



المبادرة المصرية
للحقوق الشخصية

استعادة وإعادة تعريف الحقوق

عشرون عاما على مؤتمر القاهرة
الدولي للسكان والتنمية:
حالة الحقوق والصحة الإنجابية
والجنسية في منطقة الشرق
الأوسط وشمال إفريقيا



المبادرة المصرية
للحقوق الشخصية

استعادة وإعادة تعريف الحقوق

عشرون عاما على مؤتمر القاهرة
الدولي للسكان والتنمية:
حالة الحقوق والصحة الإيجابية
والجنسية في منطقة الشرق
الأوسط وشمال إفريقيا

استعادة وإعادة تعريف الحقوق

عشرون عاما على مؤتمر القاهرة الدولي للسكان والتنمية:
حالة الحقوق والصحة الإنجابية والجنسية في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا

صادر عن وحدة الحريات المدنية

الطبعة الأولى/فبراير 2014

تصميم الغلاف: ريم نعيم

إخرج داخلي: محمد جابر

المبادرة المصرية للحقوق الشخصية

6 شارع دار الشفاء، جاردن سيتي، القاهرة.

تليفون و فاكس: 27933371 / 27933372 (202) +

www.eipr.org - info@eipr.org

جميع حقوق الطبع والنشر لهذه المطبوعة محفوظة
ويحق إعادة نشرها مع ذكر المصدر وذلك في غير الأغراض الربحية
بموجب رخصة المشاع الإبداعي ، الإصدار 3.0 غير الموطنة

www.creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0

نستخدم الخط الأميري الحر amirifont.org



سأهم في هذا التقرير كل من ميسان حسن وداليا عبد الحميد وشريف عرفه، وذلك تحت إشراف سهى عبد العاطي، نأبة مدير المبادرة المصرية للحقوق الشخصية. وقامت بتحرير التقرير ماندي ماكلور.

تم تحضير هذا التقرير بالتعاون مع مركز موارد وبحوث النساء في آسيا ودول المحيط الهادي (آرو)، وفي هذا الشأن تود المبادرة المصرية للحقوق الشخصية أن تتوجه بالشكر لكل من الدكتورة تي. ك. سوندراي رافيندران لمراجعة هذا التقرير وإضافاتها التي أثمرته. كما نوجه شكر خاص لساي جيوثيرامي راشيرلا لدعمها القيم وإرشاداتها خلال المراحل المختلفة من هذا البحث. كذلك تود المبادرة المصرية للحقوق الشخصية أن تتوجه بالشكر لكل من ماليين سوندرين وأورورا إليس، وهنا كينج وساره حسن لمساعدتهن في إنجاز هذا البحث.

ملخص

كان من المفترض أن يكون عام 2014 هو آخر عام في خطة العمل، التي اعتمدها مؤتمر القاهرة للسكان والتنمية المنعقد في عام 1994، تلك الوثيقة، التي كانت بمثابة نقطة تحول في مسار التعامل وفهم وتأطير الصحة والحقوق الإنجابية، وإعطاء أولوية لحقوق الأفراد في الاختيار، واتخاذ القرار فيما يتعلق بأجسادهم. والآن، إذ قررت الجمعية العامة مد خطة العمل إلى أجل غير مسمى، على أن تراجع ما أحرزته البلاد المختلفة من تقدم وذلك في جلستها المنعقدة عام 2014، فإننا إزاء اللحظة المناسبة لتقييم مدى التزام الدول المختلفة في المنطقة، بتنفيذ خطة العمل ومدى التغيير الذي أحدثه ذلك في حياة النساء والشباب، فيما يتعلق بصحتهم وحقوقهم الجنسية والإنجابية.

لقد ساهم الإقرار بالحقوق الإنجابية في وثيقة توافقية للأمم المتحدة - ساهم كثيرًا - في تحسين سياسات بلدان الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، وبخاصة فيما يتعلق برعاية الأمومة وخدمات تنظيم الأسرة والإيدز. ومع ذلك فإن الجدل الثقافي والديني لا زالًا يلعبان دورًا كبيرًا في عرقلة الحقوق الجنسية، وخصوصًا بالنسبة إلى الشباب من الجنسين. كما أن حق النساء في التحكم في أجسادهن، لا زال أمرًا، مثيرًا للكثير من الجدل بسبب الثقافة الأبوية عميقة الجذور، وهو ما ينعكس أيضًا، ممثلًا في ارتفاع غير مسبوق لمعدلات العنف الجنسي ضد النساء.

وفي ضوء التنوع للظروف الاجتماعية والاقتصادية، في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، فإنه يصعب أن نصدر أحكامًا عامة، بشأن وضع الصحة والحقوق الإنجابية والجنسية. ومع ذلك فلا زال العديد من البلدان يشهد تباينات، في سهولة الوصول إلى خدمات رعاية الصحة الإنجابية، حيث تواجه النساء الأكثر فقرًا والأقل تعليمًا، والنساء الريفيات، الكثير من العقبات من أجل الحصول على خدمات رعاية صحية ملائمة وغير مكلفة.

وفي أغلب بلدان الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، يُستثنى النساء والشباب من دوائر صنع القرار، وهو ما ينعكس ممثلًا في سياسات تفتقر إلى اعتبار النوع الاجتماعي تبناها هذه الدول. إن تبني برنامج عمل تقديمي، لما بعد عام 2014 سوف يؤثر بلا شك إيجابًا على حياة النساء والشباب، ويسر محاسبة الحكومات فيما يخص صحة وحياة مواطنيها. كما أن ذلك سوف يساعد أيضًا على إدماج النساء والشباب في تصميم وتنفيذ ومراقبة السياسات التي تؤثر على صحتهم الإنجابية، وي طرح المعايير والسبل لتحقيق العدالة الإنجابية.

مقدمة

تظل قضايا الصحة والحقوق الجنسية والانجابية في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا قضايا اشكالية لعدد من الأسباب. أولاً، هناك غياب للمعلومات الدقيقة على المستوى الوطني بشأن تلك القضايا إما بسبب عدم قانونية بعض الممارسات مثل الاجهاض أو بسبب الوصمة الاجتماعية المصاحبة للبعض الآخر مثل الأمراض المنقولة جنسياً أو فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. كما أن غياب الإرادة السياسية في أغلب بلدان المنطقة تمثل عقبة أمام الإصلاح القانوني والطبي والاجتماعي في مجال الصحة والحقوق الجنسية والانجابية، ومن ثم تتعرض هذه الحقوق للانتهاك خاصة في المجموعات المهمشة أو المستضعفة بما في ذلك الأجيال الأصغر والأقل تعليماً والنساء الأكثر فقراً. كذلك يظل الاجهاض غير قانوني في أغلب بلدان المنطقة كما لازال الحصول على طيف واسع من أساليب تنظيم الأسرة وموانع الحمل غير يسير في الكثير من الحالات. إضافة إلى كل ما سبق لازالت معدلات وفيات الأمهات عالية في المناطق الريفية وبين النساء غير المتعلّقات وغير المعاملات بأجر، على حين تظل السرطانات الإنجابية محل تجاهل وبعيدة عن قائمة أولويات القطاعات الصحية.

غياب المنظور الحقوقي في السياسات السكانية سمة شائعة في أغلب بلدان المنطقة، كما لازالت الحقوق الجنسية أيضاً محاطة بالوصمة الاجتماعية في أغلب البلدان حيث تسود حالة من الإنكار حين يتعلق الأمر بالأمراض المنقولة جنسياً وفيروس نقص المناعة البشري والسلوك الجنسي للشباب. كذلك تستخدم البلدان خطاب الخصوصية الثقافية لتبرير عدم إتاحة تثقيف جنسي شامل ومتكامل وخدمات صحية إنجابية وجنسية للشباب من الجنسين.

