University Students in Lebanon Regarding Contraception," *Eastern Mediterranean Health Journal* 15, no. 2 (2009): 387-99.
- 6 Axtetudes, Morocco Ministry of Health and GTZ, *National Study of Knowledge, Attitudes and Practices of Youth Regarding STIs and AIDS*.
- 7 Republic of Lebanon, Ministry of Higher Education and Ministry of Health, *Lebanon, 2005 Global School-Based Health Survey*.
- 8 Population Council, *Survey of Young People in Egypt, Final Report, 2010*.

٥ المواجهة والصراحة: تثقيف الشباب حول الصحة الجنسية والإيجابية

النقاط الرئيسية

- المدارس مكان هام لتثقيف الشباب حول الصحة الجنسية والإيجابية.
- تعليم الأقران طريقة فعالة لزيادة المعرفة وتشجيع السلوكيات الإيجابية عن طريق إشراك الشباب كمرسلين أو مستقبلين للرسالة.
- يمكن للمنظمات غير الحكومية سد الثغرات الهامة عن طريق التواصل مع الشباب أينما لا تتمكن البرامج الحكومية من ذلك.

تُعرف منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا بالقيم الأسرية القوية والتراث المتحفظ وذلك غالباً ما يعود بالفائدة والحماية على الشباب. ولكن قد تصبح نفس هذه البيدييات عوائق أمام تثقيف الشباب حول الصحة الجنسية والإيجابية، بما في ذلك المخاطر الصحية للعلاقات الجنسية غير المخططة وغير المحمية. وليست المناقشات الهادفة حول هذه القضايا مهمة سهلة بسبب الاعتقاد الخاطئ بأن التحدث بصراحة حول قضايا الصحة الجنسية والإيجابية يشجع الشباب غير المتزوج على ممارسة الجنس قبل الزواج. وفي الواقع، أظهرت دراسة البرامج التعليمية الخاصة بالتثقيف الجنسي على مستوى العالم أنها لا تشجع على النشاط الجنسي المبكر بشكل عام. وعلى العكس يمكن لهذه البرامج إذا تمت بالصورة الصحيحة أن تؤخر الاتصال الجنسي الأول وأن تؤدي إلى استخدام أكثر التزاماً لوسائل منع الحمل وإلى ممارسات جنسية آمنة.^١

وعلى الرغم من النوايا الحسنة فإن الحد من وصول الشباب إلى المعلومات يمكن في واقع الأمر أن يزيد من قابلية التعرض للمشكلات الصحية. ومن المعروف أن الشباب والشابات المثقفين بشكل أفضل - سواء كانوا نشطين جنسياً أم لا - هم أكثر تمكناً من حماية أنفسهم من مخاطر الصحة الجنسية. ولكن غالباً ما يتردد الشباب في سؤال الأكبر منهم سناً خوفاً من الشك في قيامهم بنشاط غير مشروع. ومن ناحية أخرى قد يرغب الكبار في مناقشة الجنسانية مع الشباب ولكنهم غير مجهزين للقيام بذلك.

وبينما تتباين خبرات الشباب بدرجة كبيرة في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، إلا أنهم يشتركون جميعاً في الحاجة إلى معلومات وخدمات أفضل حول الصحة الجنسية والإيجابية. وبذلك فهناك حاجة لمجموعة من قنوات وبرامج الاتصال

للوصول إلى الشباب بمعلومات دقيقة ومناسبة لأعمارهم خلال رحلة تقدمهم في العمر.

القيم الأسرية ودور الوالدين

تظل الأسرة في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا محورية في حياة الشباب. حيث تتجاوز الصلات بين الشباب والأقارب، وخاصة الوالدين، الدعم المادي والمادي إلى الهويّة العاطفية والنفسية. ففي لبنان مثلاً الذي يُنظر له على أنه أكثر بلاد المنطقة "تشبهاً بالغرب"، توصل بحث قومي طلب من الشباب تحديد هويتهم وولائهم واهتماماتهم بالرأفاهية إلى أن أقوى الانتماءات كانت "للعائلة" (إلى جانب البلد)، بينما جاءت "الذات" في المرتبة قبل الأخيرة.^١

وترتبط قوة العائلة في حياة الشباب ارتباطاً وثيقاً بديانتهم. حيث أن شباب اليوم في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا لديه إيمان قوي. ووفقاً لدراسة القيم العالمية، فإن أكثر من ٩٠٪ من الشباب المصري والأردني وأقل بقليل من ٩٠٪ من الشباب المغربي يعتبرون أن الدين جزء هام من حياتهم.^٢ ولا يترجم هذا التدين بالضرورة إلى ممارسة الطقوس الدينية: حيث يذهب ربع الشباب المصري الذي تم استطلاع رأيه فقط إلى دار عبادة مرة في الأسبوع. ومع ذلك، اتفق أكثر من أربعة أخماس الشباب المصري الذي تم استطلاع رأيه على أهمية الحفاظ على العادات والتقاليد المرتكزة على الدين والأسرة.

وإتفاقاً مع هذه المعتقدات يقضي الشباب قدراً كبيراً من الوقت مع الآباء والأسرة التي تلعب أدوارها دوراً بارزاً في تشكيل سلوكياتهم. وبذلك يحتاج التعليم حول الجنسية إلى إدماج القيم الأسرية والتراثية الأساسية إلى جانب المعتقدات الدينية. ومع أن الأسرة تمثل مورداً هائلاً، ولكنها لعبت دوراً ضئيلاً في التثقيف الجنسي للشباب.

وكثيراً ما يكون الوالدان في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا مترددين وغير مجهزين لمناقشة الجنسية مع أبنائهم لأن تعليمهم الرسمي حول هذه القضايا محدود بدرجة كبيرة. ومع ذلك يمكن للبرامج الاستفادة من إشراك الوالدين في أنشطة تثقيف الشباب حول موضوعات الصحة الجنسية والإيجابية. وقد ثبت نجاح بعض مثل هذه البرامج في المنطقة. ففي مصر توفر الهيئة القبطية الإجيلية للخدمات الاجتماعية التثقيف الجنسي للشباب وحديثي الزواج، وتم تخصيص أحد مكونات البرنامج لمساعدة الوالدين على التعامل مع هذه القضايا.^٤

التثقيف الجنسي في المدارس

نتيجة لكثرة التحاق الشباب بالتعليم الرسمي في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، فإن المدارس قد تمثل وسيلة فعالة في إيصال المعلومات المتعلقة بالصحة الجنسية والإيجابية - كما أن برامج التثقيف الجنسي من خلال المدارس أكثر كفاءة من حيث الجدوى الاقتصادية.^٥ وكانت تونس أول دولة في المنطقة تقدم معلومات حول الإيجاب وتنظيم الأسرة في المناهج الدراسية في أوائل الستينات، وبحلول أوائل التسعينات، تم استحداث التثقيف عن الصحة الإيجابية للفتيان والفتيات كجزء من منهج العلوم في المدارس الحكومية، ولو أن الروايات والشواهد تشير إلى أن الشباب يريدون منهجاً أكثر شمولاً خاصة مع ارتباطه بالجنسانية.^٦

وفي إيران ومنذ منتصف التسعينات أصبح مطلوباً من كافة طلبة الجامعات - من الذكور والإناث بغض النظر عن مجال دراستهم - تلقي دورات حول السكان وتنظيم الأسرة تشمل استخدام العازل الذكري لمنع الحمل ولتقليل انتقال فيروس نقص المناعة البشرية^٤، وتم مؤخراً تطوير دورة خاصة حول متلازمة نقص المناعة المكتسب كملحق لكتب البيولوجيا وتم تدريب ١٣٠٠٠ مدرس وطبيب مدرسي لتثقيف ١,٥ مليون طالب في المدارس الثانوية^٥.

وتبرز تركيا أيضاً بتغطيتها لموضوعات الصحة الجنسية والإيجابية في المناهج المدرسية واستعداد المدرسين وافتتاحهم لمناقشة هذه الموضوعات في الفصل. ويوفر "مشروع البلوغ" تثقيفاً جنسياً في آخر ٣ سنوات من نظام التعليم الابتدائي الذي يستمر ٨ سنوات ويشمل موضوعات مثل "كيف تتأكد من القذف" و"ما هي المخاطر المحتملة للعادة السرية؟" "كيفية التغلب على البثور" و"هل تمثل حلاقة شعر العانة مشكلة؟" ويتلقى الطلاب كتاباً مدرسياً عن مسائل الصحة الجنسية ويقوم خبراء صحيون مدربون بزيارة الفصول - التي يتم تقسيمها حسب الجنس والصف الدراسي - للتحدث معهم والإجابة على أسئلتهم. وفي كل صف دراسي يتم تدريب مدرس ومدرسة وتكليفهم للإجابة على أسئلة الطلاب طوال السنة الدراسية. وبينما تلاقى تلك الجهود استحسان الجماعات النسائية، تم انتقاد البرنامج لضعف مناقشته لقضايا النوع الاجتماعي - وهي الأدوار المحددة اجتماعياً للرجال والنساء - وأثارها على الصحة والسلامة^٦.

وفي أماكن أخرى في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا تعتبر تغطية قضايا الصحة الإيجابية في المناهج المدرسية محدودة جداً بشكل عام، فكثيراً ما تكون المعلومات سطحية بدرجة كبيرة أو يتم التغاضي عنها تماماً حيث يكون المدرسون غير مستعدين أو غير مجهزين لمناقشة تلك القضايا في الفصل. وفيما عدا "الحديث غير المباشر"، فإن التثقيف الجنسي في المدارس لا يزال قضية مثيرة للجدل في معظم دول الشرق الأوسط وشمال إفريقيا كما أن التقدم متفاوت. وفي لبنان، تم التخلي عن جهود إدخال تعليم الصحة الإيجابية في المدارس للذين تتراوح أعمارهم بين ١٢ و١٤ عاماً في نهايات التسعينات. ولكن اليوم تقوم حكومة لبنان بالتعاون مع شركاء دوليين بتجهيز منهج قومي جديد حول الصحة الجنسية والإيجابية لمجموعة أعرض من الأطفال في سن المدرسة لتدريسه في جميع أنحاء البلاد في السنوات القادمة.

ويوجد مثال آخر على التقدم غير المؤكد حدث في مصر، حيث قررت وزارة التعليم عام ٢٠١٠ حذف المواد المتعلقة بالصحة الجنسية والإيجابية من المنهج الذي يتم تدريسه في العام الدراسي ٢٠٠٩-٢٠١٠. وإذا تبنت الحكومة الجديدة أيضاً هذا التغيير فإن طلاب البيولوجيا في سن ١٦ إلى ١٧ عاماً لن يدرسوا مواد حول الصحة الإيجابية وستختفي بضع صفحات من كتب العلوم للطلاب في سن ١٣ إلى ١٤ عاماً مع إزالة رسوم الأعضاء التناسلية للذكور والإناث إلى جانب درس كامل عن الأمراض المنقولة جنسياً. وبدلاً من ذلك اقترحت وزارة التعليم السابقة "أنشطة يقوم المدرس فيها بمناقشة الفصل حول الموضوع" - وهو اقتراح يصعب التعامل معه بجديّة حيث أن المدرسين غير مستعدين للتعامل مع هذه الموضوعات في الفصل^٧.



أعضاء Y-PEER في مصر يناقشون الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب مع طلبة المدارس الثانوية في نشاط نظمته جمعية القاهرة لتنظيم الأسرة والتنمية.

التعليم خارج المنهج وتعليم الأقران

تقوم المدارس الثانوية والجامعات بالتعاون مع المنظمات غير الحكومية في كثير من الأحيان بتبني أنشطة خارجة عن المنهج لتثقيف الشباب حول موضوعات الصحة الجنسية والإجرائية وذلك لسد الفجوات في النظم التعليمية حول هذه الموضوعات. ففي مصر مثلاً، نظمت الجمعية المصرية لصحة الأسرة لقاءات في الجامعات في أنحاء البلاد منذ عام ١٩٩٩، ومؤخراً عقدت ندوات في المدارس الثانوية عن طريق المشاركة مع إدارة الجمعيات الأهلية بوزارة التربية والتعليم. وخلال اللقاءات، يناقش المحاضرون من الجمعية المصرية لصحة الأسرة قضية من قضايا الصحة الإيجابية لما يقل عن ساعة ويليها أسئلة مكتوبة من الطلبة الحضور. وحتى الآن تم عقد أكثر من ٣٠٠ لقاء حضره أكثر من ٥٠٠٠٠ طالب وطالبة في الجامعات في كافة المحافظات. وتشير المشاهدات من هذه اللقاءات والندوات إلى أن المفاهيم والاعتقادات الخاطئة شائعة بين الطلاب. ولكنهم متحمسون للغاية للحضور ومنفتحون لتعلم معلومات جديدة - وهي إشارة وأعادة لتصحيح هذا القصور.

مبادرة Y-PEER: شهادة شخصية

وعلى الصعيد الدولي، تسمح لنا الفعاليات المختلفة التي شاركنا فيها (ورش العمل، التدريب، الاجتماعات) التعرف على أشخاص مختلفين من دول أخرى وكانت مفيدة للغاية في تبادل الخبرات ومعرفة ما يحدث حولنا. كما تمنحك هذه الفعاليات، بالإضافة إلى الفعاليات المحلية، في كل مرة دفعة كبيرة من الحافز الذي يجعلك تتقدم دائماً. وهو أمر ضروري للشباب المتطوعين."

وسيم عمارة، Y-PEER تونس، ٢٠٠٩

"بالإضافة إلى الدعم الفني الذي توفره لك، فإن أحد أفضل مزايا الانضمام إلى شبكة Y-PEER هو التشبيك في حد ذاته، لأنها ساعدتنا في تونس على تكوين روابط قوية بين الشباب من منظمات غير حكومية مختلفة. فمثلاً، ساعدت على تنظيم فعاليات واسعة النطاق مثل احتفال اليوم العالمي لمكافحة الإيدز ٢٠٠٨ الذي تكون من حفل كبير اشتركت فيه ثلاث منظمات غير حكومية مختلفة وحضره أكثر من ١٠٠ شخص ولم يكن ذلك ممكناً من قبل. كما ساعدت الشبكة أيضاً في التخطيط للتدريب القومي للمدرسين لمعلمي الأقران وكانت منظمات غير حكومية كثيرة مثله فيه ...

ويعتبر تعليم الأقران، الذي غالباً ما يُنظَّم من خلال المدارس وأندية الشباب، طريقة أخرى لنقل المعرفة المتعلقة بالصحة الجنسية والإيجابية للشباب. ويهدف تعليم الأقران إلى تغيير السلوك عن طريق تدريب الشباب على التحدث حول خيارات أنماط الحياة الصحية مع نظرائهم الذين يقومون بدورهم بتمريرها إلى المعارف والشبكات الاجتماعية. وغالباً ما تتم إدارة برامج تعليم الأقران في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا بالتعاون مع البرامج الدولية ذات الخبرة. وتعتبر شبكة تعليم الأقران الشباب (Y-PEER) التي يدعمها صندوق الأمم المتحدة للسكان من أفضل البرامج المعروفة ويمتد نشاطها في أكثر من ٤٥ دولة بما في ذلك عدد من الدول في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا. وقد أشركت مبادراتها الرائدة والشاملة: "من الشباب إلى الشباب" أكثر من ١٠٠ منظمة لا تهدف للربح ومؤسسة حكومية حول العالم وتضم في عضويتها آلاف الشباب الذين يعملون في مجالات مرتبطة بالصحة الجنسية والإيجابية للمراهقين. وقد بنيت الشبكة على النهج التشاركي بهدف تمكين الشباب وبناء شراكات بين الشباب والبالغين - الآباء والمدرسين والأخصائيين الصحيين والقادة الدينيين وقادة المجتمع المحلي وصناع السياسات.

وتدعو شبكة Y-PEER إلى ما يلي مع تكييف أنشطتها تبعاً للسياق المحلي والثقافي في كل بلد على حدة:

- تكوين إستراتيجيات قومية لتنمية الشباب.
- زيادة الوصول إلى معلومات وخدمات الصحة الجنسية والإيجابية.
- مشاركة الدروس المستفادة عبر الحدود وبين الثقافات.
- إنشاء معايير للممارسات وتحسين موارد التدريب لمعلمي الأقران.

- تقوية المعلومات الأساسية لدى معلمي الأقران ومدربي المدربين.
- إنشاء شبكات Y-PEER داخل البلاد من تصميم الشباب وموجهة لهم.

وقد أظهرت الدراسات أن تعليم الأقران من الشباب طريقة فعالة لزيادة المعرفة المتعلقة بالصحة الجنسية والإيجابية وتشجيع السلوكيات الإيجابية^{١١} وتجاوز أنشطة شبكات Y-PEER بشكل عام التنقيف الجنسي وتساعد الشباب على تطوير مهاراتهم الحياتية والثقة بالنفس^{١٢} كما يستخدمون قنوات متنوعة لإيصال رسالتهم بما في ذلك الموسيقى وغيرها من أشكال الترفيه (راجع إطار ٣، صفحة ٣٣).

وكانت تونس هي أول دولة في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا تنضم إلى الشبكة وتنظم أنشطة الشباب. وتلتها عدة منظمات غير حكومية وشباب من دول أخرى. فمثلاً نظمت Y-PEER مصر حملة قومية بعنوان "عيش حياتك" لرفع الوعي بين طلاب المدارس الثانوية حول موضوعات متنوعة مثل زواج الأطفال وتنظيم الأسرة والوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب والوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً والتغذية والتدخين وتعاطي المخدرات وحب الشباب. وبنهاية عام ٢٠١٠، تم تنفيذ الحملة في ٣٠ مدرسة بالاشتراك مع جمعية القاهرة لتنظيم الأسرة والتنمية ومنظمات أخرى. وفي إيران، قام برنامج تعليم الأقران في المدارس الثانوية بتدريب آلاف الطلاب لتعليم أقرانهم حول فيروس نقص المناعة البشرية^{١٤}.

