

الوفاء بالالتزامات الواردة بخصوص الشباب في برنامج عمل "المؤتمر الدولي للسكان والتنمية"

بقلم: شيرين ج. جيجهبوي،^(أ) أ. ج. فرانسيس زافيه،^(ب) ك. ج. سانثيا^(ج)
(أ) من كبار المشاركين. مجلس السكان. نيو دلهي. الهند. للمراسلة: sjejeebhoy@popcouncil.org
(ب) مسؤولة البرامج. مجلس السكان. نيو دلهي. الهند
(ج) مشارك ثاني. مجلس السكان. نيو دلهي. الهند

ترجمة: شهرت العالم

موجز المقال: بعض الالتزامات التي تعهدت بها الأمم في الاتفاقات الدولية حول الشباب. لا سيما في برنامج عمل مؤتمر السكان والتنمية (١٩٩٤). وقرار لجنة الأمم المتحدة للسكان والتنمية (٢٠١٢). تشمل: إعمال الحق في التعليم. والحصول على التعليم الثانوي: تأخير الزواج إلى ما بعد مرحلة الطفولة. وكفالة الخبرات الحرة والكاملة في القرارات المتعلقة بالزواج: ممارسة الحق في الصحة. بما في ذلك إمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية الصديقة وتقديم المشورة: تيسير الوصول إلى المعلومات التي تعزز الصحة. بما في ذلك حول المسائل الجنسية والإيجابية: اكتساب مهارات ووسائل فعالة للحماية. لا سيما في أوساط الفتيات والنساء الشباب. وتعزيز أدوار ومواقف النوع الاجتماعي العادلة: الحماية من العنف القائم على أساس النوع الاجتماعي: التنشئة الاجتماعية في بيئة داعمة. وقياساً على النتائج المرغوبة بصد الصحة الجنسية والإيجابية. تُعتبر هذه أمور حاسمة لنجاح الانتقال إلى مرحلة البلوغ. تطرح هذه الورقة تقييماً لمدى تحقق هذه الالتزامات. استناداً إلى الدراسات المتاحة التي أجريت عام ٢٠٠٠ في بلدان نامية. ويخلص المقال إلى أنه على الرغم من إحراز بعض التقدم في معظم هذه الجوانب. لا يزال أمام البلدان النامية طريق طويل قبل القول بأنها تساعد شبابها على تحقيق انتقال ناجح إلى مرحلة البلوغ في مجال الصحة الجنسية والإيجابية. © مجلة قضايا الصحة الإيجابية ٢٠١٣

Meeting the commitments of the ICPD Programme of Action to young people

Shireen J Jejeebhoy, AJ Francis Zaviera, KG Santhya, Reproductive Health Matters 2013; 21(41):18-30

الكلمات الدالة: المراهقون والشباب. التعليم. زواج الأطفال. المساواة بين الجنسين. العنف القائم على النوع الاجتماعي. الصحة والخدمات الصحية.

الديموجرافي. وقوة السكان الشباب في المساهمة في التنمية. وأصبحت الالتزامات العالمية لضمان انتقال ناجح إلى سن الرشد منصوصاً عليها في الاتفاقيات الدولية: مثل اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة (١٩٧٩).^(١) واتفاقية حقوق الطفل (١٩٨٩).^(٢) وبرنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (١٩٩٤).^(٣) والأهداف الإنمائية للألفية.^(٤) وآخرها قرار الدورة الخامسة والأربعين للجنة الأمم المتحدة للسكان والتنمية (٢٠١٢).^(٥) وإعلان بالي بمتدى الشباب العالمي (٢٠١٢).^(٦)

عندما انعقد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في عام ١٩٩٤. أسفر عن تغيير الأولويات المتعلقة بسكان العالم والتنمية. وأكد الإدماج الاجتماعي وحقوق الإنسان. وأهمية التصدي للاحتياجات. وتنمية قدرات الشباب. يضم العالم اليوم عدداً من السكان الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين ١٠-٢٤ سنة. أكثر من أي وقت مضى في التاريخ: إذ يُقدر عددهم بحوالي ١,٨ مليار على الصعيد العالمي. بما يمثل ٢٦٪ من سكان العالم.^(٧) وأهمية هذه الفئة من السكان مُقررة جيداً لمستقبل الأمم. فقد قيل الكثير عن العائد

أعدتها الهيئات المختلفة بما فيها منظمة الصحة العالمية، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، وصندوق الأمم المتحدة للطفولة، وبرنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز، والمراجع المذكورة في هذه الوثائق، ومطالعة المجلات الرئيسية، التي تضم مقالات تركز على وضع الشباب، كما استخدمنا أيضاً بيانات المسوح الديموجرافية والصحية لـ مختلف البلدان، التي حصلنا عليها عن طريق STATcompiler، وهي قاعدة بيانات على شبكة الإنترنت، ونلاحظ أن الأدلة المتاحة تركز دون تناسب، على الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥-٢٤ سنة، ولا يوجد تمثيل جيد لمن تتراوح أعمارهم بين ١٠-١٤ سنة، ومع الأسف، لا تتوفر دائماً البيانات المقارنة عبر المناطق والبلدان، مما يستدعي، في العديد من الحالات، الاستعانة ببيانات مجموعة مختارة من البلدان، أو المناطق فقط، أو استخدام عدة مؤشرات تعكس الأبعاد المختلفة لكل سمة لمناطق مختلفة.

الحق في التعليم، التعليم الثانوي على الأقل

دعا مؤتمر السكان والتنمية إلى التعليم الثانوي للشباب، وبخاصة الفتيات: «ما يتجاوز تحقيق الهدف المتمثل في توفير التعليم الابتدائي في جميع البلدان قبل عام ٢٠١٥، نحث جميع البلدان لضمان أوسع وأسرع وصول ممكن للفتيات والنساء إلى مستويات التعليم الثانوي والعالي» (الفقرة ٤.١٨)، وتدعو الفقرات الأخرى إلى القضاء على أوجه التفاوت بين الجنسين في مجال الوصول إلى التعليم، ومواصلته، ودعمه (الفقرات ٦-٧ج؛ ١١،٥)، كما أكد مؤتمر الأمم المتحدة للسكان والتنمية التزامات ماثلة (الفقرة ٢١).

فيما يتعلق بالتعليم الابتدائي العام، أكمل ٨٧٪ فقط من الأطفال في البلدان النامية المدرسة الابتدائية في عام ٢٠٠٩، وكان الفقر والانتماء إلى الجنس النسائي من بين أكثر العوامل انتشاراً لعدم التحاق الأطفال بالتعليم الابتدائي^(٤)، وكان العدد يزداد مع الانتقال إلى المدرسة الثانوية: تراوح صافي معدل الالتحاق خلال الفترة ٢٠٠٧-٢٠١٠ بين ٥٥٪ للفتيات و٦٥٪ للذكور^(٥).

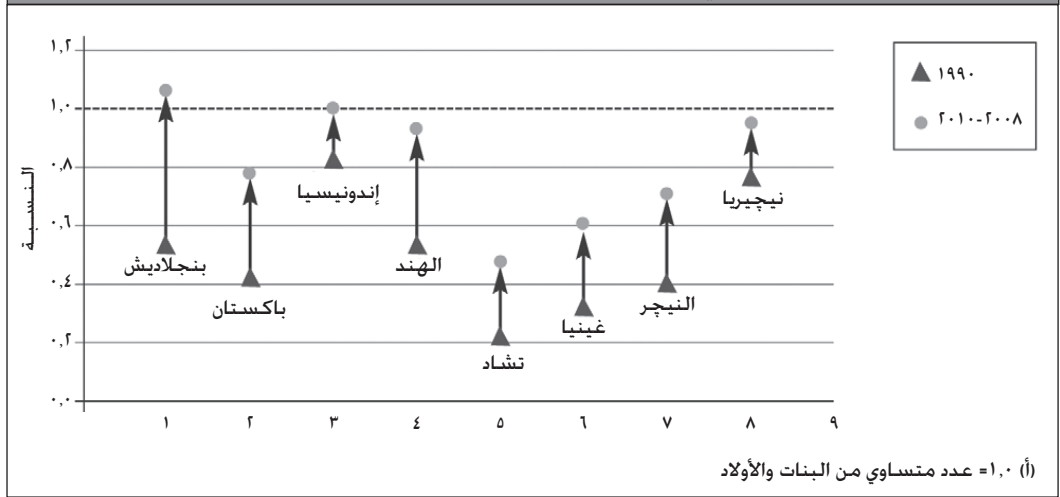
إن هذه التوليفة من التزامات الدول في الاتفاقيات والعهد الدولي، فضلاً عن الأدلة المتوفرة^(٦) تشير إلى أن الانتقال الناجح إلى مرحلة البلوغ فيما يتعلق بنتائج الصحة الجنسية والإيجابية لديه سبع سمات: إعمال الحق في التعليم، والحصول على التعليم الثانوي على الأقل: تأخير الزواج إلى ما بعد مرحلة الطفولة، والاختيار الحر والكامل لتوقيت الزواج واختيار الشريك: ممارسة الحق في الصحة، بما في ذلك إمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية الصديقة والحساسة وتقديم المشورة: تيسير الوصول إلى المعلومات المتعلقة بتعزيز الصحة، بما فيها الصحة الجنسية والإيجابية: اكتساب الأصول والفاعلية المتعلقة بالحماية، لا سيما في أوساط الفتيات والنساء الشباب، وتعزيز أدوار ومواقف النوع الاجتماعي العادلة: الحماية من العنف القائم على أساس النوع الاجتماعي: التنشئة الاجتماعية في بيئة داعمة.