بالتعاون مع مركز موارد وبحوث النساء في دول آسيا والمحيط الهادي (أرو) أصدرت المبادرة المصرية للحقوق الشخصية هذه الدراسة المكتتبية كجزء من مشروع يستهدف تقييماً مدعوماً بالأدلة لوضع الحقوق والصحة الإنجابية والجنسية في المناطق المختلفة في جنوب الكرة الأرضية. وتهدف هذه الدراسة، بالاشتراك مع دراسات اقليمية أخرى بواسطة منظمات أخرى تعمل في مجال الصحة والحقوق الجنسية والانجابية، أن تقيم عشرين عاماً من تطبيق توصيات المؤتمر الدولي للسكان والتنمية وما تم أو لم يتم انجازه من خطة العمل الصادرة عن المؤتمر، إضافة إلى اقتراح سبل التقدم في دول الجنوب ما بعد عام 2014. كذلك تهدف الدراسة إلى حماية المكتسبات التي أنجزت في مجال الجنسانية والصحة الإنجابية والحقوق الإنجابية والصحة الجنسية ضمن خطة عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية وأن تدفع في اتجاه وضع التمتع الكامل بمجمل الصحة والحقوق الجنسية والانجابية للجميع على الأجندة الدولية ما بعد مؤتمر السكان والتنمية، مع الوضع في الاعتبار السياق الحالي.

المنهجية

جمعت "أرو" باعتباره شريك في مبادرة "متابعة عشرين عاماً بعد مؤتمر السكان والتنمية" في دول الجنوب عدداً من الشركاء من بلدان آسيا والمحيط الهادي (أرو)، وأفريقيا (الجمعية الدولية المسيحية للنساء الشابات) ووسط وشرق أوروبا (الشبكة النسائية للصحة والحقوق الجنسية والانجابية في وسط وشرق أوروبا - أسترا) والشرق الأوسط وشمال إفريقيا (المبادرة المصرية للحقوق الشخصية) لمناقشة والتخطيط لتصميم ومنهج مبادرة المتابعة.

”أرو“ منظمة نسائية إقليمية لها تاريخ في متابعة توصيات المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، سبق أن استكلت مشروعا لمتابعة توصيات المؤتمر بعد 15 عاما من انعقاده في 2009، ووضعت قائمة معتمدة لمؤشرات الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية لقياس التقدم من عدمه في تحقيق أهداف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. وقد تم عرض هذه المؤشرات على شركاء المبادرة في اجتماع التخطيط. أخذت المبادرة المصرية للحقوق الشخصية تلك المعايير في اعتبارها إضافة إلى خبرتها في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا ووصلت إلى قائمة نهائية من المعايير لتقييم الأوضاع بعد عشرين عاما من المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. تركز هذه المعايير على قضايا تمكين النساء، والانفاق على الصحة، والصحة والحقوق الإنجابية، والصحة والحقوق الجنسية. يركز تقرير الشرق الأوسط وشمال إفريقيا على كل من مصر والكويت وفلسطين وتونس وتركيا واليمن.

تعتبر منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا من أكثر مناطق العالم تعقيدا في ضوء تنوع الظروف الاجتماعية والاقتصادية والتركيبية السكانية وسياسات ما بعد الربيع العربي. ذلك أن نطاق البلاد التي تتضمنها المنطقة ليس محل توافق، حيث تضم أغلب التصنيفات دول الخليج (المملكة العربية السعودية والكويت وقطر والبحرين وعمان والإمارات المتحدة واليمن وأحيانا العراق) ومصر ودول المشرق (سوريا ولبنان والأردن وفلسطين واسرائيل) وبلاد المغرب (المغرب وتونس والجزائر وليبيا وأحيانا أيضا موريتانيا والصحراء الغربية). أما إيران وتركيا فأحيانا تعتبران جزءا من المنطقة وأحيانا لا تعتبران كذلك. البنك الدولي على سبيل المثال يعتبر جيوتي جزءا من منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا. وحتى داخل الأمم المتحدة تختلف هيئات الأمم المتحدة ذاتها في تحديدها لما يمثل المنطقة، فعلى حين يضم اليونيسيف كل من إيران وحبوتي والسودان، إلا أن المنظمة تستثني موريتانيا والصحراء الغربية. ومكتب المفوض السامي لحقوق الإنسان يستثني إيران والسودان وحبوتي ويضم موريتانيا والصحراء الغربية.

هذا التباين في تعريف ما يعتبر منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا يمثل عقبة في جمع البيانات لهذا التقرير. فبعض المراجع تستبعد تركيا و/أو إيران من المنطقة، في حين مثل وضع فلسطين من حيث غياب الدولة، صعوبة في جمع المعلومات عن الأراضي الفلسطينية المحتلة. كذلك لا تعترف العديد من تقارير الأمم المتحدة بمنطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا باعتبارها منطقة في حد ذاتها وتقسّم البلدان المختلفة للمنطقة بين شمال إفريقيا وغرب آسيا.

اعتمد اختيارنا للبلاد محل البحث على وزنها الإقليمي النسبي، والسياق السياسي وتوفر المعلومات. في هذا الصدد فإن مصر هي أعلى بلدان المنطقة من حيث عدد السكان، كما شهدت انتفاضة شعبية حديثا في 25 يناير 2011 وتلعب دورا هاما على المستوى الإقليمي، كما أن المعلومات بشأن مصر، خاصة فيما يتعلق بالصحة والحقوق الجنسية والإنجابية متوفرة بكثرة. اختيار الكويت بجلد ممثل لدول الخليج. ورغم أن وزن الكويت في المنطقة أقل من المملكة العربية السعودية، ورغم أنه لم يشهد حراكا ثوريا مثل البحرين، إلا أن المعلومات المتوفرة عن الكويت أكثر بكثير عن المملكة العربية السعودية حيث لا توجد أي معلومات بشأن حقوق النساء أو الحقوق والصحة الجنسية والإنجابية هناك. كذلك اختيرت فلسطين من بلاد المشرق لتوضيح تأثير الاحتلال على وضع النساء والحقوق الإنجابية والجنسية. أما تونس، من بلدان المغرب، فقد كانت مهد الربيع العربي، كما أنها تمثل حالة خاصة حيث انها من البلاد القليلة في المنطقة التي تتمتع بضمانات قوية لحقوق النساء. أما تركيا فهي لاعب رئيسي في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، حيث أوضاع النساء متقدمة والمعلومات متوفرة، على العكس من إيران، ثاني أكبر لاعب من غير البلدان العربية. البلد الأخير الذي أختير لهذا البحث هو اليمن، الذي أحيانا ما يصنف كأحد بلدان الخليج. على العكس من الكويت، يعتبر اليمن من أفقر بلدان المنطقة، ويستقبل

دعماً دولياً متواصلًا من أجل دعم حقوق الإنسان والتنمية، ما يجعل اليمن مؤشراً هاماً للصحة والحقوق الجنسية والإنجابية في البلدان الأقل تنمية.

تستند مبادرة المتابعة هذه أيضاً على مقابلات مع منظمات غير حكومية محلية في البلدان محل البحث. وقد هدفت هذه المقابلات إلى أن يتضمن البحث أصوات من يعملون على الأرض وأن يسمح للنشطاء بالتعليق على قضايا الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية التي يركزون عليها في نشاطهم.

هيكل التقرير

يتكون هذا التقرير من ثلاث أجزاء رئيسية. الفصل التمهيدي بعنوان "صحة النساء والإنفاق على الصحة في السياق" حيث يصف هذا الجزء السياق السياسي في المنطقة، ووضع الحركات النسائية وموقف كل بلد من الالتزامات والمعاهدات والاتفاقيات والوثائق التوافقية الدولية. كما يبرز الفصل قضايا الإنفاق على الصحة ويقدم تحليلاً لسياسات وميزانيات الصحة في البلدان التي يشملها هذا البحث.

الفصل الثاني بعنوان "الحقوق والصحة الإنجابية" يتناول التزامات دول المنطقة وما أجزته من تقدم فيما يتعلق بالمعايير الدولية لصحة الأمهات والإجهاض والسياسات السكانية ومنع الحمل والسرطانات الإنجابية.

الفصل الثالث بعنوان "الصحة والحقوق الجنسية" يبحث في القضايا الخاصة بجنسانية الشباب فيما يتعلق بتوفر تثقيف جنسي متكامل وإمكانية الوصول إلى الخدمات ذات الصلة، كما يناقش الفصل العدوى المنقولة جنسياً وفيروس نقص المناعة البشري/الإيدز إضافة إلى العنف على أساس النوع الاجتماعي والاتجار في البشر والقضايا الأخرى ذات الصلة بالجنسانية.

أصوات النساء، منقولة عن مصادرها، تتخلل كافة أجزاء التقرير لإضافة بعدٍ كفي للمعلومات الإحصائية، يليها تحليل للمقابلات مع المنظمات غير الحكومية. ويخلص التقرير بعدد من التوصيات لمرحلة ما بعد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية.