الخطوط الساخنة

كانت الخطوط الساخنة من أول القنوات المستخدمة لتسهيل تعرّف الشباب على معلومات الصحة الجنسية والإيجابية. واليوم هناك عدد من الخطوط الساخنة القائمة التي تشغيلها وكالة حكومية أو منظمة غير حكومية وهي تتيح للأشخاص طرح أسئلة حول الصحة الجنسية والإيجابية بدون ذكر أسمائهم. وقد كانت وزارة الصحة المصرية تدير خطها الساخن منذ أواخر التسعينيات. وأطلقت الجمعية المصرية لصحة الأسرة، وهي منظمة غير حكومية، خطها الساخن المجاني عام ٢٠٠٤ من خلال مقرها في القاهرة. ويقوم المحاورون - وهم أطباء وطبيبات شباب مدربين جيداً - بالرد على المكالمات من ١٠ صباحاً إلى ١٠ مساءً يومياً ما عدا الجمعة. ويمكن للمتصل اختيار التحدث مع طبيب أو طبيبة. ويتم سؤال المتصلين عن أعمارهم ومحافظة سكنهم فقط لأغراض إحصائية. وفي عام ٢٠٠٩، كان نصف المكالمات التي زادت عن ١٢٠٠٠ مكالمات - بمعدل ٤٠ مكالمات يومياً في المتوسط - من محافظتي القاهرة والجيزة. وتشير البيانات إلى أن ٦٥٪ من المكالمات كانت من إناث و٣٥٪ من الذكور؛ وكان لكل جنس نفس التوزيع العمري حيث كان أكثر من نصف المتصلين تحت سن ٢٥ عاماً (راجع جدول ٢، صفحة ٣٥). وما يلفت النظر هو أن عدداً كبيراً من المتصلين الأكبر سناً كانوا آباء يسألون عن مشكلات تتعلق بأبنائهم المراهقين وقد تضمن المتصلون أشخاصاً يعيشون خارج مصر. ويصنّف جدول ٣ (صفحة ٣٥) أكثر الأسئلة التي يطرحها المتصلون من الذكور والإناث شيوعاً.

استشارات ما قبل الزواج

كانت إيران أول دولة في المنطقة تجعل استشارات ما قبل الزواج إجبارية للأزواج والزوجات المرتقبين. ويجب أن يشارك الذين يخططون للزواج في فصول دراسية حكومية قبل الحصول على رخصة الزواج. وقد ظهرت استشارات ما قبل الزواج في منتصف

توزيع المتصلين بالخط الساخن حسب الجنس والسن، مصر ٢٠٠٩

الفتة العمرية	إناث	ذكور
١٤-١٠	١٪	٢٪
١٩-١٥	١٨٪	١٦٪
٢٤-٢٠	٣٤٪	٣٦٪
+٢٥	٤٧٪	٤٦٪

المصدر: الجمعية المصرية لصحة الأسرة.

السئلة الأكثر شيوعاً التي يطرحها المتصلون بالخطوط الساخنة، مصر ٢٠٠٩

المرتبة	إناث	ذكور
١	مشكلات التغذية والوزن (١٢٪)	العلاقات الزوجية (٢٠٪)
٢	المشكلات الطبية العامة (١٠٪)	الأعضاء التناسلية (١٧٪)
٣	الخصوبة والحمل (١٠٪)	العادة السرية (١٦٪)
٤	المشكلات الاجتماعية (١٠٪)	المشكلات الطبية العامة (١٦٪)
٥	المشكلات النفسية (١٠٪)	المشكلات النفسية (٦٪)
٦	عدم انتظام الدورة الشهرية (١٠٪)	الخصوبة والحمل (٦٪)
٧	غشاء البكارة (٦٪)	المشكلات الاجتماعية (٣٪)
٨	العلاقات الزوجية (٥٪)	أسئلة حول الإناث (٣٪)
٩	الإفرازات المهبلية (٥٪)	مشكلات التغذية والوزن (٢٪)

المصدر: الجمعية المصرية لصحة الأسرة.

التسعينيات وتستغرق من الزوجين ساعتين من الزمن، وهي تهدف إلى إحياء برنامج تنظيم الأسرة الإبراني، مما يدعم هدف تخفيض حالات الحمل غير المرغوب وزيادة مشاركة الذكور ومسؤوليتهم تجاه تنظيم الأسرة. وحسب درجة تحفظ المجتمع المحلي، يتم عقد الفصول للأزواج والزوجات المرتقبين معاً أو كل على حدة في وجود معلمين من نفس الجنس. وفي السنوات الأولى للبرنامج، كانت الفصول تركز بشدة على قضايا تنظيم الأسرة ولكنها الآن تشمل مناقشات حول الأمراض المنقولة جنسياً خاصة فيروس نقص المناعة البشرية، وكجزء من الاستشارات، يتلقى المشاركون معلومات حول مواقع يمكنهم من خلالها الوصول إلى خدمات الصحة الجنسية والإيجابية التي ترعاها الحكومة والتي عادة ما تكون مجانية.

وتقوم حكومات أخرى في المنطقة باستحداث استشارات ما قبل الزواج أيضاً. فعلى سبيل المثال أصبح إجبارياً في مصر على الأزواج والزوجات المرتقبين الحصول على استشارات في تنظيم الأسرة. ولكن ليس واضحاً بعد لأي درجة ستمكن وزارة الصحة المصرية من تنفيذ ذلك على مستوى البلاد وما الشكل الذي ستخذه. وفي الكثير من البلاد في المنطقة وخاصة في الخليج، ترتبط استشارات ما قبل الزواج بالاختبارات المتعلقة بالأضطرابات الوراثية وبعض الأمراض المعدية. وبالرغم من أن هذه الاختبارات مقبولة بشكل عام بين الأزواج في هذا الجزء من العالم العربي، فقد تم رفضها في أماكن أخرى في المنطقة ومنها مصر.

تكنولوجيا الاتصالات الحديثة والإعلام

الشباب في المنطقة مستهلكون نشيطون ومنتجون نشيطون بشكل متزايد لوسائل الإعلام الجديدة والقديمة إقليمياً وعالمياً¹⁰ ويحرص الشباب بشكل خاص لتبني تكنولوجيا الاتصالات الجديدة مثل الإنترنت والهواتف الجواله والتلفزيونات الفضائية للحصول على الترفيه والتعليم. ويصل التليفزيون بفاعلية إلى الشباب في مجموعة متنوعة من القضايا المتعلقة بالحياة الجنسية والإيجابية، بما في ذلك ختان الإناث وتنظيم الأسرة وفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب. كما تعتبر الموسيقى وأشكال الترفيه الأخرى أدوات قوية للمعرفة وتغيير السلوك.

وتستخدم برامج مثل Y-PEER الفنانين ورموز الرياضة المحليين كسفراء. ويعمل المشاهير كقدوة يمكن للشباب التوافق معهم، وهم فعالين في لفت انتباه الشباب إلى القضايا الصحية. وتقوم المنظمات غير الحكومية من أجل إيصال رسالتها بشكل أفضل بالشراكة مع مجموعات عالمية مثل Dance4Life وهي مبادرة دولية تستخدم الرقص والموسيقى لإشراك الشباب في التصدي لفيروس نقص المناعة البشرية ومتلازمة نقص المناعة المكتسب.

وقد تم استخدام الحملات الإعلامية القومية في العديد من دول الشرق الأوسط وشمال إفريقيا مثل الجزائر ومصر والأردن وإيران والمغرب وتونس وتركيا لتثقيف الجمهور حول فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب، خاصة خلال الأسبوع القريب من اليوم العالمي للإيدز. وتساعد التغطية الإعلامية الشباب على تعلم المزيد حول القضية وتنبههم إلى الفعاليات المحلية المنظمة خصيصاً لهم. وتباین هذه الأنشطة الإعلامية في مدى تغطيتها لقضايا الصحة الجنسية والإيجابية بصورة شاملة كما تكون فعاليتها محددة بعدم الاستعداد لمعالجة الجوانب الأكثر حساسية لفيروس نقص المناعة البشرية مثل الانتقال الجنسي للفيروس. وقد كانت إيران منفتحة نسبياً في مناقشة كيفية الوفاية من انتقال فيروس نقص المناعة البشرية وتعزيز "الممارسات الجنسية المأمونة" في الحملات الإعلامية بسبب وجود أكبر عدد من المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية في المنطقة بها.

وقد استغلت عدة برامج للشباب تزايد استخدام الإنترنت. وأحد أمثلة ذلك موقع نظرة (www.nazra.org) الذي أنشأه مجموعة من الشباب المصري وهو مخصص لتوسيع النقاش حول النوع الاجتماعي في مصر والمنطقة العربية. وفي عام ٢٠١٠ أطلقت المجموعة مشروعاً تحت اسم تثقيف في التابوهات لمساعدة الشباب والشابات على مناقشة قضايا النوع الجنسي والعلاقة بين الذكور والإناث والمساواة بين الجنسين



"كيف تمنع انتقال فيروس نقص المناعة البشرية؟" هو عنوان اللافتة المعروضة في شارع مزدحم في وسط طهران. إيران في إطار اليوم العالمي للإيدز. وتشجع الرسائل القراء على "الممارسات الجنسية المأمونة" عن طريق استخدام العوازل الذكرية وعدم وجود شركاء متعددين وعدم استخدام العقاقير غير القانونية التي يمكنها أن تؤدي إلى الممارسة الجنسية دون وقاية. ويقول أحد أسطر اللافتة "تذكر أن استخدام العازل الذكري هو ضمن طريقة لمنع متلازمة نقص المناعة المكتسب." ويقول السطر الأخير "فلنعش ولنعد الآخرين يعيشون." كما يوجد رقم هاتف ليتصل به الأشخاص إذا كانت لديهم أسئلة أو يحتاجون للخدمات.

والموضوعات الحساسة الأخرى بأسلوب منفتح وصريح ومسئول عبر الإنترنت. وقد تعاملت بعض المساهمات المبكرة للمشاركين في المشروع مع الجنس التجاري والرجولة والمثلية وختان الإناث والتحرش الجنسي والوضع المتردد للتثقيف الجنسي في البلاد. وبينما يعتبر مدى انتشار نظرة صغيراً، إلا أن هناك احتمال كبير لمساعدته للشباب في التعبير عن أفكارهم وإيصالها حول العديد من القضايا الملحة بما في ذلك الجنس.

وفي تونس يحتوي موقع البرنامج القومي لتنظيم الأسرة (www.onfp.nat.tn) على صفحة خاصة مخصصة للشباب تغطي موضوعات مثل الأمراض المنقولة جنسياً ومنع الحمل. ويعمل الموقع بثلاثة لغات: العربية والإنجليزية والفرنسية. وإذا أجهنا إلى الغرب أكثر، بدأت جمعية تنظيم الأسرة المغربية مشروع "الصحة الإلكترونية" وهو مشروع تعليمي للشباب من خلال مقاهي الإنترنت. فعند الدخول إلى الإنترنت، يجب على المستخدمين أولاً مشاهدة موقع الصحة الإيجابية الذي يرتبط بمصادر إضافية لمعلومات وخدمات الصحة الجنسية والإيجابية. وتم البدء في مبادرة أخرى عبر الإنترنت وهي (www.infosantejeunes.usj.edu.lb) Info Santé Jeunes من خلال جامعة سان جوزيف في لبنان. وعادة ما تحتوي هذه المواقع على صفحة يمكن للمستخدم من خلالها سؤال

المتخصصين حول موضوعات الصحة الجنسية والإيجابية أو أية موضوعات أخرى متعلقة بالشباب.

ويوفر عدد من المواقع الأخرى في المنطقة للشباب معلومات ومساحة لاستكشاف القضايا الجنسية باللغة العربية - وهي خطوة مفيدة ولكن لا يزال الوصول محدوداً نظراً لانخفاض استخدام الإنترنت في العديد من دول المنطقة. ولتعزيز الاستفادة من هذه الأدوات وغيرها من الأدوات المبتكرة، بما في ذلك Facebook ورسائل الهاتف الجوال، هناك حاجة للمزيد من الأبحاث حول أفضل طريقة لنشر وسائل الإعلام القديمة والجديدة لتثقيف الشباب وتغيير السلوكيات. كما توجد حاجة للمزيد من الدراسة لتأثير وسائل الإعلام الترفيهية (الأفلام ومسلسلات التلفزيون الأفلام المصورة) على اتجاهات الشباب وممارساتهم. ويعتبر توفير المعلومات الدقيقة للشباب أمراً حيوياً، ولكن بدون المزيد من البحث لن يكون من الواضح كيفية تأثير هذه المعلومات على الحياة الجنسية والإيجابية للشباب.

المصادر

- 1 Douglas Kirby et al., "Impact of Sex and HIV Education Programs on Sexual Behaviors of Youth in Developing and Developed Countries," *Youth Research Working Paper 2* (Research Triangle Park, NC: Family Health International, 2005): 1-2.
- 2 Charles Harb, *Describing the Lebanese Youth: A National and Psycho-Social Survey* (Beirut: Issam Fares Institute for Public Policy and International Affairs, American University of Beirut, and UNICEF, 2010). Other choices included religion, humanity, region, friends, profession, Arab World, Islamic World, individual, and political affiliation.
- 3 Ali Sawi and Zein Abdel Hady, "Youth and Social Values: A Reading Into the World Values Survey- Egypt 2008," *Egypt Human Development Report 2010* (Cairo: UNDP and Institute of National Planning), accessed at http://204.200.211.31/EHDR2010_Eng/Full_2010_EHDR_English.pdf, on Dec. 20, 2010.
- 4 For more information, see www.ceoss.org.eg.
- 5 "Sexuality Education Cost-Effective When Mandatory and Integrated, UN Study," April 27, 2011, accessed at www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=38210&Cr=hiv&Cr1=aids, on April 28, 2011.
- 6 Russell A. Stone and John Simmons, *Change in Tunisia* (New York: State University of New York Press, 1976): 220.
- 7 Suad Joseph and Afsaneh Najmabadi, *Encyclopedia of Women and Islamic Culture: Family, Body, and Sexual Health* (Leiden, the Netherlands: Koninklijke Brill NV, 2006): 143.
- 8 Farzaneh Roudi-Fahimi, *Iran's Family Planning Program: Responding to a Nation's Needs* (Washington, DC: Population Reference Bureau, 2002).
- 9 Laith J. Abu-Raddad et al., *Characterizing HIV/AIDS Epidemic in the Middle East and North Africa: Time for Strategic Action* (Washington, DC: World Bank, 2010): 203.
- 10 Nadire Mater, "Sex Education Welcomed by Students, Families in Turkey," Inter Press Service, accessed at www.unesco.org/education/efa/know_sharing/grassroots_stories/turkey.shtml, on Dec. 20, 2010.
- 11 Day Press, "School's Sex Education," Nov. 10, 2010, accessed at www.dp-news.com/en/detail.aspx?articleid=57878, on Dec. 20, 2010.
- 12 Interagency Youth Working Group, *YouthLens* Issue 24, accessed at www.youthwg.org.
- 13 YouthNet, "Youth Peer Education in Reproductive Health and HIV/AIDS: Progress, Process, and Programming for the Future," *Youth Issue Paper 7* (2006).
- 14 Abu-Raddad et al., *Characterizing HIV/AIDS Epidemic in the Middle East and North Africa*: 203.
- 15 Jad Melki, "Media Habits of MENA Youth: A Three Country Survey," *Working Paper Series* (Beirut: American University of Beirut, Issam Fares Institute for Public Policy and International Affairs, 2010).

٦ سد الفجوة: التوسع في خدمات الصحة الجنسية والإيجابية

النقاط الرئيسية

- هناك حاجة لخدمات صديقة للشباب ومصممة من أجلهم لتشجيعهم على البحث عن المعلومات والمشورة وغيرها من الخدمات الضرورية لحماية صحتهم.
- تقديم خدمات الصحة الجنسية والإيجابية للشباب غير المتزوج مفهوم جديد حيث كانت هذه الخدمات مقصورة على الرعاية الصحية للأم والطفل.
- تونس كانت في الطليعة من حيث توفير خدمات الصحة الجنسية والإيجابية للمتزوجين وغير المتزوجين.

تضع القيمة المتعارف عليها التي ترتبط بالزواج، بالإضافة إلى الرفض الديني والاجتماعي للعلاقات الجنسية قبل الزواج، قدرا كبيرا من الضغط على الشباب - وخاصة الشباب في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا - للزواج والإيجاب. وقد تطورت خدمات الصحة الإيجابية في المنطقة في هذا السياق ونتيجة لذلك فهي محددة بدرجة كبيرة في الرعاية الصحية للأم والطفل.

ويعتبر تقديم خدمات الصحة الجنسية والإيجابية للشباب غير المتزوجين مفهوماً جديداً يتطلب تناولاً واقعياً لتلبية احتياجات هذه المجموعة السكانية المتزايدة وفي نفس الوقت يتم احترام الحساسيات التراثية حول الجنس قبل الزواج. وكما ذكر في الفصل الرابع، فإن الأبحاث المحدودة المتوفرة في المنطقة تشير إلى أن نسبة كبيرة من الشباب يمارسون الجنس خارج إطار الزواج بدون المعرفة أو الوسائل اللازمة لحمايتهم من العواقب المحتملة للعلاقات غير المعلنة بدرجة كبيرة.