تهدف هذه الورقة إلى تقييم مدى تحقيق هذه الالتزامات، وتشير إلى الالتزامات الواردة تحديداً في برنامج عمل مؤتمر السكان والتنمية^(٦) مقارنة بالوضع الفعلي المستمد من الدراسات المتاحة المنشورة، وغير المنشورة، والدراسات الكيفية والكمية التي أجريت في أعوام ٢٠٠٠ لتناول الصحة الجنسية والإيجابية والتنمية للشباب في البلدان النامية في آسيا (إلى حد كبير، في جنوب آسيا)، وأفريقيا (بما في ذلك أفريقيا جنوب الصحراء وشمال أفريقيا)، وأمريكا اللاتينية، وأدخلنا أيضاً أدلة من شرق وجنوب أوروبا عندما كانت تتوفر البيانات، وقد بذلت محاولات لإجراء بحث واسع النطاق للأدلة المتوفرة باللغة الإنجليزية على مدى هذه الفترة، فيما يتعلق بكل سمة من السمات السبع المذكورة أعلاه، بين الشباب، بما في ذلك من يجري تعريفهم كمراهقين (الذين تتراوح أعمارهم بين ١٠-١٩ سنة)، ومن يجري تعريفهم كشباب (الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥-٢٤ سنة) بشكل أكثر تحديداً، والتدخلات التي تمت لتلبية احتياجات الشباب، حاولنا، علاوة على ذلك، نشر شبكة جغرافية واسعة، باستخدام Popline و Google Scholar، فضلاً عن الوثائق التي

من واحد في العديد من البلدان.^(١١) ونتيجة لذلك، لم يستكمل التعليم الثانوي على الصعيد العالمي حوالي ثلث الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و٢٤ سنة.^(١١)

وفي حين تحسنت نسبة الفتيات إلى الفتيان بالمدارس الثانوية في العديد من البيئات، بما فيها البلدان الثمانية في آسيا وأفريقيا المعروضة أدناه (الشكل ١)، فلاتزال أقل

شكل ١. نسبة الإناث إلى الذكور في تحصيل التعليم الثانوي^(١١)



لن يقدرن على البقاء في المدرسة دونها؛ وأن التعليم غير النظامي للفتيات يجب أن يركز على المناهج التكميلية، التي تمنح صغار المراهقين فرصة إعادة الالتحاق بنظام التعليم الرسمي.

القضاء على زواج الأطفال، وضمان الاختيار في القرارات المتعلقة بالزواج

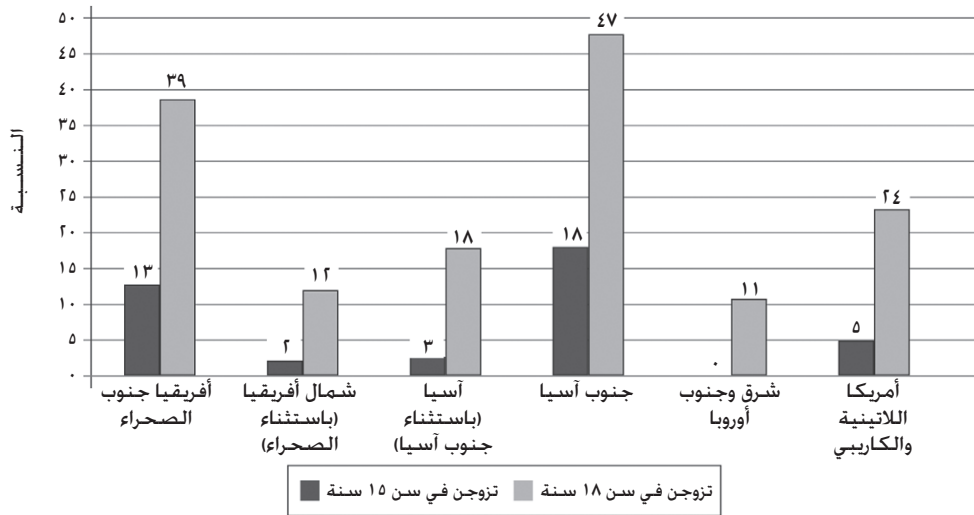
أوصى المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الحكومات بأن «تنفذ، بصرامة، القوانين التي تضمن عدم الزواج إلا بالموافقة الحرة والكاملة للزوجين، والقوانين المتعلقة بالحد الأدنى للسنة القانونية للموافقة، والحد الأدنى للسنة القانونية عند الزواج، وضرورة رفع الحد الأدنى لسنة الزواج عند اللزوم» (الفقرات ٤.٢١، ٥.٥، ٦.١). وأكد مؤتمر الأمم المتحدة للسكان والتنمية توصيات ماثلة (الفقرة ٩). ونلاحظ أن مصطلح زواج الأطفال، كما ورد في اتفاقية حقوق الطفل، يشير إلى زيجات من هن أقل من سن الرشد، أي ١٨ سنة (ما لم

وقد تم تنفيذ عدد من التدخلات لتعزيز تعليم الفتيات المراهقات. وكشفت المراجعه لإحدى تلك التدخلات أنه على الرغم من جريب مجموعة واسعة متنوعة من الاستراتيجيات، فإن مناهج بعينها هي التي سادت، وهي تنقسم إلى ثلاث فئات: جعل الوصول إلى المدارس الرسمية أكثر يسرا للفتيات عن طريق تخفيض، أو إزالة الحواجز المالية من خلال الرواتب والمنح الدراسية، أو أشكال أخرى من الدعم؛ والتعبئة على مستوى المجتمع المحلي لمناصرة تعليم البنات من أجل مواجهة الحواجز الثقافية والاجتماعية؛ وتوفير بدائل تعليمية غير رسمية للفتيات المتسربات من المدرسة.^(١٢) وقد جرى تقييم عدد قليل من برامج التعليم الصديقة للبنات، وحتى هذا القليل لم يتح إلا القليل منه للجمهور. وهكذا، تظل معظم المناهج واعدة، لكنها غير مثبتة، ويجادل هذا التقييم^(١٣) بأن توفير أماكن في المدارس الثانوية الرسمية بحاجة إلى التوسع إلى حد كبير؛ وأن الموارد النقدية، أو العينية، ينبغي أن توجه بعناية لدعم الفتيات اللاتي

زواج الأطفال أكثر ندرة في شمال أفريقيا. وجنوب شرق آسيا وأوقيانوس. وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي. إلا أنه لم يتم القضاء عليه.^(١٤) أما الاتجاه من أوائل التسعينيات إلى أواخر أعوام ٢٠٠٠، فهو تحقيق أقل من ١٪ من معدل الخفض في زواج الأطفال سنويًا. وقد تبلغ النسبة المئوية للفتيات المتزوجات عند سن ١٨ سنة، في أحسن الأحوال، ٤٠٪ في جنوب آسيا، و٣٠٪ في أفريقيا جنوب الصحراء، على مدى السنوات الخمس المقبلة إذا لم يتم تحسين هذا الاتجاه.

ينص القانون المطبق على سن رشد أقل من ذلك). لقد حقق العالم تقدمًا بطيئًا تجاه هذا الهدف. وهناك تباينات إقليمية واسعة. فبين البلدان النامية (باستثناء الصين)، يتزوج ٣٥٪ من النساء الشابات اللاتي تتراوح أعمارهن بين ٢٠-٢٤ قبل بلوغ ١٨ سنة، و١٢٪ تحت ١٥ سنة.^(١٥) وزواج الأطفال أكثر انتشارًا في آسيا الجنوبية (الشكل ٢)، حيث ما يقرب من نصف جميع النساء الشابات يتزوجن قبل سن ١٨ سنة، وحوالي الخمس قبل سن ١٥ سنة. ويبدو الوضع في أفريقيا جنوب الصحراء أفضل قليلًا، وفي حين يبدو

شكل ٢. نسبة الشابات في الفترة العمرية ٢٠-٢٤ اللاتي تزوجن في سن ١٥ و١٨ سنة، ١٩٩٦-٢٠١٠^(١٤)



رقتها». (الهند، أم لفتاة متزوجة في سن ١٦ سنة).^(١٦) ومع ذلك توجد نماذج للتدخل الناجح. فقد أظهرت مراجعة منهجية في عام ٢٠١١ لثلاثة وعشرين تقييماً موثقاً لبرامج منع زواج الأطفال في البلدان النامية، ووضعت قائمة بخمس استراتيجيات رئيسية حققت نجاحاً يتراوح ما بين الاعتدال و الارتفاع في الترويج لتأخير الزواج بين الشباب: تمكين الفتيات بالمعلومات والمهارات وشبكات الدعم، وتثقيف وتعبئة الآباء وأفراد المجتمع المحلي، وتحسين إمكانية الوصول للتعليم الرسمي

يسير زواج الأطفال جنباً إلى جنب مع استبعاد الشباب من اتخاذ القرار حول متى يتزوجون وبين.^(١٦،١٧) «كنت أرغب في الحصول على تعليم، ولكن والداي كانا عازمين على تزويجي ... حاولت التملص، لكن والدتي قالت إنها ستقتل نفسها إذا لم أتزوج». (إثيوبيا، تزوجت في سن ١٣ سنة).^(١٥)

«ماذا نطلب منهم؟ نحن لا نطلب شيئاً من أي أحد. إنها لا تعرف أنها ستتزوج إلا عندما يوضع الإكليل حول

للبنات ونوعيته. وتقديم الدعم الاقتصادي والحوافز للفتيات وأسرهن. وتهيئة بيئة قانونية وسياسية تمكينية.^(١٧) وطرح هذه المراجعة أن البرامج التي عززت الفتيات بالمعلومات والمهارات وشبكات العمل. إضافة إلى تعبئة المجتمع المحلي. كانت أكثر اقتراناً. على نحو قوي و متواصل. بتأخير الزواج في أطر زمنية قصيرة نسبياً.^(١٨، ١٧) تحتاج هذه الاستراتيجيات الواعدة إلى الارتقاء. وأن يجري تطبيقها في عدد أكبر من البلدان.