مصادر المعلومات التي استندت إليها المؤشرات

استخدم التقرير الإحصائيات والبيانات المصنفة من المسوح الديمغرافية والصحية لكل بلد، حال توفرها، أو بيانات الأمم المتحدة الخاصة بكل بلد. كذلك استخدم البحوث بواسطة هيئات محلية أو دولية، إضافة إلى الدراسات الكيفية أو الأوراق البحثية المنشورة لمزيد من التحليل المعمق بشأن أمور الصحة الإنجابية والجنسانية.

تضمنت أهم مصادر المعلومات لهذا البحث: تقارير الأمم المتحدة لسنوات مختلفة حول استخدام وسائل منع الحمل، الأوراق السياسية للأمم المتحدة بشأن الإجهاض، قاعدة بيانات سكرتير عام الأمم المتحدة بشأن العنف ضد النساء، تقارير التنمية البشرية الصادرة عن برامج الأمم المتحدة الإثنائية، التقارير الوطنية عن الصحة الصادرة عن منظمة الصحة العالمية، المسوح الديمغرافية والصحية في كل بلد، تقرير جلسة الجمعية العامة للأمم المتحدة حول الإيدز، تقارير الحكومات الخاصة باتفاقية إلغاء كل أشكال التمييز ضد النساء، تقارير الظل من البلدان المختلفة والأوراق العلمية والدوريات مثل شؤون الصحة الإنجابية.

الفصل الأول:

مقدمة

ستظل قضايا الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية، محاطة بالإشكاليات في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا وذلك لعدة أسباب: أولاً، هناك غياب لمعلومات وطنية دقيقة بشأن هذه القضايا بسبب عدم قانونية بعض الممارسات، مثل الإجهاض، أو الوصمة الاجتماعية المصاحبة لبعضها، كما هو الحال في الأمراض المنقولة جنسياً أو الإيدز. كما أن غياب الإرادة السياسية في الكثير من بلدان المنطقة، يضع المزيد من العقبات أمام الإصلاح القانوني والطبي والاجتماعي، لواقع الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية، ومن ثم تُنتهك تلك الحقوق، وبخاصة بالنسبة إلى الجماعات المهمشة والمستضعفة، مثل الأجيال الشابة والنساء الأقل تعليماً والأكثر فقراً. كذلك فإن الإجهاض غير مسموح به قانونياً، في أغلب بلدان المنطقة، ولا تتوفر في أغلب الحالات ضمانات سهولة الحصول على أساليب تنظيم الأسرة ومنع الحمل. ولا زالت وفيات الأمهات عالية بدرجة غير متناسبة بين نساء الريف، والنساء غير المتعلّقات وغير العاملات بأجر، على حين يتم تجاهل السرطانات الإنجابية، ولا توضع أبداً ضمن أولويات القطاعات الصحية.

يكاد غياب السياسات السكانية المرتكزة على حقوق الإنسان، أن يكون سمة شائعة بين بلدان المنطقة، كما أن الحقوق الجنسية هي الأخرى محاطة بالوصم الاجتماعي. وتميل أغلب البلدان إلى التعامل بالإنكار حيال الأمراض المنقولة جنسياً والإيدز، والسلوك الجنسي للمراهقين والشباب. كذلك تستخدم هذه البلاد خطاب النسبية الثقافية لتبرير عدم توفير التثقيف الجنسي للملائم، وخدمات الصحة الإنجابية والجنسية للشباب.

بالتعاون مع مركز موارد وبحوث النساء في آسيا ودول المحيط الهادي (آرو)، وقد أصدرت المبادرة المصرية للحقوق الشخصية هذه الدراسة المكتبية، كجزء من مشروع أكبر، يتناول بالتقييم المستند إلى الأدلة وضع الحقوق الجنسية والإنجابية، في مختلف مناطق الجنوب. وكشاركة في دراسات إقليمية أخرى قامت بها منظمات عاملة في نفس المجال، وتستهدف هذه الدراسة تقييم عشرين عاماً من تطبيق توصيات المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، ورصد ما تم إنجازه، وما لم يتم إنجازه من تقدم بشأن خطة العمل، التي انتهى إليها المؤتمر، وأيضاً للوصول إلى توصيات بشأن كيفية السير قدماً، في مرحلة ما بعد عام 2014 في معظم بلدان الجنوب. كذلك تستهدف الدراسة حماية المكتسبات، التي أُنجزت بشأن قضايا الجنسانية والصحة، والحقوق الإنجابية والصحة الجنسية في خطة العمل، والدفع في اتجاه التحقيق الكامل لمعايير الصحة والحقوق الإنجابية والجنسية للجميع، مع الوضع في الاعتبار السياق الحالي في الأجندة العالمية، لما بعد المؤتمر الدولي لقضايا السكان والتنمية.

الفصل الثاني

حقوق النساء والإنفاق على الصحة في السياق الحالي

تباين البلدان في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، من حيث أوضاعها الاجتماعية والاقتصادية، وإن كانت تشابه في خلفياتها الثقافية. ففي خلال العشرين عامًا الماضية شهدت المنطقة تغيرات سياسية عديدة أثرت في وضع الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية، لمعظم السكان، وللنساء على وجه الخصوص. حيث أثرت أحداث الربيع العربي الأخيرة، على حياة سكان منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، بطرق سوف نتضح أكثر في المستقبل، وبخاصة فيما يتعلق بتأثيرها في وضع النساء المتغير دومًا، الذي لا يمكن تحديده حتى الآن. بداية من القرن التاسع عشر، تطورت الحركات النسوية في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، لتصبح حركات اجتماعية وسياسية، تطالب بتحسين أوضاع النساء. ومع ذلك، وحتى وقت قريب، كان تناول قضايا الجنسانية والقضايا الإنجابية نادرًا إلى حد كبير. وباستثناء الأراضي الفلسطينية المحتلة، فقد صدقت البلدان التي يتناولها هذا التقرير، على العهد الدولي لحقوق المدينة والسياسية، والعهد الدولي لحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، واتفاقية إلغاء كافة أشكال التمييز ضد النساء (السيداو)، كما أنها تملك آليات وطنية تستهدف تحقيق المساواة في مجال النوع الاجتماعي. هذا وقد شهدت هذه البلدان تحسنًا عامًا في بعض المؤشرات، مثل مؤشر التنمية البشرية، ومؤشر التنمية البشرية المعدل حسب معايير المساواة، والمؤشر متعدد المحاور للفقر، باستثناء اليمن الذي لازال قاصرًا، فيما يتعلق بمؤشر التنمية البشرية، ومؤشر التنمية البشرية المعدل. أما بالنسبة إلى الأراضي الفلسطينية المحتلة، فلا زالت المعلومات بهذا الشأن محدودة.

أصوات من المنطقة

أصوات نساء من فلسطين

تقول إحدى مستشارات البحث بشأن حجم المشكلة في غزة: «العنف ضد النساء في غزة يعني ببساطة العنف المنزلي. فالنساء يُضربن من أزواجهن، ويضربن من آبائهن أو حتى من أشقائهن. النساء يتقبلن العنف من أزواجهن، لكنهن لا يتقبلنه من حمواتهن».

فيما يلي رواية شخصية ترويها إحدى ضحايا العنف بسبب الجندر:

مريم إسماعيل (اسم غير حقيقي) تبلغ من العمر 35 عامًا، روت لهيومان رايتس ووتش أنها تحملت سنوات من سوء المعاملة الجسدية والجنسية حتى اضطرت إلى اتخاذ خطوات يأسية:

«كان يضربني في كل مكان. لم أذهب أبدًا إلى المستشفى. ولم أخبر حتى أهلي. كنت أحمد الله أنني على قيد الحياة. لكن العنف زاد وزاد. عنف جسدي وعنفي جنسي. كان يأتي برجال آخرين لممارسة الجنس معي ويسئون معاملتي. كان يمسك بي ليمكن الآخرين من إيدائي.. لو كانت لدي أي فرصة ولو 1% لتغيير الوضع بأي طريقة أخرى، لما كنت فعلت ذلك أبدًا.. الشرطة سألتني لماذا لم أذهب إلى أسرتي، فقلت لهم إن أسرتي كانت غالبًا ستقتلني لأنني نمت مع آخرين. حتى الآن أسرتي لا تصدقني. الشرطة أطلعت أسرتي على تقرير الشرطة الذي وثق كيف أنه أرغمني على ممارسة الجنس مع رجال آخرين. حتى الشرطة قالوا لي بعد ذلك إنهم لا يلوموني على قتله. أسرتي فوجئت بالتقرير لكنهم لم يصدقوه».