الإيجاب المبكر ورعاية الحمل

أفاد ارتفاع سن الزواج في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا السيدات بدرجة كبيرة عن طريق تقليل المخاطر الصحية المرتبطة بالإيجاب المبكر. ولكن يظل الزواج المبكر والإيجاب المبكر شائعين في بعض المجموعات، ويعتبر تعليم الإناث العامل الأهم في حدوث الزواج المبكر والإيجاب المبكر. وقد وجد أن احتمالات حمل أو إيجاب الشباب المصريات بعمر ١٥ إلى ١٩ عاما اللاتي لم يدخلن مدرسة على الإطلاق تزيد ثلاث مرات أكثر من اللاتي

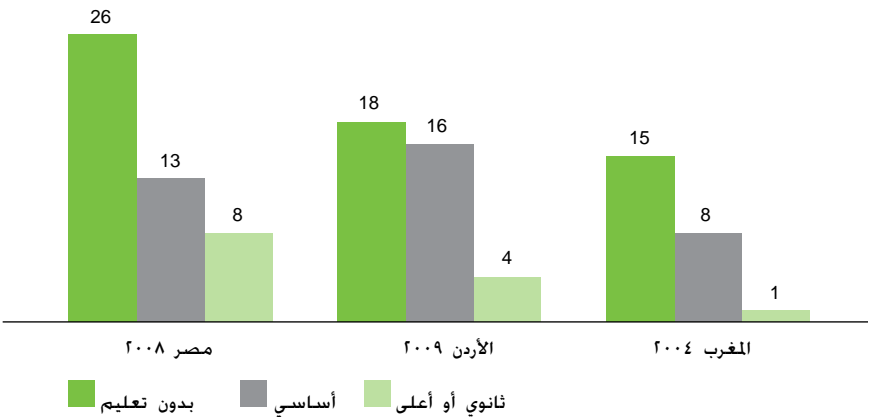
حصلن على التعليم الثانوي أو أعلى؛ وفي المغرب يصل إلى ١٥ ضعفاً (راجع شكل ٥). وفي مصر والمغرب، يتضاعف احتمال بدء الشابات اللاتي يعشن في مناطق ريفية في الإيجاب في فترة المراهقة أكثر من اللاتي يعشن في المناطق الحضرية.

وقد يكون تأخير الولادة الأولى مفيداً لصحة الأمهات الشابات والأطفال. حيث تواجه الأمهات المراهقات مخاطر الإصابات والوفاة بسبب الولادة أكثر من السيدات في العشرينات من العمر. وقد لا يكون النمو الجسدي قد اكتمل لدى المراهقات الحوامل. خاصة اللاتي يأتين من القطاعات الأكثر فقراً في المجتمع، مما يزيد من مخاطر المضاعفات لديهن والتي تتطلب الرعاية الصحية. فمثلاً، قد لا تكون الشابات اللاتي يعانين من نقص التغذية قد حققن النمو الكافي لرؤس الطفل بأمان عبر قناة الولادة. وقد يؤدي ذلك إلى الوفاة والإعاقة^١ ووفقاً لإحدى الدراسات، حدثت وفاة واحدة من بين ٤ وفيات للأمهات في مصر بين السيدات تحت سن ٢٥ عاماً^٢.

ويعتبر تلقي الرعاية الطبية أثناء الحمل وفي وقت الولادة وأثناء فترة النفاس جزءاً هاماً من رعاية الأم. وبينما تتلقى كافة السيدات تقريباً في الدول الحديثة وبعض الدول في المنطقة مثل الأردن رعاية ما قبل الولادة، إلا أن الكثير من السيدات الحوامل في المنطقة يسعين للحصول على رعاية ما قبل الولادة فقط في حالة وجود شكوى. ففي مصر مثلاً، لا تتلقى ثلث الأمهات المراهقات رعاية منتظمة قبل الولادة - والتي يُعرّف بأنها ٤ زيارات أو أكثر لمرکز صحي أثناء الحمل^٣، وترجع المعدلات المنخفضة نسبياً لرعاية ما قبل الولادة لدى بعض المجموعات السكانية في بعض الأحيان إلى النقص في الوعي

شكل ٥

النسبة المئوية للشابات في سن ١٥-١٩ اللاتي أنجبن بالفعل أو الحوامل، حسب التعليم في دول مختارة



المصادر: Fatma El-Zanaty and Ann Way, *Egypt Demographic and Health Survey 2008* (Cairo: Ministry of Health, El-Zanaty and Associates, and ICF Macro, 2009); Ministère de la Santé DPRF/DPE/SEIS, ORC Macro, and Project PAFAM, *Morocco Demographic and Health Survey 2003-04, Final Report* (in French) (Rabat, Morocco: Ministère de la Santé DPRF/DPE/SEIS, 2005); and Jordan Department of Statistics and ICF Macro, *Jordan Population and Family Health Survey 2009* (Calverton, MD: ICF Macro, 2010).

العام حول أهمية الرعاية الصحية أثناء الحمل. ويعتبر الجهل المنتشر عن الأنيميا مثلاً جيداً. إذ تقلل الأنيميا من حمل السيدة لفقدان الدم ومقاومة العدوى، مما يسهم في مرض ووفيات الأمهات. ومع أن الأنيميا شائعة في أنحاء منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، فإن القليل من النساء المصابات بالأنيميا يدركن الأعراض ويسعين للحصول على العلاج^٤.

كما يمكن للعقبات التراثية أن تمنع الشباب من السعي للحصول على الخدمات الصحية. فعلى سبيل المثال، غالباً ما تلجأ النساء إلى مقدمات الرعاية الصحية ولكن لا يوجد الكثير منهن في المنطقة. كما أن السيدات اللاتي يتزوجن في سنوات المراهقة أكثر عزلة من الناحية الاجتماعية ويفتقرن إلى المعرفة بخدمات تنظيم الأسرة والصحة الإيجابية وقد يفترقن إلى القدرة على اتخاذ قرارات حول صحتهم الشخصية. ولا تكون السيدات الجوامل في الغالب هن من يقرر الحصول على الرعاية الصحية، لذلك يعتبر تعليم الأزواج وأفراد الأسرة الآخرين حول قضايا الصحة الإيجابية ذو أهمية خاصة.

خدمات تنظيم الأسرة

توسعت خدمات تنظيم الأسرة في المنطقة، وهي تخدم السيدات المتزوجات بصورة رئيسية. ولكن عادة لا تبدأ السيدات المتزوجات في استخدام تنظيم الأسرة إلا بعد إجابهن للطفل الأول. وبينما تستخدم ٦٠٪ من السيدات المتزوجات في سن الإجاب في مصر وسائل منع الحمل (٥٨٪ يستخدمن وسيلة حديثة)، نادراً ما تفعل ذلك السيدات المتزوجات بدون أطفال (٤.٠٪).^٥ وفي اليمن، حيث يصل استخدام وسائل منع الحمل إلى أدنى معدلاته في المنطقة، تستخدم ٥٪ فقط من السيدات المتزوجات بعمر ١٥ إلى ١٩ عاماً و ١٠٪ من السيدات المتزوجات بعمر ٢٠ إلى ٢٤ عاماً وسيلة حديثة. وتذكر أغلبية السيدات في اليمن أن أزواجهن لهنم الرأي النهائي في القرارات المتعلقة بوسائل منع الحمل. وتؤكد ربع السيدات اللاتي تم استطلاع رأيهن في فلسطين ذلك أيضاً. وفي فلسطين ذكرت ٧٪ من السيدات المتزوجات بعمر ١٥ إلى ١٩ عاماً و ٢٣٪ من السيدات المتزوجات بعمر ٢٠ إلى ٢٤ عاماً استخدامهن وسيلة حديثة لمنع الحمل^٦.

والإسلام يسمح بتنظيم الأسرة^٧ وتعتمد السيدات اللاتي يستخدمن تنظيم الأسرة في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا بدرجة كبيرة على وسائل منع الحمل الحديثة، وأكثر الوسائل شيوعاً هي اللولب والأفراص. وتتميز السيدات في إيران وتركيا بالاعتماد المرتفع نسبياً على الوسائل التقليدية في تركيا، تستخدم ربع السيدات المتزوجات تحت سن ٢٥ عاماً وسيلة تقليدية (غالباً العزل) مقارنة بنسبة ضئيلة في مصر حيث تكون الرضاعة الطبيعية هي أكثر وسائل منع الحمل التقليدية شيوعاً (راجع شكل ٦، صفحة ٤٢). وتعتبر العوازل الذكرية أكثر الوسائل الحديثة شيوعاً بين الأزواج الأتراك الشباب، ويعني ذلك أن الأزواج الأتراك أكثر احتمالاً من الأزواج المصريين في الاعتماد على وسائل تتطلب الاشتراك النشط للرجل.

وقد توافرت وسائل منع الحمل الطارئة في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا منذ عام ٢٠٠١ عندما تم تسجيلها لأول مرة في تونس عام ٢٠٠١. وهذه الوسيلة تتألف من أقراص هرمونية ويمكنها منع الحمل في حالة تناولها خلال أول ١٢٠ ساعة بعد العلاقة الجنسية غير المحمية. وهي متوفرة الآن في الجزائر ومصر وإيران ولبنان وليبيا وتركيا واليمن. ولكن الشباب ومقدمي الرعاية الصحية ليسوا على دراية كافية بكيفية

استخدام هذه الوسيلة. وفي عام ٢٠٠٣، اجتذب موقع عربي معد خصيصاً لمناقشة وسائل منع الحمل الطارئة عدداً كبيراً من الزوار من الشباب العربي.^٨

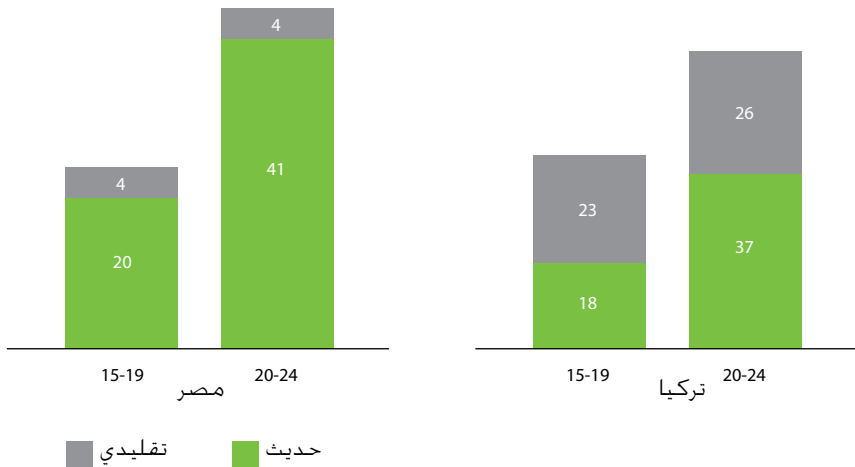
الاحتياجات غير الملباه لتنظيم الأسرة

إن الرغبة في حدوث الحمل هي السبب الرئيسي لعدم استخدام النساء لوسائل منع الحمل. ومع هذا قد تفضل بعض النساء تجنب الحمل ولكنهن لا يستخدمن أية وسيلة لمنع الحمل أي أن لديهن "احتياجات لم يتم تلبيتها" لتنظيم الأسرة. وتنشأ الاحتياجات غير الملباه بسبب الافتقار إلى المعرفة عن عدم القدرة على الوصول إلى خدمات منع الحمل أو الخوف من الآثار الجانبية أو الاعتراضات الاجتماعية أو الدينية على تنظيم الأسرة. وفي مصر حيث تتوفر وسائل منع الحمل الحديثة على نطاق واسع، يوجد لدى واحدة من كل ١١ سيدة متزوجة بعمر ١٥ إلى ٢٤ عاماً احتياجات لم يتم تلبيتها. ومن أكثر الأسباب المذكورة لعدم استخدام وسائل منع الحمل الخوف من الآثار الجانبية واعتراض الزوج. وتبلغ الاحتياجات التي لا يتم تلبيتها أعلى معدلاتها في اليمن حيث لا ترغب واحدة من كل ٥ شابات بعمر ١٥ إلى ٢٤ عاماً في الحمل ولكنها لا تستخدم أي وسيلة تنظيم أسرة.^٩

وبالنسبة لاستخدام وسائل منع الحمل بين النساء غير المتزوجات، فهناك مجموعة ناشئة من الأدلة من المنطقة تشير إلى أنه نادر وغير منتظم. فمثلاً في المغرب توصل

شكل ٦

نسبة السيدات المتزوجات بعمر ١٥-١٩ عاماً و ٢٠-٢٤ عاماً اللاتي تمارسن تنظيم الأسرة في مصر وتركيا، ٢٠٠٨.



المصادر: Fatma El-Zanaty and Ann Way, *Egypt Demographic and Health Survey 2008* (Cairo: Ministry of Health, El-Zanaty and Associates, and ICF Macro, 2009); and Hacettepe University, Institute of Population Studies, *Turkey Demographic and Health Survey 2008* (Ankara, Turkey: Hacettepe University, Institute of Population Studies, 2009).

مسح قيومي إلى أن ٣٪ فقط من النساء غير المتزوجات النشاطات جنسياً بعمره ٥ إلى ٢٤ عاماً استخدمن وسيلة حديثة لمنع الحمل.^{١٠} ومن المحتمل أن تُحد دراسات الشباب غير المتزوج من قدر النشاط الجنسي واستخدام وسائل منع الحمل لأن الشباب يترددن في الاعتراف بممارسة الجنس قبل الزواج وباستخدام وسائل منع الحمل وهو ما يوحي بقدر من التعمد وبالتالي الذنب وفقاً لحكم المجتمع. وقد يتجنب الرجال والنساء غير المتزوجين اللجوء إلى مراكز تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية بسبب عدم الخصوصية إلى جانب التخوف من التهكمات من قبل مقدمي الخدمة.

الحمل غير المرغوب

تتعرض النساء اللاتي لديهن احتياجات غير ملباه لتنظيم الأسرة لخطر الحمل غير المرغوب بغض النظر عما إذا كن متزوجات أم لا. وفي مصر حيث يخدم فيها برنامج تنظيم الأسرة السيدات المتزوجات بشكل رئيسي، يعد معدل توقف استخدام السيدات المتزوجات لوسائل منع الحمل سبباً هاماً للقلق. حيث تتوقف ربع السيدات المصريات المتزوجات في المتوسط عن استخدام وسيلة حديثة خلال عام وتنقل ٨٪ فقط من اللاتي توقفن إلى وسيلة أخرى. ويعتبر القلق من الآثار الجانبية هو السبب الرئيسي في التوقف وبلية الرغبة في الحمل ثم الأسباب الشخصية الأخرى مثل الانفصال عن الزوج.^{١١}

وتمثل الشباب المتزوجات في العشرينات من العمر النسبة الكبيرة من حالات الحمل غير المرغوب في المنطقة لأنهن يشكلن نسبة كبيرة من السيدات المتزوجات في سن الإنجاب ولأنهن أكثر نشاطاً من الناحية الجنسية ويزيد احتمال حملهن عن السيدات المتزوجات الأكبر سناً. وتمثل الشباب في العشرينات من العمر ٦٠٪ من حالات الحمل غير المرغوب في فلسطين و٤٥٪ من حالات الحمل غير المرغوب في مصر.^{١٢} ومنع الحمل غير المرغوب بين الشباب المتزوجات يؤدي بدرجة كبيرة إلى تخفيض العدد الإجمالي لحالات الحمل غير المرغوب في المنطقة.

وتتعرض الشباب النشيطات جنسياً خارج إطار الزواج التقليدي لمخاطر الحمل غير المرغوب بشكل خاص. وكثيراً ما تكون حالات الحمل التي تحدث خارج إطار الزواج التقليدي غير مرغوبة ويتم إجهاضها طوعياً وذلك بسبب السرية والافتقار إلى القبول الاجتماعي - وتندر البيانات حول هذه الحالات. ويمكن للقيود الاجتماعية والقانونية وعدم القدرة على تحمل تكاليف الخدمات بالإضافة إلى الخجل أن يكونوا السبب الذي يمنع الشباب من الحصول على خدمات تنظيم الأسرة.

الإجهاض والرعاية بعد الإجهاض

إن الإجهاض يعتبر من أقدم الممارسات الطبية، وترجع الأدلة إلى مصر الفرعونية. وقد أدى التقدم الطبي والعلمي اليوم إلى جعل الإجهاض عملية آمنة عندما تتم تحت الإشراف الطبي ومعايير عالية من الرعاية. إلا أن الإجهاض غير الآمن الذي يتم في أماكن غير صحية وعن طريق أشخاص غير مهرة أو كلاهما فإنه يعتبر من أهم تحديات الصحة العامة في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا.^{١٣}

وتقوم الكثير من السيدات في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا اللاتي يحدث لهن حمل غير مرغوب بإنهاء الحمل طوعاً - إما بشكل قانوني في بعض الحالات أو بشكل غير قانوني في معظمها. وتعيش أكثر من ٨٠٪ من الشباب في المنطقة في دول تكون فيها قوانين الإجهاض مقيدة: حيث تعيش ٦٠٪ منهن في بلاد يُمنع فيها الإجهاض إلا لإنقاذ حياة الأم و٢٣٪ يعشن في بلاد يُسمح فيها بالإجهاض فقط لحماية

الصحة البدنية أو العقلية للمرأة. ويعيش ١٧٪ فقط من سكان الشرق الأوسط وشمال إفريقيا في تونس وتركيا حيث يكون الإجهاض قانونياً عند الطلب أثناء الثلث الأول من الحمل (راجع جدول ٤).

وفي البلاد التي يكون الوصول فيها إلى الإجهاض القانوني محدوداً، تخاطر السيدات بالضرر أو حتى الموت عند لجوئهن إلى عمليات سرية لإنهاء الحمل، مما يمثل عبئاً كبيراً على أنظمة الرعاية الصحية. وتدرك الاتفاقيات الدولية حول صحة المرأة أن منع الإجهاض غير الآمن وعلاجه عنصران أساسيان في الرعاية الصحية للمرأة (راجع إطار ٤، صفحة ٤٥).