الحق في الصحة: بما فيها الصحة الجنسية والصحة الإيجابية، والخدمات الصديقة للشباب

يدعم المؤتمر الدولي للسكان والتنمية حق الشباب في الصحة: عبر تعزيز «إلى أقصى مدى صحة ورفاه وإمكانات جميع الأطفال والمراهقين والشباب» (الفقرة ١٧،(a)): وتلبية «الاحتياجات الخاصة ... للصحة. وتقديم المشورة وخدمات الصحة الإيجابية عالية الجودة» (الفقرة ١٧،(b)): وضمان أن برامج ومواقف مقدمي الرعاية الصحية لا تقيد إمكانية حصول المراهقين على الخدمات المناسبة ... هذه الخدمات يجب أن تصون حقوق المراهقين في الخصوصية، والسرية، والاحترام، والموافقة المستنيرة (الفقرة ٤٥،(٧)). كما دعا أيضاً مؤتمر الأمم المتحدة للسكان والتنمية إلى «الاهتمام الخاص بتعزيز الصحة الجنسية والإيجابية، والصحة العقلية: وتدابير

الوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً» (الفقرة ٢٣). على الرغم من أن الشباب أكثر صحة اليوم من الأجيال السابقة. فلا يزال هناك العديد من الشروط التي تضع عبء المرض على كاهلهم: وأهمها مخاطر الصحة الجنسية والإيجابية. واعتلال الصحة. ففي العديد من البيئات يتحمل الأطفال مسؤولية حمل وولادة الأطفال. ٢٠٪ من النساء الشابات اللاتي تتراوح أعمارهن بين ٢٠-٢٤ سنة في البلدان النامية (باستثناء الصين). ٢٨٪ في بلدان أفريقيا جنوب الصحراء. قد بدأ الإيجاب قبل بلوغ سن ١٨ سنة.^(١٩) الزواج المبكر يرافقه الحمل السريع: ففي الفترة العمرية ١٥-٢٤ سنة. كان ١٧٪ من المتزوجات الشابات في أفريقيا جنوب الصحراء. و١٣٪ في جنوب آسيا. و١٠٪ في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي. قد أُجبن بالفعل ثلاثة أطفال. أو أكثر.^(٢٠) بينما انخفضت معدلات الخصوبة المرتبطة بالعمر بين الفتيات اللاتي تتراوح أعمارهن ما بين سن ١٥-١٩. وكان الانخفاض بطيئاً (الشكل ٣). وتظل المعدلات أعلى بكثير في أفريقيا جنوب الصحراء. وأقل قليلاً في جنوب آسيا في عام ٢٠١٣ عن معدلات العالم خلال ١٩٧٠-١٩٧٥.^(٢١) إن الأمومة المبكرة يمكن أن تُعرض خيارات الحياة والصحة للنساء الشابات لخطر شديد. ولها تأثير سلبي طويل الأجل عليهن وعلى نوعية حياة أطفالهن.

شكل ٣. اتجاهات معدلات الخصوبة لكل ١٠٠٠ امرأة شابة في الفترة العمرية ١٥-١٩ سنة، من ١٩٧٠ إلى ٢٠١٥^(٢١)

السنة	العالم	أفريقيا جنوب الصحراء	شمال أفريقيا (يشمل السودان)	آسيا (يشمل جنوب آسيا)	جنوب آسيا	أوروبا	أمريكا اللاتينية والكاريبي	أمريكا الشمالية	الأوقيانوس
١٩٧٥-١٩٧٠	٨٠	١٥٠	١٠٠	١٠٠	٩٠	٤٠	٦٠	٦٠	٤٠
١٩٨٠-١٩٧٥	٧٨	١٥٠	٩٥	٩٥	٨٥	٣٨	٥٥	٥٥	٣٨
١٩٨٥-١٩٨٠	٧٦	١٤٨	٩٠	٩٠	٨٠	٣٦	٤٥	٤٥	٣٦
١٩٩٠-١٩٨٥	٧٤	١٤٦	٨٥	٨٥	٧٥	٣٤	٤٥	٤٥	٣٤
١٩٩٥-١٩٩٠	٧٢	١٤٤	٨٠	٨٠	٧٠	٣٢	٤٥	٤٥	٣٢
٢٠٠٠-١٩٩٥	٧٠	١٤٢	٧٥	٧٥	٦٥	٣٠	٤٥	٤٥	٣٠
٢٠٠٥-٢٠٠٠	٦٨	١٤٠	٧٠	٧٠	٦٠	٢٨	٤٥	٤٥	٢٨
٢٠١٠-٢٠٠٥	٦٦	١٣٨	٦٥	٦٥	٥٥	٢٦	٤٥	٤٥	٢٦
٢٠١٥-٢٠١٠	٦٤	١٣٦	٦٠	٦٠	٥٠	٢٤	٤٥	٤٥	٢٤

في الوقت نفسه. بأن تعدد العلاقات الجنسية يوجد بنسبة كبيرة بين الشباب. تتراوح بين ٢٪ في جنوب آسيا إلى ٢٢٪ في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي. كما ميل معدل استخدام الواقي الذكري أيضًا إلى عدم الاتساق؛ فالنسب المئوية للشباب من الرجال والنساء الذين أفادوا باستخدام الواقي الذكري خلال آخر ممارسة جنسية كانت تتراوح ما بين ١٥٪ في جنوب آسيا إلى ٦٢٪ في شرق وجنوب أوروبا بين شباب الرجال. وما بين ٥٪ إلى ٣٩٪ بالتناظر بين النساء الشباب.^(١٤) وفي حين ظل معدل استخدام الواقي الذكري محدودًا وغير متسق. هناك بعض الأدلة على زيادة استخدامه: فقد طرحت أدلة مستقاة من ١٨ بلدًا في أفريقيا جنوب الصحراء. خلال الفترة من ١٩٩٣-٢٠٠١. وجود متوسط زيادة يبلغ ١,٤ نقطة مئوية سنويًا في استخدام النساء الشباب غير المتزوجات للواقي الذكري.^(١٥)

تتصف العلاقات الجنسية بين الشباب بممارسة الجنس المبكر وغير المحمي. وإلى جانب الزواج المبكر والحياة الجنسية المبكرة في إطاره. نلاحظ أيضًا بدء النشاط الجنسي المبكر قبل الزواج. وفي المجمل. من بين الشباب في الفترة العمرية ١٥-٢٤ سنة. تتراوح النسب المئوية المتعلقة بممارسة الجنس قبل الزواج ما بين ١٥٪ في جنوب آسيا إلى ٦٢٪ في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي؛ وتتراوح بين النساء الشباب ما بين ٢-٣٪ في آسيا (بما في ذلك جنوب آسيا) إلى ٣٧٪ في أفريقيا جنوب الصحراء (الجدول ١). علاوة على ذلك. تطرح الأدلة المستقاة من البلدان المتاحة بياناتها (٧٧ بلدًا للشباب). أن ما يصل إلى ١١٪ من الفتيات و٥٪ من الفتيان في الفترة العمرية ١٥-١٩ سنة بالبلدان النامية يشرعون في الحياة الجنسية قبل سن ١٥ سنة. وكانت الأرقام ١٥٪ و١٠٪ في أفريقيا جنوب الصحراء.^(١٦) وتفيد التقارير

جدول ١: النسبة المئوية لجميع الشباب والشابات، في الفترة العمرية من ١٥-٢٤ سنة، الذين مارسوا الجنس قبل الزواج؛ والنسبة المئوية لمن مارسوا تعدد الشركاء في العلاقات الجنسية؛ ونسبة من استخدموا الواقي الذكري في آخر ممارسة جنسية (بيانات ٣ مجموعات مختلفة)

المنطقة	ممارسة الجنس قبل الزواج. ٢٠٠٠-٢٠٠٧ ^(١٦)		ممارسة الجنس مع أكثر من شخص (متزوجون أو غير متزوجين). ٢٠٠٣-٢٠٠١ ^(١٥)		استخدام الواقي الذكري في آخر ممارسة جنسية (متزوجون أو غير متزوجين). ١٩٩٦-٢٠١١ ^(١٤)	
	الشباب	الشابات	الشباب	الشابات	الشباب	الشابات
أفريقيا جنوب الصحراء	٣٧ (٣٢)	٤٤ (٢٩)	٩,٩ (٢٧)	٢,٢ (٢٨)	٣٦ (٣٠)	١٢ (٣٣)
آسيا (باستثناء جنوب آسيا)	٢ (١٠)	١٧ (٨)	٥,٩ (٥)	٠,١ (١)	٢٠ (٤)	٥ (٩)
جنوب آسيا	٣ (٢)	١٥ (٢)	١,٧ (٢)	٠,١ (٢)	١٥ (٢)	٦ (٢)
شرق وجنوب أوروبا	٢٧ (٣)	٥٥ (٣)	١٥,٦ (٣)	٢,٨ (٣)	٦٢ (٣)	٣٩ (٣)
أمريكا اللاتينية والكاريبي	٣٤ (٨)	٦٢ (٤)	٢٢,٣ (٢)	٤,٩ (٤)	٥٠ (٥)	١٧ (٩)

ملحوظة: يشير الرقم بين القوسين إلى عدد البلدان.