المصدر: قضية أمن: العنف ضد النساء والفتيات الفلسطينيات، 2006.

الإنفاق على الصحة

أصبحت الحسابات الصحية الوطنية، أداة مقبولة في تقييم السياسات، تسمح للدول برؤية واضحة لأوجه الإنفاق الوطنية على الرعاية الصحية، حيث أنها توفر دلائل على متابعة الاتجاهات في الإنفاق على الصحة، في كافة القطاعات.

وحدثاً اعتمدت هيئة الصحة العالمية، مقياس الحسابات الوطنية الصحية لتقويم خدمات الرعاية الصحية الإنجابية، الأمر الذي سوف يسمح بعرض تفصيلي للإنفاق، على مجال الصحة الإنجابية في البلدان متوسطة ومنخفضة الدخل، بالتركيز في قطاعات بعينها من الإنفاق، تساهم في تعزيز الصحة الإنجابية بما في ذلك خدمات رعاية الحمل والولادة وتنظيم الأسرة. كما أنها توفر أيضاً تناولاً شاملاً ومتكاملاً، يمكن تكييفه ليتناسب مع السياق الوطني المحدد، وفي نفس الوقت يحافظ على إمكانية عقد المقارنات عالمياً، فيما بين الدول.

وقد كشفت الحسابات الوطنية الصحية، عن أنماط جديدة من الإنفاق على الصحة في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، حيث يستهلك القطاع الخاص الصحي الجزء الأكبر من الإنفاق على الصحة في بلدان المنطقة. فقد وُجد أن ميزانيات الإنفاق على الصحة تأتي في الأساس من مصادر خاصة (61% من الإنفاق على الصحة)، وبخاصة من ميزانيات الأسر التي تمثل وحدها أعلى مصدر، بين مصادر الإنفاق الوطني على الصحة (51% من إجمالي الإنفاق على الصحة)، الأمر الذي يثير قلقاً، بشأن تكافؤ وعدالة أن تتحمل الأسر مثل هذا العبء الكبير في تمويل النظم الصحية.

إن 56% تقريباً من الإنفاق الصحي، في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا يأتي من الدعم الخارجي. فهذا الدور الكبير، الذي تلعبه مصادر التمويل الخارجي يستدعي حاجة إلى تحديد دورها بدقة، بحيث تتمكن من تخفيض الإجراءات البيروقراطية، حتى حدها الأدنى، وتعظيم الكفاءة في توصيل أموال الصحة إلى مقدمي الخدمة حتى أقصى حد له.

الفصل الثالث الصحة والحقوق الإنجابية

يركز الفصل الثالث في قضايا الصحة الإنجابية في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، متناولاً على سبيل المثال قضايا رعاية الأمومة، وخدمات الإجهاض والخصوبة وتنظيم الأسرة، والأمراض السرطانية الخاصة بالجهاز الإنجابي. ويسعى كل قسم من هذا الفصل، إلى البحث وتحليل الجوانب المختلفة لكلٍ من هذه القضايا، بهدف فهم المزيد عن معاناة النساء في هذه المنطقة، من أجل الحصول على خدمات الرعاية الصحية الإنجابية.

وسوف يساعد البحث الدقيق في القضايا التي يتناولها هذا الفصل، على معرفة المشاكل والحلول، لبعضٍ من المخاطر الصحية الشديدة، واسعة الانتشار، التي تواجه النساء في ستة بلدان تناولها هذا التقرير. كذلك يبحث هذا الفصل حجم التقدم الذي أحرزته هذه البلدان، في تحقيق التزاماتها الدولية في مجال الصحة الإنجابية، وفيما يتعلق بأهداف المؤتمر العالمي للسكان والتنمية، والأهداف التنموية للألفية الجديدة. وسوف يبحث التقرير التباينات بين البلدان المختلفة، وداخل كل بلد على حدة، إضافة إلى البحث في محددات خدمات الرعاية الصحية الإنجابية.

رعاية الأمومة

كان التركيز في البلدان التي تناولها هذا التقرير على وجه الخصوص، في تخفيض معدل وفيات الأمهات، على حين أهملت حكومات البلدان الستة جوانب أخرى هامة، من خدمات رعاية الأمومة، مثل مرافق الأمهات، وتحسين صحة النساء الحوامل بشكل عام. وما زالت الكثير من الأمهات في هذه المنطقة، لا يحصلن على خدمات رعاية أمومة عالية الجودة، منخفضة التكلفة وملائمة.

وخلال السنوات القليلة الماضية بُذلت الجهود للقضاء على الإصابة بالتيتانوس، بين الأمهات والرضع حديثي الولادة. وبحلول عام 2011 تم القضاء عليه فعلياً، في كلٍّ من مصر وتركيا، ولكن ظلت نسبته مرتفعة بين الأمهات والرضع حديثي الولادة في اليمن. وقد أظهرت أغلب البلدان التي تناولها التقرير، تقدماً في معدل تغطية خدمات رعاية الحمل، وإن كانت الولادة المنزلية ما زالت شائعة في بعض بلاد المنطقة، وبخاصة في اليمن. وبسبب عدم توفر قابلات ماهرات في التعامل مع الولادة في المنازل والمرافق الصحية، ما زالت النساء في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، يتعرضن لمخاطر جمة نتيجة مضاعفات الولادة، كان من الممكن منع حدوثها، أو على الأقل التعامل معها بشكل أفضل، في وجود مقدمي خدمة مدرّبين تدريباً جيداً، كما كان من الممكن منع حدوثها في وجود الأجهزة اللازمة لذلك. وما زالت وفيات ومرافق الأمهات، من بين المشكلات الصحية الخطيرة، التي تواجه النساء في المنطقة. فالكثيرات من نساء وفيات اليمن، يُجبرن على الزواج المبكر، ويواجهن مضاعفات الحمل، مثل ناسور الولادة. وكما سيتضح في أكثر من مكان في هذا التقرير، فإن صحة الأمهات في المنطقة تتأثر إلى حد كبير بالتعليم، ومكان الإقامة والأوضاع الاجتماعية والاقتصادية.

على حين أنجزت منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، تقدماً ملحوظاً في تخفيض معدلات وفيات الأمهات، إلا أن الصحة والحقوق الإنجابية تتضمن ما هو أكثر من ذلك. فما زالت النساء في المنطقة يعانين العديد من المضاعفات المرتبطة بالحمل، التي يمكن الوقاية منها تماماً. من الضروري الترحيب بجهود البلدان الستة التي تناولها هذا التقرير، لكن الأهم كذلك، أن نقر بأن هذا التقدم وحده ليس كافيًا، إذ أن منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا في مجملها، تحتاج إلى وضع مجمل قضايا الصحة الخاصة بالسكان الإناث، ضمن أولوياتها الرئيسية.

الإجهاض

أغلب النساء في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، لا يمكنهن الحصول على خدمات الإجهاض الآمن. فمن بين البلاد التي تناولها هذا التقرير، يُسمحُ بلدانٍ فقط، هما تونس وتركيا، بتقديم خدمات الإجهاض بناءً على طلب النساء. أما باقي البلاد فلا تُسمحُ به إلا لإنقاذ حياة الأم. والإجهاض موضوع خلافي في الشريعة الإسلامية، وهو أمر غير مقبول إلى حد كبير في المنطقة، لأسباب اجتماعية وثقافية. وبسبب تجريم الإجهاض والتوترات الثقافية المرتبطة بالأمر، فإن العديد من نساء المنطقة يواجهن مخاطر صحية جسيمة، وأحياناً الوفاة بسبب تعرضهن لعمليات الإجهاض غير الآمنة والسرية.