ومن المفاهيم السائدة حول الإجهاض في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا والتي تزيد من دعم القوانين التقييدية هو أن إباحة الإجهاض سيشجع علاقات ما قبل الزواج. وكذلك، تمنع التفسيرات المحافظة للإسلام الإجهاض إلا في أضيق الحدود. ولكن في الكثير من المدارس الرئيسية في الفقه الإسلامي يوجد مدى كبير من الحرية حول وقت وسبب وكيفية الإجهاض. ولا يؤدي تقنين خدمات الإجهاض بالضرورة إلى زيادة حالات الإجهاض ولكنها تجعلها أكثر أماناً لأنه من الممكن تنظيم الخدمات وتدريب مقدمي الخدمة الصحية وتطبيق المعايير ومراقبتها.

وفي تونس وتركيا حيث تتوفر خدمات الإجهاض عند الطلب في المرافق الصحية الخاصة والعامّة، تشير بيانات الاستطلاعات إلى أن معظم حالات الإجهاض تتم للسيدات المتزوجات^٤ ففي تركيا، ذكرت أقل من ٤٪ من السيدات المتزوجات بعمر ١٥ إلى ٢٥ عاماً أنهن لم تقمن بالإجهاض مقارنة بحوالي ٤٠٪ من السيدات بعمر ٤٥ إلى ٤٩ عاماً؛ فالسيدات في الأربعينات من العمر يتضاعف احتمال قيامهن بالإجهاض بمقدار ثلاثة أضعاف السيدات في أواخر العشرينات.^٥

وتشير الدراسات في الدول الأخرى التي يقيد فيها الإجهاض، مثل إيران وسوريا، إلى أن الإجهاض منتشر وتوجد سوق سوداء تلبي احتياجات النساء المتزوجات وغير المتزوجات. وتنفق النساء في إيران ملايين الدولارات كل عام للحصول على خدمات الإجهاض التي تكون في معظمها سرية وغير آمنة وذلك وفقاً لدراسة حديثة للسيدات المتزوجات في طهران^{١١} وتقدّر الدراسة أنه تم إجراء ١٢٠٠٠ عملية إجهاض في طهران عام ٢٠٠٩ وهو ما يمثل ٩٪ من حالات الحمل في العاصمة. وكان متوسط عمر النساء اللاتي قمن بالإجهاض ٣٤ عاماً وكانت أعلى معدلات الإجهاض بين السيدات بعمر ٣٠ إلى ٣٤ عاماً.

جدول ٤

قوانين الإجهاض في دول الشرق الأوسط وشمال إفريقيا

مسموح به بدون قيود	مسموح به لحماية الصحة البدنية/العقلية للمرأة	منوع إلا بإذن حياة المرأة
تونس، تركيا	الجزائر، البحرين، الأردن، الكويت، المغرب، المملكة العربية السعودية	مصر، إيران، العراق، لبنان، ليبيا، عمان، الأراضي الفلسطينية، قطر، سوريا، الإمارات العربية المتحدة، اليمن

المصدر: United Nations Population Division, *World Abortion Policies 2011* (New York: United Nations, 2011).

إجماع المؤتمر العالمي للسكان والتنمية حول الإجهاض

المستوى القومي أو المحلي وفقاً للعملية التشريعية القومية.

وينبغي أن يكون الإجهاض آمناً في الحالات التي لا يكون فيها مخالفاً للقانون. وفي كافة الحالات ينبغي أن تتمكن النساء من الوصول إلى خدمات ذات جودة للتعامل مع المضاعفات الناتجة عن الإجهاض. وينبغي أن يتم تقديم خدمات مشورة ما بعد الإجهاض والتعليم وتنظيم الأسرة بسرعة مما سيساعد في تجنب تكرار الإجهاض. (الفقرة ٨.٢٥)

وقد تكرر هذا الالتزام عام ١٩٩٩ في متابعة الخمس سنوات لتنفيذ برنامج عمل المؤتمر العالمي للسكان والتنمية في الجمعية العامة للأمم المتحدة بنيويورك. واتفقت الجمعية العامة على أنه "في الحالات التي لا يكون الإجهاض فيها مخالفاً للقانون، ينبغي على الأنظمة الصحية تدريب مقدمي الخدمات الصحية وتجهيزهم واتخاذ إجراءات أخرى لضمان أمان الإجهاض وسهولة الحصول عليه."

المصدر: United Nations, Report of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development (New York: United Nations, 1995).

قامت عدة اتفاقيات للأمم المتحدة بتسليط الضوء على تأثير الإجهاض غير الآمن على الصحة العامة داعية الحكومات لتخفيض الحاجة للإجهاض وحماية صحة المرأة عند حدوثه. ولقد كان المؤتمر العالمي للسكان والتنمية الذي عقد في القاهرة عام ١٩٩٤ أول اجتماع للأمم المتحدة يُشكل إجتماعاً عالمياً حول الإجهاض. وينص برنامج عمل المؤتمر على:

"لا ينبغي في أي حال من الأحوال الترويج للإجهاض على أنه وسيلة لتنظيم الأسرة ونحث جميع الحكومات والمنظمات الحكومية وغير الحكومية ذات الصلة على تقوية التزامها بصحة المرأة وعلى التعامل مع العواقب الصحية للإجهاض غير الآمن كأحد الشواغل الكبرى في مجال الصحة العامة وتقليل اللجوء إلى الإجهاض من خلال نشر وتطوير خدمات تنظيم الأسرة."

ويجب دائماً أن يُمنَح منع الحمل غير المرغوب فيه أولوية كبرى مع ضرورة القيام بكافة المحاولات للقضاء على الحاجة للإجهاض. وينبغي أن تتاح المعلومات الدقيقة والمشورة المتعاطفة للسيدات الحوامل بحمل غير مرغوب فيه.

ويمكن تحديد أية تدابير أو تغييرات متعلقة بالإجهاض داخل النظام الصحي على

وتم إجراء ٧٪ فقط من حالات الإجهاض لتأخير الإنجاب بما في ذلك حالات الحمل التي حدثت خارج إطار الزواج أو قبل فترة خطوبة الزوجين أو أثنائها. ووفقاً لدراسة أجرتها وزارة الصحة في سوريا عام ٢٠٠٦، فإن ٢٠٪ من السيدات المتزوجات في سن الإنجاب في البلاد قمن بعملية إجهاض واحدة على الأقل و١٪ قمن بها مرتين أو أكثر. وقد توصلت الدراسة إلى أن ٤٪ من حالات الحمل في المتوسط تم إجهاضها طوعاً مع معظمها من خلال عمليات جراحية (راجع ملحق ٢.١ المصطلحات).^٧

وبشكل عام فإن استخدام "الإجهاض الدوائي" محدوداً في المنطقة. ويستخدم الإجهاض الدوائي عقاراً واحداً أو أكثر لإحداث الإجهاض ويمكن القيام به خارج المراكز الصحية، مما يسمح للسيدات بتجنب العمليات الجراحية. وهو أسلوب آمن وفعال في حالة استخدامه بشكل صحيح. ولكن يحدث كثيراً في البلاد ذات قوانين الإجهاض المقيدة ألا يتم إعطاء السيدات الأفراس الصحيحة أو تعليمات عن كيفية استعمالها. ومع ذلك فإن شعبية الإجهاض الدوائي في ازدياد بين النساء اللاتي يحصلن على العقاقير اللازمة بشكل قانوني أو غير قانوني. وفي غياب الرقابة لضمان جودة العقاقير واستخدامها بشكل صحيح، قد تقوم السيدات بدون معرفة بشراء منتجات غير أصلية. وقد استخدمت ملايين السيدات الإجهاض الدوائي بشكل قانوني على مستوى العالم - بما في ذلك تونس وتركيا - بهدف إنهاء الحمل المبكر. ويعتبر عدم توافر هذه الوسيلة في معظم بلاد الشرق الأوسط وشمال إفريقيا خسارة للنساء ونظم الرعاية الصحية التي يجب عليهن اللجوء إليها في حالة إخفاق العمليات الجراحية الأكثر شيوعاً وتعقيداً.

رعاية ما بعد الإجهاض

رعاية ما بعد الإجهاض لها أهمية خاصة في الدول ذات القوانين المقيدة، مما يجعلها عنصراً ضرورياً في خدمات الصحة الإيجابية. وقد وفرت عدة دول في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، ومنها مصر وإيران واليمن، برامج رعاية ما بعد الإجهاض التي تسمح بتدريب مقدمي الرعاية الصحية على التعامل مع مضاعفات الإجهاض غير الآمن. وتشمل رعاية ما بعد الإجهاض:

- العلاج الطارئ لمضاعفات الإجهاض أو الإسقاط.
- المشورة لتحديد احتياجات الصحة النفسية والبدنية والاستجابة لها وللهاوجس الأخرى.
- خدمات تنظيم الأسرة للمساعدة في منع حالات أخرى من الحمل غير المرغوب.
- خدمات الصحة الإيجابية أو الخدمات الصحية الأخرى المقدمة في الموقع أو من خلال الإحالة إلى مرافق أخرى.

وتُصعّب القوانين المقيدة على الباحثين جمع البيانات أو دراسة حدوث الإجهاض وظروفه وتأثيره على النساء والمجتمعات في المنطقة. ويعتبر النقص في البيانات تحدياً كبيراً أمام تطوير خدمات ما بعد الإجهاض. ولا يعرف أحد في الدول التي يقيد فيها الإجهاض ما إذا كانت معدلات الإجهاض تتزايد أم تنخفض أو أين تكثُر الحاجة إلى رعاية ما بعد الإجهاض.¹⁸

الأمراض المنقولة جنسياً

وفقاً لتقرير حديث للبنك الدولي، *Characterizing the HIV/AIDS Epidemic in the Middle East and North Africa: Time for Strategic Action*، قامت عدة دراسات بتوثيق المعدلات الكبيرة للأمراض المنقولة جنسياً في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا. ووفقاً لهذا التقرير، يصاب كل عام حوالي 7٪ من سكان الشرق الأوسط وشمال إفريقيا بالأمراض الأربعة الرئيسية المنقولة جنسياً القابلة للعلاج - السيلان أو الكلاميديا أو الزهري أو الترايكوموناس (راجع ملحق 2، المصدر).¹⁹ كما ينتشر فيروس الهربس (HSV-2) في المنطقة: فقد كانت 23٪ من الإناث اللاتي زرن العيادة في إحدى الدراسات في

مصر مصابات بالفيروس وما يقرب من ٦٣٪ في تركيا. وفي الأردن تم اكتشاف HSV-2 لدى ٥٣٪ من طلاب الجامعة الذكور و ٤٠٪ من الإناث بعمر ١٨ إلى ٢٤ عاماً.^{١٠}

وتعتبر الأمراض المنقولة جنسياً مشكلة خاصة للمشتغلات في مجال الجنس وعملائهن. فمثلاً في إيران ذكر ٦٤٪ من مرضى السيلان أنهم أصيبوا بالمرض من خلال الممارسة مع العاهرات. وفي الكويت، ذكر ٧٧٪ من العملاء في العيادات التي تعالج الأمراض المنقولة جنسياً إصابتهم بالمرض عن طريق المشتغلات في مجال الجنس.^{١١}

وعندما تنخرط النساء في علاقات جنسية غير محمية، يكن أكثر تعرضاً من الرجال لانتقال الأمراض المنقولة جنسياً وتكون هذه الأمراض أكثر ضرراً بصحتهن. وترجع القابلية الأكبر لضرر النساء من تفاعل العوامل البيولوجية والاجتماعية:

- النساء أكثر عرضة بيولوجياً للأمراض المنقولة جنسياً من الرجال عند ممارسة العلاقات الجنسية الهبلية والشابات أكثر عرضة بيولوجياً للمرض من السيدات الأكبر سناً.^{١٢}
- يزيد احتمال تسبب الأمراض المنقولة جنسياً في أمراض ثانوية للنساء عن الرجال وقد يؤدي بعضها إلى العقم لدى النساء أو قد تصبح ممتدة في حالة عدم العلاج مثل سرطان عنق الرحم الذي يتسبب فيه فيروس الورم الحليمي (راجع ملحق ٢، المصطلحات).
- عادة ما تزوج الشباب من رجال أكبر سناً من قد يكونوا من المحتمل أنهم مروا بتجارب جنسية وكان لهم شركاء متعددين قبل الزواج. وهذا ما يزيد من احتمال نقل الزوج لأحد الأمراض المنقولة جنسياً إلى الزوجة الشابة.

وقد توصلت الدراسات في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا إلى أن العمر عامل خطر مهم بالنسبة للأمراض المنقولة جنسياً بين السيدات المتزوجات. في عُمان، وجد أن ٤٪ من السيدات المتزوجات في سن الإجاب مصابات بأمراض منقولة جنسياً، وتوصلت دراسة في مدينة بابل في شمال إيران إلى أن ١٦٪ من السيدات اللاتي يذهبن إلى عيادات أمراض النساء مصابات بالترايكوموناس. وفي الدراساتتين، كان احتمال إصابة النساء تحت سن ٢٥ عاماً بمرض منقول جنسياً ضعفاً احتمال إصابة النساء بعمر ٢٥ عاماً وأكبر. وكانت معظم السيدات في الدراسة الإيرانية غير مدرجات بإصابتهم بالمرض المنقول جنسياً وجميعهن أكدن أنه لا يوجد شريك جنسي لديهن غير الزوج.^{١٣}

ويُشكّل الشباب في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا أكبر مجموعة مستهدفة ويسهمون بشكل غير متناسب في عبء الأمراض المنقولة جنسياً في المنطقة. حيث إن أكثر من نصف حالات الأمراض المنقولة جنسياً في مصر بين الشباب غير المتزوجين في الغالب. وكانت ٤٠٪ من حالات الأمراض المنقولة جنسياً المسجلة في المغرب بين الشباب بعمر ١٥ إلى ٢٩ عاماً. وكانت السمة المهيمنة على المترددين على عيادات الأمراض المنقولة جنسياً في تونس هم الشباب غير المتزوجين الذين يوجد لديهم شركاء جنسيون متعددون. كما أن معظم الأمراض المنقولة جنسياً المسجلة في الكويت بين المترددين على العيادات كانت بين الشباب في العشرينات من العمر.^{١٤}

وفي إيران وجد أن ١٠٪ من كل الحالات المصابة بالأمراض المنقولة جنسياً أصابت المراهقين. وقامت وزارة الصحة والتعليم الطبي الإيرانية استجابة لذلك بإنشاء مراكز مشورة

للأمراض المنقولة جنسياً للمراهقين والشباب. وتتبنى الوزارة أيضاً عدداً من الأنشطة المرتبطة بالأمراض المنقولة جنسياً بما في ذلك دراسة شاملة عن الأمراض المنقولة جنسياً وإرشادات للتعامل معها.^{١٥}

ويعتبر علاج الأمراض المنقولة جنسياً عبئاً متزايداً على أنظمة الرعاية الصحية في أنحاء المنطقة. وتتطلب الوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً تغييراً في السلوك والنهوض بالصحة. ويساعد استخدام العوازل الذكرية على منع انتقال الأمراض المنقولة جنسياً (بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية) وكذلك الحمل وهو ما يوفر "حماية مزدوجة". ويتم الترويج لاستخدام العوازل الذكرية في إيران وتركيا ويسهل على الشباب الوصول إليها. ويشير تقرير البنك الدولي إلى أن "الأستمرار في تجاهل القضية الحساسة والضرورية المتعلقة بالوصول إلى العوازل الذكرية وإهمال الترويج إلى دورها في حماية الجميع وخاصة الأكثر تعرضاً للخطر يشل بلا شك الجهود الفعالة في الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية كما هو الحال في العديد من بلاد المنطقة".^{١٦}

خدمات المشورة والفحوص الطوعية لفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب

إن المشورة والفحوص الطوعية مهمة لأن الوقاية الفعالة من فيروس نقص المناعة البشرية والرعاية يتطلبان أن يعرف الأشخاص حالتهم بالنسبة لفيروس نقص المناعة البشرية. ويمكن للمشورة والفحوص الطوعية أن توفر مدخلاً لخدمات الصحة الإيجابية الأخرى مثل منع الحمل. وكانت معظم مراكز المشورة والفحوص الطوعية في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا متركزة في البداية في العواصم في المرافق الصحية الحكومية، بما لم يكن مشجعاً للذين يخافون من وصمة التحقق من حالة فيروس نقص المناعة البشرية لديهم. وبينما أخذت خدمات المشورة والفحوص الطوعية في التوسع إلا أنها لا تزال محدودة بالمدن الكبرى في معظم البلاد. ولكن هناك استثناءات في بعض الدول. فمثلاً كانت حكومة المغرب أول من أنشأ مراكز المشورة والفحوص الطوعية بتغطية قومية واسعة النطاق؛ وقامت الجزائر بتوسعة شبكة المشورة والفحوص الطوعية في أنحاء البلاد؛ كما تبنى البرنامج القومي اللبناني للإيدز نموذجاً مبتكراً لإدارة خدمات المشورة والفحوص الطوعية من خلال المنظمات غير الحكومية.^{١٧}

وقد قامت المنظمة الدولية لصحة الأسرة، وهي منظمة غير حكومية مقرها في الولايات المتحدة، بمساعدة حكومتَي مصر والأردن على تطوير الإستراتيجيات القومية لفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب ووفرت تدريباً على خدمات المشورة والفحوص الطوعية. وقد افتتحت حكومة الأردن المركز القومي للمشورة والفحوص الطوعية في عمان عام ٢٠٠٨ وامتدت الخدمات منذ ذلك الوقت إلى المحافظات الأخرى. كما بدأت بعض المنظمات غير الحكومية في الأردن في تقديم مشورة ما قبل الاختبار والإحالة إلى الخدمات الحكومية لإجراء اختبارات فيروس نقص المناعة البشرية. وقد ساعدت مبادرة المنظمات غير الحكومية في الأردن على الوصول إلى الفئات المعرضة للخطر مثل المشتغلات في مجال الجنس.^{١٨} كما يؤدي توفير مراكز اختبار متنقلة في العديد من الدول ومنها المغرب إلى امتداد الوصول إلى المجموعات السكانية التي تعيش خارج المدن.