حاجتهن لموانع الحمل. وأفاد بالمثل أكثر من الخمس في جنوب آسيا وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي. وحوالي السدس في باقي آسيا.^(٤٤)

يواجه غير المتزوجين من الشباب عقبات كبيرة في الحصول على إمدادات الواقي الذكري. أو موانع الحمل. وتكمن الأسباب الرئيسية في عدم معرفتهم كيفية الحصول عليها. أو كيفية استخدامها. ويشعرون بحرج السؤال عنها في متجر. أو مرفق صحي. «إنهم يسألون العديد من الأسئلة».^(٤٥) كما يتصورون أيضًا أن مقدمي الخدمة سيكشفون أسرارهم للآخرين.^(٤٦) ويصدرون أحكامًا أخلاقية بشأنهم ويعاملونهم بغير ود. وفي بعض الحالات. يُستبعد غير المتزوجين من الشباب من الحصول على مثل هذه الخدمات. بغض النظر عن السياسة المطروحة.^(٤٧، ٤٨)

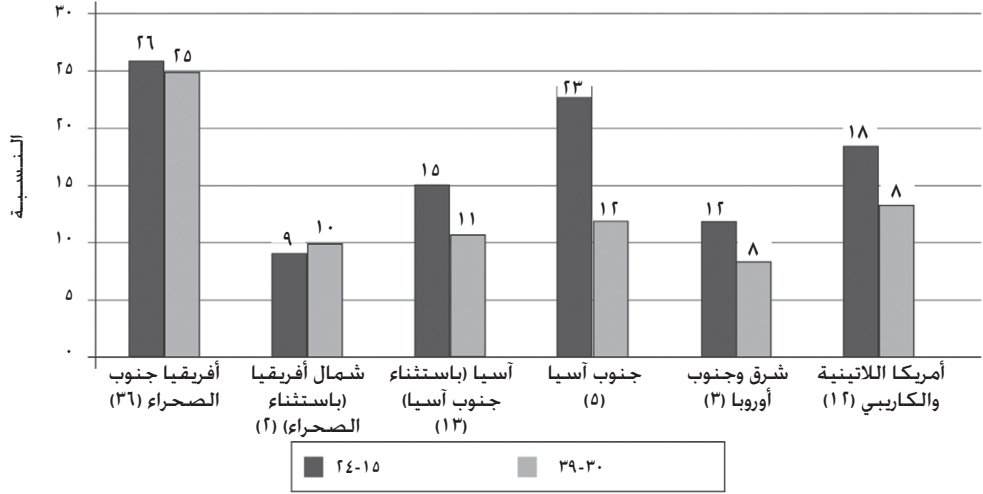
وهكذا. يبدو أن ممارسة الجنس دون وقاية أمر شائع. وهناك تقدير. على الصعيد العالمي في عام ٢٠٠٩. بأن ٣,٢ مليون امرأة شابة و١,٧ مليون رجل شاب. في الفترة العمرية من ١٥-٢٤ سنة. يعيشون في ظل إصابتهم بفيروس نقص المناعة البشرية. مع أعلى معدلات انتشار في أفريقيا (الشكل ٥).^(٤٩، ٥٠) وينبع التفاوت بين الجنسين من حقيقة أن النساء الشباب يملن إلى الدخول في علاقات مع رجال أكبر منهن سنًا. من قد يكون لديهم أكثر من شريكة. و من أمضوا وقتًا أطول يعرضهم للإصابة بالمرض. وبالتالي تنتقل العدوى إلى مزيد من النساء الشباب.^(٥١، ٥٢) وفي حين لا تتوفر تقديرات عالمية لانتشار الأمراض المنقولة جنسيًا. مصنفة بحسب العمر. فإن معدل الإصابة العالمي بين البالغين كان ٤٤٨,٣ مليون حالة في عام ٢٠٠٥ لأمراض الكلاميديا. والسيلان. والزُهري. والمشعرات المهبلية. وقد ارتفع الرقم إلى ٤٩٨,٩ مليون في عام ٢٠٠٨. وكانت الزيادة تُعزى. جزئيًا على الأقل. إلى تزايد عدد الشباب الذين يصبحون نشطين جنسيًا كل عام.^(٥٣)

علاوة على ذلك. لم تتم العلاقات الجنسية لدى النساء الشباب بالتراضي بالنسبة لأقلية مهمة: ففي الواقع. كشف استعراض للأدلة المتاحة أن العلاقات الجنسية التي تتم دون تراض - أي التي تمت عبر استخدام القوة البدنية. أو التهديد. أو الخداع. أو الابتزاز. أو تخدير ضحية دون رغبتها - أمر تتعرض له النساء الشباب في بيئات عديدة. ومع ذلك لوحظ اختلاف كبير في نسب الإبلاغ عن هذه الحالات. بما يتراوح ما بين أقل من ٥٪ إلى ما يزيد على ٢٠٪.^(٥٤)

الوصول إلى خدمات الصحة الإيجابية - المتصلة أساسًا بالحمل. وموانع الحمل. والإجهاض. وعلاج الالتهابات - كان محدودًا بالنسبة للشباب. وعلى سبيل المثال. أفادت ٥٥٪ فقط من الشباب اللاتي وضعن أطفالًا في سن المراهقة في البلدان النامية (باستثناء الصين). و ٤٨٪ في أفريقيا جنوب الصحراء. و ٤٤٪ في جنوب آسيا. بأن الرعاية أثناء الولادة تمت بمهارة.^(٥٥) وعلى الرغم من أن الحمل الأول للشابات هو الأخطر. فلا يوجد أي دليل على أن المراهقات كن يحصلن على رعاية ماهرة أكثر من النساء الأكبر سنًا اللاتي سبق لهن الحمل والولادة.

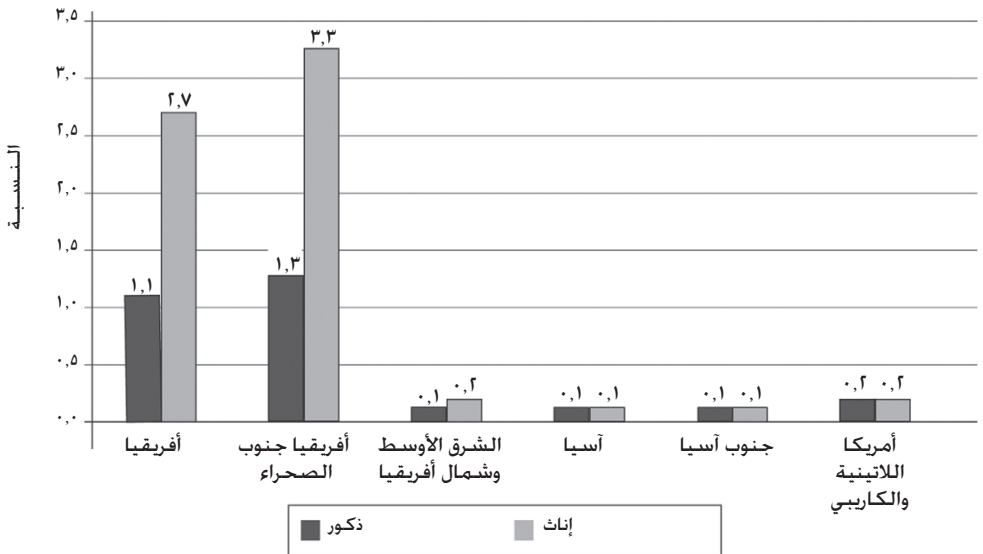
تظل الحاجة غير الملباة إلى موانع الحمل مرتفعة بين النساء الشباب المتزوجات في الفترة العمرية من ١٥-٢٤ سنة.^(٥٦) ويوضح الشكل (٤) مدى إخفاق خدمات موانع الحمل للنساء الشباب المتزوجات مقارنة بالنساء اللاتي تتراوح أعمارهن ما بين ٣٠-٣٩ سنة. علاوة على ذلك. في عدد من البلدان. بلغ ٤١ بلدًا. توفرت فيها بيانات نقطتين على الأقل في الوقت المناسب (قبل عام ٢٠٠٠. و ٢٠٠١-٢٠٠٥. و ٢٠٠٦ فصاعدًا). انخفضت النسب المئوية للنساء الشباب اللاتي أفدن بعدم تلبية حاجتهن لموانع الحمل. انخفاضًا معتدلاً من ٢٧٪ إلى ٢١٪ على مدى فترة ١٥ عامًا. وخلال الفترة الأخيرة المغطاة. أفاد ربع النساء الشباب في أفريقيا جنوب الصحراء بعدم تلبية

شكل ٤. النسبة المئوية للنساء المتزوجات في الفترة العمرية من ١٥-٢٤ سنة، وأولئك في الفترة العمرية ما بين ٣٠-٣٩ سنة وحاجتهن لموانع الحمل غير ملباة، ١٩٩٥-٢٠١٠ (١٤)



(أ) الرقم الوارد بين الأقواس يشير إلى عدد البلدان التي توفرت لها بيانات.