وفي بعض بلدان الشرق الأوسط وشمال إفريقيا يستخدم الإجهاض، غير الآمن في أغلب الأوقات، كوسيلة لمنع الحمل. كما أن ضحايا العنف الجنسي اللاتي يحملن نتيجة هذا العنف، يصبحن أمام خيارين، كليهما غير مرغوب فيه: إما أن يواجهن الملاحقات القانونية المحتملة، لقيامهن بهذه العملية غير القانونية، إضافة إلى مخاطر الإجهاض غير الآمن، وإما أن يتحملن الوصمة المرتبطة بمثل هذا العنف. فأغلب نساء المنطقة، وهن في الأغلب ريفيات ومحرومات من الكثير من المزايا، ليست لديهن إمكانية الحصول على الخدمات اللازمة لما بعد الإجهاض، أو لا يتمكنن من تغطية تكلفتها. كما أنه في أغلب بلاد المنطقة لا تُقدم خدمات رعاية ما بعد الإجهاض، الإرشادات بشأن تنظيم الأسرة، رغم أهميتها لتجنب المزيد من الحمل غير المرغوب فيه. ونتيجة لذلك يواجه العديد من النساء المخاطر المرتبطة بالإجهاض غير الآمن أكثر من مرة.

صوت من مصر عن الإجهاض

في دراسة أجريت لبحث رؤية النساء المصريات لمسألة الإجهاض في مصر، أجرت الباحثات مقابلات مع مجموعة من النساء، أجرين عمليات إجهاض. كان متوسط عمر النساء 29 عاماً، بعضهن لم يحصلن إلا على تعليم أساسي، وبعضهن على حد أدنى منه. وعن الألم الذي شعرت به خلال وبعد العملية تقول إحدى المشاركات:

«شعرت أنني أموت بالألم.. وشعرت أنني أموت قبل العملية.. العملية كانت شديدة الألم.. بعدها زاد الألم.. لازلت أشعر بالألم حتى الآن.. أشعر بالتكسير في كل أنحاء جسمي.. لا أستطيع النوم.. ولا أستطيع الجلوس وأشعر بألم شديد مع كل حركة.. أعلم أنني بحاجة إلى الوقت لكي يذهب هذا الألم.. هذه كانت أسوأ تجربة مررت بها في حياتي».

مشاركة أخرى تحدثت عن النزيف أثناء عملية الإجهاض:

«أجسادنا منهكة من الأصل.. المرور بتجربة الإجهاض يؤثر على الصحة بشكل رهيب.. الدم الذي تفقده المرأة يجعلها أكثر ضعفاً مما كانت عليه.. كما أن ذلك يسبب الأنيميا.. لذلك تضطر المرأة إلى الراحة لفترة طويلة لتستعيد قوتها».

مشاركة ثالثة عبرت عن حاجتها للدعم بعد المرور بهذه التجربة الصعبة:

«المشاكل الصحية هي أهم مشاكل. سوف يكون عليّ أن أواجه بعض المشكلات الأخرى، مثل كلام الناس عني إن علموا بأني قمت بعملية إجهاض. لكنني أعلم أن أهم ما يجب أن يشغلني الآن هو أن أستريح لشهرين على الأقل لأستعيد صحتي من جديد. المشكلة الوحيدة في هذا الأمر أنه لا يوجد من يساعدني خلال هذه الفترة».

المصدر: رؤية النساء للإجهاض في مصر

الخصوبة وتنظيم الأسرة

منذ أواخر الثمانينيات من القرن الماضي، شهدت أغلب بلاد منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا انخفاضاً سريعاً في معدلات الخصوبة. كما تختلف معدلات الزيادة السكانية والسياسات السكانية من مكان إلى آخر في هذه المنطقة. فعلى سبيل المثال نجحت تونس في تحقيق معدلات الاستبدال خلال بضعة عقود، وكادت تركيا أن تحقق معدل الخصوبة الاستبدالي. بل أن الحكومة التركية بدأت في الفترة الأخيرة تروج لمزايا الأسرة كبيرة العدد خوفاً من شيخوخة سكانية. على حين لا يشجع استخدام التعقيم، كوسيلة لمنع الحمل في المنطقة، إلا أن اللوالب وحبوب منع الحمل تستخدم بكثرة. ومن بين البلاد التي تناولها هذا التقرير تأتي تركيا على قمة الدول من حيث معدل استخدام وسائل منع الحمل. لا تتمكن الكثير من النساء في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، من الحصول بسهولة على أساليب منع الحمل الحديثة بسبب الفقر، أو الموقع الجغرافي أو الإثنية أو الصراع السياسي.

صوت من تركيا عن الاحتياجات غير الملباة

«زوجي لا يريد طفلاً ولا يريد ان يستخدم وسيلة حماية»

أيزمانور، امرأة كردية تبلغ من العمر 31 عاماً، وأم خمسة. هاجرت طوعاً من جيفاز في عام 1977. خلال سنوات زواجها الستة عشرة فقدت حملاً، وأجهضت أربع مرات وأنجبت خمس مرات. جربت أقراص منع الحمل واللولب، وحقن منع الحمل والواقي الذكري والمنع عن طريق العزل، لكنها كانت تحمل من جديد في كل مرة. ومع كل حمل تقريباً كانت تستخدم الأعشاب التي تؤدي إلى الإجهاض لكنها في كل مرة لم تفلح.

حين حملت مرتين متتاليتين بعد إجهاضين قال لها زوجها: لماذا لا تحمين نفسك؟ لماذا فعلت ذلك؟ اذهبي وضعي لولب! بعد ميلاد طفلها الخامس بقليل ذهبت إلى المستشفى تطلب عملية ربط، لكن الطبيب رفض لأنها ما زالت صغيرة السن. في نفس العام أجري لها عمليتي إجهاض. زوجها غضب منها بعد إجهاضها الرابع وأرسلها إلى منزل والدها. قال لها زوجها «اذهبي إلى بيت والدك. أنا لا أريدك. أنا أتعب كثيراً وأعمل كثيراً وأختصر مصروفاتي. أختصر مصروفاتي من أجل الأطفال. وأختصر مصروفاتي من أجل المنزل. وأنت تنفقين كل ذلك على عمليات الإجهاض؟ ارحميني قليلاً.» أيزمانور اعتبرت هذا الاتهام ظلماً لها لكنها تحملت غضبه وإهاناته لكي تحافظ على الزواج. وكان الوضع شديد التوتر بسبب قلة الأموال. تقول: «أحياناً أشعر أنه على حق.. وكأني أجمع الأموال بالمكسبة.. لكنه لم يرحمني.»

أيزمانور أجرت عملية الإجهاض أربع مرات لكنها لم تملك من المال ما يسمح لها بشراء الدواء.

«لكنه لا يفكر في ذلك. كان عليّ أن أتحمل ذلك. ماذا يمكنني أن أفعل؟ لكنني أتحمل لأنني أحبه ومن أجل الأطفال.»

المصدر: الممارسات الإيجابية: نساء كورديات يتعاملن مع الأبوية (164)

الفصل الرابع الصحة الجنسية والحقوق الجنسية

يتناول هذا الفصل الخدمات المقدمة للشباب فيما يتعلق بالأمر الصحية الجنسية، سواء كانت تلك الخاصة بالثقيف والمعلومات الجنسية، أو الكشف الدوري وعلاج العدوى المنقولة جنسيًا، أو خدمات تنظيم الأسرة. ولمزيد من فهم المشكلات والاحتياجات الخاصة بمنطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، يبحث هذا الفصل تناول بعض البلدان لقضايا الإيدز، والأمراض الأخرى المنقولة جنسيًا، والوصمة المرتبطة بتلك الأمراض، والعدوى وإمكانيات الحصول على العقاقير المضادة للفيروسات الرجعية، الفئات الأكثر عرضة لفيروس نقص المناعة. في القسم الخاص بالحقوق الجنسية، سوف نوضح وتناول قضايا الزواج والعنف المنزلي، والاتجار في البشر والعنف الجنسي، والعمل في مجال الجنس. ورغم أنه لا يوجد تعريف معتمد لحقوق الجنسية، إلا أننا في هذا التقرير نتبنى التعريف العملي المستخدم في الاتفاقات الدولية والوثائق التوافقية، التي تعرفها بأنها الحق في الصحة الجنسية، وفي العلاقات الجنسية التوافقية، وفي اختيار الشريك، وفي الثقيف الجنسي، وفي البحث والحصول على معلومات ذات صلة بالجنسانية، وفي اختيار ممارسة النشاط الجنسي من عدمه، وفي الزواج بالتراضي، وفي السلامة الجسدية، وكذلك الحق في التمتع بحياة جنسية آمنة.