في عام ٢٠١٠، افتتحت الجمعية المصرية لصحة الأسرة عيادة صديقة للشباب في جامعة أسيوط - وهي أول عيادة داخل الحرم الجامعي في مصر.

إلا أن الزيادة الأخيرة في خدمات المشورة والفحوص الطوعية في المنطقة لم تترجم بالضرورة إلى زيادة في عدد الأشخاص الذين يعرفون حالتهم بالنسبة لفيروس نقص المناعة البشرية. حيث يقل الاستفادة من خدمات المشورة والفحوص الطوعية بشكل عام لعدد من الأسباب. منها التغطية الضئيلة أو المنعدمة لبرامج الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية بين الفئات المعرضة للخطر والمجموعات غير المحصنة؛ وكذلك عدم الإحالة إلى مراكز المشورة والفحوص الطوعية والمخاوف من عدم الحفاظ على السرية؛ والمواقف السلبية لمقدمي الخدمات في مراكز المشورة والفحوص الطوعية.

ويعرف أغلبية الأشخاص في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا حالتهم بالنسبة لفيروس نقص المناعة البشرية من خلال الاختبارات الإلزامية وليس من خلال الخدمات الطوعية. وباستثناء المغرب، فقد حددت كل الدول في المنطقة اختبارات فيروس نقص المناعة البشرية في ظل ظروف متنوعة تشمل الإجراءات السابقة للجراحة أو قبل التوظيف أو الهجرة أو للفئات المعرضة للخطر عند الاعتقال أو التقدم لخدمات الرعاية الصحية. وغالبا ما تكون خدمات المشورة والفحوص الطوعية الصديقة للشباب هي الاستثناء وليست القاعدة. ويتمتع المغرب بأكثر نظم مراقبة الأمراض المنقولة جنسيا/فيروس نقص المناعة البشرية تنظيما في المنطقة ويقوم بالفحص الإلزامي للمجندين العسكريين فقط للحفاظ على اللياقة البدنية.^{٤٩}

سمات الخدمات الصديقة للشباب

تتمتع الخدمات الصديقة للشباب بمقدمي خدمة ومرافق ذات سمات خاصة، بما في ذلك ما يلي لتلبية احتياجات الشباب.

سمات مقدم الخدمة

عاملون ذوي تدريب خاص من يستطيعون العمل بكفاءة وحساسية مع الشباب ويعتبر ذلك الشرط الأهم لإنشاء خدمات صديقة للشباب.

• **السرية والخصوصية** يجب تواجدهما لجلسات المشورة والفحص؛ ويجب أن يشعر الشباب بالثقة بأن هواجسهم لن يتم التصريح بها لأشخاص آخرين.

• **الوقت الكافي للمشيورة والحوار** أمر هام لأن الشباب كثيراً ما يحتاجون إلى قدر كبير من الطمأنينة والتشجيع على التحدث بحرية.

• **مقدمي مشورة من النظراء** حيث يمكنهم أن يضيفوا إلى بعض جوانب أنشطة المشورة لأن الشباب يشعرون بالمرزق من الراحة عند التحدث مع أشخاص من نفس عمرهم.

سمات الخدمة

• **مساحة منفصلة وأوقات خاصة** وبيئة محيطة مريحة وهي أمور هامة للعملاء المراهقين خاصة الذين يدخلون العبادة لأول مرة والشباب المهمشين الذين لا يشعرون بالراحة مع الخدمات الصحية التقليدية.

• **السماعات المناسبة** مثل العنصر أو آخر النهار (بعد المدرسة أو العمل) والمساء وعطلة نهاية الأسبوع وهذه سمة أساسية لخدمة الشباب.

• **المواقع المناسبة** هي التي تكون بيئتها المحيطة آمنة ويمكن الوصول إليها عن طريق وسائل المواصلات العامة.

• **المواد التعليمية** يجب أن تكون متوفرة في الموقع ويمكن استعارتها لأن بعض الشباب يفضلون التعلم بمفردهم.

• **المواعيد** ينبغي أن يكون تنظيمها سهلاً وأن يسمح بالمراجعة بدون موعد لأن المراهقين عادة لا يخططون لما هو قادم.

• **الخدمات المجانية أو ذات السعر المعقول** ينبغي أن تكون متوفرة حتى لا تكون التكلفة عائقاً أمام الاستخدام.

• **الدعاية والتواصل المجتمعي** ضروريان لإطلاع الشباب على الخدمات الموجودة ومكانها وطما أنتهم إلى أنهم ستنتم خدمتهم باحترام وخصوصية.

• **مجموعة متنوعة واسعة من خدمات الصحة الجنسية والإيجابية** ينبغي أن تكون متوفرة إذا أمكن بحيث يمكن الوصول إلى أكثر الخدمات المطلوبة من خلال "تلبية جميع الاحتياجات في نفس المكان". وينبغي أن تشمل هذه الخدمات مشورة الصحة الجنسية والإيجابية والمشورة الخاصة بوسائل منع الحمل وتوغيرها (بما في ذلك وسائل منع الحمل الطارئ) والوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً وفيروس نقص المناعة البشرية وتشخيص الأمراض المنقولة جنسياً وعلاجها وخدمات التغذية والمشورة المتعلقة بالاعتداءات الجنسية ورعاية الحمل وبعد الولادة وخدمات الإجهاض (إذا كان قانونياً) والرعاية بعد الإجهاض.

• **عمليات الإحالة الضرورية** ينبغي أن تتم للخدمات التي لا تتوفر في الموقع.

المصدر: Judith Senderowitz, "Making Reproductive Health Services Youth Friendly," *Research, Program, and Policy Series: Focus on Young Adults* (Washington, DC: Pathfinder International, 1999).

الخدمات الصديقة للشباب

تعتبر خدمات الصحة الجنسية والإيجابية صديقة للشباب إذا كانت تتمتع بسياسات وسمات تجذب الشباب إلى المرفق أو البرنامج وتوفر مكاناً مريحاً ومناسباً لخدمة الشباب وتلبي احتياجاتهم ولديها القدرة على الاحتفاظ بعملائها من الشباب للحضور في زيارات متابعة وزيارات متكررة (راجع إطار 5، صفحة 50). ويعتبر مفهوم الخدمات والمراكز الصديقة للشباب جديداً في المنطقة. وقد كان المكتب الوطني للأسرة والسكان في وزارة الصحة التونسية في الطليعة لتوفير خدمات صديقة للشباب. فمثلاً، نجح المكتب الوطني للأسرة والسكان في دمج خدمات الصحة الجنسية والإيجابية للمراهقين في عيادات الصحة المدرسية في كل المدن الكبرى. ويمكن للعيادات المدرسية أن تحيل الطلاب إلى الأخصائيين للمشورة والعلاج عند الضرورة.

وكانت المنظمات غير الحكومية ووزارة الصحة في مصر تدير عيادات صديقة للشباب في بعض المدن الكبرى. فقد بدأت الجمعية المصرية لصحة الأسرة في تقديم خدمات مخصصة للشباب في عياداتها عام 2004. وفي 2010، افتتحت الجمعية عيادة صديقة للشباب في جامعة أسيوط - وهي أول عيادة داخل حرم الجامعة في مصر. وقد بدأت العيادة عملها بطبيبين وأربع طبيبات. وجميع الأطباء والموظفون مُدرَّبون على التعامل مع احتياجات الرعاية الصحية الخاصة بالشباب. وتم في البداية تدريب 15 من معلمي الأقران (فتيان وفتيات) للتعامل مع أسئلة الطلاب وإرشادهم إلى العيادة. وتفتح العيادة 6 أيام في الأسبوع - 3 أيام للفتيان لمراجعة الطبيب و 3 أيام للفتيات لمراجعة الطبيبة.

دور المنظمات غير الحكومية

تلعب المنظمات غير الحكومية المحلية والدولية دوراً رئيسياً في إجراء الأبحاث حول القضايا المرتبطة بالصحة الجنسية والإيجابية للشباب وتوفير خدمات الصحة الجنسية والإيجابية للشباب في جميع أنحاء العالم. وأكبرها هي شبكة جمعيات تنظيم الأسرة التي تُكوِّن الأتحاد الدولي لتنظيم الوالدية. وتعتبر الصحة الجنسية والإيجابية للشباب أولوية لاهتمام الأتحاد الدولي لتنظيم الوالدية والمنظمات التابعة له بما في ذلك المنظمات المتواجدة في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا. وهناك على سبيل المثال جمعية القاهرة لتنظيم الأسرة والتنمية. (راجع الفصل الخامس) منظمة تابعة للاتحاد الدولي لتنظيم الوالدية.

وتقوم المنظمات غير الحكومية بدور هام في تنفيذ الأنشطة المرتبطة بالوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية والأمراض الأخرى المنقولة جنسياً وعلاجها بين الفئات المعرضة للخطر - المشتغلات في مجال الجنس والرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال ومتعاطي المخدرات عن طريق الحقن - إلى جانب التعامل مع احتياجات الفئات المهمشة اجتماعياً مثل اللاجئين وأطفال الشوارع. ويعتبر الشباب جزءاً هاماً من هذه المجموعات السكانية التي تحتاج رعاية خاصة بسبب السن ومرحلة الحياة.

وبصفة عامة، فإن المنظمات غير الحكومية في وضع جيد يؤهلها للعمل على مستوى الشباب وأشارك المجتمعات المحلية وتوفير مزيج من الخدمات والتعامل مع الوصمة المحيطة باحتياجات الشباب المتعلقة بالصحة الجنسية والإيجابية. ومن الأمثلة الجيدة على ذلك

أندية الشباب التي ترعاها المنظمات غير الحكومية. فمع تنظيم الأنشطة الرياضية والترفيهية و/أو المهنية للشباب، يمكنها أيضاً توفير معلومات الصحة الجنسية والإجابية وخدماتها أو الإحالة إلى الخدمات لمن يحتاجونها. كما يمكن للمنظمات غير الحكومية الوصول إلى الأطفال الذين لا يذهبون إلى المدارس والشباب المشردين والهاربين.

وتعمل المنظمات غير الحكومية بما يتمشى مع الأنظمة الحكومية. لذلك تتطلب الاستجابة لاحتياجات الشباب المتعلقة بالصحة الجنسية والإجابية جهوداً من القطاعين العام والخاص بما في ذلك الوزارات والمنظمات التي تتعامل مع الصحة والتعليم والشباب والاتصالات والعمل والتخطيط والتمويل. وينبغي على الحكومات تسهيل تسجيل وأعمال المنظمات غير الحكومية التي توفر هذه الخدمات بما يساعد الوزارات على التعامل مع احتياجات السكان وبذلك تقوى شرعيتها. ومن جانبها ينبغي على المنظمات غير الحكومية تنسيق جهودها مع الحكومة لتجنب التكرار وضمان الاستخدام الكفء للموارد. ويمكن لهذا التنسيق أن يساعد في ضمان جودة معلومات الصحة الجنسية والإجابية وخدماتها - المعلومات الصحيحة والحديثة والرسائل المتسقة وتعزيز التدخلات بصورة متبادلة.

وتواجه البرامج في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا معركة شرسة لتوفير خدمات صديقة للشباب تعمل بصورة جيدة للوفاء باحتياجات المجموعات السكانية المتنوعة وذلك بسبب تحفظ المجتمعات حول الجسدية للشباب. والتحدي الأكبر هو خدمة النساء غير المتزوجات النشطات جنسياً. ويعتبر الابتكار المحلي أساسياً ويتم تصميمه بناء على السمات الخاصة للمجتمعات في المنطقة وفي نفس الوقت يركز على حقوق الإنسان العالمية. ولدى دول الشرق الأوسط وشمال إفريقيا الآن فرصة التعلم من الخبرات والدروس في الدول والمناطق الأخرى وتكييف أفضل الممارسات حسب احتياجاتها وأوضاعها. ولكن للقيام بذلك، تحتاج الدول أولاً إلى فهم احتياجات الصحة الجنسية والإجابية غير الملبة للشباب لضمان هيكلة هذا الاستثمار وتنفيذه بشكل مناسب.

وباختصار، تحتاج البرامج - سواء كانت مدعومة من المنظمات غير الحكومية أو المؤسسات الحكومية - إلى إدراك الاحتياجات الملحة المتعلقة بالصحة الجنسية والإجابية للشباب والتواصل بلغة ومفاهيم يمكن للشباب فهمها وإشراك الشباب في تصميم البرامج وتقييمها. وقبل كل شيء، ينبغي أن تظل البرامج متفائلة بالشباب وتدعم الجهود الرامية إلى تحسين صحتهم وتعليمهم وفرص توظيفهم. حيث يؤدي الاستثمار في الشباب اليوم إلى أم أكثر قوة غداً.

المراجع

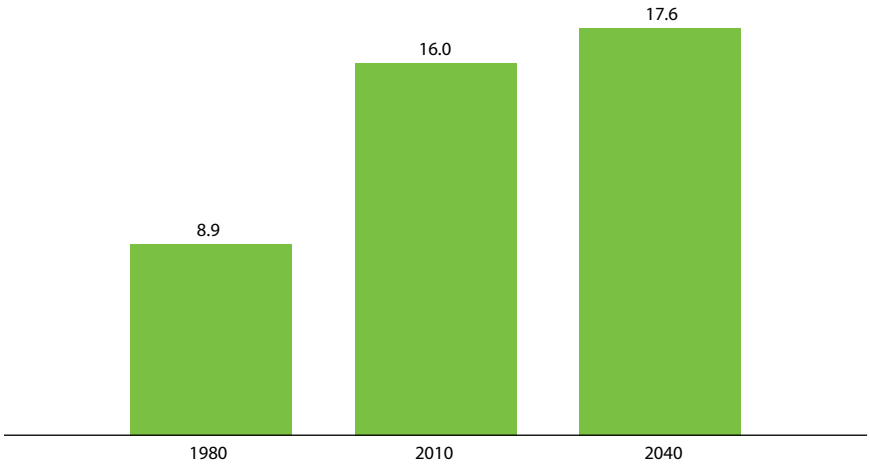
- 1 Rhonda Smith et al., *Family Planning Saves Lives, Fourth Edition* (Washington, DC: Population Reference Bureau, 2009).
- 2 Egypt Ministry of Health and Population, Directorate of Maternal and Child Health Care, *National Maternal Mortality Study, 2000* (Cairo: Ministry of Health and Population, 2001).
- 3 Fatma El-Zanaty and Ann Way, *Egypt Demographic and Health Survey 2008* (Cairo: Ministry of Health, El-Zanaty and Associates, and ICF Macro, 2009): table 11.5.
- 4 Atsuko Aoyama, *Reproductive Health in the Middle East and North Africa: Well-Being for All* (Washington, DC: World Bank, 2001).

- 5 El-Zanaty and Way, *Egypt Demographic and Health Survey 2008*: tables 6.1 and 9.2.
- 6 Special tabulations by PAPFAM.
- 7 Farzaneh Roudi-Fahimi, *Islam and Family Planning* (Washington, DC: Population Reference Bureau, 2004).
- 8 Angel M. Foster et al., "Reproductive Health, the Arab World and the Internet: Usage Patterns of an Arabic-Language Emergency Contraception Web Site," *Contraception* 72, no. 2 (2005): 130-137.
- 9 El-Zanaty and Way, *Egypt Demographic and Health Survey 2008*: tables 7.4 and 9.4; and special tabulation by PAPFAM.
- 10 Axetudes, Morocco Ministry of Health, and GTZ, *National Study of Knowledge, Attitudes and Practices of Youth Regarding STIs and AIDS* (in French) (Rabat, Morocco: Axetudes, Morocco Ministry of Health, and GTZ, 2007).
- 11 El-Zanaty and Way, *Egypt Demographic and Health Survey 2008*: table 7.1.
- 12 Farzaneh Roudi-Fahimi and Ahmed Abdul Monem, *Unintended Pregnancies in the Middle East and North Africa* (Washington, DC: Population Reference Bureau, 2010).
- 13 Rasha Dabash and Farzaneh Roudi-Fahimi, *Abortion in the Middle East and North Africa* (Washington, DC: Population Reference Bureau, 2008).
- 14 Selma Hajri, "Medical Abortion: Public Policies and Provisions in Tunisia," presentation at the meeting of the International Consortium of Medical Abortion, March 3-11, 2009, Johannesburg, South Africa.
- 15 Hacettepe University, Institute of Population Studies, *Turkey Demographic and Health Survey 2008* (Ankara, Turkey: Hacettepe University, Institute of Population Studies, 2009): table 6.2.
- 16 Amir Erfani, "The Incidence of Induced Abortion in Tehran, Iran: Current Levels and Correlates," paper presented at the European Population Conference in Vienna, Sept. 1-4, 2010, accessed at <http://epc2010.princeton.edu/download.aspx?submissionId=100455>.
- 17 Asma Abdulsallam and Haitham Abbassi (University of Damascus), "Misoprostol (Cytotec) and Induction of Abortion, Descriptive Study in Maternity University Hospital," unpublished paper received from the authors on Dec. 15, 2010; and Asma Abdulsallam (University of Damascus), "Unsafe Abortion: Situational Analysis in Syria Arab Republic," unpublished paper received from the author on Dec. 15, 2010.
- 18 Dabash and Roudi-Fahimi, *Abortion in the Middle East and North Africa*.
- 19 Laith J. Abu-Raddad et al., *Characterizing HIV/AIDS Epidemic in the Middle East and North Africa: Time for Strategic Action* (Washington, DC: World Bank, 2010): 168.
- 20 Abu-Raddad et al., *Characterizing HIV/AIDS Epidemic in the Middle East and North Africa*: 152-54.
- 21 Abu-Raddad et al., *Characterizing HIV/AIDS Epidemic in the Middle East and North Africa*: 51.
- 22 Linda H. Bearinger et al., "Global Perspectives on the Sexual and Reproductive Health of Adolescents: Patterns, Prevention, and Potential," *Lancet* 369, no. 9568 (2007): 1220-31.
- 23 Ruth Marby, Asya Al-Riyami, and Magdi Morsi, "The Prevalence of Reproductive Morbidities in Ever-Married Women in Oman and Their Risk Factors," *Studies in Family Planning* 38, no. 2 (2007): 121-28; and A. Bakhtiari and A. Firoozjahi, "Chlamydia Trachomatis Infection in Women Attending Health Centres in Babol: Prevalence and Risk Factors," *Eastern Mediterranean Health Journal* 13, no. 5 (2007).
- 24 Abu-Raddad et al., *Characterizing HIV/AIDS Epidemic in the Middle East and North Africa*: 129.
- 25 WHO Reproductive Health Research Network, *Country Profile: Islamic Republic of Iran, Reproductive Health Profile, 2008*, accessed at www.emro.who.int/rhrn/countryprofiles_ira.htm, on Dec. 16, 2010.
- 26 Abu-Raddad, et al., *Characterizing HIV/AIDS Epidemic in the Middle East and North Africa*: 204.
- 27 Abu-Raddad et al., *Characterizing HIV/AIDS Epidemic in the Middle East and North Africa*: 204.
- 28 Family Health International, "Country Profiles, Jordan" (2008), accessed at www.fhi.org/en/CountryProfiles/Jordan/index.htm, on May 10, 2010.
- 29 Abu-Raddad et al., *Characterizing HIV/AIDS Epidemic in the Middle East and North Africa*: 204-205.