شكل ٥. انتشار فيروس نقص المناعة البشرية بين الشباب في الفترة العمرية من ١٥-٢٤ سنة، ٢٠٠١-٢٠١٠ (٢٦)



الشباب. والتواصل مع الشباب وتقديم المشورة لهم. وتوفير الخدمات بطرق لا يشوبها التهديد. ثانيًا: جعل المرافق صديقة للشباب. وذات نوعية جيدة. ومقبولة. ومجهزة لتقديم الخدمات بما يحافظ على السرية. وغالبًا بأسعار مدعومة. ثالثًا: تنفيذ أنشطة لتوليد الطلب وتقديم الدعم للخدمات على مستوى المجتمع المحلي. ورفع مستوى الوعي بين الشباب حول توافر الخدمات الصديقة للشباب.^(٣٣) وفي الوقت نفسه، وُجدت مجموعة من الأعمال ذات الصلة وتتسم بالأهمية. بما فيها توفير المعلومات الدقيقة. وسهولة الوصول إلى إمدادات موانع الحمل. والزيارات المنزلية بهدف الوصول إلى الفئات الأكثر ضعفًا. وخلق معايير اجتماعية داعمة. وبناء مهارات الحياة. وإشراك الرجال والأولاد.^(٣٤) ومع ذلك، أخفقت برامج وخدمات الشباب حتى الآن بمعظم البلدان في الوفاء بهذه الشروط.

توفير التثقيف حول الحياة الجنسية والإيجابية

ارتبطت بلدان كثيرة بالعديد من الالتزامات لضمان حصول جميع المراهقين والمراهقات على المعلومات المتعلقة بالصحة الجنسية والإيجابية. بما يناسب الأعمار المختلفة. وقد ألقى المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الضوء في سبع فقرات على الأقل (٧،٨). ٧،٣٧. ٧،٤١. ٧،٤٦. ٧،٤٤. ٨،٣١. ٨،٩. على الحاجة إلى برامج حساسة في مجال التربية الجنسية للشباب وفقًا للفئة العمرية. وأوصى بـ «ضرورة دعم التربية والخدمات الجنسية المتكاملة للشباب» (الفقرة ٧،٣٧): «وإتاحة المعلومات... للمراهقين لمساعدتهم على فهم حياتهم الجنسية وحمايتهم من الحمل غير المرغوب فيه. [و] الأمراض المنقولة جنسيًا» (الفقرة ٧،٤١) و«تحقيقًا لأقصى فاعلية. يجب أن يبدأ التثقيف حول القضايا السكانية في مرحلة التعليم الابتدائي» (الفقرة ١١،٩).

لا تزال تلك البلدان أبعد ما تكون عن تحقيق تلك الأهداف. وعلى الرغم من تعطش الشباب

لوحظ أيضًا. بين الشباب. ارتفاع معدلات الحمل غير المقصود والإجهاض. تواجه حوالي ٢٢ مليون امرأة سنويًا. في أنحاء العالم كافة. عمليات الإجهاض غير المأمون.^(٣٥) وأغلبها تقريبًا في البلدان النامية. ويُقدر أن ٤١٪ منهن تتراوح أعمارهن بين ١٥ و٢٤ سنة؛ بينما في أفريقيا. حدث حوالي نصف عمليات الإجهاض بين النساء الشبابات.^(٣٦) كما تعاني نساء كثيرات من عواقب صحية واجتماعية سلبية. بدءًا من النزف وتعفن الدم. وغيرها من الأمراض. التي تهدد الحياة نتيجة ما يترتب على الإجهاض غير المأمون من مضاعفات.^(٣٧) إضافة إلى العزلة الاجتماعية والانقطاع المبكر عن التعليم والزواج المبكر القسري في حالة الولادة في سن مبكرة.

ونتاجا للحمل في سن مبكرة. وعدم كفاية الرعاية أثناء الحمل. وصعوبة الوصول إلى الإجهاض الآمن. فقد بلغ عدد وفيات الأمهات المراهقات حوالي ٥٠,٠٠٠ سنويًا. وفي الواقع. تسهم المراهقات اللاتي تتراوح أعمارهن ما بين ١٥-١٩ سنة بحوالي ١١٪ من جميع الولادات. و١٤٪ من مجمل وفيات الأمهات على الصعيد العالمي.^(٣٨) كما أن تقديرات الوفاة بين المراهقات أكبر حتى من وفيات النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين ٢٠-٢٤ سنة (٤٠٨ مقابل ٣١٩ حالة وفاة لكل ١٠٠ ألف مولود حي).^(٣٩) والمراهقات أيضًا أكثر عرضة لحمل أطفال ناقصي الوزن قياسا للنساء الأكبر سنًا. كما أنهن يواجهن تجربة وفيات الأطفال حديثي الولادة والرضع أكثر منهن.

هناك إقرار عالمي بالحاجة إلى التغلب على الحواجز الجدية أمام تلقي الخدمات الصحية. وقد استهدفت العديد من البلدان النامية تحقيق ذلك وقامت بتدخلات في هذا. وهناك استعراض منهجي للأدلة الناجمة عن تقييمات على المستوى القطري لـ ١٦ بلدًا (١٢ في أفريقيا. و٣ في آسيا. وبلد واحد في أمريكا اللاتينية) يلقي الضوء على فاعلية التدخلات التي ركزت على ثلاثة عناصر. أولًا: تدريب مقدمي الخدمات وتوجيههم نحو احتياجات

الواقع إلى زيادة خطر الحمل غير المخطط له، والأمراض المنقولة جنسيًا؛ و(ب) البرامج ذات الأساس الواسع، لا تؤدي إلى تقليص سوء المعلومات فحسب، لكنها تزيد أيضًا مهارات الشباب في اتخاذ قرارات مبنية على المعرفة، بما فيها تأخير أول ممارسة جنسية، ووجود عدد قليل من الشركاء، واستخدام موانع الحمل و/أو الواقي الذكري. ووجدت الدراسات أن السلوك الجنسي المحفوف بالمخاطر قد تقلص بنسبة ٢٥-٣٣٪ تقريبًا. ولم نجد أي دراسة أدلة على أن تزويد الشباب بالتربية الجنسية أدى إلى زيادة المخاطر.^(٣١، ٣٢) وفي الوقت نفسه، أكد الشباب مجددًا تفضيله لهذا النوع من التثقيف، إذ يجعلهم على وعي بحقوقهم في البقاء أوصحاء، أي أنه: تثقيف لا يقوم على الأحكام، بل يقوم على الحقوق، والعمر المناسب، وبراغي الفوارق بين الجنسين، ويتسم بالشمول، ويتعلق بالاحتوى.^(٣) وبإيجاز: هناك أساس منطقي قائم على الأدلة، وهناك دعوة من الشباب أنفسهم للنهوض بالتربية الجنسية؛ وهي الحاجة والحق اللذان لا يزالان مفتقدين في أنحاء كثيرة من العالم.

الفاعلية، والحقوق، والمساواة بين الجنسين

اشتد الجدل في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية من أجل توجيه اهتمام خاص إلى تنمية المهارات الحياتية للفتيات، والتصدي لأدوار الجنسين السائدة والقوالب النمطية، والاعتراف بالصلات القائمة بين فاعلية الشباب وقدرتهن على المطالبة بحقوقهن. كما جادل من أجل إقامة «برامج مناسبة... للتعليم وتقديم المشورة للمراهقين في مجالات العلاقة بين الجنسين، والمساواة، والعنف ضد المراهقين، والسلوك الجنسي المسؤول، وممارسة تنظيم الأسرة على نحو مسؤول، والحياة الأسرية... يجب على مثل هذه البرامج... أن تبذل جهدًا واعيًا لتعزيز القيم الاجتماعية والثقافية الإيجابية» (الفقرة ٤٧، ٧). ودافع عن تغيير القواعد الذكورية، داعيًا إلى «تثقيف شباب الرجال بضرورة احترام حق النساء في تقرير مصيرهن، وتقاسم المسؤولية معهن في المسائل المتعلقة بالحياة