جنسانية الشباب من الجنسين

الكثير من الشباب من الجنسين في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا يواجهون تحديات مرحلة «الانتظار» في أثناء انتظارهم فرص التوظيف وإمكانيات الزواج. وفي هذه الفترة يتعرض الشباب أكثر من غيرهم لمخاطر السلوكيات المخوفة بالخطر. ففي البلدان التي تناولها هذا التقرير لا يتلقى الشباب ثقافة جنسية شاملة. وفي بعض البلدان تقدم المدارس الرسمية معلومات عن التشریح والأجهزة الإنجابية، لكنها نادرًا ما تتناول قضايا العنف الجنسي، ومنع الحمل والحمل غير المرغوب فيه. كما أن الشباب من الجنسين في الشرق الأوسط، ليس لديهم إمكانية الحصول على المعلومات الملائمة، بشأن خدمات الصحة الإنجابية والجنسية، وتكاد الجهود المبذولة في هذا الصدد - أي تمكين الشباب من الحصول على خدمات الصحة الإنجابية والجنسية - أن تقتصر على مبادرات غير حكومية.

فيروس نقص المناعة البشري/الإيدز

يمثل الشباب في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، أكثر القطاعات تعرضًا لمخاطر الأمراض المنقولة جنسيًا. فإن على سبيل المثال، أكثر من 50% من حالات الأمراض المنقولة جنسيًا في مصر، هم من الشباب غير المتزوجين. لقد كانت مقاومة فيروس نقص المناعة البشري/الإيدز، من أهم قضايا الوقاية من الأمراض المنقولة جنسيًا. وتعتبر معدلات الإصابة بهذا الفيروس في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، من بين الأقل في كافة مناطق العالم. مع ذلك فإن هناك مؤشرات حديثة لارتفاع أعداد المصابين به.

إن أكثر الجماعات تعرضًا لمخاطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري، هم الرجال الممارسون للجنس مع رجال، ومتعاطو المخدرات

عن طريق الحقن، والعاملات في مجال الجنس. وقد ظهر أخيراً قلق حقيقي بشأن ارتفاع معدلات الإصابة بين الإناث، في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا.

خلال السنوات الأخيرة ارتفع عدد المرافق التي تقدم الإرشاد وخدمات الفحص، ومع ذلك فإن الأفراد المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري/الإيدز ما زالوا يعانون قلة توفر خدمات الإرشاد والفحص الملائمة. كما أن الوصمة المرتبطة بالإصابة تُعرض هؤلاء الأفراد للتمييز ضدهم من قبل الرأي العام. وللأسف الشديد فإن أكثر أنماط هذا التمييز إشكالية، هو ذلك الذي يصدر عن هؤلاء الذين، يُفترض أنهم في أفضل موقع يؤهلهم لمساعدة مرضى فيروس نقص المناعة البشري/الإيدز، ألا وهم مقدمو الخدمات الصحية، كالأطباء والعاملين في مجال التمريض.

صوت من نساء تونس:

«الطبيب قال لي أنت مصابة بالإيدز.. هذا معناه أنك لست شخصاً صالحاً».

نساء متعايشات مع فيروس نقص المناعة البشري في تونس

المصدر: النساء وفيروس نقص المناعة البشري في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (39)

الحقوق الجنسية

كل البلاد التي تناوَلها التقرير تضع حدًا أدنى للسن القانوني الذي يسمح عنده بالزواج، سواء بالنسبة إلى الرجال أو النساء. مع ذلك فإن قضية الزواج المبكر ما زالت قضية مرتبطة بالحقوق الجنسية في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا. كما أن المنطقة تشهد أيضًا أنواعًا أخرى من الزواج، مثل الزواج العرفي والزواج السياحي.

ويعتبر الاغتصاب جريمة في كل البلاد التي تناوَلها التقرير. ومع ذلك يمكن لمن ارتكبوا جريمة الاغتصاب أن يتجنبوا العقوبة في كلِّ من فلسطين وتونس، عن طريق الزواج بضحاياهم. وفي تركيا وتونس يجرم اغتصاب الزوج زوجته.

كذلك وجد التقرير أشكالاً شائعة من العنف، بسبب النوع الاجتماعي في كل البلاد التي تناوَلها. فلا توجد قوانين تتناول العنف المنزلي في أغلب بلاد المنطقة. ومن بين البلاد التي تناوَلها التقرير وجد أن التشويه الجنسي للإناث منتشر في مصر واليمن. كما يمثل التحرش الجنسي قضية عنف خطيرة ضد النساء، وفي هذا الصدد نجد أن تونس هو البلد الوحيد الذي لديه قوانين واضحة لمواجهة قضية التحرش الجنسي. وبسبب الثقافات التقليدية في بلدان الشرق الأوسط وشمال إفريقيا ما زالت الكثير من النساء يقعن ضحايا للقتل على «خلفية الشرف».

بشكل عام تعتبر منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا مكانًا غير آمن وغير مريح، للمثليين ولأصحاب الجسانية غير النمطية، أفرادًا وجماعات. فبالإضافة إلى الوصمة الاجتماعية تمنع القوانين في بعض البلدان تمثيل وممارسة الجسانية المثلية وغير النمطية. كذلك بذلت الحكومات في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا جهودًا محدودة للغاية في مكافحة الاتجار في البشر، رغم أن التركيز عليه زاد في السنوات القليلة الأخيرة. وباستثناء تركيا، فإن العمل في مجال الجنس مجرم في كل البلاد التي تناوَلها هذا التقرير.

صوت من اليمن عن الزواج المبكر

تحكي النساء الشابات عن تجاربهن المؤلمة مع زواج الأطفال:

لم تكن نجلاء تعلم بدقة كم كان عمرها، لكنها قالت أنها تزوجت بعد انتهاءها من السنة الثانية الإعدادية بقليل، أي كانت حوالي تبلغ 15 أو 16 عامًا وقت زواجها. كان قد مر على زواجها سبع سنوات وكان لديها طفلان يرحح أنها أنجبتهما قبل أن تبلغ من العمر 18 سنة. نجلاء تروي كيف حرما أهل زوجها العلاج الطبي.

«كنت حاملاً بطفلي الثاني حين كان طفلي الأول بالكاد بلغ خمسة شهور. لمدة خمسة أيام نزت بغزارة وكنت أعتقد أنها الدورة الشهرية. والدة زوجي كانت تعلم ما يحدث معي لكنها لم تخبرني شيئاً. أهل زوجي لم يسمحوا لي بالذهاب إلى المستشفى ولم يخبروا زوجي بما يحدث لي. حين تعبت للغاية أخذوني إلى المستشفى، لكن المستشفى لم توقف النزيف ولم يعطوني أي علاج. كان عليّ أن أرقد لستهة شهور أثناء حملي الثاني وكنت في حاجة إلى نصف لتر من الدماء. الطبيب قال لي إن ذلك بسبب زواجي المبكر.»

المصدر: هيومان رايتس ووتش: كيف تسمحون لفتيات صغار أن يتزوجن؟

زواج الأطفال في اليمن، 2011

صوت من مصر عن التشويه الجنسي للإناث

«حضرت النساء إلى منزلي مبكراً في الصباح. أمسكوا بي وأجبروني على أن أرقد. أمسكوا بكل بقوة بيدي وساقِي وأصبحت غير قادرة على الحركة. ثم أبعدها ما بين ساقِي وبدأت الداية في التقطيع. الألم كان رهيباً وكنت أصرخ بلا توقف.»

تلعب عيون نجلاء السوداء، لكن ليس بسبب النجل وإنما لسبب مختلف تماماً: نوع من الفخر والاعتزاز بالذات، بالشحن الوجداني، وقد يكون بسبب ذكريات تلك التجربة المرعبة التي غيرت حياتها والتي مرت بها منذ سنوات طويلة.

«استمرت الداية تقطع لفترة اعتقدت أنها لن تنتهي. لا أتذكر كم من الوقت استمر هذا الوضع لكنني لم أكن أتخيل أنه بإمكانني أن أشعر بمثل هذا الألم.»