ملحق ١ بيانات حسب الدولة

شكل ١

النمو السكاني للشباب في مصر
أعمار السكان ١٥-٢٤ (بالمليون)



المصدر: United Nations Population Division, *World Population Prospects: The 2010 Revision* (New York: United Nations, 2011).

إجمالي السكان والسكان من الشباب في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، ٢٠١٠

السكان بعمر ١٥-٢٤ كنسبة مئوية من إجمالي السكان	السكان (بالآلاف)		البلد أو الإقليم
	أعمار ١٥-٢٤	كافة الأعمار	
٢١	٧٢٩٢	٣٥٤٦٨	الجزائر
١٥	١٨٨	١٢٦٢	البحرين
٢٠	١٦٠٠٩	٨١١٢١	مصر
٢٢	١٦٢٥٣	٧٣٩٧٤	إيران
٢٠	٦٢٠٥	٣١٦٧٢	العراق
٢٢	١٣٣٢	٦١٨٧	الأردن
١٥	٤٢٣	٢٧٣٧	الكويت
١٨	٧٥٩	٤٢٢٨	لبنان
١٨	١١٢٤	٦٣٥٥	ليبيا
٢٠	٦٢٦٨	٣١٩٥١	المغرب
٢٢	٦١١	٢٧٨٢	عمان
٢١	٨٥٨	٤٠٣٩	فلسطين
١٥	٢٥٦	١٧٥٩	قطر
١٨	٤٩٤٧	٢٧٤٤٨	السعودية
٢٠	٤١٦٦	٢٠٤١١	سوريا
١٩	١٩٩٤	١٠٤٨١	تونس
١٨	١٢٨٨٣	٧٢٧٥٢	تركيا
١٦	١٢١١	٧٥١٢	الإمارات
٢٢	٥٣٢٧	٢٤٠٥٣	اليمن
٢٠	٨٨١٠٦	٤٤٦١٩١	الإجمالي

ملاحظات: نسب الشباب في دول الخليج الغنية بالبترومل منخفضة لأن العدد الكبير من العمال الأجانب الذين يعيشون هناك يوازن السكان الأصليين الأكثر شباباً. وتشير بيانات فلسطين إلى السكان العرب في غزة والضفة الغربية بما في ذلك القدس الشرقية.

المصدر: United Nations Population Division, *World Population Prospects: The 2010 Revision* (New York: United Nations, 2011).

مؤشرات اجتماعية واقتصادية مختارة لبلاد الشرق الأوسط وشمال إفريقيا

البلد أو الإقليم	تبادل القوة الشرائية في الدخل القومي الإجمالي للفرد (بالدولار الأمريكي) ٢٠٠٨	نسبة السكان الذين يعيشون في المناطق الحضرية	المشتركون في الهواتف الجواله لكل ١٠٠ مواطن	نسبة المنازل التي يوجد بها إنترنت
الجزائر	٧٩٤٠	٦٣	٩٣	٨
البحرين	—	١٠٠	١٨٦	٤٨
مصر	٥٥٦٠	٤٣	٥١	١٣
إيران	١٠٨٤٠	٦٩	٥٩	١٠
العراق	—	٦٧	٥٨	—
الأردن	٥٥٣٠	٨٣	٨٧	١٣
الكويت	٥٢٦١٠	٩٨	١٠٠	٣٠
لبنان	١٠٨٨٠	٨٧	٣٤	٢٠
ليبيا	١٥٦٣٠	٧٧	٧٧	٥
المغرب	٤٣٣٠	٥٧	٧٢	١٤
عمان	٢٠٦٥٠	٧٢	١١٦	٢٢
فلسطين	—	٨٣	٢٨	—
قطر	—	١٠٠	١٣١	٦٣
السعودية	٢٢٩٥٠	٨١	١٤٣	٤٢
سوريا	٤٣٥٠	٥٤	٣٣	٣١
تونس	٧٠٧٠	٦٦	٨٥	٥
تركيا	١٣٧٧٠	٧٦	٨٩	٢٥
الإمارات	—	٨٣	٢٠٩	٦٦
اليمن	٢٢١٠	٢٩	١٦	٢

— البيانات غير متوفرة

ملاحظات: القوة الشرائية في الدخل القومي الإجمالي للفرد هو تعادل القوة الشرائية في الدخل القومي الإجمالي للفرد مقسوماً على السكان في منتصف السنة. ويشير تعادل القوة الشرائية في الدخل القومي الإجمالي للفرد إلى الدخل القومي الإجمالي محوّل إلى دولارات "دولية" باستخدام عامل تحويل تكافؤ القوة الشرائية. وتشير الدولارات الدولية إلى كمية البضائع والخدمات التي يمكن للفرد شرائها في الولايات المتحدة بمبلغ مالي محدد. وتشير الأرقام بالخط المائل إلى ٢٠٠٧ أو ٢٠٠٦. وتشير بيانات فلسطين إلى السكان العرب في غزة والضفة الغربية بما في ذلك القدس الشرقية.

المصادر: International (Washington, DC: Population Reference Bureau, 2010); and International (Geneva: ITU, 2010).
Carl Haub, 2010 World Population Data Sheet (Washington, DC: Population Reference Bureau, 2010); and International Telecommunications Union, Measuring the Information Society 2010 (Geneva: ITU, 2010).

المعهد العليا	المدسة الثانوية	البلد أو الإقليم
١٤٠	١٠٨	الجزائر
٢٥٣	١٠٤	البحرين
٧٧	٩٤	مصر
١١٤	٩٨	إيران
٥٩	٦٧	العراق
١١١	١٠٤	الأردن
٢١٤	١٠٤	الكويت
١١٩	١١١	لبنان
١١٠	١١٧	ليبيا
٨٩	٨٦	المغرب
١٢٣	١٠٧	فلسطين
١١٨	٩٧	عُمان
٦٠٥	١٤٦	قطر
١٦٥	٨٥	السعودية
—	٩٨	سوريا
١٤٩	١٠٨	تونس
٧٨	٨٩	تركيا
٢٠٥	١٠٢	الإمارات
٤٢	٤٩	اليمن

—البيانات غير متوفرة

ملاحظة: تشير بيانات فلسطين إلى السكان العرب في غزة والضفة الغربية بما في ذلك القدس الشرقية.

المصدر: United Nations, "Millennium Development Goals Indicators, the Official United Nations Site for MDG Indicators," accessed at <http://unstats.un.org/unsd/mdg/Data.aspx>. The data are for years from 2005 to 2008.

نسبة السكان المتعلمين الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ إلى ٢٤ عاماً

البلد أو الإقليم	الإجمالي	ذكور	إناث
الجزائر	٩٢	٩٤	٨٩
البحرين	١٠٠	١٠٠	١٠٠
مصر	٨٥	٨٨	٨٢
إيران	٩٧	٩٧	٩٦
العراق	٨٢	٨٥	٨٠
الأردن	٩٩	٩٩	٩٩
الكويت	٩٨	٩٨	٩٩
لبنان	٩٩	٩٨	٩٩
ليبيا	١٠٠	١٠٠	١٠٠
المغرب	٧٧	٨٥	٦٨
فلسطين	٩٩	٩٩	٩٩
عُمان	٩٨	٩٨	٩٨
قطر	٩٩	٩٩	٩٩
السعودية	٩٧	٩٨	٩٦
سوريا	٩٤	٩٦	٩٣
تونس	٩٧	٩٨	٩٦
تركيا	٩٦	٩٩	٩٤
الإمارات	٩٥	٩٤	٩٧
اليمن	٨٣	٩٥	٧٠

ملاحظة: تشير بيانات فلسطين إلى السكان العرب في غزة والضفة الغربية بما في ذلك القدس الشرقية.

المصدر: United Nations, "Millennium Development Goals Indicators, the Official United Nations Site for MDG Indicators," accessed at <http://unstats.un.org/unsd/mdg/Data.aspx>. The data are for years from 2005 to 2008.

نسبة السيدات بعمر ١٥-١٩ عاماً و ٢٠-٢٤ عاماً اللاتي سبق لهن الزواج

أعمار ٢٠-٢٤	أعمار ١٥-١٩	البلد
١٧	٢	الجزائر ٢٠٠٦
٥٤	١٣	مصر ٢٠٠٨
٤٤	١٢	العراق ٢٠٠٩
٥٠	١٧	إيران ٢٠٠٦
٣٦	٦	الأردن ٢٠٠٩
١٨	٣	لبنان ٢٠٠٤
٩	١	ليبيا ٢٠٠٧
٣٧	١١	المغرب ٢٠٠٤
٤٨	٩	فلسطين ٢٠٠٦
٤٢	١١	سوريا ٢٠٠١
١٤	١	تونس ٢٠٠١
٤٦	١٠	تركيا ٢٠٠٨
٥٧	١٧	اليمن ٢٠٠٣

ملاحظة: تشير بيانات فلسطين إلى السكان العرب في غزة والضفة الغربية بما في ذلك القدس الشرقية.

المصادر: Pan-Arab Project for Family Health, Demographic and Health Surveys, UNICEF Multiple Indicator Cluster Surveys, and the Statistical Center of Iran.

نسبة السيدات بعمر ١٥-١٩ عاماً و٢٠-٢٤ عاماً المتزوجات حالياً واللاتي يستخدمن وسائل منع الحمل

أعمار ٢٠-٢٤		أعمار ١٥-١٩		البلد أو الإقليم
أي وسيلة حديثة	أي وسيلة	أي وسيلة حديثة	أي وسيلة	
٣٧	٤٣	١٧	٢٠	الجزائر ٢٠٠٦
٤١	٤٥	٢٠	٢٣	مصر ٢٠٠٨
٤٤	٥٨	٩	٣٤	إيران ٢٠٠٠
٢٢	٣٧	١٠	٢١	العراق ٢٠٠٩
٣١	٤٣	١٦	٢٧	الأردن ٢٠٠٩
٢١	٣٩	١٣	٢٢	لبنان ٢٠٠٤
١٢	٢٦	٦	١٤	ليبيا ٢٠٠٧
٥٣	٥٨	٣٦	٣٨	المغرب ٢٠٠٤
٢٤	٣٦	٧	١٠	فلسطين ٢٠٠٦
٢٦	٤٠	١١	٢٢	سوريا ٢٠٠٦
٣٨	٤٢	٢٠	٢٠	تونس ٢٠٠٦
٣٧	٦٣	١٨	٤٠	تركيا ٢٠٠٨
١٦	٢٥	٦	١٠	اليمن ٢٠٠٦

ملاحظة: تشير بيانات فلسطين إلى السكان العرب في غزة والضفة الغربية بما في ذلك القدس الشرقية.

المصادر: Pan-Arab Project for Family Health, Demographic and Health Surveys, UNICEF Multiple Indicator Cluster Surveys, and the Statistical Center of Iran.

جدول ٧

نسبة الشباب المتزوجين بأعمار ١٥-٢٩ عاماً الذين اتخذوا القرار النهائي بالزواج بأنفسهم، حسب الجنس والخلفية الاجتماعية والاقتصادية، مصر ٢٠٠٩

إناث	ذكور	
التعليم		
٤٤	٨٩	أمي
٥٥	٩٣	ابتدائي
٥٣	٨٨	إعدادي
٥٩	١٠٠	ثانوي عام
٦١	٩٥	ثانوي مهني
٧٠	٩٥	معهد عال
٧٤	٩٥	جامعة وأعلى
الخمس الممثل للثروة		
٤٤	٨٩	الأدنى
٥٣	٩١	الثاني
٥٨	٩٥	الأوسط
٦٤	٩٥	الرابع
٧٤	١٠٠	الأعلى
٥٧	٩٣	الإجمالي

المصدر: Population Council, *Survey of Young People in Egypt, Final Report, 2010* (Cairo: Population Council, 2010): table A6.7.

ملحق ٢

المصطلحات

الإجهاض Abortion : هو إنهاء الحمل (أي إخراج الجنين). قبل اكتمال ٢٢ أسبوعاً من حدوث الحمل أو عندما يكون وزن الجنين أقل من ٥٠٠ جرام، والإجهاض قد يكون تلقائياً بدون تدخل أحد أو يكون مفتعلاً.

إجراءات الإجهاض Abortion procedures : للحمل قبل ١٢ أسبوعاً (١٢ أسبوعاً من آخر دورة طمثية للسيدة) من الممكن أن يتم باستخدام ما يلي: تفريغ بالشفط، عملية توسيع وكحت أو استعمال العقاقير.

أما بالنسبة للحمل بعد ١٢ أسبوعاً من آخر دورة طمثية للسيدة فإن أكثر وسيلتين انتشاراً هما التوسيع والتفريغ (الإجهاض الجراحي) أو باستعمال العقاقير (الإجهاض الدوائي). وفي بعض البلاد فإن النساء في الأسابيع الأولى من غياب الدورة الطمثية يمكن أن يلجأن إلى إجراء يسمى (تنظيم الدورة) وفيه يستخدم الشفط أو العقاقير لإنزال الدورة بدون إجراء اختبارات الحمل.

• **التفريغ بالشفط (Vacuum Aspiration)**: يزيل كل محتوى الرحم وذلك عن طريق الشفط من خلال أنبوبة يتم إدخالها في عنق الرحم وهو يتم إما عن طريق مضخة تعمل بالكهرباء أو مضخة يدوية وفي كل الحالات فإن العملية تجرى في العيادة الخارجية وهي عادة تجرى للحمل في عمر ١٢ أسبوعاً أو أقل ولكن مع الخبرة يمكن إجراؤها حتى الأسبوع الخامس عشر.

• **الإجهاض الجراحي (Surgical abortion)**: أكثر الأنواع شيوعاً هي "التوسيع والكحت" و"التوسيع والتفريغ". ويتم استخدام أي من الطريقتين بناء على طول مدة الحمل.

• **الإجهاض الطبي/الدوائي (Medical abortion)**: يستخدم عقاراً أو أكثر وغالباً ما يتم استخدام عقار "الميفيبريستون" المعروف باسم (RU486) وعقار "الميسوبريستول" والمعروف باسم سينوتيك وذلك لطرد محتويات الرحم. وفي حوالي ٢٪ إلى ٥٪ من الحالات التي يكون فيها الإجهاض غير كامل فإنه يتعين إجراء عملية شفط أو توسيع وكحت إذا كانت هناك حاجة.

معدل الإجهاض Abortion rate: هو عدد حالات الإجهاض لكل ١٠٠٠ امرأة في عمر من ١٥ - ٤٤ أو ١٥-٤٩ سنة في سنة معينة وهذا المعدل يشير إلى مستوى الإجهاض في مجتمع ما.

الامتناع الجنسي Abstinence: هو الامتناع عن ممارسة الجنس.

المراهقة Adolescence: هي الفترة الانتقالية بين البلوغ والرشد. وغالباً ما تعرف على أنها الفترة بين ١٠ - ١٩ سنة والبيانات عن صحة وتعليم وعمل وسلوك المراهقين متوفرة غالباً عن الفترة من ١٥-١٩.

معدل ولادات المراهقات Adolescence birth rate : العدد السنوي للولادات للسيدات بأعمار ١٥ إلى ١٩ عاماً لكل ١٠٠٠ سيدة في هذه المجموعة العمرية.

متلازمة عوز المناعة المكتسب/الإيدز (AIDS): هي حالة تؤدي إلى الإقلال من جهاز المناعة بالجسم وعادة ما تؤدي إلى الوفاة وهي تحدث عن طريق عدوى بفيروس نقص المناعة البشرية.

زواج الأطفال Child marriage : الزواج قبل سن ١٨ عاماً.

الكلاميديا Chlamydia : هو مرض ينتقل جنسياً ويسببه ميكروب الكلاميديا وغالباً ما يسبب نزف متقطع وآلام أثناء الممارسة الجنسية للنساء وحرقان أثناء التبول بالنسبة للرجال وإفرازات للرجال والنساء وإذا ترك بدون علاج فإنه قد يؤدي إلى التهاب الحوض.

الختان (للذكور) Circumcision (male): هو إزالة الجلدة التي تغطي رأس العضو الذكري.

البظر Clitoris : هو عضو صغير قادر على الانتصاب في الجهاز التناسلي للمرأة يختفي جزئياً بين الشفرتين وهو حساس جداً ومن الممكن أن يكون مصدر للمتعة والوصول إلى ذروة الاستمتاع الجنسي للمرأة وهو مماثل في التركيب للعضو الذكري.

الإخصاب Conception : اتحاد الحيوان المنوي والبويضة.