للمعلومات، فإنها تظل معلومات خاطئة؛ وعلى سبيل المثال، المعلومات عن كيفية حدوث الحمل وكيفية منعه، أو ما يحدث في العلاقات والزواج، وما هو أكثر من ذلك بكثير. علاوة على ذلك، يميل تقديم المعلومات إلى طرق تتسم بالحكم الأخلاقي عليها، بما لا يحترم حقوقهم، كما تفتقر في كثير من الأحيان إلى الحساسية بين الجنسين ولا تستند إلى الأدلة دائمًا. ففي البلدان النامية، نجد أن المعرفة الشاملة حول فيروس نقص المناعة البشرية محدودة (حيث يجري تعريفه من خلال معرفة طريقتين لمنع فيروس نقص المناعة البشرية، ورفض ثلاثة مفاهيم خاطئة). كما أفاد ٢٤٪ من الشباب و٣٦٪ من الشباب فقط، في الفترة العمرية من ١٥-٢٤ سنة، وهو ما يقل كثيرًا عن الهدف العالمي المتمثل في ٩٥٪ بحلول عام ٢٠١٠. وعلى الصعيد الإقليمي، كانت أدنى مستويات الوعي توجد في شمال أفريقيا (٩٪ بين الشباب و١٧٪ بين الشباب). وكانت أعلى المستويات توجد في أمريكا اللاتينية الكاريبي، ٤٤٪ و٤٨٪ على الترتيب.^(٣١) الوعي حول الحمل وموانع الحمل محدود أيضًا - ففي الهند، على سبيل المثال، هناك اثنان من بين كل خمسة من الشباب والشابات في الفترة العمرية من ١٥-٢٤ سنة يعرفان أن المرأة يمكن أن تحمل في المرة الأولى التي تمارس فيها الجنس؛ وهناك ثلاثة فقط من بين كل عشر بنات يعرفن أن الواقي الذكري لا يُستخدم إلا مرة واحدة.^(٣١)

على الرغم من كل هذه الأدلة التي لخصناها هنا، حول الحاجة غير الملابة للمعلومات المتعلقة بالمسائل الجنسية والإيجابية، لا يزال النقاش العالمي مستمرًا حول توفير، أو عدم توفير، التربية الجنسية، والمفاهيم الخاطئة حول هدف ومحتوى هذا النوع من التعليم. وقد وجدت الأدبيات أن محتوى معظم برامج التعليم الجنسي مناسبًا، في الواقع، للفترة العمرية. أما بالنسبة إلى الفاعلية، نجد الأدلة قاطعة على جبهتين: (أ) البرامج المتعلقة بالامتناع فحسب تتسم بعدم الفاعلية، وتُحجب معلومات عن موانع الحمل والواقي الذكري، بما يعرض الشباب في

على التحدث مع شخص يختلف معه، أو مواجهته. أصبح تفاوت القواعد بين الجنسين، في ما يتعلق بالتعليم، أمراً معترفاً به. يتم التعبير عنه من قبل حتى أصغر المراهقين. أشارت طفلة عمرها ١٢ سنة في غواتيمالا إلى ما يلي: «يقولون إن الأولاد فقط هم من يجب عليهم [الدراسة]. لأنهم أكثر ذكاءً. يقول البعض لوالدي: 'لا تؤيد دراسة ابنتك. لأنك فقط ستنفق أموالك سدى. وهي ستتزوج ولن تُنهي دراستها'»^(٣٧). ويرى صبي سنه عشر سنوات من المناطق الريفية في الهند أن «إكمال الفتيان لتعليمهم أكثر أهمية من إكمال البنات لتعليمهن. لأن الفتيان عليهم أن يعملوا. لكن الفتيات ليس عليهن ذلك»^(٣٨).

لقد حدد استعراض للمناهج، قائم على الأدلة، لحماية المراهقات من الخطر الجنسي^(٣٨) عدداً من سمات البرنامج الأساسية، بما في ذلك وجود مساحة اجتماعية آمنة بعيداً عن المنزل والمدرسة، وشبكات الصداقة، والمدرسين ونماذج القدوة، وتعلّم المهارات الحياتية، وأنشطة بناء الفاعلية، ومعلومات حول الخدمات والحقوق الصحية، والاجتماعية، والاقتصادية، ومحو الأمية المالية والمدخرات، وخطط الحماية الذاتية، والمعرفة بموارد المجتمع المحلي الموجودة للوصول إليها عند الحاجة. كانت احتمالات وجود خطط ادخار لدى البنات المشاركات في برامج تضم هذه العناصر في جنوب أفريقيا، فضلاً عن التحلي باحترام الذات والثقة في قدرتهن على الحصول على الواقي، أكثر من تلك الموجودة لدى مجموعات المقارنة. كما أُفدن بالاندماج الاجتماعي في مجتمعاتهن المحلية^(٣٧) وبالمثل، أشار برنامج للفتيات في إثيوبيا إلى تحسينات في شبكات الصداقة، والاتحاق بالمدارس، وسن الزواج، والمعرفة بالصحة الإيجابية، واستخدام موانع الحمل^(٣٩). علاوة على ذلك، أظهرت برامج الصبيان والشبان نجاحاً في تمكين المشاركين من تبني معايير المساواة بين الجنسين، وفي الوقت نفسه قلصت من تجربة الإصابة بأعراض الأمراض المنقولة جنسياً^(٤٠).

الجنسية والإيجاب» (الفقرة ٤١، ٧).

لكن الواقع في كثير من البلدان النامية مختلف، في ظل استمرار التفاوت في أدوار الجنسين، ومحدودية رأس المال الاجتماعي بين الشباب، ومقارنة بالفتيان المراهقين. جُذ أن شبكات الأصدقاء محدودة بالنسبة للفتيات المراهقات: فقد أفاد الأولاد في أديس أبابا وإثيوبيا، على سبيل المثال، بمتوسط يبلغ خمسة أصدقاء مقارنة بثلاثة لدى الفتيات؛ وفي كوازولو-ناتال بجنوب أفريقيا، تبلغ نسبة وجود أصدقاء ٧١٪ للأولاد مقارنة بنسبة ٤٨٪ للبنات؛ وفي الهند، فإن عدد الأولاد الذين لديهم خمسة أصدقاء، أو أكثر، ما يمكنهم من مناقشة أمورهم الشخصية معهم، يبلغ ضعف عدد البنات^(٣٧، ٤١) وفي كثير من البيئات، لا يتيسر سوى لعدد قليل من الفتيات الوصول إلى الأماكن الآمنة والاجتماعية خارج منازلهن ومدارسهن لمقابلة الأصدقاء وتعزيز شبكات دعم الأقران. ففي الأحياء الفقيرة بنيروبي، على سبيل المثال، جُذ أن ثلثي الأولاد، مقارنة بثلث البنات فقط، لديهم أماكن آمنة لمقابلة أصدقاء من الجنس نفسه^(٣٧) وفي ريف صعيد مصر، جُذ أن المدرسة هي المنفذ الاجتماعي الوحيد، غير الأسري، أمام الفتيات^(٣٧) وبالمثل، في ريف الهند، نادراً ما تلتقي الفتيات مع صديقاتهن خارج المنزل أو المدرسة، على عكس الأولاد، الذين يتمتعون بفرص وافرة للاختلاط مع أقرانهم^(٣٧).

وبالمثل، تُحرّم الفتيات والنساء في العديد من المناطق من إدارة حياتهن الخاصة، وعلى سبيل المثال، ١١٪ فقط من النساء الشباب المتزوجات في الفترة العمرية من ١٥-٢٤ سنة في أفريقيا جنوب الصحراء، و٣٥٪ في آسيا الجنوبية، وما لا يزيد عن النصف في باقي آسيا. أظهرت استقلالهن في اتخاذ القرار في مجال الرعاية الصحية، والمشتريات الرئيسية للأسر المعيشية، أو شراء المستلزمات المنزلية اليومية، أو زيارة العائلة أو الأقران^(٤١). كثير من الفتيات في العديد من البلدان لا يملكن سلطة التفاوض لرفض التحرشات الجنسية غير المرغوبة، أو غير الآمنة^(٤١) وقد يُظهرن كما كبيرا من نقص الاحترام الذاتي والثقة بالنفس ليصبحن قادرات

وكانت الردود النمطية على النحو التالي:

«بعد أن أجبرني [على ممارسة الجنس]. بدأ يرسل لصديقتي [كي تتحدث معي]... أقنعتني صديقتي بأن مثل تلك الأشياء تحدث لكل فتاة. ولذا يجب أن أعتاد [على ذلك]. وبالتالي. غفرت للصبي وعدت إليه». (أوغندا، سن ١٥ سنة).^(٤٦)

«ذهبت إلى هناك. كان بمفرده. أوصد الباب؛ وهددني قائلاً كيف يمكنه الزواج مني إذا تصرف هكذا. ضربني عندما حاولت الخروج». (الهند، سن ١٩ سنة).^(٤٨)

يطرح استعراض للأدلة حول التدخلات الرامية إلى الحد من العنف ضد المراهقات^(٤٩) أن برامج منع العنف تُنفذ عادة في سياق البرامج التي تتناول مهارات الحياة، وإنشاء أماكن آمنة للبنات، وتغيير مفاهيم الذكورة لدى الفتيان والشبان. بيد أن الاستعراض يشير إلى أن هذه البرامج، بينما نجحت في تمكين الفتيات، وبناء مهارات الاتصال، وتطوير مواقف عادلة بين الجنسين، لم تؤد إلى انخفاض عنف الشريك، بشكل ملحوظ. إلا في عدد قليل من الدراسات، التي تركز أيضاً على التمكين الاقتصادي، والنوع الاجتماعي، والصحة الجنسية، وتضامن المجموعة.^(٥٠-٥١) وأو الرجال والأولاد المنخرطين.^(٥١)