كانت نجلاء تبلغ من العمر 11 عامًا حين تم ختانها. وقد قبلت طواعية بهذا الإجراء الذي يعد في أغلب المجتمع المصري إجراءً مقبولاً اجتماعياً، بل في كثير من الأحوال يتم تشجيعه. أسرته قالت لها إن واجبها الأخلاقي يحتم عليها ذلك وأنها الطريقة الوحيدة لتصبح امرأة حقيقية.

«في اليوم السابق على حدوث ذلك ذهبُ لأجمع الرماد من القرن. وقال لي الناس إن الرماد سوف يساعد على التئام الجرح، أردت أن أقوم بنفسي بدور في هذه اللحظة الهامة من حياتي.»

بعد عدة أيام من الختان اكتشفت نجلاء أن الرماد لم يشف جراحها، وإنما تسبب في تلوثها.

المصدر: يونيسيف، مصر (110)

صوت من الكويت عن التحرش الجنسي

روت العاملات المنزليات المهاجرات إلى الكويت عن تجاربهن مع سوء المعاملة الجنسية في أماكن عملهن: تعرضت مولوت. لمخاطر الاعتداء الجنسي لسبعة شهور في منزل صاحب العمل. تقول: "كان لصاحب العمل ثلاثة أبناء. كانوا يعاملوني معاملة سيئة. وحاولوا اغتصابي".

عاملة منزلية أخرى، لاطام. تتحدث عن أول صاحبة عمل عملت لديها:

"كانت تضربني وتجرحني بأظافرها.. في أحد الأيام ضربتني وأغلقت عليّ باب المنزل واحتجزتني بالداخل" بعد هروبها من هذا المنزل أرسلت لاطا إلى منزل آخر حيث تعرضت للاعتداء الجنسي من قبل أبنائه.

المصدر: هيومان رايتس ووتش (2011) (122)

صوت من تركيا عن القتل على خلفية الشرف

في عام 2006 قتلت بيرجول إيسيك على خلفية شرف أسرتها. حيث أطلق عليها الرصاص ابنها رامازان، 14 سنة، بعد أن جلبت العار لأسرتها بسبب ظهورها في أحد البرامج الحوارية التركية تتحدث عما تلاقيه من سوء معاملة في زواجها. كانت إيسيك قد سبق لها أن هربت عدة مرات من عنف زوجها المتزوج بامرأتين. وبعد أن تجاهلت أسرتها شكواها وافقت على الظهور في برنامج «صوت النساء». لكن العنف المنزلي في تركيا هو موضوع يندر أن تجرؤ النساء على الحديث عنه خارج إطار الأسرة، ناهيك عن التلفزيون الوطني. ولدى عودتها إلى مدينتها كان رأي الكثيرين أن إيسيكها قد تجاوزت الحدود. كانت لتوها عائدة إلى إيلانج في شرق تركيا على متن الأوتوبيس، ومعها أربعة من أطفالها الخمسة بعد المشاركة في البرنامج في إسطنبول. وكان رامازان في انتظارها في محطة الأوتوبيس. حين رآها صرخ فيها بأنها جلبت العار على الأسرة ثم أطلق النار عليها خمس مرات.

وضع رامازان في مركز اعتقال الأحداث، ووضع أطفالها الأربعة الآخرون في دار أيتام. أما زوجها فقد قدم للمحاكمة بتهمة التحريض، ثم أطلق سراحه فيما بعد.

المصدر: البي بي سي (2011) (135)

صوت من فلسطين عن الاتجار في البشر

لمحة عن امرأة تعرضت للاتجار بها من الضفة الغربية إلى إسرائيل

مكان الإقامة: نابلس. السن: 24 سنة. الحالة الاجتماعية/ متزوجة. عدد الأطفال: 3
هربت (س) بعد أن تعرضت للاغتصاب من قبل عم زوجها. التقت رجلاً كان يتاجر في النساء من الضفة الغربية إلى إسرائيل، وعلى الأخص تل أبيب. وقد انتهز الرجل حالة ضعفها وأقنعها بأن تعمل لحسابه، فأصدر لها بطاقة هوية إسرائيلية مزورة لتتمكن من العبور خلال نقاط التفتيش الإسرائيلية.
بعد فترة من العمل في الدعارة، لجأت (س) إلى المخدرات ثم حملت من نفس الرجل. وبعد مشاجرة معه طعنته وانتهى بها الأمر إلى السجن، حيث أنجبت طفلها. بعد الإفراج عنها أعيدت إلى الضفة الغربية.

المصدر: سوا

خلاصة

مع التغيرات السياسية الجديدة في المنطقة، أصبح هناك اهتمام متزايد بمكاسب النساء، والقوانين ذات الصلة والالتزام بالاتفاقيات الدولية. لقد أنجزت منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا تقدمًا ملحوظًا، في بعض جوانب الصحة الإنجابية، وبخاصة فيما يتعلق بخدمات الرعاية الصحية للأمهات، وتوفير وسائل منع الحمل وتسهيل الحصول عليها وذلك بسبب تجديد الالتزام الدولي، والتوافق على هذه الالتزامات وتوفير الأموال لذلك، إضافة إلى توفر الإرادة السياسية في كل بلد.

من ناحية أخرى ما زالت قضايا أخرى، مثل الإجهاد، محاطة بوصمة اجتماعية شديدة وما زالت إمكانيات النساء في الحصول على خدمات الإجهاد الآمن محدودة للغاية. كما يتم تجاهل قضايا أخرى من قضايا الصحة الإنجابية مثل السرطانات الإنجابية. وفي حين تحققت بعض الإنجازات في مجال الصحة والحقوق الإنجابية، ما زال وضع الصحة والحقوق الجنسية متأخرًا في هذه المنطقة. ورغم توفر التمويل للتعامل مع فيروس نقص المناعة البشري إلا أن الوصمة الاجتماعية والتمييز ما زالوا يشكلان عائقًا كبيرًا أمام متابعة الارتفاع في معدلات الإصابة بالفيروس.

لذلك فإن المخاطر التي يتعرض لها الشباب كقطاع من السكان، وعدم توفر الموارد لديهم، يجعلان من قضية جنسانية الشباب موضوعًا خلاقًا في المنطقة، حيث برامج التثقيف الجنسي المتكاملة محدودة إلى الغاية، ولا تُقدم خدمات الحقوق الجنسية والإنجابية للشباب غير المتزوجين.

وفي إطار السياق الاجتماعي والسياسي للمنطقة، لا يمكن تحقيق تقدم في مجال حقوق النساء والصحة والحقوق الإنجابية والجنسية للمواطنين، إلا من خلال تبني برنامج عمل أكثر تقدمية وتجديد التزام الحكومات باحترام وحماية وكفالة التمتع بحقوق الإنسان.

التوصيات

1- يجب على الدول أن تضع وتصمم وتنفذ القوانين والسياسات والبرامج، التي تحترم الصحة والحقوق الإنجابية والجنسية للأفراد والأزواج:

- يجب أن تكون السياسات متسقة مع التزامات الدول، في مجال الصحة والحقوق الإنجابية والجنسية، كما وردت في السيداو والعهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية الأخرى.
- للنساء والشباب والمجموعات المهمشة، الحق في المشاركة في وضع السياسات والقوانين التي تؤثر في واقعهم اليومي وتتعاكس على صحتهم الإنجابية والجنسية.
- يجب أن تتركز سياسات الصحة والحقوق الإنجابية والجنسية في حق البشر في الاختيار وتقرير المصير في المجال الإنجابي وليس حول أهداف الخطة السكانية للدولة.
- يجب تعزيز الآليات الوطنية لدعم النساء والشباب، والتأكيد على استقلاليتها، كما يجب على تلك الآليات أن تستند إلى توجه حقوقي، ولا تقتصر على التوجه التنموي فقط. وأن تكون بمثابة أداة لمتابعة وتعزيز شفافية ومحاسبية الحكومة.
- يجب على الحكومات أن تعطي أولوية للصحة الجنسية والإنجابية، على المستوى الوطني وفي المناطق المختلفة داخل البلد الواحد، وأن تعرف أكثر المشكلات إلحاحًا بين التجمعات السكانية المختلفة.