زواج الأقارب Consanguineous marriage : الزواج بين الأقارب. ويكون الأكثر شيوعاً بين أبناء العم/الخال في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا.

وسائل تنظيم الأسرة Contraceptive methods : تشمل الوسائل الحديثة الأقراص (حبوب منع الحمل) والحقن والغرسات تحت الجلد والأجهزة الرحمية (اللوالب) والعازل الذكري والحاجز المهبلي ومبيدات الحيوانات النوية وطريقة انقطاع الطمث بسبب الرضاعة الطبيعية وتعقيم الرجال والسيدات. وتشمل الوسائل التقليدية فترة الأمان والعزل والرضاعة الطبيعية.

معدل استخدام وسائل تنظيم الأسرة (الانتشار) Contraceptive use (prevalence) : هو نسبة السيدات المتزوجات في سن الإنجاب (١٥-٤٩) اللاتي يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة في الوقت الحالي.

الحماية المزدوجة Dual protection : استخدام وسيلتين لتنظيم الأسرة مثل استخدام عازل مثل الواقي الذكري مع وسيلة أخرى مثل الحبوب أو اللولب وذلك لتوفير الحماية المزدوجة ضد الحمل وضد الأمراض المنقولة جنسياً وبخاصة HIV.

وسائل منع الحمل الطارئة (EC) Emergency contraception : هي وسائل تستخدم لمنع الحمل بعد جماع غير محمي مثل فشل الوسيلة أو عدم أخذ أي وسيلة لمنع الحمل. وهناك نوعان من وسائل منع الحمل الطارئة وهي: حبوب هرمونية لمنع الحمل (ECPs) وتعرف أيضاً باسم "حبة ثاني يوم" واستخدام اللوالب النحاسية وهاتان الوصيلتان أمانتان وفعالتان إذا ما اتبعت الإرشادات بدقة.

تنظيم الأسرة Family planning : هو القرار المسئول للأزواج لأن ينظموا عدد أطفالهم ويباعدوا بينهم وذلك باستخدام وسائل صناعية أو طبيعية لمنع الحمل. وتنظيم الأسرة عادة ما يعني منع الإخصاب لتجنب الحمل والإجهاض ولكنه يشمل أيضاً محاولة الأزواج لإحداث الحمل.

البتير التناسلي للإناث (FGC) Female genital cutting : كل الإجراءات التي تشمل بتر كل أو بعض أجزاء من الجهاز التناسلي الخارجي أو أي قطع في الأعضاء التناسلية لأسباب تراثية أو دينية أو أي أسباب أخرى غير علاجية وهناك أنواع مختلفة من البتير التناسلي للإناث:

النوع الأول تشمل قطع البظر كلياً أو جزئياً. النوع الثاني وفيه يتم بتر البظر مع الشفرتين الصغيرتين (الداخليتين). النوع الثالث فيشمل قطع الأعضاء التناسلية الخارجية ويرتق فتحة المهبل لإغلاقها فيما عدا ثقب صغير لإخراج البول ودم الطمث وتطلق أسماء أخرى على عادة البتر التناسلي للإناث منها: ختان الإناث والتشويه التناسلي للإناث.

معدل الإجاب Fertility Rate: هو عدد المواليد أحياء الذي تنجبه النساء. وهذا المصطلح يختلف عن "الخصوبة" التي تشير إلى قدرة المرأة الجسدية على الإجاب (انظر المعدل الإجمالي للخصوبة).

الناسور Fistula: هو فتحة بين المهبل والمستقيم أو المثانة وعادة يكون نتيجة لولادة متعسرة (عندما لا يستطيع الجنين أن يمر من قناة الولادة). تؤدي الفتحات في قناة الولادة لتسرب البول أو البراز من خلال المهبل مما يسبب خزي ووصمة للمرأة التي تعاني من هذا العجز بسبب الولادة. يسمى أيضاً بناسور الولادة.

النوع الاجتماعي Gender: هو الأدوار والسلوك والأنشطة والصفات المبنية التي يعتبرها مجتمع معين مناسبة للرجال والنساء. هذه الأدوار والمسؤوليات التي يحدده التراث للنساء والرجال تكتسب وقد تتغير حسب الوقت وتفاوت بين المجتمعات.

العنف المبني على النوع Gender-based violence (GBV): عادة ما يستخدم مصطلح "العنف المبني على النوع" و"العنف الموجه للمرأة" بشكل متبادل. وفيما مصطلح "العنف المبني على النوع" هو عنف موجه نحو شخص على أساس النوع أو الجنس والتوقعات لأداء دوره أو دورها في المجتمع. ولكن عادة يستخدم المصطلح ليعرف العنف الموجه نحو المرأة لأن المرأة تتعرض بنسبة أكثر بكثير من الرجال إلى العنف أو التمييز. وتعترف الأمم المتحدة هذا المصطلح على أنه "أي فعل عدواني موجه إلى شخص بسبب النوع الاجتماعي وينتج عنه أو يحتمل أن ينتج عنه إيذاء جسدي أو نفسي أو معاناة للمرأة بما في ذلك التهديد بالقيام بهذه الأفعال أو الإكراه أو الحرمان التعسفي للحرية سواء تم في الحياة العامة أو الخاصة."

تتخذ أعمال العنف ضد المرأة أشكال كثيرة منها القتل بسبب الشرف. العنف الأسري. التحرش الجنسي بالنساء والفتيات في الأماكن العامة، والمدارس ومقار العمل. الاتجار بالنساء والفتيات (البغاء). والبتر التناسلي للإناث وغيره من الممارسات التقليدية الضارة مثل زواج الأطفال. والعامل المشترك بين جميع هذه الأفعال المتعددة هو أن العنف موجه ضد شخص ما بسبب النوع الاجتماعي.

المساواة بين الجنسين Gender equality: غياب التمييز بناء على عوامل التحديد الخاصة بالنوع الاجتماعي لكلا الجنسين فيما يتعلق بالوصول إلى الفرص والخدمات وتخصيص الموارد والمزايا.

السيلان Gonorrhea: وهو عدوى منقولة جنسياً يسببها ميكروب بكتيري وتسبب إفرازات من قناة مجرى البول أو المهبل وكذلك من عين الطفل حديث الولادة إذا انتقلت إليه العدوى من الأم أثناء الولادة. أما إذا حدثت العدوى أثناء الحمل فإنه من الممكن أن تسبب في ولادة مبكرة أو ولادة أطفال ميتين والسيلان المزمن ليس له أعراض في النساء وإذا لم تتم معالجته فمن الممكن أن يؤدي إلى التهاب مزمن في الحوض وبالتالي إلى العقم.

الهربس التناسلي/الخلأ التناسلي Herpes: يوجد نوعان من الهربس التناسلي: فيروس الهربس البسيط ١ وفيروس الهربس البسيط ٢. وهو مرض ينتقل عن طريق الجنس من شخص مصاب بقروح وسحجات في الجهاز التناسلي. وإذا حدثت الإصابة أثناء الحمل. يمكن أن يسبب الهربس في الإجهاض أو ولادة طفل ميت. لا يوجد له علاج إلا أن الأعراض يمكن السيطرة عليها.

فيروس نقص المناعة البشري المكتسب (HIV) Human immunodeficiency virus

: هو فيروس يهاجم الجهاز المناعي بالجسم مما يؤدي إلى عدم مقدرة الجسم على مقاومة الأمراض ومن الممكن أن يؤدي إلى متلازمة عوز المناعة المكتسب وهي المرحلة الأخيرة من العدوى بالفيروس ويشكل فيروس نقص المناعة البشري أخطر أنواع العدوى المنقولة جنسياً.

الفيروس البابلومي البشري (HPV) Human papilloma virus: وهو فيروس ينتقل عن طريق الجنس ويهاجم خلايا عنق الرحم مما يؤدي إلى تغيرات في الخلايا والتي يمكن أن تؤدي إلى سرطان والفيروس البابلومي من أكثر أنواع العدوى المنقولة جنسياً في العالم ولها عديد من الأنواع بعضها يؤدي إلى سرطان عنق الرحم إذا لم يتم اكتشاف التغيرات الخلوية وعلاجها مبكراً.

الإجهاض المقتعل Induced abortion: هو إنهاء الحمل عن طريق الجراحة أو العقاقير.

الإعلام والتعليم والاتصال (IEC) Information, education and communication

أنشطة مصممة لزيادة الوعي أو لتعزيز تدخل صحي معين أو سلوك معين.

الخدمات المدمجة Integrated services: هو وجود مجموعة متعددة من الخدمات في مكان واحد وعلى سبيل المثال وجود خدمات تنظيم الأسرة مع خدمات علاج الأمراض المنقولة جنسياً في مكان واحد وهذا ما يلزم وجود نوع من التنسيق بين الخدمات.

مراضة الأمهات Maternal morbidity: هو المرض أو الإعاقة التي تحدث نتيجة الحمل أو التي لها علاقة بالحمل أو الولادة أوفى فترة ما بعد الولادة.

وفيات الأمهات Maternal mortality: وفاة الأم وهي حامل أو أثناء الولادة أو خلال ٤٢ يوماً (٦ أسابيع) من انتهاء الحمل بحيث يكون سبب الوفاة له علاقة بالحمل أو بتطور بسببه أو بوسائل علاجه، ولا يشمل الأسباب الناجمة عن الحوادث أو أسباب أخرى ليس لها علاقة بالحمل.

معدل وفيات الأمهات Maternal mortality ratio: هو عدد الأمهات اللاتي يتوفين أثناء الحمل أو خلال ٤٢ يوماً بعد الولادة لكل ١٠٠٠٠٠ سيدة في عمر الحمل في سنة معينة لأسباب لها علاقة بالحمل أو تزيد بسبب الحمل ولكن ليس بسبب الحوادث أو لأسباب أخرى ليس لها علاقة بالحمل.

متوسط العمر Mean age: المتوسط الحسابي للعمر لكافة أفراد السكان.

الخط الأوسط للعمر Median age: العمر الذي يقسم السكان إلى مجموعتين متساويتين عمرياً، أي أن نصف الأشخاص أصغر من هذا العمر ونصفهم أكبر منه.

الغايات والأهداف الألفية الإنمائية (MDGs) Millennium Development Goals

هي مجموعة من الأهداف القابلة للقياس والتي اقترحتها قادة العالم في اجتماع الألفية للأمم المتحدة في سبتمبر ٢٠٠٠ للقضاء على الفقر والجوع والمرض والامية والتغير المناخي والتمييز ضد المرأة.

مضاعفات الولادة Obstetric complication: حالة صحية خطيرة مرتبطة بالحمل أو الولادة تتطلب الرعاية الطبية لوقاية السيدة من الإصابة أو المرض أو حتى الوفاة. ويمكن أن تحدث المضاعفات في أي وقت أثناء الحمل أو حتى ٦ أسابيع بعد الولادة أو تحدث فجأة بدون سابق إنذار.

التعلم من الأقران Peer education: العملية التي يقوم فيها شباب مدرب جيداً ومتحمس بأنشطة تعليمية غير رسمية مع أقرانهم (الذين يشابهونهم في العمر أو الخلفية أو الاهتمامات). وتهدف هذه الأنشطة التي تحدث على مدار فترة زمنية طويلة إلى تطوير معرفة الشباب وإجتهاداتهم ومعتقداتهم ومهاراتهم وتمكينهم من حماية صحتهم.

مرض التهاب الحوض (PID) Pelvic inflammatory disease : هو عدوى متزايدة تؤدي إلى إيداء الجهاز الإجابي للمرأة وهي تحدث في منطقة الحوض بالكامل: قناتي فالوب والرحم وبطانة الرحم والمبيضين. ومن الممكن أن تؤدي التهابات الحوض إلى العقم أو الحمل خارج الرحم والأم مزمنة.

الرعاية بعد الإجهاض Post-abortion care: تشمل العلاج الطارئ للإجهاض غير المكتمل والمضاعفات المحتمل أن تكون خطراً على الحياة. ويشير أيضاً المصطلح إلى تقديم المشورة والخدمات الخاصة بتنظيم الأسرة بعد الإجهاض.

الصحة الإيجابية Reproductive health : هي حالة من المعافاة الكاملة جسدياً ونفسياً واجتماعياً وليست مجرد الخلو من الأمراض أو الإعاقفة في كل الأمور المتعلقة بالجهاز الإجابي ووظائفه وعملياته.

الأمراض المنقولة جنسياً (STI) Sexually transmitted infection : هي أي عدوى تحدث نتيجة لقاء جنسي ويطلق عليها أيضاً العدوى المنقولة جنسياً.

التثقيف الجنسي Sex education : التعليم الأساسي حول عمليات الإجاب والبلوغ والسلوك الجنسي والموضوعات ذات الصلة. وقد يشمل التثقيف الجنسي معلومات أخرى. مثلاً حول منع الحمل والحماية من الأمراض المنقولة جنسياً والوالدية.

العمل في مجال الجنس Sex work : القيام بأعمال جنسية مقابل المال. ويطلق عليه أيضاً الجنس التجاري.

الجنسانية Sexuality : المعرفة والمعتقدات والاتجاهات والقيم والسلوكيات الجنسية للأفراد. وتشمل موضوعاته التشريح وعلم وظائف الأعضاء والكيمياء الحيوية لنظام الاستجابة الجنسية: والهوية والميلول والأدوار والشخصية: والأفكار والشاعر والعلاقات. ويتأثر التعبير عن النشاط الجنسي بالشواغل الأخلاقية والروحية والثقافية والمعنوية.

الإجهاض التلقائي Spontaneous abortion : هو فقدان الحمل نتيجة لأسباب طبيعية.

تشخيص وعلاج الأمراض المنقولة جنسياً STI or STD management : هو تقديم الرعاية للمصابين بالأمراض المنقولة جنسياً وتشمل أخذ التاريخ المرضي والفحص العضوي وإجراء التحاليل والتشخيص والعلاج بالإضافة إلى التثقيف الصحي عن العلاج والوقاية وكذلك المتابعة والتقييم والإحالة عند الاحتياج.

مرض الزهري Syphilis : هو عدوى منقولة جنسياً يسببها ميكروب يسمى تريبونما باليدوم وهو أحد أسباب القرح التناسلية وإذا ترك بدون علاج فإن الزهري قد يؤدي إلى تلف الجهاز العصبي والقلب أو المخ وفي النهاية الوفاة وفي حالات الحمل فإن العدوى تؤدي إلى وفاة الأجنة داخل الرحم وولادة أطفال لديهم عيوب خلقية ولذلك من المهم إجراء التحليل مبكراً أثناء الحمل.

معدل الخصوبة الكلي Total fertility rate : هو متوسط عدد المواليد أحياء الذين يمكن أن تنجبهم كل امرأة خلال حياتها إذا كانت تسير خلال كل سنوات حياتها الإيجابية طبقاً لمعدلات الخصوبة العمرية. وكذلك يشار إليها على أنها "الولادات طوال العمر لكل امرأة" أو "الولادات لكل امرأة" وتستخدم كمؤشر لعدد الأطفال الذين يولدون للمرأة اليوم.

الترايكوموناس Trichomoniasis: هو عدوى منقولة جنسياً يسبب ميكروب التريكوموناس المهبلي وهو أحد أسباب الإفرازات المهبلية.

الاحتياجات غير الملباه لتنظيم الأسرة Unmet need for family planning : نسبة النساء المتزوجات القادرات على الإجاب اللاتي يرغبن في تجنب الحمل ولكن لا يستعملن وسائل

تنظيم الأسرة.

الإجهاض غير الآمن Unsafe abortion : ويعرف بأنه إجراء لإنهاء الحمل غير المرغوب فيه بواسطة أشخاص غير مدربين أو في مناح يفتقد الحد الأدنى من المعايير الطبية القياسية أو كلاهما.

المهبل Vagina : هو القناة الواصلة بين عنق الرحم/الرحم والفرج وفيها يدخل العضو الذكري أثناء الجماع وكذلك يمر منه الجنين ساعة الولادة وكذلك دم الحيض .

المشورة والفحوص الطوعية (VCT) Voluntary counseling and testing : العملية التي يخضع الفرد من خلالها للمشورة التي مُكِّنُه أو مُكِّنُها من الاختيار المسئول حول الخوض لاختبار فيروس نقص المناعة البشرية. ويجب أن يكون هذا القرار هو الاختيار الشخصي للفرد وبحرية كاملة ويجب أن يكون مطمئناً بأن العملية ستكون سرية.

الشباب Youth : تُعرّف الأمم المتحدة الشباب بأنهم الأشخاص بين ١٥ و٢٤ عاماً. وقد يحدد كل بلد على حدة مجموعات سنوية مختلفة إلى حد ما بأنهم "شباب" في وثائق السياسات. وفي هذا التقرير، تستخدم كلمات النشء وصغار السن والشباب بالتبادل.

المصادر

Arthur Haupt and Thomas T. Kane, *Population Reference Bureau's Population Handbook*, 5th ed. (Washington, DC: Population Reference Bureau, 2004).

Carl Haub, *2010 World Population Data Sheet* (Washington, DC: Population Reference Bureau, 2010).

Farzaneh Roudi-Fahimi and Lori Ashford, *Sexual and Reproductive Health in the Middle East and North Africa: A Guide for Reporters* (Washington, DC: Population Reference Bureau, 2008).

International Planned Parenthood Federation, "Glossary," accessed at www.ippf.org/en/Resources/Glossary.htm, on March 1, 2011.

Knowledge for Health Project, *Do You Know Your Family Planning Choices?* (Baltimore: Johns Hopkins University, Bloomberg School of Public Health, Center for Communication Programs), accessed at www.k4health.org, on May 2, 2011.

ملحق ٣

مصادر المعلومات

فيما يلي مصادر هامة للمعلومات حول الشباب والصحة الجنسية والإيجابية. وهذه المنظمات مُدرّجة بالترتيب الأبجدي (حسب اللغة الإنجليزية). كما توجد أيضا مواد تدريبية مختارة تم إنتاج الكثير منها بالتعاون مع منظمات متعددة.