ضمان «حق الشباب في الرعاية، والتوجيه والدعم»
دعا المؤتمر الدولي للسكان والتنمية إلى برامج لتوعية من هم «في وضع يتيح لهم تقديم الإرشاد للمراهقين في ما يتعلق بالسلوك الجنسي والإيجابي المسؤول، وبخاصة الوالدين والأسر، فضلاً عن المؤسسات الدينية، والمجتمعات المحلية، والمدارس، ووسائل الإعلام، وجماعات الأقران» (الفقرة ٧،٤٨). كما ألقى الضوء على الحاجة إلى تعزيز التفاعل بين الوالدين والطفل، داعياً إلى «تثقيف الوالدين بهدف تحسين التفاعل بينهما وبين الأطفال، بغية تمكينهما من الالتزام بشكل أفضل بواجباتهما التعليمية لدعم عملية

الحماية من العنف القائم على النوع الاجتماعي
ألزم المؤتمر الدولي للسكان والتنمية البلدان بحماية الشباب، وبخاصة الشابات، من العنف؛ ويدعو الحكومات إلى «اتخاذ خطوات فعالة لمواجهة... الإساءة للأطفال والمراهقين والشباب...» (الفقرة ٦،٩). وبالمثل، بحث على سن وإنفاذ تشريعات من أجل «حماية جميع المراهقين والشباب... من جميع أشكال العنف، بما في ذلك العنف القائم على النوع الاجتماعي والعنف الجنسي... وتوفير الخدمات الاجتماعية والصحية، بما فيها خدمات الصحة الجنسية والإيجابية، وآليات تقديم الشكاوى والتقارير للتعبير عن انتهاكات حقوق الإنسان خاصتهم». (الفقرة ١٢).

تشير الأدلة إلى أن العنف ضد الشباب يتخذ العديد من الأشكال. هناك كثيرون يكبرون وهم يشهدون والدهم يضرب والدتهم، وكثيرون هم أنفسهم ضحايا للعنف الأسري - وهي المحددات الرئيسية لارتكاب العنف، والخضوع له، في العلاقات الحميمة في ما بعد.^(٤١) إن العنف القائم على النوع الاجتماعي ضد النساء الشابات يُرتكب، إلى حد كبير، من أزواجهن وشركائهن؛ وعلى سبيل المثال، أكثر من نصف النساء الشابات المتزوجات في الفترة العمرية من ١٥-٢٤ سنة في أوغندا، وما يتراوح بين الثلث والنصف في زيمبابوي وتنزانيا والهند وبنجلاديش. قد أفدن بتعرضهن، أكثر من أي وقت مضى، للعنف في إطار الزواج.^(٤١-٤٦)

أفادت أيضاً النساء الشابات غير المتزوجات، اللاتي لديهن خبرة جنسية، بأنهن تعرضن لممارسة الجنس قسراً، وكشف تحليل بيانات المسوح الديموغرافية والصحية أن أول تجربة جنسية لم تكن بالتراضي بين ٦٤٪ من النساء الشابات في أذربيجان، و٦٤٪ في جمهورية الكونغو الديمقراطية.^(٤٧) وقد وجدت الدراسات التي أجريت في غانا، وملاوي، وأوغندا، والهند، أن حوالي خمس الفتيات ذوات الخبرة الجنسية، اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٥-١٩ سنة، مارسن أول تجربة جنسية لهن بالإكراه، أو تحت إصرار الشريك.^(٤٨،٤٩)

التحرك إلى الأمام

على الرغم من بطء التقدم المتحقق في الوفاء بالالتزامات تجاه الشباب، فهناك علامات مشجعة. أولاً: هناك التزام أكبر من جانب السياسة والبرنامج تجاه الاستثمار في الشباب منذ عام ١٩٩٤. لقد أقرت العديد من البلدان أهمية تحسين الصحة الجنسية والإيجابية والاختيار بين الشباب، والصلات القائمة بين تنمية الشباب ومستقبل الأمم. وفي عام ٢٠١٢، أكدت الدورة الخامسة والأربعين للجنة الأمم المتحدة للسكان والتنمية الالتزامات العالمية التي قدمها المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، وركزت، مرة أخرى، على الأجندة العالمية حول الصحة الجنسية والإيجابية للشباب. ثانياً: يُعد الجيل الحالي من الشباب بالتأكيد أكثر صحة، وأفضل تعليماً، وأكثر تعرضاً للأفكار الجديدة، وأفضل وعياً بالحقوق، وأفضل استعداداً للدخول إلى عالم سريع التحول. ثالثاً: توجد سوابق تشير إلى مستقبل واعد لتمكين المراهقين، وبناء المساواة بين الجنسين، وإزالة العقبات التي تعترض تعزيز الصحة والسعي من أجلها، وأخيراً: وربما ما هو أهم، يقوم الشباب بتمكين أنفسهم، ويلعب القادة الشباب دوراً رئيسياً في تحديد الأجندة العالمية للشباب في منتدى الشباب العالمي الذي عُقد في بالي عام ٢٠١٢. خلال المؤتمر الدولي للسكان والتنمية+١٥، أكد الشباب مجدداً هذه الأجندة، مع التركيز على الحقوق الجنسية والإيجابية، وإدراج الفئات الأكثر تهميشاً. لقد وضع «إعلان منتدى الشباب العالمي في بالي» الشباب وحقوقهم في صلب التنمية، وعزز سمات الانتقال الناجح لمرحلة البلوغ التي نوقشت في هذه الورقة، وطالب، علاوة على ذلك، بمشاركة الشباب المتواصلة والهادفة في صياغة وتنفيذ السياسات والبرامج المرتكزة على الحقوق.^(٧)

إن أهداف برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في مجال الشباب لاتزال صالحة كخارطة طريق في عام ٢٠١٣ كما كانت في عام ١٩٩٤، وبدعو الوفاء بهذه الالتزامات إلى الاقتناع بأن الاستثمار في الشباب هو مفتاح التنمية العالمية، والإيمان بأن هذا هو الشيء الصحيح الذي يجب القيام به.

نضج أطفالهما، وبخاصة في مجالات السلوك الجنسي والصحة الإيجابية» (الفقرة ٧،٤٨).

تبتعد البيئة، في العديد من البلدان، عن تلبية احتياجات الشباب، كما أن علاقات الوالدين بالأطفال وكذا العلاقات بين المراهقين ومعلميهم، أو أي موجهين كبار آخرين، لا تتميز بالاحترام والتواصل.^(٨) وتطرح الأدلة المتاحة أن الوالدين نادراً ما يوفران معلومات، أو توجيهه للأطفال في المسائل الجنسية والإيجابية. ففي بوركيننا فاسو، على سبيل المثال، ناقش أقل من خمس الفتيات وعشر الفتيان هذه المسائل مع أحد الوالدين.^(٩) وفي الهند، ناقش أقل من ١٪ من الشباب العمليات الإيجابية مع أحد الوالدين.^(١٠) وفي غانا، قال الأولاد خلال مناقشات المجموعات البؤرية: «يسأل البعض أقرانهم عن الجنس، لأنهم عندما يسألون والديهم، قد يعتقدون أنهم [أي الأطفال] يريد فعل هذه الأشياء، ويعتقد الوالدان أنهم أشقياء، ولذا يتجهون إلى أقرانهم». قالت أم، في بوركيننا فاسو: «يخشى الأطفال من التحدث معي حول هذه الموضوعات». ^(١١) وقالت أم في الهند: «يجب عدم إخبار الأطفال بهذه الأشياء جميعها؛ بل تركهم يعرفونها بعد الزواج». ^(١٢) إن الحرج، والأعراف التقليدية، والتصورات الخاطئة بأن الحديث عن هذه المسائل سوف يشجع النشاط الجنسي، فضلاً عن محدودية مهارات التواصل، تمنع البالغين من توفير بيئة داعمة للشباب. تندر التدخلات الموجهة إلى الوالدين، بيد أنه نظراً لدور الوالدين الرئيسي، ووجود أدلة على رغبة الشباب في الانخراط مع والديهم في المسائل المتعلقة بالصحة الجنسية والإيجابية، فإن المطلوب هو الأنشطة التي تزود الآباء والأمهات بالمعلومات والمهارات والموارد، لا سيما حول نماء المراهقين الطبيعي، والجنس، وتعاطي المخدرات، ومهارات الاتصال، ومعلومات حول الموارد المحلية.^(١٣) وهناك حاجة ماسة إلى بذل الجهود لإقامة التدخلات المناسبة واختبارها في مختلف السياقات الثقافية.

بروس. ديان روبينو. سوير شيريل. إقبال شاه. وحصلنا على دعم بحثي ضخم من: م. أ. خوسيه. كومال ساكسينا. شيلبي رامبال. ونود أن نعرب عن امتناننا الكبير للدعم الذي حصلنا عليه من: مؤسسة ديفيد وولوسيل باكارد. مؤسسة جون د. وكاثرين ت. ماكارثر. مؤسسة فورد. مؤسسة ريتشارد وفلورا هوليت. ومؤسسة إلتون جون للإيدز. وزارة التنمية الدولية لمجلس السكان بالملكة المتحدة.