- يجب على الدول أن تُفَعِّلَ قوانين توفير الحماية للنساء من العنف، في المجالين الخاص والعام. كما يجب أن توضع قضايا الاتجار في البشر والتحرش، في أماكن العمل على الأجندة القانونية للدول في مرحلة ما بعد برنامج عمل المؤتمر العالمي للتنمية والسكان.
- تشجيع الدول على رفع تحفظاتها على اتفاقية السيداو والتصديق على البروتوكول الاختياري لإثبات توفر إرادتها السياسية لتحقيق المساواة في مجال النوع الاجتماعي وحقوق النساء.
- مناشدة الدول الاعتراف بمفهوم «التمييز المتعدد»، حيث يمكن للجندر والسن والإثنية وهوية النوع الاجتماعي والتوجه الجنسي أن تؤدي إلى أنواع معينة من التمييز. وعلى الدول أن تُفَعِّلَ قوانين وسياسات مناهضة للتمييز.

٢- على الدول أن تضمن توفر وإمكانية الحصول على منظومة متكاملة، من خدمات الصحة الجنسية والإنجابية على أن تكون بأسعار معقولة ومقبولة وعالية الجودة. كما يجب على الدول أن تبذل المزيد من الجهد لتحسين وصول الخدمة إلى المناطق الريفية والمهمشة:

- يجب أن يتوفر للأزواج والأفراد إمكانية الحصول على حزمة كاملة، من وسائل منع الحمل وأساليب تنظيم الأسرة إلى جانب كافة عناصر خدمات الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية، على أن تكون مناسبة الكلفة وعالية الجودة، بما في ذلك الواقي الذكري وموانع الحمل في حالات الطوارئ. كما يجب تشجيع الرجال على المشاركة في تحمل مسؤولية منع الحمل وتنظيم الأسرة، بأسلوب إيجابي وتشاركي.
- في نفس الوقت يجب إزالة العقبات التي تحول دون حصول النساء والشباب، على وسائل منع الحمل وخدمات الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية مثل إلغاء شروط الموافقة المسبقة من الأزواج أو الأهل أو أي أطراف أخرى. كذلك يجب إصلاح النظم الصحية، بحيث توفر الحماية من انحياز مقدمي الخدمة، بشأن خدمات تنظيم الأسرة، وأن تضمن توفير إرشاد ملائم للأزواج والأفراد.
- تشجيع الدول على الاستمرار في بذل الجهود للقضاء على أسباب وفيات الأمهات التي يمكن تجنبها. ومن المهم في هذه الشأن أن تلتزم الدول بإعطاء أولوية خاصة لمراضة وإعاقات النساء، المترتبة على الحمل ووضع إستراتيجيات ملائمة لخفض مراضة الأمهات. كما يجب اعتماد مؤشرات عديدة لمتابعة تقدم الدول في هذا الشأن. كذلك يجب مناشدة الدول بأن تبني تناولاً متكاملًا لصحة الأمهات يتجاوز وفيات الأمهات؛ ذلك أنه على الدول أن تعمل على تحسين الرعاية الصحية والتغذية ونمط الحياة للنساء الحوامل.
- تشجيع الدول على الاعتراف بالإجهاد كقضية حقوق إنسان، وليس مجرد قضية صحة عامة. وعلى الدول أن تسعى إلى إصلاح قوانين الإجهاد وأن تضمن على الأقل إمكانية الحصول على إجهاد آمن، في حال كان الحمل يهدد حياة أو صحة النساء. كذلك يجب توفير الإجهاد الآمن لضحايا الاغتصاب ولضحايا اغتصاب المحارم. ويجب على الدول أن تتحمل مسؤوليتها تجاه الوفيات الناجمة عن الإجهاد غير الآمن، في حال كان الإجهاد غير قانوني في تلك البلاد. وعلى الدول أن تعمل على تحسين الرعاية لما بعد الإجهاد، وأن تدمج خدمات تنظيم الأسرة ضمن خدمات رعاية ما بعد الإجهاد. ويجب أن يكون للنساء الحق في الحصول على المعلومات والإرشادات، بشأن الإجهاد الطبي كما يجب إلغاء العقوبات المقررة للنساء اللاتي يسعين للحصول على إجهاد.
- يجب أن توضع السرطانات الإنجابية لكل من الرجال والنساء ضمن أولويات أجندة ما بعد المؤتمر العالمي للسكان والتنمية، وتشجيع الدول على رفع الوعي بشأن سرطانات الجهاز الإنجابي وتطبيق إستراتيجيات مواجهتها. والفحص الدوري والاكتشاف

المبكر وتيسير الحصول على العلاج الكيميائي والإشعاعي، والجراحة يجب أن تكون كلها من بين العناصر الأساسية ضمن أي إستراتيجية للدولة لمواجهة سرطانات الجهاز الإنجابي.

• يجب أن يظل فيروس نقص المناعة البشري/الإيدز ضمن أولويات أجندة ما بعد 2014. كما يجب أن يهتم الجدل العالمي حول فيروس نقص المناعة البشري، بمسائل كيفية توفير العقاقير المضادة للفيروسات الرجعية، وتأنيث الإيدز، وكيفية التعامل مع الفئات الأكثر عرضة لفيروس نقص المناعة والوصمة الاجتماعية والتمييز المترتبين عليه. كذلك، لا يجب لهذه الأولوية أن تمنع الدول من إيلاء أولوية للأمراض الأخرى المنقولة جنسيًا ووضع سياسات وخدمات متكاملة للتعامل مع معدلات حدوثها، حيث يكون الفحص المعمل، والعلاج، ورفع الوعي بشأن العدوى المنقولة جنسيًا، عناصر أساسية في سياسات الدولة بشأن هذا الأمر.

• يجب أن تستهدف أجندة ما بعد 2014 الشباب بوجه خاص. وعلى الدول أن تمد الشباب بالثقافة الجنسية الشاملة، المستندة إلى مفاهيم حقوق الإنسان، بحيث تمكنهم من اتخاذ قرارات حرة، مدعومة بالمعلومات الصحيحة، فيما يخص حياتهم الجنسية. كما أن إمكانية حصول الشباب على خدمات الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية، مثل وسائل منع الحمل وإمكانيات الفحص والعلاج من العدوى المنقولة جنسيًا، هي عناصر أساسية من أجل التمتع الكامل بالحق في الصحة. وفي هذا الشأن يجب تشجيع الدول على بلورة برامج ومبادرات صديقة للشباب تساعد في الحصول على خدمات الحقوق والصحة الجنسية والإنجابية.

3- توفير البيانات أمر شديد الأهمية في إرشاد متخذي القرار والمنظمات غير الحكومية، والممارسين بشأن ما يستجدُّ من قضايا وأولويات. لذلك، على الدول أن توفر بيانات سليمة وحقيقية ودقيقة بشأن طيف واسع من قضايا الحقوق والصحة الجنسية والإنجابية:

- يجب توفير بيانات مقننة ومصنفة حسب النوع الاجتماعي، بشأن وفيات ومراضة الأمهات، ومعدل انتشار وحدث العدوى المنقولة جنسيًا، وفيروس نقص المناعة البشري/الإيدز، والإجهاض والأمراض السرطانية الإنجابية والعنف بسبب النوع الاجتماعي، والاتجار في البشر وباقي قضايا الحقوق والصحة الجنسية والإنجابية.
- من الضروري للغاية توفير البيانات بشأن الممارسات غير القانونية في مجال الحقوق والصحة الجنسية والإنجابية، كما لا يجوز أن يكون الموقف القانوني لأي ممارسة مبررًا لحجب البيانات بشأنها.
- من الضروري توفير الحسابات الصحية التفصيلية لمتابعة التزامات الدول تجاه الإنفاق على الصحة، ويجب تشجيع الدول على توفير المعلومات الخاصة بالصحة الإنجابية في هذا الشأن.
- يجب على عمليات جمع البيانات الخاصة بالفئات العمرية والفئات المستهدفة، على المستوى الوطني، أن تتضمن الشباب من غير المتزوجين، والمجموعات المهمشة، مثل الأقليات الإثنية والدينية.
- على هيئات التمويل الدولية، أن تلتزم بإيلاء أولوية لقضايا الحقوق والصحة الجنسية والإنجابية. كما يجب تجنب التمويل الرأسي وبدلاً منه، دعم وتمويل خدمات الرعاية الإنجابية والجنسية المتكاملة. كذلك يجب على الممولين أن يبلوروا أجنداتهم بالتشاور مع الدول والمنظمات غير الحكومية، لكي يأتي دعمهم أكثر تفهيمًا للسياق والأولويات الوطنية.