مركز التنمية والأنشطة السكانية (CEDPA) www.cedpa.org

يقوم مركز التنمية والأنشطة السكانية بتصميم وتنفيذ برامج لتحسين حياة السيدات والفتيات مع التركيز على زيادة الفرص التعليمية والوصول إلى المعلومات والخدمات الخاصة بالصحة الإيجابية وفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب. كما تركز بعض المشروعات على تحسين فرص الفتيان. وبعض مطبوعات مركز التنمية والأنشطة السكانية مستمدة من خبرات البرنامج في مصر.

ائتلاف الحقوق الجنسية والجسدية في المجتمعات الإسلامية (CSBR) www.wwhr.org/csbr.php

يسعى ائتلاف الحقوق الجنسية والجسدية في المجتمعات الإسلامية لتعزيز الحقوق الجنسية والجسدية والإيجابية كجزء من حقوق الإنسان في المجتمعات الإسلامية. ويشمل ٤٠ منظمة غير حكومية والعديد من الأكاديميين من الشرق الأوسط وشمال إفريقيا وجنوب آسيا وجنوب شرق آسيا. ويتخذ الائتلاف نهجا شاملا وإيجابيا نحو الجنسانية ويعترف بأهميته في الحياة الخاصة والعامة والسياسية. وقد لعب الاتحاد دورا هاما في تكوين مفهوم الحقوق الجنسية وامتداده في أجزاء من الشرق الأوسط وشمال إفريقيا.

المنظمة الدولية لصحة الأسرة، شبكة الشباب www.fhi.org/en/youth/youthnet/index.htm

قامت شبكة الشباب، بدعم من الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية من ٢٠٠١ إلى ٢٠٠٦، بإجراء أبحاث ونشر المعلومات وتحسين الخدمات وتقوية السياسات والبرامج المرتبطة بالصحة الإيجابية للشباب والوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب. ويستضيف موقع الشبكة موارد ومواد تدريبية للذين يعملون مع الشباب.

مؤسسة المستقبل

www.foundationforfuture.org

مؤسسة المستقبل هي منظمة متعددة الأطراف غير هادفة للربح مدعومة من حكومات أكثر من ١٢ دولة داخل وخارج منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا. وتركز المؤسسة على تقديم المنح دعماً لسيادة القانون والإعلام المستقل وتمكين المرأة والتربية المدنية وإشراك الشباب في بلاد الشرق الأوسط وشمال إفريقيا.

الفريق العامل المشترك بين الوكالات للشباب (IYWG)

www.infoforhealth.org/youthwg

يوفر الفريق العامل المشترك بين الوكالات للشباب قيادة فنية عالية لتحسين الصحة الإيجابية للنشء في سن ١٠ إلى ٢٤ عاماً في الدول النامية عن طريق مشاركة نتائج الأبحاث ودروس البرامج المتعلقة بالصحة الإيجابية للشباب وتعزيز الإستراتيجيات الواعدة للمعرفة والتعليم الصحي. ويعمل في ثمانية بلدان في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا.

الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر – الشباب

www.ifrc.org/youth/index.asp

برامج الاتحاد الدولي مُجمّعة في أربعة مجالات أساسية: تعزيز المبادئ والقيم الإنسانية والاستجابة للكوارث والتأهب للكوارث والرعاية الصحية في المجتمع المحلي. ويمتلك الاتحاد برنامجاً خاصاً للشباب يركز على كل من المجالات الأربع الأساسية ويحتفظ بدلائل للشباب وموارد أخرى ويعمل في جميع أنحاء منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا.

منظمة العمل الدولية (ILO) – تشغيل الشباب

www.ilo.org/public/english/employment/yett/index.htm

تجمع منظمة العمل الدولية البيانات وتجري الأبحاث وتنصح الحكومات للمساعدة في حشد الدعم وتنفيذ السياسات والبرامج المتكاملة لتحقيق الالتزام العالمي بعمل لائق ومنتج للشباب. كما تدعم بالتعاون مع الأمم المتحدة والبنك الدولي شبكة تشغيل الشباب - وهي شبكة من المنظمات المخصصة لتوظيف الشباب وتكافؤ الفرص والأعمال الحرة وخلق وظائف.

المؤسسة الدولية للشباب (IYF)

www.iyfnet.org

المؤسسة الدولية للشباب هي منظمة غير حكومية دولية تعمل في ٧٠ دولة تقريباً لتحسين أحوال الشباب وفرصهم. وتعمل المؤسسة الدولية للشباب مع مئات الشركات والمؤسسات ومنظمات المجتمع المدني لتقوية و"زيادة" البرامج القائمة التي تحقق فارقاً إيجابياً ومستمرًا في حياة الشباب. وتركز المبادرات العالمية للمؤسسة على أربعة مجالات رئيسية وهي التعليم، التوظيف والقيادة، الإشراف والتعليم الصحي والمعرفة.

مجلس السكان

www.popcouncil.org

يجري مجلس السكان أبحاثاً في أنحاء العالم لتحسين السياسات والبرامج والمنتجات في ثلاثة مجالات: فيروس نقص المناعة البشرية ومتلازمة نقص المناعة

المكتسب: الفقر والنوع الاجتماعي والشباب؛ والصحة الإيجابية. وبشكل خاص. يسعى برنامج الانتقال إلى الرشد لتحسين فهم حياة المراهقين وتطوير سياسات وبرامج فعالة لتحسين حياتهم. وينشط المجلس بصفة خاصة في مصر حيث يوجد بها مكتب إقليمي الذي أجرى مؤخرًا استطلاعًا للشباب في مصر. وتتوفر تقارير الاستطلاع وقاعدة بياناته عبر الإنترنت في:

www.popcouncil.org/projects/SYPE/index.asp

المكتب المرجعي للسكان

www.prb.org

يقوم المكتب المرجعي للسكان بتوعية الأشخاص في جميع أنحاء العالم حول السكان والصحة والبيئة وتمكينهم من استخدام هذه المعلومات في تحسين رفاه الأجيال الحالية والمستقبلية. ويركز عمل المكتب المرجعي للسكان على هذه الموضوعات الرئيسية: الصحة الإيجابية والخصوبة: الأطفال والأسر؛ الصحة العالمية: السكان والبيئة؛ الشيخوخة؛ عدم المساواة والفقر؛ الهجرة والتوسع الحضري؛ والنوع الاجتماعي.

ويقوم برنامج المكتب المرجعي للسكان للشرق الأوسط وشمال إفريقيا الذي بدأ عام ٢٠٠١ بتمويل من مكتب مؤسسة فورد بالاستجابة لاحتياجات المنطقة لمعلومات حسنة التوقيت وموضوعية حول القضايا المتعلقة بالسكان والقضايا الاجتماعية والاقتصادية وقضايا الصحة الإيجابية. ويستكشف البرنامج الروابط بين هذه القضايا ويوفر توصيات مستندة إلى الأدلة للسياسات والبرامج لصناع القرار في المنطقة. وينتج الفريق، الذي يعمل على نحو وثيق مع المنظمات البحثية في المنطقة، موجزات السياسات والتقارير (بالإنجليزية والعربية) حول موضوعات السكان والصحة الإيجابية الحالية ويعقد ورش عمل حول الاتصال في مجال السياسات ويقدم عروضاً في المؤتمرات الإقليمية والدولية.

المجلس الأميركي للتثقيف الجنسي والمعلومات (SIECUS)

www.siecus.org

يوفر المركز الموارد والأبحاث حول الجنسية والصحة الجنسية والإيجابية للبرامج المحلية والدولية.

برنامج الأمم المتحدة المشترك المعنى بفيروس نقص المناعة البشرية /

متلازمة نقص المناعة المكتسب (UNAIDS)

www.unaids.org

ينسق هذا البرنامج استجابة نظام الأمم المتحدة لمتلازمة نقص المناعة المكتسب.

برنامج الأمم المتحدة للشباب

www.un.org/youth

يهدف برنامج الأمم المتحدة للشباب إلى تعزيز الوعي العالمي بقضايا الشباب وزيادة إدراك حقوق الشباب وطموحاتهم لتعزيز السياسات الوطنية للشباب والآليات الوطنية للتنسيق للشباب وبرنامج العمل الوطنية للشباب وتقوية مشاركة الشباب في عملية صنع القرار على كافة المستويات.

صندوق الأمم المتحدة للسكان (UNFPA)

www.unfpa.org

صندوق الأمم المتحدة للسكان هو منظمة دولية للتنمية تعزز حقوق الشباب وتحميها ضمن أهداف أخرى. ويساعد الحكومات، عند طلبها، في صياغة السياسات والإستراتيجيات لخفض الفقر ودعم التنمية المستدامة. كما يساعد الصندوق الدول على تجميع وتحليل بيانات السكان التي يمكن أن تساعد في فهم اتجاهات السكان. كما يدعم جمع واستخدام المعلومات المتعلقة بالمراهقين والشباب بشكل خاص.

ويتعاون المكتب الإقليمي للدول العربية لصندوق الأمم المتحدة للسكان، الذي يقع مقره في القاهرة، مع جامعة ساسكس في إنجلترا لتقييم خدمات الصحة الجنسية والإيجابية للمراهقين في المنطقة والمساعدة في تقوية القدرات المؤسسية لتطوير برامج الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب وتقديم خدمات صحة جنسية وإيجابية عالية الجودة للشباب.

صندوق الأمم المتحدة للطفولة (UNICEF)

www.unicef.org

يركز صندوق الأمم المتحدة للطفولة، الذي يتواجد في 190 دولة وإقليم حول العالم، على البرامج والأبحاث التي تساعد الأطفال والشباب. ولا يزال صندوق الأمم المتحدة للطفولة نشطا في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا مع التركيز على التغذية وصحة المراهقين والمهارات الحياتية ورصد وتقييم التدخلات. فعلى سبيل المثال، تهدف مبادرة أصوات الشباب إلى تقديم خدمة انترنت عالمي آمن وداعم للأطفال والمراهقين في المنطقة حيث يمكنهم استكشاف القضايا من خلال المشاركة مع أقرانهم ومع صناع القرار على مستوى العالم.

مركز ولفنسون للتنمية، مبادرة شباب الشرق الأوسط

www.shababinclusion.org

أطلق مركز ولفنسون للتنمية مبادرة شباب الشرق الأوسط في معهد بروكينجز وكلية دبي للإدارة الحكومية عام 2006. وتهدف إلى الإسراع بقدرة المجتمع الدولي على فهم الاحتياجات المتغيرة للشباب في الشرق الأوسط والاستجابة لها. وعن طريق تكوين تحالف دولي من الأكاديميين وصناع السياسات وقادة الشباب وقادة الفكر من القطاع الخاص والمجتمع المدني، تهدف المبادرة إلى تطوير وتحسين برنامج تقديمي لإشراك الشباب.

منظمة الصحة العالمية، صحة الأطفال والمراهقين

www.who.int/child_adolescent_health/en/

يهدف قسم صحة وتنمية الأطفال والمراهقين في منظمة الصحة العالمية إلى تحسين الصحة والتنمية من الميلاد وحتى سن 19 عاما عن طريق الدعوة إلى نهج شامل متعدد القطاعات وتركيز المساعدة الفنية على قطاع الصحة. وتشمل أولوياته الحالية الإدارة المتكاملة لأمراض الطفولة وحقوق الأطفال والمراهقين والصحة الجنسية والإيجابية للمراهقين وفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب. كما يدعم القسم جميع البيانات وتحليلها لمراقبة التنفيذ والتقدم نحو تحقيق الأهداف العالمية.

منظمة الصحة العالمية، الصحة الإيجابية والأبحاث

www.who.int/reproductivehealth/topics/adolescence/en/index.html

يقوم قسم الصحة الإيجابية والأبحاث في منظمة الصحة العالمية بتطوير أدوات البحث لتجميع معلومات حول الخبرات والعوائق التي يواجهها المراهقون في الوصول إلى المعلومات والخدمات الخاصة بالصحة الجنسية والإيجابية. كما يدعم الأبحاث حول العلوم الاجتماعية والعمليات لتحديد نقاط القوة والضعف في تنفيذ البرامج.

شبكة Y-Peer

<http://38.121.140.176/web/guest/home>

Y-Peer هي شبكة من الشباب من عشرات الدول ومئات أندية الشباب والمنظمات وبها آلاف الأعضاء حول العالم. وتعمل على حشد الشباب حول القضايا المتعلقة بالصحة الجنسية والإيجابية وحقوقها. وتهدف الشبكة إلى تمكين الشباب من خلال المعرفة والمهارات من القيام باختيارات صحية والمشاركة مع المنظمات المحلية والإقليمية والوطنية لإحداث تغييرات اجتماعية إيجابية. كما يوجد للشبكة موقع باللغة العربية (www.youthpeerarabic.org) وتعمل في مصر ولبنان والمغرب وتونس والإمارات العربية المتحدة ودول أخرى في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا.

مواد تدريبية مختارة

It's All One Curriculum (2010)

www.popcouncil.org/publications/books/2010__ItsAllOne.asp

تعاون مجلس السكان والاتحاد الدولي لتنظيم الوالدية مع الخبراء الدوليين لإنتاج هذه المجموعة من الموارد. يمكن للمعلمين من جميع أنحاء العالم استخدام هذه المجموعة في تطوير منهج مناسب محليا لتعليم الشباب حول صحتهم الجنسية والإيجابية مع التركيز على المساواة بين الجنسين وحقوق الإنسان.

Girls' Success: Mentoring Guide for Life Skills (2009)

www.ungei.org/resources/files/LifeSkills.pdf

يناقش هذا الدليل، الذي أنتجته أكاديمية تطوير التعليم، توجيه الفتيات لمساعدتهن على تنمية المهارات الحياتية الهامة. وتشمل بعض الموضوعات التي يتناولها الدليل الحياة الصحية والقوة الداخلية والقيام باختيارات جيدة والصحة الإيجابية والجنسانية. ويوفر الدليل أسئلة للمناقشة حول كل موضوع وأنشطة تعليمية يمكن القيام بها في جلسات التوجيه عندما تكون الفتيات في المدرسة أو مع أسرهن.

Adolescent Sexual and Reproductive Health Toolkit for Humanitarian Settings (2009)

www.unfpa.org/public/publications/pid/4169

قام صندوق الأمم المتحدة للسكان ومنظمة إنقاذ الطفولة بتطوير مجموعة الأدوات هذه لإرشاد الفاعلين على إدارة البرامج الإنسانية ومقدمي الرعاية الصحية عند

تنفيذ تدخلات الصحة الجنسية والإيجابية التي تعالج الاحتياجات الفريدة للمراهقين أثناء الأزمان وبعدها.

Youth-Friendly Services for Married Youth: A Curriculum for Trainers (2008)

www.EngenderHealth.org

قام مشروع ACQUIRE التابع لـ EngenderHealth بتطوير هذا الدليل لمساعدة مقدمي الرعاية الصحية على الفهم الأفضل لاحتياجات الصحة الإيجابية للشباب والشابات المتزوجين والوفاء بها.

EDUCAIDS Overviews of Practical Resources (2008)

<http://portal.unesco.org>

تم إنتاج هذا الدليل بواسطة منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلوم والثقافة وبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب لمساعدة الموظفين الفنيين ومنفذي البرامج والمديرين في وزارات التعليم ومنظمات المجتمع المدني الذين يتعاملون مع فيروس نقص المناعة البشرية و متلازمة نقص المناعة المكتسب. ويحتوي على تحليل للموارد المتعلقة بالمكونات الضرورية للاستجابة الشاملة لقطاع التعليم فيما يتعلق بفيروس نقص المناعة البشرية و متلازمة نقص المناعة المكتسب. ويتوفر الدليل بعدد من اللغات منها اللغة العربية.

Faith-Based Family Life Education Curricula (2006-2007)

www.iywg.org/youth/resources/faith-based_FLE

قامت المنظمة الدولية لصحة الأسرة/شبكة الشباب بتطوير هذه المناهج. أحدها للجمهور المسيحي والآخر للجمهور المسلم. وتوفر منهجا تدريبيا للبالغين والمتخصصين في المجالات الدينية لتعلم كيفية التواصل مع الشباب حول قضايا النشاط الجنسي والصحة الإيجابية، بما فيها فيروس نقص المناعة البشرية.

The World Health Organization Orientation Programme on Adolescent Health for Health-Care Providers (2006)

www.who.int/child_adolescent_health/documents/9241591269/en/index.html

يحتوي هذا البرنامج الشامل لمقدمي الخدمات على قسم للتخطيط والإعداد وتوسع وحدات تدريب تغطي معنى المراهقة والصحة الجنسية والإيجابية للمراهقين والخدمات الصحية المناسبة للمراهقين والأمراض المنقولة جنسيا لدى المراهقين ورعاية المراهقات أثناء الحمل والولادة والإجهاض غير الآمن لدى المراهقات ومنع الحمل وموضوعات أخرى. وتتوفر وحدات مختارة فقط عبر الإنترنت ولكن يمكن طلب الوحدة بأكملها على قرص مضغوط أو كنسخة مطبوعة.

The logo for the Population Reference Bureau (PRB) consists of a dark blue square on the left containing the letters 'PRB' in white, and a grey square on the right containing the words 'INFORM', 'EMPOWER', and 'ADVANCE' stacked vertically in white.

PRB

INFORM
EMPOWER
ADVANCE

POPULATION REFERENCE BUREAU

The Population Reference Bureau **INFORMS** people around the world about population, health, and the environment, and **EMPOWERS** them to use that information to **ADVANCE** the well-being of current and future generations.

www.prb.org

POPULATION REFERENCE BUREAU

1875 Connecticut Ave., NW
Suite 520
Washington, DC 20009 USA

202 483 1100 PHONE
202 328 3937 FAX
popref@prb.org E-MAIL