شكر وتقدير

هذه الورقة هي صيغة معدلة لعرض قدم إلى الدورة الخامسة والأربعين للجنة الأمم المتحدة للسكان والتنمية. نيويورك، عام ٢٠١٢. ونود التعبير عن امتناننا لما حصلنا عليه من مداخلات ودعم من الكثيرين. حصلنا على تعليقات ثاقبة حول النسخ المبكرة من كل من: رجب أشرابا. أن بدلكوم. أن بلانك. جوديث

المراجع

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects: the 2010 revision, 2012. <http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>.
2. United Nations. Convention on the Elimination of all forms of Discrimination Against Women. New York: UN, 1979 (<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/econvention.htm#intro>).
3. United Nations. Convention on the Rights of the Child. New York: UN, 1989.
4. United Nations. International Conference on Population and Development Programme of Action. UN, 1994.
5. United Nations. Millennium Development Goals. New York: UN, 2000. <http://www.undp.org/content/undp/en/home/mdgoverview.html>.
6. United Nations. Official Records of the Economic and Social Council, 2012, Supplement No. 5 (E/2012/25), New York, UN, 2012.
7. United Nations Population Fund. Bali Global Youth Forum Declaration. New York: UNFPA, 2012.
8. National Research Council and Institute of Medicine. Growing Up Global: The changing transitions to adulthood in developing countries. Washington, DC: National Academies Press, 2005.
9. United Nations. The Millennium Development Goals Report 2011. New York: UN, 2011.
10. United Nations Children's Fund. Progress for Children: A report card on adolescents. New York: UNICEF, 2012.
11. United Nations Educational Scientific and Cultural Organisation Institute for Statistics. <http://stats.uis.unesco.org>.
12. United Nations Children's Fund. The State of the World's Children 2011. Adolescence: an age of opportunity. New York: UNICEF, 2011.
13. Lloyd CB, Young J. New lessons: the power of educating adolescent girls. New York: Population Council, 2009.
14. ICF International. Measure DHS STATcompiler, 2012. <http://statcompiler.com>.
15. Ross W. Ethiopian girls fight child marriages. BBC News: Amhara, 2011. <http://www.bbc.co.uk/news/world-africa-13681053>.
16. Santhya KG, Haberland N, Singh AK. She knew only when the garland was put around her neck: findings from an exploratory study on early marriage in Rajasthan. New Delhi: Population Council, 2006.
17. Malhotra A, Warner A, McGongle A, et al. Solutions to end child marriage: what the evidence shows. Washington, DC: International Centre for Research on Women, 2011.
18. Lee-Rife S, Malhotra A, Warner A, et al. What works to prevent child marriage: a review of the evidence. Studies in Family Planning 2012;43(4):287-303.
19. Cleland J, Ali MM, Shah I. Trends in protective behavior among single vs. married young women in sub-Saharan Africa: the big picture. Reproductive Health Matters 2006;14(28):17-22.
20. ICF International. The HIV/AIDS data compiler: HIV/AIDS survey indicators data base. <http://hivdata.measuredhs.com/start.cfm>.
21. International Institute for Population Sciences and Population Council. Youth in India: Situation and Needs 2006-2007. Mumbai: IIPS, 2010.
22. Jejeebhoy SJ, Bott S. Non-consensual sexual experiences of young people in developing countries: an overview. In: Jejeebhoy SJ, Shah I, Thapa S. Non-consensual sex and young people: looking ahead. In: Sex without Consent: Young People in Developing Countries. Jejeebhoy SJ, Shah I, Thapa S, editors. London: Zed Books, 2005. p.341-53.
23. Santhya KG, Jejeebhoy SJ, Saeed I, et al. Growing up in rural India: an exploration into the lives of younger and older adolescents in Madhya Pradesh and Uttar Pradesh. New Delhi: Population Council, 2013.
24. Biddlecom AE, Hessburg L, Singh S, et al. Protecting the next generation in sub-Saharan Africa: learning from adolescents to prevent HIV and unintended pregnancy. New York: Guttmacher Institute, 2007.
25. Tylee A, Haller DM, Graham T, Churchill R, Sanci LA. Youth-friendly primary-care services: how are we doing and what more needs to be done. Lancet DOI-10.1016/S0140-6736(07)60371-7, 2007.
26. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Securing the future today: synthesis of strategic information on HIV and young people. Geneva: UNAIDS, 2011.
27. Bruce J, Clark S. The implications of early marriage for HIV/AIDS policy. New York: Population Council, 2004.
28. World Health Organization. Global incidence and prevalence of selected curable sexually transmitted infections - 2008. Geneva: WHO, 2008.
29. World Health Organization. Unsafe abortion: global and regional

- estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. 6th ed. Geneva: WHO, 2001. http://www.who.int/reproductive-health/publications/unsafe_abortion/ 9789241501118/en/index.html.
30. Shah IH, Åhman E. Unsafe abortion differentials in 2008 by age and developing country region: high burden among young women. *Reproductive Health Matters* 2012;20(39):169–73.
31. World Health Organization. Mortality estimates by cause, age and sex for the year 2008. Geneva: WHO, 2001.
32. Blanc AK, Winfrey W, Ross J. New findings for maternal mortality age patterns: aggregated results for 38 countries, 2012. (Unpublished)
33. Dick B, Ferguson J, Chandramouli C, et al. Review of the evidence for interventions to increase young people's use of health services in developing countries. In: Ross DA, Dick B, Ferguson J, editors. Preventing HIV/AIDS in young people: a systematic review of the evidence from developing countries. Geneva: WHO, 2006.
34. World Health Organization. WHO Guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. Geneva: WHO, 2001.
35. Boonstra HD. Advancing sexuality education in developing countries: evidence and implications. *Guttmacher Policy Review* 2011;14(3).
36. Kirby D. The impact of abstinence and comprehensive sex and STD/HIV education programmes on adolescent sexual behaviour. *Sexuality Research and Social Policy* 2008;5(3):18–27.
37. Hallman K, Roca E. Reducing the social exclusion of girls. Promoting healthy, safe and productive transitions to adulthood. Brief No.27. New York: Population Council, 2007.
38. Bruce J, Temin M, Hallman K. Evidence-based approaches to protecting adolescent girls at risk of HIV. *AIDSTAR-One Spotlight on Gender*, 2012.
39. Erulkar AS, Muthengi E. Evaluation of Berhane Hewan: a program to delay child marriage in rural Ethiopia. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2009;35(1):6–14.
40. Pulerwitz J, Barker G, Segundo M, et al. Promoting more gender-equitable norms and behaviors among young men as an HIV/AIDS prevention strategy. *Horizons Final Report*. Washington, DC: Population Council, 2006.
41. Capaldi DM, Knoble NM, Shortt JW, et al. A systematic review of risk factors for intimate partner violence. *Partner Abuse* 2012;3(2):231–80.
42. Uganda Bureau of Statistics (UBOS), Macro International Inc. *Uganda Demographic and Health Survey 2006*. Calverton, MD: UBOS and Macro International, 2007.
43. Central Statistical Office Zimbabwe, Macro International. *Zimbabwe Demographic and Health Survey 2005–06*. Calverton MD, CSO and Macro International, 2007.
44. National Bureau of Statistics Tanzania, ICF Macro. *Tanzania Demographic and Health Survey 2010*. Dar es Salaam: NBS and ICF Macro, 2011.
45. International Institute for Population Sciences and Macro International. *National Family Health Survey 3, 2005–06: India: Vol 1*. Mumbai: IIPS, 2007.
46. National Institute of Population Research and Training, Mitra and Associates, Macro International. *Bangladesh Demographic and Health Survey 2007*. Dhaka and Calverton, MD: NIPRT, Mitra and Assoc, Macro International, 2009.
47. Jejeebhoy SJ. Protecting young people from sex without consent. Promoting healthy, safe, and productive transitions to adulthood, Brief No.7. New York: Population Council, 2011.
48. Santhya KG, Acharya R, Jejeebhoy SJ, et al. Timing of first sex before marriage and its correlates: evidence from India, *Culture, Health and Sexuality* 2011;13(3):327–41.
49. Blanc AK, Melnikas A, Chau M, et al. A review of the evidence on multi-sectoral interventions to reduce violence against adolescent girls. New York: Population Council, 2012.
50. Pronyk PM, James RH, Julia CK, et al. Effect of a structural intervention for the prevention of intimate-partner violence and HIV in rural South Africa: a cluster randomised trial. *Lancet* 2006;368(9551):1973–83.
51. Jewkes R, Nduna M, Levin J, et al. Impact of Stepping Stones on incidence of HIV and HSV-2 and sexual behaviour in rural South Africa: a cluster randomized controlled trial. *BMJ* 2008;337:a506.
52. Verma RK, Pulerwitz J, Mahendra VS, et al. Promoting gender equity as a strategy to reduce HIV risk and gender-based violence among young men in India. In: *Horizons Final Report*. New York: Population Council, 2008.
53. World Health Organization. Helping parents in developing countries improve adolescents' health. Geneva: WHO, 2007.
54. Jejeebhoy SJ, Santhya KG. Parent-child communication on sexual and reproductive health matters: perspectives of mothers and fathers of youth in India. New Delhi: Population Council, 2011